

سنجش سلامت اجتماعی و برخی عوامل اجتماعی مؤثر بر آن (مورد مطالعه): دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز)

کریم رضادوست^۱

علی حسین حسین زاده^۲

ایوب رستمی^۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۱/۱۷

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۲/۲۸

هدف این پژوهش، سنجش سلامت اجتماعی و برخی عوامل اجتماعی مؤثر بر آن می‌باشد. چارچوب نظری این پژوهش بر اساس نظریه‌های کبیز، بودریار، لایکوک، برکمن، رز و وو می‌باشد. روش انجام این پژوهش کمی و از نوع پیمایشی است. جامعه آماری آن شامل کلیه دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز می‌باشد. حجم نمونه مورد مطالعه بر اساس فرمول کوکران ۳۷۴ نفر به صورت نمونه‌گیری طبقه‌ای متناسب با حجم در نظر گرفته شده است. یافته‌های این پژوهش نشان داد که میانگین سلامت اجتماعی دانشجویان، (۱۰۰/۴۴) که این میزان نشان می‌دهد که میانگین سلامت آن‌ها در سطح متوسطی می‌باشد. همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد که بین متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک‌شده، رسانه‌های جمعی، رشته تحصیلی و جنس با سلامت اجتماعی ارتباط معناداری وجود دارد. همچنین، بین متغیر سن با سلامت اجتماعی رابطه معکوس و معناداری وجود دارد، اما بین متغیرهای عضویت در شبکه‌های اجتماعی و قومیت با متغیر وابسته سلامت اجتماعی ارتباط معناداری مشاهده نشده است. نتایج حاصل از رگرسیون چند متغیره نشان داد که سه متغیر (حمایت‌های اجتماعی ادراک‌شده، رسانه‌های جمعی و سن) در مجموع ۱۰/۳ درصد از تغییرات مربوط به سلامت اجتماعی را تبیین می‌کنند.

واژگان کلیدی: سلامت اجتماعی، حمایت اجتماعی، شبکه‌های اجتماعی و دانشجویان

E-mail: Rezadoostk@yahoo.com

^۱ دانشیار، گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ استاد، گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

^۳ کارشناس ارشد، جامعه‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

مقدمه

سلامت، یکی از ارکان اصلی توسعه پایدار و بخش لاینفک شکوفایی و ارتقای کیفیت زندگی است. به عبارتی، حفظ و ارتقای سلامت، پیش‌نیاز حرکت در راستای برنامه‌ریزی‌های اقتصادی و اجتماعی است (گنجی، ۱۳۸۳: ۳۷۵). رویکردهای انسان‌محور توسعه، برای سلامت ارزش فراوان قائل‌اند و اعتقاد دارند تا سلامت نباشد افراد، خانواده‌ها و جوامع و ملت‌ها نمی‌توانند امیدی برای دست یافتن به اهداف اجتماعی و اقتصادی داشته باشند. آشفته‌گی‌های اجتماعی بدون تردید برای بسیاری از افراد قابل مشاهده است، شرایط آن نیز قوی به نظر می‌رسد و لذا با توجه به شرایط به مجرد آن که همچنان قوی و رو به افزایش می‌باشد قابل پیش‌بینی است که در صورت عدم انجام اقدامات ریشه‌ای، روند آشفته‌گی‌های اجتماعی نیز، رو به افزایش خواهد بود و در صورتی که وضع بدتر از این گردد وضعیتی را که امروز از آن می‌نالیم در آینده آرزو خواهیم کرد (رفیع پور، ۱۳۸۷: ۲۵). برخورداری از سلامت اجتماعی^۱ یعنی تأمین و حفظ سلامت روانی، فردی و اجتماعی به طوری که فرد بتواند فعالیت‌های روزمره 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 (صالح، ۱۳۸۸: ۱۰).

سلامت اجتماعی، مفهومی انتزاعی است که ارزیابی نسبی از روابط انسان با خود، جامعه و ارزش‌ها می‌باشد و نمی‌توان آن را جدای از سایر پدیده‌های چندعاملی فهمید. سلامت اجتماعی، شیوه سازگاری آدمی با دنیاست. انسان‌هایی که مؤثر، شاد و راضی هستند و گرایش به شادی و نشاط را حفظ می‌کنند، از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردارند. سلامت اجتماعی، ظرفیت رشد و نمو شخصی می‌باشد و موضوعی مربوط به پختگی اجتماعی است. سلامت اجتماعی موجب هماهنگی میان ارزش‌ها، علایق و نگرش‌ها در حوزه عمل افراد در جامعه و در نتیجه برنامه‌ریزی واقع‌بینانه برای زندگی و تحقق هدفمند مفاهیم زندگی است (شربتیان، ۱۳۹۴: ۱۴). بنابراین در واقع سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد است که در عرصه اجتماع به ظهور می‌رسد. «زمانی شخص را واجد سلامت اجتماعی می‌شماریم 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 کند» (سام آرام، ۱۳۸۸: ۲۴).

^۱ Social health

سازمان جهانی بهداشت^۱ در تعریفی، سلامت را به‌عنوان حالتی از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی، نه صرفاً فقدان بیماری، تعریف می‌کند (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۷۹). با توجه به تعاریف فوق از سلامتی، می‌توان بیان کرد که سلامت اجتماعی، بخشی از سلامت فرد است که در عرصه اجتماع به ظهور می‌رسد. حتی می‌توان گفت از جهاتی بسیار مؤثرتر از سلامت فردی است، زیرا بسیاری از بیماری‌ها و عوارضی که سلامت فرد را به خطر می‌اندازند واگیردار نیستند و آثار محدودی دارند، ولی عوارضی که سلامت اجتماعی فرد را تهدید می‌کنند، دائماً بر روابط او با دیگران تأثیر می‌گذارند و همواره بیش از یک نفر را دچار اختلال می‌نمایند. سلامت اجتماعی گاهی بسی پنهان‌تر و مخفی‌تر است تا ظهور بیماری جسمانی، زیرا در گستره فراخ دامنه‌ای از روابط تحقق می‌پذیرد که به‌آسانی تحت نظر قرار نمی‌گیرد (محمد نبی، ۱۳۸۱: ۳۲).

در هر جامعه‌ای مجموعه‌ای از عوامل گوناگون اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی درهم‌تنیده شده‌اند؛ به‌طوری‌که مجموعه این عوامل می‌تواند شرایط جامعه را بحرانی و نابسامان یا مطلوب و آرمانی کند. بنابراین زمانی که در جامعه مردم از سلامت اجتماعی برخوردار باشند، نشان‌دهنده درست عملکرد این عوامل می‌باشد. لذا موفقیت در این امر (عملکرد درست و صحیح عوامل اقتصادی، اجتماعی و ...) به‌عنوان دغدغه‌ای برای جامعه‌شناسان، برنامه‌ریزان، اقتصاددانان و حاکمان وقت در هر جامعه‌ای مطرح می‌باشد. این امر به‌خصوص در جامعه ما به‌عنوان یک جامعه در حال توسعه و گذار از اهمیت دوچندانی برخوردار است؛ به‌طوری‌که از یک طرف جامعه ما، یک جامعه دارای جمعیت جوان است و این جمعیت جوان به‌عنوان اصلی‌ترین سرمایه برای توسعه، نیازمند توجه به سلامتی و بخصوص سلامت اجتماعی و نحوه تعاملات در شبکه‌های اجتماعی است؛ از طرف دیگر، جوانی که سلامت روانی و اجتماعی کافی و مطلوب نداشته باشد، نمی‌تواند با چالش‌های ناشی از ایفای نقش‌های اجتماعی کنار آمده و خود را با هنجارهای اجتماعی تطبیق دهد (شیری، ۱۳۹۰: ۱۰). جوانان و نوجوانان به‌عنوان سرمایه‌های انسانی هر جامعه‌ای محسوب می‌شوند و در بین آن‌ها دانشجویان به لحاظ برخورداری از توان و انرژی فراوان، نقش تعیین‌کننده‌ای در آینده جامعه دارند.

لذا افزایش سلامت اجتماعی باعث کاهش آسیب‌های اجتماعی در میان این قشر می‌شود. همچنین دانشجویانی که از سلامت اجتماعی برخوردارند با موفقیت می‌توانند با چالش‌های ناشی از ایفای نقش کنار آیند و مشارکت بیشتری در فعالیت‌های اجتماعی داشته باشند. لذا با توجه به اهمیت موضوع (سلامت اجتماعی) در بین دانشجویان و با توجه به شرایط کنونی، که کشور از نابسامان‌های اقتصادی و اجتماعی

^۱ World Health organization

فراوانی رنج می‌برد و برای اینکه جامعه بتواند مسیر ترقی، پیشرفت و توسعه را طی کند، دولت و حاکمیت باید به سلامت اجتماعی آنان توجه نمایند. در واقع، باید بحث سلامت اجتماعی و ارتقای آن در اولویت برنامه‌های جامع دولت باشد تا جامعه بتواند به توسعه‌ای هرچه انسانی‌تر و آرمانی‌تر دست یابد. لذا با توجه به اهمیت این مسئله ما در این پژوهش به دنبال پاسخ به این سؤال هستیم که وضعیت سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز چگونه است و چه عواملی بر میزان سلامت اجتماعی آنان تأثیرگذار است؟

پیشینه تجربی پژوهش

مولایی (۱۳۹۶) پژوهشی را با عنوان «بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی در استان ایلام» در دو شهرستان دهلران و آبدانان به روش پیمایشی انجام داده است. نتایج این پژوهش نشان داد که متغیرهای دین‌داری، شبکه اجتماعی، اعتماد اجتماعی، حمایت اجتماعی و امنیت اجتماعی به ترتیب بیشترین رابطه و اثر را بر سلامت اجتماعی دارند.

