

نوع مقاله: پژوهشی

صفحات ۱۵۲ - ۱۲۳

بررسی مقایسه‌ای تأثیر باورهای مذهبی بر سلامت اجتماعی نخبگان و غیرنخبگان (موارد مطالعاتی: اعضای هیئت علمی دانشگاه و شهروندان تهرانی)

۱ سارا حاجی مظفری

۲ نیر پیر اهری

۳ شیده پرنیان

چکیده

نوشتار حاضر به بررسی تحلیلی و مقایسه‌ای بین باورهای مذهبی و سطح سلامت اجتماعی در دو جامعه نخبگان و غیرنخبگان پرداخته است. چارچوب نظری پژوهش بر مبنای نظریه‌های کبیز، و دیدگاه نظریه پردازان کارکردگرا می باشد. در پژوهش حاضر از روش پیمایش استفاده شد و جامعه‌های آماری آن را اعضای هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز و شهروندان فاقد تحصیلات آکادمیک شهر تهران تشکیل دادند. حجم نمونه آماری جامعه نخبگان ۲۶۵ نفر و جامعه غیرنخبگان ۳۸۵ نفر برحسب فرمول کوکران برآورد گردید. تحلیل داده‌ها با نرم افزار SPSS انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که بین باورهای مذهبی و سلامت اجتماعی در جامعه نخبگان و غیرنخبگان رابطه مستقیم معنی دار وجود دارد. از میان ابعاد باورهای مذهبی، بعد عمل به وظایف با هیچیک از ابعاد سلامت اجتماعی بجز پیوستگی اجتماعی رابطه معنی دار ندارد. همچنین رابطه بعد اعتقادی و عاطفی مذهب با سلامت اجتماعی جامعه نخبگان بیشتر از جامعه غیرنخبگان است. از طرفی متغیرهای زمینه‌ای سن، درآمد، تحصیلات با سلامت اجتماعی رابطه معنی دار دارد. همچنین متغیرهای عواطف مذهبی، تحصیلات، عمل به وظایف مذهبی و سن به ترتیب ۲۱/۷ درصد از تغییرات سلامت اجتماعی را تبیین می کنند.

واژگان کلیدی

سلامت اجتماعی، باورهای مذهبی، نخبگان، غیرنخبگان.

۱. دانشجوی دکتری رشته جامعه‌شناسی، گرایش بررسی مسائل اجتماعی ایران، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران. (مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده می باشد)

Email: saramozafari20@yahoo.com

۲. استادیار گروه جامعه‌شناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران. (نویسنده مسئول)

Email: n_pirahari@yahoo.com

۳. استادیار گروه جامعه‌شناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران.

Email: shidehparnian1138@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۰/۱۲ پذیرش نهایی: ۱۳۹۹/۱۲/۲۷

طرح مسأله

سلامت شرط ضروری برای ایفای نقش‌های اجتماعی است و انسان‌ها در صورتی می‌توانند فعالیت کامل و مؤثر داشته باشند که هم خود را سالم احساس کنند و هم جامعه آن‌ها را سالم بدانند. از سلامت تعاریف متعددی مطرح شده که عموماً در دو سطح فردی و اجتماعی قابل طرح هستند و پذیرفته شده‌ترین آن‌ها تعریف سازمان جهانی بهداشت است که سلامت را حالت رفاه و آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی می‌داند. این تعریف مشخص می‌کند که بهره‌مندی اشخاص از سلامت فردی (جسمی و روانی) نمی‌تواند تعریف جامعی از سلامت وی باشد و توجه به بعد اجتماعی سلامت اهمیت ویژه‌ای دارد. آنچه که در پژوهش حاضر مدنظر است نیز بعد اجتماعی سلامت یا همان مفهوم سلامت اجتماعی است. آنچه مسلم است اینکه سلامت یک موضوع چند بعدی است و بنابراین ایجاد، حفظ و ارتقای آن در جامعه، امری پیچیده و دشوار بوده و پیاده‌سازی آن نیازمند وجود مشارکت و همکاری بین آحاد جامعه و بخش‌های مختلف آن است. عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت بیان می‌دارد که نمی‌توان انتظار داشت تنها یک نهاد، وزارت خانه یا اداره مسئول تأمین، حفظ و ارتقای سلامت اجتماعی در جامعه باشد، بلکه تمامی حوزه‌ها و نهادهای جامعه به نوعی در این زمینه نقش دارند. در واقع این موضوع که مراقبت‌های پزشکی می‌توانند باعث افزایش طول عمر یا بهبودی از یک بیماری جدی شوند؛ درست است اما آن چیزی که برای سلامت جمعیت مهم است، شرایط اقتصادی - اجتماعی و اخلاقی است که باعث می‌شود مردم بیمار شوند یا نیاز به مراقبت پزشکی داشته باشند. (میرزائی و همکاران، ۱۳۹۶) بی‌توجهی به عوامل اجتماعی سلامت حتی بسیار بیشتر از عوامل بیولوژیک می‌تواند سبب بروز بیماری شود و بدون توجه به این مسائل دست‌یابی به اهداف سلامت غیرممکن است. تأمین و حفظ سلامتی یکی از اهداف عالی انسان بوده که برای تحقق این هدف تمام کشورها بخش قابل توجهی از سرمایه‌های مادی و معنوی خود را به این امر اختصاص می‌دهند. (سراج زاده و همکاران، ۱۳۸۷) برای اینکه هر انسانی بتواند به طور مؤثر و سازنده، قادر به انجام کارها باشد، به خوبی با دیگران و محیط پیرامون ارتباط برقرار نماید و با دید منطقی به واقعیت‌های زندگی بنگرد باید از سلامت به ویژه از سلامت اجتماعی برخوردار باشد. سلامت اجتماعی توانایی انجام نقش‌های اجتماعی به طور مؤثر و کارآمد بدون آسیب رساندن به دیگران است. (افشانی و همکاران، ۱۳۹۶)

از سویی دیگر، اهمیت و ضرورت طرح موضوع مذهب بویژه باورهای مذهبی از جهات مختلف در عصر جدید احساس می‌شود. اهمیت باورها و نهادهای دینی بر انسان و زندگی فردی و اجتماعی او کاملاً مشهود است. نیاز انسان به دین قدمتی به عمر تاریخ دارد. زیرا بشر از همان

آغاز زندگی خود به حامی مقتدر و تکیه گاهی نیرومند احساس نیاز کرده است. (حاتمی، ۱۳۸۹) دینداری عبارت است از مجموعه شناخت‌ها، احساس‌ها و تمایلات نسبتاً پایدار و مثبت نسبت به دین که در وضعیت عادی، طبیعی، اجتماعی و روانی در فرد وجود داشته باشد و در کنش‌های وی نسبت به نیروی جذاب (خداوند) جهان، خود، جامعه و تاریخ به ظهور میرسد. بنابراین دینداری عبارت است از پذیرش تمام یا بخشی از عقاید، اخلاقیات و احکام دینی به نحوی که شخص دیندار خود را ملزم به تبعیت و رعایت از این مجموعه بداند. (حشمت یغمایی، ۱۳۸۰)

دینداری یکی از مؤلفه‌های مهمی است که در تبیین سلامتی مؤثر است؛ زیرا با ایجاد یک روح جمعی، شور و شوق مذهبی و گسترش احساسات همگانی از طریق مناسک و مراسم جمعی می‌تواند زمینه‌های لازم برای پیوند بین اعضا و انسجام اجتماعی را فراهم آورد. آیین‌های مذهبی مردم را گرد هم می‌آورند و بدین سان پیوندهای مشترک شان را دوباره تصدیق می‌کند و در نتیجه همبستگی اجتماعی را تحکیم می‌بخشد (بعد مناسکی). (سراج زاده و همکاران، ۱۳۹۲) همچنین باورها و اعتقادات دینی از طریق ایجاد هدف و معنی در زندگی، گسترش روابط اجتماعی و احساس تعلق موجبات آرامش را فراهم می‌آورد و از بروز احساس تنهایی و انزوا در فرد جلوگیری می‌کند (بعد اعتقادی). (دولت‌شاهی و همکاران، ۱۳۸۴) فرد معتقد، احساس می‌کند در زندگی سراسر مادی، یک نقطه‌ی اتکالی معنوی دارد (همیلتون، ۱۳۹۱) و با این تفکر فرد خود را به معبودش وا می‌گذارد و خود را در ارتباط بسیار نزدیک با خدا دانسته و اعتماد و اطمینان او به یاری و کمک خداوند افزایش می‌یابد؛ لذا به کمک رحمت الهی در حل مشکلات خود امیدوارتر می‌شود و نگرش او در برخورد با استرس‌ها تغییر می‌کند. (دولت‌شاهی و همکاران، ۱۳۸۴) این تغییر نگرش به شکل مثبت باعث احساس امید، احساس نزدیک بودن به دیگران، فرصت خودشکوفایی، احساس راحتی، نزدیکی به خدا و کمک به حل مشکلات می‌گردد (بعد عاطفی). دستورالعمل‌های دینی نیز افراد را به ارتباط با افراد دیگر و یاری رساندن به یکدیگر فرا می‌خواند و این امر ادراک افراد دیندار را از حمایت اجتماعی افزایش می‌دهد (بعد وظایف). (قمری، ۱۳۹۰) حمایتی که امکان حفظ و تداوم سلامت اجتماعی را فراهم می‌آورد. در مجموع جامعه دیندار، دارای انسجام، وحدت، یکپارچگی و همبستگی بالایی است و شهروندان، اخلاق محور بوده و سلامت در روابط خانوادگی و اجتماعی وجود داشته و نیز از روحیه تعاون و همکاری بالایی برخوردارند و در برابر سرنوشت یکدیگر احساس مسئولیت می‌کنند. بنابراین یکی از کارکردهای دین بطور غیرمستقیم ایجاد جامعه‌ای توأم با سلامت اجتماعی بوده است و نبود دین موجبات گسترش رفتارهای انحرافی چون بزهکاری و خودکشی، احساس تنهایی، بدبینی، عدم اعتماد به دیگران و رضایت کمتر از زندگی را فراهم می‌سازد که این مهم باعث تخریب سلامت اجتماعی افراد در جامعه می‌گردد. (افشانی و همکاران، ۱۳۹۶) از نگاه جامعه‌شناسی دین

امری گروهی و اجتماعی است و مذهبی بودن فرد منشأ اجتماعی دارد و وظیفه جامعه شناس دین تبیین و توضیح وجود باورداشته‌ها و عملکردهای مذهبی در جوامع بشری چه جوامع ابتدایی و چه جوامع پیشرفته است. جامعه شناسی دین بطور کلی بر نقش دین در اجتماع و همچنین تأثیر آن برحالت شخص با ایمان تمرکز دارد. در جوامع سنتی دین معمولاً نقش اساسی در زندگی اجتماعی دارد. نمادها و شعائر دینی غالباً با فرهنگ مادی و هنری جامعه طوری ترکیب یافته که نمی‌توان آن‌ها را به سادگی از هم جدا کرد ولی در جوامع مدرن و امروزی این وضعیت تاحدی تغییر یافته است. (شعیری، ۱۳۸۶: ۳۸) براون از مردم شناسان کارکردگرا در رابطه با دین می‌گوید ما با سرچشمه‌های دین کاری نداریم بلکه تنها به کارکردهای اجتماعی آن نظر داریم یعنی می‌خواهیم بدانیم که دین در شکل‌گیری و نگه‌داشت نظم اجتماعی چه نقشی بازی می‌کند. (شجاعی زند، ۱۳۸۶: ۵۲) از آنجا که کشور ما ایران بر پایه حکومت اسلامی اداره می‌شود علاوه بر قوانین مدون ملی، در دین مقدس اسلام نیز برای نیل به هدف سلامت، دستورات صریحی بیان شده است. مناسک دینی به افراد انضباط شخصی و زهدگرایی که از ضروریات زندگی اجتماعی انسان است می‌آموزند و به این ترتیب آنان را برای زندگی اجتماعی آماده می‌کنند. مراسم دینی مردم را گرد هم جمع می‌کند و از این رو پیوندهای مشترک آن‌ها را تثبیت و انسجام اجتماعی را تقویت می‌نماید. اعضای جامعه از طریق مراسم دینی، از میراث اجتماعی خود عمیقاً آگاه می‌شوند و اصلی‌ترین عناصر وجدان جمعی زنده می‌مانند. سرانجام اینکه دین در پیروانش احساس خوش سعادت و خوشبختی اجتماعی و اخلاق کاربردی در زندگی اجتماعی را بوجود می‌آورد. (سراج زاده و همکاران، ۱۳۸۷)

