

تبیین جامعه‌شناختی نقش دین‌داری در سلامت اجتماعی شهروندان به‌مثابه پایه پیشرفت (مورد مطالعه: شهروندان قم)

دکتر محسن نیازی^۱، دکتر طاها عشایری^۲، فاطمه نامیان^۳

چکیده

دین نقش به‌عنوان یکی از ارکان‌های نظام هستی، نقش مهمی در توسعه اجتماعی دارد. دین به‌مثابه یک مجموعه باورهای عملی و نظری، مکانیسم جمعی را در تعیین فرایند توسعه بر عهده می‌گیرد. در مطالعات جامعه‌شناختی از کلاسیک یا مابعد کلاسیک، همیشه دین در مسائل اجتماعی و سیاسی، مورد توجه بوده است، یکی از این مباحث امر سلامت اجتماعی است. بر این اساس هدف اصلی این پژوهش بررسی نقش دین‌داری در سلامت اجتماعی شهروندان است. پژوهش با استفاده از روش پیمایش و ابزار پرسشنامه و نوع نمونه‌گیری خوشه تصادفی در بین ۴۰۲ نفر از شهروندان قم توزیع شده است. مطابق با یافته‌های تحقیق ۶۰ درصد پاسخگویان مردان و ۴۰ درصد را زنان تشکیل می‌دهند. و همچنین نتایج حاصل از پژوهش نشان می‌دهد که بین دین‌داری و سلامت اجتماعی (۰،۱۹۲)، رابطه معنی‌داری وجود دارد. همچنین بین دین‌داری و مؤلفه سلامت اجتماعی یعنی انسجام اجتماعی (۰،۳۱۴)، پذیرش اجتماعی (۰،۱۱۳)، مشارکت اجتماعی (۰،۱۱۵) و شکوفایی اجتماعی (۰،۲۰۶) رابطه معنی‌داری وجود داشت.

واژگان کلیدی: دین‌داری، قم، سلامت اجتماعی، انسجام اجتماعی، انطباق اجتماعی، مشارکت اجتماعی

۱. مقدمه و بیان مسئله

دین^۴ در همه زمان‌ها و جوامع از ابتدایی تا مدرن در اشکال مختلف وجود و حضور داشته است. از این واقعیت می‌توان نتیجه گرفت که دین نیاز فطری انسان است که در بعد فردی پاسخگوی سؤالات غایی انسان و در بعد اجتماعی سامان دهنده یا انسجام بخش مجموعه جامعه است (راد و همکاران، ۱۳۹۴: ۱۴۰). نیاز انسان به دین قدمتی به عمر تاریخ دارد. زیرا بشر از همان آغاز زندگی خود به حامی مقتدر و تکیه‌گاهی نیرومند احساس نیاز می‌کرده است. دین به‌مثابه مجموعه جامع بایدها و نبایدهای ارزشی برای هدایت انسان به رستگاری همیشه مورد توجه همه انسان‌های مال‌اندیش بوده است و دین‌داری^۵ یکی از ارکان مهم زندگی بسیاری از افراد است (افشانی و شیرینی محمدآبادی، ۱۳۹۵: ۶۷). 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. به‌طور کلی

۱. استاد گروه علوم اجتماعی دانشگاه کاشان، niazim@kashanu.ac.ir

۲. دکتری تخصصی بررسی مسائل اجتماعی ایران، دانشگاه کاشان، t.ashayeri@gmail.com

۳. کارشناسی علوم اجتماعی، دانشگاه کاشان (نویسنده مسئول)، f.namiyan76@yahoo.com

هشتمین کنفرانس الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت؛ الگوی پیشرفت؛ پیشرانها، چالشها و الزامات تحقق؛ بیت و دووم و سوم خردادماه ۱۳۹۸

اعمال و باورهای دینی با سلامت فردی و اجتماعی افراد یک جامعه مرتبط است (حیدرخانی و همکاران، ۱۳۹۶: ۳۴). درواقع، دین منبعی برای ارزش‌های اجتماعی است و برگزینش‌های فردی و بسیاری از زمینه‌های زندگی روزمره تأثیر می‌گذارد و همچنین به‌عنوان تجلی روح جمعی و عامل همبستگی و یکپارچگی جامعه - که شاخص‌های اصلی سلامت اجتماعی هستند - محسوب می‌شود (همان، ۳۵ و ۳۴). امروزه سلامتی فقط عاری بودن از بیماری‌های جسمی و روانی نیست بلکه، چگونگی عملکرد انسان در روابط اجتماعی نیز به‌عنوان معیار ارزیابی سلامت فرد در سطح کلان جامعه به شمار می‌رود (زارع شاه‌آبادی و کاظمی، ۱۳۹۴: ۵۱). سلامت اجتماعی^۶ به‌عنوان جنبه‌ای از سلامت فرد که به‌تازگی وارد حوزه جامعه‌شناسی شده است، به شخصیت فرد به‌عنوان موجودی اجتماعی برمی‌گردد و ارزیابی فرد از اجتماع و کیفیت و کمیت درگیر شدن شخص در اجتماع را دربرمی‌گیرد (راد و همکاران، ۱۳۹۴: ۱۳۸).

مفهوم سلامت اجتماعی را برای اولین بار بلوک^۷ و برسلو^۸ در سال ۱۹۷۲ مترادف با درجه عملکرد اعضا در جامعه دانسته‌اند (فرزانه و علی زاده، ۱۳۹۲: ۱۸۱). همچنین، لایکوک^۹ سلامت اجتماعی را به‌صورت شرایط و رفاه افراد در شبکه روابط اجتماعی: شامل خانواده، اجتماع و ملت تعریف می‌کند. برگمن^{۱۰} نیز معتقد است که تأثیر شبکه اجتماعی بر سلامت فرد عبارت است از پرورش روحیه مشارکت و درگیری اجتماعی فرد در فرایندهای اجتماعی، سپری کردن اوقات فراغت خود با دوستان، مشارکت در نقش‌های اجتماعی و شغلی، گرایش به فعالیت‌های مذهبی و تفریح کردن به همراه گروه که نمونه‌های بارز درگیری اجتماعی می‌باشند (راد و همکاران، ۱۳۹۴: ۱۴۸). 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 (حیدرخانی و همکاران، ۱۳۹۶: ۳۳). عوامل اجتماعی - فرهنگی بسیاری، امروزه بر میزان سلامت اجتماعی افراد جامعه مؤثر می‌باشد، که یکی از این عوامل تأثیرگذار دین‌داری (تعلق، تقید و جهت‌گیری دینی) است (همان: ۱۳۹). درواقع، دین‌داری یکی از مؤلفه‌های مهمی است که در تحلیل 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 (افشانی و شیرینی محمدآبادی، ۱۳۹۵: ۶۷).

