مطالعات اسلامی زنان و خانواده
دوفصلنامه علمی- پژوهشی
سال هشتم- شماره شانزدهم
بهار و تابستان ۱۴۰۱

واکاوی رابطه دینداری با سلامت اجتماعی زنان

غلامرضا تاج‌بخش[۱]
اسماعیل شریفی[۲]
ثریا آل‌کثیر[۳]

چکیده

هدف پژوهش حاضر، تعیین رابطه دینداری با سلامت اجتماعی در بین زنان شهرستان شوش می‌باشد. این مطالعه با توجه به اهداف، ماهیت و نحوه انجام کار، در زمره تحقیقات پیمایشی مقطعی است. جامعه آماری تحقیق، زنان ۱۸ تا ۵۵ ساله این شهرستان می‌باشد که بر اساس اطلاعات موجود، تعداد آنها برابر با ۲۵۰۰۰ نفر است. نمونه آماری پژوهش، با استفاده از فرمول کوکران، ۳۷۸ نفر به دست آمد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات و اندازه‌گیری متغیرها نیز پرسشنامه خودساخته محقق است. یافته‌های حاصل از ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین دینداری و ابعاد (اعتقادی، مناسکی) آن با سلامت اجتماعی، رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد و بعد مناسکی، دارای تاثیر بیشتری بر سلامت اجتماعی است. نتایج تحلیل رگرسیون دو متغیره بین دینداری و سلامت اجتماعی نشان داد مقدار ضریب تعیین برابر با ۰/۱۳۱ بوده و بیانگر این است ۱۳/۱ درصد از تغییرات میزان سلامت اجتماعی، به متغیر مستقل دینداری مربوط است.

واژگان کلیدی: دینداری، سلامت اجتماعی، زنان، شهرستان شوش.

---

۱. دانشیار گروه علوم اجتماعی دانشگاه حضرت آیت‌الله العظمی بروجردی(ره)، بروجرد، ایران، (نویسنده مسئول)؛ tajbakhsh @abru.ac.ir

۲. استادیار گروه علوم اجتماعی دانشگاه حضرت آیت‌الله العظمی بروجردی(ره)، بروجرد، ایران؛ sharifi@ abru.ac.ir

۳. دانش‌آموخته مقطع کارشناسی ارشد رشته جامعه‌شناسی دانشگاه حضرت آیت‌الله العظمی بروجردی(ره)، بروجرد، ایران؛ alekasir@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۸/۳۰ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۱۰/۳۰

۱. مقدمه و بیان مسئله

امروزه با توجه به پیشرفت‌های تکنولوژیکی و گسترش فناوری‌های نوین اطلاعاتی - ارتباطی و تاثیر مستقیم آنها بر کیفیت زندگی آدمی، مسئله سلامتی در تمامی ابعاد آن، شامل سلامت جسمی، روانی و اجتماعی و عوامل تاثیرگذار بر آن، اهمیت ویژه‌ای یافته است؛ به‌گونه‌ای‌که بسیاری از اندیشمندان اجتماعی، به‌ویژه جامعه‌شناسان پزشکی بر این عقیده‌اند که عوامل و شرایط اجتماعی، تاثیر بسزایی در حفظ و ارتقاء 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) نمی‌باشد. (سجادی و صدرالسادات، ۱۳۸۳، ص۲۴۷)

کییز[1] (۲۰۰۴) سلامت اجتماعی را ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی، که عضو آنها است، می‌داند. به اعتقاد او و شاپیرو، آنچه بیشتر به زندگی غنا و معنی می‌بخشد، خویشاوندان، روابط و تجارب مشترک است. ازاین‌رو، او به توانایی فرد در تعامل موثر با دیگران و اجتماع به‌منظور ایجاد روابط ارضاکننده شخصی و به‌انجام‌رساندن نقش‌های اجتماعی، عنوان سلامت اجتماعی می‌دهد (کییز و شاپیرو[2]، ۲۰۰۴). در نظر هندری[3] و همکاران (۲۰۰۶)، سلامت اجتماعی، فقدان بیماری روانی، یا حتی غیاب عاطفه منفی، که در بافت معینی می‌تواند پاسخی سازنده قلمداد شود، نیست؛ بلکه توانایی انجام موثر و کارآمد نقش‌های اجتماعی بدون آسیب‌رساندن به دیگران است (ریموند، ۲۰۰۴؛ به نقل از باباپور، طوسی و حکمتی، ۱۳۸۸، ص۱۱). در واقع، زمانی شخص را دارای سلامت اجتماعی برمی‌شماریم که بتواند فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی خود را در حد متعارف بروز دهد و با جامعه و هنجارهای اجتماعی، احساس پیوند و اتصال کند. (فدایی مهربانی، ۱۳۸۶، ص۸)

سلامت اجتماعی یکی از عوامل مهم و موثر در ارتقاء و تکامل انسان‌ها و تعامل مطلوب

1. Keyes
2. Keyes & Shapiro
3. Henri

با محیط و دیگران به‌ویژه در میان زنان است. زنان یکی از گروه‌های حساس جامعه‌اند و سلامت آنان، سلامت خانواده و در ادامه، سلامت جامعه را تضمین می‌کند. بنابراین، پرداختن به مسائل سلامت (جسمانی، روانی و اجتماعی) زنان می‌تواند به طور مستقیم و غیر مستقیم، نقش بسزایی در تأمین سلامت عمومی جامعه داشته باشد. بر این اساس، آینده سالم جامعه ما نیز در گرو توجه لازم به کلیت سلامت زنان و مادران خواهد بود. زنانی که از سلامت اجتماعی برخوردارند، با موفقیت بیشتری می‌توانند با چالش‌های ناشی از ایفای نقش‌های اجتماعی کنار بیایند و مشارکت بیشتری در فعالیت‌های جمعی داشته باشند. در نتیجه باید انتظار داشت تطابق آنان با هنجارهای اجتماعی، بیشتر خواهد شد. (فتحی و همکاران، ۱۳۸۹، ص۲۲۷-۲۲۸)

در این میان، عوامل بی‌شماری بر سلامت اجتماعی تاثیر می‌گذارند که از جمله آنها می‌توان به دینداری اشاره کرد. دین غالبا می‌تواند عامل نیرومند تعیین‌کننده پدیده‌های اجتماعی باشد، به نهادها شکل بدهد، بر ارزش‌ها تاثیر بگذارد و روابط را زیر نفوذ خود بگیرد (ذاکرمن[1]، ۱۳۸۴، ص۱۷۵). هدن[2] (۱۹۸۳) معتقد است که دینداری، عامل اساسی اجتماعی‌شدن و انسجام فکری، عملی و جهت‌گیری در رفع مشکلات، پدیده‌ها و مسائل اجتماعی است (نازک‌تبار و همکاران، ۱۳۸۵، ص۲۳۴). به‌طورکلی، باورهای دینی، با سلامت فردی و اجتماعی افراد یک جامعه مرتبط است (دی[3]، 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 و زندگی اجتماعی انسان داشته و دارد (راد، ۱۳۹۴، ص۱۴۰). در جامعه ما، وضعیت متغیرهای کمّی نسبت به سال‌های قبل روند بهتری طی کرده است، ولی متغیرهای کیفی همچون سلامت اجتماعی، همیشه با چالش مواجه‌اند. این مسئله در شهرستان‌ها به‌ویژه در شهرستان شوش، که دارای بافتی قومیتی بوده و نگرش‌های سنتی بر افکار مردم تاثیر بسزایی دارد، به‌صورت

1. Zakerman
2. Hodan
3. Di

پررنگ‌تری جریان دارد. بنابراین، هدف اصلی پژوهش حاضر، شناسایی رابطه دینداری و سلامت اجتماعی در بین زنان شهر شوش بوده و درصدد پاسخگویی به این سوالات است که میزان دینداری و سلامت اجتماعی زنان چه میزان است؟ و چه رابطه‌ای بین میزان دینداری زنان با میزان سلامت اجتماعی وجود دارد؟

۲. پیشینه تحقیق

افشانی و شیری محمدآبادی (۱۳۹۵) به بررسی رابطه دینداری با سلامت اجتماعی زنان شهر یزد پرداختند. یافته‌های حاصل از ضریب همبستگی پیرسون نشان داد بین میزان دینداری و سلامت اجتماعی، رابطه معنادار و مستقیمی وجود دارد و با افزایش دینداری، سلامت اجتماعی نیز افزایش پیدا می‌کند.

