

بررسی ارتباط بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی جوانان مناطق حاشیه نشین شهر کرمانشاه

یونس نوربخش^۱، هاییل حیدرخانی^۲، اصغر محمدی^۳

تاریخ دریافت: ۹۶/۸/۱۴ تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۱/۷

چکیده

محققان بسیاری در زمینه ی سلامت روانی مطالعه و پژوهش انجام داده اند، اما ارزیابی سلامت اجتماعی کمتر مورد توجه قرار گرفته است. سلامت اجتماعی ارزیابی شخص از نحوه ی عملکردش در اجتماع و نوع نگرش نسبت به دیگر افراد جامعه است و بدون شک شیوه ی برخورد با مسائل مربوط به خود و نوع نگرش او به سایر گروه‌های اجتماعی را تحت تأثیر قرار خواهد داد.

با توجه به اهمیت بحث از سلامت اجتماعی، پژوهش حاضر با استفاده از روش میدانی، تکنیک پیمایش، ابزار پرسشنامه و استفاده از نرم افزارهای SPSS و AMOS، به دنبال پاسخ به این سؤال اصلی می‌باشد که آیا بین ابعاد مختلف حمایت اجتماعی و متغیرهای زمینه ای با سلامت اجتماعی جوانان ساکن در مناطق حاشیه نشین ارتباط وجود دارد؟ جامعه آماری پژوهش حاضر جوانان ۱۵ تا ۲۹ سال مناطق حاشیه ای شهر کرمانشاه می‌باشد که تعداد ۳۸۴ نفر از آنها به عنوان حجم نمونه مورد بررسی قرار گرفته است.

نتایج تحقیق حاکی از آن است که بین حمایت عاطفی (۰/۲۶)، حمایت ابزاری (۰/۴۱)، حمایت اطلاعاتی (۰/۳۱)، حمایت ارزیابانه (۰/۲۲)، جنس (مردان بیشتر از زنان) و درآمد (۰/۳۳) و میزان سلامت اجتماعی جوانان ارتباط مثبت و مستقیم و معنادار وجود دارد. اما بین متغیر سن و سلامت اجتماعی ارتباط معناداری مشاهده نشد. نتایج تحلیل رگرسیونی نیز نشان می‌دهد که ۰/۲۹ درصد از کل تغییرات میزان سلامت اجتماعی در بین جوانان ساکن در مناطق حاشیه ای وابسته به ۴ بعد حمایت اجتماعی می‌باشد.

واژگان کلیدی: سلامت اجتماعی، حمایت اجتماعی، متغیرهای زمینه‌ای، جوانان، مناطق حاشیه نشین.

۱ دانشجویار گروه جامعه شناسی دانشگاه تهران. پست الکترونیکی: ynoorbakhsh@ut.ac.ir

۲ استادیار گروه جامعه شناسی، واحد اسلام آباد غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، اسلام آباد غرب، ایران پست الکترونیکی: h.heidarkhani@yahoo.com

۳ استادیار گروه جامعه شناسی، واحد دهقان، دانشگاه آزاد اسلامی، دهقان، ایران؛ پست الکترونیکی:

asghar.mo.de@gmail.com

بیان مسئله

سلامت موضوعی مطرح در همه ی فرهنگ هاست و تعریف آن در هر جامعه ای تا اندازه ای به حس مشترک مردمان از سلامت و فرهنگ آنها باز می‌گردد؛ ولی معمولاً هر گاه از آن سخنی به میان آمده بیشتر بعد جسمانی آن مورد توجه بوده است، در حالی که رشد و تعالی جامعه در گرو تندرستی آن جامعه از ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی می‌باشد (سجادی و همکاران، ۱۳۸۴: ۲۴۴).

سلامت اجتماعی که اساسی ترین جزء رفاه اجتماعی به شمار می‌رود، بیش از مداخلات پزشکی، به عوامل اجتماعی و اقتصادی وابسته بوده و یکی از مفاهیم محوری توسعه پایدار است. سلامت مقوله ای است که نقش آن در ارتقاء شاخص های توسعه ی انسانی انکار ناپذیر است. لذا مبارزه با عواملی که این پدیده را تحت تأثیر قرار داده و همچنین سبب نابرابری هایی در سلامتی می گردند، از اولویت های همه ی افراد جامعه و دولت‌ها محسوب می‌شود (رستگار و سیدان، ۱۳۹۴: ۸۶).

سلامت اجتماعی به منزله بخشی از سلامت فرد، بازتابی از پاسخ‌های درونی (احساسات، افکار و رفتارها) به محرک‌ها و ناظر بر رضایت یا نارضایتی نسبت به محیط اجتماعی ست (لارسون^۱، ۱۹۹۶). محققان بسیاری در زمینه ی سلامت روانی مطالعه و پژوهش انجام داده اند، اما ارزیابی سلامت اجتماعی کمتر مورد توجه قرار گرفته است. سلامت اجتماعی ارزیابی شخص از نحوه ی عملکردش در اجتماع و نوع نگرش نسبت به دیگر افراد جامعه است و بدون شک شیوه ی برخورد با مسائل مربوط به خود و نوع نگرش او به سایر گروه‌های اجتماعی را تحت تأثیر قرار خواهد داد.

یکی از گروه‌هایی که توجه به سلامت اجتماعی آنها مسئله ی مهمی است، جوانان می‌باشد. نسل جوان به عنوان سرمایه انسانی هر جامعه نقش بارزی در توسعه پایدار و تضمین حیات فرهنگی و ملی آن جامعه ایفا می‌کند و سلامت این قشر تا حد زیادی لازمه سلامت بسیاری از آحاد جامعه را در بردارد. بحث از سلامت جوانان به ویژه در کشورهای در حال توسعه مانند ایران دارای ضرورت مضاعفی است، چرا که در این کشور اکثریت مطلق جمعیت را جوانان تشکیل می‌دهد.

اما در این میان وضعیت سلامت جوانان مناطق حاشیه ای توجه بیشتری نیاز دارد. حاشیه نشینی خصلت بسیاری از کشورهای در حال توسعه از جمله ایران می‌باشد. پس از سرعت انفجاری شهرنشینی و ظهور الگوی شهرنشینی در ایران، بخش قابل توجهی از فضای شهری و مناطق مسکونی را مناطقی به نام حاشیه یا سکونتگاه‌های غیر رسمی به خود اختصاص داده اند که وسعت زیادی از شهرها مختلف را در بر گرفته است. از دهه‌های اول قرن حاضر شمسی با ورود صنعت به ایران و همچنین اصلاحات اجتماعی و نیز اصلاحات اراضی در جامعه روستایی، تزریق عایدات نفتی به شهرها، کاهش مرگ و میر و در ادامه وقوع انقلاب اسلامی و جنگ به همراه دیگر عوامل موجب شد بخش عظیمی از جمعیت و نیروی کار روستایی به شهرها مهاجرت کنند و در نتیجه سبب گسترش حاشیه نشینی شوند.

حاشیه نشینان کسانی هستند که در محدوده اقتصادی شهر زندگی می کنند ولی جذب نظام اقتصادی و اجتماعی نشده اند. چارلز ابرامز حاشیه نشینی را در معنای عام شامل تمام کسانی می داند که در محدوده اقتصادی شهر ساکن هستند ولی جذب اقتصاد شهری نشده اند. مناطق حاشیه نشین دارای وضعیت نامطلوب و کیفیت پایین محیط زندگی از نظر تأسیسات و تجهیزات بهداشتی و خدماتی هستند. مناطق مسکونی آنها که اغلب اطراف راه آهن، در نزدیکی جایگاه های تخلیه و انباشت زباله و یا در حاشیه شهرهاست و فاقد کمترین تأسیسات رفاهی است. توالت های روباز و غیر بهداشتی و محیط آلوده به کثافات و زباله در محل اسکان این قشر، محل مناسبی برای شروع انواع مرض هاست. در زمستان، کوچه ها پر از گل و لجن بوده و آب خیابانها و کوچه ها به این مناطق سرازیر می شود. خانه ها فاقد سیستم فاضلاب بوده و پایین بودن سطح فرهنگ و سواد، امکان استفاده از روشهای صحیح بهداشتی را به آنان نمی دهد. به همین دلیل با مریضی و مرگ و میر بالای کودکانشان نیز روبرو هستند (وینر^۱، ۲۰۰۲: ۷).

جوانان مناطق حاشیه ای از جمله اقشار آسیب پذیر در جامعه هستند که به علت نداشتن امکانات مناسب دچار مشکلات زیادی می باشند و همین مشکلات سلامت آنها را تحت تأثیر خود قرار می دهد. جوانی که از سلامت روانی و اجتماعی کافی برخوردار نیست نمی تواند با چالش های ناشی از ایفای نقش های اجتماعی کنار آمده و خود را با هنجارهای اجتماعی تطبیق دهد. از سوی دیگر، خودکارآمدی به عنوان مهمترین عامل ایستادگی جوان در برخورد با چالش ها و تضادها نیز می تواند دستخوش تغییرات خاص این دوره از تحول قرار گیرد.

اما آنچه که نبود آن در مناطق حاشیه ای شهر کرمانشاه محسوس است، عدم حمایت اجتماعی از جوانان برای ارتقای ابعاد روانی و اجتماعی سلامت است. این عدم حمایت نسبت به سلامت اجتماعی، در عصر ارتباطات و جهانی سازی، موجب افزایش آسیب پذیری افراد در ابعاد روانی، خودکشی، گرایش به مصرف دخانیات، عدم پذیرش اجتماعی، عدم احساس امنیت، پایین آمدن همبستگی اجتماعی و سایر آسیب های اجتماعی می شود و از جمله موضوعاتی است که باید به آن توجه خاص شود. بنابراین با توجه به توضیحات داده شده بحث از سلامت اجتماعی در بین جوانان ساکن در مناطق حاشیه ای مسئله ای مهمی است و در همین راستا پژوهش حاضر به دنبال بررسی ارتباط بین ابعاد مختلف حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی جوانان مناطق حاشیه ای شهر کرمانشاه به عنوان منطقه هایی محروم و دارای نیاز به حمایت می باشد.

