

**بررسی عوامل اجتماعی مرتبط با سلامت (مورد مطالعه: شهروندان سی سال و بالاتر
شهر مشهد)**

دکتر غلامرضا حسنی درمیان^۱، پژمان ابراهیمی سیریزی^۲، دکتر سید علیرضا افشانی^۳

چکیده

تحقیق حاضر با هدف بررسی عوامل اجتماعی مرتبط با سلامت شهروندان سی سال و بالاتر شهر مشهد انجام گرفته است. در چارچوب نظری از نظریه‌های پارسونز، کیزز، رویکرد شبکه، پاتنام، کاوچی و برکمن، هنس، کورکیلا، مک اینتوش و اسپیلکا برای گزینش متغیرهای مورد بررسی استفاده و تئوری ترکیبی ساخته شده است. در این پژوهش که به روش پیمایش انجام گرفته است، ۳۸۴ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای و با کمک ابزار پرسشنامه بررسی شدند. یافته‌های تحقیق نشان داد که میزان سلامت شهروندان در حد متوسط رو به بالا و بالاترین مقدار میانگین مربوط به بعد جسمانی (فیزیکی) بوده است. همچنین بین متغیرهای سرمایه‌ی اجتماعی، رضایت از زندگی، حمایت اجتماعی و دینداری با سلامت رابطه‌ی مستقیم و معنادار و بین متغیر انزوای اجتماعی و سلامت نیز رابطه‌ی معکوس و معناداری وجود داشت. تحلیل مدل رگرسیونی نشان داد متغیرهای بررسی شده حدود ۵۱ درصد از تغییرات سلامت را تبیین می‌کند. نتایج تحلیل مسیر نشان داد متغیر سرمایه‌ی اجتماعی

۱- استادیار گروه علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد

gh-hassani@um.ac.ir

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد دانشگاه فردوسی مشهد (نویسنده مسئول) zhman.ebrahimi@yahoo.com

afshanalireza@yazduni.ac.ir

۳- دانشیار گروه علوم اجتماعی دانشگاه یزد

بیشترین اثر مستقیم و متغیر دینداری، بیشترین تأثیر غیرمستقیم و متغیر رضایت از زندگی بیشترین سهم را در تبیین متغیر سلامت داشته‌اند.

کلیدواژه‌ها: سلامت، رضایت از زندگی، دینداری، حمایت اجتماعی، سرمایه‌ی اجتماعی.

مقدمه

سلامت موضوعی مطرح در همه‌ی فرهنگ‌هاست ولی معمولاً هر گاه از آن سخنی به میان آمده بیشتر بعد جسمانی آن مورد توجه بوده، در حالی که رشد و تعالی جامعه در گروه تندرستی آن جامعه در ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی است. سلامت فرد پایه و بنیان سلامت جامعه است و این دو آنچنان به هم وابسته‌اند که نمی‌توان بین آنها حد و مرزی قائل شد (زکی و خشوعی، ۱۳۹۲: ۸۰).

سازمان بهداشت جهانی^۱، سلامتی را حالت بهزیستی کامل جسمانی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی می‌داند. سلامتی دارای ابعاد مختلف جسمانی، روانی، 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 چند بعدی است و تعریف سازمان بهداشت جهانی سلامت نیز به سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی آن اشاره دارد (صباغ و همکاران، ۱۳۹۰: ۲۸). سلامت دارای ابعاد گوناگونی است از جمله، سلامت جسمی^۲: این بُعد از سلامت بر چگونگی عملکرد اعضای بدن تمرکز می‌کند. سلامت جسمی حالتی است که تمامی اعمال بدن به درستی انجام می‌گیرد. احتمالاً بُعد بدنی سلامتی را از همه آسان‌تر می‌توان درک کرد. سلامت جسمی دال بر "عمل کردن کامل" بدن است که سلامت زیست‌شناختی را به عنوان حالت بهینه‌ی عملکرد هر یاخته یا اندام بدن و با هماهنگی کامل با بقیه‌ی اعضا در نظر می‌آورد. سلامت روانی^۳: طبق تعریف سازمان بهداشت و انسان در آمریکا، سلامت روانی عبارت است از حالتی از عملکرد موفق فرآیندهای ذهنی شامل فعالیت‌های کارآمد، روابط مؤثر

1. World Health Organization
2. Physical Health
3. Mental Health

و برابر با افراد، توانایی سازگاری با تغییرات و منطبق شدن با شرایط نامطلوب است. سلامت اجتماعی^۱: سلامت اجتماعی به چگونگی وضعیت ارتباط فرد با دیگران در جامعه یا همان جامعه‌پذیری وی اشاره دارد (سیدنوزادی، ۱۳۹۲).

در بهداشت عمومی، پذیرش و تأیید فزاینده‌ای بر این اعتقاد به وجود آمده که: سلامت نه تنها توسط عوامل رفتاری، زیستی و ژنتیکی، بلکه توسط گستره‌ای از عوامل اقتصادی، محیطی و اجتماعی تعیین‌کننده، تعیین می‌گردد. مطالعات نشان داده که در بین عوامل مؤثر بر ایجاد سلامت، سهم هر دسته از عوامل حدوداً به قرار زیر است: سهم سیستم ارائه سلامت (بیمارستان‌ها کلینیک‌ها...) به میزان ۲۵ درصد، سهم عوامل ژنتیکی و بیولوژیک ۱۵ درصد و عوامل فیزیکی، زیست محیطی و عوامل رفتاری، ۱۰ درصد است. این در حالی است که سهم عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت ۵۰ درصد است (مرندی، ۱۳۸۵: ۴۴).

عوامل اجتماعی نقش مهمی در ایجاد، حفظ و یا از میان رفتن سلامت انسان دارد. 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. مهمترین خطرات مطرح برای سلامت، رفاه و آسایش فرد، معمولاً از یک شیوه‌ی زندگی ناسالم و رفتار خطرآفرین ایجاد می‌شود و این واقعیتی است که در مورد برخی از بیماری‌ها مطرح است. از سوی دیگر شیوه‌ی زندگی سالم و اجتناب از رفتارهای پرخطر توانایی فرد را برای زندگی طولانی‌تر و سالم‌تر ارتقاء می‌بخشد. عوامل اجتماعی همچنین اثر قابل توجهی در رویه‌ای که جوامع منابع خود را برای مقابله با مخاطرات بهداشتی و عرضه‌ی مراقبت‌های پزشکی به مردم سازماندهی می‌کنند، دارد. افراد و اجتماعات همواره به شیوه‌ای متناسب با فرهنگ، هنجارها و ارزش‌های خود به مسائل بهداشتی و درمانی پاسخ می‌دهند بنابراین سلامت عمومی ضرورت هر جامعه و توجه به عوامل اجتماعی مؤثر بر آن غیر قابل اغماض می‌باشد (پیلتن و قانعی، ۱۳۹۱: ۷۵).

در تحقیق صورت گرفته با هدف سنجش مؤلفه‌ی سلامت در کلانشهر مشهد از دیدگاه برنامه‌ریزی شهری، نتایج نشان داده نیمه شرقی و شمالی شهر مشهد با بیشترین شدت نسبی تهدید سلامت روبه‌رو بوده که مربوط به شاخص‌های کالبدی_ فضایی و اجتماعی_ اقتصادی است. در کلانشهر مشهد بیش از ۵/۱۲ درصد محدوده در حالت پیشینه‌ی تهدید و تهدید نسبتاً بالا، ۵/۱۶ درصد با حالت تهدید متوسط، بیش از ۲۹ درصد، حالت تهدید نسبتاً کم و حدود ۴۱ درصد، حالت کمینه تهدید سلامت قرار دارند که در مجموع این امر وضعیت متوسطی را برای شهر مشهد در زمینه‌ی شاخص سلامت شهری نشان می‌دهد (تاجدار و همکاران، ۱۳۸۹: ۱۰۲). امروزه با توجه به گسترش شهرنشینی، تغییرات اجتماعی، پیشرفت تکنولوژی و ایجاد رفاه‌طلبی، انواعی از بیماری‌های جسمی و روانی پدید آمده است. با این وجود که هر گاه سلامت جسمی و روانی افراد به مخاطره افتد قاعداً بر وضعیت اشتغال، درآمد، روابط اجتماعی، نظم اجتماعی، فزونی ناهنجاری‌های اجتماعی و... تأثیر خواهد داشت. بنابراین بررسی علمی بویژه با توجه به اینکه حوزه‌ی سلامت به عنوان حوزه‌ی فراموش شده به لحاظ جامعه‌شناسی در ایران است می‌تواند عامل عمده‌ای در برنامه‌ریزی، سیاست‌دهی و تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری باشد. بنابراین از جمله اهداف اصلی پژوهش حاضر پاسخگویی به سؤالات زیر است:

- ۱- وضعیت سلامت شهروندان سی سال و بالاتر شهر مشهد چگونه است؟
- ۲- از بین عوامل اجتماعی مرتبط با میزان سلامت شهروندان سی سال و بالاتر شهر مشهد، کدام یک بیشترین تأثیر را داراست؟

پیشینه‌ی داخلی و خارجی تحقیق

همتی و همکاران (۱۳۹۲) «تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار شهر رودهن» را مورد پژوهش قرار دادند. نتایج این پژوهش نشان داد که هر چه زنان سرپرست خانوار از حمایت بالاتری برخوردار باشند، متناسب با آنان از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردار بوده‌اند.

