

عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی در میان شهروندان شهر کاشان

محمد گنجی*، شیوا آقابزرگی زاده**، فائزه یادگاری***

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۶/۲۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۲/۱۲

چکیده

سلامت اجتماعی افراد از محورهای ارزیابی سلامت جوامع مختلف است. هدف اصلی پژوهش، تبیین عوامل اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر سلامت اجتماعی در بین شهروندان شهر کاشان است. روش تحقیق از نوع پیمایش و ابزار تحقیق، پرسشنامه محقق ساخته بوده است. جامعه آماری تحقیق شامل شهروندان ۱۸-۶۴ ساله شهر کاشان است. حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران ۳۷۳ نفر به دست آمده است و برای دستیابی به نمونه‌های تحقیق، از روش نمونه‌گیری غیر احتمالی - سهمیه‌ای استفاده شده است. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که میانگین سه متغیر مستقل (اعتماد اجتماعی، احساس امیدواری، نشاط اجتماعی) و نیز متغیر وابسته تحقیق (سلامت اجتماعی) بالاتر از حد متوسط طیف مورد بررسی و میانگین سرمایه فرهنگی پایین‌تر از آن است. بین متغیرهای اعتماد اجتماعی، نشاط اجتماعی، احساس امیدواری، سرمایه فرهنگی و سلامت اجتماعی رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد؛ به طوری که نتایج ضریب رگرسیونی نشان می‌دهد که احساس شادی دارای بیشترین اثر بر سلامت اجتماعی است. همچنین نتایج تحلیل مسیر نشان می‌دهد که بیشترین میزان تأثیر مستقیم و غیرمستقیم بر سلامت اجتماعی شهروندان شهر کاشان را به ترتیب احساس شادی، احساس امیدواری، اعتماد اجتماعی و سرمایه فرهنگی دارند. به نظر می‌رسد با وجود تأثیر کم سرمایه فرهنگی، سایر عوامل اجتماعی بررسی شده، زمینه روابط سالم اجتماعی و سلامت اجتماعی را فراهم می‌کنند.

واژه‌های کلیدی: سلامت اجتماعی، احساس امیدواری، احساس شادی، سرمایه فرهنگی،

اعتماد اجتماعی

* دانشیار علوم اجتماعی دانشگاه کاشان (نویسنده مسئول).
** دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی مسائل اجتماعی ایران، دانشگاه کاشان. shiva.bozorgi@gmail.com
*** دانشجوی کارشناسی ارشد مطالعات فرهنگی، دانشگاه کاشان. f.yadegari7543@gmail.com

طرح مسئله

سلامت موضوعی مطرح در همه فرهنگ‌هاست ولی معمولاً هرگاه از سلامت سخنی به میان آمده بیشتر بُعد جسمانی آن مورد توجه بوده است. سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۴۸ برای سلامت تعریف سه بُعدی زیستی، روانی و اجتماعی را ارائه کرد، اما در بیشتر کشورها دو بعد روانی و اجتماعی سلامت تا حد زیادی به وسیله متولیان سامانه سلامت نادیده گرفته شد. نادیده گرفتن این دو بُعد در ایران موجبات آسیب‌های فرهنگی و اجتماعی را در جامعه فراهم کرد. به طوری که چنین شرایطی تاکنون جامعه‌ای را رقم زده که با انواع چالش‌ها در حوزه‌های اقتصادی، فرهنگی، سیاسی و... روبروست. به عبارتی این چالش‌ها منحصر به یک یا دو بُعد نیست بلکه تمام ساختارهای جامعه را از سطوح خرد تا کلان در برمی‌گیرد و این در حالی است که از حدود دو دهه پیش سازمان جهانی بهداشت نسبت به این بی‌توجهی زیان‌بار، هشدار جدی داده و به نقش نزدیک به ۸۵ درصدی عوامل روانی-اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت اشاره کرده است. به دنبال آن کشورهای توسعه‌یافته به سرعت راهکارهایی برای اصلاح بهداشت روانی-اجتماعی جوامع خود تدارک دیده و به مرحله اجرا درآورده‌اند (نوربالا، ۱۳۹۰: ۱۵۱).

اما به نظر می‌رسد کشورهای در حال توسعه همچون ایران همان‌طور که گفته شد به‌سادگی از کنار این مسئله عبور کرده‌اند و امروز با افراد زیادی روبرو هستیم که روابط ناسالمی را تجربه می‌کنند و در واقع از سرمایه اجتماعی پایینی برخوردار هستند. آمارها نیز حاکی از آن است که با جامعه‌ای بیمار روبرو هستیم به طوری که چهارمین کشور به لحاظ میزان طلاق محسوب شده و سالانه ۵۰۰ تن مواد مخدر در ایران مصرف می‌شود. بدیهی است که چنانچه بسترهای لازم برای تحقق سلامت روانی-اجتماعی در بُعد فردی فراهم نشود افراد جامعه عملکرد مناسبی نخواهند داشت در نتیجه سلامت جامعه نیز محقق نمی‌شود.

آنچه بنیان سلامت اجتماعی را می‌سازد و آن را از انواع دیگر سلامت متمایز می‌کند عنصر رابطه است؛ رابطه فرد با دیگران و با نهادهای اجتماعی. بدین ترتیب

است که سلامت اجتماعی با بُعد رفاه فرد و نحوه رابطه او با سایر افراد جامعه مرتبط می‌شود. این که در یک جامعه انسان‌ها چگونه با هم کنار می‌آیند چگونه با هم برخورد می‌کنند و در نهایت تعامل انسان‌ها با نهادهای اجتماعی، رویه‌ها و اخلاق جمعی چگونه است (مردانی، ۱۳۹۳: ۴). تحقق سلامت اجتماعی در گرو پیوند فرد با جامعه، نهادهای هنجارها و ارزش‌های آن است؛ پس می‌توان اولین مسیر سلامت اجتماعی را داشتن تفکرات اجتماعی صحیح و برخورداری از ذهنیت مثبت نسبت به جامعه برای داشتن زندگی اجتماعی بهتر دانست (پور افکاری، ۱۳۹۱: ۴۳). افراد برخوردار از سلامت اجتماعی با موفقیت بیشتری با مشکلات ناشی از نقش‌های اصلی اجتماعی کنار می‌آیند (مظلومی و همکاران، ۱۳۹۸: ۲).

با توجه به این امر می‌توان چنین نتیجه گرفت که پایه‌های سلامت اجتماعی در نهاد خانواده گذاشته می‌شود که نخستین پایگاه جامعه‌پذیری و تکیه‌گاه فرد است. اهمیت خانواده تا حدی است که کنشگران، اولین رابطه‌هایشان و اولین عضویت گروهی‌شان را در خانواده تجربه می‌کنند. زمانی که فرد سلامت اجتماعی در خانواده را می‌آموزد می‌تواند در مدرسه و در رابطه با افراد در سطوح گسترده روابط سالم‌تری را تجربه کند. سلامت اجتماعی نقاط قوت دیگری نیز در خود دارد. به عبارتی سلامت اجتماعی به افراد جامعه اطمینان می‌دهد که در جامعه‌ای زندگی می‌کنند که امنیت آن‌ها تأمین می‌شود و از سوی دیگر می‌توانند به یکدیگر اعتماد کنند و شکل‌گیری سرمایه اجتماعی غنی را شاهد باشند. به‌طوری‌که مشارکت در انجمن‌ها، نهادهای سازمان‌های مدنی و ایجاد همبستگی و احساس امنیت در افراد، آن‌ها را به آینده‌ای امیدوار می‌کند که از جامعه سالم امروز برمی‌خیزد.

از زاویه‌ای دیگر می‌توان گفت که سلامت اجتماعی نقش مهمی در کنترل آسیب‌ها و مسائل اجتماعی، حفظ نظم اجتماعی و در نهایت تأمین اجتماعی دارد و فقدان آن، نشان می‌دهد که افراد در چارچوب‌های اجتماعی جذب نشده و جامعه‌پذیری صحیحی پیدا نکرده‌اند (افشانی و فرقانی، ۱۳۹۵: ۱۰۸) و این همان نقش پررنگ خانواده در ساماندهی روابط فرد با دیگرانی است که سلامت اجتماعی‌شان تعیین‌کننده شکل

روابط، ساختار و چگونگی آن است. همواره باید توجه داشت که در عصر حاضر و باوجود تغییرات ایجادشده در زمینه معیارهای توسعه اقتصادی-اجتماعی بسیاری از صاحب‌نظران، سلامت را محور توسعه اقتصادی-اجتماعی تلقی می‌کنند (هزارجریبی و مهری، ۱۳۹۱: ۴۳) و انسان سالم را محور توسعه پایدار می‌دانند. به همین دلیل یکی از وظایف حاکمیتی کشورها، تأمین، حفظ و ارتقای عادلانه سلامت جامعه قلمداد شده است (رستگار و سیدان، ۱۳۹۴: ۸۷). بنابراین مطالعه عواملی که این پدیده را تحت تأثیر قرار داده‌اند نیز از اولویت‌های همه افراد جامعه و دولت‌ها محسوب می‌شود (نوربخش و همکاران، ۱۳۹۶: ۲۳۶). چراکه دستیابی به علل اجتماعی، بستر ارائه راهکارها و راهبردها را میسر می‌گرداند.

