



Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0)

سلامت اجتماعی و عوامل اجتماعی مرتبط با آن در بین خانوارهای شهر تبریز

محمود علمی (گروه جامعه‌شناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران)

elmim@iaut.ac.ir

چکیده

یکی از هدف‌های مهم نظام سلامت در هر کشور تأمین، حفظ و ارتقای کیفیت زندگی و سلامت افراد جامعه است. سلامت اجتماعی توانایی انجام‌دادن مؤثر و کارآمد نقش‌های اجتماعی بدون آسیب‌رساندن به دیگران است. ارتقای سلامت در جامعه شاخص توانمندی نظام اجتماعی به شمار می‌آید. این توانمندی به لحاظ عملی از طریق ارزیابی زندگی افراد جامعه مدنظر قرار می‌گیرد. سلامت موضوعی فقط زیست‌شناختی نیست و عوامل اجتماعی نیز در تعیین سطح سلامت افراد دخیل‌اند. هدف اصلی این پژوهش، تعیین عوامل اجتماعی مرتبط با سلامت اجتماعی خانوارهای شهر تبریز بود. روش تحقیق، پیمایشی و تکنیک جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه‌های استاندارد بود. جامعه آماری تحقیق خانوارهای شهر تبریز به تعداد ۴۲۸۰۰۹ خانوار بود. با توجه به فرمول تعیین حجم نمونه، برای شهر تبریز ۳۲۶ خانوار تعیین شد. شیوه نمونه‌گیری، نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای بود. یافته‌ها نشان داد که بین میزان سلامت اجتماعی خانوارهای تبریز و متغیرهای اعتماد اجتماعی، احساس ناامیدی، گذران اوقات فراغت، اعتقادات دینی و پایگاه اجتماعی-اقتصادی رابطه معنادار وجود داشت.

کلیدواژه‌ها: سلامت اجتماعی، اعتماد اجتماعی، احساس ناامیدی، اوقات فراغت، اعتقادات

دینی.

۱. مقدمه

سلامت اجتماعی، توانایی ایفای مؤثر و کارآمد نقش‌های اجتماعی بدون آسیب‌رساندن به دیگران است. سلامت با همه جوانب از جمله حقوق اولیه انسانی و شاخص‌های عدالت در جامعه همراه است. ارتقای سلامت در جامعه شاخص توان‌مندی نظام اجتماعی به شمار می‌آید. این توانمندی به لحاظ عملی از طریق ارزیابی زندگی افراد جامعه مدنظر قرار می‌گیرد. سلامت فقط امری زیست‌شناختی نیست و عوامل اجتماعی نیز در تعیین سطح سلامت افراد دخیل‌اند. موقعیت‌های اجتماعی نه تنها امکان ایجاد بیماری یا معلولیت را افزایش می‌دهد، بلکه می‌تواند افق خاصی را از نظر پیشگیری از بیماری و نیز حفظ سلامت ترسیم کند؛ چراکه سلامتی شرط ضروری برای ایفای نقش‌های اجتماعی است و انسان‌ها در صورتی می‌توانند فعالیت کامل داشته باشند که هم خود را سالم احساس کنند و هم جامعه آن‌ها را سالم بداند. براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۴۸، سلامت اجتماعی یکی از ابعاد سلامت محسوب می‌شود، از دو بعد جسمی و روانی سلامت تأثیر می‌پذیرد و بر آن‌ها اثر متقابل دارد. کمیت و کیفیت تعامل فرد با اجتماع به‌منظور ارتقای رفاه آحاد جامعه یکی از تعاریف سلامت اجتماعی است. نتیجه نهایی این تعامل ارتقای سرمایه اجتماعی، امنیت اجتماعی، کاهش فقر و بی‌عدالتی است و نقطه مقابل آن افزایش آسیب‌های اجتماعی است. رشد آسیب‌های اجتماعی طی سال‌های اخیر به‌طور متوسط هر سال پانزده درصد بوده است؛ البته به دلیل نبود نظام دیده‌بانی شاخص‌های سلامت اجتماعی، به‌طور دقیق نمی‌توان روند صعودی یا نزولی وضعیت سلامت اجتماعی جامعه را در دو دهه گذشته ترسیم کرد. مصوبات و مداخلات متعددی برای کاهش آسیب‌های اجتماعی و ارتقای سلامت اجتماعی توسط سازمان‌ها در جریان است، اما ناکافی بودن حساسیت مسئولان، ارزشیابی نشدن مداخلات فعلی، پوشش و بهره‌مندی ناکافی گروه‌های جمعیتی از مداخلات سطح یک پیشگیری، انتخاب نامناسب مداخلات اساسی، تخصیص اغلب منابع موجود به مداخلات سطح سوم پیشگیری (خدمات بعد از آسیب‌دیدن افراد)، ضعف نظام استقرار عملیات و

همکاری بین‌بخشی در اجرای مداخلات، پراکندگی منابع مالی مرتبط با سلامت اجتماعی و ناکافی بودن حساسیت و مهارت مردم در رویارویی با خطرات در کمین (آسیب‌های اجتماعی)، مانع از تأثیر این اقدامات بر بهبود شاخص‌های سلامت اجتماعی شده است. به این علل باید تغییرات کلان اقتصادی، سیاسی، بین‌المللی و فناوری را نیز اضافه کرد (دماری، ناصحی و وثوق مقدم، ۱۳۹۲).

سلامت موضوعی مطرح در همه فرهنگ‌هاست و تعریف آن در هر جامعه‌ای تا اندازه‌ای به حس مشترک مردمان از سلامت و فرهنگ آن‌ها باز می‌گردد، ولی معمولاً هرگاه سخنی از آن به میان آمده است، بیشتر بعد جسمانی آن مدنظر بوده است؛ درحالی‌که رشد و تعالی جامعه درگرو تندرستی آن جامعه از ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی است. سازمان بهداشت جهانی در تعریفی سلامت را به‌عنوان حالتی از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی، نه صرفاً فقدان بیماری تعریف می‌کند (سجادی، ۱۳۸۴، ص. ۲۴۴). سلامت اجتماعی به‌عنوان یکی از ابعاد سلامت در کنار سلامت جسمی، روانی و معنوی نقش و اهمیت گسترده‌ای یافته است؛ به‌گونه‌ای که دیگر سلامتی، عاری‌بودن از بیماری‌های جسمی و روانی نیست؛ بلکه چگونگی عملکرد انسان در روابط اجتماعی و چگونگی تفکر وی از اجتماع نیز به‌عنوان معیارهای ارزیابی سلامت فرد و در سطح کلان جامعه به شمار می‌رود (سام‌آرام، ۱۳۸۸، ص. ۳).

موضوع سلامتی از بدو پیدایش بشر و در قرون و اعصار متمادی مطرح بوده است، اما هرگاه از آن سخنی به میان آمده است، عموماً بعد جسمی آن مدنظر قرار گرفته است و کمتر به سایر ابعاد سلامتی به‌خصوص بعد اجتماعی آن توجه شده است. در سال ۱۹۸۴ سازمان بهداشت جهانی، سلامت اجتماعی را به‌عنوان یکی از سطوح سلامت کلی فرد شناسایی کرد (کیزی و شاپیرو، ۲۰۰۴). اهمیت توجه به بعد اجتماعی توسعه و همچنین تأکید سازمان بهداشت جهانی بر سلامت اجتماعی در کنار سلامت فیزیکی، سبب شده است تا امروزه سلامت اجتماعی دغدغه مشترک جامعه‌شناسان، برنامه‌ریزان امور توسعه و برنامه‌ریزان

اقتصادی هر جامعه به شمار رود؛ زیرا سلامت اجتماعی افراد جامعه از یک سو معلول عوامل متعددی است و یکی از شاخص‌های مهم توسعه جوامع است و از طرف دیگر، خود می‌تواند در توسعه جامعه نقش اساسی ایفا کند؛ بر همین اساس، برنامه‌ریزان جوامع توسعه یافته تلاش می‌کنند که میزان سلامت اجتماعی افراد جامعه خود را ارتقا بخشند. براساس تعریف کیز و شاپیرو، فرد سالم از نظر اجتماعی جامعه را به صورت مجموعه‌ای معنادار، فهم‌شدنی و بالقوه برای رشد و شکوفایی می‌داند و احساس می‌کند که به جامعه تعلق دارد، از طرف جامعه پذیرفته می‌شود و در پیشرفت آن سهم است (چایچی، ۱۳۹۲، ص. ۲۹).

