Research Paper

Analysis of Social Health Components and the Factors Affecting It: Rural Households of Shiraz Township

Zahra Haghighi[1], *Razieh Namdar[2]

1. MSc., Department of Agricultural Extension and Education, College of Agriculture, Shiraz University, Shiraz, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Agricultural Extension and Education, College of Agriculture, Shiraz University, Shiraz, Iran.

Use your device to scan and read the article online

Citation: Haghighi, Z., & Namdar, R. (2021). [Analysis of Social Health Components and the Factors Affecting It: Rural Households of Shiraz Township (Persian)]. *Journal of Rural Research*, 12(1), 62-79, http://dx.doi.org/ 10.22059/jrur.2020.304993.1523

doi: http://dx.doi.org/ 10.22059/jrur.2020.304993.1523

Received: 23 June 2020
Accepted: 04 Dec. 2020

ABSTRACT

Social health is one of the most important dimensions of public health in society along with other mental, spiritual, medical, etc. dimensions. It plays a significant role in the sustainable development of society in order to prevent social harm and pave the way for the participation of individuals in all areas of society. Therefore, this study was conducted to investigate the social health of rural households in *Shiraz* and the factors affecting it. The research method is survey and the statistical population consists of rural households in *Shiraz* city, the number of which is 384 households based on Morgan table and selected by stratified random sampling method. Based on the reported values of fitness indicators, it was found that the model of confirmatory factor analysis of the research, based on five dimensions, has a suitable and acceptable fit (RMSEA = 0.04) and the components can be used to estimate social health and therefore the structure used to measure social health has an acceptable validity. The measured model showed that social health can be a function of five factors of social cohesion, social acceptance, social participation, social adaptation and social prosperity derived from Keyes theory of social health and all selected indicators of research except one indicator in the component of social acceptance, have shown their significant effects in measuring social health. Based on the results of the regression test, the adjusted coefficient showed that 64.9% of social health changes are explained by independent variables. Finally, suggestions for promoting social health are provided.

Key words:
social health, component, rural households, Keyes Index, *Shiraz* Township

Copyright © 2021, Journal of Rural Research. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

Extended Abstract

1. Introduction

Today, one of the essential axes of community health assessment, which plays an important role in ensuring dynamism and efficiency, is social health. Social health reflects the levels of social skills, social function, and the ability of each individual to recognize himself as a larger member of society and refers to individual sociability. Factors that threaten social health continuously affect a person's relationships with others and always affect more than one

* ***Corresponding Author:***
Razieh Namdar, PhD
Address: Department of Agricultural Extension and Education, College of Agriculture, Shiraz University, Shiraz, Iran.
Tel: +98 (71) 36138343
E-mail: r.namdar@shirazu.ac.ir

person. Having social thoughts and a positive attitude towards society in order to have a better collective life is the first and most important stage of social health. Thus, social health can be considered as the evaluation of significant positive and negative behaviors of a person in relation to others, as well as the quality of his/her relationships with family and social groups. Keyes is one of the theorists of social health who has proposed five indicators in this field and believes that social health includes social solidarity (an individual's evaluation of the quality of his interaction in society and social groups), social participation (individual evaluation of social value), social acceptance (individual interpretation of society and characteristics of others), social adaptation (individual evaluation of the quality of the individual's association with the surrounding society) and social flourishing (evaluation of potentials and path of social development and belief in the gradual evolution of society towards positive change). In the present study, given the importance of social health and observed weakness in the literature in rural areas, the level of social health and factors affecting it were examined.

2. Methodology

The number of rural households in *Shiraz* township was estimated based on the Morgan table (N-384) and random stratified sampling method was utilized to select the sample. The validity was confirmed by obtaining the opinions of the faculties of the department of agricultural extension and education of *Shiraz* University and its reliability was tested by conducting a pilot test in a village outside of the study area. Data analysis was performed using SPSS and LISREL 8.8 software.

3. Results

Measurement of demographic and economic variables showed that in general, there were significant relationships between gender, level of education, number of household members, employment status, type of land ownership and number of training courses with social health. Research variables were entered into the regression model using enter method. Based on the regression results, 64.9% of the changes in the dependent variable are explained by the independent variables. According to the reported value of fitness indicators, it was found that the variables utilized had suitable indices (RMSEA = 0.04).

4. Discussion

Based on the regression results, a high level of the changes in social health are explained by the independent variables including collaboration in social activities and the number of training courses, which should be considered by planners and experts of rural society. The measurement model, using the confirmatory factor analysis method, showed that social health can be a function of the five factors of social cohesion, social acceptance, social participation, social adaptation and social flourishing derived from Keyes's theory of social health. Also, the suggested model and variables used in research are approved, so it can be said based on the conceptual model that the components used have the ability to estimate social health, and the structure used to measure social health has acceptable validity.

The results of investigating five components of social cohesion, social acceptance, social participation, social adaptation and social flourishing showed that the four components of social cohesion, social acceptance, social participation and social adaptation are at a high and desirable level and only the component of social flourishing is at the middle level. The findings furthermore showed that all selected research questions, except for one case, which were collected based on literature review, showed significant effects on social health assessment.

5. Conclusion

According to the findings of the present study, the level of social health in the majority of rural people studied was very high and at a desirable level, which indicated the quality of their relationship with others and their performance in society. People with social health live in families that are more stable and cohesive and may be more likely to participate in community activities. Findings could be used to identify and deliver a desirable sample of social health. Also, the suggested model and variables are appropriate due to the significance of different aspects and indicators of social health measurement and could be used in future researches in this important area of rural development.

Acknowledgments

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Conflict of Interest

The authors declared no conflicts of interest

تحلیل مؤلفه‌های سلامت اجتماعی و عوامل اثرگذار بر آن: خانوارهای روستایی شهرستان شیراز

زهرا حقیقی[۱]، *راضیه نامدار[۲]

۱- دانش‌آموخته کارشناسی ارشد، گروه ترویج و آموزش کشاورزی، دانشکده کشاورزی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.
۲- استادیار، گروه ترویج و آموزش کشاورزی، دانشکده کشاورزی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

تاریخ دریافت: ۰۳ تیر ۱۳۹۹
تاریخ پذیرش: ۱۴ آذر ۱۳۹۹

چکیده

سلامت اجتماعی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین ابعاد سلامت همگانی و عمومی در جامعه همپای سایر ابعاد روانی، معنوی، پزشکی و.. نقش بارزی در توسعه پایدار جامعه در راستای پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و بسترسازی مشارکت افراد در تمام عرصه‌های جامعه را به همراه خواهد داشت. از این رو این مطالعه با هدف بررسی سلامت اجتماعی خانوارهای روستایی شهرستان شیراز و عوامل مؤثر بر آن انجام شده است. روش تحقیق پیمایش و جامعه آماری خانوارهای روستایی شهرستان شیراز است که تعداد آن‌ها بر اساس جدول مورگان ۳۸۴ خانوار و با روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شده‌اند. بر اساس مقادیر گزارش‌شده شاخص‌های برازندگی نیز مشخص شد که مدل تحلیل عاملی تأییدی پژوهش، بر اساس ابعاد پنج‌گانه دارای برازش مناسب و شایان پذیرشی (RMSEA=۰/۰۴) است و مؤلفه‌های مورداستفاده توان برآورد سلامت اجتماعی را دارند و بنابراین سازه به‌کاربرده شده جهت سنجش سلامت اجتماعی از اعتبار قابل قبولی برخوردار است. مدل اندازه‌گیری شده نشان داد که سلامت اجتماعی می‌تواند تابعی از پنج عامل انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انطباق اجتماعی و شکوفایی اجتماعی برگرفته از نظریه سلامت اجتماعی کییز باشد و تمامی نشانگرهای انتخابی تحقیق به‌جز یک نشانگر در مؤلفه پذیرش اجتماعی، تأثیر خود را در سنجش سلامت اجتماعی به شکل معناداری نشان داده‌اند. بر اساس نتایج به‌دست‌آمده از آزمون رگرسیون، میزان ضریب تعدیل‌شده نشان داد که ۶۴/۹ درصد تغییرات سلامت اجتماعی توسط متغیرهای مستقل تبیین می‌گردند. در نهایت پیشنهادهایی در راستای ارتقاء سلامت اجتماعی ارائه شده است.

کلیدواژه‌ها:
مؤلفه‌های سلامت اجتماعی، خانوارهای روستایی، شاخص کییز، شهرستان شیراز

مقدمه

امروزه با توجه به پیشرفت فناوری و تأثیر مستقیمی که بر کیفیت زندگی انسان‌ها دارد، سلامت در تمامی ابعاد از جمله سلامت جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی و عوامل تأثیرگذار بر آن اهمیت ویژه‌ای یافته است. به‌گونه‌ای که هدف مشترک توسعه یک جامعه در تمامی سطوح محلی، ملی و بین‌المللی، بهبود کیفیت زندگی و از جمله سلامتی انسان است (Khoshfar et al., 2015:72; Heydari et al., 2018:2; Sabbagh et al., 2011: 28). سلامتی یا سلامت افراد از عوامل و شرایط اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی جامعه نشأت می‌گیرد و نشان‌دهنده شرایط افراد جامعه است (Sajjadi & Sadr al-sadat, 2004: 247; Ebrahimpour & Elmi, 2015: 59).

