

گونه‌های فراغت و تأثیر آن بر سلامت اجتماعی جوانان

فاطمه گلابی^۱

چکیده

سلامت اجتماعی یکی از شاخص‌های توسعه جوامع است که می‌تواند در توسعه جامعه نقش اساسی ایفا کند. سلامت اجتماعی افراد می‌تواند از طریق بهبود وضع اوقات فراغت و بهره‌وری بهتر از آن ارتقا یابد. لذا پژوهش حاضر بر آن است تا به این سوال اساسی پاسخ دهد که آیا نحوه گذران اوقات فراغت بر سلامت اجتماعی افراد تأثیر می‌گذارد یا نه؟ و اگر این تأثیر مثبت است میزان و رابطه هر یک از انواع اوقات فراغت با سلامت اجتماعی افراد چگونه است؟ در این مطالعه تحقیقی از مدل سلامت کبیز برای سنجش سلامت اجتماعی و از مدل دو مازیه برای سنجش گونه‌های فراغت استفاده شده است. روش تحقیق، از نوع پیمایش مقطعی، کاربردی و از نوع تحقیقات پهنانگر است. جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش، جوانان ۱۵ الی ۲۹ ساله شهرهای استان آذربایجان شرقی و حجم نمونه برابر با ۵۹۴ نفر است که از طریق فرمول کوکران تعیین شده است. بر اساس نتایج به دست آمده، سلامت اجتماعی پاسخگویان در سطح متوسط و فراغت در سطح متوسط به پایین قرار دارد. همچنین، بین نحوه گذران اوقات فراغت و سلامت اجتماعی، رابطه معنادار و متوسط به بالایی وجود دارد. نتایج تحلیل رگرسیونی نشان‌دهنده این است که ۱۸/۱ درصد از تغییرات مربوط به سلامت اجتماعی به سبک‌های گذران اوقات فراغت فرد مربوط می‌شود. در بین گونه‌های فراغت، فراغت هنری بیشترین و فراغت عملی کمترین تأثیر را بر روی سلامت اجتماعی پاسخگویان دارد و در این راستا، تنها تأثیر فراغت عملی بر روی سلامت اجتماعی معنادار نبوده است.

واژگان کلیدی: سلامت اجتماعی؛ اوقات فراغت؛ یکپارچگی اجتماعی؛ شکوفایی اجتماعی؛ پیوستگی اجتماعی؛ پذیرش اجتماعی؛ مشارکت اجتماعی؛ فراغت فکری؛ فراغت هنری؛ فراغت جسمانی

مقدمه

سلامت به‌عنوان بخشی از سرمایه انسانی^۱ هر جامعه محسوب می‌شود. از دیدگاه فردی عامل سلامت جز پیش نیازها و شرایط اصلی اشتغال به کار و فعالیت اقتصادی و اجتماعی انسان‌ها در کلیه جوامع محسوب می‌گردد که بدون اتکا به آن شانس دستیابی به امکانات رفاهی و مادی غیرممکن یا حداقل به‌سختی ممکن است. از جنبه‌های سلامت روانی و اجتماعی هم، عامل سلامت در فاکتورهایی نظیر میزان همسویی افراد با جامعه و یا میزان درک آن‌ها از جامعه خود، کیفیت نیروی کار یک جامعه تعیین می‌شود (اسکمبلر، ۱۳۸۶: ۱۸۷).

همگام با مفهوم سلامت به‌عنوان یک حق انسانی، منشور اتاوا بر پیش‌شرط‌های معینی برای تحقق سلامت تأکید دارد که در برگیرنده صلح، منابع اقتصادی و اجتماعی مناسب، خوراک و مسکن و یک اکوسیستم (زیست‌بوم) پایدار و بهره‌گیری مداوم از منابع است. پذیرش این شرط‌ها روابط ناگسستنی میان شرایط اقتصادی و اجتماعی، محیط فیزیکی، شیوه‌های زندگی فردی و سلامت را مورد توجه قرار می‌دهد (سجادی، ۱۳۸۴: ۲۴۵).

اهمیت توجه به بعد اجتماعی توسعه و همچنین تأکید سازمان بهداشت جهانی (WHO) بر سلامت اجتماعی در کنار سلامت فیزیکی و روانی سبب شده است که امروزه سلامت اجتماعی به‌عنوان دغدغه مشترک جامعه‌شناسان و برنامه‌ریزان امور توسعه در هر جامعه‌ای به‌شمار آید؛ زیرا سلامت اجتماعی افراد از یک‌طرف معلول متعدد اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی و... است و یکی از شاخص‌های توسعه جوامع به‌شمار می‌رود و از طرف دیگر خود می‌تواند در توسعه جامعه نقش اساسی ایفا کند.

1- Human Resource Capital

سازمان بهداشت جهانی^۱ (۱۹۴۸) ضمن توجه دادن کشورها در راستای تأمین سلامت روانی و جسمانی و اجتماعی اعضای جامعه بر این نکته تأکید دارد که هیچ‌کدام از ابعاد سلامت بر دیگر ابعاد آن برتری ندارد. رشد و تعالی جامعه در گرو تندرستی آن جامعه است و شناسایی عوامل تعیین‌کننده و مرتبط با آن در جهت سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی در سطوح خرد و کلان جامعه از نظر جسمی، روانی و اجتماعی از مسائل اساسی هر کشوری محسوب می‌شود (روغنچی، ۱۳۸۴: ۱۵).

واقعیت تحولات اجتماعی گویای آن است که چهره بیماری‌ها و اختلالات در حال دگرگونی است، به نحوی که تا سال ۲۰۲۰ در همه جهان منشأ برهم زنده سلامت، اختلالات و بیماری‌های روانی و رفتاری و اجتماعی خواهد بود (مردی، ۱۳۸۵: ۲۰). انسان امروزی به سبب رهایی از کارهای پرمشقت گذشته و پرداختن به کارهای آسان‌تر، فراغت بیشتری نصیبش گردیده است. صاحب‌نظرانی مانند دومازیه، اوژه و اندرسون معتقدند که جوامع انسانی به‌سوی تمدن فراغت در حال تحول و حرکت هستند (ابراهیمی، ۱۳۹۰).

از طرف دیگر با گسترش و توسعه نظام‌های رفاهی و بهداشت - درمانی و رفع نیازهای اولیه، که در بستر توسعه و رشد اقتصادی روی داده است، به‌نظر می‌رسد که رویکردها به سلامت نیز از جنبه‌های جسمانی به سمت روانی و اجتماعی که بر رابطه بین افراد جامعه و عملکرد آن‌ها در شبکه اجتماعی، تأکید دارد معطوف شده و بعد اجتماعی سلامت به‌عنوان یکی از محورهای اصلی بحث‌های سلامت مطرح شده است.

سلامت فرد پایه و بنیان سلامت جامعه است و همچنین جامعه نقش تعیین‌کننده‌ای در سلامت فرد دارد. این دو آن‌چنان به‌هم وابسته‌اند که نمی‌توان بین آنها حد و مرزی قائل

1 - World Health Organization

شد. وضعیت سلامت تک‌تک افراد جامعه به‌طریق گوناگون بر سلامت دیگران و عواطف آنها و همچنین بر شاخص‌های اقتصادی و اجتماعی جامعه اثرگذار است. از این رو تأمین سلامت افراد جامعه، بخصوص سلامت اجتماعی آنها، که امروزه تأکید زیادی بر آن می‌شود حائز اهمیت است. سلامت اجتماعی به‌عنوان یکی از ابعاد سلامت انسان نقش مهمی در تعادل زندگی اجتماعی هر انسانی دارد و پوشش فراگیر آن در جامعه می‌تواند موجبات توسعه اجتماعی را فراهم کند (وزارت بهداشت، ۱۳۸۵: ۱۲). این امر بخصوص در باره جامعه ما به عنوان یک جامعه در حال توسعه و گذار اهمیت زیادی می‌یابد، به‌طوری که از یک طرف جامعه ما یک جامعه دارای جمعیت جوان است و این جمعیت جوان به‌عنوان اصلی‌ترین سرمایه برای توسعه نیازمند توجه به سلامتی و بخصوص سلامت اجتماعی و نحوه تعاملات در شبکه‌های اجتماعی است، از طرف دیگر جوانی که از سلامت روانی و اجتماعی کافی و مطلوب برخوردار نباشد نمی‌تواند با چالش‌های ناشی از ایفای نقش‌های اجتماعی کنار آید و خود را با هنجارهای اجتماعی تطبیق دهد. از سوی دیگر خودکارآمدی به‌عنوان مهم‌ترین عامل ایستادگی جوان در برخورد با چالش‌های زندگی و تضادهای آن می‌تواند دستخوش تغییرات خاص این دوره از تحول قرار گیرد. بنابر این توجه به سلامت اجتماعی قشر جوان، به‌عنوان آینده‌ساز جامعه برای رسیدن به جامعه‌ای سالم و پویا و توسعه‌یافته ضروری می‌نماید و لذا بر همین اساس برنامه‌ریزان جوامع در حال توسعه باید تلاش کنند تا میزان سلامت اجتماعی افراد جامعه خود را ارتقا بخشند. یکی از راه‌های ارتقای سلامت اجتماعی، شناخت عواملی است که در ارتقای این بعد از سلامت تأثیر می‌گذارند (حسینی، ۱۳۸۷: ۹).

نحوه گذران اوقات فراغت و میزان رضایت از آن به‌عنوان یکی از شاخص‌های سلامت اجتماعی به‌شمار می‌روند که در همه کشورها برداشت یکسان و مشترکی از آن‌ها وجود ندارد. اندیشمندان معتقدند که نگرش مثبت و رغبت پایدار فرد به اشتغال‌های سودمند، زمینه

رشد عاطفی و اجتماعی را فراهم می‌آورد و موجبات سازگاری بیشتر او با خود، خانواده و جامعه می‌شود و تأمین بهداشت روانی را میسر می‌سازد (ابراهیمی، ۱۳۹۰: ۷۵).

به گفته آلتان^۱، اوقات فراغت دارای کارکردهای مثبتی مانند تأمین سلامت روحی و جسمی افراد جامعه، شناخت محیط، کسب تجربه‌های آموزشی، توسعه هنرهای زیبا، بالا بردن ظرفیت کاری افراد پس از یک دوره استراحت، تحرک اعصاب و توسعه روابط میان جوامع است (میکائیلی و همکاران، ۱۳۷۹: ۱).

در جامعه علمی ایران نیز تعریف مشخصی از اوقات فراغت صورت نگرفته، ولی تحقیقاتی در این حوزه صورت گرفته که چه به صورت مستقیم و چه غیرمستقیم به این موضوع پرداخته است. به عنوان مثال، ریاضی (۱۳۹۲) در تحقیق خود بر روی داده‌های پیمایش ملی ایرانیان به این نتیجه رسیده که الگوهای متنوعی از گذران اوقات فراغت را می‌توان سراغ داشت و بر این اساس بالاترین درصد را فراغت جسمی و پایین‌ترین درصد را فراغت عملی به خود اختصاص می‌دهد. این تحقیق با تقسیم‌بندی الگوهای گذران اوقات فراغت به دو نوع مصرفی و غیرمصرفی، نتیجه می‌گیرد که در الگوهای فرهنگ غیرمصرفی، انجام کارهای دستی و در فرهنگ مصرفی رفتن به سینما، کافی شاپ و حضور در گروه‌ها و انجمن‌ها کمترین درصد را به خود اختصاص داده است و در مقابل، فعالیت‌های انفرادی بیشترین درصد را دارا هستند. الگوهای شش‌گانه عبارتند از: الگوی رابطه و تعامل اجتماعی (معاشرت با اقوام و دوستان ۲۷ درصد)، استفاده از محصولات و کالاهای فرهنگی (گوش دادن به موسیقی، تماشای فیلم، کامپیوتر و تماشای ماهواره ۵۵ درصد)، حضور در فضاها و مکان‌های فرهنگی اجتماعی (رفتن به موزه، مسجد، نمایشگاه، قهوه‌خانه و کافی‌شاپ، حضور در انجمن‌ها و گروه‌ها، رفتن به پارک ۴۶ درصد)، فعالیت سرگرمی و تفننی (کارهای

1- Altan

دستی، ورزش و قدم زدن (۴۳ درصد)، (امور دینی ۴۲ درصد) و استراحت در خانه (۴۶ درصد). قاسمی و همکاران (۱۳۹۲) نیز در نتیجه تحقیق خود به تفاوت‌های جنسیتی در گذران اوقات فراغت اشاره می‌نمایند؛ به این معنی که فراغت اجتماعی در بین مردان بیش از زنان است و درعین حال، فراغت ورزشی، فکری و اجتماعی در بین مردان و فراغت هنری و مذهبی در بین زنان بیشتر است. ولی با این حال تاکنون به سلامت اجتماعی و چگونگی ارتباط آن با هر یک از ابعاد فراغت پرداخته نشده است. در حالی که بررسی رابطه هر یک از ابعاد فوق، با سلامت اجتماعی افراد جامعه برای برنامه‌ریزی‌های مختلف ضروری به نظر می‌رسد. اوقات فراغت به‌عنوان یکی از زیرشاخه‌ها و بسترهای اجتماعی می‌تواند عامل موثری در بهبود روابط فرد با افراد جامعه باشد و سلامت اجتماعی او را فراهم کند. از این رو سلامت اجتماعی افراد می‌تواند از طریق بهبود وضع اوقات فراغت و بهره‌وری بهتر از آن ارتقا یابد. لذا پژوهش حاضر بر آن است تا به دو سوال اساسی زیر پاسخ دهد:

۱- آیا نحوه گذران اوقات فراغت بر سلامت اجتماعی افراد تأثیر می‌گذارد یا نه؟

۲- اگر این تأثیر مثبت است میزان و رابطه هر یک از انواع اوقات فراغت با سلامت اجتماعی افراد چگونه است؟

بر این اساس این پژوهش برخی اهداف را دنبال می‌کند که عبارتند از:

- بررسی میزان سلامت اجتماعی و ابعاد آن در بین جوانان؛

- بررسی میزان فراغت و هر یک از گونه‌های آن در بین جوانان؛

- بررسی رابطه بین سلامت اجتماعی جوانان و نحوه گذران اوقات؛

- بررسی رابطه بین سلامت اجتماعی با هر یک از گونه‌های فراغت؛

- بررسی تفاوت در سلامت اجتماعی و نحوه گذران اوقات فراغت جوانان بر حسب هریک از ویژگی‌های زمینه‌ای آنان.

