

Meta-analysis of studies on the relationship between religiosity and social health in Iran (Case Study: Internal Research 2010-2020)

- Mohsen Niazi**  Professor of Sociology, University of Kashan, Kashan, Iran.
- Ayoub Sakhaei**  Ph.D. in social issues of Iran, University of Kashan, Kashan, Iran.
- Neda Khodakarmian Gilan**  Ph.D. Candidate in social issues of Iran, University of Kashan, Kashan, Iran.
- Fatemeh Hami Kargar**  Ph.D. Candidate in social issues of Iran, University of Kashan, Kashan, Iran.
- Azad Omidvar**  Ph.D. Candidate in social issues of Iran, University of Kashan, Kashan, Iran.

Abstract

Various research has been conducted on the relationship between religiosity and social health, which includes different results, in a way that the scope of the effects obtained from these studies is very high. Therefore, the purpose of this study was to compitigate the quantitative results of these studies using meta-analysis technique. Based on the targeted sampling of nineteen eligible research, which was performed during the years 2010 to 2020, and in order to analyze the information, comprehensive CMA2 meta-analysis software was used. The findings of the research show that the size of a randomized transient combination effect on social health is equal to 0.331, based on the Cohen's interpretation system in the range of confidence in the high level, according to the heterogeneity of studies of two variables 'sex' and 'geographical range' Were examined as a moderator variable. The results showed that social health among men is more affected by religiosity than in

– Corresponding Author: n.khodakaramian.g@gmail.com

How to Cite: Niazi, M., Sakhaei, A., Khodakarmian Gilan, N., Hami Kargar, F., Omidvar, O. (2021). Meta-analysis of studies on the relationship between religiosity and social health in Iran (Case Study: Internal Research 2010-2020), *Quarterly Journal of Social sciences*, 28(93), 1-33.

women. Also, the results of the moderating role of geographical range showed that social health among citizens living in the north of the country is more than the other geographic range.


Keywords: Meta-Analysis, Religiosity, Social Health, Social Bond, Dissemination Bias.






فرا تحلیل مطالعات ناظر به رابطه دین داری و سلامت اجتماعی در ایران (مورد مطالعه: پژوهش‌های داخلی ۱۳۸۹ – ۱۳۹۹)


استاد جامعه‌شناسی دانشگاه کاشان، کاشان، ایران.

محسن نیازی 


دکتری جامعه‌شناسی مسائل اجتماعی ایران، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران.

ایوب سخایی 


دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی مسائل اجتماعی ایران، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران.

ندا خداکرمیان گیلان  *

دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی مسائل اجتماعی ایران، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران.

فاطمه حامی کارگر 

دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی مسائل اجتماعی ایران، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران.

آزاد امیدوار 

چکیده

پژوهش‌های مختلفی در مورد رابطه دین داری و سلامت اجتماعی به انجام رسیده که نتایج متفاوتی در پی داشته است، به گونه‌ای که دامنه تغییر اندازه اثرهای به دست آمده از این مطالعات بسیار زیاد است. از این رو هدف پژوهش حاضر ترکیب کمی نتایج این پژوهش‌ها با استفاده از تکنیک فرا تحلیل می‌باشد. بر مبنای نمونه‌گیری هدفمند نوزده پژوهش واجد شرایط که طی سال‌های ۱۳۸۹ تا ۱۳۹۹ انجام شده بود گزینش شدند و به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم‌افزار جامع فرا تحلیل CMA2 استفاده شد. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که اندازه اثر ترکیبی تصادفی دین داری بر سلامت اجتماعی برابر با ۰/۳۳۱ است که بر اساس نظام تفسیر کوهن در محدوده اطمینان در سطح متوسط رو به بالا می‌باشد، با توجه به ناهمگونی مطالعات دو متغیر «جنس» و «محدوده جغرافیایی» به عنوان متغیر تعدیل‌گر مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاصل

نشان دادند که سلامت اجتماعی در بین مردان بیشتر از زنان متأثر از دین‌داری است. همچنین نتایج حاصل از نقش تعدیل‌کنندگی محدوده جغرافیایی نشان داد که سلامت اجتماعی در بین شهروندان ساکن در شمال کشور بیش از سایر محدوده جغرافیایی متأثر از دین‌داری است.

کلیدواژه‌ها: فراتحلیل، دین‌داری، سلامت اجتماعی، پیوند اجتماعی، سوگیری انتشار.



طرح مسأله

در زمینه سلامت اجتماعی و رابطه آن با دین داری می توان گفت سلامت اجتماعی^۱ از کیفیت رفتار فرد با دیگران، نزدیکان و گروه های اجتماعی نشات می گیرد (Bowling, 2019: 53). دین داری عامل اساسی اجتماعی شدن و انسجام فکری، عملی و جهت گیری در رفع مشکلات و پدیده و مسائل اجتماعی است (Mahler, Meng et al., 2015)؛ بنابراین عاملی است که در بهبود سلامت اجتماعی افراد مؤثر بوده و اعمال و باورهای دینی با سلامتی فردی و اجتماعی افراد یک جامعه مرتبط هستند (Korn & Bazerman, 2017: 261). سلامت موضوعی مطرح در همه فرهنگ ها است و تعریف آن در هر جامعه ای به حس مشترک مردمان از سلامت و فرهنگ آن ها بازمی گردد. هنگامی که بحث از سلامت به میان آمده است، بیشتر بعد جسمانی آن مدنظر است؛ در حالی که رشد و تعالی جامعه در گرو ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی است (Halberg et. Al, 2006).

نتایج تحقیقات پیشین نشان می دهند، اعمال و باورهای دینی با سلامت فردی و اجتماعی افراد در ارتباط هستند (Zerrbeto, 2017؛ Shojaei Zand, 2001)؛ مذهب با نگرش ها، رفتارها و پیامدهای رفتار مرتبط است (Berger and Hansfried, 2000)؛ (Brown & Tierney, 2009). دسته ای دیگر از پژوهشگران نشان دادند؛ پابندی مذهبی نه تنها به عنوان یک سیستم اعتقادی بلکه به عنوان منبع هویت اجتماعی موجب تقویت سلامت فرد مذهبی می شود (Krause, 2003, Blanco, Amalio & Diaz, 2007). عده ای دیگر نیز بر این باورند بسیاری از متغیرهای سلامتی به وسیله باورهای دینی و مذهبی تبیین می شوند. در واقع مذهب یکی از عوامل تأثیر گذار بر رفتار و شناخت افراد است (Pourstar Ra'i and Nick Rudd, 2010؛ Pourmajed, Sabbagh and Elmi, 2014؛ Hekmati, 2010).

لنسکی (1963) معتقد است افراد دین دار هنگامی که در برنامه ها حضور دارند و یا در فعالیت های رسمی و جمعی نهاد دین مشارکت می کنند، پیوندهای دوستانه را با هموعان

خود برقرار می‌کنند. همچنین آلپرت بیان می‌کند آیین‌های مذهبی از طریق تحمیل انضباط و خویشن‌داری بر زندگی اجتماعی تأثیر می‌گذارند (Afshani & Shiri, 2017). پورتس خاطر نشان کرده است دین می‌تواند ارزش درونی و هنجارهای درونی شده را در افراد به وجود آورد و افراد را به الزامات اخلاق عمومی تشویق کند (Rahmani, 2020). در کل جامعه‌شناسان معتقدند دین به رویدادهای زندگی روزمره فرد کمک کرده و باورهای دینی متغیرهای سلامتی را تبیین می‌کنند. تشریفات مذهبی مردم را گرد هم می‌آورند و همبستگی بین آنان را تقویت می‌کنند.

پدیده‌ی دین‌داری از موضوعات قابل توجهی است که اهمیت آن را از کثرت تلاش‌هایی که در سال‌های اخیر برای ساخت و به‌کارگیری سنجه‌های دین‌داری به کار گرفته شده است، می‌توان دید. دین اهمیت ویژه‌ای برای انسان و اجتماع دارد و توانسته است؛ اصل وحدت‌بخش و زمینه‌ی مشترک را فراهم ساخته؛ و به انسان اجازه می‌دهد که به صورت جمعی با هموعان خود در ارتباط باشد؛ بنابراین با سلامت اجتماعی در ارتباط است (Alizadeh, Akbari, Salehi Mobarakeh, Vahedi Dehkordi, 2016: 111). عده‌ای از افراد معتقدند به کمک باورهای دینی می‌توان شرایط اجتماعی را تسهیل کرد و در کل مذهب به‌عنوان مجموعه‌ای از اعتقادات و باورها و ارزش‌ها از مؤثرترین تکیه‌گاه‌های اجتماعی افراد است.

افزایش پژوهش‌ها و نیاز به تلخیص و ترکیب آنان و ارائه یک اندازه اثر کلی از یک سو و وجود تعارض و تناقض بین نتایج پژوهش‌های انجام شده و ضرورت حل این مسئله از سوی دیگر، نیاز به انجام فراتحلیل را مطرح می‌سازد. این در حالی است که مزیت‌های مهم فراتحلیل، ارائه مقیاس مشترکی است که قابل استفاده برای همه آماره‌ها است. این امر از این نظر دارای اهمیت است که ممکن است، مطالعات موردبررسی از آماره‌های مختلف برای سنجش استفاده کنند. افزون بر این، استفاده از برآیند یافته‌های پژوهش‌های مختلف جهت برنامه‌ریزی و اداره جامعه نیز عامل مهم دیگری است که موجب اهمیت این نوع مطالعات شده است.

