

## رابطه ی دینداری و سلامت اجتماعی زنان شهر یزد

دکتر سیدعلیرضا افشانی<sup>۱</sup>، حمیده شیرینی محمدآباد<sup>۲</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** دینداری با ایجاد تعادل روحی و احساس تعلق در افراد سبب می‌شود که آنها حمایت اجتماعی زیادی در برخورد با مشکلات کسب کنند و زمینه‌ای مناسب برای بهبود سلامت اجتماعی افراد فراهم می‌آورد. هدف تحقیق، تعیین رابطه ی بین دینداری با سلامت اجتماعی زنان شهر یزد است.

**روش بررسی:** تحقیق حاضر یک مطالعه مقطعی به شیوه ی پیمایشی است. جامعه آماری تحقیق شامل کلیه زنان ۶۰-۱۸ ساله ی شهر یزد در سال ۱۳۹۳ است. حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران ۲۸۸ نفر تعیین شد و با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای متناسب (PPS) نمونه‌ها انتخاب شدند. داده‌ها بر اساس پرسش نامه استاندارد سلامت اجتماعی و دینداری جمع‌آوری شد. تحلیل داده‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS و در دو سطح توصیفی با استفاده از میانگین، انحراف معیار، حداقل نمره، حداکثر نمره و سطح استنباطی با استفاده از آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی انجام شد.

**یافته‌ها:** ضریب همبستگی پیرسون بین میزان دینداری و ابعاد آن با سلامت اجتماعی عبارت است از: اعتقادی ( $r=0/187$ )، عاطفی ( $r=0/133$ )، پیامدی ( $r=0/272$ )، مناسکی ( $r=0/118$ ) و دانشی ( $r=0/282$ ) که به لحاظ آماری معنادار هستند.

**نتیجه‌گیری:** نتایج نشان می‌دهد که بین میزان دینداری و سلامت اجتماعی رابطه ی معنادار و مستقیمی وجود دارد و با افزایش دینداری، سلامت اجتماعی نیز افزایش پیدا می‌کند.

**واژه‌های کلیدی:** سلامت اجتماعی، دینداری، زنان، یزد

دریافت مقاله : آبان ۱۳۹۵

پذیرش مقاله : اسفند ۱۳۹۵

\*نویسنده مسئول :

دکتر سیدعلیرضا افشانی؛

دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه یزد

Email :  
afshanalireza@yazd.ac.ir

<sup>۱</sup> دانشیار گروه تعاون و رفاه اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، یزد، ایران

<sup>۲</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، یزد، ایران

## مقدمه

نیاز انسان به دین قدمتی به عمر تاریخ دارد. زیرا بشر از همان آغاز زندگی خود به حامی مقتدر و تکیه گاهی نیرومند احساس نیاز می کرده است (۱). دین به مثابه مجموعه ی جامع بایدها و نبایدهای ارزشی برای هدایت انسان به رستگاری همیشه مورد توجه همه ی انسان های مال اندیش بوده است (۲) و دینداری یکی از ارکان مهم زندگی بسیاری از افراد است (۳). اما این اصطلاح معنی واحدی که مورد قبول دانشمندان رشته های علوم انسانی باشد، ندارد و تعاریف متعدد دین خود گواهی بر مشکل بودن ارائه ی تعریف دین است. James دین را به عنوان احساسات، اعمال و تجربیات شخصی افراد نسبت به آنچه آنها در خلوت و تنهایی شان از خدا دارند در نظر می گیرد (۳). Bellah نیز بر این باور است که «دین اساساً با نمادهایی سرو کار دارد که غیرعینی اند و احساسات، ارزش ها و امیدهای مؤمنان را بیان می کند، یا جریان کنش متقابل میان انسان ها و اعیان خارجی را سازمان داده و به نظم می کشاند یا کل مجموعه اذهان و اعیان را جمع بندی می کند و یا زمینه این کل را نشان می دهد». این نمادها با آن که واقعیاتی را نیز بیان می دارند ولی تقلیل پذیر به قضایای تجربی نیستند. Bellah این موضع را «واقع گرایی تجربی» می نامد (۴)، اما از آنجا که پاسخ گویان این تحقیق را افراد مسلمان تشکیل می دهند، بهتر است تعریف دین از نظر علمای اسلامی ارائه شود و سپس دینداری بر آن اساس تعریف گردد. علمای اسلام غالباً دین را مجموعه ای از تعالیم و دستورهایی می دانند که از سوی خداوند و به وسیله ی پیامبران بر انسان فرو فرستاده شده تا انسان و جامعه بر اساس آن راه کمال ببیند و می توان آن را شامل سه بخش: «عقاید»، «اخلاقیات» و «احکام» دانست که با فطرت انسان انطباق دارد. با قبول چنین تعریفی از دین، دینداری عبارت است از «مجموعه شناخت ها، احساس ها و تمایلات نسبتاً پایدار و مثبت نسبت به دین که در وضعیت عادی، طبیعی، اجتماعی و روانی در فرد وجود داشته باشد و در کنش های وی نسبت به نیروی جذاب (خداوند) جهان، خود، جامعه و تاریخ به ظهور برسد»، بنابراین دینداری عبارت است از پذیرش تمام یا بخشی از عقاید، اختلافات و احکام دینی به نحوی که شخص دیندار خود را ملزم به تبعیت و رعایت از این مجموعه بداند (۵).

