مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا | سال دهم | شماره ۲ | تابستان ۱۳۹۹

مقاله پژوهشی

# بررسی رابطه بین تعهد مذهبی با تعهد به رفتارهای بهداشتی با رویکرد سبک زندگی اسلامی

**پژمان باقری[۱]، زهرا اکبرزاده[۲]، زهرا ملکی[۲*]**

۱- گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران

۲- گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۱۱/۲۵ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۰۲/۱۴

## چکیده

**زمینه و هدف:** انسان‌های امروزی از نوعی عدم تعهد مذهبی در کنار بحران سلامتی رنج می‌برد. مطالعه حاضر به‌منظور بررسی ارتباط بین تعهد مذهبی با تعهد به رفتارهای بهداشتی باهدف برجسته کردن نقش بحران معنویت در بحران سلامتی انجام پذیرفته است.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه به‌صورت مقطعی انجام گردید و ۳۱۰ نفر از جمعیت بالای ۱۸ سال شهرستان فسا، به روش تصادفی انتخاب شدند و پرسشنامه استاندارد تعهد مذهبی ورتینگتون و ابزار محقق ساخته تعهد رفتار بهداشتی برای آن‌ها تکمیل گردید. در پایان کلیه داده‌ها با استفاده از آزمون رگرسیون خطی چندگانه و ضریب همبستگی پیرسون با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۲ و STATA نسخه ۱۳ تحلیل شدند.

**نتایج:** نتایج آزمون رگرسیون خطی چندگانه نشان داد نسبت شانس خام و تعدیل‌یافته تعهد مذهبی در پیشگویی میزان تعهد بهداشتی به ترتیب ۱/۵۳ و ۱/۶۸ است. از بین ۴ متغیر مستقل، تحصیلات، جنس و شغل پیشگویی‌کننده‌های خوبی برای متغیر تعهد بهداشتی نبودند (P>۰/۰۵) و فقط متغیر سن اثرگذار بود (P<۰/۰۵).

**نتیجه‌گیری:** به نظر می‌رسد در شرایط فعلی جامعه، میزان تعهد به رفتارهای بهداشتی برآیندی از میزان تعهد به رفتارهای مذهبی و عوامل دیگر است. لذا نباید در آسیب‌شناسی رفتارهای بهداشتی از نقش ترکیبی میزان تعهد مذهبی و سایر عوامل غافل شد.

**کلمات کلیدی:** مذهب، پزشکی، بهداشت، معنویت

## مقدمه

در فرهنگ اسلامی سخت‌ترین و ناگوارترین بیماری‌ها، مرض قلب یا بیماری دل اطلاق شده است؛ در توجیه این مهم آمده مادامی‌که روح و دل فردی به این بیماری گرفتار شد از شنیدن حقایق عاجز می‌شود و این بدترین وضعیتی است که یک انسان پیدا می‌کند؛ خواه این حقایق، روحانی باشد خواه جسمانی (۱، ۲). مسئله بهداشت یکی از مهم‌ترین حقایق مرتبط با سلامت جسمانی است. بهداشت در لغت به معنای نیکو نگاه‌داشتن، تندرستی و حفظ صحت تعریف‌شده است که در مفهوم علمی خود، معنایی جامع‌تر و وسیع‌تر از نبود بیماری جسمی دارد (۳).

در فرهنگ اسلام، رعایت بهداشت فردی و محیطی گامی در مسیر عبادت و جلب رضای خداوند است که در راستای توسعه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی هم است (۴). در رویکرد اسلامی نیز، بهداشت عبارت است از بهره‌مندی فرد از وضعیت مطلوب جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی به‌گونه‌ای که برای او امکانی فراهم سازد تا بتواند به یک زندگی خلاق، رضایت‌بخش و سعادتمند دست یابد (۵).

تعهد مذهبی نشان می‌دهد که یک فرد تا چه حد درگیر امور مذهبی است که دارای ۲ زیرشاخه درون فردی و میان فردی است که تعهد مذهبی درون فردی شامل ارزش‌گذاری فردی به باورهای مذهبی و پایبندی و وفاداری به مقدسات است و تعهد مذهبی میان فردی به تمایل رفتاری افراد برای شرکت کردن در

*نویسنده مسئول: **زهرا ملکی**، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران

Email: maleki5146@gmail.com

https://orcid.org/0000-0001-6919-9239

فعالیت‌های مذهبی گفته می‌شود (۶). همچنین تعهد رفتار بهداشتی به تقید و الزام فردی به رفتارهای بهداشتی به‌منظور پیشگیری از بیماری یا حفظ سلامتی گفته می‌شود (۷).

به عقیده پترسون و سلیگمن، معنویت، ارتباط خصوصی و صمیمی بین انسان و خدا است که شاید بتوان از آن به‌نوعی احساس تعهد و پایبندی در رابطه خود باخدا تعبیر کرد (۸). در مطالعه‌ای که درزمینه‌ی تعهد به رفتار اجتماعی سلامت‌محور انجام شد، به این نتیجه رسیدند که رفتار سنجیده و درست با همسران که مورد تأکید اسلام است، می‌تواند عامل مهمی در تقویت بردباری در برابر ناملایمات زندگی باشد. بر این اساس احتمال می‌رود که در خانواده‌های مذهبی‌تر نارضایتی زناشویی که پیامدهای سلامتی عدیده‌ای دارد، کمتر باشد. هرچند جامعه ما وارد جریان صنعتی شدن شده است، اما در کنار این تغییر و تحولات، اعتقادات و ارزش‌های مذهبی نقش خود را حفظ کرده‌اند و به‌عنوان نیرویی نظارت‌کننده در جهت نظارت بر رفتار افراد جامعه ایفای نقش می‌کنند (۶، ۹، ۱۰). در جای دیگری هوکر و همکاران نشان داده‌اند که خوش‌بینی و امیدواری رابطه معناداری با سلامت روانی دارند (۱۱، ۱۲). همچنین در یک بررسی فرا تحلیلی که درباره ارتباط میان باورها و اعمال مذهبی با بهداشت روان و کارکرد اجتماعی بود، به این صورت گزارش کردند که مذهب از طریق بالا بردن توانایی مقابله با استرس، ایجاد فضای حمایت اجتماعی و ایجاد امید و خوش‌بینی بر سلامت روان تأثیر مثبتی می‌گذارد (۱۳). دین‌داری با سبک‌های هویتی افراد ارتباط تنگاتنگی دارد و افرادی با سبک‌های هویتی موفق، تعهد بیشتری به باورهای مذهبی دارند که یا خود بر اساس کاوش‌های شخصی به آن‌ها دست پیداکرده‌اند و یا از دیگران این مهم را کسب کرده‌اند (۱۴). در نظام بهداشت و سلامتی اسلام، مواظبت و پیشگیری از آسیب‌ها و آلودگی‌ها واجب دانسته می‌شود؛ به‌گونه‌ای که ابعاد مختلف فردی ـ اجتماعی، در قالب وظایفی همچون رعایت بهداشت تغذیه، سلامت جسمی، روحی و جنسی تنظیم می‌کند و در اختیار جامعه بشری قرار می‌دهد (۱۵، ۱۶). در اسلام، احادیث فراوانی از بزرگان دین، جهت حفظ صحت و تقویت بدن و پرداختن به آن، واردشده است. همچنین رهنمودهای فراوانی درباره استحمام و نظافت و مسواک زدن، تشویق به کم خوری، نهی از پرخوری، خوردنی‌های حلال و حرام، خواص گیاهان، میوه‌ها و سایر خوراکی‌ها و سایر دستورات بهداشتی، بیان‌شده است. که توجه و تعهد به آن‌ها ارتقاء تندرستی را در پی خواهد داشت (۱۷، ۱۸).

