

سبک زندگی به مثابه عامل میانجی دین و سلامت

امیرقربانی*

چکیده

الگوهای متنوعی برای تبیین پدیده‌ها و روابط بین آنها به کار می‌رود. یک نمونه رایج از این الگوها، متغیرهای مختلف را در قالب الگوی میانجی به هم مرتبط می‌سازد. بنابراین الگو، عامل میانجی رابط بین دو متغیر است و تبیینی از چرایی و چگونگی ارتباط آنها به دست می‌دهد. مسئله پژوهش حاضر نیز ارائه تبیینی نظام‌مند از رابطه دین و سلامت با استفاده از الگوی میانجی است. طبق این الگو، عامل سبک زندگی میانجی بین دین و سلامت است و تأثیرگذاری آموزه‌های دینی بر وضعیت سلامت به صورت غیرمستقیم صورت می‌گیرد. در این تلقی، سبک زندگی دینی عاملی پیشگو برای سلامت و حاکی از زندگی سنجیده و در مدار آموزه‌های دینی است. برپایه همین تعهد است که انتظار می‌رود رفتارهای سالم و فضیلت‌آمیز از دین‌داران سر بزند و جامعه دینی و دین‌داران در زمره سالم‌ترین افراد باشند. البته سلامت در نگرش دینی، منحصر به سلامت جسمانی و روانی نیست، بلکه نوع سومی از سلامت موسوم به سلامت معنوی مطرح می‌شود که از رهگذر تجربیات وحدت‌بخش و تعهد به معنایی غایی در زندگی حاصل می‌شود. به علاوه، ارزیابی عینی و به دور از افراط و تفریط در باب ارتباط دین و سلامت مستلزم در نظر داشتن «اما و اگرهایی» است که بخش پایانی این نوشتار بدانها اختصاص یافته است. گفتنی است این پژوهش به روش تحلیلی توصیفی نگاشته شده است.

واژگان کلیدی: سلامت، دین، معنویت، الگوی میانجی، سبک زندگی، پایبندی مذهبی.

* دکتری دین پژوهی، عضو پژوهشکده سبک زندگی اسلامی، قم، ایران

۱) بیان مسأله

سنت های بزرگ دینی اهتمامی دیرینه به ارتقای سلامت و درمان ناخوشی معنوی، روانی و جسمانی دارند و دین داران نیز معمولاً سنت های خود را به مثابه ارتقادهنده سلامت قلمداد می کنند. در این بین، اندیشمندانی که سرآغاز آنان فروید است، مکرراً این پیوند را به چالش کشیده و با تعابیری همچون اختلال روانی، مرتبط با آسیب روانی یا محتوای روانی نابهنجار از دین و آموزه هایش یاد کرده اند (فروید ۱۹۶۱/۱۹۲۷، ۶۳).

بخش اعظمی از گفتگوی روان شناسی و دین طی قرن بیستم نیز گرداگرد همین موضوع بوده و تحولاتی را رقم زده است. از جمله چشمگیرترین تحولات این دادوستد، در عین به چالش کشیدن دیدگاه های ضد دینی، ارائه شواهد فزاینده علمی به سود این ادعا بوده است که دین، سلامت روانی و جسمی افراد را ارتقا می دهد. برای مثال، مجلات علمی گاه از تأثیر معنویت یا دین در سلامتی سخن به میان آورده اند. به عنوان نمونه، یافته هایی از مطالعات مربوط به مراقبه بودائیان ثبت در کارکرد مغز را مطرح ساخته اند یا مطالعات بسیاری حاکی از این است افرادی که به طور منظم در مراسم یا مجالس دینی یا معنوی حاضر می شوند، در مقایسه با سایرین، از عمر طولانی تری برخوردارند (پلانته و تورسن^۲ ۲۰۰۷، ۴).

بی تردید میان پاره ای از عوامل دینی و معنوی و برخی نشانه های سلامتی روابطی معتبر به چشم می خورد. اما ماهیت این رابطه چگونه است؟ اینکه مدعی شویم دین یا معنویت برای سلامتی مفید است مانند این است که گفته شود غذا برای آدمی مفید است. بی گمان اگر بنا بود به مطالعه درازمدت کسانی بپردازیم که غذا می خورند و گروهی که هرگز غذا نمی خورند، البته دسته نخست عمر طولانی تر و سلامتی بیشتری از دسته دوم داشتند. اما این واقعیت به تنهایی اطلاعات معناداری درباره خوردنی های تأثیرگذار بر سلامتی، غذاهای مفید به حال ما یا چرایی آن به دست نمی دهد؛ چرا که برخی از غذاها برای سلامتی مفید و برخی مضرند و در این میان، تنوع گروه های مختلف افراد و موقعیت های گوناگون باید لحاظ شود. به همین ترتیب، اعمال مذهبی متعدد و شیوه های بسیاری برای معنوی بودن وجود دارد؛ بنابراین ضروری است تا محتوای آنها بررسی شود تا بتوان چگونگی و چرایی ارتباط آنها با سلامتی را واکاوی کرد.

گاه از تجارب شخصی مؤمنان، متون مقدس دینی یا دیدگاه های رهبران دینی به عنوان مبنایی برای این ادعا یاد می شود که عبادت و رازونیا یا مشارکت در مراسم و مجالس دینی یا خدمات داوطلبانه در قالب رابطه علی معلولی تأثیری «مستقیم» بر سلامت جسم و روان می گذارد، اما نگاه موشکافانه علمی با ایجاد تردید در ادعای یاد شده، حاکی از این است که

1. Meditation
2. Plante and Thoresen

هرگونه نتیجه‌گیری بدون استناد به شواهد معنادار یا با ابتنا بر مطالعات مقطعی محدود، سست و نامتقن است. بدین ترتیب دستیابی به تصویری منسجم و مبتنی بر داده‌های معتبر از رابطه بین دو متغیر دین / معنویت و سلامت امری ضروری است و ما را در ارائه تحلیل واقع‌بینانه‌تر از رابطه این دو مقوله یاری می‌رساند. ناگفته نماند که میزان قابل توجه این مطالعات مقطعی نیز نویدبخش بوده‌اند. افرادی با فعالیت‌های دینی، مانند حضور منظم در مجالس و مراسم دینی، معمولاً کم‌تر به رفتارهای ناسالم، از قبیل کشیدن سیگار، نوشیدن الکل یا سوء مصرف مواد مخدر و رفتار جنسی نایمن روی می‌آورند و بیشتر از کمربند ایمنی استفاده می‌کنند. نیز برخی شواهد نشان می‌دهند که افرادی با فعالیت‌های دینی یا معنوی گاهی اوقات کمتر افسردگی و اضطراب را تجربه می‌کنند (پلانته و تورسن ۲۰۰۷، ۷).

بدین ترتیب اگر پیشفرض ما تأثیرگذاری عوامل دینی و معنوی بر سلامت آدمیان باشد، ضروری است که چگونگی و چرایی این امر تبیین شود. این اقدام مستلزم شناسایی عواملی است که تبیین‌گر آثار دین و معنویت بر سلامتی هستند. این عوامل پیونددهنده متغیری مانند دین و معنویت با سلامتی پیروان است. به بیان دیگر، دین و معنویت با ایجاد فرایندهای خاص رفتاری، عاطفی یا روانی، هیجانی و اجتماعی بر سلامتی تأثیر می‌گذارند؛ این فرایندها موجب ارتقای سلامتی یا پیشگیری از بیماری می‌شوند. در واقع، عوامل مذکور همچون عناصر انرژی‌زا در غذاها به مثابه «عناصری فعال» در حیات دینی و معنوی آدمیان هستند.

از بین این عناصر فعال، سبک زندگی یکی از عوامل پیونددهنده (میانجی) دین و سلامت است. دین فرایندهای خاص رفتاری، عاطفی، هیجانی و اجتماعی را پدید می‌آورد و خواهان آنهاست و از این رهگذر بر وضعیت سلامت افراد تأثیر می‌گذارد. البته، بنابر شهودهای زندگی روزمره، چنین نیست که مذهبی‌ها و معنویت‌پیشگان بیمار نمی‌شوند. در اینجا سبک زندگی دینی با سبک زندگی مبتنی بر مراعات رژیم خاص غذایی قابل مقایسه است. چه بسا افراد مذهبی که بیمار می‌شوند و می‌میرند و در مقابل، چه بسیار از غیرمذهبی‌ها که عمر طولانی و زندگی سالمی دارند. چه بسیارند افرادی که تغذیه مناسب دارند و به طور منظم ورزش می‌کنند و در سنین جوانی به مرگ ناگهانی دچار می‌شوند؛ در سوی دیگر، چه بسا افراد سیگاری، معتاد به الکل و دارای تغذیه نامناسب که عمری طولانی و موفقیت دارند. بنابراین مدعا این است که زندگی فعال مذهبی یا معنوی، به اندازه رژیم غذایی سالم و ورزش مداوم، از عوامل محافظتی به شمار می‌رود. آنچه مهم است ارائه تفسیر مناسب از یافته‌های پژوهشی در باب دین، معنویت و سلامتی است. در غیر این صورت، تفاسیر ارائه شده ممکن است از انتظارات غیرواقع‌بینانه راجع به مزایای احتمالی شیوه دین‌دارانه و معنوی زندگی سر در بیاورد. بنابراین، رفتارها و سلوک مبتنی بر دین، یکی از عوامل قابل توجهی است که در میان توده‌های بسیاری از مردم سلامتی و بهزیستی را به بار می‌آورد و در این نوشتار تلاش می‌شود تا تبیینی از این نحوه تأثیرگذاری ارائه شود.

۲) چشم انداز دینی در باب سلامت

در همه دوره‌های تاریخ می‌توان به نوعی آگاهی از رابطه بین حیات و بقا، یا به تعبیری، ازدست دادن سلامتی یا به دست آوردن مجدد آن پی برد. این شناخت و آگاهی هم شهودی و هم نظام مند است و مطالعات گوناگونی از آن حمایت می‌کنند. آدمیان، به موازات پیشرفت آگاهی و شناخت در طول تاریخ، همواره با این مسئله رویارو بوده‌اند که کدام یک از فرایندهای روان شناختی و فیزیولوژیکی بردیگری تقدم دارد و نحوه تعامل این دو فرایند و نقش آنها به چه نحو است. البته جهت گیری فلسفی افراد در نحوه مواجهه آنها با این مسائل تأثیر می‌گذارد. به طور کلی به دو شیوه می‌توان به رابطه بین روح و جسم نگریست: نخست اینکه روح و جسم را دو پاره جدا از هم تلقی کنیم (دوگانه انگاری) (اولافسون^۱، ۲۰۰۱، ۷۲) و دیگری اینکه آنها به تنهایی به عنوان عامل تعیین کننده در نظر بگیریم (یگانه انگاری)؛ حال این یگانه انگاری می‌تواند ماهیتاً روان شناختی باشد که نمایانگر نوعی «ایدئالیسم» یا «ذهن گرایی» است (کاترین ایوان اف^۲، ۲۰۱۶، ۱۰۶) یا می‌تواند ریشه در ماده داشته باشد که در این صورت، سخن از «ماده گرایی» به میان می‌آید. در این بین دیدگاه دیگری موسوم به «تعامل گرایی» متقابل و پویا میان روح و جسم ناظر به مقوله سلامتی وجود دارد (مک ماری^۲، ۱۹۵۷، ۶۲-۸۳). طبق این نگرش، وضعیت های روحی و فعالیت های جسمانی در رابطه ای متقابل بر سلامت آدمیان اثر گذارند.

