

«مطالعات جامعه‌شناسی»

سال سوم، شماره دهم، بهار ۱۳۹۰

ص ص ۲۷-۴۴

سنجش سلامت اجتماعی و عوامل اجتماعی مرتبط با آن

در بین خانوارهای شهر تبریز

دکتر صمد صباغ^۱

نرمینه معینیان^۲

سارا صباغ^۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۱۰/۲۴

تاریخ پذیرش نهایی مقاله: ۱۳۹۲/۱۱/۳۱

چکیده

یکی از هدف‌های مهم نظام سلامت در هر کشور تأمین، حفظ و ارتقای سلامت و کیفیت زندگی تمام افراد جامعه است. برای تحقق این امر مهیا سازی امکانات و تسهیلات مناسب جهت تأمین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی انسان در کلیه مراحل زندگی از جمله حقوق اولیه به شمار می‌رود. سلامت فقط یک امر زیست‌شناختی نیست و عوامل اجتماعی نیز در تعیین سطح سلامت افراد دخیل می‌باشد. عوامل زیادی به داشتن این وضعیت کمک می‌کنند که از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان اعتماد اجتماعی، گذران اوقات فراغت، احساس ناامیدی، اعتقادات دینی و پایگاه اجتماعی- اقتصادی افراد را نام برد. روش تحقیق پیمایش و تکنیک جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه‌های استاندارد بود. جامعه آماری، خانوارهای شهر تبریز که تعداد آن‌ها برابر ۴۲۸۰۰۹ بود. با توجه به فرمول تعیین حجم نمونه برای شهر تبریز، تعداد ۳۲۶ خانوار برآورد گردید. شیوه نمونه‌گیری، نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای بود. هدف کلی این بررسی تعیین عوامل اجتماعی موثر بر سلامت اجتماعی خانوارهای شهر تبریز بود. نتایج بدست آمده نشان داد که بین میزان سلامت اجتماعی خانوارهای تبریز و متغیرهای مذکور رابطه معنی‌داری وجود دارد.

۱. عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، گروه علوم اجتماعی؛ تبریز- ایران.

۲. عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، گروه علوم اجتماعی؛ تبریز- ایران.

۳. دانشجوی دکتری پزشکی دانشگاه تبریز، گروه علوم پزشکی؛ تبریز- ایران.

نتایج تحلیل رگرسیونی عوامل تبیین کننده سلامت اجتماعی نشان داد که از میان متغیرهای پیش-بین، چهار متغیر اعتقادات دینی، احساس ناامیدی، اعتماد اجتماعی و گذران اوقات فراغت در مدل نهایی باقی ماندند که این متغیرها ۲۲ درصد واریانس متغیر ملاک را تبیین نمودند. واژگان کلیدی: سلامت اجتماعی، اعتماد اجتماعی، احساس ناامیدی، گذران اوقات فراغت، اعتقادات دینی، پایگاه اجتماعی-اقتصادی، خانوارهای تبریز.

مقدمه

سلامتی یکی از مفاهیم اساسی در هستی انسان است و آن عبارت است از مسئولیت در قبال خود و انتخاب سبک زندگی سالم. سازمان بهداشت جهانی، سلامتی را حالت بهزیستی کامل جسمانی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی می‌داند (باباپور خیرالدین و همکاران، ۱۳۸۲). سلامتی دارای ابعاد مختلف جسمانی، روانی، هیجانی، عقلانی، معنوی و اجتماعی است که این مفاهیم ضمن بهره‌مندی از وجوه مشترک، دارای جنبه‌های متفاوت نیز بوده و از عوامل متعددی تأثیر می‌پذیرند. سلامت مفهومی چندبعدی است و تعریف سازمان جهانی سلامت نیز به سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی آن اشاره دارد. سلامت جسمی یا زیست‌شناختی، سلامت در کارکردهای بدن و حالت بهینه عملکرد هر یاخته یا اندام بدن در هماهنگی کامل با بقیه اعضا است. طبق تعریف وزارت سلامت و خدمات انسانی آمریکا (Keyes, 2004)، سلامت روانی عبارت است از حالتی از عملکرد موفق فرایندهای ذهنی، فعالیت‌های کارآمد، روابط موثر و پر بار با افراد، توانایی سازگاری با تغییرات و منطبق شدن با شرایط مطلوب. تعریف اخیر حاصل چهل سال تلاش متخصصان جهت عرضه تعریفی جامع از سلامت روان است؛ نه فقط به معنای نداشتن بیماری روانی. سلامت اجتماعی عبارت است از توانایی انجام موثر و کارآمد نقش‌های اجتماعی بدون آسیب رساندن به دیگران، سلامت اجتماعی در واقع همان ارزیابی شرایط و کار فرد در جامعه است. سلامت با همه جوانب از جمله حقوق اولیه انسانی و شاخص‌های عدالت در جامعه همراه است. حق سلامتی به معنی برخوردار بودن از یک زندگی سالم و مولد با کیفیت، توأم با طول عمر قابل قبول و عاری از بیماری و ناتوانی است. این حق همگانی بوده و مسئولیت آن برعهده دولت‌هاست. یکی از هدف‌های مهم نظام سلامت در هر کشور تأمین، حفظ و ارتقا، سلامت و کیفیت زندگی تمام افراد جامعه است. برای تحقق این امر مهیا سازی امکانات و تسهیلات مناسب جهت تأمین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی انسان در کلیه مراحل زندگی از جمله حقوق اولیه به شمار می‌رود.

در تحقیق حاضر یکی از ابعاد (بعد سلامت اجتماعی) مورد بررسی قرار می‌گیرد. سلامت اجتماعی شامل سطوح مهارت‌های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هرکس از خود بعنوان عضوی از جامعه بزرگ‌تر به حساب می‌آید و بر شرایط اقتصادی و اجتماعی و رفاه شخصی در رابطه با شبکه اجتماعی توجه می‌شود. در واقع سلامت اجتماعی رابطه شبکه ارتباطات اجتماعی و تعادل شخصی و سازگاری میان فرد و

محیط است. با گذار جوامع از حالت سنتی به صنعتی بحث مربوط به سلامت افراد جامعه اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. قرن جدید با خود عقاید جدیدی پدید آورده است، یک باور جدی این است که در مورد یک ملت صرفاً بارشد اقتصادی نمی‌توان قضاوت کرد بلکه احساس خوشنودی، امنیت روانی و سلامت در ابعاد مختلف (زیستی، روانی، اجتماعی، معنوی) نیز مهم است (بهزاد، ۱۳۸۳: ۳). در یک جامعه پایدار، برابری، آموزش، بهداشت، سلامت و برخورداری از نیازهای اساسی از ملزومات یک جامعه و شاخص‌های توسعه آن به شمار می‌رود. سلامت یک موضوع شایع در بسیاری از فرهنگ‌هاست. در واقع هر جامعه‌ای به عنوان بخشی از فرهنگ خود مفهوم خاصی از سلامتی دارد. ارتقا سلامت در جامعه شاخص توان‌مندی نظام اجتماعی به شمار می‌آید این توان‌مندی به لحاظ عملی از طریق ارزیابی زندگی افراد جامعه مدنظر قرار می‌گیرد. عوامل اجتماعی اثر قابل توجهی در روندی که جامعه ما منابع خود را برای مقابله با مخاطرات بهداشتی و عرضه مراقبت‌های پزشکی به مردم سازماندهی می‌کنند، دارد و در این میان نقش عوامل اجتماعی یک جامعه از اهمیت خاصی برخوردار است. بنابراین سلامت فقط یک امر زیست‌شناختی نیست و عوامل اجتماعی نیز در تعیین سطح سلامت افراد دخیل می‌باشد. شرایط و موقعیت‌های اجتماعی نه تنها امکان ایجاد بیماری و یا معلولیت را افزایش می‌دهد بلکه می‌تواند افق خاصی را از نظر پیشگیری از بیماری و نیز حفظ سلامت ترسیم نماید، چرا که سلامتی شرط ضروری برای ایفای نقش‌های اجتماعی است و انسان‌ها در صورتی می‌توانند فعالیت کامل داشته باشند که هم خود را سالم احساس کنند و هم جامعه آن‌ها را سالم بدانند. مهم‌ترین خطرات مطرح برای سلامت و رفاه و آسایش فرد از یک شیوه زندگی ناسالم و رفتار خطرآفرین ایجاد می‌شود و این واقعیتی است که در مورد برخی از بیماری‌های قلب، ایدز و سرطان مطرح است. از سوی دیگر شیوه زندگی سالم و اجتناب از رفتارهای پرخطر، توانایی فرد را برای زندگی طولانی‌تر و سالم‌تر افزایش می‌بخشد. شواهد موجود نشان می‌دهند که ساختارهای کلان و خرد جوامع در حال توسعه به نحوی هستند که توانایی تأمین سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی را در سطح مطلوبی فراهم نکرده‌اند. بسیاری از افراد جامعه از سلامت جسمانی به ویژه سلامت روانی رضایت بخشی برخوردار نیستند. کشور ایران و به تبع آن شهر تبریز که در خوشبینانه‌ترین حالات، جامعه‌ای در حال توسعه قلمداد می‌شود از این قاعده مستثنی نیست و از لحاظ شاخص‌های بهداشتی و سلامتی در وضعیت بسیار مطلوبی به سر نمی‌برد به همین خاطر وضعیت سلامتی جسمی، روانی، اجتماعی معنوی افراد یکی از مسائل اساسی می‌باشد که شهر تبریز با آن دست به گریبان است و یافتن علل موجد این مسئله و شناخت راه‌های ارتقا آن می‌توند کمک شایانی به افزایش سطح سلامتی افراد جامعه بکند. ضرورت و اهمیت هر پژوهش به نتایج و فواید نظری و عملی آن برمی‌گردد. یعنی باید از یک طرف به غنا و پیشرفت تفکر مربوط باشد، از طرف دیگر به شناخت واقعیت‌ها تا با شناسایی عواملی که از صافی آزمون‌های نظری می‌گذرند و با توجه به شرایط خاص هر جامعه و فرهنگ بتوان برنامه‌ریزی مفیدی جهت اصلاح و بهبود آن طراحی کرد. بررسی و تبیین عوامل اجتماعی مرتبط با سلامت در رویکرد جامعه‌شناختی از اهمیت بالایی

