

تعیین کننده‌های سلامت اجتماعی شهروندان منطقه ۱۲ تهران

محمدباقر تاج الدین*

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۲/۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۸/۸

چکیده

سلامت اجتماعی می‌تواند به‌عنوان ارزیابی افراد از روابط اجتماعی‌شان، چگونگی واکنش دیگران به آن‌ها و چگونگی تعامل آن‌ها با نهادهای اجتماعی و اجتماع تعریف گردد. از سوی دیگر، کلان شهرها با انبوهی از مشکلات و مسایل اجتماعی مرتبط با سلامت اجتماعی روبرو هستند که نیازمند توجه بیشتر به این موضوع است. با توجه به اهمیت روزافزون موضوع سلامت اجتماعی، پژوهش حاضر درصدد است ضمن بررسی این موضوع مهم، اقدام به واکاوی تعیین کننده‌های اجتماعی موثر بر سلامت اجتماعی نماید. این پژوهش در بین ۴۰۰ نفر از شهروندان ساکن در منطقه ۱۲ تهران انجام شد و برای تبیین نظری موضوع از دیدگاه نظری «کوری کینز و شاپیرو» استفاده شد. در بخش روش نیز با استفاده از روش پیمایش و ابزار سنجش پرسشنامه و روش نمونه‌گیری خوشه‌ای اقدام به تکمیل پرسشنامه گردید. نتایج نشان داد که چهار متغیر حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی، امنیت اجتماعی و پایگاه اجتماعی-اقتصادی

* استادیار جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شرق.

همگی با متغیر وابسته سلامت اجتماعی (در جایگاه متغیر وابسته) رابطه دارند و متغیرهای مستقل برشمرده شده قادر به پیش‌بینی متغیر سلامت اجتماعی نیز بوده‌اند. بر این مبنا بیشترین میزان پیش‌بینی‌کنندگی مربوط به متغیر حمایت اجتماعی (با ضریب بتای ۰/۵۰) و پس از آن به‌ترتیب مربوط به متغیرهای کیفیت زندگی (با ضریب بتای ۰/۲۴)، امنیت اجتماعی (با ضریب بتای ۰/۲۲) و پایگاه اجتماعی-اقتصادی (با ضریب بتای ۰/۱۰) بوده است. مهم‌ترین نتیجه تحقیق حاضر این است که مهم‌ترین نتیجه‌ای که می‌توان از پژوهش حاضر گرفت این است که سلامت اجتماعی بیشتر از آن که ناشی از بهبود شرایط فردی باشد، ناشی از بهبود شرایط اجتماعی است و هر چقدر میزان بهبود و اصلاح شرایط ساختاری جامعه افزایش یابد می‌توان انتظار داشت که سطح سلامت اجتماعی جامعه هم ارتقا یابد. در واقع، ارتقای سلامت اجتماعی وابستگی زیادی به ارتقای سطح کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی، پایگاه اجتماعی-اقتصادی و امنیت اجتماعی دارد.

واژه‌های کلیدی: سلامت اجتماعی، حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی، امنیت

اجتماعی و پایگاه اجتماعی-اقتصادی.

۱. بیان مسئله

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی^۱ «سلامت، عبارت است از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه تنها بیمار یا معلول نبودن». در سال‌های اخیر با گنجاندن توانایی داشتن یک زندگی، از نظر اجتماعی و اقتصادی مفید، این تعریف کامل‌تر شده است و سلامت بیشتر به‌عنوان وسیله‌ای برای یک هدف منظور شده که می‌توان از لحاظ کارکردی به‌صورت یک منبع آن‌را بیان کرد، منبعی که به مردم امکان می‌دهد تا به‌صورت فردی، اجتماعی و اقتصادی زندگی مثمر ثمری را فراهم آورند. سلامتی یک مفهوم مثبت است

1. World Health Organization (WHO)

که علاوه بر توانایی‌های جسمانی، بر منابع و امکانات اجتماعی و شخصی تاکید دارد (سجادی، ۱۳۸۳: ۳۹). سلامت اجتماعی^۱ می‌تواند به‌عنوان ارزیابی افراد از روابط اجتماعی‌شان، چگونگی واکنش دیگران به آن‌ها و چگونگی تعامل آن‌ها با نهادهای اجتماعی و اجتماع، تعریف گردد (کییز؛ شاپیرو، ۲۰۰۸: ۳۳۱). سلامت اجتماعی بیانگر یک پدیده اساساً عمومی (در مقابل خصوصی) است که بر تکالیف اجتماعی که بشر در دل ساختارهای اجتماعی و جوامع با آن‌ها مواجه است، متمرکز می‌شود (کییز؛ ماجیارمو، ۲۰۰۳: ۵). همچنین لارسون^۲ سلامت اجتماعی را به‌عنوان گزارش فرد از کیفیت روابط با افراد دیگر (نزدیکان و گروه‌های اجتماعی) که وی عضوی از آن‌هاست، تعریف می‌کند و معتقد است که مقیاس سلامت اجتماعی، بخشی از سلامت فرد را می‌سنجد و شامل پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر و رفتار) است که نشانگر رضایت یا فقدان رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی‌اش است (لارسون، ۱۹۹۶: ۲۶). در تعریف سازمان جهانی بهداشت، نخستین بار به سلامت اجتماعی به‌عنوان یکی از ابعاد سلامت، اشاره شده است. مطالعات متعدد این موضوع را اثبات کرده است که کمیت و کیفیت روابط افراد با دیگران بر سلامت جسمی و روانی آنان تاثیرگذار است. سلامت اجتماعی به‌عنوان یکی از ابعاد سلامت، عبارت است از توانایی انجام موثر و کارآمد نقش‌های اجتماعی بدون آسیب رساندن به دیگران؛ در واقع همان ارزیابی شرایط و عملکرد فرد در جامعه است. برخی از عوامل اجتماعی ابعاد مختلف سلامت اجتماعی را شکل می‌دهند که عبارتند از یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انسجام اجتماعی (ریموند و همکاران، ۲۰۰۴: ۱۴).

از سوی دیگر، شهر سالم با انسان‌های سالم معنا می‌یابد و هر دو موجب به‌وجود آمدن جامعه‌ای سالم و پویا خواهند شد. شهروندی از لحاظ اجتماعی سالم محسوب می‌شود که در امور شهری مشارکت داشته باشد، خود را فردی ارزشمند در جامعه بداند،

1. Social Health
2. Larsons

معتقد باشد که جامعه در حال شکوفایی است، با اطرافیان خود (همسایه‌ها، همکاران، دوستان و...) به‌نحو مثبت و مستمر روابط داشته باشد و به‌نوعی خود را عضوی از گروهی بزرگ‌تر (شهر) بداند. رشد سریع شهرنشینی در دهه‌های اخیر و بی‌توجهی به ابعاد کیفی زندگی انسان‌ها، پیامدهای نامطلوبی بر سطح سلامت فردی و اجتماعی شهروندان جامعه ایران بالاخص کلان شهر تهران در پی داشته است. پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد که عواملی چند روی سلامت اجتماعی تاثیرگذار هستند که برخی از آنان عبارتند از: وضعیت اقتصادی-اجتماعی، سطح تحصیلات، سن، میزان دریافت حمایت‌های اجتماعی و وضعیت تاهل (خیرالدین و همکاران، ۱۳۸۸: ۱۱). همچنین تحقیقات نشان می‌دهند که مقیاس سلامت اجتماعی با مقیاس‌های زاینده‌گی، رضایت از زندگی، شادکامی، ملامت، تعهد مدنی و رفتار جامعه‌پسند همبستگی دارد (کییز، ۱۹۹۸؛ کییز؛ ریف^۱، ۱۹۹۸؛ کییز؛ شاپیرو^۲، ۲۰۰۴). بنابراین سلامت اجتماعی از طریق تمرکز بر شهروندان در ارتباط با تعاملات میان فردی آن‌ها (مانند ملاقات با دوستان، آشنایان و همسایگان) و مشارکت اجتماعی (مانند عضویت در گروه‌ها، انجمن‌ها، احزاب، شبکه‌های اجتماعی ساختار شهری) مورد توجه و سنجش قرار می‌گیرد. در واقع، سلامت اجتماعی مفهومی است که از ارتباط میان دو مفهوم سلامت و اجتماع پدید می‌آید. با توجه به این که اجتماع خود مفهومی اعتباری است و حقیقت خارجی آن منوط به تک‌تک افرادی است که آنرا تشکیل داده‌اند، بنابراین در بررسی اجتماع باید بیش از هر چیز افراد جامعه را مورد بررسی و مطالعه قرار داد. اجتماع شهری تهران متشکل از اقوام، گروه‌ها، قشرها، واحدهای همسایگی، انجمن‌ها، گروه‌های شغلی و دوستانه بسیاری است که در قالب ۲۲ منطقه، ۳۷۱ محله و جمعیت ۹ میلیون نفری شکل گرفته است. منطقه ۱۲ یکی از مناطق مرکزی و قدیمی کلان شهر تهران محسوب می‌شود و دارای مرکزیت سیاسی، اقتصادی و فرهنگی مهمی نیز می‌باشد. با توجه به این که بخش اصلی و قدیمی کلان شهر تهران در

1. Ryff
2. Shapiri

منطقه ۱۲ شکل گرفته است و به دلیل وجود بافت اصیل و سستی شهر تهران در منطقه ۱۲ لذا شاهد وجود ذخیره‌ای قابل قبول از سرمایه‌های اجتماعی تهران در این منطقه هستیم که می‌تواند ظرفیت مهمی برای ارتقای سطح سلامت اجتماعی و در نتیجه کاهش آسیب‌های اجتماعی هم باشد. بر این اساس می‌توان گفت هسته مرکزی و اصلی شبکه‌های اجتماعی ساختار شهری کلان شهر تهران در قالب شبکه‌های همسایگی، فامیلی، کاری و محله‌ای در این منطقه قرار داشته و می‌تواند بسترهای مناسبی برای ارتقای سطح سلامت اجتماعی آن‌هم باشد. لذا به دلیل وجود شبکه‌های اجتماعی گسترده در منطقه ۱۲ پژوهش درباره موضوع مهم سلامت اجتماعی در این منطقه ضرورت اساسی دارد. بنابراین پژوهش حاضر به دنبال بررسی و پاسخ‌گویی به این سؤال مهم است که وضعیت سلامت اجتماعی شهروندان منطقه ۱۲ تهران چگونه است و چه عواملی بر روی این نوع از سلامتی موثر هستند؟

