

سلامت اجتماعی ره آورد دینداری، مشارکت داوطلبانه و پیوند اجتماعی

احسان رحمانی خلیلی*

چکیده

سلامت اجتماعی به چگونگی وضعیت ارتباط فرد با دیگران در جامعه یا همان جامعه پذیری وی اشاره دارد با توجه به اینکه سیستم‌های از پیش موجود فرهنگی، هنجارها و ارزش‌ها بر سلامت اجتماعی موثرند هدف اصلی در این مقاله حاضر اینست که: متغیرهای دینداری، مشارکت داوطلبانه و پیوند اجتماعی به چه میزان و از چه مسیری بر سلامت اجتماعی افراد موثرند؟

رویکرد مقاله، اثبات‌گرایی که با استفاده از روش پیمایش انجام شده است. سنجش متغیر سلامت اجتماعی براساس شاخص کییز، عملیاتی شده است. پرسشنامه پس از بررسی روایی و پایایی، با تلفیق روش نمونه‌گیری طبقه‌بندی و خوشه‌ای چند مرحله‌ای، با برآورد حجم نمونه از طریق فرمول کوکران، در بین ۸۱۰ خانوار در پنج منطقه شهر تهران در سال ۱۳۹۶ اجرا گردید.

نتایج تحقیق حاکی از آن است که سه متغیر دینداری، مشارکت داوطلبانه و پیوند اجتماعی به میزان $R^2=0.25$ سلامت اجتماعی را تبیین می‌کنند که بیشترین تاثیر از سوی پیوند اجتماعی و بطوریکه ضرایب تاثیر استاندارد متغیر پیوند اجتماعی به میزان 0.30 ، تغییر متغیر مشارکت داوطلبانه به میزان 0.20 و تغییر متغیر دینداری به عنوان بیرونی‌ترین متغیر به میزان 0.15 بر سلامت اجتماعی می‌باشد.

* استادیار جامعه‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران، ehsan5171@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۳/۲۷، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۸/۱۶

کلیدواژه‌ها: سلامت اجتماعی، دینداری، مشارکت داوطلبانه، پیوند اجتماعی، شهروندان
تهرانی

۱. مقدمه

سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد است که در عرصه اجتماع به ظهور می‌رسد. زمانی شخص را واجد سلامت اجتماعی می‌شماریم که بتواند فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی خود را در حد متعارف بروز و ظهور دهد و با جامعه و هنجارهای موجود، احساس پیوند و اتصال کند. «هنجارهای اجتماعی» همان قواعد شکل یافته بر بنیاد بایدها و نبایدها هستند که چگونگی رفتارها و روابط ما را در جامعه معین می‌سازند و برای هر کنش و واکنش، حدود و ثغوری تعیین می‌کنند. مقبولیت این هنجارها در جامعه سبب می‌گردد ما برای عضویت در اجتماع، به هنجارها پایبند باشیم و رفتار و گفتار خویش را با آنها وفق دهیم. قابل ذکر است که، تولد جامعه‌شناسی نیز به علت نگرانی مربوط به روند رو به تنزل روابط اجتماعی در نتیجه صنعتی شدن جوامع انسانی بوده است. و همین نگرانی از کاهش و تنزل در سطح روابط اجتماعی از جمله موضوعاتی است که در تاریخچه جامعه‌شناسی کلاسیک و معاصر بخش عمده‌ای را به خود اختصاص داده است. سلامت اجتماعی به چگونگی وضعیت ارتباط فرد با دیگران در جامعه یا همان جامعه‌پذیری وی اشاره دارد. و بر ابعادی از سلامت تاکید دارد که به ارتباط فرد با افراد دیگر یا جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند مربوط است و شامل عناصری است که این عناصر در کنار یکدیگر نشان می‌دهند که چگونه و در چه درجه‌ای افراد در زندگی اجتماعی خود خوب عمل می‌کنند.

پورتس نیز خاطر نشان می‌سازد که ارزش‌ها و هنجارهای درونی شده، می‌توانند فرد را به ایجاد پیوندهای اجتماعی یا انتقال منابع به دیگران، به خاطر الزامات اخلاق عمومی تشویق کنند (Portes, 1995: 15). جامعه‌شناسان معتقدند که هر چه ارزشهای دینی، فرهنگی و اخلاقی تقویت شده باشد رفتار افراد پیش‌بینی پذیرتر می‌شود، چرا که افراد در چارچوب قواعد خاصی رفتار می‌کنند. بنابراین قابلیت اعتماد افراد بیشتر و مناسبات اجتماعی روان‌تر و کم‌هزینه‌تر صورت می‌گیرد. یکی از کارکردهای مهم دین در تاریخ، ایجاد اعتماد و اطمینان اجتماعی است که در دوران گذار تضعیف می‌شود و این تضعیف پیش از اینکه ارزش‌های مدرن جایگزین شود صورت می‌گیرد. پس در دوران گذار ارزشهای سنتی کاهش پیدا می‌کنند در حالی که هنوز ارزشهای دنیای مدرن جایگزین آن

نشده است که این امر زمینه ساز تضعیف سلامت اجتماعی می شود (رحمانی خلیلی، ۱۳۸۸: ۸).

نتایج بسیاری از پژوهش‌ها نشانگر آن است که میزان سلامت اجتماعی در ایران روند نزولی طی می‌کند. در بررسی سلامت روانی شهر تهران، شیوع اختلال روانی را ۳۴/۲ درصد برآورد کرده‌اند (Noorbala and et all, 2011). بر پایه اظهار نظر کمیسیون عوامل تعیین‌کننده روانی - اجتماعی سلامت WHO نزدیک ۸۵ درصد عوامل تأثیرگذار بر سامانه سلامت، به جز عوامل زیستی و ژنتیک است، که به نظر می‌رسد در تمامی کشورها، از جمله ایران، نادیده گرفته شده است. در ایران سیر فزاینده آمار طلاق، در شهر و روستا نگران‌کننده و نشانگر وجود مشکل و آسیب در خانواده و دست‌کم اختلال در روابط میان‌فردی است. مهار نشدن، بلکه رشد سیر شیوع پدیده اعتیاد در ایران، مصرف داروهای ضد اضطراب، مهاجرت جوانان و نخبگان با وجود همه مقابله‌های جدی انجام‌شده، نشانگر ناموفق بودن اقدامات انجام‌شده بوده و آن را به مقوله مهم آسیب‌زای روانی - اجتماعی کشور تبدیل کرده است.

در واقع یکی از ملاک‌های اساسی گذار از جوامع سنتی به مدرنیته، گسترش بی‌رویه شهرنشینی بوده است، که چنین گسترشی در کشورهای جهان سوم از جمله جامعه ایران باعث پیامدهای بسیاری چون افزایش انحرافات، بزهکاری‌های اجتماعی، افول سرمایه‌های اجتماعی، کاهش اخلاق معنوی و اجتماعی، افزایش بیماری‌های روحی و روانی، گسترش بی‌رویه جرایم اجتماعی و فرهنگی، عدم مشارکت شهروندان می‌باشد. بر این اساس مهم‌ترین عناصر سلامت اجتماعی در ایران را می‌توان به قرار زیر دانست: اخلاق اجتماعی، عرف اجتماعی، آموزه‌های مذهبی و اخلاق جهانشمول بشری (فدایی مهربانی، ۱۳۸۶: ۷۴). در این راستا می‌توان به دین اشاره کرد که، با معنابخشی به زندگی و جهان و رویدادهای آن، به دشواری‌ها و بی‌عدالتی‌های زندگی پاسخ می‌دهد و با ایجاد اعتماد به نفس در فرد او را برای مقابله و کنار آمدن با آنها توانمند می‌سازد. دین از طریق وضع قواعد جامعه را سامان می‌دهد (وریج کاظمی، ۱۳۷۵: ۲۴). تشریفات مذهبی مردم را گردهم می‌آورد و بدین‌سان، پیوندهای مشترکشان را دوباره تصدیق می‌کنند و بستر مشارکت را فراهم کرده در نتیجه همبستگی اجتماعی را تحکیم می‌بخشد. همبستگی اجتماعی موجب افزایش سلامت جامعه می‌شود.

نکته قابل ذکر این است که به‌رغم اینکه در نتایج برخی پژوهش‌ها از مسئله‌دار بودن سلامت اجتماعی بحث شد، اما خلاً اساسی در مرور ادبیات و پیشینه‌های قبلی این بوده است که بررسی هم‌زمانی متغیرهای پژوهش‌های حاضر در کارهای قبلی نبوده است. بنابراین جهت کاهش آسیب‌های اجتماعی در سطح جامعه و کلانشهرهای بزرگ باید از طریق تمهیدات و راهبردهای اجرایی و عملی از جمله بسترسازی شاخص‌های سلامت اجتماعی در تمام سطوح (خرد، متوسط و کلان) جامعه بهره‌برداری کرد. که طبق مطالعات به عمل آمده، سیستم‌های از پیش موجود فرهنگی، هنجارها و ارزش‌ها بر سلامت اجتماعی موثرند. در نتیجه با مطالعات نظری انجام شده، محقق درصدد بررسی این مسئله بوده است که در شرایط فعلی چه عواملی می‌توانند در شکل‌گیری و نگهداشت سلامت اجتماعی شهروندان تهرانی نقش موثری داشته باشد؟ به عبارت دیگر سوال اصلی تحقیق اینگونه مطرح می‌شود که:

"آیا میزان دینداری، مشارکت داوطلبانه و پیوند اجتماعی شهروندان تهرانی می‌تواند بر سلامت اجتماعی آنان موثر باشد؟ از چه مسیری؟ و به چه میزان؟"

اهداف مقاله حاضر شامل موارد زیر می‌شود.

- شناسایی میزان سلامت اجتماعی، دینداری، مشارکت داوطلبانه و پیوند اجتماعی در میان شهروندان تهرانی.
- شناسایی تاثیر دینداری بر متغیرهای مشارکت داوطلبانه و پیوند اجتماعی؛
- شناسایی تاثیر متغیر مشارکت داوطلبانه بر پیوند اجتماعی؛
- شناسایی هم‌زمانی تاثیر متغیرهای دینداری، مشارکت داوطلبانه و پیوند اجتماعی بر سلامت اجتماعی.

۲. مطالعات پیشین

مطالعات پیشین نشان می‌دهد که، به منظور تعیین نوع بهزیستی در طول حیات هر فرد، پیوسته از مذهب به عنوان یک ویژگی ضروری برای سلامت مطلوب نام برده‌اند. پژوهشی جانسون (۲۰۰۴) نشان داد که اعتقادات دینی نقش عمده‌ای در سلامت روان دارد و باورهای دینی در سازگاری روانی افراد تاثیر اساسی دارد. افشانی و محمدآبادی (۱۳۹۵) نیز در شهر یزد به این نتیجه رسیده‌اند که میزان دینداری و ابعاد سلامت اجتماعی

رابطه معنادار و مستقیمی دارند و با افزایش دینداری، سلامت اجتماعی نیز افزایش می یابد و این نتیجه را یافته حیدرخانی (۱۳۹۶) در بین جوانان کرمانشاه هم تایید می کند. سراج زاده و همکاران (۱۳۹۲) در تحقیق خود به این نتیجه دست یافتند که دینداری تاثیر معنادار مستقیم و غیر مستقیم بر سلامت کل دارد و به صورت غیر مستقیم و از طریق متغیر سبک زندگی سلامت محور بر سلامت جسمی تاثیر دارد. همچنین یافته های شریفی و همکاران (۱۳۸۴) نشان داد که نگرش دینی با اختلال در سلامت عمومی رابطه منفی دارد و از میان چهار بعد دینداری، بعد اعتقادی و بعد مناسکی بهترین پیش بینی کننده ها برای سلامت عمومی هستند. رضوان قصاب (۱۳۸۶) در تحقیق خود به این نتیجه رسید که، همه اشکال یا ابعاد دینداری موجب کاهش بیگانگی اجتماعی در ابعاد انزوای اجتماعی، بی هنجاری و بی معنایی می شوند مگر در بی قدرتی که این رابطه مثبت بوده است. همچنین نتایج شایسته (۱۳۸۶) نشان می دهد که هر چه قدر دینداری افزایش یابد، میل به عقل مداری، اقتدار طلبی، معاشرت و انضباط طلبی نیز افزایش می یابد. در تحقیقات افه و فوش مشخص شد سازمان های دینی نقش میانجی را در فعالیت های دینی ایفا می کنند. از آنجا که ادیان از نشست های عمومی و از مراسم و مناسک برخوردارند، باعث همکاری و تعاون و آگاهی از مسائل اجتماعی می گردند و نقش مؤثری در پیوند اجتماعی ایفا می نمایند (Offe and Fuchs, 2002).

مطالعه دیگری (میکلی، کارسون، و سوکن، ۱۹۹۵) این نظریه را مطرح می کند که مذهب می تواند تأثیری مثبت (مثل ترغیب افراد به همبستگی اجتماعی، کمک به ایجاد معنا در زندگی) یا منفی (پروراندن احساس گناه یا شرمساری بیش از حد در ذهن، به کاربردن مذهب به عنوان یک راه فرار از مواجه شدن با مشکلات زندگی) بر سلامت داشته باشد. این پژوهش همچنین گزارش داد که افراد برخوردار از دینداری درونی سطح بالا، افسردگی و اضطراب کمتری دارند. این افراد همچنین سطوح بالایی از قوی بودن من، همدلی و فتار اجتماعی انسجام یافته را به نمایش می گذارند (به نقل از کولینز و دیگران، ۱۳۸۲: ۸۱). نتایج تحقیقات تایلر و مک دنال، نشان می دهد که دینداری با خوشایندی و وظیفه شناسی، رابطه مثبت و معنی داری دارند (Taylor & MacDonald, 1999). مک کلاف و دیگران، نیز در یک مطالعه غیر طولی در بررسی رابطه دینداری با مدل پنج عاملی مک کری و کاستا، به همین نتیجه رسیدند (McCullough, 2002).

۳. ادبیات نظری

لارسن، سلامت اجتماعی را به عنوان ارزیابی فرد از کیفیت روابطش با خانواده، دیگران و گروه های اجتماعی تعریف می کند و معتقد است که مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد را می سنجد که نشانگر رضایت یا عدم رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی است و در واقع شامل پاسخ های درونی فرد (احساس، تفکر و رفتار) می باشد (Larson, 1996: 183). همچنین برکن معتقد است تاثیر شبکه اجتماعی بر سلامت فرد عبارت است از پرورش روحیه مشارکت و درگیری اجتماعی فرد در فرایندهای اجتماعی. مشارکت و درگیر اجتماعی از عملکرد پیوندهای بالقوه در فعالیت های زندگی ناشی می شود. سپری کردن اوقات خود با دوستان، حضور در کارکردهای اجتماعی، مشارکت در نقش های اجتماعی و شغلی، گرایش به فعالیت های مذهبی و تفریح کردن به همراه گروه از نمونه بارز درگیری اجتماعی می باشند. بنابراین از طریق فرصت هایی که به واسطه عضویت در شبکه های اجتماعی برای فرد فراهم می شود تا در رویدادهای اجتماعی مشارکت کند، شبکه های اجتماعی نقش های اجتماعی معنی داری از قبیل نقش های اجتماعی شغلی، خانوادگی و والدینی را تعریف می کنند و از این طریق سلامت اجتماعی فرد را نیز ارتقاء می دهند. علاوه بر این مشارکت در درون شبکه، فرصت هایی را برای رفاقت، مصاحبت و معاشرت فراهم می کند که این رفتارها و نگرش ها و پیوندها به زندگی فرد معنی می بخشد و این امر در سلامتی روانی - اجتماعی وی تاثیر بسزایی می گذارد (Berkman & et.al, 2000 به نقل از خیرالله پور، ۱۳۸۳: ۴۳).

بنابراین سلامت اجتماعی به چگونگی وضعیت ارتباط فرد با دیگران در جامعه یا همان جامعه پذیری وی اشاره دارد. از نظر دورکیم هر نوع قطع ارتباط بین فرد و جامعه به گونه ای که افراد در چارچوب های اجتماعی جذب نگردند، زمینه ای آنومیک و مساعد برای رشد انحرافات اجتماعی می باشد. در چنین حالتی یک نوع فردگرایی افراطی، خواسته های فردی را در مقابل حیات اجتماعی قرار می دهد (توسلی، ۱۳۸۲: ۷۱). از نظر وی هر نوع ورطه یا فاصله بین فرد و جامعه که به عدم ادغام افراد در چارچوب های اجتماعی می انجامد، به انحرافات اجتماعی میدان می دهد (کنگرلو، ۱۳۸۷: ۲۳).

از دیدگاه کارکردگرایان دینی از جمله رابرتز، دین در اکثر جوامع در جهت تقدس بخشیدن به ارزش های فرهنگی کمک می کند و یکی از مهم ترین کارکردهای اکثر ادیان زمانی است که آنها یک اساس مابعدالطبیعی را برای نظم اخلاقی گروه اجتماعی فراهم

می‌آورند و پیروی از هنجارها را تقویت می‌کنند. او نیز همچون گیرتز بر این نظر است که در اکثر جوامع دین و اخلاقیات هر روزه ارتباط تنگاتنگی دارند. رابرتز می‌نویسد: «یک دین از طریق فراهم آوردن یک اساس مابعدالطبیعی برای ارزش‌های فرهنگی، کدهای اخلاقی، نگرش‌های مربوط به زندگی با اغتشاش و بی‌نظمی کج‌روی که می‌توانند آنومی را به وجود آورد، مبارزه می‌کند.» (Roberts, 1995:59). بنابراین می‌توان چنین گفت که بر طبق نظر رابرتز، دین با مقدس کردن ارزش‌ها و هنجارهای جامعه و با تقویت پایبندی افراد به آنها و مبارزه با آنومی، نظم اجتماعی و در نهایت ثبات اجتماعی را موجب می‌شود.

همچنین دین هنجارهای اجتماعی را درونی می‌کند و احساس الزام اخلاقی را در درون فرد ایجاد می‌کند. (کوزر، ۱۳۷۷:۱۹۷). از طرفی دیگر دورکیم می‌گوید: «تشریفات و مناسک دینی هر قدر هم که کم اهمیت باشند، اجتماع را به حرکت در می‌آورند. گروه‌هایی از مردم برای برگزاری این جشن‌ها گردهم می‌آیند. پس نخستین اثر آنها این است که افراد را به هم نزدیک می‌کنند، بر تماس‌های‌شان با یکدیگر می‌افزایند و صمیمیت بیشتری بین‌شان ایجاد می‌کنند.» (دورکیم، ۱۳۸۳:۴۸۰). تا اعمال و مناسک نباشند، باورها به خودی خود به همبستگی اجتماعی منجر نمی‌شوند. دین به طور مدام جمع را می‌سازد و بازسازی می‌کند و این کار را با محکم کردن پیوندهایی که فرد را به جامعه متصل می‌کند انجام می‌دهد. دین شرایط ضروری حیات اجتماعی و به سبب آن حیات فردی را ابقا می‌نماید (جلالی مقدم، ۱۳۷۹:۷۶) و بدین صورت در ایجاد سلامت فردی و اجتماعی موثر است.

دیویس نیز معتقد است؛ دین عزم افراد را به رعایت هنجارهای گروهی تقویت می‌کند و رعایت این هنجارها و منافع جمع را بالاتر از منافع صرفاً خصوصی قرار می‌دهد. که این ویژگی از ملزومات گسترش مشارکت اجتماعی در جامعه است. لوین و ایسون معتقدند که دینداری از طریق مکانیسم پیوندهای اجتماعی و حمایت رسمی و غیررسمی به سلامت مثبت جامعه منجر می‌شود. آنها با استناد به شواهد تجربی، بر این نظر هستند که افرادی که به طور منظم و بیشتر در عبادات دینی به ویژه عبادت‌ها و تشریفات جمعی دینی شرکت می‌کنند، دارای شبکه‌های اجتماعی و روابط وسیع‌تری هستند؛ بنابراین از تبادلات کالا، خدمات و اطلاعات فراوان‌تر و متنوع‌تری برخوردار می‌شوند. تشریفات (خدمات) دینی، فعالیت‌های مرتبط با آن، افرادی با تعهدات و پایبندی‌های اعتقادی مشترک را گرد هم می‌آورند و این جماعت‌های دینی غالباً مجراها و کانال‌هایی برای حمایت‌های اجتماعی و

ابزاری و امدادهای عاطفی - اجتماعی همچون همیاری، هستند (Ellison, Levin, 1988: 405-406).

به عبارت دیگر، هنجارهای مؤثر در قالب و شکل دستوری به شکل نیرومندی باعث ظهور سلامت اجتماعی در جمع می‌شوند و فرد تحت تأثیر قدرت این هنجارها باید منافع شخصی را رها کند و به سود جمع عمل کند (کلمن، ۱۳۷۷: ۶-۴۷۵). بنابر این سیستم‌های از پیش موجود فرهنگی هنجارها و ارزش‌ها بر سلامت اجتماعی موثرند.

بر طبق رویکرد کارکرد گرایانه، دین همچنین یگانگی افراد جامعه را با همدیگر تقویت و جدایی آنان را از اعضای دیگر گروه‌ها تشدید می‌کند. علاوه بر این دین می‌تواند زمینه‌های انسجام گروهی را فراهم کرده، افراد را در قالب هم‌کیشانی معتقد به جهان بینی و ایدئولوژی خاصی در برابر سایر گروه‌ها و اجتماعات متناظر دسته بندی نماید. دین با ایجاد یک روح جمعی، شور و شوق مذهبی و گسترش احساسات همگانی از طریق مناسک و مراسم جمعی، می‌تواند زمینه‌های لازم را برای پیوند میان اعضا و انسجام و پیوند اجتماعی فراهم آورد. از این رو با استناد به استدلال‌های کارکردگرایان درباره کارکرد دین، این فرضیه پذیرفتنی به نظر می‌رسد که دینداری اثر مثبتی بر ایجاد روحیه مشارک و پیوند اجتماعی و همچنین بر ارتقای سلامت اجتماعی دارد، به این ترتیب افراد دیندار که ارتباط گسترده و پیوند قوی تری با افراد جامعه خود دارند و احتمالاً شبکه‌های ارتباطی گسترده موجب تقویت سلامت اجتماعی می‌شود (سراج زاده و همکاران، ۱۳۹۲).

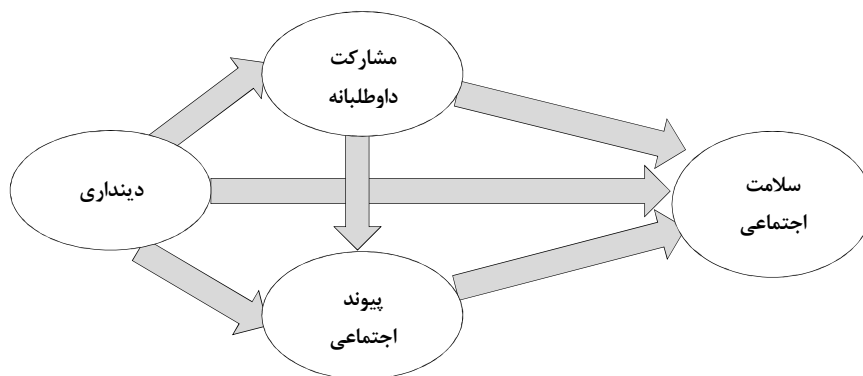
براساس نظریه‌ی پیوند اجتماعی هیرشی (Hirschi's Social Bond Theory) رفتارهای انحرافی (که سلامت اجتماعی را به خطر می‌اندازد) زمانی واقع می‌شوند که پیوند فرد و جامعه ضعیف یا گسسته شود و در این میان چهار عنصر دل‌بستگی، تعهد، مشغولیت و باور را از عناصر مهم پیوند فرد و جامعه می‌داند. دل‌بستگی میزان عاطفه و احترامی است که فرد به دیگران مهم می‌گذارد (Kelley, Braddock & Bassinger, 2004). تعهد (Commitment) مربوط به سرمایه‌گذاری است که فرد برای دستیابی به اهداف عرفی به منظور تحصیلات بالا و تلاش برای حصول این اهداف انجام می‌دهد (Thompson, Dijulio & Matthews, 1982: 303-326)، هرچه سرمایه‌گذاری بیشتر باشد یا انگیزه برای کسب آن بالاتر باشد، دلیل بیشتری برای همنوایی با هنجارهای جامعه وجود دارد. مشغولیت (Involvement) بر این فرض استوار است که درگیری در فعالیت‌های مورد قبول جامعه، موجب می‌شود وقت و آزادی محدود فرد صرف شده، و نتواند به سراغ عمل بزهکارانه برود. باور (Belief)،

وفاداری فرد به ارزش‌ها و اصول اخلاقی گروه است (Hirschi, 1969: 162-186). از طرفی هم نیاز به تماس و ارتباطات اجتماعی از زمره‌ی نیازهای اولیه‌ی انسانی تلقی می‌گردد که برای بهزیستی فردی و جمعی افراد بسیار با اهمیت می‌باشد. معضلی که این ارتباطات را در جامعه‌ی سیال مدرن با تهدیدی جدی مواجه ساخته است، پدیده‌ی نام‌انزوی اجتماعی یا انفصال در شبکه‌ی روابط اجتماعی اعضای جامعه است، یا به عبارتی نداشتن پیوند اجتماعی با دیگران است.

دورکیم بر این باور است که مشارکت در امور گروه و یا جامعه می‌تواند منجر به افزایش احساس تعلق به گروه و جامعه شود زیرا زمانی که افراد تماس‌های مکرر با یکدیگر داشته باشند، دلمشغولی‌ها و منافع مشترک و پیوند‌های عاطفی، آنها را به یکدیگر نزدیک می‌کند و احساس تعلق ناشی از این پیوندها، باعث می‌شود آنها از خودشان برای گروه و یا جامعه مایه بگذارند. بنا به نظر دورکیم، هر چه احساس نزدیکی و پیوند فرد با گروهش قوی‌تر باشد، احتمال انزوا و به خطر افتادن سلامتی فرد کاهش می‌یابد.

انجمن‌های داوطلبانه در سطح اجتماعی، پیوندهای مشترک و شبکه‌های اجتماعی تولید می‌کنند که کل جامعه را به هم پیوند می‌زند. این انجمن‌ها میان افراد هم‌فکر، پیوندهای اجتماعی برقرار می‌کنند و به منزله پل‌هایی میان گروه‌های اجتماعی گوناگون هستند.

بر این اساس بدون شک دینداری به عنوان بیرونی‌ترین متغیر مدل مقاله حاضر با ایجاد پیوند و همبستگی بین افراد و همچنین از طریق آموزه‌های دینی بر رفتارهایی تاکید دارد که زمینه و بستر شکل‌گیری مشارکت و پیوندهای اجتماعی را فراهم می‌آورد که می‌توانند پیش‌زمینه بسیار مهمی برای ارتقاء سلامت اجتماعی افراد باشند. براین اساس با استفاده از نظریه‌های همسو، به تبیین سلامت اجتماعی با متغیرهای دینداری، مشارکت داوطلبانه و پیوند اجتماعی پرداخته ایم.



مدل نظری تحقیق

۴. فرضیات تحقیق

۱. به نظر می‌رسد دینداری با مشارکت داوطلبانه رابطه معناداری دارد، به طوری که با افزایش دینداری نیز مشارکت داوطلبانه افزایش می‌یابد.
۲. به نظر می‌رسد دینداری با پیوند اجتماعی رابطه معناداری دارد، به طوری که با افزایش دینداری نیز پیوند اجتماعی افزایش می‌یابد.
۳. به نظر می‌رسد دینداری با سلامت اجتماعی رابطه معناداری دارد، به طوری که با افزایش دینداری نیز سلامت اجتماعی افزایش می‌یابد.
۴. به نظر می‌رسد مشارکت داوطلبانه با پیوند اجتماعی رابطه معناداری دارد، به طوری که با افزایش مشارکت داوطلبانه نیز پیوند اجتماعی افزایش می‌یابد.
۵. به نظر می‌رسد مشارکت داوطلبانه با سلامت اجتماعی رابطه معناداری دارد، به طوری که با افزایش مشارکت داوطلبانه نیز سلامت اجتماعی افزایش می‌یابد.
۶. به نظر می‌رسد پیوند اجتماعی با سلامت اجتماعی رابطه معناداری دارد، به طوری که با افزایش پیوند اجتماعی نیز سلامت اجتماعی افزایش می‌یابد.
۷. به نظر می‌رسد وجود همزمان متغیرهای دینداری، مشارکت داوطلبانه و پیوند اجتماعی بر تقویت سلامت اجتماعی موثر است.

۵. روش تحقیق

این تحقیق با رویکرد اثبات گرایی و از نوع توصیفی - تبیینی است که با استفاده از روش پیمایش به دنبال شناسایی عوامل موثر بر سلامت اجتماعی است. واحد تحلیل آن شهروندان تهرانی (سطح خرد) می باشند. از لحاظ معیار زمان یک تحقیق مقطعی است، که در یک زمان صورت گرفته و واقعیت را در یک برهه از زمان یعنی در اردیبهشت ماه سال ۹۶ بررسی می کند و در نهایت با توجه به این که به دنبال شناخت و کمک به حل یک مسئله اجتماعی است در دسته تحقیقات کاربردی قرار می گیرد.

جامعه آماری تحقیق حاضر شامل کلیه شهروندانی است که در سال ۹۶ ساکن شهر تهران می باشند. ابزار گردآوری داده ها در این تحقیق پرسشنامه است. برای محاسبه حجم نمونه از فرمول کوکران استفاده گردید. در این تحقیق جهت اطمینان، حجم نمونه ۱۰ درصد بیش از میزان برآورد شده انتخاب شد که پس از حذف پرسشنامه های ناقص و داده های پرت این تعداد به ۸۱۰ پرسشنامه رسید. و انتخاب نمونه باتلفیق نمونه گیری طبقه بندی متناسب و خوشه ای چند مرحله ای صورت گرفته است. در نمونه گیری حاضر شهر تهران به عنوان پنج منطقه (طبقه) شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز، در نظر گرفته می شود که هر یک مناطق ۲۲ گانه شهر تهران در این پنج منطقه پراکنده اند که به ترتیب مناطق ۳، ۱۶، ۸، ۵، ۶ به عنوان نمونه در هر یک از طبقات فوق انتخاب شده اند. و در مرحله بعد به نواحی هر منطقه توجه می شود که هر منطقه از شهر تهران به تعدادی ناحیه تقسیم شده اند که در نمونه گیری حاضر منطقه ۳، ۶ ناحیه ؛ منطقه ۱۶، ۶ ناحیه ؛ منطقه ۸، ۳ ناحیه ؛ منطقه ۵، ۷ ناحیه ؛ و منطقه ۶، شامل ۶ ناحیه می باشند. و در خوشه بعدی در هر یک از مناطق انتخاب شده، ۳ ناحیه را بطور تصادفی انتخاب می کنیم و در مرحله بعد طبق نقشه هر ناحیه بر اساس بلوک بندی نواحی که توسط شهرداری تهران تهیه شده است به خانواده ها به عنوان واحد مشاهده رجوع شده است. در این مقاله، جامعه آماری با توجه به هدف آن شامل؛ مجموعه خانوارهای ساکن در شهر تهران بزرگ است. واحد آماری مورد بررسی نیز عبارت است از افراد مطلع از موضوع مورد بررسی، مانند رئیس خانوار، همسر یا یکی از افراد مطلع خانوار با حداقل سن ۱۸ سال، که از طریق مراجعه به وی و مصاحبه، پرسشنامه مربوطه تکمیل می گردد. بنابراین واحد تحلیل، فرد (شهروند تهرانی) است.

۶. تعریف عملیاتی متغیرهای اصلی

۱.۶ تعریف عملیاتی سلامت اجتماعی

از نظر تجربی، مفهوم سلامت اجتماعی ریشه در ادبیات جامعه‌شناسی ناهنجاری و بیگانگی اجتماعی دارد؛ اما مطابق مدل سلامت، فقدان ناهنجاری و بیگانگی اجتماعی، دلیلی کافی برای وجود سلامت اجتماعی جامعه نیست. کیز در یک تحلیل عامل گسترده با توجه به مفهوم پردازی‌های نظری از سلامت اجتماعی یک مدل ۵ بعدی قابل سنجش ارائه داد. طبق این ابعاد فرد سالم از نظر اجتماعی زمانی عملکرد خوب دارد که اجتماع را به صورت یک مجموعه معنادار و قابل فهم و دارای استعدادها بالقوه برای رشد و شکوفایی بداند و احساس کند که متعلق به گروه‌های اجتماعی خود است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهم بداند. محتوای مقیاس سلامت اجتماعی، طیف مثبتی از ارزیابی تجارب فرد در جامعه است. این مقیاس جدید با مقیاس‌های سلامت اجتماعی بین فردی (مثل پرخاشگری و حمایت اجتماعی) و سطح اجتماعی (مثل فقر و جایگاه اجتماعی) تفاوت دارد (Keyes and Shapiro, 2004:29). این مقیاس حاوی ۱۵ گویه است: ۳ گویه مربوط به عامل انسجام یا یگانگی اجتماعی (social Integration)، ۳ گویه عامل پذیرش اجتماعی (social Acceptance)، ۳ گویه عامل شکوفایی اجتماعی (social Actualization)، ۳ گویه عامل سهم داشت اجتماعی (social contribution) و ۳ گویه مربوط به عامل انطباق اجتماعی (social Cohesion) است (Keyes and Shapiro, 2004:10).

ابعاد محوری عناصر مفهومی متغیر سلامت اجتماعی

مفهوم	ابعاد	گویه‌ها
سلامت اجتماعی	یگانگی یا انسجام اجتماعی	احساس می‌کنم به گروه و جماعتی تعلق دارم.
		نسبت به افرادی که در سطح اجتماع با آن‌ها در تماس هستم، احساس نزدیکی و صمیمیت می‌کنم.
	پذیرش اجتماعی	اجتماع و اطرافیانم را منشا تسلی خاطر و راحتی خود می‌دانم.
		معمولاً مردم در ازای کمکی که به هم می‌کنند چشم داشت و انتظاری ندارند.
		مردم به مشکلات همدیگر اهمیت می‌دهند.
	سهم داشت اجتماعی	معتقدم که مردم خوب و مهربان هستند.
چیزهای ارزشمندی دارم که می‌توانم به دنیا بدهم.		
		فعالیت‌های روزانه‌ام ثمرات ارزشمندی برای جامعه در بر دارد.

احساس می‌کنم، چیز مهمی برای عرضه به جامعه دارم.	انطباق اجتماعی	
دنیا برای من بسیار پیچیده و مبهم نیست (سر از کار دنیا در می‌آورم).		
قادر به درک معنای اتفاقاتی که در دنیا روی می‌دهد، هستم.		
سعی می‌کنم فکر کنم و بفهمم که چه اتفاقاتی قرار است در کشور روی دهد.	شکوفایی اجتماعی	
دنیا در حال تبدیل شدن به مکانی بهتر برای همه افراد است.		
جامعه از ترقی و پیشرفت باز نیتاده است.		
در نظر افرادی مثل من، جامعه در حال پیشرفت است.		

۲.۶ تعریف عملیاتی متغیر دینداری

دینداری واژه ای ملازم با دین است، به گونه ای که هرگاه در باب تعریف دین به طور مبسوط بحث و نتیجه گیری شود، آنگاه تعریف دینداری نیز بر این مبنای معرفی یعنی تعریف دین استوار خواهد شد. به عبارت دیگر، تعریف دینداری، امری است که کمتر مورد اختلاف و مناقشه است، چرا که به نوعی حضور دین دلالت می‌کند. (شجاعی زند، ۱۳۸۲: ۳۶) براین اساس آشکار می‌گردد که دین پدیده ای مستقل از پذیرش انسانهاست و دینداری عبارت است از پذیرش آنچه که دین نامیده می‌شود، توسط انسان. در واقع دینداری نوعی صفت و حالت انسان است و شخص دیندار کسی است که ویژگیهای خاص منطبق با هنجاری های دینی تحت تأثیر این حالات به عمل دست می‌زند. (انوری، ۱۳۷۳: ۱۵۶). در تحقیق حاضر در سنجش دین دارای از سه بعد اعتقادات، اخلاقیات و اعمال مورد بررسی قرار گرفته است. (مهدوی و همکاران، ۱۳۹۰: ۱۵۳)

ابعاد محوری عناصر مفهومی متغیر دینداری

مفهوم	ابعاد	خرده ابعاد	مولفه ها	گویه ها
دینداری	اعتقادات	اصول دین	توحید، نبوت، امامت، عدالت، معاد	حضرت محمد آخرین پیغمبر خداست.
		فروع دین	نماز، روزه، امر به معروف و نهی از منکر، خمس	تمام هستی، مخلوق خداوندی است که شریکی ندارد. قرآن کتاب الهی و کلام خداست.
		باورهای دینی	قرآن، فرشتگان، شیطان، حجاب، منجی انسانها	خداوند در برابر کار خوب در این دنیا، اتفاقات خوبی را برای ما پیش می‌آورد.
	اخلاقیات		قول و قرار، انتظار متقابل، آزار و اذیت، دروغ، غیبت، بدگویی،	در اختلافات خانوادگی، از دشنام و ناسزا پرهیز می‌کنم.

<p>بدگویی کسی را در حضور دیگران نمی‌کنم. در مراسم و میهمانی‌هایی که اصول شرعی رعایت نشود شرکت نمی‌کنم.</p>	<p>احترام به دیگران، تبعیض</p>											
<p>خوردن شراب (نوشیدنی الکلی) حرام است. کمک بدون چشمداشت و وظیفه انسانی ماست. خواندن آیه "وان یکاد..." یا "آیه الکرسی" موجب دفع خطر می‌شود. نمازهای واجب یومیه را می‌خوانم. در صورت داشتن استطاعت مالی به حج می‌روم. در صورت داشتن شرایط، روزه واجب در ماه رمضان را می‌گیرم. به انجام عبادات مستحبی مانند روزه در ماه‌های غیررمضان، ذکر دعا و... می‌پردازم. جهت زیارت به امامزاده‌ها و اماکن مذهبی می‌روم. در نماز جماعت شرکت می‌کنم. جهت برآورده شدن نیازها، نذر می‌کنم. جهت طهارت به انجام غسل پایبندم.</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="663 602 833 629">فردی</td> <td data-bbox="839 602 916 629">واجب</td> </tr> <tr> <td data-bbox="663 638 833 665">جمعی</td> <td data-bbox="839 638 916 665"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="663 674 833 701">فردی</td> <td data-bbox="839 674 916 701">مستحب</td> </tr> <tr> <td data-bbox="663 710 833 736">جمعی</td> <td data-bbox="839 710 916 736"></td> </tr> </table>	فردی	واجب	جمعی		فردی	مستحب	جمعی		<p>عبادات</p>		<p>اعمال</p>
فردی	واجب											
جمعی												
فردی	مستحب											
جمعی												
<table border="1"> <tr> <td data-bbox="663 775 833 801"></td> <td data-bbox="839 775 916 801">مادی</td> </tr> <tr> <td data-bbox="663 810 833 837"></td> <td data-bbox="839 810 916 837">معنوی</td> </tr> </table>		مادی		معنوی	<p>شبه عبادات</p>							
	مادی											
	معنوی											
<p>پرداخت خمس، انجام امر به معروف و نهی از منکر، انجام جهاد، شیوه رابطه با نامحرم، شرکت در میهمانی‌ها، مصرف تولیدات الکلی، طهارت</p>	<p>غیر عبادی</p>											

۳.۶ تعریف عملیاتی متغیر پیوند اجتماعی

براساس نظریه‌ی پیوند اجتماعی هیرشی (Hirschi's Social Bond Theory) رفتارهای انحرافی زمانی واقع می‌شوند که پیوند فرد و جامعه ضعیف یا گسسته شود و در این میان چهار عنصر دل‌بستگی، تعهد، مشغولیت و باور مانع رفتار بزهکارانه می‌شود. دل‌بستگی میزان عاطفه و احترامی است که فرد به دیگران مهم می‌گذارد (Kelley, Braddock & Bassinger, 2004).

ابعاد محوری عناصر مفهومی متغیر پیوند اجتماعی

مفهوم	ابعاد	گویه ها
پیوند اجتماعی	دلبستگی	موفقیت هر یک از اعضای خانواده ام برای من مهم است.
		اگر خویشاوندانم دچار مشکل شوند، وقت خود را جهت حل آن اختصاص می دهم.
		همیشه به اعضای خانواده ام احترام می گذارم.
	تعهد	اموری که به من واگذار شده متعهد به انجام آن می شوم.
		برای دستیابی به مهارت‌های جدید از لحاظ زمانی و مادی هزینه می کنم.
		همیشه به دنبال یک کار ثابت جهت مشغولیت می باشم.
	مشغولیت	در زندگی برنامه ریزی می کنم تا به تحصیلات بالاتر برسم.
		در اوقات فراغتم به مطالعه و یادگیری مهارت‌ها می پردازم (تخصص های کامپیوتری و ...)
		در اوقات فراغتم به تفریح و ورزش و کارهای سرگرم کننده می پردازم.
	اعتقاد و باور	در زندگی به ارزشها و اصول اخلاقی پایبندم.
		در حوزه کاری، انجام کارهای آشنایان را مقدم بر کارهای دیگران انجام نمی دهم.
		وقتی با کسی قرار می گذارم یا به کسی قولی می دهم، حتماً به قولم عمل می کنم.

۴.۶ تعریف عملیاتی متغیر مشارکت داوطلبانه

در تحقیق حاضر سنجش مشارکت داوطلبانه را در دو بخش زیر آورده ایم:

۱. مشارکت نهادی (رسمی) که در برگیرنده مشارکت در سازمانها، انجمن ها و کلوپ‌ها (باشگاهها) می شود
۲. مشارکت غیر رسمی (فردی) که خود در برگیرنده دو نوع الف- درگیری اتفاقی شامل مشارکت در فعالیت‌های گروهی با فواصل نامنظم مثل همکاری با خیریه‌هایی که در کمک به محرومین و افراد خاص تشکیل می شود ب- مشارکت پایدار که شامل مشارکت قاعده مند و فعالیت در گروههایی که به صورت مؤسسه و سازمان نیستند، ولی نسبتاً دائمی و همیشگی (مثل گروههای موسیقی و جوانان) هستند (Helly, 2001: 3-4).

ابعاد محوری عناصر مفهومی متغیر مشارکت های داوطلبانه

مفهوم	ابعاد	شاخص ها	گویه ها
مشارکت داوطلبانه	رسمی	مشارکت در انجمن های داوطلبانه و انسان دوستانه (مانند هلال احمر)،	در گروه های خیریه همانند تهیه تجهیزات، کمک به مستمندان و....

مشارکت در انجمن های انسان دوستانه (مانند هلال احمر، انجمن های علمی و...)	عضویت در انجمن های علمی یا تعاونی و ...		
مشارکت در انجام پروژه های شهرداری، اداره برق، گاز، مخابرات و فاضلاب و ...			
در تشکیل صندوق های قرض الحسنه یا هم فکری و همکاری با شوراهای محله			
در مراسم و جشن های خیریه همچون جشن نیکوکاری، جشن عاطفه ها، تکریم ایتم و ...	در گروه های خیریه همانند تهیه جهیزیه، کمک به مستمندان و ... در مراسم سوگواری، جشن و شادی های دینی و ملی (نیمه شعبان و...)	غیررسمی	
در کمک برای نیازمندان همچون جانبازان، سالمندان و یا معلولین			
در کمک به مردم آسیب دیده (زلزله، سیل و...)			
در مراسم های مختلف دینی در مساجد و تکیه ها و حسینیه ها			
در مراسم جشن و شادی های ملی یا دینی (نیمه شعبان و...)			

۷. روایی (Validity) و پایایی (Reliability)

با توجه به مدل های سنجش ارائه شده در تعریف عملیاتی متغیرهای در سلامت اجتماعی و پیوند اجتماعی از مدل های استاندارد استفاده شده است و در دو مدل دینداری و مشارکت هم از مدل های پرتکرار در تحقیقات داخلی استفاده شده است که روایی صوری آنها بررسی شده و مورد تایید بوده است. موارد برای سنجش پایایی از روش آزمون آلفای کرونباخ استفاده شده است، که پرسشنامه در یک تحقیق مقدماتی با حجم نمونه ای معادل ۳۵ نفر از شهروندان تهرانی که به صورت تصادفی انتخاب شدند، اجرا شد. نتایج آزمون آلفای کرونباخ گویای این مطلب بود که پرسشنامه سنجش میزان سلامت اجتماعی و متغیرهای مستقل از پایایی مطلوبی برخوردارند، بطوری که متغیر سلامت اجتماعی با میزان آلفا ۰/۷۰، دینداری ۰/۹۳، مشارکت داوطلبانه با ۰/۸۵ و پیوند اجتماعی ۰/۷۱ می باشند. در مجموع آلفای تمام متغیرها مقدار مناسبی می باشد.

۸. یافته های تحقیق

در این قسمت با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی به توصیف متغیرها و آزمون فرضیه های تحقیق می پردازیم:

جدول ۱: توزیع فراوانی و درصدی متغیرهای مستقل و وابسته

سلامت اجتماعی	پیوند اجتماعی		مشارکت داوطلبانه		دینداری		
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
خیلی کم	46	.7	6	27.9	226	2.2	18
کم	123	.2	2	34.2	277	4.7	38
متوسط	365	11.7	95	21.2	172	14.4	117
زیاد	232	45.1	365	12.2	99	33.0	267
خیلی زیاد	44	42.2	342	4.4	36	45.7	370
مجموع	810	100.0	810	100.0	810	100.0	810

با توجه به اطلاعات جدول فوق، سلامت اجتماعی ۴۵.۱ درصد پاسخگویان متوسط می باشد که بیشترین میزان را به خود اختصاص داده اند. و ۲۰.۹ درصد سلامت اجتماعی شان کم و خیلی کم، ۳۴ درصد زیاد و خیلی زیاد می باشد نتایج نشان می دهد که میزان سلامت اجتماعی مطلوب نمی باشد. در حالی که ۸۸.۷ درصد افراد میزان دینداریشان زیاد و خیلی زیاد می باشد. در متغیر پیوند اجتماعی ۸۷.۳ درصد از افراد زیاد و خیلی زیاد می باشد و میزان قابل توجهی می باشد و اما در مقابل متغیر مشارکت داوطلبانه ۵۲.۱ درصد افراد خیلی کم یا کم می شوند که این میزان جای بررسی و تامل دارد.

جدول ۲: آماره های توصیفی مربوط به سلامت اجتماعی

آماره های توصیفی متغیر	میانگین	میانه	نما	انحراف استاندارد	واریانس	چولگی	انحراف استاندارد از چولگی	کشیدگی	انحراف استاندارد از کشیدگی	کمترین میزان	بیشترین میزان
سلامت اجتماعی	40.2950	۴۱	۴۳	13.15697	173.106	-.159	.088	.099	.125	۴	۷۵

متغیر سلامت اجتماعی با استفاده از تکنیک های آماری یک بار در سطح سنجش فاصله ای و یک بار در سطح سنجش رتبه ای سنجیده شده است که اطلاعات جدول فوق مربوط به سطح سنجش فاصله ای می باشد.

میانگین سلامت اجتماعی ۴۰.۲۹ می باشد. باتوجه به اینکه کمترین میزان سلامت اجتماعی ۴ و بیشترین میزان آن ۷۵ می باشد، می توان گفت که میانگین سلامت اجتماعی، متوسط می باشد. میانه آن ۴۱ می باشد یعنی نیمی از پاسخگویان نمره کمتر از ۴۱ و نیمی دیگر بیشتر از ۴۱ گرفته اند. نما برابر است با ۴۳ که بیشترین تکرار میزان سلامت اجتماعی می باشد. از طرفی نزدیک بودن میزان میانگین، میانه و نما با هم نشان از نرمال بودن متغیر سلامت اجتماعی دارد. شاخص های پراکندگی شامل واریانس برابر است با ۱۷۳.۱۰ و انحراف معیار ۱۳.۱۵ می باشد. نسبت میزان چولگی به خطای استاندارد از چولگی آن کمتر از ۲ می باشد و دارای کجی نبوده و همچنین نسبت کشیدگی به خطای استاندارد از کشیدگی کمتر از ۲ می باشد که نشانه نبودن کشیدگی و این نتایج حاکی از آن است که متغیر سلامت اجتماعی نرمال می باشد.

۱.۸ بررسی نرمال بودن متغیر وابسته

جدول ۳: آزمون کولموگورف - سمیرنف

Shapiro-Wilk			Kolmogorov-Smirnova			سلامت اجتماعی
Sig.	df	Statistic	Sig.	df	Statistic	
.058	۸۰۶	.991	.124	۸۰۶	.040	

نتایج آزمون ویلک و سمیرنف نیز در فاصله اطمینان ۹۵ درصد به ترتیب دارای سطح معناداری = 0.058 Sig و = 0.124 Sig را نشان می دهند که به علت بالاتر بودن سطح معناداری از ۰.۰۵ توزیع متقارن و نرمال متغیر سلامت اجتماعی را تأیید می شود.

۲.۸ بررسی فرضیات اصلی

جدول ۴: ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای اصلی تحقیق

سلامت اجتماعی	پیوند اجتماعی	مشارکت داوطلبانه	دینداری		
.324**	.244**	.465**	1	r	دینداری
.000	.000	.000		Sig. (2-tailed)	
	810	810	810	N	مشارکت داوطلبانه
.380**	.349**	1	.465**	r	
.000	.000		.000	Sig. (2-tailed)	
	810	810	810	N	

.415**	1	.349**	.244**	r	پیوند اجتماعی
.000		.000	.000	Sig. (2-tailed)	
810	810	810	810	N	
1	.415**	.380**	.324**	r	سلامت اجتماعی
	.000	.000	.000	Sig. (2-tailed)	
810	810	810	810	N	

نتایج شش فرضیه اصلی که مربوط به بررسی روابط بین متغیرهای اصلی مدل تحقیق می باشد، در جدول فوق با هم آمده است که تفاسیر هر یک از فرضیات به صورت جداگانه در زیر آمده است.

بطور خلاصه می توان اشاره که در هر شش فرضیه میزان $\text{Sig} = 0.00$ می باشد به عبارت دیگر در هر شش فرضیه رابطه همبستگی معنادار وجود دارد، بطوری که شدت رابطه پیوند اجتماعی با سلامت اجتماعی بیشتر از موارد دیگر می باشد.

حال با توجه به رابطه همبستگی بین متغیرهای مدل که در آزمون های پیرسون تفکیکی در جدول فوق بررسی شد در اینجا جهت بررسی رابطه علی متغیرها از رگرسیون خطی به روش اینتر استفاده می کنیم.

فرضیه علی تحقیق (۷) : به نظر می رسد وجود همزمان متغیرهای دینداری، مشارکت داوطلبانه و پیوند اجتماعی بر تقویت سلامت اجتماعی موثر است.

جدول ۵: ضرایب رگرسیونی مربوط به مدل های پیش بینی شده

Sig	t	ضرایب رگرسیونی استاندارد شده	ضرایب رگرسیونی استاندارد نشده		میزان و معناداری F (ANOVA)	ضریب تعیین (R^2)
		Beta	Std. Error	B		
.001	3.449		2.411	8.31	مقدار ثابت	F=91.51 Sig=0.00 R ² =0.25
.000	9.397	.307	.049	.457	پیوند اجتماعی	
.000	5.617	.201	.045	.255	مشارکت داوطلبانه	
.000	4.520	.156	.026	.117	دینداری	

با توجه به نتایج جدول بالا، مقدار ضریب تعیین به دست آمده برای تعیین سلامت اجتماعی $R^2 = 0.25$ می باشد. و متغیر های دینداری، مشارکت داوطلبانه و پیوند اجتماعی بر سلامت اجتماعی تأثیر می گذارند که معادله خط رگرسیونی پیش بینی آن به شرح ذیل می باشد:

$$y = a + b_1 \cdot x_1 + b_2 \cdot x_2 + b_3 \cdot x_3$$

$$Y = ۸/۳۱ + ۰/۴۵(\text{پيوند اجتماعي}) + ۰/۲۵(\text{مشاركت داوطلبانه}) + ۰/۱۱(\text{دينداری})$$

مقدار ثابت یا عرض از مبدأ برابر است با ۸/۳۱ و ضریب تأثیر متغیر پیوند اجتماعی برابر است با ۰/۴۵، ضریب تأثیر متغیر مشارکت داوطلبانه برابر است با ۰/۲۵ و ضریب تأثیر متغیر دینداری برابر است با ۰/۱۱ به عبارت دیگر در ازای تغییر متغیر پیوند اجتماعی به میزان ۰/۴۵، تغییر متغیر مشارکت داوطلبانه به میزان ۰/۲۵ و تغییر متغیر دینداری به میزان ۰/۱۱ متغیر سلامت اجتماعی به میزان یک انحراف معیار افزایش می یابد.

در پی پاسخ به این سوال که بین این سه متغیر مستقل بیشترین تأثیر مربوط به کدام متغیر است، از معادله رگرسیونی استاندارد شده استفاده می کنیم.

فرمول ضریب رگرسیونی استاندارد شده به صورت زیر می باشد:

$$Z_y = B_1 \cdot Z_1 + B_2 \cdot Z_2 + B_3 \cdot Z_3$$

$$Y = ۰/۳۰(\text{پيوند اجتماعي}) + ۰/۲۰(\text{مشاركت داوطلبانه}) + ۰/۱۵(\text{دينداری})$$

با توجه به معادله فوق، بیشترین تأثیر مربوط به متغیر پیوند اجتماعی می باشد.

۳۸ بررسی مدل تحقیق (تحلیل مسیر (Patch Analisis))

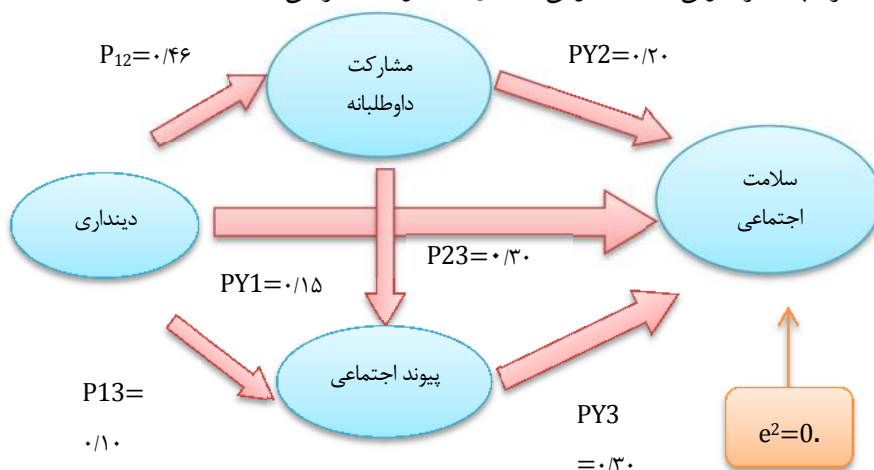
در حوزه مطالعات اجتماعی و اقتصادی روشهای تحلیل چند متغیره زیادی وجود دارند که به بررسی اثرات و روابط بین متغیرهای مورد مطالعه می پردازند. این روشها عمدتاً اثرات مستقیم یک متغیر بر متغیر دیگر را مورد بررسی قرار می دهند. اما در این میان تحلیل مسیر از جمله تکنیکهای چند متغیره می باشد که علاوه بر بررسی اثرات مستقیم متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته، اثرات غیر مستقیم این متغیرها را مد نظر قرار می دهد و روابط بین متغیرها را مطابق با واقعتهای موجود، در تحلیل وارد می کند.

جدول ۶: محاسبه اثرات مستقیم و غیر مستقیم

مجموع اثرات مستقیم و غیر مستقیم	اثرات مستقیم	اثرات غیر مستقیم	ضرایب مسیرهای غیر مستقیم	مسیرهای مستقیم	متغیر مستقل
۰/۳۱	۰/۱۵	۰/۱۶	$X_1 \rightarrow X_2 \rightarrow y$ $X_1 \rightarrow X_3 \rightarrow y$ $X_1 \rightarrow X_2 \rightarrow X_3 \rightarrow y$	$X_1 \rightarrow y$	دینداری

۰/۲۹	۰/۲۰	۰/۰۹	$X_2 \rightarrow X_3 \rightarrow y$	$X_2 \rightarrow y$	مشارکت داوطلبانه
۰/۳۰	۰/۳۰	-	-	$X_3 \rightarrow y$	پیوند اجتماعی

ضرایب رگرسیونی مدل مفهومی تحقیق به صورت زیر می باشند.



در تحقیقات اجتماعی - اقتصادی معمولاً شناسایی کلیه عوامل تأثیرگذار بر متغیر وابسته برای محقق امکان پذیر نمی باشد. بنابراین متغیرهای تحلیل مسیر همواره می توانند تنها بخشی از واریانس متغیر وابسته را تبیین کنند. چنانکه مقدار e^2 از عدد ۱ کم شود مقدار واریانس تبیین شده (که آنرا با R^2 نشان می دهند) به دست می آید (کرلینجر و پدهازر، ۱۳۸۴: ۴۲۳). به عبارت دیگر:

$$R^2 = 1 - e^2$$

R^2 به دست آمده در رگرسیون چند متغیره (که به طور همزمان همه متغیرها) ارائه شده است که مقدار ضریب تعیین برابر با ۰/۲۵ می باشد. یعنی ۰/۲۵ درصد از مجموع تغییرات متغیر وابسته توسط مدل تحلیلی فوق تبیین می شود. از طریق R^2 می توان ضریب خطا یا مقدار e را نیز محاسبه کرد.

$$R^2 = 1 - e^2$$

$$0.25 = 1 - e^2$$

$$1 - 0.25 = e^2 = 0.75$$

بنابراین می توان گفت، مدل علی به دست آمده ۷۵٪ واریانس متغیر وابسته را تبیین نمی کند.

۹. بحث و نتیجه‌گیری

در این قسمت جهت بحث و تبیین نظری نتایج فرضیات مقاله بر اساس ترتیب و جایگاه متغیرهای مستقل (بیرونی ترین و درونی ترین متغیر) در مدل و فرضیات رابطه ای بین متغیرها، بر اساس آزمون های پیرسون انجام خواهد شد. و در نهایت فرضیه علی تحقیق با توجه به نتایج مدل رگرسیونی و تحلیل مسیر نیز بحث و بررسی خواهد شد.

با توجه به نتایج مقاله حاضر، فرضیه بررسی رابطه بین سلامت اجتماعی و دینداری نشان می دهد که بین دو متغیر رابطه معناداری وجود دارد و شدت این رابطه در آزمون پیرسون $r=0.32$ متوسط و جهت رابطه مستقیم و مثبت ارزیابی می شود و در رگرسیون و تحلیل مسیر هم دارای تاثیر مستقیم و غیر مستقیم می باشد به عبارت دیگر هر چقدر دینداری افزایش یابد، سلامت اجتماعی نیز افزایش می یابد و بالعکس. و از طرفی دیگر نتایج آزمون پیرسون نشان می دهد دینداری با مشارکت داوطلبانه با میزان $r=0.46$ رابطه نسبتاً قوی و پیوند اجتماعی با میزان $r=0.24$ رابطه متوسط دارد. و این در حالی است که در مدل آماری همانند مدل نظری دینداری به عنوان بیرونی ترین متغیر قرار گرفته است و در نهایت از طریق مسیرهای فوق موجب افزایش و تقویت سلامت اجتماعی افراد می شود. بر این اساس می توان گفت دینداری پیش زمینه بسیار مهمی برای ارتقاء سلامت اجتماعی افراد خواهد بود. یواخیم واخ و وظیفه جامعه شناسی دین را تحقیق در تاثیرات متقابل دین و جامعه می دانست که شامل تاثیر دین بر صور و خصوصیات سازمان اجتماعی و تاثیر جامعه بر روابط اجتماعی درون یک دین است. به عبارت دیگر، دین همبستگی نیرومندی با یکایک وجوه فرهنگی، سیاسی و اقتصادی جوامع دارد، بر آنها تاثیر می گذارد و از آنها تاثیر می پذیرد.

با توجه به دیدگاه کارکردی دورکیم از جامعه، دین را به عنوان منشا اصلی اصول اخلاقی و همبستگی اجتماعی شناسایی کرد. به زعم او گردهمایی مردم در مراسم مذهبی، هم باعث تقویت باورهای دینی و هم موجب به وجود آمدن احساسات پرشور و شدید می شود که باعث تقویت پیوند بین مردم می شود. بدین ترتیب آئین های دینی با تقویت باورهای جمعی و اخلاقیات و نیز با پیوند شرکت کنندگان به یکدیگر، باعث همبستگی جامعه می شود. او برای دین نقش عاملیت قائل شد؛ یعنی اعتقادات و اعمال دینی به اخلاق جامعه، همسانی می بخشد. دین مانند اخلاق و قانون بخش مهم و حتی اساسی

دستگاه اجتماعی و جزئی از آن نظام پیچیده‌ای است که انسان‌ها با آن می‌توانند در یک تنظیم سامان‌مند روابط اجتماعی با هم زندگی کنند.

همانگونه که گرانووتر نیز اشاره کرده «پیوندهای ضعیف» (مانند آشنایی و عضویت مشترک در انجمن‌های فرعی، روابط مذهبی و...) برخوردارند اهمیت بالایی در زندگی افراد دارند. به زعم وی پیوندهای ضعیف بیش از پیوندهای قوی که در گروه خاصی متمرکزند، توان ایجاد ارتباط بین اعضای گروه‌های کوچک متفاوت دارند (Granovetter, 1973:1376). از نظر افه و فوش، تعهدات دینی در پیش‌بینی شرکت و عضویت در انجمن‌های خدمات اجتماعی و علاقه به فعالیت‌های داوطلبانه بسیار قوی هستند (Offe and Fuchs, 2002:208). و هدن معتقد است که دینداری عامل اساسی اجتماعی شدن و انسجام فکری عملی و جهت‌گیری در رفع مشکلات، پدیده‌ها و مسائل اجتماعی است (آزاد ارمکی و محمدی، ۱۳۷۷: ۱۶۰).

همچنین نتایج آزمون پیرسون در بررسی فرضیه رابطه‌ای بین مشارکت داوطلبانه و سلامت اجتماعی و پیوند اجتماعی نشان می‌دهد که فرضیه، مشارکت داوطلبانه با سلامت اجتماعی با میزان $r=0.38$ و با پیوند اجتماعی با میزان $r=0.34$ رابطه متوسط و مستقیم دارد. و در رگرسیون و تحلیل مسیر هم تاثیر مستقیم و غیر مستقیم بر سلامت اجتماعی متوسط و مثبت می‌باشد. مشارکت داوطلبانه به عنوان منبعی جهت «کنش جمعی» یاد شده است و این منبع علاوه بر آگاهی و توجه نسبت به امور عمومی اجتماعی_سیاسی (شناخت) موجب علاقمندی و جمع‌گرایی می‌شود و از این طریق موجب افزایش پیوند اجتماعی می‌گردد. دورکیم معتقد است که قواعد اخلاقی که دین وضع می‌کند، تضادها و تنش‌ها را تخفیف می‌دهد و امکان همکاری و مودت را از طریق تعیین وظایف افراد و آموزش نظم و مقررات و پیروی از آرمانها تضمین می‌کند و مصونیت و پیش‌بینی‌پذیر بودن این جامعه شرایطی را برای اعتماد و مشارکت به وجود می‌آورد که به نظر می‌رسد، نتیجه‌ی پیروی از هنجارهای اخلاقی باشد (ملاحسنی، ۱۳۸۱: ۷۵). بر این اساس موجب تسهیل روابط و ایجاد پیوندهای اجتماعی شده که در تقویت سلامت اجتماعی موثر خواهد بود.

و از دیگر نتایج مقاله حاضر این می‌باشد که پیوند اجتماعی به عنوان درونی‌ترین متغیر مدل طبق نتیجه آزمون پیرسون با میزان $r=0.41$ با سلامت اجتماعی رابطه معناداری دارد. همچنین در مدل رگرسیونی و تحلیل مسیر در بین متغیرهای مستقل بیشترین تاثیر مستقیم بر سلامت اجتماعی دارد. هیرشی معتقد است، کژ رفتاری زمانی روی می‌دهد که پیوند میان

فرد و جامعه ضعیف یا گسسته شده باشد. او علت هم‌نواپی افراد با هنجارهای اجتماعی را پیوند اجتماعی آنها دانسته و معتقد است که پیوند میان فرد و جامعه مهم‌ترین علت هم‌نواپی و عامل کنترل رفتارهای فردی است و ضعف این پیوند یا نبود آن موجب اصلی کجرفتاری است (صدیق سروسستانی، ۱۳۸۷: ۵۲). به عبارت دیگر موجب تقلیل و کاهش سلامت اجتماعی و شاخص‌های آن در جامعه می‌شود. از نظر دورکیم هم هر نوع قطع ارتباط بین فرد و جامعه به گونه‌ای که افراد در چارچوب‌های اجتماعی جذب نگردند، زمینه‌ای آنومیک و مساعد برای رشد انحرافات اجتماعی می‌باشد. در چنین حالتی یک نوع فردگرایی افراطی، خواسته‌های فردی را در مقابل حیات اجتماعی قرار می‌دهد (توسلی، ۱۳۸۲: ۷۱). از نظر وی هر نوع ورطه یا فاصله بین فرد و جامعه که به عدم ادغام افراد در چارچوب‌های اجتماعی می‌انجامد، به انحرافات اجتماعی میدان می‌دهد (کنگرلو، ۱۳۸۷: ۲۳).

و در نهایت با توجه به مدل رگرسیونی و تحلیل مسیر ضریب تعیین، به میزان $R^2=0.25$ شده است. به عبارت دیگر حضور همزمان سه متغیر دینداری، مشارکت داوطلبانه و پیوند اجتماعی در تبیین سلامت اجتماعی به این میزان می‌باشد که در تحقیقات علوم انسانی میزان پذیرفته شده‌ای می‌باشد. در واقع ۰.۷۵ درصد دیگر آنرا باید با متغیرهای دیگر در تحقیقات آتی کشف و شناسایی کرد. با توجه به نتیجه نهایی تحقیق حاضر، می‌توان اینگونه جمع‌بندی کرد که طبق نظر لنسکی مهمترین جنبه‌های دینداری، میزان درگیر بودن با گروه دینی است. به اعتقاد او این بعد از دو جنبه‌ی «مشارکتی» و «معاشرتی» برخوردار است. بعد مشارکتی به میزان حضور در برنامه‌ها و فعالیت‌های رسمی و جمعی اشاره دارد و بعد معاشرتی را از حیث داشتن پیوندهای دوستانه و عاطفی با هم‌کیشان و اعضای کلیسای خود تعریف می‌کند. (Robertse, 1995; 14). و در تحلیل نظام اعتقادی ادیان، فوکویاما ارزشهای اخلاقی نظیر، صداقت، اعتماد، ایثار و موارد مشابه را موجب مشارکت اجتماعی بین اعضای یک گروه یا فرقه مذهبی می‌داند. شبکه‌های مشارکت مدنی از جمله انجمن‌های همسایگی، تعاونی‌ها، باشگاه‌های ورزشی و...، کنش افقی شدیدی را به نمایش می‌گذارند. هر چه این شبکه‌ها در جامعه‌ای متراکم‌تر باشند، احتمال بیشتری وجود دارد که شهروندان بتوانند در جهت منافع متقابل همکاری کنند (پاتنام، ۱۳۸۴: ۲۹۶) و طبق نظر دورکیم، تا اعمال و مناسک نباشند، باورها به خودی خود به همبستگی اجتماعی منجر نمی‌شوند. دین به طور مدام جمع را می‌سازد (دورهم بودن و روحیه مشارکت ایجاد کردن

سلامت اجتماعی ره آورد دینداری، مشارکت داوطلبانه و پیوند اجتماعی ۱۴۱

و...) و بازسازی می‌کند و این کار را با محکم کردن پیوندهایی که فرد را به جامعه متصل می‌کند انجام می‌دهد. دین شرایط ضروری حیات اجتماعی و به سبب آن حیات فردی را ابقا می‌نماید (جلالی مقدم، ۱۳۷۹: ۷۶) و به این صورت حضور همزمان سه متغیر دینداری، مشارکت داوطلبانه و پیوند اجتماعی بستر تقویت و افزایش سلامت اجتماعی را در جامعه مهیا می‌کنند.

کتاب‌نامه

- افشانی، سید علیرضا و حمیده شیری محمد آباد (۱۳۹۵)، رابطه دینداری و سلامت اجتماعی زنان شهر یزد، پی‌اورد سلامت، دوره ۱۱، شماره ۱، سال ۱۳۹۶، ۷۴-۶۶.
- انوری، حمیدرضا (۱۳۷۳)، پژوهشی راجع به تقدیر گرایی و عوامل تاریخی، اجتماعی، سیاسی، اقتصادی و فرهنگی موثر بر تکوین آن، مقطع کارشناسی ارشد، رشته علوم اجتماعی، تهران، دانشگاه علامه طباطبایی، چاپ نشده.
- آزاد ارمکی و بهار محمدی (۱۳۷۷)، بررسی مسایل اجتماعی تهران، موسسه نشر جهاد.
- پاتنام، رابرت (۱۳۸۴)، جامعه برخوردار، سرمایه اجتماعی و زندگی عمومی مترجم: افشین خاکباز و حسن پویان، تهران، نشر شیرازه.
- توسلی، غلامعباس (۱۳۸۲). مشارکت اجتماعی در شرایط جامعه آنومیک، رابطه آسیب‌ها و انحرافات اجتماعی با مشارکت اجتماعی. تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی دانشگاه تهران.
- جلالی مقدم، مسعود (۱۳۷۹)، درآمدی بر جامعه‌شناسی دین، آراء جامعه‌شناسان بزرگ در مورد دین، تهران، نشر مرکز.
- حیدرخانی، هاییل و یونس نوربخش و نوذر قنبری (۱۳۹۶)، بررسی ارتباط بین دینداری و سلامت اجتماعی جوانان مناطق حاشیه ای شهر کرمانشاه، برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، دوره ۸، شماره ۳۰، صص: ۶۶-۳۱.
- خیرالله پور، اکبر (۱۳۸۳). بررسی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت روانی با تاکید بر سرمایه اجتماعی، مطالعه موردی دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه جامعه‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی، چاپ نشده.
- دورکیم، امیل (۱۳۸۳)، صور بنیادی، حیات دینی: توتتم پرستی در استرالیا، مترجم: باقر پیرهام، تهران، نشر مرکز.
- رحمانی خلیلی، احسان، (۱۳۸۸)، «بررسی تأثیر دینداری بر سرمایه اجتماعی شهروندان تهرانی»، پایان نامه دوره کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال، دانشکده مدیریت و علوم اجتماعی، رشته پژوهش علوم اجتماعی.

سراج زاده، حسین، فاطمه جواهری و سمیه ولایتی خواجه (۱۳۹۲) دین و سلامت: آزمون اثر دینداری بر سلامت در میان نمونه ای از دانشجویان. جامعه شناسی کاربردی، بهار ۱۳۹۲، دوره ۲۴، شماره ۱، صص ۷۷-۵۵.

شایسته مجد، عالیہ (۱۳۸۶)، بررسی تأثیر دینداری بر پنج تیپ شخصیت در سه دین (اسلام، مسیحیت و زرتشت)، مقطع کارشناسی ارشد، گرایش جامعه شناسی، دانشگاه شهید بهشتی. شجاعی زند، علیرضا (۱۳۸۲)، «مدلی برای سنجش دینداری در ایران»، مجله جامعه شناسی ایران، دوره ششم، شماره ۱، ۳۴-۶۶.

شریفی، طیبہ، مهناز مهربانی زاده هنرمند و حسین شکرکن (۱۳۸۴) "نگرش دینی و سلامت عمومی و شکیبایی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی اهواز"، اندیشه و رفتار، سال یازدهم، شماره ۱: صص: ۸۹-۹۹.

صدیق سروستانی، رحمت الله (۱۳۸۷) آسیب های اجتماعی (جامعه شناسی انحرافات اجتماعی)، انتشارات سمت، چاپ دوم.

فدایی مهربانی، مهدی (۱۳۸۶)، «شهرنشینی، رسانه و سلامت اجتماعی (رسانه های جوامع در حال گذار و سلامت اجتماعی شهروندان)»، پژوهش و سنجش (۱۴) ۴۹.

قصاب، رضوان (۱۳۸۶)، بررسی اثرات دینداری بر بیگانگی اجتماعی، استاد راهنما: سید حسین سراج زاده، مقطع ارشد، دانشگاه تربیت مدرس.

کلمن، جیمز (۱۳۷۷)، بنیادهای نظریه اجتماعی، مترجم: منوچهر صبوری، تهران، نشر نی. کنگرلو، مریم (۱۳۸۷). بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیر شاهد دانشگاه علامه طباطبایی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی تهران، چاپ نشده.

کوزر، لوئیس (۱۳۷۷)، زندگی و اندیشه بزرگان جامعه شناسی، مترجم: محسن ثلاثی، تهران، انتشارات علمی.

کولینز، جی.آر. تی.ای. وودز (۱۳۸۲)، «روان شناسی دین و نقش دین در سلامت جسم و روان»، ترجمه مجتبی حیدری، مجله معرفت، اسفند، شماره ۷۵، ۸۳-۷۸.

ملاحسنی، حسین (۱۳۸۱)، بررسی رابطه بین میزان سرمایه اجتماعی و نوع دینداری در بین دانش آموزان سال سوم دبیرستان در استان گلستان (علی آباد-گنبد)، تهران، مقطع کارشناسی ارشد جامعه شناسی، دانشگاه تربیت مدرس، چاپ نشده.

مهدوی، سید محمد صادق؛ افسانه ادیسی و احسان رحمانی خلیلی. (۱۳۸۹) شناسایی میزان دینداری و مقایسه آن در گروه های متفاوت، فصلنامه نامه پژوهش فرهنگی، سال یازدهم، شماره مسلسل ۴۳، پاییز ۱۳۸۹، صص ۱۳۹-۱۶۸.

سلامت اجتماعی ره آورد دینداری، مشارکت داوطلبانه و پیوند اجتماعی ۱۴۳

وریج کاظمی، عباس (۱۳۷۵)، بررسی جامعه شناختی نظریه های دینی متفکران مسلمان با تأکید بر رابطه دین و ایدئولوژی در نظریات استاد مطهری، دکتر شریعتی و مهدی بازرگان، مقطع کارشناسی ارشد علوم اجتماعی، تهران، دانشگاه تهران.

Ellison, Christopher G., Levin, Jeffrey S. (1998). The Religion-Health Connection: evidence, theory and future direction. *Health Education & Behavior*. 25(6).700-720.

Granovetter, M.(1973) " The strength of weak ties", *American Journal of Sociology*, Vol.78, No.6,PP.1360-1380.

Helly, Denise (2001) Voluntary and social participation by people of Immigrant origin. overview of Canadian Research, second National Metropolis conference, Immigrant and civic participation: Contemporary policy and Research Issues, Montreal, November 1997.

Hirschi, Travis (1969) , *Causes of delinquency*, Berkeley, and Los Angeles, University of California Press.

Johnson, M. A.(2004) «Faith, prayer and religious observances», *Journal of Clinical Cornerstone*; 6 (1): 17-24.

Kelley, M., Sokol, K.J., Braddock, J.H., Bassinger, F.L.(2004). *Control Theory, Sport and Patterns in Delinquency for Youth*. NY: Edwin Mellen Press.

Keyes, C. L. M., & Shapiro, A. (2004). Social well-being in the U.S.: A descriptive epidemiology. in Orville Brim, Carol, D., Ryff & Ronald, C. Kessler (eds.), *How healthy are you? A national study of well-being of Midlife*. Chicago: University of Chicago Press.

Larson, J. S. (1996), "The World Health Organization Definition of Health: Social versus Spiritual Health". *Social Indicators Research*, No. 38.

McCullough, Michael E., Tsang, Jo-Ann, Brion, Sharon. (2002). *Personality Traits and Religiousness: Personality traits in adolescence as predictors of religiousness in early adulthood*. www.psy.miami.edu/faculty/mmccullough.

Noorbala, A. A., Bagheri Yazdi, S. A., Asadi Lari, M. , & Vaez Mahdavi, M. R. (2011). Survey of mental health of adult population in Tehran in 2009. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 16(4), 479-483. (Persian)

Offe, Claus and Fuchs, Susanne (2002). "A decline of Social Capital? The German Case", Published in Putnam, Robert D., (2002). *Democracy in Flux: The Evolution of Social Capital in Contemporary Society*, New York: Oxford University Press.

Portes and Landolt (1995). In World Bank Group (1999). *Social Capital for Development*.

Roberts, Keith A.(1995). *Religion in sociological perspective*. Wadsworth publishing company.

Taylor, Andrew, Mac Donald, Douglas A.(1999). *Religion and the five factor model of personality: an exploratory investigation using a Canadian university sample. personality and individual differences*. 27.1243-1259.

Thompson, E.A., DiJulio, K.S., Matthews, T.(1982). *Social Control theory*, *Youth Society*, 13(3): 303-326.