

## بررسی سلامت اجتماعی و عوامل اثرگذار بر آن

دکتر فاطمه مدیری<sup>۱</sup>، دکتر خدیجه سفیری<sup>۲</sup> و فاطمه منصوریان<sup>۳</sup>

تاریخ وصول: ۹۵/۱۰/۱۵

تاریخ پذیرش: ۹۶/۷/۹

### چکیده:

سلامت اجتماعی به عنوان عاملی برای ارزیابی و شناخت فرد از عملکرد اجتماعی خویش تحت تأثیر عوامل متعددی قرار داشته و در تحقیقات مختلف از زوایای گوناگون مورد بررسی قرار گرفته است. تحقیقات انجام شده عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی را پراکنده، متفاوت و گاهی متناقض معرفی کرده‌اند. بر این اساس این مقاله به بررسی این عوامل به روش اسنادی و با استفاده از ۲۲ مقاله علمی پژوهشی و پایان‌نامه، به شیوه‌ی فراگیر و جامع فراتحلیل و با استفاده از نرم‌افزار CMA پرداخته و در پی آن است که نشان دهد، از میان عوامل بررسی شده، کدامیک با سلامت اجتماعی رابطه‌ی قابل قبول داشته و شدت تأثیر این متغیرها بر سلامت اجتماعی به چه میزان بوده است. تجزیه و تحلیل داده‌ها، با استناد به یافته‌های توصیفی و همچنین ترکیب کمی نتایج پژوهش‌های مورد مطالعه نشان داد: ۱- اکثر افراد مطالعه شده (۵۶/۳ درصد) از سلامت اجتماعی متوسط برخوردارند؛ ۲- مهارت‌های ارتباطی، کیفیت زندگی، گذران اوقات فراغت، سن، پایگاه اقتصادی - اجتماعی و جنس با توجه به اندازه‌ی شدت اثر به ترتیب بر سلامت اجتماعی اثرگذارند؛ ۳- میان تاهل و تحصیلات با سلامت اجتماعی رابطه‌ی معناداری برقرار نیست. یافته‌های تحقیق تأییدکننده‌ی تئوری‌های کبیز، اسمیت، فرانس و ماتسون است.

**مفاهیم کلیدی:** سلامت اجتماعی، فراتحلیل، مهارت‌های ارتباطی، کیفیت

<sup>۱</sup> استادیار گروه جامعه‌شناسی (گروه مطالعات خانواده)، مؤسسه‌ی مطالعات و مدیریت جامع و تخصصی

جمعیت کشور (نویسنده‌ی مسئول) fateme.modiri@psri.ac.ir

<sup>۲</sup> استاد گروه جامعه‌شناسی دانشگاه الزهرا kh.safiri@alzahra.ac.ir

<sup>۳</sup> کارشناس ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه الزهرا fmansoriyan@yahoo.com

## مقدمه و بیان مسأله

با تعریف سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup> در سال ۱۹۴۸ از سلامت<sup>۲</sup>، به‌عنوان رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی افراد و نه صرفاً فقدان بیماری یا ناتوانی (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۶)، سلامت که تا آن زمان تنها با بعد جسمی و نبود بیماری شناخته می‌شده، با سایر ابعاد به‌خصوص بعد اجتماعی مورد توجه قرار گرفته و از آن زمان سلامت اجتماعی<sup>۳</sup> با محور قرار دادن فرد، به‌عنوان یکی از سطوح سلامت شناسایی شده است. این تعریف سلامتی را به توانایی مواجهه و تطابق با یک محیط خاص پیوند می‌دهد و آن را به‌عنوان وسیله‌ای که هم بر امکانات اجتماعی و فردی تأکید دارد و هم بر توانایی‌های جسمی، معرفی می‌کند و نشان می‌دهد سلامتی در فرایندها و اقدامات روزمره‌ی زندگی مردم ریشه دارد. بر این اساس سلامت اجتماعی هم بخشی از ارکان سلامت محسوب می‌شود و هم می‌تواند تابعی از آن باشد.

بلوک و برسلو<sup>۴</sup> برای نخستین بار در سال ۱۹۷۲، به مفهوم سلامت اجتماعی پرداختند. آن‌ها سلامت اجتماعی را با میزان عملکرد اعضای جامعه مترادف دانستند. لارسن<sup>۵</sup> (۱۹۹۶)، سلامت اجتماعی را نوعی ارزیابی فرد از کیفیت روابطش با خانواده و دیگران و گروه‌های اجتماعی تعریف می‌کند. وی معتقد است که مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد را می‌سنجد که نشان‌گر رضایت یا نارضایتی فرد از زندگی و محیط اجتماعی است و در واقع، شامل پاسخ‌های درونی فرد، یعنی احساس و تفکر و رفتار است. به‌طور کلی، بعد اجتماعی سلامت در برگزیده‌ی سطوح مهارت‌های اجتماعی و عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به‌عنوان عضوی از جامعه‌ی بزرگ‌تر است. از این نظر، هر کس عضوی از افراد خانواده و عضو جامعه‌ای بزرگ‌تر محسوب می‌شود. در سنجش سلامت اجتماعی، به نحوه‌ی ارتباط شخص در شبکه‌ی روابط اجتماعی توجه می‌شود. اهمیت توجه به بعد اجتماعی توسعه و همچنین تأکید سازمان بهداشت جهانی بر سلامت اجتماعی، در کنار سلامت فیزیکی، سبب شده است تا امروزه سلامت اجتماعی به دغدغه‌ی مشترک جامعه‌شناسان و برنامه‌ریزان اجتماعی در هر جامعه تبدیل شود (فتحی و همکاران، ۱۳۹۱: ۲۴۳-۲۲۵).

<sup>۱</sup> WHO

<sup>۲</sup> health

<sup>۳</sup> social health

<sup>۴</sup> Belloc & Breslow

<sup>۵</sup> Larson

بررسی وضعیت سلامت اجتماعی و عوامل مرتبط با آن از ابعاد گوناگون حائز اهمیت است: با در نظر گرفتن گسترش روزافزون ارتباطات انسانی، شناسایی عوامل برهم زننده آرامش و سلامت افراد و علل بروز بحران‌های اجتماعی و روانی، اهمیت بیشتری یافته و متقابلاً به احساس نیاز فردی و اجتماعی به سلامت اجتماعی افزوده شده است. از طرف دیگر گستره‌ی فراوان آن که همه‌ی افراد را در بر می‌گیرد اهمیت بررسی سلامت اجتماعی و عوامل اثرگذار را دو چندان می‌کند. افراد با سلامت اجتماعی بالاتر از سلامت جسمی بالاتری نیز برخوردار بوده و در چنین شرایطی خانواده و جامعه‌ی سالم به وجود خواهد آمد و امکان ایجاد نسلی این‌چنین را بیشتر محقق می‌سازد. همچنین اشخاصی که از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردارند، با موفقیت بیشتری می‌توانند با چالش‌های ناشی از ایفای نقش‌های اصلی اجتماعی کنار بیایند. آنان از ثبات و انسجام بیشتری برخوردارند و می‌توانند مشارکت بیشتری در فعالیت‌های جمعی داشته باشند و بدین طریق سلامت اجتماعی به ابزاری برای پیشگیری از انواع انحرافات تبدیل خواهد شد و بالطبع در صورت کاهش یا فقدان سلامت اجتماعی عوارض و مشکلات جبران‌ناپذیری به بار خواهد آمد (عبدالله‌تبار، ۱۳۸۶).

در کشور ما با وجود کاستی‌های موجود، به خصوص در مناطق محروم، برای سلامت جسمی افراد گام‌های مناسبی برداشته شده است، اما آنچه نبود آن محسوس است، بی‌توجهی به ابعاد روانی و اجتماعی سلامت است. این بی‌توجهی به جنبه‌ی اجتماعی سلامت در عصر ارتباطات و جهانی‌سازی، موجب افزایش آسیب‌پذیری افراد در ابعاد روانی، خودکشی، گرایش به مصرف دخانیات، فرار از خانه، افت تحصیلی و سایر آسیب‌های اجتماعی می‌شود و از جمله موضوعاتی است که باید به آن توجه خاص شود (فتحی و همکاران، ۱۳۹۱: ۲۲۷).

