

تأملی بر پیوند معنایی مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و میزان بهره‌مندی از سلامت

اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه پیام نور مشهد *

محمد حسن شربتیان^۱

چکیده:

سلامت اجتماعی از اساسی‌ترین معیارهای رفاه اجتماعی هر جامعه‌ای به شمار می‌رود. در واقع سلامت اجتماعی با بهداشت روانی، فردی و اجتماعی مرتبط است. هدف بررسی ارتباط بین سرمایه اجتماعی و میزان سلامت اجتماعی دانشجویان می‌باشد. این پژوهش از نوع پیمایش مقطعی و با استفاده از ابزار پرسشنامه در میان دانشجویان دانشگاه پیام نور مشهد در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹ انجام شد. حجم نمونه این پژوهش ۳۷۵ نفر می‌باشد که از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌بندی‌شده، اطلاعات پاسخگویان در مورد رابطه تبیینی موضوع مورد پژوهش مورد جمع‌آوری قرار گرفته است. داده و اطلاعات آماری پاسخگویان با استفاده از نرم‌افزار (Spss) در حوزه مطالعات علوم اجتماعی با تأکید بر آزمون‌های تی‌تست آزمون پارامترها یکطرفه و ضریب همبستگی پیرسون تحلیل شده‌اند. نتایج بدست‌آمده حاکی از آن است که تمامی ابعاد سرمایه-اجتماعی با سلامت اجتماعی رابطه معناداری دارند و از بین متغیرهای زمینه‌ای وضعیت تأهل، جنسیت با سلامت اجتماعی رابطه دارد. نتایج بدست‌آمده از تحلیل رگرسیون نشان داد که ۵۹ درصد از تغییرات واریانس سلامت اجتماعی بوسیله دو متغیر اعتماد و مشارکت اجتماعی تبیین می‌شود. یکی از عوامل اصلی ایجاد سلامت اجتماعی، اعتماد می‌باشد، بنابراین برای افزایش سلامت اجتماعی در بین جوانان لازم است تا اعتماد آنان نسبت به سایر افراد جامعه و نهادهای اجتماعی افزایش یابد. در واقع اگر مسئولین و سازمان‌ها در جهت تحقق اهداف جمعی فعالیت کنند باعث تداوم مشروعیت خود می‌شوند و تداوم مشروعیت، همراه با مقبولیت، رضایت و اعتماد خواهد بود. ایجاد تعاملات مطلوب اجتماعی در روابط فردی و بین‌فردی باعث می‌شود فرد حمایت‌های مختلفی را دریافت و ادراک نماید. دستیابی به این هدف مستلزم کسب مهارت-های مختلف زندگی است که می‌توان با ایجاد کارگروه‌های تخصصی این مهارت‌ها را در بین دانشجویان تقویت کرد.

کلید واژه: اعتماد، حمایت اجتماعی، سلامت اجتماعی، سرمایه اجتماعی، مشارکت اجتماعی.

* تاریخ وصول: ۹۰/۱۱/۸ تاریخ پذیرش: ۹۱/۲/۱۲

۱- عضو هیأت علمی گروه علوم اجتماعی دانشگاه پیام نور sharbatriyan@pnu.ac.ir

۱- مقدمه و طرح مسأله

سلامت اجتماعی^۱ و رابطه آن با سرمایه اجتماعی^۲ امروزه از مهترین مفاهیمی هستند که در چند دهه اخیر مورد توجه پژوهشگران مطالعات جامعه‌شناسی و برنامه‌ریزی رفاه اجتماعی قرار دارد. سلامت موضوعی مطرح در همه‌ی فرهنگ‌هاست و تعریف آن در هر جامعه‌ای تا اندازه‌ای به حس مشترک مردمان از سلامت و فرهنگ آنها باز می‌گردد (سجادی و همکاران، ۱۳۸۴، ۲۴۴). ولی معمولاً هر گاه از آن سخنی به میان آمده بیشتر بعد جسمانی آن مورد توجه بوده، در حالی که رشد و تعالی جامعه در گرو تندرستی آن جامعه از ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی است. سازمان جهانی بهداشت در تعریفی سلامت را به عنوان حالتی از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی، نه صرفاً فقدان بیماری، تعریف می‌کند (World Health Organization, 1979). بنابراین سلامت اجتماعی در کنار سلامت جسمانی و روانی یکی از سه ارکان تشکیل‌دهنده سلامت عمومی جامعه می‌باشد؛ در واقع زمانی شخص را واجد سلامت اجتماعی بر می‌شمریم که بتواند فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی خود را در حد متعارف بروز و ظهور دهد و با جامعه و هنجارهای اجتماعی احساس پیوند، اتصال و ارتباط بر قرار نماید (فدایی مهربانی، ۱۳۸۶، ۸).

سلامت اجتماعی به نوعی بهداشت روانی، فردی و اجتماعی گفته می‌شود که در صورت تحقق آن شهروندان دارای انگیزه و روحیه شاد بوده و در نهایت، جامعه شاداب و سلامت خواهد بود. در واقع زندگی سالم محصول تعامل اجتماعی بین انتخاب‌های فردی از یک سو و محیط اجتماعی و اقتصادی احاطه‌کننده افراد از سوی دیگر است. گلداسمیت^۳ سلامت اجتماعی را ارزیابی رفتارهای معنی‌دار مثبت و منفی فرد در ارتباط با دیگران تعریف می‌کند و آن را یکی از اساسی‌ترین شاخص‌های سلامت هر جامعه-ای معرفی می‌نماید که منجر به کارایی فرد در جامعه خواهد شد (Larson, 1993, 285). داشتن تفکرات اجتماعی صحیح و برخوردار بودن فرد از ذهنیت مثبت نسبت به جامعه برای داشتن زندگی اجتماعی بهتر، اولین و مهمترین مرحله از سلامت اجتماعی است که متأسفانه توجه کافی به آن در جامعه نمی‌شود. بنابراین با توجه به ماهیت اجتماعی زندگی بشر و چالش‌هایی که این جنبه از زندگی می‌تواند با خود برای فرد به وجود آورد، نمی‌توان از توجه به جنبه‌های اجتماعی سلامت در کنار جنبه‌های عینی، عاطفی، روان-شناختی و معنوی آن غافل شد. از سوی دیگر مفهوم سرمایه اجتماعی مطرح در حوزه زندگی انسان در چند دهه اخیر در تمام مسائل و پدیده‌های اجتماعی و فرهنگی ریشه داونیده است و این مفهوم با هر موضوع اجتماعی می‌تواند پیوندی معنادار داشته باشد و اخیراً به عنوان یک عامل اجتماعی مؤثر بر سلامت

1-Social Wellbeing

2-Social Capital

3-Health

4-Goldsmith

عمومی و اجتماعی جامعه اثرگذار است. بنابراین سرمایه اجتماعی در حوزه سلامت مشخصه‌ای خاص دارد که به توانمندی اجتماعی، سازماندهی جمعی، مشارکت داوطلبانه برای حل مشکلات گروهی یا عمومی در حد اکثریت اشاره می‌کند. بر این اساس در شرایطی که سرمایه اجتماعی، یعنی توانایی استفاده جمعی توأم با همکاری از منابع برای اهداف عمومی وجود نداشته باشد، بعید است که فقط سرمایه مالی و افزایش سرمایه انسانی بتواند نتایج مثبتی را بدنبال داشته باشد (تاجبخش، ۱۳۸۴، ۱۰).

اعتماد اجتماعی به عنوان شاخصی از سرمایه اجتماعی (Cook, 2001)، از عواملی است که زمینه‌ساز مشارکت و همکاری میان اعضای جامعه است. اهمیت اعتماد در روابط و پیوندهای اجتماعی به گونه‌ای است که می‌توان این پدیده را یکی از مهمترین عناصر اساسی سرمایه اجتماعی زندگی انسانی تا به امروز تلقی نمود که زمینه همکاری و تعامل را در ابعاد مختلف جامعه گسترش می‌دهد؛ در حالی که کاهش اعتماد اجتماعی در جامعه موجب می‌گردد همواره نوعی ترس از برقراری رابطه و احساس ناامنی بین اعضا بوجود آید که مانع از تداوم و تقویت رابطه و کاهش همکاری و تعاملات می‌گردد که در این صورت فردگرایی و منفعت‌طلبی که منشاء بسیاری از انحرافات و نابسامانی‌های اجتماعی است در جامعه رواج می‌یابد (باستانی و همکاران، ۱۳۸۷، ۴۳-۴۲). از آنجایی که شخصیت‌های فردی تحت تأثیر کیفیت و کمیت روابط میان فردی قرار می‌گیرند، فقدان حمایت‌های اجتماعی ممکن است منابع فردی را برای مقابله با چالش‌ها تقلیل دهد و احتمالاً به اختلالات فراوانی منجر کند؛ زیرا حمایت‌هایی را که فرد از خانواده، دوستان و یا جامعه دریافت می‌کند مستقیماً سلامت اجتماعی او را تحت تأثیر قرار می‌دهند. به اعتبار این مسأله حمایت اجتماعی و مشارکت اجتماعی در پژوهش سلامت اجتماعی یک مفهوم کلیدی تلقی می‌گردد.