برخوردار است. یکی از ضرورت‌های انجام این پژوهش به خلاء تئوریک موجود در منابع علمی در ایران از بعد جامعه‌شناختی و نیاز به تئوریزه کردن واقعیت‌های مربوط به آن می‌شود. در صورت افزایش سرمایه اجتماعی و بالا رفتن سلامت شهروندان تعاملات میان افراد جامعه کیفیت بهتری می‌یابد و از سوی دیگر جامعه ما برای حفظ و تعادل و توسعه نیاز به روحیه‌ای دارد که از یک طرف رابطه میان برنامه‌ریزان و مردم و از طرف دیگر عموم مردم از هر قشر و صنفی که هستند با یکدیگر بر مبنای اعتماد تنظیم کند و کارها را در مجرای صحیح خود قرار دهد. لذا این مساله محقق را بر آن داشته است که رابطه عوامل اجتماعی با سلامت را در جامعه تبریز مورد بررسی و ارزیابی قرار دهد. از این رو سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان بایستی بتوانند براساس ابزار وامکانات موجود به ارتقا و کیفیت زندگی مردم جامعه و سلامت آنان جامعه عمل بپوشاند و نوعی یکپارچگی و تعادل فعال در جامعه به وجود آورند. از این روست که بحث مربوط به سلامت افراد جامعه مورد توجه سازمان‌های جهانی از جمله سازمان بهداشت جهانی قرار گرفته است و به لحاظ روانی زندگی کنشگران را تحت تأثیر قرار داده است. توجه برنامه‌ریزان اجتماعی به این موارد می‌تواند نقش اساسی را برای فراهم آوردن سلامت افراد جامعه تضمین کند. یکی از محورهای ارزیابی سلامتی جوامع مختلف، سلامت اجتماعی آن جامعه است. سلامت اجتماعی نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفا می‌کند. از آنجائی که شرط مهم برای رشد و شکوفایی هر جامعه‌ای وجود افراد آگاه، کارآمد و خلاق است، لذا پرورش و تقویت انگیزه پیشرفت سبب ایجاد انرژی و جهت‌دهی مناسب رفتار و علایق و نیازهای آن‌ها در راستای اهداف ارزش‌مند و معین شده می‌باشد و از آن‌جاکه سلامت اجتماعی نقش عمده-ای در کارکرد تمام زمینه‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی دارد بدیهی است که برنامه‌ریزی صحیح و جامع در تأمین سلامت اجتماعی کاملاً ضروری به نظر می‌رسد. عوامل زیادی به داشتن این وضعیت کمک می‌کنند که از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان اعتماد اجتماعی، نحوه گذران اوقات فراغت، احساس ناامیدی، اعتقادات دینی و پایگاه اجتماعی- اقتصادی افراد را نام برد. در تحقیق حاضر رابطه سلامت اجتماعی خانوارهای شهر تبریز با متغیرهای مستقل یاد شده مورد مطالعه قرار گرفته است. هدف کلی این بررسی تعیین عوامل اجتماعی موثر بر سلامت اجتماعی خانوارهای شهر تبریز می‌باشد.

مبانی نظری و پیشینه تحقیق

موضوع کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی تقریباً به طور همزمان در چندین رشته علوم اجتماعی مطرح شد، در جامعه‌شناسی، کیفیت زندگی امروزه به یکی از موضوعات مسلط شاخص‌های تحقیقات اجتماعی تبدیل شده است، در ابتدا و آغاز راه تنها بر شاخص‌های «عینی» این سازه تاکید می‌شد، شاخص‌های انتزاعی بعد از دهه ۷۰ مجال ورود به معادلات مرتبط با کیفیت زندگی را یافتند. در تاریخ علوم اجتماعی کیفیت زندگی اغلب از نقطه نظر تئوری‌های مختلفی به بحث کشیده شده است، در جامعه‌شناسی کیفیت زندگی

با توجه به پویایی نظام‌های اجتماعی بررسی شده است، تعدادی از نظریات مسلط در این حوزه در ادامه بیان می‌گردند.

نظریه آنومی اجتماعی دورکیم

دورکیم با انتقاد از کم رنگ شدن اخلاقیات در جوامع جدید و ارگانیک بر این امر پای می‌فشارد که زندگی بدون وجود الزام‌های اخلاقی و ضرورت‌های اجتماعی غیر قابل تحمل بوده و در نهایت به افزایش میزان آنومی در جامعه منجر می‌شود. وی در ادامه بیان می‌دارد که در جوامع امروزی خواه در سطح جامعه و خواه در سطح برخی گروه‌های تشکیل دهنده آن، معیار و هنجارهای سنتی در حال رنگ باختن هستند بی آن که هنجاری جدید جایگزین آن گردد. بر همین اساس بی‌هنجاری در شرایطی پدید می‌آید که در حوزه‌های معینی از زندگی اجتماعی، معیارهایی واضح برای راهنمایی رفتار وجود نداشته باشد، پیامدهای این امر در قالب تعارض شخصیت فردی و اجتماعی فرد ظاهر می‌شود که این امر کیفیت زندگی وی را دچار اختلال می‌نماید، علت آشکار تحقق آنومی در نظر دورکیم تحولات شتابان اقتصادی است که منجر به ایجاد بحران در نظام آموزشی و هنجاری جامعه می‌گردد. به این ترتیب می‌توان گفت کیفیت زندگی در اندیشه دورکیم معلول مکانیسمی معین و عوامل اجتماعی مشخصی می‌باشد، هرچند که وی به صورت موردی و خاص این اندیشه را بیان نمی‌دارد اما تلویحاً بر این امر اشاره دارد به طوری که تأکید وی بر این موضوع که «فقدان اجماع در باب ارزش‌های مقرر» منجر به محو و غیبت تدریجی ضوابط اخلاقی می‌گردد و جامعه قدرت مدیریت موثر و اعمال کنترل اجتماعی را بر فرد از دست می‌دهد و فقدان چنین ضابطه اخلاقی و کنترلی باعث بروز بی‌هنجاری و به تبع آن کاهش کیفیت زندگی فرد می‌شود.

بنابراین در این نظریه کیفیت زندگی تابع نوع، شدت و چگونگی رابطه اجتماعی است، رابطه اجتماعی از دو طریق بر کیفیت زندگی فرد اثرگذار است، از یک سو با تامین نیازهای عاطفی، شناختی و حتی مادی فرد با کیفیت زندگی در ارتباط است و از سوی دیگر از طریق مهارت‌های افراد، از آرزوهای بی‌پایان و ارضا نشدن وی جلوگیری می‌کند. در واقع دورکیم درصدد بود که نشان دهد که هر جامعه‌ای که افراد آن به وسیله نظامی از ارزش، هنجار و اخلاقیات هدایت می‌شوند رضایت بیشتری از موقعیت خود در نظام اجتماعی داشته و کیفیت زندگی متعالی‌تری را تجربه می‌کند.

