

## بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان

هادی عبدالله تبار\*، علیرضا کلدی\*\*، سید حسین محقق کمال\*\*\*،  
آمنه ستاره فروزان\*\*\*\*، مسعود صالحی\*\*\*\*\*

**طرح مسأله:** در پژوهش حاضر به بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و ارتباط آن با متغیرهای دموگرافیک اجتماعی آنان می‌پردازیم. روش: این مطالعه از نوع مقطعی است. جامعه پژوهش، کلیه دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران در سال ۱۳۸۶ بودند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه فرم اطلاعات دموگرافیک اجتماعی و پرسش‌نامه سلامت اجتماعی بود. تجزیه تحلیل داده‌ها به وسیله نرم افزار SPSS و با آزمون‌های آنالیز واریانس یک‌طرفه، ضریب همبستگی پیرسون، تی تست و من ویتنی تحلیل شدند.

**نتیجه:** در این مطالعه بین متغیر سلامت اجتماعی با متغیرهای وضعیت تاهل، مقطع تحصیلی، جنس، عضویت در انجمن‌ها و وضعیت اشتغال ارتباط معناداری وجود داشت، ولی با متغیرهای رشته تحصیلی، تحصیلات والدین و سن دانشجویان ارتباط معنی‌داری وجود نداشت.

**یافته‌ها:** یافته‌ها نشان می‌دهد که میانگین نمرات سلامت اجتماعی دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد بالاتر از دانشجویان کارشناسی می‌باشد. هم‌چنین و میانگین نمرات سلامت اجتماعی دانشجویان پسر بیش از دانشجویان دختر بود.

**نتیجه‌گیری:** به‌طور کلی سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی با توجه به نمرات کسب شده از حد متوسطی برخوردار است.

**کلید واژه‌ها:** دانشجویان، سلامت اجتماعی، متغیرهای دموگرافیک اجتماعی

**تاریخ دریافت:** ۱۴/۱۲/۸۶ **تاریخ پذیرش:** ۲۵/۱۰/۸۷

\* کارشناس ارشد رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی <abdolahtabar@gmail.com>

\*\*دکتر جامعه‌شناس، عضو هیات علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

\*\*\* کارشناس ارشد رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

\*\*\*\*دکتر روانپزشک، عضو هیات علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

\*\*\*\*\*دکتر آمار زیستی، عضو هیات علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

## مقدمه

سلامت فرد، پایه و بنیان سلامت جامعه است و این دو آنچنان به هم وابسته‌اند که نمی‌توان بین آن‌ها حد و مرز معینی قائل شد. وضعیت سلامت تک تک افراد جامعه به روش‌های گوناگون بر سلامت دیگران و عواطف آن‌ها و همچنین شاخص‌های اقتصادی - اجتماعی جامعه اثر می‌گذارد. سلامت جوانان، یک اولویت اصلی در همه کشورها است. نیازهای سلامت جوانان در بستر تحولات اجتماعی در سطح جهانی و ملی گویای کاستی‌های چندی است و معمول است که در موضوع سلامت، به ابعاد جسمانی و فیزیکی سلامت بیش‌تر توجه شود، ولی ابعاد روانی و اجتماعی سلامت کم‌تر مورد توجه قرار می‌گیرد؛ شیوه‌های زندگی مرسوم بین انسان‌ها، تاثیر مهمی بر سلامت و تندرستی آن‌ها دارد. زندگی سالم‌تر، محصول تعامل اجتماعی بین فردی و محیط اجتماعی - اقتصادی احاطه‌کننده افراد است (Sergin & Eliton, 2000: 495). در کشور ما با وجود کاستی‌های موجود، به‌خصوص در مناطق محروم، برای سلامت جسمی افراد گام‌های مناسبی برداشته شده است اما آنچه فقدان آن، در تمام عرصه‌های کشور محسوس است، توجه ناکافی به ابعاد روانی، رفتاری و اجتماعی افراد است. این بی‌توجهی در عصر ارتباطات و جهانی شدن، موجب آسیب‌پذیری افراد در ابعاد روانی نظیر خودکشی، مصرف سیگار، فرار از خانه، افت تحصیلی و سایر آسیب‌های اجتماعی می‌شود که باید به آن‌ها توجه خاص شود. واقعیت تحولات اجتماعی گویای آن است که چهره بیماری‌ها و اختلالات در حال دگرگونی است و پدیده انتقال اپیدمیولوژیک در حال وقوع است و به سرعت پیش می‌رود و موجب بیماری‌ها و اختلالات می‌شود، به نحوی که تا سال ۲۰۲۰ منشاء بر هم زننده سلامت در همه جهان، اختلالات و بیماری‌های روانی، رفتاری و اجتماعی خواهد بود (مرندی، ۱۳۸۵: ۲۰۳۹). مهارت‌های اجتماعی و عضویت در شبکه‌های اجتماعی، رفتارهایی هستند که فرد را قادر به تعامل موثر و اجتناب از پاسخ‌های نامطلوب می‌نمایند و بیان‌گر سلامت رفتاری و اجتماعی افراد هستند. این مهارت‌ها ریشه در بسترهای فرهنگی و اجتماعی داشته و شامل رفتارهایی نظیر پیشقدم شدن در برقراری روابط جدید،

