

«مطالعات جامعه‌شناسی»

سال ششم، شماره بیست و دوم، بهار ۱۳۹۳

ص ۱۴۰-۱۲۳

بررسی میزان سلامت اجتماعی در میان معلمان دوره ابتدایی

شهرستان اردبیل و عوامل اجتماعی مرتبط با آن

محمد ذالی آرالو^۱

دکتر محسن علایی^۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۲/۲

تاریخ پذیرش نهایی مقاله: ۱۳۹۴/۲/۱۳

چکیده

هدف این پژوهش بررسی عوامل اجتماعی مرتبط با سلامت اجتماعی معلمان می‌باشد. این پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از لحاظ روش تحقیق، توصیفی و از نوع همبستگی می‌باشد. بنابراین از لحاظ روش گردآوری اطلاعات، روش تحقیق پیمایشی می‌باشد. جامعه آماری کلیه معلمان دوره ابتدایی شهرستان اردبیل (۱۹۵۷ نفر) می‌باشد و طبق فرمول کوکران برای جامعه نامحدود، حجم نمونه ۳۲۱ نفر برآورد گردید. گفتنی است، روش نمونه‌گیری از نوع تصادفی ساده بود. برای جمع‌آوری اطلاعات از دو نوع پرسش‌نامه استاندارد و محقق ساخته استفاده شد. پرسشنامه سلامت اجتماعی (کیپی) و عوامل اجتماعی مرتبط با سلامت اجتماعی (محقق ساخته) که مقدار ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۷۶ و ۰/۸۳۴ به دست آمده است که حاکی از پایایی سوال‌ها می‌باشد. برای خلاصه کردن داده‌ها از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین، انحراف استاندارد و...) استفاده شد و در بخش آمار استنباطی برای بررسی روابط بین متغیرها از ضریب همبستگی پیرسون، هم‌چنین از تحلیل واریانس و تی مستقل استفاده گردید. نتایج تحقیق نشان داد که بین سلامت اجتماعی معلمان تفاوت معناداری وجود دارد. بین متغیرهای بیگانگی اجتماعی، اعتماد اجتماعی، تعهد اجتماعی، مسئولیت‌پذیری و احساس امنیت محیط شهری با سلامت اجتماعی معلمان رابطه معناداری وجود دارد، ولی بین سن، تعداد فرزندان و میزان درآمد با سلامت اجتماعی معلمان رابطه معناداری وجود ندارد. هم‌چنین بین جنسیت و میزان سلامت اجتماعی معلمان تفاوت معناداری وجود ندارد. از طرفی بین سلامت اجتماعی معلمان برحسب تحصیلات تفاوت معناداری وجود دارد. **واژگان کلیدی:** سلامت اجتماعی، بیگانگی اجتماعی، اعتماد اجتماعی، تعهد اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، احساس امنیت محیط شهری و معلمان دوره ابتدایی شهرستان اردبیل.

E-mail: m_zali2010@yahoo.com

۱. کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه آزاداسلامی واحد تبریز- ایران.

۲. استادیار جامعه‌شناسی دانشگاه پیام نور اردبیل، گروه علوم اجتماعی؛ اردبیل- ایران (نویسنده مسئول).

E-mail: moalaei@gmail.com

مقدمه

سلامت، مفهومی است که قدمتی به اندازه طول عمر بشر دارد. از زمان پیدایش انسان و شکل‌گیری جوامع بشری مفاهیم بیماری و سلامت نیز با او بوده‌اند و در هر برهه از زمان تعریف خاصی از سلامت ارائه شده است. در واقع تندرستی چه به صورت جمعی و چه به صورت فردی یکی از مسائل مهم حیات انسان به شمار می‌آید. از دوران ماقبل تاریخ تاکنون بشر به منظور حصول سلامت و همچنین تبیین علت بیماری تلاش کرده است. مدت‌های دراز انسان به دنبال عوامل موثر بر سلامت می‌گشت و گه‌گاه نظریه‌های متعددی پیش کشیده می‌شد که در این میان اعتقادات ماورایی، که بیماری‌های انسانی را به خشم خدا و حلول روح شیطان نسبت می‌داد از دیگر عوامل پررنگ‌تر می‌نمود، به طوری که اپیدمی‌ها تا هزاران سال، مکافات تبهکاری بشر تلقی می‌شد. در پاره‌ای از موارد شدت این اپیدمی‌ها و قدرت آن‌ها در مبتلا کردن ناگهانی تعداد زیادی از مردم به حدی بود که حتی به تعویض حکومت‌ها می‌انجامید. در طول سال‌های گذشته در اکثر کشورهای مشرق زمین این تصور ریشه دوانیده بود که اپیدمی‌ها یک بلای آسمانی هستند که خداوند جهت ریشه‌کن کردن حکام مستبد و گروه مفسدین بر مردم نازل می‌دارد. به طور اخص می‌توان وبا را نام برد که از شایع‌ترین این اپیدمی‌ها بود، به طوری که برای مدت‌های طولانی گروهی از مردم بازگشت به معنویت و خوردن سوده یا قوت (که نمادی از معنویت تلقی می‌شود) را تنها راه درمان آن می‌دانستند (صائبی، ۱۳۶۸، به نقل از پور ماجد، ۱۳۹۰).

برخی کشورها در سال‌های اخیر تغییر پارادایم نسبت به تفکر پیرامون سلامت را پایه‌ریزی نموده‌اند. پارادایم قدیم بر بیماری تاکید می‌کرد، در حالی که پارادایم جدید بر سلامت، عملکرد و بهزیستی (آسایش) تاکید می‌کند. اختلاف نظر در مورد فضا و مفهوم سلامت رایج است، چرا که سلامت می‌تواند دارای ابعاد پزشکی، اجتماعی، اقتصادی و روانی و ابعاد بسیار دیگری باشد. سلامت ممکن است به عنوان فقدان بیماری، داشتن توانایی استقامت و کیفیت زندگی بالا تعریف شود (هزارجریبی و دیگری، ۱۳۹۱). مطالعات نشان داده است که در بین عوامل موثر بر ایجاد سلامت، سهم هر دسته از عوامل حدوداً به قرار زیر است:

سهم سیستم ارائه سلامت (بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها، داروها و ...) به میزان ۲۵ درصد، سهم عوامل ژنتیکی و بیولوژی ۱۵ درصد و سهم عوامل فیزیکی، زیست محیطی و عوامل رفتاری ۱۰ درصد. این در حالی است که سهم عوامل اجتماعی موثر بر سلامت ۵۰ درصد می‌باشد (مرندی، ۱۳۸۵: ۴۴). سازمان‌ها رکن اساسی اجتماع کنونی را تشکیل می‌دهند. آن‌ها ما را احاطه کرده‌اند و سازمان آموزش و پرورش که از طریق معلمان و دانش‌آموزان در کل خانواده‌ها و در نهایت در کل جامعه احاطه دارد. در صورتی که موانع و مشکلات در این سازمان نمایان شود، اثرات آن در تعلیم و تربیت دانش‌آموزان پدیدار می‌شود و در کل، سیستم جامعه در ابعاد مختلف تاثیر می‌گذارد (احدیپور، ۱۳۸۷).

تمام ا فشار جامعه با مشکلات و مسائل خاص خود رو به رو بوده و گاهی عوامل خطر سازی آن‌ها را تهدید می‌کند. معلمان نیز از این امر مستثنا نبوده و در عین فعالیت فرهنگی و آموزشی خود با عواملی دست و پنجه نرم می‌کنند که بی‌تردید می‌تواند برای سلامت آن‌ها مخاطره‌آمیز باشد. آن‌ها فشارهای روحی و جسمی متعددی را متحمل می‌شوند و بر اثر کار شدید و مشکلاتی که در روابط بین فردی در مدرسه با مدیر، دیگر همکاران و دانش‌آموزان پیدامی‌کنند، هم‌چنین، انرژی فراوانی که برای کنترل رفتارهای ناپه‌نجمار دانش‌آموزان صرف می‌کنند، دایماً در حال تنش به سر می‌برند (هزارجریبی و دیگری، ۱۳۹۱).