از طرفی دیگر، دانشگاه‌ها سازمان‌هایی هستند که هر ساله تعداد قابل توجهی از جمعیت جوان را جذب می‌کنند؛ این دانشجویان بیش از نیمی از منابع انسانی مؤثر در توسعه جوامع بشری را تشکیل می‌دهند و از آنجا که نسل جدید شاهد دگرگونی‌های فنی و اجتماعی بی‌سابقه است، افزایش تنوع در ارزش‌ها و نگرش‌ها در عرصه‌های مختلف اجتماعی همراه با فرایند افزایش کثرت‌گرایی در شیوه زندگی و فشار فردگرایی در مورد دانشجویان به علت ویژگی‌های خاص خود، شدیدتر و گاهی نگران‌کننده‌تر است و از آنجا که جامعه بدون داشتن افرادی سالم نمی‌تواند به حیات خود ادامه دهد، لذا برخورداری اعضای جامعه خصوصاً دانشجویان به عنوان یکی از عناصر اصلی نظام آموزشی که در ارتباط با دیگران در محیط‌های مختلف نقش مهمی را بازی می‌کنند، می‌توان از نقش پدیده سلامت اجتماعی و میزان ارتباطی که این پدیده با مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی در جامعه دارد و زمینه را برای تبادلات اجتماعی، فرهنگی و عاطفی به صورت کافی فراهم می‌کند، به صورت مستمر و برنامه‌ریزی شده بهره برد. بنابراین میزان سلامت اجتماعی (متغیر وابسته) و میزان سرمایه اجتماعی به عنوان یک عامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت عمومی و

اجتماعی افراد از مباحثی هستند که می‌تواند در این مقاله پژوهشی به عنوان موضوع اصلی مورد توجه قرار گیرد که چگونه رابطه‌ای بین مؤلفه‌های اساسی این دو مفهوم وجود دارد؟ و با توجه به پیوند معنایی که بین این دو مفهوم اجتماعی وجود دارد، چه راه‌کارها و پیشنهادهایی را می‌توان در جامعه برای بسترسازی و نهادینه‌کردن آن بیان کرد؟

انسان سالم محور توسعه است و در سایه سلامت پایدار و همه‌جانبه، تک‌تک آحاد جامعه از ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی می‌توان در جاده پیشرفت و توسعه قدم گذاشت، بر این اساس توسعه انسانی از مهمترین پارامترهای مطالعات توسعه از دهه‌ی ۸۰ قرن بیستم به این سمت تا به امروز بوده است.

نسل جوان و نوجوان بعنوان سرمایه‌های انسانی هر جامعه‌ای نقش بارزی در توسعه پایدار آن جامعه دارند، در بین آنها دانشجویان به لحاظ برخورداری از توانمندی فنی و تخصصی در کنار پویایی جوانی و انرژی فراوان، قادرند تأثیر تعیین‌کننده‌ای بر آینده جامعه داشته باشند، زیرا در هر جامعه‌ای پویاترین گروه-های آن را قشر های تحصیل کرده جوان و دانشجویان در حال تحصیل تشکیل می‌دهند؛ و سلامت این قشر تا حد زیادی لازمه سلامت بسیاری از آحاد جامعه را در بر دارد. عنصر مهم در این جریان کسب شناخت واقع‌بینانه از خود و دیگری و عوامل محیطی است؛ و این امر ضرورت سلامت اجتماعی را برای تمام اقشار جامعه از جمله نسل جوان در هر جامعه‌ای از جمله ایران در حال پیشرفت ایجاب می‌کند؛ زیرا سلامت اجتماعی به نوعی، کارایی فردی است و به سرمایه‌گذاری افراد در روابط اجتماعی و در اختیارگرفتن منابع موجود در این روابط در سطح جامعه و کسب بازده کمک می‌کند.

از طرفی تجهیز دانشجویان به سلامت اجتماعی باعث ایمنی آنها در برابر مشکلات می‌شود و آنان به راحتی می‌توانند با شرایط متغیر زندگی و رو به تکامل فناوری، با شیوه‌هایی که خانواده و جامعه آنان را مثبت می‌داند، انطباق یابند و نقشی مفید در جامعه داشته باشند. بنابراین افزایش سلامت اجتماعی باعث کاهش آسیب‌های اجتماعی می‌شود. همچنین با حصول نتایج این پژوهش می‌توان حساسیت و نگرانی مسئولان را در قبال سلامت اجتماعی جوانان بیشتر کرد و سازمان‌ها و ارگان‌های ذیربط می‌توانند گام‌های مؤثری در جهت حفظ و ارتقای سلامت اجتماعی که در نهایت منجر به عملکرد بهتر فرد در جامعه می‌شود بردارند و به مداخلات فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی مناسب دست زنند، تا در سایه سلامت اجتماعی ناهنجاری‌ها و مشکلات اجتماعی کاهش یافته و روابط در لوای تصحیح شیوه‌های رفتاری بهبود یابد.

هدف عمده این پژوهش پیوند معنایی مؤلفه‌های سرمایه‌اجتماعی با میزان سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه مورد تحقیق از منظر علمی می‌باشد و ارائه راهکارها و برنامه‌ریزی‌ها، تدوین

سیاست‌های اجتماعی جهت ایجاد شرایط مناسب برای بالابردن میزان سلامت اجتماعی از بعد کاربردی این پژوهش می‌باشد.

۲- ادبیات پژوهش

سام آرام (۱۳۸۸) در مقاله‌ای به بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه‌محور می‌پردازد. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که رابطه مستقیمی بین افزایش ناامنی اجتماعی و کاهش میزان سلامت اجتماعی در جامعه وجود دارد. همچنین شاخص سهم‌داشت اجتماعی یکی از ابعاد سلامت اجتماعی است که از مهمترین عوامل تحقق هدف پلیس جامعه‌محور یعنی توانمندسازی اجتماع به منظور کمک به رفع و حل مشکلات افزایش جرم و بی‌نظمی در اجتماع است. بنابراین امکان تحقق اهداف پلیس جامعه‌محور در جامعه‌ای با افراد دارای سلامت اجتماعی بالا به دلیل سهولت مشارکت اجتماعی و افزایش اعتماد اجتماعی بیشتر است (سام آرام، ۱۳۸۸).

گرمارودی و وحدانی‌نیا (۱۳۸۵) در مقاله پژوهشی به نام (سلامت اجتماعی؛ بررسی میزان مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان) در فصلنامه پایش به مطالعه‌ای توصیفی-تحلیلی به صورت مقطعی به منظور بررسی میزان مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان مدارس دخترانه و پسرانه مقاطع راهنمایی و دبیرستان شهرستان کرج پرداخته‌اند و با استفاده از ابزار استاندارد Gresham&Elliott (نسخه والدین) با انجام پرسشنامه و مصاحبه عمیق صورت گرفت. در مجموع ۱۵۴۴ نفر از والدین دانش‌آموزان به سؤالات پرسشنامه مهارت‌اجتماعی فرزندانشان پاسخ داده و امتیاز مهارت‌های اجتماعی در مورد ۱۴۱۰ نفر از فرزندان آنها بدست آمد. میانگین سنی دانش‌آموزان ۱۵/۷ سال ($+۱/۳$ = انحراف معیار) بوده و بیشترین آنها در مقطع دبیرستان به تحصیل اشتغال داشتند. میانگین امتیاز مهارت اجتماعی $۵۲/۸$ ($+۲۷/۸$ = انحراف معیار) بوده و ۶۵ درصد دانش‌آموزان در هر دو جنس، مساوی و زیر صدک ۵۰ امتیاز مهارت‌های اجتماعی قرار داشتند. در بررسی روابط تحلیلی، میانگین امتیاز مهارت‌های اجتماعی با جنس و پایه تحصیلی ارتباط معنی‌دار را نشان داد (P.Value به ترتیب $۰/۰۰۲$ و $۰/۰۴$). همچنین عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان (غیبت از مدرسه و معدل) با صدک امتیاز مهارت‌های اجتماعی ارتباط معناداری را بدست آورد (P.Value به ترتیب $۰/۰۰۱$ و $۰/۰۲$) (گرمارودی و وحدانی، ۱۳۸۵، ۱۴۷). با توجه به نتایج بدست آمده میزان مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان از سطح مطلوبی برخوردار نبوده و باید از طریق بازنگری در برنامه‌های آموزشی و تربیتی در سطح خانواده و مدرسه مهارت‌های اجتماعی آنان را ارتقاء داد.

همچنین مطالعه‌ی (رابطه بین رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی با سلامت روانی دانشجویان جدیدالورودی دانشگاه تهران ۱۳۸۲-۱۳۸۱) توسط عباس بخشی‌پور رودسری و همکاران انجام شد. یافته‌ها نشان داد که رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی به شکل معناداری سلامت روانی را پیش‌بینی می‌کند.

همچنین تأهل به شکل معناداری با بهداشت روانی بالاتر، رضایت از زندگی و احساس حمایت اجتماعی بیشتر، همبسته بود. به‌طور کلی آسیب‌پذیری دانشجویان غیربومی بالاتر می‌باشند (بخشی‌پور رودسری و همکاران، ۱۳۸۴).

گنگرلو (۱۳۸۷) به سنجش میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد مشغول به تحصیل در مقطع کارشناسی در دانشگاه علامه طباطبایی و مقایسه آن با میزان سلامت اجتماعی دانشجویان غیرشاهد می‌پردازد. نتایج این پژوهش نشان داد که بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیرشاهد تفاوت معناداری وجود ندارد. در گروه دانشجویان شاهد دانشجویانی که از سلامت اجتماعی بالایی برخوردار بودند کمتر تمایل داشتند تا سهمیه‌دار بودن خود را پنهان نمایند و در مقابل دانشجویانی با سلامت اجتماعی پایین از اینکه سایر افراد بدانند که آنها با سهمیه شهدا وارد دانشگاه شده‌اند نگران بوده و تمایل به مخفی‌کاری داشتند. همچنین دانشجویان متأهل و به‌طور کلی دانشجویان شاهد زن از سلامت اجتماعی بالاتری نسبت به سایرین برخوردار بودند (گنگرلو، ۱۳۸۷).

قائدی و یعقوبی در سال ۱۳۸۶ پژوهشی با عنوان بررسی رابطه بین ابعاد حمایت اجتماعی ادراک شده و ابعاد بهزیستی در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه تهران و علامه طباطبایی انجام دادند. یافته‌ها نشان دادند که وجوه مختلف حمایت اجتماعی ادراک شده پیش‌بینی‌کننده‌های بهتری برای رضایتمندی از زندگی و بالانس عاطفی در دختران نسبت به پسران هستند و بهزیستی روان‌شناختی و اجتماعی در دختران بیشتر به وسیله حمایت اجتماعی از خانواده و در پسران بیشتر به وسیله حمایت اجتماعی از دوستان پیش‌بینی می‌شود. همچنین حمایت ادراک شده از فرد خاص و از افراد گروه در دانشکده اثری بر روی ابعاد مختلف بهزیستی فرد ندارد (قائدی و یعقوبی، ۱۳۸۷).