پیشینه نظری

واژه سلامت یا Health بر گرفته از واژه انگلیسی heal به معنی کامل است که نشان‌دهنده تندرستی کامل فرد، تمامیت، صحت و آسایش اوست (سجادی، ۱۳۸۴: ۲۴۴). تعریف سلامت در هر جامعه‌ای تا اندازه‌ای به حس مشترک مردم از سلامت و فرهنگ آنان باز می‌گردد و در جوامع و گروه‌های گوناگون درک‌های متفاوتی از آن وجود دارد (تباردرزی، ۱۳۸۶: ۱۵).

تعاریفی که از سلامت ارائه شده، متأثر از مفهوم آن در هر دوره تاریخی و اجتماعی بوده است. جالینوس سلامت را وجود نسبت معینی از عناصر تشکیل‌دهنده گرمی، سردی، رطوبت و خشکی تعریف کرده است. ابن سینا، سلامتی را سرشت یا حالتی می‌داند که در آن اعمال بدن به درستی انجام می‌شود. در فرهنگ آکسفورد^۱ سلامت وضعیت عالی جسم. روح و به حالتی اطلاق می‌شود که اعمال بدن به‌موقع و موثر انجام شود، اما در تعاریف کلاسیک، به عوامل بیرونی هم توجه شده و در آن، سلامت به حالت تعادل بین انسان و محیط فیزیکی، احساسی و اجتماعی انسان اطلاق می‌شود، به‌نحوی که با انجام فعالیت‌های فرد تعارض نداشته باشد؛ حالتی مبتنی بر کامل بودن ساختمان تشریحی بدن و توانایی انجام نقش‌های مورد علاقه در خانواده، محل کار و اجتماع (همان منبع، ۳۵).

از نظر سازمان بهداشت جهانی (WHO) سلامت، گستره‌ای است که در آن حیطة، فرد یا گروه می‌تواند، آرمان‌ها و راه برآورده ساختن نیازها را درک نموده و از طرف دیگر، به

1. Oxford

تغییر یا سازش با محیط قادر باشد، بدین ترتیب، سلامت وسیله‌ای برای زندگی هر روزه در نظر گرفته می‌شود. این قضیه یک مفهوم مثبت است که هم بر امکانات اجتماعی و فردی تأکید دارد و هم بر توانایی‌های جسمی (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۰: ۲۳).

سلامت یک موضوع چند بعدی است. در تعریف سازمان بهداشت جهانی به سه بعد سلامت یعنی بعد جسمی، روانی و اجتماعی اشاره شده است. ولی ابعاد دیگری نیز می‌توان برای آن تعیین نمود: ابعاد روحی، عاطفی، شغلی، سیاسی و... با رشد علم و دانش این فهرست را می‌توان گسترش داد (پارک، ۱۳۸۴: ۳۶). باید توجه داشت که ابعاد مختلف سلامتی و بیماری بر یکدیگر اثر گذارند و تحت تأثیر یکدیگر قرار دارند، چنانکه مشکلات جسمی بر روان فرد، مشکلات روانی بر جسم وی و نیز هر دوی آنها بر جامعه و اختلالات موجود در جامعه بر هر دو بعد دیگر سلامت اثر می‌گذارند. لذا اقدامات انجام شده برای ارتقای سلامت باید به تمام جوانب سلامت (جسمی، روانی، روحی، اجتماعی) و سلامت کلی جامعه توجه داشته باشد (سیدنوازی، به نقل از تباردرزی، ۱۳۸۵: ۴۵).

کییز و شاپیرو (۲۰۰۴)، در مطالعه خود بر روی سلامت اجتماعی در امریکا نشان داده‌اند که حلقه مفقوده در تاریخچه مطالعات مربوط به سلامت، پاسخ به این سوال است که آیا ممکن است افراد کیفیت و عملکرد زندگی خود را بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کنند؟ کییز در پاسخ به این سوال مفهوم سلامت اجتماعی را به معنای ارزیابی فرد از عملکردش در برابر اجتماع می‌داند. کییز معتقد است که سلامت اجتماعی در اصطلاح کلی برخلاف سلامت روانی که به‌طور عمیق‌تر روی انسان و چالش‌های موجود در زندگی تمرکز می‌کند، بر رضایت از زندگی و شادی تأکید دارد (Keyes & Shapiro, 2004: 20).

لارسن^۱ (۱۹۹۶) سلامت اجتماعی را به‌عنوان «ارزیابی فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر و گروه‌های اجتماعی، که وی عضوی از آنهاست»، تعریف می‌کند و معتقد است که مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فردی را می‌سنجد و شامل پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکرو رفتار) است که نشانگر رضایت یا فقدان رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی‌اش هستند (Larson, 1996: 83).

بیشتر محققان سلامت اجتماعی را با سلامت عاطفی، که شامل رضایت و خوشحالی از زندگی و به همان میزان تعادل میان آثار مثبت یا منفی است برابر دانسته‌اند. بر همین اساس مدل روانشناسی سلامت اجتماعی به‌وسیله ریف^۲ (۱۹۸۹) پیشنهاد شد. در این مدل هدف سلامت اجتماعی به‌عنوان در برگیرنده ابعاد کارکردهای مثبت روانشناختی بسط یافت. این ابعاد شامل پذیرش خود، ارتباط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط، داشتن هدف در زندگی و استقلال (خودمختاری) است. اما بر طبق نظر کینز (۱۹۹۸) آنچه در ادبیات سلامت اجتماعی مفقود شده است تشخیص این مطلب است که اشخاص ممکن است کیفیت زندگی خود و کارکردهای شخصی خود را در برابر ملاک‌های اجتماعی ارزیابی کنند. کینز معتقد است که سلامت اجتماعی شامل عناصر متعددی است که این عناصر در کنار یکدیگر نشان می‌دهد که چگونه و در چه درجه‌ای افراد در زندگی اجتماعی خود، خوب عمل می‌کنند؛ مثلاً به‌عنوان همسایه، همکار و همشهری (Keyes, 1998: 25).

از نظر کینز و لارسون^۳ (۲۰۰۴) کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد. عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت روانی است و تکالیف و چالش‌های اجتماعی را نیز در نظر می‌گیرد. فرد سالم از نظر

1. Larson
2. Ryff
3. Larson

اجتماعی زمانی عملکرد خوب دارد که اجتماع را به صورت یک مجموعه معنادار و قابل فهم و بالقوه برای رشد و شکوفایی بداند و احساس کند که به گروه‌های اجتماعی خود متعلق است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهیم بداند (کینز، ۲۰۰۴: ۹).

بنابراین از نظر کینز و لارسون (۲۰۰۴) سلامت اجتماعی فردی به چگونگی وضعیت ارتباط فرد با دیگران در جامعه یا همان جامعه‌پذیری وی اشاره دارد. سلامت اجتماعی بر ابعادی از سلامت تأکید دارد که به ارتباط فرد با افراد دیگر یا جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند مربوط می‌شود. تحت تأثیر مدل سلامت، کینز (۱۹۹۸) پنج بعد و شاخص اساسی، برای سلامت اجتماعی پیشنهاد کرده است که عبارتند از: شکوفایی اجتماعی^۱، پیوستگی اجتماعی^۲، پذیرش اجتماعی^۳، مشارکت اجتماعی^۴ و یکپارچگی اجتماعی^۵.

شکوفایی اجتماعی عبارت است از ارزیابی توان بالقوه و مسیر تکاملی اجتماع و باور به این که، اجتماع در حال یک تکامل تدریجی است و توانمندی‌های بالقوه‌ای برای تحول مثبت دارد که از طریق نهادهای اجتماعی و شهروندان شناسایی می‌شود. شکوفایی اجتماعی به معنای دیگر عبارت است از این که افراد سالم در مورد شرایط آینده جامعه امیدوار و قادر به شناسایی نیروهای جمعی هستند و معتقدند که خود و سایر افراد از این نیروها و تکامل اجتماع سود می‌برند. شکوفایی اجتماعی معادل مفهوم خود تعیین‌گری و رشد شخصی در سلامت روان است. فردی که از رشد شخصی برخوردار است. باور دارد که خود سازنده سرنوشت خویش است. خود را در حال تحول مستمر و دارای نیروهای بالقوه می‌داند که تلاش می‌کند تا این نیروها را شکوفا کند. شکوفایی یعنی باور به این که اجتماع سرنوشت

1. Social actualization
2. Social coherence
3. Social acceptance
4. Social contribution
5. Social integration

خویش را در دست دارد. و به مدد توان بالقوه اش سیر تکاملی خود را کنترل می‌کند (Keyes, 2004: 10).

پیوستگی اجتماعی یعنی درک کیفیت، سازماندهی و عملکرد دنیای اجتماعی. فرد سالم از نظر اجتماعی سعی دارد تا در مورد دنیای اطراف خود بیشتر بداند. روزانه وقایع بیشتری اتفاق می‌افتد که ممکن است مثبت یا منفی، غیرمنتظره یا قابل پیشگیری، شخصی یا عمومی باشند. این وقایع چالش‌هایی هستند در پیش روی افرادی که سعی دارند تا دنیای پیچیده و شلوغ اطرافشان را درک کنند، افراد سالم، علاقه‌مندی به طرح‌های اجتماعی‌اند و احساس می‌کنند، به فهم وقایع اطرافشان قادر هستند. خود را با تصور این‌که در حال زندگی در یک دنیای متکامل و عالی هستند، فریب نمی‌دهند و خواسته‌ها و آرزوهایشان را از جهت فهم و درک زندگی ارتقا می‌بخشند. پیوستگی اجتماعی، معادل اجتماعی مفهوم تسلط بر محیط در مقیاس روان است، تسلط یعنی احساس صلاحیت و توانمندی برای مدیریت محیط پیچیده و انتخاب یا خلق زمینه‌های مناسب شخصی. پیوستگی اجتماعی متضاد پوچی و بی‌معنایی و در مجموع دنیا را به صورت منطقی، هوشمند، قابل درک و قابل پیش‌بینی دیدن است (Keyes, 1998: 18). افرادی که دارای سطح مطلوب این بعد سلامت هستند نه تنها می‌توانند حوادث پیرامونشان را درک کنند، مایلند معنای زندگی را بفهمند.

افرادی که از پذیرش اجتماعی برخوردارند، اجتماع را به صورت یک مجموعه کلی و عمومی که از افراد مختلف تشکیل شده، درک می‌کند و به دیگران به‌عنوان افراد با ظرفیت و مهربان، اعتماد و اطمینان دارند. باور دارند که مردم می‌توانند ساعی و موثر باشند. این افراد نسبت به ماهیت انسان دیدگاه مطلوبی دارند و با دیگران احساس راحتی می‌کنند. پذیرش اجتماعی مصداق اجتماعی از پذیرش خود است. در پذیرش خود، فرد نگرش مثبت و احساس خوبی در مورد خودش و زندگی گذشته دارد و با وجود ضعف‌ها و ناتوانی‌هایی که

دارد، همه جنبه‌های خود را می‌پذیرد. در پذیرش اجتماعی، فرد، اجتماع و مردم آن را با همه نقص‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی باور دارد و می‌پذیرد. پذیرش اجتماعی بیانگر درک فرد از خصیصه‌ها و ویژگی‌های افراد جامعه به‌عنوان یک کلیت است (Keyes and Shapiro, 2004: 22).

