



The Study of Relationship Between Religiosity and Social Health of Female Headed Households in Rasht

Gurban Ali Atefi Hanzni¹

Alieh Shekarbeigi*²

Omid Ali Ahmadi³

(Receipt: 2019.09.30- Acceptance:2020.08.30)

Abstract

Religiosity is a fundamental factor in socialization and intellectual coherence, practicality and orientation in solving problems and phenomena and social issues, and thus a factor in improving the social health of individuals. Regarding the importance of the discussion of social health, the present study uses a field method, scanning technique, questionnaire tool, and SPSS and Smart PLS software to answer the main question. Whether between different dimensions of religiosity and social health Is there a relationship between the female head of household in Rasht? The statistical population of the present study is female head of household in Rasht, whose number is 26000 according to the latest statistics. The results of the research indicate that between the total amount of religiosity (0.33) and its dimensions, the consequences dimension (P=0.22), religious dimension (P=0.39), belief dimension (P=0.36) There is a positive, direct, and meaningful correlation between social and economic factors (P=0.25) and cognitive dimension (P=0.34). Therefore, all research hypotheses are rejected. The results of the Smart PLS structural equation model also showed that the total effect of the independent variable religiosity on the social health of female head of household is 0.57.

Key Words:

Social health, Religiousness, Social flourishing, Female head of household, Rasht.

1. Ph.D.candidate in Economic Sociology and Development, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran. Iran.

2. Assistant Professor, Department of Sociology, Faculty of Social Sciences and Social Communication, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran.

*.Corresponding Author:

3. Assistant Professor, Department of Sociology, Islamic Azad University, Ashtian Branch, Ashtian. Iran.



10.30495/jsec.2022.1879967.1579



بررسی ارتباط بین دینداری و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار شهر رشت

قربانعلی عاطفی هنزنی^۱

عالیه شکریبگی^{۲*}

امیدعلی احمدی^۳

(دریافت: ۱۳۹۸/۰۷/۰۸ - پذیرش نهایی: ۱۳۹۹/۰۶/۰۹)

چکیده

دینداری عامل اساسی اجتماعی شدن و انسجام فکری، عملی و جهت‌گیری در رفع مشکلات و پدیده‌ها و مسائل اجتماعی است و بنابراین عاملی در بهبود سلامت اجتماعی افراد می‌باشد. با توجه به اهمیت بحث از سلامت اجتماعی، پژوهش حاضر با استفاده از روش میدانی، تکنیک پیمایش، ابزار پرسشنامه و استفاده از نرم‌افزارهای SPSS و Smart PLS، به دنبال پاسخ به این سؤال اصلی می‌باشد که آیا بین ابعاد مختلف دینداری و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار شهر رشت ارتباط وجود دارد؟ جامعه آماری پژوهش حاضر زنان سرپرست خانوار شهر رشت می‌باشد که تعداد آن‌ها بر اساس آخرین آمار در حدود ۲۶۰۰۰ نفر می‌باشد. نتایج تحقیق حاکی از آن است که بین میزان کل دینداری (۰/۳۳) و ابعاد آن یعنی بعد پیامدی ($P=0/22$)، بعد مناسکی ($P=0/39$)، بعد اعتقادی ($P=0/36$)، بعد تجربی ($P=0/25$) و بعد شناختی ($P=0/34$) با سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار ارتباط مثبت و مستقیم و معنادار وجود دارد. بنابراین تمامی فرضیه‌های پژوهش تأیید می‌شوند. نتایج حاصل از مدل معادله ساختاری (Smart PLS) نیز نشان دادند که در کل اثر متغیر مستقل دینداری بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار به میزان ۰/۵۷ می‌باشد.

واژه‌های کلیدی:

سلامت اجتماعی، دینداری، شکوفایی اجتماعی، زنان سرپرست خانوار، شهر رشت.

۱- دانش‌آموخته دکتری گروه جامعه‌شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. G_Atefi1350@yahoo.com

۲- استادیار گروه جامعه‌شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

*. نویسنده مسئول: ashekarbeugister@gmail.com

۳- استادیار گروه جامعه‌شناسی، واحد آشتیان، دانشگاه آزاد اسلامی، آشتیان، ایران. omidaliahmadi@gmail.com

مقدمه

سلامت بنیادی‌ترین عنوانی است که حیات انسان به آن استوار است. آرامش و سلامت، به‌عنوان 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، ۱۳۹۱: ۴۰).

امروزه سلامت اجتماعی در کنار سلامت جسمی، روانی و معنوی نقش و اهمیت گسترده‌ای یافته است. به‌گونه‌ای 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 به‌شمار می‌رود (سام‌آرام، ۱۳۸۸: ۱۰).

سلامت اجتماعی که اساسی‌ترین جزء رفاه اجتماعی به‌شمار می‌رود، بیش از مداخلات پزشکی، به عوامل اجتماعی و اقتصادی وابسته بوده و یکی از مفاهیم محوری توسعه پایدار است. سلامت مقوله‌ای است که نقش آن در ارتقاء شاخص‌های توسعه‌ی انسانی انکارناپذیر است. لذا مبارزه با عواملی که این پدیده را تحت تأثیر قرار داده و همچنین سبب نابرابری‌هایی در سلامتی می‌گردند، از اولویت‌های مهمی افراد جامعه و دولت‌ها محسوب می‌شود (رستگار و سیدان، ۱۳۹۴: ۸۶).

سلامت اجتماعی به معنی وجود ارتباط میان افراد یا همان جامعه‌پذیری، لذت بردن از بودن در میان دوستان، پشتیبانی‌شدن 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، ۱۹۹۶: ۲۸۸-۲۸۷).

اما یکی از گروه‌هایی که توجه به سلامت اجتماعی آن‌ها مسأله‌ی مهمی است، زنان سرپرست خانوار می‌باشد. زنان از جمله اقشار آسیب‌پذیر در جامعه هستند که در این میان زنان سرپرست خانوار بیش از سایر زنان در معرض آسیب‌های اجتماعی قرار می‌گیرند. زنان سرپرست خانوار زنانی هستند که به دلایل متعدد از جمله فوت همسر، متارکه، طلاق، از کارافتادگی همسر، مفقودالانثر بودن همسر و... سرپرستی خانواده خود را برعهده گرفته‌اند (مافی، ۱۳۹۷: ۳-۲).

زندگی خانوادگی برای زنان سرپرست خانوار با تنش‌ها و فشارهای متعددی همراه است. این تنش‌ها تا حدی از محیط زندگی و از فشارها و محدودیت‌های مختص برای زنان سرپرست خانوار در زندگی افراد سرچشمه می‌گیرد. در خانواده‌های تک‌والدی مادر نقش دو نفر را ایفا می‌کند. او علاوه بر انجام وظیفه مادری نقش مرد و نان‌آوری خانواده را نیز به‌عهده گرفته و عملاً مسؤلیت چندبرابری را متحمل می‌شود. معمولاً زنان از لحظه‌ای که شوهرانشان را از دست می‌دهند روابط اجتماعی‌شان دچار اختلال می‌شود. برخی در معرض مشکلات اقتصادی، روانی، اجتماعی قرار می‌گیرند. آن‌ها نه‌تنها دغدغه تأمین معاش دارند، بلکه احساس می‌کنند پناهگاه مطمئن و قبال اتکایی نداشته، این وضعیت در صورت داشتن فرزند پیچیده‌تر می‌شود.