یکی از گروه‌های نیرومند اجتماعی در جوامع معاصر نخبگان (روشنفکران) هستند که سرآمد تحولات و تغییرات بسیاری بوده‌اند. در طول سالیان گذشته نفوذ آن‌ها افزایش روزافزون داشته است. در واقع برآمدن روشنفکران عامل اصلی در شکل دادن به باورها، جهان بینی و بطور کلی پاره‌ای از عملکردهای فردی - اجتماعی بوده است. نخبگان از همان آغاز داعیه راهنمایی و هدایت جامعه را داشته‌اند و در رسالت خویش حفظ و حراست از نوآوری‌ها و هنجارهای فکری، رفتاری، اخلاقی، ایدئولوژیکی، فرهنگی و مذهبی را در دستور کار خود قرار داده‌اند. جامعه ما نیز در سده‌های گذشته از تأثیرگذاری و تحول‌آفرینی این گروه برکنار نبوده است و ردپای این قشر همیشه مشهود می‌باشد. اما امروزه با توجه به بروز برخی شرایط و زمینه‌های ذهنی - اقتصادی - فکری آنگونه که انتظار می‌رود نتوانستند رسالت خود را به نحو مطلوب و تأثیرگذار ایفا نمایند و به گونه‌ای نقش اجتماعی خویش را نسبت به گذشته محدودتر کرده‌اند که این امر به نوعی سلامت اجتماعی این گروه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از اینرو درصدد هستیم که با دیدگاهی مقایسه‌ای به بررسی سلامت اجتماعی این قشر از جامعه با

قشری از مردم عامه جامعه که فرصت یا امکان تحصیلات آکادمیک را نداشته‌اند بپردازیم تا تفاوت سطح سلامت اجتماعی را بر مبنای متغیر باورهای مذهبی در هر دو قشر بسنجیم. متغیر باورهای مذهبی به عنوان یکی از ریشه‌دارترین عناصر اجتماعی در جامعه ایران انتخاب شده است تا علاوه بر رابطه بین این دو متغیر، به بررسی تفاوت رابطه باورهای مذهبی بر سلامت اجتماعی در هر دو گروه پرداخته‌ایم. با ظهور ویروس کرونا انتظار می‌رود سطح سلامت اجتماعی در کشور سیر نزولی داشته باشد. از طرفی با توجه به شواهد اخیر موجود، لزوم بکارگیری مذهب، باورداشت‌های دینی و اخلاق کاربردی ناشی از مذهب در سطح جهان افزایش پیدا کرده است که می‌تواند زمینه‌ساز افزایش سلامت اجتماعی در افراد جامعه شود. پژوهش‌های صورت گرفته مرتبط با محتوای نوشتار حاضر از جمله جیدرختی و همکاران (۱۳۹۶)، راد و همکاران (۱۳۹۴)، میرزاحمدی و همکاران (۱۳۹۰)، لوچتی و همکاران (۲۰۲۰)، زیمیر و همکاران (۲۰۱۹) و پاول (۲۰۰۷) هر کدام از جنبه‌های مختلف سلامت اجتماعی را مورد تجزیه و تحلیل قرار داده‌اند و ارتباط متغیرهای مختلفی را با سلامت اجتماعی بررسی کرده‌اند. اما در پژوهش‌های دینی داخلی نگاه مقایسه‌ای بکار نرفته است (صرفاً در تحقیقات خارجی مقایسه جمعیت‌ها صورت گرفته است) که این مهم جزء اهداف اصلی این نوشتار می‌باشد. از طرفی دیگر جامعه‌های آماری مورد بررسی، در هیچ‌یک از پژوهش‌های داخلی تا بحال از جنبه مذهبی مورد بررسی قرار نگرفته‌اند و تنها در پژوهش حاضر صورت گرفته که می‌توان از نتایج آن در راستای تقویت ابعاد مختلف مذهبی در گروه‌های هدف استفاده کرد. سوال اصلی از این قرار است که آیا بین باورهای مذهبی و سلامت اجتماعی در جامعه نخبگان و غیرنخبگان رابطه وجود دارد؟ همچنین با نگاه به تفاوت رابطه در هر دو جامعه آماری مورد بررسی، می‌توان تبیین منحصربفردی را از کارکرد باورهای مذهبی با سلامت اجتماعی ارائه داشت. از آنجا که در جامعه کنونی زندگی بدون در نظر گرفتن اجتماع و مناسبات اجتماعی قابل تصور نیست؛ لذا انسان عصر حاضر، بدون ارتباط با دیگران قادر به برآوردن نیازهایش نمی‌باشد. لذا به منظور سهولت در برقراری ارتباط اجتماعی معقول در جامعه نیاز به جامعه‌پذیری باورهای مذهبی و به عبارتی اخلاق اجتماعی در جامعه دارد که در نهایت منجر به ارتقای سلامت اجتماعی در جامعه خواهد گردید.

نظریه‌های پژوهش

نظریات دینداری

اینکه دین وجه امتیاز اصلی بشر است، شکی نیست. از دیدگاه جامعه‌شناختی، دین به عنوان یک نهاد اجتماعی، کارکردهای اساسی مانند انضباط، انسجام، حیات بخشی و خوشبختی آفرین دارد که فقدان آن بقای جامعه را مخدوش می‌سازد (گیویان، ۱۳۷۷) دینداری به عنوان

واقعیت اجتماعی در رویکرد جامعه‌شناسان مورد تأمل و مطالعه قرار گرفته که دارای آثار و پیامدهای اجتماعی نیز می‌باشد.

وبر؛ مهمترین نظریه وبر به تأثیر جنبش اصلاح طلبانه پروتستان‌ها و انقلاب صنعتی که چند قرن پیش از این اتفاق افتاده است. اما چنانچه جهان بینی عقلانی، بدینی گسترده‌ای را نسبت به وجود خدا و اعتقاد به متافیزیک بوجود می‌آورد، پس باید انتظار داشت آن جوامعی که اعتماد بیشتری به علم دارند، کمتر دین‌دار باشند. (اینگلهارت، ۱۳۸۲: ۲۵) ادعای اصلی در استدلالات وبر این است که اشاعه شناخت علمی و سطوح افزایش یابنده تحصیلات موجب گرایش عمومی به جهان بینی عقلانی تر در همه جوامع صنعتی می‌شود. اگر این ادعا درست باشد، پس باید شاهد این باشیم که غیردینی شدن در میان تحصیل کرده‌ترین اقشار جامعه و کسانی که به علم اهمیت می‌دهند و به آن احترام می‌گذارند بیش از همه پیش رفته باشد. به عقیده وبر با افزایش تحصیلات و افزایش آگاهی شناختی از عقلانیت انسانی، از اهمیت اعتقادات دینی کاسته می‌شود. از طرف دیگر اگر همانطور که برخی از دانشمندان علوم اجتماعی استدلال کرده‌اند که در جوامع شهری جدید تحصیلات شاخص اصلی منزلت و موقعیت اجتماعی است، والدین تحصیل کرده دانشگاهی به منظور حفظ منزلت و موقعیت اجتماعی خانواده اصرار دارند که فرزندان‌شان بیشتر درس بخوانند تا مانند آن‌ها تحصیلات عالی بدست می‌آورند و تأکید کمتری به انجام مراسم، مناسک و سایر امور مذهبی فرزندان‌شان نشان می‌دهند. به زبان جامعه‌شناختی در این خانواده‌ها، فشار هنجاری درون خانوادگی (والدین) نسبت به انجام مناسک و فرایض مذهبی فرزندان کمتر از سایر خانواده‌هاست و این فشار هنجاری بیشتر معطوف به درس خواندن فرزندان است. (طالبان، ۱۳۷۸: ۳۱، ۳۳)

دورکیم؛ نظریه پرداز است که بیشترین تأثیر را بر جامعه‌شناسی دین داشته است. او با رهیافت کارکردگرایانه به بررسی تأثیر دین می‌پردازد. آنچه دورکیم را به بررسی دین وادار کرد علاقه اولیه او به تنظیم اجتماعی بود. توجه او به نیروهای نظارت درونی شده در وجدان فردی، جلب شد. او مجاب شده بود که جامعه باید در درون فرد حضور داشته باشد و چنین بود که به موضوع دین پرداخت و آن را نیرویی دانست که در درون فرد احساس الزام اخلاقی و هواداری از درخواست‌های جامعه را ایجاد می‌کند. (کوزر، ۱۳۷۷: ۱۹۷)

ما می‌توانیم حداقل به عنوان یک امکان، به این نظریه توجه داشته باشیم که دین مانند اخلاق و قانون، بخش مهم و حتی اساسی دستگاه اجتماعی و جزیی از آن نظام پیچیده‌ای است که انسان‌ها می‌توانند به وسیله آن در یک تنظیم سامان‌مند روابط اجتماعی با هم زندگی کنند. بر مبنای این دیدگاه ما کاری با سرچشمه‌های دین نداریم، بلکه تنها به کارکردهای اجتماعی آن نظر داریم، یعنی می‌خواهیم بدانیم که دین در شکل‌گیری و نگهداشت نظم اجتماعی چه نقشی

را بازی می‌کند. رادکلیف براون نیز مانند رابرتسون اسمیت بر این عقیده است که عملکرد مذهبی از باورداشت‌های مذهبی بیشتر اهمیت دارد. به نظر براون باورداشت‌ها، دلیل تراشی‌ها و توجیه‌های مناسک‌اند. از همین روی برای شناخت دین نخست باید به مناسک توجه داشته باشیم. پس کارکرد اجتماعی مناسک است که کلید شناخت دین را به دست ما می‌دهد. (۱۹۷، ۱۹۹)

عده‌ای از نظریه پردازان به دین از دیدگاه کارکردی توجه کرده‌اند: نظریه پرداز کارکردگرا، بینگر^۱ معتقد است، گرچه دین نیازهای اساساً روانی بشر را فراهم می‌سازد؛ اما یک پدیده اجتماعی است. چرا که به نظر او باورداشت‌های شخصی تا وقتی که تعلق اجتماعی نیافته‌اند نمی‌تواند موجب یک دین باشند. (شجاعی زند، ۱۳۸۰: ۴۵) بدین سان دین ریشه‌ای دوگانه دارد، زیرا هم نیازهای فردی و هم نیازهای گروهی را برآورده می‌سازد. دین نیازهای گروهی را بیشتر از طریق کارکردهایی که برای افراد جامعه دارد، برآورده می‌کند.

هاری آلپر، پژوهشگر دورکیمی، چهار کارکرد عمده دین را از نظر دورکیم، انضباط بخشی، انسجام بخشی، حیات بخشی و خوشبختی می‌داند. (کوزر، ۱۳۷۷: ۲۰) همچنین اینگلهارت یکی از کارکردهای مذهبی را کمک به ارضای این نیاز انسان می‌داند که از کجا آمده ایم و به کجا خواهیم رفت. (نیکخواه، ۱۳۸۰: ۷) پارسونز دین را به عنوان عامل سازوکار مهم نظارت اجتماعی، یگانگی و همبستگی و در عین حال عامل افتراق، تقسیم، مبارزه و جنگ‌هایی که برانگیخته شده است، می‌داند. (گی روشه، ۱۳۷۶: ۲۲۱)

نظریه سلامت اجتماعی

سلامت اجتماعی یا فقدان آن، دغدغه‌ای بارز در نظریه کلاسیک جامعه‌شناسی است. با وجود این اهمیت مفاهیمی چون "هرج و مرج" و "ازخودیگانگی" که مورد توجه مارکس و دورکیم قرار داشته، آن‌ها به بحث درباره ابعاد چندگانه سلامت اجتماعی مثبت هم پرداخته‌اند. (کیزز، ۱۹۹۸) از جمله فواید بالقوه زندگی اجتماعی، یکپارچگی و انسجام اجتماعی است که به معنای احساس تعلق و وابستگی درونی و احساس وجدان مشترک و سرنوشت جمعی است. (کیزز، ۱۹۹۸) بلوک^۲ و برسلو^۳ برای اولین بار در سال ۱۹۷۲ به مفهوم سلامت اجتماعی در قالب پژوهشی آن، در ایالت کالیفرنیا آمریکا پرداخته و آن را با درجه عملکرد اعضای جامعه مطابق دانسته‌اند. این مفهوم را چند سال بعد دونالد^۴ و همکارانش در سال ۱۹۷۸ مطرح کردند. استدلال آن‌ها این بود که سلامت امری فراتر از گزارش علائم بیماری، میزان بیماری‌ها و قابلیت‌های