گزارش‌های سازمان ملل عوامل تهدیدکننده سلامت اجتماعی را در بُعد فرهنگی و اجتماعی مورد مطالعه قرار داده که این عوامل عبارت‌اند از: پدیده فقر^۱ در ابعاد مختلف، وجود جرائم^۲ و انحرافات، مسائل مربوط به محیط‌زیست، نابرابری فاحش در فرصت‌های مصرف و نظایر آن (زاهدی اصل، ۱۳۸۶: ۳۲). با توجه به این‌که سلامت افراد جامعه قبل از هر چیز، در عوامل و تعیین‌کننده‌های اجتماعی- فرهنگی ریشه دارد (ودادهیر و ساداتی، ۱۳۸۹: ۱۵) تنظیم یک برنامه بهبود سلامت، با توجه به زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی جامعه ضرورت بنیادین دارد و نیز با توجه به این‌که سلامت اجتماعی به‌عنوان یکی از ابعاد سلامت، نقش مهمی در تعادل زندگی اجتماعی انسان‌ها دارد و پوشش فراگیر آن در جامعه می‌تواند موجبات توسعه اجتماعی^۳ را فراهم آورد، ضرورت مطالعاتی و سیاست‌گذاری ویژه‌ای را می‌طلبد.

به نظر می‌رسد این حوزه مطالعاتی در شهر کاشان بیشتر احساس می‌شود. شهر کاشان دومین شهر بزرگ استان اصفهان است. در مرکز کشور قرار گرفته، پیشینه

۱. Poverty

۲. Crimes

۳. Social Development

تاریخی غنی دارد. و محل تبادل میان افراد، فرهنگ‌ها و اندیشه‌هاست که با ورودشان کاشان را به شهری در حال عبور، پویا و نه ایستا مبدل کرده‌اند که در حین پویایی خود، عده‌ای را به انزوا و عده‌ای را به سمت جمع‌گرایی، تعلق بیشتر و یکپارچگی سوق می‌دهد و زمینه ایجاد فرصت‌ها و تهدیدها را فراهم می‌آورد. غلبه بر تهدیدها و تبدیل فرصت‌ها به بستر توسعه اجتماعی و فرهنگی امری ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به آنچه ذکر شد که سلامت اجتماعی محور توسعه است؛ چنین مطالعه‌ای در شهر کاشان قابل تأمل به نظر می‌رسد. از این روی مطالعه حاضر با رویکردی علمی در پی پاسخ به این سؤالات است که وضعیت سلامت اجتماعی در شهر کاشان چگونه است؟ و متناسب با ویژگی‌های شهر کاشان چه عوامل فرهنگی - اجتماعی بر سلامت اجتماعی شهروندان مؤثرند؟

پیشینه تجربی پژوهش

- کلین- سوسا و رنک^۱ (۲۰۱۶) در پژوهشی با هدف بررسی پذیرش اجتماعی (به‌عنوان مؤلفه سلامت اجتماعی) به‌مثابه تعدیل‌کننده در رابطه بین وضعیت اقتصادی- اجتماعی و سازگاری روان‌شناختی نوجوانان، نشان داد که وضعیت اقتصادی- اجتماعی و سازگاری روان‌شناختی، پیش‌بینی‌کننده پذیرش اجتماعی نوجوانان هستند، همچنین پذیرش اجتماعی درک شده نوجوانان نیز به‌طور معناداری در رابطه بین وضعیت اقتصادی- اجتماعی و افسردگی، اضطراب و خودپنداره نوجوانان نقش تعدیل‌کننده دارد. - اخمت و همکاران (۲۰۱۳) شاخص‌های سلامت اجتماعی و رشد اقتصادی را در آسیای شرقی و اقیانوس آرام، خاورمیانه و شمال آفریقا، آسیای جنوبی و جنوب صحرای آفریقا مورد بررسی قرار داده‌اند. هدف آن‌ها از این مطالعه بررسی تجربی رابطه دوطرفه بین شاخص‌های سلامت اجتماعی و رشد اقتصادی در چهار منطقه نام

۱. Klein-Sosa & Renk

برده، بود. اطلاعات از طریق جمع‌آوری داده‌های ثانویه چهار منطقه از سال ۱۹۷۵ تا ۲۰۱۱ صورت گرفت. نتایج تجربی نشان می‌دهند که رشد اقتصادی تأثیر معناداری در درازمدت بر شاخص‌های سلامت اجتماعی دارد.

- سانتا ورون^۱ و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه خود به بررسی تفاوت سلامت روانی و اجتماعی در میان دانشجویان لتونیایی و رومانیایی پرداخته‌اند. این مطالعه بر روی ۱۳۰ تن از دانشجویان لتونیایی و ۴۴۹ تن از دانشجویان رومانیایی انجام شده است. از ابزار پرسشنامه برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شده و نتایج نشان داد زمانی که دانشجویان شرایط اجتماعی و اقتصادی‌شان مشابه باشد و تفاوت‌های فرهنگی نداشته باشند در تعامل با استادان خود نیز سطح شکوفایی اجتماعی، یکپارچگی اجتماعی، مشارکت اجتماعی، پذیرش اجتماعی و انسجام اجتماعی‌شان مشابه است. از طرفی تفاوت‌های فرهنگی می‌تواند سلامت را تحت تأثیر قرار دهد. در واقع فرهنگ می‌تواند به توسعه مؤلفه‌های سلامت روانی و اجتماعی دانشجویان کمک کرده و سبب سلامتی آن‌ها شود.

- جنی کتریس^۲ (۲۰۰۹) در مطالعه‌ای با عنوان مناطق فرانسه و سلامت اجتماعی آن‌ها، به طراحی شاخصی جدید برای سنجش سلامت اجتماعی فرانسوی‌ها پرداخته است. این شاخص عملکرد مجریان سلامت اجتماعی را در مناطق مختلف فرانسه مشخص می‌کند. این شاخص داده‌های منطقه‌ای در مورد سلامت اجتماعی را در سال ۲۰۰۴ در مناطق فرانسه مشخص می‌کند و بدین شکل عملکرد این مناطق را در این زمینه نشان می‌دهد. براین اساس بدترین عملکرد را در زمینه سلامت اجتماعی مناطقی دارند که شهرنشین هستند اما سایر مناطق مانند لیموزین در این زمینه عملکرد خوبی دارند.

۱. Santa Vorone

۲. Jany-catrice

- پل^۱ (۲۰۰۷) در مطالعه‌ای به بررسی تأثیر عملکردهای ارتباطی، سلامت اجتماعی، سلامت معنوی بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان پرداخت. نمونه‌های این مطالعه افراد مبتلا به سرطان بین ۳۵ تا ۸۰ سال بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. نتایج نشان داد که سلامت معنوی عمده‌ترین عامل تأثیرگذار در کیفیت زندگی این افراد بود و سلامت اجتماعی پس از سلامت معنوی در رتبه دوم قرار داشت ولی عملکردهای ارتباطی این افراد رابطه‌ای با کیفیت زندگی آن‌ها نداشت.

- لارسون^۲ (۱۹۹۳) مطالعه‌ای با عنوان سنجش سلامت اجتماعی انجام داده است. سلامت اجتماعی از نظر وی، از دو بُعد سازگاری اجتماعی و حمایت اجتماعی تشکیل شده است. سازگاری اجتماعی شامل رضایت از روابط، عمل فرد در نقش‌های اجتماعی و سازگاری با محیط اجتماعی است. منظور از حمایت اجتماعی ارتباطات فرد در شبکه‌های اجتماعی است. به نظر لارسون مقیاس سازگاری اجتماعی و حمایت اجتماعی قابلیت اطمینان بیشتری نسبت به دیگر مقیاس‌ها دارند. اما از آنجا که این مطالعه به دنبال ایجاد چارچوبی مفهومی برای سلامت اجتماعی بوده لارسون این مرحله و شناخت دو مقیاس سازگاری اجتماعی و حمایت اجتماعی برای سنجش سلامت اجتماعی را نقطه شروعی برای چگونگی سنجش این مفاهیم در آینده می‌داند.

- حیدرخانی و همکاران (۱۳۹۶) مقاله‌ای با عنوان «تحلیل و بررسی ارتباط بین ابعاد مختلف حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار در مناطق روستایی شهرستان کرمانشاه» انجام داده‌اند. این مقاله با استفاده از روش میدانی، تکنیک پیمایش و ابزار تحقیق پرسشنامه به دنبال پاسخ به این سؤال اصلی می‌باشد که آیا بین ابعاد مختلف حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار ارتباط وجود دارد؟ جامعه آماری پژوهش حاضر زنان سرپرست خانوار روستاهای شهر کرمانشاه

۱. Paul

۲. Larson

می‌باشد. نتایج تحقیق حاکی از آن است که بین حمایت عاطفی (۰/۳۴)، حمایت ابزاری (۰/۳۰)، حمایت اطلاعاتی (۰/۲۳)، حمایت ارزیابانه (۰/۱۷) و درآمد (۰/۲۷) با میزان سلامت اجتماعی زنان ارتباط مثبت و مستقیم و معنادار وجود دارد. اما بین متغیر سن و سلامت اجتماعی ارتباط معناداری مشاهده نشد.

