

تحلیل تأثیر ابعاد مشارکت اجتماعی بر سلامت عمومی و ابعاد آن، علائم جسمانی، اضطراب-بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی در دانش‌آموزان پسر

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۶/۱۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۹/۲۳

ارسلان طهماسبی^۱، محمد حسین پوریانی^{۲*}، حسن خیری^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: این پژوهش با هدف تحلیل تأثیر ابعاد مشارکت اجتماعی (سیاسی، مدنی، مذهبی و فرهنگی) بر سلامت عمومی و ابعاد آن (علائم جسمانی، اضطراب-بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی) در دانش‌آموزان پسر دوره دوم متوسطه شهر خرم‌آباد انجام شد.

روش: پژوهش حاضر از لحاظ روش از نوع مطالعات توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری، کلیه دانش‌آموزان پسر دوره دوم متوسطه ساکن خرم‌آباد در بهار سال ۱۴۰۱ بود که از بین آن‌ها با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای، ۲۱۰ نفر انتخاب شدند. ابزارهای این پژوهش شامل پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ)، گلدبرگ و هیلر، (۱۹۷۹) و پرسش‌نامه محقق‌ساخته مشارکت اجتماعی دانش‌آموزان (SSPQ) بودند. داده‌ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: مشارکت در فعالیت‌های سیاسی، مدنی، مذهبی و فرهنگی، با سلامت عمومی بالاتر و علائم جسمانی کمتر و سطوح پایین‌تر اضطراب-بی‌خوابی و افسردگی، همبستگی معنادار داشتند ($p < 0/01$). با این حال، همبستگی معناداری بین ابعاد مشارکت و اختلال در کارکرد اجتماعی مشاهده نشد. مدل‌های رگرسیون نشان دادند که مشارکت مدنی و مذهبی پیش‌بینی‌کننده‌های معناداری برای افزایش سلامت عمومی، کاهش علائم جسمانی، اضطراب-بی‌خوابی و افسردگی در دانش‌آموزان پسر دوره دوم متوسطه هستند ($p < 0/05$)، اما مشارکت سیاسی و فرهنگی در مدل‌های رگرسیونی نقش پیش‌بینی‌کننده معناداری نداشتند.

نتیجه‌گیری: مشارکت مدنی و مذهبی، پیش‌بینی‌کننده‌های اصلی سلامت عمومی دانش‌آموزان پسر بودند و بر اهمیت ویژه این دو نوع مشارکت در ارتقای سلامت نوجوانان دلالت دارند.

کلمات کلیدی: دانش‌آموزان پسر، سلامت عمومی، مشارکت اجتماعی.

۱. دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی سیاسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نراق، نراق، ایران.

۲. استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نراق، نراق، ایران.

*نویسنده مسئول: mhpouryani@yahoo.com

۳. استاد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قم، قم، ایران.

*این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول می‌باشد.



Analyzing the Influence of Social Participation Dimensions on General Health and Its Components (Somatic Symptoms, Anxiety-Insomnia, Social Dysfunction, and Depression) in Male Students

Received: 2025/9/8 Accepted: 2025/12/13

Arsalan Tahmasebi¹, Mohammad Hossein Pouriani^{2*}, Hassan Kheiri³

Original Article

Abstract

Introduction: This study aimed to analyze the influence of various dimensions of social participation—namely political, civic, religious, and cultural participation—on general health and its components (somatic symptoms, anxiety-insomnia, social dysfunction, and depression) among male senior high school students in Khorramabad.

Method: The research employed a descriptive-correlational design. The statistical population comprised all male senior high school students in Khorramabad during the spring of 2022, from which a sample of 210 participants was selected using multi-stage cluster sampling. Data were collected using the General Health Questionnaire (GHQ; Goldberg & Hillier, 1979) and a researcher-made Students' Social Participation Questionnaire (SSPQ). Pearson's correlation coefficient and multiple regression analysis were employed for data analysis.

Results: Participation in political, civic, religious, and cultural activities demonstrated a significant positive correlation with higher general health scores, as well as significant negative correlations with somatic symptoms, anxiety-insomnia, and depression ($p < 0.01$). However, no significant correlation was observed between any dimension of social participation and social dysfunction. Regression analyses revealed that civic and religious participation were significant positive predictors of general health and significant negative predictors of somatic symptoms, anxiety-insomnia, and depression ($p < 0.05$). In contrast, political and cultural participation did not emerge as significant predictors in the regression models.

Conclusion: Civic and religious participation emerged as the primary predictors of general health among male senior high school students, highlighting their unique and important role in promoting adolescent health and well-being.

Keywords: Male students, General health, Social participation.

1. PhD Student of Political Sociology, Islamic Azad University, Naraq Branch, Naraq, Iran.

2. Assistant Professor, Islamic Azad University, Naraq Branch, Naraq, Iran.

*Corresponding author: mhpouryani@yahoo.com

3. Professor, Islamic Azad University, Qom Branch, Qom, Iran

مقدمه

نوجوانی، مرحله‌ای از زندگی دانش‌آموزان است که چالش‌های اجتماعی و تحصیلی متعددی را به همراه دارد که می‌توانند سلامت دانش‌آموزان را در معرض خطر قرار دهند و آن‌ها را در برابر افسردگی، اضطراب و استرس آسیب‌پذیر کنند و به دنبال آن، بر عملکرد تحصیلی آنان، به‌ویژه در این مرحله که می‌تواند نقش قابل توجهی در آینده شغلی آن‌ها داشته باشد، تأثیر منفی بگذارد (رحمان، جبین، جوزف و بوتو^۱، ۲۰۲۳). سازمان جهانی بهداشت، سلامتی را فراتر از نبود بیماری تعریف می‌کند و آن را برخوردار بودن از رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی می‌داند، با این حال دیدگاه‌های دیگری نیز وجود دارند که بر توانایی سازگاری یا مدیریت تندرستی و مدیریت شرایط ناخوشایند توسط فرد نیز تأکید می‌کنند (لئوناردی^۲، ۲۰۱۸). یکی از عوامل مؤثر بر سلامت افراد، مشارکت اجتماعی است، که به معنای شرکت کردن افراد در فعالیت‌هایی است که تعامل با دیگران را در جامعه یا اجتماع تسهیل می‌کند و شامل حضور در زندگی جمعی و محیط‌های مشترک مهم می‌شود که بر اساس زمان و منابع در دسترس و تحت تأثیر هنجارهای اجتماعی و ترجیحات فردی برای تعامل معنادار، شکل می‌پذیرد (لواسور^۳ و همکاران، ۲۰۲۲). تحقیقات پیشین نشان داده‌اند که مشارکت اجتماعی دانش‌آموزان در قالب فعالیت‌های مختلف، یکی از متغیرهایی است که رابطه معناداری با سلامت آن‌ها دارد، به‌عنوان مثال، نتایج مطالعه گرگوری^۴ (۲۰۲۲) که روابط برخی از اشکال مشارکت را با درد جسمانی و اضطراب، در میان نوجوانان ایالات متحده بررسی کرد، نشان داد که کاهش حضور در مدرسه و کاهش مشارکت در فعالیت‌های سازماندهی‌شده، با درد جسمانی و مشکلات اضطرابی در نوجوانان رابطه معنی‌دار دارد. همچنین، نتایج مطالعه اوزکان^۵ (۲۰۲۲) در ترکیه، که به بررسی ارتباط مشارکت دانش‌آموزان دوره متوسطه در درس هنرهای تجسمی و اضطراب آن‌ها در این درس پرداخت، نشان داد که سطوح پایین مشارکت با سطوح بالاتر اضطراب مرتبط است. به‌عبارت دیگر، دانش‌آموزانی که تمایل کمتری به مشارکت داشتند، اضطراب بیشتری در درس هنرهای تجسمی تجربه می‌کردند. علاوه‌براین، مطالعه بنگ، وون و پارک^۶ (۲۰۲۰) نشان داد که در رابطه بین مشارکت در مدرسه با افسردگی، عزت نفس نقش میانجی کامل را ایفا می‌کند، بدان معنا که سطوح بالاتر مشارکت در مدرسه با عزت نفس بالاتر مرتبط است که به نوبه خود منجر به سطوح پایین‌تر افسردگی می‌شود. همچنین، فعالیت داوطلبانه به‌عنوان یک پیش‌بینی‌کننده مهم مشارکت در مدرسه شناخته شد که نشان می‌دهد مشارکت داوطلبانه می‌تواند سطح مشارکت نوجوان را در مدرسه افزایش دهد. به‌طور مشابه، نتایج مطالعه انجام شده توسط جینگ، وو، یو و ژائو^۷ (۲۰۲۲) تأثیر مشارکت در فعالیت‌های خدماتی داوطلبانه را بر سلامت روان دانشجویان دانشگاهی در شمال چین بررسی کرد، نشان داد که هر چه دانشجویان در کار داوطلبانه مشارکت بیشتری داشته باشند، وضعیت سلامت روان آنان بهتر است. مشارکت اجتماعی که شامل اشکال مختلف سیاسی، مدنی، مذهبی، فرهنگی و... است، یکی از مواردی است که می‌تواند به سلامت افراد کمک کند، به‌نحوی که تحقیقات نشان داده‌اند که مشارکت اجتماعی از طریق عضویت در گروه منجر به بهبود نتایج سلامت می‌شود (وایلدینگ، مانفورد و ساتن^۸، ۲۰۲۳). شرکت در کارهای داوطلبانه با افزایش منابع اجتماعی و کاهش سطح علائم افسردگی همراه بوده است. این فعالیت‌ها حس تعلق، هدف و حمایت اجتماعی را فراهم می‌کنند که می‌تواند به کاهش استرس، اضطراب و علائم افسردگی کمک کند. یکی از اثرات مثبت مشارکت اجتماعی بر سلامت، افزایش طول عمر است به‌نحوی که میزان متوسط مشارکت در کارهای داوطلبانه

1. Rehman, Jabeen, Joseph, & Bhutto
2. Leonardi
3. Levasseur et al
4. Gregory
5. Ozkan
6. Bang, Won, & Park
7. Jing, Wu, Yu, & Zhao
8. Wilding, Munford, & Sutton

با افزایش امید به زندگی در ارتباط است و افرادی که به‌طور منظم در کارهای داوطلبانه شرکت می‌کردند، بیشتر از کسانی که در چنین فعالیت‌هایی شرکت نمی‌کردند، عمر می‌کردند. این نشان می‌دهد که مشارکت فعال در جامعه و کمک به دیگران می‌تواند تاثیر مثبتی بر سلامت کلی داشته باشد و به طول عمر بیشتر کمک کند (ياماشیتا^۱ و همکاران، ۲۰۲۳). مشارکت اجتماعی خطر افسردگی و اختلالات شناختی را کاهش می‌دهد، و سلامت خودارزیابی‌شده، بهزیستی، رضایت از زندگی، کیفیت زندگی، و حتی توانایی کنترل هیجانات منفی و حفظ هیجانات مثبت را بهبود می‌بخشد (چن، زنگ و فانگ^۲، ۲۰۲۲). در مورد اینکه اشکال مختلف مشارکت چگونه می‌تواند بر سلامت مؤثر باشند می‌توان گفت که گروه‌هایی از مردم که تجربیات، علایق و چالش‌های مشابهی دارند می‌توانند گروه‌هایی تشکیل دهند و گرد هم آیند. به‌عنوان مثال، افراد مبتلا به بیماری‌های مختلف ممکن است گروه‌هایی را به‌صورت حضوری و یا آنلاین تشکیل دهند که در آن بتوانند تجربیات خود را به اشتراک بگذارند و از یکدیگر حمایت کنند. این حس هویت جمعی می‌تواند تأثیر مثبتی بر سلامت روانی و عاطفی افراد داشته باشد، زیرا آن‌ها احساس می‌کنند درک می‌شوند و با دیگرانی که چالش‌های سلامتی خود را به اشتراک می‌گذارند، مرتبط هستند (کریش، ماتیلا و راپلی^۳، ۲۰۲۳).

