

«مطالعات جامعه‌شناسی»

سال چهارم، شماره سیزدهم، زمستان ۱۳۹۰

ص ص ۱۸-۷

بررسی رابطه تدین با سلامت (جسمانی، روانی، اجتماعی، معنوی)

از طریق متغیرهای تعدیل‌گر حمایت اجتماعی و عزت نفس -

مطالعه در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز

مجید پورماجد^۱

دکتر صمد صباغ^۲

دکتر محمود علمی^۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۱/۲۴

تاریخ پذیرش نهایی مقاله: ۱۳۹۳/۳/۳۱

چکیده

مطالعه حاضر باهدف تعیین اثر مستقیم و غیرمستقیم تدین بر سلامت انجام شده است، متغیر سلامت در چهار بعد جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی در نظر گرفته شده، اثر غیرمستقیم تدین بر سلامت از طریق متغیرهای حمایت اجتماعی و عزت نفس مورد بررسی قرار گرفته است. برای تبیین رابطه بین متغیرهای مورد مطالعه از نظریه‌های دورکیم، آلپورت، ویلکینسن، پارگامنت و کوپر اسامیت استفاده شده است. مطالعه حاضر در چارچوب روش پیمایش انجام گردیده و اطلاعات لازم از طریق پرسشنامه گردآوری شده است. با استفاده از روش نمونه‌گیری کوکران ۴۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه آزاد تبریز به عنوان نمونه‌ی تحقیق انتخاب شدند. جهت بررسی فرضیه‌های تحقیق از آزمون همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون و تحلیل مسیر استفاده شده است. نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان می‌دهد که بین متغیرهای تدین، حمایت اجتماعی و عزت نفس با سلامت کل در سطح اطمینان ۹۹ درصد همبستگی معنی‌داری وجود دارد. نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره نشان می‌دهد که متغیرهای مستقل ۱۵/۱ درصد تغییرات سلامت کل، ۹/۴ درصد تغییرات سلامت جسمانی، ۲۳/۲ درصد تغییرات سلامت روانی، ۱۲/۷ درصد تغییرات سلامت اجتماعی و ۴۰/۲ درصد از تغییرات سلامت معنوی را تبیین می‌کنند. هم‌چنین نتایج تکنیک تحلیل مسیر بیانگر این مطلب است که تدین بطور مستقیم از نظر آماری تأثیر معنی‌داری بر روی سلامت کل و سلامت

۱. کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز (نویسنده مسئول).

۲. عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز. استادیار گروه علوم اجتماعی، تبریز- ایران.

۳. عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز. استادیار گروه علوم اجتماعی، تبریز- ایران.

اجتماعی ندارد و تاثیر تدین بر این ابعاد صرفاً بصورت غیرمستقیم می‌باشد، این یافته‌ها دلالت‌های نظریه-های کارکردگرا درخصوص اثر مثبت تدین بر حمایت اجتماعی، عزت نفس و سلامت را تایید می‌کند. واژگان کلیدی: تدین، حمایت اجتماعی، عزت نفس، سلامت.

مقدمه

یکی از عمده مسائلی که ذهن آدمی را از ابتدای تاریخ تاکنون به خود مشغول کرده و کنجکاوی وی را برانگیخته، شناخت عوامل موثر در ایجاد بیماری و راه‌های حصول سلامت بوده است. که در این راستا با توجه به رشد فکری بشر در دوره‌های مختلف نظریات متعددی مطرح شده است که از این میان نقش اعتقادات ماورایی و متافیزیکی که بیماری را به خشم خداوند و حلول روح شیطان نسبت می‌دهد از دیگر عوامل پر رنگ‌تر می‌نماید، به طوری که اپیدمی‌ها تا هزاران سال مکافات تبهکاری بشر قلمداد می‌شدند و افراد این بیماری‌های همه‌گیر را بلیه آسمانی می‌پنداشتند که خداوند جهت ریشه‌کن کردن حکام مستبد و گروه مفسدین بر مردم نازل می‌کرد، که در این میان به عنوان نمونه می‌توان از وبا یاد کرد که از شایع-ترین این اپیدمی‌ها در جغرافیای تاریخی ما بود، به طوری که برای مدت‌های طولانی گروهی از مردم مشرق زمین بازگشت به معنویت و خوردن سودهٔ یاقوت (به عنوان نمادی از معنویت) را تنها راه درمان آن می‌دانستند (صائبی، ۱۳۶۸: ۵۲).

