

وضعیت سلامت اجتماعی محصلان پوهنځی روان شناسی و علوم تربیتی پوهنتون کابل

پوهندوی زلمی وفایار^۱ و عبدالمبین صدیقی^۲

^۱دیارتمنت کار و امور اجتماعی، پوهنځی روان شناسی و علوم تربیتی، پوهنتون کابل، کابل، افغانستان

^۲مددکار اجتماعی، فارغ التحصیل دیارتمنت کار اجتماعی پوهنځی روان شناسی و علوم تربیتی

ایمیل: zalmai.wafayar@gmail.com

چکیده

این تحقیق با هدف سنجش سلامت اجتماعی و ابعاد آن در میان محصلان پوهنځی روان شناسی و علوم تربیتی پوهنتون کابل انجام شده است. مطالعه به روش توصیفی-پیمایشی و با نمونه گیری توسط فورمول کوکوران ۱۷۶ محصل (از جامعه ۳۲۳ نفری) صورت گرفت. داده ها با پرسشنامه سلامت اجتماعی صفاری نیا (۱۳۹۳)، که براساس مدل نظری کیز و شاپیروز طراحی شده است جمع آوری و با نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند. نتایج آزمون تی نشان داد سطح سلامت اجتماعی محصلان پایین تر از حد مطلوب است. همچنان نتایج بررسی ابعاد سلامت اجتماعی نشان می دهد محصلان در بُعد انسجام اجتماعی نسبت به ابعاد دیگر نمرات خوبی کسب کرده، و پایین ترین نمرات را در بُعد همبستگی اجتماعی دارند که بیانگر وضعیت نامطلوب همبستگی اجتماعی می باشد. این یافته ها بر ضرورت توجه ویژه به تقویت مؤلفه هایی چون شکوفایی اجتماعی برای ارتقای سلامت اجتماعی محصلان تأکید می کند. بر این اساس، پیشنهاد می شود پوهنتون با طراحی برنامه های آموزشی، مشاوره ای و فعالیت های مشارکتی، زمینه رشد این مؤلفه ها را فراهم سازد.

واژه های کلیدی: ابعاد سلامت اجتماعی؛ سلامت؛ سلامت اجتماعی؛ مددکاران اجتماعی؛ محصلان

The Social Health Status of Students at the Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kabul University

Zalmai Wafayar¹ and Abdul Mobin Sediqi²

¹Department of Social Work, Faculty of Psychology, and Educational Sciences, Kabul University, Kabul, Afghanistan

²Social Worker, Graduated from Social work Department, Faculty of Psychology and Educational Sciences

Email: zalmai.wafayar@gmail.com

Abstract

This study aimed to assess social health and its dimensions among students of the Faculty of Psychology and Educational Sciences at Kabul University. A descriptive-survey design was employed and, using Cochran's formula, a sample of 176 students was drawn from a population of 323. Data were collected via the Social Health Questionnaire developed by Saffariania (1393), which was constructed based on the theoretical model of Keyes and Shapiro, and were analyzed using SPSS version 26. An independent-samples t-test revealed that the status of students' social health was significantly below the desirable threshold. The analysis of the dimensions of social health showed that students obtained comparatively higher scores in social integration, while the lowest scores were observed in social coherence, indicating an unfavorable status in this dimension. These findings highlight the need for targeted interventions to strengthen specific components, particularly social coherence, to promote students' social health. It is therefore recommended that the university implement structured educational programs, counseling services, and participatory activities aimed at fostering these components and enhancing overall social health among students.

Keywords: Social Health Dimensions; Social Health; Social workers; Health; University Students

ارجاع: وفایار، ز. و صدیقی، ع. م. (۱۴۰۴). وضعیت سلامت اجتماعی محصلان پوهنځی روان شناسی و علوم تربیتی پوهنتون کابل.

<https://doi.org/10.62810/jss.v8i3.316>. ۳۷-۲۱. (۳)۸. پوهنتون کابل - تحقیقی علوم اجتماعی

مقدمه

الحمد لله رب العالمين، والصلاة والسلام على أشرف الأنبياء والمرسلين، نبينا و رسولنا محمد و على آله وصحبه و من تبعهم بإحسان إلى يوم الدين و بعد:

سلامت کلمه‌ی است که نقش آن در ارتقای شاخص‌های توسعه انسانی، انکار ناپذیر است و مبارزه با عواملی که این پدیده را تحت تأثیر قرار می‌دهند و سبب نابرابری‌ها در سلامت افراد می‌گردند، از اولویت‌های هر جامعه، نهادهای اجتماعی و دولت محسوب می‌شود (رستگار و سیدان، ۱۳۹۴). سلامت در طول سده‌ها از یک مفهوم انفرادی به صورت یک هدف جهانی و در برگیرنده کیفیت زندگی در آمده است. در کل تعریف که از سلامت و سالم بودن به اساس رویکرد سلامتی محور داده شده است سلامت را به عنوان حالت برخورداری درجه بالایی از رفاه و آسایش تعریف می‌کنند. به اساس این نظریه سلامتی، فردی سالم در نظر گرفته می‌شود که درجات عالی شاخص‌های سلامت اعم از سلامت اجتماعی را دارا باشد (Blanco & Diaz, 2007). برای مثال احساس یکپارچگی در اجتماع خود داشته باشد. تعریف سازمان صحتی جهان از سلامت نیز به اساس همین رویکرد می‌باشد. سلامت اجتماعی مفهوم نو ظهور در مطالعات اجتماعی در دهه‌های اخیر می‌باشد و اساسی ترین جز رفاه اجتماعی افراد جامعه به شمار می‌آید که بیش از مداخلات طبی بیشتر به عوامل اجتماعی و اقتصادی وابسته بوده و یکی از مفاهیم محوری توسعه پایدار است (رستگار و سیدان، ۱۳۹۴). به زبان ساده سلامت اجتماعی به توانایی فرد در انجام نقش‌های اجتماعی به گونه مؤثر، کارآمد و بدون ضرر رساندن به دیگران می‌باشد. برای رشد و شکوفایی یک کشور ضرورت به جامعه سالم است، و جامعه سالم را مجموعه از افراد سالم تشکیل می‌دهد، که در این میان نقش سلامت اجتماعی افراد غیرقابل انکار است، زیرا انسان سالم محور توسعه است و در سایه سلامت پایدار در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی با افراد آحاد جامعه می‌توان در جاده رشد و پیشرفت قدم گذاشت. به این اساس توسعه انسانی از مهم ترین پارامترهای مطالعات توسعه از دهه‌ی ۸۰ قرن بیستم بدینسو تا به امروز بوده است (شربتیان، ۱۳۹۱). بُعد اجتماعی سلامت، در برگیرنده مهارت‌های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به عنوان عضوی از جامعه بزرگتر است. به طور کلی از این دید، هر کس عضوی از افراد خانواده و جامعه بزرگتر به حساب می‌آید. در سنجش سلامت اجتماعی، به نحوی ارتباط شخص در شبکه روابط اجتماعی توجه می‌شود (کفاشی، ۱۳۹۳). گلداسمیت سلامت اجتماعی را ارزیابی رفتارهای معنی‌دار مثبت و منفی فرد در ارتباط با دیگران تعریف می‌کند و آنرا یکی از اساسی ترین شاخص‌های سلامت هر جامعه‌ی معرفی می‌نماید که منجر به کارایی فرد در

