

تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت جسمی در میان کارکنان شهرداری منطقه یک تبریز

سید سعید وصالی*، عزت‌الله سام‌آرام**، یونس اسمعیلی طویل***
زهره رسولی****

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۹/۰۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۱/۲۲

چکیده

در دنیای مدرن، سلامتی از دغدغه‌های همه جوامع است. به همین علت شناسایی عوامل مرتبط به بهبود سلامت و همچنین تهدید آن مورد توجه برنامه‌های آموزشی سلامت و ارتقای آن قرار گرفته است. هدف از این مطالعه بررسی تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت جسمی در بین کارکنان شهرداری منطقه یک تبریز است. روش پژوهش مورد استفاده این مقاله پیمایشی از شیوه پژوهش همبستگی است. جامعه آماری این طرح کارکنان شهرداری منطقه یک تبریز است که ۲۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی

* استادیار دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی. saidvesali2005@yahoo.com
** استاد دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی. e_samaram@yahoo.com
*** کارشناسی ارشد برنامه‌ریزی رفاه اجتماعی (نویسنده مسئول). younesmaeili53@gmail.com
**** کارشناسی ارشد پژوهشگری علوم اجتماعی. rasoliyz@gmail.com

ساده برای نمونه نهایی انتخاب شده‌اند. نتیجه حاصل از آزمون فرضیه‌ها نشان‌دهنده وجود رابطه معنادار بین حمایت اجتماعی، سبک زندگی، سواد سلامت، دسترسی به خدمات سلامت، شرایط محیطی (متغیرهای مستقل) و سلامت جسمی (متغیر وابسته پژوهش) است. به علاوه نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون چندمتغیره پژوهش نشان می‌دهد که ۴۲ درصد از تغییرات متغیر وابسته با متغیرهای مستقل پژوهش تبیین می‌شوند. در نتیجه پژوهش حاضر نشان می‌دهد عوامل اجتماعی بر سلامت افراد جامعه مؤثر است و غفلت از آنها باعث بروز بیماری و اختلال در سلامت خواهد شد. بنابراین سیاست‌گذاران نظام سلامت در تدوین برنامه‌های سلامت‌محور باید از نظریه‌های حوزه علوم اجتماعی بهره ببرند.

مفاهیم کلیدی: تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، حمایت اجتماعی، سبک زندگی، سواد سلامت، دسترسی به خدمات سلامت، شرایط محیطی، سلامت جسمی

مسئله پژوهش

در دنیای امروز دیدگاه‌های سلامت چشم‌اندازی وسیع‌تر پیدا کرده و ضرورتاً به عوامل تعیین‌کننده غیرطبی سلامت توجه ویژه‌ای معطوف شده است. در واقع صحیح است که مراقبت‌های پزشکی می‌توانند باعث طول عمر و یا بهبودی از یک بیماری جدی شوند ولی شرایط مهم برای سلامت جمعیت شرایط اجتماعی - اقتصادی است که بر وضعیت جسمی افراد تأثیر می‌گذارد. بدین معنا که تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت^۱ مانند میزان درآمد، سطح تحصیلات، شغل، تغذیه، طبقه اجتماعی بسیار بیشتر از عواملی مانند عوامل بیولوژیک باعث ابتلا به بیماری‌ها می‌شوند و در سلامت انسان نقش بسزایی دارند که اگر نادیده گرفته شوند، رسیدن به اهداف سلامتی محال خواهد بود.

اساسنامه سازمان جهانی بهداشت، که پیش‌نویس آن در سال ۱۹۴۶ تهیه شد، این حقیقت را مطرح می‌کند که بنیان‌گذاران این سازمان قصد داشته‌اند همگام با مقابله با چالش‌های فراروی مراقبت‌های پزشکی و درمان‌های مؤثر، به ریشه‌های اجتماعی مشکلات سلامتی نیز توجه ویژه کنند. در این اساسنامه، سلامتی حالت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی، نه فقط نبود بیماری، تعریف شده است (سام‌آرام، ۱۳۹۳).

سال‌های ۱۹۶۰ تا آغاز دهه ۷۰ زمان پیدایش راهکارهای جامعه‌نگر بود. جامعه‌های محلی و کارکنان خدمات بهداشتی به دنبال جایگزینی برای برنامه‌های مبارزه عمودی با بیماری‌ها و تأکید بر مراقبت‌های درمانی بودند که برای اولین بار موفق به تدوین برنامه‌های سلامت جامعه‌نگر^۱ شدند (مطلق و دیگران، ۱۳۸۷).

در آغاز دهه ۱۹۷۰ شواهد نشان دادند که راهکارهای مبتنی بر فناوری در زمینه مراقبت‌های بهداشتی در جهت ارتقای چشمگیر سلامت عمومی در بسیاری از کشورهای در حال توسعه با شکست مواجه شده است، در حالی که اجرای برنامه‌های جامعه‌نگر در برخی از مناطق بسیار فقیر به نتایج بهتری منتج شد. از نیمه دهه ۱۹۸۰ عوامل اجتماعی تعیین‌کننده‌های سلامت نیز در تحقق پیدا کردن جنبش ارتقای سلامت اهمیت پیدا کردند. نخستین کنفرانس بین‌المللی ارتقای سلامت در اوتاوا^۲ در نوامبر سال ۱۹۸۶ برگزار شد. این کنفرانس منشور اوتاوا در مورد ارتقای سلامت را تأیید و پذیرش کرد. منشور مزبور ۸ عامل مؤثر و کلیدی «پیش‌نیاز» سلامت را تعیین کرد. این پیش‌نیازها عبارت بودند از: صلح، سرپناه، آموزش و پرورش، تغذیه سالم، درآمد، زیست‌بوم باثبات، منابع پایدار، عدالت اجتماعی و برابری (WHO, 1986).

نهایتاً برخی از کشورها در دهه ۱۹۹۰ و آغاز سال ۲۰۰۰ گام‌های چشمگیری در جهت تلاش برای پرداختن به ابعاد اجتماعی سلامت برداشتند. عبارت «عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت» در میانه دهه ۱۹۹۰ به‌طور فزاینده‌ای مطرح شد. و نهایتاً در قرن ۲۱

1. Community Based Health Programs (CBHP)
2. Ottawa

نقش سازمان جهانی بهداشت در جهت ارتقای عملکردها در حیطه سلامت و ابعاد اجتماعی آن متحول شد. در واقع این رویکرد بین دانش فنی و پزشکی و اقدامات اجتماعی ارتباط برقرار می‌کند. امروزه درک اینکه چرا مردم فقیر در کشورهای کم‌درآمد از میزان بالاتری از بیماری‌ها خصوصاً بیماری‌های عفونی و سوء تغذیه در رنج هستند کار سختی نیست. کمبود غذا، آب ناسالم، بهداشت محیط نامطلوب، سرپناه نامناسب همگی سبب افزایش مواجهه با عوامل عفونی شده که نبودن خدمات پزشکی مناسب نیز در این مناطق مزید علت می‌شود. این قبیل مسائل است که نظرها را به سمت تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت سوق می‌دهد. ورود اندیشمندان علوم اجتماعی به حوزه سلامت و تلاش برای نظری کردن سلامت در چارچوب نظریه‌های اجتماعی به تولید مفاهیم جدیدی در زمینه سلامت منجر شده است. کینگ‌دان^۱ (۲۰۰۹) می‌گوید: «اگر سلامت، بیماری و ناخوشی، به کلی ریشه در ماهیت زیست‌شناختی و بیولوژیکی نوع بشر دارد، لذا باید در بین گروه‌های انسانی که در یک محدوده جغرافیایی مشخص زندگی می‌کنند، رخدادهای مربوط به بیماری از نظر آماری روندهای یکسانی را طی می‌کردند، در حالی که چنین نیست». در واقع اگر سلامت تنها ماهیتی زیستی و بیولوژیکی داشت، در آن صورت گروه‌های مشابه نیز از نظر سلامت، شرایط مشابهی را داشتند، در حالی که چنین نیست. دکتر عباچی‌زاده (۱۳۹۳) عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با اشاره به مطالعات انجام‌شده در وزارت بهداشت در خصوص توزیع شیوع بیماری سرطان در کشور افزود: «به دلیل روند تغییرات جمعیتی و افزایش امید به زندگی در کشور ایران میزان بروز سرطان از ۸۴۸۰۰ در ۲۰۱۲ به ۱۲۹۷۰۰ در سال ۲۰۲۵ خواهد رسید. در واقع ۳۵ درصد افزایش در بروز افراد سرطانی خواهیم داشت. نکته مهم دیگر اینکه روند عوامل خطر مرتبط با سرطان مانند کم‌تحرکی، اضافه وزن و چاقی، مصرف دخانیات نیز وضعیت مطلوبی ندارد و بی‌توجهی به کنترل این عوامل می‌تواند به وضعیت بدتری در آینده منجر شود». براساس همین یافته‌ها بود که

آرام‌آرام اپیدمیولوژی در رشته پزشکی توجه خود را به زمینه‌های اجتماعی مرتبط بر سلامت معطوف کرد و جامعه‌شناسان و متخصصان پزشکی به تلاش‌های تازه‌ای در راستای پیوند، میان سلامتی و متغیرهایی مثل طبقه اجتماعی، جنسیت، نژاد و دیگر متغیرهای اجتماعی دست زدند. با ورود سلامت و پزشکی به شاخه علوم انسانی و اجتماعی، دولت‌ها موظف به برنامه‌ریزی اساسی در راستای تأمین، تولید و توزیع سلامت در جامعه و نهایتاً به شکل‌گیری نظام‌های سلامت در اغلب کشورهای جهان از جمله ایران منجر شد و در سال‌های اخیر کوشش‌های فراوانی به‌منظور مطالعه بر روی عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت انجام شده است و به‌عبارتی نقش این متغیرها بر شاخص‌های سلامت بررسی شده است و به همین منظور از سال ۲۰۰۵ ایران به عضویت کمیون عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت درآمده و برنامه‌ریزی‌های متعددی در راستای بهبود شاخص‌های اقتصادی، اجتماعی، جمعیت‌شناختی صورت گرفته است. با توجه به اهمیت این مسئله، پژوهشگر با انتخاب موضوع تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت جسمی کارکنان شهرداری منطقه یک تبریز در سال ۱۳۹۵ با جمع‌آوری اطلاعات جامع، سعی بر ارزیابی سلامت جسمی کارکنان به‌عنوان متغیر وابسته و ارتباط آن با تعیین‌کننده‌های اجتماعی، سبک زندگی و عوامل زمینه‌ای به‌عنوان متغیر مستقل کرده است؛ و با توجه به نو بودن این مطالعات و نیاز بیشتر بر شناخت و درگیری جوامع در حال گذر با انواع آسیب‌های اجتماعی و لزوم شناخت نقش و تأثیر آنها بر روی سلامت افراد جامعه و زندگی شهری و صنعتی و تأثیرات آن و همچنین علاقه به موضوع و خدمت به پیشرفت علمی کشور، پژوهشگر را برآن داشت تا نسبت به شناخت بیشتر در این زمینه گام برداشته و درصدد پاسخگویی به سؤالات مطرح‌شده ذیل باشد: ۱. میزان سلامت جسمی کارکنان در چه سطحی است؟ ۲. عوامل اجتماعی مرتبط با سلامت جسمی در بین کارکنان چیست؟ ۳. از بین عوامل مرتبط کدام‌یک تعیین‌کننده‌ترند؟

