

تأثیر سرمایه اجتماعی بر بهزیستی اجتماعی بواسطه نقش میانجی کیفیت زندگی و رضایت از زندگی (مطالعه موردی: جوانان ۱۸ تا ۳۰ ساله شهرستان قاین)

دکتر محمدحسن شربتیان^۱ و المیرا عرفانیان قصاب^۲

تاریخ وصول: ۹۶/۱۱/۱

تاریخ پذیرش: ۹۷/۷/۲۴

چکیده:

افزایش بهزیستی اجتماعی یکی از دغدغه‌های مهم هر جامعه است. شناسایی عوامل مؤثر بر بهزیستی اجتماعی می‌تواند موجب به برنامه‌ریزی‌ها و راهکارهای مفیدی در این راستا شود. در این مقاله مدلی متشکل از متغیرهای مهم اجتماعی همچون سرمایه اجتماعی، کیفیت زندگی، رضایت از زندگی و بهزیستی اجتماعی طراحی شده است. جامعه‌ی آماری جوانان ۱۸ تا ۳۰ ساله‌ی شهرستان قاین واقع در خراسان جنوبی است که حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران ۴۰۰ نفر برآورد شده است. بر اساس روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای، نمونه‌ی آماری از طریق پرسشنامه‌های استاندارد شده و محقق ساخته مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. پایایی و روایی متغیرهای مدل همگی در حد قابل قبولی قرار دارد و برای آزمون مدل از روش معادلات ساختاری با نرم‌افزار *pls* استفاده گردید؛ نتایج به دست آمده بیانگر این است که سرمایه‌ی اجتماعی، کیفیت زندگی و رضایت زندگی بر بهزیستی اجتماعی تأثیر مستقیم دارند و همچنین کیفیت زندگی و رضایت از زندگی در رابطه‌ی بین سرمایه‌ی اجتماعی با بهزیستی اجتماعی، نقش میانجی‌گرایانه ایفا می‌کنند. ^۱

مفاهیم کلیدی: بهزیستی اجتماعی، رضایت از زندگی، سرمایه‌ی اجتماعی، کیفیت زندگی، جوانان، قاین

^۱ دانش‌آموخته‌ی دکتری جامعه‌شناسی (بررسی مسائل اجتماعی ایران) دانشگاه پیام نور و پژوهشگر مسائل اجتماعی (نویسنده‌ی مسئول) sharbatian@yahoo.com

^۲ کارشناس ارشد پژوهش اجتماعی دانشگاه فردوسی مشهد و پژوهشگر مسائل اجتماعی elmira_erfaniyan@yahoo.com

مقدمه و بیان مسأله

سلامتی مؤلفه‌ای است که از عوامل اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی و حتی سیاست تأثیر می‌پذیرد و بازتابی از شرایط افراد در جامعه است. در جهان امروز با توجه به پیشرفت‌های صورت گرفته و با توجه به تأثیر مستقیم این پیشرفت‌ها و دگرگونی‌ها بر کیفیت زندگی^۱ و رضایت زندگی^۲ و حتی روابط افراد با یکدیگر (سرمایه‌های اجتماعی)^۳، مفهوم بهزیستی در تمامی ابعاد آن از جمله بهزیستی اجتماعی^۴ اهمیت ویژه‌ای پیدا کرده است به طوری که هدف مشترک تمام بخش‌های مرتبط با توسعه در یک جامعه، توسعه‌ی سلامت و رفاه و عملی کردن طرح سلامت است.

سلامتی و رفاه در گسترده‌ترین معنی آن، پدیده‌ای است که مورد توجه تمامی انسان‌ها، گروه‌های اجتماعی و جوامع بشری است. گر چه مفاهیم سلامتی ذهن و بدن طی مکان و زمان‌های مختلف، متفاوت بوده‌اند اما برای تمامی فرهنگ‌ها و جوامع، نقش اساسی در تجارب زندگی انسان‌ها بازی کرده است (مارکس و همکاران^۵، ۳:۲۰۰۰). امروزه یکی از محورهای اساسی و مهم ارزیابی سلامتی جوامع مختلف که نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفا می‌کند و تابعی از عوامل مختلف اجتماعی، فرهنگی و ... برخوردار است جامعه از بهزیستی اجتماعی است. به زعم گلداسمیت^۶ بهزیستی اجتماعی ارزیابی رفتارهای معنادار مثبت و منفرد فرد در ارتباط با دیگران است و آن را یکی از شاخص‌های سلامت هر جامعه‌ای معرفی می‌کند، که منجر به کارایی فرد در جامعه می‌گردد (لارسون^۷، ۱۹۶۶؛ به نقل از خوش‌فر و همکاران، ۱۳۹۴).

به نظر می‌رسد اگر چه برخورداری از بهزیستی اجتماعی برای همه‌ی اقشار جوامع دارای اهمیت است، اما برای قشر جوان واجد اهمیت بیشتری است؛ ضرورت آن بخاطر نقش محوری جوانان در جریان رشد و توسعه‌ی ملی و تحقق اهداف کمی و کیفی آن است؛ در واقع می‌توان گفت برخورداری جوانان از بهزیستی 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.

^۱ quality of life

^۲ life satisfaction

^۳ social capital

^۴ social health

^۵ Marks & Etal

^۶ Goldsmith

^۷ Larson

اگر^۱ معتقد است زمانی که پیوند اجتماعی فرد با جامعه گسسته شود، عدم برخورداری از بهزیستی اجتماعی، فرد را مستعد کج رفتاری خواهد کرد (فاضل، ۱۳۹۱؛ به نقل از سفیری و شایسته، ۱۳۹۴: ۷)؛ همچنین سازمان بهداشت جهانی^۲ شناسایی عوامل تعیین کننده و مرتبط با بهزیستی اجتماعی را در جهت سیاست گذاری و برنامه ریزی در سطوح خرد و کلان جامعه را از مسائل اساسی هر کشوری می داند (زاهدی اصل و فرخی، ۱۳۸۸: ۲۹-۱). مطالعات گوناگون نشان داده است که بهزیستی اجتماعی تابعی از عوامل مختلف است. بر اساس پژوهش های انجام شده و نظریات مطرح شده یکی از این عوامل سرمایه ی اجتماعی است (سفیری و شایسته، ۱۳۹۴). به بیان رابرت پاتنام سرمایه ی اجتماعی به خصوصیتی از سازمان اجتماعی نظیر شبکه ها، هنجارها و اعتماد اشاره دارد که همکاری و هماهنگی برای منافع متقابل را تسهیل می کند (پاتنام، ۱۳۷۷؛ به نقل از سفیری و شایسته، ۱۳۹۴: ۹).

سرمایه ی اجتماعی مشخصه ای است که توانایی سازمان دهی جمعی مشارکتی و داوطلبانه برای حل مشکلات گروهی یا عمومی را به حداکثر می رساند. در شرایطی که سرمایه ی اجتماعی، یعنی توانایی استفاده جمعی توأم با همکاری از منابع برای اهداف عمومی وجود نداشته باشد بعید است که بتواند نتایج مثبتی را در زمینه ی توسعه و افزایش رضایت از زندگی و کیفیت از زندگی به دنبال داشته باشد (تاجبخش، ۱۳۸۴: ۱۰). در واقع رشد جامعه و افزایش سلامت و رفاه اجتماعی نیازمند سرمایه ی اجتماعی خواهد بود (فرهمنند، ۱۳۹۰: ۱۰۲)؛ و از آنجایی که شخصیت های فردی تحت تأثیر کیفیت و کمیت روابط میان فردی است فقدان حمایت های اجتماعی و سرمایه ی اجتماعی ممکن است منابع فردی را برای مقابله با چالش ها تقلیل دهد احتمالاً به اختلالات فراوان و کاهش رضایت از زندگی و کیفیت زندگی منجر شود، زیرا حمایت هایی را که فرد از خانواده، دوستان و یا جامعه دریافت می کند مستقیم و غیر مستقیم سلامت او را تحت تأثیر قرار می دهند (همان: ۱۰۴). بنا بر نظریه ی دورکیم، هر چه احساس نزدیکی و پیوند فرد و ارتباط و حمایت با گروهش قوی تر باشد، احتمال به خطر افتادن سلامتی فرد کاهش می یابد. از نظر دورکیم مشکل اصلی جوامع جدید رابطه ی فرد با جامعه و میزان برخورداری فرد از میزان حمایت و سرمایه ی اجتماعی است، مشکلی که به از هم پاشیدگی اجتماعی و ضعف پیوندها و سرمایه ی اجتماعی برمی گردد. از پیامدهای سست

^۱ Ecer

^۲ world health organization

شدن رابطه‌ی فرد با جامعه و عدم سرمایه‌ی اجتماعی و حمایت اجتماعی به خطر افتادن بهزیستی اجتماعی (خودکشی) فرد است (نیکویست^۱ و همکاران، ۲۰۱۳). از دیدگاه کبیز از عوامل اجتماعی تأثیرگذار بر بهزیستی اجتماعی و در عین حال متأثر از سرمایه‌ی اجتماعی، کیفیت زندگی است. کبیز معتقد است، کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی و سرمایه‌ی اجتماعی فرد ارزیابی کرد و عملکرد خوب و کیفیت بالای زندگی چیزی بیش از سلامت جسمی، عاطفی و روانی است و بهزیستی اجتماعی و شیوه‌ی مواجهه با چالش‌های اجتماعی را نیز در بر می‌گیرد و بر آن نیز تأثیر می‌گذارد (جتن و همکاران^۲، ۲۰۱۲). کیفیت زندگی به شکل وسیع با مفهوم بهزیستی، روابط اجتماعی، سرمایه‌ی اجتماعی، اعتماد و مشارکت اجتماعی ارتباط پیدا می‌کند (نوغانی، ۱۳۸۷: ۱۱۲).

بورديو^۳ نیز معتقد است که موقعیت عامل در زمینه‌ی اجتماعی، به حجم و میزان سرمایه (اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی) وی بستگی دارد، یعنی هر قدر سرمایه‌ی فرد بیشتر باشد، در فضای اجتماعی در موقعیت بالاتری قرار می‌گیرد و این خود سلامت و بهزیستی اجتماعی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (عباس‌زاده اقدم و همکاران، ۱۳۹۱: ۱۲۲). از طرفی، رضایت زندگی عاملی است که با سرمایه‌ی اجتماعی (نوغانی و همکاران، ۱۳۸۹) و بهزیستی اجتماعی (سجودی و همکاران، ۱۳۹۴: ۳۰-۱۹) در رابطه است. رضایت از زندگی یکی از مهم‌ترین نیازهای فرد و جامعه است به طوری که فقدان آن پیامدهای منفی زیادی برای افراد و جامعه در پی دارد. مازلو^۴ در طبقه‌بندی نیازهای اساسی انسان، رضایت از زندگی را در رتبه‌ی دوم نیازهای اساسی انسان قرار داده است (خوش‌فر و همکاران، ۱۳۹۳: ۷۲). نتایج مطالعات نشان‌دهنده‌ی این است که رضایت از زندگی با حالت‌های مختلف سلامت اعم از جسمانی - روانی و اجتماعی در ارتباط است (زالینگ و همکاران^۵، ۲۰۰۶: ۲۶۰) و رضایت از زندگی یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های سلامت است (لکیس^۶، ۲۰۰۶: ۱۷۵).

