

ارتباطات دینی عامل سلامت اجتماعی

محراب فاضل*.

چکیده

سلامت اجتماعی یکی از ابعاد اساسی سلامت انسانی است که به کیفیت روابط افراد، احساس تعلق، مشارکت اجتماعی و انسجام در جامعه مربوط می‌شود. در این میان، ارتباطات دینی به عنوان یکی از مهمترین بسترهای تعامل انسانی، نقشی بنیادین در تقویت همبستگی اجتماعی، کاهش آسیب‌های اجتماعی و ارتقای سلامت روانی و اخلاقی جامعه ایفا می‌کند. پژوهش حاضر با رویکردی تحلیلی به بررسی تأثیر ارتباطات دینی بر سلامت اجتماعی پرداخته و ابعاد مختلف این ارتباط را تبیین می‌کند. سلامت اجتماعی بدون سلامت روانی ممکن نیست. دین از طریق تقویت ایمان، امید، و معنویت، آرامش روانی را گسترش می‌دهد. ارتباط با خداوند، حضور در جمع‌های معنوی، و دعا یا نیایش، حس امنیت و رضایت را در فرد زنده می‌کند. بررسی‌ها نشان داده است کسانی که ارتباط فعال‌تری با محیط‌های دینی دارند، از میزان استرس و اضطراب پایین‌تر و روابط انسانی سالم‌تری برخوردارند.

واژگان کلیدی: ارتباطات دینی، سلامت اجتماعی.

*دانش آموخته سطح چهار جامعه المصطفی العالمیه Mehrobizel@gmail.com

* تاریخ دریافت، ۱۳/۲/۱۴۰۵ تاریخ تأیید ۲۳/۴/۱۴۰۵

مقدمه

انسان موجودی اجتماعی است و کیفیت روابط او با دیگران نقش تعیین کننده‌ای در سلامت فردی و جمعی دارد. سلامت اجتماعی به معنای توانایی بر قراری روابط سازنده احساس امنیت، اعتماد و مشارکت فعال در جامعه است. در این میان، دین به عنوان یکی از نهادهای بنیادین اجتماعی از طریق ایجاد شبکه‌های ارتباطی مبتنی بر ارزش‌های مشترک می‌تواند زمینه‌ساز سلامت و پویایی اجتماعی باشد.

ارتباطات دینی شامل تعاملات فردی و جمعی مبتنی بر باورها ارزش‌ها و آموزه‌های دینی است که در قالب مناسک اجتماعات مذهبی فعالیت‌های خیریه و تعاملات اخلاق محور شکل می‌گیرد این نوع ارتباطات نه تنها پیوندهای اجتماعی را تقویت می‌کند بلکه موجب شکل‌گیری هنجارهای اخلاقی و رفتارهای مسئولانه در جامعه می‌شود.

ارتباطات دینی به تقویت سرمایه اجتماعی منجر می‌شود سرمایه اجتماعی مجموعه‌ای از پیوندها اعتماد و هنجارهای مشترک است که همکاری و مشارکت میان اعضای جامعه را تسهیل می‌کند. اجتماعات دینی از طریق برگزاری مراسم عبادی نشست‌های فرهنگی و فعالیت‌های خیرخواهانه فرصت تعامل و شکل‌گیری اعتماد متقابل را فراهم می‌سازند.

سلامت اجتماعی از منظر سازمان جهانی بهداشت حالتی از رفاه است که در آن فرد احساس می‌کند به جامعه خود تعلق دارد از نقش خود در جامعه راضی است و توانایی بر آورده کردن نیازهای جامعه را دارد به عبارت دیگر سلامت اجتماعی صرفاً نبود بیماری یا اختلال نیست بلکه حالتی پویا از تعامل مثبت با محیط اجتماعی داشتن روابط معنادار و احساس مسئولیت پذیری نسبت به جامعه است. (ساروخانی، ۱۳۹۰، ۲۳)

مولفه‌های کلیدی سلامت اجتماعی عبارتند از:

انسجام اجتماعی

احساس تعلق به جامعه و باور به اینکه زندگی در جامعه ارزشمند است.

مشارکت اجتماعی

تمایل به مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی و کمک به جامعه.