پیشینه پژوهش

علیزاده و دیگران در پژوهشی با عنوان «سلامت جسمانی و عوامل اقتصادی، اجتماعی مؤثر بر آن در سالمندان شهر تهران تحت پوشش منطقه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۲» به این نتایج رسیده‌اند که سلامت جسمانی سالمندان با متغیرهایی همچون جنس، تأهل، تحصیلات، وضعیت اشتغال، منبع درآمد، وضعیت بیمه و وضعیت مسکن آنها رابطه معناداری دارد. «بررسی عوامل مؤثر بر سلامت جسمانی و روانی زنان سالمند (در بین زنان سالمند شهر تهران)» عنوان پژوهش علی ولد (۱۳۹۲) است. یافته‌های این پژوهش نشان‌دهنده رابطه معناداری میان متغیرهای مستقل محل سکونت، پایگاه اقتصادی - اجتماعی و حمایت اجتماعی با متغیر وابسته سلامت جسمانی است. «بررسی وضعیت سلامت عمومی و عوامل مؤثر بر آن در کارکنان یکی از کارخانه‌های ساخت تابلو و پست‌های برق کرمان» عنوان پژوهش غلامی و دیگران (۱۳۹۲) است. نتایج این پژوهش رابطه معناداری را بین سن، سابقه کار، جنسیت و وضعیت تأهل با سلامت عمومی نشان نمی‌دهد. یافته‌های آن حاکی از وجود رابطه معنادار بین تحصیلات و سلامت عمومی است. حیدری و میرزایی (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان «بررسی وضعیت سلامت زنان سرپرست خانوار شهری و روستایی شهرستان جهرم و عوامل اجتماعی - اقتصادی مرتبط با آن» به این نتایج دست یافتند که سن، سواد پاسخگو و رضایت اجتماعی رابطه معناداری با سلامت زنان دارد و مدل رگرسیونی این پژوهش نیز بیانگر آن است که سن و سواد بیشترین عامل تبیین‌کننده سلامت هستند. «سلامت عمومی و عوامل مرتبط با آن در پرستاران شاغل در مراکز آموزشی درمانی شهر رشت» پژوهش مقصودی و دیگران (۱۳۹۴) است. یافته‌ها حاکی از آن است که بین وضعیت تأهل، وضعیت استخدامی و مشارکت همسر رابطه معناداری وجود دارد. فلان^۱، لینک^۲ و تهرانی‌فر^۱ (۲۰۱۰) در مقاله‌ای با عنوان «شرایط

1. Phelan
2. Link

اجتماعی به‌عنوان علت‌العلل نابرابری‌های سلامتی: نظریه‌ها، شواهد و سیاست‌ها» درصدد بررسی این موضوع هستند که پایگاه و موقعیت اجتماعی افراد می‌تواند علت اساسی تفاوت شاخص‌های سلامتی در بین افراد باشد. آنها به این نتیجه رسیدند که پایگاه اقتصادی - اجتماعی در پیامد خود مجموعه‌ای از عوامل شامل پول، دانش، اعتبار، قدرت و روابط اجتماعی سودمند را دارد که به حفظ سلامتی فرد و تقویت آن منجر می‌شوند. مطالعه دیگری که در این مقاله از آن استفاده شده، رساله دکتری آقای هاند^۲ (۲۰۱۰) است که در دانشگاه کیس وسترن^۳ با عنوان «واکاوی ارتباط توأمان پایگاه اقتصادی - اجتماعی و نژاد بر کیفیت زندگی مرتبط بر سلامت: مطالعه‌ای بر روی بومیان آلاسکا و مهاجرین سفیدپوست» بررسی شده. نتیجه این پژوهش این است که کیفیت زندگی و نیز کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی بهترین ابزارها برای اندازه‌گیری سطح سلامت فردی هستند. از این روی به بررسی تأثیر پایگاه اقتصادی - اجتماعی و نیز نژاد فرد بر این دو مؤلفه پرداخته شده است. نمود بارز این امر در وجود تفاوت در سطح سلامتی افراد سفیدپوست ساکن آلاسکا با ساکنان بومی این منطقه بود. نتایج این پژوهش در نهایت نشان داد که ارتباط و همبستگی متقابل بین پایگاه اقتصادی - اجتماعی با قومیت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در بین امریکائیان وجود دارد. انریکو لورکا ایبانهز^۴ (۲۰۱۱) در پژوهشی با عنوان «مدیریت شهری، فضای شهری و عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت» به مطالعه تأثیر سیستم مدیریت شهری، فضا و عوامل اجتماعی بر سلامت شهروندان می‌پردازد. پژوهشگر با بررسی شهرهای متفاوت سعی دارد تفاوت‌های موجود در سطح امید به زندگی شهروندان و تفاوت‌های موجود در آمارهای مرگ‌ومیر در شهرهای مختلف را با تکیه بر سیستم مدیریت شهری توضیح دهد. پژوهشگر به‌عنوان نمود بارز توجه به شهر در تأمین سلامت جامعه، به شبکه

-
1. Tehranifar
 2. Hund
 3. Case Western
 4. Enric Llorca Ibanez

شهرهای سالم در کشور اسپانیا اشاره می‌کند که در سال ۱۹۸۶ تشکیل شده و تا سال ۲۰۰۹ به سرعت گسترش یافته و در سال ۲۰۰۹، ۱۶۲ شهر اسپانیا، یعنی ۴۰ درصد جمعیت این کشور، در داخل شبکه شهری سالم قرار گرفته است. در این شهرها فراهم کردن امکان دسترسی برابر به خدمات بهداشتی و درمانی برای شهروندان و توجه به محیط زیست و توسعه پایدار از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. لیزا ماری مارتین^۱ در رساله دکتری خود با عنوان «تأثیر عوامل دموگرافیکی، کلینیکی و اجتماعی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت افراد مبتلا به هیپاتیت C در سال ۲۰۰۸»، بر مبنای مدل رگرسیونی به دست آمده، به این نتیجه رسیده است که شاخص قد به وزن^۲ بالا و مصرف شدید الکل تأثیر پایدار منفی روی کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی دارد. همچنین در این مطالعه تأثیر سن، وضعیت تاهل و نژاد بر روی کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی ارزیابی شده است که رابطه معنادار مشاهده می‌شود. نخعی^۳ و دیگران (۲۰۰۸) در پژوهشی با عنوان «نابرابری‌ها، سرمایه اجتماعی و سلامت کانادایی‌ها» به این نتایج دست یافتند که سرمایه اجتماعی بر روی سلامت کانادایی‌ها تأثیر دارد؛ هر چند که اندازه آن کمتر از تأثیر سرمایه اقتصادی بر سلامت است. یافته‌ها حاکی از آن است که فقر مهم‌ترین عاملی است که در کانادا سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهد. به عبارتی افراد فقیر در تأمین غذا، سرپناه، مسکن گرم و سکونتگاه مناسب و دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی مناسب و... با مشکل مواجه هستند و این امر از طریق منزوی کردن این افراد، به تنزل سرمایه اجتماعی در نزد آنها نیز منجر می‌شود. همچنین این افراد به دلیل دسترسی نداشتن به آموزش مناسب و نیز سواد سلامت لازم، بیشتر در معرض بروز رفتارهای پرخطری مانند کشیدن سیگار، اعتیاد به مواد مخدر و مشروبات الکلی و عادات غذایی نامناسب، مانند مصرف غذاهای پرچرب و فاسد هستند. این افراد درعین

1. Lisa Marie Martin
2. BMI
3. Nakhaei

حالی که پایگاه و سرمایه اقتصادی مناسبی ندارند، از نظر سرمایه اجتماعی نیز بسیار پایین هستند؛ چرا که به سبب فقر و موقعیت متزلزل اجتماعی‌شان کمتر مورد اعتماد اعضای جامعه بوده و با آنها احساس نزدیکی می‌کنند. به این ترتیب شرایط محیطی و اجتماعی نامناسب توأمان با هم به عامل تهدیدکننده سلامت تبدیل می‌شوند. در بررسی پیشینه پژوهش، اکثر پژوهش‌های بیشتر بر نقش یک عامل اقتصادی - اجتماعی بر سلامت عمومی پرداخته شده است. خلأئی که در این میان کاملاً محسوس به نظر می‌رسید نبودن یک پژوهش جامع و کاربردی بود. پژوهش حاضر با مطالعه و بررسی مقادیر زیادی از عوامل اجتماعی و تقسیم‌بندی سلامت جسمی به ۶ شاخص و بررسی میزان تأثیر هر یک از عوامل‌های اجتماعی بر روی تک‌تک شاخص‌های سلامت سعی بر تعدیل نقص‌های فوق داشت.

چارچوب نظری پژوهش

در این قسمت به بررسی رویکردهای مختلف سلامت خواهیم پرداخت. رویکرد پزشکی - زیستی از قرن هیجدهم میلادی مطرح شد و در واقع تفکری در جهت ارائه تبیین‌های مادی برای بیماری‌هایی بود که بشر به آن مبتلا می‌شد. این نوع نگرش به بیماری و سلامت، تنها نگرش علمی نسبت به این مقوله بود که تا آن زمان بشر ابداع کرده بود که تحت عنوان مدل پزشکی زیستی با پایه علمی و آزمایشگاهی و فارغ از تحلیل متافیزیکی نسبت به بیماری، ظهور پیدا کرد و پیدایش آن پیوندی تنگاتنگ با پیروزی دانش و خرد بر تبیین‌های سنتی و دینی از جهان داشت (گیدنز، ۱۳۸۶). این مفهوم از سلامت و بیماری و علل آنها، تفکر غالب در عرصه سلامت بعد از انقلاب صنعتی تاکنون بوده است و سیستم درمانی همه جوامع بر مبنای رویکرد اخیر عمل می‌کرد (Wade and Halligan, 2004).

برخی از سیاست‌گذاران حوزه سلامت، سازمان‌های بین‌المللی و نیز جامعه‌شناسان و حتی پزشکان به تدریج این مدل را به چالش کشیدند و آماج انتقادات متعددی قرار گرفت. نقطه مشترک اغلب انتقادات این بود که مدل زیستی - پزشکی از سلامت، نقش مهم متغیرهای اجتماعی و محیطی را بر الگوهای سلامتی و بیماری نادیده می‌گیرد. چرا که دستاوردهای کلی سلامت و بهداشت عمومی در سده گذشته نمی‌تواند این واقعیت را بپوشاند که سلامتی و بیماری در کل جمعیت توزیع یکنواختی ندارند.

همه یافته‌ها بر ارتباط جامعه با سلامتی و شرایطی که انسان‌ها در آن زندگی می‌کنند، تأکید داشته و زمینه شکل‌گیری مدل اجتماعی از سلامت شده است (Phelan et al., 2010).