سالم بودن معلمان نه تنها به خودی خود ارزش‌مند است، بلکه معلمان در صورت احراز سلامتی می‌توانند سایر نیازهای خود را برطرف سازند و به اهداف‌شان نایل شوند. علاوه بر این، برخورداری از سلامت، احساس امنیت معلمان را تامین می‌کند و به آنان اطمینان می‌دهد که قادر به ایفای نقش‌های اجتماعی خود خواهند بود (همان).

مسلماً نتایج حاصل از این تحقیق و پژوهش‌های مشابه می‌تواند منجر به شناسایی میزان سلامت اجتماعی معلمان دوره ابتدایی شهرستان اردبیل و عوامل اجتماعی مرتبط با آن شود، تا بتوان میزان سلامت اجتماعی آن‌ها را ارتقا داد. چراکه روابط مناسب اجتماعی و سلامت اجتماعی بالا در هر دوره‌ای از پیشرفت و تکامل، یک امر ضروری است و در صورت کاهش یا فقدان سلامت اجتماعی و روابط صحیح و قابل اعتماد، آسیب‌های اجتماعی زیادی گریبان‌گیر معلمان می‌شود. هم‌چنین سلامت اجتماعی، خود باعث ایمنی معلمان در برابر مشکلات می‌شود و آن‌ها می‌توانند به راحتی با شرایط متغیر و رو به تکامل زندگی انطباق یابند و در جامعه نقش بسیار مهم خود را به خوبی ایفا کنند. بی‌شک برای رسیدن به این هدف و ارتقا سلامت اجتماعی معلمان، شناسایی عوامل اجتماعی مرتبط با آن اهمیت فراوان می‌یابد. پرسشی که در این‌جا مطرح است این است که، میزان سلامت اجتماعی معلمان دوره ابتدایی شهرستان اردبیل چقدر است؟ و چه عوامل اجتماعی با میزان سلامت اجتماعی آن‌ها ارتباط دارد؟ و کدام یک از این عوامل می‌تواند باعث کاهش یا ارتقای این بعد از سلامت در بین معلمان دوره ابتدایی شهرستان اردبیل شود؟

سلامت اجتماعی

عموماً دو رویکرد متفاوت در تعریف سلامت وجود دارد که عبارتند از:

۱. رویکرد بیماری محور

این رویکرد با حضور و عدم حضور بیماری در مقوله‌های مختلف جسمانی و روانی محدود شده است (شربتیان، ۱۳۹۱: ۱۵۵). از این منظر، سلامتی حالتی است که علایم بیماری در فرد وجود نداشته باشد و سلامت، هدف نهایی پزشکی می‌باشد. در این دیدگاه نقش عوامل تعیین‌کننده زیست‌محیطی، اجتماعی و روان‌شناختی نادیده گرفته می‌شود (سجادی و دیگری، ۱۳۸۴: ۲۴۷).

۲. رویکرد سلامت محور:

که در آن سلامتی را به عنوان حالت برخوردار از درجه بالایی از بهزیستی تعریف می‌کنند. طبق نظریه سلامتی، فردی سالم فرض می‌شود که درجات عالی، شاخص‌های سلامت را دارا باشد (بلانکو و دیاز، ۲۰۰۷: ۶۳). داوانی و همکاران، عقیده دارند که سلامت حقیقی، فرآیند نیرومند شدن و قادر بودن توأم با داشتن یک زندگی خوب را منعکس می‌کند. سلامت اجتماعی، ظرفیت کامل زندگی کردن به شیوه‌ای است که ما را قادر به درک ظرفیت‌های طبیعی خود می‌کند و به جای جدا کردن ما از سایر انسان‌هایی که دنیای ما را می‌سازند، نوعی وحدت بین ما و دیگران به وجود می‌آورد. سلامت اجتماعی، نقش محافظت کننده در مقابله با فشارهای روانی دارد که از فرد در مقابل وقایع فشارآور منفی زندگی اجتماعی حمایت می‌کند (صبوری، ۱۳۹۰: ۲۰-۱۹).

سلامت اجتماعی یا حداقل فقدان آن یک نگرانی مهم در نظریه‌های کلاسیک جامعه‌شناسی است. از نظر تجربی این موضوع ریشه در ادبیات جامعه‌شناسی مربوط به ناهنجاری بیگانگی اجتماعی دارد. 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 و کلی از سلامت اجتماعی است (کییز، ۱۹۹۸: ۱۲۲).

لارسون^۱ و کییز^۲ با توجه به رویکرد سلامت محور، یک چارچوب مفهومی و نظری برای سلامت اجتماعی ارائه داده‌اند. لارسون (۱۹۹۶) سلامت اجتماعی را ارزیابی فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر (نزدیکان و گروه‌های اجتماعی) که وی عضوی از آنهاست تعریف می‌کند و معتقد است که مقیاس سلامت اجتماعی، بخشی از سلامت فرد را می‌سنجد و شامل پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر و رفتار) است که نشانگر رضایت یا فقدان رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی‌اش می‌باشد (لارسون، ۱۹۹۶: ۱۸۳).

سلامت اجتماعی از دیدگاه کییز

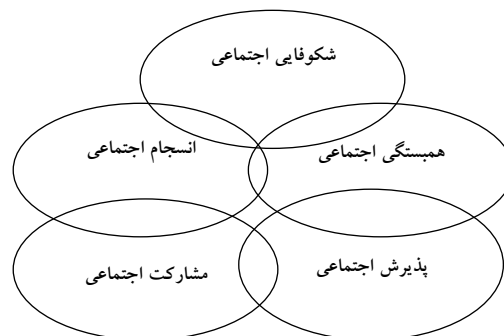
کار کییز از یک اصل جامعه‌شناختی و روان‌شناختی نشات می‌گیرد. طبق نظر کییز حلقه مفقوده در تاریخچه مطالعات مربوط به سلامت، پاسخ به این پرسش است که آیا ممکن است کیفیت زندگی و عملکرد شخصی افراد را بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد؟ وی در پاسخ به این پرسش می‌گوید: عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت جسمی و روانی است و تکالیف و چالش‌های اجتماعی را نیز دربر می‌گیرد. به نظر وی، سلامت اجتماعی عبارت است از: چگونگی ارزیابی فرد از عملکردش در برابر اجتماع. فرد سالم، از نظر اجتماعی، اجتماع را به صورت یک مجموعه معنادار، قابل فهم و بالقوه برای رشد و شکوفایی دانسته

¹ Larson

² keyes

و احساس می‌کند که به جامعه تعلق دارد، از طرف جامعه پذیرفته می‌شود و در پیشرفت آن سهیم است (سام آرام، ۱۳۸۸: ۱۶۱).

کییز ابعاد سلامت اجتماعی را با در نظر گرفتن الگوی سلامت مطرح می‌کند. در واقع مدل چند وجهی کییز از سلامت اجتماعی شامل پنج جنبه می‌شود که عبارتند از:



شکل شماره (۱): ابعاد سلامت اجتماعی (کییز، ۱۹۹۸)

انسجام اجتماعی

انسجام اجتماعی، ارزیابی فرد از روابطش در جامعه و گروه‌های اجتماعی است. فرد سالم، احساس می‌کند که بخشی از اجتماع است و خود را با دیگرانی که واقعیت اجتماعی را می‌سازند سهیم می‌داند. به نظر کییز از دیدگاه دورکیم سلامت و یگانگی اجتماعی، روابط افراد را با یکدیگر از طریق هنجارها منعکس می‌کند. انسجام اجتماعی، احساس بخشی از جامعه بودن، فکر کردن به این که فرد به جامعه تعلق دارد، احساس حمایت شدن از طریق جامعه و سهم داشتن در آن می‌باشد؛ بنابراین انسجام، آن درجه‌ای است که در آن مردم احساس می‌کنند که چیز مشترکی بین آن‌ها و کسانی که واقعیت اجتماعی آن‌ها را می‌سازند وجود دارد (سام آرام، ۱۳۸۸: ۱۸).

