

بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی شهروندان استان ایلام

دکتر غلامرضا غفاری^۱، جابر مولایی^۲ و حسن مؤمنی^۳

تاریخ وصول: ۹۶/۵/۲۶

تاریخ پذیرش: ۹۷/۲/۱۷

چکیده:

امروزه سلامت اجتماعی به عنوان یکی از ابعاد مهم سلامت نقش و اهمیت گسترده‌ای یافته است. مقاله‌ی حاضر به بررسی عواملی که بر روی سلامت اجتماعی تأثیر گذارند، می‌پردازد. بدین جهت، با بهره‌گیری از نظریات جامعه‌شناختی در پی بررسی این عوامل بر سلامت اجتماعی در استان ایلام می‌باشیم. روش تحقیق این مطالعه، پیمایشی و از ابزار پرسشنامه استفاده شده است. حجم نمونه ۳۸۴ نفر و از ترکیب روش نمونه‌گیری طبقه‌بندی و خوشه‌ای استفاده شده است و پاسخگویان افراد بالای ۱۵ سال بودند. نتایج حاکی از این است که میانگین سلامت اجتماعی در استان ایلام اندکی بالاتر از مقدار متوسط می‌باشد. از بین متغیرهای زمینه‌ای «سن»، «وضع تأهل»، «جنسیت»، «تحصیلات» و «پایگاه اقتصادی - اجتماعی» با سلامت اجتماعی رابطه‌ی معناداری داشتند و تنها دو متغیر پایگاه و جنسیت رابطه‌ی معناداری با سلامت اجتماعی نداشتند. بررسی نتایج معادلات ساختاری نیز نشان داد که در شاخص سلامت اجتماعی بعد «پیوستگی اجتماعی» از بالاترین اثر برخوردار است؛ و با در نظر گرفتن سهم اثرات مستقیم و غیر مستقیم در تحلیل مسیر با استفاده از نرم‌افزار لیزرل، متغیرهای دینداری، شبکه‌ی اجتماعی، اعتماد اجتماعی، حمایت اجتماعی و امنیت اجتماعی بر سلامت اجتماعی به ترتیب، بیشترین رابطه و اثر در سلامت اجتماعی داشتند.

مفاهیم کلیدی: سلامت اجتماعی، حمایت اجتماعی، شهروندان، اعتماد اجتماعی، انسجام اجتماعی

^۱ دانشیار گروه برنامه‌ریزی و رفاه اجتماعی دانشگاه تهران ghaffary@ut.ac.ir

^۲ مربی گروه علوم اجتماعی دانشگاه پیام نور (نویسنده‌ی مسئول) jabermolaii@gmail.com

^۳ کارشناس ارشد علوم اجتماعی دانشگاه تهران hasan1841@gmail.com

مقدمه و بیان مسأله

سلامت اجتماعی از جمله مفاهیم جدیدی است که ارائه‌ی تعریف دقیقی از آن دشوار است. با این وجود، طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت^۱، سلامت صرفاً به معنی بیمار نبودن یا آسیب ندیدن (نقص عضو) نیست؛ بلکه شامل برخورداری کامل از سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۹). طبق این تعریف، افرادی سالم تلقی می‌شوند که علاوه بر داشتن سلامت جسمی و روانی بتوانند در جامعه با دیگران روابط مناسبی را برقرار کنند. سلامت اجتماعی به‌عنوان یکی از ابعاد سلامت، عبارت است از؛ توانایی انجام مؤثر و کارآمد نقش‌های اجتماعی بدون آسیب رساندن به دیگران، در واقع همان ارزیابی شرایط و عملکرد فرد در جامعه است. برخی از عوامل اجتماعی، ابعاد مختلف سلامت اجتماعی را شکل می‌دهند که عبارتند از: یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انسجام اجتماعی (زاهدی اصل، ۱۳۹۳: ۱۲). شهروندی از لحاظ اجتماعی سالم محسوب می‌شود که در امور شهری مشارکت داشته باشد، خود را فردی ارزشمند در جامعه بداند، معتقد باشد که جامعه در حال شکوفایی است، با اطرافیان خود (همسایه‌ها، همکاران، دوستان و ...) به نحوی تعامل مثبت و مستمر داشته باشد و به نوعی خود را عضوی از گروهی بزرگتر، شهر بداند. پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد که عواملی چند، روی سلامت اجتماعی تأثیرگذار هستند که برخی از آنها عبارتند از: وضعیت اقتصادی - اجتماعی، سطح تحصیلات، سن، میزان دریافت حمایت‌های اجتماعی و وضعیت تأهل (باباپور خیرالدین و همکاران، ۱۳۸۸: ۱۱)؛ همچنین تحقیقات نشان می‌دهند که مقیاس سلامت اجتماعی با رضایت از زندگی، شادکامی، ملالت، تعهد مدنی، رفتار جامعه‌پسند و ... همبستگی دارد (کییز، ۱۹۹۸؛ کییز و ریف، ۱۹۹۸؛ کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴). تحقیقات همچنین بیانگر ارتباط این بعد سلامتی با متغیرهای جمعیت‌شناختی مانند موقعیت اجتماعی - اقتصادی، جنس، سن و وضعیت تأهل می‌باشند (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴).

به‌طور کلی، وضعیت سلامت اجتماعی و تندرستی از ترکیب چندین عامل تأثیر می‌پذیرد که همه‌ی آن‌ها از یک منطقه به منطقه‌ی دیگر با هم تفاوت دارند. آب و هوا، آلودگی، نوع مسکن، الگوهای کار و بیکاری، و وضعیت زیستن (گیدنز، ۱۳۸۹: ۲۲۴). در کشور ما با وجود کاستی‌های موجود، به خصوص در مناطق محروم، برای سلامت جسمی

^۱ WHO

افراد گام‌های مناسبی برداشته شده است. اما آنچه نبود آن در تمام عرصه‌های کشور محسوس است، بی‌توجهی به ابعاد روانی و اجتماعی سلامت است. این بی‌توجهی به جنبه‌ی اجتماعی سلامت در عصر ارتباطات و جهانی‌سازی، موجب افزایش آسیب‌پذیری افراد در ابعاد روانی، خودکشی، گرایش به مصرف دخانیات، فرار از خانه، افت تحصیلی و سایر آسیب‌های اجتماعی می‌شود و از جمله موضوعاتی است که باید به آن توجه خاص کرد.

استان ایلام در منطقه‌ی مرزی و همجوار کشور عراق قرار گرفته است و از نظر بافت جمعیتی متشکل از کرد زبان‌ها، لر زبان‌ها، عرب زبان‌ها و سایر گویش‌ها و لهجه‌هاست که چگونگی تعاملات مابین آنها و تأثیرات این چینی در سلامت اجتماعی در خور بررسی می‌باشد. از نظر پلکان توسعه نیز، استان ایلام در مراتب پایینی قرار دارد. به زعم عده‌ای توسعه‌یافتگی بنیان سلامت اجتماعی می‌باشد و برخی نیز سلامت اجتماعی را باعث توسعه‌یافتگی می‌دانند و کیفیت زندگی به‌عنوان یکی از شاخص‌های توسعه مطرح می‌باشد، در این باره اندرسون^۱ معتقد است که مفهوم کیفیت زندگی با سلامت مشخص می‌شود و در ارتباط با آن است (اندرسون، ۱۹۹۵: ۵۴۹؛ به نقل از رضایی، ۱۳۹۲). بنابراین استان ایلام را می‌توان حائز چنین شرایطی دانست که از نظر میزان توسعه محروم، بافت جمعیتی گوناگون از کرد، لر، عرب و سایر زبان‌های دیگر تشکیل یافته، دارای بیشترین مرز با کشور عراق، بالاترین رقم خودکشی و ... را برشمرد. همچنین خلاء تحقیقاتی که در این موضوع صورت گرفته باشد، محرز است. لذا جمع عوامل ذکر شده این سؤال را پیش می‌کشاند که وضعیت سلامت اجتماعی در این استان چگونه است؟ جهت رسیدن به پاسخ و یا پاسخ‌هایی برای سؤال فوق، بررسی سلامت اجتماعی شهروندان استان ایلام مورد بررسی قرار گرفته است.

پیشینه پژوهش

الف) تحقیقات داخلی

رضایی (۱۳۹۲)، در پایان‌نامه‌ی خود با عنوان: بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی شهروندان مشهد، نتیجه‌گیری می‌نماید که بین جنسیت و سلامت اجتماعی رابطه‌ی معناداری وجود ندارد. اما بین متغیرهای دینداری، امنیت اجتماعی، اعتماد اجتماعی و تحصیلات با سلامت اجتماعی رابطه‌ی معناداری وجود دارد (رضایی، ۱۳۹۲).

^۱ Anderson

کنگرو (۱۳۸۷)، به بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیر شاهد دانشگاه علامه طباطبایی پرداخته است. هدف از این پژوهش، سنجش سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد مشغول به تحصیل در دانشگاه علامه طباطبایی و مقایسه آن با سلامت اجتماعی دانشجویان غیر شاهد بوده است. نتایج نشان می‌دهد که بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیر شاهد تفاوت معناداری وجود ندارد، اما بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد با محل تحصیل آنها، میزان پنهان کردن سهمیه‌ی شاهد، تفاوت معنی‌دار است. همچنین بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و ازدواج مجدد مادرشان، وضعیت تأهل و جنسیت آنان رابطه‌ی معنی‌داری وجود ندارد (کنگرو، ۱۳۸۷).

نیک‌ورز (۱۳۸۹)، به بررسی رابطه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی با میزان سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان پرداخته است. نتایج بدست آمده حاکی از آن است که تمامی ابعاد سرمایه‌ی اجتماعی با سلامت اجتماعی رابطه‌ی معناداری دارند و از بین متغیرهای پیشینه‌ای وضعیت تأهل، جنسیت و نوع دانشکده با سلامت اجتماعی رابطه دارند. نتایج بدست آمده از تحلیل رگرسیون نشان می‌دهد که ۵۹ درصد از تغییرات واریانس سلامت اجتماعی به وسیله‌ی دو متغیر اعتماد و مشارکت اجتماعی تبیین می‌شود (نیک‌ورز، ۱۳۸۹).

