

بررسی سلامت اجتماعی شهروندان تهرانی و عوامل موثر بر آن (نمونه موردی: منطقه ۳ شهر تهران)

علیرضا محسنی تبریزی^۱، محمدرضا نوابخش^۲

چکیده

سلامت اجتماعی به عنوان یکی از ابعاد سلامت همگانی و عمومی در جامعه همپای سایر ابعاد روانی، معنوی، پزشکی و... نقش بارزی در توسعه پایدار جامعه در راستای پیشگیری از آسیب های اجتماعی و بسترسازی مشارکت آنان در تمام عرصه های جامعه را به همراه خواهد داشت. با توجه به اهمیت تأمین سلامت اجتماعی این مطالعه با هدف بررسی سلامت اجتماعی شهروندان تهرانی و عوامل موثر بر آن انجام شده است. روش تحقیق پیمایش و جامعه آماری تعداد خانوارهای ساکن در منطقه ۳ شهر تهران در سال ۱۳۹۵ می باشد که تعداد آنها مطابق با نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن ۱۰۶۰۴۶ نفر می باشد که با استفاده از فرمول کوکران ۳۸۳ نفر با روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شده اند. نتایج تحقیق نشان می دهد که بین ابعاد متغیر سلامت اجتماعی و متغیرهای جنسیت، وضعیت تاهل، پایگاه اقتصادی - اجتماعی، مهارت های ارتباطی، مذهب و میزان استفاده از شبکه های اجتماعی ارتباط معناداری وجود دارد. مدلسازی معادله رگرسیون نیز اثر هر یک از این متغیرها را تایید و مقدار آنها را به ترتیب اثر بر سلامت اجتماعی، جنسیت (۰/۳۶)، وضعیت تاهل (۰/۳۳)، مذهب (۰/۲۷)، میزان استفاده از شبکه های اجتماعی (۰/۲۵)، مهارت های ارتباطی (۰/۲۴) و پایگاه اقتصادی - اجتماعی (۰/۱۰) بیان می کند.

واژگان کلیدی: سلامت اجتماعی، وضعیت تاهل، پایگاه اقتصادی - اجتماعی، شبکه های اجتماعی، شهر تهران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۹/۲۷

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۵/۱۸

^۱ استاد جامعه شناسی دانشگاه تهران (نویسنده مسئول) (Email: Mohsenit@ut.ac.ir)

^۲ دانشجوی پزشکی دانشگاه شهید بهشتی

مقدمه

از مقوله های مهم توسعه پایدار، سلامت اجتماعی و سرمایه اجتماعی است که دگرگونی و تغییرات تعاریف توسعه نیز در شناسایی و سنجش این دو متغیر تاثیر گذار بوده است. سلامت محور توسعه اجتماعی اقتصادی و اساسی ترین جزء رفاه جامعه به شمار می رود. همچنین امروزه سرمایه اجتماعی نقش بسیار مهمتر از سرمایه فیزیکی و انسانی در جوامع ایفا می کند و شبکه های روابط جمعی و گروهی انسجام بخش میان انسانها و سازمان هاست. از این رو بدون سرمایه اجتماعی پیمودن راه های توسعه و تکامل فرهنگی و اقتصادی ناهموار و دشوار می شود (از کیا و همکاران، ۱۳۸۹: ۲۱۶). سلامت اجتماعی^۱ به عنوان یکی از ابعاد سلامت همگانی و عمومی در جامعه همپای سایر ابعاد روانی، معنوی، پزشکی و.. نقش بارزی در توسعه پایدار جامعه در راستای پیشگیری از آسیب های اجتماعی و بستر سازی مشارکت آنان در تمام عرصه های جامعه را به همراه خواهد داشت. مفهوم سلامت اجتماعی کمتر از سلامت روانی و فیزیکی شناخته شده است و در عین حال، به همراه سلامت روانی و فیزیکی یکی از سه پایه بسیاری از تعاریف سلامت را تشکیل می دهد. تا اندازه ای دلیل آن این است که سلامت اجتماعی می تواند به هر دو ویژگی جامعه و افراد آن اشاره کند. و در تعریف جامعه سالم می توان گفت، وقتی که فرصت های برابر و حق دسترسی برابر به کالاها و خدمات لازم برای کارآمدی کامل به عنوان یک شهروند، برای همه وجود دارد^۲. شاخص های سلامت یک جامعه می تواند شامل حاکمیت قانون، برابری در توزیع ثروت، دسترسی عموم مردم به فرآیند تصمیم گیری (سیاستگذاری) و سطح سرمایه اجتماعی باشد. سلامت اجتماعی افراد به «آن بعد از رفاه یک فرد اشاره می کند که به چگونگی تعامل آن فرد با دیگران، عکس العمل مردم نسبت به او و چگونگی تعامل آن فرد با موسسات اجتماعی و آداب و رسوم اجتماعی» مربوط می شود (Russell, 1973: 75). اجتماعی شدن و سلامت در عملکرد و روابط فرد با دیگران کمتر مورد توجه قرار گرفته است و ارزیابی شخص از نحوه عملکردش در اجتماع و نوع نگرش او نسبت به دیگر افراد جامعه می باشد و همچنین بدون شک شیوه برخورد فرد با مسائل مربوط به خود، و نوع نگرش او را نسبت به سایر گروه های اجتماعی تحت تاثیر قرار خواهد داد.

در واقع یکی از ملاک های اساسی گذار از جوامع سنتی به مدرنیته، گسترش بی رویه شهرنشینی بوده است، که چنین گسترشی در کشورهای جهان سوم از جمله جامعه ایران باعث پیامدهای بسیاری چون افزایش انحرافات، بزهکاری های اجتماعی، افول سرمایه های اجتماعی، کاهش اخلاق معنوی و اجتماعی، افزایش بیماری های روحی و روانی، گسترش بی رویه جرایم اجتماعی و فرهنگی، عدم مشارکت شهروندان در توسعه پایدار جامعه شهری و... می باشد. بر این اساس در راستای کاهش چنین پیامدها و معضلاتی در سطح جامعه و کلانشهرهای بزرگ باید از طریق تمهیدات و راهبردهای اجرایی و عملی از جمله بستر سازی شاخص های سلامت اجتماعی در تمام سطوح (خرید، متوسط و کلان) جامعه بهره برداری کرد؛ و برای تمام سطوح و اقشار مختلف سنی و جنسی شهروندان جامعه از جمله شهر تهران شرایط بهره مندی از ابعاد مختلف سلامت اجتماعی را فراهم نمود؛ تا بتوان از طریق تقویت این شاخص و ابعاد معرف آن در سطح جامعه به صورت اجرایی و عملی مشارکت و اعتماد شهروندان را برای هرگونه توسعه پایدار شهری فراهم نمود. از سال ۲۰۰۰ که شاخص های سلامت اجتماعی در دنیا مطرح شد، دیگر برای مسائل اجتماعی، سراغ بحث بیماری های روانی نمی رویم و از بعد بیماری اجتماعی بررسی می کنیم؛ مثلاً فردی که اعتیاد دارد به علت این است که سلامت اجتماعی او دچار مشکل شده است، یا اگر طلاق اتفاق می افتد سلامت اجتماعی زن و شوهر مشکل دارد (سام آرام، ۱۳۸۷).

زندگی با تنش ها و فشارهای متعددی همراه است که به صورت های مختلف سلامت اجتماعی افراد را تهدید می کند. این تنش ها تا حدی از محیط دانشگاه و از فشارها و محدودیت های ذاتی دوره دانشجویی به عنوان مرحله ای انتقالی ولی بسیار مهم در زندگی افراد سرچشمه می گیرد. الزام به رعایت مقررات خاص، خودکاری و استقلال نسبی در انتخاب نحوه تخصیص منابع شخصی (بخصوص زمان، انرژی و علاقه) و تلاش برای دستیابی به هدفهای آموزشی نسبتاً بالا در محیطی رقابتی همراه محدودیتهای ناشی

¹Social Health

از زندگی دانشجویی (غالباً دوری از خانواده، خو گرفتن با محیط فیزیکی و اجتماعی جدید، مطابقت با نظام ارزش ها و انتظارات دانشگاه و غیره) از جمله منابع تنش و استرس نظام آموزش عالی است. اما در کنار این نظام و انتظارات و الزامات آن، دانشجویان به عنوان جوانانی که در مرز بلوغ و استقلال شخصی، اقتصادی و فکری قرار دارند هنوز با سیستم های دیگر اجتماعی بخصوص خانواده، دوستان و شبکه های اجتماعی ارتباطی تنگاتنگ دارند. این روابط خارج از سیستم دانشگاه هم می توانند منابع تنش و فشار و ناراحتی باشند و فشار ناشی از محیط را تقویت کنند و هم می توانند با ابراز حمایت و پشتیبانی عاطفی را در مقابل فشارها و تنش های ناشی از محیط حفاظت نمایند. سلامت اجتماعی تابعی از عوامل مختلف اجتماعی و فرهنگی است و فرد پس از ورود به محیط جدید با آن روبرو می شود که با زندگی قبلی او و محیط اجتماعی گذشته اش متفاوت می باشد و در طی زمان نیز با مسایل و مشکلات عدیده ای روبرو خواهد گشت که هر کدام می تواند به سلامت اجتماعی او خدشه وارد کند و با توجه به اهمیت تأمین سلامت اجتماعی این مطالعه با هدف بررسی سلامت اجتماعی شهروندان تهرانی و عوامل موثر بر آن انجام شده است.