پیشینه تحقیق

سفیری و منصوریان (۱۳۹۳) پژوهشی را با عنوان « تبیین رابطه هویت جنسیتی و سلامت اجتماعی زنان و مردان جوان شهر تهران » به انجام رساندند. هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه هویت جنسیتی و سلامت اجتماعی جوانان است. روش بررسی در این پژوهش، پیمایش مقطعی است که زنان و مردان ۱۸-۲۹ ساله

شهر تهران به عنوان جامعه آماری آن در نظر گرفته شده اند. یافته های پژوهش نشان داد که رابطه بین جنسیت، وضعیت تاهل زنان، سن زنان و سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد. همچنین، بین هویت جنسیتی شخصی، هویت جنسیتی اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان و مردان جوان رابطه معنادار و مستقیم مشاهده شد. تحلیل رگرسیون چند متغیره نشان داد که شش متغیر (هویت جنسیتی شخصی، هویت جنسیتی اجتماعی، اعتماد، جنسیت و تحصیلات پاسخگو و سن) در مجموع ۰.۴۳۰ از تغییرات متغیر وابسته سلامت اجتماعی را تبیین کردند. نمودار تحلیل مسیر نشان داد که متغیر اعتماد، در مقایسه با دیگر متغیرها، تاثیر بیشتری بر سلامت اجتماعی داشته است.

فحی و دیگران (۱۳۹۱) پژوهشی را با عنوان «عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی معلمان شهر مراغه» به انجام رساندند. یافته‌ها نشان می‌دهد که ارتباط متغیرهای مستقل جنسیت، سن، طبقه اجتماعی و رضایت از شغل با متغیر وابسته سلامت اجتماعی در میان معلمان شهر مراغه بررسی شد. بر اساس یافته‌ها، بین متغیرهای رضایت از شغل و سن و طبقه اجتماعی با سلامت اجتماعی افراد مطالعه شده رابطه معناداری با ضریب اطمینان ۹۹ درصد اطمینان به دست آمد، درحالی که بین دو جنس زن و مرد از نظر سطح سلامت اجتماعی تفاوت معناداری مشاهده نشد.

ابراهیم (۱۳۹۱) پژوهشی را با عنوان «عوامل موثر بر میزان سلامت اجتماعی زنان جوان ۱۵ تا ۲۴ ساله شهر اصفهان (با تاکید بر میزان حمایت اجتماعی)» به انجام رساند. هدف این پژوهش، شناسایی بیشتر میزان سلامت اجتماعی زنان جوان ۱۵ تا ۲۴ ساله شهر اصفهان و عوامل موثر بر آن (با تاکید بر حمایت اجتماعی) است. یافته های این تحقیق نشان می دهد که هرچه زنان جوان از میزان حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار، متناسب با آن سلامت اجتماعی بالاتری نیز دارند. بر همین اساس، بین مولفه های سه گانه حمایت اجتماعی (حمایت ابزاری، عاطفی، اطلاعاتی) و سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد.

فیوری^۱ و دنکلا^۲ (۲۰۱۲) تحقیقی با عنوان با عنوان حمایت اجتماعی و سلامت روانی در میان میان ۶۷۶۷ نفر از سالمندان انجام دادند. محققان به این نتیجه رسیدند که دریافت حمایت عاطفی فقط با سلامت روانی زنان رابطه ی مستقیمی دارد؛ در حالی که حمایت ابزاری و احساسی با سلامت روانی زنان و مردان با الگوهای مختلف رابطه داشته است. برای مثال مردانی که حمایت ابزاری به غیر از خویشاوندان دریافت می کردند، فقط سطح بالایی از نشانه‌های افسردگی را داشتند.

پاول^۳ (۲۰۰۷) پژوهشی را با عنوان «بررسی رابطه بین عملکرد های ارتباطی، سلامت اجتماعی معنوی و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به سرطان» به انجام رساند. نمونه های این مطالعه افراد مبتلا به سرطان سن ۳۵ تا ۸۰ سال به روش نمونه گیری آسان بوده اند. ابزارهای مورد استفاده برای گرد آوری اطلاعات، کیفیت زندگی، پرسشنامه سلامت اجتماعی - معنوی و پرسشنامه عملکرد اجتماعی بودند. تجزیه و تحلیل آماری نشان داد که سلامت معنوی عامل تاثیر گذار بر کیفیت زندگی این افراد بوده و

1 Fiori

2 Denckla

3 Powell

سلامت اجتماعی پس از سلامت روانی در رتبه دوم قرار داشت ولی عملکردهای ارتباطی افراد رابطه ای با کیفیت زندگی آنان داشتند.

زانگ^۱ و همکارانش (۲۰۰۳) به بررسی رابطه بین شبکه‌های اجتماعی و سلامتی در کانادا پرداخته اند. هدف آنها از این پژوهش عبارت بود از ارزیابی رابطه بین وضعیت سلامتی افراد بزرگسال و انسجام اجتماعی و شبکه‌های اجتماعی (خانواده، فرزندان، دوستان و اجتماع). داده‌های ثانوی این پژوهش از پیمایش ۱۹۹۵ در کانادا بدست آمده و نمونه آماری آن ۲۰۰۰ نفر می‌باشد. در این پژوهش نیز برای تحلیل داده‌ها از رگرسیون لجستیک بهره گرفته شده است. نتایج حاکی از این امر بود که وضعیت سلامتی افرادی که از انسجام اجتماعی بالا و شبکه‌های اجتماعی بیشتری برخوردار بودند در مقایسه با بقیه پاسخگویان در حد مطلوبی قرار داشته است.

مک آرتور^۲ (۱۹۹۵) مطالعه ای را برای بررسی اپیدمیولوژی سلامت اجتماعی در ایالات متحده انجام داد. هدف این مطالعه دستیابی به میزان شیوع سلامت اجتماعی سطح بالا و پایین و چگونگی توزیع سلامت اجتماعی در جمعیت، با توجه به متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل و وضعیت شغلی بود. نتایج نشان داد که تقریباً ۴۰ درصد افراد بزرگسال در سن ۲۵ تا ۴۷ سال، در سه مقیاس سلامت اجتماعی دارای نمره ی بالا بودند. اما ۶۰ درصد افراد بزرگسال در هیچ یک از مقیاس های سلامت اجتماعی نمره بالا کسب نکردند.

مبانی نظری

سلامت اجتماعی

بلاک^۳ و برسلو^۴ برای نخستین بار در سال ۱۹۷۲ در پژوهشی به مفهوم سلامت اجتماعی پرداخته اند. آنان مفهوم سلامت اجتماعی را با «درجه‌ی عملکرد اعضاء جامعه» مترادف دانستند و شاخص سلامت اجتماعی را ساختند. آنها تلاش کردند تا با طرح پرسش‌های گوناگون در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی سلامت فردی، به میزان فعالیت و عملکرد فرد در جامعه برسند (فرزانه و علیزاده، ۱۳۹۲: ۱۸۱).

لارسن، سلامت اجتماعی را ارزیابی فرد از کیفیت روابطش با خانواده، دیگران و گروه های اجتماعی تعریف کرده و بر آن است که این پدیده، بخشی از سلامت فرد را می‌سند، که نشانگر رضایت یا عدم رضایت او از زندگی اجتماعی بوده و شامل پاسخ‌های درونی فرد است (لارسن، ۱۹۹۶: ۱۸۳). بنابراین، به چگونگی وضعیت ارتباط فرد با دیگران در جامعه می پردازد. هر نوع قطع ارتباط بین فرد و جامعه، به گونه‌ای که افراد در چارچوب‌های اجتماعی جذب نگردند، زمینه‌ای مساعد بر ای رشد انحرافات اجتماعی و پیدایش مشکلات سلامت را فراهم می‌آورد.

از نظر ماتسون^۵ (۱۹۹۰) یکی از جنبه‌های مهم رشد انسان، فرایند اجتماعی شدن اوست. انسان به عنوان موجودی اجتماعی، همواره ناگزیر است که با دیگران روابط متقابل داشته باشد. از طریق رفتار متقابل

1 Zhang
2 McArthur
3 Block
4 Breslow
5 Matson

اجتماعی است که افراد شخصیت خود را می‌سازند و شیوه‌های زندگی جمعی و دانش، مهارت‌ها الگوهای رفتاری لازم را کسب می‌کنند. از طرفی به نظر می‌رسد که برقراری و حفظ یک ارتباط سالم و مستمر نیز مستلزم داشتن مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی بخصوصی است که باید آنها را مورد توجه و بررسی قرار داد. ماتسون معتقد است که مهارت‌های ارتباطی رفتارهایی هستند که رشد آنها می‌تواند بر روابط بین افراد از یکسو و سلامت اجتماعی آنان و نیز عملکرد مفید و موثر در اجتماع از سوی دیگر، تأثیر داشته باشد. ماتسون مهارت‌های ارتباطی را به عنوان وسیله ارتباط میان فرد و محیط، تعریف می‌کند که این وسیله برای شروع و ادامه یک ارتباط سازنده و سالم با همسالان، به عنوان بخش مهمی از سلامت، مورد استفاده واقع می‌شود (حاتمی، ۱۳۸۸).

اما مهم‌ترین و کامل‌ترین نظریه در زمینه ی سلامت اجتماعی را کبیز مطرح کرده است که به عنوان مبنای پژوهش در اینجا به تفصیل بررسی می‌شود. کبیز معتقد است که مدل سلامت اجتماعی (که در امتداد سلامت روانی مطرح می‌شود و زمینه کارکرد مثبت را فراهم می‌کند) شامل همبستگی اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و خودشکوفایی اجتماعی به شرح نمودار زیر می‌شود:



نمودار شماره ۱. ابعاد سلامت اجتماعی از نظری کبیز (به نقل از: حاتمی، ۱۳۸۸)

همبستگی اجتماعی: منظور از همبستگی اجتماعی، ارزیابی یک فرد با در نظر گرفتن کیفیت همراهی او با جامعه اطرافش است (کبیز^۱، ۱۹۹۸). احساس تعلق می‌تواند جنبه ای محوری از سلامت باشد (ریف^۲ و دیگران، ۲۰۰۳). و لذا همبستگی با دیگران در محیط و جامعه اطراف می‌بایست حاصل یک تجربه مشترک شباهت بادیگران باشد (کبیز و شاپیرو، ۲۰۰۴).

