

بسمه تعالی

بررسی رابطه متغیرهای جمعیت شناختی با سلامت اجتماعی - فردی (مورد مطالعه: دانش آموزان مقطع متوسطه اول)

محترم سبزه علی کاشی ، کارشناسی ارشد مطالعات جوانان ، دانشگاه علامه طباطبائی

چکیده

سلامت یکی از مباحث مطرح در بسیاری از فرهنگ هاست و هریک از این جوامع در فرهنگ خود تعریف و شاخص هایی برای سلامت قائل هستند متأسفانه سلامت جزء آن دسته از نعمت هایی است که تا زمانی از دست نرود ارزش آن به درستی شناخته نمی شود تعریف دقیق برای آن در دست نیست هرچند هر گاه سخنی از سلامت به میان می آید بیشتر بیشتر مردم به بعد جسمانی آن را مورد توجه قرار می دهند در صورتی که مطابق اعلام بهداشت جهانی ۱ سلامت شامل سه فاکتور جسمانی، روانی، اجتماعی می باشد در واقع میتوان به جرات گفت سلامت فردی پایه و بنیان سلامت اجتماعی است از آن جا که سلامت فردی از اساسی ترین بنیان تربیتی یعنی خانواده، تا محیط رشد و تغییرات بیولوژیکی و شخصیت فرد...تأثیر می - پذیرد. یکی از مهمترین عوامل تأثیر گذار بر سلامت اجتماعی، نوع شکل گیری شخصیت فرد یا به عبارتی کسب هویت فردی است که از اوایل نوجوانی با تغییرات جسمانی و شناختی ظاهر می شود و اگر در مسیر صحیح پیش برود تا اوایل جوانی تقریباً هویت فرد تثبیت می شود. از طرفی برای رسیدن به هویت موفق و صحیح عوامل زیادی می توانند مداخله دارند از جمله؛ تفکر انتقادی و مهارت های آن به طور اخص یکی از مهمترین این عوامل است که آموزش، استفاده و کاربرد درست این ابزار می تواند پیش بینی کننده ی قوی ای در مسیر رسیدن به یک هویت بهنجار؛ منسجم و مورد قبول جامعه قرار گیرد. که هم از طرفی از عوامل تضمین سلامت فردی است و هم به تبع آن میزان سلامت اجتماعی نیز تحت الشعاع قرار می گیرد. روش این پژوهش کمی و ابزار جمع آوری آن پرسش نامه می باشد. نتایج این پژوهش نشان داد بین سلامت اجتماعی و تحصیلات پدر و مادر تفاوت معناداری وجود داشت. و همچنین بین سلامت اجتماعی و سن دانش آموز رابطه معنا داری داشت. یافته های پژوهش نشان داد که شغل پدر و مادر و پایه تحصیلی تفاوت معناداری با سلامت اجتماعی ندارد و از طرفی بین سن پدر و مادر و سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود نداشت.

کلید واژه: سلامت اجتماعی و فردی، پایه تحصیلی، تحصیلات پدر و مادر، شغل پدر و مادر

سلامت اجتماعی مفهومی است که به ارتباط بین دو مفهوم سلامت و اجتماع اشاره دارد. با توجه به اینکه اجتماع خود مفهومی اعتباری است و حقیقت خارجی آن منوط به تک تک افرادی است که آن را تشکیل داده‌اند، در بررسی اجتماع باید بیش از هر چیز افراد جامعه را مورد مطالعه قرار داد. سلامت اجتماعی هنگامی محقق می‌شود که خانواده‌ها و افراد، از سلامت نسبی برخوردار باشند و هریک از شهروندان در برابر اجتماع خود احساس مسئولیت کنند و سعادت خود را در سلامت اجتماع بدانند. سازمان بهداشت جهانی، به زیستن یا آسایش کامل از نظر اجتماعی را یکی از ابعاد سلامتی تعریف می‌کند. در عصر حاضر، ابعاد، رویکرد ها و شاخص های مربوط به سلامت اجتماعی در کنار ابعاد جسمی و روانی سلامت، کم تر مورد توجه قرار گرفته است. فرد سالم از نظر اجتماعی، زمانی عملکرد خوبی دارد که اجتماع را مجموعه ای معنادار و قابل فهم و بالقوه برای رشد و شکوفایی بداند و احساس کند که متعلق به گروه‌های اجتماعی خود است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهیم بداند درواقع شاخص اصلی جامعه را نظام روابط اجتماعی بین افراد تشکیل می‌دهد (هالس، ۲۰۰۰: ۳۶). واژگان و مفاهیم در جهانی که پیوسته در حال دگرگونی است بر اساس الگوهای جدید تعاریف تازه ای می‌باشند سلامت در گذر قرن‌ها از مفهومی انفرادی و مسئله ای شخصی به صورت مفهومی جامع و هدفی اجتماعی درآمده است. به گونه ای که یکی از مهم ترین و ابتدایی ترین نیازهای بشر در طول تاریخ که امروزه در جهان یک حق بشری و هدف اجتماعی شناخته می‌شود. مسأله سلامت است. سلامت اجتماعی مفهومی است که به ارتباط بین دو مفهوم سلامت و اجتماع اشاره دارد. با توجه به اینکه اجتماع خود مفهومی اعتباری است و حقیقت خارجی آن منوط به تک تک افرادی است که آن را تشکیل داده اند در بررسی اجتماع باید بیش از هر چیز افراد جامعه را مورد مطالعه قرار داد سلامت اجتماعی هنگامی محقق می‌شود که خانواده ها و افراد از سلامت نسبی برخوردار باشند و هر یک از شهروندان در برابر اجتماع خود احساس مسئولیت کند و سعادت خود را در سلامت اجتماع بدانند. انسان ها به وسیله گروه یا جامعه نیازهای خود را تامین میکند و مشکلات را از پیش پا بر می‌دارند و در هر کجا که باشد عضوی از یک یا چند گروه هستند. در واقع شاخص اصلی جامعه را نظام روابط اجتماعی بین افراد تشکیل می‌دهد. به عبارتی نیاز به برقراری ارتباطات اجتماعی جزئی از ماهیت انسان است و این گونه ارتباطات در هر سنی بر سلامت جسمی و روانی فرد و رضایت از زندگی تأثیر میگذارد. تحقیقات نیز نشان داده اند که میزان مرگ و میر در افرادی که ارتباطات اجتماعی کمی دارند. دو تا چهار برابر بیشتر از دیگران است (هالس، ۲۰۰۰: ۳۶)

