فصل‌نامه‌ی مطالعات توسعه‌ی اجتماعی- فرهنگی، دوره‌ی هفتم، شماره‌ی ۱، تابستان ۹۷، صفحات ۱۹۴-۱۷۱

تحلیلی بر نقش سلامت اجتماعی در افزایش رضایت از زندگی (مورد مطالعه: استان اصفهان)[۱]

مصطفی امیدی[۲] ، منصور حقیقتیان[۳]، سید علی هاشمیان فر[٤]

تاریخ دریافت:۱۳۹٦/۰٦/۱۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۳/۱۵

چکیده

سلامت اجتماعی به معنای برداشت و گزارش فرد از کیفیت ارتباطش با دیگران است.سلامت اجتماعی یعنی درک فرد از اجتماع به صورت مجموعه‌ای معنادار،قابل فهم،دارای نیروی بالقوه برای رشد و شکوفایی همراه با این احساس که متعلق به جامعه است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهیم می‌داند.رضایت از زندگی به عنوان بررسی کلی از شرایط موجود،از مقایسه‌ی خواسته‌های فرد تا دسترسی واقعی به آنها بیان می‌گردد. هدف پژوهش حاضر،بررسی نقش سلامت اجتماعی در افزایش رضایت از زندگی است.چارچوب نظری پژوهش با استفاده از دیدگاه‌های کییز[۵]،لیبومیرسکی[٦] و تئوری امید تدوین شده است.روش تحقیق،پیمایش و ابزار گردآوری اطلاعات پرسش‌نامه بوده است.جامعه‌ی آماری شامل شهروندان ۱۵تا٦٤ ساله‌ی استان اصفهان و نمونه‌ی آماری ۸۰۰ نفر از جامعه‌ی آماری در نظر گرفته شده که به روش خوشه‌ای متناسب با حجم انتخاب شده‌اند.جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم‌افزار spss و جهت آزمون مدل از نرم‌افزار Amos استفاده شده است.نتایج تحقیق نشان می‌دهد میانگین نمرات متغیرهای

---

[۱] این مقاله مستخرج از رساله‌ی دوره‌ی دکتری تخصصی نویسنده‌ی اول با عنوان «سلامت اجتماعی و پیامدهای آن، مطالعه‌ی تطبیقی مناطق شهری و روستایی استان اصفهان» می‌باشد.

[۲] دانشجوی دکتری تخصصی جامعه‌شناسی اقتصادی و توسعه،گروه جامعه شناسی، واحد دهاقان، دانشگاه آزاد اسلامی، دهاقان، ایران mostafa.omidi60@gmail.com

[۳] دانشیار و عضو هیأت علمی، گروه جامعه شناسی، واحد دهاقان، دانشگاه آزاد اسلامی، دهاقان، ایران (نویسنده‌ی مسئول) mansour_haghighatian@yahoo.com

[٤] دانشیار و عضو هیأت علمی دانشگاه اصفهان seyedalihashemianfar@yahoo.com

[5] Keyes

[6] Lyubomirsky

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19]

سلامت اجتماعی(۳/۳۰) و رضایت از زندگی(۳/۰۸)بالاتر از حد متوسط است.همچنین تأثیر سلامت اجتماعی بر رضایت از زندگی معنادار و مستقیم است.نتایج برازش جزئی مدل نشان‌دهنده‌ی معناداربودن کلیه‌ی بارهای عاملی متغیرهای اصلی روی ابعاد مربوطه بوده ونتایج برازش کلی مدل حاکی از حمایت داده‌ها از چارچوب نظری تحقیق می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: سلامت؛ سلامت اجتماعی؛ رضایت از زندگی؛ اصفهان.

مقدمه و بیان مسأله

سلامت اجتماعی مفهوم جدیدی است که می‌تواند به عنوان یکی از ارکان اصلی شرایط و نتایج سلامت در مفهوم عام آن به حساب آید. طبق تعریف کییز[1]، سلامت اجتماعی به معنای برداشت و گزارش فرد از کیفیت ارتباطش با دیگران است. سلامت اجتماعی در این مفهوم یعنی درک فرد از اجتماع به صورت مجموعه‌ای معنادار، قابل فهم، دارای نیروی بالقوه برای رشد و شکوفایی همراه با این احساس که متعلق به جامعه است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهیم می‌داند. تفکرات اجتماعی صحیح و برخورداری فرد از ذهنیت مثبت نسبت به جامعه برای داشتن زندگی اجتماعی بهتر، اولین و مهم‌ترین مرحله از سلامت اجتماعی است. در واقع در کنار سلامت به معنای پزشکی آن، جامعه نیازمند سلامت اجتماعی به عنوان ساز و کار ارتباطی است. «به عبارت دیگر سلامت اجتماعی، شامل ویژگی‌هایی همچون یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، سهم‌داشت (مشارکت) اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انسجام اجتماعی است که باعث می‌شود مردم و نظام سلامت به نوعی با یکدیگر پیوند بخورند»(کییز، ۱۹۹۸: ۱۲۲).

رضایت از زندگی، یکی از قدیمی‌ترین و پایدارترین مسایل مورد بررسی در مطالعات دوران بزرگ‌سالی است که عموماً به عنوان بررسی کلی از شرایط موجود، از مقایسه‌ی خواسته‌های فرد تا دسترسی واقعی به آن‌ها بیان می‌گردد. دینر[2] معتقد است رضایت فرد از زندگی، از نگرش و ارزیابی عمومی وی نسبت به کلیت زندگی خود و یا برخی از جنبه‌های زندگی همچون زندگی خانوادگی، شغلی، اوقات فراغت، درآمد و... نشأت می‌گیرد. در واقع رضایت از زندگی بازتاب فاصله‌ی میان ایده‌آل‌های شخص و وضعیت فعلی او می‌باشد و هرچه شکاف میان ایده‌آل‌های شخص و وضعیت فعلی فرد بیش‌تر گردد، بالطبع رضایت‌مندی وی کاهش خواهد یافت

[1] Keyes
[2] Diener

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19]

(میرفرهادی، موسوی، تبری، کاظم‌نژاد لیلی، ۱۳۹۰: ۵۲). نهایت آمال هر انسانی، تحقق اهداف و آرزوهایش است. البته سطح اهداف و آرزو ریشه در شرایطی دارد که فرد در کنش متقابل با دیگران و وضعیت موجود به دست می‌آورد. از این رو، امروزه هر جامعه‌ی توسعه‌یافته به فکر رضایت افراد جامعه خود می‌باشد؛ زیرا رضایت از زندگی با توسعه‌ی اجتماعی و اقتصادی هم‌خوانی و هم‌بستگی بالایی دارد (اینگلهارت[1]، ۱۳۸۲: ۳۳).

سلامت اجتماعی و نیز رضایت از زندگی را می‌توان به عنوان شاخص‌های مهم توسعه‌ی اجتماعی و نیز شاخصی برای تعیین توسعه‌یافتگی جوامع تلقی کرد. تحقیقات متعدد بیان‌گر آن است که کشورها با سطوح متعدد توسعه‌یافتگی، از لحاظ رضایت از زندگی و سلامت اجتماعی نیز سطوح متعددی دارند. عموماً کشورهای توسعه‌یافته‌تر سطوح بالاتری از رضایت از زندگی را نسبت به کشورهای کم‌تر توسعه‌یافته تجربه می‌کنند. مؤسسه‌ی گالوپ[2] در تحقیقات خود در کشورهای مختلف هم‌بستگی شدیدی بین توسعه‌ی اقتصادی – اجتماعی و رضایت از زندگی گزارش کرده است (رفیعی بهابادی و حاجیانی، ۱۳۹۱: ۵۵). بر اساس مطالعات صورت‌گرفته، استان اصفهان بعد از تهران به عنوان دومین استان توسعه‌یافته‌ی کشور تلقی می‌گردد(عبدالله‌زاده و شریف‌زاده، ۱۳۹۰: ۵۳؛ ضرابی و شاهیوندی، ۱۳۸۹: ۲۵)؛ اما نکته‌ی حائز اهمیت این است که توسعه در هر جامعه‌ای زمانی مطلوب تلقی می‌شود که به صورت همه‌جانبه بوده و به تمامی ابعاد آن، و بالاخص بعد اجتماعی توجه شده باشد. در این صورت است که توسعه، صورت پایدار به خود گرفته و قابل اتکاء خواهد بود. پژوهش حاضر در مرحه‌ی اول درصدد بررسی سطح سلامت اجتماعی و نیز رضایت از زندگی به عنوان شاخص‌های توسعه‌ی اجتماعی در سطح استان اصفهان بوده و در مرحله‌ی بعد به بررسی ارتباط این دو شاخص اجتماعی می‌پردازد.

