نشریه تحقیقات کاربردی علوم جغرافیایی، سال بیست و سوم، شماره ۷۱، زمستان ۱۴۰۲

# تأثیر مشارکت شهروندان بر ارتقاء سلامت اجتماعی در مناطق شهری
## (نمونه موردی: شهر شیروان)

**دریافت مقاله**: ۱۴۰۰/۲/۲۶ **پذیرش نهایی**: ۱۴۰۰/۶/۱۸

**صفحات**: ۴۷۹-۴۶۳

**فاطمه رئوف**: دانشجوی دکتری جغرافیا وبرنامه ریزی شهری، واحدشیروان، دانشگاه آزاد اسلامی، شیروان، ایران
**Email**: Motamedi45@gmail.com
**محمد معتمدی**: استادیار گروه جغرافیا وبرنامه ریزی شهری، واحدشیروان، دانشگاه آزاد اسلامی، شیروان، ایران[1]
**Email**: Motamedi45@gmail.com
**علی اکبر پوراحمد**: استادیار، واحدشیروان، دانشگاه آزاد اسلامی، شیروان، ایران
**Email**: Motamedi45@gmail.com

**چکیده**

**سلامت اجتماعی و سرمایه اجتماعی در ارزیابی جدید بین‌المللی یکی از شاخص‌های مهم توسعه محسوب می‌شوند چرا که سلامت فرد و جامعه آن‌چنان به هم وابسته‌اند که نمی‌توان بین آن‌ها حدومرزی قائل شد. وضعیت سلامت افراد جامعه به روش‌های گوناگون بر سلامت دیگران و عواطف آن‌ها و همچنین شاخص‌های اقتصادی - اجتماعی جامعه اثر می‌گذارد. هدف از پژوهش حاضر، بررسی تأثیر مشارکت مردمی در راستای افزایش سلامت اجتماعی شهروندان شیروان است. روش تحقیق پیمایشی بوده که ابزار اصلی جمع‌آوری داده‌ها نیز پرسش‌نامه می‌باشد. جامعه آماری در پژوهش حاضر همه ساکنین شهر شیروان می‌باشند که با استفاده از فرمول کوکران تعداد ۳۸۴ نفر به‌عنوان نمونه آماری تعیین شد. نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که در بین ابعاد مشارکت، بعد فیزیکی و کالبدی با مقدار ۴/۲۴ بالاترین میانگین را به دست آورده است در بین ابعاد شاخص سلامت اجتماعی، بعد انسجام اجتماعی با مقدار میانگین ۴/۷۵، بالاترین میانگین‌ها را داشته‌اند. درنهایت در بررسی اثرگذاری متغیر مستقل (مشارکت شهروندان شیروانی) بر متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) از آزمون آماری PLS استفاده شد که ضرایب به‌دست‌آمده نشان داد که بیشترین اثرگذاری متغیر مستقل (مشارکت) بر متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) در بعد فیزیکی کالبدی با مقدار ۳۶/۰۳۱ و کمترین تأثیرگذاری در بعد اقتصادی با مقدار ۲۸/۲۸۹ به‌دست‌آمده است.**

**کلید واژگان**: مشارکت شهروندان، سلامت اجتماعی، پذیرش اجتماعی، انطباق اجتماعی، شهر شیروان

۱. **نویسنده مسئول**: خراسان شمالی، شیروان، دانشگاه آزاد اسلامی واحدشیروان، گروه جغرافیا وبرنامه ریزی شهری

[ Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-11-08 ]

[ DOI: 10.61186/jgs.23.71.463 ]

**مقدمه**

سلامت اجتماعی مفهوم جدیدی است که می‌تواند به‌عنوان یکی از ارکان اصلی شرایط و نتایج سلامت در مفهوم عام آن به‌حساب آید. طبق تعریف کییز، سلامت اجتماعی به معنای برداشت و گزارش فرد از کیفیت ارتباطش با دیگران است. سلامت اجتماعی در این مفهوم یعنی درک فرد از اجتماع به‌صورت مجموعه‌ای معنادار، قابل‌فهم، دارای نیروی بالقوه برای رشد و شکوفایی همراه با این احساس که متعلق به جامعه است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهیم می‌داند (امیدی و همکاران، ۱۳۹۷: ۱۷۲). همچنین سلامت اجتماعی را این‌گونه می‌توان تعریف کرد که: توانایی انجام مؤثر و کارآمد نقش‌های اجتماعی بدون آسیب رساندن به دیگران، در واقع همان ارزیابی شرایط و عملکرد فرد در جامعه است. برخی از عوامل اجتماعی، ابعاد مختلف سلامت اجتماعی را شکل می‌دهند که عبارت‌اند از: یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجماعی و انسجام اجتماعی (زاهدی اصل، ۱۳۹۳: ۱۲). بنابراین، بر اساس دیدگاه کییز[1] ابعاد سلامت اجتماعی از مقوله‌های زیر تشکیل شده است: شکوفایی اجتماعی، انطباق اجتماعی، پذیرش اجتماعی، انسجام اجتماعی و مشارکت اجتماعی.

بی‌توجهی به ابعاد روانی و اجتماعی سلامت اجتماعی در عصر ارتباطات و جهانی‌سازی، موجب افزایش آسیب‌پذیری افراد در ابعاد روانی، خودکشی، گرایش به مصرف دخانیات، فرار از خانه، افت تحصیلی و سایر آسیب‌های اجتماعی می‌شود (غفاری و همکاران، ۱۳۹۷: ۳۹). ازآنجایی‌که بخشی از سلامت فرد که در عرصه اجتماع به ظهور می‌رسد، سلامت اجتماعی است. زمانی شخصی را واجد سلامت می‌شماریم که بتواند فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی خود را در حد متعارف بروز دهد و با جامعه هنجارهای موجود، احساس پیوند نماید. در اینجا فقط نداشتن بیماری مطرح نیست، بلکه قدرت انطباق با شرایط محیطی و داشتن عکس‌العمل مناسب در برابر حوادث و مشکلات زندگی جنبه‌ای از سلامت اجتماعی است (قربانی و همکاران، ۱۳۹۹: ۸۵). همچنین از طرفی با توجه به اینکه مشارکت جامعه شامل مردم و سازمان‌های مردم‌نهاد نیز به‌عنوان بخش تلفیقی یک ارزیابی محیط اجتماعی به شمار می‌رود. دیدگاه‌ها و نظرات مشارکت‌کنندگان در این فرایند می‌تواند به ارزیابی مؤثرتری برای پیش‌بینی، شناسایی یا کمک به تعیین ویژگی‌های مهم و ماندگار پیش‌بینی‌نشده پیامدهای پروژه، تعیین اقدام‌های اصلاحی مناسب برای رفع یا کاهش آن‌ها و تصمیم‌گیری بهینه برای زندگی اجتماعی کمک نماید (اجاق و وکیل، ۱۳۹۲: ۲۰).

از مقوله‌های مهم توسعه پایدار، سلامت اجتماعی و سرمایه اجتماعی است. سلامت، محور توسعه اجتماعی-اقتصادی و اساسی‌ترین جزء رفاه جامعه به شمار می‌آید. در ارزیابی جدید بین‌المللی، سلامت اجتماعی یکی از شاخص‌های مهم توسعه است. سلامت از اساسی‌ترین اجزای رفاه جامعه قلمداد می‌شود. سلامت فرد و جامعه آن‌چنان به هم وابسته‌اند که نمی‌توان بین آن‌ها حدومرزی قائل شد. وضعیت سلامت افراد جامعه به روش‌های گوناگون بر سلامت دیگران و عواطف آن‌ها و همچنین شاخص‌های اقتصادی - اجتماعی جامعه اثر می‌گذارد. ازاین‌رو، تأمین سلامت افراد جامعه به معنای یک هویت وابسته به اعضای خود امری مهم و حائز اهمیت تلقی

[1] - Keyes

[ Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-11-08 ]

[ DOI: 10.61186/jgs.23.71.463 ]