زکی و خشوعی (۱۳۹۲) پژوهشی را به منظور بررسی «سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در بین شهروندان شهر اصفهان» انجام دادند. نتایج این پژوهش نشان داد که بین سلامت اجتماعی و متغیرهای مسئولیت‌پذیری اجتماعی، تعهد اجتماعی و اعتماد اجتماعی رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد. بین سلامت اجتماعی و بیگانگی اجتماعی نیز رابطه معکوس و معناداری وجود دارد.

سراج زاده و همکاران (۱۳۹۲) در تحقیقی با عنوان "دین و سلامت" به این نتیجه دست یافتند که دینداری به طور غیرمستقیم و از طریق متغیر سبک زندگی سلامت‌محور بر سلامت جسمی تأثیر دارد. اثر دینداری بر سلامت اجتماعی به طور غیرمستقیم و از طریق حمایت اجتماعی است.

کلانتری و همکاران (۱۳۹۴) پژوهشی با عنوان انزوا و سلامت انجام دادند. نتایج نشان داد با افزایش میزان انزوای اجتماعی، از سطوح حمایت اجتماعی کاسته شده و وضعیت سلامت روان شهروندان در حالت آسیب‌پذیری قرار می‌گیرد.

در تحقیقی با عنوان "بررسی رابطه رضایت از زندگی و سلامت اجتماعی زنان شهر یزد" که توسط افشانی و شیرینی محمدآباد (۱۳۹۵) به انجام رسیده است نتایج حاکی از آن بود که بین میزان رضایت از زندگی و سلامت اجتماعی رابطه معنادار و مستقیمی وجود دارد و با افزایش رضایت از زندگی، سلامت اجتماعی نیز افزایش پیدا می‌کند.

کوششی و همکاران (۱۳۹۵) تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت سالمندان ۶۰ سال و بالاتر شهر مشهد را مورد پژوهش قرار دادند. نتایج تحقیقات نشان داده است که سلامت سالمندان در شهر مشهد در حد متوسط است؛ اما سلامت مردان بیشتر از زنان است. تحصیلات بالاتر، دارای همسر بودن و وضعیت اقتصادی مطلوب‌تر بر سلامت تأثیر مثبتی دارد، افزایش میزان انزوای اجتماعی و سن، رابطه منفی با میزان سلامت سالمندان داشته است.

لی و ژانگ^۱ در پژوهشی که با عنوان «انواع شبکه اجتماعی و سلامت سالخوردهگان: بررسی ارتباطات متقابل» در سال ۲۰۱۵ انجام دادند، به بررسی ارتباط بین شبکه‌ی اجتماعی (خانواده، دوستان، و...) و تأثیر آن بر سلامتی (جسمی، روانی، شناختی و به طور کلی سلامتی) پرداختند. نتایج حاکی از آن بود که رابطه‌ی قوی‌ای بین انواع شبکه‌ی اجتماعی و سلامتی وجود دارد.

واترورس^۲ و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهشی با عنوان «تأثیر حمایت اجتماعی بر روی سلامتی بومیان استرالیایی در یک جامعه متروپولیتن» به تأکید بر این اصل پرداخت که ارتباطات اجتماعی یک بخش خیلی مهمی از زندگی بومیان است و احتمالاً این ارتباطات نقش خیلی مهمی در متأثر ساختن سلامتی در بین این جمعیت داشته است. نتایج حاصل از این شبکه‌ی اجتماعی بیانگر این مطلب بود که حمایت اجتماعی حاصل شده می‌تواند تأثیر مثبت و منفی بر روی سلامتی افراد داشته باشد.

مورا^۳ و همکاران (۲۰۱۴) نیز در پژوهشی که بر روی ۷۴۳ کارگر در غرب کارولینای شمالی انجام دادند به این نتیجه دست یافتند که انزوای اجتماعی با افسردگی بالا و سلامت جسمانی و روانی پایین رابطه داشته و ممکن است برای سلامت جسمی و روانی پیامد منفی داشته باشد.

جمع‌بندی نقاط ضعف و قوت پیشینه‌ی داخلی و خارجی تحقیق

در یک نگاه کلی می‌توان گفت اگرچه مطالعات نسبتاً زیادی در داخل کشور به بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت پرداخته شده ولی مطالعات موجود متمرکز بر گروه‌های در معرض خطری چون سالمندان، معتادان، افراد بی‌خانمان و بیماران است. در اغلب تحقیقات انجام گرفته در زمینه‌ی سلامت در ایران از یک نظریه استفاده شده است و به سایر نظریه‌ها توجهی نشده و تلاشی در جهت بسط نظریات مرتبط با سلامت نشده

-
1. Li & Zhang
 2. Waterworth
 3. Mora

است. از طرف دیگر تحقیقات صورت گرفته در زمینه سلامت به ندرت بر اساس تفکیک جنسیتی بوده و پژوهش‌های انجام گرفته نیز صرفاً معطوف به برخی متغیرهای خاص هستند. در اکثر تحقیقات صورت گرفته در خارج از کشور، مفاهیم و متغیرهای تحقیق به روشنی تعریف شده است و این مسأله یکی از نقاط قوت این تحقیقات است.

چارچوب نظری تحقیق

یکی از متفکران حوزه‌ی سلامت که اشارات جامعه‌شناختی و روان‌شناختی در کار او کاملاً به چشم می‌خورد، کیز است. طبق نظر وی، حلقه‌ی مفقوده در تاریخچه‌ی مطالعات مربوط به سلامت و خصوصاً سلامت ذهن، پاسخ به این سؤال است که آیا ممکن است کیفیت زندگی و عملکرد شخصی افراد را بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد. کیز نیز مثل لارسن معتقد است سلامت روانی، کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد و عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت روانی و هیجانی و شامل تکالیف و درگیری‌های اجتماعی است؛ از این رو، او سلامت اجتماعی را ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که عضو آنهاست معرفی می‌کند. وی بر این اساس مدل پنج عاملی خویش را مطرح می‌کند که در آن پنج عامل انسجام، پذیرش، شکوفایی، مشارکت و انطباق اجتماعی شاخص‌های سلامت را تشکیل می‌دهند (شربتیان، ۱۳۹۱: ۱۵۷). کیز بعد سلامت روانی و اجتماعی را نشانه‌ی کارکرد مثبت می‌خواند و می‌گوید اگر فرد شرایط دو بعد سلامت احساسی (احساس خوب و رضایت از زندگی) و بعد کارکرد مثبت را داشته باشد از سلامت روانی برخوردار است. وی این وضعیت را بالندگی می‌نامد. افراد بالنده، احساس خوبی به زندگی دارند و در رابطه با دیگران و در جامعه، فعال و سازنده‌اند. کیز، نبود سلامت روانی را پژمردگی می‌خواند. افراد پژمرده، احساس خوبی به زندگی ندارند و کارکرد

روانی و اجتماعی‌شان مشکل دارد. این افراد دچار یأس و نومیدی بوده و زندگی خود را پوچ و خالی می‌بینند (شربتیان و ایمنی، ۱۳۹۶: ۱۱۶).

نیاز به تماس و ارتباطات اجتماعی از زمره‌ی نیازهای اولیه‌ی انسانی تلقی می‌گردد که برای بهزیستی فردی و جمعی افراد بسیار با اهمیت می‌باشد. انسان‌ها به عنوان موجوداتی اجتماعی در بسیاری از مسائل به یکدیگر وابسته‌اند؛ آنها به طور مداوم در ارتباط با یکدیگرند و درون شبکه‌ای از خویشاوندان و غیرخویشاوندان به طرق گوناگون جای گرفته‌اند و با داشتن تعاملات اجتماعی متنوع، به زندگی اجتماعی خود شکل می‌دهند. معضلی که این ارتباطات را در جامعه‌ی سیال مدرن با تهدیدی جدی مواجه ساخته است، پدیده‌ای به نام انزوای اجتماعی یا انفصال در شبکه‌ی روابط اجتماعی اعضای جامعه است. "مشخصه‌ی اصلی انزوا، فقدان شبکه‌ی روابط اجتماعی معنادار به مثابه مهم‌ترین نیاز اجتماعی افراد است" (کلانتری و همکاران، ۱۳۹۴: ۹۵). دورکیم بر این باور است که مشارکت در امور گروه و یا جامعه می‌تواند منجر به افزایش احساس تعلق به گروه و جامعه شود زیرا زمانی که افراد تماس‌های مکرر با یکدیگر داشته باشند، دلمشغولی‌ها و منافع مشترک و پیوندهای عاطفی، آنها را به یکدیگر نزدیک می‌کند و احساس تعلق ناشی از این پیوندها، باعث می‌شود آنها از خودشان برای گروه و یا جامعه مایه بگذارند. بنا بر نظر دورکیم، هرچه احساس نزدیکی و پیوند فرد با گروهش قوی‌تر باشد، احتمال انزوا و به خطر افتادن سلامتی فرد کاهش می‌یابد.

