

«زن و مطالعات خانواده»  
سال هفدهم - شماره شصت و  
دوم، زمستان 1402  
شماره 185-198

عوامل پیش بینی کننده سلامت اجتماعی خانوارهای کلان شهر  
تبریز

ارغوان علمی<sup>1</sup>

دکترعلی پناهی<sup>2</sup>

تاریخ دریافت: 1402/06/10 تاریخ پذیرش: 1402/07/18

### چکیده

سلامت اجتماعی عبارت است از توانایی انجام موثر و کارآمد نقش‌های اجتماعی بدون آسیب رساندن به دیگران و در واقع ارزیابی شرایط و کار فرد در جامعه است. هدف کلی این بررسی پیش بینی عوامل اجتماعی مرتبط با سلامت اجتماعی خانوارهای شهر تبریز بود. سلامت اجتماعی فقط یک امر زیست‌شناختی نیست و عوامل اجتماعی نیز در تعیین سطح سلامت افراد نقش موثری می‌باشند. روش تحقیق، پیمایش و ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه بود. جامعه آماری، خانوارهای شهر تبریز که تعداد آنها برابر 428009 بود. با توجه به فرمول تعیین حجم نمونه، تعداد 326 خانوار نمونه تعیین گردید. شیوه نمونه‌گیری، خوشه‌ای چند مرحله‌ای بود. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد از بین متغیرهای پیش‌بین، چهار متغیر اعتقادات دینی، احساس ناامیدی، اعتماد اجتماعی و گذران اوقات فراغت در مدل نهایی باقی ماندند و این متغیرها 22 درصد واریانس متغیر سلامت اجتماعی را تبیین نمودند.

---

1- دانشجوی کارشناسی ارشد بیولوژی - فیزیولوژی دانشگاه واشنگتن ، سیاتل ، گروه بیولوژی؛ سیاتل ، آمریکا  
2- عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، گروه جغرافیا و برنامه ریزی شهری؛ تبریز ، ایران

**واژگان کلیدی:** سلامت اجتماعی ، اعتماد اجتماعی ، احساس نا امیدی ، اعتقادات دینی ، پایگاه اجتماعی-اقتصادی

### مقدمه

سازمان بهداشت جهانی، سلامتی را حالت بهزیستی کامل جسمانی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی می‌داند ( باباپور خیرالدین و همکاران، 1382). سلامتی دارای ابعاد مختلف جسمانی، روانی، هیجانی، عقلانی، معنوی و اجتماعی است که این مفاهیم ضمن بهره‌مندی از وجوه مشترک، دارای جنبه‌های متفاوت نیز بوده و از عوامل متعددی تأثیر می‌پذیرند. سلامت مفهومی چند بعدی است و تعریف سازمان جهانی سلامت نیز به سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی آن اشاره دارد. سلامت جسمی یا زیست‌شناختی، سلامت در کارکردهای بدن و حالت بهینه عملکرد هر یاخته یا اندام بدن در هماهنگی کامل با بقیه اعضا است. سلامت با همه جوانب از جمله حقوق اولیه انسانی و شاخص‌های عدالت در جامعه همراه است. حق سلامتی به معنی برخورداری از یک زندگی سالم و مولد با کیفیت، توأم با طول عمر قابل قبول و عاری از بیماری و ناتوانی است. این حق همگانی بوده و مسئولیت آن بر عهده دولت‌هاست. یکی از هدف‌های مهم نظام سلامت در هر کشور تأمین، حفظ و ارتقاء، سلامت و کیفیت زندگی تمام افراد جامعه است. برای تحقق این امر مهیا سازی امکانات و تسهیلات مناسب جهت تأمین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی انسان در کلیه مراحل زندگی از جمله حقوق اولیه به شمار می‌رود.

در مقاله حاضر یکی از ابعاد سلامت یعنی سلامت اجتماعی مورد بررسی قرار می‌گیرد. سلامت اجتماعی شامل سطوح مهارت‌های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر کس از خود به عنوان عضوی از جامعه بزرگتر به حساب می‌آید و بر شرایط اقتصادی و اجتماعی

و رفاه شخصی در رابطه با شبکه اجتماعی توجه می‌شود. در واقع سلامت اجتماعی رابطه شبکه ارتباطات اجتماعی و تعادل شخصی و سازگاری میان فرد و محیط است. با گذار جوامع از حالت سنتی به صنعتی بحث مربوط به سلامت افراد جامعه اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. قرن جدید با خود عقاید جدیدی پدید آورده است، یک باور جدی این است که در مورد یک ملت صرفاً با رشد اقتصادی نمی‌توان قضاوت کرد بلکه احساس خوشنودی، امنیت روانی و سلامت در ابعاد مختلف (زیستی، روانی، اجتماعی، معنوی) نیز مهم است (بهزاد، 1383: 3). در یک جامعه پایدار، برابری، آموزش، بهداشت، سلامت و برخورداری از نیازهای اساسی از ملزومات یک جامعه و شاخص‌های توسعه آن به شمار می‌رود. سلامت یک موضوع شایع در بسیاری از فرهنگ‌هاست. در واقع هر جامعه‌ای به عنوان بخشی از فرهنگ خود مفهوم خاصی از سلامتی دارد. ارتقا سلامت در جامعه شاخص توانمندی نظام اجتماعی به شمار می‌آید این توانمندی به لحاظ عملی از طریق ارزیابی زندگی افراد جامعه مدنظر قرار می‌گیرد. عوامل اجتماعی اثر قابل توجهی در روندی که جامعه ما منابع خود را برای مقابله با مخاطرات بهداشتی و عرضه مراقبت‌های پزشکی به مردم سازماندهی می‌کنند، دارد و در این میان نقش عوامل اجتماعی یک جامعه از اهمیت خاصی برخوردار است. بنابراین سلامت فقط یک امر زیست‌شناختی نیست و عوامل اجتماعی نیز در تعیین سطح سلامت افراد دخیل می‌باشد. شرایط و موقعیت‌های اجتماعی نه تنها امکان ایجاد بیماری و یا معلولیت را افزایش می‌دهد بلکه می‌تواند افق خاصی را از نظر پیشگیری از بیماری و نیز حفظ سلامت ترسیم نماید، چرا که سلامتی شرط ضروری برای ایفای نقش‌های اجتماعی است و انسان‌ها در صورتی می‌توانند فعالیت کامل داشته باشند که هم خود را سالم احساس کنند و هم جامعه آنها را سالم بدانند. مهم‌ترین خطرات مطرح برای سلامت و رفاه و آسایش فرد از یک شیوه زندگی ناسالم و رفتار خطرآفرین ایجاد می‌شود و این واقعیتی است که در مورد برخی از بیماری‌های قلب، ایدز و سرطان مطرح است. از سوی دیگر شیوه زندگی سالم و