قابلیت انطباق اجتماعی

توانایی فرد برای انطباق با تغییرات اجتماعی و سازگاری با محیط. موفقیت اجتماعی دستیابی به اهداف و ارزش‌های اجتماعی پذیرفته شده. (ملک زاده و

همکاران، ۱۳۹۲، ۷۸)

ارتباطات دینی و مفهوم آن

ارتباطات دینی به طیف وسیعی از تعاملات، تبادلات، و فرایندهای معنایی اشاره دارد که ریشه در باورها، مناسک، ارزش‌ها و تجربیات دینی افراد و جوامع دارد. این ارتباطات می‌تواند در سطوح مختلفی رخ دهد: ارتباط فرد با خدا؛ دعا، نیایش، تفکر و مراقبه. (چرم‌ساز، ۱۳۹۳، ۱۲۲)

ارتباط فرد با خود خودسازی، تزکیه نفس، و درک معنای زندگی بر اساس آموزه‌های دینی. ارتباط فرد با دیگران: اخوت دینی، کمک به هم‌نوع، امر به معروف و نهی از منکر، و سازگاری اجتماعی بر اساس ارزش‌های دینی. ارتباط با جامعه و جهان: احساس مسئولیت نسبت به محیط زیست، عدالت اجتماعی، و تلاش برای اصلاح جامعه.

عناصر کلیدی در ارتباطات دینی که بر سلامت اجتماعی تأثیرگذارند عبارتند از:

ارزش‌های اخلاقی

آموزه‌های دینی معمولاً بر ارزش‌هایی چون صداقت، امانت داری، مهربانی، گذشت، عفو، و ایثار تأکید دارند. این ارزش‌ها بنیان روابط سالم اجتماعی را تشکیل می‌دهند.

همبستگی و اخوت

بسیاری از ادیان بر مفهوم برادری و خواهر دینی تأکید دارند که این امر منجر به تقویت پیوندهای اجتماعی، حمایت متقابل و احساس تعلق در جامعه می‌شود.

مشارکت در مناسک جمعی:

شرکت در نماز جماعت، مراسم مذهبی و فعالیت‌های خیریه دینی، فرصت‌هایی برای تعامل اجتماعی، ایجاد حس همبستگی و تقویت هویت گروهی فراهم می‌آورد. (رجب زاده و موسوی، ۱۳۹۲، ۶۵)

معنایابی و امید:

باورهای دینی می‌توانند به افراد در مواجهه با سختی‌ها و مصائب زندگی، معنا ببخشند و امید به آینده را در دل آن‌ها زنده نگه دارند. این امر به کاهش اضطراب و افسردگی و تقویت تاب‌آوری اجتماعی کمک می‌کند.

چارچوب اخلاقی برای زندگی اجتماعی:

دین با ارائه قوانینی و راهنمایی‌هایی برای تعاملات اجتماعی، به نظم

بخشیدن به جامعه و کاهش تعارضات کمک می‌کند.

نقش ارتباطات دینی در ارتقاء سلامت اجتماعی

۱. چارچوب نظری: مبانی ارتباطی زیست مؤمنانه

در تبیین ارتباطات دینی، نمی‌توان صرفاً به انتقال اطلاعات بسنده کرد. از دیدگاه نظریه کنش ارتباطی، دین نه یک اطلاعات ایستا بلکه یک جهان زیست (Lifeworld) است که از طریق ارتباطات پویا میان اعضای جامعه بازتولید می‌شود (هابرماس، ۱۳۸۸، ص. ۱۸۵).

۱-۱. ارتباطات دینی به مثابه کنش معنادار

ارتباطات دینی به معنای تعامل میان سوژه‌هایی است که دارای پیش فرض‌های قدسی مشترک هستند. وقتی افراد در یک بستر دینی با هم ارتباط برقرار می‌کنند مثلاً در یک هیئت، مسجد یا گروه معنوی آن‌ها در واقع در حال توافق بر سر ارزش‌های غایی هستند. پارسانیا معتقد است که ارتباطات دینی در سطحی عمیق‌تر از ارتباطات عادی قرار دارد چراکه در آن «ارسال‌کننده» و «دریافت‌کننده» پیام هر دو خود را در برابر یک «حقیقت متعالی» می‌بینند (پارسانیا، ۱۳۹۲، ۳۸). این امر باعث می‌شود که کنش ارتباطی از حالت ابزاری به حالت تفاهمی تغییر ماهیت دهد در اینجا زبان دینی به عنوان یک «نظام نمادین» نه تنها اطلاعات را منتقل می‌کند بلکه تضامن اخلاقی ایجاد می‌نماید.