در دوران نوجوانی نوجوان برای دستیابی به تکامل لازم است که از سلطه والدین خارج شود و هویتی مستقل برای خود تعریف کند. دستیابی به چنین تکاملی نیازمند گسترش ارتباطات اجتماعی خارج از خانواده است. نوجوانان در جوامع سالم بیشتر در فعالیت های سازمان یافته مشارکتی می‌کنند به یادگیری متعهدند و از مدرسه رضایت بیشتری دارند. نوجوانان به فرصت هایی برای از مودن نقش های جدید نیاز دارند و جامعه فراهم کننده این امکانات برای نوجوانان است تا چگونگی عملکرد در دنیای پیرامون خود را بیاموزند و بر محیط تأثیر بگذارند.

پیشینه پژوهش

در بین پژوهش های انجام شده، پژوهشی که مستقیماً رابطه دو متغیر نشاط و سلامت اجتماعی را بررسی کند، مشاهده نشده که این مسئله یکی از محدودیت های پژوهش حاضر بود ولی لزوم ارتباط این دو متغیر احساس می شود. بنابراین مطالعاتی که ارتباط نزدیکتری با موضوع داشت به عنوان سوابق پژوهش انتخاب شد.

یحیی زاده و رضانی (۱۳۹۲) در مقاله ای با عنوان سلامت اجتماعی و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن به بررسی میزان سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر آن در میان زنان سرپرست خانوار در شهرستان قروه پرداخته اند. جامعه آماری شامل تمام زنان سرپرست خانوار (۹۲ نفر) زیر پوشش سازمان بهزیستی قروه است. همچنین ۹۲ نفر از زنان غیرسرپرست خانوار ساکن در همان شهر به صورت تصادفی برای مقایسه به روش پیمایشی مورد مطالعه قرار گرفته اند. چارچوب نظری پژوهش مبتنی بر رویکردهای سلامت اجتماعی کییز، پایگاه اقتصادی و اجتماعی وبر، باورهای دینی گلاک و استارک و مهارت های ارتباطی است. نتایج نشان می دهد که از لحاظ میزان سلامت اجتماعی و ابعاد آن در میان زنان سرپرست خانوار و غیرسرپرست، تفاوت معناداری وجود دارد به علاوه از لحاظ متغیر پایگاه اقتصادی و اجتماعی، باورهای دینی (بعد اعتقادی) و مهارت های ارتباطی بین سرپرست خانوار و غیرسرپرست تفاوت معناداری وجود ندارد.

آباجی زاده و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهشی با عنوان اندازه گیری سلامت اجتماعی خود امتیاز از ایرانیان (یک بررسی مبتنی بر جمعیت سه شهرستان) ریال به مطالعه تمایل به ارزیابی خود امتیاز ایرانیان از سلامت اجتماعی از طریق یک نظرسنجی و به صورت مقطعی در سه شهرستان پرداخته اند. جامعه آماری شامل همه افراد ساکن در سه شهرستان که بیش از ۱۸ سال سن داشته اند و حجم نمونه با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی ۸۰۰ نفر انتخاب شده است. با استفاده از مقیاس ۳۳ گوی های کییز، میزان سلامت اجتماعی را ارزیابی کرده اند. نتایج نشان می دهد که از ۸۰۰ نفر که مورد مطالعه قرار گرفته اند، ۷۹۵ نفر (۹۹/۰) به طور کامل توافق خود را به مشارکت اعلام داشته اند. میانگین نمره سلامت اجتماعی نمونه مورد بررسی برابر با ۱۰۵ بوده است و ۵۰ درصد شرکت کنندگان در سطح متوسط از سلامت اجتماعی برخوردار بوده اند. نمره سلامت اجتماعی در ارومیه بالاتر از تهران برآورد شده است. هیچ ارتباطی بین نمره سلامت اجتماعی و عوامل زمینه ای مانند سن، جنس، سطح تحصیلات وجود نداشته است.

کیکوگنانی و همکاران (۲۰۰۸) در پژوهشی سعی کرده اند تا با ارزیابی ارتباط و مشارکت اجتماعی، به درک از اجتماع در میان دانشجویان ایتالیایی، آمریکایی و ایرانی و تأثیر این دو متغیر بر سلامت اجتماعی بپردازند. در این پژوهش از پرسش نامه کییز (1998) که شامل ۳۳ گویه است استفاده شده. نتایج نشان می دهد، مشارکت اجتماعی، درک از اجتماع و سلامت اجتماعی در میان دانشجویان آمریکایی در سطح بالاتری قرار دارد. همچنین مشارکت اجتماعی تنها در میان دانشجویان ایتالیایی به طور مثبتی سلامت اجتماعی را پیش بینی می کند.

بلانکو و دیاز (۲۰۰۷) در مقاله ای با عنوان «نظم اجتماعی و سلامت روانی با رویکردی به سلامت اجتماعی» به بررسی سلامت اجتماعی پرداخته اند. در این پژوهش سعی شده «ارتباط بین ابعاد سلامت اجتماعی را، به عنوان شاخص نظم اجتماعی، با جنبه های دیگری از سلامت مثل میزان افسردگی، عزت نفس، سلامت درک شده، محرومیت، میزان آنومی و کنش های متقابل اجتماعی، احساسات مثبت و منفی و رضایت، مورد بررسی قرار دهند (Dize & Blanco, 2007: 61-71).

