

# بررسی تأثیر سازه‌های جامعه‌شناختی بر سلامت اجتماعی

(مورد مطالعه: شهروندان شهر کاشان)

## مطالعات جامعه‌شناختی

(علمی - پژوهشی)

دوره ۲۷، شماره دو: ۲۹۷-۲۵۵

شاپا ۲۸۰۹-۱۰۱۰

نمایه در *ISC*

محسن نیازی

استاد و عضو هیأت علمی دانشگاه کاشان

ایوب سخایی<sup>۱</sup>

دکترای بررسی مسائل اجتماعی ایران، دانشگاه کاشان

پذیرش ۹۸/۱۲/۶

دریافت ۹۷/۱۱/۲۷

### چکیده

این مطالعه با هدف بررسی تأثیر سازه‌های جامعه‌شناختی بر سلامت اجتماعی انجام شده است. پژوهش حاضر با توجه با ماهیت داده‌ها کمی و از نظر شیوه اجرا از نوع پیمایش می‌باشد. جامعه آماری شهروندان ۱۸ سال به بالای شهر کاشان و حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران ۳۸۴ نفر می‌باشد که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای و تصادفی انتخاب شد. چارچوب نظری پژوهش حاضر را ترکیبی از نظریات دورکیم، بوردیو، آرمسترانگ و کیز تشکلی داده‌اند. ابزار مورد استفاده در جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه می‌باشد، به منظور به دست آوردن روایی پرسشنامه از روش روایی صوری و به منظور بررسی پایایی پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ و ضریب قابلیت اعتماد ترکیبی استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار *Sps* و مدل‌سازی معادلات ساختاری کوواریانس محور *Lisrel* و واریانس محور *PLS* صورت گرفت و به منظور بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی از آزمون همبستگی پیرسون و مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده شد. نتایج تحقیق نشان داد که متغیرهای «سرمایه اجتماعی، سرمایه فرهنگی، حمایت اجتماعی و دینداری» رابطه مستقیم و معنادار و متغیر «احساس بی‌هنجاری» رابطه معکوس و معناداری با سلامت اجتماعی دارند. همچنین نتایج حاصل از مدل‌سازی معادلات ساختاری نشان داد که بیش از یک‌سوم (۳۶٪) تغییرات سلامت اجتماعی توسط مجموع متغیرهای مستقل تبیین می‌شود.

**کلمات کلیدی:** سلامت اجتماعی، سازه‌های جامعه‌شناختی، شهر کاشان.

### مقدمه و بیان مسئله

سلامت با همه جوانب از جمله حقوق اولیه انسانی و شاخص‌های عدالت در جامعه مرتبط 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 مهیاسازی امکانات و تسهیلات مناسب جهت تأمین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی انسان در کلیه مراحل زندگی از جمله حقوق اولیه به شمار می‌رود (حسینی حاجی‌بکنده و تقی‌پور، ۱۳۸۹: ۱۴۰). سلامت بنیادی‌ترین عنوانی است که حیات انسانی بر آن استوار است. آرامش و سلامت، به عنوان مفهومی اساسی در زندگی انسان از بدو پیدایش و در قرون و اعصار متممادی مطرح بوده و انسان برای رسیدن به آن، همه امکانات و نیروهای خود را بسیج کرده ولی هرگاه از آن سخنی به میان آمده، بیشتر بعد جسمانی آن مورد توجه بوده و جنبه اجتماعی و روانی آن کمتر به بحث گذاشته شده است. سلامت صرفاً یک مفهوم زیست پزشکی<sup>۱</sup> نیست که بتوان آن را با رویه‌های درمانی، از جمله مداخلات پزشکی و یا با بسط و گسترش نهادهای پزشکی، از جمله با تربیت متخصصان علوم پزشکی و رشته‌های وابسته تأمین کرد، بلکه پدیده‌ای چندبعدی، چندلایه و چنددلالتی است و عوامل مختلفی از جمله متغیرهای اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، زیست‌محیطی و ... بر آن تأثیر گذارند.

سلامت افراد یکی از بنیان‌های اصلی یک جامعه متعادل است و بقای هر جامعه‌ای به افراد تشکیل‌دهنده آن بستگی دارد و تا وقتی که افراد یک جامعه از سلامت برخوردار نباشند، سخن از توسعه و پویایی آن جامعه بی‌معنا خواهد بود. بدین سبب از دیرباز موضوع سلامتی، مورد توجه عالمان قرار داشته و تحقیقات بسیاری نیز در مورد سلامت جسمی و همچنین سلامت روانی افراد انجام شده است، اما در این میان توجه به سلامت اجتماعی<sup>۲</sup> در میان ابعاد سلامت به نوعی با غفلت مواجه شده است و محققین کمتر سراغ این مفهوم رفته‌اند (رضایی و همکاران، ۱۳۹۴: ۱۴۰). شایان ذکر است تا اواسط قرن بیستم، رویکرد «زیستی-پزشکی» بر مطالعات سلامت حاکم بود. این رویکرد در مورد سلامت، تنها بر عوامل پزشکی و بهداشت

1 Biomedical

2 Social Health

تأکید داشت و نقش عوامل تعیین‌کننده زیست‌محیطی، اجتماعی و روانشناختی را دست‌کم می‌گرفت. اما این الگو در حل بسیاری از مسائل بهداشتی انسان مانند اعتیاد، بیماری‌های روانی و ... نارسا بوده است (سام‌آرام، ۱۳۸۸: ۱۵) و پس از چندی، ناکارآمدی آن عیان شد. پس از آشکار شدن ضعف‌های رویکرد زیستی-پزشکی، نوعی چرخش توجه به سمت رویکرد کلیت سلامت صورت گرفت. این رویکرد عوامل متعددی را در تعیین سلامت فرد دخیل می‌داند و سلامتی را حالتی فراتر از تعادل کامل بدن به شمار می‌آورد و نقش عوامل اجتماعی، اقتصادی، روانی و ... را نیز در تحقق سلامت در نظر می‌گیرد (رضایی و همکاران، ۱۳۹۴: ۱۴۱).

مفهوم سلامت اجتماعی اولین بار توسط انستیتو دانشگاه فوردهام برای ابداع سیاست اجتماعی در سال ۱۹۸۷ مطرح شد (میرینگوف و میرینگوف<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹). همچنین مفهوم سلامت اجتماعی به‌عنوان بعد مهم دیگر سلامت در سال‌های اخیر توسط سازمان جهانی بهداشت<sup>۲</sup> مطرح شده است و این بدین معناست که برای دسترسی به سلامت کامل، تنها سلامت جسمی و روانی کافی نیست، بلکه از آنجا که انسان در محیط اجتماعی زندگی می‌کند، سلامت اجتماعی نیز ضروری است (امینی‌رارانی و همکاران، ۱۳۹۰: ۲۰۵). امروزه سلامت چه از بعد روانی و چه از بعد جسمی محصولی اجتماعی است. تنظیم یک برنامه سلامت بدون توجه به زمینه اجتماعی و فرهنگی جامعه موردنظر به راهکارهایی غیرکارآمد می‌انجامد (امینی‌رارانی و همکاران، ۱۳۹۰: ۲۰۵). مطالعات نشان داده است که در بین عوامل مؤثر بر ایجاد سلامت سهم هر دسته از عوامل حدوداً به قرار زیر است؛ سهم سیستم ارائه سلامت به میزان ۲۵ درصد، سهم عوامل ژنتیکی و بیولوژیکی ۱۵ درصد و سهم عوامل فیزیکی، زیست‌محیطی و عوامل رفتاری ۱۰ درصد، این در حالی است که سهم عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت ۵۰ درصد می‌باشد (مرندی، ۱۳۸۵: ۴۴؛ هزارجریبی و مهری، ۱۳۹۱: ۴۳).

تعریف سازمان بهداشت جهانی (۱۹۴۸) از سلامت عبارت است از «رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط بیمار یا معلول نبودن». در واقع سازمان بهداشت جهانی ضمن توجه دادن کشورها در راستای تأمین سلامت روانی، جسمانی و اجتماعی اعضای جامعه بر این

1 Miringoff & Miringoff

2 World Health Organization (WHO)

نکته تأکید دارد که هیچ کدام از ابعاد سلامتی بر دیگر ابعاد آن برتری ندارد، رشد و تعالی جامعه در گرو تندرستی آن جامعه است و شناسایی عوامل تعیین کننده و مرتبط به آن در جهت سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی در سطوح خرد و کلان جامعه از دیدگاه سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی از مسائل اساسی هر کشوری محسوب می‌شود (مرندی، ۱۳۷۹: ۲۰). سلامت اجتماعی مفهومی است که در بستر اجتماع و روابط بین افراد در شبکه‌های اجتماعی نمود و ظهور پیدا می‌کند. سلامت اجتماعی به منزله یکی از ارکان سلامت، شامل توانایی انجام مؤثر و کارآمد نقش‌های اجتماعی بدون آسیب‌رساندن به دیگران، حضور در محیط‌های جمعی و مشارکت فعال فرد در موقعیت‌های اجتماعی است، چنین مشارکتی در فعالیت‌های شغلی، تحصیلی، انجام تکالیف شهروندی، تبعیت از قوانین و مقررات و انجام فعالیت‌های داوطلبانه بازتاب می‌یابد (ریموند و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴: ۱۴ به نقل از رضایی و همکاران، ۱۳۹۴). در واقع می‌توان شخص را واجد سلامت اجتماعی برشمرد که بتواند فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی خود را در حد متعارف بروز و ظهور دهد و با جامعه و هنجارهای اجتماعی<sup>۲</sup> پیوند، اتصال و ارتباط برقرار نماید (فدایی مهربانی، ۱۳۸۶). به طور کلی و با بررسی مطالعات صورت‌گرفته در حوزه سلامت اجتماعی، چند رویکرد کلی قابل‌شناسایی است:

۱. یکی رویکردی است که سلامت اجتماعی را در معنا و مفهوم سلامت عمومی به کار می‌برد. این رویکرد، سلامت اجتماعی را دارای شاخص‌هایی می‌داند که توصیف‌گر سلامت عمومی یک جامعه است و به همین دلیل کشورها یا جوامعی که از میزان مطلوبی از این شاخص‌ها برخوردارند، به معنای توسعه‌یافتگی آن‌ها نیز هست. در این رویکرد به شاخص‌هایی چون بیمه‌های سلامت، میزان بودجه، شیوع خشونت و جرم، مصرف مواد مخدر، تعداد زندانی‌ها، تعداد افراد بی‌خانمان، سرانه‌های آموزشی و بهداشتی، نرخ شیوع بیماری و ... توجه می‌شود.
۲. رویکرد دوم در سلامت اجتماعی ناظر بر رفتارهای سلامت شهروندان است. در این رویکرد، سلامت اجتماعی کنش جمعی تلقی می‌شود که هم بر جامعه اثرگذار است و هم

جامعه بر آن اثر می‌گذارد. رفتارهای سلامت شامل عادت‌های غذایی، ورزش و تحرک، مصرف سیگار، الکل و ... است (رونکنی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰).

۳. رویکرد سوم به سلامت اجتماعی بیانگر کیفیاتی ذهنی و روان‌شناختی است که ظرفیت‌های ایجاد تعامل سالم و سازنده را برای فرد ایجاد می‌کند. در این رویکرد می‌توان به نظریه سلامت روان‌شناختی ریف<sup>۲</sup>، سلامت اجتماعی کییز<sup>۳</sup> و نظریه سرمایه روان‌شناختی مثبت اشاره کرد (ریف و کییز، ۱۹۹۵). دو رویکرد نخست را می‌توان با عنوان رویکرد عام که در نهادهای برنامه‌ریزی و سازمان بهداشت جهانی مورد توجه است معرفی نمود و رویکرد سوم نیز بیانگر مباحثی نظری است که تحت عنوان رویکرد خاص شناخته می‌شود (موسوی و همکاران، ۱۳۹۴:۱۱۳).

در خصوص اهمیت و ضرورت بررسی سلامت اجتماعی نیز بایستی اذعان نمود که امروزه از انسان سالم به‌عنوان محور توسعه پایدار نام برده می‌شود و در سایه سلامت پایدار و همه‌جانبه تک‌تک آحاد جامعه می‌توان از سلامت اجتماعی در جاده پیشرفت و توسعه قدم گذاشت، به همین دلیل یکی از وظایف حاکمیتی کشورها، تأمین حفظ و ارتقای عادلانه سلامت جامعه است. امروزه دیگر سلامتی تنها عاری‌بودن از بیماری‌های جسمی و روانی نیست، بلکه چگونگی عملکرد انسان در روابط اجتماعی و چگونگی تفکر وی از اجتماع نیز به عنوان معیارهای ارزیابی سلامت فرد در سطح کلان جامعه بشمار می‌رود. بدون شک تقویت و توسعه شاخص‌های سلامت اجتماعی در هر جامعه‌ای، کاهش بار بیماری‌های جسمی و روانی را به دنبال خود خواهد داشت و ساختارها و منابع اجتماعی، فرصت‌ها و توانایی‌های افراد در هنگام مواجهه را چالش‌های زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهند (رستگار و سیدان، ۱۳۹۴: ۸۷). سلامت اجتماعی نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفا می‌کند، از آنجا 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

---

1. Ronconi  
2. Ryff  
3. Keyse

راستای اهداف ارزشمند و معین شده می‌باشد و از آنجا که سلامت اجتماعی نقش عمده‌ای در کارکرد تمامی زمینه‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی دارد، بدیهی است که برنامه‌ریزی صحیح و جامع در تأمین سلامت اجتماعی کاملاً ضروری به نظر می‌رسد. شهروندی که از سلامت اجتماعی کافی و مطلوب برخوردار نباشد، نمی‌تواند با چالش‌های ناشی از ایفای نقش‌های اجتماعی کنار آمده و خود را با هنجارهای اجتماعی تطبیق دهد، لذا توجه به سلامت اجتماعی شهروندان برای رسیدن به جامعه سالم و پویا و توسعه‌یافته ضروری می‌نماید. همچنین با حصول نتایج این پژوهش می‌توان حساسیت و نگرانی مسئولان را در قبال سلامت اجتماعی شهروندان بیشتر کرد و سازمان‌ها و ارگان‌های ذیربط می‌توانند بر مبنای یافته‌ها و راهکارهای این پژوهش گام‌های مؤثری در جهت حفظ و ارتقای سلامت اجتماعی که در نهایت منجر به عملکرد بهتر فرد در جامعه می‌شود بردارند تا در سایه سلامت اجتماعی ناهنجاری‌ها و مشکلات اجتماعی کاهش یافته و روابط در سایه تصحیح شیوه‌های رفتاری بهبود یابد.

