
سنجش میزان سلامت اجتماعی دانش آموزان دختر مقطع دبیرستان های شهر شیراز و بررسی عوامل مؤثر بر آن

فاطمه کدخدایی^۱، شورش لطفی^۲

چکیده: سلامت افراد جامعه از یک سو یکی از شاخص‌های مهم توسعه جوامع به شمار می‌رود و از سوی دیگر خود می‌تواند در توسعه جامعه نقش اساسی ایفا کند. بر همین اساس برنامه‌ریزان جوامع مختلف، به ویژه جوامع توسعه یافته در تلاشند تا میزان سلامتی افراد خود را بهبود و ارتقاء بخشند. یکی از راه‌های ارتقای سطح سلامتی و بهداشت افراد، بررسی میزان این شاخص در جامعه و شناسایی عواملی است که در افزایش بهداشت فردی و عمومی و ارتقای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی تأثیرگذارند.

این تحقیق از نوع کاربردی و روش تحقیق نیز اسنادی و پیمایشی است، و با در نظر گرفتن چارچوبی تلفیقی از نظریات کبیز، فرانس، زاف، رز و وو، ماکس وبر و لنسکی، پنج فرضیه برای سنجش سلامت اجتماعی و ارزیابی عوامل مؤثر بر آن در نظر گرفته شد. بنابراین ۴۰۰ دختر دانش آموز مقطع دبیرستان شهر شیراز به صورت نمونه گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای و توسط پرسشنامه‌ای که به همین منظور در نظر گرفته شده بود، مورد آزمون قرار گرفتند. داده‌های حاصله به صورت توصیفی و استنباطی و با اجرای آزمون‌های کندال، گاما و دی سامرز تحلیل شدند. تبیین فرضیه‌های پژوهش نشان داد که بین دختران دانش آموز از نظر شاخص‌های مختلف سلامت اجتماعی تفاوت وجود دارد و متغیرهای میزان تحصیلات مادر، میزان تحصیلات پدر، شاخص‌های کیفیت زندگی و پایگاه اجتماعی اقتصادی بر میزان سلامت اجتماعی دختران دانش آموز تأثیرگذارند.

در نهایت بعد از شناسایی و آگاه شدن از وضعیت موجود سلامت اجتماعی دختران دانش آموز، پیشنهادهایی برای ارتقا و حفظ شاخص‌های سلامت اجتماعی مطرح شد، با این امید که سازمان‌ها و نهادهای مسئول را در تهیه خط مشی‌های مناسب برای اجرای برنامه‌های پیشگیرانه یاری کند.

تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۲/۲۸

تاریخ دریافت مقاله: ۹۱/۱۲/۱۱

کلید واژه‌ها: سلامت اجتماعی، پایگاه اجتماعی اقتصادی، کیفیت زندگی، تحصیلات والدین.

۱. دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده علوم اجتماعی، گروه مددکاری اجتماعی، تهران، ایران.

Kadkhodaeef@yahoo.com

۲. دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده علوم اجتماعی، گروه مددکاری اجتماعی، تهران، ایران.

Shuresh_lotfi@yahoo.com

طرح مسأله

واژگان و مفاهیم در جهانی که پیوسته در حال دگرگونی است، براساس الگوهای جدید تعاریف تازه‌ای می‌یابند. سلامت در گذر قرن‌ها از مفهومی انفرادی و مسئله‌ای شخصی به صورت مفهومی جامع و هدفی اجتماعی درآمده است، به گونه‌ای که یکی از مهم‌ترین و ابتدایی‌ترین 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 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 هر یک از شهروندان در برابر اجتماع خود احساس مسئولیت کند و سعادت خود را در سلامت اجتماع بدانند.

انسان‌ها به وسیله گروه یا جامعه نیازهای خود را تأمین می‌کند و مشکلات را از پیش پا برمی‌دارند 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 داده‌اند که میزان مرگ و میر در افرادی که ارتباطات اجتماعی کمی دارند، دو تا چهار برابر بیشتر از دیگران است (هالس^۱، 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 فعالیت‌های سازمان یافته مشارکتی می‌کنند، به یادگیری متعهدند و از مدرسه رضایت بیشتری دارند. نوجوانان به فرصت‌هایی برای آموختن نقش‌های جدید نیاز دارند و جامعه فراهم‌کننده این امکانات برای نوجوانان است تا چگونگی عملکرد در دنیای پیرامون خود را بیاموزند و بر محیط تأثیر بگذارند. در حقیقت کیفیت ارتباطات اجتماعی پیش‌بینی‌کننده سلامت عمومی، مرگ و

میر، اختلالات روانی و سازگاری با استرس است، (کندلر^۱، مایرز^۲ و پرس کات^۳، ۲۰۰۵: ۷-۲۵۰) در حالی که بزرگسالان بر این باورند که نوجوانان به زمان کیفی سپری شده با آنان و فعالیت‌های سازمان یافته، علاقه‌مند نیستند، یافته‌ها عکس این تصور را نشان داده اند (موریسی^۴، ورنر^۵ و ویلسون^۶، ۲۰۰۵: ۴۰).

تحقیقات نشان داده‌اند که درک از خود، ارزش‌ها و مهارت‌های نوجوانان تحت تأثیر ارتباطات اجتماعی آنان می‌باشد. در این بین دختران بیش از پسران تحت تأثیر شبکه‌ها و ارتباطات اجتماعی قرار می‌گیرند. (کندلر، مایرز و پرس کات، ۲۰۰۵: ۷-۲۵۰). تعداد دانش آموزان و پیچیدگی نیازهای بهداشتی آنان در حال افزایش است، بنابراین کسب آگاهی در مورد موضوعات و مشکلات خاص آنان، شناسایی نیازها و تمایلاتشان ضروری است، به همین دلیل امروزه شناسایی نیازهای دانش آموزان و مراقبت از آنها در مدارس در کشورهای توسعه یافته مورد توجه بیشتری قرار گرفته است. نوجوانان غالباً دیدگاه‌ها و اولویت‌های بهداشتی متفاوتی دارند و برنامه‌های تدوین شده برای نوجوانان، زمانی مورد پذیرش آنان قرار می‌گیرد که دیدگاه‌های خودشان نیز در برنامه‌ها مدنظر قرار گرفته باشد.

در طول دوره‌های مختلف، هدف مشترک و نهایی علوم مختلف در عین تفاوت در نگرش و روش، بهزیستی و رفاه بشر و همچنین توسعه جامعه است، اهمیت توجه به توسعه اجتماعی و تأکید سازمان بهداشت جهانی بر سلامت اجتماعی سبب شده است که امروزه سلامت اجتماعی دغدغه مشترک دانشمندان علوم اجتماعی و برنامه‌ریزان امور توسعه باشد.

"به عقیده کلمن خانواده یکی از مهم‌ترین منابع تولید کننده سرمایه اجتماعی" (قاسمی و کاظمی، ۱۳۸۷: ۱۱) - به عنوان نمود سلامت اجتماعی - است؛ خانواده در تمام مسائل اجتماعی از جمله میزان سلامت اجتماعی نقش اساسی دارد. جایگاه و اهمیت خانواده در نظام اجتماعی و ارتباط این نهاد با بسیاری از مسائل و دغدغه‌هایی که محور بحث دانشمندان و تحلیل‌گران اجتماعی است، سبب شده که خانواده همواره به عنوان عنصری کلیدی در مباحث و پژوهش‌های گوناگون علوم اجتماعی مورد توجه و بررسی قرار گیرد.

