مجله ره آورد سلامت،دوره ۲،شماره ۳، پاییز ۱۳۹۵ http://Rsj.iums.ac.ir مقاله اصیل

بررسی وضع سلامت اجتماعی جوانان شهر نقده و عوامل مؤثر بر آن

دکتر مهناز صلحی: دانشیار و متخصص آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، گروه خدمات بهداشتی و آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. solhi.m@iums.ac.ir

منصور امینی نقده: کارشناس ارشد مددکاری اجتماعی، مدرس دانشگاه پیام نور، نقده، ایران. m_amini201111@yahoo.com

***سید فهیم ایراندوست:** دانشجوی دکترای آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (* مولف مسئول). Irandoost.F@tak.iums.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: سلامت اجتماعی به ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که عضوی از آن هاست، اشاره دارد. زمانی شخص واجد سلامت اجتماعی است که بتواند فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی خود را در حد متعارف انجام دهد و با جامعه و هنجارهای اجتماعی احساس پیوند و اتصال کند. هدف این مطالعه تعیین وضعیت سلامت اجتماعی جوانان ۱۸ تا ۲۹ ساله‌ی شهرستان نقده و عوامل مؤثر بر آن است.

روش کار: در این مطالعه‌ی مقطعی از نوع توصیفی ـ تحلیلی که در سال ۱۳۹۳ انجام شد، ۴۰۰ نفر شرکت داشتند که با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات فرم مشخصات جمعیت‌شناختی، پرسشنامه‌های استاندارد سلامت اجتماعی کییز و کیفیت زندگی (WHOQOL – BREF) و مهارت‌های ارتباطی بود. داده‌ها در نرم‌افزار (۲۰) **spss** و با آزمون‌های آماری توصیفی و تحلیلی، تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: میانگین نمره سلامت اجتماعی در جوانان مورد بررسی ۱/۹۷ و در حد متوسط بود. بین سلامت اجتماعی با متغیرهای مهارت‌های ارتباطی (p=۰/۰۰۱)، اوقات فراغت (p=۰/۰۰۱) و کیفیت زندگی (p=۰/۰۰۱)، ارتباط معنادار آماری مشاهده شد. همچنین، سلامت اجتماعی با سن (p=۰/۰۰۱) و تحصیلات (p=۰/۰۲) رابطه معنادار داشت.

نتیجه گیری: سلامت اجتماعی در جوانان مورد بررسی مطلوب نیست و طراحی و اجرای مداخلات ارتقایی با تأکید بر سن، تحصیلات، میزان مهارت‌های ارتباطی، چگونگی گذران اوقات فراغت و کیفیت زندگی آنان پیشنهاد می‌شود.

کلید واژه ها: سلامت اجتماعی، کیفیت زندگی، مهارت‌های ارتباطی، اوقات فراغت، جوانان

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-11-14]

مقدمه

در یک جامعه پایدار، برابری، آموزش، بهداشت، احترام به حقوق انسان‌ها، برخورداری از نیازهای اساسی و به‌ویژه سلامتی از ملزومات و از شاخص‌های توسعه آن به شمار می‌رود (۱). سلامتی همواره یک موضوع شایع در بسیاری از فرهنگ‌ها بوده است. در واقع، موضوع سلامتی از بدو پیدایش بشر و در قرون و اعصار متمادی مورد توجه قرار گرفته، اما عموماً بعد جسمی آن مد نظر بوده و کمتر به سایر ابعاد سلامتی به خصوص بعد اجتماعی آن توجه شده است(۲).

