

عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی شهروندان (مورد مطالعه: شهروندان منطقه ۱ تهران)

محمدباقر تاج‌الدین*

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۸/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۴/۳

چکیده

سلامت اجتماعی به معنی نقش و عملکرد مناسب و مطلوب فرد در جامعه و داشتن پیوندهای اجتماعی شایسته درون شبکه‌های اجتماعی در جامعه است. از سوی دیگر، شهرها و به‌ویژه کلان‌شهرها با انبوهی از مشکلات و مسائل اجتماعی مرتبط با سلامت اجتماعی روبرو هستند که همگی بر روی سلامت جسمی و روانی افراد نیز تأثیرگذارند. با توجه به اهمیت روزافزون موضوع سلامت اجتماعی، پژوهش حاضر درصدد برآمد ضمن بررسی این موضوع مهم، اقدام به واکاوی تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی نماید. این پژوهش در بین ۴۰۰ نفر از شهروندان ساکن در منطقه ۱ تهران انجام شد و برای تبیین نظری موضوع از دیدگاه نظری کوری کبیز و شاپیرو استفاده شد. در بخش روش نیز با استفاده از روش پیمایش و ابزار سنجش پرسشنامه و روش نمونه‌گیری خوشه‌ای، اقدام به تکمیل پرسشنامه گردید.

نتایج نشان داد که چهار متغیر حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی، امنیت اجتماعی و پایگاه اجتماعی-اقتصادی همگی با متغیر وابسته سلامت اجتماعی رابطه دارند و متغیرهای مستقل برشمرده شده قادر به پیش‌بینی متغیر سلامت اجتماعی نیز بوده‌اند. بر این مبنا بیشترین میزان پیش‌بینی کنندگی مربوط به متغیر حمایت اجتماعی و پس‌از آن به ترتیب مربوط به متغیرهای کیفیت زندگی، امنیت اجتماعی و پایگاه اجتماعی-اقتصادی بوده است.

واژه‌های کلیدی: سلامت اجتماعی، حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی، امنیت اجتماعی و پایگاه اجتماعی-اقتصادی

۱. بیان مسئله

سلامت به‌عنوان یک حق بشری، یک هدف اجتماعی در جهان شناخته‌شده است؛ یعنی سلامت برای ارضای نیازهای اساسی و بهبود زندگی انسان لازم است و باید برای همه در دسترس باشد. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی^۱ (WHO)، «سلامتی، عبارت است از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه تنها بیمار یا معلول نبودن». در سال‌های اخیر با گنجاندن توانایی داشتن یک زندگی، از نظر اجتماعی و اقتصادی مفید، این تعریف کامل‌تر شده است و سلامت بیشتر به‌عنوان وسیله‌ای برای یک هدف منظور شده که می‌توان از لحاظ کارکردی به‌صورت یک منبع آن را بیان کرد، منبعی که به مردم امکان می‌دهد تا به‌صورت فردی، اجتماعی و اقتصادی زندگی با ثمری را فراهم آورند. در واقع سلامتی فقط در حوزه زندگی کردن نیست بلکه منبعی مهم برای زندگی روزمره به‌حساب می‌آید.

سلامتی یک مفهوم مثبت است که علاوه بر توانایی‌های جسمانی، بر منابع و امکانات اجتماعی و شخصی تأکید دارد (سجادی، ۱۳۸۳: ۳۹-۴۰). سلامت اجتماعی^۲

1. World Health Organization (WHO)
2. Social Health

می‌تواند به‌عنوان ارزیابی افراد از روابط اجتماعی‌شان، چگونگی واکنش دیگران به آن‌ها و چگونگی تعامل آن‌ها با نهادهای اجتماعی و اجتماع تعریف گردد (Keyes & Shapiro, 2008: 331). سلامت اجتماعی بیانگر یک پدیده اساساً عمومی (در مقابل خصوصی) است که بر تکالیف اجتماعی که بشر در دل ساختارهای اجتماعی و جوامع با آن‌ها مواجه است متمرکز می‌شود (Keyes & Majiarmo, 2003: 5). همچنین لارسون سلامت اجتماعی را به‌عنوان گزارش فرد از کیفیت روابط با افراد دیگر (نزدیکان و گروه‌های اجتماعی) که وی عضوی از آن‌هاست تعریف می‌کند و معتقد است که مقیاس سلامت اجتماعی، بخشی از سلامت فرد را می‌سنجد و شامل پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر و رفتار) است که نشانگر رضایت یا فقدان رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی‌اش است (Larson, 1996: 26).

سلامت یک مفهوم نسبی است و معیارهای سلامت در بین گروه‌های سنی، فرهنگی و طبقات اجتماعی متفاوت است و این موضوع گواه آن است که باید در هر اجتماعی، تعریف سلامت از نظر شرایط بوم‌شناختی موجود، انجام شود. یعنی به‌جای استانداردهای جهانی برای سلامت، هر کشوری باید درباره هنجارهای خود با توجه به مجموعه شرایط موجود تصمیم بگیرد و سپس در جستجوی راه‌های دستیابی به سطح تعیین‌شده برای سلامت باشد (پارک، ۱۳۸۴: ۴۱). در تعریف سازمان جهانی بهداشت، نخستین بار به سلامت اجتماعی به‌عنوان یکی از ابعاد سلامت، اشاره شده است. سلامت اجتماعی به معنای ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر (نزدیکان و گروه‌های اجتماعی) است که او عضوی از آن‌هاست (Keyes, 2004: 36). مطالعات متعدد این موضوع را اثبات کرده است که کمیت و کیفیت روابط افراد با دیگران بر سلامت جسمی و روانی آنان تأثیرگذار است. سلامت اجتماعی به‌عنوان یکی از ابعاد سلامت، عبارت است از توانایی انجام مؤثر و کارآمد نقش‌های اجتماعی بدون آسیب رساندن به دیگران؛ در واقع همان ارزیابی شرایط و عملکرد فرد در جامعه است. برخی از عوامل اجتماعی ابعاد مختلف سلامت اجتماعی

را شکل می‌دهند که عبارت‌اند از: یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انسجام اجتماعی (Reymond & et al: 14).

از سوی دیگر، شهر سالم با انسان‌های سالم معنا می‌یابد و هر دو موجب به وجود آمدن جامعه‌ای سالم و پویا خواهند شد. شهروندی از لحاظ اجتماعی سالم محسوب می‌شود که در امور شهری مشارکت داشته باشد، خود را فردی ارزشمند در جامعه بداند، معتقد باشد که جامعه در حال شکوفایی است، با اطرافیان خود (همسایه‌ها، همکاران، دوستان و ...) به نحو مثبت و مستمر روابط داشته باشد و به‌نوعی خود را عضوی از گروهی بزرگ‌تر (شهر) بداند. رشد سریع شهرنشینی در دهه‌های اخیر و بی‌توجهی به ابعاد کیفی زندگی انسان‌ها، پیامدهای نامطلوبی بر سطح سلامت فردی و اجتماعی شهروندان جامعه ایران بالأخص کلان‌شهر تهران در پی داشته است. پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد که عواملی چند روی سلامت اجتماعی تأثیرگذار هستند که برخی از آنان عبارت‌اند از: وضعیت اقتصادی-اجتماعی، سطح تحصیلات، سن، میزان دریافت حمایت‌های اجتماعی و وضعیت تأهل (خیرالدین و همکاران، ۱۳۸۸: ۱۱). همچنین تحقیقات نشان می‌دهند که مقیاس سلامت اجتماعی با مقیاس‌های زاینده‌گی، رضایت از زندگی، شادکامی، ملامت، تعهد مدنی و رفتار جامعه پسند همبستگی دارد (Keyes, 1998; Keyes & Ryff, 1998; Keyes & Shapiro, 2004). تحقیقات همچنین بیانگر ارتباط این بُعد سلامتی با متغیرهای جمعیت‌شناختی مانند: موقعیت اجتماعی-اقتصادی، جنس، سن و وضعیت تأهل می‌باشند (Keyes & Shapiro, 2008: 331).

بنابراین سلامت اجتماعی از طریق تمرکز بر شهروندان در ارتباط با تعاملات میان فردی آن‌ها (مانند ملاقات با دوستان، آشنایان و همسایگان) و مشارکت اجتماعی (مانند عضویت در گروه‌ها، انجمن‌ها، احزاب، شبکه‌های اجتماعی ساختار شهری) مورد اهتمام و سنجش قرار می‌گیرد. در واقع، سلامت اجتماعی مفهومی است که از ارتباط میان دو مفهوم سلامت و اجتماع پدید می‌آید. با توجه به اینکه اجتماع خود مفهومی اعتباری

عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی شهروندان ... ۵

است و حقیقت خارجی آن منوط به تک‌تک افرادی است که آن را تشکیل داده‌اند. بنابراین در بررسی اجتماع باید بیش از هر چیز افراد جامعه را مورد بررسی و مطالعه قرار داد. بررسی سلامت اجتماعی شهروندان تهرانی به دلایلی همچون، اولین و مهم‌ترین کلان‌شهر و پایتخت ایران اسلامی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بنابراین پژوهش حاضر به دنبال بررسی و پاسخگویی به این سؤال مهم است که وضعیت سلامت اجتماعی شهروندان منطقه ۱ تهران چگونه است و چه عواملی بر روی این نوع از سلامتی مؤثر هستند؟

۲. پیشینه پژوهش

«بلوک و برسلو» برای اولین بار در سال ۱۹۷۳ در پژوهشی به مفهوم سلامت اجتماعی پرداختند. آن‌ها مفهوم سلامت اجتماعی را با درجه عملکرد اعضاء جوامع مترادف کرده و شاخص سلامت اجتماعی را ساختند. آن‌ها تلاش کردند تا با طرح پرسش‌های گوناگون در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی، به سلامت فردی و 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 امری 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 بخشی از ارکان وضع سلامت محسوب می‌شود و هم می‌تواند 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) موردسنجش قرار گرفت و در اندازه‌گیری آن ارکان عینی (مثلاً تعداد دوستان) و ذهنی (مانند کیفیت روابط دوستانه) هر دو در تعریف منظور شده بود.