پذیرش اجتماعی

افرادی که دارای این بعد از سلامت هستند، اجتماع را به صورت مجموعه‌ای از افراد مختلف درک می‌کنند و به دیگران، به عنوان افراد با ظرفیت و مهربان، اعتماد و اطمینان دارند و باور دارند که مردم می‌توانند ساعی و موثر باشند. این افراد دیدگاه مطلوبی نسبت به ماهیت انسان دارند و با دیگران احساس راحتی می‌کنند. در پذیرش اجتماعی، فرد، اجتماع و مردم آن را با همه نقص‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی باور دارد و می‌پذیرد (عبدالله تبار و دیگری، ۱۳۸۷: ۱۷۵).

مشارکت اجتماعی

مشارکت اجتماعی، باوری است که طبق آن فرد خود را عضو مهمی از اجتماع می‌داند و تصور می‌کند چیزهای ارزش‌مندی برای عرضه به جامعه دارد. مشارکت اجتماعی یعنی، چه میزان فرد احساس می‌کند که آن چه انجام می‌دهد، در نظر اجتماع ارزشمند و در رفاه عمومی موثر است (عبدالله تبار و دیگری، ۱۳۸۷: ۱۷۶-۱۷۵).

انطباق اجتماعی

انطباق اجتماعی، درک کیفیت، سازماندهی و عملکرد دنیای اجتماعی فرد است. فرد سالم از نظر اجتماعی سعی دارد تا در مورد دنیای اطراف خود بیشتر بداند. افراد سالم، علاقه‌مند به طرح‌های اجتماعی بوده و احساس می‌کنند قادر به فهم وقایع اطرافشان هستند. خود را با تصور این که در حال زندگی در یک دنیای متکامل و عالی هستند، فریب‌نمی‌دهند و خواسته‌ها و آرزوهایشان را برای فهم و درک زندگی ارتقا می‌بخشند.

شکوفایی اجتماعی

شکوفایی اجتماعی عبارت است از ارزیابی توان بالقوه و مسیر تکاملی اجتماع، و باور به این که اجتماع در حال یک تکامل تدریجی است و توانمندی‌های بالقوه‌ای برای تحول مثبت دارد که از طریق نهادهای اجتماعی و شهروندان شناسایی می‌شود. افراد سالم، در مورد شرایط آینده جامعه امیدوار و قادر به شناسایی نیروهای جمعی هستند و معتقدند که خود و سایر افراد از این نیروها و تکامل اجتماع سود می‌برند. شکوفایی اجتماعی، یعنی باور به این که فرد سرنوشت خویش را در دست دارد و به مدد توان بالقوه‌اش مسیر تکاملی را کنترل می‌کند (عبدالله تبار و دیگری، ۱۳۸۷: ۱۷۷-۱۷۶).

از آن جایی که سلامت اجتماعی در میان افراد جامعه با عوامل اجتماعی متعددی در ارتباط است، از این رو با این بررسی می‌توان ریشه‌های ایجاد سلامت اجتماعی و هم‌چنین تداوم آن را پیدا کرد و بر آن اساس شرایط مناسبی را برای تربیت شهروندان یک جامعه با سلامت اجتماعی بالا مهیا کرد. پس از بررسی و توصیف مفهوم سلامت اجتماعی، به بررسی عوامل اجتماعی چهارگانه اعتماد اجتماعی، بیگانگی اجتماعی، تعهد اجتماعی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی به عنوان متغیرهای دیگر تحقیق می‌پردازیم.

بیگانگی اجتماعی

بیگانگی در تعریفی وسیع و عام به معنای احساس انفصال، جدایی و عدم پیوند ذهنی (شناختی) و عینی (کنشی) بین فرد و محیط پیرامون او (یعنی جامعه، انسان‌های دیگر، ساختارهای اجتماعی و خود) است (زکی،

۱۳۸۸: ۲۷). بیگانگی در جامعه امروز همه‌جانبه است و شامل رابطه انسان با کار، مواد مصرفی، کشور، همکار، دیگران و باخود شخص می‌شود. بیگانگی، یکی از عوامل تاثیرگذار بر فرآیندهای مشارکت اجتماعی و فرهنگی بوده که به مثابه مانعی در راه مشارکت فرهنگی، اجتماعی و سیاسی تلقی می‌شود. هر یک از جامعه‌شناسان صور خاصی از واقعیات اجتماعی را در بروز بیگانگی دخیل دانسته‌اند. بنابر تعریف مارکس، بیگانگی، حالت کسی است که بر اثر اوضاع و احوال گرداگردش، اوضاع مذهبی، اقتصادی، سیاسی، دیگر از خود اختیاری ندارد؛ تا جایی که با او چون شی رفتار می‌شود و او برده اشیا و خاصه برده پول می‌گردد و درحقیقت، بودن را فدای داشتن می‌کند. دورکیم، بیگانگی را مترادف با کلمه آنومی دانسته است که به نوعی حالت فکری اطلاق می‌شود که فرد در آن به واسطه اختلالات اجتماعی، سر درگمی در انتخاب هنجارها، تبعیت از قواعد رفتاری به احساس پوچی دچار است. اریک فروم (۱۹۹۵) در تعریف از خودبیگانگی می‌گوید: بیگانگی حالتی است که فرد از خود بیگانه، و خود را در مرکز عالم به حساب نمی‌آورد و خالق اعمال خود نیست، بلکه اعمال و نتایج حاکم بروی هستند، از آن اطاعت می‌کند و یا حتی آن را ستایش می‌کند. شخص مبتلا به پدیده بیگانگی نه باخود و نه با سایرین تماس ندارد (فروم، ۱۳۶۰: ۱۴۷).

جورج زیمل زندگی در مادرشهر (متروپولیس‌ها) را که، رقابت، تقسیم کار، یکنواخت شدن روابط، تخصص، فردگرایی، قبول روح عینی و طرد روح ذهنی را به فرد تحمیل می‌کند و او را به بیگانگی سوق می‌دهد. ردانی انسان مدرن به شمار می‌آید. از نظر زیمل تقسیم کار گرچه سرچشمه یک زندگی فرهنگی تمایز-یافته است اما در ضمن، فرد را به انقیاد و اسارت نیز می‌کشاند (کوزر، ۱۳۸۷: ۲۶۷-۲۶۵).

اعتماد اجتماعی

اعتماد اجتماعی، یکی از مولفه‌های مهم سرمایه اجتماعی می‌باشد. اعتماد، به عنوان شاخصی از سرمایه اجتماعی از عواملی است که زمینه‌ساز مشارکت و همکاری میان اعضای جامعه است. پوتنام سرمایه‌ی اجتماعی را به عنوان شبکه‌هایی از انجمن‌های ارادی و خودجوش معرفی می‌کند که به وسیله اعتماد، گسترش یافته‌اند. اعتماد، احساس روابط اجتماعی است و رابطه مستقیم با میزان روابط اجتماعی دارد (نیازی و دیگری، ۱۳۹۰: ۱۵۲-۱۵۱).

اهمیت اعتماد در روابط و پیوندهای اجتماعی به گونه‌ای است که می‌توان اعتماد را عنصر اساسی زندگی اجتماعی تلقی نمود که زمینه‌ی همکاری و تعامل را در ابعاد مختلف جامعه گسترش می‌دهد. در حالی که کاهش اعتماد اجتماعی در جامعه موجب می‌گردد، همواره نوعی ترس از برقراری ارتباط و احساس ناامنی بین اعضا به وجود آید که مانع از تداوم و تقویت رابطه و کاهش همکاری و تعاملات می‌گردد که در این صورت فردگرایی و منفعت‌طلبی که منشا بسیاری از انحرافات و نابسامانی‌های اجتماعی است، در جامعه رواج می‌یابد (نیک ورز، ۱۳۸۹: ۲).

نیکلاس لومان (۱۹۷۳) اعتماد را نوعی رابطه اجتماعی با قوانین خاص خودش می‌داند و به نظر او اعتماد مکانیسمی اجتناب‌ناپذیر و ضروری در کاهش معضلات اجتماعی موجود در روابط اعضا و عناصر سیستم‌های اجتماعی است. بدون وجود اعتماد، هیچ انسانی توانایی ایستادگی در مقابل معضلات اجتماعی را ندارد (قریشی، ۱۳۸۸: ۸۱).

