

## بررسی سلامت اجتماعی و عوامل جامعه‌شناختی مرتبط با آن در بین شهروندان استان ایلام

محمد رضا منفرد<sup>۱</sup>

نوروز هاشم زهی<sup>۲\*</sup>

عالیه شکر بیگی<sup>۳</sup>

### چکیده

هدف این تحقیق بررسی وضعیت سلامت اجتماعی و عوامل جامعه‌شناختی مرتبط با آن در بین شهروندان استان ایلام می‌باشد. بدین منظور از نظریه‌های دورکیم، مرتون، مارکس، گیدنز، آمارتیا سن و ویلز استفاده گردیده و متغیرهای استخراج شده عبارتند از حمایت اجتماعی، اعتماد اجتماعی، پایگاه اقتصادی اجتماعی، شبکه‌های اجتماعی مجازی و دینداری. روش پژوهش پیمایشی است. جامعه آماری شامل شهروندان بالای ۲۰ سال استان ایلام و حجم نمونه آماری ۳۸۸ نفر است. شیوه نمونه‌گیری از نوع خوشه‌ای چند مرحله‌ای است که در آن از همه شهرهای استان نمونه‌گیری شده است. از ابزار پرسشنامه برای جمع‌آوری داده‌ها و اطلاعات استفاده شده است. نتایج توصیفی بدست آمده از این تحقیق نشان می‌دهد میانگین سلامت اجتماعی شهروندان برابر با ۵۹/۸۱ (در حد بالا) می‌باشد. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نیز نشان داده است که از بین متغیرهای مستقل فقط تاثیر متغیرهای دینداری و حمایت اجتماعی معنی‌دار است. میزان این تاثیر به ترتیب ۰/۲۰ و ۰/۱۶ است. این متغیرها ۸ درصد واریانس سلامت اجتماعی را تبیین می‌کنند. همچنین، تحلیل داده‌ها نشان داد که گروه‌های جنسی، سنی و تحصیلی در همه ابعاد سلامت اجتماعی باهم متفاوت نیستند. گروه‌های جنسی به لحاظ شکوفایی اجتماعی و انطباق اجتماعی، گروه‌های سنی به لحاظ انسجام اجتماعی و گروه‌های تحصیلی به لحاظ سهم داشت اجتماعی با یکدیگر متفاوت هستند.

**واژگان کلیدی:** سلامت اجتماعی، شهروندان، استان ایلام، حمایت اجتماعی، دینداری.

۱- دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی مسایل اجتماعی، گروه علوم اجتماعی و ارتباطات، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.  
mr.monfared210@gmail.com

۲- استادیار گروه علوم اجتماعی و ارتباطات، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شرق، تهران، ایران.  
no\_hashemzehi@yahoo.com

۳- استادیار گروه جامعه‌شناسی و علوم اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.  
a\_shekarbeagi@iauctb.ac.ir



## مقدمه و بیان مسئله

امروزه سلامت اجتماعی به عنوان یکی از ابعاد سلامت در کنار سلامت جسمی و روانی نقش و اهمیت گسترده‌ای یافته است. در این راستا از سلامتی فقط آسایش جسمی و روانی مد نظر نیست بلکه عملکرد فرد در جامعه و تفکر اجتماعی او نیز به عنوان معیارهای ارزیابی سلامت فرد به شمار می‌رود. سازمان بهداشت جهانی نیز توجه کشورها را به تامین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی جلب کرده است تا به این نکته تاکید کند که هیچ کدام از ابعاد سلامتی بر دیگری برتری ندارد (هزار جریبی و ارفعی عین الدین، ۱۳۹۰: ۴۰). بر این اساس، سلامت اجتماعی بطور فزاینده‌ای در محافل علمی و سیاستگذاری و اجرایی اهمیت پیدا کرده است (توکل، ۱۳۹۳: ۱۱۶). بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامتی عبارت است از آسودگی و آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نبود بیماری یا ناتوانی (رستگار و همکاران، ۱۳۹۴: ۸۳). بر اساس این تعریف، سلامتی سه بعد جسمانی، روانی و اجتماعی دارد.

سلامت اجتماعی به چگونگی روابط فرد با جامعه و عملکردش در جامعه اشاره دارد (ابراهیم نجف‌آبادی، ۱۳۹۰: ۱۰۰). در ادبیات نظری و پژوهش‌های کاربردی ابعاد و شاخص‌های مختلفی برای سلامت اجتماعی ذکر شده است (توکل، ۱۳۹۳: ۱۱۶). بر این اساس دو تلقی از سلامت اجتماعی در مطالعات جهانی وجود دارد. تلقی اول فرد را واحد تعریف سلامت اجتماعی قرار می‌دهد. در این تلقی سلامت اجتماعی به مثابه صفت یا ویژگی زندگی اجتماعی فرد است و بر عنصر روابط و تعاملات اجتماعی فرد تاکید می‌شود. تلقی دوم جامعه را واحد تعریف سلامت اجتماعی قرار می‌دهد. در این تلقی سلامت اجتماعی به مثابه صفتی برای یک جامعه در نظر گرفته می‌شود و به جامعه سالم اشاره دارد (همان: ۱۱۹). بر اساس این دو تلقی از سلامت اجتماعی، دو بعد اصلی سلامت اجتماعی وجود دارد. بعد فردی سلامت اجتماعی که بر روابط و تعاملات اجتماعی فرد تاکید دارد و بعد اجتماعی سلامت اجتماعی که بر شاخص‌هایی مانند نرخ فقر، درآمد سرانه، نرخ بیکاری، نرخ خودکشی، میزان جرم و جنایت و غیره اشاره دارد (همان: ۱۲۹). در این تحقیق بعد فردی سلامت اجتماعی مد نظر بوده و سلامت اجتماعی شهروندان مورد مطالعه قرار می‌گیرد.

سلامت از جمله حقوق اولیه انسانی و شاخص‌های عدالت در جامعه است. بنابراین این حق همگانی است که از سلامت برخوردار باشند (حسینی حاجی بکنده و تقی‌پور، ۱۳۸۹: ۱۳۹). امروزه موضوع سلامتی در اولویت برنامه‌های سازمان‌های بین‌المللی است (افجه و سام‌آرام، ۱۳۸۹: ۳). بر طبق اساسنامه سازمان بهداشت جهانی بهره‌مندی از سلامتی یکی از اساسی‌ترین حقوق هر

انسان بدون در نظر گرفتن نژاد، مذهب، اعتقادات سیاسی و موقعیت اجتماعی است. در این میان، سلامت اجتماعی از اهمیت بالایی برخوردار است (توکل، ۱۳۹۳: ۱۱۷). تقویت بعد اجتماعی سلامت منجر به کاهش آسیب‌های اجتماعی و جرایم شده و جامعه‌ای سالم را تشکیل می‌دهد (رستگار و همکاران، ۱۳۹۴: ۸۲). سلامت اجتماعی امری اساسی برای دستیابی به صلح و امنیت در جامعه است که شادابی و نشاط اجتماعی را به دنبال دارد (شربتیان، ۱۳۹۱: ۱۵۰). سلامت اجتماعی موجب رشد و تعالی جامعه (هزار جریبی و ارفعی عین‌الدین، ۱۳۹۱: ۴۰) و شکوفایی و ارتقای کیفیت زندگی می‌شود (همتی و همکاران، ۱۳۹۴: ۸۲). با وجود سلامت اجتماعی جامعه می‌تواند ترقی و تکامل یافته و به توسعه قابل قبول دست یابد (همان). سلامت اجتماعی یکی از شاخص‌های توسعه جوامع به شمار می‌رود و در توسعه جوامع می‌تواند نقش اساسی داشته باشد (هزار جریبی و ارفعی‌الدین، ۱۳۹۱: ۴۲). سلامت اجتماعی می‌تواند انرژی مضاعفی در فرد ایجاد کرده و او فعالیت خود را صرفاً مصروف انجام وظایف و نقش‌های تجویزی ننماید بلکه در جهت تعالی خود و جامعه گام‌های فراتر بردارد (ابراهیم‌پور و عبدالله‌فام، ۱۳۹۱: ۱۰۶).

آمار و گزارش‌های داخلی نشان می‌دهد که ایران به لحاظ سلامت اجتماعی در چالش است. مقدار شاخص سلامت اجتماعی در بین استان‌های ایران ۱۰- تا ۸ است (الهی‌منش و ذکریایی، ۱۳۹۷: ۱۳). تحقیقات و مطالعات مختلفی در حوزه سلامت اجتماعی در کشور انجام یافته‌اند. نتایج این تحقیقات نشان می‌دهد که عوامل مختلف اقتصادی (مانند درآمد)، فرهنگی (مانند دینداری) و اجتماعی (مانند اعتماد اجتماعی) در سلامت اجتماعی شهروندان نقش دارند. یک تحقیق اخیر نیز نشان داده است که میانگین سلامت اجتماعی شهروندان در استان ایلام اندکی بالاتر از مقدار متوسط است (غفاری و دیگران، ۱۳۹۷: ۳۷). همچنین، استان ایلام حائز شرایطی است که ضرورت بررسی سلامت اجتماعی را نشان می‌دهد. استان ایلام از نظر میزان توسعه محروم بوده، دارای بافت جمعیتی گوناگون از کرد، لر، عرب و سایر اقوام است، دارای بیشترین مرز با کشور عراق می‌باشد و بالاترین رقم خودکشی را دارد (همان: ۳۹). بر این اساس، سوال اصلی این است که سلامت اجتماعی شهروندان استان ایلام در چه وضعیتی است و چه عوامل جامعه‌شناختی در آن نقش دارند.