- 1 . J. M. Yinger
- 2 . Beloc
- 3 . Berslo
- 4 . Doonald

کارکردی فرد است. آن‌ها معتقد بودند که رفاه و آسایش فردی امری متمایز از سلامت جسمی و روانی است. (محسنی، ۱۳۹۳: ۲۲) گلداسمیت^۱، راسل^۲ (۱۹۷۳) و لارسون^۳ (۱۹۹۳) در سال‌های بعد به مفهوم سلامت اجتماعی پرداخته‌اند. وجه مشترک تمام این تعاریف، تأکید بر اهمیت بعد اجتماعی سلامت و نیز چگونگی ارتباط فرد با دیگران و جامعه است. لارسون سلامت اجتماعی را ارزیابی رفتارهای معنادار مثبت و منفی فرد در ارتباط با دیگران تعریف می‌کند و آن را یکی از اساسی‌ترین شاخص‌های سلامت هر جامعه‌ای برمی‌شمارد که منجر به کارایی فرد در جامعه خواهد شد. (موسوی و شبانی، ۱۳۹۴: ۱۲۷)

کیبیز^۴، مهمترین و اثرگذارترین نظریه پرداز حوزه سلامت اجتماعی به شمار می‌رود. وی از جامعه‌شناسان پیشتاز در زمینه مفهوم سازی و سنجش سلامت اجتماعی در سطح خرد است. او سلامت اجتماعی را عبارت از چگونگی ارزیابی فرد از عملکردش در برابر اجتماع می‌داند. از نظر کیبیز فردی از سلامت اجتماعی برخوردار است که اجتماع را به صورت یک مجموعه معنادار، قابل فهم و بالقوه مفید برای رشد و شکوفایی بداند و احساس کند که به جامعه تعلق دارد، از طرف جامعه پذیرفته می‌شود و در پیشرفت آن سهیم است. کیبیز سلامت اجتماعی را با ارائه مقیاسی بصورت جامع تر و با شمول ابعاد اجتماعی و محیطی زندگی فرد مفهوم سازی نمود. وی در مطالعات خود، فرض را بر این می‌گذارد که افراد کیفیت زندگی و عملکرد شخصی شان را با معیارهای اجتماعی شان ارزشیابی می‌نمایند. مدل چند وجهی سلامت اجتماعی کیبیز شامل پنج عنصر است که میزان کارکرد بهینه افراد را در عملکرد اجتماعی شان معلوم می‌کند. این پنج عنصر عبارتند از: یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پیوستگی اجتماعی. (کیبیز، ۱۹۹۸)

یکپارچگی (همبستگی) اجتماعی^۵، ارزیابی کیفیت رابطه فرد با جامعه و اجتماع است. منظور از یکپارچگی اجتماعی، ارزیابی یک فرد با در نظر گرفتن کیفیت همراهی او با جامعه اطرافش است. (کیبیز، ۱۹۹۸) احساس تعلق می‌تواند جنبه‌ای محوری از سلامت باشد. بنابراین یکپارچگی با دیگران در محیط و جامعه اطراف باید حاصل یک تجربه مشترک شباهت با دیگران باشد. (کیبیز و شاپیرو، ۲۰۰۴) نبود حس یکپارچگی اجتماعی در بالاترین سطح خود به خودکشی می‌انجامد. یکپارچگی اجتماعی متکی بر مفاهیمی چون انسجام اجتماعی^۶ (دورکیم)، بیگانگی

- 1 . Gold Smith
- 2 . Russell
- 3 . Larson
- 4 . Keyes
- 5 . Social integration
- 6 . Social cohesion

فرهنگی^۱ و انزوای اجتماعی^۲ (سیمن) و آگاهی طبقاتی مارکس است. از نظر دورکیم هماهنگی اجتماعی و سلامت اجتماعی بازتابی از ارتباط افراد با یکدیگر از طریق هنجارهاست. (کیبیز، ۱۹۹۸) افراد سالم احساس می‌کنند که بخشی از جامعه هستند بنابراین این حس یکپارچگی تا اندازه‌ای است که مردم احساس می‌کنند چیزی مشترک با دیگران دارند که واقعیت اجتماعی شان را شکل می‌دهد و همچنین تا اندازه‌ای است که آن‌ها احساس می‌کنند متعلق به اجتماع و جامعه هستند. (کیبیز، ۱۹۹۸)

پذیرش اجتماعی^۳ به معنی تفسیر فرد از جامعه و ویژگی‌های دیگران و زیربنای اجتماع از طریق شخصیت و کیفیت مردم دیگر به عنوان یک مقولهٔ تعمیم یافته است. (موسوی و شبانی، ۱۳۹۴: ۲۰۱) پذیرش اجتماعی مصداق اجتماعی پذیرش خود است. افرادی که نگرش مثبتی به شخصیت خود دارند و جنبه‌های خوب و بد زندگی خود را توأمان می‌پذیرند، نمونه‌هایی از سلامت روانی و اجتماعی هستند. افرادی که پذیرش اجتماعی دارند به دیگران اعتماد می‌کنند و فکر می‌کنند که دیگران ظرفیت محبت را دارند و همچنین معتقدند مردم می‌توانند هم کوشی داشته باشند. کسانی که دیگران را می‌پذیرند به این درک رسیده‌اند که افراد به طور کلی سازنده هستند. مردمی که پذیرش اجتماعی دارند، دیدگاه خوبی در مورد ماهیت انسان دارند و با دیگران احساس راحتی می‌کنند. در واقع پذیرش اجتماعی به معنی گرایش مثبت نسبت به افراد، تصدیق دیگران، و بطور کلی پذیرفتن افراد با وجود برخی رفتارهای سردرگم‌کننده و پیچیده آن‌هاست. در پذیرش اجتماعی، اجتماع و مردم آن با همهٔ نقص‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی، باور و پذیرفته می‌شوند. (کیبیز و شاپیرو، ۲۰۰۴)

مشارکت اجتماعی^۴، یعنی ارزیابی ارزش‌های اجتماعی یک فرد. این شاخص بر این باور استوار است که فرد یک عضو حیاتی از جامعه است و با خود ارزشی به همراه دارد که آن را به جهان تزریق می‌کند. این بعد از سلامت اجتماعی معرف این است که این افراد فکر می‌کنند آنچه که انجام می‌دهند برای جامعه ارزشمند است یا نه؟ این نگرش هم راستا با درون‌مایه‌ای است که مارکس مطرح می‌کند مبنی بر اینکه انسان‌ها ماهیتاً زاینده‌اند. اگر بخواهیم از خودبیگانگی را به زبان اقتصادی مطرح کنیم عبارتست از کاهش ارزش زندگی یک فرد و فعالیت‌های روزمره‌ای که انجام می‌دهد. کیبیز معتقد است که ایفای سهم اجتماعی، با مفهوم سودمندی (خودکارآمدی) فردی که باندورا^۵ (۱۹۹۷) مطرح می‌کند همپوشانی دارد. (کیبیز،

- 1 . Cultural estrangement
- 2 . Social isolation
3. Social acceptance
- 4 . Social contribution
- 5 . Bandura

شکوفایی اجتماعی^۱، ارزیابی پتانسیل و خط سیر اجتماع است. این شاخص یعنی باور تکامل اجتماعی، این احساس که جامعه پتانسیل از قوه به فعل رسیدن را از طریق شهروندان و نهادهای اجتماعی دارد. شکوفایی اجتماعی شامل درک افراد از این موضوع است که آن‌ها هم از رشد اجتماعی سود خواهند برد و اینکه نهادها و افراد حاضر در جامعه به شکلی در حال شکوفایی اند که نوید توسعهٔ بهینه و مطلوب را می‌دهد؛ هرچند این امر برای همه افراد درست نیست. شکوفایی اجتماعی به موازات خودمختاری، به معنای توان جامعه برای کنترل فرد است. تمرکز اصلی در شناسایی پتانسیل اجتماعی هم معطوف به درون مایه پتانسیل اجتماعی و توسعهٔ آن به عنوان خودشناسی، خوشبختی و رشد فردی است. کارکرد بهینه ناشی از بازبودن فرد در برابر تجربیات تازه و تلاش برای رشد دائم است. شکوفایی اجتماعی همچنین ایده‌های مربوط به رشد و توسعه را در بر می‌گیرد. مردم سالمتر به شرایط و آینده جامعه امیدوارند و می‌توانند پتانسیل جامعه را بشناسند. (کبیز و شاپیرو، ۲۰۰۴)

پیوستگی اجتماعی^۲، درک کیفیت، سازماندهی و عملیات جهان اجتماعی است و به نگرانی کسب اطلاع راجع به جهان مربوط می‌شود. انسجام اجتماعی قابل قیاس با بی معنا بودن زندگی است و شامل دیدگاه‌هایی در این باره است که جامعه قابل سنجش و قابل پیش بینی است. از حیث روانشناختی، افراد سالم زندگی شخصی خود را با معنا و منسجم می‌بینند. (ریف، ۱۹۸۹) افرادی که از انسجام برخوردارند تلاش می‌کنند در هنگام مواجهه با رویدادهای غیرقابل پیش بینی، انسجام خود را حفظ کنند. انسجام اجتماعی درک فرد از کیفیت جهان اجتماعی خود و شیوهٔ سازماندهی و عملکرد آن است. این مقوله با قابلیت معنابخشی به وجود شخص است. (کبیز و شاپیرو، ۲۰۰۴) افرادی که سالمترند به ماهیت جهان اجتماعی خود علاقمندند و می‌توانند شیوهٔ عملکرد آن را درک کنند. کبیز معتقد است که انسجام اجتماعی عبارت است از درک این موضوع که "جامعه را می‌توان درک کرد و عقلانی و قابل پیش بینی می‌باشد". افراد سالم نه فقط مراقب نوع جهانی هستند که در آن زندگی می‌کنند، بلکه احساس می‌کنند که آن‌ها می‌توانند هر آنچه را که در اطرافشان رخ می‌دهد، احساس کنند. این قبیل افراد، خودشان را با این تفکر که در جهانی کامل زندگی می‌کنند، گول نمی‌زنند. آن‌ها میل به معنادار کردن زندگی را در خود داشته و پرورش می‌دهند. (کبیز، ۱۹۹۸)

1. Social actualization

2. Social coherence

پیشینه پژوهش

پیشینه خارجی

لوچتی و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهشی با عنوان " معنویت ، دینداری و پیامدهای سلامت روانی ناشی از فاصله گذاری اجتماعی در طول همه گیری ویروس کووید ۱۹ " به مطالعه شواهدی مبنی بر شدت تاثیرگذاری دین داری و معنویت در لحظه‌های بحرانی زندگی پرداختند که این باورها با نتایج بالینی همراه بود. هدف این مطالعه ارزیابی استفاده از مذهب و معنویت (۲ / S) در طی دوره همه‌گیری بیماری کووید ۱۹ در برزیل و بررسی ارتباط بین آنها با پیامدهای سلامت روانی فاصله گذاری اجتماعی بوده است. بکارگیری زیاد اعتقادات مذهبی و روحانی در دوران بیماری همه‌گیر استفاده از آن با پیامدهای سلامت روانی بهتری در ارتباط بودند. در سالهای اخیر استفاده از اعتقادات مذهبی و معنوی در این زمینه افزایش یافته است . سطوح پایین ترس در ارتباط با فعالیت‌های مذهبی بیشتر (یا) با فعالیت‌های مذهبی خصوصی بیشتر (یا) با فعالیت‌های مذهبی خصوصی بیشتر (یا) با تمام فعالیت‌های مذهبی خصوصی بیشتر (یا) با رشد معنوی بیشتر همراه بود. در نهایت ، امید با تمام متغیرهای مذهب و معنویت در درجات مختلف مرتبط بود. در نتایج این پژوهش گزارش شده است که به نظر می‌رسد مذهب و معنویت نقش مهمی در تسکین آلام ، پیامدهای سلامت و به حداقل رساندن عواقب ناشی از انزوای اجتماعی دارد. این نتایج نشان‌دهنده اهمیت اقدامات بهداشت عمومی است که تضمین کننده استمرار فعالیت‌های معنوی و مذهبی در طول همه‌گیر شدن است و نیازمند آموزش متخصصان مراقبت‌های بهداشتی جهت رسیدگی به مواردی از این قبیل می باشد. (لوچتی و همکاران، ۲۰۲۰)

