

## بررسی رابطه گردشگری با سلامت اجتماعی روستاییان مورد مطالعه: دهستان سردابه شهرستان اردبیل

وکیل حیدری ساربان<sup>۱\*</sup> و ارسطو یاری حصار<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت: ۲۱ دی ۱۳۹۸ تاریخ پذیرش: ۲۹ خرداد ۱۳۹۹

### چکیده

هدف این پژوهش بررسی رابطه گردشگری با سلامت اجتماعی ساکنان روستایی دهستان سردابه از توابع روستایی شهرستان اردبیل می‌باشد. این تحقیق از لحاظ هدف، توسعه‌ای، و از لحاظ ماهیت، نیز از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری تحقیق شامل کلیه روستاییان بالای ۱۵ سال سن، ساکن در دهستان «سردابه» می‌باشد. جامعه آماری دهستان سردابه ۲۰۵۷۹ نفر می‌باشد که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده و بر اساس فرمول کوکران، تعداد نمونه مناسب برای این تحقیق ۳۷۸ نفر بدست آمد؛ از سویی، برای برابری در آزمون و نتیجه، ۳۷۸ نفر از روستاییان ساکن در دهستان فاقد گردشگری «بالغلو» به عنوان گروه شاهد انتخاب شدند که جامعه آماری آن بالغ بر ۲۱۳۶۸ نفر بود. روایی صوری پرسش‌نامه توسط پانل متخصصان مورد تأیید قرار گرفت. مطالعه راهنما در منطقه مشابه جامعه آماری با تعداد ۳۰ پرسش‌نامه صورت گرفت. و با داده‌های کسب شده و استفاده از فرمول ویژه کرونباخ آلفا در نرم افزار SPSS، پایایی بخش‌های مختلف پرسش‌نامه تحقیق ۰/۸۴ الی ۰/۹۳ بدست آمد. در نهایت، نتایج آزمون t در ارتباط با متغیر سلامت اجتماعی دو گروه نشان داد که به جز یک متغیر انطباق اجتماعی بین تمامی متغیرهای تحقیق تفاوت معنی‌داری وجود دارد و مطلوب است جهت توسعه گردشگری روستایی به دلیل اثرات مثبت آن در ارتقای شاخص‌های رفاه اجتماعی در مناطق روستایی، بایستی زیربناهای گردشگری از جمله تأمین آب، نیروی برق، دفع زباله و غیره به درستی توسعه یابند.

**کلمات کلیدی:** رفاه اجتماعی، بهزیستی اجتماعی، گردشگری روستایی، توسعه اجتماعی شهرستان اردبیل.

۱- استادیار جغرافیا، گروه علوم انسانی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران  
۲- دانشیار جغرافیا، گروه علوم انسانی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران  
(\* نویسنده مسئول: پست الکترونیکی: Vheidari56@gmail.com)

## مقدمه

رویکردهای انسان محور توسعه، برای سلامت انسان ارزش فراوان قائل هستند و اعتقاد دارند تا سلامت نباشد، افراد، خانواده، جوامع و ملت‌ها نمی‌توانند به دست یافتن به اهداف اقتصادی و اجتماعی امیدی داشته باشند. «سلامت، بنیادی است که تمامی کوشش‌های انسان در بستر آن شکل می‌گیرد و در صورت وجود سلامت در سطحی پذیرفتنی، افراد جوامع انسانی به طور اعم و جوامع روستایی به طور اخص قادر خواهند بود از دیگر منابع حیات بهره گیرند» (فتحی و همکاران، ۱۳۹۱). سازمان بهداشت جهانی در تعریف خودش سلامت را به عنوان حالتی از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی، نه صرفاً فقدان بیماری تعریف می‌کند (محمدپور جابری، ۱۳۹۳). بنابراین مفهوم سلامت از جمله مفاهیمی است که تا مدت‌ها با اتکای به نقطه مقابل آن، یعنی بیماری تعریف می‌شد؛ و سازمان بهداشت جهانی، سلامت را در نبود بیماری یا نقص و نوعی آسایش جسمی-روانی-اجتماعی تعریف می‌کرد و تمامی تلاش‌ها را معطوف به جلوگیری از بازگشت بیماری‌ها می‌نمود. امروزه با تغییر رویکرد بیماری‌انگار و پیدایش دیدگاه‌های سلامت‌نگر، سلامت فقط روی یک محور که یک سوی آن بیماری (و نهایتاً مرگ) و در دیگر سو، سلامت افراد قرار داشته باشد، در نظر گرفته نمی‌شود؛ بلکه مفهوم سلامت پیوستاری را شامل می‌شود که نخست حالت انفعالی نداشته و نیازمند پرورش باشد و دوم، افراد، گروه‌ها، اجتماعات، محیط و کل جامعه در حفظ و ایجاد آن فعال و سهمیم باشند و سوم، با رویکردی کلان‌نگر، به نقش شاخص‌ها و عوامل اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی در کنار عوامل خطر و عوامل محافظت‌کننده در سلامت، توجه خاص شود (پورافکاری، ۱۳۹۲). سلامت اجتماعی به عنوان یکی از ابعاد سلامتی انسان نقش مهمی در تعادل زندگی اجتماعی هر انسانی دارد و پوشش فراگیر آن می‌

تواند موجبات توسعه اجتماعی را فراهم کند (وزارت بهداشت، ۱۳۸۷).

بررسی ادبیات توسعه حاکی از آن است که محور توسعه پایدار، انسان سالم اعلام شده و جامعه‌امروزی خواستار ایجاد بستر مناسب برای تولید و شتاب لازم در رسیدن به توسعه همه جانبه است. از این رو، بدیهی است بررسی و تبیین اهم مؤلفه‌های اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت از وظایف محققان و فعالان عرصه سلامت است. بازخورد این مطالعات به صورت اطلاعات علمی و عملی به سیاست‌گذاران کلان برای سیاست‌گذاری در خصوص مسئله مهم توسعه پایدار کشور کمک می‌کند (فتحی و همکاران، ۱۳۹۱). و نیز، آن جایی که سلامت اجتماعی مفهومی است که در بستر اجتماع و روابط بین افراد در شبکه‌های اجتماعی نمود و ظهور پیدا می‌کند، و بر اساس مطالب فوق‌الذکر باید گفت که، شرایط اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی جامعه در شکل‌گیری آن می‌توانند نقش اساسی ایفا کنند و از آن جایی که توسعه و شکوفایی گردشگری می‌تواند اثرات اجتماعی به ویژه از بعد سلامت در مناطق روستایی داشته باشد، لذا بررسی این دو متغیر در مناطق روستایی اهمیتی پیدا می‌کند و اهمیتی عامل اجتماعی در میزان تأثیرگذاری بر سلامت اجتماعی تا آنجاست که برنامه‌ریزان توسعه اجتماعی از آن با عنوان «اجتماعی شدن مجدد» یاد می‌کنند و نیز، یافته‌های علمی نشان می‌دهد که بین متغیرهای برون‌زا مانند توسعه گردشگری و تقویت مؤلفه‌های توسعه اجتماعی مانند بهبود سلامتی اجتماعی رابطه وجود دارد و از آن جایی که گردشگری روستایی در زمره متغیرهای برون‌زا محسوب می‌شود، از این رو به بهبود سلامت اجتماعی ساکنان جوامع روستایی کمک می‌کند و از آن رو که، سلامت اجتماعی به عنوان یکی از ابعاد سلامتی جوامع روستایی نقش مهمی در تعادل

مفهوم‌سازی شد. لارسن<sup>۴</sup> (۲۰۰۴)، سلامت اجتماعی را نوعی ارزیابی فرد از کیفیت روابطش با خانواده و دیگران و گروه‌های اجتماعی تعریف می‌کند. وی معتقد است که مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد را می‌سنجد که نشان‌گر رضایت یا نارضایتی فرد از زندگی و محیط اجتماعی است و در واقع، شامل پاسخ‌های درونی فرد، یعنی احساس و تفکر و رفتار است. شاپیرو<sup>۵</sup> (۲۰۱۰)، سلامت اجتماعی را «ارزیابی رفتارهای معنی‌دار مثبت و منفی فرد در ارتباط با دیگران» تعریف می‌نماید و آن را یکی از اساسی‌ترین شاخص‌های سلامت هر کشوری معرفی می‌کند، که به کارا بودن فرد در جامعه منجر می‌گردد.

