

بررسی رابطه‌ی سرمایه فرهنگی و کیفیت زندگی خانواده‌ها با سلامت اجتماعی دانش‌آموزان شهر مریوان

اعظم خطیبی^{۱*}
مهناز رجیبی فر^۲

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف بررسی رابطه میان سرمایه فرهنگی و کیفیت زندگی خانواده‌ها با سلامت اجتماعی دانش‌آموزان در شهر مریوان انجام گرفت.

روش پژوهش: روش پژوهش حاضر پیمایشی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل تمامی دانش‌آموزان دوره متوسطه شهر مریوان در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بود. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران ۳۷۵ نفر محاسبه شد. روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر، نمونه‌گیری نسبتی و چند مرحله‌ای بود. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های سرمایه فرهنگی بوردیو (۱۹۷۳)، سلامت اجتماعی کییز و شاپیرو (۲۰۰۴)، کیفیت زندگی WHO سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۶) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش همبستگی پیرسون و رگرسیون چند گانه با استفاده از نرم افزار SPSS22 در سطح معناداری ۰/۰۵ انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد آلفای کرونباخ به دست آمده برای همه متغیرهای تحقیق، بالای ۰/۷۰ بود. هم‌پنین بین سرمایه فرهنگی ($r = ۰/۳۶۲$ و $sig = ۰/۰۰۰$) و کیفیت زندگی ($r = ۰/۶۲۵$ و $sig = ۰/۰۰۰$) و پایگاه اقتصادی - اجتماعی خانواده ($r = ۰/۲۳۵$) و $sig = ۰/۰۰۱$ با سلامت اجتماعی فرزندان رابطه معنی‌داری وجود داشت.

نتیجه‌گیری: نتیجه نهایی نشان داد که با تغییر در سرمایه فرهنگی و کیفیت زندگی خانواده‌ها می‌توان میزان تغییر در سلامت اجتماعی فرزندان را پیش‌بینی کرد. در واقع سرمایه فرهنگی و کیفیت زندگی خانواده‌ها نقش تعیین‌کننده‌ای در سلامت اجتماعی دانش‌آموزان دارد و سلامت اجتماعی به شدت به آن وابسته است و به دلیل نقش مهم دو متغیر سرمایه فرهنگی و کیفیت زندگی در سلامت اجتماعی اعضای خانواده به‌ویژه فرزندان که عضوی از جامعه دانش‌آموزی هستند، مسئولین تربیتی و خانواده‌ها باید شرایط لازم را برای تقویت این دو عنصر فراهم آورند.

کلیدواژه‌ها: سرمایه فرهنگی، کیفیت زندگی، سلامت اجتماعی، رضایت از زندگی، پایگاه اقتصادی - اجتماعی

^۱دانشیار جامعه‌شناسی، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور، ایران (نویسنده مسئول) azamkh48@pnu.ac.ir

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور، ایران.

مقدمه

در برخی از فرهنگ‌ها سلامت و هماهنگی^۱ مترادف هستند و هماهنگی به معنای نظم و سازگاری با کل هستی است. سازمان بهداشت جهانی^۲، سلامت اجتماعی را در کنار سلامت جنسی، سلامت عاطفی و سلامت معنوی قرار می‌دهد (سجادی، صدرالسادات، ۱۳۸۳: ۲۴۶-۲۴۴). کییز^۳ (۲۰۰۴) و لارسون (۱۹۹۶) معتقدند سلامت اجتماعی یعنی نوع برداشت فرد از کیفیت ارتباطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که فرد عضوی از آنهاست. هم‌چنین معتقدند که مقیاس سلامت اجتماعی شامل پاسخ‌های درونی فرد، احساس، تفکر و رفتار اوست که نشان دهنده رضایت یا نارضایتی فرد از زندگی و محیط اجتماعی - پیرامونش هستند (کییز، ۲۰۰۴).

واژه «social wellbeing» به معنی سلامت اجتماعی، از دو کلمه «social» و «wellbeing» به معنی اجتماع و زندگی خوب داشتن است. به نظر می‌رسد مفهوم این واژه بیش‌تر بر داشتن شادی و رضایت دلالت دارد و جنبه مثبت سلامتی را بیان می‌کند. رفاه و آسایش جسمی، روانی و اجتماعی در مجموع به مفهوم سلامتی است. انسان بهنجار و سالم هدفی جامعه‌پسند دارد، از دنبال کردن هدف خود خشنود است و در مجموع از زندگی خود ابراز رضایت می‌کند (گنجی، ۱۳۸۳: ۳۷۵). به اعتقاد محققین این حوزه رسیدن به سلامتی مطلوب در سطح جامعه از دو راه امکان‌پذیر است: ۱- توسعه‌ی شیوه‌های سالم زندگی، حفظ محیط زندگی و بهداشت و سلامتی برای همه و ۲- ایجاد شرایط سالم اجتماعی و جامعه‌ای قانونمند که رسیدن به سلامت اجتماعی را میسر سازد. سلامت اجتماعی، تأمین و حفظ سلامت روانی و برقراری ارتباط مناسب با افراد خانواده و محیط خود و نداشتن رفتار نامناسب از نظر فرهنگ و جامعه تلقی می‌شود (رضادوست، رستمی، ۱۳۹۷: ۲). یعنی هماهنگی بین ارزش‌ها، علایق و نگرش‌ها در حوزه عمل افراد در جامعه و در نتیجه برنامه‌ریزی واقع بینانه برای زندگی و تحقق هدفمند مفاهیم زندگی است - (وئوقی، مهدوی و رحمانی‌خلیلی، ۱۳۹۳). مهارت‌ها و عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به عنوان عضوی از جامعه، تشکیل دهنده ابعاد سلامت اجتماعی است. بنابراین زندگی سالم یعنی تعامل اجتماعی بین انتخاب‌های فردی از یک سو و محیط اجتماعی، اقتصادی احاطه کننده فرد از سوی دیگر است (زکی، خشوعی ۱۳۹۲: ۸۰).

کییز و شاپیرو^۴ (۲۰۰۴) معتقدند که بدون در نظر گرفتن معیارهای اجتماعی نمی‌توان کیفیت زندگی و عملکرد شخص را ارزیابی کرد. از نظر کییز ابعاد سلامت اجتماعی شامل موارد زیر است: انسجام اجتماعی^۵، به معنای چگونگی درک فرد از کیفیت ارتباطش با جامعه و گروه‌های اجتماعی. یعنی فرد احساس کند به جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند تعلق داشته و خود را دارای ویژگی‌های مشترک با افراد جامعه بدانند. پذیرش اجتماعی^۶، افرادی که دارای حس پذیرش اجتماعی هستند، اگرچه جامعه را متشکل از افراد گوناگونی می‌بینند؛ اما آن را به صورت مجموعه‌ای کلی و عمومی درک می‌کنند. این افراد دارای دیدی مثبت و احساس خوبی نسبت به خودشان و زندگی بوده و همه‌ی نقاط قوت و ضعف خود را می‌پذیرند. مشارکت اجتماعی^۷، یعنی فرد ارزیابی مثبتی از ارزش اجتماعی خود دارد. چنین افرادی معتقد هستند که عضو مهمی از جامعه هستند و چیزهای ارزشمندی برای ارائه به دیگران دارند و می‌توانند کارهای مهمی انجام دهند. بنابراین میزان رضایت فرد از این که تا چه حد می‌تواند برای جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند مهم و ارزشمند باشد مشارکت اجتماعی نامیده می‌شود. همبستگی اجتماعی^۸، یعنی افرادی که اجتماع را قابل فهم، منطقی و قابل پیش‌بینی دانسته و علاقه‌مند به جامعه و مفاهیم مربوط به آن باشند دارای همبستگی اجتماعی هستند. این‌گونه افراد در مقابل آسیب‌های اجتماعی مراقب خود هستند و احساس می‌کنند که می‌توانند آن‌چه که در پیرامونشان اتفاق می‌افتد را بفهمند. در واقع این مفهوم نوعی فهمیدن کیفیت، سازماندهی و اداره دنیای اجتماعی اطراف خود

1. Harmony

2. The World Health Organization

3. Keyes

4. Keyes & Shapiro

5. Social integration

6. Social acceptance

7. Social contribution

8. Social coherence

نیز محسوب می‌شود. شکوفایی اجتماعی^۱، یعنی سنجش نیروهای بالقوه و سیر تکاملی جامعه. افرادی که از شکوفایی اجتماعی برخوردار هستند، به آینده جامعه امیدوارند و اعتقاد دارند که خود و دیگران نیروی بالقوه‌ای برای رشد اجتماعی می‌باشند و دنیا و جامعه می‌تواند برای آن‌ها و دیگران بهتر شود. ویژگی شکوفایی اجتماعی، امیدواری به بهبود شرایط است که باعث تقویت انگیزه و شوق به پیشرفت می‌شود و به افراد این توان را می‌دهد که هرچه بیش‌تر از توانمندی‌های خود جهت پیشرفت فردی و اجتماعی‌شان استفاده کنند (کییز، ۲۰۰۶ و کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴).

