

فصلنامه جامعه‌شناسی سبک زندگی، سال دوم، شماره پنجم، بهار ۹۵، صفحات ۳۷-۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۱/۱۲ تاریخ پذیرش نهایی: ۱۳۹۴/۰۶/۰۵

## بررسی ضریب نفوذ شبکه‌های اجتماعی مبتنی بر تلفن همراه و تأثیر آن بر سلامت اجتماعی (مورد مطالعه: دانشجویان دانشگاه تبریز)

توکل آقاییاری هیر<sup>۱</sup>  
داریوش محمدپور<sup>۲</sup>  
صابر جعفری<sup>۳</sup>

### چکیده

سلامت و سلامت اجتماعی و آنها با رسانه‌های مدرن معروف به شبکه‌های اجتماعی، علیرغم اهمیت شایانی که در جامعه‌شناسی سلامت و ارتباطات دارد، آنچنان که شایسته است، به شکل تجربی مورد توجه و بررسی قرار نگرفته است. مطالعه حاضر در همین راستا و با هدف تعیین ضریب نفوذ شبکه‌های اجتماعی مبتنی بر تلفن همراه و نیز میزان استفاده از آنها و ارتباطش با سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز در سال ۱۳۹۳ انجام گرفته است. روش تحقیق مورد استفاده در پژوهش حاضر پیمایش بوده و تکنیک جمع‌آوری داده‌ها نیز پرسشنامه می‌باشد که بین ۳۸۳ نفر که با استفاده از نمونه‌گیری طبقه‌ای متناسب با سهم بر حسب دانشکده و جنس انتخاب شدند، توزیع گردیده است. بر اساس نتایج، نزدیک به ۵۱ درصد از دانشجویان حداقل عضو یکی از چهار شبکه اجتماعی مبتنی بر تلفن همراه (شامل واتس‌آپ، وایبر، تانگو و لاین) بوده و به طور متوسط و روزانه حدود ۳۴/۳ دقیقه از این شبکه‌ها استفاده کرده‌اند. بر اساس نتایج، تفاوت نسبتاً کم ولی به هر ترتیب معناداری بین میانگین سلامت اجتماعی افراد عضو و غیرعضو شبکه‌های اجتماعی مبتنی بر تلفن همراه (به نفع افراد غیرعضو) مشاهده شده است. میزان استفاده از شبکه‌های مجازی با شاخص کل سلامت اجتماعی رابطه معنادار و منفی و نیز با دو بعد سازواری اجتماعی و مشارکت اجتماعی نیز رابطه معکوس و معناداری نشان داده است.

**واژگان کلیدی:** سلامت اجتماعی، شبکه‌های اجتماعی، لاین، واتس‌آپ، وایبر و تانگو.

t.aghayari@tabrizu.ac.ir  
darushdarushi277@yahoo.com  
saberjafari1369@gmail.com

۱- استادیار گروه علوم اجتماعی دانشگاه تبریز (نویسنده مسئول)  
۲- کارشناس ارشد پژوهشگری علوم اجتماعی از دانشگاه تبریز  
۳- کارشناس ارشد پژوهشگری علوم اجتماعی از دانشگاه تبریز

## مقدمه و بیان مسأله

از دیرباز، سلامت به عنوان یک حق اساسی و همچنین نیاز و آرمان اصلی برای تمام انسان‌ها قلمداد شده و در حال حاضر نیز یکی از تعیین‌کننده‌ترین مؤلفه‌های سطح توسعه و پیشرفت عمومی شناخته می‌شود و عملاً امروزه سطح توسعه هر جامعه‌ای از طریق کم و کیف سلامت و یا مؤلفه‌های مرتبط با آن مورد ارزیابی و سنجش قرار می‌گیرد (Kumar and et al, 1993). گرچه به طور سنتی، هرگاه از سلامت سخنی به میان آمده، بیشتر بعد جسمانی آن مورد توجه بوده، ولی در دهه‌های اخیرتر و هرچه به زمان حال نزدیک شویم، ابعاد جدیدتری برای آن در نظر گرفته شده است که ابعاد روانی و اخیرترها بعد اجتماعی سلامت از جمله این ابعاد است. به ویژه در سال‌های اخیرتر، با جلب توجه پزشکان به زمینه‌های اجتماعی سلامت/بیماری و نیز جلب توجه جامعه‌شناسان پزشکی به سمت عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، ابعاد اجتماعی سلامت در کانون توجهات پزشکی اجتماعی و یا جامعه‌شناسی سلامت قرار گرفته است.

سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup> (1948: 100) در تعریف خود سلامت را به عنوان حالتی از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً فقدان بیماری و معلولیت تعریف کرده است. بعد اجتماعی سلامت دربرگیرنده‌ی سطوح مهارت‌های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود، به عنوان عضوی از جامعه بزرگتر است. در واقع زندگی سالم، محصول تعامل اجتماعی بین انتخاب‌های فردی از یک

1- World Health Organization (WHO)

سو و محیط اجتماعی - اقتصادی احاطه کننده‌ی فرد از سوی دیگر است. در صورت تحقق سلامت اجتماعی<sup>۱</sup> شهروندان دارای انگیزه و روحیه‌ای شاد بوده و در نهایت جامعه شاداب و سلامت خواهد بود (زکی و همکاران، ۱۳۹۲: ۸۰). به زبانی دیگر، زمانی فرد دارای سلامت اجتماعی خواهد بود که بتواند فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی خود را در حد متعارف بروز و ظهور دهد و با جامعه و هنجارهای اجتماعی احساس پیوند و اتصال نماید (پورافکاری، ۱۳۹۱: ۴۳).

در یکی از جامع‌ترین رویکردها جهت مفهوم سازی سلامت اجتماعی، کیز<sup>۲</sup> (1998) معتقد است سلامت اجتماعی عبارت است از ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که وی عضوی از آنها است. طبق این تعریف، سلامت اجتماعی دارای ابعاد مختلفی مانند: پیوستگی، پذیرش، شکوفایی، مشارکت و سازواری است. پیوستگی به ارزیابی فرد از کیفیت روابطش در جامعه و گروه اجتماعی که به آن تعلق دارد، دلالت می‌کند. پذیرش، شامل دیدگاه مطلوب نسبت به دیگران، و شکوفایی به ارزیابی توانمندی‌های بالقوه اجتماع به صورت کلی برمی‌گردد. مشارکت اجتماعی، باوری است که طبق آن فرد خود را عضو حیاتی و مؤثر اجتماع می‌داند و سازواری اجتماعی نیز به درک اجتماع به صورت هوشمند، قابل فهم و قابل پیش بینی دلالت دارد.

جامعه شناسان متعددی مستقیم یا غیرمستقیم به موضوع سلامت اجتماعی، با

---

1 - Social Well-Being

2 - Keyes

عناوینی به نسبت متفاوت مانند انسجام و پیوستگی اجتماعی، و اهمیت آن در جامعه و کارکرد آن جهت تداوم نظم اجتماعی پرداخته‌اند. به اعتقاد دورکیم، از جمله مزایای بالقوه‌ی حیات جمعی، یکپارچگی و همبستگی اجتماعی (نوعی احساس تعلق و وابستگی، درک آگاهی مشترک و داشتن سرنوشت جمعی) است. همین مزیت، می‌تواند پایه و اساسی برای تعریف جامع و کلی از سلامت اجتماعی را فراهم بیاورد (Keyes, 1998: 122).

سلامت اجتماعی (یا با هر عنوان مرتبط دیگری که نامیده یا خوانده شود)، مثل بسیاری از تجارب دیگر بشری، تحت تأثیر عوامل مختلفی است. از میان این عوامل می‌توان به نقش به نسبت پررنگ رسانه‌ها و به ویژه رسانه‌های جمعی نوظهور مانند شبکه‌های اجتماعی اشاره کرد. بسیاری معتقدند ظهور فناوری‌های نوین ارتباطی بویژه شبکه‌های اجتماعی مجازی در سال‌های اخیر، دگرگونی بنیادینی در یکپارچگی و همبستگی اجتماعی و همچنین تعاملات و ارتباطات انسانی ایجاد کرده است، و این جریان فکری هم در داخل و هم در خارج از ایران طرفداران زیادی پیدا کرده است.

ساروخانی و همکاران (۱۳۹۱) معتقدند که رسانه‌های جمعی مدرن می‌توانند در نگرش‌ها و رفتار شهروندان تأثیر گذارده و باعث کاهش همدلی، احساس تعلق ملی و انسجام اجتماعی شوند. معینی علمداری (۱۳۸۴) هم معتقد است که وسایل ارتباطی نقش فزاینده‌ای در سست کردن انسجام اجتماعی واقعی و ذره‌ای کردن جوامع انسانی دارد. عاملی (۱۳۸۲) هم بر این باور است که جهان مجازی، انسان را با فضاهای جدیدی مواجه کرده است که برای بعضی قابل فهم است و برای بخش عظیمی از جمعیت جهان، منشا گمگشتگی، غربت، تنهایی، تضاد و سردرگمی است. علاوه بر

این، عدم انطباق جهان مجازی با جهان واقعی زمینه ساز اضطراب‌های جدیدی است که در گذشته، هیچگاه تجربه نشده است.

