

مطالعه جامعه‌شناختی رابطه نشاط با سلامت اجتماعی

(جوانان ۱۸ تا ۳۰ سال شهرستان ملایر)

احمد بخارایی*، محمد حسن شربتیان**، پویا طوافی***

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۲/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۱/۱۲

چکیده

هدف نوشتار حاضر از یک‌سو سنجش میزان سلامت اجتماعی و ابعاد آن و از سوی دیگر مطالعه رابطه متغیر نشاط و سلامت اجتماعی در بین جوانان است. چارچوب نظری شامل رهیافت ترکیبی در حوزه سلامت اجتماعی و نشاط، از شاخص‌های کبیز، لارسون و دورکیم، رویکرد ونیهوون و آرگایل، داینر و نظریه لذت‌گرایی بوده است. این پژوهش پیمایشی و از نوع همبستگی و تحلیلی است، جامعه آماری شامل جوانان ۱۸-۳۰ سال ساکن در شهر ملایر است. روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی ساده و حجم نمونه ۴۰۰ نفر است. یافته‌ها نشان

bokharai_ah@yahoo.com

*. دانشیار گروه جامعه‌شناسی دانشگاه پیام نور.

** عضو هیئت علمی گروه جامعه‌شناسی دانشگاه پیام نور. (نویسنده مسئول). sharbatiiyan@pnu.ac.ir

tavafi8997@gmail.com

***. دانش‌آموخته ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه پیام نور.

می‌دهد که میزان سلامت اجتماعی جوانان در سطح متوسط و رو به بالا (۴۰/۴۴) ارزیابی شده است. همچنین میزان سطح نشاط و شادکامی در بین این جوانان در حد متوسط (۴۴/۲۶) برآورد شده و نتایج به‌دست آمده بیانگر همبستگی متوسطی (۰/۲۴) میان متغیرهای نشاط اجتماعی و سلامت اجتماعی است.

مفاهیم کلیدی: توسعه اجتماعی، سلامت اجتماعی، ملایر، نشاط اجتماعی.

مسئله پژوهش

سلامت اجتماعی مفهومی است که به ارتباط بین دو مفهوم سلامت و اجتماع اشاره دارد. با توجه به این که اجتماع خود مفهومی اعتباری است و حقیقت خارجی آن منوط به تک‌تک افرادی است که آن را تشکیل داده‌اند، در بررسی اجتماع باید بیش از هر چیز افراد جامعه را مورد مطالعه قرار داد. سلامت اجتماعی هنگامی محقق می‌شود که خانواده‌ها و افراد، از سلامت نسبی برخوردار باشند و هریک از شهروندان در برابر اجتماع خود احساس مسئولیت کنند و سعادت خود را در سلامت اجتماع بدانند. سازمان بهداشت جهانی، به‌زیستن یا آسایش کامل از نظر اجتماعی را یکی از ابعاد سلامتی تعریف می‌کند. در عصر حاضر، ابعاد، رویکردها و شاخص‌های مربوط به سلامت اجتماعی^۱ در کنار ابعاد جسمی و روانی سلامت، کم‌تر مورد توجه قرار گرفته است. فرد سالم از نظر اجتماعی، زمانی عملکرد خوبی دارد که اجتماع را مجموعه‌ای معنادار و قابل فهم و بالقوه برای رشد و شکوفایی بداند و احساس کند که متعلق به گروه‌های اجتماعی خود است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهیم بداند (Keyes & Shapiro, 2004: 352). در واقع شاخص اصلی جامعه را نظام روابط اجتماعی بین افراد تشکیل می‌دهد (Hales, 2000: 36).

در سال‌های اخیر برای تعیین سطح توسعه‌یافتگی در کشورها، سازمان ملل متغیرهای جدیدی را وارد تحلیل‌های خود کرده است. نشاط اجتماعی یکی از این متغیرهای جدید و کلیدی است. بر این اساس، جامعه‌ای که افراد آن احساس شادکامی و نشاط نداشته باشند، نمی‌توان جامعه‌ای توسعه‌یافته، به‌ویژه از نظر توسعه اجتماعی، محسوب کرد. با وجود این با تأمل در شرایط کنونی جامعه و در نظر گرفتن گسترش روزافزون ارتباطات انسانی در سطوح بین‌المللی، این نکته احساس می‌شود که عوامل برهم‌زننده تعادل، آرامش و سلامت افراد و علل بروز بحران‌های اجتماعی و روانی، افزایش و پیچیدگی خاصی یافته و متقابلاً احساس نیاز فردی و اجتماعی به سلامت اجتماعی و روانی افزوده شده و به عاملی تهدیدکننده سلامت اجتماعی تبدیل شده است. امروز با تغییر شکل زندگی، گسست روابط، جانشینی رسانه‌های ارتباط جمعی، به جای روابط خانوادگی و گروهی افراد، نبودن محیط‌های فرح‌بخش، افزایش مصرف‌گرایی، ترویج و تبلیغ شادی‌های کاذب، گسترش خشونت و نداشتن تعریف درستی از شادی و مشکلات عدیده‌ای از قبیل فقر، نداشتن امید به شغل آتی، نارضایتی از وضعیت موجود، نداشتن رفاه نسبی، کاهش ارتباطات اجتماعی و درنهایت کاهش سلامت اجتماعی، پرداختن به نشاط را به‌صورت یک اصل انکارناپذیر در آورده است. بنابراین برای دستیابی به سلامت اجتماعی و عمومی افراد جامعه و رهایی از برخی معضلات جامعه و تنش‌های اجتماعی، باید به نشاط و شادابی به‌عنوان متغیر تعیین‌کننده سلامت اجتماعی افراد جامعه بها داد. احساس شادی و نشاط یکی از ضروری‌ترین خواسته‌های فطری و نیازهای روانی انسان به‌شمار می‌رود و به‌دلیل تأثیرات عمده بر سالم‌سازی و بهسازی جامعه، مدت مدیدی است ذهن آدمیان را به خود مشغول کرده است؛ به‌طوری‌که امروزه بسیاری از ملل به‌نوعی درصدد ایجاد یک جامعه سالم و با نشاط هستند؛ زیرا به‌نظر می‌رسد احساس شادی از یک‌سو انسان‌ها را برای زندگی بهتر و بازدهی بیش‌تر آماده می‌کند و از سوی دیگر به‌دلیل ویژگی مسری بودن آن،

بستگی‌های فرد را با محیط اجتماعی خودش گسترده می‌کند (فرجی و خادمیان، ۱۳۹۲: ۸۹).

بعد اجتماعی سلامت دربرگیرنده سطوح مهارت‌های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود، به‌عنوان عضوی از جامعه بزرگ‌تر است. در واقع زندگی سالم، محصول تعامل اجتماعی بین انتخاب‌های فردی از یک‌سو و محیط اجتماعی، اقتصادی احاطه‌کننده فرد از سوی دیگر است. در صورت تحقق سلامت اجتماعی، جوانان دارای انگیزه و روحیه‌ای شاد شده و در نهایت جامعه شاداب و سلامت خواهد بود. داشتن تفکرات اجتماعی صحیح و برخورداری جوانان از ذهنیت مثبت نسبت به جامعه برای زندگی اجتماعی، اولین و مهم‌ترین مرحله از سلامت اجتماعی است که متأسفانه به آن توجه کافی نشده است. با توجه به این که شهر ملایر یک شهر در حال رشد و توسعه است و مسئولان تنها به ارتقای شاخص سلامت‌های جسمی و روانی جوانان در این شهر توجه می‌کنند لازم است بعد اجتماعی سلامت نیز در کنار دیگر ابعاد آن مورد توجه و ارتقا قرار گیرد، چراکه ارتباط و روابط مناسب اجتماعی در هر دوره سنی به‌خصوص جوانی، یک امر ضروری است. در صورت کاهش یافتن روابط صحیح و قابل اعتماد اجتماعی در بین جوانان، آسیب‌های اجتماعی و نابسامانی‌های زیادی گریبان‌گیر شهر و خانواده و در کل، جامعه می‌شود. همچنین نشاط اجتماعی موجب حفظ سلامتی و تاحدودی طول عمر افراد می‌شود. نشاط می‌تواند سلامت جسمانی را نیز بهبود بخشد، افرادی که شاد هستند احساس امنیت بیشتری می‌کنند و آسان‌تر تصمیم می‌گیرند و دارای روحیه مشارکتی بیشتری هستند و نسبت به کسانی که با آنها زندگی می‌کنند بیش‌تر احساس رضایت می‌کنند و از سلامت اجتماعی بالاتری نیز برخوردارند.

از آنجایی که آینده اجتماعی، اقتصادی و سیاسی یک جامعه بستگی به ظرفیت جوانان آن جامعه دارد، به همان اندازه که جوانان یک جامعه، ظرفیت اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی را فراگرفته باشند، به همان اندازه یک جامعه پویا، متکی به خود،

توسعه‌یافته و توانا را می‌توان در آینده توقع داشت. از طرفی با توجه به روند تکاملی شهر ملایر که همزمان با تحولات اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی، روابط و مناسبات و شیوه زندگی افراد در این شهر دچار تحول شده است. از یک‌سو با تفکیک بیش از پیش نقش‌ها، روابط اجتماعی گسترش یافته است و جوانان مجبورند برای بقای خود به موقعیت‌های دیگر وابسته شوند و از سوی دیگر روابط در سطح مانده‌اند و به عمق نمی‌روند. همچنین این روابط از پایداری و تداوم گذشته برخوردار نیستند و در حین سطحی بودن، در نهایت به دور نگه داشتن خود از دیگران، کاهش روابط نخستین و چهره به چهره، بی‌اعتنایی به دیگران، انتظارات از دیگران و در نتیجه کاهش سطح نشاط اجتماعی آنان منجر می‌شود. براساس چنین امری مهم‌ترین سؤالات بیان شده که در طی فرایند درصدد پاسخگویی به آنها هستیم عبارت‌اند از:

۱. میزان بهره‌مندی و برخورداری از سلامت اجتماعی و هریک از ابعاد آن در بین جوانان شهر ملایر در چه حدی است؟
۲. میزان بهره‌مندی و برخورداری از نشاط اجتماعی و هریک از ابعاد آن در بین جوانان هر ملایر در چه حدی است؟
۳. شدت رابطه (همبستگی) میان متغیر سلامت اجتماعی و نشاط اجتماعی به چه میزان است؟
۴. با توجه به میزان بهره‌مندی از سلامت اجتماعی و رابطه آن با نشاط و شادکامی چه راهکارها و استراتژی‌هایی در پیشبرد و ارتقای این پدیده اجتماعی می‌توان به صورت کاربردی و عملیاتی ارائه داد؟

پیشینه پژوهش

در بین پژوهش‌های انجام‌شده، پژوهشی که مستقیماً رابطه دو متغیر نشاط و سلامت اجتماعی را بررسی کند، مشاهده نشده که این مسئله یکی از محدودیت‌های پژوهش

حاضر بود ولی لزوم ارتباط این دو متغیر احساس می‌شود. بنابراین مطالعاتی که ارتباط نزدیک‌تری با موضوع داشت به عنوان سوابق پژوهش انتخاب شد.

