

بررسی تأثیر سلامت اجتماعی بر کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه پیام نور مشگین شهر

^۱ محمدباقر علیزاده اقدم

^۲ عزت‌الله سام آرام

^۳ سعید سلطانی بهرام

^۴ خدیجه رجایی

تاریخ پذیرش: ۹۳/۵/۲

تاریخ دریافت: ۹۳/۲/۱۱

چکیده

تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، از موضوعاتی است که در دهه‌های اخیر توجه پژوهشگران را به خود جلب کرده است؛ که متناسب با آن، به سلامت اجتماعی نیز به‌عنوان یکی از عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی افراد، توجه شده است. هدف این پژوهش، بررسی تأثیر سلامت اجتماعی بر کیفیت زندگی در میان دانشجویان دانشگاه پیام نور مشگین‌شهر با روش پیمایش است. حجم نمونه ۳۳۰ نفر از دانشجویان دانشگاه پیام نور مشگین‌شهر هستند که با روش نمونه‌گیری طبقه‌بندی انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها، از پرسشنامه سلامت اجتماعی کیز و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، با مقیاس ۲۶ گویه‌ای WHOQOL-BREF استفاده شده است. برای تحلیل روابط بین متغیرها از آزمون‌هایی مانند t-test، تحلیل واریانس یک‌طرفه و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است. براساس نتایج تحقیق، همبستگی مثبت و معناداری بین سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی ($r = 0/535$, $sig = 0/000$) دانشجویان وجود دارد، و نیز سلامت اجتماعی ارتباط معناداری با ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی؛ یعنی سلامت جسمانی، سلامت روانی، سلامت روابط اجتماعی و سلامت محیطی دارد. همچنین کیفیت زندگی دانشجویان برحسب نوع سکونت آنها تفاوت معناداری دارد، ولی کیفیت زندگی دانشجویان برحسب جنس، رشته تحصیلی و سال ورود آنها متفاوت نیست. همچنین ارتباط بین سن و کیفیت زندگی دانشجویان معنادار نیست.

واژه‌های کلیدی: دانشجویان، سلامت اجتماعی، کیفیت زندگی، متغیرهای زمینه‌ای،

مشگین‌شهر.

۱. دانشیار گروه علوم اجتماعی دانشگاه تبریز (نویسنده مسئول)، m.alizadeh@tabrizu.ac.ir

۲. استاد جامعه‌شناسی دانشگاه علامه طباطبایی، e_samaram@yahoo.com

۳. دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی دانشگاه تبریز s.soltani@tabrizu.ac.ir

۴. کارشناس ارشد علوم اجتماعی، kh.rajaee@yahoo.com

مقدمه و بیان مسئله

سلامت فرد پایه و بنیان سلامت جامعه است و جامعه نقشی تعیین‌کننده در سلامت افراد ایفا می‌کند. این دو آن‌چنان به هم وابسته‌اند که نمی‌توان بین آنها حدومرزی قائل شد. وضعیت سلامت تک‌تک افراد جامعه به‌شیوه‌های گوناگون بر سلامت و عواطف آنها و همچنین بر شاخص‌های اقتصادی و اجتماعی جامعه تأثیر می‌گذارد. از این‌رو تأمین سلامت افراد جامعه، به‌خصوص سلامت اجتماعی آنها حائز اهمیت است که امروزه بر آن بسیار تأکید می‌شود. سلامت اجتماعی یکی از ابعاد سلامت است که نقش مهمی در تعامل زندگی اجتماعی هر انسان دارد و گسترش آن در جامعه می‌تواند اسباب توسعه اجتماعی را فراهم کند (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۵: ۱۲).

سلامت بخشی از سرمایه انسانی هر جامعه است. از دیدگاه فردی، عامل سلامت جزء پیش‌نیازها و شرایط اصلی اشتغال، فعالیت اقتصادی و اجتماعی انسان‌ها در سایر جوامع به‌شمار می‌رود. سلامت، از جنبه روانی و اجتماعی نیز بر مواردی مانند میزان همسویی افراد با جامعه و درک افراد از جامعه خود اثر می‌گذارد و کیفیت نیروی کار یک جامعه را تعیین می‌کند (ارفعی عین‌الدین، ۱۳۸۸).

امروزه سلامت اجتماعی در کنار سلامت جسمی، روانی و معنوی نقش و اهمیت گسترده‌ای یافته است. به گونه‌ای که دیگر سلامت فقط عاری بودن از بیماری‌های جسمی و روانی نیست، بلکه چگونگی عملکرد انسان در روابط اجتماعی و چگونگی تفکر وی از اجتماع نیز از معیارهای ارزیابی سلامت فرد در سطح کلان جامعه به‌شمار می‌رود (سام‌آرام، ۱۳۸۸: ۱۰). سلامت اجتماعی به چگونگی وضعیت ارتباط فرد با دیگران در جامعه (جامعه‌پذیری فرد) اشاره دارد. سلامت اجتماعی بر ابعادی از سلامت تأکید دارد که مربوط است به ارتباط فرد با افراد دیگر یا جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند. سلامت اجتماعی دربرگیرنده عواملی است که در کنار یکدیگر نشانگر کمیت و کیفیت عمل افراد در زندگی اجتماعی است. این عوامل عبارتند از شکوفایی اجتماعی، انطباق اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی. توجه رسمی به سلامت اجتماعی در سال ۱۹۴۷ با گنجاندن آن در تعریف سازمان بهداشت جهانی فعال شد؛ که بر رفتار با بیماران به‌عنوان موجودات اجتماعی در یک بافت اجتماعی پیچیده تأکید می‌کنند (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۸۰: ۴۹).

رافائل درباره عوامل تعیین کننده سلامت بیان می کند تعیین کننده های اجتماعی سلامت شامل عوامل اقتصادی و شرایط اجتماعی است که سلامت افراد، جوامع و اختیارات قانونی را به صورت یک مجموعه شکل می دهد. تعیین کننده های اجتماعی سلامت، عوامل اولیه نشان دهنده سلامت یا بیماری افراد هستند (تعریف محدود از سلامت). همچنین تعیین کننده های سلامت مشخص می کنند که یک شخص چه اندازه منابع شخصی، اجتماعی و فیزیکی برای شناسایی و دستیابی به آرزوهای شخصی، تأمین نیازها و سازگاری با محیط دارد (تعریف گسترده از سلامت). تعیین کننده های اجتماعی سلامت، درباره کیفیت و کمیت منابع گوناگونی است که یک جامعه برای اعضای خود در دسترس قرار می دهد (رافائل، ۲۰۰۸: ۳۱۹).

مروری بر پژوهش ها نشان می دهد که سلامت، یکی از نشانگرهای کیفیت زندگی است. در چند دهه اخیر، شناخت، اندازه گیری و بهبود کیفیت زندگی از اهداف اصلی محققان، برنامه ریزان و دولت ها بوده است. این عرصه علمی و تحقیقاتی مورد توجه بسیاری از رشته ها همچون روان شناسی، پزشکی، اقتصاد، علوم محیطی، جامعه شناسی، و جغرافیا بوده است؛ از این رو، براساس پایگاه داده های مؤسسه اطلاعات علمی، از ۱۹۸۲ تا ۲۰۰۵، بیش از ۵۵ هزار تحقیق درباره کیفیت زندگی انجام شده است (رضوانی و منصوریان، ۱۳۸۷: ۲).