اجتناب از رفتارهای پرخطر، توانایی فرد را برای زندگی طولانی‌تر و سالم‌تر افزایش می‌بخشد. شواهد موجود نشان می‌دهند که ساختارهای کلان و خرد جوامع در حال توسعه به نحوی هستند که توانایی تأمین سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی را در سطح مطلوبی فراهم نکرده‌اند. بسیاری از افراد جامعه از سلامت جسمانی به ویژه سلامت اجتماعی رضایت‌بخشی برخوردار نیستند. کشور ایران و به تبع آن شهر تبریز که در خوشبینانه‌ترین حالت، جامعه‌ای در حال توسعه قلمداد می‌شود از این قاعده مستثنی نیست و از لحاظ شاخص‌های بهداشتی و سلامتی در وضعیت بسیار مطلوبی به سر نمی‌برد، به همین خاطر وضعیت سلامت اجتماعی افراد یکی از مسائل اساسی می‌باشد که شهر تبریز با آن دست به گریبان است و شناخت راه‌های ارتقا آن می‌توند کمک شایانی به افزایش سطح سلامتی افراد جامعه بکند. بررسی و پیش‌بینی عوامل اجتماعی مرتبط با سلامت از منظر جامعه‌شناختی از اهمیت بالایی برخوردار است. سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان بایستی بتوانند براساس ابزارها و امکانات موجود به ارتقا و کیفیت زندگی مردم جامعه و سلامت آنان جامعه عمل بپوشاند و نوعی یکپارچگی و تعادل فعال در جامعه به وجود آورند. یکی از محورهای ارزیابی سلامتی جوامع مختلف، سلامت اجتماعی آن جامعه است. سلامت اجتماعی نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفا می‌کند. از آنجایی که شرط مهم برای رشد و شکوفایی هر جامعه‌ای وجود افراد آگاه، کارآمد و خلاق است، لذا پرورش و تقویت انگیزه پیشرفت سبب ایجاد انرژی و جهت‌دهی مناسب رفتار و علایق و نیازهای آنها در راستای اهداف ارزشمند و معین شده می‌باشد و از آنجا که سلامت اجتماعی نقش عمده‌ای در کارکرد تمام زمینه‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی دارد، برنامه‌ریزی صحیح و جامع در تأمین سلامت اجتماعی کاملاً ضروری به نظر می‌رسد.

### دیدگاه های نظری

#### امیل دورکیم

دورکیم با انتقاد از کم رنگ شدن اخلاقیات در جوامع جدید وارگانیک براین امر تاکید داشت که زندگی بدون

وجود الزام های اخلاقی و ضرورت های اجتماعی غیر قابل تحمل بوده و در نهایت به افزایش میزان آنومی در جامعه منجر می شود. وی در ادامه بیان می دارد که در جوامع امروزی خواه در سطح جامعه و خواه در سطح برخی گروههای تشکیل دهنده آن، معیار و هنجارهای سنتی در حال رنگ باختن هستند بی آنکه هنجاری جدید جایگزین آن گردد. بر همین اساس بی هنجاری در شرایطی پدید می آید که در حوزه های معینی از زندگی اجتماعی، معیارهایی واضح برای راهنمایی رفتار وجود نداشته باشد، پیامدهای این امر در قالب تعارض شخصیت فردی و اجتماعی فرد ظاهر می شود که این امر کیفیت زندگی وی را دچار اختلال می نماید، علت آشکار تحقق آنومی در نظر دورکیم تحولات شتابان اقتصادی است که منجر به ایجاد بحران در نظام آموزشی و هنجاری جامعه می گردد. به این ترتیب می توان گفت کیفیت زندگی در اندیشه دورکیم معلول مکانیسمی معین و عوامل اجتماعی مشخصی می باشد، هرچند که وی به صورت موردی و خاص این اندیشه را بیان نمی دارد اما تلویحاً بر این امر اشاره دارد به طوری که تأکید وی بر این موضوع که « فقدان اجماع در باب ارزش های مقرر » منجر به محو و غیبت تدریجی ضوابط اخلاقی می گردد و جامعه قدرت مدیریت موثر و اعمال کنترل اجتماعی را بر فرد از دست می دهد و فقدان چنین ضابطه اخلاقی و کنترلی باعث بروز بی هنجاری و به تبع آن کاهش کیفیت زندگی فرد می شود.

بنابراین در این نظریه کیفیت زندگی تابع نوع، شدت و چگونگی رابطه اجتماعی است، رابطه اجتماعی از دو طریق بر کیفیت زندگی فرد اثرگذار است، از یک سو با تأمین نیازهای عاطفی، شناختی و حتی مادی فرد با کیفیت زندگی در ارتباط است و از سوی دیگر از طریق مهار تمایلات افراد، از آرزوهای بی پایان و ارضا نشدنی وی جلوگیری می کند. در واقع دورکیم درصدد بود که نشان دهد که هر جامعه ای که افراد آن به وسیله نظامی از ارزش، هنجار و اخلاقیات هدایت می شوند رضایت بیشتری از موقعیت خود در نظام اجتماعی داشته و کیفیت زندگی متعالی تری را تجربه می کند.

