



مطالعه ارتباط سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی

(مطالعه موردی: جوانان شهر خرم آباد)

علی حسین حسین زاده^۱

سارا رشیدی^۲

ایوب رستمی^۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۶/۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۸/۱۹

این پژوهش باهدف مطالعه ارتباط بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی جوانان شهر خرم آباد انجام شده و از تئوری کپیز، دورکیم و پیربوردیو استفاده گردیده است. جامعه آماری تحقیق شامل کلیه جوانان ۱۵ تا ۲۹ سال شهر خرم آباد در سال ۱۳۹۸ می باشد و حجم نمونه طبق فرمول کوکران ۳۸۲ نفر است که به شیوه نمونه گیری خوشه ای متناسب با حجم جامعه آماری انتخاب شده اند. روش انجام این پژوهش، پیمایش و برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه استفاده گردیده است. برای تجزیه و تحلیل داده ها، از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندمتغیره استفاده شده است. نتایج به دست آمده نشان می دهد که بین متغیرهای سرمایه اجتماعی، اعتماد اجتماعی و رضایت از زندگی با سلامت اجتماعی جوانان رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد. همچنین بین بیگانگی اجتماعی با سلامت اجتماعی جوانان رابطه منفی و معناداری مشاهده گردید. نتایج به دست آمده از تحلیل رگرسیون نشان داد که ۴۲/۴ درصد از تغییرات واریانس سلامت اجتماعی به وسیله پنج متغیر سرمایه اجتماعی، اعتماد اجتماعی، بیگانگی اجتماعی، رضایت از زندگی و سن تبیین می شود.

واژگان کلیدی: سرمایه اجتماعی، اعتماد اجتماعی، مشارکت اجتماعی، بیگانگی اجتماعی و سلامت اجتماعی

۱. استاد تمام، گروه علوم اجتماعی، دانشکده اقتصاد و علوم اجتماعی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران (نویسنده مسئول)

E-mail: A.hosseinzadeh@scu.ac.ir

۲. کارشناس ارشد جامعه شناسی، دانشکده اقتصاد و علوم اجتماعی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

۳. دانشجوی دکتری جامعه شناسی، دانشکده اقتصاد و علوم اجتماعی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

مقدمه

سلامت موضوعی مطرح در همه فرهنگ‌هاست و تعریف آن در هر جامعه‌ای تا اندازه‌ای به حس مشترک مردمان از سلامت و فرهنگ آن‌ها بازمی‌گردد. معمولاً هرگاه از سلامت سخنی به میان می‌آید، بیشتر بعد جسمانی آن مورد توجه بوده، در حالی که رشد و تعالی جامعه درگرو تندرستی آن جامعه از ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی است (سجادی و صدرالسادات، ۱۳۸۳: ۲۴۴). با توسعه جوامع بشری رشد شهرنشینی و با ظهور بیماری‌های اجتماعی و از آنجا که انسان سالم، محور توسعه پایدار است و جوامع امروزی خواستار ایجاد بستر مناسب برای تولید و شتاب لازم برای رسیدن به توسعه همه‌جانبه است، از این‌رو بررسی و تبیین مؤلفه‌های تأثیرگذار بر سلامت از وظایف محققان است. بازخورد این مطالعات به صورت اطلاعات علمی و عملی به سیاست‌گذاران کلان برای سیاست‌گذاری در مورد مسئله مهم توسعه پایدار کشورها کمک می‌کند (علوی حکمت، ۱۳۹۳: ۳۵).

۲۹۴

موضوع سلامتی بنیانی‌ترین عنوانی است که حیات انسانی بر آن استوار است و امروزه با دگرگونی شرایط زندگی و تغییر ساختار جامعه، ابعاد جدیدی برای سلامتی مطرح شده است که از آن جمله سلامت اجتماعی است (حسینی، ۱۳۹۰: ۴۱). بخشی از سلامت فرد که در عرصه اجتماع به ظهور می‌رسد، سلامت اجتماعی است. زمانی شخصی را واجد سلامت می‌شماریم که بتواند فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی خود را در حد متعارف بروز دهد و با جامعه هنجارهای موجود، احساس پیوند نماید. در اینجا فقط نداشتن بیماری مطرح نیست، بلکه قدرت انطباق با شرایط محیطی و داشتن عکس‌العمل مناسب در برابر حوادث و مشکلات زندگی، جنبه‌ای از سلامت اجتماعی است. در صورت وجود سلامت اجتماعی در سطحی قابل قبول، افراد جامعه قادر خواهند بود از دیگر منابع حیات بهره‌گیرند. در حقیقت سلامت اجتماعی شامل عناصر متعددی است که این عناصر در کنار یکدیگر نشان می‌دهند که چگونه و در چه درجه‌ای افراد در زندگی اجتماعی خود به‌عنوان همشهری یا همکار یا همسایه و... خوب عمل می‌کنند (علی لو، ۱۳۸۵: ۱۵).

حفظ و ارتقای سلامتی، یکی از پیش‌شرط‌های اساسی در رسیدن به توسعه پایدار است. هرگاه سخن از سلامتی به میان می‌آید، اغلب به سلامتی جسمانی اشاره می‌گردد و جنبه‌های اجتماعی و روانی آن کمتر به بحث گذاشته می‌شود. فعالیت‌های بهداشتی قرن نوزدهم و اقدامات زیربنایی بهداشت عمومی نوین همگی نشان‌دهنده آگاهی از وابستگی بین موقعیت‌های اجتماعی، داشته‌های افراد، شرایط زندگی و پیامدهای سلامتی مردم است. در بین عوامل مؤثر در ایجاد سلامت، سیستم ارائه خدمات به میزان ۲۵ درصد، سهم عوامل ژنتیکی و زیستی ۱۵ درصد، عوامل فیزیکی محیط‌زیست و رفتاری ۱۰ درصد و بالاخره سهم عوامل اجتماعی ۵۰ درصد می‌باشد (مرندی، ۱۳۸۵: ۲۰۴).

در کشور ما با وجود کاستی‌های موجود به‌خصوص در مناطق محروم، برای سلامت جسمی افراد گام‌های مناسبی برداشته شده است؛ اما آنچه نبود آن در تمام عرصه‌های کشور محسوس است، بی‌توجهی به ابعاد روانی و اجتماعی سلامت است. این بی‌توجهی به جنبه اجتماعی سلامت در عصر ارتباطات و جهانی‌سازی موجب افزایش آسیب‌پذیری افراد در ابعاد روانی، خودکشی، گرایش به مصرف دخانیات و سایر آسیب‌های اجتماعی

می‌شود و از جمله موضوعاتی است که باید به آن توجه خاص مبذول گردد.

جامعه ما که جامعه‌ای در حال توسعه قلمداد می‌شود از لحاظ برخی شاخص‌های بهداشتی و سلامتی در وضعیت تقریباً نامطلوبی قرار دارد. اگرچه در برخی از شاخص‌های بهداشتی پیشرفت داشته‌ایم، ولی با توجه به پتانسیل و ظرفیت‌های موجود، به ویژه در مورد جوانان رضایت‌بخش به نظر نمی‌رسد. از این رو، وضعیت سلامت جسمی، روانی و اجتماعی افراد یکی از مسائل اساسی می‌باشد که جامعه ما با آن دست‌به‌گریبان است و یافتن علل موجد این مسئله و شناخت راه‌های ارتقای آن می‌تواند کمک شایانی به افزایش سطح سلامتی افراد جامعه کند.

اهمیت سلامت اجتماعی^۱ در حدی است که اشخاص برخوردار از سلامت اجتماعی، با موفقیت بیشتری می‌توانند با مشکلات ناشی از ایفای نقش‌های اصلی اجتماعی کنار بیایند. آنان در خانواده‌هایی زندگی می‌کنند که ثبات و انسجام بیشتری دارند و احتمالاً می‌توانند در فعالیت‌های جمعی بیشتر مشارکت کنند و باید انتظار داشت تطابق آنان با هنجارهای اجتماعی بیشتر باشد. این وضعیت می‌تواند نقش مهمی در پیشگیری از انحراف که ابعادی فراتر از قلمرو رفتارهای فردی دارد ایفا نماید (عبدالله زاده، ۱۳۸۷: ۱۰۴). سلامت یک جامعه با کمیت و کیفیت سرمایه‌اش رابطه مستقیم دارد. جامعه‌ای که سرمایه بیشتری در اختیار دارد، دارای فرآورده‌های بیشتر، قدرت رقابت‌جویی بالاتر و درآمدهای بالاتر است (استونز، ۱۹۹۸: ۲۲۱؛ به نقل از اکبری، ۱۳۸۳).