ململی درهی (۱۳۹۴) در پژوهشی با عنوان «بررسی برخی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی (مطالعه موردی: شهروندان ۱۸ سال به بالاتر شهر اهواز)» به این نتایج رسید که بین متغیرهای سرمایه اجتماعی، اعتماد اجتماعی، میزان دین‌داری، رضایت از زندگی، پایگاه اجتماعی - اقتصادی (بعد عینی)، مصرف رسانه‌ای، سن و جنسیت با سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود داد، اما بین متغیرهای قومیت، وضعیت تأهل و پایگاه اقتصادی - اجتماعی (بعد ذهنی) با سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود ندارد.

کدخدایی و لطفی (۱۳۹۲) در تحقیقی با عنوان «سنجش میزان سلامت اجتماعی دانش‌آموزان دختر مقطع دبیرستان‌های شهر شیراز و بررسی عوامل مؤثر بر آن» به این نتایج رسیدند که بین دختران دانش‌آموز از نظر شاخص‌های مختلف سلامت اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد و متغیرهای میزان تحصیلات مادر، میزان تحصیلات پدر، شاخص کیفیت زندگی و پایگاه اجتماعی - اقتصادی بر میزان سلامت اجتماعی دختران دانش‌آموز تأثیرگذارند.

شیری (۱۳۹۰) در تحقیقی با عنوان «بررسی میزان سلامت اجتماعی افراد کم‌توان جسمی - حرکتی و عوامل مؤثر بر آن در شهر تهران» با روش پیمایش به بررسی افراد توان‌یاب مرکز آموزشی نیکوکاری رعده پرداخته است. نتایج تحقیق او نشان می‌دهد بین میزان مهارت‌های ارتباطی و میزان سلامت اجتماعی افراد، رابطه معنی‌داری وجود دارد. همچنین نتایج نشان می‌دهد که بین میزان حمایت‌های اجتماعی دریافت شده و

میزان سلامت اجتماعی افراد و بین میزان حمایت‌های عاطفی دریافت شده و میزان سلامت اجتماعی افراد، رابطه معناداری وجود دارد. همچنین، بین متغیرهای پایگاه اجتماعی - اقتصادی و نحوه گذراندن اوقات فراغت و میزان سلامت اجتماعی افراد نیز رابطه معناداری برقرار می‌باشد.

لی و زانگ (۲۰۱۵) در پژوهشی با عنوان «انواع شبکه‌های اجتماعی و سلامت سالخورده‌گان: بررسی ارتباطات متقابل»، به بررسی ارتباط بین شبکه‌های اجتماعی (خانواده، دوستان، و ...) و تأثیر آن بر روی سلامتی (جسمی، روانی، اجتماعی و به‌طور کلی سلامتی) پرداختند. نتایج حاصل از پژوهش آن‌ها نشان داد که رابطه قوی بین انواع شبکه‌های اجتماعی و سلامتی وجود دارد.

هان و همکاران^۱ (۲۰۱۲) در پژوهشی با عنوان «تجزیه و تحلیل چند سطحی از سرمایه اجتماعی و سلامتی خود گزارشی شده، در سئول کره جنوبی» به این نتایج رسیده‌اند که سن به‌طور مستقیم با سرمایه اجتماعی و سلامت روان ارتباط دارد و رابطه جنسی با سلامت روان از طریق سرمایه اجتماعی به‌طور غیرمستقیم مرتبط است و همچنین سرمایه اجتماعی به‌طور مستقیم و غیرمستقیم با سلامت روان رابطه داشته است.

ورگالینی (۲۰۱۱) در پژوهشی با عنوان «انسجام اجتماعی در اروپا: تا چه اندازه نابرابری، انسجام اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهند»، به بررسی رابطه بین انسجام اجتماعی و نابرابری در اروپا پرداخته است. از نظر وی نابرابری در سطحی کلی بر انسجام اجتماعی تأثیرگذار است - به‌طور دقیق‌تر رابطه معنی‌داری بین نابرابری و انسجام اجتماعی وجود دارد. همچنین این رابطه تحت تأثیر جنبه‌های دیگری از نابرابری‌های اجتماعی از قبیل موقعیت افراد در نظام قشربندی و سطح آموزش و پرورش نیز قرار دارد.

استفن^۲ و دیگران (۲۰۱۱) پژوهشی با عنوان «تأثیر انواع شبکه‌های اجتماعی، حمایت اجتماعی ادراک شده و تنهایی بر روی سلامتی افراد سالخورده: با توجه به زمینه‌ی اجتماعی آن‌ها» که به روش پیمایش (از طریق پرسشنامه پستی) در بین نمونه‌ای ۴۰۰ نفره از جمعیت ۷۰-۵۵ ساله نیوزلندی انجام گرفت، داده‌ها را با استفاده از روش همبستگی و رگرسیون تحلیل کردند و به ارائه مدلی پرداختند که در آن شبکه اجتماعی، حمایت اجتماعی ادراک شده و تنهایی، سلامت جسمی و روانی را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

رافائل^۳ (۲۰۰۹) در پژوهشی با عنوان «عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامتی» که بر روی کانادایی‌ها انجام داده، دریافت که عواملی چون: جنسیت، داشتن خانه، نژاد، درآمد، محرومیت اجتماعی، امنیت اجتماعی، امنیت شغلی، بومی بودن، معلولیت، آموزش، شرایط شغلی و کاری، عدم امنیت غذایی و خدمات سلامتی،

^۱ Han & et al

^۲ Stephen

^۳ Raphael

ارتباط معناداری با سلامت کانادایی‌ها داشته است. این تأثیرات به‌واقع، قوی‌تر از ارتباط و تأثیری است که رفتارهایی چون رژیم غذایی، فعالیت‌های فیزیکی، استفاده بیش‌ازحد الکل و دخانیات بر روی سلامتی خواهند داشت.

بلانکو و دیاز^۱ (۲۰۰۷) در مقاله‌ای با عنوان «نظم اجتماعی و سلامت روانی»، ارتباط بین ابعاد سلامت اجتماعی را به‌عنوان شاخص نظم اجتماعی با جنبه‌های دیگری از سلامت مانند میزان افسردگی، عزت‌نفس، سلامت ادراک‌شده، محرومیت، میزان آنومی و کنش‌های متقابل اجتماعی، احساسات مثبت و منفی و رضایت مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که بین ابعاد سلامت اجتماعی به‌عنوان شاخص نظم اجتماعی و محرومیت، میزان آنومی و احساسات مثبت و منفی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.

در سال‌های اخیر و دهه‌های گذشته پژوهش‌هایی در حوزه سنجش سلامت اجتماعی و عوامل تأثیرگذار بر سلامت اجتماعی در ایران و خارج از ایران در قالب‌های علمی چون تحقیق، مقاله، پایان‌نامه و پیمایش‌های ملی ارائه شده است. موضوعی که در مرور تحقیقات (چه داخلی و خارجی) به‌صورت برجسته‌ای خودنمایی می‌کند، این است که قریب به‌اتفاق تحقیقاتی که پیرامون سلامت اجتماعی انجام شده است، بر روی نمونه شهروندان، مورد بررسی قرار گرفته است و کمتر تحقیقاتی در این حوزه به‌قشر دانشگاهی و بخصوص دانشجویان که پرچم‌دار علم و دانش و پیشرفت در هر کشوری هستند پرداخته شده است. لذا تحقق این مهم، بیشتر مورد انتظار است. همچنین این پژوهش مجموعه عواملی را در کنار هم مورد بررسی قرار داده است که در تحقیقات قبلی اثر آن‌ها بدین صورت در کنار هم بر سلامت اجتماعی سنجیده نشده است.

چارچوب نظری پژوهش

سلامت اجتماعی اساساً از نظریه‌های جامعه‌شناسی و مشخصاً از ادبیات دورکیمی در زمینه آنومی و از خودبیگانگی منشأ گرفته است، اما در پژوهش‌های جدید، بررسی سلامت اجتماعی تنها با تکیه بر این مفاهیم مطلوب نیست. به تعبیری دیگر، عدم احساس آنومی و از خودبیگانگی، شرط کافی برای وجود احساس سلامت اجتماعی نیست (کییز، ۲۰۰۴: ۱۲۳).