از سال‌های ۱۹۹۵ به بعد حوزه سلامت اجتماعی علاوه بر نگرش کلی و عامی که بر کیفیت سلامت اجتماعی در میان تمام افراد دارد در کشورهای صنعتی گرایش خاصی را در دو بعد سلامت روانی و نیز سلامت اجتماعی آغاز کرده است. ارتقاء 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 (Keyes & et al, 2004). «کالدول^۱، اسمیت^۲ و ویزینگ^۳ (۱۹۹۵)» در پژوهشی به «بررسی رابطه بین مشارکت در فراغت و ابعاد متنوع سلامتی در بین دانشجویان» پرداختند. نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش نشان می‌دهد روابط فرض شده بین مشارکت فعالانه در فعالیت‌های فراغتی و رضایت از فراغت با سلامت فیزیکی، روانی و اجتماعی در ارتباط است. مشارکت مکرر در همه ورزش‌ها، کارها و سرگرمی‌های مخاطره‌آمیز با ادراک بهتر سلامت اجتماعی ارتباط معناداری داشته است. نرخ بالای مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی و ورزش‌های رقابتی و طبیعی مخاطره‌آمیز و اجتماعی و سرگرمی‌های اجتماعی رابطه مثبت معناداری با ادراک سلامت روانی و اجتماعی داشته است. همچنین رضایت بالاتر از زندگی در میان آن‌هایی که بیشتر به زندگی فعالانه فراغتی پرداخته‌اند، دیده می‌شود (Olerson, 1996: 24).

لاروچ در سال ۱۹۹۸ مطالعه‌ای توصیفی را با عنوان سلامت اجتماعی روی ۱۵۱ دانشجوی دانشگاه در بوستون ماساچوست انجام داد. زنان دانشجو به نحو معنی‌داری در ابعاد تغذیه، روابط بین فردی، مسئولیت‌پذیری در مقابل سلامت و سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت رفتار بهتری از مردان داشتند (مامورت و همکاران، ۱۳۸۷: ۳۹). «کیز و شاپیرو» (۲۰۰۴) در پژوهشی با عنوان «بررسی رابطه بین سلامت اجتماعی و متغیرهای جمعیت شناختی» بر روی نمونه وسیعی از جمعیت آمریکا نشان دادند که وضعیت شغلی برای سلامت اجتماعی زنان مهم‌تر از مردان است و زنانی که وضعیت شغلی

-
1. Caldwell
 2. Smith
 3. Weissihger

عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی شهروندان ... ۷

پایین‌تری داشتند، سلامت اجتماعی کمتری نسبت به مردانی با همان جایگاه شغلی گزارش دادند. در بررسی ابعاد سلامت اجتماعی، انسجام اجتماعی پایین‌ترین مقدار را در بین جوان‌ترها، افرادی که تجربه ازدواج نافرجام داشتند و افراد مجرد با جایگاه پایین شغلی داشت. بیشترین میزان مشارکت اجتماعی در زنان مجرد با جایگاه شغلی بالا و کمترین میزان در مردان مسن با جایگاه اجتماعی پایین گزارش شد. همچنین شکوفایی اجتماعی بیشترین میزان را در بزرگسالان ۴۵-۵۴ و افراد دارای جایگاه شغلی بالا و کمترین میزان را در جوان‌ترها و افراد با جایگاه اجتماعی پایین به خود اختصاص داد. بیشترین میزان انطباق اجتماعی در مردان متأهل و دارای جایگاه اجتماعی بالا و کمترین میزان آن در زنان متأهل و مسن با وضعیت شغلی پایین مشاهده شد. سرانجام پذیرش اجتماعی در زنان مسن با پایگاه شغلی بالا بیشترین میزان و در مردان جوان‌تر با پایگاه اجتماعی پایین کمترین میزان را به خود اختصاص داد (Keyes, 2004).

هادی عبدالله تبار درزی در سال ۱۳۸۶ با انجام پایان‌نامه کارشناسی ارشد خود با عنوان «بررسی ارتباط سلامت اجتماعی و متغیرهای دموگرافیک اجتماعی دانشجویان علوم بهزیستی و توانبخشی» به سنجش سلامت اجتماعی ۱۶۸ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی پرداخت. نتایج نشان داد که به‌طورکلی سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی با توجه به نمرات کسب‌شده، متوسط بوده و در این بین نمرات سلامت اجتماعی دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد از دانشجویان مقطع کارشناسی، دانشجویان متأهل از دانشجویان مجرد، دانشجویان شاغل از دانشجویان غیر شاغل و دانشجویان پسر از دانشجویان دختر بالاتر بود. همچنین بین متغیر سلامت اجتماعی با متغیرهای رشته تحصیلی دانشجویان، تحصیلات والدین، سن دانشجو، وضعیت سکونت و مذهب دانشجویان ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده نشد (تبار درزی، ۱۳۸۶: ۹۷).

سیده فاطمه حسینی در سال ۱۳۸۷ به انجام پژوهشی با عنوان «بررسی میزان سلامت اجتماعی و تأثیر عوامل مؤثر بر آن» در بین دانشجویان دانشکده علوم اجتماعی

دانشگاه علامه طباطبائی پرداخت و تأثیر چهار متغیر پایگاه اجتماعی، میزان مهارت‌های ارتباطی، باورهای مذهبی و چگونگی گذران اوقات فراغت را بر سلامت اجتماعی دانشجویان موردسنجش قرار داد. یافته‌های پژوهش نشان داد که بیشترین سطح فراوانی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان در سطح متوسط می‌باشد. همچنین بین پایگاه اجتماعی-اقتصادی پاسخگویان با سطح و میزان سلامت اجتماعی دانشجویان رابطه وجود دارد (حسینی، ۱۳۸۷).

مریم کنگرلو در سال ۱۳۸۷ با انجام پایان‌نامه کارشناسی ارشد با عنوان «بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیر شاهد دانشگاه علامه طباطبائی» به سنجش سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد پرداخت. نتایج این پژوهش نشان داد که بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیر شاهد تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. میانگین مجموع نمرات کسب‌شده برای دانشجویان شاهد برابر ۶ و ۱۰۹ به دست آمد و برای دانشجویان غیرشاهد برابر ۴ و ۱۱۱ به دست آمد. ولی بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و دانشکده محل تحصیلشان و بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و میزان پنهان کردن سهمیه شاهد تفاوت معنی‌داری وجود داشت؛ به این معنی که دانشجویان شاهدهی که سهمیه دار بودنشان را پنهان می‌کنند از سلامت اجتماعی پایین برخوردار می‌باشند. همچنین بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و ازدواج مجدد مادرانشان، بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و وضعیت تأهلشان، بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و نوع جنسیت آن‌ها، تفاوت معنی‌داری وجود ندارد (کنگرلو، ۱۳۸۷).

۳. چارچوب نظری پژوهش

جامع‌ترین مدلی که درباره مفهوم سلامت اجتماعی وجود دارد متعلق به کوری کیز^۱ است. وی سلامت اجتماعی را به‌عنوان تلقی افراد از کیفیت رابطه‌شان با دیگران،

1. corey keys

همنوعانشان و اجتماع اطراف تعریف می‌کند و آن را بُعدی از سلامت ذهنی می‌داند. او معتقد است که اگرچه سلامت ذهنی یک پشتوانه سی و چندساله از مطالعات تجربی دارد اما در این مدت تنها ابعاد عاطفی آن که شامل شادی، رضایت از زندگی اظهارشده توسط فرد و تعادل میان اثرات مثبت و منفی می‌شود، مورد توجه بوده است، در حالی که افراد ممکن است بُعد اجتماعی کیفیت زندگی خود را مورد ارزیابی قرار دهند. بنابراین تاکنون بُعد اجتماعی سلامت ذهنی مورد توجه قرار نگرفته است. کیزی معتقد است بهداشت 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، هیجانی و شامل تکالیف و چالش‌های اجتماعی^۱ است. سلامت اجتماعی به ابعاد اجتماعی و عمومی که افراد توسط آن عملکردشان را در زندگی ارزیابی می‌کنند، توجه دارد (Keyes, 2004: 48).

کیزی و لارسون (۲۰۰۴) سلامت اجتماعی را به‌عنوان گزارش فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که وی عضوی از آنهاست، تعریف می‌کنند و معتقدند که مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد را می‌سنجد و شامل پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر و رفتار) که نشانگر رضایت یا فقدان رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی‌اش هستند، می‌شود. بر همین اساس مدل روان‌شناسی سلامت اجتماعی به وسیله ریف (۱۹۸۹) پیشنهاد شد. در این مدل هدف سلامت اجتماعی به‌عنوان دربرگیرنده کارکردهای مثبت روان‌شناختی بسط یافت. این ابعاد شامل پذیرش خود، ارتباط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط، داشتن هدف در زندگی و استقلال (خودمختاری) است. اما بر طبق نظر کیزی (۱۹۹۸) آنچه که در ادبیات سلامت اجتماعی مفقود شده، تشخیص این مطلب است که اشخاص ممکن است کیفیت زندگی خود و کارکردهای شخصی خود را در برابر ملاک‌های اجتماعی ارزیابی کنند.