بر اساس منابع موجود، سلامت دارای شش بعد مختلف شامل سلامت جسمی، روانی، عاطفی، معنوی، جنسی و اجتماعی است (Sajjadi & Sadr al-sadat, 2004: 246; Hossein Rashidi et al., 2015: 215; Sam Aram, 2010: 14) که بعد اجتماعی سلامت دربرگیرنده سطوح مهارت‌های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به‌عنوان عضوی از جامعه بزرگ‌تر است و به چگونگی وضعیت ارتباط فرد با دیگران در جامعه یا همان جامعه‌پذیری وی اشاره دارد (Hatami, 2010: 12; Khoshfar et al., 2015: 74; Sam Aram 2010: 4). سلامت اجتماعی مفهومی است که به‌طور فزاینده‌ای در محافل علمی، سیاست‌گذاری و اجرایی اهمیت پیدا کرده و طرح و بحث می‌شود. در حالی که سلامت جسمی و سلامت روانی به وضعیت و عملکرد فرد ارتباط مستقیم پیدا می‌کند، سلامت اجتماعی با روابط بین فرد با دیگران و جامعه ارتباط دارد. به‌عبارت‌دیگر یک پایه مفهوم سلامت اجتماعی جامعه و به عبارت دقیق‌تر جامعه

* نویسنده مسئول:
دکتر راضیه نامدار
نشانی: شیراز، دانشگاه شیراز، دانشکده کشاورزی، گروه ترویج و آموزش کشاورزی.
تلفن: ۳۶۱۳۸۳۴۳ (۷۱) ۹۸+
پست الکترونیکی: r.namdar@shirazu.ac.ir

سالم است (Tawakul, 2014:116). سلامت اجتماعی به‌عنوان یکی از ابعاد سلامت همگانی و عمومی در جامعه همپای سایر ابعاد روانی، معنوی، پزشکی و... نقش بارزی در توسعه پایدار جامعه در راستای پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و بسترسازی مشارکت آنان در تمام عرصه‌های جامعه را به همراه خواهد داشت (Mohseni Tabrizi & Navabakhsh, 2016: 95).

سلامت اجتماعی فرد به ابعاد و وجوهی از زندگی جمعی وی مربوط می‌شود، مثل اینکه او چگونه با دیگران کنار می‌آید، دیگران چه عکس‌العملی نسبت به او دارند و او با نهادها و هنجارهای اجتماعی چه تعاملی دارد (Tawakul, 2014: 116). از آنجا که سلامت اجتماعی نقش عمده‌ای در کارکرد در تمام زمینه‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی دارد بدیهی است که برنامه‌ریزی صحیح و جامعه در تأمین سلامت اجتماعی کاملاً ضروری به نظر می‌رسد.

مروری بر ادبیات موضوع

اولین بار میرینگوف و همکاران از انستیتوی دانشگاه فوردهام در سال ۱۹۷۸ شاخص سلامت اجتماعی را منتشر کردند. این شاخص به‌طور سالانه اندازه‌گیری و به‌صورت یک عدد گزارش می‌شود و از ترکیب ۱۶ نشانگر تشکیل شده است (Miringoff et al., 1999).

به‌زعم گلداسمیت سلامت اجتماعی «ارزیابی رفتارهای معنی‌دار مثبت و منفی فرد در ارتباط با دیگران» است و آن را یکی از اصلی‌ترین شاخص‌های سلامت هر کشور معرفی می‌کند، که منجر به کارا بودن فرد در جامعه می‌گردد (Larson, 1996:285). از نظر تجربی نیز مفهوم سلامت اجتماعی ریشه در ادبیات جامعه‌شناسی مربوط به ناهنجاری و بیگانگی اجتماعی قرار دارد. به عقیده دورکیم از جمله مزایای بالقوه زندگی عمومی، یکپارچگی و همبستگی اجتماعی است یعنی یک احساس تعلق و وابستگی، درک آگاهی مشترک و داشتن سرنوشت جمعی، این مزایای زندگی اجتماعی یک اساس و بنیان برای تعریف جهانی و کلی از سلامت اجتماعی است (Keyes, 1998: 123).

بعد اجتماعی سلامت دربرگیرنده سطوح مهارت‌های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به‌عنوان عضوی از جامعه بزرگ‌تر است. بر اساس این دیدگاه کییز سلامت اجتماعی را به‌عنوان کیفیت روابط با دیگران (شامل دوستان، نزدیکان، آشنایان، همکاران و گروه‌های اجتماعی که فرد در آن‌ها عضویت دارد) موردمطالعه قرار می‌دهد (Hatami, 2010: 12; Sam Aram, 2010: 14). کییز پنج ملاک را برای سلامت اجتماعی برمی‌شمارد و معتقد است که مدل سلامت اجتماعی (که در امتداد سلامت روانی مطرح می‌شود و زمینه کارکرد مثبت را فراهم می‌کند) شامل انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی، پذیرش اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انطباق اجتماعی است.

منظور از انسجام اجتماعی[1] ارزیابی فرد از کیفیت روابط متقابلش در جامعه و گروه‌های اجتماعی است، افراد سالم احساس می‌کنند که بخشی از جامعه هستند. انسجام اجتماعی قابل قیاس با بی‌معنا بودن زندگی است (Seman et al., 2014: 60; Ryff, 1989: 1069-1070).

مشارکت اجتماعی[2] به معنی ارزیابی فرد از ارزش اجتماعی خود است. کییز (۱۹۹۸) معتقد است که مشارکت اجتماعی، می‌تواند به‌عنوان نوعی مسئولیت اجتماعی تلقی شود، تلقی فرد از ارزشی که در جامعه می‌تواند داشته باشد (Mohseni Tabrizi & Navabakhsh, 2016: 121).

پذیرش اجتماعی[3] تفسیر فرد از جامعه و ویژگی‌های دیگران است (Keyes, 1998: 125). همان‌گونه که سلامت روانی شامل پذیرش خود می‌شود، پذیرش دیگران نیز در جامعه می‌تواند به سلامت اجتماعی بیانجامد (Hezar Jaribi & Arfai, 2012: 63).

منظور از شکوفایی اجتماعی[4] ارزیابی پتانسیل‌ها و مسیر تکامل جامعه و باور به این‌که اجتماع در حال یک تکامل تدریجی است و توانمندی‌های بالقوه‌ای برای تحول مثبت دارد (Keyes, 125:1998). شکوفایی اجتماعی مربوط به رشد و توسعه را در برمی‌گیرد (Mohseni Tabrizi & Navabakhsh, 2016: 122).

انطباق اجتماعی[5] به این معناست که فردی که از نظر اجتماعی سالم هستند نه تنها درباره ماهیت جهانی که در آن زندگی می‌کنند، بلکه همچنین راجع به آنچه اطرافشان رخ می‌دهد، علاقه‌مند بوده و احساس می‌کنند قادر به فهم وقایع اطرافشان هستند (Keyes, 1989: 125).

در پژوهشی با عنوان «بررسی نقش عوامل تعیین‌کننده در سلامت اجتماعی دانشجویان تبریز» سلامت اجتماعی به‌عنوان توانایی انجام مؤثر و کارآمد نقش اجتماعی بدون آسیب به دیگران، تعریف شد و پنج مؤلفه انسجام اجتماعی، انطباق اجتماعی، پذیرش اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و مشارکت اجتماعی برای سلامت اجتماعی ایران در نظر گرفته شد (Babapoor Khair al-Din et al., 2010; quoting Raymond et al., 2004).

نتایج تحقیقی در خصوص عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی، حاکی از آن است که متغیرهای قومیت، تحصیلات والدین، وضعیت اجتماعی - اقتصادی و جنسیت تأثیری بر سلامت اجتماعی دانشجویان موردمطالعه ندارند (Babapoor et al., 2010). بین میزان سلامت اجتماعی افراد متأهل و مجرد تفاوت معناداری وجود ندارد. اما مردانی که هرگز ازدواج نکرده‌اند نسبت به زنانی

1. Social Integration
2. Social Contribution
3. Social Acceptance
4. Social Actualization
5. Social Coherence

که هرگز ازدواج نکرده‌اند سطح پایین‌تری از سلامت اجتماعی داشتند و مردانی که هرگز ازدواج نکرده‌اند نسبت به زنانی که هرگز ازدواج نکرده‌اند سطح پایین‌تری از سلامت اجتماعی داشتند (Keyes & Shapiro, 2004; Sam Aram, 2010; Abdullah Tabar et al., 2008).

