

دین و سلامت اجتماعی: بررسی رابطه دین‌داری با سلامت اجتماعی
(مطالعه موردی: دانشجویان دانشگاه پیام نور مرنند)

فیروز راد (استادیار، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور)

rad_291@yahoo.com

فاطمه محمدزاده (کارشناس ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه مازندران و مدرس دانشگاه پیام نور، نویسنده مسؤل)

mohammadzadeh.f@gmail.com

حمیده محمدزاده (کارشناس ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه گیلان و مدرس دانشگاه پیام نور)

mohammadzadehhamideh@yahoo.com

چکیده

هدف اصلی این مقاله، بررسی رابطه بین دین‌داری با سلامت اجتماعی دانشجویان است. این پژوهش با روش پیمایشی و با نمونه‌ای به حجم ۳۴۵ نفر با ابزار پرسش‌نامه در بین دانشجویان دانشگاه پیام‌نور مرنند انجام گرفت. پایایی و اعتبار پرسش‌نامه نیز با استفاده از روش آلفای کرونباخ و اعتبار صوری مورد بررسی قرار گرفته است. براساس یافته‌ها، میزان سلامت اجتماعی اکثریت دانشجویان در سطح متوسط و میزان دین‌داری آن‌ها در سطح بالا است. یافته‌های حاصل از ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین دین‌داری و سلامت اجتماعی دانشجویان و همچنین، بین دین‌داری و ابعاد سلامت اجتماعی (یک‌پارچگی، پذیرش، مشارکت، انسجام و شکوفایی اجتماعی) رابطه معنی‌دار و مستقیمی وجود دارد که بیشترین شدت همبستگی با بعد انسجام اجتماعی و کمترین همبستگی با بعد شکوفایی اجتماعی می‌باشد. میزان سلامت اجتماعی دانشجویان برحسب جنسیت آن‌ها دارای تفاوت معنی‌داری است؛ اما این تفاوت با دیگر متغیرهای جمعیتی، معنی‌دار نیست. همچنین، بین سن افراد با سلامت اجتماعی، رابطه معنی‌داری وجود ندارد. نتایج تحلیل رگرسیون دومتغیره نیز نشان داد که متغیر دین‌داری ۲۷/۳ درصد بر میزان سلامت اجتماعی دانشجویان تأثیر دارد.

کلیدواژه‌ها: دین‌داری، سلامت اجتماعی و ابعاد آن، دانشجویان.

۱. مقدمه و طرح مسأله

سلامتی بازتابی از شرایط افراد جامعه است که از مجموعه پیچیده‌ای از عوامل و شرایط زیستی، روانی، اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، مذهبی و حتی سیاسی جامعه متأثر است. امروزه با توجه به پیشرفت‌های تکنولوژیکی و گسترش فناوری‌های نوین اطلاعاتی - ارتباطی و تأثیر مستقیم آن‌ها بر کیفیت زندگی آدمی، مسأله سلامتی در تمامی ابعاد آن، شامل سلامت جسمی، روانی و اجتماعی و عوامل تأثیرگذار بر آن اهمیت ویژه‌ای یافته است؛ به گونه‌ای که بسیاری از اندیشمندان اجتماعی، به خصوص جامعه‌شناسان پزشکی بر این عقیده‌اند که عوامل و شرایط اجتماعی، تأثیر به‌سزایی در حفظ و ارتقای سلامت انسان دارند و تبیین‌های پزشکی، زیست‌شناختی و حتی روان‌شناختی به دلیل عدم توجه به نقش مهم عوامل اجتماعی و فرهنگی بر الگوهای سلامت و بیماری، کافی و رضایت‌بخش (قانع‌کننده) نمی‌باشند.

سلامت دارای شش بعد مختلف می‌باشد: سلامت جسمی، روانی، عاطفی، معنوی، جنسی و اجتماعی (سجادی و صدرالسادات، ۱۳۸۳، ص. ۲۴۷) که بعد اجتماعی سلامت، در برگیرنده سطوح مهارت‌های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به‌عنوان عضوی از جامعه بزرگ‌تر است و به چگونگی وضعیت ارتباط فرد با دیگران در جامعه یا همان جامعه‌پذیری وی اشاره دارد (حاتمی، ۱۳۸۹). امروزه یکی از محورهای اساسی و مهم ارزیابی سلامتی جوامع مختلف که نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفا می‌کند و تابعی از عوامل مختلف اجتماعی، فرهنگی و غیره است، برخورداری جامعه از سلامت اجتماعی^۱ می‌باشد.

سلامت اجتماعی به عنوان جنبه‌ای از سلامت فرد که به‌تازگی وارد حوزه جامعه‌شناسی شده است، به شخصیت فرد به عنوان موجودی اجتماعی برمی‌گردد و ارزیابی فرد از اجتماع و کیفیت و کمیت درگیر شدن شخص در اجتماع را دربرمی‌گیرد (سام آرام، ۱۳۸۸، ص. ۱۱). کیز^۲ (۲۰۰۴) سلامت اجتماعی را ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و

1 Social Health – Social well- being

2 Keyes

کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که عضو آنها است، می‌داند. به اعتقاد او و شاپیرو^۱ آنچه بیشتر به زندگی غنا و معنی می‌بخشد، خویشاوندان، روابط و تجارب مشترک است. از این رو، او به توانایی فرد در تعامل مؤثر با دیگران و اجتماع به‌منظور ایجاد روابط ارضاکننده شخصی و به انجام رساندن نقش‌های اجتماعی، عنوان سلامت اجتماعی می‌دهد (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴). در نظر هندری و همکاران^۲ (۲۰۰۶)، سلامت اجتماعی فقدان بیماری روانی، یا حتی غیاب عاطفه منفی که در بافت معینی می‌تواند پاسخی سازنده قلمداد شود، نیست؛ بلکه توانایی انجام مؤثر و کارآمد نقش‌های اجتماعی بدون آسیب‌رساندن به دیگران است (ریموند^۳، ۲۰۰۴؛ به نقل از باباپور، طوسی و حکمتی، ۱۳۸۸، ص. ۱۱)؛ به‌عبارتی دیگر، سلامت اجتماعی به نوعی بهداشت روانی، فردی و اجتماعی گفته می‌شود که در صورت تحقق آن شهروندان دارای انگیزه و روحیه شاد بوده و در نهایت، جامعه شاداب و سلامت خواهد بود. در واقع، زمانی شخص را واجد سلامت اجتماعی برمی‌شمیریم که بتواند فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی خود را در حد متعارف بروز و ظهور دهد و با جامعه و هنجارهای اجتماعی احساس پیوند و اتصال کند (فدایی مهربانی، ۱۳۸۶، ص. ۸). بنابراین، سلامت اجتماعی به عنوان خصوصیت جامعه به شرایط اجتماعی و فرهنگی جامعه بستگی دارد و از آنجایی که با جامعه‌پذیری اشخاص در ارتباط است، می‌تواند عامل مهمی در پذیرش هنجارهای اجتماعی به شمار رود (سام آرام، ۱۳۸۸، ص. ۱۰).

عوامل اجتماعی - فرهنگی بسیاری، امروزه بر میزان سلامت اجتماعی افراد جامعه مؤثر می‌باشند که یکی از این عوامل تأثیرگذار دین‌داری^۴ (تعلق، تقید و جهت‌گیری دینی) است. دین‌داری یا تدین حالت انسان است که دین، متعلق به آن به‌شمار می‌رود. در واقع، اطلاق لفظ دین‌داری هنگامی به‌کار می‌رود که مردم یا گروهی از افراد، تمام یا بخشی از تعالیم و دستورات دینی (اعم از عقاید، اخلاقیات و احکام) را پذیرفته باشند. بنابراین، در مقام تعریف

1 Shapiro

2 Hendrie & etal

3 Raymond

4 Religiosity

می‌توان گفت که دین‌داری یعنی دینی‌بودن، پای‌بندی دینی و داشتن التزام دینی، به نحوی که نگرش، گرایش و کنش‌های فرد را متأثر سازد (شجاعی‌زند، ۱۳۸۴، صص. ۳۶-۳۵). دین در همهٔ زمان‌ها و جوامع از ابتدایی تا مدرن در اشکال مختلف وجود و حضور داشته است. از این واقعیت می‌توان نتیجه گرفت که دین نیاز فطری انسان است که در بعد فردی پاسخ‌گوی سؤالات غایی انسان و در بعد اجتماعی سامان‌دهنده یا انسجام‌بخش مجموعهٔ جامعه است (واندر زندان، ۱۹۹۶، ص. ۳۲۶ به نقل از ربانی و طاهری، ۱۳۸۷، ص. ۹۱). دین غالباً می‌تواند عامل نیرومند تعیین‌کنندهٔ پدیده‌های اجتماعی باشد، به نهادها شکل بدهد، بر ارزش‌ها تأثیر بگذارد و روابط را زیر نفوذ خود بگیرد (ذاکرمین، ۱۳۸۴، ص. ۱۷۵). هدن (۱۹۸۳) معتقد است که دین‌داری عامل اساسی اجتماعی‌شدن و انسجام فکری، عملی و جهت‌گیری در رفع مشکلات، پدیده‌ها و مسایل اجتماعی است (نازکتبار، زاهدی و نایبی، ۱۳۸۵، ص. ۲۳۴). در کل، اعمال و باورهای دینی با سلامتی فردی و اجتماعی افراد یک جامعه مرتبط است (دی^۱، ۲۰۰۹). دین با توجه به پیامدها و کارکردهایی که در سطح فردی و اجتماعی دارد، همواره یکی از تعیین‌کننده‌ترین عوامل در شکل‌دهی و جهت‌دهی به جوامع انسانی بوده و نقش مهمی در ایجاد و حفظ ساختارهای اجتماعی زندگی اجتماعی انسان داشته و دارد.

بسیاری از پژوهش‌گران در حوزه‌های مختلف علوم اجتماعی، روان‌شناسی و علوم پزشکی در زمینهٔ تأثیرات دین‌داری بر سلامت، به‌خصوص سلامت روان پژوهش‌هایی را انجام داده‌اند، برخی مطالعات حاکی از رابطهٔ مثبت بین دین‌داری با سلامت (چراغی و مولوی، ۱۳۸۵؛ سراج‌زاده، جواهری و ولایتی خواجه، ۱۳۹۲؛ میرزامحمدی، فرمیهنی و اسفندیاری، ۱۳۹۰؛ کیم^۲، سیدلتز^۳، اونگار^۴ و دوبراستن^۵، ۲۰۰۴؛ ریپنتروپ^۶ و همکاران، ۲۰۰۵؛ پاجویچ^۷، سیناویک^۸ و

1 Day

2 Kim

3 Seidlitz

4 Evinger

5 Duberstein

6 Rippentrop

7 Pajevic

8 Sinanovic

هسناویک^۱ (۲۰۰۵) و برخی دیگر اعتقاد دارند که بین دین‌داری و سلامت، رابطه منفی و معکوس یا اصلاً رابطه‌ای وجود ندارد (کوئینگ^۲، ۲۰۰۴؛ داریل^۳، کاب^۴ و اکانر^۵ ۲۰۰۳؛ خلیلی دوآبی، ۱۳۸۴؛ دیزوتر^۶ و هتسباوت^۷، ۲۰۰۶)؛ اما پژوهش‌های تجربی انگشت‌شماری در زمینه رابطه بین دین‌داری با سلامت اجتماعی چه در داخل ایران و چه در خارج انجام شده است.