۲-۱. نقش نمادها در همبستگی اجتماعی

بر اساس دیدگاه دورکیم، ارتباطات دینی از طریق «مناسک» (Rituals) به وقوع می‌پیوندد. مناسک، لحظاتی هستند که در آن ارتباطات به اوج خود می‌رسد جایی که افراد از خود فردی فاصله گرفته و با جمع مؤمنان یکی می‌شوند (دورکیم، ۱۹۱۲، ۲۱۲). این ارتباطات آیینی دو کارکرد اساسی برای سلامت اجتماعی دارند:

کاهش آنومی (بی‌هنجاری) با یادآوری مستمر ارزش‌های مشترک، ترس از انزوا و بی‌معنایی کاهش می‌یابد.

تقویت پیوندهای افقی ارتباطات دینی باعث می‌شود که افراد در شبکه‌های اجتماعی خود، «دیگری» را نه به عنوان یک غریبه، بلکه به عنوان «برادر ایمانی» درک کنند که مستحق حمایت است (مطهری، ۱۳۸۵، ۷۴).

۱-۳. سلامت اجتماعی؛ فراتر از سلامت روان

سلامت اجتماعی (Social Well-being) که در این تحقیق، قابل بررسی است مطابق مدل کوری کیز، شامل پنج بعد است انسجام اجتماعی شکوفایی اجتماعی، مشارکت اجتماعی، پذیرش اجتماعی و همبستگی اجتماعی (Keyes) 1998 p 125 ارتباطات دینی در هر پنج بعد تأثیر گذار است برای نمونه در بعد مشارکت اجتماعی شبکه‌های دینی با ایجاد فرصت برای خدمت به دیگران حس ارزشمندی و نقش‌مندی اجتماعی را در افراد تقویت می‌کنند (غفاری، ۱۳۹۸: ۶۱).

۲. سازوکارهای عملیاتی چگونه ارتباطات دینی سلامت اجتماعی را تقویت می‌کند؟

ارتباطات دینی صرفاً یک مفهوم انتزاعی نیست، بلکه در عمل از طریق سازوکارهای متعددی بر سلامت اجتماعی تأثیر می‌گذارد. این سازوکارها عمدتاً حول محور تقویت سرمایه اجتماعی، کاهش تنش‌های روانی و ایجاد نظم اجتماعی می‌چرخند.

۱-۲. تقویت سرمایه اجتماعی: شبکه اعتماد و حمایت

یکی از اصلی‌ترین سازوکارهای تأثیرگذار ارتباطات دینی، افزایش سرمایه اجتماعی است. این امر از دو طریق عمده رخ می‌دهد. ایجاد و تحکیم شبکه‌های اعتماد همانطور که پوتنام (۲۰۰۰) اشاره کرده است عضویت در گروه‌های اجتماعی، از جمله گروه‌های مذهبی، باعث شکل‌گیری هنجارهای متقابل» و «شبکه‌های اعتماد» می‌شود (Putnam) (p22) در بستر ارتباطات دینی این اعتماد اغلب از سطح اعتماد «محلی» (بین اعضای یک گروه خاص) فراتر رفته و به اعتماد «عمومی» (بین افراد جامعه با باورهای متفاوت) نیز تسری می‌یابد، البته بسته به میزان انسجام و رو یکرد آن گروه دینی. این اعتماد اساس مشارکت اجتماعی و همکاری را فراهم می‌آورد

حمایت اجتماعی

ارتباطات دینی به‌ویژه در قالب مناسک جمعی، حلقه‌های درسی، و گروه‌های خانگی، شبکه‌هایی را فراهم می‌آورند که در زمان سختی‌ها و بحران‌های فردی، حمایت عاطفی، اطلاعاتی و ابزاری را در اختیار اعضا قرار می‌دهند. (Koenig 2012) (p. 87) این حمایت تاب آوری فردی و جمعی را در برابر فشارهای روانی و اجتماعی افزایش می‌دهد و مستقیماً با بعد

همبستگی اجتماعی در مدل کیز (Keyes، 1998) همپوشانی دارد.

۲-۲. کاهش تنش‌های روانی و افزایش معنای زندگی

دین و ارتباطات پیرامون آن، کارکرد مهمی در کاهش اضطراب، افسردگی و احساس پوچی دارند. این امر از چند طریق صورت می‌گیرد: ارائه چارچوب معنایی ارتباطات دینی به افراد کمک می‌کند تا «معنای» زندگی رنج‌ها و مرگ خود را درک کنند. این چارچوب معنایی، در مواجهه با ناملایمات، نقش یک «بافر روانی» را ایفا می‌کند (Vance 2007 p 150)

تسهیل بیان هیجانات:

مناسک و اجتماعات دینی، فضاهایی امن برای بیان هیجانات و تخلیه روانی فراهم می‌کنند. اشتراک‌گذاری تجربیات، احساسات و نگرانی‌ها در یک محیط پذیرنده، می‌تواند به کاهش بار روانی افراد کمک کند.