جوامع ابتدایی، حالات ناخوشی و سلامتی را در پیوند با اعمال ارواح، الهه‌ها یا سحر و جادو قلمداد می‌کردند. این جوامع بیماری مختوم به مرگ را نشانگر قضا و قدر می‌پنداشتند و در سایر حالات، آن را نتیجه کردار بد و ناشایست (معصیت) به شمار می‌آوردند. بدین ترتیب، ازدست دادن سلامتی، موضوعی قضا و قدری انگاشته می‌شد که یگانه راه بازگرداندن آن، مداخله قدرتی برتر یا عفو و بخشش فرد بیمار از سوی همان قدرت بود. می‌توان این رویکرد را از نوع یگانه انگاری با اولویت بخشی به امور روحانی در نظر گرفت.

در روم و یونان باستان، سلامتی با وضعیت هماهنگی و تعادل در پیوند بود. تعادل میان شماری از عناصر و کیفیات روانی و جسمی، وضعیت سلامت را رقم می‌زد. به بیان دیگر، سلامتی حاکی از هماهنگی و تناسب میان نوشیدنی‌ها، انواع مزاج و اوضاع زمانی (اوقات روز و فصل‌ها) بود و با برهم ریختن این تعادل، ناخوش احوالی و بیماری پدیدار می‌شد. در این دوران، به رغم اینکه شماری از فلاسفه همچون افلاطون بر روح و ذهن تأکید می‌کردند؛ نوعی تعامل گرایی پویا میان روح و جسم نیز به چشم می‌خورد.

مقولات سلامتی، بیماری و مرگ در آیین یهود، فراتر از عرصه پزشکی، در قوانین و معیارهای

1. Olafson
2. Macmurray

اخلاقی جای دارند. نوعی از تعامل‌گرایی پویا میان روح و جسم ناظر به مسئله سلامتی در این آیین قابل طرح است. در این نگرش، برخلاف مسیحیت که جسم آدمی را جنبه معصیت‌آمیز و روح را مظهر پاکی و عفت قلمداد می‌کند، روح و جسم هر دو به یک اندازه جلوه‌ای از خداوند هستند (کاترین ایوان‌اف^۱، ۲۰۱۶، ۱۰۶-۱۰۸).

دیدگاه واحدی در باب سلامت، درمان و ناخوشی در سنت مسیحی وجود ندارد. با این وجود، صورت کلی نگرش مسیحی در این باب از بررسی نقادی‌های الهیاتی معاصر نسبت به دیدگاه مدرن درباره سلامت و نیز نوشته‌های مسیحیان در این مورد و نیز جنبش درمانی^۱ قابل تشخیص خواهد بود.

مسیحیت در مجموع بر جنبه روحانی سلامت تأکید می‌ورزد (اسپیدلیک^۲، ۱۹۸۶، ۱۳۵ و ۱۳۶) و اگر از مراقبت از جسم سخنی به میان می‌آورد فقط به این خاطر است که آن را پوستین و محفظه روح تلقی می‌کند. به مسیحیان گفته می‌شود که جسم آنها همچون کشتی‌های حامل روح خداست. نزد مسیحیان، آگاهی از زندگی پس از مرگ، مایه نوعی سرکوب و نهان داشتن درد و عذاب جسمانی بود و از این رو بیماری و رنج دنیوی برای پالایش اخلاق، نجات از گناه و نیل به رستگاری نوعی فضیلت به حساب می‌آمدند. در این دین، سنت خیرخواهی، نقش برجسته‌ای دارد و از این روست که کلیسا برای بیماران به احداث بیمارستان و اقامتگاه مبادرت می‌ورزید. صومعه‌ها خاصه تا اوایل قرن چهاردهم، پناهگاه بیماران محسوب می‌شدند و راه بهبودی عبارت بود از دعا و راز و نیاز، ایمان و بخشایندگی و سرانجام رسیدن به آرامش ذهنی (کاترین ایوان‌اف^۱، ۲۰۱۶، ۱۰۸).

دیدگاه انتقادی به فرهنگ درمانی مدرن نیز از شاخصه‌های دیدگاه مسیحیت در باب سلامت است. بسیاری از الهی‌دانان مسیحی دیدگاه‌های معاصر ناظر به سلامت را نتیجه برداشت‌های پوزیتیویستی و مدرنیستی در مورد انسان قلمداد می‌کنند؛ از نظر آنها این برداشت‌ها کاملاً مسئله‌ساز است. الهی‌دانان دنیای مدرن را به مثابه فرهنگی درمانی^۳ تلقی می‌کنند که در آن مشکلات به عنوان ناخوشی تعریف می‌شوند و حذف این ناخوشی‌ها هدف نهایی زندگی و جامعه‌اند. در این فرهنگ، هر چیزی برای رشد ظرفیت یا قدرت روانی و جسمانی قصد می‌شود. واژه معنویت نیز به راحتی در این چارچوب جای می‌گیرد، چراکه امری شفابخش، منفعت‌جویانه و شخصی است (مکالخ^۴، ۱۹۹۵، ۱۹). دین در این نگرش، به جای اینکه غایت فی‌نفسه باشد صرفاً ابزاری برای تحقق غایات فرد و به کالایی برای الگوشدن یا استفاده جهت نیل به اهداف

1. healing movement

2. Spidlik

3. therapeutic culture

4. McCullough

خاص مبدل می شود. این نوع از مصرف گرایی خدا را صرفاً به تولیدکننده کالاها و نه متعلق پرستش تبدیل می کند. بنابراین دین نوعی تکنولوژی درمانی (وینک، دیلون و پرتیمان^۱ ۲۰۰۷، ۴۶ و ۴۷) هم قلمداد می شود.

توجه به بهداشت و سلامت جسمانی و روانی از جمله مسائل دین اسلام نیز به شمار می رود. بر همین اساس، بعضی از واجبات و محرمات الهی برای تأمین سلامتی و پیشگیری از ابتلا به بیماری های جسمی و روانی تشریح شده است. در این دین، هیچ انسانی حق ندارد با انجام کارهای زیان آور مانند سم خوردن یا روی آوردن به کارهای ناشایست به سلامت جسم و روان خود آسیب وارد کند یا خود را در معرض هلاکت و آسیب قرار دهد:

وَلَا تُلْقُوا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ؛ و خود را به مهلکه و خطر در نیفکنید (بقره، ۱۹۵).

در این نگرش، آدیان نسبت به سلامت جسمی و روحی دیگر مذهبها خود نیز مسئولند. به دلیل آنکه مسئله سلامتی و بیماری هم برای فرد و هم برای اجتماع مهم است و از سوی دیگر، جامعه بدون دغدغه بیماری فردی و اجتماعی در این جهان دست نیافتنی است، همیشه بشر در پی کشف علل و عوامل پیدایش بیماری و راه های پیشگیری از آن بوده است. تبیین علل بیماری مختص انسان های عادی نبوده، بلکه برگزیدگان خداوند نیز انسان ها را به رعایت و حفظ بهداشت جسم و جان سفارش و در شناسایی و راه های پیشگیری از ابتلا به انواع بیماری های جسمی، روحی و روانی ارشاد و راهنمایی می کردند. در تعالیم اسلامی، اهمیت زیادی برای بهداشت و سلامتی جسم و جان آدمی برشمرده شده است. در قرآن کریم آرامش روحی حاصل ایمان قلمداد شده است:

الَّذِينَ آمَنُوا وَلَمْ يَلْبِسُوا إِيمَانَهُمْ بِظُلْمٍ أُولَئِكَ لَهُمُ الْأَمْنُ وَهُمْ مُهْتَدُونَ؛ [آری]، آنها که ایمان آوردند و ایمان خود را با شرک و ستم نیالودند، ایمنی تنها از آن آنهاست و آنها هدایت یافتگان اند (انعام، ۸۲).

در فرازی از امام علی علیه السلام آمده است:

الصَّحَّةُ أَفْضَلُ التَّعَمُّرِ؛ صحت و سلامتی از هر نعمت دیگری بهتر و ارزشمندتر است (آمدی ۱۴۱۰، ۵۶).

امام جعفر صادق علیه السلام نیز می فرماید:

العَاقِبَةُ نِعْمَةٌ خَفِيَّةٌ إِذَا وُجِدَتْ نُسِيَتْ وَإِذَا فُقِدَتْ ذُكِرَتْ؛ سلامتی نعمتی است نهان و مخفی، زمانی که در دسترس باشد به یاد انسان نیست، همین که از دست رفت آن را به یاد می آورد (مجلسی ۱۴۰۳، ۷۵، ۲۴۳).

1. Wink, P., Dillon, M., & Prettyman

رویکرد آیین هندو به سلامت روان و جسم شامل نظام پزشکی آیورودایی و فنون متنوعی از بوداست. در اندیشه آیورودیک، مفروض این است که درمه یا قوانینی که برخی از آنها کلی و بخشی نیز مختص طبیعت شخصی مان هستند، کارکرد روانی و جسمی را تدبیر می‌کنند. در این نگرش، بیماری ناشی از سبک زندگی نامتعادل است. مشکلات مربوط سلامت معمولاً به یک یا سه مشکل منتسب می‌شود: رژیم غذایی نامناسب، فقدان کارهای فصلی یا روزانه مناسب و رفتار یا فعالیت ذهنی مشکل آفرین. محققان آیورودایی معتقدند که تغییر رژیم غذایی می‌تواند نقطه آغاز مناسبی برای تلاش جهت علاج بی‌تعادلی و مشکلات مربوط به سلامت باشد. به خاطر تفاوت‌های فردی، رژیم غذایی باید مبتنی بر ماهیت شخصی فرد باشد؛ هیچ رژیم غذایی استاندارد آیورودایی وجود ندارد. بدین ترتیب درمان براساس رژیم غذایی می‌تواند با فنون دیگری تکمیل بشود. این فنون می‌تواند شامل یوگا و اقامه مراسم دینی یا سادگی زندگی باشد. در طب آیورودیک، سلامت حقیقی محدود به فقدان بیماری جسمانی نیست، بلکه حد مطلوب سلامت انسان وضعیت روشن‌بینی^۲ است که در آنجا رها از رنجیم و با آگاهی مدام از خودآگاهی ناب زندگی می‌کنیم (نلسون ۲۰۰۹، ۵۸۷-۵۸۸).

در تفکر بودایی، همه انسان‌ها جز فرد روشن‌بین^۳ بیمار و در رنج‌اند. ما همگی در معرض بیماری‌های روانی، تمنیات و توهمات هستیم که به نارضایتی، اضطراب و افسردگی می‌انجامد، گرچه ممکن است اکنون این بیماری آشکار نباشد. آیین بودا مانند مسیحیت همه افراد را نیازمند درمان می‌داند؛ اما نسبت به رویکرد فن‌سالارانه به سلامت تردید دارد. آیین بودای تبتی از تکنیک‌های جسمانی مانند تشخیص براساس گرفتن نبض^۴ یا تجزیه شیمیایی ادرار^۵ استفاده می‌کند و معالجات آن می‌تواند شامل تغییر در رژیم غذایی، داروی تهوع‌آور شستشودهنده یا درمان پزشکی سنتی چینی مانند طب سوزنی یا داروی گیاهی باشد. با این وجود، طبق آیین بودا ما نه به درمان؛ بلکه به سبک جدیدی از زندگی و اندیشه‌ورزی نیازمندیم که شامل این مؤلفه‌هاست: جهت‌گیری به سمت واقعیت، دیدگاه غیردوگانه‌انگار، تغییر در سلوک با اعمال خودآگاهانه‌ترو و روابط وابسته‌ای که مشخصه آن رفتار خیرخواهانه نسبت به دیگران است (همان، ص ۵۹۲-۵۹۴).

