



موحد، مجید و کرمی، فرشاد (۱۳۹۸). دینداری و سلامت: بررسی رابطه دینداری و سبک زندگی سلامت‌محور در بین شهروندان شهر شیراز. جامعه‌شناسی نهادهای اجتماعی، ۶(۱۳)، ۱۴۸-۱۲۷.

## دینداری و سلامت: بررسی رابطه دینداری و سبک زندگی سلامت‌محور در بین شهروندان شهر شیراز

مجید موحد<sup>۱</sup> و فرشاد کرمی<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۸/۲۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۴/۱۷

### چکیده

تحقیق حاضر کاوشی جامعه‌شناختی برای بررسی رابطه دینداری و سبک زندگی سلامت‌محور در میان شهروندان شهر شیراز بوده است. دین اسلام به عنوان یکی از ادیان آسمانی دارای گزاره‌های بسیاری در زمینه بهداشت و سلامت بوده و تحقیق حاضر با هدف بررسی تاثیر ابعاد مختلف دینداری (مناسکی، پیامدی، عاطفی و اعتقادی) بر سبک زندگی سلامت‌محور انجام گرفته است. این تحقیق با روشی پیمایشی انجام گرفته است که جامعه آماری آن را شهروندان ۱۵-۵۹ ساله شهر شیراز تشکیل داده‌اند. نمونه مورد مطالعه برای این تحقیق ۳۸۴ نفر بوده است که پرسشنامه‌های مربوط به آن در مناطق ده گانه شیراز توزیع و جمع‌آوری گردیده است. نتایج این تحقیق حاکی از آن است که همه ابعاد دینداری به جز دینداری عاطفی بر سبک زندگی سلامت‌محور تاثیر معناداری داشته‌اند و به طور کلی قادر به تبیین ۲۶ درصد از تغییرات متغیر سبک زندگی سلامت‌محور بوده است. در این بین بیشترین تاثیر از آن بُعد پیامدی می‌باشد که بتای آن برابر با ۰/۳۲۳ می‌باشد. با توجه به نتایج این تحقیق پیشنهاد می‌شود به پتانسیل‌های دین برای بهبود سلامت افراد توسط روحانیون و افرادی که در زمینه مذهب تخصص دارند، بیشتر توجه شود.

**کلیدواژه‌ها:** دینداری؛ سبک زندگی سلامت‌محور؛ دین اسلام، شهروندان شهر شیراز.

۱- استاد بخش جامعه‌شناسی دانشگاه شیراز (نویسنده مسئول)، mmovahed@rose.shirazu.ac.ir  
۲- دانشجوی دکتری بررسی مسائل اجتماعی ایران، دانشگاه شیراز، farshadkarami214@gmail.com

## ۱- مقدمه و بیان مساله

سلامت به عنوان یک سرمایه فردی و اجتماعی از دیرباز مورد توجه اندیشمندان علوم انسانی در حوزه‌های مختلف به ویژه در رشته‌های جامعه‌شناسی و روان‌شناسی بوده است. با توجه به اهمیتی که سلامتی افراد برای رشد و شکوفایی فرد و جامعه دارد، همواره اندیشمندان در صد بوده‌اند مهمترین عوامل موثر بر بهبود وضعیت سلامت در جامعه را بازشناسند و موجبات رشد و ارتقای آن را فراهم آورند. در این میان دین به عنوان یک واقعیت اجتماعی پویا همواره مورد توجه متفکران و نظریه‌پردازان مختلف بوده و تاثیر آن، بر ابعاد مختلف زندگی انسان از جمله سلامت آنها مورد کاوش قرار گرفته است.

سازمان‌های مذهبی با تشویق پیروان خود به انجام برخی از هنجارها و دستورالعمل‌های صریح امکان دارد، انتخاب‌های مرتبط با سلامت را افزایش دهند. شواهد تجربی گوناگون نیز بر این ارتباط صحت گذاشته‌اند به طور خاص، تحقیقات گوناگون در حوزه دین بر نقش دینداری در کاهش مصرف مواد مخدر و به ویژه سیگار تاکید کرده‌اند (مورتون<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). در واقع دین از طریق تاثیری که بر سبک زندگی افراد می‌گذارد، موجبات سلامتی آنها را فراهم می‌آورد. سبک زندگی برای اولین بار توسط لازر<sup>۲</sup> (۱۹۶۳) به عنوان «یک مفهوم سیستماتیک که بازنمایی کننده ویژگی‌های زندگی یک جامعه یا گروهی خاص که متفاوت از گروه یا جوامع دیگرند» تعریف شد (به نقل از حسن<sup>۳</sup>، ۲۰۱۵). «سبک زندگی سلامت محور نیز یک الگوی چند بُعدی از اعمال و احساسات خود انگیخته<sup>۴</sup> است که به حفظ یا ارتقای سطح سلامتی، خودشکوفایی<sup>۵</sup> و کامیابی فرد منجر می‌شود» (هاور<sup>۶</sup>، ۱۹۸۷ به نقل از تی<sup>۷</sup> و دیگران، ۲۰۱۷: ۲). سلامت ارتباط نزدیکی با سبک زندگی افراد دارد. کاکرهام<sup>۸</sup> تصمیم‌گیری در مورد مصرف غذا، ورزش کردن، رعایت بهداشت فردی، مقابله با استرس، استعمال دخانیات، مصرف الکل و مواد مخدر، بستن کمربند ایمنی، مسواک زدن و انجام معاینات دوره‌ای پزشکی را از اجزاء سبک زندگی سلامت محور می‌داند (کاکرهام و همکاران، ۱۹۹۷ به نقل از محمودیان و امیری، ۱۳۹۴).

- 
- 1- Morton
  - 2- Lazer
  - 3- Hassan
  - 4- Self-Initiated
  - 5- Self-Actualisation
  - 6- Hower
  - 7- Tey
  - 8- Cockerham

همانگونه که ذکر شد تحقیقات گوناگونی بر رابطه بین دین و سلامت از مجرای سبک زندگی افراد صحنه گذاشته‌اند. به عنوان مثال تحقیقات در زمینه نقش دین و مشارکت مذهبی بر فعالیت بدنی بیشتر (هیل<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۶؛ استوبریج<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۵)، کاهش مصرف مواد مخدر و الکل (ادلوند<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۰؛ میچالاک<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۷؛ گیلوم<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵؛ بلیزر<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۲؛ عبدالجباری و همکاران، ۱۳۹۴؛ خدایاری فرد و همکاران ۱۳۸۸) و رژیم غذایی بهتر (هولت<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۵؛ هارت و همکاران، ۲۰۰۴) همگی گویای تاثیر مثبت دینداری بر سلامت افراد بوده‌اند. این در حالی است که سازمان جهانی بهداشت<sup>۸</sup> (۲۰۱۶) علت اصلی بسیاری از بیماری‌ها مخصوصاً بیماری‌های غیر واگیر را الگوها و سبک زندگی افراد می‌داند، عواملی از جمله مصرف الکل و دخانیات، مصرف کم میوه و سبزیجات، فعالیت بدنی کم، خوردن غذاهای چرب و پر نمک و ... از عوامل خطر جدی در بروز بسیاری از این بیماری‌ها می‌باشند.

«تحقیقات اخیر در مورد رفتارهای سلامت محور، عمدتاً در کشورهای غربی و با زمینه‌های یهودی و مسیحی صورت گرفته است، در حالی که در کشورهای غیر غربی و مسلمان این‌گونه تحقیقات مغفول مانده‌اند» (تی و دیگران، ۲۰۱۷: ۱). در ایران نیز اگر چه در سال‌های اخیر با توجه به اهمیت یافتن مباحث مربوط به حوزه سلامت تحقیقات زیادی صورت گرفته است، اما کمتر تحقیقی را می‌توان مشاهده کرد که تاثیر گونه‌های مختلف دینداری را بر سبک زندگی سلامت‌محور مورد مطالعه قرار داده باشد، و خلاء نسبی تحقیقات در این زمینه مشاهده می‌شود؛ این در حالی است که با توجه به ریشه‌های مذهبی و وضعیت دینداری در ایران، می‌توان انتظار داشت دینداری بر عرصه‌های مختلف زندگی مردم تاثیرگذار باشد، چنانکه در تحقیقات مختلف از جمله (مردانی و موحد، ۱۳۹۴؛ حبیبی و ابراهیم‌پور، ۱۳۹۴؛ موسوی و اکبری زرادخانه، ۱۳۸۹، فولادوندی و همکاران، ۱۳۹۳، کفاشی، ۱۳۹۴) به ترتیب نشان داده‌اند که دینداری بر عزت نفس، شادکامی، سلامت روان، سلامت معنوی و سلامت اجتماعی تاثیر دارد. بنابراین در تحقیق حاضر برآنیم که به بررسی رابطه ابعاد مختلف دینداری (مناسکی، عاطفی،