سلامت یکی از موضوعات مهم فرهنگ هر جامعه‌ای است که در واقع هر اجتماع مدنی به‌عنوان بخشی از فرهنگ خود از سلامت و ابعاد مختلف آن نگرش و مفهوم خاصی را در نظر دارد. به گفته ماهلر، رئیس سازمان جهانی بهداشت، «سلامت اگر همه چیز نیست، همه چیز بدون سلامت هیچ است» (جعفری و همکاران، ۱۳۹۲: ۵۲). سلامت اجتماعی اشاره به سازگاری با شاخص‌های اجتماعی دارد که شهروندان باید با نظم اجتماعی حاکم بر جامعه در هر سطحی که باشند، بتوانند در راستای توسعه پایدار و تعادل اجتماعی حاکم بر زندگی نقش بارزی ایفاء نمایند و از رفاه، عدالت اجتماعی، آرامش روانی و عاطفی، کیفیت زندگی مناسب و ... بهره‌مند گردند. مقوله سلامت و به -

⁶ Social health

⁷ Black

⁸ Breslow

⁹ Lay cock

¹⁰ Bergman

هشتمین کنفرانس الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت؛ الگوی پیشرفت؛ پیشرانها، چالشها و الزامات تحقق؛ بیت و دووم و بیت و سوم خردادماه ۱۳۹۸

ویژه سلامت اجتماعی، بسیار حائز اهمیت بوده و عدم توجه به این مقوله برای جامعه دستاوردی جزء عقب ماندگی ندارد. از نظر لارسون^{۱۱} (۱۹۹۳)، سلامت اجتماعی ارزیابی فرد از کیفیت روابط خود با خانواده، دیگران و گروههای اجتماعی است و در واقع، شامل پاسخهای درونی فرد نسبت به محرکها و احساسات، تفکرات و رفتارهایی است که نشانگر رضایت یا عدم رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی است. این ارزیابی محصول کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد از کنشهای خویش است که از نظر کیبیز^{۱۲} (۱۹۹۸) نمی توان آنها را بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد. فرد سالم از نظر اجتماعی زمانی عملکرد خوب دارد که اجتماع را به صورت یک مجموعه معنادار و قابل فهم و بالقوه برای خودش و شکوفایی بداند و احساس کند که متعلق به گروههای اجتماعی خود است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهیم بداند. در واقع، زمانی شخص را واجد سلامت اجتماعی برمی شماریم 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. حال که مذهب به عنوان یکی از اصلی ترین عوامل اثرگذار در زندگی فرد به شمار می آید، می توان میزان دین داری فرد و پایبندی و تعهد وی به تعالیم دینی را به عنوان یکی از فاکتورهای بسیار مهم در سلامت اجتماعی فرد دانست. بنابراین از آنجایی که سلامت اجتماعی از جمله مفاهیمی است که در بستر اجتماع و روابط بین افراد در شبکه های اجتماعی بروز و ظهور می یابد، حال می توان نتیجه گرفت که شرایط اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی جامعه در بهبود کیفیت آن می تواند نقش اساسی داشته باشد. یکی از این عوامل اجتماعی که تأثیر قابل توجهی بر سلامت اجتماعی دارد، میزان دین داری افراد است. بر این اساس هدف اصلی این پژوهش این است که چه ارتباطی بین دینداری و سلامت اجتماعی شهروندان قم دارای که زمینه های دینی و اعتقادی بالایی است وجود دارد؟

۲. پیشینه پژوهش

فیروز راد و همکاران (۱۳۹۴) در مقاله ای با عنوان دین و سلامت اجتماعی: بررسی رابطه دین داری با سلامت اجتماعی (مطالعه موردی: دانشجویان دانشگاه پیام نور مرنده)، به این نتیجه رسیدند که بین دین داری و سلامت اجتماعی دانشجویان و بین دین داری و ابعاد سلامت اجتماعی (یکپارچگی، پذیرش، مشارکت، انسجام و شکوفایی اجتماعی) رابطه معنادار و مستقیمی وجود دارد که بیشترین شدت همبستگی با بعد انسجام اجتماعی و کمترین همبستگی با بعد شکوفایی اجتماعی هست.

یافته های پژوهشی افشانی و شیری محمد آباد (۱۳۹۵) با عنوان رابطه دین داری و سلامت اجتماعی زنان شهر یزد در بین ۲۸۸ نفر از زنان یزد نشان میدهد که بین دین داری و سلامت اجتماعی رابطه معنادار و مستقیمی وجود دارد و با افزایش دین داری، سلامت اجتماعی نیز افزایش پیدا می کند.

حیدرخانی و همکاران (۱۳۹۶) در تحقیقی با عنوان بررسی ارتباط بین دین داری و سلامت اجتماعی جوانان مناطق حاشیه نشین شهر کرمانشاه دریافتند که بین دین داری و ابعاد آن یعنی پیامدی، مناسکی، اعتقادی، تجربی و

^{۱۱} . Larson

^{۱۲} . Keyes

هشتمین کنفرانس الگوی اسلامی ایرانی شرف؛ الگوی شرف؛ پیشران، چالش‌ها و الزامات تحقق؛ بیست و دوم و بیست و سوم خردادماه ۱۳۹۸

شناختی با میزان سلامت اجتماعی جوانان ارتباط مثبت و مستقیم و معنادار وجود دارد. همچنین اثر مستقل دین‌داری بر سلامت اجتماعی جوانان مناطق حاشیه‌نشین شهر کرمانشاه به میزان ۰٫۵۴ هست.

سراج زاده و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهشی با عنوان دین و سلامت: آزمون اثر دین‌داری بر سلامت در میان نمونه‌ای از دانشجویان در بین ۳۵۰ نفر از دانشجویان دانشگاه تبریز به این نتیجه رسیدند که دین‌داری دارای تأثیر معنادار مستقیم و غیرمستقیم بر سلامت کل است. و ۳۲٫۶ درصد از تغییرات سلامت اجتماعی را تبیین می‌کند. و اثر دین‌داری بر سلامت اجتماعی به‌طور غیرمستقیم و از طریق حمایت اجتماعی است.

۳. مبانی و دیدگاه‌های نظری پژوهش

۳-۱. دین‌داری

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 به منظور تعالی روح. دین‌داری به معنای التزام عملی و ذهنی به باورهای دینی است. عبارت دیگر پیروی پیروان دین از آن و از زیر مجموعه‌های آن است. گوناگونی در تعریف دین را می‌توان از همان آغاز شکل‌گیری جامعه‌شناسی در آراء و اندیشه‌های بنیان‌گذاران و کلاسیک‌های جامعه‌شناسی نیز مشاهده نمود، تا آن‌جا که اندیشمندانی مثل کنت، مارکس، دورکیم و وبر هرکدام از زاویه‌ای به تعریف دین پرداخته و آن را بررسی کرده‌اند.

آگوست کنت بر اساس مراحل سه‌گانه تحول ذهن بشری به ارائه تعریف از دین پرداخته و دین را نیز یکی از مراحل سه‌گانه تحول ذهنی بشر دانسته است. کنت دین را مخصوص دوران ابتدایی زندگی انسان و دوران کودکی او دانسته که به تدریج و به مرور حاصل شدن پیشرفت در زندگی انسان، ابتدا فلسفه و بعد نیز علم اثباتی جای آن را در زندگی انسان می‌گیرد. وی براساس مراحل سه‌گانه تحول معرفت بشری، دین را متعلق به دوره ربانی حیات بشری می‌داند که نقش اصلی آن، ارائه تبیینی از واقعیات پیرامون بوده است (ویلیم، ۱۳۷۷: ۴۴).

به نظر مارکس، دین اساساً محصول یک جامعه طبقاتی است (همان، ۱۴۱). ابزاری است در دست طبقه حاکم برای مشروعیت بخشیدن به حاکمیت و قدرت خود. مارکس، دین را هم نوعی تسلیم و هم مایه تسلی در برابر ستمگری می‌داند؛ نوعی تسلیم که طبقه پرولتاریا را به قبول وضع موجود قانع می‌کند و هم مایه تسلی که نوعی تسلی که موقتی بوده و طبقه پرولتاریا را از "جستجو برای راه حل واقعی باز می‌دارد". دین هم ابزار فریبکاری و ستمگری به طبقه زیردست جامعه و هم بیان اعتراض علیه ستمگری است و نوعی تسلیم و مایه تسلی در برابر ستمگری است. دین آه ستم‌دیدگان و قلب جهان سنگدل است (همان: ۱۴۲-۱۴۵).