یکی از مطرح‌ترین رویکردهای ارائه شده در تبیین انزوای اجتماعی، رویکرد شبکه است. این رویکرد توصیف اندازه‌ی شبکه‌ی شخصی افراد، عملکردهای آن از لحاظ حمایت و برخی ویژگی‌های ارتباطات از لحاظ نوع رابطه، فاصله، شدت و فراوانی را ممکن ساخته و اطلاعات فراوانی درباره‌ی حمایت اجتماعی بالقوه فراهم می‌سازد. در این رویکرد با تمرکز بر روابط گروهی و مشخصه‌های ساختاری شکل‌بندی‌های اجتماعی، روابط اجتماعی همچون سنگ بنای ساختارهای اجتماعی گرفته می‌شود (هورتولانوس و همکاران، ۱۳۹۴: ۹۳). طرفداران نظریه‌ی شبکه بر این باورند که وجود شبکه‌های

اجتماعی به صورت حائلی در مقابل عوامل فشارزای درونی عمل می‌کند به نحوی که با فراهم آوردن حمایت‌های عاطفی، دوستی‌ها و فرصت‌هایی برای اعمال اجتماعی معنادار، اثر بسیار مؤثری بر عزت نفس افراد و افزایش توان مقابله با مشکلات و افسردگی‌ها داشته و در نهایت به احساس سلامت منجر می‌گردد (کلاتری و همکاران، ۱۳۹۴: ۹۷). بنابراین بر طبق استدلال این رویکرد، به همان اندازه که شبکه روابط کوچک‌تر، محدودتر یا همگن‌تر می‌شود، احتمال انزوای اجتماعی افزایش یافته و سلامت افراد تحت شعاع قرار می‌گیرد، بدین ترتیب یک شبکه اجتماعی معنادار اثرات مثبتی بر سلامت خواهد داشت.

پژوهشگران بر این استدلالند که حمایت اجتماعی مانع نفوذ استرس در فرد شده و سبب می‌گردد تا هرچه بیشتر از تجارب منفی پرهیز کند. پاتنام^۱ معتقد است که یک شبکه حمایتی، مساعدت ملموسی را فراهم می‌آورد که باعث کاهش اضطراب شده و هنجارهای مربوط به سلامتی را تقویت می‌کند. افراد وقتی می‌دانند که از جانب خانواده، دوستان و نزدیکان خود انواع حمایت‌ها را دریافت می‌کنند، احساس خشنودی بیشتری داشته و در مقابله با مشکلات با منطق و عملکرد بهتری عمل می‌کنند (شریفیان، ۱۳۸۵). در میان مدل‌های نظری، مدل تأثیر مستقیم فلیمینگ عنوان می‌کند که صرف حمایت اجتماعی برای سلامتی مفید است و برعکس نداشتن یا فقدان حمایت اجتماعی دارای تأثیرات منفی بر سلامتی است. طبق گزاره‌ی اصلی این مدل هرچه حمایت اجتماعی فرد بیشتر باشد او از سلامتی بیشتری برخوردار است. از این رو سلامتی متأثر از میزان داشتن حمایت اجتماعی است. در مدل تأثیر مستقیم، سلامتی تابعی از حمایت اجتماعی است به نحوی که افراد اگر دارای حمایت اجتماعی باشند، از سلامت روانی و جسمانی برخوردارند. همچنین مدل تأثیر غیرمستقیم یا فرضیه‌ی ضربه‌گیر سیم نیز نشان می‌دهد که این مدل برای افرادی مفید و مؤثر است که تحت فشار روانی و استرس قرار دارند. در این حالت حمایت اجتماعی همانند سپری در مقابل ضربات ناشی از استرس،

عمل کرده و نقش تعدیل‌کننده آثار منفی حوادث استرس‌زا را بازی می‌کند. به تعبیر دیگر، مدل ضربه‌گیری حمایت اجتماعی عنوان می‌کند، حمایت اجتماعی عمدتاً هنگامی که سطح استرس بالاست، بر سلامت روانی تأثیر می‌گذارد. فقدان حمایت در این مدل، ضرورتاً استرس‌زا به حساب نمی‌آید، بنابراین تحت شرایط استرس بالا و حمایت کم، آسیب و پریشانی روانی افزایش می‌یابد (ریاحی و همکاران، ۱۳۸۹: ۹۷-۹۶).

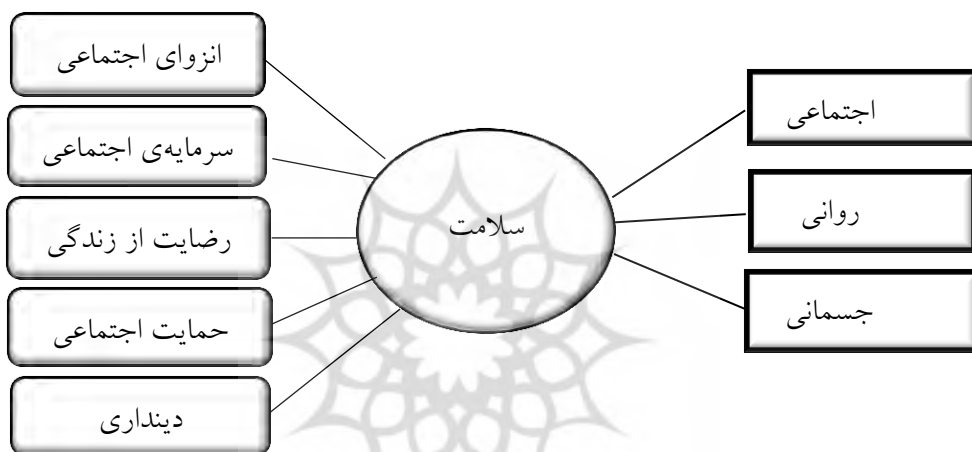
در رابطه با تأثیر سرمایه‌ی اجتماعی بر سلامت نیز باید گفت که سرمایه‌ی اجتماعی به طور کلی و نیز سازه‌های آن، به شیوه‌های مختلفی بر سلامت اثر می‌گذارند. نخست، مجموعه‌ی بزرگی از آثار و پژوهش‌ها نشان داده‌اند که روابط اجتماعی صمیمانه و ارتباطات اجتماعی هدفمند، آثار سودمندی بر سلامتی دارند. دوم، سرمایه‌ی اجتماعی از راه حفظ انسجام اجتماعی در مواجهه با تغییرات اجتماعی، اقتصادی و فن‌شناختی، از سلامتی محافظت می‌کند. سوم، عقیده بر این است که سرمایه‌ی اجتماعی، خودیاری اجتماعی را در جامعه تقویت می‌کند و به اجتماعات امکان می‌دهد تا به آسانی با یکدیگر در جهت حل مسائل جمعی نظیر سلامت کار کنند (برکمن^۱ و همکاران، ۲۰۰۰). برکمن و کاواچی نیز از مکانیسم‌هایی یاد می‌کنند که از طریق آن سرمایه‌ی اجتماعی بر سلامتی اثر می‌گذارد. نخست در سطح ملی سرمایه‌ی اجتماعی با تقویت انتشار سریع اطلاعات مرتبط با سلامت و نیز افزایش احتمال پذیرش هنجارهای رفتار سالم و نیز اعمال کنترل و نظارت بر رفتار زیانمند، بر سلامتی تأثیر می‌گذارد. دوم سرمایه‌ی اجتماعی می‌تواند از راه افزایش دستیابی به خدمات و تسهیلات بر سلامتی اثر بگذارد. سرانجام سرمایه‌ی اجتماعی می‌تواند از راه مسیرهای مستقیم روانی _ اجتماعی بر سلامت اثر بگذارد؛ بویژه سرمایه‌ی اجتماعی می‌تواند با تأمین حمایت اجتماعی و نیز عزت نفس و احترام متقابل سلامتی افراد را تقویت کند (برکمن و کاواچی، ۲۰۰۰). بنابراین سرمایه‌ی اجتماعی و سازه‌های آن به عنوان یکی از متغیرهای اجتماعی اثرگذار به شیوه‌های مختلفی بر سلامت اثر می‌گذارند و یک شخصی با سرمایه اجتماعی بیشتر، به احتمال زیاد دسترسی بیشتری به منابع مادی چون درآمد و

ثروت دارد که این امر سلامتی را به روش‌های مختلفی بهبود خواهد داد (برکمن و همکاران، ۲۰۰۰).

هنس معتقد است رضایت از زندگی یکی از منابع و شاخص‌های مهم سلامتی است. رضایت از زندگی به سلامتی مرتبط شده است و نارضایتی یکی از عوامل پیش‌بینی‌کننده‌ی بیماری و مرگ است. کورکیلا^۱ و همکاران (۱۹۸۸) نیز معتقدند رضایت از زندگی بر عواملی که پیش‌بینی‌کننده‌ی سلامتی هستند مانند رفتار سلامتی، حمایت اجتماعی و گزارش فرد از سلامتی تأثیرگذار است و اینگونه سلامتی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ در مقابل ارتباط بین نارضایتی و سایر ریسک فاکتورهای سلامتی مانند کمبود رفتار سلامتی و... نیز تأیید شده است.

