فصل‌نامه‌ی مطالعات توسعه‌ی اجتماعی-فرهنگی، دوره‌ی دهم، شماره‌ی ٤، بهار ١٤٠١، صفحات ١٥٠-١٢٩

مقاله پژوهشی

بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی دانش‌آموزان متوسطهٔ دوم شهر زاهدان در دوران شیوع ویروس کرونا[1]

الهام شیردل[2]؛ حسین اکبری[3]؛ سید علی جوادزاده[4]

تاریخ دریافت: ١٤٠٠/١٠/٣٠ تاریخ پذیرش: ١٤٠١/٠١/٦

چکیده

شیوع ویروس کرونا، پیامدهای منفی در ابعاد مختلف سلامت انسان‌ها داشته است از سوی دیگر، سلامت اجتماعی به عنوان یکی از ابعاد سلامت انسان، نقش اساسی در تمامی عرصه‌های زندگی انسان ایفا می‌کند و گسترش آن در جامعه می‌تواند موجب توسعهٔ اجتماعی شود؛ بنابراین هدف این پژوهش بررسی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت اجتماعی دانش‌آموزان متوسطهٔ دوم شهر زاهدان در دوران شیوع ویروس کرونا است. چارچوب نظری پژوهش حاضر را نظریات کییز، ویلز، کارکردگرایی، بوردیو و بودریار تشکیل داده‌اند. در این پژوهش، دانش آموزان مقطع متوسطهٔ شهر زاهدان با استفاده از روش پیمایشی و توصیفی-تحلیلی مورد مطالعه قرار گرفتند. از بین جامعهٔ آماری مورد مطالعه بر اساس فرمول کوکران ٣٧٩ نفر به‌عنوان نمونه در نظر گرفته شده و بر اساس روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای و تصادفی ساده، نمونهٔ آماری با پرسشنامه‌های محقق ساخته و استاندارد شده مطالعه شده است. برای آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی از نرم‌افزار Spss21 استفاده شده است. نتایج مطالعه نشان می‌دهد عوامل اجتماعی همچون رشتهٔ تحصیلی، حمایت اجتماعی، دینداری، امکانات آموزشی، با متغیر سلامت اجتماعی در دوران شیوع کرونا رابطهٔ مستقیم و معنادار دارند، درحالی‌که متغیرهای جنسیت، پایهٔ تحصیلی، قومیت و رسانه‌های جمعی، رابطه معناداری با آن ندارند.

---

[1] . مقاله برگرفته از پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد می باشد که در دانشگاه سیستان و بلوچستان به انجام رسیده است.

[2] . استادیار گروه علوم اجتماعی دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران (نویسندهٔ مسؤول).
eshirdel@lihu.usb.ac.ir

[3] . دانشیار گروه علوم اجتماعی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.
H-Akbari@fum.ac

[4] .دانشجوی کارشناسی ارشد دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران.
s.ali.javadzadeh@gmail.com

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-18]

واژه‌های کلیدی: امکانات آموزشی؛ حمایت اجتماعی ادراک شده؛ دینداری؛ رسانه‌های جمعی، سلامت اجتماعی.

مقدمه و طرح مسأله

ویروس کرونا، بزرگ‌ترین شیوع از زمان شیوع شدید سندرم حاد تنفسی سارس در سال ۲۰۰۳ بوده است که با احتمال پیدایش بیماری تنفسی به‌سرعت بر دستگاه‌های بهداشت عمومی و دولت‌ها اثر گذاشته است. میلیون‌ها زندگی به طور چشمگیری دگرگون شده و فرایندی جهانی در حال انجام است (فراهتی، ۱۳۹۹: ۲۰۸). شیوع ویروس کرونا از جمله مواردی است که می‌توان گفت پیامدهای منفی آن در سطح کلان و خرد نه‌تنها جامعهٔ ایران بلکه جامعهٔ جهانی را به‌طور چشمگیری تحت‌تأثیر قرار داده است (عبدالهی و رحیمی، ۱۳۹۹: ٤٤). این ویروس، تهدیدی ویرانگر برای شاخص‌های اقتصادی، سلامت روان و روابط اجتماعی می‌باشد (کولیوند و کاظمی، ١٤٠٠: ١٠١). اقدامات بی‌سابقه برای کُند کردن و قطع انتقال ویروس کرونا انجام شده که زمان و فشار وارد شده بر دستگاه‌های بهداشتی را کاهش می‌دهند اما هزینه‌های اجتماعی و اقتصادی زیادی دارند (فراهتی، ۱۳۹۹: ۲۰۸)؛ از دیدگاه جامعه‌شناسی، شیوع بیماری‌های واگیر، همانند زمانی است که بلایا و حوادث طبیعی همچون طوفان و یا زلزله که بشر در ایجاد آنها نقش نداشته است اتفاق می‌افتند و فجایع اجتماعی را به وجود می‌آورند که هرچه سطح گسترش و شیوع آن گسترده‌تر باشد، اثرات اجتماعی آن نیز وسیع‌تر خواهد بود (علیزاده فرد و صفاری نیا، ۱۳۹۹: ۱۳۲).

برخلاف دوره‌های تاریخی گذشته، در دوران معاصر به دلیل تغییر در الگوهای مدرنیته، بیماران و هویت‌های اجتماعی، سلامت به‌عنوان یک دستاورد مورد توجه قرار گرفته است (کاکرهام، ۲۰۰۵، به نقل از کرمی و همکاران، ١٣٩٤: ١٠٤). سلامت، شرط لازم برای ایفای نقش‌های اجتماعی است و فرد زمانی می‌تواند کاملاً فعال باشد که احساس سلامتی داشته باشد و جامعه او را سالم بداند. در این صورت سلامت در ردیف ارزش‌های اجتماعی قرار می‌گیرد و منحصراً متغیرهای زیستی برای ارائه تعریفی جامع از سلامت کافی نخواهد بود (نوربالا، ۱۳۸۱: ۳۸). سازمان بهداشت جهانی (١٩٤٦)، سلامت را به‌عنوان «حالتی از رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی، نه صرفاً عدم وجود بیماری» تعریف می‌کند. این تعریف خارج از چارچوب بدن جسمی قرار دارد و سلامت و بهداشت، الزاماً جسمی و محدود به رفتارهای بدنی نبوده، بلکه شامل حوزه‌های محیطی نیز می‌شود (کرمی و همکاران، ١٣٩٤: ٩٩). در این راستا یکی از محورهای مهم و اساسی سنجش سلامتی جوامع مختلف که نقش مهمی در تضمین کارایی و پویایی هر جامعه‌ایفا می‌کند و تابعی از عوامل مختلف فرهنگی، اجتماعی و... می‌باشد، بهره‌مندی جامعه از سلامت اجتماعی می‌باشد (راد و همکاران، ١٣٩٤: ١٣٨).

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-18]

سلامت اجتماعی ریشه در ادبیات جامعه‌شناسی به‌خصوص نظریات دورکیم در زمینه ازخودبیگانگی و آنومی دارد اما در تحقیق‌های جدید، بررسی سلامت اجتماعی صرفاً بر اساس این مفاهیم نیست؛ به تعبیر دیگر می‌توان گفت عدم احساس آنومی و ازخودبیگانگی شرط کافی برای وجود سلامت اجتماعی نمی‌باشد (کییز، ۲۰۰٤: ۱۲۳). سلامت اجتماعی به‌نوعی بهداشت فردی، روانی و اجتماعی است که در صورت تحقق آن شهروندان دارای روحیهٔ پرانگیزه و شاد بوده و در نهایت جامعه، شاداب و سالم خواهد بود؛ درحقیقت زمانی فرد را دارای سلامت اجتماعی می‌دانیم که بتواند فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی خود را در حد متعارف بروز و ظهور دهد و با هنجارهای اجتماعی و جامعه احساس پیوند و اتصال کند (فدایی مهربان، ۱۳۸٦: ۸). می‌توان انتظار داشت که تقویت بعد اجتماعی سلامت، زمینه‌های لازم برای افزایش وفاق اجتماعی، نشاط اجتماعی، تعامل و همبستگی اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، رضایت از زندگی، افزایش کارایی، مشارکت، تقویت هویت فرهنگی، کاهش هزینه‌ها، کاهش آسیب‌های اجتماعی و جرائم و... را فراهم می‌کند. همچنین توجه به این بعد به افراد کمک می‌کند تا جامعه‌ای سالم تشکیل دهند (سخایی، ۱۳۹۷: ۳).

ضرورت انجام این تحقیق از این جهت قابل توجه است که باید در نظر داشت که نیل به توسعه، نیازمند محقق شدن شرایط خاصی است که این امر به‌راحتی مقدور نیست. در میان شرایط لازم برای رسیدن هر جامعه به توسعه، دارا بودن همهٔ اقشار آن از مراتب قابل قبولی از سلامت، امری غیر قابل انکار است (شیری، ۱۳۹۰: ۷-٦). سلامت نوجوانان از اولویت‌های مهم هر جامعه محسوب می‌شود؛ زیرا نوجوانان و دانش‌آموزان به لحاظ برخورداری از توان و انرژی فراوان به‌عنوان پایه و اساس نسل‌های آینده در توسعهٔ جوامع از اهمیت ویژه‌ای برخوردار هستند (ذکائی، ۱۳۹۲: ٥٦). ساماندهی یک برنامهٔ سلامت بدون توجه به زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی جامعهٔ موردنظر به راهکارهایی غیر کارآمد منجر می‌شود (امینی رارانی و همکاران، ۱۳۹۰: ۲۰۵).