کیکوگنانی و همکاران (۲۰۰۸) در پژوهشی سعی کرده اند تا با ارزیابی ارتباط و مشارکت اجتماعی، به درک از اجتماع در میان دانشجویان ایتالیایی، آمریکایی و ایرانی و تأثیر این دو متغیر بر سلامت اجتماعی بپردازند. در این پژوهش از پرسش نامه کیز (1998) که شامل ۳۳ گویه است استفاده شده. نتایج نشان می دهد، مشارکت اجتماعی، درک از اجتماع و سلامت اجتماعی در میان دانشجویان آمریکایی در سطح بالاتری قرار دارد. همچنین مشارکت اجتماعی تنها در میان دانشجویان ایتالیایی به طور مثبتی سلامت اجتماعی را پیش بینی می کند. کیز در پژوهش خود (۱۹۹۸) به بررسی رابطه بین سلامت اجتماعی، از خودبینی و ناهنجاری های اجتماعی پرداخته است. وی در این مطالعه سلامت اجتماعی در ایالت متحده آمریکا نتایج زیر را به دست آورده است: بین سلامت اجتماعی با رفتارهای اجتماع پسند و مسئولیت پذیری و زندگی اجتماعی رابطه مثبت بسیاری مشاهده شده است. همچنین سطوح سلامت اجتماعی به خصوص انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی در افرادی که با اطرافیان خود برای حل مسائل و مشکلات همکاری و هم فکری می کنند، در مقایسه با افرادی که با اطرافیان خود رابطه نداشتند، میزان بالاتری داشته است.

مبانی نظری

دو رویکرد متفاوت در تعریف سلامت وجود دارد که عبارت است از: ۱) رویکرد بیماری محور، که این رویکرد، حضور و عدم حضور بیماری در مقوله های مختلف جسمانی و روانی محدود شده است (شربتیان، ۱۳۹۱: ۱۵۵). از این منظر سلامتی حالتی است که علائم بیماری در فرد وجود نداشته باشد و سلامت هدف نهایی پزشکی است. در این دیدگاه نقش عوامل تعیین کننده زیست محیطی، اجتماعی و روانشناختی نادیده گرفته می شود (سجادی و صدرالسادات، ۱۳۸۴: ۲۴۷) رویکرد سلامت محور، که در آن سلامت را به عنوان حالت برخورداری از درجه بالایی از بهزیستی تعریف می کنند. طبق نظریه سلامتی، فردی سالم فرض می شود که درجات عالی شاخص های سلامت را دارا باشد. داوانی و همکاران عقیده دارند که سلامت حقیقی، فرایند نیرومند شدن و قادر بودن توأم با داشتن یک زندگی خوب را منعکس می کند (زکی و خشوعی، ۱۳۹۲: ۸۳). سلامت اجتماعی یا حداقل نبودن آن یک نگرانی مهم در نظریه های کلاسیک جامعه شناختی است. از نظر تجربی، ریشه سلامت اجتماعی در ادبیات جامعه شناسی مربوط به ناهنجاری و بیگانگی اجتماعی است. دورکیم معتقد است از جمله مزایای بالقوه زندگی عمومی، یکپارچگی و همبستگی اجتماعی است، یعنی یک احساس تعلق و وابستگی، درک آگاهی مشترک و داشتن سرنوشت جمعی. این مزایای زندگی اجتماعی یک اساس و بنیان برای تعریف جهانی سلامت اجتماعی است. (Keyes, 1998: 122).

لارسون و کیز با توجه به رویکرد سلامت محور یک چارچوب مفهومی و نظری برای سلامت اجتماعی ارائه داده اند. لارسون (۱۹۹۶) سلامت اجتماعی را ارزیابی فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر (نزدیکان، گروه های اجتماعی) که او عضوی از آنهاست، تعریف می کند و معتقد است که مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد را می سنجد و شامل پاسخ های درونی فرد (احساس، تفکر، رفتار) است که نشانگر رضایت یا نارضایتی فرد از زندگی و محیط اجتماعی است (Larson, 1996: 183).

با توجه به گستردگی مفهوم سلامت اجتماعی و نظری های متعددی که اندیشمندان مطرح کرده اند و مؤلفه های مختلفی که در بررسی مفهوم سلامت اجتماعی استفاده شده است، در این پژوهش به تلفیق نظریات پرداخته ایم تا با تنظیم چارچوبی منسجم به تبیین درستی از این مفهوم دست یابیم. یکی از جامع ترین نظریه ها در حوزه سلامت اجتماعی نظریه کیز ۱ است. از دیدگاه کیز، سلامت اجتماعی شامل عناصر متعددی است که در کنار یکدیگر نشان می دهند افراد چگونه و در چه درجه ای در زندگی اجتماعی خود، به عنوان همسایه، همکار و همشهری، خوب عمل می کنند. (keyes, 2004:48 به نقل از سام آرام، ۱۳۸۸: ۱۰).

کیز سلامت اجتماعی را این ط ور تعریف می کند: چگونگی ارزیابی و شناخت فرد از عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه های اجتماعی که عضوی از آنهاست. او مفهوم سلامت اجتماعی را با مقیاسی جامع و با در نظر گرفتن ابعاد اجتماعی و محیطی زندگی فرد مفهوم سازی می کند و معتقد است که بدون در نظر گرفتن معیارهای اجتماعی و محیطی نمی توان عملکرد شخص و سلامت او را ارزیابی کرد. (keyes, ۲۰۰۵:۵۴۳).

از نظر کیز و لارسون سلامت اجتماعی مفهومی انتزاعی است که ارزیابی نسبی از روابط انسان با خود، جامعه و ارزش هاست و نمی توان آن را جدای از دیگر پدیده های چند عاملی فهمید. سلامت اجتماعی شیوه سازگاری آدمی با دنیاست، انسان هایی که مؤثر، شاد و راضی هستند و گرایش به شادی و نشاط را حفظ می کنند، از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردارند سلامت اجتماعی ظرفیت کامل زندگی کردن به شیوه ای است که ما را قادر به درک ظرفیت های طبیعی خود می کند و به جای جدا کردن ما از سایر انسان هایی که دنیای ما را می سازند، نوعی وحدت بین ما و دیگران به وجود می آورند. سلامت اجتماعی نقش محافظت کننده ای در مقابل با فشارهای روانی دارد که از فرد در مقابل وقایع فشارآور زندگی اجتماعی حمایت می کند. (صوری، ۱۳۹۰، ۱۹ و ۲۰).

