

بررسی عوامل جامعه‌شناختی مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز

دکتر کریم رضادوست^۱، دکتر علی حسین حسین‌زاده^۲ و ایوب رستمی^۳

تاریخ وصول: ۹۷/۶/۲۸

تاریخ پذیرش: ۹۸/۲/۱۶

چکیده:

هدف این پژوهش بررسی عوامل جامعه‌شناختی مؤثر بر سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز می‌باشد. روش این پژوهش پیمایشی، و از نوع همبستگی و تحلیلی است، جامعه‌ی آماری آن شامل کلیه‌ی دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز در نیم سال دوم تحصیلی ۱۳۹۶-۱۳۹۷ می‌باشد و به شیوه‌ی نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای متناسب با حجم، و بر اساس فرمول کوکران ۳۷۴ نفر به‌عنوان نمونه در نظر گرفته شده است. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که میزان سلامت اجتماعی دانشجویان در سطح متوسط رو به بالا می‌باشد و بین متغیرهای دسترسی به امکانات و خدمات محیطی، کیفیت زندگی، مهارت‌های ارتباطی، دینداری و جنس با متغیر سلامت اجتماعی ارتباط مستقیم و بین متغیر سن با سلامت اجتماعی رابطه‌ی معکوس وجود دارد، اما بین متغیر پایگاه اقتصادی - اجتماعی در دو بعد ذهنی و عینی با سلامت اجتماعی ارتباط معناداری مشاهده نشده است. یافته‌ها نشان داد که تفاوت معناداری بین متغیر جنس و سلامت اجتماعی وجود دارد. نتایج حاصل از رگرسیون چند متغیره نشان می‌دهد که متغیرهای پژوهش در مجموع ۱۳/۱ درصد از تغییرات مربوط به سلامت اجتماعی را تبیین می‌کنند.

مفاهیم کلیدی: سلامت اجتماعی، دینداری، کیفیت زندگی، مهارت‌های ارتباطی

^۱ دانشیار گروه جامعه‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران rezadoost41@gmail.com

^۲ استاد گروه جامعه‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران alihos81@yahoo.com

^۳ کارشناس ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران (نویسنده‌ی مسئول)
rostami.ayoub@gmail.com

مقدمه و بیان مسأله

سلامت^۱ موضوعی مطرح در همه‌ی فرهنگ‌هاست. این موضوع بنیادی‌ترین عنوانی است که حیات انسان بر آن استوار است و در تاریخ زندگی بشر همواره مطرح بوده است. آرامش و سلامت، گمشده‌ای هستند که بشر به دنبال آن می‌گردد (Nick Ware, 2010). تعریف سلامت در هر جامعه‌ای تا اندازه‌ای به حس مشترک مردمان از سلامت و فرهنگ آن‌ها باز می‌گردد (Sajjadi & Sadr alSadat 2005: 247)، ولی معمولاً هرگاه از آن سخنی به میان آمده بیشتر بعد جسمانی آن مورد توجه بوده، درحالی‌که رشد و تعالی جامعه در گرو تندرستی آن جامعه از ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی است.

سلامت اجتماعی^۲ از جمله مفاهیمی است که امروزه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است که دایره‌ی شمول موضوعات آن هر روز فراگیرتر می‌شود. در هر جامعه‌ای و به‌طور کلی در جوامع انسانی ناسازگاری و وجود اختلالات رفتار بسیار مشهود است و در هر طبقه و صنف و در هر گروه و جمعی اشخاص نامتعادلی زندگی می‌کنند. به‌طور کل در بحث سلامت اجتماعی، انسان به تنهایی مطرح نیست بلکه آنچه مورد بحث است پدیده‌هایی هستند که در اطراف او وجود دارند که بر مجموعه و سیستم او تأثیر گذاشته و او نیز بالطبع از آن‌ها تأثیر می‌پذیرد. برخورداری از سلامت اجتماعی یعنی تأمین و حفظ سلامت روانی، فردی و اجتماعی به‌طوری که فرد بتواند فعالیت‌های روزمره‌ی خود را به خوبی انجام دهد، با افراد خانواده و محیط خود ارتباط مناسب برقرار نماید و رفتار نامناسب از نظر فرهنگ و جامعه خود نداشته باشد (Salehi, 2009: 10). سلامت اجتماعی یکی از شاخص‌های مهم توسعه است و آن را نمی‌توان خصوصیت مطلق، از مردمی مجزا و منفرد دانست. توسعه‌ی شهرنشینی در جهان و روند شتابان آن در سال‌های بعد از جنگ جهانی دوم از جمله مسائل و موضوعات مهم در جهت بسیاری از رشته‌های علوم رفتاری، اجتماعی و اقتصادی است. شهرنشینی در عرصه‌ی سلامت بیش از هر چیز سلامت اجتماعی را مد نظر دارد، زیرا شهرنشینی پدیده‌ای است اجتماعی (Shiri, 2011:1).

سازمان جهانی بهداشت در تعریفی، سلامت را به‌عنوان حالتی از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی، نه صرفاً فقدان بیماری، تعریف می‌کند (World Health Organization, 1979). به‌رغم تعریف فوق بر مسائل مثبت و عدم برتری هیچ کدام از ابعاد بر یکدیگر، غالباً متخصصان سلامت به قدری بر مشکلات افراد دچار بیماری متمرکزند که نیازهای افراد

¹ health

² social health

سالم را فراموش می‌کنند و بیشتر درگیر درمان بیماری‌اند. در حالی که واقعیت تحولات اجتماعی گویای آن است که چهره‌ی بیماری‌ها و اختلالات در حال دگرگونی است و پدیده‌ی انتقال همه‌گیر در حال وقوع است و به سرعت پیش می‌رود، به نحوی که منشأ بر هم زنده‌ی سلامت در جهان اختلالات و بیماری‌های روانی، رفتاری و اجتماعی خواهد شد. از آنجا که انسان موجودی اجتماعی است و ادامه‌ی زندگی به‌صورت انفرادی برای او تقریباً غیرممکن است (Wattman, 1988: 10). بنابراین سلامت اجتماعی در کنار سلامت جسمی و روانی یکی از ارکان تشکیل‌دهنده‌ی سلامت می‌باشد که هم به ویژگی‌های جامعه و هم افراد آن اشاره دارد؛ اینکه او چطور با دیگران ارتباط برقرار می‌کند و چطور دیگران تحت تأثیر او قرار می‌گیرند و ارتباط او با مؤسسات و نهادهای اجتماعی و هنجارهای موجود در جامعه چگونه است؟ در واقع زمانی شخص را واجد سلامت اجتماعی برمی‌شماریم 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 (Nick Ware, 2010: 1).

بنابراین و با توجه به مطالب مطرح شده و اهمیت موضوع، نمی‌توان از سلامت اجتماعی افراد جامعه غافل شد و در این میان قشر دانشجویان با توجه به اینکه در همه‌ی جوامع پرچم‌دار علم و دانش و توسعه هستند، سلامت اجتماعی آنان نگاه ویژه‌ای را می‌طلبد تا جامعه بتواند به توسعه‌ای هر چه انسانی‌تر و آرمانی‌تر دست یابد که ما در اینجا، خلأ تحقیقاتی را در این حوزه (سلامت اجتماعی) در میان دانشجویان به وضوح احساس کردیم. بنابراین هدف پژوهش حاضر آن است که بدانیم وضعیت سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز چگونه است؟ و چه عواملی بر میزان سلامت اجتماعی آنان تأثیرگذار است؟

اهمیت و ضرورت پژوهش

امروزه توسعه به‌عنوان دغدغه‌ای مهم برای هر جامعه‌ای تبدیل شده و هر جامعه‌ای کم‌وبیش برای رسیدن به توسعه در حال حرکت است. جامعه‌ی کنونی ما نیز از این امر مستثنی نیست و اتفاقاً جزء جوامعی است که سعی دارد با سرعت بیشتری مسیر حرکت در جهت نیل به توسعه را طی کند. ولی باید توجه دانست که دستیابی به توسعه نیازمند تحقق شرایط خاصی است که این امر به‌راحتی امکان‌پذیر نمی‌باشد. در میان شرایط لازم برای نیل هر جامعه به توسعه، دارا بودن همه‌ی اقشار آن از درجات قابل قبولی از سلامت، امری غیر قابل انکار می‌باشد. مفهوم سلامت نیز مفهومی چند بعدی است که تنها در

سلامت جسمی و روانی خلاصه نمی‌شود، امروزه بعد دیگری از سلامت به ابعاد مختلف مفهوم سلامت اضافه شده است که بعد اجتماعی سلامت یا به عبارت دیگر سلامت اجتماعی خوانده می‌شود. توجه به این بعد در میان جوامع دیگر به خوبی قابل مشاهده است زیرا دارای اهمیت خاصی در سلامت کل جامعه می‌باشد. ولی می‌توان گفت که در جامعه‌ی ما آن‌طور که باید و شاید به این بعد از سلامت توجه و عنایت نشده و هنوز هم این روند کم‌وبیش ادامه دارد. از سوی دیگر همان‌طور که اشاره شد یکی از شرایط دستیابی به توسعه و به‌طور اخص توسعه‌ی پایدار، توجه به دارا بودن همه‌ی اقشار جامعه از سطح قابل قبولی از سلامت در ابعاد مختلف آن است، ولی با نگاهی به شرایط جامعه‌ی خود می‌توان دید که از این حیث اقشار جامعه از وضعیت متفاوتی برخوردار هستند و برخی از اعضای جامعه مورد کم‌توجهی قرار گرفته‌اند (Shiri, 2011:6-7).