¹ Nyqvist & etal

² Jetten & etal

³ Bourdio

⁴ Maslow

⁵ Zulling & et. al

⁶ Lelkes

با توجه به موارد گفته شده می‌توان بیان کرد که بهزیستی اجتماعی یکی از عوامل تأثیرپذیر از کیفیت زندگی و رضایت از زندگی است. در مورد این که چرا و چگونه کیفیت زندگی می‌تواند بر بهزیستی اجتماعی فرد تأثیر بگذارد و این که خود بر اساس بررسی‌های انجام شده چگونه از سرمایه‌ی اجتماعی متأثر است، توضیحات زیادی وجود دارد. بر اساس نظر فوهرر^۱، عمده پژوهشگران می‌گویند که سرمایه‌ی اجتماعی می‌تواند به‌طور مستقیم و یا غیر مستقیم بر بهزیستی اجتماعی تأثیر بگذارد و می‌تواند فرد را در مقابل رویدادها و اتفاقات ناگوار زندگی و وقایع استرس‌زا که کیفیت زندگی و رضایت زندگی و به تبع آنان بهزیستی اجتماعی فرد را به خطر اندازند، نقش محافظتی داشته باشد (فوهرر، ۲۰۰۲: ۸۱۵). کلمن^۲ نیز این‌گونه بیان می‌کند که؛ تلقی یا احساس خوب افراد از زندگی و داشتن رضایت از زندگی بیشتر برساخته‌ی اجتماعی است تا برساخته‌ی روانی، زیستی، عاطفی یا فردی (کلمن، ۱۳۷۷). از این‌رو با دیدگاهی اجتماعی که همان سرمایه‌ی اجتماعی است، می‌توان به تبیین این موضوع پرداخت که بین رضایت از زندگی و سرمایه‌ی اجتماعی رابطه وجود دارد. به‌طوری که بر اساس آمارها افزایش میزان طلاق، افزایش میزان خودکشی، کاهش پایبندی به تعهدات، کاهش رفت و آمدهای فامیلی، عدم رعایت قوانین، کاهش پایبندی به قواعد اخلاقی، استرس، اعتیاد و فشارهای روانی و غیره از پیامدهای عدم رضایت از زندگی می‌باشند و با مفاهیم سرمایه‌ی اجتماعی همچون اعتماد اجتماعی، مشارکت اجتماعی و شبکه‌ی روابط اجتماعی رابطه دارند.

در نهایت با توجه به توضیحات بیان شده، سرمایه‌ی اجتماعی می‌تواند به‌طور مستقیم و غیر مستقیم از طریق عوامل میانجی مانند کیفیت زندگی و رضایت زندگی بر بهزیستی اجتماعی تأثیرگذار باشد. در این میان متغیرهای کیفیت زندگی و رضایت زندگی نیز همان‌طور که بر بهزیستی اجتماعی تأثیرگذار هستند خود نیز متأثر از تأثیر سرمایه‌ی اجتماعی هستند و نقش میانجی‌گری را در رابطه‌ی بین سرمایه‌ی اجتماعی و بهزیستی اجتماعی ایفا می‌کنند. بر همین اساس هدف این نوشتار رابطه‌ی بین سرمایه‌ی اجتماعی و بهزیستی اجتماعی و تحلیل نقش میانجی کیفیت زندگی و رضایت زندگی از طریق رابطه‌ی بین سرمایه‌ی اجتماعی و بهزیستی اجتماعی در بین جوانان شهرستان قائن بوده است؛ چرا که جوانان نقش سازنده‌ای در جامعه دارند و سلامت این قشر از اهمیت بسزایی برخوردار است. ایجاد زمینه‌های توسعه‌ی رفاه و بهزیستی اجتماعی و همچنین کیفیت

^۱ Fuhrer

^۲ Colman

زندگی و رضایت از زندگی جوانان می‌تواند زمینه‌ی تحقق اهداف تعریف شده جامعه را مهیا کند و ایران را هر چه بیشتر به اهداف توسعه‌ی هزاره‌ی سوم نزدیک‌تر نماید. از طرفی شناسایی اینکه چه عواملی می‌تواند بر بهزیستی اجتماعی جوانان تأثیرگذار باشد، می‌تواند به افزایش بهزیستی اجتماعی آنها کمک کند و آنها را در برابر مشکلات اجتماعی مصون سازد و موجب شود که آنها به راحتی بتوانند با شرایط متغیر زندگی امروزی کنار آیند در نتیجه آسیب‌های اجتماعی کاهش پیدا کند و در نهایت منجر به بهبود عملکرد فرد در جامعه گردد. بر اساس چنین نکاتی مهم‌ترین سؤالات بیان‌شده در این ارتباط که در طی فرایند تحقیق به آن پاسخ خواهیم داد عبارت‌اند از:

- ۱- آیا کیفیت زندگی و رضایت از زندگی در رابطه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی با بهزیستی اجتماعی جوانان شهر قاین نقش میانجی‌گرانه ایفا می‌نماید؟
- ۲- با توجه به عوامل اجتماعی تأثیرگذار بر میزان بهره‌مندی از بهزیستی اجتماعی چه راهکارها و راهبردهایی در پیشبرد و ارتقاء این پدیده‌ی اجتماعی می‌توان به صورت کاربردی و عملیاتی ارائه داد؟

مبانی نظری

بهزیستی اجتماعی

بهزیستی اجتماعی، در برگرفته‌ی سطوح مهارت‌های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به‌عنوان عضوی از جامعه‌ی بزرگتر است؛ بر اساس این دیدگاه کبیز بهزیستی اجتماعی را به‌عنوان کیفیت روابط با دیگران که شامل (دوستان، نزدیکان، آشنایان، همکاران و گروه‌های اجتماعی که فرد در آنها عضویت دارد) مورد مطالعه قرار می‌دهد. وی بهزیستی اجتماعی را شامل عناصری متعدد دانسته که در کنار یکدیگر بیانگر این است که چگونه و در چه درجه‌ای از رفاه در زندگی اجتماعی خود، خوب عمل می‌کنند (کبیز^۱، ۲۰۰۴: ۴۸). کبیز در سطح تحلیل فردی پنج شاخص را برای بررسی بهزیستی اجتماعی پیشنهاد می‌کند که عبارت است از:

- ۱- شکوفایی/اجتماعی^۲: منظور این است که جامعه به شکل مثبت در حال رشد است. فکر کردن به اینکه جامعه‌ی پتانسیل رشد به شکل مثبت را خواهد داشت و می‌تواند این توانمندی را به شکل بالفعل در آورد. شکوفایی اجتماعی عبارت از ارزیابی توان بالقوه‌ی

^۱ Keyes

^۲ social actualization

مسیر تکامل اجتماع است و باور به اینکه اجتماع در حال یک تکامل تدریجی است و توانمندی‌های بالقوه‌ای برای تحول مثبت دارد که از طریق نهادهای اجتماعی و شهروندان شناسایی می‌شود. افراد سالم در مورد شرایط آینده‌ی جامعه، امیدوار و قادر به شناسایی نیروهای جمعی هستند و معتقدند که خود و سایر افراد از این نیروها و تکامل اجتماع سود می‌برند (عبداللّه تباردرزی و همکاران، ۱۳۸۷: ۱۷۶).

۲- همبستگی (انطباق) اجتماعی^۱: درک کیفیت، سازماندهی و عملکرد دنیای اجتماعی در این بعد مورد نظر است. نام دیگر این بعد همان انطباق اجتماعی است. کیز و شاپیرو معتقدند که اعتقاد به اینکه اجتماع قابل فهم، منطقی و قابل پیش‌بینی است. افرادی که از نظر اجتماعی سالم‌اند نه تنها درباره‌ی نوع جهانی که در آن زندگی می‌کنند، بلکه همچنین راجع به آنچه اطرافشان رخ می‌دهد علاقمند بوده و احساس می‌کنند قادر به فهم وقایع اطرافشان هستند. این مفهوم در مقابل بی‌معنایی در زندگی است و در حقیقت درکی که فرد نسبت به کیفیت، سازمان‌دهی و اداره‌ی دنیای اجتماعی اطراف خود دارد» (کیز و شاپیرو^۲، ۲۰۰۴: ۷)

۳- پذیرش اجتماعی^۳: این بعد از بهزیستی اجتماعی اشاره به این می‌کند که پذیرش دیگران نسخه‌ی اجتماعی پذیرش خود است. در واقع افرادی که نگرش مثبتی به شخصیت خود دارند و جنبه‌های خوب و بد زندگی را توأمان می‌پذیرند افراد دارای سلامت روانی و اجتماعی هستند. منظور از پذیرش اجتماعی درک فرد از جامعه با توجه به خصوصیات سایر افراد است. پذیرش اجتماعی شامل پذیرش دیگران، اعتماد به خوب بودن ذاتی دیگران و نگاه مثبت به ماهیت انسان‌هاست که همگی آنها باعث می‌شود فرد در کنار سایر اعضای جامعه‌ی انسانی احساس راحتی کند. کسانی که دیگران را می‌پذیرند به این درک رسیده‌اند که افراد به‌طور کلی سازنده هستند؛ همان‌گونه که سلامت روانی شامل پذیرش خود می‌شود، پذیرش دیگران نیز در جامعه می‌تواند به بهزیستی اجتماعی بیانجامد (هزارجریبی و صفری شالی، ۱۳۹۱: ۳۱۵).

۴- سهم داشت اجتماعی^۴: این شاخص عبارت از این احساسی که افراد چیزهای باارزشی برای ارائه به جامعه دارند. این تفکر که فعالیت‌های روزمره‌ی آنها به وسیله‌ی جامعه ارزش‌دهی می‌شود. در حقیقت سهم داشت اجتماعی باوری است که طبق آن افراد

^۱ social coherence

^۲ Keyes & Shapiro

^۳ social acceptance

^۴ social contribution

خود را عضو حیاتی اجتماع می‌داند و فکر می‌کند چیز ارزشمند برای عرضه‌ی دنیا دارد. این افراد تلاش می‌کنند تا در دنیای که صرفاً به دلیل انسان بودن برای آنان ارزش قائل است سهمیم باشند (سام آرام، ۱۳۸۸: ۱۹).

۵- انسجام اجتماعی^۱: ارزیابی یک فرد با در نظر گرفتن کیفیت همراهی او با جامعه‌ی اطرافش می‌باشد. فرد سالم احساس می‌کند که بخشی از اجتماع است و خود را با دیگرانی که واقعیت اجتماعی را می‌سازند، سهمیم می‌داند. از دیدگاه دورکیم (به نقل از کییز، ۱۹۹۸)، سلامت و یگانگی اجتماعی، روابط افراد را بایکدیگر از طریق هنجارها منعکس می‌کند. مفهوم انسجام اجتماعی در برابر بیگانگی و انزوای اجتماعی قرار می‌گیرد. فردی که از انسجام اجتماعی برخوردار است نسبت به اجتماع خود احساس نزدیکی و گروه اجتماعی خود را منبعی از آرامش و اعتماد می‌داند» (عبدالله تباردرزی و همکاران، ۱۳۸۷: ۱۷۵).

نظریه‌پردازان زیادی به مفهوم بهزیستی اجتماعی پرداخته‌اند. در نظریه‌ی بهزیستی و رفاه اجتماعی ورمون^۲ به شاخص‌های دیگر بهزیستی اجتماعی همچون امنیت و آرامش در جامعه و برای افراد (سجادی و همکاران، ۱۳۸۲: ۲۵۲) و در نظریه‌ی اندروس و ویتی به شاخص شادمانی و نشاط در جامعه (اندروز و ویتی^۳، ۱۹۸۱: ۲۵۱) اشاره شده است. بلانکو و دیاز^۴ (۲۰۰۷)، در بررسی نظم اجتماعی و سلامت روانی با رویکردی به بهزیستی اجتماعی نشان داده است که بین ابعاد بهزیستی اجتماعی به‌عنوان شاخص نظم اجتماعی با جنبه‌های دیگری از سلامت مثل میزان افسردگی، عزت نفس، سلامت درک شده، محرومیت، میزان آنومی و کنش‌های متقابل اجتماعی، احساسات مثبت و منفی و رضایت رابطه وجود دارد (بلانکو و دیز^۵، ۲۰۰۷: ۶۱). کییز (۱۹۹۸)، در تحقیق خود به بررسی رابطه‌ی بهزیستی اجتماعی، از خودبیگانگی و ناهنجاری‌های اجتماعی پرداخته است. وی در مطالعه‌ی بهزیستی اجتماعی در آمریکا به این نتایج رسیده است که بین بهزیستی اجتماعی با رفتارهای اجتماع‌پسند و مسئولیت‌پذیری زندگی اجتماعی رابطه‌های مثبت زیادی مشاهده می‌شود؛ همچنین سطوح بهزیستی اجتماعی بخصوص انسجام اجتماعی و مشارکت اجتماعی در افرادی که با اطرافیان خود برای حل مسأله و مشکلات همفکری

¹ social cohesion

² Wermun

³ Andrews & Withey

⁴ Blanco & Diaz

⁵ Blanco & Dize

می‌کردند در مقایسه با افرادی که با اطرافیان خود ارتباط نداشتند میزان بالاتری داشت (به نقل از زکی و خشوعی، ۱۳۹۲: ۹۲).

