مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره ۳۴، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۵: ۲۱۵-۲۳۲

● مقاله تحقیقی کد مقاله: ۱۹

تأثیر احساس امنیت اجتماعی بر سلامت اجتماعی پزشکان (مورد مطالعه؛ پزشکان شهر تهران)

دکتر ادریسی افسانه ۱
شیخ‌داد زاده لیلا ۲*
دکتر بزرگری محمدرضا ۳

۱- استادیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی تهران
۲- کارشناس ارشد پژوهش علوم اجتماعی
۳- متخصص طب فیزیکی و توانبخشی پژوهشگر

* نشانی نویسنده مسؤول: تهران، شهرک غرب، فاز ۶، گل‌افشان جنوبی، خیابان اقاقیا، پلاک ۴

تلفن: ۸۸۰۹۶۶۲۴

نشانی الکترونیکی:
Leylasheikhdad@yahoo.com

چکیده

زمینه: این مقاله در نظردارد تأثیر احساس امنیت اجتماعی بر سلامت اجتماعی پزشکان شهرتهران را مورد بررسی قرار دهد. از این روبه نظر می‌رسد بین متغیر سلامت اجتماعی پزشکان به عنوان متغیر وابسته و متغیر احساس امنیت اجتماعی پزشکان به عنوان متغیر مستقل اصلی و متغیرهای دینداری، رضایت از زندگی، اخلاقیات اجتماعی و ارزیابی خود توسط مردم به عنوان متغیرهای مستقل ثانویه رابطه معناداری وجود دارد. چارچوب مفهومی استفاده شده بیشتر براساس نظریه کییز می‌باشد.

روش کار: روش تحقیق با رویکرد توصیفی- علی و تکنیک پیمایش و ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بوده است. جامعه آماری پزشکان مشغول به کار در شهر تهران بوده‌اند که با روش نمونه‌گیری تصادفی- سیستماتیک و با حجم نمونه ۴۱۰ نفر انتخاب شده‌اند. در تجزیه و تحلیل اطلاعات از ابزار آمار و نرم افزار SPSS، نسخه ۲۱ استفاده شده است.

یافته‌ها: یافته‌های این پژوهش حاکی از آن است که احساس امنیت اجتماعی بر سلامت اجتماعی مؤثر است. به عبارت دیگر با افزایش احساس امنیت اجتماعی، سلامت اجتماعی پزشکان نیز افزایش می‌یابد و علاوه بر آن میان متغیرهای مستقل ثانویه، دینداری، رضایت از زندگی. اخلاقیات اجتماعی و ارزیابی خود توسط مردم با سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد.

نتیجه‌گیری: دو متغیر احساس امنیت اجتماعی و پس از آن رضایت از زندگی نقش پر رنگ‌تری را در ارتقای سلامت اجتماعی ایفا می‌کنند. پلیس به عنوان یکی از نهادهایی که وظیفه‌اش تأمین امنیت در جامعه است، بایستی از طریق گسترده‌تر کردن ارتباط با شهروندان، شنوای نیازها و درخواست‌های مردم در بخش‌های مختلف جامعه باشد. تلاش نهادهای مختلف در بالا بردن رضایت از زندگی به شیوه‌های مختلفی از قبیل آموزش‌هایی در جهت ایجاد نگرش مثبت به زندگی، آموزش مهارت‌های زندگی به منظور افزایش لذت بردن از زندگی می‌تواند مفید واقع گردد. همچنین باید به نقش نهادهای دینی، مبلغین دینی و متولیان دینی توجه داشت. این نهادها که داعیه داران دین و اخلاق هستند، به عنوان الگو مسئولیت سنگینی در عمل به رفتارهای دینی و اخلاقی بر دوش آنان می‌باشد.

واژگان کلیدی: سلامت اجتماعی- احساس امنیت اجتماعی- دینداری- رضایت از زندگی- ارزیابی خود توسط مردم- پزشکان شهر تهران

تاریخ دریافت مقاله: ۹۴/۱۱/۲۷ تاریخ اصلاح نهایی: ۹۵/۱۱/۲۴ تاریخ پذیرش مقاله: ۹۵/۳/۲۹

مقدمه

سلامت در طول سده‌ها از یک مفهوم انفرادی به صورت یک هدف اجتماعی جهانی و دربرگیرنده کیفیّت زندگی در آمده است. سلامت با همه جوانب از جمله حقوق اولیه انسانی و شاخص‌های عدالت اجتماعی می‌باشد.

سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد است که در عرصه اجتماع به ظهور می‌رسد. زمانی شخص را واجد سلامت اجتماعی می‌شماریم که بتواند فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی خود را در حد متعارف بروز و ظهور دهد و با جامعه و هنجارهای موجود، احساس پیوند و اتصال کند. مثلاً فردی که اعتیاد دارد به علت این است که سلامت اجتماعی او دچار مشکل شده است، یا اگر طلاقی اتفاق می‌افتد سلامت اجتماعی زن و شوهر مشکل دارد (سام آرام، ۱۳۸۷).

واقعیت تحولات اجتماعی گویای آن است که چهره بیماری‌ها و اختلالات در حال دگرگونی است و پدیده انتقال اپیدمیولوژیک در حال وقوع است و به سرعت پیش می‌رود و موجب بیماری‌ها و اختلالات می‌شود، به نحوی که تا سال ۲۰۲۰ در همه جهان منشاء بر هم زننده سلامت اختلالات و بیماری‌های روانی، رفتاری و اجتماعی خواهد بود (مرندی، ۱۳۸۵).

سلامت بازتاب شرایط افراد جامعه است. سلامت از عوامل اجتماعی و امنیت ریشه می‌گیرد و مداخله در این عوامل فراتر از حرفه پزشکی است. جیمز متوجه شد که «شخصیت یا خود اجتماعی» در طی روابط اجتماعی و پایگاه‌ها و نقش‌هایی که فرد به عهده می‌گیرد، شکل می‌یابد (توسلی، ۱۳۶۹: ۲۷۰). به عبارت دیگر سلامت اجتماعی عبارت است از ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که وی عضوی از آن‌هاست (Keyes, ۲۰۰۴).

با توجه به تغییر الگوهای مؤثر بر سلامت و شناخت عواملی که بر سلامت مؤثرند، مطالعات زیادی در ایران نشده است، ولی بررسی وضع سلامت می‌تواند برنامه‌ریزان را در سیاست‌گذاری‌های خود یاری رساند، شناخت وضع موجود و برنامه‌ریزی بر اساس آن موجب اجتناب از اتلاف منابع انسانی و مالی در سطوح مختلف فردی، گروهی و اجتماعی می‌شود. رویکردهای انسان محور توسعه برای سلامت ارزش فراوانی قائلند و اعتقاد دارند تا سلامت نباشد، افراد خانواده‌ها، جوامع و ملت‌ها نمی‌توانند امیدی برای دست یافتن به اهداف اجتماعی و اقتصادی داشته باشند (تقی‌پور جاوی، ۱۳۹۰: ۲).

بر پایه اظهارنظر کمیسیون عوامل تعیین‌کننده روانی- اجتماعی سلامت WHO نزدیک ۸۵ درصد عوامل تأثیرگذار بر سامانه سلامت، به جز عوامل زیستی و ژنتیک است، که به نظر می‌رسد در تمامی کشورها، از جمله ایران، نادیده گرفته شده است. اگر چه برای سلامت اجتماعی تعریف و شاخص‌گذاری یکسان جهانی وجود ندارد، متناسب با هر منطقه شاخص‌های خاصی به کار رفته است. از دیدگاه صاحب‌نظران ایران شاخص‌های سلامت اجتماعی عبارت است از: نبود فرد فقیر، خشونت، تبعیض جنسی، بیکاری و تبعیض قومی- نژادی- منطقه‌ای؛ کنترل رشد جمعیت؛ برابری همگان در برابر قانون؛ رعایت پیمان حقوق بشر و سایر پیمان‌های مرتبط با حقوق انسان؛ آموزش اجباری و رایگان تا پایان دوره راهنمایی؛ دسترسی همگان به خدمات سلامت؛ وجود امنیت و آزادی عقیده؛ احساس رضایت از زندگی؛ زیر پوشش بیمه بودن تمامی مردم؛ توزیع عادلانه درآمدها (حق افراد داده شود و همه برای کسب درآمد فرصت برابر داشته باشند)؛ مشروعیت حکومت نزد مردم؛ انتخاب حاکمان به شیوه مردم سالارانه و نظارت مردم بر آنها (Rafiei, H., Samiei, M. Amini Razani, M. & Akbarian, 2010).

وضعیت موجود و آنچه که لازم است مورد توجه قرار گیرد، نشان می‌دهد که اهمیت سلامت روانی و نیز سلامت اجتماعی در سامانه سلامت کشورها و نیز ایران تا حد زیادی نادیده گرفته شده است. بنابراین برای آینده سلامت روانی و اجتماعی ایران و نیز شهر تهران احساس نگرانی می‌شود. لذا در پژوهش حاضر تلاش می‌شود تا تأثیر احساس امنیت اجتماعی در کنار متغیرهای دینداری، رضایت از زندگی، اخلاقیات اجتماعی و ارزیابی خود توسط مردم بر سلامت اجتماعی پزشکان شهر تهران مورد بررسی قرار گیرد.

پیشینه تجربی و ادبیات نظری

تقی‌پور جاوی (۱۳۹۰)، در پژوهش خود نشان داد که میزان سلامت اجتماعی کارکنان در حد خوب می‌باشد. همچنین نتایج حاکی از آن است که میزان سلامت اجتماعی در گروه‌های مختلف تحصیلات تفاوت معنی‌داری دارد ولی سلامت اجتماعی در گروه‌های دیگر (جنسیت، محل زندگی، سن، سمت شغلی و وضعیت تأهل) تفاوت معناداری ندارد.

حاتمی (۱۳۸۹)، با هدف بررسی میزان سلامت اجتماعی در بین دانشجویان با تأکید بر شبکه‌های اجتماعی در بررسی میدانی

۳۸۳ نفر از دانشجویان دانشگاه علامه را به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای متناسب انتخاب و مورد مطالعه قرار داد. سلامت اجتماعی دانشجویان به صورت توزیع تقریباً نرمال و در حد متوسط به دست آمده است. بین شبکه‌های اجتماعی، منابع حمایت اجتماعی شبکه‌ها، ارتباط شبکه‌ای و پایگاه اقتصادی- اجتماعی دانشجو با میزان سلامت اجتماعی او ارتباط معنی‌دار آماری به اثبات رسید و در تحلیل رگرسیونی متغیرهای وارد شده در مدل توانسته‌اند در حدود ۲۷ درصد تغییرات واریانس متغیر سلامت اجتماعی دانشجویان را تبیین کنند که قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده، متغیر ارتباط شبکه‌ای بوده است. سلامت اجتماعی دانشجویان به عنوان سازه‌ای اجتماعی از کمیت و کیفیت حضور و فعالیت در شبکه‌های اجتماعی تأثیر می‌پذیرد.