سازمان بهداشت جهانی سلامت اجتماعی را به عنوان یکی از سطوح کلی سلامت کلی شناسایی کرده است و در کنار ابعاد جسمی، روحی و روانی سلامت، جنبه اجتماعی آن را هم با محور قرار دادن فرد مورد بررسی قرار می‌دهد (۱). سلامت اجتماعی، ارزیابی شخص از نحوه عملکردش در اجتماع و نوع نگرش او نسبت به افراد دیگر جامعه است (۲). به عبارتی دیگر، سلامت اجتماعی بر ابعادی از سلامت تأکید دارد که به ارتباط فرد با افراد دیگر یا با جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند، مربوط است. بر طبق نظریهٔ سلامتی یک فرد در شرایطی سالم فرض می‌گردد که درجات عالی سلامت اجتماعی را دارا باشد. فرد سالم از نظر اجتماعی زمانی عملکرد خوبی دارد که اجتماع را به صورت یک مجموعه معنادار و قابل فهم و بالقوه برای رشد و شکوفایی بداند و احساس کند که متعلّق به گروه های اجتماعی خود است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهیم بداند (۳).

برخی از چالش‌های اجتماعی، ابعاد مختلف سلامت اجتماعی را تشکیل می‌دهند: یکپارچگی اجتماعی، یعنی کیفیت روابط در گروه و اجتماعی که فرد به آن تعلق دارد و احساس حمایت شدن از جانب جامعه و سهم داشتن در آن. پذیرش اجتماعی، یعنی دیدگاه مطلوب نسبت به دیگران، تصدیق کردن دیگران و پذیرفتن افراد با وجود برخی رفتارهای پیچیده‌ی آنان. مشارکت اجتماعی، یعنی باوری که طبق آن فرد خود را عنصر حیاتی جامعه می‌داند و چیز با ارزشی برای ارائه به جامعه دارد و این تفکر که فعالیت‌های روزمره‌اش از سوی جامعه ارزش‌گذاری می‌شود. شکوفائی اجتماعی، یعنی اعتقاد به توانایی های بالقوه اجتماع برای رشد. انطباق اجتماعی نیز یعنی درک اجتماع به صورت هوشمند، قابل فهم و قابل پیش بینی (۴). در تحقیقات گسترده درباره‌ی سلامت اجتماعی، تأثیر عوامل گوناگون بر آن ثابت شده است: وضعیت اقتصادی ـ اجتماعی (۵و۶و۷و۸)، سن (۹و۱۰و۱۱و۱۲)، جنسیت (۱۳و۱۴و۱۵)، وضعیت تأهل (۱۵)، تحصیلات (۱۰و۱۴و۱۵)، کیفیت زندگی (۷)، اوقات فراغت (۱۶)، و مهارت‌های ارتباطی (۱۷).

سلامت اجتماعی به عنوان یکی از ابعاد سلامتی انسان نقش مهمی در تعادل زندگی اجتماعی هر انسانی دارد و پوشش فراگیر آن در جامعه می‌تواند موجبات توسعه‌ی اجتماعی را فراهم سازد (۱۸). این مسأله در جامعه‌ی ما به عنوان یک جامعه‌ی در حال گذار و توسعه نمود زیادی دارد. جوانان هر جامعه اصلی‌ترین سرمایه برای توسعه و پیشرفت و آبادانی کشور هستند و لازم است به سلامتی و سلامت اجتماعی و چگونگی تعامل در شبکه‌های اجتماعی آنان توجه شود است. بدون شک، اگر جوانان از سلامت، و سلامت اجتماعی مناسب و مطلوب برخوردار باشند، می‌توانند نقش‌های اجتماعی خویش را به خوبی ایفا کرده، در فعالیت‌های جمعی بیشتری شرکت کنند و با هنجارهای اجتماعی تطبیق یابند (۱۶). این شرایط می‌تواند در پیشگیری از نابهنجاری و انحرافات نیز تأثیر مثبت گذارد (۱۵).

هدف این مطالعه تعیین وضعیت سلامت اجتماعی جوانان شهرستان نقده و عوامل موثر بر آن است. نتایج این

Email:rsj@iums.ac.ir
[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-11-14]

مطالعه در طراحی مداخلات ارتقایی در این زمینه کاربرد دارد.