۳) تعریف مفاهیم

دین: دین به معیارهایی که بر رفتار و کنش‌های انسان تأثیر می‌گذارند و مؤمنان به وسیله آن معیارها خود را مدیریت می‌کنند، مشروعیت می‌بخشد و همچنین دستورالعمل‌هایی درباره نحوه زیست ارائه می‌کند (لوژانی^۶ ۲۰۱۶).

1. Diet therapy
2. Enlightenment
3. Enlightened
4. pulse taking
5. Urinalysis
6. Lužný

معنویت: وضعیتی از «بودن» است که آدمی با امر متعال یا مقدس رابطه‌ای شخصی را تجربه می‌کند (ایمونس و کرامپلر^۱ ۱۹۹۹).

سلامت: وضعیتی که افزون بر حکایت از فقدان بیماری، شامل ویژگی‌های مثبتی همچون معناداری زندگی، مشارکت فعال و خلاقیت است (کینزلی^۲ ۱۹۹۵، ص ۱۵۲).

سبک زندگی: سبک زندگی به الگوهایی از انتخاب‌های رفتاری گفته می‌شود که از میان گزینه‌های مختلف، برحسب شرایط اجتماعی-اقتصادی و سهولت انتخاب آنها از سوی افراد شکل می‌گیرند (سازمان بهداشت جهانی^۳ ۱۹۸۶، ۱۱۸).

بیماری‌های سبک زندگی: آن دسته از بیماری‌هایی که حاکی از زندگی نسنجیده هستند و بیماری‌هایی همچون بیماری عروق کرونر قلب، سکته مغزی، سرطان ریه، سرطان روده بزرگ، دیابت و انسداد ریه از مصادیق بارز آنند (دویل^۴ ۲۰۰۱).

الگوی میانجی: این الگو چگونگی یا چرایی رابطه دو متغیر را توصیف می‌کند. در این مدل فرض بر این است که متغیر میانجی به عنوان رابط بین دو متغیر مستقل و وابسته قرار می‌گیرد و رابطه آنها را متأثر می‌سازد. بدین ترتیب، عامل میانجی را می‌توان به عنوان عنصری قلمداد کرد که توضیح می‌دهد چرا یک عامل، نظیر حضور در مکان‌ها و مراسم دینی، به طور غیرمستقیم، یک عامل مربوط به سلامت را پیش‌گویی می‌کند (پالانتی و تورسن^۵ ۲۰۰۷، ۲۲-۲۳).

۴) مناسبات دین و معنویت

دو مفهوم دین و معنویت دارای ویژگی‌ها و ابعاد گوناگونی اند. همین امر موجب گشته است که توافق آشکار و مشخصی در باب بهترین توصیف، تعریف یا ارزیابی از آنها وجود نداشته باشد. آشکار است که هر دو مفهوم با یکدیگر مرتبط و نسبتی دارند و هر دو با آنچه در زندگی مقدس فرض می‌شود، ارتباط دارند (پالوتزیان و پارک^۵ ۲۰۰۵، ۲۲-۲۳). این دو اصطلاح بسیار با هم خلط یا به جای هم استفاده می‌شوند.

دین همهٔ حوادث زندگی را در صحنه‌ای واحد و یک کل معنادار به هم پیوند می‌دهد. در واقع به مثابهٔ مدلی است که نیروی هنجاری و نیز مشروعیت بخشی قابل توجهی دارد و می‌تواند چارچوبی برای سبک زندگی باشد. دین به معیارهایی که بر رفتار و کنش‌های انسان تأثیر می‌گذارد و مؤمنان به وسیلهٔ آن معیارها خود را مدیریت می‌کنند، مشروعیت می‌بخشد و همچنین دستورالعمل‌هایی

1. Emmons & Crumpler

2. Kinsley

3.. World Health Organization (WHO)

4. Doyle

5. Paloutzian & Park

درباره نحوه زیست ارائه می‌کند. در برداشتی کلی شیوه‌ای از زندگی است که:

الف) زندگی را از طریق اوامر و نواهی هم‌شکل می‌سازد (برای مثال در زمینه غذا، رفتار جنسی، پوشش و غیره)؛

ب) به زمان و مکان ساختار می‌بخشد (با تعیین برنامه روزانه نیایش یا با مقدس عنوان کردن برخی مکان‌ها مانند مسجد و کلیسا)؛

ج) مبنایی برای هویت فردی و گروهی در اختیار می‌گذارد (برای تمایز گذاشتن بین «خود» یا «ما» با «دیگران»، و بدین ترتیب بر رفتار ما نسبت به «دیگران» تأثیر می‌گذارد)؛

د) تجربیات شخصی و منفرد را در نظم معنایی عام و بالاتر ادغام می‌کند (مانند تجربه مرگ عزیزان، که به عنوان بخشی از «اراده خدا» قلمداد می‌شود) (لوژانی ۲۰۱۶).

واژه معنویت در معنای اصیلش، برای مقایسه میان زندگی مسیحی با زندگی دنیوی (شیوه ماده‌گرایانه از بودن) استفاده می‌شد. (ریزوتو^۱ ۲۰۰۵). این واژه قلمروهای متعددی از معنا را دربرمی‌گیرد و در میان گروه‌های فرهنگی، ملی و دینی متنوع بار معنایی متفاوتی دارد (روئل‌کیپارتاین، بنسون، کینگ و واگنر^۲ ۲۰۰۶). امروزه اغلب این واژه برای اشاره به بخش تجربی و شخصی رابطه آدمی با امر متعال یا مقدس^۳ به کار می‌رود (ایمونس و کرامپلر ۱۹۹۹). در مجموع چهار درون‌مایه برای معنویت می‌توان برشمرد: ۱. منبعی از ارزش‌ها و هدف یا معنایی غایی فراتر از خود و شامل احساس رازآلود و از خود فراروی است؛ ۲. روش فهم؛ ۳. آگاهی درونی و وحدت شخصی (بکر^۴ ۲۰۰۱) و نیز این لوازم برای آن قابل ذکر است: ۱. وحدت درونی آدمی و ۲. پیوند و ارتباط او با دیگران و با واقعیتی گسترده‌تر که قابلیت او برای تعالی را تقویت می‌کند (مک‌گراث^۵ ۲۰۰۶).

بدین ترتیب، با توجه به پیچیدگی و ابعاد فراوان دین و معنویت و اینکه آنها برای گروه‌های مختلف معانی گوناگونی دارند، بیان تعریفی واحد برای هر کدام از آنها دشوار است. در این نوشتار برای سخن از اعمال، باورها و تجربیات مربوط به ادیان سازمان‌یافته یا نظام‌های اعتقادی، از واژه «دین» استفاده می‌شود و مراد از معنویت و معنوی بودن اشاره به ساحتی از حیات است که فراسوی جسم و روان است و تجلی عینی و زنده حیات دینی تلقی می‌شود (نلسون ۲۰۰۹، ۲۷).

1. Rizzuto

2. Roehlkepartain, Benson, King & Wagener

3. Sacred

4. Becker

5. McGrath

۵) مدل های سلامت

مسئله سلامت زمان بردار نیست و هر دوره ای بیش از دوره سابق مورد توجه قرار می گیرد. این مقوله امروزه طیف گسترده ای را از آگاهی و دانش جهان شمول گرفته تا نهادهای اجتماعی و نیز اقدامات خاص و ملموس در زندگی افراد در بر می گیرد. امروزه سلامت عمومی به نوعی کالای بازاری مبدل شده است. این مفهوم با عنایت به ساختار درونی اش، چندان واضح و گویا نیست؛ اما در مجموع می توان آن را به یکی از این دو شیوه تعریف کرد:

الف) مدل پزشکی

در نگرش مرسوم و مسلط، وضعیت سلامت به «نبود ناخوشی یا بیماری» گفته می شود که به مثابه کمال نهایی انسان است. این ناخوشی از بیرون به بدن فرد حمله ور می شود و کارکرد پیچیده مکانیکی آن را مختل می کند. با این نیروی خارجی از طریق مداخله مکانیکی و شیمیایی مقابله می شود (مراقبت پزشکی مدرن بر اساس اصل آلپاتی^۱). از این مراقبت گاه با عنوان مدل پزشکی^۲ سلامت یاد می شود. این نگاه به سلامت و انسان با تلقی مشکلات متنوع دینی، اجتماعی و حقوقی به عنوان نوعی ناخوشی که باید از سوی متخصصان رفع بشود، قابل گسترش به قلمروهای بسیاری از زندگی است و گاه از این موضوع با عنوان پزشکی شدن^۳ فرهنگ اشاره می شود (مارکم ۲۰۰۸، ۸۷-۹۱).

در این الگو، بیماری در دو مرحله پیش می رود: ۱) مرحله ماقبل بیماری زایی^۴ که در آن ویژگی های فرد، محیط و مشکل خاص برای تعیین خطر اثر متقابل دارند؛ و ۲) دوره بیماری زایی / پیدایش بیماری^۵، هنگامی که نشانگان و مشکلات واقعی نمایان می شوند. طی مرحله ماقبل بیماری زایی، ممکن است عواملی حفاظتی^۶ در این میان وجود داشته باشند که یا ناخوشی فرد را کنند می کنند یا او را به سوی وضعیت سلامت منتقل کنند. پس از بیماری زایی، گزینه های موجود یا درمان ثانویه^۷ به صورت سرپایی است و یا درمان مرحله سوم^۸ در بیمارستان. بسته به اینکه آیا نشانگان بیماری اساساً «جسمانی» است یا «روانی»، معمولاً میان سلامت جسمانی و سلامت روانی تفاوت می نهند. تمایز مذکور حاکی از استنباطی دوگانه انگارانه از ذهن و بدن به عنوان دو امر مجزا از هم هستند.

1. Allopathic principle
2. Medical model
3. Medicalization
4. Pre pathogenic
5. Pathogenesis
6. Protective factors
7. Secondary treatment
8. Tertiary treatment

ب) مدل فراگیر

در مدل فوق، بیماری به سازوکار علی مشخصی در فرد منتسب می‌شود. هر بیماری ناشی از علتی واحد و مشخص است و پژوهش‌های این حوزه، بی‌توجه به عوامل دیگر (اجتماعی و درونی)، در کنج آزمایشگاه‌ها و لوله‌های آزمایشگاهی صورت می‌گیرد (ثیرلوی و آپتون^۱، ۲۰۰۹، ۱۰). مدل فراگیر، در واکنش به این مدل، سلامت را به مثابه وضعیتی بیش از فقدان ناخوشی قلمداد می‌کند. همراه با اجتناب از بیماری، سلامت را می‌توان به عنوان وضعیتی قلمداد کرد که شامل ویژگی‌های مثبتی همچون معناداری زندگی، مشارکت فعال و خلاقیت است. برخلاف دیدگاه فوق که بدن انسان یک ماشین در نظر گرفته می‌شود و بخش‌های ناسالم و آسیب‌دیده آن، تعمیر یا با بخش‌های نو و سالم جایگزین می‌شوند، در این نگرش، ناخوشی حالتی فراتر از اختلال فرایندهای مکانیکی به شمار می‌رود. در واقع، ناخوشی وضعیت کلی بسیاری از ابعاد زندگی ماست (کینزلی، ۱۹۹۵، ۱۵۲).