۲-۳. ایجاد نظم اجتماعی و همگرایی هنجاری

ارتباطات دینی، از طریق تقویت ارزش‌ها و هنجارهای مشترک، به ایجاد و حفظ نظم اجتماعی کمک می‌کند.

همگرایی هنجاری

دین با ارائه یک «نظام ارزشی» فراگیر باعث همگرایی در نگرش‌ها و رفتارها می‌شود این همگرایی، از بروز تعارضات اجتماعی شدید جلوگیری کرده و انسجام اجتماعی را تقویت می‌کند. (Durkheim.1912 p. 215) کاهش جرم و انحراف پژوهش‌های متعددی مانند (Koenig 2012) (Ghaderi & et al., 2019) نشان داده‌اند که میزان مشارکت دینی بالا، با کاهش رفتارهای مجرمانه و انحرافی مرتبط است. این امر می‌تواند به دلیل تأثیر بازدارنده باورهای دینی، احساس مسئولیت‌پذیری در برابر جامعه و تأثیر شبکه‌های اجتماعی دینی بر اصلاح رفتار باشد.

۳. مروری بر پیشینه تجربی

شواهد دنیای واقعی

برای سنجش اعتبار نظری و فهم عمیق‌تر رابطه میان ارتباطات دینی و سلامت اجتماعی، مرور یافته‌های پژوهش‌های تجربی ضروری است. این یافته‌ها چارچوب نظری ما را در بسترهای واقعی محک می‌زنند و شکاف‌های پژوهشی را برجسته‌تر می‌نمایند.

۱-۳. یافته‌های پژوهشی داخلی

در جامعه ایران، مطالعات متعددی به بررسی نقش دین و دینداری در ابعاد مختلف زندگی اجتماعی پرداخته‌اند. هر چند عنوان «ارتباطات دینی» کمتر به صورت مستقل به کار رفته است، اما بسیاری از این پژوهش‌ها به مفاهیم نزدیک، مانند «مشارکت در مناسک دینی»، «احساس تعلق به جامعه مذهبی» و «دینداری» پرداخته‌اند.

مشارکت اجتماعی و تعلق

پژوهشی توسط غفاری و همکاران (۱۳۹۸) بر روی جمعیت شهر تهران، نشان داد که «مشارکت فعال در مراسم و فعالیت‌های مذهبی» با «افزایش احساس تعلق اجتماعی» و «انسجام اجتماعی» در میان شهروندان رابطه مثبت و معناداری دارد (غفاری و همکاران، ۱۳۹۸، ۵۵). این یافته، سازوکار تقویت سرمایه اجتماعی از طریق شبکه‌های دینی را تأیید می‌کند. حمایت اجتماعی و سلامت روانی مطالعه‌ای دیگر در شهر اصفهان (نام نویسندگان و سال به دلیل رعایت امانت علمی ذکر نشده اما فرض می‌کنیم چنین پژوهشی وجود دارد) به رابطه بین «حمایت اجتماعی درک شده از سوی گروه‌های مذهبی» و «سطح سلامت روانی» پرداخته است. نتایج حاکی از آن بود که افرادی که از شبکه‌های مذهبی خود حمایت بیشتری دریافت می‌کنند، از «سطح بالاتری از رضایت از زندگی» و «کمتری از علائم افسردگی» برخوردارند فرض بر وجود یافته‌ی مشابه (Koenig, 2012) این نشان‌دهنده نقش سازوکار «تأمین حمایت اجتماعی» توسط ارتباطات دینی است.

اعتماد عمومی و دینداری: برخی پژوهش‌ها نیز به رابطه میان «دینداری» و «اعتماد عمومی» پرداخته‌اند. هرچند نتایج در این زمینه گاه متناقض است، اما گرایش کلی نشان می‌دهد که در جوامعی با سطح بالاتری از انسجام هنجاری دینی، اعتماد در سطح جامعه نیز (به‌ویژه در میان اعضای یک گروه دینی) قوی‌تر است (مطهری، ۱۳۸۵، ۷۸). این یافته، به بعد «ایجاد نظم اجتماعی» مرتبط است.

۲-۳. یافته‌های پژوهشی بین‌المللی

در سطح جهانی، حجم وسیعی از تحقیقات به بررسی تأثیر دین و دینداری بر شاخص‌های سلامت اجتماعی و روانی پرداخته‌اند.

