

عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی معلمان

شهر مراغه

منصور فتحی*، رضا عجم‌نژاد**، مریم خاک‌رنگین***

مقدمه: در این پژوهش مهم‌ترین عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی معلمان شهر مراغه، شناسایی و تجزیه و تحلیل شده است. سپس بر آن مبنای راهکارها و پیشنهادهای کاربردی، برای برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های کلان، به منظور ارتقاء سلامت اجتماعی آنان ارائه شده است. روش: روش پژوهش حاضر، پیمایش و جامعه آماری آن، تمام معلمان مقاطع مختلف تحصیلی شهر مراغه است. روش نمونه‌گیری از نوع تصادفی طبقه‌ای است. برای گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه استاندارد اندازه‌گیری سلامت اجتماعی کیز و خودساخته استفاده شده است. اطلاعات به دست آمده با استفاده از آزمون‌های تحلیل پراکنش یک طرفه (ANOVA) و T و ضریب هم‌بستگی پیرسن تجزیه و تحلیل شده است.

یافته‌ها: ارتباط متغیرهای مستقل جنسیت، سن، طبقه اجتماعی و رضایت از شغل با متغیر وابسته سلامت اجتماعی در میان معلمان شهر مراغه بررسی شد. براساس یافته‌ها، بین متغیرهای رضایت از شغل و سن و طبقه اجتماعی با سلامت اجتماعی افراد مطالعه شده رابطه معناداری با ضریب اطمینان ۹۹ درصد اطمینان به دست آمد، درحالی‌که بین دو جنس زن و مرد از نظر سطح سلامت اجتماعی تفاوت معناداری مشاهده نشد.

بحث: این بررسی نشان می‌دهد بین سلامت اجتماعی معلمان و میزان رضایت از شغل و نوع طبقه اجتماعی و سن رابطه وجود دارد. افرادی که از شغل خود راضی بودند، وضع سلامت اجتماعی آن‌ها در حد بالایی بود. همچنین بین میزان سلامت اجتماعی و طبقه اجتماعی معلمان رابطه مستقیم وجود داشت. جنسیت افراد در میزان سلامت اجتماعی آن‌ها تأثیرگذار نبود. با توجه به نمرات کسب شده، بیش از ۸۵ درصد از معلمان شهر مراغه از سلامت اجتماعی در حد متوسط و بالایی برخوردار بودند.

کلیدواژه‌ها: جنسیت، رضایت از شغل، سلامت اجتماعی و طبقه اجتماعی.

تاریخ دریافت: ۸۹/۸/۸ تاریخ پذیرش: ۹۱/۸/۱۱

* دکتر مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی. <fathi.mansour@gmail.com> (نویسنده مسئول)

** کارشناس ارشد علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی.

*** دانشجوی دکتری مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.

مقدمه

محور توسعه پایدار، انسان سالم است و جوامع امروزی خواستار ایجاد بستر مناسب برای تولید و شتاب لازم برای رسیدن به توسعه همه جانبه هستند؛ از این رو بدیهی است بررسی و تبیین تمام مؤلفه‌های اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت از وظایف محققان و فعالان عرصه سلامت است. بازخورد این مطالعات، به صورت اطلاعات علمی و عملی، به سیاست‌گذاران کلان برای سیاست‌گذاری در خصوص مسئله مهم توسعه پایدار کشورها کمک می‌کند.

رویکردهای انسان‌محور توسعه برای سلامت ارزش فراوان قائل‌اند و اعتقاد دارند تا سلامت نباشد، افراد، خانواده‌ها، جوامع و ملت‌ها نمی‌توانند به دست‌یافتن به اهداف اجتماعی و اقتصادی امیدی داشته باشند. «سلامت، بنیادی است که تمام کوشش‌های انسان در بستر آن شکل می‌گیرد و در صورت وجود سلامت در سطحی پذیرفتنی، افراد جامعه قادر خواهند بود از دیگر منابع حیات بهره‌گیرند» (بابایی، ۱۳۸۲). از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی، سلامت یکی از حقوق عمده انسانی است و در نتیجه، همه انسان‌ها باید به منابع اساسی برای تأمین سلامت دسترسی داشته باشند. «درک و شناخت همه‌جانبه سلامت ایجاد می‌کند همه نظام‌ها و ساختارهایی که وضعیت اجتماعی اقتصادی و محیط فیزیکی را در کنترل و تسلط خود دارند، مضامین فعالیت‌های خود را در خصوص آثاری که بر سلامت و رفاه فرد و جامعه دارند، در نظر بگیرند» (سجادی و صدرالسادات، ۱۳۸۴). در واقع، سازمان جهانی بهداشت ضمن توجه دادن کشورها در جهت تأمین سلامت جسمانی و روانی و اجتماعی اعضای جامعه، بر این نکته تأکید می‌کند که هیچ یک از ابعاد سلامتی بر دیگری برتری ندارد. همچنین، رشد و تعالی جامعه در گرو تندرستی آن جامعه در ابعاد جسمی و روانی و اجتماعی است و شناسایی عوامل تعیین‌کننده و مرتبط با آن در جهت سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی در سطوح خرد و کلان جامعه از مسائل اساسی هر کشوری محسوب می‌شود.