یحیی زاده و رمضانی (۱۳۹۲) در مقاله‌ای با عنوان سلامت اجتماعی و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن به بررسی میزان سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر آن در میان زنان سرپرست خانوار در شهرستان قروه پرداخته‌اند. جامعه آماری شامل تمام زنان سرپرست خانوار (۹۲ نفر) زیر پوشش سازمان بهزیستی قروه است. همچنین ۹۲ نفر از زنان غیرسرپرست خانوار ساکن در همان شهر به صورت تصادفی برای مقایسه به روش پیمایشی مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. چارچوب نظری پژوهش مبتنی بر رویکردهای سلامت اجتماعی کیز، پایگاه اقتصادی و اجتماعی وبر، باورهای دینی گلاک و استارک و مهارت‌های ارتباطی است. نتایج نشان می‌دهد که از لحاظ میزان سلامت اجتماعی و ابعاد آن در میان زنان سرپرست خانوار و غیرسرپرست، تفاوت معناداری وجود دارد. به علاوه از لحاظ متغیر پایگاه اقتصادی و اجتماعی، باورهای دینی (بعد اعتقادی) و مهارت‌های ارتباطی بین سرپرست خانوار و غیرسرپرست تفاوت معناداری وجود ندارد. آباچی‌زاده و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهشی با عنوان اندازه‌گیری سلامت اجتماعی خود امتیاز از ایرانیان (یک بررسی مبتنی بر جمعیت سه شهرستان) ریال به مطالعه تمایل به ارزیابی خود امتیاز ایرانیان از سلامت اجتماعی از طریق یک نظرسنجی و به صورت مقطعی در سه شهرستان پرداخته‌اند. جامعه آماری شامل همه افراد ساکن در سه شهرستان که بیش از ۱۸ سال سن داشته‌اند و حجم نمونه با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ۸۰۰ نفر انتخاب شده است. با استفاده از مقیاس ۳۳ گویه‌ای کیز، میزان سلامت اجتماعی را ارزیابی کرده‌اند. نتایج نشان می‌دهد که از ۸۰۰ نفر که مورد مطالعه قرار گرفته‌اند، ۷۹۵ نفر (۰/۹۹) به طور کامل توافق خود را به مشارکت اعلام داشته‌اند. میانگین نمره سلامت اجتماعی نمونه مورد بررسی برابر با ۱۰۵ بوده است و ۵۰ درصد شرکت‌کنندگان در سطح متوسط از سلامت اجتماعی برخوردار بوده‌اند. نمره سلامت اجتماعی در ارومیه بالاتر از تهران برآورد شده است. هیچ ارتباطی بین نمره

سلامت اجتماعی و عوامل زمینه‌ای مانند سن، جنس، سطح تحصیلات وجود نداشته است.

کیکوگنانی و همکاران (۲۰۰۸) در پژوهشی سعی کرده‌اند تا با ارزیابی ارتباط و مشارکت اجتماعی، به درک از اجتماع در میان دانشجویان ایتالیایی، آمریکایی و ایرانی و تأثیر این دو متغیر بر سلامت اجتماعی بپردازند. در این پژوهش از پرسش‌نامه کیز (۱۹۹۸) که شامل ۳۳ گویه است استفاده شده. نتایج نشان می‌دهد، مشارکت اجتماعی، درک از اجتماع و سلامت اجتماعی در میان دانشجویان آمریکایی در سطح بالاتری قرار دارد. همچنین مشارکت اجتماعی تنها در میان دانشجویان ایتالیایی به‌طور مثبتی سلامت اجتماعی را پیش‌بینی می‌کند.

بلانکو و دیاز (۲۰۰۷) در مقاله‌ای با عنوان «نظم اجتماعی و سلامت روانی با رویکردی به سلامت اجتماعی» به بررسی سلامت اجتماعی پرداخته‌اند. در این پژوهش سعی شده «ارتباط بین ابعاد سلامت اجتماعی را، به‌عنوان شاخص نظم اجتماعی، با جنبه‌های دیگری از سلامت مثل میزان افسردگی، عزت نفس، سلامت درک‌شده، محرومیت، میزان آنومی و کنش‌های متقابل اجتماعی، احساسات مثبت و منفی و رضایت، مورد بررسی قرار دهند» (Blanco & Dize, 2007: 61-71).

کیز در پژوهش خود (۱۹۹۸) به بررسی رابطه بین سلامت اجتماعی، از خودبیگانگی و ناهنجاری‌های اجتماعی پرداخته است. وی در این مطالعه سلامت اجتماعی در ایالت متحده آمریکا نتایج زیر را به‌دست آورده است: بین سلامت اجتماعی با رفتارهای اجتماع‌پسند و مسئولیت‌پذیری و زندگی اجتماعی رابطه مثبت بسیاری مشاهده شده است. همچنین سطوح سلامت اجتماعی به‌خصوص انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی در افرادی که با اطرافیان خود برای حل مسائل و مشکلات همکاری و همفکری می‌کنند، در مقایسه با افرادی که با اطرافیان خود رابطه نداشته‌اند، میزان بالاتری داشته است.

با توجه به پیشینه پژوهش باید گفت که هیچ‌یک از پژوهش‌های یادشده و همچنین پژوهش‌های مورد مطالعه به بررسی رابطه بین دو متغیر نشاط و سلامت اجتماعی پرداخته‌اند. در این پژوهش هدف این است که ابتدا به میزان بهره‌مندی جوانان از سلامت اجتماعی و بعد به تبیین جامعه‌شناختی و توصیف همبستگی میان سلامت اجتماعی (متغیر وابسته) و نشاط (متغیر مستقل)، پرداخته شود.

چارچوب نظری پژوهش

دو رویکرد متفاوت در تعریف سلامت وجود دارد که عبارت است از: (۱) رویکرد بیماری‌محور، که این رویکرد، حضور و عدم حضور بیماری در مقوله‌های مختلف جسمانی و روانی محدود شده است (شربتیان، ۱۳۹۱: ۱۵۵). از این منظر سلامتی حالتی است که علائم بیماری در فرد وجود نداشته باشد و سلامت هدف نهایی پزشکی است. در این دیدگاه نقش عوامل تعیین‌کننده زیست‌محیطی، اجتماعی و روان‌شناختی نادیده گرفته می‌شود (سجادی و صدرالسادات، ۱۳۸۴: ۲۴۷)؛ (۲) رویکرد سلامت‌محور، که در آن سلامت را به‌عنوان حالت برخوردار از درجه بالایی از بهزیستی تعریف می‌کنند. طبق نظریه سلامتی، فردی سالم فرض می‌شود که درجات عالی شاخص‌های سلامت را دارا باشد. داوانی و همکاران عقیده دارند که سلامت حقیقی، فرایند نیرومند شدن و قادر بودن توأم با داشتن یک زندگی خوب را منعکس می‌کند (زکی و خشوعی، ۱۳۹۲: ۸۳).

سلامت اجتماعی یا حداقل نبودن آن یک نگرانی مهم در نظریه‌های کلاسیک جامعه‌شناختی است. از نظر تجربی، ریشه سلامت اجتماعی در ادبیات جامعه‌شناسی مربوط به ناهنجاری و بیگانگی اجتماعی است. دورکیم معتقد است از جمله مزایای بالقوه زندگی عمومی، یکپارچگی و همبستگی اجتماعی است، یعنی یک احساس تعلق و وابستگی، درک آگاهی مشترک و داشتن سرنوشت جمعی. این مزایای زندگی اجتماعی یک اساس و بنیان برای تعریف جهانی سلامت اجتماعی است

(Keyes, 1998: 122). لارسون و کیز با توجه به رویکرد سلامت‌محور یک چارچوب مفهومی و نظری برای سلامت اجتماعی ارائه داده‌اند. لارسون (۱۹۹۶) سلامت اجتماعی را ارزیابی فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر (نزدیکان، گروه‌های اجتماعی) که او عضوی از آنهاست، تعریف می‌کند و معتقد است که مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد را می‌سنجد و شامل پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر، رفتار) است که نشانگر رضایت یا نارضایتی فرد از زندگی و محیط اجتماعی است (Larson, 1996: 183).

با توجه به گستردگی مفهوم سلامت اجتماعی و نظری‌های متعددی که اندیشمندان مطرح کرده‌اند و مؤلفه‌های مختلفی که در بررسی مفهوم سلامت اجتماعی استفاده شده است، در این پژوهش به تلفیق نظریات پرداخته‌ایم تا با تنظیم چارچوبی منسجم به تبیین درستی از این مفهوم دست یابیم. یکی از جامع‌ترین نظریه‌ها در حوزه سلامت اجتماعی نظریه کیز^۱ است. از دیدگاه کیز، سلامت اجتماعی شامل عناصر متعددی است که در کنار یکدیگر نشان می‌دهند افراد چگونه و در چه درجه‌ای در زندگی اجتماعی خود، به‌عنوان همسایه، همکار و هم‌شهری، خوب عمل می‌کنند (Keyes, 2004: 48 به نقل از سام آرام، ۱۳۸۸: ۱۰). کیز سلامت اجتماعی را این‌طور تعریف می‌کند: چگونگی ارزیابی و شناخت فرد از عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که عضوی از آنهاست. او مفهوم سلامت اجتماعی را با مقیاسی جامع و با در نظر گرفتن ابعاد اجتماعی و محیطی زندگی فرد مفهوم‌سازی می‌کند و معتقد است که بدون در نظر گرفتن معیارهای اجتماعی و محیطی نمی‌توان عملکرد شخص و سلامت او را ارزیابی کرد (Keyes, 2005: 543).

1 . Keyes

از نظر کیز و لارسون سلامت اجتماعی مفهومی انتزاعی است که ارزیابی نسبی از روابط انسان با خود، جامعه و ارزش‌هاست و نمی‌توان آن را جدای از دیگر پدیده‌های چندعاملی فهمید. سلامت اجتماعی شیوه سازگاری آدمی با دنیاست، انسان‌هایی که مؤثر، شاد و راضی هستند و گرایش به شادی و نشاط را حفظ می‌کنند، از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردارند.

رویکرد کیز از یک اصل جامعه‌شناختی و روان‌شناختی نشئت می‌گیرد. طبق نظر کیز «حلقه مفقوده در تاریخچه مطالعات مربوط به سلامت و خصوصاً سلامت ذهن پاسخ به این سؤال است که آیا ممکن است کیفیت زندگی و عملکرد شخصی افراد را بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد» (Keyes & Shapiro, 2004: 5). کیز معتقد است «بهزیستی یک اساس و بنیان اجتماعی دارد و بدین ترتیب سلامت اجتماعی را ارزیابی شرایط و عملکرد فرد در جامعه تعریف می‌کند» (Callaghan, 2008: 2) و عملکرد اجتماعی خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت جسمی و روانی است و چالش‌های اجتماعی را دربرمی‌گیرد. همچنین وی معتقد است «که بین سلامت اجتماعی با رفتارهای اجتماع‌پسند و مسئولیت‌پذیری در جامعه و جایگاه اجتماعی رابطه مثبتی وجود دارد. از نظر کیز هیچ ادبیات پژوهشی روی سلامت اجتماعی در بُعد فردی وجود ندارد» (سام‌آرام، ۱۳۸۸: ۱۲).