به اعتقاد مک داول^۲ تحقق بخشیدن به نقش‌های اجتماعی، خود مستلزم تناسب فرد با محیط و پایبندی به ارزش‌های اجتماعی است. فردی سالم خواهد بود که کارها را با توجه به ظرفیت‌های خود انجام دهد و به تأیید کسانی که در اطراف او زندگی می‌کنند، برساند (مک داول، ۲۰۰۶: ۱۵۰ به نقل شایسته، ۱۳۹۳). راسل^۳ (۱۹۷۳) سلامت اجتماعی را بخشی از سلامت فرد می‌داند که به نحوه ارتباط وی با دیگران و بازخورد متقابل دیگران و همچنین نحوه برقراری ارتباط و تعامل با سازمان‌ها و هنجارهای جامعه می‌پردازد (دماری و وثوق مقدم، ۱۳۹۲: ۲۸۹). این نوع برداشت از سلامت اجتماعی با سرمایه فرهنگی عجین است. مفهوم سرمایه فرهنگی^۴ به معنی قدرت شناخت و قابلیت استفاده از کالاهای فرهنگی در هر فرد، اساس روابط اجتماعی افراد و تعیین‌کننده شیوه زندگی آن‌هاست. سرمایه فرهنگی مجموعه‌ای از روابط، معلومات و امتیازات است که فرد برای حفظ کردن یا به‌دست آوردن یک موقعیت اجتماعی از آن استفاده می‌کند. به عبارت دیگر، سرمایه فرهنگی به طور دائمی در قلمرو امکانات یک قشر، گروه، طایفه یا قبیله است (صالحی امیری، ۱۳۸۶: ۴۶). بوردیو^۵ (۱۹۷۳) سرمایه فرهنگی را مجموعه‌ای از مهارت‌های کسب شده، دانش و دارایی در نظر می‌گیرد که ذخیره کننده، مجسم کننده و تأمین کننده ارزش‌های فرهنگی است. او معتقد است که سرمایه فرهنگی به ارث برده نمی‌شود و اکتسابی است و از طریق فرهنگ‌پذیری و سرمایه‌گذاری مالی می‌توان به آن دست یافت، بنابراین این نوع سرمایه با سرمایه اقتصادی رابطه تنگاتنگی دارد. از نظر بوردیو سرمایه فرهنگی به سه دسته تجسم یافته، عینیت یافته و نهادینه تقسیم می‌گردد. سرمایه تجسم یافته شامل حافظه، توانایی‌ها و مهارت‌های تجربی کسب شده و معلوماتی است که از سرمایه‌های فردی محسوب می‌شوند و از طریق وراثت و یا خرید و فروش به دیگران منتقل نمی‌شود. این نوع سرمایه با مرگ فرد از بین می‌رود. سرمایه فرهنگی عینیت یافته، کلیه آثار هنری، بناهای تاریخی، آثار فرهنگی و ادبی و شاهکارهایی از این دست است. این سرمایه‌ها با توجه به ویژگی‌هایی که دارا هستند با سرمایه‌های بدنی افراد رابطه داشته و به لحاظ ارزش مادی می‌توانند از صاحبانشان انتقال داده شوند اما به لحاظ نوع مالکیت حقوقی قابل انتقال نیستند (نیازی، کارکنان، ۱۳۸۶: ۶۰-۵۸). تمرکز اصلی تئوری سرمایه فرهنگی این است که فرهنگ از طریق سیستم آموزشی که بازتاب فرهنگ طبقه حاکم است، انتقال یافته و تشویق می‌شود و نهایتاً^۶ موجب باز تولید همان فرهنگ خواهد شد (برنشتاین، ۱۹۷۷ و بوردیو ۱۹۷۳). اسمیت^۶ به سرمایه فرهنگی، با دیدی عادت‌ی می‌نگرد و آن را شامل جنبه‌هایی هم‌چون دانش درباره هنرها و فرهنگ‌ها، سلیقه‌ها و ترجیحات فرهنگی، ویژگی‌های صوری یا نهادینه شده مانند داشتن مدارج دانشگاهی و گذراندن آزمون‌های موسیقی، مهارت‌های فرهنگی مانند توانایی نواختن آلات موسیقی و توانایی تمیز و تشخیص خوب و بد می‌داند (اسمیت، ۱۳۸۴: ۲۲۴). افراد از طریق قرارگرفتن در معرض سرمایه فرهنگی والدین و با تلاش آن‌ها، سرمایه فرهنگی را به ارث می‌برند (میرساردو، قدیمی، ۱۳۹۷: ۱۱۴). به زعم بوردیو افرادی که در سلسله مراتب اجتماعی و اقتصادی بالاتری قرار دارند، نوع مصرف کالاهای فرهنگی، ارائه روش‌ها، منش‌ها و الگوهای متفاوتی دارند و از نظر تحصیلی، فرزندان این طبقات هستند که بیشتر سرمایه فرهنگی به‌دست می‌آورند (نیازی و کارکنان، ۱۳۸۶: ۶۳) و در سطح مطلوبی از کیفیت زندگی قرار دارند زیرا سرمایه فرهنگی از نمادهای کیفیت زندگی است.

1 . Social Actualization

2. Yan mc Dowel . 2006. social health

3 .Resell

4. Cultural Capital

5 Bourdieu– Bernstein

6. Philip Smith

کیفیت زندگی: واژه کیفیت از لغت لاتین Qua به معنی چیزی، چه و Quality به معنی چگونگی گرفته شده است. معنی لغوی آن چگونگی زندگی است. این مفهوم شامل دو بخش شرایط ذهنی و شرایط عینی یا قابل مشاهده است. شرایط ذهنی به معنای داشتن رضایت از زندگی است که ساده‌ترین و عملی‌ترین تعریف است و با میزان کیفیت درک روانی از زندگی سنجیده می‌شود. بعد عینی یا قابل مشاهده به میزان دسترسی به نیازهای فرهنگی و اجتماعی برای ثروت مادی و بهزیستی جسمانی و پایگاه اجتماعی و همچنین مواردی مرتبط با معیارهای بالای زندگی اشاره دارد (فیلیپس، ۲۰۰۶ به نقل از گروسی، خداپرست، ۱۳۹۲: ۱۰۷). کیفیت زندگی نخستین بار توسط پیگو^۱ (۱۹۲۰) در کتاب «اقتصاد و رفاه» مورد استفاده قرار گرفت. کیفیت زندگی یکی از پیامدهای پر اهمیت در ارزیابی سلامت قلمداد شده (به نقل از میر محمدعلی، ۱۳۹۵: ۱۱۶) و از شاخص‌های اصلی جامعه‌مترقی و در برگیرنده مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده‌ی شرایط زندگی در جامعه و رفاه شخصی افراد است. همچنین به عنوان احساس فرد از بهزیستی تعریف شده است. احساسی که اساسش در رضایت فرد از جنبه‌هایی از زندگی است که برای وی اهمیت دارد (رضایی، ۱۳۹۲: ۱۴). لذا شناخت فرد از خود که شامل عواملی از قبیل مفید بودن، تصویر ذهنی از خود، مولد بودن، ذوق، نحوه نگرش نسبت به زندگی، درمان و ... می‌باشد، تأثیر زیادی بر کیفیت زندگی افراد دارد (هارتشنون^۲، ۱۹۹۲: ۲۶).

فرانس چهار عامل اصلی، وضعیت خانوادگی، وضعیت اجتماعی و اقتصادی، وضعیت جسمانی، وضعیت روحی و روانی را به طور مستقیم یا توأمان بر کیفیت زندگی تأثیرگذار می‌داند (واریشیو^۳، ۱۹۹۰: ۲۵۵-۲۵۶ به نقل از امینی ننده، ۱۳۹۰: ۳۴). براون و همکاران (۲۰۰۰)^۴ کیفیت زندگی را با توجه به دو سطح خرد (فردی، ذهنی) و کلان (اجتماعی، عینی) تعریف می‌کند و برای هرکدام از این سطوح شاخص‌هایی را برمی‌شمرد (فرخی، ۱۳۸۶: ۱۳). شاخص‌های کلان متأثر بر کیفیت زندگی مترادف با شرایط عینی اجتماعی در نظریه زاف هستند و عبارتند از: درآمد، شغل، مسکن، آموزش و پرورش و سایر شرایط از این قبیل. شاخص‌های خرد که با شرایط ذهنی فردی در نظریه زاف مترادف است، عبارتند از: درک کلی از کیفیت زندگی، تجارب ذهنی و ارزش‌های فردی که با میزان رفاه و رضایت از زندگی سنجیده می‌شوند. شاخص‌های کلان (اجتماعی - عینی) کیفیت زندگی، به نوعی بیان‌گر پایگاه اقتصادی - اجتماعی است که در زیر به آن پرداخته می‌شود.

