

بررسی ارتباط بین ابعاد مختلف دینداری و سلامت اجتماعی دانش آموزان (نمونه مورد مطالعه دانش آموزان دبیرستان‌های شهر دهاقان)

زهرا علی‌زاده^{۱*}، زینب اکبری^۲، الهام صالحی مبارکه^۳، افسانه واحدی دهکردی^۴

۱- عضو هیأت علمی گروه علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، ایران.

۲- کارشناس ارشد جامعه‌شناسی واحد دهاقان

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهاقان

۴- کارشناس ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهاقان

چکیده

سلامت موضوعی مطرح در همه فرهنگ‌هاست و تعریف آن در هر جامعه‌ای تا اندازه‌ای به حس مشترک مردمان از سلامت و فرهنگ آنها باز می‌گردد؛ ولی معمولاً هر گاه از آن سخنی به میان آمده بیشتر بعد جسمانی آن مورد توجه بوده، در حالی که رشد و تعالی جامعه در گرو تندرستی آن جامعه از ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی است. پژوهش حاضر که با هدف بررسی ارتباط دینداری و سلامت اجتماعی در بین دانش آموزان دبیرستان‌های دهاقان است، یک پژوهش میدانی با تکنیک پیمایش است و برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزار پرسشنامه استفاده شده است. جامعه آماری پژوهش حاضر تمامی دانش آموزان دبیرستان‌های شهر دهاقان است که تعداد ۳۶۷ نفر از آنها به عنوان حجم نمونه انتخاب شده‌اند. در این پژوهش بر اساس نظریه‌های گلاک و استارک و کیز به بررسی ارتباط بین ابعاد مختلف

دینداری یعنی دینداری اعتقادی، پیامدی، مناسکی، تجربی و عاطفی با سلامت اجتماعی دانش آموزان پرداخته شده است. یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از ارتباط بین تمامی ابعاد دینداری و سلامت اجتماعی دانش آموزان است. در این میان قویترین متغیر بعد مناسکی (۰/۴۲) و ضعیف ترین متغیر بعد پیامدی (۰/۱۸) است.

واژه‌های کلیدی: سلامت اجتماعی، دینداری اعتقادی، دینداری مناسکی، دینداری پیامدی، دینداری عاطفی، دینداری تجربی.

بیان مسأله

سلامت موضوعی مطرح در همه فرهنگ‌هاست و تعریف آن در هر جامعه‌ای تا اندازه‌ای به حس مشترک مردمان از سلامت و فرهنگ آنها باز می‌گردد؛ ولی معمولاً هر گاه از آن سخنی به میان آمده است بیشتر بعد جسمانی آن مورد توجه بوده، در حالی که رشد و تعالی جامعه در گرو تندرستی آن جامعه از ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی است (سجادی و همکاران، ۱۳۸۴: ۲۴۴).

با توجه به اینکه امروزه بخش عظیمی از اشکال بیماری (اعم از روانی و جسمانی) در کشورهای در حال توسعه در ارتباط شدید با عوامل و مدل‌های اجتماعی است، اثرات این عوامل در دراز مدت کارایی خود را نشان می‌دهند. مشکلاتی چون فقر، شکست در تحصیلات، زندگی در محیط فیزیکی نامناسب و سطح بالای عدم امنیت در جامعه (مثل خشونت‌ها و تصادفات) و عواملی چون حوادث منفی زندگی از جمله جدایی از والدین، از دست دادن کار و یا مهاجرت اجباری از عوامل اجتماعی هستند که تأثیرات زیادی بر سلامت روانی افراد می‌گذارند و در نتیجه کاهش سلامت روانی افراد جامعه کارایی آنان نیز کاهش پیدا می‌کند و در نتیجه نه تنها فرد بلکه جامعه را با مشکلات اساسی روبرو می‌سازد. زمانی که افراد یک جامعه سلامت مناسبی نداشته باشند، کارایی و اثربخشی لازم را نیز ندارند و یکی از اصلی ترین عوامل توسعه جامعه یعنی نیروی انسانی کارا و مؤثر جامعه با کمبود جدی مواجه می‌شود (وول کوک، ۲۰۰۱: ۷).

سلامت اجتماعی یک مفهوم نسبی محسوب می‌شود و از این‌روست که انتخاب یک استاندارد مناسب را با چالش مواجه می‌سازد و اگر از یک رویکرد جامعه‌شناختی بدان توجه شود، می‌تواند نشانگر کارآمدی یا ناکارآمدی ساختارهای اجتماعی شناخته شود. سلامت اجتماعی را می‌توان بر حسب سازگاری اجتماعی از مفاهیم جامعه‌شناختی و روان‌شناختی مشتق کرد. سازگاری به طور ذهنی یا در مقایسه با انتظارات اجتماعی نرمال قابل ارزیابی است و سلامت اجتماعی را می‌توان به جامعه‌پذیری مطلوب فرد در جامعه مرتبط دانست. سازمان جهانی بهداشت، سلامت اجتماعی را در سطح فردی و سه بعد در ارتباط با سایر افراد جامعه و نهادهای اجتماعی در نظر گرفته است که عبارتند از: ارتباطات و تعاملات اجتماعی، سازگاری فردی، اجتماعی و نیز ایفای نقش اجتماعی.

سلامت اجتماعی تابعی از عوامل مختلف اجتماعی و فرهنگی مختلف است، که از جمله مهمترین آنها دینداری می‌باشد. دین سنگ بنای سامان اجتماعی است و منبعی برای ارزشهای اجتماعی است و بر گزینش‌های فردی و بسیاری از زمینه‌های زندگی روزمره تأثیر می‌گذارد و همچنین به عنوان تجلی روح جمعی و عامل همبستگی، اعتماد و یکپارچگی جامعه محسوب می‌شود (شجاعی زند، ۱۳۸۴).

