

## فرا تحلیل مطالعات سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی دانشجویان ورزشکار و غیر ورزشکار

زهرا جعفری پورسانجیح<sup>۱</sup>، علی منطقی فسایی<sup>۲</sup>

### چکیده

در این مقاله با استفاده از روش فراتحلیل به تحلیل و ترکیب نتیجه مقاله ها و پایان نامه های مربوط به سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی و نیز بررسی نظریه های اجتماعی موجود در این زمینه پرداخته شده است که از بین مطالعات بسیار انجام گرفته در باره موضوع مورد پژوهش تعداد ۴۳ تحقیق انجام شده در این خصوص با بهره گیری از چک لیست فراتحلیل به عنوان ابزار اندازه گیری پژوهش برگزیده شدند. بر اساس یافته های به دست آمده در بیش تر مطالعات انجام شده، واحد تحلیل فرد بوده است و در همه ی آن ها برای گردآوری داده ها از روش پیمایشی - نظری استفاده شده است. همچنین نظریه ی سلامت اجتماعی کیز و پرسشنامه ی وی در این زمینه راهنمای بیش تر پژوهش ها بوده است. علاوه بر این، در بیش تر مطالعات یادشده، تأثیر عامل های گوناگون بر سلامت اجتماعی شناسایی شده اند که از میان این عامل ها؛ کیفیت زندگی و شاخص های آن و همچنین میزان تحصیلات تأثیری چشم گیر بر سلامت اجتماعی داشته اند.

واژگان کلیدی: فراتحلیل، سلامت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، انطباق اجتماعی، کیفیت زندگی، دانشجویان ورزشکار و غیر ورزشکار.

---

<sup>۱</sup> دانشجوی مقطع دکتری جامعه شناسی ورزش و مدرس دانشگاه جامع علمی - کاربردی، نویسنده ی مسئول jafaripour.z@gmail.com  
<sup>۲</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد جمعیت شناسی، واحد الکترونیکی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران asmanteghi@gmail.com

دانشجویان به عنوان یکی از زیرگروه‌های سنی و طبقات اجتماعی مؤثر و آینده ساز در جوامع بشری همیشه مورد توجه و نگاه خاص بویژه در حوزه ی پژوهش بوده اند، به همین دلیل تلاش‌های مسئولین ذی‌ربط در راستای زمینه سازی روند رشد شخصیت و همراه آن ارتقای سطح دانش مهارتی آنان در گرو شناخت عینی‌تر متغیرهای مؤثر بر شرایط و نحوه زندگیشان است. شرایط و نحوه زندگی در ادبیات علمی رایج با استفاده از کیفیت زندگی مطرح شده است (بهمنی، تمدنی، عسگری ۱۳۸۳).

در چند دهه اخیر شناخت، اندازه‌گیری و بهبود کیفیت زندگی از اهداف عمده محققان، برنامه‌ریزان و دولت‌ها بوده است، به گونه ای که مورد توجه اغلب رشته‌ها از جمله؛ روان‌شناسی، پزشکی، جامعه‌شناسی، مدیریت، سیاست، اقتصاد، جغرافیا و... است. کیفیت زندگی از دهه ۱۹۶۰ یکی از موضوع‌های مورد علاقه صاحب نظران علوم اجتماعی بوده است. در واقع، کیفیت زندگی مجموعه ای از ابعاد ذهنی و عینی است که با هم کنش متقابل دارند و هم چنین، این مفهوم بازتاب‌کننده جامعه به عنوان یک متغیر کلان و فرد به عنوان یک متغیر خرد و تاثیر این دو بر هم می‌باشد (۱۹۹۴دان). کیفیت زندگی مفهومی گسترده است که همه ابعاد زندگی از جمله سلامت را در بر می‌گیرد.

صاحب نظران علوم اجتماعی است، شامل چند بعدی بودن، ذهنی بودن و پویا بودن آن است و هر سه بعد اساسی کیفیت زندگی مربوط به سلامت ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی آن می‌باشد، کیفیت زندگی مفهومی گسترده

است که شامل همه ابعاد زندگی می‌شود و این ابعاد شامل سلامت، ولی تنها محدود به آن نمی‌شود. ( جوزف پیت ۱۹۷۷ به نقل از مقاله ترکمان و فتحی )

کیفیت زندگی در چارچوب اصطلاحی علمی؛ مفهومی برای بررسی چگونگی تأمین نیازهای انسان و نیز معیاری برای درک رضایت و عدم رضایت افراد و گروه‌های انسانی از ابعاد مختلف زندگی است. کیفیت زندگی مفهومی چند وجهی، نسبی و متأثر از زمان، مکان و ارزش‌های فردی و اجتماعی است که از یک سو ابعاد عینی و بیرونی و از سوی دیگر، ابعاد ذهنی و درونی دارد. از این رو، ارائه تعریفی جامع برای آن آسان نیست. برخی کیفیت زندگی را به معنای زندگی خوب داشتن و احساس رضایت از زندگی تعریف کرده اند. (جمشیدی ۱۳۸۲: ۸۰)

اسینک<sup>۳</sup> معتقد است که این مفهوم دیدگاه فرد را درباره تفاوت درک شده بین آنچه باید باشد و آنچه هست نشان می‌دهد (فرخ و نندی ۱۳۸۸: ۲۴).

گروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی<sup>۴</sup>، کیفیت زندگی را تحت عنوان «ادراک افراد از موقعیتشان در زندگی در حوزه های فرهنگی و نظام ارزشی که در آن زندگی می کنند و در ارتباط با اهداف، انتظارات و استانداردها و نگرانی هایشان تعریف می کند» (nilsson, ۲۰۰۶:۴۲۱).

در برخی از جامعه های پیشرفته این واژه، همراه و گاهی مترادف با واژه ای دیگری مانند بهزیستی همگانی، رفاه اجتماعی، تأمین و توسعه اجتماعی و مانند آن به کار گرفته می شود. به طور کلی نگرش به این واژه ها نشان دهنده آن است که مفهوم کیفیت زندگی به دو بعد زندگی آدمی دلالت دارد. نخست چگونگی زندگی مادی جامعه انسانی، سپس چگونگی محیط معنوی، فرهنگی و روانی و جسمی انسان ها.

پایین بودن سطح کیفیت زندگی در یک جامعه خود عامل بسیار مهمی در افزایش آسیب های اجتماعی در آن جامعه خواهد بود، لذا به نظر می رسد با بررسی این موضوع و یافتن عوامل مؤثر بر آن می توان راهکارهایی برای ارتقای سطح کیفیت زندگی ارائه نمود که در نهایت به پیشگیری و کاهش آسیب ها و انحرافات اجتماعی در جامعه منجر خواهد شد. به علاوه هر اندازه کیفیت زندگی به طور مستمر ارتقا یابد از میزان آسیب های روانی و اجتماعی مانند بیماری های روانی و سرخوردگی ها، احساس بیگانگی (از جامعه و از خود) احساس سرگشتگی، بیهودگی و نارضایتی از زندگی و بزهکاری ها و ناهنجاری های اجتماعی کاسته می شود (حاج یوسفی ۱۳۸۵: ۳۱).

### بیان مسئله

در چند سال گذشته مطالعه هایی آکادمیک در حوزه های سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی با این رویکرد انجام شده که تحلیل منظم آن ها به یک پارچه شدن برون داد این تحقیقات انجامیده است. یافتن شکاف های تحقیقاتی در این دو حوزه به گونه ای بوده که اهمیت موضوع و نیز توجه به آن دو را در سیاست گذاری های کلان از قبیل برنامه ریزی توسعه ششم برجسته نموده است که خود مسیری هدایت گر برای مطالعه و پژوهش بیش تر دانش آموختگان و علاقه مندان به این گونه حوزه ها برای رسیدن به جامعه ی آرام، مطمئن، ایمن، شکوفا، امیدوار، معتمد، اخلاق مدار و ... به شمار می آید.