پل در سال ۲۰۰۷ مطالعه‌ای جهت بررسی رابطه بین عملکردهای ارتباطی، سلامت اجتماعی، معنوی و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به سرطان انجام داد. نمونه‌های این مطالعه افراد مبتلا به سرطان بین سنین ۳۵ تا ۸۰ سال بودند که به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده برای جمع‌آوری داده‌ها، ابزار اندازه‌گیری کیفیت زندگی، پرسشنامه سلامت اجتماعی، معنوی و پرسشنامه عملکرد اجتماعی بوند. تجزیه و تحلیل آماری نشان داد که سلامت معنوی عمده‌ترین عامل تأثیرگذار در کیفیت زندگی این افراد بود و سلامت اجتماعی پس از سلامت معنوی در رتبه دوم قرار داشت ولی عمکردهای ارتباطی این افراد رابطه‌ای با کیفیت زندگی آن‌ها نداشت (عبدالله تباردرزی، ۱۳۸۶: ۴۰).

ملاحظات رسمی برای سلامت اجتماعی در سال ۱۹۴۷ با گنجاندن آن در تعریف سازمان بهداشت جهانی و با تأکید بر رفتار با بیماران به عنوان موجودات اجتماعی که در یک بافت اجتماعی پیچیده زندگی می‌کنند، فعال شد (WHO, ۱۹۸۰).

دونالد در سال ۱۹۷۹، تعریف مهم و قابل استفاده زیر را در تعریف سلامت اجتماعی بیان کرد: «سلامت اجتماعی یعنی کیفیت و کمیت تساوی افراد و وسعت درگیر شدن اشخاص با اجتماع» (تقی‌پور، ۱۳۸۹: ۳۸).

سلامت اجتماعی نوعی بهداشت روانی، فردی و اجتماعی است که در صورت تحقق آن در جامعه شهروندان دارای انگیزه و روحیه شاد می‌باشند و در نهایت جامعه شاداب و سلامت خواهد بود. در واقع زندگی سالم محصول تعامل اجتماعی بین انتخاب‌های فردی از یک‌سو و محیط اجتماعی و اقتصادی احاطه‌کننده افراد از سوی دیگر است. سلامت اجتماعی در زندگی در واقع همان ارزیابی‌ها و نگرش‌های مثبت و منفی افراد از دیگرانی می‌باشد که در طی زندگی روزمره خود با آنان در تعامل اجتماعی هستند. «سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد است که در عرصه اجتماع به ظهور می‌رسد. زمانی شخص را واجد سلامت اجتماعی می‌شمریم که بتواند فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی خود را در حد متعارف بروز و ظهور دهد و با جامعه و هنجارهای اجتماعی احساس پیوند و اتصال کند.» (سام آرام، ۱۳۸۷: ۲۴).

از نظر تجربی مفهوم سلامت اجتماعی ریشه در ادبیات جامعه‌شناسی مربوط به ناهنجاری و بیگانگی اجتماعی دارد. سلامت اجتماعی به چگونگی وضعیت ارتباط بین فرد و جامعه به گونه‌ای که افراد در چارچوب‌های اجتماعی خوب نگردند، زمینه‌ای آنومیک و مساعد برای رشد انحرافات اجتماعی می‌باشد. در چنین حالتی یک نوع فردگرایی افراطی، خواسته‌های فردی را در مقابل حیات اجتماعی قرار می‌دهد (اکبریان و دیگران، ۱۳۸۹: ۹۷).

از نظر دورکیم هر نوع ورطه یا فاصله بین فرد و جامعه که به عدم ادغام افراد در چارچوب‌های اجتماعی می‌انجامد، به انحرافات اجتماعی میدان می‌دهد. گذشته از آن، روابط اجتماعی (ارتباط فرد با دیگران در جامعه) علاوه بر تأمین انواع حمایت، زمینه‌ای برای صمیمیت و وابستگی فراهم می‌کند. صمیمیت و وابستگی تنها در روابط خویشاوندی معنی پیدا نمی‌کند، بلکه در مورد پیوندهای بیرونی نیز معنا می‌یابد. برای مثال هنگامی که روابط در سطح اجتماع محکم و منسجم باشد، افراد وابستگی و تعلق خاطر به مکان‌ها (همسایه‌ها و محله) و سازمان‌ها (سازمان‌های مذهبی و انجمن‌های داوطلبانه) احساس می‌کنند و با افرادی که در چنین سازمان‌ها و مکان‌ها زندگی می‌کنند، نیز روابط صمیمانه‌ای برقرار می‌نمایند (کنگرلو، ۱۳۸۷: ۲۳).

از نظر آلبرت الیس افراد دارای سلامت اجتماعی معتقد به یک سیستم اعتقادی و ارزشی هستند و خصوصیات نظام و اعتقاد او نیز منطبق با ادراک او از واقعیات است. طرز تفکر چنین فردی فاقد خصوصیات تعمیم‌پذیری، مبالغه کردن، فیلتر ذهنی و ... است. فرد دارای سلامت اجتماعی به جنبه‌های مثبت خود به اندازه کافی و به صورت واقع بینانه توجه می‌نماید. چنین فردی در حیطه طبیعی خودش گام برمی‌دارد و نهایتاً صادقانه مسئولیت رفتار و تفکرش را می‌پذیرد (اوی، ۱۹۹۳ به نقل از صبوری، ۱۳۹۰). در این راستا می‌توان اشاره کرد که، دینداری پیش زمینه بسیار مهمی برای ارتقاء سلامت اجتماعی افراد خواهد بود. بسیاری از مردم به اعتقادات و نهادهای دینی روی می‌آورند تا در مقابله با بحران‌ها، معنادار کردن

زندگی، ایجاد امیدواری و تأمین سلامت از آن‌ها استفاده مثبت کنند (کنگرلو، ۱۳۸۷: ۴۳).

تحقیقات انجام شـــده حاکی از آن است که مادی‌گرایی، باعث به خطر افتادن سلامت روانی و جسمی افراد می‌شود. بنابراین، امروزه دین داری و معنویت برای جمعیت قابل توجهی از مردم جهان مهم و حیاتی شده است. حتی در جوامع صنعتی و فرا مدرن نیز بر خلاف انتظار، گرایش به معنویت و دینداری فزونی یافته اســت (چراغی و مولوی، ۱۳۸۵: ۳).

سلامت اجتماعی رابطه شبکه ارتباطات اجتماعی و تعادل شخصی و ســازگاری میان فرد و محیط است. عوامل زیادی به داشتن این وضعیت کمک می‌کند که یکی از مهم‌ترین آن‌ها حمایت اجتماعی اســت. حمایت اجتماعی میزان برخــورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوســتان و سایر افراد تعریف شده است. به عبارت دیگر حمایت اجتماعی دریافتی متضمن احساســات و افکار فرد از چگونگی تعاملات یا روابط مفیدش در درون شبکه اجتماعی است (خوسفی، ۱۳۸۴).

برخــی حمایت اجتماعی را واقعیتــی اجتماعی و برخی دیگر آن را ناشی از ادراک فرد می‌دانند (علی‌پور، ۱۳۸۵: ۱۳۴). ادراک حمایت اجتماعی و احســاس ارزشمندی منجر به ســلامتی افراد و ایفای وظایف متقابل آن‌ها در مقابل جامعه خواهد شــد (تقی‌پور، ۱۳۸۹: ۴).

در جوامع سنتی، انسجام کلیت اجتماعی در واقع به واسطه ماهیت رابطه اجتماعی مســلم و قطعی بوده و کاملاً بر پایه همبســتگی مکانیکی بنا شــده اســت. بر عکس در جوامع مدرن، این شــکل شناســی‌های کهن اجتماعــی که دورکیــم، «قالب‌های اجتماعی هماهنگ‌کننده» می‌نامد به تدریج به واســطه ایجاد تقسیم کار از بین رفته است.

بنابر نظر دورکیم، هر چه احساس پیوند فرد با گروهش (برای مثال با خانواده‌اش) بیشتر باشد (انسجام اجتماعی بالا)، احتمال به خطر افتادن سلامتی فرد کاهش می‌یابد و برعکس حتی ممکن است در چنین شرایطی فرد سلامت خود را به خاطر دیگران به خطر بیندازد (عباداللهی، ۱۳۸۱: ۸).

بنابراین، هر چه یگانگی و پیوند فرد با اطرافیانش بیشــتر باشــد، حمایت اجتماعی بیشــتری از او صورت می‌گیرد و به همین دلیل فرد کمتر در معرض بیماری قرار می‌گیرد.

آدلــر (۱۹۵۸) بیان می‌کند: «اگر انســان در معنایی که به زندگی می‌بخشــد، آرزوی مشــارکت کند، او واقعاً خــود را به حد اعلای انســانیت خواهد رســاند اهمیت قابل توجه مشارکت در بیانیه آدلر (۱۹۶۴) مشــهود اســت: «تنها راه نجات از عقده حقارت، دانش و احساس با ارزش بودن است که از مشارکت در رفاه اجتماعی ناشی می‌شــود. این احساس با ارزش بودن با هیچ چیز دیگری جایگزین نمی‌شود، آن مشارکت در رفاه عمومی است که جلوی بی‌وجدانی را می‌گیرد.» درایکوس (Dreikurs, ۱۹۷۱) بیان می‌کند که مفهوم زندگی در مشــارکت در رفاه اجتماعی بــدون تفکر پاداش و جایزه نهفته است.

لازاروس، کانر و فولکمن به چندین مســیر اشــاره کرده است که دیــدگاه امیدوارانــه و خوش‌بینانه موجب فراخوانــی هیجان‌های مثبت می‌شــود و کیفیت مقابله با منابع استرس را بهبود می‌بخشد (Lazarus, et.al, ۱۹۸۰) (بخشی‌پور رودسری، ۱۳۸۴: ۱۴۶). کووومــا- هانکانن و همکاران یــک فراتحلیل در زمینه رضایت از زندگــی انجام دادند و دریافتند که رضایــت کمتر از زندگی با خط بالاتر خودکشی همبسته اســت، حتی وقتی متغیرهایی چون سن، جنس، وضعیت ســلامت پایه و مصرف الکل کنترل شــود. مردان ناراضــی از زندگی در مقایســه با زنان ناراضی، ۲۵ بار بیشــتر در معرض خطر خودکشی قرار دارند (Koiumaa-Honkanen, et.al, ۲۰۰۱). مه یر و دینر نشــان دادند که رضایت از زندگی با ســلامت روانی بالا همبسته است. هر چه میزان رضایت از زندگی بالاتر باشــد، فرد مســتعد تجربه عواطف و احساسات مثبت است (Myers, Diener, ۱۹۹۵). مالتبای و همکاران دریافتند افرادی که رضایت از زندگی بالاتری دارند از ســبک‌های مقابله‌ای مؤثرتر و مناسب‌تر استفاده می‌کنند، عواطف و احساسات مثبت عمیق‌تری را تجربه می‌کنند و از ســلامت عمومی بالاتری برخوردارند. عدم رضایت از زندگی با وضعیت ســلامتی ضعیف‌تر، علایم افسردگی، مشکلات شخصیتی، رفتارهای نامناسب بهداشتی و وضعیت ضعیف اجتماعی همبسته است (Maltaby, et.al, ۲۰۰۴). آدلر و فاگلی نشان دادند که رضایت از زندگی از میزان خودآگاهی به خوش‌بینی و معنویت‌گرایی فرد متأثر اســت، به عبارت دیگر هر چه افراد خود آگاه‌تر و خوش‌بین‌تر و از معنویت گرایی بالاتری برخوردار باشند، به همان میزان از رضایت بالاتری برخوردارند (Adler, Fagley, ۲۰۰۵) (بخشی‌پور رودسری، ۱۳۸۴: ۱۴۶).