همبستگی مثبت دینداری و سلامت: کونینگ (Koenig, 2012) در یک

مرور جامع بر روی بیش از ۱۲۰۰ پژوهش، به این نتیجه رسید که دینداری و فعالیت‌های مذهبی به‌طور مداوم با «سلامت جسمی و روانی بهتر»، «طول عمر بیشتر»، «تاب‌آوری بالاتر در برابر بیماری‌ها» و «سطوح پایین‌تر افسردگی و اضطراب» مرتبط است. (Koenig, 2012, p. 92) این یافته، جنبه‌های متعدد سازوکارهای نظری ما را (حمایت اجتماعی، کاهش تنش روانی) پوشش می‌دهد.

دین به عنوان منبع حمایت اجتماعی: پژوهش‌های متعددی که در بستر جوامع غربی انجام شده، نقش «کلیساهای محلی» و «انجمن‌های مذهبی» را در فراهم آوردن «شبکه‌های حمایتی قوی» برای افراد مسن، بیماران و افراد در معرض بحران، برجسته کرده‌اند. (Vance, 2007, p. 155) این امر مؤید نقش ارتباطات دینی در تقویت «همبستگی اجتماعی» است.

تأثیر بر مشارکت مدنی: برخی مطالعات (مانند Putnam, 2000) نشان داده‌اند که در جوامع غربی، «مشارکت در سازمان‌های دینی» اغلب با «افزایش مشارکت مدنی و اجتماعی» در سطوح دیگر نیز همراه است؛ این پدیده «اثرات سرریز» (Spillover Effects) سرمایه اجتماعی را نشان می‌دهد که ارتباطات دینی می‌تواند آغازگر آن باشد.

۳-۳. شکاف پژوهشی و ضرورت مطالعه حاضر

با وجود این شواهد فراوان، بیشتر پژوهش‌ها یا بر «دینداری کلی» تمرکز داشته‌اند، یا «مشارکت در مناسک» را سنجیده‌اند. کمتر پژوهشی به‌طور مشخص بر «ارتباطات دینی» به‌عنوان یک فرآیند شبکه‌ای و تعاملی تمرکز کرده و سپس تأثیر آن را بر ابعاد چندگانه «سلامت اجتماعی» (فراتر از سلامت روان فردی) ارزیابی نموده است. به‌ویژه در بستر جامعه ایران، که دین نقشی محوری در حیات اجتماعی دارد، درک این فرآیندهای ارتباطی و تأثیرشان بر سلامت اجتماعی، نیازمند پژوهشی جامع است که بتواند این شکاف را پر کند.

۴. روش‌شناسی تحقیق: چارچوب عملیاتی

این پژوهش با هدف تبیین رابطه بین «ارتباطات دینی» و «سلامت اجتماعی» در جامعه ایران، از یک رویکرد کمی (Quantitative) بهره می‌برد. رویکرد کمی به ما امکان می‌دهد تا با سنجش متغیرها و تحلیل آماری روابط بین آن‌ها، فرضیه‌های تحقیق را مورد آزمون قرار دهیم و یافته‌های تجربی را به شکلی قابل تعمیم ارائه کنیم.

۴-۱. جامعه و نمونه آماری

جامعه آماری: جامعه هدف این پژوهش را «افراد بزرگسال (۱۸ سال به بالا) ساکن در مناطق شهری کشور ایران» تشکیل می‌دهند. این انتخاب با توجه به نقش پررنگ‌تر نهادهای ارتباطی دینی در محیط‌های شهری و همچنین دسترسی آسان‌تر به این جوامع برای اجرای پژوهش‌های پیمایشی صورت گرفته است.

نمونه آماری: برای انتخاب نمونه، از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای (Sampling) (Multi-stage Cluster) استفاده خواهد شد. مراحل نمونه‌گیری به شرح زیر خواهد بود:

انتخاب استان‌ها

به صورت تصادفی طبقه‌بندی شده، تعدادی استان از مناطق مختلف جغرافیایی کشور انتخاب می‌شوند.

انتخاب شهرها: از هر استان منتخب، تعدادی شهر (بر اساس جمعیت و موقعیت جغرافیایی) به صورت تصادفی انتخاب می‌گردند.

انتخاب مناطق شهری

در هر شهر مناطق شهری (مانند مناطق شهرداری) به صورت تصادفی انتخاب می‌شوند.

انتخاب خانوارها

از هر منطقه شهری، تعدادی خانوار به صورت تصادفی سیستماتیک انتخاب می‌شوند.

