فصل‌نامه‌ی مطالعات توسعه‌ی اجتماعی- فرهنگی، دوره‌ی هفتم، شماره‌ی ۱، تابستان ۹۷، صفحات ۱۱۲-۸۷

تحلیل گروه‌های چندگانه از نقش انزوای اجتماعی بر سلامت اجتماعی در میان قومیت کُرد با رویکرد متقاطع بین مذهب، جنس و شهر

امیر رستگار خالد[۱]، مسعود سلمانی بیدگلی[۲]

تاریخ دریافت:۱۳۹۶/۰۸/۰۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۳/۱۵

چکیده

این مقاله با رویکرد تحلیل عاملی و تحلیل مسیر گروه‌های چندگانه به بررسی تأثیر انزوای اجتماعی بر سلامت اجتماعی می‌پردازد. جامعه‌ی آماری تحقیق جوانان بین سنین ۱۸ تا ۲۹ سال کُرد در شهرهای کرمانشاه و جوانرود می‌باشد. روش تحقیق پیمایش و تکنیک جمع‌آوری داده پرسش‌نامه است. با ترکیب سه متغیر جنس، مذهب و شهر، ۸ زیرگروه ساخته و به وسیله‌ی نرم‌افزار ایموس تفاوت بین گروه‌ها بررسی شد. در تحلیل کلی مشخص شد که متغیرهای تحقیق ۵۰ درصد از متغیر وابسته را تبیین می‌کنند. با بررسی گروه‌ها مشخص شد که مدل اندازه‌گیری و مدل ساختاری تحقیق در این ۸ گروه متفاوت هستند؛ سه متغیر مذهب، جنس و شهر مدل تحقیق را تعدیل می‌کنند و باعث تغییر در میزان متغیرهای پنهان، مسیرهای علّی و بارهای عاملی در هر یک از زیرگروه‌های تحقیق می‌شوند.

واژه‌های کلیدی: سلامت اجتماعی؛ انزوای اجتماعی؛ تبعیض؛ موقعیت اجتماعی.

[۱] استادیار گروه جامعه‌شناسی دانشگاه شاهد(نویسنده‌ی مسئول) amir_rastegarkhaled@yahoo.com

[۲] دانش آموخته‌ی کارشناسی ارشد پژوهش علوم اجتماعی دانشگاه شهید بهشتی، برگزیده‌ی بنیاد ملی نخبگان masoodsa13@yahoo.com

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-21]

مقدمه

محور توسعه‌ی پایدار، انسان سالم است و جوامع امروزی خواستار ایجاد بستر مناسب برای تولید و شتاب لازم برای رسیدن به توسعه‌ی همه جانبه هستند؛ از این رو بدیهی است بررسی و تبیین تمام مؤلفه‌های اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت از وظایف محققان و فعالان عرصه‌ی سلامت است. بازخورد این مطالعات، به صورت اطلاعات علمی و عملی، به سیاست‌گذاران کلان برای سیاست‌گذاری در خصوص مسئله‌ی مهم توسعه‌ی پایدار کشورها کمک می‌کند. امروزه سلامت اجتماعی، به عنوان یکی از ابعاد سلامت، در کنار سلامت جسمی و روانی و معنوی نقش و اهمیت گسترده‌ای یافته است؛ به گونه‌ای که دیگر، سلامتی فقط عاری‌بودن از بیماری‌های جسمی و روانی نیست؛ بلکه چگونگی عملکرد انسان در روابط اجتماعی و چگونگی تفکر وی از اجتماع نیز به عنوان معیارهای ارزیابی سلامت فرد در سطح کلان جامعه به شمار می‌رود (سام‌آرام، ۱۳۸۸: ۱). به طور کلی، بعد اجتماعی سلامت دربرگیرنده‌ی سطوح مهارت‌های اجتماعی و عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به عنوان عضوی از جامعه‌ی بزرگ‌تر است. از این نظر، هر کس عضوی از افراد خانواده و عضو جامعه‌ای بزرگ‌تر محسوب می‌شود. در سنجش سلامت اجتماعی، به نحوه‌ی ارتباط شخص در شبکه‌ی روابط اجتماعی توجه می‌شود. اهمیت توجه به بعد اجتماعی توسعه و همچنین تأکید سازمان بهداشت جهانی بر سلامت اجتماعی، در کنار سلامت فیزیکی، سبب شده است تا امروزه سلامت اجتماعی به دغدغه‌ی مشترک جامعه‌شناسان و برنامه‌ریزان اجتماعی در هر جامعه تبدیل شود. همچنین انزوای اجتماعی اشاره به زندگی بدون مصاحبت، فقدان دیگران مهم و مناسبات مشترک، اعتماد و حرکت به سمت دوره‌های بحران و گسست در اتصالات عینی و شبکه‌های روابط اجتماعی اعضای جامعه کرده و بر عملکرد و بهزیستی افراد و پیوستگی اجتماعی درون جامعه تأثیر منفی می‌گذارد. فقدان روابط مؤثر، تهدیدی جدی برای رفاه و سلامتی افراد به وجود می‌آورد؛ افرادی که روابط استوار و معنادار با سایرین را حفظ نکرده و کسی را ندارند که به هنگام ضرورت به او مراجعه کنند، تا حد زیادی در خودشان غوطه‌ور می‌شوند. این مسئله اغلب به مشکلات خطرناکی از قبیل اختلالات روانی، افسردگی، عزت نفس پایین، مشکلات اجتماعی و علائم مریضی جسمانی منجر می‌گردد

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-21]

(هورتلانوس[1]، میشلز[2] و میوسن[3]، ۱۳۹٤: ٥٦).

از طرف دیگر همان طور که قابل مشاهده است، تنوع قومی زیادی در ایران وجود دارد و یکی از نمونه‌های استثنایی در میان کشورهای دنیا است. در این میان نیاز به حفظ نظم موجود که از لوازم اصلی آن ایجاد انسجام و یکپارچگی است، ضروری است تا بتوان تهدیدهای روزافزون فرهنگی، سیاسی و اجتماعی و اثرات آن را تا حدودی کاهش داد و این قومیت‌ها، قابلیت‌ها و تلاش‌های خود را معطوف به مای ایرانی و کشور با سابقه‌شان کنند. علاوه بر آن در میان هر یک از این قومیت‌ها نیز تنوعات زیادی وجود دارد که باعث تفاوت در میان جنبه‌های اجتماعی، سیاسی و... بین مردم با قومیت یکسان شده است؛ یعنی اگر مردم کشور را بر اساس قومیت آن‌ها تقسیم‌بندی کنیم، این گروه‌ها نیز بر اساس متغیرهای دیگر به دسته‌های دیگر تقسیم می‌شود و تفاوت‌های اجتماعی و فرهنگی آن‌ها نمایان می‌شود.

مطابق با مرکز آمار ایران (۱۳۸۵)، ٦,٥ تا ۷ میلیون هم‌وطن کُرد در ایران زندگی می‌کنند. به غیر از رشد جمعیتی آن‌ها و تأثیر آن‌ها در مسائل مختلف کشور، اطلاعات بسیار کمی در مورد ناهمگونی که در تجارب زندگی و شرایط اجتماعی بین آن‌ها وجود دارد، در دسترس است. زیرگروه‌های زیادی بین قوم کُرد به دلیل تفاوت آن‌ها در نوع مذهب، شهر و... وجود دارد. مطالعه‌ی حاضر قصد دارد تا به ناهمگونی بپردازد که در میزان تبعیض و موقعیت اجتماعی میان هم‌وطنان کُرد وجود دارد. هم‌چنین این پژوهش با بررسی سلامت اجتماعی مردم کُرد، به بررسی این نکته می‌پردازد که چگونه روابط میان تبعیض، موقعیت اجتماعی و وضعیت سلامت به عنوان تابعی از سه متغیر جنس، نوع مذهب و نوع شهر است.

پیشینه‌ی پژوهش

رستگارخالد، سلمانی بیدگلی و افشارنسب(۱۳۹٦: ۷۱۳-٦۸۹) تحقیقی با عنوان مطالعه‌ی تندرستی اجتماعی زنان شهر کاشان به انجام رسانده‌اند. آن‌ها در این مقاله بیان می‌کنند که سلامت فرد پایه و بنیان سلامت جامعه است و این دو آن‌چنان به هم وابسته‌اند که نمی‌توان بین آن‌ها مرز معینی قائل شد. مفهوم سلامت اجتماعی به عنوان بعد مهم دیگر سلامت، در سال‌های اخیر توجه

[1] Hortulanus
[2] Machielse
[3] Meeuwesen

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-21]

زیادی را به خود جلب کرده است. باید توجه داشت که تندرستی اجتماعی، چگونگی برقراری ارتباط فرد با دیگران، چگونگی واکنش به افراد دیگر و چگونگی تعامل فرد با نهادهای اجتماعی و رسوم جامعه را شامل می‌شود. این مقاله به بررسی تندرستی اجتماعی زنان با استفاده از تئوری‌های کیز[1] (۱۹۹۸) و لارسن[2] (۱۹۹۲) می‌پردازد. گفتنی است ابعاد انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، معاضدت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پیوستگی اجتماعی از تئوری کیز، و ابعاد حمایت اجتماعی و سازگاری اجتماعی از تئوری لارسن استخراج شدند. جامعه‌ی آماری زنان شهر کاشان، و روش تحقیق پیمایش و فن جمع‌آوری داده‌ها نیز پرسش‌نامه است. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز با یافته‌های کیز مطابق است و تحلیل عاملی کیز مناسب‌بودن پنج بعد تندرستی اجتماعی را برای جامعه‌ی آماری تحقیقش تأیید کرده است. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نشان می‌دهد که نتیجه‌ی دو شاخص مورد نظر لارسن(حمایت و سازگاری اجتماعی) عامل مشترک تندرستی اجتماعی است و مقدار فراوانی از واریانس آن تبیین می‌شود. آزمون خی‌دو بین تندرستی اجتماعی و وضعیت تأهل و درآمد معنادار است و بین تندرستی اجتماعی و تحصیلات معنایی ندارد، اما بین تندرستی اجتماعی و وضعیت اشتغال بستگی به مدل دارد(در مدل لارسن معنادار است، اما در مدل کیز نه). بنا بر نتایج این پژوهش مسئولان باید نگرانی بیش‌تری در مورد سلامت اجتماعی زنان داشته باشند و با توجه به این که زنان نقشی مهم در خانواده و جامعه دارند و تربیت‌کنندگان نسل بعدی جامعه هستند، سلامت آن‌ها به‌ویژه سلامت اجتماعی‌شان مهم است.