تحت تأثیر مدل سلامت، کیز براساس بعد اجتماعی و سطح تحلیل فردی پنج بعد و شاخص اساسی، برای سلامت اجتماعی پیشنهاد کرده است که عبارت است از: شکوفایی اجتماعی^۱، همبستگی (انطباق) اجتماعی^۲، پذیرش اجتماعی^۳، سهم داشت (مشارکت) اجتماعی^۴، انسجام اجتماعی^۵.

-
1. Social Actualization
 2. Social Coherence
 3. Social Acceptance
 4. Social Contribution
 5. Social cohesion

انسجام اجتماعی: ارزیابی فرد از روابطش در جامعه و گروه‌های اجتماعی است. فرد سالم احساس می‌کند که بخشی از اجتماع است و خود را با دیگرانی که واقعیت اجتماعی را می‌سازند سهیم می‌داند. به نظر کبیز، از دیدگاه دورکیم سلامت و یگانگی اجتماعی، روابط افراد را با یکدیگر از طریق هنجارها منعکس می‌کند. انسجام اجتماعی، احساس بخشی از جامعه بودن، فکر کردن به این که فرد به جامعه تعلق دارد، احساس حمایت شدن از طریق جامعه و سهم داشتن در آن است. بنابراین انسجام آن درجه‌ای است که در آن مردم احساس کنند چیز مشترکی بین آنها و کسانی که واقعیت اجتماعی آنها را می‌سازد، وجود دارد (سام‌آرام، ۱۳۸۸: ۱۸). پذیرش اجتماعی: افرادی که دارای این بعد از سلامت اجتماعی هستند، اجتماع را به صورت مجموعه‌ای از افراد مختلف درک می‌کنند و به دیگران به عنوان افراد با ظرفیت و مهربان، اعتماد و اطمینان دارند. این افراد دیدگاه مطلوبی نسبت به ماهیت انسان دارند و با دیگران احساس راحتی می‌کنند. در پذیرش اجتماعی فرد، اجتماع و مردم آن را با همه نقش‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی باور دارند و می‌پذیرند (عبدالله تباردرزی، ۱۳۸۶: ۱۷۵). مشارکت اجتماعی باوری است که طبق آن فرد خود را عضو مهمی از اجتماع می‌داند و تصور می‌کند چیزهای ارزشمندی برای عرضه به جامعه دارد. مشارکت اجتماعی یعنی چه میزان فرد احساس می‌کند که آنچه انجام می‌دهد در نظر اجتماع ارزشمند و در رفاه عمومی مؤثر است (همان: ۱۷۵ و ۱۷۶). انطباق اجتماعی درک کیفیت، سازماندهی و عملکرد دنیای اجتماعی خود است. فرد سالم از نظر اجتماعی سعی دارد تا در مورد دنیای اطراف خود بیش‌تر بداند. افراد سالم علاقه‌مند به طرح‌های اجتماعی بوده و احساس می‌کنند قادر به فهم وقایع اطرافشان هستند. خود را با تصور این که در یک دنیای متکامل و عالی هستند، فریب نمی‌دهند و خواسته‌ها و آرزوهایشان را برای فهم و درک زندگی ارتقا می‌بخشند. شکوفایی اجتماعی ارزیابی توان بالقوه مسیر تکاملی اجتماع است و باور به این که اجتماع در حال یک تکامل تدریجی است و توانمندی‌های بالقوه‌ای برای تحول مثبت دارد که از طریق نهادهای اجتماعی و شهروندان شناسایی می‌شود. شکوفایی

اجتماعی یعنی باور به این که فرد سرنوشت خویش را در دست دارد و به‌مدد توان بالقوه‌اش مسیر تکاملی را کنترل می‌کند (همان: ۱۷۶ و ۱۷۷). از سوی دیگر کنت نول^۱ در نظریه خود می‌گوید که سلامت دو بعد توانایی‌های جسمانی و اجتماعی را در بر می‌گیرد.

پایگاه مجموعه حقوق و تکالیفی است که موقعیت فرد در روابطش با دیگران برعهده او می‌گذارد، اعم از این که روابط افقی باشد یا عمودی، مبتنی بر تساوی باشد یا سلسله‌مراتبی یا به امتیازهای اعتبار اجتماعی و افتخار وابسته باشد. ماکس وبر پایگاه را یک امتیاز اجتماعی می‌داند که در جامعه به برخی از موقعیت‌ها داده می‌شود و معتقد است جامعه نیز از چند سطوح یا گروهی از پایگاه‌ها تشکیل می‌شود. از جمله شاخص‌های پایگاه اجتماعی که بر سلامت اجتماعی اثر می‌گذارند، عبارت‌اند از: امید به زندگی، میزان درآمد در مقابل هزینه‌های اساسی و خط فقر، گرانی و تورم، وضعیت و جایگاه اقتصادی - اجتماعی جوانان، درصد بیکاری ناخواسته، وضعیت مسکن، درصد افراد نیازمند درمان و

لنسکی^۲ همچون وبر، نظری کثرت‌گرا در مورد قدرت و نابرابری دارد. مفهوم قدرت از منظر او، ناشی از ترکیبی از توانایی‌های اعمال زور و دسترسی به حقوقی است که از لحاظ قانونی تأیید شده باشد، در نتیجه برحسب این که کدام دسته از افراد اجتماع به چنین حقوقی دست پیدا می‌کنند یا از آن محروم می‌شوند، نابرابری‌های اجتماعی متعددی به وجود می‌آید. به نظر لنسکی معیارهای بسیاری برای رتبه‌بندی گروه‌ها و افراد برحسب میزان قدرت و امتیازات مادی و حیثیت وجود دارد، ولی به‌طور معمول این مفهوم شامل عواملی همچون مالکیت دارایی، شغل، تحصیلات، دین، قومیت، نژاد، جنسیت و سن است. گیدنز نیز در نظریه خود استدلال می‌کند که دارایی، آموزش یا مهارت و نیروی کار یدی بنیان اصلی ساختار طبقاتی سه‌گانه در تمام جوامع

1. Kent Newell

2. Lenski

سرمایه‌داری است. از سوی دیگر رز و وو^۱ در نظریه خود مطرح می‌کنند که افراد تحصیل کرده در مقایسه با افراد کم‌سواد از لحاظ سلامت اجتماعی و روانی در وضعیت بهتری قرار می‌گیرند و دلیل ارتباط نزدیک تحصیلات با سلامت جسمی - روانی را در سه مقوله مطرح می‌کند: (۱) شرایط اقتصادی و کاری؛ (۲) منابع روانی و اجتماعی؛ (۳) سبک‌های زندگی سالم و بهداشتی. براساس مقوله اول، افراد تحصیل کرده کم‌تر احتمال دارد بیکار بمانند و به احتمال زیاد در شغل‌های تمام‌وقت با درآمد بالا مشغول به کار می‌شوند. بر مبنای مقوله دوم، افراد تحصیل کرده از منابع روانی - اجتماعی متعددی مثل احساس خودکنترلی و حمایت اجتماعی بالا و همچنین منابع اقتصادی بهره‌مند می‌شوند و در نهایت براساس مقوله سوم، تحصیل کرده‌ها سبک زندگی سالم‌تری در پیش می‌گیرند (کوزر، ۱۳۸۸: ۳۴۶). از آن‌جاکه سلامت اجتماعی در میان افراد جامعه با عوامل اجتماعی متعددی در ارتباط است، پس از بررسی و توصیف مفهوم سلامت اجتماعی، به بررسی عامل مؤثر بر آن، نشاط اجتماعی، به‌عنوان متغیر دیگر پرداخته می‌شود.

نشاط اجتماعی

مطالعات نظری و تجربی در خصوص شادی و نشاط اجتماعی حدود یک قرن است که آغاز شده است. اما به دلیل ظهور معانی متعدد از این واژه موانع عدیده‌ای بر سر راه تولید تفکر و اندیشه در این مقوله رشد کرده است. «در بخشی از این تعاریف کوشش شده تا پدیده شادی با عام‌ترین تعبیرات و مفاهیم، همانند کیفیت زندگی، بهزیستی، سلامتی و... تبیین شود. مشکل عمده این بخش از تعاریف آن است که در برخی موارد از آنان به‌عنوان یک تعریف کلی و چترگونه استفاده می‌شود و به‌نظر می‌رسد که آن مفاهیم بیش‌تر تمایل به واگرایی دارد» (Veenhoven, 2000: 2). در بخش دیگری از

1. Rose & Woo

تعاریف، مفروضاتی نهفته است که به شرایط اجتماعی و فرهنگی جامعه مربوط می‌شوند. زیرا این نظرگاه چنین استدلال می‌کند که لازم است آن چه را که مردم در مورد شادی فکر می‌کنند، منعکس شود تا از این طریق مفهوم شادی در آن فرهنگ مشخص شود و این به معنای آن است که مردم می‌توانند قضاوت کنند و تعبیری از مفهوم شادی را در قالب فرهنگ و ارزش خویش ترسیم کنند. در ارتباط با شادکامی، دو دیدگاه اصلی وجود دارد: دیدگاه لذت‌گرایی که براساس اصول لذت‌گرایی، موجودات زنده برانگیخته می‌شوند تا به دنبال لذت باشند و از درد اجتناب کنند. لذت‌گرایی معمولاً در چارچوب احساس‌هایی مفهوم‌سازی می‌شود که یا ناشی از تحریک دستگاه‌های حسی مختلف (بینایی، شنوایی، چشایی، بویایی و لامسه) است و یا ناشی از بمباران حسی (برانگیختگی). براساس اصول لذت‌گرایی، احساس‌ها را می‌توان به صورت پیوستاری نمایش داد که عاطفه مثبت در یک انتها و عاطفه منفی در انتهای دیگر آن قرار دارد. شادی بالاترین سطح عاطفه مثبت است. شادی از نظر عصب‌شناختی با کاهش سریع سرعت شلیک عصبی، فعال می‌شود. رهایی از درد جسمی، رهایی از نگرانی‌ها، حل کردن مسئله‌ای دشوار و پیروز شدن در رقابتی اضطراب‌انگیز نمونه‌الگوی کاهش برانگیختگی عصب‌شناختی شادی است (ریو^۱، ۱۳۸۶: ۲۳). در حوزه تئوری‌های شناختی شادی، نظریه پردازان شناختی معتقدند برای این که بتوان عاطفه را هیجان نامید، باید موضوعی مرکزی و مشترک با آن داشته باشد. موضوعات مرکزی حاصل ارزیابی تعاملات فرد با محیط است. در مورد شادی، موضوع اصلی عبارت از فرایند پیشرفت قابل قبول به سمت هدف است. بنابراین تعامل شخص با محیط نشان می‌دهد که هیجان وجود دارد. لازاروس (۱۹۸۵) اشاره می‌کند که تحریک دو یا چند موضوع مربوط به هم، هیجان جدیدی تولید می‌کند که بازتابی از ترکیب آنهاست (فرانکن^۲، ۱۳۸۴: ۸۱).