بنابراین با توجه به ماهیت اجتماعی زندگی بشر و چالش‌هایی که این جنبه از زندگی می‌تواند با خود برای فرد به همراه آورد، نمی‌توان از توجه به جنبه‌های اجتماعی سلامت در کنار جنبه‌های عینی، عاطفی، روان‌شناختی 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 دوانیده است و این مفهوم با هر موضوع اجتماعی می‌تواند پیوندی معنادار داشته باشد و بتازگی به‌عنوان یک عامل اجتماعی مؤثر بر سلامت عمومی و اجتماعی جامعه اثرگذار است (زکی و خشنوعی، ۱۳۹۲: ۵۰).

از مقوله‌های مهم توسعه پایدار، سلامت اجتماعی و سرمایه اجتماعی است. سلامت، محور توسعه اجتماعی - اقتصادی و اساسی‌ترین جزء رفاه جامعه به شمار می‌آید. در ارزیابی جدید بین‌المللی، سلامت اجتماعی یکی از شاخص‌های مهم توسعه است. سلامت از اساسی‌ترین اجزای رفاه جامعه قلمداد می‌شود. سلامت فرد و جامعه آن چنان به هم وابسته‌اند که نمی‌توان بین آن‌ها حد و مرزی قائل شد. وضعیت سلامت افراد جامعه به روش‌های گوناگون بر سلامت دیگران و عواطف آن‌ها و همچنین شاخص‌های اقتصادی - اجتماعی جامعه اثر می‌گذارد. از این رو، تامین سلامت افراد جامعه به معنای یک هویت وابسته به اعضای خود امری مهم و حائز اهمیت تلقی می‌شود.

به نظر می‌رسد اگرچه برخورداری از سلامت اجتماعی برای همه اقشار جوامع دارای اهمیت است، اما برای قشر جوان واجد اهمیت بیشتری است. اهمیت آن در نقش محوری جوانان در جریان رشد و توسعه ملی و تحقق اهداف کمی و کیفی آن نهفته است. در واقع می‌توان گفت برخورداری جوانان از سلامت اجتماعی

موجب به حداکثر رسیدن کارکردها و پیامدهای مثبت اجتماعی آن نظیر مشارکت سیاسی، اقتصادی و مدنی می‌شود و عدم برخورداری آنان، آسیب‌ها و پیامدهای منفی آن را به همراه خواهد داشت. اگر معتقد است زمانی که پیوند اجتماعی فرد با جامعه گسسته شود، عدم برخورداری از سلامت اجتماعی، فرد را مستعد کجرفتاری خواهد کرد (فاضلی، ۱۳۹۱).

با توجه به جوان بودن جامعه ایران و نقش جمعیت جوان به‌عنوان سرمایه‌ای برای توسعه، اهتمام به سلامتی به‌خصوص سلامت اجتماعی اهمیت ویژه‌ای دارد. جوانان بدون سلامت روانی و اجتماعی کامل و مناسب نمی‌توانند با چالش‌های ناشی از ایفای نقش‌های اجتماعی سازگار شوند و خود را با هنجارهای اجتماعی تطبیق دهند. بنابراین توجه به سلامت اجتماعی قشر جوان در نقش‌نخبگان و آینده‌سازان جامعه برای رسیدن به جامعه‌ای سالم و پویا و توسعه‌یافته ضروری می‌نماید. بر این اساس، برنامه ریزان جوامع در حال توسعه، باید تلاش کنند تا میزان سلامت اجتماعی افراد جامعه خود را ارتقا دهند (حسینی، ۱۳۸۸: ۹). بدین ترتیب، پژوهش حاضر درصدد پاسخ به این سوال است:

آیا بین میزان سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی جوانان رابطه‌ای وجود دارد؟

پیشینه تجربی پژوهش

جلیلیان (۱۳۹۸) در تحقیقی با عنوان «رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی با میانجی‌گری اجتماعی» به بررسی رابطه حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی در بین کارکنان آموزش و پرورش شهرستان اسلام‌آباد غرب پرداخت. نتایج تحقیق نشان داد که متغیر خودکارآمدی اجتماعی رابطه معنی‌داری با سلامت اجتماعی و حمایت اجتماعی دارد و با توجه به ضریب مسیر، مقدار t و شاخص‌های کلی برازش، می‌تواند رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی را میانجی‌گری کند.

مسعودی (۱۳۹۸) در پژوهش خود با عنوان «بررسی رابطه سلامت اجتماعی و مسئولیت‌پذیری دانشجویان دانشگاه الزهرا (س)» به این نتیجه دست‌یافت که بین متغیر مسئولیت‌پذیری و متغیر مستقل انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انطباق اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و متغیر مستقل اصلی سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد. در تحلیل علی نیز مشارکت اجتماعی، پذیرش اجتماعی و انسجام اجتماعی بر مسئولیت‌پذیری تأثیر معنادار دارند، اما انطباق اجتماعی و شکوفایی اجتماعی تأثیر معناداری بر مسئولیت‌پذیری ندارند. در نهایت بین سن، وضعیت تأهل و پایگاه اقتصادی و اجتماعی و مسئولیت‌پذیری پاسخگویان ارتباطی وجود ندارد.

رضادوست، حسین زاده و رستمی (۱۳۹۸) در پژوهشی با عنوان «بررسی عوامل جامعه‌شناختی مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز» که به صورت کمی انجام پذیرفت، به این نتایج رسیدند که میزان سلامت اجتماعی دانشجویان در سطح متوسط رو به بالا می‌باشد و بین متغیرهای دسترسی به امکانات و خدمات محیطی، رسانه‌های جمعی، کیفیت زندگی، دین‌داری و جنس با سلامت اجتماعی رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد. همچنین بین سن با سلامت اجتماعی رابطه معکوس و معناداری به چشم

می خورد، اما بین پایگاه اقتصادی- اجتماعی (ذهنی و عینی)، مقطع تحصیلی و قومیت با سلامت اجتماعی ارتباط معناداری مشاهده نشده است.

کدخدایی و لطفی (۱۳۹۲) در تحقیقی کمی با عنوان «سنجش میزان سلامت اجتماعی دانش‌آموزان دختر مقطع دبیرستان‌های شهر شیراز و بررسی عوامل مؤثر بر آن» به این نتیجه رسیدند که بین دختران دانش‌آموز از نظر شاخص‌های مختلف سلامت اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد و متغیرهای میزان تحصیلات مادر، میزان تحصیلات پدر، شاخص کیفیت زندگی و پایگاه اجتماعی- اقتصادی بر میزان سلامت اجتماعی دختران دانش‌آموز تأثیرگذارند.

لی و زانگ^۱ (۲۰۱۵) در پژوهشی با عنوان «انواع شبکه اجتماعی و سلامت سالخوردگان: بررسی ارتباطات متقابل»، به بررسی ارتباط بین شبکه اجتماعی (خانواده، دوستان، و...) و تأثیر آن بر روی سلامتی (جسمی، روانی، شناختی و به‌طورکلی سلامتی) پرداختند. تحلیل‌ها حاکی از آن است که رابطه‌ای قوی بین انواع شبکه اجتماعی و سلامتی وجود دارد.

واترورس^۲ و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهشی با عنوان «تأثیر حمایت اجتماعی بر روی سلامتی بومیان استرالیایی در یک جامعه متروپلیتن» به تأکید بر این اصل پرداختند که ارتباطات اجتماعی یک بخش خیلی مهمی از زندگی بومیان است و احتمالاً این ارتباطات نقش خیلی مهمی در متأثر ساختن سلامتی در بین این جمعیت داشته است. موضوع این مطالعه، بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر روی سلامتی بومیان استرالیایی بوده و بدین منظور ۱۷ نفر از اعضای این اجتماع مورد مصاحبه قرار گرفتند. نتایج حاصل از این شبکه اجتماعی بیانگر این مطلب بود که حمایت اجتماعی حاصل شده می‌تواند تأثیر مثبت و منفی بر روی سلامتی افراد داشته باشد.

موضوع سلامت اجتماعی در دنیا موضوع نسبتاً جدیدی است که زمان زیادی از عمر آن نمی‌گذرد. در پژوهش‌های فوق ثابت شده است که وجود سرمایه اجتماعی می‌تواند تأثیر زیادی بر سلامت و ابعاد آن از جمله: سلامت جسمی، سلامت روانی و سلامت اجتماعی داشته باشد و این نشان می‌دهد که ابعاد سرمایه اجتماعی تا چه حد خواهد توانست به بهبود سلامت اجتماعی جوامع یاری رساند.