جامعه خواهد شد (Larson, 1993). توجه به سلامت اجتماعی افراد مسئله مهمی است به ویژه از جوانان و نوجوانان که به عنوان سرمایه‌های انسانی نقش بارزی در توسعه پایدار جامعه خود دارند و در میان آن‌ها طبقه محصلان به دلیل برخورداری از توانمندی‌های فنی، تخصصی و در کنار آن پویایی جوانی و انرژی فراوان، قادر هستند که اثرات تعیین کننده بر آینده جامعه داشته باشند. داشتن سلامت اجتماعی در میان محصلان باعث افزایش مهارت‌های ارتباطی، اعتماد و مشارکت اجتماعی می‌گردد که از پیش نیازهای رسیدن به رشد و شکوفایی جامعه می‌باشد. اعتماد اجتماعی از عواملی زمینه ساز برای مشارکت، همکاری و تعاون در ابعاد مختلف جامعه است و کاهش اعتماد اجتماعی در جامعه موجب می‌گردد همواره نوعی ترس از برقراری رابطه و احساس ناامنی بین اعضای جامعه بوجود آید که مانع از تداوم و تقویت رابطه و کاهش همکاری و تعاملات می‌گردد، که در این صورت فردگرایی و منفعت طلبی که منشاء بسیاری از انحرافات و نابسامانی‌های اجتماعی است در جامعه رواج می‌یابد (باستانی و همکاران، ۱۳۸۷). مهارت‌های ارتباطی محصلان تنها برای برقراری روابط بین فردی حائز اهمیت نیست زیرا ماتسون معتقد است که مهارت‌های ارتباطی رفتارهای هستند که رشد آن‌ها می‌تواند بر روابط بین افراد، سلامت اجتماعی، و عملکرد آن‌ها در اجتماع مفید و مؤثر باشد. ماتسون مهارت‌های ارتباطی را به عنوان وسیله ارتباط میان فرد و محیط تعریف می‌کند که برای شروع و ادامه یک ارتباط سازنده و سالم با همسالان، به عنوان بخشی مهم از سلامت فرد مورد استفاده واقع شود (حیدر خانی و همکاران، ۱۳۹۶) با این حال عدم توجه به سلامت اجتماعی محصلان و یا افراد جامعه در عصر حاضر که عصر ارتباطات و جهانی‌سازی است، سبب افزایش آسیب پذیری آن‌ها در ابعاد روانی-اجتماعی «خودکشی، گرایش به مصرف دُخانیات، عدم پذیرش اجتماعی، عدم احساس امنیت، بدبینی و عدم اعتماد افراد جامعه به یکدیگر، عدم احساس مسئولیت، کاهش همبستگی اجتماعی» و بسیاری آسیب‌های اجتماعی دیگر می‌شود (حیدرخانی و همکاران، ۱۳۹۵). بهبود و ارتقای سلامت اجتماعی از جمله وظایف و مسئولیت‌های اساسی مددکاران اجتماعی می‌باشد. به دلیل اینکه نتایج تحقیقات مختلف نشان دهنده اینست که در سلامت اجتماعی متغیرهای چون: «وضعیت اقتصادی-اجتماعی، میزان دریافت حمایت‌های اجتماعی، اعتماد بین افراد اعضای جامعه و احساس امنیت اجتماعی، تأثیرگذار است» که بهبود هرکدام آن‌ها در جهت مثبت باعث بهبود وضعیت سلامت اجتماعی فرد می‌گردد. با این تو ضیحات ملاحظه می‌گردد که اصلاح و تقویت موارد فوق و مبارزه با آسیب‌های اجتماعی جز از اهداف و برنامه‌های مددکاری اجتماعی است (حیدرخانی و همکاران، ۱۳۹۵). مددکاران اجتماعی در نقش‌های گوناگون که عهده دار می‌شوند، حمایت‌های

هدفمند و متنوع را از مراجع خود در قالب فرد، گروه و جامعه می‌کنند. به طور خلاصه نقش مددکاران اجتماعی در ارتقای سلامت اجتماعی یعنی ارتقای ظرفیت فردی و اجتماعی افراد، بهبود ارتباط سازنده فرد با محیط، مددکاران اجتماعی عاملی برای تحرک، مشارکت اجتماعی، تقویت احساس مسئولیت در قبال جامعه و اصلاح و تحکیم روابط اجتماعی که زمینه ساز افزایش سرمایه اجتماعی و وفاق اجتماعی است می‌باشد (زاهدی‌اصل، ۱۳۹۷). پس از بررسی کلی مباحث علمی، به روشنی نشان داده می‌شود که دین مقدس اسلام در منابع وحیانی قرآن کریم و سنت پیامبر ﷺ چگونه سلامت اجتماعی را تعریف و ارتقا می‌دهد. دین اسلام سلامت را فقط محدود به بُعد جسمانی نمی‌داند بلکه سلامت فردی و جمعی را در ارتباطات، همبستگی، عدالت و همکاری اجتماعی معنا می‌کند؛ زیرا خداوند (ج) در قرآن کریم می‌فرماید: إِنَّمَا الْمُؤْمِنُونَ إِخْوَةٌ فَأَصْلَحُوا بَيْنَ أَخَوَيْكُمْ وَاتَّقُوا اللَّهَ لَعَلَّكُمْ تُرْحَمُونَ (حجرات: ۱۰). این آیه ارزش وحدت، همبستگی و اصلاح بین مؤمنان را نشان می‌دهد که باعث همزیستی و آرامش افراد جامعه می‌شود و از ارکان سلامت اجتماعی در اسلام است. یکی دیگر از آموزه‌های اسلامی در زمینه سلامت اجتماعی داشتن ایمان و تقوا می‌باشد که باعث بهبود سلامت اجتماعی می‌شود زیرا فرد با ایمان و با تقوا دارای فضایل اخلاقی مانند عدالت، صداقت، مهربانی و تعاون می‌باشد که باعث پایداری و تقویت ساختار اجتماعی سالم می‌شود. در روایتی از پیامبر ﷺ آمده که «مسلمان کسی است که مسلمانان از زبان و دست او در امان باشند» (صحیح بخاری: ۱۰). این حدیث نشان می‌دهد که حفظ امنیت، احترام به هم‌نوع و عدم آسیب‌رسانی جزء و معیارهای یک مسلمان و نیز از اصول سلامت اجتماعی افراد جامعه است. قرآن و سنت بر عدالت، مشارکت اجتماعی، صداقت، حمایت از نیازمندان و مسئولیت‌پذیری تأکید دارند. زیرا جامعه سالم جامعه‌ای است که افراد آن در کنار هم به عدالت و همکاری عمل کنند و از ظلم و بی‌عدالتی دوری گزینند. این آموزه‌ها باعث می‌شود که آرامش، اعتماد اجتماعی، و مشارکت در نقش‌های اجتماعی در جامعه افزایش یابد و سلامت اجتماعی تحقق یابد.