برخی پژوهشــگران ارتباط بین آموزش و سلامت را از طریق کار و شــرایط اقتصادی توضیح می‌دهند؛ به این معنی که هر چه میزان تحصیلات بالاتر باشــد احتمال استخدام در مشاغل و محیط‌های کاری ســالم‌تر با درآمد بالاتر و مشــاغلی که به فرد اجازه کنترل

بیشتر بر زندگی را می‌دهد، بیشتر است و این شرایط زمینه‌ساز سلامتی اعضای خانواده می‌شود. منابع مالی بیشتر زمینه اتخاذ سبک زندگی سالم‌تر، تغذیه بهتر و دسترسی به خدمات سلامتی مناسب‌تر را برای افراد فراهم می‌کند. برخی پژوهشگران نیز با بررسی عوامل درآمد و شرایط کاری، ارتباط مثبتی بین آموزش و سلامت گزارش کرده‌اند (Ross & Vu., ۱۹۹۵-۱۹۹۶). برخی مطالعات نشان می‌دهند تحصیلات بالاتر احتمالاً به ارتباطات حمایتی بیشتر منتهی می‌شود (Ross & Vu., ۱۹۹۵) و این ارتباطات ممکن است احساس خود کنترلی فرد و توانایی درک خطراتی که سلامتی‌اش را تهدید می‌کند، افزایش دهد (سجادی و دیگران، ۱۳۸۹: ۹۷).

روش کار

فرضیه‌های تحقیق

به نظر می‌رسد احساس امنیت اجتماعی با سلامت اجتماعی رابطه معناداری دارد.

به نظر می‌رسد دینداری با سلامت اجتماعی رابطه معناداری دارد.

به نظر می‌رسد رضایت از زندگی با سلامت اجتماعی رابطه معناداری دارد.

به نظر می‌رسد اخلاقیات اجتماعی با سلامت اجتماعی رابطه معناداری دارد.

به نظر می‌رسد ارزیابی خود توسط مردم با سلامت اجتماعی رابطه معناداری دارد.

روش تحقیق

تحقیق حاضر از لحاظ روش، یک تحقیق پیمایشی به حساب می‌آید و واحد تحلیل آن پزشکان تهرانی است. از لحاظ معیار زمان یک تحقیق مقطعی است، چرا که در یک زمان صورت گرفته و واقعیت را در یک برهه از زمان یعنی در سال ۹۴-۹۳ بررسی می‌کند و با توجه به میزان ژرفایی در میان تحقیقات پهنانگر قرار دارد و یک پدیده اجتماعی به نام سلامت اجتماعی پزشکان تهرانی را در رابطه با عوامل مؤثر بر این پدیده بررسی می‌کند. همچنین یک تحقیق در سطح جامعه‌شناسی خرد است و در نهایت با توجه به این که به دنبال شناخت و کمک به حل یک مسئله اجتماعی است در دسته تحقیقات کاربردی قرار می‌گیرد.

جامعه آماری تحقیق حاضر شامل کلیه پزشکان تهرانی است که ساکن شهر تهران در سال ۹۴-۹۳ است. که جهت دستیابی این پاسخگویان به بیمارستان‌های تهران مراجعه شده است. لازم به توضیح می‌باشد که در تحقیق حاضر واحد مشاهده پزشکان تهرانی و واحد تحلیل پزشکان تهرانی می‌باشد. در شهر تهران حدوداً ۱۳۵۰۰ پزشک عمومی زن، ۱۰۰۰۰ پزشک عمومی مرد، ۴۶۰۰ پزشک متخصص و فوق‌تخصص زن و ۹۹۰۰ پزشک متخصص و فوق تخصص مرد گزارش شده است. با استفاده از فرمول کوکران، حجم نمونه ۴۱۰ نفر به دست آمد. برای نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری سیستماتیک استفاده شد.

تعریف متغیرهای تحقیق

متغیر سلامت اجتماعی (متغیر وابسته تحقیق):

کییز در یک تحلیل عامل گسترده نشان داد که بهداشت روانی 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 نظر اجتماعی زمانی عملکرد خوب دارد که اجتماع را به صورت یک مجموعه معنادار و قابل فهم و دارای استعدادهای بالقوه برای رشد و شکوفایی بداند و احساس کند که متعلق به گروه‌های اجتماعی خود است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهیم بداند. محتوای مقیاس سلامت اجتماعی، طیف مثبتی از ارزیابی تجارب فرد در جامعه است. این مقیاس جدید با مقیاس‌های سلامت اجتماعی بین فردی (مثل پرخاشگری و حمایت اجتماعی) و سطح اجتماعی (مثل فقر و جایگاه اجتماعی) تفاوت دارد (Keyes and Shapiro, ۲۰۰۴: ۲۹).

ابعاد پنج گانه مقیاس سلامت اجتماعی کییز شامل انسجام، پذیرش، مشارکت، انطباق و شکوفایی اجتماعی است. در زیر به تعریف هر یک از این ابعاد می‌پردازیم:

۱- یکپارچگی اجتماعی (Social Integration): ارزیابی فرد از کیفیت روابط خود در جامعه و گروه‌های اجتماعی را یکپارچگی اجتماعی می‌نامند. فرد سالم احساس می‌کند که بخشی از اجتماع است و خود را با دیگرانی که واقعیت اجتماعی او را می‌سازند، سهیم می‌داند (Keyes, ۱۹۹۸). از دیدگاه دورکیم سلامت و یگانگی اجتماعی روابط افراد با یکدیگر از طریق هنجارها منعکس می‌شود و اصولاً مفهوم یکپارچگی اجتماعی در برابر بیگانگی و انزوای اجتماعی قرار می‌گیرد. بیگانگی یعنی شکاف بین فرد و جامعه. بیگانگی یعنی مردود شمردن اجتماع

و باور به اینکه اجتماع ارزش‌های شخصی و شیوه‌های زندگی فرد را منعکس نمی‌کند. انزوای اجتماعی یعنی شکستن روابط حمایت‌گر شخصی. بنابراین فردی که از یکپارچگی اجتماعی برخوردار است، نسبت به اجتماع خود احساس نزدیکی می‌کند و گروه اجتماعی خود را منبعی از آرامش و اعتماد می‌داند (Keyes & Shapiro, ۲۰۰۴). نبود حس یکپارچگی اجتماعی در بالاترین سطح خود به خودکشی می‌انجامد (Durkheim, ۱۹۵۱ به نقل از حاتمی، ۱۳۸۹) 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. یکپارچگی اجتماعی متکی بر مفاهیمی چون انسجام اجتماعی (دورکیم)، بیگانگی فرهنگی و انزوای اجتماعی (سیمن) و آگاهی طبقاتی مارکس است. از نظر دورکیم هماهنگی اجتماعی و سلامت اجتماعی بازتابی از ارتباط افراد با یکدیگر از طریق هنجارهاست. 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 عبارتست از خدشه‌دار شدن روابط فرد که به زندگی او معنا می‌دهند و نقش حمایتی برای او دارند. یکپارچگی اجتماعی هم مثل مفهومی که مارکس از آگاهی طبقاتی می‌دهد، دربرگیرنده عضویت جمعی و سرنوشت جمعی است (حاتمی، ۱۳۸۹). از حیث روانشناختی، افراد سالم زندگی شخصی خود را با معنا و منسجم می‌بینند (Ryff, ۱۹۸۹). آنتونوفسکی معتقد است که احساس یکپارچگی در وجود فرد می‌تواند نشانه‌ای برای سلامتی او باشد: افرادی که از یکپارچگی برخوردارند تلاش می‌کنند در هنگام مواجهه با رویدادهای غیر قابل پیش‌بینی، یکپارچگی خود را حفظ کنند. یکپارچگی اجتماعی درک فرد از کیفیت جهان اجتماعی خود و شیوه سازماندهی و عملکرد آنست (Keyes, ۱۹۹۸). افرادی که سالم‌ترند به ماهیت جهان اجتماعی خود علاقمندند و می‌توانند شیوه عملکرد آن را درک کنند. کییز معتقد است که یکپارچگی اجتماعی عبارت از درک این موضوع است که «جامعه را می‌توان درک کرد و عقلانی و قابل پیش‌بینی می‌باشد» (Keyes, ۱۹۹۸).

۲- پذیرش اجتماعی (Social Acceptance): افرادی که از بعد از سلامت برخوردارند، اجتماع را به صورت یک مجموعه کلی و عمومی که از افراد مختلف تشکیل شده درک می‌کنند و به دیگران به عنوان افراد با ظرفیت و مهربان، اعتماد و اطمینان دارند و باور دارند که مردم می‌توانند ساعی و مؤثر باشند. این افراد دیدگاه مطلوبی نسبت به ماهیت انسان دارند و با دیگران احساس راحتی می‌کنند. پذیرش اجتماعی مصداق پذیرش از خود است. در پذیرش اجتماعی فرد نگرش مثبت و احساس خوبی نسبت به خودش و زندگی گذشته دارد و با وجود ضعف‌ها و ناتوانی‌هایی که دارد همه جنبه‌های خود را می‌پذیرد (Keyes & Shapiro, ۲۰۰۴). منظور از پذیرش اجتماعی، درک فرد از جامعه با توجه به خصوصیات سایر افراد است (Keyes, ۱۹۹۸). پذیرش اجتماعی شامل پذیرش تکثر با دیگران، اعتماد به خوب بودن ذاتی دیگران و نگاه مثبت به ماهیت انسان‌ها است که همگی آنها باعث می‌شوند فرد در کنار سایر اعضای جامعه انسانی، احساس راحتی کند (Keyes & Shapiro, ۲۰۰۴). کسانی که دیگران را می‌پذیرند به این درک رسیده‌اند که افراد به طور کلی سازنده هستند (Keyes, ۱۹۹۸). همانگونه که سلامت روانی شامل پذیرش خود می‌شود، پذیرش دیگران در جامعه هم می‌تواند به سلامت اجتماعی بی‌انجامد (حاتمی، ۱۳۸۹).