امروزه سلامت اجتماعی به‌عنوان یک حق بشری در جهان شناخته شده که برای برآورده شدن نیازهای اساسی و بهبود کیفیت زندگی افراد لازم است و باید در دسترس همگان باشد. با توجه به اینکه نقش سیستم بهداشت و درمان در ارتقای سلامت حداکثر ۲۵٪ است (مطلق و همکاران، ۱۳۸۷: ۳)؛ بنابراین بررسی سلامت اجتماعی و تلاش در جهت ارتقاء آن بسیار ارزشمندتر از درمان بیماری‌هایی است که بر اثر کاهش یا فقدان آن ایجاد می‌شود. با توجه به اهمیت موضوع و دامنه‌ی گسترده‌ی آن سئوال‌ات این پژوهش به قرار زیر است: وضعیت سلامت اجتماعی در جامعه‌ی ما چگونه است؟ عوامل اثرگذار بر آن کدامند؟

### مبانی نظری پژوهش

سلامت اجتماعی مشخصاً از ادبیات دورکیمی در زمینه‌ی آنومی و از خودبیگانگی منشأ گرفته است. دورکیم معتقد است از جمله مزایای بالقوه‌ی زندگی عمومی، یکپارچگی و همبستگی اجتماعی است، یعنی یک احساس تعلق و وابستگی، درک آگاهی مشترک و داشتن سرنوشت جمعی. این مزایای زندگی اجتماعی یک اساس و بنیان برای تعریف جهانی سلامت اجتماعی است. اما در پژوهش‌های اخیر، دیگر عدم احساس آنومی و از خود بیگانگی شرط کافی برای وجود احساس سلامت اجتماعی نیست (کییز<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴: ۱۲۳).

مطالعات و رویکرد کییز (۲۰۰۴)، علاوه بر این که در تعریف سلامت اجتماعی و عوامل اجتماعی اثرگذار بر آن مورد استفاده‌ی گسترده قرار می‌گیرد، عمدتاً به‌عنوان چارچوب تئوریک تحقیقات مرتبط با سلامت اجتماعی نیز کاربرد دارد. این رویکرد از یک اصل جامعه‌شناختی و روان‌شناختی نشأت می‌گیرد. طبق نظر کییز حلقه‌ی مفقوده در تاریخچه‌ی 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. او معتقد است بهزیستی یک اساس و بنیان اجتماعی دارد و بدین ترتیب سلامت اجتماعی را ارزیابی شرایط و عملکرد فرد در جامعه تعریف می‌کند و عملکرد اجتماعی خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت جسمی و روانی است و چالش‌های اجتماعی را در برمی‌گیرد (بخارایی و همکاران، ۱۳۹۴: ۱۰).

کییز و لارسون<sup>۲</sup> سلامت اجتماعی را به‌عنوان گزارش فرد از کیفیت روابط با دیگران، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که وی عضوی از آنهاست تعریف می‌کنند. ایشان معتقدند سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد را می‌سازد و شامل پاسخ‌های درونی فرد که نشان‌گر رضایت یا فقدان رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی‌اش هستند، می‌باشد (کییز، ۲۰۰۴: ۹).

کییز مدل پنج بعدی سلامت اجتماعی را به کار می‌برد. او در بررسی رابطه‌ی بین سلامت اجتماعی و متغیرهای زمینه‌ای به رابطه‌ی وضعیت شغلی و سلامت اجتماعی پرداخته و مطرح می‌کند وضعیت شغلی در سلامت اجتماعی زنان مهم‌تر از مردان است و زنانی که وضعیت شغلی پایین‌تری دارند سلامت اجتماعی کمتری نسبت به مردان با همان جایگاه شغلی دارند. در جایگاه پایین شغلی، در سنین پایین‌تر، در مجردها و در کسانی که

<sup>۱</sup> Keyes

<sup>۲</sup> Keyes & Larson

سابقه‌ی ازدواج ناموفق داشته‌اند، پایین‌ترین انسجام اجتماعی مشاهده شده است. مردان مسن با جایگاه اجتماعی پایین مشارکت اجتماعی پایین‌تری داشته و زنان مجرد یا زنانی که از جایگاه شغلی بالاتری برخوردار هستند، از مشارکت اجتماعی بالاتری برخوردارند. از دید کبیز شکوفایی اجتماعی کمتر، در جوان‌ترها و در جایگاه اقتصادی - اجتماعی پایین‌تر به چشم می‌خورد.

همچنین در بررسی تفاوت‌های جنسیتی لاروچ<sup>۱</sup> (۱۹۹۸)، نشان می‌دهد سلامت اجتماعی در زنان بیش از مردان است (امینی نقه، ۱۳۸۹: ۵۰-۳۳). رابطه‌ی مستقیم جایگاه اقتصادی - اجتماعی در تحقیق میراسکی و راس<sup>۲</sup> (۱۹۸۹)، به چشم می‌خورد. طبقات پایین اجتماع بدلیل عدم توانایی و دسترسی بهتر در وضعیت مطلوبی قرار ندارند. این تغییرات در سه بعد مادی، رفتاری و روانی اجتماعی خود را نشان می‌دهند. تأثیر جنس بر سلامت اجتماعی نیز در تحقیقات هارینگ، استوک و اکون<sup>۳</sup> (۱۹۸۴)، اینگلههارت<sup>۴</sup> (۱۹۹۰)، میکولوس<sup>۵</sup> (۱۹۹۱) نیز گزارش شده است (سرخوش، ۱۳۸۷: ۱۲).

در زمینه‌ی تأثیر تحصیلات بر سلامت اجتماعی کبیز نشان داده با بالا رفتن تحصیلات بر میزان سلامت اجتماعی افزوده شده و گاهی نیز به سبب ایجاد تنیدگی سلامت اجتماعی کاهش می‌یابد (باباپور، ۱۳۸۸: ۱۲؛ به نقل از کبیز، ۱۹۹۸). رز<sup>۶</sup> و وو<sup>۷</sup> نیز معتقدند افراد تحصیل کرده از سلامت اجتماعی بیشتری برخوردارند (حسینی، ۱۳۸۸: ۵۰). تأثیر تحصیلات و سن بر سلامت اجتماعی در تحقیق کار<sup>۸</sup> (۲۰۰۴)، آورده شده است (باباپور، ۱۳۸۸: ۱۲). در زمینه‌ی تأثیر تأهل برخی محققین معتقدند تأهل، سلامت اجتماعی را بالا می‌برد که می‌توان به تحقیقات پلاتو<sup>۹</sup> (۲۰۰۴)، وایت<sup>۱۰</sup> (۱۹۹۶)، مارکس و لمبرت<sup>۱۱</sup> (۱۹۸۸) اشاره کرد (سرخوش، ۱۳۸۷: ۱۲).

<sup>1</sup> Larouch

<sup>2</sup> Mirowsky & Ross

<sup>3</sup> Haring, Stock & Okun

<sup>4</sup> Inglehart

<sup>5</sup> Mykelus

<sup>6</sup> Ross

<sup>7</sup> Vu

<sup>8</sup> Kar

<sup>9</sup> Pelatoo

<sup>10</sup> White

<sup>11</sup> Marx & Lambert

اسمیت<sup>۱</sup> و همکاران به رابطه‌ی گذران اوقات فراغت و ابعاد سلامتی پرداخته و نشان داده‌اند که رابطه‌ی معنادار مثبت میان گذران اوقات فراغت و سلامت اجتماعی وجود دارد (حسینی، ۱۳۸۸: ۶۱).