پیشینه‌ی پژوهش

افشانی و شیری محمدآباد(۱۳۹۵) در مطالعه‌ی خود به این نتیجه رسیده‌اند که بین رضایت از زندگی و سلامت اجتماعی زنان شهر یزد رابطه‌ی معناداری وجود دارد. همچنین سطح هر دو متغیر بالاتر از حد متوسط بوده است.

[1] Inglehart
[2] Gallup

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19]

حاجی‌زاده میمندی و دهقان چناری(۱۳۹٤) نیز در پژوهشی با عنوان «سبک زندگی سلامت‌محور و رضایت‌مندی زناشویی» به این نتیجه رسیده‌اند که بین سبک زندگی سلامت‌محور و رضایت‌مندی زناشویی زنان متأهل شهر یزد رابطه‌ی معناداری وجود دارد.

نتایج مطالعه‌ی لیندفورز[1] که در رابطه با رضایت از زندگی در متخصصان بیهوشی فنلاندی انجام شده است، نشان می‌دهد که رضایت از زندگی با ویژگی‌های فردی، خانوادگی و وضعیت سلامتی افراد در ارتباط است(لیندفورز،۲۰۰۷). مایرز[2] و دینر (۱۹۹۵) نیز نشان دادند که رضایت از زندگی با سطوح بالای سلامت روانی رابطه دارد. مالتبای[3] و همکاران(۲۰۰٤) نیز به این نتیجه رسیدند که عدم رضایت از زندگی با سطوح پایین سلامت، نشانه‌های افسردگی، مشکلات شخصیتی و رفتارهای نامناسب بهداشتی رابطه دارد. زولیگ[4] و دیگران(۲۰۰۵) با بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و رضایت از زندگی نوجوانان نشان دادند که در روزهایی که سطوح سلامت جسمانی و روانی نوجوانان پایین و فعالیت آنان نیز محدود شده بود، میزان رضایت از زندگی نیز در سطح پایینی قرار داشت. نتایج پژوهش اولکر[5](۲۰۰۸) ارتباط مثبت و معنادار بین سلامت و رضایت از زندگی را نشان داده است. روبینسون[6] نیز رابطه‌ی معکوس بیگانگی و بی‌اعتمادی با متغیر رضایت از زندگی را به اثبات رسانده است (هزارجریبی و صفری شالی، ۱۳۸۸: ۱۱).

مبانی و چهارچوب نظری پژوهش

مفهوم سلامت اجتماعی

معمولاً هرگاه از سلامت سخنی به میان آمده، بیش‌تر بُعد جسمانی آن مورد توجه بوده، در حالی که رشد و تعالی جامعه در گرو تندرستی آن جامعه از ابعاد همه‌جانبه‌ی سلامت (جسمانی، روانی و اجتماعی) است. سازمان جهانی بهداشت در تعریفی سلامت را به عنوان حالتی از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی، نه صرفاً فقدان بیماری، تعریف می‌کند. (موسوی و شیانی، ۱۳۹٤: ۱۹۹). بنابراین سلامت اجتماعی در کنار سلامت جسمانی و روانی یکی از سه ارکان

[1] Lindfors
[2] Myers
[3] Maltaby
[4] Zullig
[5] Ulker
[6] Robinson

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19]

تشکیل‌دهنده‌ی سلامت عمومی جامعه و خانواده می‌باشد. در واقع زمانی شخص را واجد سلامت اجتماعی برمی‌شمریم که بتواند فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی خود را در حد متعارف در خانواده و اجتماع بروز دهد و با خانواده و جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند، هنجارهای اجتماعی موجود احساس پیوند، اتصال و ارتباط بر قرار نماید(موسوی و شیانی، ۱۳۹٤: ۱۹۹).

"بلوک[1] و برسلو[2]" برای اولین بار در سال ۱۹۷۲، در پژوهشی به مفهوم سلامت اجتماعی می‌پردازند. آن‌ها مفهوم سلامت اجتماعی را با «درجه‌ی عملکرد اعضاء جامعه» مترادف کرده 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. این مفهوم را چند سال بعد"دونالد[3]" و همکارانش در سال ۱۹۷۸ مطرح کردند و استدلال آن‌ها این بود که سلامت، امری فراتر از گزارش علایم بیماری، میزان بیماری‌ها و قابلیت‌های کارکردی فرد است (موسوی و شیانی، ۱۳۹٤: ۱۹۸).

آن‌ها معتقد بودند که رفاه و آسایش فردی امری متمایز از سلامت جسمی و روانی است. براساس برداشت آنان سلامت اجتماعی در حقیقت هم بخشی از ارکان وضع سلامت محسوب می‌شود و هم می‌تواند تابعی از آن باشد.

لارسون[4] سلامت اجتماعی را نوعی ارزیابی فرد از کیفیت روابطش با خانواده و دیگران و گروه‌های اجتماعی تعریف می‌کند. وی معتقد است که مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد را می‌سنجد که نشان‌گر رضایت یا نارضایتی فرد از زندگی و محیط اجتماعی است و در واقع، شامل پاسخ‌های درونی فرد، یعنی احساس و تفکر و رفتار است. (لارسون، ۱۹۹٦: ۱۰)

کییز از جامعه‌شناسان پیشتاز در زمینه‌ی مفهوم‌سازی و سنجش سلامت اجتماعی در سطح خرد است. او سلامت اجتماعی را عبارت از چگونگی ارزیابی فرد از عملکردش در برابر اجتماع می‌داند. از نظر کییز، فردی برخوردار از سلامت اجتماعی است که اجتماع را به صورت یک مجموعه‌ی معنادار، قابل فهم و بالقوه مفید برای رشد و شکوفایی بداند و احساس کند که به

[1] Beloc
[2] Berslo
[3] Doonald
[4] Larson

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19]

جامعه تعلق دارد، از طرف جامعه پذیرفته می‌شود و در پیشرفت آن سهیم است (کییز، ۱۹۹۸: ۱۲۱).

کییز معتقد است که مفهوم‌سازی سلامت ذهنی می‌بایست آن قدر گسترده شود که سلامت اجتماعی را هم در بر گیرد. سلامت اجتماعی از دیرباز به عنوان فارغ‌بودن از حالت‌های اجتماعی منفی مثل از خودبیگانگی یا هرج‌ومرج تعریف شده است و نه الزاماً این که وجود شرایط روان‌شناختی، اساس سلامت اجتماعی باشند. در حالی که به سلامت اجتماعی در جنبه‌ی فردی توجه زیادی شده، این عقیده هم مطرح شده است که می‌بایست توجه هم‌سانی به ماهیت اجتماعی مقوله‌ی سلامت اجتماعی شود. به عقیده‌ی کییز سلامت اجتماعی و یا فقدان آن، دغدغه‌ای بارز در نظریه‌ی کلاسیک جامعه‌شناسی بوده است. با وجود اهمیت مفاهیمی چون هرج‌ومرج، ازخودبیگانگی که مورد توجه مارکس[1] و دورکیم[2] قرار داشته، آن‌ها به بحث درباره‌ی ابعاد چندگانه‌ی سلامت اجتماعی مثبت هم پرداخته اند(کییز، ۱۹۹۸: ۱۲۲).

شاخص‌های سلامت اجتماعی

یکپارچگی (همبستگی) اجتماعی[3]، ارزیابی کیفیت رابطه‌ی فرد با جامعه و اجتماع است. منظور از یکپارچگی اجتماعی، ارزیابی یک فرد با در نظر گرفتن کیفیت همراهی او با جامعه‌ی اطرافش است(کییز، ۱۹۹۸: ۱۲۲). احساس تعلق می‌تواند جنبه‌ای محوری از سلامت و لذا یکپارچگی با دیگران در محیط و جامعه‌ی اطراف می‌بایست حاصل یک تجربه‌ی مشترک شباهت با دیگران باشد(کییز و شاپیرو، ۲۰۰٤: ۳۵۲). نبود حس یکپارچگی اجتماعی در بالاترین سطح خود به خودکشی می‌انجامد. «یکپارچگی اجتماعی متکی بر مفاهیمی چون «انسجام اجتماعی[4]»(دورکیم)، «بیگانگی فرهنگی[5]» و «انزوای اجتماعی[6]»(سیمن) و «آگاهی طبقاتی[7]» مارکس است. از نظر دورکیم هماهنگی اجتماعی و سلامت اجتماعی بازتابی از ارتباط افراد با یکدیگر از طریق هنجارها است» (کییز، ۱۹۹۸: ۱۲۲).