تعهد اجتماعی

هر فردی عضو گروه و جامعه‌ای است که به خاطر این عضویت، هنجارها و ارزش‌هایی را می‌پذیرد و اصولی را رعایت می‌کند و در جامعه نقش‌هایی را می‌پذیرد. میزان احساس مسئولیت افراد نسبت به این نقش‌ها را می‌توان تعهد اجتماعی نامید. به عبارتی دیگر می‌توان تعهد اجتماعی را میزان پای‌بندی افراد به نقش‌های اجتماعی‌شان نامید. فرد متعهد، کسی است که به عهد و پیمان خود وفادار باشد و اهدافی را که به خاطر آن‌ها و برای حفظ پیمان بسته است صیانت کند (ایمان و دیگری، ۱۳۸۸: ۱۵۷).

گیلیلند و بیلو^۱ (۲۰۰۲) بر این باورند که تعهد به عنوان یک قصد و نیت برای تداوم و حفظ روابط ارزش‌مند اجتماعی بین افراد یک جامعه عمل می‌کند. بسیاری از محققان علوم اجتماعی و رفتاری، تعهد اجتماعی را به عنوان مجموعه‌ای از عقاید و افکار و باورها تلقی می‌کنند که افراد رفتار خود در روابط اجتماعی را براساس آن‌ها تشکیل می‌دهند و این‌که تا چه حد، ارزش‌ها و اهداف شخصی‌شان با دیگر اعضای جامعه سازگاری و همخوانی دارد. تری وهاگ (۱۹۶۹) بر این باورند افرادی که تعهد گروهی کمی دارند، نسبت به افرادی که عضویت گروه برایشان مهم‌تر است و تعهد بالایی دارند، کمتر احتمال دارد مطابق با هنجارهای گروهی رفتار کنند. تعهد اجتماعی، با تنظیم روابط هر سیستم به کاهش پیچیدگی روابط اجتماعی کمک می‌کند و رفتار دیگران را قابل پیش‌بینی می‌سازد. این امر خود به افزایش اعتماد اجتماعی و در نتیجه افزایش احساس امنیت اعضای جامعه و کاهش ناهماهنگی شناختی آنان کمک می‌کند. در نهایت این‌که، ثبات رفتاری اعضای جامعه را سبب می‌شود؛ بنابراین تعهد اجتماعی عاملی برای ارضای نیازهای اعضای جامعه، و در نتیجه همبستگی و انسجام اجتماعی است (تری وهاگ، ۱۹۶۹؛ به نقل از ایمان و دیگری، ۱۳۸۸: ۱۵۸).

مسئولیت‌پذیری اجتماعی

مسئولیت‌پذیری اجتماعی، شکلی از ارتباط با جامعه است که تا حدی به نحوه و چگونگی آگاهی فرد از دنیای پیرامونش مرتبط می‌شود. اگر افراد تصور درستی از جامعه، عناصر اجتماعی و چگونگی ارتباط آن‌ها با یکدیگر داشته باشند، تا حد زیادی در نحوه و چگونگی ارتباط آن‌ها موثر خواهد بود. مسئولیت

^۱ Gilliland & Bello

اجتماعی به طور طبیعی وجود ندارد، بلکه شامل عقاید، حساسیت‌ها و اختیاراتی که باید از طریق تلاش‌های هوشیارانه و برنامه‌های اجتماعی توسعه پیدا کند. توسعه مسئولیت اجتماعی اساساً مرتبط با توسعه آگاهی‌های اجتماعی، نگرانی برای سرنوشت دیگران و آمادگی برای انجام کنش است. فرد مسئول کسی است که عواقب رفتار خود را به‌عهده می‌گیرد، قابل اتکا و قابل اعتماد است و به گروه احساس تعهد دارد (ایمان و دیگری، ۱۳۸۹: ۱۲۰).

گفتنی است که عوامل دیگری نیز با سلامت اجتماعی ارتباط دارند که عبارتند از: امنیت محیط شهری و برخی متغیرهای زمینه‌ای (سن، جنسیت، تحصیلات، پایگاه اقتصادی و اجتماعی و غیره). شایان ذکر است که شرایط فیزیکی محله و محیط اجتماعی نیز دارای اهمیت بالقوه در ارتباط با سلامت اجتماعی است. ویژگی‌های فیزیکی محله برای افراد فرصت‌هایی را مهیا می‌کند تا با دیگران تعامل کنند و به طور غیررسمی رفتار دیگران را کنترل کنند. محله‌ها جاهایی هستند که افراد در آن‌ها عمل می‌کنند و طی آن نیازهای خود را تامین می‌نمایند. افراد در این محله‌ها مواد غذایی و دیگر مواد مصرفی (مواد غیر قانونی) را تامین می‌کنند. منابع موجود در محله به احتمال زیاد برای افراد فقیر از اهمیت زیادی برخوردار می‌باشند، به این دلیل که این افراد از توانایی تحرک کمتری برخوردارند و نمی‌توانند خارج از محله خود نیازهایشان را تامین کنند. بر همین اساس اگر محله‌ای از لحاظ شرایط فیزیکی و محیط اجتماعی از وضعیت مطلوبی برخوردار نباشد، این فقرا و افراد طبقات پایین جامعه خواهند بود که از این وضعیت متضرر می‌شوند، چرا که ثروت‌مندان از آن‌جا که از توان تحرک بیشتری برخوردار هستند می‌توانند نیازهای غذایی، بهداشتی و ... را بامسافرت به جاهای دیگر تامین کنند (کوهن^۱، ۲۰۰۳؛ به نقل از خیرالله‌پور، ۱۳۸۳: ۲۳).

تحقیق‌هایی که در رابطه با سلامت اجتماعی کار شده‌است، متنوع می‌باشد که هر کدام از منظرهای متفاوتی به موضوع سلامت اجتماعی می‌پردازد که به بعضی از آن‌ها که به این تحقیق نزدیک‌تر می‌باشد اشاره می‌شود.

عبدالله‌تبار و همکاران (۱۳۸۷) به بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی شهر تهران و ارتباط با آن با متغیرهای دموگرافیک اجتماعی پرداخته‌اند. در این مطالعه بین متغیر سلامت اجتماعی با متغیر وضعیت تاهل، مقطع تحصیلی، جنس، عضویت در انجمن‌ها و وضعیت اشتغال ارتباط معناداری وجود داشت ولی با متغیرهای رشته تحصیلی، تحصیلات والدین و سن دانشجویان ارتباط معناداری وجود نداشت. یافته‌ها نشان می‌دهد که میانگین نمرات سلامت اجتماعی دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد بالاتر از دانشجویان کارشناسی می‌باشد. هم‌چنین میانگین نمرات سلامت اجتماعی دانشجویان پسر بیش از دانشجویان دختر بود.

^۱. cohen

سام آرام (۱۳۸۸) در مقاله‌ای به بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تاکید برهیافت پلیس جامعه محور می‌پردازد، یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهند که رابطه مستقیمی بین افزایش ناامنی اجتماعی و کاهش میزان سلامت اجتماعی در جامعه وجود دارد همچنین شاخص سهم داشت اجتماعی یکی از ابعاد سلامت اجتماعی است که از مهم‌ترین عوامل تحقق هدف پلیس جامعه محور یعنی توان‌مندسازی اجتماع به منظور کمک به رفع و حل مشکلات جرم و بی‌نظمی در اجتماع است بنابراین امکان تحقق اهداف پلیس جامعه محور در جامعه‌ای با افراد دارای سلامت اجتماعی بالا به دلیل سهولت مشارکت اجتماعی و افزایش اعتماد اجتماعی بیشتر است.