اکثر پژوهش‌های ناظر به پیوند میان دین و سلامت، از منظر الگوی پزشکی صورت گرفته‌اند. این پژوهش‌ها مبتلا به چند مشکل روش‌شناختی‌اند:

۱. تعاریفی ناسازگار یا ساده‌انگارانه از سلامت و دین بیان می‌کنند که ابعاد مهمی از تجربه معنوی و حیات دینی را فرومی‌گذارد؛
۲. مشکلاتی ناظر به طراحی پژوهش، نمونه‌برداری و سنجش دارند؛
۳. فاقد الگوهایی نظری مناسبی هستند که شامل متغیرهای مهمی همچون مقابله و شخصیت باشند (نلسون، ۲۰۰۹، ۵۴۷-۵۴۸).

۵) الگوهای ناظر به ارتباط دین و سلامت

سه الگوی مشخص برای تبیین رابطه میان دین و سلامت می‌توان بیان کرد.

الف) اثر مستقیم دین بر سلامت

الگوهای «فرونشاننده و تعدیل‌کننده» هر دو مدعی‌اند که مشارکت دینی اثر مثبت مستقیمی بر سلامت دارد، اما دیدگاه آنها درباره نحوه تأثیر این فرایند متفاوت است.

الگوی تعدیل‌کننده:^۲ در این الگو، آنگاه که سطح استرس بالا باشد دین اثر چشمگیرتری دارد، گرچه استرس بر سطح واقعی فعالیت دینی اثر نمی‌گذارد. فعالیت‌های دینی در طول همه سطوح استرس مداوم است و در موقعیت استرس شدید آثار محافظتی بالایی دارد.

1. Thirlaway and Upton

2. Moderator

الگوی فرونشاندن یا مهارکننده: طبق این مدل، تشدید مشکلات به سطح بیشتری از عمل می‌انجامد که آثار استرس را فرومی‌نشانند. فعالیت دینی با استرس فزاینده بیشتر می‌شود و بدین ترتیب، مشارکت بیشتر، آثار محافظتی آن را بیشتر می‌کند.

ب) اثر با واسطه دین بر سلامت

الگوی میانجی:^۲ آثار دین بر سلامت به طور غیرمستقیم از طریق متغیر واسطه^۳ واقع می‌شود.

جستجو برای یافتن میانجی‌های احتمالی برای عوامل دینی یا معنوی که این عوامل را نامستقیم به سلامتی ربط و پیوند دهد، موضوع داغ و جالب توجهی است. یک عامل میانجی را می‌توان چیزی تصور کرد که توضیح می‌دهد چرا یک عامل، نظیر حضور در مکان‌ها و مراسم دینی، به طور غیرمستقیم، یک عامل مربوط به سلامت را، مثل تغییر در خطر مرگ و میر، پیشگویی می‌کند. برای توضیح اینکه چگونه عوامل دینی و معنوی بر سلامتی اثر می‌گذارند، می‌توان راه‌های احتمالی را در نظر گرفت که عوامل مذکور از آن طریق سلامتی را دستخوش تغییر می‌کنند. به عنوان نمونه، امان و تورسن سازوکارهایی مطرح کرده‌اند که می‌توانیم آنها را راه‌های تأثیرگذاری عوامل دینی و معنوی بر سلامتی تلقی کنیم. این سازوکارهای احتمالی روشن‌گره‌هایی هستند که عوامل معنوی یا دینی به طور غیرمستقیم از این طریق بر سلامتی تأثیر می‌گذارند. این سازوکارها موارد زیر را شامل می‌شود (پلانته و تورسن ۲۰۰۷، ۸):

رفتارهای سلامت بخش نظیر استعمال کمتر سیگار و ورزش بیشتر.

حالات روانی گروه‌های دینی یا معنوی می‌تواند موجب هیجانات، رفتار و افکار مثبت‌تر، مثل امید، خوش بینی، شفقت نسبت به دیگران و خویشتن و نیز بخشندگی شوند. استفاده از روش‌های معنوی یا دینی برای تدبیر بهتر مشکلات و استرس‌ها در زندگی روزمره (مقابله)، به ویژه رویارویی مؤثرتر با هیجان‌های منفی همچون افسردگی، نومی‌دی، ترس‌ها و عزت نفس پایین.

تدارک حمایت هیجانی و اجتماعی؛ یکی از راه‌های اثرگذاری گروه‌های دینی یا معنوی بر سلامتی و خطر بیماری فراهم آوردن نوعی احساس با هم بودن است؛ فرد در این فضا احساس کند دیگران از حال او مطلع و مراقب او هستند.

در این بین برخی محققین سازوکارهای دیگری را برمی‌شمرند (نلسون ۲۰۰۹، ۵۵۶):

۱. «تشویق به سبک زندگی سالم» و منع از عادات زیان‌باری مانند استعمال دخانیات یا مصرف الکل و نیز ترغیب به پذیرش و مشارکت در خدمات بهداشتی و درمانی و اقدامات پیشگیرانه.

1. Suppressive
2. Mediator
3. in-between

۲. «حمایت از باورهایی سودمند» همچون الف) دریافت خوش بینانه نسبت به خود و دیگران؛ ب) جهان بینی درستی که به خوش بینی، امید و کاهش تردید می انجامد؛ یا ج) ایده های مثبت نسبت به خدا؛ یا د) تبیین ها و باورهای روشنی همچون عقایدی درباره حیات اخروی مناسب.

۳. «تدارک منابع و مهارت های دینی برای مقابله»، مانند خواندن دعا. استفاده از این مهارت های مقابله هنگام ناخوشی فرد، پیشگویی مؤثری برای بهبود و بقا به شمار می رود.

۴. «تعدیل احساسات» برای ایجاد ثبات عاطفی یا ایجاد احساسات مثبتی همچون آثار رضایت بخش طی مناسک یا دعا.

۵. «ترغیب به تجارب دینی متعالی یا فعالیت های دینی» همچون دعا، مراقبه و خدماتی که آثاری مثبت برجای می گذارد.

دسته ای دیگر از پژوهشگران نیز بر این باورند که دین نهایتاً آثار خودش را بر سلامت از طریق مسیرهای زیستی اعمال می کند. به عنوان نمونه، لوین از مدل سه مرحله ای بهره می گیرد که در آن (۱) تعهد و احساس یگانگی دینی به ارتقای (۲) رفتارهای سالم، باورها و اقدامات حمایتی اجتماعی که در نتیجه منتهی می شود به (۳) احساسات مثبت و آثار وابسته جسمانی (لوین ۲۰۰۱، ۱۰۷).

از بین سه دسته مطالعات پیش گفته، دسته نخست از مطالعات در چارچوب الگوی میانجی قابل تحلیل است و تا حدودی سازوکار و نحوه تأثیرگذاری دین بر سلامت را تبیین می کند. در مطالعاتی از این دست تلاش می شود تا چگونگی و چرایی ارتباط باورها و اعمال مذهبی و معنوی با مقوله سلامتی بررسی و تبیین شود.

چنانکه می دانیم وضعیت بیماری یا سلامتی به ندرت معلول عواملی انحصاری است که مستقیم و بی واسطه عمل می کنند؛ در واقع بیماری و سلامتی معمولاً طی زمان بسط می یابد و معلول عوامل متعددی است که در مجموع مؤثر واقع می شوند. یک شیوه نگرش به عوامل مذکور بدین صورت است که آنها را همچون حلقه های یک زنجیره، پیونددهنده عاملی مانند دین با بهزیستی و سلامتی پیرو آن قلمداد کنیم. نظام های اعتقادی دینی و آموزه های معنوی سبکی از زندگی را ترسیم، توصیه و ترویج می کنند که با ایجاد فرایندهای خاص رفتاری، عاطفی یا روانی بر سلامتی افراد تأثیر می گذارد. شناسایی این عوامل ما را در تبیین چگونگی و چرایی تأثیرگذاری مشارکت مذهبی و معنویت بر سلامت آدمی مدد می رساند.

۶) سبک زندگی، میانجی دین و سلامت

الف) الگوهای رفتاری به مثابه محور سبک زندگی

از اوایل دهه ۸۰ میلادی بود که سازمان بهداشت جهانی پیدایش مفهوم سبک زندگی را به رسمیت شناخت و این تعریف را ارائه کرد:

سبک زندگی به الگوهایی از انتخاب‌های (رفتاری) گفته می‌شود که از میان گزینه‌های مختلف، برحسب شرایط اجتماعی-اقتصادی افراد و سهولت انتخاب آنها از سوی افراد شکل می‌گیرند (سازمان بهداشت جهانی ۱۹۸۶، ۱۱۸).

ارزش‌ها و باورهای فرهنگی به شکل‌گیری مجموعه‌ای از کنش‌های رفتاری می‌انجامند که شرایط اجتماعی-اقتصادی خاص، آن‌ها را محدود یا تسهیل می‌کنند. در واقع، سند سازمان بهداشت جهانی، سبک زندگی را به مثابه الگوی رفتارها تلقی می‌کند. در این نگرش، اساساً هر پدیده‌ای که حاوی عنصری رفتاری باشد ذیل اصطلاح سبک زندگی قابل گنجاندن است. به بیان دقیق‌تر، سبک زندگی ناظر به الگوهای رفتاری است نه رفتار و از مهم‌ترین عناصر سازنده سبک زندگی، الگوهای رفتاری است. با این نگاه، گستره سبک زندگی تمام افعال ذیل را دربرمی‌گیرد؛ جوارحی، جوانحی، قیامی، صدوری، ارادی، عبادی، غیرعبادی، فردی، جمعی و خانوادگی. ناگفته پیداست که در تمام رفتارهای سبکی، عنصر انتخاب و آگاهی نقش‌آفرینی می‌کند. به عبارت دیگر، تنها رفتارهای طبیعی و جبری از محدوده افعال سبک زندگی خارج‌اند (فعال ۱۳۹۶، ۲۱۹).