با توجه به جوان بودن جامعه ایران، این جمعیت جوان با نقش اصلی ترین سرمایه برای توسعه، نیازمند توجه به سلامتی و به خصوص سلامت اجتماعی و نحوه تعاملات در شبکه های اجتماعی است. از سوی دیگر جوان بدون سلامت روانی و اجتماعی کافی و مناسب نمی تواند با چالش های ناشی از ایفای نقش های اجتماعی سازگار شود و خود را با هنجارهای اجتماعی تطبیق دهد. از سویی دیگر خودکارآمدی، مهمترین عامل ایستادگی جوان در برخورد با چالش های زندگی و تضادهای آن، ممکن است دستخوش تغییرات خاص این دوره از تحول قرار گیرد. بنابراین توجه به سلامت اجتماعی قشر جوان در نقش نخبگان و آینده سازان جامعه، برای رسیدن به جامعه ای سالم، پویا و توسعه یافته ضروری می نماید. بر این اساس، برنامه ریزان جوامع در حال توسعه باید تلاش کنند تا میزان سلامت اجتماعی افراد جامعه خود را ارتقا دهند. یکی از راه های ارتقای سلامت اجتماعی، شناخت عواملی است که بر ارتقای این جنبه از سلامت تأثیر گذارند (حسینی، ۱۳۸۷: ۹).

ارزیابی کیفیت زندگی در یک جامعه و دستیابی به عوامل مؤثر بر آن می‌تواند برنامه‌ریزان و تصمیم‌گیرندگان هر نظام را برای طراحی برنامه‌های کاربردی و مؤثر یاری دهد که در نهایت به افزایش رفاه و رضایتمندی افراد آن جامعه منجر خواهد شد. به‌علاوه هر اندازه کیفیت زندگی به‌طور مستمر ارتقا یابد از آسیب‌های روانی و اجتماعی مانند بیماری‌های روانی و سرخوردگی‌ها، احساس بیگانگی (از جامعه و از خود)، احساس سرگشتگی، احساس بیهودگی و نارضایتی از زندگی و بزه‌کاری‌ها و ناهنجاری‌های اجتماعی کاسته می‌شود (حاج‌یوسفی، ۱۳۸۵: ۳۱).

از سوی دیگر افراد در دوره تحصیلی دانشگاهی در معرض فشار و آسیب‌پذیری بیشتری قرار دارند؛ به واسطه حضور عوامل بیشمار همچون دوری از خانواده، زندگی در خوابگاه دانشجویی، ورود به مجموعه بزرگتر و پر تنش، سازگاری با فرهنگ و افراد مختلف، مشکلات اقتصادی و نداشتن درآمد کافی، نوع فعالیت و نقشی که انجام می‌دهند و همچنین انتظارات متعددی که دیگران از آنها دارند و مسئولیتی که این افراد برای خود قائل هستند. سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی تابعی از عوامل مختلف اجتماعی و فرهنگی است و دانشجوی پس از ورود به دانشگاه با محیط جدیدی روبه‌رو می‌شود که با زندگی و محیط اجتماعی گذشته‌اش متفاوت است؛ در دوران تحصیل نیز با مسائل و مشکلات بسیاری مواجه خواهد شد که هر یک ممکن است به سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی او خدشه وارد کند. بنابراین با توجه به مسائل مطرح‌شده، هدف اصلی این پژوهش بررسی و تأثیر نقش سلامت اجتماعی بر کیفیت زندگی دانشجویان و همچنین بررسی عواملی همچون سن، جنس، نوع سکونت و رشته تحصیلی دانشجویان بر کیفیت زندگی آنهاست.

پیشینه نظری تحقیق

از اواخر دهه ۶۰ میلادی بسیاری از کارشناسان مسائل توسعه، جامعه‌شناسان، روان‌شناسان و دیگر دانشمندان علوم اجتماعی و انسانی به نقد و ارزیابی هدف‌های رشد و توسعه اقتصادی در کشورهای پیشرفته و صنعتی پرداختند و بر اولویت هدف‌های اجتماعی توسعه و کیفیت خدمات و کالاها و مناسب‌بودن آنها با نیازها و شرایط زندگی مردم تأکید کردند. بدین ترتیب نگرش انسانی و جامعه‌شناختی درباره کیفیت زندگی، به قلمرو ادبیات توسعه و برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری‌های کلان کشورهای پیشرفته، به‌ویژه کشورهای اروپای غربی وارد شد (حاج‌یوسفی، ۱۳۸۵: ۳۰).

کیفیت زندگی اصطلاحی رایج است که محققان آن را به طور گسترده از جنبه‌های مختلف بررسی کردند. با وجود کاربرد وسیع این اصطلاح، کیفیت زندگی هنوز تعریف جهانی ندارد. برخی کیفیت زندگی را به معنای زندگی خوب داشتن و احساس رضایت از زندگی تعریف کرده‌اند (جمشیدی، ۱۳۸۲: ۸۰). مک گرگور (۱۹۹۸) میزان برخورداری فرد؛ البته نه فقط برخورداری از چیزهایی که به دست آورده، بلکه از سایر گزینه‌هایی که فرصت انتخاب آنها را دارد. به بیان دیگر، کیفیت زندگی به آزادی برای رسیدن و نرسیدن به موفقیت و آگاهی از فرصت‌هایی واقعی وابسته است که فرد در مقایسه با دیگران در اختیار دارد (رضوانی و منصوریان، ۱۳۸۷: ۵).

در سمینار جهانی سازمان ملل متحد در دانمارک، در ارتباط با مسائل جهان سوم کیفیت زندگی چنین تعریف می‌شود: «شرایط بهتر تغذیه، پوشاک، مسکن، و محیط زیست انسانی، بهداشت و آموزش و پرورش و ایجاد فرصت‌هایی برای کنش متقابل اجتماعی، کسب مهارت‌های شغلی، گسترش همبستگی عمومی در مشارکت اجتماعی و سیاسی» (حاج یوسفی، ۱۳۸۵: ۳۱). گروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، QOL را این گونه تعریف می‌کند: «ادراک افراد از موقعیتشان در زندگی در حوزه‌های فرهنگی و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کنند و در ارتباط با اهداف، انتظارات و استانداردها و نگرانی‌هایشان (نیلسون و همکاران، ۲۰۰۶: ۴۲۱).

گودمن در تحقیقات خود به این نتیجه رسید که دو عامل بر کیفیت زندگی مؤثر است. عامل اول را ابزاری و عامل دوم را ارتباطی بیان می‌کند که بازتاب کیفیت ارتباط بین فردی است. این دو عامل مشابه نیازهای دوم و سوم مازلو یعنی نیاز به امنیت و تعلق داشتن است. کالمن هم معتقد است زمانی می‌توان گفت که کیفیت عالی برای زندگی وجود دارد که امیدهای فرد با تجارب وی تطابق داشته باشد و خلاف این وضعیت، درباره کیفیت پایین زندگی صدق می‌کند (مختاری و نظری، ۱۳۸۹: ۱۲۲-۱۱۹).