نظریه بی‌سازمانی اجتماعی

این تئوری در نیمه اول قرن بیستم از تلفیق نظریه‌های آنومی دورکیم، از خود بیگانگی مارکس و بوم-شناختی پارک و برگس شکل گرفت نظریه بی‌سازمانی اجتماعی را می‌توان در دو شاخه متفاوت تقسیم-بندی نمود:

حالت اول، تولید تفکر جامعه‌شناختی اروپایی می‌باشد که بوسیله دورکیم خلق و توسط جامعه‌شناسانی چون پارک، برگس، شاو و مک کی پایه‌گذاری شد، از نگاه این دسته از متفکران می‌توان کیفیت زندگی را براساس فرایندهای بوم‌شناختی تبیین نمود.

قسم دوم از تئوری بی‌سازمانی اجتماعی را می‌توان در نظریه‌های کنترل اجتماعی جای داد که دارای ویژگی‌های زیر می‌باشد:

ریشه اصلی کیفیت زندگی را باید در عوامل اجتماعی جستجو نمود. بی‌سازمانی اجتماعی، آثومی اغلب با رشد صنعتی شدن، شهرنشینی و مهاجرت فزاینده به حوزه‌های شهری همراه است و این امرعاملی تاثیرگذار بر متغیر کیفیت زندگی می‌باشد.

عوامل اجتماعی افراد را کنترل می‌کنند و وقتی این عوامل بی‌ثبات شوند، افراد توان کمتری برای کنترل رفتار خود خواهند داشت فقدان ثبات در ساختار اجتماعی باعث کاهش میزان کیفیت زندگی می‌شود.

نظریه کنش اجتماعی تالکوت پارسونز

تالکوت پارسونز می‌کوشید در تئوری کنش خود نشان دهد، هر کنشی اعم از بهنجار یا نابهنجار توسط صور خاصی از ساختارهای اجتماعی ساخته و تولید می‌شوند، از این رو کیفیت زندگی در چارچوب شرایط و ساختارهای اجتماعی و مسیرهای جهت نیل به اهداف قابل تبیین می‌باشد، پارسونز اختیار و اراده آدمی را در فعالیت‌های اجتماعی انکار نکرده است و نقش و تاثیرات ساختاری را در کنش آدمی نادیده نمی‌انگارد، از این منظر کیفیت زندگی در چارچوب شرایط، ساختارهای اجتماعی و مسیرهایی جهت وصول به اهداف فرهنگی قابل تبیین است. روسکو هینکل اصول نظریه کنش پارسونز را در هفت اصل خلاصه کرده است:

۱. فعالیت‌های اجتماعی بشر از آگاهی نسبت به خود و دیگران و وضعیت‌های بیرونی سرچشمه می‌گیرد.

۲. انسان برای دستیابی به مقاصد، اهداف، منظورها، نقشه‌ها و غایت‌های دیگر به کنش می‌پردازد.

۳. افراد از ابزار، تکنیک‌ها و روش‌های مناسب سود می‌جویند.

۴. مسیرهای کنش افراد به وسیله شرایط و یا موقعیت‌های تغییرناپذیر محدود می‌گردد.

۵. بر اساس به کارگیری اراده یا قضاوت، افراد به انتخاب، سنجش و ارزیابی کنش می‌پردازند.

معیارها، قواعد یا اصول اخلاقی در تصمیم‌گیری افراد دخالت دارد.

هر تحقیق درباره روابط اجتماعی مستلزم آن است که پژوهشگر از شیوه‌های مختلف تحقیق چون تفهیم،

بازسازی و همدلی با دیگران استفاده نماید.

نظریه گودمن

گودمن در تحقیقات خود به این نتیجه رسید که دو عامل بر کیفیت زندگی تاثیر عمده‌ای دارند، وی عامل اول را ابزاری و عامل دوم را ارتباطی نامیده است به طوری که انعکاس دهنده کیفیت ارتباطات بین فردی می‌باشند، این دو عامل مشابه نیازهای دوم و سوم مازلو، یعنی نیاز به امنیت و تعلق داشتن می‌باشد (مختاری، ۱۳۹۰).

نظریه زیمل

در آرای زیمل به صورت مشخص به کیفیت زندگی اشاره نشده است، لیکن وی مفاهیمی در آثار خود مطرح کرده است که با استفاده از آن‌ها می‌توان مساله کیفیت زندگی را تبیین کرد، زیمل در مقاله کلان

شهر خود به بحث از شرایطی می‌پردازد که در آن روابط انسانی رو به افول می‌گذارند او در تحلیل خود به از میان رفتن روابط عاطفی و تسلط روابط حساب‌گرانه توجه دارد. روابط صمیمانه و نزدیکی که زیمیل ذکر می‌کند از سنخ روابطی است که در اجتماع قابل مشاهده است، درمقابل روابطی که او تجلی و انعکاس آن را در کلان شهر می‌بیند از سنخ روابط جامعه‌ای است.

از دیدگاه زیمیل می‌توان در مورد کیفیت زندگی دو گونه قضاوت متفاوت را مطرح کرد؛ به طوری که زندگی شهری جایگاه عقلانیت است و احساس و روابط عاطفی جایگاهی در آن ندارد لذا رفتار معقولانه و حساب‌گرانه می‌تواند به کیفیت زندگی فرد بهاء داده از این منظر فردی کیفیت زندگی بالاتری از تجربه می‌کند؛ ولی از طرفی با توجه به این که یکی از ابعاد مهم کیفیت زندگی توجه به احساسات و خصوصاً روابط عاطفی در جامعه است بنابراین عدم وجود این ویژگی در کلان‌شهر اثری منفی بر کیفیت زندگی دارد.

نظریه کوینی

ریچارد کوینی که از جامعه‌شناسان مکتب تضاد محسوب می‌شود که کوشید تا گونه‌ای از پدیدارشناسی تضاد اجتماعی را به دست دهد و تاثیر آن را در کیفیت زندگی افراد نشان دهد، در کل هدف او نشان دادن تاثیر ساخت قدرت، اقتدار و منابع بر پیدایش رفتاری از انسان است که مبدل به بخشی از جهان اجتماعی می‌گردد. به نظر وی نهادهای اجتماعی، محتوی و جهت منافع اجتماعی را در جامعه تعریف و تبیین می‌کنند. وی به بررسی اثر سرمایه‌داری بر کیفیت زندگی پرداخته است.

نظریه کلمن

کلمن تحقق کیفیت زندگی مناسب را منوط بر تطابق تجارب فرد را با آرزوهایش می‌داند به طوری که کاهش کیفیت زندگی زمانی روی می‌دهد که امیدها با تجارب همخوان نشوند، به بیان دیگر ادعای کلمن بر این باور است که شیوه زندگی با این مفهوم که فرد خود را توانای رسیدن به آرزوهای خود بداند، بهبود می‌یابد، پرواضح که تئوری کلمن بر ساختار بنیادی جامعه و امیال ذاتی افراد تکیه دارد.