- 
- 1- Hill
  - 2- Strawbridge
  - 3- Edlund
  - 4- Michalak
  - 5- Gillum
  - 6- Blazer
  - 7- Holt
  - 8- WHO

پیامدی و اعتقادی) بر سبک زندگی سلامت محور در بین شهروندان شهر شیراز بپردازیم و درصد پاسخ به این سوالات هستیم که هر یک از ابعاد دینداری چه تاثیری بر سبک زندگی سلامت محور افراد در شهر شیراز دارند؟

## ۲- پیشینه پژوهش

### ۲-۱- پژوهش‌های تجربی

کلارک<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۸) در تحقیقی با عنوان «یک مطالعه طولی از دینداری، منبع کنترل بهداشت معنوی<sup>۲</sup> و رفتارهای بهداشتی در یک نمونه ملی از آفریقایی-آمریکایی‌ها» که در بین ۷۶۶ بزرگسال امریکایی آفریقایی در طی یک دوره سه ساله با سه بار مصاحبه تلفنی مورد بررسی قرار گرفتند، به این نتیجه رسیدند که باورهای دینی قوی‌تر و رفتار دینی بیشتر با تغییرات بیشتر در منبع کنترل بهداشت معنوی در ارتباط است و شواهد حاکی از آن است که اعتقادات و رفتارهای مذهبی تاثیری مستقیم بر رفتارهای بهداشتی داشته است.

تی و دیگران (۲۰۱۷) تحقیقی را با عنوان «دینداری و رفتارهای مرتبط با سبک زندگی سلامت محور در بین مسلمانان مالزی» انجام دادند. در این مطالعه، عوامل پیش‌بینی کننده رفتارهای مرتبط با سبک زندگی سلامت محور (دینداری، هدف‌گذاری<sup>۳</sup>، کنترل فشار و بهزیستی ذهنی<sup>۴</sup>) در نظر گرفته شده، و مکانیزم‌هایی را مبنی بر رابطه سبک زندگی سلامت محور و دینداری مورد بررسی قرار داده‌اند. نمونه آماری این تحقیق را ۱۸۳ نفر از افراد ۱۸-۵۰ ساله مسلمان در مالزی تشکیل دادند. نتایج این تحقیق حاکی از آن است که بهزیستی ذهنی و به دنبال آن هدف‌گذاری مهمترین پیش‌بینی کننده‌های سبک زندگی سلامت محور می‌باشند، علاوه بر این این دو متغیر به عنوان متغیرهای میانجی در رابطه دینداری و سبک زندگی سلامت محور نیز قرار داشتند، در واقع دینداری بر رفاه ذهنی و هدف‌گذاری در زندگی، تاثیر داشته است و به واسطه آن بر سبک زندگی سلامت محور افراد تاثیر گذاشته است.

هرناندز<sup>۵</sup> (۲۰۱۶) تحقیقی را با عنوان «دین، حمایت اجتماعی و مراقبت‌های بهداشتی در میان سالمندان دیابتی در مکزیک» به انجام رساند که نمونه آن را ۹۷۱۹ نفر از سالمندان مکزیک‌داری دیابت تشکیل می‌دادند، نتایج تحقیق حاکی از آن است که حمایت عاطفی

1- Clark

2- Spiritual Health Locus of Control

3- Goal-Setting

4- Subjective Well-Being

5- Hernandez

همسر به طور مستقیم بر مراقبت‌های دیابتی و کنترل و سلامت تاثیر می‌گذارد. گرچه رابطه مستقیمی بین دینداری و سلامت در این تحقیق یافت نشده است اما دینداری با مراقبت و کنترل دیابت ارتباط مثبت دارد.

حسن<sup>۱</sup> (۲۰۱۵) در تحقیقی با عنوان «تأثیر رفتارهای دینی بر سبک زندگی مرتبط با سلامت مسلمانان در مالزی»، که نمونه آن را ۱۷۶ از مسلمان مالزی تشکیل می‌دادند، با روشی پیمایشی و با استفاده از مدل‌سازی معادلات ساختاری به این نتیجه رسید که اقدامات مرتبط با سلامت به طور مستقیم و غیر مستقیم توسط انتخاب‌های سبک زندگی سلامت محور مطابق با تعالیم اسلامی بر سلامت افراد اثر می‌گذارد.

هومان و بویاتزیس<sup>۲</sup> (۲۰۱۰) در تحقیقی با عنوان «دینداری، احساس معنا در زندگی<sup>۳</sup> و رفتارهای بهداشتی<sup>۴</sup> در سالمندان» که با هدف مطالعه رابطه بین دینداری سالمندان، احساس معنا در زندگی و رفتارهای بهداشتی انجام شد، سه بعد دینداری از جمله جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی، تقدیس<sup>۵</sup> بدن و ارتباط با خدا را مورد ارزیابی قرار داد. همچنین رفتارهای سلامت محور یا بهداشتی نیز در قالب پنج رفتار سیگار کشیدن، ورزش کردن، مسئول سلامت خود بودن، مواد مغذی خوردن و مدیریت استرس سنجیده شد. این تحقیق پیمایشی، با نمونه ۱۶۰ سالمند بالای ۶۵ سال شامل (۴۲ مرد و ۱۱۸ زن) صورت گرفت و نتایج آن نشان داد دینداری به طور کلی رابطه‌ای معنادار و قوی با رفتارهای بهداشتی دارد. با این حال، جهت‌گیری‌های مذهبی بیرونی با کاهش میزان رفتارهای سلامت‌محور همراه بود. در تجزیه و تحلیل رگرسیون نیز وضعیت اشتغال، جنسیت، سن و تحصیل کنترل شد و احساس معنا در زندگی سازنده‌ترین متغیر مرتبط با رفتارهای بهداشتی بود. نتایج حمایتی از این مدل نشان می‌دهد دینداری و احساس معنا در زندگی بر رفتارهایی تاثیر می‌گذارد که به طور کلی بر سلامت جسمی در زندگی موثرند.

حیدرخانی و همکاران (۱۳۹۶) در مطالعه‌ای با عنوان «بررسی ارتباط بین دینداری و سلامت اجتماعی جوانان مناطق حاشیه‌ای شهر کرمانشاه» با استفاده از روش میدانی، تکنیک پیمایش، ابزار پرسشنامه به دنبال پاسخ به این سؤال بودند که آیا بین ابعاد مختلف دینداری و سلامت اجتماعی جوانان ساکن در مناطق حاشیه‌ای ارتباط وجود دارد؟ جامعه آماری پژوهش

1- Hassan

2- Homan & Boyatzis

3- Sense of Meaning in Life

4- Health Behavior

5- Sanctification

آنان را جوانان ۱۵ تا ۲۹ سال مناطق حاشیه‌ای شهر کرمانشاه تشکیل داده‌اند که تعداد ۳۸۴ نفر از آن‌ها را با استفاده از فرمول کوکران به عنوان حجم نمونه مورد بررسی قرار دادند. نتایج تحقیق حاکی از آن است که بین دینداری و ابعاد آن یعنی پیامدی، مناسکی، اعتقادی، تجربی و شناختی با میزان سلامت اجتماعی جوانان ارتباط مثبت و معنادار وجود دارد. نتایج حاصل از مدل معادلات ساختاری نیز نشان داده است که در کل اثر متغیر مستقل دینداری بر سلامت اجتماعی جوانان مناطق حاشیه نشین شهر کرمانشاه به میزان ۰/۵۴ می‌باشد.

کلانتری و حسینی‌زاده آرانی (۱۳۹۴) مطالعه‌ای را با عنوان «بررسی نسبت میان میزان دینداری و سلامت روان با احساس تنهایی» با روش پیمایش انجام داده‌اند. جامعه آماری مورد مطالعه در این تحقیق، کلیه شهروندان بالای ۱۸ سال تهرانی بوده‌اند که ۵۲۴ نفر از آنان به عنوان نمونه انتخاب شده‌اند. یافته‌ها حاکی از آن هستند که میزان دینداری اکثر شهروندان تهرانی در حد متوسط رو به بالا بوده، بالغ بر نیمی از آن‌ها احساس تنهایی را در حد متوسط رو به پایین تجربه کرده و اکثریت آن‌ها از وضعیت سلامت روان مطلوبی برخوردارند. همچنین میان میزان دینداری و سلامت روان با احساس تنهایی رابطه‌ای معنی‌دار و منفی وجود دارد و دینداری و اعتقادات مذهبی افراد تأثیر مثبتی بر سطح سلامت روان آنان بر جای می‌گذارد.