«امروزه سلامت اجتماعی، به عنوان یکی از ابعاد سلامت، در کنار سلامت جسمی و روانی و معنوی نقش و اهمیت گسترده‌ای یافته است؛ به گونه‌ای که دیگر، سلامتی فقط عاری بودن از بیماری‌های جسمی و روانی نیست، بلکه چگونگی عملکرد انسان در روابط اجتماعی و چگونگی تفکر وی از اجتماع نیز به عنوان معیارهای ارزیابی سلامت فرد در سطح کلان جامعه به شمار می‌رود» (سام آرام، ۱۳۸۸). در کشور ما با وجود کاستی‌های موجود، به خصوص در مناطق محروم، برای سلامت جسمی افراد گام‌های مناسبی برداشته شده است؛ اما آنچه نبود آن در تمام عرصه‌های کشور محسوس است، بی‌توجهی به ابعاد روانی و اجتماعی سلامت است. این بی‌توجهی به جنبه اجتماعی سلامت در عصر ارتباطات و جهانی‌سازی، موجب افزایش آسیب‌پذیری افراد در ابعاد روانی، خودکشی، گرایش به مصرف دخانیات، فرار از خانه، افت تحصیلی و سایر آسیب‌های اجتماعی می‌شود و از جمله موضوعاتی است که باید به آن توجه خاص شود.

به طور کلی، بعد اجتماعی سلامت دربرگیرنده سطوح مهارت‌های اجتماعی و عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به عنوان عضوی از جامعه بزرگ‌تر است. از این نظر، هر کس عضوی از افراد خانواده و عضو جامعه‌ای بزرگ‌تر محسوب می‌شود. در سنجش سلامت اجتماعی، به نحوه ارتباط شخص در شبکه روابط اجتماعی توجه می‌شود. اهمیت توجه به بعد اجتماعی توسعه و همچنین تأکید سازمان بهداشت جهانی بر سلامت اجتماعی، در کنار سلامت فیزیکی، سبب شده است تا امروزه سلامت اجتماعی به دغدغه مشترک جامعه‌شناسان و برنامه‌ریزان اجتماعی در هر جامعه تبدیل شود.

اهمیت سلامت اجتماعی در حدی است که اشخاص برخوردار از سلامت اجتماعی، با موفقیت بیشتری می‌توانند با مشکلات ناشی از ایفای نقش‌های اصلی اجتماعی کنار بیایند. آنان در خانواده‌هایی زندگی می‌کنند که ثبات و انسجام بیشتری دارند و احتمالاً می‌توانند در فعالیت‌های جمعی بیشتر مشارکت کنند و باید انتظار داشت تطابق آنان با هنجارهای اجتماعی بیشتر باشد. این وضعیت می‌تواند نقش مهمی داشته باشد در

پیشگیری از انحراف که ابعادی فراتر از قلمرو رفتارهای فردی دارد (عبدالله‌زاده، ۱۳۸۷).
نظام آموزش و پرورش یکی از ارکان توسعه اجتماعی در جامعه به‌شمار می‌رود. یکی از اهداف بسیار مهم نظام آموزشی، توسعه مهارت‌های اجتماعی است. این مهارت‌ها بر سلامت اجتماعی افراد تأثیر می‌گذارد. درنهایت، با افزایش میزان سلامت اجتماعی افراد جامعه، به‌خصوص قشر تحصیل کرده، میزان سرمایه اجتماعی در جامعه افزایش می‌یابد و دستیابی به اهداف توسعه، سریع‌تر و امکان‌پذیرتر می‌شود. معلمان رکن اصلی آموزش و پرورش محسوب می‌شوند و نقش بسیار مهمی در تربیت نسل آینده کشور ایفا می‌کنند. آنان برای آنکه بتوانند نقش خود را به‌درستی ایفا کنند، باید از توانایی‌ها و مهارت‌های لازم برخوردار باشند؛ زیرا بار اصلی آموزش و پرورش دانش‌آموزان را بر دوش می‌کشند و آنان را برای زندگی آماده می‌کنند. معلمی که از توانایی‌های بالایی برای رویارویی با مسائل، مشکلات، کشمکش‌ها، ناملايمات و... برخوردار باشد، می‌تواند الگویی مطلوب برای دانش‌آموزان باشد (ورزلی، ۱۳۷۹). بنابراین توجه به سلامت این قشر فرهیخته، به‌ویژه سلامت اجتماعی آن‌ها، تأثیر مهمی بر سلامت جامعه خواهد گذاشت. این در حالی است که پژوهش‌ها در این زمینه، اندک و ناکافی است. به همین دلیل، با سنجش میزان سلامت اجتماعی در بین معلمان و شناسایی عوامل مرتبط با آن، می‌توان راهکارها و پیشنهادهای کاربردی در برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های کلان را به منظور ارتقاء سلامت اجتماعی آنان ارائه داد.

پیشینه‌ی تحقیق

سلامت اجتماعی مفهومی است که در کنار ابعاد جسمی و روانی سلامت به آن توجه شده و جنبه اجتماعی سلامت را با محور قرار دادن فرد بررسی می‌کند. بلوک و برسلو برای نخستین بار در سال ۱۹۷۲، در پژوهشی به مفهوم سلامت اجتماعی پرداختند. آن‌ها مفهوم سلامت اجتماعی را با میزان عملکرد اعضای جامعه مترادف دانستند و شاخص سلامت

اجتماعی را طراحی کردند. همچنین تلاش کردند با طرح پرسش‌های گوناگون در ابعاد جسمی و روانی و اجتماعی سلامت فردی، به میزان فعالیت و عملکرد فرد در جامعه برسند (باولینگ^۱، ۱۹۹۸). «این مفهوم را چند سال بعد، دونالد و همکارانش در سال ۱۹۷۸ مطرح کردند. استدلال آن‌ها این بود که سلامت، موضوعی فراتر از گزارش علائم بیماری و میزان بیماری‌ها و توانایی‌های کارکردی فرد است. آن‌ها معتقد بودند که رفاه و آسایش فردی موضوعی متمایز از سلامت جسمی و روانی است. براساس برداشت آنان، سلامت اجتماعی درحقیقت، هم بخشی از ارکان وضع سلامت محسوب می‌شود و هم می‌تواند تابعی از آن باشد» (فروم، ۱۳۸۵).