کفاشی (۱۳۹۴) به بررسی رابطه مولفه‌های دینداری با مولفه‌های سلامت اجتماعی دانشجویان پرداخت. نتایج نشان داد بیشترین اثر مستقیم را می‌توان با عنوان اثر مستقیم دینداری اعتقادی در مولفه‌های دینداری بر متغیر انسجام اجتماعی در مولفه‌های سلامت اجتماعی بیان کرد.

چراغی و مولوی (۱۳۹۴) در پژوهشی تحت عنوان دین و سلامت اجتماعی نشان دادند که بین دینداری و سلامت اجتماعی دانشجویان و همچنین دینداری و ابعاد سلامت اجتماعی، رابطه معناداری وجود دارد.

فیروز راد و همکاران (۱۳۹۴) به بررسی رابطه دینداری با سلامت اجتماعی بین دانشجویان دانشگاه پیام نور مرند پرداختند. یافته‌های حاصل از ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین دینداری و سلامت اجتماعی دانشجویان و نیز بین دینداری و ابعاد سلامت اجتماعی (یک‌پارچگی، پذیرش، مشارکت، انسجام و شکوفایی اجتماعی)، رابطه معنادار و مستقیمی وجود دارد. همچنین بیشترین شدت همبستگی، با بعد انسجام اجتماعی و کمترین همبستگی، با بعد شکوفایی اجتماعی می‌باشد. میزان سلامت اجتماعی دانشجویان بر حسب جنسیت آنها دارای تفاوت معناداری است؛ اما این

تفاوت با دیگر متغیرهای جمعیتی، معنادار نیست. علاوه بر آن، بین سن افراد با سلامت اجتماعی، رابطه معناداری وجود ندارد. نتایج تحلیل رگرسیون دومتغیره نیز نشان داد که متغیر دینداری، ۲۷/۳ درصد بر میزان سلامت اجتماعی دانشجویان تأثیر دارد.

سراج‌زاده و همکاران (۱۳۹۲) به بررسی اثر دینداری بر سلامت در میان نمونه‌ای از دانشجویان پرداختند. یافته‌های تحقیق نشان داد متغیرهای دینداری، سبک زندگی سلامت‌محور و حمایت اجتماعی، ۳۶/۸ درصد تغییرات سلامت کل، ۱۶/۶ درصد تغییرات سلامت جسمی، ۳۱/۲ درصد تغییرات سلامت روانی و ۳۲/۶ درصد تغییرات سلامت اجتماعی را تبیین می‌کنند. از نظر آماری، دینداری دارای تأثیر معنادار مستقیم و غیر مستقیم بر سلامت کل است، ولی در ابعاد مختلف سلامت، تأثیر دینداری به شیوه‌های مختلف نمودار می‌شود. دینداری به طور غیر مستقیم و از طریق متغیر سبک زندگی سلامت‌محور، بر سلامت جسمی تأثیر دارد. اثر دینداری بر سلامت اجتماعی به طور غیر مستقیم و از طریق حمایت اجتماعی است. تأثیر دینداری بر سلامت روانی، هم به طور مستقیم و هم به طور غیر مستقیم (از طریق حمایت اجتماعی) تأیید می‌شود. این یافته‌ها، دلالت‌های نظریه‌های کارکردگرا در خصوص اثر مثبت دینداری بر سبک زندگی سلامت‌محور، حمایت اجتماعی و سلامتی، به‌ویژه سلامت روانی و سلامت اجتماعی را تأیید می‌کنند.

محمدی و همکاران (۱۳۹۰) به بررسی نقش آموزه‌های دینی در سلامت فردی و اجتماعی و تاثیر پیشگیرانه آن در امر سلامت جسمی، روانی و اجتماعی و انواع سلامت از منظر متفکرین اسلامی و غربی و اثرات آموزش‌های دینی و برنامه‌های درسی معنوی پرداختند. نتایج تحقیق نشان داد ابعاد مختلف دینداری و معنویت، با سلامت جسمی، روانی و اجتماعی، رابطه مثبت وجود دارد؛ به‌گونه‌ای‌که باورهای دینی می‌توانند فرد را به سوی کمال و تعالی و در نتیجه، سلامت روانی و جسمی و در نهایت، سلامت اجتماعی هدایت کنند.

پورستا و حکمتی (۱۳۸۹) به پیش‌بینی سلامت اجتماعی بر اساس باورهای دینی در بین دانشجویان دختر پرداخت. نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که پذیرش و مشارکت اجتماعی، با همه ابعاد عمل به باورهای دینی و نیز یکپارچگی و انسجام اجتماعی، با برخی از ابعاد

عمل به باورهای دینی رابطه معناداری دارند، اما بین شکوفایی اجتماعی و عمل به باورهای دینی، رابطه معناداری وجود ندارد. نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیره هم‌زمان نشان داد که انجام واجبات و فعالیت مذهبی، یکپارچگی اجتماعی را پیش‌بینی می‌کنند. همچنین انجام واجبات و مستحبات، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی را پیش‌بینی کرده است. مستحبات، فعالیت دینی و تصمیم‌گیری و انتخاب، توانایی پیش‌بینی شکوفایی اجتماعی، پیوستگی اجتماعی و نمره کل سلامت اجتماعی را دارند.

دی[1] (۲۰۱۰) در خصوص مطالعه نقش اعمال و مناسک دینی بر سلامت فردی و اجتماعی افراد نشان داد که ارتباط معناداری بین اعمال دینی با سلامت فردی و اجتماعی افراد وجود دارد.

فرانسیس[2] و همکاران (۲۰۰۴) در پژوهش خود نشان دادند که تفاوت در نگرش‌های مذهبی، مهم‌تر از اعمال مذهبی، می‌تواند سلامت افراد را پیش‌بینی کند. در حقیقت، بسیاری از متغیرهای سلامتی، به‌وسیله باورهای مذهبی تبیین می‌شود. (کجاف و رئیس‌پور، ۱۳۸۷، ص۳۵)

برخی دیگر اعتقاد دارند که بین دینداری و سلامت، رابطه منفی و معکوس برقرار است و یا اصلا رابطه‌ای وجود ندارد. (کاب[3] و اکانر[4]، ۲۰۰۳؛ کوئنیگ[5]، ۲۰۰۴ و دیزوتر[6] و هتسباوت[7]، ۲۰۰۶)

مرور تحقیقات انجام‌شده درباره سلامت اجتماعی، حاکی از آن است که هر کدام از تحقیقات، با دیدگاه خاصی به بررسی سلامت اجتماعی پرداخته و آن را در ارتباط با متغیر یا متغیرهای معینی مورد مطالعه قرار داده‌اند. همچنین برخی در نمونه خاصی مانند دانشجویان و جوانان، مطالعه شده است.