هشتمین کنفرانس الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت؛ الگوی پیشرفت؛ پیشران، چالش‌ها و الزامات تحقق؛ بیت و دوم و بیت و سوم خردادماه ۱۳۹۸

دورکیم دین را عبارت از یک نظام مشترک و الزام‌آور از اعتقادات و اعمال که به امور مقدس، یعنی آن چیزهایی که جدا و مجزا و محترم هستند، مربوط می‌شود؛ می‌داند، اعتقادات و اعمالی که همه آن‌هایی را که از این‌ها پیروی می‌کنند در یک اجتماع اخلاقی، که کلیسا خوانده می‌شود، گرد هم می‌آورند (دورکیم، ۱۳۸۳).

کینگیزلی دیویس به عنوان یک نظریه پرداز نوکارکردگرا بر این نظر است که «دین احساساتی را که به جامعه انسجام می‌بخشد توجیه، عقلانی، و پشتیبانی می‌کند» به نظر می‌رسد که بیان باورداشتهای همگانی از طریق مناسک دسته جمعی، دلبستگی افراد را به هدف‌های گروهی تشدید می‌کند. دین عزم افراد را به رعایت هنجارهای گروهی تقویت می‌کند و این هنجارها را بالاتر از منافع صرفاً خصوصی قرار می‌دهد. دین یگانگی افراد جامعه را با اعضای دیگر تقویت می‌کند و جدایی آن‌ها را از اعضای قبایل، اجتماعات یا ملت‌های دیگر تشدید می‌کند. دیویس برخی از پدیده‌های نامحسوسی را که باورداشتهای و عملکردهای مذهبی به آنها ارجاع دارند را واقعیت‌های فراتجربی می‌نامد. وی معتقد است که این پدیده‌های فراتجربی در نگهداشت انسجام اجتماعی نقش مهمی را بازی می‌کنند (همان، ۲۰۳).

۳-۲. سلامت اجتماعی

مفهوم سلامت اجتماعی را برای اولین بار بلوک و برسلو^{۱۳} مترادف با درجه عملکرد اعضا در جامعه دانسته‌اند. لایکوک^{۱۴}، سلامت اجتماعی را به صورت شرایط رفاه افراد در شبکه روابط اجتماعی شامل خانواده، اجتماع و ملت تعریف می‌کند. برگمن نیز معتقد است که تأثیر شبکه اجتماعی در سلامت افراد عبارت است از پرورش روحیه مشارکت و درگیری اجتماعی فرد در فرایندهای اجتماعی، سپری کردن اوقات فراغت خود با دوستان، مشارکت در نقش‌های اجتماعی و شغلی، گرایش به فعالیت‌های مذهبی و تفریح کردن به همراه گروه که از نمونه‌های بارز درگیری اجتماعی می‌باشند. بنابراین از طریق فرصت‌هایی که به واسطه عضویت در شبکه‌های اجتماعی برای فرد فراهم می‌شود تا در رویدادهای اجتماعی شرکت کند، نقش‌های اجتماعی معنی‌داری از قبیل نقش‌های اجتماعی شغلی، خانوادگی و والدینی تعریف می‌شود و از این طریق، سلامت اجتماعی فرد ارتقاء می‌یابد (حاتمی، ۱۳۸۸؛ راد و همکاران، ۱۳۹۴: ۱۴۸).

مفهوم سلامت اجتماعی، مفهومی است که در کنار ابعاد جسمانی و روانی سلامت، همواره مورد توجه قرار گرفته است. واژه سلامت اجتماعی، برگردان کلمه social wellbeing به معنی «زندگی خوب داشتن» است که بیشتر ناظر به شادی و رضایت است و بر مفاهیم مثبت از سلامت تأکید دارد (شاپیرو و همکاران، ۲۰۰۷: ۵). این واژه در واقع شامل پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر و رفتار) می‌باشد (عبدالله تبار و همکاران، ۱۳۸۶: ۱۷۳) که هم چگونگی احساس مردم و هم نحوه عملکرد آن‌ها را دربر می‌گیرد (راد و همکاران، ۱۳۹۳: ۱۴۶).

سلامت اجتماعی یا حداقل فقدان آن یک نگرانی مهم در نظریه کلاسیک جامعه‌شناسی است. از نظر تجربی این موضوع ریشه در ادبیات جامعه‌شناسی مربوط به ناهنجاری و بیگانگی اجتماعی دارد. دورکیم معتقد است از جمله مزایای بالقوه زندگی عمومی، یکپارچگی و همبستگی اجتماعی است، یعنی یک احساس تعلق و وابستگی درک

¹³ Block & breslow

¹⁴ Laycock

هشتمین کنفرانس الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت؛ الگوی پیشرفت؛ پیشرانها، چالشها و الزامات تحقق؛ بیست و دوم و بیست و سوم خردادماه ۱۳۹۸

آگاهی مشترک و داشتن سرنوشت جمعی. این مزایای زندگی اجتماعی یک اساس و بنیان برای تعریف جهانی و کلی از سلامت اجتماعی است (کیبیز، ۱۹۹۸: ۱۲۲).

یکی از جامع‌ترین نظریه‌ها در حوزه سلامت اجتماعی نظریه کیبیز می‌باشد. کار کیبیز از یک اصل جامعه‌شناختی و روان‌شناختی نشأت می‌گیرد. طبق نظر کیبیز حلقه مفقوده در تاریخچه مطالعات مربوط به سلامت پاسخ به این سؤال است که آیا ممکن است کیفیت زندگی و عملکرد شخصی افراد را بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد؟ وی در پاسخ به این سؤال می‌گوید عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت جسمی و روانی است و تکالیف و چالش‌های اجتماعی را نیز در بر می‌گیرد (زکی و خشوعی، ۱۳۹۲: ۸۴). از دیدگاه کیبیز، سلامت اجتماعی شامل عناصر متعددی است که در کنار یکدیگر نشان می‌دهند افراد چگونه و در چه درجه‌ای در زندگی اجتماعی خود، به عنوان همسایه، همکار و همشهری، خوب عمل می‌کنند (کیبیز، ۲۰۰۴). کیبیز سلامت اجتماعی را این‌گونه تعریف می‌کند؛ چگونگی ارزیابی و شناخت فرد از عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که عضوی از آنهاست (کدخدایی و لطفی، ۱۳۹۲: ۱۸۹ و ۱۹۰).