در جامعهٔ ما برای سلامت جسمی افراد اقدامات به نسبت مناسبی انجام شده است؛ اما آنچه نبود آن مشهود است عدم توجه به ابعاد اجتماعی و روانی است. این بی‌توجهی به سلامت اجتماعی در عصر ارتباطات و جهانی شدن،افراد را در برابر سلامت روان، تحصیل، فرار از خانه، گرایش به سیگار، خودکشی و سایر آسیب‌های اجتماعی آسیب‌پذیر می‌کند (ململی درهی، ۱۳۹٤: ٦). از طرفی شیوع ویروس کرونا محدودیت‌هایی از جمله قرنطینه، فاصله‌گذاری اجتماعی و تعطیلی مدارس ایجاد کرده و مسائل و مشکلات مختلفی را برای افراد به‌وجود آورده است که امکان دارد سلامت اجتماعی نوجوانان را دستخوش تغییراتی کند؛ لذا مهم‌ترین هدف این پژوهش، بررسی میزان سلامت اجتماعی و عوامل اجتماعی مرتبط با آن در دانش‌آموزان متوسطهٔ دوم شهر زاهدان در دوران شیوع ویروس کرونا می‌باشد

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-18]

پیشینهٔ پژوهش

عسگری و همکاران (١٤٠٠) در پژوهشی به «تحلیل مضامین ابعاد سلامت روان متأثر از همه‌گیری ویروس کرونا» پرداختند. این پژوهش به لحاظ روش‌شناسی کیفی از نوع پدیدارشناسی است که تعداد ۳۱ نفر از افرادی که به بیماری کووید ۱۹ مبتلا نشده بودند، را مورد بررسی قرار داد. نتایج نشان داد که شیوع ویروس کرونا سلامت روان افراد را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد و اثرات جدی آن بر ابعاد مختلف زندگی فردی، خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی و شغلی و فرهنگی مشهود است.

ایمانی جاجرمی (۱۳۹۹) پژوهشی با عنوان «پیامدهای اجتماعی شیوع ویروس کرونا در جامعهٔ ایران» انجام داد. روش این تحقیق، با بهره گیری از مطالعات اسنادی، مشاهدات پژوهشگر و مباحث حاصل از دو جلسه کارشناسی برگزارشده در دانشگاه تهران بوده است. داده‌ها بیانگر این بود که شیوع ویروس کرونا بر حوزه‌های مختلفی مانند خانواده و آموزش، روابط کار، روابط اجتماعی و برخی گروه‌های اجتماعی همچون کودکان، زنان، مهاجران و صاحبان مشاغل خرد بیشترین پیامدها را داشته است که راهکاری همچون ضرورت اتخاذ رویکرد انسجام اجتماعی به‌موازات سیاست فاصله اجتماعی پیشنهاد شده است.

آقارحیمی و همکاران (۱۳۹۹) تحقیقی با عنوان «بررسی نقش تبعات اجتماعی شیوع ویروس کرونا بر کیفیت احساس امنیت اجتماعی و روانی شهروندان شیراز» انجام دادند. این پژوهش با روش پیمایشی صورت گرفته که نمونه ۱۲۰ نفری از شهروندان شیرازی که در معرض ویروس کووید ۱۹ قرار داشته اند، را مورد بررسی قرار داد. نتایج حاکی از تأثیر تبعات اجتماعی ویروس کرونا که شامل مؤلفه‌های اعتماد اجتماعی، سلامت اجتماعی، شایعات، بیکاری و هراس اجتماعی بر احساس امنیت اجتماعی و روانی می‌باشد. همچنین متغیرهای مستقل توانسته‌اند حدود ٤٢/٧ واریانس متغیر وابسته را تبیین کنند.

نیازی و سخایی (۱۳۹۹) در پژوهشی به «بررسی تأثیر ساختارهای جامعه‌شناختی بر سلامت اجتماعی» پرداختند. این پژوهش از نظر شیوه اجرا با توجه با ماهیت داده‌ها کمی و از نوع پیمایش می‌باشد و جامعه آماری آن شهروندان ۱۸ سال به بالای شهر کاشان هستند. یافته‌ها نشان داد که دینداری، حمایت اجتماعی، سرمایهٔ فرهنگی و سرمایهٔ اجتماعی رابطه مستقیم و معناداری با سلامت اجتماعی دارند درحالی‌که آنومی، رابطهٔ معکوس و معناداری با سلامت اجتماعی دارد.

خطیبی و رجبی فر (۱۳۹۸) در تحقیقی به «تبیین تأثیر عوامل اجتماعی شدن در ارتقاء سلامت اجتماعی دانش‌آموزان شهر مریوان» پرداختند. این تحقیق با روش پیمایشی و با ابزار پرسش نامهٔ استاندارد شده انجام شده است. نتایج رگرسیون چندمتغیره نشان داد که متغیرهای نقش همسالان،

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-18]

خانواده و معلمان ۰/٦۹ واحد از واریانس متغیر وابسته را پیش‌بینی کرده‌اند و بتای مهارت‌های ارتباطی خانواده ۰/۲۹ و حمایت اجتماعی همسالان ۰/٥٦ دارای بالاترین تأثیر بوده و بیشترین درصد از واریانس ارتقاء سلامت اجتماعی را پیش‌بینی نموده‌اند. نتایج در بعد حمایت اجتماعی همسالان زنگ هشداری برای معلمان و خانواده‌ها است؛ زیرا بیش از خانواده و معلمان، دانش‌آموزان را تحت‌تأثیر قرار داده است.

لی[1] و دیگران (۲۰۲۰) در پژوهشی مقطعی در کشور چین از طریق پرسشنامه «آسیب‌های غیرمستقیم وارد شده به مردم، پرستاران و کادر درمان» را بررسی کردند. نتایج نشان داد آسیب روانی مربوط به کووید-۱۹ در بین جمعیت عمومی بیشتر از پرستاران در خط مقدم بوده است.

وانگ[2] و همکاران (۲۰۲۰) تحقیقی با عنوان «مطالعهٔ وضعیت عمومی روان و عوامل مرتبط با آن در طول بیماری ویروس کرونا (کووید-۱۹) در میان جمعیت عمومی چین» به صورت کمی و با ابزار پرسشنامه انجام دادند. در این تحقیق بیش از نیمی از پاسخ‌دهندگان تأثیر روانی شیوع کووید-۱۹ را متوسط تا شدید ارزیابی کردند و حدود یک‌سوم اضطراب متوسط تا شدید را گزارش دادند.

بایور[3] و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهشی «ارتباط ورزش و حمایت اجتماعی با سلامت روان در طول قرنطینه و اقدامات فاصله‌گذاری اجتماعی در دوران همه‌گیری کووید-۱۹» را به صورت یک نظرسنجی مقطعی در آلمان بررسی کردند. یافته‌ها نشان داد اقدامات قرنطینه‌ای و فاصله‌سنجی طی شیوع بیماری کرونا ممکن است منجر به مشکلات بهداشت روان شود.

هاردینگ[4] و همکاران (۲۰۱٥) تحقیقی با عنوان «تعیین‌کننده‌های سلامت اجتماعی جوانان» با روش کیفی در لندن انجام دادند. هدف این پژوهش مطالعهٔ تعیین‌کننده‌های سلامت اجتماعی جوانان با تاکید بر تفاوت‌های قومی بود. نتایج تحقیق نشان داد که نوجوانان اقلیت‌های قومی با وجود نگرانی‌ها (مانند ناکارآمدی اقتصادی و نژادپرستی) از سلامت اجتماعی بهتری برخوردار هستند. اما با این‌وجود نژادپرستی تأثیر نامطلوب بر سلامت داشت.

در راستای بررسی مطالعات داخلی و خارجی مرتبط با موضوع تحقیق حاضر می‌توان ذکر کرد که اولاً تاکنون هیچ پژوهشی سلامت اجتماعی را در دوران کرونا مورد بررسی قرار نداده است. ثانیاً شواهد مطالعات حاکی از آن است که مطالعه‌ای در مورد سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در شهر زاهدان انجام نشده است. ثالثاً در قیاس با مطالعات موجود درباره سلامت اجتماعی این پژوهش، صرفاً تک‌متغیره نبوده و شامل انواع متغیرهای اجتماعی می‌باشد.