تاج‌الدین (۱۳۹۵) پژوهش «تعیین‌کننده‌های سلامت اجتماعی شهروندان منطقه ۱۲ تهران» را با روش پیمایشی و نمونه‌گیری خوشه‌ای در بین ۴۰۰ نفر انجام داده است. نتایج نشان داد که بین کیفیت زندگی با سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد و همچنین ارتقای سلامت اجتماعی وابستگی زیادی به ارتقای سطح کیفیت زندگی دارد. مردانی (۱۳۹۳) پژوهش "بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان" را با تلفیقی از روش کتابخانه‌ای و میدانی و با شیوه نمونه‌گیری تصادفی ساده در میان ۳۸۴ نفر از دانشجویان دانشگاه یزد انجام داده است. نتایج نشان داده که متغیرهای میزان تحصیلات والدین، باورهای مذهبی، شغل والدین سکونت و محل سکونت با سلامت اجتماعی رابطه معناداری ندارد. شایسته (۱۳۹۳) پژوهش "رابطه سرمایه اجتماعی و فرهنگی خانواده و سلامت اجتماعی" را با روش پیمایش و شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای در میان ۳۸۴ نفر از جوانان ۱۸-۲۹ ساله شهر تبریز انجام داده است. نتایج نشان داد که بین سرمایه اجتماعی و فرهنگی خانواده با سلامت اجتماعی جوانان رابطه معنادار و مستقیم وجود دارد. همچنین بین سرمایه اجتماعی و فرهنگی فرد با سلامت اجتماعی رابطه معنادار و مستقیم وجود دارد. رستمی و همکاران (۱۳۹۶) پژوهش "رابطه سرمایه فرهنگی و سلامت روان جوانان" را با روش پیمایشی در میان ۱۶۴ نفر از جوانان ۱۸ تا ۲۹ ساله تهران انجام داده‌اند. نتایج نشان داد که بین سرمایه فرهنگی و سلامت روان رابطه معناداری وجود دارد. علوی حکمت (۱۳۹۳) پژوهش "بررسی رابطه انواع سرمایه با سلامت اجتماعی جوانان در شهر تهران" را با روش پیمایشی در میان ۲۰۰ نفر انجام داده است. نتایج تحقیق حاکی از آن است که بین سرمایه اجتماعی و فرهنگی و اقتصادی و تأهل و قومیت با سلامت اجتماعی رابطه معنی‌داری وجود دارد. تارام و کیخسروی (۱۳۹۷) "سلامت اجتماعی فرزندان کارکنان اداره آموزش و پرورش مریوان را در رابطه با سبک‌های فرزند پروری" با روش پیمایشی مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که میانگین

¹ Pigou

² Hartshon

³ Varhchchio

⁴ Brown

سلامت اجتماعی نمونه آماری ۶۲/۴۱ برآورده شده است و همچنین بین سبک‌های فرزندپروری سهل‌انگارانه و قاطع با سلامت اجتماعی رابطه منفی معنی‌داری وجود دارد اما بین سلامت اجتماعی و سبک مستبدانه فرزندپروری رابطه‌ای وجود ندارد. جرجاس^۱ و همکاران (۲۰۰۴) در مقاله‌ای تحت عنوان «چارچوب اکوفرهنگی، شاخص‌های اکواجتماعی و متغیرهای روان‌شناختی در پژوهش میان‌فرهنگی» روابط بین متغیرهای زمینه‌ای (شاخص‌های اکواجتماعی) و متغیرهای روان‌شناختی در میان ۱۲ کشور دانمارک، فنلاند، فرانسه، آلمان غربی، مجارستان، ایتالیا، ژاپن، مکزیک، هلند، لهستان و ایالات متحده آمریکا مورد بررسی قرار دادند. هدف این پژوهش بررسی روابط میان خوشه‌بندی کشورهای مبتنی بر شاخص‌های اکو اجتماعی و متغیرهای روان‌شناختی بوده است. شاخص‌های اکواجتماعی شامل ۶ متغیر بوم‌شناسی، اقتصاد، تحصیلات، وسایل ارتباط جمعی، جمعیت و مذهب است و متغیرهای روان‌شناختی عبارتند از: ارزش‌ها که برگرفته از مطالعات هافستد^۲، شوارتز^۳، اسمیت^۴ و اینگلههارت^۵ است و همچنین سلامت ذهنی که برگرفته از مطالعات داینر^۶ است. به‌طور کلی نتایج تحقیق نشان می‌دهد که عامل اقتصاد و مذهب می‌تواند بیش‌ترین تفاوت را در ابعاد روان‌شناختی بیان کند. بیش‌ترین حجم تأثیر به ترتیب مربوط به مذهب و اقتصاد، متغیرهای روان-شناختی مربوط به فردگرایی، شکاف قدرت است. رابطه مذهب (بعد محوری در چارچوب اکوفرهنگی) با عوامل روان‌شناختی معنادار شد. کشورهای مسلمان در زمینه‌ی ارزش‌هایی چون فردگرایی، استقلال و سلامت ذهنی در سطح پایینی قرار دارند و در زمینه شکاف قدرت امتیاز بالایی کسب می‌کنند. درحالی که در کاتولیک‌گرایی رمی سلسله مراتب و مالکیت سکولار، سطح پایین و اجتناب از عدم قطعیت، سطح بالایی دارد. از سوی دیگر کشورهای ثروتمندی مثل دانمارک، فنلاند و ایالات متحده که گروه‌های بزرگ جمعیتی پروتستان دارند عمدتاً^۷ در زمینه فردگرایی، پست مدرنیته، حاکمیت سکولار و همچنین سلامت ذهنی امتیاز بالایی دارند اما در مورد شکاف قدرت و اجتناب از عدم قطعیت امتیاز پایینی کسب می‌کنند. ثروت نیز یک عامل قدرتمند است که علت آن جلوه‌گری در بسیاری از حوزه‌های زندگی مثلاً^۸ وسایل ارتباط جمعی، مراقبت‌های بهداشتی و آموزش است.

پاول^۹ (۲۰۰۷) پژوهش «بررسی رابطه بین عملکردهای ارتباطی سلامت اجتماعی معنوی و کیفیت زندگی در افراد ۳۵ تا ۸۰ ساله مبتلا به سرطان» را با ابزار کیفیت زندگی، پرسش‌نامه سلامت اجتماعی - معنوی و پرسش‌نامه عملکرد اجتماعی انجام داده است. تحقیق نشان داد که سلامت معنوی عامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی این افراد بوده و سلامت اجتماعی پس از سلامت روانی در رتبه دوم قرار دارد. همچنین عملکردهای ارتباطی افراد رابطه‌ای با کیفیت زندگی آنان دارد (تباردرزی، ۱۳۸۶: ۴۰). بلانکو و دیاز^{۱۰} (۲۰۰۷) به «بررسی ارتباط بین ابعاد سلامت اجتماعی به عنوان شاخص نظم اجتماعی با جنبه‌های دیگری از سلامت مثل میزان افسردگی، عزت نفس، محرومیت، میزان آنومی^{۱۱} و...» پرداختند. نتایج نشان داد که سلامت ذهنی و روانی افراد به نوعی در ابعاد سلامت اجتماعی ریشه دوانده است. همچنین کسانی که عقاید مثبت و تجارب خوبی در ارتباط با زندگی اجتماعی شان دارند، دارای عزت نفس و رضایت از زندگی بالا و به طور کلی از سلامت بالایی برخوردارند و عقاید و نگرش منفی در مورد زندگی اجتماعی سبب افسردگی، آنومی، احساسات منفی و احساس محرومیت می‌شود که این عوامل موجب بی-تفاوتی و کناره‌گیری آن‌ها از زندگی اجتماعی می‌شود.

وبر^{۱۲} در بررسی قشربندی اجتماعی از معیار چند بعدی استفاده می‌کند. ابتدا تعریف طبقه را بر مبنای اقتصادی مثل مبادلات در بازار و خدمات انسانی برای سود بیان می‌دارد. همچنین میان ماهیت «طبقه‌های اقتصادی^{۱۱}» و «طبقه‌های اجتماعی^{۱۲}» تمایز