رستگارخالد و سلمانی بیدگلی (۱۳۹۵ :۱۸۱-۱۶۵) پژوهشی با عنوان فرهنگ‌پذیری و سازگاری در میان جوانان کرد انجام داده‌اند. آن‌ها اشاره می‌کنند که این مقاله درصدد بررسی اَشکال مختلف فرهنگ‌پذیری (یکپارچه‌سازی، قومی، ملی و پراکنده) و سازگاری (روانی و فرهنگی - اجتماعی) و رابطه‌ی آن‌ها با هم در میان جوانان کُرد است. جامعه‌ی آماری جوانان بین سنین ۱۸ تا ۲۹ سال کُرد در شهرهای کرمانشاه و جوانرود می‌باشد. روش تحقیق پیمایش و تکنیک جمع‌آوری داده، پرسش‌نامه است. رویکرد بررسی، فردمحور (تحلیل خوشه) و متغیرمحور(تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل رگرسیون) است. نتایج حاصل از تحلیل خوشه را نیم‌رخ‌های فرهنگ-پذیری نامیدیم که نیم‌رخ قومی شامل ۳۰ درصد از پاسخ‌گویان، نیم‌رخ ملی شامل ۲٤/۵ درصد از

[1] Keyes
[2] Larson

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-21]

پاسخ‌گویان، نیم‌رخ یکپارچه‌سازی شامل ۳٤/۵ درصد از پاسخ‌گویان و نیم‌رخ پراکنده شامل ۱۱ درصد از پاسخ‌گویان است. با تحلیل رگرسیون آشکار شد که وجود توامان فرهنگ ملی و قومی باعث سازگاری روانی و فرهنگی – اجتماعی بیش‌تری می‌شود. جهت‌گیری قومی، سازگاری روانی را بیش‌تر می‌کند و در سازگاری فرهنگی – اجتماعی تأثیر زیادی ندارد. تأثیر جهت‌گیری ملی در سازگاری فرهنگی – اجتماعی با جهت‌گیری قومی تفاوت چندانی ندارد.

کلانتری، حسینی‌زاده آرانی، سخایی و امام‌علی‌زاده(۱۳۹٤: ۱۱٦–۸۹) پژوهشی با عنوان انزوا و سلامت: بررسی ارتباط میان انزوای اجتماعی و سلامت روان شهروندان ۱۸+ سال تهرانی با عطف توجه به نقش میانجیگرانه‌ی حمایت اجتماعی انجام دادند و در این پژوهش اشاره دارند که سلامت روان به عنوان یکی از اساسی‌ترین اجزاء رفاه اجتماعی، صرفاً واقعیتی زیست‌شناختی و یا روان‌شناختی نیست؛ بلکه دارای ابعاد و ماهیت اجتماعی بوده و متأثر از عواملی چون انزوای اجتماعی و حمایت اجتماعی می‌باشد. لذا هدف این مطالعه بررسی تأثیر انزوای اجتماعی بر سلامت روان شهروندان تهرانی با توجه به نقش میانجیگرانه‌ی حمایت اجتماعی می‌باشد. روش تحقیق، پیمایش و ابزار گردآوری اطلاعات، پرسش‌نامه می‌باشد. جهت انتخاب حجم نمونه، از فرمول کوکران استفاده شده و ٥۲٤ نفر از شهروندان ۱۸+ سال تهرانی در سال ۱۳۹۳ به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای گزینش شدند. یافته‌های توصیفی نشان داد که ۵۹٪ از شهروندان تهرانی، انزوا را در سطح متوسط به بالا تجربه می‌کنند، ٦۹٪ افراد در وضعیت سلامت‌روانی مطلوبی قرار داشته و میانگین دریافت حمایت اجتماعی،٦۱/٦۰ ارزیابی شد. در بُعد تحلیلی، آزمون فرضیات نشان داد که رابطه‌ی معنادار و منفی میان انزوای اجتماعی با حمایت اجتماعی و سلامت روان وجود داشته و حمایت اجتماعی نیز رابطه‌ای معنادار و مثبت با سلامت روان دارد. همچنین نتایج تحلیل مسیر مدل تحقیق بیانگر این بود که متغیر انزوای اجتماعی در مقایسه با متغیر حمایت اجتماعی، تأثیر مستقیم و غیرمستقیم بیش‌تری(۰/٤۵–) بر میزان سلامت روان شهروندان تهرانی دارد. در مجموع، نتایج مطالعه‌ی حاضر دلالت بر این دارد که با افزایش میزان انزوای اجتماعی، از سطوح حمایت اجتماعی کاسته شده و وضعیت سلامت روان شهروندان در حالت آسیب‌پذیر قرار می‌گیرند.

نوابخش و گراوند (۱۳۹۰: ۱۸۷–۱٤۹) پژوهش با عنوان بررسی تأثیر احساس عدالت اجتماعی بر هویت ملی شهروندان سنی و شیعه مذهب قوم کرد(نمونه‌ی موردی شهر قروه) به انجام رسانیده‌اند. آن‌ها اشاره می‌کنند که شواهد ایران صد سال اخیر نشان‌دهنده‌ی عدم توزیع برابر

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-21]

فرصت‌ها و امکانات اجتماعی است و این مسأله سبب نگرانی و دل‌مشغولی، مورد توجه ویژه‌ی محققان و صاحب‌نظران این حوزه قرار گرفته است. قوم کرد با جمعیت قریب به ۵ میلیون از یک طرف و قرار گرفتن در مرزهای غربی کشور از طرف دیگر، بارها تحت تأثیر عواملی همچون تحرکات کشورهای خارجی و سیاست‌های غلط دولت مرکزی سبب شکل‌گیری جنبش‌های اعتراض‌آمیز و استقلال‌طلبانه‌ی این قوم بوده است؛ اما واقعیت این است که دولت‌های مرکزی به ندرت در پی شناخت عوامل مؤثر بر هم‌گرایی یا واگرایی ملی این قوم بوده‌اند و بیشتر به رفتارهای آن‌ها توجه کرده‌اند، نه عوامل مؤثر بر شکل‌گیری کنش‌ها و رفتارها و نیات آن‌ها. در این بین کردها از یک طرف خود را محروم از منابعی می‌دانستند که حق طبیعی آن‌ها بود. تحقیق حاضر با هدف شناخت میزان هویت ملی در بین شهروندان کرد و رابطه‌ی آن با احساس عدالت به صورت ترکیبی از روش مطالعه‌ی کتابخانه‌ای و مطالعه‌ی میدانی انجام شد. بررسی رابطه‌ی میان احساس عدالت شهروندان کرد با هویت ملی نشان داد که بین احساس عدالت شهروندان و هویت ملی آنان همبستگی معناداری وجود دارد و هر چه احساس بیشتر باشد، هویت ملی شهروندان بالاتر است. همچنین هر چه احساس عدالت بیش‌تر باشد، هویت ملی شهروندان بالاتر است. همچنین نتایج ضریب همبستگی اسپیرمن[1] نشان داد که هر چه قدر احساس عدالت اقتصادی، سیاسی، فرهنگی و زبانی شهروندان بالاتر باشد، هویت ملی آنان قوی‌تر است. به طور مشابه، یافته‌های پژوهش، رابطه‌ی بین هویت ملی و مشروعیت شهروندان را تأیید کرد.