مشارکت اجتماعی باوری است که طبق آن فرد خود را عضو حیاتی اجتماع می‌داند و فکر می‌کند چیز ارزشمندی برای عرضه به دنیا و اجتماع خود دارد. این افراد تلاش می‌کنند که احساس دوست داشته شدن کنند و در دنیایی که صرفاً به‌دلیل انسان بودن برای آن‌ها ارزش قائل است، سهم بگیرند. مشارکت اجتماعی موازی با بعد هدف‌درزندگی از مقیاس روان است (حسینی، ۱۳۸۷: ۳۴). مشارکت اجتماعی همچنین به مفاهیم مسئولیت‌پذیری و خودکارآمدی شبیه است. فرد خودکار کارآمد می‌تواند رفتارهای معینی را انجام دهد و مقاصد خاصی را به اتمام برساند، و مسئولیت اجتماعی یعنی ایجاد تعهدات مشخص درباره با اجتماع. از مجموع این دو مفهوم، مشارکت اجتماعی پدید می‌آید. مشارکت اجتماعی به‌طور کلی یعنی اینکه آیا و به چه میزان فرد احساس می‌کند که آنچه در دنیا انجام می‌دهد توسط اجتماع ارزشمند تلقی می‌شود و در رفاه عمومی موثر است (همان منبع: ۱۰).

یکپارچگی اجتماعی به معنای احساس بخشی از جامعه بودن، فکر کردن به اینکه فرد به جامعه تعلق دارد. احساس حمایت شدن از طریق جامعه و سهم داشتن در آن است. بنابراین این یکپارچگی اجتماعی آن درجه‌ای است که در آن مردم احساس می‌کنند که چیز مشترکی بین آنها و کسانی که واقعیت اجتماعی آنها را می‌سازند وجود دارد (سام آرام، ۱۳۸۷: ۷).

فرهنگ لاروس اوقات فراغت را «سرگرمی‌ها، تفریحات و فعالیت‌هایی که افراد به هنگام آسودگی از کار عادی با شوق و رغبت به آن می‌پردازند» معنی کرده است (دانشور، ۱۳۷۵: ۲۱). فراغت و وقت آزاد دو دنیای متفاوتند. هرکس می‌تواند وقت آزاد داشته باشد، ولی هرکس نمی‌تواند فراغت داشته باشد. وقت آزاد ایده قابل تحقیقی از دموکراسی است، لیکن فراغت کاملاً قابل تحقق نیست اما یک ایده صرف هم نیست. وقت آزاد به روش مخصوصی از جمع کردن نوع خاصی از زمان اشاره دارد، در حالی که فراغت به حالتی از بودن و شرایطی از آدمی اطلاق می‌شود که کمتر به‌دست می‌آید (دگرازیبا، ۱۹۶۴، به نقل از سازمان ملی جوانان، ۱۳۸۱: ۴).

به‌طور کلی در تعاریف اوقات فراغت^۱ سه رویکرد بیشتر مورد تأکید قرار می‌گیرد:

در رویکرد اول از فراغت به‌مثابه زمان یاد می‌شود. از نظر پیل^۲ «اوقات فراغت» باقیمانده زمانی است که اجباراً برای برآوردن نیازهای کاری و معیشتی مصرف می‌شود. براساس این تعریف، اوقات فراغت زمانی است که می‌توانیم آنچه را که انجام می‌دهیم انتخاب کنیم، یا «زمان آزاد» افراد است (سازمان ملی جوانان، ۱۳۸۱: ۷).

رویکرد دوم فراغت را به‌مثابه نوعی فعالیت می‌داند. دومازیه^۳ چهار نوع فعالیت را بیان می‌کند:

۱- کار برای امرار معاش ۲- تعهد خانوادگی ۳- تعهد فرهنگی، اجتماعی ۴- فعالیتی که موجب ابراز وجود خود و خود شکوفایی فرد است. به‌نظر دومازیه، فراغت از نوع چهارم است و سایر فعالیت‌ها شبه‌فراغتی هستند. از نظر دومازیه، فراغت فعالیتی هدفمند است که از

1. Leisure time

2. C.B. Peal

3. Dumazedier

روی انتخاب شخص انجام می‌شود و فردیت شخص را تکامل می‌بخشد و موجب تکامل فردی وی می‌شود (کوهستانی، ۱۳۷۸: ۳۲).

سومین رویکرد، فراغت را نوعی تجربه درونی دانسته است. دگرازا^۱ در تعریف اوقات فراغت بیان می‌کند که «فراغت حالتی از وجود شرایط انسانی است که تعداد کمی از افراد طالب آن هستند و تعداد کمی توان دستیابی به آن را دارند». نئومیر^۲ فراغت را مستقل از اوقات صرف شده به اعمال ضروری زندگی تعریف می‌کند، در نظر نئومیر اوقاتی که خارج از ساعت کار و خواب و دیگر الزامات زندگی برای انسان باقی می‌ماند، فراغت نامیده می‌شود. نئومیر بر این نکته تأکید می‌کند که ویژگی فراغت نسبت به سایر اوقات زندگی در این است که فراغت اوقاتی را شامل می‌شود که شخص آن اوقات را آن که واقعاً دوست دارد سپری می‌کند (سازمان ملی جوانان، ۱۳۸۴: ۴۰).

منل^۳ و کلیبر^۴ (۱۹۹۷) در تعریف فراغت سه شرط اساسی برای آن در نظر می‌گیرند، فراغت اولاً- یک فعالیت انتخاب آزاد فرد است، ثانیاً- گذران اوقات فراغت بدون اجبار است و ثالثاً- رضایت کامل فرد و شادی او را به دنبال دارد (Harden, 2009: 3).

هیل^۵ (۱۹۸۵) ایستافورد^۶، دانکن^۷ و جاستر^۸ (۱۹۸۵) سه مقوله مهم فعالیت‌های اوقات فراغت را شناسایی کرده‌اند.

1. Degrazia
2. Newmeyer
3. Manel
4. Kleiber
5. Hill
6. Stafford
7. Duncan
8. Juster

۱) فراغت فعال: فراغت‌هایی را شامل می‌شود که به اعمال انرژی روانی یا فیزیکی نیازمند است. نمونه‌های این نوع فراغت شامل یک دامنه گسترده‌ای از فعالیت‌ها از گروه ورزش، ماهیگیری، عکس‌برداری و غیره را شامل می‌شود. فعالیت‌های فراغتی فعال ممکن است شامل تلاش روانی پایدار و تقریباً همه نوع فعالیت‌های فیزیکی نظیر نقاشی یا شطرنج را شامل شود.

۲) فراغت غیرفعال: فعالیت فراغتی که به‌طور خاصی به مشارکت در یک فعالیت جسمی که به اعمال فیزیکی یا روانی نیاز داشته باشد، نیاز ندارد. نمونه‌های این نوع از فراغت شامل تماشای تلویزیون، رفتن به سینما و تئاتر است.

۳) سرگرمی‌های اجتماعی: فعالیت‌های فراغتی که ممکن است شامل حوادث ویژه جالب ورزشی و دیدار از موزه‌ها باشد. سرگرمی اجتماعی متفاوت از فراغت فعال است؛ چرا که در آن یک حرکت انفرادی به‌جای این که به‌عنوان شرکت‌کننده عنوان شود بیشتر به‌عنوان تماشاچی نگریسته می‌شود (Harden, 2009: 5).

هم‌چنین زاهدی اصل (۱۳۸۴) اوقات فراغت را چنین تعریف می‌کند: «اوقات فراغت را می‌توان مقدار زمان خارج از وظایف و تکالیف شغلی، خانوادگی و اجتماعی دانست که انسان با میل و رغبت و اختیار خود به آنچه که موجبات انبساط فاصله و رضامندی او را فراهم می‌کند می‌پردازد». وی برای تحقق فراغت چهار شرط اساسی را لازم می‌داند:

۱- جدایی زمان کار و اشتغال از وقت فراغت؛

۲- داشتن اختیار و آزادی در چگونگی گذران آن؛

۳- فارغ شدن از هر گونه تعهدات و تکالیف شغلی، اجتماعی و خانوادگی؛

۴- منتهی شدن به رضایت و رضامندی (زاهدی اصل، ۱۳۸۴: ۸).

دومازیه معتقد است که اوقات فراغت مجموعه فعالیت‌های است که شخص پس از انجام تعهدات و تکالیف شغلی، خانوادگی و اجتماعی با میل و اشتیاق به آن می‌پردازد و هدفش استراحت و تفریح، توسعه دانش یا به کمال رساندن شخصیت خویش و یا به ظهور رساندن استعدادها، خلاقیت‌ها و یا در نهایت مشارکت آزادانه در اجتماع است.

به نظر دومازیه، اوقات فراغت کارکردهای مثبت بسیاری برای افراد دارد که اگر به خوبی از این فرصت‌ها استفاده شود برای فرد مزایای زیادی در بر خواهد داشت. دومازیه به منظور شناخت مفهوم فراغت سه کارکرد اساسی و عمده را برای فعالیت‌های فراغتی قائل است:

۱- تأمین استراحت: برای رفع خستگی، جبران فشارهای روحی و جسمی ناشی از هیجانات مداوم کار و انجام وظایف گوناگون اجتماعی و غیره؛

۲- تفریح و کم کردن کسالت: رهانیدن انسان از کسالت ناشی از یکنواختی و انجام وظایف روزانه در موقعیت‌های مختلف اجتماعی است. این امر با کمک فعالیت‌های جمعی و اجتماعی نظیر مسافرت، بازی و ورزش، مشارکت فعالانه‌تر در زندگی اجتماعی، می‌تواند صورت بگیرد؛

۳- رشد شخصیت فردی و اجتماعی: از طریق افزایش معلومات و اطلاعات و افزایش مشارکت اجتماعی افراد حاصل می‌شود.

لذا از نظر دومازیه فراغت انسان را از کارهای روزمره و قالبی که زاییده خودکاری و تخصصی شدن امور روزانه است می‌رهاند. فراغت فرصت پرورش استعدادهای بدنی و ذهنی

و اجتماعی را برای فرد فراهم می‌کند و به فرد اجازه می‌دهد تا به وسیله سینما، یا تلویزیون یا یا گفتگو و شرکت در دوره‌های آموزشی، هنری بینش و دانش حاصل از مدرسه و خانه را کاملتر و غنی‌تر سازد و این چیزی است که جامعه معقول امروزی به آن نیاز دارد (اسدی، ۱۳۵۲: ۳).

دومازیه نحوه گذران اوقات فراغت را به ۵ دسته تقسیم می‌کند:

فراغت‌های جسمانی، هنری، فکری، عملی و فراغت‌های اجتماعی (دومازیه، ۱۳۶۴: ۳۳).

دومازیه انواع فراغت را براساس نیازهای جسمی- روانی افراد، طبقه‌بندی نموده است که در ۵ دسته به شرح ذیل هستند:

۱- فراغت‌های جسمانی: نظیر ورزش‌های مختلف، قدم‌زنی، استراحت، دراز کشیدن، مسافرت و تعطیلات؛

۲- فراغت‌های هنری: نظیر بازدید از مناظر طبیعی مناطق مختلف، موزه‌ها و بناهای یاد بود، شرکت در جشن‌های مختلف، رفتن به سینما، تئاتر، کنسرت، نقاشی و نواختن موسیقی؛

۳- فراغت‌های عملی: نظیر کاردستی (سفال‌سازی، باغبانی، سوزن‌سازی) این نوع فراغت بیشتر در میان افراد کم درآمد رایج است. همچنین این نوع فراغت از آنجا که جنبه کاربردی دارد در عین این‌که به‌عنوان یک فراغت دلپذیر است و به‌نجوی با وظایف خانوادگی نیز مرتبط می‌شود؛

۴- فراغت‌های فکری: عمده این نوع فراغت در مطالعه متجلی می‌شود و می‌تواند شامل مطالعه روزنامه‌ها، مجلات، کتب مختلف باشد. گوش دادن به رادیو و تماشای تلویزیون در این طبقه‌بندی قرار دارند؛

۵- فراغت‌های اجتماعی: این نوع فراغت در پوشش انواع تفریح‌ها، دید و بازدیدها، گردهمایی دوستانه، دوره‌های مختلف خانوادگی و... ظاهر می‌شود (شعبان‌زاده، ۱۳۷۴: ۳۷ به نقل از سازمان ملی جوانان (۱۳۸۱).

پیشینه تجربی

- بلوک و برسلو^۱ (۱۹۷۲) برای اولین بار در پژوهشی به مفهوم سلامت اجتماعی پرداختند. آنها مفهوم سلامت اجتماعی را با درجه عملکرد اعضای جامعه مترادف کردند 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^۲ و همکارانش (۱۹۷۸) مطرح کردند و استدلال آن‌ها این بود که سلامت امری فراتر از گزارش علایم بیماری‌ها و قابلیت‌های کارکردی فرد است. آن‌ها معتقد بودند که رفاه و آسایش فردی امری متمایز از سلامت جسمی و روانی است. بر اساس برداشت آنان سلامت اجتماعی در حقیقت هم بخشی از ارکان وضع سلامت محسوب می‌شود و هم می‌تواند، تابعی از آن باشد (به نقل از حسینی، ۱۳۸۷).