سلامت اجتماعی یعنی هماهنگی بین ارزش‌ها، علایق و نگرش‌ها در حوزه عمل افراد در جامعه و در نتیجه برنامه‌ریزی واقع‌بینانه و هدفمند برای زندگی. با توجه به تعاریفی که صاحب‌نظران از این مفهوم ارائه کرده‌اند، به خوبی روشن می‌کند که سلامت اجتماعی نقشی محافظت‌کننده در مقابله با فشارهای روانی و اجتماعی دارد و پایین بودن میزان آن در جامعه عامل خطر است و زمینه مساعد برای بروز انواع آسیب‌های اجتماعی نظیر پرخاشگری، بزهکاری، سوء مصرف مواد، افسردگی، عملکرد ضعیف تحصیلی به‌ویژه در سطح دانشگاه‌ها با افزایش تعداد دانشجویان مشروط و در شرف اخراج، همسرآزاری، کودک آزاری و نظایر آن است. آمارها و نتایج پژوهش‌ها افزایش این آسیب‌ها را تأیید می‌کنند. یکی از مهم‌ترین شاخص‌های جهانی سلامت اجتماعی، شاخص کانکتیکت است. این شاخص برای سنجش وضعیت سلامت اجتماعی ایالت کانکتیکت در آمریکا طراحی شده است و همه مراحل زندگی، سنین و گروه‌های اجتماعی - اقتصادی را در بر می‌گیرد. نشانگرهای این شاخص به شرح زیر است: میزان مرگ‌ومیر شیرخواران، سوء استفاده از کودکان، بیکاری، میانگین درآمد هفتگی، هزینه مراقبت‌های بهداشتی، خودکشی جوانان، ترک تحصیل در دبیرستان، زایمان در دوران نوجوانی، جرم، مسکن و گوناگونی درآمد. در پژوهش امینی رارانی، موسوی و رفیعی (۱۳۸۹) شاخص‌های هفت‌گانه سلامت اجتماعی برای ایران به قرار زیر عنوان شده است: کسی زیر خط فقر نباشد، خشونت در جامعه وجود نداشته باشد، رشد

جمعیت کنترل شده باشد، آموزش تا پایان دوره راهنمایی اجباری و رایگان و سپس رایگان باشد، توزیع درآمدها عادلانه باشد، همه مردم زیر پوشش بیمه باشند و بیکاری وجود نداشته. در پژوهش زمان‌خانی، عباچی زاده، امیدنیا، ابدی و حیدرنیا (۱۳۹۵) یافته‌های زیر به دست آمد: شاخص ترکیبی از ۳۹ شاخص تشکیل شده است که طبق آن مهم‌ترین مشخصات جامعه سالم، جامعه‌ای است که در آن مصرف مواد، کار کودکان، طلاق، بیکاری تحصیل‌کردگان، تنبیه و مواظبت ناکافی کودکان و مصرف دخانیات وجود نداشته باشد. براساس پژوهش آن‌ها، استان یزد بالاترین رتبه سلامت اجتماعی و استان سیستان و بلوچستان آخرین رتبه را به دست آورد.

یکی از ضرورت‌های انجام‌شدن پژوهش حاضر، وجود خلأ تئوریک موجود در منابع علمی در ایران از بعد جامعه‌شناختی بوده است؛ بنابراین این امر محقق را بر آن داشت که رابطه برخی عوامل اجتماعی با سلامت اجتماعی را در بین خانوارهای تبریز بررسی کند. هدف کلی این تحقیق، تعیین عوامل اجتماعی مرتبط با سلامت اجتماعی خانوارهای شهر تبریز بود.

۲. مبانی نظری تحقیق

سلامت، قابلیت افراد و اجتماعات برای کنترل زندگی خود و بهبودبخشیدن به آن با استفاده از راهبردهایی اعم از تقویت تاب‌آوری فردی، حمایت‌های محیطی و اجتماعی با توجه به فرهنگ، تعاملات سازمان‌یافته، اجتماعی شدن غیررسمی، برابری، عدالت اجتماعی، مشارکت اجتماعی و احترام به شرافت فردی است. سلامت از جمله مفاهیمی است که تا مدت‌ها نقطه مقابل این مفهوم یعنی بیماری تعریف می‌شد. سلامت به‌عنوان فقدان نشانه‌های فیزیکی، برای سال‌های متمادی الگوی مسلط مطالعات سلامت بود، اما هم‌زمان با تغییر رویکرد بیماری‌انگار و پیدایش دیدگاه‌های سلامت‌نگر معنی در نظر گرفته شده برای این مفهوم نیز وسعت بیشتری پیدا کرد و طیف گسترده‌ای از رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی را در بر گرفت که عمدتاً از طریق افزایش توانمندسازی افراد و گروه‌های اجتماعی و

در جهت کنترل و نظارت بر عوامل و تعیین کننده‌های مؤثر بر سلامت ایجاد می‌شود. کاهش بیماری‌های روانی و پرورش سلامت در ابعاد زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی ویژگی‌هایی را که برای قبول نقش‌های اجتماعی لازم است، افزایش می‌دهد. مفهوم سلامت شامل پیوستاری می‌شود که افراد، گروه‌ها، اجتماعات، محیط و کل جامعه در حفظ و ایجاد آن فعال و سهیم باشند و برای برقراری روابط متقابل نیازمند تمهیدات و شرایطی باشد که بتوان به وسیله آن اطمینان، سلامت و خوشبختی فرد و گروه و جامعه را تضمین کرد.

یکی از محورهای ارزیابی سلامتی جوامع مختلف، سلامت اجتماعی آن جامعه است. سلامت اجتماعی نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفا می‌کند. از سوی دیگر، ساختار بوروکراسی جامعه امروز وضعیتی را ایجاد کرده است که در آن انسان‌ها قادر به فراگیری نحوه و چگونگی کنترل عواقب و نتایج اعمال و رفتارهای خود نیستند. نحوه کنترل و مدیریت جامعه بر سیستم پاداش اجتماعی به گونه‌ای است که فرد ارتباطی بین رفتار خود و پاداش دریافت شده از جامعه نمی‌تواند برقرار کند و در چنین وضعیتی است که احساس بیگانگی بر فرد چیره می‌شود و او را به کنش ناسازگارانه و تخریب‌گرایانه در قبال جامعه سوق می‌دهد و سلامت اجتماعی وی را تهدید می‌کند. از آنجاکه سلامت اجتماعی نقش عمده‌ای در کارکرد تمام زمینه‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی دارد، بدیهی است که برنامه‌ریزی جامع در تأمین سلامت اجتماعی افراد کاملاً ضروری به نظر می‌رسد. با گذار جوامع از حالت سنتی به صنعتی بحث مربوط به سلامت افراد جامعه اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. قرن جدید با خود عقاید جدیدی پدید آورده است. یک باور جدی این است که درباره یک ملت صرفاً با رشد اقتصادی نمی‌توان قضاوت کرد؛ بلکه احساس خوشنودی، امنیت روانی و سلامت در ابعاد مختلف زیستی، روانی، اجتماعی، معنوی نیز مهم است (بهزاد، ۱۳۸۳، ص. ۳). در یک جامعه پایدار، برابری، آموزش، بهداشت، سلامت و برخورداری از نیازهای اساسی از ملزومات یک جامعه و شاخص‌های توسعه آن به شمار می‌رود. ارتقای سلامت در جامعه شاخص توانمندی نظام اجتماعی به شمار می‌آید. این توانمندی به لحاظ

عملی از طریق ارزیابی زندگی افراد جامعه مدنظر قرار می‌گیرد. عوامل اجتماعی اثر درخور توجهی بر مقابله با مخاطرات بهداشتی و ارائه مراقبت‌های پزشکی به مردم دارند؛ بنابراین سلامت فقط امری زیست‌شناختی نیست، بلکه عوامل اجتماعی نیز در تعیین سطح سلامت افراد دخیل‌اند. موقعیت‌های اجتماعی نه‌تنها امکان ایجاد بیماری یا معلولیت را افزایش می‌دهند، بلکه می‌توانند افق خاصی را از نظر پیشگیری از بیماری و نیز حفظ سلامت ترسیم کنند؛ چراکه سلامتی شرط ضروری برای ایفای نقش‌های اجتماعی است و انسان‌ها در صورتی می‌توانند فعالیت کامل داشته باشند که هم خود احساس سالم‌بودن کنند و هم جامعه آن‌ها را سالم بدانند. مهم‌ترین خطرات مطرح برای سلامت و رفاه و آسایش فرد از شیوه زندگی ناسالم و رفتار خطرآفرین ایجاد می‌شود. از سوی دیگر، شیوه زندگی سالم و اجتناب از رفتارهای پرخطر، توانایی فرد را برای زندگی طولانی‌تر و سالم‌تر افزایش می‌بخشد. سلامت و تندرستی چه به صورت جمعی و چه به صورت فردی یکی از موضوعات مهم حیات انسان به شمار می‌آید که از دوران ماقبل تاریخ تاکنون، بشر به‌منظور دستیابی به سلامت و همچنین تبیین علت بیماری تلاش کرده است. مدت‌های دراز انسان به‌دنبال شناسایی عوامل مؤثر بر سلامت بود و گهگاهی نظریات متعددی مطرح می‌شد که در این میان اعتقادات ماورایی که بیماری‌های انسانی را به خشم خداوند و حلول روح شیطان نسبت می‌دادند، از دیگر عوامل پررنگ‌تر جلوه می‌کردند؛ به طوری که اپیدمی‌ها تا هزاران سال مکافات تبه‌کاری بشر تلقی می‌شد. در پاره‌ای موارد شدت این اپیدمی‌ها و قدرت آن‌ها در مبتلاکردن ناگهانی تعداد زیادی از مردم به‌حدی بود که حتی به تغییر حکومت‌ها می‌انجامید. در طول سال‌های گذشته در بیشتر کشورهای مشرق‌زمین این تصور ریشه دوانیده بود که اپیدمی‌ها بلیه آسمانی هستند که خداوند برای ریشه‌کن کردن حکام مستبد و گروه مفسدین بر مردم نازل می‌کند. به‌دنبال پیشرفت‌های طبی و بهداشت عمومی مشتمل بر کشف داروهای جدید، بهسازی محیط‌زیست و بهبود وضع تغذیه، بشر توانست عمده بیماری‌ها و امراض عفونی را که غالباً سرایت عمومی می‌کردند، کنترل کند و گاهی آن‌ها را ریشه‌کن