-
1. Ruoo
 2. Ferankeen

شادکامی حالتی است که سه ویژگی دارد: فراوانی و درجه عاطفه مثبت، میانگین سطوح رضایت‌مندی در طول یک دوره و نبود احساسات منفی همانند افسردگی. با توجه به این تعریف تاکنون ابزارهای بسیاری برای سنجش افسردگی ساخته شده است که بدون تردید معروف‌ترین آنها پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد^۱ است که با داشتن ۲۹ گویه بر سنجش ۵ ویژگی تواناست: (۱) رضایت از زندگی؛ (۲) خلق مثبت؛ (۳) سلامتی؛ (۴) کارآمدی؛ (۵) عزت نفس.

از دیدگاه آرگایل^۲، مقیاس‌های متفاوت خوشبختی و رضایت، شادی و احساس مثبت همگی با هم همبستگی دارند و عامل کلی روشنی را ایجاد می‌کنند، بنابراین شادی یا خوشبختی شبیه یک ویژگی شخصیتی، شامل تعدادی عناصر مربوط به هم است که در سراسر موقعیت‌ها و در طول زمان او با پیوندزدن عامل رضایت از زندگی به شادکامی، استمرار و پایداری ثابت را به‌عنوان خصلت شادکامی و نشاط معرفی کرده است. آرگایل شادمانی را دارای سه جنبه اصلی می‌داند: «تجربه کردن سرور و شادی یا joy (بعد هیجانی)، نداشتن عاطفه منفی (بعد هیجانی)، رضایت از زندگی (بعد شناختی). جنبه شناختی شادمانی مربوط به ارزیابی و قضاوتی است که فرد از زندگی خود دارد. اما جنبه هیجانی به بعد عاطفی و احساسی انسان مربوط می‌شود (آرگایل، ۱۳۸۲: ۳۵).

وینهوون نشاط را در سطح کلان به کیفیت جامعه، یعنی عواملی همچون سلامتی، عدالت و آزادی وابسته می‌داند و از این رو معتقد است سیاست اجتماعی می‌تواند ارتقادهنده این شرایط باشد. در سطح خرد نشاط وابسته به توانایی‌های شخصی مانند کارآمدی، استقلال و مهارت‌های اجتماعی (که بخشی از سلامت اجتماعی هستند) است که تحصیلات و درمان می‌تواند ارتقادهنده این مهارت‌ها باشد. وینهوون دریافت که موقعیت اجتماعی در شادی افراد تأثیر دارد: «اطلاعات نشان می‌دهد که شادی به بخت

1. Oxford Happiness Inventory (OHI)
2. M. Argyle

و بدبختی حساس است. به طوری که مردمی که در موقعیت بد قرار دارند، گرایش دارند که خود را بی‌نشاط‌تر از مردمی که در موقعیت خوب هستند نشان دهند و مردمی که موقعیتشان بهبود یافته، تمایل دارند که خود را بسیار خوشحال نشان دهند و آنهایی که موقعیتشان بدتر شده تمایل به بی‌نشاط بودن دارند. پس شادی یک رفتار تغییرناپذیر نیست» و از سوی دیگر، عوامل شخصیتی هم بر نشاط افراد تأثیرگذارند: «خلق می‌تواند هم بر سطح شادی مطلق و هم شادی نسبی تأثیر بگذارد و فرد را قطع نظر از کیفیت واقعی زندگیش، به یک ارزیابی معین از زندگی متمایل کند». از نظر وینه‌وون، یک جامعه خوب، بهترین جامعه قابل زندگی است و قابلیت زندگی جامعه، در شادی و سلامت اجتماعی اعضای آن نمایان می‌شود.

داینر^۱ و همکارانش در تشریح شادی و اجزای آن، آن را ارزشیابی احساسی و شناختی افراد از زندگی خود می‌دانند و اجزای شادی را رضایت زندگی، وجود خلق و هیجان‌های مثبت و خوشایند، نبود خلق یا هیجان‌های منفی و عوامل دیگری چون خوشبینی، عزت نفس و احساس شکوفایی معرفی می‌کنند. در این نظریه آنها ویژگی‌های افراد شادکام را داشتن دستگاه ایمنی قوی، عمر طولانی‌تر، برخورداری از روابط اجتماعی بهتر و مفیدتر، مقابله مؤثرتر با موقعیت‌های سخت و دشوار، خلاقیت و موفقیت بیشتر و گرایش زیادتر برای کمک به دیگران معرفی می‌کنند (کشاورز، ۱۳۸۴: ۱۲). همچنین داینر و ساه^۲ پس از انجام مطالعات متعدد، از جمله بررسی تحلیل‌های ویلسون^۳ در سال ۱۹۶۷، شادی را دارای سه جزء اساسی می‌دانند که عبارت‌اند از: بعد عاطفی که در حقیقت خلق و خوهای مثبت و خوشایند در افراد را شامل می‌شود. بعد شناختی که نوعی تفکر و پردازش اطلاعات را دربرمی‌گیرد و به ارزیابی افراد از زندگی منجر می‌شود. بعد اجتماعی بیانگر گسترش روابط اجتماعی فرد با دیگران و به دنبال

1. Dyner
2. Suh
3. Wilson

آن افزایش سلامت اجتماعی و حمایت اجتماعی است. به عبارت دیگر این جزء شادی گرایش‌ها و تمایلات فرد نسبت به اجتماع همانند علاقه به انسان‌های دیگر، تأثیرگذاری مثبت بر آنها و... را شامل می‌شود که یکی از مهم‌ترین اجزای نشاط را تشکیل می‌دهد. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که برای ارتقای کیفیت در زندگی افراد، باید سه مؤلفه مورد شناسایی قرار گیرد: وجود هیجان‌ات مثبت از قبیل نشاط و شادکامی، رضامندی از زندگی و سلامت اجتماعی. از دیدگاه کیز فرد سالم از نظر اجتماعی جامعه را به صورت یک مجموعه معنادار، قابل فهم و بالقوه برای رشد و شکوفایی دانسته و احساس می‌کند که به جامعه تعلق دارد، از طرف جامعه پذیرفته می‌شود و در پیشرفت آن سهم است (Keyes & Shapiro, 2004: 361). نشاط و شادکامی در زندگی، ترکیبی از شرایط فردی و اجتماعی و خود نشانه‌ای از نگرش‌های مثبت نسبت به جهان و محیطی که فرد را فراگرفته و در آن زندگی می‌کند، است. یکی دیگر از دیدگاه‌های مرتبط با شادکامی، نظریه گیدنز درباره مدرنیته و پیامدهای آن است. گیدنز معتقد است مدرنیته احتمال خطر را در بعضی حوزه‌ها کاهش داده است؛ اما خطرات و ناامنی‌های دیگری را جایگزین آن کرده است. عوامل تهدیدکننده شادمانی از نظر گیدنز عبارت‌اند از: تهدیدهای خشونت‌آمیز ناشی از صنعتی شدن جنگ؛ متزلزل شدن ریشه‌های اعتماد به نظام‌های انتزاعی و احساس ناامنی و اضطراب وجودی. از عوامل تأمین‌کننده شادمانی از نظر او نیز می‌توان به اعتماد همراه با احتیاط به نظام‌های انتزاعی و اعتماد و وانهادن امور زندگی به دست نظام‌های تخصصی و دگرذیسی صمیمیت و شکل‌گیری رابطه ناب (سلامت اجتماعی) نام برد (چلبی و موسوی، ۱۳۸۷: ۴۲).

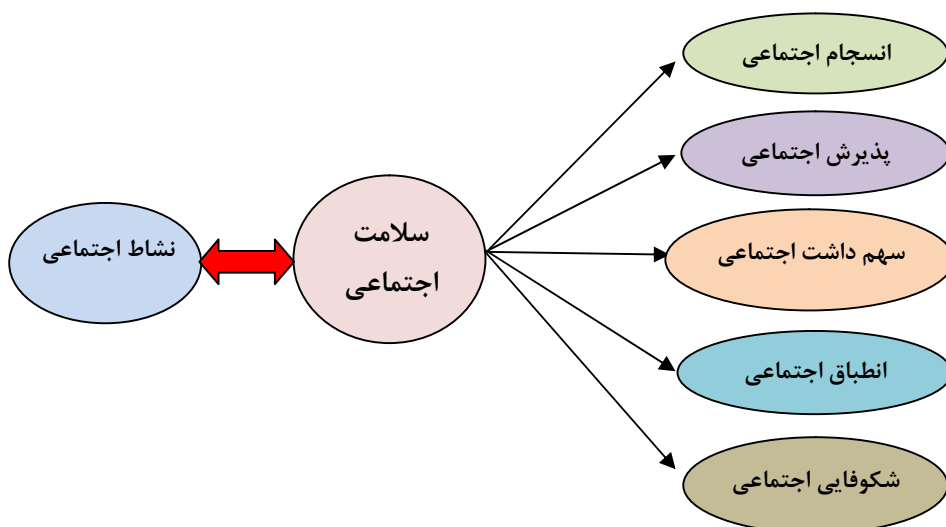
برخی نظریات جامعه‌شناسی هم، پدیده شادمانی را در ارتباط با نظام‌های چهارگانه، یعنی نظام اقتصادی، نظام فرهنگی، نظام اجتماعی و سیاسی مطرح می‌کنند. طبق این دیدگاه، چنانچه هر یک از چهار نظام اصلی جامعه، پاسخگوی مؤثر علایق افضل (علایق معیشتی، امنیتی، معاشرتی و شناختی) فرد و جامعه باشد، نوعی احساس مثبت ایجاد می‌کند که زمینه‌ساز شادمانی افراد است؛ یعنی کارکرد صحیح حوزه

اقتصادی تولید احساس بهبودی و آسایش است. همین‌طور حوزه‌های سیاسی و اجتماعی و فرهنگی هر یک به ترتیب منشأ بروز احساس عدالت و امنیت، احساس همبستگی اجتماعی و احساس عزت و احترام می‌شوند (چلبی و موسوی، ۱۳۸۷: ۴۸). زمانی که از شادی به‌عنوان یک احساس عریض و پهن یاد می‌شود اغلب مترادف با واژه کیفیت زندگی و یا بهزیستی اجتماعی یا سعادت است. شادی به‌عنوان درجه‌ای که یک شخص به‌طور مثبت، سراسر کیفیت موجود زندگیش را به‌عنوان یک کل ارزیابی می‌کند، تعریف شده است. به‌عبارت دیگر شخص چقدر عمر طی شده‌اش را دوست دارد. شادی بازتاب آشکار تناسب شرایط بیرونی و توانایی‌های درونی است. کارشناسان حوزه سلامت اجتماعی همواره بر اهمیت شادکامی تأکید داشته و نشاط و شادکامی را یکی از علل ارتقای سلامت روان افراد جامعه می‌دانند. مطالعه دیدگاه‌ها و نظریات مختلف نشانگر این جریان بود که نشاط اجتماعی و سلامت اجتماعی رابطه مستقیم و مثبتی با هم دارند. نشاط در زندگی، ترکیبی از شرایط فردی و اجتماعی و در واقع خود نشانه‌ای است از نگرش‌های مثبت افراد نسبت به جهان و محیطی که فرد را فراگرفته و در آن زندگی می‌کند. نشاط در زندگی، احساس خوشبختی، اعتماد متقابل، احساس تعهد، انطباق، حدی از شکوفایی و موارد مشابه را که همه در یک دسته فرهنگی قرار می‌گیرند و نشانه نگرش فرد به خود و جهان پیرامونی است، به ارمغان می‌آورد. به‌نظر از کمپ سطح پایین نشاط اجتماعی بر گرایش‌های منفی نسبت به جامعه مربوط می‌شود (از کمپ، ۱۳۷۳: ۶۶). بنابراین سطح پایینی از نشاط منجر به کم‌شدن روابط اجتماعی و عملکردهای اجتماعی افراد و در نهایت باعث پایین ماندن سطح سلامت اجتماعی افراد می‌شود.