بین میزان سلامت اجتماعی و تحصیلات و درآمد رابطه معنی‌داری وجود دارد اما بین سن و وضعیت تأهل با سلامت اجتماعی رابطه معنی‌دار برقرار نیست (Taghipour, 2011). از میان متغیرهای زمینه‌ای سن، وضعیت تأهل و نوع منزل مسکونی با سلامت اجتماعی رابطه معنادار داشتند (Safiri & Shayesteh, 2015 Quoted by Soleimani Sangari, 2001). همچنین در بررسی تفاوت‌های جنسیتی لاروچ[6] (۱۹۹۸)، نشان می‌دهد سلامت اجتماعی در زنان بیش از مردان است (Amini Naghade, 2011: 33-50). تأثیر جنس بر سلامت اجتماعی نیز در تحقیقات هارینگ، استون و اکون[7] (۱۹۸۴)، اینگلهارت[8] (۱۹۹۰)، میکلوس[9] (۱۹۹۱) نیز گزارش شده است (Sarkhosh, 2009: 12; Bayat et al., 2007: 104).

در تحقیقاتی که خارج از کشور در این زمینه صورت گرفته، علاوه بر مطالعات مهم کییز[10] (۱۹۹۸)، مک آرتور در سال ۱۹۹۵ مطالعه‌ای را برای بررسی اپیدمیولوژی سلامت اجتماعی در ایالات‌متحده انجام داده است. داده‌ها نشان داد که اکثریت افراد بزرگسال ایالات‌متحده، سلامت اجتماعی سطح متوسط تا بالا دارند اما نسبت قابل‌توجهی از جمعیت سلامت اجتماعی بسیار پایینی داشتند که از نظر شاخص‌های اجتماعی می‌توان آن را به‌عنوان یک ناسالمی اجتماعی در نظر گرفت (Sam Aram, 2010).

سرخوش (۲۰۰۹)، به عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی مهاجرین در شهر همدان پرداخته و نتیجه گرفته است که سلامت اجتماعی جامعه آماری در سطح متوسط است و بین فضای اجتماعی، سرمایه اجتماعی، سرمایه اقتصادی، سرمایه فرهنگی با سلامت اجتماعی رابطه معنادار برقرار است.

کار کییز از یک اصل جامعه‌شناختی و روان‌شناختی نشأت می‌گیرد. طبق نظر کییز حلقه مفقوده در تاریخچه مطالعات مربوط به سلامت و خصوصاً سلامت ذهن پاسخ به این سؤال است که آیا ممکن است کیفیت زندگی و عملکرد شخصی افراد را بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد. از نظر وی سلامت اجتماعی ترکیبی از چند عامل است که درمجموع نشان می‌دهند چقدر یک شخص در زندگی اجتماعی‌اش مثلاً به‌عنوان همسایه، همکار و شهروند عملکرد خوبی دارد (Keyse & Shapiro, 2004). کییز معتقد است بهزیستی یک اساس و بنیان اجتماعی دارد و بدین ترتیب سلامت اجتماعی را ارزیابی شرایط و عملکرد فرد در جامعه تعریف می‌کند (Challaghan, 2008: 2). نظریه‌های مختلفی درباره سلامت اجتماعی مطرح شده که در جدول شماره ۱ بدان اشاره شده است.

استان فارس طی سال‌های گذشته در خصوص محصولات کشاورزی همواره دارای رتبه‌های برتر در بین استان‌های کشور بوده است و علی‌رغم خشکسالی سال‌های اخیر این جایگاه همه ساله حفظ و رو به ارتقاء است (Agricultural Statistics of Fars Province, 2017). شهرستان شیراز به‌عنوان مرکز و مهم‌ترین شهر استان، ششمین شهر بزرگ و پرجمعیت ایران و همچنین به‌عنوان یکی از کلان‌شهرهای کشور از نظر کشاورزی حائز اهمیت است. برای داشتن شهر و شهروندان سالم، که از نیازهای توسعه پایدار به شمار می‌رود، پرداختن به مسئله سلامت یکی از اولویت‌های مهم است. بنا به ضرورت، پرداختن به مسئله پایداری در کشاورزی و نقش جامعه انسانی به‌عنوان محور توسعه کشاورزی و به دلیل ضعف موجود در زمینه اطلاعات تخصصی در این زمینه، مسئله سلامت اجتماعی در خانوارهای روستایی شهرستان شیراز، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار بوده و به‌عنوان هدف اصلی این پژوهش قرار گرفت.

6. Larouch
7. Haring, Stock & Okun
8. Inglehart
9. Mykclus
10. Keyes

جدول ۱. نظریه‌های مطرح‌شده در مورد سلامت اجتماعی.

محقق	دیدگاه
کییز (Keyes)	مفهوم پنج مؤلفه انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انطباق اجتماعی، شکوفایی اجتماعی
وبر (Max Weber)	مقوله ساختاری یعنی مفهوم گروه منزلتی (اجتماعاتی بر اساس سبک شایسته زندگی و احترام و افتخاری که دیگران برایش قائل هستند) را وارد کرده است. طبقه‌بندی انسان بیشتر مبتنی بر الگوی مصرف آن‌هاست تا جایگاهشان در بازار یا فراگرد تولید.
لنسکی (Lenski)	همچون وبر، نظری کثرت‌گرا در مورد قدرت و نابرابری (قدرت ناشی از ترکیبی از توانایی اعمال زور و دسترسی به حقوقی است که به لحاظ قانونی تأیید شده باشد) دارد.
رز و وو (Rose & Woo)	ارتباط نزدیک تحصیلات با سلامت جسمی-روانی را در سه مقوله مطرح می‌کند: ۱) شرایط اقتصادی و کاری ۲) منابع روانی و اجتماعی ۳) سبک زندگی سالم و بهداشتی
ولف کنگ زاف (Wolfgang Zapf)	کیفیت زندگی بر اساس شرایط عینی زندگی و رفاه ذهنی افراد و گروه‌ها تعریف می‌کند. وی معتقد است که ارزیابی کیفیت زندگی باید با شرایط عینی زندگی ارزیابی ذهنی افراد از این شرایط را هم‌زمان با رفاه واقعی در نظر گرفت.

مأخذ: Kadkhodai & Lotfi (2013)

اهداف پژوهش

در پژوهش حاضر با توجه به اهمیت موضوع و ضعف پیشینه موضوع در مناطق روستایی، بر اساس نظریه سلامت اجتماعی کییز و ابعاد آن، مطالعه میزان سلامت اجتماعی روستاییان و عواملی که می‌توانند بر سلامت اجتماعی این قشر از جامعه مؤثر باشند، موردبررسی قرار گرفت.

با بررسی نتایج تحقیقات پیشین و استخراج متغیرهای اصلی پژوهش، اهداف اختصاصی زیر ارائه شده است:

- تحلیل ابعاد پنج‌گانه سلامت اجتماعی در نمونه موردمطالعه

- بررسی عوامل تأثیرگذار (همکاری در فعالیت‌های اجتماعی، تعداد اعضای خانوار، تعداد دوره آموزشی، میزان تحصیلات، سن افراد، میزان زمین،...) بر سلامت اجتماعی افراد موردمطالعه.

روش‌شناسی تحقیق

روش تحقیق مورداستفاده در این پژوهش روش پیمایش، به لحاظ معیار زمانی مقطعی و ابزار گردآوری اطلاعات موردنیاز پرسشنامه بود. برای تدوین مبانی نظری از روش کتابخانه‌ای (اسنادی) بهره گرفته شده است. پرسشنامه‌ها به‌صورت حضوری و با مراجعه به خانوارهای روستایی شهرستان شیراز تکمیل گردیده است.

جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه خانوارهای روستایی شهرستان شیراز بوده‌اند. با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای به انتخاب نمونه‌ها در بین اعضای خانوار اقدام شد. با توجه به جدول مورگان بر اساس تعداد خانوارهای روستایی موجود در شهرستان شیراز (۱۴۴۳۰۲۷)، تعداد نمونه منتخب این جامعه ۳۸۴ خانوار بود (Statistics Center of Iran, 2019). پس از تعیین حجم نمونه متناسب با هر بخش، دهستان و جمعیت هر روستا در تابستان سال ۱۳۹۸ نمونه‌گیری انجام گرفت. تعداد نمونه‌های هر روستا در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

روایی صوری پرسشنامه توسط اساتید بخش ترویج و آموزش کشاورزی دانشکده کشاورزی دانشگاه شیراز مورد تأیید قرار گرفت. در این پژوهش برای بررسی پایایی ابزار سنجش از یک مطالعه راهنما استفاده شد. برای انجام مطالعه راهنما تعداد ۳۰ نفر خارج از نمونه موردمطالعه انتخاب شد. جدول شماره ۳ نشان‌دهنده میزان پارامتر آلفا برای مقیاس‌های سنجش در این مطالعه است. مؤلفه‌های انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انطباق اجتماعی و شکوفایی اجتماعی با استفاده از طیف پنج سطحی لیکرت (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم، کاملاً مخالفم) سنجیده شد.

یافته‌ها

میانگین سن افراد موردمطالعه تقریباً ۴۵ سال با انحراف استاندارد ۱۲/۵۳ است. بیشترین فراوانی مربوط به گروه ۴۰ سال و کمتر بود و کمترین فراوانی مربوط به بیشتر از ۶۱ سال بود. جوان‌ترین و مسن‌ترین افراد نیز به ترتیب ۱۹ و ۷۸ سال سن داشتند. نتایج توزیع فراوانی خانوارهای روستایی شهرستان شیراز از نظر جنسیت نشان داد که از کل نمونه موردمطالعه، ۶۴/۳ درصد (۲۴۷ نفر) مرد و ۳۵/۷ درصد (۱۳۷ نفر) زن بوده‌اند.

