فصلنامه علمی اقتصاد و بانکداری اسلامی، شماره سی‌ام، بهار ۱۳۹۹- صفحات ۲۴۳-۲۱۹

بررسی عوامل اقتصادی و اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان با تأکید بر دین‌داری

نوع مقاله: پژوهشی

سیده مرضیه عابدی[۱]
میثم موسائی[۲]
علی بقایی سرابی[۳]
بهرام قدیمی[۴]

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۹/۰۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۲/۲۵

چکیده

سلامت اجتماعی، متأثر از شرایط اجتماعی جامعه است. یکی از موضوعات مهمی که امروزه در توسعه مطرح است، سلامت اجتماعی است که در کنار سلامت جسمی، روانی و معنوی نقش و اهمیت گسترده‌ایی یافته است. سلامت مفهوم وسیعی دارد و تعریف آن تحت تأثیر میزان آگاهی و طرز تلقی جوامع با شرایط گوناگون جغرافیایی و فرهنگی قرار می‌گیرد .این تحقیق به‌دنبال بررسی مهم‌ترین عوامل اقتصادی و اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی با تأکید بر دین‌داری زنان شهر خشت فارس بوده است. رویکردهای نظری این پژوهش، براساس نظریه‌های سلامت اجتماعی کییز، نظریات دین‌داری دورکیم و بیلی گراهام است. روش، پیمایشی و ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه‌های استاندارد کییز و محقق ساخته بوده است. داده‌های تحقیق با نرم‌افزار spss ،مورد تجزیه و با نرم‌افزار لیزرل ،آزمون نهایی مدل صورت پذیرفت. نتایج نشان دادند بین متغیرهای مستقل با سلامت اجتماعی زنان، رابطه معناداری وجود دارد. نتیجه مدل معادله ساختاری، این بود که با افزایش پایگاه اقتصادی و اجتماعی، سرمایه اجتماعی زنان، بیشتر شده و با افزایش سطح پایگاه اقتصادی و اجتماعی، سلامت اجتماعی ایشان افزایش می‌یابد.

[۱] دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی اقتصادی و توسعه، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران mrabedi2014@gmail.com
[۲] استاد دانشگاه تهران (نویسنده مسئول) mousaaei@ut.ac.ir
[۳] استادیار دانشکده علوم اجتماعی و انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی abaghaei@riau.ac.ir
[۴] استاد دانشکده علوم اجتماعی و انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات dr.b.ghadimi@gmail.com

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-07]

کلمات کلیدی: سلامت اجتماعی، خشت، پایگاه اقتصادی- اجتماعی، زنان
طبقه‌بندی JEL: RZ12، RZ1، IZ12

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-07]

مقدمه

در عصر حاضر از موضوعات مهم در توسعه، سلامت اجتماعی است که در کنار سلامت جسمی، روانی و معنوی نقش و اهمیت گسترده‌ایی یافته است.چگونگی عملکرد انسان در روابط اجتماعی و چگونگی تفکر وی از اجتماع نیز از معیارهای ارزیابی سلامت فرد در جامعه به شمار می‌رود.

سلامت اجتماعی زنان و مسائل مربوط به آنان، از مواردی است که در تغییرات امروزی توسعه، توجه صاحب‌نظران و متولیان امر توسعه را به خود مشغول کرده است، سازگاری زنان با محیط زندگی و راه‌کارهای تأمین سلامت اجتماعی آنان است که بخشی از اهداف توسعه و عامل مثبت تاثیرگذار بر فرآیند توسعه است.

زنان، نیمی از جمعیت جامعه را تشکیل می‌دهند، در سال‌های اخیر با وجود تغییرات صورت گرفته و به‌دلیل عدم وجود شرایط توسعه کیفی و اجتماعی، هنوز نتوانسته‌اند خود را با وضعیت و شرایط جدید اجتماعی وفق داده و دچار مشکلاتی شده‌اند. یکی از عواملی که می‌تواند موجب یک‌پارچگی و تعلق خاطر به محیط زندگی و رفع انزوا و بیگانگی با محیط و در نتیجه سلامت اجتماعی آنان گردد، پایگاه اقتصادی و اجتماعی است.

بخش خشت (از توابع شهرستان کازرون فارس) یکی از مناطقی است که در سال‌های اخیر به‌دلیل گسترش صنایع بسته‌بندی و صفحه نفتی خشت، به‌صورت جدی درحال افزایش صنایع کشاورزی و نفتی و جذب کارگر و ایجاد اشتغال است.

احداث تأسیسات صنعتی و توسعه صنعتی بدون در نظر گرفتن ابعاد اجتماعی و فرهنگی آن، پیامدهای ناخواسته فراوانی به‌دنبال دارد. ملاحظه نکردن شرایط پایداری اجتماعی و فرهنگی در پروژه‌های توسعه، سبب می‌شود تا زندگی سالم ساکنان مناطق اجرای این طرح‌ها و هم‌چنین رویکرد منطقه‌ای توسعه پایدار، باخطر جدی مواجه شود؛ زیرا یکی از ابعاد پایداری طرح‌های توسعه، بعد پایداری اجتماعی آن است (طالبیان[1] و همکاران، ۱۳۸۷). به‌نظر می‌رسد که زنان در سال‌های اخیر با وجود تغییرات صورت گرفته، به‌دلیل عدم وجود شرایط توسعه کیفی و اجتماعی، هنوز نتوانسته‌اند خود را با وضعیت و شرایط جدید اجتماعی وفق داده؛ پس دچار مشکلاتی شده‌اند. تغییرات به‌وجودآمده در سیمای زندگی و مسائل اجتماعی موجود در منطقه موجب محدودیت‌ها و تغییراتی در زندگی زنان و روابط و مناسبات اجتماعی آنان شده است.

پژوهش حاضر، به‌دنبال بررسی عوامل اقتصادی و اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان با تأکید بر دین‌داری، زنان در بخش خشت است. بدین جهت مسأله اصلی تحقیق به‌شرح ذیل قابل طرح است:

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-07]

آیا عوامل اقتصادی و اجتماعی و دین‌داری بر سلامت اجتماعی زنان تأثیر دارد؟

اهمیت موضوع

زنان نیمی ازجمعیت و مربی نسل‌های بعد جامعه‌اند پس نقش مهمی در تحولات اجتماعی یک بخش ایفا می‌کنند. پس سلامت زنان به‌ویژه مادران، از مفاهیم زیربنایی در توسعه و رفاه اقتصادی - اجتماعی است درحالی‌که اهمیت آنان، اغلب پشت مدیریت‌های مردانه، کمرنگ و مخفی باقی می‌ماند.

توجه به سلامت افراد جامعه به‌عنوان یکی از پیش‌شرط‌های تحقق توسعه‌ی پایدار، از طریق اثرگذاری بر عملکرد نیروی انسانی، زمینه‌های ارتقاء شرایط اقتصادی را فراهم نموده و از این طریق دست‌یابی به اهدافی همچون رفاه عمومی، رشد اقتصادی و عدالت را که از مهم‌ترین اهداف یک جامعه‌ی اسلامی هستند، میسر می‌سازد (مزینی و محمدی صابر، ۱۳۹۸).

اهمیت به زنان جامعه باعث بالارفتن سلامت اجتماعی آنان می‌شود. درنتایج تحقیق یوسفی شیخ رباط و موسوی مقدم (۱۳۹۸) نیز بر توانمندسازی زنان و افزایش مشارکت آنان در خانواده و جامعه تاکید شده است.

نتایج این پژوهش می‌تواند در برنامه‌ها و سیاست‌گذاری‌ها در سطوح ملی و محلی جهت ارائه راه‌کارهایی به‌منظور ارتقاء سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی زنان که تاکنون پژوهشی در مورد آن در این منطقه صورت نگرفته است، کمک کند.

سؤالات تحقیق

آیا میزان دین‌داری با میزان سلامت اجتماعی ارتباطی دارد؟

آیا عوامل اقتصادی و اجتماعی با میزان سلامت اجتماعی ارتباطی دارد؟

فرضیات اصلی تحقیق

دین‌داری بر سلامت اجتماعی زنان تأثیر مستقیم و معنی‌دار دارد.

تعاملات اجتماعی با نقش واسطه‌گری دین‌داری بر سلامت اجتماعی زنان تأثیر غیرمستقیم دارد.