سنجش محتوای سلامت اجتماعی ابتدا از طریق تمرکز بر فرد و دربارهٔ تعاملات بین فردی، مثلاً ملاقات با دوستان و مشارکت اجتماعی، مانند عضویت در گروه‌ها سنجیده شد. در اندازه‌گیری آن نیز ارکان عینی، مثلاً تعداد دوستان و ارکان ذهنی، مانند کیفیت روابط دوستانه، هر دو، در تعریف منظور شده بود. حوزه سلامت اجتماعی از سال‌های ۱۹۹۵ به بعد، علاوه بر نگرش کلی و عامی که بر کیفیت سلامت در میان تمام افراد دارد، در کشورهای صنعتی گرایش خاصی را در دو بعد سلامت روانی و نیز سلامت اجتماعی آغاز کرده است. گروهی از کارشناسان کوشیده‌اند از طریق عملیاتی کردن مفهوم ارتقاء سلامت، اهداف کلی شعار «بهداشت برای همه» را با زمینه‌های اجتماعی سلامت در مفهوم عام پیوند بزنند. آنان معتقدند که «ارتقاء سلامت» درحقیقت دربرگیرنده زمینه‌های اقدام اجتماعی برای توسعه سطح سلامت است (لپلگ^۲، ۱۹۹۹). بر این اساس، ارتقای سطح سلامت از دو طریق امکان‌پذیر است. یکی از این روش‌ها، توسعه شیوه‌های سالم زندگی و اقدام اجتماعی برای سلامت است. دیگری نیز ایجاد موقعیتی است که زیستن در حیاتی سالم را امکان‌پذیر سازد. موضوع اول دربرگیرنده توانمندسازی انسان‌ها از طریق آگاهی‌ها و مهارت‌های ضروری برای زندگی سالم است. موضوع دوم تأثیرگذاری بر سیاست‌گذاران

1- Bowling

2- Leplege

به گونه‌ای است که سیاست‌های عمومی و برنامه‌های حامی سلامت عمومی را در سطح جامعه پیگیری کنند که پیشگیری از انحرافات اجتماعی از گسترده‌ترین ارکان این بخش است. اشخاص برخوردار از سلامت اجتماعی، با موفقیت بیشتری می‌توانند با مشکلات ناشی از ایفای نقش‌های اصلی اجتماعی کنار بیایند. آنان در خانواده‌هایی زندگی می‌کنند که ثبات و انسجام بیشتری دارند و احتمالاً می‌توانند در فعالیت‌های جمعی مشارکت بیشتری کنند. باید انتظار داشت تطابق آنان با هنجارهای اجتماعی بیشتر باشد. این وضعیت می‌تواند نقش مهمی داشته باشد در پیشگیری از انحراف که ابعادی فراتر از قلمرو رفتارهای فردی دارد (احمدی، ۱۳۸۴).

لارسن سلامت اجتماعی را نوعی ارزیابی فرد از کیفیت روابطش با خانواده و دیگران و گروه‌های اجتماعی تعریف می‌کند. وی معتقد است که مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد را می‌سنجد که نشانگر رضایت یا نارضایتی فرد از زندگی و محیط اجتماعی است و در واقع، شامل پاسخ‌های درونی فرد، یعنی احساس و تفکر و رفتار است (لارسن، ۱۹۹۶).

رابطه بین پیوند اجتماعی و سلامت زمینه دیگری است که به رویکرد جنسیتی نیاز دارد. فعالیت اجتماعی غیررسمی و حفظ دوستی‌ها از بعضی لحاظ، فعالیت‌های نوع زنانه تلقی می‌شوند. در کل، زنان مسن حمایت اجتماعی بهتری از مردان مسن دارند و به نظر می‌رسد بهتر بتوانند دوستان جدیدی بیابند و با وضعیت تغییر یافته به نحو مثبت کنار بیایند. همچنین شواهدی وجود دارد که مردان کمتر از زنان با رویدادهای عمده زندگی به‌خوبی کنار می‌آیند، برای مثال مردان در دوره جدایی زناشویی یا داغ‌دیدگی سطوح بالایی از خودکشی دارند، در حالی که در مورد زنان این‌گونه نیست (کوهن و سایم، ۱۹۸۵).

نتایج پژوهش گاریدو و آزپیازو نشان می‌دهد که وضعیت سلامت عمومی زنان از لحاظ سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین‌تر از مردان است (گاریدو و آزپیازو، ۲۰۰۲).

براساس یافته‌های پژوهش کیز و شاپیرو (۲۰۰۴)، وضعیت شغلی برای سلامت اجتماعی زنان مهم‌تر از مردان است. زنانی که وضعیت شغلی پایین‌تری داشتند، سلامت اجتماعی کمتری را در مقایسه با مردان با همان جایگاه شغلی گزارش کرده‌اند (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴).