کییز، سلامت اجتماعی را به‌عنوان گزارش شخصی فرد از کیفیت روابطش با دیگران و جامعه تعریف می‌کند. از نظر کییز، فرد سالم از نظر اجتماعی زمانی عملکرد خوبی دارد که اجتماع را به‌صورت یک

^۱ Blanco& Diaz

مجموعه 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 کیز از سلامت اجتماعی شامل ۵ جزء می‌شود که میزان کارایی و کارکرد بهینه افراد را در عملکرد اجتماعی‌شان معلوم می‌کند. این ابعاد عبارت‌اند از:

۱- شکوفایی اجتماعی: شکوفایی اجتماعی به معنای دانستن و اعتقاد داشتن به این است که جامعه به شکل مثبتی در حال رشد است. فکر کردن به اینکه جامعه پتانسیل رشد به شکل مثبت را دارد و می‌تواند این پتانسیل را به شکل بالفعل درآورد. به عبارت دیگر، باور به اینکه اجتماع سرنوشت خود را در دست دارد و به مدد توان بالقوه‌اش سیر تکاملی خود را کنترل می‌کند. فردی که از رشد شخصی برخوردار است، باور دارد که خود سازنده سرنوشت خویش است. خود را در حال تحول مستمر و دارای نیروهای بالقوه می‌داند که تلاش می‌کند تا این نیروها را شکوفا کند. شکوفایی یعنی باور به اینکه اجتماع سرنوشت خویش را در دست دارد و به مدد توان بالقوه‌اش سیر تکاملی خود را کنترل می‌کنند (همان: ۱۰).

۲- همبستگی (انطباق) اجتماعی: انطباق اجتماعی یعنی اعتقاد به اینکه اجتماع قابل فهم، منطقی و قابل پیش‌بینی است. همبستگی اجتماعی در مقابل بی‌معنایی در زندگی قابل مقایسه است و شامل ارزیابی فرد از اجتماع به صورت قابل فهم، قابل پیش‌بینی و مخصوص در حقیقت درکی که فرد نسبت به کیفیت سازمان‌دهی و اداره دنیای اجتماعی اطراف خود دارد.

۳- پذیرش اجتماعی: افرادی که دارای این بعد از سلامت اجتماعی هستند، اجتماع را به صورت مجموعه‌ای از افراد مختلف درک می‌کنند و به دیگران به عنوان افراد با ظرفیت و مهربان، اعتماد و اطمینان دارند. این افراد دیدگاه مطلوبی نسبت به ماهیت انسان دارند و با دیگران احساس راحتی می‌کنند. در پذیرش اجتماعی فرد، اجتماع و مردم آن را با همه نقش‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی باور دارند و می‌پذیرند (عبدالله تباردرزی، ۱۳۸۶: ۱۷۵).

۴- مشارکت اجتماعی: مشارکت اجتماعی باوری است که طبق آن فرد خود را عضو مهمی از اجتماع می‌داند و تصور می‌کند چیزهای ارزشمندی برای عرضه به جامعه دارد. مشارکت اجتماعی یعنی چه میزان فرد احساس می‌کند که آنچه انجام می‌دهد در نظر اجتماع ارزشمند و در رفاه عمومی مؤثر است.

۵- انسجام اجتماعی: ارزیابی فرد از روابطش در جامعه و گروه‌های اجتماعی است. فرد سالم احساس می‌کند که بخشی از اجتماع است و خود را با دیگرانی که واقعیت اجتماعی را می‌سازند سهیم می‌داند. به نظر کیز، از دیدگاه دورکیم سلامت و یگانگی اجتماعی، روابط افراد را با یکدیگر از طریق هنجارها

منعکس می‌کند. انسجام اجتماعی احساس بخشی از جامعه بودن است، فکر کردن به این که فرد به جامعه تعلق دارد، احساس حمایت شدن از طریق جامعه و سهم داشتن در آن است. بنابراین انسجام آن درجه‌ای است که در آن مردم احساس کنند چیز مشترکی بین آن‌ها و کسانی که واقعیت اجتماعی آن‌ها را می‌سازند، وجود دارد (سام آرا، ۱۳۸۸: ۱۸).

رز و وو بر تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی تأکید دارند. طبق تعریف آنان حمایت اجتماعی که شامل ابعاد عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی می‌باشد، موجب ارتقای سطح سلامت اجتماعی افراد می‌شود. تقریباً در آرای همه صاحب‌نظران در عرصه حمایت اجتماعی و اعتماد اجتماعی این دلالت ضمنی وجود دارد که وجود ارتباط میان افراد، لذت بردن در میان دوستان، داشتن اعتماد متقابل به یکدیگر و پشتیبانی شدن از سوی دیگران از طریق تسهیل کردن روابط اجتماعی باعث ایجاد حس امنیت، یکپارچگی اجتماعی، احترام به ارزش‌های انسانی، ایجاد حس اتحاد و همبستگی پایدار می‌شود و به‌طور کلی موجباتی را فراهم می‌سازد که افراد بهتر و ساده‌تر بتوانند منافع فردی و گروهی خود را دنبال کنند- در صورتی که وجود روابط سرد در جامعه و عدم اعتماد باعث تضعیف نظم اجتماعی و تعهدات جمعی و عمومی می‌شود (نیک‌ورز، ۱۳۸۹: ۶۲) که این مسئله به‌طور قطع به‌یقین سلامت اجتماعی تک‌تک افراد جامعه را با خطر مواجه می‌سازد و جامعه را به‌سوی پرتگاه هدایت می‌کند.

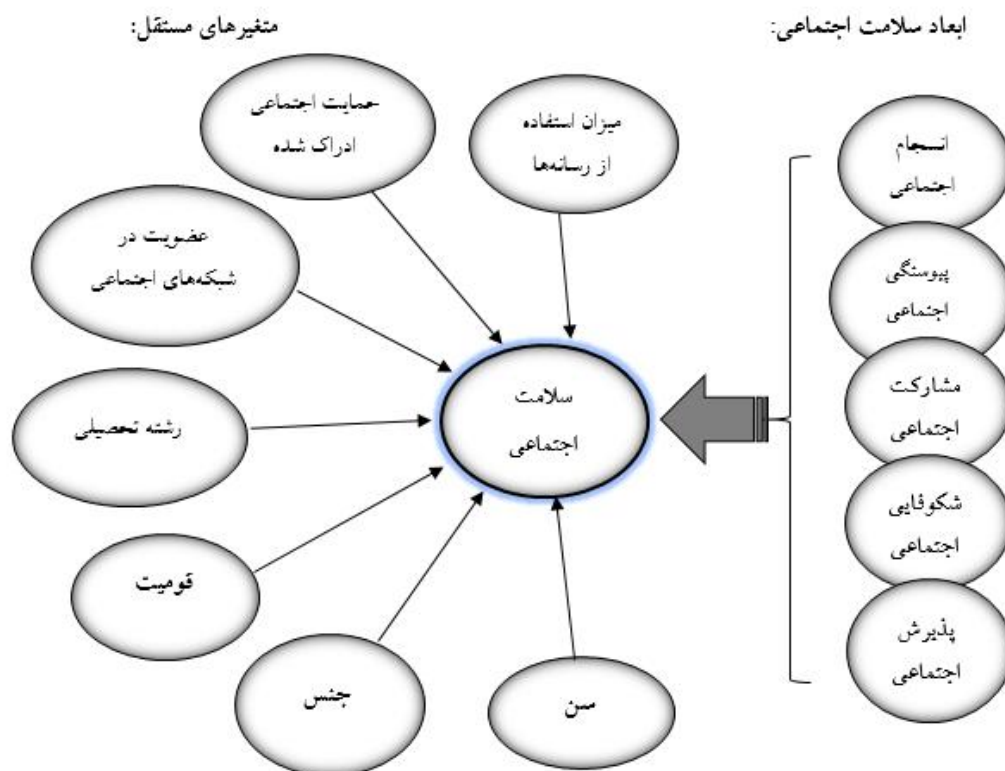
لایکوک، سلامت اجتماعی را به‌صورت شرایط و رفاه افراد در شبکه روابط اجتماعی شامل خانواده، اجتماع و ملت تعریف می‌کند. همچنین برکمن معتقد است تأثیر شبکه اجتماعی بر سلامت فرد عبارت است از پرورش روحیه مشارکت در درگیری اجتماعی فرد در فرایندهای اجتماعی. مشارکت و درگیری اجتماعی از عملکرد پیوندهای بالقوه در فعالیت‌های زندگی ناشی می‌شود. سپری کردن اوقات خود با دوستان، حضور در کارکردهای اجتماعی، مشارکت در نقش‌های اجتماعی و شغلی، گرایش به فعالیت‌های مذهبی و تفریح کردن به همراه گروه از نمونه‌های بارز درگیری اجتماعی می‌باشند. بنابراین از طریق فرصت‌هایی که به‌واسطه عضویت در شبکه‌های اجتماعی برای فرد فراهم می‌شود تا در رویدادهای اجتماعی مشارکت کند، شبکه‌های اجتماعی، نقش‌های اجتماعی معنی‌داری از قبیل نقش‌های اجتماعی شغلی و خانوادگی را تعریف می‌کنند و از این طریق سلامت روانی فرد را نیز ارتقا می‌دهند. علاوه بر این، مشارکت در درون شبکه، فرصت‌هایی را برای رفاقت، مصاحبت و معاشرت فراهم می‌کند که این رفتارها و نگرش‌ها و پیوندها به زندگی فرد معنی می‌بخشد و این امر در سلامت روانی وی نیز تأثیر بسزایی می‌گذارد (خیرالله پور، ۱۳۸۳: ۴۳).