با توجه به مبانی نظری مورد مطالعه در سطور قبلی و ارائه مدل پژوهش در ادامه، فرضیه پژوهش به‌منظور مطالعه نشاط اجتماعی و سلامت اجتماعی و رابطه میان آنها در ادامه آورده شده است.

فرضیه پژوهش

میان برخورداری از نشاط اجتماعی و میزان سلامت اجتماعی جوانان ساکن در شهر ملایر رابطه وجود دارد.



شکل ۱- مدل پژوهش

روش پژوهش

روش مورد استفاده در این پژوهش، توصیفی از نوع پیمایشی است. واحد تحلیل فرد و جامعه آماری همه جوانان ۱۸-۳۰ ساله (اعم از زن و مرد) ساکن در شهر ملایر، واقع در استان همدان، است که تعداد آنها با توجه به آخرین سرشماری (۱۳۹۰) برابر با ۸۱۲۲۲ نفر بوده است. مطابق با فرمول کوکران حجم نمونه ۳۸۲ نفر برآورد شده است که برای اعتبار بیش تر ۴۰۰ نفر مورد بررسی قرار گرفتند. در این پژوهش که بر

اساس شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی ساده انجام شده است، سعی شده رابطه و تأثیر نشاط اجتماعی و سلامت اجتماعی در بین این جوانان مورد سنجش قرار گیرد. برای جمع‌آوری اطلاعات نیز از پرسش‌نامه استاندارد شده در حوزه سلامت اجتماعی و نشاط و شادکامی بهره برده شده است. برای جمع‌آوری برخی اطلاعات جمعیت‌شناختی از پرسش‌نامه محقق ساخته استفاده شده است.

کیز (۱۹۹۸) براساس مدل نظری خود از سلامت اجتماعی، این مقیاس را تهیه و برای بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس، آن را طی دو مطالعه بر روی دو نمونه ۳۷۳ و ۲۸۸۷ نفری در امریکا اجرا کرد. او با استفاده از تحلیل عوامل تأییدی مدل ۵ بعدی به کار رفته در پرسش‌نامه خود آن را از نظر تجربی مورد تأیید قرار داد. این مقیاس حاوی ۳۳ گویه است که در جدول زیر نشان داده شده است:

جدول ۱- پایایی متغیرهای سلامت اجتماعی پرسش‌نامه کیز

شاخص‌ها	تعداد سؤالات	ضریب آلفا (درصد)
انسجام اجتماعی	۷	۸۱
پذیرش اجتماعی	۷	۷۷
مشارکت اجتماعی	۶	۷۵
انطباق اجتماعی	۶	۷۵
شکوفایی اجتماعی	۷	۶۹

در این پرسش‌نامه پیوستار پاسخ‌ها بر پایه طیفی از کاملاً مخالف، تا حدودی مخالف، تا حدودی موافق و کاملاً موافق رتبه‌بندی شده و به ترتیب نمره‌های ۱ تا ۴ به هر گزینه اختصاص یافته است. برای بررسی اعتبار ملاک آزمون، کیز (۱۹۹۸) مقیاس خود را با اندازه‌های مربوط به ناهنجاری‌های اجتماعی، فعالیت‌های گروهی، شادی و

رضایت در زندگی و میزان خودکشی همبسته کرد و به ضریب معناداری دست یافت. فارسی‌نژاد در سال ۱۳۸۴ پرسش‌نامه مذکور را هنجاریاب کرده و با استفاده از تحلیل عاملی مقدار آلفای کرونباخ زیر مقیاس‌های سلامت اجتماعی را ۷۸ درصد محاسبه کرد و آن را در شرایط فرهنگی، اجتماعی جامعه ایران مورد استفاده قرار داد. این ابعاد شامل انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انطباق اجتماعی و شکوفایی اجتماعی می‌باشند (عبدالله تباردرزی، ۱۳۸۶: ۴۸).

روایی و پایایی پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد در پژوهش‌های متعددی مورد بررسی قرار گرفته است. به‌عنوان مثال، آرگیل و همکاران (۱۹۸۹) پایایی این پرسش‌نامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ در مورد ۳۴۷ آزمودنی مورد بررسی قرار دادند و ضریب آلفای ۰/۹۰ را به‌دست آوردند. همچنین علی‌پور و نوربالا (۱۳۷۸) نیز ضریب پایایی آن را با استفاده از روش آلفای کرونباخ بر روی ۱۳۲ نفر ۰/۹۳ به‌دست آوردند. در ادامه به بررسی آلفای هر یک از متغیرها در پرسش‌نامه نهایی و با حجم نمونه ۳۸۲ نفر پرداخته شده است. با توجه به جدول زیر مقدار آلفای کرونباخ برای هر دو متغیر مجموعاً ۰/۷۷ برآورد شده است.

جدول ۲- پایایی متغیر مستقل و وابسته

متغیرها	ضریب آلفای ابتدایی	ضریب آلفای نهایی
سلامت اجتماعی	۰/۵۴	۰/۷۳
نشاط اجتماعی	۰/۷۷	۰/۸۲
کل	۰/۶۵	۰/۷۷

تعاریف مفاهیم

سلامت اجتماعی (متغیر وابسته): سلامت اجتماعی «ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که وی عضوی از آنهاست. طبق این تعریف شاخص‌های سلامت اجتماعی عبارت‌اند از: مشارکت اجتماعی (باوری که طبق آن فرد خود را عنصر حیاتی جامعه می‌داند)، انسجام اجتماعی (کیفیت روابط در گروه 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 به‌صورت هوشمند، قابل فهم و قابل پیش‌بینی)» (Keyes, 1998: 122). در پژوهش حاضر برای اندازه‌گیری سلامت اجتماعی و مؤلفه‌های آن از مقیاس ۳۳ ماده‌ای سلامت اجتماعی که ۵ مؤلفه آن شامل انسجام، پذیرش، شکوفایی، مشارکت و انطباق اجتماعی است و کیز (۱۹۹۸) آن را ساخته است، استفاده می‌شود.

نشاط اجتماعی (متغیر مستقل)

نشاط (شادکامی) حالتی است که سه ویژگی دارد: فراوانی و درجه عاطفه مثبت، میانگین سطوح رضایتمندی در طول یک دوره، و نداشتن احساسات منفی همانند افسردگی. برای عملیاتی کردن این مفهوم و سنجش نشاط اجتماعی از پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد استفاده شده است. این مقیاس دارای ۲۹ ماده است که خود پنج بعد از نشاط (شادکامی) را می‌سنجد. رضایت از زندگی (احساس خرسندی کلی فرد از زندگی)، خلق مثبت (حالت هیجانی مستمر و نافذی که ادراک شخص را از دنیا تحت تأثیر قرار می‌دهد)، سلامتی (رفاه کامل جسمی، روحی و نداشتن بیماری)، کارآمدی (قابلیت و توانایی در انجام هرکار)، عزت نفس (باور و اعتقادی است که فرد درباره ارزش و اهمیت خود دارد).

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل توصیفی داده‌ها

در پژوهش حاضر از بین شاخص‌های آمار توصیفی ما به یاری شاخص‌های فراوانی، درصد نسبی و میانگین متغیرها نتایج قابل توجهی به دست آوردیم.

جدول ۳- ویژگی‌های جمعیت شناختی (متغیرهای زمینه‌ای)

سن	بیش‌ترین: ۴۰/۸ درصد در گروه سنی ۲۷-۲۳ سال	کم‌ترین: ۲۸/۵ درصد در گروه سنی ۲۲-۱۸ سال
جنس	زن: ۵۰ درصد	مرد: ۵۰ درصد
وضعیت تأهل	۵۴/۷ درصد متأهل	۴۴/۸ درصد مجرد
تحصیلات آموذنی	بیش‌ترین تعداد: ۳۴/۱ درصد دارای تحصیلات لیسانس	کم‌ترین: ۳/۵ درصد دارای تحصیلات دکترا
شغل آموذنی	بیش‌ترین تعداد: ۴۶/۲۹ درصد شغل آزاد	کم‌ترین: ۸/۳ درصد شغل دولتی و ۴۵/۴۱ درصد نیز بیکار
درآمد خانواده	بیش‌ترین: ۳۰/۳ درصد بین ۵۰۰ هزار تومان تا یک میلیون تومان	کم‌ترین: ۱۱/۹ زیر ۵۰۰ هزار تومان

جدول ۳ ویژگی‌های فردی نمونه مورد بررسی را نشان می‌دهد. همان‌طور که هویداست نمونه از بین جوانان ۱۸-۳۰ (اعم از زن و مرد) انتخاب شده‌اند که بیش‌ترین فراوانی (۱۹۱ نفر) در گروه سنی ۲۷-۲۳ (۴۰/۸ درصد) است. نیمی از جمعیت مرد و نیمی دیگر زن هستند که به نسبت مساوی (۵۰ درصد) تقسیم شده‌اند. بیش‌تر نمونه مورد بررسی متأهل (۵۴/۷ درصد) هستند. ۳۴/۱ درصد پاسخگویان دارای تحصیلات لیسانس (بیش‌ترین مدرک تحصیلی)، ۴۶/۲۹ درصد از پاسخگویان دارای شغل آزاد، ۸/۳ درصد دارای شغل دولتی و ۴۵/۴۱ درصد بیکار گزارش شده‌اند. درآمد خانواده پاسخگویان نیز به‌طور متوسط بین ۵۰۰ هزار تومان تا یک میلیون تومان گزارش شده

است. در این پژوهش با ترکیب سه متغیر تحصیلات (آزمودنی، پدر و مادر)، شغل (آزمودنی، پدر و مادر) و درآمد خانواده، شاخص پایگاه اقتصادی - اجتماعی نمونه مورد بررسی ساخته شده است که نتایج نشان داد ۳۲/۷ درصد پایگاه بالا داشته، ۳۴/۴ درصد در سطح متوسط و ۳۲/۹ درصد پایگاه اقتصادی - اجتماعی پایین ارزیابی شده‌اند.

شاخص سلامت اجتماعی به تفکیک گویه‌ها

براساس نظریه کیز، پنج بُعد، انسجام اجتماعی، پذیرش، مشارکت، انطباق و شکوفایی اجتماعی را باید مهم‌ترین شاخص‌های سلامت اجتماعی در جامعه قرار داد. بر این اساس در این پژوهش نیز شاخص سلامت اجتماعی بر طبق گویه‌ها و شاخص‌سازی کیز، سنجیده شد که به ترتیب آمار توصیفی این متغیرها در زیر نشان داده می‌شود.