عبدالله‌تبار و دیگران (۱۳۸۶) در پژوهشی با عنوان بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان به بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی و ارتباط آن با متغیرهای دموگرافیک اجتماعی آنان پرداختند. نتایج نشان دادند میانگین سلامت اجتماعی در دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد (۷۲/۲۲) بیشتر از دانشجویان مقطع کارشناسی (۶۶/۴۲) می‌باشد. همچنین بین متغیر سلامت اجتماعی با متغیر وضعیت تأهل، عضویت در انجمن‌ها و وضعیت اشتغال ارتباط معناداری وجود داشت (عبدالله‌تبار و دیگران، ۱۳۸۷).

خواجهدادی و همکاران در مقاله پژوهشی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت مادران نشان دادند که سرمایه اجتماعی با هر دو بعد سلامت جسمی و روانی رابطه معناداری دارد (خواجهدادی و دیگران، ۱۳۸۷).

بلانکو و دیاز^۱ (۲۰۰۷) در مقاله‌ای با عنوان نظم اجتماعی و سلامت روانی با رویکردی به سلامت اجتماعی سعی کردند تا ارتباط بین ابعاد سلامت اجتماعی را بعنوان شاخص نظم اجتماعی با جنبه‌های دیگری از سلامت مثل میزان افسردگی، عزت نفس، سلامت درک شده، محرومیت، میزان آنومی و کنش-های متقابل اجتماعی، احساسات مثبت و منفی و رضایت را مورد بررسی قرار دهند (Blanco & Dize, 2007, 64-71).

کیکوگنانی^۲ و همکارانش (۲۰۰۷) در پژوهشی سعی کردند تا به ارزیابی ارتباط بین مشارکت اجتماعی، درک از اجتماع در میان جوانان دانشجوی ایتالیایی، آمریکایی و ایرانی و تأثیر این دو متغیر بر سلامت اجتماعی بپردازند (Cicognani & etal. 2007, 97-110).

لاروچ در سال ۱۹۹۸ مطالعه‌ای توصیفی را با عنوان سلامت اجتماعی روی ۱۵۱ دانشجوی دانشگاه در بوستون ماساچوست انجام داد، هدف مطالعه تعیین ارتباط بین وضعیت سلامت اجتماعی، جنسیت، متوسط نمره تحصیلی و تعیین‌کننده‌های اصلی مرتبط و غیرمرتبط در سلامت با سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت آنها بود. زنان دانشجوی به نحو معنی‌داری در ابعاد تغذیه، روابط بین فردی، مسئولیت‌پذیری در مقابل سلامت و سبک زندگی ارتقاءدهنده‌ی سلامت رفتار بهتری از مردان داشتند (مامورت و همکاران، ۱۳۸۷، ۳۹).

۳- مبانی نظری

به‌طور کلی ما می‌توانیم سلامت را برحسب دو عامل مورد بحث قرار دهیم؛ یکی واحد تحلیل که می‌تواند شخص، خانواده، اجتماع و بطور کلی جامعه باشد و دوم ترکیبی از جنبه‌هایی که شخص به آنها توجه می‌کند؛ یعنی فضایی، محیطی، اقتصادی، اجتماعی، روانی، جسمانی و یا احساسی. این دو عامل می‌توانند به عنوان دو محور از یک نمودار برای داشتن انواع گوناگونی از سلامت در نظر گرفته شوند (Sarah Parry, 1987, 70). سلامت در طول سده‌ها از یک مفهوم انفرادی، به صورت یک هدف جهانی و در برگیرنده کیفیت زندگی در آمده است. عموماً دو رویکرد متفاوت در تعریف سلامت وجود دارد که عبارتند از (۱) رویکرد بیماری محور: این رویکرد با حضور و عدم حضور بیماری در مقوله‌های مختلف جسمانی و روانی محدود شده است (Blanco & Diaz, 2007, 61). از این منظر سلامتی حالتی است که علائم بیماری در فرد وجود نداشته باشد و سلامت هدف نهایی پزشکی بود. در این دیدگاه نقش عوامل تعیین‌کننده زیست‌محیطی، اجتماعی و روانشناختی نادیده گرفته می‌شود. همچنین این الگو در حل بسیاری از مسائل اساسی بهداشتی انسان از جمله اعتیاد، بیماری‌های روانی و... نارسا بوده است (سجادی و

1-Blanco & Diaz

2-Cicognani

صدرالسادات، ۱۳۸۴، ۲۴۷). رویکرد سلامتی‌محور که در آن سلامت را به عنوان حالت برخورداری از درجه بالایی از بهزیستی تعریف می‌کنند. طبق نظریه سلامتی، فردی سالم فرض می‌شود که درجات عالی شاخص‌های سلامت را دارا باشد (Blanco & Diaz, 2007, 63). داوانی و همکاران عقیده دارند که سلامت حقیقی، فرایند نیرومندشدن و قادربودن توأم با داشتن یک زندگی خوب را منعکس می‌کند (کرتیس، ۱۳۸۲، ۲۲). این رویکرد، که در حیطه‌ی روان‌شناسان مثبت‌نگر قرار دارد به استعدادها و توانمندی‌های انسان به جای پرداختن به ناهنجاری‌ها و اختلال‌ها توجه می‌کند و هدف نهایی خود را شناسایی سازه‌ها و شیوه‌هایی می‌داند که بهزیستی و شادکامی انسان را به دنبال دارند (جوکار، ۱۳۸۶، ۴). روان‌شناسان بزرگی مانند جیمز، راجرز، مازلو، فرانکل و یونگ برداشت‌های مثبتی از شخصیت سالم و کنش‌وری مثبت به دست داده‌اند. در بطن این جنبش پژوهشگران برجسته‌ای چون سلیگمن (۲۰۰۰)، ریف و سینگر (۱۹۹۸) و کییز (۱۹۹۸) بر لزوم در نظرگرفتن جنبه‌های مثبت بشر و مفهوم بهزیستی در تعریف سلامت تأکید کرده‌اند (جوشن‌لو و همکاران، ۱۳۸۵، ۳۷).

سلامت اجتماعی یا حداقل فقدان آن یک نگرانی مهم در نظریه‌های کلاسیک جامعه‌شناسی است «از نظر تجربی این موضوع ریشه در ادبیات جامعه‌شناسی مربوط به ناهنجاری و بیگانگی اجتماعی دارد. 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 و کلی از سلامت اجتماعی است (keyse, 1998, 122). چگونگی انفصال فرد از نظم جمعی^۱ و نابسامانی در سیستم هنجاری و آنومی از مباحث اخصی است که در تئوری نابسامانی (بی‌هنجاری) دورکیم مرتن مورد توجه قرار گرفته است. او بی‌هنجاری^۲ را به مفهوم فقدان اجتماع بین فرد و جامعه درباره اهداف اجتماعی و انتظارات جمعی و آنچه که جامعه به عنوان الگوهای رفتار برای اعضا خود متصور شده است بکار می‌برد. دورکیم دو نوع آنومی را تشخیص می‌دهد: یکی در سطح فردی و دیگری در سطح اجتماعی. آنومی در سطح فردی یا آنومیا^۳ نوعی احساس فردی از بی‌هنجاری است و نشانگر حالتی فکری است که در آن احساسات فرد نسبت به خود وی سنجیده می‌شود. چنین حالتی همراه با اختلالاتی در درون فرد بوده و او نوعی احساس بی‌هنجاری، پوچی و بی‌قدرتی را تجربه می‌کند. آنومی در سطح اجتماعی^۴، نشانگر نوعی اختلال و بی‌هنجاری جمعی است که در آن احساسات فرد با توجه به سیستم اجتماعی سنجیده می‌شود. زمانی که توازن اجتماعی وجود ندارد، فرد فاقد وسیله لازم جهت تنظیم رفتار خود و تطبیق آن با معیارهای اجتماعی مقرر و نیز فاقد احساس

1-Collective Order

2-Anomie

3-Anomia

4-Social Anomie

حمایت جمعی و پشتیبانی اجتماعی است. در اینجا می‌توان گفت عوامل اجتماعی یکسانی بر هر دو نوع نابسامانی مؤثرند، یعنی جامعه بیمار، تولید افراد بیمار می‌کند و وفور افراد بیمار در جامعه خود به بیمار شدن جامعه منتهی می‌شود (یزدان‌پناه، ۱۳۸۳، ۹۳-۹۱). هیرشی در تئوری پیوند اجتماعی و تاثیرش بر آنومی (علی‌وردی‌نیا، ۱۳۸۷، ۱۱۷)، مارکس در تئوری از خودبیگانگی (آرون، ۱۳۸۱، ۱۹۸) و مرتون در بحث آنومی (رفیع‌پور، ۱۳۷۸، ۲۳-۲۲)، بر اساس رویکرد بیماری‌محور، سلامت اجتماعی را عدم حضور عوامل ضداجتماعی مانند از خودبیگانگی و بی‌هنجاری (آنومی) در فرد دانسته‌اند.

لارسون و کیز با توجه به رویکرد سلامت‌محور یک چارچوب مفهومی و نظری برای سلامت اجتماعی ارائه داده‌اند. از نظر لارسون^۱ (۱۹۹۳) سلامت اجتماعی ارزیابی فرد از کیفیت روابطش با خانواده، دیگران و گروه‌های اجتماعی است و در واقع شامل پاسخ‌های درونی فرد نسبت به محرک‌ها و احساسات، تفکرات و رفتارهایی است که نشانگر رضایت یا عدم رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی است (Larson, 1993, 285).