ضرورت و اهمیت موضوع

از مهمترین محورهای ارزیابی سلامتی جوامع مختلف، سلامت اجتماعی آن جامعه است. سلامت اجتماعی نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفاء می کند. از آنجائیکه شرط مهم برای رشد و شکوفایی هر جامعه ای وجود افراد آگاه، کارآمد و خلاق است. لذا پرورش و تقویت انگیزه پیشرفت سبب ایجاد انرژی و جهت دهی مناسب رفتار و علائق و نیازهای آنها در راستای اهداف ارزشمند و معین شده می باشد و از آنجا که سلامت اجتماعی نقش عمده ای در کارکرد در تمام زمینه های فردی، خانوادگی و اجتماعی دارد بدیهی است که برنامه ریزی صحیح و جامع در تأمین سلامت اجتماعی کاملاً ضروری به نظر می رسد. با توجه به نمونه مورد بررسی در تحقیق حاضر که شهروندان منطقه ۳ شهر تهران می باشد، دارای جمعیت جوان بوده و این جمعیت جوان به عنوان اصلی ترین سرمایه برای توسعه نیازمند توجه به سلامتی و به خصوص سلامت اجتماعی و نحوه تعاملات در شبکه های اجتماعی است. شهروندی که از سلامت روانی و اجتماعی کافی و مطلوب برخوردار نباشد نمی تواند با چالش های ناشی از ایفای نقش های اجتماعی کنار آمده و خود را با هنجارهای اجتماعی تطبیق دهد. همچنین خود کارآمدی به عنوان مهم ترین عامل ایستادگی در برخورد با چالش های زندگی و تضادهای آن می تواند دستخوش تغییرات خاص این دوره از تحول قرار گیرد و لذا توجه به سلامت اجتماعی شهروندان برای رسیدن به جامعه ای سالم و پویا و توسعه یافته ضروری می نماید و لذا بر همین اساس برنامه ریزان جوامع در حال توسعه باید تلاش کنند تا میزان سلامت اجتماعی افراد جامعه خود را ارتقاء بخشند. بنا براین توجه به پدیده های فرهنگی - اجتماعی که به پیشرفت و افزایش سلامت اجتماعی کمک می کند، امری الزامی است.

اهداف تحقیق

هدف اصلی

هدف اصلی این تحقیق بررسی سلامت اجتماعی شهروندان تهرانی و عوامل موثر بر آن (نمونه موردی: منطقه ۳ شهر تهران) است.

اهداف فرعی

- بررسی ارتباط متغیر جنسیت با میزان سلامت اجتماعی
- بررسی ارتباط متغیر وضعیت تاهل با میزان سلامت اجتماعی
- بررسی ارتباط متغیر پایگاه اقتصادی - اجتماعی با سلامت اجتماعی
- بررسی ارتباط متغیر مهارت های ارتباطی با میزان سلامت اجتماعی
- بررسی ارتباط متغیر مذهب با میزان سلامت اجتماعی
- بررسی ارتباط متغیر میزان استفاده از شبکه های اجتماعی با میزان سلامت اجتماعی

پیشینه پژوهش

پژوهش های داخلی

- حاتمی، پریسا (۱۳۸۹)، پایان نامه اش را با عنوان «بررسی عوامل موثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تأکید بر شبکه های اجتماعی»، با راهنمایی عزت الله سام آرام، با هدف بررسی میزان سلامت اجتماعی در بین دانشجویان با تأکید بر شبکه های اجتماعی نگاشته است که فرضیات آن از تئوری های مختلف سلامت اجتماعی و نظریه های شبکه اجتماعی و سرمایه اجتماعی استخراج و مورد آزمون قرار گرفته اند. روش بررسی، تلفیقی از روش کتابخانه ای و میدانی است. در بررسی میدانی ۳۸۳ نفر از دانشجویان دانشگاه علامه ۱۳۸۸ با استفاده از پرسشنامه سلامت اجتماعی و پرسشنامه محقق ساخته به روش نمونه گیری طبقه ای متناسب انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. سلامت اجتماعی دانشجویان به صورت توزیع تقریباً نرمال و در حد متوسط به دست آمده است. بین شبکه های اجتماعی، منابع حمایت اجتماعی شبکه ها، ارتباط شبکه ای و پایگاه اقتصادی-اجتماعی دانشجویان با میزان سلامت اجتماعی او ارتباط معنی دار آماری به اثبات رسید و در تحلیل رگرسیونی متغیرهای وارد شده در مدل توانسته اند در حدود ۲۷ درصد تغییرات واریانس متغیر سلامت اجتماعی دانشجویان را تبیین کنند که قوی ترین پیش بینی کننده، متغیر ارتباط شبکه ای بوده است. سلامت اجتماعی دانشجویان به عنوان سازه ای اجتماعی از کمیت و کیفیت حضور و فعالیت در شبکه های اجتماعی تاثیر می پذیرد (حاتمی، ۱۳۸۹).
- تقی پور، ملیحه (۱۳۸۹)، در پایان نامه خود با عنوان «بررسی تاثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار در شهر تهران»، با راهنمایی سید احمد حسینی، آورده است: در تحقیق حاضر، روش، توصیفی و تحلیلی همبستگی به روش میدانی پیمایش می باشد. تکنیک جمع آوری داده ها مصاحبه ساختاری با استفاده از پرسشنامه است. جامعه آماری کلیه زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی در شهر تهران به تعداد ۵۵۰۰ نفر می باشند. برای برآورد حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران، تعداد ۳۴۰ نفر از جامعه آماری انتخاب شده اند. روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای است. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شده اند و از آزمون های کندال تای بی و گاما برای همبستگی های سطح ترتیبی در جداول متقاطع توافقی و همچنین تحلیل چند متغیره رگرسیونی استفاده شده است. چهارچوب نظری تحقیق شامل مدل کیز و ابعاد سلامت اجتماعی (شکوفایی اجتماعی، انسجام اجتماعی، همبستگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی) می باشد.
- یافته های حاصل از پژوهش حاکی از این است که هر چه زنان سرپرست خانوار از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار بوده اند، متناسب با آن از سلامت اجتماعی بالاتری نیز برخوردار بوده اند و بالعکس. همین رابطه بین مولفه های سه گانه حمایت اجتماعی (عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی) و سلامت اجتماعی نیز دیده می شود. رابطه معنادار و معکوسی بین سن و سلامت اجتماعی وجود دارد؛ یعنی هر چه سن زنان سرپرست خانوار بالاتر بوده، متناسب با آن میزان سلامت اجتماعی شان کاهش یافته است. رابطه معنادار و مستقیمی بین تحصیلات و سلامت اجتماعی وجود دارد؛ هر چه تحصیلات زنان سرپرست خانوار بالاتر باشد، میزان سلامت اجتماعی شان نیز افزایش می یابد (تقی پور، ۱۳۸۹).
- امینی رارانی، مصطفی (۱۳۸۹)، پایان نامه خود را با عنوان «بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی در ایران»، با راهنمایی میر طاهر موسوی و مشاوره حسن رفیعی، انجام داده است. این مطالعه به منظور بررسی رابطه سرمایه اجتماعی به عنوان یکی از تعیین کننده های اجتماعی سلامت و سلامت اجتماعی به مثابه صفتی از جامعه می پردازد. در این پژوهش به منظور بررسی رابطه مزبور از داده های ملی استفاده شده است و تلقی ما از سلامت اجتماعی بر اساس دلفی رفیعی و همکاران (۱۳۸۸) و همچنین تحلیل عاملی انجام شده می باشد که در آن از فقر، خشونت، رشد جمعیت، میزان باسوادی، میزان بیکاری و پوشش بیمه به عنوان بیانگرهایی از سلامت اجتماعی در ایران بهره برده ایم. بیانگرهای فوق در مجموع ۶۸

درصد از واریانس یا پراکنش سلامت اجتماعی در ایران را تبیین می کنند در مجموع بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی کل در ایران رابطه آماری معناداری وجود دارد (امینی رارانی، ۱۳۸۹).

کنگرلو، مریم (۱۳۸۷) در بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیر شاهد دانشگاه علامه طباطبایی، پایان نامه کارشناسی ارشد نوشته است؛ هدف از این پژوهش سنجش سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد مشغول به تحصیل در مقطع کارشناسی در دانشگاه علامه طباطبایی و مقایسه آن با سلامت اجتماعی دانشجویان غیر شاهد بوده است و بدین منظور ۱۵۲ دانشجو به طور مساوی از شاهد و غیر شاهد در سال تحصیلی ۸۶-۸۵ با روش نمونه گیری طبقه بندی شده و با استفاده از نسبت دانشجویان شاهد هر دانشکده انتخاب شده است. جهت ارزیابی متغیرها از ابزارهای سلامت اجتماعی و چک لیست محقق ساخته مربوط به ویژگی های شخصیتی و خانوادگی دانشجویان شاهد و غیر شاهد استفاده شده است. نتایج نشان دادند که بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیر شاهد تفاوت معنی داری وجود ندارد ولی بین میزان اجتماعی دانشجویان شاهد با محل تحصیل آنها و میزان پنهان کردن سهمیه شاهد، تفاوت معنی دار است. هم چنین بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و ازدواج مجدد مادرانشان، وضعیت تأهل و جنسیت آنان رابطه معناداری وجود ندارد (کنگرلو، ۱۳۸۷: ۳۴).

حسینی، فاطمه (۱۳۸۷) در بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان و عوامل مؤثر بر آن، پایان نامه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی نوشته است؛ هدف اصلی این پژوهش بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان و عوامل مؤثر بر آن می باشد. این پژوهش در دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی و با روش پیمایشی که در آن ۳۴۰ دانشجو که به روش نمونه گیری طبقه ای انتخاب شده بودند انجام شد. داده های پژوهش با استفاده از پرسشنامه جمع آوری شده و مورد بررسی قرار گرفت. تجزیه و تحلیل و آزمون فرضیات با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون فرضیات با استفاده از آماره های گاما و کندال تای انجام شد. نتایج حاصل از این پژوهش شامل موارد ذیل می باشد: میزان سلامت اجتماعی جامعه آماری در سطح متوسط به دست آمد. بین میزان مهارت های ارتباطی و میزان سلامت اجتماعی، میزان باورهای مذهبی و میزان سلامت اجتماعی و میزان پایگاه اقتصادی- اجتماعی و میزان سلامت اجتماعی رابطه معنی داری وجود دارد و هر سه فرضیه تأیید شد، اما میان نحوه گذران اوقات فراغت و میزان سلامت اجتماعی رابطه ای مشاهده نشد و فرضیه فوق رد شد (حسینی، ۱۳۸۷).

پژوهش های خارجی

پل در سال ۲۰۰۷ مطالعه ای جهت بررسی رابطه بین عملکردهای ارتباطی، سلامت اجتماعی، معنوی و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به سرطان انجام داد. نمونه های این مطالعه افراد مبتلا به سرطان بین سنین ۳۵ تا ۸۰ سال بودند که به روش نمونه گیری آسان انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده برای جمع آوری داده ها، ابزار اندازه گیری کیفیت زندگی، پرسشنامه سلامت اجتماعی، معنوی و پرسشنامه عملکرد اجتماعی بودند. تجزیه و تحلیل آماری نشان داد که سلامت معنوی عمده ترین عامل تاثیرگذار در کیفیت زندگی این افراد بود و سلامت اجتماعی پس از سلامت معنوی در رتبه دوم قرار داشت ولی عملکردهای ارتباطی این افراد رابطه ای با کیفیت زندگی آن ها نداشت (Paul, 2007: 99).