رویکرد کیز از یک اصل جامعه شناختی و روان شناختی نشئت می گیرد. طبق نظر حلقه مفقوده در تاریخچه مطالعات مربوط به سلامت و خصوصاً سلامت ذهن کیز پاسخ به این سؤال است که آیا ممکن است کیفیت زندگی و عملکرد شخصی افراد را بدون توجه به معیار های اجتماعی ارزیابی کرد. (Keyes & Shapiro, 2004: 5). کیز معتقد است بهزیستی یک اساس و بنیان اجتماعی دارد و بدین ترتیب سلامت اجتماعی را ارزیابی شرایط و عملکرد فرد در جامعه تعریف می کند. و عملکرد اجتماعی خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت جسمی و روانی است و چالش های اجتماعی را دربرمی گیرد. همچنین وی معتقد است اجتماعی با رفتارهای اجتماع پسند و مسئولیت پذیری در جامعه و جایگاه اجتماعی رابطه مثبتی وجود دارد. از نظر کیز هیچ ادبیات پژوهشی روی سلامت اجتماعی در بعد فردی وجود ندارد. (سام آرام، ۱۳۸۸: ۱۲).

کیز معتقد است که به دلیل فقدان ابزارهای معتبر برای سنجش سلامت اجتماعی، این مفهوم به صورت یک منظره سیاسی، اجتماعی در سطوحی فراتر از سطح فردی باقی مانده است. در نتیجه به دنبال تدوین شاخصی

برای سنجش سلامت اجتماعی در بعد فردی، ابعاد سلامت اجتماعی را مطرح می کند. ابعاد سلامت اجتماعی شامل طیف مثبتی از ارزیابی فرد از تجاربش در جامعه است.

وی یک مدل ۵ بعدی قابل سنجش از ابعاد سلامت اجتماعی ارائه می دهد که طبق این ابعاد، فرد سالم از نظر اجتماعی زمانی عملکرد خوبی دارد که اجتماع را به صورت یک مجموعه معنادار، قابل فهم و دارای نیروهای بالقوه برای رشد و شکوفایی بداند. احساس کند که متعلق به گروههای اجتماعی خود است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهیم بداند. این مقیاس با مقیاس های سلامت اجتماعی در سطح بین فردی (مثل پرخاشگری و حمایت اجتماعی) و سطح اجتماعی (مثل فقر و جایگاه اجتماعی) تفاوت دارد (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴: ۳۴۷).

اما نگاه ما در این تحقیق به سلامت اجتماعی یک گام عقب تر از آن چیزی است که کییز مطرح می نماید. ما در این مقاله سلامت اجتماعی را معادل با پیوستار مثبت و در سطح سنجش فردی نمی دانیم و معتقدیم که جامع های که آلوده کننده های محیطی دایما سلامت اشخاص را به مخاطره می اندازند یا شهروندان آن با فقدان مسکن، مدرسه، بهداشت و درمان مناسب مواجه است، بهره مندی از مواهب اجتماعی برای گروه های وسیعی از اقشار اجتماعی ناممکن می شود. همچنین جامعه که در آن بی عدالتی موج می زند و یا دارای تفاوتها و شکاف های طبقاتی چشمگیر است، جامعه ای که کرامت انسان ها در آن پایمال می شود جامعه ناامن و بی قانون، جامعه ای که در آن اعتماد وجود ندارد و افراد به آینده خود اطمینان ندارند و است. بیمار شایسته سалاری و امکان پیشرفت براساس صلاحیت های اجتماعی در آن وجود ندارد، جامعه ای سلامت اجتماعی در این رویکرد، مجموعه اقداماتی را شامل می شود تا چنین جوامعی را به تعادل باز گرداند. آسیب های وارد شده به سلامت انسان ها در چنین جامعه ای صرفا به عواقب بیرونی نیست، بلکه عدم تعادل های اجتماعی، بی عدالتی ها، پایمال شدن حقوق شهروندی منجر به ایجاد سطح پایداری از استرس با منشاء اجتماعی در افراد می شود.

کییز هم زمانی که برای سنجش سلامت اجتماعی افراد جامعه اقدام می کند، پیش فرض ذهنی اش آن است که افراد در نقطه صفر یعنی جایی هستند که شرایط پایه ای و بسترهای لازم فراهم بوده است. منظور از این شرایط پایه ای حوزه های ملموس و عینی همچون چیدمان شهری، محیط زیست، محرومیت زدایی و توسعه زیرساخت ها و نیز حوزه های ذهنی تری نظیر عدالت اجتماعی، حقوق شهروندی، امنیت، سرمایه اجتماعی می باشد. با این وجود باید توجه نمود که سلامت اجتماعی صرفا به منزلت اقتصادی و اجتماعی شهروندان بستگی ندارد، بلکه انعکاسی از موقعیت شهروندان در بستر یا بافت اجتماعی نیز است. (امیر خانی و همکاران، ۱۳۸۷: ۲۵).

به واقع گرچه برای تعریف و شاخص سازی سلامت اجتماعی ما لاجرم به افرادی همچون میرینگوف ها (۱۹۹۶)، رفیعی و همکاران (۱۳۸۹) نظر داریم، اما نباید فراموش کنیم که چنانچه در جامعه ای تمامی این شرایط نیز مهیا باشد باز هم امکان آن وجود دارد که افراد آن جامعه از سلامت اجتماعی به معنایی که در تعریف صاحب نظرانی چون کییز آمده است، برخوردار نباشند. قدر مسلم آن است که وجود شاخص های ذکر شده توسط میرینگوفها شرط تعیین کننده سلامت اجتماعی به شمار می رود، هر چند این شرایط کافی نیست. بر این اساس می توان گفت افرادی که قدرت انعطاف پذیری در زندگی خود را ندارند، در برابر ناملایمات کم طاقت هستند، پشتکار و اراده غلبه بر مشکلات را ندارند، یا اینکه به لحاظ اجتماعی منزوی و پرخاشگر و نامنصف هستند از نظر اجتماعی ناسالم هستند. اما نگارنده معتقد است سلامت اجتماعی در معنای مطرح شده توسط کییز - ارزیابی فرد از عملکردش در اجتماع - به سبب شرایط موجود در کشور ما و نبود برخی از زیر ساخت های اساسی برای آن و در