مشارکت اجتماعی: مشارکت عبارتست از ارزیابی ارزش اجتماعی که فرد دارد و شامل این عقیده است که آیا فرد جزئی مهم از جامعه است و چه ارزشی را به جهان خود اضافه می‌کند. ایفای سهم اجتماعی با مفاهیم بازدهی و مسئولیت پذیری شباهت دارد. بازدهی فردی به این معنا است که عقیده داشته باشیم می‌توانیم رفتار خاصی را از خود نشان دهیم و به اهداف ویژه ای برسیم (کبیز، ۱۹۸۹).

1 Keyes

2 Ryff

انسجام اجتماعی: در این شاخص فرد خود را ارزیابی کرده و به این نتیجه می‌رسد که بخشی از جامعه بوده و خود را همچون سایرین در وقایع جامعه سهیم می‌داند. انسجام اجتماعی قابل قیاس با بی معنا بودن زندگی است. و شامل دیدگاه‌هایی می‌شود در این باره است که جامعه قابل سنجش و قابل پیش بینی است. از حیث روان شناختی، افراد سالم زندگی شخصی خود را با معنا و منسجم می‌بینند (ریف و دیگران، ۲۰۰۳). شکوفایی اجتماعی: منظور از شکوفایی اجتماعی ارزیابی پتانسیل و خط سیر جامعه است. شکوفایی اجتماعی شامل درک افراد از این موضوع است که آنها هم از رشد اجتماعی سود خواهند برد و اینکه نهادها و افراد حاضر در جامعه به شکلی در حال شکوفایی اند که نوید توسعه بهینه را می‌دهد و هرچند این امر برای همه افراد درست نیست (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴).

پذیرش اجتماعی: پذیرش اجتماعی نسخه اجتماعی پذیرش خود است. افرادی که نگرش مثبتی به شخصیت خود دارند و جنبه‌های خوب و بد زندگی خود را توأمان می‌پذیرند نمونه‌هایی از سلامت روانی و اجتماعی هستند (ریف، ۱۹۸۹: ۷۷). منظور از پذیرش اجتماعی، درک فرد از جامعه با توجه به خصوصیات سایر افراد است (کییز، ۱۹۹۸: ۱۲۵). پذیرش اجتماعی شامل پذیرش تکثر با دیگران، اعتماد به خوب بودن ذاتی دیگران و نگاه مثبت به ماهیت انسانها است که همگی آنها باعث می‌شوند فرد در کنار سایر اعضای جامعه انسانی، احساس راحتی کند (کییز و شاپیرو، ۱۹۹۸).

حمایت اجتماعی

حمایت اجتماعی مفهومی است که به طور گسترده از دیدگاه‌های نظری و تجربی متعددی مورد مطالعه قرار گرفته است و تعاریف گوناگونی از آن ارائه شده است. در یک تعریف، حمایت اجتماعی به مراقبت، محبت، عزت، تسلی و کمکی که سایر افراد یا گروه‌ها به فرد ارزانی می‌دارند، گفته می‌شود. این حمایت را ممکن است منابع گوناگونی مانند همسر، نامزد، خانواده، اقوام، دوستان، همکاران، پزشک یا سازمان‌های اجتماعی به عمل آورند (سارافینید^۲، ۱۳۸۴: ۱۷۸).

تعریف براندت^۳ و وینرت^۴ از حمایت اجتماعی شامل ایجاد تعلق، صمیمیت، یکپارچگی اجتماعی، فرصت و امکانی برای رفتارهای مثر، تضمین مجدد ارزش انسان‌ها و ایفای نقش آنان، امکان کمک‌ها و اطلاعاتی، عاطفی و مادی می‌باشد.

با توجه به تنوع تعاریف، هاپسی^۵ تعاریف نظری عمده حمایت اجتماعی را در پنج مقوله جای می‌دهد: مقوله اول تعاریفی هستند که بر شکل حمایت تأکید دارند. این طبقه بندی از سوی محققان زیادی مورد استفاده واقع شده است. کوهن^۶ و دیگران این مقوله را با تعریف فراگیر حمایت اجتماعی به عنوان منبعی که از سوی افراد ارائه می‌شود توضیح داده اند. از سوی دیگر تعریف کوب بسیار خاص است؛ او

1 Shapiro
2 Sarafinid
3 Brandt
4 Weinert
5 Hupcey
6 Cohen

اظهار می‌دارد که حمایت اجتماعی اطلاعاتی است که منجر به این اعتقاد در فرد می‌شود که او مورد توجه و دوست داشتنی، ارزشمند و محترم بوده یا متعلق به شبکه‌ای از روابط و تعهدات متقابل است. دومین مقوله به برداشت دریافت‌کننده حمایت مرتبط است. پرسیدانو^۱ و هلر^۲ حمایت اجتماعی را به صورت زیر تعریف می‌کنند: حمایت اجتماعی حوزه‌ای است که افراد معتقدند نیاز آنان به حمایت، اطلاعات و بازخورد تأمین می‌شود.

مقوله سوم شامل رفتارها و نیت فراهم‌آورنده حمایت اجتماعی است. برای مثال حمایت به مبادله منابع بین فراهم‌آورنده حمایت و دریافت‌کننده حمایت در جهت افزایش رفاه و آسایش دریافت‌کننده حمایت دلالت دارد.

مقوله چهارم عبارت است از روابط متقابل یعنی مبادله منابع بین فراهم‌آورنده و دریافت‌کننده حمایت. مقوله پنجم مبتنی بر تعریف حمایت اجتماعی بر مبنای شبکه‌های اجتماعی است. ابعاد مختلف مرتبط با شبکه‌های حمایتی عموماً در تحقیقات حمایت اجتماعی مورد توجه قرار می‌گیرد. مثال این مقوله این است که حمایت اجتماعی حمایتی است که از طریق پیوندهای اجتماعی با دیگر افراد، گروه‌ها و اجتماع بزرگتر برای افراد میسر می‌شود (هاپسی، ۱۹۹۸: ۱۲۳۹ - ۱۲۳۳).

سارافیند (۱۳۸۴) در خصوص تأثیرات مستقیم (اصلی) حمایت اجتماعی بیان می‌کند که این تأثیرات از چندین راه ممکن است عمل کنند و بر سلامتی اثر بگذارند. برای مثال، افرادی که از حمایت‌های اجتماعی بسیاری برخوردارند، احساس تعلق و عزت نفس بیشتری می‌کنند. نگرش مثبتی که چنین موقعیتی پدید می‌آورد صرف نظر از میزان استرس، ممکن است برای فرد مثلاً به وسیله مقاوم ساختن او در برابر عفونت مفید باشد.

کوهن و مک کی^۳ با بررسی مجموعه‌ای از مطالعات مرتبط با فرضیه ضربه گیر، در یافته‌های آنها اختلاف قابل توجهی مشاهده کردند. در این بررسی آنها به این نتیجه رسیدند که اختلافات مشاهده شده ناشی از دو نوع فرضیه ضربه گیر است که هر کدام با یافته‌های ادبیات موجود فرضیه ضربه گیر مطابقت دارد. کوهن و مک کی دو نوع فرضیه ضربه گیر را مطرح می‌کنند: ۱- نوع قوی، ۲- نوع ضعیف. نوع قوی فرضیه ضربه گیر آسیب‌شناسی روانی شدید را برای اشخاص پیش‌بینی می‌کند که سطوح بالایی از فشار را تجربه می‌کنند اما از سطوح پایین حمایت اجتماعی برخوردارند. در اینجا آسیب‌روانی برای اشخاصی که دارای سطوح بالای حمایت اجتماعی هستند نسبتاً پایین است. نوع ضعیف فرضیه ضربه گیر پیش‌بینی می‌کند وقتی که فشار افزایش می‌یابد، آسیب ممکن است همچنین میان افراد دارای سطوح بالای حمایت هم افزایش یابد، اما میزان این افزایش می‌باید کمتر از افرادی باشد که دارای سطوح حمایت کمتری هستند (کوهن و مک کی، ۱۹۸۴).

1 Procidano

2 Heler

3 McKey

از نظر برکمن حمایت اجتماعی از یک بُعد به انواع مختلفی از قبیل حمایت عاطفی، ابزاری، اطلاعاتی و ارزیابانه تقسیم می‌شود. حمایت عاطفی با میزان محبت و علاقه، درک و اعتماد و ارزشی که فرد از دیگری دریافت می‌کند مرتبط است. این نوع حمایت در اکثر مواقع به وسیله فرد مطمئن و مورد اعتماد به فرد ارائه می‌شود. حمایت ابزاری (اقتصادی) به کمک و مساعدت افراد در جهت برطرف کردن نیازهای مادی اطلاق می‌شود که به صورت پرداخت پول یا نیروی کار صورت می‌گیرد. حمایت ارزیابانه که به کمک برای تصمیم‌گیری، ارائه پیشنهادهای مناسب اشاره می‌کند و حمایت اطلاعاتی با تهیه خبر و اطلاعات در مورد برطرف کردن نیازهای خاص مرتبط است (برکمن^۱، ۲۰۰۰: ۸۴۸).

