

مروری بر عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی در دانشجویان

رضا شهریاری پور^۱، فرشاد مرادی^۲

چکیده

سلامت اجتماعی تابعی از عوامل مختلف اجتماعی و فرهنگی است و دانشجویان در طی دوران تحصیل با مسائل و مشکلات عدیده‌ای روبرو است که هر کدام می‌تواند به نوعی بر سلامت اجتماعی او خدشه وارد کند. زندگی دانشجویی همواره با تنش‌ها و فشارهای متعددی همراه است که به صورت‌های مختلف سلامت اجتماعی دانشجویان را تهدید می‌کند. سلامت اجتماعی در راستای پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی دانشجویان یکی از ملاک‌های اساسی است. ارتقاء این پدیده در سطح دانشگاه‌ها با بهره‌وری، آگاهی بخشی، رشد سرمایه‌های انسانی و اجتماعی، افزایش مهارت‌های اساسی و اجتماعی دانشجویان همراه است. براساس یافته‌های بدست آمده از تحقیقات قبلی، شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی و انسجام اجتماعی، پنج مؤلفه برای سلامت اجتماعی دانشجویان است. پایگاه اجتماعی-اقتصادی، عوامل جمعیت شناختی، عوامل روانی و اجتماعی، مهارت‌های ارتباطی، گرایش مذهبی، و شبکه‌های اجتماعی از مهم‌ترین عوامل مؤثر و پیوندهای ارتباطی با سلامت اجتماعی در میان دانشجویان محسوب می‌شوند. در نتیجه، سلامت اجتماعی دانشجویان از عوامل مختلف تأثیر می‌پذیرد و زمانی دارای کارایی و اثربخشی مطلوب خواهد بود که نیازهای دانشجویان لحاظ گردد.

کلیدواژه‌ها: سلامت اجتماعی، دانشگاه، دانشجویان، گرایش مذهبی

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری مدیریت آموزشی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران، پست الکترونیک:

rezashahryaripour@semnan.ac.ir

۲. کارشناس ارشد مدیریت آموزشی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

مقدمه

در حال حاضر، ورود به دانشگاه یک رویداد مهم و بسیار حساس در زندگی نیروهای کارآمد و فعال جوان در هر کشوری به شمار می‌رود که غالباً با تغییرات زیادی در سلامت اجتماعی و فردی آن‌ها همراه است (احمری طهران، حیدری، کچوئی، مقیسه و ایرانی، ۱۳۸۸). بدون تردید مؤلفه‌های متنوع و متعدد، هم از نظر کمی و هم به لحاظ کیفی، دانشگاه و دانشجو را تحت تأثیر قرار می‌دهد به گونه‌ای که دائماً با تصویر و تعریف جدیدی از دانشگاه و دانشجو روبرو می‌شویم (حاتمی، ۱۳۸۹). در همین راستا، موضوع سلامتی دانشجویان یک مسئله حیاتی است که امروزه با چالش‌های زیادی روبرو است. اهمیت این مسئله به‌ویژه زمانی بیشتر می‌شود که برخی مطالعات نشان می‌دهند که مشکلات این قشر روندی افزایشی دارد؛ به طوری که نتایج پژوهش‌های گوناگون نشان داده که امروزه دانشجویان نسبت به قبل به میزان بیشتری به مراکز مشاوره دانشگاهی مراجعه می‌کنند که این امر ناشی از پیچیده‌تر شدن مشکلات آنان است (باباپورخیرالدین، طوسی و حکمتی، ۱۳۸۸). در همین راستا، طبق گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت، جهان طی دو دهه آینده شاهد تغییرات عمده‌ای در زمینه همه‌گیرشناسی بیماری‌ها و نیازهای بهداشتی افراد خواهد بود؛ به گونه‌ای که بیماری‌های غیر واگیر همچون بیماری‌های روانی، به‌سرعت جایگزین بیماری‌های عفونی و واگیردار می‌شوند و در صدر عوامل ایجادکننده ناتوانی و مرگ‌های زودرس قرار می‌گیرند (گروسی فرشی و صوفیانی، ۱۳۸۷). این مشکلات و معضلات روان‌شناختی به دلایلی از جمله طبیعت نوجوانی و جوانی، دوری از خانواده و زندگی دانشجویی، وابستگی (عدم استقلال) اقتصادی و روانی، عدم ثبات جایگاه و نقش اجتماعی، نگرانی از آینده، تغییر و پیشرفت سریع در علوم برای قشر دانشجو شدت بیشتری دارد. شکورنیا، مهتدی و الهام پور (۱۳۹۲) در پژوهشی روی ۳۲۰۰ نفر دانشجوی شاغل به تحصیل بدین نتیجه دست یافت که کم‌تر از یک چهارم از دانشجویان به مرکز مشاوره دانشجویی مراجعه کرده‌اند و بیش‌ترین علل مراجعه به این مراکز در بیش‌تر گروه‌ها، مشکلات آموزشی و روانی — عاطفی بوده است. بنابراین پیشنهاد می‌شود که نیازسنجی مداوم در خصوص نیازهای مشاوره‌ای دانشجویان و

برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای حل شایع‌ترین مشکلات آن‌ها انجام گردد. تیریزی زاده، یاسینی، رستم زاده و زارع (۱۳۹۱) در پژوهشی نتیجه گرفتند که با توجه به نتایج پژوهش و میزان موارد مشکوک به اختلال روانی در دانشجویان، توجه بیشتر مسوولین جهت حل مشکلات روانی دانشجویان و فعال‌سازی مراکز مشاوره دانشجویی ضروری به نظر می‌رسد. صادقیان و حیدریان پور (۱۳۸۸) در تحقیقی نتیجه گرفتند که استرسورهای متعددی سلامت روانی دانشجویان را تهدید می‌کند. بر این اساس پیشنهاد می‌شود ضمن فراهم کردن امکان مشاوره، شرایط حاکم بر محیط‌های آموزش به نحوی اصلاح گردد که باعث محافظت از دانشجویان در برابر اختلالات روانی شود. جهانی‌هاشمی، رحیم زاده، قافله‌باشی و ساریچلو (۱۳۸۷) نتیجه گرفتند که با توجه به شیوع اختلال روانی در بین دانشجویان، باید تدابیری اتخاذ شود تا عوامل مؤثر در بروز این اختلال‌ها کاهش یابند.

سلامت اجتماعی در زندگی همان ارزیابی‌ها و نگرش‌های مثبت و منفی از دیگران است که در طی زندگی روزمره خود با آنان در تعامل اجتماعی هستند. سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد است که در عرصه اجتماع به ظهور می‌رسد (شربتیان، ۱۳۹۳). زمانی شخص را واجد سلامت اجتماعی می‌دانیم 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 (سام‌آرام، ۱۳۸۸). بنابراین، سلامت یک محصول اجتماعی است و برای دسترسی به سلامت کامل، تنها سلامت جسمی و روانی کافی نیست، بلکه از آنجاکه انسان در محیطی جمعی زندگی می‌کند، سلامت اجتماعی نیز ضروری است (امینی رارانی، موسوی و رفیعی، ۱۳۹۰). می‌توان گفت فرد سالم کسی است که از نظر اجتماعی، جامعه را به صورت یک مجموعه معنادار، قابل فهم و بالقوه برای رشد و شکوفایی دانسته و احساس می‌کند که به جامعه تعلق دارد، از طرف جامعه پذیرفته می‌شود و در پیشرفت آن سهیم است (نگون، ۲۰۱۳). امروزه، جامعه ایران با حجم نسبت‌انبوه جمعیت و تنوع گستردگی قومی فرهنگی که در جغرافیایی نسبتاً ناموزون و بسیار متنوع توزیع شده است، با موضوع سلامت در تمام ابعاد آن روبرو است. در همین راستا، در بین دانشجویان

کشور نیز، تنیدگی‌های دوره تحصیلی، تضادهای قومی و فرهنگی وجود دارد و بر جنبه‌های مختلف زندگی دانشجویان اثر گذاشته و سلامتی این قشر را به خطر می‌اندازد. از طرف دیگر با توجه به این که دانشجویان در دوره خاص رشدی و تحولی خود هستند و به اصطلاح در دوره گذار^۱ به سر می‌برند، لذا همواره در معرض تنیدگی بوده و عوامل تنیدگی‌زای بی‌شماری را تجربه می‌کنند (راس، نمبلینگ و هیکرت^۲، ۱۹۹۹). این وضعیت فرصت‌هایی برای یافتن راهکارها و مدل‌های ارتقاء و گسترش سلامت اجتماعی و تهدیدهایی در از دست رفتن سلامت اجتماعی موجود یا کم‌رنگ شدن آن به قیمت انتقال به دوره مدرن را به همراه دارد (موسوی و شیانی، ۱۳۹۴). شرایط و موقعیت‌های محیط دانشگاهی و عوامل متعددی از جمله دوری از خانواده، مواجهه با فرهنگ‌های مختلف، تأثیر گروه دوستان، مقررات زندگی جمعی، ناکامی عاطفی و مشکلات تحصیلی باعث می‌گردد که آستانه مقاومت این قشر از جامعه (دانشجویان) کاهش یابد. در چنین شرایطی، افزایش قدرت سازگاری و بالاترین ظرفیت‌های مقابله‌ای فردی و اجتماعی از طریق آموزش مهارت‌های فردی و اجتماعی، امکان‌پذیر است. بنابراین سلامت اجتماعی دانشجویان تابعی از عوامل مختلف اجتماعی و فرهنگی است و دانشجویان پس از ورود به دانشگاه با محیط جدیدی روبرو می‌شوند که بازنگری قبلی او و محیط اجتماعی گذشته‌اش متفاوت است. دانشجویان در طی دوران تحصیل نیز با مسائل و مشکلات عدیده‌ای روبرو می‌شوند که هر کدام می‌تواند به سلامت اجتماعی او خدشه وارد کند. مطابق آنچه گفته شد به نظر می‌رسد می‌توان مباحث عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان را واکاوی و جایگاه این عوامل را مشخص نمود. در نتیجه می‌توان راه را برای تلاش‌ها جهت تدوین برنامه‌ای در راستای افزایش سلامت اجتماعی دانشجویان گشود و حساسیت و نگرانی مسئولان و قانون‌گذاران را در قبال سلامت اجتماعی دانشجویان بیشتر کرد تا سازمان‌ها به‌ویژه دانشگاه‌ها بتوانند در جهت حفظ و ارتقای سلامت که در نهایت منجر به عملکرد بهتر فرد و ارتقای سلامت جمعی در جامعه می‌شود گام‌های مؤثری را بردارند (شربتیان، ۱۳۹۱).