در این بین یکی از مواردی که برخی از محققان از آن به عنوان یکی از پیامدهای دین و دینداری صحبت می کنند، سلامتی است (۱۰-۶). به طور کلی سلامتی عبارتست از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی. سلامتی از بزرگترین موهبت های الهی است؛

برای اینکه هر انسانی بتواند به طور مؤثر و سازنده، قادر به انجام کارها باشد، به خوبی با دیگران و محیط پیرامون ارتباط برقرار نماید و با دید منطقی به واقعیت های زندگی بنگرد (۱۱)، باید از سلامت به ویژه از سلامت اجتماعی برخوردار باشد. سلامت اجتماعی به عنوان یک جنبه از سلامت عمومی جامعه همراه با سایر ابعاد ذهنی، معنوی، پزشکی و غیره نقش مهمی در توسعه پایدار جامعه ایفا می کند (۱۲)، علاوه بر این سلامت اجتماعی توانایی انجام نقش های اجتماعی به طور مؤثر و کارآمد بدون آسیب رساندن به دیگران است (۱۳).

از طرف دیگر بسیاری از صاحب نظران جامعه شناسی پزشکی بر این باورند که عوامل اجتماعی تأثیر بسزایی در سلامت انسان دارد. همین امر نیز موجب شده است که جامعه شناسان مطالعه تعیین کننده های اجتماعی - فرهنگی سلامت را در کانون توجه خود قرار دهند (۹). تحقیق حاضر نیز در راستای این هدف شکل گرفته و در صدد است تأثیر دینداری را بر میزان سلامت اجتماعی زنان بررسی نماید.

دینداری متشکل از ابعاد جداگانه است که ضرورتاً نیازمند رویکرد مفهومی و راهبردهای اندازه گیری است (۱۴). Glock و Stark معتقد هستند که همه ی ادیان جهان به رغم آنکه در جزئیات بسیار متفاوت اند، دارای حوزه هایی هستند که دینداری در آن حوزه ها جلوه گر می شود. این حوزه ها که می توان آنها را به مثابه ابعاد دینداری در نظر گرفت عبارتند از: اعتقادی، مناسکی، فکری، پیامدی و عاطفی (۱۵).

دینداری یکی از مؤلفه های 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 می تواند زمینه های لازم برای پیوند بین اعضا و انسجام اجتماعی را فراهم آورد. آیین های مذهبی مردم را گرد هم می آورند و بدین سان پیوندهای مشترک شان را دوباره تصدیق می کنند و در نتیجه همبستگی اجتماعی را تحکیم می بخشد (بعد مناسکی) (۱۶). همچنین باورها و اعتقادات دینی از طریق ایجاد هدف و معنی در زندگی، گسترش روابط اجتماعی و احساس تعلق در فرد موجبات آرامش را فراهم می آورد و از بروز احساس تنهایی و انزوا در فرد جلوگیری می کند (بعد اعتقادی) (۱۷). فرد معتقد، احساس می کند در زندگی سراسر مادی، یک نقطه ای اتکای معنوی دارد (۴) و با این تفکر فرد خود را به معبودش وا می گذارد و خود را در ارتباط بسیار نزدیک با خدا دانسته و اعتماد و اطمینان او به یاری و کمک خداوند افزایش می یابد؛ لذا به کمک رحمت الهی در

از فرمول نمونه‌گیری کوکران تعداد ۲۸۸ نفر از زنان مناطق سه‌گانه ی شهر یزد با استفاده از شیوه ی نمونه‌گیری خوشه‌ای متناسب انتخاب شدند. بدین صورت که ابتدا سه منطقه ی شهرداری یزد به عنوان سه خوشه ی اصلی تعیین شد و در مرحله‌ی بعد خیابان‌ها و میدانهای اصلی هر منطقه از شهرداری در حکم بلوک برای خوشه‌ها در نظر گرفته شد و سپس افراد مورد نظر به روش تصادفی انتخاب شدند بدین صورت که در منطقه ی ۱ شهرداری ۹۱ نفر، در منطقه ی ۲ شهرداری ۹۳ نفر و در منطقه ی ۳ شهرداری یزد ۱۰۴ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه‌ای بود که در دو بخش تنظیم شده و بخش اول آن مربوط به اطلاعات دموگرافیک شامل: سن، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال و میزان تحصیلات و بخش دوم شامل پرسش نامه ی استاندارد سلامت اجتماعی Keyes و پرسش نامه ی استاندارد Stark و Glock (۲۰ و ۱۹). پرسش نامه ی سلامت اجتماعی حاوی ۲۰ سؤال بود که ۵ بعد انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، همبستگی اجتماعی و شکوفایی اجتماعی را اندازه می‌گیرد. در این مقیاس گزینه‌ها بر اساس طیف لیکرت تنظیم شده و گویه‌ها به ترتیب کاملاً موافقم، تا حدودی موافقم، بی نظر، تا حدودی مخالفم و کاملاً مخالفم قرار گرفته و نمره های ۱ تا ۵ به آنها اختصاص داده شد. خرده مقیاس‌های سلامت اجتماعی همچون پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی هر کدام با پنج گویه، انطباق اجتماعی و انسجام اجتماعی هر یک با سه گویه و پذیرش اجتماعی با چهار گویه سنجش شدند. پاسخ‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS، کدگذاری و برای گویه‌های معکوس، کدگذاری مجدد شدند. سپس مجموع نمره های هر یک از خرده مقیاس‌ها و همچنین مقیاس کل سلامت اجتماعی محاسبه شد. نمره‌گذاری به گونه‌ای انجام شد که نمره ی بالاتر به منزله ی بیشتر بودن سلامت اجتماعی در بین پاسخ‌گویان است. در ایران، اهری ضریب آلفای کرونباخ این پرسش نامه را ۰/۸۰ گزارش کرده است (۲۱).