## تالکوت پارسونز

از دیدگاه تالکوت پارسونز، هر کنشی توسط صور خاصی از ساختارهای اجتماعی ساخته و تولید می‌شوند، از این رو کیفیت زندگی در چارچوب شرایط و ساختارهای اجتماعی و مسیرهای جهت نیل به اهداف قابل تبیین می‌باشد. پارسونز اختیار و اراده آدمی را در فعالیت‌های اجتماعی انکار نکرده است و نقش و تاثیرات ساختاری را در کنش آدمی نادیده نمی‌انگارد، از این منظر کیفیت زندگی (و به تبع آن سلامت اجتماعی) در چارچوب شرایط، ساختارهای اجتماعی و مسیرهایی جهت وصول به اهداف فرهنگی قابل تبیین است.

## پیشینه تجربی

نتایج تحقیق هزارجریبی و صفری شال (1388) نشان داده است که متغیر امید به آینده، بواسطه متغیر اعتماد، تاثیر فزاینده‌ای بر میزان رضایت افراد دارد. این رضایت بنوبه خود، سلامت اجتماعی را بدنبال دارد. بنظر گیتی قریشی (1388) افراد امیدوار روابط اجتماعی قوی‌تری با دوستان، همسر، بستگان و همسایگان خود دارند. در مطالعه‌ای توسط بخشی‌پور رودسری و همکارانش با هدف بررسی رابطه بین رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی با سلامت روانی دانشجویان دانشگاه تهران (82-1381)، یافته‌ها نشان داده است که رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی به شکل معناداری سلامت روانی را پیش‌بینی می‌کند. همچنین تأهل به شکل معناداری با بهداشت روانی بالاتر، رضایت از زندگی و احساس حمایت اجتماعی بیشتر، همبسته بود و بطور کلی آسیب‌پذیری دانشجویان غیربومی بالاتر بود (بخشی‌پور رودسری، 1384). قائدی و یعقوبی در سال 1386 پژوهشی با عنوان بررسی رابطه بین ابعاد حمایت اجتماعی ادراک شده و ابعاد بهزیستی در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه تهران و علامه طباطبایی انجام دادند. یافته‌ها نشان دادند که وجوه مختلف حمایت اجتماعی ادراک شده پیش‌بینی‌کننده‌های بهتری برای رضایت‌مندی از زندگی و بالانس عاطفی در دختران نسبت به پسران هستند و بهزیستی روان‌شناختی و اجتماعی در دختران بیشتر به

وسیله حمایت اجتماعی از خانواده و در پسران بیشتر به وسیله حمایت اجتماعی از دوستان پیش‌بینی می‌شود. همچنین حمایت ادراک شده از فرد خاص و از افراد گروه در دانشکده اثری بر روی ابعاد مختلف بهزیستی فرد ندارد (قائدی و یعقوبی، 1387). عبدالله تبار و همکاران (1386) در پژوهشی با عنوان بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان به بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و ارتباط آن با متغیرهای دموگرافیک اجتماعی آنان پرداختند. نتایج نشان دادند، میانگین سلامت اجتماعی در دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد (72/22) بیشتر از دانشجویان مقطع کارشناسی (66/42) می‌باشد همچنین بین متغیر سلامت اجتماعی با متغیر وضعیت تأهل، عضویت در انجمن‌ها و وضعیت اشتغال ارتباط معناداری وجود داشت (عبدالله تبار و همکاران، 1387). بلانکو و دیاز (Blanco & Dize) (2007) در مقاله‌ای با عنوان نظم اجتماعی و سلامت روانی با رویکردی به سلامت اجتماعی سعی کردند تا ارتباط بین ابعاد سلامت اجتماعی را به عنوان شاخص نظم اجتماعی با جنبه‌های دیگری از سلامت مثل میزان افسردگی، عزت‌نفس، سلامت درک شده، محرومیت، میزان آنومی و کنش‌های متقابل اجتماعی، احساسات مثبت و منفی و رضایت را مورد بررسی قرار دهند (Blanco & Dize, 2007: 61-71). کیکوگنانی (Cicognani) و همکارانش (2007) در پژوهشی سعی کردند تا به ارزیابی ارتباط بین مشارکت اجتماعی، درک از اجتماع در میان جوانان دانشجوی ایتالیایی، آمریکایی و ایرانی و تأثیر این دو متغیر بر سلامت اجتماعی پرداخته‌اند (Cicognani & et al, 2007: 97). لاروچ در سال 1998 مطالعه‌ای توصیفی را با عنوان سلامت اجتماعی روی 151 دانشجوی دانشگاه در بوستون ماساچوست انجام داد، هدف مطالعه تعیین ارتباط بین وضعیت سلامت اجتماعی، جنسیت، متوسط نمره تحصیلی و تعیین کننده‌های اصلی مرتبط و غیرمرتبط در سلامت با سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت آنها بود. زنان دانشجوی به نحو معنی‌داری در ابعاد تغذیه، روابط بین فردی، مسئولیت‌پذیری در مقابل سلامت و سبک

زندگی ارتقا دهنده سلامت رفتار بهتری از مردان داشتند (تباردرزی ، 1385: 39) .