هیپا و همکارانش (۲۰۰۵)، «رابطه سطح فردی بین سرمایه اجتماعی و سلامت در جامعه فنلاندی و سوئدی زبان»، را مورد بررسی قرار دادند. آنها براساس نتایج تحقیقات پیشین که نشان داده بودند نرخ مرگ و میر در بین سوئدی زبان ها در مقایسه با فنلاندی زبان ها در وضعیت مطلوبی قرار دارد. این سوال را مطرح کردند که آیا سطح سرمایه اجتماعی در میان سوئدی زبان ها بیشتر از فنلاندی زبان هاست؟ در صورت بیشتر بودن آیا سرمایه اجتماعی در سطح فردی با سلامت آنها رابطه دارد یا نه؟ نمونه آماری به طور تصادفی از دو جامعه فنلاندی زبان $n=1000$ و سوئدی زبان $n=1000$ انتخاب شدند

و برای سنجش معرف ها و متغیرهای سرمایه اجتماعی، رفتارهای سالم، وضعیت سلامتی از یک پرسشنامه که به دو زبان فنلاندی و سوئدی طرح شده بود، استفاده شد. هدف این تحقیق روی یک جامعه دو زبانه، ارزیابی این نکته بود که کدام فعالیت اجتماعی و شهری برای سلامت مهم است؟ نتایج نشان داد که فنلاندی های مهاجر، از لحاظ اعتماد اجتماعی در سطح پایینی قرار دارند و در رویدادهای اجتماعی کمتر فعالند. همچنین در هر دو گروه گرایش کمک به دوستان، بی اعتمادی، عضویت در انجمن های مذهبی، آوازخوانی با گروه گر، به صورت معناداری با سلامت افراد مرتبط بودند. در کل نتایج بیانگر این بود که سوئدی ها دارای سرمایه اجتماعی کمی بیشتر از فنلاندی ها بودند و در مقایسه با آنها از نظر سلامتی در وضعیت بهتر قرار داشتند (Hyypa & MaEki, 2005).

■ ون اوین و همکارانش در سال ۲۰۰۱ مطالعه‌ای را با هدف بررسی اهمیت ناتوانایی‌های شنیداری بر درک ذهنی از سلامت و سلامت روانی و اجتماعی انجام داده‌اند. نمونه‌های این پژوهش ۸ هزار و ۵۶۰ نفر از افراد ۱۵ سال به بالا بودند که میزان ناتوانایی‌های شنیداری آنها از طریق یک آزمون خود گزارش دهی تعیین شد. پس از این که داده‌های جمع‌آوری شده به وسیله رگرسیون لجستیک یا کنترل عوامل مخدوش گر مانند سن، جنس، وضعیت اجتماعی و اقتصادی و سایر بیماری‌ها انجام شد، نتایج حاصله نشان داد که شیوع ناتوانایی‌های شنیداری در این جمعیت ۷ درصد بود. شیوع اختلال در بهداشت روان در این افراد بالاتر بود، همچنین میزان رضایت از تماس‌های اجتماعی در این افراد از میزان کمتری نسبت به سایرین برخوردار بود. وی همچنین نشان داد که ارتباطی بین میزان فراوانی تماس‌های اجتماعی و این نوع از ناتوانی وجود ندارد و در کل این نتیجه به دست آمد که این ناتوانی بر سلامت روانی و اجتماعی افراد تأثیر گذار است. این محقق پیشنهاد کرد که این موضوع نیاز به توجه و استراتژی‌هایی برای پیشگیری، شناسایی و درمان ندارد (Van Oyen, 2002: 335-339, Taffoeau, Demarest).

چارچوب نظری تحقیق

سلامت

سلامت از واژه‌هایی است که بیشتر مردمان با آنکه اطمینان دارند معنای آن را می‌دانند، تعریفش را دشوار می‌یابند. در فرهنگ‌های گوناگون تعریف‌های بسیاری از سلامت شده است: در فرهنگ وبستر سلامت وضع خوب و عالی بدن، اندیشه و روح و بویژه بر کنار بودن از درد یا بیماری جسمی تعریف شده است. در فرهنگ آکسفورد به معنی وضع عالی جسم یا روح و حالتی که اعمال بدن به موقع و به گونه موثر انجام شود آمده است. جالینوس سلامت را عبارت از وجود نسبت معینی از عناصر گرمی، سردی، رطوبت و خشکی تعریف می‌کند. ابن سینا معتقد است: سلامت سرشت یا حالتی است که در آن اعمال بدن به درستی انجام می‌گیرد... نقطه مقابل آن بیماری است (سجادی، ۱۳۸۸: ۲۴۵). در سالهای اخیر با گنجانده شدن توانایی داشتن یک زندگی متمرکز از نظر اقتصادی و اجتماعی، این تعریف کامل تر شده است. سلامت بیشتر به عنوان ابزاری برای رسیدن یک هدف منظور شده است که می‌توان آن را از لحاظ کارکردی به صورت یک منبع بیان کرد؛ منبعی که به مردمان امکان می‌دهد به گونه فردی، اجتماعی و اقتصادی زندگی کنند. سلامت تنها زندگی کردن نیست، بلکه منبعی برای زندگی روزمره است؛ سلامت یک مفهوم مثبت است که بر منابع و امکانات اجتماعی و شخصی و همچنین توانایی‌های جسمانی تأکید دارد (پوراسلامی، ۱۳۷۹: ۱۹). سازمان جهانی بهداشت، سلامت را بهزیستی کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرف نبودن بیماری و یا رنجوری تعریف می‌کند. بنا براین سلامت منبعی برای زندگی روزمره است و نه برای هدف زندگی (محمد نبی، ۱۳۸۶: ۱) شخصی تأکید دارد. سلامت دارای ۶ بعد مختلف می‌باشد: سلامت جسمی، سلامت روانی، سلامت عاطفی، سلامت معنوی، سلامت جنسی و سلامت اجتماعی (سجادی، ۱۳۸۳: ۲۴۶). در زیر شرح کوتاهی از تغییر مفاهیم سلامت آورده شده است:

۱. **مفهوم زیست پزشکی:** سلامت به گونه سنتی بعنوان بیمار نبودن در نظر گرفته می‌شده و اگر کسی بیمار نبود سالم شناخته می‌شد. این مفهوم پایه نظریه میکروبی بیماری‌ها بود که در آغاز سده بیستم اندیشه پزشکی را تحت الشعاع قرار داده بود و متخصصان جسم انسان را مانند ماشین و بیماری را بعنوان اختلال در کار ماشین در نظر می‌گرفتند و یکی از وظایف پزشکی ترمیم این ماشین بود. با این ترتیب و با این دیدگاه محدود، سلامت هدف نهایی پزشکی به شمار می‌رفت. این دیدگاه نقش عوامل تعیین‌کننده زیست‌محیطی، اجتماعی، روان‌شناختی را دست‌کم گرفته‌است. همچنین، این الگو در حل برخی مسائل اساسی بهداشتی انسان از جمله اعتیاد، بیماری‌های روانی، آلودگی محیط زیست و انفجار جمعیت نارسا بوده‌است.

۲. **مفهوم بوم‌شناختی:** این مفهوم سلامت را بعنوان تعادل پویا میان انسان و محیط زیست و بیماری را به صورت تنظیم نبودن وجود انسان با محیط در نظر می‌گیرد. دوبس^۱ در تعریف سلامت می‌گوید: «سلامت نشانه نبودن نسبی درد و ناراحتی و هماهنگی و تنظیم مستمر با محیط زیست به منظور اطمینان از بهترین عملکرد است». همخوانی فرهنگی و بوم‌شناختی انسان نه تنها بروز بیماری‌ها، بلکه در دسترس بودن خوراکی و انفجار جمعیت را هم تعیین می‌کند.

۳. **مفاهیم روان‌شناختی:** پیشرفت‌های علوم اجتماعی در دوران کنونی گویای آن است که سلامت تنها پدیده زیست پزشکی نیست بلکه عوامل اجتماعی، روان‌شناختی، فرهنگی، اقتصادی و سیاسی مردم بر آن اثرگذار است و هنگام تعریف و اندازه‌گیری سلامت باید این عوامل را نیز در نظر گرفت.

۴. **مفهوم کلیت:** الگوی کلیت ترکیبی از همه مفاهیم یاد شده است که می‌تواند آثار اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و زیست‌محیطی و دیگر عوامل مؤثر بر سلامت را شناسایی کند. این مفهوم از راه‌های گوناگون و بعنوان فرآیند یکنواخت یا چند بعدی مانند سلامت همگان در رابطه با محیط زیست شرح داده شده‌است. این نظریه باستانی که می‌گوید سلامت نشانه‌ای است از اندیشه سالم و عالی در بدن سالم، در خانواده‌ای سالم و در محیطی سالم، مربوط است. روش جامع گویای آن است که همه بخش‌های جامعه بر سلامت اثر می‌گذارند. سلامت فرد به سلامت جامعه وابستگی دارد. همچنین سلامت جامعه و محیط به سلامت فرد، چگونگی زندگی، شغل و کار او بسیار وابسته‌است. به سخن دیگر، سلامت جامعه از مجموعه رفتارها، نگرش‌ها و باورهای کسانی که در آن جامعه زندگی می‌کنند تأثیر می‌پذیرند. هسته اصلی جامعه سالم، سلامت مردمان جامعه است که سلامت آنها با عوامل اجتماعی، اقتصادی، فیزیکی، زیست‌محیطی و خدمات بهداشتی سنجیده می‌شود (سجادی و صدرالسادات، ۱۳۸۳: ۲۴۶-۲۴۷).

مفهوم سلامت روانی

سلامت روان یکی از مؤلفه‌های مهم بهداشت عمومی است. اصطلاح سلامت روان برای توصیف سطح بهزیستی شناختی، هیجانی و برای نشان دادن مبتلا نبودن به اختلالات روانی به کار می‌رود. به گفته سازمان جهانی بهداشت، هیچ تعریف رسمی برای بهداشت روان وجود ندارد و همه تفاوت‌های فرهنگی، ارزیابی شخص و نظریه‌های تخصصی رقیب بر شیوه تعریف این اصطلاح اثر می‌گذارند (WHO, 2001). با این حال همگان تقریباً توافق دارند، که بهداشت روان توانایی برقراری توازن در زندگی و مقاومت در برابر مشکلات است. مشکلات روانی، فشار ملاحظه‌پذیری بر جوامع وارد می‌کند. مثلاً پیش‌بینی می‌شود که در سال ۲۰۲۰، افسردگی بعد از ناراحتی قلبی، بالاترین رقم هزینه‌ها را در سیستم بهداشتی جوامع به خود اختصاص دهد (Keller, Boland, 1998; Lecrubier, 2001).