پرسش نامه ی استاندارد دینداری نیز که توسط Glock و Stark طراحی شده است در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای رتبه‌بندی شد: ابعاد اعتقادی، پیامدی و عاطفی، دینداری پاسخگویان در یک طیف پنج قسمتی (از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) اندازه‌گیری شده که بر حسب نوع گویه، از ۱ تا ۵ امتیاز به آن اختصاص داده شده، در بعد مناسکی و فکری نیز گویه‌ها در طیف پنج قسمتی (خیلی کم تا خیلی زیاد) ارزش‌گذاری شدند که بر حسب نوع گویه، از ۱ تا ۵ امتیاز به آن اختصاص داده شد. پرسش نامه Glock و Stark توسط بسیاری از محققان در کشورهای مختلف،

حل مشکلات خود امیدوارتر می‌شوند و نگرش او در برخورد با استرس‌ها تغییر می‌کند (۱۷). این تغییر نگرش به شکل مثبت باعث احساس امید، احساس نزدیک بودن به دیگران، فرصت خودشکوفایی، احساس راحتی، مهار تکانه، نزدیکی به خدا و کمک به حل مشکلات می‌گردد (بعد عاطفی). از طرف دیگر مطالعه ی آموزه‌های دینی نیز در تقویت سلامتی مؤثر است. خداوند در قالب آیات متعدد به سلامت اجتماعی بشر اشاره کرده است و معتقد است تمسک به قرآن و دین‌باوری به زندگی انسان‌ها معنا می‌دهد و این موجب آرامش‌بخشی بسیاری از حوادث و رویدادها در جهان هستی است. از طرفی مطالعه ی کتب دینی نیز یکی از منابع ارزشمندی است که دارای راهکارهای مخصوص ارتقای سلامت افراد به خصوص رهنمودهایی برای اصلاح رفتار و کاهش ناهنجاری‌های فردی و اجتماعی است (بعد دانشی) (۱۸)، که به نوبه ی خود در بهبود وضعیت سلامت اجتماعی افراد دیندار مؤثر است. دستورالعمل‌های دینی نیز افراد را به ارتباط با افراد دیگر و یاری رساندن به یکدیگر فرا می‌خواند و این امر ادراک افراد دیندار را از حمایت اجتماعی افزایش می‌دهد (پیامدی) (۱۹)، حمایتی که امکان حفظ و تداوم سلامت اجتماعی را فراهم می‌آورد. در مجموع جامعه ی دیندار، دارای انسجام، وحدت، یکپارچگی و همبستگی بالایی است و شهروندانش از امنیت اجتماعی، سلامت در روابط خانوادگی و اجتماعی و نیز روح تعاون و همکاری بالایی برخوردارند و در برابر سرنوشت یکدیگر احساس مسئولیت می‌کنند. بنابراین یکی از کارکردهای دین ایجاد جامعه‌ای توأم با سلامت اجتماعی است در حالی که نبود دینداری در یک جامعه موجب گسترش رفتارهای انحرافی چون بزهکاری و خودکشی، احساس تنهایی، بدبینی، عدم اعتماد به دیگران و رضایت کمتر از زندگی می‌شود که این نیز به نوبه ی خود باعث تخریب سلامت اجتماعی افراد در جامعه می‌گردد. بنابراین با توجه به اهمیت موضوع و به دلیل اینکه مطالعات انجام گرفته در زمینه ی ارتباط دینداری و سلامت اجتماعی در ایران چندان گسترده نبوده، هدف پژوهش حاضر مطالعه تعیین ارتباط دینداری با سلامت اجتماعی در بین زنان شهر یزد است.

## روش بررسی

تحقیق حاضر در رویکرد کمی تحقیق به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۳ انجام شده است. جامعه آماری در این پژوهش را زنان گروه سنی ۱۸ تا ۶۰ سال شهر یزد تشکیل می‌دادند. براساس داده‌های سرشماری سال ۱۳۹۰ مرکز آمار ایران، تعداد ۱۷۲۲۵۶ نفر از زنان ۶۰-۱۸ سال ساکن شهر یزد می‌باشند که با استفاده

و به کمک کامپیوتر و نرم‌افزار SPSS، میزان آلفای کرونباخ برای متغیرهای سلامت اجتماعی (۰/۷۵) و دینداری (۰/۷۴) به دست آمد که نشانگر همبستگی درونی گویه‌ها و پایایی ابزار تحقیق است. بعد از کسب مجوز جهت جمع‌آوری اطلاعات و رعایت اصول اخلاقی از قبیل آگاه ساختن جامعه آماری از هدف مطالعه، توضیح در مورد اینکه جامعه آماری جهت شرکت در مطالعه مختار هستند و اطلاعات هویتی آنها محرمانه باقی می‌ماند نیز پرسش نامه بین نمونه‌ی مورد نظر توزیع گردید.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار کامپیوتری SPSS استفاده شد. نتایج مطالعه ابتدا به صورت فراوانی و درصد گزارش شد و در نهایت آزمون‌های تحلیلی چون ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی مورد استفاده قرار گرفتند. از آزمون پیرسون برای تعیین رابطه‌ی بین متغیرهای دینداری و سلامت اجتماعی و همچنین رابطه‌ی ابعاد این متغیرها با یکدیگر و از رگرسیون برای مشخص شدن نقش متغیرهای مستقل در تبیین واریانس کل سلامت اجتماعی استفاده شد.

