

بررسی سلامت اجتماعی و عوامل مرتبط با آن در میان دانشجویان علوم پایه دانشگاه علوم پزشکی ارومیه در سال ۱۴۰۳

علی قربانی^۱، رعنا حسینی^۲، سید فهیم ایران دوست^{۲*}

۱. دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران.

۲. گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۳/۰۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۳/۲۵

چکیده

مقدمه: سلامت اجتماعی یکی از ابعاد مهم سلامت افراد و جوامع است که تأثیر قابل توجهی بر رفاه و کیفیت زندگی افراد دارد. با توجه به اهمیت سلامت اجتماعی دانشجویان به عنوان نسل آینده کشور، این تحقیق با هدف بررسی وضعیت سلامت اجتماعی و عوامل مرتبط با آن در میان دانشجویان مقطع علوم پایه پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه در سال ۱۴۰۳ اجرا شد.

روش: این مطالعه توصیفی - تحلیلی به صورت مقطعی انجام شد. جامعه پژوهش دانشجویان مقطع علوم پایه پزشکی (۵۰۰ نفر) بودند که با استفاده از فرمول کوکران و نمونه‌گیری تصادفی ساده، ۲۱۷ نفر انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه سلامت اجتماعی کییز بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-22 و آزمون‌های توصیفی و تحلیلی شامل آزمون‌های تی مستقل، تحلیل واریانس و ضریب همبستگی پیرسون تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین سن دانشجویان ۲۱/۳ سال بود. ۵۲/۷ درصد دانشجویان زن و ۴۷/۳ درصد مرد بودند. وضعیت سلامت اجتماعی دانشجویان با میانگین و انحراف معیار $104/9 \pm 1/1$ در سطح متوسط قرار داشت. همچنین، جنسیت (زن)، وضعیت تأهل، محل سکونت و پایگاه اجتماعی - اقتصادی با سلامت اجتماعی و بعد پذیرش اجتماعی، و وضعیت سلامتی با سلامت اجتماعی و ابعاد انسجام، پذیرش و شکوفایی اجتماعی ارتباط معنادار و مثبت داشتند ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد جمعیت دانشجویی، به ویژه در رشته‌های علوم پزشکی، با چالش‌هایی در حوزه سلامت اجتماعی مواجه‌اند. این وضعیت نیاز به برنامه‌ریزی‌های هدفمند برای ارتقاء سلامت اجتماعی در دانشگاه‌ها را برجسته می‌کند. برگزاری کارگاه‌های مهارت اجتماعی متناسب با جنسیت، تقویت خدمات مشاوره برای دانشجویان متأهل و بهره‌گیری از تجربیات آنان، ارتقای برنامه‌های فرهنگی و روانی در خوابگاه‌ها، گسترش فعالیت‌های گروهی، و حمایت مالی و شغلی از دانشجویان کم‌برخوردار می‌تواند به بهبود سلامت اجتماعی دانشجویان کمک کند.

کلید واژه: سلامت اجتماعی، دانشجویان پزشکی، ارومیه

* نویسنده مسئول: سید فهیم ایران دوست، ایمیل: Irandoost.SF@umsu.ac.ir

ارجاع: قربانی، علی، حسینی، رعنا، ایران دوست، سید فهیم. بررسی سلامت اجتماعی و عوامل مرتبط با آن در میان دانشجویان مقطع علوم پایه پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه در سال ۱۴۰۳. مجله دانشکده علوم پزشکی ساوه، ۱۴۰۴؛ ۱(۱): ۱-۱۱. doi: 10.22034/jsavehums.2025.225630

مقدمه

واژه سلامت به معنای داشتن زندگی سالم، سازنده و باکیفیت همراه با طول عمر قابل قبول و عاری از بیماری و ناتوانی است (۱). در موضوع سلامت، به ابعاد جسمانی و فیزیکی بیشتر توجه می‌شود، ولی ابعاد روانی و اجتماعی سلامت کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد (۲). سازمان جهانی بهداشت، به سلامت اجتماعی به‌عنوان یکی از ابعاد سلامت اشاره کرده است (۳). سلامت اجتماعی کیفیت روابط فرد با خانواده، دیگران و گروه‌های اجتماعی و همچنین میزان رضایت یا نارضایتی آن‌ها از زندگی و محیط اجتماعی را منعکس می‌کند (۴). طبق نظریه کیبیز (۱۹۹۸)، سلامت اجتماعی دارای پنج مؤلفه است: شکوفایی اجتماعی^۱، همبستگی اجتماعی^۲، انسجام اجتماعی^۳، پذیرش اجتماعی^۴ و مشارکت اجتماعی^۵. شکوفایی اجتماعی پتانسیل و خط سیر جامعه را ارزیابی می‌کند، به این معنی که فرد معتقد است بر سرنوشت خود کنترل دارد. همبستگی اجتماعی فرد را با در نظر گرفتن کیفیت همراهی با اعضای جامعه ارزیابی می‌کند. انسجام اجتماعی به معنای معنی‌دار بودن و بی‌معنی بودن زندگی و نگرش‌ها و جهت‌گیری‌های افراد نسبت به زندگی است که پیش‌بینی‌پذیری زندگی را نشان می‌دهد. پذیرش اجتماعی به معنای درک فرد از جامعه بر اساس ویژگی‌ها و ویژگی‌های افراد دیگر است. مشارکت اجتماعی به معنای ارزیابی ارزش اجتماعی فرد است و نشان می‌دهد که افراد بخش مهمی از جامعه هستند (۵).