عوامل مختلفی به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های سلامت روان طرح شده‌اند. یکی از این عوامل، هوش هیجانی- اجتماعی است. هوش هیجانی- اجتماعی، نقطه تلاقی توانمندی‌ها، مهارت‌ها و تسهیل‌کننده‌های هیجانی و اجتماعی فرد است که با یکدیگر ارتباط متقابل دارند. این مجموعه مشخص می‌کند، که ما تا چه اندازه در درک و ابراز خود، درک دیگران، برقراری ارتباط با آنها، و مقابله با نیازها و مشکلات زندگی روزمره به شیوه‌ای اثربخش عمل می‌کنیم (Bar On, 2006). از منظر هوش هیجانی- اجتماعی، هیجان‌ها،

^۱ Dubos

مهارت‌ها و توانمندی‌های اجتماعی و فردی پدیده‌های مهم زندگی انسان هستند، که در برگیرنده اطلاعات ارزشمندی درباره چگونگی حل مسائل روزمره هستند. بدین ترتیب، کاربرد هوشمندانانه آنها عامل ضروری در سازگاری جسمانی و روان‌شناختی است (Mayer, Salovey, 1997; Salovey, et.al, 1999).

پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه رابطه مؤلفه‌های هوش هیجانی-اجتماعی با مؤلفه‌های سلامت روان نشان داده‌اند که مؤلفه‌های این دو سازه ارتباط معناداری با یکدیگر دارند. این روابط متعلق به هر دو جنبه درون‌فردی و بین‌فردی هوش هیجانی است. ابعاد بین‌فردی هوش هیجانی به افزایش کیفیت روابط اجتماعی منجر می‌شوند و ابعاد درون‌فردی در تعدیل خلق فرد تأثیرگذار هستند که هر دو از عوامل اثرگذار در سلامت روان قلمداد می‌شوند (Austin, et.al, 2005; Lopez, et.al, 2002).

با توجه به نکات فوق می‌توان گفت که پژوهش‌هایی که بتوانند رابطه بین مؤلفه‌های هوش هیجانی-اجتماعی و سلامت روان را شفاف کنند، در تعیین نوع مداخلات در این زمینه، کمک‌کننده هستند. اگرچه اطلاعات موجود حاکی از اثر هوش هیجانی-اجتماعی بر سلامت روان و ارتقاء آن است، ولی الگوی این رابطه برای افراد با سلامت روانی کمتر یا سلامت روانی بیشتر یکسان نیست. به همین دلیل باید مؤلفه‌های هوش هیجانی-اجتماعی پیش‌بینی‌کننده سلامت روان برای این دو گروه به طور جداگانه تعیین شود تا مداخلات مرتبط مقرون به صرفه‌تر و اثربخش‌تر باشند (فتی و دیگران، ۱۳۸۷: ۱۰۷-۱۰۶).

بر پایه اظهار نظر سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۱) در سال ۱۹۹۰ میلادی از ده بیماری که بیشترین میزان ناتوانی را در جهان سبب شده‌اند، پنج مورد آن مربوط به بیماری‌های روانی است: افسردگی اساسی^۱، سوءمصرف دارو و الکل^۲، اختلال خلقی دو قطبی^۳، اسکیزوفرنی^۴ و اختلال وسواسی-اجباری^۵. بر پایه پیش‌بینی‌های پژوهشگران بین‌المللی بار اختلال افسردگی، حوادث و سوانح، عوارض جنگ، خشونت و صدمه به خود از سال ۱۹۹۰ تا سال ۲۰۲۰ به ترتیب از رتبه چهارم به دوم، نهم به سوم، شانزدهم به هشتم، نوزدهم به دوازدهم و هفدهم به چهاردهم جابه‌جا می‌شود (Christopher, Alan, Lopez, 1996). در جدیدترین پیش‌بینی WHO بار اختلال افسردگی از سال ۲۰۰۲ به سال ۲۰۳۰ میلادی در کشورهای توسعه‌یافته از رتبه چهارم به رتبه نخست و در کشورهای در حال توسعه از رتبه چهارم به رتبه دوم پس از HIV/AIDS می‌رسد. همچنین بار بیماری دیابت که یک اختلال روان‌تنی است، از رتبه بیستم در سال ۲۰۰۲ به رتبه یازدهم در سال ۲۰۳۰ میلادی کاهش می‌یابد (WHO, 2008). در ایران بار بیماری‌های روانی و اختلال‌های روانی-رفتاری پس از حوادث عمدی و غیرعمدی، رتبه دوم را در سال ۱۳۸۲ به دست آورده است (Naghavi, 2007). تمامی این پیش‌بینی‌ها از اهمیت توجه جهانی به سلامت روان در دو دهه آینده حکایت می‌کنند (نوربالا، ۱۳۹۰: ۱۵۲-۱۵۱).

سلامت روانی

پیش از پرداختن به تعریف سلامتی روانی لازم است به این نکته اشاره نماییم. که، سه واژه «بهداشت روانی»، «سلامت روانی» و «بهبودی روانی»^۶، گرچه دارای معانی متفاوتی هستند، ولی در مواردی به جای یکدیگر به کار می‌روند (هرشن سن و پاور^۷، ۱۳۷۴: ۱۱).

مفهوم سلامت روانی مفهومی بسیار گسترده و فراگیر و پیچیده است و گستره‌ی آن در هر یک از رویکردهای موجود، به پارادایمی (مفاهیم پایه و مفروضات متافیزیکی) که آن مدل یا نظریه به آن وابسته است بستگی دارد. یکی از راه‌های تولید علم و نظریه‌پردازی،

¹ Major depression

² Alcohol and drug abuse disorder

³ Bipolar mood disorder

⁴ Schizophrenia

⁵ Obsessive compulsive disorder

⁶ Well-being

⁷ Hershenson & Power

نواندیشی و بازنگری در همین مفاهیم پایه و مفروضات متافیزیکی است و با تغییر پارادایم‌هاست که می‌توان به چشم‌انداز گسترده‌تری از مفهوم سلامت روانی و نتایج ارزشمندی در بعد نظری و عملی دست یافت (حبی، ۱۳۸۳: ۱۰۹).

طبق تعریف وزارت سلامت و خدمات انسانی آمریکا (۱۹۹۹)، سلامت روانی عبارت است از حالتی از عملکرد موفق فرایندهای ذهنی، فعالیت‌های کارآمد، روابط موثر و برابر با افراد، توانایی سازگاری با تغییرات و منطبق شدن با شرایط مطلوب است. تعریف اخیر حاصل چهل سال تلاش متخصصان جهت عرضه تعریفی جامع از سلامت روان است؛ نه فقط به معنای نداشتن بیماری روانی (سمیعی و دیگران، ۱۳۸۹: ۳۳).

سلامت اجتماعی

مفهوم سلامت اجتماعی، مفهومی است که در کنار ابعاد جسمی و روانی سلامت مورد توجه قرار گرفته است، جنبه اجتماعی آن را با محور قرار دادن فرد مورد بررسی قرار می‌دهد. بلوک و برسلو برای اولین بار در سال ۱۹۷۲ در پژوهشی به مفهوم سلامت اجتماعی پرداختند. آنها مفهوم سلامت اجتماعی را با درجه عملکرد اعضاء جامعه مترادف کرده و شاخص سلامت اجتماعی را ساختند. آنها تلاش کردند تا با طرح پرسش‌های گوناگون در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی سلامت فردی، به میزان فعالیت و عملکرد فرد در جامعه برسند. این مفهوم را چند سال بعد دونالد و همکارانش در سال ۱۹۷۸ مطرح کردند و استدلال آنها این بود که سلامت فراتر از گزارش علائم بیماری، میزان بیماریها و قابلیت‌های کارکردی فرد است. آنها معتقد بودند که رفاه و آسایش فردی امری متمایز از سلامت جسمی و روانی است. بر اساس برداشت آنان سلامت اجتماعی در حقیقت هم بخشی از ارکان وضع سلامت محسوب می‌شود و هم می‌تواند تابعی از آن باشد. سنجش محتوای سلامت اجتماعی از ابتدا از طریق تمرکز بر فرد و در رابطه با تعاملات میان فردی (مثلاً ملاقات با دوستان) و مشارکت اجتماعی (مانند عضویت در گروه‌ها) مورد سنجش قرار گرفت و در اندازه‌گیری ارکان عینی (مثلاً تعداد دوستان) و ذهنی (کیفیت روابط دوستانه) هر دو تعریف منظور شده بود. حوزه سلامت اجتماعی از سال‌های ۱۹۹۵ به بعد علاوه بر نگرش کلی و عامی که بر کیفیت سلامت در میان تمام افراد دارد، در کشورهای صنعتی‌گرایشی خاص را در دو بعد سلامت روانی و نیز سلامت اجتماعی آغاز کرده است. گروهی از کارشناسان در این تلاش بوده‌اند تا با عملیاتی کردن مفهوم ارتقاء سلامت اهداف کلی شعار "بهداشت برای همه" را با زمینه‌های اجتماعی سلامت در مفهوم عام پیوند بزنند. آنان معتقدند که ارتقاء سلامت در حقیقت در برگیرنده زمینه‌های اقدام اجتماعی برای توسعه سطح سلامت است. ارتقاء سطح سلامت بر این اساس از دو طریق امکان‌پذیر است که یکی از آنها توسعه شیوه‌های سالم زندگی و اقدام اجتماعی برای سلامت است و دیگری ایجاد شرایطی است که زیستن در یک حیات سالم را امکان‌پذیر سازد. استفاده مفرط از مدل بیماری در گذشته که در آن مقوله سلامت به عنوان نبود نشانه‌ها و عوارض جسمانی و روانی تعریف می‌شده است، منجر به بازتعریف سلامت به شکل‌های مختلف و سنجش آن به طرق متنوع شده است. از جمله این شیوه‌ها می‌توان به این موارد اشاره کرد: بیان شخصی، تغییرات (پترسون و باسیو، ۱۹۹۱) در کارکرد ایمنی بدن، آشکار شدن علائم ظاهری بیماری، تشخیص پزشکی و... با این حال سازمان بهداشت جهانی (W.H.O ۱۹۴۶) سلامت را اینگونه تعریف کرده است: حالت سلامت کامل جسمانی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً نبود بیماری و یا ناتوانی فرد (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۴۶: ۱۰۰). این تعریف مقدمه‌ای برای معرفی مدلی شد که در آن سلامت به معنای سطح بالایی از سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی مفهوم‌سازی شد (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴).

