

تحلیل جامعه‌شناختی سلامت اجتماعی جوانان و عوامل مؤثر بر آن (مطالعه موردی: جوانان ۱۸ تا ۳۰ سال در شهرستان قاین)

محمدحسن شربتیان، مربی گروه جامعه‌شناسی دانشگاه پیام نور، ایران*
نفیسه ایمنی، دانش‌آموخته ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه پیام نور، ایران

چکیده

سلامت اجتماعی از اساسی‌ترین معیارهای رفاه اجتماعی هر جامعه‌ای است و در ارتقای کیفیت زندگی هر جامعه‌ای مؤثر است و به‌نوعی بهزیستن و خوب نگریستن به زندگی و حیات جمعی را برای فرد فراهم می‌کند. نوشتار حاضر از یک‌سو، ابعاد مختلف سلامت اجتماعی را می‌سنجد و از سوی دیگر، رابطه این پدیده را با سایر پدیده‌های مرتبط با حوزه رفاه اجتماعی تحلیل می‌کند. چارچوب نظری این پژوهش مبتنی بر نظریات کیز، بوردیو، زاف و گیدنز بوده و در بحث رضایت از زندگی بر مقیاس مایر و دینر (SWLS) و در مقوله نشاط اجتماعی بر رویکرد وینهون و آرگایل تأکید شده است. در این پژوهش از روش پیمایش و روش توصیفی تحلیلی برای یافته‌ها استفاده شده است. جامعه آماری مطالعه حاضر، جوانان ۱۸ تا ۳۰ سال در شهرستان قاین واقع در استان خراسان جنوبی است که حجم نمونه براساس فرمول کوکران ۴۰۰ نفر، برآورد و براساس روش نمونه‌گیری خوشه‌ای، نمونه آماری با پرسش‌نامه‌های استاندارد شده و محقق‌ساخته مطالعه شده است. در مجموع، ضرایب آلفای کرونباخ پژوهش حاضر ۰/۸۵ به دست آمده است. از نرم‌افزار Spss22 برای تحلیل داده‌ها به همراه آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی استفاده شده است. نتایج به‌دست‌آمده بیان می‌کند تأثیر متغیرهای اجتماعی همچون سرمایه اجتماعی، امنیت اجتماعی، نشاط اجتماعی، کیفیت زندگی و رضایت از زندگی بر سلامت اجتماعی جوانان مشاهده می‌شود. براساس نتایج رگرسیون و الگوی تحلیل مسیر، متغیرهای رضایت از زندگی، نشاط اجتماعی و کیفیت زندگی تأثیر مستقیمی بر سلامت اجتماعی داشته‌اند که متغیر رضایت از زندگی با ضریب بتای ۰/۱۹ به‌طور مستقیم بیشترین تأثیر را داشته است.

واژه‌های کلیدی: امنیت اجتماعی، جوانان، رضایت از زندگی، سرمایه اجتماعی، سلامت اجتماعی، قاین، کیفیت زندگی، نشاط اجتماعی

مقدمه و بیان مسأله

سلامتی و رفاه در گسترده‌ترین معنی آن پدیده‌ای است که درخور توجه تمامی انسان‌ها، گروه‌های اجتماعی و جوامع بشری است. مفاهیم سلامتی ذهن و بدن طی مکان و زمان‌های مختلف متفاوت بوده‌اند؛ اما برای تمامی فرهنگ‌ها و جوامع، نقش اساسی در تجارب زندگی انسان‌ها بازی کرده‌اند (Marks & et al., 2000: 3). از دیدگاه دوبوس^۱، سلامت، نشانه‌ی نبودن نسبی درد، ناراحتی، تطابق و هماهنگی برای اطمینان از بهترین عملکرد است (مهری، ۱۳۹۰: ۵۸). سازمان بهداشت جهانی، بهزیستن یا آسایش کامل از نظر اجتماعی را یکی از ابعاد سلامتی تعریف می‌کند. وینسترا^۲ (2000) نیز سلامت اجتماعی را اینگونه بیان می‌کند «سلامت اجتماعی به‌مثابه بعد اجتماعی سلامت فرد در کنار دو بعد جسمی و روانی و همچنین جامعه سالم به‌مثابه شرایط اجتماعی بهتر است؛ به‌طوری‌که با توجه به اوضاع فعلی هر جامعه، مصادیق و معناهای عینی متفاوت می‌یابد (هزارجریبی و صفری شالی، ۱۳۹۱: ۳۰۵). روشن است هرگونه تلاش در زمینه دستیابی به سلامت اجتماعی و روانی که نیازی فردی و اجتماعی است و به آشنایی با معنا و مفهوم سلامت اجتماعی و چگونگی اندازه‌گیری، بهره‌مندی از شاخص‌ها و نیز یافتن راه‌های ارتقای آن نیازمند است.

سلامت یکی از نشانه‌های کیفیت زندگی است و بعضی آن را مترادف خوشحالی و رضایت از زندگی و برخی هم معنی با بهزیستی می‌دانند (Ferrans, 1996: 29). کیز مفهوم سلامت اجتماعی را به معنای ارزیابی فرد از عملکردش در برابر اجتماع بیان می‌کند و معتقد است «کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد و عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت جسمی، عاطفی و روانی است و تکالیف و چالش‌های اجتماعی را نیز دربرمی‌گیرد» (keyes, 2004: 9) به نقل از عبدالله تباردرزی، ۱۳۸۷: ۱۳).

همچنین «ریان و دسی^۳ در مطالعه خود درباره سلامت، سلامت را به دو بخش شادی و سلامت در کسب لذت و توانمندی بالقوه تقسیم می‌کند. بخش اول بیان‌کننده سلامت درونی فرد است که تنها شاخص‌های عاطفی شادی را شامل نمی‌شود، بلکه به ارزیابی شناختی از رضایت فرد نیز مربوط است. افراد در یک محیط بیرونی و عینی زندگی می‌کنند؛ اما دنیای درونی و ذهنی آنهاست که به محرک‌های محیطی پاسخ می‌دهند؛ بنابراین سلامت ذهنی به‌عنوان یک شاخص، با کیفیت زندگی فرد ارتباط دارد» (عبدالله تباردرزی، ۱۳۸۷: ۱۷۰).

لارسون^۴ (1996) معتقد است سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد را می‌سازد و پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر، رفتار) را شامل می‌شود که رضایت یا نارضایتی فرد از زندگی و محیط اجتماعیش را نشان می‌دهد (به نقل از بخارایی و همکاران، ۱۳۹۴: ۹). در زمینه رضایت از زندگی، مایرز و دینر (1995) معتقدند «احساس بهزیستی (شادی) هم مؤلفه‌های عاطفی و هم مؤلفه‌های شناختی دارد. افراد با احساس بهزیستی بالا به مقدار زیادی هیجان‌ات مثبت را تجربه می‌کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبت دارند؛ درحالی‌که افراد با احساس بهزیستی پایین، حوادث و موقعیت زندگی‌شان را نامطلوب ارزیابی می‌کنند و هیجان‌ات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را نسبت به نشاط و شادکامی، بیشتر تجربه می‌کنند» (Myers & Diener, 1995: 10-19). سلامت اجتماعی، شیوه سازگاری آدمی با دنیاست و انسان‌هایی سلامت اجتماعی بالاتری دارند که مؤثر، شاد و راضی هستند و گرایش به شادی و نشاط را حفظ می‌کنند (بخارایی و همکاران، ۱۳۹۴: ۱۰).

همچنین، جوانانی که سرمایه اجتماعی دارند قادر به تشکیل شبکه‌ای از روابط با دیگران هستند. سرمایه اجتماعی منبعی برای کنش جمعی تلقی می‌شود که علاوه بر آگاهی، توجه به امور عمومی، اجتماعی و سیاسی از ضروریات آن است. بدین ترتیب، مشارکت اجتماعی، اعتماد اجتماعی و

³ Ryan & Desi

⁴ Larson

¹ Doboos

² Veenstra

براساس سند چشم‌انداز بلندمدت جمهوری اسلامی ایران، تأمین سلامت در ابعاد مختلف به‌ویژه سلامت اجتماعی با مفهوم عمیق و وسیع آن به‌عنوان یک استراتژی بلندمدت، کشور را به تصویر می‌کشد. روشن است هرگونه تلاش در زمینه دستیابی به سلامت اجتماعی و روانی که نیازی فردی و اجتماعی است به آشنایی با معنا و مفهوم سلامت اجتماعی و چگونگی اندازه‌گیری، بهره‌مندی از شاخص‌ها و نیز یافتن راه‌های ارتقای آن نیازمند است. بهره‌مندی از شاخص‌های سلامت در گروه‌ها و اقشار مختلف جامعه از جمله گروه جوانان، پیشروان توسعه، رویکردی است که بهبود کیفیت زندگی، رفاه و رضایت از زندگی را موجب می‌شود. با توجه به نقش سازنده جوانان در جامعه، سلامت این قشر اهمیت بسزایی دارد. پرورش استعدادها و قابلیت‌های جوانان، هماهنگ با نیازها و تحولات جامعه، زمینه‌دستابی به اهداف تعریف‌شده یک ملت را فراهم می‌کند. با توجه به این، بررسی میزان سلامت اجتماعی جوانان در پیشبرد اهداف کمک‌شایانی می‌کند که در نهایت به سلامت جامعه می‌انجامد. در این پژوهش، مفهوم سلامت اجتماعی بررسی می‌شود و هدف اصلی این است که با طرح سؤالات در ابعاد سلامت اجتماعی به میزان فعالیت و عملکرد فرد در جامعه پی برده شود. براساس چنین امری مهم‌ترین سؤالات بیان‌شده که در طی فرایند پژوهش به آن پاسخ خواهیم داد عبارتند از:

۱. جوانان شهرستان قاین به چه میزان از شاخص سلامت اجتماعی بهره‌مند هستند؟
۲. عوامل مؤثر جامعه‌شناختی که موجب ارتقای سلامت اجتماعی جوانان قاین می‌شود، هرکدام چه سهمی در میزان بهره‌مندی از سلامت اجتماعی دارند؟
۳. با توجه به عوامل اجتماعی تأثیرگذار بر میزان بهره‌مندی از سلامت اجتماعی چه راهکارها و راهبردهایی در پیشبرد و ارتقای این پدیده اجتماعی به صورت کاربردی و عملیاتی ارائه داده می‌شود؟

انسجام اجتماعی افراد تقویت می‌شود (کلمن، ۱۳۷۷: ۴۵۶). مطالعات گسترده بیان می‌کند ارتباط با شبکه دوستان، آشنایان، خویشاوندان و همکاران، منابع حمایتی را برای افراد فراهم می‌آورد. این پیوندها افراد را قادر می‌کند تا توانایی مواجهه با مشکلات و بحران‌های زندگی را داشته باشند و با حمایت اجتماعی این گروه‌ها، احساس عزت نفس و ارزشمندبودن داشته باشد.

سرمایه اجتماعی در بین هر گروه از فراهم‌آوردندگان، بازده سلامت را بهبود می‌بخشد. سرمایه اجتماعی به روابط بین افراد مربوط است (چلبی، ۱۳۸۶: ۱۲). روابط و پیوندهای اجتماعی که سرمایه اجتماعی نام برده می‌شود، عامل انسجام و ارتباطات اجتماعی است که در نتیجه آن، اعضای جامعه از منابع حمایتی بیشتری برخوردار می‌شوند. این منابع، کمک بسیاری در رشد و ارتقای سلامت اجتماعی خواهد داشت.

افزایش آسیب‌های اجتماعی در جامعه، سدی در مقابل توسعه و نمادی از نبود سلامت اجتماعی است. سلامت اجتماعی عامل مهمی در کنترل آسیب‌ها و مسائل اجتماعی، حفظ نظم اجتماعی و در نهایت تأمین امنیت اجتماعی است (سام آرام، ۱۳۸۸: ۱۰). امنیت اجتماعی به معنی حفظ سیستم اجتماعی است؛ به گونه‌ای که اجتماع، خانواده و فرد در مقابل تهدیدها و ناهنجاری‌های اقتصادی و اجتماعی یا شخصی، ایمن و از سلامت زندگی خود اطمینان داشته باشند. در این میان نقش جوانان جامعه در کاهش یا افزایش آسیب‌های اجتماعی و به تبع آن احساس امنیت و ارتقای سلامت اجتماعی اهمیت دارد. با توجه به اهمیت احساس امنیت در سلامت جسمی و روانی انسان، پایه و مبنای بودن برای این حرکت برای ارضای نیازهای سطوح بالاتر به خصوص خودشکوفایی و همچنین اهمیت شناخت و ارزیابی دوره‌های آن برای پیشگیری از اغتشاش، آشوب، ایجاد و توسعه ناامنی برای تمامی سازمان‌ها و ارگان‌های کشور به خصوص پلیس ضروری است که رابطه تنگاتنگی با مسائل امنیتی دارد (دلور، ۱۳۷۸: ۱۲).