۲. پیشینه پژوهش

از سال‌های ۱۹۹۵ به بعد در حوزه سلامت اجتماعی گروهی از کارشناسان در این تلاش بوده‌اند که از عملیاتی کردن مفهوم ارتقا سلامت، اهداف کلی شعار بهداشت همه را با زمینه‌های اجتماعی سلامت در مفهوم عام پیوند بزنند (کییز و همکاران، ۲۰۰۴). کالدول^۱، اسمیت^۲ و ویزینگر^۳ (۱۹۹۵) در پژوهشی به «بررسی رابطه بین مشارکت در فراغت و ابعاد متنوع سلامتی در بین دانشجویان» پرداختند. نتایج به دست آمده از این پژوهش نشان می‌دهد روابط فرض شده بین مشارکت فعالانه در فعالیت‌های فراغتی و رضایت از فراغت با سلامت فیزیکی، روانی و اجتماعی در ارتباط است. نرخ بالای مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی و ورزش‌های رقابتی و طبیعی مخاطره‌آمیز، اجتماعی و سرگرمی‌های اجتماعی رابطه مثبت معناداری با ادراک سلات روانی و اجتماعی داشته است (Olson,)

1. Caldwell
2. Smith
3. Weissihger

24: 1996). «مک آرتور» در سال ۱۹۹۵ مطالعه‌ای را جهت «بررسی اپیدمیولوژی سلامت اجتماعی در ایالات متحده» انجام داد. نتایج نشان داد که تقریباً ۴۰ درصد افراد بزرگسال در سنین ۲۵-۷۴ سال، در سه مقیاس سلامت اجتماعی دارای نمره بالا بودند، اما ۶۰ درصد افراد بزرگسال در هیچ‌یک از مقیاس‌های سلامت اجتماعی نمره بالا را کسب نکردند. هم‌چنین ۱۰ درصد افراد در سه و بیشتر از سه مقیاس سلامت اجتماعی نمره بالا را به‌خود اختصاص دادند. داده‌ها نشان داد که اکثریت افراد بزرگسال ایالات متحده، سلامت اجتماعی سطح متوسط تا بالا دارند. اما نسبت قابل توجهی از جمعیت، سلامت اجتماعی بسیار پایینی داشتند که از نظر بهداشت روان می‌توان آن‌را به‌عنوان یک ناسالمی اجتماعی در نظر گرفت (Larson, 1996: 190). لاروچ در سال ۱۹۹۸ مطالعه‌ای توصیفی را با عنوان سلامت اجتماعی روی ۱۵۱ دانشجوی دانشگاه در بوستون ماساچوست انجام داد. نتایج نشان داد که زنان دانشجو به‌نحو معنی‌داری در ابعاد تغذیه، روابط بین فردی، مسئولیت‌پذیری در مقابل سلامت و سبک زندگی ارتقا دهنده‌ی سلامت رفتار بهتری از مردان داشتند (مامورت و همکاران، ۱۳۸۷: ۳۹). نتایج تحقیقاتی که درباره سلامت اجتماعی جوانان کانادایی توسط فیووش و همکاران (۲۰۰۳) انجام شده است نشان می‌دهد که تعریف از خود و داشتن هویت شخصی و هویت اجتماعی دارای تأثیرات مثبت بر درک جوانان از سلامت اجتماعی‌شان است (سانی و همکاران، ۲۰۰۸). «کییز و شاپیرو» (۲۰۰۴) در پژوهشی با عنوان «بررسی رابطه بین سلامت اجتماعی و متغیرهای جمعیت‌شناختی» بر روی نمونه وسیعی از جمعیت آمریکا نشان دادند که وضعیت شغلی برای سلامت اجتماعی زنان مهم‌تر از مردان است و زنانی که وضعیت شغلی پایین‌تری داشتند، سلامت اجتماعی کمتری نسبت به مردانی با همان جایگاه شغلی گزارش دادند. به‌طور کلی، همین‌طور که جایگاه شغلی افزایش می‌یابد زنان نسبت به مردان، به‌طور فزاینده‌ای سطوح بالاتری از پذیرش، مشارکت و انسجام اجتماعی را گزارش می‌کنند. در بررسی ابعاد سلامت اجتماعی، انسجام اجتماعی پایین‌ترین مقدار را در بین جوان‌ترها، افرادی که تجربه ازدواج نافرجام داشتند و افراد مجرد با جایگاه پایین شغلی داشت.

بیشترین میزان مشارکت اجتماعی در زنان مجرد با جایگاه شغلی بالا و کمترین میزان در مردان مسن با جایگاه اجتماعی پایین گزارش شد. هم‌چنین شکوفایی اجتماعی بیشترین میزان را در بزرگسالان ۴۵-۵۴ و افراد دارای جایگاه شغلی بالا و کمترین میزان را در جوان‌ترها و افراد با جایگاه اجتماعی پایین به‌خود اختصاص داد. بیشترین میزان انطباق اجتماعی در مردان متأهل و دارای جایگاه اجتماعی بالا و کمترین میزان آن در زنان متأهل و مسن با وضعیت شغلی پایین مشاهده شد. سرانجام پذیرش اجتماعی در زنان مسن با پایگاه شغلی بالا بیشترین میزان و در مردان جوان‌تر با پایگاه اجتماعی پایین کمترین میزان را به‌خود اختصاص داد. در مجموع داده‌ها نشان داد که اکثریت جمعیت بزرگسال آمریکا به استثنای ۱۶ درصد که سطوح بالایی در هیچ‌یک از ابعاد گزارش نکردند و ۱۰ درصد از افراد که در سه بعد به‌صورت ضعیف عمل کردند، از سلامت اجتماعی خوبی برخوردارند (Keyes, 2004).

فارسی‌نژاد (۱۳۸۴) در پژوهشی با عنوان «بررسی رابطه سبک‌های هویت و تعهد هویت با سلامت اجتماعی و خودکارآمدی تحصیلی دختران و پسران پایه دوم دبیرستان شهر تهران» به این نتایج دست یافتند: نوجوانان اطلاعات‌مدار و نوجوانانی که از تعهد هویت بالایی برخوردارند، میزان خودکارآمدی تحصیلی و سلامت اجتماعی بالاتری دارند، نوجوانانی که در برخورد با مسائل هویتی، شیوه مغشوش / اجتنابی را به‌کار می‌گیرند، به‌دلیل پایین بودن میزان تعهد، احساس خودکارآمدی و سلامت اجتماعی کمتر و نوجوانان هنجارمدار، به‌دلیل بالا بودن میزان تعهد هویت، از سلامت اجتماعی بیشتری برخوردارند (فارسی‌نژاد، ۱۳۸۴: ۱۲۲-۱۲۰). سیده فاطمه حسینی در سال ۱۳۸۷ با انجام پژوهشی تحت عنوان «بررسی میزان سلامت اجتماعی و تأثیر عوامل موثر بر آن» در بین دانشجویان دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی، تأثیر چهار متغیر پایگاه اجتماعی، میزان مهارت‌های ارتباطی، باورهای مذهبی، چگونگی گذران اوقات فراغت را بر سلامت اجتماعی دانشجویان مورد سنجش قرار داد. یافته‌های پژوهش نشان داد که بیشترین سطح فراوانی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان در سطح متوسط می‌باشد.

هم‌چنین بین پایگاه اجتماعی-اقتصادی پاسخگویان با سطح بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان رابطه وجود دارد (حسینی، ۱۳۸۷). یافته‌های پژوهش صمد صباغ و همکاران در سال ۱۳۹۰ بر روی سنجش سلامت اجتماعی و عوامل اجتماعی مرتبط با آن در بین خانوارهای شهر تبریز نشان می‌دهد که چهار متغیر اعتقادات دینی، احساس ناامیدی، اعتماد اجتماعی و گذران اوقات فراغت بیشترین تأثیر را بر روی سلامت اجتماعی شهروندان داشته است (صباغ و همکاران، ۱۳۹۰). محمدعلی زکی و مریم السادات خشوعی در پژوهشی با عنوان، سلامت اجتماعی و عوامل اجتماعی موثر بر آن در بین شهروندان اصفهانی در سال ۱۳۹۲، به نتایج زیر دست یافتند: 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. نتایج تحلیل مسیر، نشان داد که بیشترین عوامل موثر برای پیش‌بینی سلامت اجتماعی شهروندان اصفهانی به‌ترتیب عبارتند از شش متغیر بیگانگی اجتماعی (۰/۴۲)، اعتماد اجتماعی (۰/۳۶)، ساختار طبقاتی اجتماعی (۰/۱۵)، مسئولیت‌پذیری اجتماعی (۰/۱۳)، تعهد اجتماعی (۰/۱۰) و مهاجرت (۰/۰۷)، که شش متغیر مذکور توانسته‌اند ۶۳ درصد تغییرات سلامت اجتماعی شهروندان اصفهان را تبیین کنند (زکی و خشوعی، ۱۳۹۲). خدیجه سفیری و فاطمه صادقی راوندی (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان تبیین رابطه هویت جنسیتی و سلامت اجتماعی زنان و مردان جوان شهر تهران به نتایج زیر دست یافتند: رابطه بین جنسیت، وضعیت تاهل زنان، سن زنان و سلامت اجتماعی، رابطه معناداری است. هم‌چنین، بین هویت جنسیتی شخصی، هویت جنسیتی اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان و مردان جوان رابطه معنادار و مستقیم مشاهده شد. تحلیل رگرسیون چند متغیره نشان داد که شش متغیر (هویت جنسیتی شخصی، هویت جنسیتی اجتماعی، اعتماد، جنسیت و تحصیلات پاسخگو و سن) در مجموع

۰/۴۳۰ از تغییرات متغیر وابسته سلامت اجتماعی را تبیین کردند. نمودار تحلیل مسیر، نشان داد که متغیر اعتماد، در مقایسه با دیگر متغیرها، تاثیر بیشتری بر سلامت اجتماعی داشته است (سفیری؛ صادقی راوندی، ۱۳۹۳).