۳- انسجام اجتماعی (Social Coherence): یعنی درک کیفیت و سازماندهی و عملکرد دنیای اجتماعی. فرد سالم از نظر اجتماعی سعی دارد تا درباره دنیای اطراف خود بیشتر بداند. وقایع بی‌شماری در روز اتفاق می‌افتد که می‌توانند مثبت یا منفی، غیر منتظره یا قابل پیش‌بینی، شخصی یا عمومی باشند. این وقایع چالش‌هایی هستند پیش‌روی افرادی که سعی دارند تا دنیای پیچیده شلوغ اطرافشان را درک کنند. افراد سالم علاقمند به طرح‌های اجتماعی بوده و احساس می‌کنند قادر به فهم وقایع اطرافشان هستند و خود را با تصور اینکه در حال زندگی در یک دنیای کامل و عالی هستند فریب نمی‌دهند و خواسته‌ها و آرزوهایشان را در جهت فهم و درک زندگی ارتقاء می‌بخشند. انطباق اجتماعی معادل مفهوم «تسلط بر محیط» است و در مجموع دنیا را به صورت منطقی، هوشمند و قابل درک و پیش‌بینی دیدن است (Keyes & Shapiro, ۲۰۰۴).

۴- مشارکت اجتماعی (Social Contribution): باوری است که طبق آن فرد خود را عضو حیاتی اجتماع می‌داند و فکر می‌کند چیز ارزشمندی برای عرضه به دنیا دارد. این افراد تلاش می‌کنند که احساس دوست داشته شدن کنند و در دنیایی که صرفاً به دلیل انسان بودن برای آن‌ها ارزش قائل است، سهیم باشند. مشارکت اجتماعی یعنی اینکه آیا و به چه میزان فرد احساس می‌کند آنچه در دنیا انجام می‌دهد، به وسیله اجتماع

ارزشمند تلقی می‌شود و در رفاه عمومی مؤثر است؟ (Keyes & Shapiro, ۲۰۰۴). ایفای سهم اجتماعی: ایفای سهم اجتماعی عبارتست 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 عبارتست از تعیین الزامات فردی برای نقش‌آفرینی در جامعه. این بعد از سلامت اجتماعی معرف این است که این افراد فکر می‌کنند آنچه که انجام می‌دهند برای جامعه ارزشمند است یا نه؟ این نگرش هم راستا با درونمایه ایست که مارکس مطرح می‌کند مبنی بر اینکه انسان‌ها ماهیتاً زاینده‌اند (Keyes, ۱۹۸۹). اگر بخواهیم که از خود بیگانگی را به زبان اقتصادی مطرح کنیم عبارتست از کاهش ارزش زندگی یک فرد و فعالیت‌های روزمره‌ای که انجام می‌دهد. موارد همتای ایفای سهم اجتماعی، ایجاد انگیزه رفتار است. اریکسون معتقد بود که میانسالی دوره‌ای است که افراد می‌توانند طبق میل خود در جامعه ایفای نقش کنند به ویژه با آماده کردن نسل آینده تا به اعضای خلاق جامعه مبدل شوند (حاتمی، ۱۳۸۹).

کییز (۱۹۹۸) معتقد است که ایفای سهم اجتماعی، با مفهوم سودمندی فردی که باندورا (۱۹۷۷) مطرح می‌کند همپوشانی دارد و نیز می‌تواند به عنوان نوعی مسئولیت اجتماعی تلقی شود، تلقی فرد از ارزشی که در جامعه می‌تواند داشته باشد. برای بسیاری از افراد سخت است که به این احساس برسند که سهم ارزشمندی در جامعه دارند به ویژه وقتی که وجود خودشان برای خودشان ارزشمند نیست (Keyes & Shapiro, ۲۰۰۴). ایفای سهم اجتماعی تا اندازه‌ای مرتبط با درک فرد از موضوع است که نقش حیاتی در جامعه به او سپرده شده است (Keyes, ۱۹۸۹).

۵- شکوفایی اجتماعی (Social Acatulization): عبارت است از ارزیابی توان بالقوه و مسیر تکاملی اجتماع و باور به اینکه اجتماع در حال یک تکامل تدریجی است و توانمندی‌های بالقوه برای تحول مثبت دارد که از طریق نهادهای اجتماعی و شهروندان شناسایی می‌شود. افراد سالم، در مورد شرایط آینده جامعه امیدوار و قادر به شناسایی نیروهای جمعی هستند و معتقدند که خود و سایر افراد از این نیروها و تکامل اجتماعی سود می‌برند (Keyes & Shapiro, ۲۰۰۴). شکوفایی اجتماعی به معنی ادراک فرد از خط سیر شرایط اجتماعی است که وی را احاطه کرده و در آن دغدغه اصلی فرد در مورد تکامل اجتماع می‌باشد. در این سازه افراد در مورد جامعه و پیشرفت آن بر اساس نگرش‌شان نسبت به تغییر یا رکود اجتماعی قضاوت می‌کنند. افرادی که در این بعد وضعیت مطلوبی دارند، بیشتر نگران تکامل اجتماع هستند و جامعه را در حال بهتر شدن یا حداقل در حال تغییر می‌دانند. از طرفی کسانی که سطح پایینی از این بعد سلامتی را دارند، چندان نگران اینکه آیا جامعه در حال تکامل است یا نه، یا اینکه جامعه به چه سمتی می‌رود نمی‌باشند و در کل آنان معتقدند که جامعه بهتر نشده و نمی‌تواند بهتر بشود. افراد سالم از نظر روانی، پیرامون مسائل مربوط به شرایط اجتماع و آینده آن، دیدگاه امیدوارانه دارند، در حالی که افراد ناسالم، در مورد این مسائل ناامید می‌باشند (Keyes, ۱۹۹۵).

با توجه به دیدگاه‌های کییز، این مفهوم خصوصیت مشترکی با مفهوم «خودشناسی» مازلو (۱۹۶۸) 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 می‌باشد (Keyes, ۱۹۹۸). شکوفایی اجتماعی به موازات خود مختاری، به معنای تاوان جامعه برای کنترل فرد است. تمرکز اصلی در شناسایی پتانسیل اجتماعی هم معطوف به درونمایه پتانسیل اجتماعی و توسعه آن به عنوان خودشناسی (Maslow,۱۹۶۸ به نقل از حاتمی، ۱۳۸۹) خوشبختی و رشد فردی (Ryff, ۱۹۸۹) است.

برای سنجش متغیر سلامت اجتماعی از پرسشنامه استاندارد کییز که در ایران که با ۵ شاخص و ۱۵ گویه مورد بررسی قرار گرفته بود استفاده شده است.

احساس امنیت اجتماعی:

امنیّت اجتماعی عبارتست از آسودگی و آرامشی که جامعه برای اعضای خویش فراهم می‌کند.

«بوزان» امنیت اجتماعی را قابلیت حفظ الگوهای سنتی زبان، فرهنگ، مذهب، هویت و عرف ملی با شرایط قابل قبولی از تحول می‌داند. (بوزان، ۱۳۷۸: ۳۴) وی معتقد است: «اصولاً امنیت اجتماعی به الگوهای سنتی زبان، فرهنگ، هویت مذهبی و قومی و رسوم مربوط می‌باشد این ارزش‌ها اغلب در داخل کشور مورد تهدید قرار می‌گیرند. دولت- ملت متوجه خاموش کردن یا حداقل یکی‌سازی هویت‌های اجتماعی شبه ملی است». (همان: ۱۴۸).

دینداری:

«دورکیم» معتقد است بر هم خوردن نظم‌ها و خوارق عادات طبیعت، بیش از نظم و سامان شگرف، انسان گذشته را متحیّر می‌ساخته و عواطف او را برمی‌انگیخته است. او می‌گوید فراخناکی و عظمت‌های جاری در طبیعت نمی‌توانسته انسان را به ماورای طبیعت ببرد و یا با هر چیز دیگری جز طبیعت مرتبط سازد (دورکیم، ۱۳۸۳: ۱۱۶-۱۱۸). «اسپنسر» از دو نوع ترس یاد می‌کند؛ ترس از زندگان و ترس از مردگان. اولی به تشکیل حکومت انجامیده است و دومی به پیدایی دین (دورکیم، ۱۳۶۲: ۱۲۷). «هیوم» می‌گوید دین اولیه از ترس و ناتوانی و جهل برخاسته است تا از امید و سرخوشی‌ها؛ همچنان که بشر امروزه نیز خدا را بیشتر در رخنه‌ها، ناکامی‌ها و بلایا می‌یابد تا در نظم و سامان امور (هیوم،۱۳۶۰: ۶۵). «هابز» هم منشا دین را ترس ناشی از جهل می‌داند (هابز، ۱۳۸۰: ۱۴۴).

گروهی از پژوهشگران، معتقد به وزندهی به ابعاد مشخص شده نظریه‌پردازان در این مقیاس‌ها هستند. گروهی معتقدند که دینداری عبارتست از مجموعه شناخت‌ها، احساس‌ها و تمایلات نسبتاً پایدار و ثابت نسبت به دین که در وضعیت عادی، طبیعی، اجتماعی و روانی در فرد وجود داشته باشد و در کنش‌های وی نسبت به نیروی جذّاب جهان (خداوند) خود، جامعه و تاریخ به ظهور برسد؛ در تعریفی ساده‌تر می‌توان گفت: دینداری عبارت خواهد بود 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 (یغمایی ۱۹۰: ۱۳۸۰).

رضایت از زندگی:

هر فرد بر حسب جایگاه اجتماعی و اقتصادی خود از سه وجه می‌تواند به خود بنگرد: اول از زاویه میزان برخورداری‌ها و امکانات مادی، دوم از زاویه نوع، میزان و کیفیت روابط اجتماعی و سوم از زاویه نوع و برداشت از بودن خود و هستی اجتماعی‌اش. بر این مبنا، می‌توان رضایت از زندگی را در سه دسته جای داد:

۱- رضایت ناشی از برخورداری (Having): این نوع رضایت بیشتر به امکانات و میزان برخورداری افراد از امکانات بستگی دارد؛ شامل ارزیابی از وضع مسکن، شغل، درآمد، امکانات موجود در خانه، بهداشت، آموزش و پرورش (سطح تعلیم)، پس‌انداز، وضع خوراک، وضع پوشاک و غیره.

۲- رضایت ناشی از ارتباط (Relating): در این جامعه رابطه اجتماعی توجه می‌شود. رابطه اجتماعی از حیث نوع، شدت و درگیری عاطفی، بر رضایت کلی از زندگی اثر می‌گذارد. در هر حال، میزان رابطه اجتماعی شامل هر دو نوع رابطه نخستین و ثانوی بر رضایت فرد مؤثر است و اساساً رابطه اجتماعی منبع مهم رضایت از زندگی محسوب می‌شود (عبدی و گودرزی، ۱۶۳: ۱۳۷۸)؛ شامل: رابطه با اعضای خانواده، دوستان، همکاران، هم محلی‌ها، هم شهری‌ها.

۳- رضایت ناشی از بودن (Being): این که ما که هستیم، در قضاوت ما از کیفیت زندگی مؤثر است، شامل: ارزیابی از خود (عبدی و گودرزی، ۱۶۳: ۱۳۷۸). به نظر می‌رسد این بخش از رضایت به نیاز به خویشتن‌یابی (actualization) و احساس تسلط و کنترل داشتن روی خویشتن و محیط باز گردد.