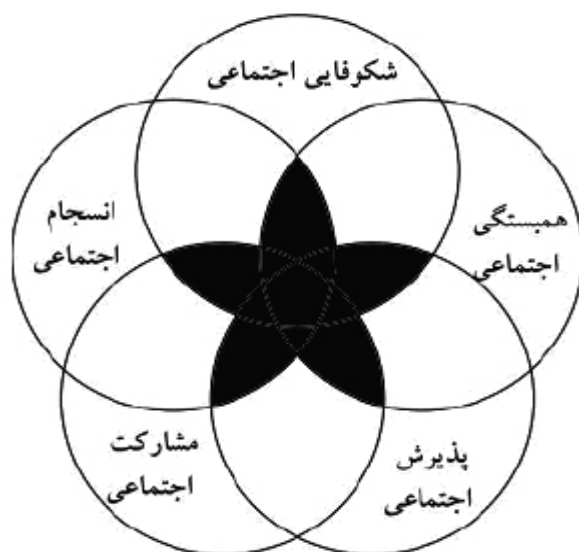
به طور کلی، سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد است که در عرصه اجتماع به ظهور می‌رسد و زمانی می‌توان فرد را واجد سلامت اجتماعی دانست که بتواند فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی خود را در حد متعارف انجام دهد و با جامعه و هنجارهای اجتماعی، احساس پیوند و اتصال کند (سام‌آرام، ۱۳۸۸). کیبیز (۲۰۰۴)، سلامت اجتماعی را ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که عضو آنهاست، می‌داند. به اعتقاد کیبیز و شاپیرو، آنچه بیشتر به زندگی غنا و معنا می‌بخشد، خویشاوندان، روابط و تجارب مشترک است. از این رو، او به توانایی فرد در تعامل مؤثر با دیگران و اجتماع به منظور ایجاد روابط ارضاء‌کننده شخصی و به انجام رساندن نقش‌های اجتماعی، عنوان سلامت اجتماعی می‌دهد (کیبیز و شاپیرو، ۲۰۰۴؛ راد و همکاران، ۱۳۹۴: ۱۳۹). کیبیز معتقد است بهزیستی، یک اساس و بنیان اجتماعی دارد و بدین ترتیب، سلامت اجتماعی را ارزیابی شرایط و عملکرد فرد در جامعه می‌داند. عملکرد اجتماعی خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت جسمی و روانی است و چالش‌های اجتماعی را در بر می‌گیرد. همچنین وی معتقد است بین سلامت اجتماعی با رفتارهای اجتماع‌پسند و مسئولیت‌پذیری در جامعه و جایگاه اجتماعی رابطه مثبتی وجود دارد (سام‌آرام، ۱۳۸۸). لذا وی در یک تحلیل عاملی گسترده پیشنهاد می‌دهد که سلامت اجتماعی افراد از پنج جزء شکوفایی اجتماعی، مشارکت، پیوستگی، انسجام و پذیرش اجتماعی تشکیل شده است. این پنج مؤلفه ارزیابی فرد از نحوه نگرش و ارتباط خود با جامعه را تشکیل می‌دهد (موسوی و همکاران، ۱۳۸۹).

طبق نظر کیبیز، سلامت اجتماعی ترکیبی از چند عامل است که در مجموع نشان می‌دهند چقدر یک شخص در زندگی اجتماعی‌اش عملکرد خوبی دارد. کیبیز معتقد است بهزیستی یک اساس و بنیان اجتماعی دارد و به این ترتیب، سلامت اجتماعی را ارزیابی شرایط و عملکرد فرد در جامعه تعریف می‌کند و عملکرد خوب در زندگی، چیزی بیش از سلامت جسمی و روانی است و چالش‌های اجتماعی را در بر می‌گیرد. همچنین وی معتقد است که بین سلامت اجتماعی با رفتارهای اجتماع‌پسند و مسئولیت‌پذیری در جامعه و جایگاه اجتماعی، رابطه مثبتی وجود دارد (سام‌آرام، ۱۳۸۸: ۱۲). بر اساس مدل نظری سلامت اجتماعی کیبیز، فرد سالم از نظر اجتماعی زمانی عملکرد خوبی دارد که زندگی را به صورت یک مجموعه معنی‌دار، قابل‌فهم و بالقوه برای رشد و شکوفایی دانسته و احساس کند

هشتمین کنفرانس الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت؛ الگوی پیشرفت؛ پیشرانها، چالشها و الزامات تحقق؛ بیست و دوم و بیست و سوم خردادماه ۱۳۹۸

که به جامعه تعلق دارد، از طرف جامعه پذیرفته می‌شود و در پیشرفت آن سهیم است. سلامت اجتماعی در این مفهوم، بازتاب درک افراد از تجربیاتشان در محیط اجتماعی می‌باشد که به صورت یک مجموعه معنی‌دار، قابل فهم، دارای نیروی بالقوه برای رشد و شکوفایی همراه با این احساس است که متعلق به جامعه می‌باشد و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهیم می‌داند (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴: ۳۵۲؛ راد و همکاران، ۱۳۹۴: ۱۴۹ و ۱۵۰).

کییز و شاپیرو (۲۰۰۴) با توجه به مفهوم‌پردازی‌های نظری از سلامت اجتماعی، یک مدل پنج بعدی قابل سنجش ارائه دادند که در سطح فردی قابل استفاده است.



نمودار شماره ۱: مدل پنج بعدی سلامت اجتماعی کییز و شاپیرو

۴. روش شناسی

رویکرد مورد استفاده در پژوهش حاضر، کمی می‌باشد و روش تحقیق مورد استفاده، براساس هدف تحقیق از نوع کاربردی بوده و براساس نحوه گردآوری داده‌ها پیمایشی است. در این پژوهش از تحلیل آماری توصیفی و استنباطی برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شده است. در بخش توصیفی، از آماره‌های توصیفی فراوانی مطلق، درصد فراوانی استفاده شده است. آمار استنباطی نیز جهت آزمون فرضیه‌ها به کار برده شد. در تحلیل آماری استنباطی نیز با توجه به رابطه بین متغیرها از T-test (با دو نمونه مستقل)، One Way Anova، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون استفاده گردید. نرم افزار مورد استفاده نیز جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها SPSS می‌باشد. روش نمونه‌گیری در این پژوهش از نوع نمونه‌گیری خوشه تصادفی است. جامعه آماری در این پژوهش، شهروندان قم است که با استفاده از فرمول کوکران ۴۰۲ نفر به عنوان حجم نمونه انتخاب شده است. روایی پژوهش در جدول شماره ۱ اشاره شده است.

هشتمین کنفرانس الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت؛ الگوی پیشرفت؛ پیشران، چالش‌ها و الزامات تحقق؛ بیت دوم و سوم خردادماه ۱۳۹۸

جدول شماره ۱: روایی متغیرهای پژوهش

ضریب پایایی کل	ضریب پایایی بدست آمده برای هر بعد	ابعاد سلامت اجتماعی
۰,۸۱	۰,۸۹	انسجام اجتماعی
	۰,۷۵	مشارکت اجتماعی
	۰,۷۸	انطباق پذیری
	۰,۷۳	پذیرش اجتماعی
	۰,۸۰	شکوفایی اجتماعی

یافته های پژوهش

در این قسمت به یافته های پژوهش در دو بخش توصیفی و استنباطی اشاره می شود.

۴-۱. یافته های توصیفی:

توصیف متغیرهای جمعیت‌شناختی به تفکیک در ادامه، ارائه شده است.

۴-۱-۱. جنسیت

جنسیت پاسخگویان در جدول شماره ۲، به صورت توصیفی ارائه شده است.

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی جنسیت پاسخگویان

جنسیت	فراوانی	درصد
مذکر	۱۵۱	۳۷,۵
مؤنث	۲۴۲	۶۰
پاسخ‌داده‌ها	۳۹۳	۹۷,۵
پاسخ نداده‌ها	۱۰	۲,۵
جمع کل	۴۰۳	۱۰۰

جدول شماره نشان می‌دهد که ۶۰ درصد از پاسخگویان زن و ۳۷,۵ درصد مرد هستند.