پیشینه پژوهش

افشانی و شیرینی محمدآباد (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان «بررسی رابطه رضایت از زندگی و سلامت اجتماعی زنان شهر یزد» نشان داده‌اند میزان سلامت اجتماعی و رضایت از زندگی پاسخ‌گویان در سطح متوسط بوده است. همچنین، بین میزان رضایت از زندگی و ابعاد سلامت اجتماعی (انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی، پذیرش اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انطباق اجتماعی) رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. از بین ابعاد سلامت اجتماعی مؤلفه پذیرش اجتماعی، قوی‌ترین و متغیر شکوفایی اجتماعی ضعیف‌ترین رابطه را با رضایت از زندگی زنان دارند.

بخارایی و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهشی با عنوان «بررسی جامعه‌شناختی نشاط با سلامت اجتماعی جوانان ۱۸ تا ۳۰ ساله شهرستان ملایر» نشان داده‌اند میزان سلامت اجتماعی جوانان در سطح متوسط رو به بالا است و میزان نشاط جوانان در حدود ۴۴٪ در این شهر بوده است و همبستگی متوسطی در حدود ۰/۲۴ بین نشاط و شادکامی (متغیر مستقل) با سلامت اجتماعی (متغیر وابسته) وجود دارد.

ایمنی (۱۳۹۴) در پژوهشی با عنوان «بررسی تأثیر امنیت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان منطقه چهار شهر تهران براساس تئوری مازلو» نشان داده است میزان سلامت اجتماعی زنان در حد متوسط به بالا بوده و بین احساس امنیت اجتماعی و ابعاد آن با میزان سلامت اجتماعی رابطه مثبت و معناداری وجود داشته است. نتایج رگرسیون چندمتغیره نیز نشان داده است متغیرهای گرایش دینی و احساس امنیت اجتماعی زنان به بهترین وجه، متغیر سلامت اجتماعی را تبیین می‌کنند. یکی از مزایای این پایان‌نامه، بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی بوده است؛ درحالی‌که به سرمایه اجتماعی افراد، یکی از منابع سلامت، توجه نشده است.

خوش‌فر و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهشی با عنوان «امنیت اجتماعی و سلامت اجتماعی (مطالعه موردی جوانان ۲۹-۱۵ ساله شهر قاین)» با تکیه بر نظریه سلامت اجتماعی کییز و

رویکرد مدرن به امنیت اجتماعی به این نتایج رسیدند که احساس امنیت اجتماعی در بین جوانان و سلامت اجتماعی پاسخ‌گویان در حد متوسط بوده است. رابطه معنی‌داری در حد متوسط بین متغیر مستقل (امنیت اجتماعی) با متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) وجود دارد.

حائری و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهشی با عنوان «عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی کارکنان شاغل در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی» براساس پرسش‌نامه استاندارد شده کییز بررسی کرده‌اند در حدود ۵۲٪ از پاسخ‌گویان، سلامت اجتماعی در حد متوسط دارند. همچنین، بین سطوح سلامت اجتماعی با جنسیت، تحصیلات و محل سکونت رابطه معناداری وجود دارد و بین جنسیت، وضعیت تأهل و سمت شغلی با سطوح سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود ندارد.

یزدان‌پناه و نیک‌ورز (۱۳۹۴) در پژوهشی با عنوان «رابطه عوامل اجتماعی با سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان» به این نتایج دست یافتند که بین جنسیت با بعد پیوستگی اجتماعی، سهم داشت اجتماعی و شکوفایی اجتماعی در بین دانشجویان دختر و پسر تفاوت معناداری مشاهده شده است؛ به طوری که میانگین نمرات پسران در پیوستگی اجتماعی و سهم داشت اجتماعی بیشتر از دختران است. یافته‌ها نشان می‌دهد دانشجویان متأهل نسبت به دانشجویان مجرد سلامت اجتماعی بالاتری دارند. داشتن شغل مناسب، تداوم پیوند فرد با جامعه و تأمین نیازهای اقتصادی، اجتماعی و روانی را موجب می‌شود و در کنار آن، سلامت اجتماعی فرد افزایش می‌یابد (یزدان‌پناه و نیک‌ورز، ۱۳۹۴: ۱۱۴-۱۱۲)

یحیی‌زاده و رضانی (۱۳۹۲) در پژوهشی با عنوان «سلامت اجتماعی و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن، میزان سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در میان زنان سرپرست خانوار در شهرستان قروه» را بررسی کرده‌اند. نتایج نشان می‌دهد از لحاظ میزان سلامت اجتماعی و ابعاد آن در میان زنان سرپرست خانوار و غیرسرپرست تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین از لحاظ متغیر پایگاه اقتصادی و اجتماعی،

اجتماعی مطرح شد و براساس الگوی رگرسیون مشخص شد ابعاد اعتماد و مشارکت اجتماعی در تعیین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان بیشترین اهمیت را دارند. این پژوهش یک رابطه پیش‌بینی‌کننده و رگرسیونی را ارائه می‌دهد؛ اما واریانس مشترک بین دو متغیر به‌نوعی گزارشگر همسانی فضای مفهومی بین دو متغیر را بیان می‌کند.

سام آرام (۱۳۸۸) با بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی باتأکید بر رهیافت پلیس جامعه‌محور نشان داده است بین افزایش ناامنی اجتماعی و کاهش میزان سلامت اجتماعی در جامعه رابطه مستقیمی وجود دارد.

آباجی‌زاده و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهشی با عنوان «اندازه‌گیری سلامت اجتماعی خود امتیاز از ایرانیان (یک بررسی مبتنی بر جمعیت سه شهرستان)» نشان داده‌اند میانگین نمره سلامت اجتماعی نمونه بررسی شده، برابر با ۱۰۵ بوده است و ۵۰٪ شرکت‌کنندگان، سلامت اجتماعی در سطح متوسط داشته‌اند. نمره سلامت اجتماعی در ارومیه بالاتر از تهران برآورد شده است (Abachizadeh et al., 2014: 79). در این مقاله صرفاً سنجش شاخص‌های سلامت اجتماعی به‌اختصار، بیان و رابطه آن با متغیرهای زمینه‌ای مطالعه شده است.

پاول (۲۰۱۲) در پژوهشی ارتباط بین عملکردهای ارتباطی، سلامت اجتماعی و معنوی بر کیفیت زندگی بیماران را بررسی کرده است. نتایج به‌دست‌آمده نشان داد همبستگی مثبت و قوی بین سلامت اجتماعی و معنوی، عملکردهای ارتباطی و کیفیت زندگی وجود دارد. سلامت معنوی به‌طور معناداری ۵٪ واریانس کیفیت زندگی را تبیین کرده است؛ اگرچه به لحاظ آماری معنادار نبوده است (Paul, 2012: 20).

فوجیسوا و تاکاگوا (۲۰۰۹) در مطالعه‌ای در ژاپن نشان داده‌اند پس از تعدیل متغیر سرمایه اجتماعی فردی ادراک‌شده، دو متغیر به پیوست سرمایه اجتماعی جامعه (مهربانی و صمیمیت) رابطه معناداری با سلامت عمومی دارند (Fujisawa et al., 2009: 503).

باورهای دینی (بعد اعتقادی) و مهارت‌های ارتباطی بین سرپرست خانوار و غیرسرپرست تفاوت معناداری وجود ندارد.

رضایی (۱۳۹۲) در پژوهش «بررسی میزان سلامت اجتماعی شهروندان شهر مشهد و شناخت برخی از عوامل تأثیرگذار» نشان داده است میزان سلامت اجتماعی شهروندان شهر مشهد به طرز معناداری بالاتر از حد متوسط است. مهم‌ترین متغیرهای تأثیرگذار بر سلامت اجتماعی به ترتیب عبارتند از احساس امنیت اجتماعی، اعتماد اجتماعی، حمایت اجتماعی و سن که این چهار متغیر حدود ۳۰٪ تغییرات متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) را تبیین کرده است. در این پژوهش، متغیر اصلی، یعنی سلامت اجتماعی باتوجه به پرسش‌نامه به دقت بررسی شده است؛ اما درباره متغیرهای مستقل به این اندازه توجه دیده نمی‌شود.

زکی و خشوعی (۱۳۹۲) در پژوهش «بررسی سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در بین شهروندان شهر اصفهان» نشان داده‌اند بین سلامت اجتماعی و متغیرهای مسئولیت اجتماعی، تعهد اجتماعی و اعتماد اجتماعی رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد. براساس الگوی پژوهش علی در این پژوهش، عامل بیگانگی اجتماعی بر سلامت اجتماعی شهروندان اصفهانی بیشترین تأثیر مستقیم را داشته است.

علیزاده اقدم و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهش «بررسی تأثیر سلامت اجتماعی بر کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه پیام نور مشکین‌شهر» نشان داده است همبستگی مثبت و معناداری بین سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی دانشجویان وجود دارد و نیز سلامت اجتماعی ارتباط معناداری با ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی، یعنی سلامت جسمانی، سلامت روانی، سلامت روابط اجتماعی و سلامت محیطی دارد.

شربتیان (۱۳۹۱) در مقاله‌ای با عنوان «تأملی بر پیوند معنایی مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و میزان بهره‌مندی از سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه پیام نور مشهد» نشان داده است سرمایه اجتماعی، عامل مؤثری بر سلامت

سبب می‌شود و نارضایتی از زندگی، وضعیت سلامتی ضعیف‌تر، علائم افسردگی، مشکلات شخصیتی و وضعیت ضعیف اجتماعی را موجب می‌شود (Sarason & et al., 1983: 127). در این پژوهش، بعد اجتماعی سلامت و رابطه آن با رضایت از زندگی بررسی نشده است.

مبانی نظری

مفهوم سلامت اجتماعی، مفهومی است که در کنار ابعاد جسمی و روانی سلامت به آن توجه شده است که جنبه اجتماعی، آن را با محور قرار دادن فرد بررسی می‌کند. نظریه‌های مختلفی در سطح خرد، میانه و کلان وجود دارند که درصدد تشریح سلامت اجتماعی نسبت به افراد اجتماع برمی‌آیند. دیدگاه لذت‌جویانه، سلامت اجتماعی را با رضایت از زندگی و تعادل جنبه‌های مثبت و منفی بررسی می‌کند. همچنین، نظریه سلامت اجتماعی کیز از یک اصل جامعه‌شناختی و روان‌شناختی نشئت گرفته است. کیز معتقد است مفهوم‌سازی سلامت باید آنقدر گسترده شود که سلامت اجتماعی را دربرگیرد (Keyes, 1998: 133).

کیز مفهوم سلامت اجتماعی را به صورت زیر تعریف می‌کند: سلامت اجتماعی عبارت است از چگونگی ارزیابی فرد از عملکردش در برابر اجتماع. فرد سالم از نظر اجتماعی، اجتماع را به صورت یک مجموعه معنادار، فهم‌پذیر و بالقوه برای رشد و شکوفایی می‌داند و احساس می‌کند به جامعه تعلق دارد، از طرف جامعه پذیرفته می‌شود و در پیشرفت آن سهیم است. کیز پنج ملاک را برای سلامت اجتماعی برمی‌شمرد که هم‌راستا با نظریه روان‌شناختی و جامعه‌شناختی بسط پیدا می‌کند. انطباق اجتماعی: انطباق اجتماعی در مقابل با بی‌معنابودن زندگی مقایسه می‌شود و شامل دیدگاه‌هایی در این باره است که جامعه قابل سنجش و پیش‌بینی است. از حیث روان‌شناختی، افراد سالم، زندگی شخصی خود را با معنا و منسجم می‌بینند (Ryff, 1989: ۳۰). به نقل از حاتمی، ۱۳۸۹: ۳۰). انسجام اجتماعی: انسجام اجتماعی به معنای احساس بخشی از جامعه بودن، فکر کردن به اینکه فرد به جامعه تعلق دارد.

کیکونگانی و همکاران^۱ (2008) با ارزیابی ارتباط بین مشارکت اجتماعی، درک از اجتماع در میان دانشجویان ایتالیایی، آمریکایی و ایرانی و تأثیر این دو متغیر بر سلامت اجتماعی نشان داده است مشارکت اجتماعی، درک از اجتماع و سلامت اجتماعی در میان دانشجویان آمریکایی در سطح بالایی قرار دارد و مشارکت اجتماعی تنها در میان دانشجویان ایتالیایی به طور مثبتی سلامت اجتماعی را تبیین می‌کند (به نقل از زکی و خشوعی، ۱۳۹۲: ۹۲-۹۱). در این پژوهش تنها به یک بعد از سرمایه اجتماعی اشاره شده است.

بلانکو و دیاز (2007) در بررسی نظم اجتماعی و سلامت روانی با رویکردی به سلامت اجتماعی نشان داده است بین ابعاد سلامت اجتماعی، شاخص نظم اجتماعی، با جنبه‌های دیگری از سلامت مانند میزان افسردگی، عزت نفس، سلامت درک‌شده، محرومیت، میزان آنومی و کنش‌های متقابل اجتماعی، احساسات مثبت و منفی و رضایت رابطه وجود دارد (Blanco & Dize, 2007: 61-71). در این پژوهش، رابطه نظم اجتماعی به نوعی در ارتباط با سلامت روانی سنجیده شده و حتی تقلیل یافته است.