## یافته‌ها

یافته‌های توصیفی بیانگر آن است که تقریباً ۵۵ درصد نمونه‌ی مورد مطالعه را زنان متأهل و بقیه را مجرد تشکیل می‌دهند. همچنین بیش از ۵۳ درصد از پاسخگویان، زنان غیرشاغل هستند و اکثر زنان به لحاظ متغیر تحصیلات میانگین تحصیلی حدوداً ۱۴ سال و از نظر سن، میانگین سنی ۲۸ سال داشتند.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی دینداری و ابعاد آن

| ابعاد   | میانگین | انحراف معیار | حداقل نمره | حداکثر نمره |
|---------|---------|--------------|------------|-------------|
| اعتقادی | ۱۲/۶۲   | ۲/۴۸۵        | ۵          | ۱۵          |
| عاطفی   | ۱۳/۲۰   | ۲/۰۹۰        | ۵          | ۱۵          |
| پیامدی  | ۹/۵۳    | ۱/۴۶۰        | ۵          | ۱۵          |
| مناسکی  | ۸/۶۱    | ۲/۸۱۴        | ۳          | ۱۵          |
| دانشی   | ۷/۹۳    | ۲/۵۷۱        | ۳          | ۱۵          |
| دینداری | ۵۱/۸۸   | ۷/۲۷۸        | ۳۳         | ۷۱          |

اجتماعی از متغیرهایی است که انتظار می‌رود نقش قابل توجهی بر میزان سلامت اجتماعی پاسخ‌گویان داشته باشد، بنابراین جهت تعیین ارتباط میزان دینداری و میزان سلامت اجتماعی پاسخ‌گویان از آزمون همبستگی پیرسون بهره گرفته شد که نتایج آن در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲: ماتریس همبستگی مرتبه صفر بین دینداری و مؤلفه‌های آن با سلامت اجتماعی و مؤلفه‌های آن

| متغیر         | اعتقادی | عاطفی  | پیامدی   | مناسکی | دانشی    | دینداری  |
|---------------|---------|--------|----------|--------|----------|----------|
| سلامت اجتماعی | ۰/۱۸۷** | ۰/۱۳۳* | ۰/۲۷۲*** | ۰/۱۱۸* | ۰/۲۸۲*** | ۰/۳۰۴*** |

بومی شده و مورد استفاده قرار گرفته است. در ایران نیز، در تحقیقات متعددی استفاده شده و تعداد و نوع سؤالات آن متناسب با فرهنگ اسلامی در جامعه ایران، بومی‌سازی شده است. ۱۵ گویه مورد استفاده در این تحقیق، در مطالعات قبلی (۲۳ و ۲۲)، استفاده و روایی و پایایی آن تأیید شده بود. پاسخ‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماري SPSS، کدگذاری و برای گویه‌های معکوس، کدگذاری مجدد شدند. سپس مجموع نمره‌های هر یک از خرده‌مقیاس‌ها و همچنین مقیاس کل دینداری محاسبه شد. نمره‌گذاری به گونه‌ای انجام شد که نمره‌ی بالاتر به منزله‌ی بیشتر بودن دینداری پاسخ‌گویان است. ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه توسط افشانی و همکاران ۰/۸۳ و ذاکری هامانه ۰/۷۲ گزارش شده است (۲۳ و ۲۲).

برای تعیین روایی در این تحقیق، از روش اعتبار محتوایی استفاده شد. به همین منظور، اولاً سعی شد گویه‌هایی که متغیرهای تحقیق را می‌سنجند از گویه‌های تحقیقات پیشین استفاده شود و یا برای انتخاب بهترین گویه‌ها برای متغیرهای جدید از نظرات دیگر محققان و استادان استفاده شود. در نهایت، یک بار دیگر پرسش‌نامه‌ی تدوین شده در اختیار محققان و استادان صاحب‌نظر (دو نفر استاد جامعه‌شناسی که راهنما و مشاور پایان‌نامه بودند و همچنین سه نفر از استادان محترم گروه معارف دانشگاه یزد) قرار داده شد و از نظرات آنها برای تصحیح پرسش‌نامه کمک گرفته شد. برای آزمون پایایی پرسش‌نامه تحقیق حاضر، با استفاده از داده‌های آزمون مقدماتی (پیش‌آزمون)

دینداری پاسخ‌گویان در این پژوهش در ۵ بعد اعتقادی، پیامدی، عاطفی، دانشی و مناسکی سنجیده شد که از بین ابعاد پنج‌گانه‌ی متغیر مورد نظر، بعد دانشی بیشترین و عاطفی کمترین میانگین را در بین سایر ابعاد دارد (جدول ۱).

دینداری به عنوان یکی از مفاهیم مهم در حوزه علوم

|                 |             |           |         |         |          |          |
|-----------------|-------------|-----------|---------|---------|----------|----------|
| انطباق اجتماعی  | ۰/۰۴۹       | -۰/۰۴۸    | ۰/۱۹۲** | ۰/۱۱۵   | ۰/۲۱۲*** | ۰/۱۶۴**  |
| انسجام اجتماعی  | ۰/۱۶۲**     | ۰/۲۴۵***  | ۰/۱۸۱** | -۰/۰۰۱  | ۰/۱۱۹*   | ۰/۲۱۲*** |
| شکوفایی اجتماعی | ۰/۰۷۰       | ۰/۰۵۱     | ۰/۰۱۶   | ۰/۰۷۷   | ۰/۲۲۳*** | ۰/۱۵۳*   |
| پذیرش اجتماعی   | -۰/۰۰۱      | -۰/۰۵۲    | ۰/۱۰۱   | ۰/۱۷۷** | ۰/۱۸۸**  | ۰/۱۳۸*   |
| مشارکت اجتماعی  | ۰/۲۴۶***    | ۰/۱۶۱**   | ۰/۲۹۲** | ۰/۰۲۴   | ۰/۱۷۳*** | ۰/۳۰۴*** |
|                 | *** p<۰/۰۰۱ | ** p<۰/۰۱ |         |         | * p<۰/۰۵ |          |

اجتماعی، انسجام اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی با دینداری دارد. از دیگر سو نیز تمامی ابعاد دینداری با متغیر سلامت اجتماعی دارای رابطه ی مستقیم معنادار می باشند. پس هرچه میزان دینداری در افراد افزایش یابد میزان انطباق اجتماعی، انسجام اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی بیشتر خواهد شد (جدول ۲).