سرمایه اجتماعی

مفهوم سرمایه‌های اجتماعی از دهه‌ی ۶۰ بطور جدی وارد مباحث علوم اجتماعی و اقتصادی گردید. سرمایه‌های اجتماعی در درون یک فرد یا یک سازمان اجتماعی وجود ندارد بلکه در فضای ارتباطی بین افراد وجود دارد (قاسمی و همکاران، ۱۳۸۵). کلمن سرمایه‌های اجتماعی را به وسیله‌ی کارکردش تعریف کرده است. به نظر او سرمایه‌های اجتماعی هنگامی ایجاد می‌شود که روابط میان اشخاص به شیوه‌ای تغییر یابد که کنش را آسان سازد. بنابراین سرمایه‌های اجتماعی عبارت است از قدرت و توانایی مردم برای برقراری ارتباط با هم (سعادت، ۱۳۸۵: ۱۷۶).

از دیدگاه بوردیو سرمایه‌های اجتماعی حاصل جمع منابع بالقوه و بالفعلی است که نتیجه‌ی مالکیت شبکه‌ی بادوامی از روابط نهادی شده بین افراد و به عبارت ساده‌تر عضویت در یک گروه است (فیلد^۱، ۲۰۰۳: ۱۵). از نظر پاکستون^۲ سرمایه‌های اجتماعی دارای دو بعد اصلی می‌باشد روابط عینی میان افراد و پیوندهای ذهنی بین همان افراد از سوی دیگر. این تعریف از سرمایه‌های اجتماعی هم روابط بین افراد را در بر می‌گیرد که کلمن بر آن تأکید کرده بود و هم اینکه این روابط باید مبتنی بر اعتماد و مثبت است (پاکستون، ۲۰۰۲: ۲۵۶)؛ همچنین رابرت پونتام اعتقاد دارد که سرمایه‌های اجتماعی وجوه گوناگون سازمان اجتماعی، نظیر اعتماد، هنجارها و شبکه‌هاست که می‌توانند با تسهیل اقدامات هماهنگ کارایی جامعه را بهبود بخشند (چلبی و مبارکی، ۱۳۸۴: ۵). ایمنی (۱۳۹۴)، در پژوهش خود نشان داد که بین بهزیستی اجتماعی و امنیت اجتماعی به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های سرمایه‌های اجتماعی رابطه وجود دارد و سرمایه‌های اجتماعی و امنیت اجتماعی می‌تواند میزان بهزیستی اجتماعی افراد را پیش‌بینی کند و بین آن‌ها رابطه‌ی مثبت وجود دارد (ایمنی، ۱۳۹۴). در این زمینه پژوهشگران دیگری همچون شربتیان (۱۳۹۱)، در پژوهش خود نشان داده است که سرمایه‌های اجتماعی به‌عنوان یک عامل مؤثر بر بهزیستی اجتماعی می‌باشد و ابعاد اعتماد و مشارکت اجتماعی به‌عنوان مؤلفه‌های سرمایه‌های اجتماعی بیشترین اهمیت را در تعیین میزان بهزیستی اجتماعی دانشجویان داشته‌اند

^۱ Fild

^۲ Paxton

(شربتیان، ۱۳۹۱: ۱۷۴-۱۴۹). فوجیساوا و تاکاگاوا^۱ (۲۰۰۹)، در مطالعه‌ای در ژاپن نشان داده‌اند که پس از تعدیل متغیر سرمایه‌ی اجتماعی فردی ادراک شده، دو متغیر به پیوسته سرمایه‌ی اجتماعی جامعه (مهربانی و صمیمیت) رابطه‌ی معناداری با سلامت عمومی دارد (فوجیساوا و تاکاگاوا، ۲۰۰۹: ۵۰۳). کیکوگنانی و همکاران (۲۰۰۸)، با ارزیابی ارتباط بین مشارکت اجتماعی، درک از اجتماع در میان دانشجویان ایتالیایی، آمریکایی و ایرانی و تأثیر این دو متغیر بر بهزیستی اجتماعی نشان داده‌اند که مشارکت اجتماعی که به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های سرمایه‌ی اجتماعی در میان دانشجویان ایتالیایی به‌طور مثبتی بهزیستی اجتماعی را تبیین می‌کند (به نقل از زکی و خشوعی، ۱۳۹۲: ۹۲-۹۱). رضایی (۱۳۹۲)، در بررسی میزان بهزیستی اجتماعی شهروندان شهر مشهد و شناخت برخی از عوامل تأثیرگذار نشان داده است که مهم‌ترین متغیرهای تأثیرگذار بر بهزیستی اجتماعی به ترتیب عبارت‌اند از احساس امنیت اجتماعی، اعتماد اجتماعی، حمایت اجتماعی (رضایی، ۱۳۹۲).

کیفیت زندگی

به تعبیر بالدوی و همکاران (۱۹۹۴)^۲، سازه‌ی کیفیت زندگی تا اندازه‌ای مبهم است. از یک‌سو، کیفیت زندگی فردی به‌عنوان پنداشتی از چگونگی گذران زندگی فرد مطرح می‌شود و، از بعدی کلی‌تر، کیفیت موقعیت‌های زندگی حول یک عامل؛ شامل موقعیت‌هایی نظیر محیط پیرامونی یا فرهنگ در یک جامعه‌ی معین است. از منظری دیگر می‌توان کیفیت زندگی را در دو سطح خرد (فردی - ذهنی) و کلان (اجتماعی - عینی) تعریف کرد. سطح خرد شامل شاخص‌هایی نظیر ادراکات کیفیت زندگی، تجارب و ارزش‌های فرد، و معرف‌های مرتبط مانند رفاه، خوشبختی و رضایت از زندگی است و سطح کلان شامل درآمد، اشتغال، مسکن، آموزش و پرورش و سایر شرایط زندگی و محیط است. در رویکردی عملی، کیفیت زندگی مفهومی کلی تعریف می‌شود که تمام ابعاد زیستی شامل رضایت مادی، نیازهای حیاتی، به‌علاوه‌ی جنبه‌های انتقالی زندگی نظیر توسعه‌ی فردی، خودشناسی و بهداشت اکوسیستم را پوشش می‌دهد (غفاری و همکاران، ۱۳۹۱: ۱۱۲). به نظر مالمن^۳ کیفیت زندگی مفهومی ناظر بر افراد است و همچون انتظارات از

^۱ Fujisawa & Takegawa

^۲ Baldwin & etal

^۳ Mallman

طریق تعامل پویای بین فرد مفروض، جامعه و محل سکونت او تعیین می‌شود در نظر دیوان کیفیت زندگی به‌عنوان حالتی در نظر گرفته می‌شود که فرد در آن نسبت به خود، طبیعت، و جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند احساس آرامش درونی دارد (آسایش، ۱۳۸۰: ۹۵). فیلیپس^۱ نیز کیفیت زندگی را در ابعاد فردی و جمعی بررسی می‌کند، که این بررسی در سطح فردی مؤلفه‌های عینی و ذهنی را شامل می‌شود. لازمه‌ی کیفیت زندگی فردی در بعد عینی تأمین نیازهای اساسی و برخورداری از منابع مادی جهت برآوردن خواست‌های اجتماعی شهروندان است و در بعد ذهنی به داشتن استقلال عمل در موارد زیر مربوط می‌شود:

افزایش رفاه ذهنی شامل لذت‌جویی، رضایت‌مندی، هدف‌داری در زندگی و رشد شخصی رشد و شکوفایی در مسیر سعادت و دگرخواهی مشارکت در سطح گسترده‌ای از فعالیت‌های اجتماعی (باسخا و همکاران، ۱۳۹۰: ۹۸). علیزاده اقدم و همکاران (۱۳۹۲)، در بررسی تأثیر بهزیستی اجتماعی بر کیفیت زندگی دانشجویان نشان دادند که همبستگی مثبت و معناداری بین بهزیستی اجتماعی و کیفیت زندگی دانشجویان وجود دارد و نیز بهزیستی اجتماعی ارتباط معناداری با ابعاد چهارگانه‌ی کیفیت زندگی؛ یعنی سلامت جسمانی، سلامت روانی، سلامت روابط اجتماعی و سلامت محیطی دارد. پاول^۲ (۲۰۱۲)، در پژوهشی نشان داد که همبستگی مثبت و قوی بین بهزیستی اجتماعی و معنوی، عملکردهای ارتباطی و کیفیت زندگی وجود دارد (پاول، ۲۰۱۲: ۲۰). ماجدی و لهسایی‌زاده (۱۳۸۵)، در پژوهش خود نشان دادند که بین کیفیت زندگی و سرمایه‌ی اجتماعی رابطه‌ی معناداری وجود دارد و تحلیل‌ها در این پژوهش نشان داد که سرمایه‌ی بالای اجتماعی به کیفیت بالای زندگی می‌انجامد (ماجدی و لهسایی‌زاده، ۱۳۸۵: ۱۳۶-۹۱). زاهدی اصل و فرخی (۱۳۸۸)، در پژوهش خود با عنوان بررسی رابطه‌ی کیفیت زندگی و سرمایه‌ی اجتماعی نشان دادند که بین کیفیت زندگی و سرمایه‌ی اجتماعی رابطه وجود دارد (زاهدی اصل و فرخی، ۱۳۸۸). حقیقتیان (۱۳۹۲)، در پژوهش خود نشان داد که بین مؤلفه‌های سرمایه‌ی اجتماعی و نمره‌ی کل سرمایه‌ی اجتماعی با کیفیت زندگی رابطه وجود دارد (حقیقتیان، ۱۳۹۲: ۱۲۸).