سام‌آرام (۱۳۸۸)، نیز در تحقیقی به بررسی رابطه‌ی سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی پرداخته است. این مقاله نتیجه می‌گیرد که تحقق سلامت اجتماعی در بین افراد جامعه، تأمین امنیت اجتماعی به‌عنوان یک نیاز پایه‌ای، بسیار مهم است و سلامت اجتماعی به دلیل تأکید بر جذب افراد در چارچوب‌های اجتماعی و پذیرش هنجارهای اجتماعی، منجر به توسعه و گسترش تأمین اجتماعی در جامعه می‌شود (سام‌آرام، ۱۳۸۸). هزارجریبی و ارفعی عین‌الدین (۱۳۹۰)، در تحقیقی با عنوان «اوقات فراغت و سلامت اجتماعی نمونه‌ی مورد بررسی جوانان ۲۹-۱۵ ساله شهر بستان‌آباد» نشان داده‌اند که میزان رضایت از اوقات فراغت و همچنین گذران فراغت با فعالیت‌های اجتماعی و عملی - جسمانی بر سلامت اجتماعی افراد تأثیر مثبتی دارد (هزارجریبی و ارفعی عین‌الدین، ۱۳۹۰).

حایری و همکاران (۱۳۹۴)، در پژوهشی با عنوان: عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی کارکنان شاغل در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نشان داده‌اند که بین سطوح سلامت اجتماعی و جنسیت، تحصیلات و محل سکونت رابطه‌ی معناداری وجود دارد و

بین گروه سنی، وضعیت تأهل و سمت شغلی با سطوح سلامت اجتماعی رابطه‌ی معناداری وجود ندارد (حایری و همکاران، ۱۳۹۴: ۳۱۸-۳۱۱).

شربتیان و طوافی (۱۳۹۴)، در پژوهشی با عنوان: تحلیل جامعه‌شناختی ارزیابی ذهنی جوانان از شاخص‌های سلامت اجتماعی (مطالعه‌ی موردیک جوانان شهرستان قاین خراسان جنوبی) انجام داده‌اند. نتایج نشان می‌دهد میزان سلامت اجتماعی جوانان در این شهر در حد متوسط رو به بالا ارزیابی شده است و مؤلفه‌ی انسجام اجتماعی از ابعاد سلامت اجتماعی بالاترین رتبه و مؤلفه‌ی مشارکت اجتماعی پایین‌ترین رتبه را به خود اختصاص داده‌اند. نتایج به دست آمده از این پژوهش بیانگر وجود ارتباط بین متغیرهای جمعیت‌شناختی (سن و پایگاه اقتصادی و اجتماعی) با متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) است (شربتیان و طوافی، ۱۳۹۴: ۳۹-۹).

ب) تحقیقات خارجی

فیوری و دنکلا^۱ (۲۰۱۲)، تحقیقی با عنوان: حمایت اجتماعی و سلامت روانی در میان ۶۷۶۷ نفر از سالمندان انجام داده‌اند. محققان به این نتیجه رسیدند که دریافت حمایت عاطفی فقط با سلامت روانی زنان رابطه‌ی مستقیمی دارد؛ در حالی که حمایت ابزاری و احساسی با سلامت روانی زنان و مردان با الگوهای مختلف رابطه داشته است. برای مثال مردانی که حمایت ابزاری به غیر از خویشاوندان دریافت می‌کردند، فقط سطح بالایی از نشانه‌های افسردگی را داشتند.

کیکونانی و همکاران^۲ (۲۰۰۸)، در پژوهشی به ارزیابی بین مشارکت اجتماعی، درک از اجتماع در میان دانشجویان ایتالیایی، آمریکایی و ایرانی و تأثیر این دو متغیر بر سلامت اجتماعی پرداخته‌اند. نتایج نشان داد مشارکت اجتماعی، درک از اجتماع و سلامت اجتماع در میان دانشجویان آمریکایی در سطح بالایی قرار دارد و همچنین مشارکت اجتماعی تنها در میان دانشجویان ایتالیایی به‌طور مثبتی سلامت اجتماعی را پیش‌بینی می‌کند.

جان نیلسون^۳ و همکاران (۲۰۰۶)، تحقیقی با عنوان: سرمایه‌ی اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان در مناطق روستایی بنگلادش انجام دادند. این مطالعه بر روی ۱۱۳۵ نفر

^۱ Fiori & Denckla

^۲ Cicognani & et.al

^۳ Nilsson

سالمنده ۶۰ سال و بالاتر انجام شده است. تجزیه و تحلیل توصیفی از این تحقیق نشان می‌دهد که تفاوت‌های گروهی در کیفیت زندگی افراد مؤثر است؛ و تجزیه و تحلیل استدلالی نشان می‌دهد، سن و پایگاه اقتصادی خانواده‌های فقیر و سرمایه‌ی اجتماعی پایین در سطح جامعه و فرد از عوامل تعیین کیفیت زندگی پایین در میان سالمندان است. مرور مطالعات پیشین حاکی از این است، با توجه به جدید بودن موضوع سلامت اجتماعی در کشور، تحقیقات زیادی صورت نگرفته است. همچنین عوامل کمی به‌عنوان متغیرهای مؤثر در رابطه با سلامت اجتماعی مورد شناسایی محققین قرار گرفته است. از طرفی عمده تحقیقات داخلی در کلان‌شهرها صورت پذیرفته و مناطق محروم و کمتر توسعه‌یافته مدد نظر نبوده است. بررسی‌های مطالعات خارجی نیز ناظر بر این است که بیشتر این مطالعات توسط محققین حوزه‌ی روان‌شناسی صورت گرفته است. مقالات و مطالعات صورت گرفته چنین نشان می‌دهد که غالباً نام روان‌شناسان به‌عنوان نویسندگان درج شده و کمتر به عوامل اجتماعی پرداخته شده است.

چارچوب نظری پژوهش

سلامت اجتماعی مفهومی است که به تازگی وارد ادبیات جامعه‌شناختی شده است. از این‌رو، شاهد کمبود نظریات جامعه‌شناختی در این حوزه در تحقیقات گذشته هستیم؛ و از طرفی هدف عمده‌ی این مقاله نیز، بررسی‌ای جامعه‌شناختی از سلامت اجتماعی است. لذا سعی شده است با گردآوری نظریات جامعه‌شناختی که به نوعی با موضوع سلامت (سلامت اجتماعی یکی از ابعاد کلی سلامت است) در ارتباط هستند، به این هدف جامعه عمل پوشانده شود.

آراء و دیدگاه‌های جامعه‌شناختی

رویکرد مارکسیستی عمدتاً حول محور تأثیر طبقات اجتماعی و نابرابری‌های سلامت متمرکز می‌باشد. این رویکرد با تعریف طبقه‌ی اجتماعی در ارتباط با شیوه‌های تولید، نابرابری‌های سلامت را محصول روابط طبقاتی می‌داند. در این دیدگاه مطالعات گسترده‌ای در خصوص تأثیر فقر بر سلامت انجام شده است. با این حال مطالعات بعدی در این زمینه نشان می‌دهد عوامل مادی و طبقاتی به تنهایی نمی‌توانند تمام واقعیات مربوط به نابرابری‌های سلامت در بین دیگر گروه‌های قومی، نژادی و جنسی را تبیین کنند (پوردی و بنک، ۲۰۰۷: ۷۲). بر اساس این دیدگاه، توزیع نابرابر درآمد در جوامع مختلف عامل

اصلی نابرابری‌های سلامت است. ارتباط بین نابرابری‌های درآمد و سلامت عمدتاً در دو سطح خرد و کلان مطرح شده است (مکینگا و استارفیلد، ۲۰۰۳: ۴۲۰). در سطح خرد، ارتباط بین نابرابری درآمد و سلامت و فرآیندهای روان‌شناختی ناشی از مقایسه‌ی اجتماعی افراد و گروه‌های درآمدی مختلف با یکدیگر می‌باشد که در نهایت می‌تواند منجر به ایجاد احساس محرومیت نسبی شود و در سطح کلان بر تأثیر نابرابری‌های درآمد بر فرسایش سرمایه‌ی اجتماعی و فروپاشی سازمان‌های اجتماعی و مدنی تأکید می‌کند. چنین امری در نهایت می‌تواند منجر به کاهش مشارکت مؤثر مردم در کنترل و نظارت بر تعیین‌کننده‌های اجتماعی و سیاسی مرتبط با سلامت شود. در این سطح از تحلیل، سرمایه‌ی اجتماعی، یک ویژگی بوم‌شناختی محیطی قلمداد می‌شود که توزیع متفاوت آن در جوامع و نواحی مختلف می‌تواند با توزیع نابرابر سلامت مرتبط باشد (کاوانچی، ۱۹۹۹: ۲۱۸).

دیدگاه فرهنگی - رفتاری

اساس تحلیل در این رویکرد؛ بررسی مستقیم رفتار فرد یا مدل رفتاری مستقیمی است که بر اساس آن تأثیر شیوه‌ی زندگی فردی (همانند نحوه‌ی گذاران اوقات فراغت، میزان فعالیت‌های بدنی، تغذیه و ...) بر وضعیت سلامت مورد بررسی قرار می‌گیرد. در این دیدگاه، شیوه‌ی زندگی فرد، با توجه به میزان کنترل فرد بر رفتار خود و محیط مورد بررسی قرار می‌گیرد که این امر خود با ویژگی‌های شخصی و روانشناختی افراد مرتبط است. بنابراین، ارتباط بین ویژگی‌های شخصی یک فرد و رفتارهای پرخطر همواره مستقل از موقعیت و جایگاه او در ساختارهای اجتماعی مورد بررسی قرار می‌گیرد. به عبارت دیگر، توزیع افراد با ویژگی‌های روان‌شناختی متمایز در طبقات مختلف عامل عمده تفاوت در میزان سلامت است (بارتلی، ۲۰۰۴: ۶۷-۶۶؛ به نقل از رضایی، ۱۳۹۲).