زیمر و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهشی با عنوان " دین و سلامت (مطالعه تطبیقی جهانی) " به درک ارتباط جهانی بین شاخص‌های دینداری و سلامت و چگونگی این تفاوت ها در سطح ملی پرداختند. نتایج حاکی از تفاوت زیاد بین دینداری و سلامت در بین کشورها و شاخص‌های دینداری است. همبستگی مثبت قابل توجهی بین همه مقیاس‌های دینداری و سلامت در سه کشور (گرجستان ، آفریقای جنوبی و آمریکا) وجود دارد و ارتباط منفی در دو کشور (اسلوانی و تونس) دیده شده است. متغیرهای سطح کلان برخی از این واگرایی را توضیح می‌دهند. مشارکت بیشتر در فعالیت‌های مذهبی منجر به سلامت بهتر در کشورهایی شد که دارای تنوع مذهبی هستند. اهمیت به خدا و اندیشیدن به معنای زندگی به احتمال زیاد در کشورهای با سطح پایین شاخص توسعه انسانی دیده شده است. تفکر درباره زندگی که در ارتباط با سلامت بالاتر قرار می گیرد؛ در کشورهایی که محدودیت‌های سخت تری برای اعمال مذهبی دارند وجود داشت. دین داری به احتمال کمتری منجر به سلامت بالا در کشورهای کمونیستی و کمونیستی

پیشین آسیا و اروپای شرقی می‌شود. در نتیجه ارتباط بین دینداری و سلامت پیچیده بوده و تا حدی به واسطه زمینه‌های ژئوپلیتیک و کلان اجتماعی - روانی شکل می‌گیرد. (زیمر و همکاران، ۲۰۱۹)

پاول (۲۰۰۷) پژوهشی را با عنوان "بررسی رابطه بین عملکردهای ارتباطی، سلامت اجتماعی، معنوی و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به سرطان" به انجام رساند. نمونه‌های این مطالعه افراد مبتلا به سرطان سن ۳۵ تا ۸۰ سال به روش نمونه‌گیری آسان بوده‌اند. ابزارهای مورد استفاده برای گردآوری اطلاعات، کیفیت زندگی، پرسشنامه سلامت اجتماعی - معنوی و پرسشنامه عملکرد اجتماعی بودند. تجزیه و تحلیل آماری نشان داد که سلامت معنوی عامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی این افراد بوده و سلامت اجتماعی پس از سلامت روانی در رتبه دوم قرار داشت ولی عملکردهای ارتباطی افراد رابطه‌ای با کیفیت زندگی آنان داشتند.

پیشینه داخلی

حیدرخانی و همکاران (۱۳۹۶) در مطالعه‌ای با عنوان "بررسی ارتباط بین دینداری و سلامت اجتماعی جوانان مناطق حاشیه‌ای شهر کرمانشاه" با استفاده از روش میدانی، تکنیک پیمایش، ابزار پرسشنامه به دنبال پاسخ به این سؤال بودند که آیا بین ابعاد مختلف دینداری و سلامت اجتماعی جوانان ساکن در مناطق حاشیه‌ای ارتباط وجود دارد؟ نتایج تحقیق حاکی از آن است که بین دینداری و ابعاد آن یعنی پیامدی، مناسکی، اعتقادی، تجربی و شناختی با میزان سلامت اجتماعی جوانان ارتباط مثبت و معنادار وجود دارد. نتایج حاصل از مدل معادلات ساختاری نیز نشان داده است که در کل اثر متغیر مستقل دینداری بر سلامت اجتماعی جوانان مناطق حاشیه‌ای نشین شهر کرمانشاه به میزان ۰/۵۴ می‌باشد.

راد و همکاران (۱۳۹۴) تحقیقی را با عنوان "دین و سلامت اجتماعی: بررسی رابطه دینداری با سلامت اجتماعی" در بین دانشجویان دانشگاه پیام نور مرنده به انجام رساندند. براساس یافته‌های این تحقیق، 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. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون این تحقیق نشان داده است که متغیر دینداری ۲۷/۳ درصد از تغییرات سلامت اجتماعی را تبیین می‌کند.

میرزا محمدی و دیگران (۱۳۹۰) مطالعه‌ای اسنادی را با عنوان "بررسی نقش آموزش‌های دینی در سلامت فردی و اجتماعی" به انجام رساندند. هدف این مقاله بررسی نقش

آموزش‌های دینی در سلامت فردی و اجتماعی و تأثیر 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 بوده است. یافته‌های تحقیق نشان داده است که 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 نهایتاً سلامت اجتماعی هدایت کنند.

جمع‌بندی کلی حاکی از آن است که، تحقیقات گوناگونی در زمینه سلامت اجتماعی به انجام رسیده است که دارای نتایج ارزشمندی هستند. هرکدام از پژوهش‌های فوق جنبه‌های مختلف سلامت اجتماعی را مورد تجزیه و تحلیل قرار داده‌اند و ارتباط متغیرهای مختلفی با سلامت اجتماعی را بررسی کرده‌اند. به طور کلی میتوان از پژوهش‌های فوق به این نتیجه رسید که دینداری یکی از متغیرهایی است که با سلامت اجتماعی در ارتباط است. اما پژوهش‌های نه‌چندان متنوعی در بررسی جنبه‌های گوناگون جمعیت‌های مورد مطالعه به انجام رسیده است که نیازمند بررسی‌های بیشتر است. همچنین در پژوهش‌های دینی کمتر نگاه مقایسه‌ای بکار رفته است که در نوشتار حاضر هدف بررسی مقایسه‌ای بین باورهای مذهبی در نخبگان و غیرنخبگان و میزان تأثیر گذاری باورهای مذهبی بر سلامت اجتماعی بر هر دو جمعیت می‌باشد.

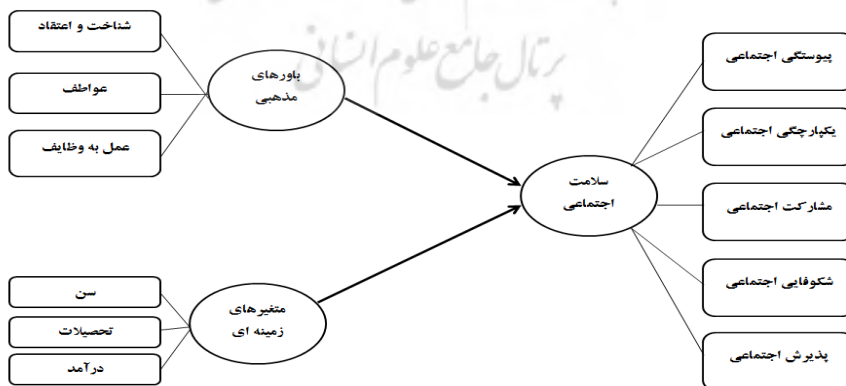
چارچوب نظری

جامع‌ترین مدلی که درباره مفهوم سلامت اجتماعی وجود دارد، متعلق به کیبیز است. وی سلامت اجتماعی را به عنوان تلقی افراد از کیفیت رابطه‌شان با دیگران، هم‌نوعانشان و اجتماع اطراف تعریف می‌کند و آن را بعدی از سلامت ذهنی می‌داند. کیبیز برای زندگی عمومی انسان‌ها منفعت‌هایی برمی‌شمارد که از آن میان میتوان به یکپارچگی اجتماعی، وفاق، احساس تعلق، همبستگی و وابستگی متقابل، احساس آگاهی مشترک و سرنوشت جمعی اشاره کرد. این منافع چارچوبی را برای ارائه یک تعریف اجتماعی از سلامت در اختیار می‌گذارد. سلامت اجتماعی کیبیز دارای ابعادی چون یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، پیوستگی اجتماعی، شکوفایی اجتماعی است. او معتقد است اگرچه این پنج مؤلفه بیانگر ارزیابی‌های فردی است اما با محیط اجتماعی پیوندی ناگسستنی دارد. (موسوی و همکاران، ۱۳۹۴) کیبیز شاخص سلامت اجتماعی را ارزیابی شرایط و عملکرد فرد در جامعه تعریف می‌کند. عملکرد اجتماعی خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت جسمی و روانی است و چالش‌های اجتماعی را در بر می‌گیرد. (سام آرام، ۱۳۸۸)

دورکیم با نگاهی کارکردی به بررسی دین پرداخته بود. براساس اصل کارکردگرایی عمومی هر چیزی در داخل نظام جامعه کارکردی دارد. همچنین کار یک نهاد در کار کل جامعه هم تأثیر

مستقیم و هم تاثیر پنهان دارد. در نتیجه دین نیز به عنوان یک نهاد در جوامع کارکردهای مختلفی دارد. دورکیم در بررسی جوامع ابتدایی دین را مهمترین عامل همبستگی گروهی می‌دانست. امروزه شاید این تاثیر دین که باعث همبستگی گروهی می‌شود به ظاهر کم شده باشد، اما دین در سایر جنبه‌های زندگی افراد و یا به عبارت دیگر در زندگی خصوصی تاثیرات دیگری داشته است. براساس تحقیقات صورت گرفته دین از حوزه عمومی زندگی به حوزه خصوصی زندگی منتقل شده و در زمینه‌های فکری، فرهنگی و اقتصادی زندگی افراد تاثیرات خود را گذاشته است اما به صورت کلی می‌توان به کارکرد دین در نظام اجتماعی اشاره کرد. در نظریه جامعه‌شناسی دین مبنای نظریه دورکیم تأکید بر پدیده‌های دینی نه به عنوان مقوله‌های فردی بلکه مقوله‌های اجتماعی بود. به نظر او دین یک نظام یکپارچه عقاید و اعمال مرتبط به چیزهایی مقدس است. یعنی همان چیزهایی که جدا از پدیده‌های عادی اند. او دین را به عنوان منشأ اصلی اخلاقی و همبستگی اجتماعی در حکم یک فرآیند دوره‌ای تحلیل کرد. بدین ترتیب آئین‌های دینی با تقویت باورهای جمعی و اخلاقیات و نیز با پیوند شرکت کنندگان به یکدیگر باعث همبستگی جامعه می‌شود. رادکلیف براون براین عقیده است که عملکرد مذهبی از باورداشت‌های مذهبی بیشتر اهمیت دارد. به نظر براون باورداشت‌ها، دلیل تراشی‌ها و توجیه‌های مناسک اند. از همین روی برای شناخت دین نخست باید به مناسک توجه داشته باشیم. پس کارکرد اجتماعی مناسک است که کلید شناخت دین را به دست ما می‌دهد. کارکرد دین در جامعه یکپارچه کردن و انسجام آن است. علاوه بر کارکردهای فوق، هاری آلپر، پژوهشگر دورکیمی چهار کارکرد عمده دین را از نظر دورکیم به عنوان نیروهای اجتماعی شامل انضباط بخش - انسجام بخش - حیات بخش و خوشبختی بخش می‌داند.

مدل پژوهش



فرضیه های پژوهش

براساس مدل پیشنهادی، چارچوب نظری پژوهش و با الهام از نتایج پژوهش های پیشین فرضیه های زیر قابل استنتاج می باشد:

- به نظر می رسد باورهای مذهبی با سلامت اجتماعی جامعه نخبگان رابطه دارد.
- به نظر می رسد باورهای مذهبی با سلامت اجتماعی جامعه غیرنخبگان رابطه دارد.
- به نظر می رسد تحصیلات با سلامت اجتماعی رابطه دارد.
- به نظر می رسد سن با سلامت اجتماعی رابطه دارد.
- به نظر می رسد درآمد با سلامت اجتماعی رابطه دارد.