#### فرضیه‌ها

- 1- بین میزان سلامت اجتماعی و میزان اعتماد اجتماعی خانوارهای شهر تبریز رابطه وجود دارد.
- 2- بین سطح سلامت اجتماعی و احساس نومی‌دی خانوارهای شهر تبریز رابطه وجود دارد.
- 3- بین میزان سلامت اجتماعی و گذران اوقات فراغت در خانوارهای شهر تبریز ارتباط وجود دارد.
- 4- بین سطح سلامت اجتماعی و میزان اعتقادات دینی خانوارهای شهر تبریز رابطه وجود دارد.
- 5- سلامت اجتماعی خانوارهای شهر تبریز بر حسب پایگاه اجتماعی - اقتصادی متفاوت است .

#### تعریف متغیرها سلامت اجتماعی

ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر ، نزدیکان و گروه های اجتماعی است که وی عضوی از آنهاست، Keyes (1998: 122) .

تعریف عملیاتی: نمره‌ای که فرد در پرسشنامه سلامت اجتماعی کیز کسب کرده بود . مقادیر آلفای کرونباخ بدست آمده برای ابعاد و سلامت اجتماعی عبارت بودند از : یکپارچگی اجتماعی 0/75 ، انسجام اجتماعی 0/79 ، پذیرش اجتماعی 0/78 ، مشارکت اجتماعی 0/73 ، انطباق اجتماعی 0/80 و سلامت اجتماعی 0/86 . اعتبار ابزار اندازه گیری ( پرسشنامه ) از طریق اعتبار صوری به دست آمد .

#### احساس نومی‌دی

دل‌مردگی ناشی از افسردگی که می‌تواند خود را به شکل از دست رفتن امید به آینده نشان دهد. در این شرایط فرد احساس می‌کند نامطبوع خواهد بود و در موارد شدید خود احساس می‌کند که آینده برایش وجود ندارد (Abbas Abadi, 2009: 52) . بک تأکید دارد که ناامیدی بعدی از افسردگی است که بیشتر شناختی است تا



عاطفی. یعنی فرد از نظر مبانی شناختی به نوعی ناامیدی در احتمال وقوع تغییرات مثبت و حل مشکلات می‌رسد که این ناامیدی بیش از سایر جنبه‌های افسردگی با خودکشی در ارتباط است (Dejekam, 2004). برای اندازه‌گیری این متغیر از مقیاس احساس ناامیدی شوسلر (Schuessler) که شامل 9 گویه می‌باشد استفاده شده است.

#### گذران اوقات فراغت

مجموعه‌ای از اشتغالاتی است که فرد کاملاً به رضایت خاطر خود یا برای استراحت، تفریح، توسعه اطلاعات، آموزش غیرانتفاعی و مشارکت اجتماعی داوطلبانه بعد از آزاد شدن از الزامات شغلی، خانوادگی و اجتماعی بدان می‌پردازد (دومازدیه، 1381: 156). این متغیر از طریق مقیاس 47 گویه‌ای Pace اندازه‌گیری شده است و هر گویه با مقیاس 5 درجه‌ای رتبه‌بندی شده است (میلر، 1384: 496).

#### اعتقادات دینی

عبارت است از ایمان به خدا، تلاش در جهت شناخت خدا، ترس از غضب الهی و عمل کردن مطابق ضوابط مذهبی. به تعریف دیگر التزام فرد به دین مورد قبول خویش، این التزام در مجموعه‌ای از اعتقادات، احساسات، اعمال فردی و جمعی که حول خداوند و رابطه ایمانی با او دور می‌زند سامان می‌پذیرد. شجاعی زند تدين را منوط به دینی بودن، پایبندی دینی و داشتن التزامات دینی در فرد می‌داند، وی اعتقاد دارد که از دو طریق می‌توان فرد دیندار را از دیگران باز شناخت: نخست پایبندی و التزام دینی اش و دوم پیامد دینداری و آثار آن در فکر، جان، عمل فردی و اجتماعی اش (شجاعی زند، 1380)، پس تدين یعنی داشتن التزام دینی، به نحوی که نگرش، گرایش و کنش‌های فرد را متاثر سازد. برای اندازه‌گیری این متغیر، از پرسشنامه ابعاد اعتقادی، مناسکی و پیامدی مقیاس گلاک و استتارک که به صورت مقیاس لیکرت ساخته شده است، استفاده شد (سراج‌زاده، 1384).

### پایگاه اجتماعی - اقتصادی

یکی از مهم‌ترین و کاربردی‌ترین متغیرهای مستقل در تحلیل رفتارها، عقاید افراد و موقعیت آنها در سلسله مراتب اجتماعی است. پایگاه مجموعه حقوق و تکالیفی است که بیانگر موقعیت یک فرد در رابطه با دیگران است، اعم از اینکه این روابط افقی یا عمودی، مبتنی بر تساوی و یا سلسله مراتب و یا مرتبط با منافع اعتبار اجتماعی و افتخار باشد (محسنی تبریزی، 1380: 215). ابزار سنجش مورد استفاده در این پژوهش، مقیاس پایگاه اجتماعی-اقتصادی نام- پاورز (Nam- Powers Socio-economic Status Scores) است و آن اندازه‌ای چند گویه‌ای است که حاصل میانگین‌گیری از نمرات گویه‌های شغل، تحصیلات و درآمد خانواده است.

### اعتماد اجتماعی

نوعی احساس فردی نسبت به امری است که مورد تأیید است. به این ترتیب اعتماد را می‌توان نگرشی مثبت نسبت به فرد یا امری خارجی دانست. اعتماد مبین نوع ارزیابی ما از پدیده‌ای است که با آن مواجهیم و همواره مثبت است. چه اگر اعتماد برابر با پذیرش امر مقابل باشد، پذیرش مثبت است (محسنی تبریزی، 1380: 2). برای اندازه‌گیری این متغیر از مقیاس تردید درباره قابل اعتماد بودن مردم شوسلر (Schuessler) که شامل 8 گویه می‌باشد استفاده شده است.