در واقع می‌توان گفت که پزشکی نخستین علت و چگونگی ایجاد بیماری و درمان آن را به تبعیت از شامانیزم اولیه در ساختارهای اجتماعی، فرهنگی و متافیزیکی قبیله‌ای جستجو می‌کرد و "افراد هنگامی خود را بیمار می‌پنداشتند که خواسته یا ناخواسته به قواعد اجتماعی قبیله بی‌احترامی کرده باشند" (متین، ۱۳۸۹: ۲۷). در واقع این نگاه کل‌گرا همه‌ی عوامل اجتماعی، فرهنگی، مذهبی و محیطی دخیل در ایجاد بیماری و حصول سلامت را در نظر می‌گرفت؛ اما از زمانی که ذهن منفک‌گرای غربی میان عینیت مادی و ذهنیت ذاتی انسان حجابی قائل شد و تن فردی انسان را از تن اجتماعی‌اش جدا ساخت و ماهیت وجودی بشر، دردها، رنج‌ها و نیازهایش را در دایرهٔ تنگ نظری عاملیت فردی محدود کرد، دوران استیلای پارادایم طب‌زدگی و علم‌زدگی در حوزه درمان و سلامت انسان آغاز گردید، به طوری که در یک دوره تاریخی، هر نوع عامل اجتماعی، فرهنگی، رفتاری و متافیزیکی دخیل در درمان بیماری، یکسره در فلسفه تنگ‌نظری طب‌زدگی مستحیل شد. هرچند در سایه حرکت این جاگرنائوت جدید انسان متمدن توانست به پیشرفت‌های چشمگیری در حوزه درمان و سلامت دست یازد، اما نگاه یک‌جانبه آن از منظر فیزیولوژیک و پاتافیزیولوژیک به بیماری باعث گردید که توجه اصلی این رویکرد بر سلامتی موجودی به نام انسان متمرکز نباشد، دیگر سلامتی فرد بیمار به خودی خود مهم نبود، بلکه آنچه از اهم موضوعات بود تن‌های بیمار شده بود، "در اساس پزشکی نوین دچار تخفیف‌گرایی شدیدی شده بود که بدن را از غیر بدن مجزا

می‌کرد و انسان در عصر صنعت به نمایی از ماشین تعبیر شد که بدون تاثیرپذیری از ساختارهای اجتماعی و عوامل محیطی گاه نیاز به تعمیر و معاینه دارد و این دیدگاه تا جایی رشد کرد که عنوان پزشکی تکنوکراتیک را به خود اختصاص داد^۱ (همان: ۲۸).

بروز مسائلی از این دست و عدم توفیق در تبیین بیماری‌های مزمن، پزشکی نوین را بر آن داشت تا با اعتراف به نگاه تنگ‌نظرانه خود مبنی بر نادیده گرفتن تعیین‌کننده‌های غیر بیولوژیک سلامت، شاخه‌ی جدیدی از پزشکی را تحت عنوان اپیدمیولوژی بیماری‌های مزمن^۱ بنیان نهد (رضائیان، ۱۳۸۹: ۲۷). بر خلاف روزگاران گذشته که اپیدمی‌ها و پاندمی‌های وحشتناک بیماری‌های عفونی هم‌چون وبا، طاعون، سل و بیماری‌های روده‌ای که با کشتار فراوان ترکیب جمعیتی جامعه را دست‌خوش دگرگونی می‌کردند، امروزه بیشترین علل مرگ و میر در جوامع توسعه یافته و در حال توسعه بیماری‌های غیر واگیرمانند ناراحتی‌های قلبی-عروقی، سرطان، دیابت و اختلالات روانی می‌باشند که به طور سرسام‌آوری قربانی می‌گیرند، تغییر فاز این چنین بیماری‌های بشری از امراض عفونی به بیماری‌های مزمن را تحول اپیدمیولوژیک^۲ نامیده‌اند. به طوری که امروزه به دنبال تغییر ماهیت بیماری و شتاخت تاثیرات ساختار اجتماعی بر بیماری‌های بشری، نقش تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت بیش از پیش مورد توجه قرار گرفته است. عواملی که همه‌ی آن‌ها بیانگر این حقیقت‌اند که سلامت ما تنها نتیجه چگونه زندگی کردن ما نیست بلکه از جهان اجتماعی که در آن زندگی می‌کنیم نیز متاثر است، در واقع بیماری صرفاً محصول یک اختلال فیزیولوژیک نیست بلکه انواع مشکلات اجتماعی، ناامنی اقتصادی، درماندگی سیاسی و احساس رضایت از زندگی در ایجاد آن نقش دارند. از سویی بنا به استدلال ویلکینسن عوامل اجتماعی از قبیل حمایت اجتماعی از اصلی‌ترین تعیین‌کننده‌های سلامتی نسبی یک جامعه هستند (گیدنز، ۱۳۸۶: ۲۲۰). در کنار فاکتورهای اجتماعی ذکر شده، یکی از عمده عوامل تاثیرگذار بر سلامت اعضای یک جامعه، میزان پذیرش و ارزیابی مثبت افراد از خود می‌باشد، به طوری که قضاوت مثبت فرد در مورد خویش‌اش را می‌توان به عنوان عاملی حیاتی در ارتقاء سلامت قلمداد کرد، چگونگی حصول عزت نفس حاصله از این قضاوت رابطه تنگاتنگی با عوامل پیرامونی فرد دارد، شبکه‌های اجتماعی که شخص در آنها به ایفای نقش می‌پردازد و نحوه گذران زندگی از سوی وی می‌تواند بر تعریف فرد از خویش‌اش اثربخش باشد و به عنوان عاملی حیاتی در ارتقاء سلامت افراد نقش بازی کند.