در میان عناصری که بر سلامت اثر می‌گذارد، دین نقش مهمی دارد. موضوع دین مورد بحث محققان پیشگامی همچون جیمز، فروید، یونگ و دیگران بوده و پس از آن اندیشمندانی نظیر آلپورت به تبیین مذهب پرداخته‌اند. علاوه بر این کارکردگرایانی همچون دورکیم نیز معتقد به وجود رابطه بین دینداری و سلامت هستند؛ بر طبق رویکرد کارکردگرایانه، دین جامعه را متحد، همبستگی اجتماعی را تقویت و انسجام اجتماعی را حفظ می‌کند. دین همچنین یگانگی افراد جامعه را با همدیگر تقویت و جدایی آنان را از اعضای دیگر گروه‌ها تشدید می‌کند. علاوه بر این دین می‌تواند زمینه‌های انسجام گروهی را فراهم کرده، افراد را در قالب هم‌کیشانی معتقد به جهان‌بینی و ایدئولوژی خاصی در برابر سایر گروه‌ها و اجتماعات متناظر دسته‌بندی نماید. همین دسته‌بندی می‌تواند عاملی برای گسترش انسجام درون‌گروهی در برابر گروه‌های بیرونی گردد که پیرو عقاید و نظام فکری متفاوتی نسبت به گروه خودی هستند. دین با ایجاد یک روح جمعی، شور و شوق مذهبی و گسترش احساسات همگانی از طریق مناسک و مراسم جمعی، می‌تواند زمینه‌های لازم را برای پیوند میان اعضا و انسجام اجتماعی فراهم آورد. از این رو با استناد به استدلال‌های کارکردگرایان درباره‌ی کارکرد دین، این فرضیه کاملاً

پذیرفتی به نظر می‌رسد که دینداری اثر مثبتی بر ارتقای سلامتی دارد، به این ترتیب که افراد دیندار که ارتباط گسترده و پیوند قوی تری با افراد جامعه خود دارند، احتمالاً شبکه‌های حمایتی گسترده‌ای نیز دارند و در نتیجه حمایت اجتماعی زیادی از سوی این شبکه‌ها دریافت می‌نمایند که حمایت اجتماعی زیاد نیز به نوبه‌ی خود باعث ارتقای سلامت افراد می‌شود (سراج‌زاده و همکاران، ۱۳۹۲). بر اساس چارچوب نظری فوق، مدل نظری پژوهش به شکل زیر ارائه می‌شود و مورد آزمون قرار می‌گیرد:



نمودار ۱: مدل نظری تحقیق: عوامل اجتماعی مرتبط با سلامت شهروندان مشهد

فرضیات تحقیق

۱. بین انزوای اجتماعی با سلامت رابطه‌ی معناداری وجود دارد.
۲. بین سرمایه اجتماعی با سلامت رابطه‌ی معناداری وجود دارد.
۳. بین رضایت از زندگی با سلامت رابطه‌ی معناداری وجود دارد.
۴. بین حمایت اجتماعی با سلامت رابطه‌ی معناداری وجود دارد.
۵. بین دینداری با سلامت رابطه‌ی معناداری وجود دارد.
۶. بین سن با سلامت رابطه‌ی معناداری وجود دارد.
۷. بین متغیرهای جمعیت‌شناختی (جنسیت، وضعیت تأهل و وضعیت اشتغال) با سلامت رابطه‌ی معناداری وجود دارد.

روش شناسی تحقیق

مطالعه‌ی حاضر به لحاظ اجرا، از نوع پیمایشی به لحاظ معیار زمان، مقطعی به لحاظ هدف، کاربردی و از لحاظ میزان ژرفایی، پهنانگر است. جامعه‌ی آماری مورد مطالعه در این پژوهش را جمعیت سی سال و بالاتر شهر مشهد^۱ تشکیل می‌دهند که تعداد آنها بر اساس سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۵، ۸۸۰۶۷۳ نفر مرد و ۸۷۰۳۳۸ نفر زن را شامل شده است. برای برآورد حجم نمونه ابتدا یک مطالعه‌ی مقدماتی روی ۳۰ نفر از افراد جامعه‌ی آماری انجام گردید تا پراکندگی صفت مورد مطالعه (سلامت) مشخص گردد و سپس با استفاده از فرمول کوکران با سطح اطمینان ۹۵ درصد و دقت احتمالی ۵ درصد حجم نمونه ۳۸۴ نفر تعیین گردید. روش نمونه‌گیری در این تحقیق، خوشه‌ای چند مرحله‌ای است که طی مراحل زیر انجام پذیرفت:

۱. تقسیم شهر به حوزه‌ها و انتخاب نمونه‌ای از حوزه‌ها.

۲. تقسیم حوزه‌ها به بلوک‌ها و انتخاب نمونه‌ای از بلوک هر حوزه‌ی منتخب.

۳. تهیه‌ی فهرست خانوارهای هر بلوک منتخب و انتخاب تصادفی خانوارها.

داده‌ها بر اساس آمار توصیفی و استنباطی و با استفاده از آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون، تی مستقل، رگرسیون چندگانه و تحلیل مسیر مورد تحلیل قرار گرفته است. برای بررسی اعتبار وسیله‌ی اندازه‌گیری، اعتبار محتوایی مد نظر بوده است که بر اساس آن ابزار گردآوری اطلاعات به رؤیت تعدادی از متخصصان رسید و بر اساس مشورت آنها، برخی گویه‌ها اصلاح و بازنگری شد. برای سنجش پایایی متغیرهای تحقیق نیز از آلفای کرونباخ استفاده شد. میزان آلفا برای گویه‌های میزان سرمایه‌ی اجتماعی ۰/۸۳، حمایت اجتماعی ۰/۸۷، دینداری ۰/۸۸، رضایت از زندگی ۰/۸۵، انزوای اجتماعی ۰/۶۹ و برای

۱. دلیل انتخاب سنین سی سال و بالاتر این است که دو کهورت جمعیتی را شامل می‌شود، جمعیتی که قبل از ۱۳۳۵ متولد شدند (۶۰سال به بالا) و جمعیت‌هایی که در سی سال آینده به تدریج به سن شصت سال و بالاتر می‌رسند و در مجموع میانسالان و سالمندان را در بر می‌گیرند و انتظار می‌رود از بلوغ لازم اجتماعی برخوردار باشند و این مهم سلامت عمومی آن‌ها را تحت تأثیر قرار داده باشد.

گویه‌های سطح سلامت برابر ۰/۸۲ بوده است که میزان آلفای بیشتر از ۰/۷ برای همه‌ی سازه‌ها، حکایت از همبستگی درونی گویه‌ها و پایایی ابزار تحقیق دارد.

تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرهای پژوهش

جدول ۱: تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرهای تحقیق

نام متغیر	تعریف مفهومی	تعریف عملیاتی	سطح سنجش
سلامت	سازمان بهداشت جهانی، سلامت را به صورت بهزیستی کامل فیزیکی، روانی و اجتماعی تعریف می‌کند نه فقط فقدان بیماری و ناراحتی (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۷: ۷).	برای سنجش سطح سلامت شهروندان از پرسشنامه استاندارد SF-36 ^۱ استفاده شده است که به وسیله‌ی ویر و شربورن ^۲ ساخته شده و از طریق ۳۶ سؤال، سلامت شهروند را از ابعاد مختلف مورد ارزیابی قرار می‌دهد. مقیاس سنجش سلامت در دو بعد؛ شامل سلامت فیزیکی ^۳ و روانی – اجتماعی ^۴ سنجش شده که نمرات بین ۰ تا ۱۰۰ را در بر گرفته است و نمره‌ی بالاتر به منزله‌ی سلامت بالاتر است.	فاصله‌ای
حمایت اجتماعی	حمایت اجتماعی به عبارتی بر دسترس بودن و کیفیت روابط با افرادی که منابع حمایتی را در مواقع مورد نیاز فراهم می‌کنند تأکید دارد.	برای سنجش این متغیر پس از بررسی مطالعات قبلی همچون (پروسیدانو و هلر، ۱۹۸۳) مجموعاً ۱۴ گویه طراحی گردید که از دو شاخص خانواده و دوستان تشکیل	فاصله‌ای

1. Short from
2. Ware & Sherbourne
3. Physical health
4. Mental health, social functioning

	<p>دوستان، آشنایان و خانواده، خدمات عینی و اطلاعاتی را فراهم می‌کنند که موجب می‌شود یک فرد احساس مراقبت، دوست داشته شدن، عزت نفس و ارزشمند بودن کند و خود را جزئی از شبکه-ی ارتباطی بداند (حسینی حاجی بکنده، ۱۳۸۹: ۱۴۵).</p>	<p>شده که پس از مطالعه مقدماتی مشخص شد از قابلیت اعتماد مطلوب و قابل قبولی برخوردار است. همهی گویه‌های این مقیاس بر اساس طیف ۲ درجه‌ای (درست و نادرست) سنجیده شد.</p>
<p>فصله‌ای</p>	<p>از نظر کلمن، سرمایه‌ی اجتماعی برآیند روابط میان افراد، گروه‌ها و اجتماع است که اعتماد می‌آفریند و این روابط و اعتماد در جای خود کنش جمعی را در رسیدن به هدف یا اهداف جمعی یاری می‌رساند (مجددی و محمدی، ۱۳۹۵: ۱۷۱).</p>	<p>به منظور سنجش میزان سرمایه‌ی اجتماعی پاسخگویان این متغیر در سه شاخص اعتماد اجتماعی (شامل چهار زیر بعد اعتماد بین شخصی، اعتماد نهادی، اعتماد به محیط و اعتماد تعمیم یافته) هنجار اجتماعی و شبکه اجتماعی (شامل ۳ زیر بعد مشارکت اجتماعی، مشارکت مدنی و کیفیت شبکه) سنجیده شد.</p>
<p>فصله‌ای</p>	<p>دینداری عبارت است از پذیرش تمام یا بخشی از عقاید، اختلافات و احکام دینی به نحوی که شخص دیندار خود را ملزم به تبعیت و رعایت از این مجموعه بداند (حشمت یغمایی، ۱۳۸۰: ۱۹۰).</p>	<p>دینداری در پژوهش حاضر دارای پنج شاخص اعتقادی، مناسکی، پیامدی، عاطفی و فکری است. بر مبنای برخی از شاخص‌های مناسب برای سنجش دینداری مسلمانان، جمعاً ۱۵ گویه طراحی شده است و در یک طیف پنج قسمتی (از خیلی زیاد تا خیلی کم) اندازه‌گیری شده است.</p>
<p>فصله‌ای</p>	<p>رضایت از زندگی عبارت</p>	<p>برای سنجش میزان رضایت از</p>