۴-۱-۲. وضع تأهل

وضعیت تأهل پاسخگویان در جدول شماره ۳، به صورت توصیفی ارائه شده است.

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی وضعیت تأهل پاسخگویان

وضع تأهل	فراوانی	درصد
مجرد	۱۵۳	۳۸
متأهل	۲۴۰	۵۹,۶
پاسخ‌داده‌ها	۳۹۳	۹۷,۵
پاسخ نداده‌ها	۱۰	۲,۵
جمع کل	۴۰۳	۱۰۰

هشتمین کنفرانس الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت؛ الگوی پیشرفت؛ پیشران، چالش‌ها و الزامات تحقق؛ بیت و دوم و سوم خردادماه ۱۳۹۸

جدول شماره نشان می‌دهد که ۵۹,۶ درصد از پاسخگویان متأهل و ۳۸ درصد مجرد هستند.

۴-۱-۳. وضعیت تحصیلات

وضعیت تحصیلات پاسخگویان در جدول شماره ۴، به صورت توصیفی ارائه شده است.

جدول شماره ۴: توزیع فراوانی وضعیت تحصیلات پاسخگویان

سطح تحصیلات	فراوانی	درصد
زیر دیپلم	۵۸	۱۴,۴
دیپلم و فوق دیپلم	۱۶۶	۴۱,۲
لیسانس	۱۳۳	۳۳
فوق لیسانس و بالاتر	۲۶	۶,۵
پاسخ داده‌ها	۳۸۳	۹۵
پاسخ نداده‌ها	۲۰	۵
جمع کل	۴۰۳	۱۰۰

یافته‌های جدول حاکی از این است که ۱۴,۴ درصد از پاسخگویان دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۴۱,۲ درصد دیپلم و فوق دیپلم، ۳۳ درصد لیسانس و ۶,۵ درصد دارای تحصیلات ارشد و بالاتر هستند.

۴-۱-۴. محل سکونت

محل سکونت پاسخگویان در جدول شماره ۵، به صورت توصیفی ارائه شده است.

جدول شماره ۵: توزیع فراوانی محل سکونت پاسخگویان

محل تولد	فراوانی	درصد
شهر	۳۴۸	۸۶,۴
روستا	۳۹	۹,۷
پاسخ داده‌ها	۳۸۷	۹۶
پاسخ نداده‌ها	۱۶	۴
جمع کل	۴۰۳	۱۰۰

جدول فوق نشان می‌دهد که ۸۶,۴ درصد از پاسخگویان شهرنشین و ۹,۷ درصد آن‌ها روستا نشین هستند.

۴-۱-۵. وضعیت اشتغال

وضعیت اشتغال پاسخگویان در جدول شماره ۶ به صورت توصیفی ارائه شده است.

هشتمین کنفرانس الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت؛ الگوی پیشرفت؛ پیشران، چالش‌ها و الزامات تحقق؛ بیت دوم و بیت سوم خردادماه ۱۳۹۸

جدول شماره ۶: توزیع فراوانی وضعیت اشتغال پاسخگویان

نوع شغل	فراوانی	درصد
شاغل	۱۵۸	۳۹,۲
غیر شاغل	۲۲۳	۵۵,۳
پاسخ داده‌ها	۳۸۱	۹۴,۵
پاسخ نداده‌ها	۲۲	۵,۵
جمع کل	۴۰۳	۱۰۰

مطابق با یافته‌های جدول فوق، ۳۹,۲ درصد از پاسخگویان و ۵۵,۳ درصد آن‌ها غیرشاغل هستند.

۴-۱-۶. وضعیت شغلی

وضعیت شغلی پاسخگویان در جدول شماره ۷، به صورت توصیفی ارائه شده است.

جدول شماره ۷: توزیع فراوانی وضعیت شغلی پاسخگویان

وضعیت شغلی	فراوانی	درصد
دولتی	۶۱	۱۵,۱
آزاد	۸۹	۲۲,۱
پاسخ داده‌ها	۱۵۰	۳۷,۲
پاسخ نداده‌ها	۲۵۳	۶۲,۸
جمع کل	۴۰۳	۱۰۰

بر حسب جدول شماره می‌توان گفت که ۱۵,۱ درصد پاسخگویان دارای شغل دولتی و ۲۲,۱ درصد دارای شغل آزاد هستند.

۴-۱-۷. سن

توزیع پراکندگی پاسخگویان در جدول شماره ۸، به صورت توصیفی ارائه شده است.

جدول شماره ۸: توزیع پراکندگی سن پاسخگویان

سن	تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف از معیار
سن	۳۶۰	۱۵	۶۰	۳۰,۱۷	۱۰,۱۷

نتایج جدول شماره نشان می‌دهد که میانگین سنی پاسخگویان ۳۰,۱۷ است و کمترین سن پاسخگویان ۱۵ سال و بیشترین ۶۰ سال است.

۴-۱-۸. توصیف میزان دینداری

میزان دینداری پاسخگویان در جدول شماره ۹، به صورت توصیفی ارائه شده است.

هشتمین کنفرانس الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت؛ الگوی پیشرفت؛ پیشران، چالش‌ها و الزامات تحقق؛ بیت و دوم و سوم خردادماه ۱۳۹۸

جدول شماره ۹: توزیع فراوانی برحسب نظر پاسخگویان در ارتباط با متغیرهای میزان دین‌داری

میانگین	بی پاسخ	کاملاً موافق	تا حدودی موافق	تا حدودی مخالف	کاملاً مخالف	میزان	موارد
۲,۷۳	۱۰	۱۰۹	۱۳۹	۷۳	۷۲	فراوانی	۱- در دین، من از تعلق به یک گروه و اجتماع بهره‌مندم
	۲,۵	۲۷	۳۴,۵	۱۸,۱	۱۷,۹	درصد	
۳,۰۴	۶	۱۴۹	۱۵۴	۵۸	۳۶	فراوانی	۲- تعلق به یک سنت دینی و هویت یافتن با آن برای من مهم است
	۱,۵	۳۷	۳۸,۲	۱۴,۴	۸,۹	درصد	
۳	۱۲	۱۳۸	۱۵۸	۵۵	۴۰	فراوانی	۳- رجوع به یک سنت دینی برای هویت فرهنگی و قومی من مهم است
	۳	۳۴,۲	۳۹,۲	۱۳,۶	۹,۹	درصد	
۳,۲۶	۶	۲۰۳	۱۲۶	۳۶	۳۲	فراوانی	۴- من به خاطر اخلاق و ارزش‌هایی که دین بر آن صحنه می‌گذارد به دین متمایلیم
	۱,۵	۵۰,۴	۳۱,۳	۸,۹	۷,۹	درصد	
۳,۴۳	۱	۲۵۱	۱۰۳	۲۱	۲۷	فراوانی	۵- دین به من کمک می‌کند که به شیوه‌ای اخلاقی زندگی کنم
	۰,۲	۶۲,۳	۲۵,۶	۵,۲	۶,۷	درصد	
۳,۳۱	۳	۲۱۵	۱۲۴	۳۰	۳۱	فراوانی	۶- وقتی با یک دوراهی اخلاقی مواجه می‌شوم، دین به من کمک می‌کند تا تصمیم بگیرم
	۰,۷	۵۳,۳	۳۰,۸	۷,۴	۷,۷	درصد	
۳,۳۲	۴	۲۱۱	۱۳۱	۳۲	۲۵	فراوانی	۷- من مناسک دینی را دوست دارم
	۱	۵۲,۴	۳۲,۵	۷,۹	۶,۲	درصد	
۳,۲۹	۷	۲۰۹	۱۲۲	۳۶	۲۹	فراوانی	۸- مناسک، فعالیت‌ها و اعمال دینی به من احساس مثبتی می‌دهند
	۱,۷	۵۱,۹	۳۰,۳	۸,۹	۷,۲	درصد	
۳,۱۲	۹	۱۹۲	۱۲۶	۴۴	۳۲	فراوانی	۹- دین عبارات هنری و سنبل‌هایی دارد که من از آن لذت می‌برم
	۲,۲	۴۷,۶	۳۱,۳	۱۰,۹	۷,۹	درصد	
۳,۳۲	۵	۲۲۱	۱۰۹	۴۱	۲۷	فراوانی	۱۰- من نسبت به دین احساس دل‌بستگی می‌کنم، چون به من کمک می‌کند تا در زندگی هدف داشته باشم
	۱,۲	۵۴,۸	۲۷	۱۰,۲	۶,۷	درصد	
۳,۳۴	۴	۲۱۸	۱۲۳	۳۵	۲۳	فراوانی	۱۱- این مهم است که به یک نوع تعالی در زندگی معتقد باشیم که برای وجود انسان معنا فراهم کند
	۱	۵۴,۱	۳۰,۵	۸,۷	۵,۷	درصد	
۳,۳۳	۲	۲۲۵	۱۱۳	۳۵	۲۸	فراوانی	۱۲- عقاید دینی مفاهیم مهمی برای درک وجود انسان در خوددارند
	۰,۵	۵۵,۸	۲۸	۸,۷	۶,۹	درصد	

