

## سلامت اجتماعی ره‌آورد دین‌داری، مشارکت داوطلبانه، و پیوند اجتماعی

احسان رحمانی خلیلی\*

### چکیده

سلامت اجتماعی به چگونگی وضعیت ارتباط فرد با دیگران در جامعه یا همان جامعه‌پذیری وی اشاره دارد. باتوجه‌به این‌که سیستم‌های ارزش‌موجود فرهنگی، هنجارها، و ارزش‌ها بر سلامت اجتماعی مؤثرند، هدف اصلی در این مقاله پاسخ‌گویی به این پرسش است که متغیرهای دین‌داری، مشارکت داوطلبانه، و پیوند اجتماعی به چه میزان و از چه مسیری بر سلامت اجتماعی افراد مؤثرند؟ رویکرد مقاله اثبات‌گرایی است که با استفاده از روش پیمایش انجام شده است. سنجش متغیر سلامت اجتماعی براساس شاخص‌های عملیاتی شده است. پرسش‌نامه پس از بررسی روایی و پایایی، با تلفیق روش نمونه‌گیری طبقه‌بندی و خوشه‌ای چندمرحله‌ای، با برآورد حجم نمونه از طریق فرمول کوکران، در بین ۸۱۰ خانوار در پنج منطقه شهر تهران در سال ۱۳۹۶ اجرا شد. 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 تأثیر از سوی پیوند اجتماعی و به‌طوری‌که ضرایب تأثیر استاندارد متغیر پیوند اجتماعی به میزان ۰/۳۰، تغییر متغیر مشارکت داوطلبانه به میزان ۰/۲۰، و تغییر متغیر دین‌داری، به‌عنوان بیرونی‌ترین متغیر، به میزان ۰/۱۵ بر سلامت اجتماعی است.

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

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

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۳/۲۷، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۸/۱۶



## 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 شکل‌یافته 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 که ما برای عضویت در اجتماع به هنجارها پایبند باشیم و رفتار و گفتار خویش را با آن‌ها وفق دهیم. گفتنی است که علت تولد جامعه‌شناسی نیز نگرانی مربوط به روند روبه‌تزلزل روابط اجتماعی در نتیجه صنعتی‌شدن جوامع انسانی بوده است. 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 تأکید 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.

پورترس نیز خاطر نشان می‌سازد که ارزش‌ها و هنجارهای درونی‌شده می‌توانند فرد را به ایجاد پیوندهای اجتماعی یا انتقال منابع به دیگران، به‌خاطر الزامات اخلاق عمومی تشویق، کنند (Portes 1995: 15). جامعه‌شناسان معتقدند که هرچه ارزش‌های دینی، فرهنگی، و اخلاقی تقویت شده باشد، رفتار افراد پیش‌بینی‌پذیرتر می‌شود، زیرا افراد در چهارچوب 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 این صورت می‌گیرد که ارزش‌های مدرن جایگزین شود. پس در دوران گذار ارزش‌های سنتی کاهش پیدا می‌کنند، درحالی‌که هنوز ارزش‌های دنیای مدرن جایگزین آن نشده است که این امر زمینه‌ساز تضعیف سلامت اجتماعی می‌شود (رحمانی خلیلی ۱۳۸۸: ۸).

نتایج بسیاری از پژوهش‌ها نشان‌دهنده 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 et al. 2011). برپایه اظهارنظر 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 نشان‌دهنده وجود مشکل و آسیب در خانواده و دست‌کم اختلال در روابط میان‌فردی است. مهارنشدن، بلکه رشد سیر شیوع پدیده اعتیاد در ایران، مصرف داروهای ضد اضطراب، مهاجرت جوانان و نخبگان با وجود همه مقابله‌های جدی انجام‌شده، نشان‌دهنده ناموفق بودن اقدامات انجام‌شده بوده و آن را به مقوله مهم آسیب‌زای روانی - اجتماعی کشور تبدیل کرده است.

درواقع، یکی از ملاک‌های اساسی گذار از جوامع سنتی به مدرنیته گسترش بی‌رویه شهرنشینی بوده است که چنین گسترشی در کشورهای جهان سوم از جمله ایران باعث پی‌آمدهای 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، و عدم مشارکت شهروندان است. 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 خصوص، 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 گرد هم می‌آورد و بدین‌سان، پیوندهای مشترکشان را دوباره تصدیق و بستر مشارکت را فراهم می‌کنند و در نتیجه، هم‌بستگی اجتماعی را تحکیم می‌بخشد. هم‌بستگی اجتماعی موجب افزایش سلامت جامعه می‌شود.

نکته قابل‌ذکر این است که به‌رغم این که در نتایج برخی پژوهش‌ها از مسئله‌دار بودن سلامت اجتماعی بحث شد، خلأ اساسی در مرور ادبیات و پیشینه‌های قبلی این بوده است که بررسی هم‌زمانی متغیرهای پژوهش‌های حاضر در کارهای قبلی نبوده است. بنابراین، برای 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 و متوسط و کلان) جامعه بهره‌برداری کرد که طبق مطالعات

به عمل آمده، سیستم‌های از پیش موجود فرهنگی، هنجارها، و ارزش‌ها بر سلامت اجتماعی مؤثرند. در نتیجه، با مطالعات نظری انجام شده، محقق در صدد بررسی این مسئله بوده است که در شرایط فعلی چه عواملی می‌توانند در شکل‌گیری و نگه‌داشت سلامت اجتماعی شهروندان تهرانی نقش مؤثری داشته باشد؟ به عبارت دیگر، سؤال اصلی تحقیق این‌گونه مطرح می‌شود:

«آیا میزان دین‌داری، مشارکت داوطلبانه و پیوند اجتماعی شهروندان تهرانی می‌تواند بر سلامت اجتماعی آنان مؤثر باشد؟ از چه مسیری؟ و به چه میزان؟»  
اهداف این مقاله شامل موارد زیر می‌شود:

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

## ۲. مطالعات پیشین

مطالعات پیشین نشان می‌دهد که به‌منظور تعیین نوع بهزیستی در طول حیات هر فرد، پیوسته از مذهب به‌عنوان ویژگی‌ای ضروری برای دستیابی به سلامت مطلوب نام برده‌اند. پژوهش جانسون (۲۰۰۴) نشان داد که اعتقادات دینی نقش عمده‌ای در سلامت روان دارد و باورهای دینی در سازگاری روانی افراد تأثیر 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 می‌یابد و این نتیجه را یافته حیدرخانی (۱۳۹۶) در بین جوانان کرمانشاه هم تأیید می‌کند. سراج‌زاده و دیگران (۱۳۹۲) در تحقیق خود به این نتیجه دست یافتند که دین‌داری تأثیر معنادار مستقیم و غیرمستقیم بر سلامت کل دارد و به‌صورت غیرمستقیم و از طریق متغیر سبک زندگی سلامت‌محور، بر سلامت جسمی تأثیر دارد. هم‌چنین یافته‌های شریفی و دیگران (۱۳۸۴) نشان داد که نگرش دینی با اختلال در سلامت عمومی رابطه منفی دارد و از میان چهار بُعد دین‌داری، بعد اعتقادی و بعد مناسکی بهترین پیش‌بینی‌کننده‌ها 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، بی‌هنجاری، و بی‌معنایی می‌شوند، مگر در بی‌قدرتی که این رابطه مثبت بوده است. هم‌چنین نتایج شایسته (۱۳۸۶) نشان می‌دهد که هرچه قدر دین‌داری افزایش یابد، میل به عقل‌مداری، اقتدارطلبی، معاشرت، و انضباط‌طلبی نیز افزایش می‌یابد. در تحقیقات افه و فوش مشخص شد سازمان‌های دینی نقش میانجی را در فعالیت‌های دینی ایفا می‌کنند. از آن‌جاکه ادیان از نشست‌های عمومی و از مراسم و مناسک برخوردارند، باعث همکاری و تعاون و آگاهی از مسائل اجتماعی می‌شوند و نقش مؤثری در پیوند اجتماعی ایفا می‌کنند (Offe and Fuchs 2002).