1. Kendler
2. Myers
3. Prescott
4. Morrissey
5. Werner
6. Wilson

بر طبق نظریه سلامت، هر فرد در صورتی سالم تلقی می‌شود که دارای سطح بالایی از سلامت اجتماعی باشد. فرد سالم از نظر اجتماعی زمانی عملکرد خوبی دارد که اجتماع را مجموعه‌ای 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. ارتقای سلامت در حقیقت در برگیرنده زمینه‌های اقدام اجتماعی برای توسعه سطح سلامت است. ارتقای سطح سلامت بر این اساس از دو طریق امکان پذیر است: یکی از آنها توسعه شیوه‌های سالم زندگی و اقدام اجتماعی برای سلامت است و به توانمندسازی انسان‌ها از طریق افزایش سطح آگاهی‌ها و مهارت‌های ضروری برای یک زندگی سالم نیاز دارد، راه دیگر ایجاد شرایطی است که سالم زیستن امکان‌پذیر می‌سازد و شامل تأثیرگذاری بر سیاست‌گذاران برای عملی ساختن سیاست‌های عمومی و برنامه‌های حامی سلامت است.

حفظ و ارتقای سلامت اجتماعی وابسته به شرایط خاصی است که تحقق آن به برنامه‌ریزی‌ها نیاز دارد. لازم به ذکر است که تحلیل و برنامه‌ریزی با هدف بهبود سلامت اجتماعی نیازمند هر سه سطح خرد، میانی و کلان است. با وجود این با تأمل در شرایط کنونی جامعه و در نظر گرفتن گسترش روزافزون ارتباطات انسانی در سطوح بین‌المللی می‌توان به این نکته حساس پی برد که عوامل برهم زننده تعادل، آرامش و سلامت افراد و علل بروز بحران‌های اجتماعی و روانی، افزایش و پیچیدگی خاصی یافته و چون متقابلاً احساس نیاز فردی و اجتماعی به سلامت اجتماعی و روانی بیشتر شده است. روشن است هرگونه تلاش در زمینه دستیابی به سلامت اجتماعی و روانی به عنوان نیازی فردی و اجتماعی، مستلزم آشنایی با معنا و مفهوم این اصطلاح، چگونگی اندازه‌گیری و نیز یافتن راه‌های ارتقای آن است.

به جرأت می‌توان گفت که عامل مهم کم‌توجهی به سلامت اجتماعی، اهمیت ندادن به برنامه‌ریزی‌های مناسب و همه‌جانبه با همکاری متخصصان حوزه علوم اجتماعی است. لذا توجه به این موضوع و در مرحله نخست پژوهش در خصوص سنجش و ارزیابی مفهوم سلامت اجتماعی در گروه‌های مختلف اجتماعی به ویژه نوجوانان و جوانان اولویت و اهمیت خاصی دارد، زیرا در صورت عدم توجه به آن، همین جمعیت کلان که سرمایه بالقوه‌ای برای توسعه کشور است، تهدیدی برای آینده کشور خواهند بود. بنابراین آگاه‌سازی، ایجاد انگیزه و راهنمایی برای اقدام باید از هدف‌های اولیه هر برنامه‌ای باشد.

کشور ایران به عنوان کشوری در حال توسعه از لحاظ شاخص های بهداشتی و سلامت در وضعیتی نامطلوب قرار دارد، به همین دلیل وضعیت سلامت افراد یکی از مسائل اساسی است که جامعه ما با آن دست به گریبان است و یافتن عوامل این مسأله و شناخت راه های ارتقای آن می تواند به افزایش سطح سلامت افراد جامعه کمک کند. با توجه به مطالب مذکور می توان گفت که امروزه سلامتی افراد، یکی از موضوعات مهم جوامع بشری است، زیرا وجود افرادی که از لحاظ جسمی، روانی و اجتماعی، سالم باشند برای توسعه و پیشرفت یک جامعه و از شاخص های مهم توسعه در جامعه قلمداد می شود، و به همین دلیل بررسی عوامل مؤثر بر سلامتی افراد اهمیت زیادی دارد. بنابراین در این پژوهش برای شناسایی مؤلفه های سلامت اجتماعی در گروه های اجتماعی نوجوانان و جوانان، به سنجش و مفهوم سلامت اجتماعی و ارزیابی شاخص های آن در میان دختران دانش آموز مشغول به تحصیل در مقطع دبیرستان در شیراز پرداخته ایم.

اهمیت و ضرورت تحقیق

امروزه پژوهشگران بر این باورند که شرایط و موقعیتهای اجتماعی نقش مهم و مؤثری در ایجاد، حفظ یا از میان رفتن سلامت انسان دارند. همچنین عوامل اجتماعی در روندی که جوامع منابع خود را برای مقابله با مخاطرات بهداشتی و عرضه مراقبتهای پزشکی به مردم سازماندهی می کنند نقش مهمی دارد و در این بین نقش فرهنگ، ارزشها، هنجارها و باورهای مردم یک جامعه از اهمیت خاصی برخوردار است. بر همین اساس آگاهی از سطح سلامت جسمی، روانی و اجتماعی افراد جامعه و شناخت عوامل مؤثر بر آن، انگیزه پژوهشگر برای اجرای تحقیق حاضر بوده است، چرا که آگاهی، علاوه بر ارزش ذاتی خویش، اصولاً گام نخست تغییر، برنامه ریزی و اقدام است. لذا هدف های این پژوهش به شرح زیر بوده است:

- سنجش میزان مؤلفه های سلامت اجتماعی در بین دانش آموزان دبیرستان های شهر شیراز

- بررسی اثربخشی عوامل مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی

کارکردهای پژوهش نیز با توجه به هدف های یاد شده می تواند به شرح زیر باشد:

- سازمان ها و نهادهای مسئول را در تهیه خط مشی های مناسب برای اجرای برنامه های

پیشگیرانه یاری خواهد کرد.

- با شناسایی عوامل مؤثر، می‌توان زمینه ارتقای سطح سلامت اجتماعی را فراهم ساخت.
- شناسایی فرصت‌ها و تهدیدهای مربوط به مؤلفه‌های سلامت اجتماعی، فرصتی برای اجرای اقدامات مؤثر فراهم می‌آورد.

پیشینه پژوهش:

- کالدول^۱، اسمیت^۲ و ویزینگر^۳ (۱۹۹۵) در پژوهشی به «بررسی رابطه بین مشارکت در فراغت و ابعاد متنوع سلامتی در بین دانشجویان» پرداختند. این واقعیت مسلم است که دانشجویان دانشگاه با محدودیت‌های فراغتی مهمی مثل استرس‌های اجتماعی، تعهد انجام دادن وظیفه و کارهای روزمره مواجه می‌شوند. در این پژوهش گستره‌ای که بازی‌های فراغتی که نقشی اصلی در زندگی رسمی دارند، مورد توجه بوده و حدود ۵۲۵ نفر از دانشجویان لیسانس انتخاب شده اند تا سهم اوقات فراغت در میزان سلامتی آنها، سنجیده شود. ویژگی‌های اوقات فراغت برای اندازه‌گیری در مطالعه به قرار زیر بود: الف) نرخ مشارکت، ب) رضایت از تجربه‌های اوقات فراغت ج) انواع فعالیت‌های اوقات فراغت. انواع فعالیت‌های اوقات فراغت نیز به قرار زیر در نظر گرفته شد: گذران فراغت با استفاده از رسانه‌های جمعی، فعالیت‌های اجتماعی، فعالیت‌های طبیعی و سرگرمی‌ها. برای اندازه‌گیری سلامت اجتماعی نیز از میزان رضایت از سلامت اجتماعی درک شده استفاده شد. نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که روابط فرض شده بین مشارکت فعالانه در فعالیت‌های فراغتی و رضایت از فراغت با سلامت فیزیکی، روانی و اجتماعی تأیید شده است. مشارکت مکرر در همه ورزش‌ها، کارها و سرگرمی‌های مخاطره آمیز با ادراک بهتر از سلامت اجتماعی ارتباط معناداری داشته است. نرخ بالای مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی و ورزش‌های رقابتی و طبیعی مخاطره آمیز و سرگرمی‌های اجتماعی رابطه مثبت معناداری با ادراک سلامت روانی و اجتماعی داشته است، و همچنین رضایت بالاتر از زندگی در میان آنهایی که بیشتر به زندگی فعالانه فراغتی پرداخته‌اند، دیده می‌شود (اولرسون^۴، ۱۹۹۶: ۲۴).