### پیشینه تحقیق

در تبیین سلامت اجتماعی شهروندان در ایران تحقیقات مختلفی انجام گرفته است. در اینجا به برخی از تحقیقات برجسته و اخیر اشاره می‌شود.

خدیجه رستگار و فریبا سیدان (۱۳۹۶) در تحقیق خود با عنوان «سنجش رابطه بین فرهنگ شهروندی و سلامت اجتماعی شهروندان تهرانی» که به روش پیمایشی انجام داده‌اند به این نتیجه رسیده‌اند که بین فرهنگ شهروندی و سلامت اجتماعی ارتباط معناداری وجود دارد. تحقیق غلامرضا خوش‌فر و همکاران (۱۳۹۴) با عنوان «امنیت اجتماعی و سلامت اجتماعی در بین جوانان شهر قای» که با هدف شناسایی رابطه امنیت اجتماعی و سلامت اجتماعی انجام یافته است نشان داده است که رابطه معنی‌دار و مستقیمی بین امنیت اجتماعی و سلامت اجتماعی جوانان شهر قاین وجود دارد. همچنین، بیشترین شدت همبستگی امنیت اجتماعی با بعد پذیرش اجتماعی و کمترین شدت همبستگی با بعد یکپارچگی اجتماعی است. در عین حال، بین امنیت اجتماعی و انسجام اجتماعی رابطه معنی‌داری وجود ندارد. خدیجه سفیری و فاطمه منصوریان راوندی (۱۳۹۴) تحقیقی را با عنوان «کلیشه‌های جنسیتی و سلامت اجتماعی مطالعه زنان و مردان شهر تهران» انجام داده‌اند. هدف این پژوهش شناسایی رابطه کلیشه‌های جنسیتی مورد پذیرش زنان و مردان و سلامت اجتماعی آنها است. یافته‌های تحقیق نشان داده است که کلیشه‌های جنسیتی مردانه با تعاریف مثبت و تایید آنها در جامعه همراه بوده است و در مقابل زنان هستند که تقویت کلیشه‌های منفی درباره خودشان آنها را از حضوری فعال و مثبت در جامعه باز می‌دارد. بین کلیشه‌های جنسیتی و پذیرش اجتماعی زنان رابطه معنادار و مستقیم بوده است. براساس نتایج این پژوهش، تقویت کلیشه‌های جنسیتی مثبت، عمدتاً در مردان، حس مفید بودن در جامعه را افزایش می‌دهد. منصوری نیکوگفتار تحقیقی را با عنوان «تفاوت‌های جنسیتی در سلامت اجتماعی، نقش فردگرایی و جمع‌گرایی» انجام داده است. هدف این پژوهش بررسی سلامت اجتماعی در دو جنس زن و مرد و نقش فردگرایی و جمع‌گرایی در آن است. یافته‌های تحقیق نشان داده است که پسران در مقایسه با دختران در متغیر فردگرایی افقی و جمع‌گرایی افقی و شاخص کل سلامت اجتماعی بطور معناداری نمره‌های بالاتری دارند. فردگرایی و جمع‌گرایی در رابطه بین جنسیت و سلامت اجتماعی دانشجویان نقش واسطه‌ای دارد (نیکوگفتار، ۱۳۹۳). نتایج تحقیقات دیگر نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی (زارع شاه‌آبادی و کاظمی، ۱۳۹۴؛ فرزانه و علیزاده، ۱۳۹۲؛ همتی و همکاران، ۱۳۹۲؛ خلیلی و همکاران، ۱۳۹۰)، پایگاه اجتماعی اقتصادی (ساعی و همکاران، ۱۳۹۳؛ کدخدایی و لطفی، ۱۳۹۲؛ فتحی و همکاران، ۱۳۹۱؛ صباغ و همکاران، ۱۳۹۰)، هویت جنسیتی (سفیری و منصوریان راوندی، ۱۳۹۳)، سبک زندگی (افشانی و همکاران، ۱۳۹۳)، تعهد اجتماعی (زکی و خشوعی، ۱۳۹۲)، اعتماد اجتماعی (زکی و خشوعی، ۱۳۹۲؛ شربتیان، ۱۳۹۱؛ فقهی فرهنگمند و زنجانی، ۱۳۹۰؛ امینی رادانی و همکاران، ۱۳۹۰؛ صباغ و همکاران، ۱۳۹۰)، مشارکت اجتماعی (ابراهیم‌پور و همکاران، ۱۳۹۱) و

اوقات فراغت (هزار جریبی و ارفعی، ۱۳۹۱؛ صباغ و همکاران، ۱۳۹۰) در سلامت اجتماعی افراد نقش دارند.

همچنین، پیرامون سلامت اجتماعی و بررسی عوامل دخیل در آن تحقیقات خارجی متعددی انجام گرفته است که در اینجا تحقیقات اخیر مورد اشاره قرار می‌گیرند.

میکائیل توچتون و برین ومپلر<sup>۱</sup> (۲۰۱۳) تحقیقی را با عنوان «بهبود سلامت اجتماعی از طریق نهادهای دموکراتیک جدید» انجام داده‌اند. هدف این پژوهش ارزیابی نقش نوع جدیدی از نهاد دموکراتیک بنام بودجه مشارکتی برای بهبود رفاه شهروندان است. محققان بر اساس داده‌های شهرهای بزرگ برزیل در بیست سال گذشته به این ارزیابی پرداخته‌اند که آیا برنامه‌های بودجه مشارکتی بر درونداها، فرایندها و برونداها رفاه تاثیر دارد. محققان دریافته‌اند که این برنامه‌ها رابطه قوی با افزایش هزینه‌های مراقبت بهداشتی، سازمان‌های اجتماعی مدنی و کاهش نرخ‌های مرگ و میر کودکان دارد. این رابطه و پیوند بطور چشمگیری تقویت می‌شود زیرا برنامه‌های بودجه مشارکتی برای مدت زمان طولانی‌تر باقی می‌مانند. پاکر و بالانتین<sup>۲</sup> (۲۰۱۰) تحقیقی را با هدف بررسی تاثیر جشنواره‌های موسیقی بر سلامت روانی و اجتماعی افراد انجام داده‌اند. در این تحقیق داده‌های کیفی و کمی از یک گروه متمرکز و پیمایش پرسشنامه‌ای از جوانان ۱۸ تا ۲۹ ساله جمع‌آوری شده است. نتایج تحقیق نشان داده است که جشنواره‌های موسیقی تاثیر مثبت در سلامت روانی و اجتماعی افراد دارد. هاردینگ و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۱۵) تحقیقی را با عنوان «تعیین کننده‌های سلامت اجتماعی جوانان» به روش کیفی انجام داده‌اند. هدف این پژوهش مطالعه تعیین کننده‌های سلامت اجتماعی جوانان با تاکید بر تفاوت‌های قومی است. نتایج تحقیق نشان داده است که نوجوانان اقلیت‌های قومی به رغم نگرانی‌ها (مانند ناکارآمدی اقتصادی و نژادپرستی) از سلامت اجتماعی بهتری برخوردار هستند. اما با این وجود نژادپرستی تاثیر نامطلوب بر سلامت داشت.

بررسی تحقیقات پیشین داخلی و خارجی نشان می‌دهد عوامل مختلفی در سلامت اجتماعی دخیل هستند. این عوامل را می‌توان به عوامل اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و غیره گروه بندی کرد. تمرکز این پژوهش روی عوامل اجتماعی است. در این راستا، بررسی تحقیقات پیشین مربوطه نشان می‌دهد که عوامل اجتماعی مختلفی در سلامت اجتماعی نقش دارند. این عوامل شامل فرهنگ شهروندی، امنیت اجتماعی، کلیشه‌های جنسیتی و غیره است. در این میان،

1. Michael Touchton and Brain Wampler

2. Jan Packer and Julie Ballantyne

3. Seeromanie Harding et al

بیشترین عوامل اجتماعی دخیل در سلامت اجتماعی افراد به ترتیب شامل حمایت اجتماعی (زارع شاه آبادی و کاظمی، ۱۳۹۴؛ فرزانه و علیزاده، ۱۳۹۲؛ همتی و همکاران، ۱۳۹۲؛ خلیلی و همکاران، ۱۳۹۰)، اعتماد اجتماعی (زکی و خشوعی، ۱۳۹۲؛ شربتیان، ۱۳۹۱؛ فقهی فرهمند و زنجانی، ۱۳۹۰؛ امینی رادانی و همکاران، ۱۳۹۰؛ صباغ و همکاران، ۱۳۹۰؛ کدخدایی و لطفی، ۱۳۹۲) و پایگاه اجتماعی اقتصادی (ساعی و همکاران، ۱۳۹۳؛ کدخدایی و لطفی، ۱۳۹۲؛ فتحی و همکاران، ۱۳۹۱؛ صباغ و همکاران، ۱۳۹۰؛ سفیری و منصوریان راوندی، ۱۳۹۳) است.