^۱ Philips

^۲ Paul

رضایت از زندگی

در این نگاه رضایت از زندگی سازهای است که دارای ابعادی چند است، البته در این رویکرد نیز تنوعی حاکم است. در برخی کارهای انجام شده ابعاد رضایت از زندگی عبارتند از: رضایت از زندگی خانوادگی، رضایت از مسکن، رضایت از شغل و رضایت از تندرستی (ناپبی، ۱۳۷۴: ۲۰). در اثری دیگر ابعاد رضایت از زندگی عبارتند از: رضایت از خود، رضایت از دوستان، رضایت از خانواده، رضایت از محیط زندگی، رضایت از محیط کار (عظیمی، ۱۳۸۳: ۸۳). در اثری دیگری ابعاد رضایت از زندگی از جنس رضایت نیست؛ مثلاً رغبت به زندگی، تناسب میان اهداف دست‌یافته با آرزوها، شاد بودن و نگاه مثبت داشتن، ثبات قدم و شکیبایی و تصور از خود به لحاظ زیستی، روانی و اجتماعی (آدامز^۱، ۱۹۶۹: ۴۷۰). به نظر اینگلهارت^۲ (۱۹۹۸)، احساس رضایت از زندگی بازتاب توازن میان آرزوهای شخصی و وضعیت عینی فردی به وجود می‌آید. از نظر ازکمپ^۳ (۱۹۹۵)، رضایت از زندگی بر تجربه‌ی شناختی و داورانه‌ای دلالت دارد که به‌عنوان اختلاف ادراک شده بین آرزو و پیشرفت در زندگی (تحقق آرزو) تعریف می‌شود. این تعریف طیفی را تشکیل می‌دهد که از ادراک کامروایی تا حس محرومیت را در بر می‌گیرد. این مفهوم با مفهوم خوشحالی که بر تجربه‌ی عاطفی (هیجان و احساسات) تأکید دارد، متفاوت است (هزارجریبی و صفری شالی، ۱۳۸۹: ۲). دینر و همکاران^۴ (۱۹۸۵)، رضایت از زندگی را بعنوان فرایندهای قضاوتی تعریف کرده‌اند که در آن افراد کیفیت زندگی‌شان را بر اساس مجموعه‌ای از معیارهای منحصر به فردشان ارزیابی می‌کنند. این تعریف نشان می‌دهد که رضایت از زندگی هدف دائمی برای فرد نیست، بلکه نسبت به تغییرات زمینه‌ای حساس می‌باشد و از دیدگاه و نقطه نظرات خود پاسخگویان مورد ارزیابی و توجه قرار می‌گیرد (اسوامی و چامور^۵، ۲۰۰۸: ۲۵). ساراسون و همکاران (۱۹۸۳)، در بررسی رابطه‌ی بهزیستی اجتماعی و رضایت از زندگی نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی از سوی اعضای خانواده، سبب ارتقای سلامت و رضایت از زندگی می‌شود و عدم رضایت از زندگی موجب به کاهش بهزیستی اجتماعی می‌گردد (ساراسون و همکاران^۶، ۱۹۸۳: ۱۲۷). افشانی و شیری

¹ Adams

² Ingelhart

³ Camp

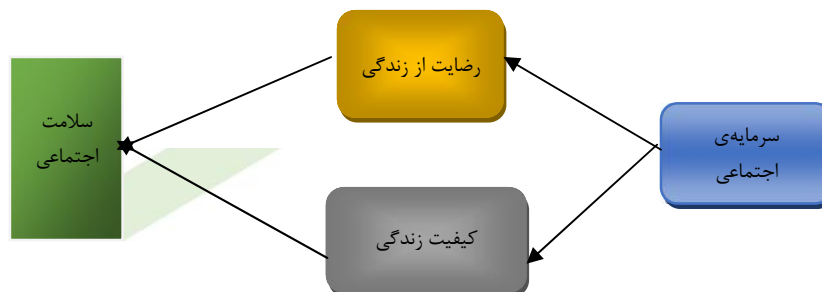
⁴ Diner & et. al

⁵ Swami & Chamorro

⁶ Sarason & et. al

محمدآباد (۱۳۹۵)، در پژوهشی با عنوان بررسی رابطه‌ی رضایت از زندگی و بهزیستی اجتماعی زنان نشان داده‌اند که بین میزان رضایت از زندگی و ابعاد بهزیستی اجتماعی (انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی، پذیرش اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انطباق اجتماعی) رابطه‌ی مثبت و معناداری وجود دارد (افشانی و شیرمحمد، ۱۳۹۵). علی بابایی و باینگانی (۱۳۹۰)، در پژوهش خود نشان دادند که سرمایه‌ی اجتماعی یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های تبیین‌کننده‌ی رضایت از زندگی است و بین آنها رابطه‌ی مثبت وجود دارد (علی بابایی و باینگانی، ۱۳۹۰: ۸۲-۱۱۳). نوغانی و همکاران (۱۳۸۹)، در پژوهش خود با عنوان بررسی تأثیر سرمایه‌ی اجتماعی بر رضایت زندگی نشان دادند که بین رضایت از زندگی و سرمایه‌ی اجتماعی رابطه‌ی معناداری وجود دارد و از میان مؤلفه‌های سرمایه‌ی اجتماعی، مؤلفه‌ی روابط اجتماعی بیشترین تأثیرگذاری را بر رضایت زندگی دارد (نوغانی و همکاران، ۱۳۸۹).

با توجه به نظریات و پژوهش‌های انجام شده در داخل و خارج ایران می‌توان بیان کرد که بین سرمایه‌ی اجتماعی و بهزیستی اجتماعی رابطه وجود دارد و بهزیستی اجتماعی از سرمایه‌ی اجتماعی تأثیر می‌پذیرد. در این ما بین؛ متغیرهای میانجی همچون کیفیت زندگی و رضایت زندگی وجود دارند که در رابطه‌ی بین سرمایه‌ی اجتماعی و بهزیستی اجتماعی نقش میانجی‌گرانه ایفا می‌کنند. سرمایه‌ی اجتماعی بر متغیرهای کیفیت زندگی و رضایت زندگی و بهزیستی اجتماعی تأثیر می‌گذارد و کیفیت زندگی و رضایت زندگی نیز به‌عنوان متغیرهای مستقل دوم، بر بهزیستی اجتماعی تأثیرگذار هستند و خود نیز از سرمایه‌ی اجتماعی تأثیر می‌پذیرند. با توجه به این روابط می‌توان مدل تحقیق را در شکل ذیل برای این پژوهش ترسیم کرد و سپس مهم‌ترین مفاهیم این نوشتار را براساس چارچوب نظری در سطور ذیل تعریف کرد.



شکل ۱: مدل نظری پژوهش (نگارندگان)

بهبودی اجتماعی

تعریف نظری: ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که وی عضوی از آنهاست. طبق این تعریف شاخص‌های بهبودی اجتماعی عبارت‌اند از: مشارکت اجتماعی (باوری که طبق آن فرد خود را عنصر حیاتی جامعه می‌داند)، انسجام اجتماعی (کیفیت روابط در گروه‌های 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) (کیبیز، ۱۹۹۸: ۱۲۲). امنیت اجتماعی و نشاط اجتماعی (اندروز و ویتی، ۱۹۸۱: ۲۵۱).

تعریف عملیاتی: در پژوهش حاضر جهت اندازه‌گیری بهبودی اجتماعی و مؤلفه‌های آن از مقیاس ۳۳ ماده‌ای سلامت اجتماعی که پنج مؤلفه‌ی آن شامل انسجام، پذیرش، شکوفایی، مشارکت و انطباق اجتماعی است و توسط کیبیز (۱۹۹۸)، ساخته شده است. گویه‌های پرسشنامه‌ی بهبودی اجتماعی بر اساس طیف لیکرت ساخته شده است که به کاملاً موافقم کد ۵، موافقم کد ۴، بی‌نظر کد ۳، مخالف کد ۲ و کاملاً مخالف کد ۱ داده شده است. همچنین در این تحقیق آلفای استاندارد شده پرسشنامه‌ی بهبودی برابر با ۰/۷۳ بدست آمده است.

کیفیت زندگی

تعریف نظری: کیفیت زندگی از نظر لغوی به معنی چگونگی زندگی است و دربرگیرنده‌ی تفاوت‌هایی است که برای هر فرد، منحصر به فرد بوده و با دیگران متفاوت است. کیفیت زندگی به‌عنوان احساس فرد از بهبودی تعریف شده است؛ احساسی که آسایش در رضایت فرد از جنبه‌هایی از زندگی است که برای وی اهمیت دارد (گاگنوموس و هولزمن^۱، ۱۹۹۵: ۲۶؛ به نقل از شیخی، ۱۳۹۲: ۲۵).

تعریف عملیاتی: برای عملیاتی کردن متغیر کیفیت زندگی از فرم کوتاه ارزیابی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۸)، بهره بردیم که کیفیت زندگی را در چهار حوزه‌ی سلامت جسمانی، سلامت روان‌شناختی، محیط زندگی و روابط با دیگران اندازه‌گیری می‌کند. این چهار حوزه با ۲۶ گویه در مقیاس ۵ درجه‌ای (۱ تا ۵) نمره‌گذاری می‌شود که کد ۵ به کاملاً موافق، کد ۴ به موافق، کد ۳ به بی‌نظر،

^۱ Guggnumoss and Holzman

مخالفم کد ۲ و کاملاً مخالف کد ۱ داده شده است. افزون بر این، دو سؤال دیگر هم وجود دارد که وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی ارزیابی می‌کند. در این تحقیق آلفای استاندارد شده پرسشنامه کیفیت زندگی برابر با ۰/۸۴ در این پژوهش بدست آمده است.

رضایت از زندگی

تعریف نظری: رضایت از زندگی، ارزیابی ذهنی فرد از کیفیت کلی زندگی خویش و یا برخی از جنبه‌های خاص زندگی‌اش است (دینر و همکاران، ۱۹۸۵).
تعریف عملیاتی: برای عملیاتی کردن این مفهوم از پرسشنامه‌ی رضایت زندگی دینر و همکاران (۱۹۸۵)، استفاده کردیم. این مقیاس از ۵ گزاره که مؤلفه‌ی شناختی بهزیستن فاعلی را اندازه‌گیری می‌کند، تشکیل شده است. آزمودنی‌ها اظهار می‌دارند که برای مثال چقدر از زندگی خود راضی‌اند و یا چقدر زندگی آنها به یک زندگی آرمانی نزدیک است. دینر و همکاران (۱۹۸۵)، مقیاس رضایت از زندگی^۱ را برای همه‌ی گروه‌های سنی تهیه کرده‌اند. این مقیاس متشکل از ۴۸ سؤال بود که ۱۰ سؤال آن با رضایت از زندگی مرتبط بود که پس از بررسی‌های متعدد در نهایت به پنج سؤال کاهش یافت و به‌عنوان یک مقیاس مجزا مورد استفاده قرار گرفت. این مقیاس را سامانی (۱۳۸۳)، برای استفاده در ایران منطبق کرده است. گویه‌های پرسشنامه‌ی رضایت از زندگی بر اساس طیف لیکرت ساخته شده است که به کاملاً موافقم کد ۵، موافقم کد ۴، بی‌نظر کد ۳، مخالف کد ۲ و کاملاً مخالف کد ۱ داده شده است. آلفای کرونباخ پرسشنامه رضایت از زندگی برابر با ۰/۸۴ در این تحقیق بدست آمده است.

سرمایه اجتماعی

تعریف نظری: در مفهوم کلی سرمایه‌ی اجتماعی حاصل انباشت منابع بالقوه و یا بالفعلی است که مربوط به مالکیت یک شبکه‌ی بادوام از روابط کم و بیش نهادینه شده در بین افرادی است که با عضویت در یک گروه ایجاد می‌شود (فیروزآبادی، ۱۳۸۴).
تعریف عملیاتی: در پژوهش حاضر برای عملیاتی کردن این مفهوم از پرسشنامه‌ی خود محقق ساخته استفاده کردیم که از مجموع کیفیت و کمیت روابط اجتماعی به سه بعد اعتماد اجتماعی، مشارکت اجتماعی و انسجام اجتماعی بدست آمده است. اعتماد

^۱ SWLS

اجتماعی از سنجش میزان اطمینان و اعتماد پاسخگویان به خانواده، فامیل و بستگان، دوستان، همسایگان، اهالی محله، همشهریان و ... استفاده شده است که بر اساس طیف لیکرت به اصلاً کد ۱، کم کد ۲، تا حدودی ۳، زیاد کد ۴ و کاملاً کد ۵ داده شده است. مشارکت اجتماعی از حضور و نحوه همکاری پاسخگویان با گروه‌ها و نهادهای مذهبی، ورزشی، بسیج، شوراهای شهرها، گروه‌های علمی و ... بدست آمده است و نیز در این تحقیق میزان مشارکت پاسخگویان در فعالیتهای جمعی مانند عروسی، عزاداری و ... اعضای خانواده، فامیل و بستگان و ... که بر اساس طیف لیکرت به اصلاً کد ۱، کم کد ۲، تا حدودی ۳، زیاد کد ۴ و کاملاً کد ۵ داده شده است. نیز انسجام اجتماعی از میزان انتظارات و ارزیابی پاسخگویان از وضعیت فرهنگی، اجتماعی، سیاسی، اقتصادی و زیست‌محیطی بدست آمده است که به بسیار خوب کد ۵، خوب کد ۴، متوسط ۳، بد کد ۲ و بسیار بد کد ۱ داده شده است. در این تحقیق آلفای استاندارد شده‌ی پرسشنامه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی برابر با ۰/۷۴ است.