یک فرد سالم از نظر اجتماعی جامعه را موجودی معنادار، قابل‌درک و بالقوه محرک رشد می‌داند، به جامعه احساس تعلق می‌کند، از طریق آن پذیرفته می‌شود و به پیشرفت جامعه کمک می‌کند (۶). روابط انسان‌ها با یکدیگر و با نهادهای اجتماعی و تأثیرات متقابل این روابط بر سلامت جسمی و روانی در دهه‌های اخیر مورد توجه محققان و اندیشمندان قرار گرفته است و اهمیت سلامت اجتماعی به حدی است که افراد دارای سلامت اجتماعی بیشتر از سایرین

در برخورد با مشکلات ناشی از نقش‌های اجتماعی موفق بوده و خود را با آن‌ها هماهنگ می‌کنند (۶). عواملی مختلفی روی سلامت اجتماعی تأثیرگذار هستند نظیر وضعیت اقتصادی - اجتماعی، سطح تحصیلات، سن، میزان دریافت حمایت‌های اجتماعی و وضعیت تأهل. همچنین تحقیقات نشان می‌دهند که مقیاس سلامت اجتماعی با مقیاس‌های زاینده‌گی، رضایت از زندگی، شادکامی، ملات، تعهد مدنی و رفتار جامعه پسند همبستگی دارد (۳). سن، جنسیت و پایگاه اجتماعی شامل شغل، درآمد و تحصیلات نیز عامل دیگری است که با سلامت اجتماعی پیوند دارد (۷، ۸).

طبق نتایج مطالعه جواد و همکاران (۱۳۹۵) اکثریت دانشجویان ۸۷/۲ درصد از سلامت اجتماعی متوسط برخوردار بودند (۹). بنی فاطمه و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهشی دریافته‌اند که دانشجویان از سطح سلامت اجتماعی متوسطی برخوردار بودند. سن، جنس و وضعیت تأهل عوامل تعیین‌کننده در تعیین سلامت اجتماعی بودند (۱۰).

سلامت جوانان، یکی از اولویت‌های اصلی در همه کشورها است و مشارکت فعال جوانان در رفتارهای اجتماعی و شهروندی به‌عنوان یکی از شاخص‌های توسعه جوانان در نظر گرفته می‌شود. بر اساس تحقیقات انجام‌شده، سلامت اجتماعی کارکنان و افراد بزرگسال بیش از دانش‌آموزان و دانشجویان گزارش شده است (۱۱). با توجه به آنچه بیان شد و اینکه دانشجویان هر جامعه دسترنج معنوی و انسانی آن جامعه بوده و از آینده‌سازان کشور خویش هستند و توجه به وضعیت سلامت جسمی و روانی، اجتماعی، فرهنگی آنان موجب فراهم آوردن زمینه لازم برای تحقق یک زندگی پویا و سالم در جامعه برای سال‌های آینده خواهد شد و از سوی دیگر، تاکنون مطالعه‌ای با این موضوع در میان دانشجویان پزشکی ارومیه انجام نشده است، مطالعه حاضر باهدف بررسی سلامت اجتماعی و عوامل مرتبط با آن در میان دانشجویان علوم پایه پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه انجام گردید.

¹ Social Actualization

² Social Coherence

³ Social Integration

⁴ Social Acceptance

⁵ Social Contribution

روش

پژوهش مقطعی حاضر از نوع توصیفی - تحلیلی است. جامعه مورد مطالعه دانشجویان مقطع علوم پایه دانشگاه علوم پزشکی ارومیه در بازه زمانی مورد مطالعه در سال ۱۴۰۳ (۵۰۰ نفر) بودند. تعیین حجم نمونه با استفاده از فرمول برآورد حجم نمونه کوکران با مشخص بودن تعداد جامعه و در نظر گرفتن احتمال خطای ۰/۰۵ و $P=0.5$ انجام شد.

$$n = \frac{\frac{z^2 pq}{d^2}}{1 + \frac{1}{N} \left(\frac{z^2 pq}{d^2} - 1 \right)} = \frac{\frac{(1.96)^2 \times (0.5 \times 0.5)}{(0.0025)^2}}{1 + \frac{1}{500} \left(\frac{(1.96)^2 \times (0.5 \times 0.5)}{(0.0025)^2} - 1 \right)}$$

$$= \frac{384}{1.77} \cong 217$$

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از دانشجوی مقطع علوم پایه پزشکی بودن در دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، گذراندن حداقل یک ترم تحصیلی، عدم ابتلا به بیماری جسمی یا روانی شناخته شده و تمایل به مشارکت در پژوهش. معیارهای خروج نیز مشغول به تحصیل بودن در ترم ۱، دانشجوی مهمان بودن و عدم تمایل به ادامه حضور در پژوهش بود. پس از اخذ کد اخلاق از دانشگاه، برای نمونه‌گیری لیست کلیه دانشجویان مقطع علوم پایه رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه از معاونت آموزشی دانشگاه دریافت شد. برای انتخاب نمونه‌ها از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده استفاده شد تا همه شانس برابر برای انتخاب شدن داشته باشند. بدین ترتیب به هر دانشجو یک کد داده شد و نمونه‌ها با استفاده از جدول اعداد تصادفی انتخاب و با مراجعه حضوری از آن‌ها درخواست همکاری می‌شد. در چهار مورد که پرسشنامه ناقص تکمیل شده بود یا فرد تمایل به شرکت نداشت، فرد دیگری به صورت تصادفی انتخاب گردید. پاسخ به پرسشنامه به صورت خود گزارش دهی بود. به دلیل گردآوری داده‌ها در ایام امتحانات و فصل تابستان، فرآیند نمونه‌گیری با مشارکت ۲۰۱ نفر پایان یافت. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه سلامت اجتماعی کیبیز (۱۹۹۸) بود (۱۲). این پرسشنامه دارای ۳۳ سؤال و پنج مؤلفه انسجام اجتماعی (۷ گویه)، پذیرش اجتماعی (۸ گویه)، مشارکت اجتماعی (۶ گویه)، شکوفایی اجتماعی (۶ گویه) و همبستگی اجتماعی (۶ گویه) است و بر اساس طیف پنج

گزینه‌ای لیکرت (کاملاً موافق=۵، موافق=۴، بی‌نظر=۳، مخالف=۲ و کاملاً مخالف=۱) به سنجش سلامت اجتماعی می‌پردازد. منظور از سلامت اجتماعی نمره‌ای است که پاسخ‌دهندگان به سؤالات ۳۳ گویه‌ای پرسشنامه می‌دهند. نمرات بالاتر نشان‌دهنده سلامت اجتماعی بهتر است. بر این اساس، سلامت اجتماعی به سه دسته پایین (نمره ۳۳-۸۸)، سطح متوسط (نمره ۸۹-۱۴۳) و سطح بالا (نمره ۱۴۴ تا ۱۶۵) تقسیم شده است.