سام آرام در مطالعه‌ای به بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه محور می‌پردازد. یافته‌های این پژوهش نشان داده است که رابطه مستقیمی بین افزایش ناامنی اجتماعی و کاهش میزان سلامت اجتماعی در جامعه وجود دارد. هم‌چنین شاخص سهم داشت اجتماعی یکی از ابعاد سلامت اجتماعی است که از مهم‌ترین عوامل تحقق هدف پلیس جامعه محور یعنی توان-مهندسازی اجتماع به منظور کمک به رفع وحل مشکلات افزایش جرم و بی‌نظمی در اجتماع است. بنابراین امکان تحقق اهداف پلیس جامعه‌محور در جامعه‌ای با افراد دارای سلامت اجتماعی بالا به دلیل سهولت مشارکت اجتماعی و افزایش اعتماد اجتماعی بیشتر است (سام آرام، ۱۳۸۸). نتایج تحقیق هزارجریبی و صفری‌شال (۱۳۸۸) نشان داده است که متغیر امید به آینده، بواسطه متغیر اعتماد، تاثیر فزاینده‌ای بر میزان رضایت افراد دارد. این رضایت به نوبه خود، سلامت اجتماعی را به دنبال دارد. به نظر گیتی قریشی (۱۳۸۸) افراد امیدوار روابط اجتماعی قوی‌تری با دوستان، همسر، بستگان و همسایگان خود دارند. در

مطالعه‌ای توسط بخشی‌پور رودسری و همکارانش با هدف بررسی رابطه بین رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی با سلامت روانی دانشجویان دانشگاه تهران (۸۲-۱۳۸۱)، یافته‌ها نشان داده است که رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی به شکل معناداری سلامت روانی را پیش‌بینی می‌کند. همچنین تأهل به شکل معناداری با بهداشت روانی بالاتر، رضایت از زندگی و احساس حمایت اجتماعی بیشتر، همبسته بود و به طور کلی آسیب‌پذیری دانشجویان غیربومی بالاتر بود (بخشی‌پور رودسری، ۱۳۸۴). کنگرلو به سنجش میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد مشغول به تحصیل در مقطع کارشناسی در دانشگاه علامه طباطبایی و مقایسه آن با میزان سلامت اجتماعی دانشجویان غیرشاهد می‌پردازد. نتایج این پژوهش نشان داده است که بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیرشاهد تفاوت معناداری وجود ندارد. در گروه دانشجویان شاهد دانشجویانی که از سلامت اجتماعی بالایی برخوردار بودند کمتر تمایل داشتند تا سهمیه‌دار بودن خود را پنهان نمایند و درمقابل دانشجویان با سلامت اجتماعی پایین از این که سایر افراد بدانند که آن‌ها با سهمیه وارد دانشگاه شده‌اند نگران بوده و تمایل به مخفی‌کاری داشتند. همچنین دانشجویان متأهل و به طور کلی دانشجویان شاهد زن از سلامت اجتماعی بالاتری نسبت به سایرین برخوردار بودند (کنگرلو، ۱۳۸۷). قاضی و یعقوبی در سال ۱۳۸۶ پژوهشی با عنوان بررسی رابطه بین ابعاد حمایت اجتماعی ادراک شده و ابعاد بهزیستی دردانشجویان دختر و پسر دانشگاه تهران و علامه طباطبایی انجام دادند. یافته‌ها نشان دادند که وجوه مختلف حمایت اجتماعی ادراک شده پیش‌بینی‌کننده‌های بهتری برای رضایت‌مندی از زندگی و بالانس عاطفی در دختران نسبت به پسران هستند و بهزیستی روان-شناختی و اجتماعی در دختران بیشتر به وسیله حمایت اجتماعی از خانواده و در پسران بیشتر به وسیله حمایت اجتماعی از دوستان پیش‌بینی می‌شود. همچنین حمایت ادراک شده از فرد خاص و از افراد گروه در دانشکده اثری بر روی ابعاد مختلف بهزیستی فرد ندارد (قاضی و دیگری، ۱۳۸۷). عبدالله‌تبار و همکاران (۱۳۸۶) در پژوهشی با عنوان بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان به بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی و ارتباط آن با متغیرهای دموگرافیک اجتماعی آنان پرداختند. نتایج نشان دادند، میانگین سلامت اجتماعی در دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد (۷۲/۲۲) بیشتر از دانشجویان مقطع کارشناسی (۶۶/۴۲) می‌باشد همچنین بین متغیر سلامت اجتماعی با متغیر وضعیت تأهل، عضویت در انجمن‌ها و وضعیت اشتغال ارتباط معناداری وجود داشت (عبدالله‌تبار و همکاران، ۱۳۸۷). بلانکو و دیاز در مقاله‌ای با عنوان نظم اجتماعی و سلامت روانی با رویکردی به سلامت اجتماعی سعی کردند تا ارتباط بین ابعاد سلامت اجتماعی را به عنوان شاخص نظم اجتماعی با جنبه‌های دیگری از سلامت مثل میزان افسردگی، عزت‌نفس، سلامت درک شده، محرومیت، میزان آنومی و کنش‌های متقابل اجتماعی، احساسات مثبت و منفی و رضایت را مورد بررسی قرار دهند (Blanco & Dize, 2007: 61-71). کیوگناتی و همکارانش در پژوهشی سعی کردند تا به ارزیابی ارتباط بین مشارکت اجتماعی، درک از اجتماع در میان جوانان دانشجوی ایتالیایی، آمریکایی و ایرانی و تأثیر این دو متغیر بر سلامت اجتماعی پرداخته‌اند

(Cicognani & et al, 2007: 97-110). لاروچ در سال ۱۹۹۸ مطالعه‌ای توصیفی را با عنوان سلامت اجتماعی روی ۱۵۱ دانشجوی دانشگاه در بوستون ماساچوست انجام داد، هدف مطالعه تعیین ارتباط بین وضعیت سلامت اجتماعی، جنسیت، متوسط نمره تحصیلی و تعیین کننده‌های اصلی مرتبط و غیرمرتبط در سلامت با سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت آن‌ها بود. زنان دانشجوی به نحو معنی‌داری در ابعاد تغذیه، روابط بین فردی، مسئولیت‌پذیری در مقابل سلامت و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت رفتار بهتری از مردان داشتند (تباردرزی، ۱۳۸۵: ۳۹). برخی از محققان در مطالعات خود رابطه مثبتی بین تدین و بهزیستی مشاهده کرده‌اند، به این ترتیب که تدین افراد با ایجاد برخی از نگرش‌ها و رفتارهای خاص در پیروان خود ممکن است باعث شادکامی، رضایت از زندگی و بهزیستی کلی آنان گردد، یکی از تحقیقات تجربی موجود در این زمینه کار فرانسیس و کالدور^۱ (۲۰۰۲) است که رابطه بین تدین و سلامت معنوی را در بین ۹۸۹ مسیحی سنجیده‌اند. در این تحقیق متغیر تدین از طریق شاخص‌های ایمان به خدا، نماز خواندن و حضور در کلیسا سنجیده شد، محققان پس از تجزیه و تحلیل داده‌ها ضمن کنترل اثر متغیر جنسیت و پایگاه اقتصادی-اجتماعی به این نتیجه رسیدند که هر سه شاخص تدین تبیین‌گر بهزیستی عمومی پاسخگویان می‌باشند. برخی دیگر از مطالعات تجربی گویای این واقعیت می‌باشد که تدین علاوه بر ایجاد امیدواری و خوشبینی در افراد متدین، حس معناداری و هدف‌مند بودن در زندگی به آن‌ها می‌بخشد. ایدلر و کاسل در تحقیق خود رابطه مثبتی بین تدین و هدف‌مند بودن در زندگی گزارش کردند، مومنان با اعتقاد به این که زندگی در این دنیا و سختی‌های آن موقتی بوده و خداوند خواسته‌های آنان را در جهان دیگر اجابت خواهد کرد، در برابر سختی و مشکلات بردباری می‌ورزند.

فرضیه‌های تحقیق

۱. بین سلامت اجتماعی و اعتماد اجتماعی خانوارهای شهر تبریز رابطه وجود دارد.
۲. بین سلامت اجتماعی و احساس ناامیدی خانوارهای شهر تبریز رابطه وجود دارد.
۴. بین سلامت اجتماعی و گذران اوقات فراغت در خانوارهای شهر تبریز تفاوت وجود دارد.
۵. بین سلامت اجتماعی و اعتقادات دینی خانوارهای شهر تبریز رابطه وجود دارد.
۶. بین سلامت اجتماعی و پایگاه اجتماعی-اقتصادی خانوارهای شهر تبریز تفاوت وجود دارد.

تعریف نظری و عملیاتی متغیرها

سلامت اجتماعی

تعریف نظری: این بعد از سلامت مربوط است به «تصورى که افراد درباره خودشان، تعاملات و ارتباطات اجتماعی شان، سودمندی، نقش اجتماعی و مثبت بودن در اجتماع دارند» (لیچ، ۲۰۰۳: ۱۰).

^۱. Francis & Kaldor

سلامت اجتماعی مولفه‌ای از مفهوم سلامتی می‌باشد که به معنی توانایی ایفای نقش‌های اجتماعی است، بدون این که به طور عینی یا ذهنی قصد آسیب رساندن به دیگری در کار باشد. کبیز به ابعاد پنج‌گانه سلامت اجتماعی توجه کرده است.