اعتقادات ماورایی انسان که امروزه تحت عنوان دین از آن یاد می‌شود، از دیگر عواملی است که تاثیر به‌سزایی در سلامت افراد دارد. از سال‌های پایانی قرن نوزدهم دین به عنوان یک موضوع مهم و اساسی مورد توجه جامعه‌شناسان و روان‌شناسان قرار گرفته است، در طی یک قرن اخیر تاثیر مذهب بر سلامت از سوی نظریه‌پردازانی چون آلپورت، مازلو، جیمز، یونگ، کاتریک و کوینگ مورد مطالعه قرار گرفته و بر اثر مثبت تدین بر سلامت تاکید شده است. با توجه به مطالب ارائه شده رسالت اساسی مطالعه حاضر به بررسی اهمیت نقش تدین در میزان سلامت دانشجویان اختصاص یافته است، هرچند تحقیقات بسیاری از وجود

رابطه‌ای مستحکم و مثبت میان این دو پرده برداشته‌اند، ولی فقدان کنترل و عدم وجود طرحی مناسب در بسیاری از مطالعات انجام شده در این حوزه، درک این رابطه را به شدت محدود کرده است. که در مقاله حاضر به بررسی چگونگی این رابطه پرداخته شده است، به طوری که سعی در یافتن پاسخی به این اندیشه خواهیم بود که آیا تدین فرد می‌تواند به عنوان عاملی تاثیرگذار بر شبکه‌های اجتماعی پیرامونی وی مطرح شود و فرد با جذب حمایت‌های اجتماعی بر چگونگی تعریف خود از خویش‌اش اثرگذار باشد و آیا این که این پروسه در نهایت می‌تواند به ارتقا سلامت شخص منجر گردد؟

اهداف تحقیق

- تعیین اثر مستقیم و غیرمستقیم تدین بر سلامت دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز
- تعیین اثر تدین بر حمایت اجتماعی دریافتی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز
- تعیین اثر تدین بر عزت نفس دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز
- تعیین اثر حمایت‌های اجتماعی بر سلامت دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز
- تعیین اثر عزت نفس بر سلامت دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز
- تعیین اثر حمایت اجتماعی بر عزت نفس دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز.

پیشینه تحقیق

برخی از محققان در مطالعات خود رابطه مثبتی بین تدین و بهزیستی مشاهده کرده‌اند، به این ترتیب که تدین افراد با ایجاد برخی از نگرش‌ها و رفتارهای خاص در پیروان خود ممکن است باعث شادکامی، رضایت از زندگی و بهزیستی کلی آنان گردد، یکی از تحقیقات تجربی موجود در این زمینه کار فرانسیس و کالدور^۳ (۲۰۰۳) است که رابطه بین تدین و سلامت معنوی را در بین ۹۸۹ مسیحی سنجیده‌اند؛ در این تحقیق متغیر تدین از طریق شاخص‌های ایمان به خدا، نماز خواندن و حضور در کلیسا سنجیده شد، محققان پس از تجزیه و تحلیل داده‌ها ضمن کنترل اثر متغیر جنسیت و پایگاه اقتصادی - اجتماعی به این نتیجه رسیدند که هر سه شاخص تدین تبیین‌گر بهزیستی عمومی پاسخگویان می‌باشند.

برخی از محققان به صورت نظری و تجربی اثر تدین بر سلامت جسمانی را مورد توجه قرار داده‌اند، طبق نظریه ی رابین، تدین افراد می‌تواند نقش مثبتی در کاهش ابتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی ایفا کند. وی که رابطه بین استرس، هورمون‌ها، بیماری‌های قلبی و تدین را به طور مفصل مطالعه کرد معتقد است که تدین از طریق کاهش استرس، در مقابل ابتلا به بیماری‌های قلبی نقش محافظتی دارد (Rabin, 1999؛ به نقل از: Benjamins & Finlayson, 2007). پژوهش‌های متعدد صورت گرفته در چند دهه اخیر نقش وجایگاه ویژه‌ای برای مذهب و باورهای دینی و ارتقا سلامت روانی قائل شده‌اند بطوری که بررسی

نشان می‌دهند تدین با سلامت روانی همبستگی مثبت بالایی دارد (برای نمونه: Vest, 2000; Pargament, 1997; Stark, 1994; به نقل از ماهانی، ۱۳۸۵). تحقیقات گسترده‌ای (Berman, 1993; Amberson, 1998; Ren, 1999; به نقل از Sheldon, 2004)، اثر مثبت حمایت اجتماعی و خانوادگی بر سلامت را نشان داده‌اند. طبق نتایج این تحقیقات، کسانی که از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردارند در مقایسه با کسانی که از حمایت اجتماعی کمتری برخوردارند، از سلامت روانی، جسمانی و اجتماعی بیشتری برخوردارند.

مبانی نظری

نظریه‌های گوناگونی که درباب دین بحث کرده‌اند که هرکدام به نحوی در روشن کردن شناخت ما از دین نقش داشته‌اند. اما به نظر می‌رسد که دین پدیده‌ای است که ماهیتی بسیار پیچیده‌تر از آن چیزی دارد که بتوان با هریک از این رهیافت‌ها به شناخت آن دست یافت. بنابراین نظریه‌ای فراگیر و چند بعدی لازم است تا بتواند بینش‌های این رهیافت‌ها را تلفیق کرده و تاثیر متقابل و پیچیده عوامل مختلف از جمله عوامل جامعه‌شناختی و روان‌شناختی را بازگو کند. همان طور که همیلتون (۱۳۸۷: ۲۰۰) بیان می‌کند "نظریه‌های کارکردگرایانه‌ی جدیدتر تا اندازه‌ای در این جهت حرکت کرده‌اند به عبارت دیگر این نظریات با آن که بر کارکردهای اجتماعی دین تاکید دارند ولی همزمان کارکردهای روان‌شناختی آن را هم مورد توجه قرار می‌دهند". در مجموع برطبق رویکرد این نظریه‌پردازان، دین جامعه را متحد، همبستگی اجتماعی را تقویت و انسجام اجتماعی را حفظ می‌کند. دین هم‌چنین یگانگی افراد جامعه را با همدیگر تقویت کرده و جدایی آنان را از اعضای دیگر گروه‌ها تشدید می‌کند، دین می‌تواند زمینه‌های انسجام گروهی را فراهم آورده و افراد را در قالب هم‌کیشانی معتقد به جهان‌بینی و ایدئولوژی خاصی را در برابر سایر اجتماعات متناظر دسته‌بندی نماید. دین با ایجاد یک روح جمعی، شور و شوق مذهبی و گسترش احساسات همگانی از طریق مناسک و مراسم جمعی می‌تواند زمینه‌های لازم برای پیوند میان اعضا و انسجام اجتماعی افراد را فراهم آورده و افراد را در ذیل یک چتر حمایتی واحد گرد هم آورد.