با توجه به این موضوع که بیش از نیمی از جمعیت کشور را جوانان و عمدتاً دانشجویان تشکیل می‌دهند که از اصلی‌ترین سرمایه‌های انسانی و از ارکان اصلی دستیابی به توسعه در جامعه می‌باشند و نقش مهمی در اداره امور آتی کشور به عنوان متخصصان و مدیران آینده حوزه‌های مختلف اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، سیاسی، علمی، فنی و غیره خواهند داشت. بنابراین، توجه به سلامت این قشر، به خصوص سلامت اجتماعی آن‌ها تأثیر مهم و به‌سزایی در آینده خود آن‌ها و جامعه، بر جای خواهد گذاشت. جوانی که از سلامت اجتماعی و روانی کافی برخوردار نباشد، نمی‌تواند در مواجهه با چالش‌های ناشی از ایفای نقش اجتماعی، عملکرد مناسبی داشته باشد و خودش را با هنجارهای اجتماعی تطبیق دهد. از این‌رو، پژوهش حاضر قصد دارد تا رابطه بین دو متغیر دین‌داری و سلامت اجتماعی را از دیدگاهی جامعه‌شناختی مورد بررسی قرار دهد. بنابراین، هدف اصلی پژوهش حاضر، شناسایی رابطه دین‌داری و سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه پیام نور مرنده می‌باشد و درصدد پاسخ‌گویی به این سؤالات است: میزان دین‌داری و سلامت اجتماعی دانشجویان به چه میزان است؟ و چه رابطه‌ای بین میزان دین‌داری دانشجویان با میزان سلامت اجتماعی آن‌ها وجود دارد؟

1 Hasanovic
2 Koenig
3 Daryl
4 Cobb
5 O'Connor
6 Dezutter
7 Hutsebaut

۲. پیشینه تحقیق

جدول ۱- خلاصه تحقیقات انجام شده در داخل و خارج کشور

محقق و سال انجام پژوهش	عنوان پژوهش	نتایج عمده
هادیان فرد (۱۳۸۴)	احساس ذهنی بهزیستی و فعالیت‌های مذهبی در گروهی از مسلمانان	بنابر نتایج اقامه نمازهای واجب پیش‌بینی‌کننده نیرومندی برای احساس ذهنی بهزیستی است. همچنین، انتخاب دوست مذهبی، انتخاب همسر مذهبی، پرداخت وجوهات شرعی، تشویق دیگران به مذهبی‌بودن و بررسی دربارهٔ دین، پیش‌بینی‌کننده‌های خوبی برای احساس ذهنی بهزیستی هستند.
عبدالله‌تبار و همکاران (۱۳۸۷)	بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان و ارتباط آن با متغیرهای دموگرافیک	بر پایهٔ نتایج تحقیق میانگین سلامت اجتماعی در دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد بالاتر از دانشجویان کارشناسی و دانشجویان پسر بیشتر از دختران بوده است.
بیات و همکاران (۱۳۸۶)	سلامت اجتماعی کودکان ۷-۱۱ ساله ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی	بنابر یافته‌های تحقیق بین سلامت اجتماعی و جنس ارتباط معنی‌داری وجود داشت؛ ولی با سن و مدت زمان نگهداری در مراکز ارتباط معنی‌داری به‌دست نیامد.
کنگولو (۱۳۸۷)	میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیرشاهد دانشگاه علامه طباطبائی	بر پایهٔ نتایج تحقیق بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیرشاهد، همچنین، بین جنسیت و وضعیت تأهل با میزان سلامت اجتماعی، رابطه معنی‌داری وجود ندارد.
باباپور و همکاران (۱۳۸۸)	نقش عوامل تعیین‌کننده در سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز	بنابر نتایج تحقیق متغیرهای قومیت، تحصیلات والدین، وضعیت اجتماعی-اقتصادی و جنسیت تأثیری بر سلامت اجتماعی دانشجویان مورد مطالعه ندارند و بین دانشجویان رشته‌های مختلف در خرده‌مقیاس شکوفایی اجتماعی تفاوت معنی‌داری وجود دارد.
موحدی (۱۳۸۸)	تأثیر سلامت اجتماعی بر میزان کیفیت زندگی کارکنان بانک ملی	بین سلامت اجتماعی و میزان کیفیت زندگی کارکنان، رابطه مثبتی وجود دارد، هم‌چنین از بین ۵ زیرمقیاس سلامت اجتماعی فقط انسجام اجتماعی و شکوفایی اجتماعی با کیفیت زندگی رابطه معنی‌داری دارند.
حسینی (۱۳۸۹)	میزان سلامت اجتماعی دانشجویان و عوامل مؤثر بر آن	بنابر نتایج تحقیق میزان سلامت اجتماعی در بین دانشجویان در سطح متوسط بوده و بین میزان مهارت‌های ارتباطی، میزان باورهای مذهبی، میزان پایگاه اقتصادی-اجتماعی با میزان سلامت اجتماعی، رابطه معنی‌داری وجود دارد؛ اما بین نحوه گذران اوقات فراغت و میزان سلامت اجتماعی، رابطه‌ای مشاهده نشد.
حاتمی (۱۳۸۹)	بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تأکید بر شبکه‌های اجتماعی	بنابر نتایج تحقیق بین شبکه‌های اجتماعی، منابع حمایت اجتماعی شبکه‌ها، ارتباط شبکه‌های و پایگاه اقتصادی-اجتماعی دانشجویان با میزان سلامت اجتماعی آنان رابطه معنی‌داری وجود دارد.
نیک‌ورز (۱۳۸۹)	بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان دختر و پسر دانشگاه شهید باهنر کرمان	بنابر نتایج تحقیق، تمامی ابعاد سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی، رابطه معنی‌داری دارند. همچنین، متغیرهای وضعیت تأهل، جنسیت و نوع دانشکده با سلامت اجتماعی رابطه داشتند. بنابر نتایج تحلیل رگرسیون، ۵۹ درصد از تغییرات واریانس سلامت اجتماعی به وسیلهٔ دو متغیر اعتماد و مشارکت اجتماعی تبیین می‌شود.

پورستار و حکمتی (۱۳۸۹)	بررسی رابطه باورهای دینی با سلامت اجتماعی و پیش‌بینی سلامت اجتماعی براساس باورهای دینی در بین دانشجویان دختر	بر پایه نتایج تحقیق پذیرش و مشارکت اجتماعی با همه ابعاد عمل به باورهای دینی و یک‌پارچگی و چسبندگی اجتماعی با برخی از ابعاد عمل به باورهای دینی، رابطه معنی‌داری دارند؛ اما بین شکوفایی اجتماعی و عمل به باورهای دینی، رابطه معنی‌داری وجود ندارد. نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیره نشان داد، در کل ابعاد عمل به باورهای دینی ۱۲ درصد از تغییرات واریانس سلامت اجتماعی را تبیین می‌کنند.
تقی‌پور (۱۳۹۰)	بررسی عوامل اقتصادی اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی کارکنان تأمین اجتماعی شهرکرد	بر پایه نتایج تحقیق بین میزان سلامت اجتماعی و تحصیلات و درآمد، رابطه معنی‌داری وجود دارد؛ اما بین سن و وضع تأهل با سلامت اجتماعی، رابطه معنی‌دار نیست
میرزاحمدی و همکاران (۱۳۹۰)	بررسی نقش آموزه‌های دینی در سلامت فردی و اجتماعی	بنابر یافته‌های تحقیق دین در سلامت جسمی، روانی و اجتماعی مؤثر می‌باشد. بین ابعاد مختلف دین‌داری و معنویت با سلامت جسمی، روانی و اجتماعی، رابطه مثبت وجود دارد؛ به گونه‌ای که باورهای دینی می‌توانند فرد را به سوی کمال و تعالی و در نتیجه سلامت روانی و جسمی و در نهایت، سلامت اجتماعی هدایت کنند.
هزارجریبی و ارفعی (۱۳۹۱)	رابطه اوقات فراغت با سلامت اجتماعی	بنابر نتایج تحقیق میزان سلامت اجتماعی در بین جوانان درحد متوسط بوده و میزان رضایت از اوقات فراغت بر سلامت اجتماعی افراد تأثیر مثبتی دارد.
فتیحی و همکاران (۱۳۹۱)	بررسی عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی معلمان شهر مراغه	بر پایه نتایج تحقیق بین متغیرهای رضایت از شغل، سن و طبقه اجتماعی با سلامت اجتماعی پاسخگویان، رابطه معنی‌داری وجود دارد؛ اما بین جنسیت پاسخ‌گویان با سلامت اجتماعی، تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.
شرتیان (۱۳۹۱)	بررسی ارتباط بین سرمایه اجتماعی و میزان سلامت اجتماعی دانشجویان	براساس یافته‌های تحقیق، تمامی ابعاد سرمایه اجتماعی همچنین، متغیرهای وضعیت تأهل، جنسیت با سلامت اجتماعی، رابطه معنی‌دار دارند. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که ۵۹ درصد از تغییرات واریانس سلامت اجتماعی به وسیله دو متغیر اعتماد و مشارکت اجتماعی تبیین می‌شود.
پورافکاری (۱۳۹۱)	بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی در شهرستان پاوه	بر پایه نتایج تحقیق، رابطه معنی‌داری بین متغیرهای انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انطباق اجتماعی و سطح تحصیلات با سلامت اجتماعی وجود دارد؛ اما بین جنسیت پاسخ‌گویان با سلامت اجتماعی، رابطه معنی‌دار نیست.
سراج‌زاده و همکاران (۱۳۹۱)	دین و سلامت: آزمون اثر دین‌داری بر سلامت در میان نمونه‌ای از دانشجویان	بنابر یافته‌های تحقیق دین‌داری دارای تأثیر معنی‌دار مستقیم و غیرمستقیم بر سلامت کل است. دین‌داری به‌طور غیرمستقیم و از طریق سبک زندگی سلامت‌محور بر سلامت جسمی تأثیر دارد. همچنین، اثر دین‌داری بر سلامت اجتماعی به‌طور غیرمستقیم و از طریق حمایت اجتماعی است. تأثیر دین‌داری بر سلامت روانی هم به‌طور مستقیم و هم غیرمستقیم از طریق حمایت اجتماعی تأیید می‌شود.
رضایی (۱۳۹۲)	بررسی تأثیر برخورداری از حمایت اجتماعی خانواده بر سلامت اجتماعی دانشجویان	براساس یافته‌های تحقیق میزان سلامت اجتماعی دانشجویان در سطح مطلوبی قرار دارد.
ادریسی و	احساس امنیت پیامد تأثیر دین‌داری و	بنابر یافته‌های تحقیق متغیرهای دین‌داری و رضایت از زندگی در حضور متغیر سلامت

رحمانی خلیلی (۱۳۹۲)	رضایت از زندگی بر سلامت اجتماعی	اجتماعی می‌تواند بسیاری از آسیب‌های اجتماعی را کنترل و موجب تقویت احساس امنیت در خانواده‌ها شوند.
کیز (۱۹۹۸)	بررسی رابطه بین سلامت اجتماعی، از خودبیگانگی و ناهنجاری‌های اجتماعی در آمریکا	بنابر نتایج بین سلامت اجتماعی با رفتارهای اجتماع‌بستند و مسؤلیت‌پذیری زندگی اجتماعی، رابطه‌های مثبتی وجود دارد. همچنین، سطوح سلامت اجتماعی، به‌خصوص انسجام اجتماعی و مشارکت اجتماعی در افرادی که با اطرافیان خود برای حل مسائل، مشکلات همکاری و هم‌فکری می‌کردند، در مقایسه با افرادی که با اطرافیان خود ارتباطی نداشتند، میزان بالاتری داشت.
لاروج ^۱ (۱۹۹۸)	سلامت اجتماعی	بنابر نتایج تحقیق زنان به نحو معنی‌داری در ابعاد تغذیه، روابط بین فردی، مسؤلیت-پذیری در مقابل سلامت و سبک زندگی ارتقا‌دهنده سلامت، رفتار بهتری از مردان داشتند.
بلانسو و دیاز ^۲ (۲۰۰۷)	نظم اجتماعی و سلامت روانی با رویکردی به سلامت اجتماعی	بنابر نتایج تحقیق بین تجربیات خوب و امیدوارکننده افراد در زندگی با عزت نفس، رضایت از زندگی، سلامت اجتماعی، رابطه مثبت وجود دارد؛ اما افرادی که ادراک و تجربه اجتماعی منفی نسبت به آینده دارند، دچار افسردگی، بی‌هنجاری، احساس درماندگی می‌شوند.
کیکونانی و همکارانش (۲۰۰۷)	ارزیابی ارتباط بین مشارکت اجتماعی، ادراک از اجتماع در میان دانشجویان ایتالیایی، آمریکایی و ایرانی و تأثیر این دو متغیر بر سلامت	بنابر نتایج پژوهش دانشجویان آمریکایی از میزان بالایی از مشارکت اجتماعی، ادراک از اجتماع و سلامت اجتماعی برخوردارند. در بین هر سه گروه بین مشارکت اجتماعی و ادراک از اجتماع، رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد، اگرچه فقط در بین دانشجویان ایتالیایی مشارکت اجتماعی به طور مثبت سلامت اجتماعی را پیش‌بینی می‌کند.
پاول ^۴ (۲۰۰۷)	رابطه بین عملکردهای ارتباطی، سلامت اجتماعی، معنوی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان	بر پایه نتایج پژوهش، سلامت معنوی عمده‌ترین عامل تأثیرگذار در کیفیت زندگی این افراد بوده است و سلامت اجتماعی در رتبه دوم قرار داشت.