از آنجایی که سلامت اجتماعی نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفا می‌کنند شرط مهم برای شکوفایی هر جامعه وجود افراد آگاه و کارآمد و موفق است. لذا پرورش و تقویت انگیزه‌ی پیشرفت سبب ایجاد انرژی و جهت‌دهی مناسب رفتار و علایق و نیازهای آن‌ها در راستای اهداف ارزشمند و معین شده می‌باشد و با توجه به این‌که سلامت اجتماعی نقش عمده‌ای در کارکرد، در تمام زمینه‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی دارد بدیهی است که برنامه‌ریزی صحیح و جامع در تأمین سلامت اجتماعی افراد کاملاً ضروری است. فردی که از سلامت روانی و اجتماعی کافی برخوردار نیست نمی‌تواند با چالش‌های ناشی از ایفای نقش‌های اجتماعی کنار آمده و خود را با هنجارهای اجتماعی تطبیق دهد. بر همین اساس برنامه‌ریزان تلاش می‌کنند که میزان سلامت اجتماعی افراد جامعه خود را ارتقا دهند و از راه‌های ارتقای آن، شناخت عواملی است که در افزایش این بعد از سلامت تأثیرگذار است. برای برنامه‌ریزی صحیح و جامع لازم است پژوهش‌هایی در زمینه‌ی شناخت میزان سلامت اجتماعی افراد و عوامل تأثیرگذار بر آن انجام پذیرد (Toloi, 2002:38).

بنابراین اگر دانشجویان از سلامت اجتماعی برخوردار باشند، باعث ایمنی آن‌ها در برابر مسائل می‌شود و آنان به راحتی می‌توانند با چالش‌های ناشی از زندگی جمعی و رو به تکامل جامعه، با شیوه‌هایی که خانواده و جامعه آنان را ارزشمند می‌دانند، انطباق یابند و نقشی مفید در جامعه داشته باشند. لذا افزایش سلامت اجتماعی باعث کاهش آسیب‌های اجتماعی در میان این قشر دانشگاهی می‌شود. همچنین دانشجویانی که از سلامت اجتماعی برخوردارند با موفقیت می‌توانند با چالش‌های ناشی از ایفای نقش کنار آیند. آنان

مشارکت بیشتری در فعالیتهای اجتماعی دارند و تطابق آنها با هنجارهای اجتماعی بیشتر است. لذا با توجه به اهمیت این بحث (سلامت اجتماعی) در بین دانشجویان و با توجه به شرایط کنونی، که کشور از نابسامانهای اقتصادی و اجتماعی فراوانی رنج می‌برد، ضرورت دارد که برای عبور از این بحران به بحث سلامت اجتماعی و ابعاد آن همچون مشارکت اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انطباق اجتماعی و ... توجه فراوانی صورت گیرد.

پیشینه پژوهش

الف) تحقیقات داخلی

کامران و ناظری (۱۳۹۶)، در تحقیقی با عنوان "بررسی رابطه‌ی بین سلامت اجتماعی بر کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی تهران مرکز" به این نتیجه رسیدند که بین مؤلفه‌های سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی دانشجویان رابطه وجود دارد. از سوی دیگر بین مؤلفه‌های (انسجام، پذیرش، شکوفایی، انطباق و مشارکت) و نیز کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی با ابعاد چهارگانه‌ی کیفیت زندگی، یعنی (سلامت جسمانی، سلامت روانی، سلامت روابط اجتماعی و سلامت محیط) ارتباط از نوع مثبت وجود دارد. به طور خلاصه می‌توان گفت که مؤلفه‌ی سرمایه‌های اجتماعی (انسجام، پذیرش، شکوفایی، انطباق اجتماعی و مشارکت) می‌تواند نقش مهمی در افزایش کیفیت زندگی دانشجویان داشته باشند (Kamran & Nazeri, 2017:57-78).

بخارایی و همکاران (۱۳۹۴)، در پژوهشی با عنوان "مطالعه‌ی جامعه‌شناختی سلامت اجتماعی زنان و عوامل مؤثر بر آن (مطالعه‌ی موردی: زنان ۱۸ تا ۵۵ ساله منطقه‌ی چهار شهری تهران)" به این نتیجه رسیدند که میزان سلامت اجتماعی زنان نمونه‌ی مورد مطالعه در حد متوسط رو به بالا بوده است و بالاترین مقدار میانگین مربوط به بعد پذیرش اجتماعی و کمترین مقدار مربوط به بعد شکوفایی اجتماعی است. همچنین یافته‌های آنها بیانگر آن است که رابطه‌ی مستقیم بین احساس امنیت اجتماعی، گشودگی، گرایش مذهبی و وضعیت تأهل با سلامت اجتماعی در جامعه‌ی مورد مطالعه بوده است. نتایج رگرسیون حاکی از آن است که از میان متغیرهای اثرگذار (احساس امنیت اجتماعی، گرایش دینی و گشودگی نسبت به تجارب) بر سلامت، متغیر گرایش مذهبی با مقدار بتای ۰/۵۹ به‌طور مستقیم بیشترین تأثیر را بر سلامت اجتماعی زنان جامعه‌ی مورد تحقیق داشته است؛ همچنین نتایج بیانگر این است که شاخص‌های احساس امنیت، گرایش

مذهبی و گشودگی می‌توانند تا حدود ۵۰ درصد از متغیر وابسته را تبیین کنند (Bukharai & others, 2015).

تنهایی (۱۳۹۲)، در تحقیقی با عنوان "بررسی تأثیر کیفیت زندگی و دین‌داری در سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی مجتمع دانشگاهی ولیعصر (عج) در سال ۹۱-۹۲" به این نتیجه رسید که سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه آزاد متوسط رو به پایین است و بین متغیرهای کیفیت زندگی، دین‌داری و سلامت اجتماعی رابطه‌ی معناداری وجود دارد (Tanhai, 2013).

پورافکاری (۱۳۹۱)، در تحقیقی با عنوان "بررسی بر عوامل مؤثر سلامت اجتماعی در شهرستان پاوه" نشان می‌دهد که رابطه‌ی بین جنسیت و سلامت رابطه‌ی معناداری نبوده اما در بررسی رابطه‌ی بین تحصیلات، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انطباق اجتماعی با سلامت اجتماعی به‌وسیله ضریب همبستگی پیرسون رابطه‌ی مثبت و معناداری مشاهده شد (Porafkari, 2012).

امینی نقده (۱۳۹۰)، در پژوهش خود تحت عنوان "بررسی عوامل مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی به بررسی وضعیت سلامت اجتماعی جوانان ۱۸ تا ۲۹ سال شهر نقده" پرداخته است. نتایج تحقیق او بدین صورت بوده است که: بین متغیرهای مستقل پایگاه اجتماعی - اقتصادی، میزان مهارت‌های ارتباطی، چگونگی گذراندن اوقات فراغت و کیفیت زندگی با متغیر وابسته سلامت اجتماعی در سطح معنی‌داری ۹۹ درصد رابطه‌ی معناداری وجود دارد (Amini Naghadeh, 2011).

نیک‌ورز (۱۳۸۹)، در پژوهش خود تحت عنوان "بررسی عوامل مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی دانشجویان دختر و پسر دانشگاه شهید باهنر کرمان" به بررسی مقایسه‌ی میزان سلامت اجتماعی در بین دانشجویان پرداخته است. نتایج پژوهش او نشان می‌دهد که ۵۹ درصد از تغییرات واریانس سلامت اجتماعی به وسیله سه متغیر اعتماد، رضایت از زندگی و مشارکت اجتماعی تبیین می‌شود. همچنین مشخص شد که میزان سلامت اجتماعی دانشجویان در حد متوسط است، به طوری که سلامت اجتماعی دانشجویان پسر (۹۹/۷) اندکی بیشتر از سلامت اجتماعی دانشجویان دختر (۹۸/۸) می‌باشد (Nick Ware, 2010).

ب) تحقیقات خارجی

سلامت سالخوردگان: بررسی ارتباطات متقابل"، انجام دادند. به بررسی ارتباط بین شبکه‌ی

Li, T. and Zhang, Y. (2015) در پژوهشی که با عنوان "انواع شبکه اجتماعی و

اجتماعی (خانواده، دوستان، و ...) و تأثیر آن بر روی سلامتی (جسمی، روانی، اجتماعی و به‌طور کلی سلامتی) پرداختند. تحلیل‌ها حاکی از آن است که رابطه‌ی قوی بین انواع شبکه‌ی اجتماعی و سلامتی وجود دارد.

Waterworth & et. al. (2014) در پژوهشی تحت عنوان "تأثیر حمایت اجتماعی بر روی سلامتی بومیان استرالیایی در یک جامعه‌ی متروپلیتن" به تأکید بر این اصل پرداختند که ارتباطات اجتماعی یک بخش خیلی مهمی از زندگی بومیان است و احتمالاً این ارتباطات نقش خیلی مهمی در متأثر ساختن سلامتی در بین این جمعیت داشته است. موضوع این مطالعه بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر روی سلامتی بومیان استرالیایی بوده و بدین منظور ۱۷ نفر از اعضای این اجتماع مورد مصاحبه قرار گرفتند. نتایج حاصل از این شبکه‌ی اجتماعی بیانگر این مطلب بود که حمایت اجتماعی حاصل شده می‌تواند تأثیر مثبت و منفی بر روی سلامتی افراد داشته باشد.

Joshi & et. al (2012) در پژوهشی که با عنوان "دینداری به‌عنوان عاملی مرتبط با سلامت زنان" انجام دادند به این نتیجه رسیدند که ارتباط معکوس و معناداری بین دینداری و اضطراب و افسردگی وجود دارد، همچنین این بررسی ارتباط مثبت بین دینداری و سلامت ذهنی را تأیید کرده و نتایج حاکی از آن است که زنان با دینداری بالا در مقایسه با زنان با دینداری پایین از سلامت ذهنی بهتری برخوردارند.

Tubeuf & Jusot (2011) مطالعه‌ای تحت عنوان "برخورداری از سلامت اجتماعی نابرابر در بین بزرگسالان اروپایی: با توجه به نقش اجتماع و خانواده" انجام دادند، نتایج حاکی از آن بود که میزان ثروت همبستگی معنادار و مثبتی با سلامتی در هر کشوری داشته است، سن نیز به‌طور قابل ملاحظه‌ای سلامتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. پایگاه اجتماعی - اقتصادی مادر نیز کمتر از پایگاه اجتماعی - اقتصادی پدر سلامتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

Elgar, A. (2011) در پژوهشی که با عنوان "سرمایه‌ی اجتماعی، سلامتی و رضایت از زندگی در بین ۵۰ کشور" انجام داد. به بررسی ارتباط بین سرمایه‌ی اجتماعی و نرخ سلامت فردی و رضایت از زندگی در یک نمونه‌ی متنوعی از کشورهای ثروتمند و در حال توسعه پرداخته است. تحلیل‌ها حاکی از آن است که رابطه‌ی معناداری بین سرمایه‌ی اجتماعی، سلامتی و رضایت از زندگی در کشورها وجود داشته است. همچنین تحلیل‌ها دلالت بر این دارد که مزایای سرمایه‌ی اجتماعی در بین زنان، از مردان بیشتر است.