جمع‌بندی پیشینه پژوهش

نتایج اصلی تمامی پژوهش‌های پیشین نشان می‌دهد که موضوع سلامت اجتماعی در دهه‌های اخیر به یکی از موضوعات محوری بیشتر پژوهش‌های دانشگاهی و سازمانی تبدیل شده است و اهمیت این موضوع برای سیاست‌گذاران اجتماعی هم دو چندان شده است. بر اساس پژوهش‌های پیشین، مهم‌ترین متغیرهای مرتبط با سلامت اجتماعی عبارتند از: مشارکت در فعالیتهای اجتماعی، ورزشی و شغلی، رضایت از زندگی، پایگاه شغلی، حمایت اجتماعی، اعتماد اجتماعی و پایگاه اجتماعی-اقتصادی. به عبارت دیگر، مهم‌ترین تعیین کننده‌های سلامت اجتماعی ناشی از ساختارهای اجتماعی هستند و مبتنی بر این ساختارها تقویت یا تضعیف می‌شوند. در واقع نتایج پژوهش‌های پیشین نشان می‌دهد که عوامل اجتماعی و ساختاری (مانند: حمایت اجتماعی، اعتماد اجتماعی، پایگاه اقتصادی-اجتماعی و...) بیش از عوامل فردی (مانند سن، جنس، وضعیت تأهل و...) بر سلامت اجتماعی تأثیرگذار هستند. همچنین بنابر یافته‌های پژوهش‌های پیشین از آنجا که سلامت اجتماعی ناشی از تعامل و روابط مثبت و سازنده در جامعه است، لذا هر چقدر الگوهای رفتاری برآمده از مشارکت اجتماعی، اعتماد اجتماعی، حمایت اجتماعی و همبستگی اجتماعی باشد؛ ارتقای سطح سلامت اجتماعی نیز تضمین خواهد شد.

۳. چارچوب نظری پژوهش

آرا موجود درباره بعد اجتماعی سلامت، در سه دسته یا سه رویکرد زیر قابل بررسی است:

۱. سلامت اجتماعی به‌مثابه جنبه‌ای از سلامت فرد: لارسن (۱۹۹۶) سلامت اجتماعی را گزارش فرد از کیفیت روابطش با افراد، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که متعاقب آن‌هاست، تعریف می‌کند و معتقد است «مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد را می‌سنجد و شامل آن دسته از پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر، رفتار) است که نشان دهنده رضایت یا نارضایتی فرد از زندگی و محیط اجتماعی‌اش است» (لارسن، ۱۹۹۶: ۱۸۳). کیز (۲۰۰۴) نیز مانند لارسن معتقد است سلامت روانی، کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد و عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت روانی و هیجانی و شامل تکالیف و درگیری‌های اجتماعی است. از این رو او سلامت اجتماعی را «ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که عضو آن‌هاست می‌داند» (کیز، ۱۹۹۸: ۱۲۲). به اعتقاد شاپیرو (۲۰۰۴) آنچه بیشتر به زندگی غنا و معنا می‌بخشد، توانایی فرد در تعامل موثر با دیگران و اجتماع به‌منظور ایجاد روابط ارضا کننده شخصی و به انجام رساندن نقش‌های اجتماعی است. اخیراً اوستون و جیکوب^۱ (۲۰۰۵) سلامت اجتماعی را شامل سطوح مهارت‌های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به‌عنوان جزوی از جامعه بزرگ‌تر دانسته‌اند و به شرایط اقتصادی و اجتماعی، رفاه و تمامیت شخص در شبکه اجتماعی او توجه کرده‌اند.

۲. سلامت اجتماعی به‌مثابه شرایط اجتماعی سلامت‌بخش: مطالعات نشان داده است که در بین تعیین کننده‌های سلامت، سهر هر دسته از عوامل حدوداً به این ترتیب است: سهم نظام ارائه خدمات ۲۵ درصد، سهم عوامل ارثی و زیستی ۱۵ درصد، سهم عوامل مادی محیط زیست و عوامل رفتاری ۱۰ درصد و سهم عوامل اجتماعی ۵۰ درصد.

۳. سلامت اجتماعی به‌مثابه سلامت جامعه یا جامعه سالم: این رویکرد سلامت اجتماعی را مساوی با «جامعه سالم» و به‌عنوان خصوصیتی از جامعه در نظر می‌گیرد

1. Ostone & Jakob

(سمیعی و همکاران، ۱۳۸۹: ۳۴). راسل (۱۹۷۳) جامعه‌ای را سالم می‌داند که در آن فرصت و دسترسی برابر به خدمات و کالاهای اساسی برای همه وجود داشته باشد تا افراد جامعه در مقام شهروند عملکرد کاملی داشته باشند. تبیین کننده‌های سلامت جامعه ممکن است شامل عمل به قانون، برابری در ثروت، دسترسی عمومی مشارکت در فرآیند تصمیم‌گیری و سطح سرمایه اجتماعی است (سمیعی و همکاران، ۱۳۸۹: ۳۵). «ائتلاف جماعت‌های سالم انتاریو»^۱ (۲۰۰۳) نیز جماعت سالم را دارای این مشخصات می‌داند: محیط زیست پاک و امن، صلح، انصاف و عدل، دسترسی کافی همگان به آب، غذا، سرپناه، امنیت، کار و تفریح، دسترسی کافی به خدمات سلامت، وجود فرصت‌هایی برای یادگیری و توسعه مهارت‌ها، وجود روابط و شبکه‌های قومی و حامی یکدیگر، محیط‌های کار حامی آسایش فرد و خانواده، مشارکت وسیع ساکنان در تصمیم‌گیری، میراث فرهنگی و معنوی غنی در محل، اقتصاد متنوع و زنده، حفاظت از محیط زیست طبیعی، مصرف مسئولانه منابع به نحوی که پایداری درازمدت آن‌ها تضمین شود.

جامع‌ترین مدلی که درباره مفهوم سلامت اجتماعی وجود دارد، متعلق به کوری کیز^۲ است. کیز معتقد است که اگر چه سلامت اجتماعی از سال ۱۹۴۸ و توسط سازمان بهداشت جهانی به‌عنوان یکی از چند جنبه سلامت کلی فرد مورد توجه قرار گرفت، با این حال این مفهوم غالباً معادل با معرف‌های اجتماعی سطح کلان، مثل ملاک‌های اقتصادی (تولید ناخالص ملی، نرخ فقر) فرض می‌شود. لیکن وی سلامت اجتماعی را به‌عنوان تلقی افراد از کیفیت رابطه‌شان با دیگران، هم‌نوعان‌شان و اجتماع اطراف تعریف می‌کند و آن‌را بعدی از سلامت ذهنی می‌داند. او معتقد است که اگر چه سلامت ذهنی یک پشتوانه سی و چند ساله از مطالعات تجربی دارد؛ اما در این مدت تنها ابعاد عاطفی آن که شامل شادی، رضایت از زندگی اظهار شده توسط فرد و تعادل میان اثرات مثبت و منفی می‌شود، مورد توجه بوده است. در حالی که افراد ممکن است بعد اجتماعی کیفیت

1. Ontario Healthy Communities Coalition (OHCC)
2. Corey keys

زندگی خود را مورد ارزیابی قرار دهند. بنابراین تا کنون بعد اجتماعی سلامت ذهنی مورد توجه قرار نگرفته است. از نظر وی این بعد نشان می‌دهد که آیا فرد در زندگی اجتماعی، کارکرد مناسب دارد؟ و تا چه اندازه؟ لذا سلامت اجتماعی می‌تواند شاخص مهمی برای سنجش کیفیت زندگی افراد باشد. مطالعه مربوط به سلامت با استفاده از مدل‌های زیستی، بیشتر به وجه خصوصی از سلامت تاکید دارند؛ ولی از آنجا که افراد در درون ساختارهای اجتماعی و ارتباطات، قرار دارند و با چالش‌ها و تکالیف اجتماعی بی‌شماری نیز روبه‌رو هستند، بنابراین نیاز توجه به بعد اجتماعی سلامت ضروری می‌یابد. کیز معتقد است بهداشت روانی، کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی، ارزیابی کرد و عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت روانی، هیجانی و شامل تکالیف و چالش‌های اجتماعی^۱ است. در واقع سلامت روانی و هیجانی بیشتر بیانگر بعد خصوصی و شخصی ارزیابی‌های عملکرد فرد است. در حالی که سلامت اجتماعی به ابعاد اجتماعی و عمومی که افراد توسط آن عملکردشان را در زندگی ارزیابی می‌کنند، توجه دارد (keyes, 2004: 48)..

کیز و لارسون (۲۰۰۴) سلامت اجتماعی را به‌عنوان گزارش فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که وی عضوی از آنهاست، تعریف می‌کنند و معتقدند که مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد را می‌سنجد و شامل پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر و رفتار) که نشانگر رضایت یا فقدان رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی‌اش هستند، می‌شود. بیشتر محققان سلامت اجتماعی را با سلامت عاطفی که شامل رضایت و خوشحالی از زندگی و به‌همان میزان، تعادل میان اثرات مثبت یا منفی است، برابر دانسته‌اند. بر همین اساس مدل روان‌شناسی سلامت اجتماعی به‌وسیله ریف (۱۹۸۹) پیشنهاد شد. در این مدل هدف سلامت اجتماعی به‌عنوان در برگیرنده کارکردهای مثبت روان‌شناختی بسط یافت. این ابعاد شامل پذیرش خود، ارتباط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط، داشتن هدف در زندگی و استقلال (خودمختاری)