کوهن نیز به تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامتی تأکید می‌کند و بیان می‌کند که «حمایت اجتماعی از طریق دو فرایند بر ارتقاء سلامتی و شادابی افراد و در نتیجه بالا رفتن کیفیت زندگی آنها تأثیر می‌گذارد که باید بین این دو فرایند تمایز قائل شد. اولین نوع این فرایند شامل تهیه و مبادله منابع و کمک‌های عاطفی، اطلاعاتی و ابزاری در پاسخ به این تصور که دیگران نیازمند چنین منابع و کمک‌هایی هستند، می‌باشد؛ چرا که «نیاز» اغلب با تجارب استرس‌زای مزمن یا حاد از قبیل بیماری، حوادث ناگوار زندگی و اعتیاد همراه است. در این مدل، مفهوم حمایت اجتماعی برای اشاره به منابع اجتماعی که افراد فکر می‌کنند قابل دسترسی هستند و یا به طور واقعی به وسیله گروه‌های حمایت‌کننده رسمی و غیر رسمی فراهم شده، به کار رفته است. در فرایند دوم، بر منافع سلامتی حاصل از مشارکت در یک یا چند گروه اجتماعی متمرکز و تأکید می‌شود». به نظر کوهن حمایت اجتماعی بر سلامتی فیزیکی و روانی از طریق تأثیرش بر رفتارها، شناخت‌ها و عواطف تأثیر می‌گذارد. در زمینه سلامتی روانی، حمایت اجتماعی، سیستم‌های پاسخ‌دهنده را تنظیم می‌کند و از بروز پاسخهای افراطی همراه با اختلالات روانی جلوگیری می‌کند. چنین تنظیمی از طریق ارتباط با هنجارهای مناسب، پاداش‌ها، مجازات‌ها و فراهم شدن مساعدت‌های مورد نیاز رخ می‌دهد. در زمینه سلامتی جسمی (که در برگرفته خطرات موجد برای سلامتی جسمی، رشد بیماری‌های جسمانی و بهبود بیماری‌های جسمانی می‌باشد) فرضیه اساسی عبارت است از اینکه روابط اجتماعی و حمایت حاصل از آن بر رفتارهایی که در سلامتی جسمی نقش دارند از قبیل رژیم غذایی، تمرین کردن، استعمال دخانیات، استراحت کردن، رعایت دستورات پزشکی، تأثیر می‌گذارد (کوهن^۲، ۱۹۸۴).

چارچوب نظری پژوهش

در این قسمت از پژوهش نظریاتی ارائه می‌شوند که مبنای استخراج فرضیه‌ها و مبنای نظری انجام پژوهش حاضر می‌باشند.

در پژوهش حاضر سلامت اجتماعی بر مبنای نظریه‌ی کبیز مورد بررسی قرار می‌گیرد. کبیز معتقد است که مدل سلامت اجتماعی شامل همبستگی اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش

1 Berkman

2 Cohen

اجتماعی و خودشکوفایی اجتماعی می‌شود. بنابراین در پژوهش حاضر نیز سلامت اجتماعی با ابعاد فوق سنجیده می‌شود.

حمایت اجتماعی نیز بر اساس نظریه ی برکمن (۲۰۰۰) با چهار شاخص حمایت عاطفی، ابزاری، اطلاعاتی و ارزیابانه بررسی می‌شود.

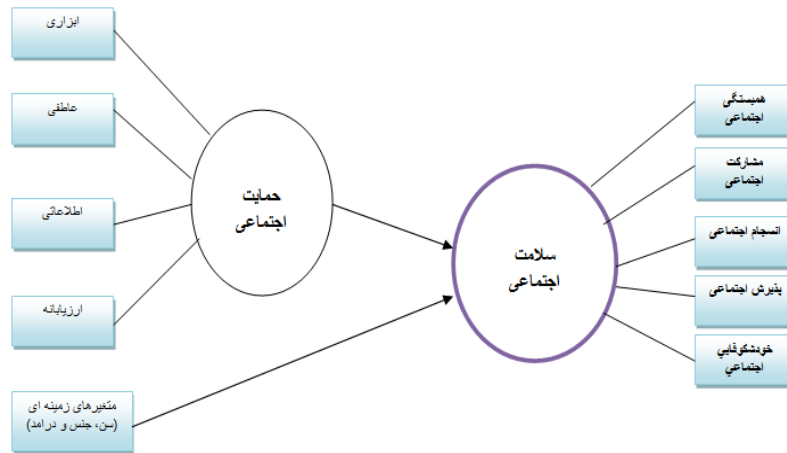
به اعتقاد هاوس حمایت اجتماعی به سه طریق به سلامت افراد در مقابله با رویدادهای فشار زا (۱۹۹۸) کمک می‌کند؛ اولاً اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد می‌توانند مستقیماً حمایت ملموسی به شکل منابع مادی در اختیار شخص قرار دهند. ثانیاً اعضای شبکه ی اجتماعی فرد می‌توانند با ارائه ی پیشنهادهای وی را از حمایت اطلاعاتی خود برخوردار سازند. ثالثاً افراد شبکه ی اجتماعی می‌توانند با اطمینان بخشی دوباره به فرد در خصوص اینکه مورد علاقه و با ارزش و محترم است، از وی حمایت عاطفی به عمل آورند و نهایتاً موجب افزایش عزت نفس و خود پنداره در او شوند (بیگی فر، ۱۳۷۸: ۸۷). مدل تأثیر مستقیم حمایت اجتماعی عنوان می‌کند که صرف داشتن حمایت اجتماعی برای سلامتی مفید است و برعکس نداشتن یا فقدان حمایت اجتماعی دارای تأثیرات منفی در سلامتی است. از اینرو سلامتی متأثر از میزان داشتن حمایت اجتماعی است (فرزانه و علیزاده، ۱۳۹۲: ۱۸۵).

کوهن (۲۰۰۱) نیز به تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامتی تأکید می‌کند و بیان می‌کند که «حمایت اجتماعی از طریق دو فرایند بر ارتقاء سلامتی و شادابی افراد و در نتیجه بالا رفتن کیفیت زندگی آنها تأثیر می‌گذارد. اولین نوع این فرایند شامل تهیه و مبادله منابع و کمک‌های عاطفی، اطلاعاتی و ابزاری است و در فرایند دوم، بر منافع سلامتی حاصل از مشارکت در یک یا چند گروه اجتماعی متمرکز و تأکید می‌شود. فلمینگ و باوم سلامتی را تابعی از حمایت اجتماعی می‌دانند که به نحوی افرادی از حمایت اجتماعی برخوردار باشند، از سلامت برخوردارند. درگیری افراد در شبکه‌های مختلف اجتماعی از جمله شبکه‌های خانوادگی، دوستی و همسایگی منابع حمایت فراهم می‌کند که با جذب بیشتر در این شبکه‌ها افراد شرایط مطلوب را به دست می‌آورند، حمایت و متعاقب آن سلامتی را حاصل می‌کنند (تقی پور، ۱۳۸۹: ۹۵؛ به نقل از فرزانه و علیزاده، ۱۳۹۲: ۱۸۵).

رز و وو نیز کسانی هستند که که بر تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی تأکید دارند. طبق تعریف رز و زو حمایت اجتماعی که شامل ابعاد عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی است موجب ارتقای سطح سلامت اجتماعی افراد می‌شود (بهمنی، ۱۳۸۷؛ به نقل از ابراهیم نجف آبادی، ۱۳۹۱: ۱۰۳).

بنابراین از نظریه‌های فوق این فرضیه‌ها استخراج می‌شود:

- بین حمایت اجتماعی ابزاری و سلامت اجتماعی جوانان مناطق حاشیه نشین ارتباط وجود دارد.
- بین حمایت اجتماعی عاطفی و سلامت اجتماعی جوانان مناطق حاشیه نشین ارتباط وجود دارد.
- بین حمایت اجتماعی اطلاعاتی و سلامت اجتماعی جوانان مناطق حاشیه نشین ارتباط وجود دارد.
- بین حمایت اجتماعی ارزیابانه و سلامت اجتماعی جوانان مناطق حاشیه نشین ارتباط وجود دارد.
- بین متغیرهای جمعیتی (سن، جنس و درآمد) و سلامت اجتماعی جوانان مناطق حاشیه نشین ارتباط وجود دارد.



مدل نظری پژوهش

روش شناسی تحقیق

تحقیق حاضر بر اساس نوع داده‌های جمع آوری و تحلیل شده، تحقیقی کمی است و از لحاظ نوع برخورد با مسأله مورد بررسی و ورود به آن مطالعه ای توصیفی است. تکنیک مورد استفاده در این پژوهش پیمایش می‌باشد. در مطالعه میدانی، برای جمع آوری اطلاعات مورد نیاز از ابزار پرسشنامه استفاده شده است. پیمایش از آغاز پیمایش، پرسشنامه ی ابتدایی مورد آزمون اولیه قرار گرفت و با استفاده از نتایج به دست آمده، نقایص موجود برطرف و پرسشنامه نهایی تنظیم شد.

جامعه آماری و جمعیت نمونه:

جامعه آماری این مطالعه کلیه ی جوانان ساکن در مناطق حاشیه ای شهر کرمانشاه می‌باشد که تعداد آنها حدود ۲۵۰ هزار نفر است. از آنجا که به طور طبیعی امکان مطالعه دیدگاه‌های تمامی ساکنان وجود نداشت از شیوه ی «نمونه گیری» برای تبیین نظریات افراد مورد مطالعه استفاده شده است و بر اساس فورمول کوکران تعدادی از افراد (۳۸۴ نفر) که معرف جامعه آماری تشخیص داده شدند به عنوان نمونه انتخاب و مطالعه شده است.

$$n = \frac{\frac{t^2 pq}{d^2}}{1 + \frac{1}{N} \left(\frac{t^2 pq}{d^2} - 1 \right)}$$

$$N = 250000 \quad t = 1/96 \quad P = 0/5 \quad Q = 0/5 \quad d = 0/05$$

$$n = \frac{\frac{(1/96)^2 \times (0/5)(0/5)}{(0/05)^2}}{1 + \frac{1}{250000} \left(\frac{(1/96) \times (0/5)(0/5)}{(0/05)^2} - 1 \right)} = 384$$

روش نمونه گیری در این پژوهش شیوه نمونه گیری تصادفی دو مرحله ای می باشد. پس از گردآوری داده ها تجزیه و تحلیل آن ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS و AMOS انجام گردید و در این رابطه برای آزمون فرضیات، تست های آماری متناسب با هر فرضیه بکار گرفته شد. در این رابطه جهت اطمینان از اعتبار لازم به مشاوره و بهره گیری از نظرات اساتید و کارشناسان مربوطه و همچنین از آزمون آلفای کرونباخ جهت پایایی پرسشنامه اقدام شده است و بر اساس ضریب آلفا ضریب پایایی تمامی متغیرها بالاتر از ۰/۷ می باشد.