از جمله عوامل مهم مرتبط با سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار دینداری می‌باشد. دین اصل وحدت‌بخش و زمینه مشترکی را فراهم ساخته و به انسان اجازه می‌دهد تا با فائق آمدن بر تمایلات خودخواهانه‌شان و به‌خاطر عشق به هم‌نوعانشان فراتر از این خودخواهی‌ها عمل کنند. دین سنگ بنای سامان اجتماعی است و منبعی برای ارزش‌های اجتماعی است و بر گزینش‌های فردی و بسیاری از زمینه‌های زندگی روزمره تأثیر می‌گذارد و همچنین به‌عنوان تجلی روح جمعی و عامل همبستگی و یکپارچگی جامعه محسوب می‌شود (حقیقتیان و دیگران، ۱۳۹۴: ۲).

دین و جهان‌بینی‌های توحیدی ساختارهای ذهنی شخصی افراد را وسعت بخشیده، قابلیت، ظرفیت، تفسیر و تحلیل شناختی را بهبود می‌بخشد و بدین‌سان، توانایی کل‌نگری افراد افزایش می‌یابد. در انسان معتقد به دین احساس آشفته‌گی عدم کنترل و ره‌اشدگی رخ نمی‌دهد. دین و جهان‌بینی‌های فرهنگی با تدارک زمینه‌ای که در آن، فرد خودش را باارزش و باشکوه تصور می‌کند، عزت نفس نسبتاً پایداری را ایجاد می‌نمایند (پیزنکی^۱ و دیگران، ۱۹۹۰: ۵۶) و در نتیجه منجر به سلامت افراد در ابعاد مختلف می‌شود.

دینداری علاوه بر ایجاد امیدواری و خوشبینی در افراد متدین، حس معنادار بودن در زندگی به آن‌ها می‌بخشد. مؤمنان با اعتقاد به اینکه زندگی در این دنیا و سختی‌های «موقتی بوده و خداوند خواسته‌های آنان را در جهان دیگر اجابت خواهد کرد، در برابر سختی و مشکلات بردباری خواهند کرد و در نتیجه منجر به سلامت افراد می‌شود. دین غالباً می‌تواند عامل نیرومند تعیین‌کننده‌ی پدیده‌های اجتماعی باشد، به نهادها شکل بدهد، بر ارزش‌ها تأثیر بگذارد و روابط را زیر نفوذ خود بگیرد (زاگرم، ۱۳۸۴: ۱۷۵). دینداری عامل اساسی اجتماعی شدن و انسجام فکری، عملی و جهت‌گیری در رفع مشکلات و پدیده‌ها و مسائل اجتماعی است (هدن^۲، ۱۹۸۳؛ به نقل از نازک‌تبار و

1. Pyszenki
2. Heden

دیگران، ۱۳۸۵: ۲۳۴) و بنابراین عاملی در بهبود سلامت اجتماعی افراد می‌باشد. به‌طور کلی، اعمال و باورهای دینی با سلامتی فردی و اجتماعی افراد یک جامعه مرتبط است (دی، ۲۰۰۹: ۲۲۰-۲۱۹). لذا با توجه به توضیحات داده شده بررسی ارتباط بین دینداری و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار مسأله‌ای مهم و اساسی است و در همین راستا پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال اصلی می‌باشد که آیا بین ابعاد مختلف دینداری با سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار شهر رشت ارتباط وجود دارد؟

تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرهای پژوهش

- دینداری:

تعریف مفهومی: «دین» در لغت به معنای قید و بند، التزام، تعهد، تکریم، تقدس و شریعت، مذهب، ورع و پاداش انقیاد، خضوع، پیروی، تسلیم و جزاست. و در اصطلاح، عبارت است از: اعتقاد به قوای لاهوتی و ماوراءالطبیعی و رعایت سلسله قواعد اخلاقی حقوقی و سیاسی اقتصادی و اجتماعی در زمینه ارتباط با خود، سایر بندگان و خدا و انجام مناسک عبادی در جهت کسب تقرب خالق و جلب رضایت او به‌منظور تعالی روح. 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: ۱۹-۲۰).

تعریف عملیاتی: دینداری در این پژوهش با شاخص‌های دینداری اعتقادی، پیامدی، مناسکی، تجربی و شناختی بررسی شده است.

- سلامت اجتماعی:

تعریف مفهومی: سازمان بهداشت جهانی تعریفی از سلامتی ارائه داد که بدین قرار است: «سلامت رفاه کامل فرد از نظر جسمانی، روانی و اجتماعی است و نه فقدان بیماری و یا معلولیت». 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 برمی‌شمارند 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.

پیشینه پژوهشی

- اسماعیلی و رضایی (۱۳۹۷) پژوهشی را با عنوان «بررسی رابطه عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان شهرستان بهشهر» به انجام رساندند. هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی رابطه بین هوش اجتماعی با سلامت اجتماعی در بین زنان شاغل در سازمان بهزیستی شهرستان کرج بوده است. در تحقیق حاضر، با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ۱۷۰ نفر از کلیه زنان شاغل در سازمان بهزیستی شهر کرج در سال ۱۳۹۴ به‌عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. نتایج به‌دست آمده در این پژوهش نشان می‌دهد که بین هوش هیجانی با سلامت اجتماعی در بین زنان شاغل در سازمان بهزیستی شهرستان کرج رابطه معناداری وجود دارد.

- مولایی و رستمی (۱۳۹۶) پژوهشی را با عنوان «بررسی رابطه بین دین‌داری و سلامت (مطالعه موردی: جوانان شهر آبدانان)» به انجام رساندند. این پژوهش در بین ۳۶۷ نفر از جوانان شهر آبدانان و با روش پیمایشی انجام گرفت. نتایج در سطح همبستگی نشان می‌دهد که بین متغیرهای بعد اعتقادی، بعد تجربی، بعد پیامدی، بعد مناسکی و دین‌داری با سلامت روان رابطه‌ی معنادار وجود دارد. یافته‌های به‌دست آمده در سطح تحلیل رگرسیونی نشان داده‌اند که به ترتیب متغیرهای بعد اعتقادی، بعد مناسکی، بعد پیامدی و بعد تجربی، بر روی هم ۲۹ درصد از تغییرات متغیر وابسته را تبیین می‌کنند.

- پاول^۱ (۲۰۱۷) 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.

– مکنالتی^۱ و دیگران (۲۰۱۴) 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.

نظریه‌های سلامت اجتماعی

بلاک و برسلو^۲

برای نخستین بار در سال ۱۹۷۲ در پژوهشی به مفهوم سلامت اجتماعی پرداخته‌اند. آنان مفهوم سلامت اجتماعی را با «درجه‌ی عملکرد اعضای 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^۳

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 می‌سبجد، که نشانگر رضایت یا عدم رضایت او از زندگی اجتماعی بوده و شامل پاسخ‌های درونی فرد است. بنابراین، به چگونگی وضعیت ارتباط فرد با دیگران در جامعه می‌پردازد. هر نوع قطع ارتباط بین فرد و جامعه، به گونه‌ای که افراد در چارچوب‌های اجتماعی جذب نگردند، زمینه‌ای مساعد برای رشد انحرافات اجتماعی و پیدایش مشکلات سلامت را فراهم می‌آورد (لارسن، ۱۹۹۶: ۱۸۳).