Keyes & Shapiro (2004) در مقاله‌ای به "رابطه‌ی سلامت اجتماعی با متغیرهای جمعیت‌شناختی از قبیل جنسیت، تأهل، وضعیت شغلی" و ... پرداختند. کبیز و شاپیرو سلامت اجتماعی را این‌گونه تعریف کردند: «سلامت اجتماعی عبارت است از چگونگی ارزیابی فرد از عملکردش در جامعه»؛ و همچنین به نظر آنان فرد سالم از نظر اجتماعی جامعه را به صورت یک مجموعه‌ی معنادار، قابل فهم و بالقوه برای رشد و شکوفایی دانسته و احساس می‌کند که به جامعه تعلق دارد، از طرف جامعه پذیرفته می‌شود و در پیشرفت آن سهیم است. در این پژوهش، وضعیت شغلی برای سلامت اجتماعی زنان مهم‌تر از مردان است و زنانی که وضعیت شغلی پایین‌تری داشتند، سلامت اجتماعی کمتری نسبت به مردانی با همان جایگاه شغلی گزارش دادند؛ بر این اساس می‌توان گفت همان‌طور که جایگاه شغلی افزایش می‌یابد زنان نسبت به مردان، به‌طور فزاینده‌ای سطوح بالاتری از پذیرش، مشارکت و انسجام اجتماعی را گزارش می‌کنند.

چارچوب نظری پژوهش

نظریه کبیز

در این پژوهش با توجه به نظریه‌ی کبیز راجع به سلامت اجتماعی و ابعاد آن تلاش می‌شود تا سطح سلامت اجتماعی دانشجویان و عواملی که می‌تواند بر شکل‌گیری و درک سلامت اجتماعی‌شان مؤثر باشد، سنجیده شود. از آنجا که انسان موجودی اجتماعی است وجود ارتباط بین افراد و محیط می‌تواند بر معیارهای درونی و ذهنی افراد و به تبع رفتار او نسبت به محیط اجتماعی مؤثر باشد. بدین لحاظ در بررسی ابعاد سلامت اجتماعی و میزان آن در بین افراد جامعه، باید شرایطی که مختص همان جامعه هست، مد نظر قرار گیرد. کبیز مفهوم سلامت اجتماعی را به معنی ارزیابی عملکرد فرد در برابر اجتماع به‌عنوان یکی از ابعاد مهم سلامتی مطرح می‌کند. او معتقد است که کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد و عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت روانی است و چالش‌های اجتماعی را نیز در برمی‌گیرد. بنابراین بین سلامت روانی و سلامت اجتماعی فاصله‌ی نزدیکی وجود دارد (Kamran & Nazeri, 2017). از نظر راسل نیز، سلامت اجتماعی یک فرد به عملکرد و کیفیت زندگی او بستگی دارد. کبیز سلامت اجتماعی را به‌عنوان گزارش شخصی افراد از کیفیت روابطش با دیگران و جامعه تعریف می‌کند. از نظر وی فرد سالم از نظر اجتماعی زمانی عملکرد خوبی دارد که اجتماع را به‌صورت یک مجموعه‌ی معنادار، قابل فهم و بالقوه برای رشد و شکوفایی بداند،

احساس کند که متعلق به گروه‌های اجتماعی خود است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهیم بداند. مدل چندوجهی کبیز از سلامت اجتماعی شامل ۵ جز می‌شود که میزان کارایی و کارکرد بهینه‌ی افراد را در عملکرد اجتماعی‌شان معلوم می‌کند. این ابعاد عبارت‌اند از شکوفایی اجتماعی، همبستگی (انطباق) اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی و انسجام اجتماعی (Amini Naghadeh, 2011).

نظریه ارتباطی و اتزیک

در ارتباط با متغیر مهارت‌های ارتباطی نظریه‌ی ارتباطی و اتزیک و همکاری‌شان درباره‌ی حیطة‌ی بازخورد مورد استفاده واقع شده است. آن‌ها در این‌باره بیان داشته‌اند که رابطه‌ی توسط الگوهای ارتباطی پویا همچنان باقی می‌ماند، حتی وقتی عنوان تغییر کند. هر ارتباط هم پاسخ به یک محرک است و هم یک محرک جدید که به منظور حذف یک پاسخ طراحی شده است. واتزیک و همکاری‌ان پنج واقعیت را در نظریه‌ی خود مطرح نموده‌اند واقعیت اول: شخص نمی‌تواند ارتباط برقرار کند. واقعیت دوم: هر پیامی در سطح (محتوا و رابط) دارد. وقتی سطح محتوا و سطح رابطه‌ی یک پیام، گیج و آلوده (مختل) می‌شود و یا متضاد هستند، مشکل ایجاد می‌شود. واقعیت سوم: نقطه‌گذاری، الگوهای ارتباطی را نظم داده و برای پیشبرد روابط حیاتی است واقعیت چهارم: دو نوع ارتباط مقایسه‌ای و شمارهای وجود دارند. ارتباط مقایسه‌ای، غیر کلامی است و شامل حرکات بدن، کیفیت صدا و سر و صدای غیر کلامی، استفاده از فضای اجتماعی شخصی می‌شود. ارتباط شماره‌ای کلامی است که منطقی‌تر، انتزاعی‌تر و پیچیده‌تر از ارتباط مقایسه‌ای است. واقعیت پنجم: دو نوع تعامل متقارن و مکمل وجود دارد. باید توجه داشت که تعاملات متقارن و مکمل اثر در مواقع مناسب به کار روند، تعیین‌کننده‌ی ارتباط سالم و درست هستند (Amini Naghadeh, 2011). همچنین ماتسون (۱۹۹۰)، معتقد است که مهارت‌های ارتباطی رفتارهایی هستند که رشد آن‌ها می‌تواند بر روابط بین افراد از یک‌سو و سلامت اجتماعی آنان و نیز عملکرد مفید و مؤثر در اجتماع از سوی دیگر، تأثیر داشته باشد.

رویکرد کارکردگرایی

طبق رویکرد نظریه‌پردازان کارکردگرا، دین جامعه را متحد، همبستگی اجتماعی را تقویت و انسجام اجتماعی را حفظ می‌کند. ایجاد روابط گسترده با اعضای جامعه منجر به

ارائه و دریافت حمایت اجتماعی بیشتر از سوی اطرافیان و در نتیجه باعث ارتقای سلامت اجتماعی افراد دیندار می‌شود. برای تبیین واسطه‌ی ارتباط بین دینداری و سلامت به‌ویژه سلامت اجتماعی سه سازوکار می‌توان تصور کرد؛ اول اینکه مذهب فرد را به مجموعه‌ای از ویژگی‌های شخصیتی فضیلت‌پرور ترغیب می‌کند که بر سلامتی تأثیر می‌گذارد. دوم اینکه، حمایت اجتماعی که یک دین سازمان‌یافته به عمل می‌آورد بر سلامتی تأثیر می‌گذارد؛ و سوم اینکه، دین فرد را آماده برخورد کارآمدتر با فشارها می‌کند (Hatami, 2010: 48). همچنین دورکیم به‌عنوان یکی از جامعه‌شناسانی که به بررسی نقش دین و مناسک دینی در جامعه و منشأ آن پرداخته است، معتقد است که دین تأثیرات عمیقی بر روند ثبات و نظم اجتماعی برجای می‌گذارد و دارای کارکردهایی بسیار اساسی و نقش‌آفرین در جامعه می‌باشد او چهار کارکرد را برای دین برمی‌شمارد که از جمله، کارکرد نظم اجتماعی، انسجام اجتماعی، همبستگی اجتماعی و خوشبختی اجتماعی.

در کل دینداری عامل اساسی اجتماعی شدن و انسجام فکری، عملی و جهت‌گیری در رفع مشکلات، پدیده‌ها و مسائل اجتماعی است (Pour Sattar & Hekmatie, 2010: 30). لذا طبق این رویکرد دینداری عامل دستیابی به سلامت اجتماعی است.

دیدگاه‌های وبر و لنسکی

در ارتباط با متغیر پایگاه اجتماعی - اقتصادی و بررسی رابطه‌ی آن با متغیر سلامت اجتماعی دیدگاه ترکیب‌گرایی وبر، نظریه‌ی گرهارد لنسکی مد نظر بوده‌اند. وبر نخستین کسی است که در تحلیل قشربندی اجتماعی ملاک چندبعدی را مطرح کرد. وبر بر این باور بود که نابرابری‌های اجتماعی تنها بر پایه‌ی اقتصاد استوار نیست و شاخص‌های آن را می‌توان در دیگر پدیده‌های اجتماعی جستجو کرد. وبر تلاش کرد تا پلی میان دو دیدگاه انتقادی و دیدگاه کارکردی ایجاد نماید. وبر میان ماهیتاً "طبقه‌های اقتصادی" و "طبقه‌های اجتماعی" تمایز قائل می‌شود. لنسکی همچون وبر، نظری کثرت‌گرا در مورد قدرت و نابرابری دارد. قدرت ناشی از ترکیبی از توانایی اعمال زور و دسترسی به حقوقی است که به لحاظ قانونی یا عرضی تأیید شده باشد. در نتیجه بر حسب اینکه کدام دسته از افراد اجتماع به چنین حقوقی دست پیدا می‌کنند یا از آن محروم می‌شوند، نابرابری‌های اجتماعی متعددی به وجود می‌آید (Amini Naghadeh, 2011: 51-52). بنابراین از لنسکی در پی این نابرابری‌ها و در نتیجه‌ی آن، زندگی در شرایط ناسازگاری یا ناهماهنگی منزلت‌ها، دارای پیامدهای منفی روانی - اجتماعی برای افراد بوده و تهدیدی برای سلامت

فردی و اجتماعی آنان خواهد بود (Vahidfazel, 2012:169). طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت موضوعی چندبعدی است و در تعریف آن باید همه‌ی جنبه‌هایی که شخص به آن‌ها توجه دارد یعنی شرایط جغرافیایی، اقتصادی - اجتماعی، جسمی و روانی لحاظ گردد و این عوامل همواره با سطوحی از سلامتی در ارتباط است. بنابراین در اینجا سعی شده که میزان سلامت اجتماعی دانشجویان بر اساس بعد زیست‌محیطی سلامت تحت عنوان امکانات و خدمات محیطی نیز در ارتباط قرار گیرد. همچنین طبق نتایج تحقیقات مورد بررسی سلامت اجتماعی می‌تواند با تحصیلات، سن، جنس، شرایط اقتصادی و اجتماعی فرد ارتباط مستقیمی داشته باشد و از آنجایی که شرایط اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی هر جامعه با هم فرق دارد و می‌تواند نگرش افراد را تحت تأثیر قرار دهد، در اینجا قصد داریم که این متغیرها را با سلامت اجتماعی در ارتباط قرار دهیم.