می‌شود (حسین زاده و همکاران، ۱۴۰۰: ۲۹۵). مورنو، لارا و تورس[1] (۲۰۱۹) بر این باورند که روابط اجتماعی از مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و اساس شکل‌گیری روابط اجتماعی و عضویت در اجتماع است. گراهامه[2] (۲۰۱۸) در تلاش برای درک توانایی شخص در کنار آمدن با استرس و موقعیت‌های دشوار به سه منبع، حمایت بیرونی موجود به‌ویژه شبکه‌ای از حمایت اجتماعی، سپر بلا در برابر استرس منابع فردی و منبع هوش، آموزش و عوامل شخصیتی اشاره می‌نماید. طبق پژوهش بی[3] (۲۰۱۹) سطوح بالاتر سرمایه اجتماعی در جوانان به نمرات بالاتری در بهزیستی روان‌شناختی آنان می‌انجامد که بیانگر رابطه معنادار بین سلامت اجتماعی و سرمایه اجتماعی است. افراد با توانمندی‌های متفاوت می‌توانند موفقیت شغلی و تحصیلی فراوانی کسب کنند. حمایت اجتماعی یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر در برابر استرس است زیرا توانمندی‌های روان‌شناختی و مادی افراد را برای کنار آمدن با استرس فراهم می‌کند. حمایت اجتماعی دو منبع دارد یکی خانواده او یکی اعضای گروه اجتماعی که فرد عضو آن است مثل گروه‌های مذهبی است که حمایت رسمی از جانب ارگان‌ها و حمایت غیررسمی از جانب خانواده و دوستان فراهم می‌شود (Bélanger and et al, 2016: 2) حمایت اجتماعی مفهومی چندبعدی است، برخی آن را منبعی فراهم‌شده از سوی دیگران و نیز امکانی برای مقابله با تنیدگی یا مبادله منابع تعریف کرده‌اند (Schul & Schwarzer,2007: 716). ازاین‌رو، تأمین سلامت افراد جامعه به معنای یک هویت وابسته به اعضای خود امری مهم و حائز اهمیت تلقی می‌شود. همچنین ازآنجایی‌که صاحب‌نظران معتقدند شهروندی از لحاظ اجتماعی سالم محسوب می‌شود که خود را فردی ارزشمند در جامعه بداند، به‌راحتی بتواند در امور شهری مشارکت داشته باشد، روند رو به رشد جمعیت و شهرنشینی و بروز مشکلات متعدد اقتصادی، اجتماعی و زیست‌محیطی در شهر شیروان در استان خراسان شمالی که دومین شهر بزرگ این استان محسوب می‌شود از یک‌سو و ناکارآمد بودن روش‌های مدیریت و کنترل توسعه شهری، جهت رفع مشکلات و تنگناهای مذکور از سوی دیگر، شرایط نابسامان و ناپایداری را در این شهر به وجود آورده است که برخی از نمودهای آن را می‌توان در مشکلات اجتماعی و فرهنگی، چون افزایش بی‌اعتمادی مردم به مسئولان شهری، کاهش انسجام اجتماعی، کاهش مشارکت مناسب مردم در امور شهری، افزایش جرم و جنایت، افزایش افسردگی، افزایش شکاف طبقاتی فقیر و غنی و... مشاهده نمود. لذا اهتمام در برگیری واقعی مشارکت شهروندان در برنامه‌ریزی توسعه‌ی شهری می‌تواند تأثیر اساسی در بهبود ابعاد سلامت اجتماعی مردم و در نتیجه دستیابی به توسعه پایدار شهری در سطح محلات شهر شیروان داشته باشد. لذا هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش ابعاد (اقتصادی، کالبدی، فرهنگی- اجتماعی و زیست‌محیطی) مشارکت شهروندان در راستای افزایش سلامت اجتماعی شهروندان شهر شیروان است.

## مبانی نظری و پیشینه تحقیق

سلامت اجتماعی از جمله مفاهیم نسبتاً جدیدی است که هنوز اجماع کامل و جهان‌شمول بر مؤلفه‌ها، ابعاد، محورها و شاخص‌های آن به وجود نیامده است. علاوه بر جذابیت مفهومی یکی از دلایل اقبال زیاد به سلامت

1 -Moreno, Lara, Torres
2 -Graham
3 -Bae

[ Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-11-08 ]
[ DOI: 10.61186/jgs.23.71.463 ]

اجتماعی در ایران و جهان این است که نوعی جمع‌بندی از شرایط اجتماعی جامعه ارائه می‌دهد که می‌تواند شاخص و ابزار تحلیلی خوبی برای جامعه شناسان کاربردی، آسیب شناسان مسائل اجتماعی و برنامه‌ریزان توسعه باشد. در واقع سلامت اجتماعی به‌نوعی بهداشت روانی، فردی و اجتماعی در نظر گرفته شده است (کعبه و همکاران، ۱۳۹۶: ۱۲۱). سلامت اجتماعی از اساسی‌ترین معیارهای رفاه اجتماعی هر جامعه‌ای است و در ارتقای کیفیت زندگی هر جامعه‌ای مؤثر است و به‌نوعی به‌زیستن و خوب نگریستن به زندگی و حیات جمعی را برای فرد فراهم می‌کند (قربانی و همکاران، ۱۳۹۹: ۸۳). از مقوله‌های مهم توسعه پایدار، سلامت اجتماعی و سرمایه اجتماعی است. سلامت، محور توسعه اجتماعی- اقتصادی و اساسی‌ترین جزء رفاه جامعه به شمار می‌آید. در ارزیابی جدید بین‌المللی، سلامت اجتماعی یکی از شاخص‌های مهم توسعه است. سلامت از اساسی‌ترین اجزای رفاه جامعه قلمداد می‌شود. سلامت فرد و جامعه آن‌چنان به هم وابسته‌اند که نمی‌توان بین آن‌ها حدومرزی قائل شد. وضعیت سلامت افراد جامعه به روش‌های گوناگون بر سلامت دیگران و عواطف آن‌ها و همچنین شاخص‌های اقتصادی - اجتماعی جامعه اثر می‌گذارد. ازاین‌رو، تأمین سلامت افراد جامعه به معنای یک هویت وابسته به اعضای خود امری مهم و حائز اهمیت تلقی می‌شود (حسین زاده و همکاران، ۱۳۹۹: ۲۹۵).

تاکنون پژوهش‌های بی‌شماری در باب عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی انجام‌شده است که در این قسمت به نتایج مهم‌ترین مطالعاتی که در رابطه با تأثیرگذاری میزان مشارکت شهروندان بر سلامت اجتماعی اشاره‌شده است ازجمله: حسین زاده و همکاران (۱۴۰۰)، در مقاله‌ای به مطالعه ارتباط سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی (مطالعه موردی: جوانان شهر خرم‌آباد) پرداخته‌اند و به این نتیجه رسیدند که بین متغیرهای سرمایه اجتماعی، اعتماد اجتماعی و رضایت از زندگی با سلامت اجتماعی جوانان رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد. همچنین بین بیگانگی اجتماعی با سلامت اجتماعی جوانان رابطه منفی و معناداری مشاهده گردید. نتایج به‌دست‌آمده از تحلیل رگرسیون نشان داد که ۴۲/۴ درصد از تغییرات واریانس سلامت اجتماعی به‌وسیله پنج متغیر سرمایه اجتماعی، اعتماد اجتماعی، بیگانگی اجتماعی، رضایت از زندگی و سن تبیین می‌شود. قربان و همکاران، (۱۳۹۹)، در مقاله‌ای به بررسی رابطه سرمایه‌های روان‌شناختی و اجتماعی با سلامت اجتماعی با توجه به متغیر میانجی حمایت اجتماعی پرداختند و به این نتیجه رسیدند که دانشجویانی که سرمایه روان‌شناختی و حمایت اجتماعی مطلوب‌تری داشتند از سلامت اجتماعی مناسبی برخوردار بودند. جلیلیان (۱۳۹۸) در تحقیقی با عنوان «رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی با میانجیگری اجتماعی» به بررسی رابطه حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی در بین کارکنان آموزش‌وپرورش شهرستان اسلام‌آباد غرب پرداخت. نتایج تحقیق نشان داد که متغیر خودکارآمدی اجتماعی رابطه معنی‌داری با سلامت اجتماعی و حمایت اجتماعی دارد و با توجه به ضریب مسیر، مقدار t و شاخص‌های کلی برازش، می‌تواند رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی را میانجی‌گری کند. مسعودی (۱۳۹۸) در پژوهش خود با عنوان «بررسی رابطه سلامت اجتماعی و مسئولیت‌پذیری دانشجویان دانشگاه الزهرا (س)» به این نتیجه دست‌یافت که بین متغیر مسئولیت‌پذیری و متغیر مستقل انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انطباق اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و متغیر مستقل اصلی سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد. در تحلیل علی نیز مشارکت اجتماعی، پذیرش اجتماعی و انسجام اجتماعی بر مسئولیت‌پذیری تأثیر معنادار دارند، اما انطباق اجتماعی و شکوفایی

[ Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-11-08 ]

[ DOI: 10.61186/jgs.23.71.463 ]