- کییز^۳ (۱۹۹۸) جهت بررسی روایی ساختاری ابعاد مقیاس سلامت اجتماعی، با استفاده از اندازه‌های مربوط به نشانه‌های افسردگی، اضطراب، سلامت عمومی، شادی، رضایت، سلامت جسمانی و میزان خوش بینی، به مطالعه، روی دو نمونه وسیع در امریکا پرداخت. در هر دو نمونه وی با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که نظریه ۵ عامل وی، مناسب‌ترین مدل برای سلامت اجتماعی به‌عنوان یکی از ابعاد سلامت است و به علاوه

1- Blouck & Bersloe

2- Donald

3- Keyes

عناصر سلامت اجتماعی و روانی به‌طور تجربی از هم متمایزند. در حالی که جامعه‌شناسان سلامت اجتماعی را با مفاهیم از خود بیگانگی و ناهنجاری اجتماعی معادل دانسته‌اند. کبیز در تحقیق خود نشان داد که ناهنجاری اجتماعی تنها با دو عامل (شکوفایی اجتماعی و پذیرش اجتماعی). از پنج عامل سلامت اجتماعی ارتباط معنادار دارد. نتایج حاصل از پژوهش فوق نشان می‌دهد که بین سلامت اجتماعی با رفتارهای اجتماع پسند و مسئولیت‌پذیری زندگی اجتماعی رابطه مثبت زیادی مشاهده می‌شود و سطوح سلامت اجتماعی به خصوص، انسجام و مشارکت اجتماعی در افرادی که با اطرافیان خود برای حل مسائل و مشکلات، همکاری و همفکری می‌کردند در مقایسه با افرادی که با اطرافیان خود ارتباط نداشتند، میزان بالاتری داشت.

- کبیز و شاپیرو (۲۰۰۴) در بررسی بین سلامت اجتماعی و متغیرهای جمعیت‌شناختی نشان دادند که وضعیت شغلی برای سلامت اجتماعی زنان مهم‌تر از مردان است. زنانی که وضعیت شغلی پائین‌تری داشتند از سلامت اجتماعی کمتر نسبت به مردانی با همان جایگاه شغلی برخوردار بودند. به‌طور کلی همین‌طور که جایگاه شغلی افزایش می‌یابد، زنان نسبت به مردان به‌طور فزاینده‌ای سطوح بالاتری از پذیرش، مشارکت و انجام اجتماعی گزارش می‌کنند. در بررسی ابعاد سلامت اجتماعی، یکپارچگی اجتماعی پایین‌ترین مقدار را در بین جوان‌ترها و افرادی که تجربه ازدواج نا فرجام داشتند و افراد مجرد با جایگاه پایین شغلی داشت. بیشترین میزان مشارکت اجتماعی در زنان مجرد با جایگاه شغلی بالا و کمترین میزان، در مردان مسن با جایگاه اجتماعی پایین گزارش شد. شکوفایی اجتماعی، بیشترین میزان را در بزرگسالان ۴۵-۵۴ سال و افراد دارای جایگاه شغلی بالا و کمترین میزان را در جوان‌ترها و افراد با جایگاه اجتماعی پایین به‌خود اختصاص داد. بیشترین پیوستگی اجتماعی در مردان متأهل و دارای جایگاه اجتماعی بالا و کمترین میزان آن در زنان متأهل مسن با

وضعیت شغلی پایین مشاهده شد و پذیرش اجتماعی در زنان مسن با پایگاه اجتماعی پایین کمترین میزان را به خود اختصاص داد.

- کبیز و شاپیرو (۲۰۰۴) همچنین در بررسی همه‌گیرشناسی و توزیع سلامت اجتماعی روی نمونه‌ای از جمعیت بزرگسالان آمریکا به این نتیجه رسیده‌اند که افراد در همه ابعاد مقیاس سلامت اجتماعی، نمرات بالایی به‌دست آورده‌اند و ۱۰ درصد از پاسخ‌گویان در حداقل سه بعد سلامت اجتماعی نمرات بسیار پایینی را کسب کرده‌اند. نتایج به‌دست آمده از این پژوهش نشان داد که اکثریت جمعیت بزرگسال آمریکا به استثنای ۱۶ درصد - که سطوح بالایی در هیچ یک از ابعاد سلامت اجتماعی نداشته‌اند و ۱۰ درصد از آنها در سه بعد به صورت ضعیف عمل کرده‌اند، از سلامت اجتماعی خوبی برخوردار بوده‌اند.

- پاول^۱ (۲۰۰۷) مطالعه‌ای جهت بررسی رابطه بین عملکردهای ارتباطی، سلامت اجتماعی، معنوی و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به سرطان انجام داد. نتایج به‌دست آمده حاکی از آن است که سلامت معنوی عمده‌ترین عامل تأثیرگذار در کیفیت زندگی این افراد بوده و سلامت اجتماعی پس از سلامت معنوی در رتبه دوم قرار داشته است ولی عملکردهای ارتباطی این افراد رابطه‌ای با کیفیت زندگی آنها نداشته است (اولسن ۱۹۹۶، ۲۴).

- کالدول^۲، اسمیت^۳ و ویزینگر^۴ (۱۹۹۵) در پژوهشی به بررسی رابطه بین مشارکت در فراغت و ابعاد متنوع سلامتی در بین دانشجویان پرداختند. نتایج به‌دست آمده از این پژوهش نشان می‌دهد: روابط فرض شده بین مشارکت فعالانه در فعالیت‌های فراغتی و

1- Paul

2- Caldwell

3- Smith

4- Weissihger

رضایت از فراغت با سلامت فیزیکی، روانی و اجتماعی در ارتباط است. مشارکت مکرر در همه ورزش‌ها، کارها و سرگرمی‌های مخاطرآمیز با ادراک بهتر از سلامت اجتماعی ارتباط معناداری داشته است. نرخ بالای مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی و ورزش‌های رقابتی و طبیعی مخاطره‌آمیز و اجتماعی و سرگرمی‌های اجتماعی رابطه مثبت معناداری با ادراک سلامت روانی واجتماعی داشته است. همچنین رضایت بالاتر از زندگی در میان کسانی که بیشتر به زندگی فعالانه فراغتی پرداخته‌اند دیده می‌شود (همان منبع).

- حسینی (۱۳۸۷) به بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان و عوامل موثر بر آن در بین ۳۴۰ دانشجوی کارشناسی دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه، از طریق پیمایش پرداخته و علاوه بر سنجش میزان سلامت اجتماعی جامعه آماری مورد نظر، رابطه بین میزان و سلامت اجتماعی و برخی مولفه‌های اجتماعی مانند، پایگاه اقتصادی اجتماعی، مهارت‌های ارتباطی، میزان باورهای مذهبی و همچنین نحوه گذران اوقات فراغت را مورد بررسی قرار داده است. نتایج به‌دست آمده از پژوهش حاضر نشان می‌دهد که میزان سلامت اجتماعی جامعه آماری، در سطح متوسط به پایین بوده و بین میزان مهارت‌های ارتباطی و باورهای مذهبی و همچنین پایگاه اقتصادی- اجتماعی و میزان سلامت اجتماعی رابطه معنی‌داری وجود دارد. با افزایش میزان مهارت‌های ارتباطی، سلامت اجتماعی در افراد نیز افزایش یافته و با کاهش آن سلامت اجتماعی نیز کاهش می‌یابد. همچنین میزان باورهای مذهبی نیز بر روی سلامت اجتماعی فرد و نوع نگرش فرد به جامعه موثر است. همچنین نتایج تحقیق نشان می‌دهد که هر چه قدر پایگاه اقتصادی و اجتماعی افراد، افزایش پیدا کند سلامت اجتماعی آنان نیز ارتقا می‌یابد. همچنین نتایج به‌دست آمده از این پژوهش حاکی از آن است که بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان و نحوه گذران اوقات فراغت آنها رابطه معناداری وجود ندارد.

- در تحقیقی که توسط جوشن لو وهمکاران (۱۳۸۵) با عنوان «بررسی ساختار عاملی مقیاس بهزیستی جامع» شامل بهزیستی روانشناختی، بهزیستی اجتماعی^۱ (سلامت اجتماعی) و بهزیستی هیجانی انجام شده است نتایج نشان می‌دهند که مشارکت اجتماعی و درک‌پذیری اجتماعی، علاوه بر خود با بهزیستی اجتماعی (سلامت اجتماعی) و همچنین روابط مثبت با دیگران، با بهزیستی اجتماعی نیز مرتبط است. مشارکت اجتماعی و درک‌پذیری اجتماع با بهزیستی ارتباط دارد و بین پذیرش خود و روابط مثبت با دیگران نیز با سلامت اجتماعی رابطه معنی‌داری وجود دارد.

- فارسی‌نژاد (۱۳۸۳) در تحقیق خود به بررسی سلامت اجتماعی در دانش‌آموزان شهر تهران پرداخته است. نتایج به‌دست آمده از پژوهش مذکور نشان می‌دهد که میانگین نمرات سلامت اجتماعی نمره پایینی است، در پسران $3/08$ و در دختران $2/82$ است که نشان از بالا بودن نمره سلامت اجتماعی پسران نسبت به دختران است که البته در مورد شاخص‌های زیرمجموعه سلامت اجتماعی، تفاوت پسر و دختر تاحدی متفاوت است. به‌طور کلی این پژوهش نتیجه می‌گیرد که نوجوانان از سلامت اجتماعی پایینی برخوردارند و مقایسه نمرات پسران و دختران در خرده‌مقیاس رشد اجتماعی بیانگر برتری معنادار نمرات دختران نسبت به پسران است. از آنجا که رشد اجتماعی در این پژوهش تلفیقی از ابعاد پذیرش و شکوفایی اجتماعی در مقیاس اصلی است و شکوفایی اجتماعی معادل رشد شخصی (باور به این‌که فرد خود سازنده سرنوشت خویش است) از مقیاس سلامت روان است و با توجه به این‌که صاحبان یک هویت اطلاعاتی از پذیرش و تحمل بیشتری برخوردارند، بیشتر بر روی اسناد خود شخصی تأکید می‌کنند.

- نتایج به‌دست آمده از پژوهش تباردرزی (۱۳۸۶) نشان می‌دهد که به‌طور کلی سلامت اجتماعی دانشجویان در حد متوسط بوده و در این بین نمرات سلامت اجتماعی دانشجویان کارشناسی ارشد از مقطع کارشناسی، دانشجویان متأهل از مجرد، دانشجویان شاغل از غیرشاغل و دانشجویان پسر از دختر بالاتر بوده است. همچنین بین متغیر سلامت اجتماعی با متغیرهای رشته تحصیلی دانشجویان، تحصیلات والدین، وضعیت سکونت و مذهب دانشجویان ارتباط معناداری مشاهده نشده است.

- نتایج حاصل از پژوهش کنگرلو (۱۳۸۵) نشان می‌دهد که بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیرشاهد تفاوت معناداری وجود ندارد. ولی بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و دانشکده محل تحصیل آنها و همچنین بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و میزان پنهان کردن سهمیه شاهد، تفاوت معناداری مشاهده می‌شود. همچنین نتایج تحقیق نشان می‌دهد، بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و ازدواج مجدد مادرشان و بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و وضعیت تأهل‌شان و همچنین بین میزان سلامت اجتماعی و نوع جنسیت آنها تفاوت معناداری دیده نمی‌شود.

چارچوب نظری

پژوهش حاضر تلفیقی است از نظریه‌های اوقات فراغت و سلامت اجتماعی، یک برداشت و دید کلی از این نظریه‌ها نشان می‌دهد که سلامت اجتماعی تحت تأثیر مجموعه‌ای از عوامل اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و ساختاری است. اوقات فراغت یکی از این عوامل به شمار می‌رود که می‌تواند تأثیر مستقیم یا غیرمستقیم، محسوس یا غیرمحسوس بر میزان سلامت اجتماعی افراد به طریق مختلف داشته باشد. در حوزه نظریه‌های اوقات فراغت از

دیدگاه‌های دومازیه که معتقدند، اوقات فراغت کارکردهای گوناگونی دارد که در مجموع به کسب سلامت روانی- اجتماعی فرد منجر می‌شود و ارتقای سلامت را در افراد به دنبال دارد، استفاده شده است. در حوزه نظریه‌های سلامت اجتماعی از نظریه سلامت اجتماعی کیز استفاده شده است که معتقد است، کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد و عملکرد خوب، تکالیف و چالش‌های اجتماعی را نیز در بر می‌گیرد.