در بررسی صورت‌گرفته، این نتیجه به دست آمد که در ارتباط با جامعه زنان و سنین

---

1. Day
2. Ferances
3. Cobb
4. Oconnor
5. Koenig
6. Dezutter
7. Hutsebaut

۱۸ تا ۵۵ ساله، پژوهش کمتری در موضوع تحقیق انجام پذیرفته است. همچنین یکی از مهم‌ترین وجوه تمایز این تحقیق با تحقیقات دیگر، بومی‌کردن پرسشنامه سلامت اجتماعی کییز با توجه به جامعه مورد تحقیق پژوهش و نیز سنجش سلامت اجتماعی با گویه‌های بومی می‌باشد. از طرفی دیگر، با نگاهی عمیق‌تر به پیشینه خارجی، می‌توان مشاهده کرد تحقیقاتی که به رابطه منفی بین دینداری و سلامت اجتماعی یا عدم رابطه رسیده‌اند، بیشتر از رابطه مثبت می‌باشد. این مسئله را می‌توان با این نگاه تحلیل کرد که چه بسا دین اسلام از ویژگی اجتماعی‌تری نسبت به مسحیت و ادیان دیگر برخودار است و آن را می‌توان در رابطه مثبت دینداری با سلامت اجتماعی مشاهده کرد. اسلام با آیات قرانی مختلف و ارائه الگوهای انسانی مناسب، مرز تعادل و توازن از افراط و تفریط را در قرآن تشریح کرده است. در حقیقت، اسلام با جهان‌بینی خاص ادیان الهی، «حیات معقول» را برترین زندگی برای انسان و جامعه او می‌شناسد (حسینی، ۱۳۸۸، ص۵۷). ما مسلمانان معتقدیم از بین تمام ادیان الهی، اسلام به‌عنوان آخرین و کامل‌ترین دین، جامع‌ترین برنامه زندگی را در راستای تامین سعادت واقعی و سلامتی و آرمش انسان در تمامی ابعاد وجودی‌اش ارائه کرده و این مبحث، در تفاوت بین پیشینه داخلی و خارج نمایان است.

۳. چارچوب مفهومی و نظری تحقیق

۳,۱. دینداری

دین یک پدیده جمعی است و رابطه متقابلی با دیگر واحدهای اجتماعی دارد؛ به‌گونه‌ای‌که هم بر نهادهای دیگر جامعه تاثیر می‌گذارد و هم از آن تاثیر می‌پذیرد. بسیاری از جامعه‌شناسان سعی کرده‌اند ابعاد مختلف دینداری را تبیین کنند. در این میان، معروف‌ترین دسته‌بندی متعلق به گلارگ و استارک[1] است. آنها معتقدند که با وجود تفاوت‌ها در بین ادیان مختلف، می‌توان اصولی ثابت برای آنها در نظر گرفت که شامل ابعاد

1. Clarke and Stark

اعتقادی[1]، مناسکی[2]، عاطفی[3]، دانش دینی[4] و پیامدی[5] است. (ربانی و بهشتی، ۱۳۹۰، ص۸۹-۹۰)

بعد اعتقادی، باورهایی را در بر می‌گیرد 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، شامل می‌شود. منظور از بعد تجربی یا عاطفی، تصورات و احساسات مربوط به برقراری رابطه یا وجود مقدس است. بعد دانش دینی، اطلاعات و دانش اساسی در مورد اصول عقاید دینی و کتب مقدس است که انتظار می‌رود پیرون، آنها را بدانند. 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، ص۱۰۳-۱۰۴؛ به نقل از سراج‌زاده و همکاران، ۱۳۸۳، ص۱۲۵). در تحقیق حاضر، با توجه به هدف محقق، دو بعد اعتقادی و مناسکی این متغیر در رابطه با سلامت اجتماعی مورد استفاده قرار گرفت.

جدول (۱) مدل گلارک واستارک (سراج‌زاده، ۱۳۸۳، ص۶۲)

ابعاد عمومی التزام دینی	مقیاس‌های اولیه
اعتقادی	باورهای پایه‌ای مسلم، باورهای غایت‌گرا، باورهای زمینه‌ساز
مناسکی	عبادت، نماز، شرکت در آیین‌های مقدس خاص
تجربی	توجه، شناخت، ایمان، ترس
پیامدی	آثار باور، عمل، تجربه و دانش دینی در زندگی روزمره

۳،۲. سلامت اجتماعی

گلد اسمیت، سلامت اجتماعی را «ارزیابی رفتارهای معنادار مثبت و منفی فرد در ارتباط با دیگران» تعریف کرده و آن را یکی از اساسی‌ترین شاخص‌های سلامت هر کشوری معرفی

1. Belief Dimension
2. Ritualistik Dimension
3. Experimental Dimension
4. Knowledg Dimension
5. Conequential Dimension

می‌کند که منجر به کارابودن 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 است که نشانگر رضایت یا عدم رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی است (لارسون، ۱۹۳۳، ص۲۸۵). از نظر کییز، سلامت اجتماعی «ارزش‌گذاری شرایط یک فرد و کارایی او در جامعه» است که انعکاسی از «سلامت اجتماعی مثبت» می‌باشد. (کییز، ۱۹۹۸، ص۱۲۲)

۳،۳. نظریه سلامت اجتماعی کییز

کییز (۲۰۰۴) سلامت اجتماعی را به‌عنوان گزارش فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی، که وی عضوی از آنهاست، تعریف می‌کند و معتقد است مقیاس سلامت اجتماعی، بخشی از سلامت فرد را می‌سنجد و شامل پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر و رفتار) است که نشانگر رضایت یا فقدان رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی‌اش می‌باشد. از نظر کییز، زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد. عملکرد خوب در زندگی، چیزی بیش از سلامت روانی است و تکالیف و چالش‌های اجتماعی را نیز در بر می‌گیرد. فرد سالم از نظر اجتماعی، زمانی عملکرد بهتری دارد که اجتماع را به‌صورت یک مجموعه معنادار، قابل فهم و بالقوه برای رشد و شکوفایی بداند و احساس کند که متعلق به گروه‌های اجتماعی است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهیم بداند. (همان، ۲۰۰۴، ص۹)

کییز بر اساس بعد اجتماعی و سطح تحلیل فردی، پنج بعد و شاخص اساسی برای سلامت اجتماعی پیشنهاد کرده و ابعاد سلامت اجتماعی را با درنظرگرفتن الگوی سلامت مطرح می‌کند. در واقع، مدل چند وجهی کییز از سلامت اجتماعی، شامل پنج جنبه می‌شود که عبارتند از:

۳،۳،۱. شکوفایی اجتماعی

شکوفایی اجتماعی به معنای دانستن و اعتقادداشتن به این است که جامعه به شکل مثبتی در حال رشد است و باور به اینکه اجتماع، سرنوشت خویش را در دست دارد و به مدد

توان بالقوه‌اش، سیر تکاملی خود را کنترل می‌کند (همان، ص۱۰). «افراد واجد سطوح مطلوب این بعد سلامت اجتماعی، نسبت به وضعیت کنونی و آینده جامعه امیدوارترند و معتقدند جهان به مکانی بهتر برای همه افراد تبدیل خواهد شد». (فارسی‌نژاد، ۱۳۸۳، ص۸۸)

۳،۳،۲. انطباق اجتماعی

انطباق اجتماعی عبارت است از دانستن و علاقمندبودن 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 که در اطرافشان رخ می‌دهد را درک کنند (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴، ص۷). افرادی که از نظر اجتماعی سالمند، نه تنها درباره ماهیت جهانی که در آن زندگی می‌کنند، بلکه همچنین راجع به آنچه اطرافشان رخ می‌دهد، علاقمند بوده و احساس می‌کنند قادر به فهم وقایع اطرافشان هستند. این مفهوم، در مقابل بی‌معنایی در زندگی است و در حقیقت، درکی است که فرد نسبت به کیفیت، سازمان‌دهی و اداره دنیای اجتماعی اطراف خود دارد. (کییز، ۱۹۹۸، ص۷)