لذا این پژوهش در جستجوی تبیین و شناخت علمی وضعیت سلامت اجتماعی مردم با توجه به فضا و موقعیت کنونی جامعه می‌باشد، در همین راستا ابتدا با تشریح انواع رهیافت‌های مختلف در زمینه سلامت اجتماعی و سپس جمع‌بندی آن‌ها به ارائه الگوی نظری مناسب در خصوص تبیین جامعه‌شناختی سلامت اجتماعی خواهد پرداخت و مدل تحلیلی مناسبی برای آن ترسیم می‌کند، به بیانی دیگر هدف از این پژوهش بررسی وضعیت سلامت اجتماعی و شاخص‌های آن در بین شهروندان کاشانی و همچنین تبیین جامعه‌شناختی سلامت اجتماعی می‌باشد. در خصوص اهمیت و ضرورت تحقیق حاضر در شهرستان کاشان به این مهم هم باید اشاره شود که این انتقال و گذار از شرایط سنتی به وضعیتی نسبتاً مدرن به همراه خود فرصت‌ها و تهدیدهایی را به ارمغان می‌آورد، فرصت‌هایی برای راه یافتن راهکارها و مدل‌های ارتقاء و گسترش سلامت اجتماعی و تهدیدی از حیث از دست رفتن سلامت اجتماعی موجود یا کم‌رنگ شدن آن به قیمت انتقال به دوره مدرن جامعه کاشان با حجم نسبتاً انبوه جمعیت در شرایط جامعه‌ای است که نشانگر جامعه‌ای در حال گذار و انتقال از شرایط نسبتاً سنتی به وضعیتی نسبتاً مدرن می‌باشد و این گذار می‌تواند به همراه خود فرصت‌ها و تهدیدهایی را به

ارمغان آورد (فرصت‌هایی برای راه یافتن راهکارها و مدل‌های ارتقاء و گسترش سلامت اجتماعی و تهدیدی از حیث از دست رفتن سلامت اجتماعی موجود) لذا از آنجا این انتقال و گذار اجتماعی می‌تواند موضوع سلامت اجتماعی شهروندان را در پیوستاری از رشد و افول تحت تأثیر قرار دهد، ضرورت دارد، به منظور شناخت هر چه بیشتر وضعیت سلامت اجتماعی در بین شهروندان کاشانی و عوامل تأثیرگذار بر آن تحقیقاتی از این دست صورت بگیرد. لذا در همین راستا مهمترین سؤالات بیان شده در پژوهش حاضر که در طی فرایند تحقیق بدان پاسخ خواهیم داد عبارتند از:

۱. میزان بهره‌مندی از شاخص‌های سلامت اجتماعی در بین شهروندان کاشانی به چه صورت است؟
۲. عوامل مؤثر جامعه‌شناختی که موجب ارتقاء سلامت اجتماعی می‌شود، هر کدام چه سهمی در میزان بهره‌مندی از سلامت اجتماعی دارند؟

#### پیشینه تحقیق

در جدول شماره (۱) گزیده‌ای از تحقیقات انجام‌شده در زمینه عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی آمده است.

جدول (۱) پیشینه داخلی و خارجی مطالعات مرتبط با عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی

محقق	عنوان	یافته‌های پژوهشی
شایسته و مردانی (۱۳۹۴)	رابطه سرمایه فرهنگی با سلامت اجتماعی در بین جوانان شهر تبریز	نتایج مطالعات و بررسی‌های این دو محقق نشان می‌دهد بین سرمایه فرهنگی با سلامت اجتماعی جوانان رابطه معنادار و مستقیم وجود دارد.
زاهدی‌اصل و درویشی‌فرد (۱۳۹۵)	عوامل اجتماعی مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی سالمندان (مورد مطالعه: سالمندان شهر کوه‌دشت)	اکثریت پاسخگویان از میزان سلامت اجتماعی متوسطی برخوردار بودند. بین پایگاه اجتماعی، حمایت اجتماعی، مهارت‌های ارتباطی با میزان سلامت اجتماعی رابطه معنادار و مستقیم وجود دارد.
راد و همکاران (۱۳۹۴)	رابطه دینداری با سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه پیام نور مرند	بین دینداری و ابعاد سلامت اجتماعی رابطه معناداری و مستقیمی وجود دارد و بیش‌ترین شدت همبستگی با بعد انسجام اجتماعی و کمترین همبستگی با بعد شکوفایی اجتماعی می‌باشد.

ادامه جدول (۱) پیشینه داخلی و خارجی مطالعات مرتبط با عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی

محقق	عنوان	یافته‌های پژوهشی
امینی‌راران <sup>۱</sup> و همکاران (۱۳۹۰)	تحلیل ثانویه‌ای رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی در ایران	بین سرمایه اجتماعی و متغیرهای فقر، رشد طبیعی جمعیت، خشونت، میزان باسوادی، میزان بیکاری و پوشش بیمه عمر به عنوان بیانگرهای سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد، همچنین نتایج نشان داد که ۳۰ درصد از تغییرات سلامت اجتماعی توسط تغییرات سرمایه اجتماعی قابل توضیح می‌باشد.
زابلی و ستایی‌نسب (۱۳۹۳)	تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت	نبود برنامه‌ریزی مناسب و درازمدت در زمینه تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، ضعف یا فقدان مسئولیت‌پذیری اجتماعی در کشور و نبود نظارت، عدم وجود نگرش فردی و سازمانی جامعه‌نگر و در نهایت رویکرد بالینی و عدم توجه به عوامل محیطی، مهم‌ترین دلایل عدم اجرا و توفیق رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در کشور می‌باشد.
رضایی (۱۳۹۲)	بررسی سلامت اجتماعی شهروندان مشهد و عوامل مؤثر بر آن	مهم‌ترین متغیرهای تأثیرگذار بر سلامت اجتماعی به ترتیب عبارتند از احساس امنیت اجتماعی، اعتماد اجتماعی، حمایت اجتماعی و سن می‌باشد که این چهار متغیر، حدود ۳۰ درصد تغییرات متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) را تبیین می‌کنند.
ریدنر و همکاران <sup>۱</sup> (۲۰۱۶)	بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی	فعالیت‌های بدنی، افسردگی، دریافت خدمات بهداشتی و درمانی بر روی سلامت اجتماعی دانش‌آموزان مؤثر هستند.
یاماگوچی <sup>۲</sup> (۲۰۱۳)	بررسی تأثیر سرمایه اجتماعی و خصوصیات فردی - خانوادگی بر سلامت روان و سلامت اجتماعی نوجوانان	رابطه قوی بین سرمایه اجتماعی و خصوصیات فردی-خانواده با رفاه روان‌شناختی و سلامت روان و سلامت اجتماعی نوجوانان وجود دارد.
ویلت <sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۰)	بررسی پیش‌بینی‌کننده‌های سلامت اجتماعی	برخی صفات شخصیتی سلامت اجتماعی را پیش‌بینی می‌کنند، زیرا شکل بسیاری از صفات، نگرش‌ها و رفتارها چهار بُعد سلامت اجتماعی را پیش‌بینی می‌کنند. برای مثال افراد برونگرا یکپارچگی اجتماعی بالاتری دارند، همینطور افراد سازگار معمولاً سطح بالاتری از پذیرش اجتماعی را دارند.

1. Ridner et al
2. Yamaguchi, Ayano
3. Wilt



در راستای بررسی مطالعات داخلی و خارجی مرتبط با موضوع تحقیق حاضر می‌توان ذکر کرد که اولاً بیش‌تر تحقیقات صورت گرفته با نگاه روان‌شناختی به موضوع سلامت و سلامت اجتماعی توجه کرده‌اند و نگاه جامعه‌شناختی تا حدی مغفول مانده است. ثانیاً شواهد مطالعاتی حاکی از این هستند که پیرامون مسئله سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در محیط شهری مثل کاشان تاکنون مطالعات قابل توجهی صورت نگرفته است، ثالثاً مطالعات انجام شده هر کدام بر جنبه خاصی از عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی متمرکز بوده‌اند. بدین لحاظ هیچ یک از مطالعات به نحو جامعی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی را مورد بررسی قرار نداده‌اند. لذا مزیت اصلی مطالعه حاضر نسبت به سایر مطالعات، ارزیابی جامع عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی می‌باشد که به شکل جامع موارد مذکور را در بر گرفته و به واسطه مدل سازی معادلات ساختاری، برازش مدل نظری و داده‌های تجربی را به ورطه آزمون گذاشته است.

### مبانی نظری

در پژوهش حاضر از نظریه‌پردازان مختلفی از جمله کییز، دورکیم، پارسونز، آرمسترانگ و ... استفاده شد.

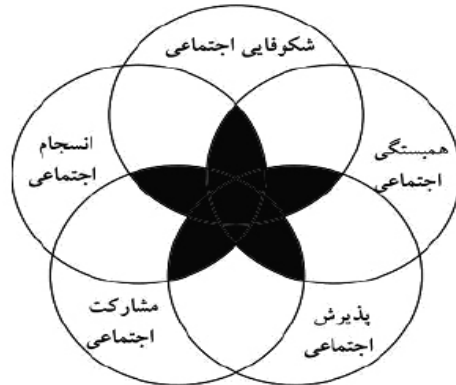
### نظریه سلامت اجتماعی کییز

سلامت اجتماعی یا حداقل فقدان آن یک نگرانی مهم در نظریه کلاسیک جامعه‌شناسی است. از نظر تجربی این موضوع ریشه در ادبیات جامعه‌شناسی مربوط به ناهنجاری و بیگانگی اجتماعی دارد. دورکیم معتقد است از جمله مزایای بالقوه زندگی عمومی، یکپارچگی و همبستگی اجتماعی است، یعنی یک احساس تعلق و وابستگی درک آگاهی مشترک و داشتن سرنوشت جمعی. این مزایای زندگی اجتماعی یک اساس و بنیان برای تعریف جهانی و کلی از سلامت اجتماعی است (کییز، ۱۹۹۸: ۱۲۲). یکی از جامع‌ترین نظریه‌ها در حوزه سلامت اجتماعی نظریه کییز می‌باشد. کار کییز از یک اصل جامعه‌شناختی و روان‌شناختی نشأت می‌گیرد. طبق نظر کییز حلقه مفقوده در تاریخچه مطالعات مربوط به سلامت پاسخ به این سؤال است که آیا ممکن است کیفیت زندگی و عملکرد شخصی افراد را بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد؟

وی در پاسخ به این سؤال می‌گوید عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت جسمی و روانی است و تکالیف و چالش‌های اجتماعی را نیز در بر می‌گیرد (زکی و خشوعی، ۱۳۹۲: ۸۴). از دیدگاه کیز، سلامت اجتماعی شامل عناصر متعددی است که در کنار یکدیگر نشان می‌دهند افراد چگونه و چقدر در زندگی اجتماعی خود، به عنوان همسایه، همکار و همشهری، خوب عمل می‌کنند (کیز، ۲۰۰۴). کیز سلامت اجتماعی را این‌گونه تعریف می‌کند: چگونگی ارزیابی و شناخت فرد از عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که عضوی از آنهاست (کدخدایی و لطفی، ۱۳۹۲: ۱۸۹ و ۱۹۰).

طبق نظر کیز، سلامت اجتماعی ترکیبی از چند عامل است که در مجموع نشان می‌دهند چقدر یک شخص در زندگی اجتماعی‌اش عملکرد خوبی دارد. کیز معتقد است بهزیستی یک اساس و بنیان اجتماعی دارد و به این ترتیب، سلامت اجتماعی را ارزیابی شرایط و عملکرد فرد در جامعه تعریف می‌کند و عملکرد خوب در زندگی، چیزی بیش از سلامت جسمی و روانی است و چالش‌های اجتماعی را در بر می‌گیرد. همچنین وی معتقد است که بین سلامت اجتماعی با رفتارهای اجتماع پسند و مسئولیت‌پذیری در جامعه و جایگاه اجتماعی، رابطه مثبتی وجود دارد (سام آرام، ۱۳۸۸: ۱۲). بر اساس مدل نظری سلامت اجتماعی کیز، فرد سالم از نظر اجتماعی زمانی عملکرد خوبی دارد که زندگی را به صورت یک مجموعه معنی‌دار، قابل‌فهم و بالقوه برای رشد و شکوفایی دانسته و احساس کند که به جامعه تعلق دارد، از طرف جامعه پذیرفته می‌شود و در پیشرفت آن سهمی است. سلامت اجتماعی در این مفهوم، بازتاب درک افراد از تجربیاتشان در محیط اجتماعی می‌باشد که به صورت یک مجموعه معنی‌دار، قابل‌فهم، دارای نیروی بالقوه برای رشد و شکوفایی همراه با این احساس است که متعلق به جامعه می‌باشد و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهمی می‌داند (کیز و شاپیرو<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴: ۳۵۲؛ راد و همکاران، ۱۳۹۴: ۱۴۹ و ۱۵۰).

کیز و شاپیرو (۲۰۰۴) در سال ۱۹۹۸ با توجه به مفهوم‌پردازی‌های نظری از سلامت اجتماعی، یک مدل پنج‌بعدی سنجش‌پذیر ارائه دادند که در سطح فردی قابل استفاده است.



شکل (۱) مدل پنج‌بعدی سلامت اجتماعی کیز و شاپیرو

کیز مؤلفه‌های شکوفایی اجتماعی، مشارکت اجتماعی، یکپارچگی اجتماعی (انسجام اجتماعی)، پیوستگی اجتماعی (همبستگی اجتماعی) و پذیرش اجتماعی را به‌عنوان ابعاد سلامت اجتماعی مطرح نمود.