ربانی، یزدخواستی، حاجیانی و میرزایی(۱۳۸۷: ۶۹-۳۳) در تحقیقی با عنوان بررسی رابطه‌ی هویت ملی و قومی با تأکید بر احساس محرومیت و جامعه‌پذیری قومی: مطالعه‌ی موردی دانشجویان آذری، کرد و عرب بیان می‌کنند که در دهه‌های اخیر موضوع هویت ملی و قومی به یکی از مسایل مهم ـ خصوصاً در کشورهای دارای تنوع قومی و فرهنگی ـ تبدیل شده است. در برجسته‌شدن این موضوع عوامل گوناگونی مؤثر بوده‌اند که در این میان بر روند جهانی‌شدن، اتفاق نظر زیادی هست. گروهی بر این باورند که گسترش و تعمیق فرآیند جهانی‌شدن باعث تشدید و برجسته‌شدن وفاداری‌های قومی و محلی و در نتیجه تضعیف هویت و انسجام ملی گردیده است. در مقابل، گروهی دیگر معتقدند که تقویت هویت قومی در تعارض با هویت و انسجام ملی نیست؛ بلکه می‌تواند منجر به تقویت هویت و انسجام ملی جوامع گردد. به عبارتی افراد دارای

[1] Spearman

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-21]

هویت ترکیبی هستند؛ بدون آن که تعارضی بین عناصر هویتی آنان باشد. این پژوهش با هدف «بررسی رابطه‌ی بین هویت ملی و هویت قومی دانشجویان آذری، کرد و عرب دانشگاه‌های دولتی کشور در سال ۱۳۸۷» و ارتباط «احساس محرومیت نسبی و جامعه‌پذیری قومی با هویت‌های دوگانه(ملی و قومی)» انجام شده است. نمونه‌ی پژوهش در این تحقیق ٦٨٧ نفر بوده است. به طور کلی یافته‌های تحقیق نشان داد که بین دو متغیر هویت ملی و هویت قومی رابطه‌ی مثبت، هم‌افزا و متوسطی وجود دارد. بین متغیر«احساس محرومیت نسبی» و «هویت ملی» رابطه‌ی منفی نسبتاً بالایی وجود دارد و این ارتباط با متغیر«هویت قومی» مثبت و در حد ضعیفی بوده است. هم‌چنین متغیر«جامعه پذیری قومی» با «هویت ملی» رابطه ضعیف و مثبت و با «هویت قومی» رابطه‌ی مثبت، هم افزا و متوسط داشته است.

اخوان‌مفرد، هندیانی و زینال‌نژاد(۱۳۸۷: ٤١٥-۳۹۹) تحقیقی با عنوان بررسی راه‌های هم‌گرایی قومیتی با تأکید بر اقوام ترک و کرد در شهرستان ماکو انجام دادند. آن‌ها اشاره می‌کنند که اکثر کشورهای جهان از اقوام متعدد تشکیل یافته‌اند. این تنوع در اغلب کشورهای مزبور منبع خشونت بوده و موجب بروز جنگ‌ها و درگیری‌های داخلی و از بین رفتن جان میلیون‌ها انسان بوده است. کشور ایران نیز دارای تعدد و تکثر قومی است و اقوام ایرانی به طور عمده در حاشیه و نوار مرزی ایران شکل گرفته‌اند. شهرستان ماکو نیز با ترکیب جمعیتی از هر دو قوم ترک آذری و کرد در منتهی‌الیه شمال غربی ایران و در همسایگی کشورهای جمهوری ترکیه و آذربایجان قرار گرفته است. تنوع قومی در ایران نیز همانند سایر کشورها گاه منبع درگیری و منشأ خشونت‌های قومی و موجب بروز بحران‌های امنیتی در اقصی نقاط قوم نشین بوده و مرکز را نیز تحت تأثیر قرار داده است. از آن جمله می‌توان به بحران‌های مهاباد و فرقه‌ی دمکرات آذربایجان در فواصل سال‌های ١٣٢٤-١٣٢٥ و نیز بحران‌های مناطق قوم‌نشین پس از انقلاب اسلامی و بحران آذربایجان در سال ۱۳۸۵ و دامنه‌ی آن در شهرستان ماکو و... اشاره نمود. هدف این پژوهش بررسی و شناسایی راهکارهای ارتقاء سطح هم‌گرایی اقوام ایرانی برای ایجاد همبستگی و وفاق اجتماعی به منظور دستیابی به یک امنیت پایدار می‌باشد. تحقیق به صورت موردی و بر روی اقوام ساکن در شهرستان ماکو انجام پذیرفته است. روش تحقیق از نوع توصیفی زمینه‌یاب(پیمایشی) است. جمعیت ترک و کرد زبان ماکو به عنوان جامعه آماری و حجم نمونه با استفاده از جدول کرجسی[1] و

[1] Krejcie

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-21]

مورگان[1](۱۹۷۰ م) تعداد ۲۸۳ نفر به روش تصادفی طبقه‌ای انتخاب شده‌اند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسش‌نامه محقق ساخته‌ای است که در تنظیم آن از طیف لیکرت استفاده شده است. روایی پرسش‌نامه با مطالعه‌ی منابع، انجام تست اولیه، مصاحبه‌ی حضوری با اهل خبره و کارشناسان و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه‌ها ۰/٦۸۲، محاسبه شده است. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح توصیفی از فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار و نمودار و در سطح استنباطی از آزمون t و آنالیز واریانس استفاده گردیده است. با توجه به اثبات تمامی فرضیات و نتایج کلی تحقیق، معلوم گردید هر پنج عامل دینی، فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی و سیاسی در ارتقاء سطح هم‌گرایی اقوام تأثیر مثبت داشته و بر همین مبنا پیشنهادهای پژوهشی و کابردی ارائه‌شده که با عملیاتی‌شدن این پیشنهادها سطح هم‌گرایی به طور چشم‌گیری افزایش یافته و موجب انسجام هر چه بیشتر اجتماعی و حصول امنیت پایدار خواهد بود.

محسنی‌تبریزی(۱۳۸۱: ۱۸۲-۱۱۹) در تحقیق خود با عنوان آسیب‌شناسی بیگانگی اجتماعی- فرهنگی بررسی انزوای ارزشی در دانشگاه‌های دولتی تهران بیان می‌کند که در پرتو مبانی نظری تحقیق، ضمن تدوین ۷ فرضیه که ناظر بر رابطه‌ی متغیر اصلی حقیقی(انزوای ارزشی) و روابط میان هر یک از متغیرهای علی بود، با کاربرد روش پیمایش و استفاده از تکنیک پرسش‌نامه‌ی هدایت شده از ۱٤٤ نفر دانشجو، که از بین ۹۱٦۰۵ نفر دانشجویان شاغل به تحصیل در سه مقطع لیسانس، فوق لیسانس و دکتری در دانشگاه‌های دولتی شهر تهران در سال تحصیلی۸۰-۷۹ و به طریق نمونه‌گیری طبقه‌ای با دقت احتمالی مطلوب d=0/05 و ظریب اطمینان ۹۵ درصد انتخاب شده بودند، اطلاعات مربوط به ابعاد آسیب‌شناختی فرهنگی در محیط‌های دانشجویی جمع‌آوری گردید. بر اساس نتایج حاصل از مدل تبیینی تحلیل مسیر انزوای ارزشی، می‌توان استدلال کرد که این متغیر متأثر از عوامل مختلفی است که در شبکه‌ای از روابط علی با یکدیگر و به صورت مرکب و مجموع قرار دارند و کل تغییرات آن را مجموع متغیرهای علت (X) بیان می‌کند. در این مدل، متغیرهای مطلوبیت شرایط خانوادگی، مطلوبیت شرایط آموزشی، SES، رضایت از زندگی، احساس ستیز با والدین و ضدیت با جامعه هم، به طور مستقیم و هم به‌طور غیرمستقیم، بر انزوای ارزشی اثر گذاشته‌اند. همچنین انزوای ارزشی بازتابی از تأثیرات متقابل متغیرهای علت و منتج از مجموعه از خوردهای این عوامل است.

[1] Morgan

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-21]

مبانی نظری پژوهش

سلامت اجتماعی

موضوع سلامت اجتماعی[1] نسبت به سلامت روانی و یا سلامت جسمانی ممکن است کم‌تر آشنا به نظر برسد و مورد بحث و مطالعه قرار گرفته باشد. این آشنایی کم‌تر در بعضی موارد منجر به تصورات غلطی در این زمینه می‌شود. به این دلیل که صفت "اجتماعی" به یک ویژگی فردی دلالت ندارد، این موضوع پیش می‌آید که چگونه یک شخص می‌تواند در جنبه‌های سلامت اجتماعی رتبه‌بندی شود. در واقع، دیدگاه مهمی وجود دارد که سلامت اجتماعی را یکی از خصوصیات و ویژگی‌های جامعه (نسبت به افراد) می‌داند: «یک جامعه وقتی در وضعیت سلامت قرار دارد که فرصت‌های برابر برای همه و امکان دسترسی همه به کالاها و خدمات ضروری وجود داشته باشد و در این وضعیت هر فرد کارکردی کامل به عنوان یک شهروند از خود نشان دهد»(مک داول[2]، ۲۰۰۶: ۱۵۰). معرف‌های سلامت اجتماعی در این دیدگاه شامل توزیع منابع مالی، دسترسی عمومی به فرآیند تصمیم‌گیری[3]، و جواب‌گویی مقامات رسمی است (همان: ۱۵۰). سلامت اجتماعی را می‌توان این‌گونه تعریف کرد که آن بعد از سلامتی فرد را شامل می‌شود که به مسایلی از قبیل این که چگونه او با افراد دیگر رفتار می‌کند، چگونه افراد دیگر به وی عکس‌العمل نشان می‌دهند و این که او چگونه با سازمان‌های اجتماعی و آداب و رسوم جامعه[4] تعامل دارد، می‌پردازد(راسل[5]،۱۹۷۳: ۷۵). این تعریف جامع است و شامل ابعاد شخصیتی، معاشرت‌پذیری[6] و مهارت‌های اجتماعی می‌باشد و در مواردی هنجارهای جامعه را منعکس می‌کند که فرد در آن‌ها خود را پیدا می‌کند. در بیش‌تر بحث‌ها در مورد سلامت اجتماعی فرد، از واژه‌هایی از قبیل "خوشکامی[7]"، "سازگاری[8]"، "عملکرد[9]" یا "کارکردهای اجتماعی[10]" صحبت می‌شود و کم‌تر کلمه‌ی سلامت مورد استفاده قرار می‌گیرد. از سال ۱۹۴۷، تعریف سازمان سلامت جهانی از سلامت، تأکیدی به برخورد بر بیماران به عنوان موجودی اجتماعی که در یک محیط اجتماعی

[1] Social health
[2] Ian McDowell
[3] Decision-making process
[4] Societal mores
[5] Russell R. D
[6] Sociability
[7] Well-being
[8] Adjustment
[9] Performance
[10] Social function

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-21]

پیچیده زندگی می‌کند، بوده است و این رویکرد در پزشکی چشمگیر می‌باشد. افرادی که در جوامع‌شان به خوبی یکپارچه و هماهنگ هستند، عمر طولانی‌تری دارند و بهتر می‌توانند خود را از یک بیماری بازیابی کنند؛ در طرف مقابل گوشه‌گیری اجتماعی[۱] عامل مهمی برای بیماری در یک فرد است(مک داول، ۲۰۰۶: ۱۵۰).