۹-۱-۴. میزان دین‌داری کلی

میزان دین‌داری کلی پاسخگویان در جدول شماره ۱۰، به صورت توصیفی ارائه شده است.

جدول شماره ۱۰: تحلیل بعد میزان دین‌داری

میزان دین‌داری	فراوانی	درصد
پایین	۲۸	۶,۹
متوسط	۱۲۸	۳۱,۸
بالا	۳۴۶	۶۱
مجموع	۴۰۲	۹۹,۸

بشترین کنترانس الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت؛ الگوی پیشرفت؛ پیشرانها، چالشها و الزامات تحقق؛ بیت و دووم و سوم خردادماه ۱۳۹۸

مطابق با یافته های جدول فوق دینداری در سه سطح پایین (۶,۹ درصد)، متوسط (۳۱,۸ درصد) و بالا (۶۱ درصد) قرار دارد. به طور کلی سطح دینداری دانشجویان بالاست.

۱۰-۱-۴. گویه های سلامت اجتماعی

گویه های سلامت اجتماعی در جدول شماره ۱۱، به صورت توصیفی ارائه شده است.

جدول شماره ۱۱: توزیع فراوانی بر حسب نظر پاسخگویان در ارتباط متغیرهای سلامت اجتماعی

میانگین	بی پاسخ	کاملاً موافق	تا حدودی موافق	تا حدودی مخالف	کاملاً مخالف	میزان	موارد
۱,۶۸	۴	۳۲	۳۸	۹۸	۲۳۱	فراوانی	۱- فکرنمی کنم متعلق به مجموعه ای به نام جامعه هستم
	۱	۷,۹	۹,۴	۲۴,۳	۵۷,۳	درصد	
۳,۰۲	۳	۱۳۰	۱۸۲	۵۴	۳۴	فراوانی	۲- رفتار من روی سایر افراد اجتماعم اثر می گذارد
	۰,۷	۳۲,۳	۴۵,۲	۱۳,۴	۸,۴	درصد	
۳,۰۷	۴	۱۳۹	۱۷۸	۵۴	۲۸	فراوانی	۳- من فکرمی کنم می توانم کار ارزشمندی به دنیا عرضه کنم
	۱	۳۴,۵	۴۴,۲	۱۳,۴	۶,۹	درصد	
۲,۰۶	۶	۶۲	۶۵	۱۰۶	۱۶۴	فراوانی	۴- من معتقدم که اجتماع مانع پیشرفت است
	۱,۵	۱۵,۴	۱۶,۱	۲۶,۳	۴۰,۷	درصد	
۲,۵۸	۱۰	۸۷	۱۳۲	۹۵	۷۹	فراوانی	۵- من فکرمی کنم افراد دیگر غیرقابل اعتمادند
	۲,۵	۲۱,۶	۳۲,۸	۲۳,۶	۱۹,۶	درصد	
۲,۸۰	۱۵	۱۰۵	۱۴۷	۸۶	۵۰	فراوانی	۶- اجتماع در جهت تحقق خواسته های من تغییر نمی کند
	۳,۷	۲۶,۱	۳۶,۵	۲۱,۳	۱۲,۴	درصد	
۲,۷۱	۷	۸۶	۱۶۸	۸۳	۵۹	فراوانی	۷- به نظر من مردم مهربان اند
	۱,۷	۲۱,۳	۴۱,۷	۲۰,۶	۱۴,۶	درصد	
۲,۹۳	۸	۱۲۸	۱۵۴	۶۹	۴۴	فراوانی	۸- من نمی توانم بفهمم که در دنیا چه پیش خواهد آمد
	۲	۳۱,۸	۳۸,۲	۱۷,۱	۱۰,۹	درصد	
۲,۹۸	۸	۱۱۳	۱۸۵	۶۸	۲۹	فراوانی	۹- من فکرمیکنم که بخش مهمی از اجتماع اطرافم هستم
	۲	۲۸	۴۵,۹	۱۶,۹	۷,۲	درصد	
۳,۰۷	۸	۱۵۷	۱۴۸	۴۹	۴۱	فراوانی	۱۰- به نظر من دنیایی که در آن زندگی می کنیم ارزش درک کردن دارد
	۲	۳۹	۳۶,۷	۱۲,۲	۱۰,۲	درصد	
۲,۸۳	۷	۱۱۸	۱۴۹	۷۱	۵۸	فراوانی	۱۱- به نظر من جامعه مکانی پربار برای و مفید برای افراد آن است
	۱,۷	۲۹,۳	۳۷	۱۷,۹	۱۴,۴	درصد	
۲,۸۷	۶	۱۲۷	۱۳۹	۸۳	۴۸	فراوانی	۱۲- من احساس می کنم که مردم صادق نیستند
	۱,۵	۳۱,۵	۳۴,۵	۲۰,۶	۱۱,۹	درصد	
۲,۹۸	۷	۱۳۵	۱۵۱	۷۸	۳۲	فراوانی	۱۳- به نظر من پیش بینی آنچه در اجتماع آینده اتفاق خواهد افتاد کار سختی است
	۱,۷	۳۳,۵	۳۷,۵	۱۹,۴	۷,۹	درصد	
۲,۵۵	۶	۷۰	۱۶۰	۸۶	۸۱	فراوانی	۱۴- جامعه برای من منبع آرامش و راحتی است
	۱,۵	۱۷,۴	۳۹,۷	۲۱,۳	۲۰,۱	درصد	
۲,۹۱	۶	۱۲۹	۱۴۱	۸۸	۳۹	فراوانی	۱۵- فکرمی کنم که مردم فقط

هشتمین کنفرانس الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت؛ الگوی پیشرفت؛ پیشران، چالش‌ها و الزامات تحقق؛ بیت و دوم و سوم خردادماه ۱۳۹۸