اگرچه جهان در قرن حاضر به‌حداعلای توسعه‌یافتگی بهداشتی دست‌یافته است، اما همچنان رفتار، مهم‌ترین عامل مرگ‌ومیر و بیماری به شمار می‌رود و این موضوع به این معناست که رفتار افراد از رفتار صحیح معطوف به‌سلامتی و بهداشت انحراف دارد و احتمالاً یکی از دلایل این انحراف، عدم تعهد و تقید به مبانی دینی و رفتارهای بهداشتی توصیه‌شده در مذاهب است؛ اما از طرفی علی‌رغم توسعه روزافزون علم آموزش بهداشت و آموزش‌های بهداشتی در ابعاد وسیع؛ همچنان شاهد رشد روزافزون رفتارهای ناسالم و بی‌توجهی به موازین بهداشتی در جوامع مختلف هستیم که در کنار بحران معنویتی که در قرن حاضر گریبان گیر همه دنیا شده است می‌تواند فرضیه ساز نوعی ارتباط بین بی‌توجهی به موازین دینی و بی‌توجهی به موازین بهداشتی توصیه‌شده در ادیان باشد و ازآنجاکه کمیت پژوهش‌ها درزمینه‌ی بررسی وضعیت میزان تعهد به موازین اخلاقی و مذهبی در جوامع امروزی با میزان تعهد و تقید به انجام رفتارهای بهداشتی موردنظر مذهب بسیار نادر است بر آن شدیم تا به بررسی ارتباط بین میزان تعهد مذهبی با میزان التزام به رفتارهای بهداشتی با محوریت سبک زندگی ایرانی - اسلامی در نمونه‌ای از جمعیت شیعی جنوب ایران بپردازیم.

## مواد و روش‌ها

این مطالعه مقطعی، به بررسی ارتباط بین تعهد مذهبی با تعهد به رفتارهای بهداشتی در نمونه‌ای از جمعیت شهرستان فسا در جنوب استان فارس در سال ۱۳۹۵ پرداخته است. جامعه هدف این مطالعه، کلیه جمعیت بالای ۱۸ سال شهرستان فسا بودند که به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و بررسی گردیدند. به‌منظور تعیین حجم نمونه از نتایج مطالعه نوابخش و همکاران که میزان پایبندی مذهبی گروهی از دانشجویان را بررسی کرده بودند، استفاده گردید که ۲۸ درصد از دانشجویان از میزان پایبندی پایینی برخوردار بودند (۱۹). بر این اساس با در نظر گرفتن حداکثر خطای ۵ درصد و سطح اطمینان ۹۵ درصدی حداقل حجم نمونه ۳۰۹ نفر محاسبه گردید که درنهایت ۳۱۰ نفر مورد پرسشگری قرار گرفتند. معیار اصلی ورود به مطالعه برخورداری از سن بالای ۱۸ سال و مذهب شیعه بود که به دلیل

نهادینه شدن نسبی رفتارهای بهداشتی و مذهبی در این سن و به عبارتی ورود به سن قانونی تعیین گردید.

به‌منظور بررسی تعهد مذهبی از پرسشنامه استاندارد ورتینگتون و همکاران (RCI-10) استفاده‌شده است. پرسشنامه تعهد مذهبی ورتینگتون و همکاران در سال ۲۰۰۳ ساخته‌شده و از ۱۰ گویه تشکیل‌شده است که به‌منظور سنجش میزان تعهد مذهبی افراد به کار می‌رود (۲۰). شرکت‌کنندگان در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای میزان موافقت یا مخالفت خود را با هریک از گویه ها مشخص می‌سازند. در این پژوهش منظور از نمره استاندارد تعهد مذهبی نمره‌ای است که فرد به سؤالات ۱۰ گویه‌ای پرسشنامه ورتینگتون می‌دهد. نمره‌گذاری پرسشنامه به‌صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است که برای گزینه‌های «کاملاً مخالفم»، «مخالفم»، «نظری ندارم»، «موافقم» و «کاملاً موافقم» به ترتیب امتیازات ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ در نظر گرفته می‌شود. لذا دامنه نمرات برای هر فرد بین ۱۰ تا ۵۰ در نوسان است. به عبارتی نمرات بین ۱۰ تا ۲۰ به‌عنوان میزان تعهد مذهبی ضعیف، نمرات بین ۲۰ تا ۳۰ به‌عنوان میزان تعهد مذهبی متوسط و نمرات بالاتر از ۳۰ به‌عنوان میزان تعهد مذهبی قوی در نظر گرفته می‌شود. در مطالعه شفیعی عربی در رابطه با سنجش پایایی پرسشنامه مذکور، ضریب آلفای کل آزمون ۰/۹۳ و در زیر مقیاس تعهد مذهبی میان فردی ۰/۸۷ و تعهد مذهبی درون فردی ۰/۹۲ گزارش‌شده است که حاکی از همسانی درونی مطلوب آزمون است. ضریب پایایی پرسشنامه تعهد مذهبی با استفاده از روش باز آزمایی در فاصله سه هفته برای کل آزمون ۰/۸۷ و زیرمقیاس تعهد مذهبی درون فردی ۰/۸۶ و میان فردی ۰/۸۳ بوده است. همچنین در مطالعه مذکور به مناسب بودن شاخص‌های روایی سازه و ملاکی این پرسشنامه نیز اشاره‌شده است (۲۱). به‌منظور سنجش تعهد به رفتارهای بهداشتی و یا به عبارتی تقید و الزام فردی به رفتارهای بهداشتی و قانونمندی در این زمینه نیز از پرسشنامه‌ای محقق ساخته که مشتمل بر ۴۶ سؤال و ۴ بخش بهداشت غذایی، بهداشت فردی، بهداشت عمومی و بهداشت روانی بود استفاده گردید. نمره‌گذاری پرسشنامه به‌صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای بود که برای گزینه‌های «خیلی کم»، «کم»، «متوسط»، «زیاد» و «خیلی زیاد» به ترتیب امتیازات ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ در نظر گرفته شد. دامنه امتیازات نهایی هر پرسشنامه بین ۴۶ تا ۲۳۰ متغیر بود. با توجه به پیروی نمرات نهایی شرکت‌کنندگان از توزیع نرمال که به‌وسیله آزمون کولموگروف اسمیرنوف تعیین گردید و بر اساس قانون ±۲ انحراف معیار از میانگین افراد به گروه‌های ضعیف، متوسط و قوی ازنظر تعهد به موازین بهداشتی دسته‌بندی شدند. در تدوین ساختار و محتوای این پرسشنامه از منابع مختلف ازجمله متون اسلامی و سنتی، نظرات کارشناسان و کتب تخصصی استفاده گردید. روایی صوری ابزار بر اساس نظرات ۱۰ نفر از اساتید متخصص رشته بهداشت بررسی و تأیید گردید. برای تعیین خصوصیات پایایی آن نیز با استفاده از آزمون ضریب آلفای کرونباخ مبتنی بر پیمایش پرسشنامه بر روی ۳۰ نفر از جامعه هدف شهرستان قابلیت اعتماد ۰/۹ گزارش گردید. همچنین از روش تنصیف نیز همبستگی بین دو بخش پرسشنامه مذکور بالای ۰/۸۵ گزارش گردید. ضمن پرسشگری‌های فوق برخی مشخصات جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان مشتمل بر سن، جنس، شغل، سواد و وضعیت تأهل به‌عنوان متغیرهای مخدوش گر احتمالی ثبت گردیدند. به‌منظور تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از دو روش آمار توصیفی و استنباطی با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۲ و STATA نسخه ۱۳ استفاده گردید. برای تعیین ارتباط تعهد رفتار بهداشتی و تعهد مذهبی افراد و پیش‌بینی میزان تعهد به رفتارهای بهداشتی بر اساس تعهد به رفتارهای مذهبی از تحلیل رگرسیون خطی چندگانه و ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید. قبل از انجام آزمون رگرسیون خطی نیز نرمال بودن توزیع مقادیر، موردبررسی و تأیید قرار گرفت. همچنین در ادامه به‌منظور بررسی نقش واسطه‌گری متغیرهای جمعیت شناختی در فرایند ارتباطی متغیرهای اصلی موردمطالعه و تعیین سهم واقعی تعهد مذهبی در پیشگویی تعهد رفتار بهداشتی با کنترل متغیرهای مداخله‌گر از تحلیل رگرسیون خطی چندگانه استفاده گردید. به‌منظور انجام این آزمون متغیرهای جنس، تحصیلات و شغل همگی به متغیرهای دوسطحی ۰ و ۱ تبدیل شدند. در مطالعه حاضر مشخصات فردی افراد لحاظ نگردید و هیچ‌گونه اجباری برای شرکت در مطالعه وجود نداشت در ضمن رضایت آگاهانه کلیه شرکت‌کنندگان قبل از تکمیل پرسشنامه اخذ گردید. در کلیه مراحل انجام تجزیه‌وتحلیل داده‌ها، سطح معنی‌داری آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

## نتایج

در این مطالعه ۳۱۰ نفر مشتمل بر (۱۴۲) ۴۶/۱ درصد مرد و

(۱۶۸) ۵۳/۹ درصد زن شرکت داشتند. میانگین سنی کلی نمونه‌ها ۱۱/۴± ۳۴/۱۳ و حداقل و حداکثر سن ۱۸ و ۶۵ سال بود و بیشترین گروه سنی دخیل در مطالعه گروه ۲۵ ساله بود. در رابطه با شغل شرکت‌کنندگان ۲۷/۳ درصد خانه‌دار، ۴۵/۷ درصد شاغل، ۱۷/۳ درصد بیکار و ۹/۷ درصد بازنشسته بودند. همچنین به لحاظ تحصیلات ۰/۷ درصد بی‌سواد، ۶۱ درصد دیپلم و زیر دیپلم و ۳۸/۳ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی بودند.