مرور تحقیقات انجام‌شده درباره سلامت اجتماعی حاکی از آن است که هر کدام از تحقیقات با دیدگاه خاصی به بررسی سلامت اجتماعی پرداخته‌اند و آن را در ارتباط با متغیر یا متغیرهای معینی مورد مطالعه قرار داده‌اند (متغیرهای زمینه‌ای، حمایت اجتماعی، رضایت از زندگی، سرمایه اجتماعی، اوقات فراغت و غیره). یافته‌ها و نتایج این پژوهش‌ها حاکی از اهمیت سلامت اجتماعی در زندگی فردی و اجتماعی افراد است؛ اما پژوهش‌های اندکی با نگاهی جامعه‌شناختی به بررسی رابطه تعیین‌کننده‌های اجتماعی و فرهنگی از جمله دین‌داری بر سلامت اجتماعی پرداخته‌اند و بیشتر تحقیقات مرتبط در این زمینه با نگاهی روان‌شناختی

1 Laroche

2 Blanco & Diaz

3 Cicognani

4 Pavel

صورت گرفته است. بنابراین، نیاز به پژوهش‌ها و بررسی‌های بیشتر در زمینه دین‌داری و سلامت اجتماعی کاملاً احساس می‌شود.

۳. چارچوب مفهومی و نظری تحقیق

۳.۱. دین‌داری

دین یک پدیده جمعی است و رابطه متقابلی با دیگر واحدهای اجتماعی دارد؛ به گونه‌ای که هم بر نهادهای دیگر جامعه تأثیر می‌گذارد و هم از آنها تأثیر می‌پذیرد. دین، اثرات متعددی در ابعاد اجتماعی و فردی زندگی آدمی دارد که تمام آنها به صورت مستقیم و یا غیرمستقیم می‌توانند بر سلامت اجتماعی فرد تأثیرگذار باشند؛ برای مثال، برخی از پیامدهای اجتماعی دین‌داری عبارت‌اند از:

- مذهب می‌تواند در هماهنگی و تعامل اجتماعی نقش داشته باشد.
 - از طریق ایجاد اصول اعتقادی و ارزش‌های مشترک یک هویت اجتماعی را تقویت کند (ربانی و بهشتی، ۱۳۹۰، صص. ۹۰-۸۹).
 - با ایجاد هماهنگی فکری و اعتقادی بین مردم، آنها را به یک‌دیگر نزدیک کرده و انسجام اجتماعی را افزایش دهد (همان، ص. ۹۰). این پیامدها می‌تواند بر میزان سلامت اجتماعی افراد تأثیرگذار باشند و باعث افزایش آن شوند.
- بسیاری از جامعه‌شناسان سعی کرده‌اند ابعاد مختلف دین‌داری را تبیین کنند. در این میان، معروف‌ترین دسته‌بندی متعلق به گلاک و استارک^۱ است. آنها معتقدند که علی‌رغم تفاوت‌هایی در بین ادیان مختلف می‌توان اصولی ثابت برای آنها در نظر گرفت که شامل ابعاد اعتقادی و ایدئولوژیکی^۲، مناسکی^۳، تجربی و عاطفی^۴، دانش دینی^۵ و پیامدی^۶ است (همان، ص. ۹۱).

1 Glock & Stark

2 Belief Dimension

3 Ritualistic Dimension

4 Experimental Dimension

5 Knowledge Dimension

6 Consequential Dimension

بعد اعتقادی باورهایی را دربرمی‌گیرد که انتظار می‌رود پیروان آن دین به آن‌ها اعتقاد داشته باشند. بعد مناسکی اعمال دینی مشخص؛ مثل: عبادت، نماز، شرکت در آیین‌های مقدس خاص و غیره را که انتظار می‌رود پیروان هر دین به‌جا آورند، دربرمی‌گیرد. بعد تجربی یا عاطفی تصورات و احساسات مربوط به برقراری رابطه یا وجود مقدس را شامل می‌شود. بعد دانش دینی اطلاعات و دانش اساسی در مورد اصول عقاید دینی و کتب مقدس را که انتظار می‌رود پیروان آن‌ها بدانند، شامل می‌شود. بعد پیامدی؛ شامل پیامدهای باور، عمل، تجربه و دانش دینی در زندگی روزمره فرد معتقد و روابط او با سایر افراد است (توسلی و مرشدی، ۱۳۸۵، ص. ۱۰۴-۱۰۳؛ سراج‌زاده، شریعتی و صابر، ۱۳۸۳، ص. ۱۲۵).

۲.۳. سلامت اجتماعی

واژه سلامت اجتماعی، برگردان کلمه Social Wellbeing است، این واژه از دو کلمه Social به معنی «اجتماع» و Wellbeing به معنی «زندگی خوب داشتن» است که بیشتر ناظر به شادی و رضایت است و بر مفاهیم مثبت از سلامت تأکید دارد (شاپیرو، کیز و لی، ۲۰۰۷، ص. ۵). این واژه در واقع، شامل پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر و رفتار) می‌باشد (عبدالله‌تبار، کلدی، محقق‌ی کمال، ستاره فروزان و صالحی، ۱۳۸۷، ص. ۱۷۳) که هم چگونگی احساس مردم و هم نحوه عملکرد آن‌ها را دربرمی‌گیرد (هوپرت^۱، ماکز^۲ و کلارک^۳، ۲۰۰۶، ص. ۲).

تعریف سلامت در هر جامعه‌ای تا اندازه‌ای به احساس مشترک شهروندان آن جامعه و معنایی ضمنی که فرهنگ آن جامعه از سلامت دارد، برمی‌گردد و دیرینه‌ترین تعریف برای آن «سلامتی یعنی بیمار نبودن» است (سام آرام، ۱۳۸۸، ص. ۱۴؛ حاتمی، ۱۳۸۹). دو رویکرد در تعریف سلامت بیان می‌شود: بیماری‌محور و سلامت‌محور.

الف) رویکرد بیماری‌محور: این رویکرد به حضور و عدم حضور بیماری در مقوله‌های مختلف جسمانی و روانی محدود شده است (بلانسو و دیاز^۴، ۲۰۰۷، ص. ۶۱). از این منظر،

1 Huppert

2 Marks

3 Clark

4 Blanco & Diaz

سلامتی حالتی است که علایم بیماری در فرد وجود نداشته باشد. در این دیدگاه، نقش عوامل تعیین کننده زیست محیطی، اجتماعی و روان شناختی نادیده گرفته می شود. همچنین، این الگو در حل بسیاری از مسائل اساسی بهداشتی انسان از جمله اعتیاد، بیماری های روانی و غیره نارسا بوده است (سجادی و صدرالسادات، ۱۳۸۳، ص. ۲۴۷). در این رویکرد، سلامت اجتماعی را عدم حضور عوامل ضد اجتماعی؛ مانند از خود بیگانگی و بی هنجاری در فرد دانسته اند.

ب) رویکرد سلامت محور: در این رویکرد سلامتی را به عنوان حالت برخوردار از درجه بالایی از به زیستی تعریف می کنند. طبق نظریه سلامتی، فردی سالم فرض می شود که درجات عالی شاخص های سلامت را دارا باشد (بلانسو و دیاز، ۲۰۰۷، ص. ۶۱).

با توجه به دو رویکرد بالا دو نوع الگو برای سلامت مطرح می باشد:

۱. الگوی زیست شناختی: این الگو نقش عوامل تعیین کننده زیست محیطی، اجتماعی و روان شناختی را دست کم گرفته است و در حل بسیاری از مسائل اساسی بهداشتی؛ مانند اعتیاد، بیماری های روانی و غیره، نارسا بوده است. مطالعات مربوط به سلامت با استفاده از الگوهای زیستی بیشتر به وجه خاصی از سلامت تأکید دارند؛ ولی افراد در درون ساختارهای اجتماعی و ارتباطی قرار دارند و با چالش ها و تکالیف اجتماعی بی شماری روبه رو هستند (سام آرام، ۱۳۸۸، ص. ۱۵)؛ به عبارتی، در این رویکرد وابستگی متقابل محیط و انسان، مورد مطالعه قرار می گیرد. محیط شامل، محیط داخلی و خارجی است که هرگونه تغییر در آن می تواند بر تعادل فرد تأثیر بگذارد و سلامت اجتماعی - روانی یا بیماری اجتماعی - روانی می تواند متأثر از محیط داخلی و خارجی باشد (شولتس و آلن، ۱۳۸۷، ص. ۱۲).

۲. الگوی کلیت سلامت: این الگو همه عوامل اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، زیست محیطی و غیره را شناسایی می کند. در این دیدگاه، عوامل متعددی در تعیین سلامتی فرد دخالت دارد. سلامتی حالتی فراتر از تعادل کامل اعمال بدن به شمار می رود (سام آرام، ۱۳۸۸، ص. ۱۵). بهترین تعریف منطبق با الگوی کلیت و با به کارگیری رویکرد سلامتی محور، تعریفی است که سازمان جهانی بهداشت^۱ در سال ۱۹۴۸ در ژنو از سلامت ارایه داده است: «سلامت عبارت

از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی است و نه فقط بیمار یا معلول نبودن. در این تعریف سلامت اجتماعی در کنار سلامت فیزیکی و روانی قرار گرفته است. در تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت کامل به معنای توانایی داشتن یک زندگی مولد از نظر اقتصادی و اجتماعی است» (سام آرام، ۱۳۸۸، ص. ۱۵).

از نظر تجربی مفهوم سلامت اجتماعی، ریشه در ادبیات جامعه‌شناسی مربوط به ناهنجاری و بیگانگی اجتماعی دارد. دورکیم در تئوری همبستگی اجتماعی (کییز، ۱۹۹۸، ص. ۱۲۲)، مارکس در تئوری از خود بیگانگی^۱ (آرون، ۱۳۸۱، ص. ۱۹۸)، مرتون در بحث آنومی^۲ (رفیع‌پور، ۱۳۷۸، صص. ۲۲-۲۳)، هیرشی در تئوری پیوند اجتماعی^۳ و تأثیرش بر آنومی (علی‌وردی نیا، شارع‌پور و ورمزیار، ۱۳۸۷، ص. ۱۱۷) براساس رویکرد بیماری‌محور، سلامت اجتماعی را عدم حضور عوامل ضد اجتماعی؛ مانند از خود بیگانگی و بی‌هنجاری در فرد دانسته‌اند.