فرانس<sup>۲</sup> (۲۰۰۱)، معتقد است اگر درک افراد از کیفیت زندگی‌شان کاهش یابد، بر توانایی آنها در محیط کاری و شغلی‌شان اثر گذاشته و موجب نقصان شرایط اقتصادی و اجتماعی آنان می‌گردد. کیفیت زندگی می‌تواند بر ارتباطات افراد تأثیر گذارده و موجب به کارگیری مکانیسم‌های مقابله و سازگاری نامؤثر شده و متعاقباً موجب افزایش تنش گردد (امینی ننده، ۱۳۸۹: ۳۳). ماتسون<sup>۳</sup> و همکاران معتقدند مهارت‌های ارتباطی رفتارهایی است که به صورت‌های مختلف بر سلامت اجتماعی افراد از یک سو و از سوی دیگر بر عملکرد مفید افراد در اجتماع تأثیر دارد (حسینی، ۱۳۸۸: ۵۱؛ به نقل از ماتسون، ۱۹۹۰).

### پیشینه پژوهش

#### الف) تحقیقات داخلی

مطالعات داخلی متعددی نیز در این حوزه انجام شده است. از جمله باباپور (۱۳۸۸)، عوامل تعیین‌کننده‌ی سلامت اجتماعی دانشجویان تبریز را مورد بررسی قرار داده و نتیجه گرفته: رشته‌ی تحصیلی بر سلامت اجتماعی اثرگذار است و قومیت، تحصیلات والدین، پایگاه اجتماعی - اقتصادی و جنس با سلامت اجتماعی رابطه‌ی معناداری ندارند (باباپور، ۱۳۸۸: ۸-۲۶).

بیات (۱۳۸۶)، در بررسی سلامت اجتماعی کودکان نتیجه گرفته ۴۵/۷ درصد کودکان از نظر سلامت اجتماعی در حد متوسط و حدود ۱۹/۱ درصد سلامت اجتماعی پایین دارند. بین سلامت اجتماعی و جنس ارتباط معنادار وجود داشته ولی بین سلامت اجتماعی و سن و وضعیت سکونت ارتباط معنادار برقرار نبوده است (بیات، ۱۳۸۶: ۱۰۴-۹۷).

افجه و سام آرام (۱۳۸۹)، در بررسی رابطه‌ی میان سلامت اجتماعی و رضایت شغلی رابطه‌ی میان این دو متغیر را نشان داده است (افجه و سام آرام، ۱۳۸۹: ۴۱-۲۳).

<sup>1</sup> Smith

<sup>2</sup> France

<sup>3</sup> Matson

گرمارودی (۱۳۸۵)، در بررسی سلامت اجتماعی در دانش‌آموزان به رابطه‌ی این متغیر با مهارت‌های ارتباطی پرداخته است (گرمارودی، ۱۳۸۵: ۱۵۳-۱۴۷).

سرخوش (۱۳۸۷)، به عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی مهاجرین در شهر همدان پرداخته و نتیجه گرفته: سلامت اجتماعی جامعه‌ی آماری در سطح متوسط است. میان فضای اجتماعی، سرمایه‌ی اجتماعی، سرمایه‌ی اقتصادی، سرمایه‌ی فرهنگی با سلامت اجتماعی رابطه‌ی معنادار برقرار است. سن با میزان سلامت اجتماعی رابطه دارد اما بین تحصیلات فرد و جنس با میزان سلامت اجتماعی ارتباطی مشاهده نشد (سرخوش، ۱۳۸۷).

فارسی‌نژاد (۱۳۸۴)، نشان داده میانگین نمره‌ی سلامت اجتماعی ۲/۹۵ است که نمره‌ی پایینی می‌باشد و نمره‌ی پسران ۳/۰۸ و نمره‌ی دختران ۲/۸۲ است؛ بنابراین سلامت اجتماعی در پسران بیش از دختران است (فارسی‌نژاد، ۱۳۸۴: ۲۹-۱).  
عبدالله‌تبار در پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد خود به بررسی ارتباط سلامت اجتماعی و متغیرهای دموگرافیک پرداخته و میزان سلامت اجتماعی را متوسط گزارش کرده است. افراد دارای مدرک کارشناسی ارشد میزان بالاتر از افراد کارشناسی، متأهلین بیش از مجردین، شاغلین بیش از غیر شاغل‌ها، پسران بیش از دختران را گزارش کرده‌اند و سلامت اجتماعی با رشته‌ی تحصیلی، تحصیلات والدین، سن وضعیت سکونت و مذهب ارتباط نداشته است (عبدالله‌تبار، ۱۳۸۶: ۹۷).

پارسامهر و رسولی‌نژاد (۱۳۹۴)، در بررسی رابطه‌ی سبک زندگی با سلامت اجتماعی در بین مردم شهر تالش نشان داده‌اند، میانگین سبک زندگی سلامت‌محور و نیز سلامت اجتماعی بطور معناداری در مردان بیش از زنان و در افراد متأهل بیش از افراد مجرد بوده و هر چه سبک زندگی سلامت‌محور افراد بیشتر باشد، سلامت اجتماعی آنان نیز بالاتر خواهد بود. بر اساس این نتایج، تقویت و گسترش سبک زندگی سلامت‌محور در جامعه به افزایش سلامت اجتماعی منجر خواهد شد (پارسامهر و رسولی‌نژاد، ۱۳۹۴).

با توجه به مبانی نظری فوق بر اساس تئوری‌ها و مطالعات کییز، اسمیت، فرانس و ماتسون فرضیه‌های زیر مفروضند:

۱- میان متغیرهای زمینه‌ای با سلامت اجتماعی رابطه‌ی معناداری وجود دارد (سلامت اجتماعی در زنان، متأهلین، تحصیل کرده‌ها، پایگاه اقتصادی - اجتماعی بالاتر، در شاغلین، در سنین بالاتر بیشتر است).

۲- میان گذران اوقات فراغت و سلامت اجتماعی ارتباط معناداری برقرار است.

۳- کیفیت زندگی با سلامت اجتماعی ارتباط معنادار دارد.

۴- داشتن مهارت‌های ارتباطی بالاتر با سلامت اجتماعی ارتباط معنادار دارد.

### ب) تحقیقات خارجی

کیز یک مدل پنج بعدی قابل سنجش سلامت اجتماعی را به کار می‌برد که در آن فرد، زمانی عملکرد خوبی دارد که اجتماع را یک مجموعه‌ی معنادار قابل فهم و دارای بالقوه‌هایی برای رشد و شکوفایی بداند، احساس کند که متعلق به خود است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن شریک بداند. به تعبیر دیگر محتوای مقیاس سلامت اجتماعی طیف مثبتی از ارزیابی فرد از تجانس در جامعه است. این ۵ بعد عبارتند از:

۱- شکوفایی/اجتماعی: به معنای دانستن و اعتقاد داشتن به اینکه جامعه به شکل مثبتی در حال رشد است و باور به اینکه اجتماع سرنوشت خویش را در دست دارد. افراد واجد سطح مطلوب این بعد سلامت اجتماعی، نسبت به وضعیت کنونی و آینده‌ی جامعه امیدوارند و معتقدند جهان به مکانی بهتر برای همه‌ی افراد تبدیل خواهد شد.

۲- همبستگی/اجتماعی: اعتقاد به اینکه اجتماع قابل فهم، منطقی و قابل پیش‌بینی است. افراد سالم علاقه‌مند به طرح‌های اجتماعی بوده و احساس می‌کنند قادر به فهم وقایع اطرافشان هستند و با تصور اینکه در حال زندگی در یک دنیای عالی و متکامل هستند، فریب نمی‌دهند و خواسته‌ها و آرزوهایشان را از جهت فهم و درک زندگی ارتقا می‌دهند. انطباق اجتماعی متضاد پوچی و بی‌معنایی و در مجموع دنیا را به صورت منطقی هوشمند و قابل درک و قابل پیش‌بینی دیدن است.

۳- پذیرش/اجتماعی: داشتن گرایشات مثبت به افراد و به‌طور کلی پذیرش افراد علیرغم برخی رفتارهای سردرگم کننده و پیچیده‌ی آنان در پذیرش اجتماعی فرد، اجتماع و مردم آن را با همه‌ی نقایص و جنبه‌های مثبت و منفی باور دارد و می‌پذیرد.