1. Social challenges

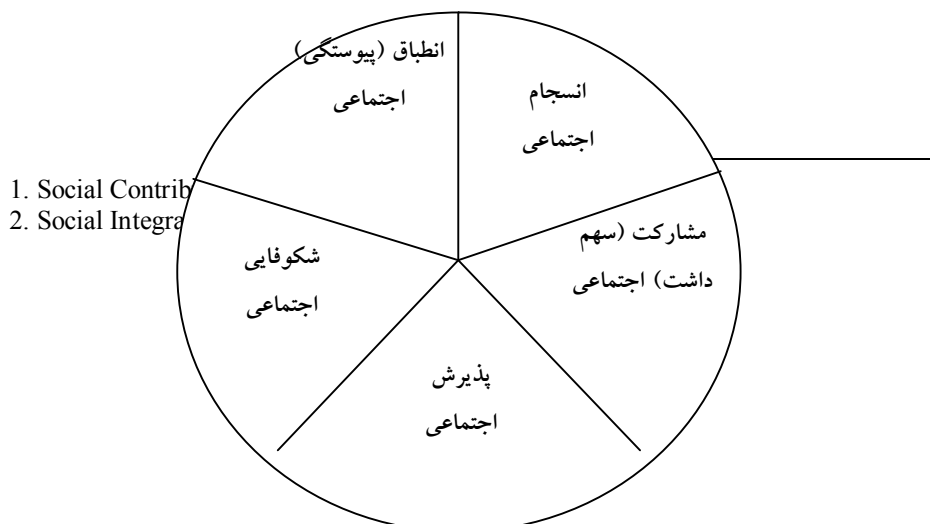
است. اما بر طبق نظر کیز (۱۹۹۸) آنچه که در ادبیات سلامت اجتماعی مفقود شده، تشخیص این مطلب است که اشخاص ممکن است کیفیت زندگی خود و کارکردهای شخصی خود را در برابر ملاک‌های اجتماعی ارزیابی کنند. کیز معتقد است که سلامت اجتماعی شامل عناصر متعددی است که این عناصر در کنار یکدیگر نشان می‌دهند که چگونه و در چه درجه‌ای، افراد در زندگی اجتماعی خود، خوب عمل می‌کنند. مثلاً به‌عنوان همسایه، همکار و همشهری (کیز، ۱۹۹۸: ۲۵). زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد. عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت روانی است و تکالیف و چالش‌های اجتماعی را نیز در نظر می‌گیرد. فرد سالم از نظر اجتماعی، زمانی عملکرد خوب دارد که اجتماع را به‌صورت یک مجموعه معنادار و قابل فهم و بالقوه برای رشد و شکوفایی بداند و احساس کند که متعلق به گروه‌های اجتماعی خود است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهم بداند (کیز، ۲۰۰۴: ۹). کیز بر اساس بعد اجتماعی و سطح تحلیل اجتماعی پنج بعد و شاخص اساسی، برای سلامت اجتماعی پیشنهاد کرده است که عبارتند از: ۱. شکوفایی اجتماعی^۱: شکوفایی اجتماعی به‌معنای دانستن و اعتقاد داشتن به این است که جامعه به‌شکل مثبتی در حال رشد است. فکر کردن به این که جامعه پتانسیل رشد به‌شکل مثبت را دارد و می‌تواند این پتانسیل را به‌شکل بالفعل در آورد. به‌عبارت دیگر باور به این که اجتماع سرنوشت خود را در دست دارد و به مدد توان بالقوه‌اش مسیر تکاملی خود را کنترل می‌کند. فردی که از رشد شخصی برخوردار است، باور دارد که خود سازنده سرنوشت خویش است. خود را در حال تحول مستمر و دارای نیروهای بالقوه می‌داند که تلاش می‌کند تا این نیروها را شکوفا کند. شکوفایی یعنی باور به این که اجتماع سرنوشت خویش را در دست دارد و به مدد توان بالقوه‌اش سیر تکاملی خود را کنترل می‌کند (Keyes, 2004: 10). شکوفایی اجتماعی شامل درک افراد از این موضوع است که آن‌ها

هم از رشد اجتماعی سود خواهند برد و این که نهادها و افراد حاضر در جامعه به‌شکلی در حال شکوفایی‌اند که نوید توسعه بهینه را می‌دهد و هر چند این امر برای همه افراد درست نیست (Keyes, 2004: 10). ۲. پیوستگی (انطباق) اجتماعی^۱: انطباق اجتماعی یعنی اعتقاد به این که اجتماع قابل فهم، منطقی و قابل پیش‌بینی است. دانستن و علاقمند بودن به جامعه و مفاهیم مربوط به آن. افراد سالم و اجتماعی در مقابل دسیسه‌های اجتماع مراقب هستند و احساس می‌کنند که می‌توانند آنچه که در اطرافشان رخ می‌دهد را بفهمند (کییز، ۲۰۰۲: ۹). منظور از پیوستگی، «ارزیابی یک فرد با در نظر گرفتن همراهی او با جامعه اطرافش است» (کییز، ۱۹۹۸: ۲۳). احساس تعلق می‌تواند جنبه‌ای محوری از سلامت باشد و لذا پیوستگی با دیگران در محیط و جامعه اطراف می‌بایست حاصل یک تجربه مشترک شباهت با دیگران باشد (کییز؛ شاپیرو، ۲۰۰۴: ۳). پذیرش اجتماعی^۲: داشتن گرایش‌های مثبت نسبت به افراد، تصدیق کردن دیگران و به‌طور کلی پذیرش افراد به‌رغم برخی رفتارهای سردرگم‌کننده و پیچیده آن‌ها است. پذیرش اجتماعی مصداق اجتماعی از پذیرش خود (یکی از ابعاد سلامت روان) است. پذیرش اجتماعی تفسیر فرد از جامعه و ویژگی‌های دیگران است. در پذیرش خود، فرد نگرش مثبت و احساس خوبی در مورد خود و زندگی گذشته دارد و با وجود ضعف‌ها و ناتوانی‌هایی که دارد، هم جنبه خود را می‌پذیرد. در پذیرش اجتماعی فرد اجتماع و مردم آن را با همه نقص‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی باور دارد و می‌پذیرد. افرادی که از این بعد سلامتی برخوردارند، اجتماع را به‌صورت یک مجموعه کلی و عمومی که از افراد مختلف تشکیل شده، درک می‌کنند و دیگران را با همه نقص‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی‌ای که دارند، می‌پذیرد و به دیگران به‌عنوان افراد با ظرفیت و مهربان، اعتماد و اطمینان دارند. افراد باور دارند که مردم می‌توانند ساعی و مؤثر باشند. این افراد دیدگاه مطلوبی نسبت به ماهیت انسان دارند و با دیگران احساس راحتی می‌کنند (Keyes & Shapiro, 2004: 22). ۴. مشارکت (سهام

-
1. Social Coherens
 2. Social Acceptance

داشت) اجتماعی^۱: مشارکت اجتماعی باوری است که طبق آن فرد خود را عضو حیاتی اجتماع می‌داند و فکر می‌کند چیز ارزشمندی برای عرضه به دنیا و اجتماع خود دارد. این احساس که افراد چیزهای با ارزشی برای ارائه به جامعه دارند؛ این افراد تلاش می‌کنند که احساس دوست داشته شدن کنند و در دنیایی که صرفاً به دلیل انسان بودن برای آن‌ها ارزش قائل است، سهم باشند (Keyes, 2004: 48). سهم داشت اجتماعی نشان دهنده آن است که چگونه و تا چه حد مردم احساس می‌کنند که آنچه آن‌ها در جهان انجام می‌دهند برای جامعه مهم و ارزشمند است و به‌عنوان کمک اجتماعی تلقی می‌شود. مشارکت اجتماعی هم‌چنین شبیه به مفاهیم مسئولیت‌پذیری و خودکارآمدی است. فرد خودکارآمد می‌تواند رفتارهای معینی را انجام داده و مقاصد خاصی را به اتمام برساند. مسئولیت اجتماعی یعنی ایجاد تعهدات مشخص در ارتباط با اجتماع. از مجموع این دو مفهوم، مشارکت اجتماعی پدید می‌آید. مشارکت اجتماعی به‌طور کلی یعنی این که آیا و به چه میزان فرد احساس می‌کند که آنچه که در دنیا انجام می‌دهد به‌وسیله اجتماع ارزشمند تلقی می‌شود و در رفاه عمومی مؤثر است (Keyes & Shapiro, 2004, 10).

۵. انسجام اجتماعی^۲: انسجام یا همان همبستگی اجتماعی به‌معنای احساس بخشی از جامعه بودن، فکر کردن به این که فرد به جامعه تعلق دارد است. احساس حمایت شدن از طریق جامعه و سهم داشتن در آن. بنابراین انسجام اجتماعی آن در درجه‌ای است که در آن مردم احساس می‌کنند که چیز مشترکی بین آن‌ها و کسانی که واقعیت اجتماعی آن‌ها را می‌سازند وجود دارد؛ مثل همسایه‌هایشان (کییز، ۲۰۰۴: ۴۸-۱۲). بنابراین، بر اساس دیدگاه کییز ابعاد سلامت اجتماعی از مقوله‌های زیر تشکیل شده است: انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انطباق اجتماعی، شکوفایی اجتماعی.



شکل ۲- مدل سلامت اجتماعی کیز (۱۹۹۸)

کنت نول، از مدیران سازمان بهداشت جهانی در کتاب (health the people) که در سال ۱۹۷۵ منتشر شد نوشت که: اقدامات انجام شده در ارتباط با سلامت در آفریقا، آسیا و آمریکای جنوبی نشان داد که بسیاری از علل و مشکلات معمولی در ارتباط با سلامت از خود جوامع نشأت می‌گیرد و مداخله‌ی بخش بهداشت به‌تنهایی اغلب بی‌اثر است و نهادها و سازمان‌های جامعه نیز باید در مهیاسازی فضای سالم در جامعه سهیم باشند. اقدامات خارج از بخش بهداشت شاید اثرات بیشتری داشته باشد تا مداخلات منحصراً بهداشتی. در همان سال (۱۹۷۵) سازمان جهانی بهداشت و یونیسف در زمینه راه‌های ارضا نیازهای اولیه سلامت در کشورهای در حال توسعه نشریه‌ای منتشر کرده و با تمرکز بر نقاط ضعف برنامه‌های عمودی مربوط به بیماری‌ها بیان داشتند که در این قبیل برنامه‌ها به تکنولوژی توجه شده؛ ولی به عدم احساس مالکیت توسط جامعه توجهی به‌عمل نیامده است. بنابراین از دیدگاه کنت نول سلامت دو بعد توانایی‌های جسمانی و توانایی‌های اجتماعی را در بر می‌گیرد (سجادی، ۱۳۸۴: ۲۴۴). همگام با مفهوم سلامت به‌عنوان یک حق انسانی، منشور اتاوا بر پیش شرط‌های معینی برای تحقق سلامت تأکید کرد که در برگیرنده صلح، منابع اقتصادی مناسب، خوراک، مسکن و یک اکوسیستم (زیست‌بوم)