کار کیز از یک اصل جامعه‌شناختی و روان‌شناختی نشأت 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. سلامت اجتماعی ترکیبی از چند عامل است که در مجموع نشان می‌دهند چقدر یک شخص در زندگی اجتماعی-اش مثلاً بعنوان همسایه، همکار و شهروند عملکرد خوبی دارد (Keyse & Shapiro, 2004, 5). کیز معتقد است بهزیستی^۲ یک اساس و بنیان اجتماعی دارد و بدین ترتیب سلامت اجتماعی را ارزیابی شرایط و عملکرد فرد در جامعه تعریف می‌کند (Challaghan, 2008, 2) و عملکرد اجتماعی خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت جسمی و روانی است و چالش‌های اجتماعی را در بر می‌گیرد. همچنین وی معتقد است که بین سلامت اجتماعی با رفتارهای اجتماع‌پسند و مسئولیت‌پذیری در جامعه و جایگاه اجتماعی رابطه مثبتی وجود دارد (سام آرام، ۱۳۸۸، ۱۲). از نظر کیز هیچ ادبیات پژوهشی روی سلامت اجتماعی در بعد فردی وجود ندارد؛ لذا وی در یک تحلیل عاملی گسترده پیشنهاد می‌دهد که سلامت اجتماعی افراد از پنج جزء زیر تشکیل شده است:

۱-۳ - یکپارچگی اجتماعی: به معنی ارزیابی فرد از کیفیت روابط متقابلش در جامعه و گروه‌های اجتماعی است، افراد سالم احساس می‌کنند که بخشی از جامعه هستند، بنابراین یکپارچگی اجتماعی گسترده‌ای است که مردم احساس می‌کنند با دیگران وجه مشترکی دارند و به جامعه و گروه‌های اجتماعی

1- Larson

2-Well-being

تعلق دارند. این مفهوم در برابر بیگانگی و انزوای اجتماعی سیمن^۱ و آگاهی طبقاتی مارکس قرار می‌گیرد (Keyse, 1998, 122).

۲-۳- سهم داشت اجتماعی: بیانگر ارزیابی فرد از ارزش اجتماعی خود است. کسانی که سطح مطلوبی از این بُعد را دارا هستند، اعتقاد دارند که عضو مهمی در اجتماع هستند و چیزهای ارزشمندی برای ارائه به دیگران دارند. سهم‌داشت اجتماعی نشان‌دهنده آن است که چگونه و تا چه حد مردم احساس می‌کنند که آنچه آنها در جهان انجام می‌دهند برای جامعه مهم و ارزشمند است و به عنوان کمک اجتماعی تلقی می‌شود (Keyes & Shapiro, 2004, 5).

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

۴-۳- پیوستگی اجتماعی: اعتقاد به اینکه اجتماع قابل فهم، منطقی و قابل پیش‌بینی است. افرادی که از نظر اجتماعی سالم‌اند نه تنها درباره نوع جهانی که در آن زندگی می‌کنند، بلکه همچنین راجع به آنچه اطرافشان رخ می‌دهد علاقمند بوده و احساس می‌کنند قادر به فهم وقایع اطرافشان هستند. این مفهوم در مقابل بی‌معنایی در زندگی است و در حقیقت درکی که فرد نسبت به کیفیت، سازمان دهی و اداره دنیای اجتماعی اطراف خود دارد.

۵-۳- شکوفایی اجتماعی: عبارت است از ارزیابی پتانسیل‌ها و مسیر تکامل جامعه و باور به اینکه اجتماع در حال یک تکامل تدریجی است و توانمندی‌های بالقوه‌ای برای تحول مثبت دارد. این افراد به آینده جامعه امیدوارند و معتقدند که خود و دیگران از پتانسیل‌هایی برای رشد اجتماعی بهره‌مند هستند و جهان می‌تواند برای آنها و دیگران بهتر شود.

پس از بررسی و توصیف مفهوم سلامت اجتماعی به بررسی و تعریف سرمایه اجتماعی و ابعاد آن به عنوان متغیر دیگر تحقیق حاضر می‌پردازیم: مفهوم سرمایه اجتماعی از دهه ۱۹۷۰ میلادی بطور جدی وارد مباحث علوم اجتماعی و اقتصادی گردید. سرمایه اجتماعی در درون یک فرد یا یک سازمان اجتماعی

وجود ندارد بلکه در فضای ارتباطی بین افراد وجود دارد (قاسمی و دیگران، ۱۳۸۵، ۲۲۸). جیمز کلمن^۱ سرمایه اجتماعی را به وسیله کارکردش تعریف نموده است. به نظر او سرمایه اجتماعی هنگامی ایجاد می‌شود که روابط میان اشخاص به شیوه‌ای تغییر یابد که کنش را آسان سازد. بنابراین سرمایه اجتماعی عبارت است از قدرت و توانایی مردم برای برقراری ارتباط با هم (سعادت، ۱۳۸۵، ۱۷۶). ازدیدگاه پیر بوردیو^۲ سرمایه اجتماعی حاصل جمع منابع بالقوه و بالفعلی است که نتیجه مالکیت شبکه بادوامی از روابط نهادی شده بین افراد و به عبارت ساده‌تر عضویت در یک گروه می‌باشد (Fild, 2003, 15). از نظر پاکسون^۳ سرمایه اجتماعی دارای دو بعد اصلی می‌باشد: روابط عینی میان افراد و پیوندهای ذهنی بین همان افراد از سوی دیگر. این تعریف از سرمایه اجتماعی هم روابط بین افراد را در بر می‌گیرد که کلمن بر آن تأکید نموده بود و هم اینکه این روابط باید مبتنی بر اعتماد و مثبت باشد (Paxton, 2002, 256). همچنین رابرت پوتنام^۴ اعتقاد دارد که سرمایه اجتماعی وجوه گوناگون سازمان اجتماعی، نظیر اعتماد، هنجارها و شبکه‌هاست که می‌توانند با تسهیل اقدامات هماهنگ کارایی جامعه را بهبود بخشند (چلبی و همکاران، ۱۳۸۴، ۵). به طور کلی عناصری که از مجموع تعاریف و نظریات ذکر شده می‌توان به عنوان شاخص‌های سرمایه اجتماعی استخراج کرد شامل اعتماد و حمایت‌های اجتماعی (سرمایه اجتماعی شناختی) و مشارکت‌های اجتماعی (سرمایه اجتماعی ساختاری) می‌باشد.

اعتماد به عنوان یکی از ابعاد و مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و به مثابه عاملی نگه‌دارنده در زمره ارزش‌هایی است که باید در قشرها و گروه‌های اجتماعی هر جامعه‌ای ایجاد، تقویت و منتشر شود. این متغیر همچنین یکی از مهمترین شاخص‌ها و نشانگرهای مؤثر سلامت و بهزیستی اجتماعی است. بسیاری از فیلسوفان اجتماعی نظیر هیس و توکویل معتقدند که اعتماد، پایه اساسی نظم اجتماعی می‌باشد، اعتماد تنش‌های اجتماعی را کاهش و انسجام را افزایش می‌دهد. ایده اساسی این است که اعتماد افراد به یکدیگر و اعتماد آنها به نهادهای اجتماعی همراه با شکل‌گیری شبکه‌های اجتماعی سودمند می‌تواند اثرات مثبتی بر سلامت جسمی و روانی افراد و همچنین بر کارایی نظام داشته باشد (شارع‌پور، ۱۳۸۸، ۴-۵). سه نوع اعتماد قابل شناسایی و بررسی است: اعتماد بین فردی یا اعتماد به افراد آشنا^۵، اعتماد اجتماعی یا اعتماد تعمیم‌یافته^۶، اعتماد مدنی یا اعتماد به سازمان‌ها و نهادها^۷.

1-Coleman

2-Bourdieu

3-Paxton

4-Putnam

5-Interpersonal Trust

6-Social trust

7-Civitrust

فلورین و واندرمن^۱ (۲۰۰۰) معتقدند شرکت کردن در جامعه از طریق مشارکت این مفهوم را می‌رساند که افراد برای زندگی آرمان دارند و نشان‌دهنده سلامت و بهزیستی افراد است. گامسون^۲ نیز استدلال می‌کند که مشارکت در جنبش‌های اجتماعی، رشد هویت شخصی را در بر می‌گیرد و نشان‌دهنده فرصتی برای درک خود است. طبق نظر هوگی^۳ و همکاران (۱۹۹۹) مشارکت در جامعه به جوانان فرصت بسط روابط اجتماعی با افرادی غیر از خانواده و همسالان را در موقعیت‌های مختلف اجتماعی می‌دهد و به آنها کمک می‌کند تا یک درک درست نسبت به خود و دیگران پیدا کنند و از این طریق هویت اجتماعی خود را تقویت نمایند (Cicognani, et al, 2007, 99-100).

هر ارتباطی که فرد در زندگی خود برقرار می‌کند شامل حمایت‌هایی است که از خانواده، دوستان و یا جامعه دریافت می‌کند و همه اینها مستقیماً سلامت او را تحت تأثیر قرار می‌دهند. مطالعات نشان داده‌اند که مشارکت اجتماعی پایین و فقدان حمایت اجتماعی اثرات منفی روی سلامت افراد دارد (Herzog et al, 2002, 606).

هاووس (۱۹۸۱) حمایت اجتماعی را نوعی مبادله بین فردی می‌داند که پیوندهای عاطفی، کمک‌های موثر ابزاری، ارائه اطلاعات، اظهارنظر و ارزیابی دیگران را در بر می‌گیرد. شافر، کوین و لازاروس (۱۹۸۱) هم با تأکید بر ادراکات ذهنی فرد، حمایت اجتماعی را عبارت می‌داند از ارزشیابی‌ها یا ارزیابی‌های فرد از اینکه تا چه حد یک تعامل یا الگوی تعاملاتی برای وی سودمند است (رستگار خالد، ۱۳۸۴، ۱۳۶).

۴- فرضیه‌ها

- به نظر می‌رسد بین جنسیت و میزان سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد.
- به نظر می‌رسد بین وضعیت تأهل دانشجویان و میزان سلامت اجتماعی او رابطه معناداری وجود دارد.
- به نظر می‌رسد بین مقطع تحصیلی و میزان سلامت اجتماعی دانشجویان رابطه معناداری وجود دارد.
- به نظر می‌رسد بین میزان سرمایه اجتماعی دانشجویان و میزان سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد.
- به نظر می‌رسد بین میزان اعتماد دانشجویان و میزان سلامت اجتماعی آنان رابطه معناداری وجود دارد.
- به نظر می‌رسد بین میزان حمایت ادراک شده دانشجویان و میزان سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد.

1-Florin , wandersman

2-Gamson

3-Hughey

- به نظر می‌رسد بین میزان مشارکت اجتماعی دانشجویان و میزان سلامت اجتماعی آنان رابطه معناداری وجود دارد.