کیز (۱۹۹۸)، از جمله نظریه پردازان اصلی سلامت اجتماعی، که نظریات وی مبنای تحقیقات بسیاری بوده است و از جمله این تحقیق، معتقد است که این مفهوم به ماهیت اجتماعی زندگی و مشکلات آن اشاره دارد و مسائل که افراد در زندگی اجتماعی با آن رو به رو هستند ملاکی است برای کیفیت زندگی افراد (رضایی و همکاران، ۱۳۹۴). به اعتقاد کیز سلامت اجتماعی عبارت از چگونگی ارزیابی فرد از عملکردش در برابر اجتماع می‌باشد. فرد از نظر اجتماعی زمانی سالم است و عملکرد خوبی دارد که اجتماع را به صورت یک مجموعه معنی‌دار، قابل فهم و بالقوه برای رشد و

شکوفایی دانسته و احساس می‌کند که به جامعه تعلق دارد و از طرف جامعه پذیرفته می‌شود و در پیشرفت آن سهم است» (آرام، ۱۳۸۸، ص ۱۶۱). کیز همچنان عنوان می‌کند که پایین بودن سلامت اجتماعی در افراد جامعه سبب می‌شود، فرد نتواند به نحو مناسب و مؤثر با دیگران ارتباط برقرار کند، و به همین دلیل دُچار نوعی انزوای اجتماعی شده که این عامل زمینه ساز بروز انواع انحرافات اجتماعی می‌باشد (کیز، ۲۰۰۲ به نقل از رضایی و همکاران، ۱۳۹۴). از نظر کیز سلامت اجتماعی می‌تواند به عنوان ارزیابی فرد از روابط اجتماعی اش تعریف شود؛ اینکه چطور دیگران نسبت به آن‌ها کنش دارند و چطور آن‌ها در ارتباط با نهادهای اجتماعی و جامعه عمل می‌کنند (کیز و شاپیرو، به نقل از عابدی و همکاران، ۱۳۹۹).

مدل سلامت اجتماعی کیز یکی از متداول ترین مدل‌های مورد استفاده در سنجش سلامت اجتماعی است، و کیز معتقد است که مدل سلامت اجتماعی که در امتداد سلامت روانی مطرح می‌شود و زمینه کارکرد مثبت را فراهم می‌کند، شامل پنج بخش می‌باشد؛ انسجام اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، مشارکت اجتماعی و پذیرش اجماعی (حیدر خانی و همکاران، ۱۳۹۵).

انسجام اجتماعی به داشتن احساس بخشی از جامعه بودن و یا داشتن احساس تعلق فرد به جامعه اطلاق می‌شود (آرام، ۱۳۸۸). این بُعد سلامت اجتماعی در افراد حس همکاری با اعضاء جامعه را پدیدار نموده که باعث ارتقای امکانات اجتماعی و سطح زندگی افراد جامعه می‌گردد (زمانی‌زاد و همکاران، ۱۳۹۷). شکوفایی اجتماعی بُعد دوم سلامت اجتماعی می‌باشد که در این حالت فرد دارای روحیه امیدواری بوده و معتقد است که جامعه توانایی رشد و انکشاف به شکل مثبت را دارد و در حال رشد است (عابدی و همکاران، ۱۳۹۹). در بُعد سوم سلامت اجتماعی یعنی همبستگی اجتماعی (انطباق اجتماعی) باور فرد بر این است که ساختارهای اجتماعی از یک نوع ثبات برخوردار اند و توانایی پیش‌بینی امور را دارم که در این‌گونه محیط با ثبات توان برنامه‌ریزی افراد برای رشد و انکشاف افزایش پیدا می‌کند (زمانی‌زاد و همکاران، ۱۳۹۷). بُعد چهارم سلامت اجتماعی، مشارکت اجتماعی به داشتن احساس و باور بر اینکه عضو حیاتی جامعه خود هستم و فکر می‌کنم که چیزهای با ارزشی دارم که به دنیا عرضه کنم اطلاق می‌شود (آرام، ۱۳۸۸). مشارکت در ابعاد سیاسی، اجتماعی، فرهنگی و یا اقتصادی حس توانایی و تأثیرگذاری را در افراد بالا می‌برد و به نحوی در وضع کیفیت زندگی افراد تأثیرگذار است (زمانی‌زاد و همکاران، ۱۳۹۷). سرانجام برخورداری بُعد پنجم که پذیرش اجتماعی می‌باشد افراد را قادر می‌سازد تا تفاوت‌های شخصیتی و فرهنگی را پذیرفته و به

افراد جامعه اعتماد و اطمینان داشته باشند. افراد دارای پذیرش اجتماعی به این باور هستند که افراد دیگر می‌توانند مفید و مؤثر باشند (مستی و فخرایی، ۱۳۹۳).

نتایج تحقیقات مختلف نشان دهنده این است که در سلامت اجتماعی متغیرهای چون: «و وضعیت اقتصادی - اجتماعی، میزان دریافت حمایت اجتماعی، اعتماد بین افراد اعضاء جامعه و احساس امنیت اجتماعی» تأثیرگذار است و رابطه مستقیم با سلامت اجتماعی دارند، که بهبود هرکدام آنها در جهت مثبت باعث بهبود وضعیت سلامت اجتماعی فرد می‌شود.

رضا دوست و همکاران (۱۳۹۸)، در یک تحقیق با عنوان «بررسی عوامل جامعه شناختی مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان پوهنتون شهید چمران اهواز» به این نتیجه رسیدند که میزان سلامت اجتماعی محصلان در حد متوسط و رو به بالا است.

تحقیقی دیگری در این زمینه از شربتیان (۱۳۹۱)، تحت عنوان «تأملی بر پیوند معنایی مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و میزان بهره‌مندی از سلامت اجتماعی در بین دانشجویان پوهنتون پیام نور مشهد» می‌باشد. نتایج بدست آمده حاکی از آن است که تمام ابعاد سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی رابطه معنی‌داری دارند و از بین متغیرهای زمینه‌ای و وضعیت تأهل و جنسیت با سلامت اجتماعی رابطه دارد. نتایج بدست آمده از تحلیل رگرسیون نشان داد که ۵۹ درصد از تغییرات واریانس سلامت اجتماعی به وسیله دو متغیر اعتماد و مشارکت اجتماعی تبیین می‌شود. یکی از عوامل اصلی ایجاد سلامت اجتماعی، اعتماد می‌باشد یعنی افزایش اعتماد جوانان نسبت به سایر افراد جامعه و نهادهای اجتماعی سلامت اجتماعی آنها را افزایش می‌دهد.