گنگرلو (۱۳۸۷) به سنجش میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد مشغول به تحصیل در مقطع کارشناسی در دانشگاه علامه طباطبایی و مقایسه آن با میزان سلامت اجتماعی دانشجویان غیرشاهد می‌پردازد. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیرشاهد تفاوت معناداری وجود ندارد. در گروه دانشجویان شاهد، دانشجویانی که از سلامت اجتماعی بالایی برخوردار بودند، کمتر تمایل داشتند تا سهمیه‌دار بودن خود را پنهان نمایند و در مقابل دانشجویانی با سلامت اجتماعی پایین، از این که سایر افراد بدانند که آن‌ها با سهمیه شهدا وارد دانشگاه شده‌اند نگران بوده و تمایل به مخفی‌کاری داشتند. همچنین دانشجویان متاهل و به طور کلی دانشجویان شاهد زن از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردار بودند.

کیبز (۱۹۹۸) در تحقیق خود به بررسی رابطه بین سلامت اجتماعی و از خود بیگانگی و ناهنجاری اجتماعی پرداخته است. وی در مطالعه سلامت اجتماعی در ایالات متحده نتایج زیر را به دست آورد. بین سلامت اجتماعی با رفتارهای اجتماع‌پسند و مسئولیت‌پذیری زندگی اجتماعی رابطه‌های مثبت زیادی مشاهده شد. همچنین سطوح سلامت اجتماعی به خصوص انسجام اجتماعی و مشارکت اجتماعی در افرادی که با اطرافیان خود برای حل مسائل و مشکلات همکاری و همفکری می‌کردند در مقایسه با افرادی که با اطرافیان خود ارتباط نداشتند، میزان بالاتری داشت.

کیکوگنانی و همکاران (۲۰۰۸) در پژوهشی سعی کردند تا به ارزیابی ارتباط بین مشارکت اجتماعی و درک از اجتماع در میان دانشجویان ایتالیایی، آمریکایی و ایرانی و تاثیر این دو متغیر بر سلامت اجتماعی بپردازند. در این پژوهش جهت تهیه پرسش‌های سلامت اجتماعی از پرسش‌نامه کیبز (۱۹۹۸) استفاده گردید که شامل ۳۳ گویه می‌باشد. نتایج نشان می‌دهند، مشارکت اجتماعی، درک اجتماعی و سلامت اجتماعی در میان دانشجویان آمریکایی در سطح بالایی قرار دارد. و همچنین مشارکت اجتماعی تنها در میان دانشجویان ایتالیایی به طور مثبت، سلامت اجتماعی را پیش‌بینی می‌کند.

دقت و توجه به پیشینه تحقیقات انجام شده، نشان‌دهنده این موضوع است که این تحقیقات هر کدام از یک بعد به سلامت اجتماعی پرداخته، حال آن که سلامت اجتماعی موضوعی است که دارای ابعاد مختلفی

می‌باشد. در این تحقیق بعضی از عوامل اجتماعی که با سلامت اجتماعی رابطه دارند، بررسی شده است. حال اهداف کلی و جزئی تحقیق حاضر به شرح زیر می‌باشد:

- بررسی میزان سلامت اجتماعی در میان معلمان دوره ابتدایی شهرستان اردبیل و عوامل اجتماعی مرتبط با آن.

- تعیین رابطه بین بیگانگی اجتماعی و سلامت اجتماعی.

- تعیین رابطه بین اعتماد اجتماعی و سلامت اجتماعی.

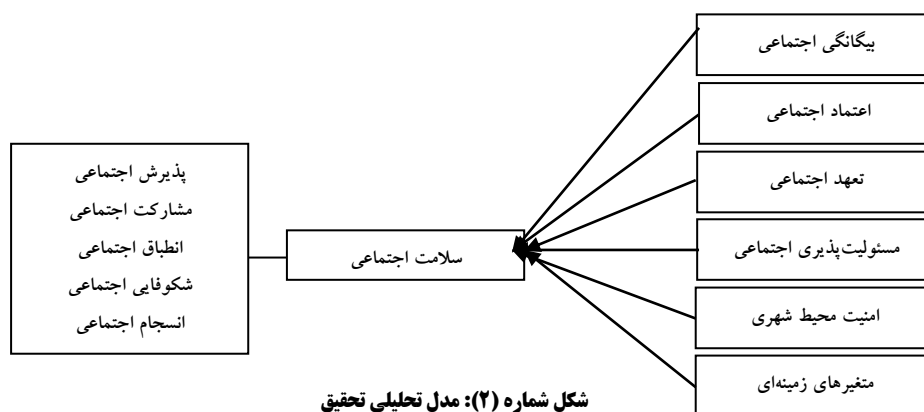
- تعیین رابطه بین تعهد اجتماعی و سلامت اجتماعی.

- تعیین رابطه بین مسئولیت‌پذیری و سلامت اجتماعی.

- تعیین رابطه بین متغیرهای زمینه‌ای و سلامت اجتماعی.

- تعیین رابطه بین امنیت محیط شهری و سلامت اجتماعی.

با عنایت به ادبیات و پیشینه تحقیق مدل مفهومی تحقیق حاضر به شکل زیر می‌باشد:



شکل شماره (۲): مدل تحلیلی تحقیق

ابزار و روش تحقیق

این پژوهش از نظر هدف تحقیق، کاربردی می‌باشد و از لحاظ روش تحقیق، توصیفی و از نوع همبستگی می‌باشد و هدف آن بررسی عوامل اجتماعی مرتبط با سلامت اجتماعی معلمان می‌باشد. بنابراین از لحاظ روش گردآوری اطلاعات، روش تحقیق پیمایشی می‌باشد. و از نظر جمع‌آوری اطلاعات کتابخانه‌ای است. جامعه آماری در این تحقیق، متشکل از تمامی معلمان دوره ابتدایی شهرستان اردبیل می‌باشد.

کلیه معلمان دوره ابتدایی شهرستان اردبیل ۱۹۵۷ نفر است، که از این تعداد ۱۰۶۵ نفر معلمان ابتدایی ناحیه یک و ۸۹۲ نفر معلمان ابتدایی ناحیه دو می‌باشد. ضمناً تعداد ۶۸۲ نفر زن، تعداد ۳۸۳ نفر مرد در ناحیه یک و تعداد ۵۹۷ نفر زن و ۲۹۵ نفر مرد در ناحیه دو مشغول به فعالیت هستند و طبق فرمول کوکران برای جامعه نامحدود، حجم نمونه ۳۲۱ نفر برآورد گردید. گفتنی است برای انتخاب نمونه آماری

از جامعه آماری مورد مطالعه از دو روش نمونه‌گیری طبقه‌بندی شده و نمونه‌گیری تصادفی ساده استفاده شده است.

روایی و پایایی پرسشنامه

در این تحقیق برای تعیین روایی ابزار جمع‌آوری اطلاعات، از روایی نمادی یا صوری استفاده گردید. بدین ترتیب که پرسشنامه اولیه تنظیم شده در اختیار اساتید و صاحب‌نظران دانشگاهی رشته علوم اجتماعی قرار گرفت تا در رابطه با این که پرسش‌های مطرح شده، آن چه را که مدنظر است، اندازه‌گیری می‌کند یا خیر، اظهار نظر نمایند. سپس نظرات اساتید و صاحب‌نظران در پرسشنامه لحاظ و تغییرات لازم در پرسش‌ها به وجود آمد. در این تحقیق از دو نوع پرسشنامه استاندارد و محقق ساخته استفاده شد و برای بررسی پایایی آن، پیش‌آزمون در بین ۳۰ نفر اجرا شد و نتیجه به این صورت است:

پرسشنامه سلامت اجتماعی (کییز) و عوامل اجتماعی مرتبط با سلامت اجتماعی (محقق ساخته) که مقدار ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۷۶ و ۰/۸۳۴ به دست آمده است که حاکی از پایایی پرسش‌ها می‌باشد.