راد و همکاران (۱۳۹۴) تحقیقی را با عنوان «دین و سلامت اجتماعی: بررسی رابطه دینداری با سلامت اجتماعی» با روش پیمایشی و با نمونه‌ای به حجم ۳۴۵ نفر با ابزار پرسش‌نامه در بین دانشجویان دانشگاه پیام نور مرند به انجام رساند. براساس یافته‌های این تحقیق، میزان سلامت اجتماعی اکثریت دانشجویان در سطح متوسط و میزان دینداری آن‌ها در سطح بالا است. یافته‌های حاصل از ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین دینداری و سلامت اجتماعی دانشجویان و همچنین، بین دینداری و ابعاد سلامت اجتماعی (یکپارچگی، پذیرش، مشارکت، انسجام و شکوفایی اجتماعی) رابطه معنی‌دار و مستقیمی وجود دارد که بیشترین شدت همبستگی با بعد انسجام اجتماعی و کمترین همبستگی با بعد شکوفایی اجتماعی می‌باشد. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون این تحقیق نشان داده است که متغیر دینداری ۲۷/۳ درصد از تغییرات سلامت اجتماعی را تبیین می‌کند.

سراج زاده و همکاران (۱۳۹۲) در تحقیقی با عنوان «دین و سلامت: آزمون اثر دینداری بر سلامت در میان نمونه‌ای از دانشجویان» به بررسی رابطه سلامت با برخی از تعیین‌کننده‌های اجتماعی شامل دینداری، سبک زندگی سلامت محور و حمایت اجتماعی پرداخته است. جمعیت آماری این تحقیق را دانشجویان دانشگاه تبریز تشکیل داده‌اند و اطلاعات به وسیله پرسشنامه از نمونه ۳۵۰ نفری جمع‌آوری شده است. نتایج این تحقیق حاکی از آن است که

متغیرهای دینداری، سبک زندگی سلامت محور و حمایت اجتماعی ۳۶/۸ درصد تغییرات سلامت کل، ۱۶/۶ درصد تغییرات سلامت جسمی، ۳۱/۲ درصد تغییرات سلامت روانی و ۳۲/۶ درصد تغییرات سلامت اجتماعی را تبیین می‌کنند. همچنین نتایج بیانگر آن است که از نظر آماری دینداری دارای تاثیر معنادار مستقیم و غیرمستقیم بر سلامت کل است، ولی در ابعاد مختلف سلامت، تاثیر دینداری به شیوه‌های مختلف نمودار می‌شود. دینداری به طور غیرمستقیم و از طریق متغیر سبک زندگی سلامت محور بر سلامت جسمی تاثیر دارد. اثر دینداری بر سلامت اجتماعی به طور غیرمستقیم و از طریق حمایت اجتماعی است. تاثیر دینداری بر سلامت روانی هم به طور مستقیم و هم به طور غیرمستقیم (از طریق حمایت اجتماعی) تایید می‌شود.

## ۲-۲- چارچوب نظری

جامعه‌شناسان و متفکران مختلف در خصوص رابطه بین دین و سلامت، نظریه‌های گوناگونی را ارائه کرده‌اند که بیشتر این نظریات در رهیافت کارکردگرایانه وجود دارد. به رغم اینکه رویکرد کارکردی به دین در میان متفکران پیش از دورکیم<sup>۱</sup> نیز رواج داشته، اما با دورکیم است که این نگرش به سنتی عمیق و فراگیر تبدیل می‌شود. دورکیم در بررسی دین رویکرد کارکردی خویش را به کار گرفته است. هری آلپرت<sup>۲</sup>، پژوهشگر دورکیمی، چهار کارکرد عمده دین را از نظر دورکیم به عنوان نیروهای اجتماعی انضباط بخش، انسجام بخش، حیات بخش و خوشبختی بخش طبقه بندی کرده است. آیین‌های مذهبی از طریق تحمیل انضباط بر نفس و قدری خویشتن داری، انسان‌ها را برای زندگی اجتماعی آماده می‌سازند. تشریفات مذهبی مردم را گرد هم می‌آورند و بدین سان پیوندهای مشترکشان را دوباره تصدیق می‌کنند و در نتیجه همبستگی اجتماعی را تحکیم می‌بخشند. اجرای مراسم مذهبی، میراث اجتماعی گروه را ابقا و احیا می‌کند و ارزش‌های پایدار آن را به نسل‌های آینده انتقال می‌دهد. سرانجام، دین یک کارکرد خوشبختی بخش نیز دارد که با برانگیختن احساس خوشبختی در مؤمنان و احساس اطمینان به حقانیت ضروری جهان اخلاقی‌ای که خودشان جزئی از آنند، با احساس ناکامی و فقدان ایمان در آنها مقابله می‌کند (کوزر<sup>۳</sup>، ۱۳۹۰: ۲۰۰).

بورديو<sup>۴</sup> در تعريف خود از فرايند شكل‌گيري سبک زندگی می‌گوید:

- 1- Durkheim
- 2- Harry Alpert
- 3- Coser
- 4- Bourdieu

«نظام اجتماعی مجموعه‌ای از میدان‌هایی است که بر اساس سرمایه ساخت یافته و طبقه بندی شده و افراد در آن برای کسب بیشتر سرمایه و در نتیجه قدرت به رقابت می‌پردازند. هر فرد بر اساس موقعیت خود در هر میدان و بر اساس ارزیابی و سلیقه خود الگوی رفتاری خاصی را برای دستیابی به سرمایه بیشتر (اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، نمادین) در هر میدان بر می‌گزیند. این الگوها و جلوه‌های عینی آنها سبک‌های زندگی‌اند. اما دین در این مدل سه نوع سرمایه در اختیار دارد. اول، جهان بینی و نظام معنایی این سرمایه فرهنگی را در اختیار افراد قرار می‌دهد. دوم، نظامی نمادین که به پیروان خود سرمایه نمادین می‌بخشد. سوم، دینداری گروهی از پیروان همچون نهاد و سازمانی نسبتاً منسجم است که سرمایه اجتماعی می‌دهد. دین خود میدان است و افراد در آن برای کسب قدرت و سرمایه‌ها به رقابت می‌پردازند» (بورديو، ۱۳۸۱: ۹۳، ۱۷۵). بنابراین از نظر بورديو نیز دین با امکان‌هایی که برای افراد فراهم می‌کند بر سبک زندگی آنها تاثیر گذاشته و می‌تواند در کسب سلامت مورد توجه قرار گیرد.

براون<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۱) معتقدند جمع‌ها مجموعه‌هایی از کنشگران هستند که به واسطه روابطی اجتماعی از قبیل خویشاوندی، کار، مذهب و سیاست با هم پیوند یافته‌اند. هنجارها، ارزش‌ها و دیدگاه‌های اجتماعی مشترک وحدت فکری، گونه‌ای چند فاعلی فراتر از فاعلیت فردی پدید می‌آورند که نوعی جهان‌بینی جمعی ویژه را بازتاب می‌دهد، مفهوم وحدت فکری شبیه مفهوم دیگری تعمیم یافته می‌داند<sup>۲</sup> است، چون این دو مفهوم چکیده‌هایی از چشم اندازهای گروه‌های اجتماعی هستند که در اندیشه فرد وارد می‌شوند، مذهب و ایدئولوژی نمونه‌هایی از چشم اندازهای گروه‌های اجتماعی هستند که دارای اشاراتی ضمنی نسبت به انتخاب‌های سبک زندگی سلامت محور هستند. این موضوع را می‌توان در ترجیحات معمول افراد و گروه‌های بسیار مذهبی دید؛ این افراد و گروه‌ها سبک‌های زندگی سلامت محور مطلوبی دارند؛ زیرا باورهای آنها بر انتخاب‌های غذایی و نیز بی‌رغبتیشان نسبت به نوشیدن الکل و مصرف سیگار تأثیر می‌گذارد؛ درعین حالی که آنها را نسبت به ورزش کردن و رعایت بهداشت شخصی تشویق می‌کنند (به نقل از کاکرهام، ۱۳۹۶). بر اساس این نظریات می‌توان استنباط کرد که دینداری به عنوان یک واقعیت اجتماعی بتواند تعیین کننده سبک زندگی افراد به طور کلی و سبک زندگی سلامت محور به طور خاص باشد، لذا فرضیات زیر را با توجه به این نظریات طرح کرده و به آزمون آنها در ادامه خواهیم پرداخت.