از همین روی به تدریج، نگرش به مفهوم سلامت دستخوش تغییر شده و رشد رویکردهای تلفیقی در زمینه بررسی مسائل مختلف به‌ویژه در عرصه مطالعات اجتماعی به تغییرات در مدل‌های پزشکی سلامت و جایگزینی رویکرد اجتماع‌محور، به‌جای رویکرد پزشکی و فیزیولوژیکی‌محور، به‌ویژه در حوزه سلامت عمومی منجر شده است. ورود متخصصان اجتماعی به مباحث حوزه بهداشت و درمان قدمتی طولانی دارد و حتی ادعا می‌شود که از قرن هیجده برخی از اندیشمندان اجتماعی مانند ویرشو^۱، نائومان^۲، سیگریست^۳ و استرن^۴ درباره جنبه‌های اجتماعی سلامت بحث‌هایی داشته‌اند (Freeman and Levine, 1989).

تفاوت مدل اجتماعی از سلامت با مدل زیستی - پزشکی را می‌توان از زوایای ۱. نگرش به مفهوم سلامت، ۲. نگرش به علت بیماری، ۳. نگرش به فرایند درمان و ۴. نگرش به رابطه بیمار-پزشک طرح و بررسی کرد. این دو مدل در جدول ۱ اجمالاً با یکدیگر مقایسه شده‌اند (محسنی، ۱۳۸۸).

-
1. Vircho
 2. Naumann
 3. Sigerist
 4. Stern

جدول ۱- مقایسه میان مدل‌های پزشکی و اجتماعی سلامت

مدل اجتماعی	مدل پزشکی	
سلامت در ارتباط با جامعه شکل می‌گیرد. متنوع، نامطمئن و گوناگون است.	سلامت یک واقعیت زیست‌شناختی است. ثابت و غیر متغیر، واقعی و مستقل است.	نگرش به مفهوم سلامت
علت ضعف سلامت، عوامل اجتماعی است. در آن سوی زیست‌شناسی، جامعه قرار دارد. علت‌های ریشه‌ای جنبه اجتماعی دارند.	علت ضعف سلامت، آفت‌های زیستی است. عوامل نفوذی در بدن (ویروس، انگل و...) نواقص داخلی مانند ژن‌ها و یا آسیب‌دیدگی	نگرش به علت بیماری
علل از راه‌های زیر شناخته می‌شوند. باورهای متنوع که جنبه ذهنی دارند و بر جامعه مبتنی هستند. تعبیر و تفسیرها که بر رسوم و فشارهای اجتماعی متکی هستند.	علل از طریق روش‌های زیر شناخته می‌شوند. علائم و نشانه‌ها، فرایند تشخیص و انحراف از هنجارهای مشخص پزشکی	نگرش به فرایند درمان
دانش پزشکی جنبه انحصاری ندارد. دارای قالبی تاریخی، فرهنگی و اجتماعی است و افرادی که با آن درگیرند آن را شکل می‌دهند. مدل اجتماعی کلی‌نگر است و با یک مجموعه شرایط رابطه دارد.	دانش پزشکی جنبه انحصاری دارد. وظیفه کارشناس یا متخصص است و دیدگاه‌های موازی غیرمعتبر است. پزشکی مبتنی بر زیست‌شناسی، محدودنگر و بیماری‌نگر است که با آسیب‌شناسی در رابطه است.	نگرش به رابطه بیمار - پزشک

در برداشت اجتماعی، سلامت نه معنای نبودن بیماری، بلکه به معنای شرایط بهتر زندگی در ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی تعریف می‌شود که نشان‌دهنده وجود نگاه جامع‌تر نسبت به سلامت و توجه به ابعاد مختلف وجودی انسان در مقوله سلامت است؛ چرا که انسان از ماهیت فیزیکی، روانی و اجتماعی به‌طور توأمان برخوردار است و باید برای بهزیستی آنان این سه بعد وجودی انسان را در ارتباط با هم در نظر گرفت.

مدل اجتماعی از سلامت از نظر داویدسون^۱ (۱۹۹۲) رویکرد مثبت به سلامت تلقی شده است. از نظر ایشان مدل پزشکی از سلامت که بیشتر بر سلامت به معنای نبود بیماری تأکید دارد، رویکردی منفی به سلامت دارد. بنابراین نگرش جامعه‌شناسی پزشکی و مدل اجتماعی به سلامت یک زنجیره تبیینی علی برای بیان دلایل وقوع بیماری و نیز راهکارهای بهبود سطح سلامت افراد جامعه دارد و از این روی وقتی در مدل اجتماعی صحبت از سلامت می‌شود، به مجموعه زیادی از متغیرها توجه می‌شود و سؤالات متعددی نیز بر مبنای همین تبیین‌های چندعلیتی در مدل اجتماعی از سلامت طرح می‌شود که بیشتر ناشی از طرح مسائل جامعه‌شناختی در حوزه سلامت است (Allensworth et al., 2011).

در رویکرد اجتماعی به سلامت، این تنها فرد نیست که مسئول حفظ و یا تأمین مجدد سلامتی خود است، بلکه جامعه نیز در زمینه تأمین شرایط زندگی سالم و نیز تأمین امکانات درمانی برابر برای همه اعضای خود مسئول است (Green and Allegrante, 2011).

رویکرد اجتماعی به سلامت به دلیل اینکه نگاهی چندبعدی به سلامت، بیماری و علل و عوامل بیماری دارد، از شاخه‌های فکری متعددی تشکیل شده که هرکدام به بخشی از عوامل، به‌منظور تبیین تفاوت‌های وضعیت سلامتی افراد، توجه دارد، که برخی از این رویکردهای نظری بدین قرارند: رویکرد رفتار سلامتی که نشانگر وقوع تحول در نگرش نسبت به نقش فرد و به‌عبارتی عاملیت انسانی در سلامت فردی است و سعی دارد انسان را در جایگاه کنشگری فعال در معادلات سلامت وارد کند و آن را از حالت منفعل و پذیرنده محض و سرب‌زیر خدمات پزشکی که مدل پزشکی از سلامت در نظر داشته است، به عنصری کلیدی و تأثیرگذار تبدیل کند. این رویکرد از لحاظ زیرساخت نظری تحت تأثیر اندیشه‌های وبر و نظریه کنش است و تا حد زیادی از مفاهیم زیربنایی نظریه مذکور در زمینه نقش اندیشه و آگاهی

1. Davidson

فردی در کنش‌های روزمره تبعیت می‌کند و به‌دنبال توسعه این برداشت به رفتارهای فردی در حوزه سلامت است. انسان‌ها به‌سبب داشتن قدرت تفسیر و فهم نتایج رفتارهای خود، سعی می‌کنند اعمال و کنش‌های خود را متناسب با نیت و اهداف خود ترسیم کنند. در حوزه سلامت و رفتارهای مرتبط با آن، هدف و نیت اصلی هر انسانی حفظ وضعیت سلامتی خود و یا در صورت داشتن بیماری و مشکل جسمی و روحی، در صورت اطلاع از آن، کسب سلامتی است اما در این مسیر انسان نیازمند دانش و آگاهی از وضعیت جسمی خود و موقعیت‌های غیرمتعارفی است که از نظر سلامت جسمانی با آنها مواجه می‌شود، اما در مسیر کسب آگاهی همچنین در مرحله اقداماتی که برای حفظ سلامتی یا کسب مجدد سلامتی انجام می‌دهد، مطابق با قواعد نظریه کنش با محدودیت‌هایی مواجه می‌شود که ساختارهای موجود در محیط بر فرد اعمال می‌کنند و هر چه توانایی فرد برای مقاومت در برابر این ساختارها کمتر باشد، به همان میزان محدودیت‌های بیشتری را در جهت اتخاذ رفتارهای سلامتی تجربه می‌کند. وقتی که با چنین چارچوب ذهنی‌ای به رفتارهای فردی در حوزه سلامت نگاه کنیم، متوجه خواهیم شد که در صورت لحاظ کردن عامل آگاهی، هدفمندی و داشتن نیت و مبارزه با موانع ساختاری، موفقیت‌های چشمگیری در راستای بهبود رفتارهای فردی به‌منظور کسب نتایج بهتر در حوزه سلامت کسب خواهد شد. به همین دلیل در بسیاری از کشورها موفقیت چشمگیری در پیشگیری از بروز بیماری‌های واگیردار یا قابل پیشگیری به‌دست آمده است که خود ناشی از عمل آگاهانه انسان‌ها برای اجتناب از رفتارهایی است که می‌تواند سلامتی آنها را به خطر بیندازد (مسعودنیا، ۱۳۸۹).

نظریه علل بنیانی که لینک و فلان (۱۹۹۵) مطرح کرده‌اند، بر ارتباط تنگاتنگ عوامل اجتماعی^۱ با بیماری و مرگ و میر تأکید دارد. بر مبنای این نظریه، عوامل اجتماعی با دربرگرفتن مجموعه‌ای از منابع شامل پول، دانش، منزلت، قدرت و روابط

اجتماعی پایدار و سودمند به تفاوت بنیانی در کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بین گروه‌های مختلف اجتماعی منجر می‌شود (Phelan et al., 2010).

این نظریه نقطه شروع خود را بر پرسش درمورد دیدگاه‌های رایجی قرار داد که به دنبال تبیین زیست‌شناختی بخشی از امراض و مرگ و میرهایی بودند که در سطح جامعه حالت فراگیری داشتند. در این تبیین‌ها به عواملی همچون تغذیه و رژیم غذایی نامناسب، سطح بالای کلسترول خون و ورزش و عواملی شبیه به اینها تأکید می‌شد، که همه این عوامل جنبه‌ای فردی داشته و با شیوه زندگی فردی مرتبط بودند. لینک و فلان در این نوع تبیین‌های زیست‌شناختی تردید کرده و تأکید کردند که باید بر عوامل اجتماعی، که عوامل زیربنایی است، متمرکز شود و در سیاست‌گذاری‌های عمومی در زمینه سلامت در آینده، اگر به دنبال دستیابی به نتایج بهتر و اثربخشی بالا هستیم، باید عوامل اجتماعی و اقتصادی تعیین‌کننده سلامت در کانون توجه برنامه‌ریزان قرار گیرند. آنها برای این ادعای خود دو دلیل عمده داشتند. اول اینکه به علت تکیه بر مجموعه‌ای از ریسک‌ها، فاکتورهای فردی مانند کلسترول بالا یا کم‌تحرکی و تغذیه نامناسب نمی‌توان به تعمیم‌های کلی درمورد عوامل مؤثر بر سلامت افراد جامعه دست یافت و اقدامات مؤثری برای بهبود وضعیت سلامتی در سطح عمومی انجام داد. و دوم اینکه عوامل اجتماعی از جمله پایگاه اقتصادی - اجتماعی و میزان برخورداری از حمایت اجتماعی توانایی تبیینی بالاتری در زمینه احتمال ابتلای افراد به بیماری‌ها و مرگ‌ومیر دارند، چرا که آنها زمینه‌ساز دسترسی افراد به منابعی مهم هستند که میزان ابتلای افراد به انواع بیماری‌ها و فرایند بهبودی یا عدم بهبودی آنها را از طریق سازوکارهای متعددی چون مراقبت‌های بهداشتی دوران بیماری، دسترسی به خدمات درمانی مناسب در قبل، حین و بعد از بیماری و... تحت تأثیر قرار می‌دهند (Link & phelan, 1995).