مفهوم سلامت

سلامت پدیده‌ای است که درجه بالایی از بهزیستی جسمی، روانی و اجتماعی را با خود به همراه می‌آورد و در هر فرهنگی معنا و مفهوم خاصی را به دنبال دارد. بر این اساس سلامت پدیده‌ای است که در هر جامعه‌ای تاندازه‌ای به حس مشترک و فرهنگ مردم آن جامعه از سلامت بازمی‌گردد (شریتیان، ۱۳۹۳). با توجه به اینکه مفهوم سلامت بسیار گسترده است و شامل مباحث ظریف تکنیکی تا مفاهیم اخلاقی و فلسفی می‌شود؛ در دوره‌های مختلف تعاریف بسیاری از سلامت شده که به برخی از مهم‌ترین آن‌ها اشاره می‌شود.

- در فرهنگ آکسفورد سلامت نوعی وضعیت عالی جسم و یا روح و حالتی از اعمال بدن تلقی شده که به موقع و به گونه‌ای مؤثر فعالیت می‌کند.
- در فرهنگ وبستر همانند فرهنگ آکسفورد سلامت وضع عالی و خوب بدن، اندیشه و روح در نظر گرفته شده است. در این فرهنگ وضعیت عللی بیشتر سنخیت با سلامت جسمی دارد که هر چه افراد از درد، ناراحتی و یا بیماری جسمی دورتر باشند سلامتی خواهند داشت.

- جالینوس پزشک یونانی هم سلامت را با توجه به شرایط محیطی و جسمی انسان عبارت از وجود معینی از گرمی، سردی، رطوبت و خشکی می‌داند.
- ابن سینا پزشک ایرانی سلامت را سرشت یا حالتی از درست فعالیت کردن اعمال و دستگاه‌های بدن انسانی دانسته که نقطه مقابل آن بیماری است (هزار جریبی و صفری شالی، ۱۳۹۱، به نقل از شریتیان، ۱۳۹۳).

با توجه به این تعاریف، پدیده سلامت به صورت پدیده دوگانه که نقطه مقابل آن بیماری است مورد اهمیت قرار گرفته است. در این میان تعریفی از سلامت که بیش از همه مورد پذیرش قرار گرفته است، تعریف سازمان جهانی بهداشت (۱۹۴۸) است که: «سلامت عبارت است از رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و نه تنها بیماری یا معلول نبودن» (به نقل از سجادی و صدرالسادات، ۱۳۸۴). بر این اساس سلامت مفهوم مثبت است که در زمان ارزیابی تندرستی و سلامتی فرد باید زمینه‌های روانی و اجتماعی زندگی افراد را هم مورد توجه قرار داد.

سلامت اجتماعی

سلامت اجتماعی، از مفاهیمی است که ارائه تعریف دقیقی از آن کار دشواری است. تنوع تعاریف موجود در این زمینه سبب ایجاد دیدگاه‌های متفاوتی می‌شود که درست یا نادرست بودن آن را نمی‌توان به وضوح تشخیص داد. در متون موجود تعریف رسمی از سلامت اجتماعی وجود ندارد (امینی رارانی و همکاران، ۱۳۹۰). سلامت اجتماعی، ارزیابی شخص از نحوه عملکردش در اجتماع و نوع نگرش او نسبت به افراد دیگر جامعه است. بدون شک شیوه برخورد فرد با مسائل مربوط به خود، نوع نگرش او را نسبت به سایر افراد و گروه‌های اجتماعی تحت تأثیر قرار می‌دهد (ون امرن، ساکسنا و ساراسنو، ۲۰۰۵). اسمیت ارزیابی رفتارهای معنادار مثبت و منفی فرد را سلامت اجتماعی تعریف می‌نماید و آن را یکی از اساسی‌ترین شاخص‌ها معرفی می‌کند که به کارا بودن فرد در جامعه منجر می‌گردد (اسمیت و کریستاکیس، ۲۰۰۸). در حقیقت، زمانی فرد دارای سلامت اجتماعی است که بتواند فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی خود را در حد متعارف بروز دهد و با جامعه و هنجارهای اجتماعی ارتباط برقرار کند (هاس، ۲۰۰۲). ریشه و مفهوم سلامت اجتماعی را باید در محیط‌زیست مادی مثبت (یعنی با توجه به موضوعات اقتصادی و اجتماعی) و محیط‌زیست انسانی مثبت مورد توجه قرارداد. سلامت اجتماعی به مثابه بُعد اجتماعی سلامت فرد در کنار دو بُعد جسمانی و روانی به رابطه فرد با جامعه مربوط می‌شود (هزارجریبی و صفری شالی، ۱۳۹۱).

شاخص‌های سلامت اجتماعی

نشانه‌های مناسب سلامت اجتماعی نه تنها برای اندازه‌گیری سلامت اجتماعی در یک کشور یا یک منطقه بکار می‌آیند بلکه برای سنجش وضع سلامت یک کشور در مقایسه با کشور یا کشورهای دیگر و نیز برای سنجش نیازهای سلامت جامعه نیز به کار می‌رود. نشانه‌های سلامت اجتماعی برای تخصیص منابع محدود و برای پیش و ارزشیابی خدمات بهداشتی و برنامه‌ها و فعالیت‌های مربوطه هم مورد نیاز هستند. نشانه‌ها کمک

می کنند تا فاصله دستیابی به اهداف و مقاصد برنامه‌ها اندازه‌گیری شود (توکل، ۱۳۹۳). اگر نشانگرها پی‌درپی و مستمراً در طول زمان اندازه‌گیری شوند می‌توانند جهت و شتاب دگرگونی را نشان دهند و به‌منظور مقایسه وضع گروه‌های مردم یا مناطق در یک مقطع زمانی همانند بکار روند (سجادی و صدرالسادات، ۱۳۸۴). در زیر به شاخص‌های سلامت اجتماعی پرداخته می‌شود.

۱. شاخص کانکتیکت^۱

این شاخص برای سنجش وضعیت سلامت اجتماعی ایالت کانکتیکت در آمریکا طراحی شده است. این شاخص، همه مراحل زندگی، همه سنین و همه گروه‌های اجتماعی اقتصادی را در برمی‌گیرد. نشانگرهای این شاخص عبارتند از: میزان مرگ‌ومیر شیرخواران، سوءاستفاده از کودکان، بیکاری، میانگین درآمد هفتگی، هزینه مراقبت‌های بهداشتی، خودکشی جوانان، ترک تحصیل، زایمان در دوران نوجوانی، جرم، مسکن و گوناگونی درآمد. این ۱۱ نشانگر چشم‌اندازی کلی و جامع از سلامت اجتماعی را نشان می‌دهد. این نشانگرها حاکی از وضعیت حیطه‌ها و مؤلفه‌های کیفیت زندگی مانند سلامت، بیکاری، درآمد، آموزش، امنیت و آسایش روان‌شناختی هستند. عملکرد در هر نشانگر، بیان‌کننده توان نهادهای اجتماعی مانند جامعه، مدرسه و خانواده است (توکل و ناصری راد، ۱۳۹۰ به نقل از توکل، ۱۳۹۳).

۲. شاخص آسایش و رفاه اجتماعی ورمونت^۲

مفهوم آسایش و رفاه اجتماعی نزد افراد گوناگون متفاوت فهمیده می‌شود. برای نمونه، برای همه آحاد جامعه سلامت، تمیزی آب‌وهوا، فرصت‌هایی برای تفریح و به دست آوردن آنچه برای آن ارزش قائلیم؛ چیزهایی هستند که اندازه‌گیری و سنجش آن دشوار است. این شاخص می‌تواند برخی راه‌های عینی برای دستیابی به پیشرفت، رفاه و آسایش اجتماعی بیشتر شهروندان را نشان دهد و برای راهنمایی و هدایت مدیر یک برنامه، قانون‌گذار و شهروند کاربرد دارد (توکل، ۱۳۹۳). این شاخص دارای نشانگرهایی است

و از ترکیب متغیرهای گوناگون از جمله متغیرهای بهداشتی، اجتماعی، اقتصادی و زیست‌محیطی به دست می‌آید. از جمله این نشانگرها عبارتند از: میزان طلاق، میزان دانش‌آموختگان، درصد زایمان، درصد دانش‌آموزان دبیرستانی که ادامه تحصیل داده‌اند، درصد بیکاران جوان، میزان فقر، درآمد سالانه، میزان جرم برآمده از خشونت، میزان جرم مالی، میزان خودکشی و میزان نگهداری بیماران روانی در مؤسسات (توکل و ناصری راد، ۱۳۹۰، به نقل از توکل، ۱۳۹۳).