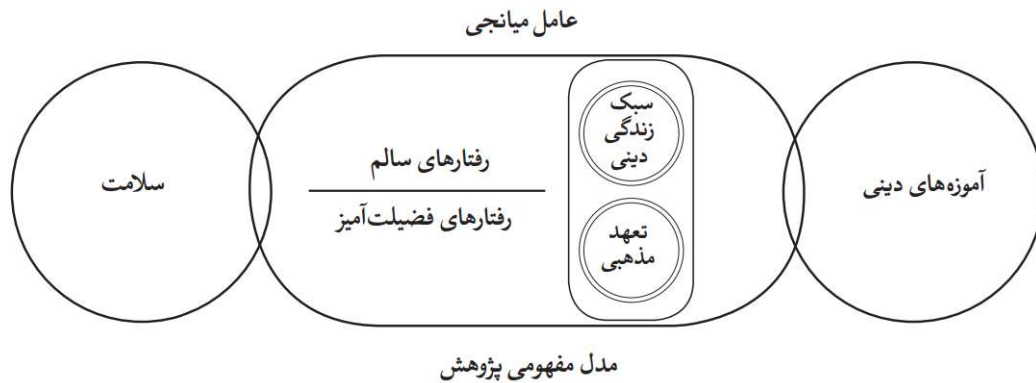
اما هر انسانی رفتارهای فراوانی دارد. این رفتارها در بخش‌های مختلف؛ نظیر رفتارهای فراغتی، رفتارهای پوششی، کنش‌های متقابل، رفتارهای ورزشی، رفتار با جنس مخالف و رفتار در مواجهه با مشکلات طبقه‌بندی می‌شوند. رفتار آدمیان از اصولی پیروی می‌کند. هر رفتاری در هر محدوده‌ای که باشد، از یک اصل یا مبنایی برمی‌خیزد. به دیگر سخن، کنش آدمیان پایه‌ای دارد، از مبنایی سرمی‌زند و براصولی استوار است. می‌توان به این پایه‌ها، مبانی و اصول رفتار یا کنش، الگویا مدل رفتاری گفت (همان، ۱۳۵).

ب) سبک زندگی دینی و سلامت

ادیان نظام‌هایی اعتقادی را معروف به آموزه‌ها ترویج می‌کنند و براین انتظارند که این باورهای مشترک رفتارهایی الگومند را در قالب سبکی از زندگی شکل بدهد و راهنمای عمل پیروان در فراز و نشیب‌های زندگی باشد. بی‌تردید آموزه‌های دینی نه تنها دامنه گسترده‌ای از دغدغه‌های بشری را فرامی‌گیرند؛ بلکه حاوی موضوعات خاص نیز هستند. این آموزه‌ها در ادیان یا فرقه‌های مذهبی ممکن است بسیار متفاوت باشند. نزد کسانی که با سنت ایمانی مشخصی

آشنا هستند، تأیید یا رد این آموزه‌ها، مطالب زیادی را درباره نحوه زیست آنها بیان می‌کند. تعهد فرد به آموزه‌های مذهبی همه ساحات زندگی را متأثر می‌کند.

سبک زندگی با محوریت دین از جمله عوامل میانجی و تعیین‌کننده سلامتی به شمار می‌رود. این مدعا نیازمند تبیین است. در واقع باید چگونگی و چرایی پیوند دین و سلامتی برحسب سبک زندگی تشریح و تبیین شود. اگر روابط بین پابندی به نظام اعتقادی و آموزه‌های دینی، سبک زندگی سالم و سلامتی را بسان حلقه‌های زنجیره قلمداد کنیم، آنگاه برای تأیید این ادعا، باید شواهد پژوهشی مربوط به دو مؤلفه از این زنجیره را بررسی کنیم: از پابندی به آموزه‌های مذهبی به سبک زندگی سالم و از آن به سلامتی.



یافته‌های پژوهشی مؤید هر دو مؤلفه فوق هستند. ناگفته نماند، گرچه همه دین‌داران تمامی رهنمودهای دین خود درباره سلامتی را به کار نمی‌بندند، می‌توان انتظار داشت افرادی که خود را دارای هویتی مذهبی معرفی می‌کنند، در مقایسه با کسانی که پایبند به هیچ مرامی نیستند، به احتمال بیشتر از اوامر دین خود تبعیت کنند. در میان افرادی که پایبند به دین هستند، تعهد به توصیه‌های مذهبی و ارتقاء بخش سلامتی مشوق انجام رفتارهای سالمی (سبک زندگی سالم) است که مانع از بیماری و موجب افزایش سلامت فراگیر جسمانی، عاطفی و بهزیستی می‌شود.

ج) از پابندی مذهبی به سوی سبک زندگی سالم

بنابر پژوهش‌ها، عضویت در ادیان یا فرقه‌های مذهبی، همبستگی مستحکمی با رفتارهای الگومند سالم دارد. از سوی دیگر، یافته‌های دیگر نشان می‌دهد که رفتارهای ناسالم با نرخ‌های بالاتری از بیماری و مرگ همراه هستند. روی هم رفته یافته‌های مذکور حاکی از پیوند بین پابندی به آموزه‌های مذهبی و سلامتی‌اند و نیز مؤید این نتیجه‌گیری هستند که پابندی به این آموزه‌ها مشوق و زمینه‌ساز سبکی از زندگی است که می‌تواند به سلامتی بینجامد.

مطلوب‌ترین نمودهای سلامتی را در میان ادیان و گروه‌های دینی می‌توان جست که معمولاً به جدی‌ترین و روشن‌ترین شکل ممکن، مشوق انتخاب‌های رفتاری و زندگی سالم هستند. به تعبیر دقیق‌تر، مطلوب‌ترین یافته‌ها در میان ادیانی به چشم می‌خورد که مطالبات رفتاری سخت‌گیرانه و جدی‌تری دارند. این مطالبات معمولاً شامل اعمال تجویزی و ممنوع در ارتباط با امر سلامتی مانند تنظیم رژیم غذایی، فعالیت جسمانی، تمایلات جنسی و استعمال دخانیات و الکل است. بدین ترتیب، گروه‌هایی که پایبندی‌های غیردینی دیگری دارند یا اساساً به چیزی پایبند نیستند، یافته‌های مربوط به سلامتی آنها از مطلوبیت کمتری برخوردارند. بنا به تعبیر کنت وکس^۱، مشارکت مذهبی و پذیرش باورهای مذهبی ما را آماده می‌سازد تا به شیوه‌ای عمل و زندگی کنیم که عمیقاً بر سلامت ما اثر بگذارد (وکس ۱۹۷۶، ۵۲۲).

بدین‌گونه است که تصمیم به برگزیدن راه و رسم مذهبی و معنوی در زندگی مانع از «بیماری‌های سبک زندگی» می‌شود. این اصطلاح برای اشاره به بیماری‌هایی است که «رفتار» آدمی نقشی در سبب‌شناسی بیماری دارد. نه تنها تعدادی از بیماری‌ها وجود دارد که پیشرفت‌شان تحت تأثیر رفتارها است؛ بلکه رفتارهایی وجود دارند که روی هم‌رفته در سبک زندگی دخیل هستند. بیماری‌های اصلی سبک زندگی «حاکی از زندگی نسنجیده هستند» و به همین دلیل در فهرست بیماری‌های سبک زندگی گنجانده می‌شوند (دویل ۲۰۰۱). به اعتقاد دوویل (۲۰۰۱)، بیماری‌های اصلی سبک زندگی را در این شش مورد می‌توان خلاصه کرد: بیماری عروق کرونر قلب، سکتة مغزی، سرطان ریه، سرطان روده بزرگ، دیابت و انسداد ریه. در حالی که لوید، فاستر (۲۰۰۶) و وانلس (۲۰۰۴) هم عقیده با دوویل (۲۰۰۱)، این بیماری‌ها را در زمره بیماری‌های سبک زندگی می‌دانند، برخی از متفکران دامنه این گروه را وسعت می‌بخشند؛ به عنوان مثال، بوگل (۲۰۰۳) افزون بر موارد مذکور، همه انواع سرطان‌ها و پوکی استخوان را از جمله بیماری‌های سبک زندگی معرفی می‌کند.

پرسش محوری این است که چرا افراد مذهبی، به طور متوسط سبک زندگی سالم دارند و به دنبال آن سالم‌تر از دیگران‌اند؟ پاسخ به این پرسش را در عنصری به نام «تعهد و پایبندی مذهبی» می‌توان جست (لوین، ۲۰۰۱، ۴۵). تعهد افراد به دین، رفتارها و نگرش‌های آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مقصود اینکه، تعهد به دین در قالب پیوستن به یک گروه مذهبی و پایبندی به آموزه‌های آن، اثری حفاظتی در برابر بیماری‌های جسمی و روانی دارد. این پایبندی دقیقاً به همان صورتی که مانع از استعمال سیگار، الکل یا پرخوری می‌شود، از اعمال بیماری‌زا^۲ ممانعت می‌کند یا آنها را به تأخیر می‌اندازد و تأثیری درازمدت بر کارکرد جسمی و روانی و سلامتی دارد. هر اندازه که فرد تعهد مذهبی داشته باشد، به همان میزان بر رفتارها یا نگرش‌های خاص او اثر خواهد گذاشت. از

1. Kenneth Vaux

2. pathogenic

جمله قلمروهایی که ممکن است تحت تأثیر قرار گیرند، می‌توان به این موارد اشاره کرد: الگوهای روابط اجتماعی و بین فردی، فرزندآوری، خوشبختی زناشویی و دغدغه‌های محیط زیستی، سلیقه سیاسی، روابط جنسی. بنابر مطالعات پژوهشی، پایبندی به دین و تعهد به آموزه‌های مذهبی خاص، شیوه پاسخ افراد را به پرسش‌هایی درباره اولویت‌های آنها پیشگویی می‌کند.

هر دین باورهایی را عرضه می‌کند که حاکم بر رفتارهای ناظر به سلامتی، بیماری و مرگ است. برخی از باورها، رفتارهایی مرتبط با سلامتی را «تجویز می‌کنند» یا می‌طلبند و پاره‌ای دیگر، از رفتارهای مرتبط با سلامتی یا مراقبت پزشکی «بازمی‌دارند» یا منع می‌کنند. از منظر افرادی که تعهد مذهبی دارند، آموزه‌ها یا تعالیم آیین آنها برای دستیابی، حفظ یا بازیابی سلامتی و بهزیستی، رهنمودهایی اخلاقی و عملی ارائه می‌دهند (اسپکتور^۱، ۱۹۹۶، ۱۳۴-۱۳۵). رهنمودهای رفتاری ادیان که در قالب آموزه‌هایی مشخص تشریح می‌شوند، برای تجهیز مؤمنان به «نقشه راهی» است که مسیر دستیابی به زندگی طولانی و پربار را هموار می‌سازد و تصور بر این است که این وضعیت حاصل زندگی هماهنگ با کائنات و پدیدآورنده آن است.

در این الگوی دینی، واجبات و محرماتی رفتاری مطرح می‌شود که عناصری از این قبیل را دربرمی‌گیرد: دستورالعمل‌هایی در باب ارتباطات بین فردی، محدودیت‌های رژیم غذایی، پرهیز از استعمال دخانیات و مواد مخدر، پرهیز از مصرف الکل، مراعات نظافت و ممنوعیت بی‌بندوباری جنسی. این رفتارهای مورد توصیه همان رفتارهای شایسته‌ای هستند که معمولاً به عنوان مهم‌ترین اهداف جوامع برای ارتقای سلامت فرد و جامعه نیز معرفی می‌گردد. در اینجا به یافته‌های مطالعات در باب دو نمونه از رفتارهای مورد توصیه ادیان می‌پردازیم که از آنها به عنوان «فضیلت» یاد می‌شود و تأثیر آنها بر سلامتی محرز قلمداد شده است. تعهد مذهبی پیروان ادیان به اصول اعتقادی و اخلاقیشان، مایه بروز رفتارهایی فضیلت‌آمیزی «بخشش» و «نوع دوستی» می‌گردد که در نهایت می‌تواند سلامتی را برای آنها به ارمغان بیاورد.