کیز (1998) در پژوهش خود، رابطه سلامت اجتماعی، از خود بیگانگی و ناهنجاری‌های اجتماعی را بررسی کرده است. او در مطالعه سلامت اجتماعی در ایالات متحده آمریکا به این نتایج رسیده است که بین سلامت اجتماعی با رفتارهای اجتماع‌پسند و مسئولیت‌پذیری زندگی اجتماعی رابطه مثبت زیادی وجود دارد. همچنین، سطوح سلامت اجتماعی به خصوص انسجام اجتماعی و مشارکت اجتماعی در افرادی میزان بالاتری داشت که با اطرافیان خود برای حل مسئله و مشکلات هم‌فکری می‌کردند در مقایسه با افرادی که با اطرافیان خود ارتباط نداشتند. (به نقل از زکی و خشوعی، ۱۳۹۲: ۹۲).

ساراسون و همکاران (1983) در بررسی رابطه سلامت و رضایت از زندگی نشان داده است حمایت اجتماعی از سوی اعضای خانواده، ارتقای سلامت روان و رضایت از زندگی را

¹ Cicognani et al.

اجتماع و پیشرفت آن شریک بدانند. محتوای مقیاس سلامت اجتماعی او، طیف مثبتی از ارزیابی فرد از تجاربش در جامعه است. این مقیاس جدید با مقیاس‌های سلامت اجتماعی در سطح بین فردی (پرخاشگری) و سطح اجتماعی (مانند فقر و جایگاه اجتماعی) تفاوت دارد.

سرمایه اجتماعی به‌طور کلی و سازه‌های آن به شیوه‌های مختلفی بر سلامت اثر می‌گذارند؛ نخست، مجموعه بزرگی از آثار و پژوهش‌ها نشان دادند روابط اجتماعی صمیمانه و ارتباطات اجتماعی هدفمند، آثار سودمندی بر سلامت دارند؛ دوم، سرمایه اجتماعی، از راه حفظ انسجام اجتماعی در مواجهه با تغییرات اجتماعی، اقتصادی و فن‌شناختی از سلامتی محافظت می‌کند؛ سوم، عقیده بر این است که سرمایه اجتماعی، خودیاری اجتماعی را در جامعه تقویت می‌کند و به اجتماعات امکان می‌دهد تا به‌آسانی با یکدیگر برای حل مسائل جمعی نظیر سلامت کار کنند (Berckman & et al., 2000 به نقل از پورافکاری، ۱۳۹۱: ۵۰).

در بحث نشاط در زندگی، وینهوون و آرگایل^۱ معتقدند نشاط را باید در سطح کلان به کیفیت جامعه، یعنی عواملی همچون سلامتی، عدالت و آزادی وابسته دانست و از این‌رو سیاست اجتماعی ممکن است ارتقادهنده این شرایط باشد. همچنین در سطح خرد نیز نشاط را به توانایی‌های شخصی مانند کارآمدی، استقلال و مهارت‌های اجتماعی وابسته می‌دانند که تحصیلات و سلامت ممکن است ارتقادهنده این مهارت‌ها باشد؛ بنابراین، برای ارتقای کیفیت در زندگی، سه مؤلفه باید شناسایی شود: وجود هیجانات مثبت از قبیل نشاط و شادکامی، رضایتمندی از زندگی و سلامت اجتماعی.

به نظر بوردیو^۲، سرمایه اجتماعی، جمع منابع واقعی یا بالقوه‌ای است که حاصل از شبکه‌ای بادوام از روابط کم‌و‌بیش نهادینه‌شده، آشنایی و شناخت متقابل یا به‌بیان‌دیگر عضویت در یک گروه است؛ شبکه‌ای که هر یک از اعضای خود را از پشتیبانی سرمایه جمعی، برخوردار و آنان را مستحق اعتبار می‌کند. به نظر او سرمایه اجتماعی، شبکه‌ای از روابط، یک ودیعه طبیعی یا حتی اجتماعی نیست؛ بلکه در طول زمان و با

احساس حمایت‌شدن از طریق جامعه و سهم‌داشتن در آن؛ بنابراین، انسجام اجتماعی آن درجه‌ای است که در آن مردم احساس می‌کنند چیز مشترکی بین آنها و کسانی وجود دارد که واقعیت اجتماعی آنها را می‌سازند، مانند همسایه‌هایشان. (سام آرام، ۱۳۸۸: ۱۸). سهم داشت اجتماعی عبارت است از ارزیابی ارزش اجتماعی که فرد دارد و این عقیده را شامل می‌شود که آیا فرد، جزئی مهم از جامعه است و چه ارزشی را به جهان خود اضافه می‌کند (Keyes, 2004: 542). شکوفایی اجتماعی: ارزیابی پتانسیل و خط سیر جامعه است و درک افراد از این موضوع را شامل می‌شود که آنها هم از رشد اجتماعی سود خواهند برد و نهادها و افراد حاضر در جامعه به شکلی در حال شکوفایی هستند که نوید توسعه بهینه را می‌دهند؛ هرچند این امر برای همه افراد درست نیست (Keyes, 1998: 123). پذیرش اجتماعی: پذیرش تکثر با دیگران، اعتماد به خوب‌بودن ذاتی دیگران و نگاه مثبت به ماهیت انسان‌ها را شامل می‌شود که همگی آنها باعث می‌شوند فرد در کنار سایر اعضای جامعه انسانی، احساس راحتی کند (Keyes, 1998: 128).

کیز، بعد سلامت روانی و اجتماعی را نشانه کارکرد مثبت می‌خواند و می‌گوید اگر فرد، شرایط دو بعد سلامت احساسی (احساس خوب و رضایت از زندگی) و بعد کارکرد مثبت را داشته باشد، از سلامت روانی برخوردار است؛ او این وضعیت را بالندگی می‌نامد. افراد بالنده، احساس خوبی به زندگی دارند و در رابطه با دیگران و در جامعه، فعال و سازنده‌اند. کیز، نبود سلامت روانی را پژمردگی می‌خواند. افراد پژمرده، احساس خوبی به زندگی ندارند و کارکرد روانی و اجتماعی آنها مشکل دارد. این افراد، دچار یأس و نومیدی هستند و زندگی خود را پوچ و خالی می‌بینند. این وضعیت با افسردگی تفاوت دارد. کیز در یک تحلیل عامل گسترده نشان داد بهداشت روانی، ابعاد هیجانی، روانی و اجتماعی دارد و با توجه به مفهوم‌پردازی‌های نظری از سلامت اجتماعی، الگوی پنج بعدی قابل سنجش ارائه داد. طبق این ابعاد، فرد سالم از نظر اجتماعی زمانی عملکرد خوبی دارد که اجتماعی را به‌صورت یک مجموعه معنادار، فهم‌پذیر و بالقوه برای رشد و شکوفایی بداند؛ احساس کند به گروه‌های اجتماعی متعلق است و خود را در

¹ Veenhoven & Argyle

² Bourdieu

براساس برآورد خطر تغییر می‌کند. سوم، وجه ذهنی و فکری امنیت در جهان مدرنیته بسیار مهم‌تر از وجه عینی امنیت است؛ زیرا بسیاری از خطرات به یمن تکنولوژی به کنترل درآمده‌اند و بسیاری خطرات جدید نیز مانند مخاطرات زیست محیطی یا جنگ هسته‌ای پیش‌بینی و کنترل نمی‌شوند. بنابراین آنچه در این گردونه مدرنیته، از دست انسان برمی‌آید، تضمین سلامت امنیت روحی و روانی است که با تشکیل هویت مطلوب در سایه امنیت وجودی میسر است. چهارم، در جهان مدرن که بسیاری از وجوه زندگی انسان از تعلیق محیط و محله آزاد است، نیاز انسان به خانواده همچنان باقی است و خانواده هنوز به‌عنوان بنیادی‌ترین نهاد در جامعه نقش‌آفرینی می‌کند. پنجم، گیدنز، امنیت وجودی را بعد اساسی امنیت در نظر می‌گیرد. امنیت وجودی که ضمن اطمینان به شناخت‌ها، هستی‌شناسی فرد را سامان می‌بخشد، پایه و بنیان وجود آدمی را درمی‌نوردد و به اعتقاد گیدنز برخوردار از چنین امنیتی، تکیه‌گاه و بنیان سایر وجوه امنیت را تشکیل خواهد داد. داشتن شخصیت و هویتی استوار و بدون تزلزل، شرط اول برای مقابله با سایر خطرات خواهد بود و برعکس، شخصیتی مضطرب و مشوش با وجود شرایط متقن و مطمئن از آرامش و اعتماد بی‌بهره است. ششم، گیدنز سعی کرده است به اعتماد و امنیت، وجوه عینی ببخشد؛ اما در نهایت بر اهمیت بعد ذهنی تأکید فراوان می‌کند؛ به طوری که او سیاست زندگی را نیز در همین جهت دانسته است. گیدنز از شیوه زندگی و سیاست زندگی را دو وجه متفاوت حیات انسان نام می‌برد. شیوه زندگی همان الگوی مصرفی است که جامعه مدرن پیش روی انسان نهاده است و با مصرف هرچه بیشتر کالاها و دریافت خدمات به منزلت اجتماعی بالاتری نائل می‌شود؛ اما سیاست زندگی از داستان تحقق انسان حکایت می‌کند؛ یعنی انسان در چه راه و به چه شیوه‌ای خود را تعریف و تحقق می‌بخشد. سیاست زندگی که بر زندگی به شیوه دلخواه تأکید می‌کند رضایت را موجب می‌شود و خشنودی انسان را به همراه می‌آورد (گیدنز، ۱۳۷۸: ۵۳-۵۲). بنابراین، گیدنز وجود احساسات گرم، عاطفی و صمیمی را مانند محافظی در اطراف انسان، بسیار مؤثر می‌داند و معتقد است چنین احساساتی او را

تلاش بی‌وقفه به دست می‌آید. به عبارت دیگر، شبکه روابط، محصول راهبردهای سرمایه‌گذاری فردی یا جمعی آگاهانه یا ناخودآگاه است که هدفش ایجاد یا بازتولید روابط اجتماعی است که به‌طور مستقیم در کوتاه‌مدت یا بلندمدت استفاده می‌شوند. از کارکردهای مثبت سرمایه اجتماعی، افزایش سلامت روانی افراد است که با فراهم‌آوردن حمایت‌های عاطفی و روانی، کاهش عوامل استرس‌زا، کاهش حوادث زندگی را به همراه دارد.

زاف^۱، کیفیت زندگی را درجه رضایت در تجارب زندگی فرد می‌داند که رضایت از زندگی، رضایت در تصور از خود، سلامت و فاکتورهای اجتماعی و اقتصادی است. زاف، کیفیت زندگی را از شرایط عینی زندگی و رفاه ذهنی افراد و گروه‌ها تعریف می‌کند. او معتقد است در ارزیابی کیفیت زندگی باید شرایط عینی زندگی و ارزیابی ذهنی افراد از این شرایط را با رفاه، هم‌زمان در نظر گرفت.