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-07]

تعاریف نظری

سلامت اجتماعی

از نظر کییز[1] سلامت اجتماعی می‌تواند به‌عنوان ارزیابی فرد از روابط اجتماعی‌اش تعریف شود؛ اینکه چطور دیگران نسبت به آنها کنش دارند و چطور آنها با در ارتباط با نهادهای اجتماعی و جامعه عمل می کنند (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۷). کییز که از جامعه‌شناسان پیش‌رو در زمینه مفهوم‌سازی و سنجش سلامت اجتماعی در سطح خرد است، سلامت اجتماعی را ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که وی به‌عنوان عضوی از آنهاست تعریف می‌کند و آن را دارای ۵ بعد می‌داند: ۱-یکپارچگی اجتماعی[2]، ۲-پذیرش اجتماعی[3]، ۳-مشارکت اجتماعی[4]، ۴-شکوفایی اجتماعی[5]، ۵-همبستگی اجتماعی[6]

پایگاه اقتصادی-اجتماعی: پایگاه‌های اقتصادی-اجتماعی مختلف موقعیت‌های سلسله مراتبی در نظام اجتماعی هستند که کنش‌گران در آن به‌دنیا می‌آیند و زندگی می‌کنند. آنها از خرده فرهنگ‌های خاصی نیز برخوردارند. فرزندان افراد متعلق به پایگاه‌های مختلف به گونه‌های مختلفی نیز اجتماعی می شوند. پایگاه **اقتصادی**-اجتماعی بر سلسله مراتب ارزشی و دینی و مذهبی بودن کنش‌گران نیز تأثیر می‌گذارد (محسنی : ۱۳۷۵).

دین‌داری (باور دینی): میزان باور دینی با سه بعد سنجیده می شود: ۱-بعد اعتقادی (حوزه معرفتی) که باورهایی را در برمی‌گیرد که انتظار می‌رود پیروان دین اسلام به آن اعتقاد داشته باشند مانند اعتقاد به اصول دین (آزادارمکی، ۱۳۸۷). ۲-بعد مناسکی یا حوزه عمومی شامل تجربیات معنوی مانند نماز خواندن، روزه گرفتن، خواندن قرآن و طلب مغفرت است (ارمکی و غیاث‌وند، ۱۳۸۱). "بررسی اجمالی آیات قرآن و روایات اسلامی نشان می‌دهد کلیه برنامه‌هایی که

1 Keyes
2 Social Integration
3 Social Contribution
4 Social Acceptance
5 Social Actualization
6 Social Coherence

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-07]

در اسلام برای پیشرفت انسان ارائه شده‌است، متشکل از سه مؤلفه زیربنا، ساختار و عملکرد هستند" (رستم‌زاده و نصیرآبادی، ۱۳۹۶).

رفتار دینی: رفتارهای دینی به رفتارهایی گفته می‌شود که از نظر شرعی و فقهی در حوزه اصول و فروع دین جای می‌گیرند و احکام دینی لازم در مورد آنها توضیح و تشریح گردیده است. به‌عبارتی، دین در بین معتقدان به دین رفتارهای نمونه‌ای به‌حساب می‌آیند که از پیروان هر دین انتظار می‌رود در قالب مراسمی خاص و معین آنها را به‌جا آورند. این شعائر برحسب موارد مختلف به دو مولفه رفتارهای دینی فردی (از قبیل نماز خواندن، روزه گرفتن، خواندن قرآن، رفتن به زیارت اماکن، امر به معروف و نهی از منکر و ...) و رفتارهای دینی جمعی (از قبیل شرکت در نمازجماعت، شرکت در مراسم تاسوعا و عاشورا ، تفکیک می گردند (ارمکی و غیاث‌وند،۱۳۸۱ به نقل از رحمانی ؛ ۱۳۹۴).

ادبیات تحقیق

مفهوم سلامت[1]

سلامتی مفهومی است که قدمتی به اندازه طول عمر بشر دارد. از زمان پیدایش انسان و شکل‌گیری جوامع بشری مفاهیم بیماری و سلامت نیز با او بوده‌اند و در هر برهه از زمان تعریف خاصی از سلامت ارائه شده‌است. در حال حاضر، روند تاریخی تحول مفهوم سلامت به آنجا رسیده‌است که سلامت را مفهومی می‌دانند که متأثر از عوامل جسمانی، روانی و اجتماعی است (بزازیان و رجایی، ۱۳۸۶). وجود ارتباط میان افراد یا همان جامعه‌پذیری، لذّت بردن از بودن در میان دوستان، پشتیبانی‌شدن از سوی خانواده و بستگان و دوستان را دربرمی‌گیرد که ارتباط و تداخل دیگران در یک طبقه اقتصادی-اجتماعی همانند انجام می‌گیرد (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۵).

عوامل تعیین‌کننده سلامت

سازمان جهانی بهداشت لایه‌های مؤثّر بر سلامت را این‌گونه بیان می‌کنند

- رفتارهای شخصی و شیوه زندگی؛
- حمایت‌ها و تأثیرات جامعه که می‌تواند تداوم‌بخش یا مخرب سلامت باشد؛
- وضع زندگی و کار و دسترسی به خدمات و تسهیلات؛

1 Health

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-07]

سلامت در طول سده‌ها از یک مفهوم انفرادی به‌صورت یک هدف اجتماعی جهانی و دربرگیرنده کیفیت زندگی درآمده‌است. حوزه سلامت اجتماعی از سال‌های ۱۹۹۵ به بعد علاوه بر نگرش کلی و عامی که بر کیفیت سلامت در میان تمام افراد دارد، در کشورهای صنعتی گرایش خاصی را در دو بعد سلامت روانی و نیز سلامت اجتماعی آغاز کرده‌است. گروهی از کارشناسان در این تلاش بوده‌اند که از طریق عملیاتی کردن مفهوم "ارتقاء سلامت" اهدف کلی شعار "بهداشت برای همه"، را با زمینه‌های اجتماعی سلامت در مفهوم عام پیوند بزنند. آنان معتقدند که "ارتقاء سلامت"در حقیقت دربرگیرنده زمینه‌های اقدام اجتماعی برای توسعه سطح سلامت است. ارتقاء سطح سلامت بر این اساس از دو طریق امکان‌پذیر است که یکی از آنها توسعه شیوه‌های سالم زندگی و اقدام اجتماعی برای سلامت است و دیگری ایجاد شرایطی است که زیستن در یک حیات سالم را امکان‌پذیر سازد. موضوع اول دربرگیرنده توانمندسازی انسان‌ها از طریق آگاهی‌ها و مهارت‌های ضروری برای یک زندگی سالم است و موضوع دوم تأثیرگذاری بر سیاست‌گذاران به‌گونه‌ای است که سیاست‌های عمومی و برنامه‌های حامی سلامت عمومی را در سطح جامعه پیگیری نمایند، که پیش‌گیری از انحرافات اجتماعی از گسترده‌ترین ارکان این بخش است (سجادی، ۱۳۸۴).

سلامت از دیدگاه اسلام

آیین مقدس اسلام که تمام قوانین آن مطابق طبیعت و سرشت انسان است، برای سلامت جسمانی و روانی به‌عنوان ارزش، اهمیت قائل است و به جای آنکه با بی‌اعتنایی به رعایت اصولی جهت چاره‌جویی گرفتاری‌ها باشد، مسائل را به‌صورت بنیادی حل کرده تا انسان‌ها راحت‌تر و با آرامش بهتری زندگی کنند. حفظ سلامت روانی و جسمانی، یکی از مهم‌ترین وظایف مسلمانان به‌شمار می‌آید. در حدیث نبوی، تندرستی و امنیت، دو نعمتی شمرده شده‌اند که انسان تا هنگامی که آنها را از دست ندهد، به ارزش آنها پی نخواهد برد. دین انسان‌ساز اسلام، تأکید بسیار بر ساختن انسان‌هایی دارد که از سلامت روانی برخوردارند تا بتوانند اهداف خویش را پی‌گیری کنند. از این‌رو، برای حفظ سلامت روانی و جسمانی، برنامه‌هایی را تدارک دیده است تا از راه آن بتواند انسان‌های مؤمن متکاملی را تربیت کند و تأکید عمده‌ی در حفظ سلامت روانی و جسمانی انسان، بر محور پیش‌گیری استوار است. اسلام می‌کوشد تا سلامتی انسان‌ها را پیش از نیاز به درمان تأمین کند؛ و به طور خلاصه، از دیدگاه اسلامی، پیش‌گیری مهم‌تر و بهتر از درمان است.

انسان با رعایت نکات خاصی می‌تواند سلامت روانی خود را تأمین و پیش از آنکه نیازمند درمان باشد، از وقوع آن پیش‌گیری کند. شارع مقدس اسلام برای حفظ بهداشت روانی، اصول و قواعدی را قرار داده است تا با به‌کارگیری و رعایت آنها بتوان سلامت عمومی را تأمین کرد. این اصول با تأکید

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-07]

بر بهسازی محیط زیست انسان خانواده و جامعه، سرانجام، وظایفی را برای فرد تعیین می‌کند که این وظایف، باعث حفظ سلامت روانی وی می‌شود (آل یاسین، ۱۳۷۳).

