

# Religious Attitudes of Health Centers Clients and Social Capital: Examining the Relationships and Contributing Factors

Hamed Rezakhani moghaddam<sup>1</sup>, Tohid Babazadeh<sup>2</sup>, Fatemeh Joobjar<sup>3</sup>, Zeinab Aghazadeh<sup>4</sup>, Saeideh Aletaha<sup>5</sup>, Aghil Habibi<sup>6\*</sup>

1- Health Department, Faculty of Health Sciences, Tabriz University of Medical Sciences (TUOMS), Tabriz, Iran.

2- Health Department, Research Committee of Students, Faculty of Health Sciences, Tabriz University of Medical Sciences (TUOMS), Tabriz, Iran.

3- Public Health Department, Khalkhal Faculty of Medical Sciences, Ardebil University of Medical Sciences, Ardebil, Iran.

4- Office of Education of Ardebil, District 2, Ardebil, Iran.

5- Nursing Department, Khalkhal Faculty of Medical Sciences, Ardebil University of Medical Sciences, Ardebil, Iran.

6- Health Department, Faculty of Health Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

\*Correspondence should be addressed to Mr. Aghil Habibi; Email: [a.habibi@arums.ac.ir](mailto:a.habibi@arums.ac.ir)

## Article Info

Received: Oct 22, 2016

Received in revised form:

Jan 11, 2017

Accepted: Jan 22, 2017

Available Online: Mar 6, 2017

## Keywords:

Health Centers

Religious Attitude

Social Capital

## Abstract

**Background and Objective:** The related literature shows that religious attitude has noticeable effects on all aspects of human life. This study was designed to examine the status of religious attitudes of clients attending health centers and its relationship with social capital.

**Method:** This descriptive-analytical study was conducted on 160 clients of health centers in Kouchesfahan in 2014. To collect the required data, a standard 40-item questionnaire of religious attitudes and the 36-item Bullen's questionnaire concerning social capital were used. Then, correlation test, chi-square, t-test and ANOVA were employed to analyze the data. In this study, All the ethical issues were observed. Moreover, the authors did not report conflict of interest.

**Results:** The results demonstrated that total means score for religious attitudes was calculated  $125.9 \pm 28.7$ . Minimum and maximum means were measured for "religious belief" and "religious behavior" dimension; they were  $45.3 \pm 11$  and  $37.6 \pm 11.3$ , respectively. Furthermore, no significant relationship between social capital and dimensions of religious attitudes was found.

**Conclusion:** According to the findings, it is safe to conclude that the more the religious behavior, the more favorable the social capital will be. Thus, promoting religious rites and practices in society can help to improve social capital.

Please cite this article as: Rezakhani moghaddam H, Babazadeh T, Joobjar F, Aghazadeh Z, Aletaha S, Habibi A. Religious Attitudes of Health Centers Clients and Social Capital: Examining the Relationships and Contributing Factors. J Res Relig Health. 2017; 3(2): 66- 77.

## Summary

**Background and Objectives:** A review of the existing literature indicates that religious attitudes have significant effects on all aspects of human life. Numerous studies have shown that religion plays an important role in raising life expectancy, life satisfaction, and life meaningfulness, especially in the time of crisis (1, 2). Through promoting the values of cooperation, honesty, trust, and altruism, many religions bring about high social capital among their own followers (3). Religion has always been the most

important source of social capital in different social conditions; therefore, it can be assumed that the level of religiosity in every community affects social capital in that it weakens or strengthens it (4). Social capital is seen as a resource to facilitate relations between individuals. It includes institutions, norms, trust, knowledge and lots of other issues that mediate the relationships and interactions among individuals, which can affect the performance of individuals and communities, resulting in different outcomes (5). Pierre defines social capital as the aggregation of the actual or potential resources which are linked to possession of a durable network of more or less institutionalized relationships of mutual acquaintance and recognition.

Iran has strong potential for social capital according to historical and religious background; but due to lack of proper management of social capital in the last century, it has not been exploited appropriately; as a result, social capital has gradually decreased (6). This study was designed to delve into the religious attitudes of health centers clients and their possible relationships with social capital.

**Method:** This study employed a descriptive-analytical design. 160 clients of Health Centers in Koochesfahan participated in this study. Koochesfahan is a city with two health centers. Given the population covered by the two health centers and Cochran formula ( $N = 9500$ ,  $Z = 1.96$ ,  $p = 1 - q = 0.5$  and  $d = 0.08$ ), 160 people were selected. The number of samples in each health center was selected in proportion to the population covered. Inclusion criteria were: Iranian nationality, residing in the city, attending one of the health centers, basic literacy, and informed consent for the study. It is worth noting that those clients under the age of 16 and those who delivered incomplete questionnaires were excluded. For social capital, the 36-item Bullen's questionnaire which has 8 dimensions (Participation in the domain of local communities, pioneer in the field of social activity, the field of trust and security, the field of communication with neighbors, the field of communication with friends and family, the field of tolerance of difference, domain of the value of life, domain Community work) was used for data collection; besides, religious attitudes were assessed by a reliable and valid religious attitude scale by which three components of religious belief, religious emotions and behavior were examined. Since the participants were all literate, the questionnaires were completed by them. Their informed consent where the emphasis was on the confidentiality of information was also received. Next, the data were analyzed via correlation test, chi-square, t-test and ANOVA.

**Results:** Of the 200 clients initially sampled in the study, 160 entered the final analysis: 93 clients (57.3%) were female, 65 (40.6%) of them with high school diploma, 100 (62.5%) were married and 86 (53.8%) were average in economic terms. The majority of participants were Shia (91.9%). Mean age was  $33.9 \pm 14$ . Total mean score for religious attitudes was calculated to be  $125.9 \pm 28.7$ . Minimum and maximum means were measured for "religious belief" and "religious behavior" dimension; they were  $45.3 \pm 11$  and  $37.6 \pm 11.3$ , respectively. The mean scores of social capital and standard deviation were as follows: participation in local communities:  $13.8 \pm 4.3$ , pioneer in social activities:  $15.4 \pm 5.5$ , trust and security:  $11.5 \pm 3.4$ , communication with neighbors:  $14 \pm 3.6$ , communication with friends and family:  $7.9 \pm 2.6$ , tolerance of differences:  $4.6 \pm 2$ , value of life:  $4.1 \pm 1.6$ , job interactions:  $4.2 \pm 4.8$ . The results of ANOVA and t-test demonstrated that average score of religious attitude and religious emotions and behavior have a significant difference when married and single people were compared, this means that married people had a high mean score. Analysis on measuring the correlation

between social capital and demographic variables showed that the total mean of social capital was only statistically significant when gender was taken into account ( $p = .02$ ). There was no significant relationship between social capital and dimensions of religious attitudes.

**Conclusion:** The rate of religious attitudes in this study was found to be higher than the average rate, which is consistent with the findings of other studies on religious attitudes in Iran (7, 8, 9). In the present study, social capital rate was average, which is concordant to the findings of almost all studies conducted in Iran (10,11). Moreover, no statistically significant relationship between the constructs of the total social capital and religious attitudes was found. However, discordant from the findings of the present study, those of Afshari et al investigating the relationship between religiosity and social capital between different religious aspects and components of social capital in the city of Najafabad showed that there was a significant correlation (12).

The results of this study indicated that the mean scores of social capital had a significant correlation with gender, meaning that it is more among men than women. This finding is in line with other studies in Iran (e.g., Moradian et al) (13). In addition, the average scores of religious attitude, religious emotions and behavior were significantly different for married and single participants in that married participants gained higher average scores. Nevertheless, in the study of Rejali et al, the mean difference of religious belief between men and women was not statistically significant. Similarly, no significant difference was observed between single and married groups (9).

