

بررسی ارتباط بین دینداری و سلامت اجتماعی جوانان مناطق حاشیه‌ای شهر کرمانشاه

هاییل حیدرخانی*، یونس نوربخش**، نوذر قنبری***

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۹/۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۲/۸

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی ارتباط بین دینداری در ابعاد مختلف و سلامت اجتماعی جوانان مناطق حاشیه‌ای شهر کرمانشاه می‌باشد. این پژوهش بر اساس نظریه‌های سلامت اجتماعی کیز، دینداری گلاک و استارک و نظریه‌های ارتباط بین دین و ابعاد سلامت اجتماعی دورکیم، بینگر و دیویس، با استفاده از روش میدانی، تکنیک پیمایش، ابزار پرسشنامه و استفاده از نرم افزارهای SPSS و AMOS، به دنبال پاسخ به این سؤال اصلی می‌باشد که آیا بین ابعاد مختلف دینداری و سلامت اجتماعی جوانان ساکن در مناطق حاشیه‌ای ارتباط وجود دارد؟ جامعه آماری پژوهش جوانان ۱۵ تا ۲۹ سال

* استادیار گروه جامعه‌شناسی، واحد اسلام آباد غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، اسلام آباد غرب، ایران. (نویسنده مسئول).

h.heidarkhani@yahoo.com

ynourbakhsh@ut.ac.ir

** دانشیار گروه جامعه‌شناسی دانشگاه تهران.

*** استادیار گروه جغرافیا، دانشکده علوم انسانی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.

n.ghanbari@iauksh.ac.ir

مناطق حاشیه‌ای شهر کرمانشاه می‌باشد که تعداد ۳۸۴ نفر از آنها با استفاده از فرمول کوکران به عنوان حجم نمونه مورد بررسی قرار گرفته شده است. 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 مستقیم و معنادار وجود دارد. بنابراین تمامی فرضیه‌های پژوهش تأیید می‌شوند. نتایج حاصل از مدل معادله ساختاری (AMOS) نیز نشان دادند که در کل اثر متغیر مستقل دینداری بر سلامت اجتماعی جوانان مناطق حاشیه نشین شهر کرمانشاه به میزان ۰/۵۴ می‌باشد.

مفاهیم کلیدی: سلامت اجتماعی، دینداری، بعد پیامدی، بعد مناسکی، بعد اعتقادی، بعد تجربی، بعد شناختی.

مسأله پژوهش

سلامت بنیادی‌ترین عنوانی است که حیات انسان به آن استوار است. آرامش و سلامت، به عنوان مفهومی اساسی در زندگی انسان از بدو پیدایش بشر و در قرون و اعصار متمادی مطرح بوده و انسان برای رسیدن به آن، همه امکانات و نیروهای خود را بسیج کرده ولی هرگاه سخنی از آن به میان آمده بیشتر بعد جسمانی و در چند دهه اخیر نیز بعد روانی آن مورد توجه بوده است و جنبه اجتماعی آن کمتر مورد توجه قرار گرفته است (هزارجریبی و ارفعی عین‌الدین، ۱۳۹۱: ۴۰).

امروزه سلامت اجتماعی در کنار سلامت جسمی، روانی و معنوی نقش و اهمیت گسترده‌ای یافته است. به گونه‌ای که دیگر سلامت فقط عاری بودن از بیماری‌های جسمی و روانی نیست، بلکه چگونگی عملکرد انسان در روابط اجتماعی و چگونگی تفکر وی از اجتماع نیز از معیارهای ارزیابی سلامت فرد در سطح کلان جامعه به شمار می‌رود (سام آرام، ۱۳۸۸: ۱۰).

سلامت اجتماعی به معنی وجود ارتباط میان افراد یا همان جامعه‌پذیری، لذت بردن از بودن در میان دوستان، پشتیبانی شدن از سوی خانواده و بستگان و دوستان را در برمی‌گیرد که ارتباط و تداخل کسان در یک طبقه اقتصادی-اجتماعی همانند انجام می‌گیرد (سجادی و صدرالسادات، ۱۳۸۴: ۲۴۷-۲۴۵) و به منزله بخشی از سلامت فرد، بازتابی از پاسخ‌های درونی (احساسات، افکار و رفتارها) به محرک‌ها و ناظر بر رضایت یا نارضایتی نسبت به محیط اجتماعی است (لارسون^۱، ۱۹۹۶: ۲۸۸-۲۸۷).

یکی از گروه‌هایی که توجه به سلامت اجتماعی آنها مسأله مهمی است، جوانان می‌باشد. نسل جوان به عنوان سرمایه انسانی هر جامعه نقش بارزی در توسعه پایدار و تضمین حیات فرهنگی و ملی آن جامعه ایفا می‌کند و سلامت این قشر تا حد زیادی لازمه سلامت بسیاری از آحاد جامعه را در بردارد. بحث از سلامت جوانان به ویژه در کشورهای در حال توسعه مانند ایران دارای ضرورت مضاعفی است، چرا که در این کشور اکثریت مطلق جمعیت را جوانان تشکیل می‌دهد.

اما در این میان وضعیت سلامت جوانان مناطق حاشیه‌ای توجه بیشتری نیاز دارد. حاشیه نشینی خصلت بسیاری از کشورهای در حال توسعه از جمله ایران می‌باشد. پس از سرعت انفجاری شهرنشینی و ظهور الگوی شهرنشینی در ایران، بخش قابل توجهی از فضای شهری و مناطق مسکونی را مناطقی به نام حاشیه یا سکونتگاه‌های غیر رسمی به خود اختصاص داده‌اند که وسعت زیادی از شهرها مختلف را در برگرفته است. از دهه‌های اول قرن حاضر شمسی با ورود صنعت به ایران و همچنین اصلاحات اجتماعی و نیز اصلاحات اراضی در جامعه روستایی، تزریق عایدات نفتی به شهرها، کاهش مرگ و میر و در ادامه وقوع انقلاب اسلامی و جنگ به همراه دیگر عوامل موجب شد بخش عظیمی از جمعیت و نیروی کار روستایی به شهرها مهاجرت کنند و در نتیجه سبب گسترش حاشیه نشینی شوند.

جوانان مناطق حاشیه‌ای از جمله اقشار آسیب‌پذیر در جامعه هستند که به علت نداشتن امکانات مناسب دچار مشکلات زیادی می‌باشند و همین مشکلات سلامت آنها را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد. جوانی که از سلامت روانی و اجتماعی کافی برخوردار نیست نمی‌تواند با چالش‌های ناشی از ایفای نقش‌های اجتماعی کنار آمده و خود را با هنجارهای اجتماعی تطبیق دهد. از سوی دیگر، خودکارآمدی به عنوان مهمترین عامل ایستادگی جوان در برخورد با چالش‌ها و تضادها نیز می‌تواند دستخوش تغییرات خاص این دوره از تحول قرار گیرد (حاتمی، ۱۳۸۸: ۶).

یکی از عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی جوانان میزان دینداری آنان می‌باشد. دین یکی از ارکان اصلی جوامع بوده که در طی زمان و حوادث متعدد ظهور و بروزهای متعددی یافته است. به عبارت دیگر، دین در جوامع در حین اینکه تغییراتی را موجب شده است در برخی دوره‌ها به کلی دگرگون شده و ظهورهای متعددی پیدا کرده است. اما هیچگاه به طور کامل از صحنه اجتماع محو نشده است. تأثیر دین در جامعه‌های بشری یک واقعیت غیرقابل انکار است (نوربخش و ولف، ۱۳۸۸).

دینداری عامل اساسی اجتماعی شدن و انسجام فکری، عملی و جهت‌گیری در رفع مشکلات و پدیده‌ها و مسائل اجتماعی است (هدن^۱، ۱۹۸۳؛ به نقل از نازک‌تبار و دیگران، ۱۳۸۵: ۲۳۴) و بنابراین عاملی در بهبود سلامت اجتماعی افراد می‌باشد. به طور کلی، اعمال و باورهای دینی با سلامتی فردی و اجتماعی افراد یک جامعه مرتبط است (دی^۲، ۲۰۰۹: ۲۲۰-۲۱۹). دین اصل وحدت بخش و زمینه‌مشترکی را فراهم ساخته و به انسان اجازه می‌دهد تا با فائق آمدن بر تمایلات خودخواهانه شان و به خاطر عشق به همنوعانشان فراتر از این خودخواهی‌ها عمل کنند. دین منبعی برای ارزشهای اجتماعی است و بر گزینش‌های فردی و بسیاری از زمینه‌های زندگی روزمره تأثیر می‌گذارد و همچنین به عنوان تجلی روح جمعی و عامل همبستگی و یکپارچگی

1. Heden
2. Day

جامعه - که شاخص‌های اصلی سلامت اجتماعی هستند - محسوب می‌شود (حقیقتیان و دیگران، ۱۳۹۴: ۲).

عده‌ای از دانشمندان بر این باورند که بسیاری از متغیرهای سلامتی به وسیله باورهای دینی و مذهبی تبیین می‌شوند. در واقع مذهب یکی از عوامل تاثیرگذار بر رفتار و شناخت به شمار می‌رود (هادیان فرد، ۱۳۸۴: ۲۲۶-۲۲۵). آنها معتقدند مذهب به انسان کمک می‌کند تا معنای حوادث زندگی مخصوصاً حوادثی را که مشکل‌زا هستند را درک کرده و باعث دلگرمی و خرسندی مطبوعی در روحیه او بشود و در نتیجه سلامت فردی و اجتماعی او را افزایش دهد (سواتزکی^۱ و همکاران، ۲۰۰۵). داشتن مذهب موجب ایجاد معنا، امیدواری، احساس کنترل، سبک زندگی سالم‌تر پذیرفته شدن از سوی دیگران و در نتیجه بالا رفتن سطح سلامت می‌گردد (خدارحیمی و همکاران، ۱۳۷۷).