امروزه ظهور ارتباطات جمعی و توده‌ای تأثیری عمیق بر روند تجربه ایجاد آگاهی و الگوهای تعاملاتی داشته است؛ به طوری که گروهی معتقدند شناختی که ما از رویدادهای به وقوع پیوسته در فراسوی محیط اجتماعی خود داریم و معرفتی که عمدتاً از دریافت صور نمادین انتقال یافته، از سوی این رسانه‌ها حاصل آمده است. طبق نظر بودریار رسانه می‌تواند نقش مهمی در سلامت اجتماعی فرد ایفا کند و با تعمیق ارزش‌ها امکان دستیابی به توافق جمعی را مهیا و هنجارها را پایه‌ریزی می‌کند. لذا با توجه به نظر بودریار پس از حصول توافق جمعی و ساخت هنجارها، همبستگی فرد با جامعه، افزایش می‌یابد و در پی این همبستگی، میزان مشارکت فرد با افراد و نهادها و مؤسسات مختلف در جامعه در زمینه‌های مختلف نیز افزایش پیدا می‌کند. بنابراین طبق این نظر می‌توان گفت میزان استفاده افراد از رسانه‌های جمعی می‌تواند به‌عنوان یک عامل مؤثر در سلامت اجتماعی فرد مورد بررسی قرار گیرد. همچنین طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت موضوعی چندبعدی است و در تعریف آن باید همه جنبه‌هایی که شخص به آن‌ها توجه دارد و همچنین طبق نتایج تحقیقات پیشین، ارتباط مستقیم سلامت اجتماعی با تحصیلات، سن، جنس، شرایط اقتصادی و اجتماعی فرد را در نظر گرفت.

تأکید اصلی در چارچوب نظری این پژوهش بر نظریه کیز راجع به سلامت اجتماعی و ابعاد آن استوار است تا از این طریق 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 است، مدنظر قرار گیرد. کیز مفهوم سلامت اجتماعی را به معنی ارزیابی عملکرد فرد در برابر اجتماع به‌عنوان یکی از ابعاد مهم سلامتی مطرح می‌کند. در زمینه رسانه‌ها از نظریه بودریار استفاده شده است. از نظر او رسانه با تعمیق ارزش‌ها امکان دستیابی به توافق جمعی را مهیا می‌سازد و هنجارها را پایه‌ریزی می‌کند. حال در پی رخداد این وضعیت در جامعه، همبستگی فرد با جامعه و مشارکت او نیز در جامعه (همبستگی و مشارکت به‌عنوان دو بعد از ۵ بعد سلامت اجتماعی) نیز افزایش می‌یابد که به‌طور مستقیم با سلامت اجتماعی افراد در ارتباط‌اند. در زمینه حمایت اجتماعی نیز نظریات رز و وو مبنا قرار گرفته است. از نظر آن‌ها حمایت اجتماعی باعث ایجاد حس اعتماد در جامعه می‌شود که به تبع آن و در پی افزایش اعتماد اجتماعی در جامعه، میزان مشارکت، همبستگی و ادغام و انطباق فرد با جامعه به‌سادگی و با درجه بالایی حصول می‌شود. در زمینه شبکه‌های اجتماعی نیز از نظریه لایکوک و برکمن استفاده شده

است، از نظر آن‌ها تنیدگی و درگیری فرد با انواع شبکه‌های اجتماعی باعث ایجاد حس دوستی و وابستگی فرد با این شبکه‌ها در جامعه می‌شود و لذا فرد بیشتر به سمت همکاری و مشارکت در جامعه سوق می‌یابد.

مدل مفهومی پژوهش



فرضیه‌های پژوهش

- میزان استفاده از رسانه‌ها بر سلامت اجتماعی دانشجویان اثرگذار است.
- میزان عضویت در شبکه‌های اجتماعی و سلامت اجتماعی دانشجویان اثرگذار است.
- حمایت اجتماعی ادراک‌شده بر سلامت اجتماعی دانشجویان اثرگذار است.
- متغیرهای زمینه‌ای (سن، جنس، قومیت و رشته تحصیلی) بر سلامت اجتماعی دانشجویان اثرگذار است.

روش‌شناسی پژوهش

روش مورد استفاده در این پژوهش، کمی و از نوع پیمایشی است. واحد تحلیل در این پژوهش، فرد و جامعه آماری آن همه دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز 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 آمده است. همچنین از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای متناسب با حجم که یکی از روش‌های نمونه‌گیری احتمالی است، به عنوان 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 نمونه بیشتری از آنها بر مبنای جنس و مقطع تحصیلی انتخاب شد. برای جمع‌آوری اطلاعات نیز از پرسشنامه استاندارد شده در حوزه متغیرهای مورد بررسی استفاده شده است. تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش در دو سطح آمار توصیفی و آمار استنباطی صورت گرفته است. در بخش آمار توصیفی با استفاده از شاخص‌های آماری نظیر فراوانی، درصد و میانگین به توصیف داده‌ها پرداخته شد و در بخش استنباطی، متناسب با سطح سنجش متغیرها از آزمون‌های آماری تی، آزمون اف، همبستگی پیرسون، رگرسیون چند متغیره استفاده گردید. همچنین در این پژوهش، جهت سنجش اعتبار گویه‌ها از اعتبار صوری (مراجعه به اساتید جامعه‌شناسی)، استفاده شد و پس از تهیه و تدوین شاخص‌ها و طراحی اولیه پرسشنامه، مطالعه مقدماتی انجام گرفت. هدف از این مطالعه مقدماتی، تعیین میزان پایایی پرسشنامه پژوهش بوده است. این مطالعه مقدماتی بر روی یک نمونه ۳۰ نفری از دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز به اجرا درآمد. بعد از محاسبه جمع نمرات پاسخگویان، برای سنجش میزان پایایی و همسانی دورنی گویه‌ها، از آلفای کرونباخ استفاده شد. نتایج در جدول ۱ ارائه گردیده است.

جدول ۱: ضرایب آلفای کرونباخ

ضرایب آلفا	متغیرها
۰/۸۴	سلامت اجتماعی
۰/۷۳	رسانه‌های جمعی
۰/۷۶	عضویت در شبکه‌های اجتماعی
۰/۹۱	حمایت اجتماعی
۰/۷۸	آلفای کل پرسشنامه

بر اساس جدول فوق، از آنجاکه مقدار آلفای کرونباخ مربوط به هر کدام از متغیرها از ۷۰ بیشتر است، می‌توان نتیجه گرفت که ابزار پژوهش، ابزاری پایا و قابل اعتماد می‌باشد.

همچنین قبل از فرایند تحلیل استنباطی، وضعیت نرمال بودن متغیرهای اصلی تحقیق به وسیله آزمون کلموگروف - اسمیرنوف (k-S) بررسی شده است و پس از تأیید، در سطح فاصله‌ای سنجیده شده‌اند. نتایج این آزمون (k-S) برای متغیرهای سلامت اجتماعی، ۰/۲۶۴، حمایت اجتماعی ادراک شده ۰/۱۴۵، رسانه‌های جمعی ۰/۳۲۶ و عضویت در شبکه‌های اجتماعی ۰/۰۸۶ می‌باشد.

تعریف مفاهیم

متغیر وابسته

سلامت اجتماعی

سلامت اجتماعی عبارت است از: ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که عضوی از آنهاست. طبق این تعریف، شاخص‌های سلامت اجتماعی عبارت‌اند از: مشارکت اجتماعی (باوری که طبق آن فرد خود را عنصر حیاتی جامعه می‌داند)، انسجام اجتماعی (کیفیت روابط در گروه اجتماعی‌ای که به آن تعلق دارد)، پذیرش اجتماعی (دیدگاه مطلوب نسبت به دیگران)، شکوفایی اجتماعی (اعتقاد به توانایی‌های بالقوه اجتماع) و انطباق اجتماعی (درک اجتماع به صورت هوشمند، قابل فهم و قابل پیش‌بینی) (کییز، ۱۹۹۸: ۱۲۲). در این پژوهش برای سنجش سلامت اجتماعی و مؤلفه‌های آن، از پرسشنامه سلامت اجتماعی کییز استفاده شده و در مجموع برای تمام مؤلفه‌ها ۳۳ سؤال در نظر گرفته شده است.

متغیرهای مستقل

حمایت اجتماعی

حمایت اجتماعی به وجود یا دسترس بودن مردمی اطلاق می‌شود که ما می‌توانیم به آن‌ها اعتماد و تکیه کنیم، مردمی که به ما اجازه می‌دهند که ما درک کنیم که آن‌ها به ما توجه دارند و ما را ارزشمند و دوست می‌دارند (باسول، ۲۰۰۸؛ به نقل از نیک‌ورز، ۱۳۸۹). برای سنجش این متغیر از پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک‌شده زیمت و همکاران ۱۹۹۸ (برگرفته از پرسشنامه نیک‌ورز، ۱۳۹۰) با گویه‌های زیر استفاده شده است: میزان حمایت عاطفی ادراک‌شده از سوی خانواده، میزان حمایت مالی دریافتی از سوی خانواده، توانایی بیان مشکلات با خانواده، کمک کردن خانواده در هنگام تصمیم‌گیری، کمک گرفتن از دوستان در هنگام مشکلات، یاری گرفتن از دوستان در امور مختلف، بودن فردی در زندگی که فرد می‌تواند مشکلاتش را با او در میان بگذارد و در مجموع برای این متغیر ۱۲ گویه در نظر گرفته شده است.