The results of this study confirmed that if we intervene in order to strengthen the social capital of people in a society like Koochesfahan, performing religious rites such as Congregational Friday Prayer should take priority. After considering the findings, we can conclude that the higher rate of religious practices, the stronger form of social capital. Therefore, it seems that advancing religious rites and religious practices in societies can lead to strengthening the social capital.

## References

1. Rezaei Shahsavari Z, Lotfi M, Taghadosi M, Mousavi M, Yousefi Z, Amirhosravi N. Relationship between components of Spiritual well-being with hope and life satisfaction among elderly with cancer in Kashan, 2013. 2015;1(2):44-54. (Full Text in Persian)
2. Assaroudi A, Jalilvand M, Oudi D, Akaberi A. The relationship between spiritual well-being and life satisfaction in the nursing staff of Mashhad Hasheminezhad Hospital (2011). Modern Care Journal. 2012;9(2):156-62.
3. Riahi M, Aliverdinia A, Pourhossein Z. Relationship between social support and mental health. Social

Welfare Quarterly. 2011;10(39):85-121.(Full Text in Persian)

4. Ganji M, Halali Sotodeh, M. The Rrelation between the Type of Religiosity and Social Capital (the Oretical and Empritical Approach among the Police of Kashan City). Journal of Applied Sociology.2011;22(2):95-120.(Full Text in Persian)

5. Veismoradi A, Akbari P, Rostami R. A study on the effect of social capital on learning organization: A case study of Jihad Agriculture Organization of Kermanshah, Iran. Management Science Letters. 2012;2:2909-16.

6. Saadat R. The estimation of level and distribution of social capital in Iran's provinces. 2007;23(6):173-95. (Full Text in Persian)

7. Asadi A, Rezakhani Moghaddam H, Habibi A, Moazedi K, Hamidzadeh Y, Savadpour M. An Investigation of Social Capital and its Relationship with Religious Attitudes among the Students of Ardabil University of Medical Sciences. Journal of Ardabil University of Medical Sciences. 2016;15(4):451-61.

8. Aliakbari Dehkordi M, Peymanfar E, Mohtashami T, Borjali A. The comparison of different levels of religious attitude on sense of meaning, loneliness and happiness in life of elderly persons under cover of social wlfare organisation of urmia city. Iranian Journal of Ageing. 2015;9(4):297-305.(Full Text in Persian)

9. Rejali M, Mostaejeran M. Religious attitudes of freshmen at school of health, Isfahan University of Medical Sciences, Iran. 2012;8(3):314-19. (Full Text in Persian)

10. Rezakhani Moghaddam H, Habibi A, Fezollahi E, Mohammadi A, Pourhamzeh S, Kamran A. An Investigation of Mental Health and Its Relationship with Social Capital among the Students of Islamic Azad University-Khalkhal. Archives of Hygiene Sciences. 2015;3(4):204-15.

11. Shabani A, Nakhli S-R, Sheykhan M. The Effect of Social Capital on Human Development. The Journal of Planning and Budgeting. 2013;18(2):127-61.

12. Safiri K, Sadafi Z. meta-analysis of studies and research gender and social capital. 2012;23(3):37-74.

13. Moradian Sorkhkolaee M, Esmaeili Shahmirzadi S, Sadeghi R, Nikooseresht Z, Fard F. The relationship between quality of life and social capital among health workers in medical and health network of Rey city in 2012. Razi Journal of Medical Sciences. 2013;20(114):69-77.(Full Text in Persian)

## دراسة معايير المواقف الدينية وعلاقتها برأس المال الاجتماعي في المراجعين للمراكز الصحية في كوجصفهان

حامد رضاخاني مقدم<sup>١</sup>، توحيد بابازاده<sup>٢</sup>، فاطمه جوبجار<sup>٣</sup>، زينب آقازاده<sup>٤</sup>، سعيدة آل طاهاه<sup>٥</sup>، عقيل حبیبی<sup>٦\*</sup>

١- قسم التعليم وارتقاء الصحة، كلية الصحة، جامعة تبريز للعلوم الطبية، تبريز، ايران.

٢- قسم التعليم وارتقاء الصحة، لجنة الدراسات الأكاديمية، كلية الصحة، جامعة تبريز للعلوم الطبية، تبريز، ايران.

٣- قسم الصحة العامة، كلية خلیخال للعلوم الطبية، جامعة اردبیل للعلوم الطبية، اردبیل، ايران.

٤- ادارة التربية والتعليم في اردبیل، ايران.

٥- قسم التمريض، كلية خلیخال للعلوم الطبية، جامعة اردبیل للعلوم الطبية، اردبیل، ايران.

٦- قسم التعليم وارتقاء الصحة، كلية الصحة، جامعة ايران للعلوم الطبية، طهران، ايران.

\* المراسلات موجهة إلى السيد عقيل حبیبی؛ البريد الإلكتروني: [a.habibi@arums.ac.ir](mailto:a.habibi@arums.ac.ir)

### الملخص

**السابقة و الهدف:** تشير الدراسات الراهنة الى ان للمواقف الدينية اثر ملحوظ على جميع جوانب حياة البشر. وقد تناولت هذه الدراسة موضوع تحديد وضع المواقف الدينية عند المراجعين الى المراكز الصحية وعلاقتها برأس المال الاجتماعي.

**الأساليب:** ولقد اجريت هذه الدراسة الوصفية التحليلية على ١٦٠ عدد من المراجعين الى المراكز الصحية في قضاء كوجصفهان عام ١٣٩٣ (٢٠١٤). قد استخدمت اوراق استبيان لمواصفات الديموغرافية واستبيانات خدایاري للمواقف الدينية التي تشمل اربعين سوالا معياريا وكذلك استبيان بالن لرأس المال الاجتماعي التي تشمل ٣٦ سؤالاً. تم تجزئة المعطيات وتحليلها باستخدام الاحصاء الوصفي واختبار t وتحليل التباين. تمت مراعاة جميع الموارد الاخلاقية في هذا البحث وازافة الى هذا فإن مؤلفي المقالة لم يبلغوا عن تضارب المصالح.

**المكشوفات:** اظهرت نتائج الدراسة أن متوسط الدرجة الكلية للمواقف الدينية كان  $9/125 \pm$  و  $7/28$  والدرجة الأعلى والادنى التي تم الحصول عليها كانت  $3/45 \pm$  و  $11 \pm$  لبعدها المعتقدات الدينية و  $6/37 \pm$  و  $3/11 \pm$  لبعدها السلوك الديني. ومن الجانب الاحصائي فلم يكن هناك ارتباط قوي بين ابعاد المواقف الدينية ورأس المال الاجتماعي ( $P < 0.05$ ).

**النتيجة:** تشير النتائج الى أنه كلما تنامي السلوك الديني، فسيكون رأس المال الاجتماعي افضل، لذلك يبدو ان الممارسات الدينية وترويجها يمكن ان تساعد على تحسين رأس المال الاجتماعي في المجتمع.

### معلومات المادة

الوصول: Oct ٢٢، ٢٠١٦

وصول النص النهائي: Jan ١١، ٢٠١٧

القبول: Jan ٢٢، ٢٠١٧

النشر الإلكتروني: Mar ٦، ٢٠١٧

### الألفاظ الرئيسية:

المراكز الصحية

الموقف الديني

رأس المال الاجتماعي

يتم استناد المقالة على الترتيب التالي:

Rezakhani moghaddam H, Babazadeh T, Joobjar F, Aghazadeh Z, Aletaha S, Habibi A. Religious Attitudes of Health Centers Clients and Social Capital: Examining the Relationships and Contributing Factors. J Res Relig Health. 2017; 3(2): 66- 77.