۵- مفاهیم

۱-۵- سلامت اجتماعی

واژه سلامت اجتماعی برگردان کلمه **social wellbeing** است، این واژه از دو کلمه **social** به معنی اجتماع و **wellbeing** به معنی زندگی خوب داشتن است که بیشتر ناظر به شادی و رضایت است و بر مفاهیم مثبت از سلامت تأکید دارد (Shapiro et al, 2007, 5). این واژه در واقع شامل پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر، رفتار) می‌باشد (عبدالله‌تبار، ۱۳۸۷، ۱۷۳) که هم چگونگی احساس مردم را در بر می‌گیرد و هم نحوه‌ی عملکرد آنها را (Huppert et al, 2006, 2). کیز (۱۹۹۸) سلامت اجتماعی به عنوان گزارش شخصی فرد از کیفیت ارتباطش با دیگران تعریف می‌کند. سلامت اجتماعی در این مفهوم یعنی درک فرد از اجتماع به صورت یک مجموعه معنی‌دار، قابل فهم، دارای نیروی بالقوه برای رشد و شکوفایی همراه با این احساس که متعلق به جامعه است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهیم بداند. کیز ابعاد سلامت اجتماعی را با در نظر گرفتن الگوی سلامت مطرح می‌کند. در واقع مدل چندوجهی کیز از سلامت اجتماعی شامل پنج جنبه می‌شود که میزان کارکرد بهینه افراد را در عملکرد اجتماعیشان معلوم می‌کند. این پنج عنصر عبارتند از:

- یکپارچگی اجتماعی^۱: ارزیابی فرد از کیفیت روابطش در جامعه.
- سهم‌داشت اجتماعی^۲: بیانگر ارزیابی فرد از ارزش اجتماعی خود است.
- پذیرش اجتماعی^۳: بیانگر درک فرد از خصوصیات و صفات افراد جامعه به عنوان یک کلیت است.
- شکوفایی اجتماعی^۴: بیانگر ارزیابی فرد از مسیر حرکت جامعه و پتانسیل‌های آن است.
- پیوستگی اجتماعی^۵: بیانگر فهم فرد از کیفیت، سازمان‌بندی و طرز کار جهان اجتماعی است (keyse, 2002, 31-32).

۲-۵- اعتماد

اعتماد عبارت است از درجه‌ای از شناخت و اطمینان نسبت به غیر (از نظر شخصیت، جایگاه نقش اجتماعی و غیره) که زمینه‌ساز روابط متقابل اجتماعی آسانتر، سریعتر و هدفمندتر است. این غیر می‌تواند

-
- 1- Social Integration
 - 2- Social Contribution
 - 3- Social Acceptance
 - 4- Social Actualization
 - 5- Social Coherence

یک فرد، ساختار، نهاد و یا حتی یک امر انتزاعی باشد. ملینجر اعتماد را مفهومی دویبعدی می‌داند که شامل اطمینان‌داشتن به مقاصد و انگیزه‌های طرف مقابل از یک سو و یکرنگی و صمیمیت در گفتار طرف مقابل از سوی دیگر است (محسنی تبریزی و شیرعلی، ۱۳۸۸، ۱۶۳). گیدنز اعتماد را به عنوان اطمینان از اعتمادپذیری اشخاص یا اتکاء بر کیفیت یا ویژگی یک شخص و یا صحت عبارت و گفته‌ای توصیف می‌کند و معتقد است که این تعریف نقطه شروع مناسبی در تعریف این مفهوم می‌باشد (گیدنز، ۱۳۷۷، ۳۷). همچنین اعتماد به منزله داشتن حسن ظن به دیگران در روابط بینابین است که بر سه نوع است: ۱- اعتماد بین فردی ۲- اعتماد اجتماعی یا تعمیم‌یافته ۳- اعتماد نهادی (زاهدی و همکاران ۱۳۸۴، ۱۰۲).

۵-۲-۱- اعتماد بین فردی

شامل اعتماد به افراد خانواده، خویشان، دوستان و همکاران می‌شود که تحت عناوین گوناگون اعتماد خاص‌گرایانه و اعتماد شخصی نامیده می‌شود.

۵-۲-۲- اعتماد اجتماعی یا تعمیم یافته

اعتماد به بیگانگان یا افراد کمتر آشنای اجتماعی می‌شود.

۵-۲-۳- اعتماد نهادی

اعتماد به سازمان‌ها و نهادها و گروه‌ها در حوزه حکومت را شامل می‌شود (زاهدی اصل، ۱۳۸۷، ۱۱۵).

۵-۴- حمایت اجتماعی ادراک شده

هلر (۱۹۸۶) حمایت اجتماعی را یک فعالیت اجتماعی می‌داند که از طریق آن حرمت ذات فرد در یک رابطه بین شخصی تقویت شده و فرد از طریق کمک‌هایی که از دیگران دریافت می‌کند (عاطفی، شناختی، ابزاری) در برابر فشار روانی محافظت می‌شود (رستگار خالد، ۱۳۸۴، ۱۳۷). ساراسون معتقد است که حمایت عبارت است از ارزیابی شناختی فرد از محیط و روابطش با دیگران. از نظر وی روابط در صورتی منبعی برای حمایت اجتماعی هستند که فرد آنها را به عنوان منبعی در دسترس یا مناسب برای رفع نیاز خود درک کند (قائدی و یعقوبی، ۱۳۸۷، ۷۰).

۵-۵- مشارکت اجتماعی

مشارکت اجتماعی را می‌توان فرایند سازمان‌یافته‌ای دانست که افراد جامعه بصورت آگاهانه، داوطلبانه و جمعی با در نظر داشتن هدف‌های معین و مشخص که منجر به سهیم‌شدن در منابع قدرت می‌-

گردد تعریف کرد. نمود این مشارکت وجود نهادهای مشارکتی چون انجمن‌ها، گروه‌ها، سازمان‌های محلی و غیردولتی هستند (ازکیا و همکاران، ۱۳۸۰، ۱۶-۱۵). بعبارت دیگر مشارکت اجتماعی، مشارکت افراد در گروه‌هایی خارج از خانواده و همه گروه‌های فعال ناوابسته به سازمان‌های سیاسی، رأی‌دهی و گروه‌های فشار است (یزدان‌پناه، ۱۳۸۲، ۱۷۱).

۶- روش تحقیق

برای انجام هر تحقیق یا پژوهش به یکی از روش‌های تحقیق نیاز است، تا بتوان با استفاده از تکنیک‌های خاصی به داده‌های مورد نظر دست یافت و از طریق داده‌های بدست آمده، با استفاده از شیوه‌های آماری به نتایج اصلی دست یافت. در این تحقیق براساس موضوع و اهداف آن، روش تحقیق از نوع پیمایش و تکنیک گردآوری اطلاعات مورد نیاز پرسشنامه می‌باشد. پرسشنامه‌ها نیز به صورت حضوری و با مراجعه به دانشجویان هر دانشگاه تکمیل گردیده است.

جامعه مورد بررسی در این تحقیق دانشجویان مشغول به تحصیل در دانشگاه پیام نور مرکز مشهد در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹ می‌باشد. بر اساس آمار منتشره از واحد آمار این دانشگاه تعداد کل دانشجویان ۱۵۵۷۹ نفر است که در رشته‌های علوم انسانی، فنی و مهندسی، علوم پایه و هنر مشغول به تحصیل می‌باشند. از این تعداد ۹۳۶۹ زن و ۶۲۲۸ نفر مرد هستند.

حجم نمونه یا تعداد افرادی که ما باید با آنها محاسبه کنیم بستگی به آن دارد که ما با چه دقت و اطمینانی می‌خواهیم نتایج تحقیق را از نمونه به کل جامعه آماری تأییم دهیم. هر چه این دقت و اطمینان بالاتر باشد نیاز به حجم نمونه بیشتری خواهد بود (رفیع‌پور، ۱۳۷۴، ۳۷۲). میزان حجم نمونه در پژوهش حاضر بر اساس فرمول کوکران محاسبه شده، ۳۷۵ نفر می‌باشد. محقق پس از برآورد حجم نمونه آماری، متناسب با هدف تحقیق می‌تواند از روش‌های مختلفی عمل نمونه‌گیری را انجام دهد در این تحقیق از روش نمونه‌گیری چند طبقه‌ای استفاده شده است. بطوریکه طبقاتی متناسب با حجم جمعیت هر یک از رشته‌ها انتخاب و به تفکیک جنسیت و رشته و سپس به صورت تصادفی ساده افراد نمونه انتخاب شدند. تکنیک گردآوری اطلاعات مورد نیاز پرسشنامه بود که بر مبنای چارچوب نظری تحقیق، مطالعات پیشین طراحی شده بود. پرسشنامه‌ها به صورت حضوری و با مراجعه به دانشجویان و طی محاسبه با آنها در هر دانشکده تکمیل گردیده است. ضمن آنکه برای تدوین مبنای نظری آن از روش کتابخانه‌ای (اسنادی) بهره گرفته شده است.

اعتبار به مطابقت داده‌های جمع‌آوری شده پژوهشگر با دنیای واقعی اشاره دارد. شیوه‌های مختلفی برای سنجش میزان اعتبار پرسشنامه وجود دارد از جمله اعتبار صوری، محتوایی، سازه و... برای تهیه روایی پرسشنامه ابتدا پرسشنامه اعتبار تنظیم و در اختیار تعدادی از صاحب‌نظران قرار گرفت و پس از

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

جدول ۱: مقدار KMO و آزمون بارتلت

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

برای تعیین پایایی هر یک از مقیاس‌ها به صورت جداگانه آلفای کرانباخ محاسبه گردید که نتایج عبارتند از سلامت اجتماعی: $۰/۹۰$ ، سرمایه اجتماعی: $۰/۸۵$ ، اعتماد: $۰/۸۶$ ، مشارکت اجتماعی: $۰/۶۶$ ، حمایت اجتماعی ادراک‌شده: $۰/۸۸$.

متغیر وابسته این تحقیق سلامت اجتماعی است که براساس تئوری کبیز پنج بعد یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، سهم‌داشت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پیوستگی اجتماعی را در بر می‌گیرد. در اینجا میزان سلامت اجتماعی دانشجویان به وسیله مقیاس ۳۳ گویه‌ای که توسط کبیز در سال ۱۹۹۸ طراحی شده است در قالب طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت ارزیابی شد. سرمایه اجتماعی نیز به عنوان مهمترین متغیر مستقل در نظر گرفته شده است که برای سنجش آن در دو بُعد اول بُعد شناختی شامل انواع اعتماد: اعتماد شخصی، اعتماد تعمیم‌یافته و اعتماد نهادی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده از سوی خانواده، دوستان و دیگران و دوم بُعد ساختاری شامل مشارکت‌های اجتماعی تأکید شده است.