---

[1] Li
[2] Wang
[3] Bauer
[4] Harding

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-18]

چارچوب نظری

طبق نظر کییز[1] فردی از سلامت اجتماعی برخوردار است که خود را عضوی از جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند، در نظر بگیرد و این نگرش را داشته باشد که در پیشرفت و رشد جامعه نقش مؤثری دارد. کییز، سلامت روانی و اجتماعی را نشانه‌ای از عملکرد مثبت می‌داند. او معتقد است که سلامت روان بازتابی از شرایط شخصی افراد است و سلامت اجتماعی به نوبهٔ خود منعکس‌کنندهٔ سلامت روانی و همچنین شرایط اجتماعی است که عملکرد آنها را در زندگی تعیین می‌کند. دیدگاه سلامت اجتماعی کییز، بر ارزیابی فرد از تجاربش در جامعه تأکید می‌کند که با بررسی این مفهوم در سطح اجتماعی (فقر و جایگاه اجتماعی) و سطح بین‌فردی (حمایت اجتماعی و پرخاشگری) متفاوت است. کییز باتوجه به مفهوم‌پردازی‌های نظری از سلامت اجتماعی، یک مدل پنج‌بعدی قابل‌سنجش ارائه داد (واعظی، ۱۳۹۲: ۷۷):

۱) شکوفایی اجتماعی[2]: عبارت است از ارزیابی مسیر تکامل جامعه و پتانسیل‌ها و باور به اینکه اجتماع توانمندی‌های بالقوه‌ای برای تحول مثبت دارد و در حال یک تکامل تدریجی می‌باشد. این افراد به آیندهٔ جامعه امیدوارند و اعتقاد دارند که خود و دیگران از پتانسیل‌هایی برای رشد اجتماعی بهره‌مند هستند و جهان می‌تواند برای آن‌ها و دیگران بهتر شود (کییز و شاپیرو، ۲۰۰٤: ۵۱).

۲) همبستگی اجتماعی[3]: شامل ارزیابی فرد از اجتماع به صورتی قابل پیش‌بینی، قابل‌فهم و منطقی است. این مفهوم در مقابل بی‌معنایی در زندگی است و در حقیقت درکی است که فرد نسبت به اداره، سازمان‌دهی و کیفیت دنیای اجتماعی اطراف خود دارد (همان: ۵۱).

۳) یکپارچگی اجتماعی[4]: به معنی ارزیابی فرد از کیفیت روابط متقابلش در گروه‌های اجتماعی و جامعه است، افراد سالم احساس می‌کنند که بخشی از جامعه هستند، لذا یکپارچگی اجتماعی گستره‌ای است که مردم احساس می‌کنند با دیگران وجه مشترکی دارند و به گروه‌های اجتماعی و جامعه تعلق دارند. این مفهوم در برابر آگاهی طبقاتی مارکس و بیگانگی و انزوای اجتماعی سیمن[5] قرار می‌گیرد (کییز، ۱۹۹۸: ۱۲۲).

---

[1] Keyes
[2] Social actualization
[3] Social coherence
[4] Social integration
[5] Simin

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-18]

٤) پذیرش اجتماعی[1]: پذیرش اجتماعی شامل اعتماد به خوب بودن ذاتی دیگران، نگاه مثبت به ماهیت انسان‌ها و پذیرش تفاوت با دیگران است که همگی آنها باعث می‌شوند فرد در کنار سایر اعضای جامعه انسانی، احساس راحتی کند. کسانی که دیگران را می‌پذیرند به این درک رسیده‌اند که افراد، به‌طور کلی سازنده هستند. همان‌طور که سلامت روانی شامل پذیرش خود می‌شود، پذیرش دیگران در جامعه هم می‌تواند به سلامت اجتماعی منتهی شود (حاتمی، ۱۳۸۹: ٤٤).

٥) سهم‌داشت اجتماعی[2]: به معنای ارزیابی یک فرد از ارزش اجتماعی خود است. کسانی که سطح مطلوبی از این بعد را دارند، معتقدند که چیزهای ارزشمندی برای ارائه به دیگران دارند و عضو مهمی از جامعه هستند (کییز و شاپیرو، ۲۰۰٤: ٥).

ویلز[3] در بحث سلامت اجتماعی بر حمایت اجتماعی تاکید دارد. به نظر او حمایت اجتماعی مانند ارتباطات و روابط مفید بین افراد است. او اعتقاد دارد که حمایت اجتماعی موجب احساس ارزشمند بودن، مورد احترام و محبت واقع‌شدن و پذیرش خود می‌شود. همهٔ این‌ها بر عملکرد فرد در اجتماع تأثیر می‌گذارد (غفاری و همکاران، ۱۳۹۷: ٤٥). بر اساس تقسیم‌بندی ویلز (۱۹۸٥) حمایت اجتماعی به سه دسته تقسیم می‌گردد: حمایت اجتماعی عاطفی: به معنای در دسترس‌بودن برای تکیهٔ بر فرد در صورت نیاز)، حمایت اجتماعی ابزاری (به کمک‌های مادی، واقعی و عینی دریافت شده توسط یک فرد از طرف دیگران مربوط می‌شود)، حمایت اجتماعی اطلاعاتی (به‌دست‌آوردن اطلاعات ضروری از طریق تعاملات اجتماعی با دیگران) (سراوانی، ۱۳۹۳: ۱۰).

بر اساس رویکرد کارکردگرایی، رسوم مذهبی، اشخاص را گرد هم می‌آورند و بدین شکل پیوندهای مشترکشان را دوباره تصدیق می‌کنند و در نتیجه همبستگی اجتماعی را تقویت می‌کنند. اجرای مراسم مذهبی، میراث اجتماعی گروه را احیا و ابقا می‌کند و ارزش‌های پایدار آن را به نسل‌های آینده انتقال می‌دهد و سرانجام، دین با برانگیختن احساس اطمینان به حقانیت ضروری جهان و احساس خوشبختی در مؤمنان، با فقدان ایمان و احساس ناکامی در آن‌ها مقابله می‌کند (کوزر، ۱۳۸۲: ۲۰۰). به نظر دورکیم، دین، انسان‌ها را به همدیگر پیوند می‌دهد و یک پدیدهٔ سراسر جمعی است. وی معتقد است، دین صرفاً یک نظام عقاید نیست. دین قبل از هر چیز، نظامی از نیروهاست (دورکیم، ۱۳۸۳: ۲٥). در خصوص رابطهٔ دینداری و سلامت باید توجه داشت دورکیم اصولاً توجه زیادی به تبیین رفتار فردی نداشته و مبنای نظریهٔ او تاکید بر پدیده‌های دینی نه به‌عنوان زمینه‌های فردی؛ بلکه زمینه‌های اجتماعی بود. با وجود این می‌توان گفت باتوجه به کارکردهایی که

[1] Social acceptance
[2] Social contribution
[3] Wills

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-18]

وی برای دین بر می‌شمارد، بین دینداری و سلامت می‌تواند رابطه مثبتی وجود داشته باشد (محمدزاده و محمدزاده: ۱۳۹٤: ۱۵۳). همچنین نظریه‌پردازان کارکردگرایی همچون دیویس، اُدی پینگر و نیز معتقدند که دین نقش و منحصربه‌فرد و اجتناب‌ناپذیری در ایجاد یکپارچگی و اجتماعی همبستگی دارد. دین، جامعه را متحد، باعث تقویت همبستگی اجتماعی و حفظ انسجام اجتماعی می‌گردد (همان، ۱٥٤). به‌طور کلی برقراری روابط گسترده با افراد جامعه، منجر به دریافت و حمایت اجتماعی بیشتر از اطرافیان و در نتیجه افزایش سلامت اجتماعی افراد دیندار می‌شود؛ بنابراین طبق این رویکرد، دینداری عامل کسب سلامت اجتماعی است (بخارایی و همکاران، ۱۳۹٤: ۳۷).

در نظر پیر بوردیو، جامعه با عنوان فضای اجتماعی که جایگاه رقابتی بی‌پایان و شدیدی است بازنمایی می‌شود که در جریان این رقابت‌ها تفاوت‌هایی ظهور می‌کند که چارچوب و ماده لازم برای هستی اجتماعی را فراهم می‌کند. وی جامعه را موجودیتی غیریکپارچه می‌داند که در آن مدل‌های کوچک متمایزی از مقررات، قواعد و اشکال قدرت وجود دارد که میدان خوانده می‌شوند. میدان، عرصهٔ رقابت در سلسله‌مراتب قدرت است (فاضلی، ۱۳۸۲: ۳۷). هر میدان یا حوزه‌ای به عاملان و کنشگران خود، فضایی از امکانات عرضه می‌کند که سبب می‌شود آفرینشگران در عمل هماهنگی یابند (کرمی و همکاران، ۱۳۹٤: ۱۰۲). بوردیو فضای اجتماعی را بر اساس اشکال مختلف سرمایه از جمله سرمایهٔ اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی ترسیم می‌کند و معتقد است که این اشکال سرمایه به میدان معنا می‌بخشد و حجم ترکیب آنها جایگاه آنها را در سلسله‌مراتب میدان مشخص می‌کند (فاضلی، ۱۳۸۲: ۳۸)؛ که سهم هرکدام از انواع این سرمایه‌ها برای دسترسی و بهره‌مندی افراد از سلامت ضروری است (قادری و همکاران، ۱۳۹۵: ۳۰).