## بررسی مؤلفه‌های نگرش مذهبی و ارتباط آن با سرمایه‌ی اجتماعی در مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان کوچصفهان

حامد رضاخانی مقدم<sup>۱</sup>، توحید بابازاده<sup>۲</sup>، فاطمه جوبجار<sup>۳</sup>، زینب آقازاده<sup>۴</sup>، سعیده آل طاهاه<sup>۵</sup>، عقیل حبیبی<sup>۶\*</sup>

۱- گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

۲- گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

۳- گروه بهداشت عمومی، دانشکده‌ی علوم پزشکی خلخال، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران.

۴- آموزش و پرورش اردبیل، ناحیه‌ی ۲، اردبیل، ایران.

۵- گروه پرستاری، دانشکده‌ی علوم پزشکی خلخال، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران.

۶- گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

مکاتبات خطاب به آقای عقیل حبیبی؛ پست الکترونیک: [a.habibi@arums.ac.ir](mailto:a.habibi@arums.ac.ir)

### اطلاعات مقاله

دریافت: ۱ آبان ۹۵

دریافت متن نهایی: ۲۲ دی ۹۵

پذیرش: ۳ بهمن ۹۵

نشر الکترونیکی: ۱۶ اسفند ۹۵

### چکیده

**سابقه و هدف:** پژوهش‌های در دسترس نشان می‌دهد که نگرش مذهبی بر تمامی جنبه‌های زندگی بشر تأثیر بسیاری دارد. پژوهش حاضر به منظور تعیین وضعیت نگرش مذهبی مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی درمانی و ارتباط آن با سرمایه‌ی اجتماعی صورت گرفته است.

**روش کار:** این پژوهش از نوع توصیفی-تحلیلی است که نمونه‌های آن ۱۶۰ نفر از مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان کوچصفهان در سال ۱۳۹۳ بودند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه‌های مشخصات جمعیت‌شناختی، پرسش‌نامه‌ی استاندارد ۴۰ سؤالی نگرش مذهبی خدایاری و پرسش‌نامه‌ی ۳۶ سؤالی سرمایه‌ی اجتماعی بالن استفاده شده است. داده‌ها با بهره‌گیری از آزمون‌های توصیفی، آزمون تی و تحلیل واریانس، تجزیه و تحلیل شده است. در این پژوهش همه‌ی موارد اخلاقی رعایت شده است. علاوه‌براین، نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی گزارش نکرده‌اند.

**یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که میانگین کل نمره‌ی نگرش مذهبی ۲۸/۷ ± ۱۲۵/۹ بود. بالاترین و پایین‌ترین نمره‌ی به‌دست آمده برای بُعد باور دینی ۱۱ ± ۴۵/۳ و برای بُعد رفتار مذهبی ۱۱/۳ ± ۳۷/۶ بود. از نظر آماری نیز هیچ ارتباط معنی‌داری بین ابعاد نگرش مذهبی و سرمایه‌ی اجتماعی وجود نداشت ( $p > 0.05$ ).

**نتیجه‌گیری:** نتایج پژوهش گویای این است که هرچه رفتار دینی بالاتر باشد، سرمایه‌ی اجتماعی نیز مطلوب‌تر خواهد بود. بنابراین به نظر می‌رسد ترویج و انجام اعمال و مناسک مذهبی، بتواند به بهبود سرمایه‌ی اجتماعی در جامعه کمک کند.

استناد مقاله به این صورت است:

Rezakhani moghaddam H, Babazadeh T, Joobjar F, Aghazadeh Z, Aletaha S, Habibi A. Religious Attitudes of Health Centers Clients and Social Capital: Examining the Relationships and Contributing Factors. J Res Relig Health. 2017; 3(2): 66- 77.



## مقدمه

مذهب جزء جدایی‌ناپذیر زندگی بشر در تمام اعصار بوده است (۱). دین‌داری بر تمامی امور بشر به‌ویژه سلامتی وی (جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی) تأثیر می‌گذارد (۲). هرچه باورهای مذهبی فرد قوی‌تر باشد، میزان مصرف مواد مخدر، بزهکاری، طلاق و خودکشی در او کمتر خواهد بود و بالعکس باورهای مذهبی ضعیف به پیامدهای نامطلوب منجر خواهد شد (۳ و ۴). به‌طور کلی نبود باورهای مذهبی در زندگی بشر موجب می‌شود که فرد احساس نگرانی، یأس، سردرگمی و در نهایت افسردگی کند، همچنین گرایش مذهبی ضعیف بر اعتماد به نفس و نحوه‌ی مقابله با مشکلات در زندگی تأثیرگذار است (۵). نتایج بسیاری از پژوهش‌ها نشان می‌دهد که مذهب نقش مهمی در بهبود امید به زندگی و رضایت از آن، به‌ویژه در مواقع بحرانی و همچنین معنادار کردن زندگی ایفا می‌کند (۶ و ۷).

لارسون<sup>۱</sup> و همکاران اظهار داشته‌اند که ایمان مذهبی راه‌های سازگاری را افزایش می‌دهد (۸). در ایران نیز پژوهش‌های مختلفی نشان داده که تقیدات دینی و عملکردهای مذهبی سالم و مبتنی بر معنویت درونی با سلامت جسم، بهداشت روان و مقابله با عوامل استرس‌زا، ارتباط معنی‌داری داشته است (۶ و ۹).

دین که مهم‌ترین منبع سرمایه‌ی اجتماعی محسوب می‌شود، همواره در شرایط گوناگون اجتماعی وجود دارد. بنابراین می‌توان چنین فرض کرد که میزان دین‌داری در هر جامعه بر میزان سرمایه‌ی اجتماعی مؤثر است و موجب تضعیف یا تقویت آن می‌شود (۱۰).

مفهوم سرمایه‌ی اجتماعی که در زندگی انسان مطرح است، در چند دهه‌ی اخیر در تمام مسائل و پدیده‌های اجتماعی و فرهنگی ریشه دوانیده است و این مفهوم می‌تواند با هر موضوع اجتماعی پیوندی معنادار داشته باشد و اخیراً نیز عامل اجتماعی، بر سلامت عمومی و اجتماعی جامعه مؤثر در نظر گرفته می‌شود. بر این اساس در شرایطی که سرمایه‌ی اجتماعی، یعنی توانایی استفاده‌ی جمعی توأم با همکاری از منابع برای اهداف عمومی وجود نداشته باشد، بعید است که فقط سرمایه‌ی مالی و افزایش سرمایه‌ی انسانی بتواند نتایج مثبتی به‌دنبال داشته باشد (۱۱).

سرمایه‌ی اجتماعی منبعی برای تسهیل روابط میان افراد تلقی

می‌شود. این منبع شامل نهادها، هنجارها، اعتماد، آگاهی و موارد بسیار دیگری است که بر روابط و تعاملات میان افراد حاکم است و می‌تواند پیامدها و نتایج مختلفی بر عملکرد افراد و جوامع داشته باشد. شاخص‌هایی از قبیل تضاد، اعتماد عمومی و نهادی، انسجام و همبستگی، همکاری و مشارکت غیررسمی همیارانه و خیریه‌یی و مذهبی و شرکت در اتحادیه‌ها، انجمن‌ها و مؤسسات رسمی، آگاهی به امور عمومی و اجتماعی، گذشت، هنجارها و ارزش‌هایی که بین اعضای یک اجتماع مشترک است و موجب همکاری افراد آن اجتماع با همدیگر برای رسیدن به منافع مشترک می‌شود. به عبارت دیگر «سرمایه‌ی اجتماعی، پتانسیل نهفته در روابط میان افراد یک جامعه است که سبب اجرای مؤثر امور آن جامعه می‌شود (۱۲ و ۱۳).