تعهد و تقید مذهبی سبب تعلق افراد به شبکه‌ای از اشخاص هم عقیده می‌گردد که می‌توانند در مواقع مورد نیاز به همدیگر کمک کنند. به این ترتیب با افزایش یافتن داشته‌های مشترک فردی و میزان حمایت اجتماعی، سلامت جسمی و اجتماعی افزایش می‌یابد؛ تعهد و تقید مذهبی به افراد کمک می‌کند تا چشم‌انداز مثبت و خوش‌بینانه‌ای راجع به زندگی داشته باشند و به این ترتیب، سلامت آنها به حداکثر میزان ممکن افزایش می‌یابد (وازرمن و تروواتو^۲، ۱۹۹۶: ۵۰-۴۴).

بنابراین با توجه به توضیحات داده شده بررسی میزان دینداری جوانان در مناطق حاشیه نشین مسأله‌ای مهم و اساسی است و در همین راستا پژوهش حاضر به دنبال بررسی ارتباط بین ابعاد مختلف دینداری با سلامت اجتماعی جوانان مناطق حاشیه‌ای شهر کرمانشاه به عنوان یکی از کلانشهرهای ایران که در حدود ۲۵ تا ۳۰ درصد آن در مناطق حاشیه نشینی زندگی می‌کنند می‌باشد.

1. Sawatzky
2. Wasserman & Trovato

پیشینه تحقیق

- پاول^۱ (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 تاثیرگذار 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.

- مکنالتی^۲ و دیگران (۲۰۰۴) در پژوهش خود نشان می‌دهند که دین تأثیر قابل ملاحظه‌ای در سازگاری افراد دارد و از آن می‌توان در کار بر روی افرادی که خواهان درمان معنوی هستند استفاده کرد.

- فرانسیس و کالدور^۳ (۲۰۰۲) پژوهشی را با عنوان بررسی رابطه بین تدین و سلامت را در بین ۹۸۹ مسیحی به انجام رساندند. در این تحقیق متغیر تدین از طریق شاخص‌های ایمان به خدا، نماز خواندن و حضور در کلیسا سنجیده شد؛ محققان پس از تجزیه و تحلیل داده‌ها ضمن کنترل اثر متغیر جنسیت و پایگاه اقتصادی - اجتماعی به این نتیجه رسیدند که هر سه شاخص تدین تبیین‌گر سلامتی پاسخگویان می‌باشند.

- نتایج پژوهش استوارد و جو^۴ (۱۹۹۸) بر روی ۱۲۱ دانشجو نشان داده که روحیه مذهبی به صورت چشمگیری با سلامت و سازگاری در ارتباط است و افرادی که خود را پیش از همه مذهبی می‌دانند از دیگران سازگارترند و بالاترین عملکرد تحصیلی را دارند.

-
1. Powell
 2. McNulty
 3. Francis & Kaldor
 4. Steward & Joe

- مک آرتور^۱ (۱۹۹۵) مطالعه‌ای را برای بررسی اپیدمیولوژی سلامت اجتماعی در ایالات متحده انجام داد. هدف این مطالعه دستیابی به میزان شیوع سلامت اجتماعی سطح بالا و پایین و چگونگی توزیع سلامت اجتماعی در جمعیت، با توجه به متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل و وضعیت شغلی بود. نتایج نشان داد که تقریباً ۴۰ درصد افراد بزرگسال در سن ۲۵ تا ۴۷ سال، در سه مقیاس سلامت اجتماعی دارای نمره بالا بودند. اما ۶۰ درصد افراد بزرگسال در هیچ یک از مقیاس‌های سلامت اجتماعی نمره بالا کسب نکردند.

- راد و دیگران (۱۳۹۴) پژوهشی را با عنوان «دین و سلامت اجتماعی: بررسی رابطه دین داری با سلامت اجتماعی (مطالعه موردی: دانشجویان دانشگاه پیام نور مرند)» به انجام رساندند. این پژوهش با روش پیمایشی و با نمونه‌ای به حجم ۳۴۵ نفر انجام گرفت. براساس یافته‌ها، میزان سلامت اجتماعی اکثریت دانشجویان در سطح متوسط و میزان دین داری آن‌ها در سطح بالا است. یافته‌های حاصل از ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین دین داری و سلامت اجتماعی دانشجویان و همچنین، بین دین داری 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.

- سراج زاده و دیگران (۱۳۹۲) پژوهشی را با عنوان «دین و سلامت: آزمون اثر دینداری بر سلامت در میان نمونه‌ای از دانشجویان» به انجام رساندند. در این پژوهش، رابطه سلامت با برخی از تعیین‌کننده‌های اجتماعی شامل دینداری، سبک زندگی سلامت محور و حمایت اجتماعی آزمون شده است. این مطالعه یک مطالعه پیمایشی است که جمعیت آماری آن را دانشجویان دانشگاه تبریز تشکیل می‌دهند. بر اساس

یافته‌های پژوهش متغیرهای دینداری، سبک زندگی سلامت محور و حمایت اجتماعی ۳۶,۸ درصد تغییرات سلامت کل، ۱۶,۶ درصد تغییرات سلامت جسمی، ۳۱,۲ درصد تغییرات سلامت روانی و ۳۲,۶ درصد تغییرات سلامت اجتماعی را تبیین می‌کنند.

- فتحی و دیگران (۱۳۹۱) پژوهشی را با عنوان «عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی معلمان شهر مراغه» به انجام رساندند. در این مطالعه ارتباط متغیرهای مستقل جنسیت، سن، طبقه اجتماعی و رضایت از شغل با متغیر وابسته سلامت اجتماعی در میان معلمان شهر مراغه بررسی شد. بر اساس یافته‌ها، بین متغیرهای رضایت از شغل و سن و طبقه اجتماعی با سلامت اجتماعی افراد مطالعه شده رابطه معناداری با ضریب اطمینان ۹۹ درصد اطمینان به دست آمد، درحالی که بین دو جنس زن و مرد از نظر سطح سلامت اجتماعی تفاوت معناداری مشاهده نشد.

- میرزامحمدی 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 تاثیر پیشگیرانه آن در امر سلامت جسمی، روانی و اجتماعی و انواع سلامت از منظر متفکرین اسلامی و غربی و اثرات آموزش‌های دینی و برنامه‌های درسی معنوی 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.

جمع بندی 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 یک از متغیرهایی است که

با سلامت اجتماعی در ارتباط است و با این وجود پژوهش‌های کمی در این رابطه به خصوص در بین جوانان به انجام رسیده است. پژوهش حاضر برخلاف پژوهش‌های راد و دیگران (۱۳۹۴) و سراج زاده و دیگران (۱۳۹۲) که دین را با ابعاد مختلف سلامت اجتماعی مورد بررسی قرار داده‌اند، ابعاد مختلف دین را با سلامت اجتماعی مورد بررسی قرار می‌دهد و بنابراین متفاوت با کار دیگران است. همچنین این پژوهش برای اولین بار در بین جوانان مناطق حاشیه‌ای به انجام می‌رسد و کاری نو محسوب می‌شود.

مبانی نظری پژوهش

نظریه‌های سلامت اجتماعی

بلاک و برسلو^۱ برای نخستین بار در سال ۱۹۷۲ در پژوهشی به مفهوم سلامت اجتماعی پرداخته‌اند. آنان مفهوم سلامت اجتماعی را با «درجه عملکرد اعضاء جامعه» مترادف دانستند و شاخص سلامت اجتماعی را ساختند. آنها تلاش کردند تا با طرح پرسش‌های گوناگون در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی سلامت فردی، به میزان فعالیت و عملکرد فرد در جامعه برسند (فرزانه و علیزاده، ۱۳۹۲: ۱۸۱).

لارسن، سلامت اجتماعی را ارزیابی فرد از کیفیت روابطش با خانواده، دیگران و گروه‌های اجتماعی تعریف کرده و بر آن است که این پدیده، بخشی از سلامت فرد را می‌سازد، که نشانگر رضایت یا عدم رضایت او از زندگی اجتماعی بوده و شامل پاسخ‌های درونی فرد است (لارسن^۲، ۱۹۹۶: ۱۸۳). بنابراین، به چگونگی وضعیت ارتباط فرد با دیگران در جامعه می‌پردازد. هر نوع قطع ارتباط بین فرد و جامعه، به

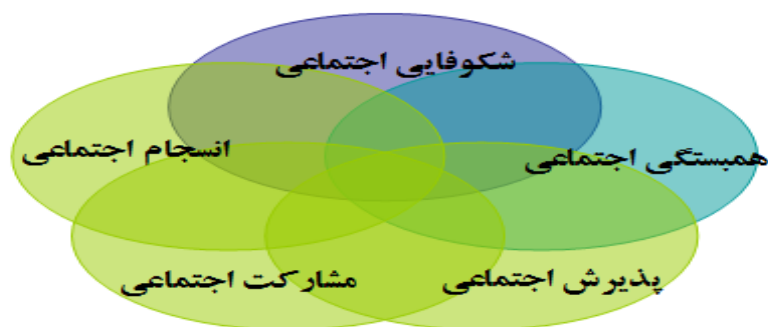
1. Block & Breslow
2. Larson

گونه ای که افراد در چارچوب‌های اجتماعی جذب نگردند، زمینه ای مساعد بر ای رشد انحرافات اجتماعی و پیدایش مشکلات سلامت را فراهم می آورد.