بررسی توزیع فراوانی سطح تحصیلات نشان داد که بیشترین فراوانی مربوط به گروه راهنمایی و پایین‌تر (۴۸/۴ درصد) و کمترین فراوانی مربوط به مقطع کارشناسی ارشد (۱/۰ درصد) بوده است.

جدول ۲. تعداد نمونه به تفکیک دهستان‌های موردمطالعه.

شهرستان	بخش	دهستان	روستا	خانوار	نمونه
شیراز	۱) مرکزی	۱) داریون	۱) کوشک مولا	۲۴۶	۳۸
			۲) دودج	۳۷۴	۵۸
	۲) زرقان	۱) بندامیر	۱) بندامیر	۳۶۰	۵۵
			۲) دژآباد	۸۴	۱۳
			۳) دولت آباد	۳۸	۶
		۲) رحمت‌آباد	۱) رحمت‌آباد	۱۰۲۰	۱۵۷
			۲) مقرب ۱	۱۱۱	۱۷
			۳) مقرب ۲	۴۰	۶
	۳) ارژن	۱) قره چمن	۱) همت‌آباد	۲۱۹	۳۴
					۳۸۴

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۸

جدول ۳. مقادیر آلفای کرونباخ متغیرهای تحقیق.

متغیر	مؤلفه	ضریب آلفا هر مؤلفه	ضریب آلفا کل
سلامت اجتماعی	انسجام اجتماعی	۰/۸۳	۰/۷۹
	پذیرش اجتماعی	۰/۶۵	
	مشارکت اجتماعی	۰/۷۶	
	انطباق اجتماعی	۰/۶۵	
	شکوفایی اجتماعی	۰/۷۸	

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۸

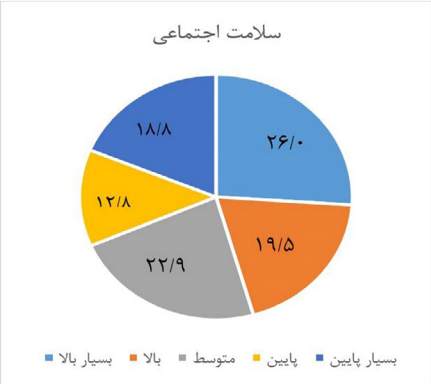
فصلنامه پژوهش‌های روستایی

از مجموع خانوارهای موردمطالعه تنها ۱۴ خانوار (۳/۶ درصد)، تحت سرپرستی مادر و مابقی یعنی ۳۷۰ خانوار (۹۶/۴ درصد) تحت سرپرستی پدر قرار دارند. از نظر میزان زمین زراعی پاسخگویان، ۲۱ درصد کمتر از ۲ هکتار، ۲۲ درصد بین ۴-۲/۱ هکتار، تقریباً ۱۷ درصد بین ۶-۴/۱ هکتار و ۱۵ درصد بالاتر از ۶ هکتار زمین داشتند. بررسی وضعیت داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو ویلک حاکی از نرمال بودن داده‌ها داشت. در این پژوهش برای سنجش سلامت اجتماعی از پنج مؤلفه انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انطباق اجتماعی و شکوفایی اجتماعی استفاده شده است. این متغیر با میانگین ۱۱۲/۳۴ و انحراف معیار ۷/۰۳ که کمینه آن ۹۷ و بیشینه آن ۱۲۵ (طیف ۱۲۵-۲۵) بوده است، در بین خانوارهای موردمطالعه سطح بالا و مطلوبی را نشان می‌دهد. به منظور توصیف وضعیت سلامت اجتماعی خانوارهای موردمطالعه، سلامت اجتماعی به ۵ سطح بسیار بالا، بالا، متوسط، پایین و بسیار پایین تقسیم شد. یافته‌ها نشان می‌دهد که سلامت اجتماعی در جامعه موردمطالعه، ۲۶/۰ درصد در سطح بسیار بالا، ۱۹/۵ درصد در سطح بالا، ۲۲/۹ درصد در سطح متوسط، ۱۲/۸ درصد پایین و ۱۸/۸ درصد در وضعیت بسیار پایین قرار دارند (تصویر شماره ۱).

سلامت اجتماعی

هر کدام از مؤلفه‌های سلامت اجتماعی با استفاده از ۵ گویه با طیف پنج سطحی لیکرت از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم مشخص شد و از پاسخگویان درخواست شد تا دیدگاه خود را در مورد هر یک از گویه‌ها بیان کنند.

اولین مؤلفه از سلامت اجتماعی، مؤلفه انسجام اجتماعی است نتایج حاصل از توصیف مؤلفه انسجام اجتماعی نشان داد که میانگین مؤلفه انسجام اجتماعی (۲۸/۱۷) در سطح بالایی قرار دارد. دومین مؤلفه از سلامت اجتماعی، پذیرش اجتماعی است نتایج حاصل از توصیف مؤلفه پذیرش اجتماعی نشان داد که میانگین مؤلفه پذیرش اجتماعی (۱۸/۰۰) در سطح نسبتاً مطلوب قرار دارد. سومین مؤلفه از سلامت اجتماعی، مشارکت اجتماعی است، نتایج حاصل از توصیف مؤلفه مشارکت اجتماعی نشان داد که میانگین مؤلفه مشارکت اجتماعی (۲۳/۳۶) در سطح بالا قرار دارد. چهارمین مؤلفه از سلامت اجتماعی، انطباق اجتماعی است، نتایج حاصل از توصیف مؤلفه انطباق اجتماعی نشان داد که میانگین مؤلفه انطباق اجتماعی (۲۲/۷۸) در سطح بالا قرار دارد. پنجمین مؤلفه از سلامت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی است، نتایج حاصل از توصیف مؤلفه شکوفایی اجتماعی نشان داد که میانگین شکوفایی اجتماعی (۱۸/۲۳) در سطح نسبتاً خوب ارزیابی می‌شود (جدول شماره ۴).



تصویر ۱. طبقه‌بندی سلامت اجتماعی در خانوارهای موردمطالعه. مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۸

فصلنامه پژوهش‌های روستایی

جدول ۴. توزیع فراوانی انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انطباق اجتماعی و شکوفایی اجتماعی.

انسجام اجتماعی	میانگین	انحراف معیار	رتبه
۱) احساس تعلق به مجموعه‌ای به نام جامعه	۴/۷۶	۰/۴۲	۱
۲) روستا به‌عنوان محلی برای آسودگی و آرامش	۴/۷۵	۰/۴۳	۲
۳) کمک به دیگران در فعالیت‌ها و کارهایی که وظیفه فرد نیست	۴/۶۹	۰/۴۶	۳
۴) لذت بردن از معاشرت با افرادی با آداب‌ورسوم مختلف	۴/۶۷	۰/۴۶	۴
۵) خود را بخش مهمی از جامعه دانستن	۴/۶۶	۰/۴۸	۵
۶) اهل سازش و مصالحه بودن با افراد محلی	۴/۶۱	۰/۴۸	۶
میانگین کل: ۲۸/۱۷ دامنه: ۳۰-۶			
پذیرش اجتماعی	**میانگین**	**انحراف معیار**	**رتبه**
۱) اثرگذاری رفتار فرد بر رفتار سایر افراد اجتماع	۴/۴۲	۰/۶۲	۱
۲) بی‌تفاوت بودن در برابر مشکلات دیگران	۴/۲۶	۰/۹۸	۲
۳) معتقد به قابل‌اعتماد نبودن مردم	۴/۱۹	۰/۸۶	۳
۴) انتظار جبران نیکی‌ها توسط افراد روستا	۲/۶۵	۱/۲۶	۴
۵) زندگی کردن مردم فقط برای خودشان	۲/۴۵	۱/۳۱	۵
میانگین کل: ۱۸/۰۰ دامنه: ۲۵-۵			
مشارکت اجتماعی	**میانگین**	**انحراف معیار**	**رتبه**
۱) شرکت در مراسم عمومی برگزارشده در روستا	۴/۸۲	۰/۳۸	۱
۲) رفت‌وآمد با مردم روستا و همسایگان	۴/۷۰	۰/۴۷	۲
۳) تلاش برای حل مشکلات پیش‌آمده برای اهالی روستا	۴/۶۳	۰/۴۸	۴
۴) داشتن فعالیت‌های ارزشمند برای روستا	۴/۶۰	۰/۴۹	۵
۵) مراجعه به سازمان‌های اداری خارج از روستا برای انجام امور مربوط به روستا	۴/۵۹	۰/۵۵	۶
میانگین کل: ۲۳/۳۶ دامنه: ۲۵-۵			
انطباق اجتماعی	**میانگین**	**انحراف معیار**	**رتبه**
۱) احساس وابستگی به جامعه	۴/۶۶	۰/۴۷	۱
۲) اثرگذاری رفتار من بر رفتار سایر افراد جامعه	۴/۵۷	۰/۵۰	۲
۳) روستا را محیطی اجتماعی منسجم، هماهنگ و باثبات دانستن	۴/۵۴	۰/۵۲	۳
۴) مراجعه به سازمان‌های مرتبط در صورت نیاز	۴/۵۱	۰/۵۰	۴
۵) کمک به جامعه به اندازه کافی	۴/۴۸	۰/۵۵	۵
میانگین کل: ۲۲/۷۸ دامنه: ۲۵-۵			
شکوفایی اجتماعی	**میانگین**	**انحراف معیار**	**رتبه**
۱) اعتقاد به تغییر و تحول مداوم جامعه	۴/۶۸	۰/۴۶	۱
۲) معتقد به پربار و مفید بودن جامعه برای افراد آن	۴/۶۵	۰/۴۷	۲
۳) مفهوم نداشتن پیشرفت اجتماعی از نظر من	۴/۵۹	۰/۵۱	۳
۴) اعتقاد به تغییر نکردن اجتماع در جهت تحقق خواسته‌های من	۱/۶۹	۰/۵۷	۴
میانگین کل: ۱۵/۶۲ دامنه: ۲۰-۴			