طبق آمار ارائه شده توسط پرایس (2010)، ۱/۹۷ میلیارد کاربر اینترنت در دنیا وجود دارد که نزدیک به ۶۱ درصد آنها روزانه به شبکه‌های اجتماعی مراجعه می‌کنند. کاربران جوان ایرانی نیز از این بستر ارتباط جهانی به دور نمانده، و در میان نظرات نافی یا تاییدکننده این امر، با استقبال کم سابقه‌ای، حضور در فضای شبکه‌های اجتماعی مجازی را تجربه می‌کنند (به نقل از شهابی و همکاران، ۱۳۹۱: ۶۳). در چنین شرایطی و در حالی که روز به روز بر تعداد مخاطبان شبکه‌های اجتماعی افزوده می‌شود، هر چند وقت یکبار یک شبکه اجتماعی مجازی جدید بر می‌آورد که خود بیانگر میزان استقبال افراد از شبکه‌های اجتماعی مجازی است. ایجاد و بلافاصله جذب مخاطبان به ویژه ایرانی زیاد توسط نرم افزارها و شبکه‌های اجتماعی مانند: لاین<sup>۱</sup>، وایبر<sup>۲</sup>، واتس آپ<sup>۳</sup> و تانگو<sup>۴</sup>، که بیشتر از پنج سال از عمرشان نمی‌گذرد، تاییدی بر این مدعا است.

یکی از ویژگی‌های منحصر به فرد این شبکه‌های اجتماعی آن است که به صورت نرم افزار می‌توانند به راحتی در گوشی‌های هوشمند نصب گردیده و به طور مداوم (اگر نه تمام وقت) در اختیار کاربران قرار داشته باشند که به آنها شبکه‌های اجتماعی مبتنی بر تلفن همراه نیز می‌گویند. هر چند هیچ مرجع رسمی برای استناد در زمینه

---

1- Line

2- Viber

3- WhatsApp

4- Tango

ضریب نفوذ شبکه‌های اجتماعی مجازی مبتنی بر تلفن همراه در ایران وجود ندارد، ولی آمارهای پراکنده در این مورد حاکی از این است که شبکه‌های اجتماعی در میان ایرانیان از استقبال زیادی برخوردار هستند. در این زمینه آمارها حکایت از تعداد پنج میلیون نفری کاربران ایرانی عضو واتس آپ دارد. همچنین ایرانی‌ها بزرگترین مخاطبان وایبر در جهان را تشکیل می‌دهند و بیش از ۱۱ درصد کاربران وایبر، ایرانی هستند. همچنین بر اساس اطلاعات مرکز آنتبرگ<sup>۱</sup> ۵۹ درصد کاربران ایرانی روزانه چندبار، ۲۷ درصد روزی یکبار و ۶ درصد هم در طول هفته ۳ تا ۵ بار به شبکه‌ی اجتماعی وایبر سر می‌زنند (لطفی، ۱۳۹۳).

به طور کلی قشر جوان و در میان آنها دانشجویان به طور خاص، از جمله استفاده کنندگان اصلی شبکه‌های اجتماعی محسوب می‌شوند که به دلیل استفاده زیاد از این شبکه‌ها، در سال‌های اخیر مشکلات عاطفی، روانی و اجتماعی در میان آنها روند صعودی نگران‌کننده‌ای داشته است تا جایی که پدیده‌های نابهنجاری نظیر خودکشی، گرایش به مصرف مواد، افت تحصیلی و نظایر آنها به صورت جدی، پیشرفت تحصیلی دانشجویان و عملکرد عمومی دانشگاه‌ها را تحت تأثیر قرار داده است (قنبرزاده، ۱۳۸۵: ۱۱۶، به نقل از حاتمی، ۱۳۸۹).

علیرغم خطوط فکری مبنی بر تایید ارتباط بین رسانه و شبکه‌های مجازی اجتماعی با سطح سلامت افراد، مطالعه جدی در کشور مبنی بر ارتباط بین شبکه‌های اجتماعی مبتنی بر تلفن همراه و سلامت اجتماعی (دست کم تا جایی که نگارندگان مقاله امکان جستجوی منابع موجود را داشته‌اند) بسیار نادر است. از طرفی دیگر، حفظ سلامت

اجتماعی در نهایت به معنای حفظ نظم و تداوم جامعه نیز می‌تواند در نظر گرفته شود و این مساله به طور خاص برای جوانان دانشجوی به عنوان آینده سازان کشور مصداق پیدا می‌کند. از این رو، و نیز با توجه به ارتباط مفروض بین استفاده از شبکه‌های مجازی مبتنی بر تلفن همراه و سلامت اجتماعی، تحقیق حاضر در همین راستا در بین دانشجویان دانشگاه تبریز انجام گرفته است.

### ادبیات تحقیق

در این بخش از مقاله به طور اجمالی ابتدا به معرفی مفاهیم مورد استفاده در مطالعه حاضر پرداخته شده و در ادامه رویکردهای نظری موجود و همچنین پیشینه داخلی و خارجی موضوع مرور و مورد بحث و بررسی قرار گرفته است.

### شبکه‌های اجتماعی مبتنی بر تلفن همراه و ویژگی‌های آنها

با توجه به جدید بودن پدیده شبکه‌های اجتماعی مبتنی بر تلفن همراه و ناکافی بودن اطلاعات در دسترس عموم و حتی جامعه علمی در مورد این نرم‌افزارها و شبکه‌های اجتماعی جدید مبتنی بر تلفن همراه در کشور، در این بخش به طور اجمالی بر برخی ویژگی‌ها و کارکردهای این شبکه‌ها اشاراتی می‌شود. لازم به ذکر است که عمدتاً اطلاعات این بخش به دلیل عدم دسترسی به منابع جامع و دقیق در زمینه شبکه‌های اجتماعی مبتنی بر تلفن همراه، به ناچار از اطلاعات عمومی دانشنامه آزاد یا همان ویکیپدیای فارسی (۱۳۹۴) استفاده شده است.

**لاین:** یک نرم افزار پیام رسان فوری مخصوص تلفن‌های هوشمند و رایانه‌های شخصی است. لاین به کاربران خود این امکان را می‌دهد تا با یکدیگر به تبادل

پیام‌های متنی، عکس، ویدئو و موسیقی پردازند. لاین همچنین امکان برقراری تماس صوتی و تصویری را از طریق بسترهای اینترنتی (VoIP) برای کاربران خود فراهم می‌سازد. این شبکه اجتماعی در سال ۲۰۱۱ در ژاپن راه‌اندازی شده و در سال ۲۰۱۳ با اضافه شدن بخشی به نام تایم لاین، این برنامه از یک پیام رسان فوری به یک شبکه اجتماعی تغییر کارکرد داده است. اضافه شدن دکمه‌های لایک، امکان درج کامنت، امکان تشکیل گروه‌ها و تخصیص پروفایل‌های شخصی برای افراد بیش از پیش ماهیت این برنامه را به یک شبکه اجتماعی نزدیک کرده است.

**واتس آپ:** یک سرویس پیام رسانی (چت) برای تلفن‌های همراه است که در شرکت سهامی واتس آپ ساخته شده است. واتس آپ و نرم‌افزارهای شبیه به آن امروزه با گسترش اینترنت همراه، جایگزینی برای اس ام اس یا پیام‌های متنی کلاسیک شده‌اند. در این نرم‌افزار یا شبکه اجتماعی علاوه بر قابلیت فرستادن متن می‌توان فایل‌های عکس، صوتی، ویدئویی و موقعیت جغرافیایی گوشی فرستنده را که بوسیله جی پی اس و آنتن‌های تلفن همراه پیدا می‌شود، نیز از طریق واتس آپ ارسال نمود. واتس آپ اطلاعات کاربر و مخاطبان را از دفترچه تلفن همراه می‌خواند و نیازی به وارد کردن لیست مخاطبان در نرم‌افزار نمی‌باشد.

**وایبر:** یک نرم‌افزار پیام رسان فوری صدا روی پروتکل اینترنت برای تلفن‌های هوشمند است که توسط شرکت وایبر توسعه داده شده است. وایبر در سال ۲۰۱۰ توسط چهار همکار اسرائیلی تاسیس شد. قابلیت‌های اصلی این برنامه یا شبکه اجتماعی مکالمه بوسیله اینترنت، ارسال عکس، شکلک و متن است. برای ثبت نام در این شبکه اجتماعی باید شماره تلفن همراه شخص به آن اعلام شود و توسط یک پیام



کوتاه، کد ورود به شبکه به کاربر اعلام می‌شود. وایبر با استفاده از دفترچه تلفن موجود در تلفن همراه سایر افرادی که نرم افزار فوق را نصب کرده و در دفترچه قرار دارند را شناسایی کرده و آنها را در لیست دوستان قرار می‌دهد.

**تانگو:** نرم افزار کاربردی چند سکویی برای تلفن‌های هوشمند است که بوسیله‌ی تانگو ام ای در سال ۲۰۰۹ راه‌اندازی شده است. از این نرم افزار با عنوان ساده ترین نرم افزار گپ با حمایت گسترده نام برده شده است. از ویژگی‌های این شبکه‌ی اجتماعی می‌توان به ارسال و دریافت پیام‌های تصویری، اضافه کردن انیمیشن‌های سرگرم کننده به تماس‌های تصویری، نمایش خودکار دوستانی که از تانگو استفاده می‌کنند و مانند آنها اشاره کرد.

### مبانی نظری

به طور سنتی دو رویکرد عمومی در مورد سلامت و تعریف آن وجود داشته است؛ یکی رویکرد بیماری محور، که به حضور و عدم حضور بیماری در مقوله‌های مختلف جسمانی و روانی تمرکز دارد (شربتیان، ۱۳۹۱: ۱۵۵) و از این منظر، سلامتی حالتی است که علائم بیماری در فرد وجود نداشته باشد و سلامت هدف نهایی مداخلات پزشکی می‌باشد. معمولاً در این دیدگاه نقش عوامل تعیین کننده‌ی زیست محیطی، اجتماعی و روان‌شناختی نادیده گرفته می‌شود (سجادی و همکاران، ۱۳۸۳: ۲۴۷). رویکرد دیگر یا رویکرد سلامت محور سلامت را به عنوان حالت برخوردار از درجه‌ی بالایی از بهزیستی تعریف می‌کند. طبق نظریه‌ی سلامتی، فردی سالم فرض می‌شود که درجات عالی شاخص‌های سلامت را دارا باشد. دوانی و همکاران عقیده دارند که سلامت حقیقی، فرآیند نیرومند شدن و قادر بودن، توأم با داشتن یک زندگی

خوب را منعکس می‌کند (زکی و همکاران، ۱۳۹۲: ۸۴).