در این تحقیق، مهم ترین متغیرهای مربوط به سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی، نظریه های مرتبط، شیوه گردآوری داده ها، عامل های مؤثر بر سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی، برون دادها و راه حل های پیشنهادی برای این گونه مطالعات و ... بررسی شده اند. مسئله اصلی این تحقیق فراتحلیل دو موضوع سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی است. دو موضوعی هرچند مستقل اما تأثیرپذیر از یکدیگر اند، بنا بر این؛ پرسش اصلی تحقیق این است که تا چه اندازه توانایی سنجش سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی را در جامعه ی ما دارد؟ از دیگر پرسش های این تحقیق؛ پژوهش های انجام شده چه جنبه هایی از سلامت

اجتماعی و کیفیت زندگی را مدنظر قرار داده اند، به چه موضوع هایی بیشتر تأکید داشته اند و در ایران تا چه اندازه به این موضوع ها توجه شده است؟

مطالعات مرتبط به حوزه ی سلامت اجتماعی نشان داده اند، سهم هر دسته از عامل ها در بین تعیین کننده های سلامت عبارت اند از؛ ۵ درصد سهم نظام ارائه ی خدمات سلامت، ۵ درصد سهم عامل های ارثی و زیستی، ۱۰ درصد سهم عامل های مادی و رفتاری زیست محیطی، ۵۰ درصد سهم عامل های اجتماعی (ن.ک: رفیعی و همکاران ۱۳۸۵:۲۹).

اما در حوزه ی کیفیت زندگی؛ با توجه به اینکه سلامت یکی از نشان گرهای کیفیت زندگی است، در چند دهه ی اخیر، شناخت، اندازه گیری و بهبود کیفیت زندگی از اهداف عمده افراد، محققان، برنامه ریزان و دولت ها بوده است. این عرصه ی علمی و تحقیقاتی مورد توجه تعداد زیادی از رشته ها از جمله روان شناسی، پزشکی، اقتصاد، علوم محیطی، جامعه شناسی، جغرافیا بوده و از این روست که بر اساس «پایگاه داده های موسسه اطلاعات علمی ۵» (۱۹۸۲ تا ۲۰۰۵) بیش از ۵۵ هزار تحقیق در مورد کیفیت زندگی صورت گرفته است (رضوانی و منصوریان ۱۳۸۷:۲).

سازمان بهداشت جهانی<sup>۶</sup> کیفیت زندگی را به صورت عمومی به این شکل تعریف کرده است: «کیفیت زندگی به برداشت شخصی یک فرد از موقعیت زندگی اش با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی جامعه اش و نیز رابطه آن با اهداف، انتظارات و استانداردها و احتیاجاتش گفته می شود» (nilsson, ۲۰۰۶:۴۲۱).

یکی از انواع سرمایه، سرمایه انسانی است که در فرایند رشد و توسعه فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی جوامع از مهم ترین عناصر به شمار می رود و آموزش با رویکرد رشد و شکوفایی نیروی انسانی ابزاری کارآمد به شمار می آید، بنا بر این؛ در جوامع، نهادهایی متولی این امر به شمار می روند و دانشگاه محیطی است که در این امر نقش و سهمی بسزا دارد. از عوامل اساسی توسعه پایدار توجه ویژه به جمعیت جوان بویژه دانشجویان به عنوان قشر اندیشه مند و فرهیخته است.

مبانی علمی، پژوهشی و فنی توسعه هر جامعه یی در دانشگاه شکل می گیرند، بنا بر این؛ دانشگاه و دانشجو محور توسعه شمرده می شوند، دانشجویان نقشی مهم در آینده کشور ایفا خواهند کرد، زیرا؛ این قشر بخش اصلی متخصص ها و مدیرهای حوزه های گوناگون علمی، فنی و هنری آینده کشور را تشکیل خواهند داد و چه بسا در آینده در امور آموزش و پرورش نیز نقش های مهمی را در تعلیم و تربیت کودکان، نوجوانان و دانشجویان به عهده خواهند گرفت. در نتیجه؛ به دلیل نقش مهم ایشان در توسعه، نخست باید دید که آیا این قشر به لحاظ شاخص های کیفیت زندگی در وضعیتی قرار دارند که بتوانند انتظاراتی جامعه خود را به شایستگی برآورده کنند، چرا که ارضای نیازهای اقتصادی، روانی و اجتماعی با عملکرد بهتر تحصیلی و دیگر فعالیت های اجتماعی سطوح بالاتر رابطه متقابل دارند. دوره تحصیلی دانشگاهی به دلیل عامل های

<sup>۵</sup> Institute for Scientific Information Database

<sup>۶</sup> The World Health Organization

گونگون، از جمله؛ دوری از خانواده، زندگی در محیط دانشجویی، وارد شدن به مجموعه بزرگ تر پرتنش، سازگاری با فرهنگ و افراد مختلف، مشکلات اقتصادی، نداشتن درآمد کافی، نوع فعالیت و نقشی که انجام می دهند از یک سو و از سوی دیگر؛ انتظارات چندگانه بی که دیگران از آنها دارند و مسئولیتی که ایشان برای خود قائل اند، بیشتر تحت فشار و آسیب پذیری قرار دارند.

سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی تابعی از عوامل مختلف اجتماعی و فرهنگی است و دانشجو پس از ورود به دانشگاه با محیطی جدید روبه رو می شود که با زندگی قبلی او و محیط اجتماعی گذشته اش تفاوت دارد و در دوران تحصیل نیز با مسایل و مشکلات بسیار رو به رو خواهد شد که هر کدام به سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی او می تواند خدشه وارد کند.

### مبانی و چارچوب نظری

با توجه به اینکه تاکنون پژوهش های فراوانی با عنوان سلامت اجتماعی انجام شده اما هنوز جنبه های مبهم آن بسیار است، سلامت اجتماعی با شاخص ها و بعدهای زیاد خود در هر جامعه بی با شرایط حاکم بر آن تعریفی متفاوت دارد. میرینگوف<sup>۷</sup> و همکارانش، برای نخستین بار، در سال ۱۹۷۸ شاخص سلامت اجتماعی را منتشر کردند، این شاخص که از ترکیب ۱۶ نشانگر تشکیل شده است، به طور سالانه اندازه گیری و به صورت یک عدد گزارش می شود. مفهوم سلامت اجتماعی، از نظر تجربی در ادبیات جامعه شناسی ریشه دارد و به چگونگی ارتباط بین فرد و جامعه به گونه بی که اگر افراد جامعه در چارچوب های اجتماعی جذب نگردند، زمینه بی آنومیک<sup>۸</sup> و مساعد برای رشد انحراف های اجتماعی به شمار می آیند، در چنین حالتی یک نوع فردگرایی افراطی، خواسته های فردی را در مقابل حیات اجتماعی قرار می دهد (اکبریان، تباردرزی و خاکی ۱۳۸۹: ۹۷). سلامت اجتماعی ارزیابی شخص از نحوه عملکردش در اجتماع و نوع نگرش او نسبت به دیگر افراد جامعه می باشد که بدون شک شیوه برخورد فرد با مسایل مربوط به خود و نوع نگرش او را نسبت به سایر گروه های اجتماعی تحت تأثیر قرار خواهد داد (برزونسکی، ۲۰۰۳، به نقل از خیراله پور، ۱۳۸۳: ۵). کیز بر اساس مدل نظری خود از سلامت اجتماعی این مقیاس را تهیه و برای بررسی ویژگی های روان سنجی این مقیاس آن را روی دو نمونه ۳۷۳ و ۲۸۸۷ نفری در آمریکا اجرا کرد. وی با استفاده از تحلیل عوامل تأثیری، مدل ۵ بعدی به کار رفته در پرسشنامه خود را از نظر تجربی مورد تأیید قرار داد (موحدی، ۱۳۸۹: ۷۹). کیز (۲۰۰۴ به نقل از اکبریان)، نیز معتقد است که سلامت اجتماعی؛ ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابط وی با افراد دیگر و نزدیکان و گروه های اجتماعی است که او عضوی از آن هاست. طبق این تعریف شاخص های سلامت اجتماعی عبارت اند از؛ شکوفایی اجتماعی: دانستن و اعتقاد به اینکه جامعه به شکل مثبتی در حال رشد است. فکر کردن به

---

<sup>۷</sup> miring off  
anomic<sup>۸</sup>

اینکه جامعه پتانسیل به شکل مثبت را دارد. این تفکر که جامعه پتانسیل خود را به شکل واقعی در می آورد.