انزوای اجتماعی

مفهوم انزوای اجتماعی[۲] نخستین بار توسط جامعه‌شناس رابرت پارک[۳](۱۹۲۸) به کار برده شد و اشاره به بیرون‌بودن از جهان اجتماعی داشت. چارچوب تئوریکی انزوای اجتماعی درصدد پاسخ به این مسئله است که چرا بعضی از گروه‌ها از جامعه‌ی اصلی و بزرگ‌تر به حاشیه رانده می‌شوند. انزوای اجتماعی در چندین سطح می‌تواند توسط فرد تجربه شود؛ به عنوان مثال می‌تواند به دلیل ارزش پایین یک گروه(مانند یک اقلیت قومی[۴] بودن) و یا به دلیل موقعیت اجتماعی پایین یک گروه اقلیت(مانند مکزیکی‌ها در کالیفرنیا) باشد. احساس انزواطلبی در یک جامعه به دلیل چند عامل اساسی از قبیل قومیت فرد، نژاد، جنس، طبقه‌ی اجتماعی و... شکل می‌گیرد و بیانگر کارکرد منفی روابط بین‌شخصی میان یک محیط اجتماعی است. در واقع هر گروهی در یک جامعه ممکن است انزوای اجتماعی را به درجات مختلف و در شکل‌های متفاوت و بر اساس موقعیت اجتماعی خود در رابطه با دیگران تجربه کند. کولن و پریتس[۵](۲۰۰۰: ۲۲۹-۲۱۵) اشاره می‌کنند که انزوای اجتماعی در بیش‌تر موارد، مفهومی نسبی و تغییرپذیر است؛ در واقع آن‌ها توضیح می‌دهند که معنی انزوا وقتی فرد از یک موضوع اصلی به موضوعی دیگر حرکت می‌کنند، دچار تغییر می‌شود. اکس و ساکس[۶](۲۰۰۵: ۲۱۰-۱۹۹) نیز بیان می‌کنند که این مفهوم به هیچ وجه مطلق و کامل نیست (مولینا[۷]، ۲۰۱۱: ۳۶-۳۷).

[1] Social isolation
[2] Social marginality
[3] Robert park
[4] Ethnic minority
[5] Cullen & Pretes
[6] Ecks & Sax
[7] Molina

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-21]

هال و همکاران[1](۱۹۹٤: ٤۱-۲۳) اشاره می‌کنند که انزوا شرایطی است که در آن افراد نسبت به مرکز جامعه موقعیت فرعی و پیرامونی دارند و آن به خاطر موقعیت، هویت و تجربه‌هایشان است. در واقع آن‌ها انزوا را در رابطه با اَشکال متفاوت ستم‌گری(یعنی نژادی، جنسی، سیاسی، اقتصادی) می‌دانند. گروو و زوئی[2](۲۰۰٦: ۱۹٤۲-۱۹۳۱) بیان می‌کنند که اگر فرد و یا گروهی "دیگری" نامیده شوند، فرآیند انزوا، بی‌قدرتی و محرومیت اجتماعی را تجربه می‌کند. افراد انزواطلب (یعنی اشخاص و یا گروه‌ها) کسانی هستند که درجات متفاوت تبعیض اجتماعی[3] (یا از طریق طرد، برچسب دیگری‌بودن[4] و یا رفتار متفاوت) و موقعیت اجتماعی[5] پایین‌تر نسبت به دیگران را تجربه کرده‌اند (هرگز به طور کامل جزئی از بافت اصلی جامعه[6] نبوده‌اند و در موقعیتی در رابطه با هویت اجتماعی خاص‌شان و در یک زمینه‌ی خاص قرار گرفته‌اند).

پارک اشاره می‌کند که مهم‌ترین ویژگی انزوای اجتماعی این است که گروه و یا افرادی که منزوی شده‌اند برای این‌که جزئی از گروه اکثریت در جامعه بشوند ناتوان هستند و نمی‌توانند با گروه و فرهنگ مسلط یکپارچه و منسجم شوند، که این موارد باعث آسیب‌پذیری آن‌ها در برابر گرفتاری‌ها و آشفتگی‌ها می‌شود. مفهوم انزوا در مطالعات حوزه‌ی نابرابری در سلامت نقش مهمی دارد؛ کسانی که در حاشیه‌ی جامعه و در انزوا زندگی می‌کنند، در شرایط، تجارب و محیطی قرار دارند که آسیب‌پذیری آن‌ها در برابر شرایط بد سلامت افزایش (مخصوصا در گروه‌هایی که از نظر اجتماعی صدمه‌پذیرتر و شکننده‌تر هستند) می‌یابد. ویروئل و فیوئنتس[7](۲۰۰۷: ۱۵۳۵-۱۵۲٤) بیان می‌کنند که "فرآیندهای دیگری‌بودن" و تبعیض‌های ناشی از آن، عامل مهمی است که وضعیت سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهد. آنتونوِسکی[8] (۱۹۵٦ : ٦۲-۵۷) به این نتیجه رسید که اعضای یک گروه اقلیت فرهنگی یا نژادی، به صورت متفاوتی در موقعیت‌های مربوط به انزوای اجتماعی پاسخ می‌دهند؛ برای مثال تفاوت در قدرت که به تفاوت در هویت‌های اجتماعی مربوط می‌شود، نقش مهمی در این موضوع دارد که چگونه گروه‌های منزوی با تجارب اجتماعی‌شان ارتباط برقرار می‌کنند و با آن‌ها کنار می‌آیند. روشی که گروه‌های منزوی این تجارب را تفسیر می‌کنند، باعث

[1] Hall, Stevens, and Meleis
[2] Grove and Zwi
[3] Social discrimination
[4] Othering
[5] Social status
[6] Social fabric
[7] Viruell & Fuentes
[8] Antonovesky

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-21]

ایجاد نتایج متفاوتی در وضعیت سلامت آن‌ها می‌شود؛ دسترسی نابرابر به منابع که در میان گروه‌های مختلف(به دلیل تفاوت در میزان قدرت)، متفاوت است نیز در ایجاد این وضعیت تأثیر می‌گذارد(مولینا، ۲۰۱۱: ٤٠). مفهوم‌سازی تبعیض و موقعیت اجتماعی به عنوان شکل‌های مختلف انزوای اجتماعی در ادبیات موجود در این زمینه، کمک زیادی در توضیح‌دادن این نکته می‌کند که چگونه انزوا در وضعیت سلامت به طور کلی و سلامت اجتماعی افراد با ویژگی‌های مهم اجتماعی(در این تحقیق جنس، مذهب و شهر) که موقعیت‌های متفاوت اجتماعی را اشغال می‌کنند، تأثیر می‌گذارد. وضعیت سلامت که از سطوح مختلف تبعیض و موقعیت اجتماعی پایین معلول می‌شود، به ساختارهای اجتماعی و وضعیت نابرابر قدرت بین افراد و گروه‌ها محدود می‌شود.

محققان دیگر نشان داده‌اند که تبعیض با وضعیت سلامت بد در میان اقلیت‌های قومی رابطه دارد (الگریا[1] و همکاران، ۲۰۰۷؛ امارو[2] و همکاران، ۱۹۸۷؛ فینچ، کولودی و وگا[3]، ۲۰۰۰؛ کسلر، میکلسن و ویلیامز[4]، ۱۹۹۹؛ پارادیس[5]، ۲۰۰٦؛ ویلیامز و محمد، ۲۰۰۹). پاسکو و ریچمن[6](۲۰۰۹: ۵۳۱.) در یک فراتحلیل از ۱۳٤ تحقیق در رابطه با تبعیض و سلامت، به این نتیجه رسیدند که تبعیض تأثیری منفی و قوی بر سلامت دارد. فینچ و همکاران(۲۰۰۱) بیان می‌کنند که تبعیض با شرایط سلامتی ضعیف رابطه دارد؛ حتی پس از به وجود آمدن حمایت‌های اجتماعی و تغییر عوامل اجتماعی - جمعیتی، این وضعیت بین گروه‌های اقلیتی وجود دارد. مولینا(۲۰۱۱: ٤٤-۳۳) اشاره می‌کند که اگرچه تبعیض به تنهایی باعث رفتار متفاوت به دلیل قومیت و نژاد نمی‌شود، ولی عامل مهمی است که سلامت جمعیت و گروه‌های قومی را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. از طرف دیگر مارموت (۲۰۰٤) بیان می‌کند که موقعیت یک فرد در سلسله‌مراتب اجتماعی، با سلامتی و طول عمر فرد رابطه معناداری دارد؛ موقعیت اجتماعی پایین باعث به وجود آمدن مشکلات سلامت(به خصوص بعد اجتماعی آن) می‌شود(آدلر و ریکف[7]، ۲۰۰۸؛ ساینگ - مانوکس و مارموت[8] و آدلر، ۲۰۰۵)؛ در مقابل داشتن موقعیت اجتماعی بالا می‌تواند احتمال بیماری را کاهش دهد(الگریا و