روش شناسی

روش تحقیق مورد استفاده در این پژوهش، از لحاظ نحوه گردآوری داده‌ها، روش توصیفی و در بین روش‌های تحقیق توصیفی از نوع پیمایشی مقطعی است. از لحاظ هدف، از نوع تحقیقات کاربردی و از لحاظ گستردگی و عمق مطالعه تحقیق از نوع تحقیقات پهنانگر است. برای گردآوری و تهیه چهارچوب تئوریک آن، از روش اسنادی و کتابخانه‌ای نیز استفاده شده است. جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش، جوانان ۱۵ الی ۲۹ ساله شهرهای استان آذربایجان شرقی است که پس از تعیین واریانس جامعه آماری در متغیر وابسته از طریق پرسشنامه‌های تکمیل شده، تعداد نمونه آماری از طریق فرمول کوکران انتخاب شد. حجم نمونه آماری در این پژوهش از طریق فرمول کوکران محاسبه شده است بدین ترتیب که پس از تعیین واریانس جامعه آماری از طریق پیش آزمون^۱ با استفاده از پرسشنامه‌های تهیه شده، مقدار واریانس همراه با سایر اطلاعات مربوطه در فرمول جایگزین شده و تعداد نمونه آماری به دست آمده است. بدین منظور شهرهای استان از لحاظ شاخص‌های توسعه در سه گروه توسعه یافته، توسعه یافته متوسط، کمتر توسعه یافته طبقه بندی شده و در عین حال تلاش شده که از روی نقشه، شهرهایی که در شمال، جنوب، شرق و غرب مرکز

استان قرار دارند علاوه بر مرکز استان مورد بررسی قرار گیرد. شهرهایی که دارای مناطق شهرداری هستند به تفکیک مناطق شهرداری از هر قسمت به‌طور تصادفی سه محله انتخاب و از هر محله نیز به تعداد تقریباً مساوی خانوار از طریق نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک انتخاب و اطلاعات مورد نیاز از طریق پرسشنامه از افراد ۱۵-۲۹ ساله این خانوارها جمع‌آوری شده است.

جدول شماره ۱ جمعیت استان در گروه سنی ۱۵-۲۹ در سال ۱۳۸۸

شهر	جمعیت ۱۵-۲۹ ساله	حجم نمونه
تبریز	۵۴۰۵۱۳	۴۳۹
مراغه	۸۵۵۷۳	۶۹
شیراز	۳۹۴۷۲	۳۲
بستان‌آباد	۳۴۰۰۵	۲۸
کلیر	۳۱۱۸۰	۲۶
کل	۷۳۰۷۴۳	۵۹۴

منبع: سالنامه آماری ۱۳۸۸

ابزار مورد استفاده در این پژوهش برای جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز، پرسشنامه است که شامل ۵۴ سؤال است. پرسشنامه حاضر شامل دو نوع سؤال باز و بسته است که بیشتر حجم آن را سوالات بسته در بر گرفته‌اند. پرسشنامه حاضر با استفاده از طیف لیکرت تنظیم شده است. بدین ترتیب برای تدوین پرسشنامه محقق ساخته و برای سنجش نحوه گذران اوقات فراغت و میزان رضایت‌مندی از آن گویه‌های مناسب از تحقیقات پیشین که زیر نظر اساتید مجرب انجام گرفته‌اند، استخراج و مورد استفاده قرار گرفت. پس از تدوین پرسشنامه

به‌صورت پیش‌آزمون^۱ به اجرا گذاشته شد و بعد از کدگذاری و سنجش میزان همبستگی بین گویه‌ها و پایایی سوالات مربوط به هر متغیر و جرح و تعدیل، پرسشنامه نهایی تنظیم شد. گفتنی است در این پژوهش، برای سنجش سلامت اجتماعی از پرسشنامه سلامت اجتماعی کیز استفاده شده است.

فراغت‌های جسمانی با توجه به مصداق‌های عملی که دومازده برای آن معرفی می‌کند می‌توان گفت که اغلب شامل فراغت‌هایی می‌شوند که در انجام آنها بیشتر جسم و نیروهای جسمانی فرد در آن درگیر می‌شوند. نظیر: ورزش‌های مختلف، قدم‌زنی، پرسه‌زنی، استراحت، مسافرت و تعطیلات.

دومازیه معتقد است که فراغت عملی به‌ویژه در میان افراد کم‌درآمد و طبقه پایین جامعه رواج داشته و جنبه کاربردی دارد. در عین حال به‌عنوان یک فراغت امری دلپذیر بوده و به نحوی با وظایف خانوادگی نیز مرتبط است؛ نظیر: کارهای دستی (سفال‌سازی، باغبانی، سوزن‌دوزی) و غیره.

فراغت‌های فکری، فراغت‌هایی را شامل می‌شوند که بیشتر با جنبه فکر و ذهن انسان تا جسم و تن او مرتبط می‌شوند. عمده این نوع از فراغت در مطالعه متجلی می‌شود و می‌تواند شامل مطالعه روزنامه، مجلات، کتب مختلف و فراغت‌هایی از این نوع همانند گوش دادن به رادیو و تلویزیون را در بر گیرد. در این پژوهش این جنبه از فراغت با متغیرهایی مانند: شرکت در انواع کلاس‌های آموزشی، انجام بازی‌های کامپیوتری، تماشای تلویزیون، ماهواره، مطالعه روزنامه، مجلات و کتب مختلف زیر سنجیده شده است

دومازیه در تقسیم‌بندی خود فراغت‌های هنری را شامل بازدید از مناظر طبیعی مناطق مختلف، موزه‌ها و بناهای یادبود، شرکت در جشن‌های مختلف، رفتن به سینما، تئاتر، کنسرت، نقاشی و نواختن موسیقی و فعالیت‌هایی همانند اینها معرفی می‌کند. در این پژوهش برای سنجش شاخص مورد نظر از متغیرهایی مانند: نواختن و گوش دادن به موسیقی، نقاشی و خطاطی و رفتن به سینما و تئاتر و کنسرت استفاده شده است.

دومازیه فراغت‌های اجتماعی را فراغت‌هایی می‌داند که در بطن اجتماع و در پوشش گروه‌های اجتماعی مانند خانواده، دوستان و برنامه‌های اجتماعی مانند گردهمایی‌ها و برنامه‌های مساجد انجام می‌گیرند. همچنین این نوع فراغت‌ها در پوشش انواع تفریح‌ها، دید و بازدیدها، گردهمایی دوستانه و دوره‌های مختلف خانوادگی و ... ظاهر می‌شود. در این پژوهش برای سنجش شاخص فراغت‌های اجتماعی از متغیرهایی مانند: شرکت در برنامه‌های گردشی و تفریحی، انجمن‌های ادبی و سیاسی، برنامه‌های بسیج و برنامه‌های مساجد استفاده شده است.

در تجزیه و تحلیل تک‌متغیره از روش‌های توصیفی مانند فراوانی، درصد فراوانی و آماره‌های مربوط استفاده شده است. در تجزیه و تحلیل دو متغیره برای آزمون فرضیه‌ها و با توجه به سطوح سنجش متغیرها از آزمون ضریب همبستگی پیرسون، آزمون F و T و در تحلیل چندمتغیره از آزمون رگرسیون چندگانه استفاده شده است.

برای اندازه‌گیری و سنجش پایایی پرسشنامه‌ها (پرسشنامه سلامت اجتماعی و اوقات فراغت) از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شده است. مقدار آلفای کرونباخ نشان می‌دهد که سوال‌های آزمون برای اندگیری ویژگی مورد نظر تا حد زیادی با یکدیگر هماهنگی دارند.

جدول شماره ۲ جدول نتایج تحلیل عاملی و آزمون آلفای کرونباخ مربوط به متغیرهای مستقل و وابسته

متغیر	تعداد گویه	مقدار آلفای کرونباخ	KMO
اجتماعی	۵	۰/۶۲	
عملی	۵	۰/۶۸	
فراغت	۵	۰/۶۷	۰/۸۴
هنری	۴	۰/۷۸	
جسمانی	۵	۰/۶۴	
یکپارچگی اجتماعی	۵	۰/۷۴	
پذیرش اجتماعی	۵	۰/۸۴	۰/۹۰
سلامت	۵	۰/۷۶	۰/۸۷
اجتماعی	۴	۰/۸۷	
پیوستگی اجتماعی	۵	۰/۶۴	

همان‌گونه که جدول فوق نشان می‌دهد بر اساس تحلیل عاملی تأییدی انجام شده، تعداد گویه‌ها و تعداد عوامل مربوط به هر یک از متغیرهای مستقل و وابسته مشخص شدند. مقادیر KMO بیش از ۵۰ درصد است و می‌توان نتیجه گرفت که تعداد نمونه‌ها برای اجرای تحلیل عاملی مناسب است. همچنین مقدار آزمون بارتلت با سطح معناداری برابر با ۰/۰۰۰ نشان می‌دهد که تفکیک عامل‌ها به درستی انجام گرفته است و گویه‌های مربوط به هر عامل، همبستگی بالایی با هم دارند. در متغیر فراغت، ابعاد مربوطه بر روی هم می‌توانند ۵۸/۱۸ درصد از واریانس کل این متغیر را تبیین نمایند و می‌توان آن را معیار مطلوبی تلقی نمود. در عین حال ابعاد پنج‌گانه متغیر سلامت اجتماعی نیز توانسته‌اند ۶۳/۸۱ درصد از واریانس این متغیر را تبیین نمایند. این درصد تبیین و تعداد عوامل به‌دست آمده بعد از چرخش به شیوه واریماکس به دست آمده است.

جدول شماره ۳ توزیع فراوانی پاسخ‌گویان به تفکیک میزان آزمون کولموگروف-اسمیرنوف

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	Z	Sig
سلامت اجتماعی	۵۹۴	۶۶/۷۵	۱۴/۴۵	۰/۸۳۰	۰/۴۹۶

نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن متغیر وابسته معنادار است. مشاهده این توزیع نشان می‌دهد که متغیر از توزیع نرمال قابل قبولی برای تحلیل‌های پارامتریک برخوردار است.

یافته‌های تحقیق

الف- نتایج توصیفی: بر اساس نتایج به‌دست آمده:

* تعداد پاسخ‌گویان زن کمی بیش از مردان بوده است؛

* در بین پاسخ‌گویان بیشترین فراوانی در سنین ۲۵ تا ۲۹ سال و کمترین فراوانی در سن ۱۵ تا ۱۹ سال واقع‌اند؛

* در مورد وضعیت شغلی جوانان، مطابق نتایج به‌دست آمده، بیشترین فراوانی مربوط به دانشجویان و کمترین فراوانی مربوط به افراد خانه‌دار بوده است؛

* در این تحقیق تعداد پاسخ‌گویان متأهل بیش از مجردان بوده‌اند؛

* بر اساس تحقیق حاضر، حدود یک سوم پاسخ‌گویان دارای تحصیلات زیر دیپلم و حدود یک سوم دیگر دارای تحصیلات در حد دیپلم هستند. کمترین فراوانی مربوط به پاسخ‌گوانی است که تحصیلاتشان در حد فوق دیپلم بوده است.

با توجه به اطلاعات ارائه شده در جدول شماره ۲، بیشترین فراوانی از نظر میزان اوقات فراغت مربوط به میزان اوقات فراغت کم (۲۴-۰ ساعت) است که ۴۱۰ نفر (۷۴/۱ درصد) از

کل پاسخ‌گویان را شامل می‌شود. بنابراین بیشترین تعداد پاسخ‌گویان از میزان اوقات فراغت کمی برخوردارند. در مقابل، ۳۲/۴ درصد اظهار داشته‌اند که از فراغت متوسط به بالا و یا بالایی برخوردار هستند.

جدول شماره ۴ توزیع فراوانی پاسخ‌گویان به تفکیک میزان اوقات فراغت

میزان اوقات فراغت (ساعت در هفته)	فراوانی	درصد فراوانی	میانگین=۱۸/۶۱
کم (۰-۲۴)	۴۱۰	۷۴/۱	
متوسط به پایین (۲۵-۴۹)	۱۲۲	۲۱/۹	نما=۲۰
متوسط به بالا (۵۰-۷۵)	۱۷	۳/۰۶	انحراف معیار=۱۴/۳۴
بالا (بیش از ۷۵)			حداکثر=۱۰۰
کل			حداقل=۰

جدول شماره ۵ توزیع فراوانی میزان فراغت و سلامت اجتماعی پاسخ‌گویان

متغیر	میزان متغیر در حد فاصل	فراوانی	درصد فراوانی	آماره‌ها
سلامت	پایین (۱۸-۴۷)	۱۳۳	۲۴	میانگین=۶۶/۷۵
اجتماعی	متوسط (۴۸-۷۸)	۲۷۴	۴۹/۵	انحراف معیار=۱۴/۴۵
	بالا (۷۹-۱۰۸)	۱۴۸	۲۶/۵	حداکثر=۱۰۸
	کل	۵۹۴	۱۰۰	حداقل=۱۸
	پایین (۱۶-۴۲)	۳۲۷	۵۸/۸	میانگین=۴۵/۷۶
	متوسط (۴۳-۶۹)	۱۷۹	۳۲/۳	انحراف معیار=۱۲/۱۱
	بالا (۷۰-۹۶)	۴۹	۸/۹	حداکثر=۹۶
	کل	۵۹۴		حداقل=۱۶

اگر میانگین میزان اوقات فراغت را در روی طیف نشان دهیم ملاحظه می‌شود که میانگین متغیر میزان اوقات فراغت، برابر است با ۱۸/۶۱ و در طیفی از کمترین حد آن یعنی صفر تا بیشترین مقدار آن یعنی صد، در حد پایینی قرار دارد. مقدار نما نشان می‌دهد که طبق اظهار پاسخگویان بیشتر افراد به‌طور متوسط ۲۰ ساعت در طول هفته فراغت دارند. با مروری بر اطلاعات ارائه شده در جدول شماره ۳، مشخص می‌شود که نزدیک به نیمی از پاسخ‌گویان (۴۹/۵ درصد) از سلامت اجتماعی متوسطی برخوردارند. در این میان، ۱۳۳ نفر (۲۴ درصد) از پاسخگویان در سطح سلامت اجتماعی پایین و ۱۴۸ نفر (۲۶/۵ درصد) از پاسخگویان نیز در سطح سلامت اجتماعی بالایی قرار دارند. بنابراین با توجه به اطلاعات جدول زیر اکثر پاسخ‌گویان از سلامت اجتماعی متوسطی برخوردارند. همچنین میانگین نمره‌های کسب شده توسط پاسخ‌گویان در بین گویه‌های مربوط به سلامت اجتماعی برابر است با ۶۶/۷۵ و در طیف بین کمترین ۱۸ و بیشترین مقدار ۱۰۸، مقدار آن در حد متوسط قرار دارد.