پدیده دینداری از موضوعات قابل توجهی است که اهمیت آن را از کثرت تلاش‌هایی می‌توان دریافت که در سال‌های اخیر برای ساخت و به کارگیری سنجه‌های دینداری مصروف شده است. این تلاش‌ها از دل اقتضائات و ضرورت‌های قابل درکی بیرون آمده است که نمی‌توانست بدون پاسخ باقی بماند. ضرورت این مطالعات به طور عام برخواسته از نفوذ و اعتباری است که هنوز دین برای انسان و اجتماع دارد. دین اصل وحدت بخش و زمینه مشترکی را فراهم ساخته و به انسان اجازه می‌دهد تا با فائق آمدن بر تمایلات خودخواهانه‌شان و به خاطر عشق به هموعان‌شان فراتر از این خودخواهی‌ها و به صورت جمعی عمل کنند و بنابراین بر سلامت اجتماعی انسان‌ها تأثیر گذار باشد. بنابراین تأثیر دینداری بر سلامت اجتماعی مسأله‌ای اساسی است و در همین راستا پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال اصلی است که آیا بین دینداری و سلامت اجتماعی در میان دانش‌آموزان دبیرستان‌های شهر دهقان ارتباط وجود دارد؟

مبانی نظری پژوهش - نظریه‌های دینداری

دورکیم نظریه پردازی است که بیشترین تاثیر را بر جامعه شناسی دین داشته است. وی برای شناخت همه ادیان بشری به ابتدایی ترین و ساده ترین صورت دین توجه می کند (همیلتون، ۱۳۸۹: ۱۷۱). وی نه به ماهیت دین بلکه به کارکردهای آن می پردازد و نقش دین در انسجام اجتماعی جوامع سنتی را مهم قلمداد می کند (ریترز، ۱۳۸۳: ۲۳).

و بر از جمله جامعه شناسان کلاسیک است که بخش قابل توجهی از آثارش به دین اختصاص دارد. و بر از دو نوع دین شریعتی و رستگاری یاد می کند و یا از دو نوع خداشناسی زاهدانه و عارفانه سخن می گوید. او مصداق دین شریعتی را کنفوسیوس و یهودیت تلمودی می داند که مومنان در خدمت شرع مقدس اند و همراه با اهتمامات مناسکی در صدد سازگاری با دنیا هستند ولی در دین رستگاری مومنان اهتمامشان تماما صرف آخرت و تاملات درونی می باشد. مصداق نزدیک دین رستگاری بودیسم و مسیحیت است که پیروان خویش را در تنش دائمی با دنیا قرار داده اند (فروند، ۱۳۸۳: ۱۹۱).

آلستون تعریف خود از دین را موکول به شناخت ابعاد و خصایص دین می کند. آلستون می گوید هر چند نمی توان مرز مشخصی بین دین و غیر دین ترسیم کرد، اما با اتکا به یک الگوی کاملاً مشخص دینی و تشریح ابعاد و خصوصیات آن می توان وجوه اشتراک و افتراق هر مورد را با الگوی مورد نظر مشخص ساخت (میرسندسی، ۱۳۸۳: ۴۶).

از نظر لنسکی دین عامل موثری است که اندیشه و عمل فرد را حتی در جوامع مدرن متأثر می سازد. او برای سنجش این تاثیر گذاری به مهم ترین جنبه‌های دینداری یعنی «جهت گیری دینی^۱» و «میزان درگیر بودن با گروه دینی^۲» می پردازد. لنسکی دو جهت گیری راست کیشی^۳ و عبودیتی^۴ را در دین یهودی - مسیحی مهم قلمداد می کند. این دو جهت گیری به لحاظ فعال و منفعل بودن، پذیرش یا عدم پذیرش در دنیای مدرن و همچنین تاثیرات متفاوتشان

1 Religious Orientation

2 Degree Of Group Involvement

3 Orthodoxy

4 Devotionalism

بر الگوی فکر و عمل از هم متمایز هستند. به اعتقاد لِنسکی درگیر بودن گروه دیندار، از دو جنبه مشارکتی^۱ و معاشرتی^۲ برخوردار است که می‌تواند کم یا زیاد باشد. او بعد مشارکتی را از لحاظ میزان حضور در برنامه‌ها و فعالیت‌های رسمی و جمعی نهاد دین و بعد معاشرتی را از حیث داشتن پیوندهای دوستانه و عاطفی هم‌کیشان و اعضای کلیسای خود مورد توجه قرار می‌دهد (لِنسکی، ۱۹۶۳: ۲۴).

گلارک طی دو دهه ۵۰-۶۰ میلادی در تلاش برای فهم و تبیین دین در امریکا بود. وی بحث ابعاد التزام دینی را در این کشور زنده کرد و با همکاری رادنی استارک در سال ۱۹۶۵، به شرح و بسط الگوی جدیدی از دینداری پرداخت. هدف اصلی آنها، عموماً درک شیوه‌های گوناگونی بود که مردم با توسل به آن، خود را مذهبی تلقی می‌کردند. گلاک و استارک بر این عقیده بودند که به رغم آنکه ادیان جهانی در جزئیات بسیار متفاوتند، اما دارای حوزه‌های کلی هستند که دینداری در آن حوزه‌ها و یا ابعاد - جلوه‌گر می‌شود.

آنها برای دینداری چهار بعد اصلی «عمل»، «باور»، «تجربه»، «دانش یا معرفت» را تحت عنوان ابعاد عمومی الزام دینی مطرح کرده‌اند. این ابعاد چهارگانه، در سطح مقیاس‌های اولیه به پنج شاخص یا مقیاس تقسیم شده‌اند که افزایش آن، ناشی از تفکیک بُعد عمل به دو بخش شاخص مناسکی و عبادی است (گلاک و استارک، ۱۹۷۰).

- بعد باور: آن چیزی است که انتظار می‌رود پیروان یک دین بدان اعتقاد داشته باشند.

- بعد مناسکی (عمل): نظام اعتقادی در هر دینی وجود دارد، اما این اعتقادات به صورت مناسک نمود عینی می‌یابند.

- بعد تجربی: تجربه دینی با احساسات، تجربیات و درون فرد دیندار مرتبط است. احساسات و عواطف دینی وجه عالی‌تری از دینداری است که کاملاً قلبی و درونی بوده و برخلاف مناسک و مراسم آیینی نمود بیرونی ندارد.

- بعد دانش: بعد معرفتی، عقلانی یا دانش با بعد عقیدتی بسیار نزدیک است. تفاوت این دو بعد، مربوط به آگاهی و شناخت در اعتقادات در بُعد دانش است.