معیار سلامت در مکتب اسلام

معیار سلامت روانی در مکتب اسلام[1]، تحت عنوان رشد به‌کاررفته است. اصطلاح رشد به معنای قائم به خود بودن، هدایت، نجات، صلاح و کمال آمده است. چنان‌چه دیده می‌شود، دست‌یابی به پایین‌ترین حد رشد، مجوزی برای انجام کارهای مستقل، انجام معاملات و دخالت در دارایی دانسته شده است و در این مورد معنای قائم به خود بودن و توانایی داشتن زندگی مستقل، بیشتر مورد توجه است (شاکری‌نیا، ۱۳۷۹).

دست‌یابی به بیشترین حد رشد که مترداف با تکامل به‌کارمی‌رود، در حقیقت، فلسفه زندگی از دیدگاه اسلام است. هیچ فرد عاقلی نمی‌تواند ادعاکند که به بالاترین حد رشد دست یافته و امکان دست‌یابی به مراحل پیشرفته‌تر برای او وجود ندارد. حرکت در مسیر رشد، نشانه سلامت فکر است. طرح رشد به‌عنوان فلسفه زندگی از دیدگاه اسلام را می‌توان از آیه زیر استنباط کرد:

«واذا سالک عبادی عنی فانی قریب اجیب دعوه الداع اذا دعان فلیستجیبوا لی و لیومنوابی لعلهم یرشدون» ، «چون بندگانم درباره‌ی من از تو بپرسند، بگو من به آنها نزدیکم، دعوت خواننده‌ای که مرا بخواند اجابت می‌کنم؛ پس آنها نیز باید دعوت مرا اجابت کنند و به من ایمان آورند تا رشد یابند» (سوره مبارکه بقره، آیه شریفه ۱۸۶).

چنان‌چه دیده می‌شود، نتیجه‌ی ایمان به خدا و اجابت دعوت او، رشد و تکامل است و در حقیقت، هدف از دعوت پیامبران الهی و پذیرش آن توسط مردم، دست‌یابی به تکامل روانی است. وقتی جهان‌بینی و فلسفه زندگی، از دیدگاه مکتب اسلام در حرکت تکاملی خلاصه شود، انسانی که در این راه حرکت می‌کند، از معیار آرمانی سلامت فکر برخوردار و به همان اندازه‌ای که از این مسیر فاصله داشته باشد از سلامت روانی دور خواهد بود. رفتارها و آیین‌های مذهبی را می‌توان در پیروی انسان از ارزش‌ها و هنجارهای دینی، مورد توجه قرار داد. هنگامی که از رفتارهای مذهبی سخن می‌گوییم، منظورمان مجموعه‌ی باورها، عادت‌ها، عملکردها و واکنش‌هایی است که نسبتاً پایدار بوده، قابل مشاهده، ارزیابی، اندازه‌گیری و پیش‌بینی باشد. رفتارها و آیین‌های مذهبی، ارزش مثبتی در پرداختن به نکات معنادار زندگی دارند، رفتارهایی هم‌چون: عبادت، توکل به خداوند، زیارت و روزه گرفتن می‌توانند با ایجاد امید در افراد و تشویق آنها به نگرش مثبت به موقعیت‌های فشارزای روانی، باعث آرامش درونی آنها شوند (شاکری‌نیا، ۱۳۷۹).

1 Islamic School

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-07]

از آنجاکه انسان موجودی دو بعدی (مادی و معنوی) است، قرآن کریم نیز به هر دو بعد نظر دارد و می‌خواهد جسم و جان هر دو را شفا دهد. آیات مرتبط با پزشکی و سلامت روح و روان را می‌توان در دو دسته جداگانه مطرح نمود:

در متن تعالیم اسلامی، روش هایی برای مقابله با ناکامی ها و سازگاری با سختی‌ها ذکر شده‌که آنها را در سه بخش «روش‌های شناختی»، «روش‌های رفتاری» و «روش‌های عاطفی» مورد بررسی قرار می‌دهیم.

- روش‌های شناختی[1]

در این روش‌ها که بر شناخت‌های فرد نسبت به جهان و زندگی فردی و اجتماعی تأکید می‌شود فرد با استفاده از شناخت‌ها درصدد مقابله با تنیدگی‌ها برمی‌آید و به کمک توانایی فکری و ذهنی خود، با مشکل برخورد می‌کند. از جمله روش‌های شناختی می‌توان به موارد زیر اشاره نمود: ایمان به خدا، بینش فرد نسبت به وقوع سختی‌ها و مشکلات، توکل به خدا، اعتقاد به مقدرات الهی.

- روش‌های رفتاری[2]

در روش‌های رفتاری، دستورات و توصیه‌های عملی، از جمله آداب برخورد و رفتار متقابل مورد نظر است. برخی از این روش‌ها عبارتند از: صبر و خویشتن‌داری، تفریحات سالم، ازدواج و روابط خانوادگی، حمایت اجتماعی.

- روش‌های معنوی-عاطفی[3]

در این روش‌ها فرد نوعی ارتباط عاطفی با خدا و اولیای دین برقرار می‌کند به گونه‌ای که این روابط انسان را در مواجهه با مشکلات و حل آنها یاری می‌رساند و شامل موارد ذیل است: یاد خدا، دعا، نماز، توسل، بهداشت جسمانی[4]

برخی از احکام دینی ذکر شده در قرآن کریم دارای فواید پزشکی و بهداشتی نیز می‌باشد به‌گونه‌ای که رعایت آنها باعث جلوگیری از بیمارها می‌شود؛ و البته با پیشرفت علوم پزشکی مصالح و حکمت‌های آنها بیشتر آشکار خواهد شد. در این قسمت به موارد زیر می توان اشاره نمود: دعوت به خوردن غذاهای پاکیزه و پرهیز از غذاهای مضر و حرمت خوردن چیزهای پلید

1 Methods of recognizing
2 Behavioral Methods
3 Spiritual and emotional methods
4 Physical health

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-07]

راه‌های تأمین سلامت از دیدگاه اسلام

از نظر روان‌شناسان، یکی از ویژگی‌های اساسی در افراد سالم و بهنجار، آرامش روانی و احساس رضایت از زندگی است. بررسی حالات و روحیات فرد با ایمان نیز حاکی از آرامش خاطر و صفای درونی‌شان است و درون فرد مؤمن، روشن از نور حقیقت و سرشار از لذت‌های معنوی است. بنابراین، یکی از آثار ایمان، آرامش خاطر است. اگر دقت کنیم درمی‌یابیم که انسان فطرتاً جویای سعادت خویش است و از تصور رسیدن به سعادت، غرق در شادی می‌شود و از فکر آینده شوم و همراه با محرومیت، لرزه بر اندامش می‌افتد و سخت دچار اضطراب می‌شود.

ایمان مذهبی به حکم این که انسان یک طرف معامله است، در خصوص رفتار که طرف دیگر معامله است، اطمینان می‌بخشد؛ دلهره و نگرانی از رفتار جهان در برابر انسان را زائل می‌سازد و به جای آن، به او آرامش خاطر می‌دهد(نجم عراقی، ۱۳۷۹).

- **دعا، ذکر و عبادت:** یکی از عوامل کسب آرامش و رضایت خاطر، نظام و تربیت اسلامی است. در این نظام، یکی از روش‌های تربیتی عبادت و ذکر است. ادیان الهی تلاش بسیاری برای ایجاد ارتباط سازنده و مستمر بین انسان و آفریدگار او از راه عبادت و ذکر، انجام می‌دهند. اسلام و به ویژه مکتب تشیع، زمینه بسیار گسترده‌ای را از راه قرآن و ادعیه فراهم کرده‌اند تا ارتباط پویای بین انسان و خدا برقرار باشد. وقتی انسان بتواند در تمامی حالات و لحظات با آفریدگار دانا، سخن بگوید و از او برای غلبه بر مشکلات یاری بخواهد، بدون شک، از تنهایی بیرون خواهد آمد. نکته مهم در این میان، بینشی است که اسلام به انسان می‌بخشد و آن، ارتباط مستمر با کسی است که ازهمه شنوایان شنواتر، از همه بیننده‌ها بیننده‌تر و از همه دانایان داناتر است؛ به انسان از رگ گردن او نزدیک‌تر و بین قلب انسان و خود او واسطه است و اگر خوانده شود، اجابت خواهد کرد. ذکر خداوند و یاد او، یکی از عبادت‌های بزرگ است که حدی برای آن قایل نشده‌اند؛ یعنی در اسلام، تمامی عبادات حدی دارند، غیر از ذکر که حدی برای آن قرار نداده‌اند و در هر زمان و مکانی، می‌توان با ذکر خداوند پر شد (مطهری، ۱۳۷۵).

در بین شعایر دینی و مذهبی، دعا از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است. دعا در لغت به معنای صدا زدن، یاری طلبیدن، گفت‌وگو با حق تعالی در طلب حاجت و درخواست حل مشکلات از درگاه اوست. دعا از یک نظر، عمل مستقل، عبادتی ذاتاً مطلوب و از گران‌بهاترین پرستش‌هاست که از آن

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-07]

به «مخ العباده» (مغز پرستش) تعبیر می‌شود و از نظر دیگر، وسیله برآورده ساختن خواسته‌ها، سبب رسیدن به هدف‌ها و دارای آثار، فواید و اثرات فروانی است(حسین اکبر، ۱۳۷۷).

