

فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز

سال چهارم شماره ۱۶ زمستان ۱۳۸۸

بررسی نقش عوامل تعیین کننده در سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز

دکتر جلیل بابا پورخیرالدین - دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه تبریز
فهیمة طوسی - کارشناس ارشد روانشناسی - مدرس دانشگاه جامع علمی - کاربردی
عیسی حکمتی - کارشناس ارشد روانشناسی

چکیده

هدف مطالعه حاضر بررسی نقش عوامل تعیین کننده در سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز بود. بدین منظور ۳۸۴ دانشجو (۲۱۲ پسر، ۱۷۲ دختر) از بین دانشجویان دانشگاه تبریز به روش تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شده و سپس پرسشنامه سلامت اجتماعی کی‌یس را تکمیل نمودند. برای تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده، از روش تحلیل واریانس یکطرفه و آزمون t گروه‌های مستقل استفاده شد. نتایج به دست آمده نشان داد که بین دانشجویان رشته‌های مختلف فقط در خرده‌مقیاس شکوفایی اجتماعی در سطح $p < 0/05$ تفاوت معناداری وجود دارد. بررسی‌های بیشتر نشان داد که دانشجویان گروه علوم انسانی خودشکوفایی اجتماعی بیشتری از گروه فنی - مهندسی نشان می‌دهند. نتایج تحلیل داده‌های مربوط به متغیرهای قومیت، تحصیلات والدین و وضعیت اجتماعی - اقتصادی نشان داد که متغیرهای مذکور تأثیری بر سلامت اجتماعی دانشجویان مورد مطالعه ندارند. همچنین در زمینه متغیر جنسیت، نتایج آزمون t حاکی از آن است که بین دختران و پسران در هیچ‌یک از خرده‌مقیاس‌های

- ▶ فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز
▶ سال چهارم شماره ۱۶، زمستان ۱۳۸۸
-

سلامت اجتماعی تفاوت وجود ندارد، یعنی جنسیت تأثیری بر سلامت اجتماعی دانشجویان ندارد.

واژگان کلیدی: سلامت اجتماعی، عوامل تعیین کننده، دانشجویان.

موضوع سلامتی دانشجویان یک مسأله حیاتی است که امروزه موجب چالش‌های زیادی شده است (کادیسون و دیگرونیمو، ۲۰۰۴؛ اسنایدر، ۲۰۰۴). اهمیت مسأله به ویژه زمانی بیشتر می‌شود که برخی مطالعات نشان می‌دهند که مشکلات این قشر روندی افزایش دارد. مثلاً نتایج یک پژوهش طولی ۱۳ ساله نشان داد که امروزه دانشجویان نسبت به قبل به میزان بیشتری به مراکز مشاوره دانشگاهی مراجعه می‌کنند؛ به علاوه مشکلات آنها نیز پیچیده‌تر شده است (بنتون^۱ و همکاران، ۲۰۰۳). در حالی که ارتقا سلامت روانی و رشد فردی مثبت دانشجویان اهمیت زیادی دارد، اما محققان و دست‌اندرکاران بیشتر توجه خود را معطوف ماهیت آسیب‌های روانی در بین دانشجویان، درمان بیماری‌های روانی و همچنین پرداختن به رویکردهایی جهت جلوگیری از حوادث غم‌انگیز ناشی از بیماری‌های روانی مانند خودکشی، اعتیاد، الکلیسم و... کرده‌اند (آمبر^۲، ۲۰۰۶).

تعاریف متعددی برای سلامتی ارائه شده است اما رایج‌ترین آنها تعریف سازمان بهداشت جهانی می‌باشد که به صورت زیر است: «سلامتی «حالت بهزیستی کامل جسمانی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی» (باباپور خیرالدین و همکاران، ۱۳۸۲).

1- Benton

2- Ambler

در بین دانشجویان تنیدگی های دوره تحصیلی، تضادهای قومی و فرهنگی، احساس فاعلی مبنی بر مورد تبعیض سیاسی، عقیدتی و نژادی قرار گرفتن وجود دارد و در کشور ما نیز گاهگاهی این موارد به صورت حاد در آمده و بر جنبه های مختلف زندگی دانشجویان اثر گذاشته و سلامتی این قشر را به خطر می اندازند. از طرف دیگر با توجه به اینکه دانشجویان در دوره خاص رشدی و تحولی خود هستند و به اصطلاح در دوره «گذار»^۱ به سر می برند، لذا همواره در معرض تنیدگی بوده و عوامل تنیدگی زای بی شماری را تجربه می کنند (توبس^۲ و کوهن^۳، ۱۹۹۶، به نقل از راس^۴، ۱۹۹۹). بنابراین، تغییرات مربوط به تحول، انطباق با روش جدید مطالعه و سبک زندگی، جدائی از محیط های آشنا و حمایت کننده، رفتار گروهی و فشارهای ناشی از آن، سبک اسناد رویدادهای مختلف کشور و فرهنگ موجود در دانشگاه همگی دست به دست هم داده و دانشجویان را تحت فرسودگی و خستگی جسمانی، روانی و اجتماعی شدید قرار می دهند و تمام ابعاد زندگی از جمله سلامتی آنها را به مخاطره می اندازند (مونک^۵ و محمود^۶، ۱۹۹۹).