از این رو با اتکا به استدلال‌های موجود درباره کارکرد دین، فرضیه زیر کاملاً پذیرفتنی به نظر می‌رسد که تدین رابطه مثبتی با سلامت دارد؛ در مورد چگونگی تاثیر تدین بر سلامت و تشریح مکانیسم این رابطه برخی از نویسندگان با مطرح کردن حمایت اجتماعی از آن به عنوان یکی از مهم‌ترین دلایل ارتباط بین دین و سلامت یاد می‌کنند، حمایت اجتماعی یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های احساس بهزیستی روان‌شناختی است، از این روی منطقی به نظر می‌رسد که شرکت در فعالیت‌های دینی همراه با جمعیتی هم عقیده، منبعی از رضایت باشد، همراه بودن با افراد دیگر در یک بافت دینی حمایتگر و یاری‌رسان می‌تواند عاملی مهمی در ارتقای سلامت افراد قلمداد شود که با توجه بر تاثیر منفی حمایت اجتماعی بر تنش‌های روانی و سیستم ایمنی این مسئله چندان دور از انتظار به نظر نمی‌رسد، احساس حمایت اجتماعی مبتنی بر دین، برخلاف سایر اشکال حمایت اجتماعی می‌تواند تا آنجا افزایش یابد که بسیاری آن را منبع

عالی‌ترین روابط حمایتی یعنی ارتباط با خدا تلقی کنند، ملوین پولنر درباره اهمیت این ارتباط این چنین استدلال می‌نماید که باور به دوست داشته شدن از سوی خداوند و دریافت حمایت معنوی از این طریق به افزایش عزت نفس افراد منجر می‌شود و باعث ارتقا سلامت آنان می‌شود (Helgston, 2003).

از طرفی ویلکینسن که پیوندهای میان همبستگی اجتماعی و سلامت را مورد بررسی قرار داده، معتقد است افرادی که همبستگی اجتماعی پایینی با جامعه خود دارند توان مقابله با مخاطره‌ها و چالش‌ها را ندارند. افزایش انزوای اجتماعی و ناتوانی در تحمل فشارها سلامتی افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهد. استدلال هیتر گراهام در این مورد این‌گونه است: افرادی که به شبکه‌های اجتماعی دسترسی کمی دارند زمانی که با فشار عصبی حاصل از ناملایمات زندگی مواجه می‌شوند برای کنار آمدن با اوضاع و شرایط دشوار خود به انجام رفتارهای پرخطری مانند استعمال مواد مخدر و مشروبات الکلی روی می‌آورند که در دراز مدت عزت نفس افراد را به چالش می‌کشانند و سلامتی افراد را دچار مخاطره می‌کند. درمقابل افرادی که شبکه‌های گسترده‌تری در جامعه دارند با برخورداری از اعتماد به نفس گرایش کمتری به انجام رفتارهای پر خطر داشته و در نتیجه سالم‌تر هستند (گیدنز، ۱۳۸۶).

از این رو با توجه به استدلال‌های جامعه‌شناسان که مورد بررسی قرار گرفت می‌توان گفت که اولاً تدین با تاثیر مثبت بر حمایت اجتماعی می‌تواند موجب ارتقا سلامت گردد، ثانیاً تدین از طریق حمایت اجتماعی تأثیری مثبت بر چگونگی زندگی افراد و به تبع آن بر عزت نفس آنان دارد و از این طریق باعث ارتقا سلامت افراد دین‌دار می‌گردد.

روش‌شناسی

روش مورد استفاده در این مطالعه پیمایش بوده و جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های کلاک و استارک، نوربک، ویر و کوپر اسمیت استفاده شده است. حجم نمونه آماری با استفاده از فرمول نمونه‌گیری کوکران بدست آمده است، در این فرمول جامعه آماری ۲۷۰۳۷ نفر، دقت احتمالی حدود ۵ درصد و با فرض بیشترین پراکندگی صفات مورد مطالعه، حجم نمونه برابر ۳۸۶ نفر برآورد شده است. با پیش‌بینی خطای برآورد و ریزش احتمالی نمونه حدود ۶ درصد به اندازه نمونه افزوده شد و نهایتاً ۴۰۰ نفر به عنوان نمونه اصلی پژوهش تعیین گردید. بنا بر اقتضای جمعیت مورد مطالعه از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای متناسب (منطبق) استفاده شده است.