برای تبیین رابطه پیچیده میان مشارکت اجتماعی و سلامت، می‌توان از یک چارچوب نظری چندسطحی بهره گرفت که تأثیرات ساختارهای کلان، شبکه‌های میانی و تعاملات خرد را به‌صورت یکپارچه در نظر می‌گیرد. در سطح کلان، نظریه‌ای مانند «عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت» که بر نقش شرایط محیطی محل تولد، زندگی، کار و تحصیل افراد در شکل‌دهی به سلامت و کیفیت زندگی تأکید دارد، بیان می‌کند که عواملی مانند ثبات اقتصادی، کیفیت آموزش، دسترسی به خدمات بهداشتی و زمینه‌های اجتماعی در مجموع حدود ۵۰ درصد از واریانس نتایج سلامت را تبیین می‌کنند، در حالی که مراقبت‌های بالینی تنها ۲۰ درصد را پوشش می‌دهند و همین امر نشان می‌دهد که ارتقای سلامت نیازمند توجه جدی به عوامل «بالادستی» و ساختاری است (بهاث، رشید، حسن و کانسرا^۴، ۲۰۲۵؛ ویتمن^۵ و همکاران، ۲۰۲۲). در سطح میانی، نظریه سرمایه اجتماعی توضیح می‌دهد که افراد چگونه از طریق شبکه‌های اجتماعی به منابع دسترسی پیدا می‌کنند. سرمایه اجتماعی به منابعی مانند اعتماد، هنجارهای متقابل و شبکه‌های ارتباطی اطلاق می‌شود که از طریق تعاملات اجتماعی به دست می‌آیند. این نظریه بین ابعاد مختلف سرمایه اجتماعی تمایز قائل می‌شود: سرمایه اجتماعی پیوندی که در گروه‌های همگن و نزدیک شکل می‌گیرد، سرمایه اجتماعی پلی که بین گروه‌های ناهمگن ارتباط برقرار می‌کند، و سرمایه اجتماعی ارتباطی که افراد را به نهادهای قدرت متصل می‌کند. مشارکت در فعالیت‌های مدنی، مذهبی یا سیاسی، با تقویت این شبکه‌ها، می‌تواند به انتشار اطلاعات سلامت، ایجاد حس تعلق و تسهیل دسترسی به منابع حمایتی منجر شود و در نهایت سلامت را بهبود بخشد. تحقیقات در ایران نیز تأثیر مثبت سرمایه اجتماعی بر سلامت نوجوانان را تأیید کرده‌اند (میشی، سبانداندا و آناکپو^۶، ۲۰۲۳؛ احسان، کلاس، باستیانن و اسپینی^۷، ۲۰۱۹؛ نیو، لو و کوان^۸، ۲۰۲۵؛ لارنس^۹، ۲۰۲۵؛ لو^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۵؛ هوانگ، گائو، یائو و یائو^{۱۱}، ۲۰۲۵؛ حیدریان و گنجی، ۱۴۰۳؛ حبیب‌اللهی، بنی‌جمالی، سوداگر و صبحی قراملکی، ۱۳۹۷؛ علی‌پور، صحرايیان،

1. Yamashita et al
2. Chen, Zeng, & Fang
3. Kirbiš, Mattila, & Rapeli
4. Bhat, Rashid, Hassan, & Kansra
5. Whitman et al
6. Mishi, Sibanda, & Anakpo
7. Ehsan, Klaas, Bastianen, & Spini
8. Niu, Lu, & Quan
9. Laurence
10. Luo et al
11. Huang, Gao, Yao, & Yao

علی اکبری دهکردی و حاجی آقابابایی، ۱۳۹۰). در سطح خرد، نظریه حمایت اجتماعی، مکانیسم‌های این ارتباط را روشن‌تر می‌کند. این نظریه بیان می‌کند که حمایت‌های عاطفی، اطلاعاتی و ابزاری که افراد از شبکه‌های اجتماعی خود دریافت می‌کنند، می‌تواند به‌عنوان یک عامل حائل در برابر استرس عمل کرده و اثرات منفی آن بر سلامت را کاهش دهد. مشارکت فعال در گروه‌ها، این شبکه‌های حمایتی را تقویت می‌کند و به کاهش اضطراب و افسردگی می‌انجامد (میچل، جانسون، شرودر، نگ و بوکر^۱، ۲۰۲۵؛ تروهان^۲ و همکاران، ۲۰۲۵؛ شوتز^۳ و همکاران، ۲۰۲۵؛ بارون و کالینز^۴، ۲۰۲۵؛ ماراویلا^۵ و همکاران، ۲۰۲۵؛ رویها، حسن، کیوشیا، شا و جینگی^۶، ۲۰۲۵).

اگرچه مطالعات متعدد تأکید کرده‌اند که ارتباط بین اشکال مختلف مشارکت و سلامت، بسته به سن، نوع فعالیت، جنسیت و محل سکونت ممکن است متفاوت باشد (کریبش و همکاران، ۲۰۲۳؛ اده^۷ و همکاران، ۲۰۲۳؛ چن و همکاران، ۲۰۲۲، لوه‌ر و همکاران^۸، ۲۰۲۲)، اما عمده مطالعات انجام شده در جهان بر تأثیر اشکال مختلف مشارکت اجتماعی بر سلامت سالمندان متمرکز بوده است و تنها تعداد بسیار کمی از مطالعات، جنبه‌های بسیار محدودی از اشکال مشارکت در مدرسه را از نظر ارتباط با متغیرهایی نظیر درد جسمانی، اضطراب و افسردگی در دانش‌آموزان مورد بررسی قرار داده‌اند (گرگوری، ۲۰۲۲؛ اوزکان، ۲۰۲۲؛ بنگ و همکاران، ۲۰۲۰). از این‌رو، تأثیر مشارکت در فعالیت‌های سیاسی، مدنی، مذهبی و فرهنگی بر سلامت عمومی، علائم جسمانی، اضطراب-بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی دانش‌آموزان، چندان مورد توجه قرار نگرفته است و اطلاعات چندانی در این زمینه در دست نیست و بر اساس دانسته‌های ما، هیچ‌کدام از مطالعات قبلی، چگونگی ارتباط همزمان مشارکت در این فعالیت‌ها را به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده سلامت عمومی، علائم جسمانی، اضطراب-بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی، مورد بررسی قرار نداده‌اند. از این‌رو، این پژوهش با هدف پر کردن این شکاف، به بررسی این فرضیات می‌پردازد که اولاً، مدل رگرسیونی بر پایه ابعاد مشارکت اجتماعی (سیاسی، مدنی، مذهبی و فرهنگی) می‌تواند به شکل معناداری سلامت عمومی دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه در شهر خرم‌آباد را پیش‌بینی کند و ثانیاً، هر یک از ابعاد مشارکت اجتماعی به‌طور جداگانه نیز همبستگی معناداری با سلامت عمومی این دانش‌آموزان دارند.

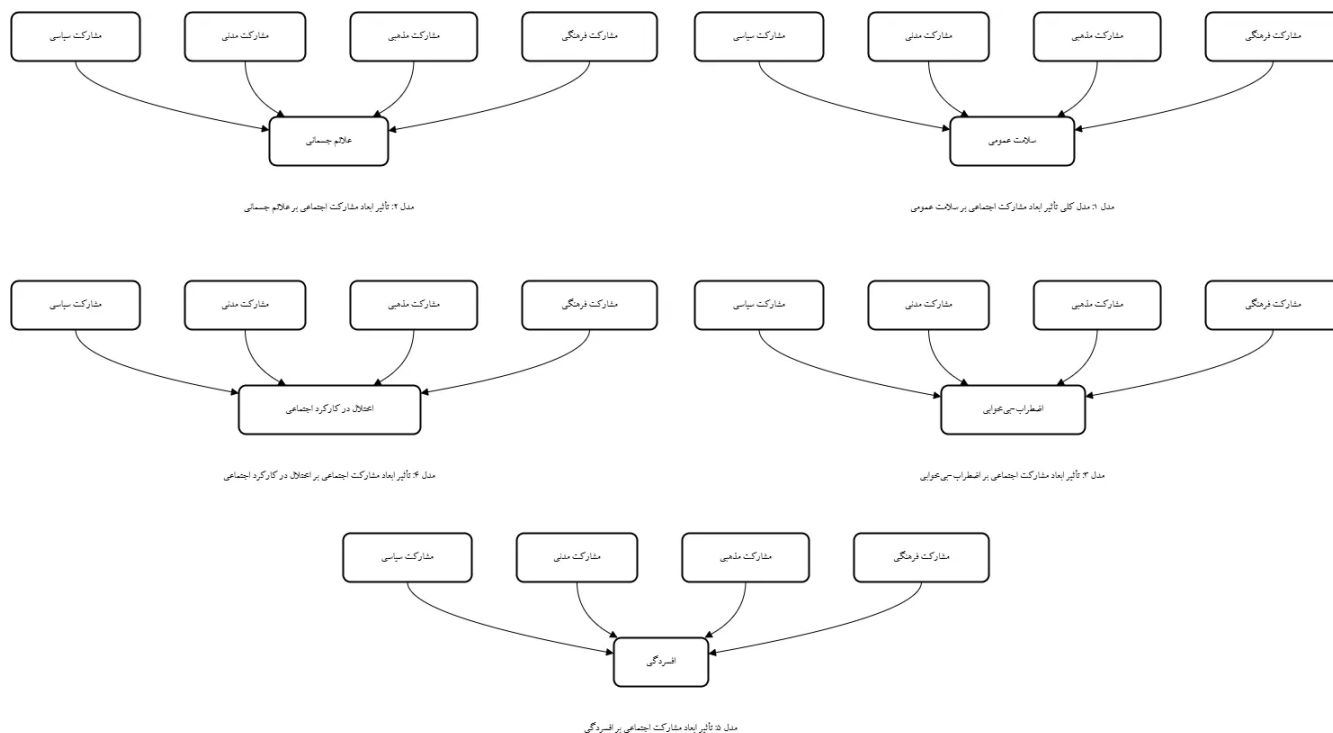
روش

پژوهش حاضر از لحاظ روش از نوع مطالعات توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه دانش‌آموزان دوره‌ی دوم متوسطه پسر ساکن شهر خرم‌آباد در بهار سال ۱۴۰۱ بود. حجم نمونه مورد نیاز با استفاده از فرمول کوکران برای هر دو جنس پسر و دختر در مجموع ۳۸۴ نفر محاسبه شد و میان دانش‌آموزان دوره متوسطه پسر و دختر تقسیم گردید. لازم به ذکر است که به منظور افزایش دقت در تحلیل‌ها و تضمین قابلیت تعمیم‌پذیری یافته‌ها، حجم نمونه کلی افزایش یافته و تعداد نمونه‌ها برای هر دو جنس، دختران و پسران، افزایش داده شد به‌نحوی که ۲۱۰ نفر به‌عنوان حجم نمونه نهایی جهت بررسی دانش‌آموزان پسر انتخاب گردید. با توجه به اینکه تفاوت‌های جنسیتی در این زمینه در بسیاری از تحقیقات قبلی نادیده گرفته شده‌اند، در این تحقیق، داده‌ها به دو گروه دانش‌آموزان دوره متوسطه پسر و دختر تفکیک شدند تا تحلیل جداگانه آن‌ها نه‌تنها به نتایجی با دقت و اعتبار بیشتر بینجامد، بلکه امکان ارائه راه‌حل‌های مؤثرتری برای بهبود سلامت عمومی دانش‌آموزان را