تعریف مفهومی

۱- **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. این واژه در واقع شامل پاسخ های درونی فرد (احساس، تفکر، رفتار) می باشد که هم چگونگی احساس مردم را دربرمی گیرد و هم نحوه عملکرد آن ها را. (عبدلله تبار و همکاران، ۱۳۸۷) کییز ۱۹۹۸ سلامت اجتماعی به عنوان گزارش شخصی فرد از کیفیت ارتباطش با دیگران تعریف می کند. سلامت اجتماعی در این مفهوم یعنی درک فرد از اجتماع به صورت یک مجموعه معنی دار، قابل فهم، دارای نیروی بالقوه برای رشد و شکوفایی همراه با این احساس که متعلق به جامعه است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهیم بداند. کییز ابعاد سلامت اجتماعی را با در نظر گرفتن الگوی سلامت مطرح می کند. در واقع مدل چند وجهی کییز از سلامت اجتماعی شامل پنج جنبه می شود که میزان کارکرد بهینه افراد را در عملکرد اجتماعی شان معلوم می کند. (ابراهیم پور و همکاران، ۱۳۹۱: ۵۰)

این پنج عنصر عبارتند از:

یکپارچگی اجتماعی : ارزیابی افراد از کیفیت روابطشان با جامعه و گروه های اجتماعی افرادی که سطح بالاتری از این بعد را دارند، احساس تعلق بیشتری به اجتماع و جامعه شان می کنند و احساس می کنند مشترکاتی با جامعه شان دارند. این مفهوم در برابر بیگانگی و انزوای اجتماعی سیمن و آگاهی طبقاتی مارکس قرار می گیرد. (ابراهیم پور و همکاران، ۱۳۹۱: ۵۱)

پذیرش اجتماعی : بیانگر درک فرد از خصوصیات و صفات جامعه به عنوان یک کلیت است. افرادی که سطح مطلوبی از این بعد را دارا باشند، دید مثبتی به ذات بشر دارند، به افراد دیگر اعتماد می کنند و معتقدند مردم قادرند خوب باشند. (همان، ۵۱)

مشارکت اجتماعی : بیانگر ارزیابی فرد از ارزش اجتماعی خود است. افرادی که سطح بالایی از این بعد را دارا هستند، معتقدند که عضو مهمی در جامعه هستند و چیزهای ارزشمندی برای ارائه به دیگران دارند. این بعد بهزیستی اجتماعی نشان دهنده آن است که چگونه و تا چه حد مردم احساس می کنند که آنچه آنها انجام می دهند برای جامعه مهم و ارزشمند است و از لحاظ اجتماعی مفید تلقی می شود. (همان، ۵۱)

شکوفایی اجتماعی : بیانگر ارزیابی پتانسیل ها و خط سیر حرکت جامعه است. به این معنی که فرد احساس می کند جامعه در حال تحول است و توانشی دارد که از طریق شهروندان و نهادهای اجتماعی در حال شکوفا شدن است. افرادی که سطح مطلوبی از این بعد را دارا باشند، نسبت به وضعیت کنونی و آینده جامعه امیدوارترند و معتقدند جهان در حال تبدیل شدن به مکانی بهتر برای همه افراد است. (ابراهیم پور و همکاران، ۱۳۹۱ : ۵۱)

پیوستگی اجتماعی : اعتقاد به اینکه اجتماع قابل فهم، منطقی و قابل پیش بینی است. افرادی که از نظر اجتماعی سالم اند نه تنها درباره نوع جهانی که در آن زندگی می کنند، بلکه راجع به آنچه اطرافشان رخ می دهد علاقمند بوده و احساس می کنند قادر به فهم وقایع اطرافشان هستند. این مفهوم در مقابل بی معنایی در زندگی است و در حقیقت درکی که فرد نسبت به کیفیت، سازمان دهی و اداره دنیای اجتماعی اطراف خود دارد. (همان، ۵۱)

تعریف عملیاتی سلامت اجتماعی : در پژوهش حاضر جهت اندازه گیری سلامت اجتماعی و مؤلفه های آن از مقیاس ۲۷ ماده ای سلامت اجتماعی که شامل : بعد انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، پیوستگی اجتماعی و شکوفایی اجتماعی می باشد و توسط کبیز (۱۹۹۸) ساخته شده است، استفاده می گردد. (حاتمی، ۱۳۸۹) تمام پاسخ ها از یک تا پنج کدگذاری شده و نمره هر سؤال بین یک تا پنج است. این گویه ها بر اساس طیف لیکرت با گزینه های خیلی زیاد، زیاد، تا حدودی، کم و خیلی کم از جامعه مورد مطالعه سنجیده شده است.

باورهای مذهبی (دینداری)

۱- باورهای مذهبی : دین به عنوان پدیده خارجی و مستقل از پذیرش انسان ها یعنی مستقل از روان انسان ها و جامعه انسانی مدنظر قرار می گیرد؛ باید توجه داشت که دینداری یا تدین، ناظر به پذیرش دین توسط انسانهاست. در واقع دینداری صفت و حالت انسان درباره دین است. (فقیهی و همکاران، ۱۳۸۵ : ۴۷) در پژوهش حاضر تعریف دینداری مبتنی بر سه نوع رابطه تبیین می شود. این ساختار هماهنگ با سه عنصر اساسی (عقاید، عواطف و وظایف) است. با توجه به این عناصر در دین و ویژگی های شناختی، عاطفی و رفتاری، می توان دینداری را چنین تعریف کرد : " برخورداری از شناخت و باور به پروردگار یکتا، انبیاء، آخرت و

احکام الهی و داشتن عواطف نسبت به خدا، اولیاء و بندگان خدا و التزام و عمل به وظایف دینی برای تقریب به خداوند است". (خدایاری و همکاران، ۱۳۸۸: ۱۴)

شناخت در این تعریف شامل شناخت حصولی و حضوری هر دو است؛ شناخت حصولی علاوه بر درک انسان از وجود و صفات خداوند، ارسال رسل، و وجود جهان پس از مرگ به عنوان اصول دین اسلام، و اعتقاد و دانش نسبت به انجام وظایف دینی از جانب فرد و آنچه بر پیامبر نازل شده است. (همان، ۱۴) عواطف به بعد عاطفی دینداری اشاره دارد و به طور کلی حب و بغض در جهت تقرب به خدا را شامل می‌شود. ارتباط عاطفی با خداوند، خود، دیگران و جهان هستی، بیان‌کننده ابعاد برنامه‌های تربیتی اسلام در راستای دینداری است. التزام و عمل به وظایف دینی، اشاره به بعد رفتاری دارد، به طوری که فرد دیندار پس از شناخت و احساس عاطفی نسبت به دستورات دینی خود را ملزم به انجام آن‌ها می‌داند. (همان، ۱۴)

تعریف عملیاتی باورهای مذهبی

در پژوهش حاضر متغیر باورهای مذهبی براساس طرح مقیاس بومی شده دینداری دکتر محمد خدایاری فرد و پرسشنامه وی در قالب سه مؤلفه شناخت و اعتقاد به خدا، عواطف مثبت و عمل به وظایف در قالب ۱۰ گویه تهیه شده است. مقیاس اندازه‌گیری مورد استفاده در این سنجش لیکرت می‌باشد که هر گویه پنج درجه ارزشی را در بر می‌گیرد و ارزش‌های هر گویه بین ۴ - ۰ نوسان دارد.

نخبگان

نخبگان فکری چه افرادی هستند؟ مفهوم نخبگان، مفهوم خاصی در مقابل مفهوم عام توده / عموم^۱ است. بدین ترتیب ملاحظه می‌شود که نخبگان در تقابل معنایی با گروه دیگر یعنی نانخبگان^۲ قرار ندارد بلکه زیر مجموعه‌ای از مفهوم عموم مردم هستند. نخبگان در عامترین کار بست معنایی خود به تعدادی چند در میان تعدادی بسیار اطلاق می‌شود که مهمترین ویژگی آنان دسترسی در سطح برتر به منابع است. (شبانپور، ۱۳۹۶: ۱۳۱) نخبگان معمولاً کسانی هستند که در مسابقه زندگی نمره خوبی می‌گیرند و به معنای وسیع آن، شامل کسانی است که به شکل بارز دارای ویژگی‌هایی چون هوش، شخصیت، صلاحیت، دانش و مهارت ویژه‌ای باشند که معمولاً متشکل از مدیران، کارگزاران، یقه سفیدان، دانشمندان، مهندسان، محققان و روشنفکران و اساتید دانشگاه می‌باشند. (ولی علیی، ۱۳۸۹: ۱۵۰)

1 . Mass / Public

2 . Non – Elite

روش تحقیق

تحقیق حاضر از لحاظ روش، یک پژوهش پیمایشی است. واحد تحلیل آن اعضای هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی و شهروندان تهرانی فاقد تحصیلات آکادمیک می باشند. به لحاظ معیار زمانی یک تحقیق مقطعی است، زیرا در یک برهه از زمان در سال ۹۹ بررسی شده و با توجه به میزان ژرفایی در میان تحقیقات پنهانگر قرار دارد و یک پدیده اجتماعی به نام سلامت اجتماعی نخبگان و غیرنخبگان را در رابطه با عامل باورهای مذهبی و سایر متغیرهای زمینه ای بررسی می کند. همچنین یک تحقیق در سطح جامعه شناسی خرد است و در نهایت با توجه به اینکه به دنبال شناخت و کمک به حل یک مسئله اجتماعی است در دسته تحقیقات کاربردی قرار می گیرد. پژوهش در سطح جامعه شناسی خرد است و در نهایت با توجه به اینکه به دنبال شناخت و کمک به حل یک مسئله اجتماعی است در دسته تحقیقات کاربردی قرار می گیرد.

جامعه آماری پژوهش حاضر دو گروه نخبگان و غیرنخبگان را تشکیل می دهند. نخبگان جامعه متشکل از اعضای هیئت علمی علوم انسانی دانشگاه تهران مرکز است که بر مبنای آخرین اطلاعات بر گرفته از واحد دانشگاهی تعداد ۸۵۰ نفر می باشند؛ همچنین در گروه غیرنخبگان نیز شهروندان شهر تهران بررسی شده اند که به لحاظ تحصیلی دارای مدرک کاردانی و کمتر از آن بودند و در گروه سنی ۲۰ تا ۶۵ سال قرار دارند که بر مبنای مناطق شهری تهران به پنج منطقه شمال (منطقه ۱) ، جنوب (۲۰)، شرق (۱۳)، غرب (۲۲) و مرکز (۱۱) تقسیم شده و نمونه گیری می شود که براساس آخرین اطلاعات سرشماری مرکز آمار کشور (سال ۹۵) تعداد ۱،۹۲۲،۲۳۸ نفر جمعاً جمعیت جامعه آماری برآورد شده است. جمعیت نخبگان مورد نظر دانشگاه آزاد تهران مرکز تعداد ۸۵۰ نفر بودند که از این تعداد، ۲۶۵ نفر آن ها براساس فرمول کوکران برای جمعیت نمونه و آزمون برآورد شده است. جمعیت غیرنخبگان براساس منطقه بندی تهران به پنج بخش شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز محاسبه شده است. بدین منظور به ترتیب مذکور، مناطق یک، بیست، سیزده، بیست و دو و یازده شهرداری تهران برای نمونه گیری جمعیت غیرنخبگان برگزیده شده اند که مجموع جمعیت این مناطق بر اساس سرشماری سال ۹۵ مرکز آمار ایران ۱۹۲۲۲۳۸ نفر می باشد که حجم نمونه جمعیت غیرنخبگان براساس فرمول کوکران برابر با ۳۸۵ نفر برآورد شده است. روش نمونه گیری پژوهش حاضر در جمعیت نخبگان و غیرنخبگان از نوع احتمالی و به روش نمونه گیری طبقه بندی و تصادفی با احتمال متناسب با حجم (PPS) می باشد. روش نمونه گیری با توجه به مشخص بودن نسبت جامعه در گروه نخبگان، نمونه گیری طبقه ای - تصادفی است.

در این تحقیق برای سنجش اعتبار از اعتبار محتوا استفاده شده است. گویه های مربوط به هر متغیر به گونه ای طراحی شده اند که همان مفهوم مورد نظر را می سنجند. مطابق این روش

می‌توان گفت که گویه‌های مربوط به متغیرهای تحقیق به علت توافق نظر داوران مبنی بر مناسب بودن، دارای اعتبار محتوا می‌باشد. در این پژوهش برای تعیین قابلیت اعتماد از روش آلفای کرونباخ استفاده شده است. میزان آلفای کرونباخ متغیرها بالای ۰/۰۷ بدست آمد، که در علوم انسانی میزان آلفا مورد قبول است. (ادریسی و همکاران، ۱۳۹۵) ابزار مورد استفاده جهت گردآوری داده‌ها در این تحقیق استفاده از پرسشنامه بوده و جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS ۲۰ استفاده شده است.

شاخص	نوع متغیر	تعداد گویه	مقدار ضریب آلفای کرونباخ
سلامت اجتماعی	وابسته	۲۷	۰/۸۷۹
باورهای مذهبی	مستقل	۹	۰/۸۸۱

جدول شماره ۱. ضریب پایایی مقیاس‌های سلامت اجتماعی و باورهای مذهبی براساس آلفای کرونباخ

یافته‌های پژوهش

نتایج آمار توصیفی نشان می‌دهد که از مجموع ۶۴۸ نفر پاسخگو، ۳۴۸ نفر معادل ۵۳/۷ درصد را زنان و ۳۰۰ نفر معادل ۴۶/۳ درصد از جمعیت نمونه را مردان تشکیل می‌دهند. همچنین ۳۶ درصد را افراد مجرد و ۶۳/۱ درصد پاسخگویان متأهل می‌باشند. از لحاظ سطح تحصیلات، ۳۳/۴ درصد افراد دارای تحصیلات دکتری و بالاتر، ۷/۴ درصد دانشجوی دکتری که در جمعیت نخبگان پژوهش دسته بندی شده‌اند و ۱۲/۸ درصد دارای تحصیلات فوق دیپلم، ۴۰/۴ درصد دارای تحصیلات دیپلم، ۳/۲ درصد دارای تحصیلات سبک، ۲/۸ درصد دارای تحصیلات کمتر از سبک هستند و در جمعیت غیرنخبگان قرار گرفته‌اند. از نظر اشتغال؛ ۶۴/۴ درصد شاغل و ۳۵/۶ غیرشاغل، میانگین سنی جمعیت ۳۹ سال و میانگین درآمد افراد ۶ میلیون تومان گزارش شده است.