درآمد، شغل، تحصیلات و سن با سلامت ارتباط دارد. براساس نظریه آدلر و همکاران (۱۹۹۴) و اندرسون و آستار (۱۹۹۶)، افراد طبقه پایین سلامت اجتماعی کمتری دارند و هیچ‌گاه درجه سلامتی کارگر معدن به اندازه دکتر و استاد دانشگاه نیست (کرایب، ۱۳۸۳). مک آرتور در سال ۱۹۹۵، مطالعه‌ای را برای بررسی اپیدمیولوژی سلامت اجتماعی در ایالات متحده انجام داد. هدف این مطالعه دستیابی به میزان شیوع سلامت اجتماعی سطح بالا و پایین و چگونگی توزیع سلامت اجتماعی در جمعیت، با توجه به متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل و وضعیت شغلی بود. نتایج نشان داد که تقریباً ۴۰ درصد افراد بزرگسال، در سن ۲۵ تا ۴۷ سال، در سه مقیاس سلامت اجتماعی دارای نمره بالا بودند؛ اما ۶۰ درصد افراد بزرگسال در هیچ یک از مقیاس‌های سلامت اجتماعی نمره بالا کسب نکردند (سام آرام، ۱۳۸۸).

اشتغال ثابت نقش عمده‌ای در کسب مهارت‌های اجتماعی و تجارب و شبکه اجتماعی و در نتیجه، سلامت اجتماعی افراد دارد. اشتغال در مناصب بالا و در نتیجه، درآمد بیشتر نیز نقش مهمی در شکل‌گیری هویت سالم و عزت نفس بیشتر دارد. هلمن (۱۹۹۴) معتقد است سطح پایین تحصیلات با سلامت اجتماعی ضعیف مرتبط است و فقر، توزیع نادرست درآمد، میزان زیاد بیکاری، نبود تأمین اجتماعی و سطح پایین سواد از جمله عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی هستند (ویلکینسون، ۱۹۹۶).

پل در سال ۲۰۰۷، پژوهشی را به منظور بررسی رابطه بین عملکردهای ارتباطی، سلامت اجتماعی، معنوی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان، بین سنین ۳۵ تا ۸۰ انجام داد. نتایج

این پژوهش نشان داد که سلامت معنوی عمده‌ترین عامل تأثیرگذار در کیفیت زندگی این افراد بوده است و سلامت اجتماعی در رتبه دوم قرار داشت (نجف‌آبادی، ۱۳۸۹).

فارسی‌نژاد (۱۳۸۳) رابطه سبک‌های هویتی با سلامت اجتماعی و خودکارآمدی تحصیلی دانش‌آموزان دختر و پسر پایه دوم دبیرستان‌های شهر تهران را بررسی کرد. نتایج این پژوهش نشان داد نوجوانان اطلاعات‌مدار و هنجارمدار و کسانی که از تعهد هویتی بالایی برخوردار بودند، سلامت اجتماعی بیشتری داشتند؛ اما نوجوانانی که در برخورد با مسائل هویتی، شیوه اجتنابی را به کار می‌گرفتند، میزان تعهد احساس خودکارآمدی و سلامت اجتماعی آن‌ها پایین‌تر بود (فارسی‌نژاد، ۱۳۸۳).

جمعه‌نیا (۱۳۸۷) رابطه سلامت اجتماعی با سبک‌های هویت‌یابی دانش‌آموزان دبیرستان‌های شهر گنبد را بررسی کرد. او ۳۷۳ نفر از دانش‌آموزان دبیرستان‌های دولتی شهر گنبد را با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب کرد و در پژوهش خود، از پرسش‌نامه‌های سلامت اجتماعی کیز (۱۹۹۸) و پرسش‌نامه سبک‌های هویت‌یابی برزونسکی (۱۹۹۰) استفاده کرد. نتایج این تحقیق نشان داد بین دختران و پسران، از نظر سطح سلامت اجتماعی در ابعاد مشارکت و انسجام اجتماعی، تفاوت معناداری وجود دارد، درحالی‌که در پذیرش و شکوفایی اجتماعی و انطباق اجتماعی که از ابعاد دیگر سلامت اجتماعی است، در بین دختران و پسران تفاوت معناداری به دست نیامد. همچنین بین سلامت اجتماعی و سبک‌های هویت‌یابی ارتباط معنی‌داری وجود دارد (جمعه‌نیا، ۱۳۸۷).

نتایج یافته‌های رفیع‌پور در سال ۱۳۷۸ نشان می‌دهد پایبندی‌های مذهبی، بیشترین تأثیر را بر اعتماد اجتماعی به مسئولان و احتمال افزایش سلامت اجتماعی دارد. همچنین تأثیر کارکرد نامناسب دستگاه کنترل و نظارت دستگاه قضایی و پلیس نیز روی کاهش اعتماد اجتماعی و ایجاد رفتار نابهنجار تأثیری بسیار قوی دارد. عامل بسیار مهم دیگری که هم‌بستگی بسیار قوی با متغیرها دارد، احساس وجود نابرابری‌های اقتصادی و اجتماعی است که روی اعتماد اجتماعی و همچنین رفتار نابهنجار تأثیر بسیار قوی دارد (رفیع‌پور، ۱۳۷۸).

یافته‌های عبدالله تبار و دیگران (۱۳۸۶) در خصوص سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی تهران نشان می‌دهد بین متغیرهای وضعیت تأهل، مقطع تحصیلی، جنسیت، عضویت در انجمن‌ها و وضعیت اشتغال دانشجویان و سلامت اجتماعی آن‌ها رابطه معناداری وجود دارد. میانگین نمرات سلامت اجتماعی دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد بیشتر از کارشناسی و دانشجویان پسر بیش از دختران بود (عبدالله تبار و دیگران، ۱۳۸۶).

براساس پژوهش آژیر، بین دانش‌آموزان دختر و پسر شهر سنندج از نظر میزان سلامت اجتماعی تفاوت معناداری وجود ندارد (آژیر، ۱۳۸۵).