	زندگی پاسخگویان در این تحقیق از مقیاس رضایت از زندگی که توسط (داینر ^۲ و همکاران، ۱۹۸۳) طراحی شده، استفاده شده است.	است از یک بعد مهم برای تعیین کیفیت زندگی و یا در اصطلاح رضایت با برآورده شدن نیازها و انتظارات، آرزوها و برنامه‌ها به دست می‌آید (زاهن ^۱ ، ۱۹۹۲).	از زندگی
فاصله‌ای	برای سنجش این متغیر از مقیاس انزوا بر گرفته از کتاب دلبرت میلر، استفاده شده است. این معرف‌ها در یک مقیاس پنج قسمتی شامل «کاملاً موافق»، «موافق»، «بی نظر»، «مخالف»، «کاملاً مخالف» در اختیار پاسخگویان قرار گرفت.	از دیدگاه سیمن، انزوای اجتماعی واقعی فکری است که در آن فرد عدم تعلق و انفصال کاملی را با ارزش‌های مرسوم جامعه احساس می‌کند (چلبی و امیرکافی، ۱۳۸۳: ۴).	انزوای اجتماعی

ارائه‌ی یافته‌ها

اطلاعات توصیفی مرتبط با پاسخگویان پژوهش نشان می‌دهد که میانگین سن پاسخگویان ۴۱/۳۹ سال بوده، ۳۲ درصد را زنان و ۶۸ درصد از جمعیت نمونه را مردان تشکیل داده‌اند. میانگین تعداد اعضای خانواده‌های نمونه مورد بررسی ۴/۱۵ فرزند بوده است. بیش از نیمی از پاسخگویان ۵۱/۷ درصد شاغل تمام وقت، ۲۱ درصد شاغل نیمه وقت، ۱۴/۳ درصد شاغل پاره‌وقت و ۱۳ درصد نیز بیکار هستند. از نظر نوع شغل، ۳۹/۳ درصد از پاسخگویان دارای شغل دولتی هستند. و ۴۸/۷ درصد شغل آزاد دارند، ضمن آنکه ۱۲ درصد از پاسخگویان شغل خود را اظهار نکرده‌اند. اکثر پاسخگویان یعنی ۷۹ درصد ازدواج کرده دارای همسر و گروه‌های ازدواج کرده فاقد همسر در اثر طلاق و ازدواج کرده فاقد همسر در اثر فوت هر کدام ۱ درصد هستند و ۱۹ درصد از پاسخگویان هرگز ازدواج نکرده‌اند.

1. Zhan
2. Diner

جدول ۲: آماره‌های توصیفی متغیرهای تحقیق

متغیر	دامنه امتیازات	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره
سلامت	۰-۱۰۰	۷۷/۱۷۵	۱۶/۳۰	۲۲/۶۴	۱۰۰
انزوای اجتماعی	۰-۱۰۰	۵۲/۰۳	۱۶/۱۹	۲۰	۱۰۰
رضایت از زندگی	۰-۱۰۰	۶۵/۲۸	۱۵/۷۳	۲۰	۱۰۰
دینداری	۰-۱۰۰	۸۱/۶۲	۱۲/۱۰	۴۰	۱۰۰
حمایت اجتماعی	۰-۱۰۰	۷۹/۲۶	۲۴/۳۹	۷/۱۴	۱۰۰
سرمایه‌ی اجتماعی	۰-۱۰۰	۶۶/۵۱	۱۴/۷۷	۳۵/۳۳	۹۱/۳۳

جدول شماره‌ی ۳ با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون رابطه بین متغیرهای مستقل را با متغیر وابسته (سلامت) نشان می‌دهد. با استناد به نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها که در جدول شماره ۳ منعکس شده است، رابطه‌ی آماری مثبت و معناداری بین متغیرهای سرمایه‌ی اجتماعی، رضایت از زندگی، حمایت اجتماعی و دینداری وجود دارد؛ یعنی با افزایش این متغیرها، شهروندان نیز از سطح سلامت بالاتری برخوردار خواهند بود، در حالی که بین متغیر انزوای اجتماعی رابطه‌ی معکوس و معناداری با سلامت وجود دارد به این معنا که با افزایش این متغیر، از سطح سلامت شهروندان کاسته خواهد شد. همچنین میزان همبستگی متغیر سن شهروندان با میزان سلامت آن‌ها ۰/۰۱۳ است که همبستگی ضعیفی را نشان می‌دهد و از نظر آماری نیز تأیید نشده است ($P > 0/05$).

جدول ۳: نتایج آزمون پیرسون در مورد رابطه میان متغیرهای مستقل و سلامت

نتیجه	سطح معناداری	ضریب همبستگی پیرسون	فرضیات
تأیید	۰/۰۰۱	-۰/۲۱۵	رابطه‌ی انزوای اجتماعی با سلامت
تأیید	۰/۰۰۱	۰/۶۱۸	رابطه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی با سلامت
تأیید	۰/۰۰۱	۰/۵۶۰	رابطه‌ی رضایت از زندگی با سلامت
تأیید	۰/۰۰۱	۰/۶۱۱	رابطه‌ی حمایت اجتماعی با سلامت

رابطه‌ی دینداری با سلامت	۰/۴۳۴	۰/۰۰۱	تأیید
رابطه‌ی سن با سلامت	۰/۰۱۳	۰/۸۲۲	عدم تأیید

همانگونه که در جدول شماره‌ی ۴ ملاحظه می‌گردد، نتایج حاصل از مقایسه میانگین سلامت شهروندان زن و مرد به دلیل آنکه متغیر جنسیت دارای سطح سنجش اسمی دو وجهی (زن و مرد) است و متغیر سلامت دارای سطح سنجش درحد فاصله‌ای است از آزمون پارامتریک t برای مقایسه‌ی میانگین‌ها استفاده شد. نتایج بیانگر آن است که میانگین نمره‌ی سلامت شهروندان مرد برابر با $۸۱/۶$ و میانگین نمره‌ی سلامت شهروندان زن برابر با $۶۷/۷$ است. بنابراین در میان شهروندان سی ساله و بالاتر شهر مشهد، مردان به طور معناداری سلامت خود را بالاتر از زنان ارزیابی کرده‌اند ($P < ۰/۰۰۱$).

میانگین نمره‌ی سلامت شهروندان متأهل برابر با $۷۶/۸۲$ و میانگین نمره‌ی سلامت شهروندان مجرد برابر با $۸۰/۵۹$ است، این نتیجه نشان دهنده‌ی آن است که در نمونه‌ی آماری، میانگین این دو گروه با یک دیگر متفاوت است؛ اما سطح معناداری این آزمون بیانگر آن است هرچند در جامعه‌ی آماری مورد نظر مجردان سطح سلامت خود را بیش از متأهلان ارزیابی کرده‌اند اما این تفاوت از نظر آماری معنادار نیست. میانگین نمره‌ی سلامت شهروندان شاغل برابر با $۷۸/۷۵$ و میانگین نمره‌ی سلامت شهروندان غیرشاغل برابر با $۶۶/۲$ است. بنابراین شاغلان از سطح سلامت بالاتری نسبت به افراد غیرشاغل برخوردار هستند. بنابراین در میان شهروندان مشهدی سلامت شاغلان بیشتر از بیکاران ارزیابی می‌گردد ($P < ۰/۰۰۱$).