تقاضای کمک نمودن و پیشنهاد برای کمک به دیگران است. به نظر می‌رسد یکی از مهم‌ترین اهداف آموزشی باید توسعه مهارت‌های اجتماعی باشد که این مهارت‌ها بر سلامت فردی و اجتماعی و نیز موفقیت تحصیلی جوانان اثرگذار است (گرمارودی و وحدانی‌نیا، ۱۳۸۵: ۱۴۳). از سوی دیگر دانشجویان نقش مهمی در اداره آینده کشور ایفاء می‌کنند. اهمیت این نقش از آن‌جا ناشی می‌شود که دانشجویان بخش اصلی متخصصین و مدیران حوزه‌های مختلف علمی، فنی و هنری آینده هر کشوری را تشکیل می‌دهند و اصولاً هرگونه توجه به این گروه به خصوص توجه به سلامت اجتماعی آن‌ها در آینده خود و کشور تاثیر مهمی خواهد داشت و احتمالاً دانشجویان در آینده در امور آموزشی و پرورشی نیز نقش‌های مهمی را در تعلیم و تربیت کودکان، نوجوانان و دانشجویان به عهده خواهند گرفت (روغنچی، ۱۳۸۴: ۱۶-۱۸). با این مقدمه، در پژوهش حاضر سلامت اجتماعی را به عنوان بعد مغفول سلامت در بین دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی تهران بررسی می‌کنیم.

### ۱) چارچوب نظری

لارسن، سلامت اجتماعی را به عنوان ارزیابی فرد از کیفیت روابطش با خانواده، دیگران و گروه‌های اجتماعی تعریف می‌کند و معتقد است که مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد را می‌سنجد که نشان‌گر رضایت یا عدم رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی است و در واقع شامل پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر و رفتار) می‌باشد (Larson, 1996: 183).

از نظر تجربی، مفهوم سلامت اجتماعی ریشه در ادبیات جامعه‌شناسی ناهنجاری<sup>۱</sup> و بیگانگی<sup>۲</sup> اجتماعی دارد؛ اما مطابق مدل سلامت، فقدان ناهنجاری و بیگانگی اجتماعی، دلیلی کافی برای وجود سلامت اجتماعی جامعه نیست. کیز (۱۹۹۸) در یک تحلیل عاملی

1. Anomie
2. Alienation

گسترده، یک مدل ۵ بعدی قابل سنجش از سلامت اجتماعی ارائه داد. طبق این ابعاد فرد سالم از نظر اجتماعی زمانی عملکرد خوبی دارد که اجتماع را به صورت یک مجموعه معنا دار، قابل فهم و دارای نیروهای بالقوه برای رشد و شکوفایی بداند. احساس کند که متعلق به گروه‌های اجتماعی است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن شریک بداند، محتوای مقیاس سلامت اجتماعی، طیف مثبتی از ارزیابی تجارب فرد در جامعه است. این مقیاس جدید با مقیاس های سلامت اجتماعی بین فردی (مثل پرخاش گری و حمایت اجتماعی) و سطح اجتماعی (مثل فقر و جایگاه اجتماعی) تفاوت دارد. (Keyes, Shapiro & 2004: 29).

جدول ۱: ساختارهای سلامت اجتماعی با توجه به سطوح تحلیل و پیوستار اندازه گیری

سطوح تحلیل			
پیوستار	فردی	بین فردی	اجتماعی
منفی	بیگانگی و ناهنجاری اجتماعی	پرخاش گری و نا آشنایی با قوانین مدنی	فقر، خودکشی و جرم
مثبت	ابعاد سلامت اجتماعی	مبادله انواع اعتماد و حمایت اجتماعی	سرمایه اجتماعی و کارآمدی اجتماعی

(Keyes, Shapiro, 2004: 28)

در ادامه به بررسی ابعاد ۵ گانه مقیاس سلامت اجتماعی می پردازیم.

### ۱-۱) انسجام اجتماعی

انسجام اجتماعی، ارزیابی فرد از کیفیت روابطش در جامعه و گروه های اجتماعی است. فرد سالم احساس می کند که بخشی از اجتماع است و خود را با دیگرانی که واقعیت اجتماعی را می سازند، سهیم می داند. از دیدگاه دورکیم (به نقل از کیسز، ۱۹۹۸) سلامت و یگانگی اجتماعی، روابط افراد را با یکدیگر از طریق هنجارها منعکس می کند. مفهوم انسجام اجتماعی در برابر بیگانگی و انزوای اجتماعی قرار می گیرد؛ بیگانگی اجتماعی یعنی

شکاف بین فرد و اجتماع. بیگانگی یعنی مردود شمردن اجتماع و باور به این که اجتماع، ارزش های شخصی و شیوه های زندگی فرد را منعکس نمی کند. انزوای اجتماعی یعنی شکستن روابط حمایت گر شخصی. بنابراین فردی که از انسجام اجتماعی برخوردار است نسبت به اجتماع خود احساس نزدیکی می کند و گروه اجتماعی خود را منبعی از آرامش و اعتماد می داند.

## ۲-۱) پذیرش اجتماعی

افرادی که دارای این بعد از سلامت هستند، اجتماع را به صورت مجموعه ای از افراد مختلف درک می کنند و به دیگران به عنوان افراد با ظرفیت و مهربان، اعتماد و اطمینان دارند. باور دارند که مردم می توانند سعی و موثر باشند. این افراد دیدگاه مطلوبی نسبت به ماهیت انسان دارند و با دیگران احساس راحتی می کنند. پذیرش اجتماعی مصداق اجتماعی «پذیرش خود» (یکی از ابعاد سلامت روان)، است. در پذیرش خود فرد نگرش مثبت و احساس خوبی در مورد خود و زندگی گذشته اش دارد و با وجود ضعف ها و ناتوانایی هایی که دارد، همه جنبه های خود را می پذیرد. در پذیرش اجتماعی، فرد، اجتماع و مردم آن را با همه نقص ها و جنبه های مثبت و منفی باور دارد و می پذیرد.