نتیجه نرسیدن به نقطه صفر مطرح شده در نظریه کییز، کاربردی نیست. گرچه می توان این استدلال را نیز مطرح کرد که سوال از افراد، برای سنجش سلامت اجتماعی کفایت نمی کند، ارزیابی های افراد بنا بر شرایطی از جمله ناآگاهی، کم توقعی برخی افراد و یا حتی معایب جمع آوری اطلاعات از طریق پرسشنامه و نیز نوع پرسشنامه کییز و محل سوال داشتن آن در ایران، می تواند با چالش هایی مواجه باشد. ضمن اینکه اعتقاد ما بر این است که برای سنجش سلامت اجتماعی باید هم از نظر متخصصین و هم از نظر فرد استفاده گردد. بر اساس آنچه عنوان شد، سلامت اجتماعی در این تحقیق بیشتر به فقدان پیوستار منفی در نظریه کییز و نه پیوستار مثبت مطرح شده توسط وی و نیز شاخص های سلامت اجتماعی از منظر میرینگوفها (۱۹۹۶) ویا مدنی و همکارانش (۱۳۸۹) نزدیک تر است.

سلامت اجتماعی ظرفیت کامل زندگی کردن به شیوهای است که مارا قادر به درک ظرفیت های طبیعی خود میکند و به جای جدا کردن ما از سایر انسان هایی که دنیای ما را می سازند، نوعی وحدت بین ما و دیگران به وجود می آورند. سلامت اجتماعی نقش محافظت کننده های در مقابل با فشارهای روانی دارد که از فرد در مقابل وقایع فشارآور زندگی اجتماعی حمایت میکند. (صبوری، ۱۳۹۰: ۱۹ و ۲۰).

تحقیقات زیادی نشان دادند آنچه در تقویت عملکرد و سلامت روانی - اجتماعی فرد نقش مهمی ایفا می کند تعهدات ثابت شخص است به طوری که افرادی که تعهد کمتری دارند یعنی یک دیدگاه ثابت و روشن در مورد خود و دنیایی که در آن زندگی می کنند ندارند، امکان دارد اجتماع را به صورت یک مجموعه پر از هرج و مرج، تصادفی و بدون هیچ قابلیت پیش بینی که نمی توان مدیریت کرد بپندارند یعنی از سلامت اجتماعی پایینی برخوردار هستند. (Berzunesy، 2002).

در تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت اجتماعی در کنار سلامت فیزیکی و روانی قرار گرفته است. در این تعریف، سلامت کامل به معنای داشتن یک زندگی مولد از نظر اقتصادی و اجتماعی است. بعد اجتماعی سلامت، سطوحی از مهارت های اجتماعی و عملکرد اجتماعی همراه با توانایی شناخت هر فرد از خود به عنوان عضوی از جامعه را شامل می شود. فرد با حس کردن چنین عضویتی، نحوه ی ارتباطش را در شبکه ی اجتماعی مورد توجه قرار می دهد.

فرضیه های پژوهش

- به نظر می رسد بین سن دانش آموزان و سلامت اجتماعی _ فردی رابطه ی معناداری وجود دارد.
- به نظر می رسد بین پایه دانش آموزان و سلامت اجتماعی _ فردی تفاوت معناداری وجود دارد.
- به نظر می رسد بین تحصیلات پدر و سلامت اجتماعی _ فردی تفاوت معناداری وجود دارد.
- به نظر می رسد بین تحصیلات مادر و سلامت اجتماعی _ فردی تفاوت معناداری وجود دارد.
- به نظر می رسد بین شغل پدر و سلامت اجتماعی _ فردی تفاوت معناداری وجود دارد.
- به نظر می رسد بین شغل مادر و سلامت اجتماعی _ فردی تفاوت معناداری وجود دارد.
- به نظر می رسد بین سن پدر و سلامت اجتماعی _ فردی رابطه معناداری وجود دارد.
- به نظر می رسد بین سن مادر و سلامت اجتماعی _ فردی رابطه معناداری وجود دارد.

روش پژوهش

از آنجا که در این تحقیق مفاهیم از طریق معرف های تجربی کمی اندازه گیری شده است و واقع را از بیرون میکاویم رویکرد مناسب آن کمی است. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسش نامه است تجزیه و تحلیل آن از طریق نرم افزار SPSS صورت گرفت. اعتبار پرسش نامه از طریق اعتبار سوری (مراجعه به متخصصان) تایید گردید. و آلفای کرونباخ سوالات مربوط به سلامت اجتماعی و فردی ۰,۷۲ بوده است که این گزاره نشان از تایید پایایی پرسش نامه پژوهش می باشد.

یافته ها

مقدمه

در این فصل یافته های تحقیق ارائه می شود. در قسمت نخست این فصل با عنوان یافته های توصیفی، شرایط و ویژگی هایی چون سن، مقطع تحصیلی، تحصیلات پدر. تحصیلات مادر. شغل پدر. شغل مادر. سن پدر. سن مادر به همراه جداول توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه می شود. در قسمت دوم این فصل با عنوان یافته های تحلیلی نتایج و یافته های مربوط به فراگیری ایدئولوژی سلامت فردی و رویکرد انتقادی، در قالب تحلیل های دو متغیره با ویژگی های زمینه ای پاسخ گویان ارائه می گردد.

یافته های توصیفی

در این بخش ویژگی های نمونه شامل ۸ متغیر زمینه ای و جداول توصیفی دو متغیر تحقیق ارائه می شود.

ویژگی های زمینه ای

متغیرهای زمینه ای مورد بررسی در این تحقیق عبارت بوده اند از: سن، مقطع تحصیلی، تحصیلات پدر. تحصیلات مادر. شغل پدر. شغل مادر. سن پدر. سن مادر

متغیرزمینه ای سن

از بین ۱۳۴ نفر از افرادی که به عنوان نمونه تحقیق انتخاب شدند، همه اعضای نمونه در انجام تحقیق همکاری نمودند و بنابر محاسبات انجام شده. میانگین تحقیق ما ۱۳,۵ میانه ۱۳ و دامنه ۸ و ماکزیمم ۱۱ و مینیمم تحقیق ما ۱۹ مطابق جدول زیر بدست آمده است.