بنابراین با توجه به تنوع پژوهش‌های انجام‌گرفته در مورد رابطه دین‌داری و سلامت اجتماعی و وجود ناسازگاری، تعارض و تفاوت در یافته‌ها، ضرورت انجام چنین پژوهشی به میان آمده تا به این ترتیب به جای اعتماد به یک پژوهش به تحلیلی از کل پژوهش‌ها استناد شود. هدف از این پژوهش پاسخ به این پرسش است که با توجه به یافته‌ها، اندازه اثر ترکیبی و کلی دین‌داری بر سلامت اجتماعی تا چه حد است؟ کدام متغیر یا عوامل می‌تواند واریانس بین مطالعات را توضیح دهد؟

پیشینه‌ی پژوهش

لفور، دیویس؛ پاییز و اسمک^۱ (2021) در پژوهشی تحت عنوان «رابطه بین مذهبی بودن و سلامت در میان اقلیت‌های جنسی: یک فرا تحلیل» به این نتیجه رسیدند که مذهبی بودن به‌طور مداوم بر سلامت تأثیر دارد، با این حال قدرت و جهت در میان اقلیت‌های جنسی امری مهم است. با استفاده از ۷۳ مطالعه نشان داده شد که رابطه کوچک اما مثبت میان سلامت و باورهای مذهبی، اقلیت‌های جنسی وجود دارد. استرس اقلیت، ننگ ساختاری، اعتقادات، شیوه‌ها و انگیزه‌های فعلی سلامت اقلیت‌های جنسی را ترویج می‌دهد یا به آن آسیب می‌رسانند.

گارسن و ویسر (2021) پژوهشی را با عنوان «آیا معنویت یا دین بر سلامت روان تأثیر مثبت می‌گذارد؟ فرا تحلیل مطالعات طولی» انجام دادند. یافته‌ها نشان می‌دهند ۴۸ مطالعه طولی مورد بررسی قرار گرفتند که سلامت روان که شامل: دوگانگی پریشانی، رضایت از زندگی و کیفیت زندگی است و مذهب مانند: مشارکت در فعالیت‌های مذهبی عمومی و خصوصی، حمایت اعضای کلیسا، اهمیت دین، مذهبی ذاتی هستند، اثر کوچک وجود دارد.

الک^۲ (2021) پژوهشی تحت عنوان «بررسی رابطه دین و سلامت: مطالعه فرا تحلیل»

1. Lefevor, Davis, Paiz, Smack

2. Van Elk

نشان داد، دین می‌تواند حس تعلق، حس معنا را برای افراد فراهم آورد و می‌تواند خودگردانی را از طریق شیوه‌ها و آیین‌هایش فتح کند. هر یک از این عوامل می‌توانند سلامت روانی و جسمی فرد را پرورش دهند. نتیجه‌گیری اصلی نویسنده بر این امر تأکید دارد که اثر مثبت اما بسیار کوچکی از دین‌داری بر سلامت روان وجود دارد؛ از همه مهم‌تر مشارکت مذهبی و اهمیت دین‌داری با کاهش پریشانی همراه است.

موحد و کرمی (۱۳۹۸) تحقیقی تحت عنوان «دین‌داری و سلامت: بررسی رابطه دین‌داری و سبک زندگی سلامت‌محور در بین شهروندان شهر شیراز» انجام دادند. یافته‌های پژوهش نشان دادند همه‌ی ابعاد دین‌داری به‌جز دین‌داری عاطفی، بر سبک زندگی سلامت‌محور تأثیر دارند و بیشترین تأثیر آن بعد پیامدی است.

رحمانی خلیلی (۱۳۹۹) تحقیقی تحت عنوان «سلامت اجتماعی ره‌آورد دین‌داری، مشارکت داوطلبانه و پیوند اجتماعی» انجام دادند. نتیجه‌ی پژوهش نشان می‌دهد سه متغیر دین‌داری، مشارکت داوطلبانه و پیوند اجتماعی، سلامت اجتماعی را تبیین می‌کنند که بیشترین تأثیر از سوی پیوند اجتماعی، مشارکت داوطلبانه و تغییر متغیر دین‌داری به‌عنوان بیرونی‌ترین متغیر بر سلامت اجتماعی است.

افشانی و شیرینی محمدآباد (۱۳۹۶) پژوهشی تحت عنوان «رابطه دین‌داری و سلامت اجتماعی زنان شهر یزد» انجام دادند. نتایج پژوهش نشان داده است که میزان دین‌داری و سلامت اجتماعی رابطه معنادار و مستقیم وجود دارد و با افزایش سلامت اجتماعی نیز افزایش پیدا می‌کند.

مطالعات که به آن‌ها اشاره شد؛ به دو بخش خارجی و داخلی تقسیم شدند؛ مطالعات خارجی در زمینه‌ی رابطه‌ی دین‌داری و سلامت یا سلامت روان صورت گرفتند و با استفاده از روش فراتحلیل انجام شدند. بیشتر این مطالعات نشان می‌دهند که رابطه میان دین‌داری و سلامت یا سلامت روان ضعیف هستند؛ اما این‌گونه نیست که دین‌داری، سلامت افراد را تحت تأثیر قرار ندهد. در این پژوهش نیز مانند پژوهش‌های خارجی از روش فراتحلیل استفاده شده است. در این پژوهش از رابطه دین‌داری و سلامت اجتماعی با استفاده از

روش فرا تحلیل پرداخته شده است و نتایج پژوهش با اندکی تفاوت با نتایج پژوهش‌های خارجی نشان می‌دهند که رابطه متوسطی بین دین داری و سلامت اجتماعی وجود دارد. همچنین در زمینه‌ی مطالعات داخلی باید گفت این مطالعات به رابطه‌ی دین داری و سلامت اجتماعی با استفاده از تکنیک پیمایش و مصاحبه پرداخته‌اند و در پژوهش‌های داخلی رابطه‌ی مستقیم و معنادار بین این دو متغیر دیده می‌شود. در حالی که در این پژوهش با استفاده از روش فرا تحلیل به رابطه دین داری و سلامت اجتماعی پرداخته شده است. در این پژوهش رابطه قوی میان دین داری و سلامت اجتماعی دیده نمی‌شود بلکه رابطه متوسط است. در مجموع با توجه به اینکه پژوهش حاضر با استفاده از روش فرا تحلیل به رابطه دین داری و سلامت اجتماعی پرداخته است؛ دارای نوآوری است.

مبانی نظری

جامعه‌شناسان و متفکران مختلف در زمینه‌ی رابطه بین دین و سلامت، نظریه‌های گوناگونی را ارائه کردند که هر کدام به نحوی در روشن کردن شناخت ما از دین و سلامت نقش داشتند؛ اما به نظر می‌رسد که این موضوع ماهیت پیچیده‌تر از آن چیزی دارد که بتوان با هر یک از رهیافت‌ها بتوان به شناخت آن دست پیدا کرد؛ بنابراین نظریه‌های فراگیر و چندبعدی لازم است تا بتوان بینش‌های این رهیافت را تلفیق کرد. تعدادی از نظریه پردازان سلامت اجتماعی و دین داری الیشا کییز^۱، پیتر برگر^۲، کینگزلی دیویس^۳، میلتون یینگر^۴ هستند.

۱- پیتر برگر

برگر بیان می‌کند «دین (نظمی مقدس) در آن لحظه‌ای ظاهر می‌شود که به نوموس (معنای نظم اجتماعی‌ای که محصول وجود انسانی است) اجتماعی مستقر، ثبات یا مشروعیتی داده

1. Elisha Keys
2. Peter Berger
3. Kisley Davis
4. Milton Younger

می‌شود که مأخوذ از منابعی قدرتمندتر از تلاش‌های بی‌هدف خود آدیان است (Saleh, 1378; Fazeli Meybodi, 2019: 265). این کیفیت مقدس که در جوامع مختلف می‌تواند به چیزهای متفاوتی نسبت داده شود (از اشیا یا حیوانات مقدس گرفته تا خدایان بزرگ یا نیروهای غیرمتشخص) چیزی است غیر از انسان و درعین حال، به انسان مربوط بوده، او را با واقعیت قدرتمندتری غیر از خودش ارتباط می‌دهد (Fazlumibdi & Taqi, 1378). به عقیده برگر نظام معنایی‌ای که انسان‌ها می‌سازند، حاصل کار یک فرد نیست، بلکه یک تولید اجتماعی است (Thompson et al, 2006: 35). طبق نظر برگر دین معنایی در برابر جهانی است که پیوسته گرایش به بی‌معنایی دارد. از این رو دین‌داری بر سلامت انسان اثر مثبتی دارد به این ترتیب افراد دین‌دار ارتباط گسترده‌ای و رابطه قوی با جامعه دارند (Fazlumibdi, Mohammad, 1378). افزون بر این، شبکه‌های حمایتی گسترده‌ای وجود دارند و حمایت اجتماعی زیاد نیز به نوبه‌ی خود باعث ارتقای سلامت افراد می‌شود (Giddens, 1386). دین‌داران که بر اثر ایمان دینی‌شان جهان را معنادار و هدفمند می‌بینند، از احساس پوچی کمتر رنج می‌برند، غرایز و خواهش‌های نفسانی خود را بهتر کنترل می‌کنند و کمتر به انجام رفتارهای پرخطر روی می‌آورند، بنابراین در مقایسه با سایر افراد سالم‌ترند (Tavassoli, 2001: 107).