تعریف عملیاتی: نمره‌ای که فرد در پرسشنامه سلامت اجتماعی کبیز کسب می‌کند. پایایی مقیاس سنجش سلامت اجتماعی برای زیر مقیاس‌های یکپارچگی اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی و پذیرش اجتماعی از طریق پیش‌آزمون انجام شده به صورت زیر بدست آمد که در جدول زیر ارائه می‌گردد. مقادیر آلفای کرونباخ بدست آمده برای زیرشاخص‌ها و معیار سلامت اجتماعی در کل مورد قبول بوده و لذا پایایی پرسشنامه مورد تأیید قرار می‌گیرد.

جدول (۱): ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس سلامت اجتماعی و زیرمقیاس‌های آن

مقدار آلفای کرونباخ	زیرمقیاس‌های سلامت اجتماعی
۰/۷۵۵۵	یکپارچگی اجتماعی
۰/۷۹۱۹	انسجام اجتماعی
۰/۷۸۴۰	پذیرش اجتماعی
۰/۷۲۷۵	مشارکت اجتماعی
۰/۸۰۲۱	انطباق اجتماعی
۰/۸۵۶۷	سلامت اجتماعی در کل

اعتبار پرسش‌نامه حاضر نیز از طریق اعتبار صوری به دست آمده است.

یکپارچگی اجتماعی

تعریف نظری: عبارت است از ارزیابی کیفیت رابطه فرد با جامعه. یکپارچگی اجتماعی کمیتی است که فرد احساس می‌کند فرد تا آن حد با دیگران وجوه مشترک دارد.

تعریف عملیاتی: نمره‌ای که فرد در پرسشنامه سلامت اجتماعی کبیز (مولفه‌های مربوطه) کسب می‌کند.

پذیرش اجتماعی

تعریف نظری: یعنی تعبیر و تفسیر جامعه از طریق منش و صفات سایر افراد به عنوان یک مقوله تعمیم یافته. پذیرش اجتماعی شبیه به پذیرش فردی است. افرادی که پذیرش اجتماعی را به منزله اعتماد به دیگران تعبیر می‌کنند عقیده دارند که دیگران مهربان هستند. این افراد معتقدند که انسان‌ها فعال بوده و توانایی سعی و کوشش را دارند.

تعریف عملیاتی: نمره‌ای که فرد در پرسشنامه سلامت اجتماعی کبیز (مولفه‌های مربوطه) کسب می‌کند.

مشارکت اجتماعی

تعریف نظری: عبارت است از ارزیابی ارزش اجتماعی توسط شخص و این عقیده را در بر می‌گیرد که شخص عضو حیاتی جامعه است. مشارکت اجتماعی شبیه به مفاهیم کارآمدی و مسئولیت‌پذیری است. تعریف عملیاتی: نمره‌ای که فرد در پرسشنامه سلامت اجتماعی کبیز (مولفه‌های مربوطه) کسب می‌کند.

شکوفایی اجتماعی

تعریف نظری: این بعد از سلامت اجتماعی به معنی ارزیابی توان و مسیر جامعه است. شکوفایی اجتماعی مفهوم مشابه با خودمختاری دارد و به این معنی است که جامعه سرنوشت خود را تعیین و کنترل کند.

تعریف عملیاتی: نمره‌ای که فرد در پرسشنامه سلامت اجتماعی کبیز (مولفه‌های مربوطه) کسب می‌کند.

انطباق اجتماعی

تعریف نظری: عبارت است از درک کیفیت، سازمان و عملیات دنیای اجتماعی. این بعد دربرگیرنده علاقه به دانش درباره دنیا است. افراد سالم نه تنها در اندیشه دنیایی که در آن زندگی می‌کنند هستند، بلکه سعی می‌کنند بفهمند که در اطراف‌شان چه می‌گذرد.

تعریف عملیاتی: نمره‌ای که فرد در پرسشنامه سلامت اجتماعی کبیز (مولفه‌های مربوطه) کسب می‌کند.

احساس ناامیدی

تعریف نظری: ناامیدی یعنی دلمردگی ناشی از افسردگی که می‌تواند خود را به شکل از دست رفتن امید به آینده نشان دهد. در این شرایط فرد احساس می‌کند نامطبوع خواهد بود و در موارد شدید خود احساس می‌کند که آینده برایش وجود ندارد (Abbasabadi, 2009: 52). بک تأکید دارد که ناامیدی بعدی از افسردگی است که بیشتر شناختی است تا عاطفی. یعنی فرد از نظر مبانی شناختی به نوعی ناامیدی در احتمال وقوع تغییرات مثبت و حل مشکلات می‌رسد که این ناامیدی بیش از سایر جنبه‌های افسردگی با خودکشی در ارتباط است (Dejekam, 2004).

تعریف عملیاتی: برای اندازه‌گیری این متغیر از مقیاس احساس ناامیدی شوسلر (Schuessler) که شامل ۹ گویه می‌باشد استفاده شده است.

گذران اوقات فراغت

تعریف نظری: مجموعه‌ای از اشتغالاتی است که فرد کاملاً به رضایت خاطر خود یا برای استراحت، تفریح، توسعه اطلاعات، آموزش غیرانتفاعی و مشارکت اجتماعی داوطلبانه بعد از آزاد شدن از الزامات شغلی، خانوادگی و اجتماعی بدان می‌پردازد (دومازدیه، ۱۳۸۱: ۱۵۶).

تعریف عملیاتی: این متغیر از طریق مقیاس ۴۷ گویه‌ای Pace اندازه‌گیری شده است. هر گویه با مقیاس ۵ درجه‌ای رتبه‌بندی شده است (میلر، ۱۳۸۴: ۴۹۶).

اعتقادات دینی

تعریف نظری: اعتقادات دینی عبارت است از ایمان به خدا، تلاش در جهت شناخت خدا، ترس از غضب الهی و عمل کردن مطابق ضوابط مذهبی به تعریف دیگر التزام فرد به دین مورد قبول خویش، این التزام در مجموعه‌ای از اعتقادات، احساسات، اعمال فردی و جمعی که حول خداوند (امر قدسی) و رابطه ایمانی با او دور می‌زند سامان می‌پذیرد. شجاعی‌زند تدین را منوط به دینی بودن، پای‌بندی دینی و داشتن التزامات دینی^۱ در فرد می‌داند، وی اعتقاد دارد که از دوطریق می‌توان فرد دین‌دار را از دیگران باز شناخت: نخست پای‌بندی و التزام دینی‌اش و دوم پیامد دین‌داری و آثار آن در فکر، جان، عمل فردی و اجتماعی-اش (شجاعی‌زند، ۱۳۸۰). پس به بیان کلی‌تر تدین یعنی داشتن التزام دینی، به نحوی که نگرش، گرایش و کنش‌های فرد را متأثر سازد.

تعریف عملیاتی: برای اندازه‌گیری این متغیر، از پرسشنامه ابعاد اعتقادی، مناسکی و پیامدی مقیاس گلاک و استارک که به صورت مقیاس لیکرت ساخته شده است، استفاده شده است (سراج‌زاده، ۱۳۸۴).

پایگاه اجتماعی-اقتصادی

تعریف نظری: پایگاه اقتصادی-اجتماعی یکی از مهم‌ترین و کاربردی‌ترین متغیرهای مستقل در تحلیل رفتارها، عقاید افراد و موقعیت آن‌ها در سلسله‌مراتب اجتماعی است. پایگاه مجموعه حقوق و تکالیفی است که بیانگر موقعیت یک فرد در رابطه با دیگران است، اعم از این که این روابط افقی یا عمودی، مبتنی بر تساوی و یا سلسله‌مراتب و یا مرتبط با منافع اعتبار اجتماعی و افتخار باشد (محسنی تبریزی، ۱۳۸۰: ۲۱۵).

تعریف عملیاتی: ابزار سنجش مورد استفاده در این پژوهش، مقیاس پایگاه اجتماعی-اقتصادی نام پاورز (Nam- Powers Socio-economic Status Scores) است و آن اندازه‌ای چند گویه‌ای است که حاصل میانگین‌گیری از نمرات گویه‌های جزئی شغل، تحصیلات و درآمد خانواده است.

اعتماد اجتماعی

تعریف نظری: اعتماد نوعی احساس فردی نسبت به امری است که مورد تأیید است. به این ترتیب اعتماد را می‌توان نگرشی مثبت نسبت به فرد یا امری خارجی دانست. اعتماد مبین نوع ارزیابی ما از پدیده‌ای است که با آن مواجهیم و همواره مثبت است. چه اگر اعتماد برابر با پذیرش امر مقابل باشد، پذیرش مثبت است (محسنی‌تبریزی، ۱۳۸۰: ۲).