[1] Marx
[2] Durkheim
[3] Social integration
[4] Social cohesion
[5] Cultural estrangement
[6] Social isolation
[7] Class consciousness

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19]

«در قرون گذشته، کلمه‌ی ازخودبیگانگی را هگل[1] و مارکس به معنای نوعی دوری از خود به کار می‌بردند که شخص مبتلا به آن، گرچه امور عملی را منطقی انجام می‌دهد، اما ضمناً نشانه‌هایی از معایب اجتماعی بسیار شدید را دارد»(فروم، ۱۳۹٤: ۱۵۰). انزوای اجتماعی عبارت است از خدشه‌دارشدن روابط فرد که به زندگی او معنا می‌دهند و نقش حمایتی برای او دارند. افراد سالم احساس می‌کنند که بخشی از جامعه هستند. بنابراین، این حس یکپارچگی تا اندازه‌ای است که مردم احساس می‌کنند چیزی مشترک با دیگران دارند که واقعیت اجتماعی‌شان را شکل می‌دهد (مثل محله/ منطقه‌شان) و همچنین تا اندازه‌ای است که آن‌ها احساس می‌کنند متعلق به اجتماع و جامعه هستند(کییز، ۱۹۹۸: ۱۲۲).

پذیرش اجتماعی[2]، به معنی تفسیر فرد از جامعه و ویژگی‌های دیگران و زیر بنای اجتماع از طریق شخصیت و کیفیت مردم دیگر به عنوان یک مقوله‌ی تعمیم‌یافته است(موسوی و شیانی، ۱۳۹٤: ۲۰۱). پذیرش اجتماعی، مصداق اجتماعی پذیرش خود است. افرادی که نگرش مثبتی به شخصیت خود دارند و جنبه‌های خوب و بد زندگی خود را توامان می‌پذیرند، نمونه‌هایی از سلامت روانی و اجتماعی هستند(ریف، ۱۹۸۹: ۲٦٤). افرادی که پذیرش اجتماعی دارند، به دیگران اعتماد می‌کنند و فکر می‌کنند که دیگران ظرفیت محبت را دارند و هم چنین معتقدند مردم می‌توانند هم‌کوشی داشته باشند. کسانی که دیگران را می‌پذیرند، به این درک رسیده‌اند که افراد به طور کلی سازنده هستند. مردمی که پذیرش اجتماعی دارند، دیدگاه خوبی راجع به ماهیت انسان دارند و با دیگران احساس راحتی می‌کنند. در واقع پذیرش اجتماعی به معنی گرایش مثبت نسبت به افراد، تصدیق دیگران و به طور کلی پذیرفتن افراد با وجود برخی رفتارهای سردرگم‌کننده و پیچیده‌ی آن‌ها است. در پذیرش اجتماعی، اجتماع و مردم آن، با همه‌ی نقص‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی، باور و پذیرفته می‌شوند(کییز و شاپیرو، ۲۰۰٤: ۳۵۳).

مشارکت (سهم‌داشت) اجتماعی[3]، یعنی ارزیابی ارزش‌های اجتماعی یک فرد. این شاخص بر این باور استوار است که فرد، یک عضو حیاتی از جامعه است و با خود ارزشی به همراه دارد که آن را به جهان تزریق می‌کند. این بعد از سلامت اجتماعی معرف این است که این افراد فکر می‌کنند آن چه که انجام می‌دهند برای جامعه ارزشمند است یا نه؟ این نگرش هم‌راستا با درونمایه‌ای

[1] Hegel
[2] Social acceptance
[3] Social contribution

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19]

است که مارکس مطرح می‌کند مبنی بر این که انسان‌ها ماهیتاً زاینده‌اند. اگر بخواهیم ازخودبیگانگی را به زبان اقتصادی مطرح کنیم عبارتست از کاهش ارزش زندگی یک فرد و فعالیت‌های روزمره‌ای که انجام می‌دهد. کییز معتقد است که ایفای سهم اجتماعی، با مفهوم سودمندی(خودکارآمدی) فردی که باندورا[1] مطرح می‌کند هم‌پوشانی دارد(کییز، ۱۹۹۸: ۱۲۳).

شکوفایی اجتماعی[2]، ارزیابی پتانسیل و خط سیر اجتماع است. این شاخص یعنی باور تکامل اجتماعی؛ این احساس که جامعه پتانسیلِ از قوه به فعل رسیدن را از طریق شهروندان و نهادهای اجتماعی دارد(کییز، ۱۹۹۸: ۱۲۳). شکوفایی اجتماعی شامل درک افراد از این موضوع است که آن‌ها هم از رشد اجتماعی سود خواهند برد و این که نهادها و افراد حاضر در جامعه به شکلی در حال شکوفایی‌اند که نوید توسعه‌ی بهینه و مطلوب را می‌دهد؛ هرچند این امر برای همه افراد درست نیست (کییز و شاپیرو، ۲۰۰٤: ۳٥٤). با توجه به دیدگاه‌های کییز، این مفهوم خصوصیت مشترکی با مفهوم «خودشناسی» مازلو[3] دارد و نیز بی‌ارتباط با تأکید ریف بر «رشد فردی» نیست. همچنین می‌توان آن را معادل مفهوم «انگیزش و امید به آینده»ی شاو[4] دانست. شکوفایی اجتماعی انعکاس میزان کارکرد مناسب افراد است که حاصل و ثمره‌ی استقبال آن‌ها از تجربیات جدید و رشد مداوم می‌باشد(کییز، ۱۹۹۸: ۱۲۳). شکوفایی اجتماعی به موازات خودمختاری، به معنای توان جامعه برای کنترل فرد است. کارکرد بهینه، ناشی از بازبودن فرد در برابر تجربیات تازه و تلاش برای رشد دائم است. شکوفایی اجتماعی همچنین ایده‌های مربوط به رشد و توسعه را دربرمی‌گیرد. مردم سالم‌تر، به شرایط و آینده‌ی جامعه امیدوارند و می‌توانند پتانسیل جامعه را بشناسند (کییز و شاپیرو، ۲۰۰٤: ۳٥٤).

انسجام(پیوستگی) اجتماعی[5]، درک کیفیت، سازمان‌دهی و عملیات جهان اجتماعی است و به نگرانی کسب اطلاع راجع به جهان مربوط می‌شود. انسجام اجتماعی قابل قیاس با بی‌معنابودن زندگی است و شامل دیدگاه‌هایی در این باره است که جامعه قابل سنجش و قابل پیش‌بینی است. از حیث روان‌شناختی، افراد سالم زندگی شخصی خود را با معنا و منسجم می‌بینند(ریف، ۱۹۸۹: ۲٦٦). آنتونوفسکی معتقد است که احساس انسجام در وجود فرد می‌تواند نشانه‌ای برای سلامتی

[1] Bandura
[2] Social actualization
[3] Maslow
[4] Show
[5] Social coherence

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19]

او باشد. افرادی که از انسجام برخوردارند تلاش می‌کنند در هنگام مواجهه با رویدادهای غیر قابل پیش‌بینی، انسجام خود را حفظ کنند. انسجام اجتماعی، درک فرد از کیفیت جهان اجتماعی خود و شیوه‌ی سازماندهی و عملکرد آن است(کییز، ۱۹۹۸: ۱۲۳). این مقوله با قابلیت معنابخشی به وجود شخص است(کییز و شاپیرو، ۲۰۰٤: ۳۵۵). افرادی که سالم‌ترند به ماهیت جهان اجتماعی خود علاقمندند و می‌توانند شیوه‌ی عملکرد آن را درک کنند. کییز معتقد است که انسجام اجتماعی عبارت از درک این موضوع است که «جامعه را می‌توان درک کرد و عقلانی و قابل پیش‌بینی می - باشد»(کییز، ۱۹۹۸: 122).افراد سالم‌تر نه فقط مراقب نوع جهانی هستند که در آن زندگی می‌کنند؛ بلکه احساس می‌کنند که آن‌ها می‌توانند هر آن چه را که در اطراف‌شان رخ می‌دهد، احساس کنند. این قبیل افراد، خودشان را با این تفکر که در جهانی کامل زندگی می‌کنند، گول نمی‌زنند. آن‌ها میل به معنادارکردن زندگی را در خود داشته و پرورش می‌دهند(کییز، ۱۹۹۸: ۱۲۳).