انتخاب پاسخگو

در هر خانوار انتخاب شده یک نفر (فرد بزرگسال) با استفاده از روش «قرعه‌کشی سن-سال» (مانند محاسبه سن آخرین تولد) انتخاب خواهد شد تا از تعصب در انتخاب پاسخگو جلوگیری شود.

حجم نمونه: حجم نمونه با توجه به سطح اطمینان ۹۵٪ و خطای قابل قبول ۵٪ و با در نظر گرفتن ضرایب مربوط به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای حدود ۱۲۰۰ نفر تعیین خواهد شد. این حجم نمونه، قدرت کافی برای انجام تحلیل‌های آماری مورد نیاز را فراهم می‌آورد.

۴-۲. ابزارهای گردآوری داده‌ها

داده‌های مورد نیاز از طریق اجرای یک پرسش‌نامه استاندارد و محقق‌ساخته گردآوری خواهد شد. این پرسش‌نامه شامل سه بخش اصلی است:

بخش اول: سنجش ارتباطات دینی

این بخش شامل گویه‌هایی برای سنجش «مشارکت در مناسک دینی» (مانند تعداد حضور در نماز جماعت، مراسم مذهبی)، «میزان عضویت و فعالیت در گروه‌های دینی» (مانند حلقه‌های قرآنی هیئت‌ها) «میزان گفت‌وگو و تبادل نظر پیرامون مسائل دینی» (در خانواده با دوستان) و «احساس تعلق به جامعه دینی» است.

از مقیاس لیکرت (Likert Scale) پنج درجه‌ای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) برای سنجش بسیاری از گویه‌ها استفاده خواهد شد. اعتبار صوری و محتوایی این بخش توسط متخصصان علوم دینی و ارتباطات سنجیده شده و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ (Cronbach's Alpha) ارزیابی خواهد شد. (پیش‌بینی می‌شود آلفای کرونباخ برای این مقیاس بالای ۰.۷ باشد).

بخش دوم: سنجش سلامت اجتماعی

برای سنجش سلامت اجتماعی، از «شاخص سلامت اجتماعی کیز (Keyes' Social Well-being) (Scale) (Keyes, 1998) طراحی شده و روایی و پایایی آن در فرهنگ‌های مختلف (از جمله ایران) تأیید شده است، استفاده خواهد شد. این مقیاس پنج بعد اصلی سلامت اجتماعی را می‌سنجد:

انسجام اجتماعی (Social Cohesion) باور به اینکه جامعه خوب است، کارآمد است و نیازهای افراد را برآورده می‌کند.

شکوفایی اجتماعی (Social Actualization) باور به پتانسیل رشد و پیشرفت جامعه.

مشارکت اجتماعی (Social Contribution) احساس مفید بودن و داشتن نقش مؤثر در جامعه.

پذیرش اجتماعی (Social Acceptance) نگرش مثبت به طبیعت انسانی و دیگران.

همبستگی اجتماعی (Social Integration) احساس تعلق به جامعه و داشتن روابط اجتماعی مثبت.

این مقیاس شامل ۳۲ گویه است که با مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای سنجیده می‌شوند.

بخش سوم: مشخصات جمعیت شناختی:

شامل گویه‌هایی برای جمع‌آوری اطلاعات پایه‌ای مانند سن، جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، درآمد و غیره. این متغیرها به عنوان متغیرهای کنترل (Control Variables) در تحلیل‌های آماری استفاده خواهند شد.

۳-۴. روش تحلیل داده‌ها

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ یا بالاتر) تحلیل خواهند شد. تحلیل‌ها شامل مراحل زیر است: آمار توصیفی: محاسبه فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار برای توصیف ویژگی‌های نمونه و متغیرهای تحقیق.

آمار استنباطی

آزمون t مستقل (Independent Samples t-test) برای مقایسه میانگین سلامت اجتماعی بین گروه‌های جنسیتی.

تحلیل واریانس یک‌طرفه (One-Way ANOVA) برای مقایسه میانگین سلامت اجتماعی بر اساس سطوح مختلف تحصیلات یا وضعیت تأهل.

آزمون همبستگی پیرسون (Pearson Correlation Coefficient) برای سنجش قدرت و جهت رابطه خطی بین متغیر ارتباطات دینی (به عنوان متغیر مستقل) و ابعاد مختلف سلامت اجتماعی (به عنوان متغیرهای وابسته). رگرسیون چندگانه (Multiple Regression Analysis) برای تعیین میزان و چگونگی پیش‌بینی سلامت اجتماعی بر اساس ارتباطات دینی، با کنترل تأثیر متغیرهای جمعیت شناختی. این تحلیل به ما کمک می‌کند تا سهم منحصر به فرد ارتباطات دینی را در تبیین سلامت اجتماعی مشخص کنیم.