- **نماز**: امروزه بسیاری از روان‌شناسان دریافته‌اند که دعا، نماز و داشتن یک ایمان محکم به دین، اضطراب، افسردگی، نگرانی، تشویق و ترس را که زمینه‌ساز بسیاری از بیماری‌هاست برطرف می‌کند: «الابذکر الله تطمئن القلوب» کلمه نماز نشان می‌دهد که رابطه‌ای میان انسان و پروردگارش وجود دارد. وقوف خاشعانه و خاضعانه انسان در نماز، در برابر خداوند متعال به او نیرویی معنوی می‌بخشد که حس صفای روحی و آرامش قلبی، امنیت روانی و سلامت روانی را در او پدید می‌آورد. از آنجاکه انسان در نماز با همه اعضای بدن و حواس خود متوجه خدا می‌شود و از همه اشتغالات و مشکلات زندگی روی برمی‌گرداند به هیچ چیز جز خدا و آیات قرآن که در نماز به زبان می‌آورد فکر نمی‌کند. همین حالت روی‌گردانی کامل از مشکلات زندگی و نیندیشیدن به آن در میان نماز موجب آرامش روان و سلامت روانی می‌شود. طبق رویکرد روان‌شناختی، این حالت آرامش روانی در ایجاد وضعیت سلامت روانی تأثیر بالایی دارد و موجب کاهش شدت فشارهای عصبی روزانه و تنیدگی‌ها و تنش‌هایی که بسیاری از مردم دچار آن هستند، می‌شود (افروز، خانبانی و چیتی، ۱۳۸۶).

- **تحکیم مبانی خانواده و بالابردن فرهنگ آن:** راه دیگر تأمین سلامت روانی برای انسان‌ها، تأمین محیطی گرم و عاطفی برای برآورده کردن نیازهای گوناگون روانی و جسمانی است. خانواده هسته‌ای، از دیدگاه اسلام مناسب‌ترین مجموعه‌ای است که می‌تواند چنین محیطی را فراهم آورد. از دیدگاه اسلام، خانواده گرامی‌ترین نهادی است که خداوند بر آن صحه گذاشته است.

پیشینه پژوهش

در زمینه موضوع سلانت اجتماعی با تأکید بر متغیرهای مختلف تحقیقات داخلی و خارجی متفاوتی صورت‌گرفته‌است. از جمله تحقیقاتی که به موضوع ما نزدیک بوده‌است به موارد ذیل می‌توان اشاره نمود:

- زاهدی اصل و درویشی فرد (۱۳۹۵) با پژوهشی در زمینه «بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی» که با هدف بررسی و شناخت مهم‌ترین عوامل اجتماعی مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی سالمندان شهر کوهدشت انجام گرفته است، نشان داده: که اکثریت پاسخ‌گویان از میزان سلامت اجتماعی متوسطی برخوردار بودند. هم‌چنین میان پایگاه اجتماعی، حمایت

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-07]

اجتماعی، مهارت‌های ارتباطی با میزان سلامت اجتماعی رابطه معنادار و مستقیم وجود دارد، ولی میان اوقات فراغت و میزان سلامت اجتماعی رابطه معناداری یافت نشد.

- یحیی‌زاده و رمضانی (۱۳۹۲) پژوهشی را با عنوان «سلامت اجتماعی و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن؛ مطالعه موردی: زنان سرپرست خانوار شهر قروه» به انجام رساندند. این تحقیق به بررسی میزان سلامت اجتماعی و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن در میان زنان سرپرست خانوار در شهرستان قروه می‌پردازد. رویکرد نظری تحقیق مبتنی بر رویکردهای سلامت اجتماعی کییز، پایگاه اجتماعی ـ اقتصادی ماکس وبر[1]، باورهای دینی گلاک[2] و استارک[3] و مهارت‌های ارتباطی است. یافته‌های تحقیق نشان داد که از لحاظ میزان سلامت اجتماعی و ابعاد آن (که شامل پنج بعد است) در میان زنان سرپرست خانوار و زنان غیرسرپرست، تفاوت معنادار آماری وجود دارد. به‌علاوه از لحاظ متغیرهای پایگاه اجتماعی ـ اقتصادی، باورهای دینی (بعد اعتقادی) و مهارت‌های ارتباطی بین زنان سرپرست خانوار و زنان غیرسرپرست تفاوت معناداری وجود ندارد.

- پورستار و حکمتی (۱۳۹۲) در پژوهشی با عنوان «پیش‌بینی سلامت اجتماعی براساس باورهای دینی در میان دانشجویان دختر دانشگاه آزاد تبریز» انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که پذیرش و سهم‌داشت اجتماعی با همه ابعاد دینی و یکپارچگی و همبستگی اجتماعی با برخی از ابعاد دینی رابطه معناداری دارند.

- بنابر نتایج تحقیق تقی‌پور (۱۳۹۰) بین میزان سلامت اجتماعی و تحصیلات و درآمد رابطه معنی‌داری وجود دارد اما بین سن و وضع تأهل با سلامت اجتماعی رابطه معنی‌دار برقرار ناست.

- کینگ[4] (۲۰۰۸) با مرور تحقیقات مختلف نظیر (فورنیر، ۱۹۹۸؛ گریف و هیومن، ۲۰۰۴؛ یاکوشو ۲۰۰۵ و دافی و بلوستی[5] ۲۰۰۵) بین معنویت و سلامت اجتماعی و بین معنویت و افزایش عزت نفس، کاهش استرس، سازگاری شخصی و شغلی، ارتباط معنادار و مثبتی را گزارش نموده‌است.

- پاول[6] (۲۰۰۷) در پژوهش «بررسی رابطه بین عملکردهای ارتباطی، سلامت اجتماعی معنوی و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به سرطان» بیان نموده‌است که سلامت معنوی عامل تاثیرگذار بر کیفیت زندگی این افراد بوده و سلامت اجتماعی در رده دو بعد از سلامت اجتماعی قراردارد و عملکردهای ارتباطی آنان با کیفیت زندگی آنان رابطه داشت.

---

1 Max Weber
2 Glock's religious beliefs
3 Stark
4 King
5 Fournier, Griffith and Humean, Yakushu, and Duffy and Ballesti
6 Powell

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-07]

مبانی نظری و چارچوب نظری پژوهش

در پژوهش حاضر از نظریات مختلفی به‌عنوان مبانی نظری پژوهش استفاده شد، اما از این نظریات تنها تعدادی که به‌عنوان مبنای استخراج فرضیات و تشکیل دهنده‌ی چارچوب نظری هستند به‌صورت ترکیبی از نظریات چارچوب نظری را تشکیل می‌دهند.

نظریات زیادی در زمینه سلامت اجتماعی وجود دارد. از جمله نظریه کنت نول که دو بعد توانایی‌های جسمانی و توانایی‌های اجتماعی را به‌عنوان شاخص‌های اساسی سلامت اجتماعی در نظر می‌گیرد.

براساس ابعاد سلامت اجتماعی کییز، پایگاه اجتماعی ـ اقتصادی ماکس وبر و نظریات دورکیم و بیلی گراهام که نظریه خود را از تئوری دورکیم برداشت کرده‌است، مبانی نظری پژوهش شکل گرفته‌است.

در پژوهش حاضر براساس نظریه ی کییز سلامت اجتماعی با ۵ شاخص یکپارچگی اجتماعی، ایفای نقش اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و خودشکوفایی اجتماعی سنجیده می شود (کییز؛ ۱۹۹۸).

ارتباط باورهای مذهبی و گرایشات دینی با سلامت اجتماعی

طبق رویکرد نظریه‌پردازان کارکردگرا، آیین‌های مذهبی از طریق تحمیل انضباط بر نفس و قدری خویشتن‌داری، انسان‌ها را برای زندگی اجتماعی آماده می‌سازند. تشریفات مذهبی، مردم را گرد هم می‌آورند و بدین‌سان پیوندهای مشترکشان را دوباره تصدیق می‌کنند و در نتیجه همبستگی اجتماعی را تحکیم می‌بخشند. اجرای مراسم مذهبی، میراث اجتماعی گروه را ابقا و احیا می‌کند و ارزش‌های پایدار آن را به نسل‌های آینده انتقال می‌دهد و سرانجام، دین با برانگیختن احساس خوشبختی در مؤمنان و احساس اطمینان به حقانیت ضروری جهان اخلاقی‌ایی که خودشان جزئی از آنان‌اند، با احساس ناکامی و فقدان ایمان در آنها مقابله می‌کند (کوزر[1]، ۲۰۰۳، ترجمه ثلاثی،۱۳۸۲). از نظر دورکیم، دین باعث بالا رفتن یک‌پارچگی و انسجام اجتماعی به‌عنوان شاخص‌های سلامت اجتماعی می‌شود. میلتون ییینگر، معتقدست که دین از طریق تأکید بر ارزش‌های کلی و دسترسی‌پذیر یعنی ارزش‌هایی چون رستگاری و یا توجیه رنج، ناکامی و

1 Coser

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-07]

محرومیت و نظایر آن، سازمان اخلاقی جامعه را حفظ می‌کند و موجب پیوند اعضای جامعه و همبستگی اجتماعی - به‌عنوان شاخص‌های سلامت اجتماعی - می‌شود.