- فیروزبخت و همکاران (۱۳۹۶) مطالعه‌ای با عنوان «بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان: یک مطالعه مروری در مجلات فارسی» انجام داده‌اند. هدف از این مطالعه، بررسی برخی از عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی در زنان می‌باشد. این مطالعه، یک مطالعه مروری سیستماتیک است. نتایج حاصل از مقالات برگزیده نشان داد که متغیرهای پایگاه اقتصادی-اجتماعی، تحصیلات، درآمد، حمایت اجتماعی و سرمایه اجتماعی دارای ارتباط معناداری با سلامت اجتماعی می‌باشند.

- محسنی تبریزی و نوابخش (۱۳۹۵) پژوهش خود با عنوان «بررسی سلامت اجتماعی شهروندان تهرانی و عوامل مؤثر بر آن» را به روش پیمایش با جامعه آماری خانوارهای ساکن در منطقه ۳ شهر تهران انجام داده‌اند. نتایج نشان داد که بین ابعاد متغیر سلامت اجتماعی و متغیرهای جنسیت، وضعیت تأهل، پایگاه اقتصادی-اجتماعی، مهارت‌های ارتباطی، مذهب و میزان استفاده از شبکه‌های اجتماعی، ارتباط معناداری وجود دارد.

- زاهدی اصل و درویشی فرد (۱۳۹۵) پژوهشی با عنوان «عوامل اجتماعی مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی سالمندان (مطالعه موردی: سالمندان شهر کوه‌دشت)»، انجام داده‌اند. نتایج پژوهش نشان داد که اکثریت سالمندان از میزان سلامت اجتماعی متوسطی برخوردار بودند. همچنین میان پایگاه اجتماعی، حمایت اجتماعی، مهارت‌های ارتباطی با میزان سلامت اجتماعی رابطه معنادار و مستقیم وجود دارد، ولی میان اوقات فراغت و میزان سلامت اجتماعی رابطه معناداری یافت نشد.

- بنخارایی و همکاران (۱۳۹۴) به «مطالعه جامعه‌شناختی سلامت اجتماعی زنان و عوامل مؤثر بر آن (مطالعه موردی: زنان منطقه چهار شهری تهران)» پرداخته‌اند. در این

پژوهش با استفاده از روش پیمایشی و توصیفی زنان ۱۸ تا ۵۵ ساله منطقه چهار شهری تهران در سال ۱۳۹۴ مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. نتایج نشان داد که میزان سلامت اجتماعی زنان در حد متوسط رو به بالا بوده است و بالاترین مقدار میانگین مربوط به بُعد پذیرش اجتماعی و کمترین مقدار مربوط به بُعد شکوفایی اجتماعی است. همچنین یافته‌ها بیانگر رابطه مستقیم بین احساس امنیت اجتماعی، گشودگی، گرایش مذهبی و وضعیت تأهل با سلامت اجتماعی در جامعه مورد مطالعه بوده است.

- زکی و خشوعی (۱۳۹۲) به بررسی «سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در بین شهروندان شهر اصفهان» پرداخته‌اند. یافته‌ها نشان داد که بین سلامت اجتماعی و متغیرهای مسئولیت‌پذیری اجتماعی، تعهد اجتماعی و اعتماد اجتماعی رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد. بین سلامت اجتماعی و بیگانگی اجتماعی نیز رابطه معنادار و معکوسی وجود دارد، هرکدام از متغیرهای هفت‌گانه تحقیق به‌طور جداگانه (سن، تحصیلات، وضعیت شغلی، مهاجرت، طبقه اجتماعی، درآمد و حوزه اجتماعی شهری) با سلامت اجتماعی رابطه معناداری داشتند.

- رضایی (۱۳۹۲) در پایان‌نامه کارشناسی ارشد خود به «بررسی سلامت اجتماعی شهروندان مشهد و عوامل مؤثر بر آن» پرداخته است. روش بررسی در این مطالعه، پیمایش و جامعه آماری مورد مطالعه، شهروندان بالای ۱۸ سال شهر مشهد می‌باشد. نتایج نشان داد که میزان سلامت اجتماعی شهروندان شهر مشهد به طرز معناداری بالاتر از حد متوسط است. همچنین تأثیر معنادار عواملی همچون سن، وضعیت تأهل، حمایت اجتماعی، شبکه اجتماعی، دین‌داری، اعتماد اجتماعی و احساس امنیت اجتماعی بر سلامت اجتماعی تأیید گردید.

همان‌گونه که در پیشینه تجربی مشخص گردید؛ اکثر مطالعات خارجی به بررسی سلامت اجتماعی و مقایسه میزان آن، یا بررسی شاخص‌های آن در مناطق مختلف پرداخته‌اند. مطالعات داخلی بر عوامل سلامت اجتماعی تأکید کرده‌اند فارغ از آنکه این عوامل اجتماعی باشند یا فرهنگی. روش مورد استفاده آن‌ها روش کمی با ابزار

پرسشنامه بوده است که از این حیث مشابه مطالعه پیش‌رو است اما این مطالعه ضمن استفاده از مطالعات قبلی به لحاظ شمول مفاهیم و ابعاد نظری مدنظر در حوزه سلامت اجتماعی و نیز ماهیت مباحث مطرح‌شده در این عرصه، تفاوت‌هایی با مطالعات و تحقیقات موجود دارد. بر این اساس، این پژوهش در تلاش است تا تعاملات میان سازه‌ای بین پارامترهای مؤثر بر سلامت اجتماعی را در نظر گرفته و در قالب‌هایی نظیر تحلیل‌های رگرسیونی و تحلیل مسیر، روابط چندگانه میان متغیرها را ارزیابی کند. به بیانی دیگر در پژوهش حاضر به ساختار روابط بین متغیرها توجه بیشتری شده است. از سوی دیگر بُعد مکانی تحقیق و تدوین یک پرسشنامه بومی که منطبق با محیط پژوهش و متناسب با فرهنگ، نظام ارزش‌ها و باورهای منطقه باشد نیز از جمله مواردی است که این مطالعه را از برخی مطالعات دیگر تمیز می‌دهد.

چارچوب نظری

سلامت اجتماعی^۱ به معنی «زندگی خوب داشتن» (Shapiro et al, 2007: 5) و راضی بودن از آن است. افراد جامعه زمانی احساس شادی و رضایت می‌کنند که کیفیت زندگی‌شان خوب است و عملکرد مثبتی دارند. به عبارتی کنش‌ها و واکنش‌هایشان در برابر یکدیگر به گونه‌ای است که سبب می‌شود احساس مثبتی در یکدیگر برانگیزند. از طرف دیگر سلامت اجتماعی به این معنی است که افراد جامعه تا چه حد نقش‌های خود را خوب ایفا می‌کنند و در جایگاهی که قرار دارند تا چه حد عملکردشان رضایت‌بخش و مثبت است. این عملکرد به نگرش فرد نسبت به خود به‌عنوان عضوی از جامعه و نگرش فرد نسبت به دیگران بازمی‌گردد. زمانی که فرد خود را متعلق به جامعه می‌داند در واقع احساس تعلق و تعهدی را تجربه می‌کند که در عملکرد او انعکاس می‌یابد. پردازش‌دهی وی از اجتماع درست نقطه‌مقابل این وضعیت است که به

۱. Social Heath

افسردگی، انزوا و تنهایی فرد منجر می‌شود. چنانچه تعلق و تعهدی وجود داشته باشد فرد خود را در برابر شرایط و حوادث پیرامون و درون جامعه مسئول می‌داند و در جهت تأمین شرایط بهتر تلاش می‌کند.

بنابراین سلامت اجتماعی غالب اوقات با توجه به شرایط اجتماعی بیرونی فرد مانند شرایط زندگی وی، منطقه و کشوری که او در آن زندگی می‌کند، تعریف می‌شود (Kallaghan, 2008: 2). در مجموع اوستون و جیکوب^۱ (۲۰۰۵) نیز اشاره می‌کنند که سلامت اجتماعی مجموعه‌ای از مهارت‌های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به‌عنوان عضوی از جامعه بزرگ‌تر است (ابراهیم پور و همکاران، ۱۳۹۱: ۵۳) که فرد توسط آن با جامعه رابطه برقرار کرده و توانایی حضور و مشارکت در روابط اجتماعی را پیدا می‌کند.

کیز مؤلفه‌های شکوفایی اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انسجام اجتماعی، همبستگی اجتماعی و پذیرش اجتماعی را به‌عنوان ابعاد سلامت اجتماعی مطرح نمود (Keyes, 1998: 122) که در زیر به‌طور مختصر به آن‌ها پرداخته می‌شود.