یک، بخشش

بخشش^۲ را یکی از دشوارترین کارهای جهان و یکی از عظیم‌ترین توفیقات بشری برمی‌شمرند. این عمل مستلزم تحول در سطوح متعدد شناختی، عاطفی، ارتباطی، رفتاری، ارادی و معنوی انسان است. فرد در جریان بخشش اساساً از حق خود در تلافی و واکنش به مثل می‌گذرد. در آثار روان‌شناختی معمولاً بخشش را چنین تعریف می‌کنند: موهبت به شخصی که در حق ما مرتکب ظلم شده است. این وضعیت هنگامی آغاز می‌شود که افراد خود را تحت عمل ظالمانه دیگران می‌یابند و معمولاً این واکنش‌ها را به دنبال دارد: (۱) احساسات منفی مانند عصبانیت،

1. Spector

2. Forgiveness

۲) تحول در شناخت مانند از دست دادن عزت و احترام، و ۳) رفتار تغییر یافته مانند کناره‌گیری یا پرخاشگری. اما فضیلت بخشش همچون به فراموشی سپردن یا نادیده گرفتن نیست؛ فرد در واقع، از حق خسارت یا انتقام آگاه است؛ اما از آن حق چشم‌پوشی می‌کند و در عوض واکنشی مهربانانه نسبت به مقصود دارد و باب روابط بهتر را بازمی‌گذارد (نلسون ۲۰۰۹، ۵۵۶). از این رهگذر است که بخشش امکان آرامش ذهن را تسهیل می‌کند؛ با امید به اینکه خاطرات عذاب‌آور التیام می‌یابند و فرد دیگر به لحاظ عاطفی در بند اعمال گذشته نیست. به علاوه، امکان صلح و آشتی با دیگران نیز به واسطه بخشش میسر می‌شود. کنار آمدن با زخم‌ها و جراحاتی که از ناحیه دیگران به ما می‌رسد، دریچه‌ای را به سوی آینده‌ای با روابط رضایت بخش‌تر می‌گشاید.

دین و بخشش عمیقاً درهم تنیده‌اند. هر سنت بزرگ دینی اساساً از ارزش گذشت و مخاطرات انتقام جویی سخن به میان آورده است. ارزش بخشش به شکلی صریح و عمیق در آیین اسلام، یهود و مسیحیت^۱ به چشم می‌خورد. در دین اسلام بر عنصر «بخشش و گذشت» به عنوان یکی از فضایل اخلاقی تأکید فراوانی صورت گرفته است. در قرآن کریم واژه‌های متعددی از جمله عفو، حلم، غفر و صفح با کلمه بخشش مرتبط هستند. از این بین، واژه «عفو» (تغابن، ۱۴؛ فصلت، ۳۴) نزدیک‌ترین مفهوم را به واژه بخشش در ادبیات روان‌شناختی دارد.

دین از یک سو با «ارزش‌دهی به عمل بخشش» و از سوی دیگر با «ارائه مجموعه‌ای از الگوها و روش‌ها برای تسهیل این فرایند» می‌تواند در جریان بخشش دخیل شود. در جنبه نخست، بخشش افزون بر تسهیل آشتی فرد با خویشان و دیگران، زمینه‌ساز آشتی با خدا نیز هست (نور، ۲۲؛ مٹی، ۶: ۱۴ و ۱۵). به علاوه اینکه آدمی به واسطه بخشش مجال زندگی دینی را می‌یابد. اما در جنبه دیگر، متون دینی حکایتگر داستان‌هایی از شخصیت‌های برجسته است که توانسته‌اند از وضعیت رنج‌آلود خود فراتر بروند و با دیگران به مهربانی و دلسوزی مواجه شوند. خانواده‌ای که گرفتار آشوب و پریشانی است، می‌تواند یوسف علیه السلام را سرمشق خود قرار بدهد؛ یوسف به رغم رفتار حسودانه و حاکی از انزجار برادران و قصد فروش او به عنوان برده از آنها درگذشت. قربانیان جرم و جنایت می‌توانند پا جای پای عیسی مسیح علیه السلام گذرانند؛ او شکنجه‌گران خود را در بدترین لحظات شکنجه بخشید^۳ (پارگامنت ۱۹۹۷، ۴۷۹-۴۸۰).

شاید بخشش هیچ پیامدی برای فرد متخلف نداشته باشد، اما مطمئناً پیامدهای ارزشمندی برای فرد آسیب‌دیده به ارمغان می‌آورد. در پژوهشی از مشارکت‌کنندگان درخواست شد تا تجارب مربوط به خیانت را بازگو کنند؛ پژوهشگران دریافتند افرادی که تمایل بیشتری به بخشش داشتند، نه تنها از فشار خون پایین‌تر، بلکه از شرایط قلبی عروقی بهتری برخوردار بودند.

۱. رک: کولسیان، ۱۳: ۳.

۲. رک: یوسف، ۹۲.

۳. رک: لوقا، ۲۴: ۲۳.

پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که بخشش واقعاً باعث «تحول قلب» می‌شود (پلانته و تورسن ۲۰۰۷، ۱۲۱). سایر مطالعات نیز پیوندهایی را میان بخشش و انواعی از سلامت روان یا متغیرهای حاصل درمان، از جمله سلامت روبه‌افزایش و استفاده‌اندک از مواد کشف کرده‌اند. این ویژگی با برخی از معیارهای مثبت سلامت جسمانی نیز مرتبط است. در این میان شواهد بسیاری وجود دارند که مشارکت دینی این فضیلت را تقویت می‌کند (نلسون ۲۰۰۹، ۶۶۴).

دو) نوع دوستی و یاری‌رسانی

اکثر سنت‌های دینی مشوق خدمت‌رسانی به دیگران به مثابه عملی محوری هستند و اندیشمندان معمولاً این نوع اعمال را جنبه مهمی از تعهد مذهبی محسوب می‌کنند. همین سنت‌ها هستند که بخش عمده‌ای از انگیزه ایجاد خدمات اجتماعی را فراهم می‌کنند. ردپای این جهت‌گیری را در ادیانی همچون اسلام (مجلسی، ۱۴۰۳، ۷۷، ۱۳۹) و مسیحیت (لوقا ۳۷-۱۰:۳۰) آشکارا می‌توان دنبال کرد. توصیه‌های دینی مبنی بر برآوردن نیازهای مؤمنان، خشنود ساختن قلوب آنان، احسان، اهتمام به امور مؤمنان، یاری مؤمنان، یاری‌رساندن به گرفتاران، گره‌گشایی از گرفتاری مؤمنان را می‌توان نمونه‌های آشکاری از این جهت‌گیری به شمار آورد. پژوهش‌ها نیز نشان داده است که دغدغه‌های ناشی از همدلی به‌طور مؤثری به بهبود رفتارهای اجتماعی کمک می‌کند. از این گذشته، به‌گواه اکثر مطالعات، حمایت از دیگران، فرد را از حالت ناخوشی و اندوهگینی بیرون می‌آورد و مایه بهبود سلامتی او می‌شود. در مجموع، افرادی که با سازمان‌های خیریه و بشردوستانه ارتباط دارند، به‌طور معمول از سلامت جسمی بهتری برخوردار هستند. افزون بر این، کمک به دیگران با طول عمر بیشتری ارتباط دارد، حتی اگر فرد با بیماری‌های جدی و خطرناکی دست‌وپنجه نرم کند. در پژوهشی درباره مبتلایان به ایدز، پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که آن دسته از افرادی که به مبتلایان به ایدز کمک کرده بودند از شانس بیشتری برای زنده ماندن در قیاس با گروه مقایسه برخوردار بودند. به‌علاوه، در مجموعه‌ای از بررسی‌های پژوهشی، روان‌شناسان به این نتیجه رسیدند که افرادی که به دیگران کمک می‌کنند و آن‌ها را زیر چتر حمایتی خود قرار می‌دهند، در واقع از آن‌هایی که این کمک‌ها را دریافت می‌کنند، بیشتر عمر می‌کنند و سلامت روانی بهتری دارند. حتی پس از کنترل متغیرهایی که ممکن است اثر آشکاری بر این یافته‌ها (از قبیل وضعیت اقتصادی اجتماعی، تحصیلات، سن و جنسیت) بگذارند، افرادی که حمایت اجتماعی از دیگران به عمل می‌آوردند، رخوت و ناخوشی کمتری نسبت به دریافت‌کنندگان این حمایت‌ها تجربه می‌کردند. بنابر پژوهش براون و همکاران او، افرادی که به دیگران کمک‌های مستقیم و ابزاری (مانند رساندن آنان به بیمارستان) و حمایت هیجانی (مانند گوش دادن به درد دل دیگران) می‌کنند، بیش از پنج سال امکان مرگشان کاهش می‌یابد، این یافته در تمامی فرهنگ‌ها، نتایج یکسانی به همراه داشت (پلانته و تورسن ۲۰۰۷، ۱۲۲-۱۲۳).

بدین ترتیب دور رفتار فضیلت آمیز «بخشش و نوع دوستی» در بافت دینی به مثابه رفتارهایی هستند که افزون بر برخورداری از ابعاد اخلاقی و اجتماعی، می توانند زمینه ساز سلامت جسم و روان گردند. این دور رفتار به تعبیری، حاکی از هوشیاری آگاهانه انسان های اخلاقی و دین دار از وابستگی متقابل میان همه چیزها است. درک این وابستگی دوسویه بین آدمی و سایرین و نیز بین جسم و روان او می تواند یادآور این حکمت دیرین باشد که می گوید: «با دیگران چنان رفتار کن، که می خواهی با تو رفتار کنند». آدمیان روزانه فرصت های بسیاری برای ابراز نوع دوستی و بخشش دارند و اینکه آنها در این شرایط چه واکنشی نشان دهند، می تواند اثرات کوتاه و بلندمدتی بر سلامت جسمی، روانی آنها و رابطه شان با دیگران داشته باشد.

سه) از سبک زندگی سالم به سوی سلامت

اول) سلامت جسمانی

از سبک زندگی می توان به عنوان تأثیرگذارترین عامل میانجی بین دین و سلامتی نام برد. بنابر مطالعات، رفتارها و سبک زندگی تا بیش از ۵۴ درصد، در تغییر علل بیماری های قلبی عروقی نقش دارند؛ این بیماری ها، رایج ترین علت مرگ در جوامع پیشرفته به شمار می روند. خطر سیگار کشیدن هم امری محرز و شناخته شده است. میزان شیوع بیماری مختل کننده مزمن در افراد سیگاری، ۳۵٫۵ درصد در مقابل ۷٫۸ درصد در افراد غیرسیگاری است؛ سرطان ریه ناشی از مصرف سیگار در ۹۰ درصد موارد چندان جایی برای توضیح بیشتر در این باره باقی نمی گذارد (کاترین ایوان اف ۲۰۱۶، ۱۱۲-۱۱۴).