نظریه پیوند اجتماعی بیشتر ناظر بر نقش سرمایه اجتماعی و به تبع آن حمایت و اعتماد اجتماعی در سلامت فردی است. سرمایه اجتماعی از نظر بسیاری از

نظریه پردازان اجتماعی شامل شبکه‌های اجتماعی، حمایت اجتماعی و اعتماد اجتماعی است که از طریق شبکه اجتماعی تولید می‌شود (Ferlander, 2007).

هر چند ارتباط سرمایه اجتماعی با سلامت مبهم بوده و یافته‌های متقنی دال بر تأثیرگذاری مستقیم سرمایه اجتماعی بر سلامت ارائه نشده است، اما برخی از پژوهش‌ها وجود شواهدی دال بر تأثیرگذاری برخی از ابعاد سرمایه اجتماعی بر سلامت از طریق سازوکارهایی چون ایجاد روابط اجتماعی صمیمانه و هدفمند، ایجاد خودباوری در جامعه و کمک به حفظ نظم و انسجام اجتماعی در شرایط تغییرات اجتماعی، اقتصادی شدید را تأیید کرده‌اند (مسعودنیا، ۱۳۸۹).

کاواچی و برگمن از سازوکارهایی یاد می‌کنند که از طریق آن سرمایه اجتماعی بر سلامتی اثر می‌گذارد. نخست در سطح ملی، سرمایه اجتماعی با تقویت انتشار سریع اطلاعات مرتبط با سلامت و نیز افزایش احتمال پذیرش هنجارهای رفتار سالم و نیز اعمال کنترل و نظارت بر رفتار زیانبار بر سلامتی اثر می‌گذارد. دوم اینکه سرمایه اجتماعی می‌تواند از طریق افزایش دستیابی به تسهیلات و خدمات بر سلامتی اثرگذار باشد. سوم اینکه سرمایه اجتماعی می‌تواند با تأمین حمایت اجتماعی و نیز عزت نفس و احترام متقابل سلامتی افراد را تقویت کند (همان).

با اتکا به اهمیت سرمایه اجتماعی بود که ویلکینسون عوامل مرتبط با سرمایه اجتماعی، شامل استحکام روابط اجتماعی، پیوندهای درون اجتماع، وجود حمایت اجتماعی و احساس امنیت را اصلی‌ترین تعیین‌کننده‌های سلامت نسبی یک جامعه معرفی کرد (گیدنز، ۱۳۸۶).

مطالعه کاواچی در امریکا نیز یافته‌های ویلکینسون را تأیید کرد. کاواچی به این نتیجه رسید که کاهش اعتماد بین انسان‌ها به کاهش مشارکت آنها در فعالیت‌های داوطلبانه منجر شده و این امر کاهش سطح سلامت افراد را در پی دارد. در ابعاد فردی

نیز سرمایه اجتماعی بر سطح سلامت تأثیر می‌گذارد. برای مثال مطالعه رز^۱ (۲۰۰۰) نشان داد که افراد با سرمایه اجتماعی بالاتر، ارزیابی مثبت‌تری از سلامت خود نیز دارند.

دیگر مطالعات نیز نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی عامل مهمی است که می‌تواند به مردم کمک کند تا با بیماری کنار بیایند. در کنار سلامت جسمانی، بر تأثیر قابل توجه سرمایه اجتماعی بر سلامت روانی نیز تأکید شده است. پوتنام (۲۰۰۰) روابط اجتماعی صمیمانه با دوستان را در زمان بیماری به یک سوپ خانگی تشبیه می‌کند که بار روانی و عاطفی قابل توجه بر بهبود بیماری می‌گذارد. نحوه تأثیرگذاری حمایت اجتماعی بر سلامت را لیکی و کوهن (۲۰۰۰) با توسل بر سه رویکرد اساسی استرس و انطباق، سازه‌گرایی اجتماعی و روابط اجتماعی توضیح داده‌اند. رویکرد استرس معتقد است حمایت اجتماعی با کاهش استرس بر سلامت فرد تأثیر می‌گذارد؛ رویکرد سازه‌گرایی اجتماعی بیان می‌کند حمایت اجتماعی خودارزیابی فرد را بهبود بخشیده و بدین صورت بر سلامت فرد تأثیرگذار است؛ براساس رویکرد روابط اجتماعی، روابط دوستانه و صمیمی عاملی مهم بر سلامت است. در نهایت هر سه دیدگاه به نقش مهم و پررنگ حمایت اجتماعی بر سلامت تأکید داشته‌اند.

انسان یک موجود اجتماعی و تحت فشار ساختاری عواملی است که در محیط اطراف او هستند و خاصیت فشارآور و تعیین‌کننده روی انسان‌ها دارند. شرایط مسکن، محیط محله، محیط کار و... بر روی سلامت انسان‌ها مؤثرند. در این راستا بر جمع‌آوری و دفع زباله‌ها، ایجاد سیستم دفع فاضلاب در مناطق شهری، توجه به ویژگی‌های مسکن و فضای بهداشتی در داخل خانه، محله و شهر تأکید می‌شود. شرایط محیطی نامساعد روی سبک زندگی و امکانات در اختیار شهروندان تأثیر تعیین‌کننده گذاشته و آگاهی‌های بهداشتی، دسترسی آنها به خدمات بهداشتی، توانایی دریافت مداخلات و

1. Rose

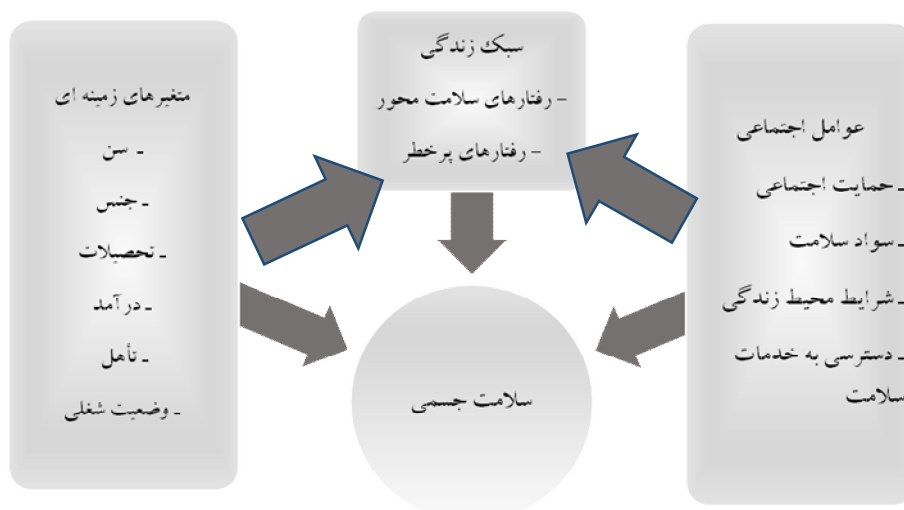
امکانات بهداشتی و بسیاری مؤلفه‌های دیگر را تحت تأثیر قرار داده و از این طریق سلامت افراد را متاثر می‌سازد (Wolf, 2011).

یاماشیتا (۲۰۱۱) سواد سلامتی را مجموعه‌ای از مهارت‌هایی که فرد برای مدیریت زندگی روزمره خود با هدف دستیابی به حداکثر سطح سلامتی و برخورداری از سیستم بهداشتی برای حفظ و نگهداری سلامت خود باید از آنها برخوردار باشد، در نظر می‌گیرد و همین مهارت‌ها عامل تعیین‌کننده‌ای در دریافت به‌موقع و استفاده بهینه از خدمات و منابع سلامتی است که خود بر سلامت انسان‌ها تأثیر می‌گذارد.

با توجه به اهمیتی که سبک زندگی سلامت‌محور در مرحله پیشگیری، درمان و بعد از درمان دارد، توجه به آن در بین عوامل مؤثر بر سلامتی اهمیت بالایی دارد، زیرا این متغیر نقش مهمی در سالم ماندن، کسب سلامتی و نیز حفظ سلامتی افراد ایفا می‌کند. همچنین این متغیر ارتباط تنگاتنگی با متغیرهای اجتماعی - اقتصادی مانند طبقه، نژاد و پایگاه اجتماعی - اقتصادی دارد (گیدنز، ۱۳۸۶).

رویکرد نظری اصلی در این مطالعه، نظریه علل زیربنایی فلان و لینک (۱۹۹۵) است که بر نقش تعیین‌کننده پایگاه اقتصادی - اجتماعی افراد در سطح سلامت آنها تأکید دارد. دلیل استفاده پژوهشگر از این رویکرد، فاصله‌گیری چارچوب نظری پژوهش حاضر از مدل زیستی از سلامت و حرکت آن به سمت مدل چندعلی از سلامت است که بر نقش عوامل اجتماعی بر سلامت در کنار عوامل زیستی و روان‌شناختی تأکید می‌کند. اما با توجه به اینکه پژوهش حاضر در قلمرو علوم اجتماعی است، تأکید خود را بیشتر روی عوامل اجتماعی متمرکز کرده.

نمودار ۱ مدل نظری پژوهش را براساس پیش‌بینی رابطه بین سلامت با عوامل اجتماعی، سبک زندگی و متغیرهای زمینه‌ای نشان می‌دهد:



نمودار ۱- مدل نظری پژوهش

- براساس چارچوب و مدل نظری پژوهش فرضیات زیر را می‌توان مطرح کرد:
- به نظر می‌رسد بین حمایت اجتماعی و سلامت جسمی کارکنان رابطه معناداری وجود دارد.
 - به نظر می‌رسد بین سواد سلامتی و سلامت جسمی کارکنان رابطه معناداری وجود دارد.
 - به نظر می‌رسد بین سبک زندگی و سلامت جسمی کارکنان رابطه معناداری وجود دارد.
 - به نظر می‌رسد بین دسترسی به خدمات سلامت و سلامت جسمی کارکنان رابطه معناداری وجود دارد.
 - به نظر می‌رسد بین شرایط محیط زندگی و سلامت جسمی کارکنان رابطه معناداری وجود دارد.
 - به نظر می‌رسد متغیرهای مستقل به طور معناداری قابل پیش‌بینی سلامت جسمی هستند.

روش پژوهش

هدف این پژوهش کاربردی است. با توجه به اینکه پژوهشگر هیچ دخل و تصرفی در متغیرها نکرده است، از این نظر جزء پژوهش‌های پس‌رویدادی و از نظر زمانی، جزء پژوهش‌های مقطعی است. از لحاظ روابط بین متغیرهای مستقل و وابسته و ارزیابی شدت همبستگی از نوع مطالعات همبستگی و از این لحاظ که به بررسی ویژگی‌های جامعه مورد نظر و روابط بین متغیرها خواهد پرداخت، جزء پژوهش‌های پیمایشی است. جامعه آماری این پژوهش همه کارکنان شهرداری منطقه یک شهر تبریز است که ۷۸۰ نفر هستند. برای برآورد حجم نمونه از فرمول نمونه‌گیری کوکران استفاده شده و حجم نمونه آماری ۲۰۰ نفر و در نهایت اینکه در این پژوهش از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده استفاده شده است.