نظریه‌های متعددی در راستای تبیین مفهوم سلامت اجتماعی از جانب بعضی از اندیشمندان مطرح شده است که از آن بین، بنابر نظریه دورکیم<sup>۶</sup>، هر چه احساس نزدیکی و پیوند فرد با گروهش (برای مثال خانواده) قوی‌تر باشد، احتمال به خطر افتادن سلامتی فرد کاهش می‌یابد و بر عکس حتی ممکن است در چنین شرایطی فرد سلامت خود را به خاطر دیگران به خطر اندازد. از نظر دورکیم مشکل اصلی جوامع جدید رابطه فرد با جامعه است، مشکلی که به از هم پاشیدگی اجتماعی و ضعف پیوندهایی برمی‌گردد که فرد را با جامعه مربوط می‌کند (رولرو، ۲۰۱۰). به باور تالبوت<sup>۷</sup>، سلامت شرط ضروری برای ایفای نقش‌های اجتماعی است و «انسان‌ها در صورتی می‌توانند فعالیت کامل داشته باشند که هم خود را سالم بدانند و هم جامعه آن‌ها را سالم بدانند، در این حالت سلامت در ردیف ارزش‌های اجتماعی قرار می‌گیرد و متغیرهای منحصرأ زیستی برای بدست دادن تعریفی از آن کافی نخواهد بود» (وزارت بهداشت، ۱۳۸۷) و نیز، از بین اندیشمندان علوم انسانی اکر، سیمن و کییز<sup>۸</sup>

زندگی اجتماعی آن‌ها دارد و پوشش فراگیر آن در سطح جامعه روستایی می‌تواند موجب توسعه اجتماعی مناطق روستایی شود، توجه و اهمیت توسعه و شکوفایی گردشگری روستایی در نیل به سلامت اجتماعی شهروندان روستایی خود را به وضوح نشان می‌دهد.

بررسی ادبیات مرتبط نشان می‌دهد که از زوایای علوم تجربی طبیعی و علوم تجربی انسانی به تبیین فضای مفهومی واژه سلامت اجتماعی پرداخته شده است که از آن بین، از دیدگاه روان‌شناسانی همچون دینر<sup>۱</sup> (۲۰۰۰)، بهزیستی مسائل زیر را شامل می‌شود ۱- ارزیابی مثبت از زندگی هر فرد در ارتباط با احساسات خوب ۲- احساسات مثبت کنونی مانند لذت، شادی، انرژی، بشاش بودن و خوشی ۳- نبود احساسات منفی مانند افسردگی، عصبانیت، ناراحتی و اضطراب یئو<sup>۲</sup> (۲۰۱۰)، بهزیستی جمعی را در کنار بهزیستی فردی بسط می‌دهد که از روابط خانواده و شبکه همسایگی، شبکه‌های ارتباطی، مالکیت مسکن، منابع و سیاست‌های دولتی موجود، زیرساخت‌های حمل و نقل، روابط بازار کار، عاملیت و قدرت افراد تأثیر می‌گیرد. البته بهزیستی ذهنی افراد و ابعاد چندگانه بهزیستی که بر ارزیابی افراد از وضعیت کنونی‌شان تأثیر می‌گذارد، دو مقوله متفاوت هستند. به زعم رولرو<sup>۳</sup> (۲۰۱۰)، سلامت فراتر از گزارش علایم بیماری، میزان بیماری‌ها و قابلیت کارکردی فرد است. تاکنون تعاریف متعددی از سلامت اجتماعی صورت گرفته است که از آن بین، سازمان بهداشت جهانی (۱۹۴۶)، سلامت را این‌گونه تعریف کرده است: «حالت سلامت کامل جسمانی، روانی، اجتماعی و نه صرفاً نبود بیماری و یا ناتوانی». این تعریف مقدمه‌ای برای معرفی مدلی شد که در آن سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی

۴- Larson

۵- Shapiro

۶- Durkheim

۷- Talbout

۸- Ker, Simen and Keys

۱- Diener

۲- Yeo

۳- Rollero

پیرامون سلامت اجتماعی به نظریه‌پردازی پرداخته‌اند که در این راستا، به باور اکر، زمانی که پیوند اجتماعی فرد با جامعه گسسته می‌شود، مستعد کج‌رفتاری خواهد بود. این که فرد کج رفتار بشود یا نه، بستگی به پاداش‌های اجتماعی یا مادی دارد که دریافت می‌کند. ایشان، نظریه اجتماعی را با نظریه نظارت اجتماعی تلفیق می‌کند. و معتقد است که مهم‌ترین اصل در یادگیری اجتماعی این است که کج‌رفتاری در اثر جریان شرطی شدن از طریق پاداش و تنبیه شکل می‌گیرد. اشکال گوناگون رفتار از طریق پاداش و تنبیه که به شکل ضعیف و قوی می‌توانند وجود داشته باشد، تشدید شده یا کاهش می‌یابند. از نظر وی اگر دو راه حل وجود داشته باشد، رفتاری تداوم پیدا خواهد کرد که بیش‌ترین پاداش یا کم‌ترین تنبیه را به همراه داشته باشد. افراد تحت تأثیر تنبیه و پاداش رفتار را ارزیابی می‌کنند و این ارزیابی می‌تواند بر تداوم رفتار (که ممکن است مطلوب و یا بر عکس غیر مطلوب ارزیابی شود)، تأثیر گذارد (ممتاز، ۱۳۷۸) از نظر وی تنها نظارت اجتماعی باعث کج رفتاری نمی‌شود؛ بلکه مسئله این است که افراد در شرایط متفاوتی قرار می‌گیرند که ممکن است پاداش‌های گوناگونی دریافت نمایند. ملوین سیمن، تلاش کرده است مفهوم بیگانگی روانی را در قالبی منظم و منسجم تدوین و تعریف نماید. از نظر وی ساختار بوروکراسی جامعه مدرن، شرایطی را ایجاد کرده است که در آن انسان‌ها قادر به فراگیری نحوه و چگونگی کنترل عواقب و نتایج اعمال و رفتارهای خود نیستند. نحوه کنترل و مدیریت جامعه بر سیستم پاداش جامعه به گونه‌ای است فرد ارتباطی را بین رفتار خود و پاداش مأخوذه از جامعه نمی‌تواند برقرار کند و در چنین وضعیتی است که احساس بیگانگی بر فرد مستولی گردیده و او را به کنشی ناسازگارانه در قبال جامعه سوق می‌دهد (محسنی‌تبریزی، ۱۳۸۳). ایشان پنج نوع از بیگانگی را از هم متمایز می‌کند که عبارتند از: احساس بی‌قدرتی، احساس بی‌معنایی یا احساس بی‌محتوایی، بی‌هنجاری، احساس انزوای

اجتماعی و احساس تنفر از خود.

دینر، مفهوم سلامت اجتماعی را به معنی ارزیابی فرد از عملکردش در برابر اجتماع بیان می‌کند. کیز ابعاد سلامت اجتماعی را با در نظر گرفتن الگوی سلامت مطرح می‌کند. در واقع مدل چند درک فرد از خصوصیات و صفات افراد جامعه به عنوان یک وجهی کیز از سلامت اجتماعی شامل پنج جنبه می‌شود که میزان کارکرد بهینه افراد را در عملکرد اجتماعی‌شان معلوم می‌کند. این پنج عنصر عبارتند از: یکپارچگی اجتماعی (ارزیابی فرد از کیفیت روابطش در جامعه)؛ انسجام اجتماعی در لغت به معنای یکی کردن و به هم پیوستن، ائتلاف، انضمام، یکپارچگی و اتحاد عناصر مختلف است این اصطلاح نسبتاً جدید است. در حقیقت انسجام یا یکپارچگی اجتماعی سنجشی برای کیفیت روابط افراد در رابطه با جامعه و اجتماع است. افراد باید سعی کنند حس تعلق به کل دنیا را در خودشان به وجود آورند، نه در تمام طول زندگی فقط وابسته به دوست داشتن غیر مشروط خانواده و دوستان باشند. افراد سالم احساس می‌کنند که قسمتی از جامعه هستند (دینر، ۲۰۰۰). پذیرش اجتماعی مصداق اجتماعی از پذیرش خود به عنوان یکی از ابعاد سلامت روان است. در پذیرش خود، فرد نگرش مثبت و احساس خوبی در مورد خود و زندگی گذشته دارد و با وجود ضعف‌ها و ناتوانی‌هایی که دارد، همه جنبه‌های خود را می‌پذیرد، در پذیرش اجتماعی فرد، اجتماع و مردم آن را با همه نقص‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی باور دارد و می‌پذیرد. مشارکت اجتماعی (بیان‌گر کلیت است)؛ درحقیقت مشارکت اجتماعی باوری است که طبق آن فرد خود را عضو حیاتی اجتماع می‌داند چیز ارزشمندی برای عرضه به دنیا دارد. این افراد تلاش می‌کنند که احساس دوست داشته شدن کنند و در دنیایی که صرفاً به دلیل انسان بودن برای آن‌ها ارزش قائل است سهیم باشند، مشارکت اجتماعی موازی با بعد هدف در