تعریف متغیرهای پژوهش

– سلامت اجتماعی

تعریف مفهومی:

سازمان بهداشت جهانی تعریفی از سلامتی ارائه داد که بدین قرار است: «سلامت رفاه کامل فرد از نظر جسمانی، روانی و اجتماعی است و نه فقدان بیماری و یا معلولیت». منظور از سلامت اجتماعی آن بعد از رفاه هر فرد است که مربوط است به اینکه او چگونه با سایر افراد ارتباط برقرار می کند (مارموت^۱ و ویلکینسون^۲، ۱۳۸۷: ۳۴۲). در واقع زمانی شخص را واجد سلامت اجتماعی بر می شمارند که بتواند فعالیت ها و نقش های اجتماعی خود را در حد متعارف بروز و ظهور دهد و با جامعه و هنجارهای اجتماعی احساس پیوند و اتصال کند (فدایی مهربانی، ۱۳۸۶: ۸).

تعریف عملیاتی:

سلامت اجتماعی در این پژوهش با شاخص های همبستگی اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و خودشکوفایی اجتماعی سنجیده شده است.

– حمایت اجتماعی

تعریف مفهومی:

اگرچه مراقبت، دوستی و حمایت مفاهیمی به قدمت ارتباطات انسانی هستند؛ ولی مفهوم حمایت اجتماعی نسبتاً جدید می باشد. امروزه هر ناخوشی و حادثه سلامت در ارتباط با حمایت اجتماعی مورد مطالعه قرار می گیرد. حمایت اجتماعی میزان برخورداری از محبت و توجه و مساعدت اعضای خانواده و دوستان و سایر افرادی می باشد که فرد از آنها برخوردار است (لیندمن^۳، ۲۰۰۹).

تعریف عملیاتی:

حمایت اجتماعی در این پژوهش با شاخص های حمایت عاطفی، اطلاعاتی، ابزاری و ارزیابانه سنجیده شده است.

1 Marmot
2 Wilkinson
3 Lindeman

تجزیه و تحلیل داده ها

آمار توصیفی

نتایج فراوانی متغیر جنس نشان می‌دهد که ۵۴٪ پاسخگویان مرد و ۴۶٪ زن هستند. نتایج فراوانی متغیر سن نشان می‌دهد که ۱۸٪ پاسخگویان ۱۵ تا ۱۸ سال، ۲۵٪ پاسخگویان ۱۹ تا ۲۲ سال، ۳۰٪ پاسخگویان ۲۳ تا ۲۶ سال، ۲۴٪ پاسخگویان دارای سن ۲۷ تا ۲۹ سال هستند. یافته‌های نشان می‌دهد که در بین شاخص‌های حمایت اجتماعی، حمایت عاطفی دارای بیشترین میانگین (۵۱.۳) و حمایت ابزاری دارای کمترین میانگین (۸۶.۲) می‌باشد. همچنین میزان حمایت اطلاعاتی (۱۰.۳) و حمایت ارزیابانه (۱۷.۳) می‌باشد. یافته‌ها نشان می‌دهد که در بین شاخص‌های سلامت اجتماعی، مشارکت اجتماعی دارای بیشترین میانگین (۵۵.۳) و خودشکوفایی اجتماعی دارای کمترین میانگین (۸۶.۲) می‌باشد. همچنین میزان انسجام اجتماعی (۴۵.۳)، همبستگی اجتماعی (۳۹.۳) و پذیرش اجتماعی (۹۶.۲) می‌باشد.

آمار استنباطی

بررسی وضعیت نرمال توزیع داده ها

برای استفاده از آزمون‌های پارامتریک، پیش شرط‌هایی وجود دارد که عبارتند از: شرط نرمال بودن داده ها. جهت بررسی نرمال بودن عامل‌ها از آزمون تک نمونه‌ای کلموگروف - اسمیرنوف به قرار زیر استفاده می‌شود.

H_0 : داده‌ها از توزیع نرمال برخوردارند

H_1 : داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار نیستند

جدول ۱. آزمون کلموگروف - اسمیرنوف برای تعیین نرمال بودن متغیرهای پژوهش

سلامت اجتماعی	حمایت ارزیابانه	حمایت اطلاعاتی	حمایت عاطفی	حمایت ابزاری	خرده مقیاس‌ها	
					شاخص‌ها	
۳۸۴	۳۸۴	۳۸۴	۳۸۴	۳۸۴	تعداد	
۲۴.۳	۱۷.۳	۱۰.۳	۵۱.۳	۸۶.۲	میانگین	پارامترهای نرمال
۹۲.۰	۹۴.۰	۹۴.۰	۸۶.۰	۹۸.۰	انحراف معیار	
۱۷.۲	۲۱.۳	۰۱.۳	۸۴.۲	۲۳.۲	مقادیر کلموگروف - اسمیرنوف	
۱۸.۰	۰۷.۰	۱۴.۰	۱۲.۰	۰۹۱.۰	سطح معناداری (دو دامنه)	

با توجه به جدول شماره ۱ می‌توان نتیجه گرفت که چون مقادیر سطح معناداری کلیه متغیرهای پژوهش بیشتر از ۰.۰۵ می‌باشند پس می‌توان گفت که این عامل نرمال بودن توزیع داده‌ها را می‌رساند و می‌توان در تحلیل فرضیه‌های پژوهش، آزمونهای پارامتریک را بکار گرفت.

آزمون فرضیه‌ها

آزمون فرضیه شماره ۱- بین حمایت اجتماعی ابزاری و سلامت اجتماعی جوانان مناطق حاشیه نشین ارتباط وجود دارد.

برای آزمون این فرضیه از ضریب همبستگی پیرسون استفاده می‌شود. یافته‌ها به شرح زیر می‌باشد:

$$H_0: \rho = 0$$

$$H_1: \rho \neq 0$$

جدول ۲. ضریب همبستگی حمایت اجتماعی ابزاری و سلامت اجتماعی جوانان مناطق

حاشیه نشین

حمایت اجتماعی ابزاری	سلامت اجتماعی	
۰/۴۱	شدت رابطه	
۰/۰۰۰	سطح معناداری	
۳۸۴	تعداد	

با توجه به مقدار sig محاسبه شده بین دو دامنه که برابر با ۰/۰۰۰ است و چون این عدد کوچکتر از ۰.۰۵ می‌باشد، لذا بین دو متغیر حمایت اجتماعی ابزاری و سلامت اجتماعی ارتباط معناداری وجود دارد. همچنین با توجه به شدت همبستگی بدست آمده ما که برابر با ۰/۴۱ است، لذا همبستگی مثبت، با شدت متوسط و با جهت مستقیم بین دو متغیر حمایت اجتماعی ابزاری و سلامت اجتماعی جوانان مناطق حاشیه نشین وجود دارد؛ بدین صورت که هرچه میزان حمایت اجتماعی ابزاری از جوانان بیشتر باشد میزان سلامت اجتماعی آنان بیشتر می‌شود. لذا بر این اساس فرضیه شماره ۱ پژوهش حاضر تایید می‌شود.

آزمون فرضیه شماره ۲- بین حمایت اجتماعی عاطفی و سلامت اجتماعی جوانان مناطق حاشیه نشین ارتباط وجود دارد.

برای آزمون این فرضیه از ضریب همبستگی پیرسون استفاده می‌شود. یافته‌ها به شرح زیر می‌باشد:

$$H_0: \rho = 0$$

$$H_1: \rho \neq 0$$

جدول ۳. ضریب همبستگی حمایت اجتماعی عاطفی و سلامت اجتماعی جوانان روستایی

حمایت اجتماعی عاطفی	سلامت اجتماعی	
۰/۲۶	شدت رابطه	
۰/۰۰۰	سطح معناداری	
۳۸۴	تعداد	

با توجه به مقدار sig محاسبه شده بین دو دامنه که برابر با ۰/۰۰۰ است و چون این عدد کوچکتر از ۰۰۰۵ می‌باشد، لذا بین دو متغیر حمایت اجتماعی عاطفی و سلامت اجتماعی ارتباط معناداری وجود دارد. همچنین با توجه به شدت همبستگی بدست آمده ما که برابر با ۰/۲۶ است، لذا همبستگی مثبت، با شدت ضعیف و با جهت مستقیم بین دو متغیر حمایت اجتماعی عاطفی و سلامت اجتماعی جوانان مناطق حاشیه نشین وجود دارد؛ بدین صورت که هرچه میزان حمایت اجتماعی عاطفی از جوانان بیشتر باشد میزان سلامت اجتماعی آنان بیشتر می‌شود. لذا بر این اساس فرضیه شماره ۲ پژوهش حاضر تایید می‌شود.

آزمون فرضیه شماره ۳- بین حمایت اجتماعی اطلاعاتی و سلامت اجتماعی جوانان مناطق حاشیه نشین ارتباط وجود دارد.

برای آزمون این فرضیه از ضریب همبستگی پیرسون استفاده می‌شود. یافته‌ها به شرح زیر می‌باشد:

$$H_0: \rho = 0$$

$$H_1: \rho \neq 0$$

جدول ۴. ضریب همبستگی حمایت اجتماعی اطلاعاتی و سلامت اجتماعی جوانان روستایی

حمایت اجتماعی اطلاعاتی	سلامت اجتماعی	
۰/۳۱	شدت رابطه	
۰/۰۰۰	سطح معناداری	
۳۸۴	تعداد	

با توجه به مقدار sig محاسبه شده بین دو دامنه که برابر با ۰/۰۰۰ است و چون این عدد کوچکتر از ۰۰۰۵ می‌باشد، لذا بین دو متغیر حمایت اجتماعی اطلاعاتی و سلامت اجتماعی جوانان مناطق حاشیه نشین وجود دارد؛ بدین صورت که هرچه میزان حمایت اجتماعی اطلاعاتی از جوانان بیشتر باشد میزان سلامت اجتماعی آنان بیشتر می‌شود. لذا بر این اساس فرضیه شماره ۳ پژوهش حاضر تایید می‌شود.

آزمون فرضیه شماره ۴- بین حمایت اجتماعی ارزیابانه و سلامت اجتماعی جوانان مناطق حاشیه نشین ارتباط وجود دارد.