جدول ۴- خلاصه توزیع فراوانی و شاخص‌های آماری سلامت اجتماعی و ابعاد آن

متغیر	کم		متوسط		زیاد		میانگین	واریانس
	فروانی	درصد	فروانی	درصد	فروانی	درصد		
انسجام اجتماعی	۴۵	۱۸	۱۶۶	۳۲/۳	۱۸۹	۴۹/۷	۲۴/۸	۱۰/۵
پذیرش اجتماعی	۶۷	۲۱/۱	۱۹۰	۴۹/۸	۱۴۳	۲۹/۱	۲۱/۴	۱۰
مشارکت اجتماعی	۱۰۲	۲۷/۴	۲۰۰	۵۰	۹۸	۲۲/۶	۱۷/۱۸	۱۱/۷
انطباق اجتماعی	۹۸	۲۶/۳	۱۲۱	۲۹/۳	۱۸۱	۴۴/۴	۱۸/۶۴	۱۰/۳
شکوفایی اجتماعی	۷۹	۲۱/۹	۱۶۵	۴۰/۸	۱۵۶	۳۷/۳	۲۰/۶۲	۱۴/۶
سلامت اجتماعی (کل)	۷۸	۲۲/۹۴	۱۶۹	۴۰/۴۴	۱۵۳	۳۶/۶۲	۱۰۸/۶	۱۷/۱

جدول ۴ توزیع فراوانی پاسخگویان را بر حسب متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) و ابعاد آن را نشان می‌دهد. یافته‌ها حاکی از آن است که بیش‌تر جوانان مورد بررسی (۴۰/۴۴ درصد) در سطح متوسط از سلامت اجتماعی (کل) برخوردارند و ۳۶/۶۲ درصد نیز در سطح زیاد و ۲۲/۹۴ درصد در سطح کم از سلامت اجتماعی برخوردار هستند، با توجه به وجود ۳۳ گویه برای سنجش سلامت اجتماعی جوانان، با احتساب طیف امتیاز به هر گویه از ۱ تا ۵ (حداقل ۳۳ و حداکثر ۱۶۵)، امتیاز ۳ معادل ۹۹ برای متغیر سلامت اجتماعی نشانگر میزان متوسط آماری است، بنابراین امتیاز به‌دست آمده معادل ۱۰۸/۶ به معنای برخورداری جوانان این شهر از سلامت اجتماعی در سطح متوسط رو به بالاست. در بین ابعاد این متغیر (سلامت اجتماعی)، بعد انسجام اجتماعی بیش‌ترین میانگین (۲۴/۸) را داشته است و جوانان در سطح زیاد (۴۹/۷ درصد) از این صفت برخوردارند. و بعد از این بعد، ابعاد پذیرش اجتماعی (۲۱/۴) و شکوفایی اجتماعی (۲۰/۶۲) بیش‌ترین میانگین را داشته‌اند؛ و کم‌ترین میانگین در بعد مشارکت اجتماعی (۱۷/۱۸) است و با توجه به جدول، میزان مشارکت جوانان این شهر در سطح متوسطی ارزیابی شده است. از نظر کبیز و لارسون سلامت اجتماعی مفهومی انتزاعی است که ارزیابی نسبی از روابط انسان با خود، جامعه و ارزش‌هاست و نمی‌توان آن را جدا از دیگر پدیده‌های چندعاملی فهمید. سلامت اجتماعی شیوه سازگاری آدمی با دنیاست، انسان‌هایی که مؤثر، شاد و راضی هستند و گرایش به شادی و نشاط را حفظ می‌کنند، از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردارند.

جدول ۵- خلاصه توزیع فراوانی و شاخص‌های آماری، برحسب نشاط اجتماعی و ابعاد آن

متغیر	کم		متوسط		زیاد		میانگین	واریانس
	فروانی	درصد	فروانی	درصد	فروانی	درصد	درصد	درصد
رضایت از زندگی	۱۱۱	۲۵/۲	۱۵۵	۴۰/۹	۱۳۴	۳۳/۹	۲۵/۲	۲/۱
خلق مثبت	۸۲	۱۷/۸	۱۹۹	۵۰	۱۱۹	۳۲/۲	۱۳/۸	۱/۶
سلامتی	۵۸	۱۶/۱	۲۳۱	۵۲/۶	۱۱۱	۳۱/۳	۱۶/۱	۳/۹
عزت نفس	۹۱	۱۸/۷	۱۰۷	۳۰/۸	۲۰۲	۵۰/۵	۲۲/۲	۲/۸
کارآمدی (رضایت خاطر)	۸۷	۱۷/۴	۱۸۳	۴۷	۱۳۰	۳۵/۶	۱۳/۵	۲/۳
نشاط (کل)	۸۵	۱۹/۰۴	۱۷۵	۴۴/۲۶	۱۳۹	۳۶/۷	۹۰/۸	۱۵/۶

جدول فوق توزیع فراوانی پاسخگویان را برحسب متغیر مستقل (نشاط اجتماعی) و ابعاد آن نشان می‌دهد. یافته‌ها حاکی از آن است که بیش‌تر جوانان مورد بررسی (۴۴/۲۶ درصد) در سطح متوسط از نشاط اجتماعی (کل) برخوردارند و ۳۶/۷ درصد نیز در سطح زیاد و ۱۹/۰۴ درصد در سطح کم از نشاط اجتماعی بهره‌مندند، با توجه به وجود ۲۹ گویه برای سنجش نشاط اجتماعی جوانان، با احتساب طیف امتیاز به هر گویه از ۵ (حداقل ۲۹ و حداکثر ۱۴۵)، امتیاز ۳ معادل ۸۷ برای متغیر نشاط اجتماعی نشانگر میزان متوسط آماری است، بنابراین امتیاز به‌دست آمده معادل ۹۰/۸ به معنای برخورداری جوانان شهر ملایر از نشاط اجتماعی در سطح متوسط رو به بالاست. در نتیجه سطح میانگین میزان نشاط اجتماعی در بین جوانان مورد بررسی در شهر ملایر متوسط رو به بالاست. در بین ابعاد این متغیر، بعد رضایت از زندگی بیش‌ترین میانگین (۲۵/۲) را داشته است و جوانان در سطح متوسط (۴۰/۹ درصد) از این صفت برخوردارند. و بعد از این بعد، بعد عزت نفس با مقدار (۲۲/۲) بیش‌ترین میانگین را

داشته است و کم‌ترین میانگین در بعد کارآمدی (رضایت خاطر) (۱۳/۵) و خلق مثبت با مقدار میانگین (۱۳/۸) است که هر دو مؤلفه در سطح متوسط ارزیابی شده‌اند.

آزمون فرضیه‌های پژوهش

ماتریس همبستگی

برای پی بردن به این موضوع که آیا می‌شود داده‌های مربوط به متغیرهای نشاط و سلامت اجتماعی را به چندین عامل تقلیل دهیم یا نه، از روش تحلیل عاملی و آزمون‌های KMO و Barteltt استفاده شده است. نتایج در جدول ذیل آورده شده است. براساس نتیجه آزمون کیزر- مایر (KMO) که مقدار آن برای سازه سلامت اجتماعی برابر با (۰/۸۶۲) و برای سازه نشاط برابر با (۰/۸۷۸) است، داده‌های پژوهش قابل تقلیل به تعدادی عامل‌های زیر بنایی و بنیادی است. همچنین نتیجه آزمون بارتلت که برای سازه سلامت اجتماعی (۳۴۷۰/۷۳۱) و برای سازه نشاط (۳۵۸۱/۸۴۴) که هر دو در سطح خطای کوچک‌تر از ۰/۰۱ معنادار هستند، نشان می‌دهد که ماتریس همبستگی بین گویه‌های هر دو سازه، ماتریس همانی و واحد نیست، یعنی بین گویه‌های داخل هر عامل و گویه‌های عامل دیگر همبستگی بالایی وجود دارد.

جدول ۶- نتایج آزمون همبستگی گویه‌های سلامت اجتماعی و نشاط

آزمون Barteltt		آزمون KMO	سازه‌ها
سطح معناداری	۳۴۷۰/۷۳۱	۰/۸۶۲	سلامت اجتماعی
۰/۰۰۰			
سطح معناداری	۳۵۸۱/۸۴۴	۰/۸۷۸	نشاط اجتماعی
۰/۰۰۰			

در نرم‌افزار Spss مقدار بار عاملی هر گویه در دو سازه (سلامت اجتماعی و نشاط) به دست آمد. تمامی مقادیر واریانس هر دو متغیر که مجموعه عوامل مورد نظر توانسته‌اند آن را تبیین کنند، بین ۰ و ۱ در نوسان است و در این پژوهش بالاتر از ۵۰ درصد و به عدد یک نزدیک بوده است. براساس معیار کیزر تنها عامل‌هایی انتخاب می‌شوند که مقدار ویژه آنها بالاتر از یک باشد. در این پژوهش ۱۸ عامل (مجموع دو متغیر سلامت اجتماعی و نشاط اجتماعی) دارای مقدار ویژه بالاتر از یک هستند. به عبارتی از مجموع ۳۳ گویه سلامت اجتماعی می‌توان ۱۰ عامل ساخت و آنها را به این ۱۰ عامل با فضا‌های مفهومی خاص تقلیل داد. همچنین از مجموع ۲۹ گویه از سازه نشاط اجتماعی، می‌توان ۸ عامل ساخت و آنها را تقلیل داد. سایر عامل‌ها با مقادیر کم‌تر از یک نیز از مجموع عامل‌ها حذف شده‌اند و در نظر گرفته نشده‌اند. نتایج با توجه به ماتریس همبستگی بین گویه‌ها و عامل‌ها بعد از چرخش (Rotated Component Matrix) نیز مورد بررسی و تحلیل قرار گرفته است. در این ماتریس، مقدار همبستگی بین -۱ و +۱ نوسان دارد. که در این جا پژوهشگر براساس بزرگ‌ترین بار عاملی تک‌تک گویه‌ها، به دسته‌بندی آنها، با توجه به میزان همبستگی با یکدیگر، پرداخته است. که تقریباً میزان همبستگی متغیرها بیش‌تر به ۱ نزدیک‌تر است و نشان از همبستگی بالای دو متغیر دارد. دسته‌بندی متغیرها براساس اولین متغیر از عامل‌ها و معنای ضمنی آن انجام شده است.

از آنجایی که سطح سنجش متغیرهای مورد بررسی فاصله‌ای بوده لذا از آزمون همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه بین متغیر مستقل (نشاط اجتماعی) و متغیر وابسته (سلامت اجتماعی و ابعاد آن) استفاده شد.