تعریف مفاهیم

تدین^۴

تدین عبارت است از التزام فرد به دین مورد قبول خویش، این التزام در مجموعه‌ای از اعتقادات، احساسات، اعمال فردی و جمعی که حول خداوند (امر قدسی) و رابطه ایمانی با او دور می‌زند سامان می‌-

پذیرد (طالبان، ۱۳۸۰: ۹۰). در مطالعه حاضر برای عملیاتی و سنجش تدین از پرسشنامه مستخرج از مدل کلارک و استارک استفاده شده و با قواعد اسلام منطبق شده است، مدل مذکور دارای ابعاد پنج‌گانه اعتقادی، مناسکی، پیامدی، احساسی و شناختی است که در ۱۶ گویه عنوان شده است. ضریب پایایی محاسبه شده برای مقیاس تدین براساس ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۵ بوده است که بیانگر همسازی درونی بسیار مناسب بین گویه‌های مطرح شده در مقاس مذکور می‌باشد.

حمایت اجتماعی^۵

حمایت اجتماعی را می‌توان به عنوان تعاملات یا ارتباطات اجتماعی تعیین کرد که کمک واقعی یا احساس دل‌بستگی به شخص یا گروهی را فراهم می‌کند (Yap & Devilly, 2004). برای سنجش میزان حمایت اجتماعی، تلفیقی از مقیاس چند بعدی حمایت ادراک شده^۶ زیمنت، مقیاس حمایت اجتماعی نوربک و هم‌چنین مقیاس سنجش دوک به کار رفته است که شامل سه بعد حمایت عاطفی، حمایت ابزاری، حمایت ارزشی می‌گردد. ضریب پایایی محاسبه شده برای مقیاس سنجش میزان حمایت اجتماعی برابر با ۰/۷۹ می‌باشد که بیانگر همسازي درونی مناسب بین گویه‌های طرح شده در مقیاس مذکور می‌باشد.

عزت نفس^۷

عزت نفس عبارت است از مقدار ارزشی که فرد به خود نسبت می‌دهد یا این که مقدار ارزشی است که فرد فکر می‌کند دیگران برای او قائلند (شاملو، ۱۳۶۸). در واقع عزت نفس بطور کلی به ارزیابی و قضاوت شخص از خصوصیات خودش اطلاق می‌شود (پاول و دیگران، ۱۳۶۸). در مطالعه حاضر برای عملیاتی کردن و سنجش میزان عزت نفس از مقیاس کوپر اسمیت استفاده شده است، ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس در مطالعه حاضر معادل ۰/۸۶ بدست آمده است که بیانگر همسازي درونی بسیار مناسب بین گویه‌های مطرح شده می‌باشد.

سلامت

سلامت عبارتست از حالت رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی و نه فقط عدم حضور بیماری (WHO, 1948). که در مطالعه حاضر علاوه بر این ابعاد، سلامت معنوی نیز به این طیف افزوده شده است. برای عملیاتی کردن ابعاد جسمانی و روانی سلامت از پرسشنامه فرم کوتاه ۳۶ سوالی پژوهش سلامت ویر^۸ استفاده شده است. بعد جسمانی این مقیاس دارای چهار مولفه سلامت عمومی، عملکرد جسمانی، نقش جسمانی و درد بدنی در نظر گرفته شده است، میزان پایایی به دست آمده برای بعد جسمانی سلامت برابر با ۰/۶۹ می‌باشد که بیانگر همسازي درونی نسبتاً مناسب گویه‌های طرح شده است. برای بعد روانی سلامت نیز در پرسشنامه ویر چهار مولفه عاطفی، سرزندگی، نقش هیجانی و عملکرد اجتماعی در نظر گرفته شده است، ضریب آلفای کرونباخ برای بعد روانی سلامت برابر با ۰/۷۴ می‌باشد که نشان دهنده همسازي مناسب بین گویه‌های مطرح شده است. بعد اجتماعی سلامت نیز با شاخص‌هایی مانند نحوه‌ی ارتباط فرد با دیگران، واکنش‌هایی که فرد در قبال دیگران دارد و به طور کلی چگونگی ارتباطات و تعاملات اجتماعی

عملیاتی شده است، آلفای کرونباخ به دست آمده برای بعد اجتماعی سلامت در این تحقیق برابر با ۰/۷۹ می‌باشد که بیانگر همسازی بسیار مناسب بین گویه‌های مطرح شده است. با در نظر گرفتن تئوری‌های مطرح شده (Boivin 1999)، از سوی اندیشمندان، بعد معنوی سلامت از طریق دو چشم‌انداز سلامت مذهبی و سلامت وجودی عملیاتی شده است که بر چگونگی درک افراد از سلامتی‌شان به هنگام ارتباط با قدرتی برتر و همچنین بر میزان سازگاری افراد با محیط، جامعه و خود فرد تاکید دارد. میزان آلفای محاسبه شده برای این بعد از سلامت برابر ۰/۸۲ می‌باشد که حاکی از پایایی مناسب گویه‌های این بعد می‌باشد. در مطالعه حاضر میزان پایایی نهایی مقیاس سلامت در حالت کل برابر با ۰/۸۵ که حاکی از همبستگی درونی بالای گویه‌های طرح شده است.