۴- مشارکت/اجتماعی: باوری است که طبق آن فرد خود را عضو حیاتی اجتماع می‌داند و فکر می‌کند چیز ارزشمندی برای عرضه به دنیا و اجتماع خود دارند.

۵- انسجام/اجتماعی: احساس بخشی از جامعه بودن، فکر کردن به اینکه فرد به جامعه تعلق دارد. انسجام اجتماعی درجه‌ای است که مردم در آن احساس می‌کنند که چیز مشترکی بین آنها و کسانی که واقعیت اجتماعی آنها را می‌سازند، وجود دارد (کیز، ۲۰۰۴: ۲۸-۱۰).



کاپلان<sup>۱</sup> در نظریه‌ی فراغت خود معتقد است افراد در شرایط سخت زندگی که تحت فشارهای مفرط و طاقت‌فرسا قرار می‌گیرند و نتیجه‌ی آن اختلالات عصبی و امراض روحی است، نیاز به راه‌های سالم جسمی و روحی دارند که فشارها و ناملایمات زندگی مدرن را از بین ببرد و این موضوع به سلامتی کمک می‌کند. دومازیر نیز تأمین استراحت، کاهش کسالت و رشد شخصیت را از کارکردهای اوقات فراغت می‌داند که در ارتقا سلامت اجتماعی مؤثر است (حسینی، ۱۳۸۸: ۶۱).

ماتسون<sup>۲</sup> و همکاران معتقدند مهارت‌های ارتباطی رفتارهایی است که به صورت‌های مختلف بر سلامت اجتماعی افراد از یک سو و از سوی دیگر بر عملکرد مفید افراد در اجتماع تأثیر دارد (حسینی، ۱۳۸۸: ۵۱؛ به نقل از ماتسون، ۱۹۹۰).

### روش‌شناسی پژوهش

در این مقاله به شیوه‌ی اسنادی، مطالعات داخلی در زمینه‌ی سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن مورد بررسی قرار گرفته است. جامعه‌ی آماری تحقیق مقالات و پایان‌نامه‌هایی که به این زمینه اختصاص داشتند بوده و شیوه‌ی نمونه‌گیری تمام‌شماری بوده است. اسناد مورد نظر از جست‌وجوگرهای پرتال جامع علوم انسانی<sup>۳</sup>، پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی<sup>۴</sup>، پژوهشگاه علوم و فناوری اطلاعات ایران<sup>۵</sup>، بانک اطلاعات نشریات کشور<sup>۶</sup> و همچنین مراجعه به دانشگاه‌های علوم اجتماعی تهران، تربیت مدرس، علامه طباطبایی، علوم تحقیقات تهران، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز و دانشگاه الزهرا بدست آمد. در فراتحلیل می‌بایست جهت تقویت اعتبار و پایایی، اسناد مورد بررسی توسط داوران وزندهی شود و به این وسیله مشخص گردد که از هر مطالعه‌ی پژوهشی چقدر بهره برده می‌شود. ضریب پایایی تابعی از تعداد داوران و میانگین ضریب همبستگی بین رأی داوران است و با افزایش تعداد داوران بر میزان آن افزوده می‌شود (هومن، ۱۳۸۷: ۱۰۸). در این تحقیق با توجه به محدودیت‌های پژوهش، جهت افزایش اعتبار و پایایی تمهیداتی مد نظر گرفته شد و آن اینکه از ورود اطلاعات تحقیقاتی که ضعیف بود

<sup>۱</sup> Koplán

<sup>۲</sup> Matson

<sup>۳</sup> ensani.ir

<sup>۴</sup> SID

<sup>۵</sup> Irandoc

<sup>۶</sup> Magiran

خودداری شد و مابقی تحقیقات با لحاظ شرایطی توسط فراتحلیل‌گران، با وزن یکسان مفروض شد. جهت تقویت اعتبار و پایایی در انتخاب منابع استفاده شده، تحقیقاتی مورد استفاده قرار گرفت که در مقالات علمی پژوهشی چاپ گردیده و یا پایان‌نامه‌های دفاع شده در مقطع کارشناسی ارشد و دکتری بودند و به این ترتیب اعتبار و پایایی آنها حداقل از نظر سه داور مورد تأیید قرار گرفته بود و بدین ترتیب از ۳۳ سند ردیابی شده ۲۲ سند مورد استفاده قرار گرفت. تحقیقات انتخاب شده در فاصله سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۰ اجرا شده است؛ همچنین به علت استفاده از نرم‌افزار آماری فراتحلیل و لزوم تکرار متغیرها در حداقل ۵ سند، فرضیه‌هایی با متغیرهای تکرار نشده کنار گذاشته شده و فرضیه‌های تأثیر متغیرهای زمینه‌ای سن، جنس، تأهل، پایگاه اقتصادی - اجتماعی، تحصیلات و همچنین متغیرهای مهارت ارتباطی، کیفیت زندگی، گذران اوقات فراغت که از تکرار مورد نیاز برخوردار بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. مضاف بر آن به سبب نیاز به داده‌های کمی در ورود داده‌ها به نرم‌افزار آماری، از بررسی پژوهش‌های کیفی صرف‌نظر شده و فقط تحقیقات کمی مورد بررسی قرار گرفته‌اند. در این تحقیق به ارزیابی محتوایی پروژه‌ها پرداخته نشده بلکه فقط به ارزیابی ساختار تحقیقات با تأکید بر بخش روش‌شناسی توجه شده است. نرم‌افزار <sup>1</sup> CMA شاید تخصصی‌ترین برنامه برای مطالعات فراتحلیل باشد و نسخه‌ی دوم آن می‌تواند آنالیزهایی مانند آنالیز متغیرهای تعدیل‌کننده، آنالیز اثرات ترکیبی واریانس و فرارگسیون را در اختیار فراتحلیل‌گر قرار دهد و نتایج را در قالب پلات‌ها و نمودارها به تصویر بکشد (قاضی طباطبایی، ۱۳۸۹: ۲۰۱).

### یافته‌های پژوهش

#### الف) یافته‌های توصیفی

از ۲۲ منبع مورد استفاده ۱۳ منبع پایان‌نامه و ۹ منبع مقاله بوده است که عمدتاً این تحقیقات در دانشگاه‌های علامه طباطبایی، علوم بهزستی و توان‌بخشی، شهید بهشتی انجام شده است. ۳ سند مختص زنان و ۱۹ سند مربوط به هر دو جنس بوده است. ۱۲ سند در رشته‌ی مددکاری اجتماعی، ۵ سند در برنامه‌ریزی رفاه اجتماعی، ۱ سند در جمعیت‌شناسی، ۱ سند در مدیریت بازرگانی، ۲ سند در علوم تربیتی، ۱ سند در روانشناسی بوده است. ۱۲ مطالعه در شهر تهران، ۲ مطالعه در همدان و ۱ مطالعه در شهرهای کاشان، بستان‌آباد، شهر کاوه، شیراز، نقده، تبریز، مشهد و اصفهان انجام شده

<sup>1</sup> Comprehensive Meta Analysis

است. چهارچوب نظری در ۲۰ مطالعه‌ی انجام شده کبیز بوده و در اندک مطالعاتی از تئوری‌های لارسون، دورکیم، پارسونز، فوردهام و مایر<sup>۱</sup>، راسل، وبر، زیمل و هابرماس نیز استفاده شده است.

از ۲۲ مطالعه‌ی انجام شده، ۹ مطالعه میزان سلامت اجتماعی را بررسی نموده است. چنانکه در جدول ۱ می‌بینیم، سلامت اجتماعی در ۵۶/۳ درصد از افراد مطالعه شده متوسط، در ۱۵/۹ درصد پایین و در ۲۶/۴ بالا گزارش شده است. بنابراین اکثر افراد بررسی شده در تحقیقات از سلامت اجتماعی در حد متوسط برخوردار بوده‌اند.