جدول ۷- میزان ضریب همبستگی متغیر مستقل و متغیر وابسته (سلامت اجتماعی و ابعاد آن)

متغیر های مستقل	متغیر وابسته	همبستگی پیرسون	سطح معناداری	نتایج آزمون	نوع رابطه
نشاط	انسجام اجتماعی	۰/۳۱	۰/۰۰۰	تأیید	مستقیم
نشاط	پذیرش اجتماعی	۰/۲۲	۰/۰۰۰	تأیید	مستقیم
نشاط	سهم داشت اجتماعی	۰/۱۸	۰/۰۰۰	تأیید	مستقیم
نشاط	انطباق اجتماعی	۰/۲۴	۰/۰۰۰	تأیید	مستقیم
نشاط	شکوفایی اجتماعی	۰/۲۶	۰/۰۰۰	تأیید	مستقیم
نشاط (کل)	سلامت اجتماعی (کل)	۰/۲۴	۰/۰۰۰	تأیید	مستقیم

با توجه به جدول ۷، نتایج آزمون ضریب همبستگی نشان می‌دهد که در تمامی موارد مذکور فرضیه پژوهش تأیید شده و فرض صفر (نداشتن رابطه) رد شده است، بدین معنا که شاخص نشاط اجتماعی با شاخص سلامت اجتماعی و ابعاد آن رابطه معنادار و مستقیم و مثبتی را با شدت مختلف داشته‌اند. بدین مفهوم که تغییرات در متغیر مستقل باعث ایجاد نوسان در متغیر وابسته (سلامت اجتماعی و ابعاد آن) خواهند شد. همچنین سطح معناداری آزمون همبستگی در همه موارد، کوچک‌تر از ۰/۰۱ به دست آمده است، بنابراین فرضیه اصلی پژوهش مبنی بر این که میان میزان نشاط اجتماعی جوانان و سلامت اجتماعی آنها رابطه وجود دارد، تأیید می‌شود. همچنین پژوهشگر درصدد بررسی همبستگی بین متغیر نشاط با هر یک از ابعاد سلامت

اجتماعی (مطابق با نظریه کیز) نیز بوده است. نتایج همبستگی نشان می‌دهد که بیش‌ترین مقدار همبستگی مربوط به رابطه نشاط و ابعاد انسجام اجتماعی (۰/۳۱) و شکوفایی اجتماعی (۰/۲۶) بوده است و کم‌ترین مقدار برای رابطه نشاط و بعد سهم داشت اجتماعی است. در نهایت همبستگی کل متغیر نشاط اجتماعی و سلامت اجتماعی محاسبه شد؛ همان‌طور که مشاهده می‌شود میزان ضریب همبستگی آن برابر ۰/۲۴ در سطح متوسط و مستقیم به دست آمد. سطح معناداری آن کوچک‌تر از ۰/۰۱ معنادار است و فرض اصلی پژوهش به نظر می‌رسد بین نشاط اجتماعی و میزان سلامت اجتماعی جوانان در ملایر رابطه وجود دارد، تأیید می‌شود. به عبارتی هرچه میزان نشاط در جوانان بیش‌تر باشد، آنها از سلامت اجتماعی بیش‌تری برخوردارند. به نظر از کمپ سطح پایین نشاط اجتماعی بر گرایش‌های منفی نسبت به جامعه مربوط می‌شود (از کمپ، ۱۳۷۳: ۶۶). بنابراین سطح بالایی از نشاط منجر به افزایش روابط اجتماعی و عملکردهای اجتماعی افراد و در نهایت باعث ارتقای سطح سلامت اجتماعی افراد می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

هرگونه تلاش در زمینه دستیابی به سلامت اجتماعی و روانی که نیازی فردی و اجتماعی است، مستلزم آشنایی با معنا و مفهوم سلامت اجتماعی و چگونگی اندازه‌گیری، بهره‌مندی از شاخص‌ها و نیز یافتن راه‌های ارتقای آن است. بهره‌مندی از شاخص‌های سلامت در گروه‌ها و قشرهای مختلف جامعه از جمله گروه جوانان به‌عنوان پیشروان توسعه، رویکردی است که موجب بهبود کیفیت زندگی، رفاه و رضایت از زندگی می‌شود. باتوجه به نقش سازند جوانان در جامعه، سلامت این قشر از اهمیت بسزایی برخوردار است. در این پژوهش به مطالعه رابطه نشاط اجتماعی که بر سلامت اجتماعی جوانان تأثیرگذار است، با استفاده از روش کمی پرسش‌نامه‌ای

پرداخته شده است. طبق نظر کیز «حلقه مفقوده در تاریخچه مطالعات مربوط به سلامت و خصوصاً سلامت ذهن، پاسخ به این سؤال است که آیا ممکن است کیفیت زندگی و عملکرد شخصی افراد را بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد». از نظر کیز سلامت اجتماعی ترکیبی از چند عامل است که در مجموع نشان می‌دهند چقدر یک شخص در زندگی اجتماعی خود، مثلاً به‌عنوان همسایه، همکار و شهروند عملکرد خوبی دارد (Keyse & Shapiro, 2004: 5).

در پژوهش حاضر برای اندازه‌گیری سلامت اجتماعی و مؤلفه‌های آن از مقیاس ۳۳ ماده‌ای سلامت اجتماعی که پنج مؤلفه آن شامل انسجام، پذیرش، شکوفایی، مشارکت و انطباق اجتماعی است و آن را کیز (۱۹۹۸) ساخته است، بهره برده شد و طبق این پرسش‌نامه، شاخص سلامت اجتماعی جوانان ساخته شد. تجزیه و تحلیل آماری نشان می‌دهد که به‌طور کلی، فراوانی پاسخگویانی که سلامت اجتماعی پایینی دارند؛ ۲۲/۹۴ درصد، دارندگان سلامت اجتماعی در حد متوسط ۴۰/۴۴ درصد و پاسخگویانی که سلامت اجتماعی بالایی دارند، ۳۶/۶۲ درصدند که با توجه به فراوانی و میانگین به‌دست آمده برای این شاخص (۱۰۸/۶) می‌توان گفت جوانان در این شهر دارای سلامت اجتماعی متوسطی هستند، مطابق با پژوهش آباچی‌زاده و همکاران (۲۰۱۴) که میزان سلامت اجتماعی نمونه خود را در حد متوسط برآورد کرده‌اند.

همچنین نتایج نشان داد که بیش‌ترین فراوانی در شاخص سلامت اجتماعی، به بعد انسجام اجتماعی (۴۹/۷) درصد و کم‌ترین مقدار به بعد مشارکت اجتماعی (۲۷/۴) درصد، مربوط است. نتایج این پژوهش انسجام اجتماعی بالای جوانان را نشان می‌دهد. انسجام آن درجه‌ای است که در آن مردم احساس کنند چیز مشترکی بین آنها و کسانی که واقعیت اجتماعی آنها را می‌سازد، وجود دارد.

شاخص نشاط اجتماعی با پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد ساخته شد. این پرسش‌نامه را آرگایل، مارتین و کراسلند (۱۹۸۹)، در پنج مؤلفه تهیه کرده‌اند. طبق نتایج

به دست آمده، فراوانی پاسخگویانی که سطح نشاط اجتماعی آنان پایین است؛ ۱۹/۰۴ درصد، سطح نشاط اجتماعی در حد متوسط ۴۶/۲۶ درصد و پاسخگویانی که سطح نشاط اجتماعی بالایی دارند ۳۶/۷ درصد هستند. با توجه به این که این پژوهش در بعد جامعه‌شناختی به سنجش رابطه نشاط و سلامت اجتماعی می‌پردازد و در این بعد، کار پژوهشی صورت نگرفته است، از منظر نتایج اصلی پژوهش قابل مقایسه با پژوهش‌های انجام گرفته در این حوزه نیست. در این پژوهش سعی شده است تأثیر چندی از متغیرهای جمعیت‌شناختی (پایگاه اقتصادی و اجتماعی، سن، جنسیت و وضعیت تأهل) بر سلامت اجتماعی جوانان این شهر سنجیده شود. با توجه به نتایج باید بیان کرد که متغیر پایگاه اقتصادی - اجتماعی تأثیر معناداری بر سلامت اجتماعی دارد که مطابق با نظریه دیوید بلین^۱ (۱۹۹۷) که مطرح می‌کند، «مسیر علت و معلولی در تبیین رابطه بین موقعیت اجتماعی و اقتصادی و سلامت ممکن است دوطرفه باشد. به عبارت بهتر سلامت، موقعیت اجتماعی - اقتصادی فرد را تضمین می‌کند و در عوض شرایط اجتماعی نیز بر سلامت فرد تأثیر می‌گذارد» (بلین، ۱۹۹۷؛ به نقل از مارموت و همکار، ۱۳۸۶: ۲۰). در این پژوهش نیز تأیید شده است که هرچه پایگاه افراد بالاتر باشد میزان برخورداری آنها از سلامت اجتماعی بیش‌تر است. همچنین متغیر سن تأثیر معناداری بر سلامت اجتماعی داشته است، وجود رابطه معنادار بین سن و سلامت اجتماعی در این پژوهش با نتایج کبیز هماهنگ است. به نظر او با بالا رفتن سن، مهارت‌ها و تجربیات فرد افزایش یافته و بهتر از عهده چالش‌های اجتماعی برمی‌آید. متغیر وضعیت تأهل نیز رابطه معناداری با سلامت اجتماعی جوانان داشته است؛ به طوری که مشاهده شد افراد متأهل نسبت به مجردها از سلامت اجتماعی بیش‌تری برخوردارند. برخلاف پژوهش آباچی‌زاده و همکاران (۲۰۱۴) که به این نتیجه رسیده بودند که هیچ‌یک از متغیرهای زمینه‌ای بر سلامت اجتماعی تأثیر نداشته است، در پژوهش حاضر رابطه مشاهده شده است. و مطابق با نتایج زکی و خشوعی (۱۳۹۲) که بیان داشته‌اند

1. David Blane

متغیرهای زمینه‌ای بر سلامت اجتماعی تأثیر داشته است، این تأثیر مشاهده شد. در این پژوهش رابطه معناداری بین جنسیت و میزان سلامت اجتماعی پدیدار نشد، به طوری که تفاوتی در میزان سلامت اجتماعی مردان و زنان مشاهده نشد که این نتیجه با یافته‌های پژوهش صبوری (۱۳۹۱) با عنوان «بررسی میزان سلامت اجتماعی کارمندان آموزش و پرورش» مطابقت دارد. عبدالله تباردرزی (۱۳۸۷) نیز در پژوهش خود پیرامون بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان به این نتایج رسیده بود که وضعیت تأهل افراد در میزان سلامت اجتماعی آنان تأثیرگذار است که با نتایج پژوهش حاضر مطابقت می‌کند و او معتقد بود که سلامت اجتماعی بین زنان و مردان تفاوت معناداری دارد که این یافته در پژوهش ما تأیید نشد.