در باره سلامتی الگوهای متعددی وجود دارد که هر کدام بر اساس دیدگاه های خود آن را تعریف و تبیین کرده اند اما دیدگاه نوین در این باره، الگوی کلی نگر^۷ است که بین سلامتی را بر حسب کلیت شخص تعریف می کند. استقرار این الگو نوید ظهور قلمرو رشته ای جدیدی را به میان آورده که با پذیرش یک روی آورد کلی و به کار بستن این راهبرد در روش شناسی پژوهشی، در پی پاسخ گوئی به معماهای حل نشده دیدگاه های تک بعدی در باره سلامتی و بیماری است (آزادفلاح، ۱۳۷۸). براساس این الگو سلامتی چیزی بیش از سلامتی جسمانی است و لذا الگوی کلی نگر به جنبه های هیجانی، عقلانی،

1- Transition
3- Cohen
5- Monk
7- Holistic

2- Towbes
4- Ross
6- Mahmood

معنوی، روانی و اجتماعی فرد و همچنین روابط بین این ابعاد اشاره می‌کند (هرمون^۱ و هزلر^۲، ۱۹۹۹). بنابراین سلامتی دارای ابعاد مختلف جسمانی، روانی، هیجانی، عقلانی، معنوی و اجتماعی است که این ابعاد با وجود بهره‌مندی از وجوه مشترک، دارای جنبه‌های متفاوت نیز بوده و از عوامل متعددی تأثیر می‌پذیرند (ویسینگ^۳ و فوری^۴، ۲۰۰۰).

سلامت اجتماعی به عنوان یکی از این ابعاد، عبارت است از توانائی انجام مؤثر و کارآمد نقش‌های اجتماعی بدون آسیب به دیگران. سلامت اجتماعی در واقع همان ارزیابی شرایط و کار فرد در جامعه است. برخی از چالش‌های اجتماعی، ابعاد مختلف سلامت اجتماعی را تشکیل می‌دهند که عبارتند از: یکپارچگی اجتماعی^۵، پذیرش اجتماعی^۶، مشارکت اجتماعی^۷، شکوفائی اجتماعی^۸ و چسبندگی اجتماعی^۹ (ریموند و همکاران، ۲۰۰۴).

پژوهش‌ها حاکی از این هستند که برخی عوامل، سلامت اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. برخی از این عوامل عبارتند از وضعیت اقتصادی- اجتماعی، سطح تحصیلات، سن، میزان دریافت حمایت اجتماعی، وضعیت تأهل. تحقیقات نشان داده است وضعیت اقتصادی- اجتماعی پایین سبب کاهش تمام ابعاد سلامتی می‌شود زیرا به نظر می‌رسد که زندگی با چنین وضعیتی به ادراک خود در جهت افزایش سلامتی آسیب می‌زند (میراوسکی^{۱۰}، راس، ۱۹۸۹، نقل از کی‌س^{۱۱}، ۱۹۹۸). سطح بالای تحصیلات و همچنین افزایش سن میزان سلامت اجتماعی را افزایش می‌دهد. برخی تحقیقات نشان داده است که وقتی سن افزایش می‌یابد افراد احساس خوشحالی بیشتری کرده، از زندگی

1- Hermon

3- Wissing

5- Social integration

7- Social contribution

9- Social coherence

11- Keyes

2- Hazler

4- Fouri

6- Social acceptance

8- Social actualization

10- Mirowsky

زندگی خود رضایت بیشتری داشته و سلامت اجتماعی در بین آنها افزایش می‌یابد (کار^۱، ۲۰۰۴). همچنین پاره‌ای از تحقیقات نشان داده‌اند که میزان سلامتی با افزایش تحصیلات رابطه مثبت دارد اما ممکن است برخی از تنیدگی‌های تحصیلی تأثیر معکوس بگذارند؛ بنابراین بین این متغیرها رابطه خطی وجود ندارد (کی‌یس، ۱۹۹۸). با توجه به نکات فوق، تحقیق حاضر در صدد پاسخگویی به این سوال می‌باشد که متغیرهای جمعیت‌شناختی قومیت، رشته تحصیلی، سن، تحصیلات والدین و وضعیت اجتماعی - اقتصادی به چه میزان بر سلامت اجتماعی تأثیر دارند.

روش

جامعه و نمونه آماری

جامعه آماری مطالعه حاضر را دانشجویان دانشگاه تبریز تشکیل می‌داد. تعداد نمونه نیز از طریق فرمول زیر محاسبه شده است، که طبق این فرمول، تعداد نمونه ۳۸۴ نفر برآورد شده است.

$$n = \frac{4Z^2}{L^2} + 3 = \frac{4(1.96)^2}{.20} + 3 = 384$$

در گام بعدی برای مطالعه این تعداد اقدام به نمونه‌گیری شده است که روش نمونه‌گیری مورد استفاده، نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای بوده است. در این روش افراد جامعه با توجه به سلسله‌مراتبی از انواع واحدهای جامعه انتخاب می‌شوند. با توجه به چنین

روشی، فرآیند نمونه‌گیری در این تحقیق به این صورت بود که ابتدا به واحد دانشکده‌ها مراجعه شده، سپس با توجه به رشته‌ها و کلاس‌ها، تعدادی از آنها (برابر با تعداد نمونه تحقیق) انتخاب و مورد آزمون واقع شدند. ۲۱۲ نفر از آزمودنی‌ها پسر و ۱۷۲ نفر دختر بودند؛ میانگین سنی آزمودنی‌ها ۱۲/۱۲ و انحراف معیار آن ۱۵٪ بود.