پایدار و بهره‌گیری مداوم از منابع می‌باشد. پذیرش این شرطها روابط ناگسستگی میان شرایط اجتماعی، اقتصادی و محیط فیزیکی و شیوه‌های زندگی فردی و سلامت اجتماعی را مورد توجه قرار می‌دهد (سجادی، ۱۳۸۴: ۲۴۵). در مجموع، می‌توان اجمالاً چنین بیان کرد که امروزه سلامت در ابعاد متفاوت خود (جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی) یک فرآورده یا ساخته اجتماعی است و تنظیم یک برنامه بهبود سلامت، بدون توجه به زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی جامعه مورد نظر به راهکارهایی غیرکارآمد می‌انجامد. بایستی در نظر داشت که در جوامع مختلف عوامل متفاوتی بر سلامت شهروندان تاثیر می‌گذارد. محیط زیست، سبک‌های زندگی، رفتارهای مرتبط با سلامت، شرایط اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی، کمیّت و کیفیت ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در زمره عواملی هستند که به شکل تلویحی یا بلافصل سلامت شهروندان یک جامعه را تحت تاثیر قرار می‌دهند. در این میان نقش «سبک زندگی» رایج در میان گروه‌های مختلف جامعه و پدیده‌هایی چون فرهنگ، سنت‌ها، باورها، نگرش‌ها، ارزش‌ها و نوع درک مردم از مفهوم سلامت را نباید در امر سلامت نادیده گرفت. به‌علاوه، عوامل یا مسائل اجتماعی مثل فقر، گرسنگی و سواد در زمره مهم‌ترین عوامل تاثیرگذار یا تعیین‌کننده‌های سلامت شهروندان است و به‌منظور کاستن از تاثیر عوامل تهدیدکننده سلامت، باید تعادلی بین این عوامل و برنامه‌ای برای مقابله با آنها تهیه شود. مطالعات متعدد از جمله پژوهش‌های صورت گرفته توسط «کمیسیون تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت» (CSDH) در سازمان جهانی بهداشت (WHO) نشان داده است که تعیین‌کنندگی و اثرگذاری عوامل اجتماعی و شرایط زندگی اجتماعی در شهرها و کلان‌شهرها بیشتر است. درک این نکته کلیدی مستلزم توجه به ماهیّت و صورت‌بندی اجتماعی و فرهنگی آن است. برای رابرت کینگ مرتون نیز پارامترهای اجتماعی مؤثر در سلامت، درمان و توانبخشی و به‌طور کلی، عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامتی و بهداشت شهروندان یک جامعه، به‌عنوان یکی از زمینه‌های با اهمیتی تلقی می‌شود که در حوزه جامعه‌شناسی پزشکی باید مورد توجه قرار گیرد (آرمسترانگ، ۱۳۷۲: ۱۴).

بر این اساس، عوامل اجتماعی متعددی را می‌توان برشمرد که بر روی سلامت اجتماعی اثرگذار هستند، عواملی چون: سرمایه اجتماعی، اعتماد اجتماعی، مشارکت اجتماعی، همبستگی اجتماعی، امنیت اجتماعی، حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی و منزلت اجتماعی. البته سایر عواملی که بر روی سلامت اجتماعی تأثیرگذار هستند عبارتند از: سن، جنس، شغل، درآمد، تحصیلات، محله، وضعیت دینداری و وضعیت زناشویی. اما بر اساس پژوهش‌های صورت گرفته و دیدگاه‌های پژوهشگران و جامعه‌شناسان حوزه سلامت اجتماعی، مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های اجتماعی که بر روی سلامت اجتماعی موثر هستند می‌توان به مواردی چون: پایگاه اجتماعی-اقتصادی؛ کیفیت زندگی؛ حمایت اجتماعی و احساس امنیت اجتماعی اشاره نمود. کیفیت زندگی یکی از شاخصه‌های اصلی جامعه مرفعی است که در برگیرنده مهم‌ترین عواملی است که شرایط زندگی در جامعه و رفاه شخصی افراد را تعیین می‌کنند. کیفیت زندگی یکی از اساسی‌ترین مقوله‌های علوم اجتماعی است که در آن پارامترهای مادی توسعه اقتصادی و تولیدات داخلی در کنار پارامترهای غیر مادی چون کیفیت کار، سطح باسوادی و فرهنگ، استاندارد پزشکی و بهداشت، کیفیت فراغت و تفریح، شرایط محیط زیست، جو سیاسی، احساس خوشبختی انفرادی و حتی آزادی و اتحاد ملی مورد بررسی قرار می‌گیرند. کیفیت زندگی به‌عنوان احساس فرد از بهزیستی تعریف شده است، احساسی که اساسش در رضایت فرد از جنبه‌هایی از زندگی است که برای وی اهمیت دارد (Cimet & et al, 2003: 18). بنابراین می‌توان استنباط کرد که کیفیت زندگی درک منحصر به فرد شخص در مورد این که آیا زندگی او با وجود ارتباطی که با خانواده‌اش، دوستانش و اجتماعش دارد یا برایش رضایت‌بخش و قابل قبول است یا نه. همچنین ارضا فیزیکی، روانی، اجتماعی و اقتصادی برایش موجود است یا نه، که البته این قضیه با توقع شخص از زندگی‌اش ارتباط دارد.

اندرسون^۱ (۱۹۹۵)، معتقد است که مفهوم کیفیت زندگی با سلامت مشخص می‌شود و در ارتباط با آن است. موضوع سلامت از بدو پیدایش بشر در قرون و اعصار متمادی مطرح بوده است، اما هرگاه از آن سخن به میان آمده عموماً بعد جسمی آن مدنظر قرار گرفته و کمتر به سایر ابعاد آن به خصوص بعد اجتماعی آن توجه شده است (اندرسون، ۱۹۹۵: ۵۴۹؛ به نقل از لطیفی؛ موحدی، ۱۳۸۸: ۵). طبق نظر کیز حلقه مفقوده در تاریخچه مطالعات مربوط به سلامت پاسخ دادن به این سؤال است که «آیا ممکن است کیفیت زندگی و عملکرد شخصی افراد را بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد؟» (کیز، ۱۹۹۸: ۳۲). به نظر کیز افراد در درون ساختارهای اجتماعی و ارتباطات قرار دارند و نقش کیفیت زندگی در زندگی بیش از سلامت روانی است و تکالیف و چالش‌های روانی نیز تعیین کننده هستند. کیز با ارائه مقیاسی با شمول ابعاد اجتماعی فرد، فرض را بر این می‌گذارد که افراد کیفیت زندگی و عملکرد شخصی‌شان را با معیارهای اجتماعی‌شان ارزیابی نمایند، به این ترتیب سلامت اجتماعی، در برگیرنده اجزا و مولفه‌هایی است که روی هم رفته روشن می‌سازد که آیا فرد از کیفیت زندگی مناسبی برخوردار است یا خیر؟ و به چه میزانی؟ (کیز، ۲۰۰۶: ۳۹۵). دومین عامل اجتماعی که سلامت اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهد امنیت اجتماعی^۲ است. امنیت اجتماعی در تعریف مدرن آن، بر حفظ و نگهداری احساس تعلق یا همان احساس ما بودن نظارت دارد. زیرا حراست و نگهداری از احساس ما بودن، در حفظ جامعه نقش دارد و اگر این احساس حفظ شود، افراد جامعه نسبت به مشکلات و مسائل جامعه احساس تعهد و تکلیف می‌کنند. تمام عرصه‌های زندگی متأثر از متغیر امنیت است، زیرا آنچه رفتار را بیش از همه تحت تأثیر قرار می‌دهد، عنصر ناخودآگاه است و امنیت متغیری است که ناخودآگاه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. با افزایش امنیت کمال و استعلای انسان امکان‌پذیر می‌شود و با کاهش امنیت

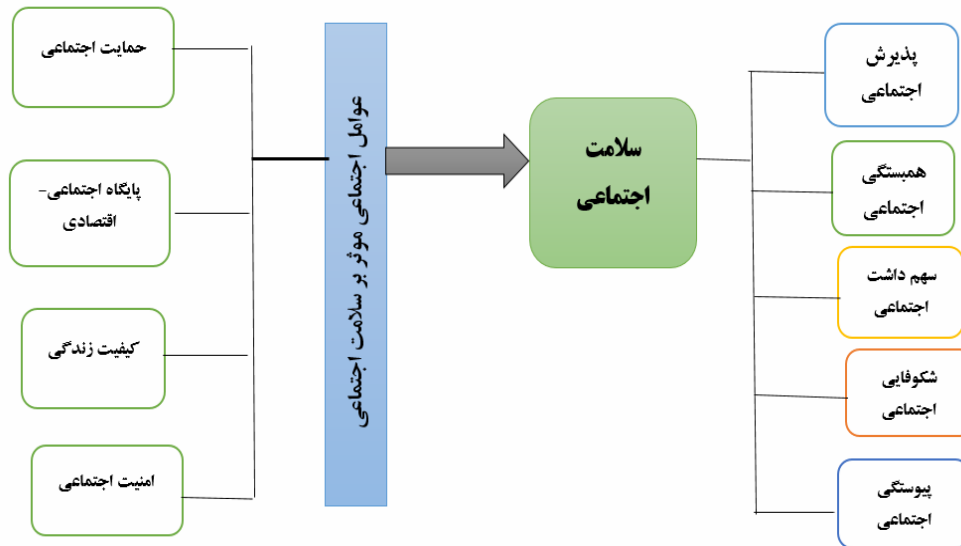
1. Anderson
2. Social Security

آرمان‌های انسان کاهش می‌یابد، به‌گونه‌ای که گاه فرد کاملاً در خفت معنایی و هویتی فرو می‌رود. زیرا تعالی جامعه، رشد فکر و اندیشه، ارائه افکار نوین و نظریه‌های علمی، توسعه و رشد استعدادها، همگی ریشه در عنصر امنیت دارد. برای دسترسی به جامعه‌ای که از نظر اجتماعی سالم باشد، باید اعضای جامعه از نظر دسترسی به امکانات اولیه و نیازهای اساسی زندگی خود تامین باشند و نیاز به امنیت، از مهم‌ترین و اساسی‌ترین نیازهای انسان به‌شمار می‌رود. البته رابطه دو سویه‌ای نیز بین نیاز به امنیت و سلامت اجتماعی وجود دارد، به‌گونه‌ای که علاوه بر این که مطابق هرم نیازهای مازلو، تامین نیاز امنیت انسان می‌تواند زمینه‌ساز نیازهای دیگران و تامین سلامت اجتماعی باشد، علاوه بر آن سلامت اجتماعی نیز می‌تواند به افزایش احساس امنیت کمک کند. سلامت اجتماعی شرط کافی تحقق احساس امنیت اجتماعی در جامعه است. زیرا در حقیقت امنیت یک تولید اجتماعی است. به‌رغم این که ادراک ذهنی امنیت نقش اصلی را داراست، اما احساس امنیت در تعاملات یا روابط دیگر اجتماعی شکل می‌گیرد. به این ترتیب امنیت یا عدم امنیت توسط اجتماع انتقال پیدا می‌کند. زمانی این احساس می‌تواند به‌درستی انتقال پیدا کند که افراد جامعه از سلامت اجتماعی برخوردار باشند (سام آرام، ۱۳۸۸: ۲۲).