اعتبار و پایایی پرسشنامه استاندارد کیبیز در تحقیقات مختلف داخلی مورد تأیید واقع شده است. در پژوهش کعبه و همکاران (۱۳۹۶) روایی محتوایی و صوری و ملاکی این پرسشنامه مناسب ارزیابی شده است (۱۳). در مطالعه هاشمی و همکاران (۱۳۹۳) میزان آلفای کرونباخ سلامت اجتماعی ۰/۸۱ بود (۱۴). این میزان در مطالعه حیدری و غنایی (۱۳۸۷) برابر با ۰/۸۳ بود (۱۵). کیبیز در تحلیل عاملی تأییدی با استفاده از شاخص‌های $GFI=0/86$ و $AGFI=0/84$ نشان داد مدل ۵ عاملی از برازش خوبی برخوردار است (۱۲). در مطالعه صفاری نیا و همکاران (۱۳۹۳) نیز برای برآورد اعتبار اولیه پرسشنامه از روش باز آزمایی استفاده شده که میزان همبستگی پیرسون دو بار اجرای پرسشنامه ۰/۸۲۴ بود که نشان‌دهنده اعتبار رضایت‌بخش پرسشنامه است (۱۶).

از نرم‌افزار SPSS (SPSS Inc. Chicago, Version 22, SPSS Inc. Chicago, IL) و آمار توصیفی نظیر فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار برای بیان وضعیت متغیرها و توصیف نتایج استفاده شد. نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون Kolmogorov-Smirnov در سطح $p>0.05$ به دست آمد. برای آزمون فرضیه‌ها نیز از آزمون‌های تحلیلی تی مستقل، ANOVA و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. سطح معناداری $p<0.05$ در نظر گرفته شده بود. برای رعایت ملاحظات اخلاقی کد اخلاق IR.UMSU.REC.1403.014 اخذ شد. از شرکت‌کنندگان رضایت آگاهانه کتبی گرفته شد و آن‌ها با اختیار در مطالعه شرکت کردند و به آن‌ها توضیح داده شد که هدف از انجام پژوهش چیست و اطلاعات شخصی آن‌ها محرمانه خواهد ماند و برای ترک مطالعه اختیاردارند.

جدول ۱. اطلاعات دموگرافیک مشارکت‌کنندگان

متغیرها	ابعاد	فراوانی	درصد
جنسیت	مرد	۹۵	۴۷/۳
	زن	۱۰۶	۵۲/۷
وضعیت تأهل	متأهل	۱۵	۷/۵
	مجرد	۱۸۴	۹۱/۵
	مطلقه	۲	۱
محل سکونت	خوابگاه	۹۴	۴۶/۸
	منزل استیجاری	۲۱	۱۰/۴
	منزل پدری	۶۵	۳۲/۳
	منزل شخصی	۱۹	۹/۵
	سایر	۲	۱
درآمد ماهیانه	کمتر از ۱۲	۱۵	۷/۵
	۱۲ تا ۲۰	۵۹	۲۹/۴
	۲۱ تا ۳۰	۷۶	۳۷/۳
	بیشتر از ۳۰	۵۱	۲۵/۴
متغیر	حداکثر - حداقل	میانگین	انحراف معیار
سن	۱۷-۲۸	۲۱/۳۹	۲/۰۷

اجتماعی افراد ساکن در خوابگاه، پذیرش اجتماعی افراد ساکن در منزل استیجاری، انسجام اجتماعی افراد ساکن در منزل شخصی و درنهایت سلامت اجتماعی افراد خوابگاهی بالاتر از سایر گروه‌ها بود. همچنین، بین درآمد ماهیانه خانوار با سلامت اجتماعی و ابعاد آن رابطه معنادار به دست نیامد ($p > 0.05$) (جدول ۳).

یافته‌ها

از ۲۰۱ پرسشنامه تکمیل‌شده، ۱۰۶ نفر (۵۲/۷ درصد) زن و ۹۵ نفر (۴۷/۳ درصد) مرد بودند. بیشتر دانشجویان یعنی ۱۸۴ نفر (۹۱/۵ درصد) مجرد و ۱۵ نفر (۷/۵ درصد) متأهل بودند. میانگین سنی دانشجویان 21.39 ± 0.7 بود (جدول ۱). نتایج توصیفی سلامت اجتماعی و ابعاد آن نشان داد سلامت اجتماعی با میانگین و انحراف معیار $10.4/1 \pm 9.1/18$ در سطح متوسط قرار دارد. همه ابعاد سلامت اجتماعی دانشجویان نیز در سطح متوسط مشاهده شد (جدول ۲).