رسانه‌های جمعی

رسانه عبارت است از «مجموعه فنون، ابزار و وسایلی که از توانایی انتقال پیام برخوردارند. تلویزیون، رادیو، مطبوعات و از این نوع وسایل هستند که پیام را از سازنده پیام به مخاطب منتقل می‌کنند. برای عملیاتی کردن میزان استفاده دانشجویان از رسانه‌های ارتباط جمعی، از ۸ گویه به شیوه محقق ساخته استفاده شده است. این متغیر با گویه های میزان استفاده از خود را از هرکدام از وسایل ارتباطی زیر بیان کنید: رادیو، تلویزیون، ماهواره، روزنامه و مجلات و نشریات، کتاب، اینترنت، شبکه‌های اجتماعی مجازی و تلفن همراه در طیف لیکرت با مقیاس فاصله‌ای ۵ درجه‌ای (از خیلی زیاد، زیاد، تا حدودی، کم تا خیلی کم) سنجیده شده است.

شبکه‌های اجتماعی

منظور از شبکه اجتماعی، مجموعه‌ای از پیوندها و روابط بین فردی و بین گروهی اشخاص است. این ارتباطها نه تنها مستقیماً افرادی که یکدیگر را می‌شناسند به هم پیوند می‌دهد، بلکه به صورت غیرمستقیم فرد را به مجموعه بزرگ‌تری از افراد مرتبط می‌کند. به این ترتیب درجات مختلفی از پیوند وجود دارد. برای سنجش میزان عضویت دانشجویان در شبکه‌های اجتماعی سؤالاتی از آن‌ها در مورد میزان عضویتشان در تیم‌های ورزشی دانشجویی، مهمانی‌های دوستانه دانشجویی، گروه‌های تفریحی، مسافرتی دانشجویی و شبکه‌های مجازی (اینترنتی) و عضویت در سایت‌های علمی پرسیده شده است. جهت سنجش این متغیر از پرسشنامه مردانی (۱۳۹۳) و از طیف لیکرت استفاده شده است.

یافته‌های پژوهش

جدول ۲: ویژگی‌های جمعیت شناختی (متغیرهای زمینه‌ای)

سن	بیشترین: ۳۴/۷۷ درصد در گروه سنی ۳۰-۲۶ سال	کمترین: ۰/۸۰ درصد در گروه سنی ۳۵ سال به بالا
جنس	زن: ۵۳/۷ درصد	مرد: ۴۶/۳ درصد
قومیت	بیشترین تعداد: ۳۹/۶ درصد دارای قومیت لر	کمترین: ۷/۰ درصد دارای قومیت کرد
رشته تحصیلی	کمترین: ۴۳/۳ درصد در رشته علوم انسانی	کمترین: ۱۰/۷ درصد در رشته کشاورزی

جدول ۳: خلاصه یافته‌های توصیفی متغیرهای مستقل و وابسته

متغیر	میانگین	تعداد گویه‌ها
انسجام اجتماعی	۲۱/۸	۷
پذیرش اجتماعی	۱۷/۱۸	۷

۶	۲۰/۴	مشارکت اجتماعی
۶	۱۶/۶۴	انطباق اجتماعی
۷	۱۸/۶۲	شکوفایی اجتماعی
۳۳	۱۰۰/۴۴	سلامت اجتماعی (کل)
۱۲	۴۸/۲۶	حمایت اجتماعی ادراک شده
۸	۲۶/۷۶	رسانه‌های جمعی
۵	۱۳/۶۲	عضویت در شبکه‌های اجتماعی

همچنین یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای مستقل و وابسته نشان می‌دهد که میانگین متغیر وابسته سلامت اجتماعی دانشجویان ۱۰۰/۴۴ می‌باشد. با توجه به وجود ۳۳ گویه برای سنجش سلامت اجتماعی دانشجویان، با احتساب طیف امتیاز به هر گویه، از ۱ تا ۵ (حداقل ۳۳ و حداکثر ۱۶۵)، امتیاز ۳ معادل ۹۹ برای متغیر سلامت اجتماعی نشانگر میزان متوسط آماری است. بنابراین امتیاز به دست آمده معادل ۱۰۰/۴۴ به معنای برخورداری دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز از سلامت اجتماعی متوسطی می‌باشد. و همین‌طور میانگین تمامی متغیرهای مستقل میزان استفاده از رسانه‌های جمعی، ۲۶/۷۶ (باتوجه به دامنه آن حداقل ۸ و حداکثر ۴۰، از میزان استفاده متوسط به بالایی برخوردارند) و حمایت اجتماعی ادراک شده، ۴۸/۲۶ (باتوجه به دامنه آن حداقل ۱۲ و حداکثر ۶۰، از میزان حمایت اجتماعی ادراک شده نسبتاً بالایی برخوردارند) و عضویت در شبکه‌های اجتماعی ۱۳/۶۲ (باتوجه به دامنه آن حداقل ۵ و حداکثر ۲۵، میزان عضویت آن‌ها در شبکه‌های اجتماعی تقریباً متوسط می‌باشد) می‌باشد.

نتایج مربوط به آزمون فرضیه‌ها

نتایج جدول ۴ نشان‌دهنده نتایج آزمون همبستگی بین متغیرهای مستقل پژوهش با متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) می‌باشد. همان‌گونه که داده‌های جدول نشان می‌دهد که متغیرهای مستقل حمایت اجتماعی ادراک شده و رسانه‌های جمعی دارای رابطه مستقیم، مثبت و معناداری با متغیر سلامت اجتماعی می‌باشند و متغیر عضویت در شبکه‌های اجتماعی با متغیر وابسته رابطه‌ی معناداری ندارد. همچنین متغیر مستقل سن نیز دارای رابطه معکوس و معنادار با متغیر وابسته می‌باشد. تمامی متغیرهای تأیید شده در سطح ۹۹ درصد اطمینان تأیید شده‌اند. سطح معناداری و ضرایب همبستگی هر یک از متغیرها در جدول ۴ به تفکیک آمده است.

جدول ۴: نتایج آزمون همبستگی بین متغیرهای مستقل و سلامت اجتماعی

نتیجه آزمون	سطح معنی داری (sig)	همبستگی پیرسون (r)	متغیر
تأیید	۰/۰۰۰	۰/۲۰۱	حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت اجتماعی
تأیید	۰/۰۰۷	۰/۱۴۰	رسانه‌های جمعی و سلامت اجتماعی
عدم تأیید	۰/۰۶۰	۰/۰۹۷	عضویت در شبکه‌های اجتماعی و سلامت اجتماعی
تأیید	۰/۰۰۰	-۰/۱۸۶	سن و سلامت اجتماعی

فرضیه اول: بین قومیت و سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد.

برای آزمون این فرضیه از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه استفاده شده است. با توجه به مقدار $F = ۲/۲۳۶$ و $sig = ۰/۰۵۰$ در جدول ۶، می‌توان ادعا کرد که میانگین سلامت اجتماعی در بین گروه‌های قومیتی در جامعه آماری مورد مطالعه، تفاوت معناداری دارد. در جدول ۵ میانگین سلامت اجتماعی به تفکیک گروه‌های قومیتی مشخص شده است. براین اساس قومیت عرب با میانگین $۱۰۳/۲۲۴$ ، از بالاترین میزان سلامت اجتماعی در بین گروه‌های قومیتی مورد مطالعه و قومیت لر با میانگین $۹۸/۵۵۴$ از کمترین میزان سلامت اجتماعی در بین دیگر گروه‌ها برخوردارند.

جدول ۵: نتایج مقایسه میانگین سلامت اجتماعی بر حسب متغیر قومیت

قومیت	فراوانی	میانگین سلامت اجتماعی	انحراف معیار
لر	۱۴۸	۹۸/۵۵۴	۸/۹۷
فارس	۸۷	۱۰۰/۴۹۴	۱۲/۱۲
عرب	۴۹	۱۰۳/۲۲۴	۱۹/۱۲
کرد	۲۶	۱۰۱/۶۹۲	۹/۹۰
ترک	۲۰	۹۸/۰۰۰	۵/۹۱
سایر	۴۴	۱۰۱/۹۷۷	۱۳/۷۰
تعداد کل	۳۷۴	۱۰۰/۴۴۳	۱۲/۱۲

جدول ۶: نتایج آزمون تحلیل واریانس بین متغیرهای قومیت و سلامت اجتماعی

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مجموع مربعات	مقدار F	سطح معنی داری (sig)
بین گروهی	۱۶۱۶/۹۶۰	۵	۳۲۳/۳۹۲	۲/۲۳۶	۰/۰۵۰
درون گروهی	۵۳۲۲۹/۳۶۱	۳۶۸	۱۴۴/۶۴۵		
کل	۵۴۸۴۶/۳۲۱	۳۷۳	--		

فرضیه دوم: بین جنس (دختر و پسر) و سلامت اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد.