یافته‌های پژوهش با استفاده از آمار توصیفی و آمار استنباطی به وسیله نرم‌افزار $spss 14$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و با توجه به سطح سنجش متغیرها از آزمون‌های T -test، تحلیل واریانس یک‌طرفه ($Anova$)، ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. همچنین برای بررسی تأثیر همزمان ابعاد سرمایه اجتماعی بر سلامت اجتماعی از معادلات رگرسیونی استفاده گردید.

۷- یافته‌های پژوهش

براساس نتایج محاسبه‌شده و در ابتدا پس از تجزیه و تحلیل مشخص شد که $۵۱/۲$ درصد از پاسخگویان دختر و $۴۸/۸$ درصد پسر هستند. $۷۹/۷$ درصد آنها مجرد، $۲۰/۳$ درصد متأهل بوده و میانگین

سنی آنها ۲۲ سال است. حدود ۶۰/۵ درصد دانشجویان مورد بررسی بومی شهر مشهد و ۳۹/۵ درصد ریشه استانی داشته‌اند. حدود ۱۷ درصد پاسخگویان شاغل و بقیه (۸۳ درصد) غیر شاغل‌اند.

میانگین سلامت اجتماعی دانشجویان بطور کلی ۹۹/۲۸ می‌باشد که با توجه به دامنه نمرات بدست‌آمده (۵۴ تا ۱۴۲) در حد متوسط می‌باشد. بررسی هر یک از ابعاد پنج‌گانه سلامت اجتماعی نشان می‌دهد که میانگین یکپارچگی اجتماعی در دامنه نمره (۳۵ تا ۹۱) در حد متوسط بوده و میزان پذیرش اجتماعی دانشجویان اندکی کمتر از حد متوسط می‌باشد (میانگین ۱۷/۳، دامنه نمرات ۳۰ تا ۷)، در حالی که میزان سهم‌داشت اجتماعی در حد زیاد است (میانگین ۲۲/۱، دامنه نمرات ۳۰ تا ۷). میزان شکوفایی اجتماعی نیز با توجه به میانگین ۲۰/۹ و دامنه نمرات (۳۴ تا ۷) اندکی بیش از حد متوسط ارزیابی می‌شود، به همین ترتیب پیوستگی اجتماعی دانشجویان نیز با در نظر گرفتن میانگین ۱۴/۴ و دامنه‌ی ۲۲ تا ۷ در حد متوسط بدست آمده است.

میانگین سرمایه اجتماعی در بین دانشجویان ۱۰۵/۶۱ است که با توجه به دامنه نمرات (۵۷ تا ۱۴۸) سرمایه اجتماعی دانشجویان متوسط رو به بالا می‌باشد. میانگین اعتماد بین فردی، اعتماد اجتماعی و اعتماد نهادی به ترتیب در بین دانشجویان عبارت است از ۱۷، ۲۱/۱، ۹/۷؛ بطوری که می‌توان گفت اعتماد بین فردی و اجتماعی دانشجویان در حد متوسط به بالا است ولی اعتماد نهادی آنها پایین‌تر از حد متوسط قرار دارد میانگین اعتماد بطور کلی در بین دانشجویان ۴۷/۸ است که با توجه به دامنه نمرات بیش از حد متوسط ارزیابی می‌شود.

حمایت اجتماعی ادراک‌شده اکثر دانشجویان در حد متوسط و زیاد بوده، بطوری که ۴۷/۷ درصد آنها از حمایت اجتماعی متوسط و ۴۳/۹ درصد از حمایت اجتماعی زیادی برخوردارند. میانگین مشارکت اجتماعی دانشجویان ۱۴/۹ بدست آمد که نشان‌دهنده‌ی پایین بودن میزان مشارکت اجتماعی است (دامنه: ۳۰-۸) بطوریکه ۶۱/۵ درصد از دانشجویان مشارکت اجتماعی کم، ۳۱ درصد متوسط و ۷/۵ درصد مشارکت اجتماعی زیادی دارند.

در ادامه تجزیه و تحلیل داده‌ها و به منظور تبیین رابطه بین سلامت اجتماعی و سرمایه اجتماعی و ابعاد آن از آزمون‌های آماری مختلف بدین شرح استفاده شد: همانگونه که جدول شماره ۲ نشان می‌دهد در بررسی رابطه جنسیت با میزان سلامت اجتماعی از آزمون T استفاده شد که طبق آن فرض وجود رابطه معنادار بین این دو متغیر تأیید نگردید. اما در بین ابعاد سلامت اجتماعی بُعد سهم‌داشت اجتماعی ($\text{sig}=0/003$)، شکوفایی اجتماعی ($\text{sig}=0/01$) و بُعد پیوستگی اجتماعی ($\text{sig}=0/01$) با جنسیت رابطه معناداری داشتند.

بطوریکه طبق میانگین بدست‌آمده می‌توان گفت در بُعد سهم‌داشت اجتماعی و پیوستگی اجتماعی دانشجویان پسر نسبت به دانشجویان دختر از میانگین بالاتری برخوردارند، ولی در بُعد شکوفایی اجتماعی

میانگین دانشجویان دختر بیشتر از دانشجویان پسر می‌باشد. همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد که اختلاف معناداری بین میانگین سلامت اجتماعی دانشجویان مجرد و متأهل وجود دارد ($\text{Sig}=0/03$). بطوریکه دانشجویان متأهل از سلامت اجتماعی بیشتری در مقایسه با دانشجویان مجرد برخوردارند ($102/8$ در مقایسه با $98/3$). همچنین بعد شکوفایی اجتماعی و پذیرش اجتماعی نیز با وضعیت تأهل رابطه معناداری دارند. عبارتی دانشجویان متأهل شکوفایی اجتماعی ($20/5$ در برابر $22/4$) و پذیرش اجتماعی ($17/1$ در برابر $18/1$) بالاتری نسبت به دانشجویان مجرد دارند.

جدول ۲: آزمون تفاوت میانگین سلامت اجتماعی برحسب متغیرهای زمینه‌ای (جنسیت، وضعیت تأهل)

سطح معناداری	مقدار F	میانگین	تعداد	جنسیت	
0/58	0/551	99/76	178	پسر	سلامت اجتماعی
		98/81	188	دختر	
0/003	2/99	22/71	182	پسر	سهم داشت اجتماعی
		21/56	192	دختر	
0/01	-2/429	20/15	180	پسر	شکوفایی اجتماعی
		21/74	190	دختر	
0/01	2/389	14/77	182	پسر	پیوستگی اجتماعی
		14/12	192	دختر	
سطح معناداری	مقدار F	میانگین	تعداد	وضعیت تأهل	
0/03	-2/108	98/35	290	مجرد	سلامت اجتماعی
		102/8	76	متأهل	
0/04	-1/976	17/14	298	مجرد	پذیرش اجتماعی
		18/18	76	متأهل	
0/02	-2/263	20/59	294	مجرد	شکوفایی اجتماعی
		22/43	76	متأهل	

برای تعیین رابطه بین سرمایه اجتماعی و ابعاد آن شامل اعتماد، مشارکت اجتماعی و حمایت اجتماعی با میزان سلامت اجتماعی (متغیر وابسته) از ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید بطوری که همه این متغیرها در سطح $\text{Sig}=0/000$ با میزان سلامت اجتماعی رابطه معناداری داشتند. نتایج بدست‌آمده نشان دهنده‌ی همبستگی مثبت این متغیرها با متغیر وابسته می‌باشد به گونه‌ای که با افزایش سرمایه اجتماعی، اعتماد، مشارکت اجتماعی و حمایت اجتماعی می‌توان شاهد افزایش میزان سلامت اجتماعی دانشجویان به شرح زیر بود.

جدول ۳: رابطه بین متغیرهای مستقل و وابسته (تعداد: ۳۷۵)

متغیر مستقل	متغیر وابسته	سطح معناداری	میزان همبستگی	جهت
سرمایه اجتماعی	سلامت اجتماعی	۰/۰۰۰	۰/۶۶	مثبت
اعتماد	سلامت اجتماعی	۰/۰۰۰	۰/۵۱	مثبت
مشارکت اجتماعی	سلامت اجتماعی	۰/۰۰۰	۰/۳۵	مثبت
حمایت اجتماعی	سلامت اجتماعی	۰/۰۰۰	۰/۳۴	مثبت

در ادامه و برای نشان دادن ارتباط همزمان همه متغیرهای مستقل با متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) و تحلیل روابط بین آنها از رگرسیون چندمتغیره به روش قدم به قدم^۱ استفاده شد. ویژگی روش مذکور این است که در آغاز با مقایسه تمام متغیرهای مستقل، مهمترین عامل وارد معادله شده و به عنوان عاملی که بیشترین قدرت تبیین متغیر وابسته دارد در نظر گرفته می شود. این روند در گام‌های دیگر تکرار می شود تا وقتی که هیچ متغیر مستقلی توانایی ورود به معادله رگرسیون را نداشته باشد. جهت هم خط نبودن متغیرهای مستقل آماره تولرانس مورد توجه قرار گرفت. این میزان برای همه متغیرهای مستقل این تحقیق بالاتر از ۰/۷ می باشد (هر چه میزان تولرانس بیشتر باشد هم خطی کمتری وجود دارد). همانطور که جدول زیر نشان می دهد از میان متغیرهای وارد شده به معادله رگرسیون دو متغیره شرح زیر متغیر وابسته را تبیین می کنند. اولین متغیر میزان اعتماد است که بر اساس ضریب بتا بدست آمده (۰/۶۰۶) بیشترین رابطه را با میزان سلامت اجتماعی داشته است. براساس بتا محاسبه شده این متغیر، با یک واحد تغییر در میزان اعتماد ۰/۶ درصد تغییر در میزان سلامت اجتماعی بدست می آید. بعد از آن متغیر مشارکت اجتماعی است که ۱۲ درصد تغییرات سلامت اجتماعی را تبیین می کند. ضریب همبستگی سلامت اجتماعی با این دو متغیر مستقل بطور همزمان ۰/۷۷ و ضریب تعیین ۰/۵۹ است. در واقع بوسیله متغیرهایی که وارد معامله شده اند ۵۹ درصد واریانس متغیر وابسته تبیین شده است. بدین معنی که ۵۹ درصد از تغییرات حاصل در متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) توسط متغیرهای میزان اعتماد و مشارکت اجتماعی تفسیر می شود.