دیدگاه مبتنی بر قابلیت فردی - آمارتیا سن^۱

یکی از دیدگاه‌های عمده‌ای که تأکید بر عاملیت کنشگران اجتماعی در قالب ساختارهای اجتماعی دارد، دیدگاه مبتنی بر قابلیت فردی «آمارتیا سن» است. در این رویکرد، انسان مرکز توسعه است. طبق این رویکرد «توسعه آن هنگام محقق می‌شود که

^۱ Amartya Sen

عوامل اساسی ضد آزادی از بین برود: عواملی چون فقر و ظلم، فرصت‌های کم اقتصادی، محرومیت نظام‌مند اجتماعی، بی‌توجهی به تأمین امکانات عمومی و عدم تسامح یا دخالت بیش از حد دولت‌های سرکوبگر» (سن، ۱۳۸۲: ۱۸). در نهایت وجود قابلیت‌های جمعی که تحقق آن در یک جامعه وابسته به وجود آن ظرفیت‌هاست فرصت‌های عمده‌ای را برای عاملان اجتماعی در جهت اثرگذاری بر فرایندهای ساختاری که در فراسوی توان آنان هستند، ایجاد می‌کند که این امر می‌تواند منجر به ایجاد پویایی در تعامل کنشگران اجتماعی با ساختارهای کلان و گسترش فضای کنترل آنان شود. در حوزه‌ی سلامت، وجود شبکه‌های اجتماعی و کنش جمعی می‌تواند زمینه‌ساز رشد توانایی‌های عاملان اجتماعی در کنترل و نظارت بر تعیین‌کننده‌های سلامت در یک جامعه گردد. چنانچه شواهد موجود در این مورد نشان می‌دهند، میزان دستیابی و کنترل گروه‌های اجتماعی مختلف به منابع و قواعد و نیز مشارکت آنان در دیالکتیک کنترل، عامل تعیین‌کننده‌ای در توزیع نابرابر بیماری و سلامت در یک جامعه می‌باشند.

رویکرد کارکردگرایی

به رغم اینکه رویکرد کارکردی به دین در میان متفکران پیش از دورکیم نیز رواج داشته، اما با دورکیم است که این نگرش به سنتی عمیق و فراگیر تبدیل می‌شود. دورکیم در بررسی دین رویکرد کارکردی خویش را به کار گرفته است. هری آلپرت^۱، پژوهشگر دورکیمی، چهار کارکرد عمده‌ی دین را در نزد دورکیم را به‌عنوان نیروهای اجتماعی انضباط‌بخش، انسجام‌بخش، حیات‌بخش و خوشبختی بخش طبقه‌بندی کرده است (کوزر، ۱۳۸۵: ۲۰۰). در خصوص رابطه‌ی دینداری و سلامت باید متذکر شد اولاً دورکیم اصولاً توجه چندانی به تبیین رفتار فردی نداشته و مبنای نظریه‌ی وی تأکید بر پدیده‌های دینی نه به‌عنوان مقوله‌هایی فردی، بلکه مقوله‌هایی اجتماعی مدد نظر بوده است. با این وجود می‌توان گفت با توجه به کارکردهایی که او برای دین بر می‌شمارد، بین دینداری و سلامت می‌توان انتظار رابطه‌ی مثبتی داشت. در بین جوامع و گروه‌هایی که دین گستردگی زیادی دارد، احتمالاً افراد انسجام بیشتری با جامعه داشته، حمایت اجتماعی بیشتری از سوی افراد جامعه دریافت کنند و در نتیجه سالم‌تر باشند (رضایی، ۱۳۹۲: ۴۸).

^۱ Harry Alpert

نظریه گیدنز^۱

بر اساس نظریه‌ی گیدنز، افزایش اعتماد در جامعه به گسترش هر چه بیشتر کیفیت روابط متقابل در جامعه خواهد انجامید. همچنین فردی که میزان اعتماد بالایی دارد به راحتی با دیگران ارتباط برقرار می‌نماید و ارزیابی مثبتی از افراد جامعه دارد. علاوه بر این، اعتماد اجتماعی بالا باعث گسترش دامنه‌ی روابط افراد در جامعه می‌گردد و از این رهگذر، میزان مشارکت اجتماعی و ارزش اجتماعی افراد بالاتر می‌رود. بنابراین، طبق نظریه‌ی گیدنز، «اعتماد اجتماعی» یکی از عوامل مؤثر بر ارتقاء سلامت اجتماعی است (گیدنز، ۱۳۸۴؛ به نقل از رضایی، ۱۳۹۲: ۶۸).

نظریه ویلز

نظریه‌ی ویلز^۲، مربوط به حمایت اجتماعی است. وی حمایت اجتماعی را به‌عنوان ارتباطات مفید بین افراد در نظر گرفته است. به عقیده‌ی وی، هر چه یگانگی و پیوند فرد با اطرافیان بیشتر باشد، حمایت اجتماعی بیشتری از او صورت می‌گیرد. حمایت اجتماعی موجب خلق تصور مثبت و پذیرش خود، احساس مورد محبت واقع شدن و ارزشمند بودن را به فرد می‌دهد که همه بر عملکرد فرد در اجتماع تأثیرگذار است. بنابراین، طبق این نظریه، «حمایت اجتماعی» عامل اثرگذار بر سلامت اجتماعی می‌باشد (ودادهیر و ساداتی، ۱۳۹۰).

فرضیه‌های پژوهش

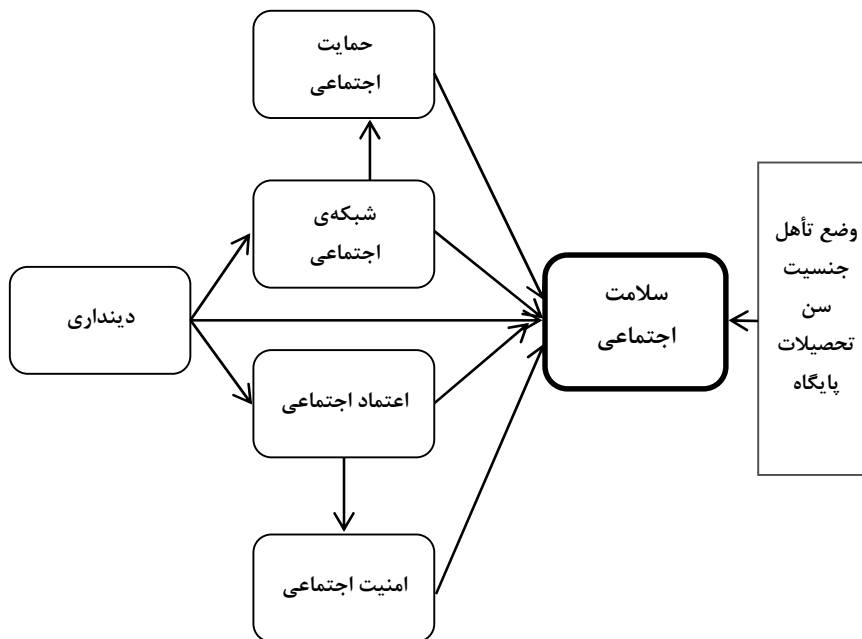
- ۱- بین پایگاه اقتصادی - اجتماعی شهروندان و سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد.
- ۲- بین دینداری شهروندان و سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد.
- ۳- بین احساس امنیت اجتماعی شهروندان و سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد.
- ۴- بین شبکه‌ی اجتماعی گسترده‌تر و سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد.
- ۵- بین سطح اعتماد اجتماعی شهروندان و سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد.
- ۶- بین حمایت اجتماعی شهروندان و سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد.
- ۷- بین افزایش سطح تحصیلات و سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد.
- ۹- بین سن و سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد.

^۱ Giddens

^۲ Wills

- ۹- بین جنسیت و سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد.
 ۱۰- بین وضع تأهل و سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد.

مدل نظری پژوهش



روش‌شناسی پژوهش

تحقیق حاضر از نوع بنیادی است و می‌تواند جنبه‌ی کاربردی به خود هم بگیرد. چرا که نتایج این تحقیق می‌تواند در تصمیم‌گیری‌های استانی و فرا استانی مورد توجهی صاحب‌نظران و محققین دیگر قرار گیرد. واحد تحلیل در این مطالعه فرد است و تکنیک پیمایش جهت بررسی فرضیات استفاده گردیده است. نمونه‌گیری در این پژوهش، ترکیبی از نمونه‌گیری طبقه‌بندی و نمونه‌گیری خوشه‌ای می‌باشد. استان ایلام به دو بخش شمالی و جنوبی تقسیم می‌شود. بنابر مرکز آمار کشور، آخرین جمعیت استان ایلام حدود ۵۵۷۵۹۹ هزار نفر می‌باشد (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۱). بدین جهت از بین حوزه‌ی شمالی شهر ایلام انتخاب گردید و در حوزه‌ی جنوبی نیز دو شهر دهلران و آبدانان به صورت نمونه‌گیری طبقه‌بندی انتخاب شدند. زیرا جمعیت آماری این دو حوزه ناهمگن است؛ و در مرحله‌ی دوم با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای نقاط مورد نظر نمونه‌گیری تعیین شدند و سپس حجم نمونه‌ی نهایی با فرمول کوکران ۳۸۴ نفر تعیین شد. چگونگی فرایند تخصیص

حجم نمونه در جدول ۱ ذکر شده است. در ادامه نیز برای بررسی فرضیات از آزمون‌های آماری پیروسون، t مستقل و تک نمونه‌ای و معادلات ساختاری (SEM) استفاده شده است. در علوم اجتماعی مراد از اعتبار^۱ این است که آیا وسیله‌ی سنجش که در اینجا پرسشنامه می‌باشد تا چه حد ابعاد مختلف متغیر را می‌سنجد یا به عبارتی آیا وسیله‌ی سنجش همان چیزی را که می‌خواهیم بسنجیم را سنجش می‌نماید. در اینجا از پرسشنامه‌ای استفاده شده است که اعتبار آن در تحقیقات گذشته مانند (رضایی، ۱۳۹۲) مورد بررسی قرار گرفته است؛ و بعد دیگر اعتبار یعنی سازه‌ای نیز به وسیله‌ی تحلیل عاملی تأییدی مورد بررسی قرار گرفته است. در واقع تحلیل عاملی تأییدی در پی این است که آیا گویه‌های خرده مقیاس‌ها بر روی عامل خود بار می‌شوند یا خیر. برای نیل به اعتبار سازه‌ای مطابق جدول ۱ از تحلیل عاملی تأییدی استفاده شده است. در جدول ۲ نیز آلفای هر کدام از متغیرها درج شده است.