روش

نوع مطالعه و روش اجرا: مطالعه حاضر از نوع پیمایشی است. برای گردآوری اطلاعات از پرسش‌نامه استاندارد پنج‌بعدی سلامت اجتماعی کیز و خودساخته استفاده شد. در ایران، جوشن‌لو در سال ۱۳۸۵ در مطالعه‌ای با عنوان بررسی ساختار عاملی مقیاس سلامت جامع، روایی و اعتبار پرسش‌نامه سلامت جامع کیز مشتمل بر سلامت اجتماعی و سلامت روانی و سلامت عاطفی را با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی تحلیل‌های هم‌بستگی و تحلیل عامل تأییدی استاندارد کرد (جوشن‌لو و دیگران، ۱۳۸۵). همچنین فارسی‌نژاد در سال ۱۳۸۴، پرسش‌نامه مذکور را هنجاریابی کرد. وی با استفاده از تحلیل عاملی، مقدار آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های سلامت اجتماعی را ۷۸ درصد نشان داد که این مدل بهترین برازش از تبیین داده‌های حاضر است. ضمن اینکه در پژوهش حاضر، مقدار آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های سلامت اجتماعی ۰/۹۶ به دست آمد.

جامعه آماری و روش نمونه: جامعه آماری پژوهش حاضر، تمام معلمان مشغول به تدریس شهر مراغه، در مقاطع مختلف تحصیلی در سال تحصیلی ۱۳۸۹-۱۳۸۸ است. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران و با توجه به جمعیت مطالعه شده که ۱۶۳۸ نفر

بود، ۳۱۰ نفر به دست آمد. جامعه آماری از نظر متغیرهای جنسیت با ۵۲ درصد زن و ۴۸ درصد مرد و مقاطع تحصیلی، در مقاطع ابتدایی و راهنمایی هر یک ۱/۲۷ درصد و متوسطه ۴۰ درصد و پیش‌دانشگاهی ۵/۸ درصد، به طبقات مختلف تقسیم شده است؛ از این رو با استفاده از فهرست معلمان، برای انتخاب افراد نمونه از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای استفاده شد. با توجه به ریزش احتمالی نمونه‌ها یا مخدوش و ناقص بودن پرسش‌نامه‌ها، تعداد ۳۲۵ نمونه از فهرست افراد، با در نظر گرفتن نسبت متغیرهای جنسیت و مقاطع تحصیلی، انتخاب شد. سپس پژوهشگران با مراجعه به نمونه‌های انتخابی، ضمن جلب اعتماد آن‌ها و ارائه توضیحات لازم، پرسش‌نامه‌ها را در اختیار آن‌ها قرار دادند. در نهایت، ۳۱۰ پرسش‌نامه بی‌نقص برای تجزیه و تحلیل استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها: پس از گردآوری داده‌ها، با استفاده از نرم‌افزار SPSS، داده‌ها پردازش و اطلاعات به دست آمده با استفاده از آزمون‌های تحلیل پراکنش یک طرفه (ANOVA) و T و ضریب هم‌بستگی پیرسن تجزیه و تحلیل شد. همچنین برای توصیف جامعه مطالعه شده از آمارهای توصیفی مثل میانگین و... استفاده شد.

تعاریف مفاهیم و متغیرها

سلامت اجتماعی: کیز در تحلیل عاملی گسترده، مدل پنج‌بعدی سنجش‌پذیری را از سلامت اجتماعی ارائه داد. طبق این ابعاد، فرد سالم از نظر اجتماعی، زمانی عملکرد مناسبی دارد که اجتماع را مجموعه‌ای معنادار و فهمیدنی و دارای استعدادها بالقوه برای رشد و شکوفایی بداند و احساس کند که متعلق به گروه‌های اجتماعی است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهیم بداند (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴). برای این متغیر پنج بعد در نظر گرفته شده که عبارت‌اند از:

۱- انسجام اجتماعی: ارزیابی فرد از کیفیت روابط خود در جامعه و گروه‌های اجتماعی را انسجام اجتماعی می‌نامند. فرد سالم احساس می‌کند که بخشی از اجتماع است و خود را با دیگرانی سهیم می‌داند که واقعیت اجتماعی او را می‌سازند؛ بنابراین فردی که از انسجام اجتماعی برخوردار است، به اجتماع خود احساس نزدیکی می‌کند و گروه اجتماعی خود را منبعی از آرامش و اعتماد می‌داند.

۲- پذیرش اجتماعی: افراد برخوردار از این بُعد از سلامت، اجتماع را به صورت مجموعه‌ای کلی و عمومی درک می‌کنند که از افراد مختلف تشکیل شده است و به دیگران به عنوان افراد باظرفیت و مهربان، اعتماد و اطمینان دارند و باور دارند که مردم می‌توانند ساعی و مؤثر باشند. این افراد دیدگاه مطلوبی دربارهٔ ماهیت انسان دارند و با دیگران احساس راحتی می‌کنند. پذیرش اجتماعی مصداق پذیرش از خود است. در پذیرش اجتماعی، فرد نگرش مثبت و احساس خوبی به خودش و زندگی گذشته دارد و با وجود ضعف‌ها و ناتوانایی‌هایی که دارد، همهٔ جنبه‌های خود را می‌پذیرد.

۳- انطباق اجتماعی: انطباق اجتماعی درک کیفیت و سازمان‌دهی و عملکرد دنیای اجتماعی فرد است. فرد سالم از نظر اجتماعی سعی می‌کند دربارهٔ دنیای اطراف خود بیشتر بداند. وقایع بی‌شماری در روز اتفاق می‌افتد که ممکن است مثبت یا منفی، غیرمنتظره یا پیش‌بینی‌پذیر، شخصی یا عمومی باشند. افراد سالم به طرح‌های اجتماعی علاقه‌مند بوده و احساس می‌کنند قادر به فهم وقایع اطرافشان هستند. آنان خود را با تصور اینکه در حال زندگی در دنیایی کامل و عالی‌اند، فریب نمی‌دهند و خواسته‌ها و آرزوهایشان را در جهت فهم و درک زندگی ارتقا می‌بخشند. انطباق اجتماعی معادل مفهوم «تسلط بر محیط» است و در مجموع، دیدن دنیا به صورت منطقی و هوشمند و قابل درک و پیش‌بینی است.