جدول ۱: میزان سلامت اجتماعی

میزان سلامت اجتماعی			
پایین	متوسط	بالا	
۱۹/۱	۴۵/۷	۳۴/۲	۱
۱۸/۱	۶۵/۱	۱۶/۸	۲
۱۳	۷۵/۵	۱۱/۵	۳
۲۵	۵۱/۸	۲۳/۲	۴
۱۲	۶۷/۵	۱۱/۵	۵
۱۴/۹	۶۶	۱۸/۳	۶
۹/۵	۲۸/۴	۶۲	۷
۱۵/۴	۶۶/۶	۱۸	۸
۱۶/۷	۴۰/۵	۴۲/۸	۹
۱۵/۹	۵۶/۳	۲۶/۴	کل

### یافته‌های منتج از نرم‌افزار CMA

از آنجا که "ملاک ورود عوامل اثرگذار به فراتحلیل، تکرار آنها حداقل در ۵ مطالعه می‌باشد" (ازکیا، ۱۳۸۳: ۱۱؛ به نقل از تامپسون<sup>۲</sup>، ۱۹۹۷: ۲۶)؛ بنابراین عوامل با تعداد کمتر از ۵ حذف و مابقی فرضیه‌ها، در ورود اطلاعات مورد استفاده قرار گرفتند. جدول ۲ تعداد عوامل اثرگذار و همچنین عوامل پذیرفته شده برای ورود به نرم‌افزار را نشان می‌دهد.

<sup>۱</sup> Fordha & Myer

<sup>۲</sup> Thompson

جدول ۲: توزیع فراوانی رابطه‌ی متغیرهای مستقل با سلامت اجتماعی

فرضیه	فراوانی	عوامل اثرگذار پذیرفته شده
جنس و سلامت اجتماعی	۸	*
سن و سلامت اجتماعی	۵	*
تأهل و سلامت اجتماعی	۵	*
شغل و سلامت اجتماعی	۲	
پایگاه اقتصادی - اجتماعی و سلامت اجتماعی	۶	*
درآمد و سلامت اجتماعی	۴	
تحصیلات و سلامت اجتماعی	۵	*
مهارت ارتباطی و سلامت اجتماعی	۹	*
کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی	۵	*
گذران اوقات فراغت و سلامت اجتماعی	۱۴	*

چنانکه ملاحظه می‌شود بیشترین رابطه‌ها در تبیین سلامت اجتماعی به گذران اوقات فراغت، مهارت‌های ارتباطی و جنس مربوط می‌شود. برای ورود اطلاعات با توجه به تنوع روش‌های استفاده شده و گوناگونی آماره‌ها، ابتدا تمامی آماره‌ها از طریق فرمول‌های مربوطه، به ضریب همبستگی تبدیل شدند و سپس این داده‌ها که شامل ضریب همبستگی، حجم نمونه و جهت تأثیر بود، در نرم‌افزار وارد گردید. ذکر این نکته لازم می‌باشد که در فراتحلیل یافته‌های غیر معنادار و یا با اثرات خیلی ضعیف نیز مورد بررسی قرار می‌گیرد و حجم نمونه که عمدتاً در تحقیقات مغفول می‌ماند در فراتحلیل بسیار اثرگذار بوده و معناداری آزمون از آن تأثیر جدی می‌پذیرد. چنانکه ذکر شد، ابتدا تمامی آماره‌ها به  $(d)$  کوهن و سپس به ضریب همبستگی  $(r)$  تبدیل شدند (هومن، ۱۳۸۷: ۶۶-۳۲؛ به نقل از روزنتال و روزنو، ۱۹۹۱). سپس اطلاعات که شامل ضریب همبستگی، حجم نمونه و جهت تأثیر بود به نرم‌افزار داده شد و جدول ۳ عوامل اثرگذار بر سلامت اجتماعی را بر اساس یافته‌های نرم‌افزاری را نشان می‌دهد.

جدول ۳: عوامل اثرگذار بر سلامت اجتماعی

کیفیت زندگی	مهارت‌های ارتباطی	گذران فراغت	پایگاه	تحصیلات	سن	تأهل	جنس	تعداد مطالعه	
۵	۹	۱۴	۶	۵	۵	۵	۸	وزن در مطالعه <i>Fixed</i>	
۱۴۳۹	۳۲۶۲	۳۶۶۴	۲۲۴۷	۱۲۹۹	۱۲۳۶	۱۳۲۰	۱۹۳۴	دامنه‌ی بیشترین و کمترین شدت تأثیر	مدل <i>Fixed</i>
-۰/۳۵۷	-۰/۳۸۸	-۰/۱۹۵	-۰/۱۵۸	-۰/۱۰۷	-۰/۱۹۴	-۰/۲۷۵	-۰/۰۹۴	میانگین همبستگی	
۰/۲۶۴	۰/۳۲۸	۰/۱۳۲	۰/۰۷۷	۰/۰۰۲	۰/۰۸۵	۰/۱۷۳	۰/۰۰۵	واریانس	
۰/۳۱۱	۰/۳۵۸	۰/۱۶۴	۰/۱۱۸	۰/۰۵۳	۰/۱۴	۰/۲۲۴	۰/۰۴۹	<i>z-value</i>	
۰/۰۱۸	۰/۰۲۵	۰/۰۶۰	۰/۰۱۶	۰/۰۲۱	۰/۰۲۵	۰/۰۲۲	۰/۰۴۱	<i>p-value</i>	
۱۲/۲۱۶	۲۱/۴۱۴	۱۰/۱۰۰۸	۵/۵۹۹	۱/۸۹۹	۴/۹۵۰	۸/۲۹۲	۲/۱۷۴	وزن در مطالعه <i>Random</i>	
۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۵۸	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۳۰	دامنه‌ی بیشترین و کمترین شدت تأثیر	مدل <i>Random</i>
۱۳۱/۱۶۹	۱۲۶/۶۶۶	۲۳۱/۳۹۴	۲۲۰۱	۱۹۵	۱۲۳۶	۷۲/۸۶۴	۱/۲۷۷ ۱۴۹۵	میانگین همبستگی	
-۰/۴۷۴	-۰/۴۹۹	-۰/۳۰۵	-۰/۱۵۹	-۰/۱۷۷	-۰/۱۹۴	-۰/۳۹۱	-۰/۱۰۴	واریانس	
۰/۱۷۱	۰/۱۹۷	۰/۰۵۷	۰/۰۷۶	۰/۱۰۲	۰/۰۸۵	۰/۰۴۶	۰/۰۰۳	<i>z-value</i>	
۰/۳۳۱	۰/۳۵۷	۰/۱۶۴	۰/۱۱۸	۰/۰۳۸	۰/۱۴	۰/۱۸۲	۰/۰۵۴	<i>p-value</i>	
۰/۰۱۸	۰/۰۲۵	۰/۰۶۰	۰/۰۱۶	۰/۰۲۱	۰/۰۲۵	۰/۰۲۲	۰/۰۴۱	<i>Q-Value</i>	
۳/۹۴۱	۴/۲۰۹	۲/۸۳۳	۵/۵۴۳	۰/۵۳۱	۴/۹۵۰	۱/۵۶۹	۲/۰۷۸	<i>Df</i>	آزمون
۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۵	۰/۰۰۰	۰/۵۹۵	۰/۰۰۰	۰/۱۱۷	۰/۰۳۸	<i>p-Value</i>	ناهمگونی
۴۳/۱۱۵	۲۰۵/۹۴۴	۲۰۲/۹۵۹	۵/۱۰۳	۲۵/۷۲۸	۲/۶۶۱	۶۹/۷۶۲	۸/۷۱۱	<i>I-Squared</i>	
۴	۸	۱۳	۵	۴	۴	۴	۷		
۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۴۰۳	۰/۰۰۰	۰/۶۱۶	۰/۰۰۰	۰/۲۷۴		
۹۰/۷۲۲	۹۶/۱۱۵	۹۳/۵۹۵	۲/۰۲۰	۸۴/۴۵۳	۰/۰۰۰	۹۴/۲۶۶	۱۹/۶۴۱		

ثراندیک<sup>۱</sup> نتایج مطالعات مختلف را برای استفاده از یک مقدار متوسط همبستگی با یکدیگر ترکیب کرده و این روش توسط روزنتال و دیگران بسط و گسترش یافته است. در تفسیر نتایج در این مقاله از این روش استفاده شده است.