• **یکپارچگی اجتماعی؛** به معنی ارزیابی فرد از کیفیت روابط متقابلش در جامعه و گروه‌های اجتماعی است، بنابراین یکپارچگی اجتماعی گسترده‌ای است که مردم احساس می‌کنند به جامعه و گروه‌های اجتماعی تعلق دارند.

• **مشارکت اجتماعی؛** بیانگر ارزیابی فرد از ارزش اجتماعی خود است.

• **پیوستگی اجتماعی؛** اعتقاد به این است که اجتماع قابل‌فهم، منطقی و قابل

پیش‌بینی است.

• **شکوفایی اجتماعی؛** ارزیابی پتانسیل‌ها و مسیر تکامل جامعه و باور به این امر

است که اجتماع در حال یک تکامل تدریجی است و توانمندی‌های بالقوه‌ای برای تحول مثبت دارد. این افراد به آینده جامعه امیدوارند.

۱. Ustun, B. & Jakob

• پذیرش اجتماعی؛ تفسیر فرد از جامعه و ویژگی‌های دیگران است. افرادی که دارای این بُعد از سلامت اجتماعی هستند، اجتماع را به صورت مجموعه‌ای از افراد مختلف درک می‌کنند و دیگران را با همه نقض‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی‌ای که دارند، می‌پذیرند. پذیرش اجتماعی نسخه اجتماعی پذیرش خود است. افرادی که نگرش مثبتی به شخصیت خود دارند و جنبه‌های خوب و بد زندگی خود را می‌پذیرند، از سلامت روانی و اجتماعی برخوردارند. پذیرش اجتماعی شامل تکثر، اعتماد به خوب بودن ذاتی دیگران و نگاه مثبت به ماهیت انسان‌ها و امید به آینده است که همگی موجب می‌شوند فرد در کنار سایر اعضای جامعه انسانی، احساس راحتی کند.

یکی از عواملی که به فرد اجازه می‌دهد روابط اجتماعی سالمی را با آسودگی خاطر تجربه کند سرمایه اجتماعی است. چنانچه سرمایه اجتماعی در جامعه وجود داشته باشد افراد درک بهتری از روابط اجتماعی دارند. به عبارتی روابط اجتماعی بر مبنای هنجارهای اجتماعی در زمینه‌ای مبتنی بر اعتماد، مشارکت و انسجام شکل می‌گیرد. یکی از ابعاد سرمایه اجتماعی اعتماد است. اعتماد زمینه‌شکل‌گیری روابط را فراهم می‌کند. در واقع تا زمانی که افراد به یکدیگر اعتماد نداشته باشند با یکدیگر رابطه برقرار نمی‌کنند و با ایجاد رابطه است که جامعه شکل می‌گیرد و رابطه همراه با اعتماد، سلامت اجتماعی را به دنبال دارد. اعتماد فردی، اعتماد اجتماعی و اعتماد به نهادها و مشارکت در آن‌ها را با خود به دنبال دارد. چنین است که وجود عنصر اعتماد در فعالیت‌های اجتماعی و مشارکت در آن‌ها روابط اجتماعی گسترده‌تر و دسترسی آسان افراد به تسهیلات، خدمات و امکانات جامعه را فراهم می‌کند. در مجموع اعتماد حلقه نخست چرخه سرمایه اجتماعی می‌تواند قلمداد شود که فرد را از تنهایی و از خودبیگانگی به سمت درگیری‌های اجتماعی هدایت می‌کند.

خیراله‌پور در پژوهشی معتقد است که سپری کردن اوقات خود با دوستان، حضور در گروه‌های اجتماعی، مشارکت در نقش‌های اجتماعی و شغلی، گرایش به فعالیت‌های مذهبی و تفریح کردن به همراه گروه از نمونه‌های بارز درگیری اجتماعی می‌باشند

(خیرالله پور، ۱۳۸۳: ۴۳). در مجموع لایکوک^۱ تأثیر شبکه اجتماعی بر سلامت را پرورش روحیه اعتماد، مشارکت، درگیری‌های اجتماعی و به عبارتی تقویت سرمایه اجتماعی می‌داند. مشارکت و درگیری‌های اجتماعی از عملکرد پیوندهای بالقوه در فعالیت‌های زندگی ناشی می‌شوند. بنابراین از طریق فرصت‌هایی که به واسطه عضویت در شبکه‌های اجتماعی برای فرد فراهم می‌شود تا در رویدادهای اجتماعی مشارکت کند، از طرفی شبکه‌های اجتماعی، نقش‌های اجتماعی شغلی و خانوادگی را تعریف می‌کنند و از این طریق سلامت روانی و اجتماعی فرد را نیز ارتقا می‌دهند (خیرالله پور، ۱۳۸۳: ۴۳).

زمانی که جامعه‌ای سالم است هر فرد با دیگری به لحاظ برخورداری از امکانات و فرصت‌ها، برابر است و افراد می‌توانند در عدالت جریان یافته در جامعه احساس شادی و نشاط اجتماعی را تجربه کنند. از طرف دیگر نشاط اجتماعی فرد را از تنگناهای تنهایی به سمت عضویت و درگیر شدن در گروه‌ها و اجتماعی که در آن زندگی می‌کند، سوق می‌دهد که خود منجر به افزایش سلامت اجتماعی فرد می‌شود. باوجود تأثیر متقابل نشاط اجتماعی و سلامت اجتماعی، نشاط حلقه گمشده مطالعات جامعه‌شناسی و روانشناسی قرن بیستم است. نشاط به‌عنوان یکی از مهم‌ترین هیجانات مثبت، از مفاهیم اساسی در زندگی فرد است و نقش مهمی در حیات روانی و اجتماعی فرد بازی می‌کند. شادی چگونگی داوری فرد درباره نحوه گذران زندگی است، این نوع داوری متأثر از ادراکات شخصی فرد و تجربه احساسات و عواطف مثبت است که بر سبک تبیین، قضاوت و تصمیم‌گیری فرد اثر می‌گذارد (صباغ، معینیان و صباغ، ۱۳۹۰: ۳۳)..

در جامعه‌ای سالم، برابری همه در برابر قانون از افراد حمایت می‌کند و این حمایت به آن‌ها کمک می‌کند خود را متعلق به جامعه و برابر با دیگر افراد بدانند. نابرابری و عدم تعلق و طرد شدن در جامعه است که فرد را بیش‌ازپیش به دنیای درون

۱. Laycock

خود سوق می‌دهد چنان‌که وی نیز دیگران را نمی‌پذیرد و خشم درونی را که ممکن است شمایل بیرونی پیدا کند تجربه می‌کند. خشم و افسردگی فرد را به تدریج از جامعه دور کرده، نشاط و شادی را از وی ربوده و فرصت‌های پیشرفت را از او سلب می‌کند. چنان‌که از تلاش برای رسیدن به اهدافش باز می‌ماند. در واقع بیماری اجتماعی و بیماری روانی همچون یک پازل عمل می‌کنند و هر یک می‌تواند دیگری را تکمیل کند. افرادی که بیماری روانی و اجتماعی را تجربه نمی‌کنند و از سلامت اجتماعی برخوردارند شادتر هستند و می‌توانند در کنار دیگران زندگی بهتری را تجربه کنند و از انزوا دوری گزیده، به جامعه پیوسته و مشارکت بیشتری در روابط اجتماعی داشته باشند و احساس عزت‌نفس بیشتری کنند.

سرمایه فرهنگی متغیر دیگری است که می‌تواند بر سلامت اجتماعی تأثیرگذار باشد. دارا بودن سرمایه فرهنگی به فرد کمک می‌کند که با عزت‌نفس بیشتری در روابط اجتماعی مشارکت کند. سرمایه فرهنگی متفاوت بین افراد آن‌ها را از نظر سبک زندگی متفاوت می‌کند. در نتیجه هر یک از افراد به‌گونه‌ای متفاوت زندگی می‌کنند آن‌ها که سرمایه فرهنگی بالایی دارند نسبت به آن‌ها که سرمایه فرهنگی کمی دارند بدیهی است که سبک زندگی متفاوتی را اختیار کنند و سرمایه فرهنگی کمتر به سبک زندگی سلامت‌محور منجر نمی‌شود. یکی از شاخصه‌های مهم سرمایه فرهنگی به تحصیلات فرد مرتبط می‌شود که چنانچه فرد از تحصیلات بالاتری برخوردار باشد فرصت‌هایی برای بروز خود در جامعه پیدا می‌کند در نتیجه سلامت روانی و اجتماعی را بیش‌ازپیش تجربه می‌کند و از پتانسیل حمایت جامعه برخوردار است که از عناصر مهم سلامت اجتماعی و حلقه اتصال به جامعه است. بنابراین میزان دسترسی افراد به سرمایه‌های فرهنگی موجب احراز نوع خاصی از سبک زندگی مرتبط با سلامت توسط آن‌ها می‌شود.