1. Georgas

2. Hofstede

3. Schwartz

4. Smith

5. Englehart

6. Diner

7. Paul

8. Blanko & Diaz

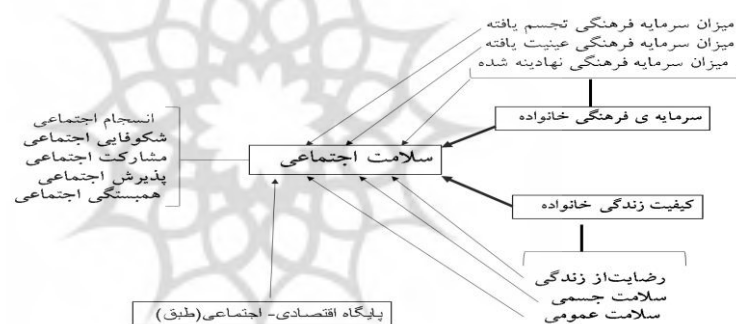
9. Amount Anomy

10. Weber

11. Economic classes

12. Social classes

قائل می‌شود. عامل دوم، نظام اجتماعی است و منظور از آن توزیع احترام و اعتبار و وجود تفاوت در این مورد است که از آن به عنوان سلسله مراتب منزلت اجتماعی می‌توان نام برد (کمالی، ۱۳۷۹: ۱۱۱). عامل سوم، نظام سیاسی است که توزیع قدرت در جامعه را مشخص می‌نماید. پارسونز (۱۹۴۳) نیز اعتقاد دارد که داوری‌های ذهنی سایر افراد، قشرهای اجتماعی را مشخص می‌کند (ابراهیم‌پور، پورجبل، رضانی ممقانی، ۱۳۹۱: ۵۴). پایگاه اجتماعی به نوع ارتباط سازمانی و میزان مشارکت اعضای آن اشاره دارد که برای رسیدن به پایگاه اقتصادی ویژه‌ای نقش بسزایی دارد. وجود پایگاه خاص اقتصادی نیز به نوبه خود بر عضویت افراد در گروه‌های ویژه تأثیر دارد و یکی از عوامل تأثیرگذار بر رفتار فرهنگی اعضای گروه‌ها است. به اعتقاد گیدنز (۱۳۸۱) اساس تمام جوامع سرمایه‌داری ساختاری طبقاتی متشکل از سه مؤلفه دارایی و ثروت، آموزش و مهارت، و نیروی کار بدنی است. دسته‌بندی ساختار طبقاتی شامل: طبقات بالایی که دارایی را در کنترل دارند، طبقات میانی که به نسبت دارایی کمتری دارند اما دارای تحصیلات ویژه و مهارت‌های بالایی هستند و می‌توانند آن را در بازار مبادله کنند و طبقات پایینی یا کارگری که فقط نیروی کار بدنی خود را برای فروش دارند. گیدنز توصیه می‌کند که ساختارهای طبقاتی متشکل از سه طبقه بالا، متوسط و پایین است. به عقیده کوئن بخشی از جامعه که به دلیل داشتن ارزش‌های یکسان، منزلت و جایگاه اجتماعی ویژه، فعالیت‌های مشترک و اندازه ثروت و دیگر دارایی‌ها و نحوه معاشرت با دیگر افراد جامعه متفاوت هستند طبقه اجتماعی نامیده می‌شوند (کوئن، ۱۳۸۹: ۲۳۸). تفاوت طبقاتی در واقع نشأت گرفته از دیدگاه اجتماع است و این جامعه و ارزش‌های حاکم بر آن است که طبقات اجتماعی را تعریف کرده و به وجود می‌آورد. در پژوهش حاضر برای تدوین چارچوب، مدل و فرضیه‌های آن تلفیقی از نظریه‌ی کیزی و شاپیرو در حوزه سلامت اجتماعی، نظریه‌ی جهانی بهداشت، راف، هارتشون و براون در حوزه کیفیت زندگی و از نظریه‌ی بورديو در حوزه سرمایه‌ی فرهنگی استفاده شده‌است. مدل نظری پژوهش در شکل (۱) ترسیم شده‌است.



۱. مدل نظری پژوهش

سلامت روان و توانمندی افراد جامعه در گرو ارتباط سالم آن‌ها با خانواده و دیگران است، لذا همواره سلامت اجتماعی آن‌ها به عنوان یکی از فاکتورهای مهم مدنظر اندیشمندان قرار می‌گیرد. هم‌چنین دانش‌آموزان دارای ارتباط کلامی و رفتاری با خانواده و دیگران هستند که هرگز نمی‌توان نتایج عینی این نوع ارتباط را بر رفتار اجتماعی آن‌ها نادیده گرفت. دانش‌آموزان به عنوان پایه و اساس نسل‌های بعدی در توسعه جوامع از اهمیت خاصی برخوردارند و ضروری است که برای ورود سالم آن‌ها به عرصه بزرگ‌تر جامعه، عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی آن‌ها نیز در کنار امر مهم رشد جسمی و علمی مورد تبیین قرار گرفته و برنامه‌ریزی‌های لازم انجام گیرد. هم‌چنین شهر مریوان یکی از مناطق مهم کردنشین ایران است که در ۱۲۵ کیلومتری غرب شهر سنجند مرکز استان کردستان قرار دارد. به دلیل شرایط خاص جغرافیایی این شهر (مرزی بودن) و شرایط اقتصادی آن (مراکز متعدد کولبری و بازارچه مرزی باشماق) و وضعیت جمعیتی (مهاجرپذیری) و همجواری با استان‌های کردنشین ایران و سلیمانیه عراق با ۱۰۰ کیلومتر مرز مشترک (آمار استان کردستان)، هر ساله با افزایش جمعیت از جمله دانش‌آموزی و کمبود امکانات و فضاهای استاندارد آموزشی مواجه است که می‌تواند سلامت اجتماعی عوامل انسانی بخصوص دانش‌آموزان را نیز تحت تأثیر خود

قرار دهد. با توجه به آن چه به اختصار گذشت این پژوهش به دنبال بررسی رابطه بین سرمایه فرهنگی و کیفیت زندگی خانواده ها و تاثیر آن بر سلامت اجتماعی دانش آموزان در شهر مریوان است. در واقع سؤال اساسی این است که میزان سرمایه فرهنگی و کیفیت زندگی خانواده های دانش آموزان شهر مریوان چقدر است و چه تاثیری بر سلامت اجتماعی آن ها دارد به عبارت دیگر پژوهش حاضر به تعیین رابطه بین سرمایه فرهنگی خانواده ها با سلامت اجتماعی دانش آموزان، تعیین رابطه بین کیفیت زندگی خانواده ها با سلامت اجتماعی دانش آموزان پرداخت.

روش پژوهش

روش پژوهش پیمایشی و از نظر هدف، کاربردی بود. جامعه آماری دانش آموزان دو دوره ی متوسطه ی اول و دوم مشغول به تحصیل شهر مریوان در سال تحصیلی ۱۳۹۶-۹۷ به تعداد ۱۶۵۳۵ نفر بودند. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران محاسبه و با شیوه نمونه گیری نسبتی و چند مرحله ای ۳۷۵ نفر به عنوان نمونه پژوهش گزینش شدند. در مرحله اول جامعه آماری شامل دانش آموزان متوسطه ی دخترانه و پسرانه متوسطه اول و دوم با روش تصادفی ساده گزینش و به چهار گروه همگن دسته بندی، و سپس به تناسب جمعیت به صورت تصادفی ساده از میان آن ها تعداد مدارس انتخاب شدند. در مرحله ی بعد نسبت جمعیت پسر و دختر به کل جمعیت محاسبه شد. سپس نسبت تعداد مدارس دخترانه و پسرانه به کل مدارس محاسبه شد. حجم نمونه از طریق فرمول کوکران با توجه به نسبت ها برای هر کدام از مدارس دخترانه (متوسطه اول و دوم) و پسرانه (متوسطه اول و دوم)، ۲۱ مدرسه دخترانه و ۲۰ مدرسه پسرانه تعیین گردید. در مرحله آخر تعداد ۳۷۵ نفر نمونه به دست آمده از فرمول کوکران، در بین مدارس به نسبت تقسیم گردید که در جدول (۱) قابل مشاهده است.

جدول ۱. مراحل تعیین حجم نمونه

جنسیت	دوره	تعداد مدارس	نسبت نمونه	تعداد نمونه (مدرسه، دانش آموز)
	متوسطه اول	۲۱	۵۱٪ مدرسه دخترانه	۱۱ مدرسه ۹۲ نفر
دخترانه	متوسطه دوم	۱۹	۴۷٪ جمعیت دختر	۱۰ مدرسه ۸۴ نفر
جمع	۴۱	۱۷۶ دختر	۲۱ مدرسه ۱۷۶ نفر
	متوسطه اول	۲۰	۴۹٪ مدارس پسرانه	۱۰ مدرسه ۱۰۰ نفر
پسرانه	متوسطه دوم	۲۰	۵۳٪ جمعیت پسر	۱۰ مدرسه ۹۹ نفر
جمع	۴۰	۱۹۹ پسر	۲۰ مدرسه ۱۹۹ نفر

منبع: پایان نامه

متغیرها در سطح سنجش فاصله ای و نمره گذاری ابزار تحقیق در قالب طیف لیکرت تنظیم شد. جدول (۲).

جدول ۲. نمره گذاری ابزارهای تحقیق با استفاده از طیف لیکرت ۵ گزینه ای

گزینه های جواب:	خیلی زیاد	زیاد	تاحدودی	کم	خیلی کم
گزینه های جواب:	۵	۴	۳	۲	۱
گزینه های جواب:	کاملاً موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالقم	کاملاً مخالفم
گزینه های جواب:	۵	۴	۳	۲	۱

برای سنجش روایی پرسش نامه از نظر داوران و برای سنجش پایایی از روش آلفای کرونباخ در Spss استفاده شد. متغیرها، معرف ها، منبع پرسشنامه و آلفای کرونباخ در جدول (۳) ارائه شده است. آلفای کرونباخ به دست آمده برای همه متغیرهای تحقیق، بالای ۰/۷۰ محاسبه شد.