کیزی معتقد است که سلامت اجتماعی شامل عناصر متعددی است که این عناصر در کنار یکدیگر نشان می‌دهند که چگونه و در چه درجه‌ای، افراد در زندگی اجتماعی خود، خوب عمل می‌کنند. مثلاً به‌عنوان همسایه، همکار و همشهری (Keyes, 1998: 25). زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد. عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت روانی است و تکالیف و چالش‌های اجتماعی را نیز در نظر می‌گیرد. فرد سالم از نظر اجتماعی زمانی عملکرد خوب دارد که اجتماع را به‌صورت یک مجموعه معنادار و قابل فهم و بالقوه برای رشد و شکوفایی بداند و احساس کند که متعلق به گروه‌های اجتماعی خود است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهم بداند (Keyes, 2004: 9). کیزی بر اساس بُعد اجتماعی و سطح تحلیل اجتماعی پنج بُعد و شاخص اساسی، برای سلامت اجتماعی پیشنهاد کرده است که عبارت‌اند از:

۱. شکوفایی اجتماعی^۱

شکوفایی اجتماعی به معنای دانستن و اعتقاد داشتن به این است که جامعه به شکل مثبتی در حال رشد است. فکر کردن به این که جامعه پتانسیل رشد به شکل مثبت را دارد و می‌تواند این پتانسیل را به شکل بالفعل درآورد. به‌عبارت‌دیگر، باور به این که اجتماع سرنوشت خود را در دست دارد و به مدد توان بالقوه‌اش مسیر تکاملی خود را کنترل می‌کند. فردی که از رشد شخصی برخوردار است، باور دارد که خود سازنده سرنوشت خویش است. خود را در حال تحول مستمر و دارای نیروهای بالقوه می‌داند که تلاش می‌کند تا این نیروها را شکوفا کند. شکوفایی یعنی باور به اینکه اجتماع سرنوشت خویش را در دست دارد و به مدد توان بالقوه‌اش سیر تکاملی خود را کنترل می‌کند (Keyes, 2004: 10).

۲. پیوستگی (انطباق) اجتماعی^۱

انطباق اجتماعی یعنی اعتقاد به این که اجتماع قابل فهم، منطقی و قابل پیش بینی است. دانستن و علاقه مند بودن به جامعه و مفاهیم مربوط به آن. افراد سالم و اجتماعی در مقابل دسیسه های اجتماع مراقب هستند و احساس می کنند که می توانند آنچه که در اطرافشان رخ می دهد را بفهمند (Keyes, 2002: 9). همبستگی اجتماعی در مقابل بی معنایی در زندگی قابل مقایسه است و شامل ارزیابی فرد از اجتماع به صورت قابل فهم، قابل پیش بینی و محسوس است. در حقیقت درکی که فرد نسبت به کیفیت، سازمان دهی و اداره دنیای اجتماعی اطراف خود دارد. افراد سالم، علاقه مند به طرح های اجتماعی بوده و احساس می کنند، قادر به فهم وقایع اطرافشان هستند خود را با تصور اینکه در حال زندگی در یک دنیای متکامل و عالی هستند، فریب نمی دهند و خواسته ها و آرزوهایشان را از جهت فهم و درک زندگی ارتقاء می بخشند. انطباق اجتماعی معادل اجتماعی مفهوم تسلط بر محیط در مقیاس سلامت روان است، تسلط یعنی احساس صلاحیت و توانمندی برای مدیریت محیط پیچیده و انتخاب یا خلق زمینه های مناسب شخصی است (Keyes and Shapiro, 2004: 9). پیوستگی اجتماعی متکی بر مفاهیمی چون انسجام اجتماعی (دورکیم)، بیگانگی فرهنگی و انزوای اجتماعی (سیمن) و آگاهی طبقاتی مارکس است (حاتمی، ۱۳۸۹: ۶۱-۵۹).

۳. پذیرش اجتماعی^۲

داشتن گرایش های مثبت نسبت به افراد، تصدیق کردن دیگران و به طور کلی پذیرش افراد علی رغم برخی رفتارهای سردرگم کننده و پیچیده آنها است. پذیرش اجتماعی مصداق اجتماعی از پذیرش خود (یکی از ابعاد سلامت روان) است. پذیرش اجتماعی تفسیر فرد از جامعه و ویژگی های دیگران است. در پذیرش خود، فرد نگرش

1. Social Coherens
2. Social Acceptance

مثبت و احساس خوبی در مورد خود و زندگی گذشته دارد و با وجود ضعف‌ها و ناتوانایی‌هایی که دارد هم جنبه خود را می‌پذیرد. در پذیرش اجتماعی فرد اجتماع و مردم آن را با همه نقص‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی باور دارد و می‌پذیرند. افرادی که از این بعد سلامتی برخوردارند، اجتماع را به صورت یک مجموعه کلی و عمومی که از افراد مختلف تشکیل شده، درک می‌کنند و دیگران را با همه نقص‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی‌ای که دارند، می‌پذیرد و به دیگران به عنوان افراد با ظرفیت و مهربان، اعتماد و اطمینان دارند. افراد باور دارند که مردم می‌توانند ساعی و مؤثر باشند. این افراد دیدگاه مطلوبی نسبت به ماهیت انسان دارند و با دیگران احساس راحتی می‌کنند (Keyes and Shapiro, 2004: 22). ارزیابی اجتماعی به عنوان مجموعه کلی و عمومی است که از افراد مختلف تشکیل شده و به دیگران به عنوان افراد با ظرفیت و مهربان، اعتماد و اطمینان دارد. با دیگران احساس راحتی می‌کند، همه جنبه‌های خود را می‌پذیرد با وجود ضعف‌ها و ناتوانی‌هایی که دارد و نیز اجتماع و مردم آن را با همه جنبه‌های مثبت و منفی باور دارد (اکبریان و دیگران، ۱۳۸۹: ۹۷).

۴. مشارکت (سهیم داشت) اجتماعی^۱

مشارکت اجتماعی باوری است که طبق آن فرد خود را عضو حیاتی اجتماع می‌داند و فکر می‌کند چیز ارزشمندی برای عرضه به دنیا و اجتماع خود دارد. این احساس که افراد چیزهای باارزشی برای ارائه به جامعه دارند. این افراد تلاش می‌کنند که احساس دوست داشته شدن کنند و در دنیایی که صرفاً به دلیل انسان بودن برای آن‌ها ارزش قائل است، سهیم باشند (Keyes, 2004: 48). سهیم داشت اجتماعی نشان‌دهنده آن است که چگونه و تا چه حد مردم احساس می‌کنند که آنچه آن‌ها در جهان انجام می‌دهند برای جامعه مهم و ارزشمند است و به عنوان کمک اجتماعی تلقی می‌شود (Keyes & Shapiro, 2004: 5). مشارکت اجتماعی موازی با بُعد هدف در

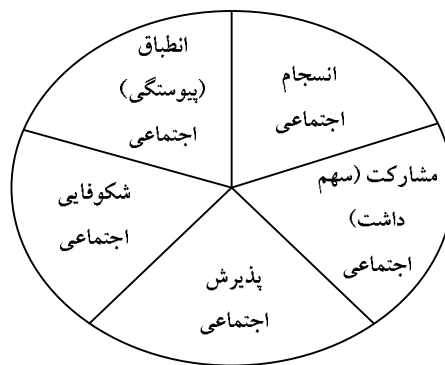
زندگی از مقیاس سلامت روان است (حسینی، ۱۳۸۷: ۳۴). مشارکت اجتماعی همچنین شبیه به مفاهیم مسئولیت‌پذیری و خودکارآمد است. فرد خودکارآمد می‌تواند رفتارهای معینی را انجام داده و مقاصد خاصی را به اتمام برساند. مسئولیت اجتماعی یعنی ایجاد تعهدات مشخص در ارتباط با اجتماع. از مجموع این دو مفهوم مشارکت اجتماعی پدید می‌آید. مشارکت اجتماعی به‌طور کلی یعنی اینکه آیا و به چه میزان فرد احساس می‌کند که آنچه که در دنیا انجام می‌دهد به‌وسیله اجتماع ارزشمند تلقی می‌شود و در رفاه عمومی مؤثر است (Keyesand & Shapiro, 2004: 10).

۵. انسجام اجتماعی^۱

انسجام یا همان همبستگی اجتماعی به معنای احساس بخشی از جامعه بودن و فکر کردن به اینکه فرد به جامعه تعلق دارد، است. احساس حمایت شدن از طریق جامعه و سهم داشتن در آن. بنابراین انسجام اجتماعی آن در درجه‌ای است که در آن مردم احساس می‌کنند که چیز مشترکی بین آن‌ها و کسانی که واقعیت اجتماعی آن‌ها را می‌سازند وجود دارد مثل همسایه‌هایشان (Keyes, 2004: 45). یکپارچگی اجتماعی به معنای ارزیابی فرد از کیفیت روابط متقابلش در جامعه و گروه‌های اجتماعی است، افراد سالم احساس می‌کنند که بخشی از جامعه هستند، بنابراین یکپارچگی اجتماعی گسترده‌ای است که مردم احساس می‌کنند با دیگران وجه مشترکی دارند و به جامعه و گروه‌های اجتماعی تعلق دارند. این مفهوم در برابر بیگانگی و انزوای اجتماعی سیمن و آگاهی طبقاتی مارکس قرار می‌گیرد (Keyes, 1998: 122).

افرادی که از انسجام برخوردارند تلاش می‌کنند در هنگام مواجهه با رویدادهای غیرقابل پیش‌بینی، انسجام خود را حفظ کنند. «انسجام اجتماعی درک فرد از کیفیت جهان اجتماعی خود و شیوه سازمان‌دهی و عملکرد آن است. افرادی که سالم‌ترند به

ماهیت جهان اجتماعی خود علاقه‌مندند و می‌توانند شیوه عملکرد آن را درک کنند. کیز معتقد است که انسجام اجتماعی عبارت از «درک این موضوع است که جامعه را می‌توان درک کرد و عقلانی و قابل پیش‌بینی می‌باشد» (Keyes, 1998: 123). بنابراین، بر اساس دیدگاه کیز ابعاد سلامت اجتماعی از مقوله‌های زیر تشکیل شده است: انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انطباق اجتماعی و شکوفایی اجتماعی.



شکل ۲- مدل سلامت اجتماعی کیز (۱۹۹۸)

تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت اجتماعی

کنت نول از مدیران سازمان بهداشت جهانی در کتاب (health the people) که در سال ۱۹۷۵ منتشر شد نوشت که: اقدامات انجام‌شده در ارتباط با سلامت در آفریقا، آسیا و آمریکای جنوبی نشان داد که بسیاری از علل و مشکلات معمولی در ارتباط با سلامت از خود جوامع نشأت می‌گیرد و مداخله بخش بهداشت به‌تنهایی اغلب بی‌اثر است و نهادها و سازمان‌های جامعه نیز باید در مهیاسازی فضای سالم در جامعه سهیم باشند. اقدامات خارج از بخش بهداشت شاید اثرات بیشتری داشته باشد تا مداخلات منحصراً بهداشتی. در همان سال (۱۹۷۵) سازمان جهانی بهداشت و یونیسف در زمینه راه‌های

ارضاء نیازهای اولیه سلامت در کشورهای در حال توسعه نشریه‌ای منتشر کرده و با تمرکز بر نقاط ضعف برنامه‌های عمودی مربوط به بیماری‌ها بیان داشتند که در این قبیل برنامه‌ها به تکنولوژی توجه شده ولی به عدم احساس مالکیت توسط جامعه توجهی به عمل نیامده است.