یافته های جدول ۱ نشان می دهد که بین میزان سلامت اجتماعی و میزان دینداری رابطه ی مثبت و معناداری وجود دارد. به عبارت روشن تر، هرچه میزان دینداری افراد یک جامعه بالاتر رود میزان سلامت اجتماعی آنان افزایش می یابد. هم چنین نتایج آزمون پیرسون بین ابعاد دینداری و ابعاد سلامت اجتماعی حکایت از رابطه ی مثبت معنادار بین انطباق

جدول ۳: رگرسیون چندگانه ی تأثیر متغیرهای مستقل بر سلامت اجتماعی

| متغیر وارد شده | B     | Beta  | Sig   | R     | R <sup>2</sup> |
|----------------|-------|-------|-------|-------|----------------|
| بعد دانشی      | ۰/۸۶۶ | ۰/۲۵۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۳۷۲ | ۰/۱۳۸          |
| بعد پیامدی     | ۱/۴۹۰ | ۰/۲۴۳ | ۰/۰۰۰ |       |                |

دینداری با سلامت اجتماعی زنان رابطه وجود دارد. Pender و همکاران (۲۰۱۰) نیز در مطالعه ی خود دریافتند که اعتقادات دینی به عنوان یک متغیر مؤثر بر حمایت اجتماعی با رفتارهای ارتقا دهنده ی سلامت مرتبط هستند (۲۴). همچنین نتایج پژوهش چراغی و مولوی (۱۳۸۵) نیز نشان داد که بین بعد اعتقادی دینداری و سلامت عمومی رابطه ی معناداری وجود دارد (۲۵)، که از این حیث با نتایج این مطالعه همخوانی دارند. با توجه به اینکه باورها و اعتقادات دینی از طریق ایجاد هدف و معنی در زندگی، گسترش روابط اجتماعی، احساس تعلق در فرد (۱۷)، موجبات آرامش را در زنان فراهم آورده و از بروز احساس تنهایی در آنان جلوگیری می کنند نقش مهمی در ارتقای سلامت اجتماعی زنان خواهند داشت.

بر اساس یافته های مطالعه، بین بعد عاطفی دینداری و سلامت اجتماعی نیز ارتباط مستقیم و مثبتی وجود دارد؛ به عبارت دیگر هر چه فرد نسبت به جوهری ربوبی همچون خدا یا واقعی غایی احساس نزدیکی و اطمینان داشته باشد از سلامت اجتماعی بیشتری برخوردار است. نتایج پژوهش کفاشی (۱۳۹۴) در خصوص رابطه ی مؤلفه های دینداری با مؤلفه های سلامت اجتماعی دانشجویان نشان داد که بین بعد تجربی یا عاطفی دینداری با سلامت اجتماعی دانشجویان رابطه ی مستقیم و معناداری وجود دارد (۲۶). این نتیجه با توجه به اینکه فرد خود را در ارتباط بسیار نزدیک با خدا دانسته و اعتماد و اطمینان او به یاری و کمک خدا افزایش می یابد (۱۷)، قابل تبیین است زیرا بروز این احساس در

برای مشخص شدن نقش متغیرهای مستقل در تبیین واریانس کل متغیر وابسته از رگرسیون چندگانه استفاده شد و نتایج آن نشان داد که دو متغیر دانشی و پیامدی در مجموع می توانند نزدیک به ۱۴٪ از واریانس متغیر وابسته را پیش بینی و یا تبیین کنند (جدول ۳).

## بحث

ویژگی خاص و منحصر به فرد پژوهش حاضر، بررسی سلامت اجتماعی به عنوان یکی از متغیرهای مهم و تأثیرگذار در زندگی زنان است. در حالی که توجه به سلامتی زنان، امروزه واقعیتی گریزناپذیر، مهم و حساس است، تحقیقات صورت گرفته در این زمینه کافی نبوده یا به طور ویژه، صرفاً بر روی زنان صورت نگرفته است. بنابراین، این برای نخستین بار است که بحث سلامت اجتماعی بر روی زنان شهر یزد مورد مطالعه قرار گرفته و این یکی از ویژگی های مهم است که این پژوهش را از سایر پژوهش های صورت گرفته در زمینه ی سلامت متمایز می کند. از طرف دیگر این تحقیق به مطالعه ی ارتباط دینداری و سلامت اجتماعی پرداخته است که یا در سایر پژوهش های صورت گرفته، کمتر مورد توجه بوده یا صرفاً به بررسی ارتباط آن با سایر انواع سلامتی (همچون سلامت روان، سلامت ذهنی و سلامت عمومی) پرداخته شده است نه سلامت اجتماعی، لذا ویژگی منحصر به فرد دیگر این پژوهش، از این تازگی موضوع سرچشمه می گیرد. نتایج مطالعه ی حاضر نشان داد که بین بعد اعتقادی

زنان به شکل مثبتی باعث امیدواری، احساس نزدیک بودن به دیگران و فرصت خودشکوفایی در آنان شده و در نهایت منجر به ارتقای سلامت اجتماعی زنان می‌شود.