بهشتی و همکاران (۱۳۹۹)، تحقیقی را تحت عنوان «تبیین جامعه شناختی رابطه احساس امنیت اجتماعی و سلامت اجتماعی» با هدف استخراج رابطه بین دو متغیر امنیت اجتماعی و سلامت اجتماعی به صورت تجربی انجام شده‌اند، که یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهد بین احساس امنیت اجتماعی و سلامت اجتماعی رابطه معنی‌داری در اکثر ابعاد این دو متغیر وجود دارد.

نتایج تحقیق زمانی‌زاد و همکاران (۱۳۹۷)، تحت عنوان «رابطه سرمایه روانشناختی و سلامت اجتماعی دانشجویان» حاکی از آن بود که بین سلامت اجتماعی و سرمایه اجتماعی روانشناختی رابطه معنی‌دار وجود دارد و قویترین رابطه سلامت اجتماعی از چهار بُعد سرمایه روانشناختی با بُعد خودکارآمدی و بعد از آن با بُعد امید وجود داشت. در نتیجه افرادی که سرمایه روانشناختی مطلوبتری داشته باشند از سلامت اجتماعی مناسبی برخوردار خواهند بود.

یزدان پناه و نیکورز (۱۳۹۴)، در مطالعه‌ای تحت عنوان «رابطه عوامل اجتماعی با سلامت اجتماعی دانشجویان پوهنتون شهید باهنر کرمان»، دریافتند، میزان سلامت اجتماعی دانشجویان در حد متوسط است.

ر ضایی و همکاران (۱۳۹۴)، در یک تحقیق به هدف «مطالعه تأثیر احساس امنیت اجتماعی بر سلامت اجتماعی شهروندان شهر مشهد» به این نتیجه رسیدند که میزان سلامت اجتماعی شهروندان شهر مشهد به طرز معنی داری بالاتر از حد متوسط است.

مظلومی مقدم و افشانی (۱۳۹۶)، در یک تحقیق با هدف «مطالعه رابطه حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی» دریافتند که ارتباط معنی دار و مستقیمی بین دو متغیر حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی وجود دارد و با افزایش حمایت اجتماعی، سلامت اجتماعی نیز افزایش پیدا می‌کند.

بنی فاطمه و همکاران (۱۳۹۲)، در یک تحقیق با هدف «بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان پوهنتون آزاد اسلامی واحد تبریز و عوامل آن» دریافتند، که محصلان سال تحصیلی ۱۳۹۱-۱۳۹۲ این پوهنتون از سطح متوسط سلامت اجتماعی برخوردار هستند.

جواد و همکاران (۱۳۹۵)، در تحقیقی به «بررسی سلامت اجتماعی و عوامل مرتبط در دانشجویان پوهنتون علوم طبی گیلان در سال ۱۳۹۴» پرداختند. نتایج نشان داد که از مجموع ۴۸۹ نفر از دانشجویان اکثریت ۸۷/۹ درصد از سلامت اجتماعی متوسط برخوردار بودند. بیشترین اوسط نمره‌های ابعاد سلامت اجتماعی مربوط به بُعد انسجام اجتماعی و کمترین اوسط نمره‌ها مربوط به بُعد همبستگی اجتماعی بود.

غفاری و همکاران (۱۳۹۷)، در تحقیق شان تحت عنوان «بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی شهروندان استان ایلام». دریافتند که اوسط سلامت اجتماعی در ولایت ایلام اندکی بالاتر از حد متوسط است.

صلحی و همکاران (۱۳۹۵)، تحقیقی در مورد «بررسی وضع سلامت اجتماعی جوانان شهرنقده و عوامل مؤثر بر آن» انجام دادند. یافته‌های این تحقیق نشان داد اوسط نمره سلامت اجتماعی در جوانان در حد متوسط بوده است.

شربتیان و خانقاهی (۱۳۹۴)، در یک تحقیق تحت عنوان «رابطه مهارت‌های زندگی با سلامت اجتماعی» دریافتند، که میزان سلامت اجتماعی جوانان در حد متوسط و رو به بالا بوده، و یافته‌ها بیانگر رابطه مستقیم بین ابعاد مهارت زندگی با سلامت اجتماعی.

محمودآباد و همکاران (۱۳۹۸)، در یک مطالعه به هدف «بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان علوم طبی هرمزگان» دریافتند که اوسط نمره سلامت اجتماعی اکثر محصلان در وضعیت متوسط بوده و در ابعاد آن، بُعد شکوفایی اجتماعی دارای بالاترین اوسط می‌باشد.

کیز (۱۹۹۸)، در تحقیق خود با هدف «بررسی رابطه بین سلامت اجتماعی، از خودیگانگی و ناهنجاری‌های اجتماعی» در ایالات متحده امریکا به این نتیجه رسید که بین سلامت اجتماعی و رفتارهای اجتماع پسند و مسئولیت پذیری و زندگی اجتماعی رابطه مثبت وجود دارد. همچنین سطوح سلامت اجتماعی به خصوص انسجام اجتماعی و مشارکت اجتماعی در افرادی که با اطرافیان خود برای حل مسائل و مشکلات همکاری و هم‌فکری می‌کنند، در مقایسه با افرادی که با اطرافیان خود رابطه نداشتند، میزان بالاتری داشته است.

بیشتر محصلان ما با مسئله سلامت جسمی و روانی آشنایی دارند، اما محصلان که با مفهوم سلامت اجتماعی آگاه باشند بسیار اندک اند در حالیکه عملکرد مثبت آن‌ها در جامعه با سلامت اجتماعی رابطه دارد و همچنان اینکه کار محصلان بخش‌های مختلف روانشناسی و مددکاری اجتماعی بعد از اتمام دوره تحصیلی با صحت روانی - اجتماعی و رفاه اجتماعی افراد جامعه خواهد بود، لازم است که اول خود آن‌ها از این ویژگی برخوردار باشند تا بتوانند برای دیگران مفید واقع شوند. در نتیجه با توجه به اهمیت سلامت اجتماعی محصلان و افراد جامعه هدف کلی این تحقیق بررسی وضعیت سلامت اجتماعی محصلان پوهنخی روانشناسی و علوم تربیتی پوهنتون کابل می‌باشد. همانطور که قبلاً مشخص گردید سلامت اجتماعی متشکل از پنج بُعد انسجام اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، مشارکت اجتماعی و پذیرش اجتماعی می‌باشد که وضعیت مجموعی آن‌ها نشان دهنده وضعیت سلامت اجتماعی می‌باشد. بناءً در این تحقیق تلاش شده است تا وضعیت این ابعاد نیز در میان محصلان پوهنتون کابل بررسی و مشخص گردد.

روش تحقیق

تحقیق حاضر براساس هدف و موضوع که دارد از نظر هدف کاربردی، تحقیق میدانی و از نوع توصیفی پیمایشی می‌باشد، که بر روی محصلان پوهنخی روانشناسی و علوم تربیتی در سال ۱۴۰۲ انجام شده است. در مباحث نظری این تحقیق با در نظر داشت اصول اخلاقی استفاده از منابع علمی، منابع معتبر دست اول و دوم به طور امانت داری استفاده شده است که تقریباً تمام منابع، تحقیقات انجام شده و به نشر رسیده از طریق مراکز و نشریه‌های معتبر علمی می‌باشد.