1- Brown

2- Mead



### ۲-۳- فرضیات تحقیق

- بین بعد اعتقادی دینداری و سبک زندگی سلامت‌محور رابطه وجود دارد.
- بین بعد عاطفی دینداری و سبک زندگی سلامت‌محور رابطه وجود دارد.
- بین بعد مناسکی دینداری و سبک زندگی سلامت‌محور رابطه وجود دارد.
- بین بعد پیامدی دینداری و سبک زندگی سلامت‌محور رابطه وجود دارد.
- بطور کلی بین دینداری و سبک زندگی سلامت‌محور رابطه وجود دارد.

### ۳- روش تحقیق

با توجه به کمی بودن این پژوهش و ماهیت موضوع مورد مطالعه روش پیمایش به عنوان روش اصلی این پژوهش انتخاب شده و ابزار مورد استفاده این تحقیق برای گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌های ساختمانند بودند؛ جامعه آماری این تحقیق را مردان و زنان ۱۵-۵۹ سال شهر شیراز تشکیل داده‌اند که طبق گزارش مرکز آمار ایران بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۵، جمعیت ۱۵-۵۹ ساله این شهر برابر با ۱۱۹۷۶۱۱ نفر بوده است که از این جمعیت ۶۰۰۶۱۲ نفر را زنان و ۵۹۶۹۹۹ نفر را مردان تشکیل داده‌اند؛ برای به دست آوردن یک نمونه پایا از جامعه آماری، از فرمول کوکران شده که بر این اساس حجم نمونه ۳۸۴ نفر انتخاب شده است. بعد از تعیین حجم نمونه، با استفاده از روش طبقه‌بندی سهمیه‌ای بر اساس مناطق ده گانه شیراز، به هر منطقه سهمیه‌ای اختصاص داده شد و در نهایت تجزیه و تحلیل بر روی ۳۸۴ پرسشنامه که ۱۹۱ نفر مرد و ۱۹۳ نفر زن آن را تکمیل کرده بودند، انجام شد.

متغیر مستقل این تحقیق دینداری بوده است که جهت سنجش آن از مقیاس گلاک و استارک (۱۹۶۵) استفاده شده است. چهار بعد دینداری که در اینجا بر اساس پرسشنامه گلاک و استارک مورد بررسی قرار گرفته است به قرار زیر است:  
بعد عاطفی یا تجربی: به درک آگاهی مستقیم از واقعیت غایی و عواطف و احساسات مذهبی ناشی از آن، نظیر ستایش، تواضع و ترس مربوط است.  
بعد عقیدتی: شامل اعتقادات خاص به جا مانده از پیروان یک مذهب است که شخص مذهبی باید آنها را بپذیرد.

بعد مناسکی: شامل یک سری اعمال مذهبی خاص است که پیروان یک مذهب انجام می‌دهند.

بعد پیامدی: به تأثیر باورها، تجارب، اعمال و دانش‌های مذهبی بر روی پیروان یک آیین اشاره دارد و رابطه‌ی فرد با دیگران سازد (کلاک و استارک، ۱۹۶۵ به نقل از مردانی و موحد، ۱۳۹۴).

متغیر وابسته این تحقیق نیز سبک زندگی سلامت‌محور بوده است، سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۵) سبک زندگی سالم را تلاش برای دستیابی به حالت رفاه کامل جسمی، روانی، و اجتماعی توصیف کرده است. سبک زندگی سلامت محور شامل رفتارهایی است که سلامت جسمی و روانی انسان را تضمین می‌کنند. در این تحقیق این پرسشنامه دارای ۷۰ گویه بوده و هدف آن ارزیابی ابعاد مختلف سبک‌های زندگی (سلامت جسمانی، ورزش و تندرستی، کنترل وزن و تغذیه، پیشگیری از بیماری‌ها، سلامت روان شناختی، سلامت معنوی، سلامت اجتماعی، اجتناب از داروها و مواد مخدر، پیشگیری از حوادث و سلامت محیطی) بوده است.

جدول ۱: نتایج آزمون ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌ها

| مقیاس            | ابعاد                        | مقدار آلفای کرونباخ |
|------------------|------------------------------|---------------------|
| دینداری          | اعتقادی                      | ۰/۸۴                |
|                  | عاطفی                        | ۰/۷۲                |
|                  | مناسکی                       | ۰/۷۶                |
|                  | پیامدی                       | ۰/۷۱                |
| زندگی سلامت محور | سلامت جسمانی                 | ۰/۸۸                |
|                  | ورزش و تندرستی               | ۰/۸۴                |
|                  | کنترل وزن و تغذیه            | ۰/۷۹                |
|                  | پیشگیری از بیماری‌ها         | ۰/۷۲                |
|                  | سلامت روان شناختی            | ۰/۸۰                |
|                  | سلامت معنوی                  | ۰/۸۳                |
|                  | سلامت اجتماعی                | ۰/۸۲                |
|                  | اجتناب از داروها و مواد مخدر | ۰/۷۹                |
|                  | پیشگیری از حوادث             | ۰/۷۴                |
|                  | سلامت محیطی                  | ۰/۷۶                |

۴- یافته‌های پژوهش

۴-۱- یافته‌های توصیفی

جدول ۲: توصیف فراوانی و درصد متغیرهای جمعیت شناختی پاسخگویان

| ویژگی های نمونه | فراوانی | درصد | ویژگی های نمونه        | فراوانی | درصد |
|-----------------|---------|------|------------------------|---------|------|
| میانگین سنی     | ۲۸/۳    | -    | میانگین تحصیلات پاسخگو | ۱۲/۳۲   | -    |
| جنسیت           |         |      | میانگین تحصیلات والدین |         |      |
| زن              | ۱۹۳     | ۵۰/۳ | تحصیلات پدر            | ۱۰/۲۳   | -    |
| مرد             | ۱۹۱     | ۴۹/۷ | تحصیلات مادر           | ۹/۹۲    | -    |
| وضعیت تأهل      |         |      | طبقه اجتماعی اقتصادی   |         |      |
| مجرد            | ۱۶۳     | ۴۲/۴ | بالا                   | ۲۸      | ۷/۳  |
| متأهل           | ۲۰۲     | ۵۲/۶ | متوسط                  | ۲۳۲     | ۶۰/۴ |
| سایر            | ۱۹      | ۴/۹  | پایین                  | ۱۲۴     | ۳۲/۳ |
| وضعیت اشتغال    |         |      | میانگین درآمد*         |         |      |
| شاغل            | ۱۶۵     | ۴۳   |                        | ۱۳۵۰۰۰۰ | -    |
| غیرشاغل         | ۲۱۹     | ۵۷   |                        |         |      |
| قومیت           |         |      |                        |         |      |
| فارس            | ۳۴۵     | ۸۹/۸ |                        |         |      |
| لر              | ۲۹      | ۷/۵  |                        |         |      |
| ترک             | ۲۱      | ۵/۵  |                        |         |      |
| کرد             | ۷       | ۱/۸۲ |                        |         |      |
| عرب             | ۱۱      | ۲/۸۶ |                        |         |      |
| سایر            | ۷       | ۱/۸۲ |                        |         |      |
|                 |         |      | تعداد                  | ۳۸۴     |      |

\*این متغیر دارای داده گمشده (Missing) می‌باشد.

در جدول شماره (۲) به بررسی متغیرهای جمعیت شناختی تحقیق و تحلیل توصیفی آنها از ۳۸۴ پرسشنامه تکمیل شده در مناطق ده‌گانه شیراز پرداخته‌ایم. همانطور که مشاهده می‌شود، میانگین سن افراد پاسخگو در این تحقیق از تعداد ۳۸۴ نفر پاسخگویی که به طور کامل به گویه‌ها پاسخ داده‌اند، ۲۸/۳ سال می‌باشد، بر طبق داده‌های جدول ۱۹۳ نفر (۵۰/۳ درصد) از پاسخگویان زن و ۱۹۱ نفر (۴۹/۷ درصد) از پاسخگویان را مردها تشکیل داده‌اند، در مورد

وضعیت تأهل افراد پاسخ‌ها حاکی از این است که ۱۶۳ نفر (۴۲/۴ درصد) از پاسخگویان مجرد و ۲۰۲ نفر (۵۲/۶ درصد) از آنها متأهل بوده‌اند و درصد کمی (۴/۹ درصد) از افراد، مطلقه، همسر فوت شده و ... بوده‌اند. اکثریت افراد در این مطالعه غیر شاغل بوده‌اند (۵۷ درصد) و ۱۶۵ نفر یا به عبارتی (۴۳ درصد) از آنها شاغل بوده‌اند. یکی دیگر از متغیرهای جمعیت‌شناختی این تحقیق طبقه اجتماعی- اقتصادی بوده است که بر اساس آن اکثر پاسخگویان (۶۰/۴ درصد) خود را از طبقه متوسط می‌دانند و (۳۲/۳ درصد) خود را از طبقه پایین و تنها (۷/۳ درصد) از آنها خود را از طبقه بالا دانسته‌اند. میانگین سال‌های تحصیلی پاسخگویان نشان می‌دهد که میانگین تحصیلات آنها بیش از والدین آنها است و با وجود اینکه میانگین سال‌های تحصیل مادران ۹/۹۲ سال می‌باشد و میانگین سال‌های تحصیلی پدران ۱۰/۲۳ سال می‌باشد، میانگین سال‌های تحصیلی پاسخگویان ۱۲/۳۲ است. از لحاظ قومیت اکثر پاسخگویان (۸۹/۸ درصد) از قومیت فارس بوده‌اند. در تحلیل توصیفی پاسخگویان بر حسب درآمد همانطور که از یافته‌های جدول (۲) مشخص می‌شود از ۳۱۲ نفر از پاسخگویان که به این سوال پاسخ داده‌اند؛ میانگین درآمد آنها ۱ میلیون و ۳۵۰ هزار تومان می‌باشد.