سلامت در برگیرنده عناصر و عوامل مؤثر بر آن، هم در درون شخص و هم بیرون از او و هم در جامع‌های که در آن زندگی می‌کند قرار دارد. این عناصر و عوامل برهم اثر می‌گذارند و از این برهم‌کنش ممکن است سلامت ارتقا یا کاهش یابد و از این‌رو سلامت کل جامعه و افراد را می‌توان نتیجه برهم‌کنش بسیار دانست. عامل اجتماعی دیگری که سلامت اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، حمایت اجتماعی است. بززر^۱ سلامت اجتماعی را مفهومی از حمایتی که خانواده و دوستان در اختیار فرد قرار می‌دهند، می‌داند و وی به‌نوعی آن‌را فراهم‌کننده حمایت اجتماعی برای فرد می‌داند. بززر معتقد

است که سلامت اجتماعی به‌عنوان درجه‌ای از بهزیستی یا خوشبختی اجتماعی محسوب می‌شود. رز و وو حمایت اجتماعی را این‌گونه تعریف می‌کنند: «احساس فرد در مورد این که از سوی دیگران مراقبت می‌شود، دوست داشته می‌شود، مورد اعتماد بقیه است، به‌عنوان یک شخص برای وی ارزش قائلند و در نهایت به‌عنوان بخشی از شبکه ارتباطی محسوب می‌شود و دارای تعهدات متقابل است». و بلافاصله مطرح می‌کنند که افراد تحصیل کرده از سطوح بالاتری از حمایت اجتماعی برخوردارند و همین امر سطح سلامت روانی و اجتماعی آنان را ارتقا می‌دهد (رز؛ وو، ۱۹۹۵: ۲۴). ابزارهایی که حمایت اجتماعی را به‌عنوان درهم فرورفتگی اجتماعی مفهوم‌سازی کرده‌اند بر شبکه اجتماعی تمرکز دارند. یعنی ارتباطات غیر مستقیم و مستقیمی که افراد را با خانواده و دوستان و همسالانشان پیوند می‌دهد. این ارتباطات معرف منابع اجتماعی است که کارکردهای حمایت اجتماعی را بالقوه در زمان بحران انجام می‌دهد. درهم فرورفتگی اجتماعی به احساس تعلق فرد به جامعه مربوط می‌شود و بر فقدان از خودبیگانگی و انزوای اجتماعی دلالت دارد (سام آرام، ۱۳۹۱: ۲۵). آخرین عامل مهم در این زمینه پایگاه اجتماعی-اقتصادی است که به‌عنوان عامل تأثیرگذار بر سلامت اجتماعی محسوب می‌شود. پایگاهی که فرد در میان یک گروه دارد، یا به مرتبه اجتماعی-اقتصادی یک گروه در مقایسه با گروه‌های دیگر گفته می‌شود. به بیان دیگر موقعیتی که یک فرد یا خانواده با ارجاع به استانداردهای میانگین رایج درباره ویژگی‌های فرهنگی، درآمد موثر، دارایی‌های مادی و مشارکت در فعالیت‌های گروهی-اجتماعی به‌دست می‌آورد (کوئن، ۱۳۷۳: ۲۴۰). طبقه اجتماعی تحت تاثیر عوامل مختلفی تعیین می‌شوند. در جوامع معاصر مهم‌ترین عوامل تعیین کننده طبقه اجتماعی را به‌طور کلی می‌توان به‌شرح زیر خلاصه کرد: شغل، میزان درآمد، منبع درآمد، نوع مسکن، ناحیه محل سکونت و تحصیلات، البته باید یادآوری کرد، مفهوم و اهمیت این عوامل در جوامع مختلف متفاوت است (محسنی، ۱۳۸۳: ۲۱۷).

مدل نظری پژوهش



فرضیات پژوهش

۱. بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی شهروندان رابطه وجود دارد.
۲. بین احساس امنیت اجتماعی بر سلامت اجتماعی شهروندان رابطه وجود دارد.
۳. بین پایگاه اجتماعی-اقتصادی بر سلامت اجتماعی شهروندان رابطه وجود دارد.
۴. بین کیفیت زندگی بر سلامت اجتماعی شهروندان رابطه وجود دارد.

۴. روش پژوهش

پژوهش حاضر به‌لحاظ هدف کاربردی و به‌لحاظ نحوه جمع‌آوری داده‌ها و گستردگی جامعه آماری مورد مطالعه (شهروندان منطقه ۱۲ شهر تهران) پیمایش بوده است؛ همچنین برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزار پرسشنامه استفاده شد.

جامعه آماری، حجم نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش شهروندان منطقه ۱۲ شهر تهران در سال ۱۳۹۵ بودند. جمعیت این منطقه بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۵ برابر با ۲۴۰، ۷۲۰ نفر (۷۶، ۶۲۸ خانوار) شامل ۱۲۲، ۱۴۱ مرد و ۱۱۸، ۵۷۹ زن بودند. حجم نمونه نیز با استفاده از فرمول کوکران تعداد ۴۰۰ نفر برآورد شد. روش نمونه‌گیری هم با توجه به گستردگی و تعداد نسبتاً زیاد جمعیت آماری خوشه‌ای چند مرحله‌ای تعیین شد. با توجه به انتخاب این روش در گام اول ۶ ناحیه در منطقه ۱۲ به‌عنوان خوشه‌های اولیه در نظر گرفته شدند. سپس در گام دوم، ۴ ناحیه (خوشه) به تصادف انتخاب و در گام بعدی، با تهیه نقشه ناحیه‌های منتخب از هر ناحیه با توجه به حجم آن تعدادی بلوک انتخاب و در نهایت با انتخاب خانوارها کار توزیع پرسشنامه‌ها در هر خانوار مشخص شده انجام گردید. درباره منطقه ۱۲ باید گفته شود که به‌دلیل وجود بازار تهران و واحدهای کسب‌وکار فراوان در این منطقه تعداد خانوارهای با سکونت مردان قابل مشاهده بوده و کارگران بازار و واحدهای کسب‌وکار که عمدتاً مرد هستند به‌صورت دسته‌جمعی در واحدهای مسکونی در کنار هم زندگی می‌کنند.

تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرهای تحقیق

متغیر وابسته (سلامت اجتماعی): سلامت اجتماعی «ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که عضو آن‌هاست» می‌باشد (کیبز، ۱۹۹۸: ۱۲۲). به‌منظور سنجش متغیر سلامت اجتماعی این متغیر در قالب ابعاد انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انطباق اجتماعی و شکوفایی اجتماعی تنظیم و برای سنجش هر یک از ابعاد موردنظر گویه‌های زیر تنظیم شده است: من فکر می‌کنم متعلق به مجموعه‌ای به‌نام جامعه هستم؛ من فکر می‌کنم که بخشی مهم از اجتماعم هستم؛ من فکر می‌کنم افراد دیگر قابل اعتماد هستند؛

فعالیت‌های روزانه من هیچ نتیجه ارزنده‌ای برای جامعه ندارد و به نظر من دنیا برای هر فرد دارد مکانی بهتری می‌شود.

متغیرهای مستقل عبارتند از

پایگاه اجتماعی - اقتصادی: پایگاهی که فرد در میان یک گروه دارد، یا به مرتبه اجتماعی - اقتصادی یک گروه در مقایسه با گروه‌های دیگر گفته می‌شود. به بیان دیگر موقعیتی که یک فرد یا خانواده با ارجاع به استانداردهای میانگین رایج درباره ویژگی‌های فرهنگی، درآمد موثر، دارایی‌های مادی و مشارکت در فعالیت‌های گروهی - اجتماعی به دست می‌آورد (کوئن، ۱۳۷۳: ۲۴۰). در پژوهش حاضر برای سنجش پایگاه اجتماعی - اقتصادی از سنجه‌هایی چون: میزان درآمد، میزان تحصیلات و منزلت شغلی استفاده شد.

کیفیت زندگی: کیفیت زندگی به عنوان احساس فرد از بهزیستی تعریف شده است، احساسی که آسایش در رضایت فرد از جنبه‌هایی از زندگی است که برای وی اهمیت دارد (Guggnumoss & Holzman et, 1995: 26). کیفیت زندگی در این پژوهش در دو بعد ذهنی و عینی و در قالب طیف لیکرت مورد سنجش قرار گرفت.

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

احساس امنیت اجتماعی: احساس امنیت اجتماعی به فقدان هراس از تهدید شدن یا به مخاطره افتادن ویژگی‌های اساسی و ارزش‌های انسانی و نبود ترس از تهدید حقوق و آزادی‌های مشروع گفته می‌شود (نبوی و همکاران، ۱۳۸۷: ۱۷). احساس امنیت اجتماعی در چهار بعد امنیت سیاسی، امنیت اقتصادی، امنیت جانی و امنیت محیط شهری در نظر گرفته می‌شود. احساس امنیت اجتماعی در قالب ابعاد امنیت اقتصادی، امنیت محیط شهری، امنیت سیاسی و امنیت جانی در قالب طیف لیکرت مورد سنجش قرار گرفت.

اعتبار و روایی ابزار پژوهش

در پژوهش حاضر به منظور تعیین اعتبار ابزار پژوهش از روش اعتبار صوری یا توافق متخصصان استفاده شد و به منظور تعیین روایی ابزار تحقیق اقدام به تعیین میزان همبستگی بین گویه‌های تحقیق از طریق آزمون آلفای کرباخ شد که این میزان برای متغیرهای وابسته و مستقل بالای ۰/۷ بوده است.

روش تحلیل داده‌ها

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

۵. یافته‌های پژوهش

یافته‌های توصیفی

در پژوهش حاضر ۷۳/۲ درصد از پاسخگویان را مردان و ۲۶/۸ درصد دیگر را زنان تشکیل داده‌اند. به لحاظ سنی بیشترین فراوانی پاسخگویان (۲۴/۱٪) مربوط به رده سنی

۳۱ تا ۳۵ سال و کمترین آن (۲/۲٪) مربوط به رده سنی کمتر از ۲۰ سال بودند. به‌لحاظ وضعیت تأهل ۱۸/۷ درصد مجرد، ۷۸/۴ درصد متأهل و ۲/۹ درصد آنان گزینه سایر (مطلقه، بیوه) را انتخاب نموده‌اند. از نظر تحصیلات ۴/۹ درصد زیر دیپلم، ۱۳/۵ درصد دیپلم، ۹/۸ درصد فوق دیپلم، ۴۰ درصد کارشناسی و ۳۱/۷ درصد مدرک کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. همچنین به‌لحاظ درآمدی بیشتر پاسخگویان (۵۱/۱ درصد) درآمدی بیشتر از ۲,۰۰۰,۰۰۰ تومان در ماه داشتند. به‌لحاظ وضع فعالیت ۸۱/۸ درصد شاغل، ۲/۲ درصد بیکار، ۸/۱ درصد خانه‌دار، ۳/۲ درصد بازنشسته و ۴/۷ درصد دانش‌آموز بودند.