### روش تحقیق

روش تحقیق پیمایش بود و داده‌ها به صورت میدانی جمع‌آوری شده‌اند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه‌های استاندارد بود. جامعه آماری، خانوارهای شهر تبریز بود که تعداد آنها برابر 428009 می‌باشد. با توجه به فرمول تعیین حجم نمونه، برای شهر تبریز، تعداد 326 خانوار برآورد گردید. شیوه نمونه‌گیری، خوشه‌ای چند مرحله‌ای بود که طی مراحل زیر انجام پذیرفت:

1- تقسیم شهر به حوزه‌ها و انتخاب نمونه‌ای از حوزه‌ها.

2- تقسیم حوزه‌ها به بلوک‌ها و انتخاب نمونه‌ای از بلوک هر حوزه منتخب

3- تهیه فهرست خانوارهای هر بلوک منتخب و انتخاب تصادفی خانوارها  
روش‌های توصیف و تحلیل اطلاعات

برای تحلیل توصیفی داده‌ها از آماره‌های فراوانی، درصد فراوانی، میانگین، واریانس و انحراف معیار و برای تحلیل استنباطی، متناسب با سطوح سنجش متغیرها و نوع داده‌ها از آزمون‌های پارامتری استفاده شد. برای آزمون روابط دو متغیره فرضیه، متناسب با سطح سنجش از آزمون ضریب همبستگی پیرسون، و برای مقایسه گروه‌ها از آزمون‌های مقایسه میانگین، تحلیل واریانس و برای تحلیل چند متغیره از رگرسیون استفاده گردید.

#### یافته‌های توصیفی

در مطالعه حاضر، از کل نمونه آماری مورد مطالعه (326 نفر)، 161 نفر (49/4%) از پاسخگویان مرد و 165 نفر (50/6%) زن بودند. براساس نتایج توصیفی، از 323 نفر مورد مطالعه 120 نفر (37/2%) از پاسخگویان مورد مطالعه مجرد و 203 نفر (62/8%) متأهل بودند. در نمونه آماری مورد مطالعه (326 نفر)، 138 نفر (42/3%) از پاسخگویان مورد مطالعه دارای وضع اقتصادی پایین، 129 نفر (39/6%) متوسط و 59 نفر (18/1%) بالا بودند که نما در این توزیع مربوط به پاسخگویانی بود که دارای وضع اقتصادی پایین بودند. میزان اعتقادات دینی حداقل 10 و حداکثر 95 بود و در حد متوسط بود. میزان متغیر ناامیدی حداقل 5/56 و حداکثر 100، نمره مربوط به متغیر اعتماد اجتماعی حداقل نمره 15/62 و حداکثر 100، نمره مربوط به متغیر گذران اوقات فراغت حداقل نمره 35/64 و حداکثر 92 بود. میزان سلامت اجتماعی حداقل نمره 36/36 و حداکثر 100 بود. آزمون اسمیرنوف کولموگورف نشان داد که سطح معنی‌داری آزمون در مورد همه سازه‌ها از

0/05 بزرگتر بود و بنابراین از آزمون های پارامتری استفاده شد.

### آزمون فرضیه ها

آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین میزان سلامت اجتماعی و میزان اعتقادات دینی شهروندان همبستگی مستقیم معنی دار وجود دارد. ضریب همبستگی برابر  $r = 0/338$  با سطح معنی داری  $P = 0/000$  بدست آمد. بین میزان سلامت اجتماعی و میزان احساس نا امیدی شهروندان همبستگی معنی دار معکوس وجود داشت. ضریب همبستگی برابر  $r = -0/209$  با سطح معنی داری  $P = 0/000$  محاسبه شده بود. مطابق با آزمون ضریب همبستگی، بین میزان سلامت اجتماعی و میزان اعتماد اجتماعی شهروندان همبستگی معنی دار مستقیم وجود داشت. ضریب همبستگی برابر  $r = 0/130$  با سطح معنی داری  $P = 0/019$  بدست آمد. بین میزان سلامت اجتماعی با میزان گذران اوقات فراغت شهروندان همبستگی معنی دار مستقیم وجود داشت و ضریب همبستگی برابر  $r = 0/188$  با سطح معنی داری  $P = 0/001$  محاسبه شد. نتایج بدست آمده از آزمون تحلیل واریانس نشان داد که بین پایگاه اقتصادی- اجتماعی شهروندان و سلامت اجتماعی آنان تفاوت معنی داری وجود دارد. با توجه به معنی دار بودن آزمون  $F$ ، برای پیگیری تفاوت های معنی دار در تجزیه و تحلیل های چندگروهی، از آزمون تعقیبی  $LSD$  استفاده گردید. نتیجه این آزمون نشان داد که بیشترین تفاوت میانگین ها را می توان در پایگاه اقتصادی اجتماعی بالا با پایگاه متوسط و پایین مشاهده کرد.

نتایج تحلیل رگرسیونی عوامل تبیین کننده سلامت اجتماعی نشان داد که از میان متغیرهای پیشبین، چهار متغیر اعتقادات دینی، احساس ناامیدی، اعتماد اجتماعی و گذران اوقات فراغت در مدل نهایی باقی ماندند که این متغیرها 22 درصد واریانس متغیر ملاک را تبیین نمود. ضریب نهایی رگرسیونی چندگانه  $0/48$  بود که مجذور آن یعنی ضریب تبیین  $R^2 = 0/20$  همچنین ضریب تبیین تصحیح شده برابر  $\bar{R}^2 = 0/19$  بود. درصد واقعی و اصلاح شده میزان تبیین تغییرات متغیر ملاک