۳. شاخص سلامت اجتماعی فوردهام^۱

این شاخص توسط، میرینگوف^۲ و همکاران در مؤسسه نوآوری در سیاست اجتماع وابسته به دانشگاه فوردهام تدوین شده است. ویژگی مهم شاخص مذکور این است که برای گروه‌های مختلف جمعیت برحسب سن به تفکیک ارائه شده است. شاخص سلامت اجتماعی فوردهام در جدول ۱ ارائه شده است (میرینگوف و همکاران، به نقل از سجادی و صدرالسادات، ۱۳۸۴)

جدول ۱: شاخص‌های سلامت اجتماعی برحسب گروه سنی

کودکان	جوانان	بزرگسالان	سال‌مندان	همه سنین
میزان مرگ‌ومیر شیرخواران	خودکشی نوجوانان	بیکاری	فقر در دوران سالمندی	قتل
کودک‌آزاری	مصرف مواد مخدر	میانگین درآمد هفتگی	هزینه‌های درمانی غیر بیمه‌ای	مرگ‌ومیر جاده‌ای ناشی از مصرف الکل
فقر کودکان	میزان ترک تحصیل	پوشش بیمه درمانی		پوشش مواد غذایی
	میزان بارداری			دسترسی به مسکن نابرابری درآمد

۴. شاخص سلامت اجتماعی کییز^۳

کییز (۱۹۹۸) سلامت اجتماعی را ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که وی به عنوان عضوی از آنهاست، تعریف می‌کند. وی بر این اساس مدل پنج عاملی خویش را مطرح می‌کند

1. Fordham
2. Miringoff

3. Keyes

که در آن پنج عامل انسجام، پذیرش، شکوفایی، مشارکت و انطباق اجتماعی شاخص‌های سلامت را تشکیل می‌دهند. کیز (۱۹۹۸) بعد سلامت‌روانی و اجتماعی را نشانه کارکرد مثبت می‌خواند و می‌گوید اگر فرد شرایط دو بعد سلامت احساسی (احساس خوب و رضایت از زندگی) و بعد کارکرد مثبت را داشته باشد، از سلامت روان برخوردار است. وی این وضعیت را بالندگی می‌نامد. افراد بالنده احساس خوبی به زندگی دارند و در رابطه با دیگران و در جامعه، فعال و سازنده‌اند. کیز (۱۹۹۸) نبود سلامت‌روانی را پژمردگی می‌خواند. افراد پژمرده، احساس خوبی به زندگی ندارند و کارکرد روانی و اجتماعی‌شان مشکل دارد. این افراد دچار یأس و نومییدی بوده و زندگی خود را پوچ و خالی می‌بینند. این وضعیت با افسردگی تفاوت دارد. کیز (۱۹۹۸) نشان داد که بهداشت روانی دارای ابعاد هیجانی، روانی و اجتماعی است و با توجه به مفهوم‌پردازی‌های نظری از سلامت اجتماعی یک مدل پنج بعدی قابل‌سنجش ارائه داد. طبق این ابعاد فرد سالم از نظر اجتماعی زمانی عملکرد خوبی دارد که اجتماعی را به‌صورت یک مجموعه معنادار، قابل‌فهم و دارای توانایی برای رشد و شکوفایی بداند. احساس کند که متعلق به گروه‌های اجتماعی^۱ متعلق به خود است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن شریک بداند. محتوای مقیاس سلامت اجتماعی وی طیف مثبتی از ارزیابی فرد از تجاربش در جامعه است. این مقیاس جدید با مقیاس‌های سلامت اجتماعی در سطح بین‌فردی (مثل پرخاشگری) و سطح اجتماعی (مثل فقر و جایگاه اجتماعی) تفاوت دارد (به نقل از حاتمی، ۱۳۸۹). در جدول ۲ ساختارهای سلامت اجتماعی با توجه به سطوح تحلیل و پیوستار اندازه‌گیری ارائه شده است.

جدول ۲. ساختارهای سلامت اجتماعی با توجه به سطوح تحلیل و پیوستار اندازه‌گیری

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

منبع: (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴ به نقل از هزارجریبی و صفری شالی، ۱۳۹۱)

کیز در سطح تحلیل فردی، پنج شاخص را برای بررسی سلامت اجتماعی پیشنهاد می‌کند

که در ذیل به آن‌ها اشاره شده است.

۱) شکوفایی اجتماعی^۱: یعنی فرد در جامعه به این باور برسد که جامعه در حال تکامل تدریجی بوده و توانایی‌های بالقوه‌ای برای تحولات مثبت دارد و فرد شرایط آینده جامعه را امیدوارکننده بداند.

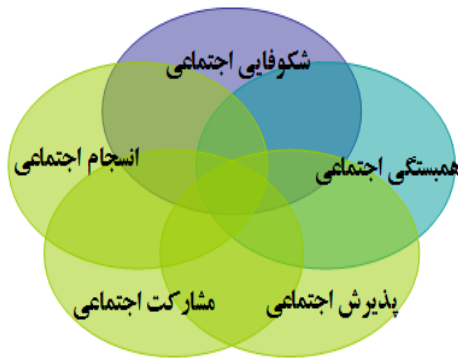
۲) همبستگی اجتماعی^۲: این مفهوم در مقابل بی‌معنایی در زندگی است و درحقیقت درکی که فرد نسبت به کیفیت، سازمان‌دهی و اداره دنیای اجتماعی اطراف خود دارد.

۳) انسجام اجتماعی^۳: در این شاخص فرد خود را ارزیابی کرده و به این نتیجه می‌رسد که بخشی از جامعه بوده و خود را همچون سایرین در وقایع جامعه سهیم می‌داند.

۴) پذیرش اجتماعی^۴: پذیرش اجتماعی شامل پذیرش دیگران، اعتماد به خوب بودن ذاتی دیگران و نگاه مثبت به ماهیت انسان‌هاست و همگی آن‌ها باعث می‌شود که فرد در کنار سایر اعضای جامعه انسانی، احساس راحتی کند.

۵) مشارکت اجتماعی^۵: در این شاخص افراد به این باور و احساس می‌رسند که چیز با ارزشی برای ارائه به جامعه دارند و فعالیت‌های آن‌ها برای جامعه مهم است (شریتیان، ۱۳۹۳).

پنج شاخص سلامت اجتماعی کبیز در شکل ۱ ارائه شده است.



شکل ۱. پنج شاخص سلامت اجتماعی کبیز - منبع: (کبیز، ۱۹۹۸، به نقل از حاتمی، ۱۳۸۹)

1. social actualization
2. social coherence
3. social integration

4. social acceptance
5. social contribution

۵. شاخص‌های سلامت اجتماعی در ایران

در تحقیقات انجام گرفته در ایران، فقدان فقر، فقدان خشونت، رشد کنترل شده جمعیت، برابری در پیشگاه قانون، حقوق بشر، آموزش همگانی رایگان، دسترسی همگانی به خدمات سلامت، امنیت، آزادی عقیده، احساس رضایت از زندگی، پوشش بیمه، توزیع عادلانه درآمد، اشتغال و فقدان بیکاری، عدم تبعیض قومی نژادی و منطقه‌ای، مردم‌سالاری، مشروعیت دولت و نظارت مردم‌سالارانه بر حکومت، به‌عنوان ابعاد سلامت اجتماعی مورد در نظر گرفته شده‌اند (امینی رازانی و همکاران، ۱۳۹۰). باباپورخیرالدین و همکاران (۱۳۸۸)، یحیی زاده و پورات (۱۳۹۳)، افجه و سام آرام (۱۳۸۹) در پژوهش‌های خود از ابعاد پنج‌گانه کبیز به‌عنوان الگوی تعریف و ارائه شاخص‌های مفهوم سلامت اجتماعی استفاده کرده‌اند و پنج مؤلفه برای سلامت اجتماعی در نظر گرفته‌اند که عبارت‌ند از: ادغام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انسجام اجتماعی. در پژوهش فدایی مهربانی (۱۳۸۹) ابعاد اخلاقی سلامت اجتماعی از قبیل اخلاق اجتماعی، عرف اجتماعی، آموزه‌های اخلاقی و اخلاق جهان‌شمول بشری در نظر گرفته شده است. امینی رازانی و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهش خود مؤلفه‌های زیر را به‌عنوان ابعاد هفت‌گانه سلامت اجتماعی در ایران معرفی کرده‌اند:

- کسی زیرخط فقر نباشد
- خشونت در جامعه وجود نداشته باشد
- رشد جمعیت کنترل شده باشد
- آموزش تا پایان دوره راهنمایی اجباری و رایگان و سپس رایگان باشد
- توزیع درآمدها عادلانه باشد
- همه مردم تحت پوشش بیمه باشند
- بیکاری وجود نداشته باشد

در تحقیقات بررسی شده دیگر در ارتباط با سلامت اجتماعی در ایران، به این حوزه‌ها نیز توجه شده است: اخلاق اجتماعی، عرف اجتماعی، آموزه‌های اخلاقی، اخلاق عملی، ادغام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، انسجام

اجتماعی، قلمروهای ارتباطی، مهارت‌های زندگی و اجتماعی شدن (توکل، ۱۳۹۳).

شاخص‌های سلامت اجتماعی دانشجویان مبتنی بر دیدگاه کبیز

۱. شکوفایی اجتماعی: منظور این است که جامعه به شکل مثبت در حال رشد است. شکوفایی اجتماعی یعنی فکر کردن به اینکه جامعه پتانسیل رشد به شکل مثبت را خواهد داشت و می‌تواند این توانمندی را به شکل بالفعل درآورد. شکوفایی اجتماعی عبارت است از ارزیابی توان بالقوه مسیر تکامل اجتماع. شکوفایی اجتماعی به این معناست که اجتماع در حال یک تکامل تدریجی است و توانمندی‌های بالقوه‌ای برای تحول مثبت دارد که از طریق نهادهای اجتماعی شناسایی می‌شود. افراد سالم در مورد شرایط آینده جامعه امیدوار و قادر به شناسایی نیروهای جمعی هستند و معتقدند که خود و سایر افراد از این نیروها و تکامل اجتماع سود می‌برند (عبدالله تباردرزی، کلدی، محقق‌ی کمال، ستاره فروزان و صالحی، ۱۳۸۸). بر این اساس دانشجویانی که در توسعه فردی و اجتماعی خویش از این رشد برخوردار می‌باشند، باور دارند که خودشان سازنده سرنوشت خود و دیگران خواهند بود. پس خود را در حال تحول مستمر و دارای نیروهای بالقوه می‌دانند که تلاش می‌کنند تا این نیروها را شکوفا سازند.