۱. یکپارچگی اجتماعی<sup>۱</sup>: به معنی ارزیابی فرد از کیفیت روابط متقابلش در جامعه و گروه‌های اجتماعی است، افراد سالم احساس می‌کنند که بخشی از جامعه هستند، بنابراین یکپارچگی اجتماعی گستره‌ای است که مردم احساس می‌کنند با دیگران وجه مشترکی دارند و به جامعه و گروه‌های اجتماعی تعلق دارند. این مفهوم در برابر بیگانگی و انزوای اجتماعی سیمن و آگاهی طبقاتی مارکس قرار می‌گیرد (کیز، ۱۹۹۸: ۱۲۲). منظور از یکپارچگی اجتماعی، ارزیابی یک فرد با در نظر گرفتن کیفیت همراهی او با جامعه اطرافش است، احساس تعلق می‌تواند جنبه‌ای محوری از سلامت باشد (ریف، ۲۰۰۳) و لذا یکپارچگی با دیگران در محیط و جامعه اطراف می‌بایست حاصل یک تجربه مشترک شباهت با دیگران باشد. آنتونوفسکی معتقد است که احساس انسجام در وجود فرد می‌تواند نشانه‌ای برای سلامتی او باشد: افرادی که از انسجام برخوردارند، تلاش می‌کنند در هنگام مواجهه با رویدادهای غیرقابل پیش‌بینی، انسجام خود را حفظ کنند. انسجام اجتماعی درک فرد از کیفیت جهان اجتماعی خود و شیوه سازماندهی

1. Social Integration

و عملکرد آن است (کییز، ۱۹۹۸). این مقوله با قابلیت معنابخشی به وجود شخص است (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴) افرادی که سالم‌ترند به ماهیت جهان اجتماعی خود علاقمندند و می‌توانند شیوه عملکرد آن را درک کنند. نبود حس یکپارچگی اجتماعی در بالاترین سطح خود به خودکشی می‌انجامد. افراد سالم احساس می‌کنند که جزئی از جامعه‌اند، لذا یکپارچگی اجتماعی میان احساس اشتراک فرد با دیگرانی است که واقعیت اجتماعی او را می‌سازند و به جامعه خود تعلق دارند. از نظر دورکیم هماهنگی اجتماعی و سلامت اجتماعی بازتابی از ارتباط افراد با یکدیگر از طریق هنجارها است. سیمن معتقد است که بیگانگی فرهنگی عبارت است از گسست فرد و جامعه، طرد جامعه و یا این نگرش که جامعه نمی‌تواند انعکاسی از ارزش‌ها و سبک‌های فرهنگی فرد باشد. انزوای اجتماعی عبارت است از خدشه‌دار شدن روابط فرد که به زندگی او معنا می‌دهند و نقش حمایتی برای او دارند (رفیعی و همکاران، ۱۳۹۴: ۳۶).

۲. **مشارکت اجتماعی**<sup>۱</sup>: سهم‌داشت اجتماعی بیانگر ارزیابی فرد از ارزش اجتماعی خود است. کسانی که سطح مطلوبی از این بعد را دارا هستند، اعتقاد دارند که عضو مهمی در اجتماع هستند و چیزهای ارزشمندی برای ارائه به دیگران دارند. سهم‌داشت اجتماعی نشان‌دهنده آن است که چگونه و تا چه حد مردم احساس می‌کنند که آنچه آن‌ها در جهان انجام می‌دهند برای جامعه مهم و ارزشمند است و به‌عنوان کمک اجتماعی تلقی می‌شود (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴: ۵). ایفای سهم اجتماعی عبارت است از ارزیابی ارزش اجتماعی که فرد دارد و شامل این عقیده است که آیا فرد جزئی مهم از جامعه است و چه ارزشی را به جهان خود اضافه می‌کند. ایفای سهم اجتماعی با مفاهیم بازدهی و مسئولیت‌پذیری شباهت دارد. بازدهی فردی به این معنا است که عقیده داشته باشیم می‌توانیم رفتار خاصی را از خود نشان دهیم و به اهداف ویژه‌ای برسیم. مسئولیت اجتماعی عبارت است از تعیین الزامات فردی برای نقش‌آفرینی در جامعه (رفیعی و همکاران، ۱۳۹۴: ۳۷). این بعد از سلامت اجتماعی معرف این است که این افراد فکر می‌کنند آنچه که انجام می‌دهند برای جامعه ارزشمند است یا نه؟ کییز (۱۹۹۸) معتقد است که ایفای سهم اجتماعی، با مفهوم کارآمدی شخصی باندورا (۱۹۷۷) مطرح می‌کند همپوشانی دارد و نیز

می‌تواند به‌عنوان نوعی مسئولیت اجتماعی تلقی شود، تلقی فرد از ارزشی که در جامعه می‌تواند داشته باشد.

۳. پذیرش اجتماعی<sup>۱</sup>: تفسیر فرد از جامعه و ویژگی‌های دیگران است. افرادی که دارای این بعد از سلامت اجتماعی هستند، اجتماع را به‌صورت مجموعه‌ای از افراد مختلف درک می‌کنند و دیگران را با همه نقض‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی‌ای که دارند، می‌پذیرند و به دیگران به‌عنوان افراد با ظرفیت و مهربان، اعتماد و اطمینان دارند (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴: ۵۱).

۴. پیوستگی اجتماعی<sup>۲</sup>: اعتقاد به این‌که اجتماع قابل فهم، منطقی و قابل پیش‌بینی است. افرادی که از نظر اجتماعی سالم‌اند؛ نه تنها درباره نوع جهانی که در آن زندگی می‌کنند، بلکه همچنین راجع به آنچه اطرافشان رخ می‌دهد علاقمند بوده و احساس می‌کنند قادر به فهم وقایع اطرافشان هستند. این مفهوم در مقابل بی‌معنایی در زندگی است و درحقیقت درکی که فرد نسبت به کیفیت، سازمان‌دهی و اداره دنیای اجتماعی اطراف خود دارد (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴: ۵۱).

۵. شکوفایی اجتماعی<sup>۳</sup>: 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. این افراد به آینده جامعه امیدوارند و معتقدند که خود و دیگران از پتانسیل‌هایی برای رشد اجتماعی بهره‌مند هستند و جهان می‌تواند برای آن‌ها و دیگران بهتر شود (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴: ۵۱). منظور از شکوفایی اجتماعی ارزیابی پتانسیل و خط سیر جامعه است. شکوفایی اجتماعی شامل درک افراد از این موضوع است که آن‌ها هم از رشد اجتماعی سود خواهند برد و این‌که نهادها و افراد حاضر در جامعه به شکلی در حال شکوفایی‌اند که نوید توسعه بهینه را می‌دهد و هر چند این امر برای همه افراد درست نیست. در حالی که خودمختاری عبارت است از حس کنترل شخصی بر سرنوشت خویش، شکوفایی اجتماعی دربرگیرنده این درک است که جامعه کنترل آینده خود را در دست دارد. با توجه به دیدگاه‌های کییز، این مفهوم خصوصیت مشترکی با مفهوم خودشناسی مازلو

---

1 Social Acceptance

2 Social Coherence

3 Social Flourishing

دارد و نیز بی‌ارتباط با تأکید ریف بر رشد فردی نیست. شکوفایی اجتماعی انعکاس میزان کارکرد مناسب افراد است که حاصل و ثمره استقبال آنها از تجربیات جدید و رشد مداوم است. شکوفایی اجتماعی به موازات خودمختاری، به معنای تاوان جامعه برای کنترل فرد است. تمرکز اصلی در شناسایی پتانسیل اجتماعی هم معطوف به درون‌مایه پتانسیل اجتماعی و توسعه آن به‌عنوان خودشناسی خوشبختی و رشد فردی است. کارکرد بهینه ناشی از باز بودن فرد در برابر تجربیات تازه و تلاش برای رشد دائم است (رفیعی و همکاران، ۱۳۹۴: ۳۸).

### نظریه امیل دورکیم<sup>۱</sup>

دیدگاه کارکردگرایی در جامعه‌شناسی تا حد زیادی مبتنی بر پیش جامعه‌شناس فرانسوی امیل دورکیم است. دورکیم، روش تحقیق خود را با مخالفت شدید با دو موضوع فکری رایج در اواخر دهه ۱۸۰۰ یعنی فردگرایی و زیستی‌نگری آغاز کرد. در این دوره، برخی از نظریه‌پردازان اجتماعی، به ویژه هربرت اسپنسر<sup>۲</sup>، معتقد بودند که واقعیت اجتماعی از فرد سرچشمه می‌گیرد، یعنی واقعیت اجتماعی را مشتق از فرد تلقی می‌کردند، در حالی که دورکیم جامعه را واقعیتی مستقل می‌دید.

از نظر تجربی، مفهوم سلامت اجتماعی ریشه در ادبیات جامعه‌شناسی مربوط به ناهنجاری و بیگانگی دارد؛ اما مطابق با مدل سلامت‌محور، فقدان احساس ناهنجاری و بیگانگی ممکن است، بیانگر حضور سلامت اجتماعی نباشد. از نظر دورکیم بهنجاری اجتماعی به چگونگی وضعیت ارتباط فرد با دیگران در جامعه یا همان جامعه‌پذیری وی اشاره دارد. از نظر دورکیم هر نوع قطع ارتباط بین فرد و جامعه، به‌گونه‌ای که افراد در چارچوب‌های اجتماعی جذب نگردند، زمینه‌ای آنومیک و مساعد برای رشد انحرافات اجتماعی است. در چنین حالتی نوعی فردگرایی افراطی، خواسته‌های فرد را در مقابل حیات اجتماعی قرار می‌دهد (توسلی، ۱۳۸۲: ۷). از نظر وی هر نوع فاصله بین فرد و جامعه که به عدم ادغام افراد در چارچوب‌های اجتماعی می‌انجامد به انحرافات اجتماعی میدان می‌دهد (حسینی، ۱۳۸۷: ۲۱). از جمله مزایای بالقوه زندگی عمومی،

1 Émile Durkheim

2 Herbert Spencer

یکپارچگی و همبستگی اجتماعی است، یعنی یک احساس تعلق و وابستگی، درک آگاهی مشترک و داشتن سرنوشت جمعی. این مزایای زندگی اجتماعی یک اساس و بنیان برای تعریف جهانی و کلی از سلامت اجتماعی است. چگونگی انفصال فرد از نظم جمعی و نابسامانی در سیستم هنجاری و آنومی از مباحث اخصی است که در تئوری نابسامانی (بی‌هنجاری) دورکیم و مرتن<sup>۱</sup> مورد توجه قرار گرفته است.

دورکیم بی‌هنجاری را به مفهوم فقدان اجتماع بین فرد و جامعه درباره اهداف اجتماعی و انتظارات جمعی و آنچه جامعه به عنوان الگوهای رفتار برای اعضای خود متصور شده است به کار می‌برد. دورکیم دو نوع آنومی را تشخیص می‌دهد: یکی در سطح فردی و دیگری در سطح اجتماعی. آنومی در سطح فردی یا آنومیا، نوعی احساس فردی از بی‌هنجاری است و نشانگر حالتی فکری است که در آن احساسات فرد نسبت به خود وی سنجیده می‌شود (یزدان‌پناه، ۱۳۸۲: ۹۱-۹۳). چنین حالتی همراه با اختلالاتی در درون فرد بوده و او نوعی احساس بی‌هنجاری، پوچی و بی‌قدرتی را تجربه می‌کند. آنومی در سطح اجتماعی، نشانگر نوعی اختلال و بی‌هنجاری جمعی است که در آن احساسات فرد با توجه به سیستم اجتماعی سنجیده می‌شود. زمانی که توازن اجتماعی وجود ندارد، فرد فاقد وسیله لازم جهت تنظیم رفتار خود و تطبیق آن با معیارهای اجتماعی مقرر و نیز فاقد احساس حمایت جمعی و پشتیبانی اجتماعی است. در اینجا می‌توان گفت عوامل اجتماعی یکسانی بر هر دو نوع نابسامانی مؤثرند، یعنی جامعه بیمار تولید افراد بیمار می‌کند و وفور افراد بیمار در جامعه خود به بیمار شدن جامعه منتهی می‌شود.

تحلیل دورکیم از خودکشی، به فهم این مسئله کمک می‌کند که جامعه چگونه هیجان تحمل‌ناپذیر یا ناامیدی طاقت‌فرسا را در فرد ایجاد می‌کند که به نوبه خود، منجر به خودکشی می‌شود. پژوهش دورکیم به ما کمک می‌کند تا به این نکته پی ببریم که فرایندهای اجتماعی می‌توانند موقعیت‌های استرس‌زایی را ایجاد کنند که در آن، افراد مجبور می‌شوند به آن شرایط واکنش نشان دهند، نه آنکه آن واکنش یا اقدام را انتخاب کرده باشند. آنچه دورکیم در اثر خود انجام داده، نشان دادن تأثیر جامعه بر فرد بود. وی نشان داد که افراد به این دلیل مرتکب

خودکشی می‌شوند که معنا و ثباتی که از طریق نظم اجتماع در زندگی‌شان حاصل شده بود، تغییر پیدا کرده، ضعیف شده یا از میان رفته است (مسعودنیا، ۱۳۸۹: ۵۷۶).

دورکیم معتقد است از جمله مزایای بالقوه زندگی عمومی، یکپارچگی و همبستگی اجتماعی است، یعنی یک احساس تعلق و وابستگی، درک آگاهی مشترک و داشتن سرنوشت جمعی. بحث محوری دورکیم در این مطالعه این است که نیروی تعیین‌کننده خودکشی روانشناختی نیست بلکه نیروی اجتماعی می‌باشد. وی نتیجه می‌گیرد، هر اندازه همبستگی اجتماعی سست گردد و ارتباط و تعلق سنتی فرد به گروه کاسته شود، فرد آمادگی بیش‌تری برای پایان‌دادن به حیات خود پیدا می‌کند. از آن جایی که یکی از وجوه سلامت اجتماعی رابطه اجتماعی است و سرمایه اجتماعی از طریق احساس اعتماد، امید به زندگی، مشارکت‌پذیری و تسهیل‌کنشگری جمعی و تسهیل‌کنش براساس اعتماد متقابل و همدردی مشترک و به‌طورکلی تسهیل‌کنش همگرایانه به سلامت اجتماعی به‌عنوان یکی از شقوق توسعه پایدار کمک می‌نماید (ابراهیم‌پور و همکاران، ۱۳۹۱: ۴۹-۵۰).

همچنین در جای دیگری دورکیم مذهب را مظهر همبستگی اجتماعی می‌داند و آن را به‌مثابه حقیقتی می‌داند که دارای کیفیتی مختص خود است؛ به این معنی که نمایش‌ها یا نمادهای دینی نه توهم محض‌اند و نه جانشین پدیده‌های دیگر مثل نیروهای طبیعی می‌شوند، بلکه آن‌ها در اذهان افراد وجود دارند تا از محرک‌های خودمدارانه ممانعت کنند و فرد را به طریقی تحت انضباط درآورند که بتواند به‌طور عینی به واقعیت بیرونی بپردازد. این نمایش‌های مشترک، با توانایی‌شان در جهت دادن و مهار انگیزش شخصی، آن اموری هستند که وجود جامعه را ممکن می‌سازند (گیدنز<sup>۱</sup>، ۱۳۷۷). به‌طورکلی ایجاد روابط گسترده، با اعضای جامعه منجر به ارائه و دریافت حمایت اجتماعی بیش‌تر از سوی اطرافیان و در نتیجه باعث ارتقای سلامت اجتماعی افراد دیندار می‌شود. لذا طبق این رویکرد، دینداری عامل دستیابی به سلامت اجتماعی است (بخارایی و همکاران، ۱۳۹۴: ۳۷). در خصوص رابطه دینداری با سلامت باید متذکر شد که دورکیم اصولاً توجه چندانی به تبیین رفتار فردی نداشته و مبنای نظریه او تأکید بر پدیده‌های



دینی نه به‌عنوان مقوله‌های فردی؛ بلکه مقوله‌های اجتماعی بود. با وجود این می‌توان گفت با توجه به کارکردهایی که او برای دین بر می‌شمارد، بین دینداری و سلامت می‌تواند رابطه مثبتی وجود داشته باشد (محمدزاده و محمدزاده، ۱۳۹۴: ۱۵۳).