نوع متغیر	ابعاد	میانگین	انحراف از میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
متغیر مستقل باورهای مذهبی	اعتقاد و شناخت	۱۶/۸۱	۰/۱۵۳	۳/۹۱۷	۴	۲۰
	عواطف	۱۱/۰۸	۰/۱۳۲	۳/۳۶۸	۳	۱۵
	عمل به وظایف	۷/۲۹	۰/۰۶۲	۱/۵۹۵	۲	۱۰
	باورهای مذهبی	۳۵/۱۹	۰/۳۰۱	۷/۶۸۱	۹	۴۵
متغیر وابسته سلامت اجتماعی	یکپارچگی اجتماعی	۱۹/۳۱۴	۰/۱۵۱۹	۳/۸۷۰	۷	۳۰
	پذیرش اجتماعی	۱۳/۴۳۹	۰/۱۲۵۲	۳/۱۸۷	۵	۲۵

۳۰	۸	۳/۴۵۶	۰/۱۳۵۷	۲۱/۷۹۶	مشارکت اجتماعی
۲۰	۴	۲/۵۶۸	۰/۱۰۰۹	۱۲/۲۳۹	پیوستگی اجتماعی
۴۶	۶	۴/۱۷۰	۰/۱۶۳۸	۱۷/۴۲۲	شکوفایی اجتماعی
۱۳۲	۴۱	۱۲/۸۴۰	۰/۵۰۴۴	۸۳/۷۶۳	سلامت اجتماعی

جدول شماره ۲. آماره های توصیفی سلامت اجتماعی؛ باورهای مذهبی و ابعاد آن ها
 باورهای مذهبی پاسخگویان در سه بعد شناخت و و اعتقاد ، عواطف و عمل به وظایف
 مورد سنجش قرار گرفته است. همانطور که از جدول برداشت می شود بعد شناخت و اعتقاد
 دارای بیشترین میانگین و بعد عمل به وظایف دارای کمترین میانگین می باشد. همچنین در
 متغیر وابسته سلامت اجتماعی بعد مشارکت اجتماعی دارای بیشترین میانگین و بعد پیوستگی
 اجتماعی کمترین درصد میانگین را در بین ابعاد متغیر سلامت اجتماعی دارد. (جدول ۲)

متغیرهای مستقل زمینه ای			نوع آزمون	متغیر وابسته
تحصیلات	درآمد	سن		
-	$r = ۰/۱۶۹$	$r = ۰/۱۷۰$	(پیرسون)	سلامت اجتماعی
$s = - ۰/۱۷۸$	-	-	(اسپیرمن)	
۰/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	Sig	

جدول شماره ۳. آزمون ضرایب همبستگی بین متغیرهای مستقل زمینه ای
 و سلامت اجتماعی

به نظر می رسد بین متغیرهای زمینه ای سن؛ درآمد و تحصیلات با سلامت اجتماعی
 رابطه همبستگی معناداری وجود دارد. نتایج جدول شماره ۳ گویای آن است که سن، درآمد و
 تحصیلات با سلامت اجتماعی رابطه معنادار دارند، $p < ۰/۰۰۱$ و شدت روابط نسبتاً ضعیف
 می باشد. ضرایب همبستگی سن و درآمد با سلامت اجتماعی مثبت و مستقیم و ضریب
 همبستگی تحصیلات با سلامت اجتماعی گویای رابطه منفی و معکوس است.

جامعه نخبگان				
متغیر مستقل (باورهای مذهبی و ابعاد)				متغیر وابسته و ابعاد
عمل به وظایف	عواطف	شناخت و اعتقاد	باورهای مذهبی	
$r = -0.007$ $sig = (0/910)$ $N = 264$	$r = 0/366$ $sig = (0/00)$ $N = 264$	$r = 0/335$ $sig = (0/00)$ $N = 264$	$r = 0/327$ $sig = (0/00)$ $N = 264$	سلامت اجتماعی
$r = 0/013$ $sig = (0/828)$ $N = 265$	$r = 0/302$ $sig = (0/00)$ $N = 265$	$r = 0/309$ $sig = (0/00)$ $N = 265$	$r = 0/290$ $sig = (0/00)$ $N = 265$	یکپارچگی اجتماعی
$r = -0/070$ $sig = (0/260)$ $N = 264$	$r = 0/229$ $sig = (0/00)$ $N = 264$	$r = 0/165$ $sig = (0/00)$ $N = 264$	$r = 0/168$ $sig = (0/00)$ $N = 265$	پذیرش اجتماعی
$r = 0/070$ $sig = (0/259)$ $N = 264$	$r = 0/297$ $sig = (0/00)$ $N = 264$	$r = 0/292$ $sig = (0/00)$ $N = 264$	$r = 0/291$ $sig = (0/00)$ $N = 265$	مشارکت اجتماعی
$r = -0/018$ $sig = (0/766)$ $N = 264$	$r = 0/204$ $sig = (0/00)$ $N = 264$	$r = 0/181$ $sig = (0/00)$ $N = 264$	$r = 0/176$ $sig = (0/01)$ $N = 265$	پیوستگی اجتماعی
$r = -0/045$ $sig = (0/467)$ $N = 264$	$r = 0/261$ $sig = (0/00)$ $N = 264$	$r = 0/324$ $sig = (0/00)$ $N = 264$	$r = 0/312$ $sig = (0/00)$ $N = 265$	شکوفایی اجتماعی
جامعه غیرنخبگان				
متغیر مستقل (باورهای مذهبی و ابعاد)				متغیر وابسته و ابعاد
عمل به وظایف	عواطف	شناخت و اعتقاد	باورهای مذهبی	
$r = -0/020$ $sig = (0/631)$ $N = 385$	$r = 0/344$ $sig = (0/00)$ $N = 385$	$r = 0/266$ $sig = (0/00)$ $N = 385$	$r = 0/286$ $sig = (0/00)$ $N = 385$	سلامت اجتماعی
$r = 0/041$ $sig = (0/421)$ $N = 385$	$r = 0/313$ $sig = (0/00)$ $N = 385$	$r = 0/225$ $sig = (0/00)$ $N = 385$	$r = 0/264$ $sig = (0/00)$ $N = 385$	یکپارچگی اجتماعی
$r = -0/000$ $sig = (1/000)$ $N = 385$	$r = 0/306$ $sig = (0/00)$ $N = 385$	$r = 0/230$ $sig = (0/00)$ $N = 385$	$r = 0/255$ $sig = (0/00)$ $N = 385$	پذیرش اجتماعی

$r = ۰/۰۳۰$ $sig = (۰/۵۵۳)$ $N = ۳۸۵$	$r = ۰/۲۰۹$ $sig = (۰/۰۰)$ $N = ۳۸۵$	$r = ۰/۱۳۵$ $sig = (۰/۰۰)$ $N = ۳۸۵$	$r = ۰/۱۷۰$ $sig = (۰/۰۰)$ $N = ۳۸۵$	مشارکت اجتماعی
$r = - ۰/۱۱۷$ $sig = (۰/۰۰)$ $N = ۳۸۵$	$r = ۰/۱۱۵$ $sig = (۰/۰۲)$ $N = ۳۸۵$	$r = ۰/۰۹۹$ $sig = (۰/۰۵)$ $N = ۳۸۵$	$r = ۰/۰۶۵$ $sig = (۰/۲۰۲)$ $N = ۳۸۵$	پیوستگی اجتماعی
$r = - ۰/۰۲۹$ $sig = (۰/۵۷۸)$ $N = ۳۸۵$	$r = ۰/۲۷۹$ $sig = (۰/۰۰)$ $N = ۳۸۵$	$r = ۰/۲۰۸$ $sig = (۰/۰۰)$ $N = ۳۸۵$	$r = ۰/۲۲۵$ $sig = (۰/۰۰)$ $N = ۳۸۵$	شکوفایی اجتماعی

جدول شماره ۴. ضریب همبستگی پیرسون بین باورهای مذهبی و (ابعاد) با سلامت اجتماعی و ابعاد در دو جامعه نخبه و غیرنخبه

در جدول شماره ۴ متغیر مستقل اصلی پژوهش، باورهای مذهبی و ابعاد آن که شامل اعتقاد، عواطف و وظایف می شود با متغیر وابسته سلامت اجتماعی و پنج بعد آن در هر دو جمعیت نخبه و غیرنخبه بصورت جداگانه مورد بررسی قرار گرفته است. همانگونه که در فرضیه پیش بینی شده است؛ بین باورهای مذهبی و سلامت اجتماعی رابطه وجود داشته و باورهای مذهبی می تواند در افزایش سلامت اجتماعی مؤثر واقع شود. از این رو نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون در جدول فوق این فرضیه را تأیید می کند. منطبق با نتایج جدول نخبگان، باورهای مذهبی با سلامت اجتماعی و تمام ابعاد آن رابطه معنادار دارد. بعد شناخت و اعتقادات مذهبی و عواطف مذهبی در جدول نخبه نیز با سلامت اجتماعی و ابعاد آن رابطه معنادار دارد. اما در بعد عمل به وظایف مذهبی هیچ رابطه معناداری با سلامت اجتماعی و ابعاد آن ملاحظه نشده است. در واقع بعد عمل به وظایف در جامعه نخبگان به شدت ضعیف می باشد و هیچ رابطه ای با سلامت اجتماعی آنها ندارد. آنچه از نتایج جدول غیرنخبه استنباط می گردد گویای آن است که باورهای مذهبی با سلامت اجتماعی و تمام ابعاد آن بجز بعد پیوستگی اجتماعی، رابطه معنادار دارد. همچنین شناخت و اعتقاد مذهبی و عواطف مذهبی با سلامت اجتماعی و سایر ابعاد آن رابطه معنادار داشته اما در بعد عمل به وظایف مذهبی رابطه معناداری با پیوستگی اجتماعی ملاحظه می شود که در متغیرهای سلامت اجتماعی و چهار بعد دیگر آن وجود ندارد. بنابراین در جامعه غیرنخبه بصورت مجزا، بین عمل به وظایف مذهبی و پیوستگی اجتماعی رابطه معنادار وجود دارد. با استناد به نتایج جدول فوق بطور کلی می توان ادعا داشت که فرضیه رابطه باورهای مذهبی با سلامت اجتماعی در جامعه نخبگان و غیرنخبگان تأیید می شود و هرچه باورهای مذهبی در افراد تقویت شود و افزایش یابد سطح سلامت اجتماعی و ابعاد یکپارچگی، پذیرش، مشارکت، پیوستگی و شکوفایی اجتماعی افزایش می یابد.

همچنین بر مبنای نتایج بدست آمده از آزمون‌های مذکور (که لازمه ورود به رگرسیون چندمتغیره است) از آزمون رگرسیون خطی (روش stepwise) استفاده شده است. به کمک این روش چهار مدل برای تبیین متغیر وابسته پیشنهاد شده است که مدل چهارم آن به ترتیب شامل متغیرهای عواطف مذهبی، تحصیلات، عمل به وظایف مذهبی و سن می باشد و به دلیل دارا بودن ضریب تعیین بالاتر این مدل مورد بحث قرار گرفت.