در میزان فراغت، بر اساس جمع‌بندی که از فراغت‌های پنجگانه به‌عمل آمده در مجموع، بیش از نیمی از پاسخگویان (۵۸/۸ درصد) از فراغت کمتری برخوردارند و در مابل تنها ۸/۹ درصد اظهار داشته‌اند که از نظر انواع فراغت، از فراغت بالایی برخوردارند. مقدار میانگین برای این متغیر (برابر با ۴۵/۷۶) نشان می‌دهد که در طیف بین کمترین مقدار ۱۶ و بیشترین مقدار ۹۶، پاسخگویان دارای فراغت در حد متوسط به پایین هستند. همان‌طور که جدول شماره ۶ نشان می‌دهد، کمترین میانگین به پذیرش اجتماعی پاسخگویان و بیشترین میانگین به یکپارچگی اجتماعی مربوط بوده است.

جدول شماره ۶ نتایج آمار توصیفی پاسخگویان به تفکیک ابعاد سلامت اجتماعی و فراغت

ابعاد سلامت اجتماعی	میانگین	انحراف معیار	حداکثر	حداقل	وضعیت پاسخگو
پیوستگی اجتماعی	۱۴/۵۴	۳/۶۴	۲۴	۴	متوسط به پایین
یکپارچگی اجتماعی	۲۰/۳۵	۴/۱۷	۳۰	۵	متوسط به بالا
شکوفایی اجتماعی	۱۳/۴۷	۴/۸۵	۲۴	۴	متوسط به پایین
پذیرش اجتماعی	۱۰/۹۶	۳/۶۷	۱۸	۳	متوسط به پایین
مشارکت اجتماعی	۹/۷۵	۳/۰۷	۱۸	۳	متوسط به پایین
فراغت‌های اجتماعی	۹/۷۹	۳/۲۲	۱۸	۳	متوسط به پایین
فراغت‌های عملی	۷/۱۹	۳/۳۰	۱۸	۳	پایین
فراغت‌های جسمانی	۷/۶۵	۲/۴۹	۱۲	۲	متوسط
فراغت‌های فکری	۶/۴۲	۳/۰۹	۱۸	۳	پایین
فراغت‌های هنری	۱۱/۳۰	۴/۱۳	۲۴	۴	متوسط به پایین

نتایج تحقیق حاکی از این است که جوانان استان آذربایجان شرقی از فراغت‌های عملی و فکری پایینی برخوردارند و در مقابل در فراغت‌های جسمانی در حد متوسطی قرار دارند. در عین حال مقدار میانگین برای سایر انواع فراغت، نشان می‌دهد که این پاسخگویان از نظر فراغت‌های هنری و اجتماعی در حد متوسط به پایین قرار دارند.

ب- نتایج استنباطی

در تحلیل دو متغیره به بررسی ارتباط بین متغیرهای مستقل و وابسته با هم و نیز آزمون همبستگی بین ابعاد مختلف هریک از متغیرها و معناداری این روابط و همبستگی‌ها پرداخته‌ایم و در این راستا از آزمون ضریب همبستگی پیرسون و آزمون تفاوت میانگین‌ها استفاده کرده‌ایم.

جدول شماره ۷ نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین ابعاد فراغت

فراغت هنری	فراغت فکری	فراغت جسمانی	فراغت عملی	
				فراغت اجتماعی
۰/۴۰۱	۰/۴۰۷	۰/۴۵۳	۰/۴۳۸	ضریب همبستگی
۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	سطح معنی‌داری
				فراغت عملی
۰/۳۶۶	۰/۴۷۵	۰/۳۱۵		ضریب همبستگی
۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰		سطح معنی‌داری
				فراغت جسمانی
۰/۱۹۸	۰/۲۶۱			ضریب همبستگی
۰/۰۰۰	۰/۰۰۰			سطح معنی‌داری
				فراغت فکری
۰/۴۰۷				ضریب همبستگی
۰/۰۰۰				سطح معنی‌داری

همان‌طور که نتایج مندرج تحقیق در جدول شماره ۷ نشان می‌دهد، در بین ابعاد پنج‌گانه فراغت، همبستگی بین بعد اجتماعی با سایر ابعاد در حد متوسط به بالا بوده است و در مقابل همبستگی بین بعد جسمانی فراغت با بعد فکری و هنری در حد ضعیف و یا متوسط به پایین است. همچنین بعد فکری فراغت با بعد عملی و هنری فراغت، همبستگی متوسط به بالایی را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۸ نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین ابعاد سلامت اجتماعی

شکوفایی	مشارکت	یکپارچگی	پذیرش	
۰/۲۶۹	۰/۲۹۶	۰/۳۲۸	۰/۲۱۷	پیوستگی
۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	
۰/۶۷۵	۰/۶۱۱	۰/۴۷۶		پذیرش
۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰		
۰/۴۴۸	۰/۴۶۴			یکپارچگی
۰/۰۰۰	۰/۰۰۰			
۰/۶۰۷				مشارکت
۰/۰۰۰				

به‌علاوه نتایج تحقیق حاضر نشان داده است [نگاه کنید به جدول شماره ۸] که در آزمون بررسی همبستگی بین ابعاد مختلف سلامت اجتماعی، بعد شکوفایی اجتماعی با بعد مشارکت اجتماعی و پذیرش اجتماعی دارای بیشترین همبستگی بوده است و در مقابل همبستگی بعد پیوستگی اجتماعی با بقیه ابعاد در حد متوسط به پایین است.

جدول شماره ۹ نتایج ضریب همبستگی پیرسون بین فراغت و سلامت اجتماعی

متغیرها	فراغت
سلامت اجتماعی	
ضریب همبستگی	۰/۳۲۲
سطح معنی‌داری	۰/۰۰۰

در نهایت بررسی همبستگی بین متغیر مستقل و وابسته تحقیق، یعنی فراغت و سلامت اجتماعی نشان می‌دهد که این دو متغیر همبستگی متوسطی با هم دارند و این ارتباط در سطح خطای یک درصد معنادار است. نتایج مربوط به این آزمون در جدول شماره ۹ نشان داده شده است.

جدول شماره ۱۰ نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین سن با ابعاد فراغت و سلامت اجتماعی

متغیرها	سن	متغیرها	سن
فراغت‌های عملی		فراغت‌های اجتماعی	
ضریب همبستگی	-۰/۱۰۲	ضریب همبستگی	-۰/۱۰۹
سطح معنی‌داری	۰/۱۰	سطح معنی‌داری	۰/۱۱
فراغت‌های هنری		فراغت کل	
ضریب همبستگی	-۰/۱۱۴	ضریب همبستگی	-۰/۱۲۲
سطح معنی‌داری	۰/۰۰۷	سطح معنی‌داری	۰/۰۰۴
شکوفایی اجتماعی			
ضریب همبستگی	-۰/۱۲۰		
سطح معنی‌داری	۰/۰۰۵		

مطابق با نتایج درج شده در جدول فوق، میزان سلامت اجتماعی در بین سنین مختلف جوانان از ۱۵ تا ۲۹ سال تفاوتی نداشته است. در ابعاد مربوط به سلامت اجتماعی، تنها بین میزان شکوفایی اجتماعی و سن، ارتباط معکوس وجود دارد؛ به این معنی که هرچه میزان سن افزایش می‌یابد، از میزان شکوفایی اجتماعی کاسته می‌شود. ارتباط بین بقیه ابعاد سلامت اجتماعی با متغیر سن، معنادار نبوده است.

همچنین، بین فراغت کل و سن ارتباط معکوس وجود دارد؛ به این معنی که هرچه سن افراد افزایش می‌یابد از میزان فراغت‌های مختلف افراد کاسته می‌شود. در گونه‌های فراغت

نیز، به جز فراغت جسمانی و فکری، ارتباط بین فراغت‌های اجتماعی، عملی و هنری معنادار بوده است. به‌علاوه این تحقیق به این نتیجه می‌رسد که هرچه میزان سن افراد بالا می‌رود از میزان فراغت‌های نامبرده کاسته می‌شود.

در بررسی ارتباط بین جنسیت با سلامت اجتماعی و ابعاد آن نشان می‌دهد که بین مردان و زنان جوان در میزان سلامت اجتماعی و نیز در ابعاد سلامت اجتماعی تفاوت معنادار و قابل توجهی وجود ندارد.

بررسی میزان فراغت و گونه‌های فراغت در بین مردان و زنان نشان داد که به‌طور کلی در فراغت بین زنان و مردان جوان تفاوت معنادار وجود ندارد، ولی در بررسی تفکیکی گونه‌های مختلف فراغت میزان فراغت اجتماعی و عملی زنان بیش از مردان است و در بقیه گونه‌ها، این تفاوت میانگین معنادار نبوده است.

جدول شماره ۱۱ نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین جنسیت و تاهل با ابعاد فراغت و سلامت اجتماعی

متغیرها	جنسیت	مقدار میانگین	مقدار کمیت T	sig
فراغت اجتماعی		مردان=۹/۷۱	-۰/۳۴۱	۰/۰۰۵
		زنان=۹/۹۰	-۰/۳۳۴	
فراغت عملی		مردان=۶/۹۹	-۱/۷۳۳	۰/۰۰۱
		زنان=۷/۴۸	-۱/۶۹۵	
فراغت کل	تاهل	متاهلان=۴۴/۲۸	-۲/۹۰۳	۰/۰۰۴
		مجردان=۴۷/۲۷	-۲/۹۵۳	
فراغت عملی		متاهلان=۶/۹۲	-۱/۷۷۰	۰/۰۰۴
		مجردان=۷/۴۱	-۱/۸۰۶	

فراغت جسمانی	متأهلان=۷/۵۴	-۱/۴۶۴	۰/۰۰۸
	مجردان=۷/۸۴	-۱/۴۸۵	
سلامت اجتماعی	متأهلان=۶۴/۳۹	-۲/۸۶۱	۰/۰۰۴
	مجردان=۶۷/۸۴	-۲/۸۹۷	
یکپارچگی	متأهلان=۱۹/۸۳	-۲/۰۶۷	۰/۰۰۳
	مجردان=۲۰/۵۵	-۲/۰۹۸	
پذیرش	متأهلان=۱۰/۴۲	-۲/۸۵۷	۰/۰۰۴
	مجردان=۱۱/۳۰	-۲/۸۸۵	
مشارکت	متأهلان=۹/۱۸	-۳/۴۶۱	۰/۰۰۱
	مجردان=۱۰/۰۶	-۳/۴۵۰	
شکوفایی	متأهلان=۱۲/۸۵	-۲/۰۲۳	۰/۰۰۴
	مجردان=۱۳/۶۸	-۲/۰۲۶	
پیوستگی	متأهلان=۱۳/۸۹	-۳/۳۳۶	۰/۰۰۱
	مجردان=۱۴/۹۲	-۳/۳۴۹	

بررسی میزان سلامت اجتماعی پاسخ‌گویان بر اساس وضع تأهل آنان، نشان داد که در همه ابعاد، تفاوتی بین مردان و زنان جوان مشاهده نمی‌شود ولی در بین متأهلان و مجردان این تفاوت معنادار بوده و در عین حال، در فراغت کل، میزان فراغت متأهلان کمتر از مجردان بوده و در گونه‌های فراغت، تنها تفاوت میانگین فراغت‌های عملی و جسمانی در بین متأهلان و مجردان معنادار بوده و در بقیه گونه‌ها این تفاوت، معنادار نبوده است. به عبارت دیگر می‌توان گفت که میزان فراغت جسمانی و عملی مجردان نسبت به متأهلان بیشتر بوده و در مقابل، در فراغت اجتماعی، فکری و هنری تفاوتی بین متأهلان و مجردان مشاهده نمی‌شود.