دورکیم[1] در نظریه خود نقش دین در انسجام اجتماعی جوامع سنتی را مهم قلمداد می‌کند (ریتزر؛ ۱۳۸۳). به‌نظر دورکیم آیین‌های دینی با تقویت باورهای جمعی و اخلاقیات و نیز با پیوند شرکت‌کنندگان به یکدیگر، باعث همبستگی جامعه می‌شود. کارکرد دین در جامعه یک‌پارچه کردن و انسجام آن است (استونز، ۱۳۷۹). دورکیم معتقد است، به‌هنجاری اجتماعی ریشه در جامعه‌پذیری افراد دارد. اگر ارتباط بین فرد و جامعه ، قطع گردد، زمینه نابهنجاری (و در نتیجه تهدید سلامت اجتماعی) ایجاد می‌گردد. بنابراین از نظر دورکیم، دین باعث بالا رفتن یک‌پارچگی و انسجام اجتماعی به‌عنوان شاخص‌های سلامت اجتماعی می‌شود. ییینگر نیازهای اساسی انسان را در مسائل نمایی زندگی جستجو می‌کند و دین را به‌عنوان نظام باورداشت‌ها و عملکردهایی تعریف می‌کند که پاسخ‌گوی مسائل نمایی انسانی است. ییینگر با طرح این مباحث، ادعا می‌کند که دین از طریق تأکید بر ارزش‌های کلی و دسترسی‌پذیر یعنی ارزش‌هایی چون رستگاری و یا توجیه رنج، ناکامی و محرومیت و نظایر آن، سازمان اخلاقی جامعه را حفظ می‌کند و موجب پیوند اعضای جامعه و همبستگی اجتماعی - به‌عنوان شاخص‌های سلامت اجتماعی - می‌شود. بنابراین از نظریه‌های دورکیم و ییینگر این فرضیه استخراج می‌شود که:

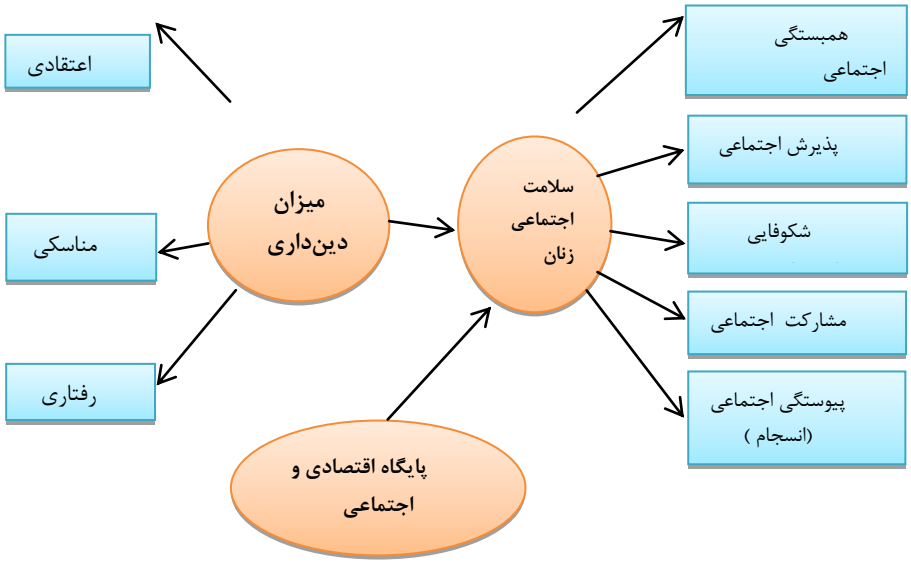
- بین دین داری و سلامت اجتماعی ارتباط وجود دارد.

گراهام باتوجه به‌نظریات دورکیم بیان می‌کند که سلامتی هر فرد، نتیجه شرایط اقتصادی – اجتماعی است و افرادی که از لحاظ اقتصادی – اجتماعی در شرایط بهتری قراردارند، به‌دلیل توانایی و دسترسی بهتر در وضعیت مطلوب‌تری قرار می‌گیرند و در مقابل افراد متعلق به طبقات پایین، از سلامتی کمتری برخوردارند و عواملی که باعث می‌شوند تغییرات در وضعیت اقتصادی – اجتماعی افراد بر سلامتی جسمی، روانی و اجتماعی تأثیر بگذارد در سه مقوله مادی، رفتاری و روانی اجتماعی قرار می‌گیرند (گراهام؛ ۲۰۰۱). بنابراین از نظریه گراهام این فرضیه استخراج می شود که:

- بین پایگاه اقتصادی و سلامت اجتماعی ارتباط وجود دارد.

1 Durkheim

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-07]



مدل نظری تحقیق (مدل مفهومی)

روش‌شناسی تحقیق

تحقیق حاضر براساس هدف، از نوع تحقیقات کاربردی و از حیث ماهیت و روش، از نوع مطالعه میدانی و توصیفی- همبستگی است. جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه زنان ۱۸ تا ۶۰ ساله شهر خشت از توابع شهرستان کازرون استان فارس (۱۸۵۴ نفر) بوده که براساس شیوه ی نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای تصادفی ساده و به کمک فرمول کوکران، حجم نمونه ۳۱۸ نفر و در نهایت تعداد ۳۲۰ نفر انتخاب گردید. ابزار گردآوری اطلاعات یکی پرسش‌نامه استاندارد سلامت اجتماعی کییز و دیگری پرسش‌نامه محقق ساخته بوده؛ که روایی آن توسط اساتید، مورد تأیید قرار گرفت (روایی صوری و محتوایی). نتایج حاصل از آزمون پایایی طیف‌ها نیز نشان داد که ضرائب آلفای کرنباخ حاصل از این آزمون ها ۷۷/ تا ۸۷/ در نوسان هستند که همگی درحد قابل قبول هستند.

تعاریف نظری متغیرها

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-07]

-" سلامت اجتماعی" می‌تواند به‌عنوان ارزیابی فرد از روابط اجتماعی‌اش تعریف شود؛ اینکه چطور دیگران نسبت به آنها کنش دارند و چطور آنها با در ارتباط با نهادهای اجتماعی و جامعه عمل می‌کنند (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۷). کییز که از جامعه‌شناسان پیش‌رو در زمینه مفهوم‌سازی و سنجش سلامت اجتماعی در سطح خرد است، سلامت اجتماعی را ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که وی به‌عنوان عضوی از آنهاست تعریف می‌کند و آن را دارای ۵ بعد می‌داند:

۱- یک‌پارچگی اجتماعی[1]: کیفیت روابط فرد را با جامعه ارزیابی می‌کند. احساس بخشی از جامعه بودن، فکر کردن به اینکه فرد به جامعه تعلق دارد. احساس حمایت شدن ازطریق جامعه و سهم داشتن در آن. بنابراین انسجام آن درجه‌ای است که در آن مردم احساس می‌کنند که چیز مشترکی بین آنها و کسانی که واقعیت اجتماعی آنها را می‌سازند وجود دارد (مثل همسایه‌هایشان).

۲- پذیرش اجتماعی[2]: داشتن گرایش‌های مثبت نسبت به افراد، تصدیق کردن دیگران و به‌طورکلی پذیرفتن افراد علی‌رغم رفتار سردرگم‌کننده و پیچیده آنها. پذیرش اجتماعی مصداق اجتماعی از پذیرش خود (یکی از ابعاد سلامت روان) است. در پذیرش خود، خود فرد نگرش مثبت و احساس خوبی در مورد خودش و زندگی گذشته‌اش دارد و با وجود ضعف‌ها و ناتوانی‌هایی که دارد همه جنبه‌های خود را می‌پذیرد. در پذیرش اجتماعی فرد ، اجتماع و مردم آن را با همه جنبه‌های مثبت و منفی باور دارد و می‌پذیرد.

۳- مشارکت اجتماعی[3]: این احساس که افراد چیزهای با ارزشی برای ارائه به جامعه دارند. این تفکر که فعالیت‌های روزمره آنها به‌وسیله جامعه ارزش‌دهی می‌شود. در حقیقت مشارکت اجتماعی باوری است که طبق آن فرد خود را عضو حیاتی جامعه می‌داند و فکر می‌کند چیز ارزشمندی برای عرضه به دنیا دارد. این افراد تلاش می‌کنند که احساس دوست داشته شدن کنند و در دنیایی که صرفاً به‌دلیل انسان بودن برای آنها ارزش قائل است سهیم باشند.