برای آزمون این فرضیه از ضریب همبستگی پیرسون استفاده می شود. یافته‌ها به شرح زیر می‌باشد:

$$H_0: \rho = 0$$

$$H_1: \rho \neq 0$$

جدول ۵. ضریب همبستگی حمایت اجتماعی ارزیابانه و سلامت اجتماعی جوانان روستایی

حمایت اجتماعی ارزیابانه	سلامت اجتماعی	
۰/۲۲	شدت رابطه	
۰/۰۰۱	سطح معناداری	
۳۸۴	تعداد	

با توجه به مقدار sig محاسبه شده بین دو دامنه که برابر با ۰/۰۰۱ است و چون این عدد کوچکتر از ۰۵ .۰ می‌باشد، لذا بین دو متغیر حمایت اجتماعی ارزیابانه و سلامت اجتماعی ارتباط معناداری وجود دارد. همچنین با توجه به شدت همبستگی بدست آمده ما که برابر با ۰/۲۲ است، لذا همبستگی مثبت، با شدت ضعیف و با جهت مستقیم بین دو متغیر حمایت اجتماعی ارزیابانه و سلامت اجتماعی جوانان مناطق حاشیه نشین وجود دارد؛ بدین صورت که هرچه میزان حمایت اجتماعی ارزیابانه از جوانان بیشتر باشد میزان سلامت اجتماعی آنان بیشتر می‌شود. لذا بر این اساس فرضیه شماره ۴ پژوهش حاضر تایید می‌شود.

آزمون فرضیه شماره ۵- بین میزان سن و سلامت اجتماعی جوانان مناطق حاشیه نشین ارتباط وجود دارد.

برای آزمون این فرضیه از ضریب همبستگی پیرسون استفاده می شود. یافته‌ها به شرح زیر می‌باشد:

$$H_0: \rho = 0$$

$$H_1: \rho \neq 0$$

جدول ۶. ضریب همبستگی سن و سلامت اجتماعی جوانان روستایی

سن	سلامت اجتماعی	
۰/۱۳	شدت رابطه	
۰/۸۹	سطح معناداری	
۳۸۴	تعداد	

با توجه به مقدار sig محاسبه شده بین دو دامنه که برابر با ۰/۰۸۹ است و چون این عدد بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد، لذا بین دو متغیر حمایت اجتماعی ارزیابانه و سلامت اجتماعی مناطق حاشیه نشین ارتباط معناداری وجود ندارد. لذا بر این اساس فرضیه شماره ۵ رد می‌شود.

آزمون فرضیه شماره ۶- بین جنس و سلامت اجتماعی جوانان مناطق حاشیه نشین ارتباط وجود دارد.

برای آزمون این فرضیه از ضریب همبستگی تی استفاده می‌شود.

جدول ۷. شاخص‌های آماری مربوط به آزمون t برای مقایسه میانگین نمرات دو گروه مستقل

جنس	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد میانگین
مرد	۳۲.۳	۳۹۰.۰	۲۶۷.۰
زن	۱۶.۳	۳۲۸.۰	۲۵۵.۰

جدول ۸. آزمون t برای مقایسه میانگین نمرات دو گروه مستقل

سلامت اجتماعی	F	سطح معناداری	t	درجه آزادی	سطح معناداری	خطای استاندارد	بافتراض برابری واریانس‌ها	
							بدون فرض برابری واریانس‌ها	برابری واریانس‌ها
	۹۸	۰/۰۳۸	۰/۵	۳۸۳	۰/۰۳۸	۰/۱۹	بافتراض برابری واریانس‌ها	۰/۰۳۸
							بدون فرض برابری واریانس‌ها	۰/۰۳۸
			۰/۵	۱۲/۳۸۳	۰/۰۳۸	۰/۲۳		

✓ صورت بندی فرضیه:

$$\begin{cases} H_0: \mu_1 = \mu_2 \\ H_1: \mu_1 \neq \mu_2 \end{cases}$$

✓ محاسبه ی مقدار t: $t = 5.39$

✓ تعیین درجه ی آزادی: $df = 383$

✓ استخراج t جدول: با درجه آزادی ۳۸۳ برابر است با $t = 1.96$

✓ مقایسه و نتیجه گیری: برای بررسی سلامت اجتماعی t محاسبه شده بیشتر از تی بحرانی است. پس فرض تحقیق تأیید می‌شود.

بر اساس آزمون لون (Leven)، چون سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ است ($Sig = 0/038$) بنابراین از نتایجی که فرض مساوی بودن واریانس‌ها را لحاظ کرده، استفاده می‌شود. از آنجایی که سطح معناداری

آزمون‌های یون کمتر از ۰.۰۵ است پس بایستی از آزمون دوم یعنی آزمون t تست برای دو گروه مستقل استفاده نمود.

بر اساس جدول ۸، در مورد نگرش پاسخگویان به سلامت اجتماعی در بین دو گروه می‌توان گفت: مقدار t محاسبه شده ۳۹.۵ و از سوی دیگر مقدار t جدول با درجه آزادی ۳۸۳ برابر ۰.۱۶۶ می‌باشد، بنابراین چون قدر مطلق t محاسبه شده بیشتر از t جدول می‌باشد پس می‌توان ادعا کرد که در سطح معناداری ۰.۰۵ و با ۹۵٪ فاصله اطمینان، سلامت اجتماعی در بین دو گروه زن و مرد متفاوت است و این تفاوت به لحاظ آماری معنادار است. از سوی دیگر سطح معناداری از ۰.۰۵ کمتر بوده و می‌توان با ۹۵٪ اطمینان فرض تحقیق را تأیید کرد. در نهایت می‌توان استدلال کرد که سلامت اجتماعی در بین پاسخگویان مرد ($\mu = 3.32$) بیشتر از پاسخگویان زن ($\mu = 3.16$) است.

آزمون فرضیه شماره ۷- بین میزان درآمد و سلامت اجتماعی جوانان مناطق حاشیه نشین ارتباط وجود دارد.

برای آزمون این فرضیه از ضریب همبستگی پیرسون استفاده می‌شود. یافته‌ها به شرح زیر می‌باشد:

$$H_0: \rho = 0$$

$$H_1: \rho \neq 0$$

جدول ۹. ضریب همبستگی میزان درآمد و سلامت اجتماعی جوانان روستایی

میزان درآمد		
۰/۳۳	شدت رابطه	سلامت اجتماعی
۰/۰۰۰	سطح معناداری	
۳۰۰	تعداد	

با توجه به مقدار sig محاسبه شده بین دو دامنه که برابر با ۰/۰۰۰ است و چون این عدد کوچکتر از ۰.۰۵ می‌باشد، لذا بین دو متغیر میزان درآمد و سلامت اجتماعی ارتباط معناداری وجود دارد. همچنین با توجه به شدت همبستگی بدست آمده ما که برابر با ۰/۳۳ است، لذا همبستگی مثبت، با شدت متوسط و با جهت مستقیم بین دو متغیر میزان درآمد سلامت اجتماعی جوانان مناطق حاشیه نشین وجود دارد؛ بدین صورت که هرچه میزان درآمد جوانان بیشتر باشد میزان سلامت اجتماعی آنان بیشتر می‌شود. لذا بر این اساس فرضیه شماره ۷ پژوهش حاضر تأیید می‌شود.

تحلیل رگرسیونی تأثیر ابعاد چهارگانه ی حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی جوانان مناطق حاشیه نشین:

جدول ۱۰. آزمون رگرسیون چندگانه

DW	F	R ²	R	Tol	VIF	sig	t	β	B	متغیرهای پیش بین
۱۴.۱	۶۵.۲۱	.۱۹	.۵۴	.۷۶۵	۱۶.۱	.۰۰۴	۱۵.۳	-	.۲۸۶	مقدار ثابت
				.۷۴۱	۲۵.۲	.۰۰۰	۴۷.۳	.۳۵۴	.۴۰۴	حمایت اجتماعی ابزاری
				.۶۲۴	۸۷.۱	.۰۰۰	۹۸.۳	.۳۱۴	.۴۴۴	حمایت اجتماعی اطلاعاتی
				.۳۸۷	۴۴.۱	.۰۰۰	۷۱.۲	.۲۸۱	.۳۳۳	حمایت اجتماعی عاطفی
				.۲۶۹	۷۷.۱	.۰۰۰	۶۵.۲	.۲۴۳	.۳۲۱	حمایت اجتماعی ارزیابانه

DW: Durbin-Watson, Tol: Tolerance, VIF: Variance inflation factor

متغیر وابسته: سلامت اجتماعی

جهت بررسی بهترین تبیین کننده سلامت اجتماعی، از رگرسیون چندگانه استفاده شد. بنابراین یک مدل به شرح جدول فوق تشکیل شده است که در آن متغیر ملاک همان سلامت اجتماعی و متغیر پیش بین ابعاد مختلف حمایت اجتماعی می‌باشند. در مدل تشکیل شده، آماره دوربین واتسون در وضعیت مناسب قرار دارد. همچنین تحلیل واریانس رگرسیون که نشان‌دهنده استقلال خطاهاست، برای تمامی مدل معنادار و برابر ۰.۲۱۹۸ می‌باشد. همچنین عدم همخطی چندگانه توسط دو شاخص عامل تورم واریانس و تولرانس مورد بررسی قرار گرفت و مشخص شد که مقادیر عامل تورم واریانس و تولرانس در پائین‌تر از دامنه مشخص شده (مقادیر کمتر از ۱۰ شاخص عامل تورم واریانس و مقادیر کمتر از ۱ برای شاخص تولرانس، برای تشکیل مدل مناسب می‌باشند) می‌باشند. بنابراین هم خطی میان متغیرهای مستقل وجود ندارد. با عنایت به مجموع بررسی‌های انجام شده، می‌توان تناسب داده‌ها را برای اجرای مدل رگرسیونی مناسب و نتایج به دست آمده را معتبر دانست. بنابراین، متغیرهای پیش‌بین به عنوان متغیرهای توجیه‌کننده سلامت اجتماعی جوانان مناطق حاشیه نشین معرفی می‌شوند.