بر اساس رویکرد نظری کارکردگرا، آیین‌های مذهبی از طریق تحمیل انضباط بر نفس و قدری خویش‌تنداری، انسان‌ها را برای زندگی اجتماعی آماده می‌سازند. تشریفات مذهبی، مردم را گرد هم می‌آورند و بدین‌سان پیوندهای مشترکشان را دوباره تصدیق می‌کنند و در نتیجه همبستگی اجتماعی را تحکیم می‌بخشند. اجرای مراسم مذهبی، میراث اجتماعی گروه را ابقا و احیا می‌کند و ارزش‌های پایدار آن را به نسل‌های آینده انتقال می‌دهد و سرانجام، دین با برانگیختن احساس خوشبختی در مؤمنان و احساس اطمینان به حقانیت ضروری جهان اخلاقیاتی که خودشان جزئی از آنند، با احساس ناکامی و فقدان ایمان در آن‌ها مقابله می‌کند (کوزر، ۱۳۸۲: ۲۰۰). به نظر دورکیم، دین یک پدیده سراسر جمعی و وسیله‌ای است که انسان‌ها را به همدیگر پیوند می‌دهد. به اعتقاد او، دین تنها یک نظام عقاید نیست. دین قبل از هر چیز، نظامی از نیروهاست. انسانی که زندگی مذهبی دارد، قبل از هرچیزی کسی است که قدرتی را احساس می‌کند که به‌طور معمول، خود فاقد آن است و وقتی که در حالت مذهبی نیست، احساسش نمی‌کند. انسانی که حیات مذهبی دارد، باور دارد که در نیروی مسلط خویش مشارکت می‌کند؛ نیرویی که در عین حال حمایتش می‌کند و او را به فراسوی خود می‌راند (دورکیم، ۱۳۸۳: ۲۵). نظریه‌پردازن کارکردگرایی همچون دیویس<sup>۱</sup>، یینگر<sup>۲</sup> و اُدی<sup>۳</sup> نیز معتقدند که دین نقش اجتناب‌ناپذیر و منحصربه‌فردی در ایجاد یکپارچگی و همبستگی اجتماعی دارد. دین جامعه را متحد، همبستگی اجتماعی را تقویت و باعث حفظ انسجام اجتماعی می‌شود (محمدزاده و محمدزاده، ۱۳۹۴: ۱۵۴). همچنین ارتباط افراد جامعه را با همدیگر تقویت می‌کند. دین می‌تواند زمینه‌های انسجام گروهی را فراهم آورده، افراد را در قالب هم‌کیشانی معتقد به جهان‌بینی و ایدئولوژی خاصی در برابر سایر گروه‌ها و اجتماعات متناظر دسته‌بندی کند. همین دسته‌بندی می‌تواند عاملی برای گسترش انسجام درون‌گروهی در برابر گروه‌های بیرونی شود که پیرو عقاید و نظام فکری متفاوتی نسبت به گروه خودی هستند. «دین با ایجاد یک روح

---

1 Davis  
2 Yinger  
3 O'Dea

جمعی می‌تواند زمینه لازم را برای پیوند میان اعضای یک گروه اجتماعی فراهم آورد» (سراج‌زاده و همکاران، ۱۳۹۲: ۵۷).

### تالکت پارسونز<sup>۱</sup>

از نظر ترنر<sup>۲</sup> (۱۹۹۲)، چهار حوزه درباره سهم پارسونز در جامعه‌شناسی پزشکی می‌توان تشخیص داد:

الف) پارسونز استدلال می‌کند که حرفه‌های علمی و آموزش دیده، ویژگی‌های مشخصی دارند؛ یعنی این حرفه‌ها، به خاطر خدماتی برای جامعه سازمان‌یافته‌اند که ارزش‌های مسلط جامعه سرمایه‌داری را منعکس نمی‌کنند (برخلاف دیدگاه تضاد)

ب) وی به تحلیل اثرات ساخت اجتماعی و فرهنگی بر ویژگی‌های کلی تندرستی علاقه‌مند است. کار پارسونز درباره خانواده و اثر آن بر استرس، نمونه‌ای از این مؤلفه جامعه‌شناختی است.

پ) پارسونز رابطه بین مرگ و میر، مذهب و موهبت زندگی را که وی به عنوان بخشی از مسئله کلی‌تر معنا در نظر می‌گرفت، تحلیل کرده است.

ت) پارسونز مفهومی از نقش بیمار ارائه کرده است که به طور ضمنی، انتقادی از زیستی‌نگری در مفهوم‌سازی بیمار بود. مفهوم پارسونز از نقش بیمار، جایگزین عمده‌ای در مقابل مدل پزشکی فراهم آورده است. از نظر پارسونز (۱۹۵۱)، سلامتی یکی از نیازهای کارکردی عمده برای هر عضو جامعه به شمار می‌رود. وی در اثر خود با عنوان «نظام اجتماعی» به تشریح اهمیت کارکردی تندرستی برای جامعه پرداخته است. پارسونز تندرستی را حالتی از ظرفیت بهینه یک شخص برای ایفای مؤثر نقش‌ها و وظایفی که برای او اجتماعی شده است تعریف می‌کند. وی شیوع بالای بیماری در جامعه را برای نظام اجتماعی، کژ کارکردی می‌داند. از آنجا که بیماری برای جامعه هزینه‌های بی‌شماری دارد باید از گسترش آن جلوگیری شود.

---

1. Parsons  
2. Turner

این امر پارسونز را به شیوه‌ای که جامعه میزان بیماری و اثرات بالقوه مخربش را به حداقل می‌رساند، رهنمون کرد (مسعودنیا، ۱۳۸۹: ۵۷۸).

هیرشی<sup>۱</sup> در تئوری پیوند اجتماعی و تأثیرش بر آنومی (علی‌وردی‌نیا، ۱۳۸۷: ۱۱۷۷؛ آرون، ۱۳۸۱: ۱۹۸) و مرتن در بحث آنومی (رفیع پور، ۱۳۷۸: ۲۳)، بر اساس رویکرد بیماری‌محور، سلامت اجتماعی را عدم حضور عوامل ضد اجتماعی مانند ازخودبیگانگی و بی‌هنجاری (آنومی) در فرد دانسته‌اند، در واقع در تعاملات خانوادگی که هیچ‌گونه ارزش و برابری را برای افراد قائل نیستند و حتی خانواده‌ای که هیچ‌گونه حمایت اجتماعی، اعتماد و حق مشارکت را برای فرزندان و سایر اعضای خود قائل نیست و در واقع اعضای خانواده نمی‌توانند نقش اجتماعی خود را به نحو احسن اجرا کنند و انتظارات سایر اعضای خانواده را با توجه به موقعیتی که در سیستم خانوادگی دارند، برآورده کنند، چنین خانواده‌ای دچار استحاله منفی ارزش‌ها و هنجارها شده و بی‌هنجاری و نظم جمعی تبدیل به رویکرد فردگرایی و منفعت‌طلبی فردی در خانواده می‌شود؛ در نتیجه آنومی و آسیب اجتماعی و یا بروز انواع انحراف‌ها و جرائم فردی و خانوادگی رشد می‌یابد؛ در نتیجه این امر، شاخص‌های سرمایه اجتماعی (اعتماد و مشارکت) و معیارهای سلامت اجتماعی (حمایت، انسجام، سازگاری، پذیرش، پیوستگی و ...) از بین می‌رود و در نتیجه اضمحلال خانواده شکل می‌گیرد (رفیع پور، ۱۳۷۸).

### نظریه بوردیو (تعامل سرمایه فرهنگی و اجتماعی با سلامت اجتماعی)

مطابق با نظریه بوردیو، دارندگان سرمایه فرهنگی زیاد، خود را با مصرف و هنر متعالی از بقیه متمایز می‌کنند. همچنین داشتن سرمایه فرهنگی بیشتر به معنای داشتن توان شناختی بالاتر است. بدین لحاظ سرمایه فرهنگی، از مسیری فردی-ذهنی و نه بر اساس راهبردی اجتماعی-مبارزه‌جویانه سبب گرایش افراد به داشتن سبک زندگی فرهنگی خاصی می‌شود (فاضلی، ۱۳۸۲: ۱۰۱). به باور بوردیو، همان‌طور که گروه‌های اجتماعی در سرمایه مادی خود با یکدیگر تفاوت دارند، در سلیقه‌ها، مهارت‌ها و مجموعه اطلاعاتی که برای رمزگذاری و تفسیر موقعیت‌های اجتماعی چون تحصیل، کار و ... از آن‌ها استفاده می‌کنند، نیز متفاوت‌اند (یعنی سرمایه فرهنگی

متفاوتی دارند) و این میزان تفاوت آن‌ها در سبک‌زندگی و فعالیت‌های مربوط به فراغت و سلامت نیز ظهور می‌کند و سبب می‌شود افرادی که سرمایه فرهنگی کمی دارند، نسبت به کسانی که از این نظر غنی هستند، دارای شیوه زندگی متفاوتی باشند و تلاش کمتری در جهت تأمین سلامت خود در بعد اجتماعی کنند. بدین لحاظ، سرمایه فرهنگی نه تنها از طریق سبک‌های زندگی و اقدامات مرتبط با سلامت، وضعیت سلامت فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بلکه همچنین در شکل‌دادن به کیفیت و نحوه ارائه خدمات درمانی نقش به‌سزایی دارد. سرمایه فرهنگی افراد، زمینه ارزیابی و تفاسیر متفاوت رویدادها و به‌عبارت‌دیگر، دانش‌های متفاوت برای افراد را فراهم می‌کند که این مقوله برحسب رویکردهای شناختی، هیجانات متفاوتی در افراد و گروه‌ها ایجاد می‌کند. لذا میزان دسترسی افراد به سرمایه‌های فرهنگی موجب احراز نوع خاصی از سبک زندگی مرتبط با سلامت توسط آن‌ها می‌شود.

همچنین سرمایه فرهنگی سطوح مهارت‌های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به‌عنوان عضوی از جامعه بزرگ‌تر را متأثر می‌سازد و بدین لحاظ سلامت اجتماعی افراد تحت تأثیر قرار می‌گیرد. این مسئله در راستای رویکرد سلامت اجتماعی کینز (۲۰۰۴) می‌باشد که معتقد است فرد سالم از نظر اجتماعی زمانی عملکرد خوبی دارد که زندگی را به صورت یک مجموعه معنی‌دار، قابل‌فهم و بالقوه برای رشد و شکوفایی دانسته و احساس کند که به جامعه تعلق دارد، از طرف جامعه پذیرفته می‌شود و در پیشرفت آن سهم است. سلامت اجتماعی در این مفهوم، بازتاب درک افراد از تجربیاتشان در محیط اجتماعی می‌باشد که به صورت یک مجموعه معنی‌دار، قابل‌فهم، دارای نیروی بالقوه برای رشد و شکوفایی همراه با این احساس است که متعلق به جامعه می‌باشد و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهم می‌داند (کینز و شاپیرو، ۲۰۰۴: ۳۵۲). بدین لحاظ، فقدان سرمایه فرهنگی می‌تواند سلامت اجتماعی افراد به‌ویژه کسانی که در برهه‌های خاصی از زندگی خویش می‌باشند را به خطر بیندازد. آرگایل بر این باور است که کسانی که دارای سرمایه فرهنگی بیشتری هستند، موفق‌تر بوده و این موفقیت باعث بهبود وضعیت سلامت آن‌ها می‌گردد. گاجن و همکاران (۲۰۱۵) خاطر نشان کردند که کاربرد

شاخص‌های نوین سرمایه فرهنگی ممکن است به فهم بهتر ما از منابع اجتماعی که افراد از طریق آن‌ها به سمت رفتارهای سالم هدایت می‌شوند، کمک کند (قادری و همکاران، ۱۳۹۵: ۱۸).

همچنین باید گفت مسائل مرتبط با بهداشت و خود اثربخشی بهداشتی افراد، مستقل از ویژگی‌هایی که در بافت اجتماعی فرد وجود دارند، رخ نمی‌دهند. به عبارت بهتر، مسائل مرتبط با سلامت در یک خلأ اجتماعی-فرهنگی، سیاسی و اقتصادی رخ نمی‌دهند و یکی از این تعیین‌کننده‌های اجتماعی می‌تواند سرمایه اجتماعی باشد. سطوح بالای سرمایه اجتماعی در جامعه می‌تواند قدرت و مسئولیت افراد را توسعه دهد. در سال‌های اخیر نشان داده شده است که سرمایه اجتماعی با ایجاد حمایت و فراهم آوردن منبع مؤثری برای اعتماد به نفس و احترام متقابل، افزایش دسترسی به خدمات بهداشت محلی، تسهیل فرایند جلوگیری از جرم، ارتقاء امکان انتقال سریع اطلاعات پزشکی، ارتقاء امکان الگوبرداری از هنجارهای رفتاری مرتبط با سلامت و ارتقاء امکان کنترل اجتماعی بر رفتارهای انحرافی مرتبط با بهداشت، اهمیت بسزایی در سلامت مردم داشته است. مشارکت اجتماعی و اعتماد تعمیم یافته به دیگران، دو وجه سرمایه اجتماعی بوده و به شکلی متقابل به همدیگر وابسته هستند. سرمایه اجتماعی به احتمال زیاد عاملی مهم در تحت تأثیر قرار دادن ابزار کنترل سلامتی و باورهای فردی به این موضوع است که یک فرد قادر است در نوع سلامت خودش مؤثر باشد. در حقیقت، شواهد محکمی در ارتباط میان سرمایه اجتماعی (به‌ویژه مشارکت اجتماعی در شبکه‌های اجتماعی رسمی و غیر رسمی) و رفتارهای مفید مرتبط با سلامتی وجود دارد (لیندستروم<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶ به نقل از ودادهیر و ساداتی، ۱۳۸۹: ۷۰).