بر اساس یافته‌های مطالعه ی حاضر، بین بعد پیامدی دینداری و سلامت اجتماعی نیز همبستگی وجود دارد. در این رابطه می‌توان به یافته‌های حاصل از مطالعه شریفی و همکاران (۱۳۸۴) که بیان می‌کنند رابطه ی منفی و معناداری بین بعد پیامدی دینداری با اختلال در سلامتی افراد وجود دارد و پژوهش کفاشی (۱۳۹۴) که حکایت از رابطه مثبت بین بعد پیامدی دینداری و سلامت اجتماعی دارد، اشاره کرد (۲۶ و ۲۷). همچنین یافته‌های پژوهش انجام شده توسط Pajevic و همکاران (۲۰۰۵) با هدف بررسی پیامدهای مذهب و رابطه آن با سلامت روان حاکی از آن بود که اطاعت، فرمانبرداری و عبادت خالصانه برای خدا یک قدرت باور نکردنی و عجیب و منبعی از انرژی اخلاقی و عاطفی و روحی به شخص می‌دهد که در مقابله با افسردگی‌های روانی ناشی از فشارهای محیطی به او کمک می‌کند (۲۸). اما این نتیجه با یافته‌های حاصل از پژوهش چراغی و مولوی (۱۳۸۵) که معتقدند بین بعد پیامدی دینداری با هیچ کدام از زیرمقیاس‌های سلامت عمومی رابطه‌ای وجود نداشت متفاوت است (۲۵). این بعد از دینداری نیز به واسطه ی نقشی که در گسترش شبکه اجتماعی زنان دارد و بالطبع موجبات دریافت حمایت اجتماعی گسترده‌ای را برای زنان فراهم می‌آورد، امکان حفظ و تداوم سلامت اجتماعی را میسر می‌سازد.

در خصوص ارتباط بعد مناسکی دینداری با سلامت اجتماعی زنان، نتایج حکایت از آن دارد که همبستگی معناداری بین این دو متغیر وجود دارد. نتایج پژوهش Day (۲۰۱۰) در خصوص مطالعه ی نقش اعمال و مناسک دینی بر سلامت فردی و اجتماعی افراد، نشان داد که ارتباط معناداری بین اعمال دینی با سلامتی فردی و اجتماعی افراد یک جامعه وجود دارد (۲۹). نتایج حاصل از مطالعه ی پورستار و حکمتی (۱۳۸۹) نیز نشان داد که پذیرش و مشارکت اجتماعی با همه ی ابعاد عمل به باورهای دینی و یکپارچگی و چسبندگی اجتماعی با برخی از ابعاد عمل به باورهای دینی رابطه ی معناداری دارند، اما بین شکوفایی اجتماعی و عمل به باورهای دینی رابطه ی معناداری وجود ندارد (۳۰). در تبیین این یافته باید گفت که مناسک و مراسم جمعی می‌تواند زمینه‌های لازم برای پیوند بین اعضا و انسجام اجتماعی را به کمک ایجاد یک روح جمعی، شور و شوق مذهبی و گسترش احساسات همگانی فراهم آورده و بدین‌سان سبب ارتقای سلامت اجتماعی افراد شوند (۱۶).

بین بعد دانشی دینداری و سلامت اجتماعی نیز

ارتباط مستقیم و معنی‌داری وجود دارد و با نتیجه ی حاصل از قدرتی‌میرکوهی و خرمایی (۱۳۸۹) که معتقد است بین دانش و شناخت دینی افراد با نشانه‌های مرضی سلامت عمومی رابطه ی منفی و معناداری وجود دارد، هم‌خوانی دارد (۳۱). به طور کلی باید گفت که مطالعه ی آموزه‌های دینی در تقویت سلامتی مؤثر است، زیرا خداوند در قالب آیات متعدد به سلامت اجتماعی بشر اشاره کرده است؛ از طرفی مطالعه ی کتب دینی نیز یکی از منابع ارزشمندی است که دارای راهکارهای مخصوص ارتقای سلامت افراد به خصوص رهنمودهایی برای اصلاح رفتار و کاهش ناهنجاری‌های فردی و اجتماعی است که موجب ارتقای سلامت اجتماعی افراد می‌شود (۱۸).

نتایج پژوهش سراج‌زاده و همکاران (۱۳۹۲) نشان داد که دینداری به طور غیرمستقیم و از طریق متغیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی تأثیر دارد (۱۶). فلاح (۱۳۹۴) نیز در مطالعه ی خود به این نتیجه رسید که بین باورهای دینی و سلامت اجتماعی نوجوانان رابطه ی معناداری وجود دارد (۳۲). علاوه بر این Joshi و همکاران (۲۰۱۲) نیز معتقدند زنان با دینداری بالا در مقایسه با زنان با دینداری پایین از سلامت ذهنی بهتری برخوردارند که این نتیجه نیز حکایت از وجود ارتباط معنادار و مستقیم بین دینداری و سلامت ذهنی دارد (۳). که همگی آن‌ها با نتایج حاصل از پژوهش حاضر همخوانی دارند. به طور کلی باید گفت که طبق رویکرد کارکردگرایانه، دین جامعه را متحد، همبستگی اجتماعی را تقویت و انسجام اجتماعی را حفظ می‌کند. دین همچنین یگانگی افراد جامعه را با همدیگر تقویت و جدایی آنان را از اعضای دیگر گروه‌ها تشدید می‌کند. دین می‌تواند زمینه‌های انسجام گروهی را فراهم آورده، افراد را در قالب هم‌کیشانی معتقد به جهان‌بینی و ایدئولوژی خاصی در برابر سایر گروه‌ها و اجتماعات متناظر دسته‌بندی نماید. همین دسته‌بندی می‌تواند عاملی برای گسترش انسجام درون گروهی در برابر گروه‌های بیرونی گردد که پیرو عقاید و نظام فکری متفاوتی نسبت به گروه خودی هستند. از این رو این فرضیه که دینداری اثر مثبتی بر ارتقای سلامتی دارد تأیید می‌شود. بدین ترتیب که افراد دیندار که ارتباط گسترده و پیوند قوی‌تری با افراد جامعه ی خود دارند احتمالاً شبکه‌های حمایتی گسترده‌ای نیز دارند و در نتیجه حمایت اجتماعی زیادی از سوی این شبکه‌ها دریافت می‌نمایند که حمایت زیاد نیز به نوبه ی خود باعث ارتقای سلامت افراد می‌شود (۱۶).