متغیرهای وارد شده	R	R ²	R ² _{adj}	F	Sig	B	beta	T	sig
عواطف مذهبی	۰/۴۰۸	۰/۱۶۶	۰/۱۶۴	۷۷/۳۱۰	۰/۰۰	۱/۶۹۸	۰/۴۳۲	۹/۰۶۰	۰/۰۰
تحصیلات	۰/۴۳۶	۰/۱۹۰	۰/۱۸۶	۴۵/۴۹۲	۰/۰۰	-۰/۷۱۱	-۰/۱۳۳	۲/۹۰۸	۰/۰۰
عمل به وظایف مذهبی	۰/۴۵۸	۰/۲۱۰	۰/۲۰۴	۳۴/۲۲۱	۰/۰۰	-۱/۱۹۹	-۰/۱۴۸	۳/۱۱۳	۰/۰۰
سن	۰/۴۷۴	۰/۲۲۵	۰/۲۱۷	۲۷/۸۸۹	۰/۰۰	۰/۳۰۴	۰/۱۲۳	۲/۶۹۰	۰/۰۰

جدول شماره ۵. رگرسیون چندگانه میزان اثرگذاری متغیرهای مستقل بر سلامت اجتماعی همانطور که در جدول شماره ۵ مشاهده می شود، متغیرهای مستقل وارد شده در آزمون، بر متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) مؤثرند. مقدار محاسبه شده در تمام متغیرهای مستقل در سطح معنی داری ۹۹ بوده و این بیانگر آن است که متغیرهای وارد شده در مدل رگرسیونی رابطه مستقیم و معناداری با متغیر وابسته دارند. عواطف مذهبی به مقدار ۰/۴۰۸؛ تحصیلات به مقدار ۰/۴۳۶؛ عمل به وظایف مذهبی به مقدار ۰/۴۵۸ و سن به مقدار ۰/۴۷۴ با سلامت اجتماعی همبستگی دارد. همچنین ضریب تعیین نشان می دهد که عواطف مذهبی به میزان ۱۶/۶ درصد؛ تحصیلات ۱۹ درصد، عمل به وظایف مذهبی ۲۱ درصد و سن به میزان ۲۲/۵ درصد از تغییرات میزان سلامت اجتماعی را تبیین می کنند و باقیمانده ناشی از عوامل و متغیرهایی است که در پژوهش مدنظر نبوده اند. براساس ضریب تأثیر استاندارد (Beta) متغیر عواطف مذهبی ۴۳/۲ درصد، تحصیلات ۰/۱۳۳-، عمل به وظایف مذهبی ۰/۱۴۸- و سن ۰/۱۲۳ می باشد و بر میزان سلامت اجتماعی تأثیر دارد. ضریب بتا نشان می دهد که مؤثرترین متغیر عواطف مذهبی و کمترین تأثیر برای متغیر سن می باشد. براساس نتایج جدول، ۲۱/۷ درصد از تغییرات سلامت اجتماعی توسط متغیرهای موجود در معادله رگرسیون بدست آمده و قابل تبیین است.

نتیجه گیری

بررسی وضعیت سلامت اجتماعی و عوامل مرتبط با آن از ابعاد گوناگون حائز اهمیت است. با در نظر گرفتن گسترش روزافزون ارتباطات انسانی، شناسایی عوامل برهم زننده ی آرامش و سلامت افراد و علل بروز بحران های اجتماعی و روانی، اهمیت بیشتری یافته و متقابلاً به احساس نیاز فردی و اجتماعی به سلامت اجتماعی افزوده شده است. از طرف دیگر گستره ی فراوان آن که همه ی افراد را در بر می گیرد اهمیت بررسی سلامت اجتماعی و عوامل اثرگذار را دو چندان می کند. افراد با سلامت اجتماعی بالاتر از سلامت جسمی بالاتری نیز برخوردار بوده و در چنین شرایطی خانواده و جامعه ی سالم به وجود خواهد آمد و امکان ایجاد نسلی این چنین را بیشتر محقق می سازد. همچنین اشخاصی که از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردارند، با موفقیت بیشتری می توانند با چالش های ناشی از ایفای نقش های اصلی اجتماعی کنار بیایند. آنان از ثبات و انسجام بیشتری برخوردارند و می توانند مشارکت بیشتری در فعالیت های جمعی داشته باشند و بدین طریق سلامت اجتماعی به ابزاری برای پیشگیری از انواع انحرافات تبدیل خواهد شد و جامعه علاوه بر سلامت اجتماعی، جامعه ای اخلاق مدار خواهد بود که یکی از نیازهای اساسی جامعه امروز می باشد. (مدیری و همکاران، ۱۳۹۶: ۹) دینداری پیش زمینه بسیار مهمی برای ارتقای سلامت اجتماعی و رواج اخلاق اجتماعی افراد است. بسیاری از مردم به اعتقادات و نهادهای دینی روی می آورند تا در مقابله با بحران ها، معنادار کردن زندگی، ایجاد امیدواری و تأمین سلامت از آن ها استفاده مثبت کنند. (کنگولو، ۱۳۸۷: ۴۳) هدن (۱۹۸۳) معتقد است که دینداری عامل اساسی اجتماعی شدن و انسجام فکری عملی و جهت گیری در رفع مشکلات پدیده ها و مسائل اجتماعی است. (آزادارمکی و محمدی، ۱۳۷۷: ۱۶۰) دین، میزان باورداشت های مذهبی و اخلاق (فردی - اجتماعی) را می توان از عوامل مؤثر بر تمام ابعاد وجودی انسان دانست. اهمیت دین و باورهای دینی بر انسان و زندگی فردی و اجتماعی او کاملاً آشکار است. دین به شکل های مختلف در هر فرهنگ شناخته شده ای وجود دارد. معمولاً نقش اصلی و اغلب محوری را در زندگی افراد بازی می کنند و در سال های اخیر یکی از عمده ترین متغیرهای مؤثر بر رفتار و حالات روانی افراد مورد توجه بسیاری از متخصصین علوم رفتاری قرار گرفته است، تا جاییکه برخی دین را عامل اساسی در بهداشت فردی و اجتماعی معرفی کرده اند. (اردیسی و همکاران، ۱۳۹۵)

نتایج توصیفی شاخص باورهای مذهبی نشان داد از میان سه بعد مذهبی بررسی شده، بالاترین میانگین مربوط به بعد شناخت و اعتقاد (۱۶/۸۱ درصد) است و کمترین میانگین مربوط به عمل به وظایف دین (۷/۲۹ درصد) می باشد. نتایج گویای آن است افراد جامعه در بعد شناختی و اعتقاد به اسلام و مبانی آن سطح قابل قبول دارند و آنچه در این میان تأمل برانگیز است

وضعیت عمل به دستورات و آموزه های دینی در سطح فردی و اجتماعی می باشد. اینکه افراد تمایل چندانی به عمل کردن وظایف دینی شان نداشته اند.

نتایج توصیفی سلامت اجتماعی نشان داد که در میان ابعاد پنجگانه سلامت، مشارکت اجتماعی دارای بالاترین میانگین (۲۱/۷۹ درصد) و پیوستگی اجتماعی دارای کمترین میانگین (۱۲/۲۳ درصد) بوده است. بالا بودن بعد مشارکت اجتماعی نشان می دهد، پاسخگویان سهم خود را در ساخت و پیشرفت جامعه بالا می دانند و در واقع وجودشان را برای جامعه ارزشمند قلمداد می کنند. همچنین پایین بودن بعد پیوستگی اجتماعی حاکی از این است که پاسخگویان در اینکه اجتماع قابل فهم، منطقی و قابل پیش بینی است تردید داشته و در حقیقت فرد نسبت به کیفیت، سازمان دهی و اداره دنیای اجتماعی اطراف خود دچار نوعی دلزدگی، تردید و عدم درک هستند و در این زمینه نظر مثبتی ندارند. همچنین میانگین شاخص سلامت اجتماعی کل فارق از نخبگی و غیرنخبگی ۸۳/۷۶ می باشد و پایین ترین نمره سلامت اجتماعی نمونه آماری ۴۱ و بالاترین نمره آن هم ۱۳۲ در توصیف داده های شاخص سلامت اجتماعی گزارش شده است.

در بررسی رابطه بین سن، درآمد با سلامت اجتماعی رابطه معنی دار و مثبت شد و در رابطه تحصیلات با سلامت اجتماعی رابطه منفی (معکوس) و معنی دار گردید. بدین معنی که با افزایش سطح تحصیلات، سلامت اجتماعی کاهش و بالعکس با کاهش تحصیلات سلامت اجتماعی افزایش پیدا می کند.

در بررسی رابطه بین باورهای مذهبی با سلامت اجتماعی نتایج نشان می دهد که بین باورهای مذهبی و ابعاد پنجگانه سلامت اجتماعی (یکپارچگی اجتماعی، پیوستگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی و شکوفایی اجتماعی) رابطه معنی داری وجود دارد و جهت این روابط مثبت است. لذا با افزایش باورهای مذهبی در افراد شاهد افزایش در ابعاد سلامت اجتماعی خواهیم بود. در بررسی ابعاد باورهای مذهبی با سلامت اجتماعی و ابعاد آن نتایج جدول گویای آن بود که دو بعد شناخت - اعتقاد و عواطف در باورهای مذهبی با سلامت اجتماعی و ابعاد آن رابطه معنی دار دارند اما در بعد عمل به وظایف مذهبی هیچ رابطه معنی داری با سلامت اجتماعی و ابعاد آن در قشر نخبه دیده نشد و در قشر غیرنخبه هم تنها در بعد پیوستگی اجتماعی رابطه معنی دار بین عمل به وظایف مذهبی و پیوستگی اجتماعی بدست آمد. این رابطه نشان می دهد که عمل به وظایف مذهبی در جامعه نخبگان مورد آزمون به شدت ضعیف می باشد و اندکی از افراد جامعه غیرنخبه توانستند در وضعیت مطلوب تری از نظر عمل به وظایف مذهبی قرار گیرند، که این امر باعث می شود درباره نوع جهانی که در آن زندگی می کنند و آنچه در اطرافشان رخ می دهد علاقمندتر بوده و احساس کنند قادر به فهم وقایع اطراف هستند، که این

بعد از سلامت اجتماعی در آنان به واسطه بیشتر عمل کردن به وظایف مذهبی، افزایش یابد. بطور کلی دین احساس اشتراک و وحدت اجتماعی را برانگیخته و همبستگی گروه را تحکیم می بخشد و با ایجاد یک روح جمعی، شور و شوق مذهبی و احساسات همگانی را گسترش می دهد و زمینه های لازم را برای پیوند میان اعضا و انسجام اجتماعی فراهم می آورد و موجب ارتقا سلامت اجتماعی افراد می شود. در گروه ها و جوامعی که دین گستردگی زیادی دارد، احتمالاً افراد انسجام بیشتری با جامعه داشته و سالمتر هستند. این نتیجه با پژوهش های خارجی زیمر و همکاران (۲۰۱۹)، پاول (۲۰۰۷)، و پژوهش های داخلی، حیدرخانی و همکاران (۱۳۹۶)، راد و همکاران (۱۳۹۴)، و میرزامحمدی و همکاران (۱۳۹۰) همسو می باشد. این یافته با نظریه دورکیم و نظریه پردازان کارکردگرایی که معتقدند دین نقش اجتناب ناپذیر و منحصر بفردی در ایجاد یکپارچگی و همبستگی اجتماعی دارد و باعث حفظ انسجام اجتماعی می شود انطباق دارد.

در بررسی آزمون رگرسیون چند متغیره نتایج نشان داد که متغیرهای عواطف مذهبی، تحصیلات، عمل به وظایف مذهبی و سن به ترتیب بالاترین تأثیرگذاری را بر سلامت اجتماعی دارد و ۲۱/۷ درصد از تغییرات سلامت اجتماعی توسط متغیرهای مذکور قابل تبیین و پیش بینی بوده است و سایر تغییرات آن به متغیرهایی بستگی دارد که در پژوهش حاضر مورد بررسی قرار نگرفته اند.

دینداری و اخلاق ناشی از باورهای دینی در ایران به عنوان یکی از معیارهای اساسی در رویه های رفتاری و عملکرد مردم تلقی می گردد. بنابراین می توان انتظار داشت که بخشی از سلامت اجتماعی افراد در ایران تحت الشعاع ریشه ها و باورهای مذهبی آن ها باشد. با این حال میزان دینداری در افراد جامعه برحسب شرایط فرهنگی و موقعیت اجتماعی - اقتصادی آنها متفاوت خواهد بود. با توجه به نتایج حاصل از پژوهش، باورهای مذهبی در مقایسه افراد نخبه با غیرنخبه تفاوت چندانی نداشت که این امر بیانگر ریشه دار بودن آموزش ها و تعلقات مذهبی در افراد جامعه ایران است. اما آنچه ملاحظه شد جامعه نخبه کشور هم از نظر اعتقادی و هم از نظر عاطفی دلبستگی بیشتری نسبت به باورهای مذهبی دارند و مذهب به گونه ای در آن ها درونی شده است و حتی در مقایسه با جامعه غیرنخبه شدت رابطه باورهای مذهبی شان در رابطه با سلامت اجتماعی آن ها نقش مؤثرتری دارند. متأسفانه آنچه در دو جامعه عیان است ضعف متغیر عمل به وظایف در حوزه اجتماعی ناشی از آموزه های دینی می باشد که در صورت بکارگیری مؤثر آن می تواند در افزایش سلامت اجتماعی تأثیر چشم گیری داشته باشد.