ماتسون^۴

از نظر ماتسون یکی از جنبه‌های مهم رشد انسان، فرایند اجتماعی شدن اوست. انسان به‌عنوان 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 و الگوهای رفتاری لازم را کسب می‌کنند. از طرفی به‌نظر 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.

-
1. McNulty
 2. Block & Breslow
 3. Larson
 4. Mattson

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 مؤثر در اجتماع از سوی دیگر، تأثیر داشته باشد. ماتسون مهارت‌های ارتباطی را به‌عنوان وسیله ارتباط میان فرد و محیط، تعریف می‌کند که این وسیله برای شروع و ادامه یک ارتباط سازنده و سالم با همسالان، به‌عنوان بخش مهمی از سلامت، مورد استفاده واقع می‌شود (حاتمی، ۱۳۸۸: ۶۵).

کبیز:

مهم‌ترین و کامل‌ترین نظریه در زمینه‌ی سلامت اجتماعی را کبیز مطرح کرده است که به‌عنوان مبنای پژوهش در اینجا به تفصیل بررسی می‌شود. کبیز 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 کبیز (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. احساس تعلق می‌تواند جنبه‌ای محوری از سلامت باشد (ریف و دیگران، ۲۰۰۳: ۲۱۳). و لذا همبستگی با دیگران در محیط و جامعه اطراف می‌بایست حاصل یک تجربه مشترک شباهت با دیگران باشد (کبیز و شاپیرو، ۲۰۰۴: ۸۴).

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 مسئولیت‌پذیری 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 (کییز، ۱۹۸۹: ۲۱۵).

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 می‌داند. انسجام اجتماعی قابل قیاس با بی‌معنا بودن زندگی است. و شامل دیدگاه‌هایی می‌شود در این باره است که جامعه قابل سنجش و قابل پیش‌بینی است. از حیث روان‌شناختی، افراد سالم زندگی شخصی خود را با معنا و منسجم می‌بینند (ریف و دیگران، ۲۰۰۳: ۱۲۴).

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: ۸۵).

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 توأمان 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: ۸۹).

نظریه‌های دینداری

دورکیم: نظریه‌پردازی است که بیشترین تأثیر را بر جامعه‌شناسی دین داشته است. وی برای شناخت همه ادیان بشری به ابتدایی‌ترین و ساده‌ترین صورت دین توجه می‌کند (همیلتون ۱۳۸۹: ۱۷۱). وی نه به ماهیت دین بلکه به کارکردهای آن می‌پردازد و نقش دین در انسجام اجتماعی جوامع سنتی را مهم قلمداد می‌کند (ریترز ۲۳: ۱۳۸۳). به نظر دورکیم آیین‌های دینی با تقویت باورهای جمعی و اخلاقیات و نیز با پیوند شرکت‌کنندگان به یکدیگر، باعث همبستگی جامعه می‌شود. کارکرد دین در جامعه یکپارچه کردن و انسجام آن است (استونز، ۱۳۹۳: ۸۵-۸۴).

وبر: از جمله جامعه‌شناسان کلاسیک است که بخش قابل توجهی از آثارش به دین اختصاص دارد. وبر از دو نوع دین شریعتی و رستگاری یاد می‌کند و یا از دو نوع خداشناسی زاهدانه و عارفانه سخن می‌گوید. او مصداق دین شریعتی را کنفوسیوس و یهودیت تلمودی می‌داند که مؤمنان در خدمت شرع مقدسند و همراه با اهمات مناسکی در صدد سازگاری با دنیا هستند ولی در دین

رستگاری مؤمنان اهتمامشان تماماً صرف آخرت و تأملات درونی می‌باشد. مصداق نزدیک دین رستگاری بودیسم و مسیحیت است که پیروان خویش را در تنش دائمی با دنیا قرار داده‌اند (فروند، ۱۳۸۳: ۱۹۱).

آلستون؛ آلستون تعریف خود از دین را موکول به شناخت ابعاد و خصایص دین می‌کند. آلستون می‌گوید هر چند نمی‌توان مرز مشخصی بین دین و غیردین ترسیم کرد، اما با اتکا به یک الگوی کاملاً مشخص دینی و تشریح ابعاد و خصوصیات آن می‌توان وجوه اشتراک و افتراق هر مورد را با الگوی مورد نظر مشخص ساخت (میرسندسی، ۱۳۸۳: ۴۶).

لنسکی: از نظر لنسکی دین عامل مؤثری است که اندیشه و عمل فرد را حتی در جوامع مدرن متأثر می‌سازد. او برای سنجش این تأثیرگذاری به مهم‌ترین جنبه‌های دینداری یعنی «جهت‌گیری دینی»^۴ و «میزان درگیر بودن با گروه دینی»^۵ می‌پردازد. لنسکی دو جهت‌گیری راست‌کشی^۴ و عبودیتی^۵ 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 متمایزند. به اعتقاد لنسکی درگیر بودن گروه دیندار، از دو جنبه‌ی مشارکتی^۶ و معاشرتی^۷ 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، ۱۹۶۳: ۲۴، به نقل از حقیقتیان و دیگران، ۱۳۹۴).

رابرتسون اسمیت: یکی از روانشناسان کارکردگرا معتقد است دین را نباید وسیله‌ای برای تکریم و نجات ارواح تلقی کرد بلکه باید آن را طریقه‌ای در صیانت و رفاه جامعه قلمداد نمود. ادیان باستانی جزئی از نظم عمومی اجتماعی خویش بودند که خدا و بشر را توأم در برمی‌گرفتند. وی 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. به‌طور کلی به ادعای رابرتسون دین دو

1. Alston
2. Religious Orientation
3. Degree of Group Involvement
4. Orthodoxy
5. Devotionalism
6. Association
7. Communal

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: ۱۷۰).

رادکلیف براون: نیز همانند رابرتسون بر این عقیده است که عملکردهای مذهبی از باورداشتهای دینی اهمیت بیشتری دارند. به همین دلیل است که وی با این قضیه کاری ندارد که آیا باورداشتهای حقیقت دارند یا خیر. به نظر او باورداشتهای واقعاً اهمیتی نداشته و تنها آنچه مردم در عمل انجام می‌دهند، اهمیت اساسی دارد. از این رو به نظر براون، باورداشتهای، دلیل تراشی‌ها و توجیه‌های مناسک‌اند و می‌توان گفت که مناسک بیان نمادین و تنظیم‌شده‌ی برخی احساساتند. پس می‌توان نشان داد که مناسک کارکردهای اجتماعی 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: ۱۹۹).

چارلز گلارک و رادنی استارک: طی دو دهه‌ی ۵۰-۶۰ میلادی در تلاش برای فهم و تبیین دین در امریکا بود. وی بحث ابعاد التزام دینی را در این کشور زنده کرد و با همکاری رادنی استارک 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 به‌رغم 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: ۱۲۰).