تحقیقات پیشین به روش‌های مختلف پیمایشی، اسنادی و تحلیل ثانویه به تبیین اجتماعی سلامت اجتماعی شهروندان در قلمروهای مکانی و زمانی مختلف پرداخته‌اند. ماهیت روش شناختی این پژوهش پیمایشی است. اما، از لحاظ نظری هم ماهیت بسیط و هم ماهیت جدید دارد. ماهیت بسیط و گسترش دهنده آن این است که متغیرها و مفاهیم برجسته تحقیقات پیشین را مورد بررسی قرار داده است. این مفاهیم شامل حمایت اجتماعی، اعتماد اجتماعی و پایگاه اقتصادی اجتماعی است. ماهیت جدید تحقیق این است که نقش متغیرهای جدید در سلامت اجتماعی شهروندان مورد مطالعه قرار گرفته است. این متغیرها شامل شبکه‌های اجتماعی مجازی و دینداری است. از این لحاظ توانسته جای خالی تحقیقات پیشین را پر کند. همچنین، از لحاظ روشی این تحقیق در قلمرو مکانی و زمانی متفاوتی انجام گرفته است. در این تحقیق سلامت اجتماعی شهروندان استان ایلام مورد مطالعه قرار گرفته است.

### چهارچوب نظری

سلامت اجتماعی موضوعی است که کمتر مورد تحلیل و تبیین مستقیم دیدگاه‌های جامعه‌شناختی قرار گرفته است. به سخن دیگر، برخی از این دیدگاه‌ها بطور مستقیم سلامت اجتماعی را محور تحلیل نظری خود قرار داده‌اند (مانند دیدگاه‌های کیبیز و آمارتیاسن)، اما برخی دیگر از این نظریه‌ها و دیدگاه‌ها (مانند دیدگاه‌های دورکیم و مرتون). بطور غیر مستقیم در بحث ناپهنجاری‌ها و انحرافات اجتماعی به تحلیل ضمنی سلامت اجتماعی پرداخته‌اند. کیبیز در نظریه سلامت اجتماعی، آمارتیاسن در بحث خود پیرامون شبکه‌های اجتماعی، گیدنز در نظریه اعتماد اجتماعی و ویلز در نظریه حمایت اجتماعی بطور مستقیم به تحلیل و تبیین سلامت اجتماعی پرداخته‌اند. اما تحلیل غیر مستقیم پیرامون سلامت اجتماعی را می‌توان در نظریه‌های آنومی دورکیم و مرتون و نظریه تضاد مارکس پیدا کرد.

کیبیز از جامعه‌شناسان پیشتاز در مفهوم‌سازی و سنجش سلامت اجتماعی در سطح خرد است. از نظر او فردی برخوردار از سلامت اجتماعی است که اجتماع را به صورت یک مجموعه معنادار

و بالقوه مفید برای رشد و شکوفایی بداند و احساس کند که به جامعه تعلق دارد، از طرف جامعه پذیرفته می‌شود و در پیشرفت آن سهیم است. کبیز و ریف معتقدند که سلامت چیزی بیش از رضایت زندگی و احساس خوشبختی است زیرا مفاهیمی لذت جویانه از سلامت هستند (مقتدایی، ۱۳۹۵). از نظر کوری کبیز سلامت اجتماعی ترکیبی از چند عامل است که در مجموع نشان می‌دهند چقدر یک شخص در زندگی اجتماعی اش عملکرد خوبی دارد (کبیز و شاپیرو، ۲۰۰۴: ۵). بر این اساس سلامت اجتماعی پنج بعد دارد.

### جدول شماره ۱: ابعاد سلامت اجتماعی

تعریف	ابعاد سلامت اجتماعی <sup>۱</sup>
بیانگر ارزیابی فرد از پتانسیل‌ها است. باور به اینکه اجتماع در حال یک تکامل تدریجی است و توانمندی‌های بالقوه برای تحول مثبت دارد. این افراد به آینده جامعه امیدوارند و معتقدند که خود و دیگران از پتانسیل‌هایی برای رشد اجتماعی بهره‌مند هستند.	شکوفایی اجتماعی <sup>۲</sup>
باور به اینکه متعلق به جامعه و اجتماع خود است. احساس اینکه با اجتماع بیگانه و منزوی نیست. انسجام اجتماعی به ارزیابی فرد از کیفیت روابط متقابلش در جامعه و گروه‌های اجتماعی است. این مفهوم در برابر مفهوم بیگانگی و انزوای اجتماعی سیمن و آگاهی طبقاتی مارکس قرار می‌گیرد.	انسجام اجتماعی <sup>۳</sup>
بیانگر تفسیر فرد از جامعه و دیگران است. فرد به دیگران اعتماد دارد. اجتماع و مردم آنرا می‌پذیرد و به آنها باور دارد. دیدگاه‌های مثبت نسبت به دیگران دارد. به سخن دیگر، فرد دیگران را با همه نقص‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی‌ای که دارند می‌پذیرد و به دیگران به عنوان افراد با ظرفیت و مهربان اعتماد و اطمینان دارد.	پذیرش اجتماعی <sup>۴</sup>
بیانگر ارزیابی فرد از ارزش اجتماعی خود است. باور به اینکه عضو مهمی از اجتماع هستند و چیزهای ارزشمندی برای اجتماع دارد و می‌تواند در آن سهم داشته باشد. فرد احساس می‌کند آنچه انجام می‌دهد برای جامعه مهم و ارزشمند است و به عنوان کمک اجتماعی تلقی می‌شود.	سهم‌داشت اجتماعی <sup>۵</sup>
درکی که فرد نسبت به کیفیت، سازماندهی و اداره دنیای اجتماعی اطراف خود دارد. این مفهوم در مقابل مفهوم بی‌معنایی در زندگی است.	انطباق اجتماعی <sup>۶</sup>

منبع: حسینی حاجی بکنده و تقی‌پور، ۱۳۸۹: ۱۴۳؛ افشانی و همکاران، ۱۳۹۳: ۸۹؛ ابراهیم نجف آبادی، ۱۳۹۰: ۱۰۰؛ رستگار و همکاران، ۸۵؛ یزدان پناه و نیک ورز، ۱۳۹۴: ۱۰۴

1. social well being
2. social actualization
3. Social integration
4. Social acceptance
5. Social contribution
6. Social coherence



کبیز در تحقیقات خود دریافت که سلامت اجتماعی با افزایش سن و سطح تحصیلات افزایش می‌یابد زیرا مهارت‌ها، منابع و تجربیات با بالا رفتن سن و تحصیلات افزایش می‌یابند و به افراد کمک می‌کنند بهتر از عهده چالش‌های اجتماعی بر آیند (مقتدایی، ۱۳۹۵: ۴).

آمارتپاسن در تحلیل سلامت بر شبکه‌های اجتماعی تاکید دارد. به نظر وی وجود شبکه‌های اجتماعی و کنش جمعی می‌تواند زمینه ساز رشد توانایی عاملان اجتماعی در کنترل و نظارت بر تعیین کننده‌های سلامت در یک جامعه گردد. میزان دستیابی و کنترل گروه‌های اجتماعی به منابع و قواعد و نیز مشارکت اجتماعی آنان عامل تعیین کننده‌ای در توزیع نابرابر بیماری و سلامت در یک جامعه می‌باشد. گیدنز در بحث سلامت اجتماعی بر اعتماد اجتماعی تاکید دارد. به نظر او افزایش اعتماد در جامعه به افزایش کیفیت روابط متقابل در جامعه خواهد انجامید. اعتماد اجتماعی بالا باعث گسترش دامنه روابط اجتماعی در جامعه می‌شود و از این رهگذر میزان مشارکت اجتماعی افراد بالا می‌رود. بنابراین طبق نظریه گیدنز اعتماد اجتماعی یکی از عوامل موثر بر ارتقا سلامت اجتماعی است. ویلز در بحث سلامت اجتماعی بر حمایت اجتماعی تاکید دارد. به نظر او حمایت اجتماعی به مثابه ارتباطات و روابط مفید بین افراد است. وی معتقد است که حمایت اجتماعی موجب احساس مورد احترام و محبت واقع شدن، ارزشمند بودن و پذیرش خود می‌شود. همه اینها بر عملکرد فرد در اجتماع تاثیر می‌گذارد. بنابراین طبق نظریه ویلز حمایت اجتماعی عامل اثرگذار در سلامت اجتماعی افراد است (غفاری و دیگران، ۱۳۹۷: ۴۵).