آنچه که مسلم است عمل به وظایف مذهبی باید تغییر شکل یابد و با استفاده از شیوه های جدید اخلاقی و عملکرد مذهبی در جامعه بتوانیم علاوه بر حفظ سلامت اجتماعی افراد، سایر

جنبه‌های سلامت (معنوی، جسمی، روانی) را تحت الشعاع قرار دهیم. این مسئله از جهتی همسو با دیدگاه کارکردگرایی رادکلیف براون است که عقیده داشت عملکرد مذهبی از باورداشت‌های مذهبی بیشتر اهمیت دارد. به نظر براون باورداشت‌ها، به نوعی دلیل تراشی و توجیه‌های مناسب‌اند و برای شناخت دین نخست باید به مناسب توجه داشته باشیم. کارکرد اجتماعی مناسب کلید شناخت دین را به دست ما می‌دهد.

درخاتمه پیشنهاد می‌شود به منظور تقویت سلامت اجتماعی در سطوح مختلف جامعه؛ به باورهای مذهبی بالاخص در ابعاد عاطفی و مناسبی (عمل به وظایف فردی و اجتماعی) توجه ویژه‌ای مبذول شود زیرا ابعاد مذکور نقش مؤثری را در تقویت تعاملات اجتماعی؛ کاهش تنش‌ها و فشارهای محیط اجتماعی؛ سایر ویژگی‌های اخلاقی از جمله معاشرت و برخوردهای هدف‌دار؛ پرهیز از اعمال بیهوده؛ وفای به عهد؛ همکاری و تعاون؛ صبر و پایداری در راستای اهداف جامعه؛ جلوگیری از سست شدن باورها، دگرگونی ارزش‌ها، نابودی اصول اخلاقی حاکم بر جامعه و در نتیجه خودباختگی و ناسازگاری‌های اجتماعی دارا می‌باشد. دین افراد را به یکدیگر نزدیک کرده و از طریق افزایش مراودات اجتماعی، منجر به کاهش اختلافات عقایدی و فکری می‌شود و از طریق ایجاد باورهای مشترک زمینه‌ساز همبستگی و انسجام اجتماعی در جامعه می‌گردد و اخلاق اجتماعی را در جامعه تقویت می‌کند. لذا اهمیت باورهای مذهبی هم در قشر نخبه و سرآمد جامعه (در پژوهش حاضر اعضای هیئت علمی دانشگاه) و هم در قشر غیرنخبه (عامه مردم جامعه) متناسب با علایق و باورهای هر کدام از آنها به عنوان یک سازه فردی - اجتماعی مستحکم در افزایش سطح سلامت اجتماعی به شدت تأثیرگذار خواهد بود.

فهرست منابع

- ۱- افشانی، سیدعلیرضا؛ شیری محمد آباد، حمیده (۱۳۹۶)؛ رابطه ی دینداری و سلامت اجتماعی زنان شهر یزد، مجله دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران (پیاورد سلامت) دوره ۱۱ ویژه نامه شماره ۱، صص ۶۶ - ۷۴
- ۲- ادریسی، افسانه؛ شیخ داد زاده، لیلا؛ بزرگری، محمدرضا (۱۳۹۵)؛ تأثیر احساس امنیت اجتماعی بر سلامت اجتماعی پزشکان (مورد مطالعه؛ پزشکان شهر تهران)؛ مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره ۳۴، شماره ۳، پاییز؛ صص ۲۱۵-۲۳۲
- ۳- ابراهیم پور، داوود؛ پور جبلی، ربابه؛ رضانی ممقانی، روح انگیز (۱۳۹۱)؛ بررسی رابطه عوامل اجتماعی - اقتصادی با سلامت اجتماعی دبیران مقطع راهنمایی و متوسطه شهرستان آذرشهر، مجله مطالعات جامعه شناسی، دوره پنجم، شماره چهاردهم، بهار، صص ۶۷ - ۴۷
- ۴- اینگلهارت، رونالد (۱۳۸۲)؛ تحول فرهنگی در جوامع پیشرفته صنعتی، مترجم مریم وتر، انتشارات کویر
- ۵- حیدرخانی، هابیل؛ نوربخش، یونس؛ فنبری، نوذر (۱۳۹۶)؛ بررسی ارتباط بین دینداری و سلامت اجتماعی جوانان مناطق حاشیه ای شهر کرمانشاه؛ فصلنامه برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی؛ شماره ۳۰، صص ۳۱ - ۶
- ۶- حاتمی، پریسا (۱۳۸۹)؛ بررسی عوامل موثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تأکید بر شبکه های اجتماعی؛ پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی، گروه مددکاری اجتماعی
- ۷- حشمت یغمایی، محمدتقی (۱۳۸۰)؛ دینداری نوجوانان و عوامل موثر بر آن؛ پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران
- ۸- خدایاری، محمد؛ رحیمی نژاد (۱۳۸۸)؛ آماده سازی مقیاس دینداری و ارزیابی سطوح دینداری اقشار مختلف جامعه ایران (مراکز استان ها)؛ دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران؛ موسسه روانشناسی و علوم تربیتی
- ۹- دولتشاهی، بهروز؛ پهلوان، هاجر (۱۳۸۴)؛ بررسی نقش زیارت دینی در سلامت روانی افراد، نشریه نقد و نظر، سال دهم، شماره ۱ و ۲
- ۱۰-راد، فیروز؛ محمدزاده، فاطمه؛ محمدزاده، حمیده (۱۳۹۴)؛ دین و سلامت اجتماعی: بررسی رابطه دین داری با سلامت اجتماعی (مطالعه موردی: دانشجویان دانشگاه پیام نور مرنند)؛ مجله علوم اجتماعی (فردوسی مشهد)؛ سال دوازدهم؛ شماره ۲، پاییز و زمستان؛ صص ۱۳۷ - ۱۶۸
- ۱۱-روشه، گی (۱۳۷۶)؛ جامعه شناسی تالکوت پارسونز، مترجم عبدالحسین نیک گوهر، تهران، انتشارات تبیان

- ۱۲- سراج زاده ، سیدحسین؛ جواهری، فاطمه؛ ولایتی خواجه، سمیه (۱۳۹۲)؛ دین و سلامت: آزمون اثر دینداری بر سلامت در میان نمونه‌ای از دانشجویان، مجله جامعه‌شناسی کاربردی، مجله پژوهشی علوم انسانی دانشگاه اصفهان، بهار ، دوره ۲۴ ، شماره ۱ پیاپی ۴۹ ، صص ۵۵ - ۷۷
- ۱۳- شبانپور ، محمد (۱۳۹۶)؛ شناخت نخبگان فکری و شیوه عمل آنها در ایران پس از انقلاب، مجله دو ماهنامه پژوهش در هنر و علوم انسانی، سال دوم ، شماره یک (پیاپی، سه)، اردیبهشت، صص ۱۳۷ - ۱۳۰
- ۱۴- شعیری، ملیحه (۱۳۸۶)؛ بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی (دینداری) و سلامت روانی زنان شاغل در بخش دولتی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۸۶ ؛ پایان نامه کارشناسی ارشد، مطالعات زنان، دانشگاه آزاد واحد روده
- ۱۵- شجاعی زند، علیرضا (۱۳۸۰)؛ دین تمام‌زندگی، مجله حکومت اسلامی، زمستان، شماره ۲۲، صص ۲۳ - ۵۰
- ۱۶- طالبیان، محمدرضا (۱۳۷۸)؛ " خانواده ، دانشگاه و جامعه‌پذیری جوانان "؛ نامه علوم اجتماعی، نشریه علمی - پژوهشی، شماره ۱۳ ، بهار و تابستان ، صص ۲۷ - ۵۴
- ۱۷- فقیهی، علی نقی؛ خدایاری فرد، محمد؛ غباری بناب ؛ شکوهی یکتا ، محسن (۱۳۸۵)؛ بررسی الگوی دینداری از منظر قرآن و سنت ، فصلنامه اندیشه دینی، دانشگاه شیراز ، شماره پیاپی نوزدهم ، صص ۷۰ - ۴۱
- ۱۸- قمری، محمد (۱۳۹۰)؛ رابطه دین‌داری و حمایت اجتماعی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی منطقه دو ؛ مجله روانشناسی و دین، سال چهارم، بهار ، شماره ۱ (پیاپی ۱۳)
- ۱۹- کلانتری، عبدالحسین ؛ حسینی زاده آرانی، سیدسعید (۱۳۹۴)؛ دین، سلامت روان و احساس تنهایی بررسی نسبت میان میزان دینداری و سلامت روان با احساس تنهایی (مورد مطالعه: شهروندان تهرانی) ؛ مجله جامعه‌شناسی کاربردی، شماره ۲۶ (۶۰) ؛ صص ۲۵ - ۴۴
- ۲۰- کوزر ، لوئیس (۱۳۷۷)؛ "زندگی و اندیشه بزرگان جامعه‌شناسی، مترجم محسن ثلاثی، تهران، انتشارات علمی
- ۲۱- گیویان، عبدالله (۱۳۷۷)؛ سنجش نگرش مردم تهران راجع به نقش و کارکردهای دین، تهران ؛ شورای فرهنگ عمومی
- ۲۲- میرزائی، سعید ؛ صافی زاده ، حسین ؛ ارومیه ای ، نادیا (۱۳۹۶)؛ مطالعه تطبیقی مدل‌های تعیین‌کننده اجتماعی سلامت، مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران، دوره ۱۳ ، شماره ۳ ، صص ۲۳۴ - ۲۲۲
- ۲۳- موسوی، میرطاهر ؛ شیانی ، ملیحه (۱۳۹۴)؛ سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی ؛ مفاهیم و رویکردها ، تهران ، نشر آگاه
- ۲۴- محسنی ، منوچهر (۱۳۹۳) ؛ مبانی سلامت اجتماعی، تهران ، نشر دوران
- ۲۵- میرزاحمدی، محمدحسن؛ فرمهبینی فراهانی، محسن؛ اسفندیاری، سهیلا (۱۳۹۰) ؛ بررسی نقش

آموزش های دینی در سلامت فردی و اجتماعی؛ مجله فرهنگ در دانشگاه آزاد اسلامی، سال پانزدهم، شماره ۲، پیاپی ۴۷؛ صص ۲۰ - ۴۵

۲۶- نیکخواه، هدایت الله (۱۳۸۰)؛ "سنجش دینداری جوانان و عوامل مؤثر بر آن (دانش آموزان سال سوم و پیش دانشگاهی شیراز)؛ مقطع کارشناسی ارشد، گرایش پژوهش علوم اجتماعی، دانشگاه شهید بهشتی

۲۷- ولی علیی، محمد (۱۳۸۹)؛ عوامل مؤثر بر مشارکت سیاسی نخبگان علمی (با تأکید بر اعضای هیأت علمی دانشگاه های تهران)، پایان نامه دکتری تخصصی، دانشگاه علامه طباطبائی، دانشکده علوم اجتماعی.

۲۸- همیلتون، ملکوم (۱۳۹۱)؛ جامعه شناسی دین، ترجمه محسن ثلاثی، تهران، نشر ثالث.

29- Hua Zhang, Jing ؛ Zhang, Haomin؛ Liu, Chengkun ؛ Jiang , Xiaoyang ؛ Zhang , Hongmin ؛ Iwaloye , Ojo (2020) ؛ "Association between Religion and Health in China: Using Propensity Score Matching Method" ؛ Religions , 2020, 11, 37

30- Keyes, C., & Shapiro, A. (2004) , (in press). "Social Well-Being in the United States: A Descriptive Epidemiology". In O. Brim, C. Ryff, & R. Kessler (Eds.), *Midlife in the United States*. Chicago: University of Chicago Press

31- Keyes, C. (1998). " Social Well-Being" ؛ Social Psychology Quarterly, 61, 121-140.

32- Lucchetti, Giancarlo ؛ Garcia Góes ؛ Leonardo, Garbulio Amaral Stefani ؛ Terzian Ganadjian Gabriela ؛ Andrade Isabelle ؛ de Araújo Almeida Paulo Othávio ؛ Mendes do Carmo Victor ؛ Elisa Gonzalez ؛ Manso Maria (2020) ؛ "Spirituality, religiosity and the mental health consequences of social isolation during Covid-19 pandemic" ؛ International Journal of Social Psychiatry 1- 8

33- Powell, L. (2007), "To examine the relationship between the performance communication, spiritual and social health and quality of life in cancer patients" ؛ Academic Press, London

34- Ryff , C.E , and Wu C-L (1996), *psychiatric disorders in america : the epidemiological catchment area study*, new York , free press.

35- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081

36- Zimmer , Zachary ؛ Rojo , Florencia ؛ Beth Ofstedal , Mary ؛ Chiu , Chi-Tsun ؛ Yasuhiko , Saito ؛ Jagger , Carol (2019) , "Religiosity and health: A global comparative study" ؛ *SSM - Population Health* 7 (2019) 100322.