## ۳-۱) مشارکت اجتماعی

مشارکت اجتماعی باوری است که طبق آن فرد خود را عضو مهمی از اجتماع می داند و تصور می کند چیزهای ارزش مندی برای عرضه به جامعه دارد. مشارکت اجتماعی مشابه با بعد هدف در زندگی (داشتن باورهایی که به زندگی هدف می دهند)، در مقیاس سلامت روان است. مشارکت اجتماعی هم چنین نزدیک به مفاهیم مسئولیت پذیری و خودکارآمدی است. خودکارآمدی یعنی این که فرد می تواند رفتارهای معینی را انجام داده و مقاصد خاصی را به اتمام برساند. مسئولیت اجتماعی یعنی ایجاد تعهدات شخصی در ارتباط با اجتماع. بنابراین از مجموع این دو مفهوم، مشارکت اجتماعی پدید می آید. مشارکت

اجتماعی یعنی چه میزان فرد احساس می‌کند که آنچه آن‌جام می‌دهد در نظر اجتماع ارزشمند و در رفاه عمومی موثر است.

#### ۴-۱) انطباق اجتماعی

انطباق اجتماعی درک کیفیت، سازماندهی و عملکرد دنیای اجتماعی فرد است. فرد سالم از نظر اجتماعی سعی دارد تا در مورد دنیای اطراف خود بیش‌تر بداند. روزانه وقایع بی‌شماری اتفاق می‌افتد که می‌توانند مثبت یا منفی، غیرمنتظره یا قابل پیشگویی، شخصی یا عمومی باشند. این وقایع چالش‌های پیش روی افرادی است که سعی بر درک دنیای پیچیده و شلوغ اطراف‌شان دارند. افراد سالم، علاقه‌مند 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 جهت فهم و درک زندگی ارتقاء می‌بخشند.

انطباق اجتماعی معادل اجتماعی مفهوم «تسلط بر محیط» در مقیاس سلامت روان است. تسلط بر محیط یعنی احساس صلاحیت و توان‌مندی برای مدیریت محیط پیچیده و انتخاب یا خلق زمینه‌های مناسب شخصی. انطباق اجتماعی متضاد پوچی و بی‌معنایی، و در مجموع تصور دنیا به صورت منطقی، هوشمند، قابل درک و قابل پیش‌بینی است.

#### ۵-۱) شکوفایی اجتماعی

شکوفایی اجتماعی عبارت از ارزیابی توان بالقوه و مسیر تکاملی اجتماع است و باور به این‌که اجتماع در حال یک تکامل تدریجی است و توان‌مندی‌های بالقوه‌ای برای تحول مثبت دارد که از طریق نهادهای اجتماعی و شهروندان شناسایی می‌شود. افراد سالم در مورد شرایط آینده جامعه امیدوار و قادر به شناسایی نیروهای جمعی هستند و معتقدند که خود و سایر افراد از این نیروها و تکامل اجتماع سود می‌برند.

شکوفایی اجتماعی معادل مفهوم «رشد شخصی» در پارادایم سلامت روانی است. فردی که از رشد شخصی برخوردار است، باور دارد که خود سازنده سرنوشت خویش

است و خود را در حال تحول مستمر و دارای نیروهای بالقوه می‌داند که تلاش می‌کند تا این نیروها را شکوفا کند و از تجارب جدید نیز استقبال می‌کند. شکوفایی اجتماعی یعنی باور به این‌که فرد سرنوشت خویش را در دست دارد و به مدد توان بالقوه‌اش مسیر تکاملی را کنترل می‌کند (Keyes & Shapiro, 2004: 10-11).

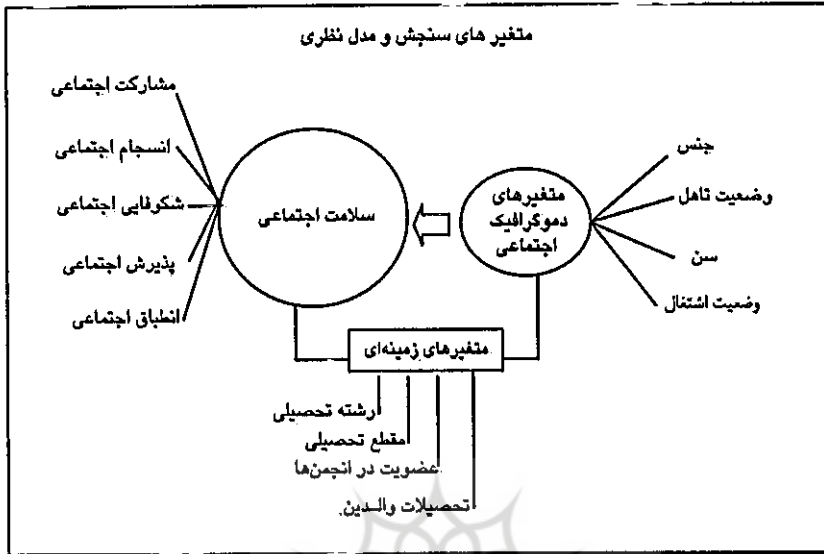
#### ۱-۶) متغیرهای دموگرافیک اجتماعی

به متغیرهای دموگرافیکی اطلاق می‌شوند که به لحاظ نقش و کارکردی که در اجتماع دارند از حوزه متغیرهای فردی و روانی، خارج و در حیطه اجتماعی - محیطی بررسی می‌شوند. متغیرهای دموگرافیک اجتماعی این مطالعه مطابق چارچوب نظری کیز شامل سن، جنس، وضعیت تاهل و وضعیت اشتغال می‌باشند.

#### ۱-۷) متغیرهای سنجش و مدل نظری

از بررسی مطالعات گذشته، به‌ویژه مطالعه کیز، به عنوان الگوی این مطالعه، و با توجه به این‌که این مطالعه در بین دانشجویان آن‌جام می‌شود، مدل نظری مطالعه به‌صورت زیر ارائه می‌گردد. متغیرهای این مطالعه در دو قالب کلی متغیرهای دموگرافیک اجتماعی و متغیرهای زمینه‌ای در نظر گرفته شد. متغیرهای دموگرافیک اجتماعی شامل سن، جنس، وضعیت تاهل و وضعیت اشتغال است و متغیرهای زمینه‌ای شامل رشته تحصیلی، عضویت در انجمن‌ها، مقطع تحصیلی و تحصیلات والدین می‌باشد.

نمودار ۱: متغیرهای سنجش و مدل نظری



۲) روش مطالعه

۱-۲) نوع مطالعه و جامعه آماری

این مطالعه یک طرح مقطعی است که جامعه پژوهش آن کلیه دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران در سال ۱۳۸۶ می‌باشند. روش نمونه‌گیری این مطالعه، تصادفی ساده است که نمونه‌های آن با توجه به معیارهای ورود مطالعه، از بین ۱۳ رشته موجود دانشگاه انتخاب شدند. در نهایت تعداد ۱۶۸ نفر از جامعه پژوهش در این مطالعه وارد شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها، با مراجعه حضوری به گروه‌های آموزشی مختلف، هدف از انجام مطالعه توضیح و رضایت دانشجویان کسب گردید و پرسش‌نامه‌ها به روش خود ایفایی توسط دانشجویان تکمیل شد.



## ۲-۲) ابزار مطالعه

ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه فرم اطلاعات دموگرافیک اجتماعی و پرسش‌نامه سلامت اجتماعی بود. فرم اطلاعات دموگرافیک شامل سؤالاتی در مورد سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، مقطع تحصیلی، مذهب، وضعیت سکونت، وضعیت اشتغال، عضویت در انجمن‌ها، میزان ساعات مطالعه، میزان ساعات استفاده از اینترنت در دانشجویان و سطح تحصیلات والدین می‌باشد. پرسش‌نامه سلامت اجتماعی را کیز بر اساس مدل نظری خود از سلامت اجتماعی، تهیه کرد. وی با استفاده از تحلیل عوامل تاییدی مدل ۵ بعدی به‌کار رفته در پرسش‌نامه خود را از نظر تجربی مورد تایید قرار داد (Keyes & Shapiro, 2004: 10). در ایران، جوشن‌لو در سال ۱۳۸۵ در مطالعه‌ای با عنوان بررسی ساختار عاملی مقیاس سلامت جامع، روایی و اعتبار پرسش‌نامه سلامت جامع کیز را با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی استاندارد نمود و نشان داد که این مدل بهترین برازش از تبیین داده‌های حاضر است (جوشن‌لو، رستمی و نصرت‌آبادی، ۱۳۸۵: ۳۵). ضمن این‌که فارسی نژاد در سال ۱۳۸۴، پرسش‌نامه مذکور را هنجاریابی کرده و با استفاده از تحلیل عاملی آن را به‌کار برد (فارسی نژاد، ۱۳۸۴: ۲۵). این مقیاس حاوی ۱۵ گویه است: ۳ گویه مربوط به عامل انسجام اجتماعی، ۳ گویه مربوط به پذیرش اجتماعی، ۳ گویه عامل مشارکت اجتماعی، ۳ گویه عامل شکوفایی اجتماعی و سرآن‌جام ۳ گویه مربوط به عامل انطباق اجتماعی است (Keyes & Shapiro, 2004: 10). به منظور استخراج داده‌ها، اطلاعات وارد رایانه شده و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۱/۵ مورد پردازش قرار گرفت.

## ۲-۳) روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

در این مطالعه جهت تحلیل‌های یک متغیری از آمار توصیفی مانند جداول توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. در تحلیل‌های دو متغیره، به منظور بررسی ارتباط بین متغیر سلامت اجتماعی و متغیرهای دموگرافیک اجتماعی علاوه بر جداول

توافقی، نخست، توسط آزمون آماری کولموگروف - اسمیرنوف، نرمال یا غیر نرمال بودن توزیع اجزای سلامت اجتماعی و متغیرهای کمی مطالعه بررسی شد. برای بررسی ارتباط متغیرهای دموگرافیک کمی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. همچنین جهت ارتباط متغیرهای کیفی دو حالتی با اجزای سلامت اجتماعی در موارد نرمال بودن اجزای سلامت اجتماعی، از آزمون T مستقل و در موارد غیر نرمال از آزمون ناپارامتری مان - ویتنی استفاده شد.

### ۳) یافته‌ها

در این مطالعه سلامت اجتماعی ۱۶۸ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی تهران در مقطع کارشناسی و کارشناسی ارشد در بین ۱۳ رشته تحصیلی این دانشگاه مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد که میانگین سن در گروه کارشناسی ۲۱/۴۰ سال و در گروه کارشناسی ارشد ۲۵/۰۵ سال و به طور کلی میانگین سنی کلیه شرکت کنندگان ۲۲/۵۹ سال می‌باشد. همچنین از مجموع کل شرکت کنندگان پژوهش ۸۸/۷ درصد در خوابگاه و ۱۱/۳ درصد در کنار خانواده‌هایشان زندگی می‌کردند. از بین دانشجویان مورد بررسی تعداد ۷۴ نفر (۴۴/۰۴ درصد) از دانشجویان پسر و ۹۴ نفر (۵۵/۹۵ درصد) دختر بودند. از مجموع کل شرکت کنندگان پژوهش ۶۷/۳ درصد در مقطع کارشناسی و ۳۲/۷ درصد کارشناسی ارشد می‌باشند. از بین دانشجویان مورد بررسی ۶۰ نفر (۳۵/۷ درصد) عضو یک انجمن بوده و ۱۰۸ نفر (۶۴/۳ درصد) در هیچ انجمنی عضویت نداشتند.

یافته‌ها نشان می‌دهد که میانگین نمرات سلامت اجتماعی در دانشجویان مقطع کارشناسی ۶۶/۴۲ و انحراف معیار آن ۱۵/۳۷ می‌باشد. همچنین میانگین نمرات سلامت اجتماعی در دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد ۷۲/۲۲ و با انحراف معیار ۱۴/۲۲ می‌باشد. از این منظر و با توجه به آزمون به کار رفته، اختلاف معناداری بین نمرات سلامت اجتماعی دانشجویان مقطع کارشناسی و کارشناسی ارشد وجود دارد، به طوری که میانگین نمرات سلامت اجتماعی دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد بیش‌تر از دانشجویان کارشناسی است (جدول شماره ۲).

جدول ۲: مقایسه میانگین نمرات سلامت اجتماعی در دانشجویان به تفکیک مقطع تحصیلی

مقطع تحصیلی	تعداد	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	مقدار احتمال	مقدار T
کارشناسی	۱۱۳	۶۶/۴۲	۱۵/۳۷	۱۶۶	۰/۰۱۷	-۲/۴۱۱
کارشناسی ارشد	۵۵	۷۲/۲۲	۱۴/۲۲			

در خصوص مقایسه ابعاد مختلف سلامت اجتماعی دانشجویان به تفکیک جنس یافته‌ها نشان می‌دهد که از حیث ابعاد یکپارچگی اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پذیرش اجتماعی بین دانشجویان پسر و دختر اختلاف معنی‌دار آماری وجود ندارد، در حالی که دانشجویان پسر در ابعاد انسجام اجتماعی و مشارکت اجتماعی میانگین نمرات بالاتری نسبت به دانشجویان دختر کسب کردند و این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود (جدول شماره ۳).

جدول ۳: مقایسه ابعاد مختلف سلامت اجتماعی دانشجویان به تفکیک جنس

متغیر	جنس	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار T	درجه آزادی	مقدار احتمال
انسجام اجتماعی	مرد	۷۴	۱۹/۵۸	۳/۷۹۳	۳/۸۰۱	۱۶۶	۰/۰
	زن	۹۴	۱۱/۲۸	۴/۰۳۶			
یکپارچگی اجتماعی	مرد	۷۴	۱۴/۹۳	۴/۲۴۶	-۱/۲۸۶	۱۶۶	۰/۲۰۱
	زن	۹۴	۱۴/۷۴	۳/۵۲۲			
پذیرش اجتماعی	مرد	۷۴	۱۳/۹۵	۳/۴۲۰	۰/۴۹۲	۱۶۶	۰/۶۲۴
	زن	۹۴	۱۲/۶۷	۳/۸۳۴			
مشارکت اجتماعی	مرد	۷۴	۲۰/۰۰	۴/۱۹۴	۱/۲۵۸	۱۶۶	۰/۰۱۱
	زن	۹۴	۱۱	۳/۸۰۷			
شکوفایی اجتماعی	مرد	۷۴	۱۷/۵۴	۵/۲۱۴	-۱/۸۸۷	۱۶۶	۰/۰۶۱
	زن	۹۴	۱۷/۹۱	۳/۹۱۸			
سلامت اجتماعی کل	مرد	۷۴	۸۶	۱۶/۰۱۲	۰/۴۶۶	۱۶۶	۰/۰۴۱
	زن	۹۴	۶۷/۶	۱۴/۶۲۳			

یافته‌ها نشان می‌دهد که میانگین نمره سلامت اجتماعی دانشجویانی که در انجمن‌ها عضویت دارند (۸۲/۱۳) بالاتر از نمره سلامت اجتماعی دانشجویانی است که در انجمن‌ها عضویت ندارند (۶۶/۲۰) و این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار است (جدول شماره ۴)

جدول ۴: مقایسه میانگین نمرات سلامت اجتماعی دانشجویان به تفکیک عضویت در انجمن‌ها

عضویت در انجمن‌ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	مقدار T	درجه آزادی	مقدار احتمال
بلی	۶۰	۸۲/۱۳	۱۴/۳۰۶	۲/۴۵۷	۱۶۶	۰/۰۱۵
خیر	۱۰۸	۶۶/۲۰	۱۵/۳۵۳			

هم‌چنین یافته‌ها نشان می‌دهد که میانگین نمرات سلامت اجتماعی دانشجویان پسر ۸۶ با انحراف معیار ۱۴/۶۷ و میانگین نمرات سلامت اجتماعی دانشجویان دختر ۶۷/۶ با انحراف معیار ۹/۷۰ می‌باشد. نتیجه حاصل از آزمون نشان می‌دهد که اختلاف معناداری بین نمرات سلامت اجتماعی دانشجویان دختر و پسر وجود دارد، به طوری که میانگین نمرات سلامت اجتماعی دانشجویان پسر بیش از دانشجویان دختر است. (جدول شماره ۵).

جدول ۵: مقایسه میانگین نمرات سلامت اجتماعی در دانشجویان به تفکیک جنس

جنس	تعداد	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	مقدار احتمال	مقدار T
مرد	۷۴	۸۶	۱۴/۶۷	۱۶۶	۰/۰۴۱	۱/۳۶۴
زن	۹۴	۶۷/۶	۹/۷۰			

هم‌چنین یافته‌ها نشان می‌دهد که میانگین نمرات سلامت اجتماعی دانشجویان متاهل ۸۴/۹۴ با انحراف معیار ۱۴/۲۰ و میانگین نمرات سلامت اجتماعی دانشجویان مجرد ۶۶/۴۵ با انحراف معیار ۱۴/۱۸ می‌باشد. نتیجه حاصل از آزمون نشان می‌دهد که اختلاف معناداری بین نمرات سلامت اجتماعی دانشجویان مجرد و متاهل وجود دارد، به طوری که میانگین نمرات سلامت اجتماعی دانشجویان متاهل بیش از دانشجویان مجرد می‌باشد. (جدول شماره ۶).

جدول ۶: مقایسه میانگین نمرات سلامت اجتماعی دانشجویان به تفکیک وضعیت تاهل

وضعیت تاهل	تعداد	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	مقدار احتمال	مقدار T
مجرد	۱۵۱	۶۶/۴۵	۱۴/۱۸	۱۶۶	۰/۰۲۸	۵/۰۹
متاهل	۱۷	۸۴/۹۴	۱۴/۲۰			

#### ۴) بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه سلامت اجتماعی ۱۶۸ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی تهران در دو مقطع کارشناسی و کارشناسی ارشد و در بین ۱۳ رشته تحصیلی این دانشگاه مورد بررسی قرار گرفت که بر اساس یافته‌های حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها، نتایج زیر حاصل شد:

نتایج نشان داد که میانگین نمرات سلامت اجتماعی دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد بالاتر از دانشجویان مقطع کارشناسی می‌باشد و این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود. به نظر می‌رسد که بلوغ جسمی - روانی و افزایش آگاهی‌ها و مهارت‌های زندگی دانشجویان کارشناسی ارشد در این امر دخیل بوده است.

موراگ فارکور، در پژوهشی نشان داد افرادی که از نظر سطح تحصیلات بالاتر بودند در حیطه‌های سلامتی عمومی، سلامتی روحی و توانایی آن‌جام وظیفه متاثر از مشکلات عاطفی وضعیت بهتری نسبت به سایرین داشتند (Farquhar, 2002:211). همچنین رفعتی، در مطالعه خود نشان داد که تحصیلات بالاتر بر وضعیت سلامتی عمومی تاثیر مثبت دارد (رفعتی، ۱۳۸۲: ۷۵). به این ترتیب، مطالعات آن‌جام شده توسط سایر پژوهش‌گران نتایج مطالعه ما را مورد تایید قرار می‌دهد.

نتایج در خصوص میانگین نمرات سلامت اجتماعی دانشجویان دختر و پسر گویای آن است که اختلاف معناداری بین نمرات سلامت اجتماعی دانشجویان دختر و پسر وجود دارد، به طوری که میانگین نمرات سلامت اجتماعی دانشجویان پسر بیش از دانشجویان دختر است.

جغتایی و اسدی، در مطالعه‌ای نشان دادند که زنان بیش‌تر از مردان با مشکلات روحی

و روانی (از قبیل افسردگی، اضطراب و نیاز به مشاوره) مواجه هستند (جفتایی و اسدی، ۱۳۷۸: ۴). آزیپازو گاریدو، نیز در مطالعه خود وضعیت سلامت عمومی زنان را از لحاظ سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی - اجتماعی پایین‌تر از مردان گزارش داده است (Garrido, 2001: 339). تحقیقات زیادی رابطه بین جنس و سلامت روانی در دانشجویان را گزارش کرده‌اند. به همین ترتیب مردانی و باقری، در پژوهش‌های خود نتیجه گرفتند که میزان شیوع افسردگی در دانشجویان و دانش‌آموزان دختر نسبت به دانشجویان و دانش‌آموزان پسر به طور معنی‌داری بیش‌تر است (مردانی، ۱۳۷۸: ۱۲۵؛ باقری، ۱۳۸۳: ۱۹). هومن، نیز گزارش کرد که میزان برتری طلبی، پایداری هیجانی، تفکر بنیادی، تمایل به برقراری روابط شخصی و روحیه خستگی ناپذیری دانشجویان پسر بیش‌تر از دانشجویان دختر است (هومن، ۱۳۷۶). دیباج نیا و بختیاری، در مطالعه‌ای نشان دادند که بین جنس با سلامت روانی دانشجویان ارتباط معنی‌داری از نظر آماری وجود ندارد (دیباج نیا و بختیاری، ۱۳۸۱: ۲۹). دادخواه، محمدی و مظفری طی پژوهشی نشان دادند که اختلالات روانی در دانشجویان دختر بیش‌تر از دانشجویان پسر بود ولی از لحاظ آماری معنی‌دار نبود (دادخواه، محمدی و مظفری، ۱۳۸۵: ۳۳). فرخ بخش، غلامرضایی و نیک پی، در پژوهشی با بررسی سلامت روانی دانشجویان نشان دادند که دانشجویان پسر نسبت به دانشجویان دختر از سلامت روانی بالاتری برخوردار هستند. این تفاوت در رشد و بهبود فردی، ظرفیت برقراری ارتباط با دیگران و همچنین توانایی مقابله با مشکلات و فشارهای روزمره زندگی وجود دارد. تجزیه و تحلیل نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که دانشجویان دختر از زمینه‌های آسیب‌دیدگی بیش‌تری برخوردار هستند. این امر از یک طرف به ویژگی‌های جنسیتی آن‌ها مربوط می‌شود و از طرف دیگر به وابستگی عاطفی آن‌ها به خانواده و تا حدودی به احساس فقدان امنیت محیط اجتماعی و فرهنگی باز می‌گردد (فرخ بخش، غلامرضایی و نیک پی، ۱۳۸۴: ۸۱).

در خصوص مقایسه ابعاد مختلف سلامت اجتماعی دانشجویان به تفکیک جنس، یافته‌ها پیرامون اختلاف بعد انسجام اجتماعی در دانشجویان دختر و پسر حاکی از آن است که از این منظر اختلاف معنی‌دار آماری وجود دارد به طوری که میانگین نمرات انسجام

اجتماعی دانشجویان پسر بیش تر از دانشجویان دختر است. نتایج حاصل از آزمون، پیرامون اختلاف بعد یکپارچگی اجتماعی در دانشجویان دختر و پسر حاکی از آن است که از این منظر اختلاف معنی دار آماری بین دانشجویان پسر و دختر وجود ندارد.

یافته‌ها در خصوص میانگین نمرات پذیرش اجتماعی در دانشجویان دختر و پسر حاکی از آن است که از این منظر نیز اختلاف معنی دار آماری وجود ندارد.

نتایج پیرامون اختلاف بعد مشارکت اجتماعی در دانشجویان دختر و پسر حاکی از آن است که از این منظر اختلاف معنی دار آماری وجود دارد، به طوری که میانگین نمرات مشارکت اجتماعی دانشجویان پسر بیش تر است.

یافته‌ها در خصوص اختلاف بعد شکوفایی اجتماعی در دانشجویان دختر و پسر حاکی از آن است که از این منظر اختلاف معنی دار آماری وجود ندارد.

ولی به طور کلی میانگین نمره سلامت اجتماعی کل که شامل همه ابعاد آن (انسجام اجتماعی، یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی) می‌شود در بین دانشجویان پسر (۸۶) بالاتر از میانگین نمره سلامت اجتماعی کل دانشجویان دختر (۶۷/۶) می‌باشد که این اختلاف از نظر آماری معنی دار است. یکی از دلایل بالاتر بودن امتیاز سلامت اجتماعی دانشجویان پسر می‌تواند افزایش ارتباطات و کم تر بودن محدودیت های آن‌ها نسبت به دانشجویان دختر باشد.

هم چنین یافته‌ها در خصوص میانگین نمرات سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی به تفکیک وضعیت تاهل نشان می‌دهد اختلاف معناداری بین نمرات سلامت اجتماعی دانشجویان مجرد و متاهل وجود دارد، به طوری که میانگین نمرات سلامت اجتماعی دانشجویان متاهل بیش از دانشجویان مجرد می‌باشد.

دیباج نیا و بختیاری، نیز در مطالعه‌ای نشان دادند که بین وضعیت تاهل دانشجویان با سلامت روانی آنان ارتباط معنی داری از نظر آماری وجود ندارد (دیباج نیا، بختیاری، ۱۳۸۱: ۳۱). به نظر می‌رسد که زندگی مشترک و ازدواج با برآوردن نیازهای عاطفی - روانی هم چنین ایجاد تعهد و روحیه استقلال طلبی برای افراد متاهل می‌تواند بر سلامت اجتماعی

آنان تأثیری مثبت و مستقیم داشته باشد.

نتایج گویای آن است که میانگین نمره سلامت اجتماعی دانشجویانی که در انجمن‌ها عضویت دارند بالاتر از نمره سلامت اجتماعی دانشجویانی است که در انجمن‌ها عضویت ندارند و این اختلاف از نظر آماری معنی دار است.

فرح بخش، غلامرضایی و نیک پی، در پژوهشی با بررسی سلامت روانی دانشجویان نشان دادند که بین سلامت روانی دانشجویان فعال و غیرفعال در گروه‌های درون دانشگاه تفاوت معنی داری وجود دارد، به طوری که دانشجویانی که در فعالیت‌های گروهی درون دانشگاه (انجمن‌های سیاسی و علمی و یا گروه‌های هنری و ورزشی) شرکت داشتند نسبت به دانشجویانی که در این گونه فعالیت‌ها شرکت نمی‌کنند از سلامت روانی بالاتری برخوردار هستند. برخی از کارکردهای عضویت در گروه‌های رسمی و غیررسمی، ایجاد امنیت و ارضای نیازهای روانی و اجتماعی است (فرح بخش و غلامرضایی، نیک پی، ۱۳۸۴: ۸۴-۸۳). بسیاری از پژوهش‌ها این نتایج را مورد حمایت قرار می‌دهند. باقری در تحقیق خود دریافت که میزان اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان عضو فعال انجمن اسلامی از سایر دانش‌آموزان کم‌تر است (باقری، ۱۳۸۳: ۹۶). حداد در تحقیقی نشان داد که سلامت روانی دانشجویان دختر ورزشکار بیش‌تر از دانشجویان دختر غیر ورزشکار بود (حداد، ۱۳۷۵: ۹۵). بنابراین دانشجویان فعال در گروه‌های سیاسی، ورزشی، علمی و فرهنگی دانشگاه علاوه بر رشد فردی، بسیاری از نیازهای روانی - اجتماعی خود نظیر احساس امنیت بیش‌تر، میل به تعلق و ارتباط با دیگران، نیاز به احترام، عزت نفس، خودشکوفایی و کمال را تا حدودی ارضاء می‌کنند و نتیجه ارضای نیازها، برخورداری از سلامت روانی و اجتماعی بیش‌تر می‌باشد.

هم‌چنین نتایج نشان داد که میانگین نمرات سلامت اجتماعی در گروه سنی ۲۷ سال و بالاتر در مقایسه با سایر گروه‌های سنی، میانگین بالاتری را اخذ کرده‌اند. اما باید توجه داشت که این اختلاف بین گروه‌های مختلف سنی از نظر آماری معنی دار نمی‌باشد. دیباج‌نیا و بختیاری در مطالعه‌ای نشان دادند که بین سن دانشجویان با سلامت روانی آنان ارتباط معنی داری از نظر آماری وجود ندارد (دیباج‌نیا و بختیاری، ۱۳۸۱: ۳۱). یکی از



دلایل اجتماعی عدم وجود رابطه بین سن و امتیاز سلامت اجتماعی دانشجویان می‌تواند دامنه تغییرات اندک سنین مختلف نمونه‌های مورد بررسی مطالعه ما باشد. به‌طور کلی در این مطالعه سلامت اجتماعی ۱۶۸ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی مورد مطالعه قرار گرفت. دانشجویان مورد مطالعه در دو مقطع کارشناسی و کارشناسی ارشد و نمونه‌ها شامل ۹۴ دانشجوی دختر و ۷۴ دانشجوی پسر بودند. نتایج نشان داد که به‌طور کلی سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی با توجه به نمرات کسب شده، متوسط بوده و در این بین نمرات سلامت اجتماعی دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد، دانشجویان متاهل، دانشجویان شاغل و دانشجویان پسر بالاتر از دانشجویان مقطع کارشناسی، دانشجویان متاهل، دانشجویان غیرشاغل و دانشجویان دختر می‌باشد. هم‌چنین در بین رشته‌های مختلف دانشگاه، رشته روان‌شناسی بالینی و رشته گفتاردرمانی به ترتیب دارای بیش‌ترین و کم‌ترین امتیاز سلامت اجتماعی بودند.



شعبه‌های علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

- یابایی، نعمت. (۱۳۸۲)، «نیازهای سلامت نوجوانان در بستر تحولات اجتماعی»، فصلنامه رفاه اجتماعی، شماره ۷، بهار ۱۳۸۲.
- باقری، عباس. (۱۳۸۳)، مقایسه میزان افسردگی و اضطراب دو گروه از دانشجویان دختر و پسر عضو فعال انجمن اسلامی و سایر دانش آموزان در شهرستان علی آباد کتول، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم تهران.
- جفتایی، محمدتقی و اسدی، محمدحسین. (۱۳۷۸)، «وضعیت سالمندان و ضرورت توجه به نیازهای آنان»، مجله پژوهشی حکیم، شماره ۲، بهار ۱۳۷۸.
- جوشن‌لو، محسن؛ رستمی، رضا و نصرت‌آبادی، مسعود. (۱۳۸۵)، «بررسی ساختار عاملی مقیاس بهزیستی جامع»، فصلنامه روانشناسان ایرانی، سال سوم. شماره ۹.
- حداد، نوید. (۱۳۷۵)، بررسی ارتباط بین سلامت روانی و آمادگی بدنی دانشجویان دختر ورزشکار و غیر ورزشکار دانشگاه تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران، ۱۳۷۵.
- دادخواه، بهروز؛ محمدی، محمد علی و مظفری، ناصر. (۱۳۸۵)، «وضعیت سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اردبیل»، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، دوره ششم، شماره ۱.
- دیباج‌نیا، پروین و بختیاری، مریم. (۱۳۸۱)، «وضعیت سلامت روانی دانشجویان دانشکده توان‌بخشی دانشگاه شهید بهشتی»، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، سال اول، شماره ۴.
- رفعتی، نرگس. (۱۳۸۲)، بررسی کیفیت زندگی و عوامل موثر بر آن در سالمندان ۶۵ ساله و بالاتر ساکن آسایشگاه خیریه کهریزک. پایان نامه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.
- روغنچی، محمود. (۱۳۸۴)، رابطه جهت‌گیری مذهبی با سلامت روان دانشجویان دانشگاه ازی-۱۳۸۴، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.
- فارسی‌نژاد، مریم. (۱۳۸۴)، بررسی رابطه سبک‌های هویت و تمهد هویت با سلامت اجتماعی و خودکارآمدی تحصیلی دختران و پسران پایه دوم دبیرستان شهر تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی دانشگاه تهران.
- فرح‌بخش، سعیده؛ غلامرضایی، سیمین و نیک‌پی، ایرج. (۱۳۸۴)، «رابطه بین سلامت روانی و برخی متغیرهای زمینه‌ای در دانشجویان دانشگاه لرستان»، فصلنامه علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، دوره هفتم، شماره ۴.

- گرمارودی، غلامرضا و وحدانی نیا، مریم سادات. (۱۳۸۵)، «سلامت اجتماعی؛ بررسی میزان مهارت های اجتماعی دانش آموزان»، فصلنامه پایش، شماره ۲.
- مردانی، علی. (۱۳۷۸)، بررسی نیمرخ روانی و متغیرهای جامعه شناختی با پیشرفت تحصیلی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان.
- مرندی، سید علیرضا. (۱۳۸۵)، «عوامل اجتماعی سلامت»، در کتاب جامع بهداشت عمومی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت تحقیقات و فن آوری، چاپ دوم.
- هومن، عباس. (۱۳۷۶)، استانداردها سازی و هنجاریابی پرستنامه سلامت عمومی، موسسه تحقیقات تربیتی، دانشگاه تربیت معلم.

- Farquhar, Morag. (2002), *Health and Well-being for People*, Sidney Toronto.
- Garrido, M. Azpiazu. (2002), «Using the SF-36 with Older Adults: Across-Sectional Community- based Surveys», *Age and Aging, British Geriatrics Society*.
- Keyes, C. M. & Shapiro, A. (2004), «Social Well-being in the U.S. : A Descriptive Epidemiology», In Orville Brim; Carol D. Ryff & Ronald C. Kessler (Eds.), *Healthing Are You? A National Study of Well-being of Midlife*, University of Chicago Press.
- Larson, J. S. (1996), «The World Health Organization Definition of Health: Social versus Spiritual Health», *Social Indicators Research*, 38.
- Segrin, C. & Eliton, SN. (2000), «Social Skills Rating; Poor Social Skills Are a Vulnerability Factor in the Development of Psychosocial», *Human Communication Research*, 26.



ثروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی  
پرتال جامع علوم انسانی