- بعدباور (اعتقادی): آن چیزی است که انتظار می‌رود پیروان یک دین بدان اعتقاد داشته باشند.
- بعدمناسکی (عمل): نظام اعتقادی در هر دینی وجود دارد، اما این اعتقادات به‌صورت مناسک نمود عینی می‌یابند.

- بعدتجربی (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.

- بعدشناختی: 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.

- بعدپیمادی: این بُعد، به دلیل بیشترین انتقادات، در میان ابعاد الگوی دینداری گلاک و استارک پس از مدتی حذف شد، از جمله این که، بعد پیمادی فی نفسه پیامد دینداری است، نه بعدی از ابعاد آن. بعد پیمادی دینداری، که با این انتقاد از الگوی دینداری کنار گذاشته شد، به اعمالی گفته می شود که از عقاید، احساسات و اعمال مذهبی ریشه می گیرد و از ثمرات و نتایج ایمان در زندگی و کنش های بشر است (گلاک و استارک، ۱۹۷۰: ۱۲۱).

بینیگر: یکی از نئوکارکردگرایان نیازهای اساسی انسان را در مسائل نمایی زندگی جستجو می کند و دین را به عنوان نظام باورداشت ها و عملکردهایی تعریف می کند که پاسخگوی مسائل نمایی انسانی است. وی معتقد است هر انسانی به ارزش های مطلق نیاز دارد که با آن زندگی می کند و این ارزش های مطلق باید پاسخ هایی را برای مسأله زندگی و مرگ انسان فراهم سازند. ادیان به چنین چیزهایی پاسخ می گویند. او استدلال می کند از آنجا که هر کس بالاخره روزی با مرگ روبرو خواهد شد و نیز از آنجا که محرومیت های بزرگ دیگر در زندگی وجود دارد. انسان به دین در تمامیت آن نیاز دارد. وی در این راستا معتقد است که دین ریشه دوگانه دارد زیرا هم نیازهای فردی و هم نیازهای گروهی را بر آورده می سازد. به عبارت دیگر دین بیشتر از طریق کارکردهایی که برای افراد جامعه دارد نیازهای گروهی را بر آورده سازد (همیلتون، ۱۳۸۹: ۲۰۷-۲۰۶).

بینیگر با طرح این مباحث، ادعا می کند که دین از طریق تأکید بر ارزش های کلی و دسترسی پذیر یعنی ارزش هایی چون رستگاری و یا توجیه رنج، ناکامی و محرومیت و نظایر آن، سازمان اخلاقی جامعه را حفظ می کند و موجب پیوند اعضای جامعه و همبستگی اجتماعی می شود. کینگزلی دیویس: معتقد است که تفاوت معناداری بین داوروی و تبیین محقق با فهم کنشگر دینی مشاهده می شود. بنابراین نظریه پردازان جدید کارکردگرایی با اهمیت دادن بیشتر به کنشگر دینی و وارد کردن عنصر روانشناختی و تلفیق آن با نظریه ی کارکردگرایی، تبیین بهتری از دین ارائه داده اند. دیویس از این دست جامعه شناسان است. دیویس در کتابش تحت عنوان جامعه شناسی انسان به ارائه کارکردهای مثبت دین پرداخته و دین را به عنوان عامل انسجام بخش در جامعه می ستاید و اضافه می کند که افراد از طریق شرکت در مراسم دینی، وابستگی شان را به اهداف گروهی افزایش می دهند. دیویس از تمایز بین امر مقدس و نامقدس استفاده کرده و آنرا دارای خصلتی نمادین می داند (توسلی، ۱۳۸۰: ۶۵).

چارچوب نظری پژوهش

در این قسمت از پژوهش نظریاتی ارائه می‌شوند که مبنای استخراج فرضیه‌ها و مبنای نظری انجام پژوهش حاضر می‌باشند. در پژوهش حاضر سلامت اجتماعی بر مبنای نظریه‌ی کبیز مورد بررسی قرار می‌گیرد. کبیز معتقد است که مدل سلامت اجتماعی شامل همبستگی اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و خودشکوفایی اجتماعی می‌شود. بنابراین در پژوهش حاضر نیز سلامت اجتماعی با ابعاد فوق سنجیده می‌شود. دینداری نیز بر مبنای نظریه گلاک و استارک در ابعاد اعتقادی، پیامدی، مناسکی، تجربی و شناختی مورد بررسی قرار گرفته است.

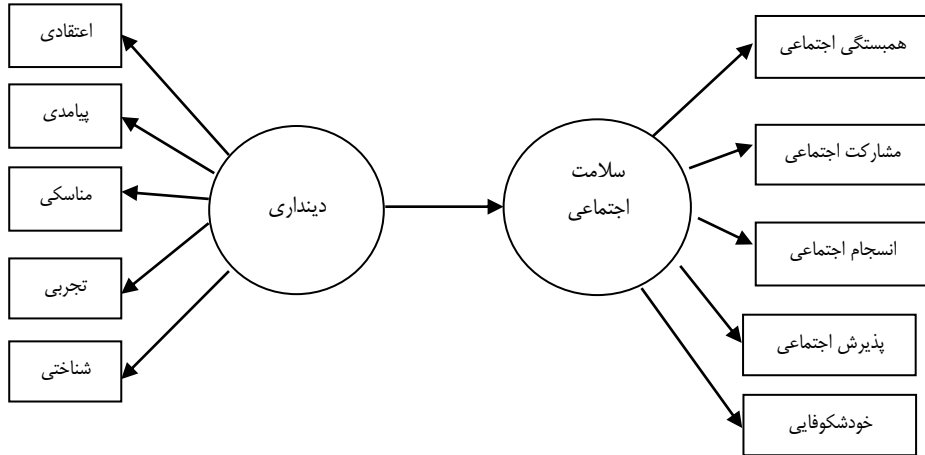
دورکیم در نظریه‌ی خود به کارکردهای آن می‌پردازد و نقش دین در انسجام اجتماعی جوامع سنتی را مهم قلمداد می‌کند (ریترز، ۱۳۸۳: ۲۳). به نظر دورکیم آیین‌های دینی با تقویت باورهای جمعی و اخلاقیات و نیز با پیوند شرکت‌کنندگان به یکدیگر، باعث همبستگی جامعه می‌شود. کارکرد دین در جامعه یکپارچه کردن و انسجام آن است (استونز، ۱۳۹۳: ۸۵-۸۴). بنابراین از نظر دورکیم دین باعث بالا رفتن یکپارچگی و انسجام اجتماعی به‌عنوان شاخص‌های سلامت اجتماعی می‌شود. بینگر نیازهای اساسی انسان را در مسائل نمایی زندگی جستجو می‌کند و دین را به‌عنوان نظام باورداشت‌ها و عملکردهایی تعریف می‌کند که پاسخگوی مسائل نمایی انسانی است. بینگر با طرح این مباحث، ادعا می‌کند که دین از طریق تأکید بر ارزش‌های کلی و دسترسی‌پذیر 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 - به‌عنوان شاخص‌های سلامت اجتماعی می‌شود. دیویس در کتابش تحت عنوان جامعه‌شناسی انسان به ارائه کارکردهای مثبت دین پرداخته و دین را به‌عنوان عامل انسجام بخش در جامعه می‌ستاید و اضافه می‌کند که افراد از طریق شرکت در مراسم دینی، وابستگی‌شان را به اهداف گروهی افزایش می‌دهند. دیویس از تمایز بین امر مقدس و نامقدس استفاده کرده و آنرا دارای خصلتی نمادین می‌داند (توسلی، ۱۳۸۰: ۶۵).