جدول ۳. شاخص‌ها، معرف‌ها و ضرایب آلفای کرنباخ برای متغیرها

متغیر	شاخص‌ها یا ابعاد	معرف‌ها یا گویه‌ها	منبع پرسشنامه	آلفای کرنباخ
سلامت اجتماعی	شکوفایی اجتماعی	جامعه دائماً در حال تغییر است و تلاش والدین برای موفقیت بچه‌ها در درس و تحصیل عادی است. به نظر من جامعه مکانی پر بار و مفید برای افراد و دانش آموزان است. پیشرفت اجتماعی و تحصیلی امروزه مفهومی ندارد. دنیا زیباست و جای مناسبی برای زندگی و رشد هر فرد است. (۴ معرف)	صفری‌نیا، تدریس تبریزی، علی‌اکبری دهکردی (۱۳۹۳)	۷۴۲٪
	همبستگی اجتماعی	من آینده‌نگر نیستم و نمی‌توانم بفهمم که در دنیا چه پیش خواهد آمد. قانون و دولت و هر نوع تشکل سیاسی در زندگی من بی‌تاثیر است. به نظر من پیش بینی آنچه در اجتماع آینده اتفاق خواهد افتاد کار سختی است. (۳ معرف)	و محمودی و خطیبی (۱۳۹۸)	۹۱۲٪
	انسجام اجتماعی	من متعلق به مجموعه‌ای به نام جامعه هستم. من فکر می‌کنم که بخش مهمی از اجتماع اطرافم هستم. افراد جامعه برای من به عنوان یک شخص ارزش قائلند. (۳ معرف)	شهریاری‌پور، مرادی (۱۳۹۵)	۹۰۹٪
	پذیرش اجتماعی	به نظر من افراد قابل اعتماد هستند. به نظر من مردم مهربان‌اند. فکر می‌کنم که مردم فقط برای خودشان زندگی می‌کنند. سوال جدید پذیرش: به نظر من مردم این روزها بیشتر متقلب شده‌اند. من احساس می‌کنم که مردم صادق نیستند. (۵ معرف)		۸۸۹٪
	مشارکت اجتماعی	من می‌توانم کارهای ارزشمندی به دنیا عرضه کنم. فعالیت‌های روزانه من هیچ نتیجه‌ارزنده‌ای ندارد. من محصول ارزشمندی برای اشتراک در جامعه ندارم. رفتار من روی سایر افراد اجتماعم اثر می‌گذارد. من زمان و توان لازم را ندارم تا چیز مهمی به جامعه‌ام عرضه کنم. (۵ معرف)		۸۰۸٪
سلامت اجتماعی	۱۶ گویه			۷۱۱٪
سرمايه فرهنگي	تجسم یافته	در بیان مطالب جدید بدون مشکل هستیم. در ارائه کنفرانس درسی توانمندم و به خوبی از عهده آن برمی‌آیم. من توانایی حفظ کردن اشعار را دارم. در انتقال مفاهیم درسی به همکلاسی‌هایم مهارت دارم. (۵ معرف)	فیروزجاییان و گرامی (۱۳۹۱)	۷۵۱٪
	عینیت یافته	خانواده من دیدن تأثر و نمایشگاه‌های هنری را دوست دارند. در منزل آثار هنری از قبیل نقاشی و مجسمه داریم. خانواده من در ایجاد علاقه من به نویسندگی و شاعری نقش اساسی دارند. خانواده من در ایجاد علاقه من به نقاشی و خطاطی نقش اساسی دارند. خانواده من کتاب‌های غیردرسی برایم تهیه می‌کنند. خانواده من به تماشای فیلم‌های هنری علاقه‌مندند. من کتاب‌های غیر درسی زیادی مطالعه می‌کنم. (۸ متغیر)		۷۸۲٪
	نهادینه شده	به دلیل تلاش والدینم، من گواهینامه یادگیری یکی از زبان‌های (کوردی، انگلیسی و...) را دارم. من با کمک والدینم یکی از مدارک دوره‌های (خیاطی، آرایشگری، نقاشی، مکانیکی و...) را دارم.		۷۰۹٪
سرمايه فرهنگي	۱۳ گویه			۷۴۶٪
کیفیت زندگی	رضایت از زندگی	چقدر از دسترسی به امکانات ورزشی و تفریحی در مدرسه‌ی خود رضایت دارید؟ چقدر از دسترسی به خدمات بهداشتی و تندرستی مدرسه خود رضایت دارید؟ چقدر از حمایت دوستان و معلمان خود راضی هستید؟ چقدر از روابط خود با خانواده‌تان رضایت دارید؟ چقدر از شرایط و امکانات خانواده‌ی خود رضایت دارید؟ آیا به اندازه کافی برای رفع نیازهایتان، پول در اختیار دارید؟ محل زندگی شما، تا چه حد سالم و بهداشتی است؟ در زندگی روزمره درون خانواده‌خوده چقدر احساس امنیت و آرامش می‌کنید؟ ۸ گویه	نجات و همکاران، ۱۳۸۵، حمیدی‌زاده و همکاران، ۱۳۸۷، WHO QOL-BREF سازمان جهانی بهداشت	۷۳۴٪
	سلامت جسمی	چقدر از توانایی خود برای درس خواندن رضایت دارید؟ چقدر سلامتی اعضای خانواده (پدر و مادر) شرایط و فرصت مناسب را برای پرداختن به کارهای مورد		

۰/۷۶۰	علاقه شخصی تان فراهم می کند؟ آیا بیماری و یا مشکلات بدنی اعضای خانواده مثل پدر و یا مادر و یا هردو مانع انجام درس خواندن و کارهای مورد علاقه شما می شود؟ محل زندگی شما چقدر سالم و بهداشتی است؟ در خانواده چقدر امنیت دارید؟ چقدر امکانات و شرایط لازم برای درس خواندن در منزل فراهم است؟ چقدر بین والدین شما جرو بحث وجود دارد؟ جرو بحث والدین شما چقدر در میزان یادگیری شما تاثیر دارد؟ تا حالا شده شاهد جرو بحث والدین تان باشید؟ آیا این جرو بحث روی رفتار شما هم تاثیر نامطلوب داشته است؟ ۹ گویه	محیط (رضایت از زندگی)
۰/۶۵۹	چقدر وضعیت سلامتی خانواده (اینجا والدین) بر روابط شما با آن ها تاثیر گذار است؟ چقدر روابط اجتماعی خانواده به رشد و شکوفایی شما کمک می کند؟ در کل شرایط زندگی شما چقدر اجازه برقراری روابط اجتماعی با همکلاسی ها و دوستان تان را فراهم می کند؟ ۳ گویه	سلامت عمومی (روابط اجتماعی)
۰/۷۲۵	چه مقدار دچار حالاتی مانند: یاس و ناامیدی و اضطراب و... می شوید؟ آیا شکل و قیافه ظاهری بدنتان مورد قبول شماست؟ چقدر در انجام کارهای مدرسه و امور روزمره خود قادر به تمرکز هستید؟ چقدر از زندگی لذت می برید؟ ۴ گویه	سلامت روان
۰/۷۹۲	۲۴ گویه	کیفیت زندگی
اسلامی و همکاران ۱۳۹۳	تأکید بر سه فاکتور مهم شغل، تحصیلات و درآمد والدین	طبقات اجتماعی - اقتصادی

برای سنجش متغیرهای سرمایه فرهنگی از پرسش نامه بوردیو، سلامت اجتماعی از پرسش نامه کیز و شاپیرو، کیفیت زندگی از پرسش نامه ۲۶ سوال WHO QOL-BREF سازمان جهانی بهداشت استفاده شده است. این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان ساخته شد.