از طرف دیگر، تحقق سلامت اجتماعی و زندگی خوب داشتن درگرو پارامتر مهم دیگری است که از آن به‌عنوان امید یا نگاه مثبت به آینده صحبت می‌شود. کلمن در این

زمینه بر این باور است که تحقق زندگی مناسب و خوب، منوط بر تطابق تجارب فرد با آرزوهایش است. به طوری که کیفیت زندگی زمانی کاهش می یابد که امیدها با تجارب، همخوان نشوند (صباح، معینیان و صباح، ۱۳۹۰: ۳۳). مسیرهای تفکر و منابع تفکر، عناصر زیربنایی امیدواری یا تفکر هدف دار تلقی می شوند. مسیرهای تفکر، انعکاس دهنده ظرفیت فرد برای تولید کانال های شناختی برای رسیدن به اهدافش است و منابع تفکر هم عبارت اند از: افکاری که افراد درباره توانایی هایشان برای عبور از مسیرهای برگزیده تعریف کرده اند تا به اهدافشان برسند. از طریق ترکیب منابع و مسیرها، می توان به اهداف رسید. اگر هر کدام از این دو عنصر شناختی وجود نداشته باشند، رسیدن به اهداف غیرممکن است. یافته های پژوهشی نشان داده اند که بین بالا بودن میزان امیدواری افراد و موفقیت آنها در فعالیت های ورزشی، بالا بودن میزان پیشرفت تحصیلی، سلامت جسمی، روانی و اجتماعی بهتر و مؤثرتر بودن روش های روان درمانی مورد استفاده در درمان اختلالات، ارتباط وجود دارد (شاکری نیا، ۱۳۹۱: ۸ و ۹).

با توجه به آنچه در چارچوب نظری و نیز پیشینه تجربی تحقیق، آمده، می توان فرضیات را چنین نگارش کرد که:

- بین اعتماد اجتماعی و برخورداری از سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد.
- بین احساس شادی و برخورداری از سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد.
- بین احساس امیدواری و برخورداری از سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد.
- بین سرمایه فرهنگی و برخورداری از سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد.

روش پژوهش

روش پژوهش، پیمایش و ابزار جمع آوری اطلاعات، پرسشنامه است. جامعه آماری تحقیق شامل شهروندان ۱۸-۶۴ ساله شهرستان کاشان است که بر اساس فرمول کوکران ۳۷۳ نفر به دست آمده است. شیوه نمونه گیری به صورت غیر احتمالی - سهمیه ای و

اعتبار^۱ تحقیق از نوع اعتبار صوری با توافق داوران و متخصصان رشته علوم اجتماعی و روایی^۲ مفاهیم موجود بر اساس ضریب آلفای کرونباخ دارای حدنصاب به شرح جدول زیر است:

جدول ۱- ضریب آلفای کرونباخ مفاهیم تحقیق

متغیرها	ضریب آلفای کرونباخ
سرمایه فرهنگی	۰/۷۱
اعتماد اجتماعی	۰/۷۹
احساس شادی	۰/۹۰
احساس امیدواری	۰/۸۹

یافته‌های پژوهش

یافته‌های توصیفی

در مطالعه حاضر ۵۶/۹ درصد از پاسخگویان را مردان و ۴۳/۱ درصد را زنان تشکیل داده‌اند و میانگین سنی آنان ۳۳/۷۳ بوده است. بنابراین مردان با مقدار ۵۶/۹ درصد بیش از نیمی از جمعیت مورد مطالعه را تشکیل داده‌اند. ۳۰/۸ درصد پاسخگویان مجرد، ۶۷/۰ درصد متأهل، ۱/۹ درصد مطلقه و ۰/۳ درصد همسرشان فوت شده است. جمعیت متأهلین شرکت‌کننده در تحقیق بیش از سایر پاسخگویان بوده است. به طوری که با مقدار ۶۷/۰ درصد بیش از نیمی از جمعیت را تشکیل می‌دهند. سطح تحصیلات ۱/۱ درصد بی‌سواد، ۱۵/۲ درصد زیر دیپلم، ۳۴/۲ درصد دیپلم، ۳۹/۰ درصد فوق‌دیپلم و لیسانس، ۹/۱ درصد بالاتر از لیسانس و ۱/۳ درصد حوزوی است. بیشترین درصد پاسخگویان را افرادی تشکیل داده‌اند که دارای تحصیلات در حد فوق‌دیپلم و دیپلم بوده‌اند.

۱. Validity

۲. Reliability

عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی در میان شهروندان ... ۱۶۵

۶۹/۵ درصد از پاسخگویان شاغل و ۳۰/۶ درصد غیرشاغل بوده‌اند. ۱۶/۱ درصد از پاسخگویان دارای مشاغل دولتی، ۵۳/۴ درصد دارای مشاغل غیردولتی و ۳۰/۶ درصد غیر شاغل هستند. جمعیت شاغلین بیش از جمعیت افراد غیرشاغل بوده است. وضعیت اقتصادی و اجتماعی ۲۵/۲ درصد از پاسخگویان پایین‌تر از حد متوسط، ۶۵/۱ درصد متوسط و ۹/۷ درصد متوسط به بالا هستند. وضعیت اقتصادی اکثر پاسخگویان در حد متوسط ارزیابی شده است. توصیف مفاهیم اصلی تحقیق نیز به شرح جدول زیر است:

جدول ۲- توصیف متغیرهای مستقل و وابسته تحقیق

متغیرها	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف استاندارد	کشیدگی	چولگی
سلامت اجتماعی	۱/۰۰	۲/۰۰	۲/۵۹	۰/۳۷	-۰/۰۵۵	۱/۷۱
سرمایه فرهنگی	۱/۰۰	۴/۰۰	۱/۵۴	۰/۲۲	-۰/۶۳	۰/۱۳
نشاط اجتماعی	۱/۲۲	۴/۰۰	۲/۹۰	۰/۵۹	-۰/۲۹	-۰/۳۳
احساس امیدواری	۱/۳۱	۳/۹۴	۲/۹۲	۰/۵۳	-۰/۵۳	-۰/۳۹
اعتماد اجتماعی	۱/۲۵	۴/۲۲	۲/۶۴	۰/۵۳	-۰/۱	۰/۰۲

در جدول شماره ۲ میانگین، دامنه تغییرات، انحراف استاندارد، چولگی و کشیدگی متغیرهای مستقل و وابسته پژوهش آورده شده است. میانگین کلیه متغیرهای موردبررسی بالاتر از ۲/۵ است بدین معنی که از حد متوسط بالاتر است به‌استثنای متغیر سرمایه فرهنگی که با میانگین ۱/۵۴ پایین‌تر از حد متوسط است. هرچه مقادیر متغیرها از ۲/۵ بالاتر باشند نشان می‌دهد که پاسخگویان در آن متغیر نمره بالاتری کسب کرده‌اند. احساس امیدواری با مقدار ۲/۹۲ بالاترین مقدار را در بین متغیرهای دیگر دارد. به‌طورکلی نتایج این بخش نشان می‌دهند که میزان متغیرهای مرتبط با عوامل سلامت اجتماعی در بین شهروندان کاشانی بالا بوده و میانگین آن‌ها در حد متوسط و بالاتر است و تنها سرمایه فرهنگی در شهر کاشان پایین‌تر از حد متوسط است.

یافته‌های استنباطی

طبق آزمون مقایسه میانگین (t) تفاوت میانگین سلامت اجتماعی زنان و مردان در جامعه آماری مورد بررسی معنادار نیست.

طبق آزمون مقایسه میانگین (f) افراد با تحصیلات متفاوت به صورت تقریباً یکسان و نه متفاوتی از سلامت اجتماعی برخوردار هستند. به عبارت دیگر میانگین سلامت اجتماعی برحسب تحصیلات افراد مورد مطالعه در جامعه آماری مورد بررسی متفاوت نیست.

مبتنی بر آزمون اسپیرمن، هرچه نمره طبقه اقتصادی افراد افزایش می‌یابد، سلامت اجتماعی آن‌ها هم افزایش پیدا می‌کند. به عبارتی سلامت اجتماعی افراد طبقه پایین کمتر و سلامت اجتماعی افراد طبقه اقتصادی بالا، بیشتر است.

آزمون فرضیه‌ها

جدول ۳- آزمون پیرسون رابطه بین متغیرهای مستقل و وابسته

سطح معناداری	همبستگی پیرسون	متغیرها	
۰/۰۰	۰/۲۵	اعتماد اجتماعی	سلامت اجتماعی
۰/۰۰	۰/۵۵	نشاط اجتماعی	
۰/۰۰	۰/۴۵	احساس امیدواری	
۰/۰۰	۰/۲۲	سرمایه فرهنگی	

جدول شماره ۳ نتایج آزمون همبستگی پیرسون بین متغیرهای مستقل اعتماد اجتماعی، نشاط اجتماعی، احساس امیدواری و سرمایه فرهنگی با میزان سلامت اجتماعی نشان می‌دهد که با افزایش میزان اعتماد اجتماعی، نشاط اجتماعی، احساس امیدواری و سرمایه فرهنگی، سلامت اجتماعی نیز افزایش می‌یابد. بین متغیر اعتماد اجتماعی شهروندان با سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد. جهت رابطه مثبت و شدت رابطه ضعیف است. با افزایش اعتماد اجتماعی، سلامت اجتماعی نیز افزایش می‌یابد و برعکس. متغیر نشاط اجتماعی با سلامت اجتماعی رابطه معناداری دارد.