۳،۳،۳. پذیرش اجتماعی

در پذیرش اجتماعی، فرد، اجتماع و مردم آن را با همه نقص‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی باور دارد و می‌پذیرد. افرادی که از این بعد سلامتی برخوردارند، اجتماع را به‌صورت یک مجموعه کلی و عمومی که از افراد مختلف تشکیل شده، درک می‌کنند و به دیگران به‌عنوان افراد باظرفیت و مهربان، اعتماد و اطمینان دارند. افراد باور دارند که مردم می‌توانند ساعی و مؤثر باشند. این افراد، دیدگاه مطلوبی نسبت به ماهیت انسان دارند و با دیگران احساس راحتی می‌کنند. (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴، ص۲۲)

۳،۳،۴. سهم‌داشت (مشارکت) اجتماعی

سهم‌داشت اجتماعی، باوری است که طبق آن فرد خود را عضو حیاتی اجتماع می‌داند و فکر می‌کند چیز ارزشمندی برای عرضه به دنیا و اجتماع خود دارد. این افراد تلاش می‌کنند که احساس دوست داشته‌شدن کنند و در دنیایی که صرفاً به دلیل انسان‌بودن برای آنها ارزش قائل است، سهیم باشند. مشارکت اجتماعی، موازی با بعد هدف در زندگی، از مقیاس

سلامت روان است (حسینی، ۱۳۸۸، ص۳۴). مشارکت اجتماعی به‌طورکلی یعنی اینکه آیا و به چه میزان، فرد احساس می‌کند که آنچه در دنیا انجام می‌دهد به‌وسیله اجتماع، ارزشمند تلقی می‌شود و در رفاه عمومی مؤثر است.

۳،۳،۵. انسجام اجتماعی

انسجام یا همان همبستگی اجتماعی به معنای احساس بخشی از جامعه‌بودن، فکرکردن به اینکه فرد به جامعه تعلق دارد. احساس حمایت‌شدن از طریق جامعه و سهم‌داشتن در آن. بنابراین انسجام اجتماعی آن درجه‌ای است که در آن مردم احساس می‌کنند چیز مشترکی بین آنها و کسانی که واقعیت اجتماعی آنها را می‌سازند، وجود دارد مثل همسایه‌های‌شان. (سام آرام، ۱۳۸۸، ص۱۳)

اگرچه این نظریه دارای پنج بعد بوده و الگوی جاافتاده‌ای دارد، اما ازآنجاکه در بومی‌سازی نظریه‌ها و تطبیق نظریه‌ها در خصوص شرایط فرهنگی- اجتماعی خاص، ناگزیر بسیاری از ابعاد و شاخص‌های آن تئوری، کاربردی نمی‌شود، درباره تئوری کییز همین‌گونه عمل کرده‌ایم. نظر به اینکه دو شاخص این تئوری، از جمله انطباق و انسجام، در جامعه ما به لحاظ مفهومی تا حدودی با پذیرش یا مشارکت اجتماعی و انطباق مفهومی یا انطباق گزاره، گویه‌ای پیدا می‌کنند، با مشورت اساتید صاحب نظر، این دو شاخص را که هم‌پوشانی دارند، کنار گذاشته و از تئوری کییز، فقط سه شاخص را اخذ می‌کنیم. همچنین در این پژوهش، اعتماد اجتماعی در دو بعد شخصی و نهادی در کنار شاخص اصلی متغییر سلامت اجتماعی استفاده شد.

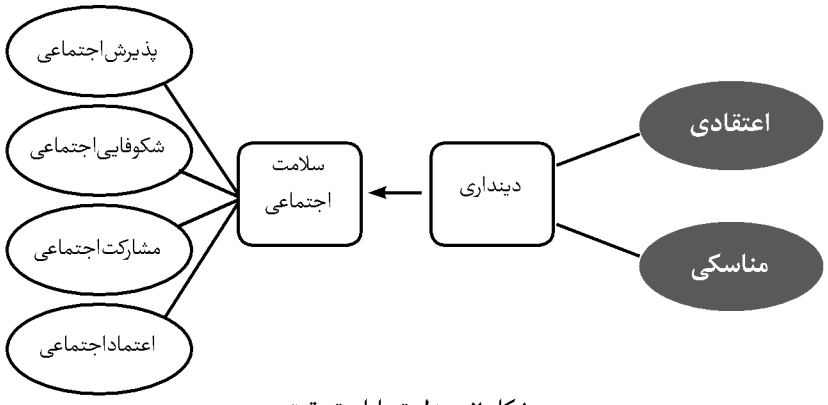
۳،۳،۶. اعتماد اجتماعی

گیدنز اعتماد را به دو گونه تقسیم می‌کند. وی اولین نوع اعتماد را اعتماد میان افراد می‌داند. نوع دوم اعتماد که او از آن یاد می‌کند، اعتماد به نهادها است. در اعتماد نهادی، نیازی به روبرویی با مسئولان نظام‌ها وجود ندارد، اما او این مسئله را در نظر می‌گیرد که در بسیاری از موارد، کنشگران غیر متخصص با مسئولان نظام‌ها روبرو می‌شوند. او این رویارویی‌ها (ارتباط و برخورد مردم با فعالان در نظام) را نقاط دسترسی می‌نامد. نقاط دسترسی نظام‌های انتزاعی، زمینه برخورد کنشگران نام و نشان‌دار و بی‌نام و نشان را فراهم

می‌کنند. به‌عبارت‌دیگر، کنشگران غیر متخصص در نقاط دسترسی با متخصصان آن نهاد روبرو می‌شوند. گیدنز اساس نظریه‌اش را در خصوص ماهیت نهادهای مدرن، به سازوکارهای اعتماد به نظام‌های انتزاعی به‌ویژه نظام‌های تخصص مرتبط می‌داند و معتقد است: در شرایط نوسازی، آینده همیشه باز است و بازبودن آینده‌گرایانه نوسازی، بیشتر از طریق اعتماد به نظام‌های انتزاعی شکل می‌گیرد. یعنی کنشگران غیر متخصص به نظام‌های تخصصی اعتماد می‌ورزند. گیدنز رویکردهای اعتماد یا بی‌اعتمادی به نظام‌های خاص را تحت تاثیر شدید تجربه‌های افراد از نقاط دسترسی و همین‌طور دانش‌هایی می‌داند که از طریق رسانه‌های ارتباطی دیگر در دسترس افراد قرار می‌گیرند. (گیدنز، ۱۳۸۰، ص۱۲۵)

با توجه به نظرات فوق می‌توان تبیین کرد زمانی شخص را واجد سلامت اجتماعی برمی‌شمریم که بتواند فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی خود را در حد متعارف بروز دهد، با جامعه و هنجارهای اجتماعی احساس پیوند و همبستگی کند، هم‌نوعان خود را رقیب و دشمن نپندارند، نقش‌های اجتماعی خود را بدون آسیب‌رساندن به دیگران انجام دهد و به مشارکت اجتماعی در بین افراد بپردازد. پس با توجه به دلایل فوق می‌توان مشخص کرد اعتماد اجتماعی، بعدی از سلامت اجتماعی است که نبود آن در فرد، به اختلال در سلامت اجتماعی او منجر می‌شود.