۲- کینگزلی دیویس

دیویس در کتاب جامعه‌ی بشری چهار کارکرد را برای دین عنوان می‌کند: اول، دین عزم افراد را برای رعایت هنجارهای گروهی تقویت می‌کند؛ دوم، مناسک دینی کارکرد حفظ باورداشت‌ها را انجام می‌دهند؛ سوم، دین به صورت مرجع و راهنمایی واقعی برای مؤمنان عمل می‌کند؛ چهارم: دین برای مجازات، یک منبع غایی فراهم می‌کند. او معتقد است «دین نقش اجتناب‌ناپذیر و منحصر به فردی در ایجاد یکپارچگی اجتماعی دارد (Ali Ghadimi, 1398). از نظر وی، دین یگانگی افراد جامعه را تقویت و جدایی آنان را از امضای اجتماعات دیگر تشدید می‌کند (Afshani, Shiri & Mohammad Abad, 1396). دیویس معتقد است که تفاوت معناداری بین داوری و تبیین محقق با فهم کنشگر

دینی مشاهده می‌شود (Diana, Jacobijn, Andrea, Westendorp, 2010). دیویس به ارائه کارکردهای مثبت دین پرداخته و دین را به‌عنوان عامل انسجام‌بخش در جامعه می‌ستاید و اضافه می‌کند که افراد از طریق شرکت در مراسم دینی، وابستگی‌شان را به اهداف گروهی افزایش می‌دهند (Henrich, Bauer, Cassar, Chytilov, Purzycki, 2020).

۳- میلتن یینگر

یینگر معتقد است هر انسانی به ارزش‌های مطلق‌ی نیاز دارد که با آن زندگی می‌کند و این ارزش‌ها باید پاسخی را برای مسئله زندگی و مرگ انسان فراهم سازد، ادیان به چنین نیازهایی پاسخ می‌دهند، درحالی‌که هیچ نوع دانش بشری و یا توسعه علمی نتوانسته است پاسخی برای این قبیل سؤالات باشد (Ian, Chairman, 2006). از نظر او اگرچه دین نیازهای اساساً روانی بشر را برآورده می‌سازد، با این حال یک پدیده اجتماعی است به نظر او باورداشت‌های شخصی تا وقتی تعلق اجتماعی نیافته‌اند، نمی‌توانند موجد یک دین باشند. دین ریشه دوگانه داشته زیرا هم نیازهای فردی و هم نیازهای گروهی را برآورده می‌سازد (Shojaei Zand, 1380). دین نیازهای گروهی را بیشتر از طریق کارکردهایی که برای افراد جامعه دارد، برآورده می‌سازد. یینگر دین را نظامی از فراهم آمده از باورها و رفتار می‌داند که از طریق آن گروهی از مردم با مسائل غایی حیات درگیر می‌شوند. دین از طریق شناساندن مبدأ، مقصد و مسیر حرکت و به‌طور کلی با شناساندن هدف زندگی، به انسان مسیر حرکت و الگوهای رفتاری خاصی می‌دهد و بدین طریق به زندگی معنی می‌بخشد (Zerbetto, Martins, Santile, Frari, Giovannetti, 2017).

2- لیشا کیز

لیشا کیز سلامت اجتماعی را ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که وی به‌عنوان عضوی از آنهاست، تعریف می‌کند (Weare, 2002). کیز بر این اساس مدل پنج‌عاملی خویش را مطرح می‌کند، در آن پنج عامل انسجام، پذیرش، شکوفایی، مشارکت و انطباق اجتماعی تشکیل می‌دهند.

شکوفایی اجتماعی^۱: دانستن و اعتقاد داشتن به اینکه جامعه به شکل مثبتی در حال رشد است. فکر کردن به اینکه جامعه پتانسیل رشد به شکل مثبت را دارد. این تفکر که جامعه پتانسیل خود را به شکل واقعی درمی‌آورد و بالفعل می‌کند (Ommeren, Saxena, Saraceno, 2019). شکوفایی اجتماعی یعنی باور به این که اجتماع سرنوشت خویش را در دست دارد و به مدد توان بالقوه‌اش مسیر تکاملی خود را کنترل می‌کند (Fang, Liu, Beibei Jin & Meng, 2015).

همبستگی اجتماعی^۲: اعتقاد به اینکه اجتماع قابل فهم، منطقی و قابل پیش‌بینی است. دانستن و علاقه‌مند بودن به جامعه و مفاهیم مربوط به آن. افراد سالم و اجتماعی در مقابل دسیسه‌های اجتماع مراقب هستند و احساس می‌کنند که می‌توانند آنچه که در اطرافشان رخ می‌دهد را بفهمند.

یکپارچگی اجتماعی^۳: احساس بخشی از جامعه بودن، فکر کردن به اینکه فرد به جامعه تعلق دارد. احساس حمایت شدن از طریق جامعه و سهم داشتن 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 (Farzaneh & Nikzad, 2013).

-
1. Social Actualization
 2. Social Coherence
 3. Social Integration

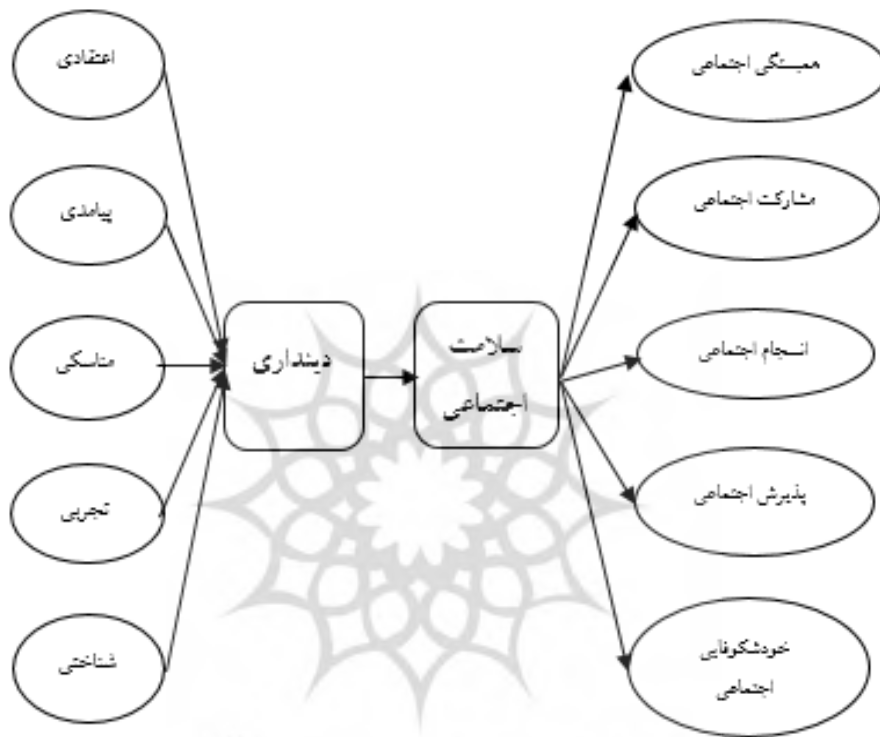
پذیرش اجتماعی^۱: داشتن گرایش‌های مثبت نسبت به افراد، تصدیق کردن دیگران و به‌طور کلی پذیرفتن افراد علی‌رغم برخی رفتار سردرگم‌کننده و پیچیده آن‌ها. پذیرش اجتماعی مصداق اجتماعی از پذیرش خود (یکی از ابعاد سلامت روان) است (Ryan & Cragun, Alexandra, 2016). در پذیرش خود فرد نگرش مثبت و احساس خوبی در مورد خودش و زندگی گذشته دارد و با وجود ضعف‌ها و ناتوانی‌هایی که دارد همه جنبه‌های خود را می‌پذیرد (Maller, 2016). در پذیرش اجتماعی فرد اجتماع و مردم آن را با همه نقص‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی باور دارد و می‌پذیرد.

مشارکت اجتماعی^۲: این احساس که افراد چیزهای باارزشی برای ارائه به جامعه دارند. این تفکر که فعالیت‌های روزمره آن‌ها به‌وسیله‌ی جامعه ارزش‌دهی می‌شود. در حقیقت مشارکت اجتماعی باوری است که طبق آن فرد خود را عضو حیاتی اجتماع می‌داند و فکر می‌کند چیز ارزشمندی برای عرضه به دنیا دارد این افراد تلاش می‌کنند که احساس دوست داشته شدن کنند (Hosseini, 2019).

در کل با توجه به نظریات شوتس، ینگر و برگر می‌توان این برداشت را داشت که دین جامعه را متحد می‌سازد، همبستگی اجتماعی را تقویت و انسجام اجتماعی را حفظ می‌کند. دین همچنین یگانگی افراد جامعه را با یکدیگر تقویت و جدایی آن را از اعضای دیگر گروه‌ها تشدید 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 سازد. همین دسته‌بندی می‌تواند عاملی برای گسترش انسجام دورن گروهی در برابر گروه‌های بیرونی گردد که پیرو عقاید و نظام فکری متفاوتی نسبت به گروه خودی باشد. دین با ایجاد یک روح جمعی، شور و شوق مذهبی و گسترش احساسات همگانی از طریق مناسک و مراسم جمعی نقش خود را ایفا کرده و زمینه‌ی انسجام را فراهم آورد ینگر با طرح این مباحث، ادعا می‌کند که دین از طریق تأکید بر

-
1. Social Acceptance
 2. Social Contribution

ارزش دسترسی پذیر یعنی ارزش هایی چون رستگاری و یا توجیه رنج، ناکامی و محرومیت و نظایر آن، سازمان اخلاقی جامعه را حفظ می کند و موجب پیوند اعضای جامعه و همبستگی اجتماعی به عنوان شاخص های سلامت اجتماعی می شود.