توصیف متغیرهای اصلی تحقیق

جدول ۱- توصیف متغیرهای وابسته و مستقل

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

همان‌طور که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود ۴۶/۷ درصد از پاسخگویان دارای سلامت اجتماعی در سطح زیاد، ۵۱/۸ درصد دارای سلامت اجتماعی در سطح متوسط و ۱/۵ درصد دارای سلامت اجتماعی در سطح کم بودند. در مجموع می‌توان گفت که سلامت اجتماعی پاسخگویان در سطح متوسط بوده است. بیشتر پاسخگویان دارای پایگاه

اجتماعی-اقتصادی در سطح متوسط بودند. در زمینه کیفیت زندگی بیشتر پاسخگویان دارای کیفیت زندگی در سطح زیاد (۶۲/۴ درصد) هستند. به لحاظ وضعیت حمایت اجتماعی بیشتر پاسخگویان (۴۷/۷ درصد) در سطح متوسط بودند. به لحاظ امنیت اجتماعی نیز بیشتر پاسخگویان (۶۷/۱ درصد) در سطح متوسط قرار داشتند.

یافته‌های تحلیلی

آزمون همبستگی بین متغیرهای مستقل و وابسته

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

جدول ۲- آزمون رابطه بین سلامت اجتماعی و عوامل اجتماعی

سلامت اجتماعی		عوامل اجتماعی
سطح معناداری	ضریب همبستگی	
۰/۰۰۰	۰/۴۱۶	حمایت اجتماعی
۰/۰۰۰	۰/۲۴۸	امنیت اجتماعی
۰/۰۱۲	۰/۱۲۵	پایگاه اجتماعی-اقتصادی
۰/۰۰۰	۰/۴۰۴	کیفیت زندگی

تحلیل رگرسیون متغیرهای پیش‌بینی کننده سلامت اجتماعی

در این پژوهش به منظور آزمون این موضوع که آیا متغیرهای مستقل تحقیق (حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی، امنیت اجتماعی و پایگاه اجتماعی-اقتصادی) قادرند متغیر وابسته یعنی سلامت اجتماعی را پیش‌بینی کنند از تحلیل رگرسیون چندگانه با روش گام‌به‌گام استفاده شد. شاخص‌های آماری برای متغیرهای درون معادله مانند ضریب رگرسیون b برای نمرات خام و $Beta$ برای نمرات استاندارد شده و آزمون t را می‌توان در جدول شماره ۴ مشاهده کرد. بر اساس نتایج به دست آمده ضریب تعیین محاسبه شده برابر است $R^2=0/42$ (همبستگی قوی می‌باشد) که حاکی از آن است که متغیرهای مستقل به میزان $0/42$ توانایی تبیین سلامت اجتماعی شهروندان را دارند. به عبارت دیگر $0/58$ سلامت اجتماعی توسط متغیرهای دیگر تبیین می‌شود. همچنین ضریب همبستگی چندگانه $R=0/64$ به دست آمده مبین این است که متغیرهای مستقل به طور هم‌زمان $0/58$ با متغیر وابسته یعنی سلامت اجتماعی همبستگی دارد که نشان دهنده همبستگی متوسط به بالا بین متغیرها است. همچنین با توجه به نتایج به دست آمده از جدول آنوا میزان f به دست آمده برابر است با $f=59/15$ سطح معناداری برابر است با $sig=0/00$ چون سطح معناداری از $0/05$ کوچک‌تر است پس متغیرهای مستقل بر وابسته موثر می‌باشند. ضریب بتا برای متغیرهای حمایت اجتماعی برابر با $0/50$ درصد، امنیت اجتماعی برابر با $0/22$ درصد، پایگاه اجتماعی-اقتصادی برابر با $0/10$ درصد، کیفیت زندگی برابر با $0/24$ درصد است. بر این اساس چون بتای حمایت اجتماعی بیشتر است پس تاثیر بیشتری بر روی متغیر وابسته یعنی سلامت اجتماعی داشته است.

جدول ۳- آماره‌های مربوط به متغیرهای مستقل مدل رگرسیونی

نام متغیر	B	BETA	T	Sig
حمایت اجتماعی	۷.۱	۵۰.۰	۸۰.۹	۰۰.۰
کیفیت زندگی	۳.۰	۲۴.۰	۶۴.۴	۰۰.۰
امنیت اجتماعی	۳.۰	۲۲.۰	۰۰.۴	۰۰.۰
پایگاه اجتماعی- اقتصادی	۱.۲	۱۰.۰	۰۹.۲	۰۳.۰
R= 0/41 R ² =0/42 adjustedR ² = 0/58 F= 59/15 sig= 0/000				

۶. نتیجه‌گیری

سلامت اجتماعی از طریق تمرکز بر شهروندان در ارتباط با تعاملات میان فردی آن‌ها (مانند ملاقات با دوستان، آشنایان و همسایگان) و مشارکت اجتماعی (مانند عضویت در گروه‌ها، انجمن‌ها، احزاب، شبکه‌های اجتماعی ساختار شهری) مورد توجه و سنجش قرار می‌گیرد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بیشتر پاسخگویان (۵۱/۸ درصد) دارای سلامت اجتماعی در سطح متوسط بودند. همچنین بیشتر پاسخگویان (۵۴/۳ درصد) از پایگاه اجتماعی-اقتصادی در سطح متوسط برخوردار بودند. در زمینه کیفیت زندگی نیز بیشتر پاسخگویان دارای کیفیت زندگی در سطح زیاد (۶۲/۴ درصد) بودند. به‌لحاظ وضعیت حمایت اجتماعی بیشتر پاسخگویان (۴۷/۷ درصد) در سطح متوسط بودند و به‌لحاظ امنیت اجتماعی نیز بیشتر پاسخگویان (۶۷/۱ درصد) در سطح متوسط قرار داشتند.

همچنین یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین متغیرهای حمایت اجتماعی، امنیت اجتماعی، کیفیت زندگی و پایگاه اجتماعی-اقتصادی (متغیرهای مستقل) با متغیر سلامت اجتماعی (متغیر وابسته) رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. متغیر حمایت اجتماعی در میان متغیرهای مستقل تحقیق از بیشترین تاثیر (رتبه اول) در تبیین سلامت

اجتماعی شهروندان برخوردار بوده است. این متغیر توانسته به میزان ۰/۵۰ تغییرات متغیر سلامت اجتماعی را مورد تبیین قرار دهد و یکی از تعیین کننده‌ترین متغیر در بین متغیرهای مستقل تحقیق حاضر باشد. تحقیقات مختلف اثبات کرده‌اند که حمایت اجتماعی با سلامت روانی، سلامت اجتماعی و بهزیستی افراد ارتباط دارد (قائدی؛ یعقوبی، ۱۳۸۷؛ بخشی پور رودسری و همکاران، ۱۳۸۴؛ لو^۱، ۱۹۹۷؛ ساراسون؛ ساراسون^۲، ۱۹۸۵). حمایت اجتماعی موجب خلق تصور مثبت و پذیرش خود، احساس مورد محبت واقع شدن و ارزشمند بودن را به فرد می‌دهد که همه بر عملکرد فرد در اجتماع تاثیرگذار است. همچنین برخورداری از حمایت اجتماعی مناسب منجر به داشتن حس تعلق به جامعه، خوشبین بودن در مورد آن، پذیرش آن و میل به مشارکت بیشتر در آن می‌گردد که این عوامل موجبات ارتقا سلامت اجتماعی افراد را در جامعه فراهم می‌آورد. این مقوله عنوان می‌کند که داشتن حمایت اجتماعی برای سلامت اجتماعی مفید است و برعکس نداشتن یا فقدان حمایت اجتماعی دارای تأثیرات منفی در سلامت اجتماعی است. بنابراین هر چه حمایت اجتماعی فرد بیشتر باشد از سلامت اجتماعی بیشتری برخوردار است، از این رو ارتقا سلامت اجتماعی متأثر از میزان داشتن هر چه بیشتر حمایت اجتماعی افراد جامعه است. درگیری افراد در شبکه‌های مختلف اجتماعی از جمله شبکه‌های خانوادگی، دوستی و همسایگی منابع حمایتی فراهم می‌کند که با جذب بیشتر در این شبکه‌ها افراد شرایط مطلوب به دست می‌آورند، حمایت و متعاقب آن سلامتی و در نهایت سلامت اجتماعی را حاصل می‌کنند. مطالعات متأثر از مدل تأثیر مستقیم حمایت اجتماعی عنوان می‌کنند افرادی که در شبکه‌های حمایتی قرار دارند، کمتر افسرده‌اند و عمدتاً سلامت روانی بهتری را نسبت به افراد فاقد چنین شبکه‌های حمایتی نشان می‌دهند (تویتس، ۱۹۸۲: ۴۵). همان‌گونه که در این تحقیق گفته شد در منطقه ۱۲ تهران تعداد زیادی از کارگران بازار و واحدهای کسب‌وکار زندگی می‌کنند که در کنار خانواده‌های

1. LU

2. Saraon& Sarason

خود نبوده و عمدتاً از شهرستان‌های دور به کلان شهر تهران مهاجرت کرده‌اند و دچار فقر و محرومیت‌ها گسترده‌ای بوده و از حمایت اجتماعی مناسبی از سوی خانواده و سازمان‌های حمایتی برخوردار نیستند. بر این اساس در صورت تقویت حمایت اجتماعی این بخش از شهروندان می‌توان امیدوار بود که میزان سلامت اجتماعی آنان نیز افزایش یابد.