دیدگاه غیر مستقیم دورکیم در خصوص سلامت اجتماعی ریشه در نظریه آنومی او دارد. آنومی از نظر لغوی به معنای فقدان قانون، هنجار و نظم یا نابهنجاری و نابسامانی است (ساروخانی، ۱۳۸۰: ۱۳). آنومی یا بی‌هنجاری از نظر مفهومی به وضعیتی گفته می‌شود که اعمال و رفتارها بدون هنجاری انجام گیرد (شایان مهر، ۱۳۷۷: ۱۲۱). اما از نظر دورکیم آنومی تماما معادل بی‌هنجاری نیست بلکه عبارت از وضعیتی است که در آن قواعد اجتماعی یا هنجارها برای عاملان اجتماعی الزام آور نیستند و پیروی از آنها برای آنان مطلوبیتی ندارد (کوثری، ۱۳۸۶: ۸) به نظر دورکیم دو نوع آنومی وجود دارد: آنومی در سطح فردی و آنومی در سطح اجتماعی. آنومی در سطح فردی یا آنومیا نوعی احساس فردی از بی‌هنجاری است یا حالتی است که در آن فرد احساس بی‌هنجاری و پوچی می‌کند. آنومی در سطح اجتماعی نوعی بی‌هنجاری جمعی است (ستوده، ۱۳۷۳: ۱۳۶). در چنین حالتی ارزش‌ها و هنجارها قدرت و نفوذ خود را از دست میدهند (شایان مهر، ۱۳۷۷: ۱۲۱) و اعضای جامعه احساس جدایی کرده و حمایت و پشتیبانی اجتماعی را از دست می‌دهند (ستوده، ۱۳۷۳: ۱۳۶). برمبنای دیدگاه دورکیم سلامت اجتماعی زمانی تحقق پیدا می‌کند که در جامعه وضعیت آنومیک وجود نداشته باشد. در وضعیتی که اعضای جامعه

احساس بی‌هنجاری کنند و فکر کنند که جدا از جامعه بوده و احساس همبستگی و حمایت اجتماعی را از دست بدهند به رفتارهای نابهنجار دست زده و پیامد آن تهدید سلامت اجتماعی جامعه است. یکی دیگر از نظریه‌های دورکیم دیدگاه او درباره دین است. به نظر دورکیم یکی از کارکردهای اصلی دین انسجام بخشی اجتماعی است. بنابراین با توجه به این کارکرد می‌توان بین دینداری و سلامت اجتماعی انتظار رابطه مثبتی را داشت. در جامعه‌ای که دین رواج بیشتری دارد افراد انسجام بیشتری با جامعه داشته از حمایت اجتماعی برخوردار بوده و بنابراین از سلامت اجتماعی بالایی برخوردارند (غفاری و دیگران، ۱۳۹۷: ۴۴).

دیدگاه رابرت مرتون در خصوص سلامت اجتماعی نیز بطور غیر مستقیم ریشه در نظریه آنومی او دارد. از نظر مرتون آنومی تنها به معنای فقدان هنجارها نیست بلکه ابهام و تعارض هنجارها را نیز در بر می‌گیرد (چلبی، ۱۳۷۵: ۱۱۹). دیدگاه اصلی مرتون در خصوص رفتار نابهنجار و صورت مقابل آن یعنی سلامت اجتماعی این است که از هم گسیختگی بین اهداف معین فرهنگی و شیوه‌های ساختاری شده اجتماعی در جهت رسیدن به این آرزوها علت اصلی رفتارهای نابهنجار در جامعه است. به نظر مرتون تأکید مفرط جامعه بر موفقیت پولی و کامیابی مالی باعث می‌شود که افراد دغدغه ابزار فنی و اجتماعی پیدا کرده و به رفتارهای نابهنجار ناهمنوا سوق پیدا کنند (مرتون، ۱۳۷۸). وی معتقد است که در هر جامعه‌ای افراد هم اهداف فرهنگی را یاد می‌گیرند و درونی می‌کنند و هم هنجارها، وسایل و شیوه‌های مشروع دستیابی به این اهداف را. تأکید مفرط بر هدف ثروت اندوزی و کسب موفقیت مالی منبع مهم آنومی است و در این شرایط کلاهبرداری، فساد، جنایت، جرم و انحرافات دیگر بطور فزاینده‌ای عمومیت پیدا می‌کنند. این رفتارهای نابهنجار بویژه در بین طبقات پایین جامعه رواج بیشتری می‌یابد زیرا آنها دسترسی کمتر و محدودتری به وسایل مشروع دستیابی به اهداف را دارند (سیمن، ۱۳۷۸: ۹۶).

مارکس جامعه را میدان تضادها و مبارزات طبقاتی می‌پندارد و بر بی‌عدالتی در توزیع امکانات تأکید دارد. مارکس نظام جامعه و ارزش‌های حاکم بر آن را نه ارزش‌هایی عادلانه بلکه ارزش‌های طبقه حاکم برای دستیابی به اهداف خود می‌داند. این ارزش‌های مسلط اجتماعی صرفاً جنبه سیاسی دارند و در واقع تحمیلی و مبتنی بر فریب‌ها و فریبکاری‌های صاحبان قدرت است. براساس نظریه مارکس توزیع نابرابر منابع ارزشمند (مانند پول، قدرت، حیثیت و فرصت‌های شغلی) باعث ایجاد تضاد و بروز جرائم و انحرافات می‌شود. مارکس به تشریح همبستگی جرم با نظام سرمایه‌داری می‌پردازد و آنها را بخشی از تقسیم کار در این نظام می‌داند (ممتاز، ۱۳۸۷: ۱۳۰). بنابراین، این توزیع نابرابر منابع ارزشمند که جرائم و انحرافات را بدنبال دارد سلامت اجتماعی جامعه را تهدید می‌کند.

در نظریه‌ها و دیدگاه‌های مطرح شده عوامل مختلفی در سلامت اجتماعی افراد نقش دارند. در جدول زیر عوامل موثر بر سلامت اجتماعی در هر یک از نظریه‌ها نشان داده شده است.

جدول شماره ۲: عوامل دخیل در سلامت اجتماعی در نظریه‌های جامعه شناختی

نظریه‌پرداز	عوامل موثر بر سلامت اجتماعی
مارکس	طبقه اجتماعی
دورکیم	دینداری و حمایت اجتماعی
مرتون	ساختار اجتماعی
آمارتیا سن	شبکه‌های اجتماعی
گیدنز	اعتماد اجتماعی
ویلز	حمایت اجتماعی

### فرضیه‌های پژوهش

۱. بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی شهروندان رابطه معنادار وجود دارد.
۲. بین شبکه‌های اجتماعی مجازی و سلامت اجتماعی شهروندان رابطه معنادار وجود دارد.
۳. بین اعتماد اجتماعی و سلامت اجتماعی شهروندان رابطه معنادار وجود دارد.
۴. بین پایگاه اقتصادی اجتماعی و سلامت اجتماعی شهروندان رابطه معنادار وجود دارد.
۵. بین دینداری و سلامت اجتماعی شهروندان رابطه معنادار وجود دارد.
۶. بین متغیرهای جنس، سن و تحصیلات با سلامت اجتماعی شهروندان رابطه معنادار وجود دارد.

### روش تحقیق

در این پژوهش برای آزمون فرضیه‌ها از روش پیمایشی استفاده شده است. چون روش پیمایشی تنها روشی است که برای مطالعه رفتارها و دیدگاه‌های کنشگران اجتماعی در مقیاس وسیع و سطح گسترده بکار می‌رود. همچنین، ابزار تحقیق پرسشنامه است و برای جمع آوری داده‌ها و اطلاعات لازم مورد استفاده قرار گرفته است، چون حجم نمونه بیشتر بوده و لازم است از تعداد زیادی افراد پرسش شود. بر این اساس، برای جمع آوری داده‌های مربوط به متغیر وابسته (سلامت اجتماعی شهروندان) از پرسشنامه استاندارد کبیز استفاده گردیده است. پرسشنامه

متغیرهای مستقل نیز محقق ساخته است. این پرسشنامه‌ها از اعتبار صوری و محتوایی برخوردار است، چون مطابقت گویه‌ها با هر یک از مفاهیم و متغیرها مورد ارزیابی و بررسی متخصصان و کارشناسان قرار گرفته است. همچنین مقدار آلفای کرونباخ که در جدول ۳ آمده است نشان می‌دهد که گویه‌های این پرسشنامه از پایایی لازم برخوردار می‌باشند. بر اساس نتایج آزمون پایایی (جدول شماره ۳)، مقدار آلفای تمام متغیرها بالای ۰/۷۰ است.