### نظریه آرمسترانگ (تعامل حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی)

مطالعه در این زمینه دارای سابقه نه چندان دور است، افرادی که دارای روابط اجتماعی بیشتری هستند، احتمالاً از سلامت بهتری برخوردارند، البته این معیار چندان طرفدار ندارد، چراکه ضرورتاً تعداد روابط نمی‌تواند ملاک سلامت بیشتری باشد، حتی ممکن است فردی روابط بیشتری داشته باشد، ولی این روابط جنبه منفی و بیماری‌زا داشته باشد. مثلاً در مواقعی که انسان

---

1 Lindstrom

دچار ورشکستگی اقتصادی می‌شود، تعداد روابط و ملاقات‌های او زیاده‌تر می‌شود ولی این نوع افزایش رابطه بیشتر استرس زاست تا اینکه در افزایش سلامتی کمک نماید. طبق تحقیقات لیندزی و تامسون<sup>۱</sup> (۱۹۸۸) تعدد روابط اجتماعی در سلامت نقش مثبت دارد. همچنین ارتباط حمایت اجتماعی با مرگ و میر نیز مورد بررسی قرار گرفته است و نتایج نشان داده است که افرادی که از حمایت اجتماعی برخوردارند دارای مرگ و میر کمتری هستند و از طرف دیگر سلامت روانی و اجتماعی نیز متأثر از حمایت اجتماعی است (آرمسترانگ<sup>۲</sup>، ۱۹۷۲: ۹۸ به نقل از حسینی حاجی‌بکنده و تقی‌پور، ۱۳۸۹). اعتقاد بر این است که حمایت اجتماعی به سه طریق در برخورد با تنیدگی و استرس به فرد کمک می‌کند. اولاً، اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد می‌توانند مستقیماً حمایت ملموسی به شکل منابع مادی در اختیار یک شخص قرار دهند (مثلاً قرض دادن پول، خرید مایحتاج زندگی و مواظبت از کودکان). ثانیاً، اعضای شبکه اجتماعی می‌توانند با پیشنهاد اقدامات متنوعی، فرد را از حمایت اطلاعاتی خود برخوردار سازند و این اقدامات متنوع، می‌تواند به حل مشکلی که موجب تنیدگی و استرس شده کمک کند. این پیشنهادها به شخص کمک می‌کند تا به مشکل از دیدگاه جدیدی نگاه کند، بدین ترتیب آنرا حل کرده یا آسیب‌های ناشی از آن را به حداقل برساند. ثالثاً، افراد شبکه اجتماعی می‌توانند به اطمینان بخشی دوباره به فرد، در خصوص اینکه او شخص مورد علاقه، با ارزش و محترم است از وی حمایت عاطفی به عمل آورند (زاهدی اصل، صالح، ۱۳۹۳).

### چارچوب نظری تحقیق

چارچوب نظری این تحقیق به گونه‌ای ترکیبی انتخاب شده است. در رابطه با سلامت اجتماعی نظریه کبیز در نظر گرفته شده است. کبیز در یک تحلیل عامل گسترده نشان داد که بهداشت کلی دارای ابعاد هیجانی، روانی و اجتماعی است و با توجه به مفهوم پردازی‌های نظری از سلامت اجتماعی یک مدل ۵ بعدی قابل سنجش ارائه داد. طبق این ابعاد فرد سالم از نظری اجتماعی زمانی عملکرد خوبی دارد که اجتماعی را بصورت یک مجموعه معنادار، قابل فهم و دارای

1 Lindys & Tamsoon

2 Armstrong

ظرفیت بالقوه برای رشد و شکوفایی بدانند. احساس کند که متعلق به گروه‌های اجتماعی متعلق به خود است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن شریک بدانند. محتوای مقیاس سلامت اجتماعی وی طیف مثبتی از ارزیابی فرد از تجاربش در جامعه است.

بر مبنای تئوری دورکیم فرایندهای اجتماعی می‌توانند موقعیت‌های استرس‌زایی را ایجاد کنند که در آن، افراد مجبور می‌شوند به آن شرایط واکنش نشان دهند نه آنکه آن واکنش یا اقدام را انتخاب کرده باشند، لذا احساس بی‌هنجاری یا شرایط آنومیک را می‌توان رابطه بین شرایط بی‌هنجاری با سلامت اجتماعی را تبیین نمود.

سرمایه اجتماعی به طور کلی و نیز سازه‌های آن به شیوه‌های مختلفی بر سلامت اثر می‌گذارند. نخست) مجموعه بزرگی از آثار و پژوهش‌ها نشان دادند که روابط اجتماعی صمیمانه و ارتباطات اجتماعی هدفمند، آثار سودمندی بر سلامت اجتماعی دارند. دوم) سرمایه اجتماعی از راه حفظ انسجام در مواجهه با تغییرات اجتماعی، اقتصادی و ... از سلامت اجتماعی محافظت می‌کند. سوم) عقیده بر این است که سرمایه اجتماعی، خودباوری اجتماعی را در جامعه تقویت می‌کند و به اجتماعات امکان می‌دهد تا به آسانی با یکدیگر در جهت حل مسائل جمعی نظیر سلامت کار کنند (پورافکاری، ۱۳۹۱: ۵۰). همچنین به زعم بوردیو، به موازات میزان تفاوت برخورداری افراد از سرمایه فرهنگی، تفاوت‌هایی در سبک‌زندگی و فعالیت‌های مربوط به فراغت و سلامت نیز ایجاد می‌شود و سبب می‌شود افرادی که سرمایه فرهنگی کمی دارند، نسبت به کسانی که از این نظر غنی هستند، دارای شیوه زندگی متفاوتی باشند و تلاش کمتری در جهت تأمین سلامت خود در بعد اجتماعی کنند. لذا در پژوهش حاضر برای بررسی تأثیر سرمایه اجتماعی و فرهنگی بر سلامت اجتماعی از نظریات بوردیو استفاده شده است. برای متغیر حمایت اجتماعی و بررسی رابطه این متغیر با سلامت اجتماعی از تئوری آرمسترانگ استفاده شده است که حمایت اجتماعی را یکی از عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی می‌داند. همچنین در گروه‌ها و جوامعی که دین گستردگی زیادی دارد، احتمالاً افراد انسجام بیشتری با جامعه داشته، حمایت اجتماعی بیشتری از سوی افراد جامعه دریافت می‌کنند و در نتیجه سالم‌تر هستند که در پژوهش حاضر مفهوم دینداری به عنوان یکی دیگر از سازه‌های جامعه‌شناختی

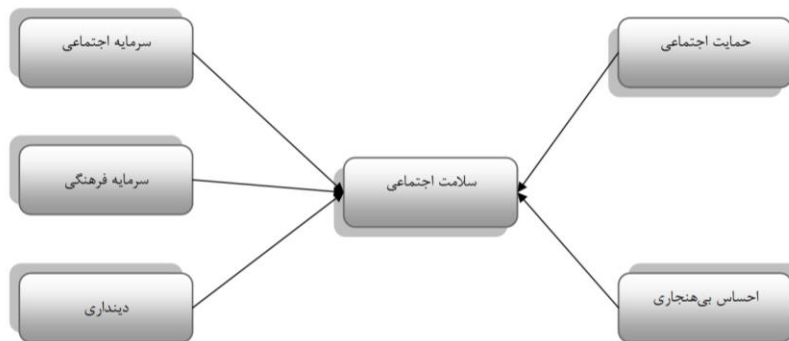
مؤثر بر سلامت اجتماعی از تئوری کارکردگرایان اخذ گردید. در جدول شماره (۲) سعی شده است بر مبنای استراتژی قیاسی به تلخیص مفاهیم اصلی تبیین‌کننده سلامت اجتماعی بر اساس رویکردهای نظری و پیشینه مطالعاتی پرداخته شده است.

جدول (۲) تلخیص رویکردهای مطرح در تبیین سلامت اجتماعی و فرضیات تحقیق

بر مبنای استراتژی قیاسی

فرضیه	مفهوم اصلی تبیین‌کننده سلامت اجتماعی	نظریه
بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد.	حمایت اجتماعی	آرمسترانگ
بین دینداری و سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد.	دینداری	دورکیم
بین احساس بی‌هنجاری و سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد.	احساس بی‌هنجاری	آنومی
بین سرمایه فرهنگی و سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد.	سرمایه فرهنگی	بورديو
بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد.	سرمایه اجتماعی	

در چارچوب نظری این تحقیق ترکیبی از نظریات ارائه شده، برای تبیین فرضیات موجود استفاده شده که در قالب مدل نظری زیر ارائه شده است.



شکل (۱) مدل تحلیلی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی



### روش‌شناسی تحقیق

تحقیق حاضر در زمره تحقیقات کمی است که از حیث هدف کاربردی، از حیث ماهیت توصیفی و تحلیلی و با توجه به معیار زمان پیمایشی و به صورت مقطعی انجام شده است. در این پژوهش به منظور جمع‌آوری اطلاعات از دو روش اسنادی و پیمایشی استفاده شده است. برای مطالعه نظریه‌ها و کسب اطلاعات به منابع و اسناد رجوع شده است و تکنیک استفاده شده در بخش میدانی، پرسشنامه محقق ساخته است.

جامعه آماری این تحقیق کلیه شهروندان بالای ۱۸ سال شهر کاشان در سال ۱۳۹۷ است. برای تعیین حجم نمونه تحقیق در بین افراد جامعه آماری از فرمول عمومی کوکران استفاده شده است، لذا حجم نمونه تحقیق، طبق فرمول مذکور برابر خواهد شد با:

$$n = \frac{(1.96)^2 0.5 * 0.5}{(0.05)^2} = 384$$

بدین ترتیب بر طبق محاسبه فرمول کوکران تعداد ۳۸۴ نفر به عنوان حجم نمونه به دست آمد. پس از انتخاب حجم نمونه و برای دسترسی به جامعه آماری از دو روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای و تصادفی ساده استفاده شده است. با توجه به اطلاعات شهرداری کاشان، این شهر دارای پنج منطقه می‌باشد. لذا در پژوهش حاضر بر مبنای روش نمونه‌گیری خوشه‌ای برای آنکه پوشش خوبی از همه مناطق داده شود تا نتایج قابلیت تعمیم بیشتری به جامعه آماری داشته باشد. ابتدا هر ۵ منطقه انتخاب شدند، سپس از هر منطقه دو ناحیه به صورت تصادفی انتخاب شد، به نحوی که در منطقه یک (نواحی ۱ و ۲)، در منطقه دو (نواحی ۱ و ۳)، در منطقه سه (نواحی ۲ و ۴)، در منطقه چهار (نواحی ۱ و ۳) و در منطقه پنج (نواحی راوند و خزاق) به صورت تصادفی انتخاب شد، لذا از این طریق ۱۰ ناحیه در مناطق پنج‌گانه شهر کاشان انتخاب شدند، سپس از هر ناحیه به صورت تصادفی پرسشنامه نظرسنجی و تکمیل شد.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این تحقیق ترکیبی از پرسشنامه استاندارد و محقق ساخته است. لازم به ذکر است به منظور سنجش سلامت اجتماعی از پرسشنامه ۳۰ سؤالی با ۵ مؤلفه (انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت یا سهمداشت اجتماعی، انطباق اجتماعی و شکوفایی اجتماعی) استفاده شده است، شایان ذکر است سؤالات در قالب طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (کاملاً

مخالفم، مخالفم، تاحدودی، موافقم و کاملاً موافقم) طراحی شده است و به منظور ساخت سلامت اجتماعی مجموع نمرات پاسخگویان در این ۳۰ سؤال محاسبه شد که دامنه تغییرات آن بین ۳۰ تا ۱۵۰ بوده است و نمره بالاتر به معنای سلامت اجتماعی بیشتر بوده است (نحوه سنجش سایر متغیرها در ادامه آمده است). برای بررسی روایی<sup>۱</sup> ابراز سنجش از روایی صوری<sup>۲</sup> (استفاده از نظر کارشناسان و متخصصان ذیربط) استفاده شده است و به اصلاح محتوایی و تناسب متغیرها با سؤالات انجام شد و برای بررسی پایایی<sup>۳</sup> از ضریب آلفای کرونباخ<sup>۴</sup> در نرم‌افزار SPSS و ضریب پایایی ترکیبی<sup>۵</sup> در نرم‌افزار PLS استفاده شد که مقدار آن در پرسشنامه برای همه مفاهیم تحقیق بزرگ‌تر از ۰/۷۰ به دست آمد و از آنجا که مقدار ضرایب بیش‌تر از ۰/۷۰ نشان‌دهنده همبستگی درونی بین متغیرها برای سنجش مفاهیم مورد نظر است و بدین ترتیب می‌توان گفت که ابزارهای سنجش از قابلیت اعتماد و یا پایایی لازم برخوردار است.

جدول (۳) ضرایب پایایی متغیرهای مستقل و وابسته

متغیر	آلفای کرونباخ	پایایی ترکیبی
سرمایه اجتماعی	۰/۷۴۵	۰/۷۶۱
سرمایه فرهنگی	۰/۷۷۸	۰/۷۸۴
دینداری	۰/۷۵۹	۰/۷۷۰
حمایت اجتماعی	۰/۸۱۲	۰/۸۳۹
احساس بی‌هنجاری	۰/۷۴۳	۰/۷۹۸
سلامت اجتماعی	۰/۷۸۰	۰/۸۲۰

### تعریف نظری و عملیاتی متغیرهای تحقیق

در جدول زیر تعاریف نظری و عملیاتی متغیرهای تحقیق ارائه گردیده است.