بودریار نظریه‌پردازی است که به نقد سلامت اجتماعی ناهنجار در جامعه آمریکا پرداخته است و آن را نتیجه سلطهٔ رسانه‌های عمومی که در حال انتقال آگاهی کاذب شهروندان است می‌داند. وی اعتقاد دارد گسترش رسانه‌ها موجب تعریف مجدد سلامت اجتماعی می‌شود آنان می‌توانند از راه‌های غیرمستقیم تعاریف هدفمند و مناسب از سلامت اجتماعی ارائه دهند و جایگزینی برای گروه‌های مرجع در جوامع سنتی همچون بزرگان و والدین هستند (فدایی مهربان، ۱۳۸٦: ۱۰).

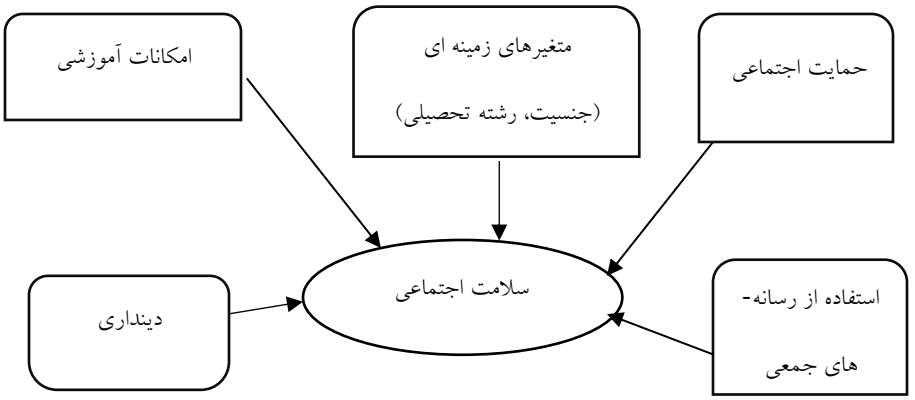
فرضیات پژوهش

پس از مروری بر ادبیات نظری و پیشینه‌های داخلی و خارجی تحقیق و باتوجه به چارچوب نظری بیان شده، فرضیه‌های زیر برای این تحقیق در نظر گرفته شده است:

۱) به نظر می‌رسد بین میانگین سلامت اجتماعی دانش‌آموزان متوسطهٔ دوم زاهدان در دوران شیوع ویروس کرونا بر حسب جنسیت تفاوت معناداری وجود دارد.

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-18]

۲) به نظر می‌رسد بین میانگین سلامت اجتماعی دانش‌آموزان متوسطهٔ دوم زاهدان در دوران شیوع ویروس کرونا بر حسب رشتهٔ تحصیلی تفاوت معناداری وجود دارد.
۳) به نظر می‌رسد بین میزان حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت اجتماعی دانش‌آموزان متوسطهٔ دوم زاهدان در دوران شیوع ویروس کرونا رابطهٔ معنادار وجود دارد.
٤) به نظر می‌رسد بین میزان دینداری و سلامت اجتماعی دانش‌آموزان متوسطهٔ دوم زاهدان در دوران شیوع ویروس کرونا رابطهٔ معنادار وجود دارد.
۵) به نظر می‌رسد بین دسترسی به امکانات آموزشی و سلامت اجتماعی دانش‌آموزان متوسطهٔ دوم زاهدان در دوران شیوع ویروس کرونا رابطهٔ معنادار وجود دارد.
٦) به نظر می‌رسد بین میزان استفاده از رسانه‌های جمعی و سلامت اجتماعی دانش‌آموزان متوسطهٔ دوم زاهدان در دوران شیوع ویروس کرونا رابطهٔ معنادار وجود دارد.



شکل شمارهٔ یک- مدل نظری تحقیق

روش تحقیق

این پژوهش با استراتژی قیاسی و راهبرد پیمایش انجام شده است. جامعهٔ آماری این پژوهش، دانش‌آموزان متوسطهٔ دوم شهر زاهدان در سال تحصیلی ۱٤۰۱-۱٤۰۰ هستند که بر اساس آمار به دست آمده از اداره کل آموزش‌وپرورش سیستان و بلوچستان تعداد کل آنها ۲٦۳۹۲ می باشد. میزان حجم نمونهٔ این پژوهش بر اساس فرمول کوکران ۳۷۹ نفر محاسبه شد. روش نمونه‌گیری باتوجه به ماهیت موضوع تحقیق و جامعهٔ آماری مورد مطالعه از نوع احتمالی، به روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای متناسب با حجم نمونه می باشد. انتخاب نمونهٔ آماری نیز به‌صورت تصادفی ساده است. بدین صورت که برای تحت پوشش قراردادن جامعه آماری موردنظر ابتدا از هر ناحیه

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-18]

آموزش‌وپرورش زاهدان (۱ و ۲) چند مدرسه متوسطهٔ دوم به تفکیک جنسیت به‌صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. سپس از هر مدرسه متوسطه، یک کلاس به‌صورت تصادفی ساده انتخاب شدند و در پایان از هر کلاس چند دانش‌آموز متناسب با توزیع فراوانی هر گروه و حجم نمونهٔ آماری، برای شرکت در تحقیق به‌صورت تصادفی ساده انتخاب گردیدند. بهترین روش برای یافتن ابزار و تکنیک گردآوری آن است که باتوجه به موضوع تحقیق و جامعهٔ آماری، این ابزار انتخاب شود. ازآنجاکه این تحقیق پیمایشی است از پرسشنامه های استانداردشده و محقق ساخته، جهت گردآوری داده‌ها استفاده شد؛ لذا بر مبنای معیارها و اطلاعات استخراج شده در مطالعهٔ مبانی نظری و نظر نهایی استاد راهنما و مشاور، پرسشنامهٔ پژوهش حاضر به‌منظور بررسی سلامت اجتماعی دانش‌آموزان در دوران شیوع ویروس کرونا و عوامل اجتماعی مرتبط با آن تدوین شد. یافته‌های پاسخگویان در دو بخش آمار توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شدند و برای پردازش اطلاعات از نرم‌افزار Spss21 استفاده شد.

در این تحقیق، جهت سنجش روایی ابزار اندازه‌گیری (پرسشنامه) از اعتبار صوری یا به‌اصطلاح محتوایی استفاده شده است. بدین صورت که از پرسشنامه‌های آزمون شده در پژوهش‌های قبلی (استاندارد شده) و نظرات اساتید راهنما و مشاور استفاده شد. همچنین روش آلفای کرونباخ که یکی از عمومی‌ترین روش‌های محاسبهٔ پایایی توسط پژوهشگران علوم اجتماعی است، به کمک نرم‌افزار spss استفاده شد. این آزمون ثبات درونی یا همانندی درونی را می‌سنجد و نشان می‌دهد که سؤالات آزمون تا چه اندازه توانایی یا ویژگی واحدی را می‌سنجند. همانطور که در جدول شمارهٔ ۱ مشاهده می‌شود به‌طور کلی متغیرها از پایایی مناسبی برخوردارند.

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-18]

جدول شمارهٔ یک- تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها و ضرایب پایایی آن‌ها

مفهوم	تعریف نظری	تعریف عملیاتی	ضریب آلفای کرونباخ
سلامت اجتماعی	کییز (۱۹۹۸) سلامت اجتماعی را به‌عنوان گزارش شخصی یک فرد از کیفیت رابطهٔ خود با دیگران تعریف می‌کند. سلامت در این مفهوم یعنی درک فرد از اجتماع به‌صورت مجموعهٔ قابل‌فهم، معنی‌دار، دارای نیروی بالقوه برای شکوفایی و رشد همراه با احساس تعلق به جامعه است، به‌نحوی‌که خود را در اجتماع و پیشرفت آن شریک بداند (کییز، ۱۹۹۸: ۱۲۲). همچنین زمانی شخص را دارای سلامت اجتماعی می‌دانند که بتواند نقش‌ها و فعالیت‌های اجتماعی خود را در حد متعارف ظهور و بروز دهد و با هنجارهای اجتماعی و جامعه احساس اتصال و پیوند کند (فدایی مهربانی، ۱۳۸٦: ۸).	در این پژوهش برای عملیاتی کردن مفهوم سلامت اجتماعی، از پرسشنامه استانداردشده کییز (۱۹۹۸) استفاده شده است که شامل پنج بعد «همبستگی اجتماعی»، «سهم‌داشت اجتماعی»، «یکپارچگی اجتماعی»، «پذیرش اجتماعی» و «شکوفایی اجتماعی» در قالب طیف لیکرت پنج درجه‌ای می‌باشد.	۰/۸۳
حمایت اجتماعی	حمایت اجتماعی وجود یا دسترسی به افرادی است که می‌توان به آنها اعتماد کرد و این افراد کسانی هستند که فرد را دوست دارند، به آن اهمیت می‌دهند و برای وی ارزش قائل هستند. (قدسی، ۱۳۸۲: ۱۸۵-۱۸۲).	حمایت اجتماعی در دو بعد «خانواده» و «دوستان» در قالب طیف لیکرت پنج درجه‌ای مطابق با گویه‌های پرسشنامهٔ حمایت اجتماعی ادراک شده (Mspps) که توسط زیمت و همکاران (۱۹۸۸) تهیه شده است، مورد سنجش قرار گرفت.	۰/۸٦
دینداری	عبارت است از پذیرش بخشی یا تمام از اخلاقیات، عقاید و احکام دینی به‌نحوی‌که فرد دیندار خود را متعهد به رعایت و تبعیت از این مجموعه بداند (حشمت یغمایی، ۱۳۸۰ ۱۹۰). به عبارتی دیگر، دینداری به تجلی نشانه‌های دینی و ارزش‌ها در هر فرد اطلاق می‌شود که این نشانه‌های دینی بودن فرد و تجلی ارزش‌ها در گرایش، نگرش و کنش‌های آشکار و پنهان وی مشهود است (سراج زاده، ۱۳۸۳: ۵۹).	به‌منظور عملیاتی کردن دینداری از پرسشنامه عبدی و رضایی (۱۳۹۳) که بر اساس مدل گلاک و استارک است استفاده گردید. دینداری با چهار بعد «مناسکی»، «تجربی»، «اعتقادی» و «پیامدی» سنجیده شد و برای هر بعد سه گویه در قالب طیف لیکرت پنج درجه‌ای در نظر گرفته شد.	۰/۷۹