جدول شماره ۳: آزمون پایایی متغیرهای تحقیق

متغیرها	ابعاد	تعداد گویه	مقدار آلفای کرونباخ
سلامت اجتماعی	شکوفایی اجتماعی	۴	۰/۸۹
	انطباق اجتماعی	۴	۰/۸۴
	انسجام اجتماعی	۴	۰/۸۱
	پذیرش اجتماعی	۴	۰/۸۰
حمایت اجتماعی	مشارکت اجتماعی	۴	۰/۸۰
	مساعده مالی	۳	۰/۸۵
	اعتنا اجتماعی	۳	۰/۸۲
	احترام اجتماعی	۳	۰/۸۰
اعتماد اجتماعی	رفتاری	۵	۰/۸۹
	احساسی	۴	۰/۸۴
	شبکه‌های اجتماعی مجازی	۴	۰/۸۵
دینداری	پایگاه اقتصادی اجتماعی	۳	۰/۷۹
	باور دینی	۵	۰/۸۳
	رفتار دینی	۳	۰/۸۰
	احساس دینی	۵	۰/۸۱

در این تحقیق جامعه‌ی آماری شامل شهروندان بالای ۲۰ سال استان ایلام در سال ۱۳۹۷ است. چون بیشتر تحت تاثیر تعاملات اجتماعی هستند و بیشتر با چالش‌های اجتماعی و اقتصادی مواجه‌اند. استان ایلام دارای ده شهر است و حجم جمعیت تحقیق ۵۸۰۱۵۸ نفر است. حجم نمونه تحقیق نیز بر اساس فرمول کوکران ۳۸۸ نفر شهروند تعیین شده است. با توجه به اینکه واریانس متغیرها مشخص نیست از حداکثر مقدار آنها یعنی ۰/۵ استفاده شده است.

$$n = \frac{Nz^2s^2}{Nd^2+z^2s^2}$$

$$n = \frac{580158(1.96)^2(.5)^2}{580158(.05)^2+(1.96)^2(.5)^2} = 388$$

برای انتخاب نمونه‌ها از جامعه آماری از شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای استفاده شده است. هر شهر به عنوان یک خوشه تلقی شده و از هر شهر چند محله و از هر محله چند خانه به صورت تصادفی انتخاب شده است. در انتخاب نمونه‌ها هم سعی شده است از قشرها و گروه‌های مختلف اجتماعی نمونه‌گیری به عمل آید تا احتمال معرف بودن نمونه بالا باشد.

### تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها

۱- سلامت اجتماعی: به چگونگی روابط فرد با اجتماع و عملکردش در جامعه اشاره دارد (ابراهیم نجف آبادی، ۱۳۹۰: ۱۰۰). این متغیر در پنج بعد و بیست گویه در مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (کاملاً مخالفم، مخالفم، نظری ندارم، موافقم، کاملاً موافقم) مورد اندازه‌گیری قرار گرفته است. هر یک از گویه‌ها با توجه به جهت معنایی خودشان از ۱ تا ۵ نمره گذاری شده‌اند.

۲- حمایت اجتماعی: عبارت است از برخورداری افراد از محبت، مساعدت و توجه اقوام، خانواده، دوستان و غیره (ابراهیم نجف آبادی، ۱۳۹۰: ۱۰۲). این متغیر در سه بعد و نه گویه در مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (کاملاً مخالفم، مخالفم، نظری ندارم، موافقم، کاملاً موافقم) مورد اندازه‌گیری قرار گرفته است. هر یک از گویه‌ها با توجه به جهت معنایی خودشان از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری شده‌اند.

۳- شبکه‌های اجتماعی مجازی: به ساختاری اجتماعی یا مجموعه‌ای از افراد گفته می‌شود که در محیط مجازی به صورت گروهی با یکدیگر ارتباط داشته و مواردی مانند اطلاعات، نیازمندی‌ها، فعالیت‌ها و افکار خود را به اشتراک می‌گذارند (محکم کار و حلاج، ۱۳۹۳: ۸۹). این متغیر در چهار گویه در مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (کاملاً مخالفم، مخالفم، نظری ندارم، موافقم، کاملاً موافقم) مورد اندازه‌گیری قرار گرفته است. هر یک از گویه‌ها با توجه به جهت معنایی خودشان از ۱ تا ۵ نمره گذاری شده‌اند.

۴- اعتماد اجتماعی: عبارت است از داشتن حسن ظن به افراد در روابط اجتماعی که دارای دو سطح بین شخصی و تعمیم یافته است (زین‌آبادی، ۱۳۸۷: ۱۶). این متغیر در دو بعد و نه گویه در مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (کاملاً مخالفم، مخالفم، نظری ندارم، موافقم، کاملاً موافقم) مورد

اندازه‌گیری قرار گرفته است. هر یک از گویه‌ها با توجه به جهت معنایی خودشان از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری شده‌اند.

۵- پایگاه اقتصادی اجتماعی: عبارت است از موقعیت و جایگاه اجتماعی افراد در یک سلسله مراتب کاملاً مدرج (سبز علیان و زاهدی اصل، ۱۳۹۱: ۵۵). این متغیر در سه گویه در مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (کاملاً مخالفم، مخالفم، نظری ندارم، موافقم، کاملاً موافقم) مورد اندازه‌گیری قرار گرفته است. هر یک از گویه‌ها با توجه به جهت معنایی خودشان از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری شده‌اند.

۶- دینداری: عبارت است از التزام فرد به دین یا التزام او به مجموعه‌ای از عقاید و اعمال دینی فردی و جمعی (پورماجد و دیگران، ۱۳۹۰: ۱۲). این متغیر در سه بعد و سیزده گویه در مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (کاملاً مخالفم، مخالفم، نظری ندارم، موافقم، کاملاً موافقم) مورد اندازه‌گیری قرار گرفته است. هر یک از گویه‌ها با توجه به جهت معنایی خودشان از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری شده‌اند.

### یافته‌های تحقیق

#### الف) تحلیل تک متغیره: توصیف مشخصات نمونه و متغیرهای تحقیق

جدول شماره ۴: توزیع فراوانی شرکت کنندگان در مطالعه براساس متغیرهای مورد بررسی

مشخصات فردی شهروندان		تعداد	درصد
جنس			
مذکر	۲۲۱	۵۷	
مونث	۱۶۷	۴۳	
گروه سنی			
۲۰-۳۰ سال	۱۲۳	۳۱/۷	
۳۱-۴۰ سال	۱۷۶	۴/۴۵	
۴۱-۵۰ سال	۵۸	۹/۱۴	
۵۱-۶۰ سال	۲۲	۷/۵	
۶۱-۷۰ سال	۹	۳/۲	

مشخصات فردی شهروندان	تعداد	درصد
وضعیت تاهل		
متاهل	۲۹۷	۷۶/۵
مجرد	۹۱	۲۳/۵
قومیت		
لک	۵۴	۱۳/۹
لر	۱۳۸	۳۵/۶
کرد	۱۹۶	۵۰/۵
تحصیلات		
زیر دیپلم	۲۱	۴/۵
دیپلم	۸۴	۲۱/۶
فوق دیپلم	۲۹	۷/۵
لیسانس	۱۸۶	۴۷/۹
ارشد	۶۳	۱۶/۲
دکتری	۵	۱/۳
محل سکونت		
ایلام	۲۹۷	۷۱/۹
بدره	۲۰	۵/۲
دره شهر	۵۳	۱۳/۷
مهران	۳۶	۹/۳

۵۷ درصد جمعیت مورد مطالعه را مردان و ۴۳ درصد آنان را زنان تشکیل می‌دهند. ۳۱/۷ درصد جمعیت مورد مطالعه در سنین ۲۰-۳۰ سال قرار دارند. ۴۵/۴ درصد افراد مورد مطالعه در سنین ۳۱-۴۰، ۱۴/۹ درصد در سنین ۴۱-۵۰، ۵/۷ درصد در سنین ۵۱-۶۰ و ۲/۳ درصد در سنین ۶۱-۷۰ هستند. ۷۶/۵ درصد جمعیت مورد مطالعه متاهلین و ۲۳/۵ درصد آنان را مجردین

تشکیل می‌دهند. ۱۳/۹ درصد جمعیت تحقیق از قومیت لک هستند. قومیت لر ۳۵/۶ درصد افراد مورد مطالعه را تشکیل می‌دهد و ۵۰/۵ درصد جمعیت تحقیق شامل قومیت کرد است. ۴/۵ درصد جمعیت مورد مطالعه تحصیلات زیر دیپلم دارند. تحصیلات ۲۱/۶ درصد این جمعیت دیپلم، تحصیلات ۷/۵ درصد جمعیت مورد مطالعه فوق دیپلم، تحصیلات ۴۷/۹ درصد افراد لیسانس، تحصیلات ۱۶/۲ درصد افراد ارشد و تحصیلات ۱۶/۲ درصد جمعیت مورد مطالعه دکتری است. ۷۱/۹ درصد جمعیت مورد مطالعه در شهر ایلام سکونت دارند. ۵/۲ درصد جمعیت مورد مطالعه در بدره، ۱۳/۷ درصد در دره شهر و ۹/۳ درصد در مهران سکونت دارند.

#### جدول شماره ۵: توصیف متغیرهای تحقیق

متغیرها	میانگین	ماکزیمم	مینیمم	واریانس
سلامت اجتماعی	۵۹/۸۱	۸۱	۲۶	۶۰/۳۸
انسجام اجتماعی	۱۴/۵۸	۲۰	۵	۸/۲۵
سه‌مداشت اجتماعی	۱۳/۵۶	۲۰	۴	۱۰/۵۸
شکوفایی اجتماعی	۷/۰۲	۱۵	۳	۹/۳۶
پذیرش اجتماعی	۵/۶۷	۱۰	۲	۳/۸۴
انطباق اجتماعی	۱۱/۰۷	۲۰	۴	۱۰/۵۳
حمایت اجتماعی	۳۳/۷۶	۴۵	۹	۴۲/۱۰
اعتماد اجتماعی	۳۱/۶۰	۴۵	۹	۲۹/۴۷
شبکه‌های اجتماعی مجازی	۱۳/۶۳	۲۰	۴	۲۰/۵۲
پایگاه اجتماعی اقتصادی	۷/۴۴	۱۵	۱	۷/۴۲
دینداری	۴۹/۲۰	۶۵	۱۳	۱۴/۴۳

بر اساس نتایج جدول بالا، میانگین سلامت اجتماعی شهروندان ۵۹/۸۱ است بنابراین میزان سلامت اجتماعی آنان متوسط به بالا است. اما بررسی تک تک ابعاد سلامت اجتماعی نشان می‌دهد که میزان برخورداری شهروندان از هر یک از آنها پایین است. همچنین این شهروندان



بطور متوسط از حمایت اجتماعی، اعتماد اجتماعی و دینداری برخوردار هستند. میانگین این متغیرها به ترتیب ۳۳/۷۶، ۳۱/۶۰ و ۴۹/۲۰ است. اما، از پایگاه اجتماعی اقتصادی کمتری برخوردار هستند.