شالوک^۱ (۱۹۹۴) کیفیت زندگی را چنین تعریف می‌کند: درکی که فرد از زندگی خانوادگی و اجتماعی، شغل و میزان سلامتی خود به دست می‌آورد. شالوک کیفیت زندگی را ذهنی و ناشی از درک از وضعیت عینی زندگی‌اش و درک رضایت دیگران می‌داند (حریرچی و همکاران، ۱۳۸۸: ۹۴). در یک بازبینی اخیر، شالوک (۲۰۰۴) حوزه‌های اصلی را نشان داد که در بسیاری از

تحقیقات مربوط به این زمینه وجود دارد و یکی از ابعاد اصلی کیفیت زندگی^۱ فرض می‌شود، که شامل سلامت عاطفی، روابط بین‌فردی، سلامت مادی (مانند موقعیت مالی، استخدام و مسکن)، پیشرفت شخصی (آموزش، لیاقت، عملکرد شخصی)، سلامت جسمی (سلامتی، فعالیت‌های زندگی روزانه و اوقات فراغت)، آزادی اراده، شمول اجتماعی و حقوق قانونی و انسانی است. چندوجهی بودن نه تنها به جنبه‌های مورد اندازه‌گیری اشاره می‌کند بلکه به شاخص‌هایی که برای انعکاس کیفیت زندگی متناسب باید مدنظر قرار گیرد هم اشاره می‌کند (دیوید سالدانا و همکاران، ۲۰۰۹: ۳۰۳).

سازمان بهداشت جهانی مقیاس‌های افراد برای درک از کیفیت زندگی را به چهار دسته

تقسیم می‌کند:

۱. سلامت جسمانی^۲ (۷ مورد)

۲. سلامت روانی^۳ (۶ مورد)

۳. سلامت روابط اجتماعی^۴ (۳ مورد)

۴. سلامت محیطی^۵ (۸ مورد) (توکر و همکاران، ۲۰۱۰: ۱۲).

سازمان بهداشت برای هر یک از این ابعاد مصادیقی دارد که بدین شرح است:

۱. سلامت فیزیکی شامل توانایی انجام فعالیت‌های روزمره زندگی، میزان وابستگی به درمان‌های پزشکی، قدرت و خستگی، تحرک و چابکی، درد و ناراحتی، خواب و استراحت، ظرفیت و توانایی برای کار و فعالیت است.

۲. سلامت روانی شامل رضایت و تصور شخص از خود و ظاهرش، احساسات مثبت و منفی فرد، اعتماد به نفس، اعتقادات روحی، مذهبی، شخصی، تفکر، یادگیری و حافظه و تمرکز است.

۳. روابط اجتماعی از جمله: روابط شخصی، حمایت اجتماعی و فعالیت جنسی است.

۴. سلامت محیط از جمله: منابع مادی و مالی، آزادی و ایمنی، در دسترس بودن و کیفیت مراقبت‌های بهداشتی - درمانی و اجتماعی، فرصت‌های پیش رو برای کسب اطلاعات و مهارت‌های جدید، امکان فعالیت‌های تفریحی، سلامت محله و مکان زندگی شخص و امکانات

-
1. Quality of life
 2. physical health
 3. psychological health
 4. social relationships health
 5. environmental health

آن، سلامت محیط خانه.



نمودار ۱. عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی (فرخ‌وندی، ۱۳۸۸).

سلامت، حالت برخورداری از درجه بالایی از بهزیستی به‌شمار می‌رود. طبق نظریه سلامتی، فردی سالم نامیده می‌شود که درجات بالای شاخص‌های سلامتی را داشته باشد. (اکبریان و همکاران، ۱۳۸۹). از نظر سازمان بهداشت جهانی، سلامت یکی از حقوق اصلی انسانی تلقی می‌شود و در نتیجه همه مردم باید به منابع اساسی تأمین سلامت دسترسی داشته باشند. درک و شناخت همه‌جانبه سلامت دلالت بر این دارد که همه نظام‌ها و ساختارهایی که شرایط اجتماعی، اقتصادی و محیط فیزیکی را کنترل و حکومت می‌کنند، باید به نوع فعالیت‌های خود و اثری که بر روی سلامت و رفاه فرد و جامعه می‌گذارند بیشتر توجه کنند (سجادی، ۱۳۸۴: ۴۰).

مفهوم سلامت اجتماعی به اندازه سلامت روانی و فیزیکی شناخته شده نیست. این مفهوم با سلامت روانی و فیزیکی یکی از سه پایه بسیاری از تعاریف سلامت را تشکیل می‌دهد. علت آن دلالت سلامت اجتماعی به هر دو ویژگی جامعه و افراد آن است. "جامعه‌ای سالم است که فرصت‌های برابر و حق دسترسی برابر به کالاها و خدمات لازم برای کارآمدی کامل یک شهروند، برای همه وجود دارد." برخی از شاخص‌های سلامت یک جامعه عبارتند از: حاکمیت قانون، برابری در توزیع ثروت، دسترسی عموم مردم به فرآیند تصمیم‌گیری (سیاست‌گذاری) و سطح سرمایه اجتماعی. سلامت اجتماعی افراد به "وجهی از رفاه فرد اشاره می‌کند که به

چگونگی تعامل آن فرد با دیگران، واکنش مردم نسبت به او و چگونگی تعامل آن فرد با مؤسسات اجتماعی و آداب و رسوم اجتماعی "مربوط می‌شود (راسل، ۱۹۷۵: ۷۵). سلامت اجتماعی، مفهومی است که در کنار ابعاد جسمی و روانی سلامت به آن توجه شده است و جنبه اجتماعی آن را با محور قرار دادن فرد بررسی می‌کند. واژه‌های *social health*، *quality to life*، *social well being* هم در مفهوم فردی و هم به مفهوم جامعه‌ای معادل با سلامت اجتماعی به کار می‌روند. سلامت اجتماعی عناصر متعددی دارد که در کنار یکدیگر نشانگر کمیت و کیفیت عملکرد افراد در زندگی اجتماعی است مانند نقش همسایه، همکار و همشهری (حسینی، ۱۳۸۷).

وجه اجتماعی سلامت شامل سطوح مهارت‌های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود در جایگاه عضوی از جامعه بزرگتر است. به‌طورکلی از این دیدگاه هر کس عضوی از افراد خانواده و عضو یک جامعه بزرگتر به‌شمار می‌آید و بر شرایط اقتصادی و اجتماعی و رفاه «تمامیت شخص» در رابطه با شبکه‌ای اجتماعی توجه می‌شود. ریشه سلامت اجتماعی در محیط زیست مادی مثبت (یعنی متوجه بر موضوع‌های اقتصادی و اقامتی) و محیط زیست انسانی مثبت است که شبکه اجتماعی مشخص را در نظر می‌گیرد (سجادی، ۱۳۸۴: ۴۱). بلوک و برسلو^۱ برای اولین بار سال ۱۹۷۲ در پژوهشی به مفهوم سلامت اجتماعی پرداختند. آنها مفهوم سلامت اجتماعی را با درجه عملکرد اعضای جامعه مترداف کردند و شاخص سلامت اجتماعی را ساختند. آنها تلاش کردند با طرح پرسش‌های گوناگون در ابعاد جسمی، اجتماعی و روانی سلامت فردی، به میزان فعالیت و عملکرد فرد در جامعه دست یابند (فروم، ۱۳۸۵: ۳۴۲).

لارسن سلامت اجتماعی را ارزیابی فرد از کیفیت روابطش با خانواده، دیگران و گروه‌های اجتماعی تعریف می‌کند. وی معتقد است که مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد را می‌سنجد که نشانگر رضایت یا نارضایتی فرد از زندگی و محیط اجتماعی‌اش است و در واقع شامل پاسخ‌های درونی فرد همچون احساس، تفکر و رفتار است (اکبریان و همکاران، ۱۳۸۹). کیز سلامت اجتماعی را با ارائه مقیاسی جامع‌تر و با شمول ابعاد اجتماعی و محیطی زندگی فرد در سال ۱۹۹۸ مفهوم‌سازی کرد. کیز در آن مقیاس و تحقیقاتی که پس از آن انجام داد،

فرض را بر این می‌گذارد که افراد کیفیت زندگی و عملکرد شخصی‌شان را با معیارهای اجتماعی‌شان ارزشیابی می‌کنند. به این ترتیب سلامت اجتماعی دربرگیرنده اجزاء و مؤلفه‌هایی است که روی هم رفته نشانگر کیفیت و کمیت برخورداری فرد از زندگی مناسب است (موحدی، ۱۳۸۹: ۱۰۷).