ترکیب اندازه‌های اثر نیز با دو مدل اثرات ثابت (*Fixed*) و اثرات تصادفی (*Random*) امکان‌پذیر است. در مدل ثابت فرض بر این است که مطالعات تحت بررسی در یک اندازه اثر حقیقی مشترک، سهیم هستند و تفاوت‌های اندازه اثر واقعی تنها ناشی از خطای نمونه‌برداری است. در مدل‌های ثابت واریانس‌های خطای نمونه‌برداری که به‌عنوان واریانس‌های شرطی معروف است در ترکیب واقعی داده‌ها به کار می‌رود و برآورد بدون تورش اثر جامعه برابر با میانگین ساده‌ی اثرهای مشاهده شده مطالعه خواهد بود و خطای استاندارد آن محاسبه‌ی فاصله‌های اعتماد پیرامون آن متوسط را امکان‌پذیر می‌سازد. در این مدل می‌توان به این پرسش پاسخ داد که آیا کاربرندی در مطالعات موجود مؤثر بوده یا نه؟ لیکن تعمیم آن به مطالعاتی جز آنها که در نمونه وجود دارد ممکن نیست. در مدل‌های تصادفی تفاوت اندازه‌های اثر تنها ناشی از خطای نمونه‌برداری نیست بلکه ناشی از عامل‌های دیگر مانند خطای اندازه‌گیری و تفاوت‌های ذاتی بین مطالعات است. این رویکرد اگر چه نیرومندی کمتری نسبت به مدل اثرهای ثابت دارد اما اجازه‌ی تعمیم‌پذیری به مطالعاتی که در نمونه نیست را نیز می‌دهد، اگر واریانس اثرهای تصادفی به صورت معنادار با واریانس برآورد تفاوت داشته باشد این امکان وجود دارد که مدل تصادفی بر مدل ثابت ارجح باشد. هنگامی که منابع همگون باشد اندازه‌ی اثر نمونه‌ها غالب شده و هر دو مدل به نتیجه یکسان می‌انجامد و وقتی بین منابع مورد بررسی ناهمگونی معنادار وجود داشته باشد واریانس بین مطالعه‌ها خیلی بزرگ‌تر از واریانس درون مطالعه‌ها خواهد بود. هر گاه آزمون ناهمگونی در سطح معنادار باشد به کار بردن مدل تصادفی بر مدل ثابت ارجح است. مجذور ضریب همبستگی بیانگر درصد واریانس متغیر وابسته است که توسط متغیر مستقل تبیین می‌شود و اگر حاصل‌ضرب واریانس تبیین در واریانس خطا کمتر از مقدار بحرانی ۰/۷۵ باشد نیز نشان از وجود متغیر تعدیل‌کننده دارد. بعد از انتخاب مدل اگر *P-Value* در سطح معنادار باشد تأثیر متغیر مستقل پذیرفته شده و در غیر آن تأثیر متغیر مستقل رد خواهد شد. در تفسیر اندازه‌ی اثر اگر اندازه‌ی همبستگی ۰/۱ باشد اندازه‌ی اثر کم، ۰/۲ اندازه‌ی اثر متوسط، و اگر ۰/۳ و بالاتر باشد اندازه‌ی اثر بالاست (روزنتال، ۲۰۰۱ و هومن، ۱۳۸۷).

<sup>۱</sup> Thorndike

در تحلیل رابطه‌ی جنس و سلامت اجتماعی از آنجا که آزمون ناهمگونی معنادار نیست، مدل ثابت بر مدل تصادفی ارجح است. چنانکه ملاحظه می‌شود در مدل ثابت میزان  $P-Value=0/03$  است، بنابراین تأثیر جنس بر سلامت اجتماعی پذیرفته می‌شود. از آنجا که میانگین ضریب همبستگی  $0/049$  است، بنابراین جنس با اندازه‌ی اثر کم بر سلامت اجتماعی اثر دارد. به تعبیر دیگر در سلامت اجتماعی تفاوت جنسیتی وجود دارد و فرضیه‌ی رابطه‌ی جنس و سلامت اجتماعی پذیرفته می‌شود. در تحلیل رابطه‌ی تأهل و سلامت اجتماعی از آنجا که آزمون ناهمگونی معنادار است، مدل تصادفی بر مدل ثابت ارجح است و وجود متغیر تعدیل‌کننده را نیز می‌رساند که این روابط نیاز به بررسی بیشتر دارند. از آنجا که میانگین ضریب همبستگی  $0/182$  است، بنابراین تأهل با اندازه‌ی متوسط بر سلامت اجتماعی اثر دارد، اما از آنجا که  $P-Value=0/117$  است و در سطح معنادار قابل قبول نیست، بنابراین فرضیه‌ی رابطه میان وضعیت تأهل و سلامت اجتماعی پذیرفته نمی‌شود.

در تحلیل رابطه‌ی سن و سلامت اجتماعی از آنجا که آزمون ناهمگونی معنادار نیست، مدل ثابت بر مدل تصادفی ارجح است. در مدل ثابت میزان  $P-Value=0/000$  است، بنابراین تأثیر سن بر سلامت اجتماعی پذیرفته می‌شود. از آنجا که میانگین ضریب همبستگی  $0/140$  است، بنابراین سن با اندازه‌ی اثر تقریباً متوسط بر سلامت اجتماعی اثر دارد. از این آزمون می‌توان نتیجه گرفت که سلامت اجتماعی در سنین مختلف مشابه نیست و فرضیه‌ی رابطه‌ی میان سن و سلامت اجتماعی پذیرفته می‌شود. در تحلیل رابطه‌ی تحصیلات و سلامت اجتماعی از آنجا که آزمون ناهمگونی معنادار است، مدل تصادفی بر مدل ثابت ارجح است. میانگین ضریب همبستگی  $0/053$  است، بنابراین مقطع تحصیلی با اندازه‌ی اثر کم بر سلامت اجتماعی اثر دارد، اما از آنجا که  $P-Value=0/058$  است و در سطح معنادار قابل قبول نیست، بنابراین وجود فرضیه رابطه‌ی میان تحصیلات و سلامت اجتماعی پذیرفته نمی‌شود. در تحلیل رابطه‌ی پایگاه اقتصادی - اجتماعی و سلامت اجتماعی از آنجا که آزمون ناهمگونی معنادار نیست، مدل ثابت بر مدل تصادفی ارجح است. در مدل ثابت میزان  $P-Value=0/000$  است و از آنجا که در سطح معنادار قابل قبول است، بنابراین فرضیه‌ی رابطه‌ی میان پایگاه اقتصادی - اجتماعی و سلامت اجتماعی پذیرفته می‌شود. از آنجا که میانگین ضریب همبستگی  $0/118$  است، بنابراین پایگاه اقتصادی - اجتماعی با اندازه‌ی اثر تقریباً کم بر سلامت اجتماعی اثر دارد.

