

تحلیل جامعه‌شناختی نقش عوامل اجتماعی در نابرابری‌های حوزه سلامت اجتماعی در استان مازندران (مطالعه موردی شهرستان ساری)

محمدرضا زمان فشمی^۱، ابوالقاسم حیدرآبادی^{۱*}، علی اصغر عباسی اسفنجیر^۱

۱. گروه جامعه‌شناسی، واحد بابل، دانشگاه آزاد اسلامی، بابل، ایران

* ایمیل نویسنده مسئول: Heidarabadi@baboliau.ac.ir

چکیده

هدف این پژوهش، تحلیل جامعه‌شناختی نقش عوامل اجتماعی در ایجاد نابرابری‌های سلامت اجتماعی در شهرستان ساری و تبیین سهم متغیرهایی چون سبک زندگی، مصرف فرهنگی، تحصیلات، نابرابری اجتماعی و دسترسی به خدمات بهداشتی در تبیین سطح سلامت اجتماعی است. پژوهش حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی و به روش پیمایشی انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای محقق ساخته بود که روایی آن با نظر خبرگان و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ (۰/۹۶۰) تأیید شد. جامعه آماری شامل کلیه شهروندان ۱۵ تا ۶۰ سال شهرستان ساری (۱۲۵۴۰۰ نفر) بود. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران ۳۸۴ نفر تعیین شد و نمونه‌ها با روش خوشه‌ای تصادفی از مناطق شهری انتخاب شدند. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن و تحلیل رگرسیون چندمتغیره با نرم‌افزار SPSS استفاده شد. یافته‌ها نشان داد میانگین سلامت اجتماعی بالاتر از حد متوسط (۲.۲۱ از ۳) است. در میان ابعاد سلامت اجتماعی، انطباق اجتماعی بالاترین (۲.۶۶) و یکپارچگی اجتماعی پایین‌ترین میانگین (۱.۶۸) را داشت. بین نابرابری اجتماعی و سلامت اجتماعی رابطه منفی و معنادار ($r = -0.512, p < 0.001$) وجود داشت؛ در حالی که بین تحصیلات ($r = 0.104, p < 0.005$)، سبک زندگی ($r = 0.477, p < 0.001$) و دسترسی به خدمات بهداشتی ($r = 0.590, p < 0.001$) با سلامت اجتماعی رابطه مثبت و معنادار مشاهده شد. نتایج رگرسیون چندمتغیره نشان داد ۴۶.۳٪ از تغییرات سلامت اجتماعی توسط متغیرهای مستقل تبیین می‌شود؛ بیشترین تأثیر مربوط به دسترسی به خدمات بهداشتی و نابرابری اجتماعی و کمترین مربوط به تحصیلات و پایگاه اجتماعی-اقتصادی است. سلامت اجتماعی به عنوان یکی از ابعاد کلیدی توسعه اجتماعی، به شدت تحت تأثیر عوامل اجتماعی و ساختاری است. کاهش نابرابری اجتماعی و بهبود دسترسی به خدمات بهداشتی از مهم‌ترین راهکارهای ارتقای سلامت اجتماعی شهروندان ساری به شمار می‌رود. ارتقای سبک زندگی سالم و افزایش سرمایه فرهنگی نیز می‌تواند به افزایش مشارکت، شکوفایی و انسجام اجتماعی کمک کند.

کلیدواژه‌گان: سلامت اجتماعی؛ سبک زندگی؛ نابرابری اجتماعی؛ مصرف فرهنگی؛ خدمات بهداشتی؛ ساری.

تاریخ ارسال: ۱ اردیبهشت ۱۴۰۳

تاریخ بازنگری: ۱۱ مرداد ۱۴۰۳

تاریخ پذیرش: ۱۸ مرداد ۱۴۰۳

تاریخ چاپ: ۲۸ شهریور ۱۴۰۳



How to cite: Zaman Fashami, M. R., Heidarabadi, A., & Abbasi Asfajir, A. A. (2024). Sociological Analysis of the Role of Social Factors in Inequalities in the Field of Social Health in Mazandaran Province (Case Study of Sari County). *Training, Education, and Sustainable Development*, 2(2), 1-18.



© 2024 the authors. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

Sociological Analysis of the Role of Social Factors in Inequalities in the Field of Social Health in Mazandaran Province (Case Study of Sari County)

Mohammad Reza Zaman Fashami¹, Aboalghasem Heidarabadi^{1*}, Ali Asghar Abbasi Asfajir¹

1. Department of Sociology, Bab.C., Islamic Azad University, Babol, Iran

*Corresponding Author's Email: Heidarabadi@baboliau.ac.ir

Abstract

This study aimed to sociologically analyze the role of social factors in social health inequalities in Sari County, examining how lifestyle, cultural consumption, education, social inequality, and access to healthcare services influence the level of social health. The research employed a descriptive–analytical survey design. Data were collected through a researcher-developed questionnaire whose validity was confirmed by experts and reliability verified by Cronbach's alpha (0.960). The study population included all citizens aged 15–60 in Sari (N = 125,400). Using the Cochran formula, a sample of 384 participants was selected through cluster random sampling. Data analysis was conducted using SPSS, applying descriptive statistics, Pearson and Spearman correlations, and multivariate regression. The findings revealed that the average level of social health was above moderate (M = 2.21 out of 3). Among its dimensions, social adaptation scored highest (M = 2.66) while social integration was lowest (M = 1.68). Social inequality had a significant negative relationship with social health ($r = -0.512$, $p < 0.01$), whereas education ($r = 0.104$, $p < 0.05$), lifestyle ($r = 0.477$, $p < 0.01$), and access to healthcare ($r = 0.590$, $p < 0.01$) showed positive correlations. Regression analysis indicated that 46.3% of the variance in social health was explained by the independent variables, with access to healthcare and social inequality being the strongest predictors, and education and socioeconomic status the weakest. Social health, as a vital dimension of human and community development, is largely shaped by social and structural factors. Reducing social inequality and improving equitable access to healthcare are essential strategies for enhancing social well-being. Promoting healthy lifestyles and cultural participation can further strengthen social cohesion, participation, and flourishing in Sari County.

Keywords: *Social health; lifestyle; social inequality; cultural consumption; healthcare services; Sari.*

Submit Date: 20 April 2024

Revise Date: 01 August 2024

Accept Date: 08 August 2024

Publish Date: 18 September 2024

سلامت اجتماعی یکی از شاخص‌های بنیادین توسعه انسانی و اجتماعی است که ارتباط مستقیمی با عدالت اجتماعی، رفاه عمومی و انسجام اجتماعی دارد. در سال‌های اخیر، با پیچیده‌تر شدن ساختارهای اجتماعی و گسترش نابرابری‌ها، توجه به سلامت اجتماعی به عنوان یکی از مؤلفه‌های کلیدی سلامت عمومی اهمیت ویژه‌ای یافته است. سلامت اجتماعی بیانگر توانایی فرد در ایفای نقش‌های اجتماعی، ایجاد تعامل سازنده با دیگران و احساس تعلق و پذیرش در جامعه است؛ به عبارتی، فرد زمانی از سلامت اجتماعی برخوردار است که بتواند در جامعه مشارکت فعال داشته باشد، هنجارهای اجتماعی را درک کند و نسبت به دیگران احساس مسئولیت نماید (Koosha et al., 2025).

در جهان معاصر، سلامت نه صرفاً مفهومی پزشکی بلکه پدیده‌ای اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی محسوب می‌شود. سازمان جهانی بهداشت نیز در تعاریف جدید خود سلامت را حالتی از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی معرفی کرده است، نه صرفاً فقدان بیماری (Wolff, 2011). در این چارچوب، سلامت اجتماعی به عنوان یکی از ابعاد سه‌گانه سلامت، تحت تأثیر مجموعه‌ای از عوامل اقتصادی، فرهنگی، طبقاتی، آموزشی و سیاستی قرار دارد. پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد که نابرابری‌های اقتصادی و اجتماعی می‌توانند به طور مستقیم یا غیرمستقیم بر سلامت اجتماعی افراد تأثیر بگذارند و تفاوت‌های عمیقی در دسترسی به خدمات سلامت، احساس امنیت اجتماعی و مشارکت مدنی ایجاد کنند (Baavosh et al., 2017).