ابزار اندازه‌گیری

در این پژوهش برای دستیابی به اهداف پژوهش، از ابزارهای زیر استفاده شده است:

- پرسشنامه جمعیت‌شناختی که شامل اطلاعات مربوط به سن، جنس، قومیت، رشته تحصیلی، وضعیت اقتصادی - اجتماعی و تحصیلات والدین بود.
- پرسشنامه سلامت اجتماعی کی‌پس (فرم کوتاه) که شامل ۱۵ سؤال بوده و ۵ زیرمقیاس یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و چسبندگی اجتماعی را مورد بررسی قرار می‌دهد. نمره‌گذاری سؤالات به صورت ۷ گزینه‌ای در مقیاس لیکرت می‌باشد.

در پژوهش حاضر جهت بررسی پایایی این ابزار از همسانی درونی استفاده شد که آلفای به دست آمده برای کل مقیاس ۰/۷۸ و برای هر یک از خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب عبارت بود از ۰/۷۱ برای یکپارچگی اجتماعی، ۰/۷۴ برای پذیرش اجتماعی، ۰/۷۴ برای مشارکت اجتماعی، ۰/۷۰ برای خودشکوفایی اجتماعی و ۰/۷۷ برای چسبندگی اجتماعی.

روش اجرا

روش اجرای پژوهش بدین صورت بود که پس از برآورد حجم نمونه، از طریق روش نمونه‌گیری خوشه‌ای به دانشکده‌های مختلف مراجعه شده و در هر دانشکده با توجه به نسبت کلاس‌ها، چند کلاس به صورت تصادفی انتخاب شده و در هر کلاس نیز به

همین روال، تعدادی از دانشجویان ابزارهای پژوهش را تکمیل نمودند. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، داده‌های خام وارد spss شده و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

برای مطالعه نقش رشته تحصیلی، قومیت و تحصیلات والدین بر سلامت اجتماعی دانشجویان از تحلیل واریانس یکراهه استفاده شد که نتایج آن در زیر به ترتیب ارایه شده است. مطابق مندرجات جدول شماره ۱ بین رشته‌های تحصیلی مختلف فقط در خرده‌مقیاس شکوفایی اجتماعی در سطح $p < 0/05$ معنادار است. جهت تعیین منبع این معناداری از آزمون تعقیبی توکی استفاده گردید که نتایج آن در جدول شماره ۲ مندرج است. مندرجات این جدول حاکی از آن است که بین رشته‌های فنی - مهندسی و علوم انسانی تفاوت‌ها معنادار هستند و با توجه به میانگین این گروه‌ها ($M=8/50$ برای فنی - مهندسی و $M=9/35$ برای علوم انسانی) این تفاوت به نفع گروه علوم انسانی است. این بدان معناست که دانشجویان گروه علوم انسانی خودشکوفایی اجتماعی بیشتری از گروه فنی - مهندسی نشان می‌دهند.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز

سال چهارم شماره ۱۶، زمستان ۱۳۸۸

جدول (۱) تحلیل واریانس یکراهه خرده‌مقیاس‌های سلامت اجتماعی بر حسب رشته تحصیلی

متغیر	آزمون لون برای برابری واریانس‌ها		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
	F	سطح معناداری					
یکپارچگی اجتماعی	بین گروهی	۰/۰۲۹	۳۴/۱۸	۲	۱۷/۰۹	۲/۹۹	۰/۰۵۱
	درون گروهی کل		۲۱۷۲/۳۱	۳۸۱	۵/۷۰		
پذیرش اجتماعی	بین گروهی	۰/۰۲۱	۵/۴۵	۲	۲/۷۲	۰/۵۱۲	۰/۶۰۰
	درون گروهی کل		۲۰۲۷/۶۴	۳۸۱	۵/۳۲		
مشارکت اجتماعی	بین گروهی	۲/۴۸۱	۲۱/۴۲	۲	۱۰/۷۱	۱/۷۱	۰/۱۸۱
	درون گروهی کل		۲۳۷۵/۰۷	۳۸۱	۶/۲۳		
شکوفایی اجتماعی	بین گروهی	۰/۵۸۱	۵۱/۶۴	۲	۲۵/۸۲	۳/۶۱	۰/۰۵
	درون گروهی کل		۲۷۲۰/۳۴	۳۸۱	۷/۱۴		
چسبندگی اجتماعی	بین گروهی	۰/۰۳۲	۱۸/۲۸	۲	۹/۱۴	۱/۸۰	۰/۱۶۷
	درون گروهی کل		۱۹۳۴/۸۳	۳۸۱	۵/۰۷		
سلامت اجتماعی	بین گروهی	۰/۲۸۵	۳۹۶/۲۰	۲	۱۹۸/۱۰	۲/۵۵	۰/۰۷۹
	درون گروهی کل		۲۹۵۹۳/۹۵	۳۸۱	۷۷/۶۷		

جدول (۲) آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه رشته‌های تحصیلی در خرده‌مقیاس شکوفایی اجتماعی

متغیر	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
علوم پایه فنی و مهندسی	۰/۶۵۶	۰/۳۳۴	۰/۱۲۲
فنی - مهندسی	-۰/۸۵۹	۰/۳۳۴	۰/۰۲۸
علوم انسانی	۰/۲۰۳	۰/۳۳۴	۰/۸۱۶

برای بررسی نقش قومیت بر سلامت اجتماعی نیز از تحلیل واریانس یکراهه استفاده شده که نتایج آن در جدول شماره ۳ درج شده است. مطابق مندرجات این جدول، F به دست آمده برای هیچ‌یک از خرده‌مقیاس‌های و نمرات کل سلامت اجتماعی در سطح $p < 0.05$ معنی‌دار نیست. این نتیجه حاکی از این است که قومیت تأثیری بر سلامت اجتماعی افراد ندارد.