جدول ۱: متغیرزمینه ای سن

سن	
میانگین	۱۳,۵
میانه	۱۳
دامنه	۸
ماکزیمم	۱۱
مینیمم	۱۹

توصیف نمونه تحقیق بر اساس مقطع تحصیلی پاسخ‌گویان

بنابر نمونه‌گیری سهمیه‌ای انجام شده و مطابق با توزیع متغیر مقطع تحصیلی در جامعه آماری مورد بررسی، حدود ۴۴ درصد پایه هفتم و ۴۴ درصد پایه هشتم و در پایه نهم فقط ۱۲ درصد از پاسخ‌گویان در آمارگیری ما شرکت داشتند و مطابق جدول زیر بدست آمده است.

جدول ۲: توزیع فراوانی پاسخ‌گویان بر اساس مقطع تحصیلی

پایه	فراوانی	درصد
هفتم	۵۹	۴۴
هشتم	۵۹	۴۴
نهم	۱۶	۱۲
کل	۱۳۴	۱۰۰

توصیف نمونه تحقیق بر اساس تحصیلات پدر

بنابر نمونه‌گیری سهمیه‌ای انجام شده و مطابق با توزیع متغیر تحصیلات پدر در جامعه آماری مورد بررسی، حدود ۲۷ درصد تحصیلات دیپلم و ۳۶,۵ درصد تحصیلات لیسانس و فوق لیسانس و بالاتر ۳۶,۵ درصد مطابق جدول زیر برداشت شده است.

جدول ۳: توزیع فراوانی پاسخ‌گویان بر اساس مقطع تحصیلی پدر

تحصیلات پدر	فراوانی	درصد
دیپلم	۳۶	۲۷
لیسانس	۴۹	۳۶,۵
فوق لیسانس و بالاتر	۴۹	۳۶,۵
کل	۱۳۴	۱۰۰

توصیف نمونه تحقیق بر اساس تحصیلات مادر

بنابر نمونه‌گیری سهمیه‌ای انجام شده و مطابق با توزیع متغیر تحصیلات مادر در جامعه آماری مورد بررسی، حدود ۳۳ درصد تحصیلات دیپلم و ۳۶,۵ درصد تحصیلات لیسانس و فوق لیسانس و بالاتر ۳۰,۵ درصد مطابق جدول زیر برداشت شده است.

جدول ۴: توزیع فراوانی پاسخ‌گویان بر اساس تحصیلات مادر

تحصیلات مادر	فراوانی	درصد
دیپلم	۴۴	۳۳
لیسانس	۴۹	۳۶,۵
فوق لیسانس و بالاتر	۴۱	۳۰,۵
کل	۱۳۴	۱۰۰

توصیف نمونه تحقیق بر اساس شغل پدر

بنابر نمونه‌گیری سهمیه‌ای انجام شده و مطابق با توزیع متغیر شغل پدر در جامعه آماری مورد بررسی، حدود ۱ درصد بیکار و ۵۲ درصد شغل آزاد و در نهایت بیشترین درصد به شغل کارمند با ۸۱ درصد مطابق جدول زیر اختصاص دارد.

جدول ۵: توزیع فراوانی پاسخ‌گویان بر اساس شغل پدر

درصد	فراوانی	شغل پدر
۰,۵	۱	بیکار
۳۹	۵۲	آزاد
۶۰,۵	۸۱	کارمند
۱۰۰	۱۳۴	کل

توصیف نمونه تحقیق بر اساس شغل مادر

بنابر نمونه‌گیری سهمیه‌ای انجام شده و مطابق با توزیع متغیر شغل مادر در جامعه آماری مورد بررسی، حدود ۶ درصد شغل آزاد و ۸۳ درصد خانه دار و در نهایت ۴۵ درصد به شغل کارمند مطابق جدول زیر اختصاص دارد.

جدول ۶: توزیع فراوانی پاسخ‌گویان بر اساس شغل مادر

درصد	فراوانی	شغل مادر
۴,۵	۶	آزاد
۶۲	۸۳	خانه دار
۳۳,۵	۴۵	کارمند
۱۰۰	۱۳۴	کل

متغیرزمینه ای سن پدر

از بین ۱۳۴ نفر از افرادی که به عنوان نمونه تحقیق انتخاب شدند، همه اعضای نمونه در انجام تحقیق همکاری نمودند و بنابر محاسبات انجام شده. میانگین تحقیق ما ۴۶,۵ میانه ۴۶ و دامنه ۲۸ و ماکزیمم ۶۴ و مینیمم تحقیق ما ۳۶ مطابق جدول زیر بدست آمده است.

جدول ۷: متغیرزمینه ای سن پدر

سن پدر	
میانگین	۴۶,۶
میانه	۴۶
دامنه	۲۸
ماکزیمم	۶۴
مینیمم	۳۶

متغیرزمینه ای سن مادر

از بین ۱۳۴ نفر از افرادی که به عنوان نمونه تحقیق انتخاب شدند، همه اعضای نمونه در انجام تحقیق همکاری نمودند و بنابر محاسبات انجام شده. میانگین تحقیق ما ۴۲,۱۶ میانه ۴۲ و دامنه ۳۰ و ماکزیمم ۶۱ و مینیمم تحقیق ما ۳۱ مطابق جدول زیر بدست آمده است.

جدول ۸: متغیرزمینه ای سن مادر

سن مادر	
میانگین	۴۲,۱۶
میانه	۴۲
دامنه	۳۰
ماکزیمم	۶۱
مینیمم	۳۱

یافته های تحلیلی

بر طبق جدول پایین نشان می دهد بین سلامت فردی و سن دانش آموز رابطه معناداری وجود دارد. به طوری که سطح معناداری برابر با (۰,۰۲) است. همچنین طبق پیرسون (۰,۴) نشان می دهد جهت رابطه مستقیم و شدت آن متوسط است.