یافته های حاصل از بررسی پژوهش های یاد شده حاکی از آن است که قریب به اتفاق این تحقیقات - به استثنای رارانی و همکاران، ۱۳۹۰، تقی زاده و همکاران، ۱۳۹۱- از دیدگاه کبیز به سلامت اجتماعی نگریسته اند، علاوه بر این در بیش تر این تحقیقات شناسایی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی در گروه های کوناگون جمعیتی مدنظر بوده است. چه بسا این امر به خاطر آن بوده است که دیدگاه کبیز در تحقیقات مربوط به سلامت اجتماعی در پی احساس اهمیت ویژه ی وی به این مقوله بوده است، وی برای این ترکیب پنج بعد به قرار زیر تعریف کرده است:

شکوفایی اجتماعی<sup>۹</sup> عبارت است از ارزیابی توان بالقوه و مسیر تکاملی اجتماعی و باور به اینکه اجتماع در حال یک تکامل تدریجی است و توانمندی های بالقوه ای برای تحول مثبت دارد که از طریق نهادهای اجتماعی و شهروندان شناسایی می شود (کبیز) افراد سالم در مورد شرایط آینده جامعه امیدوار و قادر به شناسایی نیروهای جمعی هستند و معتقدند که خود و سایر افراد از این نیروها و تکامل اجتماع سود می برند. شکوفایی اجتماعی معادل خود تعیین گری و رشد شخصی در سلامت روانی است. فردی که از رشد شخصی برخوردار است، باور دارد که خود سازنده سرنوشت خویش است. خود را در حال تحول مستمر و دارای نیروهای بالقوه می داند که تلاش می کند تا این نیروها را شکوفا کند و نسبت به تجارب جدید، پذیرا است. شکوفایی اجتماعی یعنی باور به اینکه اجتماع سرنوشت خویش را در دست دارد و به مدد توان بالقوه اش مسیر تکاملی خود را کنترل می کند (اکبریان، تباردرزی، خاکی)

انسجام اجتماعی<sup>۱۰</sup>: در لغت به معنای یکی کردن و بهم پیوستن، ائتلاف انضمام، یک پارچگی، اتحاد عناصر مختلف اجتماعی است. این اصطلاح نسبتاً جدید است. مانند بسیاری از واژگان دیگر، این واژه نیز قبل از آنکه در جامعه شناسی معنایی فنی بیابد معنای معمولی و تمام بوده است. از ریشه لاتین (teg) به معنی لمس کردن گرفته شده که از آن واژه های integer, intactas مشتق می شوند. مفهوم integer به معنای تجدید کردن و کامل نمودن است. در زبان انگلیسی این مفهوم عمل کردن را می رساند. در زبان اسپانیولی integration به معنای گردآوردن عناصر متشکله گوناگونی به صورتی منظم و در جهت تشکیل یک مجموعه است. ادغام در علوم اجتماعی، اغلب با توجه به تمایل طبیعی فکرائسان که دوست دارد با تکیه بر الگوهای کلی موجود در حیات، از واقعیات جامعه شناسی سخن به میان آورد، مورد توجه قرار گرفته و به عنوان فرآیند انطباق جز یا کل مد نظر قرار می گیرد. ادغام هم از نظر ریاضی و هم از نظر جامعه شناسی، به معنای عمل وحدت بخشیدن بر عواملی ناهمسان است (مسعودی به نقل از توسلی ۱۳۸۲: ۶۸).

پارسونز<sup>۱۱</sup>، ادغام را با توجه به عمل و نقش های اجتماعی در گروه مورد مطالعه قرار داده است. شیوه‌ای که ما در ایفای نقش‌هایمان و انجام اعمالی که این نقش‌ها بر ما تحمیل می‌کنند، پیش می‌گیریم، درجه ادغام ما را در گروه و از طریق گروه در «نهاد» معین می‌کند. ایفای نقش های ادغام رسمی را مشخص می‌کند و در حال آنکه فقط امکانات و انگیزه‌ی عاملان، امکان تعیین میزان ادغام واقعی را فراهم می‌سازند. ادغام یا یک پارچگی می‌تواند یکسان شدن فرد و محیط، جذب شخصی توسط محیط یا جذب درونی محیط توسط فرد و تعهدهایی را در برابر محیطش به عنوان عنصری هم بسته و مسئول برساند. (مسعودی به نقل از: توسلی ۱۳۸۲: ۷۰).

انسجام اجتماعی یعنی ارزیابی فرد از کیفیت روابط خود در جامعه و گروه‌های اجتماعی، فرد سالم احساس می‌کند که بخشی از اجتماع است و خود را با دیگرانی که واقعیت اجتماعی خود را می‌سازند، سهیم می‌داند، از دیدگاه دورکیم<sup>۱۲</sup> (به نقل از کبیر ۱۹۹۸) سلامت و بیگانگی اجتماعی، روابط فرد را با یکدیگر از طریق هنجارها منعکس می‌کند و اصول آن مفهوم انسجام اجتماعی در برابر بیگانگی و انزوای اجتماعی قرار می‌گیرد. بیگانگی اجتماعی یعنی شکاف بین فرد و اجتماع بیگانگی یعنی مردود شمردن اجتماع و باور به اینکه اجتماع ارزش‌های شخصی و شیوه‌های زندگی فرد را منعکس نمی‌کند. انزوای اجتماعی یعنی شکستن روابط جهت‌گیر شخصی، بنابراین فردی که از انسجام اجتماعی بر خوردار است نسبت به اجتماع خود احساس نزدیکی می‌کند و گروه اجتماعی خود را منبعی از آرامش و اعتماد می‌داند (اکبریان، تباردرزی، خاکی ۱۳۸۹: ۹۷).

انطباق اجتماعی<sup>۱۳</sup>: یعنی درک کیفیت، سازماندهی و عملکرد دنیای اجتماعی. فرد سالم از نظر اجتماعی سعی دارد تا در مورد دنیای اطراف خود بیشتر بداند. روزانه وقایع بیشماری اتفاق می‌افتد که می‌توانند مثبت یا منفی، غیرمنتظره یا قابل پیشگویی، شخصی یا عمومی باشند. این وقایع چالش‌هایی هستند در پیش روی افرادی که سعی دارند تا دنیای پیچیده و شلوغ اطرافشان را درک کنند. افراد سالم علاقمند به طرح های اجتماعی بوده و احساس می‌کنند قادر به فهم وقایع اطرافشان هستند خود را با تصور اینکه در حال زندگی در یک دنیای متکامل و عالی هستند، فریب نمی‌دهند و خواسته‌ها و آرزوهایشان را جهت فهم و درک زندگی ارتقا می‌بخشند. انطباق اجتماعی معادل اجتماعی مفهوم تسلط بر محیط در مقیاس سلامت روان است. تسلط به محیط یعنی احساس صلاحیت و توانمندی برای مدیریت محیط پیچیده و انتخاب یا خلق زمینه‌های مناسب شخصی. انطباق اجتماعی متضاد پوچی و بی‌معنایی است (میروسکی و روز ۱۹۸۹، سی من ۱۹۵۹، به نقل از کبیر ۱۹۹۸) و در مجموع یعنی دنیا را به صورت منطقی، هوشمند، قابل درک و قابل پیش بینی دیدن است. (اکبریان، تباردرزی و خاکی ۱۳۸۹: ۹۸) بعد انطباق اجتماعی از سلامت اجتماعی،

---

Parsons<sup>11</sup>  
Durkheim<sup>12</sup>  
Social adaptation<sup>13</sup>

اجزای اصلی رهیافت‌های فرد گرایانه را اتخاذ و آنها را در سطح کلان توسعه می‌دهد. این رهیافت مطرح می‌کند که خصوصیات فردی رابطه نزدیکی با شرایط اجتماعی دارد و خلق و خوی افراد تحت تأثیر محیط طبیعی و اجتماعی که در آن زندگی می‌کنند قرار می‌گیرد. در جوامعی که بنا به دلایل مختلف روابط و پیوند های اجتماعی در سطح مطلوبی قرار ندارند و افراد از تعاملات اجتماعی عقلانی اجتناب می‌کنند، شکل گیری و رشد سرمایه اجتماعی به کندی صورت می‌گیرد و در نتیجه در اینگونه جوامع پدیده فردگرایی خود خواهانه رشد می‌کند و متعاقب آن انطباق اجتماعی کاهش می‌یابد. کاهش سطح تعاملات اجتماعی افراد را دچار انزوای اجتماعی می‌کند و احساس انزوا و احساس تنهایی در سطح جامعه گسترش می‌یابد و تقویت چنین وضعیت حالات روانی منفی را در افراد ایجاد می‌کند (مسعودی ۱۳۸۸:۵۳).