مطالعه دیگری (میکلی و دیگران ۱۹۹۵) این نظریه را مطرح می‌کند که مذهب می‌تواند تأثیری مثبت (مانند ترغیب افراد به هم‌بستگی اجتماعی، کمک به ایجاد معنا در زندگی) یا منفی (پروراندن احساس گناه یا شرمساری بیش از حد در ذهن، به‌کاربردن مذهب به‌عنوان یک راه فرار از مواجه‌شدن 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 قوی‌بودن من، هم‌دلی، و رفتار اجتماعی انسجام‌یافته را به نمایش می‌گذارند (به‌نقل از کولینز و دیگران ۱۳۸۲: ۸۱). نتایج تحقیقات تایلر و مک دنالد نشان می‌دهد که دین‌داری با خوش‌آیندی و وظیفه‌شناسی رابطه مثبت و معناداری دارند (Taylor and MacDonald 1999). مک کلاف و دیگران نیز در یک مطالعه غیرطولی در بررسی رابطه دین‌داری با مدل پنج‌عاملی مک کری و کاستا به همین نتیجه رسیدند (McCullough 2002).

### ۳. ادبیات نظری

لارسن سلامت اجتماعی را به‌عنوان ارزیابی فرد از کیفیت روابطش با خانواده، دیگران، و گروه‌های اجتماعی تعریف می‌کند و معتقد است که مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد را می‌سنجد که نشان‌دهنده رضایت یا نارضایتی فرد از زندگی و محیط اجتماعی است و درواقع، شامل پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر، و رفتار) است (Larson 1996: 183). هم‌چنین برکن معتقد است تأثیر شبکه اجتماعی بر سلامت فرد عبارت است از پرورش روحیه مشارکت و درگیری اجتماعی فرد در فرایندهای اجتماعی.

مشارکت و درگیری اجتماعی از عملکرد پیوندهای بالقوه در فعالیت‌های زندگی ناشی می‌شود. سپری کردن اوقات خود با دوستان، حضور در کارکردهای اجتماعی، مشارکت در نقش‌های اجتماعی و شغلی، گرایش به فعالیت‌های مذهبی، و تفریح کردن به همراه گروه از نمونه‌های بارز درگیری اجتماعی هستند. بنابراین، از طریق فرصت‌هایی که به‌واسطه عضویت در شبکه‌های اجتماعی برای فرد فراهم می‌شود تا در رویدادهای اجتماعی مشارکت کند، شبکه‌های اجتماعی نقش‌های اجتماعی معناداری از قبیل نقش‌های اجتماعی شغلی، خانوادگی، و والدینی را تعریف می‌کنند و از این طریق، سلامت اجتماعی فرد را نیز ارتقا می‌دهند. علاوه بر این، مشارکت در درون شبکه فرصت‌هایی برای رفاقت، مصاحبت، و معاشرت فراهم می‌کند که این رفتارها و نگرش‌ها و پیوندها به زندگی فرد معنا می‌بخشد و این امر در سلامت روانی - اجتماعی وی تأثیر به‌سزایی می‌گذارد (Berkman et al. 2000، به نقل از خیرالله‌پور ۱۳۸۳: ۴۳).

بنابراین، سلامت اجتماعی به چگونگی وضعیت ارتباط فرد با دیگران در جامعه یا همان جامعه‌پذیری وی اشاره دارد. از نظر دورکیم، هر نوع قطع ارتباط بین فرد و جامعه به گونه‌ای که افراد در چهارچوب‌های اجتماعی جذب نگردند، زمینه‌ای آنومیک و مساعد برای رشد انحرافات اجتماعی است. در چنین حالتی، نوعی 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 ادغام‌نشدن افراد در چهارچوب‌های اجتماعی می‌انجامد به انحرافات اجتماعی میدان می‌دهد (کنگرلو ۱۳۸۷: ۲۳).

از دیدگاه کارکردگرایان دینی از جمله رابرتز، دین در اکثر جوامع در جهت تقدس‌بخشیدن به ارزش‌های فرهنگی کمک می‌کند و یکی از مهم‌ترین 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 رابرتز، بر این نظر است که در اکثر جوامع، دین و اخلاقیات هر روزه با هم ارتباط تنگاتنگی دارند. رابرتز می‌نویسد: «یک دین از طریق فراهم‌آوردن یک اساس مابعدالطبیعی برای ارزش‌های فرهنگی، کدهای اخلاقی، نگرش‌های مربوط به زندگی با اغتشاش و بی‌نظمی کج‌روی که می‌توانند آنومی را به‌وجود 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 درنهایت، ثبات اجتماعی را موجب می‌شود.

هم‌چنین دین‌هنجارهای اجتماعی را درونی می‌کند و احساس الزام اخلاقی را در درون فرد ایجاد می‌کند (کوزر ۱۳۷۷: ۱۹۷). از طرف دیگر، دورکیم می‌گوید: «تشریفات و مناسک دینی هر قدر هم که کم‌اهمیت باشند، اجتماع را به حرکت درمی‌آورند. گروه‌هایی از مردم برای برگزاری این جشن‌ها گرد هم 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 به‌خودی‌خود به هم‌بستگی اجتماعی منجر نمی‌شوند. دین مدام جمع را می‌سازد و بازسازی می‌کند و این کار را با محکم‌کردن پیوندهایی که فرد را به جامعه متصل می‌کند انجام می‌دهد. دین شرایط ضروری حیات اجتماعی و به‌سبب آن، حیات فردی را ابقا می‌نماید (جلالی مقدم ۱۳۷۹: ۷۶) و بدین صورت در ایجاد سلامت فردی و اجتماعی مؤثر است.

دیویس نیز معتقد است که 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 الیسون 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 نظرند که افرادی که به‌طور منظم و بیش‌تر در عبادات دینی، به‌ویژه عبادت‌ها و تشریفات جمعی دینی شرکت می‌کنند دارای شبکه‌های اجتماعی و روابط وسیع‌تری هستند، بنابراین، از تبادلات کالا، خدمات، و اطلاعات بیش‌تر و متنوع‌تری برخوردار می‌شوند. تشریفات (خدمات) دینی و 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 and Levin 1988: 405-406).

به‌عبارت‌دیگر، هنجارهای مؤثر در قالب و شکل دستوری به‌شکل نیرومندی باعث ظهور سلامت اجتماعی در جمع می‌شوند و فرد تحت‌تأثیر قدرت این هنجارها باید منافع شخصی را رها کند و به سود جمع عمل کند (کلمن ۱۳۷۷: ۴۷۵-۴۷۶). بنابراین، سیستم‌های ازپیش‌موجود فرهنگی هنجارها و ارزش‌ها بر سلامت اجتماعی مؤثرند.

برطبق رویکرد کارکردگرایانه، دین هم‌چنین یگانگی افراد جامعه را با هم‌دیگر تقویت و جدایی آنان را از اعضای دیگر گروه‌ها تشدید می‌کند. علاوه‌براین، دین می‌تواند زمینه‌های انسجام گروهی را فراهم کند و افراد را در قالب هم‌کیشانی معتقد به جهان‌بینی و ایدئولوژی

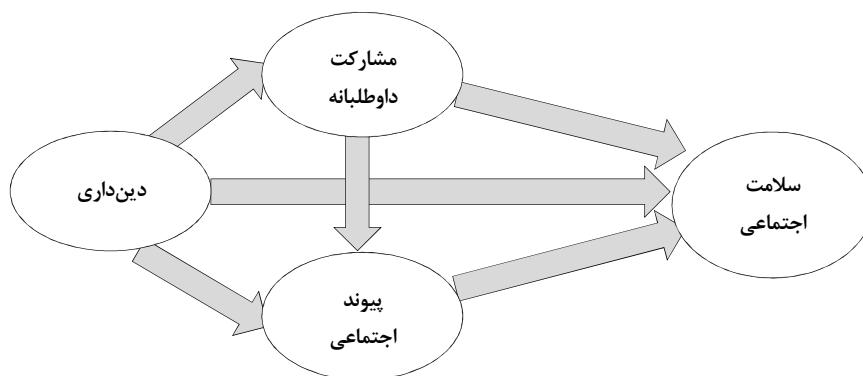
خاصی در برابر سایر گروه‌ها و اجتماعات متناظر دسته‌بندی کند. دین با ایجاد یک روح جمعی، شور و شوق مذهبی و گسترش احساسات همگانی از طریق مناسک و مراسم جمعی، می‌تواند زمینه‌های لازم را برای پیوند میان اعضا و انسجام و پیوند اجتماعی فراهم آورد. از این رو، با استناد به استدلال‌های کارکردگرایان درباره‌ی کارکرد دین، این فرضیه پذیرفتنی به نظر می‌رسد که دین‌داری اثر مثبتی بر ایجاد روحیه‌ی مشارک و پیوند اجتماعی و همچنین بر ارتقای سلامت اجتماعی دارد. به این ترتیب، افراد دین‌دار، که ارتباط گسترده و پیوند قوی‌تری با افراد جامعه‌ی خود دارند و احتمالاً از شبکه‌های ارتباطی گسترده برخوردارند، موجب تقویت سلامت اجتماعی می‌شوند (سراج‌زاده و دیگران ۱۳۹۲).

بر اساس نظریه‌ی پیوند اجتماعی هیرشی (Hirschi's Social Bond Theory)، رفتارهای انحرافی (که سلامت اجتماعی را به خطر می‌اندازند) 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 هستند. دل‌بستگی میزان عاطفه و احترامی است که فرد به دیگران مهم می‌گذارد (Kelley et al. 2004). تعهد (commitment) مربوط به سرمایه‌گذاری است که فرد برای دستیابی به اهداف عرفی به‌منظور تحصیلات بالا و تلاش برای حصول این اهداف انجام می‌دهد (Thompson et al. 1982: 303-326)، هرچه سرمایه‌گذاری بیش‌تر باشد یا انگیزه برای کسب آن بیش‌تر باشد، دلیل بیش‌تری برای هم‌نوایی با هنجارهای جامعه وجود دارد. مشغولیت (involvement) بر این فرض استوار است که درگیری در فعالیت‌های موردقبول جامعه موجب می‌شود وقت و آزادی محدود فرد صرف شود 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 بااهمیت است. معضلی که این ارتباطات را در جامعه‌ی سیال مدرن با تهدیدی جدی مواجه ساخته است پدیده‌ای به‌نام انزوای اجتماعی یا انفصال در شبکه‌ی روابط اجتماعی اعضای جامعه است، یا به‌عبارتی، نداشتن پیوند اجتماعی با دیگران است.

دورکیم بر این باور است که مشارکت در امور گروه یا جامعه می‌تواند به افزایش احساس تعلق به گروه و جامعه منجر 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 یا



جامعه مایه بگذارند. بنا به نظر دورکیم، هرچه احساس نزدیکی و پیوند فرد با گروهش قوی‌تر باشد، احتمال انزوا و به‌خطر افتادن سلامت 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 به‌منزله پل‌هایی میان گروه‌های اجتماعی گوناگون هستند. بر این اساس، بدون شک دین‌داری به‌عنوان بیرونی‌ترین متغیر مدل این مقاله، با ایجاد پیوند و هم‌بستگی بین افراد و هم‌چنین از طریق آموزه‌های دینی بر رفتارهایی تأکید دارد که زمینه و بستر شکل‌گیری مشارکت و پیوندهای اجتماعی را فراهم می‌آورد که می‌توانند پیش‌زمینه بسیار مهمی برای ارتقای سلامت اجتماعی افراد باشند. بر این اساس، با استفاده از نظریه‌های هم‌سو، به تبیین سلامت اجتماعی با متغیرهای دین‌داری، مشارکت داوطلبانه، و پیوند اجتماعی پرداخته‌ایم.



شکل ۱. مدل نظری تحقیق

#### ۴. فرضیات تحقیق

۱. به‌نظر می‌رسد دین‌داری با مشارکت داوطلبانه رابطه معناداری دارد، به‌طوری‌که با افزایش دین‌داری نیز مشارکت داوطلبانه افزایش می‌یابد.
۲. به‌نظر می‌رسد دین‌داری با پیوند اجتماعی رابطه معناداری دارد، به‌طوری‌که با افزایش دین‌داری نیز پیوند اجتماعی افزایش می‌یابد.
۳. به‌نظر می‌رسد دین‌داری با سلامت اجتماعی رابطه معناداری دارد، به‌طوری‌که 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 مؤثر است.

## ۵. روش تحقیق

این تحقیق با رویکرد اثبات‌گرایی و از نوع توصیفی - تبیینی است که با استفاده از روش پیمایش به دنبال شناسایی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی است. واحد تحلیل آن شهروندان تهرانی (سطح خرد) هستند. از لحاظ معیار زمان، تحقیقی مقطعی است که در یک زمان صورت گرفته و واقعیت را در یک برهه از زمان، یعنی در اردیبهشت سال ۱۳۹۶ بررسی می‌کند و در نهایت، با توجه به این که به دنبال شناخت و کمک به حل مسئله‌ای اجتماعی است که در دسته تحقیقات کاربردی قرار می‌گیرد.

جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه شهروندانی است که در سال ۱۳۹۶ ساکن شهر تهران بودند. ابزار گردآوری داده‌ها در این تحقیق پرسش‌نامه است. برای محاسبه حجم نمونه از فرمول کوکران استفاده شد. در این تحقیق برای اطمینان، حجم نمونه ۱۰ درصد بیش از میزان برآورد شده انتخاب شد که پس از حذف پرسش‌نامه‌های ناقص و داده‌های پرت این تعداد به ۸۱۰ پرسش‌نامه رسید و انتخاب نمونه با تلفیق نمونه‌گیری طبقه‌بندی متناسب و خوشه‌ای چندمرحله‌ای صورت گرفته است. در نمونه‌گیری حاضر شهر تهران به عنوان پنج منطقه (طبقه) شمال، جنوب، شرق، غرب، و مرکز در نظر گرفته می‌شود که هر یک مناطق ۲۲گانه شهر تهران در این پنج منطقه پراکنده‌اند که به ترتیب مناطق ۳، ۱۶، ۸، ۵، و ۶ به عنوان نمونه در هر یک از طبقات فوق انتخاب شده‌اند. در مرحله بعد، به نواحی هر منطقه توجه می‌شود که هر منطقه از شهر تهران به تعدادی ناحیه تقسیم شده که در نمونه‌گیری حاضر منطقه سه شش ناحیه، منطقه شانزده شش ناحیه، منطقه هشت سه ناحیه، منطقه پنج هفت ناحیه، و منطقه شش شامل شش ناحیه هستند. در خوشه بعدی،

در هریک از مناطق انتخاب‌شده، سه ناحیه را به‌طور تصادفی انتخاب می‌کنیم و در مرحله بعد، طبق نقشه هر ناحیه، براساس بلوک‌بندی نواحی که شهرداری تهران تهیه کرده است، به خانواده‌ها به‌عنوان واحد مشاهده رجوع شده است. در این مقاله، جامعه آماری باتوجه‌به هدف آن شامل مجموعه خانوارهای ساکن در شهر تهران بزرگ است. واحد آماری موردبررسی نیز عبارت است از افراد مطلع از موضوع موردبررسی، مانند رئیس خانوار، همسر یا یکی از افراد مطلع خانوار با حداقل سن هجده سال که از طریق مراجعه به وی و مصاحبه، پرسش‌نامه مربوطه تکمیل می‌شود. بنابراین، واحد تحلیل فرد (شهروند تهرانی) است.

## ۶. تعریف عملیاتی متغیرهای اصلی

### ۱.۶ تعریف عملیاتی سلامت اجتماعی

از نظر تجربی، مفهوم سلامت اجتماعی در ادبیات جامعه‌شناسی ناهنجاری و بیگانگی اجتماعی ریشه دارد؛ اما مطابق مدل سلامت، فقدان ناهنجاری و بیگانگی اجتماعی دلیلی کافی برای وجود سلامت اجتماعی جامعه نیست. کیز در یک تحلیل عامل گسترده، باتوجه‌به مفهوم‌پردازی‌های نظری از سلامت اجتماعی یک مدل پنج‌بعدی قابل‌سنجش ارائه داد. طبق این ابعاد فرد سالم از نظر اجتماعی زمانی عملکرد خوب دارد که اجتماع را به‌صورت مجموعه‌ای معنادار و قابل‌فهم و دارای استعدادهای بالقوه برای رشد و شکوفایی بداند و احساس کند که متعلق به گروه‌های اجتماعی خود است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهیم بداند. محتوای مقیاس سلامت اجتماعی طیف مثبتی از ارزیابی تجارب فرد در جامعه است. این مقیاس جدید با مقیاس‌های سلامت اجتماعی بین‌فردی (مانند پرخاش‌گری و حمایت اجتماعی) و سطح اجتماعی (مانند فقر و جایگاه اجتماعی) تفاوت دارد (Keyes and Shapiro 2004: 29). این مقیاس حاوی پانزده گویه است: سه گویه مربوط به عامل انسجام یا یگانگی اجتماعی (social integration)، سه گویه عامل پذیرش اجتماعی (social acceptance)، سه گویه عامل شکوفایی اجتماعی (social actualization)، سه گویه عامل سهم‌داشت اجتماعی (social contribution)، و سه گویه مربوط به عامل انطباق اجتماعی (social cohesion) است (ibid.: 10).

جدول ۱. ابعاد محوری عناصر مفهومی متغیر سلامت اجتماعی

مفهوم	ابعاد	گویه‌ها
سلامت اجتماعی	یگانگی یا انسجام اجتماعی	احساس می‌کنم به گروه و جماعتی تعلق دارم.
		به افرادی که در سطح اجتماع با آنها در تماس هستم، احساس نزدیکی و صمیمیت می‌کنم.
		اجتماع و اطرافیانم را منشأ تسلی خاطر و راحتی خود می‌دانم.
	پذیرش اجتماعی	معمولاً مردم درازای کمکی که به هم می‌کنند چشم‌داشت و انتظاری ندارند.
		مردم به مشکلات هم‌دیگر اهمیت می‌دهند.
		معتقدم که مردم خوب و مهربان‌اند.
	سهام‌داشت اجتماعی	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 درمی‌آورم).
		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 نایستاده است.
		در نظر افرادی مثل من، جامعه در حال پیشرفت است.

## ۲.۶ تعریف عملیاتی متغیر دین‌داری

دین‌داری واژه‌ای ملازم با دین است، به گونه‌ای که هرگاه درباب تعریف دین به‌طور مبسوط بحث و نتیجه‌گیری 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، چراکه به نوعی حضور دین دلالت می‌کند (شجاعی زند ۱۳۸۲: ۳۶). بر این اساس، آشکار می‌گردد که دین پدیده‌ای مستقل از پذیرش انسان‌هاست و دین‌داری عبارت است از پذیرش آنچه دین نامیده می‌شود، توسط انسان. در واقع، دین‌داری نوعی صفت و حالت انسان است و شخص دین‌دار کسی است که ویژگی‌های خاص منطبق با هنجارهای دینی، تحت تأثیر این حالات، به عمل دست می‌زند (انوری ۱۳۷۳: ۱۵۶). در این تحقیق، در سنجش دین‌داری از سه بعد اعتقادات، اخلاقیات، و اعمال بررسی شده است (مهدوی و دیگران ۱۳۹۰: ۱۵۳).

جدول ۲. ابعاد محوری عناصر مفهومی متغیر دین‌داری

مفهوم	ابعاد	خرده‌ابعاد	مؤلفه‌ها	گویه‌ها
	اعتقادات	اصول دین	توحید، نبوت، امامت، عدالت، و 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، احترام به دیگران، تبعیض	در اختلافات خانوادگی، از دشنام و ناسزا پرهیز می‌کنم. بدگویی کسی را در حضور دیگران نمی‌کنم. در مراسم و میهمانی‌هایی که اصول شرعی رعایت نشود شرکت نمی‌کنم.
تذکره	عبادات	واجب	فردی	خوردن شراب (نوشیدنی الکلی) حرام است.
			جمعی	کمک بدون چشم‌داشت و وظیفه انسانی ماست.
	مستحب	فردی	خواندن آیه «وَأَن يَكَادَ...» یا «آیه الكرسي» موجب دفع خطر می‌شود.	
		جمعی	نمازهای واجب یومیه را می‌خوانم. در صورت داشتن استطاعت مالی به حج می‌روم.	
	شبه‌عبادات	مادی	در صورت داشتن شرایط، روزه واجب در ماه رمضان را می‌گیرم. به عبادات مستحبی مانند روزه در ماه‌های غیررمضان، ذکر دعا، و ... می‌پردازم.	
		معنوی	برای زیارت به امامزاده‌ها و اماکن مذهبی می‌روم. در نماز جماعت شرکت می‌کنم. برای برآورده شدن نیازها نذر می‌کنم. برای طهارت به انجام غسل پایبندم.	
اعمال	غیرعبادی	پرداخت خمس، انجام امر به معروف و نهی از منکر، انجام جهاد، شیوه رابطه با نامحرم، شرکت در میهمانی‌ها، مصرف تولیدات الکلی، طهارت		

### ۳.۶ تعریف عملیاتی متغیر پیوند اجتماعی

بر اساس نظریه 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 et al. 2004).

جدول ۳. ابعاد محوری عناصر مفهومی متغیر پیوند اجتماعی

مفهوم	ابعاد	گویه‌ها
پیوند اجتماعی	دل‌بستگی	موقیبت هریک از اعضای خانواده‌ام برای من مهم است.
		اگر خویشاوندانم دچار مشکل شوند، وقت خود را به حل کردن آن اختصاص می‌دهم.
		همیشه به اعضای خانواده‌ام احترام می‌گذارم.
	تعهد	اموری که به من واگذار شده متعهد به انجام دادن آن می‌شوم.
		برای دست‌یابی به مهارت‌های جدید از لحاظ زمانی و مادی هزینه می‌کنم.
	مشغولیت	همیشه به دنبال یک کار ثابت برای مشغولیتم هستم.
		در زندگی برنامه‌ریزی می‌کنم تا به تحصیلات بالاتر برسم.
		در اوقات فراغتم، به مطالعه و یادگیری مهارت‌ها می‌پردازم (تخصص‌های کامپیوتری و ...)
		در اوقات فراغتم به تفریح و ورزش و کارهای سرگرم‌کننده می‌پردازم.
	اعتقاد و باور	در زندگی به ارزش‌ها و اصول اخلاقی پایبندم.
در حوزه کاری، انجام دادن کارهای آشنایان را مقدم بر کارهای دیگران انجام نمی‌دهم. وقتی با کسی قرار می‌گذارم یا به کسی قولی می‌دهم، حتماً به قولم عمل می‌کنم.		

### ۴.۶ تعریف عملیاتی متغیر مشارکت داوطلبانه

در این تحقیق، سنجش مشارکت داوطلبانه را در دو بخش زیر آورده‌ایم:

۱. مشارکت نهادی (رسمی) که دربرگیرنده مشارکت در سازمان‌ها، انجمن‌ها، و کلوب‌ها (باشگاه‌ها) می‌شود؛
۲. مشارکت غیررسمی (فردی) که خود دربرگیرنده 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 می‌شود؛ ب) مشارکت پایدار که شامل مشارکت

سلامت اجتماعی ره‌آورد دین‌داری، مشارکت داوطلبانه، و ... (احسان رحمانی خلیلی) ۱۳۷

قاعده‌مند و فعالیت در گروه‌هایی که به صورت مؤسسه و سازمان نیستند، ولی نسبتاً دائمی و همیشگی (گروه‌های موسیقی و جوانان) هستند (Helly 2001: 3-4).

جدول ۴. ابعاد محوری عناصر مفهومی متغیر مشارکت‌های داوطلبانه

مفهوم	ابعاد	شاخص‌ها	گویه‌ها
مشارکت داوطلبانه	رسمی	مشارکت در انجمن‌های داوطلبانه و انسان‌دوستانه (مانند هلال احمر)، عضویت در انجمن‌های علمی یا تعاونی و ...	در گروه‌های خیریه همانند تهیه تجهیزات، کمک به مستمندان و ...
			مشارکت در انجمن‌های انسان‌دوستانه (مانند هلال احمر، انجمن‌های علمی، و ...)
			مشارکت در اجرای پروژه‌های شهرداری، اداره برق، گاز، مخابرات و فاضلاب و ...
			در تشکیل صندوق‌های قرض‌الحسنه یا هم‌فکری و همکاری با شوراهای محله
مشارکت داوطلبانه	غیررسمی	در گروه‌های خیریه همانند تهیه تجهیزات، کمک به مستمندان و ... در مراسم سوگواری، جشن و شادی‌های دینی و ملی (نیمه شعبان و ...)	در مراسم و جشن‌های خیریه هم‌چون جشن نیکوکاری، جشن عاطفه‌ها، تکریم ایتم و ...
			در کمک به نیازمندان هم‌چون جانبازان، سالمندان یا معلولان
			در کمک‌کردن به مردم آسیب‌دیده (زلزله، سیل، و ...)
			در مراسم مختلف دینی در مساجد و تکیه‌ها و حسینیه‌ها
			در جشن‌ها و شادی‌های ملی یا دینی (نیمه شعبان و ...)

## ۷. روایی (validity) و پایایی (reliability)

باتوجه به مدل‌های سنجش ارائه‌شده در تعریف عملیاتی متغیرها در سلامت اجتماعی و پیوند اجتماعی از مدل‌های استاندارد استفاده شده است و در دو مدل دین‌داری و مشارکت هم از مدل‌های پرتکرار در تحقیقات داخلی استفاده شده است که روایی صورتی آن‌ها بررسی شده و مورد تأیید بوده است. موارد برای سنجش پایایی از روش آزمون آلفای کرونباخ استفاده شده است که پرسش‌نامه در یک تحقیق مقدماتی با حجم نمونه‌ای 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، به طوری که متغیر سلامت اجتماعی با میزان

آلفا ۰/۷۰، دین‌داری ۰/۹۳، مشارکت داوطلبانه با ۰/۸۵، و پیوند اجتماعی ۰/۷۱ هستند. در مجموع، آلفای تمام متغیرها مقدار مناسبی است.

## ۸. یافته‌های تحقیق

در این قسمت، با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی، به توصیف متغیرها و آزمون فرضیه‌های تحقیق می‌پردازیم:

جدول ۵. توزیع فراوانی و درصدی متغیرهای مستقل و وابسته

	دین‌داری		مشارکت داوطلبانه		پیوند اجتماعی		سلامت اجتماعی	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
خیلی کم	18	2.2	226	27.9	6	.7	46	5.7
کم	38	4.7	277	34.2	2	.2	123	15.2
متوسط	117	14.4	172	21.2	95	11.7	365	45.1
زیاد	267	33.0	99	12.2	365	45.1	232	28.6
خیلی زیاد	370	45.7	36	4.4	342	42.2	44	5.4
مجموع	810	100.0	810	100.0	810	100.0	810	100.0

باتوجه به اطلاعات جدول فوق، سلامت اجتماعی ۴۵.۱ درصد پاسخ‌گویان متوسط است که بیش‌ترین میزان را به خود اختصاص داده‌اند و ۲۰.۹ درصد سلامت اجتماعی‌شان کم و خیلی کم و ۳۴ درصد زیاد و خیلی زیاد است. نتایج نشان می‌دهد که میزان سلامت اجتماعی مطلوب نیست، درحالی‌که ۸۸.۷ درصد افراد میزان دین‌داری‌شان زیاد و خیلی زیاد است. در متغیر پیوند اجتماعی، ۸۷.۳ درصد از افراد زیاد و خیلی زیاد و میزان قابل‌توجهی است و اما در مقابل متغیر مشارکت داوطلبانه ۵۲.۱ درصد افراد خیلی کم یا کم می‌شوند که این میزان جای بررسی و تأمل دارد.

جدول ۶. آماره‌های توصیفی مربوط به سلامت اجتماعی

آماره‌های 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



سلامت اجتماعی ره‌آورد دین‌داری، مشارکت داوطلبانه، و ... (احسان رحمانی خلیلی) ۱۲۹

متغیر سلامت اجتماعی با استفاده از تکنیک‌های آماری یک بار در سطح سنجش فاصله‌ای و یک بار در سطح سنجش رتبه‌ای سنجیده شده است که اطلاعات جدول فوق مربوط به سطح سنجش فاصله‌ای است.

میانگین سلامت اجتماعی ۴۰.۲۹ است. با توجه به این که کم‌ترین میزان سلامت اجتماعی ۴ و بیش‌ترین میزان آن ۷۵ است، می‌توان گفت که میانگین سلامت اجتماعی متوسط است و میانه آن ۴۱ است، یعنی نیمی از پاسخ‌گویان نمره کم‌تر از ۴۱ و نیمی دیگر بیش‌تر از ۴۱ گرفته‌اند. نما برابر است با ۴۳ که بیش‌ترین تکرار میزان سلامت اجتماعی است. از طرفی، نزدیک‌بودن میزان میانگین، میانه، و نما به هم نشان از نرمال‌بودن متغیر سلامت اجتماعی دارد. شاخص‌های پراکندگی شامل واریانس برابر است با ۱۷۳.۱۰ و انحراف معیار ۱۳.۱۵ است. نسبت میزان چولگی به خطای استاندارد از چولگی آن کم‌تر از ۲ است و کجی ندارد و هم‌چنین نسبت کشیدگی به خطای استاندارد از کشیدگی کم‌تر از ۲ است که نشانه نبودن کشیدگی و این نتایج حاکی از آن است که متغیر سلامت اجتماعی نرمال است.

## ۱.۸ بررسی نرمال‌بودن متغیر وابسته

جدول ۷. 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 سطح معناداری  $Sig = 0.058$  و  $Sig = 0.124$  را نشان می‌دهند که به علت بالاتر بودن سطح معناداری از ۰.۰۵ توزیع متقارن و نرمال متغیر سلامت اجتماع تأیید می‌شود.

## ۲.۸ بررسی فرضیات اصلی

جدول ۸. ضرایب هم‌بستگی پیرسون بین متغیرهای اصلی تحقیق

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

سلامت اجتماعی	پیوند اجتماعی	مشارکت داوطلبانه	دین‌داری		
.380**	.349**	1	.465**	R	مشارکت داوطلبانه
.000	.000		.000	Sig. (2-tailed)	
810	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 است، در جدول فوق با هم آمده است که تفاسیر هر یک از فرضیات به صورت جداگانه در زیر آمده است.

به طور خلاصه می‌توان اشاره کرد که در هر شش فرضیه، میزان  $\text{Sig} = 0.000$  است به عبارت دیگر، در هر شش فرضیه، رابطه هم‌بستگی معنادار وجود دارد، به طوری که شدت رابطه پیوند اجتماعی با سلامت اجتماعی بیش‌تر از موارد دیگر است.

حال با توجه به رابطه هم‌بستگی بین متغیرهای مدل که در آزمون‌های پیرسون تفکیکی در جدول فوق بررسی شد، در این جا برای بررسی رابطه علی متغیرها از رگرسیون خطی به روش ایتر استفاده می‌کنیم.

فرضیه علی تحقیق: به نظر می‌رسد وجود هم‌زمان متغیرهای دین‌داری، مشارکت داوطلبانه، و پیوند اجتماعی بر تقویت سلامت اجتماعی مؤثر است.

جدول ۹. ضرایب رگرسیونی مربوط به مدل‌های پیش‌بینی 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 <sup>2</sup> =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	

سلامت اجتماعی ره‌آورد دین‌داری، مشارکت داوطلبانه، و ... (احسان رحمانی خلیلی) ۱۳۱

باتوجه به نتایج جدول بالا، مقدار ضریب تعیین به دست آمده برای تعیین سلامت اجتماعی  $R^2 = 0.25$  است و متغیرهای دین‌داری، مشارکت داوطلبانه، و پیوند اجتماعی بر سلامت اجتماعی تأثیر می‌گذارند که معادله خط رگرسیونی پیش‌بینی آن به شرح ذیل است:

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

$$Y = 0.11(\text{دین‌داری}) + 0.45(\text{مشارکت داوطلبانه}) + 0.25(\text{پیوند اجتماعی}) + 0.31$$

مقدار ثابت یا عرض از مبدأ برابر است با  $0.31$  و ضریب تأثیر متغیر پیوند اجتماعی برابر است با  $0.45$ ، ضریب تأثیر متغیر مشارکت داوطلبانه برابر است با  $0.25$  و ضریب تأثیر متغیر دین‌داری برابر است با  $0.11$ . به عبارت دیگر، درازای تغییر متغیر پیوند اجتماعی به میزان  $0.45$ ، تغییر متغیر مشارکت داوطلبانه به میزان  $0.25$  و تغییر متغیر دین‌داری به میزان  $0.11$  متغیر سلامت اجتماعی به میزان یک انحراف معیار افزایش می‌یابد.

برای پاسخ‌گویی به این سؤال که بین این سه متغیر مستقل بیش‌ترین تأثیر مربوط به کدام متغیر است، از معادله رگرسیونی استاندارد شده استفاده می‌کنیم. فرمول ضریب رگرسیونی استاندارد شده به صورت زیر است:

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

$$Y = 0.30(\text{دین‌داری}) + 0.15(\text{مشارکت داوطلبانه}) + 0.20(\text{پیوند اجتماعی}) + 0.30$$

باتوجه به معادله فوق، بیش‌ترین تأثیر مربوط به متغیر پیوند اجتماعی است.

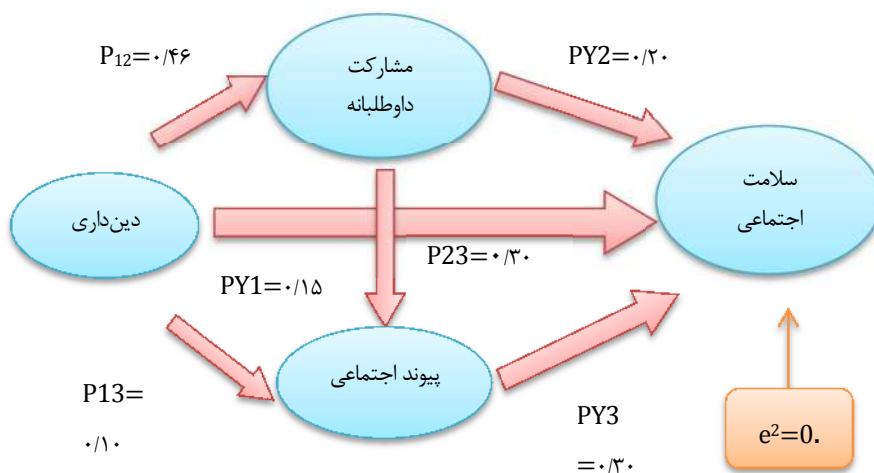
### ۳۸ بررسی مدل تحقیق (تحلیل مسیر (path analysis))

در حوزه مطالعات اجتماعی و اقتصادی روش‌های تحلیل چندمتغیره زیادی وجود دارند که به بررسی آثار و روابط بین متغیرهای مورد مطالعه می‌پردازند. این روش‌ها عمدتاً آثار مستقیم یک متغیر بر متغیر دیگر را بررسی می‌کنند. اما در این میان، تحلیل مسیر از جمله تکنیک‌های چندمتغیره است که علاوه بر بررسی آثار مستقیم متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته، آثار غیرمستقیم این متغیرها را مدنظر قرار می‌دهد و روابط بین متغیرها را مطابق با واقعیت‌های موجود در تحلیل وارد می‌کند.

جدول ۱۰. محاسبه آثار مستقیم و غیرمستقیم

متغیر مستقل	مسیرهای مستقیم	ضرایب مسیرهای غیرمستقیم	آثار غیرمستقیم	آثار مستقیم	مجموع آثار مستقیم و غیرمستقیم
دین‌داری	$X_1 \rightarrow y$	$X_1 \rightarrow X_2 \rightarrow y$ $X_1 \rightarrow X_3 \rightarrow y$ $X_1 \rightarrow X_2 \rightarrow X_3 \rightarrow y$	۰/۱۶	۰/۱۵	۰/۳۱
مشارکت داوطلبانه	$X_2 \rightarrow y$	$X_2 \rightarrow X_3 \rightarrow y$	۰/۰۹	۰/۲۰	۰/۲۹
پیوند اجتماعی	$X_2 \rightarrow y$	-	-	۰/۳۰	۰/۳۰

ضرایب رگرسیونی مدل مفهومی تحقیق به صورت زیرند:



در تحقیقات اجتماعی - اقتصادی معمولاً شناسایی کلیه عوامل تأثیرگذار بر متغیر وابسته برای محقق امکان‌پذیر نیست؛ بنابراین، متغیرهای تحلیل مسیر همواره می‌توانند تنها بخشی از واریانس متغیر وابسته را تبیین کنند. چنان‌که مقدار  $e^2$  از ۱ کم شود، مقدار واریانس تبیین شده (که آن را با  $R^2$  نشان می‌دهند) به دست می‌آید (کرلینجر و پدهازر ۱۳۸۴: ۴۲۳). به عبارت دیگر:

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

$R^2$  به دست آمده در رگرسیون چندمتغیره (که به طور هم‌زمان همه متغیرها) ارائه شده است که مقدار ضریب تعیین برابر با ۰/۲۵ است، یعنی ۰/۲۵ درصد از مجموع تغییرات

سلامت اجتماعی ره‌آورد دین‌داری، مشارکت داوطلبانه، و ... (احسان رحمانی خلیلی) ۱۳۳

متغیر وابسته را مدل تحلیلی فوق تبیین می‌کند. از طریق  $R^2$  می‌توان 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، می‌توان گفت که مدل علی به‌دست‌آمده ۷۵٪ واریانس متغیر وابسته را تبیین نمی‌کند.

## ۹. بحث و نتیجه‌گیری

در این قسمت برای بحث و تبیین نظری نتایج فرضیات مقاله براساس ترتیب و جایگاه متغیرهای مستقل (بیرونی‌ترین و درونی‌ترین متغیر) در مدل و فرضیات رابطه‌ای بین متغیرها، براساس آزمون‌های پیرسون انجام خواهد شد و درنهایت، فرضیه علی تحقیق باتوجه به نتایج مدل رگرسیونی و تحلیل مسیر نیز بررسی و درباره آن بحث خواهد شد.

باتوجه به نتایج این مقاله، فرضیه بررسی رابطه بین سلامت اجتماعی و دین‌داری نشان می‌دهد که بین دو متغیر رابطه معناداری وجود دارد و شدت این رابطه در آزمون پیرسون  $F=0.32$  متوسط و برای رابطه مستقیم و مثبت ارزیابی می‌شود و در رگرسیون و تحلیل مسیر هم دارای تأثیر مستقیم و غیرمستقیم است. به‌عبارت‌دیگر، هرچه قدر دین‌داری افزایش یابد، سلامت اجتماعی نیز افزایش می‌یابد و بالعکس. از طرف دیگر، نتایج آزمون پیرسون نشان می‌دهد دین‌داری با مشارکت داوطلبانه با میزان  $F=0.46$  رابطه نسبتاً قوی و پیوند اجتماعی با میزان  $F=0.24$  رابطه متوسط دارد و این درحالی است که در مدل آماری همانند مدل نظری، دین‌داری به‌عنوان بیرونی‌ترین متغیر قرار گرفته است و درنهایت، از طریق مسیرهای فوق موجب افزایش و تقویت سلامت اجتماعی افراد می‌شود. بر این اساس، می‌توان گفت دین‌داری پیش‌زمینه بسیار مهمی برای ارتقای سلامت اجتماعی افراد خواهد بود. یواخیم واخ وظیفه جامعه‌شناسی دین را تحقیق در تأثیرات متقابل دین و جامعه می‌دانست که شامل تأثیر دین بر صورت و خصوصیات سازمان اجتماعی و تأثیر جامعه بر روابط اجتماعی درون یک دین است. به‌عبارت‌دیگر، دین هم‌بستگی نیرومندی با یک‌ایک وجوه فرهنگی، سیاسی، و اقتصادی جوامع دارد، بر آن‌ها تأثیر می‌گذارد، و از آن‌ها تأثیر می‌پذیرد.

باتوجه به دیدگاه کارکردی دورکیم از جامعه، دین را به‌عنوان منشأ اصلی اصول اخلاقی و هم‌بستگی اجتماعی شناسایی کرد. به‌زعم او، گردهمایی مردم در مراسم مذهبی هم باعث

تقویت باورهای دینی و هم موجب به وجود آمدن احساسات پرشور و شدید می‌شود که خود باعث تقویت پیوند بین مردم می‌شود. بدین ترتیب، آیین‌های دینی با تقویت باورهای جمعی و اخلاقیات و نیز با پیوند شرکت‌کنندگان به یک‌دیگر باعث هم‌بستگی جامعه می‌شوند. او برای دین نقش عاملیت قائل شد؛ یعنی اعتقادات و اعمال دینی به اخلاق جامعه هم‌سانی می‌بخشد. 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 ...) اهمیت زیادی در زندگی افراد دارند. به‌زعم گرانووتر، 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. در رگرسیون و تحلیل مسیر هم تأثیر مستقیم و غیرمستقیم بر سلامت اجتماعی متوسط و مثبت است. مشارکت داوطلبانه به‌عنوان منبعی برای «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 به‌نظر می‌رسد نتیجه پیروی از هنجارهای اخلاقی باشد (ملاحسنی ۱۳۸۱: ۷۵). بر این اساس، قواعد اخلاقی موجب تسهیل روابط و ایجاد پیوندهای اجتماعی می‌شود که در تقویت سلامت اجتماعی مؤثر خواهد بود.

از دیگر نتایج این مقاله این است که پیوند اجتماعی به‌عنوان درونی‌ترین متغیر مدل طبق نتیجه‌آزمون پیرسون با میزان  $r=0.41$  با سلامت اجتماعی رابطه‌معناداری دارد. هم‌چنین در مدل رگرسیونی و تحلیل مسیر در بین متغیرهای مستقل، بیش‌ترین تأثیر مستقیم را بر سلامت اجتماعی دارد. هیرشی معتقد است که کژرفتاری زمانی روی می‌دهد که پیوند میان فرد و جامعه ضعیف یا گسسته شده باشد. او علت هم‌نوایی افراد با هنجارهای اجتماعی را پیوند اجتماعی آن‌ها می‌داند و معتقد است که پیوند میان فرد و جامعه مهم‌ترین علت هم‌نوایی و عامل کنترل رفتارهای فردی است و ضعف این پیوند یا نبود آن موجب اصلی کج‌رفتاری است (صدیق سروستانی ۱۳۸۷: ۵۲)؛ به‌عبارت‌دیگر، موجب تقلیل و کاهش سلامت اجتماعی و شاخص‌های آن در جامعه می‌شود. از نظر دورکیم هم هر نوع قطع ارتباط بین فرد و جامعه به‌گونه‌ای که افراد در چهارچوب‌های اجتماعی جذب نگردند، زمینه‌ای آنومیک و مساعد برای رشد انحرافات اجتماعی است. 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 عدم‌ادغام افراد در چهارچوب‌های اجتماعی می‌انجامد به انحرافات اجتماعی میدان می‌دهد (کنگرو ۱۳۸۷: ۲۳).

درنهایت، باتوجه‌به مدل رگرسیونی و تحلیل مسیر ضریب تعیین، به‌میزان  $R^2=0.25$  شده است. به‌عبارت‌دیگر، حضور هم‌زمان سه متغیر دین‌داری، مشارکت داوطلبانه، و پیوند اجتماعی در تبیین سلامت اجتماعی به این میزان است که در تحقیقات علوم انسانی، میزان پذیرفته‌شده‌ای است. درواقع، ۰.۷۵ درصد دیگر آن را باید با متغیرهای دیگر در تحقیقات آتی کشف و شناسایی کرد. باتوجه‌به نتیجه‌نهایی این تحقیق، می‌توان این‌گونه جمع‌بندی کرد که طبق نظر لانسکی، مهم‌ترین جنبه‌های دین‌داری میزان درگیربودن با گروه دینی است. به‌اعتقاد او، این بعد از دو جنبه «مشارکتی» و «معاشرتی» برخوردار است. بعد مشارکتی به‌میزان 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. هرچه این شبکه‌ها در جامعه‌ای متراکم‌تر باشند، احتمال بیش‌تری وجود دارد که شهروندان بتوانند

درجهت 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 به‌طور مدام جمع را می‌سازد (دورهم‌بودن و روحیه مشارکت ایجادکردن و ...) و بازسازی می‌کند و این کار را با محکم‌کردن 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

- آزاد ارمکی، تقی و بهار محمدی (۱۳۷۷)، *بررسی مسائل اجتماعی*، تهران: نشر جهاد.
- افشانی، سیدعلیرضا و حمیده شیری محمدآباد (۱۳۹۶)، «رابطه دین‌داری و سلامت اجتماعی زنان شهر یزد»، *پیاورد سلامت*، دوره ۱۱، ش ۱.
- انوری، حمیدرضا (۱۳۷۳)، «پژوهشی راجع به تقدیرگرایی و عوامل تاریخی، اجتماعی، سیاسی، اقتصادی و فرهنگی مؤثر بر تکوین آن»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته علوم اجتماعی، تهران: دانشگاه علامه طباطبایی.
- پاتنام، رابرت (۱۳۸۴)، *جامعه بر خوردار، سرمایه اجتماعی و زندگی عمومی*، ترجمه افشین خاکباز و حسن پویان، تهران: شیرازه.
- توسلی، غلامعباس (۱۳۸۲)، *مشارکت اجتماعی در شرایط جامعه آنومیک، رابطه آسیب‌ها و انحرافات اجتماعی با مشارکت اجتماعی*، تهران: دانشگاه تهران.
- جلالی مقدم، مسعود (۱۳۷۹)، *درآمدی بر جامعه‌شناسی دین، آرای جامعه‌شناسان بزرگ در مورد دین*، تهران: نشر مرکز.
- حیدرخانی، هاییل، یونس نوربخش، و نوذر قنبری (۱۳۹۶)، *بررسی ارتباط بین دین‌داری و سلامت اجتماعی جوانان مناطق حاشیه‌ای شهر کرمانشاه، برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، دوره ۸، ش ۳۰.
- خیرالله‌پور، اکبر (۱۳۸۳)، *بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روانی با تأکید بر سرمایه اجتماعی، مطالعه موردی دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه جامعه‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی.
- دورکیم، امیل (۱۳۸۳)، *صور بنیادی، حیات دینی: توت‌پرستی در استرالیا*، مترجم: باقر پرهام، تهران: نشر مرکز.
- رحمانی خلیلی، احسان (۱۳۸۸)، *بررسی تأثیر دین‌داری بر سرمایه اجتماعی شهروندان تهرانی*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال، دانشکده مدیریت و علوم اجتماعی، رشته پژوهش علوم اجتماعی.



سلامت اجتماعی ره‌آورد دین‌داری، مشارکت داوطلبانه، و ... (احسان رحمانی خلیلی) ۱۳۷

سراج‌زاده، حسین، فاطمه جواهری، و سمیه ولایتی خواجه (۱۳۹۲)، «دین و سلامت: آزمون اثر دین‌داری بر سلامت در میان نمونه‌ای از دانشجویان»، *جامعه‌شناسی کاربردی*، دوره ۲۴، ش ۱.

شایسته مجد، عالیہ (۱۳۸۶)، *بررسی تأثیر دین‌داری بر پنج تیپ شخصیت در سه دین (اسلام، مسیحیت و زرتشت)*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید بهشتی.

شجاعی زند، علیرضا (۱۳۸۲)، «مدلی برای سنجش دین‌داری در ایران»، *مجله جامعه‌شناسی ایران*، دوره ۶، ش ۱.

شریفی، طیبہ، مهناز مهربانی‌زاده هنرمند، و حسین شکرکن (۱۳۸۴)، «نگرش دینی و سلامت عمومی و شکیبایی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی اهواز»، *اندیشه و رفتار*، س ۱۱، ش ۱.

صدیق سروستانی، رحمت‌الله (۱۳۸۷)، *آسیب‌های اجتماعی (جامعه‌شناسی انحرافات اجتماعی)*، تهران: سمت.

فدایی مهربانی، مهدی (۱۳۸۶)، «شهرنشینی، رسانه و سلامت اجتماعی (رسانه‌های جوامع در حال‌گذار و سلامت اجتماعی شهروندان)»، *پژوهش و سنجش*، ش ۴۹.

قصاب، رضوان (۱۳۸۶)، *بررسی آثار دین‌داری بر بیگانگی اجتماعی*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس.

کلمن، جیمز (۱۳۷۷)، *بنیادهای نظریه اجتماعی*، ترجمه منوچهر صبوری، تهران: نی.

کنگرلو، مریم (۱۳۸۷)، *بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیرشاهد دانشگاه علامه طباطبایی*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی تهران.

کوزر، لوئیس (۱۳۷۷)، *زندگی و اندیشه بزرگان جامعه‌شناسی*، ترجمه محسن ثلاثی، تهران: علمی.

کولینز، جی. آر و تی. ای. وودز (۱۳۸۲)، «روان‌شناسی دین و نقش دین در سلامت جسم و روان»، ترجمه مجتبی حیدری، *مجله معرفت*، ش ۷۵.

ملاحسنی، حسین (۱۳۸۱)، *بررسی رابطه بین میزان سرمایه اجتماعی و نوع دین‌داری در بین دانش‌آموزان سال سوم دبیرستان در استان گلستان (علی‌آباد - گنبد)*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، تهران: دانشگاه تربیت مدرس.

مهدوی، سیدمحمد صادق، افسانه ادریسی، و احسان رحمانی خلیلی (۱۳۸۹)، «شناسایی میزان دین‌داری و مقایسه آن در گروه‌های متفاوت»، *فصل‌نامه نامه پژوهش فرهنگی*، س ۱۱، ش ۴۳.

وریج کاظمی، عباس (۱۳۷۵)، *بررسی جامعه‌شناختی نظریه‌های دینی متفکران مسلمان با تأکید بر رابطه دین و ایدئولوژی در نظریات استاد مطهری، دکتر شریعتی و مهدی بازرگان*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد علوم اجتماعی، تهران: دانشگاه تهران.

Ellison, Christopher and Jeffrey S. Levin (1998), "The Religion-Health Connection: Evidence, Theory and Future Direction", *Health Education and Behavior*, vol. 25, no. 6.

Granovetter, M. (1973), "The Strength of Weak Ties", *American Journal of Sociology*, vol. 78, no. 6.

- Helly, Denise (2001), "Voluntary and Social Participation by People of Immigrant Origin, Overview of Canadian Research", Second National Metropolis Conference, 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*, vol. 6, no. 1.
- Kelley, M. et al. (2004), *Control Theory, Sport and Patterns in Delinquency for Youth*, New York: Edwin Mellen Press.
- Keyes, C. L. M. and A. Shapiro (2004), "Social Well-Being in the U.S.: A Descriptive Epidemiology", in Orville Brim, Carol D. Ryff, and 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 Reserch*, no. 38.
- McCullough, Michael E., Jo-ann Tsang, and Sharon Brion (2002), "Personality Traits and Religiousness: Personality Traits in Adolescence as Predictors of Religiousness in Early Adulthood", <[www.psy.miami.edu/faculty/mmccullough](http://www.psy.miami.edu/faculty/mmccullough)>.
- Noorbala, A. A. et al. (2011), "Survey of Mental Health of Adult Population in Tehran in 2009", *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, vol. 16, no. 4.
- Offe, Claus and Susanne Fuchs (2002), "A Decline of Social Capital? The German Case", Published in Robert D. Putnam (2002), *Democracy in Flux: The Evolution of Social Capital in Contemporary Society*, New York: Oxford University Press.
- Portes, Alejandro (1995), In World Bank Group (1999), *Social Capital for Development*.
- Roberts, Keith A. (1995), *Religion in Sociological Perspective*, Wadsworth Publishing Company.
- Taylor, Andrew and Douglas A. Mac Donald (1999), "Religion and the Five Factor Model of Personality: an Exploratory Investigation Using a Canadian University Sample", *Personality and Individual Differences*, no. 27.
- Thompson, E. A., K. S. Dijulio, and T. Matthews (1982), "Social Control Theory", *Youth Society*, vol. 13, no. 3.