جدول ۱: نحوه‌ی برآورد حجم نمونه

نام شهر	جمعیت آماری	میزان حجم نمونه به نسبت جمعیت هر شهر
شهر ایلام	۲۱۳۵۷۹	۲۵۱
دهلران	۶۶۴۰۰	۷۸
آبدانان	۴۶۸۵۱	۵۵
جمع	۳۲۶۸۳۰	۳۸۴

جدول ۲: آلفای متغیرهای تحقیق

نام متغیر	میزان ضریب آلفا
سلامت اجتماعی	۰/۸۶
حمایت اجتماعی	۰/۸۷
اعتماد اجتماعی	۰/۷۹
شبکه‌ی اجتماعی	۰/۷۷
امنیت اجتماعی	۰/۸۱
دینداری	۰/۸۸
پایگاه اقتصادی - اجتماعی	۰/۸۹

^۱ validity

ابعاد سلامت اجتماعی

اکثریت تحقیقات انجام گرفته از مدل کبیز در سلامت اجتماعی پیروی و به کار گرفته‌اند. فراتحلیل مطالعات سلامت اجتماعی نیز نشان داده است که از حدود ۳۲ اثر که به نگارش در آمده است، تعداد ۳۰ اثر مدل کبیز را مورد توجه قرار داده‌اند (زاهدی اصل، ۱۳۹۳: ۹۰). کبیز در تحلیل عاملی گسترده، مدل پنج بعدی سنجش‌پذیری را از سلامت اجتماعی ارائه داد. طبق این ابعاد، فرد سالم از نظر اجتماعی، زمانی عملکرد مناسبی دارد که اجتماع را مجموعه‌ای معنادار و فهمیدنی و دارای استعدادهای بالقوه برای رشد و شکوفایی بداند و احساس کند که متعلق به گروه‌های اجتماعی است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهیم بداند (کبیز و شاپیرو، ۲۰۰۴). کبیز (۱۹۹۸)، پنج ملاک را برای سلامت اجتماعی بر می‌شمرد و معتقد است که مدل سلامت اجتماعی که در امتداد سلامت روانی مطرح می‌شود و زمینه‌ی کارکرد مثبت را فراهم می‌کند شامل؛ یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، سهم داشت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پیوستگی اجتماعی می‌باشد.

یکپارچگی/اجتماعی^۱

ارزیابی افراد از کیفیت روابطشان با جامعه و گروه‌های اجتماعی افرادی که سطح بالاتری از این بعد را دارند، احساس تعلق بیشتری به اجتماع و جامعه‌شان می‌کنند و احساس می‌کنند مشترکاتی با جامعه‌شان دارند (کبیز، ۱۹۹۸: ۱۲۲).

پذیرش/اجتماعی^۲

افراد برخوردار از این ظرفیت، اجتماع را به صورت مجموعه‌ای از افراد درک کرده که نیازمند انواع تعاملات مثبت از قبیل مهربانی تا اعتماد به همدیگر هستند. افراد دارای پذیرش اجتماعی، باور دارند افراد می‌توانند مؤثر و ساعی باشند. افراد این چنینی با دیگران با حسن خلق رفتار کرده و نظر مثبتی به ماهیت انسان دارند (عبداله‌تبار و همکاران، ۱۳۸۷: ۱۷۵).

^۱ social integration

^۲ social acceptance

سهم/داشت اجتماعی^۱

بیانگر ارزیابی فرد از ارزش اجتماعی خود است. افرادی که سطح بالایی از این بعد را دارا هستند، معتقدند که عضو مهمی در جامعه هستند و چیزهای ارزشمندی برای ارائه به دیگران دارند. این بعد بهزیستی اجتماعی نشان‌دهنده‌ی آن است که چگونه و تا چه حد مردم احساس می‌کنند که آنچه آنها انجام می‌دهند برای جامعه مهم و ارزشمند است و از لحاظ اجتماعی، مفید تلقی می‌شود (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴: ۲۵).

شکوفایی اجتماعی^۲

بیانگر ارزیابی پتانسیل‌ها و خط سیر حرکت جامعه است. به این معنی که فرد احساس می‌کند جامعه در حال تحول است و توانشی دارد که از طریق شهروندان و نهادهای اجتماعی در حال شکوفا شدن است. افرادی که سطح مطلوبی از این بعد را دارا باشند، نسبت به وضعیت کنونی و آینده‌ی جامعه امیدوارترند و معتقدند جهان در حال تبدیل شدن به مکانی بهتر برای همه‌ی افراد است (کییز، ۱۹۹۸: ۱۲۴).

پیوستگی اجتماعی^۳

اعتقاد به اینکه اجتماع قابل فهم، منطقی و قابل پیش‌بینی است. افرادی که از نظر اجتماعی سالم‌اند نه تنها درباره‌ی نوع جهانی که در آن زندگی می‌کنند، بلکه 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 در حقیقت درکی که فرد نسبت به کیفیت، سازمان‌دهی و اداره‌ی دنیای اجتماعی اطراف خود دارد (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴: ۷).

¹ social contribution

² social actualization

³ social coherence

جدول ۳: تعاریف عملیاتی متغیرهای مستقل، وابسته و مقیاس هر کدام

مقیاس	تعریف عملیاتی	ابعاد	متغیر مستقل
فاصله‌ای	میزان درآمد سرپرست	درآمد	پایگاه اقتصادی / اجتماعی
ترتیبی	میزان تحصیلات سرپرست خانوار	تحصیلات	
ترتیبی	منزلت شغلی سرپرست خانوار	شغل	
ترتیبی	اعتقاد به خداوند	اعتقادی	نگرش مذهبی
	اعتقاد به پیامبری حضرت محمد (ص)		
	اعتقاد به جهان آخرت		
ترتیبی	اعتقاد به عصمت پیامبران	عاطفی	
	علاقمندی به اسلام و بالیدن به آن		
	تنفر از توهین‌کنندگان به قرآن و پیامبر آمادگی برای جنگ و جان فدايي برای اسلام		
ترتیبی	میزان اعتماد به اعضای خانواده	بین فردی	اعتماد
	میزان اعتماد به فامیل و خویشاوندان		
	میزان اعتماد به دوستان		
	میزان اعتماد به همسایگان		
ترتیبی	قابل اعتماد بودن دیگران	تعمیم یافته	
	منصف بودن دیگران		
ترتیبی	میزان اعتماد به نمایندگان مجلس	نهادهای	
	میزان اعتماد به دادگاه‌ها و قضات دادگستری		
	میزان اعتماد به سیاستمداران		
	میزان اعتماد به پلیس و نیروی انتظامی		
	میزان اعتماد به روحانیون		
	میزان اعتماد به کسبه و بازاریان معلمان		
ترتیبی	تعداد دوستانی که با آن‌ها احساس نزدیکی می‌کند	اندازه‌ی شبکه	شبکه‌های اجتماعی
	تعداد خویشاوندانی که با آن‌ها احساس نزدیکی می‌کند		
	تعداد آشنایانی که با آن‌ها احساس نزدیکی می‌کند		
ترتیبی	میزان دیدار با دوستان	فراوانی تماس‌ها	
	میزان دیدار با خویشاوندان		
	میزان دیدار با آشنایان		
ترتیبی	میزان برخورداری از حمایت خانواده	حمایت خانواده	حمایت اجتماعی
ترتیبی	میزان برخورداری از حمایت دوستان	حمایت دوستان	

مقیاس	تعریف عملیاتی	ابعاد	متغیر مستقل
ترتیبی	میزان برخورداری از حمایت آشنایان (مثل همسایگان و همکاران)	حمایت آشنایان	امنیت اجتماعی
ترتیبی	مناسب بودن میزان درآمد	امنیت اقتصادی	
	عدم نگرانی در مورد ثبات شغلی		
	اعتقاد به برقرار بودن شایسته‌سالاری در استخدام‌ها		
	توانایی سرمایه‌گذاری بدون ترس و نگرانی		
ترتیبی	احساس امنیت در شهر	امنیت محیط شهری	
	توانایی تنها زندگی کردن بدون ترس		
	در امان بودن اموال مردم در شهر		
	عدم مزاحمت دیگران در محیط شهری		
ترتیبی	شرکت در اعتصابات بدون ترس	امنیت سیاسی	
	انتقاد از حکومت بدون ترس		
	فعالیت آزادانه گروه‌های غیر دولتی		
	بیان عقاید سیاسی بدون ترس و نگرانی		
ترتیبی	عدم ترس از مسافرت شخصی در شب	امنیت جانی	
	عدم نگرانی از قدم زدن به تنهایی در شب		
متغیر وابسته			
ترتیبی	احساس تعلق به گروه و جماعت	انسجام اجتماعی	سلامت اجتماعی
	در نظر گرفتن اجتماع و اطرافیان به عنوان منشا تسلی خاطر و آراش		
ترتیبی	احساس نزدیکی و صمیمیت با افراد جامعه	پذیرش اجتماعی	
	عدم چشم‌داشت و انتظار مردم در قبال کمک به دیگران		
	اعتقاد به خوب و مهربان بودن مردم		
ترتیبی	اهمیت مردم به مشکلات یکدیگر	سهم داشتن اجتماعی	
	اعتقاد به داشتن چیزهای ارزشمند برای ارائه به دنیا		
	ارزشمند بودن فعالیت‌های روزانه‌ی فرد برای جامعه		
ترتیبی	احساس داشتن چیز مهم برای عرضه به جامعه	پیوستگی اجتماعی	
	ساده و قابل فهم بودن دنیا		
	توانایی درک معنای اتفاقاتی که برای فرد رخ می‌دهد		
ترتیبی	فکر کردن و درک اتفاقاتی که در کشور رخ می‌دهد	شکوفایی اجتماعی	
	اعتقاد به اینکه دنیا در حال تبدیل شدن به مکانی بهتر است		
	اعتقاد به اینکه جامعه در حال حرکت به سمت ترقی و پیشرفت است		
ترتیبی	قابلیت حس بودن پیشرفت جامعه		