بنابراین از دیدگاه کنت نول سلامت دو بُعد توانایی‌های جسمانی و توانایی‌های اجتماعی را در برمی‌گیرد (سجادی، ۱۳۸۴: ۲۴۴). در مجموع، می‌توان اجمالاً چنین بیان کرد که امروزه سلامت در ابعاد متفاوت خود (جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی) یک فرآورده یا ساخته اجتماعی است و تنظیم یک برنامه بهبود سلامت، بدون توجه به زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی جامعه مورد نظر، به راه‌کارهایی غیرکارآمد می‌انجامد. بایستی در نظر داشت که در جوامع مختلف عوامل متفاوتی بر سلامت شهروندان تأثیر می‌گذارند. محیط‌زیست، سبک‌های زندگی، رفتارهای مرتبط با سلامت، شرایط اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی، کمیت و کیفیت ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در زمره عواملی هستند که به شکل تلویحی یا بلافصل سلامت شهروندان یک جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

مطالعات متعدد از جمله پژوهش‌های صورت گرفته توسط "کمیسسیون تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت" (CSDH) در سازمان جهانی بهداشت (WHO) نشان داده است که تعیین‌کنندگی و اثرگذاری عوامل اجتماعی و شرایط زندگی اجتماعی در شهرها و کلان‌شهرها بیش‌تر است. درک این نکته کلیدی مستلزم توجه به ماهیت و صورت‌بندی اجتماعی و فرهنگی آن است. برای رابرت کینگ مرتون نیز پارامترهای اجتماعی مؤثر در سلامت، درمان و توانبخشی و به‌طور کلی، عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامتی و بهداشت شهروندان یک جامعه، به‌عنوان یکی از زمینه‌های بااهمیتی تلقی می‌شود که در حوزه جامعه‌شناسی پزشکی باید مورد توجه قرار گیرد (آرمسترانگ، ۱۳۷۲: ۱۴). بر این اساس، عوامل اجتماعی متعددی را می‌توان برشمرد که بر روی سلامت اجتماعی اثرگذار هستند، عواملی چون: سرمایه اجتماعی، اعتماد اجتماعی،

مشارکت اجتماعی، همبستگی اجتماعی، امنیت اجتماعی، حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی و منزلت اجتماعی. البته سایر عواملی که بر روی سلامت اجتماعی تأثیرگذار هستند عبارت‌اند از: سن، جنس، شغل، درآمد، تحصیلات، محله، وضعیت دینداری و وضعیت زناشویی.

اما بر اساس پژوهش‌های صورت گرفته و دیدگاه‌های پژوهشگران و جامعه شناسان حوزه سلامت اجتماعی از مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های اجتماعی‌ای که بر روی سلامت اجتماعی مؤثر هستند می‌توان به مواردی چون: پایگاه اجتماعی-اقتصادی؛ کیفیت زندگی؛ حمایت اجتماعی و احساس امنیت اجتماعی اشاره نمود. کیفیت زندگی یکی از شاخصه‌های اصلی جامعه مرفعی است که دربرگیرنده مهم‌ترین عواملی است که شرایط زندگی در جامعه و رفاه شخصی افراد را تعیین می‌کند. کیفیت زندگی یکی از اساسی‌ترین مقوله‌های علوم اجتماعی است که در آن پارامترهای مادی توسعه اقتصادی و تولیدات داخلی در کنار پارامترهای غیرمادی چون کیفیت کار، سطح باسوادی و فرهنگ، استاندارد پزشکی و بهداشت، کیفیت فراغت و تفریح، شرایط محیط‌زیست، جو سیاسی، احساس خوشبختی انفرادی و حتی آزادی و اتحاد ملی مورد بررسی قرار می‌گیرند. کیفیت زندگی به‌عنوان احساس فرد از بهزیستی تعریف شده است، احساسی که اساسش در رضایت فرد از جنبه‌هایی از زندگی است که برای وی اهمیت دارد (Cimet.& et al: 2003:18).

اندرسون^۱ (۱۹۹۵)، معتقد است که مفهوم کیفیت زندگی با سلامت مشخص می‌شود و در ارتباط با آن است. موضوع سلامت از بدو پیدایش بشر در قرون و اعصار متمادی مطرح بوده است، اما هرگاه از آن سخن به میان آمده عموماً بُعد جسمی آن مدنظر قرار گرفته و کمتر به سایر ابعاد آن به‌خصوص بُعد اجتماعی آن توجه شده است (اندرسون، ۱۹۹۵: ۵۴۹؛ به نقل از لطیفی و موحدی، ۱۳۸۸: ۵). دومین عامل اجتماعی

1. Anderson

که سلامت اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهد امنیت اجتماعی^۱ است. امنیت اجتماعی در تعریف مدرن آن، بر حفظ و نگهداری احساس تعلق یا همان احساس ما بودن نظارت دارد. زیرا حراست و نگهداری از احساس ما بودن، در حفظ جامعه نقش دارد و اگر این احساس حفظ شود، افراد جامعه نسبت به مشکلات و مسائل جامعه احساس تعهد و تکلیف می‌کنند. تمام عرصه‌های زندگی متأثر از متغیر امنیت است، زیرا آنچه رفتار را بیش از همه تحت تأثیر قرار می‌دهد، عنصر ناخودآگاه است و امنیت متغیری است که ناخودآگاه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. با افزایش امنیت کمال و استعلا انسان امکان‌پذیر می‌شود و با کاهش امنیت آرمان‌های انسان کاهش می‌یابد، به‌گونه‌ای که گاه فرد کاملاً در خفت معنایی و هویتی فرو می‌رود. زیرا تعالی جامعه، رشد فکر و اندیشه، ارائه افکار نوین و نظریه‌های علمی، توسعه و رشد استعدادها، همگی ریشه در عنصر امنیت دارد.

برای دسترسی به جامعه‌ای که از نظر اجتماعی سالم باشد، باید اعضای جامعه از نظر دسترسی به امکانات اولیه و نیازهای اساسی زندگی خود تأمین باشند و نیاز به امنیت، از مهم‌ترین و اساسی‌ترین نیازهای انسان به شمار می‌رود. البته رابطه دوسویه‌ای نیز بین نیاز به امنیت و سلامت اجتماعی وجود دارد، به‌گونه‌ای که علاوه بر اینکه مطابق هرم نیازهای مازلو، تأمین نیاز امنیت انسان می‌تواند زمینه‌ساز نیازهای دیگران و تأمین سلامت اجتماعی باشد، علاوه بر آن سلامت اجتماعی نیز می‌تواند به افزایش احساس امنیت کمک کند. سلامت اجتماعی شرط کافی تحقق احساس امنیت اجتماعی در جامعه است. زیرا در حقیقت امنیت یک تولید اجتماعی است. با وجود اینکه ادراک ذهنی امنیت نقش اصلی را داراست، اما احساس امنیت در تعاملات یا روابط دیگر اجتماعی شکل می‌گیرد. به این ترتیب امنیت یا عدم امنیت توسط اجتماع انتقال پیدا می‌کند. زمانی این احساس می‌تواند به درستی انتقال پیدا کند که افراد جامعه از سلامت اجتماعی برخوردار باشند (سام آرام، ۱۳۸۸: ۲۲).

عامل اجتماعی دیگری که سلامت اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، حمایت اجتماعی است. بززر^۱ سلامت اجتماعی را مفهومی از حمایتی که خانواده و دوستان در اختیار فرد قرار می‌دهند، می‌داند و وی به‌نوعی آن را فراهم‌کننده حمایت اجتماعی برای فرد می‌داند. بززر معتقد است که سلامت اجتماعی به‌عنوان درجه‌ای از بهزیستی یا خوشبختی اجتماعی محسوب می‌شود. رز و وو حمایت اجتماعی را این‌گونه تعریف می‌کنند: «احساس فرد در مورد اینکه از سوی دیگران مراقبت می‌شود، دوست داشته می‌شود، مورد اعتماد بقیه است، به‌عنوان یک شخص برای وی ارزش قائل‌اند و در نهایت به‌عنوان بخشی از شبکه ارتباطی محسوب می‌شود و دارای تعهدات متقابل است». و بلافاصله مطرح می‌کنند که افراد تحصیل‌کرده از سطوح بالاتری از حمایت اجتماعی برخوردارند و همین امر سطح سلامت روانی و اجتماعی آنان را ارتقاء می‌دهد (Rose & Wou, 1995: 24). ابزارهایی که حمایت اجتماعی را به‌عنوان در هم فرورفتگی اجتماعی مفهوم‌سازی کرده‌اند بر شبکه اجتماعی تمرکز دارند. یعنی ارتباطات غیرمستقیم و مستقیمی که افراد را با خانواده و دوستان و همسالانشان پیوند می‌دهد. این ارتباطات معرف منابع اجتماعی است که کارکردهای حمایت اجتماعی را بالقوه در زمان بحران انجام می‌دهد. در هم فرورفتگی اجتماعی به احساس تعلق فرد به جامعه مربوط می‌شود و بر فقدان از خودبیگانگی و انزوای اجتماعی دلالت دارد (سام آرام، ۱۳۹۱: ۲۵).