پذیرش اجتماعی<sup>۱۴</sup>: یعنی فرد اجتماع را به صورت یک مجموعه کلی و عمومی که از افراد مختلف تشکیل شده درک می‌کند و به دیگران به عنوان افراد با ظرفیت و مهربان، اعتماد و اطمینان دارند باور دارند که مردم می‌توانند ساعی و مؤثر باشند این افراد دیدگاه مطلوبی نسبت به ماهیت انسان دارند و با دیگران احساس راحتی می‌کنند. پذیرش اجتماعی مصداق اجتماعی از پذیرش خود (یکی از ابعاد سلامت روان) است. در پذیرش خود، فرد نگرش مثبت و احساس خوبی در مورد خودش و زندگی گذشته دارد و با وجود ضعف ها و ناتوانی هایی که دارند، همه جنبه های خود را می‌پذیرد. در پذیرش اجتماعی فرد، اجتماع و مردم آن را با نقص‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی باور دارد و می‌پذیرد (اکبریان، تباردرزی و خاکی ۱۳۸۹:۹۷).

مشارکت اجتماعی<sup>۱۵</sup>: باوری است که طبق آن فرد خود را عضو حیاتی اجتماع می‌داند و فکر می‌کند چیز ارزشمندی برای عرضه به دنیا دارد. این افراد تلاش می‌کنند که احساس دوست داشته شدن کنند و در دنیایی که صرفاً به دلیل انسان بودن برای آنها ارزش قائل است، سهمی باشند. مشارکت اجتماعی موازی با بعد هدف در زندگی (داشتن باورهایی که به زندگی هدف می‌دهند) از مقیاس سلامت روان است. مشارکت اجتماعی همچنین به مفهوم مسئولیت پذیری و کارآمدی شبیه است. خود کارآمدی یعنی اینکه فرد می‌تواند رفتارهای معینی را انجام داده و مقاصد خاصی را به اتمام رساند. مسئولیت اجتماعی یعنی ایجاد تعهدات شخصی در ارتباط با اجتماع. بنابراین از مجموع این دو مفهوم مشارکت اجتماعی پدید می‌آید. مشارکت اجتماعی یعنی اینکه آیا و به چه میزان فرد احساس می‌کند که آنچه که در دنیا انجام می‌دهد بوسیله اجتماع ارزشمند تلقی می‌شود و در رفاه عمومی مؤثر است. مشارکت اجتماعی در حوزه جامعه شناسی و روان شناسی اجتماعی به مفهوم (شرکت آگاهانه، خودانگیخته، ارادی و هدفمند افراد و گروه‌ها در فرآیند و امور اجتماعی و به منظور سهمی شدن در کارها، نفوذ در سیاست‌ها، سهمی شدن در قدرت، تأثیر گذاری بر تصمیمات و کمک به تحقق اهداف توسعه) تعریف شده است. مشارکت اجتماعی مفهومی است که مخصوصاً در جامعه شناسی کارکردی و گرایش‌های موجود در آن مورد استفاده قرار گرفته است. مشارکت

---

<sup>۱۴</sup> Social acceptance  
<sup>۱۵</sup> Social participation



اجتماعی شهروندان در امور مربوط به سرنوشت جمعی به ویژه در راستای تأمین سلامت اجتماعی در عصر کنونی حائز اهمیت فراوانی است چراکه در مشارکت سازمان یافته گروه‌های اجتماعی در شئون مختلف اداره جامعه واجد خصایصی است که: حداکثر قدرت جمعی را از طریق بسیج همه امکانات و قوای جمع خاص می‌آورد. این قدرت جمعی در راستای نیل مصالح، علایق و منافع جامعه جهت گیری می‌شود، پیوند و انسجام اجتماعی بین گروه‌های مختلف اجتماعی تقویت می‌گردد. امکان بلوغ و شکوفایی استعدادها و تعامل و توسعه فردی و اجتماعی فراهم می‌آید. (اکبریان، تباردرزی، خاکی ۱۳۸۹: ۹۹).

طبق این ابعاد فرد سالم از نظر اجتماعی زمانی عملکرد خوبی دارد که اجتماع را به صورت یک مجموعه معنادار، قابل فهم و دارای بالقوه‌ایی برای رشد و شکوفایی بداند. احساس کند که متعلق به گروه‌های اجتماعی خود است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن شریک بداند. محتوای مقیاس سلامت اجتماعی، طیف مثبتی از ارزیابی فرد از تجاربش در جامعه است. این مقیاس جدید با مقیاس‌های سلامت اجتماعی در سطح بین فردی (مثل پرخاشگری و حمایت اجتماعی) و سطح اجتماعی (مثل فقر و جایگاه اجتماعی) تفاوت دارد. (کیزی، ۲۰۰۴: ۲۹ به نقل از جعفری پورسانج).

ترکیب اصطلاحی دیگر این تحقیق، کیفیت زندگی است؛ واژه‌ی که ادبیاتی گسترده دارد، به صورت یک پارچه نبوده و اتفاق نظر کمی روی معنی و مفهوم آن وجود دارد (کوردیل و همکاران، ۲۰۱۱: ۷۸۴)، به گونه‌ی بی‌برخی از پژوهشگران همچون؛ مرنس (۲۰۱۲)، کریف و دومیتو (۲۰۱۵) و فریرا و همکاران (۲۰۱۵) تعریفی دقیق از آن به دست نداده‌اند و برخی دیگر نیز آن را از زاویه‌ی دید خود تعریف کرده‌اند. به بیان دیگر؛ این واژه ترکیبی مفهومی چند وجهی، نسبی، متأثر از زمان، مکان، ارزش‌های فردی و اجتماعی است که تعریفی روشن برای آن دشوار می‌نمایاند. به این دلیل، گروهی آن را به عنوان توانایی زیست‌پذیری یک ناحیه، گروهی دیگر به عنوان سنجه‌ی بی‌برای میزان جذابیت و گروهی به عنوان رفاه عمومی، بهزیستی اجتماعی، شادکامی، رضایت مندی و ... تبیین کرده‌اند (اپلی و منون، ۲۰۰۱: ۲۸۱). کیفیت زندگی به عنوان ادراک افراد از موقعیتشان در زندگی در حوزه‌های فرهنگی و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کنند و در ارتباط با اهداف، انتظارات و استانداردها و نگرانی‌هایشان تعریف می‌شود (Nilsson, ۲۰۰۶: ۴۲۱ به نقل از همان). پل در سال ۲۰۰۷ مطالعه‌ای جهت بررسی رابطه بین عملکردهای ارتباطی، سلامت اجتماعی، معنوی و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به سرطان انجام داد. نمونه‌های این مطالعه افراد مبتلا به سرطان بین سنین ۳۵ تا ۸۰ سال بودند که به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده برای جمع‌آوری داده‌ها، ابزار اندازه‌گیری کیفیت زندگی، پرسشنامه سلامت اجتماعی، سلامت معنوی و پرسشنامه عملکرد اجتماعی بودند. تجزیه و تحلیل آماری نشان داد که سلامت معنوی عمده‌ترین عامل تأثیرگذار در کیفیت زندگی این افراد بود و سلامت اجتماعی پس از سلامت معنوی در رتبه دوم قرار داشت ولی عملکردهای ارتباطی این افراد رابطه‌ای با کیفیت زندگی آنها نداشت (Paul, ۲۰۰۷: ۹۹ به نقل

از فتحی و ثابتی). شالوک معتقد است؛ ابعاد کیفیت زندگی به مجموعه ای از عامل هایی ارجاع دارد که احساس بهزیستی شخصی را به وجود می آورند. وی برای کیفیت زندگی فرایندی قائل شده که بدون لحاظ کردن لایه های فردی، سازمانی و محیط شهری آن را نمی توان سنجید و شناخت (شالوک، ۲۰۰۴: ۲۱۱). مازلو با رویکرد نیازهای انسانی شش معیار کلی برای یک شهر با کیفیت خوب ارائه می دهد که عبارت اند از: تأمین همه ی نیازهای فیزیکی، ایمنی، امنیت و حفاظت، محیط اجتماعی هدایتگر، یک تصور ذهنی، شهرت و حیثیت، فرصت خلاق بودن و محیطی مطبوع و دلپذیر از نظر زیبایی شناسی (فرای، ۱۳۸۳).