از نظر ماتسون^۱ (۱۹۹۰) یکی از جنبه‌های مهم رشد انسان، فرایند اجتماعی شدن اوست. انسان به عنوان موجودی اجتماعی، همواره ناگزیر است که با دیگران روابط متقابل داشته باشد. از طریق رفتار متقابل اجتماعی است که افراد شخصیت خود را می‌سازند و شیوه‌های زندگی جمعی و دانش، مهارت‌ها الگوهای رفتاری لازم را کسب می‌کنند. از طرفی به نظر می‌رسد که برقراری و حفظ یک ارتباط سالم و مستمر نیز مستلزم داشتن مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی بخصوصی است که باید آنها را مورد توجه و بررسی قرار داد.

ماتسون معتقد است که مهارت‌های ارتباطی رفتارهایی هستند که رشد آنها می‌تواند بر روابط بین افراد از یکسو و سلامت اجتماعی آنان و نیز عملکرد مفید و موثر در اجتماع از سوی دیگر، تأثیر داشته باشد. ماتسون مهارت‌های ارتباطی را به عنوان وسیله ارتباط میان فرد و محیط، تعریف می‌کند که این وسیله برای شروع و ادامه یک ارتباط سازنده و سالم با همسالان، به عنوان بخش مهمی از سلامت، مورد استفاده واقع می‌شود (حاتمی، ۱۳۸۸).

اما مهم‌ترین و کامل‌ترین نظریه در زمینه سلامت اجتماعی را کییز مطرح کرده است که به عنوان مبنای پژوهش در اینجا به تفصیل بررسی می‌شود. کییز معتقد است که مدل سلامت اجتماعی (که در امتداد سلامت روانی مطرح می‌شود و زمینه کارکرد مثبت را فراهم می‌کند) شامل همبستگی اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و خودشکوفایی اجتماعی به شرح نمودار زیر می‌شود:



نمودار ۱- ابعاد سلامت اجتماعی از نظری کیز (به نقل از: حاتمی، ۱۳۸۸)

همبستگی اجتماعی: منظور از همبستگی اجتماعی، ارزیابی یک فرد با در نظر گرفتن کیفیت همراهی او با جامعه اطرافش است (کیز^۱، ۱۹۹۸). احساس تعلق می‌تواند جنبه‌ای محوری از سلامت باشد (ریف^۲ و دیگران، ۲۰۰۳). و لذا همبستگی با دیگران در محیط و جامعه اطراف می‌بایست حاصل یک تجربه مشترک شباهت با دیگران باشد (کیز و شاپیرو^۳، ۲۰۰۴).

مشارکت اجتماعی: مشارکت عبارتست از ارزیابی ارزش اجتماعی که فرد دارد و شامل این عقیده است که آیا فرد جزئی مهم از جامعه است و چه ارزشی را به جهان خود اضافه می‌کند. ایفای سهم اجتماعی با مفاهیم بازدهی و مسئولیت پذیری شباهت دارد. بازدهی فردی به این معنا است که عقیده داشته باشیم می‌توانیم رفتار خاصی را از خود نشان دهیم و به اهداف ویژه‌ای برسیم (کیز، ۲۰۰۲).

انسجام اجتماعی: در این شاخص فرد خود را ارزیابی کرده و به این نتیجه می‌رسد که بخشی از جامعه بوده و خود را همچون سایرین در وقایع جامعه سهیم

1. Keyes
2. Ryff
3. Shapiro

می‌داند. انسجام اجتماعی قابل قیاس با بی معنا بودن زندگی است. و شامل دیدگاه‌هایی می‌شود در این باره است که جامعه قابل سنجش و قابل پیش بینی است. از حیث روان شناختی، افراد سالم زندگی شخصی خود را با معنا و منسجم می‌بینند (ریف و دیگران، ۲۰۰۳).

شکوفایی اجتماعی: منظور از شکوفایی اجتماعی ارزیابی پتانسیل و خط سیر جامعه است. 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 شکوفایی‌اند که نوید توسعه بهینه را می‌دهد و هرچند این امر برای همه افراد درست نیست (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴).

پذیرش اجتماعی: پذیرش اجتماعی نسخه اجتماعی پذیرش خود است. افرادی که نگرش مثبتی به شخصیت خود دارند و جنبه‌های خوب و بد زندگی خود را توامان می‌پذیرند نمونه‌هایی از سلامت روانی و اجتماعی هستند (ریف، ۱۹۸۹: ۷۷). منظور از پذیرش اجتماعی، درک فرد از جامعه با توجه به خصوصیات سایر افراد است (کییز، ۱۹۹۸: ۱۲۵). پذیرش اجتماعی شامل پذیرش تکثر با دیگران، اعتماد به خوب بودن ذاتی دیگران و نگاه مثبت به ماهیت انسان‌ها است که همگی آنها باعث می‌شوند فرد در کنار سایر اعضای جامعه انسانی، احساس راحتی کند (کییز و شاپیرو، ۱۹۹۸).

نظریه‌های دینداری

دورکیم نظریه پردازی است که بیشترین تاثیر را بر جامعه شناسی دین داشته است. وی برای شناخت همه ادیان بشری به ابتدایی‌ترین و ساده‌ترین صورت دین توجه می‌کند (همیلتون، ۱۳۸۹). وی نه به ماهیت دین بلکه به کارکردهای آن می‌پردازد و نقش دین در انسجام اجتماعی جوامع سنتی را مهم قلمداد می‌کند (ریتزر، ۱۳۸۳: ۲۳). به نظر دورکیم آیین‌های دینی با تقویت باورهای جمعی و اخلاقیات و نیز با پیوند شرکت

کنندگان به یکدیگر، باعث همبستگی جامعه می‌شود. کارکرد دین در جامعه یکپارچه کردن و انسجام آن است (استونز^۱، ۱۳۷۹: ۸۵-۸۴).

از نظر لنسکی دین عامل موثری است که اندیشه و عمل فرد را حتی در جوامع مدرن متأثر می‌سازد. لنسکی دو جهت‌گیری راست‌گویی^۲ و عبودیتی^۳ را در دین یهودی - مسیحی مهم قلمداد می‌کند. این دو جهت‌گیری به لحاظ فعال و منفعل بودن، پذیرش یا عدم پذیرش در دنیای مدرن و همچنین تأثیرات متفاوت‌شان بر الگوی فکر و عمل از هم متمایزاند. به اعتقاد لنسکی درگیر بودن گروه دیندار، از دو جنبه مشارکتی^۴ و معاشرتی^۵ برخوردار است که می‌تواند کم یا زیاد باشد. او بعد مشارکتی را از لحاظ میزان حضور در برنامه‌ها و فعالیت‌های رسمی و جمعی نهاد دین و بعد معاشرتی را از حیث داشتن پیوندهای دوستانه و عاطفی هم‌کیشان و اعضای کلیسای خود مورد توجه قرار می‌دهد (لنسکی^۶، ۱۹۶۳؛ به نقل از حقیقتیان و دیگران، ۱۳۹۴).

رابرتسون اسمیت مذهب را تنها یک ترس مبهم و فرزند هراس و وحشت نمی‌داند بلکه آن را حافظ مقررات، نوامیس و نظم اخلاقی جامعه نیز می‌داند و آنچه برای او مهم است عملکردهای دین است و نه باورداشت‌ها. به استدلال او عملکردهای دینی مانند تشریفات و مناسک اهمیتی بنیادی دارند و برای شناخت دین نخست باید شیوه‌های مردم را تحلیل کرد و نه باورداشت‌های آنها را. به طور کلی به ادعای رابرتسون دین دو کارکرد عمده دارد: یکی تنظیم‌کننده و دیگری برانگیزاننده، تنظیم‌کننده رفتار فردی برای خیر همگان و یا به سخن دیگر برای گروه و برانگیزاننده احساس مشترک جهت وحدت اجتماعی که از طریق مناسک مذهبی انجام می‌شود (همیلتون، ۱۳۸۹).

-
1. Stones
 2. Orthodoxy
 3. Devotionalism
 4. Association
 5. Communal
 6. Lenski

به نظر رادکلیف براون باورداشت‌ها واقعاً اهمیتی نداشته و تنها آنچه مردم در عمل انجام می‌دهند، اهمیت اساسی دارد. از این رو به نظر براون، باورداشتها، دلیل تراشی‌ها و توجیه‌های مناسک‌اند و می‌توان گفت که مناسک بیان نمادین و تنظیم شده‌ی برخی احساسات‌اند. پس می‌توان نشان داد که مناسک کارکردهای خاصی دارند که ضمن تنظیم و حفظ احساساتی که بنای ساختمان جامعه را تشکیل می‌دهند، آن را از نسلی به نسل دیگر انتقال می‌دهند (همیلتون، ۱۳۸۹).

گلارک^۱ طی دو دهه ۵۰-۶۰ میلادی در تلاش برای فهم و تبیین دین در امریکا بود. وی با همکاری رادنی استارک^۲ در سال ۱۹۶۵، به شرح و بسط الگوی جدیدی از دینداری پرداخت. هدف اصلی آنها، عموماً درک شیوه‌های گوناگونی بود که مردم با توسل به آن، خود را مذهبی تلقی می‌کردند. گلاک و استارک بر این عقیده بودند که به رغم آنکه ادیان جهانی در جزئیات بسیار متفاوتند، اما دارای حوزه‌های کلی هستند که دینداری در آن حوزه‌ها و یا ابعاد - جلوه‌گر می‌شود.