مفهوم سلامت اجتماعی را برای اولین بار بلوک و برسلو^۴ در سال ۱۹۷۲ مترادف با درجه عملکرد اعضا در جامعه دانسته‌اند. لایکوک^۵، سلامت اجتماعی را به صورت شرایط و رفاه افراد در شبکه روابط اجتماعی؛ شامل خانواده، اجتماع و ملت تعریف می‌کند. برگمن نیز معتقد است که تأثیر شبکه اجتماعی بر سلامت فرد عبارت است از پرورش روحیه مشارکت و درگیری اجتماعی فرد در فرآیندهای اجتماعی، سپری کردن اوقات فراغت خود با دوستان، مشارکت در نقش‌های اجتماعی و شغلی، گرایش به فعالیت‌های مذهبی و تفریح‌کردن به همراه گروه که از نمونه‌های بارز درگیری اجتماعی می‌باشند. بنابراین، از طریق فرصت‌هایی که به واسطه عضویت در شبکه‌های اجتماعی برای فرد فراهم می‌شود تا در رویدادهای اجتماعی مشارکت کند، نقش‌های اجتماعی معنی‌داری؛ از قبیل نقش‌های اجتماعی شغلی، خانوادگی و والدینی را تعریف می‌شود و از این طریق، سلامت اجتماعی فرد ارتقا می‌یابد (حاتمی، ۱۳۸۹).

1 Alienation

2 Anomie

3 Social bonding

4 Block & Breslow

5 Laycock

گلداسمیت^۱ سلامت اجتماعی را «ارزیابی رفتارهای معنی‌دار مثبت و منفی فرد در ارتباط با دیگران» تعریف می‌کند و آن را یکی از اساسی‌ترین شاخص‌های سلامت هر کشوری معرفی می‌کند که منجر به کارآبودن فرد در جامعه می‌شود. از نظر لارسون، سلامت اجتماعی ارزیابی فرد از کیفیت روابطش با خانواده، دیگران و گروه‌های اجتماعی است و در واقع، شامل پاسخ‌های درونی فرد نسبت به محرک‌ها و احساسات، تفکرات و رفتارهایی که نشان‌گر رضایت یا عدم رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی است (لارسون، ۱۹۹۳، ص. ۲۸۵). در نظر کیز سلامت اجتماعی «ارزش‌گذاری شرایط یک فرد و کارآیی او در جامعه» است که انعکاسی از «سلامت اجتماعی مثبت» می‌باشد (کیز، ۱۹۹۸، ص. ۱۲۲). اوستون و جیکوب (۲۰۰۵) نیز سلامت اجتماعی را شامل سطوح مهارت‌های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت از خود به عنوان عضوی از جامعه بزرگ‌تر دانسته‌اند و به شرایط اقتصادی و اجتماعی، رفاه و تمامیت شخص در شبکه اجتماعی او توجه کرده‌اند (سمیعی، رفیعی، امینی رازانی و اکبری‌ان، ۱۳۸۹، ص. ۳۴).

۳.۳. نظریه سلامت اجتماعی کیز

کار کیز از یک اصل جامعه‌شناختی و روان‌شناختی نشأت می‌گیرد. طبق نظر او، حلقه مفقوده در تاریخچه مطالعات مربوط به سلامت و به‌خصوص سلامت ذهن، پاسخ به این سؤال است که آیا ممکن است کیفیت زندگی و عملکرد شخصی افراد را بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴، ص. ۱۲۲). از نظر وی، سلامت اجتماعی ترکیبی از چند عامل است که در مجموع، نشان می‌دهند چه قدر یک شخص در زندگی اجتماعی‌اش مثلاً به‌عنوان همسایه، همکار و شهروند، عملکرد خوبی دارد (همان، ۵). کیز معتقد است به‌زیستی یک اساس و بنیان اجتماعی دارد و به این ترتیب، سلامت اجتماعی را ارزیابی شرایط و عملکرد فرد در جامعه تعریف می‌کند و عملکرد خوب در زندگی، چیزی بیش از سلامت جسمی و روانی است و چالش‌های اجتماعی را دربرمی‌گیرد. همچنین، وی معتقد است که بین سلامت اجتماعی با رفتارهای اجتماع‌پسند و مسئولیت‌پذیری در جامعه و جایگاه اجتماعی،

رابطه مثبتی وجود دارد (سام آرام، ۱۳۸۸، ص. ۱۲)؛ به عبارتی، او معتقد است که کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد و عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت جسمی، عاطفی و روانی است و تکالیف و چالش‌های اجتماعی را نیز دربرمی‌گیرد (حاتمی، ۱۳۸۹).

فرد سالم از نظر اجتماعی، اجتماع را به صورت یک مجموعه معنی‌دار، قابل فهم و بالقوه برای رشد و شکوفایی دانسته و احساس می‌کند که به جامعه تعلق دارد، از طرف جامعه پذیرفته می‌شود و در پیشرفت آن سهم است. سلامت اجتماعی در این مفهوم، بازتاب درک افراد از تجربیاتشان در محیط اجتماعی می‌باشد که به صورت یک مجموعه معنی‌دار، قابل فهم، دارای نیروی بالقوه برای رشد و شکوفایی همراه با این احساس است که متعلق به جامعه می‌باشد و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهم می‌داند.

کییز پنج ملاک را برای سلامت اجتماعی برمی‌شمارد که شامل:

انسجام اجتماعی^۱: به معنی ارزیابی فرد از کیفیت روابط متقابلش در جامعه و گروه‌های اجتماعی است. افراد سالم احساس می‌کنند که بخشی از جامعه هستند. در نظر کییز انسجام اجتماعی عبارت است از بخشی از جامعه بودن، فکرکردن به این‌که فرد به جامعه تعلق دارد، احساس حمایت شدن از سوی جامعه و سهم‌داشتن در آن. بنابراین، انسجام، آن درجه‌ای است که در آن مردم احساس می‌کنند که چیز مشترکی بین آن‌ها و کسانی که واقعیت اجتماعی آن‌ها را می‌سازند، وجود دارد؛ به عبارتی، درک این موضوع است که جامعه را می‌توان درک کرد و عقلانی و قابل پیش‌بینی می‌باشد (کییز، ۱۹۸۸، ص. ۱۲۳).

مشارکت اجتماعی^۲: به معنی ارزیابی فرد از ارزش اجتماعی خود است. کسانی که سطح مطلوبی از این بعد را دارا هستند، اعتقاد دارند که عضو مهمی در اجتماع هستند و چیزهای ارزشمندی برای ارایه به دیگران دارند. مشارکت اجتماعی نشان‌دهنده آن است که چگونه و تا چه حد مردم احساس می‌کنند که آن‌چه آن‌ها در جهان انجام می‌دهند، برای جامعه مهم و

1 Social Integration

2 Social Contribution

ارزشمند است و به عنوان کمک اجتماعی تلقی می‌شود (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴، ص. ۵). در نظر کییز مشارکت اجتماعی تا اندازه‌ای مرتبط با درک فرد از موضوع است که نقش حیثی در جامعه به او سپرده شده است (حاتمی، ۱۳۸۹).

پذیرش اجتماعی^۱: بیان‌گر درک فرد از خصوصیات و صفات افراد جامعه به عنوان یک کلیت است. پذیرش اجتماعی تفسیر فرد از جامعه و ویژگی‌های دیگران است. افرادی که دارای این بعد از سلامت اجتماعی هستند، اجتماع را به صورت مجموعه‌ای از افراد مختلف درک می‌کنند و دیگران را با همه نقض‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی‌ای که دارند، می‌پذیرند و به دیگران به عنوان افراد با ظرفیت و مهربان، اعتماد و اطمینان دارند (کییز، ۱۹۹۸؛ کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴، ص. ۷).

شکوفایی اجتماعی^۲: عبارت است از ارزیابی پتانسیل‌ها و مسیر تکامل جامعه و باور به این‌که اجتماع در حال یک تکامل تدریجی است و توانمندی‌های بالقوه‌ای برای تحول مثبت دارد. این افراد به آینده جامعه امیدوارند و معتقدند که خود و دیگران از پتانسیل‌هایی برای رشد اجتماعی بهره‌مند هستند و جهان می‌تواند برای آن‌ها و دیگران بهتر شود (همان، ص. ۷).

وابستگی یا انطباق اجتماعی^۳: انطباق اجتماعی عبارت است از دانستن و علاقه‌مندبودن به جامعه و مفاهیم مربوط به این‌که اجتماع قابل فهم، منطقی و قابل پیش‌بینی است. افراد سالم و اجتماعی در مقابل مسائل اجتماعی مراقب هستند و احساس می‌کنند که می‌توانند آن‌چه را که در اطرافشان رخ می‌دهد را درک کنند (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴، ص. ۷)؛ به عبارتی، ارزیابی یک فرد با در نظر گرفتن کیفیت همراهی او با جامعه اطرافش است (کییز، ۱۹۹۸). افرادی که از نظر اجتماعی سالمند، نه تنها درباره ماهیت جهانی که در آن زندگی می‌کنند؛ بلکه همچنین راجع به آن‌چه اطرافشان رخ می‌دهد، علاقه‌مند بوده و احساس می‌کنند قادر به فهم وقایع اطرافشان هستند. این مفهوم در مقابل بی‌معنایی در زندگی است و در حقیقت، درکی که فرد نسبت به کیفیت، سازمان‌دهی و اداره دنیای اجتماعی اطراف خود دارد (همان، ۲۰۰۴، ص. ۷).

1 Social Acceptance

2 Social Actualization

3 Social Coherence

۳. ۴. دین‌داری و سلامت اجتماعی

دورکیم^۱ معتقد است از جمله مزایای بالقوه زندگی عمومی، یک‌پارچگی و همبستگی اجتماعی است؛ یعنی یک احساس تعلق و وابستگی، درک آگاهی مشترک و داشتن سرنوشت جمعی. این مزایای زندگی اجتماعی یک اساس و بنیان برای تعریف جهانی و کلی از سلامت اجتماعی است (کیز، ۱۹۹۸، ص. ۱۲۲). به نظر دورکیم، دین یک پدیده سراسر جمعی و وسیله‌ای است که انسان‌ها را به هم‌دیگر پیوند می‌دهد. به اعتقاد او، دین تنها یک نظام عقاید نیست. دین قبل از هر چیز، نظامی از نیروهاست. انسانی که زندگی مذهبی دارد، قبل از هر چیز کسی است که قدرتی را احساس می‌کند که به طور معمول، خود فاقد آن است و وقتی که در حالت مذهبی نیست، احساسش نمی‌کند. انسانی که حیات مذهبی دارد، باور دارد که در نیروی مسلط خویش مشارکت می‌کند؛ نیرویی که در عین حال حمایتش می‌کند و او را به فراسوی خود می‌خواند (دورکیم، ۱۳۸۱، ص. ۲۵). به عقیده دورکیم، آیین‌های دینی با تقویت باورهای جمعی و اخلاقیات و نیز با پیوند شرکت‌کنندگان به یک‌دیگر، باعث همبستگی جامعه می‌شود. کارکرد دین در جامعه، یک‌پارچه‌کردن و انسجام آن است (استونز، ۱۳۷۹، صص. ۸۵-۸۴). دورکیم در بررسی دین، رویکرد کارکردی خویش را به کار گرفته است. هری آلپرت^۲، پژوهش‌گر دورکیمی، چهار کارکرد عمده دین را از نظر دورکیم چنین برمی‌شمارد: ۱. نیروهای اجتماعی انضباط‌بخش (آماده‌سازی انسان‌ها را برای زندگی اجتماعی از طریق تحمیل انضباط بر نفس و قدری خویش‌داری)، ۲. انسجام‌بخش (تحکیم همبستگی اجتماعی از طریق گردهم‌آوردن مردم در تشریفات مذهبی و تصدیق پیوندهای مشترک)، ۳. حیات‌بخش (ابقا و احیای میراث اجتماعی گروه از طریق اجرای مراسم مذهبی و انتقال ارزش‌های پایدار آن‌ها به نسل‌های آینده)، ۴. خوشبختی‌بخش (مقابله با احساس ناکامی و فقدان ایمان با برانگیختن احساس خوشبختی در مؤمنان و احساس اطمینان به حقانیت ضروری جهان اخلاقیشان) طبقه‌بندی کرده است (کوزر، ۱۳۸۵، ص. ۲۰۰).