جدول ۴: آزمون مقایسه میانگین میزان سلامت شهروندان با متغیرهای جمعیت شناختی

متغیر	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	T	سطح معنی‌داری	نتیجه
جنسیت	مرد	$۸۱/۶$	$۱۲/۸$	$۷/۴۵$	$۰/۰۰۱$	تأیید
	زن	$۶۷/۷$	$۱۸/۸$			
وضعیت	متأهل	$۷۶/۸۲$	$۱۶/۷۶$	$-۱/۷۹۹$	$۰/۰۷۵$	عدم

تأیید			۱۳/۳۷	۸۰/۵۹	مجرد	تأهل
تأیید	۰/۰۰۱	۴/۲۵	۱۶/۰۱	۷۸/۷۵	شاغل	وضعیت
			۱۸/۱۴	۶۶/۲	غیر شاغل	اشتغال

جدول ۵: ضریب تعیین رگرسیون چند متغیر

ضریب همبستگی چندگانه	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل شده
۰/۷۲۰	۰/۵۱۸	۰/۵۱۱

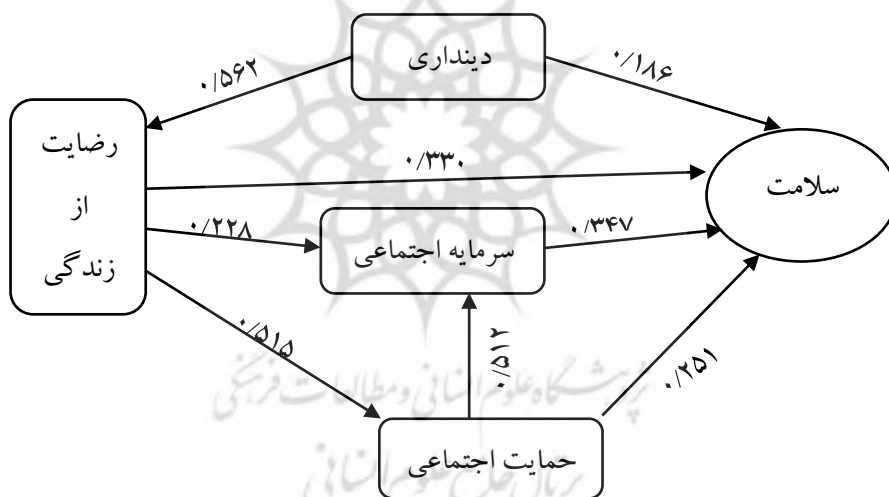
همان‌طور که نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد، R یا ضریب همبستگی چندگانه (۰/۷۲۰) بدین معناست که متغیرهای مستقل داخل معامله به طور همزمان ۰/۷۲ با متغیر وابسته (سلامت) ارتباط دارند. R^2 یا ضریب تعیین به دست آمده نشان می‌دهد ۵۱/۸ درصد از واریانس متغیر سلامت از طریق متغیرهای مستقل موجود در معامله تبیین می‌شود.

جدول ۶: متغیرهای وارد شده در معادله‌ی رگرسیون

متغیرها	بتا	خطای استاندارد	ضریب بتا	مقدار تی	سطح معناداری
سرمایه‌ی اجتماعی	۰/۳۸۳	۰/۰۶۶	۰/۳۴۷	۵/۷۷۹	۰/۰۰۱
رضایت از زندگی	۰/۳۴۲	۰/۰۵۲	۰/۳۳۰	۶/۵۲۹	۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی	۰/۱۶۸	۰/۰۳۷	۰/۲۵۱	۴/۵۹۶	۰/۰۰۱
دینداری	۰/۲۵۰	۰/۰۷۷	۰/۱۸۶	۳/۲۵۸	۰/۰۰۱

نتایج منعکس شده در جدول ۶ نشان می‌دهد از بین ۹ متغیر بررسی شده که همزمان وارد معامله‌ی رگرسیونی شدند، ۴ متغیر با سلامت رابطه‌ی معناداری داشتند و متغیرهایی که با متغیر وابسته رابطه‌ی معناداری نداشتند، از مدل حذف شدند. در بین متغیرهای وارد شده در معامله که با متغیر سلامت رابطه‌ی معنادار داشته‌اند، متغیر سرمایه اجتماعی با ضریب بتای ۰/۳۴۷ بیشترین تأثیر مستقیم را در سلامت شهروندان داشته است و

متغیرهای رضایت از زندگی، حمایت اجتماعی و دینداری به ترتیب با ضریب بتای ۰/۳۳۰، ۰/۲۵۱، ۰/۱۸۶ در سلامت شهروندان نمونه‌ی تحقیق، تعیین‌کننده بوده‌اند. نمودار ۲ تحلیل مسیر آثار مستقیم و غیر مستقیم متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته را نشان می‌دهد. همان طور که در مدل تحلیل مسیر (نمودار ۲) و نتایج تحلیل رگرسیون (جدول ۷) مشاهده می‌شود، متغیرهای سرمایه‌ی اجتماعی، رضایت از زندگی، حمایت اجتماعی و دینداری بر سلامت تأثیر مستقیم دارند. شایان ذکر است در بین متغیرهای وارد شده در مدل تحلیل مسیر، متغیر سرمایه‌ی اجتماعی با ضریب ۰/۳۴۷ بیشترین اثر مستقیم و متغیر دینداری با ضریب ۰/۳۵۲ بیشترین تأثیر غیر مستقیم را بر سلامت داشته‌اند.



نمودار ۲: تحلیل مسیر آثار مستقیم و غیر مستقیم متغیرهای مستقل بر سلامت

جدول ۷: ضرایب مسیر مستقیم، غیر مستقیم و کل تحلیل مسیر

متغیر	اثر مستقیم	اثر غیر مستقیم	اثر کل
سرمایه‌ی اجتماعی	۰/۳۴۷	-	۰/۳۴۷
رضایت از	۰/۳۳۰	۰/۲۹۹	۰/۶۲۹

			زندگی
۰/۴۲۹	۰/۱۷۸	۰/۲۵۱	حمایت اجتماعی
۰/۵۳۸	۰/۳۵۲	۰/۱۸۶	دینداری

با در نظر گرفتن مجموع آثار (اثر کل) هر متغیر اعم از اثر مستقیم و غیر مستقیم می توان گفت متغیر رضایت از زندگی با اثر کل ۰/۶۲۹ بیشترین تأثیر را بر سلامت دارد.

خلاصه و نتیجه گیری

بدون تردید بیماری های جسمی و روانی امروزه به مسأله ای اجتماعی بدل شده است و عوامل اجتماعی از عوامل مهم مرتبط با سلامت است. زیرا انسان با زندگی در محیط اجتماعی همواره در معرض انواعی از بیماری های جسمانی و روانی قرار می گیرد. از آنجا که اغلب مردم توجه به سلامت جسمانی را در اولویت درمان قرار می دهند اما اختلال در سلامت روان جزء معدود مراجعات درمانی محسوب می گردد، به علاوه از طرفی هر کسی در زندگی خود فشار روانی را تجربه کرده اما سطوح بالای فشار روانی می تواند سرآغازی بر مشکلات جسمانی باشد. بنابراین هر جامعه ای به تناسب فرهنگ حاکم بر آن و بر اساس معیارهای اجتماعی، می تواند در جهت حفظ سلامت روانی و کنترل بیماری های روانی اعضای خود مؤثر باشد تا بدین سان افراد سالم در فرآیند توسعه ای پایدار در عرصه های مختلف نقش پویایی داشته باشد. امروزه زندگی شهری و اقتضائات آن، افراد را با فشارهای روانی، اجتماعی و اقتصادی فراوانی مواجه کرده است که این مسأله سلامت را کانون توجه بسیاری از مطالعات همچون مطالعه ای حاضر قرار داده است. به منظور ایجاد و گسترش سلامت در فضای جامعه، بررسی عوامل اجتماعی مرتبط با سلامتی ضروری است. مطالعه ای حاضر با هدف بررسی عوامل اجتماعی مرتبط با سلامت شهروندان سی سال و بالاتر شهر مشهد صورت گرفته است. نتایج پژوهش در بعد توصیفی نشان داد که میزان سلامت شهروندان سی سال و بالاتر در شهر مشهد به

طور کلی در سطح مناسبی قرار داشت. از آنجا که اکثر جمعیت در نمونه‌ی مورد بررسی با توجه به ساخت جمعیتی ایران، جمعیتی بین ۳۰ تا ۴۰ سال و میانگین سن جمعیت مورد مطالعه ۴۱/۳۹ بوده است انتظار می‌رفت سلامت از حد متوسط بالاتر باشد. همچنین از بین ابعاد سلامت، بعد جسمانی میانگین بالاتری نسبت به بعد روانی-اجتماعی داشت.

نتیجه‌ی فرضیه‌ی اول تحقیق نشان داد که بین انزوای اجتماعی و سلامت شهروندان رابطه‌ی معنادار و معکوسی وجود دارد. این یافته با نتایج تحقیقات دیگر محققان داخلی و خارجی نظیر کلانتری و همکاران ۱۳۹۴، افشانی و شیر ۱۳۹۴، کلانتری و حسینی زاده آرانی ۱۳۹۴، روه‌د و همکاران ۲۰۱۶ کاملاً همخوانی دارد. مطالعات نشان می‌دهند که انزوای اجتماعی افراد را از مشارکت‌های رسمی و غیر رسمی در جامعه محروم ساخته و مبادله و دل‌بستگی اجتماعی را کاهش می‌دهد، موجب تضعیف یا قطع روابط و مبادلات نامتقارن گرم و روابط گفتمانی می‌شود، فرصت‌های مناسب برای با هم زندگی کردن، با هم کارکردن، با هم تجربه کردن و با هم بودن را سلب می‌کند، روابط طولانی، پایدار و عمیق را غیر ممکن ساخته و بدین ترتیب با کاهش منابع حمایتی ناشی از تعاملات اجتماعی، منجر به توسعه‌ی فشار و اختلالات روانی می‌شود.