در این پژوهش از یک پرسشنامه ترکیبی محقق‌ساخته و استاندارد استفاده شده است. بدین مفهوم که سؤالات مربوط به سنجش متغیر مستقل را پژوهشگر طراحی کرده و متغیر وابسته (سلامت)، پس از تقسیم به ۶ شاخص سابقه بیماری، سلامت عمومی، عملکرد جسمی، محدودیت جسمی، درد جسمی و تعداد روزهایی که فرد در یک ماه گذشته خود را از نظر جسمانی کاملاً سالم احساس می‌کرده، به‌جز شاخص آخر که از مطالعات هاند (۲۰۱۰) برگرفته شده، در بقیه از پرسشنامه استاندارد F36 که منتظری و دیگران (۲۰۰۵) زیر نظر مؤسسه بین‌المللی ارزیابی کیفیت زندگی ترجمه کرده‌اند، استفاده شده است. پایایی ابزار اندازه‌گیری برای متغیر وابسته (سلامت جسمی) ۰/۸۷ درصد و برای متغیرهای حمایت اجتماعی، دسترسی به خدمات بهداشتی، عوامل محیطی، سواد سلامت و سبک زندگی به ترتیب برابر با ۰/۸۳، ۰/۶۹، ۰/۷۲، ۰/۹۱ و ۰/۶۹ درصد است که پایایی بالای این مقادیر را نشان می‌دهد.

تعاریف مفاهیم

براساس تعریف کوب (۱۳۸۹) حمایت اجتماعی را می‌توان میزان برخورداری از محبت، مساعدت و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد دانست که با سه شاخص حمایت عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی در این پژوهش بررسی می‌شود. سی‌هو تا (۲۰۰۴) سواد سلامت را مجموعه‌ای از مهارت‌های خواندن، شنیدن، تجزیه و تحلیل، تصمیم‌گیری و توانایی به‌کارگیری این مهارت‌ها در وضعیت‌های مربوط به سلامت، تعریف می‌کند که لزوماً به سال‌های تحصیل یا توانایی خواندن عمومی بر نمی‌گردد. متغیر سواد سلامتی در این پژوهش با دو بعد آگاهی‌های بهداشتی و آگاهی‌های سلامت سنجش می‌شود. پارکرسون (۱۹۹۳) رفتار سلامتی را عبارت از مجموعه‌ای از کنش‌های افراد، گروه‌ها و سازمان‌ها که به‌شکل مهارت‌ها، سیاست‌ها، تغییرات اجتماعی و تغییرات در سبک زندگی افراد ظاهر شده و کیفیت زندگی افراد را بهبود می‌بخشد می‌داند. همچنین مسعودنیا (۱۳۸۹) رفتار سلامتی را شامل رفتارهای مناسب یا نامناسبی تعریف می‌کند که سبب حفظ سلامتی شده و یا برعکس فرد یا گروه را در معرض بیماری قرار می‌دهد. این متغیر با طراحی گویه‌های مناسب برای هرکدام از شاخص‌های بهداشت خرید، تغذیه، مصرف دخانیات و الکل، عادات غذایی روزانه، اندازه‌گیری می‌شود. دسترسی به خدمات سلامت براساس تعریف پیترز (۲۰۰۸) به مفهوم فرصت و توانایی استفاده از خدمات است. این تعریف بازتابی است از این نظریه که مجموعه‌ای از شرایط باید وجود داشته باشد که فرد نیازمند به خدمات سلامت بتواند از خدمات مناسب استفاده کند؛ برای اندازه‌گیری این متغیر گویه‌های بیمه درمان تکمیلی، چکاپ، پزشک خانوادگی طراحی شده است. به اعتقاد ولف (۲۰۱۱) شرایط محیطی نامساعد که در چارچوب شرایط زندگی، مسکن، محیط شهری، بهداشت محیطی و شرایط کاری نامناسب قابل توضیح هستند، روی سبک زندگی و امکانات در اختیار شهروندان تأثیر تعیین‌کننده گذاشته و آگاهی‌های بهداشتی، دسترسی آنها به خدمات بهداشتی، توانایی

دریافت مداخلات و امکانات بهداشتی و دیگر مؤلفه‌های دیگر را تحت تأثیر قرار داده و از این طریق سلامت شهروندان را متأثر می‌سازند. در پژوهش حاضرین متغیر با شاخص‌های محیط زندگی در سه بعد مسکن، محله و محیط کار اندازه‌گیری شده است. سلامت جسمی براساس تعریف سام‌آرام (۱۳۹۳) معمول‌ترین بعد سلامتی و ناشی از عملکرد درست اعضای بدن است که از نظر بیولوژیکی عمل مناسب سلول‌ها و اعضای بدن و هماهنگی آنها با یکدیگر نشانه سلامت جسمی است. در این مطالعه سلامت جسمی با شاخص‌هایی همچون سابقه بیماری، عملکرد جسمی، سلامت عمومی، محدودیت جسمی، درد جسمی و تعداد روزهایی که فرد ناراحتی جسمی نداشته سنجش شده است.

یافته‌های پژوهش

الف) سیمای پاسخگویان

از ۲۰۰ نفر جمعیت نمونه آماری، ۲۵/۵ درصد زن و ۷۴/۵ درصد مرد هستند. میانگین سنی پاسخگویان ۳۷/۵۷ سال، کوچک‌ترین سن گزارش شده ۲۲ سال و بزرگ‌ترین ۵۹ سال بوده است. ۸۷/۵ درصد پاسخگویان محل تولد خود را شهر و ۱۲ درصد روستا اعلام کرده‌اند. ۱۷ درصد در پاسخ به وضعیت تأهل خود، گویه مجرد و ۸۱/۵ درصد گویه متأهل را انتخاب کرده‌اند. کمترین اعضای خانوار نمونه آماری، ۱ نفر و در مقابل، بیشترین اعضا ۸ نفر هستند. همچنین میانگین تعداد اعضای خانوار پاسخگویان برابر با ۳/۱۳ نفر است. با توجه به عناوین متعدد در چارت سازمانی، کارمندان با ۶۸/۵ درصد بیشترین پاسخگویان در این مطالعه بودند که بعد از آن کارگران با ۲۴/۵ درصد و رانندگان با ۴/۵ درصد و حراست با ۱/۵ درصد قرار داشته است. از نظر محل خدمت، سهم معاونت اداری - مالی ۳۰/۵ درصد، معاونت خدمات شهری ۴۶/۵ درصد، معاونت شهرسازی ۸ درصد، معاونت فنی - عمرانی ۵ درصد، معاونت فرهنگی ۷/۵ درصد و در

نهایت حراست ۱/۵ درصد است. ۳۱ درصد نمونه آماری دارای مدرک تحصیلی لیسانس بودند و بیشترین فراوانی را داشتند و ۱ درصد بیسواد، دارای کمترین فراوانی بوده است. به طور متوسط، میانگین درآمد ماهیانه خانواده پاسخگویان در ماه ۱۹۱۳۰۰۰ تومان و کمترین درآمد ۶۰۰۰۰۰ تومان و بیشترین درآمد ۷۰۰۰۰۰۰ تومان قید شده است.

ب) توصیف ویژگی‌های متغیرهای پژوهش

جدول ۲ آماره‌های توصیفی متغیرهای مستقل را نشان می‌دهد. مقایسه نتایج داده‌های هریک از متغیرهای مستقل نشان می‌دهد که به ترتیب متغیر عوامل محیطی با اخذ امتیاز ۹۱ درصد، سبک زندگی با امتیاز ۸۳ درصد، حمایت اجتماعی با امتیاز ۷۱ درصد، سواد سلامت با ۶۷ درصد و در نهایت دسترسی به خدمات سلامت با ۶۳ درصد رتبه‌های نخست تا پنجم را به خود اختصاص داده و مبین میزان برخورداری جامعه مورد مطالعه از عوامل مذکور و همچنین لزوم چاره‌اندیشی در خصوص متغیرهایی که در رتبه‌های پایین قرار گرفته و امتیاز کمتری کسب کرده‌اند، است.

جدول ۲- آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	تعداد سؤال	دامنه تغییرات در پرسشنامه	میانگین	مینیمم	ماکزیمم	واریانس	درصد امتیاز کامل
حمایت اجتماعی	۶	۳۶-۶	۲۵/۷۱	۹	۳۶	۳۲/۶۰	۷۱
دسترسی به خدمات سلامت	۳	۹-۳	۵/۷۳	۳	۶	۰/۲۹	۶۳
عوامل محیطی	۲۱	۴۲-۲۱	۳۸/۵۸	۳۰	۴۲	۵/۷۲	۹۱
سبک زندگی	۹	۵۴-۹	۴۴/۹۸	۱۷	۵۴	۲۸/۹۵	۸۳
سواد سلامت	۱۵	۹۰-۱۵	۶۱/۱۷	۳۰	۹۰	۱۵۸/۳۴	۶۷

تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت جسمی در ... ۱۴۱

جدول ۳ آماره‌های توصیفی متغیر وابسته را نشان می‌دهد. متغیر وابسته مطالعه حاضر با ۶ شاخص ارزیابی شده که مقایسه نتایج نشان می‌دهد شاخص محدودیت جسمی با امتیاز ۹۵ درصدی خود رتبه اول و شاخص‌های سابقه بیماری، عملکرد جسمی با برداشت از روزهای سلامت، سلامت عمومی و نهایتاً درد جسمی در رتبه‌های بعدی هستند. در نهایت، درصد امتیاز کامل متغیر وابسته ۰/۷۸ درصد است که در سطح خوبی قرار دارد.

جدول ۳- آماره‌های توصیف داده‌ها برحسب شاخص سابقه بیماری، متغیر سلامت جسمی

متغیر سلامت	تعداد سؤال	دامنه تغییرات در پرسشنامه	میانگین	مینیم	ماکزیمم	واریانس	درصد امتیاز کامل
شاخص سابقه بیماری	۸	۱۶-۸	۱۵	۱۰	۱۶	۱/۲۷	۹۳
شاخص عملکرد جسمی	۱۰	۳۰-۱۰	۲۶/۸۷	۱۵	۳۰	۱۱/۹۵	۸۹
شاخص محدودیت جسمی	۴	۸-۴	۷/۶۴	۴	۸	۰/۶۹	۹۵
شاخص سلامت عمومی	۴	۲۰-۴	۱۵/۵۱	۷	۲۰	۱۰/۴۰	۷۷
شاخص درد جسمی	۳	۱۸-۳	۱۱/۳۰	۵	۱۷	۳/۲۶	۶۲
برداشت از روز سلامت	۱	۳۰-۰	۲۶/۹۷	۰	۳۰	۲۸/۷۶	۸۹

ج) آزمون فرضیات

نتایج آزمون جدول ۴ حاکی از آن است که متغیرهای حمایت اجتماعی، سواد سلامت و سبک زندگی رابطه مستقیم ضعیف معنادار و همچنین متغیرهای دسترسی به خدمات سلامت و شرایط محیط زندگی رابطه مستقیم متوسط معناداری با سلامت جسمی کارکنان دارد.