آخرین عامل مهم در این زمینه پایگاه اجتماعی-اقتصادی است که به‌عنوان عامل تأثیرگذار بر سلامت اجتماعی محسوب می‌شود. پایگاهی که فرد در میان یک گروه دارد، یا به مرتبه اجتماعی-اقتصادی یک گروه در مقایسه با گروه‌های دیگر گفته می‌شود. به‌بیان‌دیگر موقعیتی که یک فرد یا خانواده با ارجاع به استانداردهای میانگین رایج درباره ویژگی‌های فرهنگی، درآمد مؤثر، دارایی‌های مادی و مشارکت در فعالیت‌های گروهی-اجتماعی به دست می‌آورد (کوئن، ۱۳۷۳: ۲۴۰). طبقه اجتماعی تحت تأثیر عوامل مختلفی تعیین می‌شوند. در جوامع معاصر مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده

طبقه اجتماعی را به‌طور کلی می‌توان به شرح زیر خلاصه کرد: شغل، میزان درآمد، منبع درآمد، نوع مسکن، ناحیه محل سکونت و تحصیلات، البته باید یادآوری کرد مفهوم و اهمیت این عوامل در جوامع مختلف متفاوت است (محسنی، ۱۳۸۳: ۲۱۷).

فرضیات پژوهش

۱. حمایت اجتماعی بر میزان سلامت اجتماعی شهروندان مؤثر است.
۲. احساس امنیت اجتماعی بر میزان سلامت اجتماعی شهروندان مؤثر است.
۳. پایگاه اجتماعی-اقتصادی بر میزان سلامت اجتماعی شهروندان مؤثر است.
۴. کیفیت زندگی بر میزان سلامت اجتماعی شهروندان مؤثر است.

۴. روش پژوهش

پژوهش حاضر به لحاظ هدف، کاربردی و به لحاظ نحوه جمع‌آوری داده‌ها و به دلیل گستردگی جامعه آماری مورد مطالعه (شهروندان منطقه ۱ شهر تهران) پیمایش بوده است. همچنین برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزار پرسشنامه استفاده شد.

تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرهای تحقیق

متغیر وابسته (سلامت اجتماعی): سلامت اجتماعی «ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که عضو آن‌هاست» می‌باشد (Keyes, 1998: 122). سلامت اجتماعی از پنج بُعد تشکیل شده است که طبق این تعریف شاخص‌های سلامت اجتماعی عبارت‌اند از: مشارکت اجتماعی (باوری که طبق آن فرد خود را عنصر حیاتی جامعه می‌داند)، انسجام اجتماعی (کیفیت روابط در گروه اجتماعی که به آن تعلق دارد)، پذیرش اجتماعی (دیدگاه مطلوب نسبت به دیگران)، شکوفایی اجتماعی (اعتقاد به توانایی‌های بالقوه

اجتماع) و انطباق (سهام داشت) اجتماعی (درک اجتماع به صورت هوشمند، قابل فهم و قابل پیش‌بینی) (Keyes, 1998: 122).

جدول ۱- تعریف عملیاتی سلامت اجتماعی

نوع متغیر	متغیر	ابعاد	گویه‌ها	سطح سنجش
وابسته	سلامت اجتماعی	انسجام اجتماعی	من فکر می‌کنم متعلق به مجموعه‌ای به نام جامعه هستم.	ترتیبی
			من فکر می‌کنم که بخشی مهم از اجتماعم هستم.	ترتیبی
			من فکر می‌کنم اگر خواسته یا ایده‌ای برای گفتن داشتم، سایر افراد به من توجه می‌کردند.	ترتیبی
			جامعه من منبع آرامش و راحتی من است.	ترتیبی
			من فکر می‌کنم اگر خواسته یا ایده‌ای برای گفتن داشتم جامعه من را جدی نمی‌گرفت.	ترتیبی
			سایر افراد اجتماع برای من بعنوان یک شخص ارزش قائل‌اند.	ترتیبی
		پذیرش اجتماعی	من نسبت به سایر افراد اجتماعم احساس نزدیکی نمی‌کنم.	ترتیبی
			رفتار من روی سایر افراد اجتماعم اثر می‌گذارد.	ترتیبی
			من فکر می‌کنم افراد دیگر قابل اعتماد هستند.	ترتیبی
			به نظر من مردم مهربان‌اند.	ترتیبی
			به نظر من مردم خودم‌محورند.	ترتیبی
			من احساس می‌کنم که مردم قابل اعتماد نیستند.	ترتیبی
		مشارکت اجتماعی	من فکر می‌کنم که مردم فقط برای خودشان زندگی می‌کنند.	ترتیبی
			من فکر می‌کنم مردم به مشکلات افراد دیگر اهمیت می‌دهند.	ترتیبی
			من فکر می‌کنم می‌توانم کار ارزشمندی به دنیا عرضه کنم.	ترتیبی
			فعالیت‌های روزانه من هیچ نتیجه ارزنده‌ای برای جامعه ندارد.	ترتیبی
			من زمان و توان لازم را ندارم تا چیز مهمی به جامعه‌ام عرضه کنم.	ترتیبی

عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی شهروندان ... ۲۱

ترتیبی	من فکر می‌کنم کار من نتیجه مهمی برای جامعه ندارد.	انطباق اجتماعی		
ترتیبی	من محصول ارزشمندی برای سهم‌شدن در اجتماع ندارم.			
ترتیبی	به نظر من مردم این روزها بیشتر متقلب شده‌اند.			
ترتیبی	دنیا برای من پیچیده است.			
ترتیبی	محققین تنها افرادی هستند که می‌توانند آنچه پیرامون دنیای اطرافشان رخ می‌دهد درک کنند.			
ترتیبی	من نمی‌توانم بفهمم که در دنیا چه پیش خواهد آمد.			
ترتیبی	اغلب فرهنگ‌ها آن‌قدر عجیب و بیگانه هستند که من از آنها سر در نمی‌آورم.			
ترتیبی	به نظر من دنیایی که در آن زندگی می‌کنیم ارزش درک کردن دارد.			
ترتیبی	به نظر من پیش‌بینی آنچه در اجتماع آینده اتفاق خواهد افتاد کار سختی است.			
ترتیبی	من معتقدم که اجتماع مانع پیشرفت من است.	شکوفایی اجتماعی		
ترتیبی	من معتقدم که اجتماع در جهت تحقق خواسته‌های من تغییر نمی‌کند.			
ترتیبی	من فکر نمی‌کنم که تشکیلات اجتماعی نظیر قانون و دولت در زندگی من مؤثر باشند.			
ترتیبی	من اجتماع را به‌صورت یک تحول دائمی می‌بینم.			
ترتیبی	به نظر من جامعه مکانی پربار و مفید برای افراد آن است.			
ترتیبی	به نظر من پیشرفت اجتماعی مفهومی ندارد.			
ترتیبی	به نظر من دنیا برای هر فرد دارد مکان بهتری می‌شود.			

متغیرهای مستقل عبارت‌اند از:

پایگاه اجتماعی-اقتصادی: پایگاهی که فرد در میان یک گروه دارد، یا به مرتبه اجتماعی-اقتصادی یک گروه در مقایسه با گروه‌های دیگر گفته می‌شود. به بیان دیگر

موقعیتی که یک فرد یا خانواده با ارجاع به استانداردهای میانگین رایج درباره ویژگی‌های فرهنگی، درآمد مؤثر، دارایی‌های مادی و مشارکت در فعالیت‌های گروهی-اجتماعی به دست می‌آورد (کوئن، ۱۳۷۳: ۲۴۰). در پژوهش حاضر برای سنجش پایگاه اجتماعی-اقتصادی از سنجه‌هایی چون: میزان درآمد، میزان تحصیلات و منزلت شغلی استفاده شد.

کیفیت زندگی: کلمه کیفیت از لغت لاتین Qual به معنی چیزی، چه و Quality به معنی چگونگی استخراج شده است و کیفیت زندگی از نظر لغوی به معنی چگونگی زندگی است و دربرگیرنده تفاوت‌هایی است که برای هر فرد منحصر به فرد بوده و با دیگران متفاوت است. کیفیت زندگی به عنوان احساس فرد از بهزیستی تعریف شده است، احساسی که آسایش در رضایت فرد از جنبه‌هایی از زندگی است که برای وی اهمیت دارد (Gugnumoss – Holzman et, 1995: 26). کیفیت زندگی در این پژوهش در دو بعد ذهنی و عینی در ۱۰ گویه و در قالب طیف لیکرت مورد سنجش قرار گرفت.

حمایت اجتماعی: از حمایت اجتماعی تعاریف متعددی به عمل آمده است، از جمله سارافینو معتقد است که حمایت اجتماعی به مراقبت، محبت، عزت، تسلی و کمکی که سایر افراد یا گروه‌های اجتماعی به افراد ارزانی می‌دارند گفته می‌شود. این حمایت را ممکن است منابع گوناگونی مانند نامزد، خانواده، اقوام، دوستان، همکاران و سازمان اجتماعی به عمل آورند (سارافینو^۱، ۱۳۸۴، به نقل از بهمنی، ۱۳۸۷: ۷۸). متغیر حمایت اجتماعی در سه بعد حمایت خانواده، حمایت دوستان و حمایت آشنایان و در قالب طیف لیکرت مورد سنجش قرار گرفت.

احساس امنیت اجتماعی: احساس امنیت اجتماعی به فقدان هراس از تهدید شدن یا به مخاطره افتادن ویژگی‌های اساسی و ارزش‌های انسانی و نبود ترس از تهدید حقوق و آزادی‌های مشروع گفته می‌شود (نبوی و همکاران، ۱۳۸۷: ۱۷). بر همین

اساس با مراجعه به تحقیقات باباخانی، رشیدی و مرادی، مختاری و همکاران (۱۳۹۱)، احساس امنیت اجتماعی در چهار بعد امنیت سیاسی، امنیت اقتصادی، امنیت جانی و امنیت محیط شهری در نظر گرفته می‌شود. احساس امنیت اجتماعی در قالب ابعاد امنیت اقتصادی، امنیت محیط شهری، امنیت سیاسی و امنیت جانی در قالب طیف لیکرت موردسنجش قرار گرفت.