1 Association

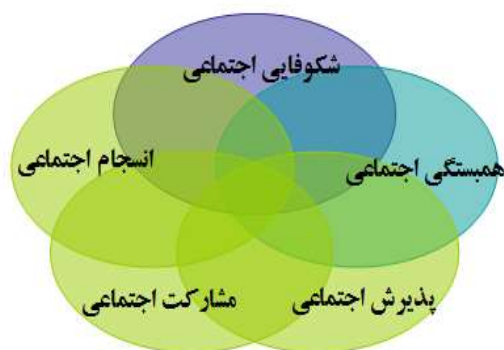
2 Communal

- بعد پیامدی: این بُعد، به دلیل بیشترین انتقادات، در میان ابعاد الگوی دینداری گلاک و استارک پس از مدتی حذف شد، از جمله این که، بعد پیامدی فی نفسه پیامد دینداری است، نه بعدی از ابعاد آن. بعد پیامدی دینداری، که با این انتقاد از الگوی دینداری کنار گذاشته شد، به اعمالی گفته می شود که از عقاید، احساسات و اعمال مذهبی ریشه می گیرد و از ثمرات و نتایج ایمان در زندگی و کنش های بشر است (گلاک و استارک، ۱۹۷۰).

- نظریه های سلامت اجتماعی

کییز (۱۹۹۸) معتقد است که مفهوم سازی سلامت ذهنی باید آنقدر گسترده شود که سلامت اجتماعی را هم در بر گیرد. سلامت اجتماعی از دیرباز به عنوان فارغ بودن از حالت های اجتماعی منفی مثل از خودبیگانگی یا هرج و مرج تعریف شده است و نه الزاماً اینکه وجود شرایط روان شناختی اساس سلامت اجتماعی باشند (کییز، ۱۹۹۸: ۱۹۳). در حالیکه به سلامت اجتماعی در جنبه فردی توجه زیادی شده است. این عقیده هم مطرح شده است که باد توجه همسانی به ماهیت اجتماعی مقوله سلامت اجتماعی شود. به عقیده کییز سلامت اجتماعی و یا فقدان آن، دغدغه ای بارز در نظریه کلاسیک جامعه شناسی بوده است. علیرغم اهمیت مفاهیمی چون هرج و مرج، از خود بیگانگی که مورد توجه مارکس و دورکیم قرار داشته، آنها به بحث درباره ابعاد چندگانه سلامت اجتماعی مثبت هم پرداخته اند. از جمله فواید بالقوه زندگی اجتماعی، یکپارچگی و انسجام اجتماعی است که به معنای احساس تعلق و وابستگی درونی و احساس وجدان مشترک و سرنوشت جمعی است (دورکیم، ۱۹۵۱: ۷۴).

کییز معتقد است که مدل سلامت اجتماعی (که در امتداد سلامت روانی مطرح می شود و زمینه کارکرد مثبت را فراهم می کند) شامل یکپارچگی اجتماعی، ایفای نقش اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و خودشکوفایی اجتماعی به شرح نمودار زیر می شود:



نمودار (۱) ابعاد سلامت اجتماعی از نظری کیز (حاتمی، ۱۳۸۸: ۲۸)

پذیرش اجتماعی: پذیرش اجتماعی نسخه اجتماعی پذیرش خود است. افرادی که نگرش مثبتی به شخصیت خود دارند و جنبه‌های خوب و بد زندگی خود را توامان می‌پذیرند نمونه‌هایی از سلامت روانی و اجتماعی هستند (ریف، ۱۹۸۹: ۷۷). منظور از پذیرش اجتماعی، درک فرد از جامعه با توجه به خصوصیات سایر افراد است (کیز، ۱۹۹۸: ۱۲۵).

یکپارچگی اجتماعی: منظور از یکپارچگی اجتماعی، ارزیابی یک فرد با در نظر گرفتن کیفیت همراهی او با جامعه اطرافش است (کیز، ۱۹۹۸: ۱۹۵). احساس تعلق می‌تواند جنبه‌ای محوری از سلامت باشد (ریف، ۲۰۰۳: ۷۶). و لذا یکپارچگی با دیگران در محیط و جامعه اطراف باید حاصل یک تجربه مشترک شباهت با دیگران باشد (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴: ۷۳).

ایفای سهم اجتماعی: ایفای سهم اجتماعی عبارت است از ارزیابی ارزش اجتماعی که فرد دارد و شامل این عقیده است که آیا فرد جزئی مهم از جامعه است و چه ارزشی را به جهان خود اضافه می‌کند. ایفای سهم اجتماعی با مفاهیم بازدهی و مسئولیت پذیری شباهت دارد. بازدهی فردی به این معنا است که عقیده داشته باشیم می‌توانیم رفتار خاصی را از خود نشان دهیم و به اهداف ویژه‌ای برسیم. مسئولیت اجتماعی عبارتست از تعیین الزامات فردی برای نقش آفرینی در جامعه. این بعد از سلامت اجتماعی معرف این است که این افراد فکر می‌کنند آنچه که انجام می‌دهند برای جامعه ارزشمند است یا نه؟ این نگرش هم راستا با

درونمایه‌ای است که مارکس مطرح می‌کند مبنی بر اینکه انسان‌ها ماهیتاً زاینده اند (کییز، ۱۹۸۹: ۷۶).

انسجام اجتماعی: انسجام اجتماعی قابل قیاس با بی معنا بودن زندگی است و شامل دیدگاه‌هایی می‌شود در این باره است که جامعه قابل سنجش و قابل پیش بینی است. از حیث روان شناختی، افراد سالم زندگی شخصی خود را با معنا و منسجم می‌بینند (ریف، ۱۹۸۹: ۷۴). آنتونوفسکی معتقد است که احساس انسجام در وجود فرد می‌تواند نشانه‌ای برای سلامتی او باشد: افرادی که از انسجام برخوردارند تلاش می‌کنند در هنگام مواجهه با رویدادهای غیر قابل پیش بینی، انسجام خود را حفظ کنند. انسجام اجتماعی درک فرد از کیفیت جهان اجتماعی خود و شیوه سازماندهی و عملکرد آن است (کییز، ۱۹۹۸: ۱۲۲). این مقوله باقابلیت معنابخشی به وجود شخص است (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴: ۹۶).

شکوفایی اجتماعی: منظور از شکوفایی اجتماعی ارزیابی پتانسیل و خط سیر جامعه است. شکوفایی اجتماعی شامل درک افراد از این موضوع است که آنها هم از رشد اجتماعی سود خواهند برد و اینکه نهادها و افراد حاضر در جامعه به شکلی در حال شکوفایی اند که نوید توسعه بهینه را می‌دهد و هرچند این امر برای همه افراد درست نیست (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴: ۷۴).

گراهام (۲۰۰۱) مطرح می‌کند که سلامتی فرد به عنوان یک موضوع مهم نتیجه شرایط اقتصادی اجتماعی است. افرادی که از لحاظ اقتصادی اجتماعی در شرایط بهتری قرار دارند، بدلیل توانایی و دسترسی بهتر در وضعیت مطلوبتری قرار می‌گیرند و در مقابل افرادی که به طبقات پایین جامعه تعلق دارند، از سلامتی نامطلوب رنج می‌برند. به باور وی عواملی که باعث می‌شود تغییرات در وضعیت اقتصادی اجتماعی افراد بر سلامتی (جسمی روانی، اجتماعی) تاثیر بگذارد در سه مقوله مادی، رفتاری و روانی اجتماعی قرار می‌گیرند.

عوامل مادی: محیط فیزیکی، خانه، محله و محل کار به اضافه استانداردهای زندگی که بوسیله درآمد تامین می‌شوند.

عوامل رفتاری: عبارتند از عادات و رفتارهای روزمره مرتبط با سلامتی که یک مسیر اقتصادی اجتماعی قوی را نشان می‌دهند. از قبیل استعمال دخانیات، مشروبات الکلی،

فعالیت‌های اوقات فراغت و رژیم غذایی عوامل روانی بیشتر به برداشتهای فرد از وضعیت اجتماعی و مقایسه خود با دیگران از لحاظ اقتصادی اجتماعی و مشاهده زندگی افراد در یک جامعه نابرابر اطلاق می‌شود.

عوامل مادی، رفتاری و روانی اجتماعی به همراه یکدیگر ظاهر می‌شوند. گروه‌های دارای پایگاه اقتصادی اجتماعی پایین بدلیل زندگی در محیط‌های فیزیکی نامطلوب و محله‌های پر جمعیت دچار وضعیت‌های خطرناک می‌شوند. افراد دارای پایگاه اقتصادی-اجتماعی و قومی-نژادی محروم جامعه، سطوح پایینی از انواع سلامت را به خود اختصاص می‌دهند (هوٹ و ویلیامز، ۲۰۰۰: ۸۴).

پیشینه پژوهش

- فتحی و همکاران (۱۳۹۱) پژوهشی را با عنوان «عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی معلمان شهر مراغه» به انجام رساندند. یافته‌ها نشان می‌دهد که ارتباط متغیرهای مستقل جنسیت، سن، طبقه اجتماعی و رضایت از شغل با متغیر وابسته سلامت اجتماعی در میان معلمان شهر مراغه بررسی شد. بر اساس یافته‌ها، بین متغیرهای رضایت از شغل و سن و طبقه اجتماعی با سلامت اجتماعی افراد مطالعه شده رابطه معناداری با ضریب اطمینان ۹۹ درصد اطمینان به دست آمد، درحالی که بین دو جنس زن و مرد از نظر سطح سلامت اجتماعی تفاوت معناداری مشاهده نشد.

- ابراهیم (۱۳۹۱) پژوهشی را با عنوان «عوامل موثر بر میزان سلامت اجتماعی زنان جوان ۱۵ تا ۲۴ ساله شهر اصفهان (با تاکید بر میزان حمایت اجتماعی)» به انجام رساند. یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهد که هرچه زنان جوان از میزان حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار، متناسب با آن سلامت اجتماعی بالاتری نیز دارند. بر همین اساس، بین مولفه‌های سه گانه حمایت اجتماعی (حمایت ابزاری، عاطفی، اطلاعاتی) و سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد.

- ریاحی و دیگران (۱۳۸۷) پژوهشی را با عنوان «بررسی اثرات دین داری و جهت گیری دینی بر سلامت دانشجویان دانشگاه مازندران» به انجام رساندند. آزمون تفاوت میانگین‌ها نشان داد که میانگین نمره سلامت روان دانشجویان بر حسب میزان دین داری، جهت گیری دینی

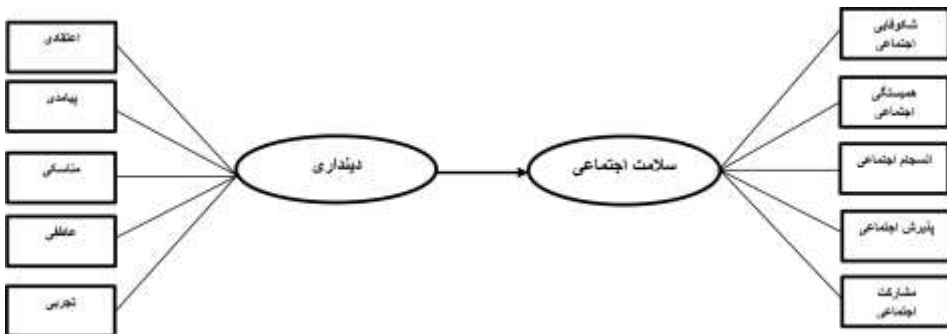
درونی، میزان خوش بینی و میزان حمایت اجتماعی تفاوت معناداری داشته است. با این حال، تحلیل رگرسیونی داده‌ها حاکی از آن بوده است که به ترتیب متغیرهای میزان حمایت اجتماعی، میزان خوش بینی، و جهت گیری دینی درونی (به شکل مستقیم و معنادار)، و جهت گیری دینی بیرونی و میزان دین داری (به شکل غیر مستقیم از طریق تاثیر بر حمایت اجتماعی و خوش بینی) بر میزان سلامت روان دانشجویان تاثیر داشته اند. از دلالت‌های پژوهش حاضر این است که جهت گیری دینی درونی در مقایسه با میزان دین داری و نیز جهت گیری دینی بیرونی، عامل موثرتری برای بهبود و افزایش سلامت روان محسوب می‌گردد.