یافته‌ها

- بین میزان تدین افراد و میزان حمایت اجتماعی کسب شده از سوی اطرافیان رابطه وجود دارد. مطابق اطلاعات جدول همبستگی، ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای تدین و حمایت اجتماعی برابر با ۰/۴۲۷ می‌باشد که در سطح اطمینان بالاتر از ۹۹ درصد معنی‌دار است، بنابراین فرضیه اول مطالعه حاضر مبنی بر وجود رابطه میان تدین و حمایت اجتماعی مورد تأیید قرار می‌گیرد و فرض صفر رد می‌شود، در واقع با افزایش میزان تدین میزان برخورداری از حمایت‌های اجتماعی نیز افزایش می‌یابد.

- بین میزان تدین افراد و میزان عزت نفس آن‌ها رابطه وجود دارد. بررسی‌های نتایج بدست آمده جدول ضریب همبستگی پیرسون برای دومتغیر فاصله‌ای تدین و عزت نفس حاکی از این امر است که همبستگی معنی‌داری بین این دو متغیر (تدین کل و عزت نفس) وجود ندارد. بنابراین فرضیه دوم مطالعه حاضر رد شده و فرضیه صفر مورد تأیید قرار می‌گیرد.

- بین میزان تدین افراد و میزان سلامتی آن‌ها رابطه وجود دارد. نتایج آزمون همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه تدین با سلامت کل بیانگر این امر است که بین تدین و سلامت کل همبستگی مثبت معنی‌داری وجود دارد، بطوری که ضریب همبستگی پیرسون برای تدین و سلامت کل برابر ۰/۲۰۵ می‌باشد که در سطح اطمینان بالاتر از ۹۹ درصد معنی‌دار است. بنابراین می‌توان گفت فرضیه سوم بررسی حاضر که حاکی از رابطه میان تدین و سلامت می‌باشد مورد تأیید قرار می‌گیرد.

- بین میزان حمایت اجتماعی کسب شده و میزان سلامتی افراد رابطه وجود دارد. مطابق اطلاعات جدول همبستگی، ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای سلامت کل و حمایت اجتماعی برابر با ۰/۳۷۸ می‌باشد که در سطح اطمینان بالاتر از ۹۹ درصد معنی‌دار است، بنابراین فرضیه چهارم مطالعه حاضر مبنی بر وجود رابطه میان سلامت و حمایت اجتماعی مورد تأیید قرار می‌گیرد و فرض صفر رد می‌شود، در واقع با افزایش میزان حمایت اجتماعی جذب شده، میزان سلامت افراد نیز

ارتقا می‌یابد. هم‌چنین حمایت اجتماعی در بین ابعاد سلامت بیشترین همبستگی را با سلامت معنوی دارد.

- بین میزان حمایت اجتماعی کسب شده و میزان عزت نفس افراد رابطه وجود دارد. نتایج آزمون همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه میزان حمایت اجتماعی کسب شده و میزان عزت نفس بیانگر این امر است که بین حمایت اجتماعی و عزت نفس همبستگی مثبت معنی‌داری وجود دارد، به طوری که ضریب همبستگی پیرسون برای حمایت اجتماعی و عزت نفس کل برابر $0/103$ می‌باشد که در سطح اطمینان بالاتر از 95 درصد معنی‌دار است. بنابراین می‌توان گفت فرضیه پنجم مطالعه حاضر که مبنی بر رابطه میان حمایت اجتماعی و عزت نفس می‌باشد مورد تأیید قرار می‌گیرد. در واقع با افزایش میزان حمایت اجتماعی جذب شده میزان عزت نفس افراد افزایش می‌یابد.

- بین میزان عزت نفس افراد و میزان سلامتی آن‌ها رابطه وجود دارد. مطابق اطلاعات جدول همبستگی، ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای عزت نفس و سلامت کل برابر با $0/149$ می‌باشد که در سطح اطمینان بالاتر از 99 درصد معنی‌دار است، بنابراین فرضیه ششم مطالعه حاضر مبنی بر وجود رابطه میان سلامت و عزت نفس مورد تأیید قرار می‌گیرد و فرض صفر رد می‌شود، در واقع با افزایش میزان عزت نفس، میزان سلامت افراد نیز ارتقا می‌یابد. هم‌چنین عزت نفس در بین ابعاد سلامت بیشترین همبستگی را با سلامت اجتماعی دارا می‌باشد.

تحلیل مسیر

علی‌رغم این که نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان از همبستگی مثبت معنی‌دار و مستحکم تدین با سلامت و ابعاد آن دارد اما زمانی که این متغیر (تدین) همراه با متغیرهای مستقل دیگر (حمایت اجتماعی و عزت نفس) در معادله‌ی رگرسیون وارد شد نقش آن بسیار ضعیف و از نظر آماری غیر معنی‌دار شد که بیانگر تاثیر غیرمستقیم تدین بر سلامت می‌باشد. نتایج تکنیک تحلیل مسیر این فرضیه را تأیید می‌کند که بخش قابل توجهی از اثرات تدین بر روی سلامت به طور غیر مستقیم و از طریق متغیرهای حمایت اجتماعی و عزت نفس ایجاد می‌شود. جدول شماره‌ی (۱) اثرات مستقیم و غیر مستقیم تدین و دیگر متغیرهای مستقل را بر سلامت کل نشان می‌دهد.