## نتیجه‌گیری

سلامت اجتماعی تابعی از عوامل مختلف اجتماعی است

بر آن انجام مطالعات هدفمندی که بتواند مبنای ایجاد مجموعه اطلاعات غنی و جامعی در این زمینه باشد از ملزومات دیگر است. مجموعه ی این اطلاعات پایه ی اولیه ی مفید و مؤثری را برای تدوین برنامه‌های مناسب به منظور ارتقای سلامت اجتماعی زنان فراهم می‌سازد. بنابراین پیشنهاد می‌گردد که پژوهش‌هایی با هدف شناسایی شاخص‌های تعیین‌کننده ی اجتماعی سلامت و تبیین وضعیت و جایگاه سلامت اجتماعی زنان انجام گیرد تا اطلاعات لازم برای اجرای موفقیت‌آمیز برنامه‌های ارتقای سلامت اجتماعی فراهم گردد.

## تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه ی مقطع کارشناسی ارشد رشته ی جامعه‌شناسی دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه یزد با کد ۹۵۱۲ است، نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند تا تشکر صمیمانه ی خود را از تمام پاسخ‌گویانی که محققان را در این مسیر یاری کرده‌اند، ابراز دارند.

و دینداری به عنوان یکی از این عوامل نقش قابل ملاحظه‌ای در بهبود سلامت زنان دارد. با توجه به زمینه ی دینی شهر یزد به عنوان یکی از شهرهای سنتی و مذهبی ایران که برخوردار از یک محیط اجتماعی متمایز و منحصر به فرد است و تنوعات مذهبی چشمگیری در آن وجود ندارد برای موضوع پژوهش حاضر از اهمیت فراوانی برخوردار است.

باورها و اعتقادات دینی می‌توانند در امر ارتقای سلامت اجتماعی به نحوی مؤثر به کار افتند؛ اما نکته ی حائز اهمیت این است که افراد به لحاظ درجه ی ایمان و میزان دینداری تفاوت فاحشی با یکدیگر دارند و برخورد آنها با مسائل دینی متفاوت است به ویژه زنان جوان که ممکن است راه ارتقای سلامت را از طریق روش‌های نوین به همراه چشم‌پوشی از سنت مسیر بدانند در حالی که نتیجه ی پژوهش حاضر نشان می‌دهد یکی از عوامل اجتماعی مؤثر بر ارتقای سلامت اجتماعی دینداری است و آنچه مسلم است تقویت سلامت اجتماعی مستلزم تجدید نظر اساسی در برنامه‌های ارتقای سلامت است. علاوه

## منابع

- Hatami P. Studying the effectual factors in social health of students emphasizing of social networks [Thesis in Persian]. Tehran: Allameh Tabataba'i University; 2010.
- Khodayarifard M, Rahiminezhad A, Ghobari Bonab B, Shokohi Yekta M, Alinaghiye F, Azarbayjani M, et al. Religiosity measuring model and preparation of religiosity scale to Iranian population. Journal of Applied Psychological Research 2010; 1(1): 1-24 [Article in Persian].
- Joshi SH, Kumari SH & Jain M. Religiosity as related to women's health. Delhi Psychiatry Journal 2012; 15(1): 136-42.
- Hamilton MB. The sociology of religion. Translated by Salasi M. Tehran: Saless; 2013: 22 [Book in Persian].
- Heshmat Yaghmaei MT. Religiosity in adolescents and the factors affecting it [Thesis in Persian]. Tehran: Allameh Tabataba'i University; 2001.
- Strawbridge WJ, Shema SJ, Cohen RD & Kaplan GA. Religious attendance increases survival by improving and maintaining good health behaviors, mental health, and social relationships. Annals of Behavioral Medicine 2001; 23(1): 68-74.
- Brewer G, Robinson S, Sumra A, Tatsi E & Gire N. The influence of religious coping and religious social support on health behaviour, health status and health attitudes in a British Christian sample. Journal of Religion and Health 2015; 54(6): 225-34.
- Comer RC. Fundamentals of abnormal psychology. New York: Worth Publication; 2005: 59-67.
- Koenig HG. Spirituality, wellness, and quality of life. Sexuality, Reproduction and Menopause 2004; 2(2): 7682.
- Shiah YJ, Chang F, Chiang SK, Lin IM & Tam WC. Religion and health: Anxiety, religiosity, meaning of life and mental health. Journal of Religion and Health 2015; 54(1): 35-45.
- Mohammadi M. The relationship between religiosity and mental health among students [Thesis in Persian]. Hamadan: Bu Ali Sina University; 2010.
- Nabavi SR, Zoalfaghar Khaniya S & Eslami Mofid Abadi E. The relationship between social capital and social health of businesses in Iran (Case study: Businesses in Semnan province). International Journal of Management and Humanity Sciences 2013; 2(S): 1095-105.