یافته های پژوهش

الف - یافته های توصیفی:

جدول ۴. توزیع آماری ویژگی های شخصیتی پاسخگویان و متغیرهای پژوهش (N=۳۸۴)

متغیر	(درصد)	میانگین سن		فرزند چندم خانواده (درصد)			متوسطه (درصد)		هنرستان (درصد)	
		اول	دوم	سوم تا پنجم	اول	دوم	فنی حرفه ای	کار و دانش		
جنس	دختر ۴۹/۲	۱۵/۱۲	۵۳/۸	۲۲/۳	۲۴/۹	۵۱/۸	۲۵/۱	۷/۵	۵/۶	
	پسر ۵۰/۷									
تحصیلات	زیر دیپلم ۶۵/۷	دیپلم و فوق دیپلم ۲۲	لیسانس و بیشتر ۱۲/۲	پایین و خیلی پایین ۲۷/۹	متوسط ۴۸/۸	بالا و خیلی بالا ۱۵/۲				
تحصیلات مادر	۴۴/۶	۳۴/۲	۲۱/۲							
سرمایه فرهنگی	فرآوانی ۱۷۸	(درصد) ۴۹/۶	فرآوانی ۱۴۴	کیفیت زندگی زیاد	زیاد	خیلی زیاد	فرآوانی (درصد) ۳۷/۹	فرآوانی ۱۸۵	(درصد) ۵۱/۵	

توزیع آماری ویژگی های شخصیتی پاسخگویان:

۴۹/۳ درصد پاسخگویان، دختر و ۵۰/۷ درصد آن ها پسر بوده اند. میانگین سن پاسخگویان ۱۵/۱۳ سال بود. ۵۳/۸ درصد آن ها فرزند اول خانواده، ۲۲/۳ درصد نفر فرزند دوم، و بقیه فرزند سوم تا پنجم خانواده بوده اند. ۵۱/۸ درصد یعنی بیش از نیمی از پاسخگویان در متوسطه اول، ۳۵/۱ درصد در دوره متوسطه دوم نظری، ۷/۵ درصد در هنرستان های فنی و حرفه ای و ۵/۶ درصد نیز در هنرستان های کاردانش مشغول به تحصیل هستند. ۷۰/۵ درصد از پاسخگویان در مدارس عادی دولتی و ۱۰ درصد در

مدارس نمونه دولتی، ۱/۹ درصد تیزهوشان، ۱۰/۶ درصد شاهد و ۷ درصد غیرانتفاعی مشغول به تحصیل هستند. ۶۵/۷ درصد تحصیلات مادرشان را زیردیپلم، ۲۲ درصد دیپلم و فوق دیپلم، ۱۲/۲ درصد لیسانس و فوق لیسانس و بالاتر گزارش کرده‌اند. ۴۴/۶ درصد از پدران پاسخ‌گویان دارای تحصیلات زیردیپلم، ۳۴/۳ درصد دیپلم و فوق دیپلم، ۲۱/۲ درصد کارشناسی و کارشناسی ارشد و بالاتر بوده‌است. ۳۷/۹ درصد پاسخ‌گویان ابراز داشته‌اند که خانواده آن‌ها از نظر اقتصادی-اجتماعی در طبقه خیلی پایین و پایین، ۴۶/۸ درصد در طبقه متوسط، ۱۵/۳ درصد در طبقه بالا و خیلی بالای جامعه قرار دارند.

توزیع آماری سرمایه فرهنگی و کیفیت زندگی خانواده‌ها:

۱۷۸ نفر معادل ۴۹/۶ درصد سرمایه فرهنگی خانواده خود را در حد زیاد و ۱۴۴ نفر معادل ۴۰/۱ درصد پاسخ‌گویان در حد خیلی زیاد گزارش کرده‌اند. در مجموع پاسخ‌گویان سرمایه فرهنگی خانواده خود را بالا گزارش کرده‌اند.

۱۳۶ نفر معادل ۳۷/۹ درصد پاسخ‌گویان کیفیت زندگی خانواده خود را در حد متوسط و ۱۸۵ نفر معادل ۵۱/۵ درصد در حد زیاد گزارش کرده‌اند. در مجموع پاسخ‌گویان کیفیت زندگی خود را در حد متوسط رو به بالا گزارش کرده‌اند. یافته‌های آمار استنباطی:

فرضیه اصلی: بین سرمایه‌های فرهنگی و کیفیت زندگی خانواده‌ها با سلامت اجتماعی دانش‌آموزان رابطه معنی‌دار وجود دارد.

فرض صفر: $H_0 = H_1$ فرض تحقیق: $H_1 \neq H_0$

یافته‌ها در جدول (۵) ارائه شده است.

جدول ۵: ضریب همبستگی بین سرمایه فرهنگی خانواده و مولفه‌های آن با

سلامت اجتماعی پاسخ‌گویان

متغیر	ضریب همبستگی پیرسون	تعداد	سطح معناداری
سرمایه فرهنگی	۰/۳۶۲**	۳۵۹	۰/۰۰۰
کیفیت زندگی خانواده	۰/۶۲۵**		۰/۰۰۰
پایگاه اقتصادی-اجتماعی	۰/۲۳۵**		۰/۰۰۱

با توجه به جدول (۵)، ضریب همبستگی بین سرمایه فرهنگی خانواده و سلامت اجتماعی پاسخ‌گویان ۰/۳۶۲ و رابطه مثبت و معنی‌داری است ($\text{Sig} = ۰/۰۰۰$) است. همچنین ضریب همبستگی بین کیفیت زندگی خانواده و سلامت اجتماعی پاسخ‌گویان قوی (۰/۶۲۵) و رابطه مثبت و معنی‌داری است ($\text{Sig} = ۰/۰۰۰$) است و فرض تحقیق در سطح ۹۹ درصد اطمینان تایید می‌شود. بر اساس جدول ضریب همبستگی پیرسون بین پایگاه اقتصادی-اجتماعی و سلامت اجتماعی پاسخ‌گویان برابر ۰/۲۳۵ و سطح معنی‌داری آن ۰/۰۰۱ است. یعنی بین پایگاه اقتصادی-اجتماعی و سلامت اجتماعی پاسخ‌گویان نیز رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد و این نتیجه قابل تعمیم به جامعه آماری پژوهش است. بنابراین فرض تحقیق با سطح اطمینان ۹۹ درصد تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

خانواده دانش‌آموزان دارای سرمایه فرهنگی متوسط رو به بالا بوده و از کیفیت زندگی نسبتاً بالایی برخوردار بودند. همچنین دانش‌آموزان از زندگی با خانواده خود رضایت نسبی داشته و از سلامت اجتماعی مطلوبی برخوردار بودند. رابطه معناداری بین سرمایه فرهنگی با سلامت اجتماعی تایید شد. این نتیجه در راستا و تایید کننده‌ی نتایج آمینی‌نقده (۱۳۹۰)، مردانی (۱۳۹۳)، شایسته و سفیری (۱۳۹۳)، رستمی و همکاران (۱۳۹۶)، علوی حکمت (۱۳۹۳)، جرجاس و همکارانش (۲۰۰۴) است. اما نتایج مردانی (۱۳۹۳) را رد می‌کند در پژوهش‌های مذکور باورهای مذهبی و تحصیل و تفریح که از مولفه‌های سرمایه فرهنگی می‌باشند، رابطه معناداری با سلامت اجتماعی نداشتند. همچنین نتایج پژوهش حاضر همسو و هماهنگ با نظریه بوردیو است. بوردیو سرمایه فرهنگی را مجموعه‌ای از مهارت‌های کسب شده، دانش و همچنین دارایی در نظر می‌گیرد که ذخیره کننده، مجسم کننده و تأمین کننده ارزش‌های فرهنگی است. او معتقد است سرمایه فرهنگی اکتسابی است و باید با کار طولانی و صرف هزینه مادی به آن دست یافت؛ زیرا به ارث برده نمی‌شود و با فرهنگ‌پذیری و سرمایه‌گذاری مالی و مادی به آن می‌توان دست یافت.

درواقع این نوع سرمایه با سرمایه اقتصادی رابطه تنگاتنگی دارد. پاسخ‌گویان نیز اذعان داشته‌اند که سرمایه فرهنگی و وضعیت اقتصادی خانواده‌ها در حد مطلوب است.

هم‌چنین رابطه معناداری بین کیفیت زندگی با سلامت اجتماعی تایید شد. این نتیجه تاییدکننده نتایج تحقیقات امینی نقده (۱۳۹۰)، پاول (۲۰۰۷) و بلانکو و دیاز (۲۰۰۷)، تارام و کیخسوری (۱۳۹۷)، تاج‌الدین (۱۳۹۶)، جرجاس و همکاران (۲۰۰۴) است. هم‌چنین در راستا و هماهنگ با نظریه‌ی لارسون (۱۹۹۶) سازمان جهانی بهداشت است. لارسون سلامت اجتماعی را به عنوان گزارش فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که وی عضوی از آن‌هاست تعریف می‌کند و معتقد است که سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد و پاسخ‌های درونی (احساس، تفکر و رفتار) است که رضایت یا فقدان رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی را می‌سنجد. سلامت اجتماعی یعنی کیفیت و کمیت تساوی افراد و وسعت درگیر شدن اشخاص با اجتماع. بنا به تعریف سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی‌ای که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان می‌باشد، پس کاملاً "فردی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی‌شان استوار است (نجات، منتظری و دیگران، ۱۳۸۵: ۲). هم‌چنین تایید کننده و همسو با نظریه‌های زاف، هاریشون و واریشو و براون است. اشخاصی که از کیفیت زندگی مناسبی برخوردارند، ارتباطات خانوادگی آن‌ها افزایش می‌یابد و نیاز ندارند که از مکانیزم‌های مقابله استفاده کنند؛ زیرا این افراد سازگارند و دارای آرامش در زندگی فردی و اجتماعی هستند. بر اساس نظریه زاف و براون و هاریشو، خانواده‌های دانش‌آموزان شهر مریوان از درآمد و شغل و مسکن مناسبی برخوردار بوده و قادر هستند شرایط مناسب زندگی و سلامت اجتماعی فرزندان‌شان را در حد متوسط فراهم آورند. هم‌چنین نتایج نشان داد که دانش‌آموزان از کیفیت زندگی و تجارب و ارزش‌های فردی و رضایت از زندگی درک مطلوبی داشته دارای روابط اجتماعی مناسب با خانواده، دوستان و همکلاسی‌ها بوده و در کسب مهارت‌های زندگی موفق هستند. در واقع دانش‌آموزان از کیفیت زندگی مناسبی برخوردار هستند. یعنی هم دارای شاخص‌های مطلوب در سطح کلان و هم شرایط ذهنی مناسب در سطح خرد بوده و از رفاه و و شرایط زندگی خود رضایت دارند.