اخلاقیات اجتماعی:

متغیر اخلاقیات اجتماعی از دو منظر مورد بررسی قرار گرفته است: ۱) از پزشک خواسته شده تا ویژگی‌های اخلاقی اجتماعی (تلاش و جدیت، گذشت، امانت‌داری، انصاف، خیرخواهی، صداقت، پایبندی به قول و قرار، دورویی و تظاهر، تقلب، تملق) در خود بررسی کند و بگوید که ویژگی‌های اخلاقی تا چه اندازه در رفتار او متجلی است و ۲) از پزشک خواسته شده تا میزان رواج ویژگی‌های اخلاقی اجتماعی مذکور را در میان پزشکان دیگر ذکر کند.

ارزیابی خود توسط مردم:

منظور از ارزیابی خود توسط مردم این است که پزشکان، وضعیت تحصیلی، شغلی و درآمدی خود را از نظر مردم و در مقایسه با آنان چگونه ارزیابی می‌کنند.

اعتبار (Validity) و قابلیت اعتماد (Reliability)

در این تحقیق برای سنجش اعتبار از اعتبار محتوا استفاده شده است. گویه‌های مربوط به هر متغیر به گونه‌ای طراحی شده‌اند که همان مفهوم مورد نظر را می‌سنجند. سی اچ لاوشه[1] یک روش پرکاربرد را برای سنجش اعتبار محتوا ابداع کرد. این روش میزان موافقت میان ارزیابان یا داوران در خصوص «مناسب یا اساسی بودن» یک گویه خاص را اندازه‌گیری می‌کند (میرزایی، ۱۳۸۹:

۱- C.H. Lawshe

۱۷۲). مطابـــق این روش می‌توان گفت کـــه گویه‌های مربوط به متغیرهای تحقیق به علت توافق نظر داوران مبنی بر مناسب بودن، دارای اعتبار محتوا می‌باشد.

«در روش آلفای کرونباخ بین نمره تک‌تک گویه‌ها با کل نمره ابزار یا آزمون همبســـتگی گرفته می‌شود و در آن فرض بر این است که انتظار می‌رود افرادی که در گویه‌ی معینی نمره معینی را می‌گیرند در گویه‌های دیگـــر نیز آن گونه عمل نمایند، چون همه گویه‌های ابزار طراحی شده در راستای سنجش یک چیز یا خصیصه‌ی معین هستند. در اصل، وقتی آلفای کرونباخ محاسبه می‌شود، در واقع بین نمره هر گویه با کل نمره هر فرد همبســـتگی گرفته می‌شود و بین آن و تغییر پذیری کل تک‌تک گویه‌ها مقایســـه صورت می‌گیرد» (همـــان: ۱۶۷). در این پژوهش نیز برای تعییـــن قابلیت اعتماد از روش آلفای کرونباخ اســـتفاده شده است. بدین ترتیب که با انجام یک تحقیق مقدماتی با حجم نمونه‌ای معادل ۳۰ نفر از شهروندان تهرانی که به صورت تصادفی انتخاب شدند، میزان آلفای کرونباخ برای متغیرها بالای ۰/۰۷ به دست آمد، که در علوم انسانی میزان آلفا مورد قبول است (ادریسی، ۱۳۸۶).

یافته‌ها

یافته‌ها به دو بخش توصیفی و استنباطی تقسیم می‌شود:

نتایج آمار توصیفی نشـــان می‌دهد که ۷۸.۴٪ پاسخگویان سلامت اجتماعی متوســـط و زیاد دارند. ۴۰.۸٪ پاسخگویان احساس امنیت اجتماعی متوســـطی دارند. ۴۳.۵٪ پاســـخگویان رضایت از زندگی متوســـطی دارند. ۵۰.۵٪ پاســـخگویان دینداری خیلی زیاد دارند. ۹۴.۳٪ پاســـخگویان اخلاقیات اجتماعی شـــان متوســـط و زیاد می‌باشد. ۹۳.۹٪ پاسخگویان اخلاقیات اجتماعی همکاران پزشک را متوسط و زیاد ارزیابی می‌کنند. ۸۰.۷٪ پاسخگویان ارزیابی خود توسط مردم را متوسط و زیاد می‌دانند.

آمار استنباطی

به نظر می‌رســـد متغیرهای مســـتقل (احســـاس امنیت اجتماعی، دینداری، رضایت از زندگی، اخلاقیات اجتماعی پاسخگو، اخلاقیات اجتماعی همکاران پزشـــک، ارزیابی خود توسط مردم) با سلامت اجتماعی رابطه همبستگی معناداری دارد.

جدول شماره ۱- آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای مستقل و سلامت اجتماعی

		احساس امنیت اجتماعی	دینداری	رضایت از زندگی	اخلاقیات اجتماعی پاسخگو	اخلاقیات اجتماعی همکاران پزشک	ارزیابی خود توسط مردم
سلامت اجتماعی	r	.۴۳۸	.۳۰۵	.۳۲۲	.۱۸۲	.۱۵۲	.۱۹۸
	p	.۰۰۰	.۰۰۰	.۰۰۰	.۰۰۰	.۰۰۵	.۰۰۰
	N	۳۴۵	۳۵۳	۳۶۳	۳۶۳	۳۳۷	۳۴۰

لازم به توضیح می‌باشـــد که جدول فوق از آزمون همبســـتگی پیرســـون استخراج شده است صرفاً جهت اختصار آن را از حالت ماتریس خارج کرده و به شـــکل بالا درآورده‌ایم. در این جدول بین احســـاس امنیـــت اجتماعی، دینداری، رضایـــت از زندگی، اخلاقیـــات اجتماعی پاســـخگو، اخلاقیات اجتماعـــی همکاران پزشـــک، ارزیابی خود توســـط مردم به عنوان متغیرهای مستقل در سطح ســـنجش فاصله‌ای و سلامت اجتماعی به عنوان متغیر وابســـته هم که در ســـطح ســـنجش فاصله‌ای بوده‌اند، آزمون همبستگی پیرســـون گرفته تا علاوه بر بررسی رابطه همبستگی بیـــن این متغیرها با هم میزان شـــدت و جهت رابطه آنها نیز به صورت جداگانه بررسی کنیم.

همان‌طور که جدول فوق نشان می‌دهد، احساس امنیت اجتماعی، دینداری، رضایت از زندگی، اخلاقیات اجتماعی پاسخگو، اخلاقیات اجتماعی همکاران پزشـــک، ارزیابی خود توســـط مردم در فاصله اطمینـــان ۹۵ درصد با ســـطح معناداری $p <$ ۰.۰۰۱ با ســـلامت اجتماعی همبســـتگی معناداری دارد و با توجه به قدر مطلق ضریب همبستگی که به ترتیب برابر است با r=۰.۳۲، r=۰.۳۰ ، r=۰.۴۳، r=۰.۱۹، r=۰.۱۵، r=۰.۱۸ می‌توان گفت که شـــدت رابطه میان سلامت اجتماعی با احساس امنیت اجتماعی قوی ارزیابی می‌شود. شدت رابطه میان سلامت اجتماعی با متغیرهای دینداری و رضایت از زندگی متوســـط ارزیابی می‌شود و شـــدت رابطه میان سلامت اجتماعـــی با متغیرهـــای اخلاقیات اجتماعی پاســـخگو، اخلاقیات اجتماعی همکاران پزشک، ارزیابی خود توسط مردم ضعیف ارزیابی می‌گردد. علامت این ضرایب که همگی مثبت است، گویای جهت مســـتقیم رابطه بین متغیر ســـلامت اجتماعی با تمامی متغیرهای مستقل می‌باشد.

رگرسیون چند متغیره تحقیق

با توجه به معناداری آزمون همبستگی پیرسون بین متغیرهای اصلی تحقیق که پیش شرط آزمون رگرسیون می‌باشد، حال در اینجا جهت تعیین میزان تأثیر متغیرهای مستقل احساس امنیت اجتماعی، دینداری، رضایت از زندگی، اخلاقیات اجتماعی پاسخگو، اخلاقیات اجتماعی همکاران پزشک، ارزیابی خود توسط مردم بر سلامت اجتماعی از رگرسیون خطی با روش Stepwise استفاده شده است. به کمک این روش دو مدل برای تبیین متغیر وابسته پیشنهاد شده است؛

– احساس امنیت اجتماعی؛

– احساس امنیت اجتماعی، رضایت از زندگی.

جدول شماره ۲- نتایج آزمون ANOVA

مدل		مجموع مجذورات	درجه آزادی df	میانگین مجذورات	میزان آزمون F	p-value
۲	ضریب رگرسیونی	۳۳۶۷.۷۸۶	۲	۱۶۸۳.۸۹۳	۴۴.۴۷۳	.۰۰۰
	پسمانده	۱۰۴۸۸.۲۱۰	۲۷۷	۳۷.۸۶۴		
	مجموع	۱۳۸۵۵.۹۹۶	۲۷۹			

توضیح مدل ۲: به کمک روش Stepwise دو مدل برای تبیین متغیر وابسته پیشنهاد شد. مدل دوم که دربرگیرنده دو متغیر مستقل می‌باشد، و ضریب تعیین بالاتری دارد در اینجا مورد بررسی قرار می‌گیرد.

نتایج آزمون ANOVA در این مدل حاکی از آن است که در فاصله اطمینان ۹۵ درصد، سطح معناداری برابر است با $p<۰.۰۰۱$، به عبارت دیگر خط رگرسیون بیش از واریانس پسماند توانایی تبیین واریانس متغیر وابسته را دارد به بیانی دیگر متغیرهای مستقل بر متغیر سلامت اجتماعی مؤثر است.

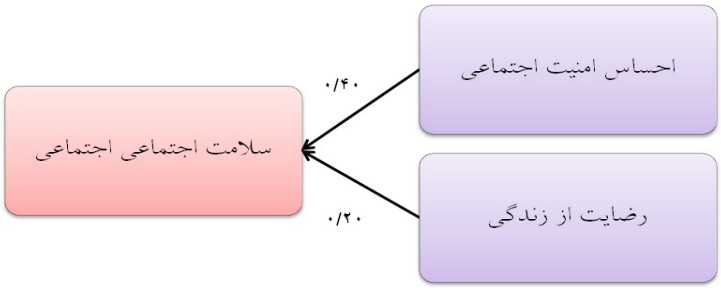
جدول شماره ۳- ضرایب رگرسیونی مربوط به مدل‌های پیش‌بینی شده

مدل		ضرایب رگرسیونی استاندارد نشده		ضرایب رگرسیونی استاندارد شده	میزان آزمون T	p-value
		B ضریب تاثیر	Std. Error خطای استانداردضریب	(بتا) Beta		
۲	میزان ثابت	۳۶.۵۷۲	۲.۰۴۲		۱۷.۹۰۹	.۰۰۰
	احساس امنیت اجتماعی	.۲۸۰	.۰۳۸	.۴۰۱	۷.۴۳۷	.۰۰۰
	رضایت از زندگی	.۲۳۳	.۰۶۱	.۲۰۶	۳.۸۱۸	.۰۰۰
	ضریب تعیین			ضریب تعدیل یافته		
	.۲۴۳			.۲۳۸		

با توجه به نتایج جدول بالا، مقدار ضریب تبیین به دست آمده برای تبیین سلامت اجتماعی در مدل بالا ۰.۲۴ می‌باشد که این میزان در علوم انسانی نشان می‌دهد که متغیر وابسته به میزان مناسبی توسط متغیرهای مستقل تبیین می‌شود؛ در واقع سلامت اجتماعی به میزان ٪۲۴ توسط متغیرهای احساس امنیت اجتماعی و رضایت از زندگی تبیین می‌شود.