بنابراین از نظریه‌های دورکیم، بینگر و دیویس این فرضیه‌ی اصلی استخراج می‌شود که:

- بین دینداری و سلامت اجتماعی ارتباط وجود دارد.

همچنین با توجه به ابعاد مختلف دینداری از نظر گلاک و استارک این فرضیه‌های فرعی استخراج می‌شود که:

- 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.



مدل نظری پژوهش

فرضیه‌های پژوهش

فرضیه اصلی:

- بین دینداری و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار ارتباط وجود دارد.

فرضیه‌های فرعی:

- بین بعد اعتقادی دینداری و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار ارتباط وجود دارد.
- بین بعد پیامدی دینداری و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار ارتباط وجود دارد.
- بین بعد مناسکی دینداری و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار ارتباط وجود دارد.
- بین بعد تجربی دینداری و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار ارتباط وجود دارد.
- بین بعد شناختی دینداری و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار ارتباط وجود دارد.

روش پژوهش و ابزار پژوهش

تحقیق حاضر از نظر روش میدانی و با تکنیک پیمایش انجام گرفته است. همچنین این تحقیق از نظر هدف یک بررسی کاربردی، از نظر وسعت پهنانگر، از نظر دامنه خرد و از نظر زمانی یک بررسی مقطعی است. در این مطالعه برای جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز از ابزار پرسشنامه محقق ساخته استفاده شده است. پیش از آغاز پیمایش، پرسشنامه‌ی ابتدایی مورد آزمون اولیه قرار گرفت و

با استفاده از نتایج به دست آمده، نقایص موجود برطرف و پرسشنامه نهایی تنظیم شد. در جهت اطمینان از اعتبار پرسشنامه 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 بعد از حذف گویه‌های با ضریب پایایی پایین، ضریب پایایی تمامی متغیرها بالاتر از ۰/۷ می‌باشد. جامعه آماری این مطالعه تمامی زنان سرپرست خانوار شهر رشت می‌باشد که تعداد آن‌ها بر اساس آخرین آمار در حدود ۲۶۰۰۰ نفر می‌باشد. از آنجا که به‌طور طبیعی امکان مطالعه دیدگاه‌های تمامی ساکنان وجود نداشت از شیوه‌ی «نمونه‌گیری» برای تبیین نظریات افراد مورد مطالعه استفاده شده است و بر اساس فورمول کوکران تعدادی از افراد (۳۷۶ نفر) که معرف جامعه آماری تشخیص داده شدند به‌عنوان حجم نمونه انتخاب و مطالعه شده است.

$$n = \frac{\frac{(1/96)^2 \times (0/5)(0/5)}{(0/05)^2}}{1 + \frac{1}{65000} \left(\frac{(1/96) \times (0/5)(0/5)}{(0/05)^2} - 1 \right)} 382$$

$$d=0/05 \quad N=26000 \quad t=1/96 \quad P=0/5 \quad Q=0/5$$

$$n = \frac{\frac{(1/96)^2 \times (0/5)(0/5)}{(0/05)^2}}{1 + \frac{1}{65000} \left(\frac{(1/96) \times (0/5)(0/5)}{(0/05)^2} - 1 \right)} 376$$

روش نمونه‌گیری در این پژوهش شیوه نمونه‌گیری دومرحله‌ای با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای و سپس نمونه‌گیری تصادفی ساده می‌باشد. بدین صورت که تعدادی از محله‌های شهر رشت انتخاب و از هر مرحله به‌صورت تصادفی نمونه نهایی مورد مطالعه قرار گرفت. پس از گردآوری داده‌ها تجزیه و تحلیل آن‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS و Smart PLS انجام گردید و در این رابطه برای آزمون فرضیات، تست‌های آماری متناسب به کار گرفته شد.

یافته‌های پژوهش

جدول (۱): آمار توصیفی دینداری

مؤلفه‌های دینداری	خیلی کم (۱)		کم (۲)		متوسط (۳)		زیاد (۴)		خیلی زیاد (۵)		میانگین
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
اعتقادی	۸	۲/۱۲	۱۴	۳/۷۲	۸۹	۲۳/۶۸	۱۴۲	۳۷/۷۶	۱۲۳	۳۲/۷۲	۳/۹۵
پیامدی	۱۷	۴/۵۲	۳۲	۸/۵۱	۹۴	۲۵	۱۶۳	۴۳/۳۶	۷۰	۱۸/۶۱	۳/۶۳
مناسکی	۵۱	۱۳/۲۸	۶۶	۱۷/۱۹	۱۱۵	۳۱/۵۱	۹۸	۲۶/۰۴	۴۶	۱۱/۹۸	۳/۰۶
تجربی	۱۴	۴/۴۲	۲۶	۸/۳۴	۱۰۴	۲۵/۷۸	۱۶۶	۴۳/۲۳	۶۶	۱۸/۲۳	۳/۶۴
شناختی	۲۰	۴/۱۶	۷۸	۹/۶۳	۱۲۸	۳۳/۳۳	۱۰۱	۲۶/۷۱	۵۱	۱۶/۱۵	۳/۲۴
میزان کل دینداری											۳/۵۰

یافته‌ها نشان می‌دهد که در بین شاخص‌های دینداری، بعد اعتقادی دارای بیشترین میانگین یعنی (۳/۹۵) و بعد مناسکی دارای کمترین میانگین یعنی (۳/۰۶) می‌باشد. میانگین بعد پیامدی (۳/۶۳)، بعد تجربی (۳/۶۴) و میانگین بعد شناختی (۳/۲۴) می‌باشد. میانگین کلی دینداری (۳/۵۰) است که نشان می‌دهد پاسخگویان بالاتر از حد متوسط می‌باشد.

جدول (۲): آمار توصیفی سلامت اجتماعی

مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی	خیلی کم		کم		متوسط		زیاد		خیلی زیاد		میانگین
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
شکوفایی اجتماعی	۱۶	۷/۵۵	۱۰۰	۱۳/۲۹	۱۳۸	۲۹/۴۲	۸۸	۳۱/۵۱	۳۴	۱۸/۲۳	۳/۰۶
انسجام اجتماعی	۲۹	۶/۲۴	۲۰	۸/۶۰	۱۵۵	۳۲/۸۱	۹۰	۲۸/۶۵	۸۲	۲۳/۷۰	۳/۴۶
همبستگی اجتماعی	۵۸	۴/۹۵	۵۵	۱۴/۰۶	۱۳۵	۳۲/۰۳	۸۰	۲۸/۶۵	۴۸	۲۰/۳۱	۳/۰۱
خودشکوفایی اجتماعی	۵۵	۱۴/۵۸	۱۲۵	۱۷/۴۶	۶۵	۳۵/۹۳	۸۶	۲۱/۰۹	۴۵	۱۰/۹۴	۲/۸۴
پذیرش اجتماعی	۴۵	۱۰/۹۴	۴۱	۲۰/۵۷	۱۰۰	۴۵/۳۱	۱۱۳	۱۷/۹۶	۷۷	۵/۲۱	۳/۳۶
میزان کل سلامت اجتماعی											۳/۱۴

یافته‌ها نشان می‌دهد که در بین شاخص‌های سلامت اجتماعی، انسجام اجتماعی دارای بیشترین میانگین (۳/۴۶) و خودشکوفایی اجتماعی دارای کمترین میانگین (۲/۸۴) می‌باشد. همچنین وضعیت کلی سلامت اجتماعی نشان می‌دهد که در همه مؤلفه‌ها، پاسخگویان اذعان داشته‌اند که سلامت اجتماعی در حد متوسطی (۳/۱۴) می‌باشد.