گیدنز در بحث امنیت به مفهوم امنیت وجودی اشاره می‌کند. ضرورت این مفهوم برای مقاومت در مقابل هجوم گسترده و بی‌سابقه مخاطرات نهادهای مدرنیته است؛ بنابراین، امنیت وجودی عبارت از ایمن‌بودن، یعنی در اختیارداشتن پاسخ‌هایی در سطح ناخودآگاه و خودآگاهی عملی برای بعضی پرسش‌های وجودی بنیادین است که همه آدمیان طی عمر خود به نحوی مطرح کرده‌اند. به عبارت دیگر، این اصطلاح به اطمینانی برمی‌گردد که بیشتر آدم‌ها به تداوم تشخیص هویت خود و دوام محیط‌های اجتماعی و مادی کنش در اطراف خود دارند. او بیان می‌کند ما برای زیستن و گذراندن عمر خود معمولاً مسائل و موضوعاتی را مسلماً قطعی می‌پنداریم که براساس قرن‌ها جستجو و تعمق متفکران و فیلسوفان در برابر نگاه‌های شکاکانه تاب نخواهد آورد و طراوت و اصالت خود را از دست خواهد داد (گیدنز، ۱۳۷۸: ۶۲-۶۱). براساس نظریات گیدنز، نکاتی درباره امنیت به دست می‌آید: نخست، امنیت به خودی خود تعریف نمی‌شود و بر مبنای بود و نبود خطر تعریف می‌شود. دوم، امنیت یک فرایند زمانی است که طی زمان شکل می‌گیرد و در هر لحظه

^۱ Zaf

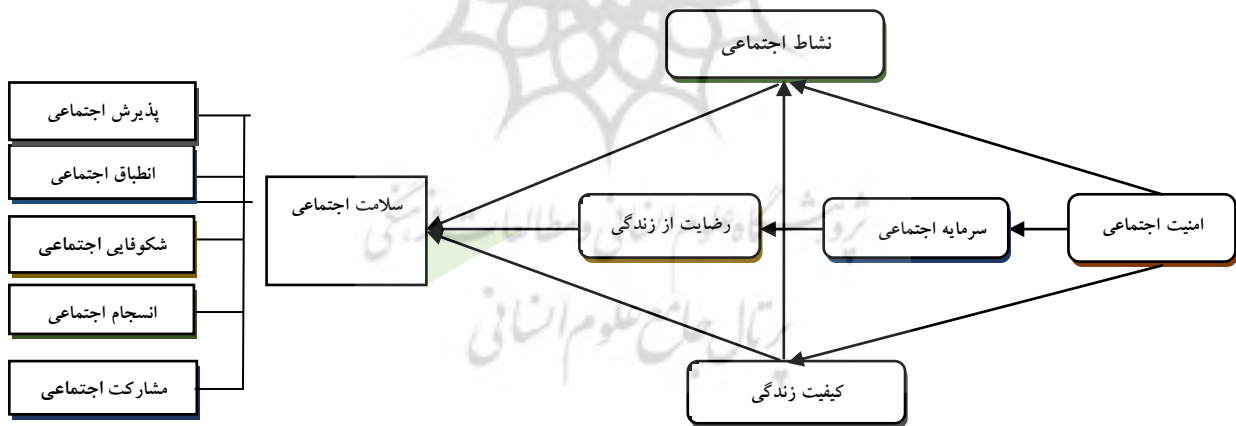
رویکرد وینهون و آرگایل بر سلامت اجتماعی تأکید شده است؛ بنابراین، چارچوب نظری این پژوهش بر تلفیقی از نظریات گیدنز، زاف، بوردیو، کییز، رویکرد وینهون و آرگایل و مقیاس مایر و دینر مبتنی بوده است و در این پژوهش سعی بر در نظر گرفتن نظریاتی است که بر سطوح و جنبه‌های مختلف هر یک از متغیرهای مستقل و رابطه آنها با متغیر وابسته سلامت اجتماعی تأکید داشته‌اند.

الگوی نظری پژوهش

بر اساس نظریات ارائه شده، امنیت اجتماعی، سرمایه اجتماعی، نشاط اجتماعی، کیفیت زندگی و رضایت از زندگی عاملی تأثیرگذار بر سلامت اجتماعی دانسته شده است؛ به گونه‌ای که افزایش در میزان این متغیرها، افزایش در میزان سلامت اجتماعی را سبب می‌شود. همچنین بین این متغیرها و سلامت اجتماعی رابطه همبستگی در نظر گرفته شده است.

از بسیاری تشویش‌ها و اضطراب‌ها رهایی بخشیده که همان کاهش احساس ناامنی را برای افراد در زندگی دربر خواهد داشت؛ بنابراین وجود احساس امنیت به سلامت اجتماعی و ارتقای کیفیت زندگی منجر می‌شود. در نتیجه در جامعه‌ای که امنیت اجتماعی وجود دارد، افزایش سرمایه اجتماعی موجب می‌شود افراد، به گونه‌ای عینی و ذهنی از زندگی خود راضی باشند، احساس نشاط و شادکامی کنند که در نهایت کیفیت زندگی آنان ارتقا می‌یابد و در مجموع گفته می‌شود این افراد، سلامت اجتماعی دارند.

پس در این پژوهش بر اساس نظریه گیدنز به رابطه متغیر امنیت اجتماعی و تأثیر آن بر سلامت اجتماعی اشاره می‌شود و با توجه به نظریه زاف نیز رابطه کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی بررسی می‌شود. همچنین بر اساس نظریه بوردیو به رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی اشاره می‌شود. در رابطه با متغیر وابسته پژوهش، یعنی سلامت اجتماعی نیز از نظریه کییز استفاده شده است. در بحث رضایت از زندگی بر مقیاس مایر و دینر (SWLS) و در مقوله نشاط اجتماعی بر



نمونه‌گیری خوشه‌ای افراد جامعه آماری با پرسش‌نامه‌های استاندارد شده و محقق ساخته مطالعه شده‌اند.

$$N = \frac{\frac{t^2 pg}{d^2}}{1 + \frac{1}{N} \left(\frac{t^2 pg}{d^2} - 1 \right)}$$

حجم جامعه آماری (۲۵۷۳ نفر) = N
جمعیت نمونه = n

روش‌شناسی پژوهش

در این پژوهش از روش پیمایش توصیفی و تحلیلی استفاده شده است. جامعه مطالعه شده، جوانان شهرستان قاین (زن و مرد) واقع در استان خراسان جنوبی که طبق آخرین سرشماری نفوس و مسکن (۱۳۹۰)، تعداد کل جوانان جامعه مطالعه شده ۲۵۷۳ نفر بوده است و حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران، برابر ۴۰۰ نفر انتخاب شده‌اند که بر اساس روش

$$d=0/05$$

درصد افرادی که واجد صفت در جامعه هستند $p=(0/5)$

درصد افرادی که فاقد صفت در جامعه هستند $q=(0/5)$

مقدار متغیر نرمال واحد استاندارد در سطح اطمینان ۹۵٪

$$t=(1/96)$$

دلیل انتخاب نمونه آماری جوانان ۱۸ تا ۳۰ سال این است که فاصله سنی بین متوسط سن بلوغ، یعنی ۱۵ سال تا متوسط سن اشتغال و ازدواج، یعنی ۲۹ سال مبنای دامنه سنی جوانی در ایران است. یافته‌های پاسخ‌گویان براساس آمار توصیفی و استنباطی و با به‌کارگیری از نرم‌افزار Spss22 و با استفاده از آماره‌هایی مانند ضریب پیرسون، رگرسیون خطی چندمتغیره، تحلیل مسیر تجزیه و تحلیل شده است. پایایی پژوهش براساس استفاده از تکنیک آلفای کرونباخ در نرم‌افزار Spss22 برای تمامی شاخص‌ها در حد مطلوبی بوده است. این روش به هماهنگی کارکرد آزمودنی از یک سؤال به سؤال دیگر بستگی داشته و محاسبه آن مبنی بر انحراف استاندارد سؤالات است؛ بنابراین، براساس همبستگی درونی سؤالات، مقدار آلفای استخراج شده برابر ۰/۸۵ است. به عبارت دیگر، گویه‌های موجود در پرسش‌نامه، هم‌سازی بالایی برای سنجش دارند.

باتوجه به جدول زیر مقدار آزمون KMO برای شاخص سلامت اجتماعی برابر ۰/۷۳ است که نشان می‌دهد داده‌های پژوهش قابل تقلیل به تعدادی عامل زیربنایی و بنیادی هستند. همچنین نتیجه آزمون بارتلت (۶۰۱۴/۹۲) که در سطح خطای کوچک‌تر از ۰/۰۱ معنادار است، نشان می‌دهد ماتریس همبستگی بین گویه‌ها، ماتریس همانی و واحد نیست؛ به عبارتی، بین گویه‌های داخل هر عامل همبستگی بالایی وجود دارد و همچنین، بین گویه‌های یک عامل با عامل دیگر هیچ‌گونه همبستگی مشاهده نمی‌شود که نشان‌دهنده اعتبار این سازه است. مقدار آزمون KMO برای شاخص کیفیت زندگی، رضایت از زندگی، سرمایه اجتماعی، امنیت اجتماعی و نشاط اجتماعی نشان می‌دهد داده‌های پژوهش قابل تقلیل به تعدادی عامل زیربنایی و بنیادی هستند. همچنین نتیجه آزمون بارتلت متغیرهای دیگر که در سطح خطای کوچک‌تر از ۰/۰۱ معنادار است نشان می‌دهد ماتریس همبستگی بین گویه‌ها، ماتریس همانی و واحد نیست؛ به عبارتی بین گویه‌های داخل هر عامل همبستگی بالایی وجود دارد و همچنین، بین گویه‌های یک عامل با عامل دیگر هیچ‌گونه همبستگی مشاهده نمی‌شود که نشان‌دهنده اعتبار این سازه است.

جدول ۱- پایایی متغیرهای مستقل و وابسته و گزارش تحلیل عاملی سازه

متغیرها	تعداد گویه	مقدار آلفای کرونباخ	بار عاملی KMO	بارتلت	احتمال معناداری
سلامت اجتماعی	۳۳	۰/۷۳	۰/۷۳	۶۰۱۴/۹۲	۰/۰۰۱
شکوفایی اجتماعی	۷	۰/۶۹	-	-	-
انطباق اجتماعی	۶	۰/۷۵	-	-	-
انسیجام اجتماعی	۷	۰/۸۱	-	-	-
مشارکت اجتماعی	۶	۰/۷۵	-	-	-
پذیرش اجتماعی	۷	۰/۷۷	-	-	-
کیفیت زندگی	۲۶	۰/۸۴	۰/۶۴	۹۳۱/۴۳	۰/۰۰۱
رضایت از زندگی	۵	۰/۸۴	۰/۷۰	۸۴۱/۹۳	۰/۰۰۱
سرمایه اجتماعی	۳۱	۰/۷۴	۰/۶۱	۴۳۰/۲۷	۰/۰۰۱
امنیت اجتماعی	۱۱	۰/۶۴	۰/۸۲	۹۱۳/۸۸	۰/۰۰۱
نشاط اجتماعی	۱۷	۰/۸۲	۰/۷۸	۲۴۳۱/۷۳	۰/۰۰۱

مفاهیم پژوهش

سلامت اجتماعی

تعریف نظری: سلامت اجتماعی، ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی است که وی عضوی از آنهاست. طبق این تعریف، شاخص‌های سلامت اجتماعی عبارتند از: مشارکت اجتماعی (باوری که طبق آن فرد خود را عنصر حیاتی جامعه می‌داند)، انسجام اجتماعی (کیفیت روابط در گروه‌های اجتماعی که به آن تعلق دارد)، پذیرش اجتماعی (دیدگاه مطلوب نسبت به دیگران)، شکوفایی اجتماعی (اعتقاد به توانایی‌های بالقوه اجتماع) و انطباق اجتماعی (درک اجتماع به صورت هوشمند، فهم‌پذیر و پیش‌بینی‌شونده) (Keyes, 1998: 122).

تعریف عملیاتی: برای عملیاتی کردن متغیر کیفیت زندگی از فرم کوتاه ارزیابی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOG, 1998)، استفاده شد که کیفیت زندگی را در چهار حوزه سلامت جسمانی، سلامت روان‌شناختی، محیط زندگی و روابط با دیگران اندازه‌گیری می‌کند. این چهار حوزه با ۲۶ گویه در مقیاس پنج درجه‌ای (۱ تا ۵) نمره‌گذاری می‌شود که کد ۵ به کاملاً موافق، کد ۴ به موافق، کد ۳ به بی‌نظر، کد ۲ به مخالفم و کد ۱ به کاملاً مخالف داده شده است. همچنین، دو سؤال دیگر هم وجود دارد که وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی ارزیابی می‌کند. در این پژوهش آلفای استانداردشده پرسش‌نامه کیفیت زندگی برابر ۰/۸۴ است.

رضایت از زندگی

تعریف نظری: رضایت از زندگی، ارزیابی ذهنی فرد از کیفیت کلی زندگی خویش یا برخی از جنبه‌های خاص زندگی است (Diener et al., 1985: 71).

تعریف عملیاتی: برای عملیاتی کردن این مفهوم از پرسش‌نامه رضایت زندگی دینر و همکاران (1985) استفاده شد. این مقیاس از پنج گزاره تشکیل شده است که مؤلفه شناختی بهزیستی فاعلی را اندازه‌گیری می‌کند. آزمودنی‌ها اظهار می‌دارند برای مثال چقدر از زندگی خود راضی‌اند یا چقدر زندگی آنها به زندگی آرمانی نزدیک است. دینر و همکاران (1985)، مقیاس رضایت از زندگی^۱ را برای همه گروه‌های سنی تهیه کرده‌اند. این مقیاس از ۴۸ سؤال تشکیل شده بود که ده سؤال آن با رضایت از زندگی مرتبط بود که پس از بررسی‌های متعدد در نهایت به پنج سؤال کاهش یافت و به‌عنوان یک مقیاس مجزا استفاده شد. این مقیاس را سامانی (۱۳۸۳) برای استفاده در ایران منطبق کرده است. آلفای کرونباخ پرسش‌نامه رضایت از زندگی برابر ۰/۸۴ است. گویه‌های پرسش‌نامه رضایت از زندگی براساس طیف لیکرت ساخته شده است که کاملاً موافقم به کد ۵، موافقم به کد ۴،

تعریف عملیاتی: در پژوهش حاضر برای اندازه‌گیری سلامت اجتماعی و مؤلفه‌های آن از مقیاس ۳۳ ماده‌ای سلامت اجتماعی استفاده شده است که پنج مؤلفه آن، انسجام، پذیرش، شکوفایی، مشارکت و انطباق اجتماعی را شامل می‌شود و کبیز (1998) آن را ساخته است. گویه‌های پرسش‌نامه سلامت اجتماعی براساس طیف لیکرت ساخته شده است که کاملاً موافقم به کد ۵، موافقم به کد ۴، بی‌نظر به کد ۳، مخالف به کد ۲ و کاملاً مخالف به کد ۱ داده شده است. همچنین در این پژوهش، آلفای استانداردشده پرسش‌نامه کیفیت زندگی برابر با ۰/۷۳ است.