تأثیرگذاری جدی سبک زندگی دینی بر وضعیت سلامتی نیز در همین راستا قابل تحلیل است. تفاوت های مذهبی با طیف قابل توجهی از شرایط مرتبط با بیماری قلبی در پیوند هستند: مرگ ناشی از بیماری های سیستم گردش خون؛ وقوع بیماری تصلب شرایین و مرگ؛ وقوع سکته قلبی و مرگ؛ وقوع آنژین قلبی و کلسترول بالا تنها نمونه هایی از انواع این بیماری به شمار می روند (لوین ۲۰۰۱، ۴۷-۴۸). بدین ترتیب دین با ایجاد قوانین و قواعد درونی و بیرونی برای فرد هنجارهایی را مشخص می کند و فرد را به داشتن باورها و نگرش هایی و در نتیجه سبکی از زندگی سوق می دهد که سبب ایجاد مصونیت در برابر رفتارهای خطر بار و به دنبال آن سلامتی افراد می شود. تأثیراتی که باورهای معنوی و دینی فرد بر چگونگی تعبیر و تفسیر وی از رویدادها می گذارد فرایند سازگاری و پذیرش رویدادها را نیز آسان می کند (کوتون، لارکین، هوپس، کرامر و روزنتال ۲۰۰۵).

مطالعاتی که در ادامه ذکر می شود حاکی از تأثیر قابل توجه پایبندی مذهبی در سبک زندگی دینی بر وضعیت سلامتی پیروان آنهاست (لوین ۲۰۰۱، ۴۸):

طبق مقالات علمی منتشرشده در اوایل قرن بیستم، زنان مسلمان میزان بسیار پایین تری از ابتلا به سرطان رحم و گردن رحم را دارند. این موضوع را مربوط به منفعت بهداشتی ختنه در شریکان جنسی آنها منتسب می‌کنند.

دانشمندان مرکز آمار سلامت میزوری به این نتیجه دست یافتند که نرخ مرگ و میر ناشی از بیماری ایسمیک قلب در پیروان کلیسای انوسازمان دهی شده عیسی مسیح قدیسان آخرالزمان تنها حدود ۸۰ درصد مرگ و میر سایر ساکنین میزوری بود.

محققان دانشگاه کلرادو، دانشگاه کیس وسترن رزرو و دانشگاه جان هاپکینز به بررسی الگوهای مرگ و میر در پیروان کهنسال گروه‌های مذهبی پرداختند. مردان ۴۰ تا ۶۹ ساله نرخ مرگ و میر پایین تری از مردان غیرمذهبی با همین سن، به خاطر بیماری‌های سیستم گردش خون داشتند.

تیمی از دانشگاه یوتا به این نتیجه دست یافتند که نرخ مرگ و میر دین‌داران به خاطر بیماری ایسمیک قلب ۳۵ درصد پایین‌تر از غیردین‌داران است. به علاوه، دین‌داران در مرگ‌های ناشی از بیماری قلبی روماتیسمی و فشار خون وضع بهتری داشتند.

طبق یافته‌های پژوهشگران مؤسسه پزشکی اجتماعی در اوترخت، مرگ و میرهای ادونتیست‌های روز هفتم به خاطر بیماری ایسمیک قلب در مقایسه با غیرادونتیست‌ها، ۵۷ درصد بود.

با جمع‌بندی یافته‌های مطالعات فوق بدین نتیجه می‌توان رسید که به رغم تفاوت‌های قابل توجه ادیان در آموزه‌ها، نظام‌های اعتقادی و سبک‌هایی از زندگی که رقم می‌زنند، نگرشی منفی را نسبت به رفتارهای خطرناک می‌پروراند و این امر تأثیری قابل توجه بر وضعیت سلامت پیروانشان دارد.

دوم، سلامت روانی و معنوی

امروزه در توضیح مفهومی «سلامت روان» صرفاً به «نبود بیماری» اکتفا نمی‌شود و ابعاد مختلفی برای آن برشمرده می‌شود. در چند دهه گذشته، رویکردهای جدیدی ناظر به سلامت روان شکل گرفته است و تلاش می‌شود تا تصویری فراگیرتر درباره ماهیت «زندگی خوب» یا هدف وجود آدمی و نحوه دستیابی بدان ارائه بشود. در رویکرد لذت‌گرایانه^۱ سلامت روان برابر با شادکامی^۲ است؛ یعنی تجارب کوتاه مدت لذت و اجتناب از احساسات منفی (کیز و لویز^۳ ۲۰۰۲، ۴۸) یا بهزیستی ذهنی^۴ که همان ارزیابی افراد از کیفیت زندگی‌شان است (دینر، لوکاس و اویشی^۵ ۲۰۰۲، ۶۶).

1. Hedonic

2. Happiness

3. Keyes & Lopez

4. subjective well-being

5. Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi

رویکرد مذکور مبتنی بر این ادعای اخلاقی است که جستجوی لذت و اجتناب از رنج بنیادی ترین انگیزه آدمی محسوب می شود. در رویکرد سعادت‌گرا،^۱ سلامت روان فرایندی پویا قلمداد و از آن با عنوان بهزیستی روان‌شناختی^۲ یاد می‌شود؛ فرد در این وضعیت (۱) سرگرم زندگی است و در پی شکوفاساختن استعدادهایش و یافتن معناست؛ (۲) روابط با کیفیت را بسط می‌دهد؛ و (۳) توانمندی خود را گسترش می‌دهد و به دنبال تسلط بر محیط است (ون و موهان^۳ ۲۰۰۶، ۲۳۳-۲۳۵).
تعریف جاهودا^۴ از سلامت روان با شش مؤلفه ذیل این رویکرد اخیر می‌گنجد: «اطمینان به نفس و خوداتکایی؛ میزان رشد، تحول و خودشکوفایی؛ انسجام شخصیتی؛ خودفرمانروایی؛ برداشت مناسب از واقعیت؛ تسلط بر محیط» (سالاری ۱۳۸۹، ۱۲-۱۳).

پرسش این است که آن نوع از سلامت روانی که دین به بار می‌آورد، ذیل کدام یک از رویکردهای سعادت‌گرایانه یا لذت‌گرایانه جای می‌گیرد. با مروری بر مطالعات صورت گرفته، ابعادی از دین را می‌توان برشمرد که مرتبط با بهزیستی ذهنی (رویکرد لذت‌گرایانه) است: انگیزه درون‌سوی دینی، باورهای شخصی، تجارب دینی و اعمال عبادی که ایجادکننده احساسات مثبت، مشارکت در فعالیت‌های سازمان‌دهی شده و احساس یگانگی با جامعه حمایت‌گراست (بیرد، هاگمن، ایسل ۲۰۰۷). از سوی دیگر، دین با تدارک فضایی همچون امیدواری (داتنی، ۲۰۰۵)، قدردانی (ایمونز و نیزل ۲۰۰۵) و معناداری (پترسون و روی ۱۹۸۵) به نحوی با رویکرد سعادت‌گرایانه نیز قابل انطباق است.

اما دین نوعی از سلامت را به دنبال دارد که متفاوت از دو رویکرد پیش گفته است. به بیان دقیق‌تر، در رویکرد دینی به سلامت روان، عنصری به نام «معنویت» مندرج است که رویکردهای نامبرده آن را فروگذارده‌اند. کریگ الیسون^۵ مفهوم سلامت معنوی^۶ را برای توصیف این نوع از سلامت روان مطرح می‌کند (الیسون ۱۹۸۳، ۳۳۰). در این نگرش، انسان افزون بر میل به لذت یا خودشکوفایی، نیازمند «تعالی و فراروی»^۷ است. این وضعیت از یک سوبه تجربیات وحدت‌بخش یا میان‌فردی خاصی دلالت دارد که به آدمی حس ارتباطی فراتر از خویشتن را می‌دهد (تعالی تجربی^۸) و از سوی دیگر، (دست‌کم) مستلزم تغییر نگاه اوست تا بدین وسیله بتواند تصویر عظیمی را درک کند که فلسفه معنوی در اختیارش می‌گذارد (تعالی ادراکی^۹) (هارتز ۲۰۰۵، ۱۲-۱۷). آدمی عزم این دارد که خود را متعهد به معنایی غایی در زندگی سازد و از این

1. Eudaimonic

2. psychological well-being

3. Van & Mohan

4. jahoda

5. Craig Ellison

6. spiritual well-being

7. Transcendence

8. Experiential Transcendence

9. Perceptual Transcendence

رهگذر است که نوعی از احساس سلامت روان یا معنوی را تجربه می‌کند. این نوع از سلامت که انسجام، هماهنگی و آزادی شخصیت را به بار می‌آورد، گاه حاصل «رابطه‌ای عمودی»^۱ (سلامت مرتبط با خدا موسوم به سلامت دینی)^۲ و گاهی نیز برآمده از «رابطه‌ای افقی»^۳ با جهان پیرامون و موسوم به سلامت وجودی^۴ است.

طبق مطالعات، سلامت معنوی با رضایت، مشارکت (دیویس، کر و کورپیوس^۵ ۲۰۰۳، ۳۵۷)، خودشکوفایی (پارک، مایرز و چار ۱۹۸۸، ۵۴۶) و ویژگی‌های شخصیتی مانند وظیفه‌شناسی یا سازگاری و وجود تجارب دینی (هاجر^۶ ۲۰۰۲، ۱۱۳) همراه است. پژوهشگران تا حد زیادی وجود رابطه‌ای مثبت میان دین و سلامت روان را پذیرفته‌اند، بنابراین تمرکز کار به شناسایی سازوکارهای این آثار منتقل شده است. در این میان برخی از سازوکارهای احتمالی پیشنهاد گردیده است، از جمله (۱) باورهایی که از جهان بینی مثبت پشتیبانی می‌کنند و آن جهان بینی تأمین‌کننده معنا، هدف و نگرشی خوش بینانه به مشکلات است؛ (۲) باورهایی که از سبک زندگی سالم و روابطی سازنده با دیگران حمایت می‌کنند؛ (۳) ایجاد احساسات مثبت از طریق مشارکت در اعمال و مناسک دینی عمومی و شخصی؛ (۴) رابطه با جامعه‌ای که تأمین‌گر حمایت معنوی و اجتماعی است (کوئینگ^۷ ۲۰۰۱، ۱۰۴).

جمع بندی

دین صرفاً مجموعه‌ای از رفتارها و نگرش‌های از هم‌گسیخته یا نوعی درمان جایگزین نیست که برای رقم زدن سلامتی یا باز یافتن آن استفاده شود. دین، در عوض، فرهنگی است که سبکی از زندگی و نوعی جهان بینی را برای پیروان خود رقم می‌زند. برخی از افراد متعهد به دین و آموزه‌های آن می‌شوند و برخی نیز، به هر دلیل، از پذیرش چنین تعهدی سرباز می‌زنند.