[1] Alegría
[2] Amaro
[3] Finch, Kolody, & Vega
[4] Kessler, Mickelson, & Williams
[5] Paradies
[6] Pascoe and Richman
[7] Adler & Rehkopf
[8] Singh -Manoux, Marmot,

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-21]

همکاران، ۲۰۰۷؛ ساینگ-مانوکس و همکاران، ۲۰۰۳). ویلیامز و همکاران (۱۹۹۵) شرح می‌دهند که پیوستگی مثبت بین موقعیت اجتماعی و سلامت، فرآیند انتخاب را منعکس می‌کنند که در آن شرایط سلامت اجتماعی بد و ضعیف به دلیل موقعیت اجتماعی پایین است. این تئوری بیان می‌کند که وضعیت بد سلامتی بین افراد با موقعیت اجتماعی پایین، نتیجه و معلول موقعیت اجتماعی-اقتصادی نازل آن‌ها در جامعه است. نابرابری گسترده در وضعیت سلامتی به این نکته نیز اشاره دارد که افرادی که موقعیت اجتماعی بهتری دارند و میزان تبعیض نسبت به آن‌ها کم‌تر است، دسترسی بیش‌تر، استفاده بهتر و سریع‌تر از منابع و مزایای جامعه دارند و کیفیت این امکانات نیز بیش‌تر است. امکان دست‌یابی به توزیع منابع برای گروه‌های اقلیت محدود است و وضعیت رفاه آن‌ها نیز نسبت به گروه اکثریت کمتر است. میجر[1] و همکاران(۲۰۰۲: ۲٦۹) توضیح می‌دهند که در همه‌ی جوامع، دسته‌های اجتماعی که روابط اجتماعی را شکل می‌دهند(مانند جنس، شغل، قومیت)، دسته‌های موقعیت ارزشی نیز هستند. برای مثال کسانی که به یک دسته (یعنی مردان، مدیران ، اکثریت قومی) تعلق دارند، از نظر اجتماعی شایسته‌تر و باارزش‌تر از افراد دسته‌ی دیگر(یعنی زنان، کارگران، اقلیت قومی) هستند. این گروه به طور معمول قدرت بیش‌تری نیز در اختیار دارند. افرادی که در دسته‌های موقعیتی پایین‌تری قرار دارند، بیش‌تر از افراد دسته‌های موقعیتی بالا در معرض رفتارهای قالبی منفی، تعصب و تبعیض قرار دارند. کروسبی[2](۱۹۷٦ :۸۵) بیان می‌کند که محرومیت شخصی[3] که به دلیل موقعیت اجتماعی و میزانی از تبعیض است، با وضعیت بد سلامتی رابطه دارد.

فرضیه‌های پژوهش

۱- پیش‌بینی می‌شود تفاوت معناداری بین زیرگروه‌های مختلف در میزان تبعیض، موقعیت اجتماعی و سلامت اجتماعی وجود داشته باشد.

۲- به نظر می‌رسد میزان تبعیض با موقعیت اجتماعی رابطه‌ای منفی دارد.

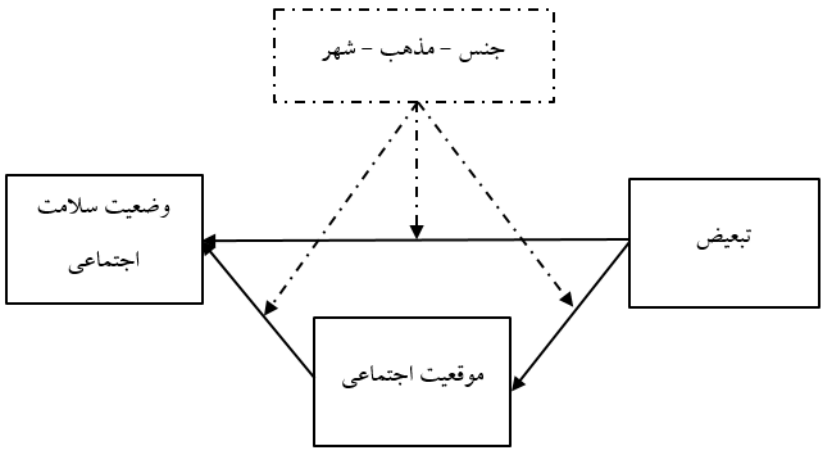
۳- به نظر می‌رسد میزان تبعیض با وضعیت سلامت اجتماعی رابطه‌ای منفی دارد.

٤- به نظر می‌رسد موقعیت اجتماعی با وضعیت سلامت اجتماعی رابطه‌ای مثبت دارد.

[1] Major
[2] Crosby
[3] Personal deprivation

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-21]

۵- به نظر می‌رسد مکانیسم تأثیرگذاری تبعیض و موقعیت اجتماعی بر وضعیت سلامت اجتماعی در بین زیرگروه‌های مختلف تفاوت معناداری دارند (پیش‌بینی می‌شود جنس، مذهب و شهر مسیرهای مدل تحقیق را تعدیل می‌کنند).



شکل شماره‌ی یک- مدل نظری تحقیق

روش‌شناسی پژوهش

این تحقیق از نوع پیمایش بوده و ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسش‌نامه می‌باشد. جامعه‌ی آماری این تحقیق همه افراد بین ۱۸ تا ۲۹ سال دو شهر کرمانشاه و جوانرود است. بر اساس مرکز آمار ایران جامعه آماری در کرمانشاه ۲۳۰۰۰۰ و در شهر جوانرود ۷۵۰۰۰ نفر هستند که با استفاده از فرمول کوکران ۲۵۰ نفر حجم نمونه در کرمانشاه و ۱۵۰ نفر حجم نمونه در شهر جوانرود انتخاب شده‌اند.

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-21]

تعریف متغیرها

تبعیض: این متغیر طبق تحقیق هیکسن و همکاران[1](۲۰۱۲: ۱٤-٤) به دو بعد اساسی تجربه‌ی تبعیض روزانه[2] و تبعیض در طول عمر[3] تقسیم شده است. منظور از تبعیض روزانه درک افراد از میزان احترام، ادب، کیفیت خدمات، صداقت و... است که در زندگی روزمره[4] در ارتباط با افراد دیگر با آن مواجه می‌شوند. تبعیض در طول عمر (رویدادهای تبعیض‌آمیز عمده)، مجموع تعداد تجربه‌ی رفتارهای غیرمنصفانه در چند زمینه‌ی مهم مانند محل کار، مدرسه، خدمات و مراقبت‌های پزشکی، پیداکردن شغل و ... است. این دو بعد متغیر به صورت علل درک‌شده[5] و عکس‌العمل[6]ها به این تجربه‌ها مورد سنجش قرار گرفتند. بعد تبعیض روزانه طبق مقیاس تبعیض روزانه[7] با ۹ گویه و بعد تبعیض در طول عمر در ۵ گویه سنجیده شد. آلفای کرونباخ تبعیض روزانه و تبعیض در طول عمر به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۸۳ است.

موقعیت اجتماعی: بر اساس کار لیز و همکاران[8] (۲۰۰۲ :۵۰۸-۵۳۳)، این متغیر به سه بعد تقسیم شده است. بعد اول این متغیر دوست‌داشتنی‌بودن[9] است که اشاره به میزان خواستنی و یا مورد تنفر بودن فرد در یک گروه و یا موقعیت، توسط افراد دیگر آن گروه یا موقعیت دارد؛ این متغیر با ۵ گویه سنجیده شده است. بعد دوم محبوبیت درک‌شده است که اشاره به ویژگی‌های افرادی دارد که نظم اجتماعی را اداره و کنترل می‌کنند، ضرورتا دوست‌داشتنی نیستند، ممکن است به دلیل سبک و اسلوب خاصشان مورد نفرت دیگران قرار بگیرند، ولی به هر حال توجه زیادی را به خود جلب می‌کنند. این بعد در ۷ گویه سنجیده شد. بعد سوم متغیر موقعیت اجتماعی، تفوق اجتماعی[10] است. تفوق اشاره به اهمیت و منزلت یک فرد درون یک گروه و یا بین افراد دیگر دارد و ویژگی سلسله‌مراتبی آن بسیار مهم است. این بعد با ٦ گویه مورد سنجش قرار گرفت. هم‌چنین آلفای کرونباخ ابعاد دوست‌داشتنی‌بودن، محبوبیت درک‌شده و تفوق اجتماعی به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۸۵ و ۰/۸۹ است.

[1] Hickson et al
[2] Everyday discrimination
[3] Lifetime discrimination
[4] Day-to-day life
[5] Perceived cause
[6] Reaction
[7] Everyday Discrimination Scale (EDS)
[8] Lease et al
[9] Likability
[10] Social dominance

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-21]

سلامت اجتماعی: بیش‌تر سنجه‌ها در زمینه‌ی سلامت اجتماعی به بعد سازگاری اجتماعی و یا حمایت اجتماعی پرداخته‌اند. این تحقیق بر اساس کار گارسیا و مک کارتی[۱](۲۰۰۰) این دو بعد را با هم برای سنجش سلامت اجتماعی به کار برده است. دلیل استفاده از این دو بعد در بیش‌تر تحقیقات، تمایل و گرایشی است که برای مراقبت و احترام به انسان در جامعه وجود دارد. سازگاری اجتماعی[۲] اشاره به خرسندی و رضایت یک فرد از روابطش با دیگران دارد و یا در زمینه‌ی ارزیابی عملکرد فرد در نقش‌های اجتماعی متفاوتش مورد بررسی قرار می‌گیرد. سازگاری اجتماعی با ۱۲ گویه سنجیده شد. حمایت اجتماعی[۳] اشاره به شبکه‌ای از روابط افراد و هم‌چنین سودمندی درک‌شده این روابط در کاهش اثرات فشارهای زندگی دارد. بعد حمایت اجتماعی با ۱۱ گویه سنجیده شد. آلفای کرونباخ بعد سازگاری اجتماعی ۰/۸۹ و حمایت اجتماعی ۰/۸۰ به دست آمده است.

یافته‌های پژوهش

ابتدا متغیرهای مدل به مقیاس صفر تا صد برده شد. بر اساس ترکیب سه متغیر جنس، مذهب و شهر، افراد مورد مطالعه به ۸ زیرگروه تقسیم شدند(2^n). سپس تحلیل‌های مربوطه با نرم‌افزار Amos انجام شد. برای انجام تحلیل چند گروه در مدل‌سازی معادلات ساختاری چند روش وجود دارد که به طور کلی به دو دسته تقسیم می‌شوند. با توجه به نوع این پژوهش و ملاحضات نظری، در این تحقیق تحلیل‌ها انجام شده است. برای تحلیل عامل تأییدی گروه‌های چندگانه[۴]، از روش آزاد[۵]، وزن‌های مدل اندازه‌گیری[۶] و برش‌های مدل اندازه‌گیری[۷]، و برای تحلیل مسیر مدل ساختاری از روش وزن‌های ساختاری، کوواریانس‌های ساختاری و روش باقی‌مانده استفاده می‌شود. فرض این تحلیل‌ها بر برابری هر پارامتر در گروه‌های مختلف است. نکته‌ی بسیار مهم دیگر در این تحلیل‌ها، ویژگی سلسله‌مراتبی آن‌ها است؛ یعنی اگر در یکی از این تحلیل‌ها،

[1] Garcia & McCarthy
[2] Social adjustment
[3] Social support
[4] Multiple group confirmatory factor analysis (MGCFA)
[5] Unconstrained
[6] Measurement weights
[7] Measurement intercepts

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-21]

گروه‌های تحقیق ویژگی مشابهی نداشته باشند در تحلیل‌های بالاتر نیز ویژگی آن‌ها مشابه نخواهد بود.

در جدول ۱ به توزیع افراد در هر گروه اشاره شده است. بیش‌ترین تعداد مربوط به گروه مردان شیعه‌ی کرمانشاه و کم‌ترین آن در گروه زنان شیعه جوانرود است.

جدول شماره‌ی یک- توزیع افراد مورد بررسی در هر زیرگروه

نام زیرگروه	مردان سنی کرمانشاه	مردان شیعه کرمانشاه	مردان سنی جوانرود	مردان شیعه جوانرود	زنان سنی کرمانشاه	زنان شیعه کرمانشاه	زنان سنی جوانرود	زنان شیعه جوانرود	
تعداد	۲۵	۱۱۲	۷۳	۱۲	۲۲	۹۱	۵۵	۱۰	٤۰۰
درصد	٦/۲۵	۲۸	۱۸/۲۵	۳	۵/۵	۲۲/۷۵	۱۳/۷۵	۲/۵	۱۰۰

در جدول ۲ میانگین تبعیض، موقعیت اجتماعی و سلامت اجتماعی بین ۸ زیرگروه تحقیق بررسی می‌شود.

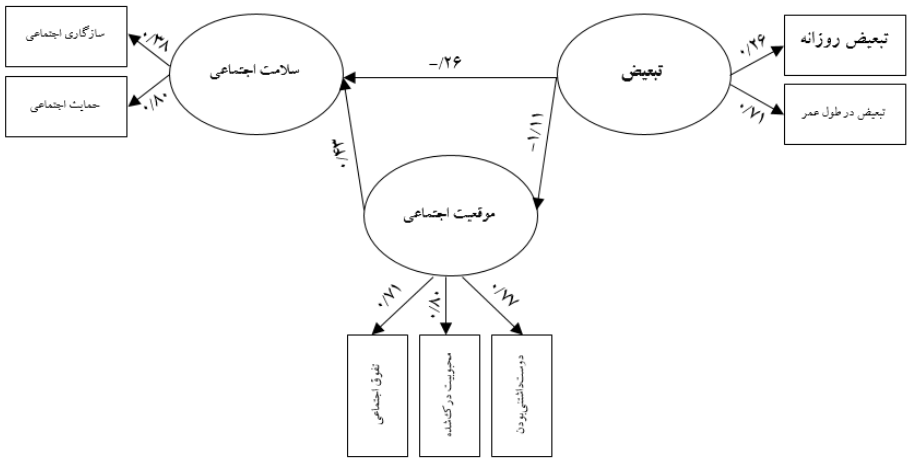
جدول شماره‌ی دو- میانگین متغیرها در ۸ گروه تحقیق

میانگین / نام زیرگروه	تبعیض	موقعیت اجتماعی	سلامت اجتماعی
مردان سنی کرمانشاه	۸٦/۱۷۷	۱٤۰/٤۹۲	۸۷/٤۲٤
مردان شیعه کرمانشاه	۸۱/۹۰۸	۱٤۵/۵۷۷	۸۷/۱۳۵
مردان سنی جوانرود	۸٦/۲۲٦	۱٤۱/۳۹۵	۸۹/۰۵٦
مردان شیعه جوانرود	۹۲/۷۲۲	۱۳۸/۷۰٤	۸۵/۳۵۸
زنان سنی کرمانشاه	۸٦/۱۱۱	۱۱۵/۵۷٤	۸۱/۲۹۳
زنان شیعه کرمانشاه	۸۵/٦۲	۱۲۳/۳۳۳	۸۵/۸۲۵
زنان سنی جوانرود	۸۷/٤۱٤	۱۳۵/۰۹٦	۸۲/۵٤٤
زنان شیعه جوانرود	۸۹/٦٦٦	۱۲۱/۹۵۲	۸۱/۲۹۹

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-21]

تحلیل مفهوم‌سازی مدل اندازه‌گیری و مدل ساختاری تحقیق در گروه‌ها

در این تحقیق از تحلیل عامل تأییدی(مدل اندازه‌گیری) و مدل تحلیل مسیر(مدل ساختاری) و مقایسه‌ی این دو مدل در شش گروه تحقیق استفاده می‌شود. تعداد متغیرهای پنهان تحقیق ۳ است. هر متغیر از چند بعد و هر بعد از چند سؤال و گویه تشکیل شده است. ابتدا تحلیل مدل به صورت جداگانه انجام می‌شود، سپس تفاوت گروه‌ها مورد بررسی قرار می‌گیرد.



شکل شماره‌ی دو- ضرایب رگرسیون و بارهای عاملی استانداردشده‌ی مدل اندازه‌گیری و مدل ساختاری در نمونه‌ی کلی

همان گونه که در شکل مشاهده می‌شود، ضرایب مسیر و بارهای عاملی استاندارد مدل محاسبه شده‌اند. ضریب‌ها مربوط به ۷ بار عاملی و ۳ مسیر می‌باشند. در قسمت بعد با بررسی مربعات این ضریب‌ها تحلیل بهتری صورت می‌گیرد.

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-21]

جدول شماره‌ی سه- هم‌بستگی‌های مربع چندگانه

متغیرها	تخمین
وضعیت سلامت اجتماعی	۰/۵۰۱
بعد تبعیض روزانه	۰/۵۰۵
بعد تبعیض در طول عمر	۰/۰٦۹
بعد دوست‌داشتنی‌بودن موقعیت اجتماعی	۰/۵۹۲
بعد محبوبیت درک‌شده‌ی موقعیت اجتماعی	۰/٦۳۸
بعد تفوق اجتماعی موقعیت اجتماعی	۰/۵۰۸
بعد سازگاری اجتماعی سلامت اجتماعی	۰/۱٤۸
بعد حمایت اجتماعی سلامت اجتماعی	۰/٦٤۰

در این قسمت مربعات هم‌بستگی‌های چندگانه[1] بررسی می‌شوند. این مربعات مربوط به متغیرهای پنهان و مشاهده‌پذیر هستند. متغیر اول متغیر پنهان (وضعیت سلامت اجتماعی) است. میزان آن نشان می‌دهد که متغیرهای دیگر(که در مدل نظری بررسی شده‌اند) چه مقدار از آن را تبیین می‌کنند و معادل R^2 است. همانطور که مشاهده می‌شود متغیرهای تبعیض و موقعیت اجتماعی روی هم ۵۰ درصد از واریانس متغیر سلامت اجتماعی را تبیین می‌کنند که درصد قابل ملاحظه‌ای است. متغیرهای مشاهده‌پذیر نیز همین‌گونه تفسیر می‌شوند. متغیر موقعیت اجتماعی به ترتیب ۵۹، ٦۳ و ۵۰ درصد از ابعاد دوست‌داشتنی‌بودن، محبوبیت درک‌شده و تفوق اجتماعی را تبیین کرده است.

[1] Squared Multiple Correlation

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-21]

جدول شماره‌ی چهار- ضرایب آزمون‌های متفاوت برازندگی مدل

CMIN/ DF	۲/٤۲٦
RMSEA[1]	۰/۰۵
CFI	۰/۹۰۳
TLI[2]	۰/۹۰۱
GFI[3]	۰/۹۳۵
IFI[4]	۰/۹۰٤

جدول فوق نتایج برازندگی مدل در نمونه‌ی کل(افراد کُرد شهرهای کرمانشاه و جوانرود) را نشان می‌دهد؛ مقدار CMIN/ DF بین ۲ و ۵ است، پس نتیجه می‌گیریم که از لحاظ این شاخص، انطباق داده‌های تجربی با مدل نظری در نمونه مورد تأیید قرار می‌گیرد(مارش و هوکور[5]، ۱۹۸۵). از طرف دیگر براون و کودک[6] (۱۹۹۳) اشاره می‌کنند اگر مقدار RMSEA برابر یا کمتر از ۰/۰۵ باشد، مدل برازندگی مناسبی دارد؛ همان گونه که ملاحظه می‌شود مقدار RMSEA برابر ۰/۰۵ است. در مورد CFI باید اشاره کرد که زمانی می‌توان رأی به پذیرش مدل مفهومی پژوهش داد که مقدار آن بالاتر از ۰/۹ باشد(مک‌دونالد و مارش[7]،۱۹۹۰: ۲٤۷)؛ این مقدار نیز ۰/۹۰۳ است. شاخص TLI نیز اگر بالاتر از ۰/۹ باشد می‌توان نتیجه گرفت که مدل برازنده است (بنتلر و بونت[8]، ۱۹۸۰)؛ این مقدار بالاتر از ۰/۹ است. مقادیری که نزدیک به یک باشند، نشان‌دهنده‌ی مناسب‌بودن مدل در شاخص GFI است (تاناکا و هوبا[9]، ۱۹۸۵). این مقدار ۰/۹۳۵ است. بولن در مورد مناسب‌بودن آزمون IFI، مقدار نزدیک به ۱ را پیشنهاد می‌دهد؛ مقدار این آزمون(۰/۹۰٤) نیز قابل قبول است. همان گونه که ملاحظه می‌شود همه‌ی این شاخص‌ها در نمونه‌ی این پژوهش برازندگی بالایی دارند.

[1] Root Mean Squared Error of Approximation
[2] The Tucker-Lewis coefficient
[3] Goodness of fit index
[4] Bollen's incremental fit index
[5] Marsh & Hocevar
[6] Browne, M.W, Cudeck, R
[7] McDonald, R.P & Marsh, H.W
[8] Bentler, P.M & Bonnet, D.G,
[9] Tanaka, J.S & Huba, G.J

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-21]

تحلیل گروه‌های چندگانه

مدل نامحدود نظری[1](مدلی که همه‌ی پارامترهای آن بین گروه‌های مورد بررسی متفاوت بودند) برازندگی مناسبی با داده‌های تحقیق به وجود آورد(جدول ۵). مدل ثابت[2] برازندگی مناسبی در مقایسه با مدل نامحدود نداشت(جدول ۵)؛ این موضوع با کاهش میزان خی‌دو از مدل نامحدود به مدل ثابت قابل مشاهده است.

جدول شماره‌ی پنج- میزان آزمون‌های برازندگی در دو مدل نامحدود و ثابت

	X^2	df	RMSEA	CFI	TLI
مدل نامحدود	۸۲/۳۷	۱٤	۰,۰۵	۰/۹۳	۰/۹۲
مدل ثابت	۱٤۸/۷٦	۳۹	۰,۲٦	۰/۸۲	۰/۷۸
$\Delta\chi2 = 66.39, \Delta df = 25, p < .01$					

نتایج حاصل از آزمون خی‌دو در مورد تفاوت بین گروه‌ها اشاره می‌کند که وقتی پارامترهای بین گروه‌های تحقیق را مساوی قرار دهیم، برازندگی مدل از نظر معناداری آماری بدتر می‌شود. بدین منظور نباید پارامترهای تحقیق بین گروه‌ها مساوی قرار فرض شوند و فرضیه‌ی صفر تحقیق(مسیرها و بارهای عاملی در گروه‌های مورد بررسی یکسان است) را رد می‌کنیم. طبق شواهد موجود در تغییر آماری معنی‌دار در خی‌دو($\Delta\chi2 = 66.39, \Delta df = 25, p < .01$) باید اشاره کرد که مدل کاملا نامحدود برازندگی بهتری دارد و نباید به گروه‌های مورد بررسی در تحقیق به صورت یکسان توجه کرد.

نتیجه‌گیری

نیاز به تماس و ارتباطات اجتماعی از زمره نیازهای اولیه‌ی انسانی تلقی می‌گردد که برای بهزیستی فردی و جمعی افراد بسیار بااهمیت می‌باشد. انسان‌ها به عنوان موجوداتی اجتماعی در بسیاری از مسایل به یکدیگر وابسته‌اند، آن‌ها به طور مداوم در ارتباط با یکدیگراند و درون شبکه‌ای از خویشاوندان و غیرخویشاوندان به طرق گوناگون جای گرفته‌اند و با داشتن تعاملات

[1] unconstrained path model
[2] invariant path

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-21]

اجتماعی متنوع، به زندگی اجتماعی خود شکل می‌دهند. معضلی که این ارتباطات را در جامعه سیّال مدرن با تهدید جدی مواجه ساخته است، پدیده‌ای به نام انزوای اجتماعی یا انفصال در شبکه‌ی روابط اجتماعی اعضای جامعه می‌باشد. مشخصه‌ی اصلی انزوا، فقدان شبکه روابط اجتماعی معنادار می‌باشد (هوس[1]، ۲۰۰۱: ۲۷۳). از طرف دیگر سلامت فرد پایه و بنیان سلامت جامعه است. این دو آن‌چنان به هم وابسته‌اند که نمی‌توان بین آن‌ها مرز معینی قائل شد. وضعیت سلامت تک تک افراد جامعه به روش‌های گوناگونی بر سلامت دیگران و عواطف آن‌ها و شاخص‌های اقتصادی و اجتماعی جامعه اثر می‌گذارد. از این رو تأمین سلامت افراد جامعه هم تکلیف دولت است و هم وظیفه‌ی همگانی به شمار می‌آید. نیازهای سلامت در بستر تحولات اجتماعی در سطح جهانی و ملی گویای کاستی‌های چندی است و معمول است که در موضوع سلامت به ابعاد جسمانی و فیزیکی سلامت بیش‌تر توجه می‌شود؛ ولی ابعاد روانی و اجتماعی سلامت کم‌تر مورد توجه قرار می‌گیرد، در حالی که پدیده‌ی انتقال اپیدمیولوژیک در حال وقوع است و مشکلات سلامت، چهره عوض کرده است و آن چه در سال‌ها و دهه‌های دیگر در قرن بیست و یکم عمده خواهد شد، بیماری‌ها و اختلالات روانی، رفتاری و اجتماعی است که جایگزین بیماری‌های عفونی و واگیردار می‌شود(عبدالله‌تبار، ۱۳۸٦ :۱۹۰-۱۷۱).

این مقاله با رویکردی متقاطع[2](اثر همزمان مجموعه‌ای از هویت‌های اجتماعی و توجه به مسئله‌ی ناهمگونی بین گروه‌های مختلف) به بررسی زیرگروه‌های متفاوت بین قومیت کُرد پرداخت. محوریت تقاطع در این مقاله سه متغیر جنس، مذهب و شهر هم‌وطنان کُرد و بررسی راه‌هایی بود که در آن اثرات به‌هم مرتبط[3] این سه متغیر، وضعیت سلامت اجتماعی و انزوای اجتماعی و رابطه‌ی آن‌ها را بین مردم کُرد شکل می‌دهد. محور اصلی این پژوهش، تئوری‌های ویلیامز و مولینا بود. انتظارات نظری مستخرج‌شده در این تحقیق با داده‌ها مطابقت پیدا کرد. نتایج تحقیق حاضر مطابق با تحقیقات خارجی دیگر از جمله مولینا(۲۰۱۱ : ٤٤-۳۳) بود که به بررسی سلامت افراد مکزیکی، کوبایی، پورتوریکایی، دومنیکن و ... در ایالات متحده‌ی آمریکا پرداخته و نتیجه گرفته بود که در میان این گروه‌ها و زیرگروه‌های دیگر در میزان سلامت و موقعیت اجتماعی آن‌ها در آمریکا تفاوت وجود دارد.

[1] House
[2] Intersectionality
[3] Intertwining effect

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-21]

شهرهای کرمانشاه و جوانرود شامل قومیت کرد هستند؛ اما تفاوت اصلی آن‌ها در مذهب این دو شهر است. شهر کرمانشاه با اکثریت شیعه و شهر جوانرود با اکثریت سنی هستند. جنس نیز عامل مهمی در فعالیت‌های اجتماعی است. تحلیل‌های این تحقیق نشان داد که ترکیب این سه متغیر نتایج مهمی را به همراه دارد و هم‌چنین سیاست‌ها و برنامه‌های اجتماعی متفاوتی برای گوناگونی بین قومیت کُرد باید مد نظر مسئولان قرار بگیرد. همان طور که بیان شد هرچه میزان انزوای اجتماعی اقلیت‌ها در یک جامعه، شهر و... بیش‌تر باشد، تأثیر آن بر روابط اجتماعی و سلامت افراد(در این تحقیق بعد اجتماعی آن) بیش‌تر خواهد بود. نتایج تحقیق حاضر با تحقیقات دیگر همراه است. به عنوان مثال سیف‌زاده، حقیقتیان و مهاجرانی(۱۳۹٦ :۲۵-۱۹) به این نتیجه رسیدند که بین سلامت و انزوای اجتماعی در سالمندان رابطه‌ی معکوس وجود دارد و برخورداری از سلامت روانی و اجتماعی می‌تواند بر کاهش انزوای اجتماعی این قشر آسیب‌پذیر اثر مثبت داشته باشد. از سوی دیگر کلانتری و همکاران(۱۳۹٤: ۱۱٦-۸۹) به این نتیجه رسیدند که بررسی ارتباط میان دو متغیر انزوای اجتماعی و سلامت روان نیز بیان‌گر رابطه‌ای معنادار، منفی و معکوس است؛ بدین معنی که با افزایش میزان انزوای اجتماعی شهروندان از سطوح سلامت روان آن‌ها کاسته شده و آسیب‌پذیری آن‌ها در برابر اختلالات روانی افزایش می‌یابد. تحقیقات خارجی زیادی بر تأثیر انزوای اجتماعی بر انواع سلامت افراد (جسمانی، روانی مانند استرس‌ها و فشارهای روانی، روحی و...) بررسی شده است؛ لازم است محققان دیگر مخصوصاً با رویکردی بین‌رشته‌ای در این حوزه ورود کنند. رشته‌های جامعه‌شناسی، پزشکی، روان‌شناسی می‌توانند با بررسی قابلیت‌ها و با توجه به قلمروهای موضوعی خود، با رویکردی ترکیبی به پژوهش‌های موردنیاز در این زمینه در جامعه بپردازند.

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-21]

منابع

۱. اخوان‌مفرد، حمیدرضا؛ هندیانی، عبدالله؛ زینال‌نژاد، حسن. (۱۳۸۷). بررسی راه‌های هم‌گرایی قومیتی با تأکید بر اقوام ترک و کرد در شهرستان ماکو. *پژوهش‌های مدیریت انتظامی*، ۳ (٤)، ٤١٥-٣٩٩.

۲. ایران، مرکز آمار. (آبان ۱۳۸۵). دفتر آمارهای جمعیت، نیروی کار و سرشماری، جمعیت و متوسط رشد سالانه.

۳. ربانی، علی؛ یزدخواستی، بهجت؛ حاجیانی، ابراهیم؛ میرزایی، حسینعلی. (۱۳۸۷). بررسی رابطه‌ی هویت ملی و قومی با تأکید بر احساس محرومیت و جامعه‌پذیری قومی: مطالعه‌ی موردی دانشجویان آذری، کرد و عرب. *مجله‌ی دانشکده‌ی ادبیات و علوم انسانی(دانشگاه خوارزمی)*، ١٦ (٦٣)، ٦٩-٣٣.

٤. رستگارخالد، امیر، سلمانی بیدگلی، مسعود و افشارنسب، محسن. (١٣٩٦). مطالعه‌ی تندرستی اجتماعی زنان شهر کاشان، *فصل‌نامه‌ی مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران*، ٦ (٤)، ٧١٣-٦٨٩.

۵. رستگارخالد، امیر و سلمانی بیدگلی، مسعود. (۱۳۹۵). فرهنگ‌پذیری و سازگاری در میان جوانان کرد. *تحقیقات فرهنگی ایران*، ۹ (٤)، ۱۸۱-١٦٥.

٦. سام‌آرام، عزت‌الله. (۱۳۸۸). بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه‌محور. *انتظام اجتماعی*، ۱ (۱)، ۹-۲۹.

۷. سیف‌زاده، علی، حقیقتیان، منصور، مهاجرانی، علی‌اصغر. (١٣٩٦). رابطه‌ی انزوای اجتماعی و سلامت در سالمندان تهرانی. *مجله‌ی آموزش و سلامت جامعه*، ٤ (۳)، ۲۵-۱۹.

۸. کلانتری، عبدالحسین، حسینی‌زاده آرانی، سعید، سخایی، ایوب و امام‌علی‌زاده، حسین. (١٣٩٤). انزوا و سلامت: بررسی ارتباط میان انزوای اجتماعی و سلامت روان شهروندان ۱۸+ سال تهرانی با عطف توجه به نقش میانجیگرانه‌ی حمایت اجتماعی. *دوفصل‌نامه‌ی پژوهش‌های جامعه-شناسی معاصر*، ٤ (٦)، ١١٦-٨٩.

۹. محسنی‌تبریزی، علیرضا. (۱۳۸۱). آسیب‌شناسی بیگانگی اجتماعی- فرهنگی بررسی انزوای ارزشی در دانشگاه‌های دولتی تهران. *پژوهش و برنامه‌ریزی در آموزش عالی*، ٤ (٢٦)، ١٨٢-١١٩.

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-21]

۱۰. نوابخش، فرزاد و گراوند، جمشید. (۱۳۹۰). بررسی تأثیر احساس عدالت اجتماعی بر هویت ملی شهروندان سنی و شیعه مذهب قوم کرد(نمونه‌ی موردی شهر قروه). *مطالعات فرهنگی و ارتباطات*، ۷ (۲۲)، ۱۸۷-۱۴۹.

۱۱. هورتولانوس، رلوف، انجا، مشیلز و لودوین میوسن. (۱۳۹٤). *انزوای اجتماعی در جامعه‌ی مدرن*. ترجمه‌ی لیلا فلاحی سرابی و صادق پیوسته. تهران: نشر جامعه‌شناسان.

12. Antonovsky, A. (1956). Toward a refinement of the" marginal man" concept. *Social Forces*, 57-62.

13. Bentler, P. M., & Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological bulletin, 88*(3), 588.

14. Browne, M. W., Cudeck, R., Bollen, K. A., & Long, J. S. (1993). Alternative ways of assessing model fit. *Sage focus editions, 154*, 136-136.

15. Crosby, F. (1976). A model of egoistical relative deprivation. *Psychological review, 83*(2), 85.

16. Cullen, B. T., & Pretes, M. (2000). The meaning of marginality: interpretations and perceptions in social science. *The social science journal, 37*(2), 215-229.

17. Ecks, S., & Sax, W. S. (2005). The ills of marginality: new perspectives on health in south asia. *Anthropology & medicine, 12*(3), 199-210.

18. Garcia, P., & McCarthy, M. (2000). Measuring health: A step in the development of city health profiles *Measuring Health: a step in the development of city health profiles*: WHO Regional Office for Europe.

19. Grove, N. J., & Zwi, A. B. (2006). Our health and theirs: forced migration, othering, and public health. *Social science & medicine, 62*(8), 1931-1942.

20. Hall, J. M., Stevens, P. E., & Meleis, A. I. (1994). Marginalization: A guiding concept for valuing diversity in nursing knowledge development. *Advances in nursing science, 16*(4), 23-41.

21. Hickson, D. A., Lewis, T. T., Liu, J., Mount, D. L., Younge, S. N., Jenkins, W. C., . . . Williams, D. R. (2012). The associations of multiple dimensions of discrimination and abdominal fat in African American adults: the Jackson Heart Study. *Annals of Behavioral Medicine, 43*(1), 4-14.

22. House, J. S. (2001), Social isolation kills, but how and why? Psychosomatic medicine, 63: 273-274.

23. Lease, A. M., Musgrove, K. T., & Axelrod, J. L. (2002). Dimensions of social status in preadolescent peer groups: Likability, perceived popularity, and social dominance. *Social Development, 11*(4), 508-533.

24. Major, B., Gramzow, R. H., McCoy, S. K., Levin, S., Schmader, T., & Sidanius, J. (2002). Perceiving personal discrimination: the role of group status and legitimizing ideology. *Journal of personality and social psychology, 82*(3), 269.

25. Marsh, H. W., & Hocevar, D. (1985). Application of confirmatory factor analysis to the study of self-concept: First-and higher order factor models and their invariance across groups. *Psychological bulletin, 97*(3), 562.

26. McDonald, R. P., & Marsh, H. W. (1990). Choosing a multivariate model: Noncentrality and goodness of fit. *Psychological bulletin, 107*(2), 247.

27. McDowell, I. (2006). *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*: Oxford university press.

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-21]

28. Molina, K. M., Alegría, M., & Mahalingam, R. (2013). A multiple-group path analysis of the role of everyday discrimination on self-rated physical health among Latina/os in the USA. *Annals of Behavioral Medicine, 45*(1), 33-44.
29. Pascoe, E. A., & Smart Richman, L. (2009). Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychological bulletin, 135*(4), 531.
30. Russell, R. D. (1973). Social health: an attempt to clarify this dimension of well-being. *International Journal of Health Education, 16*(2), 74-84.
31. Tanaka, J. S., & Huba, G. J. (1985). A fit index for covariance structure models under arbitrary GLS estimation. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology, 38*(2), 197-201.
32. Viruell-Fuentes, E. A. (2007). Beyond acculturation: immigration, discrimination, and health research among Mexicans in the United States. *Social science & medicine, 65*(7), 1524-1535.
33. Williams, D. R., & Collins, C. (1995). US socioeconomic and racial differences in health: patterns and explanations. *Annual review of sociology, 21*(1), 349-386.
34. Williams, D. R., Lavizzo-Mourey, R., & Warren, R. C. (1994). The concept of race and health status in America. *Public health reports, 109*(1), 26.

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-21]