روش‌شناسی پژوهش

در این تحقیق از روش پیمایش (توصیفی - تحلیلی) مبتنی بر کمی‌سازی و روابط همبستگی بین متغیرها استفاده شده است. جامعه‌ی مورد مطالعه جوانان شهرستان قاین (اعم از زن و مرد) واقع در استان خراسان جنوبی بوده که بر اساس سرشماری نفوس و مسکن (۱۳۹۰)، تعداد کل جوانان جامعه‌ی مورد مطالعه ۴۲۵۷۳ نفر بوده است و حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران، برابر با ۴۰۰ نفر انتخاب شده‌اند که بر اساس روش نمونه‌گیری خوشه‌ای افراد جامعه‌ی آماری از طریق پرسشنامه‌های استاندارد شده و خود محقق ساخته مورد مطالعه قرار گرفته‌اند.

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

N = حجم جامعه‌ی آماری (۴۲۵۷۳ نفر)

n = جمعیت نمونه

d = ۰/۰۵

$p =$ درصد افرادی که واجد صفت در جامعه هستند (۰/۵)

$q =$ درصد افرادی که فاقد صفت در جامعه هستند (۰/۵)

$t =$ مقدار متغیر نرمال واحد استاندارد در سطح اطمینان ۹۵ درصد (۱/۹۶)

دلیل انتخاب نمونه‌ی آماری جوانان ۱۸ تا ۳۰ سال این است که با توجه به تعریف سازمان ملی جوانان (۱۳۸۴)، متوسط فاصله‌ی سنی سن اشتغال و ازدواج در ایران ۲۹ سال برای جامعه‌ی جوان ایرانی است که مسئولیت‌پذیری اجتماعی را به‌عنوان شهروند جامعه می‌پذیرند و بر اساس تعریف ماده‌ی ۱ کنوانسیون حقوق کودک از دیدگاه یونسکو (۱۹۸۹)، افراد زیر ۱۸ سال شهروند به دلیل فقدان مسئولیت‌پذیری تعریف نمی‌شوند.

در این پژوهش از مدل‌یابی معادلات ساختاری و روش حداقل مربعات جزئی جهت آزمون فرضیه‌ها و برازندگی مدل استفاده شد. روش معادلات ساختاری، روشی ارزشمند برای بررسی رابطه‌ی علی در بین متغیرها است. در واقع در پژوهش‌هایی که هدف، آزمون مدل خاصی از رابطه‌ی بین متغیرهاست از تحلیل مدل معادلات ساختاری استفاده می‌شود. مدل‌یابی معادلات ساختاری یک روش بسیار کلی و نیرومند از خانواده‌ی رگرسیون چند متغیری و تحلیل مسیر و به بیان دقیق‌تر، بسط مدل خطی عمومی است که به محقق امکان می‌دهد مجموعه‌ای از معادلات رگرسیون را به گونه‌ای همزمان مورد آزمون قرار دهد.

این مدل یک رویکرد جامع برای آزمون فرضیه‌ها درباره‌ی روابط متغیرهای مشاهده شده و مکنون است در این پژوهش به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار *SMART* و *PLS* و روش دو مرحله‌ای حداقل مربعات جزئی پیشنهاد شده توسط هالاند^۱ برای تحلیل داده‌ها استفاده شده است. در گام اول از تحلیل عاملی تأییدی و در گام دوم از تحلیل مسیر برای تحلیل روابط بین سازه‌ها به ره می‌برد. مدل‌یابی به کمک روش حداقل مربعات جزئی در حوزه‌های متنوع از جمله علوم انسانی کاربرد دارد (ون^۲، ۲۰۱۰). *PLS* همزمان دو مدل را بررسی می‌کند: (۱) مدل بیرونی که ارتباط متغیرهای آشکار با متغیرهای پنهان را بررسی می‌کند؛ (۲) مدل درونی که ارتباط متغیرهای آشکار با متغیرهای دیگر را اندازه‌گیری می‌کند. از طریق *PLS* می‌توان ضرایب رگرسیون استاندارد را برای مسیرها، ضرایب تعیین را برای متغیرهای درونی و اندازه‌ی شاخص‌ها را برای مدل مفهومی به دست

^۱ Hulan

^۲ Wen

آورد (هینلین و کاپلن^۱، ۲۰۰۴). اعداد نوشته شده بر روی خطوط در واقع ضرایب بتا حاصل از معادله‌ی رگرسیون میان متغیرها است که همان ضریب مسیر است. اعداد داخل هر دایره نشان‌دهنده‌ی مقدار R^2 مدلی است که متغیرهای پیش بین آن از طریق فلش به آن دایره وارد شده اند. برای بررسی میزان معنادار بودن ضریب مسیر لازم است تا مقدار T هر مسیر نشان داده شود. مقدار T ضرایب مسیر نشان می‌دهد.

به منظور سنجش پایایی با استفاده از داده‌های به دست آمده از پرسشنامه، میزان ضریب اعتماد با روش آلفای کرونباخ محاسبه شده است که نتایج آن در جدول ۱ نشان داده شده است این اعداد نشان‌دهنده‌ی این است که پرسشنامه از قابلیت اعتماد و به عبارت دیگر از دقت لازم برخوردار است. به منظور سنجش روایی سؤالات نیز، روایی همگرا محاسبه شد. این روایی در مدل PLS توسط معیار میانگین واریانس استخراج شده^۲ (AVE) مورد تحلیل قرار می‌گیرد. این شاخص، نشان‌دهنده‌ی میزان واریانس است که یک سازه (متغیر) از نشانگرهایش به دست می‌آورد. برای این معیار، فورنل و الکر^۳ (۱۹۸۱)، (۱۹۸۱)، مقادیر بیشتر از ۰/۵ را پیشنهاد می‌کنند چرا که این مقدار تضمین می‌کند حداقل ۵۲ درصد واریانس یک سازه توسط نشانگرهایش تعریف می‌شود (حشمتی و همکاران، ۱۳۹۴). در ادامه نتایج حاصل از بررسی روایی همگرا در این تحقیق ارائه می‌شود.

به منظور سنجش روایی سؤالات، علاوه بر محاسبه‌ی روایی همگرا، از تحلیل عاملی نیز استفاده شد که یک فن آماری است و در اکثر پژوهش‌های علوم انسانی کاربرد دارد. در تحلیل عاملی اکتشافی مقدار آزمون KMO برای شاخص بهزیستی اجتماعی برابر ۰/۷۷، کیفیت زندگی برابر با ۰/۶۴، رضایت از زندگی برابر با ۰/۷۰ و سرمایه‌ی اجتماعی برابر با ۰/۶۱ و با توجه به این که این مقدار از ۰/۵ بزرگتر است می‌توان نتیجه گرفت که تعداد نمونه‌ها برای اجرای تحلیل عاملی مناسب است؛ همچنین نتایج تحلیل عاملی، مقدار آزمون بارتلت (۳۱۲۰/۱۷) که در سطح خطای کوچکتر از ۰/۰۱ معنادار است که نشان می‌دهد تفکیک عامل‌ها به درستی انجام شده است و سؤالات هر عامل همبستگی بالایی با همدیگر دارند که نشان از اعتبار سازه است.

^۱ Haenlein & kaplan

^۲ average variance extracted

^۳ Furner & Alker

جدول ۱: پایایی متغیرهای مستقل و وابسته و گزارش تحلیل عاملی سازه

متغیرها	تعداد گویه	پایایی			روایی همگرا
		مقدار آلفای کرونباخ	بار عاملی <i>KMO</i>	بارتلت	
بهزیستی اجتماعی	۳۳	۰/۷۳	۰/۷۷	۳۱۲۰/۱۷	۰/۸۲۱
شکوفایی اجتماعی	۷	۰/۶۹	-	-	-
انطباق اجتماعی	۶	۰/۷۵	-	-	-
انسجام اجتماعی	۷	۰/۸۱	-	-	-
مشارکت اجتماعی	۶	۰/۷۵	-	-	-
پذیرش اجتماعی	۷	۰/۷۷	-	-	-
کیفیت زندگی	۲۶	۰/۸۴	۰/۶۴	۹۳۱/۴۳	۰/۶۲۳
رضایت از زندگی	۵	۰/۸۴	۰/۷۰	۸۴۱/۹۳	۰/۷۴۲
سرمایه‌ی اجتماعی	۳۱	۰/۷۴	۰/۶۱	۴۳۰/۲۷	۰/۶۱۵

یافته‌های پژوهش

نتایج تحقیق نشان داده است که جوانان زن و مرد در این تحقیق از سهم یکسانی برخوردار هستند. میانگین سنی پاسخ‌دهندگان ۲۴/۰۳ سال و انحراف معیار ۳/۷۳ بدست آمده است و ۴۱ درصد از جوانان در زمان تحقیق میزان تحصیلات خود را دیپلم عنوان نموده‌اند و اکثریت آن‌ها دارای میانگین درآمد بین ۶۰۰ تا ۹۰۰ هزار تومان داشته‌اند که معادل ۲۷ درصد از نمونه‌ی مورد بررسی است.

میانگین متغیرهای مستقل و وابسته‌ی تحقیق نشان داده است که میانگین بهزیستی اجتماعی جوانان برابر با ۱۰۸/۶۰ است؛ همچنین یافته‌ها نشان داد میانگین کیفیت زندگی (۸۱/۹ درصد)، سرمایه‌ی اجتماعی (۵۸/۳ درصد) و رضایت از زندگی (۱۵/۶ درصد) بوده است.

جدول ۲: توزیع میانگین و انحراف معیار متغیرهای مستقل و وابسته

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	کمترین مقدار	بیشترین مقدار
بهبودی اجتماعی	۱۰۸/۶۰	۱۸/۶۶	۷۹	۱۶۵
شکوفایی اجتماعی	۲۵/۱۴	۵/۹۷	۱۵	۳۵
انطباق اجتماعی	۱۸/۴۳	۷/۱۳	۱۶	۳۰
انسجام اجتماعی	۲۴/۹۰	۵/۹۹	۱۵	۳۵
مشارکت اجتماعی	۱۹/۴۶	۶/۳۹	۱۹	۳۰
پذیرش اجتماعی	۲۳/۲۱	۷/۰۰	۱۴	۳۵
کیفیت زندگی	۸۱/۹	۱۳/۷	۴۱	۱۱۴
سرمایه اجتماعی	۵۸/۳	۱۲/۱	۲۷	۹۹
رضایت از زندگی	۱۵/۶	۴/۳	۵	۲۵

در جدول ذیل وضعیت بهزیستی اجتماعی بیانگر این است که جوانان شهر قائن دارای بهزیستی اجتماعی پایین (۱۹/۳ درصد) و در حدود متوسط (۶۹/۵ درصد) و در حد بالا (۱۱/۳ درصد) بوده‌اند.

جدول ۳: توزیع فراوانی پاسخگویان در گویه‌های بهزیستی اجتماعی (کل)

بهبودی اجتماعی	فراوانی	درصد	تجمعی
پایین	۷۷	۱۹/۳	۱۹/۳
متوسط	۲۷۸	۶۹/۵	۸۸/۸
بالا	۴۵	۱۱/۳	۱۰۰
جمع	۴۰۰	۱۰۰/۰	-

برای این که متغیری بتواند به‌عنوان متغیر میانجی عمل کند باید بین متغیر میانجی و متغیرهای ملاک و پیش بین رابطه‌ی همبستگی معناداری وجود داشته باشد و با کنترل اثر متغیر میانجی رابطه‌ی بین متغیر ملاک و پیش‌بین تغییر کند. در واقع گام‌های ذیل برای بررسی نقش واسطه‌ای باید در نظر گرفته شود.