کشور ایران با توجه به پیشینه‌ی تاریخی و مذهبی، پتانسیل قوی برای سرمایه‌ی اجتماعی دارد؛ اما به‌دلیل نبود مدیریت صحیح و هدایت‌کننده در قرن گذشته، استفاده‌ی مناسبی از این سرمایه نشده و این امر سبب کاهش تدریجی سرمایه‌ی اجتماعی شده است (۱۴). پژوهش رارانی نشان می‌دهد که بین سرمایه‌ی اجتماعی و متغیرهای فقر، رشد طبیعی جمعیت، خشونت، میزان باسوادی، میزان بیکاری و پوشش بیمه، که بیانگرهای سلامت اجتماعی محسوب می‌شوند، رابطه‌ی آماری معنی‌داری وجود دارد (۱۵). علاوه‌براین، از میان مؤلفه‌های متعدد سرمایه‌ی اجتماعی، میزان اعتماد به خانواده و نظام سیاسی و نیز میزان ارتباطات اجتماعی، در حد بالا؛ و میزان مشارکت مردم در حوزه‌های گوناگون اجتماعی بسیار پایین است. میزان کل سرمایه‌ی اجتماعی در ایران، طی سالیان مختلف دچار نوسان بوده و میزان دین‌داری، سطح تحصیلات، وضعیت طبقاتی و سن افراد از جمله مهم‌ترین عوامل مؤثر در سرمایه اجتماعی بوده است (۱۶).

همان‌گونه که گفته شد یکی از عواملی که می‌تواند با سرمایه‌ی اجتماعی مرتبط باشد نگرش مذهبی است. دین می‌تواند نقش مهمی در ایجاد سرمایه‌ی اجتماعی بازی کند. بسیاری از مذاهب با ترویج ارزش‌هایی مانند مشارکت، صداقت، اعتماد و ایثار موجب ایجاد سرمایه‌ی اجتماعی بالایی در بین پیروان خود می‌شوند (۱). با وجود این، پژوهش‌های انجام شده در سراسر دنیا نشان‌دهنده‌ی نتایج متناقض درباره‌ی رابطه‌ی بین دین‌داری و سرمایه‌ی اجتماعی است. برای مثال پژوهشی که کاندلند<sup>۲</sup> در کشورهای آسیای شرقی انجام داده، نشان

<sup>2</sup> Candland<sup>1</sup> Larson

نمونه‌گیری از افراد ۱۶ سال به بالا صورت گیرد تا جنس مذکر نیز به سن تکلیف شرعی رسیده باشد.

اطلاعات با فرم جمعیت‌شناختی و دو پرسش‌نامه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی بالن<sup>۲</sup> (۲۱) و پرسش‌نامه‌ی نگرش مذهبی خدایاری فرد و با شیوه‌ی مصاحبه جمع‌آوری شد. فرم مشخصات جمعیت‌شناختی شامل جنسیت، سن، وضعیت تأهل، مذهب، میزان تحصیلات، وضعیت اقتصادی و قومیت بود.

خدایاری و همکاران در سال ۱۳۹۲ نسخه‌ی کوتاه شده‌ی مقیاس دین‌داری را طراحی کرده‌اند. این پرسش‌نامه دارای ۴۰ سؤال است که وضعیت نگرش مذهبی را در سه مؤلفه‌ی باور دینی (۱۲ سؤال)، عواطف دینی (۱۲ سؤال) و رفتار (۱۲ سؤال) بررسی می‌کند. چهار سؤال نیز برای شناسایی پاسخ‌های نامعتبر طراحی شده است که به آن خرده‌مقیاس وانمود اجتماعی اطلاق می‌شود، پاسخ‌دهنده‌ی که از مجموع چهار پرسش مربوط به این خرده‌مقیاس، نمره‌ی ۱۶ و بیشتر به دست آورد، نامعتبر تلقی می‌شود و از تجزیه و تحلیل کنار گذاشته می‌شود. در پژوهش خدایاری همه‌ی مؤلفه‌ها ضرایب آلفای کرونباخ مناسبی داشت که مقدار آنها برای سه مؤلفه‌ی باور دینی، عواطف دینی و رفتار، به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۱ و ۰/۹۱ بود. برای کل ابزار نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بود (۲۲).

در این پرسش‌نامه هر سؤال دارای شش گزینه‌ی «همیشه، اکثر اوقات، معمولاً، گاهی اوقات، به ندرت و هرگز» است که به ترتیب امتیاز شش، پنج، چهار، سه، دو، یک و صفر به آنها تخصیص داده شده است. با توجه به اینکه پرسش‌نامه دارای ۴۰ سؤال است، کمترین نمره‌ی نگرش مذهبی برای هر فرد صفر و بیشترین نمره ۲۰۰ در نظر گرفته شده است.

پرسش‌نامه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی بالن شامل ۳۶ سؤال برای سنجش سرمایه‌ی اجتماعی است. این پرسش‌نامه به زبان فارسی نیز ترجمه شده است. پرسش‌نامه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی بالن، سرمایه‌ی اجتماعی را در هشت حیطه بررسی می‌کند؛ این حیطه‌ها شامل حیطه‌ی مشارکت در اجتماعات محلی (۷ سؤال)، با آلفای کرونباخ ۰/۹۳، پیشگامی در فعالیت‌های اجتماعی (۷ سؤال)، با آلفای کرونباخ ۰/۸۹، اعتماد و امنیت (۵ سؤال)، با آلفای کرونباخ ۰/۸۸، ارتباط با همسایگان (۵ سؤال)، با آلفای کرونباخ ۰/۷۴، ارتباط با دوستان و خانواده (۳ سؤال)، با آلفای کرونباخ ۰/۷۳، قدرت تحمل تفاوت‌ها (۲ سؤال)، با آلفای کرونباخ ۰/۷۹، ارزش زندگی (۲ سؤال)، با آلفای کرونباخ ۰/۸۲ و ارتباطات کاری (۳ سؤال)، با آلفای

می‌دهد که ادیان همیشه نمی‌توانند موجب ایجاد سرمایه‌ی اجتماعی شوند (۱۷). این در حالی است که گرلی<sup>۱</sup> در آمریکا گزارش کرده است که سطح دین‌داری می‌تواند به کاهش سرمایه‌ی اجتماعی منجر شود (۱۸). در ایران نیز پژوهش صورت گرفته در شهر کاشان، بیانگر آن است که بین مؤلفه‌های دین‌داری و سرمایه‌ی اجتماعی مردم کاشان ارتباط آماری معناداری وجود دارد (۱۹ و ۲۰).

با توجه به مطالب متناقض بالا و همچنین به دلیل اینکه پژوهشی در زمینه‌ی دین‌داری و سرمایه‌ی اجتماعی در شهر کوچصفهان صورت نگرفته، پژوهش حاضر با هدف تعیین مؤلفه‌های نگرش مذهبی و ارتباط آن با سرمایه‌ی اجتماعی در مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان کوچصفهان انجام گرفته است.