تعریف عملیاتی: برای اندازه‌گیری این متغیر از مقیاس تردید درباره قابل اعتماد بودن مردم شوسلر (Schuessler) که شامل ۸ گویه می‌باشد استفاده شده است.

^۱ Religious Commitment

روش تحقیق

روش تحقیق پیمایش است و داده‌ها به صورت میدانی جمع‌آوری شده‌اند. تکنیک جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه‌های استاندارد است. برای این منظور بعد از تهیه پرسشنامه مقدماتی، آزمون مقدماتی آن و تهیه پرسشنامه نهایی، اقدام به جمع‌آوری داده‌ها گردید. جامعه آماری، خانوارهای شهر تبریز است که تعداد آن -ها برابر ۴۲۸۰۰۹ می‌باشد. با توجه به فرمول تعیین حجم نمونه، برای شهر تبریز، تعداد ۳۲۶ خانوار برآورد گردید. شیوه نمونه‌گیری، نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای است که طی مراحل زیر انجام می‌پذیرد:

۱. تقسیم شهر به حوزه‌ها و انتخاب نمونه‌ای از حوزه‌ها.
۲. تقسیم حوزه‌ها به بلوک‌ها و انتخاب نمونه‌ای از بلوک هر حوزه منتخب.
۳. تهیه فهرست خانوارهای هر بلوک منتخب و انتخاب تصادفی خانوارها.

روش‌های توصیف و تحلیل اطلاعات

برای تحلیل توصیفی داده‌ها از آماره‌های فراوانی، درصد فراوانی، میانگین، واریانس و انحراف معیار و برای تحلیل استنباطی، متناسب با سطوح سنجش متغیرها و نوع داده‌ها از آزمون‌های پارامتری استفاده شد. برای آزمون روابط دو متغیره فرضیه، متناسب با سطح سنجش از آزمون ضریب همبستگی پیرسون r_{xy} و برای مقایسه گروه‌ها از آزمون‌های مقایسه میانگین‌ها، تحلیل واریانس و برای تحلیل چند متغیره از رگرسیون استفاده گردید.

یافته‌های توصیفی

در بررسی حاضر کل نمونه آماری مورد مطالعه (۳۲۶ نفر)، ۱۶۱ نفر (۴۹/۴٪) از پاسخگویان مورد مطالعه مرد و ۱۶۵ نفر (۵۰/۶٪) زن بودند. براساس نتایج توصیفی پژوهش، از ۳۲۳ نفر مورد مطالعه ۱۲۰ نفر (۳۷/۲٪) از پاسخگویان مورد مطالعه مجرد و ۲۰۳ نفر (۶۲/۸٪) متأهل بودند. متوسط سن شهروندان مورد مطالعه ۲۴/۰۳ سال با انحراف استاندارد ۷/۲۴ و کمترین سن ۱۵ و بیشترین ۶۷ سال بود.

در این بررسی، نمونه آماری مورد مطالعه (۳۲۶ نفر)، ۸ نفر (۲/۵٪) از پاسخگویان مورد مطالعه بی‌سواد، ۲۱ نفر (۶/۴٪) ابتدایی، ۴۴ نفر (۱۳/۵٪) راهنمایی، ۱۲۹ نفر (۳۹/۶٪) دیپلم، ۱۱۴ نفر (۳۵٪) لیسانس و ۱۰ نفر (۳/۱٪) دارای مدرک فوق لیسانس و بالاتر بودند که نما در این توزیع مربوط به پاسخگویانی بود که دارای مدرک دیپلم بودند.

از کل نمونه آماری مورد مطالعه (۳۲۶ نفر)، ۱۳۸ نفر (۴۲/۳٪) از پاسخگویان مورد مطالعه دارای وضع اقتصادی پایین، ۱۲۹ نفر (۳۹/۶٪) متوسط و ۵۹ نفر (۱۸/۱٪) بالا بودند که نما در این توزیع مربوط به پاسخگویانی بود که دارای وضع اقتصادی پایین بودند.

نمره مربوط به متغیر اعتقادات دینی برابر $۵۳/۷۴ \pm ۱/۷۳$ محاسبه گردید که حداقل نمره ۱۰ و حداکثر ۹۵ بود و ضریب کجی نیز برابر (چولگی) $sk = -۰/۳۲۹$ که بیانگر منفی بودن توزیع داده‌ها بود. و در مجموع می‌توان گفت اعتقادات دینی شهروندان در حد متوسط بود.

نمره مربوط به متغیر ناامیدی $۵۱/۷۶ \pm ۲/۴۸$ محاسبه گردید که حداقل نمره ۵/۵۶ و حداکثر ۱۰۰ بود و ضریب کجی نیز برابر (چولگی) $sk = -۰/۰۴۵$ که بیانگر منفی بودن توزیع داده‌ها بود.

نمره مربوط به متغیر اعتماد اجتماعی $۶۵/۴۲ \pm ۲/۰۸$ محاسبه گردید که حداقل نمره ۱۵/۶۲ و حداکثر ۱۰۰ و ضریب کجی نیز برابر (چولگی) $sk = -۰/۱۷۶$ که بیانگر منفی بودن توزیع داده‌ها بود.

نمره مربوط به متغیر گذران اوقات فراغت $۶۲/۲۰ \pm ۱/۰۵$ محاسبه گردید که حداقل نمره ۳۵/۶۴ و حداکثر ۹۲ و ضریب کجی نیز برابر (چولگی) $sk = ۰/۴۷۱$ که بیانگر مثبت بودن توزیع داده‌ها بود.

نمره مربوط به متغیر سلامت اجتماعی $۷۰/۱۴ \pm ۸/۵۳$ محاسبه گردید که حداقل نمره ۳۶/۳۶ و حداکثر ۱۰۰ و ضریب کجی نیز برابر (چولگی) $sk = -۰/۰۱۲$ که بیانگر منفی بودن توزیع داده‌ها بود. آزمون اسمیرنف کولموگروف نشان داد که سطح معنی‌داری آزمون در مورد همه سازه‌ها از ۰/۰۵ بزرگ‌تر بود و بنابراین آزمون‌های پارامتری استفاده شد.

آزمون فرضیه‌ها

آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین میزان سلامت اجتماعی و میزان اعتقادات دینی شهروندان همبستگی مستقیم معنی‌دار وجود دارد. به طوری که ضریب همبستگی برابر $r = ۰/۳۳۸$ با سطح معنی‌داری $P = ۰/۰۰۰$ محاسبه شده است. بین میزان سلامت اجتماعی و میزان احساس ناامیدی شهروندان همبستگی معنی‌دار معکوس وجود داشت. به طوری که ضریب همبستگی برابر $r = -۰/۲۰۹$ با سطح معنی‌داری $P = ۰/۰۰۰$ محاسبه شده است. مطابق با آزمون ضریب همبستگی، بین میزان سلامت اجتماعی و میزان اعتماد اجتماعی شهروندان همبستگی معنی‌دار مستقیم وجود داشت. به طوری که ضریب همبستگی برابر $r = ۰/۱۳۰$ با سطح معنی‌داری $P = ۰/۰۱۹$ محاسبه شده بود. نیز بین میزان سلامت اجتماعی با میزان گذران اوقات فراغت شهروندان همبستگی معنی‌دار مستقیم وجود داشت و ضریب همبستگی برابر $r = ۰/۱۸۸$ با سطح معنی‌داری $P = ۰/۰۰۱$ محاسبه شده بود. برای آزمون فرضیه تفاوت بین دومتغیر پایگاه اقتصادی- اجتماعی شهروندان و سلامت اجتماعی، از آزمون تحلیل واریانس یا F استفاده شد. نتایج بدست آمده نشان داد که بین پایگاه اقتصادی- اجتماعی شهروندان و سلامت اجتماعی آنان تفاوت معنی‌داری وجود دارد. باتوجه به معنی‌دار بودن آزمون F، برای پیگیری تفاوت‌های معنی‌دار در تجزیه و تحلیل‌های چندگروهی، از آزمون تعقیبی LSD استفاده گردید. نتیجه این آزمون نشان داد که بیشترین تفاوت میانگین‌ها را می‌توان در پایگاه اقتصادی اجتماعی بالا با پایگاه متوسط و پایین مشاهده کرد.