جامعه آماری این تحقیق را تمام محصلان بخش روزانه پوهنځی روانشناسی و علوم تربیتی پوهنتون کابل در سال ۱۴۰۲ تشکیل می‌دهد، که طبق معلومات و احصائیه مدیریت تدریسی این پوهنځی در سمستر بهاری سال ۱۴۰۲ به تعداد ۳۲۳ نفر محصل مصروف فراگیری علوم تخصصی می‌باشند. از تمام جامعه آماری حجم نمونه توسط فرمول کوکوران ۱۷۶ نفر از محصلین در نظر گرفته شدند، و بعد از توزیع پرسشنامه‌ها به تعداد ۱۶۰ پرسشنامه برگشتی دوباره به دسترس قرار گرفت.

در این تحقیق برای گردآوری اطلاعات از روش توزیع پرسشنامه به شکل حضوری استفاده شده است. پرسشنامه مورد استفاده در این تحقیق پرسشنامه سلامت اجتماعی توسط پرسش‌های صفاری نیا (۱۳۹۳)، که براساس مدل نظری کیز و شاپیروز طراحی کرده است می‌باشد. این پرسشنامه مشتمل بر ۲۸ سوال و ۵ مؤلفه؛ همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، و پذیرش اجتماعی می‌باشد. پایتترین نمره سلامت اجتماعی در این پرسشنامه ۲۸ و بالاترین نمره ۱۴۰ می‌باشد و دامنه نمرات بدست آمده به سه گروه سلامت اجتماعی پایین، متوسط و بالا تقسیم میشود. نمرات بالاتر در این اندازه‌گیری بیانگر سطوح بالاتر از سلامت اجتماعی است. ضریب پایایی پرسشنامه با استفاده از روش بازآزمایی (پس از دو هفته) ۰/۸۵ و همسانی درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۷ بدست آمده که میزان رضایت بخشی است. همچنان نتایج پژوهش جهت تعیین روایی محتوایی با استفاده از نظر متخصصان حاکی از روایی محتوایی پرسشنامه و نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل مؤلفه‌های اصلی (PC) از طریق چرخش واریمکس موید وجود پنج عامل دارای ارزش ویژه بزرگتر از یک تحت عنوان «همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پذیرش اجتماعی» بوده است. داده‌های جمع‌آوری شده به وسیله نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ مورد تحلیل و تجزیه قرار گرفتند، و نتایج آن در دو طبقه «یافته‌های توصیفی و یافته‌های استنباطی» بیان شده است. آزمون استفاده شده در یافته‌های استنباطی تی تست تک نمونه می‌باشد.

یافته‌ها

حجم نمونه این تحقیق ۱۷۶ نفر از محصلین انتخاب شده بودند، اما بعد از توزیع پرسشنامه‌ها به تمام آن‌ها به تعداد ۱۶۰ پرسشنامه برگشتی دوباره به دسترس قرار گرفت و مطالعه روی آن‌ها صورت گرفت. قابل ذکر است که نمونه مورد مطالعه را تنها طبقه ذکور تشکیل می‌دادند.

سلامت اجتماعی براساس پنج شاخص انسجام اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، مشارکت اجتماعی و پذیرش اجتماعی مورد بررسی قرار گرفته است.

جدول ۱: توصیف وضعیت سلامت اجتماعی و ابعاد آن در محصلان

متغیر	اوسط	میان	انحراف معیاری	حداقل نمره اخذ شده	حداکثر نمره اخذ شده	دامنه
بُعد انسجام اجتماعی	۱۶.۶۹	۱۶	۴.۱۳۹	۸	۳۱	۲۳
بُعد شکوفایی اجتماعی	۲۱.۰۲	۲۱	۴.۸۲۲	۸	۳۲	۲۴
بُعد همبستگی اجتماعی	۱۲.۷۹	۱۳	۲.۳۶۹	۵	۱۹	۱۴
بُعد مشارکت اجتماعی	۲۰	۲۰	۳.۰۲۲	۵	۲۵	۲۰
بُعد پذیرش اجتماعی	۹.۱۸	۹	۲.۰۹۸	۳	۱۵	۱۲
سلامت اجتماعی	۷۹.۶۸	۷۹.۵۰	۱۰.۲۶۲	۳۶	۱۱۰	۷۴

براساس جدول شماره (۱) در مقیاس‌ها بالاترین نمرات بدست آمده نشان دهنده میزان بالایی از سلامت اجتماعی و ابعاد آن در محصلان می‌باشد.

جدول ۲: نتایج آزمون بُعد انسجام اجتماعی

متغیر	چارک‌ها	اوسط	انحراف معیار	مقدار T	درجه آزادی	سطح معنی داری
بُعد انسجام اجتماعی	Q3=۱۹ Q2=۱۶	۱۶.۶۹	۴.۱۳۹	-۷.۰۶۷	۱۵۹	۰.۰۰۰۱
		۱۶.۶۹	۴.۱۳۹	۲.۱۰۱	۱۵۹	۰.۰۳۷

براساس جدول شماره (۲) اوسط انسجام اجتماعی در میان محصلان ۱۶.۶۹ بدست آمده است و در میان چارک دوم ۱۹=Q2 و چارک سوم ۱۶=Q3 قرار گرفته است. نمره آزمون تی برای بُعد انسجام اجتماعی در چارک سوم ۷.۰۶۷- در سطح معنی داری ۰.۰۰۰۱ معنی دار بدست آمده است، همچنان نمره آزمون تی در چارک دوم ۲.۱۰۱ در سطح معنی داری ۰.۰۳۷ نیز معنی دار بدست آمده است. نیافته‌ها نشان می‌دهد که وضعیت انسجام اجتماعی در میان محصلان پایین‌تر از حد مطلوب است.

جدول ۳: نتایج آزمون بُعد شکوفایی اجتماعی

متغیر	چارک‌ها	اوسط	انحراف معیار	مقدار T	درجه آزادی	سطح معنی داری
بُعد شکوفایی اجتماعی	Q3=۲۴.۷۵ Q2=۲۱	۲۱.۰۲	۴.۸۲۲	-۹.۷۸۸	۱۵۹	۰.۰۰۰۱
		۲۱.۰۲	۴.۸۲۲	۰.۴۹	۱۵۹	۰.۹۶۱

براساس جدول شماره (۳) اوسط بدست آمده در بُعد شکوفایی اجتماعی ۲۱.۰۲ است و در میان چارک‌های دوم ۲۱=Q2 و سوم ۲۴.۷۵=Q3 قرار گرفته است. مقدار آزمون تی بدست آمده در چارک سوم ۹.۷۸۸- می‌باشد و در سطح معنی داری ۰.۰۰۰۱ معنی دار بدست آمده است. اما نمره بدست آمده آزمون تی در چارک دوم ۰.۴۹ در سطح معنی داری ۰.۹۶۱ معنی دار بدست نیامده

است. نتایج نشان دهنده اینست که شکوفایی اجتماعی نیز در میان محصلان پایین تر از حد مطلوب است.