میانگین نمرات شرکت‌کنندگان در دو بخش پرسشنامه تعهد به رفتار بهداشتی و تعهد مذهبی در جدول ۱ آمده است. در بخش نمرات تعهد مذهبی با توجه به تقسیم‌بندی ذکرشده، مشخص گردید که ۵۰ درصد شرکت‌کنندگان دارای میزان تعهد مذهبی ضعیف (کمتر از ۲۰)، ۳۹/۴ درصد متوسط (۳۰-۲۰) و ۱۰/۶ درصد دارای تعهد مذهبی بالا (بالای ۳۰) بودند. در بخش تعهد به رفتارهای بهداشتی نیز با توجه به پیروی توزیع نمرات از توزیع نرمال بر اساس تقسیم‌بندی ۲± انحراف معیار از میانگین مشخص گردید دامنه نمرات نرمال بین ۱۷۱/۰۲- ۹۳/۲۲ است. بر این اساس ۳/۵ درصد نمونه‌ها دارای میزان تعهد بهداشتی ضعیف (کمتر از ۹۳/۲۲) و ۹۶/۵ درصد دارای تعهد بهداشتی مطلوب (بالاتر از ۹۳/۲۲) بودند.

توزیع پراکندگی پاسخ به هر یک از سؤالات پرسشنامه‌های تعهد رفتارهای بهداشتی و مذهبی در جدول ۲ و ۳ آمده است.

**جدول ۱**- مشخصات توصیفی توزیع نمرات شرکت‌کنندگان (تعداد کل =۳۱۰)

| آماره‌ها | نمره کل تعهد مذهبی | نمره کل تعهد بهداشتی |
|---|---|---|
| میانگین و انحراف معیار | ۸/۲۹ ± ۲۱/۹۴ | ۱۹/۴۵±۱۳۲/۱۲ |
| میانه | ۲۰/۵ | ۱۳۴ |
| نما | ۱۹ | ۱۳۵ |
| حداقل | ۱۰ | ۵۱ |
| حداکثر | ۵۰ | ۱۷۵ |