تعریف سازمان بهداشت جهانی راه را برای تعریف سلامت اجتماعی گشود و سبب شد تا بتوان آن را طبقه‌بندی کرده و از زاویه دید جدید تری به تحقیق در باره آن پرداخت که در این زاویه دید جدید، جنبه‌های اجتماعی سلامت مورد توجه به قرار گرفتند. سلامت اجتماعی از دو دیدگاه لذت‌جویانه و کارکردی مورد توجه قرار گرفته است (ریف و سینگر، ۲۰۰۴). دیدگاه لذت‌جویانه، سلامت اجتماعی را با رضایت از زندگی و تعادل جنبه‌های مثبت و منفی بررسی می‌کند. از سوی دیگر دیدگاه کارکرد‌گرایانه، سلامت اجتماعی را با توجه به اهمیت فردی، هستی‌م‌ن‌دار و میزان پتانسیل افراد برای ایفای وظائف خود می‌نگرد (واترمن، ۱۹۹۳)

و لذا تاکید آن بر سلامت اجتماعی در یک بازه زمانی طولانی مدت تر است. تحقیقات مختلف که متمرکز بر مفهوم سلامت اجتماعی هستند، شامل تحقیقات درباره سلامت عاطفی بوده اند و بر مبنای یک مفهوم سازی لذت جویانه از سلامت اجتماعی صورت گرفته اند و کارکردگرایی مثبتی را بررسی کرده اند که به عنوان جزئی از سلامت اجتماعی و سلامت روانی مطرح بوده است (ریف و کیز، ۱۹۹۵). ریف و کیز معتقد بودند که سلامت چیزی بیش از رضایت از زندگی و احساس خوشبختی است که در مفهوم لذت جویانه از سلامت مطرح می شود. امروزه سلامت اجتماعی را محصول عوامل شناختی، روانی و اجتماعی و هم معلول عوامل بیولوژیکی می دانند و این نگرش با یک رویکرد کلی تر به مقوله سلامت و بیماری و معالجه مشکلات آسیب زنده همراه می شود. این رویکرد جدید به سلامت منجر به استفاده از دامنه ای از واژه ها شد که با هم ارتباط درونی دارند از جمله: کیفیت زندگی (پاور، ۲۰۰۳) سلامت اجتماعی ذهنی و سلامت روانی (ریف و کیز، ۱۹۹۵) کارکرد مثبت فردی و سلامت عاطفی (واترمن، ۲۰۰۱) و سلامت اجتماعی (کیز، ۱۹۹۸). این مفهوم سازی گسترده از سلامت و سلامت اجتماعی اجازه می دهد تا بررسی جامع تری از عوامل روانی و شناختی داشته باشیم که مرتبط با درک افراد از میزان کارایی مطلوب خود در محیط اطرافشان است. این تاکید بر عوامل روانی مثبت که مرتبط با سلامت اجتماعی هستند را می توان به حوزه روانشناسی هم تعمیم داد.

کیز (۱۹۹۸) معتقد است که مفهوم سازی سلامت ذهنی می بایست آنقدر گسترده شود که سلامت اجتماعی را هم در بر گیرد. سلامت اجتماعی از دیرباز به عنوان فارغ بودن از حالت های اجتماعی منفی مثل از خودبیگانگی یا هرج و مرج تعریف شده است و نه الزاماً اینکه وجود شرایط روان شناختی اساس سلامت اجتماعی باشند (کیز، ۱۹۹۸: ۱۳۳). در حالیکه به سلامت اجتماعی در جنبه فردی توجه زیادی شده است مثلاً ریف (۱۹۸۹)، این عقیده هم مطرح شده است که میبایست توجه همسانی به ماهیت اجتماعی مقوله سلامت اجتماعی شود. به عقیده کیز سلامت اجتماعی و یافقدان آن، دغدغه ای بارز در نظریه کلاسیک جامعه شناسی بوده است. علیرغم اهمیت مفاهیمی چون هرج و مرج، از خود بیگانگی که مورد توجه مارکس و دورکیم قرار داشته، آنها به بحث درباره ابعاد چندگانه سلامت اجتماعی مثبت هم پرداخته اند. از جمله فواید بالقوه زندگی اجتماعی، یکپارچگی و انسجام اجتماعی است که به معنای احساس تعلق و وابستگی درونی و احساس وجدان مشترک و سرنوشت جمعی می باشد (دورکیم، ۱۹۵۱)، مزایای زندگی اجتماعی می تواند اساس و بنیان ارائه تعریفی جهانی از سلامت اجتماعی باشد. سلامت اجتماعی عبارتست از تخمین شرایط و کارکرد یک فرد در جامعه. کیز در ادامه چالش های اجتماعی که ابعاد سلامت اجتماعی را تشکیل می دهند، توصیف می کند.

سلامت اجتماعی اینگونه تعریف شده است: ارزشگذاری شرایط یک فرد و کارایی او در جامعه، که این بازتابی از سلامت اجتماعی مثبت می باشد (کیز، ۱۹۹۸: ۱۲۲). این نشانگر این حقیقت است که سلامت اجتماعی بازتاب درک فرد از تجربیاتشان در محیط اجتماعی میباشد که در تضاد با ملاک های سلامت اجتماعی از حیث میان فردی قرار می گیرد یعنی ملاک هایی چون حمایت اجتماعی یا ملاک هایی که در سطح اجتماعی شکل اجرایی به خود می گیرند مثل ارزیابی های سرمایه اجتماعی. لذا سلامت و سلامت اجتماعی را باید به گونه ای مفهوم سازی کرد که شامل خود اثبات گری فرد در گروه های اجتماعی و اعتبار و تصدیق این مورد برای افراد مختلف شود (روزنفلد، ۱۹۹۷). کیز (۱۹۹۸) ملاک را برای سلامت اجتماعی بر می شمرد که همراستا با نظریه روان شناختی و جامعه شناختی اجتماعی بسط پیدا می کنند. کیز معتقد است که مدل سلامت اجتماعی (که در امتداد سلامت روانی مطرح می شود و زمینه کارکرد مثبت را فراهم می کند) شامل یکپارچگی اجتماعی، ایفای نقش اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و خودشکوفایی اجتماعی به شرح نمودار زیر می شود:

مدل سلامت اجتماعی				
Social Health				
خودشکوفایی اجتماعی	پذیرش اجتماعی	انسجام اجتماعی	ایفای نقش اجتماعی	یکپارچگی اجتماعی
Social Self-Fulfilment	Social Acceptance	Social Solidarity	Social Role Playing	Social Integration

یکپارچگی اجتماعی: منظور از یکپارچگی اجتماعی، ارزیابی یک فرد با در نظر گرفتن کیفیت همراهی او با جامعه اطرافش است (کیزی، ۱۹۹۸) احساس تعلق می تواند جنبه ای محوری از سلامت باشد (ریف، ۲۰۰۳) و لذا یکپارچگی با دیگران در محیط و جامعه اطراف می بایست حاصل یک تجربه مشترک شباهت بادیگران باشد (کیزی و شاپیرو، ۲۰۰۴) نبود حس یکپارچگی اجتماعی در بالاترین سطح خود به خودکشی می انجامد (دورکیم، ۱۹۵۱) افراد سالم احساس می کنند که جزئی از جامعه اند لذا یکپارچگی اجتماعی میان احساس اشتراک فرد با دیگرانی است که واقعیت اجتماعی او را می سازند و به جامعه خود تعلق دارند. یکپارچگی اجتماعی متکی بر مفاهیمی چون انسجام اجتماعی (دورکیم)، بیگانگی فرهنگی و انزوای اجتماعی (سیمن) و آگاهی طبقاتی مارکس است. از نظر دورکیم هماهنگی اجتماعی و سلامت اجتماعی بازتابی از ارتباط افراد با یکدیگر از طریق هنجارهاست. سیمن معتقد است که بیگانگی فرهنگی عبارتست از گسست فرد و جامعه، طرد جامعه و یا این نگرش که جامعه نمی تواند انعکاسی از ارزش ها و سبک های فرهنگی فرد باشد. انزوای اجتماعی عبارتست از خدشه دار شدن روابط فرد که به زندگی او معنا می دهند و نقش حمایتی برای او دارند. یکپارچگی اجتماعی هم مثل مفهومی که مارکس از آگاهی طبقاتی می دهد دربرگیرنده عضویت جمعی و سرنوشت جمعی است. **ایفای سهم اجتماعی:** ایفای سهم اجتماعی عبارتست از ارزیابی ارزش اجتماعی که فرد دارد و شامل این عقیده است که آیا فرد جزئی مهم از جامعه است و چه ارزشی را به جهان خود اضافه می کند. ایفای سهم اجتماعی با مفاهیم بازدهی و مسئولیت پذیری شباهت دارد. بازدهی فردی به این معنا است که عقیده داشته باشیم می توانیم رفتار خاصی را از خود نشان دهیم و به اهداف ویژه ای برسیم. مسئولیت اجتماعی عبارتست از تعیین الزامات فردی برای نقش آفرینی در جامعه. این بعد از سلامت اجتماعی معرف این است که این افراد فکر می کنند آنچه که انجام می دهند برای جامعه ارزشمند است یا نه؟ این نگرش هم راستا با درونمایه ایست که مارکس مطرح می کند مبنی بر اینکه انسانها ماهیتاً زاینده اند (کیزی، ۱۹۸۹). اگر بخواهیم که از خود بیگانگی را به زبان اقتصادی مطرح کنیم عبارتست از کاهش ارزش زندگی یک فرد و فعالیتهای روزمره ای که انجام می دهد. موارد همتای ایفای سهم اجتماعی، ایجاد انگیزه رفتار است. اریکسون معتقد بود که میانسالی دوره ای است که افراد می توانند طبق میل خود در جامعه ایفای نقش کنند بویژه با آماده کردن نسل آینده تا به اعضای خلاق جامعه مبدل شوند. کیزی (۱۹۹۸) معتقد است که ایفای سهم اجتماعی، با مفهوم سودمندی فردی که باندورا (۱۹۷۷) مطرح می کند همپوشانی دارد و نیز می تواند به عنوان نوعی مسئولیت اجتماعی تلقی شود، تلقی فرد از ارزشی که در جامعه می تواند داشته باشد. برای بسیاری از افراد سخت است که به این احساس برسند که سهم ارزشمندی در جامعه دارند به ویژه وقتی که وجود خودشان برای خودشان ارزشمند نیست (الیاس و هارپر، ۱۹۷۵، کیزی و شاپیرو، ۲۰۰۴)