- ۱- بین متغیر پیش‌بین و متغیر ملاک رابطه‌ی معنادار وجود داشته باشد.
- ۲- بین متغیر پیش‌بین و متغیر واسطه‌ی معنادار وجود داشته باشد.
- ۳- بین متغیر واسطه‌ی و متغیر ملاک رابطه‌ی معنادار وجود داشته باشد.

در صورت تأیید گام‌های ۱ تا ۳ آزمون نقش واسطه انجام می‌گردد. متغیر مستقل و متغیر واسطه به‌عنوان پیش‌بین و متغیر وابسته به‌عنوان متغیر ملاک در نظر گرفته می‌شود.

مدل نقش واسطه در رابطه بین متغیر پیش‌بین و ملاک



شکل ۲: نقش واسطه در رابطه‌ی بین متغیر پیش‌بین و ملاک

برای بررسی فرضیه لازم است گام‌های ۴ گانه به ترتیب انجام گیرد. به این منظور برای تأیید گام‌های ۱-۳ از آزمون ضریب همبستگی رگرسیونی انجام شده است. جدول زیر ضریب همبستگی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

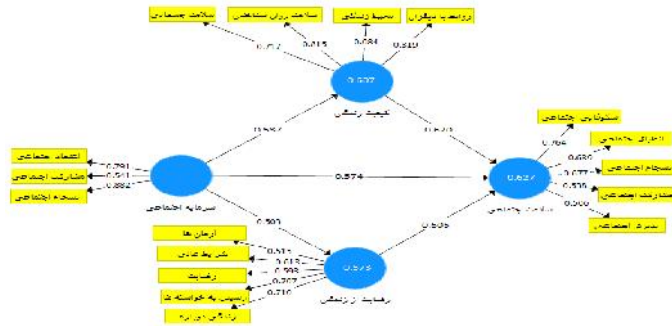
جدول ۴: آزمون همبستگی بین متغیرهای تحقیق

متغیر	سلامت اجتماعی	کیفیت زندگی	رضایت از زندگی	سرمایه‌ی اجتماعی
سلامت اجتماعی	۱	-	-	-
کیفیت زندگی	۰/۲۵۱**	۱	-	-
رضایت از زندگی	۰/۴۶۲**	۰/۳۳۶**	۱	-
سرمایه‌ی اجتماعی	۰/۳۲۱**	۰/۱۴۲**	۰/۱۹۸**	۱

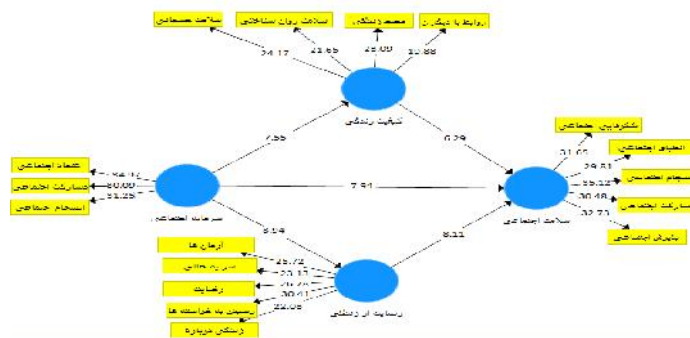
** بین دو متغیر تأثیر متقابل از نوع همبستگی وجود دارد.

همان‌طور که مشاهده می‌شود بین متغیرهای میانجی کیفیت زندگی و رضایت از زندگی و متغیرهای ملاک و پیش‌بین رابطه‌ی همبستگی معناداری وجود دارد. در این قسمت در اشکال ذیل به بررسی مدل ساختاری پرداخته می‌شود. در تحلیل مسیر، روابط بین متغیرها در یک جهت جریان می‌یابند و به‌عنوان مسیرهای متمایز در نظر گرفته می‌شوند. مفاهیم تحلیل مسیر در بهترین صورت از طریق ویژگی عمده‌ی آن، یعنی نمودار

مسیر که پیوندهای علی احتمالی بین متغیرها را آشکار می‌سازد، تبیین می‌شوند. شکل‌های ۱ و ۲، مدل معادلات ساختاری و نمودار مسیر مدل تحقیق را نشان می‌دهد.



شکل ۳: مدل مفهومی برازش شده در حالت تخمین استاندارد



شکل ۴: مدل مفهومی برازش شده در حالت معناداری پارامترها

ضریب تعیین نسبت به ضریب همبستگی معیار گویاتری است. ضریب تعیین مهم‌ترین معیاری است که با آن می‌توان رابطه‌ی بین یک یا چند متغیر مستقل با متغیر وابسته را توضیح داد. این ضریب بیان‌کننده‌ی درصد تغییرات متغیر وابسته به وسیله‌ی متغیرهای مستقل است. با توجه به شکل ۱ ضریب تعیین مدل برازش شده‌ی تحقیق با توجه به متغیرهای معنادار آن در جدول ۴ قابل مشاهده است. بر این اساس، حدود ۶۲ درصد از تغییرات سلامت اجماعی تحت تأثیر سرمایه‌ی اجتماعی، کیفیت زندگی و رضایت از زندگی تبیین شده است. همچنین ۶۰ درصد تغییرات کیفیت زندگی و ۵۷ درصد از

تغییرات متغیر رضایت از زندگی بر اساس سرمایه‌ی اجتماعی شکل می‌گیرند و مابقی آن عواملی هستند که در مدل در نظر گرفته نشده است.

جدول ۵: ضریب تعیین متغیر وابسته و واسط مدل تحقیق

نام متغیر	R^2
بهزیستی اجتماعی	۰/۶۲۷
کیفیت زندگی	۰/۶۰۷
رضایت از زندگی	۰/۵۷۳

برای تأیید یا رد فرضیه‌ها تحقیق از آزمون t استفاده شد. اگر مقدار آماره‌ی t بزرگتر از $\pm 1/96$ باشد، فرضیه‌ی مربوطه در سطح خطای $0/05$ مورد تأیید در غیر این صورت رد می‌گردد؛ همچنین در آزمون‌های آماری متغیرهای میانجی باید به دو سؤال پاسخ داده شود (الف) اثر غیر مستقیم X از طریق M بر Y چقدر است؟ (ب) آیا اثر غیر مستقیم X (متغیر مستقل) از طریق M بر Y (متغیر وابسته) معنادار است؟

جهت پاسخ به سؤال اول یعنی اثر غیر مستقیم متغیر مستقل بر متغیر وابسته از طریق متغیر میانجی می‌توان از روش سوپل (۱۹۸۲)، استفاده کرد. در این روش مقدار اثر غیر مستقیم با فرمول زیر محاسبه می‌شود که در این فرمول a اثر متغیر مستقل بر میانجی و b اثر متغیر میانجی بر وابسته است $B_{indirect} = a \times b$ علاوه بر محاسبه‌ی میزان اثر غیر مستقیم می‌توان با استفاده از آزمون‌هایی مانند سوپل معناداری اثر غیر مستقیم را نیز محاسبه کرد. شایان ذکر است که همه‌ی نرم افزارها معناداری اثرات مستقیم بین متغیرها را محاسبه کرده و در خروجی‌های خود ارائه می‌دهند؛ اما معناداری اثر غیر مستقیم را ارائه نمی‌کنند و بعضاً میزان اثر غیر مستقیم را بر اساس فرمولی که در بالا گفته شد ارائه می‌دهند، بنابراین معناداری اثر غیر مستقیم باید دستی حساب شده که در ادامه فرمول محاسبه آن بر اساس روش سوپل آورده شده است.

$$t = value - \frac{a * b}{\sqrt{b^2 * sa^2 * a^2 * ab^2}}$$

جدول ۶: ضریب رگرسیونی و معناداری آزمون فرضیه‌ها

فرضیه	مسیر فرضیات	ضریب رگرسیونی	T	نتیجه
۱	سرمایه‌ی اجتماعی ← کیفیت زندگی	۰/۵۳۷	۷/۵۵	تأیید
۲	سرمایه‌ی اجتماعی ← رضایت از زندگی	۰/۵۰۳	۸/۹۴	تأیید
۳	سرمایه‌ی اجتماعی ← بهزیستی اجتماعی	۰/۵۷۴	۷/۹۴	تأیید
۴	کیفیت زندگی ← بهزیستی اجتماعی	۰/۶۲۰	۶/۲۹	تأیید
۵	رضایت از زندگی ← بهزیستی اجتماعی	۰/۶۰۵	۸/۱۱	تأیید
۶	سرمایه‌ی اجتماعی ← کیفیت زندگی ← بهزیستی اجتماعی	۰/۳۳۲	۴/۱۹	تأیید
۷	سرمایه‌ی اجتماعی ← رضایت از زندگی ← بهزیستی اجتماعی	۰/۳۰۴	۳/۹۹	تأیید

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام مطالعه‌ی حاضر تأثیر رابطه‌ی بین سرمایه‌ی اجتماعی و بهزیستی اجتماعی بواسطه‌ی نقش متغیرهای کیفیت زندگی و رضایت از زندگی در بین جوانان ۱۸ تا ۳۰ ساله‌ی شهرستان قائن در سال ۱۳۹۵ بوده است. یافته‌های توصیفی در زمینه‌ی بهزیستی اجتماعی نشان داد که ۱۹/۳ درصد از پاسخگویان جامعه‌ی مورد مطالعه دارای بهزیستی اجتماعی در حد متوسط بوده است؛ همچنین مشخص شده است که بین سرمایه‌ی اجتماعی، کیفیت زندگی، رضایت از زندگی با بهزیستی اجتماعی رابطه‌ی مثبت و معناداری وجود دارد. بدین معنا که با افزایش، کیفیت زندگی، رضایت از زندگی و سرمایه‌ی اجتماعی، بهزیستی اجتماعی جوانان در سطح زندگی افزایش خواهد یافت.

نتایج آزمون فرضیات نشان داد که متغیرهای سرمایه‌ی اجتماعی، کیفیت زندگی و رضایت از زندگی بر متغیر بهزیستی اجتماعی تأثیرگذار بوده است، همچنین نقش میانجی گرایانه‌ی متغیرهای کیفیت زندگی و رضایت زندگی در رابطه‌ی بین سرمایه‌ی اجتماعی با بهزیستی اجتماعی تأیید شده است و سرمایه‌ی اجتماعی به وسیله‌ی این دو متغیر بر بهزیستی اجتماعی تأثیر غیر مستقیم نیز داشته است، و به صورت مستقیم این متغیر بر بهزیستی اجتماعی جوانان تأثیر داشته است.

در تبیین رابطه‌ی بین سرمایه‌ی اجتماعی و بهزیستی اجتماعی می‌توان به پژوهش‌های ایمنی (۱۳۹۴)، در پژوهش خود نشان داد که بین بهزیستی اجتماعی و امنیت اجتماعی به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های سرمایه‌ی اجتماعی رابطه وجود دارد و سرمایه‌ی اجتماعی و امنیت اجتماعی می‌تواند میزان بهزیستی اجتماعی افراد را پیش‌بینی کند و بین آن‌ها رابطه‌ی مثبت وجود دارد. در این زمینه پژوهشگران دیگری همچون

شربتیان (۱۳۹۱)، در پژوهش خود نشان داده است که سرمایه‌ی اجتماعی به‌عنوان یک عامل مؤثر بر بهزیستی اجتماعی است و ابعاد اعتماد و مشارکت اجتماعی به‌عنوان مؤلفه‌های سرمایه‌ی اجتماعی بیشترین اهمیت را در تعیین میزان بهزیستی اجتماعی دانشجویان داشته‌اند. فوجیساوا و تاکاگاوا (۲۰۰۹)، در مطالعه‌ای در ژاپن نشان داده‌اند که پس از تعدیل متغیر سرمایه‌ی اجتماعی فردی ادراک شده، دو متغیر به پیوسته سرمایه‌ی اجتماعی جامعه (مهربانی و صمیمیت) رابطه‌ی معناداری با سلامت عمومی دارد. کیوگنایی و همکاران (۲۰۰۸)، با ارزیابی ارتباط بین مشارکت اجتماعی، درک از اجتماع در میان دانشجویان ایتالیایی، آمریکایی و ایرانی و تأثیر این دو متغیر بر بهزیستی اجتماعی نشان داده‌اند که مشارکت اجتماعی که به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های سرمایه‌ی اجتماعی در میان دانشجویان ایتالیایی به‌طور مثبتی بهزیستی اجتماعی را تبیین می‌کند. رضایی (۱۳۹۲)، در بررسی میزان بهزیستی اجتماعی شهروندان شهر مشهد و شناخت برخی از عوامل تأثیرگذار نشان داده است که مهم‌ترین متغیرهای تأثیرگذار بر بهزیستی اجتماعی به ترتیب عبارت‌اند از: احساس امنیت اجتماعی، اعتماد اجتماعی، حمایت اجتماعی بوده است. در نهایت این محققان در پژوهش‌های خود نشان دادند که بین سرمایه‌ی اجتماعی و بهزیستی اجتماعی رابطه‌ی مثبت وجود دارد و سرمایه‌ی اجتماعی می‌تواند تبیین‌کننده‌ی بهزیستی اجتماعی است؛ این نتایج با اطلاعات کمی و عددی نوشتار حاضر همسو بوده است.