مطالعات نشان می‌دهد که صنعت گردشگری از طریق ترکیب و به کارگیری همزمان منابع داخلی و خارجی، منافع فرهنگی-اجتماعی زیادی را برای جوامع روستایی به همراه داشته است و به اعتقاد صاحب‌نظران تغییر در روابط اجتماعی جامعه میزبان و دگرگونی در شبکه‌های روابط اجتماعی از جمله تحولاتی است که همگام با ایجاد و گسترش این نوع گردشگری قابل پیش‌بینی است (حیدری‌ساربان و ملکی، ۱۳۹۳). متفکران حوزه گردشگری روستایی بر این باور هستند که گردشگری روستایی می‌تواند نقش بسیار مهمی در متنوع‌سازی اقتصاد روستایی (بومن و دریج<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲)، بهبود زیرساخت‌ها (هال<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳)، اشتغال‌زایی، فرصت‌هایی برای پیشرفت اجتماع محلی و بقای فرهنگ (پارک و یون<sup>۳</sup>، ۲۰۱۵)، روشی برای توسعه روستاها (الیس و شریدان<sup>۴</sup>، ۲۰۱۶)، کاهش مهاجرت‌های داخلی و امکان جمعیت‌پذیری (مبایوا و استرونزا<sup>۵</sup>، ۲۰۱۴)، توانمندسازی اجتماعی روستاییان (حیدری‌ساربان و ملکی، ۱۳۹۳)، تقویت سرمایه روان‌شناختی و ارتقای توانمندی‌های اجتماعی و تأثیر بر هویت اجتماعی جوانان روستایی (حیدری‌ساربان، ۱۳۹۵ و شارپلی<sup>۶</sup>، ۲۰۰۷) داشته باشد و نیز، بررسی ادبیات توسعه اجتماعی نشان می‌دهد که بین توسعه گردشگری روستایی و سلامت اجتماعی با تقویت انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انطباق اجتماعی و شکوفایی اجتماعی رابطه وجود دارد. سرانجام، مطالعات چندی در خصوص ارتباط بین دو متغیر گردشگری و سلامت اجتماعی در جدول ۱، گردآوری شده است.

در این خصوص، مک و ماهان و استس، بر این باور هستند که بین توسعه گردشگری و خودشکوفایی، انطباق اجتماعی و

زندگی (داشتن باورهایی که به زندگی هدف می‌دهد) از مقیاس‌های سلامت روان نیز هست. مشارکت اجتماعی به مفاهیم مسئولیت‌پذیری و کارآمدی شبیه است. کارآمدی به معنای این است که فرد می‌تواند رفتارهای معینی را انجام داده و مقاصد خاصی را به اتمام رساند. (دینر، ۲۰۰۰). شکوفایی اجتماعی (بیان‌گر ارزیابی فرد از مسیر حرکت جامعه و پتانسیل‌های آن است)؛ شکوفایی اجتماعی معادل مفهوم خود تعیین‌گری و رشد شخصی در سلامتی روانی است. فردی که از رشد شخصی برخوردار است، باور دارد که خود سازنده سرنوشت خویش است و خود را در حال تحول مستمر و دارای نیروهای بالقوه می‌داند که تلاش می‌کند این نیروها را شکوفا کند. شکوفایی اجتماعی یعنی باور به این که اجتماع سرنوشت خویش را در دست دارد و به مدد توان بالقوه‌اش مسیر تکاملی خود را کنترل می‌کنند. (فارسی‌نژاد، ۱۳۸۴) و انطباق اجتماعی (بیان‌گر فهم فرد از کیفیت، سازمان‌بندی و طرز کار جهان اجتماعی است) در مقابل بی‌معنایی در زندگی، قابل مقایسه است و شامل ارزیابی فرد از اجتماع به صورتی قابل فهم، قابل پیش‌بینی و محسوس است. انطباق اجتماعی در مجموع دنیا را به صورت منطقی، هوشمند، قابل درک و قابل پیش‌بینی دیدن است (پورافکاری، ۱۳۹۲) در نهایت، بررسی متون برنامه‌ریزی توسعه پایدار روستایی نشان می‌دهد، در مناطق روستایی باید علاوه بر جنبه‌های اقتصادی به جنبه‌های اجتماعی نیز توجه شود، به این دلیل که این امر به بهبود جنبه‌های اجتماعی برنامه‌ریزی توسعه منجر می‌گردد. از این منظر، اقدامات و تلاش‌های معطوف به جنبه‌های اجتماعی باید به صورت هماهنگ و فراگیری در فضای کل کشور انتشار یابد. این مایه تأسف است که تقریباً تمامی تلاش‌های صورت گرفته در حوزه جنبه‌های اجتماعی توسعه به مناطق شهری محدود بوده و بیش‌تر از نوعی است که به دنبال سازگار کردن افراد با جامعه شهری، صنعتی و نخبه‌گرا بوده است.

۱ - Beaumont and Dredge

۲ - Hall

۳ - Park and Yoon

۴ - Ellis and Sheridan

۵ - Mbaiwa and Stronza

۶ - Sharpley

مشارکت اجتماعی در مناطق روستایی رابطه مستقیم وجود دارد (مک و ماهان و استس، ۲۰۱۴). به باور گودوین<sup>۱</sup>، گردشگری در مناطق روستایی می‌تواند فقر را کاهش داده و به رضایتمندی و بهزیستی مردم روستایی کمک کند (گودوین، ۲۰۱۳). هال<sup>۲</sup>، بر این باور است که بین بسط و توسعه گردشگری روستایی با سلامت اجتماعی از منظر رشد شخصیتی و فردی رابطه مستقیم وجود دارد (هال، ۲۰۱۳). گودوین، در مطالعات خود دریافت که توسعه و شکوفایی گردشگری در مناطق روستایی اثر مثبت فراوانی از منظر رشد فردی، پیوندهای اجتماعی، تقویت اعتماد به نفس و رشد روحی و روانی جوامع روستایی دارد (گودوین، ۲۰۱۳). به باور سیو<sup>۳</sup>، توسعه گردشگری در مناطق روستایی از طریق تقویت خلاقیت، یادگیری، اتکای به خود و خودیابی به بهبود سلامت اجتماعی روستاییان مساعدت می‌کند (سیو و همکاران، ۲۰۱۱). لوچتی<sup>۴</sup>، در مطالعات میدانی خود دریافت که با شکوفایی گردشگری روستایی زمینه رشد و تعالی اجتماعی، سلامت روانی- اجتماعی روستاییان فراهم می‌شود (لوچتی، ۲۰۱۶). مک‌گی و همکاران<sup>۵</sup>، در یافته‌های میدانی خود دریافتند که توسعه گردشگری روستایی به تقویت اقدامات جمعی، تعاونی، شبکه‌ها، مناسبات، هنجارها و ارزش‌های تسهیمی، تعاملات و اعتماد اجتماعی که ابزار و لوازم سلامت اجتماعی جوامع روستایی محسوب می‌شوند منجر می‌شود (مک‌گی و همکاران، ۲۰۱۰). به باور نونکو و همکاران<sup>۶</sup>، بین شکوفایی گردشگری روستایی و تقویت پایداری اجتماعی، توسعه دانش متقابل بین جامعه محلی و گردشگران، تقویت فهم و درک جامعه محلی، رشد معنویات و توسعه فرهنگی، عدالت اجتماعی و رفاه اجتماعی رابطه وجود