روش کار

این تحقیق یک مطالعه‌ی مقطعی از نوع توصیفی ـ تحلیلی است. جامعه‌ی آماری این مطالعه جوانان ۱۸ تا ۲۹ سال شهر نقده در سال ۱۳۹۳ بودند که بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۰ مرکز آمار ایران تعداد آنها ۲۷۱۶۵ نفر بود. حجم نمونه براساس فرمول تعیین حجم نمونه کوکران و با احتساب دقت احتمالی ۰/۰۵ یعنی سطح اطمینان ۹۵٪، برابر با ۳۷۶ نفر بود که با در نظر گرفتن پرسشنامه‌های بی‌جواب یا ناقص و بالا بردن دقت نمونه‌گیری، تعدادکل نمونه ۴۰۰ نفر در نظر گرفته شد که با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده در سطح پارک ،کتابخانه عمومی، دانشگاه پیام نور و آموزشگاه های زبان شهر نقده انتخاب شدند.

ابزار گرد آوری اطلاعات در این مطالعه سه پرسشنامه و فرم مشخصات بود. برای اندازه گیری سلامت اجتماعی پرسشنامه استاندارد سلامت اجتماعی کییز (۱۳) بکار رفت که شامل ۳۳ سؤال است و پنج بعد سلامت اجتماعی را می‌سنجد: مشارکت اجتماعی (شش سؤال)، انسجام اجتماعی (هفت سؤال)، پذیرش اجتماعی (هفت سؤال)، شکوفایی اجتماعی (هفت سؤال) و انطباق اجتماعی (شش سؤال). مقیاس اندازه‌گیری در این پرسشنامه لیکرت پنج گزینه‌ای (کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) است. برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی از دو بعد روانی و اجتماعی پرسش‌نامه کیفیت زندگی (WHOQOL – BREF) استفاده شد. بعد روانی (پنج سؤال) و بعد اجتماعی (سه سؤال) بود. مقیاس اندازه‌گیری در این پرسشنامه نیز لیکرت پنج گزینه‌ای (خیلی زیاد تا اصلاً) بود. همچنین برای تعیین مهارت‌های ارتباطی از پرسشنامه‌ی محقق‌ساخته مهارت‌های ارتباطی استفاده شد که شامل دو بعد احترام/ گوش کردن (سه سؤال) و درک و فهم/ صحبت کردن (دو سؤال) بود و مقیاس اندازه‌گیری آن طیف لیکرت پنج گزینه‌ای (کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) است. در فرم مشخصات هم علاوه بر مشخصات دموگرافیک (شامل سن، جنس، میزان تحصیلات و درآمد)، وضع اوقات فراغت هم به صورت یک سؤال باز مورد سنجش قرار گرفت (در مواقع بیکاری به چه فعالیت‌هایی می‌پردازید ؟ با توجه به اولویت سه مورد را ذکر نمایید).

در تحقیقات کیبز خود ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه سلامت اجتماعی ۸۰ درصد به دست آمد (۱۳). هم‌چنین، شربتیان این ضریب را ۹۰ درصد گزارش کرد (۱۹). ضرایب بدست آمده نشان می‌دهد این ابزار برای بررسی سلامت اجتماعی در تحقیق حاضر می‌تواند مؤثر باشد. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه‌های کیفیت زندگی، و مهارت‌های ارتباطی نیز با پیش آزمون سؤالات مربوط به آنها تأیید شد: این ضریب برای مقیاس کلی کیفیت زندگی ۰/۷۸ و خرده مقیاس‌های روانی ۰/۷۴ و اجتماعی ۰/۷۶ ، مقیاس مهارت‌های ارتباطی ۰/۷۹ و خرده مقیاس‌های احترام ۰/۷۷ و درک و احترام ۰/۷۵ به دست آمد.

برای انجام تحقیق، ابتدا جلب اعتماد پاسخگویان برای مشارکت در تحقیق انجام و ضمن معرفی پژوهش و اهداف و ماهیت آن، درباره محرمانه ماندن اطلاعات، امانت‌داری و صداقت در تجزیه و تحلیل داده‌ها به پاسخگویان اطمینان داده شد. برای انجام پردازش اطلاعات از نرم‌افزار آماری SPSS و آزمون‌های آماری توصیفی (تعداد، درصد، میانگین و انحراف معیار) و

Email:rsj@iums.ac.ir
[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-11-14]

تحلیلی (ضرایب همبستگی اسپرمن و پیرسون، آزمون تی مستقل، دی سامرز و وی کرامر) استفاده شد.