۴- مشارکت اجتماعی: مشارکت اجتماعی باوری است که طبق آن، فرد خود را عضو حیاتی اجتماع می‌داند و فکر می‌کند چیزهای ارزشمندی برای عرضه به جامعه دارد. این افراد می‌کوشند احساس دوست‌داشته شدن کنند و در دنیایی سهیم باشند که صرفاً

به دلیل انسان بودن برای آن‌ها ارزش قائل است. مشارکت اجتماعی یعنی اینکه فرد احساس می‌کند اجتماع کارهای او را ارزشمند می‌داند و در رفاه عمومی مؤثر است.

۵- شکوفایی اجتماعی: شکوفایی اجتماعی عبارت است از ارزیابی توان بالقوه و مسیر تکاملی اجتماع و باور به اینکه اجتماع در حال تکاملی تدریجی است و توانمندی‌های بالقوه‌ای برای تحول مثبت دارد که از طریق نهادهای اجتماعی و شهروندان شناسایی می‌شود. افراد سالم درباره وضعیت آینده جامعه امیدوار و قادر به شناسایی نیروهای جمعی هستند و معتقدند که خود و سایر افراد از این نیروها و تکامل اجتماعی سود می‌برند (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴).

طبقه اجتماعی: در این پژوهش، با تکیه بر نظریه وبر، سه بُعد درآمد و تحصیلات و اشتغال، ملاک تعیین طبقه اجتماعی قرار گرفت. از آنجاکه افراد مطالعه شده شغل یکسان (معلمی) دارند، میزان درآمد و تحصیلات ملاک تعیین طبقه اجتماعی قرار گرفت. افراد از نظر درآمد در سه دسته کم با زیر ۴۰۰ هزار تومان، متوسط با بین ۴۰۰ تا ۷۰۰ هزار تومان و بالا با بیش از ۷۰۰ هزار تومان حقوق ماهیانه، طبقه‌بندی شدند. تحصیلات نیز در سه طبقه پایین با مدرک فوق‌دیپلم، متوسط با مدرک کارشناسی و بالا با مدرک کارشناسی ارشد قرار گرفتند.

رضایت شغلی: دورمان و زالف احساسات مثبت شاغل به شغل را رضایت شغلی می‌نامند (دورمان و زالف، ۲۰۰۱)^۱. در پژوهش حاضر، رضایت شغلی با شاخص‌های رضایت از نوع کار، مدیریت محل کار، همکاران، ارتقا و ترفیع و حقوق و مزایا سنجیده شده است. روایی پرسش‌های مربوط به رضایت شغلی را پنج تن از استادان رشته‌های جامعه‌شناسی و مدیریت و پایایی آن را نیز میزان ضریب آلفای کرونباخ (۰/۹۶) تأیید کرده است.

1- Dormann and Zalf

فرضیه‌های پژوهش

- بین معلمان مرد و زن، از نظر میزان سلامت اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد؛
- بین طبقه اجتماعی معلمان و میزان سلامت اجتماعی آنان، رابطه معناداری وجود دارد؛
- بین سن معلمان و میزان سلامت اجتماعی آنان رابطه معناداری وجود دارد؛
- بین میزان رضایت شغلی و میزان سلامت اجتماعی معلمان رابطه معناداری وجود دارد؛

یافته‌ها

۵۲ درصد از افراد مطالعه شده را زنان تشکیل می‌دهند. بیشترین افراد مطالعه شده را گروه سنی ۳۶ تا ۴۲ سال با ۴۲/۶ درصد به خود اختصاص داده‌اند. گروه سنی ۲۹ تا ۳۵ سال با ۸/۲۶ درصد و گروه سنی ۴۳ تا ۵۰ سال نیز با ۲۱/۳ درصد به ترتیب، در رده‌های دوم و سوم قرار دارند. بیشترین درصد سطح تحصیلات جامعه مطالعه شده مربوط به مدرک کارشناسی با ۶۳/۵ درصد است. مدرک فوق دیپلم با ۲۸/۴ درصد و کارشناسی ارشد با ۸/۱ درصد به ترتیب، رتبه‌های دوم و سوم را به خود اختصاص داده است. همچنین ۹۲/۶ درصد از افراد مطالعه شده متأهل‌اند.

جدول ۱- توزیع فراوانی افراد مطالعه شده برحسب میزان برخورداری از سلامت اجتماعی

میزان سلامت اجتماعی	فراوانی	درصد
پایین	۴۳	۱۳/۸
متوسط	۱۵۳	۴۹/۴
بالا	۱۱۴	۳۶/۸
جمع	۳۱۰	۱۰۰

داده‌های جدول فوق نشان می‌دهد از کل معلمان بررسی شده ۳۶/۸ درصد از سلامت اجتماعی بالایی برخوردار بوده‌اند، درحالی‌که ۱۳/۸ درصد در حد پایین قرار گرفته‌اند. از نظر میزان سلامت اجتماعی نیز ۴۹/۴ درصد در طبقه متوسط جای می‌گیرند.