اجتماعی تأثیر معناداری بر مسئولیت‌پذیری ندارند. در نهایت بین سن، وضعیت تأهل و پایگاه اقتصادی و اجتماعی و مسئولیت‌پذیری پاسخگویان ارتباطی وجود ندارد. غفاری و همکاران (۱۳۹۷)، در مقاله‌ای با عنوان " بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی شهروندان استان ایلام" پرداختند و به این نتیجه رسیدند که ز بین متغیرهای زمینه‌ای«سن»، «وضع تأهل»، «جنسیت»، «تحصیلات» و «پایگاه اقتصادی ـ اجتماعی» با سلامت اجتماعی رابطه‌ی معناداری داشتند و تنها دو متغیر پایگاه و جنسیت رابطه‌ی معناداری با سلامت اجتماعی نداشتند. بررسی نتایج معادلات ساختاری نیز نشان داد که در شاخص سلامت اجتماعی بعد «پیوستگی اجتماعی» از بالاترین اثر برخوردار است؛ و با در نظر گرفتن سهم اثرات مستقیم و غیرمستقیم در تحلیل مسیر با استفاده از نرم‌افزار لیزرل، متغیرهای‌دینداری، شبکه‌ی اجتماعی، اعتماد اجتماعی، حمایت اجتماعی و امنیت اجتماعی بر سلامت اجتماعی به ترتیب، بیشترین رابطه و اثر در سلامت اجتماعی داشتند. امیدی و همکاران (۱۳۹۷)، در پژوهشی با عنوان " تحلیلی بر نقش سلامت اجتماعی درافزایش رضایت از زندگی مطالعه موردی شهر اصفهان" به این نتیجه رسیدند که تأثیر سلامت اجتماعی بر رضایت از زندگی معنادار و مستقیم است. نتایج برازش جزئی مدل نشان‌دهنده‌ی معنادار بودن کلیه‌ی بارهای عاملی متغیرهای اصلی روی ابعاد مربوطه بوده و نتایج برازش کلی مدل حاکی از حمایت داده‌ها از چارچوب نظری تحقیق می‌باشد. زکی و خشوعی، (۱۳۹۳)، در مقاله‌ای تحت عنوان «سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در بین شهروندان شهر اصفهان» با روش پیمایش به این نتایج رسیدند که: بین اعتماد اجتماعی، مسئولیت‌پذیری اجتماعی، تعهد اجتماعی، تعهد اجتماعی با سلامت اجتماعی رابطهٔ مستقیم و معنادار وجود دارد و بین بیگانگی اجتماعی با سلامت اجتماعی رابطهٔ معنادار و معکوس وجود دارد. نتایج تحلیل مسیر نیز نشان می‌دهد اعتماد اجتماعی با ۳۶٪ دومین میزان تأثیر را بین متغیرهای مذکور را دارد. یینگا[1] و همکاران (۲۰۲۱)، در پژوهشی با عنوان: پیوند سرمایه اجتماعی و سلامت در چهار کشور برتر (مطالعه موردی: کانادا)، نتایج نشان‌دهنده تفاوت‌های قابل‌توجهی در چشم‌انداز سرمایه اجتماعی در جوامع مختلف ملل اول است و نیاز به ابزارهای اندازه‌گیری سرمایه اجتماعی را پیشنهاد می‌کند که ممکن است با زمینه‌های منحصربه‌فرد، بومی سازگار شوند به‌علاوه تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت، ممکن است با خواص جامعه و با تحقیقات کیفی تکمیلی بهتر بررسی و تفسیر شود.

داوسون[2] (۲۰۱۹)، در مقاله‌ای با عنوان: الگوهای مشارکت اجتماعی و ارتباط آن‌ها با سلامت و رفاه برای سالمندان و با استفاده از دو روش از پنل خانوارهای سوئیسی یک تجزیه‌وتحلیل طبقه پنهان برای به دست آوردن پروفایل مشارکت اجتماعی پراکنده بزرگ‌سالان ۶۰ ساله و بالاتر انجام داده است و از روش‌های آمار توصیفی و رگرسیون برای مطالعه ترکیب‌های گروهی و تخمین ارتباط با سلامت خودارزیابی، عاطفه منفی و مثبت و رضایت از زندگی استفاده کرده است که به این نتیجه رسیده است نقش خودگزینی در مشارکت اجتماعی به این معناست که طراحی مداخلاتی که مشارکت اجتماعی را جمعیت مسن‌تر هدف قرار می‌دهد، باید متناسب با نیازها و ترجیحات ناهمگن آن‌ها باشد.

1 - Yeunga
2 - Dawson

[ Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-11-08 ]
[ DOI: 10.61186/jgs.23.71.463 ]

آدوسی[1] (۲۰۱۸)، در مقاله‌ای با عنوان: مشارکت اجتماعی، سواد سلامت و سلامت و رفاه یک مطالعه مقطعی در غنا، به بررسی پاسخ ۷۷۹ نفر از ساکنان نواحی روستایی و شهری در غنا به این موضوع پرداخته است. وی از مدل‌سازی معادلات ساختاری برای ارزیابی نقش واسطه‌ای سواد سلامت در ارتباط بین مشارکت اجتماعی (مشارکت مذهبی، فعالیت‌های داوطلبانه و عضویت گروهی) و وضعیت سلامت و رفاه ذهنی استفاده کرد. تمامی شاخص‌های مشارکت اجتماعی به‌طور معناداری سواد سلامت را پیش‌بینی کردند. همچنین مشهود بود که مشارکت اجتماعی به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای بر سلامت و رفاه تأثیر می‌گذارد. یافته‌ها نشان می‌دهد که به‌طورکلی افزایش مشارکت اجتماعی ممکن است برای ارتقای سلامت مؤثر، امیدوارکننده باشد.

فیوری[2] و دنکلا، (۲۰۱۲)، تحقیقی با عنوان: حمایت اجتماعی و سلامت روانی در میان ۶۷۶۷ نفر از سالمندان انجام داده‌اند. محققان به این نتیجه رسیدند که دریافت حمایت عاطفی فقط با سلامت روانی زنان رابطه‌ی مستقیمی دارد؛ درحالی‌که حمایت ابزاری و احساسی با سلامت روانی زنان و مردان با الگوهای مختلف رابطه داشته است. برای مثال مردانی که حمایت ابزاری به‌غیراز خویشاوندان دریافت می‌کردند، فقط سطح بالایی از نشانه‌های افسردگی را داشتند.

کبیز و شاپیرو (۲۰۰۴) با بررسی همه گیرشناسی و توزیع سلامت اجتماعی روی نمونه‌ای از جمعیت بزرگ‌سالان آمریکا انجام دادند که نشان داد فقط ۱۶٪ از افراد در هیچ‌یک از ابعاد سلامت اجتماعی نمرات بالایی کسب نکرده‌اند. حدود ۴۰٪ از افراد در همه ابعاد مقیاس نمرات بالایی به دست آوردند. ۱۰٪ از پاسخگویان در حداقل سه بعد از ابعاد سلامت اجتماعی نمرات بسیار پایینی کسب کرده‌اند. در مجموع داده‌ها نشان داد که اکثریت جمعیت بزرگ‌سال آمریکا به استثنای ۱۶٪ که سطح بالایی در هیچ‌کدام از ابعاد گزارش نکردند و ۱۰٪ در سه بعد به‌صورت ضعیف عمل کردند.

## روش تحقیق

### معرفی محدوده موردمطالعه

شهرستان شیروان در شمال شرقی استان خراسان شمالی قرار گرفته که از شمال به کشور ترکمنستان، از جنوب با شهرستان اسفراین، از شرق با شهر فاروج و از مغرب با شهرستان بجنورد محدود می‌شود. (سالنامه آمار استان خراسان شمالی، ۱۳۸۷: ۳۵). که دومین شهر بزرگ استان خراسان شمالی محسوب می‌شود. دارای قدمت ۷۰۰۰ ساله می‌باشد و دارای ۸۲۶۸۹ نفر جمعیت می‌باشد شکل (۱).