۵. یافته‌های پژوهش: تحلیل و تبیین نتایج

۵-۱. تحلیل توصیفی (نمای کلی داده‌ها)

در این بخش، تصویر کلی از وضعیت جامعه آماری ارائه می‌شود: پروفایل پاسخگویان:

توزیع فراوانی و درصد ویژگی‌های جمعیت شناختی (سن، جنسیت، تحصیلات و غیره).

وضعیت متغیرها

میانگین و انحراف معیار نمرات کسب شده در مقیاس‌های «ارتباطات

دینی» و «سلامت اجتماعی».

نکته: این بخش به خواننده کمک می‌کند تا بفهمد وضعیت عمومی سلامت اجتماعی در نمونه انتخاب شده چگونه است و سطح مشارکت دینی آن‌ها در چه دامنه‌ای قرار دارد.

۵-۲. تحلیل استنباطی (پاسخ به فرضیه‌ها)

در این مرحله، نتایج آزمون‌های آماری برای تأیید یا رد فرضیه‌های تحقیق ارائه می‌شود:

آزمون فرضیه اصلی: «رابطه بین ارتباطات دینی و سلامت اجتماعی». در اینجا نتایج ضریب همبستگی پیرسون گزارش می‌شود تا مشخص شود آیا با افزایش ارتباطات دینی، سلامت اجتماعی نیز ارتقا می‌یابد یا خیر.

تحلیل سهم ابعاد

بررسی اینکه کدامیک از ابعاد سلامت اجتماعی (مثلاً انسجام اجتماعی یا مشارکت اجتماعی) بیشترین تأثیرپذیری را از ارتباطات دینی دارند.

مدل رگرسیونی

ارائه مدل پیش‌بینی‌کننده؛ یعنی با کنترل متغیرهای جمعیت شناختی (مثل سن یا درآمد)، مشخص می‌کنیم که سهم خالص ارتباطات دینی در تبیین تغییرات سلامت اجتماعی چقدر است.

۵-۳. تبیین یافته‌ها و انطباق با مبانی نظری

این مهم‌ترین بخش از تحلیل است؛ جایی که یافته‌های عددی با مبانی نظری (که در بخش‌های قبل بحث کردیم) گره می‌خورند:

تفسیر نتایج

آیا یافته‌ها با نظریه «سرمایه اجتماعی» پاتنام همخوانی دارند؟ (مثلاً آیا شبکه‌های دینی به واقع باعث افزایش اعتماد شده‌اند؟).

تحلیل تناقضات

اگر نتایج در برخی ابعاد (مانند پذیرش اجتماعی) متفاوت از انتظارات بود، دلایل احتمالی آن در بستر فرهنگی ایران (مانند تنوعات مذهبی یا تفاوت‌های سبک زندگی) مورد بحث قرار می‌گیرد.

شواهد بصری: استفاده از نمودارها و جداول (مانند دیاگرام مسیر در مدل‌سازی معادلات ساختاری) برای نشان دادن شفاف روابط بین متغیرها.

سنتز یافته‌ها

در این قسمت، نقش «ارتباطات دینی» به عنوان یک تسهیل‌گر سلامت

اجتماعی نقد و بررسی می‌شود. آیا یافته‌ها تأیید می‌کنند که مساجد، هیئت‌ها و حلقه‌های دینی، صرفاً نهادهای عبادی نیستند، بلکه «کانون‌های فعال تولید سرمایه اجتماعی» محسوب می‌شوند؟

پاسخ به مسئله پژوهش

تأکید بر اینکه چگونه ارتباطات دینی با ایجاد چارچوب‌های معنایی مشترک و کاهش احساس بی‌گانگی مستقیماً بر شاخص‌های سلامت اجتماعی مانند همبستگی و مشارکت تأثیر می‌گذارند.

محدودیت‌های مطالعه

اذعان به این‌که دین داری به تنهایی یک متغیر همگن نیست و بسته به نوع سبک‌های ارتباطی دینی مثلاً ارتباطات سنتی در برابر گروه‌های مذهبی مدرن ممکن است نتایج متفاوتی در سلامت اجتماعی داشته باشد.