- زان زانگ^۵ و همکارانش در سال ۲۰۰۳ به بررسی رابطه بین شبکه‌های اجتماعی و سلامت در کانادا پرداخته‌اند. هدف آنها از این پژوهش ارزیابی رابطه بین وضعیت سلامت افراد بزرگسال و

1. Caldwell

2. Smith

3. Weissinger

4. Olerson

5. M. V. Zunzungeui

انسجام اجتماعی و شبکه‌های اجتماعی (خانواده، فرزندان، دوستان و اجتماع) بود. داده‌های ثانوی این پژوهش از پیمایش سال ۱۹۹۵ در کانادا بدست آمده و نمونه آماری آن ۲۰۰ نفر می‌باشد. نتایج حاکی از این بود که وضعیت سلامتی افرادی که از انسجام اجتماعی بالا و شبکه‌های اجتماعی بیشتری برخوردار بودند در مقایسه با دیگر پاسخگویان در حد مطلوبی قرار داشته است. (خیراله یور، ۱۳۸۳)

- مریم کنگرلو (۱۳۸۷) در پژوهشی تحت عنوان «بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیرشاهد دانشگاه علامه طباطبایی» به سنجش سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد پرداخت. نتایج این پژوهش نشان داد که بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیر شاهد تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. میانگین مجموع نمرات کسب شده برای دانشجویان شاهد برابر ۶ و ۱۰۹ و برای دانشجویان غیرشاهد برابر ۴ و ۱۱۱ به دست آمد. ولی بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و دانشکده محل تحصیلشان و بین میزان سلامت اجتماعی آنها با میزان پنهان کردن سهمیه شاهد بودن، تفاوت معناداری وجود داشت؛ در واقع دانشجویانی که سهمیه‌دار بودنشان را پنهان می‌کنند سلامت اجتماعی پایینی دارند. همچنین بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد با ازدواج مجدد مادرانشان، وضعیت تأهلشان، و نوع جنسیت آنها، تفاوت معناداری وجود ندارد (کنگرلو، ۱۳۸۷).

چارچوب نظری

با توجه به گستردگی مفهوم سلامت اجتماعی و نظریه‌های متعددی که اندیشمندان مطرح کرده‌اند، و مؤلفه‌های 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 جامع‌ترین نظریه‌ها در حوزه سلامت اجتماعی نظریه کیز^۱ است. از دیدگاه کیز، سلامت اجتماعی شامل عناصر متعددی است که در کنار یکدیگر نشان می‌دهند، افراد چگونه و در چه درجه‌ای در زندگی اجتماعی خود، به عنوان همسایه، همکار و همشهری، خوب عمل می‌کنند (کیز، ۲۰۰۴). کیز سلامت اجتماعی را این گونه تعریف می‌کند: چگونگی ارزیابی و شناخت فرد از عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های

اجتماعی که عضوی از آنهاست. وی مفهوم سلامت اجتماعی را با مقیاسی جامع و با در نظر گرفتن ابعاد اجتماعی و محیطی زندگی فرد مفهوم‌سازی می‌کند و معتقد است که بدون در نظر گرفتن معیارهای اجتماعی و محیطی نمی‌توان عملکرد شخص و سلامت او را ارزیابی کرد. او در نظریه خود، سلامت اجتماعی را براساس مدلی پنج وجهی تعریف می‌کند:

۱. انسجام اجتماعی: کیفیت روابط فرد در گروه اجتماعی که به آن تعلق دارد و احساس

اینکه بخشی از جامعه است و از طرف آن حمایت می‌شود.

۲. پذیرش: داشتن گرایش‌های مثبت به افراد، تصدیق کردن دیگران به طور کلی،

پذیرش افراد علی‌رغم برخی از رفتارهای سردرگم‌کننده و پیچیده آنها.

۳. مشارکت اجتماعی: در حقیقت مشارکت اجتماعی باوری است که طبق آن فرد خود را

عضو حیاتی اجتماعی می‌داند و فکر می‌کند چیز ارزشمندی برای عرضه به دنیا دارد.

۴. انطباق اجتماعی: اعتقاد به این که اجتماع قابل فهم، منطقی و قابل پیش‌بینی است و

نیز شناختن و علاقه مند بودن به جامعه و مفاهیم مربوط به آن.

۵. شکوفایی اجتماعی: آگاهی داشتن و اعتقاد به اینکه جامعه به شکل مثبتی در حال

رشد است و فکر کردن به قابلیت جامعه برای رشد مثبت (کیبیز، ۲۰۰۴: ۲۳)

از سوی دیگر کنت نول^۱ در نظریه خود عنوان می‌کند که سلامت دو بعد توانایی‌های

جسمانی و اجتماعی را در برمی‌گیرد.

وبر^۲ در نظریه خود، مقوله ساختاری یعنی مفهوم گروه منزلتی^۳ را وارد کرده است. از منظر

وی، طبقه‌بندی انسان‌ها به گروه‌های منزلتی بیشتر بر الگوهای مصرف آنها مبتنی است تا

جایگاهشان در بازار یا فراگرد تولید. گروه‌های منزلتی اجتماعی هستند که براساس سبک

های شایسته زندگی و احترام و افتخاری که دیگران برایشان قائل‌اند، به یکدیگر وابستگی پیدا

می‌کنند. علاوه بر این، گروه منزلتی در مورد نشست و برخاست‌های اعضایش با کسانی که

وابسته به این گروه نیستند، محدودیتهایی قائل است و از اعضای خود انتظار دارد از آنهایی که

منزلت پایینتری دارند از نظر اجتماعی فاصله بگیرند (کوزر، ۱۳۸۸: ۱۴-۳۱۳).

1. Kent Newell

2. Max Weber

3. status group

پایگاه مجموعه حقوق و تکالیفی است که موقعیت فرد در روابطش با دیگران بر عهده او می گذارد، اعم از اینکه روابط افقی باشد یا عمودی، مبتنی بر تساوی باشد یا سلسله مراتبی، یا به امتیازهای اعتبار اجتماعی و افتخار وابسته باشد. ماکس وبر پایگاه را یک امتیاز اجتماعی می داند که در جامعه به برخی از موقعیت ها داده می شود و معتقد است جامعه نیز از چند سطوح یا گروهی از پایگاه ها تشکیل می شود. از جمله شاخص های پایگاه اجتماعی که بر سلامت اجتماعی اثر می گذارند، عبارت اند از: امید به زندگی، میزان درآمد در مقابل هزینه های اساسی و خط فقر، گرانی و تورم، وضعیت و جایگاه اقتصادی- اجتماعی جوانان، درصد بیکاری ناخواسته، وضعیت مسکن، درصد افراد نیازمند درمان و

لنسکی^۱ همچون وبر، نظری کثرت گرا در مورد قدرت و نابرابری دارد. مفهوم قدرت از منظر وی، ناشی از ترکیبی از توانایی های اعمال زور و دسترسی به حقوقی است که به لحاظ قانونی تأیید شده باشد، در نتیجه برحسب اینکه کدام دسته از افراد اجتماع به چنین حقوقی دست پیدا می کنند یا از آن محروم می شوند، نابرابری های اجتماعی متعددی به وجود می آید. به نظر لنسکی معیارهای بسیاری برای رتبه بندی گروه ها و افراد برحسب میزان قدرت و امتیازات مادی و حیثیت وجود دارد، ولی بطور معمول این مفهوم شامل عواملی همچون مالکیت دارایی، شغل، تحصیلات، دین، قومیت، نژاد، جنسیت و سن است. گیدنز نیز در نظریه خود استدلال می کند که دارایی، آموزش یا مهارت و نیروی کار یدی بنیان اصلی ساختار طبقاتی سه گانه در تمام جوامع سرمایه داری است.