رضایت از زندگی

رضایت از زندگی را ارزیابی قضاوت شناخت از زندگی شخصی می‌دانند. رضایت از زندگی به عنوان ارزیابی کلی کیفیت زندگی براساس ملاک‌های انتخاب‌شده عبارت است از شرایط زندگی افراد با ملاک‌هایی که برای خود تعیین کرده‌اند مطابقت داشته باشند. رضایت از زندگی را می‌توان به عنوان جامع‌ترین ارزیابی فرد از شرایط زندگی خود در نظر گرفت(دینر،۲۰۰۰: ۳۵). در حقیقت رضایت از زندگی این مسائل را منعکس می‌کند تا چه اندازه نیازهای اساسی برآورده شده‌اند یا چه اندازه انواع دیگری از اهداف به عنوان اهدافی قابل دسترس می‌باشند. در حالی که برای افرادی که در شرایط پیشرفته زندگی می‌کنند، ارضاء نیازهای اساسی بیش‌تر مورد توجه قرار می‌گیرد. رضایت از زندگی به معنی احساس فرد در مورد عملکرد و شرایط زندگی‌اش و یا به عبارت دیگر ارزیابی سلامت و بهزیستی‌اش است.

رضایت از زندگی از شاخص‌های مهم اجتماعی است که هرچند در سطح خرد و فردی اندازه‌گیری می‌شود، اما خود را در سطح کلان می‌نمایاند. اینگلهارت بر آن است که امروزه رضایت از زندگی، یکی از پیامدهای فرآیند توسعه است و هر قدر سطح توسعه‌یافتگی فزونی یابد به جهت گستردگی و عمق برآورده‌شدن نیازها و تمایلات شکل‌گرفته در جریان زندگی و در مقایسه‌های اجتماعی، رضایت از زندگی نیز افزایش می‌یابد. علاوه بر این با شاخص‌های مهم سطح کلان، نظیر طبقه‌ی اجتماعی و سبک زندگی نیز ارتباط دارد (اینگلهارت، ۱۳۸۲: ۳۵).

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19]

رضایت از زندگی، یک فرآیند داوری است که افراد، کیفیت زندگی خود را براساس ملاک‌های منحصربه‌فرد خود ارزیابی می‌کنند. رضایت از زندگی، یک صفت پایدار و عینی نیست؛ بلکه به تغییرات موقعیتی، حساس بوده و براساس برداشت و دیدگاه خود افراد در نظر گرفته می‌شود. برای اندازه‌گیری رضایت از زندگی، ابزارهای مختلفی طراحی شده است؛ اما پرکاربردترین ابزار اندازه‌گیری رضایت از زندگی، مقیاس رضایت از زندگی[1] (SWLS) است که توسط دینر و همکاران طراحی شده است. SWLS برای اندازه‌گیری قضاوت کلی فرد از رضایت از زندگی که به طور نظری، براساس مقایسه‌ی شرایط زندگی با استانداردهای از پیش تعیین‌شده پیش‌بینی می‌شود، طراحی شده است. از آن جایی که افراد مختلف، ممکن است ایده‌های متفاوتی درباره‌ی ترکیبات یک زندگی خوب داشته باشند، SWLS برای اندازه‌گیری رضایت از زندگی کلی افراد طراحی شده است (شیخی، هومن، احدی و سپاه منصور، ۱۳۹۰: ۱۹)

اخیراً احساس رضایت از زندگی، مورد علاقه‌ی جامعه‌شناسان و سایر رشته‌های مرتبط با توسعه قرار گرفته است. می‌توان گفت افراد، زمانی از زندگی رضایت دارند که به لحاظ زیستی، روانی، اقتصادی و اجتماعی از شرایط معینی برخوردار باشند. از این رو یکی از ویژگی‌های رضایت از زندگی آن است که فرد احساس سلامت، شادکامی و سرزندگی داشته باشد. رضایت از زندگی نقش مؤثری در تکوین یا تغییر رویکردهای توسعه و برنامه‌ریزی اجتماعی دارد. به عبارتی تدوین برنامه‌های توسعه براساس 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؛ چراکه 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 است (محسنی تبریزی و حیدری، ۱۳۹۰: ۱۰۵).

رضایت از زندگی، یکی از مسایلی است که تحت تأثیر فرهنگ قرار می‌گیرد. مسایل اساسی زندگی از قبیل این که زندگی خوب چیست؟ شادی چیست؟ به شدت تحت تأثیر ارزش‌های فرهنگی قرار دارند؛ پس می‌توان اظهار داشت که شخصیت و فرهنگ، تأثیر متقابل بر یکدیگر

[1] Satisfaction with life scale

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19]

دارند و هر دو می‌توانند سطح رضایت فرد را تعیین کنند. عوامل بیرونی مانند سطح درآمد، تحصیلات و پایگاه اجتماعی اقتصادی تنها بخش کوچکی از میزان رضایت از زندگی و شادمانی فرد را تعیین می‌کنند. البته، این احساس بیش‌تر به ویژگی‌های ثابت شخصیتی مربوط می‌شود. اهداف عمده در زندگی، پیشرفت به سوی آن‌ها و تعارض بین اهداف که کاملاً وابسته فرهنگ هستند، همگی سطح سلامت، رضایت از زندگی و شادمانی را تحت تأثیر قرار می‌دهند(خسروی و ناهیدپور، ۱۳۹۱: ۲)

عوامل متفاوتی در رضایت از زندگی فرد مشارکت دارند. کییز معتقد است که رضایت از زندگی ارتباط معناداری با سلامت اجتماعی داشته و به طرز مطلوب و متعادلی، تحت تأثیر آن قرار دارد. افراد سالم احساس می‌کنند متعلق به اجتماع و جامعه هستند، به دیگران اعتماد می‌کنند و فکر می‌کنند که دیگران ظرفیت محبت را دارند و هم چنین معتقدند مردم می‌توانند هم‌کوشی داشته باشند. این افراد دیدگاه خوبی راجع به ماهیت انسان دارند و با دیگران احساس راحتی می‌کنند. همچنین احساس می‌کنند که هر آن چه آن‌ها در جهان انجام می‌دهند از نظر جامعه ارزشمند است و به مصلحت اجتماعی کمک می‌کند. مردم سالم‌تر به شرایط و آینده جامعه امیدوارند و می‌توانند پتانسیل جامعه را بشناسند. افرادی که به لحاظ اجتماعی سالم‌تر هستند می‌توانند تصور کنند که آن‌ها و مردمِ همانندِ خودشان، ذی‌نفع‌های بالقوه‌ی رشد اجتماعی هستند. افراد سالم‌تر نه فقط مراقبت نوع جهانی هستند که در آن زندگی می‌کنند؛ بلکه احساس می‌کنند که می‌توانند هر آن چه را که در اطراف‌شان رخ می‌دهد، احساس کنند. این قبیل افراد، خودشان را با این تفکر که در جهانی کامل زندگی می‌کنند، گول نمی‌زنند. آن‌ها میل به معنادارکردن زندگی را در خود داشته و پرورش می‌دهند(کییز، ۱۹۹۸: ۱۲۳-۱۲۱). این ویژگی‌ها سبب می‌شود افراد نسبت به زندگی خود در جامعه احساس رضایت بالاتری داشته باشند و از کیفیت زندگی خود احساس مطلوب‌تری به دست آورند. گیبسون[1] معتقد است تعاملات اجتماعی نقش به‌سزایی در رضایت از زندگی افراد ایفا می‌کند. تعاملات اجتماعی بعدِ غیر قابل تفکیک سلامت اجتماعی است و می‌تواند نقش به‌سزائی در بهبود رضایت افراد از زندگی ایفا نماید(گیبسون، ۱۹۸٦: ١٦٤). لیبومیرسکی[2] معتقد است افرادی که از زندگی رضایت بیش‌تری دارند از شیوه‌های مقابله موثرتر و مناسب‌تری استفاده