توسط متغیرهای پیش‌بین باقیمانده در مدل 19 درصد بود و بنا براین 19 درصد از تغییرات متغیر ملاک توسط متغیرهایی که در مدل نهایی باقی مانده‌اند، پیش‌بینی گردید. همچنین شکل رگرسیونی تبیین شده نیز طبق آزمون تحلیل واریانس انجام شده خطی بود؛ زیرا مقدار آزمون  $F$  برای تعیین معنی‌داری اثر متغیرهای تاثیرگذار بر پیش‌بینی میزان سلامت اجتماعی برابر 20/11 با سطح معنی‌داری  $p = 0/000$  و زیر 0/05 بود، یعنی جهت رابطه بین متغیرها یکطرفه بود. در مجموع و با توجه به ضرایب بتای استاندارد نشده ملاحظه شد که مقدار ثابت ( $\alpha$ ) برابر 55/45، اعتقادات دینی با بتای  $\beta = 0/134$ ، احساس ناامیدی با بتای  $\beta = -0/09$ ، اعتماد اجتماعی با بتای  $\beta = 0/10$  و گذران اوقات فراغت با بتای  $\beta = 0/09$  بودند که در تبیین سلامت اجتماعی سهم معنی‌داری داشتند. در نهایت با حذف مقدار ثابت آلفا ( $\alpha$ ) از طریق استاندارد کردن مقادیر متغیر تبیین کننده، ملاحظه شد که اعتقادات دینی با بتای  $\beta = 0/272$ ، اعتماد اجتماعی با بتای  $\beta = 0/244$  و گذران اوقات فراغت با بتای  $\beta = 0/117$  بترتیب بیشترین تاثیر مثبت و احساس ناامیدی با بتای  $\beta = -0/263$  تاثیر منفی را در پیش‌بینی سلامت اجتماعی شهروندان داشتند.

#### نتیجه‌گیری و بحث

با توجه به معنی‌داری میزان سلامت اجتماعی و میزان اعتقادات دینی شهروندان، باید گفت، دین بواسطه کارکردهای متعددی که دارد، بر سلامتی افراد موثر است. مذهبی بودن بعنوان مانعی درمقابل فشار روانی عمل می‌کند و آثار زیانبار را بر طرف می‌سازد و به ظهور احساسات و هیجانات مثبت منجر می‌گردد. افراد دیندار، رضایت بیشتری از زندگی دارند. دعا‌های مکرر و احساس نزدیکی به خدا، قوی‌ترین پیش‌بینی کننده رضایت از زندگی است (آرگایل، 1383: 260). فعالیت‌های دینی بر شادی و نشاط افراد افزوده و به تبع آن

بر سلامتی نیز می افزاید ، شاید دلیل آن حمایت های اجتماعی حاصل از فعالیت های اجتماعی ، احساس در یافت کمک و حمایت ، احساس تعالی ، احساس تجدید قوا ، احساسات مثبت نسبت به زندگی ، آرامش ذهنی ، لذت از همراهی با دیگران ، فرصت کمک به دیگری و افزایش روابط اجتماعی باشد .

بین سلامت اجتماعی و میزان احساس نا امیدی شهروندان همبستگی معنی دار معکوس وجود داشت . کسانی که نسبت به آینده خود و مسایل زندگی احساس ناامیدی دارند ، از سلامتی کمتری نیز برخوردار می باشند . نتایج تحقیق هزارجریبی و صفری شال (1388) نشان داده است که متغیر امید به آینده ، بواسطه متغیر اعتماد ، تاثیر فزاینده ای بر میزان رضایت افراد دارد . این رضایت بنوبه خود ، سلامت اجتماعی را نیز بدنبال دارد . بنظر گیتی قریشی (1388) افراد امیدوار روابط اجتماعی قوی تری با دوستان ، همسر ، بستگان و همسایگان خود دارند . امیدواری بر کیفیت روابط با دیگران تاثیر گذاشته ، افراد ناامید بندرت می توانند با دیگران ارتباط رضایت بخشی داشته باشند .

توجه به سلامتی یکی از نیازهای حیاتی انسان برای رشد و بالندگی است . امید، جایگاه خاصی در سلامتی روانی ، جسمانی و به تبع آن پیشرفت فرد دارد و یکی از سازه هایی است که بعنوان شاخص توانمندی در بهزیستی مثبت افراد مورد توجه واقع شده است . امیدوار بودن مهمترین انگیزه در زندگی انسان است و امید منشا پویایی و پیشرفت در زندگی است و انسان را در رسیدن به اهداف خود یاری می کند . امیدواری در نقطه مقابل ناامیدی قرار می گیرد که خودش ریشه بسیاری از بیماری های روانی و جسمانی بوده معضلات اجتماعی وسیعی را می تواند در پی داشته باشد .

بین میزان سلامت اجتماعی و میزان اعتماد اجتماعی شهروندان همبستگی معنی دار مستقیم وجود داشت . افرادی که از اعتماد اجتماعی بالایی بهره دارند ، میزان سلامت اجتماعی شان نسبت به افراد دارای اعتماد کم ، بالاتر است . شربتیان (1391) نیز در پژوهش خود ، رابطه معنی داری بین سلامت اجتماعی و اعتماد بدست

آورده است. سلامت اجتماعی از اساسی ترین معیارهای رفاه اجتماعی جامعه بشمارد می رود. سلامت اجتماعی با بهداشت فردی، روانی و اجتماعی مرتبط است. اعتماد، بعنوان شاخصی از سرمایه اجتماعی از عواملی است که زمینه ساز مشارکت و همکاری بین اعضای جامعه است. کاهش اعتماد اجتماعی در جامعه موجب می گردد همواره نوعی ترس از برقراری رابطه و احساس ناامنی بین اعضا بوجود آید که مانع از تداوم و تقویت رابطه و کاهش همکاری می گردد و فردگرایی و منفعت طلبی که منشا بسیاری از نابسامانی ها و انحرافات اجتماعی است، در جامعه رواج می یابد.