به نظر کبیز، حلقه گمشده در تاریخچه مطالعات مربوط به سلامت، پاسخ به این سؤال است: "آیا ارزیابی کیفیت زندگی و عملکرد شخصی افراد بدون توجه به معیارهای اجتماعی امکان‌پذیر است؟" کبیز در پاسخ به این سؤال، مفهوم سلامت اجتماعی را به معنای ارزیابی فرد از عملکردش در برابر اجتماع به عنوان یکی از ابعاد مهم سلامتی مطرح می‌کند. کبیز (۲۰۰۴) معتقد است بهداشت روانی، کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد و عملکرد خوب در زندگی چیزی پیش از سلامت روانی، هیجان و شامل تکالیف و چالش‌های اجتماعی است (رفیعی و همکاران، ۱۳۸۹: ۲۹).

مطالعات مربوط به سلامت با استفاده از مدل‌های زیستی، بیشتر بر وجه خصوصی از سلامت تأکید دارند؛ ولی افراد درون ساختارهای اجتماعی و ارتباطات قرار دارند و با چالش‌ها و تکالیف اجتماعی بیشماری روبه‌رو هستند (اکبریان و همکاران، ۱۳۸۹: ۹۶).

فرد سالم از نظر اجتماعی، اجتماع را یک مجموعه معنادار، درک‌کردنی و بالقوه برای رشد و شکوفایی می‌داند؛ به جامعه احساس تعلق دارد، از سوی جامعه پذیرفته می‌شود و در پیشرفت آن سهم است. فرد سالم، از نظر اجتماعی زمانی عملکرد خوبی دارد که احساس تعلق به گروه‌های اجتماعی خود داشته باشد و خود را در اجتماع و پیشرفت آن شریک بداند. محتوای مقیاس سلامت اجتماعی، طیف مثبتی از ارزیابی فرد از تجاربش در جامعه است. این مقیاس جدید با مقیاس‌های سلامت اجتماعی در سطح بین‌فردی (مانند پرخاشگری و حمایت اجتماعی) و سطح اجتماعی (مانند فقر و جایگاه اجتماعی) تفاوت دارد (اکبریان و همکاران، ۱۳۸۹).

جدول ۱. ساختارهای سلامت اجتماعی با توجه به سطوح تحلیل و پیوستار اندازه‌گیری

پیوستار	فردی	سطوح تحلیل بین فردی	اجتماعی
منفی	از خودبیبگانگی و بی‌هنجاری 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: (اکبریان و همکاران، ۱۳۸۹: ۱۰۰)

پیشینه تحقیق

"بررسی سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت و رابطه آن با کیفیت زندگی در دانشجویان مقطع کارشناسی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان" عنوان پژوهش توصیفی-تحلیلی است که سال ۱۳۸۹ با روش سرشماری به انجام رسیده است. نتایج به‌دست‌آمده از این تحقیق حاکی از آن است که بین کیفیت زندگی عمومی دانشجویان و وضعیت جسمانی و مسئولیت‌پذیری در قبال سلامت خود، ارتباط آماری معناداری وجود نداشت. همچنین بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و فعالیت جسمانی و روابط بین فردی دانشجویان، ارتباط آماری معناداری وجود نداشت. همچنین نتیجه‌گیری این تحقیق نشان داد که کیفیت زندگی اکثریت دانشجویان خوب بود (طل و همکاران، ۱۳۹۰).

علیزاده و همکاران در پژوهشی همبستگی بین مشارکت اجتماعی زنان با کیفیت زندگی آنان را در شهر کرمان بررسی کردند. در این پژوهش توصیفی-همبستگی، ۳۰۰ زن در بازه سنی ۱۸-۷۳ سال با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای از ۱۲ منطقه شهر کرمان انتخاب شده بودند. یافته‌های تحقیق نشان داد که مشارکت اجتماعی زنان در ۱۸ درصد موارد مناسب، در ۸۱ درصد موارد متوسط و در ۳ درصد موارد نامناسب بود. کیفیت زندگی نیز در ۴۴ درصد موارد مناسب، در ۵۴ درصد موارد متوسط و در ۱/۷ درصد موارد نامناسب بوده است. همچنین بین مشارکت اجتماعی و کیفیت زندگی همبستگی مستقیم معناداری وجود داشت (علیزاده و همکاران، ۱۳۹۳).

موحدی در پایان‌نامه کارشناسی ارشد خود "تأثیر سلامت اجتماعی بر میزان کیفیت زندگی کارکنان بانک ملی ایران" را در سال ۱۳۸۸ بررسی کرد. وی در یک مطالعه همبستگی، بر

روی ۳۳۰ نفر از کارمندان بانک ملی شهر تهران پژوهش کرد که به شیوه نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شده بودند. یافته‌های تحقیق نشان داد که بین سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی کارکنان، ارتباط مثبتی وجود دارد و بین سن کارمندان و سنوات خدمت آنها با کیفیت زندگی نیز ارتباط معناداری وجود داشته است. وجود ارتباط مثبت بین سلامت اجتماعی و وجه روانی کیفیت زندگی حاکی از اهمیت مسائل روحی و روانی و احساس رضایت‌مندی در بالا بردن سطح سلامت اجتماعی است. به طوری که با افزایش فرهنگمندی و احساس رضایت‌خاطر بین افراد جامعه، سلامت اجتماعی بالاتری خواهند داشت. وجود ارتباط معنادار بین انسجام اجتماعی و کیفیت زندگی نشانگر تأثیر مستقیم تعلق خاطر به جامعه بر روی کیفیت زندگی جسمی و روانی افراد است؛ به طوری که می‌توان امیدوار بود با افزایش حمایت‌های اجتماعی و ایجاد عوامل تعلق‌آور و سهیم‌کردن افراد در سود و زیان‌های اجتماعی، کیفیت زندگی و به تبع آن رضایت‌مندی فردی افزایش یابد. فقدان ارتباط بین سطح تحصیلات، جنسیت و رسته شغلی با کیفیت زندگی ممکن است تاحدی بیانگر کم‌اهمیت بودن این عوامل باشد در مقایسه با سن و سنوات خدمت که توأم با تجربه و کسب مهارت‌های بیشتر در محیط کاری است (موحدی، ۱۳۸۹).

بهمنی و همکاران در پژوهشی به بررسی کیفیت زندگی و ارتباط آن با نگرش دینی دانشجویان پرداختند. جامعه آماری این پژوهش، ۲۸ هزار دانشجو در ۴ دانشکده زیرگروه دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب در سال تحصیلی ۸۰-۱۳۷۹ بوده است؛ از این تعداد ۴۰۰ دانشجو با روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. براساس نتایج مقدماتی این پژوهش کیفیت زندگی نزدیک به نیمی از دانشجویان تقریباً متوسط یا کمی بهتر از آن بوده است. لیکن حدود ۲۵ درصد از آنها شرایط نامطلوبی دارند. عوامل جنسیت، سن و مذهب در کیفیت زندگی بی‌تأثیر بود و وضعیت تأهل، اشتغال، سطح تحصیلات و اشتغال والدین بر کیفیت زندگی دانشجویان تأثیر معناداری داشته است (بهمنی و همکاران، ۱۳۸۳).