۴- شکوفایی اجتماعی[4]: دانستن و اعتقاد داشتن به این که جامعه به‌شکل مثبتی در حال رشد است و این که جامعه پتانسیل رشد به شکل مثبت را دارد. این تفکر که جامعه پتانسیل خود را به شکل واقعی درمی‌آورد و بالفعل می‌کند. شکوفایی اجتماعی یعنی باور به این که اجتماع سرنوشت خویش را در دست دارد و به مدد توان بالقوه‌اش مسیر تکاملی خود را کنترل می‌کند.

1 Social Integration
2 Social Contribution
3 Social Acceptance
4 Social Actualization

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-07]

۵- همبستگی اجتماعی[1]: اعتقاد به اینکه اجتماع، قابل فهم ، منطقی و قابل پیش‌بینی است. دانستن و علاقه‌مند بودن به جامعه و مفاهیم مربوط به آن. افراد سالم و اجتماعی در مقابل دسیسه‌های اجتماع مراقب هستند و احساس می‌کنند که می‌توانند آنچه که در اطراف‌شان رخ می‌دهد را بفهمند. همبستگی یا انطباق اجتماعی در مقابل بی‌معنایی در زندگی قابل مقایسه است و شامل ارزیابی فرد در اجتماع به‌صورتی قابل فهم، قابل پیش‌بینی و محسوس است و در حقیقت درکی است که فرد نسبت به کیفیت، سازمان‌دهی و اداره دنیای اطراف خود دارد (کییز، ۱۹۹۸).

- **حمایت اجتماعی:** از حمایت اجتماعی تعاریف متعددی به عمل آمده است. از جمله سارافینو[2] معتقدست که حمایت اجتماعی به مراقبت، محبت، عزت، تسلی و کمکی که سایر افراد یا گروه‌های اجتماعی به افراد ارزانی می‌دارند، گفته می‌شود. این حمایت را ممکن است منابع گوناگونی مثل خانواده، نامزد فرد، اقوام، دوستان، همکاران و سازمان اجتماعی به‌عمل آورند (سارافینو،۱۳۸۴ به نقل از تاج‌الدین،۱۳۹۶). حمایت‌های اجتماعی در دو نوع رسمی (نهادها، مؤسسات و ادارات دولتی و غیردولتی) و غیر رسمی (اعضا خانواده، اقوام، دوستان، همسایگان و همکاران) می‌تواند دیده شود.

-**پایگاه اقتصادی-اجتماعی:** پایگاه‌های اقتصادی- اجتماعی مختلف موقعیت‌های سلسله مراتبی در نظام اجتماعی هستند که کنش‌گران در آن به دنیا می‌آیند و زندگی می‌کنند. آنها از خرده فرهنگ‌های خاصی نیز برخوردارند. فرزندان افراد متعلق به پایگاه‌های منفاوت به‌گونه‌های مختلفی نیز اجتماعی می‌شوند. پایگاه اقتصادی- اجتماعی بر سلسله مراتب ارزشی و میزان مذهبی بودن کنش‌گران نیز تأثیر می‌گذارد (محسنی، ۱۳۷۵).

یافته‌ها

۱-**توصیفی:** نتایج تحقیق نشان می‌دهد که سن پاسخ‌گویان از ۱۸ تا ۵۱ سال در نوسان است. میانگین سنی پاسخ‌گویان ۳۴/۲ است که چندان زیاد نیست. بررسی سطح تحصیلات پاسخ‌گویان نشان می‌دهد که اکثر آنها دارای تحصیات عالیه هستند به‌طوری که ۳۵/۹ درصد آنها لیسانس، ۱۷/۹ درصد فوق‌لیسانس و ۱۰/۹ درصد فوق دیپلم هستند. این درحالی است که تحصیلات تنها ۲/۵ درصد آنها در سطح ابتدایی است. بررسی وضع درآمدی پاسخ‌گویان نشان می‌دهد که درآمد آنها چندان زیاد نیست. به‌طوری‌که درآمد ۶۲/۵ درصد آنها کمتر از ۲ میلیون تومان در ماه است.

1 Social Coherence
2 Sarafino

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-07]

تنها درآمد ۳/۴ درصد آنها بیش از ۵ میلیون تومان است. بررسی وضعیت تأهل پاسخ‌گویان نشان می‌دهد که ۷۱/۶ درصد آنها متأهل هستند. این درحالی است که ۲۷/۵ درصد مجرد و بقیه بیوه، مطلقه و ... هستند. هم‌چنین از تعداد کل پاسخ‌گویان ، تعداد۱۵۳نفر شاغل و تعداد ۱۶۷ نفر نیز غیر شاغل خود را معرفی نموده‌اند.

۲- استنباطی: در بخش آمار استنباطی آزمون فرضیه‌های تحقیق انجام می‌گیرد که در دو گروه فرضیه‌های اصلی و فرعی تقسیم‌بندی شده‌اند. فرضیه‌های اصلی فرضیه‌هایی هستند که هدفشان، بررسی تأثیر مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای مدل بر سلامت اجتماعی زنان، بوده است.اما فرضیه-های فرعی در اینجا، بررسی رابطه متغیرهایی را با سلامت اجتماعی زنان، مد نظر دارند.

آزمون فرضیه‌های اصلی تحقیق توسط آزمون تحلیل مسیر و در نرم‌افزار لیزرل انجام شده است. جدول(۱) معادلات ساختاری حاصل از آزمون این مدل را نشان می‌دهد.

جدول ۱. معادلات ساختاری مدل نظری تحقیق براساس آزمون تحلیل مسیر

متغیر وابسته (ملاک)	متغیر مستقل (پیش‌بین)	β	T	خطای نمونه	R^2	۱-R^2	وضعیت معنی-داری
سلامت اجتماعی زنان	پایگاه اقتصادی و اجتماعی	/۱۳	۲/۶	/۰۷۲	/۲۴	/۷۶	معنی‌دار
	سن	/۱۴	۲/۳	/۰۷۱			معنی‌دار

منبع: یافته‌های پژوهش

بر اساس جدول ۱ پایگاه اقتصادی و اجتماعی پاسخ‌گویان بر سلامت اجتماعی زنان تأثیر مستقیم، مثبت و معنی‌دار دارد (۲/۶ - T، ۱۳/ - β) و این بدان معنی است که با افزایش پایگاه اقتصادی و اجتماعی پاسخ‌گویان سلامت اجتماعی آنها افزایش می‌یابد.

سلامت اجتماعی زنان $\xrightarrow[T = 2.6]{\beta=.13}$ پایگاه اجتماعی اقتصادی

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-07]

سن زنان، بر سلامت اجتماعی آنها تأثیر مستقیم و معنی‌داری دارد (۲/۳ -T، ۱۴/ -β). همان‌گونه که ملاحظه می‌گردد میزان T بدست آمده در بازه ۱/۹۶ < T < ۱/۹۶- دارد. بنابراین در مورد این فرضیه پذیرفته و فرضیه تحقیق تأیید می‌گردد.

سلامت اجتماعی زنان $\xrightarrow[T=3/2]{\beta=0/14}$ سن زنان

برای به‌دست آوردن مدل نهایی تحقیق، متغیرهایی که فاقد تأثیرات معنی‌دار بودند از مدل تحقیق حذف و مدل مجدداً اجرا گردید.

نتایج آزمون سایر فرضیات، به‌شرح زیر است: نتیجه حاصل از آزمون تی نشان می‌دهد که سلامت اجتماعی زنان شاغل با میانگین ۷۰/۹۷ بیش از زنان غیر شاغل با میانگین ۶۶/۳۷ می‌باشد و این تفاوت با توجه به میزان T به‌دست آمده (۴/۸- = T) معنی‌دار است (جدول ۳).

جدول ۲. آزمون معنی‌داری تفاوت میانگین نمره پاسخ‌گویان

وضعیت اشتغال	تعداد	میانگین	انحراف معیار	T	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
غیرشاغل	۱۶۷	۶۶/۳۷	۷/۵۹	-۴/۸	۳/۸	/۰۰۰
شاغل	۱۵۳	۷۰/۹۷	۹/۵			

منبع: یافته‌های پژوهش

نتایج حاصل از آزمون تحلیل واریانس نشان می‌دهد که بیش‌ترین سلامت اجتماعی در بین زنان فوق‌لیسانس (با میانگین ۷۰/۹) و لیسانس (با میانگین ۷۰/۴۴) است. این درحالی است که کسانی که فوق‌دیپلم هستند با میانگین ۶۴/۵۷ کمترین سلامت اجتماعی را دارند. نتیجه حاصل از آزمون تکمیلی توکی نشان می‌دهد که تنها میانگین سلامت اجتماعی زنان فوق دیپلم با زنان لیسانس و فوق‌لیسانس تفاوت معنی‌دار دارد و سایر گروه‌ها با هم تفاوت معنی‌داری از نظر سلامت اجتماعی ندارند. این نتایج با توجه به میزان F به‌دست آمده (۴/۷۲ = F) با درجه آزادی ۵/۳۱۴ معنی‌دار و قابل‌تعمیم به کل جامعه آماری است (جدول ۳).