[1] Gibson
[2] Lyubomirsky

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19]

می‌کنند، عواطف و احساسات مثبت عمیق‌تری را تجربه می‌کنند و از سلامت عمومی بالاتری نیز برخوردارند (لیبومیرسکی، ۲۰۰۵: ۸۲۱). تئوری امید نیز می‌تواند در تبیین متغیر رضایت از زندگی، راهگشا باشد. تئوری امید اولین بار توسط استوتلند[1] ارائه گردید. او از ترکیب انتظار رسیدن به هدف و عوامل مؤثر بر آن، چند قضیه استخراج نمود. وی در یکی از این قضایا می‌نویسد:هرچه احتمال دسترسی به هدف بیش‌تر باشد، تأثیر مثبت آن بر فرد بیش‌تر خواهد بود.(شاو و کاستانزو، ۱۹۸۵:۱۷۱، به نقل از رفیعی بهابادی و حاجیانی، ۱۳۹۱: ٦۰). او در ادامه منظورش را از تأثیرات مثبت این گونه بیان می‌کند: تأثیرات مثبتی که در این قضیه به آن اشاره شده، شامل چیزهایی چون لذت، رضایت‌مندی، خوشی، شور و نشاط می‌شود.(شاو و کاستانزو، ۱۹۸۵:۱۷۱، به نقل از رفیعی بهابادی و حاجیانی، ۱۳۹۱: ٦۰).

روش پژوهش

پژوهش حاضر با روش پیمایشی صورت گرفته است. اطلاعات مورد نیاز جهت آزمون فرضیه‌ها و نیز مدل نظری پژوهش به وسیله‌ی پرسش‌نامه‌ی استاندارد با سؤالات بسته در مقیاس پنج درجه‌ای جمع‌آوری شده است. همچنین جهت تدوین مبانی نظری، چارچوب نظری و ادبیات و پیشینه‌ی تحقیق نیز از روش اسنادی استفاده شده است.

جامعه و نمونه‌ی آماری پژوهش

جامعه‌ی آماری پژوهش، شامل کلیه‌ی ساکنین ٦٤-۱۵ ساله استان اصفهان بوده که مطابق با سرشماری سال ۱۳۹۰ حجم آن برابر ۳۵۳۸۱۸۳ نفر می‌باشد.[2] حجم نمونه نیز تعداد ۸۰۰ نفر از جامعه‌ی آماری فوق‌الذکر در نظر گرفته شده که به روش خوشه‌ای انتخاب شده‌اند. برای به دست آوردن حجم نمونه از نرم‌افزار Sample Power استفاده شده است و بر اساس مفروضات در نظر گرفته‌شده(درصد خطای ۰/۰۵، توان بالاتر از ۰/۸۰ و حجم اثر ۰/۱۰) حجم نمونه‌ی فوق محاسبه گردیده است. انتخاب نمونه‌ی آماری به روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای صورت گرفته است. به طوری که ابتدا کل شهرستان‌های استان اصفهان در ٦ خوشه قرار گرفته‌اند. سپس از هر خوشه و با

[1] Stotlend

[2] مرکز آمار ایران، نتایج سرشماری سال ۱۳۹۰، www.amar.org

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19]

روش تصادفی ساده یک شهرستان انتخاب شده است. در مرحله‌ی بعد با توجه به حجم جمعیت آن شهرستان و با روش متناسب با حجم، تعداد متناسب پرسش‌نامه، بین شهرستان‌ها تقسیم شده و اطلاعات مورد نظر از مناطق شهری و روستایی هر شهرستان گردآوری شده است. شهرستان‌های منتخب و حجم جامعه و نمونه‌ی آماری آن‌ها عبارتند از: اصفهان(۱۶۰۴۴۳۶ نفر جامعه‌ی آماری و ۳۶۰ نفر نمونه‌ی آماری)، نجف‌آباد (۲۱۵۵۴۸ نفر جامعه‌ی آماری و ۱۳۹ نفر نمونه‌ی آماری)، آران و بیدگل(۶۷۵۱۰ نفر جامعه‌ی آماری و ٤٤ نفر نمونه‌ی آماری)، لنجان(۱۷۹۶۷۶ نفر جامعه‌ی آماری و ۱۱۵ نفر نمونه‌ی آماری)، فلاورجان(۱۷۶۵۵۹ نفر جامعه‌ی آماری و ۱۱۲ نفر نمونه‌ی آماری) و سمیرم(٤٦٥٤٦ نفر جامعه‌ی آماری و ۳۰ نفر نمونه‌ی آماری).

ابزار جمع‌آوری اطلاعات

جدول شماره‌ی یک- ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات

متغیر	ابزار اندازه‌گیری	تعداد سؤالات	مقیاس اندازه-گیری	حداقل نمره	حداکثر نمره
سلامت اجتماعی	پرسش‌نامه‌ی سلامت اجتماعی کییز	۳۳	پنج درجه‌ای	۳۳	۱۶۵
رضایت از زندگی	مقیاس رضایت از زندگی دینر	۵	پنج درجه‌ای	۵	۲۵

متغیرهای فوق‌الذکر طی یک مطالعه‌ی مقدماتی بر روی ٤۰ نفر از پاسخ‌گویان، از نظر روایی به وسیله‌ی مدل‌سازی و با استفاده از نرم‌افزار Amos و و نیز از نظر پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ استانداردسازی‌شده و نتایج حاصله به اختصار در جدول زیر آمده است.

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19]

جدول شماره‌ی دو- نتایج استانداردسازی ابزارهای پژوهش در مطالعه‌ی مقدماتی

نتایج برازش جزئی مدل					نتایج برازش کلی مدل							
متغیر اصلی		معرف	Estimate	p	n	Alfa	DF	CMIN/DF	GFI	AGFI	CFI	IFI	RMSEA
سلامت اجتماعی	←	یکپارچگی	۰/۸۴	۰/۰۰	۴۰	۰/۹۳	۳	۰/۶۸	۰/۹۸	۰/۹۱	۱/۰۰	۰/۹۶	۰/۰۰
سلامت اجتماعی	←	پذیرش	۰/۸۹	۰/۰۰									
سلامت اجتماعی	←	مشارکت	۰/۷۵	۰/۰۰									
سلامت اجتماعی	←	شکوفایی	۰/۸۲	۰/۰۰									
سلامت اجتماعی	←	انسجام	۰/۸۸	۰/۰۰									
رضایت از زندگی	←	رضایت۱	۰/۹۳	۰/۰۰		۰/۹۳	۴	۰/۲۱	۰/۹۹	۰/۹۹	۱/۰۰	۱/۰۰	۰/۰۰
رضایت از زندگی	←	رضایت۲	۰/۸۲	۰/۰۰									
رضایت از زندگی	←	رضایت۳	۰/۹۲	۰/۰۰									
رضایت از زندگی	←	رضایت۴	۰/۹۲	۰/۰۰									
رضایت از زندگی	←	رضایت۵	۱/۰۰	۰/۰۰									

نتایج به‌دست‌آمده در قسمت نتایج برازش جزئی مدل، نشان می‌دهد که همه‌ی بارهای عاملی متغیرهای پنهان بر روی کلیه‌ی شاخص‌های(متغیرهای آشکار) خود، معنادار می‌باشد. ضرایب آلفای به‌دست‌آمده نیز نشان از پایایی ابزارهای مورد استفاده‌ی محقق دارد. نتایج برازش کلی مدل نیز نشان داده‌اند که مدل مورد نظر محقق از برازش مطلوبی برخوردار است.

آزمون‌های آماری و نرم‌افزارهای مورد استفاده

برای بررسی ارتباط بین متغیرهای پژوهش از رگرسیون خطی ساده و نرم افزار spss استفاده شده است. سنجش مدل نظری پژوهش نیز با استفاده از نرم‌افزار amos صورت گرفته است.