۲. همبستگی اجتماعی: در این حیطه درک کیفیت، سازمان‌دهی و عملکرد دنیای اجتماعی موردنظر است. در واقع نام دیگر این حیطه همان انطباق اجتماعی است. افرادی که از نظر اجتماعی سالم‌اند نه تنها درباره نوع جهانی که در آن زندگی می‌کنند، بلکه همچنین راجع به آنچه اطرافشان رخ می‌دهد علاقه‌مند بوده و احساس می‌کنند قادر به فهم وقایع اطرافشان هستند. این مفهوم در مقابل بی‌معنایی در زندگی است و در حقیقت درکی است که فرد نسبت به کیفیت، سازمان‌دهی و اداره دنیای اجتماعی اطراف خود دارد (کبیز و شاپیرو، ۲۰۰۴ به نقل از نیک‌ورز، ۱۳۸۹). دانشجویانی که در سطح زندگی اجتماعی و خانوادگی جامعه خود احساس نمایند که جزئی از جامعه هستند و با دیگران احساس اشتراکی و فردی برای ساخت واقعیت اجتماعی را دارند احساس تعلق به جامعه می‌کنند و برای توسعه‌مندی و پایداری آن تلاش می‌نمایند.

۳. پذیرش اجتماعی: این حیطة از سلامت اجتماعی به این موضوع اشاره دارد که پذیرش دیگران نسخه اجتماعی پذیرش خود است. در واقع افرادی که نگرش مثبتی به شخصیت خود دارند و جنبه‌های خوب و بد زندگی را توأمان می‌پذیرند، افراد دارای سلامت هستند. منظور از پذیرش اجتماعی درک فرد از جامعه با توجه به خصوصیات سایر افراد است. پذیرش اجتماعی شامل پذیرش دیگران، اعتماد به خوب بودن ذاتی دیگران و نگاه مثبت به ماهیت انسان‌هاست که همگی آن‌ها باعث می‌شود فرد در کنار سایر اعضای جامعه انسانی احساس راحتی کند. کسانی که دیگران را می‌پذیرند به این درک رسیده‌اند که افراد به‌طور کلی سازنده هستند. همان‌گونه که سلامت روانی شامل پذیرش خود می‌شود، پذیرش دیگران نیز در جامعه می‌تواند به سلامت اجتماعی بیانجامد (هزارجریبی و صفری شالی، ۱۳۹۱). در این حیطة از سلامت باید به نسخه اجتماعی پذیرش دانشجویان از خودشان توجه کرد. به این معنا که دانشجویان در زندگی اجتماعی و خانوادگی خود نگرش مثبت به شخصیت خود داشته باشند و جنبه‌های خوب و بد زندگی خود را توأمان بپذیرند.

۴. مشارکت اجتماعی: در مشارکت اجتماعی افراد احساس می‌کنند که چیز باارزشی برای عرضه به اجتماع دارند. هالبواکس^۱ در تعریف مشارکت بیان می‌کند: درگیری در ارزش‌های جامعه‌ای که فرد در آن عضو است. هرگاه افراد در بطن ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی خود زندگی کنند؛ در واقع حیات اجتماعی مشترک دارند (توسلی، ۱۳۸۲). در حقیقت مشارکت اجتماعی باوری است که طبق آن افراد خود را عضو حیاتی اجتماع می‌دانند و فکر می‌کنند چیز ارزشمندی برای عرضه به دنیا دارند. این افراد تلاش می‌کنند تا در دنیایی که صرفاً به دلیل انسان بودن برای آنان ارزش قائل هستند سهمیم باشند (سام آرام، ۱۳۸۸). این حیطة از سلامت اجتماعی با مفهوم بازدهی اجتماعی و مسئولیت‌پذیری در عرصه‌های مختلف زندگی دانشجویان شباهت بسیاری دارد. بازدهی اجتماعی دانشجویان به این معناست که این عقیده را دانشجویان در زندگی خصوصی و اجتماعی خود دارند که با بروز رفتاری خاص نشان دهند که به اهداف ویژه‌ای دست می‌یابند.

مسئولیت‌پذیری اجتماعی آن‌ها به این معناست که تعیین الزامات فردی و اجتماعی که در عرصه زندگی به‌عنوان مهم‌ترین نقش‌ها بر عهده دارند، توانسته منجر به نقش‌آفرینی آنان در جامعه و عرصه خصوصی آنان گردد.

۴. انسجام اجتماعی: انسجام اجتماعی ارزیابی یک فرد با در نظر گرفتن کیفیت همراهی او با جامعه است. به عبارت دیگر، انسجام اجتماعی ارزیابی فرد از کیفیت 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، سهم می‌داند. سلامت و یگانگی اجتماعی، روابط افراد را با یکدیگر از طریق هنجارها منعکس می‌کند. مفهوم انسجام اجتماعی در برابر بیگانگی و انزوای اجتماعی قرار می‌گیرد. بیگانگی اجتماعی یعنی شکاف بین فرد و اجتماع. بیگانگی یعنی مردود شمردن اجتماع و باور به این که اجتماع ارزش‌های شخصی و شیوه‌های زندگی فرد را منعکس نمی‌کند. انزوای اجتماعی یعنی شکستن روابط حمایت‌گر شخصی. بنابراین، فردی که از انسجام اجتماعی برخوردار است نسبت به اجتماع خود احساس نزدیکی می‌کند و گروه اجتماعی خود را منبعی از آرامش و اعتماد می‌داند (عبدالله تباردرزی و همکاران، ۱۳۸۸). احساس تعلقی که بین دانشجویان به وجود می‌آید می‌تواند جنبه‌ای محوری در امر سلامت داشته باشد، لذا یکپارچگی با دیگران در محیط و جامعه اطراف می‌بایست حاصل تجربه مشترک شباهت با دیگران باشد. انسجام اجتماعی به این معنا است که فرد احساس می‌کند بخشی از جامعه است، به جامعه تعلق دارد و از طریق جامعه و سهم داشتن در آن حمایت می‌شود. بنابراین انسجام اجتماعی آن درجه‌ای است که در آن دانشجویان احساس می‌کنند که چیز مشترکی بین آن‌ها و کسانی که واقعیت اجتماعی آن‌ها را می‌سازند وجود دارد.

عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان

پژوهش‌های متعددی به‌صورت خرد و کلان در حوزه سلامت روانی و اجتماعی به صورت منطقه‌ای، ملی و بین‌المللی انجام شده است. این امر اثبات می‌نماید که تحت

تأثیر دامنه بسیاری از عوامل جمعیت شناختی، اجتماعی، روانی و فرهنگی می توان عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان را مورد تأمل و بررسی قرارداد. به نظر راسنفیلد^۱ یکسری از عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی و روانی شامل پایگاه اجتماعی- اقتصادی، وضعیت تأهل، جنسیت، مهارت های ارتباطی، مذهب و سرمایه اجتماعی است (حاتمی، ۱۳۸۹).

۱. پایگاه اجتماعی- اقتصادی: این مؤلفه رابطه روشن و صریحی با سلامت از جمله سلامت اجتماعی دارد. در واقع هر چه فقر اقتصادی و شرایط نامناسب وضعیت های درآمدی و طبقاتی دانشجویان نامناسب تر باشند، پایگاه اجتماعی و اقتصادی افراد وخیم تر است که این امر باعث می شود سبک زندگی افراد در تمام زمینه ها از جمله سلامت اجتماعی آنان به خطر افتد. با توجه به این مسائل از دیدگاه گراهام^۲ سلامتی فرد به عنوان یک موضوع مهم نتیجه شرایط اقتصادی اجتماعی است. افرادی که از لحاظ اقتصادی اجتماعی در شرایط بهتری قرار دارند، به دلیل توانایی و دسترسی بهتر در وضعیت مطلوب تری قرار می گیرند و در مقابل افرادی که به طبقات پایین جامعه تعلق دارند از سلامتی نامطلوب رنج می برند. به باور وی عواملی که باعث می شوند تغییر در وضعیت اقتصادی اجتماعی افراد بر سلامتی (جسمی، روانی، اجتماعی) تأثیر بگذارد. در سه مقوله مادی، رفتاری و روانی اجتماعی قرار می گیرند (گراهام، ۲۰۰۴، به نقل از هزارجریبی و صفری شالی، ۱۳۹۱). موقعیت اقتصادی- اجتماعی رابطه روشنی با سلامت دارد. افرادی که در سطح پایین اجتماعی و اقتصادی قرار دارند، مواردی مانند میزان مرگ و میر، دیابت، آسم و بیماری هایی از این دست بیشتر در آنها نمود پیدا می کند؛ زیرا رفتارهای مربوط به سبک زندگی این نوع افرادی به گونه ای است که خطر را بالاتر می برد (اینستین^۳، ۱۹۹۳). افرادی که از لحاظ اقتصادی و اجتماعی در شرایط بهتری قرار دارند، به دلیل توانایی و دسترسی بهتر در وضعیت مطلوب تری قرار می گیرند و در مقابل، افراد متعلق به طبقات پایین جامعه از سلامتی نامطلوب رنج می برند (استرینگینی^۴ و همکاران،

۲۰۱۱). لذا بررسی و شناخت دقیق پایگاه اجتماعی اقتصادی گروه‌های اجتماعی از جمله دانشجویان برای اینکه بتوان به فهم دقیقی در زمینه سلامت اجتماعی جامعه دانشجویان و توسعه پایدار دست یافت، ضروری است. در واقع باید سعی شود که حتی‌الامکان در دانشگاه خدمات مشاوره‌ای، روان‌شناختی و اجتماعی در سطح مطلوب و بهینه‌ای ارائه شود