کند؛ به طوری که از نیمه دوم قرن بیستم امراض وخیم عفونی تنها به عنوان علت فرعی مرگ و میر در جوامع صنعتی مطرح شدند و بهبود وضعیت اقتصادی و افزایش شهرنشینی به ایجاد تغییراتی در زندگی افراد منجر شد. این تغییرات به نوبه خود باعث افزایش سهم بیماری‌های مزمن در مبتلاکردن و مرگ و میر افراد در این جوامع شده است؛ به طوری که بروز مسائلی از این دست پزشکی مدرن را بر آن داشت با اعتراف به نگاه تنگ‌نظرانه خود مبنی بر نادیده گرفتن تعیین‌کننده‌های غیربیولوژیک سلامت، شاخه جدیدی از پزشکی را با عنوان «اپیدمیولوژی بیماری‌های مزمن» بنیان نهاد. با استناد به گزارش سازمان بهداشت جهانی، رایج‌ترین علل مرگ و میر در بسیاری از جوامع امروزی بیماری‌های غیرعفونی مانند سرطان، ناراحتی‌های قلبی و عروقی و دیابت است و بی‌خوابی، اضطراب، رخوت، افسردگی و دردهای مزمن که ناشی از این بیماری‌ها هستند، همگی روبه‌افزایش‌اند. این مسائل در گذشته نیز گریبان‌گیر بشر بوده‌اند، اما ظاهراً اکنون سبب‌ساز آشفتگی و اختلال بیشتری در زندگی مردم شده‌اند تا در گذشته. پیمایش‌های اخیر آشکار کرده‌اند که امروزه فشار عصبی رایج‌ترین علت غیبت از کار است و از این نظر بر سرماخوردگی پیشی گرفته است. بنا به پیش‌بینی سازمان بهداشت جهانی، طی بیست سال آینده افسردگی شایع‌ترین بیماری جهان خواهد شد (گیدنز، ۱۳۸۶، ۲۱۱). به نظر ریچارد ویلکینسن^۱، ثروتمندترین جوامع جهان سالم‌ترین جوامع نیستند؛ بلکه سالم‌ترین جوامع آنانی هستند که عادلانه‌ترین توزیع درآمدها و بیشترین یکپارچگی اجتماعی را دارند. به گفته ویلکینسن، سطوح بالای ثروت ملی ضرورتاً به معنی تندرستی بیشتر برای جمعیت نیست. وی رابطه‌ای بین نرخ مرگ و میر و الگوهای توزیع درآمدها ارائه کرد؛ به طوری که مردم کشورهایمانند ژاپن و سوئد که جزو مساوات‌گراترین جوامع جهان به حساب می‌آیند، در مقایسه با شهروندان کشورهایمانند ایالات متحده که شکاف میان فقیر و غنی در آن‌ها عمیق‌تر است، به‌طور متوسط از سلامتی بیشتر و بهتری برخوردارند. از نظر ویلکینسن، شکاف روبه‌افزایش درآمد، همبستگی

1. Wilkinson

اجتماعی را متزلزل می‌کند و مقابله کردن با مخاطره‌ها و چالش‌ها را برای مردم دشوار می‌کند و افزایش انزوای اجتماعی و ناتوانی در تحمل فشارها در شاخص‌های تندرستی انعکاس می‌یابد. بنا به استدلال وی، عوامل اجتماعی از اصلی‌ترین تعیین‌کننده‌های سلامتی نسبی یک جامعه هستند (ویلکینسون، ۱۳۸۳). ارتقای سلامت اجتماعی، درحقیقت دربرگیرنده زمینه‌های اقدام اجتماعی برای توسعه سطح سلامت عمومی در جامعه است؛ بر این اساس، ارتقای سطح سلامت اجتماعی از دو طریق امکان‌پذیر است: یکی توسعه شیوه‌های سالم زندگی و اقدام اجتماعی برای سلامت و دیگری ایجاد شرایطی است که زیستن در حیات سالم را امکان‌پذیر کند. موضوع اول دربرگیرنده توانمندسازی انسان‌ها از طریق آگاهی‌ها و مهارت‌های ضروری برای داشتن زندگی سالم است و موضوع دوم یعنی تأثیرگذاری بر سیاست‌گذاران، به گونه‌ای است که سیاست‌های عمومی و برنامه‌های حامی سلامت عمومی را در سطح جامعه پیگیری کند. در اساسنامه سازمان بهداشت جهانی، سلامت عبارت است از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی. سلامت اجتماعی به‌عنوان ارزیابی فرد از کیفیت روابط فرد با خانواده، دیگران و گروه‌های اجتماعی تعریف شده است. درواقع، مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد را می‌سنجد که نشانگر رضایت و خشنودی یا نارضایتی فرد از زندگی و محیط اجتماعی است و شامل پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر و رفتار) به محیط پیرامونی خود می‌شود (لارسن^۱، ۱۹۹۶، ۳: ۱۸۳).

با وجود توجه نسبی به سلامت فیزیکی و جسمی افراد در ایران، به ابعاد سلامت اجتماعی نظیر میزان خشنودی از زندگی، افسردگی، امید به زندگی، میزان بیکاری، میزان طلاق، میزان قتل و خودکشی، جرائم کیفری و مالی، بزهکاری‌ها و انحرافات، مصرف سیگار، افت تحصیلی و ترک تحصیل، مصرف مواد مخدر، الکل و سیگار و سایر آسیب‌های اجتماعی توجه کافی نشده است. واقعیت تحولات اجتماعی گویای آن است که چهره

1. Larson

بیماری‌ها و اختلالات در حال دگرگونی است و پدیده انتقال اپیدمیولوژیک در حال وقوع است؛ به نحوی که تا سال ۲۰۲۰ منشأ برهم‌زننده سلامت در جهان، اختلالات و بیماری‌های روانی، رفتاری و اجتماعی خواهد بود (مرندی، ۱۳۸۵، ص. ۳۹). مهارت‌های اجتماعی، عضویت در گروه‌های اجتماعی، نشاط اجتماعی، سرمایه اجتماعی و مشارکت اجتماعی، رفتارهایی هستند که فرد را قادر به تعامل مؤثر و اجتناب از پاسخ‌های نامطلوب است و بیانگر سلامت رفتاری و اجتماعی افراد است. سلامتی یکی از مفاهیم اساسی در هستی انسان است و آن عبارت است از مسئولیت در قبال خود و انتخاب سبک زندگی سالم. سازمان بهداشت جهانی، سلامتی را حالت بهزیستی کامل جسمانی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی می‌داند (باباپور خیرالدین، رسول‌زاده طباطبایی، اژه‌ای و فتحی آشتیانی، ۱۳۸۲). سلامتی دارای ابعاد مختلف جسمانی، روانی، هیجانی، عقلانی، معنوی و اجتماعی است که این مفاهیم ضمن بهره‌مندی از وجوه مشترک، دارای جنبه‌های متفاوت نیز هستند و از عوامل متعددی تأثیر می‌پذیرند. سلامت، مفهومی چندبعدی است و تعریف سازمان جهانی سلامت نیز به سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی آن اشاره دارد. سلامت جسمی یا زیست‌شناختی، سلامت در کارکردهای بدن و حالت بهینه عملکرد هر یاخته یا اندام بدن در هماهنگی کامل با بقیه اعضا است. سلامت اجتماعی توانایی انجام‌دادن مؤثر و کارآمد نقش‌های اجتماعی بدون آسیب‌رساندن به دیگران و در واقع، همان ارزیابی شرایط و کار فرد در جامعه است و با همه جوانب از جمله حقوق اولیه انسانی و شاخص‌های عدالت در جامعه همراه است. حق سلامتی به معنی برخورداری از زندگی سالم و مولد باکیفیت، توأم با طول عمر پذیرفتنی و عاری از بیماری و ناتوانی است. این حق، همگانی است و مسئولیت برقراری آن برعهده دولت‌هاست. یکی از هدف‌های مهم نظام سلامت در هر کشور، تأمین، حفظ و ارتقای سلامت و کیفیت زندگی تمام افراد جامعه است. برای تحقق این امر مهیا کردن امکانات و تسهیلات مناسب به‌منظور تأمین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی انسان در همه مراحل زندگی از جمله حقوق اولیه به شمار می‌رود. گروهی از کارشناسان در

این تلاش بوده‌اند که از طریق عملیاتی کردن مفهوم ارتقای سلامت اهداف کلی شعار «بهداشت برای همه» را با زمینه‌های اجتماعی سلامت در مفهوم عام پیوند بزنند. آنان معتقدند که ارتقای سلامت دربرگیرنده زمینه‌های اقدام اجتماعی برای توسعه سطح سلامت است. در طی قرن اخیر، نظریه پردازان نقش برخی عوامل اجتماعی مانند نقش دین در سلامت را مطالعه کرده‌اند و بر اثر مثبت دینداری بر سلامت تأکید کرده‌اند. براساس نظریه آلپورت، افرادی که دارای اعتقادات مذهبی هستند و دین را وسیله‌ای برای رسیدن به اهداف دیگر و منافع شخصی قرار نداده‌اند، در برابر مشکلات مصونیت بیشتری دارند؛ بنابراین تقویت نگرش مذهبی می‌تواند یکی از عوامل محافظت‌کننده در برابر آسیب‌ها باشد و عاملی در راستای ارتقای سلامت افراد قلمداد شود. پارگامنت، کوئینگ و پرز^۱ (۲۰۰۰) نیز نقش مهم مذهب را در کمک به مردم برای درک و کنار آمدن با رخدادهای زندگی عنوان کرده است. وی معتقد است مذهب می‌تواند در ایجاد احساس امید، احساس نزدیکی به دیگران، فرصت خودشکوفایی و سلامت افراد مؤثر باشد.