### روش کار

این پژوهش مقطعی از نوع توصیفی - تحلیلی است که در سال ۹۳ در مراکز بهداشتی درمانی شهرستان کوچصفهان صورت گرفته است. شهرستان کوچصفهان دارای دو مرکز بهداشتی درمانی است که با توجه به جمعیت تحت پوشش این دو مرکز و فرمول ککران و همچنین با در نظر گرفتن  $N=9500$ ،  $Z=1.96$ ،  $p=1-q=0.5$  و  $d=0.08$ ، ۱۶۰ نفر از مراجعه‌کنندگان به این مراکز انتخاب شدند. یادآوری این نکته لازم است که با توجه به نوع پرسش‌نامه‌ها، ۲۰۰ نفر وارد مطالعه شدند (به دلیل احتمال ریزش و همچنین، چنانچه مجموع سؤال‌هایی که در پرسش‌نامه‌ها وجود داشت ۱۶ و بالاتر از آن بود، داده‌های آن پرسش‌نامه نامعتبر تلقی می‌شد و آن نمونه از پژوهش خارج می‌شد). تعداد نمونه‌ها در هر مرکز بهداشتی درمانی متناسب با جمعیت تحت پوشش آن مراکز (۹۰ نفر از مرکز بهداشتی درمانی شماره‌ی ۱ و ۷۰ نفر از مرکز بهداشتی درمانی شماره‌ی ۲) انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بود از: داشتن ملیت ایرانی، سکونت در شهرستان کوچصفهان، مراجعه به یکی از مراکز بهداشتی درمانی، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش. معیارهای خروج نیز تکمیل ناقص پرسش‌نامه‌ها و داشتن سن پایین‌تر از ۱۶ سال را شامل می‌شد. با توجه به اینکه در بحث نگرش مذهبی، یکی از مؤلفه‌ها «رفتار دینی» است، از این رو، تصمیم گرفته شد که

<sup>2</sup> Bullen

<sup>1</sup> Greeley

افراد تمایل به پاسخ‌گویی نداشتند، می‌توانستند پرسش‌نامه‌ها را در پاکت قرار دهند و به پرسشگر مربوط به آن تحویل دهند. علاوه‌براین، همه‌ی شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه‌ی کتبی شرکت در پژوهش را، که در آن بر محرمانه بودن اطلاعات دریافتی تأکید شده بود، امضاء کردند.

### یافته‌ها

از مجموع ۲۰۰ شرکت‌کننده‌ی پژوهش که ۱۶۰ نفر وارد تجزیه و تحلیل نهایی شدند، ۹۳ نفر (۵۷/۳ درصد) زن، ۶۵ نفر (۴۰/۶ درصد) دیپلم، ۱۰۰ نفر (۶۲/۵ درصد) متأهل و ۸۶ نفر (۵۳/۸ درصد) از نظر اقتصادی در حد متوسط بودند. علاوه‌براین، بیشتر افراد شرکت‌کننده شیعه بودند (۹۱/۹ درصد) و میانگین سنی شرکت‌کنندگان نیز  $14 \pm$  ۳۳/۹ سال بود (جدول شماره‌ی ۱).

کرونباخ ۰/۷۹ است؛ علاوه‌براین، مقدار این ضریب برای کل ابزار نیز ۸۲ به‌دست آمده است.

تمامی سؤال‌ها چهار گزینه‌ی است، بنابراین نمره‌ی تعلق گرفته به هر سؤال از ۱ تا ۴ متغیر است (۲۱ و ۲۳). یادآوری این نکته لازم است که بیشترین نمره‌ی کل ۱۴۴ و کمترین نمره می‌تواند ۳۶ باشد. با توجه به باسواد بودن نمونه‌ها تمامی پرسش‌نامه‌ها را خود مراجعان تکمیل کردند، همچنین از آنجایی که شغل بیشتر زنان خانه‌دار و شغل مردان آزاد بود، بنابراین متغیر شغل در تجزیه و تحلیل داده‌ها حذف شد. داده‌ها پس از جمع‌آوری با بهره‌گیری از آزمون‌های آماری توصیفی، آزمون‌های تی، تحلیل واریانس و همبستگی تجزیه و تحلیل شد.

برای اطمینان خاطر شرکت‌کنندگان از آنان خواسته شد که در پرسش‌نامه‌ها نام خود را ذکر نکنند. نتایج اطلاعات جمع‌آوری شده نیز به‌صورت کلی تفسیر شد. در صورتی که

جدول ۱. فراوانی مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی درمانی کوچصفهان بر حسب برخی متغیرهای جمعیت‌شناختی

متغیرهای جمعیت‌شناختی	وضعیت	تعداد	درصد
جنسیت	مرد	۶۷ نفر	۴۲/۷
	زن	۹۳ نفر	۵۷/۳
	پایین	۶ نفر	۳/۸
وضعیت اقتصادی	متوسط به پایین	۱۶ نفر	۱۰
	متوسط	۸۶ نفر	۵۳/۸
	متوسط به بالا	۴۱ نفر	۲۵/۶
	بالا	۴ نفر	۲/۵
	بی‌پاسخ	۷ نفر	۴/۳
میزان تحصیلات	سواد خواندن و نوشتن	۴ نفر	۲/۶
	زیردیپلم	۴۴ نفر	۲۲/۵
	دیپلم	۶۵ نفر	۴۰/۶
	کارشناسی	۳۶ نفر	۲۲/۵
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۳ نفر	۲
	بی‌پاسخ	۸ نفر	۴/۸
وضعیت تأهل	مجرد	۶۰ نفر	۳۷/۵
	متأهل	۱۰۰ نفر	۶۲/۵

تی نشان‌دهنده‌ی آن بود که میانگین نمره‌ی کل نگرش مذهبی و میانگین نمره‌های حیطه‌های عواطف دینی و رفتار دارای اختلاف آماری معنادار در بین افراد مجرد و متأهل بود، بدین صورت که افراد متأهل از میانگین نمره‌ی بالایی برخوردار بودند (۰/۰۲، ۰/۰۲ و ۰/۰۶). همچنین میانگین نمره‌ی باور دینی در متغیرهای جنسیت ( $p=0/005$ ) و وضعیت تأهل ( $p=0/02$ ) نیز دارای اختلاف آماری معناداری بود (جدول شماره‌ی ۲).

میانگین کل نمره‌ی نگرش مذهبی  $28/7 \pm 125/9$  بود، که انجام آزمون تی تک‌نمونه‌ی نشان داده که این مقدار بیشتر از حد متوسط است. میانگین نمره‌ی نگرش مذهبی در حیطه‌ی باور دینی  $45/3 \pm 11$  از  $60 \pm 9/1$  نمره، عواطف دینی  $37/6 \pm 11/3$  از  $60 \pm 9/1$  نمره و رفتار  $37/6 \pm 11/3$  از  $60 \pm 9/1$  نمره بود؛ به‌عبارتی مؤلفه‌ی باور دینی نسبت به مؤلفه‌های دیگر دارای میانگین نمره‌ی بیشتری بود. استفاده از آزمون تحلیل واریانس و آزمون



جدول ۲. ارتباط مؤلفه‌های نگرش مذهبی و متغیرهای جمعیت‌شناختی در مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی درمانی کوچصفهان