فرضیه‌های پژوهش

- ۱- به نظر می‌رسد بین کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی رابطه‌ی معناداری وجود دارد.
- ۲- به نظر می‌رسد بین میزان دین‌داری و سلامت اجتماعی رابطه‌ی معناداری وجود دارد.
- ۳- به نظر می‌رسد بین مهارت‌های ارتباطی و سلامت اجتماعی رابطه‌ی معناداری وجود دارد.
- ۴- به نظر می‌رسد بین میزان دسترسی به امکانات و خدمات محیطی و سلامت اجتماعی رابطه‌ی معناداری وجود دارد.
- ۵- به نظر می‌رسد بین پایگاه اقتصادی - اجتماعی (ذهنی / عینی) و سلامت اجتماعی رابطه‌ی معناداری وجود دارد.
- ۶- به نظر می‌رسد بین سن و سلامت اجتماعی رابطه‌ی معناداری وجود دارد.
- ۷- به نظر می‌رسد بین جنس و سلامت اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد.
- ۸- به نظر می‌رسد بین مقطع تحصیلی و سلامت اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد.

روش‌شناسی پژوهش

روش مورد استفاده در این پژوهش، توصیفی از نوعی پیمایشی است. از آنجا که واحد تحلیل بر اساس ماهیت مسأله در سطح خرد است لذا واحد تحلیل در این پژوهش فرد می‌باشد و جامعه‌ی آماری کلیه‌ی دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز در نیمسال دوم تحصیلی ۱۳۹۷-۱۳۹۶ می‌باشند. حجم نمونه با توجه به فرمول کوکران با خطای ۵ درصد و سطح اطمینان ۹۵ درصد و با توجه به حجم جمعیت آماری (۱۴۴۲۹ نفر) تعداد ۳۷۴ نفر به دست آمد. همچنین از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای متناسب با حجم که یکی از روش‌های نمونه‌گیری احتمالی است، به‌عنوان روش نمونه‌گیری، برای تعیین واحدها (دانشجویان) استفاده شده است؛ به این ترتیب که با توجه به جمعیت دانشجویان هر دانشکده، مقطع تحصیلی و نسبت جنسیتی آن‌ها، حجم نمونه تعیین شد و دانشکده‌هایی که جمعیت بیشتری داشتند نمونه‌ی بیشتری از آن‌ها بر مبنای جنس و مقطع تحصیلی انتخاب شد. برای جمع‌آوری اطلاعات نیز از پرسشنامه‌ی استاندارد شده در حوزه‌ی متغیرهای مورد بررسی استفاده شده است که شامل این موارد می‌باشد:

- پرسشنامه‌ی سلامت اجتماعی کییز: جهت سنجش متغیر وابسته. این پرسشنامه از ۵ مؤلفه (مشارکت اجتماعی، همبستگی اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، انسجام اجتماعی، و پذیرش اجتماعی) ساخته شده، که در مجموع برای تمام مؤلفه‌ها ۳۳ سؤال در نظر گرفته شده است.

- پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی ووکول - بریف (پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی). ادراکی است که افراد از موقعیتی که در زندگی، زمینه‌ی فرهنگی و سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، دارند. در واقع کیفیت زندگی مفهومی است که برای ترسیم توسعه‌ی رفاه در یک جامعه به کار می‌رود. این متغیر در اینجا با سؤالاتی از قبیل میزان لذت بردن از زندگی، احساس معنادار بودن زندگی، رضایت از خود، رضایت از شکل ظاهری بدن، رضایت از روابط شخصی، رضایت از میزان حمایت دریافتی از دوستان و ... مورد سنجش قرار گرفته شده است.

- پرسشنامه‌ی پایگاه اقتصادی - اجتماعی در پژوهش‌های نبوی و دیگران (۱۳۸۷)، برای سنجش بعد ذهنی و عینی پایگاه اقتصادی و اجتماعی. بعد عینی وضعیت موجود واقعی فرد را می‌سنجد. در مطالعه‌ی حاضر، برای تعریف عملیاتی بعد عینی پایگاه اجتماعی - اقتصادی، میزان تحصیلات فرد، شغل، میزان درآمد فرد، میزان تحصیلات پدر و مادر و وضعیت مسکن برای افراد به‌عنوان شاخص عملی در نظر گرفته شده است و برای سنجش

بعد ذهنی از پرسش‌هایی (همانند اینکه فکر می‌کنید مردم جامعه سطح تحصیلات شما را چگونه ارزش‌گذاری می‌کنند؟ فکر می‌کنید درآمد شما یا خانواده شما به چه میزان برای هزینه‌ی زندگی‌تان کفایت می‌کند؟ اگر شما یا خانواده‌تان مالک مسکن است قیمت مسکن خود را چگونه ارزیابی می‌کنید؟ اگر شما یا خانواده‌تان مالک مسکن نیستند، توانایی مالی خانواده‌تان را برای خرید مسکن در چه حد ارزیابی می‌کنید؟ اگر مردم را به پنج طبقه‌ی اقتصادی خیلی پایین، پایین، متوسط، بالا و خیلی بالا تقسیم‌بندی کنند، شما خود در کدام گروه قرار می‌دهید؟) که با عمق بیشتری تصور فرد از وضعیت خویش را می‌سنجند، استفاده شده است.

- پرسشنامه‌ی سراج‌زاده و همکاران (۱۳۹۲)، برای سنجش میزان دینداری. در اینجا از سه بعد (بعد مناسکی، بعد پیامدی و بعد اعتقادی) از این پرسشنامه استفاده شده است.

- پرسشنامه دسترسی به امکانات و خدمات محیطی برگرفته از تحقیق نیک‌ورز (۱۳۹۰). در این پرسشنامه ما میزان دسترسی دانشجویان به امکاناتی از قبل بیمارستان، کتابخانه، بانک‌ها، مراکز آموزشی و ... را مورد سنجش قرار دادیم.

- پرسشنامه‌ی مهارت‌های ارتباطی؛ پرسشنامه‌ی امینی ننده (۱۳۹۰)، مهارت‌های ارتباطی به معنی ارتباط یافتن، پیوستن و مشترک ساختن است. در این پژوهش میزان مهارت‌های ارتباطی افراد به وسیله‌ی احترام (گوش کردن) و درک و فهم (صحبت کردن) و بیان افکار و خواسته‌ها سنجیده می‌شود.

در مجموع برای پرسشنامه‌ی این پژوهش پیوستار پاسخ‌ها بر پایه‌ی طیفی از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق رتبه‌بندی شده و به ترتیب نمره‌گذاری از ۱ تا ۵ به هر گزینه اختصاص یافته است.

همچنین در این پژوهش نیز، پس از تهیه و تدوین شاخص‌ها و طراحی اولیه پرسشنامه، مطالعه‌ی مقدماتی انجام گرفت. هدف از این مطالعه‌ی مقدماتی، تعیین میزان روایی و پایایی پرسشنامه پژوهش بوده است. این مطالعه‌ی مقدماتی بر روی یک نمونه‌ی ۳۰ نفری از دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز به اجرا درآمد. بعد از محاسبه‌ی جمع نمرات پاسخگویان، برای سنجش میزان پایایی و همسانی درونی گویه‌ها، از آلفای کرونباخ استفاده شد. نتایج در جدول ۱ ارائه گردیده است.

جدول ۱: ضرایب آلفای کرونباخ

Table 1: Cronbach's Alpha Coefficients

0/84	۱- سلامت اجتماعی
0/79	۱-۱ پذیرش اجتماعی
0/76	۲-۱ شکوفایی اجتماعی
0/87	۳-۱ مشارکت اجتماعی
0/83	۴-۱ همبستگی اجتماعی
0/79	۵-۱ انسجام اجتماعی
0/78	۲- دینداری
0/8	۱-۲ بعد مناسکی
0/73	۲-۲ بعد اعتقادی
0/77	۳-۲ بعد پیامدی
0/72	مهارت‌های ارتباطی
0/85	میزان دسترسی به امکانات و خدمات محیطی
0/76	کیفیت زندگی

بر اساس جدول ۱، از آنجا که مقدار آلفای کرونباخ هر کدام از متغیرها از ۷۰ صدم بیشتر است، می‌توان نتیجه گرفت که پرسشنامه‌ی این پژوهش، پرسشنامه‌ای پایا و قابل‌اعتمادی می‌باشد.