جدول ۴: نتایج آزمون بُعد همبستگی اجتماعی

متغیر	چارک‌ها	اوسط	انحراف معیار	مقدار T	درجه آزادی	سطح معنی داری
بُعد انسجام	Q2=۱۳	۱۲.۷۹	۲.۳۶۹	-۱.۱۰۱	۱۵۹	۰.۲۷۲
اجتماعی	Q1=۱۱	۱۲.۷۹	۲.۳۶۹	۹.۵۷۸	۱۵۹	۰.۰۰۰۱

براساس جدول شماره (۴) همبستگی اجتماعی در میان محصلان با اوسط ۱۲.۷۹ در میان چارک‌های اول ۱۳=Q1 و دوم ۱۱=Q2 قرار گرفته است. نمره آزمون تی در چارک دوم ۱.۱۰۱- در سطح معنی داری ۰.۲۷۲ معنی دار بدست نیامده است، و نمره آزمون تی در چارک اول ۹.۵۷۸ در سطح معنی داری ۰.۰۰۰۱ نیز معنی دار بدست آمده است. نتایج آزمون نشان می‌دهد که میزان همبستگی اجتماعی در میان محصلان پایین تر از حد متوسط است.

جدول ۵: نتایج آزمون بُعد مشارکت اجتماعی

متغیر	چارک‌ها	اوسط	انحراف معیار	مقدار T	درجه آزادی	سطح معنی داری
بُعد مشارکت	Q2=۲۰	۲۰	۳.۰۲۲	۰.۰۰۰۱	۱۵۹	۱
اجتماعی						

براساس جدول شماره (۵) اوسط بُعد مشارکت اجتماعی ۲۰ بالای چارک دوم ۲۰=Q2 قرار گرفته است. نتایج آزمون تی در چارک دوم ۰.۰۰۰۱ در سطح معنی داری ۱ معنی دار بدست نامده است. نتایج بیانگر آن است، که مشارکت اجتماعی در میان محصلان در حد وسط است.

جدول ۶: نتایج آزمون بُعد پذیرش اجتماعی

متغیر	چارک‌ها	اوسط	انحراف معیار	مقدار T	درجه آزادی	سطح معنی داری
بُعد پذیرش	Q3=۱۱	۹.۱۸	۲.۰۹۸	-۱۰.۹۶۶	۱۵۹	۰.۰۰۰۱
اجتماعی	Q2=۹	۹.۱۸	۲.۰۹۸	۱.۰۳۹	۱۵۹	۰.۲۷۶

براساس جدول شماره (۶) اوسط بُعد مشارکت اجتماعی ۹.۱۸ بوده که در میان چارک دوم ۹=Q2 و چارک سوم ۱۱=Q3 قرار گرفته است. نمره آزمون تی در چارک سوم ۱۰.۹۶۶- و در سطح معنی داری ۰.۰۰۰۱ معنی دار بدست آمده است، ولی نمره آزمون تی در چارک دوم ۱.۰۳۹ در سطح معنی داری

۰.۲۷۶ معنی دار بدست نیامده است. نتایج بیانگر اینست که میزان پذیرش اجتماعی در میان محصلان پایین تر از حد مطلوب است.

جدول ۷: نتایج آزمون سلامت اجتماعی

متغیر	چارک‌ها	اوسط	انحراف معیار	مقدار T	درجه آزادی	سطح معنی داری
سلامت	Q3=۸۶	۷۹.۶۸	۱۰.۲۶۲	-۷.۷۸۹	۱۵۹	۰.۰۰۰۱
اجتماعی	Q2=۷۹.۵۰	۷۹.۶۸	۱۰.۲۶۲	۰.۲۲۳	۱۵۹	۰.۸۲۳

براساس جدول شماره (۷) اوسط بدست آمده برای سلامت اجتماعی ۷۹.۶۸ می باشد که در میان چارک دوم $Q2=79.50$ و چارک سوم $Q3=86$ قرار گرفته است. نتیجه آزمون تی بالای سلامت اجتماعی در چارک سوم -7.789 و در سطح 0.0001 معنی دار بدست آمده است، و نمره آزمون تی در چارک دوم 0.223 در سطح معنی داری 0.823 معنی دار بدست نیامده است. نتایج جدول فوق نشان می دهد، که میزان سلامت اجتماعی در میان محصلان پایین تر از حد مطلوب است.

بحث و مناقشه

این تحقیق به منظور بررسی وضعیت سلامت اجتماعی محصلان پوهنخی روانشناسی و علوم تربیتی پوهنتون کابل صورت گرفته است. توجه به سلامت اجتماعی محصلان مسئله مهمی می باشد، زیرا سلامت اجتماعی آن ها نشان دهنده نگرش مثبت آن ها نسبت به افراد جامعه و قابل اعتماد دانستن آن ها می باشد که با این نگرش در سطح جامعه بالای افراد دیگر تأثیر گذار خواهند بود. از طرفی سلامت اجتماعی باعث تقویت اعتماد اجتماعی و برقراری روابط اجتماعی درست می شود، و فرد که سلامت اجتماعی دارد می تواند از دانش و مهارت های خود استفاده کند و در رشد جامعه در جهت مثبت نیز مشارک داشته باشد (باستانی و همکاران، ۱۳۸۷). مشارکت فعال جوانان در رفتارهای اجتماعی و شهروندی به عنوان یکی از شاخص های توسعه جوانان در نظر گرفته می شود و ارتقای سلامت آن ها یکی از اهداف اصلی در سیاست های کلی سلامت در کشورهای مختلف است (شرنیتان، ۱۳۹۱). با این وجود یافته های این تحقیق بیانگر آن است، که سلامت اجتماعی محصلان پایین تر از حد مطلوب می باشد و نتایج این یافته ها با تحقیقات شرنیتان (۱۳۹۱)، بهشتی و همکاران (۱۳۹۹)، زمانی زاد و همکاران (۱۳۹۷)، مقدم و افشانی (۱۳۹۶)، و کبیز (۱۹۹۸) همخوانی ندارد. دلیل این امر که سلامت اجتماعی محصلان پوهنتون کابل پایین تر از حد مطلوب می باشد این است، که سلامت اجتماعی پدیده ی است که از عوامل اجتماعی، اقتصادی و محیطی بیش تر تأثیر می پذیرد، بناءً نظر به جوامع مختلف می تواند و وضعیت مختلف داشته باشد، حتا در یک کشور در دو ولایت

می‌تواند و وضعیت متفاوت داشته باشد. از آنجا که افغانستان کشوری است سالیان متمادی درگیر چالش‌های اقتصادی و اجتماعی بوده است که این شرایط باعث اختلال در ابعاد مختلف سلامتی افراد از جمله بُعد اجتماعی آن گردیده است. تحقیقات فوق در کشور ایران و یکی از آن‌ها در کشور ایالت متحده آمریکا صورت گرفته و به دلیل تفاوت در ساختارهای اجتماعی-اقتصادی آن‌ها با کشور افغانستان نتیجه تحقیق سلامت اجتماعی همخوانی ندارد.