از آن جا که سازمان بهداشت جهانی شناسایی عوامل تعیین کننده و مرتبط با سلامت اجتماعی را در جهت سیاست گذاری و برنامه ریزی در سطوح خرد و کلان جامعه از مسائل اساسی هر کشوری می داند (روغنچی، ۱۳۸۴: ۱۵)، لازم است در دانش و فهم خود نسبت به سلامت اجتماعی تغییراتی به وجود آوریم و یا دست کم سلامت اجتماعی را از منظری دیگر نیز مورد مطالعه قرار دهیم. علاوه بر پرداختن به عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی – آن چه در این پژوهش ها شاهد آنیم – انجام پژوهش هایی در زمینه فراتحلیل سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی در این زمینه می تواند راه گشا باشد. بی گمان، این نوع نگاه اهمیت و ضرورت پرداختن به سلامت اجتماعی و کیفیت را در نگاه برنامه ریزان و سیاست گذاران پررنگ تر خواهد نمود.

### روش شناسی

در این پژوهش از روش فراتحلیل<sup>۱۶</sup> استفاده شده است. هدف از کاربرد این روش نشان دادن شیوه ی تفکر در باره ی ترکیب نتیجه های قبلی بر اساس روش آماری است. در این پژوهش واحد تجزیه و تحلیل از پژوهش ها نه آزمودنی ها گرفته شده است. این روش به دنبال تحلیل آماری مجموعه ای از نتیجه های مطالعات جداگانه، به منظور ادغام یافته هاست (دی کاستر ۱۷، ۲۰۰۳). در فراتحلیل؛ نتیجه های تحقیقات گوناگون با یکدیگر ترکیب می شوند تا اینکه نتیجه های جدید و یک پارچه یی به دست آید و سوگیری های نتیجه های نهایی شده حذف شوند. فراتحلیل یکی از مهم ترین روش ها برای خلاصه سازی تحقیقات گذشته و شیوه ای دقیق برای ترکیب هدفمند نتیجه های مطالعات گوناگون برای دست یافتن به برآوردی بهتر درباره واقعیت است (استرینر ۱۸، ۲۰۰۴). همچنین این روش نتیجه های پژوهش ها را با یکدیگر می تواند ترکیب و روابطی تازه میان پدیده های اجتماعی کشف کند (گلاس، مکگاو و اسمیت ۱۹، ۱۹۸۱) و به عنوان ابزاری مناسب برای ساخت اجماعی – منطقی از مطالعات، روشی تازه برای جمع بندی و درک مجموعه یی از پژوهش ها در حوزه یی خاص در اختیار ما می گذارد، آن چه در یک پژوهش فراتحلیل

۱۶ Meta-analysis

۱۷ Dec Oster

۱۸ Strainer

۱۹ Glass, Mc Gawk & Smith

مورد توجه قرار می گیرد، گردآوری یافته های پژوهشی از مطالعات متعدد و پراکنده برای ترکیب و یک پارچه سازی و دستیابی به یافته های جدید است (صدیق سروسستانی، ۱۳۷۹: ۶۸).

به طور کل می توان گفت که فراتحلیل؛ ترکیب داده های چند تحقیق برای رسیدن به یک برآورد واحد است و از نظر آماری کاربرد مستقیم روش های چند عاملی است (خلعتبری، ۱۳۸۷: ۱۵۷). پژوهش حاضر، از نوع توصیفی - تحلیلی است که در آن پیشینه ی مباحث نظری و پیمایشی در دو حوزه ی موضوعی سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی مورد بررسی قرار گرفته و عمده ترین دلایل انجام فراتحلیل در این دو حوزه عبارت اند از:

- ۱- کمبود پیشینه ی تحقیق پیرامون دو موضوع سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی در ایران،
- ۲- غفلت از برخی جنبه های عینی و حتی ذهنی سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی،
- ۳- نگرشی تک بعدی به دو مقوله ی سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی،
- ۴- سطحی نگری به دو مقوله ی یاد شده و در نتیجه ی آن نگاهی نه چندان جدی از سوی پژوهشگران به این دو موضوع در بالا بردن سطح رفاه و امنیت اجتماعی،
- ۵- توجه کم تر قانون گذار و به دنبال آن قوه مجریه به این دو مقوله در راستای امید بالا به زندگی، اعتماد به نفس بیش تر، رعایت اصول اخلاقی - دینی در تحقق یک جامعه ی توسعه یافته ی اخلاق مدار.

جامعه ی آماری این تحقیق، تمام پایان نامه ها و مقاله های موجود در دو حوزه ی سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی است که پس از پالایش آن ها از نظر فنی و روش شناختی از میان آن ۴۱ پژوهشی که شرایط علمی و روش شناختی لازم را برای فراتحلیل دارا بودند، انتخاب شده و مورد بررسی قرار گرفته و برای گردآوری اطلاعات این پژوهش از چک لیست گزینش طرح های پژوهشی استفاده شده است.

#### توزیع فراوانی و درصد متون تحقیقاتی برگزیده به شرح زیر بوده است:

- ۱- بر حسب گروه های هدف؛ گروه های جمعیتی حدود ۳۹ درصد، دانشجویان حدود ۲۱,۴۴ درصد، کارکنان دولت حدود ۱۱ درصد، حوزه های شهری - روستایی حدود ۱۴,۸ درصد، دانش آموزان حدود ۴,۸ درصد مورد بررسی قرار گرفته اند.
- ۲- بر حسب نظریه های مورد تأکید در ادبیات تحقیق؛ با توجه به اینکه بیشتر نظریه های مطرح شده در بخش ادبیات تحقیق، در سطح فردی و برخی از آن ها در سطح اجتماعی مورد مطالعه قرار گرفته اند، به استثنای مطالعه رارانی و همکاران (۱۳۹۰) و تقی زاده و همکاران (۱۳۹۱) به عنوان چارچوب نظری و اساس کار مورد کاربرد نبوده اند. در ۳۳ مورد از مطالعات بررسی شده، نظریه ی ابعاد سلامت اجتماعی کبیز و در ۱۰ مورد در خصوص کیفیت با تأکید بر تعریف گروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی به عنوان چارچوب نظری و اساس کار مورد استفاده قرار گرفته است. این درحالی است که زمانی که

می خواهیم در مورد میزان سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی در یک جامعه بحث کنیم؛ یعنی بحث در راستای بررسی عامل های اجتماعی و فردی، و نیز ابعاد چندگانه ی سلامت اجتماعی، همچنین عوامل حاکم بر ایجاد کیفیت زندگی، مانند: سرمایه ی اجتماعی، وضعیت اقتصادی- اجتماعی، محیط های سکونت و آموزش باید با هم مورد توجه قرار گیرند.