شکل ۱. مدل نظری پژوهش
Figure 1. The theoretical research model

روش

در این پژوهش از روش فراتحلیل استفاده شده است. جامعه آماری این پژوهش مقالات، طرح های پژوهشی و پایان نامه های فارسی در بازه زمانی ۱۳۸۹ - ۱۳۹۹ در زمینه دینداری و سلامت اجتماعی هستند. از این رو از پایگاه های علمی همچون «پایگاه تخصصی نور»، «مرکز منطقه ای اطلاع رسانی علوم و فناوری»، «بانک اطلاعات نشریات کشور»، «پایگاه اطلاعاتی نما متن»، «پژوهشگاه علوم فناوری و اطلاعات ایران»،

«کتابخانه‌ی ملی ایران»، «پایگاه سیوبلیکا»، «پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی»، «پرتال علوم انسانی»، «بانک مقالات همایش‌های دانشگاه فردوسی مشهد»، «جویشگر علمی فارسی» استفاده شده است. در یک بررسی ۳۵ پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند که در این پژوهش ۱۹ پژوهش از بین آنان انتخاب شدند. فهرست این پژوهش‌ها در جدول ۱ آمده است. اعتبار کار فراتحلیل به عدم سوگیری نشر است. در این پژوهش محققان برای اینکه بتواند یک اندازه اثر ترکیبی عاری از خطا برآورد کند، باید به همه مطالعاتی که در خصوص رابطه دین‌داری و سلامت اجتماعی در داخل کشور انجام گرفته، دسترسی داشته باشد و بتواند آن‌ها را ارزیابی کند. عدم بررسی تمامی این مطالعات و همچنین بروز برخی دیگر از خطاهای خاص، می‌تواند منجر به پدید آمدن مسئله‌ای شود که به آن خطای انتشار می‌گویند. نمودار کیفی، آزمون همبستگی رتبه‌ای بگ و مزومدار، روش رگرسیونی اگر، روش اصلاح برازش دوال و توئیدی، N ایمن از خطا، از روش‌هایی که برای تشخیص سوگیری یا خطای انتشار ابداع شده، استفاده می‌شود. برای سوگیری انتشار در این پژوهش از نمودار کیفی و روش رگرسیونی اگر استفاده شده است که عدم سوگیری انتشار را نشان داده‌اند.

جدول ۱. فهرست پژوهش‌های شرکت‌کننده در مطالعه فراتحلیل

Table 1. List of Research Research in Meta-Analysis Study

ردیف	نام نویسندگان	نظریه پردازان	منبع	جهت	تعداد نمونه	شیوهی نمونه‌گیری	جامعه‌ی آماری	ضریب همبستگی
1	علی‌زاده، اکبری، صالحی مبارکه و واحدی دهکردی (۱۳۹۵)	وبر لسنکی، گلارک، استارک، گراهام، کینز	مقاله	مرکزی	367	تصادفی	تمام دانش‌آموزان دبیرستان شهر دهاقان	34/0
2	سراج‌زاده، جواهری، ولایتی (۱۳۹۲)	دورکیم، پیتز برگر، وبر، دیویس و ادی	مقاله	شمال	350	طبقه‌ای متناسب	دانشجویان دانشگاه تبریز	250/0

ردیف	نام نویسندگان	نظریه پردازان	منبع	جهت	تعداد نمونه	شیوهی نمونه‌گیری	جامعه‌ی آماری	ضریب همبستگی
	خواججه							
3	ادریسی، شیخ‌زاده و بزرگری (۱۳۹۵)	پل، دورکیم، دونالد، آلیس و آدلر	مقاله	شمال	410	نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای	پزشکان مشغول به کار در شهر تهران	305/0
4	شایسته و مردانی (۱۳۹۹)	پایان‌نامه		شمال	384	نمونه‌گیری خوشه‌ای	کلیه دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز در نیم سال دوم تحصیلی ۹۶-۹۷	312/0
5	رضا دوست، حسین‌زاده و رستمی (۱۳۹۶)	کیز، واتریک، وبر، لسنکی	پایان‌نامه	جنوب	374	نمونه‌گیری احتمالی	دانشجویان دختر دانشگاه آزاد تبریز	169/0
6	پورستار و حکمتی (۱۳۹۰)	کیز، استارک، دورکیم، بینگر	طرح	شمال	274	تصادفی خوشه‌ای	افراد بالای ۱۸ سال ساکن مناطق ۲۲ تهران در سال ۹۵	36/0
7	شاهمیرزالو، رفیعی، موسوی، امینی هارونی و حسینی صفا (۱۳۹۸)	دورکیم، بلوک، برسولو، دونالد و کیز	مقاله	شمال	500	تصادفی دو مرحله‌ای	جوانان ۱۵ تا ۲۹ سال مناطق حاشیه شهر کرمانشاه	422/0
8	حیدرخانی، نوربخش و قنبری (۱۳۹۵)	کیز، استارک، دورکیم، بینگر، دیویس، دورکیم، لسنکی	مقاله	غرب	384	تصادفی دو مرحله‌ای	۳۵۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه پیام نور مرند	35/0
9	راد، محمدزاده و محمدزاده (۱۳۹۴)	دورکیم، کیز و آلپرت، دیویس و بینگر	پایان‌نامه	شمال	345	تصادفی طبقه‌ای متناسب	کلیه زنان ۱۸-۶۰ ساله شهر یزد در سال ۱۳۹۳	273/0
10	افشانی و	کیز، وبر، کلاک	مقاله	مرکزی	244	خوشه‌ای سه	کلیه دانشجویان	187/0

ردیف	نام نویسندگان	نظریه پردازان	منبع	جهت	تعداد نمونه	شیوهی نمونه‌گیری	جامعه‌ی آماری	ضریب همبستگی
	محمدآباد (۱۳۹۳)	و استارک				مرحله‌ای	دانشگاه علامه طباطبائی سال تحصیلی ۹۰-۹۱	
11	رعایی و نیک‌راد (۱۳۹۲)	لارسن، دورکیم و کیز	مقاله	شمال	250	نمونه‌گیری خوشه‌ای	شهروندان ۱۸ سال به بالا شهر تهران	67/0
12	نیازی و سخایی (۱۳۹۹)	دورکیم، بوردیو، آرمسترانگ	پایان‌نامه	شمال	384	نمونه‌گیری چند مرحله‌ای و تصادفی	کلیه شهروندانی ساکن شهر تهران در سال ۱۳۹۶	397/0
13	رحمانی خلیلی (۱۳۹۹)	لارسن، برکمن، دورکیم، رابرتز	مقاله	شمال	810	طبقه‌بندی و خوشه‌ای چند مرحله‌ای	خانوارهای شهر تبریز با تعداد ۴۲۸۰۰۹	324/0
14	صباغ، معینان و صباغ (۱۳۹۲)	دورکیم، پارسونز، گودمن	مقاله	شمال	326	نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای	دانش آموز ۵۸۰۹ پسر و دختر دبیرستان‌های منطقه سه شهر یزد	338/0
15	پارسا مهر و ینگچه (۱۳۹۴)	پارسونز، کیز، پاتنام، برکمن و هنس	طرح	مرکزی	354	خوشه‌ای چند مرحله‌ای	کلیه زنان ۱۸ تا ۶۰ سال شهر خشت	088/0
16	عابدی، موسائی، سرابی و قدیمی (۱۳۹۹)	کیز، دورکیم، وبر و گراهام	مقاله	جنوب	318	خوشه‌ای چند مرحله‌ای	افراد بالای ۱۵ سال شهر ایلام	26/0
17	غفاری، مولایی و مؤمنی (۱۳۹۷)	گیدنز، ویلز و مارکس	پایان‌نامه	غرب	384	نمونه‌گیری طبقه‌بندی و خوشه‌ای	کلیه شهروندانی ساکن شهر تهران در سال ۱۳۹۶	33/0
18	زارع شاه‌آبادی و کاظمی (۱۳۹۷)	هلمن و گراهام	مقاله	مرکزی	382	خوشه‌ای یک مرحله‌ای ساده	مدارس شهر یزد	34/0
19	دلیر و رسانه	کیز، تابلور و	مقاله	شمال	105	نمونه‌گیری	کلیه دانشجویان	85/0

ردیف	نام نویسندگان	نظریه پردازان	منبع	جهت	تعداد نمونه	شیوهی نمونه‌گیری	جامعه‌ی آماری	ضریب همبستگی
	(۱۳۹۲)	کاتز				تصادفی	دانشگاه آزاد قزوین	

از این چک‌لیست برای انتخاب سؤالات، پایان‌نامه‌ها و طرح‌های پژوهشی و استخراج اطلاعات لازم درزمینه‌ی فراتحلیل از محتوایان استفاده شده است. چک‌لیست مذکور شامل؛ مؤلفه‌های زیر است: اسامی نویسندگان و سال پژوهش‌های انجام‌شده درزمینه‌ی سلامت اجتماعی و دین‌داری، نظریه‌پردازان پژوهش‌های انجام‌شده، منبع، محدوده جغرافیایی، جامعه‌ی آماری پژوهش، نمونه‌ی آماری پژوهش، نمونه‌گیری تصادفی پژوهش و ضریب همبستگی به کار گرفته‌شده در پژوهش است. در بحث فراتحلیل صرفاً پژوهش‌هایی انتخاب شدند که روایی و پایایی آن‌ها محرز شده است. در مقالات موردبررسی، در بحث دین بیشتر از نظریات متنوعی مانند: دورکیم، برگر، لسنکی، وبر، گلارک و استارک، براون استفاده شده است؛ درحالی‌که در حوزه‌ی سلامت اجتماعی اکثر مطالعات بحث الیسا کیز را مورداستفاده قرار دادند.

یافته‌ها

۱- توزیع متون پژوهشی برگزیده

در این بخش ابتدا یافته‌های پژوهش در قالب: حوزه و قلمروهای مطالعاتی، متون پژوهشی برگزیده برحسب ماهیت و نوع اثر، متون پژوهشی برگزیده برحسب مدل‌های نظری موردبررسی، در قالب فراوانی و درصد بیان می‌شود.