مؤلفه‌ها	جنسیت			وضعیت اقتصادی					وضعیت تأهل		
	مرد	زن	مقدار احتمال	پایین	متوسط به پایین	متوسط	بالا	مقدار احتمال	مجرد	متأهل	مقدار احتمال
باور دینی	۴۲/۹	۴۷/۹	۰/۰۰۵	۳۸/۳	۴۶/۵	۴۶/۸	۴۶/۳	۰/۱۶	۴۲/۷	۴۶/۹	۰/۰۲
	±۱۱/۸	±۸/۶		۱۳/۶	±۱۰/۵	±۹/۹	±۱۰		±۱۰/۴	±۹/۱	
عواطف دینی	۴۲/۲	۴۳/۶	۰/۳	۳۸/۶	۴۲/۶	۴۲/۷	۴۵/۲	۰/۱۸	۴۰/۴	۴۴/۳	۰/۰۲
	±۱۰	±۸/۴		±۹/۵	±۱۱/۶	±۸/۳	±۹/۶		±۲/۶	±۷/۵	
رفتار	۳۷/۳	۳۸/۱	۰/۶	۲۵/۲	۳۸/۵	۳۸/۷	۳۸	۰/۱۲	۳۴/۷	۳۸/۷	۰/۰۶
	±۱۱/۹	±۱۰/۶		±۸/۵	±۱۲	±۱۱/۶	±۹/۹		±۴/۳	±۹/۶	
نگرش مذهبی کل	۱۲۱/۵	۱۳۰/۴	۰/۰۸	۹۹	۱۲۶/۶	۱۲۸/۱	۱۳۰/۳	۰/۱۳	۱۱۷/۵	۱۳۰/۳	۰/۰۲۱
	±۳۱/۳	±۲۴/۷		±۳۰/۵	±۳۰/۵	±۲۷/۷	±۲۵/۹		±۱۵/۵	±۲۱/۸	

نتایج نشان داده که میانگین نمره‌ی سرمایه‌ی اجتماعی زنان و مردان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی کوچصفهان به‌ترتیب  $79/4 \pm 24/1$  و  $72/8 \pm 12/8$  بود. استفاده از آزمون تی تک‌نمونه‌یی نیز نشان داده که سرمایه‌ی اجتماعی نمونه‌های پژوهش در حد متوسط قرار دارد. میانگین و انحراف معیار نمره‌های ابعاد سرمایه‌ی اجتماعی برای حیطه‌های مشارکت در اجتماعات محلی:  $4/3 \pm 13/8$ ، پیشگامی در فعالیت‌های اجتماعی:  $5/5 \pm 15/4$ ، اعتماد و امنیت:  $3/4 \pm 11/5$ ، ارتباط با همسایگان:  $3/6 \pm 14$ ، ارتباط با دوستان و خانواده:  $2/6 \pm 7/9$ ، قدرت تحمل تفاوت‌ها:  $2 \pm 4/6$ ، ارزش زندگی:  $1/6 \pm 4/1$  و حیطه‌ی ارتباطات کاری:  $4/8 \pm 4/2$  بود.

انجام آزمون‌ها درباره‌ی سنجش ارتباط بین نمره‌ی سرمایه‌ی اجتماعی و متغیرهای جمعیت‌شناختی حاکی از آن بود که میانگین کل سرمایه‌ی اجتماعی فقط با متغیر جنسیت دارای ارتباط آماری معنادار بود ( $p=0/02$ )، به‌طوری‌که میانگین نمره‌های سرمایه‌ی اجتماعی در مردان بیشتر از زنان بود. گرچه همان‌گونه که در جدول شماره‌ی ۳ مشاهده می‌شود، بین نمره‌ی کل سرمایه‌ی اجتماعی و هیچ‌یک از مؤلفه‌های نگرش مذهبی ارتباط آماری معناداری مشاهده نمی‌شود ( $p > 0/05$ )، ولی ضریب همبستگی پیرسون بین مؤلفه‌ی رفتار و نمره‌ی سرمایه‌ی اجتماعی نسبت به مؤلفه‌های دیگر یعنی باور و عواطف دینی بیشتر است (جدول شماره‌ی ۳).

جدول ۳. ضریب همبستگی بین نمره‌ی سرمایه‌ی اجتماعی و مؤلفه‌های نگرش مذهبی در مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی درمانی کوچصفهان

مؤلفه‌های نگرش مذهبی	میانگین (انحراف معیار) مؤلفه‌های نگرش مذهبی	ضریب همبستگی بین نمره‌ی کل سرمایه‌ی اجتماعی و مؤلفه‌های نگرش مذهبی	مقدار احتمال
باور دینی	$45/3 \pm 11$	۰/۰۴۶	۰/۵۹
عواطف دینی	$43 \pm 9/1$	۰/۱۰۵	۰/۲۲۳
رفتار دینی	$37/6 \pm 11/3$	۰/۱۲۴	۰/۱۴۲
نگرش مذهبی کل	$125/9 \pm 28/7$	۰/۰۹۶	۰/۲۸۷

## بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تعیین مؤلفه‌های نگرش مذهبی و ارتباط آن با سرمایه‌ی اجتماعی در مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان کوچصفهان انجام شده است. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که مؤلفه‌ی باور دینی نسبت به مؤلفه‌های دیگر دارای میانگین نمره‌ی بیشتری است. علاوه‌براین، نمره‌ی نگرش مذهبی نیز در این پژوهش بیشتر از حد متوسط است. این

یافته با نتایج پژوهش‌های انجام شده درباره‌ی نگرش مذهبی در ایران منطبق است (۲۰، ۲۴ و ۲۵). با توجه به اینکه جامعه‌ی ایران جامعه‌ی اسلامی است، می‌توان گفت که این یافته طبیعی به نظر می‌رسد. از پیامدهای نگرش مذهبی می‌توان به کاهش فشارهای روانی، افزایش عشق و علاقه به دیگران، تعهد و پایبندی به امور و امید به آینده اشاره کرد (۲۳).

نمره‌ی سرمایه‌ی اجتماعی در این پژوهش در حد متوسط است،

در بین افراد مجرد و متأهل است، به‌طوری‌که افراد متأهل دارای میانگین نمره‌ی بالایی هستند. همچنین میانگین نمره‌ی باور دینی برحسب متغیرهای جنسیت و وضعیت تأهل دارای اختلاف آماری معناداری است، به‌طوری‌که زنان و افراد متأهل نمره‌های بالاتری به‌دست آورده‌اند.

در پژوهشی که درباره‌ی نگرش مذهبی دانشجویان انجام شده بود، اختلاف میانگین نمره‌ی پسران و دختران در مؤلفه‌های دینی از نظر آماری معنی‌دار و در دختران بیشتر از پسران بود. همچنین مؤلفه‌های شناخت و باور دینی از نظر وضعیت تأهل، اختلاف آماری معنی‌داری را نشان داد و در افراد متأهل بیشتر از افراد مجرد بود که با نتایج این پژوهش همخوانی دارد (۳۰). در پژوهش رجالی و همکاران اختلاف میانگین باور دینی بین زنان و مردان معنادار نبود، همچنین اختلاف آماری معناداری در مقایسه‌ی میانگین باور دینی بین دو گروه مجرد و متأهل مشاهده نشد (۲۵). در تبیین این موضوع می‌توان چنین گفت که دین برای سعادت و نیکبختی نوع انسان به‌وجود آمده است و مخاطب پیام‌های دینی تمام افراد بشر، اعم از زن و مرد هستند. از طرفی، مذهب حاوی فرمان‌ها و دستورهای است که متضمن جنبه‌های اخلاقی و تربیتی است و این موارد با نقش مادری زنان همخوانی بیشتری دارد و شاید بتوان گفت عاطفی و احساسی بودن زنان و ارتباط قوی آنان با عوامل معنوی، می‌تواند در این زمینه نقش داشته باشد. همچنین با توجه به اینکه ازدواج و تأهل در دین اسلام امری مقدس به‌حساب می‌آید، شاید بتوان این‌گونه توجیه کرد که افراد متأهل دارای نگرش مذهبی بالاتری هستند و به‌دلیل همدلی، مسئولیت‌پذیری و انعطاف‌پذیری، در زندگی مشترک بیشتر به‌سمت اعمال مذهبی سوق می‌یابند.