1 Durkheim

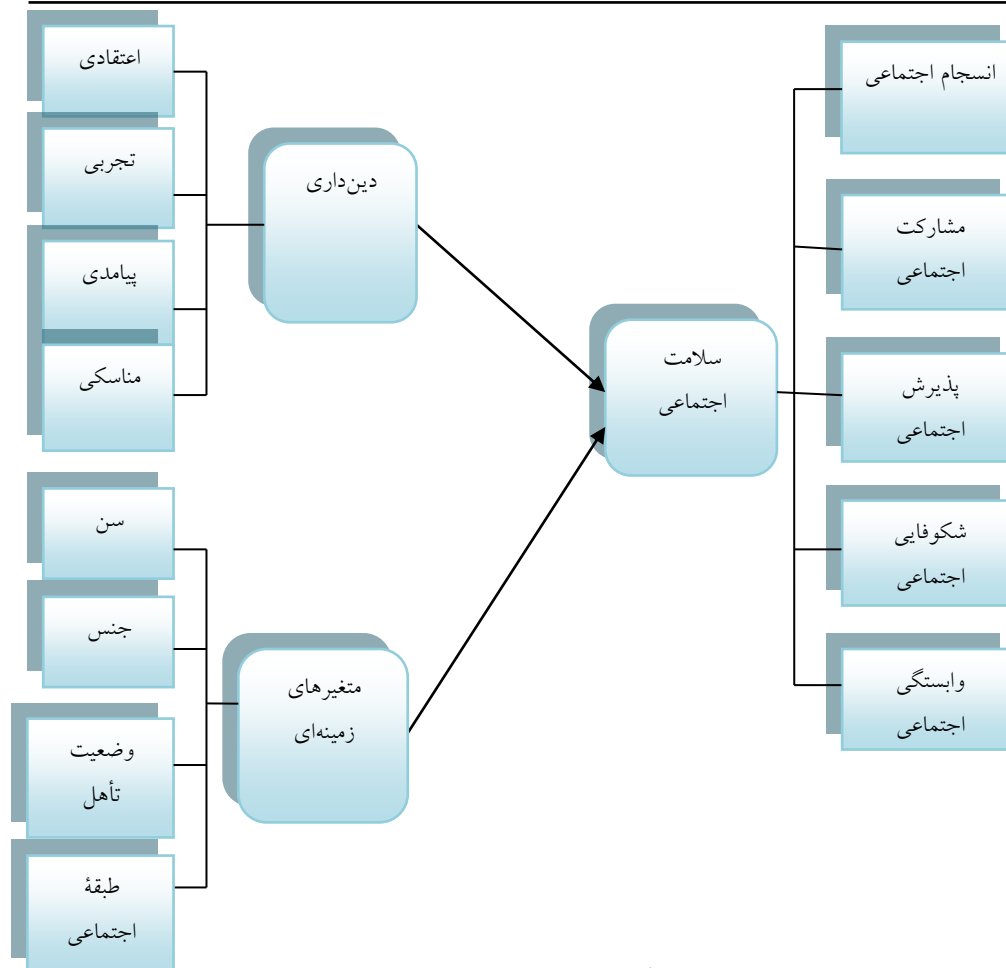
2 Harry Alpert

در خصوص رابطه دین‌داری با سلامت باید متذکر شد که دورکیم اصولاً توجه چندانی به تبیین رفتار فردی نداشته و مبنای نظریه او تأکید بر پدیده‌های دینی نه به‌عنوان مقوله‌های فردی؛ بلکه مقوله‌های اجتماعی بود. با وجود این، می‌توان گفت با توجه به کارکردهایی که او برای دین برمی‌شمارد، بین دین‌داری و سلامت می‌تواند رابطه مثبتی وجود داشته باشد. در گروه‌ها و جوامعی که دین گستردگی زیادی دارد، احتمالاً افراد انسجام بیشتری با جامعه داشته، حمایت اجتماعی بیشتری از سوی افراد جامعه دریافت می‌کنند و در نتیجه، سالم‌تر هستند (سراج‌زاده، جواهری و ولایتی خواجه، ۱۳۹۲، ص. ۵۷).

نظریه پردازان کارکردگرایی هم‌چون دیویس^۱، یینگر^۲، آدی^۳ نیز معتقدند که دین نقش اجتناب‌ناپذیر و منحصر به فردی در ایجاد یک پارچگی و همبستگی اجتماعی دارد. دین جامعه را متحد، همبستگی اجتماعی را تقویت و باعث حفظ انسجام اجتماعی می‌شود. همچنین، یگانگی افراد جامعه را با هم‌دیگر تقویت می‌کند. دین می‌تواند زمینه‌های انسجام گروهی را فراهم آورده، افراد را در قالب هم‌کیشانی معتقد به جهان‌بینی و ایدئولوژی خاصی در برابر سایر گروه‌ها و اجتماعات متناظر دسته‌بندی کند. همین دسته‌بندی می‌تواند عاملی برای گسترش انسجام درون گروهی در برابر گروه‌های بیرونی شود که پیرو عقاید و نظام فکری متفاوتی نسبت به گروه خودی هستند. دین با ایجاد یک روح جمعی، شور و شوق مذهبی و گسترش احساسات همگانی از طریق مناسک و مراسم جمعی می‌تواند زمینه‌های لازم را برای پیوند میان اعضای و انسجام اجتماعی فراهم آورد (سراج‌زاده، جواهری و ولایتی خواجه، ۱۳۹۲، ص. ۵۷).

براساس چارچوب نظری فوق، مدل تحلیلی تحقیق به شکل زیر ارائه می‌شود و مورد آزمون قرار می‌گیرد:

1 Davis
2 Yinger
3 O'Dea



شکل ۱- مدل تحلیلی تحقیق

۳.۵. فرضیه‌های تحقیق

- بین میزان دین داری و میزان سلامت اجتماعی دانشجویان، رابطه معنی داری وجود دارد.
- بین میزان دین داری و ابعاد سلامت اجتماعی دانشجویان، رابطه معنی داری وجود دارد.
- بین سن و میزان سلامت اجتماعی دانشجویان، رابطه معنی داری وجود دارد.
- میزان سلامت اجتماعی دانشجویان برحسب جنسیت آن‌ها متفاوت است.
- میزان سلامت اجتماعی دانشجویان برحسب وضعیت تأهل آن‌ها متفاوت است.
- میزان سلامت اجتماعی دانشجویان برحسب طبقه اجتماعی آن‌ها متفاوت است.

۴. روش‌شناسی پژوهش

با توجه به ماهیت موضوع پژوهش، روش مورد استفاده در تحقیق حاضر، پیمایشی است. واحد تحلیل این پژوهش، دانشجویان (فرد) و سطح تحلیل خرد است. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه پیام نور مرند تشکیل می‌دهند که تعداد آن‌ها بنا به گزارش معاونت آموزشی دانشگاه برابر با ۳۵۰۰ نفر گزارش شده است. برای تعیین حجم نمونه، با استفاده از فرمول نمونه‌گیری کوکران^۱ تعداد ۳۴۵ نفر از دانشجویان به عنوان نمونه تحقیق انتخاب شدند. با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای متناسب، ابتدا جامعه آماری برحسب متغیر جنسیت به دو طبقه تقسیم شده و سپس، متناسب با حجم هر طبقه، تعداد نمونه‌های مورد نیاز انتخاب شد. ابزار مورد استفاده جهت گردآوری داده‌ها در این تحقیق استفاده از پرسش‌نامه است که در سه بخش: ویژگی‌های اجتماعی - جمعیت‌شناختی، دین‌داری و سلامت اجتماعی تنظیم شده است. به منظور تعیین پایایی پرسش‌نامه تحقیق از آلفای کرونباخ و اعتبار آن با روش صوری استفاده شده است. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS 19 استفاده شده است.

جدول ۲- ضریب پایایی مقیاس‌های سلامت اجتماعی و دین‌داری براساس آلفای کرونباخ

متغیرها	تعداد گویه	ضریب آلفا
سلامت اجتماعی	۳۲	۰/۷۲
دین‌داری	۱۶	۰/۷۹

۴. ۱. تعریف نظری و عملیاتی متغیرهای مستقل دین‌داری و وابسته سلامت اجتماعی

دین‌داری یعنی دینی‌بودن، پای‌بندی دینی و داشتن التزام دینی به نحوی که نگرش، گرایش و کنش‌های فرد را متأثر سازد (شجاعی‌زند، ۱۳۸۴، صص. ۳۳۶-۳۵). در این پژوهش، برای عملیاتی کردن و سنجش میزان دین‌داری از مدل دین‌داری گلارک و استارک استفاده شده است. براساس این مدل، دین‌داری دارای چهار بعد اعتقادی و ایدئولوژیکی، مناسکی، تجربی و عاطفی و

¹ $\frac{Nt^2pq}{Nd^2+t^2pq}$

پیامدی است. در تحقیق حاضر با تکیه بر ابعاد اعتقادی، مناسکی، عاطفی و پیامدی ۱۶ گویه برای سنجش دین‌داری در نظر گرفته شد که هر گویه بر روی یک طیف لیکرت قرار گرفته است. مقدار حداقل و حداکثر نمرات این مقیاس ۱۶ (عدم اعتقاد به تمامی گویه‌ها) تا ۸۰ (اعتقاد کامل به تمامی گویه‌ها) است. با جمع‌زدن نمرات مربوط به هر گویه، شاخص کلی دین‌داری ساخته شده که سطح سنجش، فاصله‌ای و دامنه نمرات آن بین ۲۹ تا ۷۴ در نوسان است.

۴. ۱. ۱. سلامت اجتماعی

متغیر وابسته این تحقیق سلامت اجتماعی است. در تحقیق حاضر به منظور عملیاتی کردن سلامت اجتماعی از مقیاس سلامت اجتماعی کیز استفاده شده است. طبق این مقیاس، سلامت اجتماعی دارای ابعاد: انسجام، پذیرش، شکوفایی، مشارکت و وابستگی اجتماعی است. منظور از انسجام اجتماعی ارزیابی کیفیت روابط فرد در جامعه و گروه اجتماعی‌ای است که به آن تعلق دارد. پذیرش اجتماعی دیدگاه مطلوب نسبت به دیگران و شکوفایی اجتماعی به ارزیابی توان‌مندی‌های بالقو اجتماع به صورت کلی برمی‌گردد. مشارکت اجتماعی، باوری که طبق آن فرد خود را عضو حیاتی اجتماع می‌داند و وابستگی اجتماعی؛ یعنی درک اجتماع به صورت هوشمند، قابل درک و قابل پیش‌بینی. در پژوهش حاضر، سلامت اجتماعی دارای پنج بعد انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، وابستگی و مشارکت اجتماعی می‌باشد که با استفاده از ۳۲ گویه بررسی شده است. گویه‌های مطرح شده در زمینه سنجش هر بعد بر روی یک طیف لیکرت مطرح شدند و مقدار حداقل و حداکثر نمرات این مقیاس ۳۳ (کاملاً مخالف تمامی گویه‌ها) تا ۱۶۵ (کاملاً موافق تمامی گویه‌ها) است. با جمع‌زدن نمرات مربوط به هر گویه، شاخص کلی سلامت اجتماعی ساخته شده که سطح سنجش فاصله‌ای و دامنه نمرات آن بین ۷۲ تا ۱۳۴ در نوسان می‌باشد.