در تبیین رابطه‌ی بین سرمایه‌ی اجتماعی و کیفیت زندگی می‌توان به پژوهش‌های ماجدی و لهسایی‌زاده (۱۳۸۵)، در پژوهش خود نشان دادند که بین کیفیت زندگی و سرمایه‌ی اجتماعی رابطه‌ی معناداری وجود دارد و تحلیل‌ها در این پژوهش نشان داد که سرمایه‌ی بالای اجتماعی به کیفیت بالای زندگی می‌انجامد. زاهدی اصل و فرخی (۱۳۸۸)، در پژوهش خود با عنوان بررسی رابطه‌ی کیفیت زندگی و سرمایه‌ی اجتماعی نشان دادند که بین کیفیت زندگی و سرمایه‌ی اجتماعی رابطه وجود دارد. حقیقتیان (۱۳۹۲)، در پژوهش خود نشان داد که بین مؤلفه‌های سرمایه‌ی اجتماعی و نمره‌ی کل سرمایه‌ی اجتماعی با کیفیت زندگی رابطه وجود دارد، اشاره کرد. این محققان در پژوهش‌های خود نشان دادند که بین سرمایه‌ی اجتماعی و کیفیت زندگی رابطه‌ی مثبت وجود دارد و سرمایه‌ی اجتماعی می‌تواند تبیین‌کننده‌ی کیفیت زندگی باشد؛ این نتایج با دستاوردهای آماری پژوهش حاضر همسو بوده است.

در تبیین رابطه‌ی بین سرمایه‌ی اجتماعی رضایت از زندگی می‌توان به پژوهش‌های علی بابایی و باینگانی (۱۳۹۰)، در پژوهش خود نشان دادند که سرمایه‌ی اجتماعی یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های تبیین‌کننده‌ی رضایت از زندگی می‌باشد و بین آن‌ها رابطه‌ی مثبت وجود دارد. نوغانی و همکاران (۱۳۸۹)، در پژوهش خود با عنوان بررسی تأثیر سرمایه‌ی اجتماعی بر رضایت زندگی نشان دادند که بین رضایت از زندگی و سرمایه‌ی اجتماعی رابطه‌ی معناداری وجود دارد و از میان مؤلفه‌های سرمایه‌ی اجتماعی، مؤلفه‌ی روابط اجتماعی بیشترین تأثیرگذاری را بر رضایت زندگی دارد، اشاره کرد. این محققان در پژوهش‌های خود نشان دادند که بین سرمایه‌ی اجتماعی و رضایت از زندگی رابطه‌ی مثبت وجود دارد و سرمایه‌ی اجتماعی می‌تواند تبیین‌کننده‌ی رضایت از زندگی باشد. این نتایج با داده‌های به دست آمده از تحقیق حاضر همسو بوده است.

در تبیین رابطه‌ی بین کیفیت زندگی و بهزیستی اجتماعی می‌توان به پژوهش‌های علیزاده اقدم و همکارانش (۱۳۹۲)، در بررسی تأثیر بهزیستی اجتماعی بر کیفیت زندگی دانشجویان نشان دادند که همبستگی مثبت و معناداری بین بهزیستی اجتماعی و کیفیت زندگی دانشجویان وجود دارد و نیز بهزیستی اجتماعی ارتباط معناداری با ابعاد چهارگانه‌ی کیفیت زندگی؛ یعنی سلامت جسمانی، سلامت روانی، سلامت روابط اجتماعی و سلامت محیطی دارد. پاول (۲۰۱۲)، در پژوهشی نشان داد که همبستگی مثبت و قوی بین بهزیستی اجتماعی و معنوی، عملکردهای ارتباطی و کیفیت زندگی وجود دارد، اشاره کرد. این محققان در پژوهش‌های خود نشان دادند که بین کیفیت زندگی و بهزیستی اجتماعی رابطه‌ی مثبت وجود دارد کیفیت زندگی می‌تواند تبیین‌کننده‌ی بهزیستی اجتماعی باشد. این نتایج با نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر همسو بوده است.

در تبیین رابطه‌ی بین رضایت از زندگی و بهزیستی اجتماعی می‌توان به پژوهش‌های ساراسون و همکاران (۱۹۸۳)، در بررسی رابطه‌ی بهزیستی اجتماعی و رضایت از زندگی نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی از سوی اعضای خانواده، سبب ارتقای سلامت و رضایت از زندگی می‌شود و عدم رضایت از زندگی موجب به کاهش بهزیستی اجتماعی می‌گردد. افشانی و شیرینی محمدآباد (۱۳۹۵)، در پژوهشی با عنوان بررسی رابطه‌ی رضایت از زندگی و بهزیستی اجتماعی زنان نشان داده‌اند که بین میزان رضایت از زندگی و ابعاد بهزیستی اجتماعی رابطه‌ی مثبت و معناداری وجود دارد، اشاره کرد. این محققان در پژوهش‌های خود نشان داده‌اند که بین رضایت از زندگی و بهزیستی اجتماعی رابطه‌ی مثبت وجود دارد.

رضایت از زندگی می‌تواند تبیین‌کننده‌ی بهزیستی اجتماعی باشد؛ این نتایج با یافته‌های نوشتار حاضر همسو بوده است.

در حقیقت امروزه موضوع بهزیستی اجتماعی، رضایت از زندگی، کیفیت زندگی و سرمایه‌ی اجتماعی از مباحثی هستند که توجه و علاقه‌ی بسیاری از صاحب‌نظران و فیلسوفان را به خود جذب کرده است، به طوری که اساس و پایه‌ی بسیاری از پژوهش‌ها در سرتاسر جهان قرار گرفته و در میان مباحث و مطالعات گوناگون از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند. چرا که به رغم پیشرفت‌های علمی در زمینه‌های مختلف، هنوز انسان‌ها در زندگی خود با موقعیت‌ها، اتفاقات و وقایعی مواجه می‌شوند که می‌تواند سلامت روانی و اجتماعی آن‌ها را به مخاطره اندازد.

اخیراً احساس بهزیستی اجتماعی، مورد علاقه‌ی جامعه‌شناسان و سایر رشته‌های مرتبط با توسعه قرار گرفته است. می‌توان گفت افراد زمانی از بهزیستی اجتماعی برخوردار هستند که به لحاظ زیستی، روانی، اقتصادی و اجتماعی از شرایط معینی برخوردار باشند. از این بهزیستی اجتماعی زمانی در فرد ایجاد می‌شود که فرد با دارای سرمایه‌ی اجتماعی قدرتمندی باشد و شبکه‌ی ارتباطی وسیعی داشته باشد، از زندگی خود رضایت داشته باشد و از کیفیت زندگی بالایی برخوردار باشد.

بهزیستی اجتماعی نقش مؤثری در تکوین یا تغییر رویکردهای توسعه و برنامه‌ریزی اجتماعی دارد، به عبارتی تدوین برنامه‌هایی توسعه بر اساس داده‌های زمینه‌یابی اجتماعی، نوعی تغییر رویکرد در برنامه‌ریزی از بالا به پایین به وجود می‌آورد و منجر به تقویت نگاه از پایین به بالا در برنامه‌های توسعه و در پی آن، سیاست‌گذاری اجتماعی می‌شود؛ این نوع دگرگونی در رویکرد سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی اجتماعی است، چرا که داده‌های این الگو از پایین به بالا عرضه و طراحی می‌شوند. برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری اجتماعی به مثابه‌ی ابزاری در جهت اجرای برنامه‌های توسعه، از یک سو مستلزم شناخت ساختارهای اجتماعی، سیاسی، اقتصادی و فرهنگی و از سوی دیگر مستلزم شناخت الگوهای تعاملات اجتماعی افراد، بهزیستی اجتماعی، کیفیت زندگی و رضایت از زندگی افراد است.

در نهایت با توجه به نتایج به دست آمده لازم است که با برنامه‌ریزی‌ها و هدف‌گذاری‌های اصولی برنامه‌ریزان کشور در صدد باشند تا سرمایه‌ی اجتماعی، رضایت از زندگی و کیفیت زندگی جوانان را به‌عنوان آتیه‌سازان کشور افزایش دهند تا به واسطه‌ی آن، میزان بهزیستی اجتماعی آنان نیز افزایش پیدا کند. در ادامه محققین پیشنهادها و راهکارهایی را در این خصوص عنوان داشته‌اند.

پیشنهادات

- با توجه به تأثیرگذاری سرمایه‌ی اجتماعی بر ساختار کیفیت زندگی لازم است که از سوی مسئولین امر در سطح استان و شهرستان سیاست‌گذاری‌های اجتماعی و رفاهی در حوزه‌ی تعاملات اجتماعی با خانواده، همشهریان و سایر برای افزایش یافتن بسترسازی شود تا با افزایش سرمایه‌ی اجتماعی فرد، در ساختار زندگی اجتماعی رضایت از زندگی فرد در همه‌ی ابعاد افزایش پیدا کند
- با توجه به تأثیرگذاری سرمایه‌ی اجتماعی بر بهزیستی اجتماعی لازم است که مدیران وقت شهرستان با تشویق و مشارکت گروه‌های اجتماعی از جمله جوانان و زنان و ... برای شرکت در تشکلهای و انجمن‌های فرهنگی و اجتماعی بسترسازی‌های لازم را انجام داده و با برنامه‌ریزی‌های فرهنگی و اجتماعی در سطح شهر بهتر زندگی کردن اجتماعی گروه‌های اجتماعی از جمله جوانان را افزایش دهند.
- اتخاذ سیاست‌ها و برنامه‌ریزی‌هایی در جهت افزایش کیفیت زندگی و بالا بردن رضایت از زندگی در تمام ابعاد آن با از سوی مسئولین شهرستان و استان امری ضروری به نظر می‌رسد.

فهرست منابع:

- آسایش، حسین (۱۳۸۰). "سنجش کیفیت زندگی در یکصد شهر بزرگ جهان"، فصلنامه‌ی جستارهای شهرسازی، شماره‌ی ۸.
- افشانی، سیدعلیرضا و شیرینی محمدآباد، حمیده (۱۳۹۵). "بررسی رابطه‌ی رضایت از زندگی و بهزیستی اجتماعی زنان شهر یزد"، دوماهنامه‌ی طلوع بهداشت دانشکده‌ی بهداشت یزد، سال پانزدهم، دوره‌ی ۲.
- ایمنی، نفیسه (۱۳۹۴). بررسی تأثیر امنیت اجتماعی بر بهزیستی اجتماعی زنان منطقه‌ی ۴ شهر تهران، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه پیام نور مرکز غرب تهران.
- اینگلهارت، رونالد (۱۳۸۸). تحول فرهنگی در جامعه‌ی پیشرفته‌ی صنعتی، ترجمه‌ی مریم وتر، تهران: انتشارات کویر.
- باسخا، مهدی؛ عاقلی کهنه شهری، لطفعلی و مسائلی، ارشک (۱۳۹۰). "رتبه‌بندی شاخص کیفیت زندگی در استان‌های کشور"، فصلنامه‌ی رفاه اجتماعی، سال دهم، شماره‌ی ۳۷.
- تاجبخش، کیان (۱۳۸۴). سرمایه‌ی اجتماعی، اعتماد و دموکراسی، چاپ اول تهران: نشر شیرازه.
- چلبی، مسعود و مبارکی، محمد (۱۳۸۴). "تحلیل رابطه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی و جرم در سطح خرد و کلان"، مجله‌ی جامعه‌شناسی ایران، سال ششم، شماره‌ی ۲.
- حقیقتیان، منصور (۱۳۹۲). "بررسی تأثیر سرمایه‌ی اجتماعی بر کیفیت زندگی"، فصلنامه‌ی علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شوشتر، سال هفتم، شماره‌ی ۴.
- حشمتی، محمدرسول؛ خوراکیان، علیرضا و مهارتی، یعقوبی (۱۳۹۴). "تأثیرگذاری عدالت مراوده‌ای بر انگیزه برای ارائه‌ی پیشنهاد با تأکید بر نقش میانجی ارزش نظام پیشنهادها"، پژوهش‌نامه‌ی مدیریت تحول، سال هفتم، شماره‌ی ۱۳.
- خوش‌فر، غلامرضا؛ محمدی، آرزو؛ محمدزاده، فاطمه؛ محمدی؛ راضیه و اکبرزاده، فاطمه (۱۳۹۳). "امنیت اجتماعی و بهزیستی اجتماعی"، مجله‌ی مطالعات اجتماعی ایران، سال نهم، شماره‌ی ۷.
- زاهدی اصل، محمد و فرخی، جواد (۱۳۸۸). "بررسی رابطه‌ی میزان سرمایه‌ی اجتماعی با کیفیت زندگی سرپرستان خانوارهای ساکن تهران"، فصلنامه‌ی علوم اجتماعی، شماره‌ی ۴۹.

زکی، محمدعلی و خشوعی، مریم‌السادات (۱۳۹۲). "سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در بین شهروندان شهر اصفهان"، مجله‌ی مطالعات جامعه‌شناختی شهری، سال سوم، شماره‌ی ۸.

سازمان ملی جوانان (۱۳۸۴). دیدگاه‌های نظری در مورد سنین جوانان، قابل دسترس در: <http://library.tebyan.net/fa/Viewer/Text/83765/1>.

سام آرام، عزت‌الله (۱۳۸۸). "بررسی رابطه‌ی سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه‌محور"، فصلنامه‌ی انتظام اجتماعی، سال اول، شماره‌ی اول. سفیری، خدیجه و شایسته، سولماز (۱۳۹۴). "بررسی رابطه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی خانواده با بهزیستی اجتماعی جوانان"، فصلنامه‌ی مددکاری اجتماعی، دوره‌ی ۴، شماره‌ی ۳. سجادی، حمیرا و صدرالسادات، سید جلال (۱۳۸۴). "شاخص‌های بهزیستی اجتماعی"، اطلاعات سیاسی و اقتصادی، شماره‌ی ۲۰۷ و ۲۰۸.

سجودی، عادل؛ معصومی‌راد، رضا؛ آوردیده، سولماز و عبدی، فرزین (۱۳۹۴). "بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر رضایت از زندگی"، مجله‌ی رویش روان‌شناسی، سال چهارم، شماره‌ی ۱۲.

سعادت، رحمان (۱۳۸۵). "تخمین سطح و توزیع سرمایه‌ی اجتماعی استان‌ها"، فصلنامه‌ی رفاه اجتماعی، سال ششم، شماره‌ی ۲۳.

شربتیان، محمدحسن (۱۳۹۱). "تأملی بر پیوند معنایی مؤلفه‌های سرمایه‌ی اجتماعی و میزان بهره‌مندی از بهزیستی اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه پیام نور مشهد"، فصلنامه‌ی جامعه‌شناسی مطالعات جوانان، سال دوم، شماره‌ی ۵.

شیخی، محمدتقی (۱۳۹۲). جامعه‌شناسی کیفیت زندگی، چاپ اول، تهران: نشر حریر. عباس‌زاده، محمد؛ علیزاده اقدام، محمدباقر؛ بدری گرگری، رحیم و وداده‌پیر، ابوعلی (۱۳۹۱). "بررسی عوامل اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر سبک زندگی خود مراقبتی شهروندان"، مطالعات توسعه‌ی اجتماعی - فرهنگی، دوره‌ی اول، شماره‌ی ۱.

عبدالله تباردرزی، هادی (۱۳۸۷). بررسی ارتباط بهزیستی اجتماعی و متغیرهای دموگرافیک اجتماعی دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.

عظیمی، مژگان (۱۳۸۳). "رضایت از زندگی و دینداری در بین دانش‌آموزان دوره‌ی متوسطه (شهرهای فردوس، درگز و نواحی آموزشی ۴، ۵ و ۷ مشهد)"، دو فصلنامه‌ی مجله‌ی علوم اجتماعی دانشگاه فردوسی مشهد، دوره‌ی اول، شماره‌ی ۳.

علی بابایی، یحیی و باینگانی، بهمن (۱۳۹۰). "بررسی تأثیر سرمایه‌ی اجتماعی بر رضایت از زندگی در میان جوانان"، مجله‌ی جامعه‌شناسی ایران، سال یازدهم، شماره‌ی ۴.

غفاری، غلامرضا؛ کریمی، علیرضا و نوذری، حمزه (۱۳۹۱). "روند مطالعه‌ی کیفیت زندگی در ایران"، فصلنامه‌ی مطالعات و تحقیقات اجتماعی، دوره‌ی اول، شماره‌ی ۳.

فرهمند، ناصر (۱۳۹۰). "بررسی رابطه‌ی بین سرمایه‌ی اجتماعی و بهزیستی اجتماعی با امنیت خانواده"، مجله‌ی مطالعات جامعه‌شناسی، شماره‌ی ۱۰.

فیروزآبادی، سیداحمد (۱۳۸۴). پژوهش بررسی سرمایه‌ی اجتماعی در ایران و راه‌های ارتقای آن، تهران: شورای عالی انقلاب فرهنگی.

ماجدی، مسعود و لهسایی‌زاده، عبدالله (۱۳۸۵). "بررسی رابطه‌ی بین متغیرهای زمینه‌ای، سرمایه‌ی اجتماعی و رضایت از کیفیت زندگی: مطالعه‌ی موردی روستاهای استان فارس"، فصلنامه‌ی روستا و توسعه، سال نهم.

نایی، هوشنگ (۱۳۷۴). سنجش میزان احساس خوشبختی سرپرستان خانوارهای تهرانی، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، مرکز پژوهش‌های بنیادی وزارت ارشاد.

نوغانی، محسن؛ فولادیان، احمد و احمدی، حسن (۱۳۸۹). "بررسی تأثیر سرمایه‌ی اجتماعی بر رضایت زندگی"، مجله‌ی جامعه‌شناسی جوانان، دانشگاه آزاد بابل، سال اول، شماره‌ی ۳.

نوغانی، محسن؛ اصغری‌پور، احمدرضا و صفا، شیما (۱۳۸۷). "کیفیت زندگی شهروندان و رابطه‌ی آن با سرمایه‌ی اجتماعی در شهر مشهد"، مجله‌ی علوم اجتماعی دانشکده‌ی ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی، سال پنجم.

هزارجریبی، جعفر و صفری شالی، رضا (۱۳۸۹). "بررسی مفهوم شادکامی اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن: مطالعه‌ی موردی: در استان مرکزی"، فصلنامه‌ی برنامه‌ریزی رفاه و توسعه‌ی اجتماعی، سال دوم، شماره‌ی ۳.

هزارجریبی، جعفر و صفری شالی، رضا (۱۳۹۱). آناتومی رفاه اجتماعی، تهران: انتشارات جامعه و فرهنگ.

یونسکو (۱۹۸۹). کنوانسیون حقوق کودک، قابل دسترس در:

<http://www.unic-ir.org/hr/convenation-child.htm>.

Adams, D. L. (1969). "Analysis of Life Satisfaction Index", *Journal of Gerontology*, vol 24 (4): 470-474.

Andrews, F.; Withey, S. (1981). *Social indicators of wellbeing*, published by springer.

Blanco, A. & Diaz. D. (2007). "Social order and mental health: a social well-being approach", *Autonoma University of Madrid, psychologie in Spain*, 11, (5): 61-71.

Diener, E. D; Emmons, R; Larsen, R. & Griffin, S. (1985). "The Satisfaction with Life", *Journal of Personality Assessment*, 49(1): 71-76.

Fild, J. (2003). *Social capital* .published by Routledge, London, UK.

Fuhrer, R; Stansfeld, S. A. (2002). "How gender affects patterns of social relation and their impact on health: a comparison of one or multions sources of support form close persons", *Social Science & Medicine* .54 (5): 811-825.

Fujisawa Y; Hamano T; Takegawa S. (2009). "Social capital and perceived health in Japan: an ecological and multilevel analysis", *Jornal of Social Science Medicine*. 69 (4): 500-505.

Jetten, J., Haslam, C.; & Alexander, S. H. (Eds.). (2012). *The social cure: Identity, health and well-being*. Psychology Press.

Keyes, C. L. M. (2004). "Mental Health and / or Mental Illness? Investigation Axioms of the Complet state model of Health", *Jornal of consulting and Clinicial psychology*, 173 (3): 539-548.

Keyes, C.L.M; Shapiro, A. D. (2004). *Social well-being in the U. S.: A descriptive Epidemiology*. In Orville Brim, *Healthing are you? A national study of well-being of Midlife*. By Orville Gilbert Brim, Carol D. Ryff, Ronald C. Kessler University of Chicago press.

Keyes, C.L.M; Shmotkin D; & Ryff CD. (2002). "Optimizing well- being: The empirical encounter of two traditions", *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6): 1007-1022.

Keyes, C. L. M. (1998). "Social Well-being", *Social Psychology Quarterly*, 61(20): 121-190.

Lelkes, O. (2006). "Tasting Freedom: Happiness, Religion and Economic Transition", *Journal of Economic Behavior and Organization*. 59 (2):173-194.

Marks, D. F; Murray, M; Evans, B. & Estacio E.V. (2000). *Health Psychology: theory, research and practice*. London. SAGE Publications.

Nyqvist, F; Forsman, A. K; Giuntoli, G. & Cattan, M. (2013). "Social capital as a resource for mental well-being in older people: A systematic review". *Aging & Mental Health*, 17(4), 394-410.

Paul Prince, M. (2012), "Relationships among communicative acts, social well-being, and spiritual well-being on the quality of life at the end of life in patients with cancer enrolled in hospice", *Journal of Palliative Medicine*, 11 (1): 20-25.

Paxton, P. (2002). "Social capital and democracy: an Interdependent Relationship", *American sociological review*, (67): 254-277.

Sarason I.G. Levine, H.M; Basham R.B. Sarason B.R. (1983). "Assessing social support: the social support questionnaire", *Journal of personality and social psychology*, 44: 127-139.

Swami, V.; Chamorro-Premuzic, T. (2009). "Psychometric Evaluation of the Malay Satisfaction with Life Scale", *Soc Indic Res* .92:25–33.

Wen, W. (2010). "Linking Bayesian networks and PLS path modeling for causal analysis", *Expert System with Applications*, 37, 134-139.

Haenlein, M., & Kaplan, A. M. (2004). "A Beginner's Guide to Partial Least Squares Analysis", *Understanding Statistics*, 3(4), 283-297.

Zulling, K. J; R. M. Ward & T. Horn (2006). "The Association between Perceived Spirituality, Religiosity and Life Satisfaction: the Mediating Role of Self-Rated Health", *Social Indicators Research* 79:255-274.