یافته‌های پژوهش

توزیع فراوانی پاسخگویان نشان می‌دهد که ۶۰ نفر معادل ۱۶/۰۴ درصد در گروه سنی زیر ۲۰ سال قرار داشته‌اند. ۱۷۳ نفر معادل ۴۶/۲۵ درصد در گروه سنی ۲۱-۲۵ سال، ۱۳۰ نفر معادل ۳۴/۷۷ درصد در گروه سنی ۲۶-۳۰ سال، ۸ نفر معادل ۲/۱۴ درصد در گروه سنی ۳۱-۳۵ سال و ۳ نفر معادل ۰/۸۰ درصد در گروه سنی ۳۵ سال به بالا قرار داشته‌اند. یافته‌ها نشان می‌دهد که میانگین سنی پاسخگویان ۲۴/۱۲، می‌باشد. حداقل سن پاسخگویان ۱۸ سال و حداکثر سن ۳۸ ساله می‌باشد. همچنین توزیع فراوانی پاسخگویان برحسب جنس نشان می‌دهد که ۲۰۱ نفر معادل ۵۳/۷ درصد پاسخگویان زن و ۱۷۳ نفر معادل ۴۶/۳ درصد پاسخگویان مرد می‌باشند. و یافته‌ها بر اساس مقطع تحصیلی نیز نشان می‌دهد که بیشترین دانشجویان در مقطع تحصیلی کارشناسی با ۷۰/۰۵ درصد (۲۶۲ نفر)،

۲۴/۰۵ درصد (۹۰ نفر) در مقطع کارشناسی ارشد و کمترین فراوانی با ۵/۹ درصد (۲۲ نفر) در مقطع دکترا می‌باشند.

آماره‌های توصیفی متغیرهای مستقل و وابسته

جدول ۲، آماره‌های توصیفی متغیرهای مستقل و وابسته را نشان می‌دهد.

جدول ۲: آمار توصیفی متغیرهای مستقل و وابسته

Table 2: Descriptive Statistics of Independent and Dependent Variables

متغیر	میانگین	حداقل	حداکثر	جمع کل
Variables	Mean	Minimum	Maximum	Total
سلامت اجتماعی	100/44	۸۳	142	374
امکانات و خدمات محیطی	26/11	12	40	374
حمایت اجتماعی	32/26	13	45	374
پایگاه اقتصادی - اجتماعی (ذهنی)	8/64	4	14	374
پایگاه اقتصادی - اجتماعی (عینی)	10/06	4	18	374
دینداری	43/47	21	57	374

جدول ۲، یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای مستقل و وابسته را نشان می‌دهد، همان‌طور که در جدول مشخص است میانگین متغیر وابسته سلامت اجتماعی دانشجویان ۱۰۰/۴۴ می‌باشد (دامنه‌ی سلامت اجتماعی بین ۸۳ تا ۱۴۲ می‌باشد) که با توجه به دامنه‌ی آن، می‌توان گفت که دانشجویان از سلامت اجتماعی متوسطی برخوردارند، و همین‌طور میانگین تمامی متغیرهای مستقل (امکانات و خدمات محیطی، حمایت اجتماعی و ...) و دامنه‌ی آن‌ها نیز در جدول مشخص و مطرح می‌باشد.

نتایج مربوط به آزمون فرضیه‌ها

نتایج جدول ۳ نشان‌دهنده‌ی نتایج آزمون همبستگی بین متغیرهای مستقل پژوهش با متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) می‌باشد. همان‌گونه که داده‌های جدول نشان می‌دهد تمامی متغیرهای مستقل و ابعاد آن‌ها، به جز متغیر پایگاه اقتصادی و اجتماعی در دو سطح عینی و ذهنی با متغیر وابسته رابطه‌ی معناداری دارند و متغیر مستقل سن نیز

دارای رابطه‌ی معکوس و معنادار با متغیر وابسته می‌باشد. سطح معناداری و ضرایب همبستگی هر یک از متغیرها در جدول ۳ به تفکیک آمده است.

جدول ۳: نتایج آزمون همبستگی بین متغیرهای مستقل و سلامت اجتماعی

Table 3: Results of Correlation Test between Independent Variables and Social Health

نتیجه‌ی آزمون	سطح معنی‌داری (Sig)	همبستگی پیرسون (r)	متغیر
Test Result	Sig	Pearson Correlation	Variables
تأیید	0/005	0/146	کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی
تأیید	0/001	0/169	۱- دینداری و سلامت اجتماعی
تأیید	0/003	0/141	۱-۱- بعد اعتقادی و سلامت اجتماعی
تأیید	0/000	0/113	۲-۱- بعد پیامدی و سلامت اجتماعی
تأیید	0/012	0/124	۳-۱- بعد مناسکی و سلامت اجتماعی
تأیید	0/006	0/143	مهارت‌های ارتباطی و سلامت اجتماعی
تأیید	0/000	0/220	میزان دسترسی به امکانات و خدمات محیطی و سلامت اجتماعی
عدم تأیید	0/095	-0/023	پایگاه اقتصادی - اجتماعی عینی و سلامت اجتماعی
عدم تأیید	0/065	-0/096	پایگاه اقتصادی - اجتماعی ذهنی و سلامت اجتماعی
تأیید	0/000	-0/186	سن و سلامت اجتماعی

فرضیه‌ی ۲: به نظر می‌رسد بین جنس و سلامت اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد.

برای بررسی رابطه‌ی متغیر جنسیت و سلامت اجتماعی، متغیر جنس (به صورت اسمی با دو گروه مرد و زن) و متغیر سلامت اجتماعی به صورت فاصله‌ای سنجیده شده است، مناسب‌ترین آزمون برای بررسی رابطه‌ی میان این دو متغیر آزمون تی مستقل (T) می‌باشد. با توجه به داده‌های جدول ۴ که ارتباط میان دو متغیر جنس و سلامت اجتماعی را نشان می‌دهد، مقدار تی مستقل برابر با ($T=0/062$) و سطح معنی‌داری ($Sig=0/000$) که کمتر از $0/05$ می‌باشد، می‌توان بیان کرد که رابطه‌ی معناداری بین متغیرهای جنس و

سلامت اجتماعی وجود دارد. بنابراین فرض صفر رد و فرض یک به معنای وجود رابطه معنادار بین دو متغیر تأیید می‌شود. بنابراین و با توجه به ارقام میانگین در جدول، تفاوت معناداری بین دو گروه دختران و پسران با سلامت اجتماعی مشاهده می‌شود و میانگین سلامت اجتماعی پسران بالاتر از دختران است.

جدول ۴: نتیجه آزمون تفاوت میانگین سلامت اجتماعی بر حسب متغیر جنس

Table 4: Results of Mean Social Health Difference by Sex Variable

سطح معناداری	درجه‌ی آزادی	T	انحراف معیار	میانگین	فراوانی	جنس
Sig	D.F	T	Std.Deviation	Mean	Frequency	Sex
0/000	372	0/062	9/741	10/485	173	پسر
			13/878	100/408	201	دختر

فرضیه‌ی ۳: به نظر می‌رسد بین تفاوت معناداری مقطع تحصیلی و سلامت اجتماعی وجود دارد.

برای آزمون این فرضیه از آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه استفاده شده است. با توجه به مقدار $F = 2/441$ و $Sig = 0/089$ محاسبه شده در جدول ۵، نمی‌توان ادعا کرد که میانگین سلامت اجتماعی در بین مقاطع تحصیلی در جامعه‌ی آماری مورد مطالعه تفاوت معناداری دارد. بنابراین فرضیه‌ی پژوهش تأیید نمی‌شود. میانگین سلامت اجتماعی بین مقاطع مختلف تحصیلی در جدول ۵ نشان داده شده است.

جدول ۵: نتایج مقایسه‌ی میانگین سلامت اجتماعی بر حسب مقطع تحصیلی

Table 5: Results of the Comparison of Mean Social Health by Educational Level

سطح معنی‌داری	مقدار F	انحراف معیار	میانگین سلامت اجتماعی	فراوانی	مقطع تحصیلی
Sig	F	Std.Deviation	Mean	Frequency	Educational Level
0/89	2/441	8/97	98/554	148	کارشناسی
		12/12	100/494	87	کارشناسی ارشد
		19/12	103/224	49	دکترا
		12/12	100/443	374	جمع کل

یافته‌ها و تحلیل‌های رگرسیونی چند متغیره

در جدول ۷ نتایج مربوط به تحلیل واریانس و تحلیل رگرسیون سلامت اجتماعی با متغیرهای مستقل (به روش *Stepwise*) ارائه شده است. اطلاعات ارائه شده نشان می‌دهد، میزان F محاسبه شده معنی‌دار است ($P < 0/01$). همان‌طوری که از جدول ۷ بر می‌آید، تحلیل رگرسیون تا ۵ گام پیش رفته است. بر اساس نتایج به دست آمده، ۰/۱۳۱ درصد از تغییرات متغیر میزان سلامت اجتماعی به وسیله‌ی پنج متغیر سن، دسترسی به امکانات و خدمات محیطی، کیفیت زندگی، مهارت‌های ارتباطی و دینداری تبیین می‌شود. میزان F نیز در جدول ۶ در سطح ۹۹ درصد ($Sig = 0/000$) معنی‌دار شده است، که حاکی از معنی‌دار بودن رگرسیون می‌باشد، همچنین در این جدول مقدار ضریب تعیین نیز نشان داده شده است.

جدول ۶: تجزیه و تحلیل رگرسیون چند متغیره متغیرهای مستقل و سلامت اجتماعی

Table 6: Multivariate Regression Analysis of Independent Variables and Social Health

مدل	درجه آزادی	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	کمیت F	سطح معنی‌داری	رگرسیون چندگانه	ظریب تعیین	$D-W$
Model	D.F	The Sum of the Squares	Mean squares	Quantity F	Sig	Multiple Regression	R^2	$D-W$
رگرسیون	6	7161/558	1023/08	7/853	0/000	0/361	0/131	1/989
باقی‌مانده	367	47684/763	130/286					
کل	373	54846/321						

جدول ۷: نتایج رگرسیون چند متغیره

Table 7: Multivariate Regression Results

Vif	تلرانس	ظریب همبستگی چندگانه	ظریب تعیین	سطح معنی‌داری	مقدار T	بتا	خطای استاندارد	B	شاخص‌ها متغیرها
Vif	Tolerance	Multiple Correlation Coefficient	R ²	Sig	T	Beta	Standard Error	B	Indicators Variables
--	--	--	--	0/000	14/699		6/669	98/030	مقدار ثابت
1/240	0/807	0/220	0/048	0/000	4/094	0/221	0/103	0/423	دسترسی به امکانات و خدمات
1/079	0/927	0/286	0/082	0/000	-4/336	-0/218	0/167	-0/723	سن
1/208	0/828	0/326	0/107	0/001	1/956	0/106	0/082	0/161	میزان دینداری
1/740	0/575	0/353	0/125	0/041	2/041	0/116	0/137	0/280	کیفیت زندگی
1/123	0/927	0/373	0/131	0/000	3/679	0/186	0/235	0/864	مهارت‌های ارتباطی

در گام اول متغیر دسترسی به امکانات و خدمات محیطی وارد معادله شده است که میزان ضریب همبستگی آن (R) با متغیر سلامت اجتماعی $0/۲۲۰$ به دست آمده است. در این مرحله میزان ضریب تعیین برابر با $0/۰۴۸$ به دست آمده است. در گام دوم، با وارد شدن دومین متغیر یعنی متغیر سن، ضریب همبستگی چندگانه $0/۲۸۶$ و ضریب تعیین به $0/۰۸۲$ به دست آمده است. در گام سوم با وارد شدن متغیر دینداری، ضریب همبستگی چندگانه برابر با $0/۳۲۶$ و ضریب تعیین برابر با $0/۱۰۷$ شده است. در گام چهارم و پنجم، با وارد شدن متغیرهای کیفیت زندگی و مهارت‌های ارتباطی، ضریب همبستگی چندگانه به ترتیب به $0/۳۵۳$ و $0/۳۷۳$ و ضریب تعیین به $0/۱۲۵$ و $0/۱۳۱$ افزایش یافته است. به عبارتی دیگر بر اساس ضریب تعیین، $۱۳/۱$ درصد از تغییرات متغیر سلامت اجتماعی به وسیله پنج متغیر دسترسی به امکانات و خدمات محیطی، سن، مهارت‌های ارتباطی، کیفیت زندگی و دینداری تبیین می‌شود. همچنین در این جدول شاخص‌های مربوط به پیش فرض عدم هم‌خطی متغیرهای مستقل (تلرانس و وی آی اف) نیز قابل مشاهده می‌باشد. همان‌گونه که در جدول ۷ ملاحظه می‌شود با توجه به مقدار بتا، متغیر سن در مقایسه با سایر متغیرها بیشترین سهم و متغیر میزان دینداری کمترین سهم را در تبیین سلامت اجتماعی دارند.

بحث و نتیجه‌گیری

آشنایی با معنا و مفهوم سلامت اجتماعی و چگونگی اندازه‌گیری، بهره‌مندی از شاخص‌ها و نیز یافتن راه‌های ارتقاء آن، پیش‌نیاز هر گونه تلاش در زمینه‌ی دستیابی به سلامت اجتماعی و روانی که نیازی فردی و اجتماعی است، می‌باشد. سلامت بنیانی‌ترین و پایه‌ای‌ترین عنوانی است که حیات بشر به آن استوار است. آرامش و سلامت به‌عنوان مفاهیمی اساسی در زندگی انسان از بدو پیدایش بشر و در قرون و اعصار متمدنی مطرح بوده است و انسان برای رسیدن به آن همه‌ی امکانات و نیروهای خود را بسیج کرده، ولی هر گاه سخنی از آن به میان آمده بیشتر بعد جسمانی آن مورد توجه بوده است، هر چند در دهه‌های اخیر نیز به بعد روانی آن توجه شده اما به‌طور کلی جنبه‌ی اجتماعی آن کمتر مورد توجه قرار گرفته است، این در حالی است که سلامت اجتماعی بازتاب شرایط جامعه و محیط پیرامونی افراد است و از عوامل اجتماعی متعددی ریشه می‌گیرد که مداخله در این عوامل فراتر از حرفه‌ی پزشکی بوده و حضور جامعه‌شناسان را در این عرصه طلب می‌کند. بهره‌مندی از شاخص‌های سلامت در گروه‌ها و اقشار مختلف جامعه از جمله دانشجویان، به‌عنوان پرچم‌داران و پیشروان علم، دانش و توسعه، رویکردی است که موجب افزایش کیفیت، رفاه و رضایت از زندگی، و تسریع در روند توسعه‌ی ملی می‌شود. با توجه به نقش بسیار حساس، راهبردی و سازنده‌ی دانشجویان در پیشبرد جامعه به اهداف متعالی و توسعه‌ای خود، سلامت این قشر از اهمیت دوچندانی برخوردار است. در این پژوهش بر آن شدیم که به بررسی عوامل جامعه‌شناختی‌ای بپردازیم که بر سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز تأثیرگذار می‌باشند. لذا به همین منظور رابطه بین متغیرهای اجتماعی از جمله، کیفیت زندگی، دینداری و ابعاد آن، مهارت‌های ارتباطی، دسترسی به امکانات و خدمات محیطی، پایگاه اقتصادی - اجتماعی و متغیرهای جمعیت‌شناختی با سلامت اجتماعی بررسی گردید.

لارسون و کییز با توجه به رویکرد سلامت‌محور یک چارچوب مفهومی و نظری برای سلامت اجتماعی ارائه داده‌اند. از نظر لارسون (۱۹۹۶)، سلامت اجتماعی «ارزیابی فرد از کیفیت روابطش با خانواده، دیگران و گروه‌های اجتماعی است و در واقع شامل پاسخ‌های درونی فرد نسبت به محرک‌ها و احساسات، تفکرات و رفتارهایی است که نشانگر رضایت یا عدم رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی است» (Larson, 1996:285). نظریه‌ی کییز از یک اصل جامعه‌شناختی و روان‌شناختی نشأت می‌گیرد. طبق نظر کییز «حلقه‌ی مفقوده در تاریخچه‌ی مطالعات مربوط به سلامت و خصوصاً سلامت ذهن، پاسخ به این

سؤال است که آیا ممکن است کیفیت زندگی و عملکرد شخصی افراد را بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد؟ سلامت اجتماعی ترکیبی از چند عامل است که در مجموع نشان می‌دهند چقدر یک شخص در زندگی اجتماعی‌اش مثلاً به‌عنوان همسایه، همکار و شهروند عملکرد خوبی دارد» (Keyes & Shapiro, 2004: 50). در این پژوهش جهت اندازه‌گیری متغیر سلامت اجتماعی و مؤلفه‌های آن از مقیاس سلامت اجتماعی که پنج مؤلفه‌ی آن شامل انسجام، پذیرش، شکوفایی، مشارکت و انطباق اجتماعی است و توسط کییز (۱۹۹۸)، ساخته شده است، بهره بردیم؛ و طبق این پرسشنامه شاخص سلامت اجتماعی دانشجویان ساخته شد. تجزیه و تحلیل آماری که از این شاخص به دست آمد نشان داد که میزان سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز متوسط به بالا است، و میانگین سلامت اجتماعی ۱۰۰/۴۴ می‌باشد (دامنه‌ی ۸۳ تا ۱۴۲). در این پژوهش بر اساس داده‌ها، نتایج زیر به دست آمد:

نتیجه‌ی رابطه بین کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی، نشان داده است، که این دو متغیر دارای رابطه‌ی مستقیم و مثبتی با یکدیگر می‌باشند. بنابراین می‌توان گفت که هر چه دانشجویان از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار باشند، میزان سلامت اجتماعی بالاتر خواهد بود. فرضیه‌ی فوق در سطح ۹۹ درصد تأیید می‌گردد. یافته‌های این فرضیه با یافته‌های پژوهش‌های امینی‌نقده (۱۳۹۰)، تنهایی (۱۳۹۲) و کامران و ناظری (۱۳۹۶) همخوانی دارد. کییز فرض را بر این می‌گذارد که افراد کیفیت زندگی و عملکرد شخصی‌شان را با معیارهای اجتماعی‌شان ارزیابی می‌کنند به این ترتیب سلامت اجتماعی در برگیرنده‌ی اجزاء و مؤلفه‌هایی است که روی هم‌رفته روشن می‌سازد که آیا فرد از کیفیت زندگی مناسبی برخوردار است یا خیر و به چه میزانی؟ (Tanhai, 2013). کییز معتقد است بهداشت روانی، کیفیت زندگی و عملکرد شخصی افراد را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد و عملکرد خود در زندگی چیزی بیش از سلامت روانی، هیجان و شامل تکالیف و چالش‌های اجتماعی است. فرد سالم از نظر اجتماعی، اجتماعی را به‌صورت یک مجموعه‌ی معنی‌دار، قابل فهم و بالقوه برای رشد و شکوفایی دانسته و احساس می‌کند که به جامعه تعلق دارد، از طرف جامعه پذیرفته می‌شود و در پیشرفت آن سهیم است (Ibid).

در نتیجه ارتباط بین متغیرهای میزان دین‌داری و سلامت اجتماعی، نشان داده شده است، که این دو متغیر دارای رابطه‌ی مستقیم و مثبت با یکدیگر می‌باشند. بنابراین می‌توان گفت که با افزایش در میزان دینداری دانشجویان (در تمامی ابعاد آن)، میزان

سلامت اجتماعی آن‌ها نیز افزایش می‌یابد. فرضیه‌ی فوق در سطح ۹۹ درصد تأیید می‌گردد. مذهب احساس معنی‌دار بودن زندگی را به انسان می‌دهد و با طرد احساس پوچی و ایجاد آرامش روانی باعث امیدواری می‌شود. با انتقال ارزش‌های اخلاقی و معنوی از طریق والدین به فرزندان، تثبیت احساس تعلق فرد به جامعه و تشکیل هویت فردی انسان در سلامت اجتماعی تأثیر مثبت خواهد داشت (Alavi Hekmati, 2014: 170). دورکیم به‌عنوان یکی از بزرگ‌ترین جامعه‌شناسان حوزه‌ی دین اهمیت زیادی برای تأثیر دین و مناسک دینی بر تحکیم مناسبات اجتماعی پیروان دارد (Shojaeezand, 2005:41). وی معتقد است که امر دینی با گرد هم آوردن افراد جامعه باعث تقویت همبستگی و انسجام اجتماعی شده و در نتیجه این انسجام و همبستگی نظم اجتماعی نیز افزایش پیدا می‌کند. لذا با توجه به ابعاد سلامت اجتماعی (انسجام اجتماعی، همبستگی، مشارکت اجتماعی و ...) دین و امر دینی می‌تواند افزایش سلامت اجتماعی را در پی داشته باشد. در واقع این یافته تحقیق، تأییدی است بر نظریه‌های مطرح شده در قسمت چارچوب نظری تحقیق که طی آن کارکردگرایان، تأثیر دین را بر سلامت و ابعاد آن مثبت دانسته و معتقدند که دین احساس اشتراک و وحدت اجتماعی را برانگیخته و همبستگی گروه را تحکیم می‌بخشد و با ایجاد یک روح جمعی، شور و شوق مذهبی و احساسات همگانی را گسترش می‌دهد و زمینه‌های لازم را برای پیوند میان اعضا و انسجام فراهم می‌آورد و لذا موجب ارتقا سلامت اجتماعی می‌گردد. نتیجه‌ی این فرضیه با نتایج پژوهش‌های شربتیان (۱۳۹۴)، بخارایی و همکاران (۱۳۹۴) و جوشی و همکاران (۲۰۱۲)، همخوانی دارد. اما این نتیجه با یافته‌های مردانی (۱۳۹۳)، که دریافت سلامت اجتماعی با مذهب ارتباط نداشته است، مطابقت ندارد.

ارتباط بین مهارت‌های ارتباطی و سلامت اجتماعی نتیجه‌ی سوم این پژوهش است. بنابراین می‌توان گفت که با افزایش در میزان مهارت‌های ارتباطی دانشجویان، میزان سلامت اجتماعی آن‌ها نیز افزایش می‌یابد. 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. اشنایدر و همکاران (۱۹۸۵)، نیز مهارت‌های ارتباطی را به‌عنوان وسیله‌ی ارتباط میان فرد و محیط، تعریف می‌کنند و معتقدند که این وسیله برای شروع و ادامه یک ارتباط سازنده و سالم با همسالان، به‌عنوان بخش مهمی از سلامت روانی، مورد استفاده واقع می‌شود

(Yousefi and Kayser, 2009:29; Amini Naghadeh, 2011). نتایج این تحقیق با یافته‌های امینی نقده (۱۳۹۰) و شیرینی (۱۳۹۰)، همخوانی دارد. در فرضیه‌ی ارتباط بین میزان دسترسی به امکانات و خدمات محیطی و سلامت اجتماعی، نتایج نشان از ارتباط مستقیم این دو متغیر دارد. یعنی هرچه میزان دسترسی دانشجویان به امکانات و خدمات محیطی بیشتر باشد، میزان سلامت اجتماعی آن‌ها نیز افزایش می‌یابد. بنابراین این فرضیه در سطح ۹۹ درصد تأیید می‌گردد. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های پژوهش نیک‌ورز (۱۳۹۰)، همخوانی دارد.

نبود ارتباط بین پایگاه اقتصادی - اجتماعی (بعد ذهنی و عینی) و سلامت اجتماعی نتیجه‌ی پنجم این پژوهش است. علی‌رغم اینکه کیزی (۱۹۹۸)، عنوان کرده است که پایگاه اقتصادی - اجتماعی بالا موجب بهبود سلامت اجتماعی می‌شود و همچنین مارکسیست‌ها طبقه‌ی اجتماعی را مرتبط با میزان برخورداری از سلامت قلمداد می‌کنند. عده‌ای از پژوهشگران دیگر نیز معتقدند که دنبال کردن اهداف مالی در زندگی می‌تواند به کاهش سلامت در زندگی منجر شود و دلیل آن‌ها این است که تعقیب چنین اهدافی شانس به دست آوردن اهداف لذت‌بخش دیگر را کاهش می‌دهد (Babapour; Tousi and Hekmati, 2009: 23). نتیجه‌ی این فرضیه با نتایج پژوهش‌های باباپور خیرالدین، طوسی و حکمتی (۱۳۸۸) و مردانی (۱۳۹۳)، همخوانی می‌باشد که رابطه‌ی بین این دو متغیر مشاهده نکرده بودند. همچنین با نتایج پژوهش‌های حاتمی (۱۳۸۹)، امینی نقده (۱۳۹۰)، شیرینی (۱۳۹۰) و کیزی و شاپیرو (۲۰۰۴)، که رابطه‌ی پایگاه اقتصادی - اجتماعی با سلامت اجتماعی را معنادار گزارش کرده بودند همخوانی ندارد.

در فرض ارتباط سن و سلامت اجتماعی، بسیاری از تحقیقات نشان داده‌اند که میزان سلامت اجتماعی با افزایش سن در ارتباط است، یعنی هر چه به سن افراد افزوده می‌شود سلامت اجتماعی آن‌ها نیز بیشتر می‌شود، اما در این پژوهش عکس این قضیه به تأیید رسیده است. در واقع در این پژوهش با افزایش سن از میزان سلامت اجتماعی کاسته می‌شود و دانشجویانی که در سن پایین‌تری قرار دارند از میزان سلامت اجتماعی بالاتری قرار دارند. در واقع بین دو متغیر سن و سلامت اجتماعی رابطه‌ی معنادار و معکوسی وجود دارد. برای تحلیل این رابطه می‌توان گفت که با افزایش سن افراد، بسیاری از دغدغه‌های فکری و اجتماعی آنان از قبیل اشتغال، تأمین مسکن، ازدواج و خلأهای عاطفی و غیره بروز می‌کند و افراد آرامش و امنیت خاطر خود را از دست می‌دهند، بر همین مبنا کسانی که در سنین پایین‌تری قرار دارند به لحاظ اینکه هنوز به‌طور کامل با این دغدغه‌ها روبه‌رو

نشده‌اند از آرامش و سلامت اجتماعی بالاتری نسبت به افراد دیگر برخوردارند. نتیجه‌ی حاصل از این فرضیه با نتیجه‌ی تحقیق صالح (۱۳۸۸)، همخوانی دارد و با نتایج تحقیقات مردانی (۱۳۹۳) و تیوف و جیسوت (۲۰۱۱)، که در تحقیقات آن‌ها با افزایش سن سلامت اجتماعی افزایش یافته بود همخوانی ندارد.

نتیجه‌ی حاصل از آزمون فرض تفاوت میان جنس و سلامت اجتماعی دلالت بر تأیید این فرضیه دارد، بدین صورت که می‌توان گفت سلامت اجتماعی بر حسب جنس تفاوت معناداری دارد، به‌گونه‌ای که نتایج نشان داد میانگین سلامت اجتماعی پسران بالاتر از دختران است. داشتن حد متوسط و مقبولی از سلامت اجتماعی برای تک‌تک افراد در جامعه لازم و ضروری است. اما گاهی شرایط خود جامعه باعث ایجاد نارسایی در میزان سلامت اجتماعی در افراد و گروه‌های مختلف تشکیل‌دهنده‌ی جامعه می‌شود؛ که از جمله می‌توان به تفاوت در میزان سلامت اجتماعی بین دختران و پسران اشاره کرد. علت این تفاوت ناشی از این است که در فرهنگ سنتی ما، پسران نسبت به دختران از آزادی‌های اجتماعی بیشتری برای حضور در جامعه، یافتن شغل و فعالیت در انجمن و تیم‌های مختلف ورزشی، فرهنگی، علمی، سیاسی و ... و پذیرش و مشارکت در جامعه برخوردارند. همچنین با توجه به نوع و میزان حمایت‌های مختلفی که از دختران و پسران از طرف خانواده‌ها و جامعه، اعمال می‌شود، که این نیز باعث تفاوت در میزان درک این حمایت از سوی دختران و پسران می‌شود می‌تواند عاملی مهم برای کاهش و یا افزایش در میزان اعتماد به نفس برای حضور و مشارکت در جامعه گردد. بنابراین مجموع این عوامل باعث کاهش در میزان سلامت اجتماعی دختران نسبت به پسران شده است. نتیجه‌ی این فرضیه با نتایج پژوهش‌های گرمارودی و وحدانی‌نیا (۱۳۸۵)، اما با نتیجه‌ی تحقیق پورافکاری (۱۳۹۱)، همخوانی ندارد.

در آزمون فرض تفاوت بین مقاطع تحصیلی و سلامت اجتماعی، نتایج نشان می‌دهد که در این فرضیه ارتباطی بین مقطع تحصیلی و سلامت اجتماعی دانشجویان وجود ندارد. بنابراین این فرضیه رد شده است. نتیجه‌ی این فرضیه با نتیجه پژوهش نیک‌ورز (۱۳۸۹)، همخوانی دارد و با نتایج تحقیقات صالح (۱۳۸۸) و مردانی (۱۳۹۳)، همخوانی ندارد.

در این پژوهش از میان شش متغیر مستقل موجود در مدل رگرسیونی، متغیرهای دسترسی به امکانات و خدمات محیطی و سن به ترتیب با مقدار ضریب بتای ۰/۲۲۱ و ۰/۲۱۸ - به بهترین وجه متغیر وابسته سلامت اجتماعی را تبیین کردند؛ که می‌توان نتیجه گرفت که به ازای افزایش یک انحراف استاندارد در این متغیرها میزان سلامت اجتماعی به

ترتیب به میزان ۰/۲۲۱ و ۰/۲۱۸- انحراف استاندارد افزایش خواهد یافت. بر اساس ضریب تعیین، ۰/۱۳۱ درصد از تغییرات متغیر سلامت اجتماعی به وسیله‌ی پنج متغیر دسترسی به امکانات و خدمات محیطی، سن، مهارت‌های ارتباطی کیفیت زندگی و دینداری تبیین می‌شود.

پیشنهادات پژوهش

- ارائه‌ی خدمات مشاوره‌ای به دانشجویان در زمینه‌ی سلامت اجتماعی، با توجه به متفاوت بودن میزان سلامت اجتماعی در بین آن‌ها، این خدمات لازم و ضروری می‌باشد.
- برنامه‌ریزی جهت افزایش کیفیت زندگی دانشجویان.
- تشویق، ترغیب و فراهم کردن زمینه‌ی مشارکت دانشجویان در برنامه‌های دانشگاه و انجمن‌های علمی، فرهنگی، هنری، ورزشی و ...
- برنامه‌ریزی در راستای ارتقاء و توزیع عادلانه‌ی امکانات و خدمات محیطی به دانشجویان.
- برگزاری کارگاه‌ها و کلاس‌های آموزشی جهت افزایش مهارت‌های ارتباطی دانشجویان.
- با توجه به رابطه‌ی مثبت بین میزان گرایش‌های مذهبی و دین‌دار بودن و سلامت اجتماعی، تقویت شعائر دینی، کمک گرفتن از دانشجویان برای اجرای مراسمات مذهبی و شرکت دادن آن‌ها در این برنامه‌ها و مراسمات توصیه می‌گردد.
- تأکید بر عوامل اجتماعی سلامت به جای اکتفا به عوامل زیست‌محیطی آن. با کشف تأثیر سلامت اجتماعی بر سلامت کل، دیگر نمی‌توان در مورد سلامت - حتی سلامت جسمی - مستقل از رفاه اجتماعی، پژوهش و سیاست‌گذاری کرد. آثار وفاق اجتماعی که خود محصول عدالت اجتماعی و مشارکت اجتماعی است، فقط به ارتقای سلامت روانی جامعه و بهبود کیفیت زندگی اجتماعی محدود نمی‌شود؛ حتی برای بهبود امید به زندگی هم چاره‌ای جز توسل به مؤلفه‌هایی نظیر مشارکت و همکاری بین بخشی نمانده است (Hatami, 2010). بنابراین با بهبود تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری مبتنی بر یافته‌های پژوهش‌های اجتماعی در نظام توسعه‌ی اجتماعی ارتقاء سلامت می‌توان به این مهم دست یافت.
- تلاش برای نزدیک‌سازی تعاریف و شاخص‌های ملی و بین‌المللی در حوزه‌ی سلامت اجتماعی تا حد ممکن نگاه دوراندیشانه به وضعیت سلامت و یافتن نقش سلامت اجتماعی.

- ارتقاء روحیه‌ی مسئولیت‌پذیری و تعهد اخلاقی و رفتاری در بین دانشجویان جهت افزایش سطح سلامت اجتماعی آن‌ها.
- تدوین سازوکارهای منعطف برای اطلاع‌رسانی عمومی از وضعیت سلامت اجتماعی، عوامل خطر و تصمیم‌گیری‌های فردی و اجتماعی در تغییر آن‌ها.

Reference:

Alavi Hekmat, Z. (2014). Forms of Capital and Social Health: Investigating the Relationship between Type of Capital and Social Health of Individuals in Tehran. Masters Degree in Sociology, Faculty of Social Sciences, Al-Zahra University. (Persian).

Amini Naghadeh, M. (2011). Investigating the Factors Affecting Social Health: A Case Study of 18-29 Year Olds in Naghadeh City, MA Thesis, Faculty of Social Sciences, Allameh Tabatabai University. (Persian).

Bababour Kheiruddin, J., Tusi, F. and Hekmati, J. (2009). "Investigating the Role of Determinants in Social Health of Yazd University Students", Tabriz University Psychology Journal, Fourth Year, No. 16. (Persian).

Bekharai & et al. (2015). "A Sociological Study of Women's Social Health and its Affecting Factors (Case Study: Women between the ages of 18 and 55 in Tehran's Fourth District)", Contemporary Sociological Research Quarterly, No. 7, Fall and Winter 94, pp. 29-54. (Persian).

Elgar, A. (2011). "The uncanny, alienation and strangeness: the entwining of political and medical metaphor", Med Health Care Philos, 3: 313-322.

Hatami, P. (2010). Investigating the Factors Affecting Students' Social Health with Emphasis on Social Networks, Masters Degree in Social Work in Allameh Tabatabai University. (Persian).

Joshi, Sh.; Kumari, Sh. and Jain, M. (2012). "Religiosity as Related to Women's Health", Delhi Psychiatry Journal, 1: 136-142.

Kamran, F. and Nazeri, S. (1396). "Investigating the Relationship between Social Health and Quality of Life in Students of Islamic Azad University of Tehran Center", Social Research Quarterly, Spring 96, No. 34, pp. 57-78. (Persian).

Keyes, C. L. M. & Shapiro, A. (2004). Social well-being in the United States: A Descriptive Epidemiology.

Keyes, C., Lee. M. (1998). "Social well-being", social psychology quarterly, vol. 61, No. 2, pp. 121-190.

Larouche, R. (1998). "Determinants of college students health-promoting life style", *ClinExell nurse pract*; 2 (1) p 35-44. measurement and prediction of risk behaviors among adolescents. *Applied Developmental Science*. 1998; 2(4):209-30.

Larson, J. (1996). "The measurement of social well-being", *social Indicators Research* 28, pp. 285-296.

Li, T. and Zhang, Y. (2015). "Social network types and the health of older adults: Exploring reciprocal associations", *Social Science & Medicine*, Vol. 130: 59-68.

Maedani, A. (2014). *Investigating the Factors Affecting the Social Health of Yazd University Students*, Masters Degree in Sociology, University of Social Sciences. (Persian).

Nabavi, S. A. & et. al. (2009). *The Effect of Socio-Economic Status and Ethnic Identity on Social Security Feel*, *Quarterly Journal of Law Enforcement Knowledge*. (Persian).

Nickurs, T. (2010). *Investigating the Factors Affecting the Social Health of Male and Female Students of Shahid Bahonar University of Kerman*, MA Thesis in Sociology, Faculty of Literature and Human Sciences, Department of Social Sciences, Shahid Bahonar University of Kerman. (Persian).

Postar, M., Hekmati, J. (2010). "Predicting Social Health Based on Religious Beliefs Among Female Students", *Female Journal, and Family Studies*: Vol. 2, No. 7, pp. 40-27. (Persian).

Pourafkari, N. (2012). "Investigating the Effective Factors of Essential Oils in the Shave River", *Social Science Quarterly of Islamic Azad University-Shooshtar Branch*, Vol. 6, No. 18, pp. 41-60. (Persian).

Sajadi, H. and Sadr al-Sadat, S. J. (2005). *Social Health Indicators*, *Journal of Political-Economic Information*, Nineteenth Year, Nos. 7 and 8, Tehran: Information Institute Publications. (Persian).

Saleh, S. (2009). *The Impact of Social Support on the Social Health of Spouses of Neurological Veterans in Tehran*, MA Thesis, Department of Social Work, Faculty of Social Sciences, Allameh Tabataba'i University. (Persian).

Sarajzadeh, Hossein & et. al. (2013). "Religion and Health: Testing the Effect of Religion on Health among a Sample of

Students”, *Journal of Applied Sociology*, Vol. 24, No. 49. (Persian).

Serbian, M. H. (2015). Assessment of the Benefits of Social Health Index of 18-30 Younger Youth and its Factors, Payam Noor University Research Project. (Persian).

Shiri, M. (2011). Assessment of social health status of physically and mentally handicapped people in Tehran, M.Sc., Social Work, Faculty of Social Sciences, Allameh Tabataba'i University. (Persian).

Shoji Zand, A. (2005). “A Model for Measuring Religion in Iran”, *Iranian Journal of Sociology*, Vol. 6, No. 1. (Persian).

Tanhai, M. (2013). The effect of quality of life and religiosity on students' general health in Islamic Azad University of Vali-e-Asr University Complex in 2012-2013, MSc in Sociology, Islamic Azad University, Central Tehran Branch. (Persian).

Toloui, F. (2002). “Investigating the Social Factors Affecting the Success of People with Physical and Motor Disabilities”, *Journal of Social Work*, University of Social Welfare, Third Year, No. 10. (Persian).

Tubeuf, S. and Jusot, F. (2011). “Social health inequalities among older Europeans: the contribution of social and family background”, *Eur J Health Econ*, 12: 61–77.

Wahid Fazl, F. (2012). Social Health of Youth and its Affecting Factors in Tehran, MA Thesis, Department of Sociology, Tehran; Al-Zahra University, Faculty of Economics and Social Sciences. (Persian).

Waterworth, P.; Rosenberg, M.; Braham, R.; Pescud, M. and Dimmock, J. (2014). “The effect of social support on the health of Indigenous Australians in a metropolitan community”, *Social Science & Medicine*, 119:139-146.

Wattisman, A. (1998). *Social Growth*, Sima Nazari Translated, Iranian Association of Parents and Islamic Educators, Second Edition. (Persian).

World Health Organization (1979). *Health for all*, Sr. No. 5.

The Study of Sociological Factors Affecting Social Health among Students of Shahid Chamran University of Ahwaz

Karim Rezadoost (Ph.d)¹, Ali Hossein Hossein Zadeh (Ph.d)²
Ayoub Rostami³

DOI: 10.22055/qjsd.2019.15264

Abstract:

The purpose of this study was to investigate the sociological factors affecting social health among students of Shahid Chamran University of Ahwaz. The research method is correlational and analytical. The statistical population includes all the students of Shahid Chamran University of Ahwaz in the second semester of the year 2017-2018. The sample title is intended. The findings of this study show that students' social health is moderately upward and there is a direct relationship between variables of access to facilities and services, quality of life, communication skills, religiosity and gender with social health variable and the relationship between age and social health. There is a reverse, but there is no significant relationship between socioeconomic status variables in both mental and objective dimensions with social health. The results showed that there is a significant difference between gender and social health. The results of multivariate regression show that the research variables account for 13.1% of the changes in social health.

Key Concepts: Social Health, Religiousness, Quality of Life, Communication Skills

¹ Associate Professor, Department of Sociology, Shahid Chamran University of Ahwaz, Ahwaz, Iran, rezadoost41@gmail.com

² Professor, Department of Sociology, Shahid Chamran University of Ahwaz, Ahwaz, Iran, alihos81@yahoo.com

³ Master of Sociology, Shahid Chamran University of Ahwaz, Ahwaz, Iran (Corresponding Author), rostami.ayoub@gmail.com