جدول ۴: نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون برای پیش بینی سلامت اجتماعی

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

براساس مقادیر بتا محاسبه شده معادله رگرسیونی چندمتغیره در تحقیق حاضر را می توان به شرح زیر

ترسیم کرد:

میزان سلامت اجتماعی = میزان اعتماد (۰/۶۰۶) + مشارکت اجتماعی (۰/۱۱۸)

۸- نتیجه‌گیری

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

یافته‌ها نشان می‌دهد که دانشجویان متأهل نسبت به دانشجویان مجرد از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردارند. رابطه بین تأهل و سلامت روانی در مطالعات بسیاری مورد تایید قرار گرفته است. حتی نظریه‌پردازان سلامت اجتماعی نیز بر این رابطه تأکید کرده‌اند (Shapiro & Keyes, 2007, Keyes Keyes, 2004, 1998). کنگرلو نیز در تحقیق خود ارتباط معنادار بین تأهل و سلامت اجتماعی نشان داده بود (کنگرلو، ۱۳۸۷). بنابراین به نظر می‌رسد زندگی مشترک با برآوردن بسیاری از نیازها و ایجاد روحیه تعهد و ایجاد شبکه‌ای پایدار از روابط باعث نگرش مثبت فرد نسبت به امور اجتماعی و در نتیجه بالارفتن میزان سلامت اجتماعی می‌شود. بطور کلی جو و فضای آموزشی عرصه را برای شکوفاشدن و رشدکردن استعدادها در گرایش‌های مختلف اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی در دانشجویان باز می‌سازد و نیروی سازندگی و ابداع را در آنها پرورش می‌دهد و به دنبال آن سلامت روانی و اجتماعی را تقویت می‌کند.

همچنین سرمایه اجتماعی به عنوان یک عامل مؤثر بر سلامت اجتماعی مطرح می‌شود و براساس مدل رگرسیون ابعاد اعتماد و مشارکت اجتماعی بیشترین اهمیت را در تعیین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان دارند. در انطباق یافته‌ها با چارچوب نظری تحقیق می‌توان گفت که اگر افراد به هر دلیلی اعتماد خود را از دست بدهند از مشارکت در امور و فعالیت‌های اجتماعی سرباز خواهند زد و هیچ‌گونه پیوند محکمی بین فرد و اجتماع برقرار نمی‌ماند بنابراین در چنین شرایطی افراد نمی‌توانند نسبت به جامعه و اجتماع خود نگرش مثبتی داشته باشند. همچنین پاتنام از اعتماد به عنوان تسهیل‌گر کنش‌های اجتماعی یاد می‌کند که به عنوان مکانیسم کنترل اجتماعی در جامعه عمل می‌کند (پاتنام، ۱۳۸۰، ۷۵) در تحقیقات خیرالله‌پور (۱۳۸۳)، محمدتقی ایمان (۱۳۸۷)، بهزاد (۱۳۸۴) رابطه سرمایه اجتماعی و اعتماد با سلامت روانی نیز معنا دار گزارش شد. بنابراین اعتماد افراد یک جامعه با یکدیگر و نهادها و سازمان‌ها خصوصاً

نهادهای تصمیم‌گیرنده و مشارکت آنها در تشکیل گروه‌ها و انجمن‌ها باعث کارایی و پویایی آنها و همچنین احساس مسؤلیت آنها در قبال فرد و جامعه می‌گردد. زیرا همان طور که فلورین و واندرمن (۲۰۰۰)، هوگی (۱۹۹۱) مطرح می‌کنند مشارکت اجتماعی علاوه بر رشد فردی باعث رسیدن به هویت مشترک جمعی و اجتماعی می‌شود و بنابراین فرد احساس پیوند بیشتری با جامعه، دیگران و اجتماع دارد. زیرا این مشارکت‌ها میل به تعلق و ارتباط با دیگران، عزت نفس، کمال و خود شکوفایی را تا حدی ارضاء می‌نمایند و به گفته‌ی «هالباکس زمانی که افراد در جامعه مشارکت دارند در واقع آنان به نظم مستقر در جامعه باور دارند» (توسلی، ۱۳۸۲، ۷۶).

بطور کلی می‌توان نتیجه گرفت مشارکت‌نداشتن در فعالیت‌های اجتماعی و عدم اعتماد مانع جذب فرد در چارچوب‌های اجتماعی می‌گردد، در این صورت فرد احساس می‌کند که هیچ فصل مشترکی بین ارزش‌های فردی و اجتماعی‌اش وجود ندارد و نسبت به ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی بی‌تفاوت و بی‌اعتماد می‌شود (کاهش یکپارچگی اجتماعی)، بنابراین احساس می‌کند که سرنوشت اجتماع به نیروها یا ساختارهای خارجی مربوط است نه به اجزای تشکیل‌دهنده اجتماع و برای اجتماع توان بالقوه‌ای در مسیر تکاملی خود قائل نیست (کاهش شکوفایی اجتماعی)، با این تفکر شخص احساس می‌کند که جامعه آنقدر پیچیده است که نمی‌توان آن را فهمید و آینده را پیش‌بینی کرد (کاهش پیوستگی اجتماعی) و بنابراین نگرش مثبت خود را نسبت به اجتماع و حتی افراد آن جامعه از دست می‌دهد (کاهش پذیرش اجتماعی). وقتی که نگرش‌های فوق در فرد ایجاد شد فرد کارآیی خود را از دست می‌دهد و احساس می‌کند که نقش مهمی در پیشرفت و آینده جامعه نمی‌تواند داشته باشد (کاهش سهم‌داشت اجتماعی) و در نهایت سلامت اجتماعی فرد کاهش می‌یابد و نتیجه‌ی آن تعارض شخصیت، اختلال در رفتارهای اجتماعی و گسترش فساد و ناهنجاری‌های اجتماعی، بزهکاری و ... می‌شود. بنابراین سلامت اجتماعی عامل مهمی در پذیرش هنجارهای اجتماعی است که فرد را قادر به تعادل مثبت و اجتناب از پاسخ‌های نامطلوب می‌کند. افرادی که از سلامت اجتماعی برخوردارند می‌توانند با چالش‌های زندگی اجتماعی روبرو شوند و با آنها مقابله نمایند و عملکرد بهتری در جامعه داشته باشند.

طبق نظرسنجی به عمل آمده از دانشجویان پاسخگو در یک سؤال باز، دغدغه‌های اصلی آنها تاحدی مشخص شد که اهم موارد عبارتند از: ۱- داشتن آرامش روحی و روانی ۲- اشتغال و درآمد بالا ۳- ازدواج ۴- مسکن ۵- فراهم شدن امکانات علمی و آموزشی در سطح بالا (خصوصاً در محیط خوابگاه‌ها) ۶- بسترسازی مناسب فرهنگی و تقویت باورهای دینی. بنابراین فراهم کردن زمینه‌هایی برای اشتغال (حتی در کنار تحصیل)، ازدواج، ارتقای علمی و فرهنگی می‌تواند جوانان را به اهداف و نیازهایشان نزدیک نماید تا از این طریق رضایتمندی آنها تأمین گردد و در کنار آن شاهد افزایش سلامت اجتماعی دانشجویان و بطور کلی جوانان باشیم.

۹- راهکارها

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

بسترسازی در حوزه ارتقاء اعتماد پایدار در میان نسل جوان و نوجوان نسبت به زندگی اجتماعی، و جامعه.

۱. برنامه‌ریزی حوزه آموزش عالی و آموزش و پرورش در راستای تقویت اعتماد اجتماعی مستمر و پایدار در بین نسل جوان و نوجوان.

۲. تدوین سیاست‌های اجتماعی و فرهنگی در حوزه تقویت عرصه‌های مختلف مشارکت پایدار در بین نسل جوان از سوی دستگاه‌های دولتی و غیردولتی، بدون ترس و واژه‌ها از چالش‌های سیاسی در جامعه.

۳. اتخاذ تدابیر اجتماعی، اقتصادی، سیاسی در حوزه تقویت رضایت از زندگی و ارتقاء کیفیت زندگی تمام اقشار جامعه به خصوص در میان نسل جوان و نوجوان.

۴. بسترسازی پایدار فرهنگی در حوزه تقویت باورهای معنوی جهت نظارت بر رفتارهای اجتماعی و پیشگیری از رفتارهای آسیب‌زا در بین تمام اقشار جامعه به خصوص در میان نسل جوان.

۵. برنامه‌ریزی پایدار جهت برقراری عدالت آموزشی و خدمات دانشگاهی و برای نسل جوان در تمام نقاط جامعه.

۶. تدوین راهکارهای آموزشی، فرهنگی و اجتماعی برای تقویت تعاملات اجتماعی مطلوب در میان اقشار جامعه در تمام سطوح، به خصوص در میان نسل جوان.

۷. برنامه‌ریزی‌های پایدار در تمام عرصه‌های مختلف جامعه برای پرورش، بکارگیری و بهره‌مندی از استعدادها، خلاقیت‌ها، توانمندی‌های نسل جوان و نوجوان.

۸. اتخاذ تدابیر فرهنگی و آموزشی در حوزه خانواده‌ها جهت حمایت‌های اجتماعی پایدار از نسل جوان و نوجوان.

۹. تدوین برنامه‌ریزی‌های آموزشی، فرهنگی، معنوی و روانی در حوزه یادگیری مستقیم و غیرمستقیم در میان نسل جوان از سوی نهادهای آموزشی، دولتی، حکومتی و مردم نهاد.

۱۰. بسترسازی اطلاع‌رسانی شفاف جهت افزایش اعتماد پایدار در تمام عرصه‌های جامعه از سوی مدیران، برنامه‌ریزان دولتی، غیر دولتی و حکومتی.