جدول ۳: توزیع درصدی پاسخگویان بر اساس متغیر دینداری

| متغیر   | کم      |       | متوسط   |       | زیاد    |       |
|---------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|
|         | فراوانی | درصد  | فراوانی | درصد  | فراوانی | درصد  |
| اعتقادی | ۴۰      | ۱۰/۴۱ | ۲۶۰     | ۶۷/۷۰ | ۸۴      | ۲۱/۸۸ |
| عاطفی   | ۱۲۳     | ۳۲/۰۳ | ۲۵۰     | ۶۵/۱۰ | ۱۱      | ۲/۸۶  |
| مناسکی  | ۴۷      | ۱۲/۲۴ | ۲۴۳     | ۶۳/۲۸ | ۹۴      | ۱۲/۲۴ |
| پیامدی  | ۱۱۵     | ۲۹/۹۵ | ۲۱۸     | ۵۶/۷۷ | ۵۱      | ۱۳/۲۸ |

در جدول شماره (۳) به توصیف درصدی پاسخگویان بر اساس متغیر دینداری پرداخته‌ایم که بر این اساس بیشترین فراوانی مربوط به بعد اعتقادی دینداری است که علی‌الرغم تغییراتی که در دینداری در ایران اتفاق افتاده است، منتها در شهر شیراز همچنان ۶۷/۷۰ درصد افراد دینداری اعتقادی خود را متوسط و ۲۱/۸۸ درصد نیز دینداری اعتقادی خود را زیاد گزارش کرده‌اند، در بعد عاطفی دینداری نیز ۶۵/۱۰ درصد از افراد بیان کرده‌اند که به میزان متوسطی دارای دینداری عاطفی می‌باشند. در بعد دینداری مناسکی نیز پاسخ‌ها حاکی از آن است که بیش از ۷۵ درصد از پاسخگویان مشارکت متوسط رو به بالایی در مناسک دینی دارند و این آمار نشان دهنده این است که دین هنوز در شیراز خانه‌نشین نشده است و تعداد زیادی از افراد

در مناسک دینی حضور داشته و مشارکت می‌کنند. در بعد پیامدی دینداری نیز که نشان‌دهنده تأثیر باورها، تجارب، اعمال و دانش‌های مذهبی بر روی پیروان یک آیین است، نتایج توصیفی حاکی از آن است که ۵۶/۷۷ درصد از افراد دارای دینداری پیامدی متوسط هستند و ۲۹/۹۵ درصد از آنان نیز دارای سطح پایینی از این نوع دینداری بوده‌اند.

جدول ۴: توزیع درصدی پاسخگویان بر اساس متغیر سبک زندگی سلامت محور

| متغیر                        | کم      |       | متوسط   |       | زیاد    |       |
|------------------------------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|
|                              | فراوانی | درصد  | فراوانی | درصد  | فراوانی | درصد  |
| سلامت جسمانی                 | ۹۰      | ۲۳/۴۴ | ۲۱۵     | ۵۵/۹۹ | ۷۹      | ۲۰/۵۷ |
| ورزش و تندرستی               | ۷۳      | ۱۹/۰۱ | ۲۱۰     | ۵۴/۶۹ | ۴۱      | ۱۰/۶۸ |
| کنترل وزن و تغذیه            | ۸۳      | ۲۱/۶۱ | ۲۶۲     | ۶۸/۲۳ | ۳۹      | ۱۰/۱۶ |
| پیشگیری از بیماری‌ها         | ۹۳      | ۲۴/۲۲ | ۲۴۶     | ۶۴/۰۶ | ۴۵      | ۱۱/۷۲ |
| سلامت روان شناختی            | ۷۹      | ۲۰/۵۷ | ۲۵۱     | ۶۵/۳۶ | ۵۴      | ۱۴/۰۶ |
| سلامت معنوی                  | ۱۵      | ۳/۹۱  | ۲۰۳     | ۵۲/۸۶ | ۱۶۶     | ۴۳/۲۳ |
| سلامت اجتماعی                | ۴۰      | ۱۰/۴۲ | ۲۸۰     | ۷۲/۹۲ | ۶۴      | ۱۶/۶۷ |
| اجتناب از داروها و مواد مخدر | ۵۱      | ۱۳/۲۸ | ۲۶۳     | ۶۸/۴۹ | ۷۰      | ۱۸/۲۳ |
| پیشگیری از حوادث             | ۶۹      | ۱۷/۹۷ | ۲۹۱     | ۷۵/۷۸ | ۲۴      | ۶/۲۵  |
| سلامت محیطی                  | ۵۴      | ۱۴/۰۶ | ۲۳۱     | ۶۰/۱۶ | ۹۹      | ۲۵/۷۵ |

در جدول شماره (۴) به توصیف درصدی پاسخگویان بر اساس متغیر وابسته این تحقیق یعنی سبک زندگی سلامت محور پرداخته‌ایم، نتایج جداول خروجی حاکی از آن است که بیشترین فراوانی مربوط به بعد سلامت معنوی می‌باشد که از گویه‌هایی نظیر «معتقدم نظام خلقت دارای هدف می‌باشد»، «زندگی‌ام معنا دارد» و «به چیزی عظیم‌تر از خود احساس وابستگی و تعلق دارم» تشکیل شده است. میانگین این بعد ۲/۳۹ از سه می‌باشد، ۴۳/۲۳ درصد از پاسخگویان در پاسخ به گویه‌های این بُعد بیان داشته‌اند که به میزان زیادی با گویه‌های این بعد موافقت، در رتبه بعدی بیشترین فراوانی، بعد سلامت محیطی می‌باشد که ۶۰/۱۶ درصد از افراد موافقت خود را با گویه‌هایی که در مورد این بعد بوده است بیان کرده‌اند، این بعد نیز از گویه‌هایی نظیر «قوطلی‌های آلومینیومی، شیشه‌ها و کاغذها را بازیافت می‌نمایم»، «علاقه‌مند به مسائل محیط زیست (مانند تخریب لایه اوزن، جنگل‌ها و ...) هستم» تشکیل شده است.

اما در سوی دیگر طیف کمترین میزان مربوط به بعد ورزش و تندرستی است که تنها ۱۰/۶۶ درصد از افراد با گویه‌هایی نظیر «حداقل ۳۰ دقیقه در روز و ۳ بار در هفته به ورزش‌های پر نشاط مانند پیاده‌روی می‌پردازم»، «روزانه حداقل ۳۰ دقیقه به فعالیت‌های جسمانی پر نشاط مانند پیاده‌روی سریع می‌پردازم» و «اکثر اوقات فراغت خود را صرف ورزش یا انجام فعالیت‌های بدنی مانند دوچرخه سواری، پیاده‌روی، شنا و ورزش‌های دیگر می‌نمایم» موافق بوده‌اند و ۱۹/۰۱ درصد اذعان کرده‌اند که به میزان کمی این فعالیت‌ها را انجام می‌دهند. ابعاد پیشگیری از بیماری‌ها و پیشگیری از حوادث نیز با میانگین ۱/۸۸ از سه از کمترین‌ها بوده‌اند و نتایج نشان می‌دهد که افراد کمتر به سبک زندگی سلامت محور در خصوص پیشگیری از بیماری‌ها و پیشگیری از حوادث می‌پردازند.