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



شکل ۲- مدل تحلیلی تحقیق

۴. روش‌شناسی

تحقیق حاضر از نظر هدف، یک مطالعه کاربردی و از نظر زمان، یک مطالعه مقطعی و از نظر گردآوری داده‌ها، پیمایشی می‌باشد. جامعه آماری در این پژوهش، کلیه زنان ۱۸ تا ۵۵ ساله شهرستان شوش است که با استفاده از فرمول کوکران، حجم نمونه آماری ۳۷۸ نفر محاسبه شده است. ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش، پرسشنامه است. در این تحقیق، برای اندازه‌گیری متغیرها، از پرسشنامه خودساخته محقق استفاده شده است. یافته‌های پژوهش با استفاده از آمار توصیفی و آمار استنباطی به وسیله نرم‌افزار spss مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای تایید روایی پرسشنامه، ابتدا پرسشنامه، تنظیم و در اختیار تعدادی از صاحب‌نظران قرار گرفت و پس از استخراج نظرات ایشان، پرسشنامه، اصلاح نهایی گردید. در نهایت، برای بررسی پایایی پرسشنامه، از آلفای کرونباخ که از طریق پیش‌آزمون به دست آمد، مشخص شد تمامی متغیرها، پایایی بالای ۷ درصد دارند و در نتیجه، پرسشنامه از پایایی درونی مناسبی برخودار می‌باشد.

۵. تعاریف متغیرها

۵,۱. تعریف عملیاتی دینداری

در این پژوهش، برای عملیاتی‌کردن و سنجش میزان دینداری، از مدل دینداری گلارک و استارک استفاده شده است. بر اساس این مدل، دینداری دارای پنج بعد اعتقادی، مناسکی، تجربی، عاطفی و پیامدی است. در تحقیق حاضر، با تکیه بر دو بعد اعتقادی و مناسکی، ۹ گویه برای سنجش دینداری در نظر گرفته شد که هر گویه در سطح سنجش فاصله‌ای، به‌وسیله طیف لیکرت اندازه گیری شده است.

۵,۲. تعریف عملیاتی سلامت اجتماعی

در این پژوهش، برای عملیاتی‌کردن و سنجش میزان سلامت اجتماعی، از مدل سلامت اجتماعی کییز استفاده شده است. بر اساس این مدل، سلامت اجتماعی دارای پنج بعد

انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انطباق اجتماعی است. در تحقیق حاضر با تکیه بر۳ بعد پذیرش اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و مشارکت اجتماعی (کییز) و اعتماد اجتماعی (که بر اساس شاخص خودساخته محقق اضافه گردید)، ۶۰ گویه برای سنجش سلامت اجتماعی در نظر گرفته شد، که هر گویه در سطح سنجش فاصله‌ای به‌وسیله طیف لیکرت اندازه‌گیری شده است.

جدول ۲- ضریب پایایی دینداری بر اساس آلفای کرونباخ

متغیر	شاخص	تعداد گویه	ضریب پایایی (مناسکی و اعتقادی)	
			پیش آزمون	پس آزمون
دینداری	اعتقادی	۴	/.۷۱	/.۷۱
	مناسکی	۵		
	مجموع گویه	۹		

جدول ۳- ضریب پایایی شاخص‌های سلامت اجتماعی بر اساس آلفای کرونباخ

متغیر	شاخص	تعداد گویه	ضریب پایایی (مجموع ابعاد)	
			پیش‌آزمون	پس‌آزمون
سلامت اجتماعی	شکوفایی اجتماعی	۵	/.۸۹	/.۹۳
	پذیرش اجتماعی	۷		
	اعتماد اجتماعی	۴۰		
	مشارکت اجتماعی	۸		
	مجموع گویه‌ها	۶۰		

۶. یافته‌های توصیفی متغیرهای اصلی

۶,۱. میزان دینداری

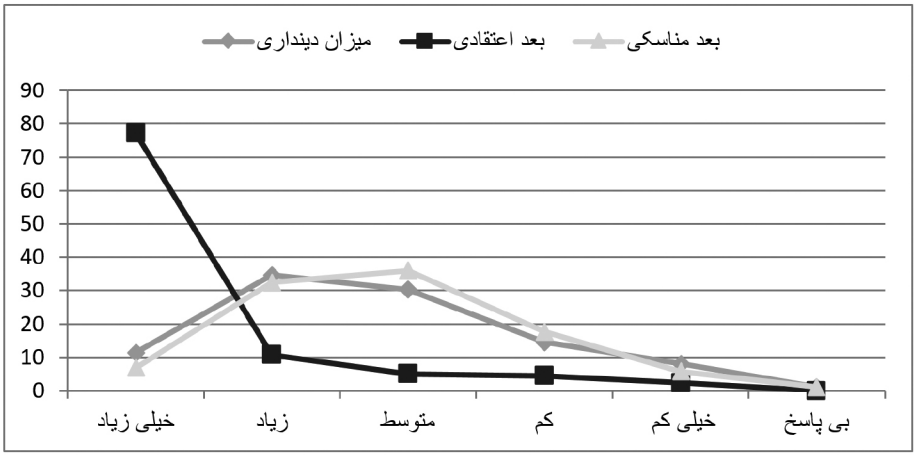
جدول شماره۴- توزیع پاسخگویان بر حسب میزان دینداری

میزان	میزان دینداری		بعد اعتقادی		بعد مناسکی	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
خیلی زیاد	۴۳	۱۱/۴	۲۹۲	۷۷/۲	۲۶	۶/۹
زیاد	۱۳۱	۳۴/۷	۴۱	۱۰/۸	۱۲۳	۳۲/۵
متوسط	۱۱۴	۳۰/۲	۱۹	۵	۱۳۶	۳۶
کم	۵۵	۱۴/۶	۱۷	۴/۵	۶۷	۱۷/۷
خیلی کم	۳۱	۸/۲	۹	۲/۴	۲۲	۵/۸
بی‌پاسخ	۴	۱/۱	۰	۰	۴	۱/۱
میانگین	۳/۶۵		۴/۴۱		۳/۲۳	
جمع	۳۷۸	۱۰۰	۳۷۸	۱۰۰	۳۷۸	۱۰۰

خیلی کم (۱) ،کم (۲)، متوسط (۳)، زیاد (۴)، خیلی زیاد (۵)

متغیر مستقل میزان دینداری، با استفاده از نه گویه سنجیده شد که افراد بر اساس طیف لیکرت پاسخ داده‌اند. در مجموع، در بین حدود ۸/۲ درصد، میزان دینداری در حد خیلی کم بوده، حدود ۱۴/۶ درصد در حد کم، حدود ۳۰/۲ درصد در حد متوسط، حدود ۳۴/۷ درصد در حد زیاد و حدود ۱۱/۴ درصد نیز میزان دینداری در حد خیلی زیاد می‌باشد. میانگین میزان دینداری برابر با ۳/۶۵ بوده که از حد متوسط بالاتر است. در بین حدود ۷۷/۲ درصد زنان، بعد اعتقادی دینداری در حد خیلی زیادی است، اما بعد مناسکی دینداری در بین زنان شهر شوش، در حد متوسطی است. میانگین بعد اعتقادی دینداری برابر با ۴/۴۱ و میانگین بعد مناسکی برابر با ۳/۲۳ است. بنابراین زنان در شهر شوش، به بعد اعتقادی دین نسبت به بعد مناسکی، بیشتر توجه دارند.