- 
- 1 Validity
  - 2 Face Validity
  - 3 Reliability
  - 4 Cronbach's alpha
  - 5 Composite Reliability

جدول (۵) تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها

مفهوم	تعریف نظری	تعریف عملیاتی
سرمایه اجتماعی	طبق استدلال بوردیو <sup>۱</sup> سرمایه اجتماعی انباشت منافع بالفعل و بالقوه‌ای است که مربوط به داشتن شبکه‌ای نسبتاً پایدار از روابط کم و بیش نهادینه شده از آشنایی و شناخت متقابل است (بوردیو، ۱۹۸۶: ۵۱) بوردیو سرمایه اجتماعی را نه یک شیء واحد، بلکه انواع چیزهای گوناگونی می‌داند که اولاً شامل جنبه‌ای از یک ساخت اجتماعی‌اند و ثانیاً کنش‌های افراد را که درون ساختار اجتماعی هستند تسهیل کرده و آنها را در جهت نیل به هدف‌های معین یاری می‌کند (کلمن، ۱۳۷۷: ۴۶۲).	به منظور سنجش سرمایه اجتماعی از ۳ بعد اعتماد اجتماعی (سه مؤلفه اعتماد در روابط متقابل، اعتماد تعمیم یافته و اعتماد به نهادهای و سازمانهای رسمی)، مشارکت اجتماعی (دو مؤلفه مشارکت اجتماعی رسمی و مشارکت اجتماعی غیر رسمی)، انسجام اجتماعی (۲۱ گویه مقیاس به کار رفته در تحقیق غفاری (۲۲۴:۱۳۸۰)) استفاده شده است.
سرمایه فرهنگی	تراسی <sup>۲</sup> سرمایه فرهنگی را نوعی دارایی قلمداد می‌کند که مجسم کننده، ذخیره کننده یا تأمین کننده ارزش‌های فرهنگی علاوه بر هر گونه ارزش‌های اقتصادی است که می‌تواند داشته باشند (باینگانی و کاظمی، ۱۳۸۹: ۶).	جهت سنجش این متغیر سه بعد در نظر گرفته شده است: بعد سرمایه فرهنگی متجسد اشاره به معلومات کسب شده افراد دارد و با گویه‌هایی که میزان مهارت و دانش افراد در هنرهای دستی، کامپیوتر و نرم‌افزارهای آن، زبان خارجی، تعمیر وسایل منزل و ... را می‌سنجد، عملیاتی شده است. سرمایه فرهنگی عینیت یافته، اشاره به مصرف کالاهای مادی داشته و با استفاده از گویه‌هایی که میزان مصرف کتاب، فیلم، سی‌دی‌های آموزشی، اینترنت، میزان مراجعه به موزه‌ها و نمایشگاه‌های ادبی و علمی را سنجیده‌اند، عملیاتی شده است و بعد نهادینه شده سرمایه فرهنگی، که با گویه‌هایی در زمینه میزان تحصیلات و دریافت گواهی نامه‌های معتبر عملیاتی شده است.

1 Bourdieu

2 Trasby

ادامه جدول (۵) تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها

مفهوم	تعریف نظری	تعریف عملیاتی
دینداری	دینداری عبارت است از پذیرش تمام یا بخشی از عقاید، اخلاقیات و احکام دینی به نحوی که شخص دیندار خود را ملزم به تبعیت و رعایت از این مجموعه بداند (حشمت یغمایی، ۱۳۸۰: ۱۹۰).	سنجش میزان دینداری بر اساس مدل گلاک و استارک صورت گرفته است که با چهار بعد مناسکی، تجربی، اعتقادی و پیامدی سنجیده شد و برای هر بعد ۵ گویه در قالب طیف لیکرت ۵ درجه‌ای در نظر گرفته شد.
احساس بی‌هنجاری	بی‌هنجاری دلالت بر وضعیتی دارد که در آن هنجارهای اجتماعی که رفتار فردی را انتظام می‌بخشد، از هم گسیخته یا تأثیر خود را به عنوان قاعده رفتار از دست داده است و به احساس فرد در چنین شرایطی احساس بی‌هنجاری گویند (سلیمانی و نایی، ۱۳۹۱).	در این پژوهش از طریق ۵ سؤال (میزان ابهام و تردید در باورها و عقاید، احساس ضعف در هنجارها و نظام اجتماعی، میزان احساس ضعف در تعهد و وفاداری و ...) در قالب طیف لیکرت از اصلاً (۰) تا خیلی زیاد (۵) میزان احساس بی‌هنجاری عملیاتی شد.
حمایت اجتماعی	حمایت اجتماعی عبارت است از کسب اطلاعات، کمک‌های مادی، طرح یا توصیه سلامتی، حمایت عاطفی از دیگرانی که فرد به آنها علاقه‌مند است، یا ارزشمند تلقی می‌شوند و بخشی از شبکه اجتماعی به‌شمار می‌روند، نظیر همسر، بستگان، دوستان و... (تیلور <sup>۱</sup> ، ۱۹۹۹).	حمایت اجتماعی در سه بعد «حمایت ابزاری، حمایت اطلاعاتی و حمایت عاطفی» در قالب طیف لیکرت ۵ درجه‌ای مطابق با گویه‌های پرسشنامه لین و همکارانش (۱۹۹۹) در قالب مورد سنجش قرار گرفت.
سلامت اجتماعی	کیزیز <sup>۲</sup> (۱۹۹۸) سلامت اجتماعی را به عنوان گزارش شخصی فرد از کیفیت ارتباطش با دیگران تعریف می‌کند. سلامت اجتماعی در این مفهوم یعنی درک فرد از اجتماع به صوت مجموعه معنی‌دار، قابل فهم، دارای نیروی بالقوه برای رشد و شکوفایی همراه با احساس تعلق به جامعه است، به نحوی که خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهم بداند (کیزیز، ۱۹۹۸).	به منظور عملیاتی ساختن مفهوم سلامت اجتماعی از پرسشنامه استاندارد کیزیز استفاده شده است. این پرسشنامه دارای ۳۰ سؤال و ۵ بعد «شکوفایی اجتماعی، پیوستگی اجتماعی، یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی» در قالب طیف لیکرت ۵ درجه‌ای می‌باشد.

1. Taylor  
2. Keyes

### یافته‌های تحقیق

### یافته‌های توصیفی

### سیمای آماری پاسخگویان

بر طبق اطلاعات جدول زیر ۵۲٪ پاسخگویان مرد و ۴۸٪ زن بوده‌اند، بیش از نیمی از شهروندان مجرد بوده‌اند و تحصیلات بیش یک‌سوم پاسخگویان (۳۸٪) لیسانس بوده است. دامنه تغییرات سنی پاسخگویان بین ۱۸ تا ۶۵ ساله بوده است که به طور متوسط جمعیت مورد مطالعه ۳۹ سال سن داشته‌اند.

جدول (۵) توزیع نسبی پاسخگویان برحسب ویژگی‌های زمینه‌ای

متغیر	فراوانی	درصد	میانگین	انحراف معیار	متغیر	فراوانی	درصد	میانگین	انحراف معیار
جنسیت	مرد	۱۹۸	۵۱/۶	-	وضعیت تأهل	مجرد	۲۰۴	۵۳/۱	-
	زن	۱۸۶	۴۸/۴	-		متاهل	۱۸۰	۴۶/۹	-
	کل	۳۸۴	۱۰۰	کل		۳۸۴	۱۰۰	-	
تحصیلات	کمتر از ۲۵ سال	۹۳	۲۴/۲	۵/۴۵	تحصیلات	کمتر از دیپلم	۶۶	۱۷/۲	۳۹/۲۶
	۲۵-۴۰ سال	۱۲۶	۳۲/۸			دیپلم و فوق دیپلم	۱۲۴	۳۲/۳	
	۴۱-۵۵ سال	۱۰۴	۲۷/۱			لیسانس	۱۴۶	۳۸	
	بالای ۵۵ سال	۶۱	۱۵/۹			فوق لیسانس و بالاتر	۴۸	۱۲/۵	
	کل	۳۸۴	۱۰۰			کل	۳۸۴	۱۰۰	

### یافته‌های توصیفی مفاهیم تحقیق

بر طبق اطلاعات جدول شماره (۶) نتایج توصیفی مفاهیم تحقیق حاکی از این است که میزان سلامت اجتماعی در جمعیت نمونه تحقیق در وضعیت متوسط رو به پائین است به طوری که میزان سلامت اجتماعی بیش از دو سوم پاسخگویان (۷۳ درصد) متوسط رو به پائین ارزیابی شده است. نتایج حاصل از آماره‌های توصیفی ابعاد سازنده سلامت اجتماعی حاکی از این است بجز بعد «سه‌مداشت اجتماعی» سایر ابعاد در وضعیت متوسط رو به پایین می‌باشند، اما میزان مشارکت یا سهم‌داشت اجتماعی شهروندان در سطح متوسط رو به بالا ارزیابی شده است. یافته‌های توصیفی متغیرهای مستقل نیز حاکی از این است که میزان سرمایه اجتماعی و فرهنگی بیش از یک سوم پاسخگویان در حد پائینی بوده است، به بیانی دیگر وضعیت سرمایه اجتماعی و فرهنگی نیز در جمعیت مورد مطالعه در حد متوسط رو به پائین بوده است. نتایج حاصل از سنجش دینداری نیز مؤید این مطال است که وضعیت این متغیر در قیاس با سایر متغیرهای مستقل نامناسبتر است به نحوی که میزان دینداری ۱۹ درصد در حد پائین و در مقابل میزان دینداری ۴۳ درصد شهروندان کاشانی در حد بالا ارزیابی شده است. میزان احساس بی‌هنجاری برای دوسوم شهروندان مورد مطالعه در حد متوسط رو به بالا ارزیابی شده است و میزان حمایت اجتماعی نیز در بین بیش از سه‌چهارم جمعیت مورد مطالعه (۷۷٪) در حد متوسط رو به بالا ارزیابی شده است.

جدول (۶) توزیع نسبی پاسخگویان برحسب مفاهیم تحقیق

متغیر	کم/پائین	متوسط	زیاد/بالا	کل	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
سرمایه اجتماعی	F	۱۴۱	۱۵۶	۳۸۴	۶۶/۱۲	۱۴/۲۰	۲۴	۱۲۰
	%	۳۶/۷	۴۰/۶	۱۰۰				
سرمایه فرهنگی	F	۱۴۹	۱۳۲	۳۸۴	۲۳/۵۳	۷/۶۰	۹	۴۵
	%	۳۸/۸	۳۴/۴	۱۰۰				
دینداری	F	۷۳	۱۴۴	۳۸۴	۶۳/۰۷	۱۵/۴۳	۱۸	۹۰
	%	۱۹	۳۷/۵	۱۰۰				

ادامه جدول (۶) توزیع نسبی پاسخگویان بر حسب مفاهیم تحقیق

متغیر	کم/پائین	متوسط	زیاد/بالا	کل	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
احساس بی‌هنجاری	F	۱۳۱	۱۴۶	۳۸۴	۳۳/۱۸	۸/۰۳	۰	۵۰
	%	۳۴/۱	۳۸	۱۰۷	۲۷/۹			
حمایت اجتماعی	F	۸۹	۱۶۵	۳۸۴	۵۹/۴۵	۱۳/۴۷	۱۷	۸۵
	%	۲۳/۱	۴۳	۱۳۰	۳۳/۹			
سلامت اجتماعی	F	۱۴۵	۱۳۷	۳۸۴	۸۷/۸۵	۷/۷۱	۳۰	۱۵۰
	%	۳۷/۸	۳۵/۷	۱۰۲	۲۶/۶			
ابعاد سلامت اجتماعی								
انسجام اجتماعی								
				۲۰/۴۲	۶/۶۴	۷	۳۵	
پذیرش اجتماعی								
				۲۰/۷۷	۳/۴۰	۷	۳۵	
سهمداشت اجتماعی								
				۱۵/۷۸	۴/۰۸	۵	۲۵	
انطباق اجتماعی								
				۱۶/۰۱	۳/۶۴	۶	۳۰	
شکوفایی اجتماعی								
				۱۴/۸۵	۳/۱۷	۵	۲۵	

### یافته‌های استنباطی

#### بررسی روابط بین متغیرهای مستقل و سلامت اجتماعی

جدول شماره (۷) نتایج آزمون فرضیات تحقیق و رابطه بین متغیرهای مستقل (سرمایه اجتماعی، سرمایه فرهنگی، دینداری، حمایت اجتماعی و احساس بی‌هنجاری) را با متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) را به کمک ضریب همبستگی پیرسون با در نظر گرفتن ملاحظات آماری<sup>۱</sup> لازم سنجیده است. ضرایب همبستگی مندرج در این جدول حاکی است که سرمایه اجتماعی، سرمایه

۱. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های پارامتریک استفاده شده است که اجرای این آزمون‌ها منوط به برقرار بودن پیش‌فرض‌های مشخصی می‌باشد که از جمله آنها می‌توان به کمی بودن مقیاس متغیرها و نرمال بودن توزیع داده‌ها اشاره کرد. لازم به ذکر است به منظور بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد و با توجه به اینکه سطح معناداری این آزمون برای کلیه متغیرهای تحقیق بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد، لذا می‌توان گفت توزیع داده‌ها نرمال می‌باشد. لذا به منظور بررسی روابط بین متغیرها از آزمون همبستگی پیرسون و به منظور اجرای مدل و بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی از مدلسازی معادلات ساختاری استفاده شد.

فرهنگی، دینداری، حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی رابطه مستقیم و معناداری دارند، به نحوی که با افزایش سرمایه اجتماعی، سرمایه فرهنگی، دینداری، حمایت اجتماعی با فرض ثابت بودن سایر متغیرها، میزان سلامت اجتماعی نیز افزایش می‌یابد، این در حالی است که متغیر احساس بی‌هنجاری با سلامت اجتماعی رابطه معکوس و معناداری دارند، به طوری که افزایش احساس بی‌هنجاری با کاهش سلامت اجتماعی هم‌تغییری دارد. لازم به ذکر است حمایت اجتماعی قوی‌ترین رابطه (۰/۵۳۹) و احساس بی‌هنجاری (۰/۳۷۶-) ضعیف‌ترین رابطه را با سلامت اجتماعی دارند.

جدول (۷): آزمون فرضیات تحقیق و میزان ضریب همبستگی پیرسون

ردیف	فرضیه	ضریب همبستگی پیرسون
۱	رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی	۰/۴۹۹**
۲	رابطه بین سرمایه فرهنگی و سلامت اجتماعی	۰/۵۲۳**
۳	رابطه بین دینداری و سلامت اجتماعی	۰/۳۹۷**
۴	رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی	۰/۵۳۹**
۵	رابطه بین احساس بی‌هنجاری و سلامت اجتماعی	-۰/۳۷۶**

\*\* معنادار در سطح ۰/۰۱

### مدلسازی معادلات ساختاری

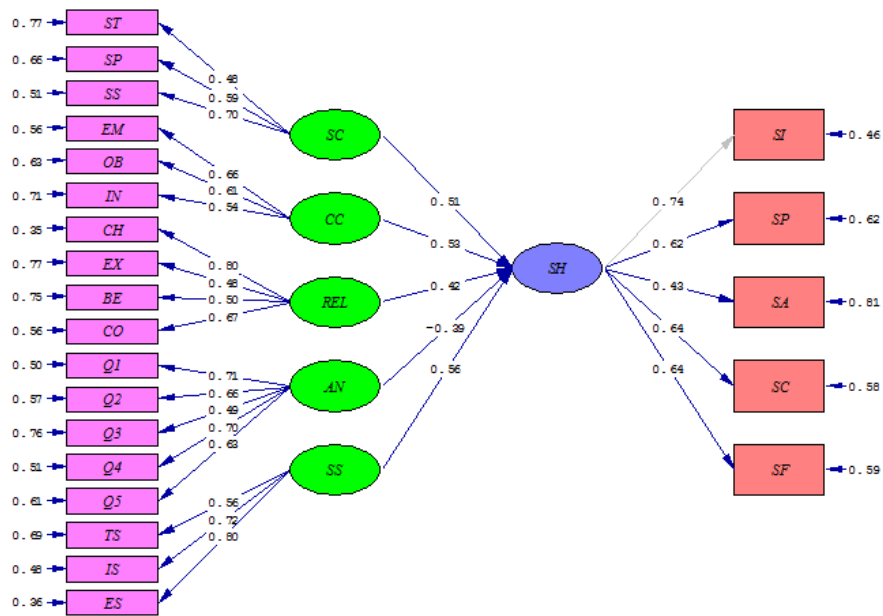
در این قسمت و با استفاده از نرم افزار لیزرل به آزمون تجربی مدل عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی شهروندان کاشانی پرداخته شده است. نتایج تحلیل معادلات ساختاری در نمودار زیر منعکس شده است، با توجه به اینکه ضریب معنی‌داری فرضیات مدل همگی بالای ۱/۹۶ بوده است، می‌توان گفت همه فرضیات مدل تأیید می‌شود. به طوری که سرمایه اجتماعی (با ضریب ۰/۵۱)، سرمایه فرهنگی (با ضریب ۰/۵۳)، دینداری (با ضریب ۰/۴۲) و حمایت اجتماعی (با ضریب ۰/۵۶) تأثیر مستقیم و معناداری بر سلامت اجتماعی شهروندان کاشانی دارند، به نحوی که با افزایش هر یک از متغیرهای مذکور، سلامت اجتماعی شهروندان نیز بیشتر می‌شود.