1 - Adusei
2 - Fiori

[ Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-11-08 ]

[ DOI: 10.61186/jgs.23.71.463 ]




**شکل (۱). موقعیت محدوده موردمطالعه**

### داده و روش کار

روش تحقیق در پژوهش حاضر، از لحاظ هدف کاربردی و از حیث روش توصیفی – تحلیلی است که اطلاعات آن به شیوه‌های میدانی (از طریق پرسش‌نامه محقق ساخته) و مطالعه اسنادی جمع‌آوری گردیده است. جامعه آماری در پژوهش حاضر، شهروندان شهر شیروان بودند که ۸۲۶۸۹ نفر می‌باشند که با استفاده از فرمول کوکران تعداد ۳۸۴ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب شدند و در نهایت به‌صورت نمونه‌گیری تصادفی اطلاعات جمع‌آوری شدند؛ و به تحلیل داده‌ها بر اساس (آزمون‌های تی تست، تحلیل واریانس یک‌طرفه، آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی چندمتغیره و همچنین مدل حداقل مربعات جزئی) انجام گرفت. لذا در پژوهش حاضر با توجه به وجود متغیرها در دو بعد مستقل (مشارکت) و وابسته (سلامت اجتماعی) از روش حداقل مربعات جزئی برای شناسایی میزان اثرگذاری دو متغیر فوق استفاده گردیده است.

### نتایج

نتایج به‌دست‌آمده از تحلیل پرسش‌نامه‌های مشخص شد، بیش‌تر پاسخگویان در گروه سنی ۳۰ الی ۴۰ سال و پس‌ازآن به گروه سنی ۴۰ تا ۵۰ سال اختصاص یافت. همچنین از نظر جنسیت و تأهل نیز حدود ۶۰ درصد نمونه‌ها مرد و ۴۰ درصد را زنان و حدود ۵۶ درصد متأهل و ۴۴ درصد را مجردین تشکیل می‌دهد. به لحاظ سطح تحصیلات نیز حدود ۳۶ درصد از افراد دارای مدرک لیسانس بوده و کمترین به افراد دارای مدرک ابتدایی با ۵ درصد اختصاص‌یافته است که نشان‌دهنده بالا بودن میزان تحصیلات افراد موردمطالعه است.

[ Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-11-08 ]
[ DOI: 10.61186/jgs.23.71.463 ]

از نظر سال‌های سکونت نیز بیش از ۸۰ درصد افراد بالای ۲۰ سال در شهرستان ساکن بوده‌اند و تاکنون در زمینه‌های مختلف فعالیت‌های شهری مشارکت و همکاری داشته‌اند.

در بخش یافته‌های تحلیلی میانگین‌های به‌دست‌آمده نشان داد که تمام ابعاد میانگین بالاتر از سطح متوسط (۳) داشته‌اند که نشان‌دهنده بالا بودن مشارکت و همچنین شاخص‌های سلامت اجتماعی می‌باشد. در این بین بیش‌ترین مقدار میانگین به ترتیب به ابعاد فیزیکی-کالبدی، اجتماعی فرهنگی، زیست‌محیطی و در رتبه آخر بعد اقتصادی بوده است. در سلامت اجتماعی نیز بیش‌ترین میانگین به ترتیب به ابعاد انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، شکوفایی اجتماعی؛ مشارکت اجتماعی و انطباق اجتماعی تعلق یافته است. در بررسی اثرگذاری متغیر مستقل (مشارکت شهروندان شیروانی) بر متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) از آزمون‌های رگرسیون خطی و تحلیل مربعات جزئی استفاده شد که نتایج در دو آزمون نشان از معنادار بودن اثرگذاری با درجه بالایی می‌باشد.

در بعد مشارکت اقتصادی بیش‌ترین میانگین به متغیر "مشارکت در زمینه همفکری و همکاری با دفاتر تسهیلگری محلات" با مقدار ۳/۱۳ و کمترین میانگین به متغیر "مشارکت در خرید زمین به‌منظور احداث پارک" و با مقدار ۲/۹۱ اختصاص‌یافته است.

در بعد مشارکت فیزیکی کالبدی بیش‌ترین میانگین به متغیر " مشارکت با شهرداری در زمینه مسدود نشدن جوی‌های آب در زمان بارندگی " با مقدار ۴/۵۸ و کمترین میانگین به متغیر "مشارکت در زمینه در اختیار گذاشتن مکان جهت برگزاری مراسم مختلف" و با مقدار ۴/۰۲ اختصاص‌یافته است.

در بعد مشارکت زیست‌محیطی بیش‌ترین میانگین به متغیر " مشارکت در زمینه قرار دادن زباله‌ها در زمان تعیین‌شده از طرف شهرداری " با مقدار ۴/۷۲ و کمترین میانگین به متغیر " مشارکت در استفاده از دوچرخه به‌جای اتومبیل شخصی جهت کاهش آلودگی هوا " و با مقدار ۴/۱۴ اختصاص‌یافته است.

در رابطه با میانگین هر یک از متغیرها نتایج نشان‌دهنده آن است که در بعد مشارکت اجتماعی فرهنگی بیش‌ترین میانگین به متغیر " مشارکت و همکاری در شورایاری سطح محلات " با مقدار ۴/۴۱ و کمترین میانگین به متغیر "اطلاع‌رسانی مشکلات به مدیران شهر و مشارکت و همفکری با شهرداری در زمینه اجرای طرح‌های سطح محله" و با مقدار ۴/۰۴ اختصاص‌یافته است.

در ابعاد شاخص سلامت اجتماعی نیز میانگین هر یک از متغیرها به شرح زیر می‌باشد.

در بعد شکوفایی اجتماعی بیش‌ترین میانگین به متغیر " رعایت عدالت اجتماعی در جامعه " با مقدار ۴/۹۰ و کمترین میانگین به متغیر "رعایت حقوق شهروندی برای همه مردم " و با مقدار ۴/۱۸ اختصاص‌یافته است.

در بعد پذیرش اجتماعی بیش‌ترین میانگین به متغیر " برای رسیدن به اهداف شخصی خود دست به هر کاری می‌زنم " با مقدار ۴/۹۳ و کمترین میانگین به متغیر "فعالیت‌های روزانه من برای جامعه مفید است" و با مقدار ۴/۶۴ اختصاص‌یافته است.

در بعد انطباق اجتماعی بیش‌ترین میانگین به متغیر " دیگران را مقصر بروز مشکلات خود میدانم " با مقدار ۴/۰۵ و کمترین میانگین به متغیر " با شهرداری، شورای شهر و شورای محلات همکاری می‌کنم " و با مقدار ۳/۷۹ اختصاص‌یافته است.

[ Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-11-08 ]

[ DOI: 10.61186/jgs.23.71.463 ]

در بعد مشارکت اجتماعی بیش‌ترین میانگین به متغیر " از همکاری کردن با گروه‌های مردمی احساس خوشایندی می‌کنم " با مقدار ۴/۱۶ و کمترین میانگین به متغیر " در انجام فعالیت¬های دوستانه پیش‌قدم هستم " و با مقدار ۳/۹۸ اختصاص‌یافته است.

در بعد انسجام اجتماعی بیش‌ترین میانگین به متغیر " محله به من آرامش می‌دهد " با مقدار ۴/۱۵ و کمترین میانگین به متغیر " رفتار من روی سایر افراد جامعه تأثیر می‌گذارد" و با مقدار ۳/۷۰ اختصاص‌یافته است.

همان‌طور که نتایج جدول (۱) نشان می‌دهد، در شاخص مشارکت بیش‌ترین میانگین به‌دست‌آمده به بعد فیزیکی و کالبدی و پس‌ازآن به شاخص‌های زیست‌محیطی و اجتماعی فرهنگی تعلق گرفته است. بر این اساس مشاهده می‌شود که تمامی میانگین‌ها بالاتر از ۳ است که بیانگر بالا بودن میزان مشارکت اجتماعی در بین ساکنین شهر شیروان می‌باشد.

از طرفی در ابعاد شاخص سلامت اجتماعی نیز مشخص شد که مشارکت بر سلامت اجتماعی شهروندان تأثیر گذاشته است، چراکه میانگین‌های این شاخص نیز بالاتر از سطح متوسط به‌دست‌آمده است (بیش‌ترین میانگین به بعد انسجام اجتماعی و پس‌ازآن به بعد شکوفایی اجتماعی تعلق یافته است). در رابطه با کمترین مقدار میانگین‌ها، در شاخص مشارکت کمترین میانگین را مشارکت اقتصادی و در سلامت اجتماعی کمترین میانگین را انطباق اجتماعی به دست آورده است.