پاول (۲۰۰۸) در پژوهشی به ارتباط بین عملکردهای ارتباطی، سلامت اجتماعی و معنوی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پرداخته است. بیماران مبتلا به سرطان ۸۰-۳۵ ساله نمونه این پژوهش را شامل می‌شدند. نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که، همبستگی مثبت و قوی بین سلامت اجتماعی و معنوی، عملکردهای ارتباطی و کیفیت زندگی وجود دارد. سلامت معنوی

به‌طور معناداری ۵۳ درصد واریانس کیفیت زندگی را تبیین کرده اگرچه به لحاظ آماری معنادار نبود (پرینس-پاول، ۲۰۰۸).

فرضیه‌های تحقیق

۱. بین سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی دانشجویان ارتباط معناداری وجود دارد.
۲. بین سلامت اجتماعی و سطح سلامت جسمانی دانشجویان ارتباط معناداری وجود دارد.
۳. بین سلامت اجتماعی و سطح سلامت روانی دانشجویان ارتباط معناداری وجود دارد.
۴. بین میزان سلامت اجتماعی و سلامت روابط اجتماعی دانشجویان ارتباط معناداری وجود دارد.
۵. به نظر می‌رسد کیفیت زندگی دانشجویان برحسب جنسیت آنها متفاوت است.
۶. به نظر می‌رسد کیفیت زندگی دانشجویان برحسب سال ورود آنها متفاوت است.
۷. به نظر می‌رسد کیفیت زندگی دانشجویان برحسب رشته تحصیلی آنها متفاوت است.

روش‌شناسی پژوهش

در این پژوهش، از روش پیمایش برای گردآوری و تجزیه و تحلیل اطلاعات استفاده شده است. تحقیق پیمایشی براساس تعمیم اطلاعات حاصل از بخش کوچکی از جامعه (نمونه) به کل جامعه آماری انجام می‌شود. همچنین هدف این پژوهش کاربردی و یک بررسی مقطعی است که در زمانی خاص انجام شده است. در واقع برای گردآوری اطلاعات درخصوص جامعه آماری و تطابق آن با فرضیه‌های مطرح شده از روش پیمایشی و نمونه‌گیری استفاده شده است چون در آن موقعیت انتخاب شدن برای همه افراد برابر است و برای تحلیل و آزمون داده‌ها از آزمون‌های آماری مناسب استفاده شده است.

جامعه آماری این پژوهش دانشجویان دانشگاه پیام نور مشهدین شهر هستند، که بنابر آمار اعلام شده در بهمن ماه سال ۱۳۸۹ از طرف دانشگاه ۲۳۰۵ نفر است. روش نمونه‌گیری در این پژوهش از نوع طبقه‌ای تصادفی است. بدین صورت که پس از برآورد حجم نمونه کل، نمونه اختصاصی برای هر رشته تحصیلی به تناسب جمعیتشان محاسبه شده است. حجم نمونه پژوهش از بین دانشجویان دانشگاه پیام نور مشهدین شهر با فرمول کوکران محاسبه شد، که تعداد نمونه به دست آمده از این روش، ۳۳۰ نفر است.

$$n = \frac{Nt^2pq}{Nd^2 + t^2pq} = \frac{2305 * (1/96)^2 * (0.5 * 0.5)}{2305 * (0/05)^2 + (1/96)^2 * (0.5 * 0.5)} \approx 330$$

جدول ۲. نحوه تخصیص نمونه آماری براساس رشته تحصیلی دانشجویان

درصد	تعداد نمونه	تعداد در جامعه	رشته
۲۴/۵	۸۱	۵۶۳	علوم تربیتی و روان‌شناسی
۱۰/۹	۳۶	۲۵۷	ریاضی و علوم کامپیوتر
۲۲/۱	۷۳	۵۱۱	مدیریت و حسابداری
۱۱/۸	۳۹	۲۶۸	ادبیات فارسی و زبان‌های خارجی
۲/۷	۹	۶۴	تربیت بدنی
۸/۵	۲۸	۱۹۳	جغرافیا
۱۳	۴۳	۲۹۹	حقوق
۶/۴	۲۱	۱۵۰	مهندسی کشاورزی
۱۰۰	۳۳۰	۲۳۰۵	کل

اعتبار و پایایی ابزار تحقیق

در این پژوهش سؤالات مربوط به متغیرهای تحقیق با اعتبار صوری برآورد شد. به گونه‌ای که پس از طرح سؤالات، پرسش‌نامه از سوی تعدادی متخصص بررسی و تأیید شد. همچنین برای تعیین پایایی سؤالات پرسش‌نامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. براساس نتایج به‌دست‌آمده از ضریب آلفای کرونباخ، مقدار آلفای برای هر یک از متغیرها بیشتر از ۰/۷ بود، هر یک از متغیرهای تحقیق پایایی مناسبی دارند.

یافته‌های تحقیق

یافته‌های توصیفی

براساس نتایج به‌دست‌آمده از ۳۳۰ دانشجوی، ۳۳/۳ درصد از پاسخگویان مرد و ۶۶/۷ درصد از آنان زن بودند. میانگین سنی نمونه بررسی‌شده ۲۲/۲۵ سال است که بیشترین تعداد پاسخگویان ۲۰ ساله بودند. جوان‌ترین پاسخگو ۱۸ ساله و مسن‌ترین‌شان ۴۲ ساله بودند. از میان پاسخگویان

۵۹/۱ درصد ساکن مشکین شهر و ۳۹/۷ درصد ساکن سایر شهرستان‌ها بودند. همچنین، ۲۴/۵ درصد از پاسخگویان در رشته‌های علوم تربیتی و روان‌شناسی، ۱۰/۹ درصد در رشته‌های ریاضی و علوم کامپیوتر، ۲۲/۱ درصد در رشته‌های مدیریت و حسابداری، ۱۱/۸ درصد در رشته‌های ادبیات فارسی و زبان‌های خارجی، ۲/۷ درصد در رشته‌های تربیت بدنی، ۸/۵ درصد در رشته جغرافیا، ۱۳ درصد در رشته حقوق، و بالاخره ۶/۴ درصد در رشته مهندسی کشاورزی مشغول به تحصیل بودند. از میان پاسخگویان ۸/۵ درصد ورودی سال ۱۳۸۵، ۲۷ درصد ورودی سال ۱۳۸۶، ۲۱/۵ درصد ورودی سال ۱۳۸۷، ۲۲/۱ درصد ورودی سال ۱۳۸۸، و ۲۰/۳ درصد ورودی سال ۱۳۸۹ بودند.

در این پژوهش، متغیر سلامت اجتماعی با استفاده از پرسشنامه سلامت اجتماعی کیز سنجیده شد. میانگین متغیر سلامت اجتماعی در میان دانشجویان ۱۰۶/۸۶ بود که نشانگر وضعیت سلامت اجتماعی دانشجویان، در سطح متوسط رو به بالاست. یعنی میانگین به دست آمده (۱۰۶/۸۶) بر روی طیف، بین متوسط و زیاد قرار می‌گیرد که نشان‌دهنده واکنش مثبت نسبت به گویه‌های این متغیر است. بیشترین نمره سلامت اجتماعی دانشجویان ۱۵۴ و کمترین آن ۵۹ بود.