یافته‌های پژوهش

توصیف نمونه‌ی آماری

نتایج تحقیق نشان می‌دهد که از تعداد ۸۰۰ نفر پاسخ‌گویان، تعداد ٤۰۳ نفر زن و ۳۹۷ نفر مرد، تعداد ۲۷٤ نفر مجرد، ۵۱۷ نفر متأهل و ۹ نفر مطلقه و...، تعداد ٤۵ نفر بیکار، ۱۹۵ نفر مشاغل بدون درآمد(سرباز، خانه‌دار و...)، ٤۵ نفر دانش‌آموز، ۷۷ نفر دانشجو، ۹۳ نفر مشاغل کم‌درآمد (کارگر، منشی و...)، ۱۳۸ نفر مشاغل آزاد معمولی(کشاورز، کاسب و...)، ۱۹۱ نفر مشاغل دولتی و ۱٦ نفر نیز دارای مشاغل عالی (پزشک، هیأت علمی و...) بوده‌اند. تعداد ۷۲ نفر دارای مدرک

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19]

تحصیلی راهنمایی، ۲۷۰ نفر متوسطه، ۹۵ نفر کاردانی، ۲۷۲ نفر کارشناسی و ۹۱ نفر نیز مدرک تحصیلی ارشد و دکتری داشته‌اند. از لحاظ میزان درآمد ماهیانه نیز تعداد ۳۷۸ نفر فاقد درآمد، تعداد ۳۷ نفر کمتر از ۵۰۰ هزار تومان، تعداد ٦۹ نفر بین ۵۰۰ هزار تومان تا یک میلیون تومان، تعداد ۲۰۳ نفر بین ۱۰۰۰۰۰۰ تا ۱۹۹۹۰۰۰۰ تومان، تعداد ۸۰ نفر بین ۲۰۰۰۰۰۰ تا ۲۹۹۹۰۰۰۰ تومان، تعداد ۲۳ نفر بین ۳۰۰۰۰۰۰ تا ۳۹۹۹۰۰۰ تومان و تعداد ۱۰ نفر هم درآمدهای بالاتر از ٤۰۰۰۰۰۰ تومان در ماه داشته‌اند. از مجموع تعداد ۸۰۰ نفر حجم نمونه، تعداد ٦۸۳ نفر ساکن مناطق شهری و ۱۱۷ نفر ساکن مناطق روستایی بوده‌اند که این تعداد متناسب با درصد جمعیت شهرنشین(۸۵/٤ درصد) و جمعیت روستانشین(۱٤/٦ درصد) استان می‌باشد. تعداد مناطق شهری مورد مطالعه، ۱۱ مورد و تعداد مناطق روستایی، ۹ مورد بوده است که به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب گردیده‌اند.

بررسی میانگین متغیرهای پژوهش در نمونه و جامعه‌ی آماری

جدول شماره‌ی سه- بررسی میانگین متغیرهای تحقیق در نمونه و جامعه‌ی آماری

متغیر	میانگین نمونه*	انحراف معیار	خطای انحراف میانگین	مقدار t	sig	تفاوت میانگین‌ها	سطح اطمینان ۹۵٪	
							کرانه‌ی پایین	کرانه‌ی بالا
سلامت اجتماعی	۳/۳۰	۰/٤۵	۰/۰۲	۱۹/۲۵	۰/۰۰	۰/۳۰	۰/۲۷	۰/۳۳
رضایت از زندگی	۳/۰۸	۰/۸٦	۰/۰۳	۲/۷۹	۰/۰۱	۰/۰۸	۰/۰۳	۰/۱٤

*Test Value = 3

همان گونه که در جدول فوق آمده است، نتایج مطالعه حاکی از آن است که میانگین نمرات متغیر سلامت اجتماعی بالاتر از حد متوسط(m=3) و برابر با ۳/۳۰ می‌باشد. این نتیجه با ۹۵٪ اطمینان قابل تعمیم به جامعه‌ی آماری نیز هست. همچنین در خصوص متغیر رضایت از زندگی نیز نتایج حاصله نشان می‌دهد که میانگین این متغیر نیز در نمونه‌ی آماری بالاتر از حد متوسط و

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19]

برابر ۳/۰۸ است که این نتیجه نیز با مقدار sig=/00 محاسبه شده، حاکی از قابلیت تعمیم به جامعه‌ی آماری در سطح اطمینان ۹۵٪ می‌باشد.

بررسی تأثیر سلامت اجتماعی بر رضایت از زندگی

جدول شماره‌ی چهار- الف: بررسی تأثیر متغیر سلامت اجتماعی بر متغیر رضایت از زندگی (خلاصه‌ی مدل رگرسیون)

model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
۱	۰/٤۳	۰/۱۹	۰/۱۸٤	۰/۷۷۵

جدول شماره‌ی چهار- ب: بررسی تأثیر متغیر سلامت اجتماعی بر متغیر رضایت از زندگی (آزمون تحلیل واریانس)

model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	sig
۱	Regression	۱۰۸/٤۸	۱	۱۰۸/٤۸	۱۸۰/٦۱	۰/۰۰
	Residual	٤۷۹/۳۳	۷۹۸	۰/٦۰		
	Total	۵۸۷/۸۱	۷۹۹			

جدول شماره‌ی چهار- ج: بررسی تأثیر متغیر سلامت اجتماعی بر متغیر رضایت از زندگی (ضرایب متغیرهای واردشده)

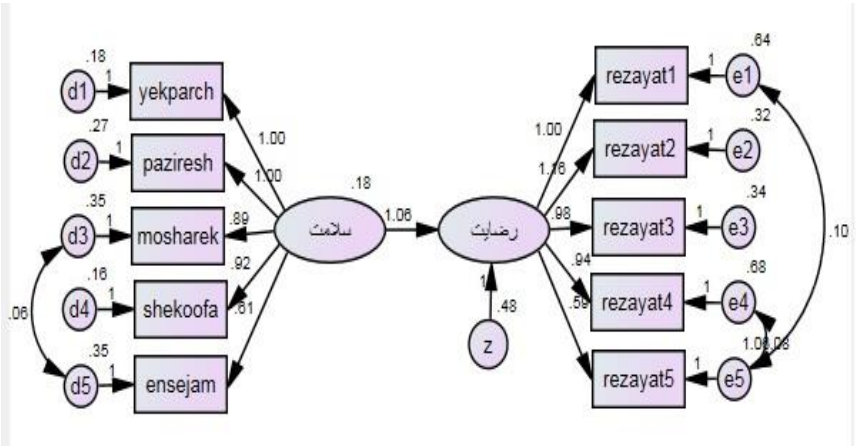
model	ضرایب غیر استاندارد		ضریب استاندارد	T	sig
	B	انحراف استاندارد	Beta		
Well-being	۰/۸۳	۰/۰٦	۰/٤۳	۱۳/٤٤	۰/۰۰

همان گونه که در جداول فوق آمده است، برابر رگرسیون خطی محاسبه‌شده، تأثیر متغیر سلامت اجتماعی بر متغیر رضایت از زندگی معنادار است. مقدار beta محاسبه‌شده نشان می‌دهد که به ازای افزایش هر واحد انحراف استاندارد در متغیر سلامت اجتماعی، شاهد افزایش ۰/٤۳ نمره در متغیر وابسته‌ی رضایت از زندگی خواهیم بود. مقدار ضریب تعیین نیز ۰/۱۹ بوده و به این معناست که ۰/۱۹ از تغییرات متغیر رضایت از زندگی توسط متغیر سلامت اجتماعی صورت گرفته است.

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19]

مدل معادله‌ی ساختاری

مدل‌های معادله‌ی ساختاری به طور معمول، ترکیبی از مدل‌های اندازه‌گیری و مدل‌های ساختاری‌اند. بر مبنای مدل‌های اندازه‌گیری، محقق تعریف می‌کند که کدام متغیرهای مشاهده‌شده، اندازه‌گیرنده‌ی کدام متغیرهای پنهان هستند و بر پایه‌ی مدل‌های ساختاری مشخص می‌کند که کدام متغیرهای مستقل دارای تأثیر بر کدام متغیرهای وابسته‌اند و یا این که کدام متغیرها با یکدیگر هم‌بسته‌اند. به این ترتیب با بهره‌گیری از این مدل‌ها می‌توان به طور همزمان به ارزیابی کیفیت سنجش متغیرها و مقبولیت اثرات مستقیم و غیر مستقیم و همچنین تعامل‌های تعریف‌شده میان متغیرها پرداخت(قاسمی، ۱۳۸۹: ۵). در زیر نتایج بررسی مدل نظری پژوهش به وسیله‌ی نرم‌افزار Amos آمده است.