1. Mitchell, Johnson, Schroeder, Ng, & Booker
2. Truhan et al
3. Schütz et al
4. Baron & Collins
5. Maravilla et al
6. Ruihua, Hassan, Qiuxia, Sha, & Jingyi
7. Ede et al
8. Lühr, Pavlova, & Luhmann

نیز فراهم آورد. از این‌رو، پژوهش حاضر در دو بخش جداگانه اجرا و نتایج آن به‌صورت دو مطالعه مجزا منتشر می‌شود. روش نمونه‌گیری، خوشه‌ای چندمرحله‌ای بود، به‌طوری که ابتدا آموزش و پرورش شهر خرم‌آباد به دو خوشه ناحیه یک و ناحیه دو تقسیم و سپس هر ناحیه به چند خوشه (دبیرستان) تقسیم شده و از بین آن‌ها در هر ناحیه چند خوشه (دبیرستان) به‌صورت تصادفی انتخاب گردید. در ادامه از هر خوشه (دبیرستان) یک یا چند کلاس به‌عنوان خوشه‌های بعدی جهت اجرای پرسش‌نامه انتخاب شد و برای اینکه جامعه آماری ما هر کدام شانس مساوی جهت انتخاب داشته باشند، از نمونه‌گیری احتمالی متناسب با حجم نمونه استفاده شد. بدین شرح که ابتدا سهم حجم نمونه هر ناحیه متناسب با جمعیت دانش‌آموزی آن‌ها محاسبه و سپس سهم هر ناحیه متناسب با سهم جمعیت هر پایه در هر ناحیه نیز محاسبه شد. معیارهای ورود به این مطالعه شامل جنسیت پسر، مقطع تحصیلی متوسطه دوره‌ی دوم، سکونت در شهر خرم‌آباد، رضایت داوطلبانه، و توانایی تکمیل پرسش‌نامه بود. معیارهای خروج نیز شامل عدم تکمیل کامل پرسش‌نامه، پاسخ‌های نامعتبر و انصراف از مطالعه بودند. برای سهولت در تجزیه و تحلیل آماری داده‌های جمع‌آوری شده برای این پژوهش، از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ استفاده شد. ملاحظات اخلاقی در تمام مراحل پژوهش رعایت گردید. پیش از تکمیل پرسش‌نامه‌ها، رضایت آگاهانه کتبی از شرکت‌کنندگان (و والدین آن‌ها در موارد لزوم) اخذ شد. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی مانده و صرفاً برای اهداف این پژوهش استفاده خواهد شد و هویت آن‌ها فاش نمی‌شود. شرکت در پژوهش کاملاً داوطلبانه بود و افراد در هر مرحله‌ای حق انصراف از مطالعه را داشتند.

در راستای بررسی تأثیر ابعاد گوناگون مشارکت اجتماعی بر سلامت عمومی و ابعاد تشکیل‌دهنده آن، مجموعه‌ای از مدل‌های مفهومی طراحی و ترسیم گردید (شکل ۱) که ساختار کلی آن‌ها مبتنی بر روابط مستقیم میان چهار بعد اصلی مشارکت اجتماعی یعنی مشارکت سیاسی، مشارکت مدنی، مشارکت مذهبی و مشارکت فرهنگی با متغیر سلامت عمومی و نیز با زیرمؤلفه‌های خاص آن از جمله علائم جسمانی، اضطراب-بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی است، به‌گونه‌ای که در مدل نخست، ارتباط این چهار بعد با متغیر کلی سلامت عمومی مورد نظر قرار گرفته و انتظار می‌رود که ابعاد مذکور بتوانند به‌طور مستقل بر وضعیت کلی سلامت فردی اثرگذار باشند، در حالی که در مدل دوم، همین ابعاد مشارکت به‌عنوان متغیرهای مستقل وارد مدل شده‌اند تا تأثیرشان بر علائم جسمانی که به‌عنوان یکی از ابعاد محسوس سلامت عمومی شناخته می‌شود، بررسی گردد و هدف آن تحلیل عمیق‌تری از نقش مشارکت اجتماعی در وضعیت جسمانی افراد است، و در مدل سوم، تمرکز بر تأثیر این ابعاد بر شاخص روانی اضطراب-بی‌خوابی بوده که مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی انتظار می‌رود نقش معناداری در کاهش آن ایفا کند، همچنین در مدل چهارم، رابطه میان ابعاد مشارکت اجتماعی و اختلال در کارکرد اجتماعی بررسی می‌شود، چرا که انتظار می‌رود که تعامل فعال فرد در حوزه‌های اجتماعی گوناگون ممکن است به ارتقای کارکرد اجتماعی او بینجامد، و در نهایت، در مدل پنجم نیز تأثیر این چهار بعد مشارکت اجتماعی بر افسردگی، که یکی از اصلی‌ترین شاخص‌های سلامت روانی محسوب می‌شود، تحلیل شده و با تکیه بر مبانی نظری انتظار می‌رود مشارکت فرد در اجتماع، بتواند به کاهش نشانگان افسردگی منجر شود، و لازم به ذکر است که کلیه این مدل‌ها با بهره‌گیری از روش رگرسیون چندگانه مورد ارزیابی واقع شدند.



شکل ۱. مدل‌های مفهومی پژوهش شامل پنج مدل مجزا برای بررسی تأثیر ابعاد مختلف مشارکت اجتماعی (سیاسی، مدنی، مذهبی و فرهنگی) بر سلامت عمومی و ابعاد مختلف آن شامل علائم جسمانی، اضطراب-بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی.

ابزارهای پژوهش

الف) پرسش‌نامه سلامت عمومی^۱ (GHQ-28): یک پرسش‌نامه ۲۸ سؤالی و به صورت ۴ گزینه‌ای است که از مقیاس لیکرت برای اختصاص مقادیر ۰ تا ۳ به هر گزینه استفاده می‌کند و دامنه نمرات کل از ۰ تا ۸۴ متغیر است و برای بررسی اختلالات غیر روان‌پریشی در شرایط حاد با هدف غربالگری افراد و ارزیابی توانایی آن‌ها برای عملکرد طبیعی و تشخیص رویدادهای آشفته‌کننده در زندگی آن‌ها استفاده می‌شود. نسخه ۲۸ سؤالی این پرسش‌نامه در سال ۱۹۷۹ توسط گلدبرگ و هیلر^۲ با استفاده از روش تحلیل عاملی بر روی نسخه اصلی ۶۰ سؤالی پرسش‌نامه طراحی شد و برای سنجش روایی آن، با معیارهای بالینی جداگانه‌ای مانند مصاحبه بالینی (CIS) و ارزیابی‌های مختلف آن مقایسه و همبستگی نمرات مقیاس‌ها با این معیارها بررسی و تأیید شد و پس از آن به‌طور گسترده در موقعیت‌ها و کشورهای مختلف مورد استفاده قرار گرفته است. این پرسش‌نامه به چهار شکل با تعداد سؤالات مختلف ارائه شده است که همگی از اعتبار و پایایی بالایی برخوردارند. فرم ۲۸ سؤالی نه تنها بین افراد سالم و ناسالم تفاوت قائل می‌شود، بلکه علائم جسمانی را نیز ارزیابی می‌کند و آن را برای اهداف تحقیقاتی مناسب می‌کند. فرم ۲۸ سؤالی سلامت فرد را در ماه گذشته از طریق ۴ خرده آزمون شامل علائم جسمانی، اضطراب-بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی می‌سنجد. مطالعات انجام شده در بسیاری از کشورها روایی و پایایی بالایی را برای این پرسش‌نامه گزارش کرده‌اند، به‌نحوی که نتایج بیش از ۷۰٪ پژوهش اعتبار متوسط ۰/۸۳ و پایایی متوسط ۰/۸۷ را گزارش کرده‌اند و در ایران نیز تقوی (۲۰۰۸) برای بررسی روایی پرسش‌نامه سلامت عمومی، از سه روش شامل روایی همزمان با مقایسه نتایج آن با پرسش‌نامه‌ی میدلسکس،

1. General Health Questionnaire

2 Goldberg & Hillier

همبستگی خرده‌آزمون‌های پرسش‌نامه با نمره کل آن برای سنجش انسجام درونی و تحلیل عوامل برای شناسایی مولفه‌های اصلی و ساختار پرسش‌نامه، استفاده کرد و روایی مقیاس را تایید نمود و پایایی پرسش‌نامه را نیز با استفاده از سه روش دوباره سنجی، تنصیفی و آلفای کرونباخ به ترتیب با ضرائب ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ اثبات کرد (تقوی، ۱۳۸۰؛ تقوی، ۱۳۸۷). در پژوهش حاضر، پایایی برای مقیاس کل و ۴ خرده مقیاس آن شامل علائم جسمانی، اضطراب-بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی در دانش‌آموزان پسر به ترتیب با ضرائب آلفای کرونباخ ۰/۹۱۰، ۰/۸۳۸، ۰/۸۶۰، ۰/۸۳۳، ۰/۸۸۱ به دست آمد.

ب) پرسش‌نامه مشارکت اجتماعی دانش‌آموزان^۱ (SSPQ): این پرسش‌نامه محقق ساخته، شامل ۳۹ سوال است و مشارکت اجتماعی دانش‌آموزان را در چهار بعد سیاسی، مدنی، مذهبی و فرهنگی می‌سنجد و به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای و با گزینه‌هایی از خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم، تا خیلی کم ساخته شده است. ابعاد این پرسش‌نامه، شامل مشارکت سیاسی با ۹ سوال، مشارکت مدنی شامل ۹ سوال، مشارکت مذهبی شامل ۱۲ سوال و مشارکت فرهنگی شامل ۹ سوال می‌باشند. به منظور اطمینان از روایی و پایایی پرسش‌نامه، هیئتی متشکل از ده نفر از کارشناسان، متشکل از اساتید و محققین مجرب در این زمینه برای بررسی پرسش‌نامه و ارائه بازخورد دعوت شدند. این کارشناسان بر اساس صلاحیت و تخصص آن‌ها در زمینه مشارکت اجتماعی و توانمندی در تهیه پرسش‌نامه انتخاب شدند. در طی فرآیند بررسی، کارشناسان روایی محتوایی پرسش‌نامه را با استفاده از قضاوت حرفه‌ای و نسبت روایی محتوایی (CVR) ارزیابی کردند. از آن‌ها خواسته شد که هر مورد را در یک مقیاس سه درجه‌ای رتبه‌بندی کنند. سپس مقادیر CVR برای تعیین نسبت کارشناسانی که هر مورد را ضروری می‌دانستند، محاسبه شد. بر اساس توصیه‌های کارشناسان، اصلاحاتی برای بهبود وضوح و مرتبط شدن آیت‌ها انجام شد. علاوه بر این، مواردی که نامربوط در نظر گرفته شده بودند از پرسش‌نامه حذف شدند و در پی آن، اعتبار و پایایی پرسش‌نامه در سنجش ابعاد مشارکت اجتماعی افزایش یافت. قبل از اجرای پرسش‌نامه، یک آزمون آزمایشی بر روی بخشی از دانش‌آموزان در جهت ارزیابی مناسب بودن آن انجام شد تا جنبه‌های مختلف پرسش‌نامه مانند طراحی، جمله‌بندی و چارچوب پرسش‌نامه و همچنین وضوح دستورالعمل‌ها و تجربه کاربر ارزیابی گردد. هدف از این کار، شناسایی نقایص یا محدودیت‌ها به منظور بهبود پرسش‌نامه بود. بر اساس بازخورد دانش‌آموزان، اصلاحاتی برای افزایش وضوح سؤالات و حذف سوگیری‌ها انجام شد تا اعتبار و پایایی پرسش‌نامه را افزایش دهد. آیت‌های پرسش‌نامه بر اساس ارتباطشان با این مضامین خاص با هم گروه‌بندی شدند. برای ارزیابی همسانی درونی ابعاد شناسایی شده، ضریب آلفای کرونباخ که معیاری برای پایایی است و نشان می‌دهد آیت‌های موجود در یک بعد چقدر با یکدیگر مرتبط هستند، برای هر بعد محاسبه شد و برای مشارکت اجتماعی به صورت کلی، مشارکت سیاسی، مدنی، مذهبی و فرهنگی در دانش‌آموزان پسر به ترتیب ۰/۹۴۷، ۰/۹۰۱، ۰/۸۱۹، ۰/۸۷۴، ۰/۸۰۲ به دست آمد. مشارکت اجتماعی به صورت کلی و همه ابعاد آن مقادیری بالاتر از مقدار آستانه ۰/۷۰ که برای ضریب آلفا قابل قبول در نظر گرفته می‌شود را نشان دادند، که نشان می‌دهد این ابعاد دارای قابلیت اعتماد کافی برای تجزیه و تحلیل‌های بعدی هستند.

یافته‌ها

در این مطالعه، ۲۱۰ دانش‌آموز پسر ۱۵ تا ۱۹ ساله مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۱۶/۹۹ سال با انحراف معیار ۰/۸۴ بود که نشان‌دهنده فشرده‌گی جامعه آماری حول سن ۱۷ سال بود. این دانش‌آموزان در مقاطع تحصیلی دهم تا دوازدهم توزیع شده بودند؛ ۳۴/۸٪ (۷۳ نفر) در پایه دهم، ۳۳/۳٪ (۷۰ نفر) در پایه یازدهم و ۳۱/۹٪ (۶۷ نفر) در پایه دوازدهم تحصیل می‌کردند. از نظر وضعیت سکونت، اکثریت قابل توجهی از دانش‌آموزان، یعنی ۷۲/۹٪ (۱۵۳ نفر)، در منازل شخصی زندگی می‌کردند، که نشان‌دهنده ثبات نسبی وضعیت مسکن در این گروه بود. میانگین تعداد اعضای خانواده ۴/۵ نفر بود و خانواده‌های

1 Students' Social Participation Questionnaire

چهار نفره با ۴۴/۳٪ (۹۳ نفر) و خانواده‌های پنج نفره با ۳۱/۴٪ (۶۶ نفر) بیشترین فراوانی را داشتند. این موضوع نشان می‌داد که ساختار خانواده‌ها عمدتاً در الگوی خانواده‌های کم‌جمعیت تا متوسط قرار داشت. بررسی وضعیت تحصیلی والدین نشان داد که سطح تحصیلات در هر دو والد غالباً در حد دیپلم بود. در میان پدران، ۳۶/۲٪ (۷۶ نفر) دارای مدرک دیپلم بودند و در میان مادران این آمار به ۴۰٪ (۸۴ نفر) می‌رسید. در زمینه وضعیت شغلی، تنوع بیشتری در میان پدران مشاهده شد. بیشترین فراوانی مربوط به شغل کارمندی با ۴۲/۴٪ (۸۹ نفر) بود و پس از آن، مشاغل آزاد و بازاری قرار داشتند. در مقابل، اکثریت قریب به اتفاق مادران، یعنی ۸۴/۸٪ (۱۷۸ نفر)، خانه‌دار بودند و تنها ۱۲/۴٪ (۲۶ نفر) از آن‌ها شاغل بودند. این تفاوت چشمگیر، الگوی سنتی تقسیم کار در خانواده را در جامعه مورد مطالعه بازتاب می‌داد. این نتایج توصیفی، تصویری کلی از زمینه اجتماعی و خانوادگی دانش‌آموزان شرکت‌کننده در پژوهش ارائه داد. جدول ۱، ضمن ارائه نتایج آزمون همبستگی پیرسون، شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش را نیز به منظور بررسی دقیق‌تر روابط و توزیع داده‌ها به نمایش گذاشته است.

جدول ۱. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش به همراه شاخص‌های توصیفی

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱. مشارکت اجتماعی	—									
۲. مشارکت سیاسی	**۰/۸۶۲	—								
۳. مشارکت مدنی	**۰/۸۷۵	**۰/۶۳۶	—							
۴. مشارکت مذهبی	**۰/۸۸۸	**۰/۶۵۱	**۰/۷۶۷	—						
۵. مشارکت فرهنگی	**۰/۸۴۰	**۰/۶۴۵	**۰/۶۸۵	**۰/۶۳۲	—					
۶. سلامت عمومی	**۰/۵۰۳	**۰/۳۲۵	**۰/۵۲۴	**۰/۵۳۰	**۰/۳۸۱	—				
۷. علائم جسمانی	**۰/۴۹۸	**۰/۳۳۲	**۰/۴۹۳	**۰/۵۲۰	**۰/۳۹۳	**۰/۷۸۱	—			
۸. اضطراب-بی‌خوابی	**۰/۵۲۶	**۰/۳۶۹	**۰/۵۳۴	**۰/۵۳۵	**۰/۳۹۷	**۰/۸۴۸	**۰/۷۱۰	—		
۹. اختلال در کارکرد اجتماعی	-۰/۰۴۲	۰/۰۲۲	-۰/۰۷۰	-۰/۰۹۵	-۰/۰۰۸	**۰/۵۰۸	۰/۱۰۷	**۰/۱۵۷	—	
۱۰. افسردگی	**۰/۴۳۹	**۰/۲۹۵	**۰/۴۶۵	**۰/۴۳۷	**۰/۳۴۳	**۰/۸۲۶	**۰/۵۶۲	**۰/۶۵۲	**۰/۲۰۸	—
میانگین	۱۳۲/۳۲	۲۴/۷۱	۳۳/۱۴	۴۶/۰۵	۲۸/۴۱	۵۹/۲۳	۴/۴۹	۵/۷۴	۹/۹۱	۴/۶۳
انحراف معیار	۲۹/۳۴۱	۹/۷۵۷	۶/۹۹۱	۹/۵۸۲	۷/۵۰۹	۱۴/۴۱۸	۴/۲۰۳	۵/۰۶۴	۴/۹۸۹	۵/۲۱۳
چولگی	-۰/۱۱۹	۰/۱۸۳	-۰/۴۱۶	-۰/۵۲۷	-۰/۱۱۳	-۰/۸۲۷	۱/۴۵۱	۱/۰۸۷	۰/۲۱۲	۱/۱۴۱
کشیدگی	-۰/۶۱۵	-۱/۰۰۴	-۰/۴۵۰	-۰/۳۸۷	-۰/۳۴۴	۰/۶۴۳	۱/۷۹۰	۰/۷۸۸	-۰/۴۵۴	۰/۴۹۴

**همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنادار است.

با توجه به نتایج ارائه شده در جدول ۱، مقادیر میانگین و انحراف معیار نشان‌دهنده تنوع و تفاوت‌های فردی در متغیرهای مورد بررسی بود. بررسی مقادیر کشیدگی و چولگی نشان داد که تمام متغیرهای این پژوهش در محدوده‌ی قابل قبول (بین ۲- و ۲) قرار دارند که این امر نشان‌دهنده‌ی توزیع نرمال داده‌ها و امکان استفاده از آن‌ها در تحلیل‌های بعدی است. علاوه‌براین، همه‌ی اشکال مشارکت، با سلامت عمومی همبستگی مثبت و معنادار داشتند که همه فرضیات فرعی را تایید می‌کند و نشان می‌دهد دانش‌آموزانی که بیشتر در فعالیت‌های سیاسی، مدنی، مذهبی و فرهنگی شرکت می‌کردند، از سلامت عمومی بالاتری برخوردار بودند. علاوه‌براین، همه‌ی اشکال مشارکت، با علائم جسمانی، اضطراب-بی‌خوابی و افسردگی همبستگی منفی نشان دادند که نشان می‌دهد دانش‌آموزانی که بیشتر در فعالیت‌های سیاسی، مدنی، مذهبی و فرهنگی شرکت می‌کردند، علائم جسمانی کمتر و سطوح پایین‌تری از اضطراب-بی‌خوابی و افسردگی را تجربه می‌کردند. با این حال، بین اشکال مختلف مشارکت و اختلال در کارکرد اجتماعی، همبستگی معناداری مشاهده نشد ($p < 0/05$).

همچنین، مقادیر دوربین واتسون که در بازه ۱/۵ تا ۲/۵ قابل قبول تلقی می‌شود (تورنر ۱، ۲۰۲۰)، مطالعه حاضر نشان داد که این شاخص برای متغیرهای پیش‌بین در پیش‌بینی همه‌ی مدل‌های معنادار، در بازه مذکور قرار می‌گیرند که نشان‌دهنده استقلال خطاها و به تبع آن، برازش مناسب مدل‌ها است. علاوه بر شرایط ذکر شده، عدم وجود هم‌خطی بین متغیرهای پیش‌بین نیز از الزامات مدل است که برای سنجش این موضوع، از شاخص عامل تورم واریانس استفاده می‌شود. در بررسی هم‌خطی بین متغیرهای پیش‌بین، اگر مقدار شاخص عامل تورم واریانس برای هر متغیر به‌طور جداگانه کمتر از ۱۰ باشد، می‌توان با قاطعیت نتیجه گرفت که هم‌خطی قابل توجهی بین متغیرها وجود ندارد و می‌توان از آن‌ها در مدل رگرسیون بدون نگرانی از اثرات مخرب هم‌خطی بر مدل استفاده کرد. بررسی مقادیر شاخص تورم واریانس در این مطالعه نشان داد که همگی کمتر از ۱۰ بودند، از این رو می‌توان با اطمینان گفت که فرض عدم وجود هم‌خطی بین متغیرهای مورد بررسی تأیید می‌شود (مارکولیدز و ریکو، ۲۰۱۹). در این پژوهش، برای پیش‌بینی سلامت عمومی و ابعاد آن بر اساس ابعاد مشارکت اجتماعی، از تحلیل رگرسیون چندگانه بهره گرفته شد که یافته‌های آن در جدول‌های ۲ و ۳ آمده است.

جدول ۲. نتایج ضرایب چندگانه و بررسی معناداری پیش‌بینی سلامت عمومی و ابعاد آن از طریق متغیرهای پیش‌بین بر اساس آزمون آنوا

متغیر ملاک	منبع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	sig	R	R2	R تعدیل شده
سلامت عمومی	رگرسیون	۱۳۹۵۳/۸۴۹	۴	۳۴۸۸/۴۶۲	۲۴/۲۴۶	p<0/001	۰/۵۶۷	۰/۳۲۱	۰/۳۰۸
	باقیمانده	۲۹۴۹۵/۱۸۰	۲۰۵	۱۴۳/۸۷۹					
	کل	۴۳۴۴۹/۰۲۹	۲۰۹						
علائم جسمانی	رگرسیون	۱۰۹۶/۵۴۳	۴	۲۷۴/۱۳۶	۲۱/۶۴۹	p<0/001	۰/۵۴۵	۰/۲۹۷	۰/۲۸۳
	باقیمانده	۲۵۹۵/۹۱۴	۲۰۵	۱۲/۶۶۳					
	کل	۳۶۹۲/۴۵۷	۲۰۹						
اضطراب-بی‌خوابی	رگرسیون	۱۷۳۹/۱۶۱	۴	۴۳۴/۷۹۰	۲۴/۶۱۶	p<0/001	۰/۵۷۰	۰/۳۲۴	۰/۳۱۱
	باقیمانده	۳۶۲۰/۹۵۴	۲۰۵	۱۷/۶۶۳					
	کل	۵۳۶۰/۱۱۴	۲۰۹						
اختلال در کارکرد اجتماعی	رگرسیون	۱۲۲/۲۹۶	۴	۳۰/۵۷۴	۱/۲۳۴		۰/۲۹۸	۰/۰۲۴	۰/۰۰۴
	باقیمانده	۵۰۷۸/۹۸۵	۲۰۵	۲۴/۷۷۶					
	کل	۵۲۰۱/۲۸۱	۲۰۹						
افسردگی	رگرسیون	۱۳۲۸/۹۲۳	۴	۳۳۲/۲۳۱	۱۵/۶۵۷	p<0/001	۰/۴۸۴	۰/۲۳۴	۰/۲۱۹
	باقیمانده	۴۳۴۹/۸۴۴	۲۰۵	۲۱/۲۱۹					
	کل	۵۶۷۸/۷۶۷	۲۰۹						

با بررسی جدول ۲، مشاهده می‌شود که مدل رگرسیونی برای پیش‌بینی سلامت عمومی از نظر آماری به لحاظ مقادیر F معنادار بوده و سطح معناداری آن کمتر از ۰/۰۰۱ است و ۳۲/۱ درصد از واریانس سلامت عمومی را به‌صورت معنادار تبیین می‌کند و فرضیه اصلی این پژوهش مبنی بر معنی‌دار بودن مدل ارتباط ابعاد مشارکت اجتماعی (سیاسی، مدنی، مذهبی و فرهنگی) در پیش‌بینی سلامت عمومی را تأیید می‌کند. همچنین، مشاهده می‌شود که سه مدل رگرسیونی ارائه شده برای خرده مقیاس‌های سلامت عمومی از نظر آماری به لحاظ مقادیر F معنادار بوده و سطح معناداری آن کمتر از ۰/۰۰۱ است. همچنین، اگرچه نتایج

1 . Turner

2 . Marcoulides & Raykov

نشان دادند که این مدل‌ها، ۲۹/۷ درصد از واریانس علائم جسمانی، ۳۲/۴ درصد از واریانس اضطراب-بی‌خوابی و ۲۳/۴ درصد از واریانس افسردگی را به‌صورت معنادار تبیین می‌کنند، اما هیچ واریانسی در اختلال در کارکرد اجتماعی تبیین نمی‌شود.

جدول ۳. نتایج پیش‌بینی سلامت عمومی و ابعاد آن بر اساس متغیرهای پیش‌بین

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	ضرایب غیر استاندارد B خطای استاندارد	ضرایب استاندارد β	t	سطح معنی‌داری
سلامت عمومی	(مقدار ثابت)	۱۶/۵۱۹		۳/۶۹۰	p<0/001
	مشارکت سیاسی	-۰/۱۷۲	۰/۱۲۳	-۱/۳۹۲	۰/۱۶۶
	مشارکت مدنی	۰/۶۴۹	۰/۲۰۴	۳/۱۸۲	۰/۰۰۲
	مشارکت مذهبی	۰/۵۳۴	۰/۱۴۴	۳/۷۰۵	۰/۰۰۰
	مشارکت فرهنگی	۰/۰۳۰	۰/۱۶۵	۰/۱۸۴	۰/۸۵۴
علائم جسمانی	(مقدار ثابت)	۱۶/۴۴۶		۱۲/۳۸۴	p<0/001
	مشارکت سیاسی	۰/۰۴۰	۰/۰۳۷	۱/۰۹۶	۰/۲۷۴
	مشارکت مدنی	-۰/۱۳۷	۰/۰۶۱	-۲/۲۶۲	۰/۰۲۵
	مشارکت مذهبی	-۰/۱۶۰	۰/۰۴۳	-۳/۷۳۸	۰/۰۰۰
	مشارکت فرهنگی	-۰/۰۳۷	۰/۰۴۹	-۰/۷۶۲	۰/۴۴۷
اضطراب-بی‌خوابی	(مقدار ثابت)	۲۰/۵۹۰		۱۳/۱۲۸	p<0/001
	مشارکت سیاسی	۰/۰۲۲	۰/۰۴۳	۰/۵۰۶	۰/۶۱۳
	مشارکت مدنی	-۰/۲۲۵	۰/۰۷۲	-۳/۱۴۰	۰/۰۰۲
	مشارکت مذهبی	-۰/۱۶۸	۰/۰۵۰	-۳/۳۲۶	۰/۰۰۱
	مشارکت فرهنگی	-۰/۰۰۸	۰/۰۵۸	-۰/۱۳۴	۰/۸۹۴
اختلال در کارکرد اجتماعی	(مقدار ثابت)	۱۲/۷۵۱		۶/۸۶۴	p<0/001
	مشارکت سیاسی	۰/۰۷۲	۰/۰۵۱	۱/۴۰۰	۰/۱۶۳
	مشارکت مدنی	-۰/۰۴۶	۰/۰۸۵	-۰/۵۴۸	۰/۵۸۴
	مشارکت مذهبی	-۰/۰۸۹	۰/۰۶۰	-۱/۴۸۸	۰/۱۳۸
	مشارکت فرهنگی	۰/۰۳۶	۰/۰۶۸	۰/۵۲۶	۰/۶۰۰
افسردگی	(مقدار ثابت)	۱۷/۶۹۴		۱۰/۲۹۳	p<0/001
	مشارکت سیاسی	۰/۰۳۸	۰/۰۴۷	۰/۸۰۲	۰/۴۲۳
	مشارکت مدنی	-۰/۲۴۲	۰/۰۷۸	-۳/۰۸۲	۰/۰۰۲
	مشارکت مذهبی	-۰/۱۱۷	۰/۰۵۵	-۲/۱۱۷	۰/۰۳۵
	مشارکت فرهنگی	-۰/۰۲۱	۰/۰۶۳	-۰/۳۳۶	۰/۷۳۷

با توجه به داده‌های جدول ۳، اگرچه، در همه مدل‌ها، مشارکت مدنی و مشارکت مذهبی، پیش‌بینی‌کننده معنی‌دار بودند، اما مشارکت سیاسی و مشارکت فرهنگی در هیچ‌کدام از مدل‌ها، پیش‌بینی‌کننده معنی‌دار نبودند. این نتایج، بر تأثیر بارز و چشمگیر مشارکت مدنی و مشارکت مذهبی در پیش‌بینی سلامت عمومی و ابعاد آن، به‌ویژه علائم جسمانی، اضطراب-بی‌خوابی و افسردگی، تأکید می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تحلیل تأثیر ابعاد مشارکت اجتماعی (سیاسی، مدنی، مذهبی و فرهنگی) بر سلامت عمومی و ابعاد آن (علائم جسمانی، اضطراب-بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی) در دانش‌آموزان پسر دوره متوسطه طراحی شد. نتایج، ضمن تأیید فرضیات اصلی و فرعی مبنی بر وجود رابطه معنادار ابعاد مشارکت اجتماعی با سلامت عمومی و سه بعد از آن، تصویری دقیق و چندلایه از این ارتباط ارائه می‌دهد که نیازمند تبیین عمیق مدل‌های رگرسیون است. یکی از مهم‌ترین یافته‌های این پژوهش، تمایز بین نتایج همبستگی و رگرسیون است؛ در حالی که تحلیل همبستگی نشان داد هر چهار بعد مشارکت (سیاسی، مدنی، مذهبی و فرهنگی) با سلامت عمومی و اکثر ابعاد آن مرتبط هستند، تحلیل رگرسیون چندگانه آشکار ساخت که تنها مشارکت مدنی و مشارکت مذهبی به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های معنادار عمل می‌کنند. این یافته نشان می‌دهد که برای جمعیت مورد مطالعه، همه اشکال مشارکت از وزن یکسانی در پیش‌بینی سلامت برخوردار نیستند و اثرات برخی ابعاد، قوی‌تر و مستقل‌تر از سایرین است. در مقابل، عدم معناداری مشارکت سیاسی و فرهنگی در این مدل‌ها به معنای بی‌اهمیت بودن آن‌ها نیست، بلکه نشان می‌دهد که سهم منحصربه‌فرد آن‌ها در پیش‌بینی سلامت، پس از در نظر گرفتن مشارکت مدنی و مذهبی، ناچیز است. مشارکت سیاسی برای نوجوانان ممکن است فعالیتی انتزاعی‌تر (مانند پیگیری اخبار) باشد و شبکه‌های حمایتی پایدار ایجاد نکند. به همین ترتیب، مشارکت فرهنگی (مانند مطالعه یا فعالیت‌های هنری فردی) ممکن است بیشتر جنبه فردی داشته باشد و سرمایه اجتماعی کمتری تولید کند. بر این اساس، در ادامه به تبیین تفصیلی هر یک از مدل‌های رگرسیون پرداخته می‌شود تا روشن شود که سلامت عمومی و ابعاد آن از چگونه می‌توانند تحت تأثیر قرار بگیرند. مدل رگرسیون برای پیش‌بینی کلی سلامت عمومی بر اساس ابعاد مشارکت اجتماعی از نظر آماری معنادار بود که این یافته با نتایج مطالعات پیشین که بر رابطه مثبت بین مشارکت اجتماعی و سلامت تأکید دارند، همسو است (گرگوری، ۲۰۲۲؛ اوزکان، ۲۰۲۲؛ بنگ و همکاران، ۲۰۲۰؛ جینگ و همکاران، ۲۰۲۲؛ باقری بنجار و همکاران، ۲۰۱۱؛ راشدی و همکاران، ۲۰۱۴؛ طاهری خرامه و الیاسی، ۱۴۰۳؛ عبدلی، رضایی، پشم‌دار فرد و لعابی‌چیان، ۱۴۰۳؛ رضایی، بهادری و زنجری، ۱۴۰۱؛ نیازی، توسنگ، منتی، نژادی و کسانی، ۱۳۹۵؛ دوکوهکی، فرهادی، طهماسبی و روانی‌پور، ۱۳۹۹).

در این مدل، مشارکت مدنی و مشارکت مذهبی به‌عنوان قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌ها ظاهر شدند. در تبیین آن می‌توان گفت که افرادی که در این‌گونه فعالیت‌های اجتماعی شرکت می‌کنند، از طریق ارتقای تعاملات بین‌فردی، تجربه حمایت اجتماعی مستمر، تقویت حس تعلق به جمع و ایجاد فرصت‌های مشارکتی برای ایفای نقش‌های معنادار، ضمن کاهش فشارهای روانی و روان‌تنی، سطح کلی سلامت جسمانی و روانی خود را ارتقا می‌دهند و علاوه بر آن، این اشکال از مشارکت به بازسازی منابع روان‌شناختی فرد، تقویت مقاومت در برابر استرس‌های روزمره، تنظیم هیجانی پایدار و افزایش احساس کفایت و کنترل بر زندگی کمک می‌کند، به طوری که مجموعه این فرآیندها در قالب یک شبکه هم‌افزا عمل کرده و بهبود سلامت عمومی را تسهیل می‌کنند و همسو با شواهد تجربی پیشین نشان می‌دهند که مشارکت فعال در جامعه نه‌تنها با کاهش نشانه‌های روان‌تنی و روانی بلکه با افزایش کیفیت زندگی و رفاه عمومی ارتباط مثبت و معناداری دارد (کوربیچ و فیلدز، ۲۰۲۳؛ نوگوچی شینوهارا، ۲۰۲۳؛ اده و همکاران، ۲۰۲۳؛ یاماشیتا و همکاران، ۲۰۲۳؛ لوتکه لانفر، روسمن و کارگبو، ۲۰۲۳؛ شیبایا، ۲۰۲۳؛ همکاران، ۲۰۲۳). مدل رگرسیون برای پیش‌بینی علائم جسمانی نیز معنادار بود و در این مدل، مجدداً مشارکت مدنی و مشارکت مذهبی پیش‌بینی‌کننده‌های معنادار بودند. در تبیین آن می‌توان گفت که این دو شکل از مشارکت، به‌واسطه هم‌افزایی میان لایه‌های

1. Korich & Fields
2. Noguchi-Shinohara et al
3. Luetke Lanfer, Rossmann, & Kargbo
4. Shiba et al

متکثر روان‌شناختی، جامعه‌شناختی و زیست‌فیزیولوژیک، سازوکاری چندبعدی را پدید می‌آورند که در آن، از یک‌سو مشارکت مدنی با گسترش شبکه‌های ارتباطی، تحکیم روابط همیارانه، ارتقای سرمایه اجتماعی و تثبیت احساس تعلق به اجتماع، نه‌تنها مواجهه فرد با فشارهای بیرونی را تعدیل می‌کند بلکه در سطح ادراکی، رویدادهای استرس‌زا را کمتر تهدیدآمیز بازنمایی می‌سازد و همین امر موجب تضعیف فعال‌سازی بیش‌ازحد سامانه‌های زیستی از جمله محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال و سیستم عصبی سمپاتیکی می‌شود؛ از سوی دیگر، مشارکت مذهبی از رهگذر دسترسی به منابع معنوی، تجربه آیین‌ها و مناسک جمعی، ارتقای انسجام هویتی و ایجاد نوعی چارچوب معنابخش برای تفسیر وقایع ناخوشایند زندگی، علاوه بر ایجاد حمایت هیجانی و تسهیل تنظیم هیجان، احساس کنترل و اعتماد به یک قدرت متعالی را تقویت کرده و بدین‌ترتیب نه‌فقط سطوح استرس ادراک‌شده را کاهش می‌دهد بلکه آثار فیزیولوژیک تنیدگی را نیز به‌نحو معناداری مهار می‌کند؛ در نتیجه، این هم‌پیوندی مدنی و مذهبی که در قالب شبکه‌های حمایتی عاطفی، انسجام اجتماعی، سرمایه معنوی و هویت جمعی متبلور می‌شود، همانند یک سپر چندلایه عمل کرده و سبب می‌گردد استرس مزمن نتواند با همان شدتی که در شرایط فقدان این حمایت‌ها بروز می‌کند به علائم جسمانی از قبیل سردردهای تنشی و دردهای سایکوسوماتیک منجر شود و بدین‌سان مشارکت مذهبی و مدنی نه‌فقط به‌عنوان متغیرهای محافظتی بلکه به‌منزله مکانیسم‌های بنیادی تندرستی قابل‌فهم‌اند که با ایجاد شبکه‌ای درهم‌تنیده از حمایت اجتماعی، انسجام معنایی و تنظیم فیزیولوژیک، نقش محوری در کاهش بار روان‌تنی استرس ایفا می‌کنند (کوربیچ و فیلدز، ۲۰۲۳؛ نوگوچی شینوهارا و همکاران، ۲۰۲۰؛ اده و همکاران، ۲۰۲۳؛ یاماشیتا و همکاران، ۲۰۲۳؛ لوتکه لانفر و همکاران، ۲۰۲۳؛ شیبا و همکاران، ۲۰۲۳). مدل رگرسیون برای پیش‌بینی اضطراب-بی‌خوابی، قوی‌ترین مدل در میان خرده‌مقیاس‌ها بود. مشارکت مدنی و مشارکت مذهبی بار دیگر نقشی محوری در کاهش اضطراب-بی‌خوابی ایفا کردند. در تبیین آن می‌توان گفت هنگامی که افراد در فعالیت‌های مدنی حضور فعال دارند، تجربه عاملیت اجتماعی، احساس اثربخشی شخصی و مواجهه با فرصت‌های خودابرازی به آنان امکان می‌دهد تا چرخه‌های نگرانی مفرط و نشخوار ذهنی که از عوامل کلیدی اضطراب و بی‌خوابی‌اند تضعیف شوند، و هم‌زمان، مشارکت مذهبی با فراهم‌کردن تجربه‌های آیینی منظم، تکرارکننده و آیین‌محور، نوعی ریتم روان‌زیستی را سامان می‌دهد که هم‌سو با الگوهای شبانه‌روزی بدن عمل کرده و آرام‌سازی شناختی و هیجانی را تسهیل می‌نماید؛ بدین ترتیب، این دو گونه مشارکت نه‌تنها از مسیر حمایت اجتماعی بلکه همچنین از رهگذر تقویت حس معناداری، ایجاد انسجام روایی در تجربه زیسته، و تنظیم ریتم‌های روان‌فیزیولوژیک، مکانیسمی بدیل برای کاهش اضطراب و بی‌خوابی فراهم می‌کنند، به این معنا که فرد از یک‌سو در عرصه مدنی به بازتفسیر نقش خود در جامعه پرداخته و اضطراب ناشی از بی‌قدرتی یا طرد اجتماعی را کاهش می‌دهد، و از سوی دیگر در عرصه مذهبی با اتکای به تجربه‌های جمعی و معنوی، احساس امنیت آرامش می‌یابد، که حاصل این هم‌افزایی، کاهش چشمگیر در بروز نشانه‌های اضطرابی و اختلالات خواب است (کوربیچ و فیلدز، ۲۰۲۳؛ نوگوچی شینوهارا و همکاران، ۲۰۲۰؛ اده و همکاران، ۲۰۲۳؛ یاماشیتا و همکاران، ۲۰۲۳؛ لوتکه لانفر و همکاران، ۲۰۲۳؛ شیبا و همکاران، ۲۰۲۳). برخلاف مدل‌های دیگر، مدل رگرسیون برای پیش‌بینی اختلال در کارکرد اجتماعی از نظر آماری معنادار نبود. این یافته نشان می‌دهد که ابعاد مشارکت اجتماعی، حداقل در این نمونه و با ابزار مورد استفاده، توانایی پیش‌بینی مشکلات در انجام وظایف روزمره را ندارند. این نتیجه ممکن است به ماهیت این بعد از سلامت بازگردد. خرده‌مقیاس اختلال در کارکرد اجتماعی در پرسش‌نامه بیشتر به مشکلاتی در انجام وظایف معمول، تصمیم‌گیری و احساس مفید بودن در زندگی روزمره اشاره دارد. این مفاهیم ممکن است برای دانش‌آموزان دبیرستانی که هنوز نقش‌های شغلی و مسئولیت‌های بزرگسالان را بر عهده نگرفته‌اند، به اندازه سایر ابعاد سلامت روان (مانند اضطراب یا افسردگی) ملموس و قابل تفکیک نباشد. به‌عبارت دیگر، کارکرد اجتماعی آن‌ها عمدتاً در محیط تحصیلی و روابط با همسالان تعریف می‌شود که مشکلات مربوط به آن ممکن است بیشتر در قالب اضطراب یا افسردگی بروز کند. بنابراین، عدم معناداری این مدل می‌تواند ناشی از عدم حساسیت این خرده‌مقیاس برای جمعیت نوجوانان باشد. مدل پیش‌بینی

افسردگی نیز معنادار بود و مشارکت مدنی و مشارکت مذهبی به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های منفی و معنادار شناسایی شدند. در تبیین آن می‌توان گفت که این اشکال از مشارکت از طریق مکانیسم‌هایی متمایز و چندلایه عمل می‌کنند، به این معنا که مشارکت مدنی با ایجاد فرصت‌های ساختاریافته برای همکاری، همیاری و ایفای نقش در پروژه‌های جمعی، احساس ارزشمندی، خودکارآمدی و کارکرد اجتماعی را تقویت می‌کند و از این رهگذر با کاستن از تجربه بی‌قدرتی، انزوای اجتماعی و درماندگی آموخته‌شده، زمینه‌ای فراهم می‌سازد که بروز خلق افسرده کاهش یابد؛ در سوی دیگر، مشارکت مذهبی با در اختیار گذاشتن نظامی از معانی متعالی، چشم‌انداز فرارونده نسبت به رنج‌های فردی و چارچوبی غایت‌مند برای تجربه زیسته، به بازسازی تفسیرهای شناختی فرد از موقعیت‌های دشوار کمک می‌کند، به‌گونه‌ای که احساس پوچی، بی‌معنایی و ناامیدی، تعدیل و مهار می‌گردند، و افزون‌براین، اعمال عبادی و آیینی با ماهیت تکراری و آرام‌ساز خود، به تنظیم نوروفیزیولوژیک سامانه‌های خلقی یاری می‌رسانند؛ بدین ترتیب، ترکیب این دو حوزه از مشارکت، نه فقط به‌مثابه ابزارهای بیرونی حمایت و معنا بلکه به‌عنوان مکانیسم‌های درونی بازسازی هویت و بازیابی انسجام روانی عمل کرده و به شکلی هم‌افزا احتمال تداوم و تشدید افسردگی را به‌طور معناداری کاهش می‌دهند (کوریچ و فیلدز، ۲۰۲۳؛ نوگوچی شینوهارا و همکاران، ۲۰۲۰؛ اده و همکاران، ۲۰۲۳؛ یاماشیتا و همکاران، ۲۰۲۳؛ لوتکه لانفر و همکاران، ۲۰۲۳؛ شیبا و همکاران، ۲۰۲۳).

در یک جمع‌بندی کلی، نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که اگرچه تمام ابعاد مشارکت اجتماعی با سلامت بالاتر همبستگی دارند، اما تأثیر پیش‌بینی‌کننده و منحصربه‌فرد آن‌ها یکسان نیست. مشارکت مدنی و مذهبی به دلیل ماهیت ساختاریافته، تعاملی و جامعه‌محور خود، می‌توانند به‌طور مؤثری به ایجاد شبکه‌های حمایتی و حس تعلق منجر شوند که این دو، از مکانیسم‌های کلیدی تأثیرگذاری بر سلامت نوجوانان محسوب می‌شوند. این دو نوع مشارکت با فراهم آوردن فرصت‌هایی برای کنش‌های معنادار، تقویت حس عاملیت و ایجاد چارچوب‌های معنابخش برای مواجهه با چالش‌های زندگی، به کاهش علائم جسمانی، اضطراب و افسردگی کمک شایانی می‌کنند. در مقابل، به نظر می‌رسد اثرات مثبت مشارکت سیاسی و فرهنگی، پس از کنترل تأثیر دو بعد دیگر، معناداری خود را از دست می‌دهند که این امر می‌تواند به دلیل ماهیت فردی‌تر یا انتزاعی‌تر این فعالیت‌ها برای نوجوانان باشد. این یافته‌ها بر اهمیت تمرکز بر تقویت اشکال مشارکتی که پیوندهای اجتماعی قوی و حمایت ملموس ایجاد می‌کنند، برای ارتقای سلامت عمومی این گروه سنی تأکید دارد (کوریچ و فیلدز، ۲۰۲۳؛ نوگوچی شینوهارا و همکاران، ۲۰۲۰؛ اده و همکاران، ۲۰۲۳؛ یاماشیتا و همکاران، ۲۰۲۳؛ لوتکه لانفر و همکاران، ۲۰۲۳؛ شیبا و همکاران، ۲۰۲۳).

این مطالعه دارای محدودیت‌هایی بود. اولاً، طرح پژوهش از نوع مقطعی بود که امکان استنتاج روابط علی را فراهم نمی‌کند. ثانیاً، نمونه پژوهش محدود به دانش‌آموزان پسر یک شهر خاص بود که قابلیت تعمیم نتایج به دانش‌آموزان دختر یا نوجوانان در مناطق دیگر را محدود می‌سازد. بر اساس این محدودیت‌ها و یافته‌های پژوهش، پیشنهاداتی برای تحقیقات آتی و کاربردهای عملی ارائه می‌شود.

در زمینه پیشنهادات پژوهشی، توصیه می‌شود مطالعات طولی برای بررسی روابط علی بین مشارکت اجتماعی و ابعاد آن و سلامت عمومی و ابعاد آن در طول زمان انجام شود تا بتوان تغییرات و تأثیرات بلندمدت این مشارکت‌ها را دقیق‌تر مشاهده کرد و تحلیل کرد؛ همچنین انجام پژوهش‌های کیفی می‌تواند به درک عمیق‌تر تجربیات و معانی که نوجوانان از مشارکت در فعالیت‌های مختلف کسب می‌کنند، کمک کند و زمینه را برای تبیین قوی‌تر فراهم آورد؛ علاوه‌براین، تکرار این پژوهش بر روی نمونه‌های متنوع‌تر، از جمله دانش‌آموزان دختر و نوجوانان در مناطق شهری و روستایی مختلف، جهت مقایسه نتایج و بررسی تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی توصیه می‌شود تا بتوان نتایج قابل تعمیم‌تر و جامع‌تری به دست آورد؛ همچنین بررسی نقش متغیرهای تعدیل‌گر و میانجی مانند ویژگی‌های شخصیتی، حمایت خانواده و وضعیت اقتصادی-اجتماعی در رابطه بین

مشارکت و سلامت می‌تواند به شناخت دقیق‌تر عوامل مؤثر و شناسایی گروه‌های نیازمند مداخلات ویژه کمک کند و امکان طراحی برنامه‌های هدفمندتر را فراهم آورد.

در زمینه پیشنهادات کاربردی، به مدیران مدارس و سیاست‌گذاران آموزشی توصیه می‌شود با توجه به نقش برجسته مشارکت مدنی و مذهبی، فرصت‌ها و ساختارهای لازم برای تقویت این فعالیت‌ها را فراهم آورند؛ حمایت از شوراهای دانش‌آموزی، تشکیل گروه‌های داوطلبانه مانند هلال احمر، و تسهیل برگزاری مراسم و فعالیت‌های مذهبی متناسب با فرهنگ جامعه، می‌تواند بسترهای مؤثری برای ارتقای سلامت روان دانش‌آموزان فراهم آورد و به شکل‌گیری محیطی حمایتی و پویا کمک کند؛ همچنین به مشاوران مدارس و متخصصان سلامت روان پیشنهاد می‌شود که در برنامه‌های مداخله‌ای خود برای کاهش اضطراب و افسردگی، دانش‌آموزان را به مشارکت فعال در گروه‌های مدنی و مذهبی تشویق کنند، زیرا این فعالیت‌ها شبکه‌های حمایتی طبیعی و پایداری را برای آنان فراهم می‌کنند و باعث افزایش حس تعلق، خودکارآمدی و توانمندی در مواجهه با چالش‌های تحصیلی و اجتماعی می‌شوند و در نهایت می‌توانند نقش مهمی در پیشگیری از مشکلات روانی و ارتقای کیفیت زندگی نوجوانان ایفا کنند.

منابع

- تقوی، سید محمدرضا. (۱۳۸۰). بررسی روائی و اعتبار پرسش‌نامه سلامت عمومی GHQ. روانشناسی، ۲۰(۵)، ۳۸۱-۳۹۸.
<https://sid.ir/paper/54489/fa>
- تقوی، سید محمدرضا. (۱۳۸۷). هنجاریابی پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ) بر روی دانشجویان دانشگاه شیراز. روانشناسی بالینی و شخصیت، ۱۶(۱)، ۱-۱۲.
https://cpap.shahed.ac.ir/article_2615.html
- حبیب‌اللهی، سمیرا؛ بنی‌جمالی، شکوه السادات؛ سوداگر، شیدا؛ و صبحی قراملکی، ناصر. (۱۳۹۷). نقش متمایزکننده معنویت و حمایت اجتماعی در سلامت روان و اضطراب مرگ سالمندان. پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی، ۸(۲۹)، ۱-۲۲.
https://www.socialpsychology.ir/article_80818.html
- حیدریان، امین؛ و گنجی، محمد. (۱۴۰۳). فراتحلیل سرمایه اجتماعی و رفتارهای سلامت‌محور: مرور متون. پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی، ۱۴(۵۶)، ۱-۱۴.
<https://doi.org/10.22034/spr.2025.453775.1944>
- دوکوهکی، نجمه؛ فرهادی، اکرم؛ طهماسبی، رحیم؛ و روانی‌پور، مریم. (۱۳۹۹). ارتباط مشارکت اجتماعی با سلامت روان و عملکرد شناختی سالمندان مبتلا به بیماری مزمن. نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری، ۷(۲)، ۲۹-۳۹.
<http://ijrn.ir/article-1-598-fa.html>
- رضائی، طاهره؛ بهادری، فرزانه؛ و زنجری، نسیم. (۱۴۰۱). نقش مشارکت مذهبی در سلامت دوران سالمندی: یک مطالعه مروری یکپارچه. مجله دین و سلامت، ۱۰(۱)، ۳۱-۴۵.
<https://jrh.mazums.ac.ir/article-1-908-fa.html>
- طاهری خرامه، زهرا؛ و الیاسی، عارفه. (۱۴۰۳). نقش مساجد و مشارکت مذهبی در سلامت معنوی دوران نوجوانی. دانش سلامت و دین، ۷۰(۲۰)، ۸-۱۰.
<https://hr.muq.ac.ir/uploads/174/2024/Jul/03/70-2-2.pdf>
- عبدلی، فاطمه؛ رضایی، مهدی؛ پشم‌دار فرد، مرضیه؛ و لعابی چیان، مائده. (۱۴۰۳). مقایسه‌ی عملکرد شناختی و سلامت فیزیکی در سالمندان مقیم جامعه با و بدون مشارکت در کارهای داوطلبانه و عوامل مؤثر بر آن. دوماهنامه علمی-پژوهشی طب توانبخشی.
https://medrehab.sbm.ac.ir/article_1101760.html
- علی‌پور، احمد؛ صحراپیان، محمدعلی؛ علی‌اکبری دهکردی، مهناز؛ و حاجی‌آقابابایی، مرضیه. (۱۳۹۰). ارتباط میان حمایت اجتماعی ادراک شده و سخت‌رویی با سلامت روان و وضعیت ناتوانی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی، ۱۱(۳)، ۱۱۰-۱۳۳.
https://www.socialpsychology.ir/article_124989.html
- نیازی، محسن؛ توسنگ، محمدعلی؛ منتی، رستم؛ نژادی، اعظم؛ و کسانی، عزیز. (۱۳۹۵). رابطه بین مشارکت اجتماعی و سلامت عمومی در زنان شهر ایلام. مجله علوم پزشکی صدرا، ۴(۳)، ۱۷۳-۱۸۴.
https://smsj.sums.ac.ir/article_44093.html?lang=fa

- Bagheri Bonjar, A., Heshmaty, M.R., Kermani, B. (2011). Relationship between social participation and mental health in Shahr-e-Ray youth. In *The First International & 4th National Congress on health Education & Promotion, 2011*. Tabriz university of medical sciences. <https://www.academia.edu/21291228>
- Bang, H., Won, D., & Park, S. (2020). School engagement, self-esteem, and depression of adolescents: The role of sport participation and volunteering activity and gender differences. *Children and youth services review, 113*, 105012. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2020.105012>
- Baron, C. R., & Collins, N. L. (2025). The Impact of Social Support on Thriving and Health in Sexually-Diverse and Gender-Diverse Populations. *Social and Personality Psychology Compass, 19*(7), e70071. <https://doi.org/10.1111/spc3.70071>
- Bhat, A. A., Rashid, I., Hassan, S. U., & Kansra, P. (2025). Social determinants of health and health outcomes: a bibliographic review of the scientific literature from 2000 to 2021. *Global Knowledge, Memory and Communication, 74*(3/4), 824-844. <https://doi.org/10.1108/gkmc-09-2022-0214>
- Bourdieu, P. (1986). *The forms of capital*. JG Richardson's Handbook for Theory and Research for the Sociology of Education. Westport, CT: Greenwood Press.
- Chen, J., Zeng, Y., & Fang, Y. (2022). Effects of social participation patterns and living arrangement on mental health of Chinese older adults: A latent class analysis. *Frontiers in Public Health, 10*, 915541. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.915541>
- Cockerham, W. C. (2013). *Social causes of health and disease* (2nd ed.). Malden, MA: Polity Press.
- Durkheim, E. (1951). *Suicide: A study in sociology* (J. A. Spaulding & G. Simpson, Trans.). Glencoe, IL: The Free Press.
- Ede, S. S., Ugwuodo, E. P., Okoh, C. F., Egbumike, C. J., Chukwu, D. A., Irem, F. O., & Nwatu, U. L. (2023). Impact of Religious Participation and Spirituality on the Health of Nigerian Older People: an online survey. *Journal of Religion, Spirituality & Aging, 35*(1), 56-70. <https://doi.org/10.1080/15528030.2021.2001407>
- Ehsan, A., Klaas, H. S., Bastianen, A., & Spini, D. (2019). Social capital and health: A systematic review of systematic reviews. *SSM-population health, 8*, 100425. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2019.100425>
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological medicine, 9*(1), 139-145. <https://doi.org/10.1017/s0033291700021644>
- Gregory, K. (2022). *Examination of Physical Pain and Anxiety Problems with School Engagement and Prosocial Behavior Participation among U.S. Adolescents* [Doctoral dissertation, University of Cincinnati]. OhioLINK Electronic Theses and Dissertations Center. http://rave.ohiolink.edu/etdc/view?acc_num=ucin1649768743037669
- House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science, 241*(4865), 540-545. <https://doi.org/10.1126/science.3399889>
- Huang, J., Gao, J., Yao, M., & Yao, S. (2025). The impact and mechanism of neighbourhood social capital on mental health: a cross-sectional survey based on the floating elderly population in China. *BMC geriatrics, 25*(1), 164. <https://doi.org/10.1186/s12877-025-05789-w>
- Jing, L., Wu, S., Yu, S., & Zhao, S. (2022). Research on the Influence of Voluntary Service Activities Participation on University Students' Mental Health and Social Development. *Journal of Healthcare Engineering, 2022*. <https://doi.org/10.1155/2022/6024045>
- Kirbiš, A., Mattila, M., & Rapeli, L. (2023). Physical health conditions and political participation in Europe: the moderating effects of age. *Comparative European Politics, 1-31*. <https://doi.org/10.1057/s41295-023-00347-3>
- Korich, F., & Fields, E. L. (2023). Civic Engagement to Empower Young People to Impact Health and Well-Being. *Pediatrics, 151*(Supplement 1). <https://doi.org/10.1542/peds.2022-057267h>
- Laurence, J. (2025). Explaining the pathways through which social capital buffered mental health during the COVID-19 pandemic: A longitudinal analysis. *Journal of Affective Disorders, 373*, 403-411. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.12.110>
- Lee, C. W., Lin, L. C., & Hung, H. C. (2021). Art and cultural participation and life satisfaction in adults: the role of physical health, mental health, and interpersonal relationships. *Frontiers in Public Health, 8*, 582342. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.582342>

- Leonardi, F. (2018). The definition of health: towards new perspectives. *International Journal of Health Services*, 48(4), 735-748. <https://doi.org/10.1177/0020731418782653>
- Lévasseur, M., Lussier-Therrien, M., Biron, M. L., Raymond, É., Castonguay, J., Naud, D., ... & Tremblay, L. (2022). Scoping study of definitions of social participation: Update and co-construction of an interdisciplinary consensual definition. *Age and ageing*, 51(2), afab215. <https://doi.org/10.1093/ageing/afab215>
- Luetke Lanfer, H., Rossmann, C., & Kargbo, S. I. (2023). Exploring the Contextual Factors of Religious Leader Participation in Health Communication: Evidence from a Qualitative Study in Sierra Leone. *Journal of religion and health*, 62(3), 1695-1715. <https://doi.org/10.1007/s10943-022-01632-3>
- Lühr, M., Pavlova, M. K., & Luhmann, M. (2022). Nonpolitical versus political participation: Longitudinal associations with mental health and social well-being in different age groups. *Social Indicators Research*, 159(3), 865-884. <https://doi.org/10.1007/s11205-021-02777-6>
- Luo, Y., Zhu, S., Yang, F., Li, Y., Yan, S., Jiang, Y., & Bai, J. (2025, April). Cognitive Social Capital in Community and Mental Health of the Elderly in China: The Moderating Effect of Age, Education, and Income. In *Healthcare* (Vol. 13, No. 7, p. 794). MDPI. <https://doi.org/10.3390/healthcare13070794>
- Maravilla, J. C., Fine, S. L., Ramaiya, A., Li, M., Wado, Y. D., Wahdi, A. E., ... & Erskine, H. E. (2025). Social support and mental health among adolescents in Kenya, Indonesia, and Vietnam: A latent class analysis using the National Adolescent Mental Health Surveys. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 19(Suppl 1), 85. <https://doi.org/10.1186/s13034-025-00923-3>
- Marcoulides, K. M., & Raykov, T. (2019). Evaluation of Variance Inflation Factors in Regression Models Using Latent Variable Modeling Methods. *Educational and psychological measurement*, 79(5), 874-882. <https://doi.org/10.1177/0013164418817803>
- Mishi, S., Sibanda, K., & Anakpo, G. (2023). The concept and application of social capital in health, education and employment: A scoping review. *Social Sciences*, 12(8), 450. <https://doi.org/10.3390/socsci12080450>
- Mitchell, A., Johnson, C. L., Schroeder, E., Ng, G. W., & Booker, J. A. (2025). Social support is fundamentally important for mental health among adolescents and emerging adults: Evidence across relationships and phases of the COVID-19 pandemic. *Journal of Research on Adolescence*, 35(1), e13046. <https://doi.org/10.1111/jora.13046>
- Niu, L., Lu, C., & Quan, X. (2025). The impact of social capital on health behaviors: evidence from urban China. *Frontiers in Public Health*, 13, 1525075. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1525075>
- Noguchi-Shinohara, M., Hirako, K., Tsujiguchi, H., Itatani, T., Yanagihara, K., Samuta, H., & Nakamura, H. (2020). Residents living in communities with higher civic participation report higher self-rated health. *PloS one*, 15(10), e0241221. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241221>
- Ozkan, Z. C. (2022). Investigation of Secondary School Students' Anxiety and Lesson Participation towards Visual Arts Lesson. *International Journal on Social and Education Sciences*, 4(3), 408-422. <https://doi.org/10.46328/ijonses.453>
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. New York, NY: Simon & Schuster.
- Rashedi, V., Gharib, M., & Yazdani, A. A. (2014). Social participation and mental health among older adults in Iran. *Iranian rehabilitation journal*, 12(1), 9-13. <http://irj.uswr.ac.ir/article-1-402-en.html>
- Rehman, I., Jabeen, R., Joseph, V., & Bhutto, G. H. (2023). Exploring The Relationship Between Mental Health And Academic Performance: An Analysis Of Depression, Stress, And Anxiety In Cambridge School Students. *Journal of Positive School Psychology*, 7(6), 407-419. <https://www.journalppw.com/index.php/jpsp/article/view/17017>
- Ruihua, L., Hassan, N. C., Qiuxia, Z., Sha, O., & Jingyi, D. (2025). A systematic review on the impact of social support on college students' wellbeing and mental health. *PLoS One*, 20(7), e0325212. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0325212>
- Schütz, R., Reiss, F., Moor, I., Kaman, A., Bilz, L., & HBSC Study Group Germany. (2025). Lonely children and adolescents are less healthy and report less social support: A study on the effect of loneliness on mental health and the moderating role of social support. *BMC Public Health*, 25(1), 2172. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-23247-5>

- Shiba, K., Cowden, R. G., Gonzalez, N., Ransome, Y., Nakagomi, A., Chen, Y., ... & Fancourt, D. (2023). Associations of online religious participation during COVID-19 lockdown with subsequent health and well-being among UK adults. *Psychological Medicine*, 53(9), 3887-3896. <https://doi.org/10.1017/s0033291722000551>
- Stockemer, D., & Rapp, C. (2019). The influence of various measures of health on different types of political participation. *Politics*, 39(4), 480-513. <https://doi.org/10.1177/0263395719844700>
- Truhan, T. E., Aarts, E., McGlinchey, E., Greene, T., Robinson, M., & Armour, C. (2025). Differential effects of received social support and mental health symptomology on affect in adults: an Ecological Momentary Assessment study. *BMC psychiatry*, 25(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-07117-3>
- Turner, P. (2020). Critical values for the Durbin-Watson test in large samples. *Applied Economics Letters*, 27(18), 1495-1499. <https://doi.org/10.1080/13504851.2019.1691711>
- Whitman, A., De Lew, N., Chappel, A., Aysola, V., Zuckerman, R., & Sommers, B. D. (2022). Addressing social determinants of health: Examples of successful evidence-based strategies and current federal efforts. *Off Heal Policy*, 1, 1-30. <https://aspe.hhs.gov/reports/sdoh-evidence-review>
- Wilding, A., Munford, L., & Sutton, M. (2023). Estimating the heterogeneous health and well-being returns to social participation. *Health Economics*. <https://doi.org/10.1002/hec.4695>
- Yamashita, M., Abe, T., Seino, S., Nofuji, Y., Sugawara, Y., Shinkai, S., ... & Fujiwara, Y. (2023). Role of personality traits in determining the association between social participation and mental health: A cross-sectional study in Japan. *Journal of Health Psychology*, 28(1), 48-60. <https://doi.org/10.1177/13591053221105350>