جامعه آماری، حجم نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش شهروندان منطقه ۱ شهر تهران در سال ۱۳۹۵ بودند. بنا بر اطلاعات معاونت برنامه‌ریزی و توسعه شهرداری تهران، منطقه ۱ تهران در شمال شهر تهران و با وسعتی حدود ۶۴ کیلومترمربع شامل ۱۰ ناحیه و ۲۶ محله می‌باشد و جمعیت این منطقه بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۰ ایران، ۴۳۹،۴۶۷ نفر (۱۴۱،۴۲۶ خانوار) شامل ۲۱۶،۰۱۱ مرد و ۲۲۳،۴۵۶ زن می‌باشد. حجم نمونه نیز با استفاده از فرمول کوکران تعداد ۴۰۰ نفر برآورد شد. روش نمونه‌گیری هم با توجه به گستردگی و تعداد نسبتاً زیاد جمعیت آماری خوشه‌ای چندمرحله‌ای تعیین شد. با توجه به انتخاب این روش ۱۰ ناحیه در منطقه ۱ به‌عنوان خوشه‌های اولیه در نظر گرفته شده‌اند. سپس در گام دوم، ۴ ناحیه (خوشه) به‌تصادف انتخاب شده‌اند. در گام بعدی، با تهیه نقشه ناحیه‌های منتخب از هر ناحیه با توجه به حجم آن تعدادی بلوک انتخاب شد و افراد موردنظر که واحد مشاهده پژوهش بودند به‌طور تصادفی انتخاب و پرسشنامه‌های موردنظر در بین آنان توزیع گردید.

پایایی متغیر وابسته: پرسشنامه سلامت اجتماعی کیز (۱۹۹۸) بر اساس مدل نظری خود از سلامت اجتماعی، این مقیاس را تهیه و برای بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس، آن را طی دو مطالعه بر روی دو نمونه ۳۷۳ و ۲۸۸۷ نفری در آمریکا اجرا کرد. وی با استفاده از تحلیل عوامل تأییدی مدل پنج بُعدی به‌کاررفته در

پرسشنامه خود را از نظر تجربی مورد تأیید قرار داد. این مقیاس حاوی ۳۳ گویه است که در جدول زیر نشان داده شده است.

جدول ۲- گویه‌های مدل پنج بُعدی

شاخص‌ها	تعداد سؤالات	ضریب آلفای کرونباخ
انسجام اجتماعی	۷	۰/۸۱
پذیرش اجتماعی	۷	۰/۷۷
مشارکت اجتماعی	۶	۰/۷۵
انطباق اجتماعی	۶	۰/۷۵
شکوفایی اجتماعی	۷	۰/۶۹

جهت بررسی اعتبار ملاک آزمون، کیز (۱۹۹۸) مقیاس خود را با اندازه‌های مربوط به ناهنجاری‌های اجتماعی، فعالیت‌های گروهی، شادی و رضایت در زندگی و میزان خودکشی همبسته کرد و به ضریب معناداری دست‌یافت.

روش تحلیل داده‌ها

در این تحقیق از نرم‌افزار آماری SPSS برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. برای توصیف داده‌ها از شاخص‌های مرکزی مثل میانگین، میانه، مد و همچنین شاخص‌های پراکندگی همچون انحراف معیار استفاده شده است. برای گزارش میانگین شاخص‌ها از آزمون مقایسه میانگین‌ها و برای آزمون فرضیات از آزمون‌های ضریب همبستگی و مقایسه میانگین‌ها و رگرسیون چندگانه استفاده شد.

۵. یافته‌های پژوهش

یافته‌های توصیفی

در پژوهش حاضر ۷۳/۲ درصد را مردان و ۲۶/۸ درصد از جمعیت نمونه را زنان تشکیل داده‌اند. به لحاظ سنی ۲/۲ درصد در رده سنی کمتر از ۲۰ سال، ۴/۹ درصد ۲۱ تا ۲۵ سال، ۲۰/۴ درصد ۲۶ تا ۳۰ سال، ۲۴/۱ درصد ۳۱ تا ۳۵ سال، ۱۵/۵ درصد ۳۶ تا ۴۰ سال، ۱۰/۶ درصد ۴۱ تا ۴۵ سال، ۹/۸ درصد ۴۶ تا ۵۰ سال و ۱۲/۵ درصد بیشتر از ۵۰ سال بودند. بر این اساس بیشترین فراوانی پاسخگویان (۱/۲۴٪) مربوط به رده سنی ۳۱ تا ۳۵ سال و کمترین آن (۲/۲٪) مربوط به رده سنی کمتر از ۲۰ سال بودند. به لحاظ وضعیت تأهل ۱۸/۷ درصد مجرد، ۷۸/۴ درصد متأهل و ۲/۹ درصد آنان گزینه سایر (مطلقه، بیوه) را انتخاب نموده‌اند. در نتیجه بیشترین درصد پاسخگویان از متأهلین بودند. از نظر تحصیلات ۴/۹ درصد زیر دیپلم، ۱۳/۵ درصد دیپلم، ۹/۸ درصد فوق‌دیپلم، ۴۰ درصد کارشناسی و ۳۱/۷ درصد مدرک کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. به لحاظ وضعیت تحصیلی پدر پاسخگویان بدین شرح بودند: ۴۸/۶ درصد زیر دیپلم، ۲۹ درصد دیپلم، ۵/۲ درصد فوق‌دیپلم، ۹/۱ درصد کارشناسی و ۸/۱ درصد کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. وضعیت تحصیلی مادر پاسخگویان بدین شرح بود، ۵۸/۲ درصد زیر دیپلم، ۲۸/۵ درصد دیپلم، ۴/۲ درصد فوق‌دیپلم، ۵/۹ درصد کارشناسی و ۳/۲ درصد کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. همچنین به لحاظ درآمد ۹/۶ درصد درآمدی کمتر از ۷۰۰،۰۰۰ تومان، ۱۰/۳ درصد آنان ۷۰۰،۰۰۰ تا ۱،۰۰۰،۰۰۰ تومان، ۱۸/۹ درصد بین ۱،۰۰۰،۰۰۰ تا ۱،۵۰۰،۰۰۰ تومان، ۱۰/۱ درصد بین ۱،۵۰۰،۰۰۰ تا ۲،۰۰۰،۰۰۰ تومان و ۵۱/۱ درصد بیشتر از ۲،۰۰۰،۰۰۰ تومان ماهیانه داشتند. به لحاظ شغلی ۸۱/۸ درصد شاغل، ۲/۲ درصد بیکار، ۸/۱ درصد خانه‌دار، ۳/۲ درصد بازنشسته، ۴/۷ درصد دانش‌آموز بودند.

توصیف متغیرهای اصلی تحقیق

جدول ۳- توصیف متغیرهای وابسته و مستقل

متغیرها	نوع متغیر	خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	جمع
میزان سلامت اجتماعی	وابسته	۰	۴۶/۷	۵۱/۸	۱/۵	۰	۱۰۰
پایگاه اجتماعی- اقتصادی	مستقل	۲	۲۴/۶	۵۴/۳	۱۸/۲	۱	۱۰۰
حمایت اجتماعی	مستقل	۲/۲	۳۷/۶	۴۷/۷	۱۱/۱	۱/۵	۱۰۰
امنیت اجتماعی	مستقل	۰	۱۵/۷	۶۷/۱	۱۵/۷	۱/۵	۱۰۰
کیفیت زندگی	مستقل	۱۲	۶۲/۴	۲۳/۸	۱/۷	۰	۱۰۰

همان‌طور که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود ۴۶/۷ درصد از پاسخگویان دارای سلامت اجتماعی در سطح زیاد، ۵۱/۸ درصد دارای سلامت اجتماعی در سطح متوسط و ۱/۵ درصد دارای سلامت اجتماعی در سطح کم بودند. از سوی دیگر، ۲ درصد از پاسخگویان دارای پایگاه اجتماعی-اقتصادی در سطح خیلی بالا، ۲۴/۶ درصد در سطح بالا، ۵۴/۳ درصد در سطح متوسط، ۱۸/۲ درصد در سطح پایین و ۱ درصد دارای پایگاه اجتماعی-اقتصادی در سطح خیلی پایین بودند. نتیجه این‌که بیشتر پاسخگویان دارای پایگاه اجتماعی-اقتصادی در سطح متوسط بودند. در زمینه کیفیت زندگی ۱۲ درصد از پاسخگویان دارای کیفیت زندگی خیلی زیاد، ۶۲/۴ درصد در سطح زیاد، ۲۳/۸ درصد در سطح متوسط و ۱/۷ درصد در سطح کم بودند. در نتیجه مشاهده گردید که بیشترین درصد پاسخگویان دارای کیفیت زندگی در سطح زیاد هستند. همچنین ۲/۲ درصد دارای میزان حمایت اجتماعی در سطح خیلی زیاد، ۳۷/۶ درصد در سطح زیاد، ۴۷/۷ درصد در سطح متوسط، ۱۱/۱ درصد در سطح کم و ۱/۵ درصد دارای

میزان حمایت اجتماعی در سطح خیلی کم بودند. ۱۵/۷ درصد دارای احساس امنیت اجتماعی در سطح زیاد، ۶۷/۱ درصد در سطح متوسط، ۱۵/۷ درصد در سطح کم و ۱/۵ درصد دارای احساس امنیت اجتماعی در سطح خیلی کم بودند.

یافته‌های تحلیلی

آزمون همبستگی بین متغیرهای مستقل و وابسته

نتایج تحلیل همبستگی نشان داد که همبستگی مثبت و کامل بین متغیرهای مستقل وابسته تحقیق وجود داشته و از این منظر تمامی فرضیه‌های تحقیق تأیید می‌شوند. بر این اساس می‌توان تحلیل کرد که هرچقدر میزان حمایت اجتماعی، امنیت اجتماعی، کیفیت زندگی و پایگاه اجتماعی-اقتصادی شهروندان بهتر می‌شود در نتیجه میزان سلامت اجتماعی نیز ارتقاء می‌یابد. البته در این میان قوی‌ترین همبستگی‌ها به ترتیب مربوط به رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی ($r=0/416$ ، $p> 0/001$)؛ رابطه بین کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی ($r=0/416$ ، $p> 0/001$) و رابطه بین امنیت اجتماعی و سلامت اجتماعی ($r=0/248$ ، $p> 0/001$) و ضعیف‌ترین رابطه بین پایگاه اجتماعی-اقتصادی و سلامت اجتماعی ($r=0/125$ ، $p> 0/05$) بوده است.