از آنجایی که کبیز ابعاد سلامت اجتماعی را از زاویه ی نگاه فردی دیده است، میزان سلامت اجتماعی یک جامعه را بر اساس نظریه ی وی نمی توان سنجد و مورد مطالعه و بررسی دقیق قرارداد، زیرا؛ گاه ممکن است انسانی که از سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی مناسبی برخوردار نیست؛ احساس آزادی، استقلال، امنیت، امیدوار به آینده و شادی زندگی بی هدف را خوشبختی و برابر با یک زندگی خوب و موفق بداند، در نتیجه؛ این پرسش مطرح می شود که آیا چنین فردی از نگاه اجتماعی، در چارچوب های دانشی موضوع مورد بحث، می تواند سالم به شمار آید. گروهی بر این باور اند که ما معیارهای ذهنی هر فرد را به دیگران نباید تحمیل کنیم بلکه آن باورها را فقط از نگاه هر یک از خود آنان در باره ی خوب زیستن و خوشبختی می توانیم درک کنیم.

۳- بر حسب قلمرو مطالعاتی؛ حدود ۴۴,۱۸ درصد به حوزه ی پژوهش اجتماعی، حدود ۱۸,۶ به حوزه ی رفاه اجتماعی، حدود ۱۶,۲ به حوزه ی جمعیت شناسی، حدود ۱۱,۶ به حوزه ی مددکاری اجتماعی و حدود ۹,۳ به حوزه ی روان شناختی مربوط است.

۴- بر حسب نوع روش مطالعه؛ نتیجه های به دست آمده در مرور تحقیقات یادشده نشان می دهند که روش همه ی این تحقیقات پیمایشی بوده اند. واحد تحلیل در همه ی مطالعات مربوط به سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی - به استثنای رارانی و همکاران(۱۳۹۰) و تقی زاده و همکاران (۱۳۹۱)- «فرد» بوده است. همچنین بجز دو مطالعه ی یادشده، دیگر آن ها سلامت اجتماعی را معادل با ابعاد آن (شکوفایی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، انطباق اجتماعی، مشارکت اجتماعی) در سطح فردی دانسته و اغلب تأثیر سطوح دیگر سلامت اجتماعی (سطح بین فردی، مثل: حمایت اجتماعی و سطح اجتماعی، مثل: سرمایه ی اجتماعی) را بر بعدهای سلامت اجتماعی سنجیده اند اما در کیفیت زندگی اغلب به وضعیت بهزیستی جسمانی، احساسی، اجتماعی، توانایی انجام امور زندگی روزانه، برخورداری از سلامت روان، روابط اجتماعی سالم، شادکامی، امنیت و رضایت درونی پرداخته اند. متغیر وابسته ی این تحقیقات در موضوع سلامت اجتماعی - به استثنای: کمالی دهقان(۱۳۹۱)، پورات(۱۳۹۱)، مسعودی(۱۳۹۰)، موحدی(۱۳۸۹) و فتحی و ثابتی(۱۳۸۵)- سلامت اجتماعی و اما متغیر وابسته در موضوع کیفیت زندگی، همان کیفیت زندگی بوده است. ابزار مورد استفاده برای سنجش میزان سلامت اجتماعی؛ پرسش نامه کبیز ترجمه شده توسط فارسی نژاد(۱۳۸۳) و برای کیفیت زندگی؛ پرسش نامه های whoqol-bref و f-۳۶ بوده اند.

۵- بر حسب محدوده جغرافیایی؛ نتیجه های به دست آمده در مرور تحقیقات انجام شده در شهرهای تهران، کرج، شیراز، پاوه، تبریز، اشنویه، بجنورد، مراغه، شهرکرد، مشکین شهر، کامیاران، کاشان، اصفهان، همدان، نقده و بستان آباد بوده است و تعداد ۱۶ تحقیق به صورت ملی مورد مطالعه قرار گرفته اند. بنا بر این؛ حدود ۳۷,۲ درصد محدوده ی جغرافیایی این تحقیقات در سطح ملی، حدود ۲۳,۵ درصد در محدوده ی جغرافیایی شهر تهران، حدود ۴,۶۵ درصد در محدوده ی جغرافیایی شهرهای اصفهان و مراغه و در نهایت، حدود ۳۰,۱۶ درصد در محدوده ی دیگر شهرهای یادشده بوده است.

### فرا تحلیل یافته های تحقیق

در پژوهش های یادشده در حوزه ی سلامت اجتماعی؛ از جمله عامل های تأثیرگذار بر سلامت اجتماعی، عامل های جمعیت شناسی (دموگرافیک) بوده اند که با شاخص هایی از قبیل: جنس (جعفری پورسانج ۱۳۹۴، پورافکاری ۱۳۹۱، فتحی و همکاران ۱۳۹۱، کمالی دهقان ۱۳۹۱، تقی پور ۱۳۹۰، براتی ۱۳۹۰، باباپور و همکاران ۱۳۸۸، عجم نژاد ۱۳۸۸، روحی ۱۳۸۸، کنگرلو ۱۳۸۷، عبدالله تبار و همکاران ۱۳۸۷، سرخوش ۱۳۸۷، اسدی ۱۳۸۴ و فارسی نژاد ۱۳۸۳)، سن (جعفری پورسانج ۱۳۹۴، زکی و همکاران ۱۳۹۲، فتحی و همکاران ۱۳۹۱، کمالی دهقان ۱۳۹۱، تقی پور ۱۳۹۰، براتی ۱۳۹۰، زارع ۱۳۹۰، نجف آبادی ۱۳۸۹، تقی پور ۱۳۸۹، عجم نژاد ۱۳۸۸، روحی ۱۳۸۸، صالح ۱۳۸۸، کنگرلو ۱۳۸۷، سرخوش ۱۳۸۷ و عبدالله تبار و همکاران ۱۳۸۷)، تأهل (تقی پور ۱۳۹۰، براتی ۱۳۹۰، نجف آبادی ۱۳۸۹، عبدالله تبار و همکاران ۱۳۸۷، کنگرلو ۱۳۸۷، و روحی ۱۳۷۷)، تعداد فرزندان خانواده (کمالی دهقان ۱۳۹۱ و کنگرلو ۱۳۸۷)، قومیت (کمالی دهقان ۱۳۹۱، باباپور و همکاران ۱۳۸۸) و مهاجرت (زکی و همکاران ۱۳۹۲، روحی ۱۳۸۸ و کنگرلو ۱۳۸۷) مورد بررسی قرار گرفته اند که از میان این ها؛ جنسیت، چهار مورد (رسول زاده اقدم ۱۳۹۵، جعفری پورسانج ۱۳۹۴، عبدالله تبار و همکاران ۱۳۸۷ و فارسی نژاد ۱۳۸۳) بر سلامت اجتماعی مؤثر و یک مورد (شفیعا و همکاران ۱۳۹۲) غیر مؤثر بوده است. سن؛ بر سلامت اجتماعی در هفت مورد (رسول زاده اقدم ۱۳۹۵، جعفری پورسانج ۱۳۹۴، زکی و همکاران ۱۳۹۲، کمالی دهقان ۱۳۹۱، فتحی و همکاران ۱۳۹۱، زارع ۱۳۹۰، عجم نژاد ۱۳۸۸ و سرخوش ۱۳۸۷) تأثیر مثبت و در سه مورد (تقی پور ۱۳۸۹، نجف آبادی ۱۳۸۹ و صالح ۱۳۸۸) تأثیر منفی داشته اند. علاوه بر این؛ تأهل (عبدالله تبار و همکاران ۱۳۸۷)، تعداد فرزندان (کمالی دهقان ۱۳۹۱)، مهاجرت (زکی و همکاران ۱۳۹۲) و دینداری (فتحی و ثابتی ۱۳۸۵) هر کدام در یک مورد تأثیری مثبت بر سلامت جامعه داشته اند.

همچنین در پژوهش های یادشده در حوزه ی کیفیت زندگی؛ از جمله عامل های تأثیرگذار بر کیفیت زندگی، عامل های سرمایه ی اجتماعی، وضعیت اقتصادی- اجتماعی، محیط کاری و آموزش بوده اند که با شاخص هایی از قبیل: زنان(سهامی و همکاران ۱۳۹۵)، حقوق شهروندی(سهامی و همکاران، ۱۳۹۵)، کیفیت زندگی کاری و تعهد سازمانی در سه مورد(شکیبایی ۱۳۹۴، رضایی منش و عباسپور ۱۳۹۴ و پارسا و همکاران ۱۳۹۳) که رابطه بین کیفیت زندگی و تعهد سازمانی را منفی، متوسط و مثبت ارزیابی کرده اند.