مدل رگرسیون: یافته‌ها نشان می‌دهد که تمامی مولفه‌های مدل، دارای مقادیر t بیشتر از ۲ و مقدار سطح معنی داری کمتر از ۰.۰۵ هستند. بنابراین این متغیرها پیش‌بینی کننده سلامت اجتماعی هستند. در این مدل قویترین پیش‌بینی کننده، متغیر حمایت اجتماعی ابزاری است که مقدار تأثیر آن برابر ۰.۳۵۴ است ($\beta_0 = 354$). لازم به ذکر است که همبستگی چندگانه متغیرهای پیش‌بین با سلامت اجتماعی نسبتاً قوی ($R=0.65$) است. همچنین ابعاد مختلف حمایت اجتماعی به طور کلی توانسته اند به میزان ۰/۲۹ تغییرات متغیر سلامت اجتماعی جوانان مناطق حاشیه نشین را تبیین معنادار کنند ($R^2=0.29$).

مدل معادله ساختاری

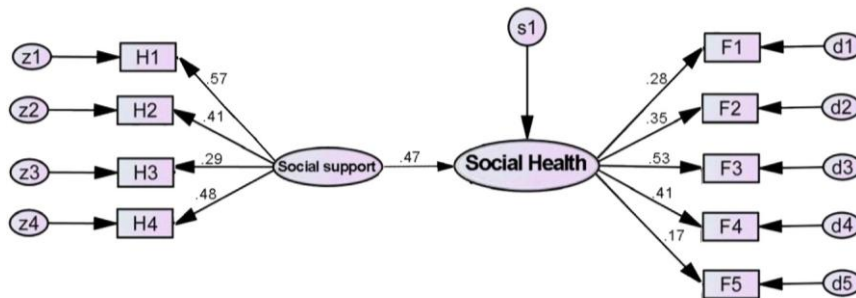
به منظور تعیین شدت و جهت تأثیر حمایت اجتماعی بر میزان سلامت اجتماعی در بین جوانان مناطق حاشیه ای شهر کرمانشاه در وضعیت های مختلف از یک مدل معادله ساختاری بهره گرفته شده است. که

این مدل معادله ساختاری از دو نوع مدل و انواعی از متغیرها تشکیل شده است. دو نوع مدل تشکیل دهنده مدل معادله ساختاری عبارتند از: ۱- مدل اندازه‌گیری ۲- مدل ساختاری. یک مدل اندازه‌گیری جزئی از مدل ساختاری است که نحوه سنجش یک متغیر پنهان را با استفاده از دو یا تعداد بیشتری متغیر مشاهده شده تعریف می‌کند. همچنین می‌توان گفت در مدل اندازه‌گیری مشخص می‌شود که تعداد متغیرهای مشاهده شده برای یک متغیر پنهان تا چه حد تحت تأثیر متغیر پنهان مورد نظر و تا چه حد تحت تأثیر متغیر خطا هستند.

در این مدل ۹ متغیر مشاهده شده وجود دارد که متغیرهای مشاهده شده $h1, h2, h3, h4$ معرف‌های متغیر پنهان حمایت اجتماعی هستند و متغیرهای مشاهده شده $F1, F2, F3, F4, F5$ معرف‌های متغیر پنهان سلامت اجتماعی هستند. متغیرهای خطای z و d نماد خطای اندازه‌گیری ۹ متغیر مشاهده شده هستند.

جدول ۱۱. متغیرهای موجود در مدل

متغیر	شاخص‌ها	نمادهای ترسیمی در مدل
حمایت اجتماعی	حمایت ابزاری	T1
	حمایت عاطفی	T2
	حمایت ارزیابانه	T3
	حمایت اطلاعاتی	T4
سلامت اجتماعی	همبستگی اجتماعی	F1
	مشارکت اجتماعی	F2
	انسجام اجتماعی	F3
	پذیرش اجتماعی	F4
	خودشکوفایی اجتماعی	F5



با توجه به جهت پیکان‌ها از سمت متغیر پنهان به سمت متغیر مشاهده شده که معرف آن متغیر پنهان است، بیانگر این نکته روش شناختی است که نمره هر پاسخگو در متغیر مشاهده شده تحت تأثیر وضعیتی است که آن پاسخگو در متغیر پنهان زیر بنایی مرتبط با متغیر مشاهده شده دارد. برای مثال در این مدل

متغیر پنهان ما حمایت اجتماعی و شاخص مشاهده شده آن حمایت ابزاری (H1) است. به عبارت دیگر وزنی که h1, h2, h3, h4 در مدل پژوهش دارند تعیین کننده میزان حمایت اجتماعی پاسخگو هستند. در این مدل متغیر وابسته و پنهان ما سلامت اجتماعی و شاخص‌های مشاهده شده آن همبستگی اجتماعی با بارعامی (۰/۲۸)، مشارکت اجتماعی (۰/۳۵)، انسجام اجتماعی (۰/۵۳)، پذیرش اجتماعی (۰/۴۱) و خودشکوفایی اجتماعی (۰/۱۷) می‌باشد.

به عنوان مثال در متغیر وابسته ما یعنی سلامت اجتماعی اثر سلامت اجتماعی بر روی F3 با ۰.۵۳ این معنی را می‌دهد که متغیر پنهان سلامت اجتماعی بیشترین توان تحلیل F3 یا (گویه‌هایی که مستقیم به انسجام اجتماعی فرد مربوط می‌شوند) را با بالاترین ضریب دارد و در متغیر پنهان حمایت اجتماعی، حمایت ابزاری با ضریب ۰.۵۷ بیشترین توان تحلیل این متغیر را داراست. در کل اثر متغیر مستقل حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی به میزان ۰.۴۷ می‌باشد.

برازش مدل

جدول ۱۲. شاخص‌های برازندگی مدل

شاخص‌ها	مقدار	شاخص‌ها	مقدار	شاخص‌ها	مقدار
CMIN	۲۹۱/۲۶	GFI	۰/۸۵	NNFI	۰/۸۲
p, df	۰/۰۰۰۳۶	AGFI	۰/۷۹	NFI	۰/۸۱
CMIN/DF	۱۴/۱۰	CFI	۰/۸۹	RMSEA	۰/۰۶۱

برای بررسی برازش مدل از شاخص‌های برازش استفاده می‌شود. شاخص‌های برازش مقادیری آماری را به دست می‌آورند که محقق را در تصمیم‌گیری نسبت به تشخیص یا انتخاب مدل مناسب‌تر، یاری می‌کنند. شاخص‌های برازش زیادی وجود دارند، اما پرکاربردترین آنها که در عین حال، پایه و اساس سایر شاخص‌ها محسوب می‌شود χ^2 است (محمدی و امیری، ۱۳۹۲). هر چه مقدار مجذور کای به صفر نزدیک‌تر باشد، نشان‌دهنده برازش بهتر مدل است. از آن‌جا که مقدار مجذور کای تحت تاثیر حجم نمونه و تعداد روابط مدل قرار می‌گیرد و مقدار آن بزرگ می‌شود، بنابراین با اتکا بر مقدار مجذور کای نمی‌توان به نتایج مطلوب دست یافت. در نتیجه در کنار این شاخص، از شاخص‌های دیگری نیز برای برازش مدل‌ها استفاده می‌شود (اژه‌ای و همکاران، ۱۳۸۸). شاخص دیگری که برای از میان برداشتن این محدودیت مجذور کای معرفی شده، شاخص χ^2/df است که اگر کوچک‌تر از ۳ باشد، نشانگر برازندگی الگو است (می‌یر^۱ و همکاران، ۲۰۰۶). براساس قاعده کلی، شاخص‌های نیکویی برازش (GFI)، نیکویی برازش تعدیل شده (AGFI)، برازندگی تطبیقی (CFI)، نرم شده برازندگی (NFI) و نرم نشده برازندگی (NNFI) برای مدل‌های خوب بین ۰/۹۰ تا ۰/۹۵ تفسیر می‌شوند و مقادیر بالای ۰/۸ نیز

نشان‌دهنده برازش نسبتاً خوب مدل هستند (کلین^۱، ۲۰۰۵). همچنین شاخص ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA) که لوهین^۲ (۲۰۰۴) برای برازندگی این شاخص، پیشنهاد نمود که در صورتی که کوچک تر از ۰/۰۸ باشد، نشان گر برازندگی خوب، ۰/۰۸ تا ۰/۱، نشانگر برازندگی قابل قبول و مقادیر نزدیک تر به صفر نشانگر بیشترین برازندگی هستند. در جدول فوق نتایج تحلیل عامل مرتبه اول برای ساختار چهار عاملی نشان داده شده است که مقدار مناسبی است.

نتیجه گیری

همان طور که ذکر شد یکی از گروه‌هایی که توجه به سلامت اجتماعی آنها مسئله ی مهمی است، جوانان مناطق حاشیه ای می‌باشند. جوانان مناطق حاشیه ای از جمله اقشار آسیب پذیر در جامعه هستند که به علت نداشتن امکانات مناسب دچار مشکلات زیادی می‌باشند و همین مشکلات سلامت آنها را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد. جوانی که از سلامت روانی و اجتماعی کافی برخوردار نیست نمی تواند با چالش‌های ناشی از ایفای نقش‌های اجتماعی کنار آمده و خود را با هنجارهای اجتماعی تطبیق دهد. از سوی دیگر، خودکارآمدی به عنوان مهمترین عامل ایستادگی جوان در برخورد با چالش‌ها و تضادها نیز می‌تواند دستخوش تغییرات خاص این دوره از تحول قرار گیرد.

با توجه به اهمیت موضوع ارتباط بین ابعاد مختلف حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی در پژوهش حاضر به تحلیل و بررسی ارتباط بین ابعاد مختلف حمایت اجتماعی (عاطفی، ابزاری، اطلاعاتی و ارزیابانه) و متغیرهای جمعیتی سن، جنس و درآمد به عنوان متغیرهای مستقل و سلامت اجتماعی جوانان مناطق حاشیه ای شهر کرمانشاه به عنوان متغیر وابسته پرداخته شد.

یافته‌ها حاکی از آن است که به جز متغیر سن بین تمامی متغیرهای مستقل و وابسته پژوهش ارتباط مثبت، مستقیم و معناداری وجود دارد. بدین صورت که هرچه میزان حمایت عاطفی (۰/۲۶)، حمایت ابزاری (۰/۴۱)، حمایت اطلاعاتی (۰/۳۱)، حمایت ارزیابانه (۰/۲۲) و درآمد (۰/۳۳) بیشتر باشد میزان سلامت اجتماعی جوانان بیشتر می‌شود.