بین متغیر جنسیت با سلامت اجتماعی و ابعاد آن رابطه معنادار به دست آمد ($p < 0.05$). مشارکت اجتماعی، انسجام اجتماعی و همبستگی اجتماعی در مردان نسبت به زنان بیشتر بوده است. در ابعاد شکوفایی اجتماعی و پذیرش اجتماعی وضعیت زنان بهتر بود و در مجموع میانگین سلامت اجتماعی در زنان بیشتر از مردان به دست آمد. ارتباط بین پذیرش اجتماعی، همبستگی اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و مشارکت اجتماعی با وضعیت تأهل وجود نداشت ($p > 0.05$)؛ اما بین انسجام اجتماعی با وضعیت تأهل ارتباط معناداری به دست آمد ($P = 0.01$) و میانگین نمره افراد متأهل در این بعد بهتر از افراد مجرد و مطلقه است. بین محل سکونت و سلامت اجتماعی و ابعاد آن رابطه معنادار وجود داشت ($p < 0.05$)، به طوری که شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی و مشارکت

جدول ۲. توصیف وضعیت سلامت اجتماعی و ابعاد آن

متغیر	ابعاد	میانگین \pm انحراف معیار	دامنه کل	وضعیت
پذیرش اجتماعی	۲۲/۷۲ \pm ۴/۷۲	۸-۴۰	متوسط	
مشارکت اجتماعی	۲۱/۷۸ \pm ۳/۵۷	۶-۳۰	متوسط	
انسجام اجتماعی	۲۳/۴۵ \pm ۴/۶۳	۷-۳۵	متوسط	
سلامت اجتماعی	۱۹/۰۲ \pm ۳/۰۷	۶-۳۰	متوسط	
همبستگی اجتماعی	۱۷/۹۴ \pm ۳/۴۹	۶-۳۰	متوسط	
سلامت اجتماعی کل	۱۰۴/۹۱ \pm ۸/۱۸	۳۳-۱۶۵	متوسط	

جدول ۳. رابطه بین متغیرهای کیفی و سلامت اجتماعی

متغیرها	ابعاد	انسجام اجتماعی	پذیرش اجتماعی	مشارکت اجتماعی	شکوفایی اجتماعی	همبستگی اجتماعی	سلامت اجتماعی
		Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD
جنسیت	مرد	۳/۸۷±۰/۵۶	۲/۲۴±۰/۶۰	۳/۹۹±۰/۷۱	۳/۱۲±۰/۶۱	۳/۰۹±۰/۶۲	۳/۲۶±۰/۶۲
	زن	۳/۳۴±۰/۴۸	۳/۴۳±۰/۵۶	۳/۲۵±۰/۶۳	۳/۸۸±۰/۴۲	۳/۶۸±۰/۵۱	۳/۵۱±۰/۵۲
	p.value ^a	۰/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۴
وضعیت تأهل	مجرد	۳/۲۲±۰/۵۰	۲/۸۵±۰/۵۸	۳/۶۳±۰/۶۷	۳/۱۶±۰/۵۳	۲/۹۹±۰/۵۸	۳/۱۷±۰/۵۷
	متأهل	۳/۷۱±۰/۴۰	۲/۹±۰/۴۸	۳/۶۸±۰/۴۷	۳/۳۳±۰/۳۸	۳/۰۳±۰/۳۲	۳/۳۳±۰/۴۱
	مطلقه	۱/۹۲±۰/۷۰	۲/۱۸±۰/۴۴	۲/۵۸±۱/۲۹	۲/۸۳±۰/۲۳	۲/۵±۰/۴۷	۲/۴±۰/۶۱
	p.value ^b	۰/۰۰۱	۰/۲۶	۰/۸۴	۰/۳۱	۰/۴۷	۰/۱۷
وضعیت محل سکونت	خوابگاه	۳/۱۰±۰/۵۶	۲/۸۳±۰/۶۱	۳/۹۸±۰/۶۲	۳/۷۷±۰/۴۷	۳/۳۳±۰/۵۴	۳/۴۰±۰/۵۶
	منزل پدری	۳/۰۳±۰/۵۱	۲/۷۹±۰/۶۱	۳/۶۳±۰/۶۴	۳/۱۳±۰/۵۰	۳/۰۱±۰/۶۸	۳/۱۱±۰/۵۸
سکونت شخصی	استیجاری	۳/۰۷±۰/۳۷	۳/۱۳±۰/۳۴	۳/۴۵±۰/۵۹	۳/۶۹±۰/۴۹	۲/۸۶±۰/۲۷	۳/۲۴±۰/۴۱
	سایر	۳/۶۶±۰/۲۵	۲/۸۶±۰/۵۱	۳/۵۱±۱/۱	۳/۰۴±۰/۷	۲/۹۱±۰/۵۱	۳/۱۹±۰/۶۳
	p.value ^b	۰/۰۱	۰/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۳	۰/۰۴
میزان درآمد ماهیانه (میلیون تومان)	کمتر از ۱۲ تا ۲۰	۳/۳۱±۰/۵۰	۲/۷۳±۰/۶۳	۳/۳۷±۰/۸۶	۳/۱۸±۰/۴۴	۳/۳۱±۰/۷۲	۳/۱۸±۰/۶۳
	۲۱ تا ۳۰	۳/۳۶±۰/۴۹	۲/۸۳±۰/۵۸	۳/۶۶±۰/۶۳	۳/۱۳±۰/۵۱	۳±۰/۵۸	۳/۲۰±۰/۵۶
	بیشتر از ۳۰	۳/۳۴±۰/۵۴	۲/۷۹±۰/۵۹	۳/۶۳±۰/۵۹	۳/۱۷±۰/۵۲	۲/۹۵±۰/۵۹	۳/۱۸±۰/۵۷
	p.value ^b	۰/۹۰	۰/۳۳	۰/۷۸	۰/۲۳	۰/۱۳	۰/۵۳

^a Independent Samples T-Test; ^b ANOVA

ارتباط معناداری وجود ندارد ($p < 0/05$). از میان ابعاد سلامت اجتماعی فقط بعد پذیرش اجتماعی با پایگاه اجتماعی اقتصادی ارتباط داشت ($P = 0/025$).

رابطه بین متغیرهای کمی با سلامت اجتماعی با آزمون پیروسون بررسی شد. تحلیل رابطه بین سن و سلامت اجتماعی نشان داد بین متغیر سن با ابعاد سلامت اجتماعی

جدول ۴. رابطه بین متغیرهای کمی و سلامت اجتماع

متغیرها	آزمون	انسجام اجتماعی	پذیرش اجتماعی	مشارکت اجتماعی	شکوفایی اجتماعی	همبستگی اجتماعی	سلامت اجتماعی
سن	میزان	۰/۰۳۵	۰/۰۱۸	-۰/۰۳۱	۰/۰۲۸	۰/۹۴۶	۰/۱۶۴
	آماره	۰/۶۲	۰/۸۰	۰/۶۶	۰/۶۹	۰/۹۸	۰/۷۴
	p.value	۰/۱۷۱	۰/۲۶۰	۰/۰۶۳	۰/۱۸۶	-۰/۹۱	۰/۳۱۴
پایگاه اجتماعی اقتصادی	میزان	۰/۳۲	۰/۰۲	۰/۳۷	۰/۲۳	۰/۲۰	۰/۰۴
	آماره	۰/۲۸۰	۰/۲۰۴	۰/۰۸۳	۰/۱۵۴	۰/۰۹۰	۰/۱۹۸
	p.value	۰/۰۰۱	۰/۰۰۴	۰/۲۴	۰/۰۳	۰/۲۰	۰/۰۴

به دلیل جامعه آماری این مطالعه باشد که سایر مقاطع رشته پزشکی در آن شرکت داده شده است. سولماز صادقی و همکاران (۲۰۲۱) نیز در بررسی سلامت اجتماعی در دانشجویان دانشگاه آزاد تبریز دریافتند بعد انسجام اجتماعی پایین تر و پذیرش اجتماعی بالاتر از میانگین سلامت اجتماعی به دست آوردند (۲۱) که برخلاف یافته‌های مطالعه حاضر است که می‌تواند به دلیل ساختار آموزشی، شرایط بومی، ترکیب جمعیت آماری و متفاوت بودن مقاطع تحصیلی و وجود نمونه از رشته‌های غیرپزشکی باشد. نتایج رابطه بین جنسیت و سلامت اجتماعی نشان داد ابعاد مشارکت اجتماعی، انسجام اجتماعی و همبستگی اجتماعی در مردان نسبت به زنان بیشتر است، در ابعاد شکوفایی اجتماعی و پذیرش اجتماعی در زنان بیشتر شد و در مجموع سلامت اجتماعی در زنان بیشتر از مردان به دست آمد. مشابه با یافته مطالعه حاضر، منفرد و همکاران (۲۰۲۱) دریافتند بین سلامت اجتماعی و جنسیت رابطه معناداری وجود دارد (۲۲). مظلومی و همکاران (۲۰۱۸) نشان دادند سلامت اجتماعی خانم‌های دانشجو مطلوب‌تر از آقایان است (۲۳). سفیری و همکاران (۲۰۱۶) در بررسی سلامت اجتماعی شهروندان تهران گزارش کردند میانگین نمره سلامت اجتماعی زنان بیشتر از مردان بوده است (۲۴). در مطالعه Stinson et al. 2008 نیز دختران دانشجو نسبت به پسران، تعاملات اجتماعی عمیق‌تر و حس تعلق بیشتری نشان دادند (۲۵). دلیل این مسئله آن است که زنان در روابط بین فردی، درک احساسات و پذیرش اجتماعی عملکرد بهتری دارند. برخلاف مطالعه ما یافته‌های عبدالله تبار و همکاران (۲۰۰۸) نشان داد میانگین نمرات سلامت اجتماعی دانشجویان پسر بیش از دانشجویان دختر بود (۲) که می‌تواند به دلیل جامعه آماری بزرگ‌تر این مطالعه باشد.

در مطالعه حاضر " بعد انسجام اجتماعی " با وضعیت تأهل رابطه معنادار داشت که این وضعیت در افراد متأهل بهتر بوده است. همسو با مطالعه حاضر، جعفری و همکاران (۲۰۲۱) دریافتند دانشجویان متأهل نسبت به دانشجویان مجرد از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردارند (۲۶). یزدان پناه و همکاران (۲۰۱۵) نیز گزارش کردند اختلاف معناداری بین میانگین سلامت اجتماعی دانشجویان مجرد و متأهل وجود

همچنین پایگاه اجتماعی اقتصادی با سلامت اجتماعی رابطه معنادار به دست داد ($P=0/04$). وضعیت سلامتی دانشجویان با ابعاد انسجام اجتماعی ($P=0/001$)، پذیرش اجتماعی ($P=0/004$)، شکوفایی اجتماعی ($P=0/030$) و سلامت اجتماعی رابطه معنادار به دست آمد ($P=0/04$) ارتباط داشت (جدول ۴).

بحث

مطالعه حاضر باهدف کلی تعیین وضعیت سلامت اجتماعی و عوامل مرتبط با آن در میان دانشجویان مقطع علوم پایه پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه در سال ۱۴۰۳ انجام یافت. نتایج پژوهش بیانگر آن است که سلامت اجتماعی دانشجویان مقطع علوم پایه پزشکی شهر ارومیه در سطح متوسط قرار دارد؛ این وضعیت متوسط برای ابعاد سلامت اجتماعی نیز به دست آمد. یافته‌های تحقیقات مشابه با تحقیق حاضر تقریباً گویای نتایج نسبتاً مشابه است. شریفی و همکاران (۱۴۰۰) میانگین کل سلامت اجتماعی پرستاران را $57/13$ درصد در سطح متوسط نشان دادند (۱۷). در مطالعه روضه و همکاران (۲۰۲۲) سلامت اجتماعی دانشجویان پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران متوسط بود (۱۸). مظلومی و همکاران (۲۰۱۹) میانگین نمره سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان را متوسط گزارش کردند (۱۹). علیرغم متفاوت بودن جامعه آماری (مامایی و پرستاری)، نتایج برخی از مطالعات، مشابه نتایج مطالعه حاضر است و نشان‌دهنده آن است که وضعیت سلامت اجتماعی دانشجویان به صورت کلی در محدوده متوسط قرار دارد که رضایت‌بخش نیست. فشار تحصیلی، تنهایی و ضعف ارتباطات مؤثر می‌توانند از دلایل این امر باشند. به‌طورکلی، فشارهای دوران دانشجویی و تغییرات محیطی و اجتماعی باعث ایجاد ناراضی‌تی یا عدم بلوغ اجتماعی کامل در این دوره می‌شوند و نیاز به مداخلات را برجسته می‌سازد (۱۹). با وجود همسویی در مطالعات بحث شده، اما در برخی مطالعات نتایج با یافته ما متفاوت است. مثلاً، در مطالعه کامکار و همکاران (۲۰۲۳) میانگین نمره سلامت اجتماعی دانشجویان پزشکی متوسط و روبه بالا گزارش شد (۲۰) که برخلاف یافته مطالعه ما بود که می‌تواند

موقعیت تحصیلی - شغلی و جامعه آماری متفاوت در نظر گرفت.