نتیجه‌ی فرضیه‌ی دوم نشان داد که بین سرمایه‌ی اجتماعی و سلامت رابطه‌ی معناداری وجود دارد؛ این بدان معناست که با افزایش یا کاهش سرمایه‌ی اجتماعی، میزان سلامت شهروندان نیز افزایش یا کاهش می‌یابد پس کسانی که از سرمایه‌ی اجتماعی بالاتری برخوردارند طبق یافته‌های تحقیق حاضر از میزان سلامت مطلوب‌تری نیز برخوردارند و کسانی که سرمایه‌ی اجتماعی پایین‌تری دارند از وضعیت سلامتی نامطلوبی برخوردارند. این یافته همسو با تحقیقات (کوششی و همکاران ۱۳۹۵، کیوان آرا و همکاران ۱۳۹۳) است.

نتیجه‌ی فرضیه‌ی سوم نشان داد که بین رضایت از زندگی و سلامت رابطه‌ی معناداری وجود دارد. افراد هنگامی سطوح بالای رضایت از زندگی را تجربه می‌کنند که شرایط زندگی آنها

با ملاک‌هایی که برای خود تعیین کرده‌اند، مطابقت داشته باشد. رضایت از زندگی یکی از مؤلفه‌های بهزیستی است و افزایش آن مستقیماً باعث ارتقاء سطح سلامت جسمانی و روانی می‌شود. متقابلاً، یافته‌های پژوهشی نظیر افشانی و شیری ۱۳۹۵، نصیری و جوکار ۱۳۸۷، لوئیس ۲۰۱۰ تأیید کرده‌اند که با افزایش میزان رضایت از زندگی، سطح سلامت جسمانی و روانی نیز افزایش می‌یابد.

نتیجه‌ی فرضیه‌ی چهارم نشان داد که بین حمایت اجتماعی و سلامت رابطه‌ی مثبت و معناداری وجود دارد. برکمن و سیم به عنوان نظریه‌پردازان ایده‌ی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامتی، بر این نظر هستند که هر چه یگانگی فرد با اطرافیانش بیشتر باشد، حمایت اجتماعی بیشتری از او صورت می‌گیرد و به همین دلیل فرد کمتر در معرض بیماری قرار می‌گیرد. همانگونه که انتظار می‌رفت یافته‌های تحقیق نشان داد که سلامت شهروندان با افزایش ادراک و تصور آنها از میزان حمایت اجتماعی دریافتی از سوی خانواده و دوستان، وضعیت مطلوب‌تری پیدا می‌کند و با کاهش منابع حمایتی، به خطر می‌افتد. این یافته، مطابق با نتایج تحقیقات همتی و رحیمی علی‌آباد ۱۳۹۳، همتی و همکاران ۱۳۹۲ است که حاکی از آن بود که حمایت اجتماعی ادراک و یا دریافت شده، می‌تواند موجب بهبود سلامت شود. یکی از نتایج قابل توجه تحقیق، دریافت مقادیر بالاتری از حمایت اجتماعی از سوی اعضای خانواده در مقایسه با دوستان است.

نتیجه‌ی فرضیه‌ی پنجم نشان داد که بین دینداری و سلامت رابطه‌ی معناداری وجود دارد. نتایج این آزمون با توجه به بحث‌های نظری مطرح شده در باب نسبت میان دینداری و سلامت چندان دور از انتظار نبود. در واقع، یافته‌ی تحقیق تأییدی بر نظریه‌های مطرح شده در قسمت چارچوب نظری هستند. این یافته همسو با تحقیقات سراج زاده و همکاران ۱۳۹۲، کوئن و آتز ۲۰۱۵ بود.

از بین متغیرهای زمینه‌ای تحقیق، رابطه‌ی متغیرهای سن، جنسیت، وضعیت اشتغال و وضعیت تأهل با متغیر وابسته (سلامت) مورد بررسی قرار گرفت. نتایج تحقیق نشان داد بین سن و سلامت رابطه‌ی معناداری وجود ندارد. این یافته در تضاد با یافته‌های سفیری

و منصوریان راوندی ۱۳۹۳، فتحی و همکاران ۱۳۹۱ است. همچنین یافته‌ها نشان دادند بین جنسیت و سلامت رابطه‌ی معناداری وجود دارد. این یافته با نتایج تحقیقات دیگر نظیر افشانی و همکاران ۱۳۹۳، شربتیان ۱۳۹۱) همخوانی دارد و با یافته‌های (زکی و خشوعی ۱۳۹۲، نوریان نجف آبادی و جهانگیر ۱۳۹۰ ناهمسو است. همچنین یافته‌ها نشان دادند بین وضعیت اشتغال و سلامت رابطه‌ی معناداری وجود دارد. این یافته با نتایج تحقیقات دیگر محققان داخلی و خارجی نظیر افشانی و شیری ۱۳۹۴، یزدان پناه و نیک ورز ۱۳۹۴ کاملاً همخوانی دارد و در نهایت یافته‌ها نشان داد که بین وضعیت تأهل و سلامت رابطه‌ی معناداری وجود ندارد؛ این یافته با تحقیقات نوریان نجف آبادی و جهانگیر ۱۳۹۰، حسینی و دودمان فیروزسالاری ۱۳۸۹ همسو بود و با تحقیقات افشانی و همکاران ۱۳۹۳، یزدان پناه و نیک ورز ۱۳۹۴، سفیری و منصوریان راوندی ۱۳۹۳ در تضاد بود.

پیشنهادهای کاربردی

- توسعه‌ی فعالیت‌های اجتماعی و گروهی در سراهای محله‌ی شهر مشهد برای بسط روابط اجتماعی و تعاملات محلی میان شهروندان.
- ایجاد فضا و امکانات مناسب برای انجام فعالیت‌های تفریحی _ خانوادگی و برگزاری مسابقات ورزشی و فرهنگی گروهی میان مناطق و محلات مختلف درون شهری برای توسعه‌ی روابط اجتماعی درون شبکه و برون شبکه‌ای در راستای افزایش ارتقای سلامت شهروندان.
- ترغیب مشارکت بیشتر شهروندان در انجمن‌های اجتماعی و گروه‌های ادبی _ هنری، انجمن‌های علمی، فرهنگ‌سراها، مؤسسات خیریه و احزاب و تشکل‌های سیاسی.
- بستری مساعد به منظور بالا بردن میزان رضایت از زندگی در شهروندان از طریق افزایش شاخص‌های مرتبط با رفاه مادی و اجتماعی.

- تفحص بنیادی در متون اصیل اسلامی و استخراج راهکارهای عملی برای مقابله با اضطراب و افسردگی

منابع:

- _ افشانی، سیدعلیرضا؛ شیری محمد آباد، حمیده. (۱۳۹۵). بررسی رابطه‌ی رضایت از زندگی و سلامت اجتماعی زنان شهر یزد. **طلوع بهداشت**، دوره‌ی ۱۵، شماره‌ی ۲: ۳۴-۴۴.
- _ افشانی، سید علیرضا و شیری محمدآباد، حمیده. (۱۳۹۴). بررسی رابطه‌ی میزان احساس انزوای اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان شهر یزد. **دومین کنفرانس بین المللی روانشناسی و علوم اجتماعی: کرج**.
- _ افشانی، سیدعلیرضا؛ رسولی نژاد، سیدپویا؛ کاویانی، محمد؛ سمیعی، حمیدرضا. (۱۳۹۳). بررسی رابطه‌ی سبک زندگی اسلامی با سلامت اجتماعی مردم شهر یزد. **مطالعات اسلام و روان‌شناسی**، دوره‌ی ۸، شماره ۱۴: ۸۳-۱۰۳.
- پیلتن، فخرالسادات و قانع، فرزانه. (۱۳۹۱). بررسی جامعه‌شناختی عوامل مؤثر بر سلامت عمومی (مطالعه‌ی موردی: دانشجویان دانشگاه‌های شهر جهرم). **فصلنامه‌ی جامعه‌شناسی مطالعات جوانان**، دوره ۳، شماره‌ی ۵: ۷۳-۹۴.
- تاجدار، وحید؛ رفیعیان، مجتبی؛ تقوایی، علی اکبر. (۱۳۸۹). سنجش مؤلفه سلامت در کلانشهر مشهد از دیدگاه برنامه‌ریزی شهری. **نشریه هنرهای زیبا _ معماری و شهرسازی**، دوره‌ی ۲، شماره ۴۱: ۱۰۱-۱۱۰.
- چلبی، مسعود و امیرکافی، مهدی. (۱۳۸۳). تحلیل چندسطحی انزوای اجتماعی. **مجله‌ی جامعه‌شناسی ایران**، دوره‌ی ۵، شماره ۲: ۳-۳۱.
- حسینی، سید احمد و دودمان فیروزسالاری، سمانه. (۱۳۸۹). نقش حمایت اجتماعی در میزان سلامت روان کارمندان جوان شهرداری تهران. **برنامه‌ریزی رفاه و توسعه‌ی اجتماعی**، دوره‌ی ۱، شماره ۳: ۱۱۱-۱۴۴.