۵. یافته‌های تحقیق

۵. ۱. متغیرهای زمینه‌ای

یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که ۶۰ درصد (۲۰۷ نفر) افراد مورد بررسی را دختران و ۴۰ درصد (۱۳۸ نفر) را پسران تشکیل داده‌اند که در دامنه سنی ۱۸ تا ۳۲ سال قرار دارند و میانگین سنی پاسخ‌گویان برابر با ۲۲/۵۹ سال می‌باشد. از نظر وضعیت تأهل ۸۲/۸ درصد پاسخ‌گویان مجرد و ۱۷/۲

درصد متأهل می‌باشند. محل سکونت اصلی اکثر پاسخ‌گویان ۸۲ درصد شهر و ۱۸ درصد روستا است. بررسی متغیر طبقه اجتماعی افراد مورد بررسی نشان داده است که ۰/۶ درصد افراد، خود را جزو طبقه پایین، ۹۳/۹ درصد در طبقه متوسط و ۶/۱ درصد خود را متعلق به طبقه بالا می‌دانند.

۵. ۲. متغیر مستقل دین‌داری و متغیر وابسته سلامت اجتماعی

همان‌طور که در جدول (۳) مشاهده می‌شود، توزیع درصد متغیر مستقل به صورت زیر است که میزان دین‌داری ۰/۳ درصد پاسخ‌گویان در سطح پایین، ۱۵/۹ درصد آن‌ها متوسط و ۸۳/۳ درصد در سطح بالا بوده است. اطلاعات مربوط به ابعاد دین‌داری نیز نشان می‌دهد که بعد اعتقادی دارای بیشترین میانگین و بعد پیامدی دارای کمترین سطح میانگین می‌باشد.

سلامت اجتماعی، متغیر وابسته تحقیق است که براساس جدول (۴) سلامت اجتماعی ۱۵/۴ درصد افراد در سطح پایین، ۷۲/۵ درصد در سطح متوسط و ۱۲/۱ درصد در سطح بالا است؛ به این معنی که میزان سلامت اجتماعی بیشتر پاسخ‌گویان در نمونه مورد بررسی در سطح متوسط می‌باشد. اطلاعات مربوط به ابعاد سلامت اجتماعی نیز نشان می‌دهد که انسجام اجتماعی دارای بیشترین میانگین و شکوفایی اجتماعی دارای کمترین میانگین می‌باشد.

جدول ۳- آماره‌های توصیفی متغیر مستقل و متغیر وابسته تحقیق

ابعاد دین‌داری	پایین		متوسط		بالا		میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد				
دین‌داری	۱	۰/۳	۵۵	۱۵/۹	۲۸۹	۸۳/۳	۶۲/۴۲	۴/۸۶	۲۹	۷۴
بعد اعتقادی	۱	۰/۳	۸	۲/۳	۳۳۶	۹۷/۴	۱۹/۵۸	۱/۲۸	۸	۲۰
بعد تجربی	۶	۱/۷	۳۰	۸/۷	۳۰۹	۸۹/۶	۱۷/۴۶	۲/۵۶	۵	۲۰
بعد پیامدی	۱۹	۵/۵	۲۸۲	۸۱/۷	۴۴	۱۲/۸	۱۴/۸۵	۲/۰۲	۷	۲۰
بعد مناسکی	۴	۱/۲	۲۰۱	۵۸/۳	۱۴۰	۴۰/۶	۱۴/۹۰	۲/۳۸	۴	۲۰
انسجام اجتماعی	۵۰	۱۴/۵	۲۳۸	۶۹	۵۷	۱۶/۵	۲۴/۰۰۵	۳/۵۵	۱۴	۳۴
پذیرش اجتماعی	۱۷	۴/۹	۲۸۳	۸۲	۴۵	۱۳	۲۲/۶۱	۲/۸۸	۱۲	۳۲
مشارکت اجتماعی	۴۴	۱۲/۸	۲۶۰	۷۵/۴	۴۱	۱۱/۹	۲۰/۸۱	۳/۰۸۰	۱۱	۳۰
وابستگی اجتماعی	۱۷	۴/۹	۲۶۲	۷۵/۹	۶۶	۱۹/۱	۱۸/۶۶	۳/۰۵۵	۸	۲۸
شکوفایی اجتماعی	۵۷	۱۶/۵	۲۳۸	۶۹	۵۰	۱۴/۵	۱۶/۲۸	۳/۰۹	۸	۲۵
سلامت اجتماعی	۵۳	۱۵/۴	۲۵۰	۷۲/۵	۴۲	۱۲/۱	۱۰/۲۳	۱/۰۲۲	۷۲	۱۳۴

۵. ۳. آزمون و تحلیل داده‌ها

فرضیه اول: بین میزان دین‌داری و میزان سلامت اجتماعی دانشجویان، رابطه معنی‌داری وجود دارد.

جدول ۴- بررسی رابطه دین‌داری و سلامت اجتماعی

متغیر مستقل	متغیر وابسته	نام آزمون	مقدار F	سطح معنی‌داری
دین‌داری	سلامت اجتماعی	پیرسون	۰/۲۷۳	۰/۰۰۰

مطابق اطلاعات به دست آمده از آزمون همبستگی پیرسون برای دو متغیر میزان دین‌داری و میزان سلامت اجتماعی موجود در جدول فوق، ضریب همبستگی پیرسون بین دو متغیر مذکور ۰/۲۷۳ می‌باشد. از آن‌جا که سطح معنی‌داری به دست آمده ۰/۰۰۰ می‌باشد که در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است. جهت رابطه مثبت و مستقیم است؛ یعنی با افزایش میزان دین‌داری در جامعه برای افراد، میزان سلامت اجتماعی آن‌ها نیز افزایش می‌یابد.

فرضیه دوم: بین میزان دین‌داری و ابعاد سلامت اجتماعی دانشجویان، رابطه معنی‌داری وجود دارد.

جدول ۵- بررسی رابطه دین‌داری و ابعاد سلامت اجتماعی

متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) و ابعاد آن					دین‌داری
وابستگی اجتماعی	پذیرش اجتماعی	مشارکت اجتماعی	انسجام اجتماعی	شکوفایی اجتماعی	
۰/۲۶۸	۰/۲۸۶	۰/۲۸۲	۰/۲۸۹	۰/۲۵۳	مقدار F پیرسون
۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	سطح معنی‌داری

مطابق اطلاعات به دست آمده از آزمون همبستگی پیرسون برای دو متغیر مستقل (دین‌داری) و متغیر وابسته (ابعاد سلامت اجتماعی) موجود در جدول فوق، نتایج زیر قابل استنباط است: ضریب همبستگی پیرسون بین دو متغیر دین‌داری و ابعاد سلامت اجتماعی نشان می‌دهد که در بین تمامی متغیرها در سطح کوچک‌تر از ۰/۰۱ رابطه معنی‌دار بوده و جهت این روابط مثبت است؛ به بیانی دیگر، افزایش دین‌داری موجب افزایش بیشتری در ابعاد سلامت اجتماعی می‌شود.

فرضیه سوم: بین سن و میزان سلامت اجتماعی دانشجویان، رابطه معنی داری وجود دارد.

جدول ۶- سن و سلامت اجتماعی

متغیر مستقل	متغیر وابسته	سطح سنجش	ضریب همبستگی	سطح معنی داری
سن	سلامت اجتماعی	فاصله‌ای	۰/۰۴۴	۰/۴۲۷

اطلاعات موجود در جدول (۶) نشان می‌دهد که ضریب همبستگی به دست آمده بین دو متغیر سن و سلامت اجتماعی ۰/۰۴۴ می‌باشد. با توجه به این که سطح معنی داری به دست آمده ۰/۴۲۷ از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است. بنابراین، رابطه مذکور از نظر آماری معنی دار نیست. از این رو، فرضیه مورد بحث رد و فرض خلاف آن تأیید می‌شود.

فرضیه چهارم: میزان سلامت اجتماعی دانشجویان برحسب جنسیت آن‌ها متفاوت است.

جدول ۷- جنسیت و سلامت اجتماعی

متغیر وابسته	جنسیت	تعداد	میانگین	اختلاف میانگین	مقدار t	سطح معنی داری
سلامت اجتماعی	دختر	۲۰۷	۱۲۲/۷۲	۲/۲۲۸	۲/۲۰۳	۰/۰۲۸
	پسر	۱۳۸	۱۲۰/۵			

مطابق اطلاعات موجود در جدول (۷)، میانگین سلامت اجتماعی برای مردان ۱۲۰/۵ بوده و به میزان ۲/۲۲ از میانگین سلامت اجتماعی زنان (۱۲۲/۷۲) کمتر است. بررسی سطوح معنی داری حاصل از آزمون تی مستقل برای بررسی و مقایسه میانگین سلامت اجتماعی زنان و مردان، با توجه به این که سطح معنی داری به دست آمده (۰/۰۲۸) کوچک‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد، از نظر آماری معنی دار است؛ به عبارتی، می‌توان میزان سلامت اجتماعی دانشجویان برحسب جنسیت آن‌ها متفاوت است.

فرضیه پنجم: میزان سلامت اجتماعی دانشجویان برحسب وضعیت تأهل آنها متفاوت است.

جدول ۸- وضعیت تأهل و سلامت اجتماعی

متغیر وابسته	وضعیت تأهل	تعداد	میانگین	اختلاف میانگین	مقدار t	سطح معنی داری
سلامت اجتماعی	مجرد	۲۸۵	۱۲۱/۷۷	۰/۷۳۸	-۰/۲۹۱	۰/۷۷۲
	متاهل	۵۹	۱۲۲/۲۳			

مطابق اطلاعات حاصل از خروجی آزمون تی تست موجود در جدول (۸)، میانگین سلامت اجتماعی دانشجویان مجرد ۱۲۱/۷۷ و میانگین سلامت اجتماعی دانشجویان متأهل ۱۲۲/۲۳ می باشد. بررسی تفاوت میانگین ها نشان داد که میانگین سلامت اجتماعی مجردان به اندازه ۰/۷۳۸ بیشتر از متأهلان می باشد؛ اما از آن جا که سطح معنی داری به دست آمده ۰/۷۲۲ بزرگ تر از ۰/۰۵ می باشد، از این رو، تفاوت موجود از نظر آماری معنی دار نیست. فرضیه ششم: میزان سلامت اجتماعی دانشجویان بر حسب طبقه اجتماعی آن ها متفاوت است.

جدول ۹- طبقه اجتماعی و سلامت اجتماعی

سطح معنی داری	مقدار F	میانگین مجزوات	درجه آزادی	مجموع مجزوات	واریانس ها	انحراف استاندارد	میانگین	متغیر طبقه اجتماعی	متغیر سلامت اجتماعی
۰/۴۵۸	۰/۷۸۲	۷۴/۰۱۹	۲	۱۴۸/۰۳۸	بین گروهی	۲۴/۰۴	۱۳۰	پایین	سلامت اجتماعی
			۳۳۹	۳۲۰۹۸/۶۵۲	درون گروهی	۹/۵۱	۱۲۱/۸۵	متوسط	
		۹۴/۶۸۶	۳۴۱	۳۲۲۴۶/۶۹۰	کل	۱۱/۶۸	۱۲۱	بالا	

بر اساس یافته های به دست آمده از جدول (۹)، سطح معنی داری به دست آمده از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه برای بررسی تفاوت میانگین سلامت اجتماعی جوانان بر حسب طبقه اجتماعی ۰/۴۵۸ می باشد که از ۰/۰۵ بزرگ تر است. از این رو، تفاوت میانگین از نظر آماری معنی دار نیست و فرضیه شماره شش تحقیق حاضر رد و فرض خلاف آن (عدم معنی داری) تأیید می شود.