برای بررسی رابطه متغیر جنس و سلامت اجتماعی، متغیر جنس (به صورت اسمی با دو گروه پسران و دختران) و متغیر سلامت اجتماعی به صورت فاصله‌ای سنجیده شده است. مناسب‌ترین آزمون برای بررسی رابطه میان این دو متغیر آزمون تی مستقل (T) می‌باشد. با توجه به داده‌های جدول ۷ 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 تفاوت معناداری بین متغیرهای جنس و سلامت اجتماعی وجود دارد. بنابراین فرض صفر رد و فرض یک به معنای وجود تفاوت 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 ۷: نتیجه آزمون تفاوت میانگین سلامت اجتماعی بر حسب متغیر جنس

جنس	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	T	درجه آزادی	سطح معناداری
پسر	۱۷۳	۱۰۲/۴۸۵	۹/۷۴۱	۱/۰۶۲	۳۷۲	۰/۰۰۰
دختر	۲۰۱	۱۰۰/۴۰۸	۱۳/۸۷۸			

فرضیه سوم: بین رشته تحصیلی و سلامت اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد.

برای آزمون این فرضیه از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه استفاده شده است. با توجه به مقدار $F=2/441$ و $sig=0/089$ محاسبه شده در جدول ۹، می‌توان ادعا کرد که میانگین سلامت اجتماعی در بین دانشجویان رشته‌های تحصیلی مختلف در جامعه آماری مورد مطالعه، تفاوت معناداری دارد. در جدول ۸ میانگین سلامت اجتماعی به تفکیک رشته‌های تحصیلی مشخص شده است. براین اساس رشته دامپزشکی با میانگین $109/928$ ، از بالاترین میزان سلامت اجتماعی در بین رشته‌های تحصیلی مورد مطالعه و رشته فنی مهندسی با میانگین $97/605$ از کمترین میزان سلامت اجتماعی در بین دیگر رشته‌ها برخوردارند. بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می‌شود.

جدول ۸: نتایج مقایسه میانگین سلامت اجتماعی بر حسب رشته تحصیلی

رشته تحصیلی	فراوانی	میانگین سلامت اجتماعی	انحراف معیار
علوم انسانی	۱۶۲	۱۰۰/۱۸۵	۱۱/۴۷۶
فنی مهندسی	۷۱	۹۷/۶۰۵	۹/۶۹۶

دامپزشکی	۱۴	۱۰۹/۹۲۸	۱۵/۶۳۲
علوم پایه	۸۷	۱۰۱/۲۵۲	۱۳/۹۸۸
کشاورزی	۴۰	۱۰۱/۴۵۰	۱۱/۴۵۱
جمع کل	۳۷۴	۱۰۰/۴۴۳	۱۲/۱۲۶

جدول ۹: نتایج آزمون تحلیل واریانس بین متغیرهای رشته تحصیلی و سلامت اجتماعی

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مجموع مربعات	مقدار F	سطح معنی داری (sig)
بین گروهی	۱۹۳۹/۶۵۳	۴	۴۸۴/۹۱۳	۳/۳۸۲	۰/۰۱۰
درون گروهی	۵۲۹۰۶/۶۶۸	۳۶۹	۱۴۳/۳۷۹		
کل	۵۴۸۴۶/۳۲۱	۳۷۳	--		

یافته‌ها و تحلیل‌های رگرسیونی چند متغیره

در جدول ۱۰، نتایج مربوط به تحلیل واریانس و تحلیل رگرسیون سلامت اجتماعی با متغیرهای مستقل (به روش stepwise) ارائه شده است. اطلاعات ارائه شده نشان می‌دهد که میزان F محاسبه شده، معنی دار است ($p < ۰/۰۱$). روش تحلیل رگرسیون گام به گام، روشی است که در آن قوی‌ترین متغیرها یک به یک وارد معادله می‌شوند و این کار تا زمانی ادامه می‌یابد که خطای آزمون معناداری به ۵ درصد برسد. همان‌طوری که از جدول ۱۱ برمی‌آید، تحلیل رگرسیون تا ۳ گام پیش رفته است. بر اساس نتایج به دست آمده، ۱۰/۳ درصد از تغییرات متغیر میزان سلامت اجتماعی، به وسیله سه متغیر حمایت اجتماعی، سن و میزان استفاده از رسانه‌های جمعی تبیین می‌شود. میزان F نیز در جدول ۱۰ در سطح ۹۹ درصد ($\text{sig} = ۰/۰۰۰$) معنی دار شده است که حاکی از معنی دار بودن رگرسیون و قابلیت اعتماد به نتایج پیش‌بینی آن در تبیین متغیر وابسته می‌باشد.

جدول ۱۰: تجزیه و تحلیل رگرسیون چند متغیره متغیرهای مستقل و سلامت اجتماعی

مدل	درجه آزادی	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	کمیت F	سطح معنی داری	رگرسیون چندگانه	R ^۲
رگرسیون	۶	۵۶۲۴/۸۴۴	۹۳۷/۴۷۴	۶/۹۹۰	۰/۰۰۰	۰/۳۲۰	۰/۱۰۳
باقی مانده	۳۶۷	۴۹۲۲۱/۴۷۶	۱۳۴/۱۱۸				
جمع کل	۳۷۳	۵۴۸۴۶/۳۲۱					

جدول ۱۱: نتایج حاصله از رگرسیون چند متغیره فرضیه‌های تحقیق

سطح معنی‌داری	مقدار T	Beta	خطای استاندارد	B	شاخص‌ها متغیرها
۰/۰۰۰	۱۸/۱۱۸		۵/۳۷۰	۹۷/۱۳۳	مقدار ثابت
۰/۰۰۰	۳/۹۸۷	۰/۱۹۷	۰/۰۸۲	۰/۳۰۸	حمایت اجتماعی ادراک شده
۰/۰۰۰	-۳/۸۱۴	-۰/۱۸۹	۰/۱۶۵	-۰/۶۶۳	سن
۰/۰۰۲	۳/۱۸۸	۰/۱۵۸	۰/۳۱۵	۱/۰۰۴	میزان استفاده از رسانه

متغیرهای مستقلی که وارد معادله رگرسیون شده‌اند به قرار زیر می‌باشند:

$$Y = (0/197) \text{ حمایت اجتماعی ادراک شده} + (0/158) \text{ سن} - (0/189) \text{ میزان استفاده از رسانه}$$

ارقام مندرج در معادله بالا به این معناست که با افزایش یک واحد انحراف استاندارد در هر کدام از متغیرهای مستقل مطرح شده در جدول ۱۱، به اندازه‌ی بتای (Beta) آن متغیر بر متغیر وابسته یعنی سلامت اجتماعی، افزوده خواهد شد. در اینجا ملاحظه می‌شود که متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده در مقایسه با سایر متغیرها، سهم بیشتری در تبیین سلامت اجتماعی دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

آشنایی با معنا و مفهوم سلامت اجتماعی و چگونگی اندازه‌گیری، بهره‌مندی از شاخص‌ها و نیز یافتن راه‌های ارتقای آن، پیش‌نیاز هرگونه تلاش در زمینه دستیابی به سلامت اجتماعی و روانی که نیازی فردی و اجتماعی است، می‌باشد. سلامت، سنگ زیرین بنای توسعه اجتماعی است، ولی هرگاه سخنی از آن به میان آمده بیشتر بعد جسمانی آن مورد توجه بوده است - هرچند در دهه‌های اخیر به بعد روانی آن نیز توجه شده، اما به‌طور کلی جنبه 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 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 توسعه ملی می‌شود. با توجه به نقش بسیار حساس، راهبردی و سازنده دانشجویان در پیشبرد جامعه به اهداف متعالی و توسعه‌ای خود، سلامت این قشر از اهمیت دو چندان برخوردار است. در این پژوهش بر آن شدیم که به

سنجش سلامت اجتماعی و برخی عوامل اجتماعی مؤثر بر آن در بین دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز برداریم. لذا به همین منظور رابطه بین متغیرهای اجتماعی از جمله: میزان استفاده از رسانه‌های جمعی، عضویت در شبکه‌های اجتماعی، حمایت اجتماعی ادراک شده، قومیت، رشته تحصیلی، سن و جنس با سلامت اجتماعی بررسی گردید. در این پژوهش، تمامی این متغیرها به صورت نظری تعریف و بررسی شد. لارسون و کیز، 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 می‌باشد که نشان‌گر رضایت یا عدم رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی است» (لارسون، ۱۹۹۶: ۲۸۵). 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» (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴: ۵). چارچوب نظری این تحقیق به‌گونه‌ای ترکیبی انتخاب گردیده و سعی بر در نظر گرفتن نظریاتی شده است که بر سطوح و جنبه‌های مختلف هر یک از متغیرهای مستقل و تأثیر و رابطه آن‌ها با متغیر وابسته تأکید داشته‌اند. همچنین در این پژوهش جهت اندازه‌گیری متغیر سلامت اجتماعی و مؤلفه‌های آن، از مقیاس سلامت اجتماعی کیز که پنج مؤلفه آن شامل انسجام، پذیرش، شکوفایی، مشارکت و انطباق اجتماعی است، بهره برده‌ایم 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 بالاست و میانگین آن ۱۰۰/۴۴ می‌باشد (دامنه حداقل ۳۳ و حداکثر ۱۶۵). در این پژوهش بر اساس داده‌ها، نتایج زیر به دست آمد:

نتیجه نخست ارتباط بین میزان استفاده از رسانه‌های جمعی و سلامت اجتماعی را نشان می‌دهد که با توجه به سطح معنی‌داری ($sig= ۰/۰۰۷$) و همچنین مقدار ضریب همبستگی پیرسون به دست آمده ($r= ۰/۱۴۰$)، این دو متغیر دارای رابطه مستقیم و مثبت با یکدیگر می‌باشند. بنابراین می‌توان گفت که هرچه به میزان استفاده از رسانه‌های جمعی از سوی دانشجویان افزوده شود، میزان سلامت اجتماعی آن‌ها نیز افزایش می‌یابد. رسانه‌ها یکی از مهمترین اجزای زندگی مدرن امروزی هستند. امروزه که در موج سوم اطلاعاتی به سر می‌بریم، وسایل ارتباط جمعی و رسانه‌ها چنان جایگاهی در زندگی شهروندان یافته‌اند که ناگزیریم آن‌ها را در هر معادله‌ای لحاظ کنیم، زیرا جامعه اطلاعاتی‌ای که مانوئل کاستلز در دهه ۱۹۸۰ بدان اشاره کرد، شکل گرفته است. بنا بر تعریفی که بسیاری از اندیشمندان و فلاسفه ارائه داده‌اند، رسانه‌ها حتی به

بازتعریف مفاهیم اساسی زندگی روزمره می‌پردازند و از این منظر می‌توانند خود به معیاری برای تعریف واقعیت تبدیل شوند. بنابراین بررسی نقش هستی‌شناختی رسانه‌ها در زندگی امروزی، بسیار حائز اهمیت است - چنانچه بسیاری از فلاسفه معاصر به بررسی فلسفی جایگاه رسانه، به‌ویژه تلویزیون می‌پردازند. تلویزیون به‌مثابه رسانه دوران مدرن، می‌تواند برداشت‌های افراد را از جهان شکل ببخشد، زیرا امروزه واقعیت از شیشه تلویزیون به مردم نمایش داده می‌شود. از آن‌جاکه رویکرد غالب شبکه‌های خبری، رویکردی جهت‌دار است، وجوهی از واقعیت به نمایش درمی‌آیند و وجوهی از آن کنار گذاشته می‌شوند. بنابراین برداشت افراد از واقعیت، برداشتی است که تلویزیون ارائه می‌دهد (دهقانی، ۱۳۹۱). نتیجه این فرضیه با نتایج پژوهش‌های نیک‌ورز (۱۳۸۹) و مملی درهی (۱۳۹۴) همخوانی دارد.

نتیجه دوم این پژوهش نشان داد که بین عضویت در شبکه‌های اجتماعی و سلامت اجتماعی ارتباطی وجود ندارد. یافته‌های حاصل از تحلیل این فرضیه نشان می‌دهد که فعالیت و عضویت دانشجویان در شبکه‌های اجتماعی، ورزشی، علمی و فرهنگی این دانشگاه سلامت اجتماعی آنان را تأمین نمی‌کند و به‌طور کل تأثیری بر سلامت اجتماعی آن‌ها ندارد. نتایج این فرضیه متضاد با نظریه برکمن است. برکمن معتقد است که گستردگی شبکه‌های اجتماعی موجب افزایش تعاملات و بالا رفتن ارتباطات بین فردی می‌شود و از اثرات عضویت در همین شبکه‌های اجتماعی است که فرد می‌تواند در رویدادهای اجتماعی، مشارکت بیشتری داشته باشد و نقش‌های اجتماعی بیشتری را به عهده بگیرد (برکمن و همکاران، ۲۰۰۰)، اما در این پژوهش این قضیه مصداق پیدا نکرده است. نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های امینی نقده (۱۳۸۹)، مردانی (۱۳۹۳)، مولایی (۱۳۹۶)، استغن و دیگران (۲۰۱۱) و لی و زانگ (۲۰۱۵) همخوانی ندارد.

نتیجه سوم این پژوهش به ارتباط بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سلامت اجتماعی دلالت دارد؛ به‌گونه‌ای که نشان داد این دو متغیر دارای رابطه مستقیم و مثبت با یکدیگر می‌باشند. بنابراین با توجه به این نتیجه می‌توان گفت که هرچه بر میزان حمایت اجتماعی ادراک شده از سوی دانشجویان افزوده شود، میزان سلامت اجتماعی آن‌ها نیز افزایش می‌یابد. بنابراین نتایج نشان می‌دهد که دانشجویانی که از حمایت اجتماعی ادراک‌شده بالایی برخوردارند، میزان سلامت اجتماعی آن‌ها نیز در سطحی بالاتر قرار دارد. وجود حمایت‌های اجتماعی در جامعه موجب پذیرش، همبستگی، انسجام و درنهایت مشارکت اجتماعی می‌شود. افراد در صورت وجود این حمایت‌ها فکر می‌کنند که به جامعه تعلق دارند و به‌عنوان عضوی فعال در جامعه باید ایفای نقش کنند. لذا این نوع نگرش منجر به افزایش سلامت اجتماعی در جامعه می‌شود. نتایج

این فرضیه با نتایج تحقیقات صالح (۱۳۸۸)، نیک ورز (۱۳۸۹)، شیری (۱۳۹۰)، مولایی (۱۳۹۶) و استفن و همکاران (۲۰۱۱) همخوانی دارد.

در نتیجه آزمون بین متغیر قومیت و سلامت اجتماعی، ارتباط معناداری مشاهده نشد. برای آزمون این فرضیه از آنالیز واریانس یک طرفه استفاده شده است. با توجه به مقدار $F=2/236$ و $sig=0/050$ در جدول ۳، میانگین سلامت اجتماعی در بین گروه‌های قومیتی در جامعه آماری مورد مطالعه، تفاوت معناداری دارد. نتیجه این فرضیه با نتایج پژوهش مملی درهی (۱۳۹۴) همخوانی ندارد. همچنین در نتیجه بررسی ارتباط بین سن و سلامت اجتماعی، نتیجه حاصله دلالت بر ارتباط بین این دو متغیر دارد. بسیاری از تحقیقات نشان داده‌اند که میزان سلامت اجتماعی با افزایش سن در ارتباط است، یعنی هرچه 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. به بیان دیگر، بین دو متغیر سن و سلامت اجتماعی رابطه 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. نتیجه حاصل از این فرضیه با نتیجه تحقیق صالح (۱۳۸۸) همخوانی دارد و با نتایج تحقیقات مردانی (۱۳۹۳) و مملی درهی (۱۳۹۴) که در تحقیقات آن‌ها با افزایش سن سلامت اجتماعی افزایش یافته بود، همخوانی ندارد.

همچنین در این پژوهش، ارتباط معناداری بین جنس و سلامت اجتماعی مشاهده شده است. نتیجه حاصل از آزمون این فرضیه دلالت بر تأیید این فرضیه دارد؛ بدین صورت که می‌توان گفت سلامت اجتماعی برحسب جنس تفاوت معناداری دارد. نتایج نشان می‌دهد که 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 تشکیل‌دهنده 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، نوع و میزان حمایت‌های مختلفی که از دختران و پسران در خانواده و جامعه اعمال می‌شود، خود باعث تفاوت در میزان درک این حمایت از سوی دختران و پسران می‌گردد و می‌تواند عاملی مهم برای کاهش و یا افزایش در میزان اعتماد به نفس برای حضور و مشارکت در جامعه به شمار آید. بنابراین مجموع این عوامل باعث کاهش در میزان سلامت اجتماعی دختران نسبت به پسران شده است. نتیجه این فرضیه با نتایج پژوهش‌های مملی درهی (۱۳۹۴) و لاروج (۱۹۹۸) همخوانی دارد.

همچنین در نتیجه آزمون بین رشته تحصیلی و سلامت اجتماعی در این پژوهش، ارتباط بین این متغیرها تأیید شد. در این پژوهش برای آزمون این فرضیه از آنالیز واریانس یک طرفه استفاده شده است. با توجه به مقدار $F=3/382$ و $sig=0/010$ در جدول ۸، میانگین سلامت اجتماعی در بین رشته‌های تحصیلی در جامعه آماری مورد مطالعه، تفاوت معناداری دارد و معنی‌داری بین آن‌ها در سطح $0/95$ درصد اطمینان تأیید می‌شود. بنابراین این فرضیه تأیید می‌گردد.