جدول شماره (۱): مجموع اثرات مستقیم و غیر مستقیم متغیرهای مستقل بر سلامت کل

متغیر مستقل	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	مجموع اثرات مستقیم و غیرمستقیم
تدین (x1)	0/119	0/2293	0/3483
حمایت اجتماعی (x2)	0/073	0/2729	0/3459
عزت نفس (x3)	0/261	-	0/261

نتیجه‌گیری

امروزه با توجه به شناخت تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، عوامل اجتماعی دخیل در ایجاد بیماری و یا حصول سلامت بیش از پیش مورد توجه قرار گرفته است که در این راستا در مطالعه حاضر به بررسی اثرمتغیرهای تدین، حمایت اجتماعی و عزت نفس بر روی سلامت پرداخته شده است تا چگونگی این رابطه را آشکار نماید. نتایج به دست آمده پیرامون میزان سلامت افراد نمونه آماری نشان می‌دهد که میانگین سلامت دانشجویان برابر با $4/27$ (از 6) می‌باشد که در حد نسبتاً مطلوبی قرار دارد که این یافته با نتیجه برخی از مطالعات قبلی همخوانی دارد (برای نمونه: شریفی و همکاران، ۱۳۸۳). درمیان ابعاد سلامت، بعد معنوی بیشترین و بعد روانی کمترین میزان میانگین را به خود اختصاص داده است، به طوری که میانگین سلامت روانی برابر با $3/30$ می‌باشد که بیانگر وضعیت نسبتاً نامناسب سلامت روان در میان دانشجویان است. از طرفی بررسی میانگین تدین در میان دانشجویان نشان می‌دهد که میانگین این متغیر برابر با $4/72$ می‌باشد که نشان دهنده وضعیت مطلوب این متغیر می‌باشد، درمیان ابعاد تدین، تدین اعتقادی با میانگین $5/28$ بیشترین و تدین پیامدی با میانگین $3/65$ کمترین مقدار را به خود اختصاص داده است که این یافته با نتایج تحقیقات سراج‌زاده و پویافر (۱۳۸۶) همخوانی دارد. همچنین بررسی میانگین دیگر متغیرهای مستقل (حمایت اجتماعی و عزت نفس) حاکی از مطلوب بودن میانگین وضعیت این دو متغیر است بطوری که این مقادیر به ترتیب برابر با $4/49$ و $4/71$ می‌باشد. مقایسه تطبیقی یافته‌های این تحقیق با مطالعات معتبر انجام شده نشان می‌دهد که بین نتایج همخوانی‌های بسیاری وجود دارد و نتایج تحقیق حاضر تقریباً همسو با مطالعات قبلی می‌باشد. اما نکته‌ای که در این میان قابل ذکر می‌نماید عدم همخوانی نتایج این مطالعه پیرامون رابطه تدین و عزت نفس با بررسی‌های قبلی انجام شده است، به طوری که در اکثر مطالعات انجام شده (مانند: Pargamert, 2001)، تدین رابطه مثبت و معنی‌دار مستحکمی با عزت نفس دارد، اما در مطالعه حاضر چنین رابطه‌ای مشاهده نشد. هر چند دلایل متعددی می‌تواند باعث رقم خوردن این تفاوت باشد، اما از نظر نگارنده وجود جهت‌گیری بیرونی در انجام کنش‌های دینی در بین دانشجویان باعث شده است که از دین بعنوان یک وسیله و پل ارتباطی جهت نیل به اهداف شخصی هم‌چون کسب منزلت اجتماعی استفاده شود، که این نوع نگرش به هیچ عنوان نمی‌تواند با لایه‌های درونی فرد ارتباط برقرار کند و به افزایش عزت نفس منجر گردد. که این نتایج را می‌توان در ذیل نظریه آلپورت (۱۹۶۶) تبیین کرد، به طوری که وی معتقد است تنها دین درونی شده و انجام کنش‌های دینی صرفاً برای ارتباط با خداوند (و یا هر قدرت برتر دیگری) می‌تواند به ارتقای عزت نفس منجر شود.

دین به عنوان نظامی از بایدها و نبایدها نقش بسیار موثری در تمام جنبه‌های زندگی افراد متدین ایفا می‌کند بطوری که می‌تواند با ایجاد گروه‌های هم عقیده، شخص متدین را در معرض حمایت‌های اجتماعی درون گروهی قرار دهد و به افزایش عزت نفس و ارتقای سلامت وی منجر شود که نتایج تکنیک تحلیل مسیر این فرضیه را به طور کامل تأیید می‌کند. به عبارت بهتر تدین علی‌رغم این که با سلامت کل رابطه

مثبت معنی‌داری در سطح اطمینان بالاتر از ۹۹ درصد داشت، اما در تحلیل رگرسیون نقش آن ضعیف و از نظر آماری غیر معنی‌دار گردید. با توجه به این که کم شدن اثر متغیر تدین بر سلامت و ابعاد آن می‌تواند در نتیجه تاثیر غیرمستقیم آن بر سلامت از طریق متغیرهای حمایت اجتماعی و عزت نفس باشد. با تجزیه و تحلیل نتایج تحلیل مسیر و بررسی اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر سلامت و ابعاد آن مشخص گردید که اولاً: تدین بیشترین اثر را بر سلامت معنوی می‌گذارد، از طرفی تدین رابطه مستقیمی با سلامت روانی و سلامت جسمانی ندارد، از سویی تاثیر نهایی تدین بر سلامت اجتماعی ناچیز می‌باشد ثانياً: با مقایسه اثرات مستقیم و غیرمستقیم تدین در می‌یابیم که در مورد سلامت معنوی و سلامت اجتماعی اثر مستقیم تدین بیشتر از اثر غیرمستقیم آن می‌باشد. اما در مورد سلامت کل اثر مستقیم تدین کمتر از اثر غیرمستقیم آن است و بالاخره این که: از بین متغیرهای مستقل مورد مطالعه در این تحقیق، حمایت اجتماعی بهترین پیش‌بینی کننده سلامت کل، سلامت جسمانی و سلامت روانی بوده است، در مورد سلامت اجتماعی بهترین پیش‌بینی کننده متغیر عزت نفس می‌باشد و در مورد سلامت معنوی تدین به عنوان بهترین پیش‌بینی کننده مطرح می‌باشد.