۵. ۴. تبیین سلامت اجتماعی بر حسب متغیر مستقل

به منظور بررسی رابطه متغیر مستقل با سلامت اجتماعی از روش تحلیل رگرسیون دو متغیره استفاده شده است که نتایج آن در جداول (۱۰) قابل مشاهده است:

جدول ۱۰- رگرسیون دو متغیره بین متغیر دین داری و میزان سلامت اجتماعی دانشجویان

Sig	T	Beta	B	Sig	F	R ² adj	R ²	R	متغیر وابسته	متغیر مستقل
۰,۰۰۱	۳,۲۴۶	۰,۲۷۳	۰,۳۴۰	۰,۰۰۰	۱۲,۵۴۰	۰,۰۷۱	۰,۰۷۴۵	۰,۲۷۳	سلامت اجتماعی	دین- داری

مطابق جدول (۱۰)، متغیر دین داری به مقدار ۰/۲۷۳ با سلامت اجتماعی دانشجویان همبستگی دارد. ضریب تعیین برابر با ۰/۰۷۴۵ است که نشان می‌دهد متغیر مستقل (میزان دین داری)، ۷/۴۵ درصد از تغییرات متغیر وابسته (میزان سلامت اجتماعی) را تبیین می‌کند؛ به عبارتی، ۷/۴۵ درصد از تغییرات میزان سلامت اجتماعی ناشی از میزان دین داری بوده و ۹۲/۵۵ درصد تغییرات باقی مانده متأثر از عوامل و متغیرهایی است که در تحقیق حاضر مدنظر نبوده‌اند. براساس ضریب تأثیر استاندارد (Beta) متغیر دین داری حدود ۲۷/۳ درصد بر میزان سلامت اجتماعی دانشجویان تأثیر دارد؛ یعنی با افزایش یک انحراف استاندارد در متغیر دین داری، میزان سلامت اجتماعی دانشجویان به مقدار ۰/۲۷۳ انحراف استاندارد افزایش می‌یابد.

۶. نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف «بررسی رابطه بین دین داری با سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه پیام‌نور مرند» انجام شده است. متغیر مستقل این پژوهش دین داری است و این متغیر از چهار بعد اعتقادی، مناسکی، عاطفی و پیامدی ساخته شده است. یافته‌های توصیفی نشان می‌دهد که میزان دین داری در جامعه مورد بررسی در سطح بالا (۸۳/۳ درصد) می‌باشد. همچنین، در بین ابعاد دین داری، بعد اعتقادی دارای بیشترین میانگین (۱۹/۵۸) و بعد پیامدی دارای کمترین سطح میانگین (۱۴/۸۵) در بین پاسخ‌گویان است.

متغیر وابسته این پژوهش سلامت اجتماعی است. بررسی یافته‌های توصیفی نشان می‌دهد که سلامت اجتماعی پاسخ‌گویان در جامعه مورد بررسی در سطح متوسط (۷۲/۵ درصد) قرار دارد. در بین ابعاد سلامت اجتماعی، بعد انسجام اجتماعی دارای بیشترین میانگین (۲۴) و بعد شکوفایی دارای کمترین میانگین (۱۶/۲۸) در بین پاسخ‌گویان است. بنابر یافته‌ها میزان سلامت

اجتماعی دانشجویان در ابعاد پنج‌گانه یک‌پارچگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی و شکوفایی اجتماعی در سطح متوسط می‌باشد. با بررسی رابطه بین جنسیت و سلامت اجتماعی مشخص شد، میزان سلامت اجتماعی دانشجویان برحسب جنسیت آن‌ها متفاوت است. این امر با تحقیقات بیات و همکاران (۱۳۸۶)، باباپور (۱۳۸۸)، نیک‌ورز (۱۳۸۹)، شربتیان (۱۳۹۱)، لاروج (۱۹۹۸) انطباق دارد و برخلاف تحقیق کبیز (۱۹۹۸)، کنگرلو (۱۳۸۸)، فتحی و همکاران (۱۳۹۱) و پورافکاری (۱۳۹۱) می‌باشد که یافته‌هایشان نشان داده بین جنسیت و میزان سلامت اجتماعی افراد، رابطه معنی‌داری وجود ندارد.

یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که میزان سلامت اجتماعی دانشجویان برحسب وضعیت تأهل آن‌ها متفاوت نیست. این یافته هم‌سو با تحقیق کنگرلو (۱۳۸۸) و تقی‌پور (۱۳۹۰) و برخلاف یافته‌های عبدالله‌تبار (۱۳۸۷)، نیک‌ورز (۱۳۸۹) و شربتیان (۱۳۹۱) است. همچنین، بین متغیر پایگاه اجتماع- اقتصادی افراد با میزان سلامت اجتماعی آن‌ها نیز تفاوت معنی‌داری وجود ندارد که این یافته هم‌سو با تحقیق باباپور و همکاران (۱۳۸۸) و برخلاف تحقیق کبیز (۱۹۹۸)، حسینی (۱۳۸۹)، حاتمی (۱۳۹۰) و فتحی و همکاران (۱۳۹۱) می‌باشد. بین متغیرهای سن افراد و میزان سلامت اجتماعی نیز رابطه معنی‌داری وجود ندارد که مطابق با تحقیقات بیات و همکاران (۱۳۸۶)، عبدالله‌تبار (۱۳۸۷)، تقی‌پور (۱۳۹۰) و برخلاف یافته فتحی و همکاران (۱۳۹۱) می‌باشد.

نتایج آزمون‌های تحلیلی فرضیه‌های اصلی تحقیق نشان می‌دهد که میان دو متغیر دین‌داری و سلامت اجتماعی، رابطه معنی‌داری وجود دارد و جهت این رابطه مثبت و مستقیم است؛ یعنی با افزایش میزان دین‌داری در بین دانشجویان، میزان سلامت اجتماعی آن‌ها نیز افزایش می‌یابد. این یافته تحقیق، با نتایج تحقیق هادیان‌فر (۱۳۸۴)، حسینی (۱۳۸۹)، میرزامحمدی و همکاران (۱۳۹۰)، سراج‌زاده و همکاران (۱۳۹۲) مطابقت و هم‌خوانی دارد.

همچنین، نتایج نشان می‌دهند که بین دین‌داری و ابعاد پنج‌گانه سلامت اجتماعی (یک‌پارچگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی و شکوفایی

اجتماعی) رابطه معنی داری وجود دارد و جهت این روابط مثبت است. بنابراین، افزایش میزان دین داری موجب افزایش بیشتری در ابعاد یک پارچگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی و شکوفایی اجتماعی می شود. در مجموع، دین داری بر بعد انسجام اجتماعی سلامت اجتماعی بیشتر از سایر ابعاد تأثیر دارد که این یافته تحقیق، با نتایج تحقیق پورستار و حکمتی (۱۳۸۹) که معتقدند دین داری بر بعد انسجام اجتماعی سلامت اجتماعی بیشتر از سایر ابعاد تأثیر دارد، همسو است. همچنین، این یافته تحقیق با نظریه دورکیم و نظریه پردازان کارکردگرایی هم چون دیویس، یینگر، ادی که معتقدند دین نقش اجتناب ناپذیر و منحصر به فردی در ایجاد یک پارچگی و همبستگی اجتماعی دارد و باعث حفظ انسجام اجتماعی می شود و همچنین، این که آن ها بر کارکرد و انسجام بخشی دین تأکید می کنند، انطباق دارد.

نتایج حاصل از معادله رگرسیون دومتغیره نشان داد که متغیر مستقل تحقیق نزدیک به $7/45$ درصد از واریانس میزان سلامت اجتماعی دانشجویان را تبیین می کند؛ به عبارتی، $7/45$ درصد از تغییرات میزان سلامت اجتماعی ناشی از میزان دین داری بوده که رابطه معنی داری با میزان سلامت اجتماعی دانشجویان داشته است. بر اساس ضریب تأثیر استاندارد (بتا) متغیر دین داری حدود $27/3$ درصد بر میزان سلامت اجتماعی دانشجویان تأثیر دارد.

در مجموع، نتایج پژوهش حاضر، بیان گر این مطلب است که رابطه متقابلی بین دین داری و سلامت اجتماعی وجود دارد. آیین ها و مناسک های مذهبی با وجود تفاوت ها با ایجاد هماهنگی فکری و اعتقادی بین مردم، آن ها را به یکدیگر نزدیک کرده و باعث افزایش همبستگی و یک پارچگی و انسجام اجتماعی افراد می شود. همچنین، نقش آموزه های دینی مبنی بر برقراری ارتباط و تعاملات گسترده با دیگران در گسترش شبکه روابط اجتماعی (ارتباطات و تعاملات اجتماعی) افراد و عضویت آن ها در شبکه های اجتماعی گسترده، زمینه ساز برخورداری افراد از حمایت اجتماعی بیشتر می شود که این امور در ارتقای سلامت اجتماعی افراد، نقش مؤثری ایفا می کنند. بنابراین، دین داری به عنوان یک سازه مهم در زندگی انسان، نقش قابل توجهی در افزایش سلامت انسان، به ویژه سلامت اجتماعی او دارد.

کتاب نامه

۱. آرون، ر. (۱۳۸۱). *مراحل اساسی سیر اندیشه در جامعه‌شناسی*. (ب. پرهام، مترجم). تهران: انتشارات علمی فرهنگی.
۲. ادیسی، ا. و رحمانی خلیلی، ا. (۱۳۹۲). احساس امنیت پیامد تأثیر دین‌داری و رضایت از زندگی بر سلامت اجتماعی. *نخستین همایش ملی خانواده و امنیت*. ۱۰ و ۱۱ اردیبهشت. یزد، ایران.
۳. استونز، ر. (۱۳۷۹). *متفکران بزرگ جامعه‌شناسی*. (م. میردامادی، مترجم). تهران: نشر مرکز.
۴. باباپورخیرالدین، ج.، طوسی، ف. و حکمتی، ع. (۱۳۸۸). بررسی نقش عوامل تعیین‌کننده در سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز. *فصل‌نامه علمی پژوهشی روان‌شناسی دانشگاه تبریز*، ۱۶(۱)، ۲۶-۸.
۵. بیات، م.، نادری‌فر، م.، بیات، م.، میری، م.، فروغی، س. (۱۳۸۶). سلامت اجتماعی کودکان ۷ تا ۱۱ ساله ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی. *نشریه پرستاری ایران*، ۲۰(۵۱)، ۹۷-۱۰۴.
۶. پورافکاری، ن. (۱۳۹۱). بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی در شهرستان پاره. *فصل‌نامه تخصصی علوم اجتماعی*، ۶(۱۸)، ۶۰-۴۱.
۷. پورستار، م. و حکمتی، ع. (۱۳۸۹). پیش‌بینی سلامت اجتماعی براساس باورهای دینی در بین دانشجویان دختر. *زن و مطالعات خانواده*، ۲(۷)، ۴۰-۲۷.
۸. تقی‌پور، ز. (۱۳۹۰). *بررسی عوامل اقتصادی اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی کارکنان تأمین اجتماعی شهر کرد*. پایان‌نامه منتشر نشده کارشناسی ارشد برنامه‌ریزی و رفاه اجتماعی. دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.
۹. توسلی، غ. و مرشدی، ا. (۱۳۸۵). بررسی سطح دین‌داری و گرایش‌های دینی دانشجویان (مطالعه موردی: دانشگاه صنعتی امیر کبیر). *مجله جامعه‌شناسی ایران*، ۷(۴)، ۹۶-۱۱۸.
۱۰. چراغی، مونا. و مولوی، حسین. (۱۳۸۵). رابطه بین ابعاد مختلف دین‌داری و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه اصفهان. *دوفصل‌نامه رویکردهای نوین آموزشی (پژوهش‌های تربیتی و روان‌شناختی سابق)*، ۲(۲)، ۲۲-۱.
۱۱. حاتمی، پ. (۱۳۸۹). *بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تأکید بر شبکه‌های اجتماعی*، (پایان‌نامه منتشر نشده کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی). دانشگاه علامه طباطبایی. تهران، ایران.