جدول ۴- نتایج آزمون همبستگی متغیرهای مستقل با سلامت جسمی

سلامت جسمی			
ضریب همبستگی	سطح معناداری	فراوانی مشاهدات	
۰/۲۷	۰/۰۰۰	۲۰۰	حمایت اجتماعی
۰/۲۷	۰/۰۰۰	۲۰۰	سواد سلامت
۰/۲۹	۰/۰۰۰	۲۰۰	سبک زندگی
۰/۴۸	۰/۰۰۰	۲۰۰	دسترسی به خدمات سلامت
۰/۵۵	۰/۰۰۰	۲۰۰	شرایط محیط زندگی

برای آزمون رابطه بین جنس و سلامت جسمی از آزمون T مستقل استفاده شده است؛ چون جنس، یکی از متغیرهای اسمی دوحالتی و سلامت جسمی، یکی از متغیرهای فاصله‌ای است. ابتدا تست لون انجام گرفت که اگر سطح معناداری، بیشتر از ۰/۰۵ باشد، برای آزمون T از بخش برابری واریانس‌ها و اگر سطح معناداری، کمتر از ۰/۰۵ باشد، از بخش نابرابری واریانس‌ها استفاده می‌شود. نتیجه آزمون تی جدول ۵ با سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین میانگین‌ها وجود ندارد.

تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت جسمی در ... ۱۴۳

جدول ۵- نتایج آزمون تفاوت میانگین متغیر سلامت جسمی بر حسب جنس

سلامت جسمی	جنس	تعداد	میانگین	یکنواختی واریانس‌ها F	سطح معناداری f	آماره T	درجه آزادی	سطح معناداری T
سلامت جسمی	زن	۵۱	۷۹/۱۵	۰/۰۹۷	۰/۷۵۵	۰/۰۱۲	۱۹۸	۰/۹۹
	مرد	۱۴۹	۷۹/۱۴					

با توجه به این که هر دو متغیر سن و سلامت جسمی در مقیاس فاصله‌ای اندازه‌گیری شده‌اند برای سنجش رابطه بین دو متغیر از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شده است. نتایج آزمون جدول ۶ حاکی از آن است که رابطه معکوس ضعیف معناداری بین دو متغیر وجود دارد.

جدول ۶- نتایج آزمون همبستگی سن و سلامت جسمی

سن			سلامت جسمی
ضریب همبستگی	سطح معناداری	فراوانی مشاهدات	
-۰/۱۵	۰/۰۲۹	۱۹۴	

برای آزمون رابطه بین وضعیت تأهل و سلامت جسمی از آزمون T مستقل استفاده شده است. نتیجه آزمون T جدول ۷ با سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین میانگین‌ها وجود ندارد.

جدول ۷- نتایج آزمون تفاوت میانگین متغیر سلامت جسمی بر حسب تأهل

سلامت جسمی	تأهل	تعداد	میانگین	یکنواختی واریانس‌ها F	سطح معناداری F	آماره T	درجه آزادی	سطح معناداری T
سلامت جسمی	مجرد	۳۴	۸۰/۹۷	۰/۱۱	۰/۷۳	۱/۵۲	۱۹۵	۰/۱۳
	متأهل	۱۶۳	۷۸/۷۱					

چون تحصیلات، یک متغیر اسمی چندحالتی و سلامت جسمی، یک متغیر در سطح فاصله‌ای است از تحلیل واریانس، استفاده شده. نتایج آزمون تحلیل واریانس بیانگر آن است که تفاوت معناداری بین میانگین‌های سلامت جسمی در وضعیت‌های مختلف وجود ندارد. جدول ۸ نتایج تحلیل واریانس را نشان می‌دهد.

جدول ۸- نتایج تحلیل واریانس متغیر سلامت جسمی بر حسب تحصیلات

سطح معناداری	آماره F	میانگین مربعات	درجه آزادی	مجموع مربعات	منبع تغییرات	
۰/۷۵	۰/۵۶	۳۶/۱۹	۶	۲۱۷/۱۷۷	میان‌گروهی	سلامت
		۶۳/۶۶	۱۸۹	۱۲۰۳۲/۹۲	درون‌گروهی	جسمی
			۱۹۵	۱۲۲۵۰/۰۹	کل	

مدل رگرسیونی سلامت جسمی

در این بخش به تحلیل رگرسیون چندگانه از داده‌ها و روابط بین متغیرها پرداخته شده است. هدف از این تحلیل، مشخص کردن سهم و تأثیر متغیرهای عمده پژوهش در تبیین و پیش‌بینی تغییرات متغیر وابسته است. به عبارت دیگر رگرسیون چندمتغیره به تبیین و پیش‌بینی واریانس متغیر وابسته (سلامت جسمی) کمک می‌کند و این کار از طریق برآورد میزان نقش و تأثیر متغیرهای مستقل در ایجاد واریانس صورت می‌گیرد. مدل خطی رگرسیون چندمتغیره در معادله زیر نشان داده شده است.

$$y_i = \beta_0 x_{0i} + \beta_1 x_{1i} + \beta_2 x_{2i} + \dots + \beta_n x_{ni} + \varepsilon_i$$

در تحلیل تبیین سلامت جسمی، ابتدا متغیرهای حمایت اجتماعی، شرایط و عوامل محیطی، سبک زندگی، دسترسی به خدمات سلامت و سواد سلامت و سن وارد مدل شدند. از این متغیرها، حمایت اجتماعی، سواد سلامت و سن از مدل خارج شدند. متغیرهای وارد شده توانستند ۴۲ درصد از واریانس متغیر سلامت جسمی را تبیین کنند.

تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت جسمی در ... ۱۴۵

نتایج حاصل از تحلیل رگرسیونی چندگانه متغیرها در جداول ۹، ۱۰ و ۱۱ نشان داده شده است. در ضمن مدل را می‌توان به صورت استاندارد شده در معادله زیر نشان داد. سلامت جسمی = (دسترسی به خدمات سلامت) ۰/۲۹ (شرایط عوامل محیطی) ۰/۴۳ (سبک زندگی) ۰/۱۹

جدول ۹- آماره‌های تحلیل رگرسیون چندمتغیره سلامت جسمی

۰/۴۲	ضریب تبیین تصحیح شده (r^2)	۰/۶۶	ضریب همبستگی چندگانه (R)
۱/۸	دوربین واتسون	۰/۴۳	ضریب تبیین (F)

جدول ۱۰- تحلیل واریانس چندمتغیره سلامت جسمی

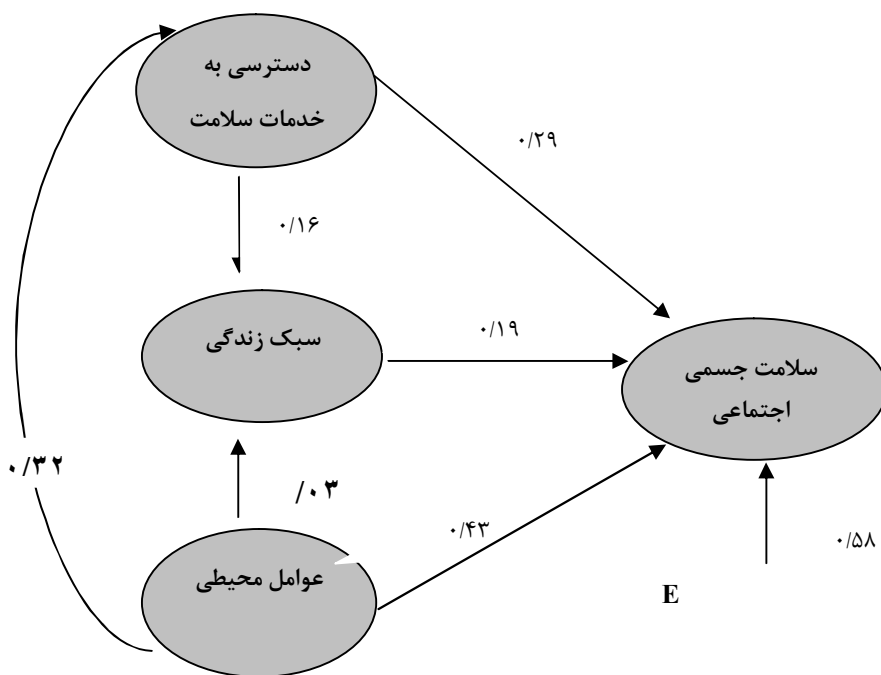
منبع تغییرات	درجه آزادی	مجموع مجزورات	میانگین مجزورات	کمیت F	سطح معناداری
رگرسیون	۳	۵۴۰۲/۲۴	۱۸۰۰/۷۴	۵۰/۸۶	۰/۰۰۰
باقی مانده	۱۹۶	۶۹۳۸/۵۵	۳۵/۴۰		
کل	۱۹۹	۱۲۳۴۰/۷۹			

جدول ۱۱- متغیرهایی که در مدل باقی مانده‌اند

متغیر	B (ضریب رگرسیون ناقص)	SE (اشتباه معیار)	Beta (ضریب رگرسیون استاندارد شده)	آماره T	سطح معناداری
دسترسی به خدمات سلامت	۴/۲۷	۰/۸۳	۰/۲۹	۵/۱۳	۰/۰۰۰
شرایط عوامل محیطی	۱/۴۲	۰/۱۸	۰/۴۳	۷/۵۷	۰/۰۰۰
سبک زندگی	۰/۲۸	۰/۰۸	۰/۱۹	۳/۵۸	۰/۰۰۰

تحلیل مسیر متغیر سلامت جسمی

در حوزه مطالعات اجتماعی و اقتصادی، روش‌های تحلیل چندمتغیره زیادی وجود دارند که به بررسی اثرات و روابط بین متغیرهای مورد مطالعه می‌پردازند. این روش‌ها عمدتاً اثرات مستقیم یک متغیر بر متغیر دیگر را بررسی می‌کند. اما در این میان تحلیل مسیر از جمله تکنیک‌های چندمتغیره است که علاوه بر بررسی اثرات مستقیم متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته، به اثرات غیرمستقیم این متغیرها نیز توجه و روابط بین متغیرها را مطابق با واقعیت‌های موجود، در تحلیل وارد می‌کند (کلانتری، ۱۳۸۷).



نمودار ۲- تحلیل مسیر

جدول ۱۲ مجموع تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم هر یک از متغیرهای مستقل را بیان می‌کند. میزان اثر غیرمستقیم دسترسی به خدمات سلامت ۰/۰۳ درصد و اثر

تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت جسمی در ... ۱۴۷

مستقیم آن ۰/۲۹ درصد و در مجموع ۰/۳۲ درصد است. همچنین اثر غیرمستقیم عوامل محیطی ۰/۰۹ درصد، اثر مستقیم ۰/۴۳ درصد و در مجموع ۰/۵۲ درصد است. متغیر سبک زندگی در مجموع ۰/۲۳ درصد در سلامت کارکنان نقش ایفا می‌کند که ۰/۰۴ درصد آن غیرمستقیم و ۰/۱۹ درصد آن به صورت مستقیم است. توجه در ضرایب ذکر شده، عوامل محیطی با ۰/۵۲ درصد تأثیر، بیشترین نقش را به خود اختصاص داده و دسترسی به خدمات سلامت و سبک زندگی در مرتبه‌های بعدی قرار دارد.