دیدگاه‌های سنتی مبنی بر اینکه دین نیرویی منفی است، عموماً نادرست‌اند و تحقیقات در طی زمان مؤید این نظرنند. در واقع، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مشارکت در دین و پایبندی به آموزه‌های آن می‌تواند برای حفظ سلامت روان و جسم مؤثر باشد. گاه این تأثیرگذاری در قالب علی معلولی طرح و شرح می‌شود که چندان قابل دفاع و دقیق نیست. در مقابل، دیدگاه‌هایی شکل گرفته‌اند که در چارچوب الگوی میانجی، عواملی میانجی را پیونددهنده دین و وضعیت سلامتی معرفی می‌کنند. سبک زندگی و الگوهای رفتاری از مهمترین عوامل میانجی به شمار

1. Vertical

2. religious well-being

3. Horizontal

4. existential well-being

5. Davis, Kerr & Kurpius

6. Hodges

7. Koenig

می‌روند. دین با ایجاد قواعدی برای زندگی هنجارهایی را مشخص می‌کند و فرد را به داشتن باورها، نگرش‌ها و ارزش‌ها و در نتیجه سبکی از زندگی سوق می‌دهد که سبب مصونیت در برابر رفتارهای خطرناک و به دنبال آن سلامتی افراد می‌شود. دایره سلامت هم شامل جسم و هم دربرگیرنده روان آدمیان است. در واقع، دین می‌تواند سلامت جسم و روان آدمیان را تدارک کند. اما در این بین تعهد و پایبندی مذهبی عاملی بسیار تعیین‌کننده است. این تعهد مایه بروز رفتارهایی سالم و گاه نیز فضیلت‌آمیز می‌گردد که اثری حفاظتی در برابر بیماری‌های جسمی و روانی دارد.

اگر پایبندی دین سلامت روان را به بار می‌آورد، تلقی دینی از این قسم سلامت، بسیار متفاوت از دورویکرد رایج لذت‌گرایانه و سعادت‌گرایانه است. مطالعاتی که سلامت روان را فقدان ناخوشی تعریف می‌کنند عموماً رابطه مثبت اندکی میان سلامت و مشارکت دینی می‌یابند، درحالی‌که برحسب معیارهای دیگری همچون خودشکوفایی، انسجام شخصی یا سلامت وجودی روابط مثبت مستحکم‌تری بین این دو متغیر قابل مشاهده است. در نگرش دینی، آدمی افزون بر میل به لذت یا خودشکوفایی، نیازمند نوعی تعالی و فراروی است که یا از طریق تجربه وحدت بخش با واقعیتی غایی یا دست‌کم از رهگذر شناخت این امر حاصل می‌شود.

نکته پایانی این که هنگام ارزیابی روابط دین و سلامت، از تفسیر افراطی یا تفریطی یافته‌ها باید پرهیز کرد و شایسته است نکاتی را مدنظر قرار دهیم:

۱. صرف سودمندی دین و آموزه‌های آن، امکان بهره‌مندی همگان از آن را به دنبال ندارد. گرچه اثر کلی دین سودمند است، ممکن است در مورد برخی افراد، اثری منفی داشته باشد یا چه بسا نشانگان روان‌شناختی مانند افکار وسواس‌گونه را ظاهر سازد که در میان دینداران متداول‌تر است (ر.ک به: آبرام‌وف ایچ، دیاکون، وودز و تولین، ۲۰۰۴).
۲. آثار قابل توجه‌تر دین بیش از آن که ناظر به درمان باشد، معطوف به پیشگیری از بیماری‌هاست.
۳. گاه پایبندی و تعهد دینی طاقت‌فرساست و چه بسا برای برخی از افراد نتایجی ناخوشایند به بار آورد.
۴. دین مستلزم مشارکت در اجتماع است، بنابراین ممکن است شخص را در معرض موقعیت‌های دشواری مانند عیب‌جویی‌های افراطی، دیدگاه‌های منفی به ذات انسان و خود، کناره‌گیری از حمایت اجتماع و تهدیدها، آزار و اذیت‌ها و نزاع‌های گروهی یا بین‌شخصی قرار دهد.
۵. تفاوت‌های مذهبی افراد را در میزان مراقبت از سلامتی نباید از نظر دور داشت. درست همان‌گونه که سلامتی برحسب ویژگی‌های شخصیتی مانند سن، جنسیت، پیشینه

قومی، وضعیت زناشویی، منزلت اجتماعی-اقتصادی متغیر است، دقیقاً به همین ترتیب، با لحاظ پایبندی و تعهد مذهبی نیز متفاوت خواهد بود. گرچه پایبندی به یک دین یا عضویت در گروهی مذهبی به طور قطعی سلامت کامل را تضمین نمی‌کند، می‌تواند افراد را بیشتر در معرض پیام‌های ارتقادهنده سلامتی و نیز دوستانی قرار دهد که به سبک‌های زندگی سالم و مورد تأیید آموزه‌های رسمی مذهبی قرار دهد. وقتی خود را در موقعیت‌هایی قرار می‌دهیم که مشوق زندگی سالم و رفتار مسئولانه‌اند، احتمال بیشتری می‌رود که آن شیوه زندگی را برای خود اختیار کنیم یا حداقل تلاش مان برای این امر باشد. شنیدن پیام‌های مثبت مربوط به سلامتی و مشاهده سبک‌های زندگی سالم که به عنوان الگوبه نمایش گذارده می‌شوند، انتخاب این نحوه از زیستن را آسان‌تر می‌سازد. این هدف به واسطه عضویت در گروه‌هایی که به لحاظ مذهبی مراعات و مراقبت بیشتری به خرج می‌دهند یا از رهگذر عهد و پیمان پرهیزگاران تأمین می‌شود.

۶. گاه افراد با تمسک به دین (خواه به دلیل توصیه متخصصان دینی، باورهای شخصی و خواه با اتکا به ابزار شفابخشی دینی) از پیگیری معالجه پزشکی مناسب خودداری می‌کنند بشود، لازم است توجه داشته باشیم که آموزه‌های اسلام مراجعه به پزشک را الزامی می‌دانند و دانش طب را لازم و ضروری می‌شمارند (مجلسی ۱۴۰۳، ۱، ۳۲۱).

۷. برای ارتقای سلامتی، اجتناب از بیماری یا طولانی کردن عمر نیازی نیست که یک دین یا گروه مذهبی به لحاظ رفتاری سخت‌گیر باشد. پیش از هر چیز، این هدف در صورتی محقق می‌شود که به آموزه‌های آن دین در باب رفتارهای خطرناک با جدیت عمل کنیم و دیگر اینکه راه و رسمی معنوی و باطنی را برگزینیم که یکی از مهم‌ترین تصمیم‌های زندگی به شمار می‌رود.

منابع

* به جز قرآن کریم و کتاب مقدس

۱. پارگامنت، کنت آی. روان شناسی دین و مقابله با ناملازمات زندگی: نظریه، پژوهش، کاربست، ترجمه و یادداشت محمدتقی فعالی و امیرقربانی. ۱۳۹۹. قم: تیماس.
۲. سالاری فر، محمدرضا و همکاران. ۱۳۸۹. بهداشت روانی با نگرش به منابع اسلامی، تهران: سمت.
۳. عبدالواحد بن محمد تمیمی آمدی. ۱۴۱۰. غرر الحکم و درر الکلم. محقق سیدمهدی رجائی. قم: دارالکتب الاسلامیه.
۴. فعالی، محمدتقی. ۱۳۹۶. مبانی سبک زندگی اسلامی، قم: انتشارات مؤسسه فرهنگی هنری دین و معنویت آل یاسین.
۵. گری هارتز. معنویت و سلامت روان. ترجمه امیر کامگار و عیسی جعفری. ۱۳۸۷. تهران: نشر روان.
۶. لوین، جف. الاهیات و پزشکی: واکاوی پیوند میان معنویت و درمان، ترجمه امیرقربانی. ۱۴۰۰. قم: تیماس.
۷. مارکم، جیمزآ. فلسفه پزشکی مقدماتی. ترجمه پیروزه شهباز و همکاران. ۱۳۹۹. تهران: لوح فکر.
۸. مجلسی، محمد باقر. ۱۴۰۳ق. بحار الانوار. بیروت: دار احیاء التراث العربی.
۹. نلسون، جیمز ام. روان شناسی، دین و معنویت. ترجمه مسعود آذربایجانی و امیرقربانی. ۱۳۹۵. تهران: سمت.
10. "Conceptualising lifestyle psychology", in: *The Psychology of Lifestyle: Promoting healthy behavior* (2009) By Kathryn Thirlaway and Dominic Upton, P. 6-24, London: Routledge.
11. "Lifestyle and Health", chapter 5 in: *Ways of life in the late Modernity* by Helena Kubátová et al., Univerzita Palackého v Olomouci, 2016.
12. Becker, K. (2001). *Unlikely companions: C.G. Jung on the Spiritual Exercises of Ignatius of Loyola: An exposition and critique based on Jung's lectures and writings*. Leominster, UK: Gracewing.
13. Cotton, S., Larkin, E., Hoopes, A., Cromer, B. A., & Rosenthal, S. L. (2005). The impact of adolescent spirituality on depressive symptoms and health risk behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 36, 7-14.
14. Davis, T. L., Kerr, B. A., & Kurpius, S. E. R. (2003). Meaning, purpose, and religiosity in at-risk youth: The relationship between anxiety and spirituality. *Journal of Psychology and Theology*, 31, 356-365.
15. Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. (2002). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In C. R. Synder, & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 63-73). Oxford: Oxford University Press.
16. Doyle, R. (2001) *By the numbers: lifestyle blues*. Scientific American April.

- Droomers, M., Schrijvers, C.T.M. and Mackenbach, J.P. (2002) Why do lowe.
17. Emmons, R. A., & Crumpler, C. A. (1999). Religion and spirituality? The role of sanctification and the concept of God. *International Journal for the Psychology of Religion*, 9, 17-24.
 18. Freud, S. (1927/1961). *The future of an illusion*. New York: Norton.
 19. Hodges, S. (2002). Mental health, depression, and dimensions of spirituality and religion. *Journal of Adult Development*, 9, 109-115.
 20. Kenneth Vaux (1976). "Religion and Health." *Preventive Medicine* 5: 522-536; esp. p. 522.
 21. Keyes, C. L. M., & Lopez, S. J. (2002). Toward a science of mental health: Positive directions in diagnosis and interventions. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 45-59). Oxford: Oxford University Press.
 22. Kinsley, D. (1995). *Health, healing, and religion: A cross-cultural perspective*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
 23. Koenig, H. G. (2001). Religion and medicine II: Religion, mental health, and related behaviors. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 31, 97-109.
 24. Lužný, Dušan, (2016). "Religion as a Framework for Shaping Lifestyle in (Post) Modern Society," in: *Ways of Life in the Late Modernity*, Helena Kubátová et al., Univerzita Palackého v Olomouci,.
 25. Macmurray, J. (1957). *The self as agent*. Amherst, NY: Humanity Books.
 26. McCullough, M. E. (1995). Prayer and health: Conceptual issues, research review, and research agenda. *Journal of Psychology and Theology*, 23, 15-29.
 27. McGrath, P. (2006). Defining spirituality: From meaning-making to connection. In S. Ambrose (Ed.), *Religion and psychology: New research* (pp. 223-239). New York: Nova Science.
 28. Olafson, F. (2001). *Naturalism and the human condition: Against scientism*. London: Routledge.
 29. Park, J. H., Meyers, L. S., & Czar, G. C. (1998). Religiosity and spirituality: An exploratory analysis using the CPI 3-vector model. *Journal of Social Behavior & Personality*, 13, 541-552.
 30. Plante, Thomas G. and Carl E. Thoresen (2007). *Spirit, science, and health: How the spiritual mind fuels physical wellness*, Praeger.
 31. R.F. Paloutzian & C.L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 21-42). New York: Guilford Press.
 32. Rachel E. Spector (1996). "Healing: Magicoreligious Traditions." *Cultural Diversity*