در تحلیل رابطه‌ی گذران اوقات فراغت و سلامت اجتماعی از آنجا که آزمون ناهمگونی معنادار است، مدل تصادفی بر مدل ثابت ارجح است. میانگین ضریب همبستگی ۰/۱۶۴ است، بنابراین گذران اوقات فراغت با اندازه اثر تقریباً متوسط بر سلامت اجتماعی اثر دارد، از آنجا که  $P\text{-Value} = 0/005$  است و در سطح معنادار قابل قبول است، بنابراین فرضیه‌ی رابطه‌ی گذران اوقات فراغت بر سلامت اجتماعی پذیرفته می‌شود. در تحلیل رابطه‌ی مهارت‌های ارتباطی و سلامت اجتماعی از آنجا که آزمون ناهمگونی معنادار است، مدل تصادفی بر مدل ثابت ارجح است. از آنجا که میانگین ضریب همبستگی ۰/۳۵۷ است، بنابراین مهارت‌های ارتباطی با اندازه اثر بالا بر سلامت اجتماعی اثر دارد و از آنجا که  $P\text{-Value} = 0/000$  است و در سطح معنادار قابل قبول است، بنابراین فرضیه‌ی مهارت‌های ارتباطی و سلامت اجتماعی پذیرفته می‌شود. در تحلیل رابطه‌ی کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی از آنجا که آزمون ناهمگونی معنادار است، مدل تصادفی بر مدل ثابت ارجح است و از آنجا که میانگین ضریب همبستگی ۰/۳۳۱ است، بنابراین کیفیت زندگی با اندازه اثر بالا بر سلامت اجتماعی اثر دارد و از آنجا که  $P\text{-Value} = 0/000$  است و در سطح معنادار قابل قبول است بنابراین فرضیه‌ی رابطه‌ی میان کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی پذیرفته می‌شود.

### بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش با استفاده از فراتحلیل و ترکیب کمی نتایج پژوهش‌های انجام شده و با استفاده از نرم‌افزار فراتحلیل فرضیه‌های تأثیر متغیرهای اقتصادی - اجتماعی، گذران اوقات فراغت، کیفیت زندگی و مهارت‌های ارتباطی بر سلامت اجتماعی سنجیده شد. یافته‌های این تحقیق نشان داد، میزان سلامت اجتماعی در ۵۶/۳ درصد از افراد مطالعه شده متوسط، در ۱۵/۹ درصد پایین و در ۲۶/۴ بالا است و بنابراین می‌توان گفت سلامت اجتماعی در جامعه‌ی ما در حد متوسط است. سلامت اجتماعی در حدود ۱۶ درصد از افراد پایین بوده و به‌طور کلی در حدود ۷۲ درصد از افراد سلامت اجتماعی متوسط و پایین‌تر دارند. با توجه به اهمیت سلامت اجتماعی افراد در جامعه این میزان خیلی مطلوب نبوده و نیاز به توجهی بیشتر به سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن را نشان می‌دهد. بدیهی است هر گونه تلاش در زمینه‌ی دستیابی به سلامت اجتماعی و ارتقاء آن، مستلزم آشنایی با معنا و مفهوم آن و نیز یافتن راه‌های ارتقای آن است.



چنانکه گفتیم از مشخصات فراتحلیل، تحلیل رابطه‌ها با استفاده از نرم‌افزار فراتحلیل و برآورد میانگین ضریب همبستگی‌ها با در نظر گرفتن حجم نمونه و بدون توجه به سطح معناداری آزمون‌ها می‌باشد. بنابراین یافته‌های حاصل از این تحلیل ممکن است متفاوت با یافته‌های مطالعات منفرد بوده و بر اساس قابلیت‌های فراتحلیل می‌تواند قابل استناد و متقن‌تر از مطالعات منفرد باشد. به طوری که می‌توان به جای مطالعه چندین مقاله به مطالعه‌ی یک مقاله فراتحلیل اکتفا نمود و از یافته‌های آن بهره برده و به آن استناد کرد.

این تحقیق نشان داد که داشتن مهارت‌های ارتباطی بیشتر با سلامت اجتماعی بالاتر همراه است. این نتیجه هم‌راستا با تحقیقات ماتسون و همکاران، گرمارودی، افشارزاده، شیرینی، امینی‌نقده و حسینی است. بنابراین آموزش مهارت‌های ارتباطی می‌تواند در افزایش سلامت اجتماعی نقش به‌سزایی داشته باشد. همچنین دیدیم کیفیت زندگی بالاتر با سلامت اجتماعی بیشتر همراه است. این یافته هم‌راستا با تحقیقات فرانس، امینی‌نقده، مسعودی، موحدی بوده و لزوم آشنایی افراد با مفهوم کیفیت زندگی و راه‌های دستیابی به آن را نشان می‌دهد.

همچنین این تحقیق نشان داد گذران اوقات فراغت نیز با سلامت اجتماعی مرتبط است. مشابه این یافته در مطالعات اسمیت، کالدول، ویزینگر، مهری، شیرینی، ارفعی، امینی‌نقده، حسینی نیز مشاهده شد. گذران اوقات فراغت از جمله مؤلفه‌هایی است که در فرهنگ ایرانی مورد توجه جدی قرار نگرفته و یا با توجه به مشکلات اقتصادی و اجتماعی در حد لزوم دسترسی به آن وجود ندارد. بنابراین آموزش افراد به فواید استفاده‌ی بهینه از اوقات فراغت ضروری است.

همچنین این تحقیق نشان داد در سلامت اجتماعی، متغیرهای مهارت‌های ارتباطی، کیفیت زندگی و گذران اوقات فراغت بیش از متغیرهای اقتصادی و اجتماعی اهمیت دارد. به طوری که تکرار کمتر از حد مطلوب وضعیت شغلی و درآمد موجب خارج شدن از مدل فراتحلیل شد و رابطه‌ی میان وضعیت تأهل و تحصیلات نیز تأیید نشد. بنابراین شیوه‌ی زندگی کردن افراد می‌تواند بیش از مؤلفه‌های اقتصادی - اجتماعی با سلامت اجتماعی رابطه داشته باشد. در مدل چنانکه دیدیم برخلاف یافته‌های کبیز، عبدالله‌تبار، ارفعی، حاتمی وضعیت تأهل رابطه‌ی معناداری با سلامت اجتماعی نداشت و برخلاف یافته‌های کبیز، روحی، عبدالله‌تبار، ارفعی، صالح تأثیر تحصیلات نیز پذیرفته نشد. اما سن مطابق با مطالعات کبیز، سرخوش، ابراهیم نجف‌آبادی، ارفعی، کاشی‌لو، حسینی و پایگاه اقتصادی - اجتماعی هم‌راستا با مطالعات کبیز، لارسون، حاتمی، شیرینی، کاشی‌لو، امینی‌نقده و حسینی

و همچنین جنس مطابق با مطالعات کیز، لارسون، اینگلهارت، استون، عبدالله‌تبار، بیات، فارسی‌نژاد، با توجه به اندازه‌ی شدت اثر به ترتیب و پس از متغیرهای مهارت‌های ارتباطی، کیفیت زندگی و گذران اوقات فراغت با سلامت اجتماعی رابطه‌ی معنادار دارند. یافته‌های این تحقیق تأییدکننده‌ی تئوری‌های کیز، اسمیت، فرانس و ماتسون است.

این تحقیق نشان داد اگر چه سلامت اجتماعی در اکثر افراد جامعه‌ی ما در حد متوسط است اما وضعیت خیلی مطلوبی نیز ندارد. بنابراین سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان اجتماعی باید با این واقعیت آشنا شده و در این مسیر سیاست‌های مطلوب را در پیش بگیرند. آشنایی ایشان با وضعیت سلامت اجتماعی و راه‌های ارتقای آن ضرورت دارد. همچنین در سطح خرد آموزش از راهکارهای اصلی است. این مهم می‌تواند توسط رسانه‌ها، آموزش و پرورش و آموزش‌هایی مانند آموزش پیش از ازدواج انجام پذیرد. از آنجا که بررسی سلامت اجتماعی به منزله‌ی بررسی سلامت جسمی و اجتماعی است و وجود آن تابعی از سلامت در جامعه است، همچنین به‌عنوان راهی برای پیشگیری از انواع انحرافات اجتماعی و درمان بیماری‌های اجتماعی محسوب می‌شود، در جهت ارتقای سلامت اجتماعی در جامعه برگزاری نشست‌های تخصصی با حضور مسئولین و آگاه‌سازی ایشان و عامه‌ی مردم از شاخص‌های سلامت اجتماعی، برگزاری کلاس‌های آموزشی از جمله آموزش پیش از ازدواج و آموزش مهارت‌های زندگی، ارتقای روحیه‌ی مشارکت و همکاری در مردم پیشنهاد می‌گردد. همچنین در حوزه‌ی مطالعاتی بررسی و مطالعات بیشتر سلامت اجتماعی در پیمایش‌های ملی، بررسی سلامت اجتماعی گروه‌های خاص و مقایسه‌ی آنها و بررسی جنیستی پیشنهاد می‌شود.