جدول ۴- آزمون رابطه بین سلامت اجتماعی و عوامل اجتماعی

سلامت اجتماعی			عوامل اجتماعی
درصد اعتبار	سطح معناداری	ضریب همبستگی	
۹۹٪	۰/۰۰۰	۰/۴۱۶	حمایت اجتماعی
۹۹٪	۰/۰۰۰	۰/۲۴۸	احساس امنیت اجتماعی
۹۵٪	۰/۰۱۲	۰/۱۲۵	پایگاه اجتماعی-اقتصادی
۹۹٪	۰/۰۰۰	۰/۴۰۴	کیفیت زندگی

تحلیل رگرسیون متغیرهای پیش‌بینی کننده سلامت اجتماعی

در این پژوهش به منظور آزمون این موضوع که آیا متغیرهای مستقل تحقیق (حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی، امنیت اجتماعی و پایگاه اجتماعی-اقتصادی) قادرند متغیر وابسته یعنی سلامت اجتماعی را پیش‌بینی کنند از تحلیل رگرسیون چندگانه با روش گام به گام استفاده شد. شاخص‌های آماری برای متغیرهای درون معادله مانند ضریب رگرسیون b برای نمرات خام و $Beta$ برای نمرات استاندارد شده و آزمون t را می‌توان در جدول شماره ۷ مشاهده کرد. بر اساس نتایج به دست آمده ضریب تعیین محاسبه شده برابر است $R^2 = 0/42$ (همبستگی قوی می‌باشد) که حاکی از آن است که متغیرهای مستقل به میزان $0/42$ توانایی تبیین سلامت اجتماعی شهروندان را دارند به عبارت دیگر $0/58$ سلامت اجتماعی توسط متغیرهای دیگر تبیین می‌شود. همچنین ضریب همبستگی چندگانه $R = 0/64$ به دست آمده است که مبین این است که متغیرهای مستقل به طور هم‌زمان $0/58$ با متغیر وابسته یعنی سلامت اجتماعی همبستگی دارد که نشان‌دهنده همبستگی متوسط به بالا بین متغیرها است. همچنین با توجه به نتایج به دست آمده از جدول آنوا میزان f به دست آمده برابر است با $f = 59/15$ سطح معناداری برابر است با $sig = 0/00$ چون سطح معناداری از $0/05$ کوچک‌تر است پس متغیرهای مستقل بر وابسته مؤثر می‌باشند.

جدول ۵- میزان همبستگی و ضریب تعیین تحلیل رگرسیون

مدل	میزان همبستگی R	ضریب تعیین R^2	تطبیق داده شده	خطای استاندارد برآورد
۱	۰,۵۸	۰,۴۲	۰,۴۱	۶,۸۲

جدول ۶- تحلیل واریانس چند متغیره توانمندسازی زنان سرپرست خانوار

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	نسبت F	سطح معناداری
رگرسیون	۸۲۵۹,۱۳	۳	۲۷۵۳,۰۴	۵۹,۱۵	۰,۰۰
باقیمانده‌ها	۱۱۳۵۶,۴۱	۲۴۴	۴۶,۵۴		
کل	۱۹۶۱۵,۵۴	۲۴۷			

در جدول ۷، Coefficients آزمون t محاسبه شده نشان می‌دهد که ضریب b برای متغیرهای حمایت اجتماعی با سطح معناداری $\text{sig}=0,00$ ، امنیت اجتماعی با سطح معناداری $\text{sig}=0,00$ ، پایگاه اجتماعی-اقتصادی با سطح معناداری $\text{sig}=0,00$ ، کیفیت زندگی با سطح معناداری $\text{sig}=0,03$ در سطح ۹۵ درصد اطمینان از لحاظ آماری معنادار است. ضریب رگرسیون b برای متغیر حمایت اجتماعی برابر است با $b=1,7$ ، برای امنیت اجتماعی برابر است با $b=0,3$ ، برای پایگاه اجتماعی-اقتصادی برابر است با $b=0,3$ ، برای کیفیت زندگی برابر با $b=2,1$ است. بر این اساس چون بتای حمایت اجتماعی بیشتر است پس تأثیر بیشتری را گذاشته است.

جدول ۷- آماره‌های مربوط به متغیرهای مستقل مدل رگرسیونی

متغیرهای مستقل	B	ضریب بتا Beta	کمیت t	سطح معناداری
حمایت اجتماعی	۱,۷	۰,۵۰	۹,۸۰	۰,۰۰
کیفیت زندگی	۰,۳	۰,۲۴	۴,۶۴	۰,۰۰
امنیت اجتماعی	۰,۳	۰,۲۲	۴,۰۰	۰,۰۰
پایگاه اجتماعی-اقتصادی	۲,۱	۰,۱۰	۲,۰۹	۰,۰۳
متغیرهایی که از مدل نهایی خارج شده‌اند				
نام متغیر	ضریب بتا Beta	Partial	کمیت t	سطح معناداری
حمایت اجتماعی	۰,۰۹	۰,۱۰	۱,۶۹	۰,۰۹
کیفیت زندگی	۰,۴	۰,۰۴	۰,۷۵	۰,۴۵
امنیت اجتماعی	۰,۰۲	۰,۰۳	۰,۵۸	۰,۵۶
پایگاه اجتماعی-اقتصادی	۰,۰۸	۰,۱۱	۱,۷۳	۰,۰۸

۶. بحث و نتیجه‌گیری

سلامت اجتماعی امروزه به‌عنوان یکی از تعیین‌کننده‌های انواع دیگر سلامت اعم از سلامت جسمی، روانی و معنوی محسوب می‌شود. به‌عبارت‌دیگر، بدون داشتن سلامت اجتماعی نمی‌توان انتظار جامعه‌ای سالم و به‌تبع آن فرد سالم را داشت. سلامت اجتماعی بیانگر عملکرد فرد در جامعه و چگونگی فعالیت مؤثر و مفید او در روابط و شبکه‌های اجتماعی است. سلامت اجتماعی به‌عنوان یکی از ابعاد سلامت، عبارت است از توانایی انجام مؤثر و کارآمد نقش‌های اجتماعی بدون آسیب رساندن به دیگران؛ در واقع همان ارزیابی شرایط و عملکرد فرد در جامعه است. از سوی دیگر، سلامت اجتماعی در شهرها و به‌ویژه در کلان‌شهرها از آن‌رو محل بحث و توجه است که با انواع مشکلات و مسائل اجتماعی در این شهرها روبرو هستیم، مسائلی چون: آلودگی هوا، آلودگی صوتی، حاشیه‌نشینی، افزایش فقر و محرومیت، افزایش اعتیاد و کارتن‌خوابی از یک‌طرف و فرسایش سرمایه اجتماعی، فرسایش پیوندها و روابط اجتماعی مثبت و سازنده، کاهش همبستگی اجتماعی، کاهش سطح مشارکت اجتماعی، اختلال در هویت اجتماعی و اختلال در پذیرش اجتماعی از طرف دیگر.

در واقع، در چنین شرایطی نمی‌توان انتظار داشت که افراد و جامعه از سلامت مطلوب و مناسب برخوردار باشند و روشن است که فقدان سلامت اجتماعی از هرجهت تأثیرات نامطلوبی بر جسم و روان افراد جامعه خواهند گذاشت و اگر قائل به روابط متقابل و دیالکتیکی بین فرد به‌عنوان کنشگر اجتماعی و جامعه به‌عنوان ساختار اجتماعی باشیم، در آن صورت هم سلامت فردی و هم سلامت اجتماعی در معرض آسیب و فرسایش جدی قرار خواهند گرفت. با توجه به چنین اهمیتی در پژوهش حاضر اقدام به واکاوی سلامت اجتماعی در کلان‌شهر تهران و در بین شهروندان منطقه ۱ شده است و کوشش شد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت اجتماعی موردسنجش قرار گیرد. نتایج نشان داد که بین متغیرهای حمایت اجتماعی، امنیت اجتماعی، کیفیت زندگی و پایگاه اجتماعی-اقتصادی رابطه معنی‌داری وجود دارد. معنی‌داری رابطه بین پایگاه اجتماعی-

اقتصادی پاسخگویان و سلامت اجتماعی آنان همسو با نتایج کیز (۱۹۹۸)، کیز و شاپرو (۲۰۰۴) و حاتمی (۱۳۸۹) است.

کیز (۱۹۹۸) عنوان کرده است که پایگاه اجتماعی-اقتصادی بالا موجب بهبود سلامت اجتماعی می‌شود. البته برخلاف دیدگاه کیز، مارکسیست‌ها، طبقه اجتماعی را مرتبط با میزان برخورداری از سلامت قلمداد می‌کنند و عده دیگری از پژوهشگران معتقدند که دنبال کردن اهداف مالی در زندگی می‌تواند به کاهش سلامت در زندگی منجر شود و دلیل آن‌ها این است که تعقیب چنین اهدافی شانس به دست آوردن اهداف لذت‌بخش دیگر را کاهش می‌دهد (باباپور؛ خیرالدین، ۱۳۸۸: ۲۳). همچنین تحقیق حاضر نشان داد که بین میزان حمایت اجتماعی پاسخگویان و سلامت اجتماعی آنان تأثیر مثبت و رابطه معناداری وجود دارد. شایان ذکر است که این متغیر در میان متغیرهای مستقل تحقیق از بیشترین تأثیر (رتبه اول) در تبیین سلامت اجتماعی شهروندان برخوردار بوده است. تحقیقات مختلف اثبات کرده‌اند که حمایت اجتماعی با سلامت روانی، سلامت جسمانی و بهزیستی افراد ارتباط دارد (قاندی و یعقوبی، ۱۳۸۷؛ بخشی‌پور رودسری و همکاران، ۱۳۸۴؛ لو، ۱۹۹۷؛ ساراسون و ساراسون، ۱۹۸۵). حمایت اجتماعی موجب خلق تصور مثبت و پذیرش خود، احساس مورد محبت واقع شدن و ارزشمند بودن را به فرد می‌دهد که همه بر عملکرد فرد در اجتماع تأثیرگذاراند.