با توجه به ضرایب رگرسیونی فوق، در این مدل متغیرهای مستقل احساس امنیت اجتماعی و رضایت از زندگی بر سلامت اجتماعی تأثیر دارد: مقدار ثابت برابر است با ۳۶.۵۷، ضریب تأثیر متغیر احساس امنیت اجتماعی برابر است با ۰.۲۸ و ضریب تأثیر متغیر رضایت از زندگی برابر است با ۰.۲۳، به عبارت دیگر در ازای تغییر هر یک از متغیرهای بالا به میزان ضرایب مربوطه، سلامت اجتماعی به میزان یک انحراف معیار تغییر می‌یابد. در پی پاسخ به این سؤال که بین این دو متغیر مستقل بیشترین تأثیر مربوط به کدام متغیر است، به ضرایب بتا توجه می‌کنیم. با توجه به اینکه ضرایب بتا برای متغیرهای احساس امنیت اجتماعی و رضایت از زندگی به ترتیب برابر است با ۰.۴۰ و ۰.۲۰، بنابراین بیشترین تأثیر مربوط به متغیر مستقل احساس امنیت اجتماعی می‌باشد.

جدول شماره ۴- تحلیل مسیر مرحله اول					
مدل		ضرایب رگرسیونی استاندارد نشده		ضرایب رگرسیونی استاندارد شده	میزان آزمون T	p-value
		B ضریب تاثیر	Std. Error خطای استاندارد ضریب	Beta (بتا)		
۲	میزان ثابت	۳۶.۵۷۲	۲.۰۴۲		۱۷.۹۰۹	.۰۰۰
	احساس امنیت اجتماعی	.۲۸۰	.۰۳۸	.۴۰۱	۷.۴۳۷	.۰۰۰
	رضایت از زندگی	.۲۳۳	.۰۶۱	.۲۰۶	۳.۸۱۸	.۰۰۰

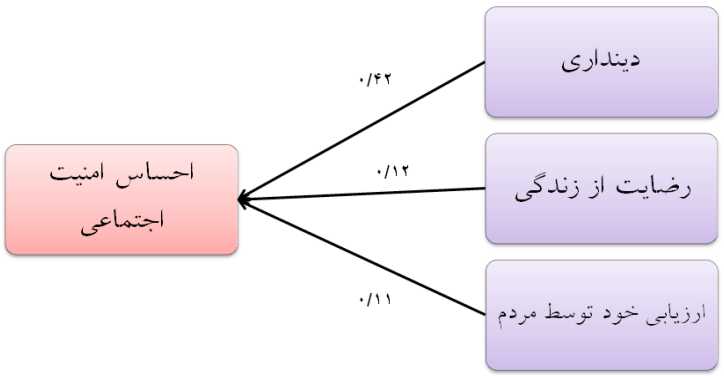


جدول شماره ۵- تحلیل مسیر مرحله دوم					
مدل		ضرایب رگرسیونی استاندارد نشده		ضرایب رگرسیونی استاندارد شده	میزان آزمون T	p-value
		B ضریب تاثیر	Std. Error خطای استاندارد ضریب	Beta (بتا)		
۳	میزان ثابت	۲.۹۲۶	۳.۸۹۶		.۷۵۱	.۴۵۳
	دینداری	.۶۱۱	.۰۷۷	.۴۲۲	۷.۹۷۳	.۰۰۰
	رضایت از زندگی	.۱۹۴	.۰۹۱	.۱۲۳	۲.۱۲۶	.۰۳۴
	ارزیابی خود توسط مردم	.۴۶۶	.۲۲۸	.۱۱۴	۲.۰۴۰	.۰۴۲

تحلیل مسیر

با توجه به معناداری متغیرهای دینداری، رضایت از زندگی و ارزیابی خود توسط مردم، فقط به مقدار ضریب رگرسیونی Beta توجه می‌کنیم.

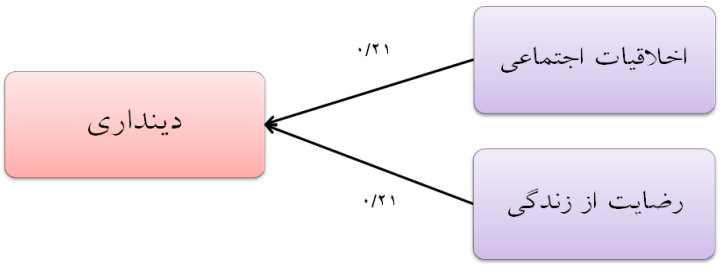
لازم به توضیح است که در این مرحله متغیر احساس امنیت اجتماعی به عنوان متغیر وابسته و متغیرهای دینداری، رضایت از زندگی و ارزیابی خود توسط مردم به عنوان متغیر مستقل می‌باشند.



جدول شماره ۶- تحلیل مسیر مرحله سوم					
مدل		ضرایب رگرسیونی استاندارد نشده		ضرایب رگرسیونی استاندارد شده	میزان آزمون T	p-value
		B ضریب تاثیر	Std. Error خطای استاندارد ضریب	Beta (بتا)		
۲	میزان ثابت	۱۴.۴۱۰	۲.۹۵۹		۴.۸۷۰	.۰۰۰
	اخلاقیات اجتماعی	.۱۶۴	.۰۴۳	.۲۱۲	۳.۷۸۲	.۰۰۰
	رضایت از زندگی	.۲۳۴	.۰۶۲	.۲۱۲	۳.۷۸۱	.۰۰۰

با توجه به معناداری متغیرهای اخلاقیات اجتماعی و رضایت از زندگی، فقط به مقدار ضریب رگرسیونی Beta توجه می‌کنیم.

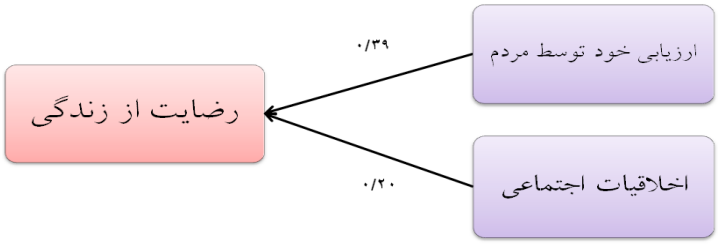
لازم به توضیح است که در این مرحله متغیر دینداری به عنوان متغیر وابسته و متغیرهای اخلاقیات اجتماعی و رضایت از زندگی به عنوان متغیر مستقل می‌باشند.



جدول شماره ۷- تحلیل مسیر مرحله چهارم					
مدل		ضرایب رگرسیونی استاندارد نشده		ضرایب رگرسیونی استاندارد شده	میزان آزمون T	p-value
		B ضریب تاثیر	Std. Error خطای استاندارد ضریب	Beta (بتا)		
۲	میزان ثابت	۵.۳۲۲	۲.۷۳۷		۱.۹۴۴	.۰۵۳
	ارزیابی خود توسط مردم	۱.۰۳۹	.۱۳۲	.۳۹۲	۷.۸۶۴	.۰۰۰
	اخلاقیات اجتماعی	.۱۴۵	.۰۳۵	.۲۰۷	۴.۱۵۴	.۰۰۰

بـا توجه به معنـاداری متغیرهای اخلاقیـات اجتماعی و ارزیابی خود توسـط مردم، فقط به مقدار ضریب رگرسیونی Beta توجه می‌کنیم.

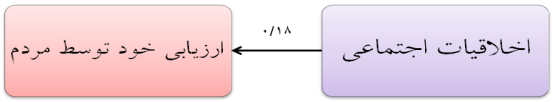
لازم به توضیح اسـت که در این مرحله متغیر رضایت از زندگی به عنوان متغیر وابسته و متغیرهای اخلاقیات اجتماعی و ارزیابی خود توسط مردم به عنوان متغیر مستقل می‌باشند.



جدول شماره ۸- تحلیل مسیر مرحله پنجم					
مدل		ضرایب رگرسیونی استاندارد نشده		ضرایب رگرسیونی استاندارد شده	میزان آزمون T	p-value
		B ضریب تاثیر	Std. Error خطای استاندارد ضریب	Beta (بتا)		
۱	میزان ثابت	۱۱.۵۸۹	.۹۵۳		۱۲.۱۶۱	.۰۰۰
	اخلاقیات اجتماعی	.۰۴۷	.۰۱۴	.۱۸۱	۳.۳۲۱	.۰۰۱

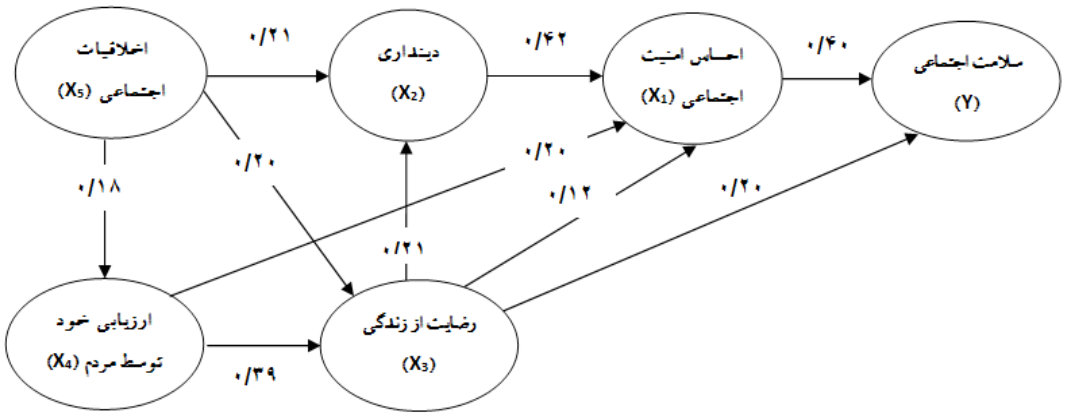
با توجه به معناداری متغیر اخلاقیات اجتماعی، فقط به مقدار ضریب رگرسیونی Beta توجه می‌کنیم.

لازم به توضیح است که در این مرحله متغیر ارزیابی خود توسط مردم به عنوان متغیر وابسته و متغیر اخلاقیات اجتماعی به عنوان متغیر مستقل می‌باشد.



جدول شماره ۹- مجموع تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته			
متغیر مستقل	اثرات مستقیم	اثرات غیرمستقیم	مجموع تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم هر متغیر
احساس امنیت اجتماعی	۰/۴۰	—	۰/۴۰
دینداری	—	۰/۱۶	۰/۱۶
رضایت از زندگی	۰/۲۰	۰/۰۷	۰/۲۷
ارزیابی خود توسط مردم	—	۰/۰۶	۰/۰۶
اخلاقیات اجتماعی	—	۰/۰۹	۰/۰۹

که در نهایت ضرایب رگرسیونی مدل تحقیق به صورت زیر می‌باشد:



بحث و نتیجه‌گیری

در این بخش نتایج پژوهش با پیشینه تحقیق‌های انجام شده مقایسه می‌شود و به بررسی نتایج و انطباق آن‌ها با نظریه‌های مطرح شده در بخش ادبیات نظری تحقیق پرداخته می‌شود.

نتایج پژوهش نشان می‌دهد که حدود ۸۰ درصد پاسخگویان که در این پژوهش پزشکان می‌باشند، سلامت اجتماعی متوسط به بالایی دارند. مطابق نظریه آدلر و همکاران (۱۹۹۴) و اندرسون و آستار (۱۹۹۶) نیز افراد طبقه پایین از سلامت اجتماعی

کمتری برخوردارنـد. همچنین کرایـب (۱۳۸۵) مطرح می‌کند که هیچ گاه درجه سـلامتی کارگر معدن به حد دکتر و اسـتاد دانشگاه نمی‌رسد.

نتیجه حاصل از فرضیه‌های پژوهش نشـان می‌دهد که احساس امنیت اجتماعی با سـلامت اجتماعی همبسـتگی معناداری دارد، شـدت این رابطه قوی ارزیابی می‌شـود و جهـت رابطه بین دو متغیر مستقیم می‌باشـد. نتیجه مقاله سام آرام (۱۳۸۸) نیز بیانگر این اسـت که «رابطه مسـتقیمی بین افزایش ناامنی اجتماعی و کاهـش میزان سـلامت اجتماعی در جامعه وجـود دارد. تحقق سـلامت اجتماعی در بین افراد جامعه، تأمین امنیت اجتماعی به عنوان یک نیاز پایه‌ای بسـیار مهم اسـت و سلامت اجتماعی به دلیـل تأکید بر جذب افراد در چارچوب‌هـای اجتماعی و پذیرش هنجارهای اجتماعی، منجر به توسـعه و گسترش تأمین اجتماعی در جامعه می‌شـود. امکان تحقق اهـداف پلیس جامعه محور در جامعه‌ای بـا افراد سـلامت اجتماعی بالا به دلیل سـهولت در مشارکت اجتماعی و افزایش اعتماد اجتماعی بیشتر است.» (سام آرام، ۱۳۸۸: ۹).

به جرأت می‌توان مدعی شـد که امنیت انسـانی، جوهره و بستر اصلی سـلامت اجتماعی است و اگر سلامت اجتماعی را در غایت برنامه‌هـای رفاهی خود، رضایت‌منـدی از زندگی در نظر بگیریم، قطعـاً بدون تحقـق امنیت در ابعاد مختلف، چنین هدفی میسـور نخواهد شد. به قول یکی از مفسرین قانون اساسی، لزوم و ضرورت امنیت از طبیعت بشر ناشی می‌شود و برای تحقق آن، وجود عوامل متعددی لازم است که تعمیم عدالت، نفی هر گونه تبعیض، مبارزه با عوامل و زمینه‌های تعرض اجتماعی از آن جمله می‌باشـد (عمید زنجانی، ۱۳۶۲: ۲۳۶).

نتایـج پژوهش حاضر نشـان می‌دهد که دینداری با سـلامت اجتماعی همبسـتگی معناداری دارد، شـدت این رابطه متوسط ارزیابی می‌شـود و جهت رابطه بین دو متغیر مستقیم می‌باشد. تحقیقات انجام شـده حاکی از آن است که مادی‌گرایی، باعث به خطر افتادن سلامت روانی و جسمی افراد می‌شود. بنابراین، امـروزه دین‌داری و معنویـت برای جمعیت قابـل توجهی از مردم جهان مهم و حیاتی شـده است. حتی در جوامع صنعتی و فرامدرن نیز بر خـلاف انتظار، گرایش به معنویت و دین‌داری فزونـی یافته اسـت (چراغی و مولـوی، ۱۳۸۵: ۳). دینداری پیش‌زمینه بسـیار مهمی برای ارتقاء سـلامت اجتماعی افراد خواهـد بود. بسـیاری از مردم به اعتقـادات و نهادهای دینی روی می‌آورند تا در مقابلـه با بحران‌ها، معنادار کردن زندگی، ایجـاد امیـدواری و تأمین سـلامت از آن‌ها اسـتفاده مثبت کننـد (کنگرلـو، ۱۳۸۷: ۴۳). هدن (۱۹۸۳) معتقد اسـت که دینداری عامل اساسـی اجتماعی شدن و انسجام فکری عملی و جهت‌گیری در رفع مشـکلات، پدیده‌ها و مسـائل اجتماعی است (آزاد ارمکی و محمدی، ۱۳۷۷: ۱۶۰).

بدون شـک دینداری پیش‌زمینه بسـیار مهمی بـرای ارتقاء سـلامت اجتماعی افراد خواهد بـود. دین و میزان دینداری را می‌توان یکی از عوامل بسیار مؤثر بر تمام ابعاد وجودی انسان دانست. اهمیت دین و باورهای دینی بر انسان و زندگی فردی و اجتماعی او کاملاً آشـکار اسـت. دین به شکل‌های مختلف در هر فرهنگ شـناخته شده‌ای وجود دارد. معمولاً نقش اصلی و اغلـب نقش محوری را در زندگی افـراد بازی می‌کند و در سـال‌های اخیر دین یکـی از عمده‌ترین متغیرهـای مؤثر بر رفتار و حالات روانی افراد مورد توجه بسـیاری از متخصصین علوم رفتـاری قرار گرفته اسـت. تا جایی کـه برخی دین را عامل اساسـی در بهداشـت فردی و اجتماعی معرفی کرده‌اند (زهراکار، ۱۳۸۲).

مطابق نتایج آزمون فرضیات، رضایت از زندگی با سلامت اجتماعی همبسـتگی معناداری دارد، شـدت ایـن رابطه متوسـط ارزیابی می‌شـود و جهت رابطه بین دو متغیر مسـتقیم می‌باشد. محققان مختلف نشـان داده‌اند که رضایـت از زندگی به مثابه شـادابی، یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های سـلامت روانی است (Andrews, Whithey, ۱۹۷۶; Fordyce, ۱۹۷۷; Pavot, Dienner, ۱۹۹۳; Pavot et. al, ۱۹۹۸). رضایـت از زندگـی از سـایر سـازه‌های روان‌شـناختی مانند عاطفه مثبت و منفی، عزت نفس و خوش‌بینـی متمایز اسـت (Lucas, et. al, ۱۹۹۶). شـواهد تجربی حاکی از آن اسـت که بعد زمانی رضایـت از زندگی مهم اسـت (Pavot et. al, ۱۹۹۸; Karniol, ۱۹۹۶). رضایت از گذشـته و رضایت از حال و رضایت از آینده سه بعد متمایز رضایت از زندگی است. (Lazarus, et. al, ۱۹۸۰ به نقل از بخشی پور رودسری، ۱۳۸۴: ۱۴۶).

مـه یـر و دینر نشـان دادند که رضایـت از زندگی با سـلامت روانـی بالا همبسـته اسـت. هر چه میـزان رضایـت از زندگی بالاتر باشـد، فرد مسـتعد تجربه عواطف و احساسات مثبت است (Myers, Diener, ۱۹۹۵). عـدم رضایت از زندگی (شـاداب نبودن) با وضعیت سـلامتی ضعیف‌تر، علایم افسردگی، مشکلات

شخصیتی، رفتارهای نامناسب بهداشتی و وضعیت ضعیف اجتماعی همبسته است (Maltaby, et. al, ۲۰۰۴).

نتیجه دیگر پژوهش حاکی از آن است که اخلاقیات اجتماعی پاسخگو و اخلاقیات اجتماعی همکاران پزشک با سلامت اجتماعی همبستگی معناداری دارد، شدت این رابطه ضعیف ارزیابی می‌شود و جهت رابطه بین دو متغیر مستقیم می‌باشد. اخلاق اجتماعی، عرف اجتماعی، آموزه‌های مذهبی و اخلاق جهانشمول بشری از مهم‌ترین عناصر سلامت اجتماعی در ایران معرفی شده است (فدایی مهربانی، ۱۳۸۶: ۷۴). آمار اختلال‌های روانی در ایران در مقایسه با سایر کشورها وضع خوبی ندارد همچنین جامعه ایرانی، جامعه‌ای هیجانی، نگران، غمگین، حرمت‌شکن، غیرقابل پیش‌بینی و به تعبیر برخی بزرگان و مسئولان غیراخلاقی، قانون‌گریز و نظارت‌ناپذیر است، که همگی از عوامل خطر بروز اختلال روانی و بیماری‌های روان- تنی است. در این راستا آموزه‌های دینی و موازین اخلاقی و معنوی جدا از نگاه سیاسی و دیدگاه حاکمان دینی، از عوامل مؤثّر در تأمین، حفظ و ارتقای سلامت روانی به حساب می‌آید و از طرف دیگر، زمینه‌سازی برای کاهش نگرانی و ایجاد فضای آزاد و بانشاط، همراه با امنیت و رفاه اجتماعی و برخورداری جامعه از حقوق و کرامت انسانی و قابل پیش‌بینی، همگی در سطح نخست پیشگیری سلامت روانی- اجتماعی قرار می‌گیرد، موضوعی که نادیده گرفته شده است و تدبیری جدی می‌طلبد و در نهایت آگاهی‌بخشی به همه اقشار جامعه و همه مسئولان تقنینی، اجرایی، قضایی، نظامی، امنیتی و اطلاع‌رسانی درباره عوامل سبب‌ساز آسیب‌های اجتماعی و اختلال‌های روانی و بار این اختلال‌ها بر سلامت، فرهنگ و اقتصاد جامعه از اولویت‌های بسیار مهم است.

اگر فضای فرهنگی یک جامعه منطبق بر هنجارهای اخلاقی آن باشد و انحرافی از هنجارهای اخلاقی صورت نگیرد، سلامت اجتماعی در آن جامعه وجود خواهد داشت. در حقیقت سلامت اجتماعی هنگامی محقق می‌شود که هر یک از شهروندان نسبت به اجتماع خود احساس مسئولیت کنند و سعادت خود را در سلامت اجتماع بدانند. از این منظر، سلامت اجتماعی در جامعه‌ای وجود دارد که شهروندان آن در جهت هنجارهای اخلاقی پذیرفته شده حرکت کنند؛ به همین دلیل می‌توان گفت سلامت اجتماعی بیش از هر چیز مفهومی اخلاقی است.

ارزیابی خود توسط مردم با سلامت اجتماعی همبستگی معناداری دارد، شدت این رابطه ضعیف ارزیابی می‌شود و جهت رابطه بین دو متغیر مستقیم می‌باشد. این نتیجه با نتایج پژوهش نیک ورز (۱۳۸۹) انطباق دارد. چرا که نتایج پژوهش نیک ورز نیز حاکی از وجود رابطه معنادار میان سلامت اجتماعی با ارزیابی فرد از زندگی اجتماعی می‌باشد. وی در پژوهش خود ذکر می‌کند که سلامت اجتماعی در کنار سلامت جسمی و روانی یکی از ارکان تشکیل‌دهنده‌ی سلامت است، که در واقع بیانگر ارزیابی فرد از زندگی اجتماعی‌اش می‌باشد.

سلامت اجتماعی به معنای چگونگی ارزیابی فرد از عملکردش در جامعه و محیطی که در آن زندگی می‌کند است. افراد با بررسی نحوه کنار آمدن با استانداردها و ارزش‌های مورد نظر خود و مقایسه چگونگی عملکرد خود با دیگران در جامعه به این قضاوت می‌پردازند. سلامت اجتماعی چگونگی احساس خود درباره خود است و بر همه افکار، ادراکات، هیجانات، آرزوها، ارزش‌ها و اهداف شخصی نفوذ دارد و کلید رفتار آدمی می‌باشد. سلامت اجتماعی نقش محافظت‌کننده‌ای در مقابله با فشارهای روانی دارد که از فرد در مقابل وقایع فشارآور زندگی اجتماعی حمایت می‌کند. فردی که از سلامت اجتماعی بالایی برخوردار است، به راحتی قادر است با تهدیدها و وقایع فشارآور بیرونی بدون تجربه برانگیختگی منفی و از هم پاشیدگی سازمان درونی روانی مواجه شود. سلامت اجتماعی پایین به عنوان عامل خطر برای پرخاشگری، بزهکاری، سوء مصرف مواد، افسردگی، عملکرد ضعیف تحصیلی، همسرآزاری، کودک آزاری و نظایر آن مشاهده شده است. اخیراً برخی سیاستمداران و مسئولان مدارس پیشنهاد کرده‌اند که مدارس و دیگر مؤسسات اجتماعی باید برنامه‌هایی برای ارتقای سلامت اجتماعی افراد طراحی کنند. این پیشنهاد بر این فرض استوار است که سلامت اجتماعی علت و نه معلول مشکلات اجتماعی است، مستقل از موقعیت‌های خاص وجود دارد و می‌تواند با مداخلات خارجی ارزیابی شود. بی‌تردید سلامت اجتماعی یکی از مهم‌ترین و اساسی‌ترین جنبه‌های شخصیت و تعیین‌کننده ویژگی‌های رفتاری ما است. توجه به این امر، به ویژه در مورد کودکان دارای نیازهای آموزشی ویژه و نیز کسانی که به آن‌ها آموزش می‌دهند، از اهمیت خاصی برخوردار است. سلامت اجتماعی به مانند یک سرمایه ارزشمند حیاتی از مهم‌ترین عوامل پیشرفت و شکوفایی استعداد و خلاقیت افراد در جامعه می‌باشد (ولی‌زاده و همکاران، ۱۳۸۷).

مراجع

1- Abdi, Abbas and Goudarzi, Mohsen (1999), cultural developments in Iran, Tehran: Roshan Publication.

2- Abdullah Tabardarzy, Hadi (2007), "The relationship between social health and socio-demographic variables of Welfare and Rehabilitation Sciences University," MA thesis, University of Tehran Social Welfare.

3- Adler, MG. ,Fagley, NS. (2005), Appreciation: Individual differences in finding value and meaning as a unique predictor of subjective well-being, Journal of personality, 73(1), 79-114.

4- Akbarian, Mahdi, Abdollah Tabardarzi and Mohammad Ebrahim Khaki (2010), Social health, the police and sense of security, Proceedings of the First National Seminar of Social Health, Ministry of Health, Treatment and Medical Education, Office of Community Mental Health and Addiction, 92-109. Persian.

5- Alipour, Ahmad (2006), "The Relationship between Social Support and immune parameters in healthy persons: a review of the overall impact model", Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (thought and action) Summer, 12 (2 (45)): 134 -139.

6- Amid Zanjani, Abasali (1983), jurisprudential foundations of General of legal principles of the constitution of Islamic Republic of Iran: Iranian society and the Islamic Revolution, SID (Head Office), the Cultural sector, extra-curricular unit.

7- Andrews, FM., Whithey, SB. (1976), Social indicators of well-being; America's perception of life quality. New York: plenum.

8- Azad Armaki, Taghi & Bahar Mohammadi (1998), Study of Social Problems Tehran, Jahad Publication.

9- Bakhshipoor Roodsari, Abbas, Hamid Peyravi and Ahmad Abedian (2005), The relationship between life satisfaction and social support with mental health, Journal of Principles of Mental Health, the seventh year, autumn and winter, numbers 27 and 28, 152-145.

10- Buzan, Barry (1999), People, States and Fear, translated by Institute for Strategic Studies, Tehran: First Edition.

11- Cheraghi, Mona and Hosein Molavi (2006), The relationship between different aspects of religion and public health in students of Isfahan University, Isfahan University School of Education Educational Research Journal, Issue 2, 1-22.

12- Dreikurs, r. (1971), social equality. Chicago: henry regnery.

13- Durkheim, Emile (1983), the Rules of Sociological method, translated by Ali Mohammad Kardan, Tehran: Tehran University.

14- Durkheim, Emile (2004), The Elementary Forms of the Religious Life: totemism in Australia, Translated by Baqer parham, Tehran, Markaz publication.

15- Ebadolahi, Hamid (2002),social support, family and health, family counseling Magazine, No. 21, 8-9.

16- Edrisi, Afsaneh (2007), advanced statistics Booklet, Tehran, Islamic Azad University, North Tehran Branch. Persian

17- Fadayi Mehrbani, Mahdi (2007),"Urbanization, media and social health (media of Societies in transition and social health of citizens)", Research and Evaluation (14) 49.

18- Fordyce, MW. (1977), The happiness measures: A sixty second index of emotional well-being and metal health. Edison Community press. U.S.A.

19- Hatami, Parisa. (2010), "Studying the factors

affecting on social health in Students with an emphasis on social network", MA thesis, Faculty of Social Sciences, Allameh Tabatabai University in Tehran, the field of social work.

20- Kangarloo, Maryam (2008), "Evaluation of social health in shahed and non-shahed students of Allameh Tabatabai University," MA. thesis, Faculty of Social Sciences of Allameh Tabatabai University in Tehran.

21- Karniol, R. (1996), The motivational impact of temporal focus: Thinking about the future and the past. Annual review of psychology, 47, 593-620.

22- Keyes, C. L. M. & Shapiro, A. (2004), "Social well-being in the U.S.: A descriptive epidemiology", in orville Brim, Carol, D., Ryff & Ronald, C. Kessler (eds.), How healthy are you? A national study of well-being of Midlife, Chicago: University of Chicago Press.

23- Keyes, C. L. M. (1995), Social functioning and social well-being: Studies of the social nature of personal wellness. Submitted to graduate of University of Wisconsin-Madison in Partial Fulfilment of the requirement for the degree of the doctor of phisophy.

24- Keyes, C. L. M. (1998), Social well-being, Social psychology quarterly, 2: 121-140.

25- Khoosf, Helen (2005), "Comparative study of personality factors, social support and stressful life events in coronary heart disease patients Heart and non-patients", MA thesis in Clinical Psychology, Tehran Psychiatric Institute, University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

26- Koiumaa-Honkanen, H. ,Honkanen, R., Viinamaki, H. , Heikkila, K., Kaprio, J. Koskenvuo, M. (2001), Life statisfaction and suicide: A-20 Year follow-up study. American Journal of Psychiatry, 158(3), 433-439.

27- Maltaby, J. , Day, L. , Mccutcheon, LE. , Gillett, R. .Houran, J. , Ashe, DD. (2004), Personality and coping: A context for examining celebrity worship and mental healty. British Journal of Psychology, 95, 411-428.

28- Marandi, Seyed Alireza (2006), Social factors of health, in comprehensive book on Public Health, Ministry of Health, Treatment and Medical Education, Department of Research and Technology, Second Edition.

29- Mirzaee, Khalil (2010), Design and Thesis writing, Tehran, sociologists Publication.

30- Myers, DG., Diener, E.D. (1995), Whois happy? Psychological science! 995, 6(1), 10-19.

31- Pavot, W., Dienner, E. (1993), The affective and congnitive context of self-reported measure of subjective well-being. Social Indicators Research, 28, 1-20.

32- Pavot, W., Dienner, E., Suh, E. (1998), The temporal satisfaction with life scale. Journal of Personality assessment, 70, 340-354.

33- Rafiei, H., Samiei, M. Amini Razani, M. & Akbarian, M. (2010), Social health in Iran: from a consensus-based definition to a criterion-based one. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 62(3), 299.(Persian)

34- Ross, C.E. & Vu., C.L.(1996), Education, age, and the cumulative advantage in health, Journal of health and social behavior, 37.

35- Ryff, C.E. and Wu C-L (1996), Psychiatric disorders in America: The Epidemological catchement are study, New York: Free Press.

36- Saboori, Saeed. (2011), "Studying Social health among employees of Education District 11 of Tehran", MA thesis, Payam Noor university.

37- Sajadi, Homeira, Meroe Vameghi and Saeed Madani Ghahfarokhi (2010), "Social justice and Children's health and in Iran (in the framework of the social determinants of health, the World Health Organization)", Journal of Social Welfare, Year 9,

Issue 35.

38- SamAram, Ezatollah (2008), Theories in Social Work Course notes Allameh Tabatabai University.

39- SamAram, Ezatollah (2009), “The relationship between social health and social security with an emphasis on Community Oriented Policing approach”, Journal of Social Regulation, the first year, Spring, 14-29.

40- Taghipoor Javey, Zeinab. (2011), “The socio-economic factors affecting on social health in staff of Social Security Organization Branch of Shahrekord”, MA thesis Allameh Tabatabai University School of half-person, social science.

41- Taghipoor, Malihe (2010), “The effect of social support for women heading households in Tehran”, Islamic Azad University Branch of Roodehen, MA thesis.

42- Tavassoly, G. (1990), theories of sociology, press SAMT.

43- Valizadeh, Shirin et.al. (2008), Methods of increasing self-esteem in children with special needs, special education, 85 and 84: 70.

44- WHO(World Health Organization) (1980),(WHO Technical Report Series.

45- Yaghmayi, Heshmat (2001), Religiosity of adolescents and factors affecting it, MA thesis. Tehran: Allameh Tabatabaei University.

46- Zahrakar, Kianoosh (2003), “The relationship between religiosity and mental health”(http://www.navideshahed.com/fa/index.php?Page=definition&UID=258037).