ایفای سهم اجتماعی تا اندازه ای مرتبط با درک فرد از موضوع است که نقش حیاتی در جامعه به او سپرده شده است (کیزی، ۱۹۹۸). **انسجام اجتماعی:** انسجام اجتماعی قابل قیاس با بی معنا بودن زندگی است (سیمن، ۱۹۵۹) و شامل دیدگاه هایی می شود در این باره است که جامعه قابل سنجش و قابل پیش بینی است. از حیث روان شناختی، افراد سالم زندگی شخصی خود را با معنا و منسجم می بینند (ریف، ۱۹۸۹). آنتونوفسکی معتقد است که احساس انسجام در وجود فرد می تواند نشانه ای برای سلامتی او باشد: افرادی که از انسجام برخوردارند تلاش می کنند در هنگام مواجهه با رویدادهای غیر قابل پیش بینی، انسجام خود را حفظ کنند. انسجام اجتماعی درک فرد از کیفیت جهان اجتماعی خود و شیوه سازماندهی و عملکرد آن است (کیزی، ۱۹۹۸). این مقوله باقابلیت معنابخشی به وجود شخص است (کیزی و شاپیرو، ۲۰۰۴). افرادی که سالم ترند به ماهیت جهان اجتماعی خود علاقمندند و می توانند شیوه عملکرد آن را درک کنند. کیزی جامعه را می توان درک کرد و عبارت از درک این موضوع است که «معتقد است که انسجام اجتماعی عقلانی و قابل پیش بینی می باشد (کیزی، ۱۹۹۸: ۱۲۳). **شکوفایی اجتماعی:** منظور از شکوفایی اجتماعی ارزیابی پتانسیل و خط سیر جامعه است (کیزی، ۱۹۹۸: ۱۲۳). شکوفایی اجتماعی شامل درک افراد از این موضوع است که آنها هم از رشد اجتماعی سود

خواهند برد و اینکه نهادها و افراد حاضر در جامعه به شکلی در حال شکوفایی اند که نوید توسعه بهینه را می دهد و هرچند این امر برای همه افراد درست نیست (کیزی و شاپیرو، ۲۰۰۴). با اینحال سلامت شامل دیدگاهی خوش بینانه از آینده احتمالی است. در حالیکه خودمختاری عبارت است از حس کنترل شخصی بر سرنوشت خویش، شکوفایی اجتماعی دربرگیرنده این درک است که جامعه کنترل آینده خود، خودشناسی را در دست دارد. با توجه به دیدگاه های کیزی، این مفهوم خصوصیت مشترکی با مفهوم ماسلو (۱۹۶۸) دارد و نیز بی ارتباط با تاکید ریف بر رشد فردی نیست. شکوفایی اجتماعی انعکاس میزان کارکرد مناسب افراد است که حاصل و ثمره استقبال آنها از تجربیات جدید و رشد مداوم می باشد (کیزی، ۱۹۹۸)، شکوفایی اجتماعی به موازات خود مختاری، به معنای تاوان جامعه برای کنترل فرد است. تمرکز اصلی در شناسایی پتانسیل اجتماعی هم معطوف به درونمایه پتانسیل اجتماعی و توسعه آن به عنوان خود شناسی ماسلو (۱۹۶۸) خوشبختی و رشد فردی (ریف، ۱۹۸۹) است. کارکرد بهینه ناشی از باز بودن فرد در برابر تجربیات تازه و تلاش برای رشد دائم است. شکوفایی اجتماعی هم این ایده های مربوط به رشد و توسعه را در بر می گیرد.

پذیرش اجتماعی: پذیرش اجتماعی نسخه اجتماعی پذیرش خود است. افرادی که نگرش مثبتی به شخصیت خود دارند و جنبه های خوب و بد زندگی خود را توامان می پذیرند نمونه هایی از سلامت روانی و اجتماعی هستند (ریف، ۱۹۸۹) منظور از پذیرش اجتماعی، درک فرد از جامعه با توجه به خصوصیات سایر افراد است (کیزی، ۱۹۹۸) پذیرش اجتماعی شامل پذیرش تکثر با دیگران، اعتماد به خوب بودن ذاتی دیگران و نگاه مثبت به ماهیت انسانها است که همگی آنها باعث می شوند فرد در کنار سایر اعضای جامعه انسانی، احساس راحتی کند (کیزی و شاپیرو، ۱۹۹۸) کسانی که دیگران را می پذیرند به این درک رسیده اند که افراد به طور کلی سازنده هستند (کیزی، ۱۹۹۸) همانگونه که سلامت روانی شامل پذیرش خود می شود، پذیرش دیگران در جامعه هم می تواند به سلامت اجتماعی بینجامد (کیزی، ۱۹۹۸: ۱۳۲). کیزی دو تحقیق انجام دادیکی با استفاده از نظرسنجی تلفنی و دیگری با یک پرسشنامه خودنوشت که اثبات گر ۵ بعد از سلامت اجتماعی بودند: این تحقیقات شواهدی برای اعتبار همگرا میان مقیاس های سلامت اجتماعی اجتماعی و مواردی چون مشارکت اجتماعی، زاینده بودن فعالیت ها، درک محدودیت ها، رضایت از زندگی و خوشبختی ارائه کردند. کیزی همچنین دریافت که سلامت اجتماعی به طور کلی با افزایش سن و بالارفتن سطح تحصیلات افزایش می یابد و معتقد بود مهارتها، منابع و تجربیات با بالارفتن سن افزایش می یابند و به افراد کمک می کنند بهتر از عهده چالشهای اجتماعی برآیند. در حالیکه این مقیاسهای سلامت اجتماعی همراستا با ملاک های سلامت روحی که به سلامت روانی می انجامد هستند، با آنها همپوشانی ندارند (کیزی، ۱۹۹۸). بعلاوه این مقیاسها صرفاً به شکل حداقلی با خوش بینی همبستگی دارند. لذا نتایجی که کیزی می گیرد نشان می دهد که مقیاسهای سلامت اجتماعی به حد کافی نشانگر میزان حل و فصل چالشهای اجتماعی توسط افراد هستند. او معتقد است که سلامت اجتماعی یک دستاورد است (کیزی، ۱۹۹۸: ۱۳۳). اجرایی کردن سلامت اجتماعی به عنوان کارکردی روانی، جسمانی و اجتماعی می باید دیدگاهی کلان تر درباره تلقی افراد از میزان کارکرد مناسب خود در محیط شان ارائه دهد. این امر اثبات شده است که سلامت روانی و اجتماعی تحت تاثیر دامنه ای از عوامل جمعیت شناختی و جامعه شناختی و روان شناختی قرار دارند که برخی از آن ها عبارتند از: پایگاه اقتصادی - اجتماعی (SES)، وضعیت تاهل، جنسیت، مهارت های ارتباطی، مذهب و میزان استفاده از شبکه های اجتماعی.

فرضیه های تحقیق

- به نظر می رسد بین متغیر جنسیت و میزان سلامت اجتماعی ارتباط معناداری وجود دارد.
- به نظر می رسد بین متغیر وضعیت تاهل با میزان سلامت اجتماعی ارتباط معناداری وجود دارد.
- به نظر می رسد بین متغیر پایگاه اقتصادی - اجتماعی با سلامت اجتماعی ارتباط معناداری وجود دارد.
- به نظر می رسد بین متغیر مهارت های ارتباطی با میزان سلامت اجتماعی ارتباط معناداری وجود دارد.

- به نظر می‌رسد بین متغیر مذهب با میزان سلامت اجتماعی ارتباط معناداری وجود دارد.
- به نظر می‌رسد بین متغیر میزان استفاده از شبکه‌های اجتماعی با میزان سلامت اجتماعی ارتباط معناداری وجود دارد.

روش تحقیق

در این تحقیق از روش اسنادی و پیمایشی استفاده شده است. متغیرهای مورد مطالعه از مجموع نظریات و مطالعات استخراج شده که نهایتاً منجر به تنظیم پرسشنامه و ورود به حوزه میدانی تحقیق شده است. جامعه آماری مورد مطالعه این تحقیق، کلیه خانواده‌های ساکن در منطقه ۳ شهر تهران می‌باشد. جهت تعیین حجم نمونه (۲۵۰ نفر) از فرمول نمونه‌گیری کوکران استفاده شده است. پس از تهیه پرسشنامه، آزمون مقدماتی، بررسی روایی و اعتبار گویه‌ها و طیف‌های مورد استفاده از طریق آلفای کرونباخ، مبادرت به تصحیح و نهایتاً تکمیل پرسشنامه گردیده است که این میزان برای کل پرسشنامه برابر ۰/۸۲ بدست آمده که نشانگر این است که ابزار از پایایی بالایی برخوردار است.

جدول (۱): اطلاعات جمعیتی منطقه ۳ شهر تهران به تفکیک جنسیت

منطقه	تعداد خانوار	زن	مرد	جمعیت
تهران ۳	۱۰۶۰۴۶	۱۶۵۴۹۱	۱۴۸۶۲۱	۳۱۴۱۱۲

در این تحقیق بهترین شیوه برای نمونه‌گیری، نمونه‌گیری تصادفی ساده است. با توجه به این که حجم جامعه آماری (ساکنین منطقه ۳ شهر تهران مطابق با نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن ۱۳۹۰) در این تحقیق ۱۰۶۰۴۶ بدست آمده و با استفاده از فرمول کوکران و فاصله اطمینان ۰/۹۵ به محاسبه تعداد نمونه می‌پردازیم.

$$n = \frac{\frac{(1/96) \times 0.5 \times 0.5}{(0.5)}}{1 + \frac{1}{106046} \frac{(1/96) \times 0.5 \times 0.5}{(0.5)}} = \frac{384/16}{1/0.0361} = 382/778 \approx 383$$

یافته‌های تحقیق

جدول (۲): متغیرهای وارد شده در مدل و روش برازش رگرسیونی

مدل	متغیرهای وارد شده در مدل	متغیرهای حذف شده	روش رگرسیونی
۱	جنسیت وضعیت تاهل پایگاه اقتصادی - اجتماعی مهارت‌های ارتباطی مذهب میزان استفاده از شبکه‌های اجتماعی	--	Enter

با توجه به جدول ۲ متغیرهای وارد شده در مدل که عبارتند از جنسیت، وضعیت تاهل، پایگاه اقتصادی - اجتماعی، مهارت‌های ارتباطی، مذهب و میزان استفاده از شبکه‌های اجتماعی و همچنین روش برازش مدل رگرسیونی (Enter) ارائه شده‌اند. در این روش همه متغیرها وارد مدل می‌شوند و از تمامی اطلاعات وارد شده در تحلیل مدل استفاده می‌شود. به عبارت دیگر این روش همه رگرسیون‌های ممکن را در اختیار محقق می‌گذارد.