همچنین برخورداری از حمایت اجتماعی مناسب منجر به داشتن حس تعلق به جامعه، خوش‌بین بودن در مورد آن، پذیرش آن و میل به مشارکت بیشتر در آن می‌گردد که این عوامل موجبات ارتقاء سلامت اجتماعی افراد در جامعه را فراهم می‌آورند. این مقوله عنوان می‌کند که داشتن حمایت اجتماعی برای سلامت اجتماعی مفید است و برعکس نداشتن یا فقدان حمایت اجتماعی دارای تأثیرات منفی در سلامت اجتماعی

1. LU

2. Saraon & Sarason

است. بنابراین هر چه حمایت اجتماعی فرد بیشتر باشد او از سلامت اجتماعی بیشتری برخوردار است، از این رو ارتقاء سلامت اجتماعی متأثر از میزان داشتن هر چه بیشتر حمایت اجتماعی افراد جامعه است. درگیری افراد در شبکه‌های مختلف اجتماعی از جمله شبکه‌های خانوادگی، دوستی و همسایگی منابع حمایتی فراهم می‌کند که با جذب بیشتر در این شبکه‌ها افراد شرایط مطلوب به دست می‌آورند، حمایت و متعاقب آن سلامتی و در نهایت سلامت اجتماعی را حاصل می‌کنند.

مطالعات متأثر از مدل تأثیر مستقیم حمایت اجتماعی عنوان می‌کنند افرادی که در شبکه‌های حمایتی قرار دارند، کمتر افسرده‌اند و عمدتاً سلامت روانی بهتری را نسبت به افراد فاقد چنین شبکه‌های حمایتی نشان می‌دهند (Toits, 1982: 45). از سوی دیگر، تحقیق حاضر نشان داد که بین میزان احساس امنیت اجتماعی پاسخگویان و سلامت اجتماعی آنان تأثیر مثبت و رابطه معناداری وجود دارد. این یافته موجب تأیید نظریه سلسله‌مراتب مازلو می‌شود که طی آن امنیت را پیش‌نیاز دستیابی به خود شکوفایی و سلامت اجتماعی دانسته بود. شایان‌ذکر است که این متغیر در میان متغیرهای مستقل تحقیق از رتبه سوم تأثیر در تبیین سلامت اجتماعی شهروندان برخوردار بوده است. احساس ناامنی با گذشت زمان تأثیرات مخرب و منفی بر کیفیت زندگی دارد و منجر به مراقبت و محافظت غیرضروری مردم از خودشان می‌شود تا جایی که آن‌ها را از فعالیت‌های اجتماعی بار می‌دارد و میزان بی‌اعتمادی را در جامعه افزایش می‌دهد، همچنین موجب کاهش تعاملات اجتماعی و محدود شدن و زیر ذره‌بین قرار گرفتن روابط اجتماعی افراد می‌شود که تمام این حرکات باعث کاهش میزان سلامت اجتماعی می‌گردد.

منابع

- آرمسترانگ، دیوید. (۱۳۷۲)، *جامعه‌شناسی پزشکی*، ترجمه: محمد توکل، تهران: انتشارات دانشگاه صنعتی شریف، چاپ اول.
- اکبریان، مهدی، تبار درزی، عبدالله و خاکی، محمدابراهیم. (۱۳۸۹)، «سلامت اجتماعی، پلیس و احساس امنیت». در *مجموعه مقالات نخستین هم‌اندیشی ملی سلامت اجتماعی* (ص ۱۰۹-۹۲)، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد.
- بلوک و برسلو. (۱۹۷۲)، *پژوهشی به مفهوم سلامت اجتماعی*، ترجمه: حسین عبدالله زاده، اینترنت.
- پارک، جان اورت. (۱۳۸۴)، *درسنامه پیشگیری و اجتماعی*. ترجمه: حسین شجاعی تهرانی با نظر حسین ملک افضلی، ویرایش هفدهم، تهران: نشر سماط.
- تبار درزی، عبدالله و دیگران. (۱۳۸۶)، *بررسی ارتباط سلامت اجتماعی و متغیرهای دموگرافیک اجتماعی دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی*.
- تبار درزی، هادی عبدالله. (۱۳۸۶). "بررسی ارتباط سلامت اجتماعی و متغیرهای دموگرافیک اجتماعی دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی"، *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، سال هشتم، شماره ۳۰ و ۳۱.
- حاتمی، پریسا. (۱۳۸۹)، *بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تأکید بر شبکه‌های اجتماعی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی*، دانشگاه علامه طباطبایی.
- حسینی، سیده فاطمه. (۱۳۸۷)، "بررسی میزان سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در دانشجویان دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی"، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی*.

- خیرالدین، اکبر. (۱۳۸۸). بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روانی با تأکید بر سرمایه اجتماعی "مطالعه موردی دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی" **پایان نامه کارشناسی ارشد جامعه شناسی دانشگاه شهید بهشتی.**
- ریموند و همکاران. (۱۳۸۹)، پیش‌بینی سلامت اجتماعی بر اساس باورهای دینی در بین دانشجویان دختر، **فصلنامه «زن و مطالعات خانواده»**، سال دوم، شماره ۷.
- سام آرام، عزت ا... (۱۳۹۱)، **نظریه‌های مددکاری اجتماعی**، تهران: دانشگاه علامه طباطبائی
- سام آرام، عزت ا... (۱۳۸۸)، بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه‌محور، **فصلنامه علمی-پژوهشی انتظام اجتماعی**، سال اول، شماره اول.
- سجادی، حمیرا (۱۳۸۳)، **سنجش سلامت اجتماعی، فصلنامه مددکاری اجتماعی علمی پژوهشی**، شماره ۸.
- سجادی، حمیرا و صدرالسادات، سید جلال. (۱۳۸۴)، «شاخص سلامت اجتماعی»، **ماهنامه اطلاعات سیاسی-اقتصادی**، سال نوزدهم، شماره ۷ و ۸.
- فارسی نژاد، معصومه. (۱۳۸۳)، بررسی رابطه سبک‌های هویتی با سلامت اجتماعی و خودکارآمدی تحصیلی در دانش‌آموزان دختر و پسر پایه دوم دبیرستان‌های شهر تهران، **پایان‌نامه کارشناسی ارشد علوم تربیتی دانشگاه تهران.**
- کنگرلو، مریم. (۱۳۸۷)، بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیر شاهد دانشگاه علامه طباطبائی، **پایان‌نامه کارشناسی ارشد جامعه شناسی دانشگاه علامه طباطبائی.**
- لطیفی، غلامرضا و امین موحدی. (۱۳۸۸)، بررسی رابطه بین سلامت اجتماعی و شاخص‌های آن بر میزان کیفیت زندگی (کارکنان بانک ملی شهر تهران)، صفحه ۴.
- مامورت، مایکل و ویلیکسون، ریچارد. (۱۳۸۷)، **مؤلفه‌های اجتماعی سلامت**. ترجمه: علی منتظری، تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی، چاپ اول.
- محسنی، منوچهر. (۱۳۸۳)، **مقدمات جامعه‌شناسی**، تهران: نشر آگاه

- نبوی، سید عبدالحسین؛ علی حسین، حسین زاده و سیده هاجر حسینی. (۱۳۸۸)، «بررسی تأثیر پایگاه اجتماعی- اقتصادی و هویت قومی بر احساس امنیت اجتماعی»، فصلنامه دانش انتظامی، سال دهم، شماره دوم.

- Cimet, G., Gencalp, N S., Keskin, G. (2003). *Quality of life and job satisfaction of nurses*. J Nurs Care Qual, 18 (2), 151-158.
- Cockerham, William C, et al. (2006). Health Life styles and Political ideology in Belarus, Russia and Ukraine, *Journal of Social Science & Medicine*, 62:1799-1809
- Keyes, C. L. M. (1998). *Social Well-being. Social Psychology Quarterly*, 61: 121-140.
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well- being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007- 1022.
- Keyes, C. L. M., & Waterman, M. B. (2003). *Dimensions of well-being and mental health in adulthood*. In M. H. Bornstein, L. Davidson, C. L. M. Keyes,
- Keyes, Corey.L. M, and Jeana L. Magyar-moe. (2003). *The Measurement and Utility of Adult Subjectivity Well-being*. Pp. 411-425 in Positive Psychological Assessment: A Handbook of Models and Measures, edited by S. J. Lopez and C. R. Snyder. Washington, DC: American Psychological Association.
- Keyes, C.M. and Shapiro, A. (2004). *Social Well-being IN The U.S.: A Descriptive Epidemiology*. Orville Brim: Carol D. Ryff & Ronald C.Kessler (Eds), *Healthing Are You? A National Study OF Well-be-ing Of Midlife*, University Of Chicago Press.
- Keyes, Corey Lee.M & Shapiro, Adam. (2004). *social well-being in the united states: A Descriptive Epidemiology*.
- Keyes, C.M. (2005). Mental health and or mental illness"? Investigation Axioms of the complete state model of health. *Journal of consulting and clinical psychology*. 37.539-548.
- Keyes Corey L. M. (2006). *Mental health in adolescence: Is America's youth flourishing?* American journal of orthopsychiatry. vol. 76, n3, pp. 395-402
- Key-Robert, Melinda J. (2009). *The Impact of A Positive Social Media Intervention on Social Well-being*. Ph.D Dissertation, Department of psychology and Research in Education, University of Kansas.

- Larson, J.S. (1996). *The World Health organization Definition of Health: Social versus Spiritual Health*. social Indicators Research.
- Larson, James (1996). *The measurement of social Well-being, Social Indicator Research*. 28: 285-296.
- Olerson, ANN, nancy. (1996). *An Explortion of the relation ships among leisure Lifestyle Dispositions complexity and health*.
- Park, N. (2004). *The Role of subjective well being in positive youth Development*. The Annals of the American Academy of political and social science, 591:25-39.
- Ronald, Anderson M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care, Does it matter, university of Colifornia at Los Angles, *Journal of Health and Social Behavioral*.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (2000). *Interpersonal flourishing: A positive health agenda for the new millennium*. Personality and Social Psychology Review, 4, 30-44.