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-18]

امکانات آموزشی	امکانات آموزشی به تمام ابزارها، مواد و تجهیزاتی اطلاق می‌شود که یادگیری را برای فراگیران آسان‌تر و پایدارتر می‌کند. (فرخی و لهراسبی، ۱٤۰۱: ۲).	در این پژوهش از پنج پرسش محقق‌ساخته (میزان دسترسی به مکان مناسب و آرام، موبایل هوشمند یا تبلت سالم، لپ تاپ سالم، اینترنت و بستر مناسب همچون شاد، ماراد، ادوبی‌کانکت، بیگ بلو باتن و...) در قالب طیف لیکرت پنج درجه‌ای استفاده شده است.	۰/۸۰
رسانه‌های جمعی	وسایل ارتباطی را شامل می‌شود که به‌وسیلهٔ آنها می‌شود با عدهٔ کثیری از افراد ارتباط برقرار کرد (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۹٤: ۸۹). تلویزیون، رادیو، تئاتر، سینما، کتاب و نشریات گونه‌هایی از رسانه‌های گروهی یا جمعی‌اند (افتاده، ۱۳۸۹: ۳٤-٤۷).	این مفهوم در دو بعد میزان استفاده از رسانه‌های «داخلی» و «خارجی» در قالب طیف لیکرت پنج درجه‌ای با پرسشنامهٔ محقق‌ساخته سنجیده شده است.	۰/۷۱

یافته ها

از میان ۳۷۹ پاسخگو، ۱۷۵ نفر معادل ٤٦/۲ درصد را دختران و ۲۰٤ نفر معادل ۵۳/۸ درصد از جمعیت نمونه را پسران تشکیل داده‌اند. ۱۱/۱ درصد پاسخگویان رشتهٔ ریاضی فیزیک، ۵۰/۱ درصد رشتهٔ علوم انسانی، ۳۲/۲ درصد پاسخگویان رشتهٔعلوم تجربی و ٦/٦ درصد پاسخگویان در رشتهٔ فنی حرفه ای/کاردانش بودند.

جدول شمارهٔ دو- توزیع نسبی پاسخگویان برحسب مفاهیم تحقیق

شاخص		بالا	متوسط	پایین	کل
سلامت اجتماعی دوران شیوع کرونا	فراوانی	۵۱	۲۱۵	۱۱۳	۳۷۹
	درصد	۱۳/۵	۵٦/۷	۲۹/۸	۱۰۰
حمایت اجتماعی	فراوانی	۱۵٦	۱٦۵	۵۸	۳۷۹
	درصد	٤۱/۲	٤۳/۵	۱۵/۳	۱۰۰
میزان استفاده از رسانه‌های جمعی	فراوانی	۱٦	۱٤۲	۲۲۱	۳۷۹
	درصد	٤/۲	۳۷/۵	۵۸/۳	۱۰۰
امکانات آموزشی	فراوانی	۱۳۹	۱۷۵	٦۵	۳۷۹
	درصد	۳٦/۷	٤٦/۲	۱۷/۱	۱۰۰

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-18]

طبق نتایج جدول شمارهٔ ۲ در دوران شیوع ویروس کرونا اکثر پاسخگویان (۵۶/۷ درصد) از سلامت اجتماعی متوسط برخوردار هستند. همچنین میزان حمایت اجتماعی بیشتر دانش‌آموزان در حد متوسط و میزان دینداری بیشتر دانش‌آموزان (۸۱/۸) در سطح بالایی بوده است. میزان دسترسی به امکانات آموزشی در حد متوسط و میزان مصرف رسانه های جمعی اکثر پاسخگویان (۵۸/۳ درصد) درحد پایین ارزیابی شده است.

جدول شمارهٔ سه- نتایج آزمون تفاوت میانگین سلامت اجتماعی در دوران شیوع ویروس کرونا بر حسب جنسیت

جنسیت	میانگین	انحراف معیار	t	درجه آزادی	سطح معناداری
دختر	۴۲/۱۷	۱۱/۲۹	-۱/۹۵	۳۷۷	۰/۰۵۱
پسر	۴۴/۳۷	۱۰/۵۷			

برای آزمون رابطهٔ بین جنسیت و سلامت اجتماعی دانش‌آموزان متوسطهٔ دوم زاهدان در دوران شیوع ویروس کرونا باتوجه به سطح سنجش اسمی متغیر مستقل (جنسیت) که دارای دو گروه می‌باشد از آزمون t استفاده شد و نتایج حاصل در جدول شمارهٔ ۳ نشان داده شده‌اند. باتوجه به سطح معناداری حاصل (۰/۰۵۱) بین جنسیت و سلامت اجتماعی دانش‌آموزان متوسطهٔ دوم زاهدان در دوران شیوع ویروس کرونا رابطه‌ای وجود ندارد.

جدول شمارهٔ چهار- نتایج آزمون تفاوت میانگین سلامت اجتماعی در دوران ویروس کرونا بر حسب رشتهٔ تحصیلی

رشتهٔ تحصیلی	میانگین	انحراف معیار	F	درجهٔ آزادی	سطح معناداری
ریاضی فیزیک	۴۲/۲۸	۱۱/۵۲	۳/۹۷	۳	۰/۰۰۸
علوم انسانی	۴۴/۴۰	۱۰/۴۵			
علوم تجربی	۴۱/۱۳	۱۱/۱۸			
فنی حرفه ای/کاردانش	۴۸	۱۰/۶۱			

برای بررسی رابطهٔ بین رشتهٔ تحصیلی و سلامت اجتماعی دانش‌آموزان متوسطهٔ دوم شهر زاهدان در دوران شیوع ویروس کرونا از آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه استفاده گردید. نتیجهٔ آزمون باتوجه به مقدار سطح معناداری (sig=۰/۰۰۸) حاکی از تایید رابطهٔ رشتهٔ تحصیلی با میزان سلامت اجتماعی در جامعهٔ آماری این پژوهش دارد. همانطور که در ستون میانگین جدول شمارهٔ ۴ مشاهده می‌کنیم رشتهٔ فنی حرفه ای/کاردانش، بیشترین میانگین (۴۸) و رشتهٔ علوم تجربی (۴۱/۱۳) کمترین میانگین سلامت اجتماعی در دوران کرونا را دارند.

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-18]

جدول شمارهٔ پنج- آزمون همبستگی پیرسون بین متغیرهای مستقل و سلامت اجتماعی دوران کرونا

		سلامت اجتماعی
حمایت اجتماعی	ضریب همبستگی	۰/۳۸
	سطح معناداری	۰/۰۰
دینداری	ضریب همبستگی	۰/٤۳
	سطح معناداری	۰/۰۰
امکانات آموزشی	ضریب همبستگی	۰/۱٤
	سطح معناداری	۰/۰۰
میزان استفاده از رسانه‌های جمعی	ضریب همبستگی	۰/۰٦
	سطح معناداری	۰/۲۰

برای بررسی رابطهٔ بین متغیرهای مستقل و سلامت اجتماعی دانش‌آموزان متوسطهٔ دوم زاهدان در دوران شیوع ویروس کرونا از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. باتوجه به سطح معناداری حاصل که کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد می‌توان گفت با احتمال ۹۵ درصد اطمینان بین متغیرهای حمایت اجتماعی، دینداری و امکانات آموزشی با سلامت اجتماعی جامعهٔ آماری این پژوهش در دوران شیوع ویروس کرونا رابطهٔ معنادار وجود دارد. به‌نحوی که هر اندازه حمایت اجتماعی، دینداری و امکانات آموزشی دانش‌آموزان متوسطه افزایش یابد، سلامت اجتماعی آنان نیز افزایش می‌یابد. در حالی که بین رسانه های جمعی و سلامت اجتماعی دوران کرونا رابطهٔ معنادار وجود ندارد.