در ایران نیز مانند بسیاری از کشورهای در حال توسعه، توزیع ناعادلانه منابع و فرصت‌های اجتماعی سبب ایجاد شکاف‌های گسترده در سطح سلامت اجتماعی شده است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که سلامت اجتماعی در میان گروه‌های مختلف جمعیتی با متغیرهایی همچون تحصیلات، درآمد، پایگاه اجتماعی، سبک زندگی و میزان حمایت اجتماعی رابطه تنگاتنگی دارد (SeifZadeh, 2016). برای نمونه، در مطالعات انجام‌شده بر روی سالمندان، سطح تحصیلات و موقعیت اقتصادی اجتماعی به عنوان عوامل تعیین‌کننده اصلی سلامت اجتماعی شناخته شده‌اند. افراد دارای وضعیت اقتصادی بهتر و حمایت اجتماعی قوی‌تر، میزان سلامت اجتماعی بالاتری را گزارش کرده‌اند (Ahmadi & Ehsan, 2016). یکی از مباحث اصلی در جامعه‌شناسی سلامت، نقش عدالت و نابرابری اجتماعی در تبیین تفاوت‌های سلامت است. نابرابری‌های اجتماعی نه تنها بر سلامت جسمی بلکه بر احساس تعلق اجتماعی، مشارکت مدنی و ادراک فرد از عدالت تأثیرگذارند (Bani Fatemeh et al., 2014). از منظر جامعه‌شناسی، سلامت اجتماعی متأثر از شبکه‌های اجتماعی، سرمایه اجتماعی و فرصت‌های برابری است که در جامعه برای همه گروه‌ها فراهم می‌شود (Abdi, 2014). زمانی که افراد در جامعه احساس بی‌عدالتی و تبعیض دارند، سطح اعتماد اجتماعی کاهش یافته و در نتیجه سلامت اجتماعی نیز دچار آسیب می‌شود (Chehabi & Rahbar, 2012).

به باور «میرووسکی» تحصیلات یکی از مهم‌ترین ابزارهای اجتماعی برای کاهش نابرابری سلامت است. وی معتقد است که آموزش نه تنها آگاهی بهداشتی را ارتقا می‌دهد بلکه توان افراد برای تصمیم‌گیری‌های سالم‌تر و بهره‌مندی از منابع اجتماعی را افزایش می‌دهد (Mirowsky, 2017). در این راستا، رابطه میان تحصیلات و سلامت اجتماعی در جوامع مختلف به طور مکرر تأیید شده است. افرادی با تحصیلات بالاتر معمولاً از شبکه‌های اجتماعی گسترده‌تر و فرصت‌های بیشتری برای تعاملات اجتماعی برخوردارند که این امر به بهبود سلامت اجتماعی آنان کمک می‌کند (Karvonen & Rahkonen, 2011).

مطالعات بین‌المللی متعددی نیز بر نقش جایگاه اجتماعی و منزلت ذهنی افراد در سلامت اجتماعی تأکید کرده‌اند. افراد با پایگاه اجتماعی پایین‌تر اغلب احساس طرد، بی‌قدرتی و بی‌عدالتی بیشتری دارند که این احساسات مستقیماً بر شاخص‌های سلامت اجتماعی تأثیر منفی می‌گذارد (Kraus et al., 2012). برعکس، گروه‌هایی که از منابع اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی بیشتری برخوردارند، از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردارند زیرا احساس کنترل بر زندگی و مشارکت اجتماعی در آنان قوی‌تر است (Hund, 2010).

سلامت اجتماعی همچنین با میزان حمایت اجتماعی، احساس امنیت، سبک زندگی و مصرف فرهنگی در ارتباط است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سبک زندگی سالم شامل فعالیت‌های بدنی، مشارکت در فعالیت‌های فرهنگی و مذهبی، و مصرف متعادل رسانه‌ها نقش مهمی در ارتقای

سلامت اجتماعی دارد (Yazdizadeh, 2024). از سوی دیگر، کیفیت روابط اجتماعی و حمایت‌های عاطفی از خانواده، دوستان و جامعه، به‌ویژه در گروه‌های آسیب‌پذیر نظیر زنان و سالمندان، عاملی کلیدی در حفظ و ارتقای سلامت اجتماعی است (Manzari Tavakoli & Maghsoodi, 2023).

در این میان، تغییرات ساختاری در نظام‌های رفاهی و سیاست‌های عمومی نیز بر سلامت اجتماعی اثرگذارند. تحقیقات نشان می‌دهد که هر چه نظام بیمه‌های اجتماعی کارآمدتر و پوشش سلامت فراگیرتر باشد، احساس امنیت اجتماعی و رضایت از زندگی نیز افزایش می‌یابد (Sadiq et al., 2024). به همین دلیل، امروزه سیاست‌گذاران حوزه سلامت بر تقویت عوامل اجتماعی سلامت، کاهش فقر و نابرابری، و افزایش مشارکت اجتماعی تأکید دارند (Wolff, 2011).

از منظر روان‌شناختی-اجتماعی نیز سلامت اجتماعی به احساس معنا، شکوفایی و تعلق اجتماعی مرتبط است. افراد زمانی از سلامت اجتماعی برخوردارند که جامعه را منسجم، قابل اعتماد و معنادار درک کنند و در روابط اجتماعی خود احساس کارآمدی داشته باشند (Schlund et al., 2024). در مقابل، افرادی که از حمایت اجتماعی پایین، استرس مزمن یا احساس طرد رنج می‌برند، بیشتر در معرض کاهش سلامت اجتماعی قرار دارند (Pourhossein et al., 2022).

تحقیقات داخلی نیز در تبیین وضعیت سلامت اجتماعی در ایران نتایج مشابهی ارائه داده‌اند. برای مثال، نتایج پژوهش محمدنژاد و احمدی نشان داد که سلامت اجتماعی ارتباط مستقیمی با شاخص‌های رفاه اقتصادی، تحصیلات و مشارکت اجتماعی دارد و افراد دارای سطح تحصیلی و فرهنگی بالاتر از سلامت اجتماعی بیشتری برخوردارند (Mohammadnejad & Ali Mohammad, 2015). همچنین مطالعه بالوش و همکارانش بر نابرابری‌های سلامت نشان داد که نابرابری‌های اقتصادی با ایجاد شیب اجتماعی سبب نابرابری در دسترسی به خدمات بهداشتی و در نتیجه کاهش سلامت اجتماعی می‌شود (Baavosh et al., 2017).

بر اساس یافته‌های پژوهش عبدی در تبریز، سلامت اجتماعی نه تنها به وضعیت اقتصادی افراد بلکه به نحوه ادراک آن‌ها از عدالت اجتماعی و فرصت‌های برابر بستگی دارد (Abdi, 2014). افرادی که احساس می‌کنند در جامعه از فرصت‌های برابر محروم‌اند، معمولاً از سطح پایین‌تری از سلامت اجتماعی برخوردارند. این یافته با دیدگاه نظریه‌پردازانی هم‌خوان است که بر نقش عدالت ادراکی و سرمایه اجتماعی در ارتقای سلامت تأکید می‌کنند (Chehabi & Rahbar, 2012).

در دوران معاصر، ظهور فناوری‌های نوین مانند واقعیت مجازی و رسانه‌های تعاملی نیز بر سلامت اجتماعی اثر گذاشته است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که استفاده از فناوری‌های تعاملی در حوزه سلامت می‌تواند احساس مشارکت و ارتباط اجتماعی را افزایش دهد و حتی در میان سالمندان منجر به بهبود کارکرد شناختی و تعاملات اجتماعی شود (Song et al., 2025). چنین رویکردهایی در سیاست‌گذاری سلامت اجتماعی به‌ویژه برای جمعیت‌های سالخورده و آسیب‌پذیر، نویدبخش آینده‌ای پایدارتر است.

در بعد سیاست‌گذاری، توجه به مدل‌های بومی ارتقای سلامت اجتماعی از اهمیت خاصی برخوردار است. کوشه و همکاران (۲۰۲۵) با طراحی مدل سیاستی برای ارتقای سلامت اجتماعی سالمندان تأکید کردند که مشارکت اجتماعی، حمایت نهادی و فرصت‌های فرهنگی سه محور اصلی سلامت اجتماعی در دوره سالمندی هستند (Koosha et al., 2025). این یافته با تأکید پژوهش‌های ایرانی بر نقش ساختارهای اجتماعی، عدالت و سبک زندگی سالم همسو است.

سلامت اجتماعی نه تنها جنبه‌ای از رفاه فردی بلکه شاخصی از وضعیت کلی جامعه محسوب می‌شود. جامعه‌ای که در آن نابرابری، فقر، بیکاری و بی‌اعتمادی رواج دارد، ناگزیر شاهد افت سلامت اجتماعی خواهد بود. در مقابل، عدالت اجتماعی، مشارکت فعال، و نظام حمایتی کارآمد بستر رشد سلامت اجتماعی را فراهم می‌کند (Sadiq et al., 2024). از این منظر، سلامت اجتماعی می‌تواند به عنوان معیاری برای سنجش کیفیت سیاست‌گذاری اجتماعی و میزان کارآمدی نظام‌های رفاهی در نظر گرفته شود (Schlund et al., 2024).

در نهایت، بررسی ادبیات نظری و تجربی نشان می‌دهد که سلامت اجتماعی برآیند پیچیده‌ای از تعاملات فردی و ساختاری است و بدون در نظر گرفتن زمینه‌های اقتصادی، فرهنگی و نهادی نمی‌توان آن را درک کرد. پژوهش‌های داخلی و خارجی همگی بر نقش تحصیلات، سبک زندگی، نابرابری اجتماعی، حمایت اجتماعی و سیاست‌های عمومی در تعیین سطح سلامت اجتماعی تأکید دارند (Kraus et al., 2012; Pourhossein et al., 2022; Wolff, 2011). از این رو، تبیین جامعه‌شناختی سلامت اجتماعی نیازمند نگاهی چندبعدی و نظام‌مند است که بتواند پیوند میان ساختار اجتماعی و تجربه زیسته افراد را روشن سازد. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف تحلیل جامعه‌شناختی نقش عوامل اجتماعی در نابرابری‌های حوزه سلامت اجتماعی در شهرستان ساری انجام شد.