نتایج تحلیل رگرسیونی نیز نشان می‌دهد که بین مجموعه متغیرهای مستقل و متغیر وابسته تحقیق (سلامت اجتماعی) همبستگی متوسطی رو به بالایی وجود دارد. مقدار ضریب تبیین واقعی (۰/۲۹) نشان می‌دهد که ۲۹ درصد از کل تغییرات میزان سلامت اجتماعی در بین جوانان وابسته به ۴ بعد حمایت اجتماعی می‌باشد. به عبارت دیگر، مجموعه متغیرهای مستقل، ۲۹ درصد از واریانس متغیر سلامت اجتماعی را پیش بینی می‌کنند.

بنابراین مشاهده می‌شود که حمایت اجتماعی یکی از منابع مهم افزایش سلامت اجتماعی است و با افزایش حمایت اجتماعی در ابعاد مختلف میزان سلامت اجتماعی در بین جوانان افزایش پیدا می‌کند.

مسئله ای که باید مسئولان و دست اندرکاران مورد توجه قرار دهند و زمینه‌های حمایت از جوانان مناطق حاشیه ای را مهیا سازند.

یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر ارتباط بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی با تئوری‌های هاوس، کوهن (۲۰۰۱)، فلمینگ و باوم و رز و وو همخوانی دارد. هرکدام از نظریه پردازان فوق در نظریه‌های خود نشان دادند که حمایت اجتماعی باعث افزایش سلامت اجتماعی افراد می‌شود که تأییدکننده‌ی نتایج این پژوهش است.

همچنین یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش ابراهیم (۱۳۹۱) با عنوان «عوامل موثر بر میزان سلامت اجتماعی زنان جوان ۱۵ تا ۲۴ ساله شهر اصفهان (با تأکید بر میزان حمایت اجتماعی)» همخوان است. ابراهیم (۱۳۹۱) همانند پژوهش حاضر به ارتباط بین ابعاد مختلف حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی پی برد.

پیشنهادات

بنابراین با توجه به یافته‌های پژوهش مبنی بر ارتباط مثبت و مستقیم بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی پیشنهادت زیر ارائه می‌شود:

- با توجه به نقش و اهمیت ویژه خانواده به عنوان منبع اصلی حمایت اجتماعی در حفاظت و حمایت از جوانان، پیشنهاد می‌شود به منظور تقویت نهاد خانواده و اعتلای هرچه بیشتر وضعیت جوانان، برنامه‌ها و آموزش‌های غیر رسمی توسط سازمان‌ها و نهادهای حمایتی ذیربط به منظور آشنایی هرچه بیشتر افراد جامعه و اعضای خانواده‌ها با موقعیت جوانان ارائه شود و بر اساس شناخت نیازها، حقوق، آسیب‌ها و خطراتی که جوانان با آن مواجه هستند، حمایت خانوادگی برنامه ریزی شده ای از آنها انجام شود.
- با توجه به ارتباط بین حمایت اجتماعی در ابعاد مختلف و سلامت اجتماعی پیشنهاد می‌شود از طرف دولت زمینه‌های افزایش حمایت اجتماعی برای جوانان و خانواده‌های آنها فراهم گردد، بدین صورت که حمایت‌ها تنها از جانب خانواده و نزدیکان نباشد، و دولت نیز زمینه‌های حمایتی را فراهم سازد.
- افزایش سطح کیفی زندگی مردم حاشیه نشین با توجه ویژه به مقوله‌های فقر، محیط زیست و بهداشت
- ایجاد مراکز مشاوره، مددکاری اجتماعی و . . . جهت شناسایی و استفاده از حداکثر توانایی‌های فردی و افزایش سطح سازگاری، حس مسئولیت پذیری و انضباط و منزل اجتماعی افراد
- باید امکانات گوناگون رفاهی در اختیار مناطق حاشیه نشین قرار گیرد و تفاوتی بین این مناطق با سایر نقاط وجود نداشته باشد. امکانات تفریحی، امکانات ورزشی، امکانات بهداشتی، امکانات درمانی و . . . از جمله مواردی هستند که باید در نظر گرفته شوند و به آنها تأکید شود.
- برای ارتقای سلامت اجتماعی جوانان باید شرایط و بسترهای مناسب برای سوق دادن جوانان به درگیر شدن در رویدادهای اجتماعی ایجاد شود. به نظر می‌رسد یکی از شیوه‌های مناسب این باشد که به گسترش سازمان‌ها و انجمن‌های داوطلبانه و غیردولتی بهای بیشتری داده شود. برنامه ریزان جامعه باید موانع قانونی و ساختاری بر سر راه توسعه چنین سازمان‌هایی را در حد امکان از پیش رو برداشته و

- حمایت‌های لازم و مکفی را به این سازمان‌ها مبدول دارند تا افراد علاقه مند، انگیزه بیشتری برای عضویت در این سازمان‌ها داشته باشند. این عضویت می‌تواند به مشارکت هر چه بیشتر افراد کمک کند.
- افزایش ضریب امنیت انتظامی و اجتماعی با همیاری خود مردم و کمک نیروهای انتظامی
- تحلیل مولفه‌های سازنده ی حمایت اجتماعی و داشتن برنامه‌های عملیاتی در جهت آبدیت کردن و تصحیح پذیری آن در جهت بالا بردن سلامت اجتماعی جوانان

منابع

- ابراهیم نجف آبادی، اعظم. (۱۳۹۱). عوامل موثر بر میزان سلامت اجتماعی زنان جوان ۱۵ تا ۲۴ ساله شهر اصفهان (با تأکید بر میزان حمایت اجتماعی). سلامت و روانشناسی، دوره ۱، شماره ۲.
- بیگی فرد، سلیمه. (۱۳۷۸). بررسی ارتباط ویژگی شخصیتی سخت رویی و حمایت اجتماعی با فرسودگی شغلی در بین کارمندان مراکز توانبخشی بهزیستی شیراز، پایان نامه ی کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
- حاتمی، پریرسا. (۱۳۸۸). بررسی عوامل موثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تأکید بر شبکه‌های اجتماعی. دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی.
- رستگار، خدیجه و سیدان، فریبا. (۱۳۹۴). سنجش رابطه بین فرهنگ شهروندی و سلامت اجتماعی شهروندان تهرانی. مطالعات ملی، سال شانزدهم، شماره ۱.
- سارافیند، ادوارد (۱۳۸۴)، روانشناسی سلامت، ترجمه گروهی از مترجمان (زیر نظر الهه میرزایی)، تهران، انتشارات رشد.
- سجادی، حمیرا و سیدجلال صدرالسادات. (۱۳۸۳). شاخص‌های سلامت اجتماعی. مجله علمی آموزشی اطلاعات. شماره ۲۰۷.
- سفیری، خدیجه و منصوری، فاطمه. (۱۳۹۳). تبیین رابطه هویت جنسیتی و سلامت اجتماعی زنان و مردان جوان شهر تهران. جامعه شناسی کاربردی، سال ۲۵، شماره ۱.
- فتحی، منصور و دیگران. (۱۳۹۱). عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی معلمان شهر مراغه. رفاه اجتماعی، دوره ۱۲، شماره ۴۷.
- فدایی مهربانی، مهدی. (۱۳۸۶). شهرنشینی، رسانه و سلامت اجتماعی. نشریه ی پژوهش و سنجش، شماره ۴۹.
- فرزانه، سیف الله و علیزاده، سمیه. (۱۳۹۲). بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی سالمندان شهر بابل. فصلنامه ی مطالعات توسعه ی اجتماعی فرهنگی، دوره ی دوم، شماره ی ۱، تابستان.
- گرمارودی، غلامرضا. (۱۳۸۵). سلامت اجتماعی؛ بررسی میزان مهارت‌های اجتماعی دانش آموزان. پیش، دوره ۵، شماره ۲.
- مارموت، مایکل، ویلکینسون، ریچارد. (۱۳۸۷). مؤلفه‌های اجتماعی سلامت، مترجم علی منتظری تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی.
- Berkman , F. L (2000) From Social Integration to Health : Durkheim in the new millennium. social Science & Medicine , 51 , 843-857 .

- Cohen, S. , & Mckay, G. (1984). Social support, stress and the buffering hyuphotesis: A theoretical analysis. In A. Baum, J. E. singer & S. Taylor. (Eds). *Hand Book of Psychology and Health*. Vol 4, Erlbaum, Hillsdale, NJ .
- Fiori Katherine L, Denckla Christy A. (April 2012). Social Support and Mental Health in Middle-Aged Men and Women , J Aging Health; vol. 24, 3: pp. 407-438. , first published on March 6, 2012
- Hupcey, J. E. (1998). Clarifying the social support theory – research linkage. *Journal of advanced nursing*, 27 (6). 1231 – 1242 .
- Keyes , C . M & Shapiro , A . (2004) , ‘ Social Well- being in the U. S : A Descriptive Epidemiology ’ . In orvill Brim , Carol D .
- Keyes, Corey Lee. M. (1998). Social well-being, *Social Psychology Quarterly*, vol. 61,N. 2,pp121-190 .
- Keyes , C . M (2002) . The Mental Health Continuum : From languishing to flourishing in life . *Journal of Health and Social Research* . 43 . 207 – 222
- Larson James. S (1996); "Measurment of Social Well-being Social Indicators", *Research* , Vol 28, PP 285-96 .
- Lindeman C. A and Mcathie M. (2009). *Fundamentals of Contemporary Nursing Practice*. 1st ed. USA: Saunders Company;
- -Mac Artour , L , Lalco. (1995). Technique Paradise , In : The Urbanization of European Society in the Nineteenth Century (A . Lees , Eds .) , Ragers Univ , Comdon and Pensilvania Univ , D . C . Health and Company , Massachusetts .
- -Matson, J. L. (1990). *Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters*. Worthington, OH: International Diagnostic System .
- Powell, L. (2007), To examine the relationship between the performance communication, spiritual and social health and quality of life in cancer patients. Academic Press, London .
- Ryff & Ronald C . Kessler (Eds) , (2003). *Healthing Are you ? A national study of well-being of Midlife* . univwesity of Chicago press .