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-07]

جدول ۳. آزمون معنی‌داری تفاوت میانگین سلامت اجتماعی زنان بر حسب سطح تحصیلات

سطح تحصیلات	میانگین	ابتدایی	راهنمایی	دبیرستان و دیپلم	فوق دیپلم	لیسانس	فوق لیسانس
ابتدایی	۶۴/۸۸	-	O	O	O	O	O
راهنمایی	۶۶/۴۲	O	-	O	O	O	O
متوسط تا دیپلم	۶۷/۰۳	O	O	-	O	O	O
فوق دیپلم	۶۴/۵۷	O	O	O	-	*	*
لیسانس	۷۰/۴۴	O	O	O	*	-	O
فوق لیسانس	۷۰/۹	O	O	O	*	O	-
O = Not significant		* = significant		sig = .000	d.f=5/314		F = 4.72

منبع: یافته‌های پژوهش

براساس جدول (۴) کمترین سلامت اجتماعی بین زنانی که درآمد آنها ۵۰۰ هزار تومان و کمتر است (با میانگین ۶۵/۳۸) است. این درحالی است که زنانی که درآمد خانوار آنها بین ۳/۱۰۰ هزار تومان تا ۴ میلیون تومان است با میانگین ۷۴/۸ بیشترین سلامت اجتماعی را دارند و پس از آن کسانی که درآمد خانوار آنها بیش از ۵ میلیون تومان است (با میانگین ۷۳/۸۲) نتیجه حاصل از آزمون تکمیلی توکی نشان می‌دهد که تفاوت میانگین سلامت اجتماعی گروهی که درآمد آنها بین ۳/۱۰۰ هزار تومان تا ۴ میلیون تومان است تنها با سلامت اجتماعی کسانی که درآمد آنها بیش از ۵ میلیون تومان است معنی‌دار نیست و از سایر گروه‌های درآمد بیشتر و با آنها تفاوت معنی‌دار دارد. هم‌چنین سلامت اجتماعی زنانی که درآمد آنها بین ۲/۱۰۰ تا ۳ میلیون تومان است و کسانی که درآمد آنها بین بیش از ۵ میلیون تومان است با میانگین نمره سلامت اجتماعی زنانی که درآمد آنها ۵۰۰ هزار تومان و کمتر است معنی‌دار است و سایر گروه‌های درآمدی با هم تفاوت معنی‌دار

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-07]

ندارند. این نتایج باتوجه به میزان f به‌دست آمده (f = ۵/۸۹) با درجه آزادی ۳۱۳و ۶ معنی‌دار و نتایج قابل تعمیم به کل جامعه آماری است.

جدول ۴. آزمون معنی‌داری تفاوت میانگین نمره سلامت اجتماعی زنان بر حسب گروه‌های درآمدی

گروه درآمد	میانگین	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱- ۵۰۰ هزار تومان و کمتر	۶۵/۳۸	-	O	O	*	*	O	*
۲- ۵۰۱ هزار تومان تا یک میلیون	۶۶/۵۴	O	-	O	O	*	O	O
۳- ۱/۱۰۰ هزار تومان تا دو میلیون	۶۸/۴۸	O	O	-	O	*	O	O
۴- ۲/۱۰۰ هزار تومان تا ۳ میلیون تومان	۷۰/۸۷	*	O	O	-	*	O	O
۵- ۳/۱۰۰ هزار تومان تا ۴ میلیون تومان	۷۴/۸	*	*	*	*	-	*	O
۶- ۴/۱۰۰ هزار تومان تا ۵ میلیون تومان	۶۷/۱۳	O	O	O	O	*	-	O
۷- ۵ میلیون تومان و بیشتر	۷۳/۸۲	*	O	O	O	O	O	-
O = Not significant	* = significant	sig = .000		d.f = 6 , 313		F = 5.89		

منبع: یافته‌های پژوهش

براساس جدول(۵) بین پایگاه اقتصادی و اجتماعی و دین‌داری و سلامت اجتماعی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد و این بدان معناست که افزایش پایگاه اقتصادی و اجتماعی باعث بهبود سلامت اجتماعی زنان می‌گردد.

جدول۵. آزمون همبستگی پیرسون بین پایگاه اقتصادی و اجتماعی و دین‌داری و سلامت اجتماعی زنان

		پایگاه اقتصادی و اجتماعی	دینداری
سلامت اجتماعی زنان	r	/۲۶۴	/۲۶۸
	sig	/۰۰۳	/۰۰۳
	N	۳۲۰	۳۲۰

منبع: یافته‌های پژوهش

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-07]

نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف بررسی عوامل اقتصادی - اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی ۳۲۰ نفر از زنان شهر خشت استان فارس با تأکید بر دین‌داری صورت پذیرفت. سلامت اجتماعی که به‌عنوان یکی از ابعاد چندگانه سلامت، مورد توجه صاحب‌نظران بیشتر رشته‌ها است، چه به‌صورت فردی و یا جمعی از ابعاد اساسی زیستی انسان محسوب می‌گردد؛ و پیش نیازی ضروری برای ایفای نقش‌های فردی و اجتماعی مدنظر قرارگرفته‌است. در این میان، سلامت زنان به ویژه مادران، از مفاهیم زیربنایی در توسعه و رفاه اقتصادی اجتماعی است. هم‌چنین زنان کفیل نسل‌های بعدی هستند؛ درحالی‌که اهمیت آنان، اغلب پشت مدیریت‌های مردانه، کم‌رنگ و مخفی باقی می‌ماند (مک کیان[1] ، ۲۰۰۸). از جمله عوامل عمده و مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی افراد، میزان برخورداری ایشان از اقتصادی –اجتماعی و دین‌داری بالا است. اما در تبیین نتایج این مطالعه، می‌توان گفت که بسیاری از یافته‌ها با پیشینه نظری و تجربی تحقیق، هم‌راستا بوده و بیانگر ارتباط معنادار متغیرهای مستقل بر سلامت اجتماعی زنان شهر خشت است.توضیح و تفسیرنتایج به شرح زیر است:

باتوجه به تأییدشدن رابطه معنادار بین پایگاه اقتصادی –اجتماعی و دین‌داری و سلامت اجتماعی زنان، می‌توان گفت که نظریه‌های ماکس وبر و دورکیم و گراهام و ییینگر، - که به بیان تأثیرات دین و پایگاه اقتصادی –اجتماعی بر ابعاد زندگی انسان و از جمله سلامت اجتماعی می‌پردازند – قدرت تبیین‌کنندگی بالایی در جامعه آماری تحقیق داشته است؛ بنابراین می‌توان گفت که باید بیش از پیش به اهمیت نقش پایگاه اقتصادی –اجتماعی و دین‌داری در افزایش سلامت اجتماعی زنان توجه نمود. از دیگر نتایج این تحقیق ، وجود رابطه بین میزان دین‌داری زنان مورد بررسی با میزان سلامت اجتماعی ایشان است؛ این بدان معنی است که افزایش دین‌داری باعث بهبود سلامت اجتماعی زنان می‌گردد.

از دیگر نتایج این تحقیق، عدم وجود رابطه معنادار میان سن و سلامت اجتماعی است. به‌عبارت دیگر هرچه سن افزایش یافته، سلامت اجتماعی زنان نیز افزایش می‌یابد. این نتیجه با یافته تحقیق رز (۲۰۰۰) مطابقت دارد اما با حاصل تحقیق لولا و همکاران (۲۰۱۰) هم‌راستا نیست. اینکه افزایش سن در بین زنان باعث افزایش میزان سلامت اجتماعی ایشان شده‌است، می‌تواند به‌خاطر بهره مندی‌ها و عوامل فرهنگی مؤثر و مساعدی است که احتمالا زندگی زنان مورد این بررسی را،

[1] Mckian

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-07]

فرا گرفته است. افزایش سن، در صورتی‌که به افزایش سلامتی افراد بیانجامد، افزایش امید به زندگی را منجر می‌شود.