الف) سیمای یافته‌های توصیفی

از میان ۳۸۴ پاسخگو ۵۹ درصد زنان و مابقی مرد بودند. میانگین سنی نمونه ۳۱ سال، ۶۲ درصد متأهل و ۳۸ درصد نیز مجرد بودند و همچنین از نظر وضعیت پایگاه اقتصادی - اجتماعی حدود ۲۹ درصد نمونه در سطح بالا، ۴۱ درصد در حد متوسط و ۳۰ درصد نیز در سطح پایینی قرار داشتند. همچنین میزان تحصیلات افراد حدود ۲۸ درصد دیپلم و زیر دیپلم، ۵۵ درصد لیسانس و ۱۷ درصد نیز بالاتر از کارشناسی ارشد بوده‌اند. با توجه به جدول ۳، میانگین سلامت اجتماعی حدود ۴۳ به دست آمد که نسبت به مقدار متوسط آن یعنی ۴۱، حدود ۲ نمره بالاتر است؛ لذا میانگین سلامت اجتماعی کمی بالاتر از مقدار متوسط می‌باشد.

جدول ۴: آزمون t جهت مقایسه میانگین شاخص سلامت اجتماعی و مقدار متوسط

شاخص	مقدار t	درجه‌ی آزادی	میانگین	مقدار متوسط	اختلاف میانگین	sig
سلامت اجتماعی	۷/۴۵۳	۳۸۳	۴۳/۳۹۵	۴۱	۲/۳۹۵	۰/۰۰۰

جدول ۵: نتایج متغیرهای جمعیت‌شناختی با متغیر سلامت اجتماعی

نام متغیرهای مستقل	متغیر وابسته	نوع آزمون	مقدار		نتیجه
سلامت اجتماعی	سلامت اجتماعی	همبستگی پیرسون	۰/۱۱۵		رد
		تی مستقل	مجرد	۴۸/۴۲۱۸	تأیید
			متأهل	۶۱/۴۴۵۱	
		تی مستقل	مرد	۴۳/۰۰۸۸	رد
			زن	۴۳/۹۵۵۴	
				آزمون F	۰/۳۶۷
		همبستگی	۰/۵۶۱		

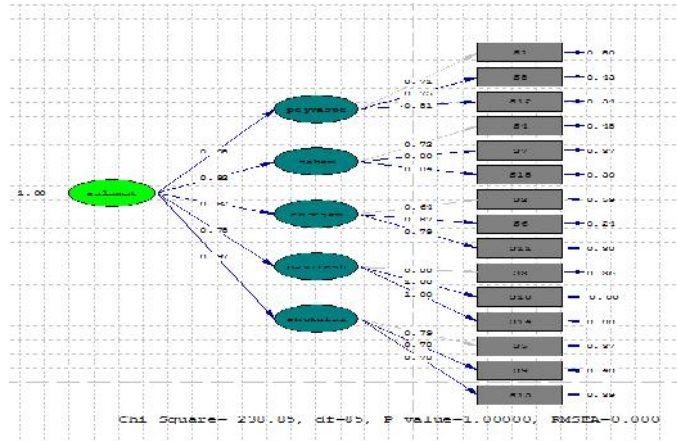
نتایج جدول ۵ حاکی از رابطه‌ی بین متغیرهای متغیر وضع تأهل، تحصیلات و سن با سلامت اجتماعی می‌باشد. ولی دو متغیر پایگاه اقتصادی - اجتماعی و جنسیت در این مطالعه با سلامت اجتماعی رابطه‌ی معناداری نداشتند.

ب) آزمون فرضیات اصلی تحقیق

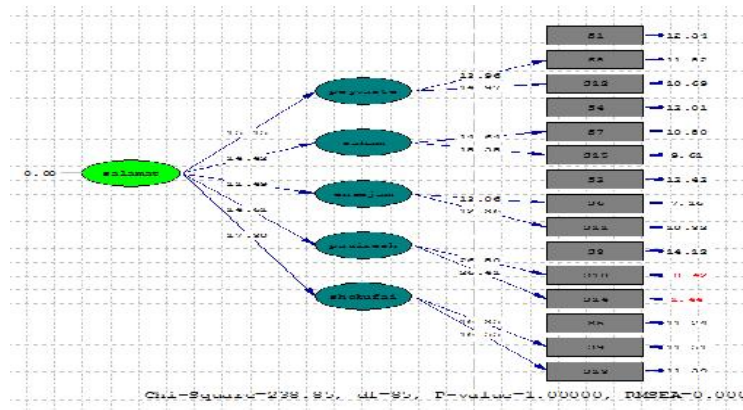
در این بخش فرضیه‌های مطرح شده در تحقیق مورد بررسی و تحلیل قرار می‌گیرند. بدین منظور ابتدا میزان تبیین هر متغیر توسط هر یک از سؤالات مرتبط با آن مورد بررسی قرار می‌گیرد، که برای حصول به این مقصود از تحلیل عاملی تأییدی استفاده شده است. سپس به منظور بررسی فرضیه‌ها و رابطه‌ی هر یک از متغیرها از مدل تحلیل مسیر استفاده گردیده که در ادامه نتایج هر بخش بیان می‌شود.

تحلیل عاملی تأییدی مرتبه دوم برای متغیر وابسته سلامت اجتماعی

برای تأیید اینکه عامل سلامت اجتماعی به پنج خرده مقیاس (پیوستگی، سهم داشت، انسجام اجتماعی، پذیرش و شکوفایی) مرتبط است، از تحلیل عاملی مرتبه‌ی دوم استفاده می‌گردد و با توجه به شکل‌های ۱ و ۲ می‌توان گفت تمامی ضرایب بدست آمده معنادار می‌باشد چرا که تمامی ضرایب دارای مقدار معناداری بیشتر از ۱/۹۶ می‌باشد.



شکل ۱: مدل تحلیل عاملی تأییدی مرتبه‌ی دوم برای متغیر سلامت اجتماعی (ضرایب استاندارد)



شکل ۲: مدل تحلیل عاملی تأییدی مرتبه‌ی دوم برای متغیر سلامت اجتماعی (ضرایب معناداری)

جدول ۶: مؤلفه‌های مقیاس سلامت اجتماعی

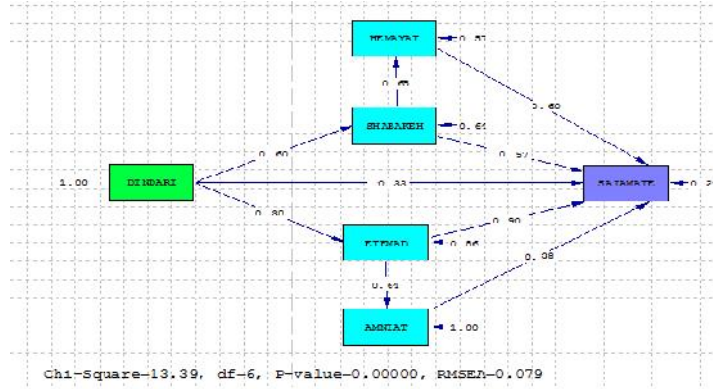
خرده مقیاس	ضریب استاندارد	وارianس تبیین شده	ضریب معناداری (t value)
پیوستگی اجتماعی	۰/۹۸	۰/۹۶	۱۵/۱۵
سهم داشت اجتماعی	۰/۹۲	۰/۸۴	۱۴/۴۲
انسجام اجتماعی	۰/۸۲	۰/۶۷	۱۱/۴۹
پذیرش اجتماعی	۰/۷۸	۰/۶۰	۱۴/۶۱
شکوفایی	۰/۹۷	۰/۹۴	۱۷/۳۰

همان‌طور که از جدول ۶ مشخص است خرده مقیاس پیوستگی مهم‌ترین خرده مقیاس سنجش متغیر سلامت اجتماعی است و پذیرش اجتماعی نیز کمترین نقش در مقیاس سلامت اجتماعی را دارد.

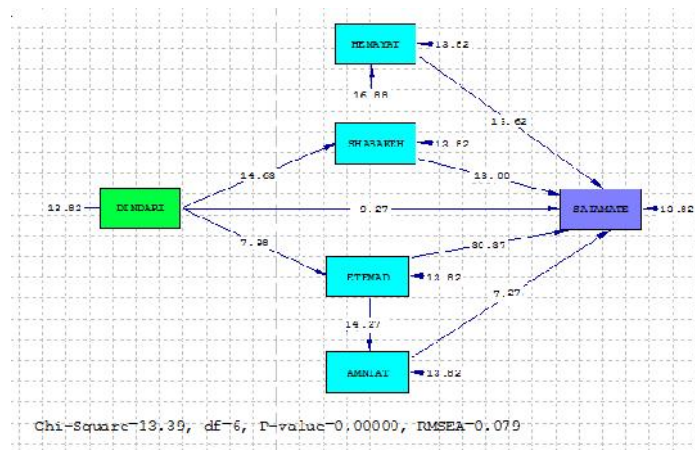
بررسی رابطه بین متغیرهای تحقیق و آزمون فرضیه‌ها

در این بخش به بررسی و آزمون فرضیه‌های مطرح شده از طریق مدل تحلیل مسیر می‌پردازیم. بعد از بیان مدل و جمع‌آوری داده‌ها، تخمین مدل با مجموعه‌ای از روابط شناخته شده بین متغیرهای اندازه‌گیری شده شروع می‌شود. مدل‌های مسیر به‌عنوان توسعه‌ی منطقی مدل‌های رگرسیونی چندگانه می‌باشد. هر چند تحلیل مسیر نیز مدل‌هایی با متغیرهای مشاهده شده چندگانه را شامل می‌شود، اما در آن امکان وجود هر

تعداد متغیر مستقل و وابسته و هر تعداد معادله وجود دارد. در خروجی نمودار؛ معناداری کلیه ضرایب و پارامترهای مدل مورد آزمون قرار می‌گیرد. برای معنادار بودن یک ضریب، اعداد معناداری باید از $1/96$ بزرگتر یا از $1/96$ کوچکتر باشد. نتایج مدل تحلیل مسیر و معناداری ضرایب مسیر در شکل ۳ و ۴ آمده است.