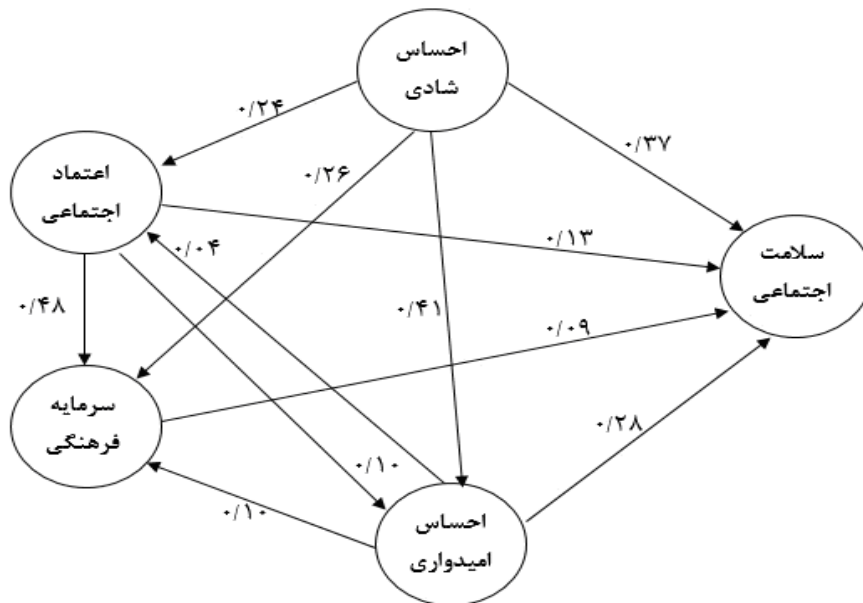
جهت این رابطه مثبت و شدت آن در حد متوسط رو به قوی است. با افزایش متغیر نشاط اجتماعی سلامت اجتماعی نیز افزایش می‌یابد و برعکس. متغیر احساس امیدواری نیز با سلامت اجتماعی رابطه معناداری دارد. جهت رابطه مثبت است و شدت آن متوسط است. چنانچه احساس امیدواری افزایش یابد سلامت اجتماعی نیز افزایش می‌یابد و برعکس. بین سرمایه فرهنگی و سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد. جهت رابطه مثبت و شدت آن ضعیف است. با افزایش سرمایه فرهنگی، سلامت اجتماعی افزایش می‌یابد و برعکس. همچنین تأثیر متغیر نشاط اجتماعی بر سلامت اجتماعی (۰/۵۵) بیش از متغیرهای دیگر است و اثر متغیر سرمایه فرهنگی بر سلامت اجتماعی (۰/۲۲) کمتر از متغیرهای دیگر است. از سوی دیگر به‌منظور تأثیر ترکیب خطی متغیرهای مستقل بر وابسته نتایج رگرسیون به شرح زیر گزارش می‌شود.

رگرسیون چندمتغیره و تحلیل مسیر

جدول ۴- ضرایب تأثیر متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته

Sig	T	Beta	B	متغیرهای مستقل
۰/۰۰۰	۶/۱۷۶	۰/۲۸۰	۰/۱۹۴	احساس امیدواری
۰/۰۰۰	۷/۸۶۵	۰/۳۷۹	۰/۲۳۵	احساس شادی
۰/۰۰۱	۳/۲۰۷	۰/۱۳۷	۰/۰۹۶	اعتماد اجتماعی
۰/۰۲۸	۲/۲۰۱	۰/۰۹۴	۰/۱۵۷	سرمایه فرهنگی
Durbin-Watson= ۱/۹۲ R Squar = ۰/۳۹۶				
Adjusted R Squar= ۰/۳۸۹ R= ۰/۶۲۹				

از آنجایی که مقدار آماره دوربین-واتسون (۱/۹۲) در فاصله بین ۱/۵ و ۲/۵ قرار دارد، فرض عدم وجود خودهمبستگی بین مشاهدات رد می‌شود و می‌توان از رگرسیون استفاده کرد. مقدار *Beta* مقدار استاندارد شده ضرایب است که نشان‌دهنده میزان تغییر در انحراف معیار متغیر وابسته به ازای تغییری به اندازه یک انحراف معیار در متغیر مستقل است که هر چه قدر مطلق آن بزرگ‌تر باشد رابطه قوی‌تر متغیر وابسته و مستقل را نشان می‌دهد. بر آن اساس احساس شادی با مقدار (۳۷۹/۰) دارای بیشترین اثر است و به ازای یک واحد تغییر در انحراف معیار این متغیر ۳۷۹/۰ تغییر در انحراف معیار این متغیر وابسته یعنی سلامت اجتماعی ایجاد می‌شود. از آنجا که آزمون تساوی ضرایب رگرسیون و مقدار ثابت با مقدار صفر، کوچک‌تر از ۰/۰۵ است فرض تساوی ضرایب رگرسیون و مقدار ثابت با مقدار صفر رد می‌شود و به عبارت دیگر هر چهار متغیر مستقل و مقدار ثابت بر متغیر وابسته تأثیر گذارند (مقدار ثابت $t=5/844$ و $sig=0/000$). علاوه بر تأثیرات مستقیم متغیرها، به منظور ارزیابی تأثیرات غیرمستقیم متغیرها، نتایج تحلیل مسیر صورت گرفته در نمودار و جدول زیر ارائه شده است.



نمودار ۱- نتایج تحلیل مسیر

جدول ۵- محاسبه تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته

متغیر	تأثیر مستقیم	تأثیر غیرمستقیم	تأثیر کل
احساس شادی	۰/۳۷۹	۰/۱۵	۰/۵۳
اعتماد اجتماعی	۰/۱۳۷	۰/۰۷۵	۰/۲۱
سرمایه فرهنگی	۰/۰۹۴	-	۰/۰۹۴
احساس امیدواری	۰/۲۸۰	۰/۰۱۶	۰/۲۹

طبق اطلاعات جدول شماره (۵)، بیشترین تأثیر را متغیر احساس شادی و کمترین تأثیر را سرمایه فرهنگی بر سلامت اجتماعی افراد مورد مطالعه دارد. متغیرهای احساس امیدواری و اعتماد اجتماعی نیز بین آن متغیرها قرار می‌گیرند.

نتیجه‌گیری

سلامت مقوله‌ای است که در همه‌ی جوامع مطرح است. در ابتدای امر بُعد جسمانی آن مورد توجه بود؛ اما اقدامات سازمان بهداشت جهانی در زمینه نقش و اهمیت ابعاد روانی و اجتماعی سلامت، توجهات جوامع مختلف را به سمت این دو بُعد سوق داد و اهمیت سلامت اجتماعی چنان پررنگ شد که سلامت اجتماعی را در دنیای امروز بنیان توسعه جوامع می‌دانند. آنچه سلامت اجتماعی جوامع را تهدید می‌کند آسیب‌ها و انحرافات اجتماعی است که توجه به آن ضروری است. در این راستا بررسی عواملی که تبیین‌کننده سلامت هستند اهمیت بیشتری می‌یابند. بنابراین این مطالعه باهدف تبیین عوامل اجتماعی و فرهنگی مرتبط با سلامت اجتماعی به انجام رسید.

برخی از فرضیات تأییدشده در این مطالعه در مطالعات دیگر پژوهشگران نیز به تأیید رسیده؛ فرضیه رابطه بین اعتماد اجتماعی و سلامت اجتماعی در مطالعات زکی و خشوعی (۱۳۹۲)، رضایی (۱۳۹۲)، فقهیمی فرهمند و زنجانی (۱۳۹۲) نیز تأیید شده است. در نظریات کاواچی و صاحب‌نظران پیش از وی نیز همچون هیس و توکویل بر

اعتماد به‌عنوان شاخص سلامت و بهزیستی اجتماعی تأکید شده است. کاواچی اعتماد اجتماعی و مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی را ضامن سلامت روانی و اجتماعی افراد جامعه می‌داند. اعتماد افراد به یکدیگر بنیان برقراری روابط سالم، تشکیل گروه و پذیرش خود و جامعه را فراهم می‌کند. جایگاه افراد در نظام اجتماعی میزان روابط فرد و چگونگی این روابط را مشخص می‌کند؛ بنابراین توجه به تعاملات بازخورد تجربه سلامت اجتماعی در بستر کنش‌ها و واکنش‌های مختلف جامعه است. مشارکت به معنای پذیرش دیگری به‌عنوان عضو گروه و... است که پایه‌های آن بر اساس اعتماد شکل می‌گیرد که درنهایت به یکی از ابعاد اساسی سلامت اجتماعی یعنی یکپارگی و انسجام در میان افراد منتهی می‌شود.