نتایج و یافته‌ها

برای خلاصه کردن داده‌ها، از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین، انحراف استاندارد و...) استفاده شد. نتایج حاصل از آمارهای توصیفی نشان می‌دهد از کل پاسخگویان ۶۵/۵ درصد پاسخگویان را زنان و ۳۴/۵ درصد را مردان تشکیل داده‌اند. همچنین ۵۴/۵ درصد پاسخگویان از بین معلمان ابتدایی ناحیه یک اردبیل و ۴۵/۵ درصد از بین معلمان ابتدایی ناحیه دو اردبیل می‌باشند. ۶/۸ درصد پاسخگویان مجرد و ۹۳/۲ درصد نیز متاهل می‌باشند. بر اساس نتایج به دست آمده ۲۴/۷ درصد پاسخگویان دارای مدرک تحصیلی کاردانی، ۷۱/۲ درصد لیسانس و ۴/۱ درصد نیز فوق لیسانس می‌باشند. از لحاظ وضعیت سکونت ۲۴ درصد پاسخگویان در بالای شهر، ۴۹/۳ درصد در پایین شهر و ۲۶/۷ درصد نیز در مرکز شهر ساکن هستند. گفتنی است، میانگین سنی پاسخگویان ۴۰ سال، با کمترین سن ۱۹ و بیشترین سن ۷۳ سال می‌باشد. همچنین میانگین درآمد پاسخگویان نه صد و هشتاد هزار تومان، کمترین درآمد پانصد هزار تومان و بیشترین درآمد دو میلیون و پانصد هزار تومان است.

توصیف متغیرهای مستقل و وابسته تحقیق نشان می‌دهد که ۶۹ درصد پاسخگویان از میزان سلامت اجتماعی بالایی برخوردار هستند. از سوی دیگر ۳۰ درصد پاسخگویان از میزان سلامت اجتماعی پایینی برخوردارند، گفتنی است که برای سنجش سلامت اجتماعی معلمان، ۳۳ پرسش در قالب طیف لیکرت طراحی شد. به طوری که کمترین نمره ۳۳ و بیشترین نمره سلامت اجتماعی ۱۶۵ می‌باشد. در تحقیق حاضر نیز میانگین نمره سلامت اجتماعی معلمان ۹۸ به دست آمده است که با گرفتن درصد، ۵۹ درصد به دست می‌آید. لذا می‌توان گفت نمره سلامت اجتماعی معلمان ۵۹ درصد می‌باشد. حدود ۷۹ درصد پاسخگویان

از لحاظ میزان انسجام اجتماعی در سطح بالایی قرار داشته و در مقابل ۱۱ درصد پاسخگویان از لحاظ میزان انسجام اجتماعی در سطح پایین قرار دارند. میزان پذیرش اجتماعی در بین ۶۷/۵ درصد پاسخگویان بالا بوده و از سوی دیگر حدود ۱۹ درصد پاسخگویان از پذیرش اجتماعی پایینی برخوردار می‌باشند. ۲۸/۵ درصد پاسخگویان میزان مشارکت اجتماعی را در بین جامعه آماری، بالا ارزیابی کرده‌اند، از سوی دیگر ۶۲/۵ درصد پاسخگویان چنین اعتقادی ندارند. میزان انطباق اجتماعی در بین ۶۱ درصد پاسخگویان بالا بوده و این مساله در ۲۶/۲ درصد پاسخگویان پایین می‌باشد.

با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان گفت: میزان شکوفایی اجتماعی در بین ۵۷ درصد پاسخگویان در حد بالایی می‌باشد، از سوی دیگر ۳۰ درصد پاسخگویان میزان شکوفایی اجتماعی پایینی دارند. ۸۳ درصد پاسخگویان از اعتماد اجتماعی بالایی برخوردار هستند، این در حالی است که فقط ۸ درصد پاسخگویان میزان اعتماد اجتماعی را پایین ارزیابی نموده‌اند. ۹۵ درصد پاسخگویان معتقدند از مسئولیت‌پذیری اجتماعی بالایی برخوردار بوده و در مقابل کمتر از ۲ درصد پاسخگویان با این نظر مخالفت کرده‌اند. میزان تعهد اجتماعی ۹۱ درصد پاسخگویان در حد بالایی می‌باشد. نتایج، حاکی از این است که ۵۹/۵ درصد پاسخگویان، نسبت به امنیت محیط شهری نگرش مثبتی دارند و از سوی دیگر حدود ۳۰ درصد پاسخگویان، نسبت به امنیت محیط شهری نگرش منفی دارند و ۱۰ درصد نیز در این خصوص نظر بینابین دارند. هم‌چنین میزان بیگانگی اجتماعی در بین ۱۴ درصد در حد بالا بوده و در مقابل در بین ۷۳ درصد پاسخگویان بیگانگی اجتماعی مشاهده نمی‌شود.

یافته‌های استنباطی

در بخش آمار استنباطی برای بررسی روابط بین متغیرها از ضریب همبستگی پیرسون، هم‌چنین از تحلیل واریانس و تی مستقل استفاده گردید. در ادامه با بررسی فرضیه‌ها و ارائه آمار استنباطی به زوایای پنهان موضوع می‌پردازیم.

فرضیه ۱: به نظر می‌رسد بین میزان سلامت اجتماعی معلمان دوره ابتدایی شهرستان اردبیل تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول شماره (۱): آزمون تی تک نمونه‌ای سلامت اجتماعی معلمان

متغیر	میانگین	T	درجه آزادی	سطح معناداری
سلامت اجتماعی	۷۳/۷۰۷۱۷	۱۲۶/۳۶۸	۳۲۰	۰/۰۰۰

با استناد به جدول شماره (۱) می‌توان گفت، سطح معناداری حاصله (۰/۰۰۰) کوچک‌تر از سطح استاندارد (۰/۰۵) است. بنابراین بین سلامت اجتماعی معلمان تفاوت معناداری وجود دارد، در نتیجه این فرضیه تایید می‌شود.

به منظور آزمون فرضیه‌های تحقیق زیر از آماره همبستگی پیرسون استفاده شده است و خلاصه نتایج آزمون فرضیه‌های تحقیق در جدول شماره (۲) درج شده است.

فرضیه ۲: بین بیگانگی اجتماعی و سلامت اجتماعی معلمان دوره ابتدایی شهرستان اردبیل رابطه وجود دارد.
فرضیه ۳: بین اعتماد اجتماعی و سلامت اجتماعی معلمان دوره ابتدایی شهرستان اردبیل رابطه وجود دارد.
فرضیه ۴: بین تعهد اجتماعی و سلامت اجتماعی معلمان دوره ابتدایی شهرستان اردبیل رابطه وجود دارد.
فرضیه ۵: بین مسئولیت‌پذیری و سلامت اجتماعی معلمان دوره ابتدایی شهرستان اردبیل رابطه وجود دارد.
فرضیه ۶: بین احساس امنیت محیط شهری و سلامت اجتماعی معلمان دوره ابتدایی شهرستان اردبیل رابطه وجود دارد.

فرضیه ۷: بین متغیرهای زمینه‌ای (سن، میزان درآمد و تعداد فرزندان) با میزان سلامت اجتماعی معلمان دوره ابتدایی شهرستان اردبیل رابطه معناداری وجود دارد.

جدول شماره (۲): آزمون ضریب همبستگی پیرسون

بیان فرضیه	ضریب همبستگی پیرسون		تعداد	نتیجه‌گیری
	معناداری ضریب همبستگی	ضریب همبستگی		
بیگانگی اجتماعی و سلامت اجتماعی معلمان	۰/۲۴۹**	۰/۰۰۰	۳۲۱	رد فرضیه صفر و قبول فرضیه تحقیق
اعتماد اجتماعی و سلامت اجتماعی معلمان	۰/۲۸۱**	۰/۰۰۰	۳۲۱	رد فرضیه صفر و قبول فرضیه تحقیق
تعهد اجتماعی و سلامت اجتماعی معلمان	۰/۱۹۳**	۰/۰۰۰	۳۲۱	رد فرضیه صفر و قبول فرضیه تحقیق
مسئولیت‌پذیری و سلامت اجتماعی معلمان	۰/۲۰۲**	۰/۰۰۰	۳۲۱	رد فرضیه صفر و قبول فرضیه تحقیق
احساس امنیت محیط شهری و سلامت اجتماعی معلمان	۰/۲۱۵**	۰/۰۰۰	۳۲۱	رد فرضیه صفر و قبول فرضیه تحقیق
سن با میزان سلامت اجتماعی معلمان	-۰/۰۹۰	۰/۱۱۷	۳۲۱	رد فرضیه تحقیق
درآمد با میزان سلامت اجتماعی معلمان	۰/۰۱۳	۰/۸۴۰	۳۲۱	رد فرضیه تحقیق
تعداد فرزندان با میزان سلامت اجتماعی معلمان	-۰/۰۹۹	۰/۱۰۸	۳۲۱	رد فرضیه تحقیق