آزمون	سن دانش آموز	سلامت فردی
همبستگی پیرسون	۰,۴	
Sig	۰,۰۲	
تعداد	۱۳۴	

بر طبق جدول پایین نشان می دهد بین سلامت فردی و سن پدران رابطه معناداری وجود ندارد.

آزمون	سن پدران	سلامت فردی
همبستگی پیرسون	-۰,۰۸۱	
Sig	۰,۳۸۸	
تعداد	۱۳۴	

بر طبق جدول پایین نشان می دهد بین سلامت فردی و سن مادران رابطه معناداری وجود ندارد.

آزمون	سن مادران	سلامت فردی
همبستگی پیرسون	-۰,۱۵۹	
Sig	۰,۰۹۸	
تعداد	۱۳۴	

بر طبق جدول پایین نشان می دهد که تفاوت معناداری بین سلامت فردی و پایه تحصیلی وجود دارد.

سطح معناداری برابر با (۰,۰۳۷) است. همچنین بر طبق یافته های جدول نشان می دهد میانگین سلامت فردی در بین پایه هشتم از سایر مقاطع بالاتر است.

گروه	میانگین	F	Sig	سلامت فردی
هفتم	۳۱,۰۳	۲,۳۴۳	۰,۰۳۷	
هشتم	۵۶,۷			
نهم	۲۹,۵			

بر طبق جدول پایین نشان می دهد که تفاوت معناداری بین سلامت فردی و تحصیلات پدران نشان وجود دارد.

سطح معناداری برابر با (۰,۰۴) است. همچنین بر طبق یافته های جدول نشان می دهد دانش آموزانی که تحصیلات پدرانشان بالاتر است از سلامت فردی بالاتر برخوردار هستند.

گروه	میانگین	F	Sig	سلامت فردی
دیپلم	۳۰,۶	۲,۳۴۳	۰,۰۴	
لیسانس	۳۰,۷۸			
فوق لیسانس و بالاتر	۶۱,۳۳			

بر طبق جدول پایین نشان می دهد که تفاوت معناداری بین سلامت فردی و پایه تحصیلی وجود دارد.

سطح معناداری برابر با (۰,۰۳۷) است. همچنین بر طبق یافته های جدول نشان می دهد دانش آموزانی که تحصیلات مادرانشان بالاتر است از سلامت فردی بالاتر برخوردار هستند.

گروه	میانگین	F	Sig	سلامت فردی
دیپلم	۳۰,۲	۰,۲۸	۰,۰۳۷	
لیسانس	۳۰,۵۱			
فوق لیسانس و بالاتر	۶۲,۶۸			

بر طبق جدول پایین نشان می دهد که تفاوت معناداری بین سلامت فردی و شغل پدران وجود ندارد.

گروه	میانگین	F	Sig	
بیکار	۳۰	۰,۴۴۵	۰,۷۲۱	سلامت فردی
آزاد	۵۹,۰۸			
کارمند	۳۰,۷۵			

بر طبق جدول پایین نشان می دهد که تفاوت معناداری بین سلامت فردی و شغل مادران وجود ندارد.

گروه	میانگین	F	Sig	
بیکار	۲۹	۰,۷۰۱	۰,۵۵۴	سلامت فردی
آزاد	۶۰,۰۷			
کارمند	۳۱,۱۹			

نتیجه گیری

در پژوهش حاضر، تأثیر متغیرهای جمعیت‌شناختی بر سلامت اجتماعی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که عوامل مختلفی مانند سن، جنس، سطح تحصیلات به طور قابل توجهی بر سلامت اجتماعی افراد تأثیر می‌گذارند. به‌ویژه، نوجوانان با تحصیلات بالا از سلامت اجتماعی بهتری برخوردار بودند. این نتایج با یافته‌های دیگر تحقیقات همسو است که نشان می‌دهند تحصیلات از عوامل کلیدی در تعیین سلامت اجتماعی هستند. سن یکی از متغیرهای مهمی است که می‌تواند بر سلامت اجتماعی تأثیر بگذارد. افراد مسن‌تر به دلیل مشکلات جسمی و اختلالات روانی، ممکن است در ارتباطات اجتماعی خود با چالش‌های بیشتری مواجه شوند. این موضوع می‌تواند منجر به انزوا و کاهش کیفیت زندگی آن‌ها گردد. بنابراین، توجه به نیازهای خاص این گروه سنی و ارائه خدمات مناسب می‌تواند به بهبود سلامت اجتماعی آن‌ها کمک کند. تحصیلات والدین و سطح تحصیلات دانش‌آموزان نقش مهمی در سلامت اجتماعی و فردی آن‌ها ایفا می‌کند. این موضوع به‌ویژه در مقاطع تحصیلی هفتم، هشتم و نهم که دوره‌های حساس و تعیین‌کننده‌ای در رشد شخصیت و اجتماعی شدن دانش‌آموزان به شمار می‌آید، اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. تحصیلات والدین به‌عنوان یکی از عوامل کلیدی در شکل‌گیری رفتارها و نگرش‌های اجتماعی فرزندان شناخته می‌شود. والدین با تحصیلات بالا معمولاً آگاهی بیشتری نسبت به اهمیت تحصیل و سلامت اجتماعی دارند. آن‌ها می‌توانند به فرزندان خود در مورد ارزش‌های اجتماعی، مهارت‌های اجتماعی و اهمیت روابط