**جدول ۲**- توزیع پراکندگی پاسخ به سؤالات پرسشنامه رفتارهای بهداشتی

| سؤال | خیلی کم (٪) | کم (٪) | متوسط (٪) | زیاد (٪) | خیلی زیاد (٪) |
|---|---|---|---|---|---|
| ۱- چه مقدار از وقت خود را به خواندن کتاب اختصاص می‌دهید؟ | ۴۱/۳ | ۴۱ | ۱۲/۶ | ۳/۵ | ۱/۶ |
| ۲- در امور مختلف زندگی و روزمره شما چقدر تعصب و پیش‌داوری در مسائل مختلف وجود دارد؟ | ۱۴/۸ | ۴۲/۹ | ۲۷/۱ | ۱۱/۶ | ۳/۵ |
| ۳- معمولاً چقدر سعی می‌کنید استعدادها و نقاط قوت و ضعف خود را بشناسید؟ | ۳/۵ | ۱۹ | ۵۰/۳ | ۲۵/۵ | ۱/۶ |
| ۴- تا چه حد در رفتارتان با دیگران صداقت دارید؟ | ۰/۶ | ۱۱ | ۳۷/۱ | ۴۶/۱ | ۵/۲ |
| ۵- واقعاً تا چه حد می‌توانید بر اضطراب و نگرانی‌های خود تسلط داشته باشید و به خدا توکل کنید؟ | ۵/۸ | ۳۰ | ۳۴/۲ | ۲۷/۱ | ۲/۹ |
| ۶- تا چه اندازه در تعاملاتتان با دیگران برای آن‌ها و نظرات و عقایدشان ارزش قائلید؟ | ۳/۲ | ۱۴/۵ | ۴۸/۱ | ۳۲/۹ | ۱/۳ |
| ۷- تا چه حد نسبت به خود اعتماد و اطمینان داشته و در بروز نظرات خود شهامت دارید؟ | ۴/۸ | ۲۳/۵ | ۴۰ | ۳۰/۶ | ۱ |
| ۸- فکر می‌کنید چقدر ایمان به خدا موجب آرامش و امیدبخشی در زندگی می‌شود؟ | ۱/۶ | ۷/۱ | ۱۶/۵ | ۷۲/۶ | ۲/۳ |
| ۹- تا چه حد در قبال تعهدات و وظایف خود احساس مسئولیت می‌کنید؟ | ۴/۸ | ۱۲/۳ | ۳۷/۱ | ۳۹ | ۶/۸ |
| ۱۰- تا چه اندازه نسبت به زندگی و آینده خود نگرش مثبت دارید؟ | ۵/۸ | ۱۶/۸ | ۳۷/۷ | ۳۵/۵ | ۴/۲ |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ۱۱- تا چه حد از افراد یا گروه‌هایی که موجب رشد و پیشرفت شما نمی‌شوند دوری می‌کنید؟ | ۵/۵ | ۲۴/۸ | ۳۱ | ۳۴/۲ | ۴/۵ |
| ۱۲- تا چه اندازه به داشتن خواب کافی و منظم شبانه اهمیت می‌دهید؟ | ۱۴/۲ | ۳۰ | ۲۴/۸ | ۲۹/۴ | ۱/۶ |
| ۱۳- تا چه حد به داشتن هدف و برنامه در زندگی و بر اساس برنامه‌ریزی قبلی عمل کردن اهمیت می‌دهید؟ | ۷/۱ | ۲۴/۵ | ۳۵/۸ | ۳۰/۳ | ۲/۳ |
| ۱۴- تا چه اندازه به طراحی شاد درون منزل مثل ترکیب رنگ‌ها و یا استفاده از انواع گل‌ها در منزل بها می‌دهید؟ | ۱۳/۲ | ۲۴/۲ | ۲۸/۴ | ۳۳/۲ | ۱ |
| ۱۵- تا چه اندازه به خود و علائق و اعتقادات خود احترام می‌گذارید؟ | ۲/۹ | ۱۵/۸ | ۴۰ | ۴۰/۳ | ۱ |
| ۱۶- فکر می‌کنید چقدر بر رفتار و گفتار و هیجانات خود مسلط هستید؟ | ۴/۸ | ۳۱/۹ | ۴۶/۵ | ۱۳/۵ | ۳/۲ |
| ۱۷- تا چه اندازه در برابر مشکلات صبر و بردباری به خرج می‌دهید؟ | ۷/۴ | ۲۱ | ۳۹ | ۲۸/۷ | ۳/۹ |
| ۱۸- نسبت به محیط و دیگران در امور و موقعیت‌های مختلف چقدر حسن نیت و خوش‌گمانی دارید؟ | ۴/۲ | ۲۸/۱ | ۴۷/۷ | ۱۵/۵ | ۴/۵ |
| ۱۹- تا چه حد به ورزش و پیاده‌روی در فضای آزاد و کلاً داشتن فعالیت بدنی اهمیت می‌دهید؟ | ۱۶/۱ | ۳۲/۶ | ۲۳/۵ | ۲۵/۵ | ۲/۳ |
| ۲۰- تا چه حد به مسواک زدن خود در طول شبانه‌روز اهمیت می‌دهید؟ | ۱۲/۳ | ۲۶/۱ | ۳۶/۸ | ۲۴/۵ | /۳ |
| ۲۱- تا چه حد برای تماشای تلویزیون و یا کامپیوتر فاصله مناسب را رعایت می‌کنید؟ | ۱۵/۲ | ۳۵/۵ | ۲۷/۷ | ۱۹ | ۲/۶ |
| ۲۲- واقعاً چه اندازه به مصرف مناسب میوه و سبزی در برنامه غذایی روزانه خود اهمیت می‌دهید؟ | ۷/۴ | ۳۳/۲ | ۳۰/۶ | ۲۵/۵ | ۳/۲ |
| ۲۳- تا چه حد به مصرف منظم و مستمر روزانه شیر در برنامه غذایی خود اهمیت می‌دهید؟ | ۳۶/۱ | ۳۲/۹ | ۱۶/۵ | ۱۱/۹ | ۲/۶ |
| ۲۴- چقدر از سیگار کشیدن یا دور بودن از افرادی که سیگار می‌کشند دوری می‌کنید؟ | ۱۰ | ۱۱ | ۲۱ | ۵۶/۵ | ۱/۶ |
| ۲۵- چقدر از رفتارهایی مثل مصرف غذاهای مضر یا فست فودها و... به نفع سلامتی خود دوری می‌کنید؟ | ۱۶/۱ | ۲۲/۶ | ۲۱/۶ | ۳۸/۴ | ۱/۳ |
| ۲۶- تا چه حد به فاصله‌ی بین خوردن وعده غذایی و نوشیدنی بعدازآن اهمیت می‌دهید؟ | ۲۸/۱ | ۲۷/۷ | ۲۳/۲ | ۱۹ | ۱/۹ |
| ۲۷- تا چه حد به مراقبت از خود در زمان بیماری‌ها مثل مصرف منظم داروها و یا غذاها و موادی که باعث بهبودی شما می‌شوند اهمیت می‌دهید؟ | ۱۰/۳ | ۲۴/۲ | ۳۱/۶ | ۳۲/۳ | ۱/۶ |
| ۲۸- تا چه حد با استفاده از وسایل شخصی دیگران ازجمله حوله موافقید؟ | ۵۳/۹ | ۸/۴ | ۸/۴ | ۲۷/۱ | ۲/۳ |
| ۲۹- تا چه حد به استحمام منظم حداقل ۲ بار در طول هفته اهمیت می‌دهید؟ | ۳/۹ | ۸/۴ | ۲۵/۲ | ۵۹/۷ | ۲/۲ |
| ۳۰- تا چه اندازه به داشتن چکاپ سالانه و منظم پزشکی خود اهمیت می‌دهید؟ | ۳۱/۳ | ۲۹ | ۱۶/۵ | ۲۰/۳ | ۲/۹ |
| ۳۱- چقدر به پاکیزه نگه‌داشتن محل زندگی خود اعم از محل خواب، غذا خوردن و... اهمیت می‌دهید؟ | ۴/۲ | ۹/۴ | ۲۴/۵ | ۶۰/۳ | ۱/۶ |
| ۳۲- چقدر به نحوه نشستن خود اهمیت می‌دهید؟ | ۱۵/۵ | ۲۸/۱ | ۳۱/۹ | ۲۳/۲ | ۱/۳ |
| ۳۳- تا چه اندازه به شستن دست‌های خود قبل از پختن یا صرف غذا اهمیت می‌دهید؟ | ۲/۹ | ۱۲/۳ | ۲۸/۱ | ۵۴/۸ | ۱/۹ |
| ۳۴- تا چه اندازه به دور انداختن قوطی کنسروهای غذایی که درب آن‌ها برآمده است اهمیت می‌دهید؟ | ۴/۵ | ۱۱/۹ | ۲۳/۵ | ۵۷/۷ | ۲/۳ |
| ۳۵- تا چه اندازه به نخوردن شیر خام که سرشار از بیماری است اهمیت می‌دهید؟ | ۵/۵ | ۱۱/۶ | ۱۵/۲ | ۶۵/۵ | ۲/۳ |
| ۳۶- تا چه حد هنگام خرید مواد غذایی به تاریخ انقضای آن‌ها اهمیت می‌دهید؟ | ۵/۸ | ۵/۸ | ۲۶/۱ | ۵۹/۷ | ۲/۶ |
| ۳۷- تا چه حد به ضدعفونی کردن سبزی‌ها هنگام شستن و در کل شستشوی مناسب سبزی‌ها و میوه‌ها قبل از مصرف اهمیت می‌دهید؟ | ۱/۹ | ۱۰/۶ | ۲۷/۱ | ۵۹ | ۱/۳ |
| ۳۸- تا چه اندازه مصرف غذاهای پخته به‌جای خام برایتان مهم است؟ | ۵/۸ | ۱۴/۵ | ۳۵/۵ | ۴۱/۳ | ۲/۹ |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ۳۹- تا چه اندازه برایتان مهم است تا مواد غذایی را درون ظروف بهداشتی نگهداری کنید؟ | ۴/۵ | ۱۱ | ۲۹/۴ | ۵۳/۹ | ۱/۳ |
| ۴۰- تا چه اندازه از گذاشتن مواد غذایی داغ در یخچال خودداری می‌کنید؟ | ۱۲ | ۱۶/۵ | ۲۷/۲ | ۴۱/۱ | ۳/۲ |
| ۴۱- تا چه اندازه به جوشاندن قوطی‌های کنسرو قبل از صرف آن اهمیت می‌دهید؟ | ۸/۴ | ۱۲/۶ | ۲۷/۸ | ۴۹/۵ | ۱/۶ |
| ۴۲- تا چه اندازه به شستن پوسته تخم‌مرغ قبل از پخت آن اهمیت می‌دهید؟ | ۲۸/۲ | ۲۳/۳ | ۲۸/۲ | ۱۷/۲ | ۳/۲ |
| ۴۳- تا چه اندازه به بیش از یک‌بار استفاده نکردن از روغن مصرف‌شده اهمیت می‌دهید؟ | ۴/۹ | ۱۳/۶ | ۲۸/۸ | ۵۱/۱ | ۱/۶ |
| ۴۴- در سفرها چقدر به مصرف مواد غذایی بهداشتی و تهیه آن از اماکن مورد تائید اهمیت می‌دهید؟ | ۳/۶ | ۱۱/۳ | ۳۲/۷ | ۴۹/۵ | ۲/۹ |
| ۴۵- تا چه اندازه به دور ریختن مواد غذایی فاسد شده و یا دارای تغییرات مبتنی برگذشتن تاریخ انقضاء و دور ریختن نان‌ها و مواد غذایی کپک‌زده اهمیت می‌دهید؟ | ۱ | ۳/۹ | ۲۲ | ۷۱/۸ | ۱/۳ |
| ۴۶- تا چه حد واقعاً به مصرف نکردن غذاهای سرخ‌کرده و یا پرچرب و خیلی شیرین اهمیت می‌دهید؟ | ۱۳/۱ | ۲۷/۸ | ۲۶/۲ | ۳۱/۴ | ۱/۳ |

**جدول ۳**- توزیع پراکندگی پاسخ به سؤالات پرسشنامه تعهد مذهبی

| سؤال | کاملاً موافقم (٪) | موافقم (٪) | نظری ندارم (٪) | مخالفم (٪) | کاملاً مخالفم (٪) |
|---|---|---|---|---|---|
| باورهای مذهبی، پشتوانه‌ی نوع نگاه من به زندگی است. | ۵۰/۶ | ۳۱ | ۱۲/۳ | ۳/۹ | ۲/۳ |
| زمان زیادی صرف فهم و درک ایمان و عقیده‌ام می‌کنم. | ۳۱/۶ | ۴۴/۲ | ۱۷/۷ | ۴/۵ | ۱/۹ |
| برایم مهم است که زمان‌های مشخصی را صرف افکار مذهبی کنم. | ۲۹/۴ | ۳۹ | ۲۳/۵ | ۵/۲ | ۲/۹ |
| باورهای مذهبی بر تمام زندگی‌ام تأثیرگذار است. | ۳۵/۲ | ۴۰ | ۱۵/۸ | ۴/۸ | ۴/۲ |
| مذهب برایم مهم است؛ زیرا به بسیاری از سؤال‌هایم درباره‌ی معنای زندگی پاسخ می‌دهد. | ۳۸/۴ | ۳۷/۱ | ۱۹ | ۳/۲ | ۲/۳ |
| بیشتر وقت‌ها، کتاب‌هایی را در حوزه‌ی ایمان و اعتقادم مطالعه می‌کنم. | ۲۲/۶ | ۳۱/۳ | ۳۲/۶ | ۹ | ۴/۵ |
| از کار کردن در سازمان‌های مذهبی لذت می‌برم. | ۲۲/۳ | ۳۲/۹ | ۳۱/۶ | ۴/۸ | ۸/۴ |
| از گذراندن وقت با دیگران درباره‌ی امور مذهبی‌ام لذت می‌برم. | ۲۷/۷ | ۳۶/۵ | ۲۲/۹ | ۶/۵ | ۶/۵ |
| ارتباط خوبی با گروه مذهبی‌ام دارم و در بعضی از تصمیم‌گیری‌های آن‌ها تأثیرگذار هستم. | ۲۴/۲ | ۳۱/۹ | ۳۱/۳ | ۵/۵ | ۷/۱ |
| به سازمان‌های مذهبی موردعلاقه‌ام کمک مالی می‌کنم. | ۱۸/۷ | ۳۵/۸ | ۲۶/۸ | ۹ | ۹/۷ |