مبانی و چارچوب نظری

نظریات مرتبط با سلامت اجتماعی

نظریه کیز^۳

سلامت اجتماعی به‌عنوان بخشی از سلامت روانی افراد، در بررسی‌های اخیر توسط کیز (۱۹۹۸) به معنی ارزیابی فرد از عملکرد خود در برابر اجتماع به‌عنوان یکی از ابعاد سلامتی مطرح شده است (فارسی نژاد، ۱۳۸۳: ۳۸۳). در واقع ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با دیگران،

1. Lee and Zang

2. Waterworth

3. Keys

زندیکان و گروه‌های اجتماعی که وی عضوی از آنهاست، آن را تعریف می‌کند و مقیاس سلامت اجتماعی را بخشی از سلامت فردی می‌داند که شامل پاسخ‌های درونی اوست و نشانگر رضایت یا فقدان رضایت از زندگی و محیط اجتماعی می‌باشد. مفهومی که در کنار ابعاد جسمی و روانی مورد توجه قرار گرفته است، جنبه اجتماعی آن را با محور قرار دادن فرد مورد بررسی قرار می‌دهد. سلامت اجتماعی دارای عناصر متعددی است که این عناصر در کنار یکدیگر نشان می‌دهند که چگونه و در چه درجه‌ای افراد در زندگی اجتماعی خوب عمل می‌کنند (کییز، ۱۹۹۸، به نقل از حسینی، ۱۳۷۶).

کییز و شاپیرو^۱ (۲۰۰۴) دو مدل را برای ارزیابی کیفیت کارکرد فرد، مطرح می‌کنند: مدل بیماری که سلامت را حالتی می‌داند که در آن غیاب کامل یا نسبی نشانه‌های بیماری (جسمی یا روان‌شناختی) وجود دارد و مدل سلامت که سلامت را حضور سطوح بالای بهروزی (جسمی یا روان‌شناختی) می‌داند. از دید الگوی بیماری، فردی سالم محسوب می‌شود که در طول سال گذشته مثلاً دچار افسردگی نشده باشد، اما از دید مدل سلامت، فردی سالم محسوب می‌شود که سطوح بالای بهروزی (مثلاً توانایی روابط مثبت و توأم با اطمینان) را دارا باشد (جوشن لو، ۱۳۸۷: ۱۸۰). کییز (۱۹۹۸) پنج ملاک را برای سلامت اجتماعی برمی‌شمرد که هم‌راستا با نظریه روان‌شناختی و جامعه‌شناختی بسط پیدا می‌کنند. کییز معتقد است که مدل سلامت اجتماعی که در امتداد سلامت روانی مطرح می‌شود و زمینه کارکرد مثبت را فراهم می‌کند، شامل یکپارچگی اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و شکوفایی اجتماعی می‌شود.

امیل دورکیم^۲

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 و نابسامانی در سیستم هنجاری و آنومی از مباحث خاصی است که در تئوری نابسامانی (بی‌هنجاری) دورکیم مورد تحقیق قرار گرفته است. او بی‌هنجاری را به مفهوم فقدان اجتماع بین فرد و جامعه درباره اهداف اجتماعی و انتظارات جمعی و آنچه جامعه به‌عنوان الگوهای رفتار برای اعضا خود متصور شده است به کار می‌برد. دورکیم دو نوع آنومی را تشخیص می‌دهد: یکی در سطح فردی و دیگری در سطح اجتماعی. آنومی در سطح فردی یا آنومیا 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 است و او نوعی احساس بی‌هنجاری، پوچی و بی‌قدرتی را تجربه می‌کند. آنومی در سطح اجتماعی، 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 حمایت جمعی و پشتیبانی اجتماعی است. در اینجا می‌توان گفت عوامل اجتماعی

1. Shapiro

2. Emile Durkheim

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 (یزدان پناه، ۱۳۸۲: ۹۳-۹۱).

تحلیل دورکیم از خودکشی، به فهم این مسئله که جامعه چگونه هیجان غیرقابل تحمل یا ناامیدی طاقت فرسا را در فرد ایجاد می‌کند که به نوبه خود، منجر به خودکشی می‌شود. پژوهش دورکیم به ما کمک می‌کند تا به این نکته پی ببریم که فرایندهای اجتماعی می‌توانند موقعیت‌های استرس‌زایی را ایجاد کنند که در آن، افراد مجبور می‌شوند به آن شرایط واکنش نشان دهند نه آن‌که آن واکنش یا اقدام را انتخاب کرده باشند. «آنچه دورکیم در اثر خود انجام داده، نشان دادن تأثیر جامعه بر فرد بود. وی نشان داد که افراد به این دلیل مرتکب خودکشی می‌شوند که معنا و ثباتی که از طریق نظم اجتماع در زندگی‌شان حاصل شده بود، تغییر پیدا کرده، ضعیف شده یا از میان رفته است» (مسعود نیا، ۱۳۸۹: ۵۷۶).

نظریات مرتبط با سرمایه اجتماعی

جیمز ساموئل کلمن^۱

نقش سرمایه اجتماعی در ساختار کنش مفهوم سرمایه اجتماعی را که ابتدا اقتصاددانان با توجهی خاص بدان پرداختند، کلمن از بعد اجتماعی نگریست. کلمن با طرح نظریه «انتخاب عقلانی» در رفتارهای اجتماعی، سیاسی، اقتصادی و دیگر رفتارهای انسان نشان داد که افراد در عمل کنش‌هایی را برمی‌گزینند که با در نظر گرفتن سود و زیان آن‌ها فایده یا سودمندی‌شان را به حداکثر برسانند.

در نظریه کلمن رابطه اعتماد بر پایه یک فرآیند کنشی است. در رابطه اعتماد، حداقل دو طرف وجود دارد: اعتمادکننده و امین - هر دو این‌ها هدفمند و هدف آن‌ها تأمین منافعی است. در این رابطه تصمیم اعتمادکننده بالقوه و تقریباً همیشه، مسئله برانگیز است (اختر محقی، ۱۳۸۵: ۶۸).

هرچقدر گستردگی رابطه اعتماد بیشتر باشد، احتمال برقراری و تداوم اعتماد در آینده بیشتر خواهد بود. نوع اجتماعات و میزان وجود صمیمیت و نزدیکی اعضا در اجتماعات نیز بر روی شکل‌گیری اعتماد نقش دارد؛ بدین ترتیب که در اجتماعات بسته و صمیمی سهولت و سرعت در ایجاد اعتماد قابل مشاهده است (همان: ۷۲). بنابراین از دیدگاه کلمن، کنش اجتماعی انسان بر پایه انتخاب عقلانی صورت می‌پذیرد و انتخاب عقلانی با زیربنای روابط اعتماد عملی خواهد شد (همان: ۷۳).

پیر بوردیو^۲

پیر بوردیو، جامعه‌شناس فرانسوی، اولین کسی بود که یک تحلیل نظام‌مند از سرمایه اجتماعی ارائه داد. او با مطرح کردن یک سنت به تعاملات سرمایه اجتماعی^۳ با دیگر انواع سرمایه‌ها در بازتولید نابرابری‌های اجتماعی می‌پردازد (شجاعی باغینی و همکاران، ۱۳۸۷: ۳۶). بوردیو سرمایه اجتماعی را مجموعه منابع مادی یا معنوی می‌داند که به یک فرد یا گروه اجازه می‌دهد تا شبکه پایداری از روابط کم و بیش نهادینه‌شده آشنایی و شناخت متقابل را در اختیار داشته باشد. همچنین او خاطر نشان می‌کند که برای حفظ ارزش سرمایه اجتماعی افراد،

1. James Samuel Coleman

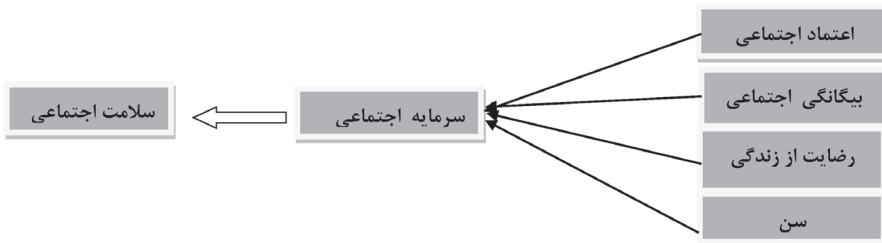
2. Pierre Bourdieu

3. Social capital

باید بر روی آن کار شود (فیلد، ۱۳۸۸: ۳۱). از نظر بوردیو، نابرابری و رقابت بر سر منافع نه تنها میان طبقات و گروه‌های متمایز جامعه، بلکه درون گروه و بین افراد عضو نیز در جریان است. در واقع، کاربرد سرمایه اجتماعی نزد بوردیو بر این امر استوار است که افراد چگونه از طریق سرمایه‌گذاری در روابط گروهی، وضعیت اقتصادی خود را در یک جامعه سلسله‌مراتبی بهبود می‌بخشند (شارع پور، ۱۳۸۴: ۱۰). بوردیو، چگالی و دوام پیوندها را ضروری می‌داند. سرمایه اجتماعی انبوهی از منافع بالقوه و بالفعلی است که از طریق داشتن شبکه‌ای نسبتاً پایدار از روابط کم‌و بیش نهادی شده از آشنایی و شناخت متقابل حاصل می‌شود. به عبارت دیگر، عضویت در یک گروه هر یک از اعضایش را از پشتیبانی یک سرمایه جمعی برخوردار می‌کند و آنان را مستحق اعتبار می‌سازد (بوردیو، ۱۳۸۰: ۲۴۸).