متغیر کیفیت زندگی با استفاده از پرسشنامه سازمان بهداشت جهانی، و با چهار وجه سلامت جسمانی، سلامت روانی، سلامت روابط اجتماعی و سلامت محیطی سنجیده شده است. بیشترین نمره کیفیت زندگی بین دانشجویان ۱۰۶ و کمترین اندازه ۳۱ بود. میانگین متغیر کیفیت زندگی دانشجویان ۷۸/۵۹ بود، که بر روی طیف، بین متوسط و زیاد قرار می‌گیرد و نشان‌دهنده وضعیت متوسط رو به بالای کیفیت زندگی دانشجویان است. جدول ۳ آماره‌های توصیفی متغیر کیفیت زندگی و ابعاد آن را نشان می‌دهد.

جدول ۳. آماره‌های توصیفی متغیر کیفیت زندگی و ابعاد آن

آماره	کیفیت زندگی	سلامت جسمانی	سلامت روانی	سلامت روابط اجتماعی	سلامت محیطی
میانگین	۷۸/۵۹	۲۵/۴۶	۱۹/۷۶	۷/۲۲	۲۵/۶۹
کمترین	۳۱	۱۳	۶	۲	۱۰
بیشترین	۱۰۶	۳۵	۳۰	۱۰	۴۰

بر اساس اطلاعات جدول ۳، سلامت جسمانی و کیفیت زندگی این دانشجویان در سطح متوسط رو به بالاست. به طوری که در دامنه ۳۵-۱۳، میانگین سلامت جسمانی دانشجویان ۲۵/۴۶ به دست آمده است. سلامت روانی، با میانگین ۱۹/۷۶ در سطح متوسط رو به بالاست. یعنی میانگین به دست آمده، بر روی طیف بین متوسط و زیاد قرار می‌گیرد که نشان‌دهنده واکنش مثبت نسبت به گویه‌های این متغیر است. بیشترین نمره سلامت روانی بین دانشجویان ۳۰ و کمترین ۶ بود. میانگین سلامت روابط اجتماعی، ۷/۲۲ بود که در دامنه ۱۰-۲، میانگین به دست آمده، وضعیت متوسط رو به بالایی را نشان می‌دهد. سلامت محیطی با میانگین ۲۵/۶۹ در سطح متوسط رو به بالاست یعنی میانگین به دست آمده (۲۵/۶۹) بر روی طیف، بین متوسط و زیاد قرار می‌گیرد که نشان‌دهنده واکنش مثبت نسبت به گویه‌های این متغیر است. بیشترین نمره سلامت محیطی بین دانشجویان ۴۰ و کمترین میزان ۱۰ بود.

یافته‌های استنباطی

برای آزمون ارتباط بین دو متغیر سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی دانشجویان با توجه به اینکه هر دو متغیر در سطح اندازه‌گیری فاصله‌ای است، از آزمون معناداری ضریب همبستگی r پیرسون استفاده شده است. با توجه به اینکه سطح معناداری به دست آمده ($\text{sig}=0/000$) کمتر از سطح معناداری مورد نظر ($\alpha=0/01$) است می‌توان گفت بین این دو متغیر ارتباط معناداری وجود دارد، بنابراین فرضیه اصلی تأیید و فرضیه صفر رد می‌شود. ضریب همبستگی به دست آمده ($r=0/535$) در سطح ۹۹ درصد معنادار است و نشان‌دهنده همبستگی مثبت و در حد متوسط است؛ یعنی هر اندازه سلامت اجتماعی دانشجویان بالا باشد کیفیت زندگی آنان نیز بیشتر می‌شود. جدول ۴ نتایج آزمون همبستگی پیرسون بین سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی و ابعاد آن را نشان می‌دهد.

جدول ۴. نتایج آزمون همبستگی پیرسون بین سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی و ابعاد آن

متغیرها	کیفیت زندگی	سلامت جسمانی	سلامت روانی	سلامت روابط اجتماعی
ضریب همبستگی	۰/۵۳۵	۰/۶۸۱	۰/۴۸۲	۰/۴۰۷
سطح معناداری	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
تعداد مشاهدات	۲۴۳	۲۴۲	۲۳۸	۲۴۰

برای آزمون ارتباط بین متغیر سلامت اجتماعی و وجوه کیفیت زندگی نیز از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. مطابق اطلاعات جدول ۴، با توجه به نتایج ضریب همبستگی پیرسون و سطح معناداری، نتیجه می‌شود که متغیر سلامت اجتماعی با وجوه سه‌گانه کیفیت زندگی ارتباط مثبت و معناداری دارد. همچنین سطح معناداری به‌دست‌آمده برای هر یک از وجوه کیفیت زندگی (sig=۰/۰۰۰) است که کمتر از سطح معناداری مورد نظر ($\alpha=۰/۰۱$) بوده؛ بنابراین در سطح اطمینان ۹۹ درصد، فرضیه اصلی تأیید و فرضیه صفر رد می‌شود. بنابراین، نتیجه می‌گیریم بین سلامت اجتماعی و وجوه سه‌گانه کیفیت زندگی ارتباط معناداری وجود دارد. ضریب همبستگی برای سلامت جسمانی ($r=۰/۶۸۱$)، سلامت روانی ($r=۰/۴۸۲$) و سلامت روابط اجتماعی ($r=۰/۴۰۷$) به‌دست‌آمده که، نشان‌دهنده وجود همبستگی مثبت و خوبی بین سلامت اجتماعی و وجوه سه‌گانه کیفیت زندگی (سلامت جسمانی، سلامت روانی و سلامت روابط اجتماعی) است. بنابراین می‌توان گفت هر چه سطح سلامت اجتماعی بالاتر باشد، متناسب با آن، کیفیت زندگی و وجوه دیگر آن نیز وضعیت بهتری خواهد داشت. و عکس آن نیز صادق است، یعنی، هرچه میزان سلامت اجتماعی در میان دانشجویان پایین‌تر باشد، بر کیفیت زندگی و وجوه دیگر آن تأثیر منفی خواهد داشت؛ در نتیجه دانشجویان کیفیت زندگی پایین‌تری را تجربه خواهند کرد.

یکی دیگر از فرضیه‌های این پژوهش، بر ارتباط کیفیت زندگی و جنسیت اشاره دارد. متغیر جنسیت به‌صورت اسمی دوحالتی مطرح شده است و به‌علت فاصله‌ای بودن سطح اندازه‌گیری متغیر کیفیت زندگی، برای تحلیل روابط بین این دو متغیر از آزمون t استفاده شده است. براساس نتایج جدول ۴، میانگین نمره دختران (۷۷/۷۶) کمتر از میانگین نمره مردان (۸۰/۲۴) است. ولی نتایج آزمون t نشان می‌دهد که با توجه به اینکه سطح معناداری به‌دست‌آمده ($\text{sig}=۰/۰۶۷$) بیشتر از سطح معناداری مورد نظر ($\alpha=۰/۰۵$) است، می‌توان گفت تفاوت بین دو میانگین معنادار نیست. بنابراین کیفیت زندگی دانشجویان دختر و پسر تفاوت معناداری با هم ندارند. نتایج آزمون t این دو متغیر در جدول ۵ آورده شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون t برای بررسی کیفیت زندگی دانشجویان برحسب جنسیت

متغیر	جنسیت	تعداد	میانگین	درجه آزادی	مقدار t	سطح معناداری
کیفیت زندگی	دانشجویان پسر	۱۱۰	۸۰/۲۴	۳۲۸	۱/۸۳	۰/۰۶۷
	دانشجویان دختر	۱۲۰	۷۷/۷۶			