آزمون فرضیه‌ها

بررسی وضعیت نرمال توزیع داده‌ها:

برای استفاده از آزمون‌های پارامتریک، پیش‌شرط‌هایی وجود دارد که عبارتند از: شرط نرمال بودن داده‌ها. جهت بررسی نرمال بودن عامل‌ها از آزمون تک‌نمونه‌ای کلموگروف-اسمیرنوف استفاده شده است.

H_0 : داده‌ها از توزیع نرمال برخوردارند.

H_1 : داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار نیستند.

جدول (۳): آزمون کلموگروف - اسمیرنوف برای تعیین نرمال بودن متغیرهای پژوهش

متغیرهای	بعد اعتقادی	بعد پیامدی	بعد مناسکی	بعد تجربی	بعد شناختی	سلامت اجتماعی
تعداد	۳۷۶	۳۷۶	۳۷۶	۳۷۶	۳۷۶	۳۷۶
مقادیر کلموگروف - اسمیرنوف	۲/۸۳	۱/۹۹	۲/۲۹	۲/۸۱	۲/۷۰	۲/۵۴
سطح معناداری (دو دامنه)	۰/۱۸	۰/۱۲	۰/۰۶	۰/۰۷	۰/۰۸	۰/۱۱

با توجه به جدول شماره ۳ می‌توان نتیجه گرفت که 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 به کار گرفت.

- بین دینداری و ابعاد مختلف آن (اعتقادی، پیامدی، مناسکی، تجربی و شناختی) با سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار ارتباط وجود دارد.

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

جدول (۴): همبستگی بین متغیرهای مستقل و وابسته تحقیق

نام متغیر	شاخص‌ها	ضریب همبستگی	سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار
دینداری	اعتقادی	۰/۳۶	سطح معناداری
	پیامدی	۰/۲۲	۰/۰۰۰
	مناسکی	۰/۳۹	۰/۰۰۲
	تجربی	۰/۲۵	۰/۰۰۰
	شناختی	۰/۳۴	۰/۰۰۱
	میزان کل دینداری	۰/۳۳	۰/۰۰۰

یافته‌ها حاکی از آن است که بین تمامی ابعاد دینداری و همچنین میزان کل آن با سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار رابطه مثبت و مستقیم و معنادار وجود دارد. در این میان رابطه بین بعد مناسکی دینداری و سلامت اجتماعی ($P=0/39$) دارای بیشترین ضریب همبستگی و رابطه بین بعد پیامدی دینداری و سلامت اجتماعی دارای کمترین ضریب همبستگی ($P=0/22$) می‌باشد. همچنین بعد اعتقادی دینداری ($P=0/36$)، بعد شناختی دینداری ($P=0/34$) و بعد تجربی دینداری ($P=0/25$) با سلامت اجتماعی از دیدگاه زنان سرپرست خانوار دارای ضریب همبستگی مثبت و معنادار می‌باشد. بنابراین می‌توان استدلال کرد که هر چه میزان گرایش به دینداری مثبت ($P=0/33$) و ابعاد آن در بین زنان سرپرست خانوار بیشتر شود میزان سلامت اجتماعی آنان بیشتر می‌شود. بنابراین تمامی فرضیه‌های پژوهش حاضر تأیید می‌شوند.

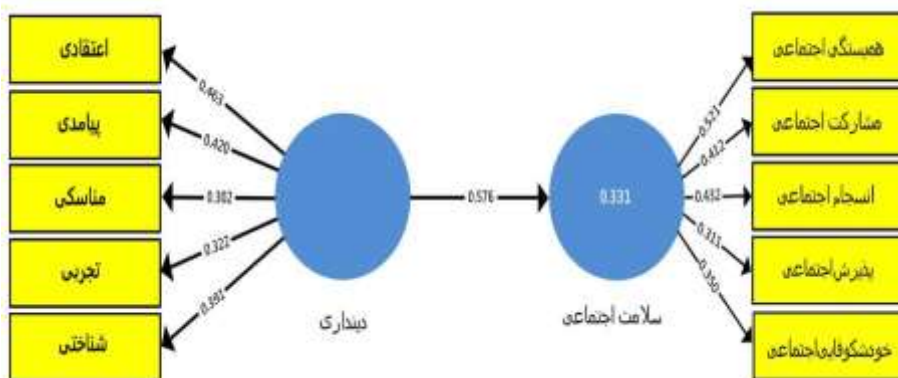
مدل معادله ساختاری (Smart PLS)

به‌منظور تعیین شدت و جهت بررسی تأثیر ابعاد مختلف دینداری بر سلامت اجتماعی از دیدگاه زنان سرپرست خانوار از یک مدل معادله ساختاری بهره گرفته شده است. در این پژوهش با استفاده از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری به آزمون مدل‌های معادله ساختاری پژوهش پرداخته شده است. رویکرد در این قسمت، رویکرد دومرحله‌ای است. بدین معنی که پس از تدوین مدل نظری پژوهش لازم است تا به بحث برآورد مدل یا به عبارتی دیگر برآورد پارامترهای آزاد در مدل و تحلیل شاخص‌های جزئی و کلی مدل پرداخت تا مشخص شود که آیا داده‌های تجربی در مجموع حمایت‌کننده‌ی مدل نظری تدوین شده هستند یا خیر.

مدل‌سازی معادلات ساختاری به روش حداقل مربعات (PLS) برخلاف روش کواریانس محور (نرم‌افزارهایی نظیر LISREL, AMOS و EQS) فاقد شاخص‌های برازش مدل مبتنی بر کای دو جهت بررسی میزان مطابقت مدل نظری با داده‌های گردآوری شده می‌باشد، این امر به ماهیت پیش‌بین محور PLS بستگی دارد. بنابراین شاخص‌های برازش که به همراه این رویکرد توسعه یافته‌اند مربوط به بررسی کفایت مدل در پیش‌بینی متغیرهای وابسته می‌شوند؛ مانند شاخص‌های افزونگی^۱ و حشو^۲ یا شاخص GOF می‌باشد. در واقع این شاخص‌ها نشان می‌دهند که برای مدل اندازه‌گیری معرف‌ها تا چه حد توانایی پیش‌بینی سازه زیربنایی خود را دارند و برای مدل ساختاری، متغیرهای برون‌زا تا چه حد و با چه کیفیتی توانایی پیش‌بینی متغیرهای درون‌زا مدل را دارند.