جدول شمارهٔ شش- نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون برای سلامت اجتماعی در دوران شیوع کرونا

مرحله	متغیرهای مستقل	B	Beta	t	Sig
۱	حمایت اجتماعی ادراک شده	۰/٤۸	۰/۳۲	٦/۳۷	۰/۰۰
۲	امکانات آموزشی	۰/۱٦	۰/۰۷	۱/۵۵	۰/۱۲
۳	دینداری	۰/۲٤	۰/۱۵	۳/۱۹	۰/۰۰
R=0/42 R Square= 0/176 Adjusted R Square=0/17					

همانطور که جدول شمارهٔ ٦ نشان می دهد، باتوجه به آزمون معنی‌داری t از بین متغیرهای مستقل مؤثر بر سلامت اجتماعی دوران کرونا، حمایت اجتماعی ادراک شده و دینداری به‌عنوان مهم‌ترین عوامل تأثیر گذار در متغیر سلامت اجتماعی در معادله باقی مانده و نشان از معنی‌دار بودن رابطه آن‌ها با متغیر وابسته بوده و متغیرهای دیگر معنی‌دار نبوده است و از معادله خارج می‌شوند. در ستون بتا (Beta) مشخص است، متغیر حمایت اجتماعی بیشترین تأثیر را بر سلامت اجتماعی دانش‌آموزان متوسطهٔ دوم در دوران شیوع ویروس کرونا داشته است. ضریب تعیین تعدیل شده

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-18]

(R)به دست آمده نیز نشان می‌دهد که ۱۷ درصد از واریانس متغیر سلامت اجتماعی به‌وسیله متغیرهای مستقل موجود (حمایت اجتماعی ادراک شده و دینداری) در معادله تبیین می‌شود و حدود ۸۳ درصد باقی مانده را متغیرهای دیگری تبیین می‌کنند که خارج از این بررسی قرار دارند.

نتیجه گیری

سلامت اجتماعی بازتابی از شرایط جامعه است و ریشه در عوامل اجتماعی گذرا دارد که مداخله در این عوامل فراتر از حرفهٔ پزشکی بوده و نیازمند حضور جامعه‌شناسان در این زمینه است. از سوی دیگر شیوع ویروس کرونا، سلامت افراد را به خطر انداخته است. باتوجه به اینکه سلامت اجتماعی به عنوان یکی از ابعاد سلامت انسان، در سطوح فردی و خانوادگی و همچنین در سطوح اجتماعی اثرات متفاوتی دارد؛ بررسی سلامت اجتماعی دانش آموزان در دوران شیوع ویروس کرونا و عوامل اجتماعی مرتبط با آن ضروری به نظر می رسد. چهار چوب نظری تحقیق حاضر از تلفیق نظریهٔ کییز در زمینهٔ سلامت اجتماعی، ویلز در زمینهٔ حمایت اجتماعی، کارکردگرایی در بحث دینداری، بودریار در زمینهٔ رسانه‌های جمعی و دی فلور و بال روکیچ در بحث رسانه‌های اجتماعی تشکیل شده و فرضیات تحقیق ارائه گردید.

یکی از نتایج تحقیق عدم تفاوت معنادار بین میانگین سلامت اجتماعی دانش‌آموزان متوسطهٔ دوم زاهدان در دوران شیوع ویروس کرونا بر حسب جنسیت بود. این یافته تحقیق همسو با تحقیقات باباپور خیرالدین طوسی و حکمتی (۱۳۸۸)، مردانی (۱۳۹۳)، شربتیان و علیزاده خانقاهی (۱۳۹٤)، ململی درهی (۱۳۹٤)، همتی راد و همکاران (۱۳۹۷) می‌باشد درحالی که با تحقیقات سفیری و همکاران (۱۳۹۳) و رضا دوست و همکاران (۱۳۹۸) ناهمسو است. در تبیین یافتهٔ حاضر باید به این نکته اشاره کرد که شیوع ویروس کرونا همهٔ اقشار جامعه را درگیر کرده است لذا میانگین سلامت اجتماعی در جامعهٔ آماری این پژوهش در دوران کرونا بین دختران و پسران تفاوتی ندارد.

نتایج تحقیق حاکی از تفاوت معنادار بین میانگین سلامت اجتماعی و رشتهٔ تحصیلی در جامعهٔ آماری این پژوهش دارد. این یافتهٔ تحقیق همسو با تحقیق یزدان‌پناه و نیک ورز (۱۳۹٤) می‌باشد و ناهمسو با تحقیق باباپور خیرالدین طوسی و حکمتی (۱۳۸۸) و مردانی (۱۳۹۳) است. در تبیین یافتهٔ حاضر باید به این نکته اشاره کرد که رشتهٔ کاردانش/فنی حرفه ای به دلیل باز بودن بخش کارگاهی مدرسه و گستردگی شبکه‌های اجتماعی، از سلامت اجتماعی بالاتری در دوران کرونا نسبت به رشته‌های نظری (علوم انسانی، ریاضی فیزیک و علوم تجربی) برخوردار هستند.

وجود رابطهٔ معنادار و مستقیم بین میزان حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت اجتماعی دانش‌آموزان متوسطهٔ دوم زاهدان در دوران شیوع ویروس کرونا تایید شد. این یافته تحقیق همسو

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-18]

با تحقیقات مردانی (۱۳۹۳)، نوربخش و همکاران (۱۳۹٦)، خطیبی و رجبی‌فر (۱۳۹۸)، نیازی و سخایی (۱۳۹۹) و منفرد و همکاران (۱٤۰۰) می‌باشد. همچنین نتیجهٔ این یافتهٔ تحقیق، تأییدی بر نظریهٔ ویلز است که از نظر وی، هر چه پیوند و اتحاد فرد و اطرافیانش بیشتر باشد، حمایت اجتماعی بیشتری از او می شود. حمایت اجتماعی موجب پذیرش و خلق تصویر مثبت خود، احساس ارزشمند بودن و مورد محبت واقع‌شدن را به فرد می‌دهد که همه بر عملکرد فرد در اجتماعات مؤثر است؛ لذا، سلامت اجتماعی فرد افزایش پیدا می‌کند.

یافته‌ها نشان داد بین میزان دینداری و سلامت اجتماعی دانش‌آموزان متوسطهٔ دوم زاهدان در دوران شیوع ویروس کرونا رابطهٔ معنادار وجود دارد. به‌طوری که می‌توان گفت که بالا بودن سطح دینداری کمک شایانی به سلامت اجتماعی جامعهٔ آماری این پژوهش می‌نماید. این یافته تحقیق همسو با تحقیقات صباغ و همکاران (۱۳۹۰)، رضادوست و همکاران (۱۳۹۸)، نیازی و سخایی (۱۳۹۹) و منفرد و همکاران (۱٤۰۰) می‌باشد. همچنین این یافته موجب تایید نظریهٔ کارکردگرایی می‌شود. از نگاه این دیدگاه، دین جامعه را متحد می‌کند، انسجام اجتماعی را حفظ می‌کند و همبستگی اجتماعی را تقویت می‌کند. برقراری روابط اجتماعی با افراد جامعه، موجب حمایت اجتماعی بیشتر از افراد می‌شود و در نتیجه موجب ارتقای سلامت اجتماعی افراد متدین می‌شود، بنابراین دینداری رمز دستیابی به سلامت اجتماعی است.

نتیجهٔ رابطهٔ بین میزان دسترسی به امکانات آموزشی و سلامت اجتماعی دانش‌آموزان متوسطهٔ دوم زاهدان در دوران شیوع ویروس کرونا نشان داد بین این دو متغیر رابطهٔ معنادار و مستقیم وجود دارد. این یافتهٔ تحقیق همسو با تحقیقات یزدان پناه و نیک ورز (۱۳۹٤) و رضادوست و همکاران (۱۳۹۸) می‌باشد. همچنین این یافته، نظریهٔ بوردیو را تایید می‌کند. وی معتقد است حوزه یا میدان به عاملان و کنشگران خود، فضایی از امکانات عرضه می‌کند که اشکال مختلف سرمایه اعم از سرمایهٔ اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی به حوزه معنا می‌بخشد و حجم ترکیب آنها جایگاه افراد را در سلسله مراتب میدان مشخص می‌کند و سهم هر یک از این نوع وجوه برای برخورداری مردم از سلامت ضروری است.

نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که رابطهٔ معناداری بین میزان استفاده از رسانه‌های جمعی و سلامت اجتماعی وجود ندارد؛ لذا این فرضیه تایید نمی‌گردد. این یافتهٔ تحقیق با تحقیقات فدایی مهربان (۱۳۸٦)، ململی درهی (۱۳۹٤) و نظریهٔ بودریار که معتقد بود رسانه‌ها می‌توانند نقش مهمی در سلامت اجتماعی مردم داشته باشند و با تعمیق ارزش‌ها امکان اجماع جمعی و ایجاد هنجارها را فراهم می‌کنند ناهمسو می‌باشد.