پس عامل ایجاد و اثربخشی سرمایه اجتماعی برای بوردیو عضویت فرد در گروه‌های اجتماعی است و موقعیت افراد در این گروه‌ها با توجه به دسترسی‌شان به سرمایه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی تعیین می‌گردد (بوردیو، ۱۳۸۰: ۳۳). از نظر وی، دو عامل کسب سرمایه‌ها توسط کنشگران اجتماعی، میدان‌های اجتماعی و عادات واره است که تعیین‌کننده جایگاه فردی در فضای اجتماعی است؛ به این معنا که عادت واره (تمایلات و گرایش‌های رفتاری افراد که ناشی از موفقیت آنان در روابط اجتماعی است) باعث فعال شدن شبکه‌های اجتماعی خاصی می‌گردد که این شبکه‌ها نیز سبب تقویت هنجارها و عضویت‌ها می‌شود و با توجه به تنوع این میدان‌های اجتماعی و انواع روابط متقارن و نامتقارن بین آن‌ها، سرمایه اجتماعی می‌تواند به بین گروهی و درون گروهی تقسیم شود (عبداللهی و موسوی، ۱۳۸۶: ۲۰۱).

مدل مفهومی پژوهش



فرضیه‌های پژوهش

- بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی جوانان رابطه وجود دارد.
- بین اعتماد اجتماعی و سلامت اجتماعی جوانان رابطه وجود دارد.
- بین بیگانگی اجتماعی و سلامت اجتماعی جوانان رابطه وجود دارد.
- بین رضایت از زندگی و سلامت اجتماعی جوانان رابطه وجود دارد.
- بین سن و سلامت اجتماعی جوانان رابطه وجود دارد.

روش شناسی پژوهش

با توجه به ماهیت موضوع پژوهش، این تحقیق از نوع همبستگی و روش جمع‌آوری داده‌ها پیمایشی است. واحد آماری فرد (جوان) می‌باشد و جامعه آماری شامل کلیه جوانان شهر خرم‌آباد در سنین ۱۵ تا ۲۹ سال می‌باشند که تعداد آنان مطابق آخرین سرشماری انجام‌شده برابر با ۱۳۲۳۶۹ نفر گزارش گردیده است. برای تعیین حجم نمونه، بر اساس فرمول تعیین حجم کوکران با خطای ۵ درصد، نمونه‌ای ۳۸۲ نفری انتخاب شده است. شیوه نمونه‌گیری این تحقیق، نمونه‌گیری خوشه‌ای متناسب است؛ بدین صورت که ابتدا سه منطقه شهرداری خرم‌آباد به‌عنوان سه خوشه اصلی در نظر گرفته شد و در مرحله بعد خیابان‌ها و میدان‌های اصلی هر منطقه از شهرداری در حکم بلوک برای خوشه‌ها در نظر گرفته شد و در مرحله آخر به روش تصادفی، پاسخگویان مورد مطالعه قرار گرفتند. به‌منظور استخراج دقیق‌تر، بیشتر سؤالات با استفاده از طیف لیکرت ساخته شد. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم‌افزار SPSS و برای ارتباط بین متغیرهای مستقل و وابسته از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندمتغیره استفاده گردید. همچنین به منظور سنجش اعتبار گویه‌ها از اعتبار صوری (مراجعه به اساتید جامعه‌شناسی) بهره‌گیری شد و پس از تهیه و تدوین شاخص‌ها و طراحی اولیه پرسشنامه، مطالعه مقدماتی انجام گرفت. هدف از این مطالعه مقدماتی، تعیین میزان پایایی پرسشنامه پژوهش بوده است. این مطالعه مقدماتی بر روی یک نمونه ۳۰ نفری از دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز به اجرا درآمد. بعد از محاسبه جمع نمرات پاسخگویان، برای سنجش میزان پایایی و همسانی دورنی گویه‌ها، از آلفای کرونباخ استفاده شد. نتایج در جدول ۱ ارائه گردیده است:

جدول ۱: ضرایب آلفای کرونباخ

متغیرها	ضرایب آلفا
سلامت اجتماعی	۰/۷۹
سرمايه اجتماعی	۰/۸۲
اعتماد اجتماعی	۰/۷۱
بیگانگی اجتماعی	۰/۷۶
رضایت از زندگی	۰/۷۵

بر اساس جدول فوق، از آنجاکه مقدار آلفای کرونباخ مربوط به هرکدام از متغیرها از ۰/۷۰ بیشتر است، می‌توان نتیجه گرفت که ابزار پژوهش، ابزاری پایا و قابل اعتماد می‌باشد.

تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرهای پژوهش

سلامت اجتماعی

سلامت اجتماعی، ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با

افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که وی عضوی از آنهاست، تعریف می‌شود. طبق این تعریف، شاخص‌های سلامت اجتماعی عبارت‌اند از: مشارکت اجتماعی (باوری که طبق آن فرد خود را عنصر حیاتی جامعه می‌داند)، انسجام اجتماعی (کیفیت روابط در گروه اجتماعی که به آن تعلق دارد)، پذیرش اجتماعی (دیدگاه مطلوب نسبت به دیگران)، شکوفایی اجتماعی (اعتقاد به توانایی‌های بالقوه اجتماع) و انطباق اجتماعی (درک اجتماع به صورت هوشمند، قابل فهم و قابل پیش‌بینی) (کیزی، ۱۹۹۸: ۱۲۲). این پرسشنامه حاوی ۵ مؤلفه (مشارکت اجتماعی، همبستگی اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، انسجام اجتماعی، و پذیرش اجتماعی) می‌باشد که در مجموع برای تمام مؤلفه‌ها ۲۰ گویه در طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای در نظر گرفته شده است - نمره ۵ مبین سلامت اجتماعی در سطح بالا و نمره ۱ مبین سلامت اجتماعی در سطح پایین می‌باشد. نمونه‌ای از گویه‌ها به اختصار در ادامه آمده است:

سرمایه اجتماعی

در تعریف بانک جهانی (۱۹۹۹) سرمایه اجتماعی اشاره دارد به نهادها، روابط و هنجارهایی که کیفیت تعاملات اجتماعی را شکل می‌دهد؛ به طوری که سرمایه اجتماعی تنها مجموعه‌ای از نهادها نیست که یک جامعه را شکل داده است؛ بلکه به مثابه چسبی است که آن‌ها را باهم نگه می‌دارد (بانک جهانی، ۱۹۹۹ به نقل از گنجی و ستوده، ۱۳۹۰). منظور از سرمایه اجتماعی در این پژوهش، میانگین نمره‌ای است که فرد از پاسخ به پرسشنامه ۷ سؤالی سلطانی و جمالی (۱۳۸۷) از قبیل رفت‌وآمد خانوادگی با دوستان، رفت‌وآمد با فامیل‌های نزدیک، مشارکت در فعالیت‌های جمعی، داشتن دوستانی از قومیت‌هایی غیر قومیت خود، عضویت در انجمن‌های محلی و ... داده است.

اعتماد اجتماعی

اعتماد اجتماعی پدیده‌ای است که تسهیل‌گر روابط انسانی است؛ آن را می‌توان احساسی تلقی کرد که فرد یا افراد درباره چیزی دارند و در واقع یک نگرش مثبت به فردی یا امری خارجی است و مبین میزان ارزیابی از پدیده‌ای است که با آن مواجهیم (عباس‌زاده، ۱۳۸۳: ۲۶۹). اعتماد اجتماعی در این پژوهش، نمره‌ای است که فرد از پرسشنامه ۹ سؤالی گنجی و هلالی ستوده (۱۳۹۰) به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای پیرامون اعتماد به رئیس‌جمهور، اعتماد به قضاوت عادلانه دادگاه، منطقی و به‌درستی وضع کردن قوانین توسط مجلس، درستی اخبار مطرح‌شده در رسانه‌ها، اعتماد به روحانیون، اعتماد به صحت اخبار توسط مطبوعات و روزنامه‌ها، قبول ضمانت مالی برای اقوام و آشنایان و ... به دست داده است.