### ب) تحلیل دو متغیره: آزمون فرضیه‌ها

جدول شماره ۶: همبستگی پیرسون بین متغیر سلامت اجتماعی با هر یک از متغیرهای مستقل

حمایت اجتماعی	اعتماد اجتماعی	شبکه‌های اجتماعی مجازی	پایگاه اجتماعی اقتصادی	دینداری	
۰/۲۴	۰/۱۳	-۰/۰۴	۰/۱۷	۰/۲۵	کل m=۵۹/۸
P = ۰/۰۰۰	P = ۰/۰۰۲	P = ۰/۳۹	P = ۰/۰۰۲	P = ۰/۰۰۰	
m=۳۳/۷۶	m=۳۱/۶۰	m=۱۳/۶۳	m=۷/۴۴	m=۴۹/۲۰	
۰/۴۵	۰/۱۹	-۰/۱۴	-۰/۲۴	۰/۱۹	انسجام اجتماعی
P = ۰/۰۰۰	P = ۰/۰۰۰	P = ۰/۰۰۷	P = ۰/۰۰۰	P = ۰/۰۰۰	
m=۱۴/۵۸	m=۱۴/۵۸	m=۱۴/۵۸	m=۱۴/۵۸	m=۱۴/۵۸	
۰/۱۶	۰/۲۱	۰/۱۱	-۰/۲۴	-۰/۰۲	سهمداشت اجتماعی
P = ۰/۰۰۳	P = ۰/۰۰۰	P = ۰/۰۰۲	P = ۰/۰۰۰	P = ۰/۶۲	
m=۱۳/۵۶	m=۱۳/۵۶	m=۱۳/۵۶	m=۱۳/۵۶	m=۱۳/۵۶	
۰/۲۸	۰/۲۰	-۰/۰۸	-۰/۰۰۷	۰/۲۸	سلامت اجتماعی شکوفایی اجتماعی
P = ۰/۰۰۰	P = ۰/۰۰۰	P = ۰/۱۲	P = ۰/۸۹	P = ۰/۰۰۰	
m=۷/۰۲	m=۷/۰۲	m=۷/۰۲	m=۷/۰۲	m=۷/۰۲	
-۰/۰۸	-۰/۰۶	-۰/۱۷	-۰/۰۲	۰/۲۷	پذیرش اجتماعی
P = ۰/۰۹۷	P = ۰/۲۴	P = ۰/۰۰۱	P = ۰/۷۱	P = ۰/۰۰۰	
m=۵/۶۷	m=۵/۶۷	m=۵/۶۷	m=۵/۶۷	m=۵/۶۷	
-۰/۲۵	-۰/۱۶	-۰/۱۶	-۰/۰۰۸	-۰/۱۱	انطباق اجتماعی
P = ۰/۰۰۰	P = ۰/۰۰۲	P = ۰/۰۰۱	P = ۰/۸۸	P = ۰/۰۳	
m=۱۱/۰۷	m=۱۱/۰۷	m=۱۱/۰۷	m=۱۱/۰۷	m=۱۱/۰۷	

متغیر سلامت اجتماعی با متغیر شبکه‌های اجتماعی مجازی رابطه معنی‌دار ندارد. اما، رابطه آن با متغیرهای حمایت اجتماعی، اعتماد اجتماعی، پایگاه اجتماعی اقتصادی و دینداری معنی‌دار است. میزان این رابطه به ترتیب ۰/۲۴، ۰/۱۳، ۰/۱۷ و ۰/۲۵ است. در این میان، بیشترین رابطه آن به ترتیب با دینداری و حمایت اجتماعی است. همچنین بررسی ارتباط ابعاد سلامت اجتماعی

با متغیرهای مستقل نشان می‌دهد که بعد انسجام اجتماعی با همه متغیرهای مستقل رابطه معنی دار دارد اما سایر ابعاد سلامت اجتماعی با همه متغیرهای تحقیق رابطه معنی‌دار ندارند. همچنین بیشترین ارتباط معنی‌دار بین انسجام اجتماعی و حمایت اجتماعی است. میزان این ارتباط ۰/۴۵ است.

#### جدول شماره ۷: مقایسه سلامت اجتماعی شهروندان به لحاظ جنس، سن و تحصیلات‌شان

متغیرها	جنس		گروه‌های سنی		تحصیلات	
	مقدار t	سطح معنی‌داری	مقدار f	سطح معنی‌داری	مقدار f	سطح معنی‌داری
انسجام اجتماعی	۰/۷۱۱	۰/۴۷۷	۳/۰۲	۰/۰۱۸	۱/۸۳	۰/۱۰۶
سهم‌داشت اجتماعی	۰/۵۹۰	۰/۵۵۵	۰/۹۴۹	۰/۴۳۶	۷۸/۴	۰/۰۰۰
شکوفایی اجتماعی	-۳/۴۰	۰/۰۰۱	۱/۵۵	۰/۱۸۷	۲۲/۲	۰/۰۵۱
پذیرش اجتماعی	۰/۳۳۰	۰/۷۴۱	۱/۲۳	۰/۲۹۵	۰/۸۳۸	۰/۵۲۳
انطباق اجتماعی	۲/۳۹	۰/۰۱۷	۰/۸۷۴	۰/۴۸۰	۰/۴۱۵	۰/۸۳۹

بر اساس نتایج جدول بالا، در بین خرده مقیاس‌های پنجگانه سلامت اجتماعی به لحاظ شکوفایی اجتماعی و انطباق اجتماعی بین مردان و زنان تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین، در بین گروه‌های سنی تفاوت معنی‌داری به لحاظ انسجام اجتماعی وجود دارد. اما، گروه‌های تحصیلی در بعد سهم‌داشت اجتماعی تفاوت معنی‌داری با یکدیگر ندارند.

#### ج) تحلیل چند متغیره

برای بررسی تاثیر همزمان متغیرهای مستقل تحقیق روی متغیر سلامت اجتماعی از رگرسیون چند متغیره به روش گام به گام استفاده شده است که در آن همه متغیرهای مستقل و وابسته بطور همزمان وارد تحلیل شده‌اند. پیش فرض‌های تحلیل رگرسیون رعایت شده است. داده‌های متغیرهای ملاک و پیش‌بین در سطح اندازه‌گیری کمی هستند. شکل توزیع نمرات متغیر ملاک نرمال است، مقدار معنی‌داری آزمون کولموگروف و اسمیرنوف برای متغیر سلامت اجتماعی ۰/۲۰ است. خطاها از هم مستقل هستند، مقدار آزمون دوربین و واتسون ۲/۰۱ است. نتایج تحلیل رگرسیون در جدول زیر آورده شده است.

جدول شماره ۸: نتایج تحلیل رگرسیون

مدل ۱						
متغیر ملاک	خلاصه مدل	متغیرهای پیش بین	b	B	t	سطح معنی داری
سلامت اجتماعی	$R = ۰/۲۴$	دینداری	۰/۱۵۲	-۰/۲۳۷	۴/۱۴	۰/۰۰۰
	$R^2 = ۰/۰۵۶$					
	$f = ۱۷/۱۶$					
	$p = ۰/۰۰۰$					
مدل ۲						
سلامت اجتماعی	$R = ۰/۲۸$	دینداری حمایت اجتماعی	۰/۱۲۵ ۰/۱۹۱	-۰/۱۹۶ -۰/۱۵۷	۳/۳۳ ۲/۶۸	۰/۰۰۱ ۰/۰۰۸
	$R^2 = ۰/۰۸$					
	$f = ۱۲/۳۶$					
	$p = ۰/۰۰۰$					

نتایج رگرسیون گام به گام نشان می‌دهد که در گام اول متغیر دینداری در مدل باقی مانده است. در این مرحله متغیر دینداری به تنهایی  $۰/۰۵۶$  واریانس متغیر سلامت اجتماعی را تبیین می‌کند. همچنین، میزان تاثیر متغیر دینداری  $۰/۲۳$  بوده و معنادار ( $p = ۰/۰۰۰$ ) است. در گام دوم متغیرهای دینداری و حمایت اجتماعی در مدل باقی مانده‌اند. این متغیرها  $۰/۰۸$  واریانس متغیر سلامت اجتماعی را تبیین می‌کنند. میزان تاثیر این متغیرها روی سلامت اجتماعی به ترتیب  $۰/۱۹۶$  و  $۰/۱۵۷$  بوده و معنادار هستند.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف تحقیق این بود که وضعیت سلامت اجتماعی شهروندان استان ایلام نشان داده شده و عوامل جامعه شناختی موثر بر آن بررسی گردد. در بخش توصیفی، یافته‌های تحقیق نشان داد که شهروندان مورد مطالعه از سلامت اجتماعی مطلوبی برخوردار هستند. در بخش تحلیل، رابطه سلامت اجتماعی با متغیرهای حمایت اجتماعی، شبکه‌های اجتماعی مجازی، اعتماد اجتماعی، پایگاه اجتماعی اقتصادی و دینداری و همین طور مقایسه مردان و زنان، گروه‌های سنی و تحصیلی به لحاظ سلامت اجتماعی مورد بررسی قرار گرفته بود. فرضیه اول این بود که، بین

حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی شهروندان رابطه معنادار وجود دارد. آزمون فرضیه نشان داد که رابطه بین متغیرهای حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی مثبت و معنی دار است. این یافته در تایید تحقیقات زارع شاه آبادی و کاظمی، ۱۳۹۴؛ فرزانه و علیزاده، ۱۳۹۲؛ همتی و همکاران، ۱۳۹۲؛ خلیلی و همکاران، ۱۳۹۰ می‌باشد. همچنین، این یافته در تایید نظریه دورکیم است. از نظر دورکیم زمانی که اعضای جامعه فکر کنند که جدا از جامعه بوده و احساس همبستگی و حمایت اجتماعی را از دست بدهند به رفتارهای ناپه‌نجار دست زده و پیامد آن تهدید سلامت اجتماعی جامعه است. فرضیه دوم این بود که، بین شبکه‌های اجتماعی مجازی و سلامت اجتماعی شهروندان رابطه معنادار وجود دارد. بر اساس آزمون آماری این فرضیه مورد تایید قرار نگرفت. فرضیه سوم این بود که، بین اعتماد اجتماعی و سلامت اجتماعی شهروندان رابطه معنادار وجود دارد. این فرضیه مورد تایید آزمون قرار گرفت. رابطه بین متغیرهای اعتماد اجتماعی و سلامت اجتماعی مثبت و معنی دار بود. به این معنا که، هر اندازه اعتماد اجتماعی شهروندان بالاتر باشد، از سلامت اجتماعی بیشتری برخوردار هستند. این یافته در تایید تحقیقات زکی و خشوعی، ۱۳۹۲؛ شربتیان، ۱۳۹۱؛ فقهی فرهمند و زنجانی، ۱۳۹۰؛ امینی رادانی و همکاران، ۱۳۹۰؛ صباغ و همکاران، ۱۳۹۰ می‌باشد. همچنین، این یافته در تایید نظریه گیدنز است. از نظر گیدنز، اعتماد اجتماعی بالا باعث گسترش دامنه روابط اجتماعی در جامعه می‌شود و از این رهگذر میزان مشارکت اجتماعی افراد و سلامت اجتماعی آنان بالا می‌رود. فرضیه چهارم این بود که بین پایگاه اجتماعی اقتصادی و سلامت اجتماعی شهروندان رابطه معنادار وجود دارد. آزمون فرضیه نشان داد که رابطه بین پایگاه اجتماعی اقتصادی با سلامت اجتماعی مثبت و معنی دارد. شهروندان از رهگذر پایگاه اجتماعی اقتصادی بالاتر می‌توانند از سلامت اجتماعی بیشتری برخوردار باشند. این یافته در تایید تحقیقات ساعی و همکاران، ۱۳۹۳؛ کدخدایی و لطفی، ۱۳۹۲؛ فتحی و همکاران، ۱۳۹۱؛ صباغ و همکاران، ۱۳۹۰ است. همچنین، این یافته در تایید نظریه مرتون است. از نظر مرتون رفتارهای ناپه‌نجار در بین طبقات پایین جامعه رواج بیشتری می‌یابد زیرا آنها دسترسی کمتر و محدودتری به وسایل مشروع دستیابی به اهداف را دارند. فرضیه پنجم این بود که بین دینداری و سلامت اجتماعی شهروندان رابطه معنادار وجود دارد. آزمون آماری این فرضیه را نیز مورد تایید قرار داد و نشان داد که رابطه بین متغیرهای دینداری و سلامت اجتماعی مثبت و معنی دار است. به این معنا که، هر اندازه میزان دینداری شهروندان بالاتر باشد میزان سلامت اجتماعی آنان بیشتر است. همچنین، بررسی ابعاد دینداری نشان داد که متغیرهای باور دینی، رفتار دینی و احساس دینی با سلامت اجتماعی شهروندان رابطه معنادار دارند. در این میان، متغیر رفتار دینی رابطه بالاتری نسبت به سایر ابعاد دینداری دارد. میزان رابطه این متغیرها

با سلامت اجتماعی شهروندان به ترتیب ۰/۲۴، ۰/۲۵ و ۰/۲۱ است. این یافته در تایید تحقیقات زارع شاه آبادی و کاظمی، ۱۳۹۴؛ ساعی و همکاران، ۱۳۹۳؛ صباغ و همکاران، ۱۳۹۰ می‌باشد. همچنین، این یافته در تایید نظریه دورکیم است. از نظر دورکیم در جامعه‌ای که دین رواج بیشتری داشته باشد افراد انسجام بیشتری با جامعه داشته و بنابراین سلامت اجتماعی بیشتری خواهند داشت. فرضیه ششم این بود که بین متغیرهای جنس، سن و تحصیلات با سلامت اجتماعی شهروندان رابطه معنادار وجود دارد. تحلیل داده‌ها نشان داد که گروه‌های جنسی، سنی و تحصیلی در همه ابعاد سلامت اجتماعی باهم متفاوت نیستند. گروه‌های جنسی به لحاظ شکوفایی اجتماعی و انطباق اجتماعی، گروه‌های سنی به لحاظ انسجام اجتماعی و گروه‌های تحصیلی به لحاظ سهم‌داشت اجتماعی با یکدیگر متفاوت هستند.

بر اساس تحلیل داده‌های تحقیق می‌توان نتیجه گرفت که حمایت اجتماعی، اعتماد اجتماعی، پایگاه اجتماعی و اقتصادی و دینداری از عوامل موثر در سلامت اجتماعی شهروندان هستند. در این میان، عامل دینداری نقش مهمتر و برجسته تری در سلامت اجتماعی شهروندان دارد. این نتیجه یکی از نکات مهم و برجسته و متمایز این پژوهش نسبت به تحقیقات گذشته است. به سخن دیگر، بر خلاف تحقیقات گذشته در این پژوهش نقش متغیر دینداری در سلامت اجتماعی شهروندان مورد توجه قرار گرفته و به نتیجه قابل توجهی نیز رسیده است. اما نتایج تحقیق نشان داد که عامل شبکه‌های اجتماعی مجازی در سلامت اجتماعی شهروندان نقشی ندارد. بنابراین پیشنهاد تحقیق این است که با مطالعات و تحقیقات آتی رابطه بین متغیر شبکه‌های اجتماعی مجازی با سلامت اجتماعی افراد بیشتر روشن گردد.

## منابع

- ابراهیم‌پور، داود و عبدالله فام، رحیم (۱۳۹۱). بررسی رابطه سرمایه اجتماعی با رفتار شهروندی سازمانی کارکنان دانشگاه آزاد اسلامی منطقه ۱۳، *مطالعات جامعه‌شناسی*، سال ۴، شماره ۱۳: ۱۰۵-۱۲۵.
- ابراهیم‌پور، داود؛ پورجلی، ربابه؛ رضانی ممقانی، روح انگیز (۱۳۹۱). «بررسی رابطه عوامل اجتماعی اقتصادی با سلامت اجتماعی دبیران مقطر اهنمایی و متوسطه شهرستان آذرشهر»، *مطالعات جامعه‌شناسی*، سال ۴، شماره ۱۴: ۴۷-۶۷.
- ابراهیم نجف‌آبادی، اعظم (۱۳۹۰). «عوامل موثر بر میزان سلامت اجتماعی زنان جوان ۱۵ تا ۲۴ ساله) شهر اصفهان با تاکید بر حمایت اجتماعی»، *فصلنامه سلامت و روانشناسی*، دوره ۱، شماره ۲: ۹۹-۱۱۳.
- افجه، سید علی اکبر و سام آرا، مریم (۱۳۸۹). تاثیر میزان سلامت بر میزان رضایت شغلی (مورد مطالعه: کارکنان شرکت لیزینگ ایران خودرو)، *فصلنامه برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، دوره ۲، شماره ۳: ۱-۳۰.
- افشانی، سیدعلیرضا؛ رسولی نژاد، سید پویا؛ کاویانی، محمد؛ سمیعی، محمدرضا (۱۳۹۳). «بررسی رابطه سبک زندگی اسلامی با سلامت اجتماعی مردم شهر یزد»، *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، سال ۸، شماره ۱۴: ۱۰۳-۸۳.
- الهی منش، محمد حسن و ذکریایی، زینب (۱۳۹۷). «بررسی تطبیقی مولفه‌های سلامت اجتماعی با رویکرد توسعه در استان‌های ایران»، *چهارمین کنفرانس بین‌المللی فرهنگ و اندیشه دینی*، ایران، تهران.
- امینی رادانی، مصطفی و همکاران (۱۳۹۰). «رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی در ایران» *فصلنامه رفاه اجتماعی*، سال ۱۱، شماره ۴۲: ۲۲۸-۲۰۳.
- بیکر، ترزال (۱۳۸۷). *نحوه انجام تحقیقات اجتماعی*، ترجمه هوشنگ نایی، تهران: نشر نی.
- توکل، محمد (۱۳۹۳). سلامت اجتماعی: ابعاد، محورها و شاخص‌ها در مطالعات جهانی و ایرانی، *فصلنامه اخلاق زیستی*، سال ۴، شماره ۱۴: ۱۱۵-۱۳۵.
- چلیبی، مسعود (۱۳۷۵). *جامعه‌شناسی نظم*، تهران: نشر نی.
- حسینی حاجی بکنده، سید احمد و تقی‌پور، ملیحه (۱۳۸۹). «بررسی تاثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار». *فصلنامه پژوهش اجتماعی*، سال ۳، شماره ۷: ۱۵۹-۱۳۹.