همچنین نتایج اجرای مدل مفهومی حاکی از این است که متغیر احساس بی‌هنجاری (با ضریب ۰/۳۹-) تأثیر کاهنده بر سلامت اجتماعی شهروندان کاشانی دارد.

جدول (۸): معرفی متغیرها

متغیرهای مشاهده‌شده	نماد اختصاری	معادل لاتین	متغیر	
اعتماد اجتماعی (ST)	SC	Social Capital	سرمایه اجتماعی	متغیرهای مستقل
مشارکت اجتماعی (SP)				
انسجام اجتماعی (SS)				
متجسد (EM)	CC	Cultural Capital	سرمایه فرهنگی	
عینیت یافته (OB)				
نهادینه شده (IN)				
مناسکی (CH)	REL	Religiosity	دینداری	
تجربی (EX)				
اعتقادی (BE)				
پیامدی (CO)				
Q1 تا Q5	AN	Anomy	احساس بی‌هنجاری	
حمایت ابزاری (TS)	SS	Social Support	حمایت اجتماعی	
حمایت اطلاعاتی (IS)				
حمایت عاطفی (ES)				
یکپارچگی اجتماعی (SI)	SH	Social Health	سلامت اجتماعی	متغیر وابسته
مشارکت اجتماعی (SP)				
پذیرش اجتماعی (SA)				
پیوستگی اجتماعی (SC)				
شکوفایی اجتماعی (SF)				



Chi-Square=316.43, df=215, P-value=0.00000, RMSEA=0.043

مدل (۲): مدل معادلات ساختاری عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی (در حالت استاندارد)

جدول (۹): نتایج اجرای مدل ساختاری عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی

ضریب تعیین R- (Square)	تأیید/رد	سطح معنی داری (P-Value)	ضریب معنی داری (t-value)	ضریب استاندارد (β)	مقصد رابطه: متغیر نهفته وابسته (یا متغیر η)	مبدأ رابطه: متغیرهای نهفته مستقل (یا متغیرهای ζ)	فرضیه
۰/۳۶	تأیید	۰/۰۰۱	۵/۸۹	۰/۵۱	سلامت اجتماعی	سرمایه اجتماعی	H1
	تأیید	۰/۰۰۱	۶/۰۱	۰/۵۳		سرمایه فرهنگی	H2
	تأیید	۰/۰۰۱	۴/۲۳	۰/۴۲		دینداری	H3
	تأیید	۰/۰۰۱	۳/۲۷	-۰/۳۹		احساس بی‌هنجاری	H4
	تأیید	۰/۰۰۱	۶/۵۲	۰/۵۶		حمایت اجتماعی	H5

نتایج حاصل از شاخص‌های برازش مدل در جدول شماره (۹) آمده است که بر اساس آن، مقدار  $\chi^2/df$  محاسبه شده ۱/۴۷ است، وجود  $\chi^2/df$  کوچک‌تر از ۳ نشان دهنده برازش مناسب مدل است، همچنین ریشه خطای میانگین مجذورات برآورد (RMSEA) می‌بایستی کمتر از ۰/۰۸ باشد که در مدل ارائه‌شده این مقدار برابر ۰/۰۴۳ است. میزان مؤلفه‌های GFI و AGFI و NFI و CFI و IFI و RFI نیز باید بیشتر از ۰/۹۰ باشد که در مدل تحت بررسی به ترتیب برابر ۰/۹۶ و ۰/۹۳ و ۰/۹۵ و ۰/۹۶ و ۰/۹۷ و ۰/۹۳ است. همچنین مقدار RMR نیز بایستی باید کوچکتر از ۰/۰۵ باشد که در مدل تحت بررسی برابر ۰/۰۳۹ است. با توجه به شاخص‌ها و خروجی‌های نرم‌افزار لیزرل می‌توان گفت که داده‌ها نسبتاً با مدل منطبق هستند و شاخص‌های ارائه‌شده نشان‌دهنده این موضوع هستند که در مجموع مدل ارائه‌شده مدل مناسبی است و داده‌های تجربی اصطلاحاً به خوبی با آن منطبق می‌باشند.

جدول (۱۰) شاخص‌های برازش مدل

ردیف	معیارهای برازش مدل	نام اختصاری	مقدار	حد مطلوب	تفسیر
۱	نسبت کای دو به درجه آزادی	$\chi^2/df$	۱/۴۷	<۳	مطلوب
۲	شاخص نیکویی برازش	GFI	۰/۹۶	>۰/۹۰	مطلوب
۳	شاخص نیکویی برازش تعدیل‌شده	AGFI	۰/۹۳	>۰/۹۰	مطلوب
۴	شاخص برازش هنجار شده	NFI	۰/۹۶	>۰/۹۰	مطلوب
۵	شاخص برازش تطبیقی	CFI	۰/۹۵	>۰/۹۰	مطلوب
۶	شاخص برازش اضافی	IFI	۰/۹۷	>۰/۹۰	مطلوب
۷	شاخص برازش نسبی	RFI	۰/۹۳	>۰/۹۰	مطلوب
۸	ریشه مجذور مانده‌ها	RMR	۰/۰۳۹	حدود صفر	مطلوب
۹	ریشه میانگین مربعات خطای برآورد	RMSEA	۰/۰۴۳	<۰/۰۸	مطلوب

### بحث و نتیجه‌گیری

هرگونه تلاش در زمینه دستیابی به سلامت اجتماعی که نیاز فردی و اجتماعی است، مستلزم آشنایی با معنا و مفهوم سلامت اجتماعی و چگونگی اندازه‌گیری، بهره‌مندی از شاخص‌ها، شناخت عوامل مؤثر بر آن و یافتن راه‌های ارتقای آن است. بهره‌مندی از شاخص‌های سلامت

اجتماعی در گروه‌ها و قشرهای مختلف جامعه، رویکردی است که موجب بهبود کیفیت زندگی، رفاه، رضایت از زندگی و کاهش آسیب‌های اجتماعی می‌شود. نتایج پژوهش حاضر که به بررسی عوامل جامعه‌شناختی مؤثر سلامت اجتماعی در بین شهروندان کاشانی پرداخته است نشان داد که، متغیرهای سرمایه اجتماعی، سرمایه فرهنگی، حمایت اجتماعی و دینداری رابطه مستقیم و معنادار و در مقابل متغیر احساس بی‌هنجاری رابطه معکوس و معناداری با سلامت اجتماعی دارد. همچنین نتایج حاصل از مدلسازی معادلات ساختاری نشان داد که بیش از یک‌سوم (۳۶٪) تغییرات سلامت اجتماعی توسط مجموع متغیرهای مستقل تبیین می‌شود در ادامه ضمن مقایسه نتایج بدست آمده با پیشینه مطالعاتی با تحلیل یافته‌ها پرداخته شده است.

یکی از نتایج این پژوهش رابطه مستقیم بین سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی بود که این یافته پژوهشی که در راستای تئوری بورديو می‌باشد و با یافته‌های امینی رارانی و همکاران (۱۳۹۰) و یاماگوچی (۲۰۱۳) همخوانی دارد که در این ارتباط باید گفت سرمایه اجتماعی به عنوان یک پدیده جامعه‌شناختی به توانمندی‌ها و توانایی‌هایی اجتماعی افراد و گروه‌های اجتماعی اشاره می‌کند که در دستیابی به منابع کمیاب بیشترین تلاش را می‌کند. پاتنام (۱۹۹۳) نیز سرمایه اجتماعی را اینگونه تعریف می‌کند، سرمایه اجتماعی به عنوان منبعی برای دستیابی به اهداف، اجرای پروژه‌های گروهی و اجتماعی را تسهیل می‌کند. این پدیده ناشی از تأثیر نهادهای اجتماعی، روابط انسانی و هنجارهای کمی و کیفی تعاملات اجتماعی گروه‌ها و افراد جامعه شکل می‌گیرد، در نتیجه این تعاملات می‌توان یکی از پیش‌شرط‌های اساسی در سلامت اجتماعی افراد جامعه و به تبع آن رشد و توسعه همه جانبه جوامع را، بهره‌مندی از پارامترهای اساسی سرمایه اجتماعی دانست. سرمایه اجتماعی در بین هر گروه از فراهم‌آوردندگان می‌تواند بازده سلامت را بهبود بخشد. در صورتی که در جامعه عدالت اجتماعی و توزیع درست و دقیق اطلاعات در بین مردم وجود داشته باشد، اعتماد اجتماعی را تقویت خواهد کرد و به تبع آن وضعیت مشارکت اجتماعی نیز بهبود می‌یابد و زمانی که وضعیت این پارامترها در جامعه بهتر شود، روابط و پیوندهای اجتماعی قوی‌تر در بین مردم جامعه، انسجام و ارتباطات اجتماعی را مستحکم‌تر می‌سازد که در نتیجه چنین شرایطی اعضای جامعه از منابع حمایتی بیشتری برخوردار می‌شوند که این منابع کمک

بسیاری در رشد و ارتقای سلامت اجتماعی خواهد داشت. با توجه به نقش اساسی سرمایه اجتماعی به عنوان یکی از تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت لازم است سرمایه اجتماعی‌ای که متضمن مشارکت گسترده‌تر و سامان‌یافته مردم همراه با احساس اعتماد اجتماعی بالاست، در برنامه‌ریزی‌ها و سیاستگذاری‌های سلامت مدنظر قرار گیرد.

وجود رابطه مستقیم و معنادار بین دینداری و سلامت اجتماعی در پژوهش حاضر مورد تأیید قرار گرفت، در تبیین احتمالی این یافته پژوهشی که همسو با تئوری دورکیم و نتایج پژوهش تحقیق راد و همکاران (۱۳۹۴) می‌باشد، می‌توان گفت، دینداری یکی از مؤلفه‌های مهمی است که در تحلیل سلامتی مؤثر است، زیرا با ایجاد یک روح جمعی، شور و شوق مذهبی و گسترش احساسات همگانی از طریق مناسک و مراسم جمعی می‌تواند زمینه‌های لازم را برای پیوند بین اعضا و انسجام اجتماعی را فراهم آورد. آیین‌های مذهبی مردم را گرد هم می‌آورند و بدین سان پیوندهای مشترک را دوباره تصدیق می‌کنند و در نتیجه همبستگی اجتماعی را تحکیم می‌بخشد (بعد مناسکی). همچنین باورها و اعتقادات دینی از طرف ایجاد هدف و معنی در زندگی، گسترش روابط اجتماعی و احساس تعلق در فرد موجبات آرامش را فراهم می‌آورد و از بروز احساس تنهایی و انزوا در فرد جلوگیری می‌کند (بعد اعتقادی). فرد معتقد احساس می‌کند در زندگی سراسر مادی یک نقطه اتکای معنوی دارد و با این تفکر فرد خود را به معبودش وا می‌گذارد و خود را در ارتباط بسیار نزدیک با خدا دانسته و اعتماد و اطمینان او به یاری و کمک خداوند افزایش می‌یابد. لذا به کمک رحمت الهی در حل مشکلات خود امیدوارتر می‌شوند و نگرش او در برخورد با استرس‌ها تغییر می‌کند، این تغییر نگرش به شکل مثبت باعث احساس امید، احساس نزدیک بودن به دیگران، فرصت خودشکوفایی، احساس راحتی، نزدیکی به خدا و کمک به حل مشکلات می‌گردد (بعد عاطفی). از طرف دیگر مطالعه کتب دینی نیز یکی از منابع ارزشمندی است که دارای راهکارهای مخصوص ارتقای سلامت افراد به خصوص رهنمودهایی برای اصلاح رفتار و کاهش ناهنجاری‌های فردی و اجتماعی است (بعد دانشی) که به نوبه خود در بهبود وضعیت سلامت اجتماعی افراد دیندار مؤثر است. دستورالعمل‌های دینی نیز افراد را با ارتباط با افراد دیگر و یاری رساندن به یکدیگر فرا می‌خواند و این امر ادراک افراد دیندار را

از حمایت اجتماعی افزایش می‌دهد (بعد پیامدی)، حمایتی که امکان حفظ و تداوم سلامت اجتماعی را فراهم می‌آورد. در مجموع جامعه دیندار دارای انسجام، وحدت، یکپارچگی و همبستگی بالایی است و شهروندانش از امنیت و سلامت در روابط خانوادگی و اجتماعی و نیز روح تعاون و همکاری بالایی برخوردارند و در برابر سرنوشت یکدیگر احساس مسئولیت می‌کنند. بنابراین یکی از کارکردهای دین ایجاد جامعه توأم با سلامت اجتماعی است در حالی که نبود دینداری در یک جامعه موجب گسترش رفتارهای انحرافی چون بزهکاری و خودکشی، احساس تنهایی، بدبینی، عدم اعتماد به دیگران و رضایت کمتر از زندگی می‌شود که این نیز به نوبه خود باعث تخریب سلامت اجتماعی افراد جامعه می‌گردد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که در بین متغیرهای مستقل، حمایت اجتماعی بیشترین همبستگی مثبت را با سلامت اجتماعی دارد و نتایج مدلسازی معادلات ساختاری نیز این متغیر را به عنوان مهمترین متغیر مؤثر بر سلامت اجتماعی شناسایی کرد. در تبیین این یافته پژوهشی که همسو با تئوری آرمسترانگ و یافته‌های پژوهش‌های زاهدی‌اصل و همکاران (۱۳۹۵) و رضایی (۱۳۹۲) می‌باشد، می‌توان گفت حضور در میان دوستان، خانواده و سایرین باعث گسترش روابط اجتماعی می‌شود و بر ادراک حمایت اجتماعی تأثیر می‌گذارد و زمانی که پیوند اجتماعی فرد از طریق ازدواج، اشتغال، ارتباط با دوستان و همسالان، مشارکت و سایر فعالیت‌های اجتماعی صورت گیرد، میزان بی‌هنجاری در جامعه کاهش می‌یابد. افرادی که از سطح بالاتری از حمایت اجتماعی برخوردار می‌باشند، ممکن است احساس تعلق و عزت نفس آنها بالاتر از کسانی باشند که فاقد چنین مزیتی هستند و این وضعیت منجر به یک چشم‌انداز مثبت و خوش‌بینانه می‌گردد که می‌تواند بر سلامت اجتماعی افراد تأثیرگذار باشد. بنابراین یکی از کارکردهای حمایت اجتماعی ایجاد جامعه توأم با سلامت اجتماعی است در حالی که نبود حمایت اجتماعی در یک جامعه موجب گسترش رفتارهای انحرافی چون احساس تنهایی، رضایت کمتر از زندگی و ... می‌شود که این نیز به نوبه خود باعث تخریب سلامت اجتماعی افراد جامعه می‌گردد.