دارد (نونکو و همکاران، ۲۰۱۶). مطابق مطالعات دری و همکاران<sup>۷</sup>، توسعه و شکوفایی گردشگری روستایی اثرات زیادی از منظر بهزیستی فردی، تسهیل یادگیری، تقویت فهم میان فرهنگی، مساعدت به حفظ فرهنگ، ایفای نقش مکمل توسعه، تقویت حفاظت محیطی، ارتقای صلح و تقویت تسامح و کاهش اختلافات و درگیری در مناطق روستایی دارد (دری و همکاران، ۲۰۱۵). به باور مینارت<sup>۸</sup>، بین توسعه گردشگری و جلوگیری از مطرودیت اجتماعی، بهبود بهزیستی، تقویت فعالیت شهروندی افراد در جامعه، توسعه فردی ذی‌نفع‌ها و جامعه میزبان، بهبود خدمات بهداشتی و ارتقای فرصت‌های شغلی در مناطق روستایی رابطه وجود دارد هم چنین به باور ایشان، بین گردشگری روستایی و سرمایه اجتماعی رابطه وجود دارد و سرمایه اجتماعی نیز به بهبود سلامت اجتماعی منجر می‌شود از این رو که، سرمایه اجتماعی توانایی روستاییان را از منافع ناشی از سهمی شدن در شبکه‌های اجتماعی یا سایر ساختارهای اجتماعی ارتقای بخشیده و به بهبود بهزیستی اجتماعی مدد می‌رساند (مینارت، ۲۰۱۲). و نیز به باور هیگنز<sup>۹</sup>، گردشگری جدید یک قدرت اجتماعی هست که علیه زندگی مدرن یکنواخت به مبارزه برخاسته است و ممکن است گردشگری کشف به غایت سودمند، جایگاه تجارب و یادگیری، ابزار توسعه انسانی، محرک واقعیت بهتر و جامعه بهتر باشد و نیز گردشگری این توانایی را دارد که آرزوهای انسانی را برای مطلع شدن دیگران تسهیم بکند و در خاتمه این که، گردشگری در مناطق روستایی اثرات اجتماعی زیادی دارد از جمله این که گردشگری شیوه زندگی، تفکر و عملکرد مردم روستایی، ارزش‌های زندگی را تغییر می‌دهد گردشگری این امکان را به وجود می‌آورد که جامعه میزبان علیرغم زندگی محلی جهانی فکر کنند (هیگنز، ۲۰۱۰) به باور

۱ - Goodwin

۲ - Hall

۳ - Siow et al

۴ - Lucchetti

۵ - McGehee et al

۶ - Nunkoo et al

۷ - Derry et al

۸ - Minnaret

۹ - Higgins

آرامش و شادی و رضایت خاطر و معنی‌داری زندگی آنان را مستحکم می‌سازد - البته طبق مطالعات انجام شده فزونی دارایی و ثروت و میزان برخورداری به وارونه شدن این مؤلفه‌ها در نهایت منجر می‌شود - و مضاف بر این، گردشگری میزان خلاقیت روستاییان را بالا می‌برد و سبب می‌شود که روستاییان از ذخیره دانایی گردشگران بهره بگیرند و به خودشناسی نایل آیند که به بهبود سلامت اجتماعی منجر می‌شود و علاوه بر این، رشد و توسعه گردشگری میزان برخورداری روستاییان را ارتقا می‌بخشد، میزان نابرابری‌ها را تقلیل داده و به حاکمیت عدالت اجتماعی حتی به طور نسبی هم شده در مناطق روستایی کمک می‌کند و نیز، گردشگری به کاهش مطرودیت اجتماعی روستاییان ختم می‌شود. میزان وفاق اجتماعی آنان را ارتقای می‌بخشد و سبب می‌شود که شهروندان روستایی از حاشیه به درآمده و وارد متن اجتماع گسترده و وسیع شوند و همه این موارد در نهایت، به تقویت سلامت اجتماعی ساکنان مناطق روستایی ختم می‌شود. در نهایت، مدل مفهومی تحقیق با توجه به ادبیات تحقیق و پیش‌نگاشته‌های موضوع در شکل ۱، به نمایش در آمده است.

سرانجام باید گفت که، برخی از صاحب‌نظران توسعه، دریافتند که گردشگری نه تنها به صورت مستقیم بر سلامتی اجتماعی تأثیر می‌گذارد بلکه به صورت غیر مستقیم با تحت تأثیر قرار دادن اقتصاد روستا از منظر کاهش بیکاری و اشتغال‌زایی، توسعه کسب‌وکار، رشد پایدار، افزایش درآمد، رونق کسب‌وکارهای محلی و توسعه اقتصادی و اجتماعی و تقویت شاخص‌های اقتصادی مناطق روستایی سلامت اجتماعی افراد روستایی را بهبود می‌بخشد (دلویت<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳). با توجه به موارد فوق، فرضیه این تحقیق بر این مبنا که بین توسعه گردشگری روستایی و سلامت اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انطباق اجتماعی و شکوفایی اجتماعی

زئو<sup>۱</sup>، گردشگری بستر را فراهم می‌سازد تا مردم فرهنگ، شادی و تجارب ویژه و خاص خود را تسهیم کرده و به ارتقای سلامت اجتماعی یاری رسانند (زئو، ۲۰۱۴).

جمع‌بندی مطالعات انجام شده گویای این واقعیت است که بسط و توسعه گردشگری به تقویت سلامت اجتماعی ساکنان مناطق روستایی مساعدت می‌کند به این مفهوم که، گردشگری به رشد فردی، شخصیتی، معرفتی، فرهنگی، شناختی، روحی و روانی جامعه میزبان که همان روستاییان باشد معاضدت می‌کند و نیز، گردشگری به تقویت همبستگی اجتماعی، تحکیم پیوندهای اجتماعی و انسجام اجتماعی در مناطق روستایی ختم می‌شود. افزون بر این، توسعه گردشگری روستایی قابلیت‌های روان‌شناختی روستاییان را بالا می‌برد به این مفهوم که، اعتماد به نفس روستاییان را فزونی می‌بخشد، میزان ریسک‌پذیری و خطرپذیری روستاییان را در کسب‌وکار و فعالیت اقتصادی و در امورات روزمره زندگی ارتقا می‌بخشد، عزت نفس روستاییان را ترمیم می‌بخشد و سبب می‌شود روستاییان در مقابل شهروندان شهری احساس خودکم‌بینی نداشته باشند و بلکه در پاره‌ای موارد احساس کنند که برتری‌هایی هم نسبت به شهروندان شهری دارند، البته این پاره‌ای موارد بالطبع ارزش‌های جوامع سنتی است که هنوز از مناطق روستایی رخت برنسته است، ولی نه تنها ارزش‌ها از مناطق شهری رخت بریسته است بلکه ارزش‌های مدرن هم جایگزین آنها نشده است و شهروندان در یک برزخ به سر می‌برند. مثلاً نه مدرن هستند و نه سنتی، نه این جهانی هستند و نه آن جهانی، نه لاهوتی هستند و نه ناسوتی و نه خداباور هستند و نه خداناباور و نه لائیک هستند و نه سکولار و نه متشرع هستند و غیره. همچنین از قابلیت‌های روان‌شناختی که گردشگری به تقویت آن دامن می‌زند این است که میزان دارایی آنها را فزونی می‌بخشد و افزایش دارایی بالطبع میزان نشاط،

روستاییان تفاوت وجود دارد طرح شده است.

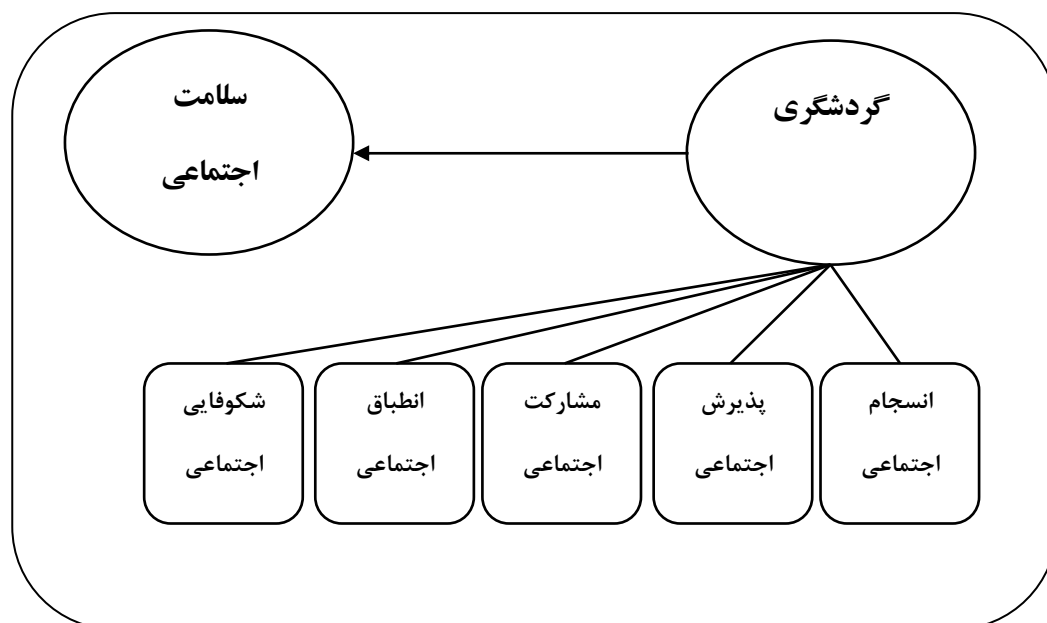
## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر با هدف کلی مطالعه و تحلیل اثرات گردشگری در بهبود سلامت اجتماعی روستاییان، در سال ۱۳۹۶ انجام شده است این تحقیق از لحاظ هدف، توسعه‌ای، و از لحاظ ماهیت، از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری تحقیق شامل کلیه روستاییان بالای ۱۵ سال سن، ساکن در دهستان «سردابه» می‌باشد. جامعه آماری دهستان سردابه ۲۰۵۷۹ نفر می‌باشد که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده و بر اساس فرمول کوکران، تعداد نمونه مناسب برای این تحقیق ۳۷۸ نفر بدست آمد؛ از سویی، برای برابری در آزمون و نتیجه، ۳۷۸ نفر از

روستاییان ساکن در دهستان فاقد گردشگری «بالغو» به عنوان گروه شاهد انتخاب شدند که جامعه آماری آن بالغ بر ۲۱۳۶۸ نفر بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای و بر اساس فرمول کوکران، تعداد نمونه مناسب برای این تحقیق ۳۷۸ نفر به شرح زیر بدست آمد:

$$n = \frac{\frac{t^2 \times p \times q}{d^2}}{1 + \frac{1}{N} \left( \frac{t^2 \times p \times q}{d^2} - 1 \right)} = \frac{\frac{(1.96^2) \times 0.5 \times 0.5}{(0.05)^2}}{1 + \frac{1}{20579} \left( \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{(0.05)^2} - 1 \right)} \quad (1)$$

$$= \frac{0.96}{1 + 0.0000485 (383)} = 388$$



شکل ۱. چارچوب نظری پژوهشی؛ منبع: نگارندگان (۱۳۹۸).

جغرافیا و برنامه‌ریزی روستایی و توسعه روستایی دانشگاه محقق اردبیلی روایی سؤالات پرسش‌نامه را تأیید نمودند. مطالعه راهنما در منطقه مشابه جامعه آماری با تعداد ۳۰ پرسش‌نامه صورت گرفت و با داده‌های کسب شده و استفاده از فرمول ویژه کرونباخ

از سویی، برای برابری در آزمون و نتیجه، ۳۷۸ نفر از روستاییان ساکن در دهستان فاقد گردشگری «بالغو» به عنوان گروه شاهد انتخاب شدند. ابزار اندازه‌گیری پرسش‌نامه محقق ساخته می‌باشد. برای اطمینان از روایی پرسش‌نامه توسط اساتید



پذیرش اجتماعی یک رفتار اجتماعی است که وقتی بین اهداف و امکانات یا نیازهای تولید شده در فرهنگ و جامعه و ارضای آن نیازها، هماهنگی و تعادل وجود داشته باشد، به وجود می‌آید. در این معنا پذیرش اجتماعی با مؤلفه‌های اثرگذار دانستن رفتار فرد روستایی بر روی سایر افراد جامعه روستایی، قابل اعتماد دانستن افراد دیگر، مهربان دانستن مردم روستایی، اعتقاد فرد روستایی به اهمیت داشتن افراد روستایی برای خود مورد سنجش قرار گرفته است.

مشارکت اجتماعی، مشارکت کم و پیش آشکار جوامع روستایی در حیات اقتصادی، گذران اوقات و فراغت، فرهنگ، تقبل مسئولیت‌های سیاسی و مدنی و غیره در مناطق روستایی می‌باشد. در این معنا مشارکت اجتماعی با مؤلفه‌های اعتقاد فرد روستایی به داشتن محصول ارزشمند برای سهیم شدن در اجتماع، اعتقاد فرد روستایی به نتیجه‌دار بودن کارش در جامعه روستایی، اعتقاد فرد روستایی به مشارکت مردم مورد سنجش قرار گرفته است.

انطباق اجتماعی در حقیقت درکی است که فرد روستایی نسبت به کیفیت، سازمان‌دهی و اداره دنیای اجتماعی اطراف خود دارد در این معنا انطباق اجتماعی با مؤلفه‌های فهم صحیح فرد روستایی به حوادث پیش‌رو، درک صحیح فرد روستایی نسبت به اغلب فرهنگ‌ها، اعتقاد فرد روستایی به ارزشمند بودن دنیا و اعتقاد فرد روستایی به پیچیده بودن دنیا مورد سنجش قرار گرفته است.

شکوفایی اجتماعی به معنای دانستن و اعتقاد داشتن به این است که جامعه به شکل مثبتی در حال رشد است. فکر کردن به این که جامعه قابلیت رشد به شکل مثبت را دارد و می‌تواند این قابلیت را به شکل بالفعل در آورد. در این معنا شکوفایی اجتماعی با مؤلفه‌های اعتقاد فرد روستایی به اجتماع به عنوان عاملی برای پیشرفت، اعتقاد فرد روستایی به قابل تغییر بودن اجتماع در جهت تحقق خواسته‌ها، اعتقاد فرد روستایی به تأثیرداشتن

آلفا در نرم افزار SPSS، پایایی بخش‌های مختلف پرسش نامه تحقیق ۰/۸۴ الی ۰/۹۳ بدست آمد. میزان پایایی پرسش‌نامه بر اساس آلفای کرونباخ بین ۰/۸۴ الی ۰/۹۳ محاسبه گردید. ضریب اصلی آلفای کرونباخ برای تک تک متغیرهای تحقیق از جمله: انسجام اجتماعی (۰/۸۱)، پذیرش اجتماعی (۰/۶۷)، مشارکت اجتماعی (۰/۸۱)، انطباق اجتماعی (۰/۶۲)، و شکوفایی اجتماعی (۰/۹۱) می‌باشد. هم‌چنین از طریق ابزار پرسش‌نامه، متغیرهای تحقیق حاضر به کمک ۶۱ سؤال بسته مورد سنجش قرار گرفت و برای امتیازدهی آن از طیف پنج قسمتی لیکرت استفاده گردید. در مرحله امتیازدهی، از آن جا که دسته‌ای از سؤالات در جهت منفی مطرح شده‌اند، با استفاده از نرم افزار SPSS، کدگذاری مجدد برای این دسته از سؤالات انجام شد. بنابر این، امتیاز پاسخ‌ها در سؤالات با جهت مثبت به صورت: ۵= کاملاً موافقم، ۴= موافقم، ۳= نظری ندارم، ۲= مخالفم و ۱= کاملاً مخالفم و در مورد سؤالات منفی عکس این حالت می‌باشد. متغیرهای تحقیق حاضر عبارتند از: انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انطباق اجتماعی و شکوفایی اجتماعی. در تعیین سلامت اجتماعی جوامع روستایی، فضای مفهومی تبیین‌کننده به شرحی که در ادامه می‌آید تعریف و از طریق گویه‌های مناسب عملیاتی شده‌اند:

انسجام اجتماعی نوعی ترتیبات اجتماعی است که تضمین می‌کند جوامع روستایی در سطوح مختلف، به اشتراک ذهنی (مدل‌های ذهنی مشترک)، برسند، قابلیت همکاری با یکدیگر داشته باشند و به قوانین موجود احترام بگذارند. در این معنا انسجام اجتماعی با مؤلفه‌های میزان تعلق به جامعه روستایی، مورد توجه دانستن خواسته و ایده فرد توسط سایر افراد روستایی در صورت مطرح شدن، جدی گرفتن خواسته یا ایده فرد، ارزش قائل شدن سایر افراد جامعه برای فرد به عنوان یک شخص، احساس نزدیکی کردن به سایر افراد روستایی مورد سنجش قرار گرفته است.

۳۸ درجه و ۳۴ دقیقه عرض شمالی و ۴۸ درجه و ۴۱ دقیقه تا ۴۸ درجه و ۵۰ دقیقه طول شرقی در ۲۲ کیلومتری غرب شهرستان اردبیل واقع شده است منطقه گردشگری سردابه نیز به علت قرار گرفتن در دامنه شرقی کوه سبلان و برخورداری از محیط طبیعی بکر و کوهستانی، داشتن مراتع سرسبز، آبگرم‌های متعدد، آبشار معروف سردابه و به خصوص هوای پرنشاط و خنک در تابستان و سرد و برفی در زمستان، نقش در خور توجهی را در جذب گردشگری دارد.

### نتایج

نتایج حاصل از یافته‌های توصیفی در جدول ۲ نشان می‌دهد که به جز متغیر انطباق اجتماعی میانگین تمامی متغیرهای سلامت اجتماعی (انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی و شکوفایی اجتماعی) تمامی روستاهای دارای گردشگر بیش‌تر از روستاهای فاقد گردشگر است.

تشکیلات اجتماعی مانند قانون و دولت در زندگی، اعتقاد فرد روستایی به مفید و پربار بودن جامعه روستایی برای افراد مورد سنجش قرار گرفته است.

سرانجام، در مطالعه حاضر با عنایت به مبانی نظری تحقیق و نیز اطلاعات جمع‌آوری شده از طریق پرسش‌نامه و مطالعه و تحلیل اثرات گردشگری در بهبود سلامت اجتماعی در مناطق روستایی شهرستان اردبیل، به تجزیه و تحلیل متغیرها با استفاده از آزمون آماری t می‌پردازد. در این میان، از آزمون t برای بررسی وجود و عدم وجود تفاوت معنی‌دار میان روستاییان ساکن در مناطق روستایی دارای گردشگر و روستاییان ساکن در مناطق روستایی فاقد گردشگر استفاده می‌شود.

شهرستان اردبیل یکی از شهرستان‌های استان اردبیل در کشور ایران است. مرکز این شهرستان شهر اردبیل است. این شهرستان از ۳ بخش و ۱۰ دهستان و ۹۵ آبادی تشکیل شده است. شهرستان اردبیل با داشتن فاکتورهای مختلف از شهرستان‌های مهم در جذب گردشگری است به عبارتی شهرستان اردبیل از مناطق مستعد برای گردشگری است منطقه گردشگری سردابه با مختصات جغرافیایی ۳۸ درجه و ۱۰ دقیقه تا

جدول ۲. درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار متغیرهای سلامت اجتماعی دهستان دارای گردشگر و فاقد گردشگر

متغیر	روستا	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	میانگین	انحراف معیار	دامنه امتیاز
درصد پاسخ گویان (درصد)									
انسجام اجتماعی	دارای گردشگر	۱۰/۰۹	۱۴/۸۲	۲۲/۲	۲۳/۳۶	۲۹/۵۳	۴/۹۹	۵/۵۶	۰-۱۹
	فاقد گردشگر	۳۰/۷۶	۲۵/۳۲	۲۰/۸۹	۱۴/۱۷	۸/۸۶	۴/۲۱	۲/۳۶	۰-۲۱
پذیرش اجتماعی	دارای گردشگر	۹/۴۵	۲۶/۴۳	۲۱/۱۷	۲۰/۶۹	۲۲/۲۶	۴/۳۶	۱/۰۵	۰-۱۷
	فاقد گردشگر	۳۳/۰۲	۲۴/۴۹	۱۶/۸۴	۱۷/۷۳	۷/۹۲	۴/۲۲	۱/۶۷	۰-۲۵
مشارکت اجتماعی	دارای گردشگر	۶/۲۹	۱۴/۲۳	۱۹/۵۱	۲۴/۷۶	۳۵/۲۱	۴/۳۴	۲/۶۵	۰-۲۴
	فاقد گردشگر	۲۸/۷۴	۲۵/۳۱	۱۶/۸۲	۲۳/۳	۵/۸۳	۳/۱۵	۴/۶۵	۰-۲۶
انطباق اجتماعی	دارای گردشگر	۳۴/۹۲	۲۶/۷۳	۱۹/۴۲	۱۲/۸۵	۶/۰۸	۴/۰۸	۲/۳۵	۰-۲۲
	فاقد گردشگر	۷/۵۶	۱۴/۸۹	۱۷/۹۲	۲۴/۴۲	۳۵/۲۱	۴/۳۷	۴/۹۹	۰-۲۹
شکوفایی اجتماعی	دارای گردشگر	۹/۰۸	۱۱/۴۳	۱۵/۶۷	۲۷/۴۶	۳۶/۳۶	۳/۴۳	۱/۶۱	۰-۳۱
	فاقد گردشگر	۳۵/۴۳	۲۶/۱۷	۲۱/۳۶	۱۲/۸۳	۴/۲۱	۲/۲۸	۲/۷۴	۰-۱۶

منبع: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۸

مطابق جدول ۳، نتایج آزمون t در ارتباط با شاخص‌های سلامت اجتماعی دهستان دارای گردشگر و فاقد گردشگر نشان می‌دهد که بجز یک متغیر انطباق اجتماعی بین تمامی متغیرهای انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی و شکوفایی اجتماعی با متغیر مستقل (توسعه گردشگری) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. با توجه به میانگین‌های بدست آمده از دو گروه می‌توان اظهار نمود که به جز متغیر

انطباق اجتماعی، در تمام موارد ذکر شده سلامت اجتماعی (از نظر شاخص‌های انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی و شکوفایی اجتماعی) ساکنان دهستان دارای گردشگر بیش‌تر از ساکنان دهستان فاقد گردشگر بوده است. بدین معنی هر چدر گردشگری در مناطق روستایی توسعه پیدا کند به همان میزان سلامت اجتماعی روستاییان ارتقای می‌یابد.

جدول ۳. نتایج آزمون t در مورد میزان سلامت اجتماعی دهستان‌های دارای گردشگر و فاقد گردشگر

ردیف	خصوصیات	دهستان دارای گردشگر		دهستان فاقد گردشگر		مقدار t	Sig
		میانگین	SD	میانگین	SD		
۱	انسجام اجتماعی	۶/۱۲	۵/۵۶	۴/۴۵	۲/۳۶	۳/۴۵	۰/۰۰۸
۲	پذیرش اجتماعی	۵/۵۸	۱/۰۵	۴/۱۱	۱/۶۷	۳/۱۱	۰/۰۰۲
۳	مشارکت اجتماعی	۷/۷۴	۲/۶۵	۶/۲۵	۴/۶۵	۲/۹۹	۰/۰۰۰
۴	انطباق اجتماعی	۴/۴۸	۲/۳۵	۵/۶۶	۴/۹۹	۲/۸۷۵	۰/۱۹۸
۵	شکوفایی اجتماعی	۳/۹۶	۱/۶۱	۲/۹۹	۲/۷۴	۳/۲۴	۰/۰۰۰

منبع: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۸

## نتیجه‌گیری و پیشنهاد

نتایج نشان داد گردشگری نقش مهمی در ارتقای ارتقای شاخص‌های سلامت اجتماعی از منظر خودشکوفایی، پذیرش اجتماعی، انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی و انطباق اجتماعی دارد تحلیل‌های آماری نشان داد توسعه و شکوفایی گردشگری در ارتقای شاخص‌های سلامت اجتماعی در مناطق روستایی شهرستان اردبیل تأثیرگذار بوده است. به طوری که همبستگی توسعه گردشگری در تمامی مؤلفه‌های ارتقای شاخص‌های سلامت اجتماعی به جز یک متغیر انطباق اجتماعی در قالب فرضیه تحقیق به اثبات رسید و در این ارتباط، معنی‌داری بین مؤلفه‌های خودشکوفایی، پذیرش اجتماعی، انسجام اجتماعی و مشارکت اجتماعی با متغیر توسعه گردشگری سطح معناداری کمتر از ۰/۰۱ را نشان داد. این یافته با نتایج

حاصل از مطالعه حیدری‌ساربان (۱۳۹۵)، ویجرس<sup>۱</sup> (۲۰۱۲) و کاموس<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۴) مطابقت دارد. همچنین این آزمون نشان داد که بین روستای دارای گردشگر و روستای فاقد گردشگر از نظر متغیر انطباق اجتماعی اختلاف معنی‌داری وجود ندارد. این یافته با نتایج حاصل از مطالعات اسپچونس<sup>۳</sup> (۲۰۱۰)، دری<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۱۵) و هیگنز<sup>۵</sup> (۲۰۱۰) هم‌خوانی دارد. به عبارت دیگر شاخص‌های سلامت اجتماعی روستای دارای گردشگر و فاقد گردشگر در مورد متغیر انطباق اجتماعی یکسان بوده است. همان‌طوری که گفته شد بین توسعه گردشگری و شکوفایی اجتماعی رابطه وجود دارد در تبیین این ارتباط باید گفت شکوفایی اجتماعی دربرگیرنده این درک است که جامعه

۱ - Weijers

۲ - Camus

۳ - Scheyvens

۴ - Deery

۵ - Higgins

روستایی کنترل آینده خود را در دست دارد که توسعه و رونق گردشگری می‌تواند با ارتقای دانش، مهارت و نگرش و ظرفیت‌های شناختی روستاییان پیرامون مسائل اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی به این خود کنترلی کمک و به بهبود سلامت اجتماعی مساعدت نماید. در تبیین پیرامون ارتباط معنادار بین متغیر گردشگری و انسجام اجتماعی باید گفت انسجام اجتماعی در واقع شاخصی برای شناخت میزان وحدت و انسجام گروه و جامعه روستایی است و به عبارتی کشش (احساس تعلق و هم‌سرنوشتی) بین اعضای گروه و جامعه روستایی را نشان می‌دهد. ویجرس بر این باور است که احساس انسجام در وجود افراد روستایی می‌تواند نشانه سلامتی او باشد. افرادی که از انسجام برخوردارند تلاش می‌کنند هنگام مواجهه با رویدادهای غیرقابل پیش بینی، انسجام خود را حفظ کنند که علاوه بر سایر متغیرهای برون‌زا، متغیر گردشگری روستایی می‌تواند نقش مهمی در بهبود انسجام اجتماعی جوامع روستایی بازی کند. در خصوص ارتباط معنی‌دار بین متغیر گردشگری و مشارکت اجتماعی باید گفت که مشارکت اجتماعی فرآیند سازمان یافته‌ای است که از سوی افراد روستایی به صورت آگاهانه، داوطلبانه و جمعی با در نظر داشتن هدف‌های معین و مشخص به منظور سهیم شدن در قدرت انجام می‌گیرد و هدف آن درگیر ساختن فعال جامعه روستایی در برنامه‌های توسعه و سازمان‌دهی طبقات پایین مردم روستایی است که تحقق آن به بهبود سلامت اجتماعی جوامع روستایی می‌انجامد. در تبیین رابطه بین گردشگری و پذیرش اجتماعی باید گفت که پذیرش اجتماعی شامل پذیرش تکثر با دیگران، اعتماد به خوب بودن ذاتی دیگران و نگاه مثبت به ماهیت انسان‌ها است که همگی آن‌ها باعث می‌شوند فرد روستایی در کنار سایر جوامع اعم از روستایی و غیر روستایی، احساس راحتی کند به این دلیل که،

کسانی که دیگران را می‌پذیرند به این درک رسیده‌اند که افراد به طور کلی سازنده هستند. همان‌طور که سلامت روان شامل پذیرش خود می‌شود، پذیرش دیگران در جوامع اعم از جوامع شهری و جوامع روستایی هم می‌تواند به سلامت اجتماعی بینجامد. در نهایت باید گفت که ارتباطات بین فردی مثبت برای سلامت روستاییان ضروری است. هیگنز و همکاران مهارت‌های ارتباطی را به عنوان وسیله ارتباط میان فرد و محیط تعریف می‌کنند و معتقدند که این وسیله برای شروع و ادامه ارتباط سازنده و سالم با همسالان به عنوان بخش مهمی از سلامت روانی مورد استفاده واقع می‌شود. بنابر این فرد دارای مهارت‌های ارتباطی بالا با ایجاد رابطه سازنده و سالم با سایرین به سلامت اجتماعی بالاتری دست می‌یابد. لذا جهت دستیابی به سلامت اجتماعی بیش‌تر و امنیت روانی باید توسعه گردشگری روستایی در اولویت قرار گیرد. سرانجام، در ذیل به پاره‌ای از پیشنهادها کاربردی منتج از نتیجه تحقیق اشاره می‌شود:

- تقویت زیر ساخت‌های گردشگری جهت جلب گردشگر و متعاقب آن تقویت سلامت اجتماعی روستاییان
- تلاش برای جذب گردشگر از کشورهای با فرهنگ غنی و پیشرفته جهت تأثیرگذاری مثبت بر شهروندان روستایی در نیل به سلامت اجتماعی
- تلاش جهت زدودن ایران‌هراسی با مکانیسم دیپلماسی فعال و سازنده و ورود گردشگران و کمک به تعاطی افکار و تلاطم اندیشه جهت بالابردن ظرفیت‌های فردی و شناختی و روان‌شناختی روستاییان در کمک به سلامت اجتماعی خودشان
- همکاری با سازمان‌های مدنی و غیردولتی در سطح بین الملل جهت مساعدت به جذب گردشگری تأثیرگذار در سلامت اجتماعی شهروندان

منابع:

- پورافکاری، ن. ۱۳۹۲. بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی در شهرستان پاوه، فصلنامه علمی و تخصصی علوم اجتماعی، ۶ (۱۸): ۶۰-۴۱.
- حاتمی نژاد، ح.، پرهیز، ف.، کرمی، م. ۱۳۹۲. تحلیلی بر ظرفیت‌سازی گردشگری اجتماع محور، فصلنامه سپهر، ۲۲ (۸۲): ۱۳-۶.
- حیدری ساربان؛ و.، ملکی، ا. ۱۳۹۳. ارزیابی نقش گردشگری روستایی در توانمندسازی اجتماعی روستایی، مطالعه موردی: روستای ده زیارت، شهرستان بوانات، استان فارس، فصلنامه توسعه روستایی، ۲(۶): ۲۹۸-۲۷۹.
- حیدری ساربان، و. ۱۳۹۵. بررسی تطبیقی وضعیت سرمایه روان‌شناختی مناطق روستایی دارای گردشگر و فاقد گردشگر، مطالعه موردی: شهرستان اردبیل، فصلنامه جغرافیا و مطالعات محیطی، ۵(۸): ۶۱-۴۷.
- حیدری ساربان، و. ۱۳۹۵. بررسی رابطه گردشگری با هویت اجتماعی جوانان روستایی شهرستان اردبیل، مطالعه موردی: دهستان سردابه، فصلنامه برنامه‌ریزی و توسعه گردشگری، ۵(۱۹): ۱۵۲-۱۳۰.
- فارسی نژاد، م. ۱۳۸۴. بررسی رابطه سبک‌های هویت و تعهد هویت با سلامت اجتماعی و خودکارآمدی تحصیلی دختران و پسران پایه دوم دبیرستان شهر تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی دانشگاه تهران.
- فتحی، م.، عجم نژاد، ر.، خاک‌رنگین، م. ۱۳۹۱. عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی معلمان شهر مراغه، فصلنامه علمی و پژوهشی رفاه اجتماعی، سال دوازدهم، ۴ (۷): ۲۴۳-۲۲۵.
- محسنی تیریزی، ع. ۱۳۸۳. وندالیسم، تهران، انتشارات آن.
- محمدپورجباری، م. ۱۳۹۳. تحلیل نقش گردشگری بر کیفیت زندگی شهروندان با تأکید بر شاخص‌های ذهنی مورد: شهر فشم (شهرستان شمیرانات) فصلنامه پژوهش‌های جغرافیای انسانی، ۱(۱): ۴۵-۳۵.
- ممتاز، ف. ۱۳۷۸. انحرافات اجتماعی، نظریه‌ها و دیدگاه‌ها، تهران، نشر انتشار.
- وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۸۷. عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، معاونت سلامت، دبیرخانه عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت.
- هزارجریبی، ج.، ارفعی عین‌الدین، ر. ۱۳۸۹. اوقات فراغت و سلامت اجتماعی، فصلنامه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، ۳ (۱۰): ۶۴-۳۹.
- Beaumont, N, Dredge, D. 2012. Local tourism governance: A comparison of three network approaches. *Journal of Sustainable Tourism*. 18: 7-28.
- Benarska, M. 2017. Tourism jobs and subjective well-being at work: A cross national analysis, *European journal of Tourism, Hospitality and Recreation*, 52: 9-23.
- Bennett, N., Lemelin, R.H., Koster, R. and Budke, I. 2017. A capital assets framework for appraising and building capacity for tourism development in aboriginal protected area gateway communities. *Tourism Management*, 334: 752-766.
- Briedenhann, J. 2013. Socio-cultural criteria for the evaluation of rural tourism projects—a Delphi consultation. *Current Issues in Tourism*. 124: 379-396.
- Camus, S., Hikkerova, L. Sahut, J.M. 2014. Systemic analysis and model of sustainable tourism. *Int. J. Bus.* 1(7), 350-365.
- Deery, M, Jago, L. Fredline, L. 2015. Rethinking social impacts of tourism research: A new research agenda. *Tourism Management*, 331: 64-73.
- Deloitte, R. 2013. Tourism: job and growth. The economic contribution of the tourism economy the UK (London, United Kingdom)

- [On-line]. Available: [http://www.consultmcgregor.com/documents/publications/well-being\\_wellness\\_and\\_basic\\_human\\_needs\\_in\\_home\\_economics.pdf](http://www.consultmcgregor.com/documents/publications/well-being_wellness_and_basic_human_needs_in_home_economics.pdf) [2016/7/10].
- Mbaiwa, J.E.; Stronza, A.L. 2014. The effects of tourism development on rural livelihoods in the Okavango Delta, Botswana. *Journal of Sustainable Tourism*. 18: 635–656.
- McGehee, N.G., Lee, S., O'Bannon, T., and Perdue, R. 2010. Tourism-related social capital and its relationship with other forms of capital: An Exploratory Study. *Journal of Travel Research*, 49:486- 495.
- Minnaert, L., Maitland, R., and Miller, G. (2012). Tourism and Social Policy: the Value of SocialTourism. *Annals of Tourism Research*, 362: 316–334.
- Nunkoo, R., Smith, S. L. J., and Ramkissoon, H. 2016. Residents' attitudes to tourism: A longitudinal study of 140 articles from 1984 to 2010. *Journal of Sustainable Tourism*, 211: 5-25.
- Park, D.B.; Yoon, Y.S. 2015. Developing sustainable rural tourism evaluation indicators. *Int. Journal tourism Research*, 13: 401–415.
- Pesonen, J., and Komppula, R . 2017. rural wellbeing tourism: motivations and expectations, *Journal of Hospitality and Tourism Management*, 17:150- 158.
- Rollero, C., and De Piccoli, N. 2010. Does Place attachment affects social well-being? *Revue européenne de psychologie appliquée* 60: 233-238.
- Ruhanen, L. 2010. Progressing the sustainability debate: A knowledge management approach to sustainable tourism planning. *Current Issues in Tourism*. 115: 429–455.
- Scheyvens, R.2010. *Tourism for development: empowering communities*; Prentice-Hall: Harlow, UK .
- Shapiro, A. 2010. Marital status and social well-being. Available: [http://www.consultmcgregor.com/documents/publications/well-being\\_wellness\\_and\\_basic\\_human\\_needs\\_in\\_home\\_economics.pdf](http://www.consultmcgregor.com/documents/publications/well-being_wellness_and_basic_human_needs_in_home_economics.pdf) [2016/7/10].
- Diener, E. 2000. "Subjective wellbeing: Three decades of progress". *Psychological Bulletin*, 1252: 276-302
- Ellis, S, Sheridan, L.A. 2016. Critical reflection on the role of stakeholders in sustainable tourism development in least-developed countries. *Tourism Planning Development*, 11: 467–471.
- Goodwin, H.2010. Indigenous tourism and poverty reduction. In *Tourism and Indigenous Peoples: Issues and Implication*; Butler, R., Hinch, T., Eds.; Elsevier: Philadelphia, PA, USA .
- Goodwin, H. 2013. *Taking responsibility for tourism*; good fellow Publishers Limited: Wood Eaton, UK, 1–256.
- Hall, C.M. 2013. Policy learning and policy failure in sustainable tourism governance: from first- and second-order to third-order change. *Journal of Sustainable Tourism*. 19: 649–671.
- Hall, C.M.; Gossling, S.; Scott, D. 2016. *the Rutledge Handbook of Tourism and Sustainability*; Rutledge: New York, NY, USA .
- Helmy, E. 2008. towards integration of sustainability into tourism planning in developing countries: Egypt as a case study. *Current Issues in Tourism*. 711: 478–501.
- Higgins, F. 2010. More than an “industry”: The forgotten power of tourism as a social force, *Tourism Management*, 2 (7), 1192- 1208.
- Ivlevs, A. 2017. Happy Hosts? International tourist arrivals and residents’ subjective well-being in Europe, *Tourism Management*, 25. 12- 23.
- Larson, J.S. 2004. the world organization definition of health: - Social Versus Spiritual Health, *Social Indicator Research*, 38: 55-68.
- Lucchetti, V.G.; Font, X. 2016. Community based tourism: Critical success factors. Available online: [www.icrtourism.org/wp-content/uploads/2012/03/OP27.pdf](http://www.icrtourism.org/wp-content/uploads/2012/03/OP27.pdf) (accessed on 10 February 2016).
- MacGREGOR, S. L. T. 2010. "Well-being, wellness and basic human needs in home economics".

- Visit, B. 2014. marketing britain oversea and developing the visitor economy online/. Available From:<http://WWW.Visitbrian.org/Access> 5.01.14.
- Weijers, D. M. 2010. Hedonism and happiness in theory and practice, PhD Dissertation in Philosophy, Victoria University.
- Yeo, J. 2010. "The roles of economic and social resources in immigrants well-being in the United States". Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree Philosophy in the Graduate School of the Ohio State University.
- Zou, T.; Huang, S.S.; Ding, P2014. toward a community-driven development model of rural tourism: The Chinese experience, International Journal of Tourism Research. 16:261–271.
- being: are the married always better of? , Social Indicators Research, 88: 329-346.
- Sharpley, R. 2007. Flagship attractions and sustainable rural tourism development: The case of the Alnwick Garden, UK. *Journal of Sustainable Tourism*, 15: 125–143.
- Siow May, L.; Abidin, Z.Z.; Nair, V.; Ramachandran, S.; Shuib, A. 2011: developing criteria and indicators for responsible rural tourism in Taman Negara National Park (TNNP), Malaysia. *Malays. For.* 74: 143–156.
- Smith, M. 2017. Tourism, wellbeing and cultural ecosystem services: A Case Study of Órség National Park, Hungary, *European journal of Tourism, Hospitality and Recreation*, 55: 25-39
- Talbott, J. W. 2010. *Human rights and human well-being*, London: Oxford University Press.

## Survey the Relationship of Tourism with Social Well-Being of Villagers, Case Study: the Sardabhe Dehestan Ardabil County

Vakil HeidariSareban<sup>1\*</sup> and Arastoo yasri hesar<sup>2</sup>

Submitted: 11 January 2020

Accepted: 18 June 2020

### Abstract

This paper aims to survey the relationship of tourism with social well-being of villagers in the Ardabil County. This study is descriptive - analytical in terms of research methods, practical in terms of nature and it is a library and field kind of research in terms of type of data collection. The tool used in measuring the questionnaire was made by the researcher. It can be said that the population studied in this study consists of all villagers living in the Sardabhe Dehestan of the Ardabil County in 2018 (N= 20579), among which 378 persons were selected as statistical sample using Cochran's formula. Sample size was determined based on the Cochran's formula and the required data were collected through questionnaires. Content validity of the questionnaire was confirmed by professors and experts and its reliability was determined based on Cronbach's alpha (0.84-0.93). For data analysis, SPSS software was used. The results of research showed that there was a statistically significant positive relationship between social actualization, social acceptance, social contribution, and social cohesion and development of rural tourism. Finally, based on the analysis of results, some applied recommendations have been provided That are suitable for increasing rural tourism due to its positive effects on promoting social welfare in rural areas. We must also take essential steps toward development of tourism infrastructures such as supply of water, electricity, trash disposal etc., correctly.

**Keywords:** Rural conductor plan, Quality of life, Rural households, Ardabil city.

---

1 - Professor of Geography and Rural Planning, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

2 - Assistant Professor of Geography and Rural Planning, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

(\* - Corresponding Author Email: vheidari56@gmail.com)

DOI:10.22048/RDSJ.2020.215339.1831