آنها برای دینداری چهار بعد اصلی «عمل»، «باور»، «تجربه»، «دانش یا معرفت» را تحت عنوان ابعاد عمومی الزام دینی مطرح کرده‌اند. این ابعاد چهارگانه، در سطح مقیاس‌های اولیه به پنج شاخص یا مقیاس تقسیم شده‌اند که افزایش آن، ناشی از تفکیک بُعد عمل به دو بخش شاخص مناسکی و عبادی است (گلاک و استارک، ۱۹۷۰).

- بعد باور (اعتقادی): آن چیزی است که انتظار می‌رود پیروان یک دین بدان اعتقاد داشته باشند.

- بعد مناسکی (عمل): نظام اعتقادی در هر دینی وجود دارد، اما این اعتقادات به صورت مناسک نمود عینی می‌یابند.

1. Glock
2. Stark

- بعد تجربی (عاطفی): تجربه دینی با احساسات، تجربیات و درون فرد دیندار مرتبط است. احساسات و عواطف دینی وجه عالی‌تری از دینداری است که کاملاً قلبی و درونی بوده و برخلاف مناسک و مراسم آیینی نمود بیرونی ندارد.

- بعد شناختی: بعد معرفتی، عقلانی یا دانش با بعد عقیدتی بسیار نزدیک است. تفاوت این دو بعد، مربوط به آگاهی و شناخت در اعتقادات در بُعد دانش است.

- بعد پیامدی: بعد پیامدی دینداری، به اعمالی گفته می‌شود که از عقاید، احساسات و اعمال مذهبی ریشه می‌گیرد و از ثمرات و نتایج ایمان در زندگی و کنش‌های بشر است (گلاک و استارک، ۱۹۷۰).

یینگر^۱ معتقد است هر انسانی به ارزشهای مطلق نیاز دارد که با آن زندگی می‌کند و این ارزش‌های مطلق باید پاسخ‌هایی را برای مسأله زندگی و مرگ انسان فراهم سازند. ینگر معتقد است که دین ریشه دوگانه دارد زیرا هم نیازهای فردی و هم نیازهای گروهی را بر آورده می‌سازد. به عبارت دیگر دین بیشتر از طریق کارکردهایی که برای افراد جامعه دارد نیازهای گروهی را بر آورده سازد. (همیلتون، ۱۳۸۹). ینگر با طرح این مباحث، ادعا می‌کند که دین از طریق تأکید بر ارزشهای کلی و دسترسی پذیر یعنی ارزشهایی چون رستگاری و یا توجیه رنج، ناکامی و محرومیت و نظایر آن، سازمان اخلاقی جامعه را حفظ می‌کند و موجب پیوند اعضای جامعه و همبستگی اجتماعی می‌شود.

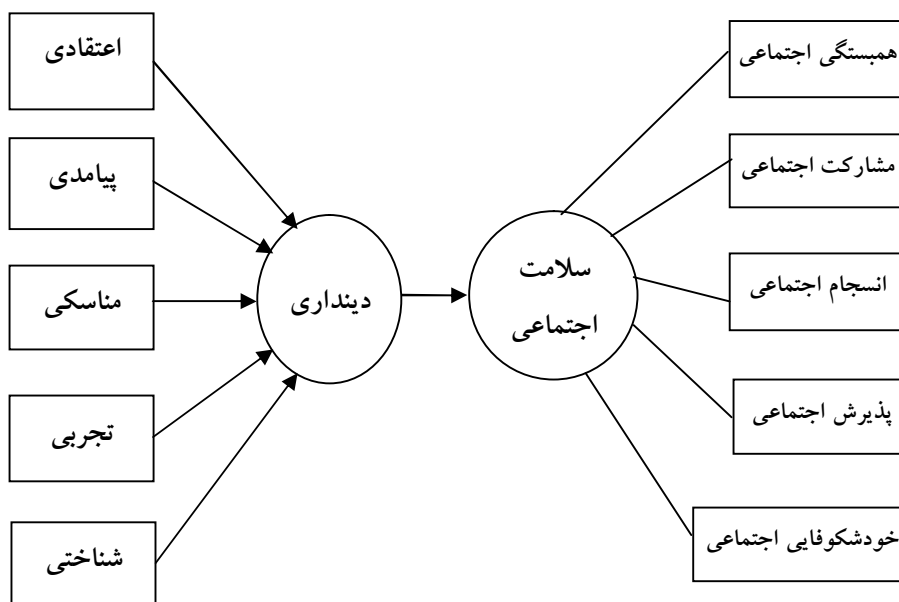
کینگزلی دیویس معتقد است که تفاوت معناداری بین داوری و تبیین محقق با فهم کنشگر دینی مشاهده می‌شود. بنابراین نظریه‌پردازان جدید کارکردگرایی با اهمیت دادن بیشتر به کنشگر دینی و وارد کردن عنصر روانشناختی و تلفیق آن با نظریه‌ی کارکردگرایی، تبیین بهتری از دین ارائه داده‌اند. دیویس به ارائه کارکردهای مثبت دین پرداخته و دین را به عنوان عامل انسجام بخش در جامعه می‌ستاید و اضافه می‌کند که

1. Yinger

افراد از طریق شرکت در مراسم دینی، وابستگی‌شان را به اهداف گروهی افزایش می‌دهند. دیویس از تمایز بین امر مقدس و نا مقدس استفاده کرده و آنرا داری خصلتی نمادین می‌داند (توسلی، ۱۳۸۰).

چارچوب نظری پژوهش (نظریه‌های ارتباط تأثیر دینداری بر سلامت اجتماعی)

در پژوهش حاضر سلامت اجتماعی بر مبنای نظریه کیز و با ابعاد همبستگی اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و خودشکوفایی اجتماعی می‌شود مورد بررسی قرار می‌گیرد. دینداری نیز بر مبنای نظریه گلاک و استارک در ابعاد اعتقادی، پیامدی، مناسکی، تجربی و شناختی مورد بررسی قرار گرفته است. به نظر دورکیم آیین‌های دینی با تقویت باورهای جمعی و اخلاقیات و نیز با پیوند شرکت کنندگان به یکدیگر، باعث همبستگی جامعه می‌شود. کارکرد دین در جامعه یکپارچه کردن و انسجام آن است. بنابراین از نظر دورکیم دین باعث بالا رفتن یکپارچگی و انسجام اجتماعی به عنوان شاخص‌های سلامت اجتماعی می‌شود. ینگر با طرح این مباحث، ادعا می‌کند که دین از طریق تأکید بر ارزش‌های کلی و دسترسی پذیر یعنی ارزش‌هایی چون رستگاری و یا توجیه رنج، ناکامی و محرومیت و نظایر آن، سازمان اخلاقی جامعه را حفظ می‌کند و موجب پیوند اعضای جامعه و همبستگی اجتماعی - به عنوان شاخص‌های سلامت اجتماعی - می‌شود. دیویس نیز دین را به عنوان عامل انسجام بخش در جامعه می‌ستاید و اضافه می‌کند که افراد از طریق شرکت در مراسم دینی، وابستگی‌شان را به اهداف گروهی افزایش می‌دهند. بنابراین از نظریه‌های گلاک و استارک، دورکیم، ینگر و دیویس این فرضیه اصلی استخراج می‌شود که: بین دینداری و ابعاد مختلف آن با سلامت اجتماعی ارتباط وجود دارد.



مدل نظری پژوهش

فرضیه‌های پژوهش

فرضیه اصلی

- بین دینداری و سلامت اجتماعی ارتباط وجود دارد.

فرضیه‌های فرعی

- بین بعد اعتقادی دینداری و سلامت اجتماعی ارتباط وجود دارد.

- بین بعد پیامدی دینداری و سلامت اجتماعی ارتباط وجود دارد.

- بین بعد مناسکی دینداری و سلامت اجتماعی ارتباط وجود دارد.

- بین بعد تجربی دینداری و سلامت اجتماعی ارتباط وجود دارد.

- بین بعد شناختی دینداری و سلامت اجتماعی ارتباط وجود دارد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع همبستگی می‌باشد. در مطالعه میدانی، برای جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز از ابزار پرسشنامه محقق ساخته استفاده شده است. پیش از آغاز پیمایش، پرسشنامه ابتدایی مورد آزمون اولیه قرار گرفت و با استفاده از نتایج به دست آمده، نقایص موجود برطرف و پرسشنامه نهایی تنظیم شد. در این رابطه جهت اطمینان از اعتبار لازم به مشاوره و بهره‌گیری از نظرات اساتید و کارشناسان مربوطه و همچنین از آزمون آلفای کرونباخ جهت پایایی پرسشنامه اقدام شده است و بر اساس ضریب آلفا ضریب پایایی تمامی متغیرها بالاتر از ۰,۷ می‌باشد.