محدود بودن جامعه آماری به یک دانشگاه و یک مقطع خاص، استفاده از پرسشنامه‌های خود اظهاری که ممکن است با سوگیری همراه باشد، طراحی مقطعی مطالعه که امکان بررسی روابط علی را فراهم نمی‌کند، اجرای مطالعه در یک بازه زمانی خاص که ممکن است نتایج را تحت تأثیر قرار داده باشد و تفاوت‌های فرهنگی دانشجویان با توجه به اینکه از استان‌ها و مناطق مختلف کشور به دانشگاه ارومیه برای تحصیل می‌آیند و این تفاوت‌های فرهنگی بر سلامت اجتماعی می‌تواند مؤثر باشد، برخی از محدودیت‌های مطالعه حاضر بودند. همچنین محدود شدن جامعه آماری به دانشجویان علوم پایه نیز جمع‌آوری داده‌ها را با مشکلاتی مواجه ساخت. در این زمینه، امکان تکمیل ۲۴۰ پرسشنامه بر اساس حجم نمونه به‌دست‌آمده به دلیل عدم همکاری دانشجویان و گردآوری بخشی از داده‌ها در فصل تابستان و تعطیلی دانشگاه برای دانشجویان مقطع علوم پایه مقدور نبود. با توجه به محدودیت‌های بیان شده پیشنهاد می‌شوند مطالعات آتی به موارد ذیل پردازند؛ مقایسه سلامت اجتماعی بین رشته‌های مختلف تحصیلی برای شناسایی نیازهای خاص هر گروه، مطالعات کیفی برای درک عمیق‌تر از تجربیات و چالش‌های دانشجویان، پژوهش‌های طولی جهت بررسی تغییرات سلامت اجتماعی در طول دوره تحصیل، بررسی تأثیر عوامل فرهنگی و منطقه‌ای بر سلامت اجتماعی دانشجویان و ارزیابی اثربخشی مداخلات آموزشی و روانی در بهبود سلامت اجتماعی با روش‌های نیمه تجربی.

نتیجه‌گیری

طبق نتایج به‌دست‌آمده، سلامت اجتماعی دانشجویان علوم پایه پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه در سطح متوسط قرار دارد؛ وضعیتی که در اغلب ابعاد سلامت اجتماعی نیز مشهود بود و نشان می‌دهد که جمعیت دانشجویی، به‌ویژه در رشته‌های علوم پزشکی، با چالش‌هایی در حوزه سلامت اجتماعی مواجه‌اند. عوامل فردی نظیر جنسیت، وضعیت تأهل، محل سکونت و پایگاه اقتصادی - اجتماعی نیز نقش معناداری در تعیین سطح سلامت اجتماعی ایفا می‌کنند.

دارد به‌طوری‌که سلامت اجتماعی متأهلان بیشتر از مجردان به دست است (۲۷). Umberson et al. 2010 در مطالعه‌ای در آمریکا نشان دادند افراد متأهل به دلیل داشتن شبکه حمایتی عاطفی (همسر) از سلامت روان و اجتماعی بالاتری برخوردار هستند (۲۸). به‌طور کلی، ازدواج به‌عنوان یک پشتیبان اجتماعی، نقش مهمی در بهبود سلامت اجتماعی ایفا می‌کند.

همسو با مطالعه ما در رابطه با سکونت، مطالعه خالوئی و همکاران (۲۰۱۹)، بیان کرد که میانگین نمره دانشجویان ساکن در خوابگاه نسبت به دانشجویانی که با خانواده زندگی می‌کنند، به‌طور معناداری بیشتر بود (۲۹). یکی از دلایل این مسئله آن است که دانشجویان ساکن در خوابگاه‌ها روابط اجتماعی گسترده‌تری داشته و در فعالیت‌های جمعی بیشتر مشارکت می‌کنند. Tomlinson, 2019 نیز بیان کرد زندگی در خوابگاه دانشجویی با افزایش مهارت‌های اجتماعی، خودتنظیمی و احساس تعلق به جامعه دانشگاهی مرتبط است (۳۰). برخلاف پژوهش ما کامکار و همکاران (۲۰۲۳) دریافتند محل سکونت با شاخص‌های سلامت اجتماعی رابطه معناداری ندارد (۲۰) که این تفاوت می‌تواند به دلیل تفاوت‌های فرهنگی، اقلیمی یا ساختار خوابگاه‌ها باشد.

در مطالعه ما بین پایگاه اجتماعی اقتصادی و بعد پذیرش اجتماعی و به‌طور کل با سلامت اجتماعی رابطه معناداری به دست آمد. همسو با مطالعه حاضر، منفرد و همکاران (۲۰۲۱) و مالکی و همکاران (۲۰۲۰) دریافتند بین سلامت اجتماعی و پایگاه اجتماعی اقتصادی رابطه معناداری وجود دارد (۲۲). در یک مطالعه توسط Marmot Review, 2010 (۳۱). نابرابری اجتماعی مهم‌ترین عامل تهدیدکننده سلامت اجتماعی به‌ویژه در جمعیت‌های جوان نشان داده شده است (۳۲). در توجیه این وضعیت باید گفت که درآمد، تحصیلات والدین و وضعیت اجتماعی تأثیر چشم‌گیری بر سلامت روان و اجتماعی افراد دارد و افرادی با پایگاه اقتصادی بهتر، دسترسی به منابع حمایتی و فرصت‌های مشارکت اجتماعی بیشتری دارند. برخلاف پژوهش ما داود ابراهیم پور و همکاران (۲۰۱۲) نشان دادند بین پایگاه اجتماعی و اقتصادی با سلامت اجتماعی دیران رابطه معنی‌داری وجود ندارد (۳۱) که می‌توان دلیل این تفاوت را در شرایط بومی،

شرکت‌کنندگان با رضایت کتبی آگاهانه در مطالعه شرکت کرده‌اند.