- گرمارودی و وحدانی نیا (۱۳۸۵) پژوهشی را با عنوان «سلامت اجتماعی؛ بررسی میزان مهارت‌های اجتماعی دانش آموزان» به انجام رساندند. در مجموع ۱۵۴۴ نفر از والدین دانش آموزان به سوالات پرسشنامه مهارت‌های اجتماعی فرزندانشان پاسخ داده و امتیاز مهارت‌های اجتماعی در مورد ۱۴۱۰ نفر از فرزندان آنها به دست آمد. میانگین سنی دانش آموزان ۱۵٫۷ سال (۳،۱± = انحراف معیار) بوده و بیشترین آنها در مقطع دبیرستان به تحصیل اشتغال داشتند. میانگین امتیاز مهارت‌های اجتماعی ۵۲٫۸ (۲۷٫۸± = انحراف معیار) بوده و ۶۵ درصد دانش آموزان در هر دو جنس، مساوی و زیر صدک ۵۰ امتیاز مهارت‌های اجتماعی قرار داشتند. در بررسی روابط تحلیلی، میانگین امتیاز مهارت‌های اجتماعی با جنس و پایه تحصیلی ارتباط معنی داری را نشان داد. همچنین عملکرد تحصیلی دانش آموزان (غیبت از مدرسه و نمره معدل) با صدک امتیاز مهارت‌های اجتماعی ارتباط معنی داری را به دست داد.

- پاول^۱ (۲۰۰۷) پژوهشی را با عنوان «بررسی رابطه بین عملکردهای ارتباطی، سلامت اجتماعی معنوی و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به سرطان» به انجام رساند. نمونه‌های این مطالعه افراد مبتلا به سرطان سن ۳۵ تا ۸۰ سال به روش نمونه گیری آسان بوده‌اند. ابزارهای مورد استفاده برای گردآوری اطلاعات، کیفیت زندگی، پرسشنامه سلامت اجتماعی - معنوی و پرسشنامه عملکرد اجتماعی بودند. تجزیه و تحلیل آماری نشان داد که سلامت معنوی عامل

تأثیر گذار بر کیفیت زندگی این افراد بوده و سلامت اجتماعی پس از سلامت روانی در رتبه دوم قرار داشت ولی عملکردهای ارتباطی افراد رابطه‌ای با کیفیت زندگی آنان داشتند.

مک آرتور^۱ (۲۰۰۵) مطالعه‌ای را برای بررسی اپیدمیولوژی سلامت اجتماعی در ایالات متحده انجام داد. هدف این مطالعه دستیابی به میزان شیوع سلامت اجتماعی سطح بالا و پایین و چگونگی توزیع سلامت اجتماعی در جمعیت، با توجه به متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل و وضعیت شغلی بود. نتایج نشان داد که تقریباً ۴۰ درصد افراد بزرگسال در سن ۲۵ تا ۴۷ سال، در سه مقیاس سلامت اجتماعی دارای نمره بالا بودند، اما ۶۰ درصد افراد بزرگسال در هیچ یک از مقیاس‌های سلامت اجتماعی نمره بالا کسب نکردند.



مدل نظری پژوهش

فرضیه‌های پژوهش

- ۱- بین بعد اعتقادی دینداری و سلامت اجتماعی دانش‌آموزان رابطه وجود دارد.
- ۲- بین بعد پیامدی دینداری و سلامت اجتماعی دانش‌آموزان رابطه وجود دارد.
- ۳- بین بعد مناسکی دینداری و سلامت اجتماعی دانش‌آموزان رابطه وجود دارد.
- ۴- بین بعد عاطفی دینداری و سلامت اجتماعی دانش‌آموزان رابطه وجود دارد.
- ۵- بین بعد تجربی دینداری و سلامت اجتماعی دانش‌آموزان رابطه وجود دارد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر بر اساس نوع داده‌های جمع‌آوری و تحلیل شده، پژوهشی کمی است و از لحاظ نوع برخورد با مسأله مورد بررسی و ورود به آن مطالعه ای میدانی است. تکنیک مورد استفاده در این پژوهش پیمایش می‌باشد. در مطالعه میدانی، برای جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز از ابزار پرسشنامه استفاده شده است. پیش از آغاز پیمایش، پرسشنامه ابتدایی مورد آزمون اولیه قرار گرفت و با استفاده از نتایج به دست آمده، نقایص موجود برطرف و پرسشنامه نهایی تنظیم شد.

جمعیت یا جامعه آماری «مجموعه‌ای از واحدهاست که در چیز (صفت) یا چیزهایی (صفات) مشترک باشند» (سرای، ۱۳۸۹). جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل کلیه دانش‌آموزان دبیرستان‌های شهر دهاقان است که تعداد ۳۶۷ نفر به عنوان حجم نمونه مورد بررسی قرار گرفتند. روش نمونه‌گیری نیز تصادفی است. در این پژوهش برای گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه استفاده شده است. به منظور تهیه پرسشنامه‌ای که دارای روایی لازم باشد مراحل زیر انجام شده است:

- ۱- مطالعه نظری پیرامون مباحث عوامل مؤثر بر آگاهی
- ۲- تعریف مفهومی متغیرهای مستقل و وابسته تحقیق و تعیین شاخص‌های عینی آن
- ۳- تهیه سؤالاتی برای سنجش متغیر عمده تحقیق، که همان متغیر وابسته می‌باشد
- ۴- تهیه سؤالاتی برای هر یک از متغیرهای مستقل مورد نظر در این تحقیق
- ۵- تنظیم پرسشنامه به شکل نهایی و اجرای آن در بین ۳۰ نفر از دانش‌آموزان بر اساس سهم آنها در جامعه آماری^۱
- ۶- تعیین روایی و پایایی متغیرهای مختلف در پرسشنامه.
- ۷- حذف برخی سؤالات و گویه‌ها جهت افزایش روایی پرسشنامه و تأیید نهایی توسط استاد راهنما
- ۸- مرحله بعد تکمیل پرسشنامه توسط پاسخگویان است که بعد از تأیید پرسشنامه از جانب استاد راهنما انجام می‌پذیرد.

تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرها

دینداری

«دین» در لغت به معنای قید و بند، التزام، تعهد، تکریم، تقدس و شریعت، مذهب، ورع و پاداش انقیاد، خضوع، پیروی، تسلیم و جزاست. و در اصطلاح، عبارت است از: اعتقاد به قوای لاهوتی و ماوراءالطبیعی و رعایت سلسله قواعد اخلاقی حقوقی و سیاسی اقتصادی و اجتماعی در زمینه ارتباط با خود، سایر بندگان و خدا و انجام مناسک عبادی در جهت کسب تقرب خالق و جلب رضایت او به منظور تعالی روح. دینداری به معنای التزام عملی و ذهنی به باورهای دینی است. به عبارت دیگر پیروی پیروان دین از آن و از زیرمجموعه‌های آن است (احمدی، ۱۳۸۸: ۲۰-۱۹).