۲. عوامل جمعیت شناختی: الف) وضعیت تأهل: ازدواج و ترغیب به امر ازدواج در امر سلامت اجتماعی اثرگذار است. جامعه می‌تواند با آموزش‌های دقیق و روشن‌بینانه جوانان جامعه خود را به امر متأهل بودن رسمی آشنا نماید. می‌توان بیان کرد که تأهل و مسئله ازدواج دقیق و صحیح بر سلامت روانی و اجتماعی دانشجویان اثر می‌گذارد. تأهل برای دانشجویان از این جهت حائز اهمیت است که می‌توانند با انتخاب دقیق و صحیح همسری را انتخاب کنند که در لحظات اضطراب از آنان حمایت عاطفی و اخلاقی نمایند. با توجه به این امر مدیران دانشگاه می‌توانند از طریق تدوین برنامه‌های اجتماعی، فرهنگی و آموزشی دانشجویان را نسبت به اهمیت دوران تأهل آگاه سازند. ب) جنسیت: جنسیت می‌تواند تا حدی زیاد تعیین‌کننده میزان کنترل منابع اجتماعی-اقتصادی و شیوه رفتار با افراد در محیط اجتماعی‌شان باشد. زنان دو برابر مردان افسردگی دوقطبی را تجربه می‌کنند و نیز از خشونت‌های خانوادگی، اضطراب‌های روانی، خشونت جنسی، فشارهای مربوط به سوگیری‌های جنسیتی و اجبار ایفای نقش‌های چندگانه رنج می‌برند. مردان متأسفانه عمدتاً گرفتار اعتیاد به مواد مخدر، پرخاشگری و جامعه‌ستیزی می‌شوند و همچنین سه برابر احتمال دارد که شخصیت ضد اجتماعی در آنان شکل گیرد. مردان در مقایسه با زنان، رفتار آسیب‌زننده‌تری دارند که سلامت آنان را به خطر می‌اندازد (حاتمی، ۱۳۸۹). بر این اساس باید سعی کرد در راستای ارتقاء سلامت اجتماعی دانشجویان، آموزش‌های لازم را به اعضای خانواده از جمله پدران، مادران و همسران در زمینه کاهش افسردگی و اضطراب‌های روانی دانشجویان داد.

۳. عوامل روانی و اجتماعی: در دانشگاه با اتخاذ تدابیر جهت‌مند برای دانشجویان اگر بتوان این گروه را در راستای تسلط بر محیط، هدف‌دار بودن زندگی‌شان، رشد فردی،

استقلال و بهره‌مندی از روابط مثبت با دیگران رساند می‌توان به ارتقاء سلامت اجتماعی از جمله دستیابی به امر خودشکوفایی اجتماعی کمک شایانی نمود. اگر بتوان به هدف‌دار بودن زندگی دانشجویان جامعه جهت داد که متناسب با نیازها و شرایط روز جامعه در زندگی خود حرکت نمایند و دارای عقاید معناداری در سطح زندگی خود باشند می‌توان به بالندگی سلامت اجتماعی دانشجویان کمک شایانی کرد.

۴. مهارت‌های ارتباطی: از دیگر فرایندهای مؤثر بر سلامت اجتماعی که نقش بارزی در زندگی دانشجویان دارد بهره‌مندی از مهارت‌های ارتباطی و تعاملی است. از طریق رفتار متقابل اجتماعی است که افراد شخصیت خود را می‌سازند و شیوه‌های زندگی جمعی و دانش، مهارت و الگوهای رفتاری لازم را کسب می‌کنند. از طرفی به نظر می‌رسد که برقراری و حفظ یک ارتباط سالم و مستمر نیز مستلزم داشتن مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی بخصوصی است که باید آن‌ها را مورد توجه و بررسی قرارداد. بنابراین، مهارت‌های ارتباطی رفتارهایی هستند که رشد آن‌ها می‌تواند بر روابط بین افراد از یکسو و سلامت اجتماعی آنان و نیز عملکرد مفید و مؤثر در اجتماع از سوی دیگر، تأثیر داشته باشند. می‌توان در برقراری آموزش‌های مهارت ارتباطی در بین دانشجویان از سبک‌های ارتباطی جرات‌مندانه یا ابراز وجودی بهره برد. این امر منجر به برخورداری از عزت‌نفس مثبت خواهد شد و تحت کنترل داشتن وضعیت زندگی را به همراه می‌آورد.

۵. گرایش مذهبی: گرایش مذهبی به مجموعه رفتارها، باورها و نگرش‌های مرتبط با اصول دین، فروع دین و دیگر حیطه‌های مذهب گفته می‌شود (دورکیم^۱)، ترجمه پرهام، ۱۳۸۳). تقویت اثر نیایش و دعا در بین دانشجویان اثر مثبتی در تعادل روحی دارد و باعث جلوگیری از انزوا، ناتوانی و بی‌فایده‌گی می‌شود. دعا و نیایش علاوه بر اثر گذاری بر روان بر روی کیفیت زندگی نیز اثر دارد. از طریق مذهب و تقویت اعمال و رفتارهای اخلاقی در بین دانشجویان می‌توان، هم‌نوایی با گروه‌های اجتماعی جامعه را در دانشجویان تقویت کرد. همچنین تقویت اخلاق حسنه در فعالیت‌ها و عملکردهای دانشجویان باعث بهره‌مندی از تفسیر خوب و مثبت از رویدادها و دیگران خواهد شد و

این عامل می‌تواند نقش مؤثری در تقویت سلامت اجتماعی داشته باشد.

۶. گشودگی: گشودگی به تجربه نیز یکی از مؤلفه‌های اصلی شخصیت انسان است که رفتارها و نگرش‌های وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. عناصر تشکیل‌دهنده گشودگی نسبت به تجربه، تصورات فعال، حساسیت به زیبایی، توجه به تجربه‌های عاطفی درونی و داوری مستقل است. افراد باز انسان‌هایی هستند که در مقایسه با افراد بسته، احساسات مثبت و منفی بیشتری دارند (گروسی فرشی و صوفیانی، ۱۳۸۷). مک کری و کاستا^۱ (۱۹۸۷) اولین کسانی بودند که به مطالعه صفات شخصیتی و تأثیر آن بر مؤلفه‌های سلامت پرداختند. آن‌ها در بررسی‌های خود نشان داده‌اند که صفات شخصیتی، می‌تواند مهم‌ترین عامل تأثیرگذار در سازگاری و سلامتی افراد به شمار آید. مدل پنج عاملی، شخصیت افراد را به پنج بعد روان‌رنجوری، برونگرایی، وظیفه‌شناسی، تطابق‌پذیری و گشودگی نسبت به پذیرش تجربیات تقسیم می‌کند. مک کری و کاستا (۱۹۸۷) ویژگی‌های شخصیتی را به‌عنوان ابعاد تفاوت‌های فردی در تمایل نشان دادن الگوهای پایدار فکر، احساس و عمل تعریف می‌کنند. گشودگی که یکی از پنج ویژگی صفات شخصیتی است با جامعه‌پذیری، مشارکت در اجتماع، خلاقیت و سلامت مرتبط است.

۷. تأثیر شبکه‌های اجتماعی: امروزه شبکه‌های اجتماعی، مورد توجه کاربران اینترنت قرار گرفته و به‌عنوان بخش جدایی‌ناپذیر زندگی بیشتر کاربران تبدیل شده است. رسانه‌های نوین اطلاعاتی و در رأس آن‌ها اینترنت، موجب نوسازی فرآیندهای اجتماعی شده است. این فناوری تمام جنبه‌های زندگی مردم را تحت تأثیر قرار داده است (ازگل، علائین و سینان^۲، ۲۰۱۳). افراد در فضای مجازی به خاطر داشتن ویژگی‌هایی چون جهانی و فرامرزی بودن، جذابیت و تنوع، آزادی ارتباطات، سهولت و در دسترس بودن، گمنامی کاربران، گریز از واقعیت و آرمان‌گرایی، بسیار سهل‌تر از فضای واقعی می‌توانند مرتکب اعمال انحرافی شوند (ولفینگ، بیوتل، کچ، دیکن هورست و میولر^۳، ۲۰۱۳). از طرف دیگر استفاده فزاینده از فناوری رایانه و نفوذ گسترده اینترنت، بسیاری از افراد

خصوصاً دانشجویان را با اختلال در ارتباطات اجتماعی ناشی از ابتلا به اعتیاد رایانه مواجه ساخته است (طاهری مبارکه، سلامی، هاشمیان و نوروزی، ۱۳۹۵). جذابیت‌های اینترنت و شبکه‌های اجتماعی به آرامی کاربر را به خود معتاد کرده و می‌تواند نیازهای روانی و هیجانی آن‌ها را تأمین کند. در همین راستا، جایگزین نمودن شبکه‌های اجتماعی و اینترنت به جای تعامل مستقیم با افراد، باعث می‌شود که ارتباطات اجتماعی و عاطفی کاربران مختل گردد (ایروین، بال و دسبرو، ۲۰۱۲). بنابراین، آن دسته از دانشجویانی که به صورت اعتیادی از اینترنت استفاده می‌کنند، بیشتر دچار انزوا و تنهایی اجتماعی، ناکامی تحصیلی و کاری می‌شوند و روز به روز از دایره تعاملات میان فردی و ارتباطات آن‌ها کاسته می‌شود و سلامت اجتماعی آنان به خطر می‌افتد. ذکر مسائل و مشکلات ناشی از اینترنت، به‌ویژه تأثیر آن بر سلامت اجتماعی دانشجویان، گویای این مسئله است که باید در این زمینه فرهنگ‌سازی مناسب و آموزش صحیح در سطح دانشگاه‌ها برای آموزش مناسب و مؤثر از اینترنت انجام شود.

پیشینه پژوهش

کیکوگانی^۱ و همکاران (۲۰۰۷) در پژوهشی بدین نتیجه رسیدند که مشارکت اجتماعی، درک از اجتماع و سلامت اجتماعی در میان دانشجویان آمریکایی در سطح بالایی قرار دارد.

دماری، ناصحی و وثوق مقدم (۱۳۹۲) در مقاله‌ای با عنوان "برای ارتقای سلامت اجتماعی ایرانیان چه کنیم؟ مروری بر وضع موجود، راهبردهای ملی و نقش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی" این گونه نتیجه‌گیری کرده‌اند که به دلیل نبود نظام دیده‌بانی شاخص‌های سلامت اجتماعی به طور دقیق نمی‌توان روند صعودی یا نزولی وضعیت سلامت اجتماعی جامعه را در دو دهه گذشته ترسیم کرد. مصوبات و مداخلات متعددی برای کاهش آسیب‌های اجتماعی و ارتقای سلامت اجتماعی توسط سازمان‌ها در جریان است اما ناکافی بودن حساسیت مسوولان، ارزشیابی نشدن مداخلات فعلی، پوشش

و بهره‌مندی ناکافی گروه‌های جمعیتی از مداخلات سطح یک پیشگیری، انتخاب نامناسب مداخلات اساسی، تخصیص اغلب منابع موجود به مداخلات سطح سوم پیشگیری (خدمات بعد از آسیب دیدن افراد)، ضعف نظام استقرار عملیات و همکاری بین بخشی در اجرای مداخلات، پراکندگی منابع مالی مرتبط به سلامت اجتماعی و ناکافی بودن حساسیت و مهارت مردم در رویارویی با خطرات در کمین (آسیب‌های اجتماعی) مانع از تاثیر این اقدامات در بهبود شاخص‌های سلامت اجتماعی است. به این علل باید تغییرات کلان اقتصادی، سیاسی، بین‌المللی و فناوری را هم اضافه کرد. ارتقای سلامت اجتماعی بدون همکاری بخش‌های مختلف رخ نمی‌دهد و بهبود وضعیت فعلی نیز در حیطه وظایف و اختیارات وزارت بهداشت نیست به همین دلیل جهت‌گیری پیشنهادی (شامل چشم‌انداز، اهداف راهبردی و مداخلات) برای سلامت اجتماعی قسمتی توسط وزارت بهداشت و قسمت دیگر از طریق جلب حمایت، توسط سایر بخش‌ها باید انجام شود، برای استقرار این جهت‌گیری و دستیابی به اهداف آن لازم است برنامه پیشنهادی ابتدا در شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب شده و پس از تصویب شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور و شورای اجتماعی کشور بر تفاهم‌نامه‌های همکاری بین بخشی در زمینه ارتقای سلامت اجتماعی نظارت شود.

یافته‌های عجم (۱۳۹۵) در مورد پیش‌بینی خودکارآمدی تحصیلی از طریق سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی نشان داد که مؤلفه‌های شکوفایی اجتماعی، انسجام اجتماعی، همبستگی اجتماعی و پذیرش اجتماعی از متغیر سلامت اجتماعی، پیش‌بینی‌کننده خودکارآمدی تحصیلی دانشجویان است. بنابراین پیشنهاد می‌شود تشکیل کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی جهت تقویت سلامت اجتماعی دانشجویان، توسط دست‌اندرکاران دانشگاه علوم پزشکی مورد توجه قرار گیرد.

نتایج تحقیق عجم (۱۳۹۵) تحت عنوان نقش سلامت اجتماعی در انگیزش و پیشرفت تحصیلی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی نشان داد که سلامت اجتماعی در انگیزش تحصیلی و پیشرفت تحصیلی دانشجویان نقش دارد. بنابراین پیشنهاد می‌شود که تقویت سلامت اجتماعی دانشجویان توسط دست‌اندرکاران دانشگاه علوم پزشکی مورد توجه و

برنامه ریزی قرار گیرد.

حاتمی (۱۳۸۹) در پژوهشی با عنوان بررسی عوامل موثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان بدین نتیجه دست یافت که شبکه‌های اجتماعی، منابع حمایت اجتماعی شبکه‌ها، ارتباط شبکه‌ای و پایگاه اجتماعی دانشجویان به عنوان سازهای اجتماعی از معنی دار آماری به اثبات رسید. سلامت اجتماعی دانشجویان به عنوان سازه‌ای اجتماعی از کمیت و کیفیت حضور و فعالیت در شبکه‌های اجتماعی تاثیر می‌پذیرد.

در پژوهش زاهدی اصل و پیله وری (۱۳۹۳) با عنوان فراتحلیلی بر مطالعات مربوط به سلامت اجتماعی با بهره‌گیری از روش فراتحلیل به تحلیل و ترکیب نتایج مقالات و پایان نامه‌های انجام شده، در زمینه سلامت اجتماعی و نیز بررسی مفهوم و نظریه‌های سلامت اجتماعی در پژوهش‌های یاد شده پرداخته شده است. بدین منظور تعداد ۳۲ پژوهش انجام گرفته در زمینه سلامت اجتماعی با بهره‌گیری از ابزار چک لیست گزینش پژوهش‌ها از نظر فنی و روش شناختی (شامل روایی و پایایی مناسب، روش نمونه‌گیری و آماری صحیح) برای بررسی انتخاب شدند. طبق یافته‌های این تحقیق در بیشتر مطالعات صورت گرفته، واحد تحلیل فرد بوده است و در تمام موارد از روش پیمایش برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شده است. همچنین نظریه سلامت اجتماعی کیز و پرسشنامه وی در زمینه سلامت اجتماعی هدایتگر غالب تحقیقات بوده است. علاوه بر این در بیشتر مطالعات یاد شده تاثیر عوامل گوناگون بر سلامت اجتماعی مورد شناسایی قرار گرفته است که از میان این عوامل، کیفیت زندگی و شاخص‌های آن و نیز تحصیلات، تاثیر بسزایی بر سلامت اجتماعی داشته‌اند.

نتایج تحقیق حسینی، میرچولی و کلاهدوز (۱۳۹۳) تحت عنوان سنجش کیفیت زندگی و رابطه‌ی آن با سلامت اجتماعی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد سبزوار نشان داد که اگرچه شاخص کیفیت زندگی، به نسبت سلامت اجتماعی از مطلوبیت بهتری برخوردار است، اما سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی دانشجویان از وضعیت مطلوبی برخوردار نیست. سلامت اجتماعی در بعد شکوفایی، مشارکت و انطباق، کمی از حد متوسط، بالاتر و پذیرش و انسجام از حد متوسط، پایین تر و در حد ضعیف

ارزیابی می‌شوند. در مجموع، نتایج نشان داد که بین مقطع، رشته‌ی تحصیلی، درآمد، جنسیت و پیشرفت تحصیلی دانشجویان با سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی آنان رابطه وجود دارد.

یکی از عوامل اصلی ایجاد سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی، اعتماد است. بنابراین برای افزایش سلامت اجتماعی در بین دانشجویان لازم است تا اعتماد آنان نسبت به سایر افراد جامعه و نهادهای اجتماعی افزایش یابد که یکی از راه‌های آن، ارائه‌ی اطلاعات شفاف از طریق نهادهای مسئول، ترجیح ضوابط بر روابط و توجه مسئولان به خواسته‌ها و نیازهای دانشجویان است.

نتایج تحقیق وحید فاضل (۱۳۹۱) با عنوان سلامت اجتماعی جوانان و عوامل مؤثر بر آن در شهر تهران بدین نتیجه دست یافت که بین احساس کنترل افراد بر زندگی و سلامت اجتماعی آنان رابطه‌ای مستقیم و معنادار وجود دارد.

حسینی رضوی، علوی، لقمانی و ذبیحی (۱۳۹۵) در تحقیقی با عنوان تحلیل عاملی شاخص‌های سلامت دانشجویان دانشگاه مازندران با تأکید بر فعالیت‌های ورزشی بدین نتیجه دست یافتند که هفت بعد سلامت جسمانی، ورزش و تندرستی، کنترل وزن و تغذیه، پیشگیری از بیماری‌ها، سلامت روانشناختی، سلامت اجتماعی و اجتناب از مواد مخدر انعکاس‌دهنده‌های مهمی برای نظام سلامت دانشجویان هستند.

جوادی، درویش پور، خلیلی و براری (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان بررسی سلامت اجتماعی و عوامل مرتبط در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گیلان بدین نتیجه دست یافتند که از مجموع ۴۸۹ نفر دانشجویان مشغول به تحصیل اکثریت از سلامت اجتماعی متوسط برخوردار بودند. بیشترین میانگین مربوط به انسجام اجتماعی و کمترین میانگین مربوط به انطباق اجتماعی بود.

بخشی پور رودسری، پیروی و عابدیان (۱۳۸۴) در مطالعه‌ای تحت عنوان رابطه بین رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی با سلامت روانی دانشجویان جدیدالورود دانشگاه تهران دریافتند که رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی به شکل معناداری سلامت روانی را پیش‌بینی می‌کند. همچنین تأهل به شکل معناداری با بهداشت روانی بالاتر، رضایت از

زندگی و احساس حمایت اجتماعی بیشتر همبسته بود. به طور کلی آسیب پذیری دانشجویان غیربومی بالاتر بود. عبدالله تباردرزی (۱۳۸۶) در پژوهشی به بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی و ارتباط آن با متغیرهای جمعیت شناختی پرداختند. نتایج نشان داد که میانگین سلامت اجتماعی در دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد بیشتر از دانشجویان مقطع کارشناسی بود. همچنین بین متغیر سلامت اجتماعی با متغیر وضعیت تأهل، عضویت در انجمن ها و وضعیت اشتغال ارتباط معناداری وجود داشت.

قاندی و یعقوبی (۱۳۷۸) در پژوهشی با عنوان بررسی رابطه بین ابعاد حمایت اجتماعی ادراک شده و ابعاد بهزیستی در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه تهران و علامه طباطبایی بدین نتیجه دست یافتند که وجوه مختلف حمایت اجتماعی ادراک شده پیش بینی کننده های بهتری برای رضایت مندی از زندگی و تعادل عاطفی در دختران نسبت به پسران هستند. بهزیستی روان شناختی و اجتماعی در دختران بیشتر به وسیله حمایت اجتماعی از خانواده و در پسران بیشتر به وسیله حمایت اجتماعی از دوستان پیش بینی می شود.

کنگرلو (۱۳۷۸) در تحقیقی به سنجش میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد مشغول به تحصیل در مقطع کارشناسی در دانشگاه علامه طباطبایی و مقایسه آن با میزان سلامت اجتماعی دانشجویان غیر شاهد پرداخته است. نتایج این پژوهش نشان داد که بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیر شاهد تفاوت معناداری وجود ندارد. در گروه دانشجویان شاهد دانشجویانی که از سلامت اجتماعی بالایی برخوردار بودند کمتر تمایل داشتند تا سهمیه دار بودن خود را پنهان نمایند و در مقابل دانشجویانی با سلامت اجتماعی پایین از اینکه سایر افراد بدانند که آن ها با سهمیه وارد دانشگاه شده اند نگران بوده و تمایل به مخفی کاری داشتند. همچنین دانشجویان متأهل و به طور کلی دانشجویان شاهد زن از سلامت اجتماعی بالاتری نسبت به سایرین برخوردار بودند.