بر همین اساس متغیر کیفیت زندگی در تأثیرگذاری بر متغیر سلامت اجتماعی با میزان ۰/۲۴ در رتبه دوم تأثیرگذاری قرار داشته است. کیفیت زندگی یکی از شاخصه‌های اصلی جامعه مترقی است که در برگیرنده مهم‌ترین عواملی است که شرایط زندگی در جامعه و رفاه شخصی افراد را تعیین می‌کنند. بنابراین می‌توان استنباط کرد که کیفیت زندگی درک منحصر به فرد شخص در مورد این که آیا زندگی او با وجود ارتباطی که با خانواده‌اش، دوستانش و اجتماعش دارد یا برایش رضایت‌بخش و قابل قبول است یا نه. نتایج تحقیق حاضر با تحقیق اندرسون (۱۹۹۵)، هم‌سو است که معتقد است مفهوم کیفیت زندگی با سلامت مشخص می‌شود و در ارتباط با آن است. همچنین طبق نظر کیزز حلقه مفقوده در تاریخچه مطالعات مربوط به سلامت پاسخ دادن به این سؤال است که «آیا ممکن است کیفیت زندگی و عملکرد شخصی افراد را بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد؟» (کیزز، ۱۹۹۸: ۳۲). به نظر کیزز افراد در درون ساختارهای اجتماعی و ارتباطات قرار دارند و نقش کیفیت زندگی در زندگی بیش از سلامت روانی است و تکالیف و چالش‌های روانی نیز تعیین کننده هستند. کیزز با ارائه مقیاسی با شمول ابعاد اجتماعی فرد، فرض را بر این می‌گذارد که افراد کیفیت زندگی و عملکرد شخصی‌شان را با معیارهای اجتماعی‌شان ارزیابی نمایند، به این ترتیب سلامت اجتماعی، در برگیرنده اجزا و مولفه‌هایی است که روی هم رفته روشن می‌سازد که آیا فرد از کیفیت زندگی مناسبی برخوردار است یا خیر؟ و به چه میزانی؟ (کیزز، ۲۰۰۶: ۳۹۵). از سوی دیگر، پژوهش حاضر نشان داد که بین میزان احساس امنیت اجتماعی پاسخگویان و سلامت اجتماعی آنان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد؛ به گونه‌ای که به میزان ۰/۲۲ متغیر سلامت

اجتماعی را مورد تبیین قرار داده است. این یافته موجب تأیید نظریه سلسله مراتب مازلو می‌شود که طی آن امنیت را پیش‌نیاز دستیابی به خودشکوفایی و سلامت اجتماعی دانسته بود. شایان ذکر است که این متغیر در میان متغیرهای مستقل تحقیق از رتبه سوم تاثیر در تبیین سلامت اجتماعی شهروندان برخوردار بوده است. احساس ناامنی با گذشت زمان تاثیرات مخرب و منفی بر کیفیت زندگی دارد و منجر به مراقبت و محافظت غیر ضروری مردم از خودشان می‌شود تا جایی که آن‌ها را از فعالیت‌های اجتماعی بار می‌دارد و میزان بی‌اعتمادی را در جامعه افزایش می‌دهد، همچنین موجب کاهش تعاملات اجتماعی و محدود شدن و زیر ذره‌بین قرار گرفتن روابط اجتماعی افراد می‌شود که تمام این حرکات باعث کاهش میزان سلامت اجتماعی می‌گردد. شایان ذکر است که متغیر پایگاه اجتماعی و اقتصادی با میزان ۰/۱۰ کمترین میزان تأثیرگذاری را بر روی متغیر سلامت اجتماعی داشته است. در همین رابطه معنی‌داری رابطه بین پایگاه اجتماعی-اقتصادی پاسخگویان و سلامت اجتماعی آنان همسو با نتایج کیز (۱۹۹۸)، کیز و شاپیرو (۲۰۰۴) و حاتمی (۱۳۸۹) است. کیز (۱۹۹۸) عنوان کرده است که پایگاه اجتماعی-اقتصادی بالا موجب بهبود سلامت اجتماعی می‌شود. البته برخلاف دیدگاه کیز، مارکسیست‌ها، طبقه اجتماعی را مرتبط با میزان برخورداری از سلامت قلمداد می‌کنند و عده دیگری از پژوهشگران معتقدند که دنبال کردن اهداف مالی در زندگی می‌تواند به کاهش سلامت در زندگی منجر شود و دلیل آن‌ها این است که تعقیب چنین اهدافی شانس به‌دست آوردن اهداف لذت بخش دیگر را کاهش می‌دهد (باباپور؛ خیرالدین، ۱۳۸۸: ۲۳).

مهم‌ترین نتیجه‌ای که می‌توان از پژوهش حاضر گرفت این است که سلامت اجتماعی بیشتر از آن که ناشی از بهبود شرایط فردی باشد ناشی از بهبود شرایط اجتماعی است و هر چقدر میزان بهبود و اصلاح شرایط ساختاری جامعه افزایش یابد می‌توان انتظار داشت که سطح سلامت اجتماعی جامعه هم ارتقا یابد. در واقع، ارتقای سلامت اجتماعی وابستگی زیادی به ارتقای سطح کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی، پایگاه اجتماعی-اقتصادی و امنیت اجتماعی دارد.

منابع

- آرمسترانگ، دیوید. (۱۳۷۲)، *جامعه‌شناسی پزشکی*، ترجمه محمد توکل، تهران: انتشارات دانشگاه صنعتی شریف.
- حسینی، سیده فاطمه. (۱۳۸۷)، بررسی میزان سلامت اجتماعی و عوامل موثر بر آن در دانشجویان دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد*، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی.
- خیرالدین، اکبر. (۱۳۸۸)، بررسی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت روانی با تاکید بر سرمایه اجتماعی، مطالعه موردی دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد*، دانشگاه شهید بهشتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی.
- ریموند و همکاران. (۲۰۰۴)، «پیش‌بینی سلامت اجتماعی بر اساس باورهای دینی در بین دانشجویان دختر»، *فصلنامه زن و مطالعات خانواده*، سال دوم، شماره ۷.
- زکی، محمدعلی؛ خشوعی، مریم السادات. (۱۳۹۲)، «سلامت اجتماعی و عوامل موثر بر آن در بین شهروندان اصفهان»، *مجله مطالعات جامعه‌شناختی شهری*، سال سوم، شماره هشتم.
- سام آرام، عزت‌الله. (۱۳۸۸)، «بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت با تاکید بر رهیافت پلیس جامعه‌محور»، *فصلنامه علمی-پژوهشی انتظام اجتماعی*، سال اول، شماره اول، دوره بهار.
- سام آرام، عزت‌الله. (۱۳۹۱)، *نظریه‌های مددکاری اجتماعی*، تهران: دانشگاه علامه طباطبائی.
- سجادی، حمیرا. (۱۳۸۳)، «سنجش سلامت اجتماعی»، *فصلنامه علمی پژوهشی مددکاری اجتماعی*، شماره ۸.
- سجادی، حمیرا؛ صدرالسادات، سیدجلال. (۱۳۸۴)، «شاخص سلامت اجتماعی»، *ماهنامه اطلاعات سیاسی-اقتصادی*، سال نوزدهم، شماره ۷ و ۸.

- سفیری، خدیجه؛ صادقی راوندی، فاطمه. (۱۳۹۳)، «تبیین رابطه هویت جنسیتی و سلامت اجتماعی زنان و مردان شهر تهران»، *مجله جامعه‌شناسی کاربردی*، سال بیست‌وپنجم، شماره ۵۳.
- سمیعی، مرصده و همکاران. (۱۳۸۹)، «سلامت اجتماعی در ایران: از تعریف اجماع‌مدار تا شاخص شواهدمدار»، *مسائل اجتماعی ایران*، سال اول، شماره دوم.
- صباغ، صمد و همکاران. (۱۳۹۰)، «سنجش سلامت اجتماعی و عوامل اجتماعی مرتبط با آن در بین خانوارهای شهر تبریز»، *مجله مطالعات جامعه‌شناسی*، سال سوم، شماره دهم.
- فارسی نژاد، معصومه. (۱۳۸۴)، بررسی رابطه سبک‌های هویتی با سلامت اجتماعی و خودکارآمدی تحصیلی در دانش‌آموزان دختر و پسر پایه دوم دبیرستان‌های شهر تهران، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد*، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.
- کوئن، بروس. (۱۳۸۳)، *مبانی جامعه‌شناسی*، ترجمه محسن ثلاثی، تهران: انتشارات علمی.
- لطیفی، غلامرضا؛ موحدی، امین. (۱۳۸۸)، «بررسی رابطه بین سلامت اجتماعی و شاخص‌های آن بر میزان کیفیت زندگی، مطالعه موردی کارکنان بانک ملی شهر تهران».
- مامورت، مایکل؛ ویلیکسون، ریچارد. (۱۳۸۷)، *مؤلفه‌های اجتماعی سلامت*، ترجمه علی منتظری، تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی.
- محسنی، منوچهر. (۱۳۸۳)، *مقدمات جامعه‌شناسی*، تهران: نشر آگاه.
- نبوی، سید عبدالحسین و همکاران. (۱۳۸۸)، «بررسی تاثیر پایگاه اجتماعی-اقتصادی و هویت قومی بر احساس امنیت اجتماعی»، *فصلنامه دانش انتظامی*، سال دهم، شماره دوم.

- Cimmet, G.& Gencalp, N S.& Keskin, G. (2003), "Quality of life and job satisfaction of nurses", *J Nurs Care Qual*, 18 (2), 151-158.
- Keyes, C. L. M. (1998), "Social Well-being", *Social Psychology Quarterly*, 61: 121-140.
- Keyes, C. L. M.& Shmotkin, D.& Ryff, C. D. (2002), "Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions", *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007- 1022.
- Keyes, C. L. M.& Waterman, M. B. (2003), *Dimensions of well-being and mental health in adulthood*. In M. H. Bornstein, L. Davidson, C. L. M. Keyes,
- Keyes, Corey. L. M& Jeana L. Magyar-moe. (2003), "The Measurement and Utility of Adult Subjectivity Well-being". Pp. 411-425 in *Positive Psychological Assessment: A Handbook of Models and Measures*, edited by S. J. Lopez and C. R. Snyder. Washington, DC: American Psychological Association.
- Keyes, C. M.& Shapiro, A. (2004), "Social Well-being IN The U. S.: A Descriptive Epidemiology", Orville Brim: Carol D. Ryff & Ronald C. Kessler (Eds), *Healthing Are You? A National Study OF Well-being Of Midlife*, University Of Chicago Press.
- Keyes, Corey Lee. M& Shapiro, Adam. (2008), *social well-being in the united states: A Descriptive Epidemiology*.
- keyes, C. M. (2005), "Mental health and or mental illness"?, Investigation Axioms of the complete state model of health, *Journal of consulting and clinical psychology*. 37. 539-548.
- Keyes Corey L. M. (2006), "Mental health in adolescence: Is America's youth flourishing?", *American journal of orthopsychiatry*, vol. 76, n3, pp. 395-402

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