در پژوهش حاضر بر اساس نظریه گلاک و استارک سلامت اجتماعی با شاخص‌های اعتقادی، پیامدی، مناسکی، عاطفی، تجربی مورد بررسی قرار گرفته شده است.

سلامت اجتماعی

وجود ارتباط میان افراد یا همان جامعه‌پذیری، لذت بردن از بودن در میان دوستان، پشتیبانی شدن از سوی خانواده و بستگان و دوستان را در برمی‌گیرد که ارتباط و تداخل کسان در یک طبقه اقتصادی- اجتماعی همانند انجام می‌گیرد (سجادی و صدرالسادات، ۱۳۸۴: ۲۴۷-۲۴۵). در پژوهش حاضر بر اساس نظریه کییز سلامت اجتماعی با شاخص‌های شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی مورد بررسی قرار گرفته شده است.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

آمار توصیفی

بر اساس یافته‌های مربوط به متغیر جنس، ۰/۴۵ پاسخگویان پسر و ۰/۵۵ دختر هستند. بر اساس یافته‌های حاصل از بررسی متغیر سلامت اجتماعی، انسجام اجتماعی دارای بیشترین میانگین (۳,۴۶) و خودشکوفایی اجتماعی دارای کمترین میانگین (۲,۹۴) است. همچنین

وضعیت کلی سلامت اجتماعی نشان می‌دهد که در همه مولفه‌ها، پاسخگویان اذعان داشته‌اند که سلامت اجتماعی در حد متوسطی (۳,۲۰) است. بر اساس یافته‌های حاصل از بررسی متغیر دینداری، بعد اعتقادی دارای بیشترین میانگین (۳,۹۱) و بعد مناسکی دارای کمترین میانگین (۲,۳۰) می‌باشد. همچنین وضعیت کلی سلامت اجتماعی نشان می‌دهد که در همه مولفه‌ها، پاسخگویان اذعان داشته‌اند که سلامت اجتماعی در حد بالاتر از متوسط و نزدیک به زیاد (۳,۶۴) است.

آمار استنباطی

آزمون فرضیه اول: بین بعد اعتقادی دینداری و سلامت اجتماعی دانش آموزان رابطه وجود دارد.

برای آزمون این فرضیه از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است.

جدول (۱) همبستگی بین بعد اعتقادی دینداری و سلامت اجتماعی

تعداد	سطح معناداری	سلامت اجتماعی	متغیر مستقل
۳۶۷	.۰۰۰	۰/۳۴	بعد اعتقادی دینداری

با توجه به مقدار سطح معناداری محاسبه شده بین دو دامنه که برابر با ۰.۰۰۰ می‌باشد و چون این عدد کوچکتر از ۰,۰۵ است، لذا بین دو متغیر بعد اعتقادی دینداری و سلامت اجتماعی دانش آموزان همبستگی معناداری وجود دارد. همچنین با توجه به شدت همبستگی بدست آمده ما که برابر با ۰,۳۴ است، لذا همبستگی مثبت، با شدت متوسط و با جهت مستقیم بین دو متغیر دینداری اعتقادی و سلامت اجتماعی وجود دارد؛ بدین صورت که هرچه دینداری اعتقادی دانش آموزان بیشتر باشد سلامت اجتماعی آنها بیشتر خواهد شد. لذا بر این اساس فرضیه ۱ پژوهش حاضر تأیید می‌شود.

آزمون فرضیه دوم: بین بعد پیامدی دینداری و سلامت اجتماعی دانش آموزان رابطه وجود دارد.

برای آزمون این فرضیه از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است.

جدول (۲) همبستگی بین بعد پیامدی دینداری و سلامت اجتماعی

متغیر مستقل	سلامت اجتماعی	سطح معناداری	تعداد
بعد پیامدی دینداری	۰/۱۸	۰۰۱	۳۶۷

با توجه به مقدار سطح معناداری محاسبه شده بین دو دامنه که برابر با ۰۰۱ است و چون این عدد کوچکتر از ۰,۰۵ است، لذا بین دو متغیر بعد پیامدی دینداری و سلامت اجتماعی دانش آموزان همبستگی معناداری وجود دارد. همچنین با توجه به شدت همبستگی بدست آمده ما که برابر با ۰,۱۸ است، لذا همبستگی مثبت، با شدت ضعیف و با جهت مستقیم بین دو متغیر دینداری پیامدی و سلامت اجتماعی وجود دارد؛ بدین صورت که هرچه دینداری پیامدی دانش آموزان بیشتر باشد سلامت اجتماعی آنها بیشتر خواهد شد. لذا بر این اساس فرضیه شماره ۲ پژوهش حاضر تایید می شود.

آزمون فرضیه سوم: بین بعد مناسکی دینداری و سلامت اجتماعی دانش آموزان رابطه وجود دارد.

برای آزمون این فرضیه از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است.

جدول (۳) همبستگی بین بعد مناسکی دینداری و سلامت اجتماعی

متغیر مستقل	سلامت اجتماعی	سطح معناداری	تعداد
بعد مناسکی دینداری	۰/۴۲	۰۰۰	۳۶۷

با توجه به مقدار سطح معناداری (sig) محاسبه شده بین دو دامنه که برابر با ۰۰۰ است و چون این عدد کوچکتر از ۰,۰۵ است، لذا بین دو متغیر بعد مناسکی دینداری و سلامت اجتماعی دانش آموزان همبستگی معناداری وجود دارد. همچنین با توجه به شدت همبستگی بدست آمده ما که برابر با ۰,۴۲ است، لذا همبستگی مثبت، با شدت متوسط و با جهت مستقیم بین دو متغیر دینداری مناسکی و سلامت اجتماعی وجود دارد؛ بدین صورت که هرچه دینداری مناسکی دانش آموزان بیشتر باشد، سلامت اجتماعی آنها بیشتر خواهد شد. لذا بر این اساس فرضیه ۳ پژوهش حاضر تایید می شود.

آزمون فرضیه چهارم: بین بعد عاطفی دینداری و سلامت اجتماعی دانش آموزان رابطه وجود دارد.

برای آزمون این فرضیه از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است.