نمودار شماره ۱-توزیع پاسخگویان بر حسب میزان دینداری



۶,۲. میزان سلامت اجتماعی

جدول شماره ۵-توزیع پاسخگویان بر حسب میزان سلامت اجتماعی

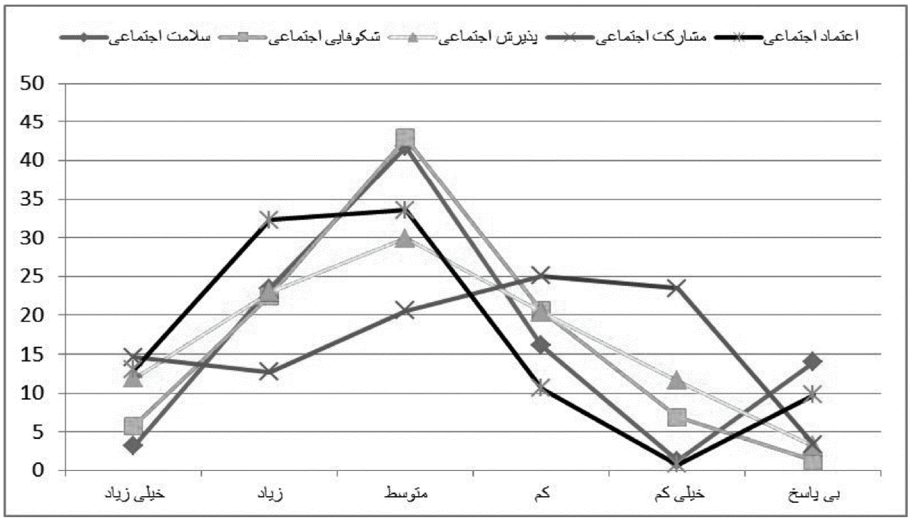
میزان	سلامت اجتماعی		شکوفایی اجتماعی		پذیرش اجتماعی		مشارکت اجتماعی		اعتماد اجتماعی	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
خیلی زیاد	۱۲	./.۳۱	۲۲	./۰۵۸	۴۵	./۱۱	۵۵	./۱۴	۴۹	./۱۲
زیاد	۸۹	./۲۰	۸۵	./۲۲	۸۷	/.۲۳	۴۸	./۱۲	۱۲۲	./۳۲
متوسط	۱۵۸	./۴۱	۱۶۲	./۴۲	۱۱۳	./۲۹	۷۸	./۲۰	۱۲۷	./۳۳
کم	۶۱	./۱۶	۷۸	./۲۰	۷۷	./۲۰	۹۵	./۲۵	۴۰	./۱۰
خیلی کم	۵	./۰۱	۲۶	./۰۶	۴۴	./۱۱	۸۹	./۲۳	۳	./۰۰۷
بی‌پاسخ	۵۳	/. ۱۴	۵	./۰۱	۱۲	./۰۳	۱۳	./۳	۳۷	۰ /۰۹
میانگین	۳ /۲۳		۰۲/۳		۳/۴۶		۲/۶۷		۳/۴۳	
جمع	۳۷۸	۱۰۰	۳۷۸	۱۰۰	۳۷۸	۱۰۰	۳۷۸	۱۰۰	۳۷۸	۱۰۰

خیلی کم (۱)، کم (۲)، متوسط (۳)، زیاد (۴)، خیلی زیاد (۵)

متغیر وابسته، میزان سلامت اجتماعی زنان است که با استفاده از چهار بعد پذیرش اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، مشارکت اجتماعی و اعتماد اجتماعی سنجیده شد و افراد بر اساس طیف لیکرت پاسخ داده‌اند. در مجموع حدود ۱ درصد زنان، از سلامت اجتماعی در حد خیلی کم برخوردار هستند. حدود ۱۶ درصد در حد کم، حدود ۴۱ درصد در حد متوسط، حدود ۲۰ درصد در حد زیاد و حدود ۳ درصد نیز از میزان سلامت اجتماعی در حد خیلی زیاد برخوردار می‌باشند.

میانگین سلامت اجتماعی زنان، بالاتر از حد متوسط بوده و از عدد سه، که حد متوسط است، بالاتر می‌باشد (میانگین ۳/۲۳). در بین چهار بعد سلامت اجتماعی زنان، بعد پذیرش اجتماعی با میانگین ۳/۴۶ ، از بهترین وضعیت و بعد مشارکت اجتماعی با میانگین ۲/۶۷ ، از وضعیت نامطلوبی برخوردار بوده است. به‌عبارت‌دیگر، مشارکت اجتماعی زنان در شوش پایین بوده و حتی از شاخص حد وسط (عدد ۳) کمتر است، اما زنان از نظر ابعاد پذیرش اجتماعی و اعتماد اجتماعی، وضعیت مطلوب‌تری دارند.

نمودار شماره۲، توزیع پاسخگویان بر حسب میزان سلامت اجتماعی



۷. یافته استنباطی

جدول شماره ۶ -ضریب همبستگی پیرسون بین دینداری و سلامت اجتماعی

متغیر مستقل	متغیر وابسته	ضریب همبستگی پیرسون	سطح معناداری	نتیجه
میزان دینداری	سلامت اجتماعی	۰/۳۶۳	۰/۰۰۰	همبستگی مثبت معنادار و رد H_0
بعد اعتقادی	سلامت اجتماعی	./۲۱۷	۰/۰۰۰	همبستگی مثبت معنادار و رد H_0
بعد مناسکی	سلامت اجتماعی	۰/۳۱۸	۰/۰۰۰	همبستگی مثبت معنادار و رد H_0

در سطح سنجش دینداری و سلامت اجتماعی، برای بررسی رابطه متغیرها، از ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید. این همبستگی مثبت با احتمال بیش از ۹۹ درصد معنادار است. ضریب همبستگی پیرسون بین دینداری و سلامت اجتماعی برابر با ۰/۳۶۳ و سطح معناداری آن صفر است. چون سطح معناداری در ضریب همبستگی کمتر از پنج درصد است، لذا رابطه معناداری بین دو متغیر دینداری و سلامت اجتماعی وجود دارد و فرض H_0 رد شده و فرض H_1 مورد تأیید است.

جدول شماره ۷- رگرسیون دومتغیره بین متغیر دینداری و میزان سلامت اجتماعی زنان

متغیرمستقل	متغیروابسته	R	R^2	R^2adj	DW	F	Sig	B	Beta	T	Sig
دینداری	سلامت اجتماعی	./.۳۶۳	/.۱۳۱	/.۱۲۹	۱/۷۴۰	۴۸/۵۷۰	.../.	/.۴۲۱	./.۳۶۳	۶/۹۶۹	.../.

مطابق جدول (۶)، متغیر دینداری به مقدار ۳۶۳/. با سلامت اجتماعی زنان همبستگی دارد. ضریب تعیین تعدیل‌شده برابر با ۱۳۱/. نشان می‌دهد متغیر مستقل (میزان دینداری)، ۱۳/۱ درصد از تغییرات متغیر وابسته (میزان سلامت اجتماعی) را تبیین می‌کند.

بـر اسـاس ضریـب تاثیـر اسـتاندارد (Beta)، متغیـر دینـداری حـدود ۳۶/۳ درصـد بـر میـزان سلامت اجتماعـی زنـان تاثیـر دارد؛ یعنـی بـا افزایـش یـک انحـراف اسـتاندارد در متغیـر دینـداری، میـزان سـلامت اجتماعـی زنـان بـه مقـدار ۳۶۳/. انحـراف اسـتاندارد افزایـش می‌یابـد.

جدول شماره۸-رگرسیون دومتغیره بین متغیر بعد اعتقادی دینداری و میزان سلامت اجتماعی زنان

متغیر مستقل	متغیر وابسته	R	R^2	R^2adj	F	Sig	B	Beta	T	Sig
بعد اعتقادی دینداری	سلامت اجتماعی زنان	.۲۱۵	.۰۴۶	/.۴۳	۱۵,۶۲۷	.۰۰۰	۴,۱۸۲	.۲۱۵	۳,۹۵۳	.۰۰۰

مطابـق جـدول ۸، بعـد اعتقـادی دینـداری بـه مقـدار ۲۱۵/. بـا سـلامت اجتماعـی زنـان همبسـتگی دارد. ضریـب تعییـن برابـر بـا ۰۴۶/. اسـت کـه نشـان می‌دهـد متغیـر مسـتقل (بعـد اعتقـادی دینـداری)، ۴ درصـد از تغییـرات متغیـر وابسـته (میـزان سـلامت اجتماعـی) را تبییـن می‌کنـد. به‌عبارتـی، ۴ درصـد از تغییـرات میـزان سـلامت اجتماعـی، ناشـی از بعـد اعتقـادی دینـداری بـوده و ۹۶ درصـد از تغییـرات باقی‌مانـده، متأثـر از عوامـل و متغیرهایـی اسـت کـه در تحقیـق حاضـر مـد نظـر نبوده‌انـد. بـر اسـاس ضریـب تأثیـر اسـتاندارد (Beta)، بعـد اعتقـادی دینـداری حـدود ۲۱/۵ درصـد بـر میـزان سـلامت اجتماعـی زنـان تأثیـر دارد، یعنـی بـا افزایـش یـک انحـراف اسـتاندارد در متغیـر بعـد اعتقـادی دینـداری، میـزان سـلامت اجتماعـی زنـان بـه مقـدار ۲۱/۵ انحـراف اسـتاندارد افزایـش می‌یابـد.