بیگانگی اجتماعی

بیگانگی اجتماعی به وضعیتی اشاره می‌کند که در آن فرد نسبت به فعالیت‌های علمی، دانشگاهی، زندگی، اجتماعی و سیاسی خود بیگانه شده است (بنی فاطمه و رسولی، ۱۳۹۰). از خودبیگانگی نوعی احساس انفصال، جدایی و نداشتن پیوند ذهنی و عینی میان فرد و جامعه است (محسنی تبریزی، ۱۳۸۲: ۱۲). بیگانگی اجتماعی در این پژوهش، میانگین نمره‌ای است که پاسخگو از پرسشنامه ۲۶ سؤالی بیگانگی اجتماعی اقتباس‌شده از تحقیق بنی فاطمه و رسولی (۱۳۹۰)، به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای پیرامون احساس عدم تسلط بر زندگی

شخصی، احساس ناتوانی در برابر مشکلات، داشتن احساس خوب به هم‌نشینی با دوستان، مشارکت در رفع مشکلات دیگران، علاقه به ارزش‌های فرهنگی خودم و داده است.

رضایت از زندگی

هلیول و پوتنام (۲۰۰۶)، رضایت از زندگی را ارزیابی کلی فرد نسبت به زندگی و خوشبختی تعریف کرده‌اند. محسنی و صالحی (۲۰۰۳) رضایت از زندگی را به‌عنوان معیاری کلی نشان‌دهنده گرایش، قضاوت و عکس‌العمل افراد نسبت محیط اطرافشان تعریف کرده‌اند. برای سنجش میزان رضایت از زندگی پاسخگویان در این تحقیق از مقیاس رضایت از زندگی که توسط داینر و همکاران (۱۹۸۵) طراحی شده، استفاده گردیده است. گویه‌های مورد استفاده در این پژوهش عبارت‌اند از: احساس رضایت از زندگی، سرحال بودن از نظر روحی و عاطفی، داشتن احساس خوشبختی، علاقه‌مند به انجام کار، داشتن احساس پیشرفت و امید به آینده و ... که در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای سنجیده شده‌اند.

یافته‌های پژوهش

یافته‌های توصیفی

در این پژوهش مهم‌ترین متغیرهای جمعیت شناختی همچون: سن، جنس، مقطع تحصیلی و وضعیت تأهل به‌عنوان متغیرهای زمینه‌ای در نظر گرفته شده‌اند:

جدول ۲: ویژگی‌های جمعیت شناختی (متغیرهای زمینه‌ای)

جنس	زن: ۴۸/۹ درصد	مرد: ۵۱/۱ درصد
سن	بیشترین: ۱۶/۴ درصد افراد ۲۴ تا ۲۶ سال کمترین: ۶/۸ درصد افراد ۱۵ تا ۱۷ سال	
میزان تحصیلات	بیشترین: ۴۲/۲ درصد لیسانس کمترین: ۲/۱ درصد دکتری	
وضعیت تأهل	مجرد: ۸۱/۸ درصد	متأهل: ۱۶/۱ درصد

جدول ۳: شاخص‌های آماری سلامت اجتماعی، سرمایه اجتماعی، اعتماد اجتماعی، بیگانگی اجتماعی و رضایت از زندگی

شاخص‌ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	واریانس	کمترین	بیشترین
سلامت اجتماعی	۳۸۲	۷۵/۵۰	۸/۷۳	۱۳/۲۳	۳۲	۸۹
سرمایه اجتماعی	۳۸۲	۲۷/۳۴	۴/۸۹	۵/۰۴	۱۱	۳۲
اعتماد اجتماعی	۳۸۲	۲۶/۸۸	۳/۰۶	۴/۱۹	۱۶	۳۸
بیگانگی اجتماعی	۳۸۲	۶۸/۱۲	۱۶/۱۸	۲۵/۲۹	۳۵	۱۱۶
رضایت از زندگی	۳۸۲	۱۳/۶۶	۳/۹۴	۱۰/۴۸	۹	۲۱

جدول فوق، شاخص‌های آماری متغیرهای سلامت اجتماعی، سرمایه اجتماعی، اعتماد اجتماعی، بیگانگی اجتماعی و رضایت از زندگی را نشان می‌دهد. میانگین متغیر سلامت اجتماعی برابر با $75/50$ است. با توجه به وجود 20 گویه برای سنجش سلامت اجتماعی با احتساب طیف امتیازها به هر گویه از 1 تا 5 (حداقل 20 و حداکثر 100)، امتیاز 3 معادل 60 امتیاز برای متغیر سلامت اجتماعی نشانگر میزان متوسط آماری است. بنابراین امتیاز به‌دست آمده معادل $75/50$ برای جوانان ساکن در این شهر، به معنای برخورداری آن‌ها از سلامت اجتماعی بالاتر از متوسط است. همچنین با توجه به میانگین متغیر سرمایه اجتماعی ($27/34$) و با توجه به وجود 7 گویه برای سنجش این متغیر با احتساب طیف امتیازها به هر گویه از 1 تا 5 (حداقل 7 و حداکثر 35)، امتیاز 3 معادل 21 امتیاز برای متغیر سرمایه اجتماعی نشانگر میزان متوسط آماری است. باید اذعان نمود جوانان مورد بررسی از سرمایه اجتماعی در سطح خوبی برخوردار هستند. با توجه به میانگین متغیر اعتماد اجتماعی که برابر با $26/88$ است و با توجه به وجود 9 گویه برای سنجش اعتماد اجتماعی و با احتساب طیف امتیازها به هر گویه از 1 تا 5 (حداقل 9 و حداکثر 45)، امتیاز 3 معادل 27 امتیاز برای متغیر اعتماد اجتماعی نشانگر میزان متوسط آماری است و باید گفت میزان اعتماد اجتماعی جوانان در حد متوسط و رو به پایینی قرار دارد. همین‌طور با توجه به میانگین متغیر بیگانگی اجتماعی که برابر با $68/12$ است و با توجه به وجود 26 گویه برای سنجش بیگانگی اجتماعی با احتساب طیف امتیازها به هر گویه از 1 تا 5 (حداقل 26 و حداکثر 130)، امتیاز 3 معادل 78 امتیاز برای متغیر بیگانگی اجتماعی نشانگر میزان متوسط آماری است، باید گفت میزان احساس بیگانگی اجتماعی جوانان در حد متوسط به پایینی قرار دارد. همچنین با توجه به میانگین متغیر رضایت از زندگی که برابر با $13/66$ است و با توجه به وجود 5 گویه برای سنجش رضایت از زندگی با احتساب طیف امتیازها به هر گویه از 1 تا 5 (حداقل 5 و حداکثر 25)، امتیاز 3 معادل 15 امتیاز برای متغیر رضایت از زندگی نشانگر میزان متوسط آماری است، باید گفت میزان رضایت از زندگی جوانان در حد متوسط و رو به پایینی قرار دارد.

آزمون فرضیه‌های پژوهش

جدول ۴: نتایج آزمون همبستگی بین متغیرهای مستقل و متغیر وابسته

متغیرها	همبستگی پیرسون	سطح معنی‌داری	نتیجه آزمون	نوع رابطه
رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی	$0/598$	$0/001$	تأیید	مستقیم
رابطه بین اعتماد اجتماعی و سلامت اجتماعی	$0/428$	$0/000$	تأیید	مستقیم
رابطه بین بیگانگی اجتماعی و سلامت اجتماعی	$-0/692$	$0/000$	تأیید	معکوس
رابطه بین رضایت از زندگی و سلامت اجتماعی	$0/632$	$0/001$	تأیید	مستقیم
سن و سلامت اجتماعی	$0/243$	$0/000$	تأیید	مستقیم

جدول ۴ نشان دهنده نتایج آزمون همبستگی بین متغیرهای مستقل (سرمایه اجتماعی، اعتماد اجتماعی، بیگانگی اجتماعی، رضایت از زندگی و سن) و متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) است. با توجه به داده‌های جدول تمامی موارد مذکور در فرضیه پژوهش تأیید شده و فرض صفر (نداشتن رابطه) رد گردیده است؛ بدین معنا که شاخص سرمایه اجتماعی به جز متغیر بیگانگی اجتماعی، با شاخص سلامت اجتماعی رابطه معنادار و مستقیم و مثبتی را با شدت مختلف داشته و متغیر بیگانگی اجتماعی از رابطه معکوس و معناداری برخوردار بوده است - تغییرات در متغیر مستقل باعث ایجاد نوسان در متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) خواهد شد. همچنین با توجه به سطوح معناداری آزمون همبستگی در همه موارد که کوچک‌تر از ۰/۰۱ به دست آمده است، بنابراین فرضیه اصلی پژوهش مبنی بر اینکه میان سرمایه اجتماعی جوانان و سلامت اجتماعی آنان رابطه وجود دارد، تأیید می‌شود. به عبارت دیگر، هرچه میزان سرمایه اجتماعی جوانان (و ابعاد آن) بیشتر باشد، آنان از میزان سلامت اجتماعی بالاتری برخوردارند.