جدول (۴) همبستگی بین بعد عاطفی دینداری و سلامت اجتماعی

متغیر مستقل	سلامت اجتماعی	سطح معناداری	تعداد
بعد عاطفی دینداری	۰/۲۳	۰۰۰۰	۳۶۷

با توجه به مقدار سطح معناداری (sig) محاسبه شده بین دو دامنه که برابر با ۰۰۰۰ می باشد و چون این عدد کوچکتر از ۰,۰۵ است، لذا بین دو متغیر بعد عاطفی دینداری و سلامت اجتماعی دانش آموزان همبستگی معناداری وجود دارد. همچنین با توجه به شدت همبستگی بدست آمده ما که برابر با ۰,۲۳ است، لذا همبستگی مثبت، با شدت متوسط و با جهت مستقیم بین دو متغیر دینداری عاطفی و سلامت اجتماعی وجود دارد؛ بدین صورت که هرچه دینداری عاطفی دانش آموزان بیشتر باشد سلامت اجتماعی آنها بیشتر خواهد شد. لذا بر این اساس فرضیه شماره ۴ پژوهش حاضر تایید می شود.

آزمون فرضیه پنجم: بین بعد تجربی دینداری و سلامت اجتماعی دانش آموزان رابطه وجود دارد.

برای آزمون این فرضیه از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است.

جدول (۵) همبستگی بین بعد تجربی دینداری و سلامت اجتماعی

متغیر مستقل	سلامت اجتماعی	سطح معناداری	تعداد
بعد تجربی دینداری	۰/۳۰	۰۰۰۰	۳۶۷

با توجه به مقدار سطح معناداری (sig) محاسبه شده بین دو دامنه که برابر با ۰۰۰۰ می باشد و چون این عدد کوچکتر از ۰,۰۵ است، لذا بین دو متغیر بعد تجربی دینداری و سلامت اجتماعی دانش آموزان همبستگی معناداری وجود دارد. همچنین با توجه به شدت همبستگی بدست آمده ما که برابر با ۰,۳۰ است، لذا همبستگی مثبت، با شدت متوسط و با جهت مستقیم بین دو متغیر دینداری تجربی و سلامت اجتماعی وجود دارد؛ بدین صورت که هرچه دینداری تجربی

دانش‌آموزان بیشتر باشد سلامت اجتماعی آنها بیشتر خواهد شد. لذا بر این اساس فرضیه شماره ۵ پژوهش حاضر تایید می‌شود.

تحلیل رگرسیونی: سهم هر یک از ابعاد دینداری در پیش‌بینی متغیر سلامت اجتماعی به چه میزان است؟

جدول (۶) جدول رگرسیون

ضریب همبستگی (R)	ضریب تعیین (R^2)	خطای معیار	دوربین - واتسون
۰/۴۹	۰/۲۴	۳/۲۰	۱/۷۶۵

بر اساس جدول ۷ از آنجایی که مقدار آماره دوربین - واتسون (۱/۷۶۵) در فاصله بازه‌ای ۱/۵ تا ۲/۵ قرار دارد، می‌توان از رگرسیون استفاده کرد. بررسی رگرسیون چند متغیره نشان می‌دهد که مقدار R یا ضریب همبستگی چند گانه برابر با ۰/۴۹ است که نشان دهنده رابطه متوسط بین متغیرهای مستقل و متغیر وابسته است. مقدار ضریب تعیین یا R^2 برابر با ۰/۲۴ می‌باشد که بیانگر این مطلب است که ۰/۲۴ درصد از تغییرات سلامت اجتماعی به وسیله دینداری تبیین می‌شوند.

جدول (۷) آزمون رگرسیون چندگانه

متغیرهای پیش‌بین	B	β	t	sig
مقدار ثابت	.۲۹۱	-	۲,۲۴	.۰۰۰
دینداری مناسکی	.۳۱۷	.۳۱۲	۲,۷۶	.۰,۰۰۰
دینداری اعتقادی	.۲۸۹	.۲۹۴	۳,۰۲	.۰۰۰
دینداری تجربی	.۳۶۵	.۲۶۵	۲,۸۵	.۰۰۰
دینداری عاطفی	.۳۸۵	.۲۴۳	۲,۹۹	.۰۰۰
دینداری پیامدی	.۲۴۷	.۲۱۲	۲,۶۳	.۰۰۱

DW: Durbin-Watson, Tol: Tolerance, VIF: Variance inflation factor
متغیر وابسته: سلامت اجتماعی

یافته‌ها نشان می‌دهد که تمامی مولفه‌های مدل، دارای مقادیر t بیشتر از ۲ و مقدار سطح معنی‌داری کمتر از ۰,۰۵ هستند. بنابراین این متغیرها پیش‌بینی‌کننده سلامت اجتماعی هستند.

در این مدل قویترین پیش بینی کننده، متغیر بعد اعتقادی دینداری است که مقدار تاثیر آن برابر ۰,۳۱۲ است ($\beta=0.312$).

نتیجه گیری

همان طور که ذکر شد یکی از شاخص‌های توسعه اجتماعی جوامع، سلامت اجتماعی محسوب می‌شود. این شاخص در جوامع مختلف به لحاظ ارتقاء بخشیدن به شاخص‌های زندگی اجتماعی از جمله سرمایه اجتماعی، امنیت عمومی، رفاه اجتماعی و... بسیار پر اهمیت می‌باشد. ارتقاء شاخص‌های سلامت اجتماعی همراه با بهره‌وری، آگاهی بخشی، رشد سرمایه‌های انسانی و اجتماعی، تقویت اطلاع رسانی و افزایش مهارت‌های اساسی به عنوان بخشی اثر گذار در توسعه جوامع لازم است. با توجه به اهمیت بحث از سلامت اجتماعی و تاثیر دینداری بر آن این پژوهش به دنبال بررسی ارتباط بین دینداری در ابعاد مختلف و سلامت اجتماعی دانش آموزان به انجام رسید. پژوهش حاضر به دنبال ارتباط بین متغیرهای دینداری در ابعاد مختلف اعتقادی، پیامدی، مناسکی، عاطفی و تجربی و سلامت اجتماعی دانش آموزان است. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش علاوه بر اسناد و مدارک معتبر، پرسشنامه محقق ساخته بر اساس نظریات گلاک و استارک برای دینداری و کیز برای سلامت اجتماعی بود. این پرسشنامه با اعمال نظرات اساتید محترم راهنما و مشاور، نهایی شده و روایی آن نیز مورد تایید قرار گرفت و همچنین برای بررسی پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شد. یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که بین تمامی ابعاد دینداری با سلامت اجتماعی ارتباط مثبت، مستقیم و معنادار وجود دارد و بنابراین بالا رفتن دینداری باعث سلامت اجتماعی دانش آموزان می‌شود. یافته‌های پژوهش نشان دادند که بین دو متغیر بعد اعتقادی دینداری و سلامت اجتماعی دانش آموزان همبستگی معناداری وجود دارد. همچنین با توجه به شدت همبستگی بدست آمده ما که برابر با ۰,۳۴ است، لذا همبستگی مثبت، با شدت متوسط و با جهت مستقیم بین دو متغیر دینداری اعتقادی و سلامت اجتماعی وجود دارد؛ بدین صورت که هرچه دینداری اعتقادی دانش آموزان بیشتر باشد سلامت اجتماعی آنها بیشتر خواهد شد.