شکل ۳: تحلیل مسیر مدل تحقیق (ضرایب استاندارد)



شکل ۴: تحلیل مسیر مدل تحقیق (ضرایب معناداری)

در ادامه برای نمایش بهتر روابط و ضرایب پارامترهای مدل، جداولی به شکل زیر ارائه گردیده است.

جدول ۷: محاسبه اثرات مستقیم و غیر مستقیم و اثرات کل متغیرهای مستقل و وابسته

اثر کل	اثر غیر مستقیم	اثر مستقیم	متغیر وابسته (به)	متغیر مستقل (از)
۰/۳۹	(۰/۶۵×۰/۶)	-	حمایت اجتماعی	دینداری
۰/۶۰	-	۰/۶۰	شبکه‌ی اجتماعی	
۰/۳۸	-	۰/۳۸	اعتماد اجتماعی	
۰/۲۴	(۰/۶۴×۰/۳۸)	-	امنیت اجتماعی	
۰/۷۸	(۰/۹×۰/۳۸)+(۰/۳۸×۰/۶۴×۰/۳۸)+ (۰/۶×۰/۶۵×۰/۶)+(۰/۵۷×۰/۶)	۰/۳۳	سلامت اجتماعی	
۰/۶۵	-	۰/۶۵	حمایت اجتماعی	شبکه‌ی اجتماعی
۰/۶۹	(۰/۶×۰/۶۵)	۰/۵۷	سلامت اجتماعی	
۰/۶۰	-	۰/۶۰	سلامت اجتماعی	حمایت اجتماعی
۰/۶۴	-	۰/۶۴	امنیت اجتماعی	اعتماد اجتماعی
۰/۶۸	-	۰/۶۸	سلامت اجتماعی	
۰/۳۸	-	۰/۳۸	سلامت اجتماعی	امنیت اجتماعی

بر اساس جدول ۷، در بین متغیرها، دینداری دارای بالاترین اثر کل (۰/۷۸) بر روی متغیر سلامت اجتماعی است و پس از آن متغیر شبکه اجتماعی با اثر کل (۰/۶۹) است.

جدول ۸: نتایج ضرایب استاندارد و اعداد معناداری (تأیید یا رد فرضیات)

تأیید یا رد فرضیه	اعداد معناداری	ضریب استاندارد شده	متغیر وابسته (به)	متغیر مستقل (از)
تأیید	۱۴/۶۳	۰/۶۰	شبکه‌ی اجتماعی	دینداری
تأیید	۷/۹۸	۰/۳۸	اعتماد اجتماعی	
تأیید	۹/۲۷	۰/۳۳	سلامت اجتماعی	
تأیید	۱۶/۸۸	۰/۶۵	حمایت اجتماعی	شبکه‌ی اجتماعی
تأیید	۱۳/۸۸	۰/۵۷	سلامت اجتماعی	
تأیید	۱۳/۶۲	۰/۶۰	سلامت اجتماعی	حمایت اجتماعی
تأیید	۱۴/۲۷	۰/۶۴	امنیت اجتماعی	اعتماد اجتماعی
تأیید	۳۰/۳۷	۰/۹۰	سلامت اجتماعی	
تأیید	۷/۲۷	۰/۳۸	سلامت اجتماعی	امنیت اجتماعی

همان‌طور که در جدول ۹ مشاهده می‌شود ضرایب استاندارد برای ۵ فرضیه‌ی دیگر این تحقیق، اعداد معناداری لازم (بیشتر از ۱/۹۶) را داشته و بنابراین ۵ فرضیه‌ی این تحقیق تأیید می‌شود.

فرضیه‌ی ۶: هر چقدر شهروندان از دینداری بالاتری برخوردار باشند، سلامت اجتماعی بالاتری خواهند داشت.

با توجه به جدول ۷ و ۸ ضریب استاندارد شده بین دو متغیر ۰/۳۳ باشد. ضریب معناداری بین این دو متغیر ۹/۲۷ (بیشتر از ۱/۹۶) نشان می‌دهد که این رابطه معنادار می‌باشد.

اثر کل دینداری بر سلامت اجتماعی با متغیرهای میانجی (حمایت اجتماعی، شبکه‌ی اجتماعی، اعتماد اجتماعی و امنیت اجتماعی) بر روی متغیر سلامت اجتماعی برابر با ۱/۰۰ می‌باشد. اثر کل، تلفیقی از اثر مستقیم و اثر غیر مستقیم متغیرها می‌باشد. از آنجایی که اثرات متغیرهای مستقیم و غیر مستقیم بر روی متغیر سلامت اجتماعی همگی معنادار می‌باشند، بنابراین فرض صفر رد و فرض یک تأیید می‌شود. هر چقدر شهروندان از دینداری بالاتری برخوردار باشند، سلامت اجتماعی بالاتری خواهند داشت.

فرضیه‌ی ۷: هر چقدر شهروندان احساس امنیت اجتماعی بیشتری داشته باشند، از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردار خواهند بود.

با توجه به جدول ۸، ضریب استاندارد شده بین دو متغیر ۰/۳۷ باشد. ضریب معناداری بین این دو متغیر ۷/۲۷ (بیشتر از ۱/۹۶) نشان می‌دهد که این رابطه معنادار می‌باشد. بنابراین فرض صفر رد و فرض یک تأیید می‌شود. هر چقدر شهروندان احساس امنیت اجتماعی بیشتری داشته باشند، از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردار خواهند بود.

فرضیه‌ی ۸: برخورداری از شبکه‌ی اجتماعی گسترده‌تر، سلامت اجتماعی بالاتر را به همراه خواهد داشت.

با توجه به جدول ۸، ضریب استاندارد شده بین دو متغیر ۰/۵۷ باشد. ضریب معناداری بین این دو متغیر ۱۳/۸۸ (بیشتر از ۱/۹۶) نشان می‌دهد که این رابطه معنادار می‌باشد، اثر کل شبکه‌ی اجتماعی بر سلامت اجتماعی با متغیرهای میانجی (حمایت اجتماعی) بر روی متغیر سلامت اجتماعی برابر با ۰/۹۶ می‌باشد. اثر کل، تلفیقی از اثر

مستقیم و اثر غیر مستقیم متغیرها می‌باشد. از آنجایی که اثرات متغیرهای مستقیم و غیر مستقیم بر روی متغیر سلامت اجتماعی همگی معنادار می‌باشند، بنابراین فرض صفر رد و فرض یک تأیید می‌شود یعنی برخورداری از شبکه‌ی اجتماعی گسترده‌تر، سلامت اجتماعی بالاتر را به همراه خواهد داشت. وجود رابطه‌ی معنادار در این فرضیه، همسو با تحقیقات برکمن (۲۰۰۲) و رضایی (۱۳۹۲) است.

فرضیه‌ی ۹: هر چقدر سطح اعتماد اجتماعی شهروندان بالاتر باشد، سلامت اجتماعی بالاتری خواهند داشت.

با توجه به جدول ۸، ضریب استاندارد شده بین دو متغیر $0/90$ باشد. ضریب معناداری بین این دو متغیر $30/37$ (بیشتر از $1/96$) نشان می‌دهد که این رابطه معنادار است. بنابراین فرض صفر رد و فرض یک تأیید می‌شود، یعنی هر چقدر سطح اعتماد اجتماعی شهروندان بالاتر باشد، سلامت اجتماعی بالاتری خواهند داشت.

فرضیه‌ی ۱۰: هر چقدر شهروندان از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردار باشند، سلامت اجتماعی بالاتری خواهند داشت.

با توجه به جدول ۸، ضریب استاندارد شده بین دو متغیر $0/60$ باشد. ضریب معناداری بین این دو متغیر $13/62$ (بیشتر از $1/96$) نشان می‌دهد که این رابطه معنادار می‌باشد. بنابراین فرض صفر رد و فرض یک تأیید می‌شود. به این معنا که هر چقدر شهروندان از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردار باشند، سلامت اجتماعی بالاتری خواهند داشت.

نتایج نیکویی برازش مدل تحلیل مسیر

نیکویی برازش نشان می‌دهد که آیا مدل نظری به لحاظ آماری دارای معنا و مفهوم نظری و کاربردی می‌باشد یا نه. در جدول ۹ شاخص‌ها و مقادیر به دست آمده برای مدل تحلیل مسیر مورد مقایسه قرار گرفته‌اند.

جدول ۹: معیارهای برازش مدل

شخص برازش	معیار مقبولیت	آماره‌ی مدل تحقیق
$(Chi\ square)\ t^2$	$t^2 / df \leq 3$	۲/۲۳
$RMSEA^1$	$RMSEA < 0/08$	۰/۰۷۹
NFI^2	$NFI > 0/09$	۰/۹۳
CFI^3	$CFI > 0/95$	۰/۹۶
GFI^4	$GFI > 0/90$	۰/۹۲
$AGFI^5$	$AGF > 0/85$	۰/۸۷

همان‌طور که از جدول ۹ مشخص است با توجه به شاخص‌های ذکر شده، مدل تحلیل مسیر تحقیق از لحاظ برازش در وضعیت بسیار مناسبی قرار دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

مفهوم سلامت اجتماعی از جمله مفاهیم مهمی است که اخیراً مورد توجه صاحب‌نظران قرار گرفته است. هدف اصلی مطالعه‌ی حاضر، بررسی جامعه‌شناختی از سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در استان ایلام بود. جامعه‌ی آماری متشکل از سه شهر ایلام، دهلران و آبدانان و افراد بالاتر از ۱۵ سال بودند. وضعیت سلامت اجتماعی اندکی بالاتر از مقدار متوسط حاصل شد. این تخمین با تحقیقات مشابه که سطح سلامت اجتماعی را در ایران متوسط گزارش کرده‌اند همسو است (رضایی، ۱۳۹۲؛ حاتمی، ۱۳۸۹؛ هزارجریبی، ۱۳۹۰؛ عبدالله‌تبار، ۱۳۸۷؛ نیک‌ورز، ۱۳۸۹). اما باید تأکید کرد برخلاف تحقیقات قبلی در این مطالعه، قشر خاصی مدنظر نبوده بلکه عموم شهروندان بالای ۱۵ سال بود؛ زیرا در اکثر آنان جامعه‌ی آماری غالباً دانشجویان بوده، ولی در اینجا افراد بالای ۱۵ سال در نظر گرفته شد.

مدل سلامت اجتماعی حاکی از این است که، مؤلفه‌ی «پیوستگی اجتماعی» مهم‌ترین مؤلفه‌ی سلامت اجتماعی و کمترین نیز پذیرش اجتماعی بوده است. پیوستگی

¹ Root Mean Squarer of Approximation

² Normed Fit Index

³ Comparative Fit Index

⁴ Goodness of Fit Index

⁵ Adjusted Goodness of Fit Index

یعنی افرادی که از نظر اجتماعی سالم‌اند؛ نه تنها درباره‌ی نوع جهانی که در آن زندگی می‌کنند، بلکه 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 در حقیقت درکی که فرد نسبت به کیفیت، سازمان‌دهی و اداره‌ی دنیای اجتماعی اطراف خود دارد. مابقی فرضیات یعنی اعتماد، احساس امنیت، دینداری، شبکه‌ی اجتماعی و حمایت اجتماعی همگی با سلامت اجتماعی رابطه‌ی معناداری و مورد تأیید قرار گرفتند. در این مدل، بالاترین تأثیر مستقیم و غیر مستقیم یعنی اثر کل؛ به ترتیب، دینداری، شبکه‌ی اجتماعی، اعتماد اجتماعی، حمایت اجتماعی و امنیت اجتماعی بر سلامت اجتماعی بودند. در این تحقیق، متغیر سن با سلامت اجتماعی رابطه‌ی معناداری داشت. می‌توان گفت، افراد با افزایش سن، در زندگی مهارت بیشتری به دست آورند، در برخورد با مشکلات با شکیبایی برخورد نمایند و در کل، رویکردی با ظرفیت بالاتر اتخاذ نمایند. این متغیر در برخی تحقیقات گذشته با حوزه‌ی سلامت اجتماعی رابطه داشته و در برخی هم تأیید نشده است. نتیجه‌ی این فرضیه با تحقیقات رضایی (۱۳۹۲)، حاتمی (۱۳۸۸) و جوشن‌لو (۱۳۸۶) همخوانی دارد، ولی با تحقیق کیزی (۱۹۹۸) چنین نیست.

در بررسی تحصیلات و سلامت اجتماعی که رابطه‌ی معناداری بین آنان مشاهده شد می‌توان گفت؛ تحصیلات بالاتر منجر به کسب نگرش‌های جدیدتری در افراد می‌شود و این سبب می‌شود در برخورد با مشکلات از دانش و تجارب بیشتری برخوردار باشند. همچنین، جامعه از افراد تحصیل کرده انتظار دارد که افرادی با ظرفیت بالاتر و فعال‌تر در تعاملات جامعه و بین افراد باشند. چنین افرادی تلاش بیشتری خواهند نمود در عرصه‌های مختلف نقش‌پذیری حاضر باشند و دید امیدوارانه‌تر و مثبت‌تری به آینده داشته باشند. پس می‌توان انتظار داشت تحصیلات بالاتر، سطح مطلوب‌تری از سلامت اجتماعی را به همراه داشته باشد. برخی تحقیقات از قبیل عبدالله‌تبار (۱۳۸۶)، رضایی (۱۳۹۲)، کینز (۱۹۹۸) و (۲۰۰۴) نیز در بررسی‌های خود تأثیر تحصیلات بر سلامت اجتماعی را گزارش کرده‌اند. معناداری بین وضع تأهل و سلامت اجتماعی نیز چنین است که افراد متأهل با درگیر شدن در خانواده و گرفتن نقش‌ها و مسئولیت‌های مختلف بیشتر می‌توانند خود را فرد باارزشی نشان دهند. آنان با تشکیل خانواده نگرانی‌های خود را کاهش داده و در مسیر تعالی خود قدم می‌نهند. ولی افراد مجرد به واسطه‌ی عدم تشکیل خانواده نگرانی‌ها و دغدغه‌های مربوط به انتخاب همسر، شروع زندگی و از این قبیل را دارند. همین می‌تواند در سلامت اجتماعی این افراد ایجاد نگرانی نماید. این یافته با تحقیقات حاتمی (۱۳۸۹)،

عبداله تبار (۱۳۸۶)، کیزی (۲۰۰۴) و پاتنام (۲۰۰۴) همسو است. به هر حال ازدواج موجبات آرامش روحی و روانی را برای فرد متأهل و عدم آن را برای افراد مجرد ایجاد می‌نماید و این می‌تواند مستقیم و یا غیر مستقیم در ایجاد سلامت اجتماعی مؤثر باشد.

فرض اولیه در رابطه با جنسیت و سلامت اجتماعی بر این بود سلامت اجتماعی در مردان بهتر از زنان باشد. اما نتیجه‌ی این فرضیه خلاف آن را نشان داد. البته در تحقیقات باباپور خیرالدین (۱۳۸۸) و رضایی (۱۳۹۲) نیز چنین بوده است. در استان ایلام با توجه به استقبال زنان از تحصیل و ادامه‌ی تحصیل، برخی نگرش‌های جنسیتی رو به تغییر نهاده است. گمان می‌رود وقتی زنان باسوادتر شوند، مشابه هم‌تایان مرد خود؛ نگرش‌های مثبت‌تری اتخاذ نمایند. پس در تبیین آن می‌توان گفت زنان با ورود به عرصه‌ی تعلیم و تربیت بیشتر دچار تعاملات در سطح جامعه و بین فردی می‌شوند و این می‌تواند باعث شود که شاهد تفاوت معناداری در برخورداری از سلامت به واسطه‌ی جنسیت نباشیم.

انتظار می‌رفت بین پایگاه اقتصادی - اجتماعی و سلامت اجتماعی رابطه‌ی معناداری حاصل شود، لیکن چنین نتیجه‌ای حاصل نشد. در مطالعات کیزی (۱۹۹۸) و حاتمی (۱۳۸۹)، وجود رابطه و در مطالعات رضایی (۱۳۹۲)، خیرالدین (۱۳۸۸)، و جوشن‌لو (۱۳۸۶)، عدم رابطه مشاهده شده است. به زعم برخی دنبال کردن اهداف مادی در زندگی می‌تواند منجر به کاهش سلامت اجتماعی شود بدین دلیل که تعقیب چنین اهدافی در زندگی شانس به دست آوردن اهداف لذت‌بخش دیگر را کاهش می‌دهد (باباپور خیرالدین، ۱۳۸۸: ۲۳). یافته‌ی حاضر نیز می‌تواند چنین تبیین شود که هر چند معناداری بین دو متغیر مشاهده نشد، اما این می‌تواند ناشی از متغیرهای میانجی دیگری بر سلامت اجتماعی باشد. به هر حال نمی‌توان با قطعیت تمام بین دو متغیر رابطه‌ی معناداری قائل شد. لاقلاً نتایج تحقیقات گذشته در این موضوع یکسان نیست.

در این مطالعه، نتیجه‌ی فرضیه‌ی دینداری و سلامت اجتماعی هم‌جهت با تحقیقات سراج‌زاده و همکاران (۱۳۹۲) و رضایی (۱۳۹۲) بود. در واقع کارکردگرایان معتقد بودند که دین تأثیری جدی بر سلامت دارد. در تبیین آن می‌توان گفت، دین نوعی حس اشتراک و وحدت جمعی بین افراد ایجاد می‌نماید و محصول آن می‌تواند همبستگی بین افراد باشد. به هر حال دین شور و شوق همبستگی را ایجاد می‌نماید و این می‌تواند در بهبود سلامت یک جامعه و محله به‌طور مستقیم و غیر مستقیم مفید و مؤثر باشد.

بین امنیت اجتماعی و سلامت اجتماعی نیز رابطه‌ی معناداری مشاهده گردید. امنیت یکی از نیازهای اصلی در سلامت افراد است. این یافته گویای آن است که وجود امنیت به

افراد حس آرامش داده و وجود آرامش در زندگی منجر به سلامت اجتماعی می‌گردد. تلقی‌ای که افراد از امنیت دارند موجب تصور مثبت از خود، جامعه و به‌طور کلی دیگران می‌گردد و این باعث می‌شود این تصورات در سلامتی اجتماعی افراد نقش مؤثری ایفا نماید.

بین عضویت در شبکه‌های اجتماعی و سلامت اجتماعی نیز رابطه حاصل شد. طبق نظریه‌ی شبکه؛ گستردگی شبکه‌ی اجتماعی افزایش تعاملات و ارتباطات بین فردی را در بر دارد. لذا افراد دارای این ویژگی می‌توانند نقش‌های اجتماعی را به عهده گرفته و مسئولیت بر عهده گرفتن چنین نقش‌هایی می‌تواند موجب ارتقاء سلامت اجتماعی شود. رابطه‌ی بین اعتماد اجتماعی و سلامت اجتماعی نیز تأیید شد. افراد دارای اعتماد اجتماعی به دلیل داشتن نگرشی امیدوارانه‌تر و مثبت به وقایع زندگی در قبال جامعه و افراد نسبت به افرادی که اعتماد اجتماعی ندارند بیشتر دارای سلامت اجتماعی هستند. بنابراین وقتی افراد دارای نگرش مثبتی به جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنند باشند، این باعث می‌شود از سلامت اجتماعی بهتری برخوردار باشند (رضایی، ۱۳۹۲: ۷۷).

معناداری رابطه‌ی بین اعتماد اجتماعی و سلامت اجتماعی نیز نتایج تحقیقات نیک‌ورز (۱۳۸۹)، زکی (۱۳۹۲)، پورافکاری (۱۳۹۱) و نجف‌آبادی (۱۳۹۰)، را مورد تأیید قرار می‌دهد. افراد دارای اعتماد اجتماعی نگرشی امیدوارانه‌تر و مثبت‌تر به وقایع زندگی در قبال جامعه و افراد دارند؛ لذا در اینجا این استدلال چنین است که اعتماد در بین افراد باعث ایجاد استحکام در روابط اجتماعی و زمینه‌ساز انسجام و مشارکت اجتماعی را فراهم می‌نماید و این در نهایت می‌تواند در سلامت اجتماعی افراد مؤثر باشد.

در تحقیقاتی از قبیل ساراسون (۱۹۸۵)، قانندی (۱۳۸۷) و بخشی‌پور (۱۳۸۴)، وجود رابطه‌ی بین سلامت اجتماعی و حمایت اجتماعی گزارش گردیده شده است. برخورداری از حمایت مناسب از سوی گروه‌های نخستین و در مراتب بعد گروه‌های دومین می‌تواند این ظرفیت و بینش را به افراد بدهد که در صورت مواجهه با گرفتاری‌ها و سختی‌ها تنها نیستند؛ لذا پیرو این می‌توان گفت؛ اتخاذ چنین رویکردی از سوی افراد منجر به سلامت اجتماعی خواهند کرد. حمایت اجتماعی حسی توأم با مورد تأیید دیگران قرار گرفتن، حس دوست داشتن توسط دیگران و ... را به این افراد می‌دهد و همین موجب می‌شود که سلامت اجتماعی این افراد در سطح مطلوبی باشد.

پیشنهادهاد

همان‌طور که گفته شد سلامت اجتماعی مرکب از دو مؤلفه‌ی مهم در حوزه‌ی اجتماعی و روانشناسی است. با این وجود آن‌طور که شایسته است به مؤلفه‌ی اجتماعی آن پرداخته نشده است. لذا انتظار می‌رود به این مؤلفه‌ی اساسی که امروزه نقش آن حتی بیشتر از سلامتی جسمی می‌باشد باید در نظر گرفته شود.

۱) همان‌طور که نشان داده شد اعتماد اجتماعی از جمله مؤلفه‌های اساسی در سلامت اجتماعی است که در این تحقیق نیز رابطه‌ی معناداری با سلامت اجتماعی نشان داد. از آنجایی که استان ایلام هنوز بافت سنتی خود را در بسیاری از جنبه‌های زندگی از دست نداده است باید به تقویت این بعد پرداخت. تشکیل سازمان‌های مردم‌نهاد، می‌تواند در تقویت و استواری این مهم نقش بسزایی داشته باشد.

۲) در بعد حمایت اجتماعی خانواده‌ها باید به این مهم اهتمام بیشتری داشته باشند. ایجاد همایش‌ها و کارگاه‌های مرتبط با حمایت از جوانان، می‌تواند این مسأله مهم را برجسته کند. تشویق و ارزش‌گذاری جوانان نخبه‌نخبه و خلاق در شهر می‌تواند حس دوست داشتن از سوی دیگران و توجه به دستاوردهایشان را به آنها بدهد.

۳) امنیت اجتماعی در ابعاد مخالف آن باید جمع سازمان‌های متولی را در خود ببیند. نیروی انتظامی، دادگاه‌ها و کلیه‌ی نهادهای مرتبط باید زمینه‌ی امنیت جانی و اجتماعی مردم را تأمین و با افراد مزاحم مردم برخورد‌های مناسب را داشته باشند.

۴) ترویج و دادن فرصت به مشارکت مردم در نقش‌های مختلف شهری می‌تواند در ارتقاء همبستگی اجتماعی مردم مؤثر باشد.

۵) شواهدی مبنی بر وجود رابطه‌ی بین پیوستگی اجتماعی و سلامت وجود دارد (غفاری و رضانی، ۱۳۸۸: ۹۵). لذا تقویت روابط اجتماعی و تقویت شبکه‌های اجتماعی می‌تواند منجر به ارتقاء سلامت و سلامت اجتماعی به‌طور خاص گردد. پیشنهاد می‌شود مدارس و رسانه‌ها که بیشتر بر نوجوانان تأثیر دارند برنامه‌هایی در این مورد تهیه کنند.

فهرست منابع:

- باباپور خیرالدین، جلیل؛ طوسی، فهیمه و حکمتی، عیسی (۱۳۸۸). "بررسی نقش تعیین‌کننده در سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز"، فصلنامه‌ی روانشناسی دانشگاه تبریز، سال چهارم، شماره‌ی ۱۶.
- رضایی، امید (۱۳۹۲). بررسی سلامت اجتماعی شهروندان شهر مشهد و عوامل مؤثر بر آن، پایان‌نامه‌ی کارشناسی‌ارشد، دانشگاه علامه.
- حاری، هادی؛ اولیایی‌منش، علی‌رضا و نجات، سحرناز (۱۳۹۴). "عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی کارکنان شاغل در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی"، آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ایران، دوره‌ی ۳، زمستان.
- زاهدی‌اصل، محمد و پیلهوری، اعظم (۱۳۹۳). "فراتحلیلی بر مطالعات مربوط به سلامت اجتماعی"، فصلنامه‌ی برنامه‌ریزی رفاه و توسعه‌ی اجتماعی، شماره‌ی ۱۹.
- سن، آمارتیا (۱۳۸۲). توسعه به مثابه آزادی، ترجمه‌ی وحید محمودی، انتشارات دانشگاه تهران.
- سام‌آرام، عزت‌الله (۱۳۸۸). بررسی رابطه‌ی سلامت اجتماعی با امنیت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه‌محور، فصلنامه‌ی انتظام اجتماعی، سال اول، شماره‌ی ۱.
- شربتیان، محمدحسن و طوافی، پویا (۱۳۹۴). "تحلیل جامعه‌شناختی ارزیابی ذهنی جوانان از شاخص‌های سلامت اجتماعی (مطالعه‌ی موردی: جوانان شهرستان قاین خراسان جنوبی، جامعه‌شناسی مطالعات جوانان، دوره‌ی ۶، تابستان ۱۳۹۴).
- عبداله‌تبار، هادی؛ کلدی، علیرضا؛ محقق، سید حسین؛ فروزان، آمنه و صالحی، مسعود (۱۳۸۷). "بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان"، فصلنامه‌ی رفاه اجتماعی، شماره‌ی ۳۰ و ۳۱.
- فتحی، منصور؛ عجم‌نژاد، رضا و خاک‌رنگین، مریم (۱۳۹۱). "عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی معلمان شهر مراغه"، فصلنامه‌ی رفاه اجتماعی، شماره‌ی ۴۷.
- کنگولو، مریم (۱۳۸۷). بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیر شاهد دانشگاه علامه، پایان‌نامه‌ی کارشناسی‌ارشد مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- کوزر، لوئیس (۱۳۸۵). زندگی و اندیشه‌ی بزرگان جامعه‌شناسی، ترجمه‌ی محسن ثلاثی، انتشارات علمی.

گیدنز، آنتونی (۱۳۸۹). پیامدهای مدرنیت، ترجمه‌ی محسن ثلاثی، نشر مرکز. نیک‌ورز، طیبه (۱۳۸۹). بررسی رابطه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی با سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان، پایان‌نامه‌ی کارشناسی‌ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه شهید باهنر.

مرکز آمار ایران (۱۳۹۱). سالنامه‌ی آماری استان ایلام، فصل دوم، جمعیت. ودادهیر، ابوعلی و ساداتی، محمدحانی (۱۳۹۰). سلامت در زندگی اجتماعی - فرهنگی شهر تهران، انتشارات جامعه و فرهنگ. هزارجریبی، جعفر و ارفعی عین‌الدین، رضا (۱۳۹۰). اوقات فراغت و سلامت اجتماعی، فصلنامه‌ی برنامه‌ریزی رفاه و توسعه‌ی اجتماعی، شماره ۱۰.

Cicognani, Elvira. Pirini, claudia. Keyes, Cory (2008). "Social Participation, Sense of Community and social well-being: A Study on American", Italian and Iranian University Students. 89:97-112 .

Fiori Katherine L, Denckla Christy A. (2012). "Social Support and Mental Health in Middle-Aged Men and Women", J Aging Health; Vol. 24, 3: pp. 407-438, first published on March 6, 2012 .

Kawachi, I. (1999). "Income Inequality & Health Pathways & Mechanism", Health Services Research, 34 (1), 412-425.

Keyes, C. L. M. (1998). "Social Well-being", Social Psychology Quarterly, 61: 121-140.

Keyes, C. M. and Shapiro, A. (2004). "Social Well-being in the U.S.A", Descriptive Epidemiology, How healthy is we, 15(3), 350-372.

Macinka, J. and Sh. Starfield (2003). "Income Inequality", health: a Critical Review the Literature Medical Care Research Review, Vol. 60. No. 4 PP: 407-452.

Nilsson Jan, A. K. M, R. Masud , Nahar Kabir Z. (2006). Social Capital and Quality of Life in Old Age Results from a Cross-Sectional Study in Rural Bangladesh, J Aging Health; vol. 18, 3: pp, 419-434.

Purdy, M. and D. Bands (2001). The Sociology and Politics of Health, London: Routledge Robeyns The world health reports.

Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization. (2009), Available at: <http://discovermagazine.com/2009/oct/fearworld>.

Shapiro A. and C. M. Keyes (2008). "Marital Status and Social Well-being", are Married Always Better off?, Springer, 88:329-346.