کد اخلاق

کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی ارومیه اخذ گردید (IR.UMSU.REC.1403.014).

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی در رابطه با این مطالعه وجود ندارد.

حمایت ملی

مطالعه حاضر با حمایت دانشگاه علوم پزشکی ارومیه انجام شده است.

سهام نویسندگان

سید فهیم ایران‌دوست: طراحی مطالعه، نگارش و ویرایش مقاله

رعنا حسینی: تحلیل داده‌ها و ویرایش مقاله

علی قربانی: گردآوری داده‌ها، تحلیل، نگارش و ویرایش مقاله

References:

1. Sokol RL, Ammer J, Stein SF, Trout P, Mohammed L, Miller AL. Provider perspectives on screening for social determinants of health in pediatric settings: a qualitative study. *Journal of Pediatric Health Care*. 2021;35(6):577-86.
2. Abdollah Tabar H, Kaldi A, Salehi M. A study of social well-being among students. *Social Welfare Quarterly*. 2008;8(30):171-90.
3. Tajeddin MB. Determinants of Social Health of Citizens in District 12 of. *Social Development & Welfare Planning*. 2017;8(32):61-96.
4. Badagabettu S, Nayak DM, Kurien A, Kamath VG, Kamath A, Nayak BS, et al. Effectiveness of a training program for bleeding disorders among accredited social

چنین یافته‌هایی بر نیاز به برنامه‌ریزی‌های هدفمند برای ارتقاء سلامت اجتماعی در دانشگاه‌ها تأکید دارد. برگزاری کارگاه‌های مهارت اجتماعی با رویکرد تفکیک‌شده برای تقویت ابعاد ضعیف‌تر در هر جنس (مثلاً تقویت همبستگی در مردان، انسجام در زنان)، ارائه خدمات مشاوره و رفاه برای دانشجویان متأهل و استفاده از تجربیات آن‌ها در برنامه‌های مشارکتی دانشجویی، تقویت خدمات فرهنگی و روانی در خوابگاه‌ها و افزایش برنامه‌های گروهی برای بهبود تعاملات اجتماعی و حمایت مالی از دانشجویان کم‌برخوردار و ایجاد فرصت‌های شغلی پاره‌وقت در دانشگاه می‌توانند برای بهبود وضعیت سطح سلامت دانشجویان مدنظر قرار گیرند.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر حاصل پایان‌نامه پزشکی عمومی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه است. از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه و تمام دانشجویان مشارکت‌کننده در پژوهش تقدیر به عمل می‌آید.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش مطابق با اصول اخلاقی مندرج در بیانیه هلسینکی (انجمن پزشکی جهانی) انجام شده است و تمامی

health activists in Udupi District, Karnataka, India. *Research and Practice in Thrombosis and Haemostasis*. 2018;2(3):518-24.

5. Ferguson J, Power D, Stevenson L, Collison D. Shareholder protection, income inequality and social health: A proposed research agenda. *Accounting Forum*. 2017;41(3):253-65.

6. Parmar D, Williams G, Dkhimi F, Ndiaye A, Asante FA, Arhinful DK, et al. Enrolment of older people in social health protection programs in West Africa—does social exclusion play a part? *Social science & medicine*. 2014;119:36-44.

7. Fard SS, Kavosi A, Sanagoo A, Jouybari L. Evaluation of the Relationship of Employment and Economic Status with the Feeling of Mental Well-Being in the Elderly

- Living in Northern Iran. *Current Health Sciences Journal*. 2022;48(4):418.
8. Fierloos IN, Windhorst DA, Fang Y, Hosman CM, Jonkman H, Crone MR, et al. The association between perceived social support and parenting self-efficacy among parents of children aged 0–8 years. *BMC Public Health*. 2023;23(1):1888.
 9. Javadi N, Darvishpour A, Khalili M, Barari F. The survey of Social Well-Being and related factors in students of Guilan Medical University in 2015. *Res Med*. 2017;40(4):193-207.
 10. Banifatemeh H, Abbaszadeh M, Chaichi TN. Social health assessment of Islamic Azad university of Tabriz students and its factors. *Sociological Review*. 2011;3(11):37-50.
 11. Kazemi S, Parvizy S, Atlasi R, Baradaran HR. Evaluating the effectiveness of peer-based intervention in managing type I diabetes mellitus among children and adolescents: A systematic review. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*. 2016;30:442.
 12. Keyes CLM. Social well-being. *Social psychology quarterly*. 1998:121-40.
 13. Ka'abe N, Khaghani Fard M, Hakami M. Study of the Relationship Between Social Health with Individualism and Collectivism Cultural Values and Gender Socialization of Male and Female Students. *Social Psychology Research*. 2017;7(25):217-39.
 14. Hashemi T, Hekmati I, Vahedi S. Psychometric properties of short-form social well-being questionnaire. *International journal of behavioral sciences*. 2014;8(1):19-1.
 15. Heidari GH, Ghanaei Z. The normalization of well-being Social Inventory. *Journal of Behavior in Clinical Psychology*. 2008;2(7):31-40.
 16. Safarinia M. Investigating of reliability, validity and standardization of social health questionnaire in Tehran citizens. *Soc Psychol Res*. 2014;4(15):46-56.
 17. Sharifi K, Sooki Z, Tagharrobi Z, Ghanbari-Afra L. Social Health and Related Factors in Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2024;29(2):166-79.
 18. Roazeh M, Ansari M, Abazari Z. Investigating the relationship between the use of social networks and social health of nursing and midwifery students in Tehran University of Medical Sciences in 1401. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2022;17(2):18-26.
 19. Poorbarat S, Rajabzadeh R, Jafari Y, Mohaddes Hakkak H, Gangi R, Ahmadi M, et al. Investigating the Relationship between Psychosocial–Social health and Academic Achievement of the Students in North Khorasan University of Medical Sciences. *Tolooebehdasht*. 2021;20(5):26-39.
 20. Kamkar MZ, Agha Goli Zada M, Karamelahi Z. Investigation of Social Health and its Relationship with Quality of Life in Medical Students of Golestan University of Medical Sciences. *North Khorasan University of Medical Sciences*. 2023;15(3):55-62.
 21. Sadeghi S, Fathi A. Developing a structural model of the role of social health on high-risk behaviors of young people mediated by resilience: social order. *Journal of Police Medicine*. 2021;10(4):255-62.
 22. Monfared M, Hashemzahi N, Shekarbeagi A. Study of social well-being and related sociological factors among the citizens of Ilam province. *Journal of Economic & Developmental Sociology*. 2021;10(1):53-77.
 23. Mazloomi Mahmood Abad SS, Sotoudeh A, Asadian A, Aghamolaei T, Najafi Asl M. Social health in students of Hormozgan University of Medical Sciences. *Development Strategies in Medical Education*. 2019;6(1):1-11.
 24. Mansorian F, Safiri K. An explanation of the relationship between