بر اساس نتایج تحلیل آماری، بین متغیرهای بیگانگی اجتماعی، اعتماد اجتماعی، تعهد اجتماعی، مسئولیت‌پذیری و احساس امنیت محیط شهری با سلامت اجتماعی معلمان رابطه معناداری وجود دارد، ولی بین سن، تعداد فرزندان و میزان درآمد، با سلامت اجتماعی معلمان رابطه معناداری وجود ندارد.
فرضیه ۸: بین جنسیت و میزان سلامت اجتماعی معلمان دوره ابتدایی شهرستان اردبیل تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول شماره (۳): آزمون لون برای بررسی پیش فرض تساوی واریانس‌های گروه‌ها

متغیر وابسته	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	معناداری (P)
میزان سلامت اجتماعی	۹/۲۵۹	۱	۳۲۱	۰/۰۰۳

برای بررسی تفاوت بین دو گروه مورد بررسی، از تی‌تست مستقل استفاده شده است، که پیش فرض تساوی واریانس‌ها برای این تحلیل با استفاده از آزمون لون بررسی شد، که نتایج در جدول شماره (۳)

آمده است. بر اساس نتایج این جدول پیش فرض عدم تساوی واریانس‌های نمره‌های دو گروه تایید می‌شود ($P > 0.003$). با رعایت این پیش فرض، تحلیل تی مستقل انجام شد. نتایج در جدول شماره (۴) آمده است.

جدول شماره (۴): آزمون تی مستقل

منحرف وایسته	جنسیت	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	T	معناداری
میزان سلامت اجتماعی	زن	۷۲/۵۱	۱۱/۷۶۷۲۷	۳۱۹	-۱/۵۲۸	۰/۱۲۸
	مرد	۷۴/۴۳	۹/۵۲۳۶۲			

همان گونه که مشاهده می‌شود، برای بررسی میزان سلامت اجتماعی بر حسب جنسیت، از آزمون تی مستقل استفاده شده است. که بر اساس جدول شماره (۴) میزان t برابر با $-1/528$ بوده و مقدار sig برابر $0/128$ است و چون این مقدار از $(0/05)$ بیشتر است، لذا فرض صفر تایید شده و فرض تحقیق مورد پذیرش قرار نمی‌گیرد. بین جنسیت و میزان سلامت اجتماعی معلمان، تفاوت معناداری وجود ندارد. فرضیه فرعی ۹: بین تحصیلات و میزان سلامت اجتماعی معلمان، تفاوت معنی داری وجود دارد.

جدول شماره (۵): تحلیل واریانس یک طرفه مقایسه میزان سلامت اجتماعی معلمان بر اساس تحصیلات پاسخگویان

مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
۹۵۵/۳۴۹	۲	۴۷۷/۶۷۵	۴/۷۲۱	۰/۰۱۰
۲۹۲۳۸/۵۲۷	۲۸۹	۱۰۱/۱۷۱		
۳۰۱۹۳/۸۷۷	۲۹۱			

همان گونه در جدول شماره (۵) مشهود است، سطح معناداری حاصله $(0/010)$ کمتر از سطح استاندارد $(0/05)$ است، بنابراین بین سلامت اجتماعی معلمان بر حسب تحصیلات، تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین آزمون تعقیبی شفه، برای شناخت تفاوت‌ها استفاده می‌شود. همان گونه که در جدول شماره (۶) مشاهده می‌شود، بین سلامت اجتماعی دارندگان تحصیلات فوق دیپلم و لیسانس و همچنین لیسانس و فوق لیسانس، تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود، ولی بین دو گروه تحصیلی فوق دیپلم و فوق لیسانس از نظر سلامت اجتماعی تفاوت معناداری مشاهده می‌شود، به طوری که میزان سلامت اجتماعی دارندگان مدرک تحصیلی فوق لیسانس بیش از افراد فوق دیپلم است.

جدول شماره (۶): آزمون تعقیبی شفه

سطح معناداری	انحراف معیار	تفاوت میانگین (I-J)	گروه (J)	گروه (I)
۰/۰۸۸	۱/۳۷۵۳۴	-۳/۰۴۳۲۷	لیسانس	فوق دیپلم
۰/۰۲۵	۳/۱۳۶۲۶	-۸/۵۸۳۳۳	فوق لیسانس	فوق لیسانس
۰/۰۸۸	۱/۳۷۵۳۴	۳/۰۴۳۲۷	فوق دیپلم	لیسانس
۰/۱۸۱	۲/۹۸۶۱۹	-۵/۵۴۰۰۶	فوق لیسانس	فوق لیسانس

فوق‌لیسانس	فوق‌دیپلم	۸/۵۸۳۳۳	۳/۱۳۶۲۶	۰/۰۲۵
	لیسانس	۵/۵۴۰۰۶	۲/۹۸۶۱۹	۰/۱۸۱

نتیجه‌گیری

در این تحقیق، سعی شده است با استفاده از دیدگاه سلامت اجتماعی کیز و ابعاد پنج‌گانه وی (پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی و انسجام اجتماعی) به سنجش و بررسی عوامل اجتماعی مرتبط با سلامت اجتماعی در بین معلمان پرداخته شود.

لازم به ذکر می‌باشد، که تاکید بر عوامل اجتماعی سلامت، به جای اکتفا به عوامل زیست محیطی آن، با کشف تاثیر سلامت اجتماعی بر سلامت کل، دیگر نمی‌توان در مورد سلامت، حتی سلامت جسمی، مستقل از رفاه اجتماعی، پژوهش و سیاست‌گذاری کرد. آثار وفاق اجتماعی که خود محصول عدالت اجتماعی و مشارکت اجتماعی است، فقط به ارتقای سلامت روانی جامعه و بهبود کیفیت زندگی اجتماعی محدود نمی‌شود؛ حتی برای بهبود امید به زندگی هم، چاره‌ای جز توسل به مولفه‌هایی نظیر مشارکت همکاری بین‌بخشی نمانده‌است. بنابراین با بهبود تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری مبتنی بر یافته‌های پژوهش‌های اجتماعی در نظام توسعه اجتماعی و ارتقا سلامت می‌توان به این مهم دست یافت. بنابراین چه گذشت، معلمان رکن اصلی آموزش و پرورش هستند و بار اصلی آموزش و پرورش دانش‌آموزان را بر دوش می‌کشند و آن‌ها را برای زندگی آماده می‌کنند. معلمان برای آن‌ها که بتوانند نقش خود را به درستی ایفا کنند، باید از سلامت اجتماعی کافی به منظور برقراری تعاملات مفید و رویارویی با مسائل، مشکلات، کشمکش‌ها، نامالیقات و ... برخوردار باشند.

نتایج این پژوهش نشان داد، بین زن و مرد از نظر میزان برخورداری از سلامت اجتماعی تفاوت معناداری به دست نیامد؛ این یافته با نتایج مطالعات خارجی مانند کوهن و سایم (۱۹۸۵)، گاردیو و آزیپازو (۲۰۰۲) هم‌خوانی ندارد. همچنین، با یافته‌های پژوهش‌های داخلی مانند آزیپازو (۱۳۸۵)، مینی‌بر تفاوت معنادار میزان سلامت اجتماعی برحسب جنسیت و همچنین عبدالله‌تبار و دیگران (۱۳۸۶) بین دانشجویان دختر و پسر و جمعه‌نیا (۱۳۸۷) در بین دانش‌آموزان دختر و پسر، همسو نیست. دلایل این ناهمخوانی عبارت‌اند از این‌که تحقیقات مشابه، عمدتاً در بین افراد شاغل و غیرشاغل (مردان و زنان) انجام شده است؛ درحالی که در تحقیق حاضر، هر دو جنس شاغل، (معلم) هستند. همچنین در پژوهش حاضر، به دلیل اشتغال هر دو جنس، نابرابری اجتماعی محسوسی بین آن‌ها وجود ندارد و زنان فرصت مناسبی برای تعاملات و افزایش شبکه‌های اجتماعی دارند و از استقلال مالی برخوردار هستند.