۱.۲. پیشینه تحقیق

سام‌آرام (۱۳۸۸) در مطالعه‌ای به بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه‌محور پرداخته است. یافته‌های پژوهش وی نشان داد رابطه مستقیمی بین افزایش ناامنی اجتماعی و کاهش میزان سلامت اجتماعی در جامعه وجود دارد. کنگرلو (۱۳۸۷) به سنجش میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد مشغول به تحصیل در مقطع کارشناسی در دانشگاه علامه طباطبائی و مقایسه آن با میزان سلامت اجتماعی دانشجویان غیرشاهد پرداخت. نتایج پژوهش وی نشان داد بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیرشاهد تفاوت معناداری وجود ندارد. همچنین دانشجویان متأهل و به‌طورکلی دانشجویان شاهد زن از سلامت اجتماعی بیشتری در مقایسه با دیگران برخوردار

بودند. بلانکو و دیاز^۱ (۲۰۰۷) در تحقیقی ارتباط بین ابعاد سلامت اجتماعی را به عنوان شاخص نظم اجتماعی با جنبه‌های دیگری از سلامت مثل میزان افسردگی، عزت نفس، سلامت درک شده، محرومیت، میزان آنومی و کنش‌های متقابل اجتماعی، احساسات مثبت و منفی و رضایت بررسی کردند. کیکوگنانی^۲ و همکاران (۲۰۰۷، ص. ۹۷) در پژوهشی به ارزیابی ارتباط بین مشارکت اجتماعی، درک از اجتماع در میان جوانان دانشجوی ایتالیایی، آمریکایی و ایرانی و تأثیر این دو متغیر بر سلامت اجتماعی پرداخته‌اند. لارونچ^۳ در سال ۱۹۹۸ مطالعه‌ای با عنوان «سلامت اجتماعی» بر ۱۵۱ دانشجوی دانشگاه در بوستون ماساچوست انجام داد. نتایج پژوهش وی نشان داد زنان دانشجو به طور معناداری در ابعاد تغذیه، روابط بین فردی، مسئولیت پذیری در مقابل سلامت و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت رفتار بهتری در مقایسه با مردان داشتند (به نقل از عبدالله تبار، ۱۳۸۵، ص. ۳۹).

۲.۲. چارچوب نظری تحقیق

سلامت اجتماعی تقریباً به طور هم‌زمان در چندین رشته علوم اجتماعی مطرح شد. دورکیم با انتقاد از کم‌رنگ شدن اخلاقیات در جوامع جدید وارگانیک بر این امر تأکید کرده است که زندگی بدون وجود الزام‌های اخلاقی و ضرورت‌های اجتماعی تحمل ناپذیر است و در نهایت به افزایش میزان آنومی در جامعه منجر می‌شود. به نظر او در جوامع امروزی خواه در سطح جامعه و خواه در سطح برخی گروه‌های تشکیل دهنده آن، معیارها و هنجارهای سنتی در حال رنگ‌باختن هستند، بی‌آنکه هنجارهای جدید جایگزین آن‌ها شوند؛ بر همین اساس، بی‌هنجاری در شرایطی پدید می‌آید که در حوزه‌های معینی از زندگی اجتماعی، معیارهایی واضح برای راهنمایی رفتار وجود نداشته باشد. پیامدهای این امر در قالب تعارض شخصیت فردی و اجتماعی فرد ظاهر می‌شود که این امر کیفیت زندگی و سلامت وی را دچار اختلال می‌کند. علت آشکار تحقق آنومی در نظر دورکیم تحولات شتابان

1. Blanco & Dize
2. Cicognani
3. Larouch

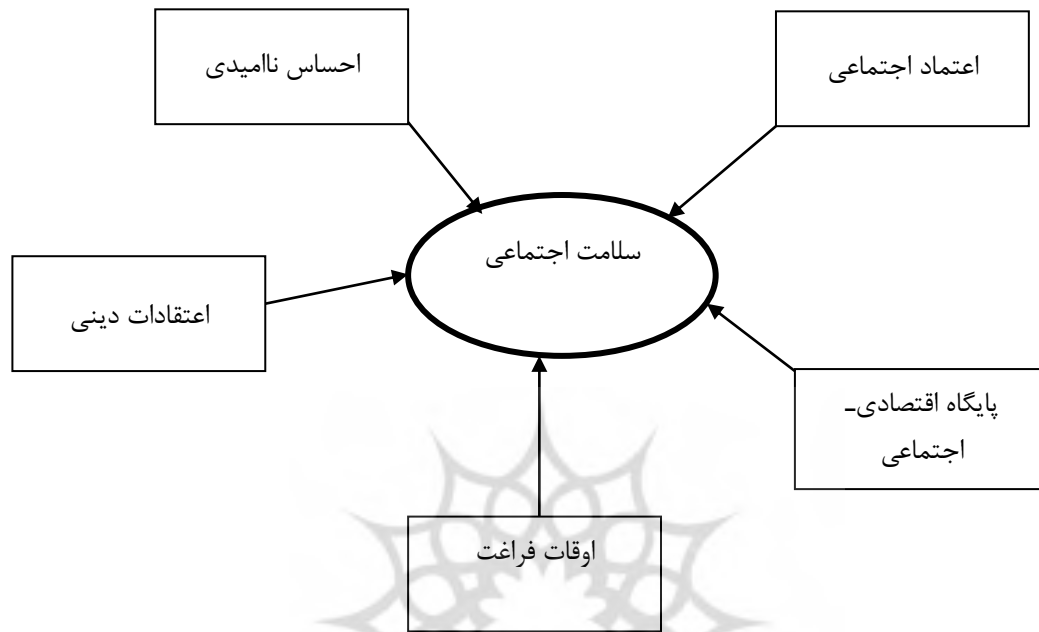
اقتصادی است که به ایجاد بحران در نظام آموزشی و هنجاری جامعه منجر می‌شود؛ به این ترتیب می‌توان گفت در اندیشه دورکیم، کیفیت زندگی معلول مکانیزمی معین و عوامل اجتماعی مشخصی است. وی به صورت موردی و خاص این اندیشه را بیان نمی‌کند، اما به صورت تلویحی بر این امر اشاره دارد؛ به طوری که تأکید وی بر این موضوع است که «فقدان اجماع در باب ارزش‌های مقرر» به محو و غیبت تدریجی ضوابط اخلاقی منجر می‌شود و جامعه قدرت مدیریت مؤثر و اعمال کنترل اجتماعی بر فرد را از دست می‌دهد و فقدان چنین ضابطه اخلاقی و کنترلی باعث بروز بی‌هنجاری و به تبع آن کاهش کیفیت زندگی فرد می‌شود؛ بنابراین در این نظریه کیفیت زندگی تابع نوع، شدت و چگونگی رابطه اجتماعی است. رابطه اجتماعی از دو طریق بر کیفیت زندگی فرد اثرگذار است: از یک سو با تأمین نیازهای عاطفی، شناختی و حتی مادی فرد با کیفیت زندگی در ارتباط است و از سوی دیگر از طریق مهار تمایلات افراد از آرزوهای بی‌پایان و ارضانشدنی وی جلوگیری می‌کند. دورکیم درصدد بود نشان دهد هر جامعه‌ای که افراد آن به وسیله نظامی از ارزش، هنجار و اخلاقیات هدایت می‌شوند، رضایت بیشتری از موقعیت خود در نظام اجتماعی دارند و کیفیت زندگی متعالی‌تری را تجربه می‌کنند طبق نظریه بی‌سازمانی اجتماعی، ریشه اصلی سلامت اجتماعی را باید در عوامل اجتماعی جست‌وجو کرد. بی‌سازمانی اجتماعی، آنومی اغلب با رشد صنعتی شدن، شهرنشینی و مهاجرت فزاینده به حوزه‌های شهری همراه است و این امر عاملی تأثیرگذار بر کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی است. عوامل اجتماعی افراد را کنترل می‌کنند و وقتی این عوامل بی‌ثبات شوند، افراد توان کمتری برای کنترل رفتار خود خواهند داشت. فقدان ثبات در ساختار اجتماعی باعث کاهش میزان کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی می‌شود. به نظر تالکوت پارسونز،^۱ هر کنشی اعم از بهنجار یا نابهنجار توسط صور خاصی از ساختارهای اجتماعی ساخته و تولید می‌شود. پارسونز اختیار و اراده آدمی در فعالیت‌های اجتماعی را انکار نکرده است و نقش و تأثیرات ساختاری را در کنش

آدمی نادیده نمی‌انگارد. از این منظر کیفیت زندگی در چارچوب شرایط، ساختارهای اجتماعی و مسیرهایی به‌منظور وصول به اهداف فرهنگی تبیین‌شدنی است (کوزر،^۱ ۱۳۸۷). از دیدگاه زیمل^۲ می‌توان درباره کیفیت زندگی دو نوع قضاوت را مطرح کرد؛ به طوری که زندگی شهری جایگاه عقلانیت است و احساس و روابط عاطفی جایگاهی در آن ندارد؛ بنابراین رفتار معقولانه و حسابگرانه می‌تواند به کیفیت زندگی فرد بها دهد و از این منظر فرد کیفیت زندگی بالایی را تجربه کند، ولی از طرفی با توجه به اینکه یکی از ابعاد مهم کیفیت زندگی توجه به احساسات و به‌ویژه روابط عاطفی در جامعه است، نبود این ویژگی در کلان‌شهرها اثر منفی بر کیفیت زندگی دارد (مختاری، ۱۳۹۰).