1. Communality
2. Redundancy

برآوردهای مربوط به شاخص‌های ارزیابی کلیت مدل ساختاری و پارامترهای اصلی این مدل (اثر متغیر دینداری بر سلامت اجتماعی) در شکل و جداول زیر گزارش شده است:



نمودار (۲): مدل معادله ساختاری اثر دینداری بر سلامت اجتماعی

جدول (۵): برآورد شاخص‌های ارزیابی کلیت مدل معادله ساختاری

شاخص	GOF	SRMR	NFI
مقدار	۰/۸۰	۰/۰۸۴	۰/۸۹

شاخص‌های ارزیابی کلیت مدل معادله ساختاری در مجموع بیانگر این است که داده‌ها مدل نظری پژوهش را حمایت می‌کنند، به عبارت دیگر برازش داده‌ها به مدل برقرار است و شاخص‌ها دلالت بر مطلوبیت مدل معادله ساختاری دارند.

جدول (۶): برآورد اثر متغیر دینداری بر سلامت اجتماعی

متغیر مستقل	مسیر	متغیر وابسته	ضریب تعیین	ضریب اثر	مقدار بحرانی	سطح معناداری
دینداری	<---	سلامت اجتماعی	۰/۳۳۱	۰/۵۷۶	½	۰/۰۰۱

مقادیر برآورد شده در جدول بالا بیانگر این است: (۱) متغیر دینداری در مجموع ۰/۵۷ از واریانس متغیر سلامت اجتماعی را تبیین می‌کند، با مدنظر قرار دادن مقادیر مربوط به حجم اثر شاخص ضریب تعیین این مقدار در حد متوسط (۰/۳۳۱) برآورد می‌شود، به عبارت دیگر متغیر دینداری در ابعاد مختلف در حد متوسط توان تبیین واریانس متغیر سلامت اجتماعی در بین شهروندان را دارد. (۲) اثر متغیر دینداری بر سلامت اجتماعی به لحاظ آماری معنادار است. بنابراین فرضیه‌ی کلی پژوهش مبنی بر

اینکه متغیر دینداری بر سلامت اجتماعی تأثیر دارد، تأیید می‌شود. با توجه به مقدار ضریب تأثیر می‌توان گفت اثر متغیر دینداری بر متغیر سلامت اجتماعی مثبت، مستقیم و در حد متوسط برآورد می‌شود، به این معنا که افزایش میزان دینداری می‌تواند در حد متوسط منجر به تقویت سلامت اجتماعی گردد.

نتیجه‌گیری

همان‌طور که ذکر شد دین و جهان‌بینی‌های توحیدی ساختارهای ذهنی شخصی افراد را وسعت بخشیده، قابلیت، ظرفیت، تفسیر و تحلیل شناختی را بهبود می‌بخشد و بدین‌سان، توانایی کل‌نگری افراد افزایش می‌یابد. در انسان معتقد به دین احساس آشفتگی عدم کنترل و رهاشدگی رخ نمی‌دهد. دین و جهان‌بینی‌های فرهنگی با تدارک زمینه‌ای که در آن، فرد خودش را باارزش و باشکوه تصور می‌کند، عزت نفس نسبتاً پایداری را ایجاد می‌نمایند و در نتیجه منجر به سلامت افراد در ابعاد مختلف می‌شود.

با توجه به اهمیت موضوع ارتباط بین ابعاد مختلف دینداری و سلامت اجتماعی در پژوهش حاضر به تحلیل و بررسی ارتباط بین ابعاد مختلف دینداری (اعتقادی، پیامدی، مناسکی، تجربی و شناختی) به‌عنوان متغیرهای مستقل و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار به‌عنوان متغیر وابسته پرداخته شد.

یافته‌ها حاکی از آن است که بین تمامی متغیرهای مستقل و وابسته پژوهش ارتباط مثبت، مستقیم و معناداری وجود دارد. بدین صورت که هرچه بعد پیامدی دینداری ($P=0/22$)، بعد مناسکی دینداری ($P=0/39$)، بعد اعتقادی دینداری ($P=0/36$)، بعد تجربی دینداری ($P=0/25$) و بعد شناختی دینداری ($P=0/34$) در بین زنان سرپرست خانوار بیشتر باشد میزان سلامت اجتماعی آنان بیشتر می‌شود. در این میان بیشترین شدت همبستگی با سلامت اجتماعی را بعد مناسکی دینداری و کمترین شدت همبستگی را بعد پیامدی دینداری ($P=0/22$) دارد.

نتایج حاصل از مدل معادله ساختاری (Smart PLS) نیز نشان دادند که متغیر دینداری در مجموع ۵۷۶٪ از واریانس متغیر سلامت اجتماعی را تبیین می‌کند، با مدنظر قرار دادن مقادیر مربوط به حجم اثر شاخص ضریب تعیین این مقدار در حد متوسط (۰/۳۳۱) برآورد می‌شود، به‌عبارت دیگر متغیر دینداری در ابعاد مختلف در حد متوسط توان تبیین واریانس متغیر سلامت اجتماعی را دارد.

یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر ارتباط بین دینداری و سلامت اجتماعی با نظریه‌های دورکیم، یینگر و دیویس همخوانی دارد. هرکدام از نظریه‌پردازان فوق در نظریه‌های خود نشان دادند که

دینداری باعث افزایش شاخص‌های سلامت اجتماعی افراد می‌شود که تأییدکننده‌ی نتایج این پژوهش است.

همچنین یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش‌های مولایی و رستمی (۱۳۹۶)، راد و دیگران (۱۳۹۴)، سراج‌زاده و دیگران (۱۳۹۲)، میرزامحمدی و دیگران (۱۳۹۰) و استوارد و جو (۱۹۹۸) با عنوان همخوانی دارد. هر کدام 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 به‌ویژه 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 به‌طور 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 دسترسی‌پذیر 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.

لذا با توجه به یافته‌های پژوهش مبنی بر ارتباط مثبت و مستقیم بین دینداری و سلامت اجتماعی پیشنهادت زیر ارائه می‌شود:

- با توجه به ارتباط بین دینداری و ابعاد مختلف آن با سلامت اجتماعی باید دینداری را در مرتبه کلان اهمیتی قرار داد؛ باید به مفاهیم و ابعاد و مؤلفه‌های اصلی و پویای دینداری (بعد شناختی، اعتقادی، مناسکی، تجربی و پیامدی) برای ایجاد یک بسیج نهادینه‌سازی توجه بیشتری نمود. این ابعاد ارزشمند دینداری در قالب رفتارها و کارکردهای مثبت و سازمان یافته در شبکه‌های گروهی اجتماعی زنان سرپرست خانوار نهادینه می‌شود.

- یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که بعد اعتقادی دینداری تفاوت محسوسی با سایر ابعاد دینداری در بین پاسخگویان دارد. بدین صورت که بعد اعتقادی بیشتر و قوی‌تر از سایر ابعاد به‌خصوص بعد مناسکی است. بنابراین دیده می‌شود که در بین پاسخگویان اعتقاد قوی‌تر از عمل کردن است. پس باید تدابیری اندیشیده شود که دینداری در سطح اعتقاد قلبی نماند و به عمل هم رسیده شود.