#### ۴-۲- یافته‌های استنباطی

جدول ۵: همبستگی متغیرهای وابسته و مستقل تحقیق

| سبک زندگی سلامت محور |         | متغیر           |
|----------------------|---------|-----------------|
| Sig                  | R       |                 |
| ۰/۰۰۰                | ۰/۱۹۰** | دینداری اعتقادی |
| ۰/۰۰۰                | ۰/۳۵۲** | دینداری عاطفی   |
| ۰/۰۰۰                | ۰/۴۰۱** | دینداری مناسکی  |
| ۰/۰۰۰                | ۰/۴۸۶** | دینداری پیامدی  |
| ۰/۰۰۰                | ۰/۵۰۳** | دینداری کل      |

در جدول شماره (۵) همبستگی بین متغیرهای مستقل و وابسته تحقیق مشاهده می‌شود، بر این اساس همه ابعاد دینداری با سبک زندگی سلامت محور دارای رابطه مثبت و معنادار می‌باشند، در واقع با افزایش دینداری در هر یک از ابعاد شاهد افزایش سبک زندگی سلامت محور خواهیم بود، خروجی‌های آزمون همبستگی بیانگر آن است که بیشترین ارتباط بین دینداری پیامدی و سبک زندگی سلامت محور با میزان ( $r = 0/486$ ) می‌باشد و کمترین ارتباط را دینداری اعتقادی با سبک زندگی سلامت محور داشته است.

نتایج حاصل در جدول (۶) حاکی از آن است که متغیرهای مستقل تحقیق توانسته‌اند، ۲۶ درصد از متغیر سبک زندگی سلامت محور را که در این تحقیق متغیر وابسته است، پیش‌بینی کنند. در واقع این عدد به ما می‌گوید ۲۶ درصد از تغییرات متغیر وابسته تحت تأثیر متغیرهای مستقل تحقیق می‌باشند. حال برای ارزیابی معناداری این نتیجه به جدول آنوا ANOVA

مراجعه خواهیم کرد؛ جایی که میزان معناداری F، این مهم را، برای ما نشان خواهد داد. در واقع معناداری میزان F به ما خواهد گفت آیا کل مدل رگرسیونی به خوبی متغیر وابسته را در جامعه آماری پیش‌بینی می‌کند یا خیر؟ در این تحقیق همان‌گونه که از خروجی‌ها نمایان است، مقدار F (۳۴/۵۴) در سطح خطای کمتر از ۰/۰۵ معنادار است و می‌توان گفت فرض صفر مبنی بر اینکه R چندگانه در جامعه برابر با صفر است، رد می‌شود. اما نباید فراموش کرد که این به معنای معنادار بودن تک تک متغیرهای درون معادله نیست و برای مشخص شدن معناداری تک تک متغیرها باید در جدول ضرایب به معناداری مقدار T نگاه کنیم. بر این اساس نتایج نشان می‌دهد اگر چه بعد عاطفی دینداری دارای تاثیر معناداری بر سبک زندگی سلامت محور نبوده است، اما سایر ابعاد (اعتقادی، مناسکی و پیامدی) تاثیر معنادار بر متغیر وابسته داشته اند. در مرحله آخر برای شناسایی مهمترین متغیرهای موثر بر سبک زندگی سلامت محور به ضرایب استاندارد شده (Beta) نگاه می‌کنیم. نتایج نشان می‌دهد در ازای هر واحد اضافه شدن به انحراف استاندارد بعد پیامدی، به متغیر سبک زندگی سلامت محور به میزان ۰/۳۲۳ انحراف استاندارد افزوده خواهد شد و بنابراین بعد پیامدی دینداری مهمترین متغیر موثر بر سبک زندگی سلامت‌محور می‌باشد. بعد مناسکی و اعتقادی نیز به ترتیب در رتبه‌های بعدی تاثیرگذاری قرار دارند.

جدول ۶: رگرسیون متغیرهای پیش بین سبک زندگی سلامت محور

| آزمون هم خطی |           | آزمون T           |       | ضرایب رگرسیونی |        | متغیر      |
|--------------|-----------|-------------------|-------|----------------|--------|------------|
| VIF          | Tolerance | Sig               | T     | Beta           | B      |            |
|              |           | ۰/۰۰۰             | ۱۲/۶۰ |                | ۱۲۳/۳۵ | مقدار ثابت |
| ۳/۲۲         | ۰/۳۴۱     | ۰/۴۴۱             | ۰/۷۷۲ | ۰/۰۴۴          | ۰/۲۹۳  | عاطفی      |
| ۲/۴۲۱        | ۰/۴۳۲     | ۰/۰۰۸             | ۲/۶۵۱ | ۰/۱۲۷          | ۱/۰۴۰  | اعتقادی    |
| ۱/۲۱۶        | ۰/۵۱۴     | ۰/۰۰۴             | ۲/۸۸۰ | ۰/۱۷۷          | ۱/۷۱۳  | مناسکی     |
| ۲/۷۲۰        | ۰/۶۱۷     | ۰/۰۰۰             | ۵/۰۶۶ | ۰/۳۲۳          | ۱/۶۸۱  | پیامدی     |
|              |           | مجذور R تعدیل شده |       | مجذور R        | R      | خلاصه مدل  |
|              |           | ۰/۲۶۰             |       | ۰/۲۶۸          | ۰/۵۱۷  |            |
|              |           | دوربین واتسون     |       | Sig            | F      | ANOVA      |
|              |           | ۱/۷۳              |       | ۰/۰۰۰          | ۳۴/۵۴  |            |

در نهایت با استفاده از رگرسیون خطی دو متغیره سعی بر آن داشته‌ایم که متغیر دینداری را به صورت کلی به عنوان پیش‌بین سبک زندگی سلامت محور به آزمون بگذاریم که نتایج آن

حاکمی از آن است که این متغیر می‌تواند ۲۵ درصد از واریانس سبک زندگی سلامت محور را تبیین کند و فرضیه تأثیر دینداری بر سبک زندگی سلامت محور معنادار است.

جدول ۷: رگرسیون تأثیر دینداری کل بر سبک زندگی سلامت محور

| آزمون T           |        | ضریب رگرسیونی |        | متغیر      |
|-------------------|--------|---------------|--------|------------|
| Sig               | T      | Beta          | B      |            |
| ۰/۰۰۰             | ۱۳/۵۶۴ |               | ۱۲۲/۹۳ | مقدار ثابت |
| ۰/۰۰۰             | ۱۱/۳۱۸ | ۰/۵۰۲         | ۱/۱۹۳  | دینداری کل |
| مجذور R تعدیل شده |        | مجذور R       | R      | خلاصه مدل  |
| ۰/۲۵۰             |        | ۰/۲۵۲         | ۰/۵۰۲  |            |
| Sig               |        | F             |        | ANOVA      |
| ۰/۰۰۰             |        | ۱۲۸/۰۹۵       |        |            |

## ۵- بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر کاوشی جامعه‌شناسانه برای بررسی رابطه دینداری و ابعاد آن بر سبک زندگی سلامت محور بوده است. این تحقیق با روشی پیمایشی در بین شهروندان ۱۵-۵۹ ساله شهر شیراز صورت گرفته است که با استفاده از فرمول کوکران حجم نمونه مورد نظر ۳۸۴ نفر انتخاب شده است، روش نمونه‌گیری در این تحقیق طبقه‌بندی سهمیه‌ای بوده است و با ابزار پرسشنامه اطلاعات مورد نیاز جمع‌آوری گردیده است.

نتایج توصیفی متغیرهای زمینه‌ای حاکمی از آن است که میانگین سن افراد حاضر در تحقیق ۲۸/۳ سال بوده است ۵۰/۳ درصد از آنان را زنان و ۴۹/۷ درصد را نیز مردان تشکیل می‌داده‌اند، ۵۷ درصد از افراد حاضر در این تحقیق غیر شاغل بوده‌اند و ۴۳ درصد از آنها دارای شاغل بوده‌اند. ۶۰/۴ درصد از افراد حاضر در این تحقیق از طبقه متوسط جامعه بوده‌اند و ۳۲/۳ درصد نیز خود را در طبقه پایین جامعه معرفی کرده‌اند. از لحاظ قومیت اکثر پاسخگویان (۸۹/۸) درصد از قومیت فارس بوده‌اند و میانگین درآمد خود را ۱ میلیون و ۳۵۰ هزار تومان اعلام کرده‌اند.