انسانی آموزش دهند. این آموزش‌ها به فرزندان کمک می‌کند تا از همان سنین پایین‌تر مهارت‌های لازم برای برقراری ارتباطات مؤثر و سازنده را یاد بگیرند. علاوه بر این، والدین تحصیل کرده به احتمال بیشتری در فعالیتهای اجتماعی و فرهنگی شرکت می‌کنند و این رفتارها به فرزندان آن‌ها منتقل می‌شود. در نتیجه، دانش‌آموزانی که والدینشان تحصیلات بالایی دارند، معمولاً از شبکه‌های اجتماعی قوی‌تری برخوردارند و در نتیجه، سلامت اجتماعی آن‌ها افزایش می‌یابد. پایه تحصیلی دانش‌آموزان نیز تأثیر مستقیمی بر سلامت اجتماعی و فردی آن‌ها دارد. در مقاطع هفتم، هشتم و نهم، دانش‌آموزان به دلیل تغییرات فیزیکی و روانی که تجربه می‌کنند، معمولاً با چالش‌های خاصی مواجه هستند. در این دوران، تحصیلات می‌تواند به‌عنوان ابزاری برای تقویت خودباوری و اعتماد به نفس عمل کند. دانش‌آموزانی که در این مقاطع موفق به کسب نمرات بالا و موفقیت تحصیلی می‌شوند، معمولاً احساس رضایت و اعتماد به نفس بیشتری دارند که این امر به سلامت روان و اجتماعی آن‌ها کمک می‌کند. علاوه بر این، محیط‌های آموزشی می‌توانند فرصت‌هایی را برای تعاملات اجتماعی فراهم کنند. دانش‌آموزان در این مقاطع با همسالان خود ارتباط برقرار کرده و مهارت‌های اجتماعی مانند همکاری، همدلی و حل تعارض را یاد می‌گیرند. این مهارت‌ها نه تنها به بهبود سلامت اجتماعی کمک می‌کند بلکه در شکل‌گیری شخصیت آن‌ها نیز تأثیرگذار

است. تحصیلات والدین و پایه تحصیلی دانش‌آموزان به‌طور متقابل بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند. والدینی که تحصیلات بالایی دارند، معمولاً از روش‌های آموزشی و تربیتی مؤثرتری استفاده می‌کنند و این موضوع می‌تواند به بهبود عملکرد تحصیلی فرزندان‌شان منجر شود. از سوی دیگر، دانش‌آموزانی که در مدارس موفق و با کیفیت تحصیل می‌کنند، به احتمال بیشتری از حمایت‌های اجتماعی و آموزشی والدین خود بهره‌مند می‌شوند. در نهایت، تحصیلات والدین و پایه تحصیلی دانش‌آموزان هفتم، هشتم و نهم تأثیرات عمیقی بر سلامت اجتماعی و فردی آن‌ها دارد. بهبود این شرایط نیازمند توجه به سیاست‌های آموزشی و اجتماعی است که می‌تواند زمینه‌ساز ارتقاء تحصیلات والدین و فراهم کردن محیط‌های آموزشی مناسب برای دانش‌آموزان باشد. این اقدامات می‌تواند به بهبود وضعیت اجتماعی و روانی نسل آینده کمک کند و در نتیجه، جامعه‌ای سالم‌تر و پایدارتر به وجود آورد. در نهایت، نتایج این مطالعه تأکید می‌کند که برای بهبود سلامت اجتماعی، باید به متغیرهای جمعیت‌شناختی توجه ویژه‌ای شود. ایجاد برنامه‌های جامع و هدفمند که بتواند نیازهای مختلف گروه‌های سنی، جنسیتی و اقتصادی را برآورده کند، می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی در جامعه کمک کند. این امر مستلزم همکاری بین نهادهای دولتی، سازمان‌های غیردولتی و جامعه مدنی است تا محیطی مناسب برای ارتقاء سلامت اجتماعی فراهم گردد. این پژوهش همچنین نیاز به تحقیقات بیشتری در این زمینه را نمایان می‌سازد. بررسی‌های آینده می‌توانند به شناسایی و تحلیل عمیق‌تر متغیرهای دیگر مؤثر بر سلامت اجتماعی، نظیر فرهنگ، دین و شبکه‌های اجتماعی بپردازند. در نتیجه، درک بهتری از چگونگی تأثیر عوامل مختلف بر سلامت اجتماعی حاصل خواهد شد و می‌توان راهکارهای مؤثرتری را برای بهبود وضعیت اجتماعی و بهداشتی جامعه ارائه کرد.

منابع

- زکی، محمدعلی. خشوعی، مریم السادات. (۱۳۹۲). سلامت اجتماعی و عوامل موثر بر آن در بین شهروندان شهر اصفهان. فصلنامه جامعه شناختی شهری. شماره ۸. ۷۹-۱۰۸
- صبور، سعید. (۱۳۹۰). بررسی میزان سلامت اجتماعی در بین کارمندان آموزش و پرورش تهران. پایاننامه کارشناسی دانشگاه پیام نور تهران.
- سجادی، حمیرا. صدرالسادات، سیدجلال. (۱۳۸۳). شاخص‌های سلامت اجتماعی ماهنامه اطلاعات سیاسی و اقتصادی. سال نوزدهم. شماره ۲۰۷ و ۲۰۸. ۲۴۴-۲۵۳
- سام آرا، عزت‌الله. (۱۳۸۸). بررسی رابطه سلامت اجتماعی با امنیت اجتماعی با تاکید بر رهیافت پلیس محور فصلنامه علمی- پژوهشی انتظام اجتماعی. شماره ۱. ۹-۲۴.
- Larson, James. (1996). The Measurement of Social Well-being. **Social indicators Researc.** (28): 285- 296.
- Keyes, Corey Lee.M, (1998), **Social well-being, social Psychology uarterly.** (61) 2: 121-190.
- Keyes, Corey Lee.M & Shapiro, Adam. (2004). **Social well-being in the United States: A Descriptive Epidemiology.** Chicago LI, The University ofShicago press: 350-372
- Hales, D. (2000). **An invitation to health.** Boston: Wadsworth; p: 36.
- Abachizadeh, k, & Tayefi, B. & Nasehi, A. & Memariyan, N. & Rassouli, M. & omediyan, S. & Bagherzadeh, L. (2014). **Measuring self – rated social health of Iranians apoplation based survey in three cities,** NBM (novelty in Biomedicine). (2) 3: 79- 84.
- Larson,James, (1996) The measurement of social well-being, social Indicators Reserch 28 pp285-296.
- Keyes LM (2002) The Mental health Continuum from languishing to flourishing inlife. Journal of Health and Social Behavior,2007-222, 43s.
- Berzunesy.M.D(2002).Identity processing styles. Self construction an epistemic assumptions .Asovlol cuructrslope rectiv. **State university of new york Cortel.**