شکل شماره‌ی یک- مدل تجربی پژوهش

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19]

جدول شماره‌ی پنج- نتایج برآورد جزئی مدل تجربی

			Estimate	S.E.	C.R.	P
سلامت اجتماعی	→	رضایت از زندگی	1.058	.095	11.108	0/00
سلامت اجتماعی	→	paziresh	.998	.069	14.507	0/00
سلامت اجتماعی	→	mosharek	.888	.070	12.633	0/00
سلامت اجتماعی	→	shekoofa	.921	.060	15.444	0/00
سلامت اجتماعی	→	yekparch	1.000			0/00
سلامت اجتماعی	→	ensejam	.611	.064	9.579	0/00
رضایت از زندگی	→	rezayat1	1.000			0/00
رضایت از زندگی	→	rezayat2	1.157	.053	21.942	0/00
رضایت از زندگی	→	rezayat3	.982	.047	21.116	0/00
رضایت از زندگی	→	rezayat4	.940	.052	18.006	0/00
رضایت از زندگی	→	rezayat5	.595	.051	11.769	0/00

در جدول فوق(جدول برآوردهای جزئی)، ستون Estimate نشان‌دهنده‌ی وزن‌های رگرسیونی، ستون S.E. خطای معیار، ستون C.R. نسبت بحرانی و ستون P مقدار P Value(معادل Sig را در روش‌های آماری کلاسیک) نشان می‌دهد. چنان‌چه مقدار P کوچک‌تر از ۰۵/. باشد ارتباط مزبور معنادار است. نتایج نشان می‌دهد که تأثیر متغیر سلامت اجتماعی بر رضایت از زندگی با وزن رگرسیونی ۱/۰۶ و مقدار p=0/00 معنادار است . همچنین کلیه‌ی وزن‌های رگرسیونی موجود در مدل(بارهای عاملی متغیرهای پنهان بر معرف‌ها) معنادار می‌باشند.

جدول شماره‌ی شش- برآورد شاخص‌های ارزیابی کلیت مدل پژوهش

شاخص	DF	CMIN/DF	GFI	AGFI	CFI	IFI	PNFI	PCFI	RMSEA
مقدار	۳۱	۲/۷۹	۰/۹۸	۰/۹۶	۰/۹۸	۰/۹۸	۰/٦۷	۰/٦۷	۰/۰٤۷

برای بررسی برازش کلی مدل از سه دسته از شاخص‌های برازش استفاده می‌شود که نتایج برخی از مهم‌ترین آن‌ها در جدول فوق و توضیحات مربوطه در ذیل آمده است.

شاخص‌های برازش مطلق

شاخص‌های برازش مطلق مانند GFI و AGFI شاخص‌هایی هستند که بر مبنای تفاوت واریانس‌ها و کوواریانس‌های مشاهده‌شده از یک طرف و واریانس‌ها و کوواریانس‌های

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19]

پیش‌بینی‌شده از طرف دیگر قرار دارند. (قاسمی، ۱۳۸۹: ۱۳۳) مقادیر بالاتر از ۰/۹۰ نشان‌دهنده‌ی برازش خوب و مطلوب می‌باشد که در این جا نیز مقدار GFI برابر ۰/۹۸ و مقدار AGFI نیز در سطح مطلوب و برابر ۰/۹٦ می‌باشد.

شاخص‌های برازش تطبیقی

شاخص‌های برازش تطبیقی مانند CFI و IFI مدل نظری تدوین‌شده را در مقایسه با یک مدل استقلال نشان می‌دهند. هرچه مدل تدوین‌شده از یک مدل استقلال فاصله بیش‌تری بگیرد، مطلوب‌تر تلقی می‌شود. میزان این شاخص‌ها نیز باید بالاتر از ۰/۹۰ باشد (قاسمی، ۱۳۸۹: ۱۵۵–۱۵۱) که در این جا نیز همین گونه است.

شاخص‌های برازش مقتصد

شاخص‌های برازش مقتصد از جمله PNFI و RMSEA و CMIN/DF نشان‌دهنده‌ی این موضوع هستند که آیا هزینه‌ی پرداخت‌شده (از دست دادن یک درجه‌ی آزادی به ازای آزادگذاردن یک پارامتر برای برآورد) ارزش منفعت به‌دست‌آمده (بهبودی در شاخص‌های برازش مطلق) را دارد یا خیر. مقدار قابل قبول برای شاخص PNFI بالاتر از ۰/۵۰ یا ۰/٦۰ در نظر گرفته شده است. شاخص RMSEA (ریشه‌ی دوم میانگین مربعات خطای برآورد) بر مبنای تحلیل ماتریس باقی‌مانده قرار داشته و مقدار ۰/۰۵ و کوچک‌تر از آن نشان‌دهنده‌ی برازش مطلوب کلی مدل است که در این جا مقدار این شاخص برابر ۰/۰٤۷ می‌باشد. شاخص CMIN/DF یا کای اسکوئر نسبی از تقسیم ساده مقدار کای اسکوئر بر درجه‌ی آزادی مدل به‌دست می‌آید. با توجه به این که مقدار کای اسکوئر به شدت تحت تأثیر حجم نمونه قرار دارد و در اکثر مطالعات اجتماعی حجم نمونه بالا می‌باشد؛ لذا می‌بایست از کای اسکوئر نسبی استفاده کرد که میزان قابل قبول برای این شاخص اعداد ۵ و کوچک‌تر از آن است(قاسمی، ۱۳۸۹: ۱٦۱–۱۵۵). میزان به‌دست‌آمده در این مدل(۲/۷۹) برازش بسیار بالای آن را نشان می‌دهد.

با توجه به قابل قبول‌بودن کلیه‌ی شاخص‌های برازش کلی مدل و نیز معناداربودن برآوردهای جزئی، مدل تجربی به‌دست‌آمده قابل قبول بوده و مؤید دیدگاه‌های نظریِ موجد آن می‌باشد.

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19]

بحث و نتیجه‌گیری

انسان موجودی هدف‌مند بوده و همیشه در پی ارزیابی از وضعیت زندگی می‌باشد و تا زمانی که به آن چه می‌خواهد دست نیابد احساس رضایت نمی‌کند.

وجود و تداوم نارضایتی در زندگی مردم برای هر نظام اجتماعی مشکل آفرین است. زیرا تداوم و گسترش آن باعث کمرنگ‌شدن تعهد افراد به نظام ارزشی و اعتماد آن‌ها به سایر اعضای جامعه شده و چه بسا منشأ بسیاری از تحولات اجتماعی شود (هزارجریبی و صفری شالی، ۱۳۸۸: ٤).

نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان می‌دهد که میانگین متغیرهای سلامت اجتماعی و نیز رضایت از زندگی، بالاتر از سطح متوسط بوده و این نتیجه قابل تعمیم به جامعه‌ی آماری نیز می‌باشد. همچنین نتایج حاصل از رگرسیون خطی محاسبه‌شده و نیز آزمون مدل تحقیق، حاکی از حمایت کامل داده‌ها از چارچوب نظری مطروحه بوده و این امر نشان می‌دهد که سلامت اجتماعی می‌تواند تا درجه‌ی بالایی میزان رضایت از زندگی را افزایش دهد. کییز معتقد است که رضایت از زندگی ارتباط معناداری با سلامت اجتماعی داشته و به طرز مطلوب و متعادلی، تحت تأثیر آن قرار دارد(کییز،۱۹۹۸). گیبسون (۱۹۸٦) معتقد است تعاملات اجتماعی نقش به‌سزایی در رضایت از زندگی افراد ایفا می‌کند. لیبومیرسکی معتقد است افرادی که رضایت از زندگی بالاتری دارند از شیوه های مقابله موثرتر و مناسب‌تری استفاده می‌کنند، عواطف و احساسات مثبت عمیق‌تری را تجربه می کنند و از سلامت عمومی بالاتری نیز برخوردارند(لیبومیرسکی،۲۰۰۵). این ارتباط نشان می‌دهد که توجه به شاخص‌های سلامت اجتماعی تا چه اندازه مهم و شایان توجه بوده و مسئولین امر می‌بایست در خصوص بهبود آن‌ها تلاش نمایند.