رگرسیون چندمتغیره

جدول زیر نتایج اصلی رگرسیون را نشان می‌دهند. برای این که میزان واریانس تبیین شده متغیر سلامت اجتماعی توسط متغیرهای مستقل (سرمایه اجتماعی، اعتماد اجتماعی، بیگانگی اجتماعی، رضایت از زندگی و سن) سنجیده شود، از این نتایج استفاده گردیده است. باید خاطر نشان کرد که از رگرسیون به شیوه گام‌به‌گام (Stip wise) بهره‌گیری شده است.

جدول ۵: میزان سلامت اجتماعی (ضریب همبستگی چندگانه) توسط متغیرهای مستقل

مدل	متغیرها	ضریب همبستگی چندگانه	ضریب تعیین چندگانه (R ²)	(R ²) تعدیل شده	سطح معنی داری
۱	سرمایه اجتماعی	۰/۴۱۵	۰/۱۷۲	۰/۱۷۱	۰/۰۰۰
۲	سرمایه اجتماعی اعتماد اجتماعی	۰/۵۰۹	۰/۲۵۹	۰/۲۵۶	۰/۰۰۰
۳	سرمایه اجتماعی اعتماد اجتماعی بیگانگی اجتماعی	۰/۵۳۹	۰/۲۹۱	۰/۲۸۷	۰/۰۰۰
۴	سرمایه اجتماعی اعتماد اجتماعی بیگانگی اجتماعی رضایت از زندگی	۰/۵۵۴	۰/۳۰۷	۰/۳۰۳	۰/۰۰۰
۵	سرمایه اجتماعی اعتماد اجتماعی بیگانگی اجتماعی رضایت از زندگی سن	۰/۶۲۹	۰/۴۳۱	۰/۴۲۴	۰/۰۰۰

نتایج تحلیل رگرسیونی متغیرهای مستقل (سرمایه اجتماعی، اعتماد اجتماعی، بیگانگی اجتماعی، رضایت از زندگی و سن) و متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) در جدول فوق آمده است. همان‌گونه که در جدول بالا هویدا است مجموع متغیرهای وارد شده در مدل رگرسیونی با هم‌دیگر ۴۲/۴ درصد از واریانس و یا تغییرات سلامت اجتماعی را تبیین می‌کنند. بقیه واریانس آن ناشی از عوامل و متغیرهای دیگری است که در مدل نیامده‌اند. سطح معنی‌داری در همه متغیرها برابر ۰/۰۰۰ بوده است و این نشان می‌دهد که تأثیر چندگانه متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته معنی‌دار است و همبستگی مثبت و متوسطی (۰/۶۲۹) بین هر ۵ متغیر مستقل و متغیر وابسته سلامت اجتماعی وجود دارد.

جدول ۶: رگرسیون تأثیر متغیرهای مستقل بر میزان سلامت اجتماعی

سطح معنی‌داری	مقدار t	ضرایب استاندارد (Beta)	ضرایب غیراستاندارد		متغیرهای مستقل
			خطای معیار	B	
۰/۰۰۰	۱۴/۶۹۹		۶/۹۶۳	۷۶/۵۵۹	مقدار ثابت
۰/۰۰۰	۴/۳۹۱	۰/۲۶۰	۰/۰۳۲	۱/۱۴۲	سرمایه اجتماعی
۰/۰۰۰	۷/۳۵۴	۰/۳۶۴	۰/۳۹۵	۱/۱۹۵	اعتماد اجتماعی
۰/۰۰۰	-۹/۵۵۱	-۰/۴۹۴	۰/۰۳۰	-۰/۲۸۳	بیگانگی اجتماعی
۰/۰۰۶	۲/۱۰۹	۰/۰۸۰	۰/۱۴۳	۰/۳۰۱	رضایت از زندگی
۰/۰۰۰	۳/۹۶۵	۱/۱۰۶	۰/۱۴۸	۰/۱۵۳	سن

در جدول ۶، مدل رگرسیونی برای متغیر سلامت اجتماعی آمده است. در مدل ضرایب تأثیر رگرسیونی هر متغیر مستقل بر متغیر وابسته با توجه به مقداری بتا و سطح معنی‌داری آن‌ها آمده است که با توجه به سطح معنی‌داری متغیرهای وارده در معادله رگرسیونی مشخص شده است که در جدول ۶، تمامی متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) تأثیر دارد. همچنین مقدار بتای متغیرها نیز نشان می‌دهد که به ازای یک واحد انحراف استاندارد در متغیرهای مستقل به مقدار بتای آن‌ها متغیر بر متغیر وابسته افزوده می‌شود.

با توجه به جدول ۶، مقدار ضریب همبستگی (R) بین متغیرها ۰/۶۲۹ است که نشان می‌دهد بین مجموعه متغیرهای مستقل و متغیر وابسته همبستگی متوسطی وجود دارد. همچنین مقدار ضریب تعیین تعدیل شده برابر با ۰/۴۲۴ است که با توجه به این مقدار، متغیرهای وارد شده توانسته ۴۲/۴ درصد از تغییرات سلامت اجتماعی را تبیین کنند. بنابراین بقیه این تغییرات (۵۷/۶ درصد) تحت تأثیر متغیرهای خارج از مدل است. لذا می‌توان نتیجه گرفت که مدل رگرسیونی تحقیق مرکب از ۵ متغیر مستقل و یک متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) مدل

خوبی بوده و این پنج متغیر (سرمایه اجتماعی، اعتماد اجتماعی، بیگانگی اجتماعی، رضایت از زندگی و سن) قادرند تغییرات میزان برخورداری از سلامت اجتماعی را تبیین کنند و نتایج به دست آمده قابل تعمیم به جامعه است.

بحث و نتیجه گیری

سلامت و تأمین آن یکی از مقوله‌هایی است که از دیرباز مورد توجه بشر بوده و دولت‌ها تلاش می‌کنند شرایطی فراهم سازند تا مردم از بالاترین سطح سلامت با توزیعی عادلانه بهره‌مند شوند. در گذشته، مقوله سلامت یک پدیده اجتماعی تلقی نمی‌شد و بیشتر پدیده‌ای فردی به حساب می‌آمد. با شکل‌گیری حکومت‌های مردم‌سالار، تأمین سلامت به‌عنوان یک حق و درخواست اجتماعی در مجموع وظایف دولت‌ها و تعهدات بین‌المللی آن‌ها قرار گرفته است (خسروی و نجفی، ۱۳۸۸) و سازمان جهانی بهداشت، سلامت اجتماعی را به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های کلیدی سلامت و بهداشت معرفی کرده است (Larson, 1996). بنابراین با توجه به اهمیت بررسی این نوع از سلامت به‌ویژه در میان جوانان، پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی جوانان در خرم‌آباد انجام شده است و نتایج زیر به دست آمده است:

فرضیه اول: بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی جوانان رابطه وجود دارد.

نتایج پژوهش حاضر در جهت تأیید این فرضیه پیش رفت. جیمز کلمن، سرمایه اجتماعی را به‌وسیله 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 باهم» (سعادت، ۱۳۸۵: ۱۷۶). از دیدگاه بوردیو، 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).

فرضیه دوم: بین اعتماد اجتماعی و سلامت اجتماعی جوانان رابطه وجود دارد.