از سوی دیگر رز و وو^۲ در نظریه خود مطرح می کنند که افراد تحصیل کرده در مقایسه با افراد کم سواد از لحاظ سلامت اجتماعی و روانی در وضعیت بهتری قرار می گیرند، و دلیل ارتباط نزدیک تحصیلات با سلامت جسمی- روانی را در سه مقوله مطرح می کند: ۱. شرایط اقتصادی و کاری ۲. منابع روانی و اجتماعی ۳. سبک های زندگی سالم و بهداشتی. براساس مقوله اول، افراد تحصیل کرده کمتر احتمال دارد بیکار بمانند و به احتمال زیاد در شغل های تمام وقت با درآمد بالا مشغول به کار می شوند. بر مبنای مقوله دوم، افراد تحصیل کرده از منابع روانی- اجتماعی متعددی مثل احساس خودکنترلی و حمایت اجتماعی بالا و همچنین منابع اقتصادی بهره مند می شوند و در نهایت براساس مقوله سوم، تحصیل کرده ها سبک زندگی سالم

1. Lenski

2. Rose & Woo

تری در پیش می‌گیرند، مثلاً مشروبات الکلی کمتری استفاده می‌کنند (همان: ۳۴۶). از دیگر نظریه پردازان این حوزه می‌توان به ولف کنگ زاف^۱ اشاره کرد که کیفیت زندگی را براساس شرایط عینی زندگی و رفاه ذهنی افراد و گروه‌ها تعریف می‌کند. وی معتقد است که در ارزیابی کیفیت زندگی باید شرایط عینی زندگی و ارزیابی ذهنی افراد از این شرایط را هم زمان با رفاه واقعی، در نظر گرفت. از سوی دیگر فرانس^۲ در نظریه خود چهار عامل اصلی مؤثر بر کیفیت زندگی را وضعیت خانوادگی، وضعیت اجتماعی و اقتصادی، وضعیت جسمانی، وضعیت روحی و روانی معرفی می‌کند (آقاملایی، ۱۳۸۴: ۷۳). به عقیده فرانس این چهار متغیر اصلی می‌توانند مستقلاً و مستقیماً روی کیفیت زندگی افراد تاثیر بگذارند، ترکیب آنها نیز می‌تواند بر کیفیت زندگی تاثیرگذار باشد. همچنین به اعتقاد سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی افراد را باید با توجه به چهار بعد مورد ارزیابی قرار داد. این چهار بعد تأثیرگذار بر روی کیفیت زندگی عبارتند از: سلامت فیزیکی، سلامت روانی، روابط و ارتباطات اجتماعی، سلامت محیط (نجات، ۱۳۸۵: ۲).

فرضیه‌ها

- بین دانش آموزان مقطع دبیرستان از نظر مؤلفه‌های سلامت اجتماعی تفاوت وجود دارد.
- بین پایگاه اجتماعی اقتصادی دختران دانش آموز مقطع دبیرستان و میزان سلامت اجتماعی آنها رابطه وجود دارد.
- بین کیفیت زندگی دختران دانش آموز مقطع دبیرستان و میزان سلامت اجتماعی آنها رابطه وجود دارد.
- بین تحصیلات مادر و سلامت اجتماعی دختران دانش آموز مقطع دبیرستان رابطه وجود دارد.
- بین تحصیلات پدر و سلامت اجتماعی دختران دانش آموز مقطع دبیرستان رابطه وجود دارد.

1. Wolfgang Zapf

2. France

روش پژوهش

این تحقیق از نوع کاربردی و روش تحقیق نیز اسنادی و پیمایشی است. جامعه آماری پژوهش دختران دانش آموزی هستند که در سال تحصیلی ۹۰-۹۱ در دبیرستان های عادی و دولتی شیراز مشغول به تحصیل بوده اند. اطلاعات نیز طی مصاحبه با ۴۰۰ دانش آموز دختر در مقاطع مختلف دبیرستان جمع آوری شده اند.

روش نمونه گیری، خوشه ای چند مرحله ای است و برای سنجش کل دبیرستان های دخترانه شهر شیراز، خوشه ها در چند مرحله با استفاده از فن نمونه گیری تصادفی تعیین شدند. پرسشنامه ای که در این پژوهش برای جمع آوری اطلاعات مورد استفاده قرار گرفت از دو بخش تشکیل شده است:

در بخش اول از پرسشنامه استاندارد سلامت اجتماعی کیز استفاده شده است و شاخص های آن در سطح ترتیبی مورد بررسی قرار گرفته اند.

در بخش دوم برای شناسایی اثر متغیرهای مستقل بر سلامت اجتماعی از سؤال های بسته ای استفاده شد که تمامی متغیرها را در سطح ترتیبی بررسی می کرد.

طی تحقیقاتی که کیز انجام داد، ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه استاندارد سلامت اجتماعی ۸۰ درصد به دست آمد که مورد تأیید است. بررسی اثر متغیرهای مستقل، طی پیش آزمونی که انجام دادیم پایایی این متغیرها ۸۹ درصد بود. برای سنجش اعتبار صوری پرسشنامه، در طول پیش آزمون طی مصاحبه با پاسخگویان، گویه های گنگ و مبهم اصلاح شدند.

در پردازش و تحلیل داده ها، آنها را در دو سطح توصیفی و استنباطی بررسی کردیم، و در تبیین روابط بین متغیرهای تحقیق، از آزمون های آماری گاما، دی سامرز و کندال استفاده شده است.

یافته های تحقیق

توزیع پاسخگویان در متغیرهای زمینه ای

در میان ۴۰۰ نمونه مورد مطالعه، ۲۰/۲ درصد از کل پاسخگویان ۱۴ ساله، ۳۰/۸ درصد ۱۵ ساله، ۲۹/۸ درصد ۱۶ ساله و ۱۸/۸ درصد ۱۷ ساله بوده اند. توزیع پاسخگویان در مقاطع تحصیلی این گونه بوده است: ۳۰/۵ درصد سال اول دبیرستان، ۳۶/۳ درصد سال دوم دبیرستان

و ۳۲/۲ درصد سال سوم دبیرستان بوده اند. همچنین باتوجه بخ اینکه شهر شیراز دارای چهار ناحیه آموزشی و پرورش است، در این پژوهش ۲۶/۸ درصد از پاسخگویان در ناحیه یک، ۳۳/۲ درصد در ناحیه دو، ۲۳/۵ درصد در ناحیه سه و ۱۶/۵ درصد در ناحیه چهار مشغول تحصیل بوده‌اند.

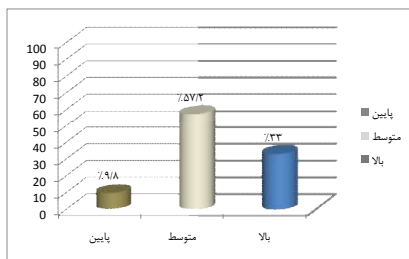
نتایج توصیفی شاخص‌های سلامت اجتماعی

سلامت اجتماعی متغیر وابسته تحقیق است که بر اساس پنج شاخص انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انطباق اجتماعی و شکوفایی اجتماعی مورد بررسی قرار گرفته است.