جدول ۱۲- مجموع تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته

متغیر مستقل	اثرات غیرمستقیم	اثرات مستقیم	مجموع تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم هر متغیر
دسترسی به خدمات سلامت	۰/۰۳	۰/۲۹	۰/۳۲
عوامل محیطی	۰/۰۹	۰/۴۳	۰/۵۲
سبک زندگی	۰/۰۴	۰/۱۹	۰/۲۳

نتیجه‌گیری

برای آگاهی از وضعیت سلامت جسمی کارکنان، ۶ شاخص «سابقه بیماری، عملکرد جسمی، محدودیت جسمی، سلامت عمومی، درد جسمی و برداشت از روزهای سلامت» ارزیابی شده است. بدین منظور پس از جمع‌آوری داده‌های هریک از شاخص‌ها و وارد کردن به نرم‌افزار SPSS نتایج استخراجی بدین شرح ثبت و گزارش می‌شود. نتایج به دست آمده برای شاخص سابقه بیماری ۲ سال گذشته، حکایت از وضعیت عالی نمونه آماری در این شاخص دارد. عملکرد جسمی کارکنان یکی دیگر از شاخص‌های سلامت جسمی است که نتایج بیانگر وضعیت بسیار خوب این شاخص است. نتایج شاخص محدودیت جسمی، وضعیت آن را در حد بسیار عالی و شاخص سلامت عمومی را در حد متوسط توصیف می‌کند. شاخص درد جسمی پایین‌ترین

شرایط را در مقایسه با شاخص‌های دیگر به خود اختصاص داده است. آخرین شاخص از سلامت جسمی، برداشت از روزهای سلامت است که نشانگر وضعیت سلامت بالای کارکنان در این شاخص می‌باشد. در بررسی سلامت غفلت از مؤلفه‌های اجتماعی و میزان تأثیر آنها بر روی سلامتی و حفظ آن و یا نقشی که در آماده‌سازی شرایط برای ایجاد بیماری و یا به مخاطره کشیدن سلامتی افراد جامعه داشته در ادوار گذشته کاملاً مشهود است و شاید این غفلت از قاب پنجره‌ای که نظاره‌گر به آن بودند نشئت یافته بود و اغلب سلامتی را محصول نبود درد و بیماری در بدن پنداشته و تنها راه تأمین آن را مراقبت از جسم و اقدامات دارویی و بیمارستانی قلمداد می‌کردند. ولی کم‌کم پاسنکو بودن روش یادشده و بیماری‌های جدیدی که در عصر جدید پا به عرصه گذاشته بود، خط بطلانی بر تفکرات تک‌علیتی بیماری و سلامتی و نویددهنده شروع فصل جدیدی بر استفاده از شیوه‌های متعدد با به‌کارگیری از دایره اطلاعات سایر علوم از جمله علوم اجتماعی شد. با وجود نوپا بودن این مطالعات در علوم جامعه‌شناختی و جمعیت‌شناختی، کوشش‌های فراوانی در جهت ارائه مباحث نظری و کسب آگاهی از عوامل متعدد اجتماعی که به‌نحوی در میزان سلامتی و یا حفظ و اعتلا و تهدید آن تأثیر دارد، به‌کار بسته شده است. و در راستای همین تلاش‌ها با کنترل و یا افزایش و کاهش تأثیرگذاری هر یک از عوامل سعی بر دستیابی به نتایج بهتر و تأمین سطح مقبولی از سلامتی افراد جامعه است. متفکران علوم اجتماعی معتقدند که افراد با قرار گرفتن در شبکه روابط اجتماعی و عضویت در شبکه‌های مختلف اجتماعی مستوجب کسب حمایت‌هایی می‌شوند که هر کس با اتکا به آنها به منابع ارزشمندی دسترسی خواهد داشت که در کاستن فشارهای جسمی، روانی و اجتماعی نقش مؤثری دارند؛ در همین خصوص فرلندر (۲۰۰۷) در تبیین نظریه پیوندهای اجتماعی و کاواچی و برگمن «حمایت اجتماعی را سرمایه اجتماعی محسوب کرده که موجب افزایش اعتماد اجتماعی و نهایتاً منجر به افزایش سلامتی می‌شود و همین‌طور کسانی که از چنین سرمایه‌ای محروم بوده و اعتماد اجتماعی نسبت به آنان پایین باشد، از سطح

سلامت پایینی برخوردارند». در پژوهش حاضر نیز مؤلفه حمایت اجتماعی ارزیابی شد و نتایج نشان‌دهنده وجود رابطه مثبت بین حمایت اجتماعی و سلامت است. همه انسان‌ها نسبت به فهمی که از بدن خود دارند، در جریان زندگی روزمره با انتخاب و عمل به الگوهای مصرف و سبک زندگی نسبت به شکل‌دهی و افزایش دانش خود در زمینه بیماری و سلامتی اقدام می‌کنند (گیدنز، ۱۳۸۶). آگاهی از عوامل خطرآفرین باعث اجتناب از رفتارهای پرخطر خواهد شد که نهایتاً سلامتی فرد را به ارمغان خواهد آورد و این ممکن نیست مگر با ارائه آموزش‌های مناسب و تغییر در نگرش، عقاید و باورهای فردی. به عبارتی سواد سلامتی و رفتارهای فرد تلاشی خواهد بود در جهت سبک زندگی سالم (Gochman, 1997). لذا نتایج ارزیابی سبک زندگی کارکنان شهرداری منطقه یک تبریز کاملاً با مباحث نظری منطبق بوده و وجود رابطه معنادار بین سبک زندگی و سلامت جسمی کارکنان تأیید می‌شود. سواد سلامتی را مجموعه‌ای از مهارت‌ها که فرد برای دستیابی به حداکثر سطح سلامتی باید از آنها برخوردار باشد، تعریف می‌کند (Yamashita, 2011). در عصر کنونی، کثرت وسایل ارتباط جمعی و سرعت انتقال دانش به حدی رسیده که مک‌لوهان از آن با عنوان دهکده جهانی یاد کرده است؛ بنابراین انبوه امکانات در دسترس همچون اینترنت، روزنامه و مجلات بهداشتی، تلویزیون و ماهواره‌ها نقش مؤثری را در میزان دانش و سطح سواد و انتخاب نوع سبک زندگی و به تناسب آن حفظ و بهبود سلامتی افراد جامعه ایفا می‌کند. در جامعه مورد مطالعه، رابطه معناداری بین سواد سلامت و وضعیت جسمی کارکنان مشاهده شده درحالی‌که نتایج پژوهش حاضر هیچ‌گونه تفاوت معناداری بین سطح تحصیلات و وضعیت سلامت جسمی را نشان نداد و فرضیه مربوطه را تأیید نکرده و آن را رد می‌کند. یکی از مباحث محافل علمی متخصصان علوم اجتماعی در خصوص سلامت، شرایط محیط زندگی انسان‌هاست. از بارزترین ویژگی انسان‌ها، زندگی جمعی و اجتماعی و به تبع آن فشار برخی عوامل محیطی و اجتماعی اوست. از جمله این عوامل می‌توان به شرایط مسکن، محیط و محل کار اشاره کرد که بر روی سلامتی او

تأثیرگذار است و شرایط محیط نامساعد که در قالب شرایط زندگی، مسکن، محیط شهری و شرایط کاری نامناسب سلامتی را تحت الشعاع قرار داده و زمینه بیماری را مهیا خواهد کرد؛ همچنین شرایط محیط زندگی با تأثیر بر روی سبک زندگی شهروندان بر سلامت افراد نیز تأثیرگذار خواهد بود (Wolf, 2011). نظریه علل زیربنایی فلان و لینک بر ارتباط تنگاتنگ عوامل اجتماعی با بیماری و مرگ و میر صحنه گذاشته و پژوهشگر را بر آن داشت تا آن را اصلی‌ترین چارچوب نظری پژوهش خود برگزیند. فلان و لینک با مطالعات و پژوهش‌هایی معتقد به تأثیرگذاری عوامل اجتماعی از جمله شرایط اجتماعی مناسب بر روی سلامت بوده و سیاست‌گذاران را به توجه به عوامل اجتماعی و اقتصادی تعیین‌کننده سلامت برای دستیابی به نتایج و اثربخشی بهتر در آینده توصیه می‌کنند. و تبیین نکردن کلی سلامت به دلیل مجموعه‌ای از ریسک فاکتورهای فردی، از قبیل تغذیه نامناسب و کم‌ تحرکی را عاملی برای تکیه بر تبیین‌های کلی از طریق عوامل اجتماعی و اقتصادی می‌دانند (Phelan and Link, 1995). در پژوهش حاضر نیز نتایج بر وجود رابطه معنادار بین شرایط محیطی و سلامت صحنه گذاشت. درخصوص توزیع سلامت و نقش جنسیت در سلامت، دیدگاه‌های نظری متعددی ارائه شده که برخی مدعی وجود تفاوت‌های واقعی در وضعیت سلامتی مردان و زنان بوده است و برخی دیگر آن را رد کرده و تفاوت مشاهده‌شده را معلول جمع‌آوری داده‌های غلط در سنجش سلامت می‌دانند (گیدنز، ۱۳۸۶). در پژوهش حاضر مطابق نظر گیدنز نتایج داده‌ها از نبود چنین تفاوت معناداری بین زنان و مردان حکایت می‌کنند. به‌نظر، وضعیت جسمانی انسان‌ها با گذر زمان و عبور از هر یک از مراحل رشد، متناسب با هر مرحله تغییر می‌یابد. بدین معنا که در سن جوانی، در وضعیت سلامت ایده‌آلی قرار گرفته و با پا گذاشتن به سن پیری، وضعیت فیزیولوژی انسان رو به تحلیل رفته و وضعیت سلامتی او را نیز با مشکلاتی مواجه خواهد کرد. نتایج پژوهش حاضر حاکی از وجود رابطه معکوس معنادار بین سن و سلامت جسمانی کارکنان شهرداری منطقه یک تبریز است. نتایج استخراجی پژوهش حاضر،

فرضیه مربوط به تفاوت سلامت جسمی در بین مجردها و متأهل‌ها را رد کرده و نشان می‌دهد که در وضع سلامت مجردها با متأهل‌ها تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود. نتایج این پژوهش بر ضرورت تحقیق و بررسی بیشتر سلامت به‌عنوان مؤلفه‌ای چندبعدی و چندعلیتی تأکید می‌کند و آن را میوه و ثمره مجموعه‌ای از عوامل مختلف که به‌صورت دقیق و مفصل و براساس مباحث نظری ارزیابی و درباره آنها بحث شده است، می‌داند. با استناد به یافته‌های تجربی از تحلیل داده‌های پژوهش، موارد زیر در قالب پیشنهادات کاربردی منتج از این پژوهش ارائه می‌شود.

- اتخاذ تدابیر لازم و قرار دادن امکانات ورزشی و تفریحی در اختیار افراد مسن و ایجاد فرصت برابر به‌منظور دسترسی و بهره‌گیری از امکانات، استفاده از این افراد در پست‌های شغلی متناسب با قوای جسمانی، اجرای برنامه‌ها و مسابقات ورزشی ویژه افراد مسن و فراهم کردن خدمات بهداشتی - پزشکی رایگان و چکاب و تست بدن در محل خدمت هر ۶ ماه یک‌بار، سعی بر جلوگیری از تحلیل قوا و حفظ وضعیت سلامتی آنها و یا کاهش سرعت روند مذکور.