ارتباط بین کیفیت زندگی و سال ورود به دانشگاه نیز یکی دیگر از فرضیه‌های این پژوهش است. با توجه به رتبه‌ای بودن سال ورود به دانشگاه، و فاصله‌ای بودن سطح اندازه‌گیری متغیر کیفیت زندگی، از آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه برای تحلیل روابط بین این دو متغیر استفاده شده است. براساس نتایج آزمون تحلیل واریانس، با توجه به اینکه سطح معناداری به‌دست‌آمده ($\text{sig}=0/010$) بیشتر از سطح معناداری مورد نظر ($\alpha=0/05$) است گفته می‌شود تفاوت بین دو میانگین معنادار نیست. در نتیجه سال ورود، تأثیری بر کیفیت زندگی دانشجویان ندارد. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه این دو متغیر در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه متغیر کیفیت زندگی دانشجویان برحسب سال

ورود به دانشگاه

متغیر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	مقدار F	سطح معناداری
واریانس بین گروهی	۵۰۸/۹۲۱	۴	۱۲۷/۲۳۰		
واریانس درون‌گروهی	۴۹۷۷۰/۷۱۰	۳۲۳	۱۵۴/۰۸۹	۰/۸۲۶	۰/۵۱۰
واریانس کل	۵۰۲۷۹/۶۳۱	۳۲۷			

برای آزمون ارتباط بین متغیر کیفیت زندگی و رشته تحصیلی، با توجه به سطوح اندازه‌گیری آنها از آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه استفاده شده است. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه نشان می‌دهد که با توجه به اینکه سطح معناداری به‌دست‌آمده ($\text{sig}=0/093$) بیشتر از سطح معناداری مورد نظر ($\alpha=0/05$) است، تفاوت میانگین‌ها معنادار نیست. پس رشته تحصیلی تأثیری بر کیفیت زندگی دانشجویان ندارد. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه این دو متغیر در جدول ۷ آورده شده است.

جدول ۷. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه متغیر کیفیت زندگی دانشجویان برحسب سال

رشته تحصیلی

متغیر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آزمون F	سطح معناداری
واریانس بین گروهی	۱۰۱۹/۱۲۲	۷	۱۴۵/۵۸۹		
واریانس درون‌گروهی	۵۱۹۴۱/۰۹۲	۲۸۳	۱۸۳/۵۳۷	۰/۷۹۳	۰/۵۹۳
واریانس کل	۵۲۹۶۰/۲۱۳				

بحث و نتیجه گیری

هدف از این پژوهش، مطالعه و بررسی تأثیر سلامت اجتماعی بر کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه پیام نور مشکین شهر است. از کل دانشجویان ۳۳۰ نفر از آنان بررسی شدند. ۳۳/۳ درصد از پاسخگویان مرد و ۶۶/۷ درصد از آنان زن بودند. میانگین سنی نمونه بررسی شده ۲۲/۲۵ سال است که بیشترین تعداد پاسخگویان ۲۰ ساله بودند. جوان ترین پاسخگو ۱۸ ساله و مسن ترین شان ۴۲ ساله بودند. میانگین متغیر کیفیت زندگی ۷۸/۵۹ و میانگین متغیر سلامت اجتماعی ۱۰۶/۸۶ به دست آمد که نشانگر کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی دانشجویان در حد متوسط به بالاست.

نتایج حاصل از یافته‌های استنباطی داده‌ها، فرضیه اصلی تحقیق را درباره تأثیر سلامت اجتماعی بر کیفیت زندگی، تأیید می‌کند. نتیجه بررسی ارتباط بین سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی این دانشجویان، بیانگر ارتباط معنادار دو متغیر است. همچنین همبستگی دو متغیر مثبت و شدت همبستگی متوسط است. به عبارتی بین سطح سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی دانشجویان ارتباط مستقیم و معناداری وجود دارد یعنی با افزایش سلامت اجتماعی کیفیت زندگی افزایش می‌یابد؛ بنابراین فرضیه اصلی پژوهش تأیید می‌شود. این یافته با نتایج تحقیق پاول همسو است که با عنوان بررسی ارتباط بین عملکردهای ارتباطی، سلامت اجتماعی معنوی و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به سرطان در سال ۲۰۰۷ انجام شده است (پرینس-پاول، ۲۰۰۸). همچنین پژوهش موحدی (۱۳۸۹) نیز یافته‌های این پژوهش را تأیید می‌کند.

بررسی نتایج ارتباط بین سطح سلامت اجتماعی و جسمانی بین دانشجویان، بیانگر ارتباط معنادار بین دو متغیر نامبرده است. همبستگی این دو متغیر مثبت و شدت همبستگی متوسط است. وجود ارتباط معنادار و مثبت بین دو متغیر سطح سلامت اجتماعی و سلامت جسمانی دانشجویان بیانگر این نکته است که این فرضیه یعنی ارتباط معنادار بین سلامت اجتماعی و جسمانی دانشجویان تأیید می‌شود. همچنین وجود ارتباط مثبت و معنادار بین دو متغیر سلامت اجتماعی و روانی دانشجویان بیانگر این نکته است که فرضیه ارتباط معنادار بین دو متغیر سلامت اجتماعی و روانی دانشجویان تأیید می‌شود. وجود ارتباط معنادار مثبت بین دو متغیر سلامت اجتماعی و سلامت محیطی دانشجویان بیانگر این نکته است که این فرضیه یعنی ارتباط معنادار بین سلامت اجتماعی و سلامت محیطی دانشجویان تأیید

می‌شود. این نتایج با نتایج تحقیق موحدی (۱۳۸۹) همسو است که بین کارکنان بانک ملی شعب تهران انجام شد.

ارتباط بین جنسیت و کیفیت زندگی نیز در این پژوهش تأیید شد. به عبارت دیگر فرضیه پژوهش درباره وجود ارتباط بین دو متغیر جنسیت و کیفیت زندگی رد و فرضیه صفر درباره فقدان ارتباط بین دو متغیر نامبرده تأیید می‌شود. موحدی (۱۳۸۹) در پژوهش خود نشان داد که ارتباط معناداری بین جنسیت و کیفیت زندگی از نظر آماری وجود ندارد. بنابراین ناهمخوانی نتایج این دو پژوهش شاید به جامعه آماری متفاوت این دو پژوهش مربوط باشد. همچنین در این پژوهش فرضیه متفاوت بودن کیفیت زندگی دانشجویان برحسب سال ورود آنها تأیید نشد. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که بین محل سکونت دانشجویان و کیفیت زندگی آنان ارتباط معنادار وجود دارد. مقدار به دست آمده در سطح ۹۵ درصد معنادار است. در این پژوهش برای دانشجوی غیربومی تأکید بر دانشجویان ساکن خوابگاه دانشجویی دانشگاه پیام نور مشگین شهر بود چون احتمالاً دانشجویان غیربومی، متأثر از زندگی دور از خانواده و محیط خوابگاه با عوامل تنش‌زای بیشتری مواجه هستند. عواملی که تغییر محیط زندگی، تغییر در فعالیت‌های اجتماعی، تغییر عادات خواب و تغذیه، ساعت‌های طولانی مطالعه، مشکل سازگاری با افراد و محیط جدید و... را شامل می‌شود. فرضیه کیفیت زندگی دانشجویان برحسب سن آنها متفاوت است که با توجه به یافته‌های پژوهش تأیید نشد. احتمالاً به دلیل کم بودن دامنه تغییرات سنین مختلف نمونه‌های بررسی شده این پژوهش ممکن است ارتباط به دست آمده معنادار نباشد. حریرچی، میرزایی و جهرمی در پژوهشی با بررسی چگونگی وضعیت کیفیت زندگی شهروندان شهر جدید پردیس در سال ۱۳۸۸ نشان دادند بین افراد سنین گوناگون درخصوص کیفیت زندگی ارتباط معنادار وجود ندارد. یکی از دلایل ممکن است دامنه تغییرات اندک سن نمونه‌های بررسی شده این پژوهش باشد که با یافته‌های پژوهش موحدی (۱۳۸۹) نیز همسو نیست. ولی یافته‌های این پژوهش، با نتایج پژوهش بهمنی، تمدنی و عسگری (۱۳۸۳) همخوانی دارد. درضمن فرضیه متفاوت بودن کیفیت زندگی دانشجویان برحسب رشته تحصیلی آنها تأیید نشد. به‌طورکلی در این پژوهش ارتباط بین شش متغیر مستقل با متغیر وابسته کیفیت زندگی بررسی شده است که براساس نتایج آن، بین سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی دانشجویان ارتباط معنادار وجود دارد. طبق نظر کبیر، حلقه گمشده در تاریخچه مطالعات مربوط به سلامت،