از طرفی نتایج این تحقیق با نتایج تحقیق کیز (۱۹۹۸) هم‌خوانی دارد، وی در تحقیق خود به بررسی رابطه بین سلامت اجتماعی از خود بیگانگی و ناهنجاری اجتماعی پرداخته است. وی در مطالعه سلامت اجتماعی در ایالات متحده نتایج زیر را به دست آورد:

بین سلامت اجتماعی با رفتارهای اجتماع‌پسند و مسئولیت‌پذیری زندگی اجتماعی، رابطه‌های مثبت زیادی مشاهده شد. همچنین، سطوح سلامت اجتماعی به خصوص انسجام اجتماعی و مشارکت اجتماعی در افرادی که با اطرافیان خود برای حل مسائل و مشکلات، همکاری و هم‌فکری می‌کردند، در مقایسه با افرادی که با اطرافیان خود ارتباط نداشتند، میزان بالاتری داشت.

پیشنهاد‌های کاربردی

- در گزینش و جذب معلمان علاوه بر سلامت روانی، سلامت اجتماعی آنان نیز مدنظر قرار گیرد، تا نسل آینده را معلمانی تربیت کنند که از سلامت اجتماعی مناسبی برخوردارند.

- نظام آموزش و پرورش یکی از ارکان توسعه اجتماعی در جامعه به شمار می‌رود و یکی از اهداف بسیار مهم نظام آموزشی، توسعه مهارت‌های اجتماعی است. این مهارت‌ها بر سلامت اجتماعی افراد تأثیر بسزایی می‌گذارد؛ بنابراین به منظور ارتقای سلامت اجتماعی معلمان، کارگاه‌های آموزشی مهارت‌های اجتماعی و زندگی در دوره تربیت معلم و ضمن خدمت، برای آنان برگزار شود.

- ارائه خدمات مشاوره‌ای به معلمانی که دارای سلامت اجتماعی پایین می‌باشد. با توجه به این‌که میزان سلامت اجتماعی معلمان متفاوت می‌باشد، نیاز است، متناسب با میزان سلامت اجتماعی، مددکاران اجتماعی به ارائه خدمات مشاوره‌ای بپردازند. ضمناً می‌توان از طریق روش مددکاری فردی و گروهی به ارائه خدمات مشاوره‌ای به افراد اقدام نمود. افرادی که در سطح سلامت اجتماعی پایین‌تری قرار دارند، نیاز به تعداد جلسات بیشتری دارند.

پیشنهاد‌های پژوهشی

همان‌طور که اشاره شد سلامت اجتماعی دارای ابعاد مختلفی می‌باشد. در این میان برخی عواملی که مهم به نظر می‌رسد و با سلامت اجتماعی معلمان رابطه نزدیکی دارد، برای بررسی پیشنهاد می‌شود:

- بررسی تأثیر عوامل سازمانی بر سلامت اجتماعی معلمان.

- بررسی نقش عوامل فردی مدیران (شخصیت، نگرش، یادگیری و ادراک) بر سلامت اجتماعی.

- بررسی ارتباط بین سلامت اجتماعی معلمان با رفتارهای شهروندی و مسئولیت‌سازمانی.

- بررسی رابطه بین سبک‌های رهبری با سلامت اجتماعی معلمان.

منابع

- احدیپور، ا. (۱۳۸۷). *میزان رضایت معلمان از کادر اداری در مناطق و نواحی استان اردبیل*.
- ایمان، م؛ و دیگری. (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین رضایت اجتماعی و هویت ملی با تعهد اجتماعی جوانان شهر شیراز. *جامعه‌شناسی کاربردی*. شماره ۳۴، صص ۱۷۴-۱۵۵.
- ایمان، م؛ و دیگری. (۱۳۸۹). بررسی و تبیین رابطه بین مسئولیت اجتماعی و سرمایه اجتماعی در بین جوانان شهر شیراز. *جامعه‌شناسی کاربردی*. شماره ۳۷، صص ۴۲-۱۹.

- پورماجد، م. (۱۳۹۰). **بررسی مکانیسم اثر تدین بر سلامت**، (مطالعه موردی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی تبریز). پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد، رشته جامعه‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز.
- خبرالله‌پور، ا. (۱۳۸۳). **بررسی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت روانی با تاکید بر سرمایه اجتماعی**، (مطالعه موردی دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی). پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد.
- زکی، م. (۱۳۸۸). **بیگانگی اجتماعی جوانان**، (مورد مطالعه دانشجویان دختر و پسر دانشگاه اصفهان). **پژوهش جوانان، فرهنگ و جامعه**. شماره ۳، صص ۵۱-۲۵.
- سام آرام، ع. (۱۳۸۸). **بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تاکید بر رهیافت پلیس محور. فصلنامه علمی - پژوهشی انتظامی اجتماعی**. شماره اول، صص ۲۹-۹.
- سجادی، ح؛ و دیگری. (۱۳۸۴). **شاخص‌های سلامت اجتماعی. مجله سیاسی - اقتصادی**. دوره ۱۹، شماره ۳۰۴.
- شربتیان، م. (۱۳۹۱). **تاملی بر پیوند معنایی مولفه‌های سرمایه اجتماعی و میزان بهره‌مندی از سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه پیام نور مشهد. فصلنامه جامعه‌شناسی مطالعات جوانان**. شماره ۵.
- صبوری، س. (۱۳۹۰). **بررسی میزان سلامت اجتماعی در بین کارمندان آموزش و پرورش شهر تهران**. پایان‌نامه کارشناسی علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور تهران.
- عبدالله‌تبار، ه؛ و دیگری. (۱۳۸۷). **بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی**. شماره ۳۱ و ۳۰، صص ۱۸۹-۱۷۱.
- فروم، ا. (۱۳۶۰). **جامعه سالم**. ترجمه: ا. تبریزی. تهران: انتشارات کتابخانه بهجت.
- قربشی، ف. (۱۳۸۸). **بررسی نقش عوامل فرهنگی، اجتماعی مرتبط بر شکل‌گیری اعتماد اجتماعی شهروندان تبریز. جامعه‌شناسی کاربردی**. شماره ۳۶، صص ۱۰۲-۷۵.
- کوزر، ل. (۱۳۸۷). **زندگی و اندیشه بزرگان جامعه‌شناسی**. ترجمه: م. ثلاثی. تهران: انتشارات علمی.
- مروندی، س. (۱۳۸۵). **عوامل اجتماعی سلامت در کتاب جامع بهداشت عمومی**. تهران: وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، معاونت تحقیقات و فن‌آوری، کمیته رایانه طب و بهداشت. چاپ دوم.
- نیازی، م؛ و دیگری. (۱۳۹۰). **بررسی رابطه بین اعتماد اجتماعی و احساس امنیت اجتماعی در بین زنان مناطق شمال و مناطق جنوب شهر تهران. فصلنامه مطالعات شهری دانشگاه آزاد دهقان**. سال اول، شماره اول، صص ۱۷۸-۱۴۷.
- نیک‌ورز، ط. (۱۳۸۹). **بررسی رابطه سرمایه اجتماعی با میزان سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان**. پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد، رشته جامعه‌شناسی، دانشگاه شهید باهنر کرمان.
- هزارجریبی، ج؛ و دیگری. (۱۳۹۱). **تحلیل رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی اجتماعی. فصلنامه علوم اجتماعی**. شماره ۵۹.
- Blanco, A. & diaz, D. (2007). social order and mental health: a social well-bing approach, autonomy university of Madrid. **psychology in spain**. v. 11(5).
- Keyes, Corey Lee, M. (1998). social well-being. **social Psychology**. Quarterly vol. 61, N. 2, pp121-190
- Larson, J. (1996). the measurement of social well-being. **social Indicators Research**. 28, pp 285-296.