آزمون ضریب همبستگی پیرسون به‌منظور بررسی جهت و شدت ارتباط بین تعهد مذهبی و تعهد رفتارهای بهداشتی نشان داد ارتباط معنی‌دار و مستقیم و ناقصی بین این دو متغیر وجود دارد ($p<۰/۰۰۰۱, r = ۰/۲۹۶$) که در آنالیز رگرسیون خطی نیز دقیقاً مورد تأیید قرار گرفت ($P< ۰/۰۰۰۱$ آنالیز واریانس). در آزمون رگرسیون خطی به‌منظور بررسی سهم خام متغیر میزان تعهد مذهبی در پیش‌بینی میزان تعهد به رفتار بهداشتی ضریب تعیین $R^2 = ۰/۰۹۰$ محاسبه و گزارش گردید. به این معنا که ۹ درصد از تغییرات متغیر تعهد بهداشتی وابسته به متغیر تعهد مذهبی است که البته این مقدار با مقدار $R^2$Adjusted اختلاف معنی‌داری نداشت. بدین ترتیب معادله زیر به دست آمد که بیانگر رابطه مقادیر نمره تعهد بهداشتی بر اساس تغییر هر واحد در نمره تعهد مذهبی است (OR= ۱/۵۳) (جدول ۴)

(تعهد مذهبی) ۱/۵۳ +۱۵۳/۱۹ = تعهد بهداشتی

در مرحله بعدی به‌منظور بررسی نسبت شانس متغیرهای مداخله‌گر و سهم واقعی متغیر تعهد مذهبی کلیه متغیرها وارد

**جدول ۴**- ضرایب رگرسیونی ارتباط نمره تعهد بهداشتی با تعهد مذهبی

| Model | Unstandardized Coefficients | | Sig. |
|---|---|---|---|
| | B | Std. Error | |
| (Constant) | ۱۵۳/۱۹ | ۲/۹۴ | ۰/۰۰۱ |
| Religion score | ۱/۵۳ | ۰/۱۲ | ۰/۰۰۱ |

**جدول ۵**- ضرایب و نسبت شانس متغیرهای مستقل در مدل رگرسیون چندگانه

| Model | Unstandardized Coefficients | | Sig. |
|---|---|---|---|
| | B | Std. Error | |
| (Constant) | ۱۱۲/۸۵ | ۱۴/۳۵ | ۰/۰۰۱ |
| religionscore | ۱/۶۸ | ۰/۱۳ | ۰/۰۰۱ |
| age | ۰/۲۶ | ۰/۱۰ | ۰/۰۱ |
| gender | ۳/۷۲- | ۲/۳۳ | ۰/۱۱ |
| job2 | ۰/۱۴ | ۲/۳۰ | ۰/۹۵ |
| education2 | ۲۳/۴۳ | ۱۳/۲۰ | ۰/۰۷ |

مدل رگرسیون خطی چندگانه شدند. آماره F در این آزمون معنی‌دار شناخته شد (P< ۰/۰۰۰۱) به این معنا که حداقل یکی از متغیرهای مستقل پیشگوی معنی‌داری برای متغیر وابسته به شمار می‌رود. مقدار شاخص $R^2$=۰/۱۱۲ به دست آمد؛ به این معنا که متغیرهای مستقل مجموعاً ۱۱/۲ درصد از واریانس متغیر تعهد بهداشتی را توجیه می‌کنند. از بین متغیرهای مستقل مشخص شد متغیرهای تحصیلات، جنس و شغل پیشگویی‌کننده‌های خوبی برای متغیر تعهد بهداشتی نیستند (P>۰/۰۵) و فقط متغیر سن اثرگذار است (جدول ۵).

بدین ترتیب با در نظر گرفتن اثرات متغیرهای دموگرافیک، مقدار نسبت شانس متغیر تعهد مذهبی ارتقاء یافت (Adjusted $R^2$= ۱/۶۸). به این معنا که اثر متغیر سن مقداری ارتباط بین دو متغیر تعهد مذهبی و بهداشتی را مخدوش کرده بودند که در این مدل اثرات آن تعدیل گردید. بر این اساس معادله رگرسیونی مبتنی بر سهم واقعی متغیر تعهد مذهبی با حذف متغیرهای تحصیلات، جنسیت و شغل به شکل زیر بازنویسی گردید:

(سن)۰/۲۶۸+(تعهد مذهبی)۱/۶۸۰+۱۱۲/۸۵= تعهد بهداشتی

## بحث

مطالعه حاضر باهدف بررسی ارتباط بین میزان تعهد مذهبی با میزان التزام به رفتارهای بهداشتی انجام پذیرفت. نتایج مطالعه نشان داد نسبت شانس خام و تعدیل‌یافته تعهد مذهبی در پیشگویی میزان تعهد بهداشتی به ترتیب برابر ۱/۵۳ و ۱/۶۸ است. به بیان آماری با اضافه شدن یک نمره به میزان تعهد مذهبی، میزان تعهد بهداشتی ۱/۶۸ برابر می‌شود. به عبارتی مشخص شد میزان تعهد به رفتارهای بهداشتی برآیندی از میزان تعهد به رفتارهای مذهبی و عوامل دیگر جمعیت شناختی و اقتصادی- اجتماعی است. البته در این مطالعه از بین عوامل مختلف جمعیت شناختی صرفاً اثرات متغیر سن معنی‌دار شناخته شد که صرف‌نظر از اثرات واقعی این متغیر، احتمالاً معنی‌دار نشدن سایر متغیرها همچون جنسیت، شغل و تحصیلات می‌تواند به دلیل خطای تصادفی حاصل نمونه‌گیری باشد. درمجموع متغیر سن و متغیر تعهد مذهبی ۱۱/۲ درصد از