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-18]

باتوجه به یافته‌های پژوهش، پیشنهادات زیر ارائه می‌شود:

- سطح نگرش و دانش سیاست‌گذاران، قانونگذاران، معلمان و اولیا در زمینهٔ سلامت اجتماعی ارتقا یابد.
- سیاست‌های بهداشتی به توسعه تکنیک‌ها و مراجع جدید پزشکی محدود نشود. مسئولان آموزش و پرورش زاهدان باید در برنامه‌ریزی دقیق به ایجاد برنامه‌هایی در زمینه سلامت اجتماعی پایدار و مستمر در بین دانش‌آموزان متوسطه کمک کنند.
- ازآنجا که سلامت اجتماعی یکی از مسائل مهم در دانش‌آموزان می‌باشد و هر چقدر سلامت اجتماعی آنان پیشرفت یابد ما می‌توانیم جامعه‌ای بهتر و با آسیب‌های اجتماعی کمتر داشته باشیم به مولفین کتب درسی پیشنهاد می‌شود که محتوای کتب درسی را به نحوی تنظیم کنند که علاوه بر آموزش مطالب علمی به افزایش سلامت اجتماعی دانش‌آموزان متوسطه کمک کنند.
- باتوجه به رابطهٔ مثبت بین دینداری و سلامت اجتماعی پیشنهاد می‌شود مدیران و معاونین اهتمام بیشتری برای برگزاری نماز جماعت و مراسم‌های مذهبی برای دانش‌آموزان در مدارس داشته باشند و تعالیم و آموزش‌های دینی و قرآنی بویژه در امر آموزش رسمی و منابع درسی در محوریت قرار گیرند.
- باتوجه به اینکه یکی دیگر از عوامل مؤثر در سلامت اجتماعی دانش‌آموزان متوسطه، حمایت اجتماعی است؛ لذا برقراری ارتباط دوستانه و برخورد صحیح و مودبانه بین معلم و دانش‌آموزان و تفاوت گذاشتن بین دانش‌آموزان و احترام و ارزش برابر برای همه آنها قائل شدن و گوش سپردن کادر اداری و معلمان به درد و دل‌ها و مسائل و مشکلات دانش‌آموزان از مسائل مهمی است که می‌تواند باعث ارتقاء سطح سلامت اجتماعی دانش‌آموزان متوسطهٔ دوم گردد.
- در راستای ارتقاء و توزیع عادلانهٔ امکانات آموزشی در شهر زاهدان برنامه‌ریزی صورت گیرد.
- تقویت کمیته بررسی سلامت اجتماعی دانش‌آموزان در دوران کرونا و تأکید بر تقویت جنبه‌های اجتماعی و جبران آسیب‌های ناشی از کرونا.
- برگزاری گردهمایی و نشست‌های آموزشی و تخصصی با حضور مسئولان و کادر مدارس با هدف آموزش و آگاه سازی از مؤلفه‌ها و شاخص‌های سلامت اجتماعی.
- با آگاهی دادن به خانواده‌ها تلاش شود در خانه، محیطی فراهم شود که گفتگوی صمیمانه همراه با همدلی و دلسوزی بین والدین و فرزندان صورت گیرد تا نوجوان حمایت بیشتری از خانواده خود دریافت کنند.

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-18]

منابع

۱. آقارحیمی، ایوب؛ صلاح، محمد مهدی؛ صالحی، آرزو(۱۳۹۹) «بررسی نقش تبعات اجتماعی شیوع ویروس کرونا بر کیفیت احساس امنیت اجتماعی و روانی شهروندان (مورد مطالعه: شیراز)»، **فصل‌نامهٔ علمی دانش انتظامی فارس**، سال هفتم، شمارهٔ ۲۷: ۵۹-۷۸.

۲. ابراهیمی، قربانعلی؛ بابازاده بائی، علی و هادی رازقی مله(۱۳۹٤) «بررسی تأثیر رسانه‌های جمعی بر شبکه‌های اجتماعی»، **جامعه‌شناسی نهادهای اجتماعی**، دوره ۲، شمارهٔ ٦: ۷۹-۹۸.

۳. افتاده، جواد (۱۳۸۹). «رسانه‌های اجتماعی و کتاب بازگشت عموم و بازنشر کتاب»، فصل‌نامهٔ کتاب مهر، شمارهٔ ۱: ۳٤-٤۷.

٤. امینی رارانی، مصطفی؛ موسوی، میرطاهر حسن رفیعی(۱۳۹۰) «رابطهٔ سرمایهٔ اجتماعی بر سلامت اجتماعی در ایران»، **فصل‌نامهٔ علمی پژوهشی رفاه اجتماعی**، سال یازدهم، دوره ۱۱، شمارهٔ ٤۲: ۲۰۳-۲۲۸.

۵. ایمانی جاجرمی، حسین(۱۳۹۹). «پیامدهای اجتماعی شیوع ویروس کرونا در جامعهٔ ایران، ارزیابی تأثیرات اجتماعی»، **ویژه‌نامهٔ پیامدهای شیوع ویروس کرونا -کووید ۱۹**، دورهٔ ۱، شمارهٔ ۲: ۱۰۳-۸۷.

٦. باباپور خیرالدین، جلیل؛ طوسی، فهیمه و عیسی حکمتی(۱۳۸۸). «بررسی نقش عوامل تعیین‌کننده در سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز»، **فصل‌نامهٔ علمی پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز**، سال چهارم، شمارهٔ ۱٦: ۱-۱۹.

۷. بخارایی، احمد؛ شربتیان، محمدحسن و ایمنی، نفیسه(۱۳۹٤) «مطالعهٔ جامعه شناختی سلامت اجتماعی زنان و عوامل مؤثر بر آن (مطالعهٔ موردی: زنان منطقهٔ چهار شهری تهران)»، **پژوهش‌های جامعه‌شناسی معاصر**، دورهٔ٤، شمارهٔ ۷: ۲۹-۵٤.

۸. حاتمی، پریسا(۱۳۸۹) «**بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تاکید بر شبکه‌های اجتماعی**»، پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی تهران.

۹. حشمت یغمایی، محمدتقی(۱۳۸۰) «**دینداری نوجوانان و عوامل مؤثر بر آن**»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکدهٔ علوم اجتماعی و ارتباطات، دانشگاه علامه طباطبایی تهران.

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-18]

۱۰. خطیبی، اعظم و فرناز رجبی فر(۱۳۹۸) «بررسی تأثیر عوامل اجتماعی شدن در ارتقاء سلامت اجتماعی دانش‌آموزان دورهٔ متوسطهٔ شهر مریوان»، **جامعه‌شناسی ایران**، ۲۰ (٤): ۱٤٥-۱۷٦.

۱۱. دورکیم، امیل(۱۳۸۳) **صور بنیادی حیات دینی**، ترجمهٔ باقر پرهام، تهران: مرکز.

۱۲. ذکائی، سعید (۱۳۹۲). جامعه شناسی جوانان ایران، چاپ پنجم. تهران: نشر آگه.

۱۳. راد، فیروز؛ محمد زاده، فاطمه و حمیده محمد زاده(۱۳۹٤) «دین و سلامت اجتماعی: بررسی رابطه دینداری با سلامت اجتماعی (مطالعه موردی: دانشجویان دانشگاه پیام نور مرند)»، **مجلهٔ علوم اجتماعی (دانشگاه فردوسی مشهد)**، سال دوازدهم، شمارهٔ ۲، ۱۳۷-۱٦۸.

۱٤. رضادوست، کریم؛ حسین زاده، علی‌حسین و ایوب رستمی(۱۳۹۸) «بررسی عوامل جامعه‌شناختی مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز»، **مجلهٔ توسعهٔ اجتماعی**، دورهٔ ۱٤، شمارهٔ ۱: ۱-۳۰.

۱٥. سخایی، ایوب(۱۳۹۷) «**تبیین جامعه‌شناختی سلامت اجتماعی در بین شهروندان شهرستان کاشان**»، رسالهٔ دورهٔ دکتری، دانشگاه کاشان.

۱٦. سراج زاده، سیدحسین(۱۳۸۳) «بررسی تعریف عملیاتی دینداری در پژوهش‌های اجتماعی» **چالش‌های دین و مدرنیته**، تهران: طرح نو: ٥۷-۸۷.

۱۷. سراوانی، شهره(۱۳۹۳) «**بررسی ارتباط بین حمایت اجتماعی دریافتی از شبکهٔ اجتماعی و کیفیت زندگی در بین اعضای زنان مبتلا به بیماری سرطان**»، پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد، دانشگاه باهنر کرمان.

۱۸. سفیری، خدیجه؛ باستانی، سوسن و فاطمه منصوریان راوندی(۱۳۹۳) «مطالعهٔ رابطهٔ هویت جنسیتی و میزان اعتماد در بین جوانان شهر تهران» **علوم اجتماعی دانشگاه فردوسی مشهد**، ۱۱(۲): ۱۸۷-۱٦۳.

۱۹. شربتیان، محمدحسن و سامره علیزاده خانقاهی(۱۳۹٤) «رابطهٔ مهارت های زندگی با سلامت اجتماعی (نمونهٔ موردی: جوانان ۱٥ تا ۲۹ ساله شهرستان حاجی آباد)»، **فصل‌نامهٔ مددکاری اجتماعی**، ۲(٦): ۱٦٥-۲۰۸.