تفکیک جنسیتی و در پی آن تبعیض جنسیتی (عمدتاً درباره‌ی زنان و علیه آنان) در واحدهای مختلف جامعه (مثل خانواده، مدرسه، نظام شغلی و ...) عملاً در حوزه‌ی عمومی، فرصت و شانس دستیابی به پیوندهای متنوع و برقراری ارتباط با افراد مختلف را از زنان می‌گیرد و از طرف دیگر، تفاوت‌های قالبی و کلیشه‌های جنسیتی موجود در جامعه و فرهنگ (که نقش مادری و خانه‌داری را نقش اولیه و مسئولیت عمده‌ی زنان می‌شمرد)، موجب شده که زنان نتوانند در صحنه‌های مختلف جامعه و فعالیت‌های اجتماعی به‌طور فعال حاضر شوند و در نتیجه از بسیاری فرصت‌ها محروم بمانند. این تفکیک‌ها و نابرابری‌های جنسیتی بین زنان و مردان در عضویت ارتباطی و اجتماعات فردی آنان نیز تأثیرگذار است و زنان و مردان را به

تقریباً در تمامی پژوهش‌هایی که درباره‌ی اندازه‌گیری سرمایه‌ی اجتماعی در ایران صورت گرفته است و پژوهشگران این مقاله نیز آن را بررسی کرده‌اند، مقدار آن در سطح متوسطی قرار دارد (۲۶ و ۲۷). برای مثال نتایج پژوهش شعبانی و همکاران که با هدف سنجش و رتبه‌بندی سطح سرمایه‌ی اجتماعی در استان‌های کشور انجام گرفته، نشان داده که جامعه‌ی ایرانی از نظر سرمایه‌ی اجتماعی دارای میانگین نمره‌ی متوسط است (۲۷). این نکته بیانگر نیاز به تلاش بیشتر خانواده‌ها و جامعه برای توجه به بسترسازی مناسب، به‌منظور رشد سرمایه‌ی اجتماعی افراد است.

بین نمره‌ی کل سرمایه‌ی اجتماعی و نگرش مذهبی و مؤلفه‌های آن ارتباط آماری معناداری مشاهده نشده است. برخلاف پژوهش حاضر، نتایج پژوهش مشابهی که افشانی و همکارانش با عنوان «رابطه‌ی دین‌داری با سرمایه‌ی اجتماعی» در شهر نجف‌آباد انجام داده‌اند، نشان داده که بین ابعاد مختلف مذهب و مؤلفه‌های سرمایه‌ی اجتماعی رابطه‌ی مستقیم و معنی‌داری وجود دارد (۲۸). با توجه به این که بسیاری از روان‌شناسان، مذهب را نیرویی حمایت‌کننده در کاهش فشارهای روانی، افزایش عشق و علاقه به دیگران، تعهد و پایبندی به امور و امید به آینده معرفی کرده‌اند (۱۹)، از این‌رو می‌تواند در افزایش سرمایه‌ی اجتماعی نقش بسزایی داشته باشد. اما در هر صورت نتایج پژوهش حاضر مؤید این یافته نیست؛ از دلایل آن می‌توان به متفاوت بودن محیط پژوهشی و همچنین استفاده از ابزار متفاوت برای اندازه‌گیری نگرش مذهبی و سرمایه‌ی اجتماعی اشاره کرد.

دین مقوله‌یی با ابعاد متفاوت ولی مرتبط به یکدیگر است که ماهیت جمعی فراوانی دارد و ارتباط نداشتن مؤلفه‌های مذهبی با سرمایه‌ی اجتماعی، می‌تواند بیانگر بهره‌ی مؤثر نگرفتن از ظرفیت‌های موجود دین و مذهب باشد، که گنجینه‌ی مهم سرمایه‌ی اجتماعی محسوب می‌شود.

یافته‌های پژوهش نشان داده که میانگین نمره‌ی سرمایه‌ی اجتماعی با متغیر جنسیت دارای ارتباط آماری معنی‌دار؛ و همچنین در مردان بیشتر از زنان بود. این یافته با نتایج پژوهش‌های انجام شده در کشور مانند پژوهش رجالی و همکاران و مرادیان و همکاران همخوانی دارد (۲۵ و ۲۹)، شاید بتوان گفت علت این امر با بافت فرهنگی کشور مرتبط است که مردان در اجتماع به دلیل وظیفه‌ی نان‌آوری حضور فعالی دارند. میانگین نمره‌ی کل نگرش مذهبی و میانگین نمره‌های حیطه‌های عواطف دینی و رفتار، دارای اختلاف آماری معنادار

می‌تواند نهادینه کردن آموزه‌های دینی در افراد جامعه، برای انجام رفتارهای دینی و شرکت در مناسک مذهبی باشد.

### قدردانی

نویسندگان مقاله از همکاری مسئولان مرکز بهداشتی درمانی شهرستان کوچصفهان که بستر این پژوهش را فراهم کرده‌اند، تشکر می‌کنند.

### تضاد منافع

نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی درباره‌ی این پژوهش ندارند.

### References

1. Riahi M, Aliverdinia A, Pourhossein Z. Relationship between social support and mental health. Social Welfare Quarterly. 2011;10(39):85-121. (Full Text in Persian)
2. Dargahi A. Explain health education methods using Islamic approach. Islam And Health Journal. 2015;2(1):39-44. (Full Text in Persian)
3. Mohammadkhani Sh, Yeganeh T, Karimpour K. Role of Religious Orientation and Self-Control in Prediction of Drug Addiction Potential. Journal of Health and Care. 2015;17(3):248-59. (Full Text in Persian)
4. Makarem S, Zanjani Z. The relationship between individual and family religiosity with substance abuse. 2014;28 (7): 75-88. (Full Text in Persian)
5. Maltby J, Day L. Depressive symptoms and religious orientation: Examining the relationship between religiosity and depression within the context of other correlates of depression. Pers Individ Dif. 2000;28(2):383-93.
6. Rezaei Shahsavarloo Z, Lotfi M, Taghadosi M, Mousavi M, Yousefi Z, Amirkhosravi N. Relationship between components of Spiritual well-being with hope and life satisfaction among elderly with cancer in Kashan, 2013. 2015;1(2):44-54. (Full Text in Persian)
7. Assarroudi A, Jalilvand M, Oudi D, Akaberi A. The relationship between spiritual well-being and life satisfaction in the nursing staff of Mashhad Hasheminezhad Hospital (2011). Modern Care Journal. 2012;9(2):156-62.
8. Larson DB, Sherrill KA, Lyons JS, Craigie FC, Thielman SB, Greenwold MA, et al. Associations

شبکه‌های اجتماعی متفاوتی سوق می‌دهد و موجب می‌شود سرمایه‌ی اجتماعی متفاوتی (از نظر ساخت، ترکیب، نحوه‌ی تعاملات و انواع حمایت‌های دریافتی از شبکه) داشته باشند (۲۶).