زیر نویس‌ها

- ¹ Chronic disease epidemiology ² Epidemiologic transition ³ Francis & Kaldor ⁴ Religiosity
⁵ Social support ⁶ Multidimensional scale of perceived social support ⁷ Self-esteem
⁸ SF-36 health survey ware(sf-36)

منابع

- آدام، ف. (۱۳۸۵). *جامعه‌شناسی بیماری و پزشکی*. ترجمه: ل. کتبی. تهران: نشر نی.
- پاول، ه. (۱۳۶۸). *رشد شخصیت کودکان*. تهران: نشر مرکز.
- تورس، ک. (۱۳۸۶). معنویت، دین و بهداشت. *مجله‌ی نقد و نظر*. سال ۹، شماره‌های ۱ و ۲، صص ۲۱۵-۱۶۷.
- رضائیان، م. (۱۳۸۹). *فقر و سلامت*. کرمان: نشر نویسنده.
- سراج‌زاده، ح. (۱۳۷۸). نگرش‌ها و رفتارهای دین‌نویسانان تهران و دلالت‌های آن برای نظریه سکولار شدن. *فصلنامه‌ی نمایه‌ی پژوهش*. سال دوم، شماره‌ی ۸ و ۹، بهار و تابستان.
- سراج‌زاده، ح. (۱۳۸۶). مقایسه تجربی سنجه‌های دین‌داری: دلالت‌های روش‌شناسانه کاربرد سه سنجه در یک جمعیت. *مجله جامعه‌شناسی ایران*. دوره هشتم، شماره ۴، صص ۷۳-۷۱.
- شاملو، س. (۱۳۷۹). *روان‌شناسی بالینی*. تهران: نشر رشد.
- شریفی، ط. (۱۳۸۳). نگرش دینی، سلامت عمومی و شکیبایی در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی اهواز. *مجله‌ی اندیشه و رفتار*. سال ۱۱، شماره‌ی ۱، صص ۸۹-۸۹.
- صائبی، م. (۱۳۶۸). *بیماری‌های عفونی در ایران*. نشر: انتشارات دانشگاه تهران.
- طالبان، م. (۱۳۷۷). سنجش دین‌داری جوانان. *فصلنامه پژوهش*. شماره ۷ و ۸.

- گنجی، ح. (۱۳۷۶). روان‌شناسی تجربی کاربردی. تهران: انتشارات بعثت.
- گیدنز، آ. (۱۳۸۶). جامعه‌شناسی. ترجمه: حسن چاوشیان. تهران: نشر نی.
- ماهانی، ک. (۱۳۸۵). نقش دین در ارتقاء سلامت روانی. مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان. متین، پ. (۱۳۸۹). انسان‌شناسی در پزشکی. انتشارات سفیر اردهال.
- ویکلینسون، ر. (۱۳۸۳). تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت: حقایق مسلم. ترجمه: ف. راهروی. انتشارات سیمین‌دخت.
- همیلتون، م. (۱۳۸۷). جامعه‌شناسی دین. ترجمه: م. ثلاثی. تهران: نشر ثالث.
- Allport, G. W. (1966). The religion context of prejudice. **Journal for the scientific study of religion**. 5, 447-457.
- Benjamins, M. R., Finlayson, M. (2007). Using religion services to improve health. **Journal of Aging and Health**. 19 (3): 537-553, sage publications.
- Bercman, L. F., Vaccarino, V. Seman, T. (1993). gender differences in cardio vascular morbidity and mortality: the contribution of social networks and social support. **Annals of behavior all medicine**. 15, 112-118.
- Boivin, MJ. (1999). **Spiritual well-being scale. Measures of religiosity**. Birmin gham, religion education press, pp: 382-385.
- Francias, L. J., Kaldor, p. (2002). The relationship between Psychological Well-being and Christian Faith and Practice in an Australian Population sample. **journal for the scientific study of religion**. 41 (1): 179-184.
- Helgston, v. s. (2003). Social support and quality of life. **Quality of life research**. 12 (1): 25-31.
- Koeing, HG & Mccullough, L. (2001). **Hand book of religion and health**. Oxford press.
- Pargamert, K. L (2001). religiose predictor of morality among medically. **elderly patient journal of psychiatry**. Vol, 161: 1881-1885.
- Sheldon, C. (2004). Social relationship and Health. **American psychologist**. 59: 676-684.
- Ware, J. (2000). **SF-36 health survey update, Spiner**. 25: 3130-3139.
- Yap, M. Devilly, G. (2004). **The role of perceived social support in crime victimization clinical psychology review**. 24: 1-14.