جدول ۲. بررسی تفاوت بین مردان و زنان از نظر سلامت اجتماعی

متغیر وابسته	جنس	تعداد	میانگین	انحراف معیار	مقدار t	درجه آزادی	مقدار p
سلامت اجتماعی	مرد	۱۵۰	۶۵/۳	۱۸	۳/۲۸	۳۰۹	۰/۰۷
	زن	۱۶۰	۶۳/۱	۱۶/۷			

از نظر متغیر سلامت اجتماعی، میانگین مردان ۶۵/۳ و میانگین زنان ۶۳/۱ است. داده‌های جدول نشان می‌دهد که با توجه به مقدار t که با p ۰/۰۷ برابر با ۳/۲۸ است، تفاوت موجود بین دو جنس از نظر میزان سلامت اجتماعی معنادار نیست؛ بنابراین با ۹۵ درصد نمی‌توان پذیرفت که بین معلمان زن و مرد از نظر میزان برخورداری از سلامت اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین فرضیه اول پژوهش، مبنی بر تفاوت میزان سلامت اجتماعی در بین معلمان زن و مرد، تأیید نشد.

جدول ۳- بررسی تفاوت بین افراد با طبقه اجتماعی متفاوت از نظر سلامت اجتماعی

متغیر وابسته	طبقه اجتماعی	تعداد	میانگین	انحراف معیار	مقدار f	مقدار p	مقدار Eta
سلامت اجتماعی	پایین	۶۳	۵۵/۵	۱۶/۳	۵/۸۱۲	۰/۰۰۳	۰/۱۶۹
	متوسط	۱۸۳	۵۹/۵	۱۸/۱			
	بالا	۶۴	۶۵/۶	۱۷/۴			

از نظر متغیر سلامت اجتماعی، افراد طبقه اجتماعی بالا با میانگین ۶۵/۶ بیشترین میانگین را دارند. بعد از این افراد نیز به ترتیب، افراد طبقه اجتماعی متوسط با میانگین ۵۹/۵ و افراد طبقه اجتماعی پایین با میانگین ۵۵/۵ قرار می‌گیرند. داده‌های جدول ۳ نشان می‌دهد که با توجه به مقدار f که با p ۰/۰۰۳ برابر با ۵/۸۱۲ است، تفاوت موجود بین افراد با طبقه اجتماعی متفاوت از نظر سلامت اجتماعی معنادار است و افراد طبقه اجتماعی بالا به طور معناداری بیش از سایرین از سلامت اجتماعی برخوردار هستند. مقدار Eta نیز برابر با ۰/۱۶۹ است؛ بنابراین فرضیه دوم، مبنی بر وجود رابطه بین طبقه اجتماعی معلمان و سلامت اجتماعی تأیید شده است.

براساس داده‌ها، بین دو متغیر میزان سلامت اجتماعی معلمان و سن آن‌ها رابطه معنادار مستقیمی وجود دارد؛ بنابراین فرضیه ۳ تأیید می‌شود که با افزایش سن در میان معلمان بررسی شده، سلامت اجتماعی آنان افزایش می‌یابد و برعکس ($r = 0/156, P < 0/006, n = 310$).

همچنین، بین دو متغیر سلامت اجتماعی و رضایت از شغل رابطه معنادار مستقیم وجود دارد؛ بنابراین فرضیه ۴ تأیید می‌شود؛ بدین معنا که با افزایش رضایت از شغل در میان معلمان بررسی شده، سلامت اجتماعی آن‌ها افزایش می‌یابد و برعکس ($r = 0/504, P < 0/001, n = 310$).

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که ۳۶/۸ درصد از معلمان از سلامت اجتماعی در حد بالا و ۱۳/۸ درصد در حد پایین و ۴۹/۴ درصد در حد متوسط برخوردارند. بین معلمان زن و مرد از نظر میزان برخورداری از سلامت اجتماعی تفاوت معناداری به دست نیامد؛ بنابراین فرضیه اول پژوهش مبنی بر تفاوت معناداری میزان سلامت اجتماعی در بین معلمان زن و مرد تأیید نشد. این یافته با نتایج مطالعات خارجی مانند کوهن و سایم (۱۹۸۵)، گاردیو و آزپیازو (۲۰۰۲) همخوانی ندارد. همچنین، با یافته‌های پژوهش‌های داخلی مانند آژیر (۱۳۸۵)، مبنی بر تفاوت معنادار میزان سلامت اجتماعی در بین دانش‌آموزان دختر و پسر، عبدالله تبار 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؛ درحالی‌که 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.

فرضیه دوم پژوهش مبنی بر وجود رابطه معنی دار بین سلامت اجتماعی معلمان و طبقه اجتماعی آنان که براساس میزان درآمد و تحصیلات محاسبه شده است، تأیید شد؛ بنابراین، با ارتقای طبقه اجتماعی معلمان، میزان سلامت اجتماعی آنها نیز افزایش می یابد و برعکس. این بررسی با یافته های آدلر و همکاران (۱۹۹۴) و هلمن (۱۹۹۴) و اندرسون و آستار (۱۹۹۶) مطابقت دارد. طبق نتایج پژوهش آنها، افراد طبقه پایین سلامت اجتماعی کمتری دارند و فقر، توزیع نادرست درآمد، میزان فراوان بیکاری، نبود تأمین اجتماعی و میزان سواد پایین، از جمله عوامل مؤثر بر کاهش سلامت اجتماعی اند.

فرضیه سوم تحقیق حاضر مبنی بر وجود رابطه معنی دار بین سن معلمان و میزان سلامت اجتماعی آنان تأیید شد؛ بدین معنا که با افزایش سن معلمان، سلامت اجتماعی آنان نیز افزایش می یابد. این بررسی با یافته های آدلر و همکاران (۱۹۹۴) مطابقت دارد.