واریانس تغییرات نمره تعهد بهداشتی را تبیین کردند. در احادیثی که سلامتی موردتوجه و تأکید قرارگرفته است، ارزش اصیلی به ایمان اختصاص‌یافته است، یعنی آنچه باعث ارزش انسان می‌شود، ایمان اوست. از آن جمله می‌توان به حدیث «اَلمُؤمِنُ القَوِیُّ خَیرٌ و أحَبُّ مِنَ المُؤمِنِ الضَّعیفِ» (صحیح مسلم ج ۸ ص ۵۶) اشاره کرد که می‌فرماید مؤمنی که قوی و نیرومند باشد، در نظر من از مؤمنی که ضعیف باشد، بهتر و دوست‌داشتنی‌تر است. به عبارتی سلامتی انسان به میزان ایمان و اعتقادات دینی او گره‌خورده است. این پیش‌فرض منتهی به طراحی مطالعه حاضر گردید. از زاویه‌ای دیگر فلسفه ارتباط مدنظر در این پژوهش یعنی ضرورت توجه به تعهد مذهبی در برنامه‌ریزی برای ارتقاء تعهد به موازین بهداشتی به این نکته برمی‌گردد که باید دید دین مبین اسلام در این رابطه چه وظایفی را متوجه انسان می‌داند و پس از پی بردن و اثبات اهمیت صحت جسمی و روحی انسان از منظر قرآن کریم و احادیث ائمه (علیهم‌السلام) و ارتباطی که عبادت خدای متعال و سلامتی دارد و اینکه اگر شخصی بخواهد به مقام عبودیت برسد باید از جسم خود که وسیله‌ای برای آن منظور است، استفاده لازم را ببرد، همه موانع را سر راه بردارد تا به مقصود نهایی که حیات طیبه‌ی مبتنی بر سبک زندگی اسلامی است، برسد. یکی از یافته‌های مهم این مطالعه ارتباط مستقیم بین دو متغیر تعهد مذهبی و تعهد بهداشتی است. به نظر می‌رسد این یافته با مبانی و مفاهیم موجود در دین اسلام به‌درستی هم‌راستاست. از طرفی در زندگی شخصی افراد نیز این تعامل و همگرایی مثبت در ابعاد مختلف سلامتی به‌وضوح دیده می‌شود. به‌عنوان‌مثال جعفرزاده فدکی و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که بین مؤلفه‌های عشق (صمیمیت، هوس، تعهد) و رضایت زناشویی، با هرزه‌نگاری در دانشجویان، رابطه منفی و معناداری وجود دارد و مؤلفه‌های جهت‌گیری مذهبی و تعهد باهم می‌توانند حدود ۲۳ درصد از تغییرات هرزه‌نگاری را تبیین نمایند (۲۲). دیوسالار و همکاران نیز در مطالعه‌ای با موضوع ارتباط بین فعالیت‌های مذهبی و مصرف سیگار رابطه معناداری بین این دو متغیر گزارش نمودند (۲۳). همچنین حسینی قمی و همکاران نیز در مطالعه خود در ارتباط با نقش جهت‌گیری مذهبی در اضطراب و امیدواری اعلام کردند که بین جهت‌گیری مذهبی و امیدواری رابطه معناداری وجود دارد اما بین جهت‌گیری مذهبی و اضطراب سلامت، رابطه وجود ندارد که البته بخش دوم این یافته می‌تواند به دلیل گروه شغلی شرکت‌کنندگان که پرستار بودند، باشد چراکه مختصات شغلی این گروه بالقوه استرس‌زاست (۲۴). همان‌طور که ملاحظه می‌شود مؤلفه‌های رضایت زناشویی، هرزه‌نگاری، مصرف سیگار و اضطراب و ناامیدی از مصادیق مهم بهداشتی و در ارتباط با ابعاد مختلف سلامتی هستند که در همه این مطالعات ارتباط آن‌ها با جهت‌گیری مذهبی و به‌نوعی مذهب و دین به اثبات رسیده است و این نتایج کاملاً هم‌راستا و همسو با نتایج مطالعه حاضر است. با توجه به ماهیت نگرش و تعهد مذهبی عمده مطالعات موجود در این زمینه در حوزه علوم اجتماعی و روانشناسی و با موضوعات و مفاهیمی همچون سبک زندگی، عملکرد شغلی، ارتباط زناشویی، امنیت اجتماعی و بهداشت روانی به انجام رسیده‌اند. کما اینکه عسکری، خالقی دهنوی و اقوامی و همکاران نیز در مطالعات خود به ارتباط این مفاهیم با نگرش و تعهد مذهبی اشاره‌کرده‌اند (۱، ۲۵، ۲۶). در حوزه علوم پزشکی و بهداشت نیز عمده موضوعات موردبررسی در ارتباط با تعهد مذهبی به مسائلی همچون سبک زندگی، سلامت روانی، پیشرفت تحصیلی، تعهد زناشویی و شادکامی و روابط پرخطر برمی‌گردد و در همه این مطالعات به نقش برجسته تعهد و نگرش مذهبی اشاره‌شده است (۳، ۲۲، ۲۳، ۲۷). لذا همان‌طور که مشخص است یافته موردنظر در این مطالعه با منابع و مستندات علمی و فقهی موجود کاملاً همسو هستند. به‌هرحال امروزه بعد معنوی سلامت یکی از ابعاد مهم سلامتی است. یکی از زمینه‌های عمده بیماری‌ها و مشکلات روانی و عوارض جسمی و اجتماعی آن احساس پوچی، بیهودگی و تزلزل روحی است که ناشی از فقدان بعد معنوی در افراد است. ایمان، هدف‌دار بودن زندگی، پای بندی اخلاقی، تعاون، داشتن حسن ظن و توجه بیشتر به مسائل معنوی زندگی باعث کاهش اضطراب و تزلزل روحی و عوارض ناشی از آن می‌شود. جنبه‌های معنوی زندگی باعث می‌شود فرد همواره برای اهداف عالی‌تر زندگی تلاش نماید و در مقابل کمبودها و مشکلات تحمل و بردباری بیشتری داشته و همواره از رضایت خاطر برخوردار باشد. ضمن اینکه در ارتباط با افراد دیگر جامعه نیز رفتار مناسب خواهد داشت. بنابراین تقویت جنبه معنوی به‌سلامت جسم و روح افراد و نهایتاً سلامت جامعه بزرگ بشری کمک بسزایی خواهد کرد (۱). نکته مهم دیگر در این بخش مقدار ضریب تعیین به‌دست‌آمده برای مجموع متغیرهای مستقل در ارتباط با پیش‌بینی تعهد بهداشتی است که ۱۱/۸ درصد گزارش گردید. به نظر می‌رسد یکی از دلایل این موضوع دخیل بودن خاصیت

علیت چندعاملی در رقم خوردن التزام و تعهد به اصول و مبانی رفتارهای بهداشتی باشد. اگر بتوان در مطالعات آتی نقش سایر عوامل جمعیت شناختی و فاکتورهای اقتصادی - اجتماعی را نیز تعیین کرد احتمالاً سهم مشخص‌تری از پیشگویی به متغیرها و ازجمله متغیر تعهد مذهبی تعلق خواهد گرفت که تأییدکننده دخیل نبودن صرف تعهد مذهبی در رقم خوردن میزان تعهد بهداشتی در مختصات دنیای کنونی که عوامل مختلف در قالب شبکه علیت بر مناسبات سلامتی افراد اثر می‌گذارند خواهد بود. در بخش دیگری از نتایج این مطالعه تنها متغیر سن پیشگوی خوبی در کنار متغیر تعهد مذهبی برای تعهد بهداشتی معرفی شد و رابطه متغیرهای جنسیت، شغل و تحصیلات معنی‌دار نشد. اگر از احتمال بروز خطاهای تصادفی در نمونه‌گیری در این مطالعه که می‌تواند چنین نتایجی را ایجاد کرده باشد چشم‌پوشی کنیم، در این خصوص باید گفت نقش تعدیل‌کنندگی منفی متغیر سن (OR= ۰/۲۶۸) در مقایسه با سایر عوامل به نوع کنش و واکنش‌های بین سن و تعهد مذهبی و از طرفی تعهد بهداشتی برمی‌گردد. همان‌طور که مشخص است با افزایش سن، گرایش‌های مذهبی افراد تثبیت و به‌نوعی نهادینه‌تر می‌شود. کما اینکه جعفری و همکاران نیز در پژوهش خود این نکته را تأیید می‌کنند (۲۸). از طرفی در فرایند بالا رفتن سن افراد نمی‌توان نقش بی‌بدیل عوامل شخصیتی افراد را در گرایش‌های مذهبی آنان نادیده گرفت. کیومرثی و همکاران در مطالعه‌ای در خصوص رابطه جهت‌گیری مذهبی با عوامل شخصیت بیان کردند عوامل شخصیتی در پیش‌بینی جهت‌گیری مذهبی نقش بسزایی را ایفا می‌کنند (۲۹). از طرفی آزادمرزآبادی و همکاران در مطالعه خود به ارتباط مؤثر سن با فاکتورهای شخصیتی اشاره دارند (۳۰). برآیند نتایج این دو مطالعه در ارتباط با توجیه یافته‌های مطالعه حاضر این است که از بین متغیرهای موردبررسی مهم‌ترین عامل در تبیین رفتارهای بهداشتی در کنار تعهد مذهبی متغیر سن است و به استناد مطالعاتی از قبیل مطالعه ساعتچی و همکاران (۳۱) که بیان می‌کنند با افزایش سن افراد میزان سواد سلامت افراد کاهش می‌یابد به‌طوری‌که در گروه سنی ۵۶ سال و بالاتر تنها ۶ درصد از سواد سلامت مطلوب برخوردارند باید گفت همان‌طور که در مطالعه حاضر نیز چنین به‌دست‌آمده، با افزایش سن نمره تعهد بهداشتی و رفتارهای بهداشتی احتمالاً کاهش می‌یابد؛ لذا به‌موازات افزایش سن و نهادینه شدن گرایش‌های مذهبی و از طرفی تثبیت عوامل شخصیتی از امتیاز تعهد به رفتارهای بهداشتی کاسته می‌شود و این یافته به‌نوعی همسو با یافته مطالعه ساعتچی و همکاران است. البته ذکر این نکته نیز حائز اهمیت است که مسئله ناکافی بودن سواد سلامت و به تعبیری پایین بودن امتیاز رفتارهای بهداشتی در سنین بالاتر می‌تواند فی‌نفسه به عوامل متعددی وابسته باشد و پایین بودن این شاخص در سنین بالاتر لزوماً به معنای ارتباط سن با این امتیاز نیست و دراین‌بین عوامل واسطه‌گر مهمی همچون سایر عوامل جمعیت شناختی و اقتصادی - اجتماعی نقش ایفا می‌کنند. در دنیای مدرن امروز، شیوع بیماری‌های عفونی مهمی همچون ایدز ازیک‌طرف و شیوع سرسام‌آور بیماری‌های غیر واگیر و دژنراتیوی همچون انواع سرطان‌ها و بیماری‌های قلبی - عروقی از مصادیق بارز بحران سلامتی و تمایل روزافزون جوانان به استعمال مواد مخدر، ایجاد روابط ناسالم و جستجوی عاطفه در خارج از محیط خانواده، تغییرات روبه‌زوال خانواده، افزایش طلاق، خانواده‌های تک سرپرست و ناهنجاری‌های اجتماعی و هزاران معضل دیگر از مصادیق بارز بحران معنویت و به‌نوعی دستاورد مدرنیته به شمار می‌روند. یکی از بحث‌های بسیار مهم در بحران معنویت که رابطه مستقیم با بحران اعتقادی و اخلاقی دارد، پیامدها و آثار سوء فردی و اجتماعی آن است. اصولاً یکی از راه‌های شناخت فرد و جامعه‌ای که در مسیر بحران معنوی قرارگرفته، توجه به پیامدهای انحرافات اعتقادی و اخلاقی است. احتمالاً بشری که از نوعی بی‌ایمانی یا ضعف ایمان رنج می‌برد فرصت و توان و انگیزه عمل به موازین اصولی دینی را از خود سلب کرده و مجال اندیشه در فلسفه احکام دین خود را نمی‌یابد. ازاین‌رو این مکانیسم می‌تواند او را از فرصت‌های طلایی دین خود دور و در معرض انحرافات مختلف ازجمله انحراف از سلامتی قرار دهد. بنابراین شاید نیاز باشد در کنار آموزش اصول و موازین بهداشتی و آسیب‌شناسی علل انحرافات از سلامتی علی‌رغم رشد روزافزون علم آموزش بهداشت و پزشکی به بررسی راهکارهای ارتقاء معنویت حقیقی آحاد جامعه و تشریح فلسفه احکام اسلامی در حوزه سلامتی در قالب پژوهش‌های متقن و علمی - قرآنی با بهره‌گیری از احادیث و آیات و روایات متعددی اهل‌بیت علیهم‌السلام و توسعه و تقویت مقوله قرآن‌پژوهی و سلامت مبتنی بر شواهد علمی بیش‌ازپیش پرداخت. بر اساس تعالیم دینی سرمنشأ همه انحرافات، پیروی از هوای نفس است. ازاین‌رو محور همه احکام دینی مبارزه با هوای نفس است. با این حساب اگر محور همه احکام دین، مبارزه با هوای نفس است، پس باید

محور مسائل مختلف آحاد جامعه ازجمله سلامتی نیز مبارزه با هوای نفس باشد. پرهیز نکردن از خواسته‌هایی که در ظاهر مطلوب انسان می‌باشند اما در اصل موجبات شر (بیماری) را برای فرد به ارمغان می‌آورند («و عسی ان تحبوا شیئاً و هو شر لکم» (بقره/۲۱۶)) همچون بستن کمربند ایمنی، خودداری از مصرف سیگار و یا رفتارهای پرخطر جنسی و حتی پیروی نکردن از موازین بهداشتی و دستورات پزشکی صرف‌نظر از وابستگی بالایی که با مختصات فرهنگی جوامع دارد، مصداق بارز نوعی پیروی از هوای نفس در حوزه سلامتی است که اجتناب از آن آن‌ها در تعالیم دینی ما مورد تأکید قرارگرفته‌اند. لذا همان‌طور که ملاحظه می‌شود به‌طور غیرمستقیم پرهیز نکردن از عواملی که سلامتی افراد را درخطر می‌اندازد به‌نوعی یکی از اشکال پیروی از هوای نفس بوده و بیانگر نقص در عیار ایمان فرد است. با این فرض بخشی از عدم تمکین‌های افراد از موازین بهداشتی به پیروی از هوای نفس وابسته است که بیانگر نوعی بی تعهدی مذهبی است. با تمام این تفاسیر ذکر این نکته حائز اهمیت بالایی است که دین مقدس اسلام، دین اکمل خاتم الرسل محمد بن عبدالله(ص)، حاوی نکات غنی و ظریف از بهداشت کامل در زندگی فردی و اجتماعی است که عمل به این توصیه‌های بهداشتی، ضامن سلامت فردی و اجتماعی فرد است.

از محدودیت‌های مهم این مطالعه بررسی نکردن جامع عوامل جمعیت شناختی و اقتصادی - اجتماعی و از همه مهم‌تر وضعیت رفتارهای بهداشتی در ادیان مختلف است که می‌توان در مطالعات آتی برای آن برنامه‌ریزی کرد. به نظر می‌رسد نتایج مطالعاتی ازاین‌دست بتوانند به بخشی از این سؤال که چرا به‌رغم توسعه روزافزون دانش پزشکی و بهداشت همچنان شاهد رشد روزافزون انواع عوامل خطر رفتاری و بیماری‌ها در جامعه و به‌نوعی تبعیت نکردن مطلوب جامعه از موازین بهداشتی هستیم پاسخ دهد. ازآنجاکه موضوع معنویت و مذهب و بعد سلامتی انسان ازلحاظ‌های گوناگونی در عصر حاضر حائز اهمیت بوده و ضرورت زیادی دارد لذا کارشناسان سازمان جهانی بهداشت به بعد معنوی و مذهبی در زندگی انسان توجه کرده‌اند و او را موجودی زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی تعریف می‌کنند. به دلیل ظهور دوباره کشش معنوی و نیز جستجوی درک روشن‌تری از ایمان و همچنین گسترش و ظهور مذهب در همه‌ی مراحل و زوایای زندگی، توجه به این امر ضروری به نظر می‌رسد (۳۰). لازم به ذکر است مطالعه حاضر اولین مطالعه‌ای است که در این رابطه نگاشته شده و امیدواریم بتوانیم در فرصت‌های بعدی با اجرای تحقیقات متقن تر بر روی جوامع گوناگون با ادیان مختلف و البته حجم بالاتر حلقه مفقوده پاسخ به سؤال فوق را تکمیل کرد.

## نتیجه‌گیری

پیامدهای سلامتی منفی شامل میزان‌های ابتلا و میرایی بالا و نابرابری‌های سلامتی نتیجه یک فرایند پیچیده مشتمل بر علل چندبعدی منعکس‌کننده اختلاف در وضعیت اقتصادی و خصوصیات اجتماعی و جمعیت شناختی همچون جنسیت و نژاد است که صرفاً نیاز روزافزون به درک بهتر از مکانیسم اثرگذاری آن‌ها بر سلامتی در پژوهش‌های نوین، لزوم بررسی دقیق‌تر آن را از زوایای مختلف تبیین می‌کند. بر اساس نتایج مطالعه حاضر می‌توان گفت که رفتارهای مذهبی افراد می‌تواند سطح تعهدات آن‌ها نسبت به رفتارهای بهداشتی در امورات فردی، اجتماعی، شغلی و... را تحت تأثیر قرار دهد. لذا نباید در آسیب‌شناسی رفتارهای بهداشتی از نقش ترکیبی میزان تعهد مذهبی و سایر عوامل غافل شد.

## تشکر و قدردانی

نویسندگان مراتب تشکر خود را از واحد توسعه تحقیقات بیماری‌های واگیردار بیمارستان ولیعصر فسا و نیز همه‌کسانی که در این مقاله ایشان را یاری نموده‌اند اعلام می‌دارند.

## تعارض منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافعی را اعلام نکرده‌اند.

## References

1. Askari S, Sadeghi S. The relationship between religious commitment adapation and social security feeling among male prisoners. Amniat Pajouhi. 2013;12 (4):93-106. [In Persian]
2. Elkadi A. Health and Healing in the Qur'an. AJISS. 1985;2(2):291.
3. Bergin AE. Religiosity and mental health: A critical reevaluation and meta-analysis. Professional psychology: Research and practice. 1983;14(2):170.

4. Dalvandi A, Maddah SS, Khankeh HR, Bahrami F, Hesam Zadeh A, Dalvandi N, Kiany T. The Health-Oriented Lifestyle in Islamic Culture. Journal of Qualitative Research in Health Sciences. 2013 19;1(4):332-43. [in Persian]
5. Darvishi M, GhaziVakili Z, Mohammadi A. The Relationship Between Religious Beliefs and Mental Health in Students of Alborz University of Medical Sciences and Health Services and Karaj Islamic Azad University in 92-93. Alborz University Medical Journal.2017;6(2):145-52. [in Persian]
6. Ramezan N, Nouri N. Predicting Love Stories on the Basis of Defense Styles and Self Concept. Family Research.9(1)107-124. [in Persian]
7. Morowatisharifabad MA, Shirazi KK. Determinants of oral health behaviors among preuniversity (12th-grade) students in Yazd (Iran): an application of the health promotion model. Family & community health. 2007;30(4):342-50. [in Persian]
8. Peterson C, Seligman ME. Character strengths and virtues: A handbook and classification. Oxford University Press; 2004.
9. Aghpour E, Mazaheri B, Avazeh A, Vahedi S. Evaluating The Relationship Between Quran Commands and Marital Satisfaction in Family (Case Study: Families Living in Marand City). Quran Med. 2012;1 (3): 61-7.
10. Ghoreyshi Rad F. Validation of Endler & Parker coping scale of stressful situations. Olome Tarbiyati. 2010;1:1-7. [In Persian]
11. Hooker K, Monahan D, Shifren K, Hutchinson C. Mental and physical health of spouse caregivers: The role of personality. Psychology and aging. 1992;7(3):367.
12. Koenig HG, Hays JC, George LK, Blazer DG, Larson DB, Landerman LR. Modeling the cross-sectional relationships between religion, physical health, social support, and depressive symptoms. The American Journal of Geriatric Psychiatry. 1997;5(2):131-44.
13. Hashemi SA, Abbasi A. Determining the Mediating Role of Psychological Well-Being in the Relation-ship Between Spiritual Intelligence and Life Satisfaction of Nurses Working in Lamerd City. Journal of Client-Centered Nursing Care. 2017;3(3):169-78.
14. Chaney D. Cosmopolitan art and cultural citizenship. Theory, Culture & Society.2002;19(1):157-174.
15. Abel T. Measuring health lifestyles in a comparative analysis: theoretical issues and empirical findings. Social science & medicine. 1991;32(8):899-908.
16. Arroji R, Sadeghi Hassan Abadi M. Man and spiritual birth. Religious scholarship.2011;8(25):59-97.
17. Moradi-Joo M, Babazadeh T, Honarvar Z, Mohabat-Bahar S, Rahmati-Najarkolaei F, Haghighi M. The relationship between spiritual health and public health aspects among patients with breast cancer. Journal of Research on Religion & Health. 2017;3(3):80-91.
18. Moodi M, Mood MB, Sharifirad GR, Shahnazi H, Sharifzadeh G. Evaluation of breast self-examination program using Health Belief Model in female students. Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences. 2011;16(3):316.
19. Navabakhsh M, Pour Yousefi H, Mirachorelli M.Studying Religious Adherence among Students of Islamic Azad University, Garmsar Branch. Journal of social sciences. 2009;3(3)63-90. [in Persian]
20. Worthington Jr EL. Hope-focused marriage: recommendations for researchers, clinicians, and church workers. Journal of Psychology and Theology. 2003;31(3):231-9.
21. Shafie Arabi H, Hassanzadeh R, Ghasemian D, Shabestani Monfared A. Educational Needs Assessment According to the Religious Commitment, Mental Health and Hope in Cancer Patients of Shahid Rajaee Hospital, Babolsar. Biannual Journal of Medical Education Education Development Center (edc) Babol University of Medical Sciences. 2014 10;2(1):41-6. [in Persian]
22. Jafarzadeh Fadaki SM, Amani P. Relationship of love and marital satisfaction with pornography among married university students in Birjand, Iran. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2015;17(5):240-6. [In Persian]
23. Divsalar K, Nakhaee N, Amini M. The relationship between religious activities and cigarette smoking in one of the university students in Kerman. Teb va Tazkie. 2007;16(3-4):63-9. [In Persian]
24. Hosseini Ghomi T, Salimi Bajestani H, Zakeri N. Relationship religious orientation and hope with health anxiety among women nurses in Imam Khomeini hospital of Tehran. Iranian Journal of Nursing Research. 2014;9(1):17-24. [in Persian]

25. Khaleghi DF, Yazdkhasti F. The Relationship Between Religious Attitude Moral Commitment and life-style and marital status among men and women of isfahan. ETHICS. 2013;3(3)33.
26. aghvami M, ghahremani Z, afshin joo M, hamzehpoor MR, torabi ahmadi M. Correlation of Religious Orientation Role in Academic Achievement in Students of Nursing; Midwifery Faculty of Zanjan in 2011. Journal of Medical Education Development. 2012;5(8):1-10. [in Persian]
27. Ebadi BN, Rahgoi A, Hosseini MA, Fallahi Khoshknab M, Biglarian A. The correlation between spiritual well-being and hope among nursing students of Medical Sciences Universities and Islamic Azad Universities of Yazd. Journal of Health Promotion Management. 2017;6(2):8-13. [in Persian]
28. Jafari A, Hesampour F. Predicting life satisfaction based on spiritual intelligence and psychological capital in older people. Iranian Journal of Ageing. 2017;12(1):90-103. [in Persian]
29. Johnstone B, Yoon DP, Cohen D, Schopp LH, McCormack G, Campbell J, Smith M. Relationships among spirituality, religious practices, personality factors, and health for five different faith traditions. Journal of religion and health. 2012;51(4):1017-41.
30. Azad Marzabadi E, Fathi-Ashtiani A, Ahmadi-Zade MJ, Anisi J, Zamani-Nasab R. Relationship between Physical-Mental Health and Spirituality with Self Efficacy in Military Staff. Journal Mil Med. 2015;16(4):217-23. [in Persian]
31. Saatchi M, Panahi MH, Ashraf Mozafari A, Sahebkar M, Azarpakan A, Baigi V, et al. Health literacy and its associated factors: A population-based study, Hormuz Island. Iranian Journal of Epidemiology. 2017;13(2):136-44. [in Persian]

Original Article

# The Association Between Religious Commitment with the Commitment to Health Behaviors with a Focus on Islamic lifestyle

**Bagheri P[1], Akbarzadeh Z[2], Maleki Z[2*]**

1. Department of Social Medicine, Fasa University of Medical Sciences, Fasa, Iran
2. Department of Public Health, Faculty of Health, Fasa University of Medical Sciences, Fasa, Iran

Received: 14 Feb 2020 Accepted: 03 May 2020

## Abstract

**Background & Objective:** Modern human suffers from a kind of religious non-alignment along with a health crisis. The aim of this study was to investigate the relationship between religious commitment and commitment to health behaviors with the aim of highlighting the role of spirituality crisis in a health crisis.

**Materials & Methods:** This cross-sectional study was conducted and 310 people in the city of Fasa over 18 years, were randomly selected and then, Worthington religious commitment questionnaire as well as the self-made questionnaire for their commitment to health behavior were completed. Data were analyzed using multiple linear regression and Pearson correlation coefficient by SPSS software version 22 and STATA version 13.

**Results:** Multiple linear regression analysis showed that crude and adjusted odds ratio of religious commitment in a prediction of commitment to health were 1.53 and 1.68 respectively. Among four independent variables, education, gender, and occupation were not good predictors for health commitments ($P > 0.05$) and only age was significant ($p<0.05$).

**Conclusion:** It seems that in the current situation, the commitment to health behaviors is a consequence of the commitment to religious behavior and other factors. Therefore, the combined role of religious commitment and other factors should not be overlooked in the pathology of health behaviors.

**Keywords:** Religion, Medicine, Health, Spirituality

***Corresponding Author: Maleki Zahra**, Department of Public Health, Faculty of Health, Fasa University of Medical Sciences, Fasa, Iran
Email: maleki5146@gmail.com
https://orcid.org/0000-0001-6919-9239