کیفیت زندگی

تعریف نظری: کیفیت زندگی از نظر لغوی به معنی چگونگی زندگی است و دربرگیرنده تفاوت‌هایی است که برای هر فرد، منحصربه‌فرد بوده و با دیگران متفاوت است. «کیفیت زندگی، احساس فرد از بهزیستی تعریف شده است؛ احساسی که آسایش در رضایت فرد از جنبه‌هایی از زندگی است که برای وی اهمیت دارد» (Gugnumoss – Holzman, 1995, 26) به نقل از شیخی، ۱۳۹۲: ۲۵).

¹ SWLS

امنیت اجتماعی

تعریف نظری: نبود تشویش، دلهره و نگرانی خاص در مواجهه با امور مربوط به زندگی روزمره اجتماعی؛ به گونه‌ای که جوانان با حضور در اجتماع، محیط کار، مکان‌های عمومی، خیابان و ... تا چه حد اطمینان دارند که امنیت آنان تأمین می‌شود و احساس ترس و نگرانی نداشته باشند (نصیری، ۱۳۸۱: ۱۱۶).

تعریف عملیاتی: برای عملیاتی‌کردن این مفهوم از گویه‌های پرسش‌نامه امنیت اجتماعی در همین زمینه‌ها است. گویه‌هایی نشان‌دهنده امنیت اجتماعی در همین زمینه‌ها است. گویه‌هایی مانند در هنگام شب برای سوارشدن در ماشین‌های مسافرکش شخصی تا چه حد احساس امنیت دارید. زمانی که ماشین خود را با وجود اقدامات امنیتی در خیابان می‌گذارید تا چه حد امنیت خاطر دارید. از قدم‌زدن در مسیرهای خلوت تا چه حد احساس امنیت می‌کنید. از خالی گذاشتن منزل خود به مدت چند روز تا چه حد اطمینان دارید. اگر شاغل هستید تا چه حد هراس از دست‌دادن شغل خود را دارید. اگر به دنبال شغل هستید تا چه حد احتمال به‌دست‌آوردن شغل در زمان کوتاه را می‌دهید. میزان روابط عاطفی، همدردی و صمیمیت شما با دوستان تا چه حد است. تا چه حد با افراد غریبه ارتباط دوستی برقرار می‌کنید. شما تا چه حد در شهری که هستید، احساس امنیت می‌کنید. در صورت ایجاد مزاحمت برای شما تا چه حد احتمال می‌دهید پلیس به کمک شما بیاید و به شما کمک کند؟ میزان سطح کارهای خلاف در شهرتان را تا چه حد ارزیابی می‌کنید.

گویه‌های پرسش‌نامه امنیت اجتماعی براساس طیف لیکرت ساخته شده است که خیلی زیاد به کد ۵، زیاد به کد ۴، متوسط به کد ۳، کم به کد ۲ و خیلی کم به کد ۱ داده شده و آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه برابر ۰/۶۴ است.

نشاط اجتماعی

تعریف نظری: نشاط مقوله‌ای است که یک وجه آن فرد و وجه

بی‌نظر به کد ۳، مخالف به کد ۲ و کاملاً مخالف به کد ۱ داده شده است.

سرمایه اجتماعی

تعریف نظری: در مفهوم کلی سرمایه اجتماعی حاصل انباشت منابع بالقوه یا بالفعلی است که به مالکیت یک شبکه بادوام از روابط کم‌ویش نهادینه‌شده در بین افرادی مربوط است که با عضویت در یک گروه ایجاد می‌شود (فیروزآبادی، ۱۳۸۴: ۱۶۴).

تعریف عملیاتی: در پژوهش حاضر برای عملیاتی‌کردن این مفهوم از پرسش‌نامه محقق‌ساخته استفاده شد که از مجموع کیفیت و کمیت روابط اجتماعی، سه بعد اعتماد اجتماعی، مشارکت اجتماعی و انسجام اجتماعی به دست آمده است. اعتماد اجتماعی از سنجش میزان اطمینان و اعتماد پاسخ‌گویان به خانواده، فامیل و بستگان، دوستان، همسایگان، اهالی محله، همشهریان و ... استفاده شده است که براساس طیف لیکرت، اصلاً به کد ۱، کم به کد ۲ تا حدودی به کد ۳، زیاد به کد ۴ و کاملاً زیاد به کد ۵ داده شده است. مشارکت اجتماعی از حضور و نحوه همکاری پاسخ‌گویان با گروه‌ها و نهادهای مذهبی، ورزشی، بسیج، شوراهای شهرها، گروه‌های علمی و ... به دست آمده است.

همچنین در این پژوهش میزان مشارکت پاسخ‌گویان در فعالیت‌های اجتماعی مانند کمک در مراسم شادی و عزا در بین اعضای خانواده، آشنایان، دوستان، همسایگان و ... تعریف شده است؛ گویه‌های این مؤلفه براساس طیف لیکرت شامل اصلاً (کد ۱)، کم (کد ۲)، تا حدودی (کد ۳)، زیاد (کد ۴) و کاملاً زیاد (کد ۵) است. همچنین، انسجام اجتماعی از میزان انتظارات و ارزیابی پاسخ‌گویان از وضعیت فرهنگی، اجتماعی، سیاسی، اقتصادی و زیست محیطی به دست آمده است که بسیار خوب به کد ۵، خوب به کد ۴، متوسط به کد ۳، بد به کد ۲ و بسیار بد به کد ۱ داده شده است. در این پژوهش آلفای استانداردشده پرسش‌نامه سرمایه اجتماعی برابر ۰/۷۴ است.

با احتساب طیف امتیازها برای هر مؤلفه بین یک تا پنج، حداقل نمره ۳۳ (۳۳*) و حداکثر نمره ۱۶۵ (۵*۳۳) در نظر گرفته شده است. امتیاز ۳ معادل ۹۹ برای متغیر سلامت اجتماعی نشان دهنده میزان متوسط آماری است؛ بنابراین، با توجه به میانگین به دست آمده برای شاخص سلامت اجتماعی که معادل ۱۰۸/۶ برای جوانان ۱۸ تا ۳۰ سال در شهرستان قاین است، وجود سلامت اجتماعی در حد متوسط به بالا است.

جدول ۳- توزیع فراوانی پاسخ‌گویان در گویه‌های سلامت اجتماعی (کل)

سلامت اجتماعی	فراوانی	درصد	تجمعی
بالا	۱۰	۲/۵	۲/۵
متوسط	۳۸۲	۹۵/۵	۹۷/۰
پایین	۸	۰/۲	۱۰۰/۰
جمع	۴۰۰	۱۰۰/۰	-

جدول بالا، فراوانی پاسخ‌گویان به گویه‌های سلامت اجتماعی است (میزان برخورداری جوانان از سلامت اجتماعی). در این پژوهش برای سهولت در بیان آمار توصیفی در قسمت Recode در نرم‌افزار Spss، شاخص سلامت اجتماعی به سه گروه پایین، متوسط و بالا طبقه‌بندی شده است. نتایج جدول ۳ نشان داده است که ۲/۵٪ جوانان از سلامت اجتماعی بالا، ۹۵/۵٪ متوسط و ۰/۲٪ جوانان از میزان سلامت اجتماعی پایینی برخوردار هستند.

یافته‌های این پژوهش نشان داده است بالاترین مقدار میانگین به بعد انسجام اجتماعی با ۲۸/۸٪ مربوط است. انسجام اجتماعی، داشتن احساس تعلق به جامعه را نشان می‌دهد که این بعد از ابعاد سلامت اجتماعی بیشترین مقدار را در بین پاسخ‌گویان به دست آورده است. کمترین میانگین به بعد مشارکت اجتماعی با ۱۸/۱۸٪ مربوط است. مشارکت اجتماعی عبارت است از ارزیابی ارزش اجتماعی که فرد در جامعه دارد و این عقیده را شامل می‌شود که آیا فرد جزء مهمی از جامعه است و چه ارزشی را به جهان خود اضافه

دیگر آن جامعه است. در وجه فردی آن با احساسات، عواطف و هیجانات مثبتی سروکار داریم که بر روحیه، خلاقیت و کارایی فرد تأثیر می‌گذارد. در بعد اجتماعی نیز با ساختارها و سازوکارهایی مواجه هستیم که این عواطف و هیجانات را در افراد ایجاد می‌کنند یا بر آن تأثیر می‌گذارند. شادی درجه‌ای تعریف شده است که یک شخص به طور مثبت، سراسر کیفیت موجود زندگی را یک کل ارزیابی می‌کند.

تعریف عملیاتی: برای عملیاتی کردن این مفهوم و سنجش نشاط اجتماعی از پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد استفاده شده است. این مقیاس را آرگایل، مارتین و کراسلند (۱۹۸۹) تهیه کرده‌اند. این مقیاس ۲۹ ماده دارد که در این پژوهش به دلیل پایین بودن آلفای کرونباخ برخی سؤالات ۱۷ گویه استفاده شده است. هریک از سؤالات این آزمون چهار گزینه دارد که از یک تا پنج نمره به خود اختصاص می‌دهند و در این پژوهش آلفای استانداردشده پرسش‌نامه برابر ۰/۸۲ است.

یافته‌های پژوهش

نتایج پژوهش نشان داده است جوانان زن و مرد در این پژوهش سهم یکسانی دارند. بیشتر آنها در گروه سنی ۲۷-۲۳ قرار گرفته‌اند که معادل ۴۲/۸٪ از جمعیت نمونه بررسی شده است. ۴۱٪ از جوانان در زمان بررسی، میزان تحصیلات خود را دیپلم عنوان کرده‌اند و بیشتر آنها میانگین درآمد بین ۶۰۰ تا ۹۰۰ هزار تومان دارند که معادل ۲۷٪ از جمعیت نمونه بررسی شده است.

جدول ۲- توزیع میانگین و انحراف معیار متغیرهای مستقل و وابسته

متغیرها	میانگین	انحراف معیار
سلامت اجتماعی	۱۰۸/۶	۱۱/۷
امنیت اجتماعی	۳۲/۴	۵/۹
کیفیت زندگی	۸۱/۹	۱۳/۷
نشاط اجتماعی	۵۶/۲	۹/۵
سرمایه اجتماعی	۵۸/۳	۱۲/۱
رضایت از زندگی	۱۵/۶	۴/۳

باتوجه به وجود ۳۳ گویه برای سنجش سلامت اجتماعی

تأیید می‌شود.

در فرضیه چهارم (به نظر می‌رسد بین نشاط اجتماعی جوانان و میزان سلامت اجتماعی آنها رابطه وجود دارد)، ضریب همبستگی به دست آمده ۰/۲۰۰ است و جهت رابطه مثبت و مستقیم است؛ یعنی با افزایش نشاط اجتماعی، میزان سلامت اجتماعی جوانان نیز افزایش می‌یابد؛ بنابراین، فرضیه پژوهش تأیید می‌شود.

در فرضیه پنجم (به نظر می‌رسد بین رضایت از زندگی در جوانان و میزان سلامت اجتماعی آنها رابطه وجود دارد)، ضریب همبستگی به دست آمده ۰/۲۲۹ است و جهت رابطه مثبت و مستقیم است؛ یعنی با افزایش رضایت از زندگی، میزان سلامت اجتماعی جوانان نیز افزایش می‌یابد؛ بنابراین، فرضیه پژوهش تأیید می‌شود.

جدول ۴- آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای اصلی

پژوهش		متغیر مستقل	متغیر وابسته	مقدار آزمون پیرسون	سطح معنی-داری	نتیجه آزمون	نوع رابطه
سرمایه اجتماعی	سلامت اجتماعی	۰/۳۶	۰/۰۰۷	تأیید	مستقیم		
کیفیت زندگی	سلامت اجتماعی	۰/۴۵	۰/۰۰۱	تأیید	مستقیم		
امنیت اجتماعی	سلامت اجتماعی	۰/۰۹۹	۰/۰۴۷	تأیید	مستقیم		
نشاط اجتماعی	سلامت اجتماعی	۰/۲۰۰	۰/۰۰۰	تأیید	مستقیم		
رضایت از زندگی	سلامت اجتماعی	۰/۲۲۹	۰/۰۰۰	تأیید	مستقیم		

یافته‌های جدول ۴، رگرسیون خطی چند متغیر مستقل و متغیر وابسته را نشان می‌دهد. از میان پنج متغیر مستقل موجود در الگوی رگرسیونی، متغیرهای نشاط اجتماعی، کیفیت

می‌کند و نیز سهمیم بودن فعالیت‌های فرد در فعالیت‌های اجتماعی را می‌رساند.