**جدول (۱). تحلیل آزمون تی تک نمونه مستقل در شاخص‌های تحقیق**

| شاخص | بعد | آماره T | میانگین | درجه آزادی | سطح معناداری | فاصله از سطح اطمینان ۹۵ درصد | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | سطح پایین | سطح بالا |
| مشارکت | اقتصادی | ۱,۳۳۱ | ۳,۰۳ | ۳۸۳ | ۰,۱۸۴ | ۰,۰۱۷- | ۰,۰۸۷ |
| | فیزیکی- کالبدی | ۳۷,۹۴۷ | ۴,۲۴ | ۳۸۳ | ۰,۰۰۰ | ۱,۱۷۷ | ۱,۳۰۶ |
| | زیست‌محیطی | ۲۴,۴۳۵ | ۴,۱۵ | ۳۸۳ | ۰,۰۰۰ | ۱,۰۵۷ | ۱,۲۴۲ |
| | اجتماعی فرهنگی | ۲۱,۸۸۷ | ۴,۱۹ | ۳۸۳ | ۰,۰۰۰ | ۱,۰۸۵ | ۱,۲۹۹ |
| سلامت اجتماعی | شکوفایی اجتماعی | ۱۱,۳۴۶ | ۴,۵۵ | ۳۸۳ | ۰,۰۰۰ | ۰,۵۴۰ | ۰,۷۶۶ |
| | پذیرش اجتماعی | ۱۲,۰۶۳ | ۴,۶۹ | ۳۸۳ | ۰,۰۰۰ | ۰,۳۵۰ | ۰,۶۲۰ |
| | انطباق اجتماعی | ۶,۳۸۶ | ۳,۸۷ | ۳۸۳ | ۰,۰۰۰ | ۰,۳۲۳ | ۰,۶۱۱ |
| | مشارکت اجتماعی | ۶,۶۱۰ | ۴,۱۰ | ۳۸۳ | ۰,۰۰۰ | ۰,۳۳۱ | ۰,۶۱۱ |
| | انسجام اجتماعی | ۱۳,۷۳۹ | ۴,۷۵ | ۳۸۳ | ۰,۰۰۰ | ۰,۶۴۲ | ۰,۸۵۶ |

**منبع: یافته‌های تحقیق: ۱۴۰۱**

[ Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-11-08 ]

[ DOI: 10.61186/jgs.23.71.463 ]

**تحلیل اثرگذاری مشارکت بر سلامت اجتماعی**

در ادامه پژوهش برای تعیین سهم نسبی ابعاد متغیر مستقل (مشارکت) در متغیر وابسته (ابعاد سلامت اجتماعی) از روش رگرسیون خطی استفاده شده است. در این روش متغیری که بیش‌ترین تأثیر را بر متغیر وابسته دارد، ابتدا وارد مدل می‌شود و متغیرهای دیگر دوباره برای ورود به مدل موردبررسی قرار می‌گیرند. پس از بررسی فرضیات رگرسیون و اعتبار آن‌ها، رگرسیون با تمام داده‌ها انجام شد و نتایج بدین شرح به دست آمد. اطلاعات به‌دست‌آمده جدول (۲) نشان می‌دهد که متغیر پیش‌بین قوی بوده و آزمون F برابر با ۴۲/۲۵ با سطح معنی‌داری ۰/۰۰ اثرگذاری متغیرها با ۹۵ درصد اطمینان و خطای کم‌تر از ۰/۰۰۵ معنادار می‌باشد. به این معنا که متغیر مستقل می‌تواند ۴۲ درصد وقوع متغیر وابسته را به‌طور صحیح پیش‌بینی کند. بر اساس جدول (۲) مشخص می‌گردد که میزان اثرگذاری در بین ابعاد پژوهش متفاوت بوده که این ناشی از تأثیرگذاری بیش‌تر برخی از شاخص‌های مشارکت بر سلامت اجتماعی شهروندان بوده است.

**جدول (۲). مقدار آنوا**

| شرح | مجموع مربعات | درجه آزادی | میانگین مربعات | F | سطح معنی‌داری |
|---|---|---|---|---|---|
| میانگین گروهی | ۲۲۴,۸۴ | ۶ | ۳۷,۴۷۳ | ۴۲,۲۵ | ۰/۰۰ |
| درون‌گروهی | ۳۳۳,۴۷ | ۳۷۶ | ۰,۸۸۷ | | |
| کل | ۵۵۸,۳۱ | ۳۸۲ | ۳۸,۳۶ | | |

منبع: یافته‌های تحقیق: ۱۴۰۱

در ادامه به‌منظور بررسی تأثیرگذاری متغیر مستقل بر وابسته به تفکیک بعدهای موردمطالعه در شاخص مشارکت نیز از آزمون رگرسیون خطی استفاده گردید. نتایج حاصله نشان می‌دهد که سطح معناداری در ابعاد اقتصادی، فیزیکی-کالبدی، زیست‌محیطی و اجتماعی فرهنگی با خطای ۹۵ درصد اطمینان، کم‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد نشان از تأثیر معنادار متغیر مستقل بر وابسته می‌باشد. همچنین بر اساس ضریب رگرسیونی یا مقدار بتای استاندارد مشخص گردید که بیش‌ترین میزان پیش‌بینی متغیر مستقل بر وابسته، به ترتیب در بعد زیست‌محیطی (با ضریب رگرسیونی ۰/۶۸۳)، اجتماعی فرهنگی (با ضریب رگرسیونی ۰/۵۳۰)، فیزیکی-کالبدی (با ضریب رگرسیونی ۰/۴۲۱) و اقتصادی (با ضریب رگرسیونی ۰/۳۰۵) تعلق پیدا کرده است. به‌این‌ترتیب می‌توان گفت که متغیر مستقل (مشارکت) به‌خوبی توانسته است بر متغیر وابسته تأثیر گذارد و وقوع آن را پیش‌بینی کند جدول (۳).

**جدول (۳). تحلیل اثرگذاری مشارکت بر سلامت اجتماعی به تفکیک شاخص‌های مستقل**

| ابعاد | ضریب رگرسیونی (R) | T | F | سطح معنی‌داری |
|---|---|---|---|---|
| اقتصادی | ۰,۳۰۵ | ۲,۷۳۵ | ۰,۱۳۰ | ۰,۰۰۷ |
| فیزیکی-کالبدی | ۰,۴۲۱ | ۵,۳۷۳ | ۰,۲۲۳ | ۰,۰۰۰ |
| زیست‌محیطی | ۰,۶۸۳ | ۱۱,۱۸۸ | ۰,۵۲۱ | ۰,۰۰۰ |
| اجتماعی فرهنگی | ۰,۵۳۰ | ۶,۵۲۷ | ۰,۱۸۴ | ۰,۰۱۲ |

منبع: یافته‌های تحقیق: ۱۴۰۱

[ Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-11-08 ]

[ DOI: 10.61186/jgs.23.71.463 ]

در این مرحله با استفاده از مدل ساختاری روابط بین سازه‌ها به لحاظ علمی موردبررسی قرار می‌گیرد. در واقع با در نظر گرفتن نتایج بررسی روابط بین سازه‌ها با استفاده از ضریب مربوطه می‌توان به بررسی معنی‌دار اثرات بین سازه‌های تحقیق پرداخت. به‌منظور بررسی معنی‌داری ضرایب مسیر از روش باز نمونه‌گیری در حالت ۳۸۴ نمونه که در روش حداقل مربعات جزئی توصیه شده استفاده شد. نتایج در جدول (۴) نشان می‌دهد که مدل از اعتبار بالایی برخوردار است.

جدول (۴) شاخص‌های روایی همگرا، آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی (CR) میانگین پاسخ‌ها و شاخص نیکویی برازش مدل را نشان می‌دهد. آلفای کرونباخ میزان بارگیری هم‌زمان متغیرهای مکنون یا سازه را در زمان افزایش یک متغیر آشکار اندازه‌گیری می‌کند و پایایی ترکیبی، نسبت مجموع بارهای عاملی متغیرهای مکنون به مجموع بارهای عاملی بعلاوه واریانس خطا می‌باشد. مقادیر آلفای کرونباخ در ابعاد پژوهش معنادار است، به‌طوری‌که در ابعاد اقتصادی، فیزیکی-کالبدی، زیست‌محیطی و اجتماعی فرهنگی بالاتر از ۰/۷۰ به‌دست‌آمده که این نشان‌دهنده پایایی بالای پرسش‌نامه است.

روایی همگرا (معیار AVE) نیز در این تحقیق استفاده شده است. روایی همگرا به این معناست که نشانگرهای هر سازه، تفکیک مناسبی را به لحاظ اندازه‌گیری نسبت به سازه‌های دیگر مدل فراهم آورند. به عبارت ساده‌تر، هر نشانگر فقط سازه خود را اندازه‌گیری کند و ترکیب آن‌ها به‌گونه‌ای باشد که تمام سازه‌ها به‌خوبی از یکدیگر تفکیک شوند. با کمک شاخص میانگین واریانس استخراج‌شده (AVE) مشخص شد سازه‌های موردمطالعه دارای میانگین واریانس استخراج‌شده بالاتر از ۰/۵ هستند.

**جدول (۴). شاخص روایی همگرا، پایایی و آمار توصیفی مؤلفه‌های پژوهش**

| متغیرهای پنهان | معیار AVE (روایی همگرا) | آلفای کرونباخ | ضرایب تعیین | پایایی ترکیبی | معنی‌داری T | میانگین شاخص‌ها |
|---|---|---|---|---|---|---|
| اقتصادی | ۰/۴۴ | ۰/۸۸ | ۰/۷۰۲ | ۰/۸۹۸ | ۱,۳۳۱ | ۳,۰۳ |
| فیزیکی-کالبدی | ۰/۵۳ | ۰/۸۵ | ۰/۸۸۷ | ۰/۸۵۳ | ۳۷,۹۴۷ | ۴,۲۴ |
| زیست‌محیطی | ۰/۵۳ | ۰/۷۷ | ۰/۸۴۴ | ۰/۷۹۶ | ۲۴,۴۳۵ | ۴,۱۵ |
| اجتماعی فرهنگی | ۰/۵۱۵ | ۰/۷۹ | ۰/۹۵۲ | ۰/۸۵۰ | ۲۱,۸۸۷ | ۴,۱۹ |

منبع: یافته‌های تحقیق: ۱۴۰۱

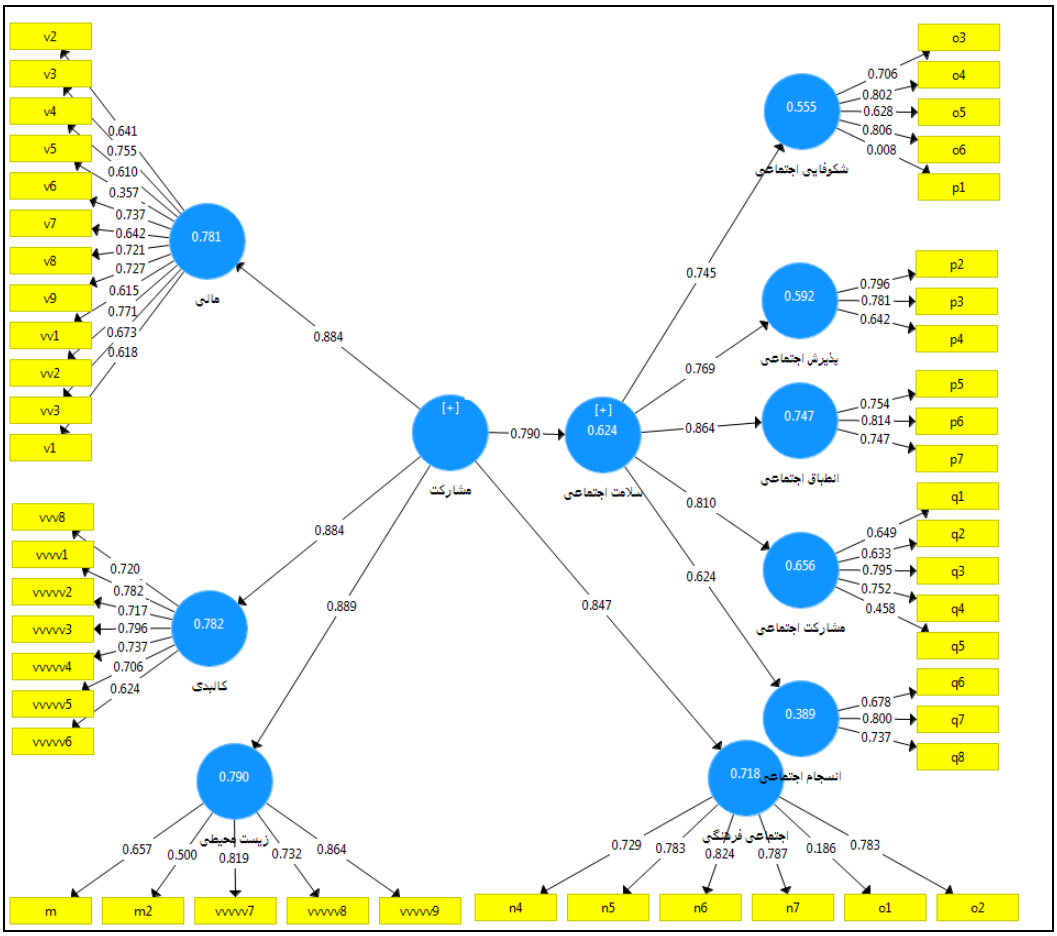
ضریب تعیین نشان از تأثیری متغیر برون‌زا بر متغیر درون‌زا است این معیار قابلیت کاهش خطاها در مدل اندازه‌گیری و افزایش واریانس بین سازه و شاخص‌ها را دارد که صرفاً در PLS کنترل می‌شود. چین (۱۹۸۸)، ۳ مقدار ۰/۱۹، ۰/۳۳ و ۰/۶۷ به بالا را به‌عنوان مقادیر ضعیف، متوسط و قوی برای شدت رابطه معرفی می‌کند که مقدار ضریب تعیین متغیرهای درون‌زا در حد قابل قبولی هستند. معناداری ضرایب مسیر فقط صحت رابطه‌ها را نشان می‌دهد نه شدت رابطه بین سازه‌های پژوهش را، پس با این نتیجه ضرایب مسیر که در جدول بالا ذکر شده است نشان از صحت رابطه‌ها در سطح اطمینان ۰/۹۵ است. در جدول (۵) نیز نتایج ضریب تعیین و

[ Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-11-08 ]
[ DOI: 10.61186/jgs.23.71.463 ]

برازش مدل نشان می‌دهد که تمامی مؤلفه‌های متغیر مستقل اثرگذاری معناداری بر متغیر وابسته داشته‌اند که بیش‌ترین آن ابعاد فیزیکی کالبدی؛ اجتماعی فرهنگی و مشارکت اقتصادی می‌باشد شکل (۲).

**جدول (۵). نتایج آزمون ضریب تعیین**

| متغیرهای مستقل | ضریب تعیین | برازش مدل |
|---|---|---|
| اقتصادی | ۰/۷۰۲ | ضعیف |
| فیزیکی-کالبدی | ۰/۸۸۷ | قوی |
| زیست‌محیطی | ۰/۸۴۴ | قوی |
| اجتماعی فرهنگی | ۰/۸۵۲ | قوی |




**شکل (۲). ضرایب مسیر، مقادیر بارهای عاملی و R2**

[ Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-11-08 ]

[ DOI: 10.61186/jgs.23.71.463 ]

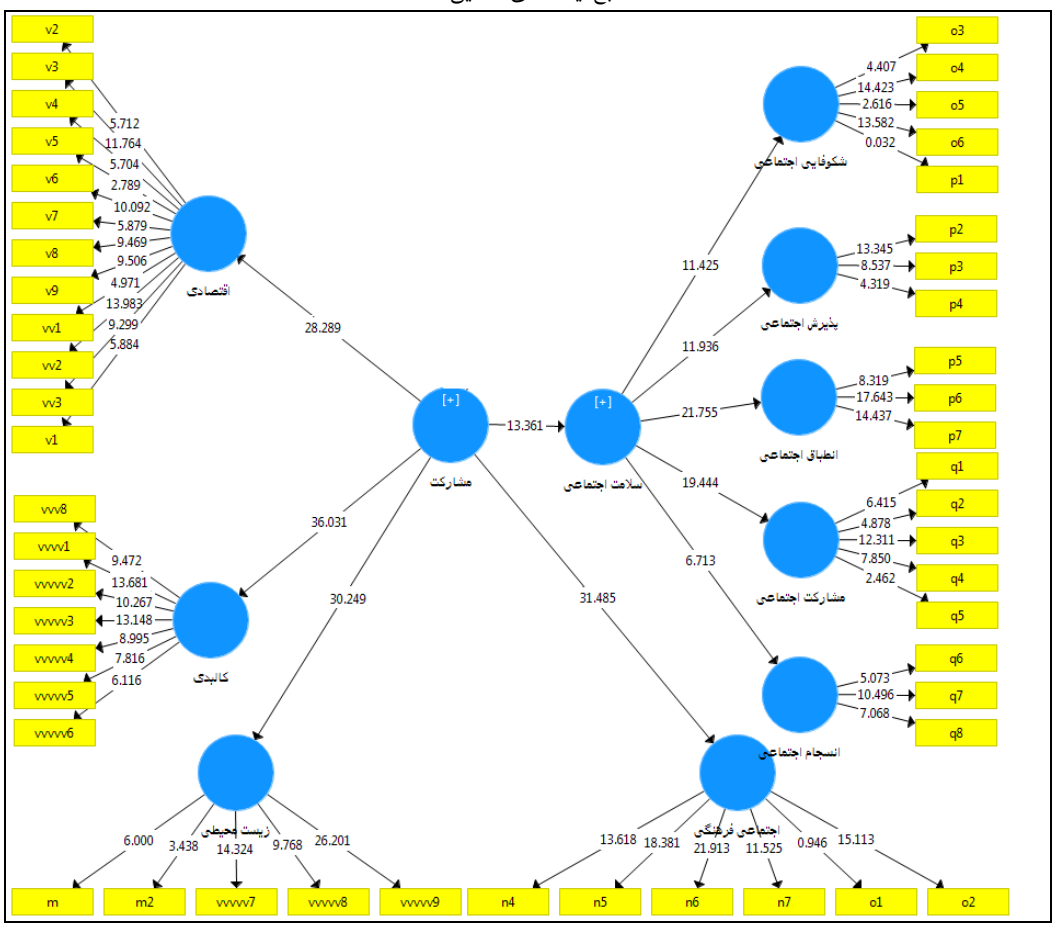
**میزان همبستگی ضرایب**

همچنین در ادامه ضریب همبستگی هر یک از متغیرهای مستقل تحقیق موردبررسی قرار گرفته که همان‌طور نتایج نشان می‌دهد، از مقادیر همبستگی بالایی برخوردار بوده است که روابط معنادار بین متغیرها را بیان می‌کند جدول (۶).

**جدول (۶). ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش**

| متغیرهای پنهان | اقتصادی | فیزیکی-کالبدی | زیست‌محیطی | اجتماعی فرهنگی |
|---|---|---|---|---|
| اقتصادی | | | | |
| فیزیکی-کالبدی | ۰/۷۸۲ | | | |
| زیست‌محیطی | ۰/۷۵۶ | ۰/۷۷۴ | | |
| اجتماعی فرهنگی | ۰/۶۶۷ | ۰/۷۲۴ | ۰/۷۴۷ | |

منبع: یافته‌های تحقیق: ۱۴۰۱




**شکل (۳). مقادیر t-values برای ارزیابی بخش ساختاری مدل پژوهش**

[ Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-11-08 ]

[ DOI: 10.61186/jgs.23.71.463 ]

معیار ضریب اثر ضروری برای بررسی برازش مدل ساختاری، بررسی ضرایب تعیین (R2) مربوط به متغیرهای مکنون درون‌زای (وابسته) مدل است. این معیار برای متصل کردن بخش اندازه‌گیری و بخش ساختاری مدل‌سازی معادلات ساختاری به‌کاررفته و بیانگر تأثیر یک متغیر برون‌زا بر یک متغیر درون‌زا است. بر اساس جدول (۷) می‌توان بیان نمود که مشارکت بر سلامت اجتماعی بوده است و فرضیه فوق مورد تأیید قرار می‌گیرد شکل (۳).

**جدول (۷). نتایج آزمون و فرضیات پژوهش**

| نوع متغیر | متغیرهای پنهان (اثرگذار) | ضریب اثر | متأثر | نتیجه |
|---|---|---|---|---|
| **مستقل (مشارکت)** | اقتصادی | ۲۸/۲۸۹ | **سلامت اجتماعی** | تأیید فرضیه |
| | فیزیکی-کالبدی | ۳۶/۰۳۱ | | تأیید فرضیه |
| | زیست‌محیطی | ۳۰/۲۴۹ | | تأیید فرضیه |
| | اجتماعی فرهنگی | ۳۱/۴۸۵ | | تأیید فرضیه |

منبع: یافته‌های تحقیق: ۱۴۰۱

## نتیجه‌گیری

به‌طورکلی در نتایج به‌دست‌آمده مشخص گردید که در بین ابعاد مشارکت، بعد فیزیکی و کالبدی با مقدار ۴/۲۴ بالاترین میانگین را به دست آورده است که این نشان‌دهنده بالا بودن مشارکت در امور کالبدی-فیزیکی در بین ساکنین شهر شیروان می‌باشد. پس‌ازآن بعد اجتماعی-فرهنگی با مقدار ۴/۱۹ و بعد زیست‌محیطی با مقدار ۴/۱۵ دارای بالاترین میانگین‌ها بوده‌اند. در ابعاد شاخص سلامت اجتماعی نیز نتایج نشان داد که به ترتیب انسجام اجتماعی با مقدار میانگین ۴/۷۵، پذیرش اجتماعی با مقدار ۴/۶۹، شکوفایی اجتماعی با مقدار ۴/۵۵ و مشارکت اجتماعی با مقدار ۴/۱۰ بالاترین میانگین‌ها را داشته‌اند و بعد انطباق اجتماعی با مقدار ۳/۸۷ کمترین میانگین را به دست آورده است که نتایج حاصل شده بیانگر بالا بودن سطح میانگین‌ها است. همچنین برای سنجش اثرگذاری متغیر مستقل بر وابسته از آزمون آماری PLS استفاده شد که ضرایب به‌دست‌آمده نشان داد که بیشترین اثرگذاری متغیر مستقل (مشارکت) بر متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) در بعد فیزیکی کالبدی با مقدار ۳۶/۰۳۱، سپس در بعد اجتماعی فرهنگی با مقدار ۳۱/۴۸۵، سپس در بعد زیست‌محیطی با مقدار ۳۰/۲۴۹ و پس‌ازآن در ابعاد اقتصادی با مقدار ۲۸/۲۸۹ به‌دست‌آمده است.

همچنین یافته‌های تجربی تحقیق حاضر نشان می‌دهد که میزان مشارکت شهروندان برحسب جنسیت پاسخگویان متفاوت است. مبنای اصلی تفسیر آزمون تی بوده است. میزان مشارکت مردها با میانگین ۵۹/۶۴ از میزان مشارکت زن‌ها با میانگین ۳۶/ ۴۰ به‌طور معنادار بالاتر بوده است. این یافته‌ی پژوهشی، با نتیجه حاصل از تحقیق رضادوست و دیگران (۱۳۸۸) مبنی بر عدم وجود رابطه میان مشارکت و جنسیت، همسو نبوده است. بین وضعیت تأهل و میزان مشارکت با آزمون تی و سطح معناداری ۰/۹۹ نشان می‌دهد میانگین مشارکت برای متأهلان ۵۵/۷۳ و برای مجردان ۴۴/۲۷ می‌باشد که نشان‌دهنده بالا بودن میزان مشارکت نزد متأهلان نسبت به مجردان است. یافته مزبور با نتایج تحقیقات کلدی (۱۳۸۱)، و رضادوست و دیگران (۱۳۸۸) همسو است.

همچنین بین میزان مشارکت و ارزش منطقه‌ای رابطه معناداری وجود دارد و افراد دارای سابقه سکونت بالای ۲۰ سال مشارکت بالاتری می‌باشند و در مناطق به‌اصطلاح بالای شهر باارزش منطقه‌ای بالا، افراد ثروتمند و

[ Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-11-08 ]

[ DOI: 10.61186/jgs.23.71.463 ]

ازلحاظ فرهنگی در سطح بالاتر جای گرفته‌اند اما مناطق پایین‌شهر از لحاظ اقتصادی، فرهنگی-اجتماعی در سطح پایین‌تری قرار دارند. در همین زمینه، هارلان باروس (۱۹۲۳)، به تبیین اکولوژیکی پرداخت و تأکید داشت که تعاملات گروه‌های اجتماعی را می‌توان با استفاده از ایده‌های رقابت، توالی، انتخاب ناشی از بیولوزی هست، بررسی کرد. از نگاه جامعه شناسان شیکاگو، گروه‌های اجتماعی به دلیل فرصت‌هایی که توسط فضای شهر فراهم می‌آید همچنین برای تلاش به‌منظور کسب امتیازات بیشتر، ساخت ریخت‌شناسی شهر حاصل می‌شود.

یکی دیگر از مفاهیم مشترک در این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های انجام‌شده، تأثیر محدودکننده‌ی گرفتاری‌های روزمره و معیشتی بر مشارکت مردم است. با این تفاوت که این عامل در محیط برنامه‌ریزی شهری ما با عواملی نظیر درگیری مردم با مشکلات اقتصادی و عدم اطمینان نسبت به آینده نیز تشدید می‌شود. کینگ و همکارانش (۱۹۹۸)، بر ماهیت زندگی در جامعه معاصر و تأثیر واقعیت‌های عملی زندگی روزانه، محدودیت‌های زمانی، محدودیت‌ها و مشکلات اقتصادی تأکید می‌کنند.

بنابراین مطابق با یافته‌های پژوهش حاضر، بین مشارکت و سلامت اجتماعی نمونه‌های موردمطالعه رابطه وجود دارد. این نتیجه با توجه به شرایط می‌توان گفت که مشارکت افراد در امور مختلف و فعالیت‌های مشارکت شهروندی سلامت اجتماعی را افزایش داده است. نتایج این فرضیه با تحقیقات علی‌پور و همکاران (۱۳۸۸)، سرخوش، (۱۳۸۸)، ابراهیم نجف‌آبادی، (۱۳۸۹)، زکی و خشوعی، (۱۳۹۲) و تاج‌الدین (۱۳۹۶) هم‌خوانی دارد.

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد شهروندان شیروانی از نگرش مناسب برای مشارکت اجتماعی در ارتقای سلامت برخوردار می‌باشند. لیکن برای مشارکت اجتماعی نیازمند آموزش و تسهیل آن از طریق کاهش تمرکزگرایی دولتی و ایجاد امکانات و بستر مناسب از جمله اعتمادسازی، آگاهی از راه‌های برقراری ارتباط با مسئولین، استقبال و پذیرش مسئولین از پیشنهادات مردمی هستند که ارائه تسهیلات از طرف سازمان‌های مختلف (شهرداری، راه و شهرسازی، بنیاد مسکن و ...) به ساکنین شهر شیروان در راستای افزایش میزان مشارکت کالبدی و فیزیکی، شناسایی مسائل و مشکلات شهری جهت ارائه زمینه‌های مشارکتی، استفاده از معتمدین و افراد شناخته‌شده در محلات شهر جهت جذب مشارکت و شفاف‌سازی فعالیت‌های انجام‌شده از طریق مشارکت‌های اقتصادی مردمی (به‌عنوان‌مثال در سایت شهرداری شیروان و سایر نهادهای مسئول شهری)، فعال‌سازی و راه‌اندازی شورای اجتماعی محلات شهر شیروان از ساکنین همان محلات، استفاده از ظرفیت‌های افراد مختلف در زمینه ارتقای سلامت اجتماعی افراد، تسهیل فرآیند سرمایه‌گذاری مالی در زیرساخت‌های شهری از طرف مردم، برگزاری دوره‌های آموزشی از طرف نهادهای مسئول شهری، تضمین امنیت سرمایه‌گذاری در پروژه‌های شهری، اصلاح قوانین اداره شهری شیروان و افزایش اختیارات شوراها، محلات شهری و ایجاد بستر فرهنگی و فراهم شدن زمینه مشارکتی با انجام برنامه‌های فرهنگی و آموزش شهروندی برای ایجاد مطالبات شهروندی و تقویت جایگاه قانونی آن‌ها ازجمله پیشنهادات پژوهش حاضر می‌باشند.

[ Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-11-08 ]

[ DOI: 10.61186/jgs.23.71.463 ]

**منابع**

اجاق، سیده زهرا؛ وکیل حمید، (۱۳۹۲). **ارزیابی اثرات زیست‌محیطی: دستیابی به توسعه پایدار از راه افزایش سواد مدنی**، فصلنامه ترویج علم، ۴(۴).

امیدی مصطفی؛ حقیقتیان منصور؛ هاشمیان سیدعلی. (۱۳۹۷). **تحلیلی بر نقش سلامت اجتماعی درافزایش رضایت از زندگی مطالعه موردی شهر اصفهان**، فصلنامه‌ی مطالعات توسعه‌ی اجتماعی- فرهنگی، ۷(۱): ۱۹۱-۱۷۱.

جلیلیان، فرنگیس. (۱۳۹۸). **رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی با میانجی‌گری خودکارامدی اجتماعی در کارکنان آموزش‌وپرورش شهرستان اسلام‌آباد غرب**، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه پیام نور، استان کرمانشاه.

حسین زاده علی حسین؛ رشیدی سارا؛ رستمی ایوب. (۱۴۰۰)، **مطالعه ارتباط سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی (مطالعه موردی: جوانان شهر خرم‌آباد)**، فصلنامه مطالعات راهبردی ورزش و جوانان، (۵۲).

زاهدی اصل محمد. (۱۳۹۳). **آسیب‌های اجتماعی از منظر مددکاری اجتماعی**، تهران، انتشارات دانشگاه علامه طباطبایی.

رضادوست کریم؛ حسین‌زاده علی حسین؛ حمید عابدزاده. (۱۳۸۸) **بررسی عوامل مؤثر در مشارکت اجتماعی شهروندان، جامعه‌ی شهری شهر ایلام**. جامعه‌شناسی کاربردی، ۲۰(۳۵).

زکی محمدعلی؛ خشوعی مریم السادات. (۱۳۹۲). **سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در بین شهروندان شهر اصفهان**، فصلنامه جامعه‌شناختی شهری، ۳(۸): ۷۹ تا ۱۰۸.

غفاری، غلامرضا؛ مولایی جابر؛ مؤمنی حسن. (۱۳۹۷). **بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی شهروندان استان ایلام**، فصلنامه توسعه اجتماعی (توسعه انسانی سابق)، ۱۳ (۱): ۳۷-۶۶.

قربانی، سارا؛ جهانی زاده محمدرضا؛ میربد سیدمهران؛ امیدی لیلا. (۱۳۹۹). **بررسی رابطه سرمایه‌های روان‌شناختی و اجتماعی با سلامت اجتماعی با توجه به متغیر میانجی حمایت اجتماعی**، پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی، (۳۸).

کعبه، نسرین؛ خاقانی فرد، میترا و حکمی، محمد، (۱۳۹۶)، **رابطه سلامت اجتماعی با ارزش‌های فرهنگی فردگرایی و جمع‌گرایی و جامعه‌پذیری جنسیتی در دانشجویان زن و مرد**، فصلنامه پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی، ۷(۲۵): ۱۴۰-۱۱۸.

کلدی، علیرضا.(۱۳۸۱). **بررسی نگرش شهروندان از مشارکت در مدیریت شهری در منطقه هفت تهران**، فصلنامه جمعیت، ۱۰(۴۲).

مسعودی، صدیقه. (۱۳۹۸). **بررسی رابطه سلامت اجتماعی و مسئولیت‌پذیری دانشجویان دانشگاه (س)**. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهرا (س)، دانشکده علوم اجتماعی و اقتصادی.

Adusei Amoah, Padmore, (2018), **Social participation, health literacy, and health and well-being: A cross-sectional study in Ghana, SSM - Population Health**, Volume 4, April 2018, Pages 263-270.

[ Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-11-08 ]

[ DOI: 10.61186/jgs.23.71.463 ]

Bae, S. M. (2019). **The relationship between smartphone uses for communication, social capital well-being in Korean adolescents: Verification using multiple latent growth modeling**. Children and Youth Services.

Bélanger, E., Ahmed, T., Vafaei, A., Curcio, C. L., Phillips, S. P., & Zunzunegui, M. V. (2016). **Sources of social support associated with health and quality of life: a cross-sectional study among Canadian and Latin American older adults**. BMJ open, 6(6), e011503.

Dawson-Townsend,Kathryn, (2019), **Social participation patterns and their associations with health and well-being for older adults, SSM - Population Health**, Volume 8, August 2019, 100424.

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

Graham, L. (2018). **Resilience. New World Library. Novato, California**.

Keyes, C. M. & Shapiro, A. (2004). **Sosial well-being in the U.S.:A descriptive epidemiology, In Orville Brim, Carol D. Ryff & Ronald C**. Kessler (Eds.), Healthing Are You? A national study of well-being of midlife. University of Chicago Press.

king,C.S;Feltey,K.M& susel,B.O(1998),**The Question of partipication:Toward uthentic Public Participation in public Administration**,Public Adminis tration Review,58(4),pp.317-326.

Moreno, J., Lara, A., Torres, C (2019). Community resilience in response to the 2010 **tsunami in Chile: The survival of a small-scale fishing community. International Journal of Disaster Risk Reduction**, (39) 379-

Schulz, U. & Schwarzer, R. (2007). **Long-term effects of spousal support on coping with cancer after surgery. Journal of Social and Clinical Psychology**,23(5), 716

Yeunga, Sharon,Rosen, Mark bergb Donna,Banachd, Lisa, MayotteeSonia S.Anandc, LacLa Ronge Indian Bandf, Fort, McKay First Nationg,, Heather, Castledenh, (2012), **Bonding social capital and health within four First Nations communities in Canada: A cross-sectional study, SSM - Population Health**, Volume 16, December 2021, 100962.384.

[ Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-11-08 ]

[ DOI: 10.61186/jgs.23.71.463 ]