یافته‌های پژوهش حاضر گویای این است که در جامعه‌ی همچون کوچصفهان چنانچه بخواهیم مداخله‌ی برای ارتقای سطح سرمایه‌ی اجتماعی مردم انجام دهیم، باید مراسم مذهبی و انجام رفتارهای دینی همچون افزایش حضور مردم در نماز جمعه را جزء اولویت‌های برنامه‌ی اجرایی قرار دهیم.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدودبودن جامعه‌ی آماری به شهرستان کوچصفهان؛ و نیز بررسی افراد بالاتر از ۱۶ سال اشاره کرد که محدودیت یافته‌های این پژوهش را به تمامی گروه‌های سنی غیرممکن می‌کند. از این رو، نیاز به انجام پژوهش‌های گسترده‌تر و عمیق‌تر در این زمینه احساس می‌شود.

از یافته‌های این پژوهش می‌توان در زمینه‌ی برنامه‌ریزی برای افزایش سرمایه‌ی اجتماعی، با اتکا بر نگرش مذهبی استفاده کرد. با توجه به یافته‌های پژوهش پیشنهادهایی که می‌توان مطرح کرد عبارت است از: اهمیت به نهاد خانواده و افزایش تشویق و آماده‌سازی بستر مناسب برای ازدواج جوانان برای افزایش نگرش مذهبی و نیز فراهم کردن فرصت اجتماعی برابر برای حضور زنان در اجتماع و فعالیت‌های اجتماعی به منظور افزایش میزان سرمایه‌ی اجتماعی در سطح جامعه.

پرسش‌نامه‌های استفاده شده در این پژوهش ابعاد بنیادی نگرش مذهبی و سرمایه‌ی اجتماعی را سنجیده است؛ از این رو می‌توان آن را ابزار مناسبی برای اندازه‌گیری این مفاهیم در سطح جامعه تلقی کرد. از آنجایی که تاکنون در ایران پژوهش‌های اندکی درباره‌ی اندازه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی و همچنین نگرش مذهبی صورت گرفته است، استفاده از ابزارهای این پژوهش برای جوامع دیگر نیز توصیه می‌شود.

مطابق یافته‌های این پژوهش سطح سرمایه‌ی اجتماعی و نگرش مذهبی در حد متوسط قرار دارد؛ از این رو نگرش مذهبی در زنان و سرمایه‌ی اجتماعی در مردان به‌طور چشمگیری بالاتر است. همچنین نتایج نشان داده که بین سرمایه‌ی اجتماعی و مؤلفه‌های نگرش مذهبی رابطه‌ی معنی‌داری وجود ندارد؛ اما در بین مؤلفه‌های مذهبی، رفتار دینی بالاترین همبستگی را با سرمایه‌ی اجتماعی دارد. به عبارت دیگر هرچه رفتار دینی بالاتر باشد، سرمایه‌ی اجتماعی نیز مطلوب‌تر خواهد بود. بنابراین، یکی از راهکارهای افزایش سرمایه‌ی اجتماعی

between dimensions of religious commitment and mental health reported in the American Journal of Psychiatry and Archives of General Psychiatry: 1978-1989. Am J Psychiatry. 1992;149(4):557-9.

9. Ebrahimi A, Neshatdoost H, Kalantari M, Molavi H, Asadollahi G. Factor structure, reliability and validity of Religious Attitude Scale. J Fundam Ment Health. 2008;10(38):107-16.

10. Ganji M, Halali Sotodeh, M. The Rrelation between the Type of Religiosity and Social Capital (the Oretical and Empritical Approach among the Police of Kashan City). Journal of Applied Sociology. 2011;22(2):95-120. (Full Text in Persian)

11. Sharbatian MH, Aminian A. Measuring the social capital among the student of payamnoor university in southern Khorasan and its effective factors. 2013;9(3):93-114. (Full Text in Persian)

12. Veismoradi A, Akbari P, Rostami R. A study on the effect of social capital on learning organization: A case study of Jihad Agriculture Organization of Kermanshah, Iran. Management Science Letters. 2012; 2: 2909-16.

13. Rezakhani Moghaddam H, Shojaeizadeh D, Taghdisi MH, Hamidzadeh Arbabi Y, Savadpour MT. The effect of education by community health volunteers on choice of delivery kind in pregnant women based on the Behavioral Intention Model (BIM). Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2013;10(3):27-40.

14. Saadat R. The estimation of level and distribution of social capital in Iran's provinces. 2007;23(6):173-95. (Full Text in Persian)

15. Amini Rarani M, Mousavi MT, Rafiey H. Correlation of Social Capital with Social Health in Iran. Social Welfare Quarterly. 2011; 11(42): 203-28. (Full Text in Persian)

16. Siyahpoush A. Meta-analysis of studies of social capital in Iran. 2008;1 (3):99-124.

17. Candland C. Faith as social capital: Religion and community development in Southern Asia. Social Capital as a Policy Resource: Springer; 2001. p. 129-48.

18. Greeley A. The other civic America: Religion and social capital. American Prospect. 1997:68-73.

19. Afshani SA, Askari-Nodoushan A, Heydari M, Noorian Najafabadi M. The Relationship between Religiousness and Social Capital in the City of Najafabad, Isfahan. Social Welfare Quarterly. 2012; 12(44): 259-84. (Full Text in Persian)

20. Asadi A, Rezakhani Moghaddam H, Habibi A, Moazedi K, Hamidzadeh Y, Savadpour M. An Investigation of Social Capital and its Relationship with Religious Attitudes among the Students of Ardabil University of Medical Sciences. Journal of Ardabil University of Medical Sciences. 2016;15(4):451-61.

21. Productivity Commission. Social capital: reviewing the concept and its policy implications. No. 0307001. Econ WPA. 2003.

22. Khodayarifard M, Ghobari-Bonab B, Shokoohi-Yekta M, Faghihi AN, Beh-Pajooch A, Afroz G-A, et al. Developing a religiosity scale for Iranian college student. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2013;82:432-5. (Full Text in Persian)

23. Sahraian A, Gholami A, Omidvar B. The relationship between religious attitude and happiness in medical students in Shiraz University of Medical Sciences. The Horizon of Medical Sciences. 2011; 17(1): 69-74.

24. Aliakbari Dehkordi M, Peymanfar E, Mohtashami T, Borjali A. The comparison of different levels of religious attitude on sense of meaning, loneliness and happiness in life of elderly persons under cover of social wlfare organisation of urmia city. Iranian Journal of Ageing. 2015;9(4):297-305. (Full Text in Persian)

25. ReJjali M, Mostaejeran M. Religious attitudes of freshmen at school of health, Isfahan University of Medical Sciences, Iran. 2012;8(3):314-19. (Full Text in Persian)

26. Rezakhani Moghaddam H, Habibi A, Fezollahi E, Mohammadi A, Pourhamzeh S, Kamran A. An Investigation of Mental Health and Its Relationship with Social Capital among the Students of Islamic Azad University-Khalkhal. Archives of Hygiene Sciences. 2015;3(4):204-15.

27. Shabani A, Nakhli S-R, Sheykhan M. The Effect of Social Capital on Human Development. The Journal of Planning and Budgeting. 2013;18(2):127-61.

28. Safiri K, Sadafi Z. Meta-analysis of studies and research gender and social capital. 2012;23(3):37-74.

29. Moradian Sorkhkolae M, Esmaeili Shahmirzadi S, Sadeghi R, Nikooseresht Z, Fard F. The relationship between quality of life and social capital among health workers in medical and health network of Rey city in 2012. Razi Journal of Medical Sciences. 2013; 20(114): 69-77. (Full Text in Persian)

30. Moradian Sorkhkalae M, Eftekhar Ardebili H, Nedjat S, Saiepour N. Social capital among medical Students of Tehran University of Medical Sciences in 2011. Razi Journal of Medical Sciences. 2012; 19(102): 30-7. (Full Text in Persian)