جدول ۱- پایایی پرسشنامه نهایی بر اساس ضریب آلفای کرون باخ

متغیر	شاخص	ضریب آلفا
دینداری	اعتقادی	۰/۸۵۰
	پیامدی	۰/۷۹۳
	مناسکی	۰/۸۴۲
	تجربی	۰/۷۲۱
	شناختی	۰/۷۱۴
سلامت اجتماعی	همبستگی اجتماعی	۰/۸۹۱
	خودشکوفایی اجتماعی	۰/۸۲۳
	انسجام اجتماعی	۰/۸۰۱
	پذیرش اجتماعی	۰/۷۹۶
	مشارکت اجتماعی	۰/۷۵۴

جامعه آماری این مطالعه کلیه جوانان ۱۵ تا ۲۹ سال ساکن در مناطق حاشیه‌ای شهر کرمانشاه می‌باشد. جمعیت کل ساکنان مناطق حاشیه‌ای شهر کرمانشاه حدود ۳۰۰

هزار نفر است. از این تعداد حدود ۱۶۰ هزار نفر شامل جوانان ۱۵ تا ۲۹ سال می‌شود که جامعه آماری را تشکیل می‌دهد. از آنجا که به طور طبیعی امکان مطالعه دیدگاه‌های تمامی ساکنان وجود نداشت از شیوه «نمونه‌گیری» برای تبیین نظریات افراد مورد مطالعه استفاده شده است و بر اساس فرمول کوکران تعدادی از افراد (۳۸۴ نفر) که معرف جامعه آماری تشخیص داده شدند به عنوان نمونه انتخاب و مطالعه شده است. شیوه نمونه‌گیری در این پژوهش تصادفی دو مرحله‌ای می‌باشد. بدین صورت که به صورت تصادفی در مرحله اول تعدادی از مناطق حاشیه‌ای شهر کرمانشاه انتخاب و در مرحله بعد به صورت تصادفی از هر منطقه نمونه نهایی استخراج شد. محلات جعفرآباد، مسکن، شهرک مهدیه و کیانشهر از جمله محلاتی هستند که مورد بررسی قرار گرفته‌اند. پس از گردآوری داده‌ها تجزیه و تحلیل آن‌ها با استفاده از نرم افزار آمارهای SPSS و AMOS انجام گردید و در این رابطه برای آزمون فرضیات، تست‌های آماری متناسب با هر فرضیه بکار گرفته شد.

تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرهای پژوهش

- دینداری

تعریف مفهومی: دینداری به معنای التزام عملی و ذهنی به باورهای دینی است. به عبارت دیگر پیروی پیروان دین از آن و از زیرمجموعه‌های آن است (احمدی، ۱۳۸۸: ۲۰ - ۱۹).

تعریف عملیاتی: دینداری در این پژوهش با شاخص اعتقادی، پیامدی، مناسکی، تجربی و شناختی بررسی شده است. هرکدام از شاخص‌های فوق با گویه‌های مختلفی در قابل طیف لیکرت ۵ قسمتی به ترتیب از خیلی کم تا خیلی زیاد مورد بررسی قرار گرفتند.

- سلامت اجتماعی

تعریف مفهومی: منظور از سلامت اجتماعی آن بعد از رفاه هر فرد است که مربوط است به اینکه او چگونه با سایر افراد ارتباط برقرار می‌کند (مارموت و ویلکینسون، ۱۳۸۷: ۳۴۲). در واقع زمانی شخص را واجد سلامت اجتماعی بر می‌شمارند که بتواند فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی خود را در حد متعارف بروز و ظهور دهد و با جامعه و هنجارهای اجتماعی احساس پیوند و اتصال کند (فدایی مهربانی، ۱۳۸۶: ۸).

تعریف عملیاتی: سلامت اجتماعی در این پژوهش با شاخص‌های همبستگی اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و خودشکوفایی اجتماعی سنجیده شده است. هرکدام از شاخص‌های مذکور ۹ با گویه‌های مختلفی در قابل طیف لیکرت ۵ قسمتی به ترتیب از خیلی کم تا خیلی زیاد مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی

نتایج فراوانی متغیر جنس نشان می‌دهد که ۵۴٪ پاسخگویان مرد و ۴۶٪ زن هستند.

بر اساس یافته‌ها ۷۱٪ پاسخگویان مجرد و ۲۹٪ متأهل می‌باشند.

بر اساس یافته‌ها ۱۸٪ پاسخگویان ۱۵ تا ۱۸ سال، ۲۵٪ پاسخگویان ۱۹ تا ۲۲ سال، ۳۰٪ پاسخگویان ۲۳ تا ۲۶ سال، ۲۴٪ پاسخگویان دارای سن ۲۷ تا ۲۹ سال هستند.

بر اساس یافته‌ها ۶۶٪ ۲۲ درصد پاسخگویان دارای سطح تحصیلات زیر دیپلم، ۳۰٪ ۳۰ درصد دارای سطح تحصیلات دیپلم، ۱۶٪ ۷۱ درصد دارای سطح تحصیلات

کاردانی، ۲۴/۷۹ درصد دارای سطح تحصیلات کارشناسی و ۵/۵۴ درصد دیگر دارای سطح تحصیلات کارشناسی ارشد و بالاتر هستند.

آمار توصیفی متغیر دینداری و ابعاد آن

جدول ۲- توزیع پاسخگویان بر حسب میزان دینداری

میانگین	خیلی زیاد (۵)		زیاد (۴)		متوسط (۳)		کم (۲)		خیلی کم (۱)		مولفه‌های دینداری
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۳/۹۳	۳۲/۰۳	۱۲۳	۳۷/۵۰	۱۴۴	۲۴/۷۴	۹۵	۳/۶۵	۱۴	۲/۰۸	۸	اعتقادی
۳/۶۳	۱۸/۲۳	۷۰	۴۳/۲۳	۱۶۶	۲۵/۷۸	۹۹	۸/۳۴	۳۲	۴/۴۲	۱۷	پیامدی
۳/۰۶	۱۱/۹۸	۴۶	۲۶/۰۴	۱۰۰	۳۱/۵۱	۱۲۱	۱۷/۱۹	۶۶	۱۳/۲۸	۵۱	مناسکی
۳/۶۴	۱۸/۲۳	۶۶	۴۳/۲۳	۱۷۰	۲۵/۷۸	۱۰۸	۸/۳۴	۲۶	۴/۴۲	۱۴	تجربی
۳/۴۷	۱۶/۱۵	۶۳	۳۶/۷۱	۱۳۱	۳۳/۳۳	۱۲۸	۹/۶۳	۴۸	۴/۱۶	۱۶	شناختی
۳/۵۵											میزان کل دینداری

با توجه به بررسی متغیرها در قالب طیف لیکرت ۵ قسمتی خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم و خیلی کم، برای بررسی آمار توصیفی این متغیرها از میانگین استفاده شده است. بر این اساس ضریب خیلی زیاد ۵، زیاد ۴، متوسط ۳، کم ۲ و خیلی کم ۱ می‌باشد. بر این اساس وجود میانگین ۳ به معنی میزان متوسط متغیر و یا ۴ به معنی زیاد می‌باشد.

یافته‌ها نشان می‌دهد که در بین شاخص‌های دینداری، بعد اعتقادی دارای بیشترین میانگین یعنی (۳/۹۳) و بعد مناسکی دارای کمترین میانگین یعنی (۳/۰۶) می‌باشد. بعد پیامدی (۳/۶۳)، بعد شناختی (۳/۶۴) و بعد تجربی (۳/۴۷) می‌باشد.

میانگین کلی دینداری (۳/۵۵) است که نشان می‌دهد پاسخگویان در حد بالاتر از متوسط و نزدیک به زیاد دیندار هستند. اما نکته قابل توجه در دینداری پاسخگویان میزان مطلوب اعتقادات دینی و میزان پایین مناسک دینی می‌باشد. یعنی در بین پاسخگویان اعتقادات به میزان زیادی است اما عمل به مناسک در حد کمتری وجود دارد و به میزان متوسطی است.

آمار توصیفی متغیر سلامت اجتماعی و ابعاد آن

جدول ۳- توزیع پاسخگویان بر حسب میزان سلامت اجتماعی

میانگین	خیلی زیاد		زیاد		متوسط		کم		خیلی کم		مولفه‌های سلامت اجتماعی
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۳/۳۹	۱۸/۲۳	۷۰	۳۱/۵۱	۱۲۱	۲۹/۴۲	۱۱۳	۱۳/۲۹	۵۱	۷/۵۵	۲۹	همبستگی اجتماعی
۲/۸۶	۵/۲۱	۲۰	۱۷/۹۶	۶۹	۴۵/۳۱	۱۷۴	۲۰/۵۷	۷۹	۱۰/۹۴	۴۲	خودشکوفایی اجتماعی
۳/۴۵	۲۰/۳۱	۷۸	۲۸/۶۵	۱۱۰	۳۲/۰۳	۱۲۳	۱۴/۰۶	۵۴	۴/۹۵	۱۹	انسجام اجتماعی
۲/۹۶	۱۰/۹۴	۴۲	۲۱/۰۹	۸۱	۳۵/۹۳	۱۳۸	۱۷/۴۶	۶۷	۱۴/۵۸	۵۶	پذیرش اجتماعی
۳/۵۵	۲۳/۷۰	۹۱	۲۸/۶۵	۱۱۰	۳۲/۸۱	۱۲۶	۸/۶۰	۳۳	۶/۲۴	۲۴	مشارکت اجتماعی
۳/۰۷											میزان کل سلامت اجتماعی

یافته‌ها نشان می‌دهد که در بین شاخص‌های سلامت اجتماعی، مشارکت اجتماعی دارای بیشترین میانگین (۳/۵۵) و خودشکوفایی اجتماعی دارای کمترین میانگین (۲/۸۶) می‌باشد. همچنین میزان انسجام اجتماعی (۳/۴۵)، همبستگی اجتماعی (۳/۳۹) و پذیرش اجتماعی (۲/۹۶) می‌باشد. میانگین کلی سلامت اجتماعی (۳/۰۷) است که نشان می‌دهد سلامت اجتماعی پاسخگویان در حد متوسط می‌باشد.

یافته‌های استنباطی

بررسی وضعیت نرمال توزیع داده‌ها

برای استفاده از آزمون‌های پارامتریک، پیش شرط‌هایی وجود دارد که عبارتند از: شرط نرمال بودن داده‌ها. جهت بررسی نرمال بودن عامل‌ها از آزمون تک نمونه‌ای کلموگروف - اسمیرنوف به قرار زیر استفاده می‌شود.