در این پژوهش از میان سه متغیر مستقل موجود در مدل رگرسیونی، متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک شده و سن به ترتیب با مقدار ضریب بتای $0/197$ و $-0/189$ به بهترین وجه متغیر وابسته سلامت اجتماعی را تبیین کردند؛ به طوری که می‌توان نتیجه گرفت به ازای افزایش یک انحراف استاندارد در این متغیرها، میزان سلامت اجتماعی به ترتیب به میزان $0/197$ و $-0/189$ انحراف استاندارد افزایش خواهد یافت. بر اساس ضریب تعیین، $10/3$ درصد از تغییرات متغیر سلامت اجتماعی به وسیله سه متغیر مایت اجتماعی ادراک شده، سن و میزان استفاده از رسانه‌های جمعی تبیین می‌شود.

پیشنهادها

با توجه به نتایج پژوهش پیشنهادهای زیر ارائه می‌شود:

۱. با توجه به متفاوت بودن میزان سلامت اجتماعی در بین دختران و پسران در جامعه آماری این پژوهش، ارائه خدمات مشاوره‌ای به دانشجویان در زمینه سلامت اجتماعی و ارتقای آن و همچنین جهت افزایش ارتباط موثر و سازنده آنها در جامعه، لازم و ضروری می‌باشد.
۲. با توجه به اثبات اثر گذاری رسانه‌ها بر سلامت اجتماعی دانشجویان، پیشنهاد می‌شود که از رسانه‌ها برای پرداختن به مسائل دانشجویان و جوانان و همچنین هدفمند و متنوع کردن برنامه‌های آن‌ها برای جذب و هدایت آن‌ها کمک گرفته شود.

۳. با توجه به اینکه جوانان و دانشجویان در محدوده سنی خاصی (جوانی) قرار دارند، نیازمند حمایت و توجه جدی از سوی خانواده‌ها و اطرافیان هستند. لذا لازم است که خانواده‌ها و در سطح کلان، مدیران به ویژه در سیاست‌گذاری‌های خود نگاه ویژه‌ای به این مسئله داشته باشند.

۴. با توجه به اینکه هر پژوهشی دارای محدودیت‌هایی می‌باشد، این پژوهش جهت سنجش انواع متغیرهای اثرگذار دیگر از این امر مستثنی نبوده است. لذا توصیه می‌شود که در پژوهش‌های آتی سایر متغیرهای اثرگذار همچون: سبک زندگی، سرمایه اجتماعی، رضایت از زندگی، امید به آینده و ... سنجیده شود.

منابع

- امینی نغده، منصور. (۱۳۹۰). «بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی: مطالعه موردی جوانان ۱۸ تا ۲۹ ساله شهر نغده». پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- پارک، جی، ای و پارک، ک. (۱۳۸۳). درسنامه پزشکی پیشگیری و اجتماعی (کلیات خدمات بهداشتی). جلد دوم. حسین شجاعی تهرانی و حسین ملک افضلی. چاپ سوم، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی گیلان
- خیراله‌پور، اکبر. (۱۳۸۳). «بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روانی با تأکید بر سرمایه اجتماعی (مطالعه موردی: دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی)». پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته جامعه‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی تهران.
- دهقانی، مریم. (۱۳۹۱). «نقش رسانه‌ها در سلامت روانی جامعه بررسی آسیب‌ها، ریشه‌یابی چالش‌ها و نقش ترمیمی رسانه در خانواده و جامعه». پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه پیام نور، مرکز فیروزآباد.
- رفیع پور، فرامرز. (۱۳۸۷). آنومی یا آشفتگی اجتماعی (پژوهشی در زمینه پتانسیل آنومی در شهر تهران). تهران: انتشارات سروش
- سام آرام، عزت‌الله. (۱۳۸۸). «بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس محور». فصلنامه علمی پژوهشی انتظام اجتماعی. سال اول، شماره اول. ۲۹-۹.
- شیری، مرتضی. (۱۳۹۰). «بررسی میزان سلامت اجتماعی افراد کم‌توان جسمی - حرکتی و عوامل مؤثر بر آن در شهر تهران». پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته مددکاری اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- صالح، صلاح‌الدین. (۱۳۸۸). «بررسی تأثیر حمایت‌های اجتماعی بر میزان سلامت اجتماعی همسران جانبازان اعصاب و روان در شهر تهران». پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته مددکاری اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.

- کدخدایی، فاطمه و لطفی، سروش. (۱۳۹۲). «سنجش میزان سلامت اجتماعی دانش‌آموزان دختر مقطع دبیرستان‌های شهر شیراز و بررسی عوامل مؤثر بر آن». فصل‌نامه پژوهش اجتماعی. سال پنجم، شماره بیستم، صص ۱۸۳ تا ۲۰۷.
- گنجی، حمزه. (۱۳۸۳). بهداشت روانی. تهران: نشر ارسباران
- محمدنبی، مریم. (۱۳۸۱). «تأملی در سلامت اجتماعی». نشریه حدیث زندگی. شماره ۷.
- مردانی، عارفه. (۱۳۹۳). «بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه یزد». پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد، رشته جامعه‌شناسی، دانشگاه علوم اجتماعی.
- مملی درهی، فروزان. (۱۳۹۴). «بررسی برخی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی (مورد مطالعه: شهروندان ۱۸ سال به بالاتر شهر اهواز)». پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته جامعه‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- مولایی، جابر. (۱۳۹۶). «بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی در استان ایلام». طرح پژوهشی، دانشگاه پیام نور استان ایلام.
- نیک‌ورز، طیبه. (۱۳۸۹). «بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان دختر و پسر دانشگاه شهید باهنر کرمان». پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته جامعه‌شناسی، گروه علوم اجتماعی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر کرمان.
- واتیزمن، آلیس (۱۳۶۷). رشد اجتماعی. سیما نظری. چاپ دوم، تهران: انتشارات انجمن اولیا و مربیان اسلامی ایران
- وحیدفاضل، فریده. (۱۳۹۱). «سلامت اجتماعی جوانان و عوامل مؤثر بر آن در شهر تهران». پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته جامعه‌شناسی، دانشکده اقتصاد و علوم اجتماعی، دانشگاه الزهرا (س).
- وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی. (۱۳۸۵). عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت. معاونت سلامت، دبیرخانه عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت.
- Berkman.Lisa, Glass. Thomas, Brissette. Ian, Seeman, Teresa. (۲۰۰۰). **“From social integration to health: Durkheim in the new millennium”**. Social science & Medicine, ۵۱, ۸۴۳-۸۵۷.

- Blanco, Amalio & Diaz, Dario. (2007). **“Social order and mental health: a social well-being approach”**. Autonoma university of Madrid, psychology in Spain, vol. 11.
- Han, S., Kim, H. & Lee, H. (2012). **“A multilevel Analysis of Social Capital and Self-reported health: evidence from Seoul, Korea”**. International Journal Equity in Health 11 (3) 12- 1.
- Keyes, C. L.M & Shapiro, Adam. (2004). **Social well-being in the United States: A Descriptive Epidemiology.**
- Keyes, Corey Lee, M. (1998). **“Social well-being”**. Social psychology quarterly, vol. 61, N.2, pp121-190.
- Keyes, Corey Lee.M. (2002). **“The Mental Health Continuum: From languishing to flourishing in life”**. Journal of Health and Social Research, 43. 207- 222.
- Larson, James. (1996). **“The measurement of social well-being”**. Social Indicators Research 28,pp 285-296.
- Larson, James. (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.
- Raphael, D. (2009). **Social Determinants of Health: Canadian Perspectives.** 2nd edition. Toronto: Canadian Scholars’ Press.
- Stephens, C.; Alpass, F.; Towers, A. and Stevenson, B. (2011). **“The effects of types of social networks, perceived social support, and loneliness on the health of older people: accounting for the social context”**. Journal of Aging Health, 6:887 -911.

- Vergolini, L. (۲۰۱۱). “**Social cohesion in Europe: how do the different dimensions of inequality affect social cohesion?**”. International Journal of comparative sociology, ۳: ۱۹۷-۲۱۴.
- World Health organization. (۱۹۷۹). **Health for all**. Sr. No۵.

Measuring Social Health and Some Social Factors Affecting It

Karim Reza Doost

Ph.D., Associate Professor, Sociology Department, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

Ali Hossein Hossein Zadeh

Ph.D., Full Professor, Sociology Department, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

Ayub Rostami

Master Degree in Sociology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

Received: ۶ Apr. ۲۰۱۹

Accepted: ۱۸ May ۲۰۱۹

The study is to measure social health and some social factors affecting it. The theoretical framework of this research is based on theories of Keys, Baudrillard, Lycec, Berkman, Rose and Wu. The method of this research is quantitative and survey type. The statistical population includes all students of Shahid Chamran University of Ahwaz. The sample size was ۳۷۴ persons based on the Cochran formula. The stratified sampling was considered proportional to volume. The findings showed the mean of social health of students as ۱۰۰/۴۴ which indicates that their average health is moderate. The findings also showed that there is a significant relationship between perceived social support, mass media, field of study and sex with social health. There was also a reverse and significant relationship between age and social health, but there was not a significant

relationship between membership variables in social networks and ethnicity with the dependent variable of social health. The results of multivariate regression showed that three variables (perceived social support, mass media and age) account for 10.3% of the changes in social health.

Key Words: Social Health, Social Support, Social Networks and University Students