	۱,۵	۳۲	۳۵	۲۱,۸	۹,۷	درصد	برای خودشان زندگی می‌کنند
۲,۰۷	۵	۳۸	۸۰	۱۵۲	۱۲۸	فراوانی	۱۶- فعالیت‌های روزانه من هیچ نتیجه ارزنده‌ای برای جامعه ندارد
	۱,۲	۹,۴	۱۹,۹	۳۷,۷	۳۱,۸	درصد	
۲,۲۳	۸	۴۹	۹۳	۱۵۳	۱۰۰	فراوانی	۱۷- من زمان و توان لازم را ندارم تا چیز مهمی به جامعه عرضه کنم
	۲	۱۲,۲	۲۳,۱	۳۸	۲۴,۸	درصد	
۳,۱۹	۴	۱۷۹	۱۳۹	۶۰	۲۱	فراوانی	۱۸- به نظر من مردم این روزها بیشتر متقلب شده‌اند
	۱	۴۴,۴	۳۴,۵	۱۴,۹	۵,۲	درصد	

۱۱-۴. میزان سلامت اجتماعی کلی

بعد سلامت اجتماعی در جدول شماره ۱۲، به صورت توصیفی ارائه شده است.

جدول شماره ۱۲: تحلیل بعد سلامت اجتماعی

درصد	فراوانی	سلامت اجتماعی
۲۰,۶	۸۳	پایین
۷۰,۷	۲۸۵	متوسط
۸,۴	۳۴	بالا
۹۹,۸	۴۰۲	مجموع

نتایج حاصل از پژوهش نشان می‌دهد که سلامت در سه سطح پایین (۲۰,۶ درصد)، متوسط (۷۰,۷ درصد) و بالا (۸,۴ درصد) قرار دارد. در واقع به طور کلی سطح سلامت اجتماعی متوسط است.

۲-۴. نتایج استنباطی

نتایج حاصل از روابط بین متغیرها در جدول شماره ۱۳ ارائه شده است.

جدول شماره ۱۳: ضریب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

ردیف	متغیر مستقل	وابسته	ضریب همبستگی	سطح معنی داری
۱	میزان دینداری	سلامت اجتماعی کل	۰,۱۹۲**	۰,۰۰۰
۲	میزان دینداری	انسجام اجتماعی	۰,۳۱۴**	۰,۰۰۰
۳	میزان دینداری	پذیرش اجتماعی	۰,۱۱۳*	۰,۰۲۴
۴	میزان دینداری	مشارکت اجتماعی	۰,۱۱۵*	۰,۰۲۱
۵	میزان دینداری	انطباق اجتماعی	-۰,۰۲۸	۰,۵۸۱
۶	میزان دینداری	شکوفایی اجتماعی	۰,۲۰۶**	۰,۰۰۰

بر این اساس با توجه به نتایج حاصل از پژوهش می‌توان گفت که:

پنجمین کنفرانس الگوی اسلامی ایرانی شرف؛ الگوی شرف؛ پیشران، چالش‌ها و الزامات تحقق؛ بیت و دووم و بیت و سوم خردادماه ۱۳۹۸

۱- بین دینداری و سلامت اجتماعی رابطه معنی داری وجود دارد. مقدار ضریب همبستگی دو متغیر در سطح معنی داری کمتر از ۵ صدم برابر با ۰,۱۹۲ است. هرچه میزان دینداری شهروندان بیشتر، میزان سلامت اجتماعی نیز افزایش می‌یابد.

۲- بین دینداری و انسجام اجتماعی رابطه معنی داری وجود دارد. ضریب همبستگی دو متغیر در سطح معنی داری کمتر از ۰,۰۵ برابر با ۰,۳۱۴ است. هرچه میزان دینداری شهروندان بیشتر باشد، میزان انسجام اجتماعی آن‌ها نیز افزایش می‌یابد.

۳- بین دینداری و پذیرش اجتماعی رابطه معنی داری وجود دارد. ضریب همبستگی دو متغیر در سطح معنی داری کمتر از ۰,۰۱ برابر با ۰,۱۱۳ است. هرچه میزان دینداری شهروندان بیشتر باشد، میزان پذیرش اجتماعی آن‌ها نیز افزایش می‌یابد.

۴- بین دینداری و مشارکت اجتماعی رابطه معنی داری وجود دارد. ضریب همبستگی دو متغیر در سطح معنی داری کمتر از ۰,۰۱ برابر با ۰,۱۱۵ است. هرچه میزان دینداری شهروندان بیشتر باشد، میزان مشارکت اجتماعی آن‌ها نیز افزایش می‌یابد.

۵- بین دینداری و انطباق اجتماعی رابطه معنی داری وجود ندارد و این رابطه در سطح $\text{sig} = 0,581$ رد می‌شود.

۶- بین دینداری و شکوفایی اجتماعی رابطه معنی داری وجود دارد. ضریب همبستگی دو متغیر در سطح معنی داری کمتر از ۰,۰۵ برابر با ۰,۲۰۶ است. هرچه میزان دینداری شهروندان بیشتر باشد، میزان شکوفایی اجتماعی آن‌ها نیز افزایش می‌یابد.

۵. نتیجه‌گیری

دین به عنوان یکی از نهادهای مهم جامعه مجموعه‌ای از باورها و نیاورهاست و در زوایای مختلف زندگی به اندازه‌ای حضور دارد که در امور جزئی نیز دستورالعمل‌های خاصی دارد. توصیه‌های دینی برای داشتن یک زندگی همراه با سلامت و انضباط اخلاقی و زندگی‌ای زاهدانه و عارفانه می‌تواند منجر به ایجاد گرایش دینداران به سمت داشتن زندگی سلامت محور شود. داشتن زندگی جمعی با دیگران که منجر به انسجام و همبستگی افراد، افزایش سطح مشارکت مردمی، رشد و توسعه تمامی استعدادها و مهارت‌های انسانی از مصادیق مهمی برای ارتقای سبک زندگی سلامت محور مورد تأیید دین به شمار می‌رود. همچنین سلامت یکی از موضوعات مهم فرهنگ هر جامعه‌ای است که در واقع هر اجتماع مدنی به عنوان بخشی از فرهنگ خود از سلامت و ابعاد مختلف آن نگرش و مفهوم خاصی را در نظر دارد. سلامت اجتماعی در کنار سایر ابعاد و مفاهیم واژه سلامت در راستای گسترش جامعه شهری اشاره به سازگاری با شاخص‌های اجتماعی می‌کند که شهروندان باید با نظم اجتماعی حاکم بر جامعه در هر سطحی که باشند، بتوانند در راستای توسعه پایدار و تعادل اجتماعی حاکم بر زندگی نقش بارزی ایفاء نمایند؛ و از رفاه، عدالت اجتماعی، آرامش روانی و عاطفی، کیفیت زندگی مناسب و..... بهره‌مند گردند. سلامت اجتماعی به عنوان پدیده‌ای اجتماعی تابعی از عوامل مختلفی است و دینداری به عنوان یکی از این عوامل نقش قابل ملاحظه‌ای در بهبود سلامت اجتماعی شهروندان دارد. از آنجایی که شهرستان کاشان به دارالمومنین شهرت دارد و از پیشینه دینی و

هشتمین کنفرانس الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت؛ الگوی پیشرفت؛ پیشرانها، چالشها و الزامات تحقق؛ بیست و دوم و بیست و سوم خردادماه ۱۳۹۸

سنتی بالایی برخوردار است، لذا دانشگاه کاشان به عنوان نهادی در این شهر از اهمیت بالایی برای برخوردار است. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان دینداری با سلامت اجتماعی شهروندان شهرستان قم صورت پذیرفته است. در این پژوهش ابعاد سلامت اجتماعی با ابعاد انسجام، مشارکت، پذیرش، انطباق و شکوفایی اجتماعی مورد استفاده قرار گرفت. نتایج تحقیق نشان داد که بین متغیر مستقل (دینداری) با متغیر وابسته (سلامت اجتماعی و ابعادش به جز بعد انطباق اجتماعی) رابطه معنی داری وجود دارد. در این میان رابطه بین دینداری و انسجام اجتماعی داری بیشترین ضریب همبستگی و رابطه بین دینداری و پذیرش اجتماعی دارای کمترین ضریب همبستگی می باشند.