H_0 : داده‌ها از توزیع نرمال برخوردارند

H_1 : داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار نیستند

جدول ۴- آزمون کلموگروف - اسمیرنوف برای تعیین نرمال بودن متغیرهای پژوهش

سلامت اجتماعی	دینداری شناختی	دینداری تجربی	دینداری مناسکی	دینداری پیامدی	دینداری اعتقادی	خرده مقیاس‌ها	
						شاخص‌ها	
۳۸۴	۳۸۴	۳۸۴	۳۸۴	۳۸۴	۳۸۴	تعداد	
۳/۲۴	۳/۶۴	۳/۴۷	۳/۰۶	۳/۶۳	۲/۹۳	میانگین	پارامترهای نرمال
۰/۹۴	۰/۹۱	۰/۹۲	۰/۹۱	۰/۹۱	۰/۸۳	انحراف معیار	
۲/۱۷	۲/۵۵	۳/۲۱	۳/۰۱	۲/۸۴	۳/۲۳	مقادیر کلموگروف - اسمیرنوف	
۰/۱۸	۰/۱۱	۰/۰۷	۰/۱۴	۰/۱۲	۰/۰۹۱	سطح معناداری (دو دامنه)	

جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که معناداری تمامی متغیرها بیش از ۰/۰۵ است و چون مقادیر سطح معناداری کلیه متغیرهای پژوهش بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشند پس می‌توان گفت که این عامل نرمال بودن توزیع داده‌ها را می‌رساند و می‌توان در تحلیل فرضیه‌های پژوهش، آزمونهای پارامتریک را بکار گرفت.

آزمون فرضیه‌ها

- بین دینداری و ابعاد مختلف آن (اعتقادی، پیامدی، مناسکی، تجربی و شناختی) با سلامت اجتماعی جوانان مناطق حاشیه‌ای ارتباط وجود دارد. جهت بررسی فرضیه‌های پژوهش مبنی بر ارتباط بین ابعاد مختلف دینداری (اعتقادی، پیامدی، مناسکی، تجربی و شناختی) با سلامت اجتماعی جوانان مناطق حاشیه نشین از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است. یافته‌ها به شرح جدول زیر می‌باشد.

جدول ۵- همبستگی بین متغیرهای مستقل و وابسته تحقیق

سلامت اجتماعی جوانان		نام متغیر	
سطح معناداری	ضریب همبستگی	شاخص‌ها	
۰/۰۰۰	۰/۴۵	اعتقادی	دینداری
۰/۰۰۰	۰/۲۶	پیامدی	
۰/۰۰۰	۰/۳۶	مناسکی	
۰/۰۰۳	۰/۲۲	تجربی	
۰/۰۰۰	۰/۴۱	شناختی	
۰/۰۰۰	۰/۳۵	میزان کل دینداری	

یافته‌ها حاکی از آن است که بین تمامی ابعاد دینداری و همچنین میزان کل آن با سلامت اجتماعی از دیدگاه جوانان ساکن در مناطق حاشیه نشین رابطه مثبت و مستقیم و معنادار وجود دارد. در این میان رابطه بین بعد اعتقادی دینداری و سلامت اجتماعی ($P=0/45$) دارای بیشترین ضریب همبستگی و رابطه بین بعد تجربی دینداری و سلامت اجتماعی دارای کمترین ضریب همبستگی ($P=0/22$) می‌باشند. همچنین رابطه بین بعد مناسکی دینداری ($P=0/36$)، بعد پیامدی دینداری ($P=0/26$) و بعد شناختی دینداری ($P=0/41$) با سلامت اجتماعی از دیدگاه جوانان مناطق حاشیه نشین دارای ضریب همبستگی مثبت و معنادار می‌باشد. بنابراین می‌توان استدلال کرد که هر چه میزان گرایش به دینداری ($P=0/35$) و ابعاد آن بیشتر شود میزان سلامت اجتماعی بیشتر می‌شود و تمامی فرضیه‌های پژوهش حاضر تأیید می‌شوند.

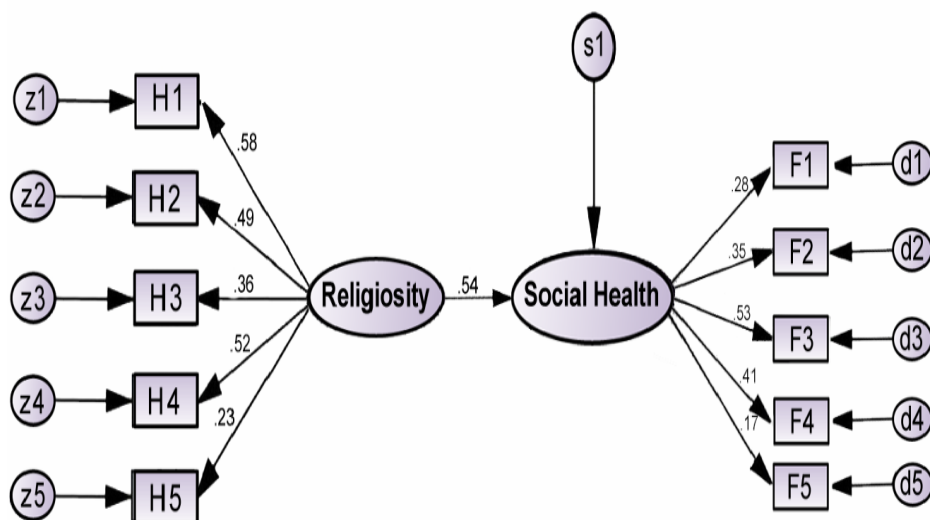
مدل معادله ساختاری

به منظور تعیین شدت و جهت تأثیر دینداری بر میزان سلامت اجتماعی در بین جوانان مناطق حاشیه‌ای شهر کرمانشاه در وضعیت‌های مختلف از یک مدل معادله ساختاری بهره گرفته شده است. که این مدل معادله ساختاری از دو نوع مدل و انواعی از متغیرها تشکیل شده است. دو نوع مدل تشکیل دهنده مدل معادله ساختاری عبارتند از: ۱- مدل اندازه‌گیری ۲- مدل ساختاری. یک مدل اندازه‌گیری جزئی از مدل ساختاری است که نحوه سنجش یک متغیر پنهان را با استفاده از دو یا تعداد بیشتری متغیر مشاهده شده تعریف می‌کند. همچنین می‌توان گفت در مدل اندازه‌گیری مشخص می‌شود که تعداد متغیرهای مشاهده شده برای یک متغیر پنهان تا چه حد تحت تأثیر متغیر پنهان مورد نظر و تا چه حد تحت تأثیر متغیر خطا هستند.

در این مدل ۱۰ متغیر مشاهده شده وجود دارد که متغیرهای مشاهده شده H4, H5, H1, H2, H3, معرف‌های متغیر پنهان دینداری هستند و متغیرهای مشاهده شده F1, F2, F3, F4, F5 معرف‌های متغیر پنهان سلامت اجتماعی هستند. متغیرهای خطای Z و d نماد خطای اندازه‌گیری ۱۰ متغیر مشاهده شده هستند.

جدول ۶- متغیرهای موجود در مدل

متغیر	شاخص‌ها	نمادهای ترسیمی در مدل
دینداری	اعتقادی	H1
	مناسکی	H2
	پیامدی	H3
	شناختی	H4
	تجربی	H5
سلامت اجتماعی	همبستگی اجتماعی	F1
	مشارکت اجتماعی	F2
	انسجام اجتماعی	F3
	پذیرش اجتماعی	F4
	خودشکوفایی اجتماعی	F5



با توجه به جهت پیکان‌ها از سمت متغیر پنهان به سمت متغیر مشاهده شده که معرف آن متغیر پنهان است، بیانگر این نکته روش شناختی است که نمره هر پاسخگو در متغیر مشاهده شده تحت تأثیر وضعیتی است که آن پاسخگو در متغیر پنهان زیر بنایی مرتبط با متغیر مشاهده شده دارد. برای مثال در این مدل متغیر پنهان ما دینداری و شاخص مشاهده شده آن بعد اعتقادی دینداری (H1) است. به عبارت دیگر وزنی که H1, H2, H3, H4, H5 در مدل پژوهش دارند تعیین کننده میزان دینداری پاسخگو هستند.

در این مدل متغیر وابسته و پنهان ما سلامت اجتماعی و شاخص‌های مشاهده شده آن همبستگی اجتماعی با بارعاملی (۰/۲۸)، مشارکت اجتماعی (۰/۳۵)، انسجام اجتماعی (۰/۵۳)، پذیرش اجتماعی (۰/۴۱) و خودشکوفایی اجتماعی (۰/۱۷) می‌باشد. به عنوان مثال در متغیر وابسته ما یعنی سلامت اجتماعی اثر سلامت اجتماعی بر روی F3 با ۰/۵۳ این معنی را می‌دهد که متغیر پنهان سلامت اجتماعی بیشترین توان

تحلیل F3 یا (گویه‌هایی که مستقیم به انسجام اجتماعی فرد مربوط می‌شوند) را با بالاترین ضریب دارد و در متغیر پنهان دینداری، دینداری اعتقادی با ضریب ۰/۵۸ بیشترین توان تحلیل این متغیر را داراست. در کل اثر متغیر مستقل دینداری بر سلامت اجتماعی به میزان ۰/۵۴ می‌باشد.