یافته ها

۲۶/۲ درصد از کل پاسخگویان در گروه سنی ۱۸ تا ۲۱ سال، ۳۴/۸ درصد در گروه سنی ۲۲ تا ۲۵ سال و ۳۹ درصد در گروه سنی ۲۶ تا ۲۹ سال قرار داشتند. هم‌چنین، ۲۲/۸ درصد از کل پاسخگویان زن و ۷۷/۲ درصد نیز مرد بودند. ۴۲ درصد پاسخگویان متأهل و ۵۸ درصد مجرد بودند. در زمینه‌ی تحصیلات، ۲۷/۵ درصد دیپلم و کمتر، ۱۵/۷۵ درصد فوق دیپلم، ۴۱/۷۵ درصد لیسانس، ۱۳/۵ درصد فوق لیسانس، و ۱/۵ درصد دکترا بودند. به لحاظ درآمد، ۵۴ درصد پاسخگویان درآمد ماهیانه‌ی کمتر از یک میلیون داشتند، ۲۷/۷۵ درصد درآمد یک تا ۲ میلیون در ماه، ۸/۲۵ درصد درآمد بیش از دو میلیون، و حدود ۱۰ درصد نیز به درآمد خود اشاره نکردند. هم‌چنین، کیفیت زندگی ۴۶ درصد پاسخگویان در حد متوسط، ۳۵/۲ درصد در حد بالا، و ۱۸/۸ درصد پایین بود. مهارت‌های ارتباطی ۷۸/۲ درصد پاسخگویان، متوسط، ۱۶ درصد پایین، و ۵/۸ درصد بالا بود. در زمینه نحوه‌ی گذران اوقات فراغت، ۲۴ درصد با فراغت‌های فکری، ۲۳/۸ درصد با فراغت‌های هنری، ۲۲/۸ درصد با فراغت‌های علمی، ۱۵/۵ درصد با فراغت‌های اجتماعی و ۱۴ درصد با فراغت‌های جسمانی، اوقات خود را می‌گذراندند.

سلامت اجتماعی ۱۳ درصد از کل پاسخگویان در سطح پایین، ۷۵/۵ درصد در سطح متوسط و ۱۱/۵ درصد در سطح بالا قرار داشت. در زمینه ابعاد سلامت اجتماعی هم میانگین نمرات پاسخگویان در بعد انسجام اجتماعی ۲/۳۴، پذیرش اجتماعی ۱/۸۹، مشارکت اجتماعی ۱/۸۹، شکوفائی اجتماعی ۲/۱۶، و انطباق اجتماعی ۱/۸۸ بود (جدول ۱).

جدول۱. میانگین و انحراف معیار سلامت اجتماعی و ابعاد آن در افراد مورد بررسی

ابعاد	وضعیت						میانگین	انحراف معیار
	پایین		متوسط		بالا			
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد		
انسجام اجتماعی	۴۸	۱۲	۲۲۲۵	۵۶/۲۵	۱۲۷	۳۱/۷۵	۲/۳۴	۰/۶۲۱
پذیرش اجتماعی	۷۵	۱۸/۸	۱۸۴	۴۶	۱۴۱	۳۵/۲	۱/۸۹	۰/۵۵۵
مشارکت اجتماعی	۱۴۴	۳۶	۲۲۷	۵۶/۸	۲۹	۷/۲	۱/۸۹	۰/۵۵۸
شکوفائی اجتماعی	۷۵	۱۸/۸	۱۸۴	۴۶	۱۴۱	۳۵/۲	۲/۱۶	۰/۷۱۶
انطباق اجتماعی	۴۲	۱۰/۵	۱۷۱	۴۲/۸	۱۸۷	۴۶/۸	۱/۸۸	۰/۶۳۳
سلامت اجتماعی کل	۵۲	۱۳	۳۰۲	۷۵/۵	۴۶	۱۱/۵	۱/۹۷	۰/۴۴۶

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-11-14]

با آزمون ضریب همبستگی پیرسون میان سلامت اجتماعی با سن رابطه وجود داشت (p=۰/۰۰۱،r =۰/۷۴) بدین صورت‌که گروه سنی ۲۶ تا ۲۹ نسبت به گروه‌های سنی پایین‌تر (۱۸ تا ۲۱ سال، و ۲۲ تا ۲۵ سال) نمره سلامت اجتماعی بالاتری داشتند. هم‌چنین با استفاده از آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن، میان سلامت اجتماعی با تحصیلات پاسخگویان رابطه‌ی آماری معنادار و مثبت وجود داشت (p=۰/۰۲،r =۰/۶۸) بدین معنا که هر چه سطح تحصیلات فرد بالاتر بود، نمره سلامت اجتماعی او نیز بیشتر بود. اما با کاربرد آزمون t مستقل میان سلامت اجتماعی با جنسیت، وضعیت تاهل و میزان درآمد رابطه معنادار آماری مشاهده نشد. آزمون دی سامرز نشان داد میان نمره سلامت اجتماعی با نمره کیفیت زندگی (p=۰/۰۰۱،r =۰/۳۲) و مهارت‌های ارتباطی (p=۰/۰۰۱،r=۰/۴۲) همبستگی مثبت معنادار وجود دارد؛ بدین صورت که در افرادی که نمره سلامت اجتماعی‌شان کم بود نمرات کیفیت زندگی و مهارت ارتباطی‌شان نیز کم بود. با کاربرد آزمون وی کرامر مشاهده شد میان وضع سلامت اجتماعی با اوقات فراغت رابطه وجود دارد (p=۰/۰۰۱،r =۰/۵۳) بدین صورت که افرادی که اوقات فراغت خود را با فراغت‌های جسمانی پر می‌کردند وضع سلامت اجتماعی پایین و متوسط داشتند. افرادی که فراغت‌های اجتماعی داشتند، وضع سلامت اجتماعی بهتری داشتند و افرادی که فراغت‌های هنری، فکری و عملی داشتند از وضع سلامت اجتماعی متوسطی برخوردار بودند (جدول ۲).

جدول۲. بررسی همبستگی میان سلامت اجتماعی با کیفیت زندگی، مهارت های ارتباطی و اوقات فراغت با استفاده از آزمون دی سامرز

متغیرها	کیفیت زندگی	مهارت‌های ارتباطی	اوقات فراغت
ضریب همبستگی	۰/۳۲۳	۰/۴۲۱	۰/۵۳۱
سطح معنی‌داری	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-11-14]

بحث:

این مطالعه با هدف تعیین وضع سلامت اجتماعی جوانان شهر نقده و عوامل مؤثر بر آن انجام شد. سلامت اجتماعی به عنوان بخشی از سلامت فرد که در عرصه اجتماع به ظهور می‌رسد، به ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که عضوی از آنهاست، اشاره دارد.

براساس یافته های این مطالعه وضع سلامت اجتماعی اکثریت جوانان مورد بررسی متوسط بود. این نتیجه با یافته‌های حسینی (۸)، بیات و همکاران (۱۲)، حائری و همکاران (۱۴) و پورافکاری (۲۰) هم‌سویی داشت. در میان نمره میانگین ابعاد پنج گانه سلامت اجتماعی، نمره میانگین بعد انطباق اجتماعی از نمره میانگین ابعاد دیگر کمتر بود. بنابراین، ضرورت اقدامات ارتقایی و اجرای برنامه‌های مناسب برای افزایش سطح سلامت اجتماعی جوانان با تأکید بر بعد انطباق اجتماعی ضروری است.