جدول ۲. توزیع متون پژوهشی برگزیده بر حسب ماهیت و نوع اثر مرور شده، نظریه‌پردازان و جامعه آماری مطالعات

Table 2. Distribution of research texts in terms of the nature and type of effect, theorists and the statistical population of studies

ردیف	ماهیت و نوع اثر مرور شده	فراوانی	درصد
1	مقاله	12	15/63
2	پایان‌نامه	5	315/26
3	گزارش و طرح پژوهشی	2	52/10
	جمع	19	100
ردیف	نظریه‌پردازان	فراوانی	درصد
1	کینز	11	89/57
2	دورکیم	9	36/47
4	استارک	4	05/21
5	گلارک	3	78/15
6	گراهام	3	78/15
8	دیویس	3	78/15
10	یینگز	2	52/10
12	پیتز برگر	1	26/5
	جمع	36	42/189
ردیف	جامعه آماری مطالعات	فراوانی	درصد
1	دانشجویان	6	57/31
2	شهروندان	4	05/21
3	زنان	2	52/10
4	دانش آموزان	2	52/10
5	جوانان	2	52/10
6	خانواده	1	26/5
7	مدارس	1	26/5
8	پزشکان	1	26/5
	جمع	19	100

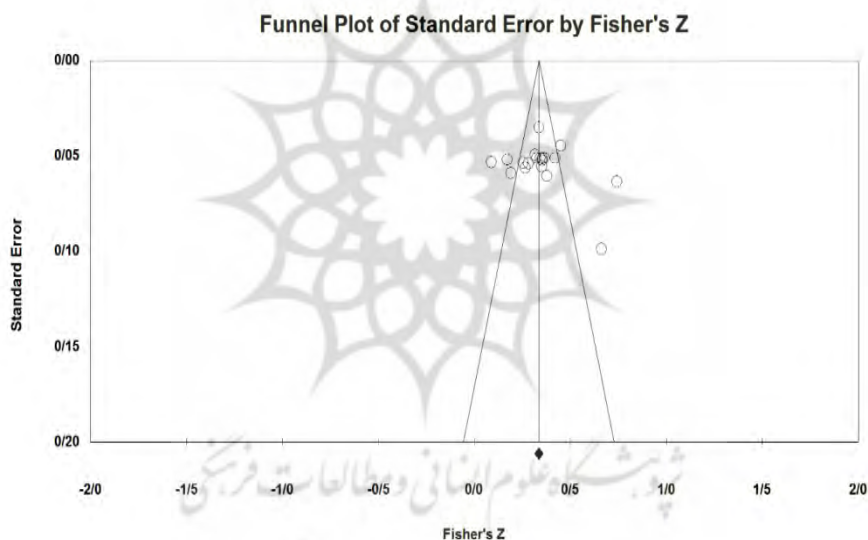
جدول شماره ۲- نشان می‌دهد درصد بالایی از منابع و متون پژوهشی مطرح شده در قالب

مقاله نشان داده می‌شوند به طوری که حدود ۶۳/۱۵ درصد از منابع مرور شده مقاله و حدود ۲۶/۱۵ درصد پایان‌نامه دانشجویی و ۱۰/۵۲ درصد به صورت طرح و گزارش پژوهشی هستند. همچنین با نگاه به ستون جامعه آماری بیشترین گروه‌های منتخب صورت گرفته؛ پیرامون رابطه دین‌داری و سلامت اجتماعی را به ترتیب دانشجویان ۳۱/۵۷ درصد، شهروندان ۲۱/۰۵ درصد که بیشترین سهم را در میان پژوهش‌ها ایفا کرده‌اند و جوانان ۱۰/۵۲، زنان ۱۰/۵۲، دانش‌آموزان ۱۰/۵۲ درصد در حد متوسط از این جامعه‌ی آماری در پژوهش‌های موردبررسی تشکیل می‌شود. افزون بر این، خانواده ۵/۲۶ درصد، مدارس ۵/۲۶ درصد و پزشکان ۵/۲۶ درصد کمترین جامعه‌ی آماری را در پژوهش‌ها به خود اختصاص داده‌اند. مطالعات موردبررسی در زمینه‌ی دین و سلامت اجتماعی نشان می‌دهند که از نظریه‌های گوناگونی استفاده شده است؛ نظریه کیز، دورکیم، استارک، لسنکی، گراهام، دیویس، گلارک از مهم‌ترین نظریات استفاده‌شده، هستند. همچنین، نظریه پنج عاملی سلامت اجتماعی کیز با ۵۷/۴ درصد و نظریه دورکیم با ۴۷/۳۶ از شایع‌ترین نظریات مطرح‌شده در مرور مطالعات هستند. از سوی دیگر نظریات استارک با ۲۱/۰۵ درصد و گلارک با ۱۵/۷۸ درصد و گراهام با ۱۵/۷۸ درصد در سطح متوسطی در پژوهش‌های موردبررسی، استفاده شده‌اند؛ این در حالی است که نظریه‌ی بینگر ۱۰/۵۲ درصد و برگر با ۵/۲۶ درصد تنها ۱ و ۲ مطالعه از این نظریات استفاده کردند، از این‌رو، با در نظر گرفتن حوزه‌ی نظریه‌ها، بیشترین استفاده مقالات از نظریه‌های جامعه‌شناسی بوده است.

۲- سوگیری انتشار

یکی از روش‌های تشخیص خطای انتشار نمودار کیفی است. در نمودار کیفی مطالعات با اندازه کوچک، به صورت گسترده در پایین نمودار پراکنده می‌شوند و مطالعات با اندازه نمونه بزرگ‌تر در قسمت بالای نمودار پراکنده می‌شوند و نزدیک به میانگین اثر هستند. در نبود هیچ‌گونه خطایی، نمودار شبیه به یک قیف برعکس می‌شود و در صورت وجود خطا نمودار کیفی به صورت غیرمتقارن است. نامتقارن بودن نمودار کیفی بر وجود سوگیری

انتشار دلالت دارد. زمانی که اثر صحیح‌پی‌آمد نسبتاً کم است، در مطالعات کوچک احتمالات مقدار اثرات نیز کوچک و غیر معنی‌دار خواهد بود و معمولاً کمتر منتشر می‌شوند. از سوی دیگر، تنها مطالعات کوچکی که به‌طور شانس‌ی اندازه اثر را بزرگ نشان می‌دهند، ممکن است از نظر آماری معنی‌دار باشند و به‌احتمال‌زیاد منتشر می‌شوند. به‌تبع آن، فقدان مطالعات کوچک با برآورد اثرات کوچک در نمودار کیفی مشاهده خواهد شد و نمودار دارای چولگی خواهد بود؛ این عدم سوگیری در انتشار مطالعات نمودار کیفی به‌خوبی مشاهده می‌شود. در این نمودار مطالعات در اطراف میانگین و در قسمت بالا پخش شده‌اند، بنابراین، دارای خطای انتشار نیستند.



شکل ۲. نمودار کیفی مطالعات مورد بررسی

Figure 2. A hoppy chart of studies

برای بررسی سوگیری انتشار آزمون‌های متفاوتی در نرم‌افزار CMA2 وجود دارد که معمول‌ترین و پرکاربردترین آن‌ها آزمون رگرسیون اگر است. این آزمون، قوی‌تر نسبت به دیگر آزمون‌هاست و همچنین این روش می‌تواند شامل بیش از یک متغیر پیش‌بینی‌کننده باشد، علاوه بر این، در این روش از ارزش‌های حقیقی اندازه اثر برای پیش‌بینی استفاده

می شود.

جدول ۳. نتایج آزمون رگرسیون اگر

Table 3. Regression test results Egger

حد بالا	حد پایین	خطای استاندارد	معناداری	درجه آزادی	T مشاهده شده	B برش
۱۰/۰۱۵۷۴	-۳/۵۳۸۲۷	۳/۲۱۲۳	۰/۳۲۷۴۶	۱۷/۰۰۰۰۰	۱/۰۰۸۲۸	۳/۲۳۸۷۳

چنانچه در جدول ۳- مشاهده می شود خطای استاندارد برابر با ۳/۲۱۲۳ بوده، درجه آزادی ۱۷/۰۰۰۰۰ و از سوی دیگر برش برابر با ۰/۲۳۸۷۳ است. از آنجاکه سطح معناداری ۰/۳۲۷۴۶ و آزمون مشاهده شده ۱/۰۰۸۲۸ است، این امر نشان دهندهی عدم سوگیری در انتشار مطالعات است. این عدم سوگیری در انتشار مطالعات آزمون اگر نشان داده شده است.

۳- بررسی همگنی مطالعات مورد بررسی

جدول ۴. نتایج آزمون همگنی مطالعات

Table 4. The results of the homogeneity test

مدل	مقدار آزمون Q	خطای استاندارد	درجه آزادی	سطح معناداری	I ²
اثرات ثابت	۱۰۴/۶۹۲	۰۰۶/	۱۸	۰۰۱/	۸۲/۸۰۷

به منظور بررسی همگنی یا عدم همگنی پژوهش های برگزیده و به منظور گزینش مدل مناسب برای برآورد اندازه اثر ترکیبی از آزمون Q استفاده می شود. با توجه به اینکه مقدار Q حاصل از آزمون (۱۰۴/۶۹۲) با درجه آزادی ۱۸ در سطح ($p > 0.01$) معنادار است، بنابراین با احتمال (۰/۹۹۹) فرضیه ناهمگن بودن پژوهش های مورد بررسی، تأیید و فرضیه صفر یعنی همگنی این پژوهش ها رد می شود. با این وجود، با توجه به اینکه این آماره (Q) نسبت به تعداد اندازه اثرها حساس بوده و با افزایش شمار اندازه اثرها، توانایی آزمون برای پذیرش ناهمگنی افزایش پیدا می کند، آماره دیگری به نام مجذور I نیز در این آزمون به کار گرفته می شود؛ دامنه مقدار مجذور I دارای مقداری از ۰ تا ۱۰۰٪ تغییر می کند.