بین میزان سلامت اجتماعی و میزان گذران اوقات فراغت شهروندان همبستگی معنی دار مستقیم وجود داشت. افرادی که زمان بیشتری برای گذران اوقات فراغت صرف می کردند، از سلامت اجتماعی بالایی برخوردار بودند. فعالیت های اوقات فراغت می توانند منبع مناسبی برای ایجاد سلامتی گردند. اوقات فراغت، فعالیت هایی هستند که فرد با توجه به علاقه و انگیزه و آزادی عمل در مورد آنها تصمیم می گیرد و با وجود تنوع و تفاوت هایی که با هم دارند بنحوی نیازهای اجتماعی را به بر آورده می سازند. شرکت افراد در برخی مسابقات ورزشی بعنوان یکی از شیوه های گذران اوقات فراغت، حمایت اعضای تیم و طرفداران آن را بدنبال دارد. اوقات فراغت، برای تلطیف عواطف و تخلیه هیجانات منفی تاثیر بسزایی دارد. انتحاب الگوی مناسب گذران اوقات فراغت، این امکان را می دهد که فرد متعادل و متوازن بود و بتواند هیجانات خود را تنظیم کند. سلامت بخش بودن فعالیت های اوقات فراغت به این دلیل است که وقتی افراد به اینگونه فعالیت ها می پردازند، در حال انجام کاری هستند که می توانند آن را بخوبی انجام دهند و این امر موجب نشاط و سلامتی آنان می گردد. اوقات فراغت حس رهایی از خشم و تنش را در فرد ایجاد می نماید و او را بر ای گسترش افق فکری خود توانمند می سازد. (جعفری و دیگران، 1385).

بین پایگاه اقتصادی- اجتماعی شهروندان و سلامت اجتماعی آنان تفاوت معنی داری وجود داشت. در پژوهش

حاضر ، بیشترین تفاوت میانگین‌ها را می‌توان در پایگاه اقتصادی اجتماعی بالا با پایگاه متوسط و پایین مشاهده کرد. حاتمی ( 1388 ) نیز تفاوت معنی داری بین پایگاه اقتصادی- اجتماعی و سلامت اجتماعی دانشجویان بدست آورده است ، بطوری که 10/8 درصد افراد متعلق به پایگاه اقتصادی- اجتماعی پایین از سلامت اجتماعی بالایی برخوردار بودند ، این میزان برای افراد دارای پایگاه اقتصادی- اجتماعی متوسط برابر 16/8 و برای افراد دارای پایگاه اقتصادی- اجتماعی بالا ، 29/4 بود .

پایگاه اقتصادی- اجتماعی رابطه روشنی با سلامت دارد که در مواردی همچون نرخ مرگ و میر، دیابت، آسم و بیماری‌هایی از این دست در افرادی که از حیث اجتماعی- اقتصادی در سطح پایینی قرار دارند، نمود پیدا می‌کند. رفتارهای مربوط به سبک زندگی افرادی که جزء گروه‌های سطح پایین اجتماعی- اقتصادی به شمار می‌روند هم به گونه‌ای است که ریسک سلامت را بالاتر می‌برد. گراهام مطرح می‌کند که سلامتی فرد به عنوان یک موضوع مهم نتیجه شرایط اقتصادی- اجتماعی است. افرادی که از لحاظ اقتصادی- اجتماعی در شرایط بهتری قرار دارند، به دلیل توانایی و دسترسی بهتر در وضعیت مطلوبتری قرار می‌گیرند و در مقابل افرادی که به طبقات پایین جامعه تعلق دارند، از سلامتی نامطلوب رنج می‌برند. به باور وی عواملی که باعث می‌شود تغییرات در وضعیت اقتصادی- اجتماعی افراد بر سلامتی (جسمی، روانی، اجتماعی) تأثیر بگذارد در سه مقوله مادی، رفتار و روانی اجتماعی قرار می‌گیرند. عوامل مادی، محیط فیزیکی، خانه، محله و محل کار به اضافه استانداردهای زندگی که بوسیله درآمد تأمین می‌شوند. عوامل رفتاری عبارتند از عادات و رفتارهای روزمره مرتبط با سلامتی که یک مسیر اقتصادی- اجتماعی قوی را نشان می‌دهند. از قبیل استعمال دخانیات، مشروبات الکلی، فعالیت‌های اوقات فراغت و رژیم غذایی عوامل روانی بیشتر به برداشتهای فرد از وضعیت اجتماعی و مقایسه خود با دیگران از لحاظ اقتصادی- اجتماعی و مشاهده زندگی افراد در یک جامعه نابرابر اطلاق می‌



شود. عوامل مادی، رفتاری و روانی اجتماعی به همراه یکدیگر ظاهر می‌شوند. گروه‌های دارای پایگاه اقتصادی- اجتماعی پایین به دلیل زندگی در محیط‌های فیزیکی نامطلوب و محله‌های پرجمعیت دچار وضعیت‌های خطرناک می‌شوند. هوث و ویلیامز نیز بیان می‌کنند که افراد دارای پایگاه اقتصادی- اجتماعی و قومی- نژادی محروم جامعه، سطوح پایینی از انواع سلامت را به خود اختصاص می‌دهند. براساس نظریات ایشان، محرومیت‌های اقتصادی- اجتماعی تثبیت شده در طول دوران زندگی به احتمال زیاد خطرات فراوانی برای سلامت اجتماعی ایجاد می‌کنند. بر همین اساس آنها معتقدند چیزی که SES را به عنوان تعیین کننده قدرتمند در سلامت افراد مطرح می‌کند، عبارت است از اینکه پایگاه اقتصادی- اجتماعی فرد تجارب فرد و همه عوامل اجتماعی- روانی و محیطی مخاطره‌آمیز برای سلامت افراد در گذشته، حال و آینده تحت تأثیر قرار می‌دهد (سجادی، 1385: 2). افراد طبقه پایین عمده‌تاً در حاشیه‌ها و محله‌هایی زندگی می‌کنند که محیط فیزیکی محله‌های آن در سطح نامطلوبی قرار دارد، علاوه بر این سطح سرمایه اجتماعی پایین است. وضعیت اقتصادی- اجتماعی بر سلامت انسان موثر شناخته شده است و برای اکثر مردم جهان وضعیت سلامت در درجه اول با میزان پیشرفت اقتصادی- اجتماعی یعنی درآمد سرانه، سطح آموزش، تغذیه، اشتغال، مسکن، نسبت سرباری، بعد خانواده و میزان افزایش جمعیت تعیین می‌شود.