برازش مدل

جدول ۷- شاخص‌های برازندگی مدل

مقدار	شاخص‌ها	مقدار	شاخص‌ها	مقدار	شاخص‌ها
۰/۸۰	NNFI	۰/۸۱	GFI	۲۸۶/۰۱	CMIN
۰/۷۹	NFI	۰/۸۳	AGFI	۰/۰۰، ۳۲	ρ , df
۰/۰۶۴	RMSEA	۰/۸۲	CFI	۱۴/۲۷	CMIN/DF

برای بررسی برازش مدل از شاخص‌های برازش استفاده می‌شود. شاخص‌های برازش مقادیری آماری را به دست می‌آورند که محقق را در تصمیم‌گیری نسبت به تشخیص یا انتخاب مدل مناسب‌تر، یاری می‌کنند. هر چه مقدار مجذور کای به صفر نزدیک‌تر باشد، نشان دهنده برازش بهتر مدل است. از آن‌جا که مقدار مجذور کای تحت تاثیر حجم نمونه و تعداد روابط مدل قرار می‌گیرد و مقدار آن بزرگ می‌شود، بنابراین با اتکا بر مقدار مجذور کای نمی‌توان به نتایج مطلوب دست یافت. در نتیجه در کنار این شاخص، از شاخص‌های دیگری نیز برای برازش مدل‌ها استفاده می‌شود (اژه‌ای و همکاران، ۱۳۸۸). شاخص دیگری که برای از میان برداشتن این محدودیت مجذور کای معرفی شده، شاخص χ^2/df است که اگر کوچک‌تر از ۳ باشد، نشانگر برازندگی الگو است (می‌یر^۱ و همکاران، ۲۰۰۶). براساس قاعده کلی، شاخص‌های

1. Meyers

نیکویی برازش (GFI)، نیکویی برازش تعدیل شده (AGFI)، برازندگی تطبیقی (CFI)، نرم شده برازندگی (NFI) و نرم نشده برازندگی (NNFI) برای مدل‌های خوب بین ۰,۹۰ تا ۰,۹۵ تفسیر می‌شوند و مقادیر بالای ۰/۸ نیز نشان دهنده برازش نسبتاً خوب مدل هستند (کلین^۱، ۲۰۰۵). همچنین شاخص ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA) که لوهین^۲ (۲۰۰۴) برای برازندگی این شاخص، پیشنهاد نمود که در صورتی که کوچک تر از ۰/۰۸ باشد، نشان گر برازندگی خوب، ۰/۰۸ تا ۰/۱، نشانگر برازندگی قابل قبول و مقادیر نزدیک تر به صفر نشانگر بیشترین برازندگی هستند. در جدول ۷ نتایج تحلیل عامل مرتبه اول برای ساختار چهار عاملی نشان داده شده است که مقدار مناسبی است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی ارتباط بین دینداری در ابعاد مختلف (اعتقادی، پیامدی، مناسکی، تجربی و شناختی) با سلامت اجتماعی جوانان مناطق حاشیه‌ای شهر کرمانشاه انجام شد. سلامت اجتماعی نیز با ابعاد همبستگی اجتماعی، خودشکوفایی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج تحقیق نشان دادند که بین تمامی متغیرهای مستقل با متغیر وابسته ارتباط مثبت و معنادار وجود دارد. بدین صورت که با افزایش ابعاد مختلف دینداری، یعنی بعد پیامدی، مناسکی، اعتقادی، تجربی و شناختی میزان سلامت اجتماعی افزایش پیدا می‌کند. در این میان رابطه بین بعد اعتقادی دینداری و سلامت اجتماعی دارای بیشترین ضریب همبستگی و رابطه بین بعد تجربی دینداری و سلامت اجتماعی دارای کمترین ضریب همبستگی می‌باشند.

1. kline
2. Loehlin

همچنین به منظور تعیین شدت و جهت تأثیر دینداری بر میزان سلامت اجتماعی در بین جوانان مناطق حاشیه‌ای شهر کرمانشاه در وضعیت های مختلف از یک مدل معادله ساختاری (AMOS) بهره گرفته شد. نتایج حاصل از مدل معادله ساختاری نیز نشان دادند که در کل اثر متغیر مستقل دینداری بر سلامت اجتماعی جوانان مناطق حاشیه نشین شهر کرمانشاه مثبت و به میزان ۰/۵۴ می‌باشد. بنابراین مشاهده می‌شود که دینداری یکی از منابع مهم افزایش سلامت اجتماعی است و با افزایش دینداری در ابعاد مختلف میزان سلامت اجتماعی در بین جوانان افزایش پیدا می‌کند.

نتایج مطالعه حاضر اشاره به این دارد که اعتقادات دینی، مناسک دینی، شناخت دینی، تجربه‌های دینی و پیامدهای دینی می‌توانند در انسجام اجتماعی، تحکیم همبستگی اجتماعی، خودشکوفایی اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی و نظایر آن نقش مؤثر و تعیین کننده ای ایفا نمایند. دینداری باعث توسعه همبستگی، انسجام، همکاری و مشارکت اجتماعی می‌گردد و کسانی که دینداری بیشتری دارند از سلامت اجتماعی بیشتری برخوردار می‌باشند.

یافته‌های پژوهش حاضر همخوان با نظریه‌های دورکیم، یینگر و دیویس می‌باشد. دورکیم معتقد است که دین باعث بالا رفتن یکپارچگی و انسجام اجتماعی می‌شود و یینگر که ادعا می‌کند دین موجب پیوند اعضای جامعه و همبستگی اجتماعی - به عنوان شاخص‌های سلامت اجتماعی - می‌شود و همچنین دیویس که دین را به عنوان عامل انسجام بخش در جامعه می‌ستاید و اضافه می‌کند؛

همچنین یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش‌های راد و دیگران (۱۳۹۴)، سراج زاده و دیگران (۱۳۹۲)، میرزامحمدی و دیگران (۱۳۹۰) و استوارد و جو (۱۹۹۸) همخوانی دارد. هرکدام از پژوهشگران فوق در نتایج خود به نحوی به ارتباط بین دینداری و سلامت اجتماعی پی بردند. یافته‌هایی که همخوان با پژوهش حاضر است.

بنابراین می‌توان به این نتیجه رسید که دین اسلام و به ویژه مذهب تشیع آن به دلیل ماهیت جمعی فراوانی که دارد می‌تواند نقش بسیار مهمی در افزایش سلامت

اجتماعی ایفا نماید. انواع مراسم و مناسک‌های مذهبی که در ماه‌های مختلف سال و به مناسبت‌های مهم برگزار می‌گردد یکی از مزایایی است که استفاده مطلوب از این پتانسیل می‌تواند از طریق افزایش همبستگی، انسجام و مشارکت سطح سلامت اجتماعی را به طور قابل ملاحظه‌ای افزایش دهد.

علاوه بر این، شیوه‌های ارتباط افراد در سطح اجتماع با یکدیگر از جمله مسائلی است که دین اسلام بر آن تأکید داشته است و این توصیه‌های دینی در ارتباط با پذیرش اجتماعی می‌باشد و افراد دارای این ویژگی، روابط اجتماعی بیشتری داشته و بیشتر به اطرافیان اعتماد می‌کنند. همچنین، نقش فعالیت مذهبی در پذیرش اجتماعی بدین دلیل می‌تواند باشد که فعالیت دینی موجب افزایش روابط افراد، اعتماد به یکدیگر و کوشش بیشتر برای بهبود وضعیت سلامت اجتماعی است؛

این مسأله در مناطق حاشیه‌ای نیز قابل بحث می‌باشد. دین اسلام از طریق تأکید بر ارزش‌های کلی و دسترسی پذیر یعنی ارزش‌هایی چون رستگاری و یا توجیه رنج، ناکامی و محرومیت و نظایر آن، سازمان اخلاقی جامعه را حفظ می‌کند و بنابراین موجب پیوند اعضای جامعه و همبستگی اجتماعی می‌شود. بنابراین دین اسلام دارای پتانسیل‌های بالایی در جهت سلامت افراد اجتماعی افراد هستند و مناطق حاشیه‌ای نیز مکان‌هایی هستند که از این پتانسیل برخوردارند تا از طریق ابعاد مختلف دینداری زمینه‌های بالا بردن سلامت اجتماعی در ابعاد مختلف را برای افراد فراهم سازد.

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهادات زیر ارائه می‌شود:

- یافته‌های پژوهش نشان دادند که بین اعتقادی دینداری و سلامت اجتماعی ارتباط مثبت وجود دارد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود که زمینه‌سازی برای پذیرش روانی، اعتقادات و فرایض دینی صورت پذیرد. تأکید نهادهای فرهنگی و تبلیغی و رسانه‌های گروهی و نهادهای آموزشی بر ضرورت و اهمیت کتاب و کتاب‌خوانی در زمینه دین و نقش مفید و راهگشای مطالعات دینی در زندگی فردی و اجتماعی با هدف نهادینه کردن فرهنگ دینی در بین خانواده‌ها یکی از راهکارهای دستیابی این امر مهم است.

- یافته‌ها نشان دهنده ارتباط مثبت و بالاتر از متوسط بین بعد مناسکی دینداری و سلامت اجتماعی می‌باشد؛ این در حالی است که میزان دینداری مناسکی کمتر از سایر ابعاد دینداری است. بنابراین باید تدابیری اندیشیده شود که دینداری در سطح اعتقاد قلبی نماند و به عمل هم رسیده شود. انجام مناسک دینی انسجام اجتماعی را افزایش داده و موجب افزایش همدلی و تقویت هنجارهای اجتماعی و دینی می‌شود و روابط اجتماعی را تقویت می‌بخشد.