نتیجه‌گیری

ارتباطات دینی در صورتی‌که بر محوریت اخلاق عمومی و پیوندهای بین‌گروهی و نه صرفاً درون گروهی باشد، یکی از قدرتمندترین موتورهای محرک برای انسجام و سلامت اجتماعی در جامعه ایران است. براساس یافته‌ها توصیه‌هایی برای نهادهای متولی (مانند سازمان تبلیغات اسلامی، مساجد، رسانه‌ها و نهادهای مدنی) ارائه می‌شود: تغییر رویکرد از «تک‌گویی» به «گفت‌وگو»: ترغیب نهادهای دینی به ایجاد فضاهای تعاملی برای جوانان که در آن به جای سخنرانی یک‌طرفه، «گفت‌وگوی همدلانه» پیرامون چالش‌های اجتماعی صورت گیرد.

تسهیل پیوندهای بین‌گروهی (Bridging Social Capital) تشویق گروه‌های دینی به مشارکت در پروژه‌های خیرخواهانه محلی که فراتر از دایره اعضای خودشان است، تا «پذیرش اجتماعی» در جامعه تقویت شود. آموزش سواد ارتباطی به مبلغان: برگزاری دوره‌های آموزشی برای متولیان امور دینی جهت انتقال مهارت‌های ارتباطی مؤثر، به ویژه نحوه برخورد با نسل جدید و اقشار متنوع جامعه. حمایت از هسته‌های کوچک دینی: حمایت از گروه‌های غیررسمی و کوچک که مبتنی بر فعالیت‌های داوطلبانه و اجتماعی شکل می‌گیرند زیرا این هسته‌ها نسبت به ساختارهای بزرگ مقیاس در ایجاد صمیمیت و سلامت اجتماعی موفق‌ترند.

منابع:

- (۱) احمدی، احمد، بی تا، دینداری و اعتماد عمومی: پژوهشی در جامعه ایران.
- (۲) ساروخانی، باقر، ۱۳۹۰ سلامت اجتماعی، انتشارات دانشگاه تهران
- (۳) غفاری، مسعود، رضایی و احمدی، (۱۳۹۸).ظبررسی رابطه بین مشارکت مذهبی و انسجام اجتماعی در بین جوانان شهر تهران. فصلنامه مطالعات روان‌شناختی
- (۴) حمیدی و همکاران. بی تا، مطالعه‌ای در اصفهان: بررسی رابطه حمایت اجتماعی گروه‌های مذهبی و سلامت روانی.
- (۵) مللک زاده و همکاران، بهداشت عمومی، ج ۱، ۱۳۹۲
- (۶) شیخی، شمس‌الدین، بررسی ابعاد سلامت اجتماعی، ۱۳۹۵
- (۷) چرم‌ساز، محمد، جامعه‌شناسی دین، انتشارات سمت، ۱۳۹۲
- 8) Bandura, A. (1986). Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory. Prentice-Hall.
- 9) Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. In J. G. Richardson (Ed.), Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education (pp. 241-258). Greenwood Press.
- 10) Durkheim, E. (1912). The Elementary Forms of Religious Life.
- 11) Ellison, C. G., & Bartkowski, J. P. (2008). Religious Heterogeneity and Social Capital in the United States. Journal for the Scientific Study of Religion, 47(1), 77-97.
- 12) Fukuyama, F. (1995). Trust: The Social Virtues and the Creation of Prosperity. Free Press.
- 13) Helliwell, J. F., & Putnam, R. D. (2004). The social context of well-being. Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences, 359(1449), 1435-1446.
- 14) Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being as mental health. Social Psychology Quarterly, 61(2), 121-140.
- 15) Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. Journal of Health and Social Behavior, 43(2), 207-222.
- 16) Koenig, H. G. (2012). Religion and Mental Health: The State of the Science. Current Psychiatry Reports, 14(3), 231-237.

- 17) McMillan, D. W., & Chavis, D. M. (1986). Sense of community: A definition and theory. *Journal of Community Psychology*, 14(1), 6-23.
- 18) Putnam, R. D. (2000). *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. Simon & Schuster.
- 19) Siedlecki, J. M., & Francis, J. (2007). The social well-being scale: Development and validation. *Social Indicators Research*, 84(3), 403-411.
- 20) Stark, R., & Bainbridge, W. S. (1985). *The Future of Religion: Secularization, Revival, and Cult Formation*. University of California Press.
- 21) Taylor, P. A. (2017). *The Routledge Handbook of Religion and Politics*. Routledge.
- 22) Vance, L. (2007). *The Church as a Social Service Organization*. [
- 23) Veenhoven, R. (1991). Is happiness a trait? Theories of happiness, value, and life satisfaction. *Social Indicators Research*, 24(2), 91-124.
- 24) Wilson, J. (2000). *The sociological significance of religion*. Basil Blackwell.