جدول (۳): ضریب تعیین برازش رگرسیونی

مدل	ضریب همبستگی	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل شده	خطای استاندارد برآورد
۱	۰/۴۷	۰/۲۲۰	۰/۲۱۸	۰/۵۳۱۴۴

با توجه به جدول ۳ ضریب همبستگی متغیرهای جنسیت، وضعیت تاهل، پایگاه اقتصادی - اجتماعی، مهارت های ارتباطی، مذهب و میزان استفاده از شبکه های اجتماعی برابر ۰/۴۷ و مجذور آن یعنی ضریب تبیین برابر $R^2 = 0/220$ و ضریب تبیین تعدیل شده نیز برابر $\bar{R}^2 = 0/218$ می باشد. به عبارت دیگر در حالت تعدیل یافته ۰/۲۱۸ درصد از واریانس متغیر سلامت اجتماعی توسط متغیرهای جنسیت، وضعیت تاهل، پایگاه اقتصادی - اجتماعی، مهارت های ارتباطی، مذهب و میزان استفاده از شبکه های اجتماعی پیش بینی می شود.

جدول (۴): تحلیل واریانس برازش رگرسیونی

	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معنی داری (۰/۰۵)
رگرسیون	۳۱/۱۷۱	۶	۶/۲۳۴	۶۴/۴۳۴	۰/۰۰۰
باقیمانده	۱۲/۹۷۷	۳۷۶	۰/۰۶۶		
کل	۴۴/۱۴۸	۳۸۲			

جدول ۴ تحلیل واریانس برازش رگرسیونی را نشان می دهد که در آن مجموع مربعات، میانگین مربعات، درجات آزادی، مقدار آماره F (۶۴/۲۳۴) و همچنین سطح معنی داری (۰/۰۰۰) نشان داده شده است. با توجه به اینکه مقدار سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ بدست آمده است می توان معنی داری رگرسیون را استنتاج نمود.

جدول (۵): ضرایب مدل رگرسیون

سطح معنی داری (۰/۰۵)	T	ضرایب استاندارد	ضرایب غیر استاندارد		مدل
			B	خطای استاندارد	
۰/۰۰۳	۹/۰۳۲	-	۰/۲۹۴	۳/۳۸۹	(ثابت)
۰/۰۰۳	۶/۰۰۹	۰/۳۶۶	۰/۰۶۲	۰/۳۶۱	جنسیت
۰/۰۰۰	۱۰/۰۵۹	۰/۳۳۹	۰/۰۳۱	۰/۱۶۲	وضعیت تاهل
۰/۰۰۷	۰/۱۴۱	۰/۰۱۸	۰/۰۴۷	۰/۰۰۸	پایگاه اقتصادی - اجتماعی
۰/۰۰۱	۲۱۴/۵	۰/۲۴۷	۰/۰۳۲	۰/۲۵۶	مهارت های ارتباطی
۰/۰۰۰	۲/۸۱۴	۰/۲۷۱	۰/۰۵۷	۰/۶۴۲	مذهب
۰/۰۱۴	۲/۴۸۴	۰/۲۵۴	۰/۰۶۶	۰/۱۷۳	میزان استفاده از شبکه های اجتماعی

جدول ۵ برآورد ضرایب مدل رگرسیونی را نشان می دهد. ضریب رگرسیون برای متغیر جنسیت برابر ۰/۳۶۱، مقدار خطای استاندارد ۰/۰۶۲ و ضریب استاندارد برابر ۰/۳۶۶ بدست آمده است. با توجه به اینکه مقدار آماره t برابر ۶/۰۰۹ بدست آمده و سطح معنی داری (برابر ۰/۰۰۳) کمتر از ۰/۰۵ بدست آمده است می توان معنی داری ضریب متغیر جنسیت و تاثیر آن بر متغیر سلامت اجتماعی را تایید کرد. برای سایر متغیرها نیز چنین نتیجه ای حاصل شده است. نتایج حاصله از تحلیل رگرسیونی متغیرهای موجود در معادله را می توان به صورت استاندارد شده در رابطه ریاضی ذیل نشان داد:

$$Y = \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4 + \beta_5 X_5 + \beta_6 X_6 + \varepsilon$$

جدول (۶): ضرایب مدل رگرسیون به ترتیب تاثیر عوامل موثر بر سلامت اجتماعی

متغیر	ضریب تاثیر
جنسیت	۰/۳۶۶
وضعیت تاهل	۰/۳۳۹
مذهب	۰/۲۷۱
میزان استفاده از شبکه های اجتماعی	۰/۲۵۴
مهارت های ارتباطی	۰/۲۴۷
پایگاه اقتصادی - اجتماعی	۰/۰۱۸

بحث و نتیجه گیری

• به نظر می رسد بین متغیر جنسیت و میزان سلامت اجتماعی ارتباط معناداری وجود دارد. یافته های تحقیق تقی پور جاوی (۱۳۹۰) حاکی از آن است که میزان سلامت اجتماعی در گروه های جنسیتی تفاوت معناداری ندارد. همچنین تحقیقات کنگرلو (۱۳۸۷)، آژیر (۱۳۸۵)، عجم نژاد (۱۳۸۸) و مهری (۱۳۹۰) نیز این یافته را تایید کردند. نتایج آزمون T در تحقیق شیعه (۱۳۸۱) و باباپور خیرالدینو دیگران (۱۳۸۸) حاکی از آن بوده است که بین دختران و پسران در هیچ یک از خرده مقیاس های سلامت اجتماعی تفاوت وجود ندارد. البته یافته هایبیا (۱۳۸۶) با آزمون کای اسکور نیز نشان داد بین سلامت اجتماعی و جنس ارتباط معنی دار وجود دارد و نتایج عبدالله تباردرزی (۱۳۸۶) و صبوری (۱۳۹۰) نشان می دهد که، میانگین نمرات سلامت اجتماعی دانشجویان پسر بیش از دانشجویان دختر بود.

در بین تحقیقات خارجی آزیازو گاریدو، در مطالعه خود وضعیت سلامت عمومی زنان را از لحاظ سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی - اجتماعی پایین تر از مردان گزارش داده است (Garrido, 2002: 339). همچنین لاروچ در سال ۱۹۹۸ مطالعه ای توصیفی روی ۱۵۱ دانشجوی دانشگاه در بوستون ماساچوست به این نتیجه دست یافت که، زنان دانشجو به طور معنی داری در ابعاد تغذیه، روابط بین فردی، مسئولیت پذیری در مقابل سلامت و سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت، رفتار بهتری از مردان داشتند. (Larouch, 1998: 35-44).

• به نظر می رسد بین متغیر مهارت های ارتباطی با میزان سلامت اجتماعی ارتباط معناداری وجود دارد. پارسونز جامعه را متشکل از اجزایی می دانست که اصطلاحاً «پایگاه نقش ها» نامیده می شوند. (ورسلی، ۱۳۷۸: ۶۵) بنابراین وقتی خرده سیستم ها به ایفای نقش های خویش پرداخته و آسیبی متوجه آنان نباشد یا همچنین امکان کسب فرصت ها برای انسجام خرده سیستم ها فراهم باشد، امنیت اجتماعی برقرار شده است. پارسونز برای امنیت اجتماعی چهار بعد قایل است که هر کدام مربوط به یک خرده سیستم جامعه هستند و از برآیند برخوردار از این چهار بعد امنیت اجتماعی می توان به تحقق امنیت در سطح جامعه امید داشت. امنیت مالی و اقتصادی، امنیت سیاسی، امنیت حقوقی و قضایی و امنیت فرهنگی به ترتیب در نظام فکری پارسونز ضروری بوده و هر یک از جایگاه خاصی برخوردارند. فقدان هر یک از ابعاد امنیت، روند سیرنیتیکی را دچار اختلال نموده و دنیای کارکردها را مختل، جامعه را در کلیت خود دچار عدم تعادل و پریشان حالی می کند. بنابراین برای داشتن جامعه ای توأم با آرامش و اطمینان خاطر لازم است به هر چهار بعد امنیت اجتماعی توجه داشت و با تضمین آنان، امنیت جامعه را فراهم نمود (نویدینیا، ۱۳۸۲: ۸۰-۷۹).

• به نظر می رسد بین متغیر مذهب با میزان سلامت اجتماعی ارتباط معناداری وجود دارد. رابطه آماری معنی داری بین دو متغیر مذهب و سلامت اجتماعی وجود دارد. بدین معنی که هر چه شخص دین دارتر باشد، به همان میزان از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردار خواهد بود. از دیدگاه جامعه شناختی، دین به عنوان نهاد اجتماعی، دارای کارکردهای اساسی مانند انضباط، انسجام، حیات بخشی و خوشبختی آفرینی در نظر گرفته می شود که فقدان آن بقای جامعه را مخدوش می سازد.

از دیدگاه روانشناختی نیز به دین و دین‌داری از منظر کارکردهای بهداشت روانی و روان‌درمانی دین توجه ویژه‌ای شده است (خدایاری فرد، ۱۳۸۸: ۲).

- به نظر می‌رسد بین وضعیت تاهل با میزان سلامت اجتماعی ارتباط معناداری وجود دارد.