- با توجه به ارتباط مثبت بین بعد شناختی دینداری و سلامت اجتماعی پیشنهاد می‌شود زمینه‌های شناخت دین مقدس اسلام در بین جوانان تقویت شود و این مهم بدون تدوین سیاست‌های فرهنگی و تبلیغی میسر نمی‌شود. تدوین سیاست‌های فرهنگی و تبلیغی و ایجاد هماهنگی بین دستگاه‌های ذیربط دو اقدام اساسی در بحث ساماندهی نظام تبلیغی کشور و راهکاری مهم در تقویت بعد شناختی دینداری است. آموزش صحیح دین و تقویت شناخت، باور و دانش دینی با برنامه‌های صحیح آموزشی و فرهنگی و مداخلات مناسب در تقویت سلامت اجتماعی موثر است.

- با توجه به ارتباط مثبت بین بعد پیامدی دینداری و سلامت اجتماعی، باید به ترویج رفتارهای عملی دینی در بین مردم اقدام کرد. چون مشاهده اثرات مثبت دینداری در حوزه رفتارهای فردی و اجتماعی به ویژه رفتارهایی که مدارا، همزیستی، عقلانیت، همبستگی اجتماعی و مفاهیم مشابه را نشان می‌دهد، در تقویت سلامت اجتماعی موثر خواهد بود و برعکس ترویج نوع دیگری از دینداری که مبتنی بر نفرت از دیگران و ظاهرگرایی باشد تاثیر منفی بر سلامت اجتماعی خواهد داشت.

- با توجه به ارتباط مثبت بین بعد تجربی دینداری و سلامت اجتماعی پیشنهاد می‌شود که احساسات دینی افراد در سطح شخصی شان تقویت شود. تجربه دینی یا احساس و عواطف دینی بیانگر شخصی‌ترین و خصوصی‌ترین ابعاد دینداری افراد است و برای تقویت این بعد باید دینداری را در بین افراد درونی کرد. تبلیغات دینی به خصوص از جانب رسانه‌ها در درونی کردن دینداری نقشی غیرقابل انکار دارد.

۶۳ بررسی ارتباط بین دینداری و سلامت اجتماعی ...

- باید زمینه‌های ارتقاء آموزش دینداری در محله‌های حاشیه نشین فراهم شود و رفتارهای دینی اجتماعی که مسئولیت اجتماعی و همکاری را تقویت می‌کند و موجب مشارکت اجتماعی می‌شود، مورد تشویق قرار گیرد.

منابع

- احمدی، یعقوب. (۱۳۸۸)، وضعیت دینداری و نگرش به آینده دین در میان نسل‌ها مطالعه موردی شهر سنندج، *معرفت فرهنگی اجتماعی*، سال اول، شماره ۱.
- استونز، راب. (۱۳۷۹)، *متفکران بزرگ جامعه‌شناسی*، ترجمه: مهرداد میردامادی. تهران: نشر مرکز.
- توسلی، غلامعباس. (۱۳۸۰)، *جامعه‌شناسی دینی*، تهران: نشر سخن.
- حاتمی، پریسا. (۱۳۸۸)، بررسی عوامل موثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تأکید بر شبکه‌های اجتماعی، *پایان نامه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی*، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی.
- حقیقتیان، منصور؛ عزیزی، ابوطالب؛ محمودیان، حمید. (۱۳۹۴)، بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر انواع دینداری جوانان (نمونه مورد مطالعه: جوانان شهر شیراز)، *فصلنامه علوم اجتماعی شوستر*، سال نهم، شماره ۴، پیاپی (۳۱).
- خداحیمی، سیامک؛ جعفری، سیدغلامعلی. (۱۳۷۷)، مقاله روان‌درمانی مذهب (نقش مذهب بر فرآیندهای بهداشت روانی و روان‌درمانی در روانشناسی بالینی)، *تازه‌های روان‌درمانی*، شماره ۷ و ۸.
- راد، فیروز؛ محمدزاده، فاطمه؛ محمدزاده، حمیده. (۱۳۹۴)، دین و سلامت اجتماعی: بررسی رابطه دین‌داری با سلامت اجتماعی (مطالعه موردی: دانشجویان دانشگاه پیام نور مرنده)، *دو فصلنامه علوم اجتماعی مشهد*، سال ۱۲، شماره ۲.

- رستگار، خدیجه؛ سیدان، فریبا. (۱۳۹۴)، سنجش رابطه بین فرهنگ شهروندی و سلامت اجتماعی شهروندان تهرانی، *مطالعات ملی*، سال شانزدهم، شماره ۱.
- سام‌آرام، عزت‌الله (۱۳۸۸)، بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه محور، *انتظام اجتماعی*، سال اول، شماره ۱.
- سجادی، حمیرا؛ سیدجلال صدرالسادات. (۱۳۸۳)، شاخص‌های سلامت اجتماعی، *مجله علمی سیاسی-اقتصادی*، شماره ۲۰۷.
- سراج زاده سیدحسین؛ جواهری فاطمه؛ ولایتی خواجه سمیه. (۱۳۹۲)، دین و سلامت: آزمون اثر دینداری بر سلامت در میان نمونه‌ای از دانشجویان، *جامعه‌شناسی کاربردی*، دوره ۲۴، شماره ۱ (پیاپی ۴۹).
- فتحی، منصور و دیگران. (۱۳۹۱)، عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی معلمان شهر مراغه، *رفاه اجتماعی*، دوره ۱۲، شماره ۴۷.
- فرزانه، سیف‌الله؛ علیزاده، سمیه. (۱۳۹۲)، بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی سالمندان شهر بابل، *فصلنامه مطالعات توسعه اجتماعی فرهنگی*، دوره دوم، شماره ۱.
- فدایی مهربانی، مهدی. (۱۳۸۶)، شهرنشینی، رسانه و سلامت اجتماعی، *نشریه پژوهش و سنجش*، شماره ۴۹.
- مارموت، مایکل؛ ویلکینسون، ریچارد. (۱۳۸۷)، *مؤلفه‌های اجتماعی سلامت*، ترجمه: علی منتظری تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی.
- میرزامحمدی، محمدحسن؛ فرمهینی فراهانی، محسن؛ اسفندیاری، سهیلا. (۱۳۹۰)، بررسی نقش آموزش‌های دینی در سلامت فردی و اجتماعی، *فرهنگ در دانشگاه آزاد اسلامی*، سال پانزدهم، شماره ۲ (پیاپی ۴۷).
- نازک‌تبار، حسین؛ زاهدی، محمدجواد؛ ناییبی، هوشنگ. (۱۳۸۵)، نقش دینداری در ممانعت از بزهکاری جوانان شهر تهران، *رفاه اجتماعی*، دوره ۶، شماره ۲۲.

- نوربخش، یونس؛ ولف، احمد داریس. (۱۳۸۸)، *دین و جامعه*، چاپ و نشر بین‌الملل.
- هادیان‌فرد، حبیب. (۱۳۸۴)، احساس بهزیستی و فعالیت‌های مذهبی در گروهی از مسلمانان، *روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، دوره ۱۱، شماره ۲۰.
- هادی پور، سکینه؛ زیوری، شهرزاد. (۱۳۹۳)، تأملی بر حاشیه نشینی و اثرگذاری آن بر امنیت اجتماعی (با تأکید بر شهر همدان)، *فصلنامه دانش انتظامی همدان*، سال اول، شماره ۲.
- هزارجریبی، جعفر؛ ارفعی عین‌الدین رضا. (۱۳۹۱)، اوقات فراغت و سلامت اجتماعی، *برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، دوره چهارم، شماره ۱۰.
- همیلتون، ملکم. (۱۳۸۹)، *جامعه‌شناسی دین*، ترجمه: محسن ثلاثی. تهران: تبیان.
- Day, J. M. (2010). Religion, spirituality and positive psychology in adulthood: A developmental view. *Journal of Adult Development*, 17(4), pp 215-229.
- Francis, L. J., & Kaldor, P. (2002). The relationship between religion and Rosenberg's measure of self esteem in an Australian population sample. *Transpersonal Psychology Review*, 6(1), pp 53-59.
- Glock C. and Stark , R. (1970). *Religion and Society in Tension*, US, Rand McNally & Company.
- Keyes , C. M & Shapiro, A. (2004), *Social Well- being*. in the U.S: A Descriptive Epidemiology.
- Keyes, Corey Lee.M. (1998). Social well-being, *Social Psychology Quarterly*, vol.61,N.2, pp 121-190.
- Keyes , C . M. (2002). The Mental Health Continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Research*. 43. pp 207 – 222

- Larson James. S (1996); Measurement of Social Well-being Social Indicators, *Research* , Vol 28, PP 285-96.
- Mac Artour, L, Lalco. (1995). *Technique Paradise , In : The Urbanization of European Society in the Nineteenth Century* (A. Lees , Eds), Ragers Univ, Comdon and Pensilvania Univ, D. C. Health and Company , Massachusetts.
- McNulty, K. (2004). Perceived Uncertainly Spiritual Well-being and Psychological Adaptation in Individual with Multiple Sclerosis. *Journal of Family Psychology*. Vol 49(2), pp 91-99.
- 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.
- Ryff & Ronald C . Kessler (Eds) , (2003). *Healthing Are you? A national study of well-being of Midlife*. univwesity of Chicago press.
- Sawatzky, R., Ratner, P. A., & Chiu, L. (2005). A metaanalysis of relationship between spirituality and quality of life. *Social Indicators Research*, pp 72: 153-188.
- Steward, Robbie.J. Joe. Hanik. (1998). *Does Spirituality Influence Academic Achievement and psychological Adjustment of Afffrican-American Urban Adolescence*. EDRS-MF/ plus postage.
- Wasserman, Ira & Trovato, Frank. (1996). The Influence of Religion on Smoking and Alcohol Consumption (Alberta Case Study), *International Review of Modern Society*, Vol.26. (Autumn): No.2: pp 43-56.