۱۲. حسینی، ف. (۱۳۸۸). بررسی میزان سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در دانشجویان دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی در سال ۱۳۸۱-۱۳۸۷. پایان‌نامه منتشر نشده کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی. دانشگاه علامه طباطبایی. تهران، ایران
۱۳. خلیلی دوآبی، م. (۱۳۸۴). رابطه جهت‌گیری درونی و بیرونی دینی با سلامت روان. پایان‌نامه منتشر نشده کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی. تهران، ایران.
۱۴. دورکیم، ا. (۱۳۸۱). تقسیم کار اجتماعی. (ب. پرهام، مترجم). تهران: نشر مرکز.
۱۵. ذاکرمن، ف. (۱۳۸۴). درآمدی بر جامعه‌شناسی دین. (خ. دیهیمی، مترجم). تهران: نشر وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی.
۱۶. ربانی، ر. و بهشتی، ص. (۱۳۹۰). بررسی تجربی رابطه دین‌داری و رضایت از زندگی. مجله علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد، ۸(۱)، ۱۰۲-۷۹.
۱۷. ربانی، ر. و طاهری، ز. (۱۳۸۷). تبیین جامعه‌شناختی میزان دین‌داری و تأثیر آن بر سرمایه اجتماعی در بین ساکنان شهر جدید بهارستان اصفهان. مجله علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد، ۵(۱۲)، ۹۱-۱۲۹.
۱۸. رضایی، ا. (۱۳۹۲). بررسی تأثیر برخورداری از حمایت اجتماعی خانواده بر سلامت اجتماعی دانشجویان. مجموعه مقالات نخستین همایش ملی خانواده و امنیت. ۱۰ و ۱۱ اردیبهشت. ۶۴
۱۹. رفیع‌پور، ف. (۱۳۸۵). کندوکاوها و پنداشته‌ها: مقدمه‌ای بر روش‌های شناخت جامعه و تحقیقات اجتماعی. تهران: شرکت سهامی انتشار.
۲۰. سام آرام، ع. (۱۳۸۸). بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه‌محور. فصل‌نامه علمی- پژوهشی انتظام اجتماعی، ۱(۱)، ۲۹-۹.
۲۱. سجادی، ح. و صدرالسادات، ج. (۱۳۸۳). شاخص‌های سلامت اجتماعی. مجله اطلاعات سیاسی- اقتصادی، (۲۰۷)، ۲۵۳-۲۴۴.
۲۲. سراج‌زاده، ح.، جواهری، ف. و ولایتی خواجه، س. (۱۳۹۲). دین و سلامت: آزمون اثر دین‌داری بر سلامت در میان نمونه‌ای از دانشجویان. فصل‌نامه جامعه‌شناسی کاربردی، ۲۴(۱)، ۷۷-۵۵.
۲۳. سراج‌زاده، ح.، شریعتی، س. و صابر، س. (۱۳۸۳). بررسی میزان دین‌داری و انواع آن با مدارای اجتماعی. مجله علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد، ۱(۴)، ۴۲-۱۰۹.

۲۴. سمیعی، م.، رفیعی، ح.، امینی رازانی، م.، اکبریان، م. (۱۳۸۹). سلامت اجتماعی ایران: از تعریف اجماع‌مدار تا شاخص شواهد‌مدار. *مسائل اجتماعی ایران*، ۱ (۲)، ۵۱-۳۱.
۲۵. شجاعی‌زند، ع. (۱۳۸۴). مدلی برای سنجش دین‌داری در ایران. *مجله جامعه‌شناسی ایران*، ۶ (۱)، ۳۴-۶۶.
۲۶. شربتیان، م. (۱۳۹۱). تأملی بر پیوند مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و میزان بهره‌مندی از سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه پیام نور مشهد. *فصل‌نامه جامعه‌شناسی مطالعات جوانان*، ۲ (۵)، ۱۷۴-۱۴۹.
۲۷. شولتس، د. و سیدنی، آ. (۱۳۸۷). *نظریه‌های شخصیت*. (ی. سیدمحمدی، مترجم). تهران: نشر ویرایش.
۲۸. عبدالله‌تبار، ه.، کلدی، ع.، محقق‌کی کمال، ح.، ستاره فروزان، آ و صالحی، م. (۱۳۸۷). بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان. *فصل‌نامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، (۳۰، ۳۱)، ۱۸۹-۱۷۱.
۲۹. علیوردی‌نیا، ا.، شارع‌پور، م. و ورمزیار، م. (۱۳۸۷). سرمایه اجتماعی خانواده و بزهکاری. *فصل‌نامه زن در سیاست و توسعه (پژوهش زنان سابق)*، ۶ (۲)، ۱۳۲-۱۰۷.
۳۰. فدایی مهربانی، م. (۱۳۸۶). شهرنشینی، رسانه و سلامت اجتماعی (رسانه‌های جوامع در حال گذار و سلامت اجتماعی شهروندان). *فصل‌نامه پژوهش‌های ارتباطی*، (۴۹)، ۸۶-۶۷.
۳۱. فتحی، م.، عجم‌نژاد، ر. و خاک رنگین، م. (۱۳۹۱). عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی معلمان شهر مراغه. *فصل‌نامه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، ۱۲ (۴۷)، ۲۴۳-۲۲۵.
۳۲. کوزر، ل. (۱۳۸۶). *زندگی و اندیشه بزرگان جامعه‌شناسی*. (م. ثلاثی، مترجم). چاپ سیزدهم. تهران: انتشارات علمی.
۳۳. کنگرلو، م. (۱۳۸۷). *بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیرشاهد دانشگاه علامه طباطبایی*. (پایان‌نامه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی). دانشگاه علامه طباطبایی. تهران، ایران.
۳۴. موحدی، ا. (۱۳۸۸). بررسی تأثیر سلامت اجتماعی بر میزان کیفیت زندگی کارکنان بانک ملی. (پایان‌نامه منتشر نشده کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی). دانشگاه علامه طباطبایی. تهران، ایران.
۳۵. میرزامحمدی، م.، فرهمیمنی فراهانی، م.، اسفندیاری، س. (۱۳۹۰). بررسی نقش آموزش‌های دینی در سلامت فردی و اجتماعی. *فصل‌نامه فرهنگ در دانشگاه اسلامی*، ۱۵ (۲)، ۴۵-۲۱.

۳۶. نازکبار، ح.، زاهدی، م. و نایی، ه. (۱۳۸۵). نقش دین‌داری در ممانعت از بزهکاری جوانان شهر تهران. *فصل‌نامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، ۶ (۲۲)، ۲۵۷-۲۳۳.
۳۷. نیک‌ورز، ط. (۱۳۸۹). *بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان دختر و پسر دانشگاه شهید باهنر کرمان*. (پایان‌نامه منتشر نشده کارشناسی ارشد رشته جامعه‌شناسی). دانشگاه شهید باهنر کرمان. تهران، ایران.
۳۸. هادیان‌فرد، ح. (۱۳۸۴). احساس به‌زیستی ذهنی و فعالیت‌های مذهبی در گروهی از مسلمانان. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۱۱ (۲)، ۲۳۲-۲۲۴.
۳۹. هزارجریبی، ج. و ارفعی عین‌الدین، ر. (۱۳۹۱). اوقات فراغت و سلامت اجتماعی. *فصل‌نامه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، ۴ (۱۰)، ۶۴-۳۹.
40. Blanco, A., & Diaz, D. (2007). Social order and mental health: A social well-being approach. *Psychology in Spain, 11*, 61-71.
41. Chapple, E. P. (2003). Mental health and religion: A guide for service providers. *Clinical Psychology Review, 21*, 989-1003.
42. Cicognani, E., Pirini, C., Keyes, C., Joshanloo, M., Rostami, R., & Nosratabadi, M. (2008). Social participation, sense of community and social well-being: A study on American, Italian and Iranian university students. *Social Indicators Research, 89*(1), 97-
43. Daryl, B. O., Cobb, J., & O'Connor, C. (2003). Religiosity, stress and psychological distress: No evidence for an association among undergraduate students. *Personality and Individual Differences, 34*, 211-217.
44. Day, J. M. (2010). Religion, spirituality and positive psychology in adulthood: A developmental view. *Journal of Adult Development, 17*(4), 215-229.
45. Dezutter, J., Bart, S., & Hutsebaut, D. (2006). Religiosity and mental health: A further exploration of the relative importance of religious behaviors vs. religious attitudes. *Personality and Individual Differences, 40*, 807-818.
46. Henderie, H. C., Albert, M. S., Butters, M. A., Gao, S., Knopman, D. S., & Launer, L. J. (2006). The NIH cognitive and emotional health project: Report of the critical evaluation study committee. *Alzheimer and Dementia, 2*, 12-32.

47. Huppert, F., Marks, N., Clark, A., Siegrist, J., Stutzer, A., & Vitters, J. (2006). *Personal and social well-being model for the European social survey*. London: European Social Survey.
48. Keyes, C. L. M., & Shapiro, A. (2004). Social well-being in the United States: A descriptive epidemiology (pp. 350-372). In O. G. Brim, C. D. Ryff, & R. C. Kessler (Eds.), *How healthy are we?: A national study of well-being at midlife*. Chicago: University of Chicago Press.
49. Keyes, C. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61, 21-141.
50. Keyes, C. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Research*, 43, 207-222.
51. Kim, Y., Seidlitz, L., Ro, Y., Evinger, J. S., & Duberstein, P. R. (2004). Spirituality and affect: A function of changes in religious affiliation. *Personality and Individual Differences*, 37, 861-870.
52. Koenig, H. G. (2004). Spirituality, wellness, and quality of life *Sexuality, Reproduction and Menopause*, 2, 76-82.
53. Larson, J. S. (1993). The measurement of social well-being. *Social Indicators Research*, 28, 285-296.
54. Osler, A.; Street. C; Lall. M. & Vincent. K. (2001). *Not a problem? Girls and school excision*. London: National Children's Bureau.
55. Pajevic, I., Sinanovic, O., & Hasanovic, M. (2005). Religiosity and mental health. *Psychiatria Danubina*, 17, 84-89.
56. Rippentrop, A., Elizabeth, A., Elizabeth, M. C., Joseph J. F., Ernest, M., & Keffala, V. J. (2005). The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and Pain in a Chronic Pain Population, *Pain*, 116, 311-321.
57. Shapiro, A., Keyes, C., & Lee, M. (2007). Marital status and social well-being: Are the married always better off? *Springer. Science Business Media* 88, 329-346.
58. Ustun, B., & Jakob, R. (2005). Redefinition of health. *Bulletin of the World Health Organization (WHO)*, 83, 802. Retrieved from www.who.int.