در این مطالعه میان سلامت اجتماعی با سن رابطه مشاهده شد، بدین صورت‌که گروه سنی ۲۶ تا ۲۹ نسبت به گروه‌های سنی پایین‌تر (۱۸ تا ۲۱ سال، و ۲۲ تا ۲۵ سال)، نمره سلامت اجتماعی بالاتری داشتند. این نتایج با یافته‌های فتحی و همکاران (۹)، زکی و خشوعی (۱۰)، و هزار جریبی و ارفعی (۱۶) مشابهت دارد. به نظر می‌رسد یافتن دوستان و کسب حمایت در سنین پایین‌تر با دشواری‌های افزون‌تری مواجه است و در این زمینه توجه به سلامت اجتماعی جوانان زیر ۲۵ سال مسئله‌ای مهم است.

علاوه براین، میان سلامت اجتماعی با تحصیلات پاسخگویان رابطه‌ی آماری معنادار و مثبت بدست آمد بدین معنا که هر چه سطح تحصیلات فرد بالاتر بود، نمره سلامت اجتماعی او نیز بیشتر بود. در مطالعات زکی و خشوعی (۱۰)، حائری و همکاران (۱۴) و پور افکاری (۲۰) نیز میان سلامت اجتماعی و تحصیلات رابطه وجود داشت. در تحقیق حاضر افراد دارای کارشناسی ارشد و دکتری نسبت به جوانان دارای مدرک کارشناسی و پایین‌تر از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردار بودند. افراد با تحصیلات بالا هم به شغل مناسب دسترسی دارند، هم به لحاظ روانی در شرایط مناسبی قرار داشته و هم بر زندگی خود کنترل بیشتری دارند و هم اینکه زندگی سالم و رفتارهای بهداشتی مناسب‌تری انجام می‌دهند. بنابراین، می‌توان با فراهم کردن بیشتر بستر ادامه تحصیل جوانان بر افزایش سطح سلامت اجتماعی آنان نیز تأثیر مثبت گذاشت.

در این تحقیق میان سلامت اجتماعی با جنسیت، وضعیت تاهل و میزان درآمد رابطه معنادار آماری مشاهده نشد. در این پژوهش میان نمره سلامت اجتماعی با نمره کیفیت زندگی همبستگی مثبت معنادار وجود داشت. بدین صورت که در افرادی که نمره سلامت اجتماعی‌شان کم بود نمرات کیفیت زندگی‌شان نیز کم بود و در افرادی که سلامت اجتماعی بالاتری داشتند، نمره کیفیت زندگی آنان نیز بهتر بود. این نتایج با یافته‌های کدخدائی و لطفی (۷) همسوست که نشان دادند شاخص‌های کیفیت زندگی بر میزان سلامت اجتماعی تأثیرگذارند. با توجه به آن که داشتن کیفیت زندگی مناسب یکی از شاخص‌های اساسی سلامت فرد است و از سوی دیگر این شاخص به شدت از سلامت اجتماعی تأثیر می‌پذیرد، تلاش برای ارتقاء و حفظ سطح سلامت اجتماعی جوانان باید در چارچوب برنامه‌ها و سیاست‌های اصلی سازمان‌ها و نهادهای مربوطه قرار بگیرد.

در این بررسی سلامت اجتماعی با مهارت‌های ارتباطی نیز همبستگی مثبت معنادار داشت؛ بدین صورت که در افرادی که نمره سلامت اجتماعی‌شان کم بود، نمرات مهارت ارتباطی‌شان نیز کم بود. این یافته‌ها همسو با نتایج تحقیق گرمارودی و وحدانی‌نیا (۱۷) است. سلامت اجتماعی بر

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-11-14]

کسب مهارت ارتباطی تأثیر دارد و در مقابل، داشتن مهارت‌های ارتباطی مناسب نیز باعث افزایش سطح سلامت اجتماعی فرد خواهد شد. بنابراین آموزش مهارت‌های ارتباطی در قالب برنامه‌های آموزشی و مداخله‌ای و برگزاری کارگاه‌های آموزشی در کنار برنامه‌های مرتبط با سلامت اجتماعی می‌تواند در رشد مهارت‌های ارتباطی و بهبود سلامت اجتماعی نقش به‌سزایی داشته باشد.