- به‌منظور دستیابی به اهداف سیاست‌گذاران رفاهی درخصوص برون‌سپاری و استفاده از خدمات بازار و همچنین برای برقراری تعادل در عرضه و تقاضای خدمات اداره کل سلامت شهرداری، پیشنهاد می‌شود از پتانسیل بخش خصوصی، چه در زمینه بیمه تکمیلی و چه درخصوص آزمایشات و چکاب بدن، با ایجاد اطمینان در بین دریافت‌کنندگان خدمات و اعتبارسنجی خدمات ارائه‌شده بخش خصوصی برای افزایش میزان دسترسی به خدمات بهداشتی، استفاده شود.

- پیشنهاد می‌شود برای تداوم، گسترش و بهبود شرایط محیطی از دیرگاه صاحب‌نظران برنامه‌ریزی شهری و شهرسازی در جهت ساخت‌وسازهای مدرن شهری، جامعه‌شناسان در جهت شناخت آسیب‌های اجتماعی ناشی از رعایت نکردن شرایط اجتماعی در ساخت‌وسازها، روان‌شناسان برای ارائه مشاوره‌های لازم و رعایت شرایط محیطی در جهت تسکین و آرامش روحی افراد جامعه استفاده شود.

- عدالت اجتماعی از دیگر اهداف برنامه‌ریزان سیاست‌های رفاهی است. در واقع رعایت عدالت در سلامت به این مفهوم است که هر کس به‌طور ایده‌آل باید فرصت عادلانه‌ای برای دستیابی به ظرفیت کامل سلامت خود داشته و کسی نباید از به‌دست‌آوردن این ظرفیت محروم شود. بنابراین با اتکا به نتایج به‌دست‌آمده پیشنهاد می‌شود وضع حاکم، حفظ و از تأثیر هرگونه تبعیض جنسیتی در برنامه‌های آتی سلامت اجتناب شود.

- توانمندسازی افراد از مباحث بسیار مهم برنامه‌ریزان رفاهی است، لذا در سطح شهرداری برای حصول به چنین نتیجه‌ای تهیه کاتالوگ‌های حاوی پیام‌های بهداشتی و تدارک ماهنامه یا فصلنامه سلامت کارکنان، اجرای کلاس‌های آموزشی و توانمندسازی کارکنان هر یک از مناطق شهرداری با هدف بالا بردن سواد سلامتی کارکنان پیشنهاد می‌شود. و در سطح جغرافیای منطقه‌ای و یا فرمانطقه‌ای، تهیه و ارائه برنامه‌های بهداشتی به‌خصوص به زبان محلی از طریق رادیو و تلویزیون، اطلاع‌رسانی‌های لازم در محل‌های پرتردد هر شهر از طریق مراکز و دانشگاه‌های علوم پزشکی و استفاده از ظرفیت‌های فضای مجازی پیشنهاد می‌شود.

- ارائه آموزش‌ها و مهارت‌های لازم به کارکنان درخصوص انتخاب شیوه‌های سالم و کم‌اشتباه سبک زندگی و همچنین ترویج فرهنگ و سبک‌های کم‌خطر و یا بی‌خطر.

- ارائه برنامه‌های آموزش‌محور در جهت ارتقای سطح روابط بین‌فردی و ایجاد روابط دوستانه در میان کارکنان و همچنین افزایش میزان تسهیلات اعطایی بانک شهر در جهت ترمیم حمایت‌های اجتماعی.

- ارتقای کیفیت واحد بهداشت در مناطق شهرداری با به‌کارگیری افراد متخصص برای تشکیل پرونده پزشکی، کنترل آخرین وضعیت سلامتی کارکنان و در صورت نیاز ارجاع پرونده‌ها به متخصصان مربوطه.

تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت جسمی در ... ۱۵۳

- تعبیه واحد پژوهش‌های تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در چارت سازمانی اداره کل سلامت شهرداری.

منابع

- حیدری، آرمان؛ عزت‌الله میرزایی. (۱۳۹۳)، «بررسی وضعیت سلامت زنان سرپرست خانوار شهریو روستایی شهرستان جهرم و عوامل اقتصادی - اجتماعی مرتبط با آن». *فصلنامه فرهنگی تربیتی زنان و خانواده*، سال ۹، شماره ۲۷.
- سام‌آرام، عزت‌الله؛ اعظم ابراهیم نجف‌آبادی. (۱۳۹۳)، *جمعیت و رفاه اجتماعی*، تهران: نشر علم.
- صدقپور، صالح؛ بهرام اسدی؛ مسعود میری؛ میرنادر میری. (۱۳۸۹)، «رابطه نیازهای بنیادین و حمایت اجتماعی در سازگاری آموزشی، اجتماعی و عاطفی دانش آموزان»، *مجله روان‌شناسی*، دوره ۵۶، شماره ۴.
- عباچی، کامبیز. (۱۳۹۳)، «پیش‌بینی سرطان در ایران تا سال ۲۰۲۵»، *همایش سرطان و پیشگیری*، تهران: مرکز همایش‌های بین‌المللی صدا و سیما.
- علیزاده، مهتاب؛ اعظم‌دخت رحیمی؛ معصومه آرشینچی؛ فرشاد شریفی؛ سیدمسعود ارزاقی؛ حسین فخرزاده. (۱۳۹۲)، «سلامت جسمانی و عوامل اقتصادی اجتماعی مؤثر بر آن در سالمندان شهر تهران تحت پوشش منطقه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی». *مجله دیابت و متابولیسم ایران*، دوره ۱۳، شماره ۱.
- علی ولد، ساناز. (۱۳۹۲)، بررسی عوامل مؤثر بر سلامت جسمانی و روانی زنان سالمند شهر تهران، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد*، دانشگاه علامه طباطبائی تهران، دانشکده علوم اجتماعی.
- غلامی، میلاد؛ مجتبی امکانی؛ عزیزالله دهقان؛ هادی دانشمندی؛ هادی هادی‌زاده. (۱۳۹۲)، «بررسی وضعیت سلامت عمومی و عوامل مؤثر بر آن در کارکنان یکی

از کارخانه‌های ساخت تابلو و پست‌های برق در کرمان»، *مجله دانشکده علوم پزشکی نیشابور*، سال اول، شماره اول.

- کلانتری، خلیل. (۱۳۸۷)، *پردازش و تحلیل داده‌ها در تحقیقات اجتماعی اقتصادی*، تهران: نشر فرهنگ صبا.

- گیدنز، آنتونی. (۱۳۸۶)، *جامعه‌شناسی*، ترجمه: حسن چاوشیان، تهران: نشر نی.

- محسنی، منوچهر. (۱۳۸۸)، *جامعه‌شناسی پزشکی*، تهران: کتابخانه طهوری.

- مسعودی، ابراهیم. (۱۳۸۹)، *جامعه‌شناسی پزشکی*، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

- مطلق، محمداسماعیل؛ علیرضا اولیایی منش؛ مریم بهشتیان. (۱۳۸۷)، *سلامت و عوامل اجتماعی تعیین‌کننده آن*، معاونت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، انتشارات موفق.

- مقصودی، شاهرخ؛ معصومه حسابی؛ عبدالحسین امامی سیگارودی؛ احسان کاظم نژاد لیلی؛ آرزو منفرد مژدهی. (۱۳۹۴)، «سلامت عمومی و عوامل مرتبط با آن در پرستاران شاغل در مراکز آموزش درمانی شهر رشت»، *مجله پرستاری و مامایی جامع‌نگر*، سال ۲۵، شماره ۷۵.

- Allensworth, D.; Lewallen, T. C.; Stevenson, B.; and Katz, S. (2011).

"Addressing the needs of the whole child: what public health can do to answer the education sector's call for a stronger partnership", *Prev Chronic Dis*. Vol. 2, No. 8.

- Ferlander, Sara. (2007). "The importance of different forms of social capital for health", *Acta Sociologica*, No. 50, pp. 115-122.

- Freeman, Howard; Levine, Sol. (1989). *Hand book of medical sociology*, Prince hall Englewood cliffs, New Jersey.

- Gochman, David. (1997). *Handbook of Health Behavior*, Research New York.

- Green, Lw; Allegrante, Jp. (2011). “Healthy people 1980-2020: raising the ante decennially or just the name from public health education to health promotion to social determinants?”, *Health Educ Behav*, Vol. 6, No. 38.
- Hund, Andrew. (2010). *Uncovering the interconnection of SES and ethnicity to health related quality of life: An investigation of white and native Alaskans*, Dissertation For the degree of Doctor of Philosophy, Case Western Reserve University.
- Ibanez, Enric Ilorca. (2011).” Municipality, space and the social determinants of health”, *Environment and Urbanization*, No. 23, pp. 113-117.
- Kingdon, Carol. (2009). *Sociology for midwives*, Quay book division, MA Health Ltd
- Lakey, Brain; Cohen, Sheldon. (2000). “Social support theory and measurement”, *In Social support Measurement and Intervention*, Oxford University press.
- Link, B; Phelan, J. (1995). “Social conditions as fundamental causes of disease”, *Journal of Health & Social Behavior*, Vol. 5, No. 36.
- Link, B.; Phelan, J. (2010). “Social conditions as fundamental causes of health inequalities”, *Hand Book of Medical Sociology*, Vanderbilt University Press.
- Martin, Lisa Marie. (2008). “Socio-Demographic, clinical, and social influences on healthrelated quality Of life in individuals with hepatitis C (HCV)”, Dissertation for the Phd Degree, Case Western Reserve University.
- Nakhaie, M. Reza. (2008). “Social inequalities, social capital, and health of Canadians”, *Review of Radical Political Economics*, Vol. 39, No. 4, pp. 562-585.

- Parkerson GR Jr, Connis RT, Broadhead WE, Patrick DL, Taylor TR, Tse CK (1993). Disease-specific versus generic measurement of health-related quality of life in insulin-dependent diabetic patients *Med Care* ,31(7):629–639.
- Peters, D. (2008). “Poverty and access to health care in developing countries”, *Annals of the New York Academy of Sciences*, Vol. 1, No. 113.
- Phelan, J.; Link, B.; and Tehranifar, Parisa. (2010). “Social conditions as fundamental causes of health inequalities: Theory, evidence, and policy implications”, *Journal of Health and Social Behavior*. Vol. 5.
- Putnam, R. (2000). *Bowling Alone: the Collapse and Revival of American Community*, New York: Simon Schuster.
- Rose, R. (2000). “How much does social capital add to individual health? A survey study of Russians”, *Social Science & Medicine*, Vol. 9, No. 51.
- Sihota, S.; Lennard, L. (2004). *Health Literacy: Being Able to Make the Most of Health*, London: National Consumer Council.
- Wade, D.; Halligan, P. (2004). *Do Biomedical Models of Illness Make for Good Healthcare Systems?*, Oxford Centre for Enablement.
- WHO. (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa.
- Wolff, Jonathan. (2011). “How should governments respond to the social determinants of Health”, *Preventive Medicine*, No. 53.
- Yamashita, Takashi. (2011). *Health Literacy and Health Outcomes: Implications for Social Determinants of Health, Health Disparity and Learning for Health*, Submitted to the Faculty of Miami University in partial Fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of philosophy, Department of Sociology & Gerontology.