بین دو متغیر بعد پیامدی دینداری و سلامت اجتماعی دانش آموزان همبستگی معناداری وجود دارد. همچنین با توجه به شدت همبستگی بدست آمده ما که برابر با ۰,۱۸ است، لذا همبستگی

مثبت، با شدت ضعیف و با جهت مستقیم بین دو متغیر دینداری پیامدی و سلامت اجتماعی وجود دارد؛ بدین صورت که هرچه دینداری پیامدی دانش‌آموزان بیشتر باشد سلامت اجتماعی آنها بیشتر خواهد شد و بین دو متغیر بعد مناسکی دینداری و سلامت اجتماعی دانش‌آموزان همبستگی معناداری وجود دارد. همچنین با توجه به شدت همبستگی بدست آمده ما که برابر با ۴۲ است، لذا همبستگی مثبت، با شدت متوسط و با جهت مستقیم بین دو متغیر دینداری مناسکی و سلامت اجتماعی وجود دارد؛ بدین صورت که هرچه دینداری مناسکی دانش‌آموزان بیشتر باشد سلامت اجتماعی آنها بیشتر خواهد شد. همچنین بین دو متغیر بعد عاطفی دینداری و سلامت اجتماعی دانش‌آموزان همبستگی معناداری وجود دارد. همچنین با توجه به شدت همبستگی بدست آمده ما که برابر با ۲۳ است، لذا همبستگی مثبت، با شدت متوسط و با جهت مستقیم بین دو متغیر دینداری عاطفی و سلامت اجتماعی وجود دارد؛ بدین صورت که هرچه دینداری عاطفی دانش‌آموزان بیشتر باشد سلامت اجتماعی آنها بیشتر خواهد شد و در نهایت بین دو متغیر بعد تجربی دینداری و سلامت اجتماعی دانش‌آموزان همبستگی معناداری وجود دارد. همچنین با توجه به شدت همبستگی بدست آمده ما که برابر با ۳۰ است، لذا همبستگی مثبت، با شدت متوسط و با جهت مستقیم بین دو متغیر دینداری تجربی و سلامت اجتماعی وجود دارد؛ بدین صورت که هرچه دینداری تجربی دانش‌آموزان بیشتر باشد سلامت اجتماعی آنها بیشتر خواهد شد.

منابع

- ۱- ابراهیم، اعظم. (۱۳۹۱). عوامل موثر بر میزان سلامت اجتماعی زنان جوان ۱۵ تا ۲۴ ساله شهر اصفهان (با تاکید بر میزان حمایت اجتماعی). سلامت و روانشناسی، دوره ۱، شماره ۲.
- ۲- احمدی، یعقوب. (۱۳۸۸). وضعیت دینداری و نگرش به آینده دین در میان نسل‌ها مطالعه موردی شهر سنندج. معرفت فرهنگی اجتماعی، سال اول، شماره اول، زمستان.
- ۳- سجادی، حمیرا و سیدجلال صدرالسادات. (۱۳۸۴). شاخص‌های سلامت اجتماعی. مجله علمی آموزشی اطلاعات. شماره ۲۰۷.
- ۴- سرایی، حسن. (۱۳۸۹). مقدمه‌ای بر نمونه‌گیری در تحقیق. تهران: انتشارات سمت.

- ۵- شجاعی زند، علیرضا. (۱۳۸۴). مدلی برای سنجش دینداری در ایران. مجله جامعه شناسی ایران، دوره ۶، شماره ۱.
- ۶- فتحی، منصور و دیگران. (۱۳۹۱). عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی معلمان شهر مراغه. رفاه اجتماعی، دوره ۱۲، شماره ۴۷.
- ۷- فروند، ژولین. (۱۳۸۳). شناسایی ماکس وبر. ترجمه عبدالحسین نیک گهر، تهران: توتیا.
- ۸- گرمارودی، غلامرضا. (۱۳۸۵). سلامت اجتماعی؛ بررسی میزان مهارت‌های اجتماعی دانش آموزان. پایش، دوره ۵، شماره ۲.
- ۹- میرسندهی، سیدمحمد. (۱۳۸۳). مطالعه انواع دینداری دانشجویان. پایان نامه دکترای جامعه شناسی، دانشگاه تربیت مدرس.
- ۱۰- همیلتون، ملکم (۱۳۸۹) جامعه شناسی دین، ترجمه ثلاثی، محسن، تهران: نشر ثالث.
- 11- Glock C. and Stark , R. (1970). Religion and Society in Tension, US, Rand McNally & Company.
- 12- Keyes , C. M & Shapiro , A. (2004) , ‘ Social Well- being in the U.S : A Descriptive Epidemiology ’. In orvill Brim , Carol D.
- 13- Keyes , C. M , & Ryff , C. D (2000). Subjective change and mental health : a self – concept theory. Social psychology Quarterly. 63. 264 – 279.
- 14- Keyes , C. L. M , and Magyar – Moe , L. (2003). The Measurement and Utility of Adult Subjective Well-Being. In Lopez , S. J. and Snyder , C. R. Positive Psychological Assessment : A Handbook of Models and Measures (pp. 411 – 425). Washington , DC : American Psychological Association.
- 15-Mac Artour , L , Lalco. (1995). Technique Paradise , In : The Urbanization of European Society in the Nineteenth Century (A. Lees , Eds.) , Ragers Univ , Comdon and Pensilvania Univ , D. C. Health and Company , Massachusetts.
- 16- 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.
- 17- Ryff & Ronald C. Kessler (Eds) , (2003). Healthing Are you ? A national study of well-being of Midlife. univwesity of Chicago press.
- 18- Woolcock, Michael. (2001). "The place of social capital in understanding social and economic outcome". Canadian journal of policy researches.