جدول شماره ۱۲ نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین وضعیت شغلی با ابعاد فراغت و سلامت اجتماعی

متغیرها	شغل	F	Sig	متغیرها	شغل	F	sig
فراغت کل		۵/۲۵۷	۰/۰۰۰	سلامت اجتماعی		۵/۰۳۷	۰/۰۰۰
اجتماعی		۴/۷۱۰	۰/۰۰۰	یکپارچگی		۶/۴۵۳	۰/۰۰۰
جسمانی		۳/۵۴۴	۰/۰۰۲	پذیرش		۲/۶۶۳	۰/۰۱۵
فکری		۱/۰۲۹	۰/۴۰۵	مشارکت		۳/۰۰۳	۰/۰۰۷
هنری		۵/۹۰۶	۰/۰۰۰	شکوفایی		۴/۱۴۱	۰/۰۰۰
عملی		۱/۷۶۹	۰/۱۰۳	پیوستگی		۵/۱۱۶	۰/۰۰۰

نتایج آزمون آنالیز واریانس بین فراغت و سلامت اجتماعی پاسخ‌گویان نشان می‌دهد که در میزان فراغت بین افراد با وضعیت‌های شغلی مختلف تفاوت وجود دارد. در این بین در گونه‌های پنج‌گانه فراغت به جز در فراغت فکری، در بقیه گونه‌های فراغت (اجتماعی، جسمانی، هنری و عملی) بین افراد تفاوت وجود دارد. همچنین بر اساس نتایج به دست آمده، در سلامت اجتماعی و ابعاد مختلف آن (انسجام، مشارکت، پذیرش، شکوفایی و پیوستگی) بین افراد با وضعیت‌های شغلی مختلف تفاوت وجود داشته و این تفاوت در سطح خطای ۵ درصد معنادار است.

جدول شماره ۱۳ نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین تحصیلات با ابعاد فراغت و سلامت اجتماعی

متغیرها	تحصیلات	F	sig	متغیرها	تحصیلات	F	sig
فراغت کل و تحصیلات		۱۷/۵۵۵	۰/۰۰۰	سلامت اجتماعی و تحصیلات		۵/۳۳۹	۰/۰۰۰
فراغت اجتماعی و تحصیلات		۱۰/۳۹۹	۰/۰۰۰	یکپارچگی و تحصیلات		۶/۷۵۶	۰/۰۰۰
فراغت جسمانی و تحصیلات		۷/۹۵۰	۰/۰۰۰	پذیرش و تحصیلات		۲/۰۱۳	۰/۰۴۵
فراغت فکری و تحصیلات		۳/۲۴۹	۰/۰۰۴	مشارکت و تحصیلات		۵/۶۴۹	۰/۰۰۰
فراغت هنری و تحصیلات		۱۴/۲۷۶	۰/۰۰۰	شکوفایی و تحصیلات		۱/۷۵۲	۰/۱۰۷
فراغت عملی و تحصیلات		۸/۸۱۶	۰/۰۰۰	پیوستگی و تحصیلات		۱۰/۲۲۲	۰/۰۰۰

در نهایت، بررسی تأثیر تحصیلات بر فراغت و سلامت اجتماعی جوانان نشان داد که بین افراد با سطوح تحصیلی مختلف در فراغت به‌طور کلی و نیز در انواع گونه‌های فراغت تفاوت وجود دارد. همچنین این تحقیق نشان داد که تحصیلات می‌تواند بر سلامت اجتماعی جوانان تأثیر بگذارد و در ابعاد سلامت نیز تحصیلات می‌تواند سبب تفاوت افراد در ابعاد مختلف گردد.

در تحلیل چندمتغیره از آزمون تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده گردید. برای اجرای رگرسیون و تحلیل رابطه بین متغیرهای اوقات فراغت و سلامت اجتماعی از روش گام به گام استفاده گردید. نتایج این آزمون در جدول شماره ۱۳ ارائه شده است.

جدول شماره ۱۴ ضرایب رگرسیونی یا بتاها

مراحل	متغیرها	R	R ² تعدیل شده	β	Sig
مرحله اول	فراغت هنری	۰/۴۰۰	۰/۱۵۹	۰/۴۰۰	۰/۰۰۰
مرحله دوم	فراغت هنری	۰/۴۱۲	۰/۱۶۷	۰/۳۶۰	۰/۰۲۰
	فراغت فکری			۰/۱۰۵	
مرحله سوم	فراغت هنری	۰/۴۲۵	۰/۱۷۶	۰/۳۷۲	۰/۰۰۰
	فراغت فکری			۰/۱۲۹	
	فراغت جسمانی			-۰/۹۱۰۹	
مرحله چهارم	فراغت هنری	۰/۴۳۸	۰/۱۸۶	۰/۳۴۴	۰/۰۰۵
	فراغت فکری			۰/۰۹۹	
	فراغت جسمانی			-۱/۱۵۴	
	فراغت اجتماعی			۰/۱۲۸	

نتایج تحلیل رگرسیونی چندمتغیره نشان می‌دهد که از انواع گونه‌های فراغت بر روی هم می‌توانند به میزان ۱۸/۱ درصد از تغییرات متغیر سلامت اجتماعی را تبیین نمایند. مقدار ضریب تبیین در این آزمون برابر با ۰/۱۹۴ و ضریب تبیین تعدیل شده برابر با ۰/۱۸۱ بوده است. مقدار ضرایب بتا نشان‌دهنده درجه تأثیر متغیر مستقل بر متغیر وابسته است. در این میان، فراغت هنری با ضریب بتا برابر با ۰/۳۴۴ بیشترین تأثیر و فراغت، فکری با ضریب بتا برابر با ۰/۰۹۹ کمترین تأثیر را بر روی سلامت اجتماعی افراد داشته است. همچنین از بین گونه‌های مختلف فراغت تأثیر همه گونه‌ها به جز فراغت عملی بر روی سلامت اجتماعی معنادار بوده است و همان‌طور که می‌بینیم این بعد از فراغت در روش گام به گام از معادله رگرسیونی بیرون مانده است.

بحث و نتیجه‌گیری

اصلی‌ترین هدف این پژوهش، بررسی رابطه نحوه گذران اوقات فراغت و میزان آن با شکل‌گیری ذهنیت و دیدگاه افراد جامعه درباره آینده جامعه، میزان دلبستگی افراد جامعه نسبت به آن، میزان احساس مسئولیتی که نسبت به جامعه دارند و همچنین میزان مقبولیت جامعه با همه کم و کاستی‌های آن، و پیوستگی‌ای که افراد با آن دارند. به بیان دیگر نوع نگاه افراد نسبت به جامعه و سلامت اجتماعی افراد بوده است. این پژوهش بر آن است تا بیان کند که اوقات فراغت و شکل‌های گوناگون گذران آن، به‌عنوان یکی از عوامل اجتماعی و فرهنگی و حتی اقتصادی می‌تواند در شکل‌گیری سلامت اجتماعی و نوع نگاه و دیدگاه افراد نسبت به جامعه موثر باشد.

ادینگتون و دومازیر معتقدند که اوقات فراغت کارکردهای مثبت گوناگونی دارد که در مجموع به کسب سلامت روانی و اجتماعی فرد منجر خواهد شد و سلامت را در افراد به

همراه خواهد داشت. نتیجه حاصل از آزمون این فرضیه دیدگاه‌های ادینگتون و دومازیر را تأیید می‌کند. همچنین نتایج حاصل از این تحقیق، یافته‌های کالدول، اسمیت و ویزینگر (۱۹۹۵) را که به بررسی رابطه بین مشارکت در فراغت و ابعاد متنوع سلامت در بین دانشجویان پرداختند، تأیید می‌کند. نتایج پژوهش فوق نشان می‌دهد مشارکت فعالانه در فعالیت‌های فراغتی و رضایت از فراغت، با سلامت فیزیکی، روانی و اجتماعی در ارتباط است (Olson, 1996: 24).

اوقات فراغت به‌عنوان یکی از عوامل اجتماعی و فرهنگی و اقتصادی، اگر به‌صورت بهینه صرف شود به‌گونه‌ای که رضایت را برای عامل صرف‌کننده به‌همراه داشته باشد، می‌تواند بر دیدگاه‌ها و تصورات فرد از جامعه، شرایط و آینده آن تأثیرات مثبت داشته باشد، و باعث شود که فرد به جامعه خود با دید امیدوارانه‌ای نگاه کند و این دلبستگی و انسجام و امیدواری به جامعه، بدون شک، باعث تلاش و کوشش فرد در راه رسیدن جامعه به اهداف خود گردد و به ارتقای جامعه و بهبود وضعیت اقتصادی و رفاهی آن خواهد سبب شود.

آنچه افزایش میزان رضایت از اوقات فراغت را فراهم خواهد کرد، سرمایه‌گذاری و ایجاد امکانات و فضاها و شرایط مناسب، فعالیت‌های فرهنگی برای همه اقشار جامعه به‌ویژه جوانان است. مطمئناً این سرمایه‌گذاری برای جامعه مفید می‌شود و سلامت اجتماعی جامعه را افزایش می‌دهد و در نهایت باعث تعالی و توسعه جامعه می‌گردد، که این سرمایه‌گذاری هم می‌تواند از طریق بخش خصوصی و هم بخش دولتی و تعاونی صورت گیرد.

قسمت دوم فرضیه‌های پژوهش حاضر، همه به نوعی به‌نحوه گذران اوقات فراغت و رابطه‌ای که هریک از این گونه‌ها یا سبک‌های فراغتی می‌توانند با سلامت اجتماعی فرد داشته باشند، مربوط می‌شود. از آنجایی که از مجموع همه این فرضیات، نحوه گذران اوقات

فراغت افراد حاصل می‌شوند، به بیان دیگر هر یک از پاسخ‌گویان ممکن است مقداری از زمان اوقات فراغت خود را با انجام هر یک از فعالیت‌های مربوط به انواع سبک‌های فراغتی سپری کنند (در زمان فراغت تنها یک نوع فعالیت انجام نمی‌دهند، بلکه ممکن است به چند نوع فعالیت بپردازند) لذا مجموع نمره همه پاسخ‌گویان در هر یک از سبک‌های فراغتی، با سلامت اجتماعی در ارتباط گذاشته شده و رابطه و همبستگی آن‌ها مورد آزمون قرار گرفته است.

از آنجایی که اوقات فراغت به‌عنوان یک متغیر مستقل در تحقیقات اجتماعی کمتر مورد توجه قرار گرفته و بیشتر به‌عنوان متغیر وابسته بررسی قرار شده است. لذا دیدگاه یا نظریه مستقلی که بخواهد رابطه هر یک از سبک‌های فراغتی و سلامت اجتماعی را به‌طور مستقیم تبیین نماید وجود ندارد، بنابر این همه پنج فرضیه‌ای که رابطه نحوه گذران اوقات فراغت و سلامت اجتماعی را می‌سنجند از تلفیقی از چندین دیدگاه در باره اوقات فراغت و سلامت اجتماعی استخراج شده‌اند. دومازیه یکی از اندیشمندان حوزه فراغت در کتاب «به‌سوی یک تمدن فراغت» معتقد است: اوقات فراغت را برای افراد کارکرد مثبت دارد که اگر به‌خوبی از این فرصت‌ها استفاده شود برای فرد مزایای زیادی در بر خواهد داشت. دومازیر سه کارکرد اصلی برای فعالیت‌های فراغتی قائل شد است: ۱- تأمین استراحت؛ ۲- تفریح و کم کردن کسالت؛ ۳- رشد شخصیت فردی و اجتماعی. از آنجایی که دومازیر برای فراغت ۵ نوع در نظر می‌گیرد، می‌توان استنباط کرد که کارکردهای مثبت در همه این انواع از سبک‌های فراغتی مستتر باشد.

نتایج به‌دست آمده از آزمون فرضیه‌ها وجود رابطه معنادار با میزان همبستگی متوسط بین گذران اوقات فراغت از طریق فعالیت‌های اجتماعی و عملی- جسمانی و سلامت اجتماعی نشان می‌دهند. دیدگاه دومازیر مبنی بر کارکردهای مثبت اوقات فراغت بر رشد فردی و اجتماعی فرد را تأیید می‌کند و همچنین دیدگاه‌های رویکرد سیستمی را در مطالعه

سلامت اجتماعی، که معتقد است در مطالعه پدیده‌های اجتماعی و انسانی همه پدیده‌های موجود بر همدیگر تأثیر متقابل دارند و اوقات فراغت نیز به‌عنوان یکی از پدیده‌های اجتماعی می‌تواند تأثیر متقابلی بر سلامت اجتماعی داشته باشد و از آن متأثر شود تأیید می‌کند و همچنین دیدگاه مدل اجتماعی سلامت را که معتقد است، سلامت به طور عام و سلامت اجتماعی به‌طور خاص تنها از یک منبع و عامل تأثیر نمی‌پذیرند و تنها تحت تأثیر یک عامل به‌طور مطلق قرار ندارند، بلکه از عوامل مختلف اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و روانی و ژنتیکی تأثیر می‌پذیرند را مورد تأیید قرار می‌دهد.