با توجه به نتایج پژوهش شادی و نشاط اجتماعی در بین جوانان از متغیرهای مهم در سلامت اجتماعی آنان محسوب می‌شود. می‌توان پیش‌بینی کرد با افزایش میزان نشاط اجتماعی می‌توان میزان سلامت اجتماعی آنان را نیز افزایش داد. امروزه نشاط اجتماعی یکی از مهم‌ترین نیازهای جوامع بشری است. اگر محیط اجتماعی، نشاط‌آور باشد، افراد احساس نشاط و آرامش دارند و آن را درک می‌کنند. افرادی که از سلامت جسمی، روانی و اجتماعی برخوردارند، احساس شادمانی بیش‌تری دارند. از طرف دیگر افرادی که شادمان‌تر هستند کم‌تر از افراد افسرده، بیمار شده و کم‌تر نیز می‌میرند. محرک‌های بسیاری در شکل‌گیری نشاط اجتماعی تأثیرگذار است و شادی و نشاط بر یکدیگر تأثیر متقابل دارند. بدیهی است که دست‌یافتن به نشاط مستلزم داشتن سلامت روان و همچنین سلامت اجتماعی و وجود محرک‌های محیطی در پیرامون فرد و زندگی اجتماعی است. این مؤلفه‌ها نه فقط در پدید آمدن نشاط اجتماعی، بلکه در شکل‌گیری شخصیت سالم فرد نقش مؤثری دارند. تقویت نشاط اجتماعی در جامعه به صورت تک‌عاملی نیست، بلکه مجموعه‌ای از عوامل در تقویت و یا کاهش نشاط در افراد جامعه تأثیر دارند. زیرا انسان موجودی هدفمند و جویای نشاط، خوشبختی و سعادت است و تا زمانی که به آنچه که می‌خواهد دست نیابد احساس شادی،

خوشبختی و سعادت نمی‌کند و تلاش هر انسان با هدف یافتن شادی و نشاط در آینده است و احساس نشاط اجتماعی یکی از مهم‌ترین پشتوانه‌ها برای مقابله با مشکلات اجتماعی است. بنابراین وجود نشاط اجتماعی در جامعه آثار و پیامدهای زیادی دارد. زمانی که مردم جامعه از نشاط اجتماعی برخوردار باشند، وفاق، همبستگی، تعلق اجتماعی، تعاملات اجتماعی مطلوب، رضایت از زندگی و سلامت روانی و اجتماعی افراد افزایش می‌یابد و به موازات آن آسیب‌های اجتماعی نیز کاهش می‌یابد زیرا مشارکت اجتماعی و مسئولیت‌پذیری در میان مردم بیشتر می‌شود و مردم آن جامعه احساس زنده بودن می‌کنند.

از آن‌جا که جامعه بدون داشتن افرادی سالم نمی‌تواند به حیات خود ادامه دهد، لذا برخورداری اعضای جامعه خصوصاً جوانان از سلامت اجتماعی و میزان پیوند میان آنها و جامعه زمینه‌ی کافی برای تبادلات اجتماعی، فرهنگی و عاطفی را فراهم می‌آورد. لازم به ذکر است که تحلیل و برنامه‌ریزی با هدف بهبود سلامت اجتماعی نیازمند هر سه سطح خرد، میانی و کلان است. با وجود این با تأمل در شرایط کنونی جامعه و در نظر گرفتن گسترش روزافزون ارتباطات انسانی در سطوح بین‌المللی، می‌توان به این نکته حساس پی برد که عوامل برهم‌زننده‌ی تعادل، آرامش و سلامت افراد و علل بروز بحران‌های اجتماعی و روانی، افزایش و پیچیدگی خاصی یافته و متقابلاً احساس نیاز فردی و اجتماعی به سلامت اجتماعی و روانی بیش‌تر شده است. روشن است هرگونه تلاش در زمینه‌ی دستیابی به سلامت اجتماعی و روانی به‌عنوان نیازی فردی و اجتماعی، مستلزم آشنایی با معنا و مفهوم این اصطلاح، چگونگی اندازه‌گیری و نیز یافتن راه‌های ارتقای آن است.

پیشنهادها

- برگزاری نشست‌ها و سمینارهای آموزشی و تخصصی با حضور مسئولان و کارشناسان با هدف آموزش و آگاه‌سازی جامعه از مؤلفه‌ها و شاخص‌های سلامت.
- تسهیل فرایندهای مشارکتی، همچون برنامه‌ریزی مشترک با مردم و به‌خصوص جوانان در امور اجتماعی، فرهنگی، بهداشتی، ورزشی و عمرانی.
- برگزاری کلاس‌های آموزشی متناسب با نیاز مراجعان همچون کارگاه آموزشی پیش از ازدواج، آموزش مهارت‌های زندگی، تربیت فرزند و... برای بهبود رضایت زندگی.
- تلاش در راستای بهبود کیفیت زیست‌محیطی، اجتماعی، پوشش و جهت‌گیری و کیفیت خدمات بهداشتی درمانی.
- ارتقای روحیه مشارکت و همکاری و افزایش احساس شهروندی و احساس تعلق هر چه بیش‌تر در میان شهروندان بالاخص جوانان، از طریق جذب ساکنان در تشکل‌های محلی و غیردولتی.
- آموزش مهارت‌ها و روابط صحیح اجتماعی به کودکان، از طریق خانواده و آموزش و پرورش.
- برنامه‌ریزی فرهنگی و آموزشی، به‌صورت مستقیم و یا غیرمستقیم، از سوی دستگاه‌های دولتی و غیردولتی برای نهادینه‌سازی و جامعه‌پذیری روح جمعی و تقویت همبستگی افراد جامعه به‌خصوص جوانان.

منابع

- آرگایل، مایکل. (۱۳۸۲)، *روان‌شناسی شادی*، ترجمه مسعود گوهری؛ حمید طاهر نشاط‌دوست؛ حسن پالاهنگ؛ فاطمه بهرامی؛ مهرداد کلانتری، اصفهان: انتشارات جهاد دانشگاهی، تاریخ انتشار کتاب به زبان اصلی، سال ۲۰۰۰.

- ازکمپ، استوارت. (۱۳۷۳)، *روان‌شناسی اجتماعی کاربردی*، ترجمه فرهاد ماهر، چاپ اول، تهران: انتشارات آستان قدس رضوی.
- چلبی، مسعود؛ سید محسن موسوی. (۱۳۸۷)، «بررسی جامعه‌شناختی عوامل مؤثر بر شادکامی ملی در سطوح خرد و کلان»، *انجمن جامعه‌شناسی*، پیاپی ۱ و ۲ (۹): ۵۷-۳۴.
- ریو، جان مارشال. (۱۳۸۶)، *انگیزش و هیجان*، ترجمه یحیی سید محمدی، تهران: نشر ویرایش.
- زکی، محمدعلی؛ مریم السادات خشوعی. (۱۳۹۲)، «سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در بین شهروندان اصفهان»، *مطالعات جامعه‌شناختی شهری*، ۸ (۳): ۱۰۸-۷۹.
- شربتیان، محمد حسن. (۱۳۹۱)، «تأملی بر پیوند معنایی مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و میزان بهره‌مندی از سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه پیام نور مشهد»، *جامعه‌شناسی مطالعات جوانان*، ۵ (۲): ۱۷۴-۱۴۹.
- سام‌آرام، عزت‌الله. (۱۳۸۸)، «بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه‌محور»، *انتظام اجتماعی*، ۱ (۱): ۲۹-۹.
- سجادی، حمیرا؛ سید جلال صدرالسادات. (۱۳۸۴)، «شاخص‌های سلامت اجتماعی»، *اطلاعات سیاسی و اقتصادی*، ۲۰۷ و ۲۰۸: ۲۴۴-۲۵۳.
- صبوری، سعید. (۱۳۹۱)، بررسی میزان سلامت اجتماعی در بین کارمندان آموزش و پرورش منطقه ۱۱ شهر تهران، *پایان‌نامه کارشناسی* دانشگاه پیام نور تهران غرب.
- عبدالله تباردرزی، هادی. (۱۳۸۶)، بررسی ارتباط سلامت اجتماعی و متغیرهای دموگرافیک اجتماعی دانشجویان، دانشکده علوم بهزیستی و توان‌بخشی، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد*، گروه آموزشی مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.

- علی پور، احمد؛ احمد علی نور بالا. (۱۳۷۸)، «بررسی مقدماتی پایایی و روایی پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاه‌های تهران»، *اندیشه و رفتار*، ۱ و ۲ (۵): ۵۵-۶۶.
- کشاورز، امیر. (۱۳۸۴)، بررسی رابطه بین شادکامی با سرزندگی، جزمیت، انعطاف‌پذیری و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در مردم شهر اصفهان، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد*، دانشگاه اصفهان.
- کوزر، لیوئیس. (۱۳۸۸)، *زندگی و اندیشه بزرگان جامعه‌شناسی*، ترجمه محسن ثلاثی، تهران: انتشارات علمی.
- فارسی‌نژاد، معصومه. (۱۳۸۳)، بررسی رابطه سبک‌های هویت با سلامت اجتماعی و خودکارآمدی تحصیلی دانش‌آموزان دختر و پسر پایه دوم دبیرستان‌های شهر تهران، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد*، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تهران.
- فرانکن، رابرت. (۱۳۸۴)، *انگیزش و هیجان*، ترجمه حسن شمس اسفندآبادی؛ غلامرضا محمودی؛ سوزان امامی‌پور، تهران: نشر نی.
- فرجی، طوبی؛ طیبه خادمیان (۱۳۹۲)، «بررسی نقش رضایت از زندگی بر میزان نشاط اجتماعی»، *مطالعات جامعه‌شناختی جوانان*، ۱۰ (۴): ۸۷-۱۰۲.
- مارموت، مایکل؛ ریچارد ویلکینسون. (۱۳۸۶)، *مؤلفه‌های اجتماعی سلامت*، ترجمه علی منتظری، تهران: سازمان انتشارات جهاد دانشگاهی، پژوهشکده علوم بهداشتی.
- یحیی‌زاده، حسین؛ محمود رضانی. (۱۳۹۲)، «سلامت اجتماعی و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن، مطالعه موردی زنان سرپرست خانوار شهر قروه»، *برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، ۱۶: ۶۸-۱۰۲.

- Abachizadeh, k, & Tayefi, B. & Nasehi, A. & Memariyan, N. & Rassouli, M. & omidiyan, 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, Amalio & Diaz. Dario. (2007). *Social order and mental health: a social well-being approach*, Autonomy university of Madrid, psychology in Spain. (11) 5.
- Belloc, N. B, & Breslow, L. (1972). Relationship of Physical health status and health practices. *Preventive Medicine*. (1): 409- 421.
- Callaghan, Patrik. (2008). *Social support and health: a review, informing practice and policy word wide through research and scholarship*. (18) 20: 203- 210.
- Cicoganani, Ilvira, Pirini, Cloudia, Keyes, Cory. (2008). *Social participation, sense of community and social Well- being: A study on American*, Italian and Iranian university students. (89): 97- 112.
- Diener, E. (2000). *Subjective well- being: The science of happiness, and a proposal for a national index*, American psychologist. (55): 34- 43.
- Hales, D. (2000). *An invitation to health. Boston*: Wadsworth; p: 36.
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental Health and / or Mental Illness? Investigation Axioms of the complete state model of Health. *Journal of consulting and Clinical psychology*. Vol 73(3), Jun,pp: 539-548
- Keyes, Corey Lee.M & Shapiro, Adam. (2004). *Social well-being in the United States: A Descriptive Epidemiology*. Chicago LI, The University ofFshicago press: 350-372
- Keyes, Corey Lee.M, (1998), *Social well-being, social Psychology uarterly*. (61) 2: 121-190.

- Kendler, KS. Myers, J., & Prescott, CA. (2005). Sex differences in the relationship between social support and risk for major depression: A longitudinal study of opposite-sex twin pairs. *The American journal of psychiatry*. 162 (2): 250- 257.
- Larson, James. (1996). The Measurement of Social Well- being. *Social indicators Researc*. (28): 285- 296.
- Larson, James. (1993). *The Measurement of Social well-being*. Social Indicators Research. 28: 285-296.
- Veenhoven, R. (2000). The four quality of life. *Journal of Happiness studies*, (1) pp 1-39.
- W.H.O. (2006). *Constitution of the World Health Organization*, Genera, 1946. Accessed October.