- **شاخص انسجام اجتماعی:** براساس یافته‌های پژوهش، شاخص انسجام اجتماعی در ۹/۸ درصد از کل پاسخگویان در سطح پایین، در ۵۷/۲ درصد در سطح متوسط و در ۳۳ درصد از کل پاسخگویان در سطح بالا قرار دارد. میانه و مد توزیع ۲ است یعنی سطح متوسط انسجام اجتماعی. میانگین نیز ۲/۲۳ است. نکته قابل توجه در سنجش شاخص مزبور این است که ۵۹/۸ درصد از کل دختران پاسخگو با مؤلفه "جامعه من منبع آرامش و راحتی من است" مخالف و کاملاً مخالف بوده اند.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی و نسبی پاسخگویان برحسب میزان انسجام اجتماعی

انسجام اجتماعی	فراوانی	درصد	درصد معتبر	درصد تجمعی
پایین	۳۹	۹/۸	۹/۸	۹/۸
متوسط	۲۲۹	۵۷/۵	۵۷/۲	۶۷
بالا	۱۳۲	۳۳	۳۳	۱۰۰
مجموع	۴۰۰	۱۰۰	۱۰۰	
انحراف معیار = ۰/۶۱۱	مد = ۲	میانه = ۲		میانگین = ۲/۲۳

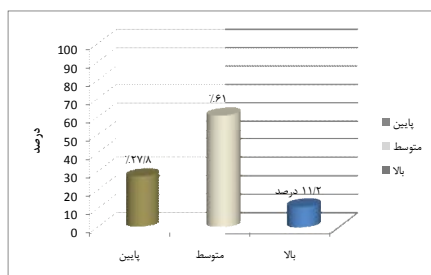


نمودار شماره ۱: توزیع درصدی پاسخگویان بر حسب میزان انسجام اجتماعی

- شاخص پذیرش اجتماعی: یافته‌های پژوهش گویای این است که شاخص پذیرش اجتماعی در ۲۷/۸ درصد از کل پاسخگویان در سطح پایین، در ۶۱ درصد در سطح متوسط و در ۱۱/۲ درصد در سطح بالا قرار دارد. میانه و مد توزیع ۲ است یعنی سطح متوسط پذیرش اجتماعی. میانگین نیز ۱/۸۳ است. نکته قابل توجه در سنجش شاخص مزبور این است که ۶۴/۷ درصد از کل دختران پاسخگو در این پژوهش با مؤلفه "من فکر می‌کنم افراد دیگر قابل اعتماد هستند" مخالف و کاملاً مخالف بوده‌اند.

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی و نسبی پاسخگویان بر حسب میزان پذیرش اجتماعی

پذیرش اجتماعی	فراوانی	درصد	درصد معتبر	درصد جمععی
پایین	۱۱۱	۲۷/۸	۲۷/۸	۲۷/۸
متوسط	۲۴۴	۶۱	۶۱	۸۸/۸
بالا	۴۵	۱۱/۲	۱۱/۲	۱۰۰
مجموع	۴۰۰	۱۰۰	۱۰۰	
	انحراف معیار = ۰/۶۱۱	مد = ۲	میانه = ۲	میانگین = ۱/۸۳

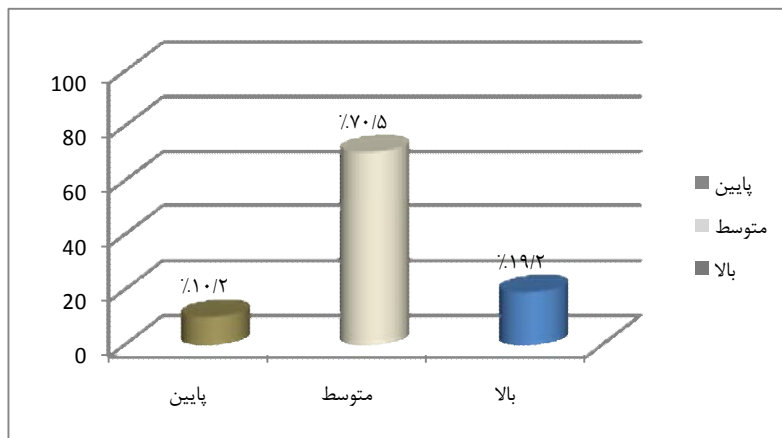


نمودار شماره ۲: توزیع درصدی پاسخگویان بر حسب میزان پذیرش اجتماعی

- شاخص مشارکت اجتماعی: براساس یافته‌های پژوهش، شاخص مشارکت اجتماعی در ۱۰/۲ درصد از کل پاسخگویان در سطح پایین، در ۷۰/۵ درصد در سطح متوسط و در ۱۹/۲ درصد در سطح بالا قرار دارد. میانه و مد توزیع ۲ است، یعنی سطح متوسط مشارکت اجتماعی. میانگین نیز ۲۰/۹ است. نکته قابل توجه در سنجش شاخص مزبور این بود که ۷۸ درصد از کل دختران پاسخگو با مؤلفه "فعالیت‌های روزانه من هیچ نتیجه ارزنده‌ای برای جامعه ندارد"، موافق و کاملاً موافق بوده اند.

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی و نسبی پاسخگویان بر حسب میزان مشارکت اجتماعی

مشارکت اجتماعی	فراوانی	درصد	درصد معتبر	درصد تجمعی
پایین	۴۱	۱۰/۲	۱۰/۲	۱۰/۲
متوسط	۲۸۲	۷۰/۵	۷۰/۵	۸۰/۸
بالا	۷۷	۱۹/۲	۱۹/۲	۱۰۰
مجموع	۴۰۰	۱۰۰	۱۰۰	
	انحراف معیار = ۰/۵۳۶	مد = ۲	میانه = ۲	میانگین = ۲/۰۹



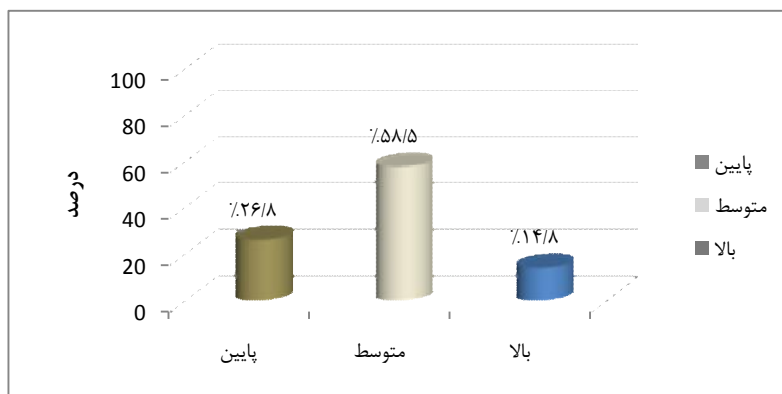
ز

مودار شماره ۳: توزیع درصدی پاسخگویان بر حسب میزان مشارکت اجتماعی

- شاخص انطباق اجتماعی: یافته‌های پژوهش گویای این است که شاخص انطباق اجتماعی در ۲۶/۸ درصد از کل پاسخگویان در سطح پایین، در ۵۸/۵ درصد در سطح متوسط و در ۱۴/۱۴۸ درصد در سطح بالا قرار دارد. میانه و مد توزیع ۲ است، یعنی سطح متوسط انطباق اجتماعی. میانگین نیز ۱/۸۸ است. نکته قابل توجه در سنجش شاخص مزبور این بود که ۳۸/۳ درصد از کل دختران پاسخگو با مؤلفه "دنیا برای من خیلی پیچیده است"، موافق و کاملاً موافق بوده اند.