یافته‌های تحقیق در زمینه سلامت اجتماعی مبنی بر پایین بودن سلامت اجتماعی از حد مطلوب همسو با نتایج تحقیقات؛ یزدان‌پناه و نیکورز (۱۳۹۴)، رضایی و همکاران (۱۳۹۴)، بنی‌فاطمه و همکاران (۱۳۹۲)، جوادی و همکاران (۱۳۹۵)، غفاری و همکاران (۱۳۹۷)، صلحی و همکاران (۱۳۹۵) و محمودآباد و همکاران (۱۳۹۸) می‌باشد.

در زمینه سلامت اجتماعی نتایج تحقیقات؛ رضادوست، علی حسین و ایوب رستمی (۱۳۹۸)، و شربتیان و خانقاهی (۱۳۹۴) با نتایج تحقیقات حاضر همخوانی دارد، با این تفاوت که نتایج و وضعیت سلامت اجتماعی در تحقیقات آن‌ها متوسط و روبه بالا است یعنی سلامت اجتماعی در بین محصلان و جوانان در حال بهتر شدن است، و این تفاوت به سبب آن است که در جامعه ایران فرصت‌های تحقیقی بیشتر است و با محدودیت‌های کمتر و امکانات بیشتر در امر اجرای تحقیقات مواجه هستند و تحقیقات زیادی از طرف نهادهای آکادمیک در کشور ایران راجع به سلامت اجتماعی صورت گرفته و از طریق مجله‌های معتبر به نشر-رسیده است که نشان دهنده توجه بیشتر آن‌ها به سلامت اجتماعی است، یقیناً که نتایج تحقیقات به مسئولین کمک کرده است تا عوامل که سلامت اجتماعی را متأثر می‌سازد را شناسایی و در جهت رفع آن گام بردارند. اما در افغانستان برعکس در امر اجرای تحقیقات محدودیت‌ها فراوان و امکانات کمتر است، و توجه که لازم است به سلامت اجتماعی داده نمی‌شود.

نتیجه‌گیری

بررسی وضعیت سلامت اجتماعی محصلان پوهنځی روانشناسی و علوم تربیتی پوهنتون کابل با وجود اینکه با محدودیت‌های مثل کمبود وقت به دلیل تشدی بودن سمستر زمینه مساعد نبود تا تحقیق روی دامنه گروه‌های متفاوت و بررسی اثر متغیرهای مختلف صورت گیرد، فقدان منابع علمی داخلی در مورد موضوع تحقیق و عدم تمایل تعدادی از محصلین برای اشتراک در تحقیق که باعث عدم برگشت تعدادی از پرسشنامه‌ها گردید، روی ۱۶۰ محصل صورت گرفته است. سلامت اجتماعی به عنوان یکی از ابعاد چندگانه سلامت مورد توجه صاحب نظران قرار گرفته، و یکی از ابعاد اساسی

زندگی انسان محسوب می‌شود. سلامت اجتماعی پیش نیاز ضروری برای ایفای نقش‌های اجتماعی به گونه مؤثر می‌باشد. یکی از گروه‌های که سلامت اجتماعی آن‌ها مسئله مهمی است، محصلان می‌باشند. بابررسی ابعاد سلامت اجتماعی مشخص شد که محصلان در هیچ یک از ابعاد سلامت اجتماعی و وضعیت مطلوب و عالی نداشته، و ابعاد سلامت اجتماعی در میان آن‌ها پایین‌تر از حد مطلوب می‌باشد. نتایج بدست آمده حاکی از آن است، که محصلان در بُعد انسجام اجتماعی وضعیت کمی خوب نسبت به ابعاد دیگر سلامت اجتماعی داشتند، و بیانگر آن است، که محصلان حس تعلق به جامعه خود دارند و احساس می‌کنند، که از طرف جامعه پذیرفته شده‌اند. بعد از انسجام اجتماعی محصلان بالاترین اوسط نمرات را به ترتیب در ابعاد پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی و شکوفایی اجتماعی داشته، و کمترین اوسط نمرات را در بُعد همبستگی اجتماعی اخذ نموده‌اند. وضعیت همبستگی اجتماعی در میان محصلان پایین‌تر از حد متوسط بوده، و نشان دهنده اینست، که محصلان فکر می‌کنند جامعه دارای ثبات و قرار نیست و هیچ چیز هم قابل پیش‌بینی نیست، که با این دیدگاه توانایی پیش‌بینی آینده را با علم و اطلاعات موجود ندارند. وضعیت ضعیف همبستگی اجتماعی در میان محصلان آن‌ها را در برنامه‌ریزی آینده با مشکل مواجه می‌سازد. با توجه به بررسی‌های که از ابعاد سلامت اجتماعی صورت گرفت نتیجه بر آن شد که نمونه مورد مطالعه به لحاظ سلامت اجتماعی پایین‌تر از حد مطلوب قرار دارد. از آنجا که آگاهی ارزش ذاتی خود را دارد و اصولاً نخستین گام ایجاد تغییرات است با توجه به یافته‌های تحقیق برای ایجاد تغییرات مطلوب در سطح سلامت اجتماعی محصلان پیشنهاد می‌گردد تا گردهمایی‌ها و سمینارها توسط استادان و مسئولین صحت عامه در مورد سلامت و شناخت مؤلفه‌ها و شاخص‌های آن برگزار گردد و با تأکید بر همین مطلب و به اساس رویکرد پیشگیری سطح اول (اطلاع رسانی) در زمینه حوزه سلامت پیشنهاد می‌شود تا مهارت‌های زندگی به دانش آموزان در سنین پایین‌تر آموزش داده شود.

سپاس‌گزاری

بدین‌وسیله نویسندگان این مقاله مراتب سپاس و قدردانی خود را از تمام اساتید محترم پوهنچی روان‌شناسی و علوم تربیتی که با همکاری‌های حرفه‌ای‌شان در تمام مراحل این تحقیق نقش مهم و سازنده‌ای ایفا کردند ابراز می‌دارند. همچنین از فعالان و اساتید حوزه مددکاری اجتماعی صمیمانه قدردانی می‌شود که با بازخوردهای علمی، پیشنهادهای کاربردی و ارائه بینش‌های ارزشمند خود، زمینه بهبود فرایند پژوهش و الهام‌بخشی برای مسیرهای تحقیقاتی آینده را فراهم ساختند.

سهم نویسندگان در تحقیق (مقاله)

هر دو نویسنده در تمامی مراحل انجام این تحقیق، از طراحی مقدمه، تدوین چارچوب نظری و مرور ادبیات تا برنامه‌ریزی روش تحقیق، جمع‌آوری اطلاعات، تحلیل و تفسیر داده‌ها، استخراج و ارائه نتایج، تدوین بخش مناقشه، نتیجه‌گیری، انکشاف منابع، نگارش و ویرایش علمی متن، و در نهایت بازبینی و تأیید نسخه نهایی مقاله، سهم یکسان داشته و نقش کاملاً مشترک ایفا کرده‌اند.