جدول (۳) تحلیل واریانس یکراهه خرده‌مقیاس‌های سلامت اجتماعی بر حسب قومیت

سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	آزمون لون برای برابری واریانس‌ها		متغیر
					F	سطح معناداری	
۰/۸۱۳	۰/۲۰۷	۱/۲۵ ۶/۰۵	۲	۲/۵۰۸ ۱۷۷۰/۷۹	۰/۱۴۲	۱/۹۶	یکپارچگی بین گروهی اجتماعی درون گروهی کل
۰/۴۱۶	۰/۸۸۱	۴/۹۰ ۵/۵۷	۲	۹/۸۱ ۱۶۳۸/۷۳	۰/۴۰۱	۰/۹۱۶	پذیرش بین گروهی اجتماعی درون گروهی کل
۰/۱۹۱	۱/۶۶۴	۱۰/۲۴ ۶/۱۵	۲	۲۰/۴۸ ۱۸۱۰/۰۶	۰/۱۲۶	۲/۰۸	مشارکت بین گروهی اجتماعی درون گروهی کل
۰/۲۶۵	۱/۳۳۵	۹/۹۷ ۷/۴۶	۲	۱۹/۹۴ ۲۱۹۵/۹۳	۰/۰۹۲	۲/۴۰	شکوفایی بین گروهی اجتماعی درون گروهی کل
۰/۶۰۵	۰/۵۰۴	۲/۶۲ ۵/۲۱	۲	۵/۲۵ ۱۵۳۲/۸۰	۰/۵۲۵	۰/۶۴	چسبندگی بین گوهی اجتماعی درون گروهی کل
۰/۹۵۳	۰/۰۴۸	۳/۹۶ ۸۲/۴۸	۲	۷/۹۲ ۲۴۲۵۱/۶۶	۰/۳۱۸	۱/۱۵	سلامت بین گروهی اجتماعی درون گروهی کل

- فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز
 سال چهارم شماره ۱۶، زمستان ۱۳۸۸

همچنین برای بررسی نقش تحصیلات والدین بر سلامت اجتماعی نیز از تحلیل واریانس یکراهه استفاده شده که نتایج آن در جدول شماره ۴ درج شده است. مطابق مندرجات این جدول، F به دست آمده برای هیچ یک از خرده‌مقیاس‌های و نمرات کل سلامت اجتماعی در سطح $p < 0/05$ معنی‌دار نیست. این نتیجه حاکی از این است که مطالعه حاضر، تحصیلات تأثیری بر سلامت اجتماعی افراد ندارد.

جدول (۴) تحلیل واریانس یکراهه خرده‌مقیاس‌های سلامت اجتماعی بر حسب تحصیلات والدین

متغیر	آزمون لون برای برابری واریانس‌ها		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
	F	سطح معناداری					
یکپارچگی اجتماعی	۲/۶۶	۰/۰۵۱	۲۶/۶۸	۳	۸/۸۹	۱/۵۳	۰/۲۰۶
			۱۸۳۵/۴۱	۳۱۹	۵/۸۱		
			۱۸۸۰/۰۹	۳۲۲			
پذیرش اجتماعی	۰/۳۳۹	۰/۷۹۷	۲۵/۵۵	۳	۸/۵۱	۱/۵۶	۰/۱۹۷
			۱۷۳۳/۷۲	۳۱۹	۵/۴۳		
			۱۷۵۹/۲۷	۳۲۲			
مشارکت اجتماعی	۲/۲۸	۰/۰۷۸	۱۷/۱۶	۳	۵/۷۲	۰/۸۸۶	۰/۴۴۸
			۲۰۵۹/۱۰	۳۱۹	۶/۴۵		
			۲۰۷۶/۲۶	۳۲۲			
شکوفایی اجتماعی	۰/۴۳۷	۰/۷۲۷	۳۲/۶۷	۳	۱۰/۹۲	۱/۴۹	۰/۲۱۶
			۲۳۳۳/۲۳	۳۱۹	۷/۳۱		
			۲۳۶۶/۰۰	۳۲۲			
چسبندگی اجتماعی	۰/۷۷۰	۰/۵۱۲	۱۱/۷۱	۳	۳/۹۰	۰/۷۷۵	۰/۵۰۹
			۱۶۰۸/۲۰	۳۱۹	۵/۰۴		
			۱۶۱۹/۹۲	۳۲۲			
سلامت اجتماعی	۱	۰/۳۹۱	۳۶۳/۴۴	۳	۱۲۱/۱۴	۱/۵۱	۰/۲۱۲
			۲۵۵۸۳/۹۵	۳۱۹	۸۰/۲۰		
			۲۵۹۴۷/۳۹	۳۲۲			

برای بررسی نقش وضعیت اقتصادی در سلامت اجتماعی نیز از تحلیل واریانس یکراهه استفاده نمودیم که نتایج آن در جدول شماره ۵ نشان داده شده است. با توجه به مندرجات این جدول F به دست آمده برای هیچ یک از خرده‌مقیاس‌ها و نمره کل سلامت اجتماعی در سطح معنادار $p < 0/05$ نیست. یافت حاضر بدان معناست که دانشجویانی که وضعیت اقتصادی بهتری دارند، در زمینه سلامت اجتماعی‌شان با دانشجویانی که وضعیت اقتصادی بهتری ندارند، تفاوتی ندارد و در کل می‌توان گفت که وضعیت اقتصادی تأثیری بر سلامت اجتماعی ندارد.

جدول (۵) تحلیل واریانس یکراهه خرده‌مقیاس‌ها سلامت اجتماعی بر حسب وضعیت اقتصادی-اجتماعی

متغیر	آزمون لون برای برابری واریانس‌ها		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
	سطح معناداری	F					
یکپارچگی اجتماعی	بین گروهی	۰/۱۴۹	۱۴/۳۸	۲	۷/۱۹	۱/۲۲	۰/۲۹۵
	درون گروهی		۱۴۷۷/۰۸	۲۵۲	۵/۸۶		
	کل		۱۴۹۱/۴۶	۲۵۴			
پذیرش اجتماعی	بین گروهی	۰/۳۶۳	۱۲/۱۳	۲	۶/۰۶	۱/۱۰	۰/۳۳۴
	درون گروهی		۱۳۸۷/۶۱	۲۵۲	۵/۵۰		
	کل		۱۳۹۹/۷۴	۲۵۴			
مشارکت اجتماعی	بین گروهی	۲/۶۳	۲۵/۷۷	۲	۱۲/۸۸	۰/۹۳۴	۰/۱۴۴
	درون گروهی		۱۶۶۳/۰۳	۲۵۲	۶/۵۹		
	کل		۱۶۸۸/۸۰	۲۵۴			
شکوفایی اجتماعی	بین گروهی	۱/۱۴	۱۳/۹۶	۲	۶/۹۸	۰/۱۸۸	۰/۳۹۴
	درون گروهی		۱۸۸۴/۴۶	۲۵۲	۷/۴۷		
	کل		۱۸۹۸/۴۳	۲۵۴			

- فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز ▶
 سال چهارم شماره ۱۶، زمستان ۱۳۸۸ ▶

ادامه جدول (۵)

۰/۸۲۹	۰/۹۳۶	۹/۵۱	۲	۱/۹۰	۰/۸۷۴	۱/۱۳۵	بین گروهی	چسبندگی
		۵/۰۵	۲۵۲	۱۲۷۳/۸۴			درون گروهی	اجتماعی
			۲۵۴	۱۲۷۵/۷۴			کل	
۰/۳۸۳	۰/۹۶۳	۸۰/۳۶	۲	۱۶۰/۷۳	۰/۴۰۷	۰/۹۰	بین گروهی	سلامت
		۸۳/۴۵	۲۵۲	۲۱۰۳۰/۰۷			درون گروهی	اجتماعی
			۲۵۴	۲۱۱۹۰/۸۰			کل	

برای بررسی نقش جنسیت بر سلامت روانی از آزمون t مستقل استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۶ مندرج است. مطابق مندرجات این جدول، t به دست آمده برای هیچ یک از خرده مقیاس‌های سلامت اجتماعی و نمره کل این مقیاس در سطح $p < 0.05$ معنادار نیست. بنابراین، بین دختران و پسران از نظر سلامت اجتماعی هیچ گونه تفاوت معنی داری وجود ندارد و جنسیت تأثیری بر سلامت اجتماعی دانشجویان ندارد.

جدول (۶) آزمون t مستقل برای تفاوت خرده مقیاس‌های سلامت اجتماعی بر حسب جنسیت

متغیر	F (لون)	سطح معناداری (لون)	t	درجه آزادی	سطح معناداری
یکپارچگی اجتماعی	۰/۵۵۱	۰/۴۵۸	-۰/۵۷۰	۳۸۱	۰/۵۶۹
پذیرش اجتماعی	۱/۳۷	۰/۲۴۲	-۰/۴۵۹	۳۸۱	۰/۶۴۷
مشارکت اجتماعی	۰/۸۵۰	۰/۳۵۷	-۱/۴۷۴	۳۸۱	۰/۱۴۱
شکوفایی اجتماعی	۱/۳۶	۰/۲۴۴	-۰/۲۵۹	۳۸۱	۰/۷۹۶
چسبندگی اجتماعی	۳/۵۶	۰/۰۶۰	۰/۴۲۴	۳۸۱	۰/۶۷۲
سلامت اجتماعی	۰/۱۲۰	۰/۷۲۹	-۰/۶۶۰	۳۸۱	۰/۵۱۰

بحث و نتیجه‌گیری

هدف مطالعه حاضر، بررسی نقش عوامل جمعیت‌شناختی در سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز بود. یافته‌های به دست آمده حاکی از این است که متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش، تأثیری بر سلامت اجتماعی دانشجویان ندارد. در این راستا، اولین متغیر مورد مطالعه، رشته تحصیلی بود، که نتایج به دست آمده نشان داد که دانشجویان رشته‌های علوم انسانی، در خرده‌مقیاس شکوفایی اجتماعی نسبت به دانشجویان فنی-مهندسی وضعیت بهتری دارند. یافته حاضر هماهنگ با برخی پژوهش‌ها است که حاکی از این هستند که دانشجویانی که در رشته‌های غیرفنی-مهندسی تحصیل می‌کنند، از سلامت بالاتری برخوردار هستند. مثلاً نعمت‌زاده و همکاران (۱۳۸۵) در مطالعه خود به این نتیجه دست یافتند که دانشجویانی که در رشته‌های فنی-مهندسی تحصیل نمی‌کنند از سلامت روانشناختی بالاتری نسبت به بقیه دانشجویان برخوردار هستند.

شکوفایی اجتماعی به معنی ادراک فرد از خط سیر شرایط اجتماعی است که وی را احاطه کرده و در آن دغدغه اصلی فرد در مورد تکامل اجتماع می‌باشد. در این سازه افراد در مورد جامعه و پیشرفت آن براساس نگرششان نسبت به تغییر یا رکود اجتماعی قضاوت می‌کنند. افرادی که در این بعد وضعیت مطلوبی دارند، بیشتر نگران تکامل اجتماع هستند و جامعه را در حال بهتر شدن یا حداقل در حال تغییر می‌دانند. از طرفی کسانی که سطح پایینی از این بعد سلامتی را دارند، چندان نگران اینکه آیا جامعه در حال تکامل است یا نه، یا اینکه جامعه به چه سمتی می‌رود نمی‌باشند و در کل آنان معتقدند که جامعه بهتر نشده و نمی‌تواند بهتر بشود. افراد سالم از نظر روانی، پیرامون مسایل مربوط به شرایط اجتماع و آینده آن، دیدگاه امیدوارانه دارند، در حالی که افراد نا سالم، در مورد این مسایل ناامید می‌باشند (کی‌یس، ۱۹۹۵).

با توجه به این مطالب می‌توان گفت که دانشجویان رشته‌های علوم انسانی، به دلیل داشتن سروکار با مفاهیم مربوط به انسان و جامعه، بیشتر به دنبال شناخت جامعه می‌باشند و اتخاذ چنین دیدگاهی در مورد جامعه، موجب افزایش بینش و ادراک فرد در مورد جامعه شده و بنابراین این اشخاص بیشتر دغدغه و نگرانی در مورد تکامل اجتماع دارند. دانشجویان رشته‌های علوم انسانی، با وجود درک مشکلات اجتماع، با نگاهی امیدوارانه به جامعه در تلاش برای اصلاح جامعه هستند و همه این عوامل بر خودشکوفایی اجتماعی که یکی از مولفه‌های سلامت اجتماعی است موثر می‌باشد، در حالی که دانشجویان فنی-مهندسی نگران اینکه جامعه به چه سمت و سویی می‌رود نمی‌باشند و آنان به بهتر شدن جامعه چندان امیدوار نیستند.

در زمینه قومیت نیز یافته‌های مطالعه حاضر، حاکی از این بود که قومیت تأثیری بر سلامت اجتماعی افراد ندارد. گرچه برخی مطالعات حاکی از این هستند که سلامتی می‌تواند تحت تأثیر فرهنگ قرار بگیرد، مطالعه حاضر چنین تأثیری را نشان نداد. مثلاً تریاندیس (۲۰۰۱؛ به نقل از کرمی نوری، ۱۳۸۱) اظهار کرده است که عوامل خاص فرهنگی اجتماعی در سلامت هیجانی افراد دخیل است. گرچه وی مستقیماً به تأثیر قومیت اشاره نکرده است، ولی تفاوت قومیتی می‌تواند جزء این عوامل به حساب آید. پژوهش‌های قبلی در این زمینه بیشتر بر تفاوت فرهنگ‌های جمع‌گرا و فردگرا تأکید کرده‌اند. در این راستا دینز (۱۹۹۴؛ به نقل از زنجانی طبسی، ۱۳۸۳) اظهار کرده است که در جوامع فردگرا آزادی فردی بیشتر است و افراد، توانایی بیشتری برای پیگیری اهداف شخصی‌شان دارند و همچنین فرهنگ‌های فردگرا ممکن است ارزش بیشتری برای سلامتی قائل باشند و از ابراز هیجانات مثبت در افراد بیشتر حمایت نمایند، در حالیکه در فرهنگ‌های جمع‌گرایانه فشارهای گروهی، اجتماعی و خانوادگی مانعی برای بروز هیجانات مثبت فردی است، که این می‌تواند تأثیر منفی بر سلامت داشته باشد. همچنین، مطالعات بین فرهنگی نشان داده‌اند که سلامتی در فرهنگ‌های فردگرا بیشتر از فرهنگ‌های جمع‌گرا است. برای مثال کشور ژاپن که دارای فرهنگ‌های

جمع‌گرایانه^۱ است در مقایسه با کشورهای نظیر کشورهای غربی که دارای فرهنگ‌های فردگرایانه^۲ هستند، احساس رضامندی پایین‌تری گزارش شده است (کرمی نوری، ۱۳۸۱). از آنجایی که در کشور ما، با وجود تفاوت‌های فرهنگی قومیت‌ها، اشتراکات زیادی نیز از نظر فرهنگی بین قومیت‌های مختلف وجود دارد، بنابراین، چنین نتایجی را می‌توان به این اشتراکات نسبت داد. در واقع، نتایج ما حاکی از این است که عامل جمع‌گرایی و فردگرایی در بین قومیت‌های مورد مطالعه تفاوت چندانی با یکدیگر ندارند که بتواند بر روی سلامت اجتماعی آنها تأثیر بگذارد.

علاوه بر این، باید به چند نکته در این زمینه اشاره کرد. نخست اینکه از آنجایی که جامعه مورد مطالعه ما شامل دانشجویان بود و برخی مطالعات حاکی از تفاوت‌های فرهنگی - اجتماعی بین طبقات مختلف از جمله تحصیل کرده‌ها با سایر قشر جامعه است (مثلاً ناصحی - بهنام، ۱۹۸۵؛ به نقل از اسعدی و همکاران، ۱۳۸۵)، بنابراین شاید وضعیت فردگرایی دانشجویان متفاوت از کل جامعه باشد. به ویژه اینکه، در دهه‌های اخیر تحولات اقتصادی - اجتماعی و رقابت شدید برای دستیابی به امکانات جامعه، موجب افزایش ارزش‌های فردگرایی در بین این قشر جامعه گردیده است. علاوه بر این جمع‌گرایی شامل دو نوع عمودی و افقی است، که در جمع‌گرایی عمودی بر ضرورت وجود یک هرم ساختاریافته از قدرت و تقدم جمع بر فرد تأکید می‌شود، اما در جمع‌گرایی افقی بر هویت جمعی و هماهنگی گروهی همراه با تساوی اعضاء تأکید می‌شود. با این تقسیم‌بندی، احتمال دارد جامعه ما بیشتر جمع‌گرای نوع افقی باشد. از آنجایی که در این نوع جمع‌گرایی هنوز فردیت نقشی مهمی دارد، می‌تواند سلامت افراد را نیز تحت تأثیر قرار دهد.

در زمینه تحصیلات والدین نیز، مطالعه حاضر حاکی از عدم تأثیر تحصیلات والدین بر سلامت اجتماعی دانشجویان بود. پژوهش‌های پیشین بیشتر بر تحصیلات افراد و

1- Collectivist

2- Individualistic

سلامت اجتماعی آنها تمرکز کرده‌اند، و تاکنون هیچ مطالعه‌ای تأثیر تحصیلات والدین را بر سلامت اجتماعی فرزندان مورد بررسی قرار نداده است. یافته حاضر حاکی از آن است که تحصیلات والدین نمی‌تواند عامل موثری بر سلامت اجتماعی فرزندان باشد. کی‌یس (۱۹۹۸) گزارش کرده است که تحصیلات می‌تواند بر سلامتی افراد و بویژه سلامت اجتماعی تأثیر بگذارد. برخی پژوهش‌ها در این زمینه نشان داده‌اند که میزان سلامتی با افزایش تحصیلات رابطه مثبت دارد اما ممکن است برخی از تنیدگی‌های تحصیلی تأثیر معکوس بگذارند؛ بنابراین بین این متغیرها رابطه خطی وجود ندارد. با توجه به این مسئله، می‌توان به این نکته اشاره کرد که از آنجایی که سطح تحصیلات نمونه حاضر مشابه و یکسان بوده است، بنابراین حتی در صورتی که تحصیلات بر این عامل موثر باشد، به دلیل مشابه بودن تحصیلات، چنین تفاوتی در بین دانشجویان وجود نخواهد داشت.

دیگر یافته مطالعه حاضر حاکی از این بود که وضعیت اقتصادی-اجتماعی تأثیری بر سلامت اجتماعی دانشجویان ندارد. نتایج پژوهش حاضر ناهمسو با مطالعاتی است که نشان داده‌اند که وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین سبب کاهش سلامتی در تمام ابعاد می‌شود (کی‌یس، ۱۹۹۸). برخی از پژوهشگران معتقدند که دنبال کردن اهداف مالی در زندگی می‌تواند به کاهش سلامت نیز منجر گردد و دلیل آنها این است که تعقیب چنین اهدافی شانس به دست آوردن اهداف لذت بخش دیگر را کاهش می‌دهد. در تبیین یافته حاضر باید به دو نکته اشاره کرد. نکته اول اینکه گرچه سلامت اجتماعی در گروه وضعیت اقتصادی پایین و بالا یکسان است، اما ممکن است متغیرهای میانجی مؤثر بر سلامت اجتماعی در این دو گروه متفاوت باشند. یعنی شاید در گروه وضعیت اقتصادی بالا پیگیری و مشارکت در فعالیت‌های اقتصادی بر سلامت اجتماعی این افراد تأثیر منفی داشته باشد و در گروه وضعیت اقتصادی پایین نیز عوامل دیگری مثل تامین نبودن از نظر مالی و برآورده نشدن نیازها ممکن است تأثیر منفی بر سلامت اجتماعی گذاشته و بنابراین در هر دو گروه وضعیت سلامت مشابه باشد.

آخرین متغیر مورد مطالعه در پژوهش حاضر جنسیت بود که یافته‌های به دست آمده حاکی از این بود که این متغیر نیز نقشی بر سلامت اجتماعی دانشجویان ندارد. این نتیجه هماهنگ با پژوهش‌هایی است که نشان داده اند، جنسیت نقشی در سلامت اجتماعی ندارد.

نتایج مطالعات مختلف نشان می‌دهد که جنسیت کمتر از ۱ درصد در سلامتی و رضامندی عمومی مؤثر است (هارینگ^۱، استوک^۲ و اکون^۳، ۱۹۸۴). این یافته در مطالعات بین‌المللی از ۱۶ کشور نیز تأیید گردیده است (اینگل هارت، ۱۹۹۰). نتایج مشابهی نیز از دانشجویان ۳۹ کشور به دست آمده است (میکلوس، ۱۹۹۱؛ به نقل از کرمی نوری، ۱۳۸۱). با این همه، نکته‌ی حایز اهمیت این است که این پژوهش بر روی دانشجویان انجام گرفته است و در چنین گروهی، دختران و پسران، هر دو نقش فعالی در جامعه داشته دارند و بنابراین چنین نتایجی نیز قابل انتظار است. در حالی که ممکن است گروه‌های غیر دانشجویی، به دلیل تفاوت در کارکردها و نقش‌های اجتماعی، از نظر سلامت اجتماعی نیز با گروه دانشجویان تفاوت داشته باشند.

تاریخ دریافت نسخه‌ی اولیه‌ی مقاله: ۸۷/۵/۱۷

تاریخ دریافت نسخه‌ی نهایی مقاله: ۸۸/۱/۲۷

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۸/۱۲/۳

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

1- Haring
2- Okun

2- Stoch

References

منابع

- آزادفلاح، پرویز؛ دادستان، پریخ؛ ازهای، جواد؛ مؤذنی، سیدمحمد (۱۳۷۸). تنیدگی، فعالیت مغزی / رفتاری و تغییرات ایمنوگلوبولین ترشحي A، *مجله روانشناسی*، سال سوم، شماره ۱، ۳ الی ۲۲.
- اسعدی، سیدمحمد؛ اعتصام، فرناز؛ نایت، کیم، اچ. نایت؛ الفناين، مورتون. اچ؛ رضاعی، فرزین (۱۳۸۵). رابطه فردگرایی و جمع‌گرایی با شیوه دانستن مستقل و ارتباطی در دانشجویان ایرانی و آمریکا، *تازه‌های علوم شناختی*، سال ۸، شماره ۱، ص ۱۷-۲۲.
- باباپور خیرالدین، جلیل؛ رسولزاده طباطبایی، سید کاظم؛ ازهای، جواد؛ فتحی آشتیانی، علی (۱۳۸۲). بررسی رابطه بین شیوه‌های حل مسأله و سلامت روانشناختی دانشجویان. *مجله روانشناسی*، سال هفتم، شماره ۱: ۱۶-۳.
- زنجانی طبعی، رضا (۱۳۸۳). *ساخت و هنجاریابی مقدماتی آزمون بهزیستی روانشناختی*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.
- کریمی نوری، رضا و مکری، آذرخش (۱۳۸۱). *مطالعه عوامل مؤثر بر شادی و بهزیستی در دانشجویان دانشگاه تهران*، *مجله روانشناسی و علوم تربیتی*، سال سی و دوم، شماره ۱، ۳-۴۱.
- نعمت‌زاده، کاظم؛ درتاج، فریبرز و حسن‌زاده، علی (۱۳۸۵). *احساس ذهنی سلامتی (SWB) و عوامل جمعیتی آن در دانشجویان کرمان*، مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت روان دانشجویان.
- Ambler, V.M., (2006). Who Flourishes in College? Using Positive Psychology and Student Involvement Theory to Explore Mental Health among Traditionally Aged Under Graduates, *In Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree Doctor of Philosophy. A Dissertation Presented to the Faculty of the School Education the College of William and Mary.*
- Benton, S.A., Robertson, J.M., Tseng, W.C., Newton, F.B., & Benton, S.L. (2003). *Changes in Counselling: Research and Practice*, 34, 66-72.

- Carr, A. (2004). *Positive Psychology: The Science of Happiness and Human Strengths* (1st edition). New York: Brunner-Routledge.
- Hermon, D.A., Hazler, R.J. (1999). Adherence to a Wellness Model and Perceptions of Psychological Well Being, *Journal of Counseling and Development*, 77(3): 339-343.
- Kadison, R., & Digeronimo, T.F. (2004). *College of the Overwhelmed: The Compos Mental Health Crisis and what to Do About*, San Francisco: Jossey-Bass.
- Keyes, C.L.M. (1995). Social Functioning and Social Well-being: Studies of the Social Nature of Personal Wellness. *Submitted to Graduate of University of Wisconsin-Madison in Partial Fulfilment of the Requirement for the Degree of the Doctor of Philosophy*.
- Keyes, C.L.M. (1998). Social Well-being, *Social Psychology Quarterly*, 61, 121-141
- Monk, E. M., & Mahmood, Z. (1999). Student Mental Health, a Pilot Study, *Counselling Psychology Quarterly*, (12), 2, 199-210.
- Ross, S.E. (1999). Sources of Dstress among College Students, *College Student Journal*.
- Snyder, M.B. (2004). Senior Student Affairs Officer Round Table: Hottest Topics in Student Affairs, Session Held at the Annual Meeting of the National Association of Student, *Personnel Administrators*, Denver, Colorado.
- Wissing, T.F., Fouri, A. (2000). *Spirituality as a Component of Psychological Well-being*, 27th International Congress of Psychology, 23-28 July, Stockholm, Sweden.