در مقایسه نتایج به‌دست آمده از این تحقیق با نتایج تحقیق کیزی و شاپیرو (۲۰۰۴) می‌توان گفت که در بین ابعاد سلامت اجتماعی فقط در شکوفایی اجتماعی بین سنین مختلف تفاوت وجود دارد. همانند تحقیق کیزی و شاپیرو شغل می‌تواند بر ابعاد مختلف سلامت اجتماعی تأثیرگذار باشد. در تحقیق حاضر برخلاف نتایج تحقیق کیزی و شاپیرو بین زنان و مردان در ابعاد مختلف سلامت اجتماعی تفاوت قابل توجهی مشاهده نشد. همچنین مطابق با تحقیق مک آرتور (۱۹۹۵)، بین سن و برخی از ابعاد سلامت اجتماعی ارتباط وجود دارد.

به‌نظر می‌رسد سبک‌ها و فعالیت‌های گذران اوقات فراغت به‌صورت اجتماعی و عملی- جسمانی از آنجایی که فرد را در یک پروسه و فرایند روابط اجتماعی گروهی و پویایی قرار می‌دهند و عامل مهمی در گسترش و افزایش تعاملات اجتماعی فرد هستند، باعث بالارفتن میزان سلامت اجتماعی در جامعه می‌شوند، زیرا این تعاملات و روابط اجتماعی باعث می‌شوند که فرد خود را جزو جامعه بداند و نسبت به آن احساس تعلق خاطر کند و احساس کند که جامعه برای او به‌عنوان یک شهروند ارزش و اهمیت قایل است. فعالیت‌های گروهی، اجتماعی و عملی جسمانی باعث می‌شوند که افراد در گروه و جامعه مسئولیت‌هایی

را بر عهده بگیرند و بر این اساس جامعه و فعالیت‌های گروهی برای فرد مهم تلقی شود؛ زیرا برای این فعالیت‌ها و تلاش‌ها انرژی و هزینه و وقت صرف کرده است و به همین دلیل نتایج آن‌ها نیز برای فرد اهمیت خواهد داشت. و این فرایند باعث افزایش سلامت اجتماعی و دیدگاه مثبت به جامعه را در جامعه پرورش خواهد داد.

نتایج به‌دست آمده از فرضیه‌ها مبنی بر وجود رابطه معنادار بین نحوه گذران اوقات فراغت به سبک فراغت‌های فکری و هنری و سلامت اجتماعی نیز تأیید شده و نتیجه به‌دست آمده حاکی از آن است که گذران اوقات فراغت از طریق فعالیت‌ها و سبک فراغت‌های فکری و هنری نیز، تأثیر معناداری بر روی میزان سلامت اجتماعی افراد جامعه آماری مورد نظر داشته است منتها این تأثیر و ارتباط معنادار در حد ضعیفی بوده است. بنابراین دیدگاه دوم‌آمیزه مبنی بر کارکردهای مثبت اوقات فراغت و همچنین رویکرد دیدگاه سیستمی در مطالعه سلامت، اجتماعی و همچنین مدل‌های اجتماعی سلامت که بر تئوری‌های چندمنظوره در تبیین سلامت اجتماعی تأکید دارند، از طریق این دو فرضیه نیز مورد تأیید قرار می‌گیرند منتها نتایج پژوهش نشانگر آن است که گذران اوقات فراغت از طریق فعالیت‌های اجتماعی و عملی-جسمانی فرد را بیشتر درگیر جامعه می‌کند و زمینه مثبت اندیشی راجع به جامعه را در فرد مهیاتر می‌سازد.

به‌نظر می‌رسد سبک‌های فراغتی فکری و هنری از آنجایی که افراد را به‌نوعی به‌لحاظ شکل و ساختار فعالیت‌هایی که دارند از تعاملات و روابط اجتماعی قوی و شرکت در کارهای گروهی و دسته جمعی تا حدودی جلوگیری می‌کنند و آنها را از مسیر تعاملات زیاد و روابط اجتماعی قوی در جامعه و گروه‌های اجتماعی باز می‌دارند و این خود عاملی می‌شوند برای عدم احساس تعلق خاطر و احساس همبستگی و مسئولیت این گونه افراد و همین‌طور برای صرف انرژی و هزینه و زمان برای اجتماع و کارهای گروهی و اجتماعی

نسبت به جامعه چون هر چه میزان صرف هزینه و زمان و انرژی در کاری بیشتر باشد فرد نسبت به آن و نتایج حاصل از آن بیشتر حساسیت نشان می‌دهد. این‌گونه افراد نیز بیشتر وقت فراغت خود را با فعالیت‌هایی سپری می‌کنند که باعث می‌شوند به کارهای گروهی و اجتماعی کمتر هزینه کنند و در نتیجه کمتر به نتایج آنها حساس باشند، خود را جزو مهمی از اعضای جامعه به حساب نیاورند و نسبت به آن احساس تعلق خاطر و مسئولیت نکنند. این امر باعث ایجاد نوعی شکاف و فاصله بین این‌گونه افراد و جامعه می‌شود. این امر بزرگ‌ترین زیان را به جامعه به همراه خواهد داشت. زیرا این شکاف باعث خواهد شد که افراد و شهروندان جامعه هیچ‌گونه احساس مسئولیتی نسبت به جامعه نداشته باشند و برای پیشرفت جامعه هیچ تلاشی از خود نشان ندهند و این امر باعث عدم رشد و توسعه جامعه می‌شود و وضعیت رفاهی آن را با خطر فقر و تنگدستی روبه‌رو می‌کند.

منابع

- ابراهیمی، قربانعلی؛ رازقی، نادر و پطروودی، رقیه (۱۳۹۰) اوقات فراغت و عوامل اجتماعی موثر بر آن، *جامعه‌شناسی کاربردی*، سال بیست و دوم، شماره ۴ (پیاپی ۴۴)، ۷۱-۹۸.
- اسدی، علی (۱۳۵۲) *اوقات فراغت، دیدگاه‌ها و تعاریف آن*. سمینار ملی رفاه اجتماعی. کمیته گذران اوقات فراغت، سازمان برنامه بودجه.
- اسکملر، گراهام (۱۳۸۶) *هابرماس، نظریه انتقادی و سلامت*. ترجمه حسینعلی نوذری، تهران: موسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی.
- آدم، فیلیپ (۱۳۸۵) *جامعه‌شناسی بیماری و پزشکی*. ترجمه دنیا کتبی با همکاری مرتضی کتبی، تهران: نشر نی.
- بی‌نا (۱۳۸۱) *بررسی وضعیت اوقات فراغت جوانان*. تهران: انتشارات سازمان ملی جوانان.
- بی‌نا (۱۳۸۴) *اوقات فراغت و سبک‌های زندگی جوانان*. تهران: انتشارات سازمان ملی جوانان.
- بی‌نا (۱۳۸۴) *سیمای جهانی اوقات فراغت جوانان*. تهران: انتشارات سازمان ملی جوانان.
- پارک، جان اورت (۱۳۸۴) *درسنامه پزشکی پیشگیری و اجتماعی*، ترجمه حسین شجاعی تهرانی، تهران: نشر سماط.
- تباردرزی، هادی عبدالله (۱۳۸۶) *بررسی ارتباط سلامت اجتماعی و متغیرهای دموگرافیک اجتماعی دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- جوشن‌لو، محسن؛ نصرت‌آبادی، مسعود؛ رستمی، رضا (۱۳۸۵) *بررسی ساختار عاملی مقیاس بهزیستی جامع. فصلنامه روانشناسان ایرانی*، سال سوم، شماره نهم.

- جین کتس، پیردی؛ آلیسون. داگلاس، جی. (۱۳۸۴). *ارتقای سلامت (دانش و رفتار)*، ترجمه داوود شجاعی‌زاده و دیگران، تهران: آینده‌سازان - شهرآب.
- حسینی، سیده‌فاطمه (۱۳۸۷). *بررسی میزان سلامت اجتماعی و عوامل موثر بر آن در دانشجویان دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی.
- دانشور، محمدصادق (۱۳۷۵). *گذران اوقات فراغت*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران.
- دومازی، ژوفر (۱۳۵۲) *زمان فراغت از دیدگاه تاریخی و جامعه‌شناسانه، آدینه، فرهنگ و زندگی*، ۱۲، پاییز: ۱۳-۲۳.
- دومازی، ژوفر (۱۳۵۲) *مقدمه‌ای بر جامعه‌شناسی فراغت*. علی اسدی، فرهنگ و زندگی، شماره ۱۲، پاییز.
- ریاضی، ابوالحسن (۱۳۹۲) *تصویری از فرهنگ مصرفی جامعه ایران با استفاده از داده‌های پیمایش ملی پیرامون گذران اوقات فراغت، فصلنامه تحقیقات فرهنگی ایران*، دوره ششم، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۲، ۱۳۷-۱۵۳.
- زاهدی اصل، محمد (۱۳۸۴) *اهمیت و ضرورت سیاست‌گذاری در اوقات فراغت*. مرکز مطالعات و تحقیقات اجتماعی و فرهنگی، معاونت امور اجتماعی و فرهنگی شهرداری تهران.
- سام آرام، عزت... (۱۳۸۷) *سلامت اجتماعی*. پلی کپی درسی دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی.
- سجادی، حمیرا؛ صدرالسادات، سیدجلال (۱۳۸۴) *شاخص‌های سلامت اجتماعی*. *ماهنامه اطلاعات سیاسی-اقتصادی*، سال نوزدهم، ۷ و ۸، تهران: انتشارات موسسه اطلاعات.

- فارسی‌نژاد، معصومه (۱۳۸۳) *بررسی رابطه سبک‌های هویت با سلامت اجتماعی و خودکارآمدی تحصیلی دانش‌آموزان دبیرستان‌های شهر تهران*، دانشگاه تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
- قاسمی، وحید؛ گنجی، محمد؛ مرادویسی، رزگار (۱۳۹۲) تأثیر تفاوت‌های جنسیتی در استفاده از کالاهای فرهنگی و نحوه گذران اوقات فراغت، *فصلنامه مطالعات روانشناختی زنان*، سال یازدهم، شماره اول، بهار ۱۳۹۲، ۹۳-۱۲۴.
- کنگرلو، مریم (۱۳۸۷) *بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیرشاهد دانشگاه علامه طباطبائی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی.
- کوهستانی، حسینعلی و دیگران (۱۳۷۸) *پژوهشی در اوقات فراغت و راه‌های بهره‌وری از آن*. مشهد: انتشارات تیهو.
- کیبیز، ام. شاپیرو، آدام (۱۳۸۳) *سلامت اجتماعی در ایالات متحده، همه‌گیرشناسی توصیفی*. ترجمه حسینی، بی‌جا.
- مرن‌دی، علیرضا (۱۳۸۴) *بهداشت عمومی*. تهران: انتشارات دانشگاه شهید بهشتی.
- معدن‌کن، ایراندخت (۱۳۶۹) *نقش ورزش در جلوگیری از انحرافات اخلاقی جوانان*. سازمان برنامه و بودجه.
- میکائیلی، علی؛ حسین‌زاده، نادر (۱۳۷۹) *برنامه‌ریزی اوقات فراغت، نشریه مدیریت شهری*، سال اول، شماره اول.
- وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (۱۳۸۵) *عوامل اجتماعی موثر بر سلامت*. معاونت سلامت، دبیرخانه عوامل اجتماعی موثر بر سلامت.

- Harden, D.M. (2009) *The Five Factor Model of Personality and Leisure Experience*, in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree Master of Arts in Psychology. Faculty of California State University.
- Keyes, C.L.M. (2004) *Complete Mental Health: an agenda for the 21st century*.
- Keyes, C., Shapiro, A. (2004) *Social Well-being in the United States: A Descriptive Epidemiology*. In: Brim, O., Ryff, C., Kessler, R. (Eds.), *How Healthy Are We: A national Study of Well-being at Midlife*. University of Chicago Press, Chicago, pp. 350-372.
- Keyes, C.L.M. (1998) Social Well-being. *Social Psychology Quarterly* 61, 121-140.
- Larson, J.S. (1996) *The World Health Organizations Definition Health*. Social versus Spiritual Health. Social Indicator Research.
- Olson, A.N. (1996) *An Exploration of The Relationships Among Leisure Life Style Dispositions Complexity and Health*”, Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Philosophy. The Pennsylvania State University, The Graduate School College Health and Human Development.
- Ryff, C.D. (1989) Happiness Is Everything, Or Is It Explorations on the Meaning of Psychological Well-being. *Journal of Personality and Social Psychology* 57, 1069-1081.
- W.H.O (1984) *Social Versus Spiritual Health*. Social Indicators Research Constitution of the World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization Report. (2000) *Why Do Health System Matter?*