رابطه معناداری بین طبقه اجتماعی - اقتصادی با سلامت اجتماعی تایید شد. این نتیجه همسو و تایید کننده نتایج تحقیقات حسینی (۱۳۸۸)، حاتمی (۱۳۸۹)، امینی نقده (۱۳۹۰)، مردانی (۱۳۹۳)، رستمی و همکاران (۱۳۹۶)، علوی حکمت (۱۳۹۳) و جرجاس و همکارانش (۲۰۰۴) است. هم‌چنین در راستا و هماهنگ با نظریه کوئن (۱۳۸۹)، پارسنز (۱۹۴۳)، گیدنز (۱۳۸۱)، و وبر (به نقل از کمالی، ۱۳۷۹) و بورديو (۱۹۷۳) است. بر اساس دیدگاه کوئن، وبر، پارسنز و گیدنز و بورديو طبقه اجتماعی بخشی از جامعه است که به لحاظ داشتن ارزش‌های مشترک، منزلت اجتماعی معین، فعالیت‌های دسته‌جمعی، میزان ثروت و دیگر دارایی‌های شخصی و نیز آداب معاشرت، با دیگر بخش‌های همان جامعه متفاوت است. در واقع سه شاخص اصلی مشخص‌کننده‌ی طبقه اجتماعی عبارتند از درآمد، شغل و میزان تحصیلات. اگر افراد دارای مشاغل مهم و پر درآمدی باشند، در نظام قشربندی جایگاه و موقعیت اجتماعی بالاتری را نسبت به دیگران اشغال کرده‌باشند، در نتیجه از میزان سرمایه فرهنگی و کیفیت زندگی مطلوب‌تری برخوردار بوده، فرزندان‌شان سلامت اجتماعی بیشتری خواهند داشت.

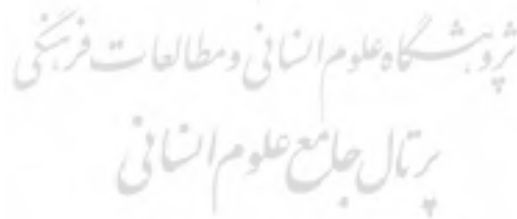
بر اساس نتایج پژوهش، سرمایه فرهنگی و کیفیت زندگی خانواده‌ها نقش تعیین‌کننده‌ای در سلامت اجتماعی دانش‌آموزان دارد و سلامت اجتماعی به‌شدت به آن وابسته است؛ زیرا سرمایه‌ی فرهنگی مبتنی بر ارزشها و باورها و ایستارهایی است که تعیین‌کننده زیر بنای کیفیت و سبک زندگی است. هم‌چنین کیفیت زندگی مبتنی بر سرمایه فرهنگی نقش تعیین‌کننده‌ای در سلامت اجتماعی انسان دارد. به‌ویژه انسان‌هایی که سکنداران سلامت آینده‌ی جامعه هستند و برنامه‌ریزی فرهنگی - تربیتی خاصی در راستای سلامتی آن‌ها می‌طلبند. لذا توصیه به خانواده‌ها این است که با کسب و اندوختن سرمایه فرهنگی و تحسم و عینیت بخشیدن به آن تلاش نموده تا مهم‌ترین نماد آن یعنی کیفیت زندگی مطلوب را در زندگی شخصی خود متجلی سازند و از این طریق، نه تنها سلامت اجتماعی فرزندان تهدید نشود بلکه ارتقاء یابد.

منابع

- ایمینی ننده، منصور. (۱۳۹۰). «بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی مطالعه موردی جوانان ۱۸ تا ۲۹ سال شهر ننده»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- ابراهیم‌پور، داود؛ پورجلی، ربابه؛ رضانی ممقانی، روح‌انگیز. (۱۳۹۱). «بررسی رابطه عوامل اجتماعی-اقتصادی با سلامت اجتماعی دبیران مقطع راهنمایی و متوسطه شهرستان آذر شهر» *مطالعات جامعه‌شناسی*، ۴(۱۴): ۶۷-۴۷.
- اسلامی، ایوب؛ محمودی، احمد؛ خبیری، محمد و نجفیان رضوی، سید مهدی. (۱۳۹۳). «نقش وضعیت اجتماعی - اقتصاد (SES) در انگیزه مشارکت شهروندان به ورزش‌های همگانی - تفریحی» *پژوهش‌های کاربردی در مدیریت ورزش*، ۲(۳): ۸۹-۱۰۴.
- تاج‌الدین، محمد باقر. (۱۳۹۶). «تعیین‌کننده‌های سلامت اجتماعی شهروندان منطقه ۱۲ تهران»، *فصلنامه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، ۷(۳۲): ۶۱-۹۶.
- تارام، دلبر و کیخسروی، فاطمه. (۱۳۹۷). «بررسی رابطه سبک‌های فرزندپروری و سلامت اجتماعی فرزندان کارکنان اداره آموزش و پرورش شهر میوان»، *دومین کنفرانس ملی دانش و فناوری، روانشناسی، علوم تربیتی و جامعه‌شناسی ایران*.
- تباردرزی، هادی عبدالله. (۱۳۸۶). «بررسی ارتباط سلامت اجتماعی و متغیرهای دموگرافیک اجتماعی دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی»، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی*.
- حاتمی، پریسا (۱۳۸۹). «بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تأکید بر شبکه‌های اجتماعی»، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی*.
- حسینی، سیده فاطمه (۱۳۸۸). «بررسی میزان سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در دانشجویان دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی در سال ۸۸-۱۳۸۷»، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی*.
- حمیدی‌زاده، سعید؛ احمدی، فضاله؛ اصلانی، یوسف؛ اعتمادی فر، شهرام و همکاران. (۱۳۸۷). «بررسی تأثیر برنامه ورزشی گروهی بر کیفیت زندگی سالمندان در سال ۸۶-۱۳۸۵»، *ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۱۶(۱): ۸۶-۸۱.
- اسمیت، فلیپ. (۱۳۸۴). *درآمدی بر نظریه فرهنگی*، ترجمه حسن پویان، تهران: انتشارات دفتر پژوهش‌های فرهنگی.
- دماری، بهزاد و وثوق مقدم، عباس. (۱۳۹۲). «بسته‌های خدمات سلامت اجتماعی، الگویابی برای مداخله نظام مدیریت سلامت شهری» *فصلنامه پایش*، ۱۲(۳): ۲۹۷-۳۰۴.
- رستمی، طاهره؛ آشنا، امیرحسین؛ طاووسی، محمود و منتظری، علی. (۱۳۹۶). «رابطه سرمایه فرهنگی با سلامت روان جوانان: یک مطالعه مقطعی»، *نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی پایش*، سال هفدهم، شماره اول: ۳۹-۳۳.
- رضادوست، کریم و رستمی، ایوب. (۱۳۹۷). «بررسی تأثیر برخی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی (مطالعه موردی دانشگاه شهید چمران اهواز)» *کنفرانس بین‌المللی توسعه اجتماعی*.
- رضایی، امید. (۱۳۹۲). «بررسی سلامت اجتماعی شهروندان مشهد و عوامل مؤثر بر آن»، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه فردوسی مشهد*.
- زکی، محمدعلی و خشوعی، مریم السادات. (۱۳۹۲). «سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در بین شهروندان شهر اصفهان»، *مطالعات جامعه‌شناسی شهری*، ۳(۸): ۱۰۸-۷۹.
- سجادی، حمیرا و صدرالسادات، سیدجلال. (۱۳۸۳). «شاخص‌های سلامت اجتماعی»، *مجله سیاسی اقتصادی*، (۲۰۷): ۲۴۴-۲۵۳.
- شایسته، سولماز، سفیری، خدیجه. (۱۳۹۳). «بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و فرهنگی خانواده با سلامت اجتماعی جوانان»، *پایان‌نامه ارشد، استاد راهنما خدیجه سفیری، دانشگاه الزهراء، دانشکده علوم اجتماعی و اقتصاد*.
- شهریاری‌پور، رضا؛ مرادی، فرشاد. (۱۳۹۵). *مروری بر عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی در دانشجویان، سلامت اجتماعی و اعتیاد*، شماره ۱۲: ۷۳-۱۰۲.
- صالحی امیری، سید رضا. (۱۳۸۶). *نظریه‌های فرهنگی*، تهران: انتشارات ققنوس.
- صفاری‌نیا، مجید؛ تدریس تبریزی، معصومه؛ علی‌اکبری دهکردی، مهناز. (۱۳۹۳). *رواسازی و اعتباریابی پرسشنامه بهزیستی اجتماعی در زنان و مردان ساکن شهر تهران، نشریه علمی اندازه‌گیری تربیتی*، ۵(۱۸): ۱۱۵-۱۳۲.
- علوی حکمت، زهرا. (۱۳۹۳). «بررسی رابطه انواع سرمایه با سلامت اجتماعی افراد در شهر تهران»، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی و اقتصاد، دانشگاه الزهراء(س)*.