در مطالعه حاضر میان وضع سلامت اجتماعی با اوقات فراغت هم رابطه وجود داشت. بدین صورت که افرادی که اوقات فراغت خود را با فراغت‌های جسمانی پر می‌کردند وضع سلامت اجتماعی پایین و متوسط داشتند. افرادی که فراغت‌های اجتماعی داشتند، وضع سلامت اجتماعی بهتری داشته و افرادی که فراغت‌های هنری، فکری و عملی داشتند از وضع سلامت اجتماعی متوسطی برخوردار بودند. در تحقیق هزار جریبی و ارفعی (۱۶) نیز میان نحوه گذران اوقات فراغت با سلامت اجتماعی رابطه معنادار وجود داشت. با توجه به اهمیت فراغت در زندگی اجتماعی و سلامت فردی، لزوم فراهم کردن بسترهای گذران مناسب اوقات فراغت حائز اهمیت است. در این زمینه، با توجه به آن که افرادی که فراغت جسمانی داشتند سلامت اجتماعی پایینی داشتند و با فراغت اجتماعی به سطح بالای سلامت رسیدند، توجه به فراغت‌های اجتماعی باید در برنامه‌های مداخله‌ای مد نظر قرار گیرد و در راستای ترویج این نوع الگوی گذران فراغت تلاش شود.

خودگزارش دهی، تکمیل پرسش‌نامه‌ها توسط پاسخگویان و انجام مطالعه در یک شهر و با روش کمی از محدودیت‌های این مطالعه است. انجام مطالعات مشابه با استفاده از روش مصاحبه و مطالعه کیفی در شهرهایی دیگر و مقایسه نتایج آنها با یافته های این مطالعه پیشنهاد می‌شود.

نتیجه گیری

وضع سلامت اجتماعی اکثریت جوانان مورد بررسی مطلوب نیست و برنامه ریزی مداخلات ارتقایی و آموزش بهداشت برای جوانان مورد بررسی ضروریست. همچنین سن، تحصیلات، میزان مهارت‌های ارتباطی، چگونگی گذران اوقات فراغت و کیفیت زندگی از عوامل موثر بر وضع سلامت اجتماعی در این جوانان است. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود سازمان‌های مختلف درگیر در حوزه مسائل جوانان ضمن بررسی‌های بیشتر برای شناخت دقیق‌تر وضع سلامت اجتماعی این جوانان، مداخلات ارتقایی و برنامه‌ریزی‌های مناسب در این زمینه را طراحی و در قالب سیاست‌های کلان و خرد اجرا کنند. برگزاری کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی در زمینه مهارت‌های ارتباطی و الگوهای گذران فراغت نیز می‌تواند به بهبود وضع سلامت اجتماعی این جوانان کمک کند و در نهایت کیفیت زندگی آنان را ارتقاء بخشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد در رشته مددکاری دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی تهران است. نویسندگان مقاله از جوانان شرکت کننده در این مطالعه سپاسگزاری می کنند.

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-11-14]