۱۱. برنامه‌ریزی فرهنگی، آموزشی، و... به صورت مستقیم و غیرمستقیم از سوی دستگاه‌های دولتی و غیردولتی جهت نهادینه‌سازی و جامعه‌پذیری روح جمعی و تقویت همبستگی اجتماعی افراد جامعه به خصوص در میان نسل جوان.
۱۲. تدوین راهبردها و راهکارهای اجتماعی، روانشناختی برای اقشار جامعه جهت بهره‌مندی از آسایش روانی و رفاه اجتماعی.
۱۳. تدوین سیاست‌های اقتصادی، اجتماعی از سوی نهادهای حکومتی، دولتی و مردم نهاد جهت رفع دغدغه‌های نسل جوان (اشتغال، مسکن، آموزش پایدار، ازدواج و...).

فهرست منابع

۱. آرون، ریمون، ۱۳۸۱، مراحل اساسی سیر اندیشه در جامعه‌شناسی، ترجمه باقر پرهام، انتشارات علمی- فرهنگی، تهران.
۲. ازکیا، مصطفی و غفاری، غلامرضا، ۱۳۸۰، بررسی رابطه اعتماد و مشارکت اجتماعی در نواحی روستایی کاشان، نامه علوم اجتماعی، شماره ۱۸.
۳. باستانی، سوسن و دیگران، ۱۳۸۷، سرمایه اجتماعی شبکه و روابط متقابل بین‌شخصی، مجله دانشکده ادبیات و علوم انسانی، سال ۱۶، شماره ۶۱.
۴. بخشی‌پور رودسری، عباس، پیروی، حمید و عابدیان، احمد، ۱۳۸۴، بررسی رابطه میان رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی با سلامت روان در دانشجویان، فصلنامه اصول بهداشت روانی، سال هفتم، شماره ۲۸-۲۷.
۵. پاتنام، رابرت، ۱۳۸۰، دموکراسی و سنت‌های مدنی، ترجمه دلفروز، انتشارات روزنامه سلام، تهران.
۶. تاجبخش، کیان، ۱۳۸۴، سرمایه اجتماعی، اعتماد و دموکراسی، نشر شیرازه، تهران.
۷. توسلی، غلامعباس، ۱۳۸۲، مشارکت اجتماعی در شرایط جامعه آنومیک، انتشارات دانشگاه تهران، تهران.
۸. جوشن‌لو محسن و دیگران، ۱۳۸۸، طراحی فرم کوتاه مقیاس بهروزی اجتماعی برای استفاده در نمونه‌های ایرانی، فصلنامه رفاه اجتماعی، شماره ۳۲.
۹. جوکار، بهرام، ۱۳۸۶، نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه بین هوش هیجانی و هوش عمومی در رابطه با رضایت از زندگی، مجله روان‌شناسی معاصر دوره دوم، شماره ۴.
۱۰. چلیبی، مسعود و مبارکی، محمد، ۱۳۸۴، تحلیل رابطه سرمایه اجتماعی و جرم در سطوح خرد و کلان، مجله جامعه‌شناسی ایران، دوره ششم، شماره ۲.

۱۱. خواجه‌دادی، اشکان، شریفیان ثانی، مریم، شیانی، ملیحه، کریم‌لو، مسعود، ۱۳۸۷، رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت مادران، فصلنامه رفاه اجتماعی، شماره ۳۰ و ۳۱.
۱۲. رستگار خالد، امیر، ۱۳۸۴، گسترش نقش زنان در جهت حمایت‌های شغلی و اجتماعی، مجله جامعه‌شناسی ایران، دوره ۶، شماره ۴.
۱۳. رفیع‌پور، فرامرز، ۱۳۷۸، آنومی یا آشفتگی اجتماعی (پژوهشی در زمینه پتانسیل آنومی در شهر تهران)، انتشارات سروش، تهران.
۱۴. رفیع‌پور، فرامرز، ۱۳۷۴، کندوکاها و پنداشته‌ها، (مقدمه‌ای بر شناخت روش تحقیق)، انتشارات سهامی نشر، تهران.
۱۵. زاهدی محمد جواد و اجاقلو، سجاد، ۱۳۸۴، بررسی اعتماد اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در بین ساکنان شهر زنجان، مجله جامعه‌شناسی ایرن، دوره ۶، شماره ۴.
۱۶. زاهدی‌اصل، محمد ۱۳۸۷، مبانی مددکاری اجتماعی، انتشارات دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، چاپ چهارم.
۱۷. سام آرام، عزت‌الله، ۱۳۸۸، بررسی رابطه سلامت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه محور، فصلنامه علمی پژوهشی انتظام اجتماعی، سال اول، شماره ۱.
۱۸. سجادی، حمیرا، صدر السادات، سید جلال، ۱۳۸۴، شاخص‌های سلامت اجتماعی، فصلنامه سیاسی اقتصادی، شماره ۲۰۷ و ۲۰۸.
۱۹. سعادت، رحمان، ۱۳۸۵، تخمین سطح و توزیع سرمایه اجتماعی استان‌ها». فصلنامه رفاه اجتماعی، شماره ۲۳.
۲۰. شارع‌پور، محمود، ۱۳۸۸، بررسی عوامل مؤثر بر اعتماد اجتماعی به نیروهای انتظامی (مطالعه موردی استان مازندران، جامعه‌شناسی کاربردی، مجله علمی پژوهشی دانشگاه اصفهان، شماره ۳۶، قابل دسترس در www.sid.ir.
۲۱. عبدالله‌تبار، هادی و دیگران، ۱۳۸۷، بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان، فصلنامه رفاه اجتماعی، شماره ۳۰ و ۳۱.
۲۲. علیوردی‌نیا، اکبر، شارع‌پور، محمود، ورمزیار، مهدی، ۱۳۸۷، سرمایه اجتماعی خانواده و بزهکاری، فصلنامه پژوهش زنان، دوره ۶، شماره ۲.
۲۳. فدایی مهربانی، مهدی، ۱۳۸۶، شهرنشینی، رسانه و سلامت اجتماعی، نشریه پژوهش و سنجش، شماره ۱۴۹.

۲۴. قاسمی، وحید، اسماعیلی، رضا و ربیعی، کامران، ۱۳۸۵، سطح‌بندی سرمایه اجتماعی در شهرستان-های استان اصفهان، جامعه‌شناسی کاربردی، مجله علمی پژوهشی دانشگاه اصفهان، شماره ۳۲.
۲۵. قائدی، غلامحسین، یعقوبی، حمید، ۱۳۸۷، رابطه بین ابعاد حمایت اجتماعی ادراک‌شده و ابعاد بهزیستی اجتماعی دانشجویان، مجله ارمغان دانش، دوره ۱۳، شماره ۲.
۲۶. کریم‌تیس، آنتونی جیمز، ۱۳۸۲، روان‌شناسی سلامت، ترجمه فرامرز سهرابی، نشر طلوع دانش، تهران.
۲۷. گرمارودی، غلامرضا و واحدانی‌نیا، مریم سادات، ۱۳۸۵، سلامت اجتماعی، بررسی میزان مهارت-های اجتماعی دانش‌آموزان، فصلنامه پایش، سال پنجم، شماره دوم، دوره بهار، صص ۱۵۳-۱۴۷.
۲۸. گنگرلو، مریم، ۱۳۸۷، سنجش میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیر شاهد در دانشگاه علامه طباطبایی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی.
۲۹. گیدنز، آنتونی، ۱۳۷۷، پیامدهای مدرنیته، ترجمه محسن ثلاثی، نشر مرکز، تهران، چاپ اول.
۳۰. مارموت، مایکل، ویلیکسون، ریچارد، ۱۳۸۷، مؤلفه‌های اجتماعی سلامت، ترجمه علی منتظری، انتشارات جهاد دانشگاهی، تهران.
۳۱. محسنی تبریزی، علیرضا، شیرعلی، اسماعیل، ۱۳۸۸، عوامل مؤثر بر اعتماد اجتماعی دانشجویان ایرانی خارج از کشور مورد پژوهی دانشگاه‌های کشور آلمان، فصلنامه پژوهش و برنامه‌ریزی در آموزش عالی، شماره ۵۲.
۳۲. یزدان‌پناه، لیلا، ۱۳۸۲، بررسی عوامل مؤثر بر مشارکت اجتماعی شهروندان ۱۸ سال به بالای شهر تهران، پایان‌نامه دکتری رشته جامعه‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی
33. Blanco, Amalio & Diaz. Dario, (2007), social order and mental health: a social well-being approach, Autonomy university of Madrid ,psychology in Spain ,vol.11(5).
34. Callaghan. Lisa,(2008), Social Well-Being in Extra Care Housing: An Overview of the Literature, personal social service research unit, established at the university of Kent an Canterbury, www.ukc.ac.uk/PSSRU.
35. Cicognani . Elvira& Pirini, Claudia & Keyes, Corey & Joshanloo, Mohsen & Rostami, Reza & Nosratabadi, Masoud, (2007), Social Participation, Sense of Community and Social Well Being: A Study on American, Italian and Iranian University Students, Springer Science Business Media B.V.pp97-112.
36. Fild, John, 2003. " social capital" .published by Rout ledge, London, UK.
37. Herzong, A.R :ofstedal, M.B & Wheeler, L .M (2002), Social Engagement and its Relationship to health , clinical Geriatric Medicine, 18(3), ix.

38. Huppert.felicia&Marks.nic & clark.andrew&etal,(2006),personal and social well-being module for the European social survey, Round3 .
39. Keyes, Corey Lee.M & Shapiro, Adam, (2004), social well-being in the united states: A Descriptive Epidemiology.
40. Keyes, Corey Lee.M, (1998),social well-being, social Psychology Quarterly, vol.61,N.2,pp121-190.
- 41.Larson, James, (1993),the measurement of social well-being, social Indicators Research 28,pp285-296.
42. Paxton, Pamela, 2002."social capital and democracy: an Interdependent Relationship" .American sociological review,vol.67, 254-277.
43. Parry Sarah Patricia, M.s.s.w,(1987),A study of the relationship between visitation and the perceived social well-being of nursing home residents, the university of Texas at Arlington.
44. Shapiro, Adam& Keyes, Corey Lee.M,(2007), Marital Status and Social Well-Being: Are the Married Always Better Off? Springer Science Business Media B.V.
45. World Health organization(WHO)1979, Health for all,Sr.No5.