بعد اجتماعی سلامت، به ویژه اخیراً، در کنار ابعاد جسمی و روانی سلامت مورد توجه ویژه‌ای قرار گرفته است. یکی از اولین تلاش‌ها برای تفکیک ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی سلامت از ناحیه رنه صورت گرفته که وی سازه سلامت اجتماعی را برای اندازه‌گیری درجه‌ای که افراد (در چهار حوزه شامل؛ کار، خانواده، اجتماع محلی و روابط بین فردی فراتر از خانواده) به عنوان عضوی از جامعه یا اجتماع عملکرد دارند و اندازه‌ای که آنها استانداردها و انتظارات اجتماعی را رعایت کرده و برآورده می‌سازند، به کار برده است (Renne, 1974, Cited in Donald and et al, 1978: 16).

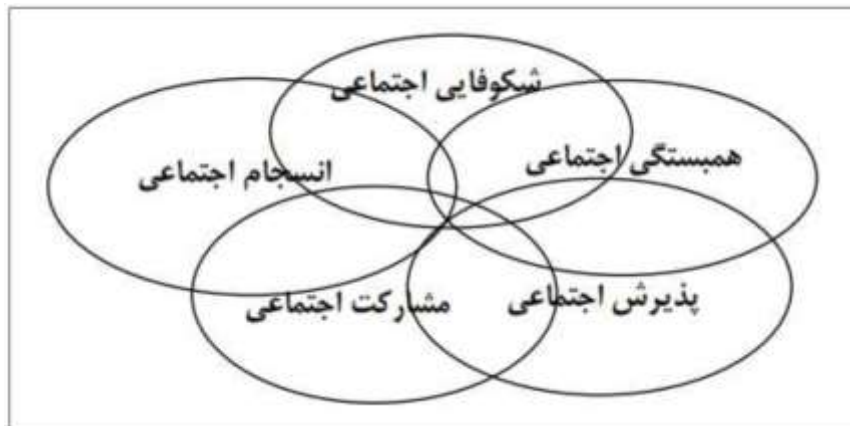
مفهوم سلامت اجتماعی از نظر دونالد و همکاران، فراتر از صرف گزارش علائم بیماری‌ها، بیماری‌ها و یا توانایی‌های کارکردی است. آنها در تلاش براس سنجش این مفهوم، آن را به عنوان یکی از ابعاد رفاه فردی و متمایز از هر دوی سلامت جسمی و روانی در نظر گرفته و آن را یکی از اجزاء وضعیت سلامتی، هم به عنوان نتیجه و هم به عنوان یک عامل مداخله‌ای در نظر گرفته‌اند (Donald and et al, 1978: v; Donald and et al, 1978, Cited in Bowling, 2005: 5). سنجش محتوای سلامت اجتماعی از ابتدا از طریق تمرکز بر فرد و در رابطه با تعاملات بین فردی (مثلاً ملاقات با دوستان) و مشارکت اجتماعی (مانند عضویت در گروه‌ها) مورد سنجش قرار گرفته و در اندازه‌گیری آن، هر دو بعد عینی (مثلاً تعداد دوستان) و ذهنی (کیفیت روابط دوستانه) منظور شده است (حاتمی، ۱۳۸۹: ۱۴).

از نظر کیز (۱۹۹۸) نیز «سلامت اجتماعی عبارت است از چگونگی ارزیابی فرد از عملکردش در برابر اجتماع. فرد سالم از نظر اجتماعی، اجتماع را به صورت یک مجموعه معنادار، قابل فهم و دارای پتانسیل رشد و شکوفایی دانسته و احساس می‌کند که به جامعه تعلق دارد؛ از طرف جامعه پذیرفته می‌شود؛ و در پیشرفت آن سهم است». بر اساس صورت بندی مفهومی کیز از سلامت اجتماعی، این مفهوم دارای ابعاد پنجگانه؛ سازواری اجتماعی<sup>۱</sup>، مشارکت اجتماعی<sup>۲</sup>، پیوستگی اجتماعی<sup>۳</sup>، پذیرش اجتماعی<sup>۴</sup> و شکوفایی اجتماعی<sup>۵</sup> است که به لحاظ نظری در هم تنیده شده‌اند (نمودار شماره ۱).

پیوستگی اجتماعی ارزیابی فرد از روابطش در جامعه و گروه‌های اجتماعی است. فرد سالم احساس می‌کند که بخشی از اجتماع است و خود را با دیگرانی که واقعیت اجتماعی را می‌سازند سهم می‌داند. بنابراین پیوستگی آن درجه‌ای است که در آن افراد احساس می‌کنند که چیزهای مشترکی بین آنها و کسانی که واقعیت اجتماعی آنها را می‌سازند وجود دارد. مشارکت اجتماعی باوری است که طبق آن فرد خود را عضو مهمی از اجتماع می‌داند و تصور می‌کند چیزهای ارزشمندی برای عرضه به جامعه دارد. مشارکت اجتماعی یعنی چه میزان فرد احساس می‌کند که آنچه انجام می‌دهد در نظر اجتماع ارزشمند و در رفاه عمومی مؤثر است.

---

1 - Social Coherence  
 2 - Social Contribution  
 3 - Social Integration  
 4 - Social Acceptance  
 5 - Social Actualization



شکل ۱: ابعاد پنج‌گانه سلامت اجتماعی از نظر کییز (۱۹۹۸)

سازواری اجتماعی درک کیفیت، سازماندهی و عملکرد دنیای اجتماعی فرد است. فرد سالم از این نظر سعی دارد تا در مورد دنیای اطراف خود بیشتر بداند. افراد سالم، علاقه مند به طرح‌های اجتماعی بوده و احساس می‌کنند قادر به فهم وقایع اطرافشان هستند، خود را با تصور اینکه در حال زندگی در یک دنیای متکامل و عالی هستند، فریب نمی‌دهند و خواسته‌ها و آرزوهایشان را برای فهم و درک زندگی ارتقا می‌بخشند. پذیرش اجتماعی داشتن درکی از دیگران به عنوان افرادی مهربان، قابل اعتماد و یاریگر بوده و به داشتن دیدگاهی مطلوب نسبت به ماهیت انسان دلالت دارد. فرد سالم از این نظر، اجتماع و مردم آن را با همه نواقص و جنبه‌های مثبت و منفی باور دارد و می‌پذیرد. شکوفایی اجتماعی بیانگر ارزیابی فرد از مسیر حرکت جامعه و پتانسیل‌های آن است. شکوفایی اجتماعی شامل درک افراد از این موضوع است که آنها هم، از رشد اجتماعی سود خواهند برد و اینکه نهادها و افراد حاضر در جامعه به شکلی در حال شکوفایی‌اند که نوید توسعه بهینه را می‌دهد (Keyes, 1998: 122-3).

یکی از جنبه‌های مهم رشد انسان، فرآیند اجتماعی شدن اوست. انسان به عنوان موجودی اجتماعی، همواره ناگزیر است که با دیگران در تعامل باشد. از طریق همین تعاملات است که شخصیت شکل می‌گیرد و شیوه‌های زندگی جمعی و دانش، مهارت‌ها و الگوهای رفتاری لازم کسب می‌شوند. از طرفی، به نظر می‌رسد که برقراری و حفظ یک ارتباط سالم و مستمر نیز مستلزم داشتن مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی بخصوصی است که باید آنها را مورد توجه و بررسی قرار داد (حاتمی، ۱۳۸۹: ۴۶).

ماتسون (۱۹۹۰) معتقد است که مهارت‌های ارتباطی رفتارهایی هستند که رشد آنها می‌تواند بر روابط بین افراد از یک سو و سلامت اجتماعی آنان و نیز عملکرد مفید و مؤثر در اجتماع از سوی دیگر، تأثیر داشته باشد، همچنین شنایدر و همکاران (۱۹۸۵) نیز مهارت‌های ارتباطی را به عنوان وسیله ارتباط میان فرد و محیط تعریف می‌کند که این وسیله برای شروع و ادامه یک ارتباط سازنده و سالم با همسالان، به عنوان بخش مهمی از سلامت، مورد استفاده واقع شود (هر دو به نقل از حاتمی، ۱۳۸۹: ۴۶).

برخی‌ها معتقدند که رسانه‌ها می‌توانند به عنوان شمشیر دو لبه عمل کنند؛ یعنی هم در جهت تخریب سلامت اجتماعی حرکت کنند و هم در جهت بهبود آن، چرا که مهم‌ترین نهاد الگوساز در هر جامعه‌ای در دوران معاصر، رسانه‌های جمعی هستند. اینکه چگونه رسانه‌های جمعی در فرآیند هنجارسازی یا محور هنجارهای نامطلوب نقش کلیدی ایفا می‌کنند، خود نشان دهنده محوریت رسانه در فرآیند بازتولید سلامت اجتماعی است. از این رو می‌توان پذیرفت که رسانه به عنوان یک عامل جامعه پذیری که گروه بسیاری از افراد می‌تواند قرار بگیرد، به جایگزینی برای

گروه‌های مرجع سنتی، همچون پدران، مادران، بزرگان و نظایر آنها تبدیل شود. در واقعیت امر، تنها یک رسانه پویا می‌تواند به بازتولید سلامت اجتماعی در جامعه پردازد نه رسانه‌ای که گرفتار مناسبات تولیدی و فناورانه زندگی مدرن شهری است (فدایی مهربانی، ۱۳۸۶).