جدول شماره ۹-رگرسیون دومتغیره بین بعد مناسکی دینداری و میزان سلامت اجتماعی زنان

متغیر مستقل	**متغیر وابسته**	**R**	**R^2**	**R^2adj**	**F**	**Sig**	**B**	**Beta**	**T**	**Sig**
بعد مناسکی دینداری	سلامت اجتماعی زنان	.۳۱۶	.۱۰۰	/.۹۷	۳۵,۴۸۹	.۰۰۰	۳,۰۰۱	.۳۱۶	۵,۹۵۷	.۰۰۰

مطابق جدول ۹، بعد مناسکی دینداری به مقدار ۳۱۶/. با سلامت اجتماعی زنان همبستگی دارد. ضریب تعیین تعدیل‌شده برابر با ۱۰/. است که نشان می‌دهد متغیر مستقل (بعد مناسکی دینداری) ۱ درصد از تغییرات متغیر وابسته (میزان سلامت اجتماعی) را تبیین می‌کند. به‌عبارتی ۱۰ درصد از تغییرات میزان سلامت اجتماعی، ناشی از میزان بعد مناسکی دینداری بوده و ۹۰ درصد از تغییرات باقی‌مانده، متأثر از عوامل و متغیرهایی است که در تحقیق حاضر مد نظر نبوده‌اند. بر اساس ضریب تأثیر استاندارد (Beta)، متغیر مناسکی دینداری، حدود ۳۱/۶ درصد بر میزان سلامت اجتماعی زنان تأثیر دارد، یعنی با افزایش یک انحراف استاندارد در متغیر مناسکی دینداری، میزان سلامت اجتماعی زنان به مقدار ۳۱/۶ انحراف استاندارد افزایش می‌یابد.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف «بررسی رابطه بین دینداری با سلامت اجتماعی در بین زنان ۱۸ تا ۵۵ ساله شهر شوش» انجام شده است. متغیر مستقل پژوهش، دینداری است. در این پژوهش، دو بعد اعتقادی و مناسکی مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌های توصیفی نشان می‌دهد که میزان دینداری، میانگین بعد اعتقادی دینداری برابر با ۴/۴۱ و میانگین بعد مناسکی برابر با ۳/۲۳ است. بنابراین زنان در شهر شوش به بعد اعتقادی دین نسبت به بعد مناسکی، بیشتر توجه دارند.

متغیر وابسته این پژوهش، سلامت اجتماعی است. میانگین سلامت اجتماعی زنان، بالاتر از حد متوسط بوده و از عدد سه که حد متوسط است، بالاتر می‌باشد (میانگین ۳/۲۳). در بین چهار بعد سلامت اجتماعی زنان، بعد پذیرش اجتماعی با میانگین ۳/۴۶، از وضعیت بهتر و بعد مشارکت اجتماعی با میانگین ۲/۶۷، از وضعیت نامطلوبی برخوردار بوده است. به‌عبارت‌دیگر مشارکت اجتماعی زنان در شوش پایین بوده و حتی از شاخص حد وسط (عدد ۳) کمتر است، اما زنان از نظر ابعاد پذیرش اجتماعی و اعتماد اجتماعی، وضعیت مطلوب‌تری دارند.

بنا بر یافته‌ها، میزان سلامت اجتماعی زنان در چهار بعد شکوفایی اجتماعی، مشارکت اجتماعی، پذیرش اجتماعی و اعتماد اجتماعی در سطح متوسط است.

نتایج آزمون تحلیلی فرضیه‌های اصلی تحقیق نشان می‌دهد که میان دو متغیر دینداری و سلامت اجتماعی، رابطه معناداری وجود دارد و جهت این رابطه، مثبت و مستقیم است؛ یعنی با افزایش دینداری در بین زنان، میزان سلامت اجتماعی آنها نیز افزایش می‌یابد. این یافته تحقیق، با نتایج فلاح (۱۳۹۴)، چراغی و مولوی (۱۳۹۴)، صباغ و همکاران (۱۳۹۲) و دی (۲۰۱۰)، مطابقت و هم‌خوانی دارد.

نتایج حاصل از معادله رگرسیون دومتغیره نشان داد ضریب تعیین که متغیر مستقل تحقیق، نزدیک به ۱۳/۱ از واریانس میزان سلامت اجتماعی زنان را تبیین می‌کند؛ به‌عبارتی ۱۳/۱ درصد از تغیرات میزان سلامت اجتماعی، ناشی از میزان دینداری بوده که رابطه معناداری با میزان سلامت اجتماعی زنان داشته است. همچنین ۴ درصد از تغییرات میزان سلامت اجتماعی، ناشی از بعد اعتقادی دینداری و ۱۰ درصد از تغییرات میزان سلامت اجتماعی، متاثر از میزان بعد مناسکی دینداری است. در مجموع، نتایج پژوهش حاضر، بیانگر این مطلب است که ارتباط متقابلی بین دینداری و سلامت اجتماعی وجود دارد. آیین‌ها و مناسک مذهبی با وجود تفاوت‌ها، با ایجاد هماهنگی فکری و اعتقادی بین مردم، آنها را به یکدیگر نزدیک کرده و باعث افزایش هبستگی، یکپارچگی و انسجام اجتماعی افراد می‌شود. همچنین نقش آموزه‌های دینی مبنی بر برقراری ارتباط و تعاملات گسترده با دیگران، در گسترش شبکه روابط اجتماعی (ارتباطات و تعاملات اجتماعی) افراد و عضویت آنها در شبکه‌های اجتماعی گسترده، زمینه‌ساز برخورداری افراد از حمایت اجتماعی بیشتر می‌شود که این امور، در ارتقای سلامت اجتماعی زنان، نقش مؤثری ایفا می‌کنند. بر این اساس پیشنهاد می‌شود دینداری به‌عنوان یک شاخص مهم و اثرگذار در امر سلامتی، به‌طورکلی و سلامت اجتماعی، به طور اخص، بیشتر مورد توجه محافل علمی و سیاست‌گذاران اجتماعی قرار گیرد. بنابراین با توجه به نتایج مطالعه حاضر پیشنهاد می‌شود بستری مساعد به‌منظور بالابردن میزان دینداری در بین زنان از طریق افزایش شاخص‌های اعتقادی و مناسکی ایجاد شود که هر کدام به نوبه خود در راستای افزایش میزان سلامت اجتماعی زنان، تاثیرگذار خواهند بود.