طبق یافته‌های این پژوهش، این فرضیه مورد تأیید می‌باشد. اعتماد به‌عنوان یکی از ابعاد و مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و به‌مثابه 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 (شربتیان، ۱۳۹۰). بسیاری از فیلسوفان اجتماعی نظیر هیس و توکویل معتقدند که اعتماد، پایه اساسی نظم اجتماعی می‌باشد و 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. همچنین 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 به‌عنوان مکانیسم کنترل اجتماعی در جامعه عمل می‌کند (پاتنام، ۱۳۸۰: ۷۵). همین‌طور مطابق با دیدگاه مسعود چلبی، اعتماد ریشه در وابستگی عاطفی دارد. هرگاه عواطف زمینه رشد یافته و بتواند در میان افراد انتقال یابد، اعتماد ایجاد و تقویت می‌گردد. در ارتباط با چگونگی انتقال عواطف، او معتقد است تعاملات اظهاری یا روابط گرم در این زمینه نقش کلیدی دارند. تعاملات اظهاری برخلاف تعاملات ابزاری، حامل عواطف، دوستی و صمیمیت و اعتماد می‌باشند و تمایل به این دارند که در حریم گروه‌های اولیه و اجتماعات طبیعی مستقر شوند. روابط ابزاری با هدف تأمین منافع شخصی انجام می‌گیرند و تمایل دارند که در ورای گروه‌های اولیه و اجتماعات طبیعی قرار بگیرند. چلبی ترکیب مناسب روابط اظهاری و ابزاری را کلید گسترش اعتماد در جامعه می‌داند. در واقع با گسترش روابط ابزاری و باز شدن گروه‌های اولیه و اجتماعات طبیعی بر روی کل جامعه است که مسیر عبور روابط اظهاری از درون گروه‌ها به بیرون آن‌ها مهیا می‌شود. یافته‌های حال از این فرضیه با یافته‌های پژوهش‌های منگ و چن (۲۰۱۴) همخوانی دارد.

فرضیه سوم: بین بیگانگی اجتماعی و سلامت اجتماعی جوانان رابطه وجود دارد.

طبق یافته‌های این پژوهش فرضیه حاضر مورد تأیید قرار گرفت. در واقع این فرضیه را نیز می‌توان با رویکرد از خودبیگانگی مارکس تبیین کرد که معتقد است سلامت اجتماعی عدم حضور عوامل ضد اجتماعی مانند از خودبیگانگی و بی‌هنجاری است. به عقیده مارکس، در از خودبیگانگی انرژی ذهنی و جسمانی شخص به فعالیت تبدیل می‌شود که علیه او جهت می‌گیرد و مستقل از اوست و به او هیچ تعلق ندارد. سرانجام انسان از خودبیگانه، از اجتماع بشری و از هستی نوعی‌اش نیز بیگانه می‌شود. بنابراین با توجه به مفهوم مارکس از بیگانگی، انسانی که دچار این حالت شده نمی‌تواند از سلامت ذهنی و روانی خوبی در جامعه برخوردار باشد. بنابراین در عملکردهای اختلال به وجود می‌آید (Keyes, 2004: 6). طبق نظر کییز، فرد سالم از نظر اجتماعی زمانی عملکرد خوبی دارد که اجتماعی را به‌صورت مجموعه معنادار، قابل فهم و دارای بالقوه‌هایی برای رشد و شکوفایی بداند. احساس کند که متعلق به گروه‌های اجتماعی و متعلق به خود است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن شریک بداند. همچنین مطابق دیدگاه دورکیم هر نوع قطع ارتباط بین فرد و جامعه به‌گونه‌ای که افراد در چارچوب‌های اجتماعی جذب نگردند، زمینه‌ای برای آنومیک و مساعد برای رشد انحرافات اجتماعی است. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های لی و زانگ (۲۰۱۵) و واتروس و همکاران (۲۰۱۴) همخوانی دارد.

فرضیه چهارم: بین رضایت از زندگی و سلامت اجتماعی جوانان رابطه وجود دارد.

نتایج این پژوهش در جهت تأیید رابطه بین رضایت از زندگی و سلامت اجتماعی پیش رفت. این یافته‌ها با نتیجه مالتبای و همکاران (۲۰۰۴) که معتقدند افرادی که رضایت از زندگی بالاتری دارند از سبک‌های مقابله‌ای مؤثرتر و مناسب‌تر استفاده می‌کنند، عواطف و احساسات مثبت عمیق‌تری را تجربه می‌نمایند و از سلامت عمومی بالاتری برخوردارند و کییز (۲۰۰۴)، زولینگ و همکاران (۲۰۰۵) هم‌خوانی دارند، چراکه نشان می‌دهند رضایت از زندگی بر سلامتی تأثیرگذار است. به لحاظ تئوریک نیز هنس معتقد است رضایت

از زندگی، یکی از منابع و شاخص‌های مهم سلامتی است. رضایت از زندگی به سلامتی مرتبط شده است و نارضایتی یکی از عوامل پیش‌بینی‌کننده بیماری و مرگ است (Ogilvie, 2015). رضایت از زندگی نیز تا حدود زیادی به ارزیابی فرد از موقعیت و شرایط زندگی خویش بستگی دارد (سام‌آرا، ۱۳۸۸)، زیرا احساس رضایت از زندگی یک ارزیابی نسبی است. به عبارت دیگر، نارضایتی از کار، درآمد، محیط خانواده و زندگی... می‌تواند موجب اختلالات روانی و ناهنجاری‌های اجتماعی گردد و این امر مانع شکوفایی استعدادها و فرد خواهد شد. این عدم شکوفایی اجتماعی - که از ابعاد سلامت اجتماعی نیز به شمار می‌آید - به‌وضوح با مفهوم سلامت اجتماعی ارتباط تنگاتنگی دارد (پور افکاری، ۱۳۹۱).

فرضیه پنجم: بین سن و سلامت اجتماعی جوانان رابطه وجود دارد.

فرضیه بررسی رابطه بین سن و سلامت اجتماعی در سطح اطمینان ۹۵ درصد تایید شده است؛ بدین صورت که می‌توان نتیجه گرفت که بین سن و سلامت اجتماعی رابطه مثبت معناداری وجود دارد. بنابراین، با افزایش سن افراد بر سلامت اجتماعی آن‌ها افزوده شده است. این یافته با نتیجه پژوهش‌های موحدی (۱۳۸۸)، زکی و خشوعی (۱۳۹۲) و مک آرتور (۲۰۰۸) هماهنگ است.

بدین ترتیب، مهمترین نتایج پژوهش حاضر عبارت‌اند از:

- در تبیین چگونگی ارتباط سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی باید اذعان داشت که یکی از وجوه سلامت اجتماعی، رابطه اجتماعی است و سرمایه اجتماعی از طریق ایجاد احساس اعتماد، امید به زندگی، مشارکت‌پذیری و تسهیل‌کنشگری جمعی و کنش بر اساس اعتماد متقابل و همدردی مشترک به سلامت اجتماعی به‌عنوان یکی از شقوق توسعه پایدار کمک می‌نماید.
- سرمایه اجتماعی از طریق ایجاد حس اعتماد در جامعه منجر به بروز محیط اجتماعی مناسب می‌شود و احساس بی‌قدرتی و بیگانگی در جوانان را کاهش می‌دهد و از این طریق سلامت اجتماعی آنان را ارتقا خواهد داد.
- سرمایه اجتماعی، یکی از منابع ارزشمندی است که امکان دسترسی به سایر منابع را تسهیل می‌کند. به‌عنوان نمونه، سرمایه اجتماعی نقش مهمی در کاهش گرایش به جرم و خرابکاری در نوجوانان و جوانان دارد. همچنین به‌واسطه ایجاد شرایط مناسب آموزشی زمینه موفقیت جوانان را فراهم می‌آورد و در آنان نوعی حس خودباوری ایجاد می‌کند و سلامت اجتماعی آن‌ها را ارتقا می‌دهد.
- اعتماد اجتماعی به‌عنوان یکی از ابعاد اصلی سرمایه اجتماعی این نکته را خاطر نشان می‌سازد که در صورت اعتماد بین افراد رفتارهای ضد اجتماعی از قبیل جرم، خودکشی و خشونت و سایر مسائل اجتماعی کمتر رخ می‌دهد و در نهایت اعتماد اجتماعی بالا در یک جامعه بر روی سلامت اجتماعی آن جامعه تاثیرگذار است.
- مشارکت افراد با گروه‌ها و هم‌گامی آن‌ها با هم، نقش‌های معنی‌داری از قبیل نقش خانوادگی و... را برای آن‌ها تعریف می‌کند. تقویت این نقش‌ها به نوبه خود احساس ارزشمند بودن و تعلق داشتن و وابستگی در افراد ایجاد می‌کند.