ایمان، مرادی و حسینی رودبارکی (۱۳۸۸) در تحقیقی به بررسی تطبیقی سرمایه اجتماعی و سلامت روانی دانشجویان غیربومی دانشگاه های تهران و شیراز پرداختند. نتایج نشان داد که میان سرمایه اجتماعی و سلامت روانی دانشجویان ارتباط معناداری وجود دارد. هراندازه افراد در ساختار اجتماعی موجود، دارای سرمایه اجتماعی بالاتری سلامت

روانی آن‌ها در وضعیت بهتری قرار خواهد گرفت.

نتایج تحقیق تقی پور (۱۳۸۹) نشان داد که بین میزان سلامت اجتماعی و تحصیلات و درآمد رابطه معنی داری وجود دارد، اما بین وضع تأهل با سلامت اجتماعی رابطه معنی داری وجود ندارد. بر اساس یافته‌های تحقیق رسولی و صالحی (۱۳۹۰) بیکاری، افزایش سن ازدواج در بین جوانان، مهاجرت و شهرنشینی، حجاب اسلامی، اعتماد عمومی، مشارکت اجتماعی و نظم و امنیت اجتماعی به عنوان عوامل مؤثر در امنیت اجتماعی جوانان محسوب می‌شود.

زکی و خشوعی (۱۳۹۲) در طی پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بین متغیرهای چهارگانه (اعتماد، تعهد، مسئولیت، بیگانگی اجتماعی) با سلامت اجتماعی رابطه مستقیم و معنی دار وجود دارد.

تنهایی (۱۳۹۲) نیز در پژوهشی به این نتیجه رسید که بین متغیرهای کیفیت زندگی و دین داری با سلامت اجتماعی رابطه معنی داری وجود دارد و میزان سلامت اجتماعی در میان دانشجویان متوسط و رو به پایین است.

بحث و نتیجه گیری

سلامت اجتماعی به عنوان شاخه‌ای از سلامت عمومی جامعه در راستای پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و بسترسازی سرمایه‌های انسانی، گسترش اعتماد و اطمینان در میان دانشجویان و مشارکت پایدار آنان در عرصه توسعه کشور نقش بارزی دارد. امروزه این پدیده یکی از ملاک‌های اساسی گذار از جوامع سنتی به مدرن است. سلامت اجتماعی به عنوان بخشی از فرهنگ سلامت همگانی هر جامعه‌ای در راستای امنیت اجتماعی، حمایت، رفاه، آسایش، عدالت، برابری فرصت‌ها، تدوین سیاست‌های اجتماعی و برخورداری از کیفیت زندگی خوب و مناسب دارای مضامین و معانی خاصی متناسب با فرهنگ آن جامعه است. دانشجویان باید خود را با این مفهوم که مطابق با ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی حاکم بر جامعه است، سازگار نمایند. ارتقاء ضرورت سلامت اجتماعی دانشجویان از طریق بهره‌مندی از فرایند مکانیسم جامعه‌پذیری و مشارکت

محوری در حوزه تقویت ابعاد سلامت دارای دستاوردهای بسیاری است. بسترسازی مکانیسم‌های آگاهی‌بخش و اطلاع‌مداران در عرصه‌های مختلف سلامت اجتماعی برای دانشجویان، می‌تواند به کیفیت زندگی مناسب آنان کمک شایانی نماید. افزایش مهارت‌های رفتاری، ارتباطی و دانشی در عرصه‌های عمومی و خصوصی زندگی دانشجویان در کنار تقویت خدمات مشاوره‌ای، رفاهی و معنوی نسبت به موانع و مسائلی که در زندگی روزمره اجتماعی خود روبرو هستند، باعث ارتقاء بهداشت روانی و سلامت اجتماعی آنان خواهد شد.

به‌طور کلی، عوامل جمعیت‌شناختی، اجتماعی، روانی و فرهنگی دانشجویان می‌تواند عوامل مؤثری بر سلامت اجتماعی آنان باشد. تقویت شاخص‌های پایگاه اجتماعی-اقتصادی، مهارت‌های ارتباطی، تقویت باورهای مذهبی، و سرمایه اجتماعی از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر ارتقاء سلامت اجتماعی دانشجویان است. با توجه به عوامل ذکر شده کلید اساسی این امر مهم در سطح دانشگاه تحقق سیاست‌های اجتماعی برای کلیه دانشجویان است. بسترسازی و انواع حمایت‌های اجتماعی در هر سطحی برای دانشجویان، در راستای پیشگیری از مصادیق آسیب‌ها و انحرافات اجتماعی در سطح دانشگاه، وجود آموزش‌های مستقیم و غیرمستقیم رسانه‌های ملی و مطبوعات و شبکه‌های اجتماعی به دانشجویان برای ارتقاء هنجارهای اخلاقی و رفتاری می‌تواند بیانگر توجه به سلامت اجتماعی دانشجویان باشد. بنابراین، شناخت نیاز دانشجویان و آموزش متنوع در ارتقاء کیفی سلامت اجتماعی، حمایت از تشکل‌های صنفی و دانشجویی در جهت ارتقاء بهداشت روانی و اخلاقی در سطح دانشگاه‌ها و بهره‌مندی و استفاده از آموزه‌های دینی، قرآنی، احادیث نبوی و علوی در حوزه سلامت اجتماعی در بین دانشجویان و همچنین آموزش به دانشجویان در جهت پایداری و نهادینه کردن رفتارها و ارزش‌های اسلامی و ایرانی مرتبط با امر سلامت اجتماعی کاملاً ضروری است. افزایش و حمایت مادی و معنوی از مراکز خدمات مشاوره‌ای و اجتماعی در دانشگاه‌ها و برپایی کارگاه‌های آموزشی در حوزه ارتقاء ارتباطات انسانی و اجتماعی برای دانشجویان ضروری است. برگزاری همایش‌ها و میزگردهای آموزشی و اخلاقی در حوزه سلامت اجتماعی و ارائه

برنامه‌های مشارکتی بین دانشگاه‌ها در جهت ارتقاء سلامت اجتماعی دانشجویان پیشنهاد می‌گردد تا خودباوری، شکوفایی و خلاقیت‌ها در بین دانشجویان و ارتقاء روحیه مسئولیت‌پذیری و تعهد اخلاقی و رفتاری دانشجویان را به دنبال داشته باشد.

منابع

افجه، سیدعلی اکبر و سام آرام، مریم (۱۳۸۹). تأثیر میزان سلامت اجتماعی بر میزان رضایت شغلی (مورد مطالعه: کارکنان شرکت لیزینگ ایران خودرو). *برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، ۲(۳)، ۱-۳۰.

ایمینی رارانی، مصطفی؛ موسوی، میرطاهر و رفیعی، حسن (۱۳۹۰). رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی در ایران. *رفاه اجتماعی*، ۱۱(۴۲)، ۲۲۸-۲۰۳.

احمری طهران، هدی؛ حیدری، اکرم؛ کجویی، احمد؛ مقیسه، مریم و ایرانی، آزاد (۱۳۸۸). همبستگی بین نگرش نسبت به امور مذهبی و افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قم. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*، ۳(۳)، ۵۶-۵۱.

ایمان، محمدتقی؛ مرادی، گل مراد و حسینی رودبارکی، سکینه (۱۳۸۸). بررسی تطبیقی سرمایه اجتماعی و سلامت روانی دانشجویان غیربومی دانشگاه‌های تهران و شیراز. *رفاه اجتماعی*، ۱۱(۳۰ و ۳۱)، ۱۶۹-۱۴۳.

باباپورخیرالدین، جلیل؛ طوسی، فهیمه و حکمتی، عیسی (۱۳۸۸). بررسی نقش عوامل تعیین‌کننده در سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز. *روانشناسی دانشگاه تبریز*، ۴(۱۶)، ۸-۲۶.

بخشی‌پور رودسری، عباس؛ پیروی، حمید و عابدیان، احمد (۱۳۸۴). بررسی رابطه میان رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی با سلامت روان در دانشجویان. *اصول بهداشت روانی*، ۷(۲۸-۲۷)، ۱۵۲-۱۴۵.

تبریزی زاده، مهدی؛ یاسینی، مجتبی؛ رستم زاده، پروانه و زارع، میثم (۱۳۹۱). بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان رشته پزشکی و دندان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد بر اساس آزمون SCL-90، *مجله مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی*، ۹(۱)، ۱۶۱-۱۵۳.

تقی‌پور، ملیحه (۱۳۸۹). *بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار در شهر تهران*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه آزاد رودهن،

تنهایی، منا (۱۳۹۲). بررسی تأثیر کیفیت زندگی و دین‌داری در سلامت اجتماعی دانشجویان مجتمع دانشگاهی ولیعصر دانشگاه آزاد تهران مرکز در سال ۹۲-۹۱. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ‌نشده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز

توسلی، غلام عباس (۱۳۸۲). مشارکت اجتماعی در شرایط جامعه آنومیک (چاپ اول). تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

توکل، محمد (۱۳۹۳). سلامت اجتماعی: ابعاد، محورها و شاخص‌ها در مطالعات جهانی و ایرانی. اخلاق زیستی، ۴(۱۴)، ۱۱۵-۱۳۶.

توکل، محمد و ناصری راد، محسن (۱۳۹۰). مشخصه‌ها و مؤلفه‌های سلامت اجتماعی. گزارش طرح پژوهشی مصوب دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران.

جوادی، نازیلا؛ درویش پور، آذر؛ خلیلی، ملاحظت و براری، فاطمه (۱۳۹۵). بررسی سلامت اجتماعی و عوامل مرتبط در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گیلان. پژوهش در پزشکی، ۴۰(۳)، ۱۴۸-۱۴۳.