**فهرست منابع:**

- ابراهیم نجف‌آبادی، اعظم (۱۳۸۹). بررسی عوامل مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی زنان جوان ۱۵ تا ۲۴ ساله، رساله‌ی کارشناسی ارشد، دانشکده‌ی علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- ارفعی عین‌الدین، رضا (۱۳۸۸). بررسی رابطه‌ی نحوه‌ی گذران اوقات فراغت و سلامت اجتماعی (جوانان ۱۵ الی ۲۹ ساله)، رساله‌ی کارشناسی ارشد، دانشکده‌ی علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- ازکیا، مصطفی و توکلی، محمود (۱۳۸۵). "فرا تحلیل مطالعات رضایت شغلی در سازمان‌های آموزشی"، نامه‌ی علوم اجتماعی، شماره‌ی ۲۷.
- افجه، سیدعلی اکبر و سام آرام، مریم (۱۳۸۹). "تأثیر میزان سلامت اجتماعی بر میزان رضایت شغلی"، فصلنامه‌ی برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، شماره‌ی ۳.
- افشارزاده، صفوراسادات (۱۳۸۹). بررسی میزان سلامت اجتماعی دانش‌آموزان نخبه و عوامل مؤثر بر آن، رساله‌ی کارشناسی ارشد، دانشکده‌ی علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- امینی‌نقده، منصور (۱۳۸۹). بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی (مطالعه‌ی موردی: جوانان ۱۸-۲۹)، رساله‌ی کارشناسی ارشد، دانشکده‌ی علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- باباپور خیرالدین، جلیل؛ طوسی، فهیمه و حکمتی، عیسی (۱۳۸۸). "بررسی نقش عوامل تعیین‌کننده در سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز"، روانشناسی، سال چهارم، شماره‌ی ۱۶.
- بخارایی، احمد؛ شربتیان، محمدحسن و طوافی، پویا (۱۳۹۴). "مطالعه‌ی جامعه‌شناختی رابطه‌ی نشاط با سلامت اجتماعی (جوانان ۱۸ تا ۳۰ سال شهرستان ملایر)"، فصلنامه‌ی برنامه‌ریزی رفاه و توسعه‌ی اجتماعی، شماره‌ی ۲۵، زمستان.
- بیات، محبوبه؛ نادری‌فر، مهین؛ بیات، مقداد؛ میری، مجید و فروغی، سعید (۱۳۸۶). "سلامت اجتماعی کودکان ۷ تا ۱۱ ساله ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی"، پرستاری ایران، دوره‌ی ۵۱، شماره‌ی ۲۰.

پارسامهر، مهربان و رسولی‌نژاد، سید پویا (۱۳۹۴). "بررسی رابطه‌ی سبک زندگی سلامت محور با سلامت اجتماعی در بین مردم شهر تالش"، فصلنامه توسعه‌ی اجتماعی (توسعه‌ی انسانی سابق)، دانشگاه شهید چمران اهواز، دوره‌ی ۱۰، شماره‌ی ۱.

حاتمی، پریسا (۱۳۸۸). بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تأکید بر شبکه‌های اجتماعی، رساله‌ی کارشناسی ارشد، دانشکده‌ی علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.

حسینی، فاطمه (۱۳۸۸). بررسی میزان سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در دانشجویان دانشکده‌ی علوم اجتماعی، رساله‌ی کارشناسی ارشد، دانشکده‌ی علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.

روحی، زهرا (۱۳۸۷). بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی کارکنان دانشگاه علوم پزشکی کاشان، رساله‌ی کارشناسی ارشد، دانشکده‌ی علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.

شیری، مرتضی (۱۳۸۶). بررسی میزان سلامت اجتماعی افراد کم‌توان جسمی حرکتی و عوامل مؤثر بر آن در شهر تهران، رساله‌ی کارشناسی ارشد، دانشکده‌ی علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.

سرخوش، سعید (۱۳۸۷). بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی بر مهاجرین در شهر همدان، رساله‌ی کارشناسی ارشد، دانشکده‌ی علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.

صالح، صلاح‌الدین (۱۳۸۸). بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر میزان سلامت اجتماعی همسران جانباز اعصاب و روان (مورد شهر تهران)، رساله‌ی کارشناسی ارشد، دانشکده‌ی علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.

عبدالله‌تبار، هادی (۱۳۸۶). بررسی ارتباط سلامت اجتماعی و متغیرهای دموگرافیک اجتماعی دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، رساله‌ی کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.

فارسی‌نژاد، معصومه و حجازی، الهه (۱۳۸۶). "بررسی نقش واسطه‌گری متغیر تعهد در رابطه با متغیرهای سبک‌های هویت و سلامت اجتماعی در نوجوانان"، فصلنامه‌ی طلوع بهداشت، دانشکده‌ی بهداشت یزد، سال ششم، شماره‌ی ۳ و ۴.

- فتحی، منصور؛ عجم‌نژاد، رضا و خاک‌رنگین، مریم (۱۳۹۱). "عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی معلمان شهر مراغه"، فصلنامه‌ی رفاه اجتماعی، سال دوازدهم، شماره‌ی ۴۷. قاضی طباطبایی، محمود و ودادهیر، ابوعلی (۱۳۸۹). فراتحلیل در پژوهش‌های اجتماعی و رفتاری، تهران، جامعه‌شناسان.
- کاشی‌لو، خدیجه (۱۳۸۸). بررسی میزان سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در بین کارگران شهر صنعتی کاوه، رساله‌ی کارشناسی ارشد دانشکده‌ی علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- کیزی، ال. ام، شاپیرو و دی، آرام (۲۰۰۴). سلامت اجتماعی در ایالات متحده: یک همه‌گیرشناسی توصیفی، ترجمه‌ی حسینی انتشارات دانشگاه شیکاگو.
- گرمارودی، غلامرضا و وحدانی‌نیا، مریم‌السادات (۱۳۸۵). "سلامت اجتماعی: بررسی میزان مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان"، پایش، سال پنجم، شماره‌ی ۲، بهار.
- مسعودی، غزاله (۱۳۸۸). بررسی ارتباط میزان سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی در دانشجویان دختر ساکن خوابگاه‌های دانشگاه تهران، رساله‌ی کارشناسی ارشد، دانشکده‌ی علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- مطلق، محمد اسماعیل؛ اولیایی‌منش، علیرضا و بهشتیان، مریم (۱۳۸۷). سلامت و عوامل اجتماعی تعیین‌کننده‌ی آن، تهران: موفق.
- مهری، اسدالله (۱۳۹۰). بررسی میزان تأثیر سرمایه‌ی اجتماعی بر سلامت اجتماعی روانی و اجتماعی معلمان، رساله‌ی کارشناسی ارشد، دانشکده‌ی علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- موحدی، امین (۱۳۸۹). بررسی تأثیر سلامت اجتماعی بر میزان کیفیت زندگی کارکنان بانک ملی ایران، رساله‌ی کارشناسی ارشد، دانشکده‌ی علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- هومن، حیدرعلی (۱۳۸۷). راهنمای عملی فراتحلیل در پژوهش علمی، تهران: سمت.

---

Rosenthal, R. Dimatteo, R. M. (2001). "Meta-Analysis: Recent Developments in Quantitative Methods for Literature Reviews", *Annual Reviews of psychology*, 52: 59-82.

W.H.O. (2006). *Constitution of the World Health Organization*.