در یکی دو دهه‌ی اخیر با ظهور و گسترش شبکه‌های اجتماعی مجازی به عنوان یک رسانه، آنها نه تنها به بخشی از زندگی روزمره افراد تبدیل شده‌اند، بلکه افکار، احساسات و روابط آنها را نیز تحت تأثیر قرار داده‌اند و مشابه یک فضای ارتباطی جذاب و فراگیر به سرعت برای خود در تعاملات اجتماعی جای ویژه‌ای باز کرده‌اند. هرچند در این زمینه که فضای مجازی، زندگی افراد را تغییر داده در بین متخصصان اجتماعی و ارتباطات اجماع نظر وجود دارد، اما در چگونگی این تأثیر و مثبت و منفی بودن آنها، اختلاف نظر عمیقی بین صاحب‌نظران می‌توان پیدا کرد.

ترکل با طرح این مساله که در حال جوامع بشری در حال عبور از فرهنگ محاسبه‌گرانه مدرن<sup>۱</sup> به فرهنگ شبیه‌سازی شده پست‌مدرن<sup>۲</sup> در حرکت هستند، مدعی است که اینترنت [و شبکه‌های اجتماعی مجازی] در حال حاضر میلیون‌ها نفر را در فضاهای جدیدی به همدیگر مرتبط می‌کنند که شیوه تفکر و نحوه شکل دادن به اجتماعاتمان را تغییر می‌دهند. این فضاها در عین گمنامی و از میان برداشتن مرزهای فیزیکی، به کاربر این امکان را می‌دهند که به راحتی و به طور همزمان با قرار گرفتن پشت صفحه کامپیوتر و اینترنت، و با ایجاد تنظیمات دلخواه و خودپسندانه، در

1 - Modernist Culture of Calculation

2 - Postmodernist Culture of Simulation

صحنه‌های بسیار متنوعی حاضر و در آن واحد کارگردان، بازیگر، تهیه کننده و در مجموع همه کاره نمایش و نقش خویش باشد (Turkle, 1996: 149).

با توجه به پراکنده بودن و تفاوت رویکردها به آثار و پیامدهای حضور در فضای مجازی در تمامی ابعاد سلامت اجتماعی، ارائه و طرح یک رویکرد نظری منسجم بسیار دشوار می‌باشد؛ با این حال در یک دسته بندی کلی، نظریات موجود در باب ارتباط بین سلامت اجتماعی و فضای مجازی را به سه دسته‌ی؛ رویکردهای خوش‌بینانه، رویکردهای بدبینانه و رویکردهای واقع‌بینانه می‌شود تقسیم کرد.

رویکردهای خوش‌بینانه، با نگاهی مثبت نسبت به اثرگذاری شبکه‌های اجتماعی بر سلامت اجتماعی نگاه می‌کنند. سنت پژوهشی مبتنی بر این رویکرد، استفاده و رضایتمندی از چگونگی و چرایی استفاده افراد از رسانه‌ها را به منظور درک تأثیر رسانه‌ها بر مردم مد نظر قرار می‌دهد. پیروان این رویکرد مخالف نظریه‌ی «مخاطب منفعل» هستند و فرض‌هایی را مبنای کار خود قرار می‌دهند که مهم‌ترین آن عبارت است از اینکه مخاطب از میان مجاری ارتباطی و محتوایی که به او عرضه می‌شود دست به انتخابی آگاهانه و با انگیزه دست می‌زند. لذا گزینش‌گری هدفمند، عقلانی و منجر به رضایت مصرف‌کنندگان رسانه‌ها در باب رسانه و نیز محتوای آن، آگاهی کامل مخاطبان از نیازهای فردی و اجتماعی شان، که به انگیزش‌های متفاوت قابل بیان می‌انجامد، مفروض‌های اساسی این رویکرد هستند که در کنار انگیزه‌ها، خرسندی کسب شده یا مورد انتظار و متغیرهای زمینه‌ای از بعد نظری قابل تحلیل می‌باشند (Roggiero, 2000).

کاتز و وایس نیز در مطالعات خود دریافته‌اند که فضای مجازی به جای اینکه تعاملات اجتماعی را کاهش دهد، باعث افزایش آنها شده و به نوع جدیدی از سرمایه اجتماعی منجر شده است (به نقل از منتظر قائم و همکاران، ۱۳۸۴: ۲۳۵). با معرفی و به کارگیری رسانه‌هایی مرسوم به شبکه‌های اجتماعی، مفهوم مخاطب فعال در رسانه‌های جدید با وجود بلاگرهای جوان، مصرف کنندگان بازی‌های ویدیویی و رایانه‌ای و میلیون‌ها فردی که صفحات خود را در شبکه‌های اجتماعی ایجاد می‌کنند، مصداق عینی پیدا کرده است و دیگر نمی‌توان گفت که آنها مصرف کنندگان منفعل رسانه هستند بلکه آنها راه‌هایی برای مشارکت در تولید فرهنگ جستجو و خلق می‌کنند. شرکت در اجتماعات مجازی از سویی فشارهای ناشی از وفق دادن خود با انتظارات گروهی و جمعی در دنیای واقعی را کاهش داده و آزادی بیشتری را به فرد در جهت تحقق خود مطلوب و ایده‌آل وی، و تعامل با سایرین مطلوب خود به او می‌بخشد و از سویی دیگر از فشارهای محیطی و جغرافیایی بر کاربر نیز بسیار می‌کاهد (ذکایی و همکاران، ۱۳۸۵: ۱۲۶).

رویکردهای بدبینانه، در مقابل، با دیدی منفی به تأثیرات فضاهای مجازی بر سلامت اجتماعی می‌نگرند. بر این اساس، شکل‌گیری اجتماعات در فضای مجازی موجب می‌شود که اجتماعات جهان واقعی، به تدریج کم رنگ و بی‌اهمیت شود. این بدان معناست که منبع هویت بخشی افراد متکثر و متنوع می‌شود و به همین جهت هویت ملی و انسجام اجتماعی یک جامعه به تدریج ضعیف می‌شود (نورمحمدی، ۱۳۸۸). ترکل (۱۹۹۷) استدلال می‌کند ارتباطی که در اینترنت رخ می‌دهد می‌تواند برای کاربران اینترنت جذاب باشد و ممکن است از ارتباط سنتی چهره به چهره



کارآمدتر به نظر آید و کاربران اینترنت ممکن است انرژی‌های سرمایه اجتماعی خود را صرف توسعه جوامع مجازی کنند تا مشارکت اجتماعی واقعی محلی خود (Cited in Wellman and et al, 2002: 329-30). کراوت و همکاران (1998) بر این باورند که سرگرمی و فضاهاى مجازى اینترنتى عموماً به تقلیل سرمایه اجتماعى، انزوا و بریدن از مشارکت‌هاى محسوس و عینى مى‌انجامد.

ساروخانی و همکاران (۱۳۹۱) هم معتقدند که این رسانه‌ها می‌توانند در نگرش‌ها و رفتار شهروندان تأثیر گذارده و باعث کاهش همدلی، احساس تعلق ملی و انسجام اجتماعى شوند. معینى علمدارى (۱۳۸۴) هم معتقد است که وسایل ارتباطى نقش فزاینده‌ای در سست کردن انسجام اجتماعى واقعى و ذره‌ای کردن جوامع انسانی دارد. در واقع رویکردهایی که به تأثیر ناخوشایند استفاده از شبکه‌های مجازی بر سلامت اجتماعى معتقدند، هم ویژگی‌هایی بخشی اینترنت و شبکه‌های مجازی را به چالش می‌کشند و هم معتقدند که توجه به شبکه‌های مجازی می‌تواند سطح مشارکت و حضور در شبکه‌های واقعى اجتماعى را کاهش دهد و به انزوای اجتماعى کاربران شبکه‌های مجازى منجر شود (ذکایی و همکاران، ۱۳۸۵: ۱۲۸).

رویکرد واقع‌بینانه، در مقایسه با دو رویکرد قبلى با دیدى تکمیلی به سلامت اجتماعى و ارتباطش با فضای مجازى مى‌نگرد. طرفداران این رویکرد معتقدند قضاوت در مورد اینکه فضاها و شبکه‌های مجازى موجب کاهش یا افزایش سلامت اجتماعى مى‌شود، در چهارچوب زندگى شخصى و نحوه و کم و کیف استفاده از آن قابل طرح و بحث است. فضای مجازى در چرخه زندگى روزمره ادغام مى‌شود و به تدریج زندگى در شبکه، همانند فعالیت‌هاى خارج از شبکه تلقى مى‌شود.

### پیشینه‌ی تجربی

تا جائیکه نگارندگان مقاله حاضر تا زمان نگاشته شدن آن امکان جستجوی مقالات و نشریات مربوط به ادبیات پژوهشی تحقیق حاضر را داشته‌اند، تحقیقی در کشور نبوده است که به طور مستقیم به رابطه‌ی بین شبکه‌های اجتماعی مجازی مبتنی بر تلفن همراه و سلامت اجتماعی پرداخته باشد؛ به همین منظور در ادامه از میان تحقیقاتی که به شکل غیرمستقیم در داخل کشور به موضوع مورد بررسی مقاله حاضر مربوط می‌شوند، و نیز به برخی مطالعات خارجی پرداخته شده است.

قلی زاده خواجه (۱۳۹۴) در پایان نامه کارشناسی ارشد خود با عنوان «رابطه میزان استفاده از شبکه‌های اجتماعی مجازی با سلامت اجتماعی: دانشجویان دختر ساکن خوابگاه سلامت» در دانشگاه علامه طباطبایی نشان دادند که بین میزان استفاده از شبکه‌های اجتماعی مجازی و سلامت اجتماعی دانشجویان دختر ارتباط معناداری وجود دارد. بین میزان استفاده از شبکه‌های اجتماعی مجازی و پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی و شکوفایی اجتماعی (سه بعد از ابعاد پنجگانه سلامت اجتماعی) رابطه معنادار و مستقیم وجود دارد و با افزایش میزان استفاده از شبکه‌های اجتماعی مجازی، سطح پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی و شکوفایی اجتماعی آنها افزایش می‌یابد. اما بین میزان استفاده از شبکه‌های اجتماعی مجازی و انطباق اجتماعی و انسجام اجتماعی رابطه معنادار و معکوسی مشاهده شد، به این معنی که با افزایش میزان استفاده از شبکه‌های اجتماعی مجازی، سطح انطباق اجتماعی و انسجام اجتماعی دانشجویان کاهش پیدا می‌کند.

نوغانی و همکاران (۱۳۹۲) در مقاله خود با عنوان «بررسی تاثیر فیس بوک بر

سرمایه اجتماعی پیوندی و پل زننده در بین جوانان» ضمن اذعان به کیفیت روابط اجتماعی به عنوان یکی از مهمترین مسایل جوانان، کیفیت این روابط را در ارتباط با استفاده از فیس بوک (یکی از شبکه‌های اجتماعی پرکاربرد در ایران) را با روش پیمایشی و در میان ۱۵۶ نفر از دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد در سال تحصیلی ۱۳۹۰-۹۱ بررسی کرده است. نتایج پژوهش حاکی از آن بوده است که شبکه اجتماعی فیس بوک می‌تواند باعث کاهش سرمایه اجتماعی پیوندی و افزایش سرمایه اجتماعی پل زننده گردد.

فیضی (۱۳۸۴) در تحقیقی با عنوان «سبک فراغتی و استفاده از اینترنت در بین دانش آموزان ۱۸-۱۲ ساله در شهر تهران» به بررسی رابطه بین استفاده از اینترنت و سبک‌های فراغتی پرداخته است. نتایج این تحقیق نشان می‌دهد افرادی که به میزان زیادی از اینترنت استفاده کرده‌اند، خود اظهار داشته‌اند که روابط خانوادگی‌شان دچار آفت و اختلال شده است؛ اما روابط دوستانه‌ی آنها، گسترده‌تر و مؤثرتر شده است. نگاه کاربران نسبت به اینترنت و استفاده از اینترنت متفاوت بوده است؛ کسانی که در مراحل اولیه استفاده از اینترنت هستند یا از آن به میزان کم استفاده می‌کنند، آن را ابزار اطلاعاتی و ارتباطی مهمی دانسته و بر عکس بیشتر کاربران که مدت بیشتری از اینترنت استفاده کرده‌اند، استفاده از آن را برای سرگرمی دانسته‌اند.

اکرم و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۵) در مقاله‌ای با عنوان تأثیر سایت‌های شبکه اجتماعی بر جوانان، مطالعه تأثیرات استفاده از شبکه‌های اجتماعی مجازی بر روابط اجتماعی واقعی، تغییرات رفتاری و سبک زندگی نسل جوان در شهرهای اسلام آباد و راولپندی

پاکستان را در دستور کار خود قرار داده‌اند. بر اساس یافته‌های این مطالعه، اکثریت جوانان به شبکه‌های اجتماعی تحت وب دسترسی داشته و این شبکه‌ها از محبوبیت بالایی در بین آنها برخوردار بوده‌اند. بر اساس نتایج، استفاده از این شبکه‌ها، بخشی از اوقات مفید جوانان را هدر داده و شکلی از انزوای اجتماعی را برایشان در پی داشته است. استفاده زیاد از این شبکه‌ها همچنین، به توسعه هنجارها و ارزش‌های اجتماعی منفی در میان آنها دامن زده است. جوانانی که بیش از حد از این شبکه‌ها استفاده کرده‌اند مسائل عدیده مرتبط با سلامتی را تجربه کرده‌اند. استفاده از این شبکه‌ها بر کم و کیف روابط اجتماعی واقعی جوانان مورد مطالعه نیز تأثیراتی بر جای گذاشته است.

کیو و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۰) در مطالعه خود با عنوان نقش خودشیفتگی در چگونگی تأثیرگذاری استفاده از فیس بوک روی خودآگاهی و سلامت اجتماعی، ضمن تأکید بر رواج شدید استفاده از فیس بوک و شبکه‌های اجتماعی مجازی شبیه آن در سال‌های اخیر، دریافته‌اند که بعد از استفاده از فیس بوک، افرادی که دارای سطح بالایی از خودشیفتگی بودند، خودآگاهی عمومی‌شان تقویت شده و در مقابل افراد دارای سطوح پایین از خودشیفتگی، خودآگاهی عمومی‌شان کاهش یافته است. همچنین بر اساس نتایج این مطالعه، افراد دارای از خودشیفتگی پایین، شرایط زندگی دوستان خود را بهتر از خودشان ارزیابی کرده و در نتیجه احساسات منفی عاطفی و کاهش سطح سلامت اجتماعی را تجربه کرده‌اند، تجربه‌ای که در میان افراد دارای از خودشیفتگی بالا مشاهده نشده است.

1 - Qiu and et al

برک و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۰) در مقاله خود تحت عنوان فعالیت‌های شبکه اجتماعی و رفاه یا سلامت اجتماعی ارتباط بین اشکال مختلف سرمایه اجتماعی و ارتباط آن با تعاملات مستقیم افراد در شبکه‌های مجازی در بین دانشجویان را بررسی کرده‌اند. آنها در مطالعه خود دریافتند که ارتباط مستقیم مبتنی بر شبکه‌های مجازی به احساس تقویت شده سرمایه اجتماعی پیوندزنده و احساس تنهایی پایین همراهی شده، و این تأثیر در ارتباط با سرمایه اجتماعی پل زنده (در ارتباط با اندازه شبکه اجتماعی فرد) تأثیر متوسط به لحاظ شدت بوده است. بر اساس نتایج مطالعه، جالب این بوده که کاربران شبکه‌های اجتماعی که در حد زیادی از محتوای این شبکه‌های استفاده کرده‌اند، تجربه کاهش سرمایه اجتماعی پیوندزنده و پل زنده و افزایش میزان احساس تنهایی را تجربه کرده‌اند.

کراوت و همکاران (۱۹۹۸) در مطالعه‌ای طولی با عنوان «پارادوکس اینترنت: تکنولوژی اجتماعی که باعث کاهش مشارکت اجتماعی و سلامت روانی می‌شوند؟» که در بین ۱۶۹ نفر از ۷۳ خانوار و در دو سال اول استفاده از اینترنت انجام شده، ضمن توجه به مباحث چالشی حول مبحث مثبت یا منفی بودن تأثیرات استفاده ناشی از استفاده از اینترنت بر کم و کیف روابط و تعاملات اجتماعی افراد، دریافتند که استفاده زیاد از اینترنت موجب کاهش تعاملات اجتماعی فرد با خانواده اش در واحد خانوار و کوچک‌تر شدن شبکه اجتماعی واقعی می‌شود. همچنین آنها مشاهده کردند که استفاده زیاد از اینترنت افزایش احساس تنهایی و افسردگی در میان افراد مورد بررسی را در پی داشته است.

پاتنام<sup>۱</sup> (۱۹۹۵) در طرح مشاهدات خود از جامعه آمریکا در مصاحبه‌ای که بعداً در قالب مقاله‌ای تحت عنوان «بولینگ به تنهایی: کاهش سرمایه اجتماعی آمریکا» به چاپ رسیده، به این امر اذعان داشته که در ایالات متحده آمریکا، اشتغال با اینترنت سبب می‌شود که افراد کمتر به کلیسا بروند؛ کمتر با همسایگان خود در مورد مسائل مملکتی صحبت کنند؛ کمتر به عضویت داوطلبانه سازمان‌ها در آیند و میهمانی‌های شام کمتری برگزار کنند؛ و به طور کلی کمتر برای اهداف اجتماعی و محلی دور هم جمع شوند. در سطح فردی نیز عدم مشغولیت اجتماعی با کیفیت پایین زندگی آنها مرتبط شده و سلامت جسمی و روانی و اجتماعی آنها را کاهش داده است.

با توجه به مطالب نظری مذکور و مرور ادبیات پژوهشی موجود، فرضیات تحقیق به شکل زیر قابل طرح هستند:

- سلامت اجتماعی (و ابعاد آن) در میان دانشجویان بر حسب عضویت و عدم عضویت آنها در شبکه‌های اجتماعی مبتنی بر تلفن همراه متفاوت می‌باشد.
- بین میزان استفاده از شبکه‌های اجتماعی مبتنی بر تلفن همراه و سلامت اجتماعی (و ابعاد آن) در میان دانشجویان دانشگاه تبریز رابطه معناداری وجود دارد.

### روش‌شناسی تحقیق

پژوهش حاضر از نظر بعد زمانی در زمره‌ی تحقیقات مقطعی است و از نظر اجرایی جزو تحقیقات کاربردی محسوب می‌شود. در پژوهش حاضر بر اساس نحوه‌ی گردآوری داده‌ها و با عنایت به ماهیت موضوع و جامعه‌ی آماری از روش پیمایش

1- Putnam

اجتماعی به عنوان روش اصلی تحقیق استفاده شده است که عناصر اصلی روش یاد شده، نمونه‌گیری و پرسشنامه می‌باشد.

جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه دانشجویان دانشگاه تبریز تشکیل می‌دهند که در سال تحصیلی ۱۳۹۴-۱۳۹۳ در این دانشگاه مشغول به تحصیل بوده‌اند که بالغ بر ۱۹ هزار نفر بوده‌اند. برای برآورد حجم نمونه از فرمول برآورد حجم نمونه کوکران استفاده شده و در آن، واریانس صفت مورد بررسی (سلامت اجتماعی) با استفاده از مطالعه مقدماتی برآورد گردیده است. حجم نمونه‌ی آماری حدود ۳۸۳ نفر برآورد گردید. در پژوهش حاضر از روش نمونه‌گیری طبقه‌بندی (دانشکده-جنس) متناسب با حجم استفاده شده است.

### تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرهای تحقیق

**تعریف مفهومی سلامت اجتماعی:** سلامت اجتماعی (Keyes, 1998: 122-3) عبارت است از ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که وی عضوی از آنهاست. تعاریف مبسوط مفهوم سلامت اجتماعی و نیز ابعاد آن در ابتدای مباحث نظری مقاله آورده شده و برای جلوگیری از اتلاف فضای مقاله از تکرار آنها در این بخش خودداری شده و تنها به تعاریف عملیاتی هر یک از ابعاد سلامت اجتماعی اشاره می‌شود که به شکل ترکیبی، شاخص سلامت اجتماعی را تشکیل داده‌اند.

**تعریف عملیاتی سلامت اجتماعی:** برای تعریف عملیاتی متغیر سلامت اجتماعی از پرسشنامه استاندارد سلامت اجتماعی کیز (۱۹۹۸) استفاده شده است. در این

پرسشنامه، پیوستگی اجتماعی با گویه‌های مانند: تعلق داشتن به مجموعه‌ای به نام جامعه، جامعه به عنوان منبع آرامش و راحتی بودن، احساس نزدیکی کردن نسبت به سایر افراد جامعه، ارزش قائل شدن سایر افراد جامعه نسبت به خود؛ مشارکت اجتماعی با گویه‌هایی نظیر: کار ارزشمندی به دنیا عرضه کردن، چیز مهمی به جامعه عرضه کردن، داشتن محصول ارزشمند برای سهم شدن در اجتماع، نتیجه مهم داشتن کار من برای جامعه؛ سازواری اجتماعی: با گویه‌هایی مثل: پیچیده بودن دنیا، با ارزش بودن درک دنیا، سخت بودن پیش‌بینی آینده، فهم آنچه در دنیا پیش خواهد آمد؛ پذیرش اجتماعی با گویه‌هایی مانند: قابل اعتماد بودن مردم، اثر گذاشتن رفتار بر روی دیگران، مهربان بودن افراد؛ و نهایتاً شکوفایی اجتماعی با گویه‌هایی شامل: مانع بودن اجتماع برای پیشرفت، غیرقابل تغییر بودن اجتماع در جهت تحقق خواسته‌ها، در تحول دائمی بودن جامعه، با مفهوم بودن پیشرفت اجتماعی سنجیده شده است.

**عضویت و میزان استفاده از شبکه‌های اجتماعی مبتنی بر تلفن همراه (وایبر، تانگو، واتس آپ و لاین):** برای سنجش این متغیر ابتدا از پاسخگویان خواسته شده عضویت/عدم عضویت خود را در هر یک از شبکه‌های اجتماعی مبتنی بر تلفن همراه اعلام کنند و سپس در صورت عضویت، میزان استفاده خود را در طول شبانه روز بر حسب ساعت و دقیقه از هر کدام از این شبکه‌های اجتماعی اظهار نمایند.

برای بررسی اعتبار<sup>۱</sup> پرسشنامه، از اعتبار محتوایی (از نوع صوری) و به منظور بررسی پایایی<sup>۲</sup> سنجه‌های تحقیق از ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید که نتایج آن

---

1- Validity

2- Reliability



در جدول شماره ۱ ارائه شده است. دقت در اندازه ضرایب آلفای کروناخ (که همگی بالای ۰/۷ بوده است) نشان می‌دهد که پایایی تمام ابعاد پنج گانه سلامت اجتماعی در سطح قابل قبولی قرار دارد.

جدول ۱: ضریب آلفای کروناخ برای زیر مقیاس‌های سلامت اجتماعی

آلفای کروناخ	تعداد گویه	ابعاد سلامت اجتماعی
۰/۸۱	۶	سازواری اجتماعی
۰/۷۴	۷	پیوستگی اجتماعی
۰/۷۸	۵	پذیرش اجتماعی
۰/۷۸	۵	مشارکت اجتماعی
۰/۷۵	۶	شکوفایی اجتماعی

با توجه به عینی بودن متغیر مستقل تحقیق (عضویت و میزان استفاده از شبکه‌های اجتماعی مجازی مبتنی بر تلفن همراه) نیازی به برآورد پایایی برای این شاخص نبوده است.

### یافته‌های تحقیق

بررسی اطلاعات عمومی پاسخگویان (جدول شماره ۲) نشان می‌دهد که میانگین سنی پاسخگویان ۲۲/۷ سال می‌باشد. بر اساس نتایج ۴۹/۹ درصد از پاسخگویان را دختران و ۵۰/۱ درصد از پاسخگویان را پسران تشکیل می‌دهند. ۹۳ درصد از پاسخگویان مجرد و ۷ درصد متأهل می‌باشند. این اطلاعات زمینه‌ای، صرفاً برای آگاهی خوانندگان از شرایط نمونه مورد بررسی بوده و خود این متغیرها در ادامه در تحلیل‌ها مورد استفاده قرار نگرفته‌اند.

اطلاعات و آماره‌های توصیفی مربوط به متغیر وابسته تحقیق (سلامت اجتماعی) و ابعاد پنجگانه آن در جدول شماره ۲ ارائه شده است. میانگین شاخص کل سلامت اجتماعی در حدود ۳/۸۲، با مقدار کمینه ۲/۱۱ و بیشینه ۵/۵۶ و انحراف معیار ۰/۲۷ بوده است که با توجه به حد وسط طیف، سلامت اجتماعی دانشجویان در سطح متوسط قرار می‌گیرد. اطلاعات مربوط به آماره‌های توصیفی ابعاد سلامت اجتماعی نیز در جدول شماره ۲ آورده شده که به دلیل صرفه جویی در حجم مقاله از توضیحات این اطلاعات خودداری شده است، ضمن این که خود اطلاعات جدول به حد کافی گویا و روشن هستند.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی سلامت اجتماعی و ابعاد آن

متغیر	بیشینه	کمینه	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
سلامت اجتماعی	۵/۵۶	۲/۱۱	۳/۸۲	۰/۲۷	۰/۳۰	۰/۳۵
پیوستگی اجتماعی	۶	۲	۴/۳۱	۰/۷۲	-۰/۳۲	۰/۲۵
پذیرش اجتماعی	۵/۲۹	۱/۴۳	۳/۶۲	۰/۶۷	-۰/۳۰	۰/۲۰
مشارکت اجتماعی	۶	۱	۴/۱۲	۱	-۰/۳۰	-۰/۰۱
سازواری اجتماعی	۵/۸۰	۱/۲۰	۳/۲۸	۰/۸۵	۰/۲۸	-۰/۱۴
شکوفایی اجتماعی	۵/۶۷	۱/۵۰	۳/۷۵	۰/۷۲	-۰/۰۵	۰/۳۱

جدول شماره ۳، اطلاعات مربوط به عضویت و استفاده از شبکه‌های اجتماعی مبتنی بر تلفن همراه در بین پاسخگویان را ارائه کرده است. در ارتباط با شبکه اجتماعی لاین، نتایج نشان می‌دهد که ۳۰ درصد از دانشجویان عضو این شبکه‌ی اجتماعی هستند که اینها به طور متوسط نزدیک به ۲۷/۵ دقیقه در شبانه روز از این

شبکه اجتماعی استفاده کرده‌اند. در ارتباط با واتس آپ، ۱۶/۷ درصد از دانشجویان عضو این شبکه‌ی اجتماعی بوده‌اند که به طور متوسط اندکی بیشتر از ۱۳ دقیقه در طول شبانه روز از این شبکه استفاده کرده‌اند. درصد عضویت و متوسط دقایق استفاده از دو شبکه اجتماعی دیگر به ترتیب در حدود ۴۳ درصد و ۵۵/۲۸ دقیقه برای شبکه اجتماعی وایبر و در حدود ۱۲/۷ درصد و ۷/۴۵ دقیقه برای شبکه اجتماعی تانگو بوده است.

جدول ۳: توزیع پاسخگویان بر اساس عضویت و میزان استفاده از هر یک از شبکه‌های اجتماعی

شبکه‌های اجتماعی مبتنی بر تلفن همراه	تعداد پاسخگویان	تعداد افراد عضو	ضریب نفوذ (درصد)	میانگین استفاده بر حسب دقیقه
لاین	۳۸۳	۱۱۵	۳۰	۲۷/۴۳
واتس آپ	۳۸۳	۶۴	۱۶/۷	۱۳/۰۸
وایبر	۳۸۳	۱۶۵	۴۳	۵۵/۲۸
تانگو	۳۸۳	۴۹	۱۲/۷	۷/۴۵

مقایسه عمومی تجربه استفاده پاسخگویان از چهار شبکه اجتماعی مبتنی بر تلفن همراه حاکی از ضریب نفوذ بسیار بالاتر شبکه وایبر در مقایسه با شبکه‌های اجتماعی دیگر است. این تفاوت هم در درصد عضویت پاسخگویان در این شبکه کاملاً ملموس بوده و هم از نظر میزان زمان اختصاصی برای استفاده از این شبکه کاملاً مشخص است. شبکه اجتماعی لاین از این نظر در رتبه دوم، واتس آپ در رتبه سوم و در نهایت شبکه تانگو قرار گرفته است. به عبارتی دیگر می‌توان گفت هم عضویت در

شبکه وایبر (در مقایسه با سه شبکه دیگر) پدیده شایع تری بین پاسخگویان است و هم افراد عضو این شبکه، مقدار زمان بیشتری را نیز برای استفاده از این شبکه در مقایسه با شبکه‌های اجتماعی دیگر تخصیص می‌دهند.

**عضویت در شبکه‌های اجتماعی و سلامت اجتماعی:** مقایسه‌ی میانگین سطح سلامت اجتماعی بر حسب عضویت در شبکه‌های اجتماعی (جدول شماره ۴) نشان دهنده‌ی آن است که میانگین سلامت اجتماعی در میان آنهایی که عضو شبکه‌های اجتماعی مبتنی بر تلفن همراه نیستند (با میانگین ۳/۸۸) به طور نسبی بیشتر از میانگین افراد عضو این شبکه‌ها (با میانگین ۳/۷۷) است. سطح معناداری آزمون مربوطه نشان می‌دهد که این تفاوت به لحاظ آماری در سطح ۰/۰۵ تفاوتی معنادار است، به این معنی که سلامت اجتماعی افراد غیر عضو شبکه‌های چهارگانه در مقایسه با افراد عضو حداقل یکی از این شبکه‌ها، به شکل معناداری بالاتر است.

جدول ۴: آزمون تفاوت میانگین سلامت اجتماعی و ابعاد آن بر حسب عضویت در شبکه‌های اجتماعی

نتیجه آزمون	سطح معناداری	درجه آزادی	مقدار t	میانگین	تعداد		
تایید فرضیه	۰/۰۲۷	۳۸۰	۲/۲۲	۳/۷۸	۱۹۵	عضویت	سلامت اجتماعی
				۳/۸۹	۱۸۸	عدم عضویت	
رد فرضیه	۰/۶۵۴	۳۷۴	۰/۴۴۸	۴/۲۹	۱۹۵	عضویت	پیوستگی اجتماعی
				۴/۳۲	۱۸۸	عدم عضویت	
رد فرضیه	۰/۱۶۵	۳۸۰	۱/۰۳۱	۴/۰۹	۱۹۵	عضویت	مشارکت اجتماعی
				۴/۲۰	۱۸۸	عدم عضویت	

نتیجه آزمون	سطح معناداری	درجه آزادی	مقدار t	میانگین	تعداد		
رد فرضیه	۰/۴۲۹	۳۷۹	۰/۳۷۵	۳/۲۸	۱۹۵	عضویت	سازواری اجتماعی
				۳/۳۱	۱۸۸	عدم عضویت	
رد فرضیه	۰/۷۰۸	۳۷۹	-۰/۳۷۵	۳/۶۳	۱۹۵	عضویت	پذیرش اجتماعی
				۳/۶۱	۱۸۸	عدم عضویت	
رد فرضیه	۰/۲۷۱	۳۸۰	۰/۱۰۲	۳/۷۰	۱۹۵	عضویت	شکوفایی اجتماعی
				۳/۷۹	۱۸۸	عدم عضویت	

مقایسه میانگین ابعاد پنجگانه سلامت اجتماعی در میان افراد عضو و غیرعضو شبکه‌های اجتماعی، به شکل جالبی، در هیچ یک از موارد معنادار به معنای آماری نبوده است. البته باید اذعان داشت که ارتباط آماری بین شاخص کل سلامت اجتماعی با عضویت/عدم عضویت در شبکه‌های اجتماعی مبتنی بر تلفن همراه خود نیز با توجه به سطح معناداری t مربوطه که در حدود ۰/۰۲۷ برآورد شده، چندان ارتباطی قوی محسوب نمی‌شود. به هر حال می‌توان از تفاوت نسبی و معنادار میانگین سلامت اجتماعی در بین افراد عضو و غیرعضو (به نفع افراد غیرعضو) صحبت کرد.

**میزان استفاده از شبکه‌های اجتماعی و سلامت اجتماعی:** نتایج بدست آمده از آزمون پیرسون بین دو متغیر اصلی تحقیق (جدول شماره ۵) نشان می‌دهد که بین مدت زمان استفاده از شبکه‌های اجتماعی مبتنی بر تلفن همراه و سلامت اجتماعی دانشجویان رابطه‌ی معناداری وجود دارد. ضریب همبستگی پیرسون رابطه مذکور برابر با ۰/۱۳۵- و سطح معناداری آن برابر با ۰/۰۰۸، بیانگر رابطه منفی و معنادار بین دو متغیر است، به

این معنا که هر چه میزان استفاده دانشجویان از شبکه‌های اجتماعی بالا می‌رود از میزان سلامت اجتماعی آنها کاسته می‌شود. بنابراین فرضیه مورد نظر تحقیق مبنی بر وجود رابطه معنادار بین میزان استفاده از شبکه‌های اجتماعی مبتنی بر تلفن همراه و سلامت اجتماعی دانشجویان تایید می‌شود.

جدول ۵: ضریب همبستگی پیرسون بین میزان استفاده از شبکه‌های اجتماعی و سلامت اجتماعی

ابعاد سلامت اجتماعی					سلامت اجتماعی	
انسجام اجتماعی	مشارکت اجتماعی	سازواری اجتماعی	شکوفایی اجتماعی	پذیرش اجتماعی		
۰/۰۲۰	-۰/۱۲۵	-۰/۱۳۸	۰/۰۶۲	۰/۰۱۲	-۰/۱۳۵	ضریب همبستگی
۰/۷۰۱	۰/۰۱۴	۰/۰۰۷	۰/۲۲۷	۰/۸۱۳	۰/۰۰۸	سطح معناداری
۳۸۳	۳۸۳	۳۸۳	۳۸۳	۳۸۳	۳۸۳	تعداد پاسخگویان
رد فرضیه	تایید فرضیه	تایید فرضیه	رد فرضیه	رد فرضیه	تایید فرضیه	نتیجه آزمون

همچنین نتایج نشان دهنده‌ی آن است که بین ابعاد سازواری اجتماعی و مشارکت اجتماعی با میزان استفاده از شبکه‌های اجتماعی رابطه معکوس و معناداری وجود دارد. ضریب همبستگی روابط مذکور به ترتیب برابر با  $-۰/۱۳۸$  (با سطح معناداری  $۰/۰۰۷$ ) و  $-۰/۱۲۵$  (با سطح معناداری  $۰/۰۱۴$ )، بیانگر رابطه منفی و معکوس بین دو متغیر است، به این معنا که با افزایش استفاده از شبکه‌های اجتماعی مبتنی بر تلفن همراه، از میزان مشارکت و سازواری اجتماعی دانشجویان کاسته می‌شود و برعکس. بین ابعاد دیگر سلامت اجتماعی و میزان استفاده از شبکه‌های اجتماعی رابطه‌ی معناداری مشاهده نشد.

## بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر نشان داد که از میان شبکه‌های اجتماعی مبتنی بر تلفن همراه، شبکه‌ی اجتماعی وایبر ضریب نفوذ بالاتری (شیوع ۴۳ درصدی) در میان دانشجویان دانشگاه تبریز داشته است. این یافته به نحوی رتبه‌بندی آمار آلکسا را که مدعی بوده ایرانی‌ها بزرگترین مخاطبان وایبر در جهان را تشکیل می‌دهند و همچنین مرکز آمار آنبرگ در این زمینه را مورد تایید قرار می‌دهد.

نتایج حاصل از ارتباط بین متغیرهای عضویت در شبکه‌های اجتماعی مبتنی بر تلفن همراه و سلامت اجتماعی نشان می‌دهد که بین این دو متغیر ارتباط معکوس و معناداری وجود دارد و همچنین در مورد ابعاد سلامت اجتماعی تنها ارتباط بین ابعاد مشارکت و شکوفایی اجتماعی و شبکه‌های اجتماعی مبتنی بر تلفن همراه به شکل معکوس، معنادار است. این نتیجه همسو با نظرات ساروخانی و همکاران (۱۳۹۱) می‌باشد که معتقدند این رسانه‌ها می‌توانند در نگرش‌ها و رفتار شهروندان تأثیر گذارده و باعث کاهش همدلی، احساس تعلق ملی و انسجام اجتماعی شوند.

چنان که در مباحث نظری نیز اشاره شد، ترکل (۱۹۹۷) هم استدلال می‌کند ارتباطی که در اینترنت رخ می‌دهد می‌تواند برای کاربران اینترنت جذاب کننده باشد و ممکن است از ارتباط سنتی چهره به چهره کارآمدتر به نظر آید، ولی از آنجایی که کاربران این وسایل ارتباطی انرژی‌های سرمایه اجتماعی خود را صرف توسعه جوامع مجازی می‌کنند تا تعاملات اجتماعی محلی خود، بنابراین سطح و کیفیت ارتباطات واقعی اجتماعی چنین افرادی می‌تواند تنزل پیدا کند.

در تحقیق حاضر وجود رابطه‌ی معنادار بین میزان استفاده از شبکه‌های اجتماعی مبتنی بر تلفن همراه و سلامت اجتماعی تایید شد. همچنین بررسی رابطه‌ی بین هر یک از ابعاد سلامت اجتماعی و میزان استفاده از شبکه‌های اجتماعی مبتنی بر تلفن همراه نشان داد که بین ابعاد سازواری اجتماعی و مشارکت اجتماعی با میزان استفاده از شبکه‌های اجتماعی مبتنی بر تلفن همراه رابطه‌ی معکوس و معناداری وجود. این نتیجه، تحقیق کراوت و همکاران (۱۹۹۸) را که به این نتیجه رسیدند استفاده از اینترنت موجب کاهش ارتباط فرد با خانواده‌اش و کوچک شدن حلقه‌ی اجتماعی پیرامون فرد و افزایش احساس تنهایی و افسردگی می‌گردد و همچنین معینی علمداری (۱۳۸۴) که معتقد است وسایل ارتباطی نقش فزاینده‌ای در سست کردن انسجام اجتماعی واقعی و ذره‌ای کردن جوامع انسانی دارد را مورد تایید قرار می‌دهد. بر این اساس، شکل‌گیری اجتماعات فضای مجازی، یا به عبارتی بهتر عضویت و استفاده زیاد از شبکه‌های اجتماعی مجازی، موجب می‌شود که اجتماعات و تعاملات واقعی اجتماعی، اصطلاحاً آب‌رفته، و به تدریج کم‌رنگ و بی‌اهمیت شوند که تبعات نامناسب آن روی سلامت اجتماعی افراد من جمله این تأثیرات نامناسب است.

به عنوان جمع‌بندی می‌توان گفت که نتایج حاصل از تحقیق حاضر در چهارچوب رویکرد بدبینانه نسبت به تأثیر فضای مجازی بر سلامت اجتماعی قرار می‌گیرد. همچنین، مبتنی بر رویکردهای واقع‌بینانه نسبت به تأثیرات فضاهای مجازی بر زندگی افراد جامعه نیز می‌توان استدلال کرد که دست کم در میان دانشجویان مورد بررسی، احتمالاً استفاده مناسبی از این شبکه‌های مجازی صورت نگرفته است که زمینه را برای کاهش سطح سلامت اجتماعی آنها به طور نسبی فراهم کرده است. بنابراین ضروری



خواهد بود که با توجه به گریزناپذیر بودن مواجهه و استفاده از شبکه‌های اجتماعی مجازی به ویژه مبتنی بر تلفن همراه، که هر روز هم بر کاربران آنها در کشور افزوده می‌شود، با تدابیر مناسبی در زمینه آموزش‌های لازم برای استفاده بهینه از این امکانات ارتباطی و نیز مدیریت محتوای چنین شبکه‌های ارتباطی مجازی (که صد البته کار بسیار سختی خواهد بود) بتوان از تأثیر نامناسب استفاده از این شبکه‌ها در بین افراد جامعه حتی المقدور کاست.

## منابع

- پورافکاری، نصرالله (۱۳۹۱)، «بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی در شهرستان پاوه»، *فصلنامه تخصصی علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی - واحد شوشتر*، سال ۶، شماره ۱۸: ۶۰-۴۱.
- حاتمی، پریسا (۱۳۸۹)، *بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تاکید بر شبکه‌های اجتماعی*، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی.
- ذکایی، محمدسعید و فاخره خطیبی (۱۳۸۵)، «رابطه حضور در فضای مجازی و هویت مدرن، پژوهشی در بین کاربران اینترنتی جوان ایران»، *فصلنامه علوم اجتماعی*، شماره ۳۳: ۱۵۴-۱۱۱.
- زکی، محمدعلی و مریم السادات خشوعی (۱۳۹۲)، «سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در بین شهروندان اصفهان»، *مطالعات جامعه‌شناختی شهری*، دوره ۳، شماره ۸: ۱۰۸-۷۹.
- ساروخانی، باقر و رضایی‌قادی (۱۳۹۱)، «اینترنت و هویت ملی در میان کاربران»، *فصلنامه فرهنگ ارتباطات*، دوره ۲، شماره ۵: ۷۰-۵۱.
- سجادی، حمیرا و سیدجلال صدرالسادات (۱۳۸۳)، «شاخص‌های سلامت اجتماعی»، *مجله‌ی سیاسی-اقتصادی*، شماره ۲۰۷ و ۲۰۸: ۲۵۳-۲۴۴.
- شربتیان، محمدحسن (۱۳۹۱)، «تاملی بر پیوند معنایی مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و میزان بهره‌مندی از سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه پیام نور مشهد»، *فصلنامه جامعه‌شناسی مطالعات جوانان*، دوره ۲، شماره ۵: ۷۴-۱۴۹.
- شهابی، محمود و بیات قدسی (۱۳۹۱)، «اهداف و انگیزه‌های عضویت کاربران در شبکه‌های اجتماعی مجازی: مطالعه‌ای درباره جوانان شهر تهران»، *مطالعات فرهنگ*

- ارتباطات، دوره ۱۳، شماره ۲۰ (مسلسل ۵۲): ۸۶-۶۱.
- عاملی، سعیدرضا (۱۳۸۲)، «دو جهانی شدن‌ها و جامعه جهانی اضطراب»، *نامه علوم اجتماعی*، شماره ۲۱: ۱۷۴-۱۴۳.
- فدایی مهربانی، مهدی (۱۳۸۶)، «شهرنشینی، رسانه و سلامت اجتماعی (نقش رسانه‌های در حال گذار در سلامت اجتماعی شهروندان)»، *پژوهش‌های ارتباطی*، دوره ۱۴، شماره ۴۹: ۸۴-۶۷.
- فیضی، ایرج (۱۳۸۴)، *سبک فراموشی و استفاده از اینترنت در بین دانش آموزان ۱۸-۱۲ ساله شهر تهران*، طرح پژوهشی، تهران: پژوهشگاه فرهنگ، هنر و ارتباطات.
- قلی زاده خواجه، فاطمه (۱۳۹۴)، *رابطه میزان استفاده از شبکه‌های اجتماعی مجازی با سلامت اجتماعی: دانشجویان دختر ساکن خوابگاه سلامت*، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی تهران.
- لطفی، میثم (۱۳۹۳)، «ایرانی‌ها در صدر «وایبری‌های جهان» ایستادند»، *روزنامه ایران*، تاریخ مشاهده: ۱۳۹۳/۸/۱۱.
- <http://www.iran-newspaper.com/Newspaper/BlockPrint/32682>
- معینی علمداری، جهانگیر (۱۳۸۴)، «هویت و مجاز: تأثیر هویتی اینترنت»، *مطالعات ملی*، شماره ۴: ۱۲۴-۱۰۷.
- منتظر قائم، مهدی و عبدالعزیز تاتار (۱۳۸۴)، «اینترنت، سرمایه اجتماعی و گروه‌های خاموش»، *مطالعات فرهنگی و ارتباطات*، دوره ۱، شماره ۴: ۲۴۵-۲۲۳.
- نورمحمدی، مرتضی (۱۳۸۸)، «چالش فرهنگ و هویت در فضای مجازی»، *پگاه حوزه*، شماره ۲۶۱، آدرس اینترنتی: [دسترسی: ۱۳۹۴/۷/۶]
- <http://www.hawzah.net/fa/Magazine/View/3814/6939/83731>.
- نوغانی، محسن و مرتضی چرخ زرین (۱۳۹۲)، «بررسی تأثیر فیس بوک بر سرمایه

اجتماعی پیوندی و پل زنده در بین جوانان، «جامعه‌شناسی مطالعات جوانان»، دوره ۴، شماره ۱۲: ۸۸-۱۷۳.

– ویکی پدیا فارسی (۱۳۹۴)، «وایبر»؛ «لاین»؛ «واتس آپ»؛ «تاتگو (نرم افزار)»، آدرس اینترنتی: <https://fa.wikipedia.org/wiki>

- Akram, Zahid; Maqsood Mahmud and Arshad Mahmood (2015), “Impact of Social Networking Sites (SNSs) On Youth,” *Applied Science Reports*, Vol. 11, No. 1: 6-10.
- Bowling, Ann (2005), *Measuring Health: A Review of Quality of Life Measurement Scales*, London: Open University Press, Third Edition.
- Burke, Moira; Cameron Marlow and Thomas Lento (2010), “Social Network Activity and Social Well-Being,” In *Proceedings of the SIGCHI Conference on Human Factors in Computing Systems*, 1909-1912, New York: ACM.
- Donald, Cathey A.; John E. Ware; Robert H. Brook and Allyson Davies-Avery (1978), *Conceptualization and Measurement of Health Habits for Adults in the Health Insurance Study, Vol. IV, Social Health*, Santa Monica, California: RAND Corporation.
- Keyes, Corey Lee M. (1998), “Social Well – Being,” *Social Psychology Quarterly*, Vol. 61, No. 2: 121-140.
- Kraut. R.; V. Lundmark; M. Patterson; S. Kiesler; and T. Mukapadhyay (1998), “Internet Paradox: A Social Technology that Reduces Social Involvement and Psychological Well-Being?” *American Psychologist*, Vol 53: 1017-1031.
- Kumar, A. K. Shiva and Vanita Nayak Mukherjee (1993), “Heanth as Development: Implications for Research, Policy and Action,” *Economic and Political Weekly*, Vol. 28, No. 16: 769-77.
- Putnam, R. (1995), “Bowling Alone: America’s Declining Social Capital,” *Journal of Democracy*, No. 6: 65-78.

- Qiu, Lin; Han Lin and Angela Ka-yee Leung (2010), "How Does Facebook Browsing Affect Self-awareness and Social Well-being: the Role of Narcissism," In *Proceedings of the 7th International Conference on Advances in Computer Entertainment Technology*, 100-101, New York: ACM.
- Ruggiero, Thomas (2000), "Use and Gratifications Theory in the 21<sup>st</sup> Century", *Mass Communication & Society*, Vol. 3, No. 1: 3-37.
- Turkle, Sherry (1996), "Who Am We?" *Wired*, January 1996, Online at: <https://www.wired.com/1996/01/turkle-2/>
- Wellman. B. and C. Haythornthwaite (2002), *The Internet in Everyday Life*, USA: Blackwell Publishers Ltd.
- World Health Organization (1948), *Official Records of the World Health Organization, No. 2. Proceedings and Final Acts of the International Health Conference*, New York, 19-22 June 1946.