نتایج تحلیل رگرسیونی عوامل تبیین کننده سلامت اجتماعی نشان داد که از میان متغیرهای پیش‌بین، چهار متغیر: اعتقادات دینی، احساس ناامیدی، اعتماد اجتماعی و گذران اوقات فراغت در مدل نهایی باقی

مانند که این متغیر ۲۲ درصد واریانس متغیر ملاک را تبیین نمود. ضریب نهایی رگرسیونی چندگانه $R^2 = 0/48$ بود که مجذور آن یعنی ضریب تبیین $R^2 = 0/20$ هم‌چنین ضریب تبیین تصحیح شده برابر $R^2 = 0/19$ بود. درصد واقعی و اصلاح شده میزان تبیین تغییرات متغیر ملاک توسط متغیرهای پیش‌بین باقی‌مانده در مدل ۱۹ درصد بود. بنابراین ۱۹ درصد از تغییرات متغیر ملاک توسط متغیرهایی که در مدل نهایی باقی مانده‌اند، پیش‌بینی گردید. هم‌چنین شکل رگرسیونی تبیین شده نیز طبق آزمون تحلیل واریانس انجام شده خطی بود؛ زیرا مقدار آزمون F برای تعیین معنی‌داری اثر متغیرهای تاثیرگذار بر پیش‌بینی میزان سلامت اجتماعی برابر $20/11$ با سطح معنی‌داری $p = 0/000$ و زیر $0/05$ بود، یعنی جهت رابطه بین متغیرها یک‌طرفه بود. در مجموع و با توجه به ضرایب بتای استاندارد نشده ملاحظه شد که مقدار ثابت (α) برابر $55/45$ ، اعتقادات دینی با بتای $\beta = 0/134$ ، احساس ناامیدی با بتای $\beta = -0/09$ ، اعتماد اجتماعی با بتای $\beta = 0/10$ و گذران اوقات فراغت با بتای $\beta = 0/09$ بودند که در تبیین سلامت اجتماعی سهم معنی‌داری داشتند. در نهایت با حذف مقدار ثابت آلفا (α) از طریق استاندارد کردن مقادیر متغیر تبیین کننده، ملاحظه شد که اعتقادات دینی با بتای $\beta = 0/272$ ، اعتماد اجتماعی با بتای $\beta = 0/244$ و گذران اوقات فراغت با بتای $\beta = 0/117$ به ترتیب بیشترین تاثیر مثبت و احساس ناامیدی با بتای $\beta = -0/263$ تاثیر منفی را در پیش‌بینی سلامت اجتماعی شهروندان داشتند.

نتایج نظری تحقیق، بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به معنی‌داری میزان سلامت اجتماعی و میزان اعتقادات دینی شهروندان، باید گفت دین به واسطه کارکردهای متعددی که دارد، بر سلامتی افراد موثر است. مذهبی بودن بعنوان مانعی در مقابل فشار روانی عمل می‌کند و آثار زیان بار را برطرف می‌سازد و به ظهور احساسات و هیجانات مثبت منجر می‌گردد. افراد دین‌دار، رضایت بیشتری از زندگی دارند. دعا‌های مکرر و احساس نزدیکی به خدا، قوی‌ترین پیش‌بینی کننده رضایت از زندگی است (آرگایل، ۱۳۸۳: ۲۶۰). فعالیت‌های دینی بر شادی و نشاط افراد افزوده و به تبع آن بر سلامتی نیز می‌افزاید، شاید دلیل آن حمایت‌های اجتماعی حاصل از فعالیت‌های اجتماعی، احساس دریافت کمک و حمایت، احساس تعالی، احساس تجدید قوا، احساسات مثبت نسبت به زندگی، آرامش ذهنی، لذت از همراهی با دیگران، فرصت کمک به دیگری و افزایش روابط اجتماعی باشد. بین سلامت اجتماعی و میزان احساس ناامیدی شهروندان همبستگی معنی‌دار معکوس وجود دارد. کسانی که نسبت به آینده خود و مسایل زندگی احساس ناامیدی دارند، از سلامتی کمتری نیز برخوردار می‌باشند. نتایج تحقیق هزارجریبی و صفری‌شال (۱۳۸۸) نشان داده است که متغیر امید به آینده، بواسطه متغیر اعتماد، تاثیر فزاینده‌ای بر میزان رضایت افراد دارد. این رضایت به نوبه خود، سلامت اجتماعی را نیز

به دنبال دارد. به نظر گیتی قریشی (۱۳۸۸) افراد امیدوار روابط اجتماعی قوی‌تری با دوستان، همسر، بستگان و همسایگان خود دارند. امیدواری بر کیفیت روابط با دیگران تاثیر گذاشته، افراد ناامید بندرت می‌توانند با دیگران ارتباط رضایت‌بخشی داشته باشند.

توجه به سلامتی یکی از نیازهای حیاتی انسان برای رشد و بالندگی است. امید، جایگاه خاصی در سلامتی روانی، جسمانی و به تبع آن پیشرفت فرد دارد و یکی از سازه‌هایی است که به عنوان شاخص توان‌مندی در بهزیستی مثبت افراد مورد توجه واقع شده است. امیدوار بودن مهم‌ترین انگیزه در زندگی انسان است و امید منشا پویایی و پیشرفت در زندگی است و انسان را در رسیدن به اهداف خود یاری می‌کند. امیدواری در نقطه مقابل ناامیدی قرار می‌گیرد که خودش ریشه بسیاری از بیماری‌های روانی و جسمانی بوده معضلات اجتماعی وسیعی را می‌تواند در پی داشته باشد.

بین میزان سلامت اجتماعی و میزان اعتماد اجتماعی شهروندان همبستگی معنی‌دار مستقیم وجود داشت. افرادی که از اعتماد اجتماعی بالایی بهره دارند، میزان سلامت اجتماعی‌شان نسبت به افراد دارای اعتماد کم، بالاتر است. شربتیان (۱۳۹۱) نیز در پژوهش خود، رابطه معنی‌داری بین سلامت اجتماعی و اعتماد به دست آورده است. سلامت اجتماعی از اساسی‌ترین معیارهای رفاه اجتماعی جامعه به شمار می‌رود. سلامت اجتماعی با بهداشت فردی، روانی و اجتماعی مرتبط است. اعتماد، بعنوان شاخصی از سرمایه اجتماعی از عواملی است که زمینه‌ساز مشارکت و همکاری بین اعضای جامعه است. کاهش اعتماد اجتماعی در جامعه موجب می‌گردد همواره نوعی ترس از برقراری رابطه و احساس ناامنی بین اعضا به وجود آید که مانع از تداوم و تقویت رابطه و کاهش همکاری می‌گردد و فردگرایی و منفعت‌طلبی که منشا بسیاری از نابسامانی‌ها و انحرافات اجتماعی است، در جامعه رواج می‌یابد.

بین میزان سلامت اجتماعی و میزان گذران اوقات فراغت شهروندان همبستگی معنی‌دار مستقیم وجود داشت. افرادی که زمان بیشتری برای گذران اوقات فراغت صرف می‌کردند، از سلامت اجتماعی بالایی برخوردار بودند. فعالیت‌های اوقات فراغت می‌توانند منبع مناسبی برای ایجاد سلامتی گردند. اوقات فراغت، فعالیت‌هایی هستند که فرد با توجه به علاقه و انگیزه و آزادی عمل در مورد آن‌ها تصمیم می‌گیرد و با وجود تنوع و تفاوت‌هایی که با هم دارند به نحوی نیازهای اجتماعی را به برآورده می‌سازند. شرکت افراد در برخی مسابقات ورزشی به عنوان یکی از شیوه‌های گذران اوقات فراغت، حمایت اعضای تیم و طرف‌داران آن را به دنبال دارد. اوقات فراغت برای تلطیف عواطف و تخلیه هیجانات منفی تاثیر به‌سزایی دارد. انتخاب الگوی مناسب گذران اوقات فراغت، این امکان را می‌دهد که فرد متعادل و متوازن بود و بتواند هیجانات خود را تنظیم کند. سلامت بخش بودن فعالیت‌های اوقات فراغت به این دلیل است که وقتی افراد به این‌گونه فعالیت‌ها می‌پردازند، در حال انجام کاری هستند که می‌توانند آن را به خوبی انجام دهند و این امر موجب نشاط و سلامتی آنان می‌گردد. اوقات فراغت حس‌رهایی از خشم و تنش را در فرد ایجاد می‌نماید و او را برای گسترش افق فکری خود توان‌مند می‌سازد (جعفری و دیگران، ۱۳۸۵).