۶. راهکارها و پیشنهادها

آموزش لازم جهت ارتقاء کیفی روابط دوستانه در میان شهروندان. پیشگیری لازم و آموزش جهت کنترل فرایند طلاق‌های اجتماعی و عاطفی در سطح خانواده. ارتقاء کیفی سطح تعاملات، ارتباطات و اخلاق در بین اعضای خانواده، خویشاوندان، آشنایان، همکاران و همسایگان. توانمند سازی نیروهای پلیس و شهروند در حوزه سلامت اجتماعی و امنیت جامعه از طریق رهیافت جامعه محوری. حمایت از ایجاد سازمان‌های مردم نهاد در حوزه ارتقاء سلامت اجتماعی. حمایت مادی و معنوی از هرگونه آثار رسانه‌ای و مطبوعاتی در حوزه سلامت اجتماعی و فرهنگ سازی. برگزاری همایش‌ها و میزگردهای آموزشی و اخلاقی در رسانه در حوزه سلامت اجتماعی. تهیه فیلم، تئاتر و سایر برنامه‌های آگاه‌مندان در رسانه، وسایل ارتباط جمعی در حوزه سلامت اجتماعی پاسداشت و نامگذاری هفته‌ای در طی سال به مناسبت ارتقاء سلامت اجتماعی در جامعه. حمایت از توانمندی زنان بی سرپرست و خود سرپرست خانوار در ارتقاء شاخص‌های سلامت اجتماعی. حمایت از توانمندی‌ها و خلاقیت‌های مددجویان و معلولین در راستای ارتقاء سلامت اجتماعی جامعه. ایجاد روحیه بانشاط و امیدوار در بین شهروندان نسبت به زندگی اجتماعی. تقویت نگرش مثبت، خودباوری، شکوفایی خلاقیت‌ها در بین شهروندان. ارتقاء روحیه مسئولیت پذیری و تعهد اخلاقی و رفتاری شهروندان.

منابع

افشانی، علیرضا، شیرازی محمدآباد، حمیده (۱۳۹۵). رابطه دین‌داری و سلامت اجتماعی زنان شهر یزد. مجله دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران (پی‌اورد سلامت). دوره یازدهم. شماره اول.

جعفری، مازیار، پرنیان، لیلا، خواجه نوری، بیژن (۱۳۹۲). مطالعه رابطه جهانی شدن فرهنگی با فردگرایی و جمع‌گرایی جوانان (مورد مطالعه: شهر شیراز). فصلنامه جامعه‌شناسی کاربردی. دوره ۲۴. شماره ۴. ص ۴۳-۶۶.

هشتمین کنفرانس الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت؛ الگوی پیشرفت؛ پیشرانها، چالشها و الزامات تحقق؛ بیت و دوم و سوم خردادماه ۱۳۹۸

حاتمی، پریسا (۱۳۸۸). بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تأکید بر شبکه‌های اجتماعی. تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مددکاری اجتماعی. دانشگاه علامه طباطبایی. دانشکده علوم اجتماعی.

حیدرخانی، هابیل، حقیقتیان منصور، نوذر، شیما (۱۳۹۶). بررسی ارتباط بین دین‌داری و سلامت اجتماعی جوانان مناطق حاشیه‌نشین شهر کرمانشاه. مطالعات توسعه اجتماعی و فرهنگی. دوره ۵. شماره ۲. ۳۱-۵۷.

دورکیم، امیل (۱۳۸۳). صور بنیادی حیات دینی. ترجمه باقر پرهام. تهران. نشر مرکز.

راد، فیروز، محمد زاده، فاطمه، محمد زاده، حمیده (۱۳۹۴). دین و سلامت اجتماعی: بررسی رابطه دین‌داری با سلامت اجتماعی (مطالعه موردی: دانشجویان دانشگاه پیام نور مرنند). مجله علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد. سال دوازدهم. شماره دوم.

زارع شاه‌آبادی، اکبر، کاظمی، سمیه (۱۳۹۴). بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی معلمان مقطع ابتدایی ناحیه یک شهر یزد. دوماهنامه علمی-پژوهشی دانشکده بهداشت یزد. سال چهاردهم. شماره ششم.

زکی، محمدعلی، خشوعی، مریم‌السادات (۱۳۹۲). سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در بین شهروندان شهر اصفهان. مطالعات جامعه‌شناختی شهری (مطالعات شهری). پادوره ۳. شماره ۸. ۷۹-۱۰۸.

سام‌آرام، عزت‌الله (۱۳۸۸). بررسی رابطه سلامت اجتماعی با امنیت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه محور. فصلنامه انتظام اجتماعی. سال اول. شماره ۱.

سراج‌زاده، سید حسین، جواهری، فاطمه، ولایتی، سمیه (۱۳۹۲). آزمون اثر دین‌داری بر سلامت در میان نمونه‌ای از دانشجویان. جامعه‌شناسی کاربردی. سال ۲۴. شماره ۱.

عبدالله‌تبار، هادی؛ کلدی، علیرضا و محقق‌کی‌کمال، حسین، فروزان، آمنه‌سادات، صالحی، مسعود (۱۳۸۶). بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان. فصلنامه رفاه اجتماعی. دوره ۸. شماره ۳۰ و ۳۱.

فرزانه، سیف‌الله و علی‌زاده، سمیه (۱۳۹۲). بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی سالمندان شهر بابل. فصلنامه مطالعات توسعه اجتماعی-فرهنگی. دوره دوم. شماره اول.

کدخدایی، فاطمه و شورش، لطفی (۱۳۹۲). سنجش میزان سلامت اجتماعی دانش‌آموزان دختر مقطع دبیرستانهای شهر شیراز و بررسی عوامل مؤثر بر آن. فصلنامه پژوهش اجتماعی. سال پنجم. شماره بیستم. دوره پائیز.

موسوی و همکاران (۱۳۸۹). بررسی رابطه ابعاد هویت (روانشناختی، ملی و دینی) با بهزیستی روانشناختی در بین دانشجویان شاهد و غیرشاهد. ارائه شده در پنجمین سمینار بهداشت روانی دانشجویان تهران. دانشگاه ایران.

ویلم، ژان پل (۱۳۷۷). جامعه‌شناسی ادیان. مترجم: عبدالرحیم گواهی. تهران: علم.

Keyes, C. L. M. & Shapiro. (2004). Mental hygiene, New Jersey, Englewood cliffs, p:768

Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being social psychology Quarterly vol,61, N. 2.

Larson, James. (1993). the measurement of social well-being, social Indicators Research 28, pp285-296.

Shapiro, Adam & Keyes, Corey Lee. M. (2007). Marital Status and Social Well-Being: Are