- تأکید هر چه بیشتر صدا و سیما به زنان سرپرست خانوار و ساخت برنامه‌هایی که به بالارفتن میزان دینداری زنان سرپرست خانوار و در نتیجه سلامت اجتماعی آنان کمک نماید.

- تعریف دوباره زنان سرپرست خانوار، به‌ویژه در مناطق حاشیه‌ای و جایگاه امروزی وی در جامعه و کالبد شکافی نیازها، خواسته‌ها و معضلات و موانع فراروی آن در سیستم اجتماعی کشور، توسط علمای اجتماعی متخصص و میدان دیده.

منابع و مأخذ:

- احمدی، یعقوب. (۱۳۸۸). وضعیت دینداری و نگرش به آینده دین در میان نسل‌ها مطالعه موردی شهر سمنان. معرفت فرهنگی اجتماعی، سال اول، شماره اول، زمستان.
- استونز، راب. (۱۳۹۳). متفکران بزرگ جامعه‌شناسی. ترجمه مهرداد میردامادی. تهران: نشر مرکز.
- اسماعیلی، علیرضا و محمدحسن رضایی، (۱۳۹۷). بررسی رابطه عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان شهرستان بهشهر. سومین کنفرانس توانمندسازی جامعه در حوزه علوم انسانی و مطالعات روانشناسی، تهران، مرکز توانمندسازی مهارت‌های فرهنگی و اجتماعی جامعه. ۹-۱.
- توسلی، غلامعباس. (۱۳۸۰). جامعه‌شناسی دینی. تهران: نشر سخن.
- حاتمی، پریسا. (۱۳۸۸). بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تأکید بر شبکه‌های اجتماعی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مددکاری اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی.
- حقیقتیان، منصور؛ عزیزی، ابوطالب و 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). صص ۲۸-۱.
- راد، فیروز؛ محمدزاده، فاطمه و محمدزاده، حمیده. (۱۳۹۴). دین و سلامت اجتماعی: بررسی رابطه‌ی دین‌داری با سلامت اجتماعی (مطالعه‌ی موردی: دانشجویان دانشگاه پیام نور مرند). شماره ۲، سال ۱۲، دو فصلنامه علوم اجتماعی.
- رسنگار، خدیجه و سیدان، فریبا. (۱۳۹۴). سنجش رابطه بین فرهنگ شهروندی و سلامت اجتماعی شهروندان تهرانی. مطالعات ملی، سال شانزدهم، شماره ۱. صص ۱۰۷-۸۵.
- ریتزر، جورج. (۱۳۸۳). نظریه‌های جامعه‌شناسی در دوران معاصر. ترجمه محسن ثلاثی، تهران: انتشارات علمی.
- زاکرم، فیل. (۱۳۸۴). درآمدی بر جامعه‌شناسی دین. فیل زاکرم، خشایار دیهیمی. تهران: لوح فکر.
- سام‌آرام، عزت‌الله (۱۳۸۸)، بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه‌محور، انتظام اجتماعی، سال اول، شماره ۱. صص ۲۹-۹.
- سجادی، حمیرا و سیدجلال صدرالسادات. (۱۳۸۳). شاخص‌های سلامت اجتماعی. مجله علمی سیاسی - اقتصادی. شماره ۲۰۷. صص ۲۵۳-۲۴۴.
- فتحی، منصور و دیگران. (۱۳۹۱). عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی معلمان شهر مراغه. رفاه اجتماعی، دوره ۱۲، شماره ۴۷.
- فدایی مهربانی، مهدی. (۱۳۸۶). شهرنشینی، رسانه و سلامت اجتماعی. نشریه‌ی پژوهش و سنجش، شماره ۴۹.
- فرزانه، سیف‌الله و علیزاده، سمیه. (۱۳۹۲). بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی سالمندان شهر بابل. فصلنامه‌ی مطالعات توسعه‌ی اجتماعی فرهنگی، دوره‌ی دوم، شماره‌ی ۱، تابستان.
- فروند، ژولین. (۱۳۸۳). جامعه‌شناسی ماکس وبر. ترجمه: عبدالحسین نیک‌گهر. تهران: نشر توتیا.
- مارموت، مایکل؛ ویلکینسون، ریچارد. (۱۳۸۷). مؤلفه‌های اجتماعی سلامت، مترجم علی منتظری تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی.

مافی، پریسا. (۱۳۹۷). بررسی عوامل تأثیرگذار روانشناختی، مشارکت اجتماعی- سیاسی و سلامت اجتماعی و بر توانمندسازی (اقتصادی، اجتماعی، سیاسی) زنان سرپرست خانوار، دومین همایش علوم اجتماعی، روانشناسی و علوم تربیتی، جیرفت، همایش گستران.

مولایی، جابر؛ رستمی، ایوب. (۱۳۹۶). بررسی رابطه بین دین‌داری و سلامت روان (مطالعه موردی: جوانان شهر آبدانان). همایش ملی عفاف، حجاب و سبک زندگی، زاوه، دانشگاه پیام نور خراسان رضوی - اداره فرهنگ و ارشاد اسلامی شهرستان زاوه.

میرزاحمدی، محمدحسن؛ فرمهبینی فراهانی، محسن و 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 و نایی، هوشنگ. (۱۳۸۵). نقش دینداری در ممانعت از بزهکاری جوانان شهر تهران. رفاه اجتماعی، دوره ۶، شماره ۲۲.

هزارجریبی، جعفر؛ ارفعی عین‌الدین، رضا. (۱۳۹۱). اوقات فراغت و سلامت اجتماعی. برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، دوره چهارم، شماره ۱۰. صص ۶۳-۳۹.

همیلتون، ملکم. (۱۳۸۹). جامعه‌شناسی دین. ترجمه محسن ثلاثی. تهران: تیبان.

References

- Day, J. M. (2010). Religion, spirituality and positive psychology in adulthood: A developmental view. *Journal of Adult Development*, 17(4), 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), 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, pp121-190.
- Keyes, C. M (2002). The Mental Health Continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Research*. 43. 207 – 222
- Larson James. S (1996); *Measurment 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 Ninteenth Century (A. Lees, Eds.), Ragers Univ, Comdon and Pensilvania Univ, D. C. Health and Company, Massachusetts.
- McNulty, K (2014) Perceived Uncertainly Spiritual Well-being and Psychological Adaptation in Individual with Multiple Sclerosis. Journal of Family Psychology.
- Powell, L. (2017), To examine the relationship between the performance communication, spiritual and social health and quality of life in cancer patients. Academic Press, London.
- Pyszenki, Tom; Geenbery, Jeff, Solomon, Sheldon; and Hamilt on, Jams (1990). A Terror management analysis of self -awareness and anxitey: The hierarchy of terror. In schwarzer, Ralf; wickland, Robert, London: harwood academic Publishers.
- Ryff & Ronald C. Kessler (Eds), (2003). Healthing Are you? A national study of well-being of Midlife. univwesity of Chicago press.
- Steward, Robbie.J. Joe. Hanik. (1998) Does Spirituality Influence Academic Achievement and psychological Adjustment of Afffrican-American Urban Adolescence.EDRS-MF/ plus postage.