بین پایگاه اقتصادی- اجتماعی شهروندان و سلامت اجتماعی آنان تفاوت معنی داری وجود داشت. در پژوهش حاضر، بیشترین تفاوت میانگین‌ها را می‌توان در پایگاه اقتصادی اجتماعی بالا با پایگاه متوسط و پایین مشاهده کرد. حاتمی (۱۳۸۸) نیز تفاوت معنی داری بین پایگاه اقتصادی- اجتماعی و سلامت اجتماعی دانشجویان به دست آورده‌است، به طوری که ۱۰/۸ درصد افراد متعلق به پایگاه اقتصادی- اجتماعی پایین از سلامت اجتماعی بالایی برخوردار بودند، این میزان برای افراد دارای پایگاه اقتصادی- اجتماعی متوسط برابر ۱۶/۸ و برای افراد دارای پایگاه اقتصادی- اجتماعی بالا، ۲۹/۴ بود.

پایگاه اقتصادی- اجتماعی رابطه روشنی با سلامت دارد که در مواردی هم‌چون نرخ مرگ و میر، دیابت، آسم و بیماری‌هایی از این دست در افرادی که از حیث اجتماعی- اقتصادی در سطح پایینی قرار دارند، نمود پیدا می‌کند. رفتارهای مربوط به سبک زندگی افرادی که جزء گروه‌های سطح پایین اجتماعی- اقتصادی به شمار می‌روند هم به گونه‌ای است که ریسک سلامت را بالاتر می‌برد. گراهام 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، به دلیل 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) تأثیر بگذارد در سه مقوله مادی، رفتار و روانی اجتماعی قرار می‌گیرند. عوامل مادی، محیط فیزیکی، خانه، حله و محل کار به اضافه استانداردهای زندگی که به وسیله درآمد تأمین 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 به دلیل زندگی در محیط‌های فیزیکی نامطلوب و محله‌های پرجمعیت دچار وضعیت‌های خطرناک می‌شوند. هوث و ویلیامز نیز بیان می‌کنند که 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). براساس نظریات ایشان، محرومیت‌های اقتصادی- اجتماعی تثبیت شده در طول دوران زندگی به احتمال زیاد خطرات فراوانی برای سلامت اجتماعی ایجاد می‌کنند. بر همین اساس آن‌ها معتقدند چیزی که SES را به عنوان تعیین کننده قدرت مند در سلامت افراد مطرح می‌کند عبارت است از این که پایگاه اقتصادی- اجتماعی فرد تجارب فرد و همه عوامل اجتماعی- روانی و محیطی مخاطره‌آمیز برای سلامت افراد در گذشته، حال و آینده تحت تأثیر قرار می‌دهد. افراد طبقه پایین عمدتاً در حاشیه‌ها و محله‌هایی زندگی می‌کنند که محیط فیزیکی محله‌های آن در سطح نامطلوبی قرار دارد، علاوه بر این سطح سرمایه اجتماعی پایین است.

وضعیت اقتصادی- اجتماعی بر سلامت انسان موثر شناخته شده است و برای اکثر مردم جهان وضعیت سلامت در درجه اول با میزان پیشرفت اقتصادی- اجتماعی یعنی درآمد سرانه، سطح آموزش، تغذیه، اشتغال، مسکن، نسبت سرباری، بعد خانواده، میزان افزایش جمعیت تعیین می‌شود (سجادی، ۱۳۸۵: ۲).

منابع

- آرگایل، م. (۱۳۸۳). **روان‌شناسی شادی**. ترجمه: کاظم بهرامی و دیگران. انتشارات جهاد دانشگاهی اصفهان.
- بابا پور خیرالدین، ج؛ و دیگران. (۱۳۸۲). بررسی رابطه بین شیوه‌های حل مساله و سلامت روان‌شناختی دانشجویان. **مجله روان‌شناسی**، سال هفتم، شماره ۱.
- بخشی پور رودسری، ع؛ و دیگران. (۱۳۸۴). بررسی رابطه میان رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی با سلامت روان در دانشجویان. **فصلنامه اصول بهداشت روانی**، سال هفتم، شماره ۲۸-۲۷.
- بهزاد، د. (۱۳۸۳). سرمایه اجتماعی بستری برای ارتقا سلامت روان. تهران: **فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی**.
- حاتمی، پ. (۱۳۸۸). **بررسی عوامل موثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تاکید بر شبکه‌های اجتماعی**. پایان‌نامه کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- جعفری، ا؛ و دیگران. (۱۳۸۵). **بررسی میزان شادمانی و عوامل همبسته آن در میان دانشجویان دانشگاه‌های اصفهان**. گزارش نهایی طرح پژوهشی دانشگاه اصفهان.
- دومازدیه، ژ. (۱۳۸۱). **مقدمه‌ای بر جامعه‌شناسی اوقات فراغت**، (مقاله نهم از کتاب: **تلویزیون، خانواده و فرهنگ**). ترجمه: علی اسدی. تهران: سازمان چاپ و انتشارات اسلامی.
- سجادی، ح؛ و دیگران. (۱۳۸۴). شاخص‌های سلامت اجتماعی. **فصلنامه سیاسی اقتصادی**، شماره ۲۰۷ و ۲۰۸.
- سراج‌زاده، س، ح. (۱۳۸۴). **چالش‌های دینی و مدرنیته**. تهران: طرح نو.
- شریتیان، م. (۱۳۹۱). تاملی بر پیوند معنایی مولفه‌های سرمایه اجتماعی و میزان بهره‌مندی از سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه پیام نور مشهد. **فصلنامه جامعه‌شناسی مطالعات جوانان**. سال دوم، شماره پنجم، صص ۱۷۴-۱۴۹.
- شجاعی‌زنده، ع، ر. (۱۳۸۰). **دین، جامعه و عرفی شدن؛ جستارهای در جامعه‌شناسی دین**. تهران: نشر مرکز.
- عبدالله‌تبار، ه؛ و دیگران. (۱۳۸۷). بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان. **فصلنامه رفاه اجتماعی**، شماره ۳۰ و ۳۱.
- قائدی، غ؛ و دیگران. (۱۳۸۷). رابطه بین ابعاد حمایت اجتماعی ادراک شده و ابعاد بهزیستی اجتماعی دانشجویان. **مجله ارمان دانش**، دوره ۱۳، شماره ۲.
- کنگولو، م. (۱۳۸۷). **سنجش میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیرشاهد در دانشگاه علامه طباطبایی**. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی.
- گیتی‌قریشی، ا. (۱۳۸۸). **سطح امیدواری در دانشجویان سال اول و سال آخر روان‌شناسی**. فصلنامه اندیشه و رفتار. دوره سوم، شماره ۱۲، تابستان.
- محسنی‌تبریزی، ع، ر. (۱۳۸۰). بررسی مفهوم اعتماد با رویکرد روان‌شناختی اجتماعی. **نمایه پژوهش**. شماره ۱۸، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی.
- مختاری، م. (۱۳۸۹). **جامعه‌شناسی کیفیت زندگی**. تهران: انتشارات جامعه‌شناسان.
- میلر، ج. (۱۳۸۴). **راهنمای سنجش و تحقیقات**. ترجمه: هوشنگ ناییبی. تهران: نشرنی.
- هزارجریبی، ج؛ و دیگران. (۱۳۸۹). بررسی رضایت از زندگی و جایگاه احساس امنیت در آن: مطالعه در بین شهروندان تهرانی. **فصلنامه انتظام اجتماعی**. سال اول شماره سوم، پاییز، صص ۲۸-۷.
- Abbasabadi, M. (1383). **Study & Comparative EQ & sadness in boys. adolescence 14-18 in Kerman**, Thesis of MS, Alammeh University, p 52.
- Blanco, Amalio & Diaz, Dario. (2007). **Social order and mental health: a social well- being approach**. Autonoma university of Madrid, psychology in Spain, Vol, 11(5).
- Dejekam, N. (2004). **Beck sadness scale about students of Tehran University**. Thesis of MS of Teheran University.
- Keyes, Corey Lee. M & Shapiro, Adam. (2004). **Social well- being in the uinted states: A Descriptive Epidemiology**. Vol. 61, N. 2, pp 121-190.