منابع

1. WHO. Constitution of the World Health Organization. Accessed October 2006.
2. Van Ommeren M, Saxena S, Saraceno B. Mental and social health during and after acute emergencies: emerging consensus? Bulletin of the World Health Organizatio 2005;83(1):71-5.
3. House JS. Understanding social factors and inequalities in health: 20th century progress and 21st century prospects. Journal of health and social behavior 2002: 42-125.
4. Keyes, Corey Lee. M. social well-being. social Psychology 1998;61(2):121-190.
5. Einstein JS. The relationship between socioeconomic status and health: a review of the literature. The Milbank Quarterly 1993:279-322.
6. Stringhini S, Dugravot A, Shipley M, Goldberg M, Zins M, Kivimäki M. Health behaviours, socioeconomic status, and mortality: further analyses of the British Whitehall II and the French GAZEL prospective cohorts. PLoS Med 2011;8(2).
7. Kadkhodaee f, Lotfi Sh.Measurement of social health and Factors influencing it among High schools girl students in Shiraz City. Journal of Social Research 2013;5(20):183-207.
8. Hoseini, SF. Investigation of social health and Factors influencing it among students of Social sciences Faculty of Allameh University. M.A thesis of Social sciences Faculty 2008.
9. Fathi M, Ajamnejad R, Khakrangin M. Factors Contributing to Social Health among Teachers of Maraghe City. Social Welfare. 2013;12(47):225-243.
10. Zaki M, khoshoueim M. Social Health and Factors influencing it among citizens of Isfahan City. Journal of Urban Sociological Study 2013;3(8):79-108.
11. Carr, A. Positive Psychology: The Science of Happiness and Human Strengths. New York: Brunner-Routledge 2004.
12. Bayat M, Naderifar, M, Bayat, M & et al. Social Health of 7-11 Years Old Children Living in Foster Care Centers. Iran Journal of Nursing 2007;20(51):1-9.
13. Keyes CL, Shapiro AD. Social well-being in the United States: A descriptive epidemiology. How healthy are we. 2004:350-72.
14. Haery M, Tehrani H, Olyaeimanesh AR, Nedjat S. Factors influencing the social health of employees of the ministry of health and medical education in Iran. Iran Journal Health Eduction Health Promotion 2016;3(4): 311-318.
15. Abdollah Tabar H, Kaldi A, Mohagheghi H, Setareh A, Salehi M. A study of Social well-being among

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-11-14]

students. Social Welfare 2008; 8 (30 and 31) :171-190.
16. Hezar jaribi J, Arfaie, R. Leisure time and social Health. Journal of Social Development & Welfare planning 2012;3(10):39-64.
17. Garma Roudi Gh.R, Vahdani Nia MS. Social health: An investigation into social skills among students. journal of PAYESH 2006. 5(2):147-153.
18. Ministry of health and medical education, Social determinants of health, 2012.
19. Sharbatian, M.H. The semantic component reflecting thelink social health and the benefit of social health among the Mashhad payam noor student. Sociological Studies of Youth Journal 2012; 2(5): 149-174.
20. Porafkari, N. The examination of factor affecting on social health' students in Paveh city. Journal of Social Sciences of Shooshtar Islamic Azad university 2012;6(18):41-60.

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-11-14]

Social health status of youth in Naqadeh and the effective factors on it

Mahnaz Solhi: PhD. Associate Prof., Department of Health Services and Health Education, School of Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. solhi.m@iums.ac.ir

Mansour Amini Naghadeh: Msc, lecturer in Naghadeh Payame Nour University, Naghadeh, Iran. m_amini201111@yahoo.com

Seyyed Fahim Irandoost: PhD Candidate in Health Education and Health Promotion, School of Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding author). fahim.irandost@gmail.com

Abstract

Background and Objectives: social health refers to the individual evaluation and cognition of his/her performance in society and the quality of his/her relationships with other people, relatives, and social groups as a member of them. When a person is eligible for the social health, he/she can do its activities and social roles at the standard level and feel conjunction with the society and social norms. The aim of this study is determining the social health status of 18-29 years youth of Naqadeh city and the effective factors on it.

Materials and Methods: in this cross-sectional and descriptive-analytic study that was conducted in 2014, 400 people participated which were selected by simple random sampling method. The data collection tools include demographic specifications form, Keynesian social health standard questionnaire, and quality of life (WHOQOL_BREF), and communication skills. Data were analyzed by SPSS (20) software and by descriptive and analytic statistical tests.

Results: the social health average score was 97/1 among the studied youth and it was moderate. There were observed the statistical significant correlation between social health and communication relations (p=0.001), leisure time (p=0.001), and quality of life (p=0.001) variables. Besides, social health had significant correlation with age (p=0.001) and education (p=0.02) variables.

Conclusion: the social health is not desirable among the studied youth and designing and performing the promotion interventions are offered with an emphasis on age, education, communication skills level, the way of spending leisure time, and their quality of life.

Key words: social health, quality of life, communication skills, leisure time, youth

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-11-14]

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-11-14]