- gender identity and social health of young men and women in Tehran. *Journal of Applied Sociology*. 2014;25(1):51-70.
25. Stinson DALCSS, Zanna MP. Rewriting the self-fulfilling prophecy: Social belonging in women's engineering education. *Journal of Applied Psychology*. 2008;93(2):199-210.
26. Jafari M, Molavi D. Evaluating the social health of students in AJA University of Medical Sciences. *Paramedical Sciences and Military Health*. 2021;16(3):46-51.
27. Nikvarz T, Yazdanpanah L. Relationship between Social factors and social health among students of Shahid Bahonar University of Kerman. *Journal of Applied Sociology*. 2015;26(3):99-116.
28. Umberson DCR, Reczek C. Social relationships and health behavior across life course. *Annual Review of Sociology*. 2010;36:139-57.
29. Fallahchai SR, Khaluie S, Moazen Jami A. The Psychometric Properties of Mutual Psychological Development Questionnaire (MPDQ) in Married People. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*. 2019;9(2):1-18.
30. Tomlinson M. Conceptions of the value of higher education in a measured world: Students as 'informed consumers'. *Studies in Higher Education*. 2019;44(3):463-76.
31. Maleki M, Janmohammadi S, Ahmadi Z, Haghani H. Social Health and Quality of Life in Health Workers in Qorveh and Dehgolan, 2019. *Iran Journal of Nursing*. 2021;33(128):40-53.
32. Marmot M, Bell R. Fair society, healthy lives. *Public Health*. 2012;126 Suppl 1:S4-s10.

Assessment of Social Well-Being and Associated Factors Among Students in the Basic Medical Sciences Program at Urmia University of Medical Sciences, 2024

Ali Ghorbani¹, Rana Hosseini², Seyed Fahim Irandoost^{2*}

1. School of Medicine, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

2. Department of Community Medicine, School of Medicine, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

Received : 30/05/2025

Accepted: 15/06/2025

ABSTRACT

Introduction: Social well-being constitutes a fundamental dimension of overall health and significantly influences individuals' quality of life and the effective functioning of society. Given the pivotal role of university students—particularly those enrolled in medical sciences—as future healthcare providers, evaluating their level of social well-being is of critical importance. This study aimed to assess the status of social well-being and its associated factors among students in the basic medical sciences program at Urmia University of Medical Sciences in 2024.

Methods: This descriptive-analytical cross-sectional study was conducted among 500 basic medical sciences students. Based on Cochran's formula and employing simple random sampling, a sample of 217 students was selected. Data were collected using Keyes' Social Well-Being Questionnaire. Statistical analyses were carried out using SPSS version 22, incorporating descriptive statistics and inferential methods, including independent t-tests, one-way ANOVA, and Pearson's correlation coefficient.

Results: The mean age of participants was 21.39 years. Of the sample, 52.7% were female and 47.3% male. The mean social well-being score was 104.91 ± 1.18 , reflecting a moderate level of well-being. Statistically significant positive associations were observed between social well-being and gender (higher among females), marital status (linked to greater social integration), place of residence, socioeconomic status (particularly in relation to the acceptance dimension), and self-reported health status (associated with the integration, acceptance, and actualization dimensions) ($p < 0.05$).

Conclusion: The findings indicate that students, especially those in medical sciences, face notable challenges concerning social well-being. This emphasizes the necessity for structured interventions to enhance social well-being within academic environments. Recommended strategies include gender-responsive social skills training, expanded counseling and support services for married students, integration of peer experiences into collaborative learning programs, enhancement of cultural and mental health initiatives in dormitories, promotion of group-based academic and extracurricular activities, and provision of financial and employment support for students from lower socioeconomic backgrounds.

Keyword: Social Well-being, medical students, Urmia.

*Corresponding Author: Seyed Fahim Irandoost, e-mail: Irandoost.SF@umsu.ac.ir

CITATION: Ghorbani,A.,Hosseini,R.,Irandoost,S. F. Assessment of Social Well-Being and Associated Factors Among Students in the Basic Medical Sciences Program at Urmia University of Medical Sciences, 2024. *Saveh University of Medical Sciences Journal*, 2025; 1(1): 1-11. doi: [10.22034/jsavehums.2025.225630](https://doi.org/10.22034/jsavehums.2025.225630)