جدول شماره ۴: توزیع فراوانی و نسبی پاسخگویان بر حسب میزان انطباق اجتماعی

انطباق اجتماعی	فراوانی	درصد	درصد معتبر	درصد تجمعی
پایین	۱۰۷	۲۶/۸	۲۶/۸	۲۶/۸
متوسط	۲۳۴	۵۸/۵	۵۸/۵	۸۵/۲
بالا	۵۹	۱۴/۸	۱۴/۸	۱۰۰
مجموع	۴۰۰	۱۰۰	۱۰۰	
	انحراف معیار = ۰/۶۳۳	مد = ۲	میانه = ۲	میانگین = ۱/۸۸



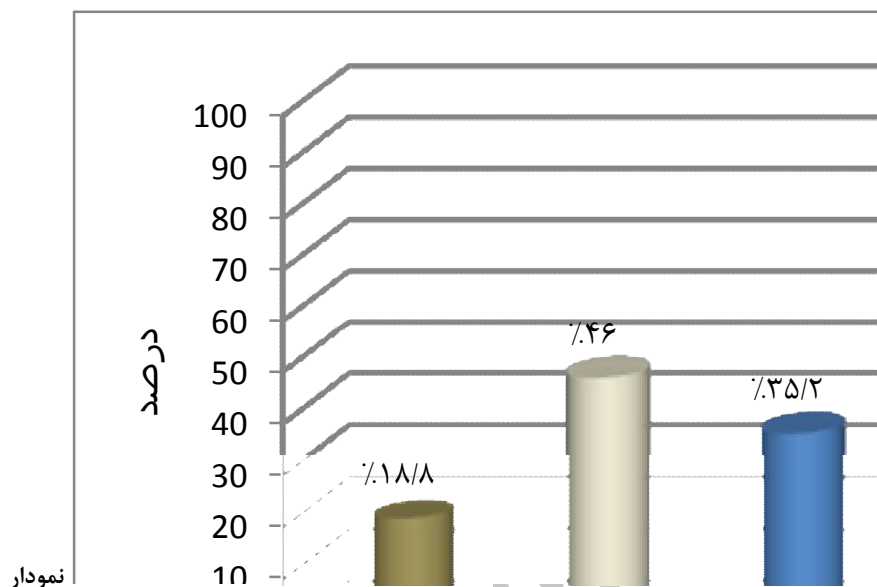
ز

مودار شماره ۴: توزیع درصدی پاسخگویان بر حسب میزان انطباق اجتماعی

- شاخص شکوفایی اجتماعی: یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که شکوفایی اجتماعی در ۱۸/۸ درصد از کل پاسخگویان در سطح پایین، در ۴۶ درصد در سطح متوسط و در ۳۵/۲ درصد در سطح بالا قرار دارد. میانه و مد توزیع ۲ است، یعنی سطح متوسط شکوفایی اجتماعی. میانگین نیز ۲/۱۶ است. نکته قابل توجه در سنجش شاخص مزبور این بود که ۶۰/۸ درصد از کل دختران پاسخگو با مؤلفه "به نظر من دنیا برای هر فرد دارد مکان بهتری می‌شود"، مخالف و کاملاً مخالف بوده‌اند.

جدول شماره ۵: توزیع فراوانی و نسبی پاسخگویان بر حسب میزان شکوفایی اجتماعی

شکوفایی اجتماعی	فراوانی	درصد	درصد معتبر	درصد تجمعی
پایین	۷۵	۱۸/۸	۱۸/۸	۱۸/۸
متوسط	۱۴۸	۴۶	۴۶	۶۴/۸
بالا	۱۴۱	۳۵/۲	۳۵/۲	۱۰۰
مجموع	۴۰۰	۱۰۰	۱۰۰	
انحراف معیار = ۰/۷۱۶	۲ = مد	۲ = میانه		۲/۱۶ = میانگین



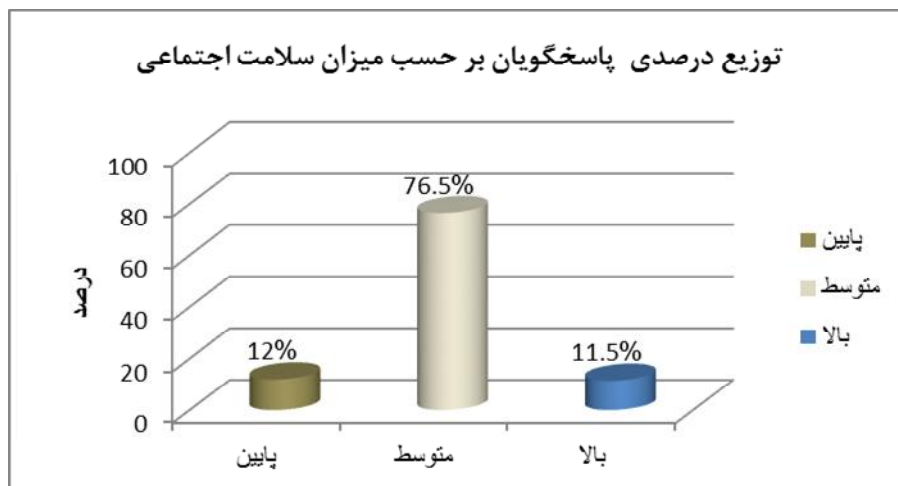
شماره ۵: توزیع درصدی پاسخگویان بر حسب میزان شکوفایی اجتماعی

- توصیف شاخص سلامت اجتماعی: براساس یافته‌های این پژوهش، شاخص سلامت اجتماعی در ۱۲ درصد از کل پاسخگویان در سطح پایین، در ۷۶/۵ درصد در سطح متوسط و در ۱۱/۵ درصد در سطح بالا قرار دارد. میانه و مد توزیع ۲ است، یعنی سطح متوسط سلامت اجتماعی. میانگین پاسخها نیز ۱/۹۹ است.

جدول شماره ۶: توزیع فراوانی و درصدی پاسخگویان بر حسب میزان سلامت اجتماعی

سلامت اجتماعی	فراوانی	درصد	درصد معتبر	درصد تجمعی
پایین	۴۸	۱۲	۱۲	۱۲
متوسط	۳۰۶	۷۶/۵	۷۶/۵	۸۸/۵
بالا	۴۶	۱۱/۵	۱۱/۵	۱۰۰
مجموع	۴۰۰	۱۰۰	۱۰۰	

۰/۴۸۵ = انحراف معیار ۲ = مد ۲ = میانه ۲/۹۹ = میانگین



آزمون فرضیه ها

۱. بین پایگاه اجتماعی اقتصادی دختران دانش آموز مقطع دبیرستان و میزان سلامت اجتماعی آنها رابطه وجود دارد.

برای دقت در نشان دادن رابطه از سه ضریب همبستگی (تا او بی کندال، دی سامرز، گاما) استفاده شده است که نتایج آن در جدول زیر آمده است.

جدول شماره ۷: میزان رابطه بین پایگاه اجتماعی اقتصادی و سلامت اجتماعی

آزمون‌ها	میزان	سطح معناداری	سطح سنجش
تا او بی کندال	۰/۳۰۹	۰/۰۰۰	ترتیبی
گاما	۰/۴۴۰	۰/۰۰۰	ترتیبی
دی سامرز	۰/۳۰۴	۰/۰۰۰	ترتیبی

جدول فوق نشان می‌دهد که نتایج هر سه آزمون به کار رفته برای بررسی فرضیه در سطح ۹۹ درصد معنادار است. مقدار ضرایب تا او بی کندال و دی سامرز نشان از همبستگی مستقیم

ولی نه زیاد قوی بین دو متغیر دارد، بدین معنی که هرچه پایگاه اجتماعی اقتصادی بیشتر می‌شود، میزان سلامت اجتماعی نیز بالاتر می‌رود. در نهایت می‌توان نتیجه گرفت که این فرضیه در سطح ۹۹ درصد، معنادار است و تأیید می‌شود.