در تحلیل توصیفی متغیرهای اصلی تحقیق نیز لازم به ذکر است که بیشترین فراوانی مربوط به بعد اعتقادی دینداری است که ۶۷/۷۰ درصد افراد دینداری اعتقادی خود را متوسط و ۲۱/۸۸ درصد نیز دینداری اعتقادی خود را زیاد گزارش کرده‌اند، در بعد عاطفی دینداری نیز ۶۵/۱۰ درصد از افراد بیان کرده‌اند که به میزان متوسطی دارای دینداری عاطفی می‌باشند. در بعد دینداری مناسکی نیز پاسخ‌ها حاکمی از آن است که بیش از ۷۵ درصد از پاسخگویان مشارکت متوسط رو به بالایی در مناسک دینی دارند و در بعد پیامدی دینداری نیز نتایج



توصیفی حاکی از آن است که ۵۶/۷۷ درصد از افراد دارای دینداری پیامدی متوسط هستند و ۲۹/۹۵ درصد از آنان نیز دارای سطح پائینی از این نوع دینداری بوده‌اند. با توجه به این خروجی می‌توان ادعای برخی افراد که از فروپاشی دین در ایران صحبت می‌کنند را مورد تردید قرار داد (حداقل در شیراز به عنوان یکی از کلان شهرهای ایران)، چرا که تعداد زیادی از افراد همچنان دارای دینداری متوسط رو به بالا در اکثر ابعاد هستند، و تنها می‌توان ادعا کرد که دینداری در برخی از ابعاد کاهش و به در برخی از ابعاد دیگر افزایش یافته است. بنابراین می‌توان از ایده تغییر نوع دینداری به جای امحاء یا فروپاشی دین صحبت کرد.

تحلیل‌های توصیفی در خصوص متغیر وابسته یا اصلی تحقیق نیز حاکی از آن است که بیشترین فراوانی مربوط به بعد سلامت معنوی می‌باشد، که میانگین این بعد ۲/۳۹ از سه می‌باشد، ۴۲/۲۳ درصد از پاسخگویان در پاسخ به گویه‌های این بُعد بیان داشته‌اند که به میزان زیادی با گویه‌های این بعد موافقت می‌کنند. این نتیجه گویای سبک زندگی بامعنا و هدفدار در بین پاسخگویان است. در رتبه بعدی بیشترین فراوانی، بُعد سلامت محیطی می‌باشد که ۶۰/۱۶ درصد از افراد موافقت خود را با گویه‌هایی که در مورد این بعد بوده است بیان کرده‌اند. اما در سوی دیگر طیف کمترین میزان مربوط به بعد ورزش و تندرستی است که تنها ۱۰/۶۶ درصد از افراد گویه‌های این طیف به صورت کلی موافق بوده‌اند و ۱۹/۰۱ درصد اذعان کرده‌اند که به میزان کمی این فعالیت‌ها را انجام می‌دهند. بنابراین به نظر می‌رسد عدم انجام فعالیت‌های بدنی و ورزش که توسط سازمان جهانی بهداشت نیز به عنوان تهدیدی برای سلامتی افراد ذکر شده بود در شهر شیراز شایع است و می‌تواند از عوامل خطر باشد. ابعاد پیشگیری از بیماری‌ها و پیشگیری از حوادث نیز با میانگین ۱/۸۸ از سه نیز نشان دهنده میزان توجه کم به این نوع سبک زندگی در بین شهروندان شهر شیراز می‌باشد.

تحلیل‌های استنباطی این تحقیق نیز بیانگر ارتباط قوی دینداری با سبک زندگی سلامت محور بوده است. به گونه‌ای که جدول پیرسون خروجی بیانگر تایید شدن فرضیات تحقیق می‌باشد. از این نظر این تحقیق همسو با تحقیقات (سیپرز و همکاران، ۲۰۱۷؛ کلارک و همکاران، ۲۰۱۸؛ تی و همکاران، ۲۰۱۷؛ حسن، ۲۰۱۵؛ هومان و بویاتزیس، ۲۰۱۰؛ حیدرخانی و همکاران، ۱۳۹۶؛ سراج زاده و همکاران، ۱۳۹۲) بر رابطه دینداری و سبک زندگی سلامت محور صحت داشته است. در این بین بیشترین ارتباط بین دینداری پیامدی و سبک زندگی سلامت محور وجود دارد. در تحلیل رگرسیون نیز این متغیر به عنوان مهمترین متغیر موثر بر سبک زندگی سلامت محور گزارش شده است و با توجه به تاثیری که دینداری پیامدی بر سبک

زندگی سلامت محور دارد می‌توان نتیجه گرفت که هر اندازه دینداری در عمق زندگی افراد جاری شود، تاثیرگذاری آن بر رفتار و سبک زندگی افراد بیشتر خواهد بود.

سایر نتایج تحلیل رگرسیون حاکی از آن است که ابعاد دینداری قادرند ۲۶ درصد از تغییرات متغیر وابسته تحقیق که سبک زندگی سلامت محور بوده است را تبیین کنند و ابعاد (اعتقادی، مناسکی و پیامدی) تاثیری معنادار بر متغیر وابسته داشته‌اند اما دینداری عاطفی اگر چه در آزمون پیرسون دارای ارتباطی مثبت با سبک زندگی سلامت محور بوده است، اما در تحلیل رگرسیون دارای تاثیر نبوده است و این موضوع بخاطر این موضوع است که این بعد کمتر به زندگی اجتماعی و رفتارهای فرد ارتباط دارد و مربوط به درک آگاهی مستقیم از واقعیت غایی و عواطف و احساسات مذهبی است. همچنین شایان ذکر است که نتایج کلی حاصل از تاثیر دینداری کل بر سبک زندگی سلامت محور حاکی از آن است که این متغیر قادر است ۲۵ درصد از تغییرات متغیر وابسته را تبیین کند. بنابراین می‌توان گفت این تحقیق نیز مانند بسیاری از تحقیقات خارج از کشور از جمله (هافمن و لوتز، ۲۰۱۹؛ استروپ و بیکر، ۲۰۱۸؛ لاگو و همکاران، ۲۰۱۷؛ اوتز، ۲۰۱۶؛ موکرجی و ونوگوپال، ۲۰۱۸ و هودیت و همکاران، ۲۰۱۷) بر رابطه بین دینداری و سبک زندگی سلامت محور تاکید می‌کند.

با توجه به نتایج این تحقیق پیشنهاد می‌شود به پتانسیل‌های دین برای بهبود سلامت افراد توسط روحانیون و افرادی که در زمینه مذهب تخصص دارند بیشتر توجه شود، خطبه‌های نماز جمعه، نمازهای یومیه در مساجد، در اجتماعات مذهبی در ایام ماه رمضان و ماه محرم که به واسطه شور مذهبی افراد زیادی دور هم جمع می‌شوند، خطیبان می‌توانند، به ابعادی از دین که با زندگی روزانه افراد سرو کار بیشتری دارد بپردازند و از آن در جهت بهبود سلامت جامعه استفاده کنند.

همچنین پیشنهاد می‌شود بخشی در کتاب‌های آموزشی نیز بخشی با عنوان دین و سلامت افزوده شود و از پیام‌های سلامت محور دین در این حوزه استفاده شود، چنانکه هم نتایج این تحقیق و هم تحقیقات مشابه در جهان اسلام نشان می‌دهد دین اسلام به لحاظ پیام‌های بهداشتی و سلامت غنی و پر مغز می‌باشد.

## منابع

- بوردیو، پیر. (۱۳۸۱). نظریه کنش. ترجمه مرتضی مردیپا، تهران: انتشارات نقش و نگار.