13. Elmi M. Analyzing the explaining factors of social health of families. *Journal of Magnt Research Report* 2014; 2(6): 344-51.
14. Jamshidy Soloklo B, Arab Moghaddam N & Dorkhah F. The relationship between religiosity and resilience in secondary and high school students in Shiraz. *Quarterly Journal of New Thoughts on Education* 2014; 10(1): 144-63[Article in Persian].
15. Glock CY & Stark R. *The dimensions of religiosity: Religion and society in tension*. Chicago: Rand Mc Nally and Company; 1965: 20-1.
16. Serajzadeh S, Javaheri F & Velayati Khajeh S. Religion and health: An examination of the effect of religiosity on health in a sample of university students. *Applied Sociology* 2013; 24(1): 55-77[Article in Persian].
17. Doulatshahi B & Pahlevani H. The role of religious pilgrimage in people's mental health. *Quarterly Review* 2005; 10(2): 358-63.
18. Rahimian Boghar E. The effect of Nahjolbalagha training on mental health of university students. *Quarterly Journal of Nahjolbalagha* 2013; 1(1): 75-84[Article in Persian].
19. Ghamari M. The relationship between religiosity and social support among the students of Azad Islamic university, zone two. *Ravanshenasi va Din* 2011; 4(1): 89-104[Article in Persian].
20. Keyes CLM. Social well-being. *Social Psychology Quarterly* 1998; 61(2): 121-40.
21. Ahari M. Evaluation of social health at Azad university and Payam Nour university of Ahar [Thesis in Persian]. Azarbayjan-e Shargi: Payame Noor University of Ahar; 2013.
22. Afshani SA, Fazel Najafabadi S, Heydari M & Noorian Najafabadi M. A study about relationship between religiousness and social trust. *Quarterly Journal of Defense and Security Studies* 2010; 49(49): 185-217[Article in Persian].
23. Zakeri Hamane R. The influence of social factors on the sense of social security in the city of Yazd [Thesis in Persian]. Yazd: Yazd University; 2011.
24. Pender NJ, Murdaugh CL & Parsons MA. *Health promotion in nursing practice*. 6<sup>th</sup> ed. USA: Appleton-Century-Crofts; 2010: 228-35.
25. Cheraghi M & Molavi H. The relationship between different dimensions of religiosity and general health in Isfahan university students. *Journal of Educational and Psychological Research* 2006; 2(2): 1-22[Article in Persian].
26. Kafashi M. Modeling of religiosity components on social health of Islamic Azad university students in Iran. *The Socio-Cultural Strategy Journal* 2015; 4(14): 213-33[Article in Persian].
27. Sharify T, Mehrabizadeh Honarmand M & Shokrkon H. Religious attitude and general health and patience in students of Ahvaz Islamic Azad university. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2005; 11(1): 89-99[Article in Persian].
28. Pajevic I, Sinanovic O & Hasanovic M. Religiosity and mental health. *Psychiatria Danubina* 2005; 17(1): 84-9.
29. Day JM. Religion, spirituality and positive psychology in adulthood: A developmental view. *Journal of Development* 2010; 17(4): 215-29.
30. Poursatar M & Hekmati I. Prediction of social health based on religious beliefs among students. *Women and Family Studies* 2010; 2(7): 27-40[Article in Persian].
31. Ghodratty Mirkouhy M & Khormae E. The relationship between religiosity and mental health in adolescents. *Journal of Behavioral Sciences* 2010; 2(5): 115-31[Article in Persian].
32. Falah L. The role of religion in the physical, psychological and social health of adolescents, Marvdasht: Islamic Azad University of Marvdasht, The First International Conference on Psychology and Counseling, 2015.



## The Relationship between Religiosity and Social Health among Women in the City of Yazd

Afshani Seyed Alireza<sup>1</sup>(Ph.D) – Shiri Mohammadabad Hamideh<sup>2</sup>(B.S.)

1 Associate Professor, Cooperation and Social Welfare Department, School of Social Sciences, Yazd University, Yazd, Iran

2 Master of Sciences Student in Sociology, Sociology Department, School of Social Sciences, Yazd University, Yazd, Iran

### Abstract

Received: Oct 2016

Accepted: Feb 2017

**Background and Aim:** Religiosity through building spiritual balance and give a sense of belonging to the individuals causes them to earn great social support in dealing with problems and this provide grounds for improving social health. The aim of this research was to study the relationship between religiosity and social health of women in the city of Yazd.

**Materials and Methods:** The present research was a cross-sectional survey study. The population under the study included all women (aged 18-60 years old) in the city of Yazd in the year of 2014. The sample size of 228 respondents was determined based on Cochran formula selected through Probability Proportionate to Size Sampling (PPS) technique. Data were collected based on social health and religiosity standard questionnaire. Data analysis was done through SPSS software using such descriptive statistics as mean, standard deviation, minimum and maximum as well as at the inferential statistics using Pearson correlation coefficient, and linear regression.

**Results:** Pearson correlation coefficient between each dimension of religiosity scale and social health were: as follows religious belief ( $r=0.187$ ), religious feeling ( $r=0.133$ ), religious effects ( $r=0.272$ ), religious practice ( $r=0.118$ ) and religious knowledge ( $r=0.282$ ), and were statistically significant.

**Conclusion:** The results show that there was a significant and direct correlation between religiosity and social health that is with the increase in religiosity, social health increases.

**Key words:** Social Health, Religiosity, Women, Yazd

\* Corresponding Author:  
Afshani SA;  
Email:  
afshanalireza@yazd.ac.ir