این نکته نیز شایان ذکر است که رضایت از زندگی نیز خود یک مفهوم و موضوع بسیار مهم در مطالعات اجتماعی بوده و هست. رضایت از زندگی و یا عدم وجود آن، می‌تواند منبع و منشأ تحولات مثبت و منفی بسیار زیادی در جوامع انسانی گردد. در مطالعات زیادی به نقش رضایت از زندگی در سلامت روانی، نشاط اجتماعی، انحرافات اجتماعی، روابط اجتماعی و... پرداخته شده که این مطالعات همگی نشان از اهمیت این موضوع در حوزه‌ی مطالعاتی جامعه‌شناسی است. بنابراین توجه به این نکته ضروری است که پدیده‌های اجتماعی همچون بافتی در هم تنیده هستند که عدم توجه به هر قسمت از این بافت می‌تواند خطراتی را متوجه کل آن بافت بنماید. لذا با توجه به نقش مثبت و سازنده‌ی سلامت اجتماعی در زمینه‌ی ارتقاء و بهبود رضایت از زندگی در

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19]

جامعه، می‌طلبد که تلاش مضاعفی در جهت حفظ و افزایش شاخص‌های سلامت اجتماعی در جامعه مبذول گردد.

ارتقاء شاخص‌های سلامت اجتماعی به عنوان یکی از مهم‌ترین ابعاد توسعه‌ی پایدار اجتماعی، همراه با بهره‌وری، آگاهی بخشی، رشد سرمایه‌های انسانی و اجتماعی، تقویت اطلاع‌رسانی و افزایش مهارت‌های اساسی به عنوان بخشی اثرگذار در توسعه‌ی جامعه‌ی ماست و مسئولین امر باید بسترهای لازم را برای این مهم فراهم کنند.

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19]

منابع

۱. افشانی، سید علیرضا و شیری محمدآباد، حمیده. (۱۳۹۵). بررسی رابطه‌ی رضایت از زندگی و سلامت اجتماعی زنان شهر یزد، *دوماه‌نامه‌ی علمی پژوهشی دانشکده‌ی بهداشت یزد*، سال پانزدهم، (۲)، ٤٤-٣٤ .

۲. اینگلهارت، رونالد. (۱۳۸۲). *تحول فرهنگی در جامعه‌ی پیشرفته‌ی صنعتی*. ترجمه‌ی مریم وتر. تهران: نشر کویر.

۳. حاجی‌زاده میمندی، مسعود و دهقان چناری، مریم. (۱۳۹٤)، سبک زندگی سلامت‌محور و رضایت‌مندی زناشویی بین زنان متأهل شهر یزد. *مجله‌ی زن در فرهنگ و هنر*، ۷(۱)، ٧٦-٦١.

٤. خسروی، زهره و ناهیدپور، فرزانه. (۱۳۹۱). بررسی رضایت از زندگی، باور به عادلانه‌بودن دنیا و حمایت‌های اجتماعی در دانشجویان ایرانی و هندی. *فصل‌نامه‌ی جامعه‌شناسی زنان*، (۲)، ۱۵-۱.

۵. رفیعی بهابادی، مهدی و حاجیانی، ابراهیم. (۱۳۹۲). بررسی رضایت از زندگی و عوامل مؤثر بر آن با استفاده از نتایج پیمایش ملی. *مجله‌ی جامعه‌شناسی مسایل اجتماعی ایران*، سال دوم، (۵)، ۷۸-۵۳.

٦. شیخی، منصوره، هومن، حیدرعلی، احدی، حسن و مژگان سپاه منصور. (۱۳۹۰). مشخصه‌های روان‌سنجی مقیاس رضایت از زندگی. *فصل‌نامه‌ی اندیشه و رفتار در روان‌شناسی*، (۱۹)، ۲۹-۱۷.

۷. ضرابی، اصغر و شاهیوندی، احمد. (۱۳۸۹). تحلیلی بر پراکندگی شاخص‌های توسعه‌ی اقتصادی در استان‌های ایران. *مجله‌ی جغرافیا و برنامه‌ریزی محیطی*، سال ۲۱، شماره پیاپی ۳۸، (۲)، ۳۲-۱۷.

۸. عبدالله‌زاده، غلامحسین و شریف‌زاده، ابوالقاسم. (۱۳۹۱). سطح‌بندی توسعه‌ی منطقه‌ای در ایران(کاربرد رهیافت شاخص ترکیبی). *مجله‌ی مطالعات و پژوهش‌های شهری و منطقه‌ای*، سال چهارم، (۱۳)، ٦٢-٤١.

۹. فروم، اریک. (۱۳۹٤). *جامعه‌ی سالم*(چاپ هفتم). ترجمه‌ی اکبر تبریزی. تهران: انتشارات بهجت.

۱۰. قاسمی، وحید. (۱۳۸۹). *مدل‌سازی معادله‌ی ساختاری در پژوهش‌های اجتماعی با کاربرد Amos Graphics* . تهران: انتشارت جامعه‌شناسان.

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19]

۱۱. محسنی تبریزی، علیرضا و حیدری، مه لقا. (۱۳۹۰). بررسی تأثیر امنیت اجتماعی بر میزان رضایت از زندگی در میان دانشجویان. مطالعه‌ی موردی: دانشجویان دانشکده‌ی علوم اجتماعی و مدیریت دانشگاه آزاد تهران شمال. *فصل‌نامه‌ی برنامه‌ریزی رفاه و توسعه‌ی اجتماعی*، (۱۰)، ۳۱۱-۳۲۱.

۱۲. موسوی، میرطاهر و شیانی، ملیحه. (۱۳۹٤)، *سرمایه‌ی اجتماعی و سلامت اجتماعی مفاهیم و رویکردها*. تهران: انتشارات آگاه.

۱۳. میرفرهادی، نسترن، موسوی، ساقی، تبری، رسول و کاظم نژاد لیلی، احسان. (۱۳۹۰). بررسی نقش عوامل فردی بر رضایت از زندگی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر رشت. *مجله‌ی پرستاری و مامایی جامع‌نگر*، ۲۱(۱)، ۵۸-۵۲.

۱٤. هزارجریبی، جعفر و صفری شالی، رضا. (۱۳۸۸). بررسی رضایت از زندگی و جایگاه احساس امنیت در آن(مطالعه در بین شهروندان تهرانی). *فصل‌نامه‌ی علمی پژوهشی انتظام اجتماعی*، سال اول، (۳)، ۲۸-۷.

15. Bandura ,A (1997)."Self-efficacy: toward a unifying theory of behavior change". Psychological Review (84),191-215

16. Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index .American Psychologist, 55, 34-43.

17. Gibson, D. M. (1986), interaction and well-being: is it quantity or quality that counts? International Journal of Aging and Human Development. 24, 29-40

18. Keyes , C . M , & Ryff , C . D (2000) . Subjective change and mental health : a self – concept theory . Social psychology Quarterly . 63 . 264 – 279

19. Keyes, C. (1998). Social Well-Being. Social Psychology Quarterly, 61, 121-140.

20. Keyes, C., & Shapiro, A.2004, (in press). Social Well-Being in the United States: A Descriptive Epidemiology. InO. Brim, C. Ryff, & R. Kessler (Eds.), Midlife in the United States. Chicago: University of Chicago Press

21. Larson, James S, 1996: " The World Health Organization`s Definition of Health: Social Versus Spirirtual Health " . Social Indicators Research 38: 92-181

22. Lindfors P, et al. 2007, satisfaction. Work ability and life satisfaction among finish anaesthesiologistis. Acta anasthessio scand.2007.22.pp 185-203

23. Lyubomirsky S, King L, Diener E. the benefits of frequent positive affect: Dose happiness lead to success? Psychological Bulletin. 2005.131 (6). Pp: 803-855

24. Maltaby, J., Day, L., McCutcheon,L. E., Gillett R., Houran, J., Ashe, D. D. (2004). Personality and coping: a context for examining celebrity worship and mental health. British Journal of Psychology, 95, 411-428

25. Mayers, D.G., Diener, E.(1995). Who is happy? Psychological Sciense,6, 12-17

26. Ryff , Carol D, 1989 , " Happiness is everything or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being." Journal of Personality and Social Psychology 57(6):1069-81

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19]

27. Ulker, A.(2008). Mental Health and life satisfaction of young Australians: the role of family background. Australian Economic Papers, 2, 199-218
28. Zulling, K.J. , Valois R. F. , Huebner, E. S., Drane, J .W.(2005). Adolescent health-related quality of life and perceived satisfaction with life. Quality of life Research, 14. 1573-1584

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19]