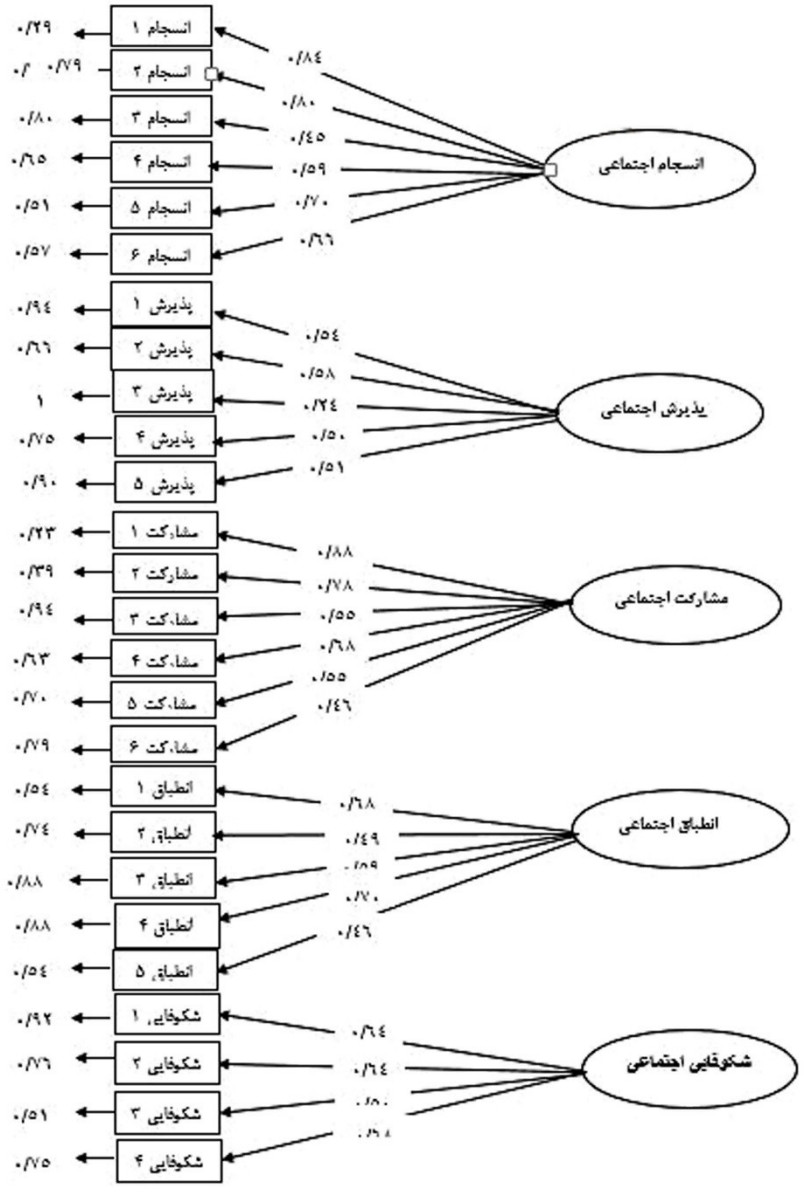
مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۸

نتایج آزمون تحلیل عاملی تأییدی متغیرهای مدل

به‌منظور تحلیل کامل‌تر داده‌های مربوط به سلامت اجتماعی، از روش تحلیل عاملی نیز با استفاده از نرم‌افزار LISREL 8.8 انجام گردید. تحلیل عاملی تأییدی به تأیید و بررسی جزئیات ساختار عاملی فرض شده می‌پردازد (Jorscarg & Sorbum, 1993 Quoted from Eidi et al., 2013). تحلیل عامل تأییدی میزان برازش مدل با داده‌ها را نیز محاسبه می‌کند (Karshki, 2019: 13).

بر اساس نتایج حاصل، تمام گویه‌ها دارای بار عاملی بزرگ‌تر از ۰/۵ بودند و تنها گویه پذیرش اجتماعی ۳ بار عاملی معادل ۰/۲۴ و ضریب t غیر معنادار از تحلیل کنار گذاشته شد. مابقی گویه‌های تشکیل‌دهنده پنج مؤلفه سلامت اجتماعی مورد تأیید قرار گرفته و در مدل باقی ماندند (تصویر شماره ۲).

مقدار معیار (حد مطلوب) و مقدار گزارش‌شده هر یک از شاخص‌های بالا برای مدل تحلیل عاملی در جدول شماره ۵ آورده شده است.



تصویر ۲. تصویر خروجی نرم‌افزار از متغیرهای به کار گرفته‌شده در تحلیل عامل تأییدی. مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۸

جدول ۵. مقدار استاندارد و شاخص‌های برازش مدل.

شاخص	مقادیر استاندارد	مقادیر به‌دست‌آمده مدل
کای اسکوئر/ درجه آزادی (X^2/df)	≤۳	۱/۸۵
شاخص نرم‌شده برازندگی (NFI)	≥۹۰	۰/۹۴
شاخص نرم‌نشده برازندگی (NNFI)	≥۹۰	۰/۹۷
شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)	≥۹۰	۰/۹۷
شاخص برازندگی (GFI)	≥۹۰	۰/۹۰
شاخص تعدیل برازندگی (AGFI)	≥۹۰	۰/۸۸
شاخص برازندگی فزاینده (IFI)	≥۹۰	۰/۹۷
شاخص میانگین مجذور پس‌مانده‌ها (RMR)	≤۰/۰۵	۰/۰۲۲
شاخص بذر برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA)	≤۰/۰۸	۰/۰۴

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۸

فصلنامه پژوهش‌های روستایی

با توجه به داده‌های جدول شماره ۵ می‌توان دریافت آماره‌های نکویی برازش برای سازه‌های انتخابی در حد قابل‌پذیرش و در سطح مطلوبی قرار دارد و سازه‌های انتخابی تحقیق، تأثیر خود را در سنجش سلامت اجتماعی به شکل معناداری نشان می‌دهند. در جدول شماره ۶ خلاصه نتایج حاصل از تحلیل عامل تائیدی مرتبه دوم ارائه شده است.

در تصویر شماره ۳، ارزش‌های مجذور همبستگی چندگانه متغیرهای مشاهده‌شده (SMC) در برون‌داد مشاهده می‌شود و حد مطلوب پایایی شاخص یا نمره مشاهده‌شده نشان داده شده است. ارزش‌های مجذور همبستگی چندگانه متغیرهای مشاهده‌شده (SMC) در برون‌داد مشاهده می‌شود و حد پایین پایایی شاخص یا نمره مشاهده‌شده را نشان می‌دهند. یافته‌های به‌دست‌آمده از مدل تحلیل عاملی نشان داد که از بین متغیرها و سؤالات آنان، سؤال اول مشارکت اجتماعی (شرکت در مراسم عمومی برگزارشده در روستا) و سؤال یک انسجام اجتماعی (احساس تعلق به مجموعه‌ای به نام جامعه) به ترتیب با ضرایب مسیر ۰/۸۸ و ۰/۸۴ بیشترین تأثیر و سؤال دو انطباق (اثرگذاری رفتار من بر رفتار سایر افراد جامعه) و سؤال سه مشارکت (مفهوم نداشتن پیشرفت اجتماعی از نظر من) به ترتیب با ضریب مسیر ۰/۲۹ و ۰/۲۵ کمترین تأثیر را بر سلامت اجتماعی داشتند.

توانایی اثر متغیرهای مستقل پژوهش در پیش‌بینی سلامت اجتماعی

به منظور تعیین توانایی اثر متغیرهای مستقل پژوهش در پیش‌بینی میزان سلامت اجتماعی خانوارهای روستایی شهرستان شیراز، از آزمون آماری رگرسیون استفاده شد. همان‌طور که در جدول شماره ۹ قابل‌ملاحظه است، متغیر سن، وضعیت اشتغال سرپرست خانوار، میزان تحصیلات، تعداد افراد خانوار، تعداد دوره‌های آموزشی شرکت کرده، میزان زمین (هکتار)، و همکاری در فعالیت‌های اجتماعی به‌عنوان متغیرهای مستقل و سلامت اجتماعی به‌عنوان متغیر وابسته و با استفاده از روش همزمان وارد مدل رگرسیون شدند. بر اساس نتایج به‌دست‌آمده مقدار R^2 تعدیل‌شده برابر با ۰/۶۴۹ است که میزان ضریب همبستگی تعدیل‌شده نشان می‌دهد که ۶۴/۹ درصد تغییرات متغیر وابسته توسط متغیرهای مستقل تبیین می‌گردند (جدول شماره ۷). آزمون تحلیل واریانس با سطح معنی‌داری ۰/۰۰۰۱ نیز معنی‌دار بودن رگرسیون و رابطه خطی بین متغیرها را نشان می‌دهد (جدول شماره ۸).

X1 = همکاری در فعالیت‌های اجتماعی

X2 = تعداد اعضای خانوار

X3 = تعداد دوره آموزشی

X4 = میزان تحصیلات

X5 = سن افراد

X6 = میزان زمین (هکتار)

X7 = وضعیت اشتغال سرپرست خانوار

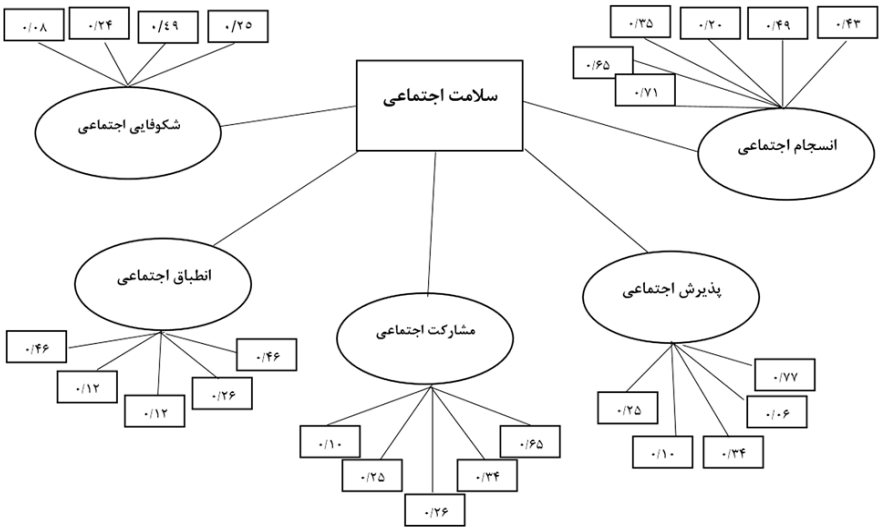
بر اساس مقادیر ستون b معادله رگرسیون را می‌توان به شرح زیر نوشت:

$$Y = 41.425 + 3.198(X_1) + 0.803(X_3) + 0.998(X_4)$$

جدول ۶. خلاصه نتایج به‌دست‌آمده از تحلیل عاملی تأییدی مرتبه دوم.

متغیر	سازه		نشانگر در مدل	ضریب استاندارد	خطای استاندارد	T Value	SMC
سلامت اجتماعی	انسجام اجتماعی	انسجام ۱	Ensejam 1	۰/۸۴	۰/۲۹	۱۲/۰۵	۰/۷۱
		انسجام ۲	Ensejam 2	۰/۸۰	۰/۳۵	۱۱/۷۴	۰/۶۵
		انسجام ۳	Ensejam 3	۰/۴۵	۰/۸۰	۱۲/۵۴	۰/۲۰
		انسجام ۴	Ensejam 4	۰/۵۹	۰/۶۵	۷/۶۷	۰/۳۵
		انسجام ۵	Ensejam 5	۰/۷۰	۰/۵۱	۱۰/۷۷	۰/۴۹
		انسجام ۶	Ensejam 6	۰/۶۶	۰/۵۷	۱۰/۲۷	۰/۴۳
	پذیرش اجتماعی	پذیرش ۱	Paziresh1	۰/۵۴	۰/۹۴	۴/۳۸	۰/۰۶
		پذیرش ۲	Paziresh 2	۰/۵۸	۰/۶۶	۳/۳۴	۰/۳۴
		پذیرش ۳	Paziresh 3	۰/۲۴	۱	۱/۰۴	——
		پذیرش ۴	Paziresh 4	۰/۵۰	۰/۷۵	۴/۶۵	۰/۲۵
		پذیرش ۵	Paziresh 5	۰/۵۱	۰/۹۰	۵/۵۴	۰/۱۰
	مشارکت اجتماعی	مشارکت ۱	Mosharek 1	۰/۸۸	۰/۲۳	۴/۷۰	۰/۷۷
		مشارکت ۲	Mosharek 2	۰/۷۸	۰/۳۹	۴/۶۶	۰/۶۱
		مشارکت ۳	Mosharek 3	۰/۵۵	۰/۹۴	۷/۳۱	۰/۰۶
		مشارکت ۴	Mosharek 4	۰/۶۱	۰/۶۳	۴/۵۱	۰/۳۷
		مشارکت ۵	Mosharek 5	۰/۵۵	۰/۷۰	۴/۴۳	۰/۳۰
		مشارکت ۶	Mosharek 6	۰/۴۶	۰/۷۹	۴/۲۷	۰/۲۱
	انطباق اجتماعی	انطباق ۱	Entebagh 1	۰/۶۸	۰/۵۴	۸/۲۹	۰/۴۶
		انطباق ۲	Entebagh 2	۰/۴۹	۰/۷۴	۶/۳۴	۰/۲۶
		انطباق ۳	Entebagh 3	۰/۵۹	۰/۸۸	۵/۳۰	۰/۱۲
		انطباق ۴	Entebagh 4	۰/۷۰	۰/۸۸	۵/۳۱	۰/۱۲
		انطباق ۵	Entebagh 5	۰/۴۶	۰/۵۴	۸/۲۹	۰/۴۶
	شکوفایی اجتماعی	شکوفایی ۱	Shekoofa 1	۰/۶۴	۰/۹۲	۴/۶۵	۰/۰۸
		شکوفایی ۲	Shekoofa 2	۰/۶۴	۰/۷۶	۱۲/۳۳	۰/۲۴
		شکوفایی ۳	Shekoofa 3	۰/۵۰	۰/۵۱	۸/۴۱	۰/۴۹
		شکوفایی ۴	Shekoofa 4	۰/۶۸	۰/۷۵	۷/۰۵	۰/۲۵

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۸



تصویر ۳. ارزش‌های مجذور همبستگی چندگانه متغیرهای مشاهده‌شده (SMC) مؤلفه‌های سلامت اجتماعی.
مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۸

فصلنامه پژوهش‌های روستایی

جدول ۷. خلاصه آماری مربوط به برازش مدل سلامت اجتماعی.

مدل	ضریب همبستگی چندگانه (R)	ضریب همبستگی چندگانه (R^2)	ضریب تعیین تعدیل‌شده	خطای استاندارد برآورد
۱	۰/۸۱۰	۰/۱۶۵۶	۰/۶۴۹	۴/۱۶۴۹۴

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۸

فصلنامه پژوهش‌های روستایی

جدول ۸. نتایج آزمون تحلیل واریانس یکطرفه.

مدل		Sum of squares	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig
۱	رگرسیون	۱۲۴۱۳/۹۴	۶	۱۷۷۳/۴۲۱	۱۰۲/۲۳۴	۰/۰۰۰۱
	باقی‌مانده	۶۵۲۲/۳۶۵	۳۷۶	۱۷/۳۴۷		
	کل	۱۸۹۳۶/۳۱	۳۸۴			

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۸

فصلنامه پژوهش‌های روستایی

جدول ۹. مقادیر استاندارد و غیراستاندارد متغیرهای واردشده در معادله رگرسیون.

مدل		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig
		B	Std. Error	Beta		
	Coefficientsa	۴۱/۴۲۵	۵/۸۸۲		۷/۰۴۳	۰/۰۰۰۱
۱	X1	۳/۱۹۸	۰/۱۴۳	۰/۷۴۲	۲۲/۳۳۴	۰/۰۰۰۱
	X2	۰/۴۵۱	۰/۵۶۳	۰/۰۲۹	۰/۸۰۱	۰/۴۲۴
	X3	−۰/۸۰۳	۰/۱۷۶	−۰/۱۶۲	−۴/۵۵۱	۰/۰۰۰۱
	X4	−۰/۹۹۸	۰/۰۶۳	−۰/۲۰۸	۶/۱۴۷−	۰/۰۰۰۱
	X5	۰/۰۰۷	۰/۰۲۶	۰/۰۱۳	۰/۲۸۳	۰/۷۷۸
	X6	۰/۰۳۸	۰/۰۸۷	۰/۰۱۵	۰/۴۳۲	۰/۶۶۶
	X7	−۰/۱۴۶	۰/۴۴۰	−۰/۰۱۱	−۰/۳۳۲	۰/۷۴۰

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۸

فصلنامه پژوهش‌های روستایی

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف اصلی بررسی و سنجش سلامت اجتماعی در میان روستاهای شهرستان شیراز مطالعه و به انجام رسید.

پژوهش‌های انجام‌شده در داخل کشور حاکی از میزان متوسطی از سلامت اجتماعی در گروه‌های مختلف موردمطالعه بوده است (Sharbatian, 2012: 165; Fathi et al., 2012: 237; Nikvarz, 2010; Hezar Jaribi & Mehri, 2012; Zaki & Khoshu'i, 2013: 104; Kadkhodai & Lotfi, 2013)، در حالی که بر اساس یافته‌های تحقیق حاضر بررسی میزان سلامت اجتماعی کل پاسخگویان حاکی از آن بود که سطح سلامت اجتماعی در اکثریت افراد موردمطالعه در سطح مطلوب قرار دارد. این متغیر تلقی افراد از کیفیت رابطه‌شان با دیگران و عملکرد اعضا در جامعه را بیان می‌کند. سلامت اجتماعی از یک سو محصول عوامل مختلف اجتماعی است و از سوی دیگر متأثر از این عوامل است (Zahedi asl & Pilevari, 2014: 86). همچنین می‌توان انتظار داشت تقویت بعد اجتماعی سلامت در کنار سایر ابعاد بستر لازم را برای افزایش همبستگی اجتماعی، انسجام و مشارکت اجتماعی، کارآمدی بیشتر و کاهش آسیب‌های اجتماعی فراهم کند (Sabouri, 2012: 51). بنابراین در نمونه موردمطالعه که شامل روستائیان زن و مرد شهرستان شیراز بود است از لحاظ شاخص‌های سلامت از شرایط مطلوبی برخوردار است. که به تفکیک نتایج مربوطه ارائه شده است.

انسجام اجتماعی: نتایج حاصل از بررسی این مؤلفه در منطقه موردمطالعه نشان می‌دهد که وضعیت انسجام اجتماعی در میان خانوارهای روستایی شهرستان شیراز در سطح بسیار بالایی قرار دارد (۲۸/۱۷) و نشان‌دهنده این است که افراد موردمطالعه نسبت به جامعه خود احساس نزدیکی می‌کنند، خود را بخشی از آن می‌دانند، جامعه را درک و زندگی شخصی خود را با معنا و منسجم می‌بینند و در همه شرایط سعی می‌کنند انسجام خود را حفظ کنند (Zahedi Asl &Pilevari, 2014: 83).

پذیرش اجتماعی: نتایج حاصل از بررسی این مؤلفه نشان می‌دهد که این مؤلفه با میانگین ۱۸در سطح بالایی قرار دارد و این امر نشان‌دهنده این است که افراد موردمطالعه به ماهیت انسان نگاهی مثبت و به خوب بودن ذاتی دیگران اعتماد دارند. این افراد دیگران را با همه نقص‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی که دارند می‌پذیرند و روابط توأم با اعتماد با سایرین برقرار می‌کنند (Zahedi Asl &Pilevari, 2014: 84).

مشارکت اجتماعی: با بررسی این مؤلفه این نتیجه حاصل شد که میزان مشارکت اجتماعی افراد موردمطالعه در سطح بالا و بسیار مطلوبی (۲۳/۳۶) قرار دارد. یعنی افراد موردمطالعه اعتقاد دارند جزء مهمی از جامعه هستند و می‌توانند چیزهای ارزشمندی را به دیگران و جامعه ارائه دهند. مفهوم این مؤلفه نزدیک به مفاهیم مسئولیت‌پذیری و خودکارآمدی است .

انطباق اجتماعی: نتایج حاصل از بررسی مؤلفه انطباق اجتماعی نشان داد که میانگین این مؤلفه نیز در سطح بالا و مطلوبی قرار دارد (۲۲/۷۸). افراد موردمطالعه به نسبت زیادی سعی می‌کنند در مورد دنیای اطراف خود اطلاعات بیشتری داشته باشند، تا بتوانند خود را با دیگران و جامعه انطباق دهند.

شکوفایی اجتماعی: نتایج حاصل از بررسی آخرین مؤلفه سلامت اجتماعی نشان می‌دهد که این مؤلفه در جامعه موردمطالعه در سطح متوسطی (۱۵/۶۲) قرار دارد و نشان‌دهنده ادراک افراد موردمطالعه از خط سیر شرایط اجتماعی است. 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 جامعه را در حال بهتر شدن یا دست‌کم تغییر می‌دانند و دیدگاه امیدوارانه‌ای (Babapoor et al., 2010: 13) دارند. از طرفی کسانی که سطح پایینی از این بعد را دارا هستند، معتقدند جامعه بهتر نشده و نمی‌تواند بهتر شود. افراد موردمطالعه ما حالت بینابینی بین این دو وضعیت را دارا هستند.

ارتباط سن و سلامت اجتماعی در مطالعات تقی پور (۲۰۱۱ :۸۶)، براتی (۲۰۱۱)، کنگرلو (۲۰۰۸)، ابراهیم نجف‌آبادی (۲۰۱۱: ۱۰۹)، زارع (۲۰۱۱)، کمالی دهقان (۲۰۱۲: ۷۵)، زکی و خشوعی (۷۹:۲۰۱۳)، عبدالله تبار و همکاران (۱۷۱:۲۰۰۸) بررسی شد که از بین آن‌ها مطالعات کییز و شاپیرو (۲۰۰۴: ۳۶۹)، زارع (۲۰۱۱)، کمالی دهقان (۷۵:۲۰۱۲)، فتحی و همکاران (۲۳۱:۲۰۱۲)، زکی و خشوعی (۷۹:۲۰۱۳) با پژوهش حاضر در یک راستا و رابطه معناداری را نشان می‌دهد اما مطالعات تقی پور (۸۶:۲۰۱۱)، ابراهیم نجف‌آبادی (۱۰۹:۲۰۱۱)، کامیارفر (۲۰۱۱) تأثیر منفی بر سلامت اجتماعی داشته است.

مدل اندازه‌گیری شده با کاربرد روش تحلیل عامل تأییدی، نشان می‌دهد که سلامت اجتماعی می‌تواند تابعی از پنج عامل انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی،

انطباق اجتماعی و شکوفایی اجتماعی برگرفته از نظریه سلامت اجتماعی کییز (۱۹۹۸: ۱۲۱)، کییز و شاپیرو (۲۰۰۴: ۳۵۰) باشد (Bukharai et al., 2015: 10). یافته‌ها نشان داد که تمامی نشانگرهای انتخابی تحقیق به‌جز یک نشانگر در مؤلفه پذیرش اجتماعی، که بر پایه مرور ادبیات گردآوری شده‌اند، تأثیر خود را در سنجش سلامت اجتماعی به شکل معناداری نشان می‌دهد. از این رو ساختار این مدل با توجه به معناداری سویه‌گان مختلف و شاخص‌های سنجش سلامت اجتماعی مناسب است و زیربنای فرضیه تحقیق سازگاری شایان پذیرشی را نشان می‌دهد.

با توجه به این تفاسیر و با توجه به مقدار گزارش‌شده شاخص‌های برازندگی نیز مشخص شد که مدل تحلیل عاملی

پژوهش دارای برازش مناسب و شایان پذیرشی هستند و ساختار کلی تحقیق مورد تأیید است بنابراین بر پایه مدل برازش یافته تحقیق می‌توان گفت که مؤلفه‌های مورداستفاده تحقیق که بر پایه مطالعات پیشین گردآوری شده بودند، توان برآورد سلامت اجتماعی را دارند و بنابراین سازه به‌کاربرده شده جهت سنجش سلامت اجتماعی از اعتبار قابل قبولی برخوردار است و قابل کاربرد در تحقیقات آتی است.

از میان متغیرهای مستقل واردشده در مدل رگرسیون با استفاده از روش همزمان (سن، وضعیت اشتغال سرپرست خانوار، میزان تحصیلات، .....) متغیرهای همکاری در فعالیت‌های اجتماعی، تعداد دوره آموزشی و میزان تحصیلات توانایی تبیین ۶۴/۹ درصد تغییرات متغیر وابسته سلامت اجتماعی را نشان دادند.

امروزه برای داشتن یک جامعه سالم، بنیان‌های سیاست‌گذاری جوامع نباید تنها به گسترش فنون جدید پزشکی منحصر باشد و صرفاً رفتارهای جسمی سالم را به افراد توصیه کنند، بلکه بایستی به‌صورت گسترده در بهبود پیوندهای اجتماعی، تقویت مؤلفه‌های سلامت اجتماعی نیز سرمایه‌گذاری کند. سیاست‌ها بایستی به‌گونه‌ای اتخاذ شوند که با تصمیم‌گیری‌های متناسب در ارتباط با خانوار، آنان را در جهت مشارکت، پذیرش، انطباق آنان در فعالیت‌های اجتماعی و پیشرفت جامعه سوق دهند، و از آنجا که بر اساس یافته‌ها تعداد دوره‌های آموزشی رابطه معناداری با سلامت اجتماعی دارد، برگزاری کارگاه و دوره‌های آموزشی می‌تواند نقش مؤثری را در این زمینه ایفا کند. موضوع سلامت اجتماعی در بسیاری از مطالعات جوامع روستایی مغفول واقع شده است، بنابراین اتخاذ راهبردها و تدابیر اجتماعی جهت تقویت جایگاه سلامت اجتماعی از سوی سازمان‌ها و دستگاه‌های متولی و همچنین فعالیت‌های پژوهشی دانشگاهی در سطح استان و شهرستان توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

بنا به اظهار نویسنده مسئول، مقاله حامی مالی نداشته است.

References

Abdullah Tabar, H., Kaldi, A., Mohagheghi Kamal, H., Setateh Forouzan, A., Salehi, M. (2008). [Study of students' social health (Persian)]. Social Welfare Quarterly, 8 (30-31), 171-190.

Agricultural Statistics of Fars Province. (2017). Fars Agricultural Jihad Organization, Deputy of Planning and Economy, Statistics and Information Technology and Equipment Department.

Amini Naqadeh, M. (2011). [Investigating the Factors Affecting Social Health (Case Study: Youth 18-29) (Persian)], M.Sc. Thesis, Faculty of Social Sciences, Allameh Tabatabaei University, 33-50.

Babapoor Khair al-Din, J., Tusi, F., Hekmati, E. (2010). [Investigating the role of determinants in social health of Tabriz University students (Persian)], Quarterly Journal of Modern Psychological Research, 4 (16), 1-19.

Barati, S. (2011). Investigating the manner of passing the time of transcendence and social health (a case study of young people aged 15-29 in Bojnourd city), Master's thesis, Roodehen Azad University, Department of Women's Studies.

Bayat, M., Naderifar, M., Bayat, M., Miri, M., & Foroughi, S. (2007). [Social health of children aged 7 to 11 years living in day care centers (Persian)], Iranian nursing, 51(2), 1-104.

Bukharaee, A., Sharbatian, M.H., Tawafi, P. (2015). [Sociological study of the relationship between vitality and social health (young people aged 18 to 30 years in Malayer city) (Persian)], Social Development Welfare Planning Quarterly, 3 (25), 1-39.

Callaghan, L. (2008). [Social Well-Being in Extra Care Housing: An Overview of the Literature]. Personal social service research unit, established at the University of Kent a Canterbury. www.ukc.ac.uk/PSSRU.

Ebrahimpour, R., Elmi, M. (2015). [Investigating the relationship between social capital and citizens' sense of social security in Sardasht city (Persian)], Sociological Studies, 8 (26), 53-71.

Ebrahim Najafabadi, A. (2011). [Factors affecting the level of social health of young women aged 15 to 24 in Isfahan (with emphasis on the level of social support) (Persian)], Health and Psychology, 1 (2), 113-1999.

Eidi, H., Abbasi, H., Bakhshi Chenari, A., Fadaei, M., Ebrahim Faghi, A. (2013). [Certificate Factor Analysis of Emotional Intelligence Questionnaire in Sports (Persian)], Applied Research in Sports Management, 2 (2), 139-150.

Fathi, M., Ajam Nejad R., Khak Rangin, M. (2012). [Factors Related to the Social Health of Teachers in Maragheh (Persian)], Journal of Social Welfare Research, 12 (47), 225-243.

Hatami, P. (2010). Investigating the factors affecting students' social health by emphasizing on social networks, Master Thesis, Social Work, Allameh Tabatabai University.

Heydari, B., Johnny, M., Mohebbi, F. (2018). [Investigating the Impact of Cyberspace (Telegram on Social Health (Case Study of Students of Qazvin University of Social Welfare and Applied Sciences) (Persian)], Qazvin Law Enforcement Science Quarterly, 3 (26), 1-25.

Hezar Jeribi, J., Arfai Ainuddin, R. (2012). [Leisure and Social Health (Persian)], Welfare and Social Development Planning, 4 (10), 39-63.

Hezar Jaribi, J., Mehri, A. (2012). [Analysis of the relationship between social capital and mental and social health (Persian)], Social Research Quarterly of Social Sciences, 19 (59), 42-90.

Hossein Rashidi, B., Kiani, K., Haghollahi, F., Shahbazi Sigheldeh, Sh. (2015). [Defining sexual health from the perspective of Iranian experts and describing its components: a qualitative study (Persian)], Journal of the School of Medicine, 73 (3), 210-220.

Kadkhodai, F., Lotfi, Sh. (2013). [Assessing the level of social health of female high school students in Shiraz and examining the factors affecting it (Persian)], Quarterly Journal of Social Research, 6 (20), 183-207.

Kamyarfar, P. (2011). Assessing the relationship between social capital and social health among men and women living in Tehran, M.Sc. Thesis, Faculty of Social Sciences, Al-Zahra University, Tehran.

Kamali Dehghan, E. (2012). The relationship between the level of social health of married men and women in Karaj city and their attitude towards domestic violence, Master Thesis, Allameh Tabatabai University, Faculty of Social Sciences.

Kangerlow, M. (2008). Evaluation of social health of control and non-control students of Allameh Tabatabaei University, Master Thesis, Social Work, Allameh Tabatabaei University.

Karshki, H. (2019). Structural Linear Relationships in Humanities Research (Basics and Easy Guide to Using LaserL software). Publisher: The Voice of Light.

Khoshfar, Gh., Mohammadi, A., Mohammadzadeh, F., Mohammadi, R., Akbarzadeh, F. (2015). [Social Security and Social Health (Case Study: 29-15 year olds in Qaen) (Persian)], Iranian Journal of Social Studies, 9 (1), 71-102.

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

Keyes, C. L., & Shapiro, A. D. (2004). Social well-being in the United States: A descriptive epidemiology. How healthy are we, 15(3), 350 -72.

Larson, J. S. (1996). The World Health Organization's definition of health: Social versus spiritual health. Social Indicators Research, 38(2), 181-192.

Miringoff, M., Miringoff, M.L. & Opdycke, S. (1999). The Social Health of the Nation: How America Is Really Doing. Oxford University Press, Oxford.

Mohseni Tabrizi, A., Navabakhsh, M.R. (2016). [A Study of Social Health of Tehran Citizens and Factors Affecting It (Case Study: District 3 of Tehran) (Persian)], Iranian Journal of Social Development Studies, 3 (4), 111-127.

Nikvarz, T. (2010). Investigating the factors affecting the social health of male and female students of Bahonar University of Kerman, Master's thesis, Sociology, Shahid Bahonar University of Kerman, Faculty of Literature and Humanities.

Ryff, C. D. (1989). [Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being (Persian)]. Journal of personality and social psychology, 57(6), 1069-1081.

Sabbagh, S., Moeinian, N., Sabbagh, S. (2011). [Assessment of social health and related social factors among households in Tabriz (Persian)], Journal of Sociological Studies, 4 (10), 27-44.

Sabouri, S. (2012). A Survey of Social Health among Education Employees in Tehran's 11th District, M.Sc. Thesis, Payame Noor University, West Tehran.

Sajjadi, H., Sadr al-Sadat, J. (2004). [Social Health Indicators (Persian)], Political-Economic Information, 2 (207), 244-253.

Sarkhosh, S. (2009). [Investigating the Factors Affecting Social Health on Immigrants in Hamedan (Persian)], M.Sc. Thesis, Faculty of Social Sciences, Allameh Tabatabai University. 1-28.

Safiri, Kh., & Shayesteh, S. (2015). [Investigating the relationship between family social capital and youth social health (Persian)]. Social Work Quarterly, 4 (3), 5-17.

Sam Aram, A. (2010). [Investigating the relationship between social health and social security with emphasis on community-based police approach. Social Order (Persian)], 1 (1), 9-29.

Seaman, J. A., Sawdon, G. E., Acidri, J., & Petty, C. (2014). [The Household Economy Approach. Managing the impact of climate change on poverty and food security in developing countries (Persian)], Climate Risk Management, 4, 59-68.

Sharbatian, M.H. (2012). [Reflections on the semantic connection of the components of social capital and the level of benefit of social health among students of Payame Noor University of Mashhad (Persian)], Quarterly Journal of Sociology of Youth Studies, 2 (5), 149-174.

Statistical Center of Iran. (2019). Population and household by province and city. Retrieved from: https://www.amar.org.ir/

Taghipour, Z. (2011). A Study of Socio-Economic Factors Affecting the Social Health of Shahrekord Social Security Employees, Master Thesis, Allameh Tabatabai University, Social Planning and Welfar.

Tawakul, M. (2014). [Social Health: Dimensions, Axes, and Indicators in Global and Iranian Studies (Persian)], Journal of Biological Ethics, 4 (4), 115-131.

Zahedi Asl, M., Pilevari, A. (2014). [A Transcendental Study on Social Health Studies (Persian)], Quarterly Journal of Social Welfare and Development Planning, 19 (2), 71-107.

Zaki, M. A., Khashuei, M.S. (2013). [Social health and its effective factors among the citizens of Isfahan (Persian)], Urban Sociological Studies, 3 (8), 79-108.

Zare, F. (2011). Investigating the relationship between social health of female-headed households and their type of supervision, M.Sc. Thesis, Allameh Tabatabaei University, Department of Social Work.