خلیلی، فاطمه؛ سام، شیما؛ شریفی راد، غلامرضا؛ حسن زاده، اکبر؛ کاظمی، منیره (۱۳۹۰). «بررسی ارتباط حمایت اجتماعی درک شده با سلامت اجتماعی سالمندان شهر اصفهان»، *مجله تحقیقات نظام سلامت*، سال ۷، شماره ۶: ۱۲۲۵-۱۲۱۶.

خوشفر، غلامرضا؛ محمدی، آرزو؛ محمدزاده، فاطمه؛ محمدی، راضیه؛ اکبرزاده، فاطمه (۱۳۹۴). «امنیت اجتماعی و سلامت اجتماعی در بین جوانان ۱۵-۲۹ ساله شهر قاین»، *مجله مطالعات اجتماعی ایران*، دوره ۹، شماره ۱: ۱۰۲-۷۱.

رستگار، خدیجه و همکاران (۱۳۹۴). «بررسی رابطه احساس امنیت اجتماعی و نظارت با سلامت اجتماعی در میان زنان ۱۸ سال به بالای ساکن شهر شیراز»، *زن و جامعه*، سال ۶، شماره ۳: ۱۰۴-۷۹.

رستگار، خدیجه و سیدان، فریبا (۱۳۹۴). «سنجش رابطه بین فرهنگ شهروندی و سلامت اجتماعی شهروندان تهرانی»، *فصلنامه مطالعات ملی*، سال ۱۶، شماره ۱: ۱۰۷-۸۵.

زارع شاه ابادی، اکبر و کاظمی، سمیه (۱۳۹۴). «بررسی عوامل موثر بر سلامت اجتماعی معلمان مقطع ابتدایی ناحیه یک شهر یزد»، *دوماهنامه دانشکده بهداشت یزد*، سال ۱۴، شماره ۶: ۶۷-۵۰.

زکی، محمدعلی و خشوعی، مریم‌السادات (۱۳۹۲). «سلامت اجتماعی و عوامل موثر بر آن در بین شهروندان شهر اصفهان»، *مطالعات جامعه‌شناختی شهری*، سال ۳، شماره ۸: ۱۰۸-۷۹.

ساروخانی، باقر (۱۳۸۰). *درآمدی بر دایره المعارف علوم اجتماعی*، تهران: نشر کیهان.

ساعی، منصور و همکاران (۱۳۹۳). «بررسی عوامل موثر بر سلامت اجتماعی معلمان مقاطع ابتدایی، راهنمایی و دبیرستان شهرستان بوکان»، *مطالعات توسعه اجتماعی و فرهنگی*، دوره ۳، شماره ۳: ۱۳۴-۱۰۹.

ستوده، هدایت‌اله (۱۳۷۳). *مقدمه‌ای بر آسیب‌شناسی اجتماعی*، تهران: نشر آوای نور.

سفیری، خدیجه و منصوریان راوندی، فاطمه (۱۳۹۳). «تبیین رابطه هویت جنسیتی و سلامت اجتماعی زنان و مردان جوان شهر تهران»، *جامعه‌شناسی کاربردی*، سال ۲۵، شماره ۱: ۷۰-۵۱.

سفیری، خدیجه و منصوریان راوندی، فاطمه (۱۳۹۴). «کلیشه‌های جنسیتی و سلامت اجتماعی. مطالعه زنان و مردان شهر تهران»، *مطالعات اجتماعی روانشناختی زنان*، سال ۱۳، شماره ۲: ۶۶-۳۷.

سیمن، م. (۱۳۷۸). *در معنای از خود بیگانگی*، ترجمه فرهنگ ارشاد، تهران: نشر نی.

شایان مهر، علیرضا (۱۳۷۷). *دایره المعارف تطبیقی علوم اجتماعی*، تهران: کیهان.

شربتیان، محمدحسن (۱۳۹۱). تأملی بر پیوند معنایی مولفه‌های سرمایه اجتماعی و میزان بهره‌مندی از سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه پیام نور مشهد»، *فصلنامه جامعه‌شناسی مطالعات جوانان*، سال ۲، شماره ۵: ۱۷۴-۱۴۹.

- صباغ، صمد؛ معینیان، نرمینه؛ صباغ، سارا (۱۳۹۰). «سنجش سلامت اجتماعی و عوامل اجتماعی مرتبط با آن در بین خانوارهای شهر تبریز»، *مطالعات جامعه‌شناسی*، سال ۳، شماره ۱۰: ۴۴-۲۷.
- غفاری، غلامرضا و دیگران (۱۳۹۷). بررسی عوامل موثر بر سلامت اجتماعی شهروندان استان ایلام، *فصلنامه توسعه اجتماعی*، دوره ۱۳، شماره ۱: ۶۶-۳۷.
- فتحی، منصور؛ عجم نژاد، رضا؛ خاک رنگین، مریم (۱۳۹۱). «عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی معلمان شهر مراغه»، *رفاه اجتماعی*، سال ۱۲، شماره ۴۷: ۲۴۳-۲۲۵.
- فرزانه، سیفاله و علیزاده، سمیه (۱۳۹۲). «بررسی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت اجتماعی سالمندان شهر بابل»، *فصلنامه مطالعات توسعه اجتماعی و فرهنگی*، دوره ۲، شماره ۱: ۱۹۷-۱۷۳.
- فقهی فرهمند، ناصر و زنجانی، سعید (۱۳۹۰). «بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی با امنیت خانواده»، *مطالعات جامعه‌شناسی*، سال ۳، شماره ۱۰: ۱۱۳-۹۹.
- کدخدایی، فاطمه و لطفی، شورش (۱۳۹۲). «سنجش میزان سلامت اجتماعی دانش آموزان دختر مقطع دبیرستان‌های شهر شیراز و عوامل موثر بر آن»، *فصلنامه پژوهش اجتماعی*، سال ۵، شماره ۲۰: ۲۰۷-۱۸۳.
- کوثری، مسعود (۱۳۸۶). *نظریه‌های آنومی اجتماعی*، تهران: نشر سلمان.
- مرتون، رابرت (۱۳۷۸). *ساختار اجتماعی و بیهنجاری*، ترجمه فرهنگ ارشاد، تهران: نشر نی.
- مقتدایی، زینب (۱۳۹۵). ارتقا سلامت اجتماعی در جامعه ۲، *راسخون*، پنجشنبه ۹ اردیبهشت: <https://rasekhoon.net/article/show/1162093>
- ممتاز، فریده (۱۳۸۷). *انحرافات اجتماعی: نظریه‌ها و دیدگاه‌ها*، تهران: شرکت سهامی انتشار.
- هزار جریبی، جعفر و ارفعی عین‌الدین، رضا (۱۳۹۱). «اوقات فراغت و سلامت اجتماعی»، *فصلنامه برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، شماره ۱۰: ۶۳-۳۹.
- همتی، الهام و همکاران (۱۳۹۲). «تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار شهر رودهن»، *فصلنامه پژوهش اجتماعی*، سال ۶: ۵۹-۴۵.
- یزدان پناه، لیلا و نیک‌ورز، طیبه (۱۳۹۴). «رابطه عوامل اجتماعی با سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان»، *جامعه‌شناسی کاربردی*، سال ۲۶، شماره ۵۹: ۱۱۶-۹۹.
- Harding, Seeromanle (2015). The Determinants of young Adult Social well-being and Health (DASH) study: diversity, psychosocial determinants and health, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 50(8): 1173-1188.



- Keyes, Corey and Shapiro, Adam (2004). *Social well-being in the United States: a descriptive epidemiology*.
- Packer, Jan and Ballantyne, Julie (2010). The impact of music festival attendance on young people's psychological and social well-being, *Psychology of Music*, Vol 39, Issue 2.
- Thurber, Amie; Riehle, Claire and Heflinger, Craig (2017). Spatially integrated and socially segregated: The effects of mixed-income-neighbourhoods on social well-being, *Urban Studies*, Vol 55, Issue 9.
- Touchton, Michael and Wampler, Brain (2013). Improving Social Well-Being Through New Democratic Institutions, *Comparative Political Studies*, Vol 47, Issue 10.