جهانی هاشمی، حسن؛ رحیم زاده، سمیه؛ قافله باشی، حسن و ساریچلو، محمدابراهیم (۱۳۸۷). بررسی سلامت روانی دانشجویان سال اول و آخر دانشگاه علوم پزشکی قزوین، مجله دانشگاه علوم پزشکی قزوین، ۱۲(۲)، ۴۹-۴۱.

حاتمی، پریسا (۱۳۸۹). بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تأکید بر شبکه‌های اجتماعی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ‌نشده، دانشگاه علامه طباطبائی

حسینی رضوی، سید محمد، علوی، سید حسین؛ لقمانی، محسن و ذبیحی، اسماعیل (۱۳۹۵). تحلیل عاملی شاخص‌های سلامت دانشجویان دانشگاه مازندران با تأکید بر فعالیت‌های ورزشی. مدیریت ورزشی و رفتار حرکتی، ۱۲(۲۴)، ۲۷۰-۲۵۵.

حسینی، سید جواد؛ میرچولی، نسرین و کلاهدوز، ویدا (۱۳۹۳). سنجش کیفیت زندگی و رابطه‌ی آن با سلامت اجتماعی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد سبزوار. مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، ۲۱(۵)، ۸۶۴-۸۷۵.

دماری، بهزاد؛ ناصحی، عباس و وثوق مقدم، عباس (۱۳۹۲). برای ارتقای سلامت اجتماعی ایرانیان چه کنیم؟ مروری بر وضع موجود، راهبردهای ملی و نقش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۱۱(۱)، ۵۸-۴۵.

دورکیم، امیل (۱۳۸۳). صور بنیادی حیات دینی، ترجمه باقر پرهام (۱۳۸۳). تهران: نشر مرکز.

رسولی، رضا و صالحی، علی (۱۳۹۰). بررسی و تبیین عوامل مؤثر بر امنیت اجتماعی جوانان. دانش انتظامی، ۱۲(۲)، ۲۰۱-۱۶۶.

- زاهدی اصل، محمد و پيله وری، اعظم (۱۳۹۳). فراتحليلی بر مطالعات مربوط به سلامت اجتماعی. *برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*. ۵(۱۹)، ۷۱-۱۰۷
- زکی، محمدعلی و خشوعی، مریم السادات (۱۳۹۲). سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در بین شهروندان شهر اصفهان. *مطالعات جامعه‌شناختی شهری*، ۳(۸)، ۷۹-۱۰۸.
- سام آرام، عزت‌الله (۱۳۸۸). بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه‌محور. *انتظام اجتماعی*، ۱(۱)، ۹-۲۹.
- سجادی، حمیرا و صدرالسادات، سیدجلال (۱۳۸۴). شاخص‌های سلامت اجتماعی؛ *مجله اطلاعات سیاسی اقتصادی*، ۲۰۷ و ۲۰۸، ۲۴۴-۲۵۳.
- شربتیان، محمدحسن (۱۳۹۱). تأملی بر پیوند معنایی مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و میزان بهره‌مندی از سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه پیام نور مشهد، *جامعه‌شناسی مطالعات - جوانان*، ۲(۵)، ۱۴۹-۱۷۴.
- شربتیان، محمدحسن (۱۳۹۳). *ضرورت سلامت اجتماعی زنان در توسعه روستایی*. در مجموعه مقالات اولین همایش ملی زن و توسعه پایدار روستایی، مهر ۱۳۹۳، دانشگاه فردوسی مشهد.
- شکورنیا، عبدالحسین؛ مهتدی، احمدرضا و الهام پور، حسین (۱۳۹۲). علل مراجعه دانشجویان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*، ۱۳(۵)، ۳۸۸-۳۹۸.
- صادقیان، غفت و حیدریان پور، علی (۱۳۸۸). عوامل استرس‌زا و ارتباط آن با سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی همدان. *حیات*، ۱۵(۱)، ۷۱-۸۰.
- ظاهری مبارکه، مینا؛ سلامی، مریم؛ هاشمیان، محمدرضا و نوروزی، علی (۱۳۹۵). تأثیر شبکه‌های اجتماعی بر سلامت روان کاربران کتابخانه مرکز آموزشی درمانی الزهراء دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۹۴. *مدیریت سلامت*، ۱۹(۶۶)، ۷۱-۸۰.
- عبدالله‌تباردرزی، هادی (۱۳۸۶). *بررسی ارتباط سلامت اجتماعی و متغیرهای دموگرافیک اجتماعی دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ‌نشده، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی
- عبدالله‌تباردرزی، هادی؛ کلدی، علیرضا؛ محقق‌کی کمال، حسین؛ ستاره فروزان، آمنه و صالحی، مسعود (۱۳۸۸). بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان. *رفاه اجتماعی*، ۸(۳۱، ۳۰)، ۱۸۹-۱۷۱.
- عجم، علی اکبر (۱۳۹۵). پیش‌بینی خودکارآمدی تحصیلی از طریق سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی. *دوماهنامه علمی- پژوهشی راهبردهای آموزش در علوم پزشکی*، ۹(۱)،

عجم، علی اکبر (۱۳۹۵). نقش سلامت اجتماعی در انگیزش و پیشرفت تحصیلی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*، ۱۶(۴۱)، ۳۵۶-۳۶۵

فدایی مهربانی، مهدی (۱۳۸۹). شهرنشینی، رسانه و سلامت اجتماعی (رسانه‌های در حال گذار و سلامت اجتماعی شهروندان). *پژوهش و سنجش*، ۱۴(۴۹)، ۸۶-۶۷.

قائدی، غلامحسین و یعقوبی، حمید (۱۳۷۸). رابطه بین ابعاد حمایت اجتماعی ادراک شده و ابعاد بهزیستی اجتماعی دانشجویان. *مجله ارمان دانش*، ۱۳(۲)، ۸۱-۶۹.

کنگرلو، مریم (۱۳۷۸). *بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیر شاهد دانشگاه علامه طباطبایی*، پایان نامه کارشناسی ارشد علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی، چاپ نشده.

گروسی فرشی، میرتقی و صوفیانی، حکیمه (۱۳۷۸). بررسی رابطه بین ابعاد شخصیت و سلامت عمومی، در دانشجویان دانشگاه تبریز، *مطالعات تربیتی در روانشناسی دانشگاه فردوسی*، ۹(۲)، ۶۳-۴۷.

موسوی، میرطاهر و شیانی، ملیحه (۱۳۹۴). *سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی مفاهیم و رویکردها* (چاپ اول). تهران: انتشارات آگاه.

نیک‌وزر، طیبه، (۱۳۸۹). *بررسی سرمایه اجتماعی با میزان سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان*. پایان نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده. دانشگاه شهید باهنر کرمان، وحید فاضل، فریده (۱۳۹۱). *سلامت اجتماعی جوانان و عوامل مؤثر بر آن در شهر تهران*. پایان نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه الزهرا

هزارجریبی، جعفر و صفری شالی، رضا (۱۳۹۱). *آناتومی رفاه اجتماعی* (چاپ اول). تهران: موسسه انتشاراتی جامعه و فرهنگ

یحیی زاده، حسین و پورات، زینب (۱۳۹۳). تأثیر سلامت اجتماعی بر رضایت شغلی (مورد مطالعه، کارکنان شاغل بانک سپه در شهر تهران)، *پژوهشنامه مددکاری اجتماعی*، ۱(۲)، ۶۱-۴۳.

یحیی زاده، حسین و رمضانی، محمود (۱۳۹۲). سلامت اجتماعی و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن، مطالعه موردی زنان سرپرست خانوار شهر قروه، *برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، ۴(۱۶)، ۱۰۸-۶۸.

Cicognani, E., Pirini, C., Keyes, C., Joshanloo, M., Rostami, R., & Nosratabadi, M. (2007). Social Participation, Sense of Community and Social Well Being: A Study on American, Italian and Iranian University Students, *Social Indicators Research*, 89(1), 97-112.

Einstein, J. (1993). The relationship between socioeconomic status and health: a review of the literature. *The Milbank Quarterly*, 71(2), 279-322.

- House, J. (2002). Understanding social factors and inequalities in health: 20th century progress and 21st century prospects. *Journal of health and social behavior*, 43, 125-142.
- Irwin, C., Ball, L., & Desbrow, B. (2012). Student perceptions of using Facebook as an interactive learning resource at university. *Australian Journal of Educational Technology*, 28(7), 1221-1232.
- Keyes, C.M. (1998). Social Well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121-141.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1987), Creativity, divergent thinking, and openness to experience, *Journal of personality and social psychology*, 52(6), 1258-1265.
- Negovan, V. (2013), Diensions of students Psychosocial Well-being and their measurement: validation of a student's psychosocial well being Inventory. *Europes journal of Psychology*, 6(2), 85-104.
- Ross, S.E., Niebling, B. C., & Heckert, T. M. (1999). Sources of Dtress among College Students, *College Student Journal*, 33(2), 312-317.
- Smith, K.P., & Christakis, N.A. (2008). Social networks and health. *Annu Rev Sociol*, 3(4), 405-29.
- Stringhini, S., Dugravot, A., Shipley, M., Goldberg, M., Zins, M., & Kivimäki, M., (2011). Health behaviours, socioeconomic status, and mortality: further analyses of the British Whitehall II and the French GAZEL prospective cohorts. *PLoS Medicine*, 8 (2), e1000419, Doi: 10.1371/journal.pmed.1000419
- Van Ommeren, M., Saxena, S., & Saraceno, B. (2005). Mental and social health during and after acute emergencies: emerging consensus? *Bulletin of the World Health Organization*, 83 (1), 71-5.
- Wofling, K., Beutel, M.E., Koch, A., Dickenhorst, U., & Muller, K.W. (2013). Comorbid internet addiction in male clients of inpatient addiction rehabilitation centers: psychiatric symptoms and mental comorbidity. *Journal of Nervous Mental Disorsers*, 201 (11), 934-40.