۲۰. شیری، مرتضی(۱۳۹۰)« **بررسی میزان سلامت اجتماعی افراد کم توان جسمی- حرکتی و عوامل مؤثر بر آن در شهر تهران**»، پایان نامهٔ کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-18]

۲۱. صباغ، صمد؛ معینیان، نرمینه و سارا صباغ(۱۳۹۰) «سنجش سلامت اجتماعی و عوامل اجتماعی مرتبط با آن در بین خانوارهای شهر تبریز»، **مطالعات جامعه‌شناسی**، دورهٔ ۳، شمارهٔ ۱۰: ٤٤-۲۷.

۲۲. عبدالهی، عادل و علی رحیمی(۱۳۹۹) «برساخت اجتماعی کرونا و سیاست‌های مقابله با آن مطالعهٔ موردی: کاربران فضای مجازی»، **ارزیابی تأثیرات اجتماعی**، دورهٔ ۱، شمارهٔ ۲: ٤۳-٦۳.

۲۳. عسگری، محمد؛ چوبداری، عسگر و احمد برجعلی(۱٤۰۰) «تحلیل مضامین ابعاد سلامت روان متأثر از همه‌گیری ویروس کرونا: پژوهشی کیفی»، **روان شناسی بالینی**، دورهٔ ۱۳، شمارهٔ ۲، صفحات ۹۷-۱۱۰.

۲٤. علیزاده فرد، سوسن و مجید صفاری نیا(۱۳۹۹). «پیش‌بینی سلامت روان بر اساس اضطراب و همبستگی اجتماعی ناشی از بیماری کرونا»، **پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی**، دورهٔ ۹، شمارهٔ ۳٦: ۱۲۹-۱٤۱.

۲۵. غفاری، غلامرضا؛ مولایی، جابر و حسن مومنی(۱۳۹۷) «بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی شهروندان استان ایلام»، **فصل‌نامهٔ توسعهٔ اجتماعی**، دورهٔ ۱۳، شمارهٔ۱: ۳۷-٦٦.

۲٦. فاضلی، محمد(۱۳۸۲) **مصرف و سبک زندگی**، قم: صبح صادق.

۲۷. فدایی مهربان، مهدی (۱۳۸٦) «شهرنشینی، رسانه و سلامت اجتماعی: نقش رسانه‌های جوامع در حال گذار در سلامت اجتماعی شهروندان»، **پژوهش و سنجش**، شمارهٔ ٤۹: ٦۷-۸٦.

۲۸. فراهتی، مهرزاد(۱۳۹۹) «پیامدهای روان شناختی شیوع ویروس کرونا در جامعه»، **ویژه‌نامهٔ پیامدهای شیوع ویروس کرونا -کووید ۱۹**، دورهٔ ۱، شمارهٔ ۲: ۲۰۷-۲۲۵.

۲۹. فرخی، افروز و محمد لهراسبی(۱٤۰۱) «به کارگیری امکانات آموزشی گامی جهت تسهیل فرآیند یادگیری»، **آموزش پژوهی**، ۸(۲۹): ۱-۱٤.

۳۰. قادری، مهدی؛ ملکی، امیر و شیرین احمدنیا(۱۳۹۵) «ازسرمایهٔ فرهنگی بوردیو تا سرمایهٔ فرهنگی مرتبط با سلامت به تعبیر آبل: کاربرد شاخص‌های نوین در تبیین سبک زندگی سالم»، **فصل‌نامهٔ رفاه اجتماعی**، شمارهٔ ٦۲: ۹-۵۸.

۳۱. قدسی، علی محمد(۱۳۸۲) «**بررسی جامعه‌شناختی رابطهٔ بین حمایت اجتماعی و افسردگی**»، پایان‌نامهٔ دورهٔ دکتری جامعه‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس.

۳۲. کرمی، خدابخش؛ رضادوست، کریم؛ عبدی زاده، سیما و فرات چبیشه(۱۳۹٤) «بررسی عوامل مؤثر بر سبک زندگی سلامت‌محور دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور و دانشگاه شهید چمران اهواز»، **توسعهٔ اجتماعی**، ۱۰(۱): ۹۷-۱۲٦.

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-18]

۳۳. کوزر، لوئیس(۱۳۸۲) **زندگی و اندیشه بزرگان جامعه‌شناسی**، ترجمهٔ محسن ثلاثی، تهران: علمی.

۳٤. کولیوند، پیرحسین و هادی کاظمی(۱٤۰۰) «تأثیر کووید-۱۹ بر سلامت روان، مباحث اقتصادی اجتماعی و روابط اجتماعی در تهران: یک مطالعهٔ پایلوت». **علوم اعصاب شفای خاتم**، ۹(۲): ۱۱۰-۱۰۰.

۳۵. مردانی، عارفه (۱۳۹۳) «**بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه یزد**»، پایان‌نامهٔ دورهٔ کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه یزد.

۳٦. محمدزاده، فاطمه و حمیده محمدزاده(۱۳۹٤) «دین و سلامت اجتماعی: بررسی رابطهٔ دینداری با سلامت اجتماعی (مطالعهٔ موردی: دانشجویان دانشگاه پیام نور مرند)»، **علوم اجتماعی (فردوسی مشهد)**، دورهٔ ۱۲، شمارهٔ۲: ۱۳۷-۱٦۸.

۳۷. واعظی، کبری (۱۳۹۲) «**دینداری و سلامت اجتماعی زنان مبتلا به بیماری‌های خاص**». پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی تهران.

۳۸. ململی درهی، فروزان (۱۳۹٤) «**بررسی برخی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی (موردمطالعه: شهروندان ۱۸ سال به بالاتر شهر اهواز)**»، پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید چمران اهواز.

۳۹. منفرد، محمدرضا؛ هاشم زهی، نوروز و عالیه شکربیگی(۱٤۰۰) «بررسی سلامت اجتماعی و عوامل جامعه‌شناختی مرتبط با آن در بین شهروندان استان ایلام»، **جامعه‌شناسی اقتصادی و توسعه**، شمارهٔ ۱: ۵۳-۷۷.

٤۰. نوربالا، احمدعلی (۱۳۸۱) «بررسی وضعیت سلامت روان در افراد ۱۵ سال و بالاتر در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۸»، **تحقیقات نظام سلامت حکیم**. دوره۵ ، شمارهٔ ۱: ۱-۱۰.

٤۱. نوربخش، یونس؛ حیدرخانی، هابیل و اصغر محمدی(۱۳۹٦) «بررسی ارتباط بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی جوانان مناطق حاشیه‌نشین شهر کرمانشاه»، **بررسی مسائل اجتماعی ایران**، دورهٔ ۸، شمارهٔ ۲: ۲۳۳-۲۵۷.

٤۲. نیازی، محسن و ایوب سخایی(۱۳۹۹) «بررسی تأثیر سازه‌های جامعه‌شناختی بر سلامت اجتماعی (مورد مطالعه: شهروندان شهر تهران)»، **مطالعات جامعه‌شناختی (نامهٔ علوم اجتماعی سابق)**، دوره۲۷، شمارهٔ ۲: ۳۷-۷۷.

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-18]

٤٣. همتی راد، فرزانه؛ کشاورز، امراله و حسن مومنی(۱۳۹۷) «رابطهٔ سرمایهٔ اجتماعی با سلامت اجتماعی در دانش‌آموزان متوسطهٔ دوم»، **پژوهش‌نامهٔ مددکاری اجتماعی**، دورهٔ ۷، شمارهٔ ۲: ١٤-۷.

٤٤. یزدان پناه، لیلا و طیبه نیک ورز(١٣٩٤) «رابطهٔ عوامل اجتماعی با سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان»، **جامعه‌شناسی کاربردی (مجلهٔ پژوهشی علوم‌انسانی دانشگاه اصفهان)**، دورهٔ ٢٦، شمارهٔ ۳: ۹۹-١١٦.

45. Bauer LL, Seiffer B, Deinhart C, Atrott B, Sudeck G, Hautzinger M, et al (2020) «Associations of exercise and social support with mental health during quarantine and social-distancing measures during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey in Germany». **MedRxiv**. (1): 1-18.

46. Cockerham, W. C. (2005) «Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure», **Journal of Health and Social Behavior**, 46: 51-67

47. Harding, Seeromanle (2015) «The Determinants of young Adult Social well-being and Health (DASH) study: diversity, psychosocial determinants and health», **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, 50(8): 1173–1188.

48. Keyes Corey Lee.M (1998) «social well-being», **social Psychology Quarterly**, Vol. 61, No.2: 121-140.

49. Keyes, Corey Lee.M & Shapiro, Adam (2004) **Social well-being in the United States: A Descriptive Epidemiology**. Chicago LI, The University oFshicago press.

50. Li Z, Ge J, Yang M, Feng J, Qiao M, Jiang R, et al (2020) «Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control». **Brain, behavior, and immunity**. 88: 916–919.

51. Wang, Y., Di, Y., Ye, J., & Wei, W (2020) «Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China». **Psychology, Health & Medicine**, 26(10223): 1-10.

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-18]