- حبیبی، بینا و ابراهیم پور، داود (۱۳۹۴). رابطه سرمایه اجتماعی و دینداری با احساس ارتباط و پیوستگی با طبیعت نزد دانشجویان دانشگاه آزاد تبریز. *مطالعات جامعه‌شناسی*، ۲۶ (۷)، ۹۸ - ۸۵.
- حیدرخانی، هابیل؛ نوربخش، یونس و قنبری، نوذر (۱۳۹۶). بررسی ارتباط بین دینداری و سلامت اجتماعی جوانان مناطق حاشیه‌ای شهر کرمانشاه. *فصلنامه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، ۳۰، ۳۱-۶.
- خدایاری فرد، محمد؛ شهابی، روح‌الله و اکبری زردخانه، سعید (۱۳۸۸). رابطه دینداری و خودکنترلی با گرایش به مصرف مواد در دانشجویان. *فصلنامه رفاه اجتماعی*، ۳۴ (۱۰)، ۱۱۵-۱۳۰.
- سراج زاده، سید حسین؛ جواهری، فاطمه و ولایتی خواجه، سمیه (۱۳۹۲). دین و سلامت: آزمون اثر دینداری بر سلامت در میان نمونه‌ای از دانشجویان. *جامعه‌شناسی کاربردی*، ۴۹ (۱)، ۷۸ - ۵۵.
- عبدالجباری، مرتضی؛ کرمخانی، مرضیه؛ علیان‌سب، ضیاء‌الدین؛ پور حسینقلی، محمد امین؛ عبادی، معصومه و طبقی، راضیه. (۱۳۹۴). بررسی تأثیر متقابل نماز بر مصرف مواد مخدر، سیگار و الکل در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تبریز. *مجله پژوهش در دین و سلامت*، ۲ (۱۰)، ۴۵ - ۳۶.
- فولادوندی، معصومه؛ تیرگری، بتول؛ ملکیان، لیلا؛ فولادوندی، غلام‌رضا و عزیززاده فروزی، منصوره. (۱۳۹۳). بررسی ارتباط سلامت معنوی با اعتقادات مذهبی در مراجعان مراکز ترک اعتیاد. *مجله فقه پزشکی*، ۲۰ (۲۱)، ۱۷۱-۱۹۹.
- فیروز، راد؛ فاطمه، محمدزاده و حمیده، محمدزاده (۱۳۹۴). دین و سلامت اجتماعی: بررسی رابطه دین‌داری با سلامت اجتماعی (مطالعه موردی: دانشجویان دانشگاه پیام نور مرنده). *دو فصلنامه علوم اجتماعی*، ۱۲ (۲)، ۱۶۸-۱۳۷.
- کاکرهم، ویلیام (۱۳۹۶). نظریه سبک زندگی سلامت‌محور و همگرایی عاملیت و ساختار، ترجمه محمدرضا آتشین‌صدف. *فصلنامه طعم زندگی*، ۶ (۲)، ۶۰ - ۲۷.
- کفاشی، مجید (۱۳۹۴). مدل معادلات ساختاری رابطه مؤلفه‌های دینداری با مؤلفه‌های سلامت اجتماعی دانشجویان. *راهبرد اجتماعی فرهنگی*، ۱۴ (۴)، ۲۳۳ - ۲۱۳.
- کلاتتری، عبدالحسین و حسینی‌زاده آرانی، سیدسعید (۱۳۹۴). دین، سلامت روان و احساس تنهایی بررسی نسبت میان میزان دینداری و سلامت روان با احساس تنهایی (مورد مطالعه: شهروندان تهرانی). *مجله جامعه‌شناسی کاربردی*، ۲۶ (۶۰)، ۴۴ - ۲۵.

- محمودیان، حسین و امیری، محمد (۱۳۹۴). تعیین کننده‌های اجتماعی و جمعیت‌شناختی رفتارهای سلامت جویانه نوجوانان (مطالعه موردی دانش آموزان ۱۲ تا ۱۸ ساله مدارس دولتی شهر تهران). *فصلنامه انجمن جمعیت شناسی ایران*، ۱۰(۲۰)، ۴۷-۹.
- مردانی، مرضیه و موحد، مجید (۱۳۹۴). مطالعه رابطه میان دینداری و عزت نفس زنان متأهل شیرازی. *فصلنامه توسعه اجتماعی*، ۹(۴)، ۸۷-۱۰۶.
- موسوی، رقیه و اکبری زردخانه، سعید (۱۳۸۹). الگوی رابطه دینداری و سلامت روان دانشجویان: تفاوت های جنسیتی. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی*، ۲(۱)، ۱۷۱-۱۵۱.
- Blazer, D. G., Hays, J. C., & Musick, M. A. (2002). Abstinence versus alcohol use among elderly rural Baptists: A test of reference group theory and health outcomes. *Aging & Mental Health*, 6(1), 47-54.
- Clark, E. M., Williams, B. R., Huang, J., Roth, D. L., & Holt, C. L. (2018). A longitudinal study of religiosity, spiritual health locus of control, and health behaviors in a national sample of African Americans. *Journal of religion and health*, 57(6), 2258-2278.
- Cyphers, N. A., Clements, A. D., & Lindseth, G. (2017). The relationship between religiosity and health-promoting behaviors in pregnant women. *Western Journal of Nursing Research*, 39(11), 1429-1446.
- Edlund, M. J., Harris, K. M., Koenig, H. G., Han, X., Sullivan, G., Mattox, R., & Tang, L. (2010). Religiosity and decreased risk of substance use disorders: is the effect mediated by social support or mental health status?. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(8), 827-836.
- Gillum, R. F. (2005). Frequency of attendance at religious services and cigarette smoking in American women and men: the third national health and nutrition examination survey. *Preventive Medicine*, 41(2), 607-613.
- Hart, A., Tinker, L. F., Bowen, D. J., Satia-Abouta, J., & McLerran, D. (2004). Is religious orientation associated with fat and fruit/vegetable intake?. *Journal of the American Dietetic Association*, 104(8), 1292-1296.
- Hassan, S. H. (2015). Effects of religious behavior on health-related lifestyles of Muslims in Malaysia. *Journal of religion and health*, 54(4), 1238-1248.

- Hill, T. D., Burdette, A. M., Ellison, C. G., & Musick, M. A. (2006). Religious attendance and the health behaviors of Texas adults. *Preventive Medicine, 42*(4), 309-312.
- Hoffmann, R., & Lutz, S. U. (2019). The health knowledge mechanism: evidence on the link between education and health lifestyle in the Philippines. *The European Journal of Health Economics, 20*(1), 27-43.
- Holt, C. L., Haire-Joshu, D. L., Lukwago, S. N., Lewellyn, L. A., & Kreuter, M. W. (2005). The role of religiosity in dietary beliefs and behaviors among urban African American women. *Cancer Control, 12*(4\_suppl), 84-90.
- Holt, C. L., Roth, D. L., Huang, J., & Clark, E. M. (2018). Role of religious social support in longitudinal relationships between religiosity and health-related outcomes in African Americans. *Journal of Behavioral Medicine, 41*(1), 62-73.
- Homan, K. J., & Boyatzis, C. J. (2010). Religiosity, sense of meaning, and health behavior in older adults. *The International Journal for the Psychology of Religion, 20*(3), 173-186.
- Hvidt, N. C., Hvidtjørn, D., Christensen, K., Nielsen, J. B., & Søndergaard, J. (2017). Faith moves mountains—mountains move faith: two opposite epidemiological forces in research on religion and health. *Journal of Religion and Health, 56*(1), 294-304.
- Lago, R. C., Abdala, G. A., & Meira, M. D. D. (2017). Religiosity and lifestyle of hypertensive patients in the family health strategy. *Journal of Nursing UFPE, 11*(6), 2604-2611.
- Michalak, L., Trocki, K., & Bond, J. (2007). Religion and alcohol in the US national alcohol survey: how important is religion for abstinence and drinking?. *Drug & Alcohol Dependence, 87*(2), 268-280.
- Moleiro, C., & Rosmarin, D. H. (2016). Calling for awareness and knowledge: perspectives on religiosity, spirituality and mental health in a religious sample from Portugal (a mixed-methods study). *Open Theology, 2*(1), 1-22.
- Morton, K. R., Lee, J. W., & Martin, L. R. (2017). Pathways from religion to health: mediation by psychosocial and lifestyle mechanisms. *Psychology of Religion and Spirituality, 9*(1), 106.
- Mukerjee, S., & Venugopal, A. (2018). Religiosity and health through the decades: is there a gender difference?. *American Journal of Health Promotion, 32*(4), 1028-1041.

- Oates, G. L. (2016). Effects of religiosity dimensions on physical health across non-elderly black and white American panels. *Review of Religious Research*, 58(2), 249-270.
- Rivera-Hernandez, M. (2016). Religiosity, social support and care associated with health in older Mexicans with diabetes. *Journal of Religion and Health*, 55(4), 1394-1410.
- Shiah, Y. J., Chang, F., Chiang, S. K., Lin, I. M., & Tam, W. C. C. (2015). Religion and health: anxiety, religiosity, meaning of life and mental health. *Journal of Religion and Health*, 54(1), 35-45.
- Strawbridge, W. J., Cohen, R. D., Shema, S. J., & Kaplan, G. A. (1997). Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years. *American Journal of Public Health*, 87(6), 957-961.
- Stroope, S., & Baker, J. O. (2018). Whose moral community? Religiosity, secularity, and self-rated health across communal religious contexts. *Journal of Health and Social Behavior*, 59(2), 185-199.
- Tey, S. E., Park, M. S. A., & Golden, K. J. (2018). Religiosity and Healthy Lifestyle Behaviours in Malaysian Muslims: The Mediating Role of Subjective Well-Being and Self-Regulation. *Journal of Religion and Health*, 57(6), 2050-2065.
- World Health Organization. (2016). *World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs sustainable development goals*. World Health Organization.