پیشنهادها

- با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش و اهمیت موضوع مورد بررسی راهکارهای زیر پیشنهاد می‌شود:
- بسترسازی در حوزه ارتقای اعتماد پایدار در میان نسل جوان و نوجوان نسبت به زندگی اجتماعی و جامعه؛
- برنامه‌ریزی حوزه آموزش عالی و آموزش و پرورش در جهت تقویت اعتماد اجتماعی مستمر و پایدار در بین نسل جوان و نوجوان؛
- 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 واهمه از چالش‌های سیاسی در جامعه؛
- اتخاذ تدابیر اجتماعی، اقتصادی، سیاسی در حوزه تقویت رضایت از زندگی و ارتقای کیفیت زندگی تمام اقشار جامعه به‌خصوص در میان نسل جوان و نوجوان؛
- ایجاد انگیزه در جوانان نسبت به آینده و فراهم آوردن شرایط و بسترهای ایجاد جذب در جامعه از طریق سازوکارهای اقتصادی و اشتغال پایدار در جامعه.
- افزایش زمینه مشارکت جوانان در انجمن‌های داوطلبانه توسط مراجع ذیصلاح و گسترش تعاملات بین جوانان از طریق برنامه‌های تفریحی سیاحتی و زیارتی با محوریت برنامه‌های علمی و آموزشی و تقویت کانون‌های اجتماعی.
- بی‌شک، این بسترسازی و حضور فعال جوانان در کانون‌ها و تشکل‌های غیردولتی ضمن شکل‌دهی به شبکه اجتماعی، به واسطه عضویت افراد منجر به بهبود کیفیت روابط اجتماعی میان آن‌ها و بالا رفتن احساس ارزشمند بودن فرد و در نهایت موجب ارتقای سلامت اجتماعی این قشر مهم از جامعه خواهد شد.

منابع

- بنی فاطمه، حسین و رسولی، زهره. (۱۳۹۰). «بررسی میزان بیگانگی اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه تبریز و عوامل مرتبط با آن». جامعه‌شناسی کاربردی. شماره ۱.
- بوردیو، پیر. (۱۳۸۰). نظریه کنش: دلایل عملی و انتخاب عقلانی. مرتضی مردی‌ها. تهران: انتشارات نقش و نگار
- پاتنام، رابرت. (۱۳۸۰). دموکراسی و سنت‌های مدنی. محمدتقی دلفروز. تهران: دفتر مطالعات و تحقیقات سیاسی وزارت کشور
- پور افکاری، نصر اله. (۱۳۹۱). «بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی در شهرستان پاپوه». فصلنامه تخصصی علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شوشتر، شماره ۱۸.
- جلیلیان، فرنگیس. (۱۳۹۸). «رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی با میانجی‌گری خودکارآمدی اجتماعی در کارکنان آموزش و پرورش شهرستان اسلام‌آباد غرب». پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه پیام نور، استان کرمانشاه.
- جوشن لو، محسن. (۱۳۸۷). «طراحی فرم کوتاه مقیاس بهروزی اجتماعی برای استفاده در نمونه‌های ایرانی». فصلنامه رفاه اجتماعی. سال نهم، شماره ۳۲.
- حسینی، فاطمه. (۱۳۸۸). «بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان و عوامل مؤثر بر آن». پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی (ره).
- حسینی، فاطمه. (۱۳۹۰). «بررسی رابطه نحوه گذران اوقات فراغت و میزان سلامت اجتماعی شهروندان ۱۹ تا ۲۹ ساله منطقه ۲۲ تهران». پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.
- رضادوست، کریم؛ حسینی زاده، علی حسین و رستمی، ایوب. (۱۳۹۸). «بررسی عوامل جامعه‌شناختی مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز». فصلنامه توسعه اجتماعی. دوره ۱۴، شماره ۱.
- زکی، محمدعلی و خشوعی، مریم السادات. (۱۳۹۲). «سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در بین شهروندان شهر اصفهان». مطالعات جامعه‌شناختی شهر. شماره ۸.
- سام آرا، عزت‌الله. (۱۳۸۸). «بررسی رابطه سلامت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه‌محور». فصلنامه علمی پژوهشی انتظام اجتماعی. سال اول، شماره ۱.
- سجادی، حمیرا و صدرا لسادات، سیدجلال. (۱۳۸۳). «شاخص‌های سلامت اجتماعی». مجله سیاسی اقتصادی. دوره ۱۹، شماره ۳۰۴.
- شارع پور، محمود. (۱۳۹۵). سرمایه اجتماعی و مفهوم‌سازی، سنجش و دلالت‌های سیاست‌گذاری. مازندران: سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی
- شجاعی باغینی، محمد مهدی و همکاران. (۱۳۸۷). مبانی مفهوم سرمایه اجتماعی. تهران: پژوهشکده مطالعات فرهنگی اجتماعی
- عباس زاده، محمد. (۱۳۸۳). «عوامل مؤثر بر شکل‌گیری اعتماد اجتماعی دانشجویان». فصلنامه رفاه اجتماعی. شماره ۱۵.
- عبداللهی، محمد و موسوی، میر طاهما. (۱۳۸۶). «سرمایه اجتماعی در ایران، وضعیت موجود، دورنمای آینده و امکان شناسایی گذار». فصلنامه رفاه اجتماعی. سال ششم، مشابه ۲۵.
- علوی حکمت، زهرا. (۱۳۹۳). «بررسی رابطه انواع سرمایه با سلامت اجتماعی افراد در شهر تهران». پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته جامعه‌شناسی، دانشگاه الزهرا (س)، تهران.
- فارسی نژاد، معصومه. (۱۳۸۳). «بررسی رابطه سبک‌های هویت با سلامت اجتماعی و خودکارآمدی تحصیلی در دانش‌آموزان دختر و پسر پایه دوم دبیرستان‌های شهر تهران». پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی، دانشگاه تهران.

- فیلد، جان. (۱۳۸۸). سرمایه اجتماعی. غلامرضا غفاری و حسین رمضانی. تهران: کویر
- کدخدایی، فاطمه و لطفی، سروش. (۱۳۹۲). «سنجش میزان سلامت اجتماعی دانش‌آموزان دختر مقطع دبیرستان‌های شهر شیراز و بررسی عوامل مؤثر بر آن». فصل‌نامه پژوهش اجتماعی. سال پنجم، شماره ۲۰، صص ۱۸۳-۲۰۷.
- محسنی تیریزی، علیرضا. (۱۳۸۲). «بیگانگی فعال و بیگانگی منفعل: مطالعه موردی دانشجویان ایرانی». نشریه نامه علوم اجتماعی. دوره ۲، شماره ۲۲.
- مرندی، علیرضا. (۱۳۹۵). «عوامل اجتماعی سلامت در کتاب جامع بهداشت عمومی». چاپ دوم، تهران: وزارت بهداشت و درمان، کمیته رایانه‌ای کردن طب و بهداشت
- مسعود نیا، ابراهیم. (۱۳۸۹). جامعه‌شناسی پزشکی. تهران: انتشارات دانشگاه تهران
- مسعودی، صدیقه. (۱۳۹۸). «بررسی رابطه سلامت اجتماعی و مسئولیت‌پذیری دانشجویان دانشگاه (س)». پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهرا (س)، دانشکده علوم اجتماعی و اقتصادی.
- یزدان پناه، لیللا. (۱۳۸۲). «بررسی عوامل مؤثر بر مشارکت شهروندان ۱۸ سال به بالای شهر تهران». پایان‌نامه دکتری رشته جامعه‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی.
- Keyes, C. L. M. (1998). "Social Well-Being". *Social Psychology Quarterly*, 61:21-140.
- Keyes, C. L. M. and A. D. Shapiro. (2001). "Cumulate advantage and disadvantage in social well-being: Profiles by sex, age, and socioeconomic index". Manuscript, Emory University.
- Keyes, C. L. M. and Shapiro, A. (2004). "Social Well-being IN the U.S.: A Descriptive Epidemiology, Healthy Are You? A National Study of Well-being of Midlife". Chicago: University Of Chicago Press.
- Li, T. and Zhang, Y. (2015). "Social network types and the health of older adults: Exploring reciprocal associations". *Social Science & Medicine*, Vol 130: 59-68.
- Meng, T. and Chen, H. (2014). "A multilevel analysis of social capital and self-rated health: evidence from China". *Health & Place*, 27, 38-44.
- Mora, D. C., Grzywacz, J. G., Anderson, A. M., Chen, H.; Arcury, T. A., Marin, A. J. et.al. (2014). "Social isolation among Latino workers in rural North Carolina: exposure and health implications". *Journal of Immigrant Minor Health*, 5: 822-830.
- Waterworth, P., Rosenberg, M., Braham, R., Pescud, M. and Dimmock, J. (2014). "The effect of social support on the health of Indigenous Australians in a metropolitan community". *Social Science & Medicine*, 119:139-146.