همچنین باتوجه به نتیجه پژوهش، ۱۳/۱ درصد از تغییرات میزان سلامت اجتماعی،

ناشی از میزان دینداری بوده و ۸۶٫۹ درصد از تغییرات باقی‌مانده، متاثر از عوامل و متغیرهایی است که در تحقیق حاضر مد نظر نبوده‌اند. به سایر محققان پیشنهاد می‌شود برای بالابردن میزان سلامت اجتماعی زنان، به عوامل موثر دیگر توجه کرده و آن عوامل را مورد بررسی علمی قرار دهند. در نتیجه می‌توان به برنامه‌ریزی صحیحی برای بهبود و بالابردن سلامت اجتماعی دست یافت. با داشتن سلامت اجتماعی بالا بین زنان، خانواده‌ای سالم و با داشتن خانواده سالم، جامعه‌ای سالم را شاهد خواهیم بود؛ جامعه‌ای که در آینده با چالش‌های بسیار کمتری در مسیر توسعه و پیشرفت مواجه خواهد شد.

فهرست منابع

الف) فارسی

۱. افشانی، سید علیرضا و شیری محمدآبادی، حمیده (۱۳۹۵)، «رابطه دینداری و سلامت اجتماعی زنان شهر یزد»، دانشکده علوم اجتماعی، *دانشگاه یزد*، جلد ۱۱، *ویژه‌نامه* ، ش۱، ص۶۶-۷۴.

۲. پورستا، ملیحه و حکمتی، عیسی (۱۳۸۹)، «پیش‌بینی سلامت اجتماعی بر اساس باورهای دینی در بین دانشجویان دختر»، *زن و مطالعات خانواده*، ش۷، ص۲۷-۴۰.

۳. توسلی، غلامعباس و مرشدی، ابوالفضل (۱۳۸۵)، «بررسی سطح دینداری و گرایش‌های دانشجویان؛ مطالعه موردی: دانشگاه صنعتی امیر کبیر»، *مجله جامعه‌شناسی ایران*، ش ۲۵، ص ۹۵-۱۱۰.

۴. چراغی، مونا و مولوی، حسین (۱۳۸۵)، «رابطه بین ابعاد دینداری و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه اصفهان»، *فصلنامه رویکردهای نوین آموزشی* (پژوهش‌های تربیتی و روان‌شناختی سابق)، ش ۲،ص۱۱۱-۱۳۵.

۵. حسینی، فاطمه (۱۳۸۸)، «بررسی میزان سلامت اجتماعی و عوامل موثر برآن در دانشجویان دانشکده علوم اجتماعی»، *پایان نامه کارشناسی* ارشد دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.

۶. ذاکرمن، دیناثر فیل (۱۳۸۴)، *درآمدی بر جامعه‌شناسی دین*، ترجمه: خشایار دیهمیی، تهران: نشر وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی.

۷. راد، فیروز، محمدزاده، فاطمه و محمدزاده، حمیده (۱۳۹۴)، «بررسی رابطه دینداری با سلامت اجتماعی؛ مطالعه موردی دانشجویان دانشگاه پیام نور مرند»، *مجله علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی* دانشگاه فردوسی مشهد، ش ۲، پاییز و زمستان، ص۱۳۷-۱۶۸.

۸. ربانی، رسول و بهشتی، سید صمد (۱۳۹۰)، «بررسی تجربه دینداری و رضایت از زندگی»، *مجله علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی*، دانشگاه فردوسی مشهد، دوره ۸، ش ۱، ص ۷۹-۱۰۲.

۹. سراج‌زاده، حسین؛ جوهری، فاطمه و ولایتی خواجه، سمیه (۱۳۹۲)، «آزمون اثر دینداری بر سلامت در میان نمونه‌ای از دانشجویان» *جامعه شناسی کاربردی*، دوره ۴، ش۱۵، ص۵۵-۷۷.

۱۰. سجادی، حمیرا و صدرالسادات، سیدجلال (۱۳۸۳)، «شاخص‌های سلامت اجتماعی»، *مجله اطلاعات سیاسی - اقتصادی*، ش۲۰۷، ص ۲۴۴-۲۵۳.

۱۱. سراج‌زاده ، سیدحسین؛ شریعتی، سارا و صابر، سیروس (۱۳۸۳)، «بررسی دینداری و انواع آن با مدارای اجتماعی»، *مجله علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی* دانشگاه فردوسی مشهد، دوره اول، ش۴، ص ۶۵-۸۱.

۱۲. سام آرام، عزت‌الله (۱۳۸۸)، «بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه‌محور»، *فصلنامه علمی- پژوهشی انتظام اجتماعی*، سال اول، ش۱، ص ۹-۲۹.

۱۳. سراج‌زاده، سیدحسین (۱۳۸۳)، *چالش‌های دین و مدرنیته*، تهران: طرح نو.

۱۴. صباغ، صمد؛ معینیان، نرمینه؛ و صباغ، سارا (۱۳۹۲ش) «سنجش سلامت اجتماعی و عوامل اجتماعی مرتبط با آن در بین خانوارهای شهر تبریز»، *مطالعات جامعه‌شناسی*، دوره۴ ، ش۱۰، ص۲۷-۴۴.

۱۵. فارسی نژاد، معصومه(۱۳۸۳). «بررسی رابطه‌ی سبک‌های هویت با سلامت اجتماعی و خودکارآمدی

تحصیلی در دانش‌آموزان دختر و پسر پایه دوم دبیرستان‌های شهر تهران. *پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی* دانشگاه تهران.

۱۶. فلاح، لیلا (۱۳۹۴)، «بررسی نقش دین در سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی نوجوانان»، نخستین کنفراس بین‌المللی روان‌شناسی و مشاوره؛ *چالش‌ها و فرایندها*. تهران

۱۷. فدایی مهربانی، مهدی (۱۳۸۶)، «شهرنشینی، رسانه و سلامت اجتماعی»، *نشریه پژوهش و سنجش*، ش۴۹، ص۶۷-۸۶.

۱۸. کجباف، محمدباقر و رئیس پور، حفیظ اله(۱۳۸۷). «رابطه بین نگرش مذهبی و سلامت روانی در بین دانش آموزان دبیرستان‌های دخترانه اصفهان»، *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، ش ۲، ص۳۱-۴۴.

۱۹. گیدنز، آنتونی (۱۳۸۰)، *پیامدهای مدرنیته*، ترجمه: محسن ثلاثی، تهران: نشر مرکز.

۲۰. محمدی، داوود (۱۳۷۹)، «برنامه تعدیل فقرزا یا فقرزدایی»، *ماهنامه اطلاعات، سیاسی- اقتصادی*، سال یازدهم، ش۱۱۱-۱۱۲، ص۱۵۰-۱۶۱.

۲۱. کفاشی، مجید (۱۳۹۴)، «مدل‌سازی مولفه‌های دینداری بر سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی»، *مجله استراتژی اجتماعی و فرهنگی*، ش۱۴، ص۲۱۳-۲۳۳.

۲۲. نازک‌تبار، حسین، زاهدی، محمدجواد و نایبی، هوشنگ (۱۳۸۵)، «نقش دینداری در ممانعت از بزهکاری جوانان شهر تهران»، *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، سال ششم، ش۲۲، ص۲۳۳-۲۵۷.

ب) لاتین

1. Chapple, E. P. (2003). Mental health and religion: A guide for service providers. Clinical Psychology Review, 21, 989-1003.

2. Day, J. M. (2010). Religion, spirituality and positive psychology inadulthood: A developmental view. Journal of Adult Development, 17(4),229-215.

3. 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

4. Tajbakhsh, G., & Rousta, M. (2012). The effect of social support on self-esteem. *Journal of Basic and Applied Research*, *2*(11), 11266-11271.

5. 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

6. Keyes, C. M. (1998). Social well-being. Social Psychology Quarterly,61, 21-141.

7. Koenig, H. G. (2004). Spirituality, wellness, and quality of life Sexuality, Reproduction and Menopause, 2, 76-82

8. Larson, J. S. (1993) .The measurement of social well-being. SocialIndicators Research, 28, 285-296.

9. 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.