۲. بین کیفیت زندگی دختران دانش آموز مقطع دبیرستان و میزان سلامت اجتماعی آنها رابطه وجود دارد.
برای دقت در نشان دادن میزان رابطه و معناداری آن از سه ضریب همبستگی (تا او بی کندال، دی سامرز، گاما) استفاده شده است که نتایج آن در جدول زیر آمده است.

جدول شماره ۸: میزان رابطه بین کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی

آزمون‌ها	میزان	سطح معناداری	سطح سنجش
تا او بی کندال	۰.۳۳۱	۰.۰۰۰	ترتیبی
گاما	۰.۵۷۳	۰.۰۰۰	ترتیبی
دی سامرز	۰.۳۲۳	۰.۰۰۰	ترتیبی

جدول فوق نشان می‌دهد که نتایج هر سه آزمون به کار رفته برای بررسی فرضیه در سطح ۹۹ درصد معنادار است. مقدار ضرایب تا او بی کندال و دی سامرز نشان از همبستگی مستقیم و نسبتاً ضعیفی بین دو متغیر دارد، بدین معنی که هرچه کیفیت زندگی بیشتر می‌شود، میزان سلامت اجتماعی نیز بالاتر می‌رود. در نهایت می‌توان نتیجه گرفت که این فرضیه در سطح ۹۹ درصد، معنادار است و تأیید می‌شود.

۳. بین تحصیلات مادر و سلامت اجتماعی دختران دانش آموز مقطع دبیرستان رابطه وجود دارد.
برای دقت در نشان دادن میزان رابطه و معناداری آن از سه ضریب همبستگی (تا او بی کندال، دی سامرز، گاما) استفاده شده است که نتایج آن در جدول زیر آمده است.

جدول شماره ۹: میزان رابطه بین تحصیلات مادر و سلامت اجتماعی

آزمون‌ها	میزان	سطح معناداری	سطح سنجش
تا او بی کندال	۰.۴۳۱	۰.۰۰۰	ترتیبی
گاما	۰.۴۷۳	۰.۰۰۰	ترتیبی
دی سامرز	۰.۳۷۲	۰.۰۰۰	ترتیبی

جدول فوق نشان می‌دهد که نتایج هر سه آزمون به کار رفته برای بررسی فرضیه در سطح ۹۹ درصد معنادار است. بدین معنی که هر چه میزان تحصیلات مادران بالاتر باشد، پاسخگویان نیز از سلامت روانی بالاتری برخوردارند. شاید یکی از مهم‌ترین دلایل این باشد که مادران دارای تحصیلات پایین اطلاعات و آگاهی کمتری درباره مسایل بهداشتی و سلامتی دارند و بنابراین نمی‌توانند نیازها و خواسته‌های فرزندان خود را تأمین کنند و همین امر باعث کاهش سطح سلامتی فرزندان آنان شده است. در نهایت می‌توان نتیجه گرفت که این فرضیه در سطح ۹۹ درصد، معنادار است و تأیید می‌شود.

۴- بین تحصیلات پدر و سلامت اجتماعی دختران دانش آموز مقطع دبیرستان رابطه وجود دارد.

برای دقت در نشان دادن میزان رابطه و معناداری آن از سه ضریب همبستگی (تا او بی کندال، دی سامرز، گاما) استفاده شده است که نتایج آن در جدول زیر آمده است.

جدول شماره ۱۰: میزان رابطه بین تحصیلات پدر و سلامت اجتماعی

آزمون‌ها	میزان	سطح معناداری	سطح سنجش
تا او بی کندال	۰.۳۶۱	۰.۰۰۰	ترتیبی
گاما	۰.۴۹۳	۰.۰۰۰	ترتیبی
دی سامرز	۰.۳۱۲	۰.۰۰۰	ترتیبی

جدول فوق نشان می‌دهد که نتایج هر سه آزمون به کار رفته برای بررسی فرضیه در سطح ۹۹ درصد معنادار است، یعنی پاسخگویانی که پدرشان دارای تحصیلات بالاتری است در مقایسه با آنهایی که تحصیلات اندکی دارند، از سلامت روانی بالاتری برخوردارند. در نهایت می‌توان نتیجه گرفت که این فرضیه در سطح ۹۹ درصد، معنادار است و تأیید می‌شود.

نتیجه گیری

نتایج تحقیق گویای پیوند منطقی بین مباحث نظری تحقیق و نتایج تجربی آن است. داده‌ها و نتایج تجربی حاصل از این پژوهش، نظریات "زاف"، "رز و وو"، "ماکس وبر"، "لنسکی" و "فرانس" در مورد سلامت اجتماعی را تأیید کرده‌اند.

کییز در نظریه خود، مفهوم سلامت اجتماعی و عملکرد فرد و سلامت او را ضمن در نظر گرفتن ابعاد اجتماعی و محیطی زندگی وی مفهوم‌سازی می‌کند و براساس تعریفی چند وجهی، یکی از جامع‌ترین نظریه‌های حوزه سلامت اجتماعی را مطرح است. او براساس مدلی پنج وجهی که شامل شکوفایی اجتماعی، انطباق اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی است، سلامت اجتماعی را تعریف می‌کند. در این پژوهش سلامت اجتماعی دانش آموزان دختر مقطع دبیرستان شهر شیراز براساس پنج شاخص فوق بررسی شد و نتایج تحقیق گویای این است که دانش آموزان دختر در همه این شاخص‌ها در سطحی متوسط قرار می‌گیرند، به گونه‌ای که در شاخص انسجام اجتماعی ۵۷/۲ درصد، در شاخص پذیرش اجتماعی ۶۱ درصد، در شاخص مشارکت اجتماعی ۷۰/۵ درصد، در شاخص انطباق اجتماعی ۸۵/۵ درصد و در شاخص شکوفایی اجتماعی ۴۶ درصد در سطحی متوسط هستند. در نهایت نتایج تحقیق نشان داد که ۷۶/۵ درصد از کل دانش آموزان به لحاظ سلامت اجتماعی در سطحی متوسط هستند.

وبر نخستین کسی است که در تحلیل قشربندی اجتماعی ملاکی چند بعدی را مطرح کرده و بر این باور است که نابرابری اجتماعی تنها مبتنی بر اقتصاد نیست و دلایل آن را می‌توان در دیگر پدیده‌های اجتماعی نیز جستجو کرد. او یک مقوله ساختاری دیگر، یعنی مفهوم گروه منزلتی را نیز در نظریه‌اش وارد کرده است. از نظر وی گروه منزلتی، گروهی است با حقوق معین، خواسته‌ها و فرصت‌هایی برای دستیابی آنها، اما این فرصت مربوط به موقعیت در بازار نیست، بلکه عامل آن برخورداری از ویژگی‌های معینی مثل مطلوبیت ذاتی و احترام است و

براساس همین ملاک ها ارزیابی می‌شود. این پژوهش با تکیه بر نظریه ماکس وبر و لنسکی که نظری کثرت‌گرا در مورد قدرت و نابرابری دارند و نابرابری اجتماعی و پایگاه اجتماعی اقتصادی و مؤلفه‌های آن را بر سلامت اجتماعی مورد بررسی قرار داده اند، نشان داد که پایگاه اجتماعی اقتصادی در سلامت اجتماعی دختران دانش آموز تأثیرگذار است، به گونه‌ای که هر چه میزان پایگاه اجتماعی اقتصادی دانش آموزان بالاتر باشد، سطح سلامت اجتماعی آنان نیز بیشتر خواهد شد.