از سوی دیگر هم چنان که برخی صاحب نظران در خصوص اهمیت و نقش پایگاه اقتصادی-اجتماعی در سلامت اجتماعی، تأکید داشته‌اند؛ در این تحقیق نیز مشخص گردید بین میزان تحصیلات، میزان درآمد و وضعیت اشتغال زنان با میزان سلامت اجتماعی زنان مورد بررسی رابطه وجود دارد. این یافته نیز با نتایج تحقیقات زاهدی اصل و درویشی فرد (۱۳۹۱) و رز (۲۰۰۰) تطابق دارد؛ شاید بتوان گفت، با افزایش تحصیلات ،آگاهی‌های عمومی و علمی افراد، رشد یافته و ایشان را در طی زندگی و چگونگی پرهیز از موانع سلامتی، یاری و همراهی خواهد کرد. داشتن شغل و به تبع آن میزان درآمد باعث می‌شود که فرد در جایگاه‌هایی مناسب قرار گیرد و با ارائه نقش‌های محول و سپس با برخورداری از مزایای اقتصادی و اجتماعی آن، موجبات رشد رغبت و امید به زندگی را فراهم نموده و در این راستا میزان سلامت اجتماعی خود نیز افزایش می‌یابد.

پیشنهادها

باتوجه به نتایج این تحقیق، می‌توان پیشنهادهایی را به‌شرح ذیل ارائه نمود:

الف- افزایش ابعاد سلامت فرد در جامعه، تأثیرات عمیق و مطلوبی را بر وضعیت روانی، اخلاقی، معنوی و سلامت اجتماعی جامعه ، خواهد داشت فلذا برنامه‌ریزان اجتماعی و مسئولین سلامت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، باید بیش از پیش، به‌دنبال طرح‌ها و راه‌کارهای افزایش سلامت همه افراد جامعه به‌خصوص زنان – که عمدتا نقش های تربیتی – اخلاقی و معنوی و جامعه‌پذیر نمودن فرزندان را برعهده دارند، باشند. از جمله این طرح‌ها افزایش مؤسسات مردم‌نهاد و مراکز حمایتی و مشاوره‌ای رایگان به‌منظور برآورده‌سازی نیازهای عاطفی و ارتباطی مردمی باشند که این دسته نیازهایشان، به‌خوبی تأمین نشده است.

ب- تلاش رسانه‌های ارتباطات جمعی، مراکز آموزشی، در برگزاری دوره‌ها و کلاس‌های آموزشی برای تسریع روند افزایش سلامت اجتماعی زنان و مردان جامعه

ج– انجام طرح‌های پیمایش وضعیت سلامت جامعه هر دو یا سه سالی یک مرتبه، از سوی معاونت سلامت وزارت بهداشت.

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-07]

منابع

۱. آل‌یاسین، سیدعلی (۱۳۷۳)، نقش مذهب در حفظ سلامت روان. ماهنامه پیوند، آذر، ش ۱۷۴، صص ۴۴-۳۸.

۲. استونز، راب (۱۳۸۷)، متفکران بزرگ جامعه‌شناسی، مهرداد میردامادی، تهران: نشر مرکز.

۳. افروز، غلام‌علی و خانبانی، مهدی و چیتی، پریسا (۱۳۸۶). بررسی اثربخشی نماز در ارتقای بهداشت روان خانواده‌ها، روزنامه ایران ۱۹ آبان .

۴. بزازیان، سعیده و یداله رجایی (۱۳۸۶)، رابطه بین موقعیت اقتصادی - اجتماعی با سلامت روانی و جسمانی. فصلنامه روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی، سال سوم، بهار، شماره ۱۱ ، صص ۲۴۸-۲۳۷.

۵. پورستار، ملیحه و حکمتی، عیسی (۱۳۹۲)، پیش‌بینی سلامت اجتماعی براساس باورهای دینی در بین دانشجویان دختر، نشریه زن و مطالعات خانواده: دوره ۲، شماره ۷، بهار،صص۴۰-۲۷ .

۶. تقی‌پور، ملیحه (۱۳۹۰)، بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار در شهر تهران، پایان نامه کارشناسی‌ارشد مطالعات زنان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.

۷. رحمانی، غلام عباس(۱۳۹۴)، بررسی عوامل موثر بر ارزش‌های خانواده(با تاکید بر وسایل ارتباطی نوین)، پایان نامه دکتری رشته جامعه شناسی، گرایش بررسی مسایل اجتماعی ایران، دانشگاه آزاد اسلامی دهاقان.

۸. رستم‌زاده، پرویز و نصیرآبادی، شهره (۱۳۹۶)، بررسی تطابق برنامه‌های توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی با اقتصاد اسلامی : با تأکید بر قانون برنامه چهارم و پنجم و لایحه برنامه ششم، فصلنامه علمی اقتصاد و بانکداری اسلامی، سال ، دوره ۶، شماره ۱۸، بهار ۱۳۹۶، صص ۲۲-۷.

۹. ریتزر، جرج (۱۳۸۳)، نظریه‌های جامعه‌شناسی معاصر، محسن ثلاثی، تهران: نشر علمی.

۱۰. سجادی، حمیرا و صدرالسادات، سیدجلال (۱۳۸۴)، شاخص‌های سلامت اجتماعی، ماهنامه اطلاعات سیاسی- اقتصادی، سال نوزدهم، شماره ۷ و ۸ ، تهران : انتشارات مؤسسه اطلاعات، صص ۲۵۳-۲۴۴.

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-07]

۱۱.حسین‌اکبر، منظر (۱۳۷۷)، تأثیر مثبت نماز بر روان و جسم، مقاله ارائه شده در سومین همایش استانی نماز. دانشگاه علوم پزشکی گیلان، اردیبهشت.
۱۲.زاهدی اصل، محمد و درویشی‌فرد، علی‌اصغر (۱۳۹۵)، عوامل اجتماعی مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی سالمندان مطالعه موردی سالمندان شهر کوهدشت، فصلنامه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، سال هفتم، شماره ۲۶، بهار.
۱۳.سارافینو، ادوارد (۱۳۸۴)، روان‌شناسی سلامت، ترجمه گروهی از مترجمان (زیر نظر الهه میرزایی)، تهران، انتشارات رشد.
۱۴.سازمان جهانی بهداشت (۱۳۷۹)، واژه‌نامه ارتقاء سلامت. ترجمه: دکتر محمّدپور اسلامی، سمیرا یار، حمیده سرمست؛ تهران: دفتر ارتباطات و آموزش بهداشت.
۱۵.شاکری‌نیا، ایرج (۱۳۷۹)، دین نیاز دیروز، امروز و فردای انسان. مقاله ارائه شده در همایش دین و دنیا از منظر امام علی (ع)، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.
۱۶.کوزر، لوئیس (۱۳۸۲)، زندگی و اندیشه بزرگان جامعه‌شناسی، محسن ثلاثی، تهران؛ انتشارات علمی.
۱۷.مزینی، امیرحسین و محمدی صابر، راضیه (۱۳۹۸)، آسیب‌شناسی عملکرد بخش سلامت در ایران از منظر عدالت با تأکید بر ملاحظات اسلامی، فصلنامه علمی اقتصاد و بانکداری اسلامی، دوره ۸، شماره ۲۹، پاییز ۱۳۹۸، صص ۲۶۳-۲۳۳.
۱۸.مطهری ،جمشید (۱۳۸۵)، نقش ارزش‌ها در سلامت روان. روزنامه کیهان، شماره ۱۸۶۱۴.
۱۹.مطهری، مرتضی(۱۳۷۵)، طهارت روح، تهران، ستاد اقامه نماز.
۲۰.نجم عراقی، لعیا (۱۳۷۹)، مطالعه تجربی دعای معنوی به‌عنوان روش الحاقی به روان‌درمانی، روان‌شناسی و دین، شماره ۱، آبان، صص۳۱-۲۶.
۲۱.یحیی‌زاده، حسین و رمضانی، محمود (۱۳۹۲)، سلامت اجتماعی و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن مطالعه موردی: زنان سرپرست خانوار شهر قروه، فصلنامه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، دوره ۴ پاییز، شماره ۱۶، صص ۶۸-۱۰۲.
۲۲.یوسفی شیخ رباط، محمدرضا و موسوی مقدم، سیده طیبه (۱۳۹۸)، عوامل تأثیرگذار برانتقال بین‌نسلی فقر- مطالعه موردی شهرستان آبدانان با تأکید بر رویکرد اسلامی، فصلنامه علمی اقتصاد و بانکداری اسلامی، دوره ۸، شماره ۲۸، پاییز ۱۳۹۸، صص ۱۲۳-۹۹.

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-07]

23. Keyes , C . M (2002) . The Mental Health Continuum : From languishing to flourishing in life . Journal of Health and Social Research . 43 . pp 207 – 222
24. Keyes, C. L. M & Shapiro, A. (2007), Social well-being in the United States: A Descriptive Epidemiology, In Orville Brim Carol D , Healthing are you? A national study of well-being of Midlife. University of Chicago press,pp 350-371
25. Powell, L. (2007), To examine the relationship between the performance communication, spiritual and social health and quality of life in cancer patients.Academic Press, London.
26. Roose, E.C.& Wu.C. (2000). The links between education to individual health? A survey study of Russians. Social science & medicine 51.pp 1421 – 1435.

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-07]

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-07]