تضاد منافع

نویسندگان تصدیق می‌نمایند که این پژوهش صرفاً با هدف ارتقای دانش علمی، بررسی و بهبود معضلات اجتماعی، و ترویج روش‌های مبتنی بر تحقیق انجام شده است. هیچ‌گونه منفعت‌طلبی شخصی، سازمانی یا مالی در طراحی، اجرا، تحلیل یا ارائه نتایج این مطالعه دخالت نداشته است. این تحقیق با رعایت کامل اصول علمی، معیارهای حرفه‌ای و موازین اخلاقی تحقیق انجام شده و نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ تضاد منافع بالقوه یا بالفعل در ارتباط با محتوای این مقاله وجود ندارد.

منابع

قرآنکریم

احادیث پیامبر ﷺ کتاب صحیح بخاری

باستانی، س و همکاران. (۱۳۸۷). سرمایه اجتماعی - شبکه و روابط متقابل بین شخصی. *مجله پوهنخی ادبیات و علوم انسانی*، سال شانزدهم، ۱۶ (۶۱)، ۴۰-۸۱. [لینک](#)

بنی فاطمه، ح و همکاران. (۱۳۹۲). بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان پوهنتون آزاد اسلامی واحد تبریز و عوامل آن. *مطالعات جامعه شناسی*، ۴ (۱۱)، ۵۰-۳۷. [لینک](#)

بهشتی، س و همکاران. (۱۳۹۹). تبیین جامعه شناختی رابطه‌ی احساس امنیت اجتماعی و سلامت اجتماعی. *مجله پوهنخی بهداشت و انستیتوت تحقیقات صحت*، ۱۸ (۲)، ۱۸۸-۱۷۳. [لینک](#)

حیدرخانی، ه-و همکاران. (۱۳۹۵). بررسی تأثیر ابعاد مختلف حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار در مناطق روستایی شهرستان کرمانشاه. *فصلنامه‌ی مطالعات توسعه اجتماعی - فرهنگی*، ۵ (۲)، ۳۱-۵۷. [لینک](#)

حیدرخانی، ه-و همکاران. (۱۳۹۶). بررسی ارتباط بین دینداری و سلامت اجتماعی جوانان مناطق حاشیه‌ای شهر کرمانشاه. *فصلنامه برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، سال هشتم، شماره (۳۰)، ۳۱-۶۶. [لینک](#)

رستگار، خ، سیدان، ف. (۱۳۹۴). سنجش رابطه بین فرهنگ شهروندی و سلامت اجتماعی شهروندان تهرانی. *فصلنامه مطالعات ملی*، سال شانزدهم، ۶۱ (۱)، ۸۵-۱۰۷. [لینک](#)

رضادوست، ک و همکاران. (۱۳۹۸). بررسی عوامل جامعه شناختی مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان پوهنتون شهید چمران اهواز. *فصلنامه توسعه اجتماعی (توسعه انسانی سابق)*، ۱۴ (۱)، ۱-۳۰. [لینک](#)

رضایی، ا و همکاران. (۱۳۹۴). مطالعات تأثیر احساس امنیت اجتماعی بر سلامت اجتماعی شهروندان مشهد. *فصلنامه علمی تحقیقی مطالعات امنیت اجتماعی*، شماره (۴۴)، ۱۳۹-۱۶۲. [لینک](#)

زاهدی اصل، م. (۱۳۹۷). آسیب‌های اجتماعی از منظر مددکاری اجتماعی. چاپ سوم، تهران: مرکز چاپ و انتشارات پوهنتون علامه طباطبائی.

زمانی زاد و همکاران. (۱۳۹۷). رابطه سرمایه روانشناختی و سلامت اجتماعی دانشجویان. *فصلنامه علمی تخصصی روانشناسی، علوم اجتماعی و علوم تربیتی*، ۲ (۱)، ۵۷-۶۷. [لینک](#)

آرام، ع سن. (۱۳۸۸). بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه محور. *فصلنامه علمی - تحقیقی انتظام اجتماعی*، سال اول، شماره (۱)، ۹-۲۹. [لینک](#)

شربتیان، م، خانقاهی، س. (۱۳۹۴). رابطه مهارت‌های زندگی با سلامت اجتماعی. *تحقیق‌نامه مددکاری اجتماعی*، سال دوم، شماره (۶)، ۱۶۵-۲۰۸. [لینک](#)

شربتیان، م. (۱۳۹۱). تأملی بر پیوند معنایی مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و میزان بهره‌مندی از سلامت اجتماعی در بین دانشجویان پوهنتون پیام نور مشهد. *فصلنامه جامعه شناسی مطالعات جوانان*، سال دوم، شماره (۵)، ۱۴۹-۱۷۴. [لینک](#)

صلحی، م و همکاران. (۱۳۹۵). بررسی وضع سلامت اجتماعی جوانان شهر نقده و عوامل مؤثر بر آن. *مجله ره‌آورد سلامت*، ۲ (۳)، ۵۹-۶۹. [لینک](#)

- عابدی، س و همکاران. (۱۳۹۹). بررسی عوامل اقتصادی و اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان با تأکید بر دین‌داری. *فصلنامه علمی اقتصاد و بانکداری/اسلامی*، شماره (۳۰)، ۲۱۹-۲۴۳. [لینک](#)
- غفاری، غ و همکاران. (۱۳۹۷). بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی شهروندان شهر ایلام. *فصلنامه توسعه اجتماعی (توسعه انسانی سابق)*، ۱۳(۱)، ۳۷-۶۶. [لینک](#)
- کفاشی، م. (۱۳۹۴). مدل معادلات ساختاری رابطه مؤلفه‌های دین‌داری با مؤلفه‌های سلامت اجتماعی دانشجویان. *فصلنامه راهبرد اجتماعی فرهنگی*، سال چهارم، (۱۴)، ۱۳۳-۲۱۳. [لینک](#)
- مستی، ا، فخرايي، س. (۱۳۹۳). بررسی رابطه بین وضعیت اشتغال زنان با میزان سلامت اجتماعی آنان. *مطالعات جامعه‌شناختی*، سال ششم، (۲۴)، ۱۳۳-۱۱۷. [لینک](#)
- محمود آباد، س م و همکاران. (۱۳۹۸). سلامت اجتماعی دانشجویان پوهنتون علوم پزشکی هرمزگان. *مجله راهبردهای توسعه در آموزش پزشکی*، ۱(۱)، ۱-۱۱. [لینک](#)
- Blanco, A, Diaz, D. (2007). Social order and mental health: A social wellbeing approach, autonomy university of Madrid. *Psychology in Spin*, 11(5), 1-36. [Link](#)
- Keyes, Corey Lee M. (1998). Social well-being. *social psychology quarterly*, 61(2), 121-140. <https://doi.org/10.2307/2787065>
- Larson, J. (1993). The measurement of social well-being. *Social indicators research*, 28, 285-296. <https://doi.org/10.1007/BF01079022>