- فرخی، جواد. (۱۳۸۶). «کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن (سرپرستان خانوارهای ساکن تهران)»، پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه علامه طباطبایی.
- فیروزجاییان، علی اصغر، گرامی، فتح‌اله. (۱۳۹۱). بررسی رابطه‌ی بین سرمایه‌ی فرهنگی و منزلت اجتماعی دبیران (مطالعه موردی: دبیران مدارس متوسطه شهر خلخال)، *مطالعات علوم اجتماعی ایران*، ۱۱(۲): ۱۰۵-۱۲۰.
- کمالی، علی. (۱۳۷۹). *مقدمه‌ای بر جامعه‌شناسی نابرابری‌های اجتماعی*، تهران: انتشارات سمت.
- کوئن، بروس. (۱۳۸۹). *مبانی جامعه‌شناسی*، ترجمه و اقتباس: توسلی، غلامعلی، فاضل، رضا، تهران: انتشارات سمت.
- گروسی، سعیده، خداپرست، زهرا. (۱۳۹۲). «رابطه حمایت اجتماعی عملکردی با چگونگی کیفیت زندگی زنان متأهل شهر کرمان پس از زایمان»، *مجله مطالعات اجتماعی ایران*، ۸(۲): ۱۰۳-۱۲۶.
- گنجی، حمزه. (۱۳۸۳). *بهداشت روان*، تهران: انتشارات ارسباران.
- گیدنز، آنتونی. (۱۳۸۱). *جامعه‌شناسی*، ترجمه منوچهر صبوری، چاپ هفتم، تهران: نشرنی.
- محمودی، علی. (۱۳۹۸). «مقایسه‌ی احساس امنیت اجتماعی و سلامت اجتماعی افراد معتاد با افراد غیر معتاد در محله گلشن تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد، استاد راهنما اعظم خطیبی، دانشگاه پیام نور مرکز همدان.
- مردانی، عارفه. (۱۳۹۳). «بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه یزد»، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد*، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد.
- میرساردو، طاهره؛ قدیمی، بهرام. (۱۳۹۷). «سرمایه فرهنگی پیشرفت تحصیلی»، *دوفصلنامه جامعه‌شناسی آموزش و پرورش*، (۱۱): ۱۱۳-۱۱۳.
- میر محمدعلی، مرجان. (۱۳۹۵). «بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به MS»، *دوفصلنامه پژوهشنامه روانشناسی عدالت*، ۱(۲): ۱۰۸-۱۲۷.
- نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکویی نائینی، کوروش؛ محمد، کاظم و مجدزاده، سیدرضا. (۱۳۸۵). «استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHO QOL-BREF)». ترجمه و روانسنجی گونه ایرانی»، *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۴(۴): ۱-۱۲.
- نیازی، محسن و کارکنان، محمد. (۱۳۸۶). تبیین جامعه‌شناختی رابطه سرمایه فرهنگی خانواده با هویت اجتماعی جوانان، *فصلنامه مطالعات ملی*، ۸(۳): ۸۶-۵۵.
- وثوقی، منصور؛ مهدوی، سید محمد صادق و رحمانی خلیلی، احسان. (۱۳۹۳). «بررسی تأثیرات جمعی سرمایه اجتماعی، شادابی اجتماعی و حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی»، *مجله بررسی مسائل اجتماعی ایران*، ۴(۲): ۲۶۳-۲۳۵.
- Blanco A, & Diaz D. (2007). Social Order and Mental health: A Social Wellbeing approach, *Autonomy university of Madrid*. 1: 61-71.
- Bernstein B. (1977). *Class, Codes and Control: Towards a Theory of Educational Transmission*, vol.1, London: Routledge and Kegan Paul.
- Bourdieu P. (1973). Cultural Reproduction and Social Reproduction ", in R. Brown(Ed), *Knowledge and Cultural Change*, London: Tavistock.
- Brown M, Sinacore D R, Ehsani A A, (2000). "Low intensity exercise as a modifier of physical fragility and quality of life in older adults", *Arch Phy Med Rehabil*, 2000 Mar;81(2): 960-65.
- Georgas J, Van De Vijver F J R, Berry J W. (2004) *The Ecocultural framework, Eco social Indices and psychological Variables in Cross- Cultural Research*, 35(1): 74-96.
- Hartshon j c, Byers V. (1992). Impact of epilepsy on quality of life. *Journal of Noro science nursing*. 24: 24-29.
- Keyes C L M (2004) "Mental Health and / or Mental Illness? Investigation Axioms of the Complete state model of Health", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3): 539-548.
- Keyes C, L. M, (2006) mental health in adolescence: Is America's youth flourishing? *American journal of orthopsychiatry*, 6(3): 395-402.
- Keyes C L M, Shapiro A. (2004): *A Descriptive Epidemiology, Social Well-Being in the United states*, Chapter twelve, 350-370.

- Larsen J S. (1996).” The world Health Organization Definition Health. Social versus Spiritual health”. *Social indicator research*, 38(2): 181-192.
- McDowell I, (2006). *Measuring Health, A Guide to Rating Scales and Questionnaires*, Oxford University press, Third Edition.
- Parsons T. (1943). "The kinship system of the contemporary United states" *American Anthropologist Association*, 45(1): 22-38.
- Paul H R. (2007). Wellstone Mental Health and Addiction Equity Act OF 1424, by United States House of Representatives, 9781696148115, available at Book.
- Pigou A.C,(1920).*The Economics of Welfare: Palgrave Classics in Economics*, Publisher: Palgrave MacMillan, Edition Statement 4thed, Publication City /Country Basingstoke, United Kingdom .
- Pigou A C. (1920). The economics of welfare. London: Mac Millan.
- Phillips D. (2006). *Quality of life: Concept, Policy and Practice*, London: Rutledge.
- Renne k s. (1974) Measurement of social Health in a General population survey, *social science research*, 3: 25-44.
- Russell R D. (1973). Social Health: an attempt to clarify this dimension of well-being. *International Journal of health Education*, 16: 74-82.
- Shaw J, Erickson A, Harvey M. (2011). “ A method for measuring destructive leadership).
- Varrchio C. (1990). Relevance of quality of life to clinical nursing practice: *Seminars in oncology nursing*, 6: 255-259.
- WHO M H P. (2016) *WHO Mental Health Gap Action Program me (MH GAP)*.
- World Health Organization, world health statistics, (2016). Monitoring health for the SD.



The Relationship between Cultural Capital and Family Quality of Life with Social Health of Students in Marivan City

Azam Khatibi¹
Mahnaz RajabiFar²

Abstract

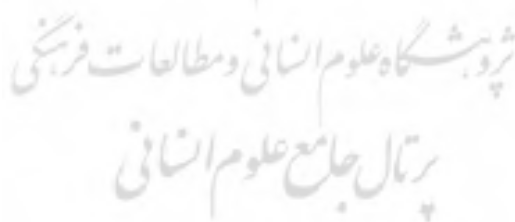
Purpose: This study was conducted to investigate the relationship between cultural capital and family quality of life with students' social health in Marivan.

Methodology: Research: The present research method was survey and correlational. The statistical population included all high school students in the city of Marivan in the academic year 2017-18. The sample size was calculated using the Cochran's formula of 375 people. The sampling method of the present study was relative and multi-stage sampling. Bourdieu's Cultural Capital Questionnaire (1973), Keys and Shapiro's Social Health (2004), WHO Quality of Life, World Health Organization (2016) were used to collect data. Data analysis was performed using Pearson correlation method and multiple regressions using SPSS22 software at a significance level of 0.05.

Results: The research findings showed that Cronbach's alpha for all research variables was above 0.70. Also between cultural capital ($r = 0.362$ and $sig = 0.000$) and quality of life ($r = 0.625$ and $sig = 0.000$) and the socio-economic base of the family ($r = 0.2355$ and $0.001 = sig$) There was a significant relationship with children's social health.

Conclusion: The final result showed that by changing the cultural capital and quality of life of families, the rate of change in children's social health can be predicted. In fact, the cultural capital and quality of life of families play a decisive role in the social health of students, and social health is highly dependent on it. They are a student community, and education officials and families must provide the necessary conditions to strengthen these two elements.

Keywords: cultural capital, quality of life, social health, life satisfaction, socio-economic status.



1. Responsible author: Associate Professor, Social Science Department, Payam Noor University-Iran
azamkh48@pnu.ac.ir

2 M.Sc., Department of Sociology, Faculty of Social Sciences, Payame Noor University-Iran