رز و وو در نظریه خود به تأثیر میزان تحصیلات بر سلامت اجتماعی پرداخته اند و براساس سه شاخص شرایط اقتصادی و کاری، منابع روانی و اجتماعی و سبک های زندگی سالم و بهداشتی، تبیین می‌کنند که افراد تحصیل کرده در مقایسه با افراد کم‌سواد از سلامت اجتماعی و روانی بهتری برخوردارند، در این پژوهش، سنجش میزان تأثیر تحصیلات مادران و پدران بر سلامت اجتماعی دانش آموزان، تأیید کننده نظریه مزبور بود و نشان داد که هر چه میزان تحصیلات هر یک از والدین افزایش می یابد، سطح سلامت اجتماعی دانش آموزان بالاتر می رود، یعنی والدینی که تحصیلات بالاتری دارند می توانند نیازهای فرزندان خود را از نظر شاخص‌های سلامت اجتماعی تأمین کنند و همین امر سطح سلامت اجتماعی آنان را افزایش می‌دهد.

همچنین زاف در نظریه خود شاخص‌های کیفیت زندگی را مورد بررسی قرار می‌دهد و می‌گوید در ارزیابی کیفیت زندگی باید شرایط عینی زندگی و ارزیابی ذهنی افراد از این شرایط را هم زمان با رفاه واقعی در نظر گرفت. فرانس چهار شاخص وضعیت خانوادگی، وضعیت اجتماعی و اقتصادی، وضعیت جسمانی، وضعیت روحی و روانی را بر کیفیت زندگی مؤثر می‌داند. در این پژوهش به بررسی تأثیر شاخص‌های کیفیت زندگی بر سلامت اجتماعی پرداخته‌ایم و نتایج تجربی به دست آمده و مقایسه آن با نظریه‌های مطرح شده در مورد کیفیت زندگی، گویای این است که شاخص‌های کیفیت زندگی بر سطح سلامت اجتماعی دانش آموزان تأثیرگذارند، به گونه‌ای که هر چه سطح کیفیت زندگی دانش‌آموزان بهتر باشد، میزان سلامت اجتماعی آنان نیز بیشتر خواهد بود.

پیشنهادها

همان گونه که قبلاً مطرح شد، اهمیت آگاهی از سطح سلامت و بهداشت جسمی و روانی افراد

جامعه و شناخت عوامل مؤثر بر آن، ضرورت اجرای این تحقیق را فراهم آورد، چرا که آگاهی، علاوه بر ارزش ذاتی خویش، اصولاً گام نخست تغییر، برنامه‌ریزی و اقدام است. بنابراین با توجه به یافته‌های این تحقیق درباره سطح سلامت اجتماعی دختران دانش آموز مقطع دبیرستان های شهر شیراز، به طرح پیشنهادهایی در سطوح مختلف می‌پردازیم:

- فعالیت هم‌هنگ مددکاران اجتماعی و مشاوران مدارس، از دوره پیش‌دبستانی در جهت آموزش و ارتقای سطح شاخص‌های سلامت اجتماعی.
- مشاوره گروهی و فردی با دانش‌آموزانی که از نظر شاخص‌های سلامت اجتماعی در سطح پایینی هستند و هم‌زمان با آن کار با خانواده‌ها با هدف مداخله برای کاهش آسیب‌ها و آموزش دادن به اعضا برای تغییر شرایط.
- تشویق والدین به مطالعه، مشاوره و برنامه‌ریزی برای انتخاب و به‌کارگیری روش مناسب برخورد با فرزندان و آموزش دادن به آنها و تأکید بر اهمیت توجه به همه ابعاد سلامت در کنار سلامت جسمی.
- برگزاری نشست‌ها و گردهمایی‌های آموزشی و تخصصی با حضور مسئولان و کارشناسان با هدف آموزش و آگاه‌سازی جامعه از مؤلفه‌ها و شاخص‌های سلامت.
- تسهیل فرآیندهای مشارکتی همچون برنامه‌ریزی مشترک با مردم در امور اجتماعی، فرهنگی، بهداشتی، ورزشی و عمرانی.
- برگزاری کلاسهای آموزشی متناسب با نیاز مراجعین همچون کارگاه آموزشی پیش از ازدواج، آموزش مهارت‌های زندگی، تربیت فرزند و ...
- تلاش در راستای بهبود کیفیت زیست‌محیطی، اجتماعی، پوشش و جهت‌گیری و کیفیت خدمات بهداشتی درمانی.
- ارتقای روحیه مشارکت و همکاری و افزایش احساس شهروندی و احساس تعلق هر چه بیشتر در میان شهروندان از طریق جذب ساکنان در تشکلهای محلی و غیردولتی.
- برگزاری مراسم خاصی همچون مسابقات دوره‌ای در محله یا انتخاب افراد نمونه محله و معرفی آنان در مناسبت‌های خاص با هدف افزایش حس همبستگی و احساس تعلق به جامعه
- تلاش مستمر برای تغییر نگرش والدین در مورد فرزندان دختر از طریق بالا بردن آگاهی و شناخت آنها با هدف فراهم کردن فعالیت‌های بیشتر و پررنگ شدن نقش این قشر در محیط‌های خانوادگی و اجتماعی.

منابع

فارسی

- آقاملایی، ت. (۱۳۸۴). *اصول و کلیات خدمات بهداشتی*. تهران: انتشارات اندیشه رفیع.
- خیراله پور، ا. (۱۳۸۳). *بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روانی با تأکید بر سرمایه اجتماعی*. پایان نامه کارشناسی ارشد گروه جامعه شناسی دانشگاه شهید بهشتی.
- سجادی، ح. و صدرالسادات، س. ج. (۱۳۸۴). *شاخص‌های سلامت اجتماعی*. ماهنامه اطلاعات سیاسی-اقتصادی. سال نوزدهم. شماره هفتم و هشتم.
- فرخ وندی، ا. (۱۳۸۸). *بررسی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی جانبازان شهرستان دزفول*. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی.
- قاسمی، و. و کاظمی، م. (۱۳۸۷). *بررسی تأثیر شیوه‌های فرزندپروری در خانواده بر سرمایه اجتماعی*. فصلنامه توسعه انسانی. دور دوم. شماره چهارم.
- کنگرلو، م. (۱۳۸۷). *بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیرشاهد دانشگاه علامه طباطبایی*. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی.
- کوزر، ل. (۱۳۸۸). *زندگی و اندیشه بزرگان جامعه شناسی*. ترجمه محسن ثلاثی. تهران: انتشارات علمی.
- نجات، س. ن. و همکاران. (۱۳۸۵). *استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت*. ترجمه و روان سنجی: گونه ایرانی. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی. دوره ۴. شماره ۴

انگلیسی

- Hales, D. (2000). *An invitation to health*. Boston: Wadsworth; 36.
- Kendler, K.S., Myers, J., & Prescott, C.A. (2005). *Sex differences in the relationship between social support and*

risk for major depression: *A longitudinal study of opposite-sex twin pairs. The American journal of psychiatry; 162 (2): 250-257*

- Keyes, C. M. Shmotkin, D. Ryyf, D. D. (2004). **Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions.** *Journal of personality and social psychology.*
- Morrissey, KM, Werner-Wilson, R. J. (2005). **The relationship between out-of-school activities and positive youth development: An investigation of the influences of communities and family.** *Journal of adolescence; 40 (157).*
- Olerson, ANN, Nancy. (1996). *An exploration of the relationships among leisure lifestyle dispositions complexity and health.*

Archive of SID