## References

- Abbasabadi, M. (2004). Study & Comparative EQ & sadness in boys' adolescence 14-18 in Kerman, Thesis of MS, Alammeh University, p 52.
- Abdollah Tabar, H (2007) Studying the social health of students, Social Welfare Quarterly, No. 30 and 31
- Argyle, M. (2004) Psychology of happiness, translated by: Kazem Bahrami and others, Isfahan University Jihad Publications
- Babapour Khairaldin, J and Rasolzadeh Tabatabayi, S and Eghei, J and Fathi Ashtiani, A (2012) Investigating the relationship between problem solving

- methods and psychological health of students, *Journal of Psychology*, Year 7, Number 1
- Bakhshipour Rudsari, A and Pirou, H and Abedian, A (2004) Studying the relationship between life satisfaction and social support with mental health in students, *Principles Mental Health Quarterly*, 7th year, number 27-28
- Behzad, D (2014) Social capital for promoting mental health, Tehran: Social Welfare Research Quarterly
- Blanco, Amalio & Diaz, Dario. (2007). Social order and mental health: a social well-being approach, *Autonoma university of Madrid, psychology in Spain*, Vol, 11(5).
- Cicognani, Elvira & Pirini, Claudia & Keyes, Corey & Joshan loo, Mohsen & Rostami, Reza & Nosrat abadi, Masoud, (2007), Social Participation, Sense of Community and Social Well Being: A Study on American, Italian and Iranian University Students, *Springer Science Business Media B.V.* pp97-112.
- Dejekam, N. (2004). Beck sadness scale about students of Tehran University, Thesis of MS of Teheran University.
- Domazdieh, J (2001), Introduction to the Sociology of Leisure Time (9th article of the book: Television, Family and Culture), translated by: Ali Asadi, Tehran: Islamic Printing and Publishing Organization
- Giti Qoreishi, A. (2008) Level of hope in first year and final year students of psychology, *Thought and Behavior Quarterly*, third volume, summer number 12
- Hatami, P. (2008) Investigating factors affecting the social health of students with emphasis on social networks. Master's thesis in Sociology, Allameh Tabatabai University
- Hezar Jaribi, J. and Safari shal, R. (2010) Life satisfaction and the place of feeling of security in it: a study among Tehrani citizens. *Social Order Quarterly*, first year, third issue, autumn, pp. 7-28
- Jafari, A., Abedi F.M. and Liaqat Dar, M. (2015) Studying the level of happiness and its related factors among students of Isfahan universities. The final report of the research project of the University of Isfahan.
- Keyes, C. L. M. (1998) Social Well – being, *Social Psychology Quarterly*, 61(2): 121-140.
- Miller, Ch (2010) Measurement and research guide, translated by Hoshang Naiebi, Tehran: Nashr nei

- Mohseni Tabrizi, A (2001) Investigating the concept of trust with a social psychological approach, Research Profile, No. 18, Ministry of Culture and Islamic Guidance
- Qaedi, Gh and Yagoubi, H (2007) The relationship between the dimensions of perceived social support and the dimensions of social well-being of students, Armaghane Danesh Magazine, Volume 13, Number 2.
- Sajjadi, H and Sadr ol-Sadat, J (2004) Social Health Indicators, Economic Political Quarterly, No. 207 and 208
- Seraj Zadeh, S (2004) Religious challenges and modernity, Tehran: New Project
- Sharbatian, M. (2012) Reflection on the semantic link of social cold components and the degree of benefit from social health among the students of Payam Noor University of Mashhad, Sociology Quarterly of Youth Studies, 2nd year, 5th issue, pp. 149-174
- Shujaei Zand, A (2010) Religion, society and secularization; Essays in sociology of religion. Tehran: Nashr Markaz
- Tabar Darzi, Hadi A (2006) Investigation of the relationship between social health and social democratic variables of students of the University of Welfare and Rehabilitation Sciences, Scientific Research Quarterly of Social Welfare, Year 8, No. 30 - 31

### **Factors predicting social health of Tabriz metropolitan households**

*Arghavan Elmi<sup>1</sup>*

*Dr. Ali Panahi<sup>2</sup>*

Social health is the ability to effectively and efficiently perform social roles without harming others, and in fact, it is an evaluation of the individual's conditions and work in society. The general purpose of this study was to predict the social factors related to the social health of households in Tabriz city. Social health is not only a biological issue and social factors also play

---

1 . Master's student in Biology-Physiology, University of Washington, Seattle, Department of Biology; Seattle, USA

2 . Academic faculty member of Islamic Azad University, Tabriz Branch, Urban Planning Department; Tabriz, Iran

an effective role in determining the health level of people. The research method was a survey and the data collection tool was a questionnaire. The statistical population is the households of the city of Tabriz, whose number was equal to 428,009. According to the sample size formula, the number of 326 sample households was determined. The sampling method was a multi-stage cluster. The results of the regression analysis showed that among the predictor variables, four variables of religious beliefs, feelings of hopelessness, social trust and spending leisure time remained in the final model and these variables explained 22% of the variance of the social health variable.

**Key words:** social health, social trust, feeling of hopelessness, religious beliefs, socio-economic statue