سطح سنجش متغیرهای اصلی بررسی شده، فاصله‌ای بوده است؛ بنابراین از آزمون همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه بین متغیرهای مستقل (امنیت اجتماعی، سرمایه اجتماعی، کیفیت زندگی، نشاط اجتماعی، رضایت از زندگی) و متغیر وابسته سلامت اجتماعی و همچنین آزمون رگرسیون چند متغیره (مطالعه‌ی میزان اثر هریک از متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته) و نمودار تحلیل مسیر استفاده شده است.

باتوجه به جدول ۴، نتایج آزمون ضریب همبستگی نشان می‌دهد در تمامی موارد مذکور، فرضیه پژوهش تأیید شده و فرض صفر (عدم رابطه) رد شده است؛ بدین معنا که هر کدام از شاخص‌ها با شاخص سلامت اجتماعی جوانان رابطه معنادار و مستقیمی را با شدت مختلف داشته‌اند.

در بررسی فرضیه اول (به نظر می‌رسد بین سرمایه اجتماعی جوانان و میزان سلامت اجتماعی آنها رابطه وجود دارد)، ضریب همبستگی به دست آمده ۰/۳۶ است که در سطح معناداری کوچک‌تر از ۰/۰۵ معنادار است و جهت رابطه مثبت و مستقیم است؛ یعنی با افزایش سرمایه اجتماعی، میزان سلامت اجتماعی جوانان نیز افزایش می‌یابد؛ بنابراین، فرضیه پژوهش تأیید می‌شود.

در فرضیه دوم (به نظر می‌رسد بین امنیت اجتماعی جوانان و میزان سلامت اجتماعی آنها رابطه وجود دارد)، ضریب همبستگی به دست آمده ۰/۰۹۹ است و جهت رابطه مثبت و مستقیم است؛ یعنی با افزایش احساس امنیت اجتماعی، میزان سلامت اجتماعی جوانان نیز افزایش می‌یابد؛ بنابراین، فرضیه پژوهش تأیید می‌شود.

در فرضیه سوم (به نظر می‌رسد بین کیفیت زندگی جوانان و میزان سلامت اجتماعی آنها رابطه وجود دارد)، ضریب همبستگی به دست آمده ۰/۴۵ است و جهت رابطه مثبت و مستقیم است؛ یعنی با افزایش کیفیت زندگی، میزان سلامت اجتماعی جوانان نیز افزایش می‌یابد؛ بنابراین، فرضیه پژوهش

معنی‌دار است؛ در نتیجه گفتنی است متغیر مدنظر تأثیر معنی‌داری در تبیین متغیر وابسته داشته است. مقدار ضریب همبستگی (R) بین متغیرها ۰/۲۷۵ است؛ بنابراین گفتنی است بین مجموع متغیرهای مستقل و متغیر وابسته سلامت اجتماعی همبستگی متوسطی وجود دارد. همچنین، باتوجه به مقدار R تعدیل شده می‌توان افزود که متغیرهای مستقل، ۶/۴٪ از تغییرات متغیر وابسته را تبیین می‌کنند. باتوجه به مقدار آزمون تحلیل واریانس (۶/۴۴) که در سطح خطای کوچک‌تر از ۰/۰۱ معنادار است، نتیجه گرفته می‌شود الگوی رگرسیونی پژوهش مرکب از پنج متغیر مستقل و یک متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) الگوی خوبی بوده است و مجموعه متغیرهای مستقل، تغییرات سلامت اجتماعی جوانان را به خوبی تبیین می‌کنند و نتایج به دست آمده به جامعه تعمیم می‌یابد.

زندگی و رضایت از زندگی به ترتیب با مقدار ضریب بتای ۰/۱۳، ۰/۱۱ و ۰/۱۹ توانسته‌اند متغیر وابسته سلامت اجتماعی را تبیین کنند؛ بنابراین، نتیجه گرفته می‌شود به ازای افزایش یک انحراف استاندارد در این متغیرها میزان سلامت اجتماعی به ترتیب به میزان ۰/۱۴، ۰/۱۲ و ۰/۲۰ انحراف استاندارد افزایش خواهد یافت. باتوجه به جدول ضرایب استاندارد متغیر پیش‌بین، نشاط اجتماعی (Beta=۰/۱۳، p=۰/۰۲۶)، متغیر رضایت از زندگی (Beta=۰/۱۹، p=۰/۰۰۱) و متغیر کیفیت زندگی (Beta=-۰/۱۱، p=۰/۰۲۸) در پیش‌بینی سلامت اجتماعی نقش دارند؛ اما متغیرهای سرمایه اجتماعی و امنیت اجتماعی در پیش‌بینی سلامت اجتماعی نقش ندارند. مقدار t، اهمیت نسبی حضور هر متغیر مستقل را در الگو نشان می‌دهد. در این پژوهش مقدار t برای متغیر مستقل رضایت از زندگی بزرگ‌تر از ۲/۳۳ و در سطح خطای کوچک‌تر از ۰/۰۵

جدول ۵- رگرسیون خطی چندمتغیره شاخص‌های متغیر مستقل و متغیر وابسته

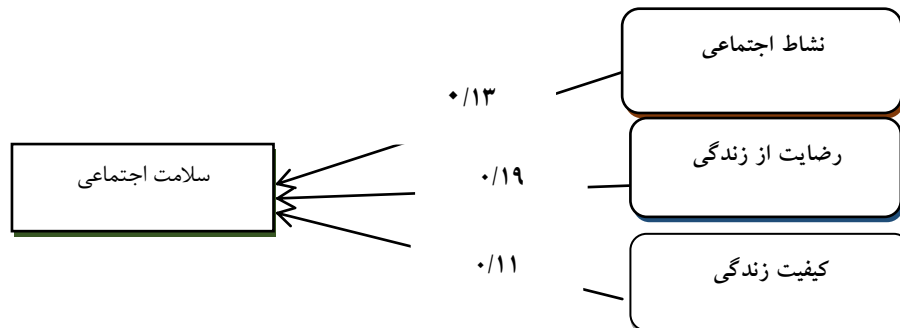
سطح معناداری	F	سطح معناداری	T	ضرایب معیار		متغیرهای مستقل و وابسته	
				شده بنا	ضرایب معیار نشده		
		۰/۰۰۰	۱۸/۷۸۴	-	۵/۱۰۱	۹۵/۸۲۴	مقدار ثابت
		۰/۹۷۳	-۱/۰۳۴	۰/۲۰	۰/۰۴۸	- ۰/۰۰۲	سرمایه اجتماعی
۰/۰۰۱	۶/۴۴	۰/۱۹	۱/۳۰	۰/۰۶۵	۰/۰۹۹	۰/۱۲	امنیت اجتماعی
		۰/۰۲۶	۲/۲۳	۰/۱۳	۰/۰۷۱	۰/۱۵	نشاط اجتماعی
		۰/۰۰۱	۳/۲۷	۰/۱۹	۰/۱۵	۰/۵۱	رضایت از زندگی
		۰/۰۲۸	۲/۲۱	۰/۱۱	۰/۰۴۶	-۰/۱۰	کیفیت زندگی
ضریب همبستگی ۰/۲۷۵ مجذورات $R = ۰/۰۷۶$ ضریب تعدیل یافته ۰/۰۶۴							

مستقیم تأثیر مثبت و معنی‌داری برافزایش سلامت اجتماعی جوانان داشته‌اند. بزرگ‌ترین ضریب مسیر به رضایت از زندگی مربوط بوده که برابر ۰/۱۹ است و کوچک‌ترین ضریب مسیر به کیفیت زندگی مربوط بوده که برابر ۰/۱۱ است. مطابق با نتایج گفتنی است سه متغیر نشاط اجتماعی، رضایت از زندگی و کیفیت زندگی به صورت مستقیم بر

براساس نتایج جدول رگرسیونی بالا، متغیرهای نشاط اجتماعی، رضایت از زندگی و کیفیت زندگی توانسته است بر سلامت اجتماعی جوانان به‌طور مستقیم تأثیر بگذارد. در الگوی تحلیل مسیر شکل یک سلامت اجتماعی جوانان، متغیر وابسته نهایی در نظر گرفته شده است. متغیرهای مستقل نشاط اجتماعی، رضایت از زندگی و کیفیت زندگی به صورت

همان میزان سلامت اجتماعی در آنها افزایش می‌یابد.

سلامت اجتماعی اثر می‌گذارد؛ یعنی هرچه نشاط اجتماعی، رضایت از زندگی و کیفیت زندگی در جوانان بیشتر باشد، به



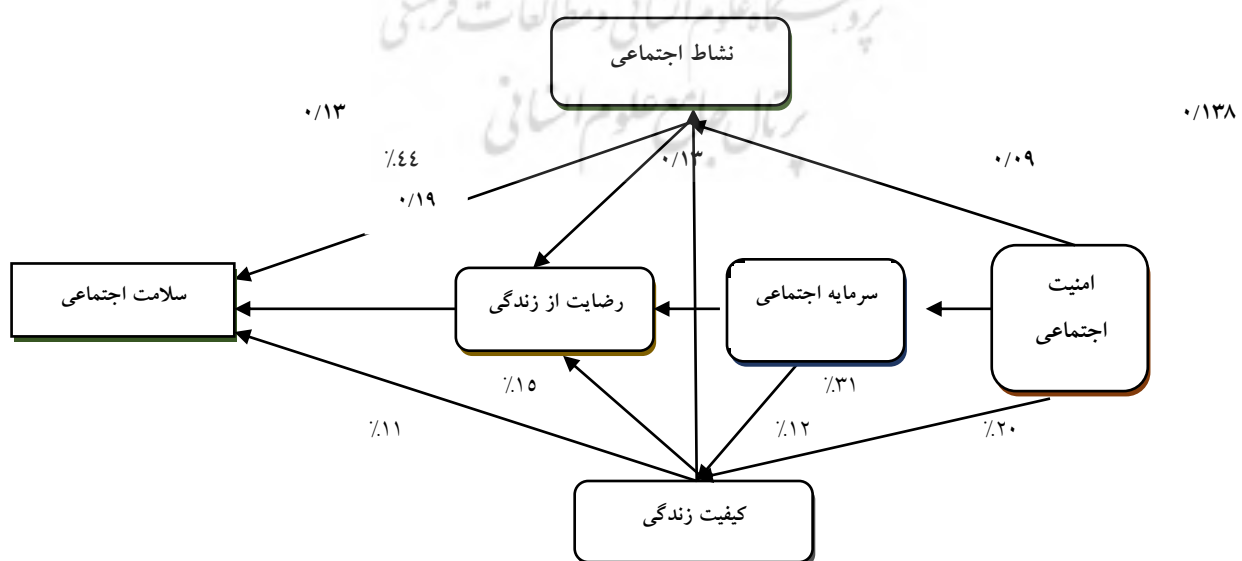
شکل ۲- الگوی تحلیل مسیر سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن

ضریب بتا ۰/۳۱۵ و امنیت اجتماعی با ضریب بتا ۰/۱۳۸ به ترتیب بیشترین تأثیر را بر نشاط اجتماعی شهروندان گذاشته است.

در مرحله بعد، امنیت اجتماعی با ضریب بتا ۰/۲۰۴ و سرمایه اجتماعی با بتای ۰/۱۲۲ بر متغیر کیفیت زندگی تأثیر گذاشته است. همچنین در مرحله آخر نیز مشخص شده است امنیت اجتماعی با ضریب بتای ۰/۰۹۸ توانسته است بر سرمایه اجتماعی تأثیر بگذارد.

رضایت از زندگی بر سلامت اجتماعی بیشترین تأثیر را گذاشته است؛ بنابراین، سعی شده است تا اثرات سایر متغیرها بر رضایت از زندگی سنجش شود که نتایج رگرسیونی نشان داده است نشاط اجتماعی با ضریب بتا ۰/۴۴، کیفیت زندگی با ضریب بتا ۰/۱۵۶ و سرمایه اجتماعی با ضریب بتا ۰/۱۳۸ توانسته‌اند به ترتیب بیشترین تأثیر را بر رضایت از زندگی بگذارند.