فرضیه‌های پژوهش حاضر عبارت‌اند از:

- ۱- بین میزان سلامت اجتماعی و میزان اعتماد اجتماعی خانوارهای شهر تبریز رابطه وجود دارد؛
- ۲- بین میزان سلامت اجتماعی و میزان احساس ناامیدی خانوارهای شهر تبریز رابطه وجود دارد؛
- ۳- میزان سلامت اجتماعی برحسب نحوه گذران اوقات فراغت در خانوارهای شهر تبریز متفاوت است؛
- ۴- بین میزان سلامت اجتماعی و میزان اعتقادات دینی خانوارهای شهر تبریز رابطه وجود دارد؛
- ۵- میزان سلامت اجتماعی برحسب پایگاه اجتماعی-اقتصادی خانوارهای شهر تبریز متفاوت است.

1. Lewis A. Coser
2. Georg Simmel



شکل ۱- مدل تحلیلی تحقیق

متغیرهای تحقیق

در این بخش دربارهٔ متغیرهای تحقیق توضیح داده می‌شود.

سلامت اجتماعی

این بعد از سلامت به تصویری که افراد دربارهٔ خودشان، تعاملات و ارتباطات اجتماعی‌شان، سودمندی، نقش اجتماعی و مثبت بودن در اجتماع دارند، گفته می‌شود (لیچ، ۲۰۰۳، ص. ۱۰). سلامت اجتماعی مؤلفه‌ای از سلامت است که به معنی توانایی ایفای نقش‌های اجتماعی است؛ بدون اینکه به‌طور عینی یا ذهنی قصد آسیب‌رساندن به دیگری در کار باشد. کیز^۱ به ابعاد پنج‌گانهٔ سلامت اجتماعی توجه کرده است. این سازه براساس مقیاس

1. Keyes

استاندارد سلامت اجتماعی کبیز یعنی نمره‌ای که فرد در پرسشنامه ۳۳ گویه‌ای سلامت اجتماعی کبیز کسب می‌کند، اندازه‌گیری شد. مقادیر آلفای کرونباخ به‌دست آمده برای زیرشاخص‌ها و معیار سلامت اجتماعی در کل مورد قبول بوده است. اعتبار پرسشنامه حاضر نیز از طریق اعتبار صوری به دست آمد.

جدول ۱- ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس سلامت اجتماعی و زیرمقیاس‌های آن

مقدار آلفای کرونباخ	زیرمقیاس‌های سلامت اجتماعی
۰/۷۵	یکپارچگی اجتماعی
۰/۷۹	انسجام اجتماعی
۰/۷۸	پذیرش اجتماعی
۰/۷۲	مشارکت اجتماعی
۰/۸۰	انطباق اجتماعی
۰/۸۶	سلامت اجتماعی در کل

احساس ناامیدی

ناامیدی یعنی دل‌مردگی ناشی از افسردگی که می‌تواند خود را به شکل از دست رفتن امید به آینده نشان دهد. در این شرایط فرد احساس می‌کند نامطبوع خواهد بود و در موارد شدید احساس می‌کند آینده برایش وجود ندارد (عباس‌آبادی، ۲۰۰۹، ص. ۵۲). بک^۱ تأکید کرده است که ناامیدی بعدی از افسردگی است که بیشتر شناختی است تا عاطفی. فرد از نظر مبانی شناختی به نوعی ناامیدی در احتمال وقوع تغییرات مثبت و حل مشکلات می‌رسد که این ناامیدی بیش از سایر جنبه‌های افسردگی با خودکشی در ارتباط است (دجکام^۲، ۲۰۰۴). برای اندازه‌گیری این متغیر از مقیاس احساس ناامیدی «شوسلر» ۹ گویه‌ای استفاده شده است.

1. Beck

2. Dejekam

اوقات فراغت

اوقات فراغت مجموعه‌ای از اشتغالاتی است که فرد کاملاً به رضایت خاطر خود یا برای استراحت، تفریح، توسعه اطلاعات، آموزش غیرانتفاعی و مشارکت اجتماعی داوطلبانه بعد از آزاد شدن از الزامات شغلی، خانوادگی و اجتماعی به آن می‌پردازد (دومازدی،^۱ ۱۳۸۱، ص. ۱۵۶). این متغیر از طریق «مقیاس ۴۷ گویه‌ای پیس» اندازه‌گیری شده است هر گویه با مقیاس پنج‌درجه‌ای رتبه‌بندی شده است (میلر، ۱۳۸۴، ص. ۴۹۶).

اعتقادات دینی

اعتقادات دینی عبارت است از ایمان به خدا، تلاش برای شناخت خدا، ترس از غضب الهی و عمل کردن مطابق با ضوابط مذهبی. از دو طریق می‌توان فرد دیندار را از دیگران شناخت: نخست پابندی و التزام دینی‌اش و دوم پیامد دینداری و آثار آن در فکر، جان، عمل فردی و اجتماعی‌اش (شجاعی زند، ۱۳۸۰). برای اندازه‌گیری این متغیر از پرسشنامه ابعاد اعتقادی، مناسکی و پیامدی مقیاس گلاک و استارک^۲ استفاده شده است (سراج‌زاده، ۱۳۸۴).

پایگاه اجتماعی-اقتصادی

پایگاه اجتماعی-اقتصادی مجموعه حقوق و تکالیفی است که بیانگر موقعیت فرد در رابطه با دیگران است؛ اعم از اینکه این روابط افقی یا عمودی، مبتنی بر تساوی یا سلسله‌مراتب یا مرتبط با منافع اعتبار اجتماعی و افتخار باشد (محسنی، ۱۳۸۰، ص. ۲۱۵). ابزار سنجش استفاده شده در این پژوهش، مقیاس پایگاه اجتماعی-اقتصادی، نام پاورز^۳ است و آن اندازه‌ای چندگویه‌ای است که حاصل میانگین نمرات پرسش‌ها و گویه‌های شغل، تحصیلات و درآمد خانواده است.

1. Joffre Dumazedier

2. Glock & Stark

3. Nam Powers

اعتماد اجتماعی

اعتماد، نگرشی مثبت به فرد یا امری خارجی است. اعتماد مبین نوع ارزیابی از پدیده‌ای است که با آن مواجه هستیم و همواره مثبت است (محسنی تبریزی، ۱۳۸۰، ص. ۲). برای اندازه‌گیری این متغیر از مقیاس هشت‌گویه‌ای تردید درباره قابل اعتماد بودن مردم از شوسلر^۱ استفاده شده است.

۳. روش تحقیق

روش تحقیق پیمایش بود و داده‌ها به صورت میدانی جمع‌آوری شدند. جامعه آماری خانوارهای شهر تبریز بود که تعداد آن‌ها برابر با ۴۲۸۰۰۹ بود. برای تعیین حجم نمونه در طی مطالعه مقدماتی ابتدا مقدار P و d^2 برآورد شد و سپس در فرمول زیر قرار داده شد:

$$n = \frac{NZ\frac{\delta_x^2}{2}}{e^2(N-1) + Z\frac{\delta_x^2}{2}} = \frac{428009 \times (1/96)^2 \left(0/83\right)^2}{(0/09)^2(428008) + (1/96)^2 \left(0/83\right)^2} = 326$$

با توجه به فرمول تعیین حجم نمونه، برای شهر تبریز، تعداد ۳۲۶ خانوار برآورد شد. شیوه نمونه‌گیری، نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای بود.