### بحث و نتیجه گیری

همانگونه که در یافته های این پژوهش معلوم شد، متغیرهای مؤثر بر شکل گیری سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی در پژوهش های مرتبط تأثیرهایی گوناگون مثبت، منفی یا بدون ارتباط داشته اند. به عبارت دیگر، یک متغیر در پژوهشی تأثیری مثبت، در پژوهشی دیگر تأثیری منفی و در یک پژوهش دیگر فاقد رابطه بوده است که به دلایلی، از جمله؛ جامعه های آماری، زمان ها و مکان های توزیع پرسش نامه ها، نوع، کیفیت و کمیت پرسش ها، میزان تحصیلات جامعه ی آماری، سن ایشان و ... می توان به چنین دریافت ها و نتیجه هایی رسید اما با همه ی این ها به مشترکات و همسانی هایی نیز در بین برخی از متغیرهای مشابه به شرح زیر برمی خوریم:

نتیجه های به دست آمده از پژوهش های برگزیده نشان دهنده ی تأثیر نه چندان عامل های جمعیت شناسی بر ابعاد گوناگون سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی است، هرچند این عامل ها در میان افراد مسن تر از میزان بیش تر برخوردار اند.

همچنین در بین مؤلفه های پایگاه اقتصادی- اجتماعی، سطح تحصیل، بیش ترین رابطه را با سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی نشان می دهد، به گونه یی که به هر میزان سطح تحصیل جامعه ی آماری بالاتر بوده، امتیاز داده شده به ابعاد سلامت اجتماعی را بالاتر اما در کیفیت زندگی پایین تر نشان داده است. یکی دیگر از مؤلفه ها در حوزه ی اقتصادی است که هر چه درآمد افراد بالاتر، از سلامت اجتماعی بیش تر برخوردار بوده اند، یعنی: ارتباط مثبت بین سطح درآمدی جامعه ی آماری با ابعاد سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی را در این پژوهش ها درمی یابیم.

مؤلفه ی دیگر که به فراغت های اجتماعی و جسمانی- عملی با میزان سلامت اجتماعی مرتبط است، نحوه ی گذراندن اوقات فراغت و ارتباط مثبت و پیش برنده ی آن را با سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی نشان می دهد اما بین فراغت های هنری- فکری و سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی رابطه ی معنادار نمی یابیم.

همچنین در همه ی پژوهش هایی که به متغیر کیفیت زندگی پرداخته اند، مؤلفه هایی همچون؛ روابط، حمایت ها و پشتیبانی های اجتماعی بیش ترین تأثیر را بر سلامت اجتماعی نشان می دهند، یعنی: افراد، هرچه

بیشتر از حمایت‌ها و پشتیبانی‌های اجتماعی برخوردار بوده‌اند و بین یکدیگر روابط اجتماعی بیشتر داشته‌اند، از سلامت اجتماعی بالاتری نیز برخوردار بوده‌اند.

بر اساس یافته‌های به دست آمده در این پژوهش، بیش‌تر مطالعات انجام شده در حوزه‌ی سلامت اجتماعی و ارتباط آن با کیفیت زندگی، با بهره‌گیری از نظریه‌ی ابعاد سلامت اجتماعی کیز صورت گرفته و دلیل آن این بوده است که خاستگاه شکل‌گیری این نظریه می‌تواند ما را به مسیرهایی دقیق‌تر در این موضوع راهنمایی کند، چرا که وی در نگاه به سلامت اجتماعی، به شاخص‌هایی از جمله؛ انسجام، انطباق، مشارکت، همبستگی، شکوفایی، پویایی و مانند این‌ها توجه داشته است. بنابراین، فرض بر این است که جامعه‌ی که به این شاخص‌ها به عنوان شاخص‌های بنیادین و پایه‌های محکم‌کننده‌ی سلامت اجتماعی و بالابردن کیفیت زندگی بی‌توجه باشند، جامعه‌ی ناسالم به شمار می‌آیند، هرچند در کنار این شاخص‌های مثبت شاخص‌های منفی همچون؛ فقر، فساد، بداخلاقی‌ها و ناهنجاری‌های اجتماعی، نابرابری، بی‌عدالتی، خودبینی و مانند این‌ها نیز در هر جامعه‌ی، به نسبت، موج می‌زند که این شاخص‌ها نیز باز هم نشان‌دهنده‌ی این اند که آیا افراد آن جامعه در سلامت اجتماعی به سر می‌برند؟ البته در این مقوله توجه به نظریه‌ی سلسله مراتب نیازهای مازلو برای بالابردن سطح کیفیت زندگی همچون نظریه‌ی ابعاد سلامت اجتماعی کیز بی‌تأثیر نمی‌تواند باشد. بنابراین؛ به بازنگری چارچوب‌های مرتبط با تعریف‌هایمان از سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی در میان جامعه‌ی ایرانی نیاز داریم. از سوی دیگر؛ یکی از ضعف‌های مهم پژوهشی از سوی پژوهشگران در حوزه‌ی مطالعاتی دو موضوع این تحقیق بی‌توجهی در انعکاس روایی و پایایی و همچنین کم‌توجهی به ابعاد جامعه‌شناختی و روان‌شناختی کیفیت زندگی اما علی‌رغم آن از جمله قوت‌های این پژوهش‌ها انجام کار گروهی در بین اغلب پژوهشگران بوده است.

یکی از مهم‌ترین نتیجه‌های به دست آمده در خصوص کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی بویژه در محیط کاری تأمین فرصت رشد، وابستگی اجتماعی، فضای کلی زندگی، انسجام و یکپارچگی اجتماعی شمرده می‌شود که در ارزیابی‌های انجام شده آن‌ها در حد متوسط و ابعاد پرداخت منصفانه‌ی محیط کار ایمن و قانون‌گرایی در سازمان‌ها پایین‌تر از حد متوسط ارزیابی شده‌اند.

## منابع ،

- آدینان، مرضیه . ( ۱۳۹۱ ) ، بررسی عوامل اجتماعی و اقتصادی مؤثر بر سلامت اجتماعی سالمندان ساکن در آسایشگاه کهریزک ، پایان نامه کارشناسی ارشد ، دانشگاه علامه طباطبائی ، گروه مددکاری اجتماعی .
- ابراهیم نجف آبادی ، اعظم . ( ۱۳۸۹ ) ، عوامل مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی زنان ۱۵- ۲۴ ساله شهر اصفهان ( با تاکید بر میزان حمایت اجتماعی مددکاری اجتماعی ) ، پایان نامه کارشناسی ارشد ، علامه طباطبائی ، گروه مددکاری اجتماعی