روش‌شناسی

روش تحقیق در این پژوهش شیوه پیمایشی است. جامعه آماری در این پژوهش کلیه شهروندان شهرستان ساری در مقطع سنی ۱۵ تا ۶۰ سال، به عنوان جامعه آماری تحقیق انتخاب شده‌اند. و حجم نمونه از طریق فرمول کوکران ۳۸۴ نفر بدست می‌آید. در این پژوهش روش نمونه‌گیری در مناطق شهری شهرستان ساری (مانند ساری، کیاسر، فرح آباد و فریم) بصورت خوشه‌ای تصادفی انجام می‌شود. بطوری که از چهار شهر شهرستان، تعداد افراد نمونه بطور تصادفی انتخاب و پرسشنامه‌ها توزیع می‌گردد. برای تجزیه و تحلیل داده‌های بدست آمده از نرم افزار spss استفاده شد.

اعتبار را با روش اعتبار صوری و تایید اساتید راهنما و مشاور بدست آورده شده و پایایی هم با استفاده از آلفای کرونباخ بدست آمد. به این طریق که پرسشنامه در اختیار ۳۰ نفر از شهروندان ساری قرار گرفت، به طور کلی نتایج این بررسی منجر به اعمال اصلاحات لازم بر روی پرسشنامه گردید. ضریب آلفای کرونباخ برای متغیرهای مورد مطالعه، با توجه به متغیرهای در نظر گرفته شده را نشان می‌دهد.

جدول ۱. ضرایب آلفای کرونباخ برای شاخص‌های تحقیق

متغیر	تعداد گویه‌ها	ضریب آلفای کرونباخ
برخورداری از خدمات بهداشت درمانی	۶	۰.۸۰۶
نابرابری در سلامت	۲۳	۰.۷۴۲
نابرابری اقتصادی	۷	۰.۷۵۸
نابرابری سیاسی	۵	۰.۷۰۱
نابرابری اجتماعی	۶	۰.۸۱۲
نابرابری فرهنگی	۵	۰.۸۱۶
سبک زندگی	۵۱	۰.۷۳۵
مصرف فرهنگی	۱۴	۰.۷۰۸
مدیریت بدن	۱۱	۰.۷۲۱
گذران اوقات فراغت	۱۸	۰.۷۳۹
الگوی خرید	۸	۰.۸۱۰
سلامت اجتماعی	۳۲	۰.۹۶۰
یکپارچگی اجتماعی	۷	۰.۸۴۰
پذیرش اجتماعی	۶	۰.۸۴۷
مشارکت اجتماعی	۶	۰.۹۴۵
شکوفایی اجتماعی	۷	۰.۸۵۴
انطباق اجتماعی	۶	۰.۷۹۲

نتایج مربوط به پایای متغیرها نشان داد که سوالات توانسته‌اند ابعاد هر یک از متغیرها را بسنجی و گویه‌ها دارای همبستگی و همسازی درونی هستند. مقدار آلفای متغیر وابسته سلامت اجتماعی برابر با ۰.۹۶۰ است که در حد بسیار بالای می‌باشد.

یافته‌ها

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که میانگین سلامت اجتماعی در بین افراد نسبتاً بالا بوده و میانگین آن از عدد سه برابر با ۲.۲۱ است. یافته‌ها نشان می‌دهد که در بین پنج بعد متغیر سلامت اجتماعی، ابعاد انطباق اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و مشارکت اجتماعی بالاتر از حد متوسط بوده و ابعاد یکپارچگی و پذیرش اجتماعی پایین‌تر از حد متوسط هستند. بعد انطباق اجتماعی با میانگین ۲.۶۶ از بالاترین و بعد یکپارچگی اجتماعی با میانگین ۱.۶۸ از پایین‌ترین سطح برخوردار است.

نتایج نشان می‌دهد که میانگین مصرف فرهنگی در جامعه بالا است و میانگین آن که حداقل یک و حداکثر سه بوده برابر با ۲.۰۷ است. استفاده از سرگرمی‌های موبایل و همچنین به ترتیب با میانگین ۱.۲۵ و ۱.۲۶ از کمترین میانگین برخوردار هستند. در مقابل گوش دادن به موسیقی راک و خواندن روز نامه و مجله به ترتیب با میانگین ۲.۵۴ و ۲.۵۰ از میانگین بالایی برخوردار هستند و افراد مورد مطالعه این کالاهای فرهنگی را بیشتر مصرف می‌کنند.

یافته‌های به دست آمده نشان می‌دهد که میانگین مدیریت بدن در جامعه بالا است و میانگین آن که حداقل یک و حداکثر سه بوده برابر با ۲.۲۶ است. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که میانگین گذران اوقات فراغت در جامعه بالا است و میانگین آن که حداقل یک و حداکثر سه بوده برابر با ۲.۰۵ است. در بین گویه‌های بعد گذران اوقات فراغت، پرداختن به فعالیت‌های مذهبی با میانگین ۲.۷۹ و همچنین رفتن به کتابخانه با میانگین ۲.۷۵ از بیشترین میانگین برخوردار هستند. در نقطه مقابل ماندن در منزل و همچنین بی‌حرکی و خیره شدن به سقف به ترتیب با میانگین ۱.۱۹ و ۱.۲۱ از کمترین میانگین برخوردار هستند.

یافته پژوهشی دیگر این است که میانگین الگوی خرید در جامعه پایین‌تر از حد متوسط است و میانگین آن که حداقل یک و حداکثر سه بوده برابر با ۱.۶۲ است. در بین گویه‌های بعد الگوی خرید، خرید چیزهایی که قیمت مناسب داشته و با دوام باشند با میانگین ۲.۱۱ از بیشترین میانگین برخوردار هست. در نقطه مقابل اهمیت دادن به نظر اطرافیان هنگام خرید با میانگین ۱.۱۰ از کمترین میانگین برخوردار است. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که میانگین متغیر مستقل سبک زندگی در جامعه در حد متوسط است و میانگین برابر با ۲.۰۱ است. در بین چهار بعد سبک زندگی، بعد الگوی خرید با ۱.۰۶ از کمترین و بعد مدیریت بدن با میانگین ۲.۲۶ از بالاترین میزان برخوردار هستند.

یافته‌ها بیانگر آن است که میانگین برخورداری از خدمات بهداشتی درمانی در جامعه بالا است و میانگین آن برابر با ۲.۱۹ است. در بین گویه‌های برخورداری از خدمات بهداشتی درمانی، گویه تطابق خدمات بهداشتی درمانی با نیازها با میانگین ۲.۵۹ و همچنین فراهم بودن خدمات بهداشتی درمانی با میانگین ۲.۳۹ از بیشترین میانگین برخوردار هستند. علاوه بر این مورد قبول بودن خدمات بهداشتی درمانی و همچنین وجود خدمات بهداشتی درمانی به ترتیب با میانگین ۱.۶۲ و ۱.۸۴ از کمترین میانگین برخوردار هستند. مطابق با یافته‌های پژوهش، میانگین احساس نابرابری اجتماعی در بین افراد نسبتاً پایین بوده و میانگین آن برابر با ۱.۶۷ است. در بین چهار بعد متغیر نابرابری اجتماعی، همه ابعاد پایین‌تر از حد متوسط هستند. بعد نابرابری اقتصادی با میانگین ۱.۸۴ از بالاترین و بعد نابرابری فرهنگی با میانگین ۱.۵۱ از پایین‌ترین سطح برخوردار است.

فرضیه شماره یک: به نظر می‌رسد بین نابرابری‌های اجتماعی و سلامت اجتماعی شهروندان ساری رابطه معناداری وجود دارد.

در جدول زیر به ماتریس ضرایب همبستگی بین متغیر نابرابری اجتماعی و ابعاد آن با متغیر وابسته سلامت اجتماعی و ابعاد آن پرداخته‌ایم. از آنجایی که همه متغیرها پس از ترکیب شدن در سطح سنجش فاصله‌ای قرار گرفته‌اند، به وسیله آزمون ضریب همبستگی پیرسون روابط هر یک از متغیرهای مستقل و وابسته را با یکدیگر آزمون کرده‌ایم. نابرابری اجتماعی با سلامت اجتماعی رابطه منفی و معناداری دارد به طوری که هر چه نابرابری اجتماعی بالاتر باشد، از میزان سلامت اجتماعی کمتر می‌شود و در صورت کاهش نابرابری‌های اجتماعی، سطح سلامت

شهروندان رو به بهبودی می‌رود. مقدار ضریب همبستگی پیرسون بین نابرابری اجتماعی و سلامت اجتماعی برابر با ۰.۵۱۲- و سطح معناداری آن صفر است.