فرضیه دیگر تحقیق رابطه بین سرمایه فرهنگی و سلامت اجتماعی است. در این رابطه نظریات بوردیو در مورد رابطه سرمایه فرهنگی و سلامت اجتماعی مطرح شد که داده‌ها حکایت از تأیید این فرضیه دارند. سرمایه فرهنگی از دیگر عواملی است که تبیین‌کننده سلامت اجتماعی است و آن را تحت تأثیر قرار می‌دهد چراکه به باور بوردیو افرادی که سرمایه فرهنگی کمتری دارند سطح سلامت اجتماعی کمتری را نیز تجربه می‌کنند. بدین لحاظ، سرمایه فرهنگی از طریق سبک‌های زندگی و اقدامات مرتبط با سلامت، وضعیت سلامت فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. سرمایه فرهنگی، آگاهی، علم و دانش فرد را شامل می‌شود که در صورت برخوردار بودن از آن بسترهای روابطی را فراهم می‌کند که افراد با آگاهی و سنجش پیامدها و عواقب آن وارد این روابط می‌شوند. دارا بودن سرمایه فرهنگی به فرد احساس هویت اجتماعی و پایگاه و منزلت اجتماعی می‌دهد که به‌واسطه آن اعتماد به‌نفس وی افزایش یافته و به پذیرش خود کمک می‌کند، که فرصتی است برای تولید پذیرش از طرف دیگرانی که هویت وی را مادام در تعاملاتشان می‌سازند. در واقع در چرخه این روابط سلامت اجتماعی فرد تأمین می‌شود.

رز و وو^۱ نیز در نظریه خود مطرح می‌کنند که افراد تحصیل کرده که از سرمایه فرهنگی بیشتری برخوردارند، در مقایسه با افراد کم‌سواد از لحاظ سلامت اجتماعی و روانی در وضعیت بهتری قرار می‌گیرند، چرا که این دسته از افراد کمتر احتمال دارد که بیکار بمانند و اغلب از منابع اجتماعی و روانی متعددی مثل احساس خودکنترلی و حمایت اجتماعی بالا بهره‌مند هستند. بنابراین چنانچه افراد از سرمایه فرهنگی بالاتر به‌ویژه تحصیلات بالاتر برخوردار باشند پذیرش اجتماعی‌شان بیشتر شده و ارتباطات بیشتری با دیگران در محیط شغلی، تحصیلی، انجمن‌ها و... به‌طورکلی در عرصه عمومی برقرار کرده و در شاخص‌های سلامت اجتماعی رتبه بالاتری را کسب خواهند نمود. به‌عبارت دیگر تأیید این فرضیه بدین معناست که هرچه فرد از انواع سرمایه‌های فرهنگی برخوردار باشد در اجتماع، گروه‌ها و سازمان‌ها، ادارات و احزاب مرتبط هرچه بیشتر مشارکت می‌کند و در نتیجه می‌تواند بدون آنکه از تعارض و تضاد میان انبوه وظایف شغلی رنج ببرد آن‌ها را با یکدیگر تطبیق دهد و با افراد بیشتری در سطح جامعه ارتباط برقرار کند.

با وجود این سرمایه فرهنگی مردم کاشان تأثیرگذاری اندکی بر سلامت اجتماعی آن‌ها دارد. میانگین سرمایه فرهنگی این جمعیت اندک است و علت آن را می‌توان در تعداد اندک کتاب‌فروشی‌ها، نبود کتابخانه تخصصی، مکان‌های فرهنگی، هنری و تفریحی، رواج سرگرمی‌ها و تفریحاتی چون گذران اوقات خود در سفره‌خانه‌ها و... دانست. از سوی دیگر گردشگری در کاشان اصلی‌ترین هدفش را کسب سود قرار داده و سرمایه اقتصادی حاصل از آن به سرمایه فرهنگی تبدیل نمی‌شود. وجود فقر اقتصادی و فقر فرهنگی در عین نمایشی بودن اماکن تاریخی کاشان مزید بر این علت است. تمام این عوامل با ذخیره منابع و کالاهای فرهنگی همراه نمی‌شوند. با توجه به این میزان اندک سرمایه فرهنگی سایر متغیرها بیش از این متغیر بر سلامت اجتماعی تأثیر گذارند.

احساس شادمانی برانگیخته شده از سایر فعالیت‌ها بر سلامت اجتماعی تأثیرگذاری بیشتری نسبت به سرمایه فرهنگی دارد.

از جمله مطالعاتی که در آن رابطه شادی و سلامت اجتماعی بررسی و تأیید شده مطالعه بخارایی و همکاران (۱۳۹۴) است. احساس شادی و عدم افسردگی و ناراحتی سبب تنفر زدایی، برقراری رابطه سالم و مشارکت در حوزه عمومی می‌شود و فرد را از پیله تنهایی، انزوا، گوشه‌گیری و افسردگی هرچه بیشتر می‌رهاند. احساس شادی و نشاط به فرد انگیزه‌ای برای ادامه زندگی داده و راهی است که فرد را به سمت هدف ترغیب می‌کند. به نظر پایین بودن شادی و نشاط در جامعه سبب کم شدن روابط اجتماعی و عملکردهای اجتماعی افراد و درنهایت پایین ماندن سطح سلامت اجتماعی می‌شود. طبق نظریه رافائل زمانی که افراد جامعه احساس شادی را تجربه می‌کنند، افسردگی و احساس انزوا از زندگی آن‌ها دور می‌شود. از طرف دیگر نشاط اجتماعی فرد را از تنگناهای تنهایی به سمت عضویت و درگیر شدن در گروه‌ها و اجتماعی که در آن زندگی می‌کند سوق می‌دهد.

باوجودی که زندگی شهری و جامعه مدرن فرد را دچار آشفتگی، اضطراب و افسردگی می‌کند اما تجربیات فرد در زندگی ممکن است او را به احساسات مثبت و شادی رهنمون کند و از واقعیت‌های خشن و بیگانه زندگی شهرنشینی دور نگه دارد. در این صورت فرد برخوردار از سلامت روان از انزوای طلبی به سمت جمع‌گرایی هدایت شده و می‌تواند سلامت اجتماعی را تجربه کند. بودن در کنار افراد دیگر و حمایت آن‌ها توانایی روبرو شدن با مشکلات جامعه مدرن از قبیل انزوا، اضطراب و استرس را به فرد می‌دهد. در این صورت است که تعلق فرد به جمع شکل می‌گیرد و خود را عضوی از آن جمع یا جامعه می‌داند که وقتی فرد در مسند قضاوت درباره زندگی خود می‌نشیند احساس مثبت و خوبی دارد و شادی را تجربه می‌کند. ازاین‌رو شادی و سلامت اجتماعی رابطه متقابل دارند.

امیدواری و انگیزه برای رسیدن به هدف از دیگر عوامل تأثیرگذار بر سلامت اجتماعی است؛ چراکه افراد برای انجام نقششان هدف‌گذاری کرده‌اند پس می‌توانند نقش‌های شغلی، خانوادگی و... را بهتر ایفا کنند و سلامت اجتماعی را تجربه کنند. در واقع احساس خوب داشتن سبب می‌شود افراد در جامعه عملکرد بهتری داشته باشند و دیگران را راحت‌تر بپذیرند. جریان داشتن امید در جامعه به معنای این تفکر است که جامعه به‌گونه‌ای عادلانه با افراد رابطه برقرار می‌کند و در احساس شهروندی آنان شریک است. بازنمایی این رفتار عادلانه در متن کنش‌های انسانی خود را به منصفه ظهور می‌گذارد. در واقع امید‌گویی این امر است که فرد قادر به ادامه زندگی و بهبود روابط و بازسازی آسیب‌ها هست یا خیر؟

از این جهت امیدواری برای فرد و جامعه گفتمانی است برای ادامه دادن و مشکلات را از پیش رو برداشتن تا فرد بتواند از آسیب‌ها در امان بماند و برای آینده‌ای سالم برنامه‌ریزی کند؛ به عبارتی شکست‌ها را بپذیرد و برای بهتر شدن و دگرگونی خود در جهت ایجاد شرایط سالم، تلاش کند. از طرف دیگر کیز بر شکوفایی اجتماعی به‌عنوان یکی از ابعاد سلامت اجتماعی تأکید دارد که عبارت است از: ارزیابی پتانسیل‌ها و مسیر تکامل جامعه و باور به این‌که اجتماع در حال یک تکامل تدریجی است و توانمندی‌های بالقوه‌ای برای تحول مثبت دارد. وی بر این باور است که افرادی که از شکوفایی اجتماعی برخوردارند افرادی هستند که به آینده جامعه امیدوارند در نتیجه از سلامت اجتماعی بالایی برخوردارند که در تحقیق حاضر نیز به این امر اشاره شده که احساس امیدواری و سلامت اجتماعی افراد، با یکدیگر رابطه دارند. با توجه به این‌که پیوستگی اجتماعی به معنی قابل‌فهم، منطقی و قابل پیش‌بینی بودن اجتماع است، امیدواری به آینده و در ادامه سلامت اجتماعی را نیز به دنبال دارد.