بر اساس این یافته تحقیق که سلامت اجتماعی در گروه‌های مختلف وضعیت تاهل تفاوت معناداری دارد. (بصورتیکه، میانگین سلامت اجتماعی میان افراد متأهل بیشترین میزان و میان افراد جدا شده از همسر کمترین میزان می‌باشد) برخی از نظریه‌ها و نتایج تحقیقات مرتبط با این یافته تحقیق به اختصار در ذیل می‌آید. تجربیات طول دوره زندگی مانند طلاق گرفتن و... تأثیر مستقیمی بر بی‌اعتمادی و کاهش سلامت اجتماعی افراد دارد (Rahn & Brehm, 1997). همچنین تحقیقات نشان می‌دهد که، میزان مرگ و میر در مردانی که متأهل هستند به نحو معنی‌داری پایین‌تر از کسانی است که مجردند (House, et. al, 1982). و موارد فوق نتیجه تحقیق حاضر را تایید می‌کنند که افراد متأهل از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردارند. در میان تحقیقات بررسی شده نتیجه تحقیقات نیک و رز (۱۳۸۹)، عبدالله تباردرزی (۱۳۸۶) یافته تحقیق حاضر را تایید می‌کند و نتیجه گودرزی (۱۳۹۰) نشان می‌دهد که وضعیت تاهل بر سلامت اجتماعی موثر است. کیزی و شاپیرو نشان دادند در بررسی ابعاد سلامت اجتماعی، انسجام اجتماعی پایین‌ترین مقدار را در بین جوان‌ترها، افرادی که تجربه ازدواج نافرجام داشتند و بیشترین میزان مشارکت اجتماعی در زنان مجرد با جایگاه شغلی بالا بوده است. کمترین میزان شکوفایی اجتماعی در جوان‌ترها و افراد با جایگاه اجتماعی پایین را به خود اختصاص داده است. بیشترین میزان انطباق اجتماعی در مردان متأهل و دارای جایگاه اجتماعی بالا مشاهده شد. سرانجام پذیرش اجتماعی در مردان جوان‌تر با پایگاه اجتماعی پایین کمترین میزان را به خود اختصاص داد. (Keyes, 2004). همچنین نتایج تقی پور جاوی (۱۳۹۰) و کنگرلو (۱۳۸۷) حاکی از آن است که میزان سلامت اجتماعی در گروه‌های مختلف وضعیت تاهل تفاوت معناداری ندارد. البته در بحث تاهل نیز برخی از مسائل مربوط به جوامع مدرن قابل تامل است که به مختصری از آن اشاره می‌شود. پسران و دختران، سال‌های بیشتری را جهت کسب تحصیل و آموزش سپری نموده و دوران طولانی‌تر وابستگی اقتصادی اجتماعی را قبل از ورود به بازار کار دارند. متأسفانه در حال حاضر نوجوانان با رفتارهای جنسی نظیر روابط جنسی قبل از ازدواج، ازدواج زودتر از موعد (ازدواج در سنین بسیار اندک) و یا ازدواج‌های با تأخیر، در جامعه رها می‌گردند. روابط جنسی قبل از ازدواج، یکی از الگوهای غالب رفتارهای جنسی در کشورهای پیشرفته و در حال توسعه است. این انتخاب غالباً موجب شیوع بیماری‌های مسری آمیزشی (STD)، حاملگی‌های ناخواسته و سقط جنین و پیامدهایی با رویدادهای اجتماعی بهداشتی است که توجه بیشتری را به این حوزه‌ها از طرف مسئولین بهداشت باروری طلب می‌نماید. و همه موارد آورده شده باعث کاهش سلامت اجتماعی در مجردها می‌شود. ازدواج‌های زودتر از موعد، الگوی غالب بسیاری از جوامع در حال توسعه بود که به علت فهم اندک و عدم تکامل رشد اقتصادی اجتماعی مشکلاتی را در زمینه نقش فرزندآوری، تربیت کودک و قبول مسئولیت والدگری، قبل از بلوغ اجتماعی به ویژه برای دختران به وجود می‌آورد. این رویکرد موجب فاصله اجتماعی - زیستی بیشتری در دنیا گردیده و ناشی از رشد بلوغ زودتر بیولوژیکی و تأخیر در بلوغ اقتصادی اجتماعی است که روند حل این مشکلات با توجه به حقایق موجود است. بایستی توجه داشت که عدم فهم دقیق از نیازهای نوجوانان این فاصله را عمیق‌تر خواهد ساخت. لذا کارشناسان بهداشت و متخصصین زنان همواره با چالش‌های جدیدی روبرو هستند که بایستی در جهت رشد دانسته‌ها و پیشگیری و مراقبت پزشکی از دختران جوان تلاش خود را افزایش دهند. بر اساس این یافته تحقیق که سلامت اجتماعی در گروه‌های مختلف میزان تحصیلات پاسخگو تفاوت معناداری دارد، بطوری که میانگین سلامت اجتماعی با افزایش تحصیلات نیز بیشتر می‌شود و کمترین میزان سلامت اجتماعی مربوط به افرادی است که میزان سواد آنها دیپلم و پایین‌تر از آن است.

- به نظر می‌رسد بین متغیر پایگاه اقتصادی - اجتماعی با سلامت اجتماعی ارتباط معناداری وجود دارد.

پرویزی (۱۳۹۰) در پژوهش کیفی خود به این نتیجه رسید که، بعد اجتماعی سلامت نوجوانان با زیر گروه هایی که با خانواده، اشتغال، رفاه و توسعه ارتباط دارد می تواند در طراحی زیربنای سلامت آینده مفید باشد. حسینی (۱۳۸۷) همچنین به این نتیجه رسیده است که بین پایگاه اقتصادی اجتماعی و میزان سلامت اجتماعی رابطه معنی داری وجود دارد. و تحقیق گودرزی (۱۳۹۰) نشان می دهد که برخورداری از تسهیلات رفاهی (وضعیت محل زندگی) بر سلامت اجتماعی زنان شاغل اثر گذار می باشد. تحقیق صبوری (۱۳۹۰) نشان می دهد که رابطه آماری معناداری بین افزایش میزان درآمد، وضعیت اجتماعی و اقتصادی و خانوادگی با سلامت اجتماعی آنان مشاهده نشد.

• به نظر می رسد بین متغیر میزان استفاده از شبکه های اجتماعی با میزان سلامت اجتماعی ارتباط معناداری وجود دارد. تاثیر شبکه اجتماعی بر سلامت همواره مورد توجه محققان به ویژه بعد از دهه ۱۹۷۰ بوده است. شبکه اجتماعی دارای سه بعد ساختاری، تعاملی و کارکردی است که هر کدام از این ابعاد خود دارای ویژگی هایی هستند؛ مانند اندازه شبکه، فراوانی تماس، قوت پیوند و حمایت های اجتماعی. تحقیقات گوناگون حاکی از وجود رابطه میان ویژگی های شبکه با سلامت در افراد مختلف بوده است. الهام (۱۳۸۹) در مطالعه «بررسی رابطه ویژگی های ابعاد شبکه اجتماعی و سلامت در بازنشستگان سالمند عضو کانون های بازنشستگان کشوری و بازنشستگان آموزش و پرورش شهر کرج» رابطه ویژگی های شبکه اجتماعی با سلامت در سالمندان مورد توجه قرار گرفت و نتایج نشان داد که میان ویژگی های ابعاد ساختی و تعاملی شبکه با دو بعد جسمی و روانی سلامت رابطه معناداری وجود دارد و میان بعد کارکردی شبکه نیز با بعد روانی سلامت سالمندان رابطه معنادار وجود دارد (محمدی، ۱۳۸۹).

منابع

۱. حسینی، فاطمه (۱۳۸۷) بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان و عوامل مؤثر بر آن، پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.
۲. خدایاری فرد، محمد (۱۳۸۸) آماده سازی مقیاس دینداری و ارزیابی سطوح دینداری اقصاء مختلف جامعه ایران، مؤسسه روانشناسی دانشگاه تهران.
۳. خیرالله پور، اکبر (۱۳۸۳) بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روانی با تأکید بر سرمایه اجتماعی، مطالعه موردی دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده ادبیات و علوم انسانی.
۴. کنگرلو، مریم (۱۳۸۷) بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیر شاهد دانشگاه علامه طباطبایی، پایان نامه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.
۵. گرمارودی، غلامرضا؛ وحدانی نیا، مریم السادات (۱۳۸۵) سلامت اجتماعی؛ بررسی میزان مهارت های اجتماعی دانش آموزان، فصلنامه پایش، سال پنجم، شماره دوم، بهار.
۶. محمدی اصل، عباس (۱۳۸۲) سلامت اجتماعی در ایران، نشریه گزارش، شماره ۱۴۵، فروردین ماه.
۷. محمدی، الهام (۱۳۸۹). بررسی رابطه ویژگی های ابعاد شبکه اجتماعی و سلامت در بازنشستگان سالمند عضو کانون های بازنشستگان کشوری و بازنشستگان آموزش و پرورش شهر کرج. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، چاپ نشده.

8. Garrido, M. Azpiazu (2002). Using the SF-36 with Older Adults: Across sectional Community – based Survey, Age and Aging. British: Geriatrics Society.
9. Harden, D. Michael. (2009). "The Five factor Model of Personality and Leisure Experience.", in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree Master of Arts in Psychology. Faculty of California State University, Fullerton
10. House, JS. Robbins, C., Metzner, HL. (1982). "The association of social relationships and activities with morality: prospective evidence from the Tecumseh Community Health study". American Journal of Epidemiology, Vol. 116, pp. 123-140.
11. Keyes, C. L. M. (1998). "Social well-being". Social psychology quarterly, No. 2, pp.121-140.

12. Keyes, C. L. M., & Shapiro, A. (2004). Social well-being in the U.S.: A descriptive epidemiology. In Orville Brim, Carol, D., Ryff & Ronald, C. Kessler (eds.), *How healthy are you? A national study of well-being of Midlife*. Chicago: University of Chicago Press.
13. Keyes, C. M (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 2:121-140.
14. Keyes, C. M. & Shapiro, A. (2004). Social well-being in the U.S.: A descriptive epidemiology. In Orville Brim, Carol D. Ryff & Ronald C. Kessler (Eds.), *Healthing Are You? A national study of well-being of midlife*. University of Chicago Press.
15. Kickbush, I. (1999). *There is something else out there: Health Policy and determinants of health*, copyright ASTCDPD.
16. Larouch, R. (1998). "Determinants of college students' health promoting lifestyle". *Clinical excellence nurse practitioners*, Vol. 2, No.1, pp. 35-44.
17. Larouch R. (1998). Determinants of college students' health promoting lifestyle. *Clinical excellence nurse practitioners*, 2(1):35-44
18. Oleson, -ANN, Nancy. (1996). "An Exploration of The Relationships among Leisure Lifestyle Dispositions Complexity and Health", Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Philosophy. The Pennsylvania State University the Graduate School College Health and Human Development.
19. Paul, P, Maryjo. (2007). Relationships communicative acts, social well-being, and spirituality on the quality of life at the end of life. Submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy.
20. Rahn, W., & Brehm, J. (1997). "Individual-Level Evidence for the Causes and Consequences of Social Capital". *American Journal of Political Science*, Vol. 41, Issue 3 (Jul., 1997), pp. 999-1023.
21. Van Oyen, Herman. Taffoeau, Jean. Demarest, Stefaan. (2002). the impact of hearing disability on well-being and health. *Center for Operational Research in Public Health*. 335-343.