جدول ۲: ضریب همبستگی پیرسون بین نابرابری‌های اجتماعی و سلامت اجتماعی

متغیرها	سلامت اجتماعی	یکپارچگی اجتماعی	پذیرش اجتماعی	مشارکت اجتماعی	شکوفایی اجتماعی	انطباق اجتماعی	نابرابری اقتصادی	نابرابری سیاسی	نابرابری اجتماعی	نابرابری فرهنگی	مقیاس نابرابری اجتماعی
سلامت اجتماعی	۱										
یکپارچگی اجتماعی		۱									
پذیرش اجتماعی			۱								
مشارکت اجتماعی				۱							
شکوفایی اجتماعی					۱						
انطباق اجتماعی						۱					
نابرابری اقتصادی							۱				
نابرابری سیاسی								۱			
نابرابری اجتماعی									۱		
نابرابری فرهنگی										۱	
مقیاس نابرابری اجتماعی											۱

**. Correlation is significant at the ۰.۰۱ level

*. Correlation is significant at the ۰.۰۵ level

فرضیه شماره دو: به نظر می‌رسد بین تحصیلات شهروندان ساری و سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد.

جدول ۳: ضریب همبستگی اسپیرمن بین میزان تحصیلات و سلامت اجتماعی

متغیرها	ضریب همبستگی اسپیرمن	سطح معناداری	نتیجه همبستگی
سلامت اجتماعی	۰.۱۰۴*	۰.۳۷	همبستگی مثبت و معنادار
یکپارچگی اجتماعی	۰.۰۹۷	۰.۵۳	عدم رابطه معنادار
پذیرش اجتماعی	۰.۱۵۹**	۰.۰۱	همبستگی مثبت و معنادار
مشارکت اجتماعی	۰.۰۲۴	۰.۶۳۷	عدم رابطه معنادار
شکوفایی اجتماعی	۰.۱۸۴**	۰.۰۰۰	همبستگی مثبت و معنادار
انطباق اجتماعی	۰.۱۱۸*	۰.۱۸	همبستگی مثبت و معنادار

ضریب همبستگی اسپیرمن بین میزان تحصیلات و سلامت اجتماعی برابر با ۰/۱۰۴ و سطح معناداری آن ۰.۰۳۷ است. به دلیل این که سطح معناداری در ضریب همبستگی کمتر از پنج درصد است، لذا رابطه معناداری بین دو متغیر میزان تحصیلات و سلامت اجتماعی وجود دارد. وجود همبستگی مثبت و مستقیم بین دو متغیر بیانگر آن است که هر چه میزان تحصیلات بالاتر شود، میزان سلامت اجتماعی در بین آنان

فرضیه شماره سه: به نظر می‌رسد بین پایگاه اجتماعی-اقتصادی شهروندان ساری و ابعاد سلامت رابطه معنی داری وجود دارد.

متغیرها	ضریب همبستگی اسپیرمن	سطح معناداری	نتیجه همبستگی
سلامت اجتماعی	۰۴۰	۰۴۲۸	عدم رابطه معنادار
یکپارچگی اجتماعی	-۰۸۹	۰۰۷۵	عدم رابطه معنادار
پذیرش اجتماعی	۰۲۲	۰۶۶۰	عدم رابطه معنادار
مشارکت اجتماعی	-۰۲۳۷**	۰۰۰۰	همبستگی مثبت و معنادار
شکوفایی اجتماعی	-۰۵۲	۰۲۹۸	عدم رابطه معنادار
انطباق اجتماعی	۰۱۷	۰۷۲۹	عدم رابطه معنادار

فرضیه شماره چهار: به نظر می‌رسد بین سبک زندگی سلامت محور شهروندان ساری و ابعاد سلامت رابطه معنی داری وجود دارد.

[illegible]

همان طور که ملاحظه می‌گردد، این فرضیه با ضریب همبستگی ۰.۴۷۷ و در جهت مثبت و با سطح اطمینان بیش از ۹۹ درصد و سطح خطای کمتر از ۱ درصد تأیید شد. به عبارتی بین سبک زندگی و سلامت اجتماعی همبستگی مستقیم و معناداری وجود دارد. بین ابعاد سلامت اجتماعی و سبک زندگی نیز می‌توان شاهد رابطه مستقیم و مثبت معنادار بود. همچنین بین ابعاد سبک زندگی (به غیر از بعد مدیریت بدن) نیز با سلامت اجتماعی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. به عنوان مثال ضریب همبستگی پیرسون بین مصرف فرهنگی و سلامت اجتماعی برابر ۰.۶۲۹ با و سطح معناداری صفر است. هر چه مصرف فرهنگی بالاتر باشد، میزان سلامت اجتماعی بیشتر می‌شود و برعکس هر چه مصرف فرهنگی پایین‌تر باشد، میزان سلامت اجتماعی کاهش خواهد یافت.

فرضیه شماره پنج: به نظر می‌رسد بین دسترسی به خدمات بهداشتی و ابعاد سلامت رابطه معنی داری وجود دارد.

با توجه به سطح سنجش و آزمون نرمال بودن داده‌ها در متغیرهای دسترسی به خدمات بهداشتی و ابعاد سلامت اجتماعی، برای بررسی رابطه متغیرها از ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید. بررسی رابطه متغیرها گویای این است که بین دو متغیر همبستگی معناداری وجود دارد و لذا فرضیه صفر رد و فرضیه تحقیق پذیرفته یا تایید می‌شود. بنابراین می‌توان گفت که بین دسترسی به خدمات بهداشتی و ابعاد سلامت رابطه مثبت و مستقیم موجود می‌باشد. بدین صورت که هر چه میزان دسترسی به خدمات بهداشتی بیشتر شود، میزان سلامت اجتماعی در بین آنان افزایش می‌یابد و برعکس هر چه میزان دسترسی به خدمات بهداشتی کمتر شود، میزان سلامت اجتماعی در بین آنان کاهش می‌یابد. این همبستگی مثبت با احتمال بیش از ۹۹ درصد معنادار است.

جدول ۶: ضریب همبستگی پیرسون بین دسترسی به خدمات بهداشتی و ابعاد سلامت اجتماعی

متغیر وابسته	مقدار ضریب همبستگی پیرسون	سطح معناداری
سلامت اجتماعی	.۵۹۰**	.۰۰۰
یکپارچگی اجتماعی	.۴۴۵**	.۰۰۰
پذیرش اجتماعی	.۵۲۴**	.۰۰۰
مشارکت اجتماعی	.۶۵۲**	.۰۰۰
شکوفایی اجتماعی	.۴۹۴**	.۰۰۰
انطباق اجتماعی	.۴۴۲**	.۰۰۰

ضریب همبستگی پیرسون بین میزان دسترسی به خدمات بهداشتی و سلامت اجتماعی برابر با ۰.۵۹۰ و سطح معناداری آن صفر است. به دلیل این که سطح معناداری در ضریب همبستگی کمتر از پنج درصد است، لذا رابطه معناداری بین دو متغیر میزان دسترسی به خدمات بهداشتی و سلامت اجتماعی وجود دارد. میزان دسترسی به خدمات بهداشتی با ابعاد سلامت اجتماعی نیز رابطه مثبت و معناداری را نشان می‌دهد. به عبارت دیگر در صورتی دسترسی به خدمات بهداشتی در جامعه بالا باشد، سلامت اجتماعی و ابعاد آن نیز رو به افزایش خواهد بود. در مدل‌های آماری، تحلیل رگرسیون یک فرایند آماری برای تخمین روابط بین متغیرها می‌باشد. این روش شامل تکنیک‌های زیادی برای مدل سازی و تحلیل متغیرهای خاص و منحصر بفرد، با تمرکز بر رابطه بین متغیر وابسته و یک یا چند متغیر مستقل، می‌باشد. تحلیل رگرسیون خصوصاً کمک می‌کند در فهم اینکه چگونه متغیر وابسته با تغییر هر کدام از متغیرهای مستقل و با ثابت بودن دیگر متغیرهای مستقل تغییر می‌کند. هدف از به کارگیری تحلیل رگرسیونی، پیش بینی و تبیین تغییرات واریانس متغیر وابسته از طریق متغیر مستقل است. به عبارتی تغییر در متغیر وابسته معمولاً نتیجه اثرات متغیرهای متعددی است که هم زمان عمل می‌کنند. در این پژوهش برای بررسی و آزمون فرضیات تحقیق علاوه بر ضرایب همبستگی از تحلیل رگرسیونی استفاده شده است. تحلیل رگرسیونی این مکان را به محقق می‌دهد تا تغییرات متغیر وابسته را از طریق متغیرهای مستقل پیش بینی و سهم هر یک از متغیرهای مستقل را در تبیین متغیر وابسته تعیین نماید. روشهای مختلفی برای انجام این کار وجود دارند که در این پژوهش از روش رگرسیونی چند متغیره به شیوه همزمان یا توأم استفاده شد. همچنین تکنیک‌های

زیادی برای انجام تحلیل رگرسیون توسعه داده شده است. روش‌های آشنا همچون رگرسیون خطی و حداقل مربعات که پارامتری هستند که در این جا از رگرسیون خطی استفاده شد.