در مجموع می‌توان گفت شهر کاشان با جمعیتی جوان و پتانسیل‌های دیگری همچون شرایط جغرافیایی، استراتژیک و تاریخی، فرصت‌ها و چالش‌هایی را در برابر شهروندان قرار می‌دهد، در صورتی‌که از این موقعیت به نحو درستی بهره‌گیری شود

فرصت برای مشارکت، همکاری و بهسازی شهر فراهم شده و با شهری سالم روبرو شده که در برخوردها و روابط به دنبال ستیزه‌جویی و یا قوم‌مداری نبوده و در کنار گستره مهاجرین و مسافران، به صورتی مسالمت‌آمیز زندگی می‌کند. متغیرهای اجتماعی بررسی شده زندگی روزمره افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهند به طوری که کم یا زیاد شدن آن بر میزان سلامت اجتماعی تأثیرگذار است. هرکدام از آن‌ها چارچوبی فراهم می‌کند که در آن چارچوب، فرد به رشد و شکوفایی خود پرداخته و فرآیند جامعه‌پذیری سالمی را تجربه کرده و می‌تواند در جامعه‌ای سالم، روابط سالمی که به سلامت روانی وی برمی‌گردد و سبب سلامت اجتماعی وی نیز می‌شود را تجربه کند.

منابع

- ابراهیم پور، داود؛ پورجلی، ربابه و رضانی ممقانی، روح‌انگیز. (۱۳۹۱)، بررسی رابطه عوامل اجتماعی- اقتصادی با سلامت اجتماعی دبیران مقطع راهنمایی و متوسطه، *مطالعات جامعه‌شناسی*، سال چهارم، دوره ۵، شماره ۱۴: ۴۷-۶۷.
- افشانی، سید علیرضا و فرقانی، مهناز. (۱۳۹۵)، «مطالعه تطبیقی رابطه سلامت اجتماعی و احساس امنیت اجتماعی در بین والدین و فرزندان ساکن شهر یزد»، *فصلنامه مطالعات امنیت اجتماعی*، شماره ۴۷: ۱۰۷-۱۳۸.
- بخارایی، احمد؛ شربتیان، محمدحسن و ایمنی، نفیسه. (۱۳۹۴)، «مطالعه جامعه‌شناختی سلامت اجتماعی زنان و عوامل مؤثر بر آن (مطالعه موردی: زنان منطقه چهار شهری تهران)»، *پژوهش‌های جامعه‌شناسی معاصر*، دوره چهارم، شماره ۷.
- پور افکاری، نصراله. (۱۳۹۱)، «بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی در شهرستان پاوه»، *فصلنامه تخصصی علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی- واحد شوشتر*، سال ششم، شماره ۱۸: ۴۱-۶۰.
- حیدر خانی، هاییل؛ حقیقتیان، منصور و نوذر، شیما. (۱۳۹۶)، «تحلیل و بررسی ارتباط بین ابعاد مختلف حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار در مناطق روستایی شهرستان کرمانشاه»، *مطالعات توسعه اجتماعی و فرهنگی*، دوره ۵، شماره ۲: ۳۱-۵۷.
- خیرالله پور، اکبر. (۱۳۸۳)، «بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روانی با تأکید بر سرمایه اجتماعی» (مطالعه موردی دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی). *پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته جامعه‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی تهران*.
- رستگار، خدیجه و سیدان، فریبا. (۱۳۹۴)، «سنجش رابطه فرهنگ شهروندی و سلامت اجتماعی شهروندان تهرانی»، *فصلنامه مطالعات ملی*، سال شانزدهم، شماره ۱.
- رضایی، امید. (۱۳۹۲)، «بررسی سلامت اجتماعی شهروندان مشهد و عوامل مؤثر بر آن»، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد*، دانشکده ادبیات و علوم انسانی دکتر علی شریعتی، دانشگاه فردوسی مشهد.
- زکی، محمدعلی و خشوعی، مریم السادات. (۱۳۹۲)، «سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در بین شهروندان شهر اصفهان»، *مطالعات جامعه‌شناختی شهری*، دوره سوم، شماره ۸.
- زاهدی اصل، محمد. (۱۳۸۶)، *امنیت انسانی زیرساخت سلامت اجتماعی*، تهران: نشریه نیکی
- زاهدی اصل، محمد و درویشی فرد، علی اصغر. (۱۳۹۵)، «عوامل اجتماعی مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی سالمندان (مطالعه موردی: سالمندان شهر کوه‌دشت)»، *برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، دوره ۷، شماره ۲۶: ۹-۳۲.

- شاکری نیا، ایرج. (۱۳۹۱)، «رابطه حمایت اجتماعی و امیدواری با سلامت عمومی در سالمندان مرد مبتلابه دردهای مزمن جسمانی»، *سالمند (مجله سالمندی ایران)*، سال هفتم، شماره ۲۴: ۷-۱۵.
- صباغ، صمد؛ معینیان، نرمینه و صباغ، سارا. (۱۳۹۰)، «سنجش سلامت اجتماعی و عوامل اجتماعی مرتبط با آن در بین خانوارهای شهر تبریز»، *مطالعات جامعه‌شناسی*، سال سوم، شماره ۱۰: ۲۷-۴۴.
- فیروزبخت، مژگان؛ ریاحی، محمد اسماعیل و تیرگر آرام. (۱۳۹۶)، «بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان: یک مطالعه مروری در مجلات فارسی»، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، *مجله سلامت اجتماعی*، دوره ۴، شماره ۳: ۱۹۰-۲۰۰.
- محسنی تبریزی، علیرضا و نوابخش، محمدرضا. (۱۳۹۵)، «بررسی سلامت اجتماعی شهروندان تهرانی و عوامل مؤثر بر آن (نمونه موردی: منطقه ۳ شهر تهران)»، *مطالعات توسعه اجتماعی*، دوره ۸، شماره ۴: ۱۱۱-۱۲۸.
- مردانی، عاطفه. (۱۳۹۳)، «بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه یزد»، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی*، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد.
- مظلومی محمودآباد، سید سعید؛ ستوده، احمد؛ اسدیان، علی؛ آقاملائی، تیمور و نجفی اصل، مجید. (۱۳۹۸)، «سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان»، *مجله راهبردهای توسعه در آموزش پزشکی*، دوره ششم، شماره ۱: ۱-۱۱.
- نوربالا، احمدعلی. (۱۳۹۰)، «سلامت روانی - اجتماعی و راهکارهای بهبود آن»، *مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال هفدهم، شماره ۲.
- نوریبخش، یونس؛ حیدر خانی، هابی و محمدی، اصغر. (۱۳۹۶)، «بررسی ارتباط بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی جوانان مناطق حاشیه‌نشین شهر کرمانشاه»، *بررسی مسائل اجتماعی ایران*، دوره هشتم، شماره ۲: ۲۳۳-۲۵۷.
- ودادهیر، ابوعلی و ساداتی، سیدمحمدحسینی. (۱۳۸۹)، «سلامت در زندگی اجتماعی-فرهنگی شهر (بازنگری در آراء و مطالعات اجتماعی - فرهنگی مرتبط با سلامت در کلان‌شهر تهران)»، اداره کل مطالعات اجتماعی و فرهنگی شهرداری تهران، تهران: انتشارات جامعه و فرهنگ.
- هزارجریبی، جعفر و مهري، اسدالله. (۱۳۹۱)، «تحلیل رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی و اجتماعی»، *فصلنامه علوم اجتماعی*، شماره ۵۹.

- Asia and Pacific, Middle East and North Africa, South Asia, and Sub-Saharan Africa», *Social Indicators Research*, Springer Netherlands, Vol. 119(2), 663-686.
- Jany-catrice, Florence. (2009). *The French Regions and Their Social Health*», *Social Indicators Research*, University of Lill, Vol93 (2), 377-391.
- Keyes, C. L. M. (1998). *Social well-being, social psychology Quarterly*», vol,61(2), 121-140.
- Klein- Sosa, J., & Renk, K. (2016). *Social acceptance as a moderator in the relationship between socioeconomic status and the psychological adjustment of ethnically diverse early adolescents*». *Journal of Ethnic and Cultural Diversity in Social Work*, 25 (2), 130-152.
- Kallaghan, L. (2008). «*Social Well-Being in Extra Care Housing: An Overview of the Literature*», Personal Social Service Research Unit, Established at the University of Kent an Canterbury.
- Larson, James. (1993). the measurement of social well-being», *social Indicators Research* 28, Springer Netherlands, 285-296.
- Shapiro, Adam& Keyes, Corey Lee.M, (2007). Marital Status and Social Well-Being: Are the Married Always Better Off», *social Indicators Research*, Springer Netherlands 88 (2), 329-346.
- Santa Voronea, Alexey Vorobyovb and Valeria Negovanc. (2011). Are dimensions of psycho-social well-being different among Latvian and Romanian University students. *Journal of Social and Behavioral Sciences* 33 (2012) 855 – 859