یکی دیگر از یافته‌های پژوهش حاضر وجود رابطه مستقیم بین سرمایه فرهنگی و سلامت اجتماعی می‌باشد. این یافته همراستا با تئوری بوردیو می‌باشد و از سوی دیگر با یافته‌های پژوهش شایسته و مردانی (۱۳۹۴) نیز همخوانی دارد. در تبیین احتمالی این یافته می‌توان گفت، رز و وو<sup>۱</sup> نیز در نظریه خود مطرح می‌کنند که افراد تحصیل کرده که به نوعی از سرمایه فرهنگی زیادی 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 در مشاغل تمام‌وقت و با درآمد بالا مشغول به کار می‌شوند، از منابع اجتماعی و روانی متعددی مثل احساس خودکنترلی و حمایت اجتماعی بالا بهره‌مند شده و اغلب سبک زندگی سالم‌تری در پیش می‌گیرند، لذا از سلامت اجتماعی بیشتری برخوردار می‌شوند (کدخدایی و لطفی، ۱۳۹۲: ۱۹۱ و ۱۹۲).

یکی دیگر از نتایج این تحقیق رابطه معکوس بین احساس بی‌هنجاری با سلامت اجتماعی بود که در این ارتباط باید گفت از نظر دورکیم هر نوع قطع ارتباط بین فرد و جامعه، به‌گونه‌ای که افراد در چارچوب‌های اجتماعی جذب نگردند، زمینه‌ای آنومیک و مساعد برای رشد انحرافات اجتماعی است. در چنین حالتی نوعی فردگرایی افراطی، خواسته‌های فرد را در مقابل حیات اجتماعی قرار می‌دهد. از نظر وی هر نوع فاصله بین فرد و جامعه که به عدم ادغام افراد در چارچوب‌های اجتماعی می‌انجامد به انحرافات اجتماعی میدان می‌دهد.

با توجه به اهمیت سلامت اجتماعی مردم، لازم است جامعه، بسترها و شرایط ایجادکننده و تقویت‌کننده سلامت اجتماعی را فراهم کنند، همچنین سازمان‌های فرهنگی و اجتماعی لازم است تدابیر لازم را در راستای مؤلفه‌های مرتبط با سلامت اجتماعی در جامعه را اتخاذ کنند، لازم به ذکر است در واقع بسترهای سلامت اجتماعی می‌تواند شامل متغیرهای مستقل پژوهش حاضر باشد که متغیرهای مثبت آن (مثل سرمایه اجتماعی، سرمایه فرهنگی، دینداری و حمایت اجتماعی) باید تقویت شوند و شرایط ایجادکننده احساس ناهنجاری (به عنوان عامل تضعیف‌کننده سلامت اجتماعی) باید شناسایی و تضعیف شوند، وجود چنین بسترهایی می‌تواند زمینه را برای توسعه و پیشرفت کشور تسهیل کند.

## منابع

- آرون، ریمون (۱۳۸۱) مراحل اساسی اندیشه در جامعه‌شناسی، ترجمه باقر پرهام، تهران: انتشارات علمی فرهنگی، چاپ ششم.
- ابراهیم‌پور، داود؛ پورجلی، ربابه؛ رضانی‌ممقانی، روح‌انگیز (۱۳۹۱) بررسی رابطه عوامل اجتماعی-اقتصادی با سلامت اجتماعی دبیران مقطع راهنمایی و متوسطه شهرستان، مطالعات جامعه‌شناسی، سال ۴، دوره ۵، شماره ۱۴، ۴۷-۶۷.
- امینی رارانی، مصطفی؛ موسوی، میرطاهر؛ رفیعی، حسن (۱۳۹۰) رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی در ایران، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال یازدهم، شماره ۴۲.
- باینگانی، بهمن؛ کاظمی، علی (۱۳۸۹) بررسی مبانی تئوریک مفهوم سرمایه فرهنگی، برگ فرهنگ، شماره ۲۱.
- بخارایی، احمد؛ شربتیان، محمدحسن؛ ایمنی، نفیسه (۱۳۹۴) مطالعه جامعه‌شناختی سلامت اجتماعی زنان و عوامل مؤثر بر آن (مطالعه موردی: زنان منطقه چهار شهری تهران)، دوفصلنامه پژوهش‌های جامعه‌شناسی معاصر، دوره ۴، شماره ۷، ۲۹-۵۴.
- پورعزت، علی اصغر (۱۳۸۶) الگوی منطقی منشور حقوق شهروندی بر پایه بررسی تطبیقی اسناد موجود، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال هفتم، شماره ۲۶.
- توسلی، غلامعباس (۱۳۸۲) مشارکت اجتماعی در شرایط جامعه آنومیک، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- حسینی حاجی بکنده، سید احمد؛ تقی‌پور، ملیحه (۱۳۸۹) بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار، فصلنامه پژوهش اجتماعی، سال سوم.
- حسینی، سیده فاطمه (۱۳۸۷) بررسی میزان سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در دانشجویان دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی تهران.
- حشمت یغمایی، محمدتقی (۱۳۸۰) دینداری نوجوانان و عوامل مؤثر بر آن، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی و ارتباطات دانشگاه علامه طباطبایی تهران.
- دورکیم، امیل (۱۳۸۳) صور بنیادی حیات دینی، ترجمه باقر پرهام، تهران، نشر مرکز.



- راد، فیروز؛ محمدزاده، فاطمه؛ محمدزاده، حمید (۱۳۹۴). دین و سلامت: بررسی رابطه دینداری با سلامت اجتماعی، مجله علوم اجتماعی دانشگاه فردوسی مشهد، سال دوازدهم، شماره دوم، صص ۱۵۸-۱۳۷.
- رستگار، خدیجه؛ 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، اساتید راهنما: محمد مظلوم خراسانی، دانشگاه فردوسی مشهد- دانشکده ادبیات و علوم انسانی دکتر علی شریعتی.
- رضایی، امید؛ مظلوم خراسانی، محمد؛ مجدی، علی اکبر (۱۳۹۴). مطالعه تأثیر احساس امنیت اجتماعی بر سلامت اجتماعی شهروندان مشهد، فصلنامه مطالعات امنیت اجتماعی، شماره ۴۴، صص ۱۶۲-۱۳۹.
- رفیع پور، فرامرز (۱۳۷۸) آنومی یا آشفتگی اجتماعی (پژوهشی در زمینه پتانسیل آنومی در شهر تهران)، تهران: انتشارات سروش.
- رفیعی، حسن و همکاران (۱۳۹۴) ساخت، رواسازی و هنجاریابی پرسشنامه سلامت اجتماعی در بزرگسالان شهر تهران، تهران، دانشگاه بهزیستی.
- زابلی، روح اله؛ ستایی نسب، هرمز (۱۳۹۳) چالش‌ها و راهکارهای اقدام در زمینه تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت در ایران، فصلنامه علمی پژوهشی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، سال دوم، شماره اول.
- زاهدی اصل، محمد؛ صالح، صلاح الدین (۱۳۹۳). حمایت اجتماعی و میزان سلامت اجتماعی همسران جانبازان اعصاب و روان شهر تهران، فصلنامه پژوهشنامه مددکاری اجتماعی، شماره ۱
- زاهدی اصل، محمد؛ 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.
- زکی، محمدعلی؛ خشوعی، مریم‌السادات (۱۳۹۲). سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در بین شهروندان شهر اصفهان، مطالعات جامعه‌شناختی شهری (مطالعات شهری): پادوره ۳، شماره ۸، ۷۹-۱۰۸.

- سام‌آرام، عزت‌الله (۱۳۸۸). بررسی رابطه سلامت اجتماعی با امنیت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه محور، فصلنامه انتظام اجتماعی، سال اول، شماره ۱، ص ۱۵
- سراج‌زاده، سید حسین؛ جواهری، فاطمه؛ ولایتی، سمیه (۱۳۹۲) آزمون اثر دین‌داری بر سلامت در میان نمونه‌ای از دانشجویان، جامعه‌شناسی کاربردی، سال ۲۴، شماره ۱.
- شایسته، سولماز؛ مردانی، نرگس (۱۳۹۴) بررسی رابطه سرمایه فرهنگی با سلامت اجتماعی جوانان، دومین کنفرانس بین‌المللی پژوهش در علوم رفتاری و اجتماعی، تهران، موسسه سرآمد همایش کارین.
- علی‌وردی نیا، اکبر؛ شارع پور، محمود؛ ورمزیار، مهدی (۱۳۸۷) سرمایه اجتماعی خانواده و بزهکار، فصلنامه زن در توسعه و سیاست (پژوهش زنان)، دوره ۶، شماره ۲، ص ۱۳۲.
- فاضلی، محمد (۱۳۸۲) مصرف و سبک زندگی، قم: انتشارات صبح صادق.
- فدایی مهربانی، مهدی (۱۳۸۶) شهرنشینی، رسانه و سلامت اجتماعی، نشریه پژوهش و سنجش، شماره ۴۹
- قادری، مهدی؛ ملکی، امیر؛ احمدنیا، شیرین (۱۳۹۵) از سرمایه فرهنگی بوردیو تا سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت به تعبیر آبل: کاربرد شاخصهای نوین در تبیین سبک زندگی سالم، رفاه اجتماعی، دوره ۱۶، شماره ۶۲، ۹-۵۸.
- کدخدایی، فاطمه؛ شورش، لطفی (۱۳۹۲) سنجش میزان سلامت اجتماعی دانش آموزان دختر مقطع دبیرستانهای شهر شیراز و بررسی عوامل مؤثر بر آن، فصلنامه پژوهش اجتماعی، سال پنجم، شماره بیستم، دوره پائیز.
- کلمن، جیمز (۱۳۷۷) بنیادهای نظریه اجتماعی، مترجم منوچهر صبوری، تهران: نشر نی.
- کوزر، لوئیس (۱۳۸۲) زندگی و اندیشه بزرگان جامعه‌شناسی، ترجمه محسن ثلاثی، چاپ دهم، تهران: انتشارات علمی.
- گیدنز، آنتونی (۱۳۷۷) پیامدهای مدرنیته، ترجمه محسن ثلاثی، نشر مرکز، تهران، چاپ اول.
- مرندی، علیرضا (۱۳۷۹) بهداشت عمومی، تهران: انتشارات دانشگاه شهید بهشتی
- مرندی، علیرضا (۱۳۸۵) عوامل اجتماعی سلامت در کتاب جامع بهداشت عمومی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت تحقیقات و فناوری.
- مسعودنیا، ابراهیم (۱۳۸۹) جامعه‌شناسی پزشکی، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

- موسوی، میرطاهر؛ شیبانی، ملیحه؛ فاطمی نیا، سیاوش؛ امیدنیا، سهیلا (۱۳۹۴) بسط مفهومی سلامت اجتماعی با رویکرد سلامت اجتماعی، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال پانزدهم، شماره ۵۷.
- نوربالا، احمدعلی (۱۳۹۰) سلامت روانی-اجتماعی و راهکارهای بهبود آن، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال هفدهم، شماره ۲.
- هزارجریبی، جعفر؛ ارفعی عین‌الدین، رضا (۱۳۹۰) اوقات فراغت و سلامت اجتماعی، فصلنامه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، شماره ۱۰.
- هزارجریبی، جعفر؛ مهری، اسدالله (۱۳۹۱) تحلیل رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی و اجتماعی، فصلنامه علوم اجتماعی، شماره ۵۹.
- یزدان‌پناه، لیلیا (۱۳۸۲) بررسی عوامل مؤثر بر مشارکت اجتماعی شهروندان ۱۸ سال به بالای شهر تهران، پایان نامه دکتری رشته جامعه‌شناسی دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی تهران.
- Bourdieu, P. (1986) "The forms of capital", In J. Richardson (Ed.) Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education, New York: Greenwood Press.
- Keyes, C. L. M. & Shapiro. (2004) Mental hygiene, New Jersey, Engwoond cliffs, p:768
- Keyes, C. L. M. (1998) Social Well-being. Social Psychology Quaterly, 61
- Miringof Marc & Miringof Marque-Luisa. (1999), The Social Health of the Nation: How America Is Really Doing, Oxford, London
- Putnam, R. (1993) Making Democracy work: civil Traditional in Model Italy. Princeton
- Ronconi, L. Timothy, T. & Scheffler, R. (2010). Halth Economics Letter Social Capital And Self-Rated Health in Argentina. Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). DOI: 10.1002/hec.1696.
- Ryff, C. D. & Keyes, C. L. M. (1995) The structure of psychological well-being revisited. Journal of Personality and Social Psychology, 69, 719-727.
- Taylor, S. E. (1999) Health psychology. Fourth edition, New York: Mac Grew Hill publications.
- univercity press, princeton.
- Wilt, J. Cox, K. S. & McAdams, D. P. (2010) "The Eriksonian Life Story: Developmental Scripts and Psychosocial Adaptation". Journal of Adult Development, 17.
- World Health Organization (1948) World Health Organization constitution. In Basic Documents. Geneva
- Yamaguchi, Ayano (2013) Impact of Social Capital on the Psychological Well-Being of Adolescents, International Journal of Psychological Studies; Vol. 5, No. 2