- ارفعی عین الدین ، رضا . ( ۱۳۸۸ )، بررسی رابطه نحوه گذراندن اوقات فراغت و سلامت اجتماعی (نمونه مورد بررسی جوانان ۱۵-۲۹ ساله شهرستان بستان اباد ) ، پایان نامه کارشناسی ارشد ، دانشگاه علامه طباطبایی ، گروه برنامه ریزی و رفاه اجتماعی
- اسدی ، بختیار . ( ۱۳۸۴ ) ، بررسی رابطه هوش هیجانی ، هوش متعارف و سلامت اجتماعی در دانش آموزان پیش دانشگاهی شهرستان کامیاران ، پایان نامه کارشناسی ارشد ، دانشکده روانشناسی ، دانشگاه تهران .
- امین رارانی ، مصطفی ، موسوی ، میرطاهر و رفیعی ، حسن . ( ۱۳۹۰ )، رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی در ایران ، فصلنامه رفاه اجتماعی ، سال یازدهم شماره ۴۲ . ۲۰۳-۲۲۸.
- امینی نقره ، منصور . ( ۱۳۹۰ ) ، عوامل موثر بر سلامت اجتماعی (مطالعه موردی جوانان ۱۸ تا ۲۹ ساله شهر نقره ) پایان نامه کارشناسی ارشد ، دانشگاه علامه طباطبایی ، گروه مددکاری اجتماعی .
- باباپور ، خیرالدین ، جلیل ، طوسی ، فهیمه و حکمتی ، عیسی . ( ۱۳۸۸ )، بررسی نقش عوامل تعیین کننده در سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز ، فصلنامه روانشناسی دانشگاه تبریز ، سال چهارم ، شماره ۱۶ . ۸-۲۶ .
- براتی ، سارا . ( ۱۳۹۰ ) ، بررسی رابطه نحوه گذراندن اوقات فراغت و سلامت اجتماعی (نمونه موردی بررسی جوانان ۱۵ تا ۲۹ ساله شهرستان بجنورد ) ، پایان نامه کارشناسی ارشد ، دانشگاه آزاد رودهن . گروه مطالعات زنان .
- برامر ، لورنس ام . ( ۱۳۷۷ ) ، مراحل ومهارتهای مددکاری ، ترجمه : پروانه کارکیا ، تهران : انتشارات سمت .
- پورات ، زینب . ( ۱۳۹۱ )، بررسی تاثیر سلامت اجتماعی بر میزان رضایت شغلی کارکنان شاغل مدیریت های امور مناطق پنجگانه بانک سپه در شهر تهران ، پایان نامه کارشناسی ارشد ، دانشگاه علامه طباطبایی ، گروه مددکاری اجتماعی .
- پارسا شلر و همکاران ، ( ۱۳۹۳ ) ، رابطه کیفیت زندگی، عملکرد ، فشار روانی و رضایت شغلی با رفتار شهروندی کارکنان بیمارستان اشنویه ، فصلنامه پژوهشی رفاه اجتماعی ، سال ۱۴ ، شماره ۵۴ .
- ترکمن سولماز ، سروش فتحی ، ( ۱۳۹۵ ) ، تحلیل اثرهای اشتغال زنان بر کیفیت زندگی آنان ( مطالعه موردی زنان شاغل در وزارت علوم ، تحقیقات و فناوری ) ، فصلنامه علمی پژوهشی زن و جامعه ، سال هفتم ، شماره چهارم ،
- تقی پور ، زینب . ( ۱۳۹۰ )، بررسی عوامل اقتصادی اجتماعی موثر بر سلامت اجتماعی کارکنان سازمان تامین اجتماعی شهر کرد ، پایان نامه کارشناسی ارشد ، دانشگاه علامه طباطبایی ، گروه برنامه ریزی و رفاه اجتماعی .



- تقی پور، ملیحه. ( ۱۳۸۹ )، بررسی تاثیر حمايت اجتماعي بر سلامت اجتماعي زنان سرپرست خانوار در شهر تهران، پايان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد رودهن، گروه مطالعات زنان.
- جعفری پورسانيج زهرا، (۱۳۹۴)، بررسی تأثیر سلامت اجتماعي بر کيفيت زندگي دانشجويان ورزشکار و غير ورزشکار، پايان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد واحد جنوب.
- حسيني، فاطمه. ( ۱۳۸۸ )، بررسی ميزان سلامت اجتماعي و عوامل موثر بر ان در دانشجويان دانشکده علوم اجتماعي دانشگاه علامه طباطبائي، پايان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائي، گروه مددکاري اجتماعي.
- رجايي، خديجه. ( ۱۳۹۰ )، بررسی تأثير سلامت اجتماعي بر کيفيت زندگي در ميان دانشجويان دانشگاه پيام نور مشکين شهر، پايان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائي.
- رحيمي، حسين. ( ۱۳۸۹ )، رابطه سبک های هويت يابي و سلامت اجتماعي در نوجوانان ۱۵-۱۸ ساله ساکن مراکز شبانه روزي شهر تهران، پايان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزيستي و توانبخشي. گروه مددکاري اجتماعي.
- رشيديان ميبدي، مريم. ( ۱۳۹۱ )، بررسی رابطه باورهای غير منطقي و سلامت اجتماعي زندانيان، پايان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائي، گروه مددکاري اجتماعي.
- رفيعي، حسن، امين راراني، مصطفي، سميعي، مرسته، اکبريان، مهدي. ( ۱۳۸۹ )، سلامت اجتماعي در ايران: از تعريف اجماع مدار تا شاخص شواهد محور مسايل اجتماعي ايران، شماره ۲. ۵۱-۳۱.
- روحي، زهرا. ( ۱۳۸۸ )، بررسی عوامل موثر بر سلامت اجتماعي کارکنان دانشگاه علوم پزشکي کاشان سال ۱۳۸۷، پايان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائي، گروه مددکاري اجتماعي.
- رسول زاده اقدم و همکاران، ( ۱۳۹۵ )، فرا تحليل پژوهش های کيفيت زندگي شهري و روستايي در ايران، فصلنامه جامعه شناسي سبک زندگي، سال ۲، شماره ۷، صص ۱۶۴-۱۲۹.
- روغنجي، محمود. ( ۱۳۸۴ )، رابطه جهت گيري مذهبي با سلامت روان دانشجويان دانشگاه رازي، پايان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائي، گروه مددکاري اجتماعي.
- زارع، فاطمه. ( ۱۳۹۰ )، بررسی عوامل بين رابطه سلامت اجتماعي زنان سرپرست خانوار و نوع سرپرستي آنها، پايان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائي، گروه مددکاري اجتماعي.
- سجادي، حميرا و جلال صدر السادات. ( ۱۳۸۴ )، شاخص های سلامت اجتماعي. مجله سياسي - اقتصادي، شماره ۲۰۸-۲۰۷، صص ۲۴۴-۲۵۳.
- سهامي سوسن و همکاران، ( ۱۳۹۵ )، رابطه آگاهي از حقوق شهروندي و کيفيت زندگي در بين زنان ۲۵ تا ۴۴ سال شهر شيراز، فصلنامه علمي - پژوهشي زن و جامعه سال ۷، شماره ابهار.

- شکیبایی زهره ، ( ۱۳۹۴ ) ، فرا تحلیل مطالعات کیفیت زندگی کاری اعضای هیأت علمی سازمان های آموزش عالی - مجله نوآوری مدیریت آموزشی ، سال ۱۰ ، شماره ۴ ، صص ۹۹-۱۱۵ .
- فرضیایی منش ، بهروز و عباس پور جعفر ( ۱۳۹۴ ) ، فرا تحلیل ارتباط میان کیفیت زندگی کاری و تعهد سازمانی ، فصلنامه علمی - پژوهشی مطالعات مدیریت ( بهبود و تحول ) ، سال بیست و چهار ، ( شماره ۷۸ ) ، صص ۶۵-۸۸ .
- فدایی ایمان ، حسینی دهاقانی مهدی ، ( ۱۳۹۵ ) فرا تحلیلی بر شاخصها و سنجه های کیفیت زندگی در ایران با تأکید بر ابعاد مفهومی آن ، مجله راهبرد توسعه ، ( شماره ۴۸ ) .
- فرا تحلیل روش و نتایج کیفیت زندگی شهری در ایران ، ( ۱۳۹۲ ) ، مجله جامعه شناسی کاربردی سال ۲۴ ، شماره پیاپی ۵۰ ، صص ۲۱-۴۰ .

□ World Health Organization (۱۹۸۰) , International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps, Geneva

□ Nilsson Jan, A. K. M. Masud Rana and Zarina Nahar Kabir (۲۰۰۶) , “Social Capital and Quality of Life in Old Age: Results From a Cross-Sectional Study in Rural Bangladesh”, Journal of Aging and Health; No ۱۸ (۳) : ۴۱۹-۴۳۴.

#### Abstract

In this paper, using the meta-analysis method, the analysis and composition of the results of the articles and theses related to social health and quality of life, as well as the study of existing social theory in this field, are discussed. Among the researches in this regard were ۴۳ many studies done on this subject A total of .selected using the meta-analysis checklist as a research tool

Based on the findings of most studies, individual analysis unit has been used. In all of them, the survey method has been used for data collection. Keys' social health theory and his questionnaire have been the subject of much more research. In addition, in most studies, the impact of various factors on social health has been identified, among which these factors, the quality of life, its indicators, as well as the level of education have had a significant impact on .social health

Key words: meta-analysis, social health, social flourishing, social adaptation, quality of life, athletic and non-athlete students