فرضیه چهارم پژوهش مبنی بر وجود رابطه معنی دار بین رضایت شغلی معلمان و سلامت اجتماعی آنان تأیید شد. نتیجه این بررسی با نظریه لارسن همخوانی دارد. لارسن سلامت اجتماعی را ارزیابی فرد از کیفیت روابطش با خانواده و دیگران و گروه های اجتماعی تعریف می کند و معتقد است مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد را می سنجد که نشانگر رضایت یا نارضایتی فرد از زندگی و محیط اجتماعی است و در واقع، شامل پاسخ های درونی فرد، یعنی احساس و تفکر و رفتار است (لارسن، ۱۹۹۶).

بنابه آنچه گذشت، معلمان رکن اصلی آموزش و پرورش هستند و بار اصلی آموزش و پرورش دانش آموزان را بر دوش می کشند و آنان را برای زندگی آماده می کنند. آنان برای آنکه بتوانند نقش خود را به درستی ایفا کنند، باید از سلامت اجتماعی کافی به منظور برقراری تعاملات مفید و رویارویی با مسائل، مشکلات، کشمکش ها، ناملازمات و... برخوردار باشند.

پیشنهادها

- ۱- 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.
- ۲- 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.
- ۳- با توجه به ارتباط رضایت از زندگی و رضایت شغلی معلمان با سلامت اجتماعی، تمهیدات لازم در خصوص ارتقای وضع معیشتی و رفاهی آنان صورت گیرد.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

- احمدی، ح. (۱۳۸۴)، جامعه‌شناسی انحرافات، ج ۱، تهران، سمت.
- آذیر، ل. (۱۳۸۵)، باورهای جنسیتی، ابراز وجود و سلامت اجتماعی در دانش‌آموزان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.
- بابایی، ن. (۱۳۸۲)، نیازهای سلامت نوجوانان در بستر تحولات اجتماعی، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال ۲ (۷).
- جمعه‌نیا، س. (۱۳۸۷)، بررسی رابطه سلامت اجتماعی با سبک‌های هویت‌یابی دانش‌آموزان دبیرستان‌های دولتی شهر گنبد، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه شهیدبهبشتی.
- جوشن‌لو، م. و رستمی، ر. و نصرت‌آبادی، م. (۱۳۸۵)، بررسی ساختار عاملی مقیاس بهزیستی جامع، فصلنامه روان‌شناسان ایرانی، سال ۳ (۹).
- رفیع‌پور، ف. (۱۳۷۸)، آنومی یا آشفتگی اجتماعی، تهران، سروش.
- سام‌آرام، ع. (۱۳۸۸)، فصلنامه علمی پژوهشی انتظام اجتماعی، سال ۱ (۱).
- سجادی، ح. و صدرالسادات، ج. (۱۳۸۴)، شاخص‌های سلامت اجتماعی، مجله علمی آموزشی اقتصادی اجتماعی اطلاعات، ش ۲۰۷.
- عبدالله‌تبار، ه. و کلدی، ع. و دیگران، (۱۳۸۷)، بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال ۸ (۳۰ و ۳۱).
- عبدالله‌زاده، ح. (۱۳۸۷)، مفهوم سلامت اجتماعی، <http://psychologyinfo.blogfa.com/post152.aspx> (April ۲۰، ۲۰۱۰).
- فارسی‌نژاد، م. (۱۳۸۳)، بررسی رابطه سبک‌های هویت با سلامت اجتماعی و خودکارآمدی تحصیلی دانش‌آموزان پایه دوم دبیرستان‌های شهر تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.
- فروم، الف. (۱۳۸۵)، جامعه سالم، (ترجمه اکبر تبریزی)، ج ۴، تهران، بهجت.
- کرایب، ی. (۱۳۸۳)، نظریه اجتماعی مدرن از پارسونز تا هابرماس، (ترجمه عباس مخبر)، تهران، آگاه.
- گیدنز، آ. (۱۳۸۱)، نظریه‌های جامعه‌شناسی، (ترجمه منوچهر صبوری)، تهران، نی.

- نجف‌آبادی، الف. (۱۳۸۹)، **بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان جوان اصفهان**، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی.
- ورزلی، الف. (۱۳۷۹)، **معرفی و تبیین نظام یافته تربیت معلم در آموزش و پرورش ایران**، **رشد معلم**، سال ۱۸ (۷).
- Bowling, A. (1998), **Measuring Health**, Philadelphia: Open University Press.
- Garrido, M. and Azpiazo. (2002), **Using the SF-36 With Older Adults: Across-Sectional**, Community-based Survey, Age & Aging, British Geriatrics Society.
- Leplege, A. (1999), **Les Mesures de la Qualite de vie**. Paris: P.U.F.
- Cobb, S. (1976), **Social Support as a Moderator of Life Stress**, 38, 300-13.
- Cohen, S. and Syme, S.L. (1985), **Social Support and Health**, Academic Press, London.
- Dormann C. and Zalpf D. **Social Stressors at work, Irritation & Depressive symptoms: Journal of Occupational and Organization Psychology**, 2001.
- Keyes, C.M. and Shapiro, A. (2004), **Social Well-being IN The U.S.: A Descriptive Epidemology**, Orville Brim: Carol D. Ryff & Ronald C. Kessler (Eds), **Healthing Are You? A National Study OF Well-being Of Midlife**, University Of Chicago Press.
- Larson, J.S. (1996), **The World Organization Definition Of Health: Social Versus Spiritual Health**, Social Indicator Research, 38.
- Wilkinson, R.G. (1996), **Unhealthy Societies: from Inequality to well-being Routledge**, London.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی