

رابطه عوامل اجتماعی با سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان

لیلا یزدان‌پناه، استادیار، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه شهید باهنر کرمان*

طیبه نیک‌ورز، مربی، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه پیام‌نور، ایران

چکیده

سلامت اجتماعی در کنار سلامت جسمی و روانی یکی از ارکان تشکیل‌دهنده سلامت و بیانگر ارزیابی فرد از زندگی اجتماعی است. بررسی و مقایسه میزان سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دختر و پسر هدف اصلی مقاله حاضر بوده که براساس تئوری کیز با پنج بعد یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، سهم داشت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پیوستگی اجتماعی مورد بررسی قرار گرفته است. این پژوهش از نوع پیمایش مقطعی و با استفاده از ابزار پرسشنامه در میان دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان انجام شده است. نمونه این پژوهش ۳۷۵ دانشجوی است و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و به وسیله آزمون‌های تی، آنوا و ضریب همبستگی پیرسون تحلیل شدند. نتایج به دست آمده حاکی از آن است که از بین متغیرهای مستقل، اعتماد اجتماعی، مشارکت اجتماعی، دسترسی به امکانات و خدمات محیطی و ارزیابی فرد از طبقه اجتماعی خود و خانواده و از بین متغیرهای زمینه‌ای، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی، محل تولد و رشته تحصیلی با سلامت اجتماعی رابطه معناداری دارند. برای سنجش تأثیر جمعی متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته با استفاده از رگرسیون مشخص شد ۵۹ درصد از تغییرات واریانس سلامت اجتماعی به وسیله دو متغیر اعتماد و مشارکت اجتماعی تبیین می‌شود و میزان سلامت اجتماعی دانشجویان در حد متوسط است، به طوری که سلامت اجتماعی دانشجویان پسر (با میانگین ۹۹/۷) بیشتر از سلامت اجتماعی دانشجویان دختر (۹۸/۸) است.

کلید واژه‌ها: سلامت اجتماعی، اعتماد، مشارکت اجتماعی، تئوری کیز

مقدمه

موضوع اصلی مقاله حاضر سلامت اجتماعی^۱ و عوامل مؤثر بر آن است. سلامت^۲ موضوعی مطرح در همه فرهنگ‌هاست. این موضوع بنیادی‌ترین امری است که حیات انسان بر آن استوار است و در تاریخ زندگی بشر همواره مطرح بوده است. سلامت اجتماعی به نوعی بهداشت روانی و اجتماعی گفته می‌شود که در صورت تحقق آن، شهروندان دارای انگیزه و روحیه شادند و در نهایت، جامعه شاداب و سلامت خواهد بود. گلداسمیت^۳ شاخص‌های سلامت اجتماعی را یکی از اساسی‌ترین شاخص‌های سلامت هر کشوری معرفی می‌کند و سلامت اجتماعی را «ارزیابی رفتارهای معنی‌دار مثبت و منفی فرد در ارتباط با دیگران» تعریف می‌نماید (لارسون^۴، ۱۹۹۳: ۲۸۵) که به کارا بودن فرد در جامعه منجر می‌گردد. در واقع زمانی شخص را واجد سلامت اجتماعی بر می‌شمیریم که بتواند فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی خود را در حد متعارف بروز و ظهور دهد و با جامعه و هنجارهای اجتماعی احساس پیوند و اتصال نماید (فدایی مهربانی، ۱۳۸۶: ۸) از آنجا که موتور اصلی حرکات، رفتار و نگرش‌های ما در جهت کیفی، تفکر ماست و انسان می‌تواند با اتکا به آن مسایل و پدیده‌های پیرامون خود را تجزیه و تحلیل کند و به عملکرد خود جهت دهد، داشتن تفکرات اجتماعی صحیح و برخوردار بودن فرد از ذهنیت مثبت نسبت به جامعه برای داشتن زندگی اجتماعی بهتر، اولین و مهم‌ترین مرحله از سلامت اجتماعی است (سام‌آرام، ۱۳۸۸: ۱۵)؛ بنابراین با توجه به ماهیت اجتماعی زندگی بشر و چالش‌هایی که این امر می‌تواند به وجود آورد، نمی‌توان از توجه به جنبه‌های اجتماعی سلامت در کنار جنبه‌های عینی، عاطفی و روان‌شناختی آن غافل شد.

از طرفی، دانشگاه‌ها سازمان‌هایی هستند که هر سال تعداد قابل توجهی از جمعیت جوان را جذب می‌کنند و طی زمان

معینی توانمندی‌های علمی و عملی این اشخاص را پرورش می‌دهند و در نهایت نیروهای آموزش دیده و متخصص را در اختیار جامعه وسیع‌تر می‌گذارند. بنابراین تجهیز دانشجویان به سلامت اجتماعی سبب ایمنی آنها در برابر مشکلات می‌شود و آنان به راحتی می‌توانند با شرایط متغیر زندگی و رو به تکامل فناوری، انطباق یابند و نقشی مفید در جامعه داشته باشند.

همچنین یکی از اصول اولیه زندگی اجتماعی داشتن اعتماد به یکدیگر است و اگر افراد در جامعه نسبت به یکدیگر اعتماد نداشته باشند، تداوم زندگی در چنین جامعه‌ای دشوار خواهد بود زیرا کاهش اعتماد اجتماعی در جامعه موجب می‌گردد همواره نوعی ترس از برقراری رابطه و احساس ناامنی بین اعضا به وجود آید که مانع از تداوم و تقویت رابطه و کاهش همکاری و تعاملات می‌گردد که در این صورت فردگرایی و منفعت طلبی که منشأ بسیاری از انحرافات و نابسامانی‌های اجتماعی است در جامعه رواج می‌یابد (باستانی و دیگران، ۱۳۸۷: ۴۳-۴۲). به این اعتبار، اعتماد و مشارکت اجتماعی در پژوهش‌های اجتماعی یک متغیر اثرگذار کلیدی است که باید مورد توجه قرار گیرد.

براین اساس پاسخگویی به اهداف و سؤالات زیر در میان جوانان دانشجوی مد نظر بوده است:

- میزان سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه شهید باهنر؛
- میزان اعتماد اجتماعی دانشجویان و رابطه آن با میزان سلامت اجتماعی؛
- میزان مشارکت اجتماعی دانشجویان و رابطه آن با میزان سلامت اجتماعی؛
- تأثیر ویژگی‌های دموگرافیک بر میزان سلامت اجتماعی دانشجویان.

بررسی پیشینه پژوهش

سلامت، موضوعی چند بعدی است. تعریف سازمان جهانی بهداشت سه بعد اصلی سلامت، یعنی جسمی (حالتی که تمام

¹ social well being

² Health

³ Goldsmith

⁴ Larson

کاهش سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد. غلامرضا گرمارودی و وحدانی‌نیا (۱۳۸۵) پژوهشی با عنوان سلامت اجتماعی با بررسی مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان انجام دادند. از نظر نویسنده میزان برخورداری از این مهارت‌ها در سلامت رفتاری و اجتماعی افراد نقش بسزایی را ایفا می‌نماید. مریم کنگرلو (۱۳۸۷) به سنجش میزان سلامت اجتماعی ۱۲۵ دانشجوی شاهد مشغول به تحصیل در مقطع کارشناسی دانشگاه علامه طباطبایی و مقایسه با میزان سلامت اجتماعی دانشجویان غیرشاهد پرداخته است. نتایج نشان داد که بین میزان سلامت اجتماعی دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد اما در گروه دانشجویان شاهد بین میزان سلامت اجتماعی آنها و دانشکده محل تحصیل و میزان پنهان کردن سهمیه شاهد، تفاوت معنی‌داری است. هادی عبدالله تبار و دیگران (۱۳۸۶) در پژوهشی به بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی و ارتباط آن با متغیرهای دموگرافیک اجتماعی آنان پرداخته‌اند. نتایج نشان داد که میانگین سلامت اجتماعی در دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد بیشتر از دانشجویان مقطع کارشناسی است و میانگین نمرات سلامت اجتماعی دانشجویان پسر خصوصاً در ابعاد یکپارچگی اجتماعی و سهم داشت اجتماعی بیش از دانشجویان دختر است. همچنین بین متغیر سلامت اجتماعی با متغیر وضعیت تأهل، عضویت در انجمن‌ها و وضعیت اشتغال ارتباط معناداری وجود داشت. در ادامه می‌توان به تحقیق کیزی و سایرین به‌عنوان تحقیقات خارج از کشور، به شرح زیر اشاره کرد:

کیزی و شاپیرو^۲ (۲۰۰۷) در مطالعه‌ای جداگانه به بررسی وضعیت تأهل افراد و سطح سلامت اجتماعی آنها روی نمونه ۳۰۳۲ نفری از مردم ایالات متحده آمریکا پرداختند. نتایج این تحقیق نشان داد که بین میزان سلامت اجتماعی افراد متأهل و مجرد هیچ تفاوت معناداری وجود ندارد. اما مردانی که هرگز ازدواج نکرده‌اند نسبت به زنانی که هرگز ازدواج نکرده‌اند

اعمال بدن به درستی عمل کند)، روانی (حالتی از عملکرد موفق فرایندهای ذهنی با تغییرات و منطبق شدن با شرایط نامطلوب، مثبت اندیشی و سعی در حل مشکلات به روش منطقی و...)، اجتماعی (دربرگیرنده عملکرد اجتماعی و توانایی شناختی هر شخص از خود، به عنوان عضوی از جامعه بزرگتر است) را در بر می‌گیرد (سجادی، صدرالسادات، ۱۳۸۴: ۴۶-۲۴۵). به طور کلی ما می‌توانیم سلامت را برحسب دو عامل مورد بحث قرار دهیم؛ یکی واحد تحلیل که می‌تواند شخص، خانواده، اجتماع و به طور کلی جامعه باشد و دوم جنبه یا ترکیبی از جنبه‌هایی که شخص به آنها توجه دارد یعنی: جغرافیایی، اقتصادی، اجتماعی، روانی، جسمانی و یا احساسی. این دو عامل می‌توانند به عنوان دو محور از یک نمودار برای داشتن انواع گوناگونی از سلامت در نظر گرفته شوند (پاری، ۱۹۸۷: ۷۰). بنابراین عوامل ساختاری، اجتماعی و فردی با سطوح متفاوتی از سلامتی در ارتباط است. در ادامه جهت تبیین موضوع اصلی از نتایج تحقیقات و تئوری‌های مرتبط با موضوع بهره گرفته شده است.

در میان تحقیقات داخلی معصومه فارسی‌نژاد (۱۳۸۳) به بررسی رابطه سبک‌های هویت (اطلاعاتی، هنجاری و مغشوش (اجتنابی) و تعهد هویت با سلامت اجتماعی و خود کارآمدی تحصیلی ۴۰۰ دانش‌آموز پایه دوم دبیرستان پرداخت. نتایج بررسی نشان داد که در میان اجزای هویت، سبک هویت اطلاعاتی و تعهد هویت به‌طور مستقیم و سبک هویت مغشوش - اجتنابی به طور غیرمستقیم (با واسطه تعهد هویت) قادر به پیش‌بینی و تبیین خودکارآمدی تحصیلی و سلامت اجتماعی است و نوجوانان اطلاعات‌مدار و نوجوانان دارای تعهد هویت، خودکارآمدی تحصیلی و سلامت اجتماعی بالاتری دارند. سام‌آرام (۱۳۸۸) در مقاله رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی که براساس یک پژوهش در تهران تدوین شده است رابطه معناداری بین دو متغیر یاد شده به دست آورده و نشان دادند که بین افزایش ناامنی اجتماعی و

² keyse & shapiro

¹ parry sarah

دانشجویان ایرانی و ایتالیایی است. از لحاظ تئوری نیز مشارکت اجتماعی از طریق عامل درک از اجتماع، تأثیر بیشتری بر میزان سلامت اجتماعی دارد.

نو و لیما^۴ (۲۰۰۶) در مطالعه‌ای سعی کردند سطوح سلامت ذهنی و اجتماعی را در ۲۰ کشور اروپایی در سال ۲۰۰۴ میلادی شناسایی کنند. نتایج نشان داد که کشورهای دانمارک و فنلاند بالاترین میزان را در شاخص‌های سلامت و کشور لهستان پایین‌ترین میزان را به خود اختصاص می‌دهند.

نظریه‌های مرتبط با موضوع

سلامت اجتماعی یک شاخص مهم از کیفیت زندگی است (رضوانی و دیگران، ۱۳۸۷: ۴۰). سلامت اجتماعی اغلب به‌عنوان ارتباط با شرایط اجتماعی بیرون از شخص مثل پایگاه‌های اقتصادی-اجتماعی، شرایط زندگی و به طور گسترده تأثیر منطقه‌ای که آنها در آن زندگی می‌کنند و حتی کشور محل اقامتشان در نظر گرفته شده است (کالاها^۵، ۲۰۰۸: ۲)، و یا اغلب به علت فقدان اعتبار و مقیاس‌های در دسترس، پژوهشگران این مفهوم را از نقطه نظر اقتصادی و یا سیاسی مورد بحث قرار می‌دهند (کیبز و شاپیرو^۶، ۱۹:۲۰۰۴)، برای مثال تولید ناخالص داخلی (GDP) یا شاخص توسعه انسانی (سجادی و صدرالسادات، ۱۳۸۴: ۲۴۸-۲۴۷). اگر چه این نشانه‌گرها برای ارزیابی سلامت اجتماعی جامعه مفید هستند اما کاربرد چنین شاخص‌هایی خطر نادیده گرفته شدن سلامت اجتماعی از دیدگاه شخصی-روانی را به دنبال دارد. ژرژکان گلیم به خوبی نشان داد که سلامتی تنها به حالت ارگانیک فردی مربوط نمی‌شود و سلامتی انسان با میزان تسلط وی به محیط نه فقط جسمانی او، بلکه اجتماعی او نیز مرتبط است. بنابراین بیماری و سلامتی بر حسب خواست‌ها و انتظارات محیط زیست ما و میزان جا افتادگی ما در این محیط و روابط مثلاً خانوادگی و حرفه‌ای ما شکل می‌گیرد (سام‌آرام، ۱۳۸۸: ۱۶).

سطح پایین‌تری از سلامت اجتماعی داشتند. بلانکو و دیاز^۱ (۲۰۰۷) در مقاله‌ای با عنوان نظم اجتماعی و سلامت روانی با رویکردی به سلامت اجتماعی سعی کردند تا ارتباط بین ابعاد سلامت اجتماعی را به عنوان شاخص نظم اجتماعی با جنبه‌های دیگری از سلامت مثل میزان افسردگی، عزت نفس، محرومیت، میزان آنومی و... مورد بررسی قرار دهند. نتایج نشان داد ریشه سلامت ذهنی و روانی افراد به نوعی به ابعاد سلامت اجتماعی بر می‌گردد. در واقع کسانی که عقاید مثبت و تجارب خوبی در ارتباط با زندگی اجتماعی‌شان دارند، دارای عزت نفس و رضایت از زندگی بالا و به طور کلی از سلامت بالایی برخوردارند و عقاید و نگرش منفی در مورد زندگی اجتماعی سبب افسردگی، آنومی، احساسات منفی و احساس محرومیت می‌شود که این عوامل موجب بی‌تفاوتی و کناره‌گیری آنها از زندگی اجتماعی می‌شود.

مک آرتور^۲ در سال ۱۹۹۵، مطالعه‌ای با هدف دستیابی به میزان شیوع سلامت اجتماعی و چگونگی توزیع سلامت اجتماعی در جمعیت با توجه به متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل و وضعیت شغلی انجام داد. یافته‌ها نشان داد که اکثریت افراد بزرگسال ایالات متحده، سلامت اجتماعی سطح متوسط تا بالا دارند اما نسبت قابل توجهی از جمعیت، سلامت اجتماعی بسیار پایینی داشتند که می‌توان آن را به عنوان یک ناسالمی اجتماعی در نظر گرفت (سام‌آرام، ۱۳۸۸: ۱۴).

کیکوگانی^۳ و همکارانش (۲۰۰۷) در پژوهشی به ارزیابی ارتباط بین مشارکت اجتماعی و درک از اجتماع در میان جوانان دانشجوی و تأثیر این دو متغیر بر سلامت اجتماعی پرداختند. نمونه این تحقیق شامل ۲۰۰ دانشجوی ایتالیایی (Bologna university)، ۱۲۵ دانشجوی آمریکایی (Emory university) و ۲۱۴ دانشجوی ایرانی از دانشگاه تهران در سال ۲۰۰۴ است. نتایج این تحقیق نشان داد به‌طور کلی سطح سلامت اجتماعی دانشجویان آمریکایی به مراتب بالاتر از

⁴ Novo & lima

⁵ callaghan

⁶ Keyes & Shapiro

¹ Blanco & Diaz

² Macartor

³ cicognani

اجتماعی مانند از خودبیگانگی و بی‌هنجاری (آنومی) در فرد دانسته‌اند.

لارسون و کیز یک چارچوب مفهومی و نظری متفاوت برای سلامت اجتماعی ارائه داده‌اند. از نظر لارسون (۱۹۹۳) سلامت اجتماعی ارزیابی فرد از کیفیت روابطش با خانواده، دیگران و گروه‌های اجتماعی است و در واقع شامل پاسخ‌های درونی فرد نسبت به محرک‌ها و احساسات، تفکرات و رفتارهایی است که نشانگر رضایت یا عدم رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی است (لارسون، ۱۹۹۳: ۲۸۵).

کار کیز از یک اصل جامعه‌شناختی و روان‌شناختی نشأت می‌گیرد. از نظر وی سلامت اجتماعی ترکیبی از چند عامل است که در مجموع نشان می‌دهند چقدر یک شخص در زندگی اجتماعی‌اش مثلاً به عنوان همسایه، همکار و شهروند عملکرد خوبی دارد (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴: ۵). کیز معتقد است سلامت اجتماعی را می‌توان ارزیابی شرایط و عملکرد فرد در جامعه تعریف کرد (کالاها، ۲۰۰۸: ۲). از نظر کیز هیچ ادبیات تحقیقی روی سلامت اجتماعی در بعد فردی وجود ندارد. لذا وی در یک تحلیل عاملی گسترده پیشنهاد می‌دهد که سلامت اجتماعی افراد از پنج جزء زیر تشکیل شده است:

۱- یکپارچگی اجتماعی (social integration): به معنی ارزیابی فرد از کیفیت روابط متقابلش در جامعه و گروه‌های اجتماعی است. افراد سالم احساس می‌کنند که بخشی از جامعه هستند. بنابراین یکپارچگی اجتماعی گسترده‌ای است که مردم احساس می‌کنند با دیگران وجه مشترکی دارند و به جامعه و گروه‌های اجتماعی تعلق دارند. این مفهوم در برابر بیگانگی و انزوای اجتماعی سیمن^۱ و آگاهی طبقاتی مارکس قرار می‌گیرد (کیز^۲، ۱۹۹۸: ۱۲۲).

۲- سهم داشت اجتماعی (social contribution): بیانگر ارزیابی فرد از ارزش اجتماعی خود است. کسانی که سطح مطلوبی از این بعد را دارا هستند، اعتقاد دارند که عضو مهمی

سلامت اجتماعی یا حداقل فقدان آن یک نگرانی مهم در نظریه‌های کلاسیک جامعه‌شناسی است. از نظر تجربی این موضوع ریشه در ادبیات جامعه‌شناسی مربوط به ناهنجاری و بیگانگی اجتماعی دارد (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴: ۲). از نظر دورکیم هر نوع قطع ارتباط بین فرد و جامعه به گونه‌ای که افراد در چارچوب‌های اجتماعی جذب نگردند زمینه‌ای آنومیک و مساعد برای رشد انحرافات اجتماعی است. در چنین حالتی یک نوع فردگرایی افراطی خواسته‌های فرد را در مقابل حیات اجتماعی قرار می‌دهد. از نظر وی هر نوع ورطه یا فاصله بین فرد و جامعه که به عدم ادغام افراد در چارچوب‌های اجتماعی می‌انجامد به انحرافات اجتماعی میدان می‌دهد (سام‌آرام، ۱۶: ۱۳۸۸).

دورکیم دو نوع آنومی را تشخیص می‌دهد: یکی در سطح فردی و دیگری در سطح اجتماعی. آنومی در سطح فردی یا آنومیا (anomia) نوعی احساس فردی از بی‌هنجاری است و نشانگر حالتی فکری است که در آن احساسات فرد نسبت به خود وی سنجیده می‌شود. چنین حالتی همراه با اختلالاتی در درون فرد بوده و او نوعی احساس بی‌هنجاری، پوچی و بی‌قدرتی را تجربه می‌کند. آنومی در سطح اجتماعی (social anomie)، نشانگر نوعی اختلال و بی‌هنجاری جمعی است که در آن احساسات فرد با توجه به سیستم اجتماعی سنجیده می‌شود. زمانی که توازن اجتماعی وجود ندارد، فرد فاقد وسیله لازم برای تنظیم رفتار خود و تطبیق آن با معیارهای اجتماعی مقرر و نیز فاقد احساس حمایت جمعی و پشتیبانی اجتماعی است. در این جا می‌توان گفت عوامل اجتماعی یکسانی بر هر دو نوع نابسامانی مؤثرند، یعنی جامعه بیمار تولید افراد بیمار می‌کند و وفور افراد بیمار در جامعه خود به بیمار شدن جامعه منتهی می‌شود (یزدان‌پناه، ۱۳۸۲: ۹۳-۹۱).

نظریه پردازانی همچون هیرشی در تئوری پیوند اجتماعی و تأثیرش بر آنومی (علی‌وردی نیا، ۱۳۸۷: ۱۱۷)، مارکس در تئوری از خود بیگانگی (آرون، ۱۳۸۱: ۱۹۸) و مرتون در بحث آنومی (رفیع‌پور، ۱۳۷۸: ۲۳-۲۲)، سلامت اجتماعی را فقدان عوامل ضد

¹ seeman

² keyse

فلورین و واندرمن^۱ (۲۰۰۰) معتقدند شرکت کردن در جامعه از طریق مشارکت این مفهوم را می‌رساند که افراد برای زندگی آرمان دارند و نشان‌دهنده سلامت افراد است. گامسون^۲ نیز استدلال می‌کند که مشارکت در جنبش‌های اجتماعی، رشد هویت شخصی را در بر می‌گیرد و نشان‌دهنده فرصتی برای درک خود است. طبق نظر هوگی^۳ و همکاران (۱۹۹۹) مشارکت در جامعه به جوانان فرصت بسط روابط اجتماعی با افرادی غیر از خانواده و همسالان را در موقعیت‌های مختلف اجتماعی می‌دهد و به آنها کمک می‌کند تا یک درک درست نسبت به خود و دیگران پیدا کنند و از این طریق هویت اجتماعی خود را تقویت نمایند (کیکوگانی و دیگران^۴، ۲۰۰۷: ۹۹-۱۰۰). مطالعات نشان داده‌اند که مشارکت اجتماعی پایین اثرات منفی‌ای روی سلامت افراد دارد (هرزوغ و دیگران^۵، ۲۰۰۲: ۶۰۶)، همچنین داشتن پایگاه اقتصادی-اجتماعی پایین سبب می‌شود که افراد درگیر رفع نیازهای بیولوژیکی خود باشند و فرصت لازم برای دستیابی به نیازهای سطح بالاتر چه فردی و چه جمعی را نداشته باشند (پاری^۶، ۱۹۸۷: ۷۲)، این به ارتقای سطوح سلامت لطمه می‌زند. اعتماد^۷ به عنوان یکی از ابعاد و مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و به مثابه عاملی نگه دارنده، در زمره ارزش‌هایی است که باید در قشرها و گروه‌های اجتماعی هر جامعه‌ای ایجاد، تقویت و منتشر شود. این متغیر همچنین یکی از مهم‌ترین شاخص‌ها و نشانگرهای مؤثر بر سلامت اجتماعی است. بسیاری از فیلسوفان اجتماعی نظیر هیس و دوتوکویل معتقدند که اعتماد، پایه اساسی نظم اجتماعی است، اعتماد تنش‌های اجتماعی را کاهش و انسجام را افزایش می‌دهد (شارع‌پور، ۱۳۸۸: ۴). پانام اعتماد را پیش شرط مشارکت مدنی و توسعه مشارکتی در جامعه می‌داند (محسنی تبریزی و شیر علی،

در اجتماع هستند و چیزهای ارزشمندی برای ارائه به دیگران دارند. سهم داشت اجتماعی نشان‌دهنده آن است که چگونه و تا چه حد مردم احساس می‌کنند که آنچه آنها در جهان انجام می‌دهند، برای جامعه مهم و ارزشمند است و به عنوان کمک اجتماعی تلقی می‌شود (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴: ۵).

۳- پذیرش اجتماعی (social acceptance): تفسیر فرد از جامعه و ویژگی‌های دیگران است. افرادی که دارای این بعد از سلامت اجتماعی هستند، اجتماع را به صورت مجموعه‌ای از افراد مختلف درک می‌کنند و دیگران را با همه نقض‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی‌ای که دارند، می‌پذیرد و به دیگران به عنوان افراد با ظرفیت و مهربان، اعتماد و اطمینان دارند (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴: ۷).

۴- پیوستگی اجتماعی (social coherence): اعتقاد به اینکه اجتماع قابل فهم، منطقی و قابل پیش‌بینی است. افرادی که از نظر اجتماعی سالم‌اند نه تنها درباره نوع جهانی که در آن زندگی می‌کنند بلکه همچنین راجع به آنچه اطرافشان رخ می‌دهد، علاقمند بوده، احساس می‌کنند قادر به فهم وقایع اطرافشان هستند. این مفهوم در مقابل بی‌معنایی در زندگی است و در حقیقت درکی که فرد نسبت به کیفیت، سازمان‌دهی و اداره دنیای اجتماعی اطراف خود دارد (همان).

۵- شکوفایی اجتماعی (social actualization): عبارت است از ارزیابی پتانسیل‌ها و مسیر تکامل جامعه و باور به اینکه اجتماع در حال یک تکامل تدریجی است و توانمندی‌های بالقوه‌ای برای تحول مثبت دارد. این افراد به آینده جامعه امیدوارند و معتقدند که خود و دیگران از پتانسیل‌هایی برای رشد اجتماعی بهره‌مند هستند و جهان می‌تواند برای آنها و دیگران بهتر شود (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴: ۶۷).

همچنین وی معتقد است که بین سلامت اجتماعی با رفتارهای اجتماع‌پسند و مسؤولیت‌پذیری در جامعه و جایگاه اجتماعی رابطه مثبتی وجود دارد (سام‌آرام، ۱۳۸۸: ۱۲).

¹ florin , wandersman

² Gamson

³ Hughey

⁴ cicognani, et al.

⁵ Herzog et al.

⁶ parry

⁷ trust

موجودی اجتماعی است وجود ارتباط بین افراد و محیط می تواند بر معیارهای درونی و ذهنی افراد و به تبع رفتار او نسبت به محیط اجتماعی مؤثر باشد. بدین لحاظ در بررسی میزان سلامت اجتماعی، باید شرایطی که مختص نظام اجتماعی بوده، مد نظر قرار گیرد. از آنجا که در آرای همه صاحب نظران در عرصه حمایت اجتماعی و اعتماد این دلالت ضمنی وجود دارد که وجود ارتباط میان افراد، داشتن اعتماد متقابل به یکدیگر و پشتیبانی شدن از سوی دیگران از طریق تسهیل کردن روابط اجتماعی موجباتی را فراهم می سازد که افراد بهتر و ساده تر بتوانند منافع فردی و گروهی خود را دنبال کنند و وجود روابط سرد در جامعه و عدم اعتماد موجب تضعیف نظم اجتماعی و تعهدات جمعی و عمومی می شود بنابراین به نظر می رسد از تبعات حمایت اجتماعی مطلوب و اعتماد در جامعه می تواند هدایت افراد به سمت سلامت اجتماعی باشد که در این تحقیق به عنوان اصلی ترین متغیرهای مستقل مدنظر قرار گرفته است. همچنین طبق نتایج تحقیقات مورد بررسی سلامت اجتماعی می تواند با تحصیلات، سن، جنس، تأهل، شرایط اقتصادی و اجتماعی فرد ارتباط مستقیمی داشته باشد و از آنجایی که شرایط اقتصادی اجتماعی و فرهنگی هر فرد با هم فرق دارد و می تواند نگرش افراد را تحت تأثیر قرار دهد، در این تحقیق این متغیرها نیز با سلامت اجتماعی در ارتباط قرار داده شده اند.

با بررسی نتایج تحقیقات و تئوری ها و استخراج متغیرهای اصلی پژوهش به نحوی که در چارچوب نظری آمده فرضیه های اصلی رقم خورد.

- بین میزان اعتماد اجتماعی دانشجویان و میزان سلامت اجتماعی آنان رابطه وجود دارد.

- بین میزان مشارکت اجتماعی دانشجویان و میزان سلامت اجتماعی آنان رابطه وجود دارد.

- بین میزان دسترسی دانشجویان به امکانات و خدمات محیطی و میزان سلامت اجتماعی آنان رابطه وجود دارد.

۱۳۸۸: ۱۵۶). طبق نظر لوهمان از تبعات اعتماد به خود و دیگران، اجرای درست قوانین در جامعه و همکاری و مشارکت اعضای جامعه در کلیه سطوح است (عباسزاده، ۱۳۸۳: ۲۷۲). پارسونز اعتماد را عامل ایجاد اتحاد، انسجام، ثبات و نظم می داند به عقیده وی اعتماد این باور را در افراد ایجاد می کند که دیگران به منظور دستیابی به یک موقعیت گروهی از منافع شخصی دست می کشند. اعتماد در واقع این انتظارات را موجب می شود که دیگران به تعهدات و مسؤولیت هایشان عمل کنند و موقعیت دیگران را درک نمایند. که این امر خود به پایداری و نظم سیستم اجتماعی کمک می کند (درانی و رشیدی، ۱۳۸۷: ۱۵).

سن، تحصیلات، جنس و پایگاه اقتصادی- اجتماعی از جمله عواملی هستند که درک و تصور فرد از خود و به تبع آن میزان سلامت اجتماعی افراد را تحت تأثیر قرار می دهد. دستیابی به تحصیلات بالا بر نوع شغل افراد تأثیر می گذارد و بنابراین شرایط زندگی و مردمی که به طور روزانه با آنها برخورد می کنند را تحت تأثیر قرار می دهد، پایگاه اقتصادی- اجتماعی پایین نیز به طور مداوم با کاهش سلامت جسمی و روانی در ارتباط قرار می گیرد (کییز، ۱۹۹۸: ۱۲۳). داشتن پایگاه اقتصادی- اجتماعی پایین سبب می شود که افراد درگیر رفع نیازهای بیولوژیکی خود باشند و فرصت لازم برای دستیابی به نیازهای سطح بالاتر چه فردی و چه جمعی را نداشته باشند (پاری، ۱۹۸۷: ۷۲)، و این به ارتقای سطوح سلامت لطمه می زند. بنابراین بهبود شرایط زندگی کسانی که دارای پایگاه اقتصادی- اجتماعی پایین هستند هدف اصلی دانشمندان علوم اجتماعی و سیاستمداران است (همان: ۷۴).

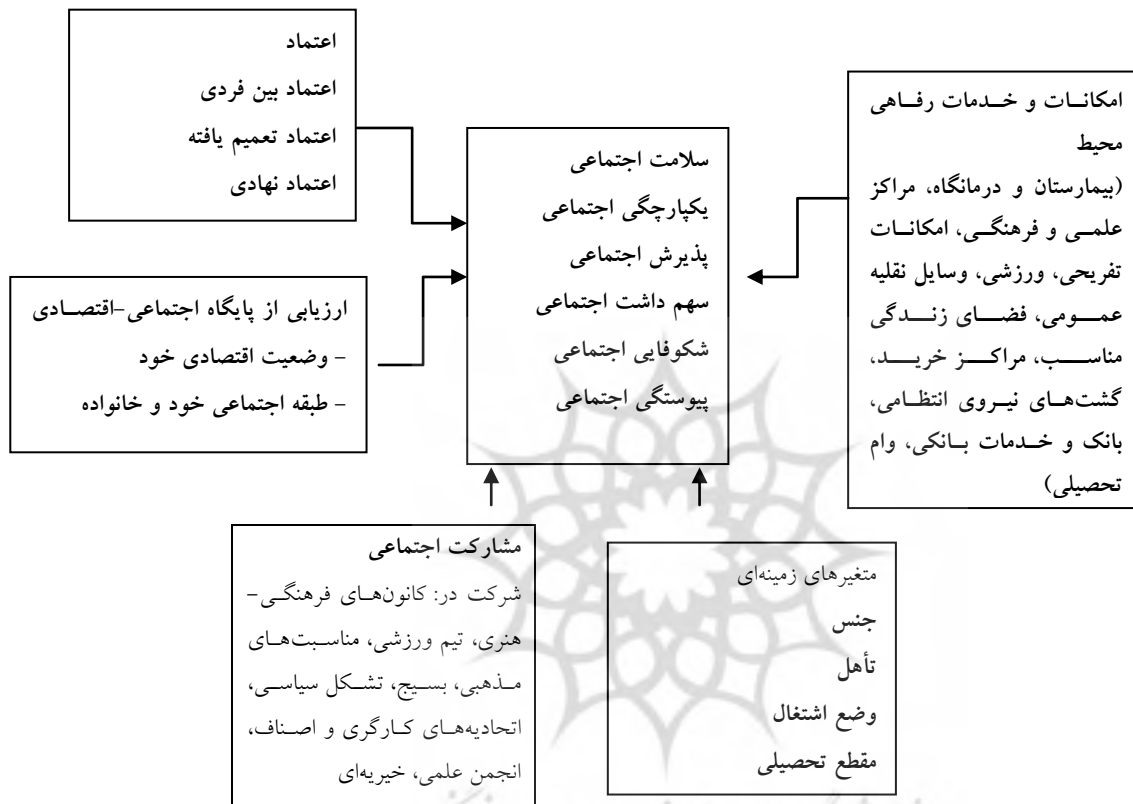
چارچوب نظری

در اینجا با توجه به نظریه کییز راجع به سلامت اجتماعی و ابعاد آن تلاش می شود تا میزان سلامت اجتماعی دانشجویان و عواملی که می تواند بر شکل گیری و درک سلامت اجتماعی شان مؤثر باشد، سنجیده شود. از آن جا که انسان

- بین جنس، وضعیت تأهل، وضع اشتغال و سطح تحصیلات و سلامت اجتماعی دانشجویان تفاوت معنادار وجود دارد.

- بین ارزیابی دانشجویان از وضعیت اقتصادی خود و میزان سلامت اجتماعی او تفاوت معنادار وجود دارد.

- بین ارزیابی دانشجویان از طبقه اجتماعی خود و خانواده‌اش و میزان سلامت اجتماعی تفاوت معنادار وجود دارد.



شکل ۱- مدل تحقیق

روش‌شناسی تحقیق

روش تحقیق مورد استفاده در این پژوهش روش پیمایش، به لحاظ معیار زمانی مقطعی و تکنیک گردآوری اطلاعات مورد نیاز پرسشنامه است. پرسشنامه‌ها نیز به صورت حضوری و با مراجعه به دانشجویان و طی مصاحبه با آنها در هر دانشکده تکمیل گردیده است. ضمن آنکه برای تدوین مبانی نظری از روش کتابخانه‌ای (اسنادی) نیز بهره گرفته شده است. براساس آمار منتشره از واحد آمار دانشگاه شهید باهنر کرمان، تعداد کل دانشجویان در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹،

۱۵۵۷۹ نفر بوده که در دانشکده‌های ادبیات، دامپزشکی، تربیت بدنی، ریاضی و کامپیوتر، علوم، فنی و مهندسی، کشاورزی، مدیریت و اقتصاد، هنر مشغول به تحصیل هستند. از این تعداد ۹۳۶۹ نفر زن و ۶۲۲۸ نفر مرد هستند که براساس فرمول کوکران با ۹۵ درصد اطمینان و ضریب خطای ۵ درصد تعداد ۳۷۵ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. در این تحقیق از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای استفاده شده است به طوری که طبقاتی متناسب با حجم جمعیت هر یک از دانشکده‌ها انتخاب شدند و به تفکیک جنسیت و رشته و سپس به

تعریف متغیرهای تحقیق (وابسته و مستقل و تعاریف عملیاتی آنها)

براساس تعریف کیز (۱۹۹۸) سلامت اجتماعی به معنی گزارش شخصی فرد از کیفیت ارتباطش با دیگران است. در اینجا میزان سلامت اجتماعی دانشجویان به وسیله مقیاس ۳۳ گویه‌ای که توسط کیز در سال ۱۹۹۸ طراحی شده است در قالب طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت ارزیابی شد که شامل پنج بعد یکپارچگی اجتماعی^۱، سهم داشت اجتماعی^۲، پذیرش اجتماعی^۳، شکوفایی اجتماعی^۴، پیوستگی اجتماعی^۵ است و میزان کارکرد بهینه افراد را در عملکرد اجتماعی‌شان معلوم می‌کند (کیز، ۲۰۰۲: ۳۲-۳۱).

اعتماد: کهن^۶ اعتماد را انتظار دریافت حسن نیت مداوم از از سوی دیگران می‌شمارد از این رو در اعتماد، امکان واگذاری منابع به دیگران وجود دارد (کهن، ۱۹۹۶: ۱۸۴).

گیدنز اعتماد را به عنوان اطمینان از اعتمادپذیری اشخاص یا اتکاء بر کیفیت یا ویژگی یک شخص و یا صحت عبارت و گفته‌ای توصیف می‌کند و معتقد است که این تعریف نقطه شروع مناسبی در تعریف این مفهوم است (گیدنز، ۱۳۷۷: ۳۷). همچنین اعتماد به منزله داشتن حسن ظن به دیگران در روابط بینابین است که بر سه نوع است: ۱- اعتماد بین فردی، ۲- اعتماد اجتماعی یا تعمیم یافته، ۳- اعتماد نهادی (زاهدی و اجاقلو، ۱۳۸۴: ۱۰۲).

اعتماد بین فردی: شامل اعتماد به افراد خانواده، خویشان، دوستان و همکاران می‌شود که تحت عناوین گوناگون اعتماد خاص گرایانه و اعتماد شخصی نامیده می‌شود.

صورت تصادفی ساده افراد نمونه انتخاب شدند.

روایی و پایایی: ابزار مورد پژوهش در این مطالعه پرسشنامه بوده است که پس از احراز اعتبار و پایایی برای جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز مورد استفاده قرار گرفت.

برای سنجش پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است. میزان آلفا برای شاخص سلامت اجتماعی با ضریب ۰/۹۰ مورد تأیید قرار گرفت. (در ایران پرسشنامه سلامت اجتماعی توسط جوشن‌لو و دیگران (۱۳۸۸)، حیدری و دیگران (۱۳۸۷) مورد هنجاریابی قرار گرفته است). برای سایر متغیرها نیز نتایج زیر به دست آمد: اعتماد: ۰/۸۶، مشارکت اجتماعی: ۰/۶۶، دسترسی به امکانات و خدمات عمومی (رفاه عمومی): ۰/۷۵.

برای سنجش اعتبار، ابتدا پرسشنامه اعتبار تنظیم و در اختیار تعدادی از صاحب‌نظران قرار گرفت و پس از استخراج آرای ایشان، پرسشنامه اصلاح نهایی گردید. همچنین برای سنجش اعتبار متغیر وابسته، از اعتبار سازه استفاده شد. اعتبار سازه با رابطه برقرار کردن بین وسیله اندازه‌گیری و چارچوب کلی نظری جهت تعیین این نکته که تا چه حد وسیله اندازه‌گیری مفاهیم و پیش‌فرض‌های نظریه به کار گرفته شده را منعکس می‌کند، سروکار دارد. بر اساس اطلاعات جدول زیر ملاحظه می‌شود که ضریب kmo برای سؤال‌های ۳۲ گانه سلامت اجتماعی برابر با ۰/۸۹۸ است که حاکی از کفایت نمونه است. همچنین مقدار بارتلت در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است که نشان می‌دهد تفکیک عامل‌ها بر اساس بارهای عاملی به درستی اجرا شده و بین عامل‌ها هم پوشانی وجود ندارد.

جدول ۱- مقدار KMO و آزمون بارتلت

مقدار کایزر مایر - اولکین (kmo)	۰/۸۹۸
بارتلت	۴۴۱۸/۶۱۱
درجه آزادی	۴۹۶
سطح معناداری	۰/۰۰۰

¹ social integration

² social contribution

³ social acceptance

⁴ social actualization

⁵ social coherence

⁶ Koehn

ارزیابی از پایگاه اجتماعی - اقتصادی: برای سنجش هویت طبقاتی پاسخگویان از آنها خواسته شد تا خود و خانواده‌شان را در یکی از طبقات اجتماعی، بالا، متوسط رو به بالا، متوسط، متوسط رو به پایین و پایین قرار دهند. همچنین وضعیت اقتصادی پاسخگویان و وضعیت اشتغال آنها در قالب گویه‌های جداگانه‌ای مورد سنجش قرار گرفتند.

یافته‌های توصیفی تحقیق

براساس نتایج به دست آمده از یافته‌های پژوهش ۵۱/۲ درصد از دانشجویان مورد بررسی دختر و ۴۸/۸ درصد پسر هستند. ۷۹/۷ درصد آنها مجرد، ۲۰/۳ درصد متأهل بوده و میانگین سنی آنها ۲۲ سال است. حدود ۶۰/۵ درصد دانشجویان مورد بررسی بومی استان کرمان و ۳۹/۵ درصد غیر بومی‌اند. حدود ۱۷ درصد پاسخگویان شاغل و بقیه (۸۳ درصد) غیر شاغل‌اند. ۴۸/۵ درصد وضعیت اقتصادی خود را متوسط، ۳۳/۸ درصد خوب و تنها ۱۲ درصد وضعیت اقتصادی‌شان را بد و خیلی بد می‌دانند. میزان درآمد ماهیانه خانواده ۶۰/۷ درصد پاسخگویان ۷۰۰-۳۰۰ هزار تومان است، به طوری که ۳۰/۷ درصد در طبقه درآمدی ۵۰۰-۳۰۰ هزار تومان و ۳۰ درصد در طبقه ۷۰۰-۵۰۰ هزار تومان قرار می‌گیرند. ۴۶/۹ درصد خود و خانواده‌شان را متعلق به طبقه اجتماعی متوسط رو به بالا و ۳۵/۱ درصد طبقه اجتماعی خود و خانواده‌شان را متوسط ارزیابی کردند.

در بررسی ابعاد سلامت اجتماعی و در کنار میانگین محاسبه شده، بررسی یکپارچگی اجتماعی جوانان دانشجویان نشان داد که ۵۶ درصد از آنها احساس می‌کنند یک فرد مهم در جامعه هستند و ۷۰ درصد فکر می‌کنند وقتی در جمعی شرکت می‌کنند با دیگران احساس نزدیکی دارند، در حالی که حدود ۲۴ درصد فکر می‌کنند به جامعه خود تعلق ندارند. ۶۹ درصد می‌گویند که اطرافیان‌شان به حرف‌ها و نظرهای آنها اهمیت می‌دهند و اکثریت هم احساس ارزشمند بودن و حضور جدی در جمع می‌کنند. درحالی‌که تنها حدود ۳۶

اعتماد اجتماعی یا تعمیم یافته: اعتماد به بیگانگان یا افراد کمتر آشنای اجتماعی می‌شود.

اعتماد نهادی: اعتماد به سازمان‌ها و نهادها و گروه‌ها در حوزه حکومت را شامل می‌شود (زاهدی اصل، ۱۳۸۸: ۱۱۵).

برای سنجش میزان اعتماد دانشجویان ابتدا طبق تعاریف و مطالعات انجام شده سه بعد؛ اعتماد بین-فردی شامل: اعتماد به اعضای خانواده، اقوام و خویشان، دوستان، نزدیکان. اعتماد اجتماعی یا تعمیم یافته شامل: اعتماد به دیگران، وفای به عهد، مسئولیت‌پذیری، اعتماد به دانشجویان و اساتید و... و اعتماد نهادی شامل اعتماد به دولت، نمایندگان مجلس، قضات، وکلای دادگستری از یکدیگر تفکیک شدند و متناسب با هر بعد سوالاتی مطرح گردید.

مشارکت اجتماعی: فرایند سازمان یافته‌ای است که افراد جامعه به صورت آگاهانه، داوطلبانه و جمعی با در نظر داشتن هدف‌های معین و مشخص که به سهم شدن در منابع قدرت منجر می‌گردد، در تعدادی فعالیت‌ها شرکت می‌کنند. نمود این مشارکت وجود نهادهای مشارکتی چون انجمن‌ها، گروه‌ها، سازمان‌های محلی و غیر دولتی هستند (ازکیا و غفاری، ۱۳۸۰: ۱۶-۱۵). برای سنجش مشارکت اجتماعی از پاسخگویان خواسته شد تا میزان عضویت و حضور خود را در طول یکسال گذشته، در فعالیت‌های فرهنگی - هنری، عضویت در تیم ورزشی، شرکت در مناسبت‌های مذهبی، عضویت در تشکیل سیاسی و... را بیان نمایند.

میزان دسترسی به امکانات: برای سنجش این متغیر از پاسخگو خواسته شد که میزان دسترسی آسان و راحت به هر یک از خدمات و امکانات زیر را در شهر کرمان مشخص کند؛ بیمارستان و درمانگاه، مراکز فرهنگی (کتابخانه، سالن مطالعه و...) مراکز علمی - آموزشی (زبان، کامپیوتر)، پارک‌ها، گردشگاه‌ها و مراکز ورزشی یا باشگاه، وسایل نقلیه عمومی (اتوبوس، تاکسی و...)، فروشگاه‌ها و شرکت‌های تعاونی، فضای زندگی مناسب، گشت‌های نیروی انتظامی و پلیس ۱۱۰، بانک و خدمات بانکی، وام و کمک هزینه تحصیلی.

داد که تنها ۲۲/۳ درصد باجمله "من به سادگی می‌توانم حوادثی را که در آینده برای جامعه رخ می‌دهد پیش‌بینی کنم" موافقت و اکثراً معتقدند که دنیای فعلی دنیای پیچیده‌ای است و تحلیل مسایل مختلف جامعه ارزشمند است و به طور کلی نمی‌توان حوادث فعلی را درک کرد.

میانگین اعتماد بین فردی، اعتماد اجتماعی و اعتماد نهادی به ترتیب در بین دانشجویان عبارت است از: ۱۷، ۲۱/۱، ۹/۷. به طوری که می‌توان گفت اعتماد بین فردی و اجتماعی دانشجویان در حد متوسط به بالا است ولی اعتماد نهادی آنها پایین‌تر از حد متوسط قرار دارد. میانگین اعتماد به‌طور کلی نیز در بین دانشجویان ۴۷/۸ است که با توجه به دامنه نمرات بیش از حد متوسط ارزیابی می‌شود.

میانگین مشارکت اجتماعی دانشجویان ۱۴/۹ به دست آمد که نشان‌دهنده پایین بودن میزان مشارکت اجتماعی است (دامنه=۳۰ تا ۸)، به طوری که ۶۱/۵ درصد از دانشجویان مشارکت اجتماعی کم، ۳۱ درصد متوسط و ۷/۵ درصد مشارکت اجتماعی زیادی دارند.

در مورد دسترسی دانشجویان به امکانات و خدمات نیز بررسی‌ها نشان می‌دهد که اکثریت دانشجویان (۶۲ درصد) در حد متوسط به امکانات و خدمات محیطی یادشده دسترسی دارند.

یافته‌های تحلیلی تحقیق

به منظور تبیین رابطه بین سلامت اجتماعی و متغیرهای اثرگذار از آزمون‌های آماری مختلف استفاده شد. در بررسی متغیرهای زمینه‌ای جنسیت، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال و مقطع تحصیلی مورد بررسی قرار گرفت.

همان‌گونه که نتایج آزمون T و تفاوت میانگین نشان می‌دهد، به طور کلی تفاوت معناداری بین دختران و پسران دانشجویان از نظر سلامت اجتماعی وجود ندارد اما در ابعاد سلامت اجتماعی، تفاوت دو جنس معنادار است و می‌توان گفت پسران دانشجویان نسبت به دخترها در سهم داشت

درصد در جامعه احساس آرامش می‌کنند. میانگین یکپارچگی اجتماعی در دامنه نمره (۹ تا ۳۵) در حد متوسط به دست آمده است.

در بررسی پذیرش اجتماعی دانشجویان دختر و پسر مشخص شد حدود ۶۷ درصد از آنها در قبال کمک و یاری‌رسانی به دیگران چشمداشت دارند. درحالی‌که حدود ۷۰ درصد فکر می‌کنند هنوز مهربانی از جمع ما بیرون نرفته است. ۸۰ درصد نیز معتقدند امروزه کسی به مشکلات دیگران توجهی ندارد و هرکس به فکر خودش است تا دیگران. ۸۶ درصد هم می‌گویند این روزها در بین مردم تقلب و زرنج‌بازی خیلی رواج دارد و ۴۷ درصد هم به مردم اعتماد می‌کنند. میانگین به دست آمده پذیرش اجتماعی اندکی کمتر از حد متوسط است (میانگین ۱۷/۳ در دامنه نمرات ۳۰ تا ۷).

محاسبه و ارزیابی سهم داشت اجتماعی دانشجویان (میانگین ۲۲/۱، دامنه نمرات ۳۰ تا ۷) نشان داد که ۸۳/۲ درصد فکر می‌کنند می‌توانند روی دیگران تأثیرگذار باشند و تنها ۲۰ درصد فکر می‌کنند با فعالیت‌هایشان می‌توانند بر پیشرفت جامعه اثرگذار باشند. ۶۶ درصد ابراز می‌کنند چیزهای ارزشمندی برای ارائه به دیگران دارند و ۶۲ درصد توانایی کافی برای شرکت در فعالیت‌های اجتماعی را از خود نشان داده و معتقدند مشارکت آنها در فعالیت‌های اجتماعی به اداره بهتر جامعه کمک می‌کند.

در بررسی میزان شکوفایی اجتماعی، ۲۵/۹ درصد فکر می‌کنند پیشرفت جامعه متوقف شده است، ۴۵/۴ درصد از دختران و پسران دانشجویان دانشگاه شهید باهنر فکر می‌کنند؛ زمینه کشف و شکوفایی استعداد جوانان فراهم نیست و تنها ۲۸/۶ درصد فکر می‌کنند جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنند، مکانی مستعد برای پیشرفت و ترقی است. ۲۶/۵ درصد به آینده خوش بینند و ۴۵/۹ درصد موافق پیشرفت جامعه و رو به جلو بودن آن هستند و ۴۵/۶ درصد موافق این جمله‌اند که به طور کلی دولت به فکر بهبودی زندگی مردم است.

پیوستگی اجتماعی جوانان دانشجویان ساکن در شهر کرمان نشان

اجتماعی و پیوستگی اجتماعی میانگین بالاتری دارند اما دختران دانشجو در بعد شکوفایی اجتماعی برترند.

اختلاف معناداری بین میانگین سلامت اجتماعی دانشجویان مجرد و متأهل وجود دارد. به طوری که سلامت اجتماعی متأهلان (۱۰۲/۸) نسبت به مجردان (۹۸/۳) بیشتر به دست آمده است و می‌توان گفت علاوه بر سلامت اجتماعی به‌طور کلی شکوفایی اجتماعی و پذیرش اجتماعی متأهلان بیشتر از مجردان است.

میانگین سلامت اجتماعی دانشجویان شاغل ۱۰۳/۵ و میانگین سلامت اجتماعی دانشجویان غیر شاغل ۹۸/۴ است که با توجه به معنادار بودن آزمون انجام شده ($\text{sig}=0/02$) می‌توان گفت که دانشجویان شاغل نسبت به دانشجویان غیر شاغل از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردار هستند. بررسی‌ها نشان می‌دهد که دانشجویان شاغل در همه ابعاد سلامت اجتماعی غیر از بعد شکوفایی اجتماعی از میانگین بالاتری در مقایسه با دانشجویان غیر شاغل برخوردارند.

جدول ۲- آزمون تفاوت میانگین سلامت اجتماعی بر حسب متغیرهای زمینه‌ای (جنسیت، وضعیت تأهل، اشتغال)

جنسیت	تعداد	میانگین	مقدار t	سطح معناداری
پسر	۱۷۸	۹۹,۷۶	۰,۵۵۱	۰/۵۸
دختر	۱۸۸	۹۸,۸۱		
پسر	۱۸۲	۲۲,۷۱	۲,۹۹	۰/۰۰۳
دختر	۱۹۲	۲۱,۵۶		
پسر	۱۸۰	۲۰,۱۵	-۲,۴۲۹	۰/۰۱
دختر	۱۹۰	۲۱,۷۴		
پسر	۱۸۲	۱۴,۷۷	۲,۳۸۹	۰/۰۱
دختر	۱۹۲	۱۴,۱۲		
وضعیت تأهل	تعداد	میانگین	مقدار t	سطح معناداری
مجرد	۲۹۰	۹۸,۳۵	-۲,۱۰۸	۰/۰۳
متاهل	۷۶	۱۰۲,۸		
مجرد	۲۹۸	۱۷,۱۴	-۱,۹۷۶	۰/۰۴
متاهل	۷۶	۱۸,۱۸		
مجرد	۲۹۴	۲۰,۵۹	-۲,۲۶۳	۰/۰۲
متاهل	۷۶	۲۲,۴۳		
وضعیت اشتغال	تعداد	میانگین	مقدار t	سطح معناداری
غیر شاغل	۲۹۹	۹۸,۴۸	-۲,۱۹۲	۰/۰۲
شاغل	۶۲	۱۰۳,۵		
غیر شاغل	۳۰۵	۱۷,۰۹	-۳,۱۳۵	۰/۰۰
شاغل	۶۴	۱۸,۸		
غیر شاغل	۳۰۶	۲۱,۸	-۳,۳۳۱	۰/۰۰
شاغل	۶۳	۲۳,۵		
غیر شاغل	۳۰۵	۱۴,۲	-۲,۴۷۰	۰/۰۱
شاغل	۶۴	۱۵,۱		

نشان می‌دهد که این تفاوت تنها در بعد شکوفایی اجتماعی معنادار است به گونه‌ای که میانگین شکوفایی اجتماعی با

در بررسی رابطه مقطع تحصیلی بر سلامت اجتماعی و ابعاد آن یافته‌های به دست آمده از آزمون تحلیل واریانس

نشان دادند که دانشجویان رشته تربیت بدنی بیشترین میزان سلامت اجتماعی (۱۰۹/۲۸) و گروه هنر (۸۹,۹۴) کمترین میزان سلامت اجتماعی را دارد.

ارتقای سطح تحصیلات افزایش می‌یابد و از این لحاظ دانشجویان مقطع دکتری در مقایسه با سایر مقاطع تحصیلی از شکوفایی اجتماعی بالاتری بهره‌مند هستند. همچنین یافته‌ها

جدول ۳- آزمون تفاوت میانگین سلامت اجتماعی بر حسب سطح تحصیلات

مقطع تحصیلی	کاردانی و کارشناسی	کارشناسی ارشد	دکتری	جمع	سطح معناداری
تعداد	۲۸۹	۷۲	۹	۳۷۰	۰/۰۴
میانگین	۲۱/۰۹	۱۹/۹۴	۲۵/۱۱	۲۰/۹۷	

اقتصادی خیلی بد (۸۸/۶) و بالاترین در میان افراد با وضعیت اقتصادی خوب (۱۰۳/۶) دیده می‌شود.

برای تعیین رابطه بین متغیرهای مستقل اعتماد، مشارکت اجتماعی و میزان دسترسی به امکانات و خدمات (رفاه عمومی) با میزان سلامت اجتماعی (متغیر وابسته) از ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید. به طوری که همه این متغیرها در سطح $\text{sig}=0/000$ با میزان سلامت اجتماعی رابطه معناداری داشتند. نتایج به دست آمده نشان‌دهنده همبستگی مثبت این متغیرها با متغیر وابسته است به گونه‌ای که با افزایش اعتماد، مشارکت اجتماعی و رفاه عمومی می‌توان شاهد افزایش میزان سلامت اجتماعی دانشجویان به شرح زیر بود.

برای سنجش طبقه اجتماعی و وضعیت اقتصادی بر میزان سلامت اجتماعی دانشجویان از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد. به طوری که بیشترین و کمترین میزان سلامت اجتماعی به ترتیب در بین افراد با هویت طبقاتی بالا (۱۰۳/۲) و افراد با هویت طبقاتی متوسط رو به پایین (۹۲/۶) مشاهده می‌شود و به طور کلی با ارتقای سطح طبقه اجتماعی، میانگین سلامت اجتماعی نیز افزایش می‌یابد. لازم به ذکر است که تفاوت معناداری بین بعد یکپارچگی اجتماعی و شکوفایی اجتماعی نیز با هویت طبقاتی وجود دارد. همچنین بین میزان سلامت اجتماعی و همه ابعاد آن - به جز پیوستگی اجتماعی - با وضعیت اقتصادی پاسخگویان تفاوت معناداری وجود دارد. پایین‌ترین میزان سلامت اجتماعی در بین افراد با وضعیت

جدول ۴- رابطه بین متغیرهای مستقل و وابسته (تعداد= ۳۷۵)

متغیر مستقل	متغیر وابسته	سطح معناداری	ضریب همبستگی	جهت
اعتماد	سلامت اجتماعی	۰/۰۰۰	۰/۵۱	مثبت
مشارکت اجتماعی	سلامت اجتماعی	۰/۰۰۰	۰/۳۵	مثبت
دسترسی به امکانات و خدمات (رفاه عمومی)	سلامت اجتماعی	۰/۰۰۰	۰/۳۹	مثبت

tolerance مورد توجه قرار گرفت. این میزان برای همه متغیرهای مستقل این تحقیق بالاتر از ۰/۷ است. (هر چه میزان tolerance بیشتر باشد هم خطی کمتری وجود دارد). همان‌طور که جدول زیر نشان می‌دهد، از میان متغیرهای وارد شده به معادله رگرسیون دو متغیر، متغیر وابسته را تبیین می‌کنند. اولین متغیر میزان اعتماد است که بر اساس ضریب بتا

در ادامه و برای نشان دادن ارتباط همزمان همه متغیرهای مستقل با متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) و تحلیل روابط بین آنها از رگرسیون چند متغیره به روش قدم به قدم^۱ استفاده شد و جهت هم خط نبودن متغیرهای مستقل آماره تلرانس^۲

^۱ stepwise
^۲ tolerance

متغیر مستقل به طور همزمان ۰/۷۷ و ضریب تعیین ۰/۵۹ است. در واقع به وسیله متغیرهایی که وارد معامله شده‌اند ۵۹ درصد واریانس متغیر وابسته تبیین شده است. بدین معنی که ۵۹ درصد از تغییرات حاصل در متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) توسط متغیرهای میزان اعتماد و مشارکت اجتماعی تفسیر می‌شود.

به دست آمده (۰/۶۰۶) بیشترین رابطه را با میزان سلامت اجتماعی داشته است. براساس بتا محاسبه شده این متغیر، با یک واحد تغییر در میزان اعتماد ۶۰/۶ درصد تغییر در میزان سلامت اجتماعی به دست می‌آید. بعد از آن متغیر مشارکت اجتماعی است که ۱۲ درصد تغییرات سلامت اجتماعی را تبیین می‌کند. ضریب همبستگی سلامت اجتماعی با این دو

جدول ۵- نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی سلامت اجتماعی

عنوان متغیر	Beta	T	Sig t
میزان اعتماد	۰/۶۰۶	۱۴/۱۸۹	۰/۰۰۰
مشارکت اجتماعی	۰/۱۱۸	۳/۱۵۰	۰/۰۰۰
	Adjusted R square=۰/۵۹۰	R square =۰/۵۹۴	R=۰/۷۷۱

رابطه بین تأهل و سلامت روانی در مطالعات بسیاری مورد تأیید قرار گرفته است حتی نظریه‌پردازان سلامت اجتماعی نیز بر این رابطه تأکید کرده‌اند (کیزی و شاپیرو، ۲۰۰۷؛ کیزی ۲۰۰۴، ۲۰۰۲، ۱۹۹۸). مریم کنگرلو نیز در تحقیق خود (کنگرلو، ۱۳۸۷) ارتباط معنادار بین تأهل و سلامت اجتماعی نشان داده بود. بنابراین به نظر می‌رسد در ایران و در بین جوانان دانشجوی زندگی مشترک با برآوردن بسیاری از نیازها و ایجاد روحیه تعهد و ایجاد شبکه‌ای پایدار از روابط، موجب نگرش مثبت فرد نسبت به امور اجتماعی و در نتیجه بالا رفتن میزان سلامت اجتماعی می‌شود.

همان طور که نتایج نشان داد اشتغال از متغیرهایی است که رابطه معناداری با سلامت اجتماعی دارد. در واقع یکی از اولویت‌های مهم جوانان در زندگی داشتن شغل مناسب است که موجب تداوم پیوند فرد با جامعه و تأمین نیازهای اقتصادی، اجتماعی و روانی او می‌شود و در کنار آن سلامت اجتماعی فرد افزایش می‌یابد. در بررسی‌های انجام شده تفاوت معناداری بین میزان سلامت اجتماعی دانشجوی و رشته‌ای که فرد در آن تحصیل می‌کند، مشاهده شد به طوری که دانشجویان دانشکده هنر و تربیت بدنی به ترتیب از کمترین و بالاترین میزان سلامت اجتماعی برخوردار هستند.

براساس مقادیر بتا محاسبه شده معادله رگرسیونی چند متغیره در تحقیق حاضر را می‌توان به شرح زیر ترسیم کرد:
میزان سلامت اجتماعی = میزان اعتماد (۰/۶۰۶) + مشارکت اجتماعی (۰/۱۱۸)

بحث و نتیجه

با بررسی رابطه بین جنسیت و سلامت اجتماعی مشخص شد بعد پیوستگی اجتماعی، سهم داشت اجتماعی و شکوفایی اجتماعی در بین دانشجویان دختر و پسر تفاوت معناداری دارد؛ به طوری که میانگین نمرات پسران در پیوستگی اجتماعی و سهم داشت اجتماعی بیشتر از دختران است. شاید بتوان دلیل این امر را کمتر بودن محدودیت‌های اجتماعی مردان نسبت به زنان دانست که سبب می‌شود پسران بدون دغدغه در عرصه‌های مختلف حضور داشته باشند و در نتیجه خود را عضو مهمی در جامعه و پیشرفت آن بدانند. از طرفی میزان شکوفایی اجتماعی دانشجویان دختران بیشتر از پسران است، بدین معنی که دختران به آینده و تکامل جامعه امیدوارتر هستند.

یافته‌ها نشان می‌دهد که دانشجویان متأهل نسبت به دانشجویان مجرد از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردارند.

اجتماعی یاد می‌کند که به عنوان مکانیزم کنترل اجتماعی در جامعه عمل می‌کند. در تحقیقات خیرا... پور (۱۳۸۳)، محمد تقی ایمان (۱۳۸۷)، بهزاد (۱۳۸۴) رابطه سرمایه اجتماعی و اعتماد با سلامت روانی نیز معنادار گزارش شد. بنابراین اعتماد افراد یک جامعه با یکدیگر و نهادها و سازمان‌ها خصوصاً نهادهای تصمیم‌گیرنده و مشارکت آنها در تشکیل گروه‌ها و انجمن‌ها موجب کارایی و پویایی آنها و همچنین احساس مسئولیت آنها در قبال فرد و جامعه می‌گردد زیرا همان طور که فلورین و واندرمن (۲۰۰۰)، هوگی (۱۹۹۱) مطرح می‌کنند مشارکت اجتماعی علاوه بر رشد فردی باعث رسیدن به هویت مشترک جمعی و اجتماعی می‌شود و بنابراین فرد احساس پیوند بیشتری با جامعه، دیگران و اجتماع می‌کند. زیرا این مشارکت‌ها میل به تعلق و ارتباط با دیگران، عزت نفس، کمال و خود شکوفایی را تا حدی ارضا می‌نمایند و به گفته هالیواکس زمانی که افراد در جامعه مشارکت دارند در واقع آنان به نظم مستقر در جامعه باور دارند (توسلی، ۱۳۸۲: ۷۶).

به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که مشارکت نداشتن در فعالیت‌های اجتماعی و عدم اعتماد، مانع جذب فرد در چارچوب‌های اجتماعی می‌گردد، در این صورت فرد احساس می‌کند که هیچ فصل مشترکی بین ارزش‌های فردی و اجتماعی اش وجود ندارد و نسبت به ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی بی‌تفاوت و بی‌اعتماد می‌شود (کاهش یکپارچگی اجتماعی)، بنابراین احساس می‌کند که سرنوشت اجتماع به نیروها یا ساختارهای خارجی مربوط است نه به اجزای تشکیل‌دهنده اجتماع و برای اجتماع توان بالقوه‌ای در مسیر تکاملی خود قابل نیست (کاهش شکوفایی اجتماعی)، با این تفکر شخص احساس می‌کند که جامعه آن‌قدر پیچیده است که نمی‌توان آن را فهمید و آینده را پیش‌بینی کرد (کاهش پیوستگی اجتماعی) و بنابراین نگرش مثبت خود را نسبت به اجتماع و حتی افراد آن جامعه از دست می‌دهد (کاهش پذیرش اجتماعی). وقتی که نگرش‌های فوق در فرد ایجاد شد

به‌طور کلی جو و فضای آموزشی، عرصه را برای شکوفا شدن و رشد استعدادها در گرایش‌های مختلف اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی در دانشجویان، باز می‌سازد و نیروی سازندگی و ابداع را در آنها پرورش می‌دهد و به دنبال آن سلامت روانی و اجتماعی را تقویت می‌کند. یافته‌های این تحقیق نشان داد دانشجویانی که درک خوبی از وضعیت اقتصادی خود داشتند نسبت به سایر گروه‌ها (متوسط، بد، خیلی بد) از میزان سلامت اجتماعی بالاتری بهره‌مند بودند همچنین هویت طبقاتی که در این تحقیق به وسیله درک فرد از طبقه اجتماعی خود و خانواده‌اش ارزیابی شد، با میزان سلامت اجتماعی رابطه معناداری داشت و این نشان‌دهنده اهمیت مؤلفه‌های ذهنی است که می‌تواند رفتارها و تصورات افراد را تحت تأثیر قرار دهد. از طرفی هر چه میزان دسترسی دانشجویان به خدمات و امکانات رفاهی مثل دسترسی به بیمارستان و درمانگاه، مراکز علمی، آموزشی، فرهنگی و ورزشی، پارک‌ها، وسایل نقلیه و جز آن بیشتر باشد، سلامت اجتماعی او نیز سطح بالاتری خواهد داشت. بنابراین بین خدمات و امکانات رفاهی و سطح سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد و این به دلیل چند بعدی بودن مسأله سلامت و تأثیر متقابل است که هر یک از ابعاد سلامت می‌توانند برهم داشته باشند به طوری که عدم دسترسی فرد به خدمات رفاهی موجب نگاه تبعیض‌آمیز و ناعادلانه فرد نسبت به اجتماع می‌شود و می‌تواند سلامت اجتماعی او را کاهش دهد.

براساس مدل رگرسیون، اعتماد و مشارکت اجتماعی بیشترین اهمیت را در تعیین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان دارند. در انطباق یافته‌ها با چارچوب نظری تحقیق می‌توان گفت که اگر افراد به هر دلیلی اعتماد خود را از دست بدهند از مشارکت در امور و فعالیت‌های اجتماعی سر باز خواهند زد و هیچ گونه پیوند محکمی بین فرد و اجتماع برقرار نمی‌ماند بنابراین در چنین شرایطی افراد نمی‌توانند نسبت به جامعه و اجتماع خود نگرش مثبتی داشته باشند. همچنین پاتنام از اعتماد به عنوان تسهیل‌گر کنش‌های

فرد کارآیی خود را از دست می‌دهد و احساس می‌کند که نقش مهمی در پیشرفت و آینده جامعه نمی‌تواند داشته باشد (کاهش سهم داشت اجتماعی) و در نهایت سلامت اجتماعی فرد کاهش می‌یابد و نتیجه آن تعارض شخصیت، اختلال در رفتارهای اجتماعی و گسترش فساد و ناهنجاری‌های اجتماعی، بزهکاری و جز آن می‌شود.

بنابراین سلامت اجتماعی عامل مهمی در پذیرش هنجارهای اجتماعی است که فرد را قادر به تعادل مثبت و اجتناب از پاسخ‌های نامطلوب می‌کند. افرادی که از سلامت اجتماعی برخوردارند می‌توانند با چالش‌های زندگی اجتماعی روبرو شوند و با آنها مقابله نمایند و عملکرد بهتری در جامعه داشته باشند.

با توجه به اهمیت سلامت اجتماعی در جامعه باید در جستجوی راه‌هایی بود که موجبات افزایش آن فراهم آید. برای افزایش سلامت اجتماعی در جامعه نمونه با توجه به چارچوب نظری تحقیق و نتایج به دست آمد. پیشنهادهای زیر ارائه می‌گردد:

از آنجا که یکی از عوامل اصلی مؤثر بر سلامت اجتماعی، اعتماد است، برای افزایش سلامت اجتماعی در بین جوانان لازم است تا اعتماد آنان نسبت به سایر افراد جامعه و نهادهای اجتماعی افزایش یابد که یکی از راه‌های آن ارائه اطلاعات شفاف از طریق نهادهای مسئول، ترجیح ضوابط بر روابط و توجه مسئولان به خواسته‌ها و نیازهای جوانان است. در واقع اگر مسئولان و سازمان‌ها در جهت تحقق اهداف جمعی فعالیت کنند موجب تداوم مشروعیت خود می‌شوند و تداوم مشروعیت، همراه با مقبولیت، رضایت و اعتماد خواهد بود.

باید شرایطی فراهم شود که دانشجویان بدون واگم و فارغ از مسایل سیاسی به مشارکت در سطوح مختلف بپردازند. تشویق حس مشارکت دانشجویان در امور مختلف می‌تواند به صورت بازوی کمکی برای مسئولان عمل کند، تا در کنار هم در هدایت جامعه به سوی سلامت گام بردارند.

مسئولان دانشگاه می‌توانند با تدارک مکان‌های تفریحی، ورزشی در سطح دانشگاه خصوصاً در محیط خوابگاه زمینه‌های نشاط و تحرک را برای دانشجویان فراهم کنند، تا جوانان با جمع شدن در این مکان‌ها علاوه بر بهره‌مندی از سلامت جسمی، روحی و اجتماعی به تعاملات اجتماعی پرداخته، با یکدیگر احساس یگانگی کنند.

منابع

- آراسته‌خو، م. (۱۳۸۱). *نگرشی بر فرهنگ اصطلاحات علمی-اجتماعی*، تهران: نشر چاپبخش، چاپ اول.
- آرون، ر. (۱۳۸۱). *مراحل اساسی سیر اندیشه در جامعه‌شناسی*، ترجمه: باقر پرهام، تهران: انتشارات علمی- فرهنگی.
- ازکیا، م. و غفاری، غ. (۱۳۸۰). «بررسی رابطه اعتماد و مشارکت اجتماعی در نواحی روستایی کاشان»، *نامه علوم اجتماعی*، دوره ۹، ش ۱۷، ص ۳-۳۲.
- باستانی، س. و دیگران. (۱۳۸۷). «سرمایه اجتماعی شبکه و روابط متقابل بین شخصی»، *مجله دانشکده ادبیات و علوم انسانی*، سال ۱۶، ش ۶۱، ص ۴۱-۸۱.
- توسلی، غ.ع. (۱۳۸۲). *مشارکت اجتماعی در سراسر جامعه آنومیک*، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- جوشن‌لو، م. و دیگران. (۱۳۸۸). «طراحی فرم کوتاه مقیاس بهروزی اجتماعی برای استفاده در نمونه‌های ایرانی»، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، ش ۳۲، ص ۱۷۹-۱۹۸.
- جوکار، ب. (۱۳۸۶). «نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه بین هوش هیجانی و هوش عمومی در رابطه با رضایت از زندگی»، *مجله روان‌شناسی معاصر*، دوره دوم، ش ۴، ص ۳-۱۲.
- خیرالله‌پور، ا. (۱۳۸۳). *بررسی عوامل مؤثر بر سلامت روانی با تأکید بر سرمایه اجتماعی: مطالعه موردی دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی*، پایان‌نامه

- کارشناسی ارشد، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه جامعه‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی.
- درآنی، ک. و رشیدی، ز. (۱۳۸۷). «بررسی تعاریف، مفاهیم و چگونگی ایجاد سرمایه اجتماعی»، *ماهنامه مهندسی فرهنگی*، سال دوم، ش ۱۷ و ۱۸، ص ۸-۱۹.
- رضوانی، م.ر. و دیگران. (۱۳۸۷). «ارزیابی کیفیت زندگی در نواحی روستایی»، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، ش ۳۰ و ۳۱، ص ۳۵-۶۱.
- رفیع‌پور، ف. (۱۳۷۸). *آنومی یا آشفتگی اجتماعی (پژوهشی در زمینه پتانسیل آنومی در شهر تهران)*، تهران: انتشارات سروش.
- زاهدی، م.ج. و اجاقلو، س. (۱۳۸۴). «بررسی اعتماد اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در بین ساکنان شهر زنجان»، *مجله جامعه‌شناسی ایران*، دوره ۶، ش ۴، ص ۹۲-۱۲۵.
- سام‌آرام، ع. (۱۳۸۸). «بررسی رابطه سلامت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه محور»، *فصلنامه علمی پژوهشی انتظام اجتماعی*، سال اول، ش ۱، ص ۹-۲۹.
- سجادی، ح. و صدرالسادات، ج. (۱۳۸۴). «شاخص‌های سلامت اجتماعی»، *فصلنامه سیاسی اقتصادی*، دوره ۹، ش ۲۰۷ و ۲۰۸، ص ۲۴۴-۲۵۳.
- شارع‌پور، م. (۱۳۸۸). «بررسی عوامل مؤثر بر اعتماد اجتماعی به نیروهای انتظامی (مطالعه موردی استان مازندران)»، *جامعه‌شناسی کاربردی*، ش ۳۶، ص ۱-۱۶.
- عباس‌زاده، م. (۱۳۸۳). «عوامل مؤثر بر شکل‌گیری اعتماد اجتماعی دانشجویان»، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، سال چهارم، ش ۱۵، ص ۲۶۷-۲۹۲.
- عبدالله‌تبار، ه. و دیگران. (۱۳۸۷). «بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان»، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، ش ۳۰ و ۳۱، ص ۱۷۱-۱۸۹.
- علیوردی‌نیا، ا. شارع‌پور، م. و ورمزیار، م. (۱۳۸۷). «سرمایه اجتماعی خانواده و بزهکاری»، *فصلنامه پژوهش زنان*، دوره ۶، ش ۲، ص ۱۰۷-۱۳۲.
- غفاری، غ. و دیگران. (۱۳۸۷). «کیفیت زندگی در برنامه‌های عمرانی و توسعه ایران»، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، دوره ۸، ش ۳۰ و ۳۱، ص ۹-۳۳.
- فارسی‌نژاد، م. (۱۳۸۳). *بررسی رابطه سبک‌های هویت با سلامت اجتماعی و خودکارآمدی تحصیلی در دانش‌آموزان پسر و دختر پایه دوم دبیرستان‌های شهر تهران*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده روان‌شناسی دانشگاه تهران.
- فدایی مهربانی، م. (۱۳۸۶). «شهرنشینی، رسانه و سلامت اجتماعی»، *نشریه پژوهش و سنجش*، ش ۱۴۹، ص ۶۷-۸۶.
- گرمارودی، غ. و وحدانی‌نیا، م. (۱۳۸۵). «سلامت اجتماعی بررسی میزان مهارت‌های اجتماعی دانشجویان»، *فصلنامه پایش*، سال پنجم، ش ۲، ص ۱۵-۳۲.
- گنگرلو، م. (۱۳۸۷). *سنجش میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیر شاهد در دانشگاه علامه طباطبایی*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی گیدنز، آ. (۱۳۷۷). *پیامدهای مدرنیته*، ترجمه: محسن ثلاثی، تهران: نشر مرکز، چاپ اول.
- محسنی‌تبریزی، ع.ر. و شیرعلی، ا. (۱۳۸۸). «عوامل مؤثر بر اعتماد اجتماعی دانشجویان ایرانی خارج از کشور مورد پژوهی دانشگاه‌های کشور آلمان»، *فصلنامه پژوهش و برنامه‌ریزی در آموزش عالی*، ش ۵۲، ص ۱۵۱-۱۷۶.
- یزدان‌پناه، ل. (۱۳۸۲). *بررسی عوامل مؤثر بر مشارکت اجتماعی شهروندان ۱۸ سال به بالای شهر تهران*، پایان‌نامه دکتری رشته جامعه‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی.

- Blanco, A. & Diaz. D. (2007) Social Order and Mental Health: A Social Well-Being Approach , *Autonoma University of Madrid, Psychologie in Spain*, vol.11(5), p 61-71.
- Callaghan, L. (2008) *Social Well-Being in Extra Care Housing: An Overview of the Literature*, personal social service research unit, established at the university of kent an Canterbury, www.ukc.ac.uk/PSSRU
- Cicognani, E. & Pirini, C. & Keyes, C. & Joshanloo, M. & Rostami, R. & Nosratabadi, M. (2007) Social Participation, Sense of Community and Social Well Being: A Study on American, Italian and Iranian University Students , *Springer Science+Business Media B.V.*, p 97-112.
- Herzong, A.R. of stedal, M.B. & Wheeler, L.M. (2002) Social Engagement and Its Relationship to Health, *Clinical Geriatric Medicine*, 18(3), ix.
- Keyes, C. Lee, M. & Shapiro, Adam. (2004) Social well-being in the united states: A Descriptive Epidemiology.
- Keyes, C. Lee, M. (1998) Social Well-Being , *Social Psychology Quarterly*, vol. 61, N. 2, p 121-190.
- Koehn, D. (1996) Should We Trust in Trust , *American Business Law Journal*, vol. 34, issue2, P 172-188.
- Larson, J. (1993) The Measurement of Social Well-Being , *Social Indicators Research*, vol. 28, p 285-296.
- Novo, R. Lima, M. (2006) So Far So Good? Subjective and Social Well-Being in Portugal and Europe , *Portuguese Journal of Social Science*, Vol. 5, N. 1, P 5-33.
- Parry, P. M.s.s.w. (1987) *A study of the relationship between visitation and the perceived social well-being of nursing home residents*, the University of texas at Arlington.
- Shapiro, A. & Keyes, C. (2007) Marital Status and Social Well-Being: Are the Married Always Better Off?., *Springer Science+Business Media B.V.*, No. 5, P154-167.
- World Health organization (WHO). (1979) *Health for all*, Sr. No. 5.