۴. یافته‌های تحقیق

در مطالعه حاضر از کل نمونه آماری مطالعه شده شامل ۳۲۶ نفر، ۱۶۱ نفر (۴۹/۴ درصد) از پاسخگویان مرد و ۱۶۵ نفر (۵۰/۶ درصد) زن بودند. از ۳۲۳ نفر مطالعه شده، ۱۲۰ نفر (۳۷/۲ درصد) مجرد و ۲۰۳ نفر (۶۲/۸ درصد) متأهل بودند. متوسط سن شهروندان، ۲۴/۰۳ سال با انحراف استاندارد ۷/۲۴ و کمترین سن ۱۵ و بیشترین سن ۶۷ سال بود. ۸ نفر (۲/۵ درصد) از پاسخگویان بی‌سواد، ۲۱ نفر (۶/۴ درصد) ابتدایی، ۴۴ نفر (۱۳/۵ درصد) راهنمایی، ۱۲۹ نفر (۳۹/۶ درصد) دیپلم، ۱۱۴ نفر (۳۵ درصد) لیسانس و ۱۰ نفر (۳/۱ درصد)

درصد) دارای مدرک کارشناسی ارشد و بیشتر بودند. ۱۳۸ نفر (۴۲/۳ درصد) از پاسخگویان دارای وضع اقتصادی پایین، ۱۲۹ نفر (۳۹/۶ درصد) متوسط و ۵۹ نفر (۱۸/۱ درصد) بالا بودند. نمره مربوط به متغیر اعتقادات دینی $۱/۷۳ \pm ۵۳/۷۴$ به دست آمد که کمترین نمره ۱۰ و بیشترین ۹۵ بود. نمره مربوط به متغیر ناامیدی $۲/۴۸ \pm ۵۱/۷۶$ محاسبه شد که کمترین نمره ۵/۵۶ و بیشترین ۱۰۰ بود. نمره مربوط به متغیر اعتماد اجتماعی $۲/۰۸ \pm ۶۵/۴۲$ محاسبه شد که کمترین نمره ۱۵/۶۲ و بیشترین ۱۰۰ بود. نمره مربوط به متغیر گذران اوقات فراغت $۱/۰۵ \pm ۶۲/۲۰$ محاسبه شد که کمترین نمره ۳۵/۶۴ و بیشترین ۹۲ بود. نمره مربوط به متغیر سلامت اجتماعی $۸/۵۳ \pm ۷۰/۱۴$ محاسبه شد که کمترین نمره ۳۶/۳۶ و بیشترین ۱۰۰ بود.

جدول ۲- آماره‌های توصیفی متغیر سلامت اجتماعی

تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	ضریب کجی	کمترین	بیشترین	انحراف چارک‌ها		
						چارک اول	چارک دوم	چارک سوم
۳۲۶	۷۰/۱	۸/۶	-۰/۰۱۲	۳۶/۴	۱۰۰	۶۴/۹	۶۹/۶	۷۵/۲

نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد که سطح معناداری آزمون برای همه سازه‌ها از ۰/۰۵ بزرگ‌تر بود؛ بنابراین توزیع پراکندگی نمرات سازه‌ها نرمال بود و امکان استفاده از آزمون‌های پارامتری فراهم بود.

جدول ۳- آزمون کولموگروف-اسمیرنوف

سازه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	تفاوت مثبت	تفاوت منفی	آزمون	مقدار معناداری
اعتقادات دینی	۳۲۶	۵۳/۷	۱۷/۴	۰/۰۳۷	-۰/۰۹۸	۱/۷۶	۰/۰۰۴
ناامیدی	۳۲۶	۵۱/۸	۲۴/۸	۰/۰۸۲	-۰/۰۶۹	۱/۴۸	۰/۰۲
اعتماد اجتماعی	۳۲۶	۶۵/۴	۲۰/۹	۰/۰۶۵	-۰/۰۶۶	۱/۱۸	۰/۱۲
اوقات فراغت	۳۲۶	۶۰/۲	۱۰/۶	۰/۰۷۰	-۰/۰۵۱	۱/۲۶	۰/۰۸
سلامت اجتماعی	۳۲۶	۷۰/۱	۸/۵	۰/۰۵۲	-۰/۰۴۴	۰/۹۳	۰/۳۵

نتایج آزمون فرضیه‌ها

رابطه متغیرهای سلامت اجتماعی و اعتقادات دینی

نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین میزان سلامت اجتماعی با میزان اعتقادات دینی شهروندان همبستگی مستقیم معنادار وجود داشت. ضریب همبستگی برابر با $r = 0/338$ با مقدار معناداری $p = 0/000$ محاسبه شد.

رابطه بین سلامت اجتماعی و احساس ناامیدی

براساس نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون، بین سلامت اجتماعی با میزان احساس ناامیدی شهروندان همبستگی معنادار معکوس وجود داشت. ضریب همبستگی برابر با $r = -0/209$ با مقدار معناداری $p = 0/000$ محاسبه شد.

رابطه بین سلامت اجتماعی و اعتماد اجتماعی

نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین سلامت اجتماعی با میزان اعتماد اجتماعی شهروندان همبستگی معنادار مستقیم وجود داشت؛ به طوری که ضریب همبستگی برابر با $r = 0/130$ با مقدار معناداری $p = 0/019$ محاسبه شد.

رابطه بین سلامت اجتماعی و گذران اوقات فراغت

مطابق با آزمون ضریب همبستگی پیرسون ملاحظه شد که بین میزان سلامت اجتماعی با میزان گذران اوقات فراغت شهروندان همبستگی معنادار مستقیم وجود داشت؛ به طوری که ضریب همبستگی برابر با $r = 0/188$ با سطح معناداری $p = 0/001$ محاسبه شد.

رابطه بین پایگاه اقتصادی-اجتماعی شهروندان و سلامت اجتماعی

نتایج آزمون تحلیل واریانس نشان داد که بین پایگاه اقتصادی-اجتماعی شهروندان و سلامت اجتماعی آنان تفاوت معنادار وجود داشت. نتیجه آزمون LSD نشان داد که بیشترین تفاوت میانگین‌ها را می‌توان در پایگاه اقتصادی-اجتماعی بالا با پایگاه متوسط و پایین مشاهده کرد.

جدول ۴- آزمون تحلیل واریانس یک طرفه سلامت اجتماعی به تفکیک پایگاه اقتصادی-اجتماعی

شهروندان

مقدار معناداری	مقدار F	میانگین مجزورات	درجه آزادی	مجموع مجزورات	
۰/۰۰۲	۶/۲	۴۹۳/۰۷	۲	۸۷۸/۱	بین گروه‌ها
		۷۰/۵	۳۲۳	۲۲۷۷۶/۲	درون گروه‌ها
			۳۲۵	۲۳۶۵۴/۴	کل

نتایج تحلیل رگرسیونی عوامل تبیین‌کننده سلامت اجتماعی نشان داد از میان متغیرهای پیش‌بین، چهار متغیر اعتقادات دینی، احساس ناامیدی، اعتماد اجتماعی و گذران اوقات فراغت در مدل نهایی باقی ماندند که این متغیر ۲۲ درصد از واریانس متغیر ملاک را تبیین می‌کند. ضریب نهایی رگرسیونی چندگانه ۰/۴۸ است که مجذور آن یعنی ضریب تبیین $R^2 = ۰/۲۰$ است. ضریب تبیین تصحیح شده برابر با $\bar{R}^2 = ۰/۱۹$ است؛ بنابراین ۱۹ درصد از تغییرات متغیر ملاک توسط متغیرهایی که در مدل نهایی باقی مانده‌اند، پیش‌بینی می‌شود. شکل رگرسیونی تبیین شده خطی است و جهت رابطه بین متغیرها یک طرفه است. با توجه به ضرایب بتای استاندارد نشده ملاحظه می‌شود که مقدار ثابت (α) برابر با ۵۵/۴۵، اعتقادات دینی با بتای $\beta = ۰/۱۳۴$ ، احساس ناامیدی با بتای $\beta = -۰/۰۹$ ، اعتماد اجتماعی با بتای $\beta = ۰/۱۰$ و گذران اوقات فراغت با بتای $\beta = ۰/۰۹$ بودند که در تبیین سلامت اجتماعی سهم معناداری داشتند. با حذف مقدار ثابت آلفا (α) از طریق استاندارد کردن مقادیر متغیر تبیین‌کننده، اعتقادات دینی با بتای $\beta = ۰/۲۷۲$ ، اعتماد اجتماعی با بتای $\beta = ۰/۲۴۴$ و گذران اوقات فراغت با بتای $\beta = ۰/۱۱۷$ به ترتیب بیشترین تأثیر مثبت و احساس ناامیدی با بتای $\beta = -۰/۲۶۳$ بیشترین تأثیر منفی را در پیش‌بینی سلامت اجتماعی شهروندان داشتند.

جدول ۵- ضرایب متغیرهای باقی مانده در شکل رگرسیونی به روش گام به گام

مقدار معناداری	t	ضرایب استاندارد شده	ضرایب خام		ترتیب ورود متغیرهای پیش‌بین در شکل
		Beta	St. Error	B	
۰/۰۰۰	۱۵/۵۹	---	۳/۵۵	۵۵/۴۵	مقدار ثابت
۰/۰۰۰	۵/۲۹۴	۰/۲۷۲	۰/۰۲۵	۰/۱۳۴	اعتقادات دینی
۰/۰۰۰	-۴/۲۴۰	-۰/۲۶۳	۰/۰۲۱	-۰/۰۹۱	احساس ناامیدی
۰/۰۰۰	۴/۱۳۲	۰/۲۴۴	۰/۰۲۴	۰/۱۰۰	اعتماد اجتماعی
۰/۰۳۴	۲/۱۲۷	۰/۱۱۷	۰/۰۴۴	۰/۰۹۴	گذران اوقات فراغت

نتایج تحلیل عوامل اجتماعی مرتبط با سلامت اجتماعی نشان داد که از میان متغیرهای پیش‌بین، چهار متغیر اعتقادات دینی، احساس ناامیدی، اعتماد اجتماعی و گذران اوقات فراغت، ۲۲ درصد از واریانس متغیر ملاک را تبیین کردند. اعتقادات دینی با بتای ۰/۲۷۲، اعتماد اجتماعی با بتای ۰/۲۴۴ و گذران اوقات فراغت با بتای ۰/۱۱۷ به ترتیب بیشترین تأثیر مثبت و احساس ناامیدی با بتای -۰/۲۶۳- بیشترین تأثیر منفی را در پیش‌بینی سلامت اجتماعی شهروندان داشتند.