جدول ۷: خلاصه نتایج رگرسیون چند متغیره سلامت اجتماعی

ضریب همبستگی چندگانه	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل شده	انحراف معیار	آزمون دوربین واتسون
۰.۶۸۰	۰.۴۶۳	۰.۴۵۶	۲۱.۱۷۶۸۷	۱.۵۲۰

جدول فوق نتایج رگرسیون چند متغیره میزان سلامت اجتماعی را نشان می‌دهد. مقدار ضریب همبستگی چندگانه برابر با ۰.۶۸۰ بوده که نشان دهنده رابطه در حد بالای بین متغیرها است. مقدار ضریب تعیین برابر با ۰.۴۶۳ است. یعنی ۴۶.۳ درصد از تغییرات میزان سلامت اجتماعی به متغیرهای مورد مطالعه در این تحقیق بستگی دارد. مابقی تغییرات متغیر وابسته تحقیق (۵۳.۷) که به مجذور کمیت خطا (e^2) معروف است، تخت تأثیر متغیرهای خارج از مدل است. میزان خطای استاندارد برآورد ۲۱.۱۷ شده است که نشان دهنده میزان قدرت پیش بینی معادله رگرسیون است هر چه کمتر باشد بهتر است که در این تحقیق مقدار آن نسبتاً مناسب می‌باشد.

با استفاده از رگرسیون خطی چند متغیره، تأثیرات مستقیم بر متغیر وابسته مورد ارزیابی قرار گرفت، اما چه بسا که متغیری تأثیر گذاریش بر متغیر وابسته به صورت غیر مستقیم باشد. از این رو، جهت سنجش میزان تأثیرات غیر مستقیم و همچنین مستقیم و ارزیابی مجدد میزان تأثیر گذاری بر متغیرهای مستقل بر روی سلامت اجتماعی، از تحلیل مسیر استفاده می‌شود. برای بررسی میزان و مسیر تأثیرات مستقیم و غیر مستقیم متغیرهای مستقل تحقیق بر متغیر وابسته، میزان کاذب بودن روابط بین متغیرها (یعنی چقدر از روابط موجود در تحقیق ناشی از متغیر مستقل مورد نظر و چقدر ناشی از متغیرهای خارج از مدل تحلیل ما است) و تطابق مدل نظری تحقیق با مجموعه‌ای از داده‌ها از تحلیل مسیر استفاده می‌شود (منصورفر، ۱۳۸۵: ۲۰۹-۱۹۶). بنابراین در تحلیل مسیر مدل نظری تحقیق، مبنی بر الگوی روابط علی بین متغیرها مورد آزمون قرار گرفته و این مدل نظری پس از اجرای آزمون، به مدل تجربی تحقیق تبدیل می‌شود (حبیب پور و صفری، ۱۳۸۸: ۵۱۵).

از طریق تحلیل مسیر می‌توان فرضیه‌ها را مورد آزمون قرار داد و میزان تأثیر مستقیم، تأثیر غیر مستقیم و تأثیر کل بر متغیر وابسته میزان سلامت اجتماعی را مشخص نمود. در تحلیل مسیر برای ورود متغیرهای وابسته میانی به مدل بعد از مرحله اول یعنی ورود متغیر وابسته نهایی دو روش وجود دارد:

۱. روش رگرسیون گام به گام: که براساس بالاترین ضریب بتای متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته نهایی و میانی، به ترتیب متغیرها را به عنوان متغیر وابسته میانی وارد مدل می‌کند.

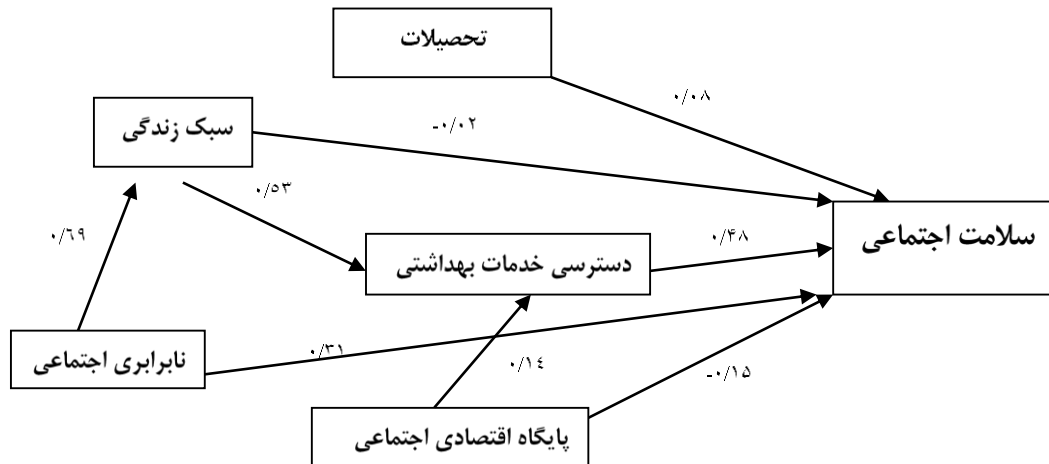
۲. روش رگرسیون سلسله مراتبی: که براساس مدل نظری و مفهومی تحقیق فرض کرده کدام متغیرهای مستقل بیش ترین تأثیر را بر متغیر وابسته نهایی تحقیق دارند.

در این رساله از روش گام به گام استفاده شده است که در زیر ارائه می‌گردد. به عبارت دیگر برای محاسبه اثرات مستقیم و غیر مستقیم از چندین گام یا مرحله (سه مرحله) استفاده شده است. بدین صورت که متغیری که بیشترین ضریب رگرسیونی (بتا) را دارد در مرحله بعدی به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شده است. یعنی ابتدا سلامت اجتماعی به عنوان متغیر وابسته است. در مرحله دوم دسترسی به خدمات بهداشتی و در مرحله سوم سبک زندگی.

جدول ۸: اثرات مستقیم و غیر مستقیم متغیرها بر سلامت اجتماعی

متغیرها	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	جمع اثرات
سبک زندگی	-۰.۰۲	۰.۲۵	۰.۲۳
دسترسی به خدمات بهداشتی	۰.۴۸	۰	۰.۴۸
نابرابری اجتماعی	۰.۳۱	۰.۱۷	۰.۴۸
پایگاه اقتصادی اجتماعی	-۰.۱۵	۰.۰۷	-۰.۰۸
تحصیلات	۰.۰۸	۰	۰.۰۸
جمع	۰.۷۰	۰.۴۹	۱.۱۹

مجموعه اثرات مستقیم بر سلامت اجتماعی برابر با ۰.۷۰، اثر غیر مستقیم برابر با ۰.۴۹ و مجموع اثرات مستقیم و غیر مستقیم برابر با ۱.۱۹ است. دسترسی به خدمات بهداشتی و نابرابری اجتماعی از بالاترین تأثیر برخوردار هستند و همچنین تحصیلات و پایگاه اقتصادی اجتماعی در واقع از کمترین میزان اثرگذاری بر متغیر وابسته سلامت اجتماعی برخوردار است.



شکل ۱. مدل نهایی پژوهش

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میانگین سلامت اجتماعی در شهرستان ساری در سطح نسبتاً بالایی قرار دارد و میانگین آن از عدد سه، برابر با ۲.۲۱ است. ابعاد انطباق اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و مشارکت اجتماعی بالاتر از حد متوسط و ابعاد یکپارچگی و پذیرش اجتماعی پایین‌تر از حد متوسط بودند. این یافته بیانگر آن است که اگرچه سطح کلی سلامت اجتماعی مطلوب ارزیابی می‌شود، اما برخی ابعاد همچون احساس تعلق و یکپارچگی اجتماعی همچنان نیازمند تقویت هستند. بر اساس نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیره، حدود ۴۶.۳ درصد از تغییرات سلامت اجتماعی توسط متغیرهای مستقل این پژوهش یعنی دسترسی به خدمات بهداشتی، نابرابری اجتماعی، تحصیلات، سبک زندگی و پایگاه اقتصادی-اجتماعی تبیین شد. دسترسی به خدمات بهداشتی و نابرابری اجتماعی بیشترین تأثیر را بر سلامت اجتماعی داشتند، در حالی که تحصیلات و پایگاه اقتصادی-اجتماعی از کمترین میزان اثرگذاری برخوردار بودند.

یکی از یافته‌های اصلی پژوهش، رابطه منفی و معنادار میان نابرابری اجتماعی و سلامت اجتماعی بود. این نتیجه تأییدکننده دیدگاه‌های نظری است که بر ارتباط مستقیم میان عدالت اجتماعی و سطح سلامت تأکید دارند (Bani Fatemeh et al., 2014; Chehabi & Rahbar, 2012). نابرابری اجتماعی نه تنها موجب کاهش اعتماد اجتماعی می‌شود بلکه احساس بی‌قدرتی، طردشدگی و نارضایتی از ساختار اجتماعی را در میان شهروندان تقویت می‌کند؛ عواملی که در نهایت منجر به افت سلامت اجتماعی می‌شوند. یافته حاضر با نتایج پژوهش عبدی (۲۰۱۴) همسو است که نشان داد ادراک نابرابری در میان شهروندان تبریز تأثیر مستقیمی بر احساس انسجام و سلامت اجتماعی دارد (Abdi, 2014). همچنین پژوهش باوش و همکاران (Baavosh et al., 2017) تأکید کرده است که نابرابری اقتصادی با ایجاد شیب اجتماعی و محدود کردن دسترسی گروه‌های فرودست به خدمات سلامت، موجب افزایش نابرابری در حوزه سلامت می‌شود. این یافته در سطح جهانی نیز با نتایج تحقیقات ولف (Wolff, 2011) و کراوس (Kraus et al., 2012) مطابقت دارد؛ آن‌ها بیان می‌کنند که ساختار طبقاتی و جایگاه اجتماعی افراد نقش تعیین‌کننده‌ای در ادراک سلامت اجتماعی دارد، به‌گونه‌ای که طبقات فرادست به دلیل برخورداری از منابع اقتصادی، فرهنگی و شبکه‌های حمایتی، سلامت اجتماعی بیشتری را تجربه می‌کنند.

از سوی دیگر، نتایج تحقیق حاضر نشان داد بین میزان تحصیلات و سلامت اجتماعی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین همخوانی دارد که تحصیلات را یکی از مؤلفه‌های بنیادین سلامت اجتماعی معرفی کرده‌اند (Mirowsky, 2017; Seif, 2016). آموزش و پرورش، توان شناختی و فرهنگی افراد را برای تعامل مؤثر با محیط اجتماعی افزایش داده و فرصت‌های بیشتری برای مشارکت اجتماعی فراهم می‌کند. بر اساس دیدگاه میرووسکی، تحصیلات بالا موجب گسترش سرمایه فرهنگی و اجتماعی و در نتیجه ارتقای احساس کارآمدی و انسجام اجتماعی می‌شود (Mirowsky, 2017). این نتیجه همچنین با یافته‌های محمدنژاد و احمدی (Mohammadnejad & Ali Mohammad, 2015) هم‌راستا است که نشان دادند افراد با سطح تحصیلات بالاتر از نظر سلامت روان و اجتماعی در وضعیت بهتری قرار دارند.

علاوه بر آن، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که سبک زندگی شهروندان ساری تأثیر مثبت و معناداری بر سلامت اجتماعی دارد. میانگین سبک زندگی برابر با ۲۰۱ بوده و ضریب همبستگی میان سبک زندگی و سلامت اجتماعی برابر با ۰.۴۷۷ گزارش شد. این یافته با دیدگاه پژوهش‌های داخلی و بین‌المللی همسو است که بر نقش سبک زندگی سالم در ارتقای سلامت اجتماعی تأکید کرده‌اند (Song et al., 2025; Yazdizadeh, 2024). از دیدگاه روان‌شناختی و جامعه‌شناختی، سبک زندگی سالم شامل فعالیت‌های فرهنگی، ورزشی و اجتماعی منظم است که منجر به افزایش احساس تعلق، مشارکت اجتماعی و رضایت از زندگی می‌شود. یافته مشابهی در پژوهش یزدی‌زاده (Yazdizadeh, 2024) مشاهده شد که بین شادی، سلامت اجتماعی و تعاملات گروهی دانشجویان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین یافته‌های پژوهش سونگ (Song et al., 2025) بر نقش فناوری‌های نوین مانند بازی‌های تعاملی در ارتقای سلامت اجتماعی سالمندان تأکید دارد؛ زیرا این ابزارها امکان ارتباط و فعالیت‌های گروهی را تقویت می‌کنند.

نتیجه دیگر تحقیق حاضر، رابطه مثبت و معنادار میان دسترسی به خدمات بهداشتی و سلامت اجتماعی است. ضریب همبستگی پیرسون میان این دو متغیر برابر با ۰.۵۹۰ بود که در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنادار است. این یافته حاکی از آن است که توسعه زیرساخت‌های بهداشتی و توزیع عادلانه خدمات سلامت در جامعه می‌تواند موجب ارتقای سطح سلامت اجتماعی شود. این نتیجه با مطالعات احمدی (Ahmadi & Ehsan, 2016) و صادق و همکاران (Sadiq et al., 2024) همسو است؛ چرا که آنان بیان کرده‌اند گسترش نظام بیمه‌های اجتماعی و دسترسی برابر به خدمات درمانی، احساس امنیت اجتماعی و تعلق شهروندان را افزایش می‌دهد. در همین راستا، پژوهش پورحسین و همکاران (Pourhossein et al., 2022) نشان داد که حمایت اجتماعی و احساس کارآمدی در میان افراد دارای دسترسی بیشتر به خدمات بهداشتی، با سطح بالاتری از سلامت اجتماعی همراه است.

از منظر نظری، نتایج این پژوهش را می‌توان با نظریه سلامت اجتماعی کییز و همچنین مدل سرمایه اجتماعی مرتبط دانست. طبق دیدگاه کییز، فرد زمانی از سلامت اجتماعی برخوردار است که جامعه را منسجم، قابل اعتماد و معنادار درک کند و خود را بخشی از آن بداند. در واقع، سلامت اجتماعی زمانی شکل می‌گیرد که پیوندهای اجتماعی، مشارکت مدنی و اعتماد متقابل در جامعه تقویت شوند. یافته‌های این پژوهش که نشان‌دهنده تأثیر مثبت سبک زندگی و دسترسی به خدمات اجتماعی و تأثیر منفی نابرابری اجتماعی است، این نظریه را تأیید می‌کند (Hund, 2010; Karvonen & Rahkonen, 2011). کاروونن و راهکونن در پژوهش خود بر نقش وضعیت اجتماعی ذهنی در سلامت جوانان تأکید کردند و نشان دادند که احساس نابرابری و طرد اجتماعی موجب تضعیف سلامت اجتماعی می‌شود. همچنین مطالعه هاند (Hund, 2010) بیان کرد که تعلق قومی و طبقه اجتماعی با کیفیت زندگی مرتبط است و شکاف‌های طبقاتی، سلامت اجتماعی اقلیت‌ها را به خطر می‌اندازد.

نتایج تحلیل مسیر در پژوهش حاضر نیز نشان داد که اثر مستقیم و غیرمستقیم متغیرها بر سلامت اجتماعی به‌گونه‌ای است که مجموع اثرات دسترسی به خدمات بهداشتی و نابرابری اجتماعی برابر با ۰.۴۸ بوده و بیشترین تأثیر را بر متغیر وابسته دارند، در حالی که اثر متغیر تحصیلات (۰.۰۸) و پایگاه اقتصادی-اجتماعی (-۰.۰۸) پایین‌تر است. این یافته از یک سو اهمیت عوامل ساختاری و نهادی را در سلامت اجتماعی نشان

می‌دهد و از سوی دیگر بر نقش متغیرهای فردی مانند سبک زندگی و تحصیلات در بهبود آن تأکید دارد. در واقع، همان‌گونه که منزری طوقلی و مقصودی (Manzari Tavakoli & Maghsoodi, 2023) اشاره کرده‌اند، حمایت اجتماعی و دسترسی به منابع اجتماعی در دوران‌های حساس زندگی (مانند پس از زایمان یا سالمندی) نقش تعیین‌کننده‌ای در حفظ سلامت اجتماعی دارد.

همچنین همخوانی نتایج این پژوهش با مطالعه شغلوند و همکاران (Schlund et al., 2024) قابل توجه است. آن‌ها در پژوهشی بین‌المللی نشان دادند که توانایی افراد در بیان احساسات و مشارکت اجتماعی، احساس آزادی و سلامت اجتماعی را افزایش می‌دهد. یافته‌های پژوهش حاضر نیز تأکید دارد که انطباق اجتماعی و شکوفایی اجتماعی در جامعه مورد مطالعه در سطح بالایی قرار دارند که می‌تواند نشانگر توانایی افراد در ایجاد روابط معنادار اجتماعی باشد. این یافته همچنین با نتایج پژوهش کوشه و همکاران (Koosha et al., 2025) همسو است که در مطالعه خود درباره سالمندان ایرانی نشان دادند سیاست‌های حمایتی و ایجاد فرصت‌های مشارکتی، مهم‌ترین عامل افزایش سلامت اجتماعی است.

در مجموع، نتایج پژوهش حاضر بیانگر آن است که سلامت اجتماعی در شهرستان ساری متأثر از عوامل چندبعدی است و صرفاً با سیاست‌های بهداشتی قابل بهبود نیست. بلکه مجموعه‌ای از متغیرهای ساختاری (نابرابری اجتماعی و دسترسی به خدمات)، فردی (تحصیلات و سبک زندگی) و فرهنگی (مصرف فرهنگی و احساس تعلق اجتماعی) در شکل‌گیری آن نقش دارند. این یافته‌ها نه تنها با رویکرد جامعه‌شناختی سلامت همسو است بلکه بر ضرورت سیاست‌گذاری اجتماعی مبتنی بر عدالت تأکید دارد. همان‌طور که ولف (Wolff, 2011) اشاره می‌کند، دولت‌ها باید به جای تمرکز صرف بر درمان، به رفع عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت توجه کنند.

نتایج این پژوهش همچنین در سطح نظری، پیوند میان ساختار اجتماعی، سرمایه فرهنگی و سلامت را برجسته می‌سازد. از دیدگاه کراوس و همکاران (Kraus et al., 2012)، احساس کنترل و منزلت اجتماعی دو متغیر کلیدی در ادراک سلامت اجتماعی هستند. یافته‌های پژوهش حاضر نیز تأیید می‌کند که احساس بی‌عدالتی و طرد اجتماعی می‌تواند همانند عوامل فیزیولوژیک، سلامت افراد را تحت تأثیر قرار دهد. این امر ضرورت طراحی سیاست‌های اجتماعی برای تقویت اعتماد عمومی، مشارکت مدنی و عدالت اجتماعی را آشکار می‌سازد.

به‌طور کلی، هم‌راستایی نتایج این پژوهش با مطالعات پیشین در سطح ملی و بین‌المللی نشان می‌دهد که سلامت اجتماعی پدیده‌ای چندوجهی است و نیازمند مداخله در سطوح فردی، اجتماعی و نهادی می‌باشد. در حالی که عواملی مانند آموزش، سبک زندگی و مصرف فرهنگی بر جنبه‌های فردی سلامت اجتماعی تأثیر دارند، متغیرهایی چون نابرابری اجتماعی، عدالت توزیعی و دسترسی به خدمات عمومی در سطح ساختاری اهمیت بیشتری دارند.

این پژوهش همانند سایر مطالعات میدانی با محدودیت‌هایی مواجه بود. نخست، داده‌ها بر اساس پاسخ‌های خوداظهاری جمع‌آوری شده‌اند و ممکن است سوگیری پاسخ یا تمایل به پاسخ‌های اجتماعی مطلوب در میان پاسخ‌دهندگان وجود داشته باشد. دوم، جامعه آماری پژوهش محدود به شهر ساری بوده و نتایج آن لزوماً قابل تعمیم به سایر مناطق کشور نیست. سوم، به دلیل استفاده از روش پیمایشی و داده‌های مقطعی، امکان استنباط روابط علی به‌صورت قطعی وجود ندارد. همچنین برخی متغیرهای مؤثر دیگر مانند اعتماد نهادی، قومیت یا احساس امنیت اجتماعی در مدل وارد نشده‌اند که می‌تواند در پژوهش‌های آتی بررسی شود.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با استفاده از طرح‌های طولی و روش‌های ترکیبی (کمی و کیفی) انجام شوند تا پویایی سلامت اجتماعی در طول زمان بررسی شود. همچنین مطالعه تطبیقی میان مناطق شهری و روستایی یا میان استان‌های مختلف کشور می‌تواند در شناخت دقیق‌تر تأثیر ساختارهای اجتماعی بر سلامت اجتماعی مفید باشد. پیشنهاد دیگر، بررسی نقش واسطه‌ای متغیرهایی مانند سرمایه اجتماعی، اعتماد عمومی، و احساس عدالت در رابطه بین نابرابری اجتماعی و سلامت اجتماعی است. استفاده از مدل‌سازی معادلات ساختاری (SEM) و تحلیل مسیر پیشرفته نیز می‌تواند در تبیین دقیق‌تر اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرها بر سلامت اجتماعی مؤثر باشد.

به سیاست‌گذاران اجتماعی و نهادهای محلی پیشنهاد می‌شود برنامه‌های ارتقای سلامت اجتماعی را بر مبنای کاهش نابرابری، افزایش دسترسی به خدمات بهداشتی، تقویت مشارکت اجتماعی و ارتقای آموزش عمومی طراحی کنند. همچنین توسعه فضاهای فرهنگی، ورزشی و اجتماعی می‌تواند نقش مهمی در افزایش احساس تعلق و انسجام اجتماعی ایفا کند. نهادهای آموزشی نیز باید برنامه‌هایی برای آموزش مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی به‌ویژه در میان جوانان طراحی نمایند. در نهایت، ایجاد نظام پایش سلامت اجتماعی در سطح ملی می‌تواند به سیاست‌گذاران کمک کند تا وضعیت سلامت اجتماعی جامعه را به‌صورت مستمر ارزیابی و اصلاحات لازم را اعمال کنند.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

Extended Abstract

Introduction

Social health is widely recognized as a multidimensional concept encompassing individuals' ability to interact effectively within their communities, maintain social roles, and experience a sense of belonging and social integration. In contemporary sociology, social health is viewed not merely as the absence of disease or disorder but as a positive state of social functioning, participation, and cohesion (Koosha et al., 2025). The World Health Organization defines health as a condition of complete physical, mental, and social well-being rather than the absence of illness, which highlights the centrality of social health in public welfare systems (Wolff, 2011). In the context of developing countries, particularly Iran, increasing inequalities in income, education, and access to healthcare services have amplified the importance of understanding social determinants of social health (Baavosh et al., 2017).

Social inequalities—both perceived and structural—are among the most critical barriers to achieving optimal levels of social health. Studies show that disparities in access to resources, opportunities, and healthcare contribute to declining trust, social exclusion, and reduced social participation (Bani Fatemeh et al., 2014; Chehabi & Rahbar, 2012). These inequalities can fragment the social fabric by limiting individuals' sense of

belonging and participation, ultimately lowering overall social well-being. In this respect, social health functions as an indicator of justice, equity, and social solidarity (Abdi, 2014).

Education has also been identified as one of the most influential factors shaping social health. Mirowsky (Mirowsky, 2017) asserts that higher education promotes individuals' social capital, self-efficacy, and cognitive skills, enabling them to participate more actively in civic life. Moreover, education provides individuals with problem-solving capacities and strengthens their perception of control over their environment, all of which are vital components of social well-being (Karvonen & Rahkonen, 2011). The same line of reasoning applies to socioeconomic status: individuals with higher income and occupational stability often report greater life satisfaction and social connectedness than those with lower status (Kraus et al., 2012).

Empirical studies across diverse societies have consistently demonstrated that inequality and social hierarchy exert measurable effects on health outcomes. For instance, Kraus et al. (Kraus et al., 2012) highlight that social class shapes individuals' emotional and cognitive responses to their environment, leading to different health trajectories. Similarly, Hund (Hund, 2010) found that socioeconomic status and ethnicity jointly determine quality of life and social well-being. In Iran, studies have confirmed the same trends: disparities in income, education, and access to healthcare remain major predictors of social health outcomes (Ahmadi & Ehsan, 2016; Mohammadnejad & Ali Mohammad, 2015; Seif Zadeh, 2016).

Beyond structural inequality, lifestyle and cultural participation play substantial roles in the promotion of social health. Research indicates that engaging in cultural, religious, or recreational activities strengthens interpersonal networks, encourages trust, and enhances collective well-being (Yazdizadeh, 2024). Moreover, emerging technological tools such as virtual reality-based social interaction systems have shown promising results in improving social and cognitive health, particularly among the elderly (Song et al., 2025). Likewise, social support—both emotional and instrumental—has been established as a key predictor of well-being in vulnerable populations, including women and veterans (Manzari Tavakoli & Maghsoodi, 2023; Pourhossein et al., 2022).

Health policy reforms also play an essential role in shaping the social determinants of health. Sadiq et al. (Sadiq et al., 2024) emphasize that inclusive and equitable health insurance systems enhance citizens' sense of social security and solidarity. As a result, governments are increasingly urged to focus on structural reforms that ensure equitable access to healthcare, promote social justice, and improve overall community cohesion (Wolff, 2011). In this context, it is evident that social health cannot be isolated from the broader social, economic, and institutional landscape.

Building on these theoretical and empirical insights, the present study seeks to analyze the sociological role of social factors in shaping inequalities in social health in Mazandaran Province, focusing on Sari County as a case study. This research examines how education, socioeconomic status, access to healthcare, social inequality, and lifestyle interact to influence the level of social health among citizens.

Methods and Materials

The present study employed a descriptive–analytical survey design. The statistical population included all citizens of Sari County aged 15 to 60 years ($N = 125,400$). Using the Cochran formula, a representative sample of 384 participants was selected through multistage cluster random sampling from urban areas such as Sari, Kiasar, Farahabad, and Frim. Data were collected using a researcher-developed questionnaire designed to measure dimensions of social health and related social factors.

The instrument's validity was confirmed by a panel of academic experts, and reliability was verified through Cronbach's alpha coefficients ranging between 0.70 and 0.96 across all subscales. The questionnaire covered variables such as access to healthcare services, social and economic inequality, lifestyle patterns, cultural consumption, and social health dimensions including social integration, social acceptance, social participation, social flourishing, and social adaptation.

Data analysis was conducted using SPSS software. Descriptive statistics were applied to examine demographic characteristics, while inferential analyses—including Pearson and Spearman correlations and multiple regression—were used to test the research hypotheses and model the relationships among variables.

Findings

The results revealed that the average level of social health among citizens of Sari was relatively high ($M = 2.21$ on a 3-point scale). Among the five dimensions of social health, social adaptation had the highest mean score ($M = 2.66$), while social integration had the lowest ($M = 1.68$). This suggests that although individuals generally maintain positive social functioning, their sense of unity and shared identity within the community remains limited.

A significant negative correlation was observed between social inequality and social health ($r = -0.512, p < 0.01$), indicating that higher levels of inequality correspond to lower levels of social health. Conversely, significant positive relationships were found between social health and education ($r = 0.104, p < 0.05$), lifestyle ($r = 0.477, p < 0.01$), and access to healthcare services ($r = 0.590, p < 0.01$).

The results of multivariate regression analysis demonstrated that approximately 46.3% of the variance in social health could be explained by the set of independent variables. Access to healthcare services ($\beta = 0.48$) and social inequality ($\beta = 0.48$) exerted the strongest effects on social health, while education ($\beta = 0.08$) and socioeconomic status ($\beta = -0.08$) had the weakest effects.

Further path analysis confirmed that both direct and indirect effects contribute to the model. The total combined effect of the predictors was 1.19, with 0.70 attributed to direct effects and 0.49 to indirect ones. Lifestyle exerted a minor but positive indirect influence on social health through its interaction with access to healthcare. These results suggest that while personal factors like education and lifestyle matter, structural determinants such as access to services and social inequality remain dominant predictors of social health outcomes.

Discussion and Conclusion

The findings of this study provide a clear sociological insight into how structural and individual factors interact to shape the social health of citizens in Sari County. The negative correlation between social inequality and social health supports existing literature emphasizing the detrimental impact of unequal resource distribution and perceived injustice on community cohesion. When citizens perceive the social system as unfair or discriminatory, levels of trust, solidarity, and collective efficacy decline, leading to lower overall social health. The positive effect of education on social health underscores the role of knowledge as a tool for empowerment and social integration. Educated individuals are more capable of engaging in civic participation, forming social networks, and accessing institutional support, all of which foster social well-being. This confirms Mirowsky's proposition that education acts as a social equalizer by improving individuals' awareness, problem-solving ability, and self-control.

The study also highlights the significance of lifestyle as an essential component of social health. Individuals who engage in active, culturally rich, and socially interactive lifestyles tend to report higher levels of happiness, belonging, and community involvement. Cultural participation, recreational activities, and engagement in social networks strengthen the emotional and moral bonds that sustain social cohesion.

Among the strongest predictors identified, access to healthcare services plays a vital role in promoting both social and psychological security. Equitable healthcare systems not only reduce disease burden but also increase citizens' confidence in social institutions, thereby fostering a sense of inclusion and stability. The Iranian experience aligns with global findings showing that universal access to health services is a foundation for social equity and well-being.

The study's results confirm that social health cannot be separated from its broader structural and institutional context. Economic inequality, uneven educational attainment, and limited access to healthcare undermine the

foundations of trust and reciprocity within a society. In contrast, societies that emphasize fairness, inclusiveness, and social investment tend to exhibit higher levels of collective well-being.

This research also contributes to the theoretical discussion on the multidimensionality of health. It reaffirms that health outcomes are not determined solely by biological or medical factors but by the interplay of social, economic, and cultural variables. Policies focusing exclusively on medical interventions may thus fail to address the deeper social causes of health disparities.

The findings reinforce the argument for policy reform in favor of reducing inequality, expanding healthcare access, and strengthening social participation. Building inclusive systems that guarantee equal opportunities, support social networks, and invest in education are necessary for fostering a healthier and more cohesive society.

In conclusion, the social health of citizens in Sari reflects the broader social dynamics of inequality, education, lifestyle, and access to services. The study underscores that improving social health requires not only healthcare expansion but also structural reforms targeting justice, education, and cultural engagement. Strengthening community ties, ensuring equity, and promoting participatory citizenship are essential pathways to sustainable social well-being and the realization of a socially healthy society.

References

- Abdi, B. (2014). *Examining the Role of Social Factors in Health Inequalities Among Citizens of Tabriz* Doctoral Dissertation, Faculty of Law and Social Sciences, University of Tabriz].
- Ahmadi, A. M., & Ehsan, T. (2016). Examining Factors Affecting Household Health Expenditures in Iran: Application of the Ordered Probit Model. *Journal of Health Management*, 20(67), 89-98. https://jha.iums.ac.ir/browse.php?a_id=2170&sid=1&slc_lang=fa
- Baavosh, M., Shiyani, M., & Mousavi, M. (2017). Analyzing Socio-Economic Factors Affecting Poverty and Inequality in Health from 2011 to 2015. *Social Welfare*, 17(67), 71-108. <https://refahj.uswr.ac.ir/article-1-3091-fa.html>
- Bani Fatemeh, H., Alizadeh Aghdam, M. B., Shahamfar, J., & Bahman, A. (2014). Health and Its Social Determinants: A Case Study on Health Inequalities Among Citizens of Tabriz. *Applied Sociology Journal*, 25(4), 73-89. https://journals.ui.ac.ir/article_18378.html
- Chehabi, M., & Rahbar, M. R. (2012). Examining the Impact of Perceived Social Inequality on Health and Health Behaviors of Various Groups in Tehran. *Quarterly Journal of Social Analysis of Order and Social Inequality*, 4(62), 35-61. <https://www.magiran.com/paper/1871294/>
- Hund, A. (2010). *Uncovering the Interconnection of SES and Ethnicity to Health Related Quality of Life: An Investigation of White and Native Alaskans* Doctoral dissertation, Case Western Reserve University].
- Karvonen, S., & Rahkonen, O. (2011). Subjective social status and health in young people. *Sociology of Health & Illness*, 33(3), 372-383. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2010.01285.x>
- Koosha, M., Hezarjaribi, J., Allameh, H., Panahi, M. A., & Lalegani, A. (2025). Designing a Policy Model for Enhancing Social Health of the Elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics Plus*, 2(2), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.aggp.2025.100149>
- Kraus, M. W., Piff, P. K., Mendoza-Denton, R., Rheinschmidt, M. L., & Keltner, D. (2012). Social class, solipsism, and contextualism: how the rich are different from the poor. *Psychological review*, 119(3), 546. <https://doi.org/10.1037/a0028756>
- Manzari Tavakoli, S., & Maghsoodi, S. (2023). The Role of Social Support in the Social Health of Women in the Postpartum Period (Case Study: Faryab City). *Journal of Iranian Social Studies*, 17(1), 119-143. <https://doi.org/10.22034/jss.2023.552499.1688>
- Mirowsky, J. (2017). Education, social status, and health. <https://doi.org/10.4324/9781351328081>
- Mohammadnejad, N., & Ali Mohammad, A. (2015). Analyzing Socio-Economic Factors Affecting Mental Health in Iran. *Social Health Journal*, 2(2), 117-129. <https://journals.sbm.ac.ir/ch/index.php/ch/article/view/9936>
- Pourhossein, A., Ebrahimpour, D., & Elmi, M. (2022). Examining the Relationship between Perceived Social Support and Self-Efficacy with Social Health among Veterans of the Islamic Revolution in East Azerbaijan Province. *Economic Sociology and Development*, 11(2), 97-120. https://sociology.tabrizu.ac.ir/article_15673.html

- Sadiq, A. R., Hakim, A., Haryono, B. S., & Hanafi, I. (2024). Policy Implementation Model of National Health Insurance Through Social Health Insurance Institution (BPJS) in Indonesia. *Journal of Law and Sustainable Development*, 12(1), e2448. <https://doi.org/10.55908/sdgs.v12i1.2448>
- Schlund, R., Sommers, R., Bohns, V. K., Seifi, M., Shir, T., & Ali Mohseni, R. (2024). Giving people the words to say no leads them to feel freer to say yes Sociological explanation of social health of adolescents in foster care centers. *Scientific reports*, 14(1), Article 576. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-50532-3>
- Seif Zadeh, A. (2016). Examining the Relationship Between Socioeconomic Status and Health of the Elderly (Case Study: Azarshahr). *Quarterly Journal of Nursing for Vulnerable Groups*, 3(7), 12-23. <https://joge.ir/article-1-71-fa.html>
- Song, X., Ali, N. M., Mhd Salim, M. H., & Rezaldi, M. Y. (2025). A literature review of virtual reality exergames for older adults: enhancing physical, cognitive, and social health. *Applied Sciences*, 15(1), 351. <https://doi.org/10.3390/app15010351>
- Wolff, J. (2011). How should governments respond to the social determinants of health? *Preventive Medicine*, 53(4), 253-255. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2011.07.008>
- Yazdizadeh, S. (2024). Examining the Relationship Between Happiness and Social Health of Students. *Quarterly Journal of Psychological Studies and Educational Sciences*, 9(1), 37-25. <https://civilica.com/doc/1754828/>