پاسخ به این سؤال است: "آیا ممکن است کیفیت زندگی و عملکرد شخصی افراد را بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد؟". کبیز در پاسخ به این سؤال، مفهوم سلامت اجتماعی را به معنای ارزیابی فرد از عملکردش در اجتماع در نقش یکی از وجوه مهم سلامت و کیفیت زندگی مطرح می‌کند. بر مبنای نتیجه به دست آمده، سلامت اجتماعی ممکن است عاملی مؤثر بر کیفیت زندگی باشد.

منابع

- ارفعی عین‌الدین، رضا (۱۳۸۸)، رابطه نحوه گذران اوقات فراغت با سلامت اجتماعی (مورد بررسی جوانان ۱۵ الی ۲۹ سال شهرستان بستان آباد)، پایان نامه کارشناسی ارشد برنامه ریزی و رفاه اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی
- اکبریان، مهدی؛ عبدالله، تباردرزی؛ محمد ابراهیم، خاکی (۱۳۸۹)، «سلامت اجتماعی، پلیس و احساس امنیت»، مجموعه مقالات نخستین هم اندیشی ملی سلامت اجتماعی: ۹۲-۱۰۹.
- بهمنی، بهمن؛ تمدنی، مجتبی و عسگری مجید (۱۳۸۳)، «بررسی کیفیت زندگی و رابطه آن با نگرش دینی و ملکرد تحصیلی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد جنوب تهران»، طب و تزکیه، شماره ۵۳: ۳۲-۴۴.
- مشیدی، مژگان و کرمی، عزت اله (۱۳۸۲)، «توسعه روستایی و آثارش بر کیفیت زندگی زنان: مطالعه موردی شهرستان اقلید»، فصلنامه روستا و توسعه، شماره ۲: ۷۷-۹۵.
- حاج یوسفی، علی (۱۳۸۵)، «کیفیت زندگی و راهبردهای اصلاحی»، فصلنامه مددکاری اجتماعی، شماره ۸: ۳۸-۳۰.
- حریرچی، امیرمحمود؛ میرزایی، خلیل و مکانی، اعظم (۱۳۸۸)، «چگونگی وضعیت کیفیت زندگی شهروندان شهر جدید پردیس»، پژوهش اجتماعی، شماره ۲: ۸۹-۱۱۰.
- حسینی، سیده فاطمه (۱۳۸۷)، بررسی میزان سلامت اجتماعی و عوامل موثر بر آن در دانشجویان دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی، پایان نامه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- رفیعی، حسن و همکاران (۱۳۸۹)، «سلامت اجتماعی ایران: از تعریف اجتماع مدار تا شاخص شواهد مدار»، مجموعه مقالات نخستین هم اندیشی ملی سلامت اجتماعی: ۲۶-۴۵.
- رضوانی، محمدرضا و منصوریان، حسین (۱۳۸۷)، «بررسی مفاهیم، شاخصها، مدلها و ارائه مدل پیشنهادی برای نواحی روستایی»، فصلنامه روستا و توسعه، شماره ۱۳: ۱-۱۳.
- سام آرام، عزت الله (۱۳۸۸)، «بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تاکید بر رهیافت پلیس جامعه محور»، فصلنامه علمی پژوهشی انتظام اجتماعی، شماره اول: ۱۴-۲۹.
- سجادی، حمیرا (۱۳۸۴)، «سنجش سلامت اجتماعی»، فصلنامه مددکاری اجتماعی، شماره ۷: ۳۹-۴۹.

- علیزاده، سمیه؛ محسنی، محبت؛ خانجانی، نرگس و مومن آبادی، ویکتوریا (۱۳۹۳)، «همبستگی بین مشارکت اجتماعی زنان با کیفیت زندگی آنان در شهر کرمان»، مدیریت ارتقای سلامت، شماره ۲: ۴۲-۳۴.
- طل، آذر؛ توسلی، الهه؛ شریفی راد، غلامرضا و شجاعی زاده، داود (۱۳۹۰)، «بررسی سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت و رابطه آن با کیفیت زندگی در دانشجویان مقطع کارشناسی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان»، مجله تحقیقات نظام سلامت، شماره چهارم: ۴۴۲-۴۴۸.
- فرخوندی، امیر، (۱۳۸۸)، عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی جانبازان شهر دزفول، پایان نامه کارشناسی- ارشد برنامه ریزی و رفاه اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- فروم، اریک، (۱۳۸۵)، جامعه سالم، ترجمه اکبر تبریزی، تهران: نشر بهجت.
- مختاری، مرضیه و نظری، جواد (۱۳۸۹)، جامعه شناسی کیفیت زندگی، تهران: انتشارات جامعه- شناسان
- موحدی، امین (۱۳۸۹)، تاثیر سلامت اجتماعی بر میزان کیفیت زندگی کارکنان بانک ملی ایران (مطالعه موردی: بانک ملی شعب شهر تهران)، پایان نامه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۸۵)، عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، معاونت سلامت، دبیرخانه عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت.
- David saldana, Rosa M . alvarez, Ana M . Lopez, Macarena Moreno, Miguel Rojano (2009) , “Objective and subjective quality of life in adults with autism spectrum disorders in southern Spain”, **Autism**; No 13 (3) : 303-316.
- Nilsson Jan, A. K. M. Masud Rana and Zarina Nahar Kabir (2006) , “Social Capital and Quality of Life in Old Age: Results From a Cross-Sectional Study in Rural Bangladesh”, **Journal of Aging and Health**; No18 (3) : 419-434.
- Prince-Paul, M (2008) , “Relationships among communicative acts, social well-being, and spiritual well-being on the quality of life at the end of life in patients with cancer enrolled in hospice”, **Journal of Palliative Medicine**, No11 (1) : 20-25.
- Raphael, Dennis (2008) , **Social Determinants of Health: Canadian Perspectives**, Toronto: Canadian Scholars' Press
- Russell, R. D. (1975) , “Social Health: An Attempt to Clarify This Dimension of Well-Being”, **International Journal of Health Education**, No 16: 74-82
- Tekur Padmini, Singphow Chametcha, Ramarao Nagendra Hongasandra, Nagarathna Raghuram (2010) , “Effect of yoga on quality of life of CLBP patients: A randomized control study”, **International Journal of Yoga**, No 3 (1) : 10-17
- World Health Organization (1980) , **International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps**, Geneva