در مرحله بعد، تأثیرات متغیرها بر نشاط اجتماعی سنجش شد که نتایج رگرسیونی نشان داده است کیفیت زندگی با



شکل ۳- الگوی تحلیل مسیر متغیر سلامت اجتماعی

جدول ۱۰- اثر کل متغیر مستقل بر متغیر وابسته

متغیر	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل
نشاط اجتماعی	۰/۱۳	۰/۱۹*۰/۴۴	۰/۲۱
رضایت از زندگی	۰/۱۹	-	۰/۱۹
کیفیت زندگی	۰/۱۱	۰/۱۳*۰/۳۱*۰/۱۹*۰/۱۵	۰/۱۱
امنیت اجتماعی	-	۰/۱۳*۰/۱۳۸*۰/۱۹*۰/۱۳*۰/۹*۰/۱۱*۰/۲۰	۰/۰۰۰
سرمایه اجتماعی	-	۰/۱۱*۰/۱۲*۰/۱۹*۰/۱۳	۰/۰۰۰۳

مطابق با نتایج گفتنی است سه متغیر نشاط اجتماعی، رضایت از زندگی و کیفیت زندگی به صورت مستقیم بر سلامت اجتماعی اثر می‌گذارند؛ یعنی هرچه نشاط اجتماعی، رضایت از زندگی و کیفیت زندگی در جوانان بیشتر باشد، به همان میزان سلامت اجتماعی در آنها افزایش می‌یابد. همچنین باتوجه به نتایج، دو متغیر امنیت اجتماعی و سرمایه اجتماعی به صورت غیرمستقیم و از طریق متغیر وابسته میانی بر متغیر سلامت اجتماعی تأثیر می‌گذارند؛ یعنی متغیر امنیت اجتماعی با استفاده از متغیرهای نشاط اجتماعی، سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی و از طرفی متغیر سرمایه اجتماعی با متغیر رضایت از زندگی و کیفیت زندگی بر سلامت اجتماعی اثرگذار است.

بحث و نتیجه

هدف از مطالعه حاضر بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی جوانان ۱۸-۳۰ سال در شهرستان قاین است که با حجم نمونه ۴۰۰ نفر از جوانان و با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای به این نتیجه رسیده است که میزان سلامت اجتماعی جوانان بررسی شده، بالاتر از حد متوسط است. همچنین مشخص شده است بین سرمایه اجتماعی، امنیت اجتماعی، کیفیت زندگی، رضایت از زندگی، نشاط اجتماعی با سلامت اجتماعی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد؛ یعنی با افزایش امنیت اجتماعی، کیفیت زندگی، نشاط اجتماعی، رضایت از زندگی و سرمایه اجتماعی، سلامت اجتماعی در بین جوانان شهرستان قاین افزایش می‌یابد.

نتایج رگرسیونی چندمتغیره نشان داده است سه متغیر کیفیت زندگی، رضایت از زندگی و نشاط اجتماعی توانسته‌اند به طور مستقیم بر سلامت اجتماعی جوانان مؤثر واقع شوند و بین این سه متغیر، متغیر رضایت از زندگی بر سلامت اجتماعی جوانان بیشترین تأثیر را دارد.

رابطه معناداری سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی با یافته‌های شربتیان (۱۳۹۱) همسو است که نتیجه گرفته‌اند بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی رابطه آماری معنی‌داری وجود دارد. همچنین، این نتیجه تأییدکننده نظریات بورديو در خصوص رابطه سلامت اجتماعی و سرمایه اجتماعی است. او معتقد بود سرمایه اجتماعی در بروز و شیوع اختلال‌های جسمانی، روانی و اجتماعی افراد نقش مهمی دارد و سرمایه اجتماعی یکی از تبیین‌های احتمالی در زمینه تفاوت‌ها در سلامت است؛ البته هنوز نسبت به اهمیت بسیاری از عوامل تعیین‌کننده اصلی حوزه سلامت همچون روابط اجتماعی، اعتماد متقابل بین شهروندان و سرمایه اجتماعی غفلت شده است؛ درحالی‌که گفتنی است حتی ارائه یک صورت‌بندی واقعی از وضعیت سلامت و بیماری در یک جامعه، بدون توجه به عوامل تعیین‌کننده اجتماعی اقتصادی، غیرممکن خواهد بود.

امروزه سرمایه اجتماعی، مفهومی پراهمیت در حوزه سلامت است. پاتنام^۱، سرمایه اجتماعی را مجموعه‌ای از مفاهیم مانند اعتماد، هنجارها و شبکه‌ها می‌داند که منافع متقابل اعضای یک اجتماع را تأمین خواهد کرد؛ تأکید ویژه او

¹ Putnam

مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین با یافته‌های ایمنی (۱۳۹۴) و خوش‌فر و همکاران (۱۳۹۴) همسو است که دریافته‌اند احساس امنیت اجتماعی بر سلامت اجتماعی افراد مؤثر است. همچنین این نتیجه با نظریه گیدنز منطبق است. گیدنز (۱۳۷۸) معتقد است وجود عواطف گرم و صمیمی، او را از بسیاری احساسات ناامنی دور می‌کند. وجود این احساس امنیت به سلامت اجتماعی و ارتقای کیفیت زندگی منجر می‌شود. در جامعه‌ای که امنیت اجتماعی وجود دارد، افزایش سرمایه اجتماعی، موجب می‌شود افراد به‌گونه‌ای عینی و ذهنی از زندگی خود راضی باشند، احساس نشاط و شادکامی کنند که در نهایت کیفیت زندگی آنان ارتقا می‌یابد و در مجموع گفته می‌شود این افراد سلامت اجتماعی دارند.

در حقیقت احساس امنیت در جامعه، جذب جوانان در چارچوب‌های اجتماعی را سبب می‌شود؛ در نتیجه، میزان مشارکت جوانان افزایش می‌یابد. در این صورت جوانان احساس می‌کنند که در سرنوشت اجتماع دخالت دارند (افزایش شکوفایی اجتماعی) و با این تفکر احساس می‌کنند که جامعه قابل پیش‌بینی است (افزایش همبستگی اجتماعی)؛ بنابراین، خود را به جامعه متعلق می‌دانند و احساس حمایت‌شدن و سهم‌بودن در جامعه پیدا می‌کنند (افزایش انسجام اجتماعی) و تمامی این عوامل موجب می‌شود جوانان در کنار سایر اعضای انسانی احساس آرامش و راحتی کنند و نگرش مثبتی نسبت به دیگران داشته باشند (افزایش پذیرش اجتماعی). در نهایت در زمانی که احساس ارزشمندی و کارآمدی در جوانان به وجود آمد، مشارکت اجتماعی نیز بیشتر خواهد شد؛ در نتیجه، تمام این عوامل به افزایش سلامت اجتماعی منجر خواهد شد.

مفهوم کیفیت زندگی یک متغیر مرکب است که از چندین متغیر متأثر می‌شود. تغییر در سطح درآمد مردم، شرایط زندگی، وضع سلامت، محیط، فشار روحی روانی، فراغت، شادمانی خانوادگی، روابط اجتماعی و چندین متغیر دیگر نظیر آن به شکل مرکب، کیفیت زندگی و تغییرات آن را تعیین

بر مفهوم اعتماد است. سرمایه اجتماعی ضمن اینکه در تسهیل کنش‌های افراد و پیشگیری از آسیب‌ها نقش مثبتی ایفا می‌کند، ممکن است به‌مقتضای تعهداتی که افراد نسبت به گروه‌ها پیدا می‌کنند در سطوح بالاتر نقش منفی ایفا کند و از مشارکت جمعی و بسط اعتماد اجتماعی در بین افراد جلوگیری کند؛ بنابراین، سرمایه اجتماعی یک فرصت است؛ اما اگر از آن به‌طور صحیح استفاده نشود و مانع شکل‌گیری سرمایه اجتماعی شود، به تهدید تبدیل می‌شود. در مجموع در جوامع در حال گذار از جمله ایران با توجه به افزایش روزافزون ارتباطات جهانی و اجرای برنامه‌های نوسازی توسط دولت، گفتنی است سرمایه اجتماعی به‌خصوص شاخص مهم آن، اعتماد در جامعه، دچار فرسایش شده و این مسئله، گسل‌ها و گسست‌های اجتماعی را سبب شده است. همچنین به افزایش انواع آسیب‌های اجتماعی در جامعه منجر می‌شود که در نهایت، این پیامدها بر سلامت عمومی و ابعاد آن در جامعه تأثیر می‌گذارد.

براساس تأیید رابطه بین امنیت اجتماعی و سلامت اجتماعی، این همبستگی به ضرورت نشان‌دهنده رابطه علی بین متغیرها نیست. در این آزمون مشاهده می‌شود امنیت اجتماعی با سلامت اجتماعی همبستگی مثبت و پایین دارند و نمی‌توان نتیجه گرفت افراد با امنیت اجتماعی بالا لزوماً سلامت اجتماعی بیشتری دارند؛ بنابراین، باید بین مفاهیم همبستگی و رابطه علت و معلولی تفاوت قائل شد. به‌عبارت‌دیگر، ممکن است دو متغیر، همبستگی داشته باشند؛ اما لزومی ندارد که یکی از متغیرها علت و دیگری معلول باشد. همچنین، عوامل متعدد دیگری ممکن است بر ضریب همبستگی اثرگذار باشند. با توجه به آنچه گفته شد، فراهم کردن زمینه‌های امنیت اجتماعی و ارتقای آن در جامعه، موجبات سلامت اجتماعی جوانان را فراهم می‌کند. این نتیجه با یافته‌های بلانکو و دیاز (2007) همسو است که گزارش کردند بین ابعاد سلامت اجتماعی به‌عنوان شاخص نظم اجتماعی و محرومیت، میزان آنومی و احساسات مثبت و منفی رابطه

و سلامت اجتماعی رابطه معنادار آماری وجود دارد. ساراسون و همکارانش معتقد بودند رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی به شکل معناداری سلامت روانی را پیش‌بینی می‌کند و تأهل نیز به شکل معناداری با بهداشت روانی بالاتر، رضایت از زندگی و احساس حمایت اجتماعی بیشتر همبسته است؛ به‌طورکلی نتایج نشان می‌دهد برحسب پاره‌ای از متغیرها مانند شاخص‌های رضایت از زندگی، حمایت اجتماعی و پاره‌ای از ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، افراد آسیب‌پذیر و در معرض خطر شناسایی می‌شوند. براساس یافته‌های این مطالعه، حمایت اجتماعی از سوی اعضای خانواده، ارتقای سلامت روان و رضایت از زندگی را سبب می‌شود؛ بنابراین، گفتنی است افرادی که رضایت از زندگی بالاتری دارند، نیروی مؤثرتری برای مقابله با مشکلات دارند، عواطف و احساسات عمیق‌تری را تجربه می‌کنند و سلامت عمومی بالاتری دارند. نارضایتی از زندگی، وضعیت سلامتی ضعیف‌تر، علائم افسردگی، مشکلات شخصیتی و وضعیت ضعیف اجتماعی را موجب می‌شود؛ به‌طورکلی کاهش رضایت از زندگی جمعیت جوان که قشر آینده‌ساز کشورمان را تشکیل می‌دهند، زمینه‌ساز بسیاری از رخدادهای اجتماعی دیگر می‌شود. این نارضایتی در سلامت، شادابی و نشاط اجتماعی جوانان، مشارکت اجتماعی آنان و اعتماد جوانان به جامعه تأثیرگذار است.

پیشنهادها و راهبردها

نسبت به موضوع سلامت اجتماعی در بسیاری از جوامع غفلت شده است و کیفیت زندگی، رضایت از زندگی و نشاط اجتماعی بر سلامت اجتماعی جوانان تأثیرات مستقیمی دارد؛ بنابراین، اتخاذ راهبردها و تدابیر اجتماعی بیان می‌کند برای تقویت جایگاه سلامت اجتماعی جوانان از سوی سازمان‌ها و دستگاه‌های متولی در سطح استان و شهرستان، سیاست‌گذاری‌های اجتماعی و رفاهی با محوریت نشاط و شادابی در راستای ارتقای سطح کیفیت زندگی و رضایت از زندگی باید برای تمام گروه‌های اجتماعی ازجمله جوانان

می‌کند. در این پژوهش نیز بین متغیر کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی همبستگی بالایی دیده می‌شود که بیان‌کننده ارتباط و تأثیر این دو متغیر برهم است. این نتیجه تأییدکننده نظریات زاف درباره رابطه بین سلامت و کیفیت زندگی است؛ به‌طوری‌که زاف، کیفیت زندگی را درجه رضایت در تجارب زندگی فرد و شامل رضایت از زندگی، رضایت در تصور از خود، سلامت و فاکتورهای اجتماعی و اقتصادی می‌داند. زاف، کیفیت زندگی را از شرایط عینی زندگی و رفاه ذهنی افراد و گروه‌ها تعریف می‌کند و معتقد است در ارزیابی کیفیت زندگی باید شرایط عینی زندگی و ارزیابی ذهنی افراد از این شرایط را با رفاه واقعی، هم‌زمان در نظر گرفت. این نتیجه با یافته‌های بلانکو و دیاز (2007) و علیزاده اقدم (۱۳۹۲) همسو است که رابطه بین کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی را تأیید کردند؛ بنابراین، کیفیت زندگی، رفاه عمومی، بهزیستی اجتماعی، شادکامی، رضایتمندی و ... تفسیر می‌شود. این معانی و مفاهیم، ارتباط مؤثری با سلامت و ابعاد آن دارد. براساس نتایج، نشاط اجتماعی متغیری است که با سلامت اجتماعی جوانان رابطه دارد. این نتیجه تأییدکننده نظریات وینهوون و آرگایل است که معتقد بودند نشاط را باید در سطح کلان به کیفیت جامعه، یعنی عواملی همچون سلامتی، عدالت و آزادی وابسته دانست و در سطح خرد نیز نشاط را به توانایی‌های شخصی مانند کارآمدی، استقلال و مهارت‌های اجتماعی وابسته دانست که تحصیلات و سلامت می‌تواند ارتقا دهنده این مهارت‌ها باشد؛ بنابراین، باتوجه به نظریات این دو نفر برای ارتقای کیفیت زندگی، سه مؤلفه باید شناسایی شود: وجود هیجان‌ات مثبت از قبیل نشاط و شادکامی، رضایتمندی از زندگی و سلامت اجتماعی. همچنین، یافته‌های این نتایج با پژوهش بخارایی و همکاران (۱۳۹۴) هم‌خوانی دارد که در ملایر انجام شده است.

همچنین، این نتایج با یافته‌های ساراسون و همکارانش (۱۹۸۳)، بلانکو و دیاز (2007) و افشانی و شیرینی محمدآباد (۱۳۹۵) همسو است که نتیجه گرفتند بین رضایت از زندگی

برنامه‌ریزی شود.

باتوجه به ابعاد ایجابی سلامت محور در سطح شهرستان، دستگاه‌های دولتی و حاکمیتی، استفاده از خدمات مشاوره‌ای، روان‌شناختی و مددکارانه را با همکاری سازمان‌های مردم‌نهاد برای تمامی شهروندان از جمله جوانان برنامه‌ریزی کنند.

به همکاری دستگاه‌های متولی رفاه و سلامت اجتماعی شهرستان با مراکز آموزشی در سطح شهرستان برای ارتقای سطح کیفیت زندگی سلامت محور در راستای برنامه‌ریزی، تشکیلات فکری و پژوهشی توجه کنند.

باتوجه به این راهبردها در راستای ارتقای سلامت اجتماعی جوانان در این شهرستان، برنامه‌ریزی‌های رفاهی و اجتماعی باتوجه به سیاست‌گذاری‌های رفاهی جامعه مطرح شود.

الف) برگزاری برنامه‌های مفرح و شاداب در سطح شهرستان برای کلیه شهروندان از جمله جوانان به مناسبت‌های مختلف ملی و مذهبی.

ب) برپایی و برگزاری دوره‌های آموزشی شادزیستن در زندگی از سوی سازمان‌ها و مجریان دولتی و غیردولتی.

پ) اجرای برنامه‌هایی در راستای افزایش آگاهی رفتاری در حوزه ارتقای رفتارهای مرتبط با حوزه سلامت روانی در زندگی.

ت) استفاده از تکنیک‌ها و فنون تبلیغاتی در سطح شهرستان برای جامعه‌پذیری ارزش‌های اخلاقی.

ج) تشویق و مشارکت گروه‌های اجتماعی از جمله جوانان در شکل‌ها و انجمن‌های فرهنگی و اجتماعی.

چ) آموزش شهروندان در حوزه تعاملات اجتماعی با خانواده، همشهریان و سایر افراد جامعه در حوزه‌های مختلف زندگی.

ح) ترمیم اعتماد در سطح فردی، محلی، منطقه‌ای و ملی از سوی دستگاه‌های متولی در سطح شهرستان.

خ) اجرای آموزش‌های مستقیم و غیرمستقیم برای گسترش هنجارها و ارزش‌های جمعی از سوی مسئولان و برنامه‌ریزان فرهنگی و اجتماعی شهرستان.

د) اتخاذ روش‌های آموزشی متناسب با هنجارها و ارزش‌های بومی - منطقه‌ای و ملی در راستای افزایش احساس امنیت اجتماعی.

ذ) حمایت‌های معنوی و مالی از پژوهش‌های رفاهی و فرهنگی و اجتماعی در مراکز آموزش عالی از سوی متولیان امر.

ر) افزایش راهکارهای حمایت اجتماعی و برنامه‌های توانمندسازی حوزه‌های فرهنگی و اجتماعی جوانان.

ز) برگزاری دوره‌های خلاقیت و کارآفرینی در سطح شهرستان برای جوانان در راستای استفاده بهینه از فرصت‌های شغلی و مالی.

ژ) آموزش‌های فرهنگی و اجتماعی از سوی سازمان‌های مردم‌نهاد و دستگاه‌های متولی برای جوانان برای استفاده بهینه از اوقات فراغت.

س) تشویق و مشارکت شهروندان به‌خصوص جوانان به سمت برنامه‌های ورزشی و جمعی.

منابع

- افشانی، ع.ر. و شیرینی محمدآباد، ح. (۱۳۹۵). «بررسی رابطه رضایت از زندگی و سلامت اجتماعی زنان شهر یزد»، *دوماهنامه علمی و پژوهشی طلوع بهداشت دانشکده بهداشت یزد*، س ۱۵، ش ۲، ص ۴۴-۳۴.
- ایمنی، ن. (۱۳۹۴). *بررسی تأثیر امنیت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان منطقه چهار شهر تهران*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه پیام نور مرکز غرب تهران.
- بخارایی، ا.؛ شربتیان، م.ح. و طوافی، پ. (۱۳۹۴). «مطالعه جامعه‌شناختی رابطه نشاط با سلامت اجتماعی»، *فصلنامه رفاه و برنامه‌ریزی*، ش ۲۵، ص ۳۹-۱.
- پورافکاری، ن.ا. (۱۳۹۱). «بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی در شهرستان پاوه»، *فصلنامه علمی - پژوهشی علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شوشتر*، س ۶، ش ۱۸، ص ۶۰-۴۱.

- دلاور، ب. (۱۳۷۸). «بررسی وضعیت سلامت سالمندان کشور فروردین ۱۳۸۷»، مجموعه مقالات سالمندی، جلد اول، انتشارات گروه بانوان نیکوکار، ص ۱۱-۱۴.
- حاتمی، پ. (۱۳۸۹). *بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان باتأکید بر شبکه‌های اجتماعی*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده علوم اجتماعی.
- حائری، م.؛ تهرانی، ه.؛ اولیایی‌منش، ع.ر. و نجات، س. (۱۳۹۴). «عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی کارکنان شاغل در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی»، *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت*، س ۳۱، ش ۴، ص ۳۱۸-۳۱۱.
- چلبی، م. (۱۳۸۶). *جامعه‌شناسی نظم*، چاپ چهارم، تهران: نشر نی.
- خوش‌فر، غ.ر.؛ محمدی، آ.؛ محمدزاده، ف. و اکبرزاده، ف. (۱۳۹۴). «امنیت اجتماعی، سلامت اجتماعی (مطالعه موردی: جوانان ۲۹-۱۵ ساله)»، *مجله مطالعات اجتماعی ایران*، س ۹، ش ۱، ص ۱۰۲-۷۱.
- رضایی، ا. (۱۳۹۲). *بررسی سلامت اجتماعی شهروندان شهر مشهد، دانشگاه فردوسی مشهد*، پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد پژوهش علوم اجتماعی.
- زکی، م.ع. و خشوعی، م.ا. (۱۳۹۲). «سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در بین شهروندان شهر اصفهان»، *مطالعات جامعه‌شناختی شهری*، دوره ۳، ش ۸، ص ۱۰۸-۷۹.
- سام‌آرام، ع.ا. (۱۳۸۸). «بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی باتأکید بر رهیافت پلیس جامعه محو»، *فصلنامه علمی-پژوهشی انتظام اجتماعی*، س ۱، ش ۱، ص ۲۹-۹.
- شربتیان، م.ح. (۱۳۹۱). «تأملی بر پیوند معنایی مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و میزان بهره‌مندی از سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه پیام‌نور مشگین‌شهر»، *فصلنامه مطالعات و تحقیقات اجتماعی ایران*، س ۲، ش ۴، ص ۵۲۵-۵۶۴.
- علیزاده‌اقدم، ع.؛ سام‌آرام، ع.؛ سلطانی بهرام، س. و رجایی، خ. (۱۳۹۲). «بررسی تأثیر سلامت اجتماعی بر کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه پیام‌نور مشگین‌شهر»، *فصلنامه مطالعات و تحقیقات اجتماعی ایران*، س ۲، ش ۴، ص ۵۲۵-۵۶۴.
- فیروزآبادی، ا. (۱۳۸۴). *پژوهش بررسی سرمایه اجتماعی در ایران و راه‌های ارتقای آن*، شورای عالی انقلاب فرهنگی.
- کلمن، ج. (۱۳۷۷). *بنیادهای نظریه اجتماعی*، ترجمه: صبوری، م.، چاپ اول، تهران: نشر نی.
- گیدنز، آ. (۱۳۷۸). *تجدد و تشخیص، جامعه و هویت شخصی در عصر جدید*، ترجمه: موفقیان، ن.، چاپ اول، تهران: نشر نی.
- مهری، ا. (۱۳۹۰). *بررسی میزان تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت روانی و اجتماعی معلمان شهر همدان*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد برنامه‌ریزی رفاه اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی.
- نصیری، ق. (۱۳۸۱). «معنا و ارکان جامعه‌شناسی امنیت: امنیت پایدار، سرمایه اجتماعی و جنبش‌های اجتماعی»، *فصلنامه راهبرد*، ش ۲۶، ص ۱۳۳-۱۱۲.
- هزارجریسی، ج. و صفری شالی، ر. (۱۳۹۱). *آناتومی رفاه اجتماعی*، تهران: انتشارات جامعه و فرهنگ.
- یحیی‌زاده، ح.، رضانی، م. (۱۳۹۲). «سلامت اجتماعی و

- Communicative Acts, Social Well-Being, and Spiritual Well-Being on the Quality of Life At the End of Life in Patients with Cancer Enrolled in Hospice”, *Journal of Palliative Medicine*, 11(1): 20-25.
- Sarason, I.G. Levine, H.M. Basham, R.B. Sarason B.R. (1983) “Assessing Social Support: The Social Support Questionnaire”, *Journal of Personality and Social Psychology*, 44: 127-139.
- World Health Organization Group. (1998) "Development of the World Health Organization WHOQOL - BREF Quality of Life Assessment", *Journal of Psychol Med.* 28(3): 5551-5581.
- عوامل اجتماعی مؤثر بر آن، مطالعه موردی زنان سرپرست خانوار شهر قروه»، فصلنامه علمی و پژوهشی برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، ش ۱۶، ص ۱۰۲-۶۸.
- یزدان‌پناه، ل. و نیک‌ورز، ط. (۱۳۹۴). «رابطه عوامل اجتماعی با سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان»، *مجله جامعه‌شناسی کاربردی دانشگاه اصفهان*، س ۲۳، ش ۳، (۵۹)، ص ۹۹-۱۱۶.
- Abachizadeh, K. Tayefi, B. Nasehi, A. Memariyan, N. Rassouli, M. Omidian, S. & Bagherzadeh, L. (2014) “Measuring Self Rated Social Health of Iranians Apoplation Based Survey in Three Cities”, *NBM (Novelty in Biomedicine)*. 2(3): 79- 84.
- Blanco, A. & Diaz, D. (2007) “Social Order and Mental Health: A Social Well-Being Approach”, *Autonoma University of Madrid, Psychologe in Spain*, 11(5): 61-71.
- Cicognani, E. Pirini, C. Keyes, C. L. M. (2008) “Social "Participation, Sense of Community and social well-being: A Study on American, Italian and Iranian University Students”, *Social Indicators Research*, 89(1): 97-112.
- Diener, E. D. Emmons, R. Larsen, R. & Griffin, S. (1985) “The Satisfaction with Life”, *Journal of Personality Assessment*, 49(1): 71-76.
- Ferrans, C. (1996) "Development of A Conceptual Model of Quality of Life", *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 10(3): 151-158
- Fujisawa, Y. Hamano, T. Takegawa, S. (2009) “Social Capital and Perceived Health in Japan: An Ecological and Multilevel Analysis”. *Jornal of Social Science Medicine*, 69: 500-505.
- Keyes, C. L. M. (1998) “Social Well – being”, *Social Psychology Quarterly*, 61(2): 121-140.
- Keyes, C. L. M. (2004) “Mental Health and / or Mental Illness? Investigation Axioms of the Complet state model of Health”, *Jornal of Consulting and Clinicial Psychology*, 73(3): 539-548.
- Larson, J. (1996) “The Measurement of Social Well-Being”, *Jornal of Social Indicators Research*, 28(3): 285-296.
- Marks, D. F. Murray, M. Evans, B. & Estacio E.V. (2000) “*Health Psychology: Theory, Research and Practice*”. London. SAGE Publications.
- Myers, D.g. & Diener, E. (1995) “Who Is Happy?” *Jornal of Psychology Science*. 6(1): 10- 19.
- Prince-Paul, M. (2012) “Relationships among