۵. نتیجه‌گیری و پیشنهادها

هدف اصلی این بررسی تعیین عوامل اجتماعی مرتبط با سلامت اجتماعی خانوارهای شهر تبریز بود. روش تحقیق پیمایش و تکنیک جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه‌های استاندارد و محقق‌ساخته بود. جامعه آماری، خانوارهای شهر تبریز بودند. با توجه به فرمول تعیین حجم نمونه، حجم نمونه ۳۲۶ خانوار تعیین شد. شیوه نمونه‌گیری، نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای بود.

نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین میزان سلامت اجتماعی با میزان اعتقادات دینی شهروندان همبستگی مستقیم معنادار وجود داشت. دین به واسطه کارکردهای

متعددی که دارد، بر سلامتی افراد موثر است. مذهبی بودن به عنوان مانعی در مقابل فشار روانی عمل می‌کند و آثار زیانبار فشار روانی را برطرف می‌کند و به ظهور احساسات و هیجانات مثبت منجر می‌شود. افراد دیندار رضایت بیشتری از زندگی دارند. دعاها، مکرر و احساس نزدیکی به خدا، قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده رضایت از زندگی است (آرگایل^۱، ۱۳۸۳، ص. ۲۶۰). فعالیت‌های دینی بر شادی و نشاط افراد می‌افزایند و به تبع آن بر سلامتی نیز می‌افزایند. شاید دلیل آن حمایت‌های اجتماعی حاصل از فعالیت‌های اجتماعی، احساس دریافت کمک و حمایت، احساس تعالی، احساس تجدید قوا، احساسات مثبت به زندگی، آرامش ذهنی، لذت از همراهی با دیگران، فرصت کمک به دیگری و افزایش روابط اجتماعی باشد. بر پایه نتیجه آزمون ضریب همبستگی پیرسون، بین سلامت اجتماعی با میزان احساس ناامیدی شهروندان همبستگی معنی‌دار معکوس وجود داشت. نتایج تحقیق هزارجریبی و صفری شال (۱۳۸۸) نشان داده است که متغیر امید به آینده به واسطه متغیر اعتماد تأثیر فزاینده‌ای بر میزان رضایت افراد دارد. این رضایت به نوبه خود سلامت اجتماعی را نیز به دنبال دارد. به نظر قریشی (۱۳۸۸)، افراد امیدوار روابط اجتماعی قوی‌تری با دوستان، همسر، بستگان و همسایگان خود دارند. امیدواری بر کیفیت روابط با دیگران تأثیر می‌گذارد و افراد ناامید به ندرت می‌توانند با دیگران ارتباط رضایت‌بخشی داشته باشند. همچنین در این مطالعه بین سلامت اجتماعی با میزان اعتماد اجتماعی شهروندان همبستگی معنادار مستقیم وجود داشت. شربتیان (۱۳۹۱) نیز در پژوهش خود رابطه معناداری بین سلامت اجتماعی و اعتماد به دست آورد. کاهش اعتماد اجتماعی در جامعه موجب می‌شود همواره نوعی ترس از برقراری رابطه و احساس ناامنی بین اعضای جامعه به وجود آید که مانع از تداوم و تقویت رابطه و کاهش سلامت افراد شود. مطابق با نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون، بین میزان سلامت اجتماعی با میزان گذران اوقات فراغت شهروندان همبستگی معنی‌دار مستقیم وجود داشت. انتخاب الگوی مناسب گذران اوقات فراغت این امکان را می‌دهد که رفتار فرد

1. Argayl

متعادل و متوازن باشد و بتواند هیجانان خود را تنظیم کند. وقتی افراد به این گونه فعالیت‌ها می‌پردازند، در حال انجام دادن کاری هستند که می‌توانند آن را به خوبی انجام دهند و این امر موجب نشاط و سلامتی آنان می‌شود (جعفری، عابدی و لیاقت‌دار، ۱۳۸۵).

نتایج آزمون تحلیل واریانس نشان داد سلامت اجتماعی برحسب پایگاه اقتصادی-اجتماعی شهروندان تفاوت معناداری دارد. نتیجه آزمون LSD نشان داد بیشترین تفاوت میانگین‌ها را می‌توان در پایگاه اقتصادی-اجتماعی بالا با پایگاه اقتصادی-اجتماعی متوسط و پایین مشاهده کرد. حاتمی (۱۳۸۸) نیز تفاوت معناداری بین پایگاه اقتصادی-اجتماعی و سلامت اجتماعی به دست آورد؛ به طوری که ۱۰/۸ درصد از افراد متعلق به پایگاه اقتصادی-اجتماعی پایین از سلامت اجتماعی بیشتری برخوردار بودند. این میزان برای افراد دارای پایگاه اقتصادی-اجتماعی متوسط برابر با ۱۶/۸ و برای افراد دارای پایگاه اقتصادی-اجتماعی بالا، ۲۹/۴ بود. پایگاه اقتصادی-اجتماعی رابطه روشنی با سلامت دارد که در مواردی همچون نرخ مرگ‌ومیر، دیابت، آسم و بیماری‌هایی از این دست در افرادی که از حیث اجتماعی-اقتصادی در سطح پایینی قرار دارند، نمود پیدا می‌کند. رفتارهای مربوط به سبک زندگی افرادی که جزو گروه‌های سطح پایین اجتماعی-اقتصادی به شمار می‌روند نیز به گونه‌ای است که ریسک سلامت را افزایش می‌دهد. گراهام مطرح می‌کند که سلامتی فرد به‌عنوان موضوعی مهم نتیجه شرایط اقتصادی-اجتماعی است. افرادی که از لحاظ اقتصادی-اجتماعی در شرایط بهتری قرار دارند، به دلیل توانایی و دسترسی بهتر در وضعیت مطلوب‌تری قرار می‌گیرند و در مقابل افرادی که به طبقات پایین جامعه تعلق دارند، از سلامتی نامطلوب رنج می‌برند. گروه‌های دارای پایگاه اقتصادی-اجتماعی پایین به دلیل زندگی در محیط‌های فیزیکی نامطلوب و محله‌های پرجمعیت دچار وضعیت‌های خطرناک می‌شوند. افراد دارای پایگاه اقتصادی-اجتماعی و قومی-نژادی محروم جامعه، سطوح پایینی از انواع سلامت دارند. محرومیت‌های اقتصادی-اجتماعی تثبیت شده در طول دوران زندگی خطرات فراوانی برای سلامت اجتماعی ایجاد می‌کنند. برای بیشتر مردم جهان وضعیت سلامت در درجه اول با

میزان پیشرفت اقتصادی-اجتماعی یعنی درآمد سرانه، سطح آموزش، تغذیه، اشتغال، مسکن، نسبت سرباری، بعد خانواده، میزان افزایش جمعیت تعیین می‌شود (سجادی، ۱۳۸۵، ص. ۲). نتایج پیش‌بینی عوامل اجتماعی مرتبط با سلامت اجتماعی نشان داد از میان متغیرهای پیش‌بین، چهار متغیر اعتقادات دینی، احساس ناامیدی، اعتماد اجتماعی و گذران اوقات فراغت، ۲۲ درصد از واریانس متغیر سلامت اجتماعی را تبیین کردند. با توجه به مبانی نظری تحقیق و دیدگاه جامعه‌شناختی بررسی شده، ریشه اصلی سلامت اجتماعی را باید در عوامل اجتماعی جست‌وجو کرد. عوامل اجتماعی رفتار افراد را کنترل می‌کنند و وقتی این عوامل بی‌ثبات شوند، افراد توان کمتری برای کنترل رفتار خود خواهند داشت. فقدان ثبات در ساختار اجتماعی باعث کاهش میزان کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی افراد می‌شود. هر کنشی توسط صور خاصی از ساختارهای اجتماعی ساخته و تولید می‌شود؛ از این‌رو کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی در چارچوب شرایط و ساختارهای اجتماعی و مسیرهایی جهت نیل به اهداف تبیین‌شدنی است. انسان سالم، محور توسعه است و در سایه سلامت پایدار و همه‌جانبه می‌توان به توسعه پایدار دست یافت.

براساس نتایج تحقیق، پیشنهادهای زیرارائه می‌شوند:

- ۱- با توجه به معناداری رابطه بین سلامت اجتماعی و اعتقادات دینی، به‌منظور افزایش سلامت اجتماعی شهروندان، ضرورت دارد احساسات دینی و مذهبی مردم در همه ابعاد دینی تقویت شود و صرفاً به بعد مناسکی دین خلاصه نشود تا هم رضایت درونی فراهم شود و هم حمایت اجتماعی حاصل از فعالیت‌های دینی در زندگی مردم تبلور یابد؛
- ۲- با توجه به معناداری رابطه بین میزان سلامت اجتماعی و میزان احساس ناامیدی شهروندان، لازم است مدیریت جامعه و مسئولان تلاش کنند انگیزه‌های ناامیدی را در جامعه کم‌رنگ کنند و با برنامه‌های اجتماعی و فرهنگی، زمینه ارتقای امید را در بین شهروندان فراهم کنند. رفع مشکلات معیشتی، حفظ امنیت شغلی، فراهم‌آوردن

فرصت‌های اشتغال برای بیکاران و غنی‌سازی اوقات فراغت شهروندان از جمله این برنامه‌هاست؛

۳- درباره تفاوت بین پایگاه اقتصادی-اجتماعی شهروندان و سلامت اجتماعی آنان باید گفت ارتقای سلامت اجتماعی برای اقشار اجتماعی پایین جامعه نیازمند برنامه‌ریزی درازمدت است، ولی در کوتاه‌مدت باید نیازهای معیشتی این قشر از جامعه تأمین شود و نظام تأمین اجتماعی نیز پوشش کافی داشته باشد و سازمان‌های غیردولتی برای توانمندسازی این قشر اقدامات مفیدی انجام دهند؛

۴- درباره رابطه بین میزان سلامت اجتماعی و میزان گذران اوقات فراغت شهروندان، غنی‌سازی اوقات فراغت شهروندان به‌ویژه در بعد اجتماعی و همگانی ضرورت دارد. اوقات فراغت باید متناسب با شرایط زمانی یعنی فصول مختلف سال و برای گروه‌های سنی مختلف تعریف شود و مانند اوقات کاری، زمان مناسبی به آن اختصاص یابد؛

۵- با توجه به معناداری رابطه بین میزان سلامت اجتماعی و میزان اعتماد اجتماعی شهروندان باید گفت اعتماد جنبه‌ای از روابط است که به‌صورت مداوم در حال تغییر است. تقویت روابط اجتماعی متقابل، لزوم رعایت قانون در روابط اجتماعی و تقویت مشارکت اجتماعی از راهکارهای افزایش اعتماد است.

کتاب‌نامه

۱. امینی رازانی، م.، موسوی، م. ط.، و رفیعی، ح. (۱۳۹۰). رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی در ایران. فصلنامه رفاه اجتماعی، (۴۲)، ۲۲۸-۲۲۳.
۲. آرگایل، م. (۱۳۸۳). روان‌شناسی شادی (ک. بهرامی و دیگران، مترجمان). اصفهان: انتشارات جهاد دانشگاهی اصفهان.

۳. باباپور خیرالدین، ج. و رسولزاده طباطبایی، س. ک.، اژه‌ای، ج. و فتحی آشتیانی، ع. (۱۳۸۲) بررسی رابطه بین شیوه‌های حل مسئله و سلامت روان‌شناختی دانشجویان. *مجله روان‌شناسی*، ۱۷(۱)، ۳-۱۸.
۴. بهزاد، د. (۱۳۸۱). سرمایه اجتماعی بستری برای ارتقا سلامت روان. *فصلنامه علمی-پژوهشی رفاه اجتماعی*، ۲(۶)، ۴۳-۵۳.
۵. جعفری، ا.، عابدی، ف.، و لیاقت‌دار، م. (۱۳۸۵). بررسی میزان شادمانی و عوامل همبسته آن در میان دانشجویان دانشگاه‌های اصفهان. گزارش نهایی طرح پژوهشی دانشگاه اصفهان.
۶. چایچی، ن. (۱۳۹۲). بررسی جامعه‌شناختی بین پایگاه هویتی و میزان سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز (پایان‌نامه منتشر نشده کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی). دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، تبریز، ایران.
۷. حاتمی، پ. (۱۳۸۸). بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تأکید بر شبکه‌های اجتماعی (پایان‌نامه منتشر نشده کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی). دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.
۸. دماري، ب.، ناصحی، ع.، و وثوق مقدم، ع. (۱۳۹۲). مروری بر وضع موجود، راهبردهای ملی و نقش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۱۱(۱)، ۴۵-۵۸.
۹. دومازدیه، ژ. (۱۳۸۱). *مقدمه‌ای بر جامعه‌شناسی اوقات فراغت (مقاله نهم از کتاب: تلویزیون، خانواده و فرهنگ)* (ع. اسدی، مترجم). تهران: سازمان چاپ و انتشارات اسلامی.
۱۰. زمان‌خانی، ف.، عباچی‌زاده، ک.، امیدنیا، س.، ابدی، ع.، و حیدرنیا، م. (۱۳۹۵). تحلیل وضعیت سلامت اجتماعی در استان‌های کشور جمهوری اسلامی ایران. *سلامت اجتماعی*، ۳(۳)، ۱۸۹-۱۸۱.
۱۱. سام‌آرام، ع. ا. (۱۳۸۸) بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه‌محور. *فصلنامه علمی-پژوهشی نظام اجتماعی*، ۱(۱)، ۹-۲۳.
۱۲. سجادی، ح.، و صدرالسادات، س. ج. (۱۳۸۴) شاخص‌های سلامت اجتماعی. *فصلنامه سیاسی اقتصادی*، ۲۰، ۲۳۰-۲۰۷.
۱۳. سراج‌زاده، ح. (۱۳۸۴). *چالش‌های دینی و مدرنیته*. تهران: انتشارات طرح نو.

۱۴. شجاعی زند، ع. (۱۳۸۰). دین، جامعه و عرفی شدن: جستارهای در جامعه‌شناسی دین. تهران: نشر مرکز.
۱۵. شربتیان، م. (۱۳۷۹). تأملی بر پیوند معنایی مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و میزان بهره‌مندی از سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه پیام نور مشهد. *فصلنامه جامعه‌شناسی جوانان*، ۲(۵)، ۱۷۴-۱۴۹.
۱۶. عبدالله تبار، ه.، کلدی، ع.، محقق، ح.، فروزان، آ.، و صالحی، م. (۱۳۸۷). بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان. *فصلنامه علمی-پژوهشی رفاه اجتماعی*، (۳۰ و ۳۱)، ۱۸۹-۱۷۱.
۱۷. قریشی، ف. (۷۱۴۴). بررسی نقش عوامل فرهنگی، اجتماعی مرتبط بر شکل‌گیری اعتماد اجتماعی شهروندان تبریز. *جامعه‌شناسی کاربردی*، ۱۷، ۳۱-۱۹.
۱۸. کنگرلو، م. (۱۳۸۷). *سنجش میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیرشاهد در دانشگاه علامه طباطبائی* (پایان‌نامه منتشر نشده کارشناسی ارشد رشته مددکاری اجتماعی). دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.
۱۹. کوزر، ل. (۱۳۸۷). *زندگی و اندیشه بزرگان جامعه‌شناسی* (م. ثلاثی، مترجم). تهران: انتشارات علمی.
۲۰. گیدنز، آ. (۱۳۸۶). *جامعه‌شناسی* (ح. چاوشیان، مترجم). تهران: نشر نی.
۲۱. محسنی تبریزی، ع. (۱۳۸۰). بررسی مفهوم اعتماد با رویکرد روان‌شناختی اجتماعی. *نماینه پژوهش*، ۱۸، ۸-۳.
۲۲. مختاری، م. (۱۳۸۹). *جامعه‌شناسی کیفیت زندگی*. تهران: انتشارات جامعه‌شناسان.
۲۳. مرنندی، ع. (۱۳۸۵). *عوامل اجتماعی سلامت*، کتاب جامع سلامت عمومی (چاپ دوم). تهران: وزارت سلامت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت تحقیقات و فناوری.
۲۴. میلر، ج. (۱۳۸۴). *راهنمای سنجش و تحقیقات* (ه. نایی، مترجم). تهران: نشر نی.
۲۵. ویلکینسون، ر. (۱۳۸۳). *تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت: حقایق مسلم* (ف. راهروی، مترجم). تهران: انتشارات سیمین‌دخت.
۲۶. هزار جریبی، ج.، و صفری شال، ر. (۱۳۸۹). بررسی رضایت از زندگی و جایگاه احساس امنیت در آن: مطالعه در بین شهروندان تهرانی. *فصلنامه انتظام اجتماعی*، ۱(۳)، ۲۸-۷.

27. Abbasabadi, M. (2004). *Comparative study of EQ & sadness in boys' adolescence 14-18 in Kerman* (Unpublished master's thesis). Alammeh University, Tehran, Iran.
28. Blanco, A., & Diaz, D. (2007). Social order and mental health: A social well-being approach. *The Spanish Journal of Psychology*, 11(5), 61-71.
29. Ciocongni, E., Pirini, C., Keyes, C., Joshanloo, M., Rostami, R., & Nosratabadi, M. (2007). Social participation, sense of community and social well being: A study on American, Italian and Iranian university students. *Social Indicators Research: An International and Interdisciplinary Journal for Quality-of-Life Measurement*, 89(1), 97-112.
30. Dejekam, N. (2004). *Beck sadness scale about students of Tehran University* (Unpublished master's thesis). Teheran University, Tehran, Iran.
31. Keyes, C. L. M., & Shapiro, A. D. (2004). Social Well-Being in the United States: A Descriptive Epidemiology. In O. G. Brim, C. D. Ryff, & R. C. Kessler (Eds.), *How healthy are we? A national study of well-being at midlife* (pp. 350-372). The University of Chicago Press.
32. Larson, J. (1993). The measurement of social well-being. *Social Indicators Research*, 28, 285-296.
33. Pargament, K. I., Koeing, H. G., & Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the rcope. *Journal of Clinical of Psychology*, 56(4), 619-543.