درواقع، مقدار ناهمگنی را به صورت درصد بازنمایی می‌کند. هر چه مقدار آماره به ۱۰۰ نزدیک باشد، نشان‌دهنده این است که میان اندازه اثرها ناهمگنی بیشتری وجود دارد. حال با توجه به مقدار مجذور I که در جدول ۴ آمده است، می‌توان این گونه استدلال کرد که تفاوت موجود میان اندازه اثرها یا نتایج حاصل از پژوهش‌ها، ناشی از ناهمگون بودن آنان است؛ بنابراین ضروری است برای دستیابی به اندازه اثر ترکیبی در میان پژوهش‌های موردبررسی از مدل اثر تصادفی استفاده شود.

۴- تحلیل نتایج آزمون پژوهشگران و سال انجام پژوهش‌های موردبررسی و ارزشیابی اندازه اثر

هدف این بخش دستیابی به یک جمع‌بندی درباره پژوهشگران و سال پژوهش‌های موردبررسی است که رابطه معناداری با سلامت اجتماعی و دین‌داری دارند.

جدول ۵. اندازه اثر، آماره Z و سطح معناداری مربوط به موردبررسی پژوهشگران و سال پژوهش‌های موردبررسی

Table 5. Effect size, Z statistic and significance level related to researchers and years Research studied

ردیف	پژوهشگران و سال	میانگین اندازه اثر	حد پایین	حد بالا	Z	سطح معناداری
1	علی اکبری و همکاران (۱۳۹۵)	340/0	246/0	427/0	756/6	001/0
2	سراج زاده و همکاران (۱۳۹۲)	250/0	149/0	346/0	758/4	001/0
3	ادریسی و همکاران (۱۳۹۵)	305/0	214/0	390/0	355/6	001/0
4	شایسته و مردانی (۱۳۹۹)	312/0	219/0	400/0	300/6	001/0
5	رضادوست و همکاران (۱۳۹۸)	169/0	069/0	266/0	287/3	001/0
6	پورستار و حکیمی (۱۳۹۰)	690/0	252/0	459/0	204/6	001/0
7	شاهمیر زالو و همکاران (۱۳۹۸)	422/0	347/0	492/0	035/10	001/0

ردیف	پژوهشگران و سال	میانگین اندازه اثر	حد پایین	حد بالا	Z	سطح معناداری
8	حیدرخانی و همکاران (۱۳۹۵)	350/0	259/0	435/0	133/7	001/0
9	راد و همکاران (۱۳۹۴)	273/0	172/0	368/0	180/5	001/0
10	افشانی و محمد آبادی (۱۳۹۳)	187/0	073/0	296/0	159/3	001/0
11	رعایی و نیک راد (۱۳۹۲)	670/0	549/0	699/0	625/11	001/0
12	نیازی و سخایی (۱۳۹۹)	397/0	309/0	478/0	200/8	001/0
13	رحمانی خلیلی (۱۳۹۹)	324/0	261/0	384/0	548/9	001/0
14	صباغ و همکاران (۱۳۹۲)	338/0	238/0	431/0	323/6	001/0
15	پارسا مهر و ینگجه (۱۳۹۴)	088/0	016/0	190/0	653/1	001/0
16	عابدی و همکاران (۱۳۹۹)	260/0	154/0	360/0	723/4	001/0
17	غفاری و همکاران (۱۳۹۷)	330/0	238/0	469/0	692/6	001/0
18	زارع شاه و همکاران (۱۳۹۳)	340/0	248/0	426/0	893/6	001/0
19	دلیر و رسانه (۱۳۹۲)	580/0	437/0	694/0	629/6	001/0
20	مدل	اندازه اثر	حد پایین	حد بالا	Z	سطح معناداری
22	اثرات تصادفی	331/0	273/0	381	720/11	001/0

طبق جدول شماره ۵ نشان می‌دهد رعایی و نیک‌راد (۰/۶۳۰)، دلیر و رسانه (۰/۵۸۰) با اندازه اثر زیاد بیشترین تأثیر دارند. علاوه بر این، شاهمیرزالی و همکاران (۰/۴۲۲)، نیازی و سخایی (۰/۳۹۷)، حیدرخانی و همکاران (۰/۳۵۰)، علی اکبری و همکاران (۰/۳۴۰)، پورستار و حکیمی (۰/۳۶۰)، زارع شاه و همکاران (۰/۳۴۰)، صباغ و همکاران (۰/۳۳۸)، غفاری و همکاران (۰/۳۳۰)، رحمانی خلیلی (۰/۳۲۴)، شایسته و مردانی (۰/۳۱۲)، ادیسی و همکاران (۰/۳۰۵) دارای اندازه اثر متوسط هستند و سایرین مانند: سراج‌زاده و همکاران (۰/۲۵۰)، رضادوست و همکاران (۰/۱۶۹)، راد و همکاران (۰/۲۷۳)، افشانی و محمد آبادی (۰/۱۸۷)، پارسا مهر و ینگجه (۰/۰۸۸)، عابدی و همکاران (۰/۲۶۰) اندازه اثر پایین از متوسط و کم را به خود اختصاص داده‌اند. در این میان، بزرگ‌ترین مقدار اندازه اثر

مربوط به مطالعه (رعایی و نیک‌راد) و کوچکترین مقدار اندازه اثر مربوط به مطالعه (پارسا مهر و ینگجه) است. نتایج مربوط به محاسبه اندازه اثر کلی در جدول (۵) ارائه شده است؛ آماره‌ها و ارقام مربوط نشان می‌دهند که اندازه اثر تصادفی رابطه دین‌داری و سلامت اجتماعی ۰/۳۳۱ شده است. همچنین نقطه به دست آمده برای هر دو مدل اثرات تصادفی در محدوده ۰/۵ است که حاکی از اندازه اثر متوسط است. در مجموع، باید گفت دین‌داری در سطح متوسطی می‌تواند بر سلامت اجتماعی مؤثر باشد.

۵- بررسی نقش تعدیل‌کنندگی متغیرهای پژوهش

نتایج حاصل از بررسی متغیر جنسیت و جهت شهرهای مورد بررسی در پژوهش به‌عنوان متغیر تعدیل‌کننده به شرح زیر است:

جدول ۶. نتایج آزمون متغیرهای تعدیل‌کننده جنسیت و محدوده جغرافیایی شهرهای پژوهش‌های بررسی شده

Table 6. Results of gender moderated variables and geographic range of research studies

مدل اثرات تصادفی			تعداد اندازه اثر	جنسیت
p-value	Z-VALUE	اندازه ترکیبی		
001/0	453/6	317/0	10	زنان
001/0	826/11	343/0	9	مردان
001/0	463/13	336/0	19	کل
مدل اثرات تصادفی			تعداد مطالعات	محدوده جغرافیایی
p-value	Z-VALUE	اندازه ترکیبی		
001/0	10/148	0/380	11	شمال
001/0	3/713	0/242	4	مرکزی
001/0	4/528	0/213	2	جنوب
001/0	9/776	0/340	2	غرب
001/0	15/120	0/318	19	کل

همان‌طور که نتیجه آزمون Q نشان داد (نگاه کنید به جدول ۴)، پژوهش‌های مورد بررسی

در این فراتحلیل ناهمگون هستند. به بیان دیگر، رابطه بین دین‌داری و سلامت اجتماعی تحت تأثیر ویژگی پژوهش‌های برگزیده قرار دارد. با چنین نتیجه‌ای، فراتحلیل باید مشخص سازد کدام متغیرهای تعدیل‌گر می‌توانند واریانس موجود و تفاوت‌ها را تبیین کند. در این زمینه تلاش گسترده صورت گرفت تا دوباره تمامی مشخصات، فرضیات و متغیرها در پژوهش‌های برگزیده مورد بازبینی قرار گیرند؛ اما برخی از متغیرهای مهم که می‌توانستند به عنوان متغیر تعدیل‌گر به کار گرفته شوند، توسط مقالات برگزیده، گزارش نشده‌اند. در واریسی پژوهش‌ها تنها دو متغیر مهم یعنی «جنسیت» و «محدوده جغرافیایی» که در همه مقالات موجود بودند، به عنوان متغیرهای تعدیل‌گر انتخاب شدند که در ادامه به آنان پرداخته می‌شود.

جدول شماره ۶- اندازه‌ها اثر ترکیبی مطالعات برحسب جهت و جنسیت را نشان می‌دهد. یکی از متغیرهای تعدیل‌گر این پژوهش «جنسیت» است؛ اندازه اثر ترکیبی در دو گروه زنان و مردان به ترتیب (۰/۳۱۷) و (۰/۳۴۳) است به این معنی که دین‌داری در بین مردان در هر دو مدل تأثیر بیشتری بر سلامت اجتماعی آن‌ها نسبت به زنان دارد. همچنین به طور کلی اندازه اثر تصادفی در هر دو گروه مردان و زنان به ترتیب ۰/۳۳۶ است. محاسبه اندازه اثرات ترکیبی به تفکیک هر جهت چند نکته را آشکار می‌سازد: نخست اینکه همه اندازه اثرها در فاصله بین حد پایین و حد بالا قرار گرفته و به لحاظ آماری معنی‌دار هستند. دوم، اینکه بالاترین اندازه اثر ترکیبی در ناحیه شمال (۰/۳۸۰) است که با توجه مدل کوهن در حد متوسط تفسیر می‌شود. نکته قابل توجه اینکه همه مطالعات انجام شده در این ناحیه، در استان تهران انجام شده است که نشان از توجه ویژه به دو مقوله دین‌داری و سلامت اجتماعی دارد. سوم، اندازه اثر ترکیبی مربوط به ناحیه جنوب (۰/۱۹۵) و مرکزی (۰/۲۷۰) است که بر اساس نظام تفسیری کوهن، در حد ضعیف است. به عبارتی هنگامی که استان‌ها و یا شهرهای ناحیه جنوب (مانند: اهواز) و یا استان‌های مرکزی (مانند: دهقان) به عنوان جامعه آماری انتخاب می‌شوند، اندازه اثر ترکیبی به میزان قابل توجهی کاهش می‌یابد.

بحث و نتیجه‌گیری

بحث در خصوص سلامت اجتماعی و پیامدهای آن از جمله مباحثی است که وارد گفتمان‌های علوم اجتماعی شده است و مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. یکی از مباحثی که در این ارتباط مطرح شده، رابطه دین‌داری و سلامت اجتماعی است. در کشور ما این رابطه مورد توجه پژوهشگران علوم اجتماعی قرار گرفته و شماری از پژوهش‌ها به آن پرداخته‌اند پژوهش‌های مختلفی در این رابطه صورت گرفته است؛ این پژوهش‌ها را می‌توان به چهار دسته تقسیم کرد: ۱. تحقیقاتی که رابطه دین‌داری و سلامت را مورد بررسی قرار دادند که نتایج آنان نشان می‌دهد رابطه کوچک اما مثبت در زمینه دین‌داری و سلامت وجود دارد؛ ۲. پژوهش‌هایی که به رابطه دین و سلامت روان پرداخته‌اند، در این زمینه نیز رابطه کوچک اما مثبت دیده می‌شود؛ ۳. مطالعاتی که به رابطه دین‌داری و سبک سلامت محور پرداخته‌اند؛ ۴. دسته چهارم به سلامت اجتماعی و دین‌داری پرداخته‌اند و بیان می‌کنند که رابطه بین دین‌داری و سلامت اجتماعی معنادار و مستقیم است.

برگر دین را مأمنی در مقابل جهانی بی‌معنا می‌داند؛ برگر در تفسیر خود بیان می‌کند که چگونه انسان مجبور می‌شوند، نظم معنی‌داری را به واقعیت تحمیل کند. نظریه پردازان جدید کارکردگرایی با اهمیت دادن بیشتر به کنشگر دینی و وارد کردن عنصر روان‌شناختی و تلفیق آن با نظریه‌ی کارکردگرایی، تبیین بهتری از دین ارائه داده‌اند. دیویس از تمایز بین امر مقدس و نامقدس استفاده کرده و آن را دارای خصلتی نمادین می‌داند. یینگر نیز معتقد است هر انسانی در زندگی خود دارای ارزش‌هایی است که ادیان به این ارزش‌ها پاسخ می‌دهند. همچنین بیان می‌کند دین یک پدیده اجتماعی است. کییز بر این اساس مدل پنج عاملی خویش را مطرح می‌کند، در آن پنج عامل انسجام، پذیرش، شکوفایی، مشارکت و انطباق اجتماعی تشکیل می‌دهند.

یافته‌ها نشان می‌دهند که میزان تأثیر سازه دین‌داری بر سلامت اجتماعی متفاوت است؛ به گونه‌ای که حتی در میان یک سنخ از جمعیت نیز اندازه اثر متفاوتی به دست آمده

است. یافته‌های توصیفی بیانگر این هستند که در میان پژوهش‌های مورد بررسی، کمترین اندازه اثر به میزان ۰/۰۸۸ (متعلق به پارسا مهر و ینگجه) و بیشترین آن ۰/۶۳۰ (متعلق به رعایی و نیک‌راد) است. نتایج آزمون همگنی گویای این است که مقدار Q به دست آمده معنی دار بوده و بنابراین فرضیه ناهمگن بودن پژوهش‌ها تأیید می‌شود. با توجه به یافته‌های پژوهش، فراتحلیل حاضر از مدل اثرات تصادفی برای برآورد اولیه اندازه ترکیبی استفاده نموده و آن را بدون مداخله متغیر تعدیل‌گر به میزان ۰/۳۳۱ محاسبه شده است که بیانگر تأثیر متوسط دین‌داری بر سلامت اجتماعی است.

برای اطمینان از اینکه این میزان برآورد اولیه اندازه اثر، تحت تأثیر خطای انتشار مطالعات قرار ندارد، نمودار کیفی ترسیم شده و تقارن آن توسط آزمون اگر مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج نشان می‌دهند که نمودار کیفی متقارن بوده و سوگیری انتشار وجود ندارد. با توجه به این یافته‌ها می‌توان تأکید کرد که برآورد اندازه اثر اولیه قابل اطمینان بوده و از درستی و دقت بالایی برخوردار است.

همچنین برای شناسایی منابع واریانس بین مطالعات و میزان اثرگذاری احتمالی آن بر برآورد اولیه، اندازه اثر ترکیبی دو متغیر «جنسیت» و «محدوده جغرافیایی» به عنوان متغیرهای تعدیل‌گر انتخاب شده است. وارد کردن نخستین متغیر، یعنی «جنسیت» در محاسبات این امر را آشکار می‌کند که دین‌داری در بین مردان تأثیر بیشتری نسبت به سلامت اجتماعی در بین زنان دارد. همچنین متغیر تعدیل‌گر دیگر، «محدوده جغرافیایی» است که رابطه نزدیک دین‌داری و سلامت اجتماعی در افراد شمال کشور دیده می‌شود اما جنوب کشور و استان‌های مرکزی رابطه بین دین‌داری و سلامت اجتماعی آنان دیده نمی‌شود. با این حال، مطالعات بعدی می‌توانند مشخص کنند که سلامت اجتماعی افراد تحت چه شرایطی یا در حضور کدام متغیرهای اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی تأثیر بیشتر یا کمتری بر دین‌داری دارند. در این راستا تعدادی از توصیه‌های سیاستی پژوهش به شرح زیر هستند:

- فراتحلیل حاضر توانسته است به تناقض و ناسازگاری‌ها بین نتایج مطالعات مربوط به

رابطه سلامت اجتماعی و دین‌داری پیروا دارد. بر این اساس می‌توان ادعا کرد که سلامت اجتماعی و دین‌داری با یکدیگر در ارتباط هستند. در این زمینه باید گفت که هر نوع آسیب به دین‌داری و کم‌توجهی در نزد مدیران و برنامه‌ریزان اجتماعی، به‌طور نسبی باعث به خطر افتادن سلامت اجتماعی افراد جامعه شود.

- صاحب‌نظران اسلامی، مشاوران، جامعه‌شناسان می‌توانند جلساتی در راستای ارتقای سطح دین‌داری و تأثیر آن بر سلامت اجتماعی افراد برگزار کنند. همچنین دولت‌ها باید متوجه تأثیر عامل دین‌داری بر سلامت اجتماعی باشند و با تشویق افراد به امور دینی گرایش و روحیه معنوی آنان را تقویت کنند و از این طریق سلامت اجتماعی افراد را افزایش دهند.

- یافته‌های پژوهش نشان داده‌اند که در قسمت‌های شمال کشور رابطه بین دین‌داری و سلامت اجتماعی وجود دارد اما در قسمت‌های مرکزی و جنوب کشور رابطه بین دین‌داری و سلامت اجتماعی دیده نمی‌شود؛ از این رو توصیه می‌شود زمینه‌سازی برای پذیرش اعتقادات و فرایض دینی صورت پذیرد؛ تأکید نهادهای فرهنگی و تبلیغی در حوزه دین نقش مقیدی را در راهگشایی مطالعات دینی در زندگی فردی و اجتماعی افراد دارند. همچنین پتانسیل‌هایی از سوی دولت برای بهبود سلامت افراد در نظر گرفته شود.

تشکر و سپاسگزاری پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

در اینجا لازم می‌دانیم تا مراتب سپاس و قدردانی خود را از تمام کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، اعلام داریم.

ORCID

Mohsen Niazi  <http://orcid.org/0000-0002-4469-7116>
Ayoub Sakhaei  <http://orcid.org/>
Neda Khodakarmian  <http://orcid.org/0000-0001-8830-7004>
Gilan
Fatemeh Hami Kargar  <http://orcid.org/0000-0003-1953-9914>
Azad Omidvar  <http://orcid.org/0000-0002-8184-7400>

References

- Alizadeh, Z. Akbari, Z. Salehi, V. Dehkordi, A. (2015). Investigating the Relationship between Different Dimensions of Religiosity and Social Health of Students (Sample Study of High School Students in Dehaghan), *Quarterly Journal of Social Sciences, Islamic Azad University, Shushtar Branch*, 10th year, No. 2, 109-128 [In Persian].
- Ali Ghadimi, B. (1398). Investigating Economic and Social Factors Affecting Women's Social Health with Emphasis on Religiosity, *Scientific Quarterly of Islamic Economics and Banking*, 219-243. [In Persian].
- Afshani, A. Shiri, M. Abad, H. (1396). The Relationship between Religiosity and Social Health of Women in Yazd, *Journal of Paramedical Fire Temple*, Tehran University of Medical Sciences, Volume 11, Number 1, 74-66. [In Persian].
- Berger, P. Hansfried, K. (2002). *Homeless Mind: Awareness and Modernization* Translated by Mohammad Savoji, Tehran Ney Publishing.
- Bergin, A. (2018). Religiosity and mental health: A critical reevaluation and meta-analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 14(2), 170-184. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.14.2.170>.
- Brown, H. Tierney, B. (2009). Religion and subjective well-being among the elderly in china. *The Journal of Socio-Economics*, 38: 310-319.
- Blanco, A. Diaz, D. (2007). Social order and mental health: a social well-being approach. *Autonoma university of Madrid, psychology in Spain*, Vol, 11(5).
- Dalir, M. Media, F. (2013). *The Role of Religious Adherence in Predicting Social Health Components*, 2nd Iranian Congress of Social Psychology. [In Persian].
- Diana, G. Jacobijn, T. Andrea, B. , Rudi, M, Westendorp, G. (2010). Handgrip strength as a predictor of functional, psychological and social health. A prospective population-based study among the oldest old, *Journals Age and Ageing*, 39 (3), 331-337.
- Fazlumibdi, F. Mohammad, T. (1378). *Religiosity and Freedom, Tehran: Afrineh Publishing, Ghorbanizadeh, the Face of God and Hassan Nangir, Seyed*. [In Persian].
- Phillip, C. (2011). Religion as resource: religion and immigrant economic incorporation. *Social Science Research*, 40, 1350-1361.
- Giddens, A. (1386). *Sociology*, translated by Hassan Chavoshian, Tehran: Ney Publishing. [In Persian].
- Ghobaribab, B. khodayarifard, M, Shokoohi, Y. Mohsen, N. Faqihi, R. Nejad, A. (1391). *Theoretical foundations and methodology of religiosity scales: including religiosity questionnaires*, Tehran: Avae Noor Publishing. [In Persian].

- Ghaffari, G. Molaei, J. Momeni, H. (1397). *Investigating the Factors Affecting the Social Health of the Citizens of Ilam Province*, Social Development Quarterly, Volume 13, and Number 1, 37-66. [In Persian].
- Hallberg, R. Blomqvist, K. (2006). with reduced self-care capacity: the relationship to social, health and financial aspects, *Journals Clinical Nursing*, 15 (5), 607-618.
- Henrich, J, Bauer, M, Cassar, A, Chytilov, J, Purzycki, G. (2020). War increases religiosity, *Nature Human Behaviour*, *Journal nature human behavior*, 56 (9).
- Heidarkhani, A. Nourbakhsh, Y. Ghanbari, N. (2015). Investigating the Relationship between Religiosity and Social Health of Youth in the Suburbs of Kermanshah, *Journal of Dowry Planning and Social Development*, Volume 6, and Number 30, 31-66. [In Persian].
- Hosseini, M. (1397). Religiosity in the Contemporary World, Tehran: Nissan Publications. Health (Case Study: Students of Payame Noor Marand University), *Journal of Social Sciences, Faculty of Literature and Humanities, Ferdowsi University of Mashhad*, Volume 12, 168-167. [In Persian].
- Farzaneh, N. (2013). *The Relationship between Social Health and Religiosity and Spirituality and Predicting Social Health through Religiosity*, the Second Iranian Congress of Social Psychology. [In Persian].
- Idrisi, L. Sheikhzadeh, L. Bozorgi, M. (1395). The effect of the feeling of social security on the social health of physicians (Case study: physicians in Tehran), *Scientific Journal of the Organization of the Medical System of the Islamic Republic of Iran*, Volume 34, Number 3, 215-234.
- Ian, M, Chairman, O (2006). *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*, Oxford University, New York.2006.
- Lefevor, G Davis, E Paiz, J & Smack, A. (2021). The relationship between religiousness and health among sexual minorities: A meta-analysis. *Psychological Bulletin. Advance online publication.* <https://doi.org/10.1037/bul0000321>.
- Tawasul, M. (1393). Social Health: Dimensions, Axes and Indicators in Global and Iranian Studies, *Journal of Ethics and Biology*, Volume 4, Number 14, 115-135.
- Taha (1393). *CMA2 Meta-Analysis Software Application Guide*, Sociologists Publications. [In Persian].
- Shojaei, Z. (1380). *Religion, Society and Secularization: Essays in the Sociology of Religion*, Tehran: Markaz Publishing. [In Persian].
- Serajzadeh, H. Javaheri, F. Velayati, S. (1392). Religion and Health: *The Test of the Effect of Religiosity on Health among a Sample of Students*, Volume 24, Number 1, 55-77. [In Persian].
- Shahmirzaloo, H. Rafiei, H. Mousavi, M. Ghaedamini, H. Gholamreza, H.

- Safa, Z. (1398). *Investigating the relationship between the components of religiosity and social health in adults in Tehran*. [In Persian].
- Sara, A. (1392). Assessing social health and its related factors among households in Tabriz, *Quarterly Journal of Sociological Studies*, Volume 3, Number 10, 27-44. [In Persian].
- Salleh, M. (2019). Religiosity in Development: A Theoretical Construct of an Islamic-Based Development, *International Journal of Humanities and Social Science*, 2019, 2 (14), 264- 274.
- Rezadoust, K. Hosseinzadeh, A. Rostami, A. (1398). A Study of Sociological Factors Affecting the Social Health of Students of Shahid Chamran University of Ahvaz, *Social Development Quarterly*, Volume 12, Number 1, 1-30. [In Persian].
- Rahmani Khalili, E. (1399). Social health as a result of religiosity, voluntary participation and social bonding, *Quarterly Journal of Cultural Sociology*, Volume 11, Number 3, 117-143. [In Persian].
- Rahmani, K. (2020). Social health guide of religiosity, voluntary participation and social bonding, *Cultural Research Society*, year 11, No. 3, 117 - 143. [In Persian].
- Rad, F. Fatemeh; M. (1394). *Religion and Health: A Study of the Relationship between Religiosity and Social Raei*, [In Persian].
- Ryan, T. Cragun, J, Sumerau, E, Alexandra, C. (2016). Do religiosity and spirituality really matter for social, mental, and physical health? *A tale of two samples*, *Sociological Spectum*, 6, 359 -377.
- Purstar, M. Hekmati, I. (1389). Predicting Social Health Based on Religious Beliefs among Female Students, *Quarterly Journal of Women and Family Studies*, Volume 2, Number 7, 27-40. [In Persian].
- Parsa M. Asghari Y. (1394). Investigating the Relationship between Psychosocial Health and National and Religious Identity among High School Students in Yazd, *Quarterly Journal of Education*, No. 126, 31-46. [In Persian].
- Niazi, M. Sakhaei, A. (1399). Investigating the Impact of Sociological Structures on Social Health (Case Study: Citizens of Tehran), *Quarterly Journal of Social Studies*, 37-77. [In Persian].
- Maller, J. (2016). Promoting children's mental, emotional and social health through contact with nature: a model, *Journals Health Education*, 109 (16).
- Meng, P, Fang, P, Liu, X, Beibei, Y, Jin, X. (2015). Consolidating the social health insurance schemes in China: towards an equitable and efficient health system, *Journals the lanset*, 386 (10002), 1484 – 1492.
- Movahed, M. Karami, F. (2019). Religiosity and Health: The Relationship between Religiosity and Health-Oriented Lifestyle among Citizens of Shiraz, *Sociology of Social Institution*, No. 6, No. 13, 127 - 148. [In Persian].

- Marmot, M. Wilkinson, R. (2015). *Social Determinants of Health*, University College London, London.
- Keyes, C. Lee, M. & Shapiro, A. (2004). *Social well-being in the United States: A Descriptive Epidemiology*. 2004.
- Krause, N. (1995). Religiosity and Self-Esteem among Older Adults, *the Journals of Gerontology: Series B*, 50 (5), 236–246.
- Koenig, H. (2012). Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications, *International Scholarly Research Network*, 33, 1-34.
- Khalek, A. (2016). Happiness, health, and religiosity: *Significant relations*, 9 (1), 85 -97.
- Krause, N. (2003). Religious meaning and subjective wellbeing in late life. *The Journal of Gerontology*, 58, 160170.
- Ommeren, M, Saxena, SH, Saraceno, B. (2019). Mental and social health during and after acute emergencies: emerging consensus? *Journal Public Health*, 56 (4).
- Zerbetto, S, Martins, A, Santile, N, Frari, S, Giovannetti, G. (2017). Religiosity and spirituality: *mechanisms of positive influence on the life and treatment of alcoholics*, 21(1).
- Zare, S. Kazemi, S. (1394). Investigating the Factors Affecting the Social Health of Primary School Teachers in District One of Yazd City, *Yazd School of Health Bi-Quarterly*, Volume 14, Number 6, 50-67.
- Garssen, B., Visser, A., & Pool, G. (2021). Does spirituality or religion positively affect mental health? Meta-analysis of longitudinal studies. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 31(1), 4-20.
- Van Elk, M. (2021). *Assessing the Religion-Health Relationship: Introduction to the Meta-analysis by Garssen et al., and Two Commentaries*.
- Weare, K. (2002). *Promoting Mental, Emotional, and Social Health: A Whole School Approach*, London, Social Health, 2002.

استناد به این مقاله: نیازی، محسن، سخایی، ایوب، خداکریمیان گیلان، ندا، حامی کارگر، فاطمه، امیدوار، آزاد. (۱۴۰۰). فرا تحلیل مطالعات ناظر به رابطه دین‌داری و سلامت اجتماعی در ایران (مورد مطالعه: پژوهش‌های داخلی ۱۳۸۹ – ۱۳۹۹)، فصلنامه علوم اجتماعی، ۲۸(۹۳)، ۱-۳۳.

DOI: 10.22054/QJSS.2022.60213.2379



Social sciences is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License...



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی