

پیش بینی سلامت اجتماعی بر اساس باورهای دینی در بین دانشجویان دختر^۱

دکتر ملیحه پورستار^۲

عیسی حکمتی^۳

چکیده

هدف مطالعه حاضر، بررسی رابطه باورهای دینی با سلامت اجتماعی و پیش بینی سلامت اجتماعی بر اساس باورهای دینی در بین دانشجویان دختر بود. برای دستیابی به این هدف ۲۷۴ دانشجوی دختر (میانگین سنی ۲۲/۸؛ $SD=۳/۸۱$) از بین دانشجویان دانشگاه آزاد تبریز به روش تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شده و پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. ابزارهای مطالعه شامل پرسشنامه معبد و پرسشنامه سلامت اجتماعی کیز (فرم کوتاه) بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از روش همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چند متغیره همزمان استفاده شد. نتایج به دست آمده نشان داد که پذیرش و مشارکت اجتماعی با همه ابعاد عمل به باورهای دینی و یکپارچگی و چسبندگی اجتماعی با برخی از ابعاد عمل به باورهای دینی رابطه معناداری در سطح $p < ۰/۰۰۱$ دارند، اما بین شکوفایی اجتماعی و عمل به باورهای دینی رابطه معناداری وجود ندارد. نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره همزمان نشان داد که انجام واجبات و فعالیت مذهبی، یکپارچگی اجتماعی را پیش بینی می‌کنند. همچنین واجبات و مستحبات پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی را پیش بینی کرده. مستحبات، فعالیت دینی و تصمیم‌گیری و انتخاب توانایی پیش بینی شکوفایی اجتماعی، پیوستگی اجتماعی و نمره کل سلامت اجتماعی را دارند. برخی از این پیش بینی‌ها در سطح $P < ۰/۰۰۱$ و برخی دیگر در سطح $P < ۰/۰۵$ معنادار می‌باشد.

۱- این پژوهش با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز انجام گرفته است.

۲- استادیار گروه الهیات (علوم قرآن و حدیث) دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز.

Poursatar@iaut.ac.ir

۳- کارشناس ارشد روانشناسی دانشگاه شهید بهشتی

واژگان کلیدی: باورهای مذهبی، سلامت اجتماعی، دانشجویان، دختر.

مقدمه

برخوردار بودن از نعمت سلامتی برای اغلب انسان‌ها موضوعی فوق العاده مهم می‌باشد و انسان همواره برای رسیدن به آن تلاش می‌کند (کورتز^۱ و همکاران، ۲۰۰۵). به نقل از صفوی و همکاران، (۱۳۸۸). در این میان، موضوع سلامتی دانشجویان یک مساله حیاتی است که امروزه موجب چالش‌های زیادی شده است (کادیسون و دیگران^۲، ۲۰۰۴؛ اسنایدر^۳، ۲۰۰۴). اهمیت مسئله به ویژه زمانی بیش‌تر می‌شود که برخی مطالعات نشان می‌دهند که مشکلات این قشر روندی فزاینده دارد. مثلاً نتایج یک پژوهش طولی ۱۳ ساله نشان داد که امروزه دانشجویان نسبت به قبل به میزان بیش‌تری به مراکز مشاوره دانشگاهی مراجعه می‌کنند، به علاوه مشکلات آن‌ها نیز پیچیده‌تر شده است (بنتون^۴ و همکاران، ۲۰۰۳). در بین دانشجویان، تنیدگی‌های دوره تحصیلی، تضادهای قومی و فرهنگی، احساس فاعلی مبنی بر مورد تبعیض سیاسی، عقیدتی، نژادی و جنسیتی قرار گرفتن وجود دارد و در کشور ما نیز گاه‌گاهی این موارد به صورت حاد در آمده و بر جنبه‌های مختلف زندگی دانشجویان اثر گذاشته و سلامتی این قشر را به خطر می‌اندازند. از طرف دیگر با توجه به این‌که دانشجویان در دوره خاص رشدی و تحولی خود هستند و به اصطلاح در دوره «گذار» به سر می‌برند، لذا همواره در معرض تنیدگی بوده و عوامل تنیدگی زای بی-شماری را تجربه می‌کنند (توبس و کوهن^۵، ۱۹۹۶، به نقل از راس^۶ و همکاران، ۱۹۹۹). بنابراین، تغییرات مربوط به تحول، انطباق با روش جدید مطالعه و سبک زندگی، جدائی از محیط‌های آشنا و حمایت‌کننده، رفتار گروهی و فشارهای ناشی از آن، سبک اسناد رویدادهای مختلف کشور و فرهنگ موجود در دانشگاه همگی دست به دست هم داده و دانشجویان را تحت فرسودگی و خستگی جسمانی، روانی و اجتماعی شدید قرار می‌دهند و تمام ابعاد زندگی از جمله سلامتی آن‌ها را به مخاطره می‌اندازند (مونک و محمود^۷، ۱۹۹۹)، که به نظر می‌رسد نقش جنسیت نیز در این میان بی‌تأثیر نیست. بنابراین، موضوع سلامتی این گروه از افراد جامعه نیازمند توجه بیش‌تری است.

پژوهشگران معتقدند سلامتی دارای ابعاد مختلف جسمانی، روانی، هیجانی، عقلانی، معنوی و اجتماعی است که این مفاهیم ضمن بهره‌مندی از وجوه مشترک، دارای جنبه‌های متفاوت نیز بوده و از عوامل متعددی تأثیر می‌پذیرند (ویسینگ و فوری^۸، ۲۰۰۰). کییز معتقد است پژوهشگران تا به حال

1. Courts
2. Kadison & Digeronimo
3. Snyder
4. Benton
5. Towbes & Cohen
6. Ross
7. Monk & Mahmood
8. Wissing & Fouri

برداشتی جامع از سلامت روانی را مورد بررسی قرار نداده‌اند (کی‌یس^۱، ۲۰۰۶). در دیدگاه جامع کییز، سلامتی نشان دهنده ادراک‌ها و ارزیابی‌های فرد از زندگی خود بر اساس حالت‌های عاطفی و کنش وری روان‌شناختی و اجتماعی در نظر گرفته شده است. واضح است که این دیدگاه با گسترش تعریف سلامتی تا حدی هر سه جنبه سلامتی را در بر گرفته است. هم جنبه عاطفی (سلامتی هیجانی) و هم جنبه کارکردی (سلامتی اجتماعی و روانشناختی)، (باباپور و همکاران، ۱۳۸۸). آنچه در بیش‌تر پژوهش‌ها مدنظر قرار گرفته سلامت روان‌شناختی و هیجانی است و به سلامت اجتماعی توجه چندانی نشده است. اعتقاد براین است که سلامت اجتماعی^۲ فقط فقدان بیماری روانی، یا حتی غیاب عاطفه منفی، که در بافت معینی می‌تواند پاسخی سازنده قلمداد شود، نیست (هندری^۳ و همکاران، ۲۰۰۶). سلامت اجتماعی عبارت است از توانائی انجام موثر و کارآمد نقش‌های اجتماعی بدون آسیب رساندن به دیگران و دارای ابعاد مختلفی است که عبارتند از: یکپارچگی اجتماعی^۴، پذیرش اجتماعی^۵، مشارکت اجتماعی^۶، شکوفائی شکوفائی اجتماعی^۷ و چسبندگی اجتماعی^۸ (ریموند^۹ و همکاران، ۲۰۰۴).

عده‌ای از دانشمندان بر این باورند که بسیاری از متغیرهای سلامتی به وسیله باورهای دینی و مذهبی تبیین می‌شوند. در واقع مذهب یکی از عوامل تاثیرگذار بر رفتار و شناخت به شمار می‌رود (هادیان فرد، ۱۳۸۴). آن‌ها معتقدند مذهب به انسان کمک می‌کند تا معنای حوادث زندگی مخصوصاً حوادثی را که دردناک و اضطراب‌زا هستند را درک کرده و باعث دلگرمی و خرسندی مطبوعی در روان و روحیه او بشود (سواتزکی^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۵). البته باید اشاره کرد که دین در چنین شرایطی بر فرآیندهای فکری و ارزیابی رویدادهای روزمره فرد تاثیر می‌گذارد، به طوری که برخی پژوهشگران بر این باورند که به کمک باورهای دینی مقابله با هیجان‌ها و شرایط اجتماعی تسهیل می‌گردد (دینر^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۲). در کل مذهب به عنوان مجموعه‌ای از اعتقادات، بایدها و نبایدها و نیز ارزش‌های اختصاصی و تعمیم یافته، از موثرترین تکیه گاه‌های روانی بشر به شمار می‌رود که قادر است معنای زندگی را فراهم ساخته و در شرایطی خاص با فراهم سازی تکیه گاه‌های تبیینی، فرد را از تعلیق و بی‌معنایی نجات دهد (بهرامی احسان، ۱۳۷۸. به نقل از عبدی زرین و اکبریان، ۱۳۸۶). گرایش‌ات مذهبی به طور مستقیم با

-
1. Keyes
 2. Social well-being
 3. Hendrie
 4. Social integration
 5. Social acceptance
 6. Social contribution
 7. Social actualization
 8. Social coherence
 9. Raymond
 10. Sawatzky
 11. Diner

مولفه‌های بهداشتی و روانی مرتبطند و هم‌چنین این گرایش‌ها آثار خود را از طریق سایر متغیرها از جمله رضایت از زندگی و رفتارهای مقابله سالم تسهیل و تسریع می‌کنند (تورسن^۱ و همکاران، ۲۰۰۱). گرچه تاکنون مطالعه‌ای رابطه بین باورهای دینی را با سلامت اجتماعی مورد بررسی قرار نداده است، اما هدن (۱۹۸۳)، به نقل از نازک تبار و همکاران، (۱۳۸۶) معتقد است که دینداری عامل اساسی اجتماعی شدن و انسجام فکری، عملی و جهت‌گیری در رفع مشکلات، پدیده‌ها و مسایل اجتماعی است. در کل، اعمال و باورهای دینی با سلامتی فردی و اجتماعی افراد یک جامعه مرتبط است (دی^۲، ۲۰۰۹). چنانچه اشاره شد، طبق دانش ما، تاکنون مطالعه‌ای رابطه این دو متغیر را، به‌ویژه در بین زنان و دختران مورد مطالعه قرار نداده است و پژوهش حاضر در صدد بررسی رابطه باورهای دینی با سلامتی اجتماعی در بین این گروه می‌باشد. در واقع سوال‌های پژوهش به صورت زیر بوده است:

- ۱- آیا بین ابعاد سلامت اجتماعی و عمل به باورهای دینی رابطه معنادار وجود دارد؟
- ۲- آیا ابعاد عمل به باورهای دینی، ابعاد سلامت اجتماعی را به صورت معناداری پیش‌بینی می‌کنند؟

روش

طرح مطالعه حاضر از نوع همبستگی بوده است. جامعه آماری مطالعه حاضر را دانشجویان دختر مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۸۸-۸۹ دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز تشکیل می‌دهند. حجم نمونه مورد مطالعه با توجه به روش آماری مورد نظر و جامعه دختران دانشگاه ۳۰۰ نفر در نظر گرفته شده بود، که پرسشنامه‌های ۱۶ نفر از آزمودنی‌ها به دلیل ناقص بودن کنار گذاشته شد. روش نمونه‌گیری مطالعه حاضر، تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای بوده است، بدین صورت که از بین دانشکده‌های دانشگاه آزاد واحد تبریز، ۵ دانشکده و از هر دانشکده ۲ رشته انتخاب شدند. در هر رشته نیز دختران ۱ کلاس انتخاب شده و مورد آزمون قرار خواهند گرفتند. در همه مراحل، انتخاب‌ها به صورت تصادفی خواهند بود. میانگین سنی دانشجویان دختر ۲۲/۸ (SD=۳/۸) بود.

تعریف متغیرها و ابزارهای پژوهش

باورهای دینی

تعریف نظری و عملیاتی: گرچه تعریف‌های متعددی از دین و باورهای دینی صورت گرفته است، اما تعریفی که با موضوع مطالعه حاضر نیز هم‌خوانی بیش‌تری دارد، تعریف هادیان‌فرد (۱۳۸۴) می‌باشد که به صورت زیر است:

«مذهب یک میانجی است که بر فرآیند فکری و ارزیابی رویدادهای روزمره زندگی تأثیر می‌گذارد». هم‌چنین اسپیلکا و همکاران (۱۹۸۵)، به نقل از خداپناهی و خوانین زاده، (۱۳۷۹) تعریف مشابهی از

1. Thoresen
2. Day

باورهای دینی ارایه داده است که به صورت زیر است: دین نظامی مرجع برای تفسیر وقایع زندگی می باشد که افراد از آن برای فهم مسائل جهانی، پیش بینی و مهار وقایع و حفظ عزت نفس خود استفاده می کنند. از نظر عملیاتی نیز منظور از باورهای دینی نمراتی است که هر آزمودنی در آزمون معبد به دست می آورد.

آزمون معبد: این آزمون توسط گلزاری (۱۳۷۹) و برای سنجش عمل به باورهای دینی تهیه شده است و دارای ۲۵ آیت می باشد. مواد آزمون در چهار حوزه عمل به مستحبات، انجام واجبات و دوری از محرّمات، فعالیت های مذهبی، در نظر گرفتن مذهب در تصمیم گیری ها و انتخاب های زندگی و جنبه های اجتماعی مذهب قرار دارد. این آزمون بر روی ۸۹۴ دانشجو و ۵۲ جوان زندانی (۲۵ دختر و ۲۵ پسر) جمعاً ۹۴۷ نفر اجرا شده است. پایایی این آزمون از طریق بازآزمایی و دونیمه کردن به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۹۱ به دست آمده است. هم چنین ضریب آلفای کرونباخ این آزمون ۰/۹۴ می باشد. اعتبار وابسته به ملاک این آزمون از طریق مقایسه افراد مذهبی و غیر مذهبی با ضریب اعتبار ۰/۸۴ و ۰/۷۸ به دست آمده است (گلزاری، ۱۳۷۹. به نقل از نجفی و همکاران، ۱۳۸۵).

سلامت اجتماعی

تعریف نظری و عملیاتی: از بعد نظری، سلامت اجتماعی مولفه ای از مفهوم سلامتی می باشد که به معنی توانائی ایفای نقش های اجتماعی است، بدون این که به طور عینی یا ذهنی قصد آسیب رساندن به دیگری در کار باشد (ریموند و همکاران، ۲۰۰۴. به نقل از باباپور و همکاران، ۱۳۸۸). از نظر عملیاتی نیز منظور از سلامت اجتماعی، نمره ای است که هر آزمودنی در پرسشنامه سلامت اجتماعی کبیز به دست می آورد.

پرسشنامه سلامت اجتماعی کبیز (فرم کوتاه): شامل ۱۵ سؤال بوده و ۵ زیرمقیاس یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و چسبندگی اجتماعی را مورد بررسی قرار می دهد. نمره گذاری سؤالات به صورت ۷ گزینه ای در مقیاس لیکرت می باشد. باباپور و همکاران (۱۳۸۸) برای بررسی پایایی این ابزار از همسانی درونی استفاده نموده و گزارش کردند که آلفای به دست آمده برای کل مقیاس ۰/۷۸ و برای هر یک از خرده مقیاس ها به ترتیب عبارت بود از ۰/۷۱ برای یکپارچگی اجتماعی، ۰/۷۴ برای پذیرش اجتماعی، ۰/۷۴ برای مشارکت اجتماعی، ۰/۷۰ برای خود شکوفایی اجتماعی و ۰/۷۷ برای چسبندگی اجتماعی، که نشان می دهد این ابزار از پایایی مطلوبی برخوردار است.

شیوه اجرا

شیوه اجرای پژوهش به‌دین صورت بود که پس از برآورد حجم نمونه، از طریق روش نمونه‌گیری خوشه‌ای به دانشکده‌های مختلف مراجعه شده و در هر دانشکده با توجه به نسبت کلاس‌ها، چند کلاس به‌صورت تصادفی انتخاب شده و در هر کلاس نیز به همین روال، تعدادی از دانشجویان ابزارهای پژوهش را تکمیل نمودند. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، داده‌های خام وارد spss نسخه ۱۷ شده و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

برای تعیین رابطه بین ابعاد عمل به باورهای دینی و سلامت اجتماعی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۱ مندرج است.

جدول شماره ۱: ماتریس همبستگی ابعاد سلامت اجتماعی با اعمال دینی

| کل معبد | تصمیم‌گیری و انتخاب | فعالیت مذهبی | عمل به مستحبات | عمل به واجبات | |
|---------|---------------------|--------------|----------------|---------------|------------------|
| ۰/۲۱** | ۰/۲۰** | ۰/۳۱** | ۰/۰۹ | ۰/۰۹ | یکپارچگی اجتماعی |
| ۰/۲۷** | ۰/۲۴** | ۰/۲۲** | ۰/۲۱** | ۰/۲۵** | پذیرش اجتماعی |
| ۰/۳۰** | ۰/۲۳** | ۰/۲۱** | ۰/۳۳** | ۰/۳۲** | مشارکت اجتماعی |
| ۰/۰۰۱ | ۰/۰۶ | ۰/۰۴ | ۰/۰۸ | ۰/۰۴ | شکوفایی اجتماعی |
| ۰/۲۱** | | ۰/۳۶** | ۰/۱۸* | ۰/۰۸ | چسبندگی اجتماعی |
| ۰/۲۵** | ۰/۱۸** | ۰/۳۰** | ۰/۲۳** | ۰/۱۹** | سلامت اجتماعی کل |

** سطح معناداری $p < ۰/۰۱$

مطابق مندرجات جدول فوق، یکپارچگی اجتماعی با فعالیت مذهبی، تصمیم‌گیری و انتخاب و نمره کل معبد در سطح $p < ۰/۰۰۱$ ، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی با همه ابعاد و نمره کل معبد در سطح $p < ۰/۰۰۱$ و چسبندگی اجتماعی با عمل به مستحبات، فعالیت مذهبی و نمره کل معبد در سطح $p < ۰/۰۰۱$ رابطه معناداری دارند، اما شکوفایی اجتماعی با هیچ یک از ابعاد رابطه معناداری ندارد. برای پیش‌بینی هریک از ابعاد سلامت اجتماعی از تحلیل رگرسیون چند متغیره استفاده نمودیم. این راستا جهت تعیین سهم ابعاد عمل به باورهای دینی در پیش‌بینی یکپارچگی اجتماعی از تحلیل رگرسیون چند متغیره همزمان استفاده نمودیم که نتایج آن در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲- خلاصه تحلیل رگرسیون چند متغیره و تحلیل واریانس یکپارچگی اجتماعی بر اساس باورهای مذهبی

| مجموع مجذورات | درجات آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | R | R2 | اصلاح خطای شده R2 | خطای استاندارد |
|---------------|-------------|-----------------|------|--------------|------|------|-------------------|----------------|
| ۲۰۰/۰۵ | ۴ | ۵۰/۰۱ | ۹/۳۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۵ | ۰/۱۲ | ۰/۱۱ | ۲/۳۰ |
| باقیمانده | ۱۴۳۲/۱۶ | ۲۶۹ | ۵/۳۲ | | | | | |

همان گونه که مندرجات جدول شماره ۲ نشان می دهد، میزان F محاسبه شده برای متغیرهای پیش بین (۱۲/۶۱) در سطح $P < ۰/۰۰۱$ معنادار است، بنابراین باورهای دینی، یکپارچگی اجتماعی را به صورت معنادار پیش بینی می کنند. در کل متغیرهای پیش بین، ۱۱ درصد از تغییرات واریانس مربوط به تغییرات یکپارچگی اجتماعی را تبیین می کنند.

ضرایب تاثیر و آماره های t مربوط به عمل به باورهای دینی ($B = ۰/۱۴$ و $t = ۲/۴۴$ برای واجبات، $B = ۰/۲۴$ و $t = ۴/۶۹$ برای فعالیت مذهبی) است و نشان می دهد که این دو بعد با اطمینان ۰/۹۹ تغییرات مربوط به واریانس یکپارچگی اجتماعی را پیش بینی می کنند.

برای تعیین سهم ابعاد عمل به باورهای دینی در پیش بینی پذیرش اجتماعی نیز از تحلیل رگرسیون چند متغیره همزمان استفاده نمودیم که نتایج آن در جدول شماره ۳ درج شده است.

جدول ۳- خلاصه تحلیل رگرسیون چند متغیره و تحلیل واریانس پذیرش اجتماعی بر اساس باورهای مذهبی

| مجموع مجذورات | درجات آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | R | R2 | اصلاح خطای شده R2 | خطای استاندارد |
|---------------|-------------|-----------------|------|--------------|------|------|-------------------|----------------|
| ۱۰۹/۶۵ | ۴ | ۲۷/۴۱ | ۵/۷۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۸ | ۰/۰۸ | ۰/۰۷ | ۲/۱۸ |
| باقیمانده | ۱۲۸۶/۷۲ | ۲۶۹ | ۴/۷۸ | | | | | |

مندرجات جدول فوق، نشان می دهد میزان F محاسبه شده برای متغیرهای پیش بین در سطح $P < ۰/۰۰۱$ معنادار است، که نشان گر توان ابعاد عمل به باورهای دینی در پیش بینی معنادار پذیرش اجتماعی است. در کل ابعاد عمل به باورهای دینی، ۷ درصد از تغییرات واریانس مربوط به تغییرات پذیرش اجتماعی را تبیین می کنند. ضرایب تاثیر و آماره های t مربوط به عمل به باورهای دینی ($B = ۰/۱۰$ و $t = ۱/۵۷$ برای واجبات؛ $B = ۰/۱۴$ و $t = ۱/۷۲$ برای مستحبات) نشان می دهد که تنها این دو بعد عمل به باورهای دینی با اطمینان ۰/۹۵ تغییرات مربوط به واریانس پذیرش اجتماعی را پیش بینی می کنند.

برای تعیین سهم ابعاد عمل به باورهای دینی در پیش بینی مشارکت اجتماعی نیز از تحلیل رگرسیون چند متغیره هم زمان استفاده نمودیم که نتایج آن در جدول شماره ۴ درج شده است.

جدول ۴- خلاصه تحلیل رگرسیون چند متغیره و تحلیل واریانس مشارکت اجتماعی بر اساس باورهای مذهبی

| مجموع مجذورات | درجات آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | R | R ² | اصلاح شده R ² | خطای استاندارد |
|---------------|-------------|-----------------|-------|--------------|------|----------------|--------------------------|----------------|
| ۲۱۹/۳۱ | ۴ | ۵۴/۸۲ | ۱۱/۸۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۸ | ۰/۱۵ | ۰/۱۳ | ۲/۱۵ |
| ۱۲۴۶/۱۶ | ۲۶۹ | ۴/۶۳ | | | | | | |

جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که میزان F محاسبه شده برای متغیرهای پیش بین در سطح $P < 0/001$ معنادار است، که حاکی از توان ابعاد عمل به باورهای دینی در پیش بینی معنادار مشارکت اجتماعی می‌باشد. در کل ابعاد عمل به باورهای دینی ۱۳ درصد از تغییرات واریانس مشارکت اجتماعی را تبیین می‌کنند. علاوه براین، ضرایب تاثیر و آماره‌های t مربوط به عمل به باورهای دینی ($B = 0/16$ و $t = 2/99$ برای واجبات، $B = 0/31$ و $t = 3/75$ برای مستحبات) نشان می‌دهد که دو بعد مذکور با اطمینان $0/99$ تغییرات مربوط به واریانس مشارکت اجتماعی را پیش بینی می‌کنند.

همچنین جهت تعیین سهم ابعاد عمل به باورهای دینی در پیش بینی شکوفایی اجتماعی از تحلیل رگرسیون چندمتغیره همزمان استفاده نمودیم که نتایج آن در جدول شماره ۵ درج شده است.

جدول ۵- خلاصه تحلیل رگرسیون چند متغیره و تحلیل واریانس شکوفایی اجتماعی بر اساس باورهای مذهبی

| مجموع مجذورات | درجات آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | R | R ² | اصلاح شده R ² | خطای استاندارد |
|---------------|-------------|-----------------|------|--------------|------|----------------|--------------------------|----------------|
| ۹۶/۰۰ | ۴ | ۲۴/۰۰ | ۳/۱۲ | ۰/۰۱ | ۰/۲۱ | ۰/۰۴ | ۰/۰۳ | ۲/۷۷ |
| ۲۰۶۴/۲۷ | ۲۶۹ | ۷/۶۷ | | | | | | |

مطابق مندرجات جدول فوق، میزان F محاسبه شده برای متغیرهای پیش بین در سطح $P < 0/001$ معنادار است، که حاکی از این است که ابعاد عمل به باورهای دینی، توان پیش‌بینی معنادار شکوفایی اجتماعی را دارند. میزان پیش‌بینی کل ابعاد عمل به باورهای دینی ۳ درصد است. علاوه براین، ضرایب تاثیر و آماره‌های t مربوط به عمل به باورهای دینی ($B = 0/21$ و $t = 1/98$ برای مستحبات، $B = 0/15$ و $t = 2/39$ برای فعالیت، $B = 0/20$ و $t = 3/00$ برای تصمیم‌گیری) نشان می‌دهد که بعد عمل به مستحبات با اطمینان $0/95$ و بعد فعالیت و تصمیم‌گیری با اطمینان $0/99$ تغییرات مربوط به واریانس شکوفایی اجتماعی را پیش‌بینی می‌کنند.

هم چنین برای تعیین سهم ابعاد عمل به باورهای دینی در پیش بینی پیوستگی اجتماعی از تحلیل رگرسیون چند متغیره همزمان استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۶ درج شده است.

جدول ۶- خلاصه تحلیل رگرسیون چند متغیره و تحلیل واریانس پیوستگی اجتماعی بر اساس باورهای مذهبی

| مجموع مجذورات | درجات آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | R | R ² اصلاح شده | خطای استاندارد |
|---------------|-------------|-----------------|-------|--------------|------|--------------------------|----------------|
| ۴۲۱/۲۸ | ۴ | ۱۰۷/۸۲ | ۲۳/۸۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۱ | ۰/۲۶ | ۲/۱۲ |
| باقیمانده | ۲۶۹ | ۴/۵۲ | | | | | |

طبق مندرجات جدول فوق، میزان F محاسبه شده برای متغیرهای پیش بین در سطح $P < 0/001$ معنادار است، که حاکی از این است که ابعاد عمل به باورهای دینی، توان پیش بینی معنادار پیوستگی اجتماعی را دارند. در کل ابعاد عمل به باورهای دینی ۲۵ درصد از تغییرات واریانس پیوستگی اجتماعی را تبیین می کنند. ضرایب تاثیر و آماره های t مربوط به عمل به باورهای دینی ($B = 0/22$ و $t = 2/73$ برای مستحبات، $B = 0/44$ و $t = 9/09$ برای فعالیت مذهبی، $B = 0/25$ و $t = 4/95$ برای تصمیم گیری) نشان می دهد که عمل به مستحبات، فعالیت مذهبی و تصمیم گیری با اطمینان ۰/۹۹ تغییرات مربوط به این بعد از سلامت اجتماعی را پیش بینی می کنند.

هم چنین برای تعیین سهم ابعاد عمل به باورهای دینی در پیش بینی نمره کل سلامت اجتماعی از تحلیل رگرسیون چند متغیره همزمان استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۷ درج شده است.

جدول ۷- خلاصه تحلیل رگرسیون چند متغیره و تحلیل واریانس سلامت اجتماعی کل بر اساس باورهای مذهبی

| مجموع مجذورات | درجات آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | R | R ² اصلاح شده | خطای استاندارد |
|---------------|-------------|-----------------|------|--------------|------|--------------------------|----------------|
| ۲۹۷۹/۵۶ | ۴ | ۷۴۴/۸۹ | ۹/۹۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۶ | ۰/۱۳ | ۸/۶۶ |
| باقیمانده | ۲۶۹ | ۷۵/۰۰ | | | | | |

مطابق مندرجات جدول فوق، میزان F محاسبه شده برای متغیرهای پیش بین در سطح $P < 0/001$ معنادار است، که حاکی از این است که ابعاد عمل به باورهای دینی، سلامت اجتماعی را به صورت معناداری پیش بینی می کنند. به صورت کلی ابعاد عمل به باورهای دینی ۱۲ درصد از تغییرات واریانس سلامت اجتماعی را تبیین می کنند. ضرایب تاثیر و آماره های t مربوط به عمل به باورهای دینی ($B = 0/88$ و $t = 2/65$ برای مستحبات، $B = 0/89$ و $t = 4/49$ برای فعالیت و $B = 0/49$ و $t = 2/39$ برای

تصمیم‌گیری) نشان می‌دهد که سه بعد مذکور با اطمینان ۰/۹۹، تغییرات مربوط به سلامت اجتماعی را پیش بینی می‌کنند.

نتیجه گیری

هدف مطالعه حاضر، بررسی رابطه عمل به باورهای دینی با سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دختر بود. یافته‌های مطالعه حاضر نشان دادند که رابطه معناداری بین ابعاد باورهای دینی و سلامت اجتماعی وجود دارد و ابعاد باورهای دینی توانایی پیش‌بینی برخی ابعاد سلامت اجتماعی را دارند. نتایج حاکی از آن است که یکپارچگی اجتماعی توسط عمل به واجبات و فعالیت مذهبی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی توسط واجبات و مستحبات، و شکوفایی، پیوستگی اجتماعی و نمره کل سلامت اجتماعی توسط مستحبات، فعالیت مذهبی و تصمیم‌گیری پیش‌بینی می‌گردد. در واقع، دو بعد از عمل به باورهای دینی نقش بیش‌تری در ابعاد سلامت اجتماعی دارند. یعنی عمل به مستحبات اکثر ابعاد آن (پذیرش، مشارکت، شکوفایی، پیوستگی و نمره کل سلامت) و فعالیت مذهبی چندین بعد سلامت (یکپارچگی، شکوفایی، پیوستگی و نمره کل سلامت) را پیش‌بینی می‌کنند، اما واجبات و تصمیم‌گیری تنها در برخی از ابعاد سلامت اجتماعی نقش دارند.

آنچه متون و آیات دینی اسلام نیز بر آن تاکید کرده‌اند، اهمیت رابطه فرد با جامعه است که البته چنین دستوراتی بیشتر می‌تواند جزو مستحبات باشد و چنین برداشتی مطابق با تعریف مشارکت اجتماعی است که شامل ارزیابی کیفیت رابطه فرد با جامعه می‌باشد (کیزی، ۱۹۹۸). هم‌چنین انجام فعالیت‌های گروهی و شرکت در آیین‌ها و فعالیت‌های مذهبی از جمله مسابلی است که موجب افزایش رضایت فرد از رابطه‌اش با جامعه می‌گردد. این یافته مطالعه حاضر، همسو با یافته‌های درونستد^۱ (۱۹۹۸)، به نقل از بروان و ترینر^۲ (۲۰۰۹) است که اظهار کرده‌اند، افرادی که در فعالیت‌های مذهبی شرکت می‌کنند، یکپارچگی اجتماعی بیش‌تری نشان می‌دهند.

علاوه بر این، نحوه ارتباط افراد جامعه با یکدیگر نیز از جمله مسائلی است که دین اسلام بر آن تاکید داشته است و این توصیه‌های دینی در ارتباط با پذیرش اجتماعی می‌باشد و افراد دارای این ویژگی، روابط اجتماعی بیش‌تری داشته و بیش‌تر به اطرافیان اعتماد می‌کنند. هم‌چنین، نقش فعالیت مذهبی در پذیرش اجتماعی بدین دلیل می‌تواند باشد که فعالیت دینی موجب افزایش روابط افراد، اعتماد به یکدیگر و کوشش بیش‌تر برای بهبود وضعیت اجتماع است، به طوری که ریموند (۲۰۰۴) نیز بر این باور است که افراد با پذیرش اجتماعی بالا، معتقدند که انسان‌ها موجوداتی فعال بوده و همیشه در تلاش و کوشش هستند.

1. Drevenstedt
2. Brown & Tierney

مطابق با یافته حاضر، پیچن^۱ و همکاران (۲۰۰۷) و ساروگلو^۲ (۲۰۰۶) نشان داده‌اند که در بین دین-های مختلف از جمله اسلام، باورها و اعمال دینی با نگرش‌های اجتماعی (همدلی، نگرانی درباره دیگران، علاقمندی برای یاری به دیگران) مرتبط می‌باشد.

هم‌چنین دلیل احتمالی نقش مستحبات در مشارکت و شکوفایی اجتماعی ناشی از احساس مسئولیتی است که در اثر باورهای دینی و عمل به این باورهای دینی به وجود می‌آید. افراد مذهبی، نگران اوضاع اجتماع بوده و در جهت بهتر شدن آن قدم بر می‌دارند. افراد سالم از نظر روانی، پیرامون مسایل مربوط به شرایط اجتماع و آینده آن، دیدگاه امیدوارانه دارند، در حالی که افراد ناسالم، در مورد این مسایل نا امید می‌باشند (کی‌یس، ۱۹۹۵).

در زمینه رابطه باورهای دینی با سلامت اجتماعی، می‌توان به این نکته اشاره کرد که برخی دیدگاه-های نظری معتقدند که اعمال دینی دارای جنبه‌های اجتماعی هستند. در این زمینه لنسکی، معتقد است که فعالیت گروهی دینی از دو جنبه «مشارکتی» و «معاشرتی» برخوردار است. به نظر وی بعد مشارکتی از لحاظ میزان حضور در برنامه‌ها و فعالیت‌های رسمی و جمعی نهاد دین و بعد معاشرتی از حیث داشتن پیوندهای دوستانه و عاطفی با هم کیشان مطرح نظر قرار دارد. منظور از مشارکت دینی به عنوان نشانه-ای از دینداری، به عهده گرفتن نقش و مسئولیت در فعالیت‌های دینی و سهیم شدن هزینه‌های آن است. وجه متمایز این بعد از دیگر ابعاد دینی، در غیر عبادی بودن، داوطلبانه بودن و عنصر خدمت رسانی و مساعدت با هم کیشان و هم نوعان است (شجاعی زند، ۱۳۸۴).

لازم به ذکر است که توجه به مسایل اجتماعی موضوع مهمی در دین اسلام بوده است که در برخی منابع تحت عنوان «سیاست اجتماعی در اسلام» بدان اشاره شده است. این موضوع هم در سطح دستورات متون اسلامی و هم در سطح نهادهای جامعه اسلامی حضور داشته و هم اعضای جامعه اسلامی چنین دغدغه‌ای را داشته‌اند. افراد جامعه اسلامی همواره اندیشه کمک و همیاری را در خود احساس کرده‌اند. قلمرو این عرصه، امداد رسانی و کمک به نیازمندان، فقراء، بیکاران، یتیمان و ... بوده است. چنین بینشی اجتماعی در اسلام موجب شکل‌گیری ساختارها و مفاهیمی شده است که می‌توانند موجب افزایش سلامت اجتماعی افراد آن جامعه گردند.

بررسی متون اسلامی به روشنی نشان می‌دهد که یکی از اهداف اصلی و حکمت‌های مهم احکام و مقررات اسلامی، پیش‌گیری از بیماری‌ها و تأمین سلامت انسان است. خداوند متعال تصریح می‌کند که قرآن و برنامه‌های نورانی و حیات‌بخش آن، جامعه بشری را به راه‌های تأمین سلامت رهنمون می‌گردد. براین اساس، آنچه در اسلام برای سلامت جسم و یا جان خطرناک و زیانبار است، حرام یا مکروه است

1. Pichon
2. Sarogou

و آن‌چه برای سلامت انسان لازم و مفید است واجب یا مستحب، و آن‌چه سود و زیانی برای جسم و جان ندارد، مباح شناخته شده است (محمدی ری شهری، ۱۳۸۷).

در کل نتایج مطالعه حاضر به این مسئله اشاره دارد که دین اسلام هم دارای رهنمودهای فردی و هم اجتماعی است، که در برخی از تعاریف دین (مثل پیترسون و همکاران، ۱۹۹۱). به نقل از فقیهی و همکاران، ۱۳۸۵) بر آن تاکید شده است. اما آن‌چه در سلامت اجتماعی نقش بیش‌تری دارد، رهنمودها و دستورات منطبق با مستحبات است. بعد اول در مطالعه حاضر، یعنی عمل به واجبات بیش‌تر مبتنی بر فرد است، در حالی که ابعاد عمل به مستحبات و فعالیت‌های مذهبی بیش‌تر بر روابط بین فردی و اجتماعی تاکید دارد و بدان دلیل بیش‌تر با ابعاد سلامت اجتماعی مرتبط می‌باشد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مستحبات و مشارکت در فعالیت‌های مذهبی، جنبه‌های اجتماعی بیش‌تری در مقایسه با واجبات و استفاده از دین در تصمیم‌گیری و انتخاب‌ها دارند.

منابع

- باباپور خیرالدین، ج و دیگران. (۱۳۸۸). **بررسی نقش عوامل جمعیت شناختی در سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز**. فصلنامه روانشناسی دانشگاه تبریز، شماره ۱۶: ص ۱۹-۱.
- خدایپناهی، م. ک و دیگران. (۱۳۷۹). **بررسی نقش ساخت شخصیت در جهت‌گیری مذهبی دانشجویان**. مجله روانشناسی، سال چهارم، شماره ۲: ۲۰۴-۱۸۵.
- شجاعی، ع. (۱۳۸۴). **مدلی برای سنجش دینداری در ایران**. مجله جامعه‌شناسی ایران، دوره ششم، شماره ۱: ص ۶۶-۳۴.
- صفوی، م و دیگران. (۱۳۸۸). **بررسی کیفیت زندگی و ارتباط آن با برخی ویژگی‌های فردی در همسران جانبازان شیمیایی مبتلا به عوارض ریوی گاز خردل**. دانشور پزشکی، سال شانزدهم، شماره ۸۰: ص ۱۱-۱.
- عبدی، ز و دیگران. (۱۳۸۶). **سالمندی موفق در پرتو مذهب و باورهای دینی**. مجله سالمندی ایران، سال دوم، شماره چهارم: ص ۲۹۹-۲۹۳.
- فقیهی، ع. ن و دیگران. (۱۳۸۵). **بررسی الگوی دینداری از منظر قرآن و سنت**. فصلنامه اندیشه دینی دانشگاه شیراز، شماره پیاپی ۱۹: ص ۷۰-۴۱.
- محمدی ری شهری، م و دیگران. (۱۳۸۷). **دانشنامه احادیث پزشکی** (جلد اول). تهران: نشر دارالحدیث.

نازکتبار، ح و دیگران. (۱۳۸۶). نقش دینداری در ممانعت از بزهکاری جوانان شهر تهران. فصلنامه علمی- پژوهشی رفاه اجتماعی، سال ششم، شماره ۲۲: ص ۲۵۷-۲۳۳.

نجفی، م و دیگران. (۱۳۸۵). بررسی رابطه کارآیی خانواده و دینداری با بحران هویت. مجله دانشور رفتار. سال سیزدهم، شماره ۱۶: ص ۲۶-۱۷.

هادیان فرد، ح. (۱۳۸۴). احساس ذهنی بهزیستی و فعالیت‌های مذهبی در گروهی از مسلمانان. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، شماره ۱۱: ۲۳۲-۲۲۴.

Benton, S. A., Robertson, J. M., Tseng, W.C., Newton, F. B., & Benton, S. L. (2003). **Changes in counselling: Research and Practice**. 34: 66-72.

Brown, B.H. & Tierney, B. (2009). **Religion and subjective well-being among the elderly in china**. The Journal of Socio-Economics, 38: 310-319.

Day, J.M. (2009). **Religion, spirituality and positive psychology in adulthood: a developmental view**. Journal of Development: DOI 10.1007/s10804-009-9086-7

Diener, E., Lucas, R.E., & Oishi, S. (2002). **Subjective Well-being: Handbook of positive psychology**. In R.C. Snyder., S.J. Lopez (Eds.). Oxford University Press.

Henderie, H. C., Albert, M. S., Butters, M. A., Gao, S., Knopman, D. S., Launer, L. J., et al (2006). **The NIH cognitive and emotional health project: Report of the critical evaluation study committee**. Alzheimer & Dementia, 2: 12-32.

Kadison, R., & Digeronimo, T.F. (2004). **College of the overwhelmed: The compos mental health crisis and what to do about**. San Francisco: Jossey-Bass.

Keyes, C. L. M. (1995). **Social functioning and social well-being: studies of the social nature of personal wellness**. Submitted to graduate of university of wisconsin-madison in partial fulfilment of the requirement for the degree of the doctor of philosophy in psychology.

Keyes, C. L. M. (1998). **Social well-being**. Social Psychology Quarterly, 61 (2): 121-140.

Keyes, C.L.M (2006). **Mental health in adolescents: is Americas youth flourishing?** American Journal of Orthopsychiatry, 76: 395-402.

Monk, E. M., & Mahmood, Z. (1999). **Student mental health: A pilot study**. Counselling Psychology Quarterly, 12 (2): 199-210.

Pichon, I., Boccato, G., & Saroglou, V. (2007). **Nonconscious influences of religion on prosociality: A priming study**. European Journal of Social Psychology, 37: 1032-1045.

Ross, S. E. Neibling, B. C. & Heckert, T. M. (1999). **Sources of stress among college students**. College Student Journal, 33(2): 312- 317.

Saroglou, V. (2006). **Religion's role in prosocial behaviour: Myth or reality?** American Psychological Association Psychology of Religion Newsletter, 31(2): 2-9.

Sawatzky, R., Ratner, P. A., & Chiu, L. (2005). **A metaanalysis of relationship between spirituality and quality of life.** Social Indicators Research, 72: 153-188.

Snyder, M. B. (2004). **Senior Student affairs officer Round Table: Hottest topics in student affairs.** Session held at the annual meeting of the national association of student. Personnel Administrators, Denver, Colorado.

Thoresen, C.E., Harris, A.H., & Oman, D. (2001) . **Spirituality, religion and Health: Evidence, Issues, and Concerns.** New York and London: The Guilford Press.

Wissing, T.F., Fouri, A. (2000). **Spirituality as a component of psychological well-being.** 27th International Congress of Psychology, 23-28 July, Stockholm, Sweden.

Archive of SID