- حسینی حاجی‌بکنده، سید احمد؛ تقی‌پور، ملیحه. (۱۳۸۹). بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار. **فصلنامه‌ی پژوهش اجتماعی**، شماره‌ی ۷: ۱۳۹-۱۵۹.
- حشمت‌یغمایی، محمدتقی. (۱۳۸۰). دینداری نوجوانان و عوامل مؤثر بر آن. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد رشته جامعه‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- ریاحی، محمد اسماعیل؛ وردی نیا، اکبر؛ پورحسین، سیده زینب. (۱۳۸۹). بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روان. **رفاه اجتماعی**، دوره‌ی ۱۰، شماره ۳۹: ۸۵-۱۲۱.
- زکی، محمدعلی؛ خشوعی، مریم‌السادات. (۱۳۹۲). سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در بین شهروندان شهر اصفهان. **مطالعات جامعه‌شناختی شهری**، دوره‌ی ۳، شماره ۸: ۷۹-۱۰۸.
- سراج‌زاده، سیدحسین؛ جواهری، فاطمه؛ ولایتی‌خواجه، سمیه. (۱۳۹۲). دین و سلامت: آزمون اثر دینداری بر سلامت در میان نمونه‌ای از دانشجویان. **جامعه‌شناسی کاربردی**، دوره‌ی ۲۴، شماره ۱: ۷۷-۵۵.
- سفیری، خدیجه و منصوریان‌راوندی، فاطمه. (۱۳۹۳). عنوان تبیین رابطه‌ی هویت جنسیتی و سلامت اجتماعی زنان و مردان جوان شهر تهران. **جامعه‌شناسی کاربردی**، شماره‌ی ۱: ۵۱-۷۰.
- سیدنوزادی، محسن. (۱۳۹۲). **بهداشت عمومی (سلامت و بیماری)**، تهران: انتشارات ارجمند.
- شربتیان، محمد حسن. (۱۳۹۱). تأملی بر پیوند معنایی مؤلفه‌های سرمایه‌ی اجتماعی و میزان بهره‌مندی از سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه پیام نور مشهد. **فصلنامه‌ی جامعه‌شناسی مطالعات جوانان**، دوره‌ی ۲، شماره ۵: ۱۴۹-۱۷۴.
- شربتیان، محمد حسن و ایمنی، نفیسه. (۱۳۹۶). تحلیل جامعه‌شناختی رابطه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی با سلامت اجتماعی زنان (مورد مطالعه: زنان منطقه‌ی چهار شهری تهران). **فصلنامه‌ی برنامه‌ریزی رفاه و توسعه‌ی اجتماعی**، دوره‌ی ۸، شماره ۳۰: ۱۰۵-۱۴۰.
- شریفیان، اکبر. (۱۳۸۵). بررسی عوامل مؤثر بر میزان خشونت خانگی. رساله‌ی دکتری رشته‌ی جامعه‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی.

- صباغ، صمد؛ معینان، نرمینه؛ صباغ، سارا. (۱۳۹۰). سنجش سلامت اجتماعی و عوامل اجتماعی مرتبط با آن در بین خانوارهای شهر تبریز. **مطالعات جامعه‌شناسی**، دوره ۳، شماره ۱۰: ۲۷-۴۴.
- فتحی، منصور؛ عجم‌نژاد، رضا؛ خاک رنگین، مریم. (۱۳۹۱). عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی معلمان شهر مراغه. **رفاه اجتماعی**، سال ۱۲، شماره ۴۷: ۲۲۵-۲۴۳.
- کلاتری، عبدالحسین؛ حسینی زاده آرانی، سید سعید. (۱۳۹۴). دین، سلامت روان و احساس تنهایی. بررسی نسبت میان میزان دینداری و سلامت روان با احساس تنهایی (مورد مطالعه: شهروندان تهرانی). **جامعه‌شناسی کاربردی**، سال ۲۶، شماره ۱ پیاپی (۶۰)، شماره ۴: ۲۵-۴۴.
- کلاتری، عبدالحسین؛ حسینی زاده آرانی، سید سعید؛ سخایی، ایوب؛ امام‌علیزاده، حسین. (۱۳۹۴). انزوا و سلامت: بررسی ارتباط میان انزوای اجتماعی و سلامت روان شهروندان ۱۸+ سال تهرانی با عطف توجه به نقش میانجیگرانه‌ی حمایت اجتماعی. **پژوهش‌های جامعه‌شناسی معاصر**، دوره ۴، شماره ۶: ۸۹-۱۱۶.
- کوششی، مجید؛ میرزایی، محمد؛ پور رضا، ابوالقاسم، حسنی درمیان، غلامرضا. (۱۳۹۵). تأثیر سرمایه‌ی اجتماعی بر سلامت سالمندان ۶۰ سال و بالاتر در مناطق شهر مشهد. **مجله‌ی علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد**، شماره ۲۷: ۱۰۹-۱۲۹.
- کیوان آرا، محمود؛ حقیقتیان، منصور؛ علی بابایی شهرکی، معصومه. (۱۳۹۳). بررسی رابطه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی و سلامت روان در بین شهروندان شهرکرد. **مجله‌ی علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام**، دوره ۲۲، شماره ۷: ۴۷-۵۵.
- مجدی، علی اکبر؛ محمدی، فردین. (۱۳۹۵). بررسی رابطه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی و اثر بخشی فردی کارمندان بانک‌ها (مورد مطالعه: کارمندان بانک‌های دولتی شهر سنج. **مجله‌ی علوم اجتماعی دانشکده‌ی ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد**، دوره ۱۳، شماره ۲: ۱۶۱-۱۸۶.

- مرندی، علیرضا. (۱۳۸۵). *عوامل اجتماعی سلامت در کتاب جامع بهداشت عمومی*، تهران: نشر کتاب پردازان.
- نصیری، حبیب‌الله؛ جوکار، بهرام. (۱۳۸۷). *معناداری زندگی، امید، رضایت از زندگی و سلامت روان در زنان. پژوهش زنان*، دوره‌ی ۶، شماره‌ی ۲: ۱۵۷-۱۷۶.
- نوریان نجف آبادی، محمد؛ جهانگیر، نرجس. (۱۳۹۰). *رابطه بین میزان اعتماد اجتماعی و سلامت روانی (مطالعه‌ی موردی: معلمان شهرستان تیران و کرون)*. *جامعه‌شناسی تاریخی*، دوره‌ی ۳، شماره‌ی ۲: ۳۵-۵۹.
- همتی، الهام؛ مهدوی، محمد صادق؛ بقایی سرابی، علی. (۱۳۹۲). *تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار شهر رودهن*. *فصلنامه پژوهش اجتماعی*، سال ۶، شماره ۱۸: ۴۵-۶۱.
- همتی، رضا؛ رحیمی علی آباد، ابازر. (۱۳۹۳). *بررسی رابطه حمایت اجتماعی با سلامت روانی*. *مطالعات علوم اجتماعی ایران*، سال ۱۱، شماره ۴۲: ۱۰۵-۱۱۹.
- هورتولانوس، رلوف؛ مشیلز، انجا؛ و میوسن، لودوین. (۱۳۹۴). *انزوای اجتماعی در جامعه‌ی مدرن*. ترجمه‌ی لیلا فلاحی سرابی و صادق پیوسته، تهران: نشر جامعه‌شناسان.
- یزدان‌پناه، لیلا؛ نیک‌ورز، طیبه. (۱۳۹۴). *رابطه عوامل اجتماعی با سلامت اجتماعی دانشجویان*. *دانشگاه شهید باهنر کرمان*. *جامعه‌شناسی کاربردی*، سال ۲۶، شماره‌ی ۳: ۹۹-۱۱۶.
- Berkman, L. F., & kawachi, I (2000). Social integration, social networks, social support, and health. *Social epidemiology*, 1, 137-173.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social science & medicine*, 51 (6), 843-857.
- Korkeila, M., Kaprio, J., Rissanen, A., Koskenvuo, M., & Sörensen, T. I. A (1998). Predictors of major weight gain in adult Finns: stress, life satisfaction and personality traits. *International journal of obesity*, 22 (10), 949-957.
- Li, T., & Zhang, Y (2015). Social network types and the health of older adults: Exploring reciprocal associations. *Social Science & Medicine*, 130, 59-68.
- Lowis, M. J., Edwards, A. C., & Singlehurst, H. M (2010). The relationship between preretirement occupation and older adults' life

- satisfaction and self-rated health. *The Journal of psychology*, 145 (1), 59-72.
- Mora, D. C., Grzywacz, J. G., Anderson, A. M., Chen, H., Arcury, T. A., Marín, A. J., & Quandt, S. A (2014). Social isolation among Latino workers in rural North Carolina: Exposure and health implications. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16 (5), 822-830.
- Quinn, T.C., & Utz, R. L (2015). Personal Religiosity and Mental Health Care Utilization among Adolescents. In *Education, Social Factors, and Health Beliefs in Health and Health Care Services* (pp. 139-159). Emerald Group Publishing Limited.
- Rohde, N., D'Ambrosio, C., Tang, K. K., & Rao, P (2016). Estimating the mental health effects of social isolation. *Applied Research in Quality of Life*, 11 (3), 853-869.
- Waterworth, P., Rosenberg, M., Braham, R., Pescud, M., & Dimmock, J (2014). The effect of social support on the health of Indigenous Australians in a metropolitan community. *Social Science & Medicine*, 119, 139-146.
- World health organization (2007). "Promoting Mental Health: A report of the world health organization". Department of Mental Health, University of Melbourne.
- Zhan, L (1992). Quality of life: conceptual and measurement issues. *Journal of advanced nursing*, 17 (7), 795-800.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی