

بهبودی اجتماعی دانشجویان و عوامل مؤثر بر آن

امید رضایی (کارشناس ارشد پژوهش علوم اجتماعی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران، نویسنده مسئول)

omid.rezaei@mail.um.ac.ir

محسن نوغانی دخت بهمنی (دانشیار جامعه‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران)

noghani@um.ac.ir

چکیده

مدت زیادی از ورود مفهوم بهبودی اجتماعی به ادبیات جامعه‌شناسی نمی‌گذرد. این مفهوم به عملکرد فرد در جامعه و کیفیت روابط او با دیگران اشاره دارد. هدف این مطالعه بررسی بهبودی اجتماعی دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد و شناسایی عواملی است که بر آن تأثیر گذارند. در این تحقیق از مدل نظری کیز استفاده شده است که طبق آن بهبودی اجتماعی دارای پنج بعد (انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، پیوستگی اجتماعی، سهم داشت اجتماعی و شکوفایی اجتماعی) می‌باشد. جامعه آماری این تحقیق را تمام دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد در سال تحصیلی ۱۳۹۱-۱۳۹۰ تشکیل داده‌اند که با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای، از میان آن‌ها نمونه‌ای به حجم ۳۷۹ نفر انتخاب شده است. ابزار به‌کاررفته، پرسش‌نامه است که در آن از مقیاس بهبودی اجتماعی کیز (۱۹۹۸)، مقیاس رضایت از زندگی هیوینر (۱۹۹۱)، مقیاس حمایت اجتماعی و فرم اطلاعات زمینه‌ای استفاده شده است. نتایج نشان می‌دهد که متغیرهایی نظیر سن، وضعیت تأهل، عضویت در انجمن‌های دانشجویی، رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی بر بهبودی اجتماعی دانشجویان تأثیر گذارند؛ اما بین جنسیت و بهبودی اجتماعی رابطه‌ای مشاهده نشد.

کلیدواژه‌ها: بهبودی اجتماعی، رضایت از زندگی، حمایت اجتماعی، دانشجویان.

۱. مقدمه

سلامت افراد یکی از بنیان‌های اصلی یک جامعه متعادل است و بقای هر جامعه‌ای به افراد تشکیل‌دهنده آن جامعه بستگی دارد. سلامت، به صورت مستقیم بر کیفیت زندگی افراد تأثیرگذار است و به همین خاطر از دیرباز موضوع سلامتی مورد توجه عالمان قرار داشته و تحقیقات زیادی نیز در مورد سلامت جسمی و همچنین، سلامت روانی افراد انجام شده است. در این میان، بهزیستی اجتماعی^۱ که یکی از ابعاد پراهمیت سلامت محسوب می‌شود به نوعی با غفلت مواجه شده است و محققان کمتر به بررسی آن پرداخته‌اند.

سازمان بهداشت جهانی^۲ در تعریفی که در سال ۱۹۴۸ از سلامت ارائه داده است، آن را این‌گونه تعریف کرده است: «سلامت عبارت است از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط بیمار یا معلول نبودن». این سازمان با این تعریف، سلامت را حالتی از بهزیستی کامل جسمی، ذهنی و اجتماعی تعریف کرد و بهزیستی اجتماعی را به عنوان یکی از جنبه‌های سلامت عمومی فرد نام برد. بر این اساس، تنها صرف بیمار نبودن، سلامتی تلقی نمی‌شود؛ بلکه افرادی سالم تلقی می‌شوند که علاوه بر داشتن سلامت جسمی و روانی بتوانند در جامعه با دیگران روابط مناسبی را برقرار کنند. در واقع، در این جا عواملی از قبیل کیفیت روابط اجتماعی، سطح و کیفیت حمایت‌های اجتماعی، مقدار سهم داشت اجتماعی، مشارکت اجتماعی، پذیرش اجتماعی افراد مورد بررسی قرار می‌گیرد تا مشخص شود که آیا افراد از لحاظ اجتماعی نیز سالم هستند یا خیر.

بهزیستی اجتماعی به معنای ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر (نزدیکان و گروه‌های اجتماعی) است. کیز^۳ (۲۰۰۴) مطالعات

1. Social Well-being

2. World Health Organization (WHO)

3. Keyes

متعدد این موضوع را اثبات کرده است که کمیت و کیفیت روابط افراد با دیگران، بر سلامت جسمی و روانی آن‌ها تأثیرگذار است.

بهبودی اجتماعی به عنوان یکی از ابعاد سلامت، عبارت است از توانایی انجام مؤثر و کارآمد نقش‌های اجتماعی بدون آسیب‌رساندن به دیگران، برخی از عوامل اجتماعی، ابعاد مختلف بهبودی اجتماعی را شکل می‌دهند که عبارت‌اند از: یک‌پارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انسجام اجتماعی.

پایین‌بودن میزان بهبودی اجتماعی در افراد جامعه باعث می‌شود که نتوانند به نحو مناسب با دیگران ارتباط برقرار کنند و به همین خاطر دچار نوعی انزوای اجتماعی می‌شوند که این خود عاملی است برای کاهش مشارکت اجتماعی، انسجام اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، پذیرش اجتماعی و غیره. در این صورت امید افراد نسبت به آینده جامعه کم‌رنگ می‌شود و نقش خود را در پیشرفت جامعه ناچیز می‌پندارند و از این رو، احساس مسئولیت‌پذیری و کارآمدی اجتماعی خود را از دست می‌دهند (سام آرام، ۱۳۸۸).

پژوهش‌های انجام‌شده نشان می‌دهد که عواملی چند، روی بهبودی اجتماعی تأثیرگذار هستند که برخی از آن‌ها عبارت‌اند از: وضعیت اقتصادی-اجتماعی، سطح تحصیلات، سن، میزان دریافت حمایت‌های اجتماعی و وضعیت تأهل و همچنین، مقیاس‌های زاینده‌گی، رضایت از زندگی، شادکامی، ملالت، تعهد مدنی، رفتار جامعه‌پسند و غیره (کیز، ۱۹۹۸؛ کیز و ریفا، ۲۰۰۳؛ کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴).

بلانکو^۳ و دیاز^۴ (۲۰۰۷) در بررسی ارتباط بین نظم اجتماعی و سلامت روان با رویکرد بهبودی اجتماعی به این نتیجه رسیدند که تصویر مثبت، تجارب خوب و خوش‌بینی افراد موجب افزایش اعتماد به نفس، رضایت از زندگی و بهبودی آن‌ها می‌شود. همچنین، کیز و

1. Ryff
2. Shapiro
3. Blanco
4. Diaz

شاپیرو (۲۰۰۴) در بررسی آسیب‌شناختی بهزیستی اجتماعی در آمریکا به توزیع نابرابر ابعاد بهزیستی در بین آمریکاییان و رابطه بهزیستی اجتماعی با وضعیت تأهل و جنسیت پی بردند. در ایران نیز تلاش‌هایی برای شناسایی قلمرو این موضوع صورت پذیرفته است؛ برای مثال باباپور، طوسی و حکمتی (۱۳۸۸) در بررسی نقش عوامل تعیین‌کننده در سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز، به تفاوت بین رشته‌های مختلف در شکوفایی اجتماعی و عدم ارتباط بین قومیت و پایگاه اقتصادی-اجتماعی با سلامت اجتماعی پی بردند. همچنین، پژوهش عبدالله‌تبار، کلدی، محقق‌کیما، فروزان و صالحی (۱۳۸۷) با عنوان «بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان» به تأیید رابطه بین وضعیت تأهل، مقطع تحصیلی، جنسیت و وضعیت اشتغال با سلامت اجتماعی منجر شد. سام آرام (۱۳۸۸) نیز به بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی پرداخت و نتیجه گرفت که با افزایش امنیت در جامعه، سلامت اجتماعی نیز افزایش می‌یابد.

وقتی افراد در جامعه بتوانند به راحتی و بدون تنش، با یک‌دیگر ارتباط برقرار کنند و روابط خود را با اطرافیان پایدار نگه دارند، راحت‌تر به اهداف خود خواهند رسید و این موضوع بر دیگر جنبه‌های سلامت آن‌ها نیز تأثیرگذار است. در این میان، داشتن مهارت‌های اجتماعی کمک‌شایانی به کیفیت روابط افراد می‌کند. مهارت‌های اجتماعی رفتارهایی هستند که فرد را به تعامل مؤثر و اجتناب از پاسخ‌های نامطلوب قادر می‌کند و بیان‌گر سلامت رفتاری و اجتماعی افراد هستند (گرمارودی و وحدانی‌نیا، ۱۳۸۵، ص. ۱۴۳). این مهارت‌ها ریشه در بسترهای فرهنگی و اجتماعی داشته و شامل رفتارهایی نظیر پیش‌قدم‌شدن در برقراری روابط جدید، تقاضای کمک کردن 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 همچنین، موفقیت تحصیلی جوانان اثرگذار است (گرمارودی و وحدانی‌نیا، ۱۳۸۵، ص. ۱۴۳). دانشگاه به عنوان یک نهاد آموزشی، خیل عظیمی از جوانان را در خود جای داده است. دانشجویان یکی از اقشار مهمی هستند که در

آینده کشور تأثیر به‌سزایی خواهند داشت. توجه به مسائل دانشجویان، از این جهت که جزء جمعیت جوان به حساب می‌آیند و همچنین به خاطر نقش اساسی آن‌ها در رشد و شکوفایی کشور، دارای اهمیت است. این گروه متخصصان آینده کشور محسوب می‌شوند و احتمالاً در آینده افراد زیادی را مورد تعلیم و تربیت قرار خواهند داد. بنابراین، برخورداری آن‌ها - به عنوان قشر تحصیل‌کرده و آگاه جامعه که به‌نوعی الگو محسوب می‌شوند - از بهبودی اجتماعی و نیز کیفیت روابط آن‌ها با سایر افراد بسیار مهم می‌باشد. این عوامل باعث شده است تا این تحقیق درصدد بررسی میزان بهبودی اجتماعی دانشجویان و همچنین عواملی که بر آن تأثیرگذار هستند، برآید.

۲. مبانی نظری

در این بخش ابتدا به توضیح در مورد دو مفهوم اصلی تحقیق پرداخته و سپس به نظریاتی در مورد بهبودی اجتماعی اشاره خواهد شد.

۲.۱. بهبودی^۱

در تعریف بهبودی، دو سنت جدا اما مرتبط با هم وجود دارد: دیدگاه لذت‌گرایانه^۲ و دیدگاه فضیلت‌گرایانه^۳.

براساس دیدگاه لذت‌گرایانه، بهبودی به عنوان رفاه و خوشی در نظر گرفته می‌شود. در مقابل، محققان دیدگاه فضیلت‌گرا، بهبودی را شکوفایی استعدادهای بالقوه فرد می‌دانند (کی رابرت، ۲۰۰۹، ص. ۹).

دیدگاه غالب روان‌شناسان لذت‌گرا آن است که بهبودی برابر با شادکامی فاعلی و مرتبط با تجربه لذت در مقابل تجربه ناخشنودی است. می‌توان چنین برداشتی از بهبودی را بهبودی هیجانی^۴ نامید. بهبودی هیجانی شامل تعدادی از نشانه‌های بیان‌گر وجود یا فقدان

1. Well-being

2. Hedonism

3. Eudemonism

4. Emotional Well-being

احساس‌های مثبت نسبت به زندگی است. بهزیستی هیجانی را می‌توان از طریق سه مقیاس ساخت‌یافته وجود عواطف مثبت (مانند شادی و سرحالی)، فقدان عواطف منفی (مانند اضطراب و ناامیدی) و رضایت‌مندی از زندگی، سنجید (کیز، ۲۰۰۴)؛ اما این دیدگاه مخالفانی نیز داشت که تلقی آن‌ها از مفهوم بهزیستی، برابر با به‌حداکثر رساندن لذت و به‌حداقل رساندن درد نبود؛ بلکه آن‌ها بهزیستی را مترادف با فضیلت می‌دانستند.

نظریات مبتنی بر فضیلت‌گرایی بر این باورند که ارضای امیال، به‌رغم ایجاد لذت، همواره بهزیستی را در پی ندارد و در نتیجه، بهزیستی نمی‌تواند صرفاً به معنای تجربه لذت باشد. گروهی از محققان عنوان «بهزیستی روان‌شناختی»^۱ را برای این دیدگاه می‌پذیرند. ریف (۱۹۸۹) از معتقدان جنبه فضیلت‌گرای بهزیستی است. او عقیده دارد که بعضی از جنبه‌های کنش‌ورزی بهینه، مانند تحقق هدف‌های فردی، متضمن قانون‌مندی و تلاش بسیار است و این امر حتی ممکن است در تعارض کامل با شادکامی کوتاه‌مدت باشد. بنابراین، بهزیستی را نباید، ساده‌نگرانه، معادل تجربه بیشتر لذت در مقابل درد دانست. در عوض، بهزیستی دربرگیرنده تلاش برای کمال و تحقق نیروهای بالقوه واقعی فرد است (جوشن لو، رستمی و نصرت آبادی، ۱۳۸۵).

در جدول زیر به طور خلاصه به تفاوت دو سنت مذکور اشاره شده است:

جدول ۱- رویکردها در تعریف بهزیستی

عنوان	رویکرد	گزاره اصلی
بهزیستی هیجانی	لذت‌گرایانه	کسب لذت و شادکامی
بهزیستی روان‌شناختی	فضیلت‌گرایانه	شکوفایی استعدادها و تحقق کمال

با اندکی تأمل در دو سنت ذکرشده، می‌توان فهمید که تمام جنبه‌های بهزیستی در تعاریف آن‌ها پوشش داده نشده است. به همین خاطر کیز (۱۹۹۸) یادآور می‌شود که علاوه

بر جنبه خصوصی باید به جنبه عمومی بهبودی نیز توجه کرد؛ زیرا افراد در زندگی روزمره توسط ساختارهای اجتماعی احاطه شده‌اند و مدام با چالش‌های اجتماعی روبه‌رو می‌شوند. به همین خاطر او مفهوم «بهبودی اجتماعی» را پیش کشید.

۲.۲. بهبودی اجتماعی

حدود پنج دهه قبل، سازمان بهداشت جهانی، تعریف سلامت را اندکی گسترده‌تر کرد و در آن از بهبودی اجتماعی به عنوان یکی از ابعاد سلامت کلی افراد نام برد. به این ترتیب، در این تعریف تصریح شد که صرف بیمار نبودن افراد، ملاک سلامت آن‌ها نیست؛ بلکه آن‌ها علاوه بر سلامت جسمی و روانی، به بهبودی اجتماعی نیز نیازمندند که این امر مربوط به نحوه ارتباط آن‌ها با اطرافیان در جامعه است.

بهبودی اجتماعی می‌تواند به عنوان ارزیابی افراد از روابط اجتماعی خود، چگونگی واکنش دیگران به آن‌ها و چگونگی تعامل آن‌ها با نهادهای اجتماعی و اجتماع تعریف شود (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۸، ص. ۳۳۱). بهبودی اجتماعی بیانگر یک پدیده اساساً عمومی (در مقابل خصوصی) است که بر تکالیف اجتماعی که بشر در دل ساختارهای اجتماعی و جوامع با آن‌ها مواجه است، متمرکز می‌شود (کیز و ماجیارموی، ۲۰۰۳).

کیز از جمله نظریه‌پردازانی است که یک چهارچوب مفهومی و نظری برای بهبودی اجتماعی ارائه داده است. کار کیز از یک اصل جامعه‌شناختی و روان‌شناختی نشأت می‌گیرد. از نظر وی، بهبودی اجتماعی ترکیبی از چند عامل است که در مجموع نشان می‌دهند چه قدر یک شخص در زندگی اجتماعی‌اش؛ مثلاً به عنوان همسایه، همکار و شهروند، عملکرد خوبی دارد. کیز معتقد است بهبودی یک اساس و بنیان اجتماعی دارد و به این ترتیب بهبودی اجتماعی را ارزیابی شرایط و عملکرد فرد در جامعه تعریف می‌کند.

کیز طی دو مطالعه بر روی دو نمونه ۳۷۳ و ۲۸۸۷ نفری در امریکا، با استفاده از تحلیل عاملی، مدل ۵ بعدی به‌کاررفته در پرسش‌نامه خود را از نظر تجربی مورد تأیید قرار داد.

(حیدری و غنایی، ۱۳۸۷، ص. ۳۳). از دیدگاه او بهزیستی اجتماعی از ۵ بعد تشکیل شده است که عبارت‌اند از:

۱- یک‌پارچگی اجتماعی^۱: ارزیابی افراد از کیفیت روابطشان با جامعه و گروه‌های اجتماعی افرادی که سطح بالاتری از این بعد را دارند، احساس تعلق بیشتری به اجتماع و جامعه خود می‌کنند و احساس می‌کنند مشترکاتی با جامعه خود دارند. این مفهوم در برابر بیگانگی و انزوای اجتماعی سیمن^۲ و آگاهی طبقاتی مارکس قرار می‌گیرد (کیز، ۱۹۹۸، ص. ۱۲۲).

۲- پذیرش اجتماعی^۳: بیان‌گر درک فرد از خصوصیت‌ها و صفات افراد جامعه به عنوان یک کلیت است. افرادی که سطح مطلوبی از این بعد را دارا باشند، دید مثبتی به ذات بشر دارند، به افراد دیگر اعتماد می‌کنند و معتقدند مردم قادرند خوب باشند (کیز، ۱۹۹۸، ص. ۱۲۳).

۳- سهم‌داشت اجتماعی^۴: بیان‌گر ارزیابی فرد از ارزش اجتماعی خود است. افرادی که سطح بالایی از این بعد را دارا هستند، معتقدند که عضو مهمی در جامعه هستند و چیزهای ارزشمندی برای ارائه به دیگران دارند. این بعد بهزیستی اجتماعی نشان‌دهنده آن است که چگونه و تا چه حد مردم احساس می‌کنند که آنچه آن‌ها انجام می‌دهند، برای جامعه مهم و ارزشمند است و از لحاظ اجتماعی، مفید تلقی می‌شود (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴، ص. ۵).

۴- شکوفایی اجتماعی^۵: بیان‌گر ارزیابی پتانسیل‌ها و خط سیر حرکت جامعه است؛ به این معنی که فرد احساس می‌کند جامعه در حال تحول است و توانشی دارد که از طریق شهروندان و نهادهای اجتماعی در حال شکوفاشدن است. افرادی که سطح مطلوبی از این

-
1. Social Integration
 2. Seeman
 3. Social acceptance
 4. Social Contribution
 5. Social Actualization

بعد را دارا باشند، نسبت به وضعیت کنونی و آینده جامعه امیدوارترند و معتقدند جهان در حال تبدیل شدن به مکانی بهتر برای همه افراد است.

۵- پیوستگی اجتماعی^۱: اعتقاد به این که اجتماع قابل فهم، منطقی و قابل پیش بینی است. افرادی که از نظر اجتماعی سالم اند، نه تنها درباره نوع جهانی که در آن زندگی می کنند؛ بلکه نسبت به آنچه اطرافشان رخ می دهد، علاقه مند بوده و احساس می کنند قادر به فهم وقایع اطرافشان هستند. این مفهوم در مقابل بی معنایی در زندگی است و در حقیقت، درکی که فرد نسبت به کیفیت، سازمان دهی و اداره دنیای اجتماعی اطراف خود دارد (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴، ص. ۷).

حال با توجه به تعاریف صورت گرفته و روشن تر شدن قلمرو موضوع، به عمده نظریاتی که در این حوزه مطرح شده است، پرداخته می شود:

لایکوک بهزیستی اجتماعی را به صورت شرایط و رفاه افراد در شبکه روابط اجتماعی شامل خانواده، اجتماع و ملت تعریف می کند. برکنن نیز معتقد است که تأثیر شبکه اجتماعی بر سلامت فرد عبارت است از پرورش روحیه مشارکت و درگیری اجتماعی فرد در فرآیندهای اجتماعی، سپری کردن اوقات فراغت خود با دوستان، مشارکت در نقش های اجتماعی و شغلی، گرایش به فعالیت های مذهبی و تفریح کردن به همراه گروه که از نمونه های بارز درگیری اجتماعی می باشند. (خیراله پور، ۱۳۸۳). بنابراین، از طریق فرصت هایی که به واسطه عضویت در شبکه های اجتماعی برای فرد فراهم می شود تا در رویدادهای اجتماعی مشارکت کند، نقش های اجتماعی مختلفی برای فرد خلق می شود که این امر باعث افزایش بهزیستی اجتماعی وی می شود.

لارسون (۱۹۹۶) بهزیستی اجتماعی را به عنوان گزارش فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر (نزدیکان و گروه های اجتماعی) که وی عضوی از آنهاست، تعریف می کند و معتقد است که مقیاس بهزیستی اجتماعی بخشی از سلامت فرد را می سنجد و شامل پاسخ های

درونی فرد (احساس، تفکر، رفتار) است که نشان‌گر رضایت یا فقدان رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی خود است (به نقل از سام آرام، ۱۳۸۸).

کیز از دیگر نظریه‌پردازان بهزیستی اجتماعی، معتقد است کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد و عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت جسمی، عاطفی و روانی است و تکالیف و چالش‌های اجتماعی را نیز در بر می‌گیرد (افجه و سام آرام، ۱۳۸۹). وی مفهوم بهزیستی اجتماعی را به معنی ارزیابی فرد از عملکردش در برابر اجتماع بیان می‌کند و به رابطه قوی بین بهزیستی اجتماعی، از خودبیگانگی اجتماعی و ناهنجاری اجتماعی اشاره کرده است. وی در پی تحقیقاتی که در این زمینه انجام داده است، بهزیستی اجتماعی را دارای پنج بعد می‌داند: یک‌پارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، سهم‌داشت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انسجام اجتماعی.

از نظر کیز افرادی که بهزیستی اجتماعی دارند، دنیای اطراف خود را پیش‌بینی‌پذیر، بامعنی و سرشار از پتانسیل‌های پیشرفت می‌بینند. آن‌ها خودشان را به عنوان بخشی از یک گروه بزرگ‌تر می‌بینند، دیگران را می‌پذیرند و احساس می‌کنند که مشارکتشان در گروه برای دیگران ارزشمند است (کیز و اشموتکین^۱ و ریف^۲، ۲۰۰۲، ص. ۱۴۴). به عقیده او افرادی که در فعالیت‌های اجتماعی جامعه آن‌ها درگیرند، احساس انسجام و سهم‌داشت اجتماعی بیشتری نسبت به کسانی که در این فعالیت‌ها درگیر نیستند، دارند. وی همچنین معتقد است به میزانی که افراد جامعه اعتماد و احساس امنیت بالاتری داشته باشند، بهزیستی اجتماعی بیشتری خواهند داشت (کیز، ۲۰۰۴).

کیز معتقد است یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های سلامت کلی افراد، حمایت اجتماعی است. حمایت اجتماعی بر روی ارزیابی شناختی فرد از محیطش و سطح اطمینان فرد به این‌که در

1. Shmotkin
2. Ryff

صورت لزوم، کمک و حمایت در دسترس خواهد بود، متمرکز است (تریسی^۱، ۱۹۹۰). یکی از تبعات حمایت اجتماعی، سلامت روان است. همچنین، تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت جسمی و برخورداری از بهزیستی مورد تأیید قرار گرفته است (کوهن و ویلز^۲، ۱۹۸۵؛ رابرت و گاتلیب^۳، ۱۹۹۷).

رضایت از زندگی، متغیر دیگری است که در این تحقیق مورد توجه ماست. داینر^۴ (۱۹۸۵) رضایت از زندگی را یک فرآیند داوری می‌داند که در آن افراد کیفیت زندگی خود را براساس ملاک‌های منحصربه‌فرد خود ارزیابی می‌کنند. افرادی که از زندگی خود رضایت دارند، احساسات مثبت زیادی هم‌چون شادی، لذت و خوشی را تجربه می‌کنند و سطح پایینی از احساسات منفی؛ مثل غم، اندوه، تنهایی و افسردگی را دارند. پژوهش‌های دیگر نیز نشان‌دهنده وجود رابطه منفی بین رضایت از زندگی و احساس تنهایی می‌باشند (نتو، ۱۹۹۳؛ نتو و باروزه^۵، ۲۰۰۰). به نظر می‌رسد که همین احساسات منفی مذکور هستند که بهزیستی اجتماعی را در معرض تهدید قرار می‌دهند.

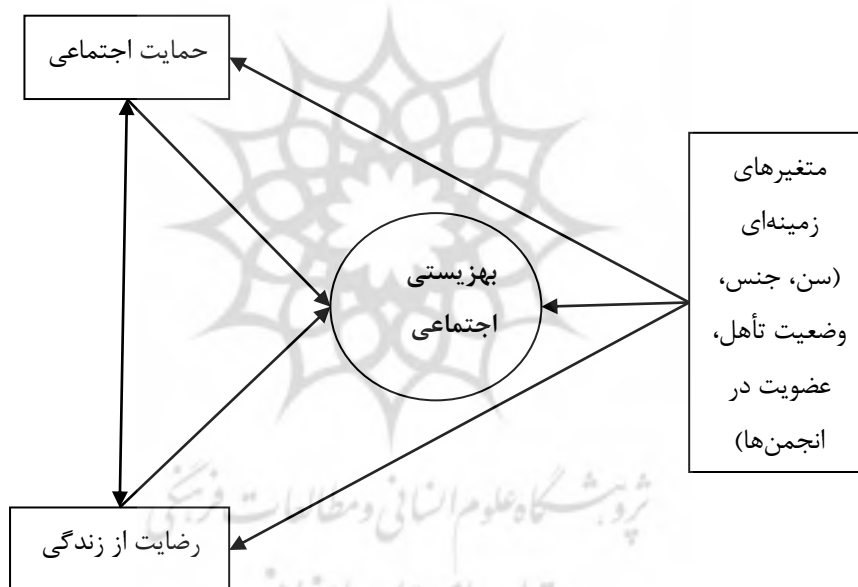
کیز و ریف (۱۹۹۸) با تحقیقاتی که در این زمینه انجام داده‌اند، به این نتیجه رسیده‌اند که هرچه سن افراد و میزان تحصیلات آن‌ها بیشتر می‌شود، بهزیستی اجتماعی بالاتری را گزارش می‌کنند. همچنین، افرادی که رضایت از زندگی بالاتری دارند و از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردارند، بهزیستی اجتماعی بالاتری را خواهند داشت. وی معتقد است وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین سبب کاهش تمامی ابعاد سلامتی می‌شود.

در این تحقیق از نظریه کیز به عنوان الگوی تعریف و ارائه شاخص‌های مفهوم بهزیستی اجتماعی استفاده می‌شود؛ به این معنی که ابعاد بهزیستی اجتماعی (انسجام اجتماعی، پذیرش

1. Tracy
2. Kohn and Wills
3. Robert and Gotlib
4. Diener
5. Neto and Barros

اجتماعی، سهم‌داشت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پیوستگی اجتماعی)، با استفاده از مدل نظری کیز بررسی می‌شود.

با توجه به مرور ادبیات و پیشینه نظری موضوع مشخص شد که متغیرهایی نظیر سن، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، رضایت از زندگی، شادکامی، مسئولیت‌پذیری اجتماعی، حمایت اجتماعی، پایگاه اقتصادی-اجتماعی، امنیت، اعتماد اجتماعی، تعهد مدنی و زاینده‌گی بر بهزیستی اجتماعی تأثیرگذارند. حال با توجه به این عوامل و در سایه نظریات طرح‌شده به تدوین مدل نظری خواهیم پرداخت.



شکل ۱- مدل نظری تحقیق

حال بر پایه مدل نظری، می‌توان فرضیه‌های زیر را صورت‌بندی کرد:

۱. بهزیستی اجتماعی پسران دانشجوی بیشتر از دختران دانشجوی است.
۲. با افزایش سن، بهزیستی اجتماعی دانشجویان بالاتر می‌رود.

۳. بهبودی اجتماعی دانشجویان متأهل، بیشتر از دانشجویان مجرد است.
۴. دانشجویانی که در انجمن‌های دانشجویی عضویت دارند، نسبت به دانشجویانی که عضویت ندارند، بهبودی اجتماعی بالاتری خواهند داشت.
۵. هرچه رضایت دانشجویان از زندگی بیشتر باشد، بهبودی اجتماعی بالاتری خواهند داشت.
۶. هرچه دانشجویان از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردار باشند، بهبودی اجتماعی بالاتری خواهند داشت.

۳. روش تحقیق

با عنایت به بزرگ بودن حجم جامعه آماری این تحقیق و همچنین، در دست بودن اطلاعات مربوط به آن، مناسب دیدیم تا از روش پیمایش در این زمینه استفاده کنیم. جامعه آماری این تحقیق را کلیه دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد که در سال تحصیلی ۱۳۹۰-۱۳۹۱ مشغول به تحصیل بوده‌اند، تشکیل داده‌اند. طبق اطلاعات مرکز آمار دانشگاه فردوسی، در زمان انجام این پژوهش، ۱۹۵۸۴ دانشجو در ۱۵ دانشکده در این دانشگاه مشغول به تحصیل بوده‌اند. برای تعیین حجم نمونه از فرمول نمونه‌گیری کوکران^۱ استفاده شده است؛ در این فرمول ($n = \frac{Nz^2pq}{Nd^2 + z^2pq}$) با حدود اطمینان ($t=1.96$)، سطح اطمینان مطلوب ($d=0.05$) و واریانس ($s=0.25$)، حجم نمونه ۳۷۹ نفر به دست آمده است. برای مشخص کردن نمونه‌ها از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای^۲ استفاده شده است. بر این اساس، جنسیت و رشته تحصیلی، طبقات اصلی را تشکیل داده‌اند. به این ترتیب، از میان ۱۵ دانشکده و با توجه به رشته تحصیلی، جنسیت و تعداد دانشجویان مشغول به تحصیل در هر دانشکده، فرآیند نمونه‌گیری تصادفی انجام پذیرفته است.

1. Cochran

2. Stratified sampling

ابزار مورد استفاده در این تحقیق، پرسش نامه می باشد که از مقیاس های زیر تشکیل شده است:

مقیاس بهزیستی اجتماعی که توسط «کیز» طراحی شد و با استفاده از تحلیل عاملی، مدل ۵ بعدی به کار رفته در این پرسش نامه را از لحاظ تجربی مورد تأیید قرار داد. این مقیاس حاوی ۱۵ گویه است: ۳ گویه مربوط به یک پارچگی اجتماعی، ۳ گویه مربوط به سهم داشت اجتماعی، ۳ گویه مختص به عامل شکوفایی اجتماعی، ۳ گویه مربوط به عامل پیوستگی اجتماعی و ۳ گویه نیز مربوط به پذیرش اجتماعی است (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴).

مقیاس رضایت از زندگی که توسط هیونبر در سال ۱۹۹۱ برای سنجش رضایت از زندگی دانشجویان طراحی شده است، مشتمل بر ۷ گویه است که میزان رضایت از زندگی دانشجویان را مورد سنجش قرار می دهد.

مقیاس حمایت اجتماعی نیز از ۷ گویه تشکیل شده که توسط خود محققان طراحی شده است. فرم اطلاعات زمینه ای نیز شامل سؤالاتی در زمینه سن، جنس، وضعیت تأهل، مقطع تحصیلی، شغل و وضعیت سکونت است.

برای سنجش پایایی، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است که مقدار این ضریب برای مقیاس بهزیستی اجتماعی ۰/۷۳، مقیاس رضایت از زندگی ۰/۷۴ و برای مقیاس حمایت اجتماعی ۰/۸۶ به دست آمده است که نشان دهنده پایایی مناسب ابزار است. شایان ذکر است که مقدار ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس بهزیستی اجتماعی در تحقیق جوشن-لو، رستمی و نصرت آبادی (۱۳۸۶) ۰/۸۸ و در تحقیق حیدری و غنایی (۱۳۸۷) ۰/۸۳ به دست آمده است.

برای بررسی روایی سازه مقیاس بهزیستی اجتماعی، از تحلیل عاملی^۱ استفاده شده است. در این تحلیل می خواهیم بدانیم که آیا گویه های مربوط به خرده مقیاس ها، به درستی بر روی

1. Factor Analysis

عامل خود بار^۱ شده‌اند یا نه. برای انجام تحلیل عاملی اکتشافی، از روش عامل‌یابی براساس محور اصلی و چرخش واریماکس (متعامد) استفاده شد. آزمون بارتلت برای بررسی وضعیت ماتریس هم‌بستگی نشان داد که این ماتریس مشکلی ندارد ($\text{sig} < 0/000$ و $1202/389$). همچنین، مقیاس کایزر-مایر-اولکین^۲ برای بررسی درجه کفایت و بسندگی پژوهش نشان داد که نمونه حاضر دارای کفایت مطلوبی است ($0/735$). از میان ۱۵ گویه مربوط به بهبودی اجتماعی، گویه‌های (۱، ۸، ۱۲) مربوط به خرده‌مقیاس پیوستگی اجتماعی، (۲، ۶، ۱۱) مربوط به یک‌پارچگی اجتماعی، (۳، ۱۰، ۱۴) مربوط به پذیرش اجتماعی، (۴، ۷، ۱۵) مربوط به سهم‌داشت اجتماعی و (۵، ۹، ۱۳) مربوط به شکوفایی اجتماعی می‌باشند. نتایج نشان داد که پنج خرده‌مقیاس مربوط به بهبودی اجتماعی، هماهنگ با مقیاس طراحی شده توسط کیز هستند و گویه‌ها به درستی بر روی عامل خود بار شده‌اند. جدول (۲) وضعیت گویه‌ها را در هر عامل نشان می‌دهد.

جدول ۲- نتایج تحلیل عاملی گویه‌های مقیاس بهبودی اجتماعی

عامل‌ها	۱	۲	۳	۴	۵
سؤالات	پذیرش اجتماعی	سهم‌داشت اجتماعی	شکوفایی اجتماعی	یک‌پارچگی اجتماعی	پیوستگی اجتماعی
۱	۰/۰۴	۰/۰۹۹	۰/۰۱۲	-۰/۰۵	۰/۸۰۲
۲	۰/۱۹۲	۰/۲۵۶	-۰/۱۷۷	۰/۴۷۳	-۰/۱۷۸
۳	۰/۷۴۰	-۰/۰۷۹	-۰/۱۶۸	۰/۱۹۶	-۰/۰۷
۴	-۰/۱۲۰	۰/۶۷۶	-۰/۱۶۰	۰/۲۰	۰/۱۸۹
۵	۰/۰۱۶	۰/۳۲۸	۰/۵۳۱	-۰/۰۷۹	-۰/۱۱۸
۶	۰/۰۹۱	-۰/۱۵۳	۰/۳۰۳	۰/۵۹۹	۰/۱۶۳
۷	۰/۱۶۸	۰/۶۴۰	۰/۱۳۲	۰/۰۳۸	-۰/۱۸۱
۸	۰/۱۰۳	۰/۰۱۵	۰/۰۸۴	۰/۰۴۶	۰/۷۸۵

1. Load
2. KMO

ادامه جدول ۲

عامل ها سوالات	۱	۲	۳	۴	۵
پذیرش اجتماعی	۰/۰۱۰	سهم داشت اجتماعی	شکوفایی اجتماعی	یک پارچگی اجتماعی	پیوستگی اجتماعی
۹	۰/۰۱۰	۰/۰۵۵	۰/۸۵۶	-۰/۰۱۱	۰/۰۹۶
۱۰	۰/۳۵۴	۰/۱۶۹	۰/۴۵۸	۰/۲۰۶	-۰/۰۳۸
۱۱	۰/۱۶۸	۰/۱۳۲	۰/۰۳۸	۰/۶۴۰	-۰/۱۸۱
۱۲	۰/۲۴۸	-۰/۰۷۱	۰/۳۸۹	۰/۳۶۹	۰/۳۵۲
۱۳	۰/۱۹۹	۰/۰۲۴	۰/۸۴۹	۰/۰۲۸	۰/۰۰۴
۱۴	۰/۴۵۰	۰/۱۶۹	۰/۲۰۶	۰/۳۵۴	-۰/۰۳۸
۱۵	۰/۱۵۶	۰/۷۷۴	۰/۲۸۷	-۰/۰۷۶	-۰/۰۶۲

* بارهای عاملی بیش از ۰/۳ پررنگ شده‌اند.

۴. یافته‌ها

۴.۱. توصیف داده‌ها

میانگین سنی پاسخ‌گویان ۲۲/۷ سال است. از بین ۳۷۹ پاسخ‌گو، ۱۷۶ نفر را پسران و ۲۰۳ نفر را دختران دانشجو تشکیل داده‌اند. ۲۹۳ نفر از پاسخ‌گویان مجرد و ۸۶ نفر از آن‌ها متأهل هستند. تعداد پاسخ‌گویانی که در مقطع کارشناسی تحصیل می‌کردند، ۲۰۴ نفر، کارشناسی ارشد، ۱۲۲ نفر و دکتری، ۵۳ نفر بوده‌اند. مکان سکونت ۲۱۷ نفر از پاسخ‌گویان، خوابگاه، ۱۴۲ نفر در کنار والدین و ۲۰ نفر نیز مکانی دیگر بوده است؛ ۱۳۳ نفر از دانشجویان در انجمن‌های دانشجویی عضویت داشته‌اند و ۲۴۲ نفر نیز عضویت نداشته‌اند. در جدول (۳) این اطلاعات نشان داده شده است.

جدول ۳- توصیف متغیرهای زمینه‌ای

متغیرهای زمینه‌ای		تعداد	درصد
گروه‌های سن	۱۸-۲۰ سال	۷۶	۱۹/۹

ادامه جدول ۳

درصد	تعداد	متغیرهای زمینه‌ای	
		متغیر	تعداد
۵۸/۸	۲۲۰	گروه‌های سن	۲۱-۲۴ سال
۲۱/۳	۸۱	گروه‌های سن	۲۵ سال به بالا
۴۶/۵	۱۷۶	جنسیت	مرد
۵۳/۵	۲۰۳		زن
۷۷/۳	۲۹۳	وضعیت تأهل	مجرد
۲۲/۶	۸۶		متاهل
۵۳/۸	۲۰۴	مقطع تحصیلی	کارشناسی
۳۲/۳	۱۲۲		کارشناسی ارشد
۱۳/۹	۵۳		دکتری
۵۷/۲	۲۱۷	مکان سکونت	خوابگاه
۳۷/۴	۱۴۲		در کنار والدین (منزل)
۵/۲	۲۰		سایر
۳۴/۷	۱۳۳	عضویت در انجمن‌های دانشجویی	بلی
۶۵/۳	۲۴۲		خیر

مقیاس بهزیستی اجتماعی شامل پنج بعد (یک‌پارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، پیوستگی اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و سهم‌داشت اجتماعی) است که در ۱۵ سؤال و با طیف ۷ درجه‌ای سنجیده شده است. نمره‌ای که افراد با پاسخ‌گویی به سؤالات در این مقیاس می‌گیرند، بین ۱۵ تا ۱۰۵ است که تعیین‌کننده میزان بهزیستی اجتماعی آن‌هاست. در این تحقیق میانگین نمرات بهزیستی اجتماعی ۶۵/۷ است؛ به عبارت دیگر، می‌توان نتیجه گرفت که میزان بهزیستی اجتماعی دانشجویان دانشگاه فردوسی، بالای متوسط است.

جدول زیر نمره پاسخ‌گویان را در ابعاد پنج‌گانه بهزیستی اجتماعی به تفکیک جنسیت

نشان می‌دهد.

جدول ۴- ابعاد بهزیستی اجتماعی

انحراف معیار	میانگین	تعداد	ابعاد	
			مرد	زن
۳/۱۸	۱۳/۶۳	۱۷۶	مرد	پیوستگی اجتماعی
۳/۶۱	۱۳/۳۵	۲۰۳	زن	
۳/۱۲	۱۴/۴۷	۱۷۶	مرد	یک‌پارچگی اجتماعی
۳/۲۹	۱۴/۸۰	۲۰۳	زن	
۳/۰۲	۱۰/۶۳	۱۷۶	مرد	پذیرش اجتماعی
۳/۲۰	۱۰/۵۰	۲۰۳	زن	
۳/۵۰	۱۴/۳۹	۱۷۶	مرد	سهم‌داشت اجتماعی
۳/۶۱	۱۴/۵۷	۲۰۳	زن	
۴/۰۵	۱۲/۱۰	۱۷۶	مرد	شکوفایی اجتماعی
۴/۲۴	۱۳/۰۱	۲۰۳	زن	

دامنه نمرات هر یک از ابعاد جدول بالا، از ۳ تا ۲۱ است. پاسخ‌گویان بالاترین نمره را در بعد یک‌پارچگی اجتماعی و سهم‌داشت اجتماعی کسب کرده‌اند و کمترین نمره را نیز در بعد پذیرش اجتماعی. فقط در بعد شکوفایی اجتماعی بین دو جنس تفاوت معنادار وجود دارد و در بقیه ابعاد، بین دو گروه تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود.

دو شاخص «رضایت از زندگی» و «حمایت اجتماعی»، دارای ۷ گویه هستند که با طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت سنجش شده‌اند. نمراتی که پاسخ‌گویان در این دو شاخص، بر حسب پاسخ‌گویی به سؤالات کسب می‌کنند، بین ۵ تا ۳۵ است که نشان‌دهنده میزان رضایت از زندگی و میزان حمایت اجتماعی آن‌ها است. میانگین نمرات شاخص «رضایت از زندگی»، ۲۳/۱ و میانگین نمرات شاخص «حمایت اجتماعی»، ۲۶/۹ است که هر دو عدد، رقمی بالای متوسط می‌باشد و نشان‌دهنده مطلوبیت میزان این دو شاخص در بین پاسخ‌گویان است.

۴.۲. آزمون فرضیه‌ها

جدول (۵) نتیجه آزمون فرضیه‌های تحقیق را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، جنسیت هیچ تأثیری بر بهزیستی اجتماعی ندارد. بنابراین، فرضیه ما رد می‌شود. سن

نیز دارای تأثیر منفی و معنادار هستند؛ اما این برخلاف فرضیه تحقیق است و به همین علت، این فرضیه نیز رد می‌شود. طبق یافته‌های این تحقیق، با بالارفتن سن دانشجویان، بهبود اجتماعی آن‌ها کاهش می‌یابد. در مورد وضعیت تأهل، نتایج نشان می‌دهد که این متغیر دارای تأثیر معنادار و مثبت بر بهبود اجتماعی است؛ به این صورت که دانشجویان متأهل، بهبود اجتماعی بالاتری دارند. همچنین، دانشجویانی که در انجمن‌های دانشجویی عضویت دارند، بهبود اجتماعی بالاتری را گزارش کرده‌اند و این متغیر نیز دارای تأثیر معنادار است. دو متغیر رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی نیز به ترتیب دارای ضریب رگرسیون $\beta = 0/383$ و $\beta = 0/414$ و معناری $\text{sig} = 0/000$ می‌باشند؛ به عبارت دیگر، هرچه دانشجویان رضایت بیشتری از زندگی داشته باشند، بهبود اجتماعی بالاتری دارند. همچنین، به میزانی که آن‌ها از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردار باشند، بهبود اجتماعی بالاتری خواهند داشت.

جدول ۵- آزمون فرضیه‌ها با استفاده از تحلیل رگرسیون

متغیر وابسته	متغیر مستقل	B	Beta	T	Sig	نتیجه آزمون فرضیه
بهبودی اجتماعی	جنسیت	0/019	0/043	0/816	0/415	رد
	وضعیت تأهل	1/767	0/178	3/400	0/001	تأیید
	عضویت در انجمن‌ها	1/573	0/171	3/261	0/001	تأیید
	سن	-0/589	-0/193	-3/687	0/000	رد
	رضایت از زندگی	0/631	0/383	7/799	0/000	تأیید
	حمایت اجتماعی	0/663	0/414	8/533	0/000	تأیید

۴.۳. تحلیل رگرسیون

در ادامه و با استفاده از تحلیل رگرسیون چندگانه جهت سنجش تأثیر جمعی همه متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته (بهبودی اجتماعی) از رگرسیون به روش گام به گام^۱

استفاده شد. ویژگی این روش این است که در آغاز با مقایسه تمام متغیرهای مستقل، مهم‌ترین عامل وارد معادله شده و به عنوان عاملی که بیشترین قدرت تبیین متغیر وابسته دارد، در نظر گرفته می‌شود. این روند در گام‌های بعدی تکرار می‌شود تا وقتی که هیچ متغیر مستقلی نتواند به معادله راه یابد. نتایج تحلیل رگرسیون نشان می‌دهد که سه متغیر سن، رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی به طور هم‌زمان بر بهزیستی اجتماعی دانشجویان تأثیرگذار هستند. ضریب هم‌بستگی چندگانه عوامل مؤثر بر بهزیستی اجتماعی به طور هم‌زمان ۰/۵۱، ضریب تعیین ۰/۲۶ و ضریب تعیین اصلاح‌شده برابر با ۰/۲۵ است. به این ترتیب ۲۵ درصد تغییرات حاصل در بهزیستی اجتماعی توسط سه متغیر سن، رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی تبیین می‌شود. جدول (۶) نتایج تحلیل رگرسیون را نشان می‌دهد.

جدول ۶- تحلیل رگرسیون عوامل مؤثر بر بهزیستی

متغیر	B	Beta	T	Sig
سن	-۰/۷۷۵	-۰/۱۸۹	-۴/۱۲۳	۰/۰۰۰
رضایت از زندگی	۰/۶۴۹	۰/۲۵۴	۵/۱۰۵	۰/۰۰۰
حمایت اجتماعی	۰/۷۰۲	۰/۳۱۶	۶/۳۴۳	۰/۰۰۰
R= .514 R square= .264 Adjusted R square= .258 Std. Error the Estimate= 9.34				

بنابراین معادله خط رگرسیون به این صورت است:

$$Y = 49/47 - (-0/189) \text{ سن} + (0/254) \text{ رضایت از زندگی} + (0/316) \text{ حمایت اجتماعی}$$

این معادله به ما می‌گوید که اگر یک واحد به سن دانشجویان اضافه شود، ۰/۱۸۹ واحد از بهزیستی اجتماعی آن‌ها کم می‌شود. همچنین، اگر یک واحد به رضایت از زندگی آن‌ها اضافه شود، به اندازه ۰/۲۵۴ واحد، بهزیستی اجتماعی آن‌ها بیشتر می‌شود و بالاخره اگر یک واحد به حمایت اجتماعی دانشجویان افزوده شود، ۰/۳۱۶ واحد بهزیستی اجتماعی آن‌ها ارتقا می‌یابد.

۵. بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی میزان بهزیستی اجتماعی دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد و همچنین مشخص کردن تأثیر عواملی هم‌چون متغیرهای زمینه‌ای، رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی بر آن است. به این منظور ۳۷۹ نفر از دانشجویان برای سنجش، به تصادف انتخاب شدند. از این میان، حدود ۵۴ درصد را دختران، ۷۸ درصد را دانشجویان مجرد، ۵۴ درصد را دانشجویان کارشناسی و ۳۲ درصد را کارشناسی ارشد تشکیل داده‌اند. میانگین سنی پاسخ‌گویان نیز ۲۲/۷ است.

میانگین نمرات بهزیستی (اجتماعی) نشان می‌دهد که دانشجویان دانشگاه فردوسی در این مورد در وضعیت مناسبی قرار دارند. از میان ابعاد پنج‌گانه بهزیستی اجتماعی، پاسخ‌گویان بیشترین نمره را در بعد یک‌پارچگی اجتماعی و پس از آن با اختلاف کمی در بعد سهم‌داشت اجتماعی کسب کرده‌اند و کمترین نمره را نیز در بعد پذیرش اجتماعی به دست آورده‌اند. بعد یک‌پارچگی اجتماعی بیان‌گر ارزیابی افراد از کیفیت روابطشان با جامعه است؛ بالا بودن مقدار این بعد نشان‌دهنده احساس تعلق افراد به جامعه و قائل بودن به وجود مشترکاتی بین خودشان و جامعه است. همچنین، سهم‌داشت اجتماعی بیان‌گر ارزیابی افراد از ارزش اجتماعی خود است و افرادی که سطح بالایی از این بعد را دارند، معتقدند عضو مهمی از جامعه هستند. چون نمونه‌های این تحقیق را دانشجویانی تشکیل داده‌اند که از اقشار تحصیل‌کرده و آینده‌دار جامعه هستند، طبیعی است که وجود خود را در جامعه با ارزش می‌دانند. از طرف دیگر، بعد پذیرش اجتماعی به معنای درک افراد از خصوصیات و صفات افراد جامعه است. بالا بودن این بعد بهزیستی اجتماعی در این تحقیق نشان می‌دهد که دانشجویان دید کاملاً مثبتی نسبت به افراد جامعه ندارند و به عبارت دیگر، نشان‌دهنده پایین بودن میزان اعتماد نسبت به سایر افراد جامعه است.

نتایج نشان داد که با افزایش سن نه تنها بهزیستی اجتماعی افزایش نمی‌یابد؛ بلکه بالعکس، کاهش می‌یابد که این با فرضیه تحقیق مخالف است. این مورد برخلاف یافته کیز

(۱۹۹۸) و با یافته کیز و ریف (۱۹۹۵) موافق است. کیز (۱۹۹۸) بیان می‌کند که رابطه سن و بهزیستی اجتماعی هنوز مبهم باقی مانده است. سال‌خوردگی و تفاوت‌های سنی جنبه‌های متعددی را شامل می‌شوند که تأثیرشان پایدار نیست. با این‌که برخی از مطالعات نشان داده‌اند که با افزایش سن برخی از ویژگی‌های خودپنداره (مثل کنترل شخصی) کاهش می‌یابد (میروفسکی، ۱۹۹۵ به نقل از کیز)؛ اما مطالعات دیگری نیز نشان می‌دهد که با افزایش سن، میزان شادمانی و رضایت از زندگی و همچنین، برخی از سطوح بهزیستی روانی بیشتر می‌شود (هیدریچ و ریف، ۱۹۹۶؛ ریف و کیز، ۱۹۹۵ به نقل از کیز). با توجه به یافته این تحقیق، به نظر می‌رسد که دانشجویان با افزایش سن، با چالش‌هایی در زمینه ازدواج و تشکیل خانواده، شغل، ادامه تحصیل و غیره مواجه می‌شوند که این امر موجب کاهش بهزیستی آن‌ها می‌شود.

نتایج تحقیق نشان داد که بین جنسیت و بهزیستی اجتماعی رابطه‌ای وجود ندارد. این یافته بر خلاف یافته‌های عبدالله تبار، کلدی، محقق کمال، فروزان و صالحی (۱۳۸۷) و هم‌سو با یافته باباپور و همکاران (۱۳۸۸) و هاشمیان (۱۳۸۶) می‌باشد. با توجه به این‌که در جامعه ما مردان بیش از زنان در فعالیت‌های اجتماعی جامعه درگیر هستند و از طرف دیگر، هیجانات منفی زنان معمولاً بیشتر از مردان است و زنان دچار اختلالات خلقی (مثل افسردگی) بیشتری نسبت به مردان هستند (بخشی‌پور رودسری، پیروی و احمد عابدیان، ۱۳۸۴؛ شریعتی، ۱۳۸۱)، به نظر می‌رسد که بهزیستی اجتماعی پسران بیشتر باشد؛ اما این‌گونه نبود. با توجه به این‌که نمونه‌های این تحقیق را دانشجویان تشکیل داده‌اند که هر دو جنس دختر و پسر در این گروه، جزء اقشار فعال در جامعه هستند، عدم وجود تفاوت معنادار در بهزیستی اجتماعی آن‌ها تا حدودی منطقی به نظر می‌رسد، در حالی که در گروه‌های غیردانشجو به علت تفاوت در نقش‌ها و کارکردها ممکن است میزان بهزیستی اجتماعی متفاوت باشد.

از دیگر یافته‌های تحقیق این بود که افراد متأهل از بهزیستی اجتماعی بیشتری برخوردارند که این با یافته‌های کیز (۲۰۰۲، ۲۰۰۴) و عبدالله تبار و همکاران (۱۳۸۷) مطابق است. به نظر می‌رسد که افراد با ازدواج کردن از حمایت‌های عاطفی، اجتماعی و جسمانی برخوردار می‌شوند و تجربه رابطه صمیمانه با همسر به ایجاد احساس امنیت عاطفی، محبت و پذیرش توسط جنس مخالف و همچنین، ایجاد حس مسؤولیت‌پذیری و استحکام هویت فردی و اجتماعی می‌انجامد که موجب افزایش بهزیستی اجتماعی می‌شود.

یافته دیگر تحقیق نشان می‌دهد که دانشجویانی که در انجمن‌های دانشجویی عضویت دارند، نسبت به دانشجویانی که عضویت ندارند، بهزیستی اجتماعی بیشتری دارند. این یافته با یافته عبدالله تبار و همکاران (۱۳۸۷) است. کیز معتقد است هرچه افراد بیشتر در امور اجتماعی درگیر شوند، بهزیستی اجتماعی بالاتری خواهند داشت، دانشجویان نیز با عضویت در انجمن‌ها و گروه‌های دانشجویی، به تعامل بیشتر با سایر دانشجویان و مسؤولان خواهند پرداخت و از این طریق بسیاری از نیازهای روانی-اجتماعی خود را (مثل نیاز به احترام، عزت نفس، خود شکوفایی و غیره) ارضا می‌کنند و از این طریق موجبات افزایش بهزیستی اجتماعی خود را فراهم می‌آورند.

یکی دیگر از نتایج تحقیق همبستگی مثبت بین رضایت از زندگی دانشجویان و بهزیستی اجتماعی آن‌ها بود؛ به عبارت دیگر دانشجویانی که رضایت از زندگی بیشتری داشتند، بهزیستی اجتماعی بالاتری را نیز گزارش کرده بودند. مطالعات متعددی نشان داده‌اند که رضایت از زندگی یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های قوی سلامت عمومی و روانی است (پاوت، ۱۹۹۳؛ ۱۹۹۸؛ کارنیول، ۱۹۹۶؛ کویاما هونکانه، ۲۰۰۱؛ مایرز و دینر، ۱۹۹۵؛ ملتبی، ۲۰۰۴؛ آدلر، ۱۹۹۰ به نقل از بخشی‌پور رودسری و همکاران، ۱۳۸۴) به نظر می‌رسد افرادی که رضایت بیشتری از زندگی دارند، هیجانات مثبت بیشتری نیز دارند و از رویدادهای اطراف خود ارزیابی مثبت‌تری دارند؛ دید خوش‌بینانه‌تری نسبت به امور دارند، نسبت به افراد جامعه اعتماد دارند و دارای تعاملات گسترده‌ای با آن‌ها هستند و به شکوفایی جامعه نیز امیدوارند.

در نهایت، بین حمایت اجتماعی و بهزیستی اجتماعی نیز هم‌بستگی مثبتی مشاهده شد. این یافته نشان می‌دهد که دانشجویان هرچه قدر دارای حمایت اجتماعی بالاتری باشند، بهزیستی اجتماعی بالاتری خواهند داشت. قوی‌ترین متغیر مستقل در مطالعه حاضر، حمایت اجتماعی است که به تنهایی حدود ۱۷ درصد از واریانس بهزیستی اجتماعی را تبیین می‌کند. مطالعات متعددی نشان داده‌اند که برخورداری از حمایت اجتماعی بر سلامت جسمی، سلامت روانی و امیدواری افراد تأثیرگذار است (برکمن، ۱۹۹۵؛ وولی، ۲۰۰۳؛ نیکولاس، ۲۰۰۳؛ کوترونا، ۱۹۹۶ به نقل از بخشی‌پور رودسری و همکاران، ۱۳۸۴). حمایت اجتماعی موجب خلق تصور مثبت و پذیرش خود، احساس مورد محبت واقع شدن و ارزشمندبودن را به فرد می‌دهد که همه بر عملکرد فرد در اجتماع (همان چیزی که مد نظر مفهوم بهزیستی اجتماعی است) تأثیرگذار است.

بنابراین، همان‌طور که در مقاله حاضر بحث شد، بهزیستی اجتماعی از ابعاد پراهمیت سلامت است که تا کنون به قدر شایسته مورد توجه قرار نگرفته است. به‌خصوص در قشر دانشجو که جزء جوانان و آینده‌سازان کشور محسوب می‌شوند، لزوم توجه به این مسأله احساس می‌شود. در این پژوهش مشخص شد که حمایت اجتماعی به عنوان تأثیرگذارترین متغیر، می‌تواند نقش به‌سزایی در بهبود بهزیستی اجتماعی دانشجویان ایفا کند. بنابراین، لزوم توجه خانواده و دانشگاه به این مهم، ضروری به نظر می‌رسد. همچنین، دانشگاه می‌تواند از طرق تسهیل ارتباط دانشجویان با یک‌دیگر و فراهم کردن محیط‌های مناسب برای تعامل آن‌ها (مثل ایجاد انجمن‌های گوناگون دانشجویی)، زمینه را برای افزایش بهزیستی اجتماعی دانشجویان فراهم آورد.

کتابنامه

۱. افجه، ع. ا. و سام آرام، م. (۱۳۸۹). تأثیر میزان سلامت اجتماعی بر میزان رضایت شغلی (مورد مطالعه: کارکنان شرکت لیزینگ ایران خودرو). *برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، (۳)، ۳۰-۱.
۲. باباپور خیرالدین، ج.، طوسی، ف. و حکمتی، ع. (۱۳۸۸). بررسی نقش عوامل تعیین‌کننده در سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز. *روانشناسی دانشگاه تبریز*، ۴ (۱۶)، ۱۹-۱.
۳. بخشی‌پور رودسری، ع.، پیروی، ح. و عابدیان، ا. (۱۳۸۴). بررسی رابطه میان رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی با سلامت روان در دانشجویان. *اصول بهداشت روانی*، ۷ (۲۸)، ۱۵۲-۱۴۵.
۴. جوشن‌لو، م.، رستمی، ر. و نصرت‌آبادی، م. (۱۳۸۵). بررسی ساختار عاملی مقیاس بهزیستی جامع. *روانشناسان ایرانی*، ۳ (۹)، ۵۲-۳۵.
۵. جوشن‌لو، م.، نصرت‌آبادی، م. و جعفری کندوان، غ. ر. (۱۳۸۶). پیش‌بینی بهزیستی اجتماعی در پرتو یافته‌های پنج عامل بزرگ شخصیت و حرمت خود. *علوم روان‌شناختی*، ۶ (۲۱)، ۷۲-۵۶.
۶. حیدری، غ. ح. و غنایی، ز. (۱۳۸۷). هنجاریابی پرسش‌نامه بهزیستی اجتماعی. *اندیشه و رفتار*، ۲ (۷)، ۴۰-۳۱.
۷. سام آرام، ع. (۱۳۸۸). بررسی رابطه سلامت اجتماعی با امنیت اجتماعی تأکید بر رهیافت پلیس جامعه محور. *انتظام اجتماعی*، ۱ (۱)، ۳۰-۹.
۸. عبدالله‌تبار، ه.، کلدی، ع.، محقق‌کمال، ح.، فروزان، آ. و صالحی، م. (۱۳۸۷). بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان. *رفاه اجتماعی*، (۳۰ و ۳۱)، ۱۹۰-۱۷۱.
۹. گرمارودی، غ. و وحدانی‌نیا، م. (۱۳۸۵). سلامت اجتماعی، بررسی میزان مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان، پایش، (۲)، ۱۴۷-۱۴۱.
10. Blanco, A., & Dario, D. (2007). Social order and mental health: A social well-being approach. *Psychology in Spain*, 11(1), 61-71.
11. Cicognani, E., Claudia, P., Keyes, K., Joshanloo, M., Rostami, R., & Nosratabadi, M. (2008). Social participation, sense of community and social well-being: A study on American, Italian and Iranian university students. *Social Indicator Research*, 89 (3), 97-112.
12. Cohn, S., & Wills, T. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98 (1), 310-317.

13. Diener, E., Emmons, R., A., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49 (5), 71-75.
14. Keyes, C. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61(3), 121-140.
15. Keyes, C. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Research*, 43 (4), 207-222.
16. Keyes, C. L. M., & Magyar-Moe, J. L. (2003). The measurement and utility of adult subjective well-being. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 411-425)
17. Keyes, C. Shmotkin, D., & Ryff, C. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82 (2), 1007-1022.
18. Keyes, C., & Shapiro, A. (2004). *Social well-being in the United States: A descriptive epidemiology*. Chicago: University of Chicago Press.
19. Key-Robert, M. (2009). *The impact of a positive social media intervention on social well-being* (Unpublished doctoral dissertation). University of Kansas, USA.
20. Neto, F., & Barros, J. (2000). Psychological concomitants of loneliness among student of Cape Verde and Portugal. *Journal of Psychology*, 134 (3), 503-514.
21. Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment*, 5 (3), 164-171.
22. Roberts, J. E., & Gotlib, I. H. (1997). Social support and personality in depression. In *Sourcebook of social support and personality* (pp. 187-214). Springer, Boston, MA.
23. Shapiro, A., & Keyes, C. L. M. (2008). Marital status and social well-being: Are the married always better off?. *Social Indicators Research*, 88(2), 329-346.
24. Tracy, E. M. (1990). Identifying social support resources of at-risk families. *Social Work*, 35(3), 252-258
25. World health report (2002). *Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, World Health Organization.