

رابطه بین سطح پایگاه اقتصادی - اجتماعی و سلامت اجتماعی جوانان شهر قروه

نسرين مروتی^۱

منصور فتحی^۲

نادر مروتی^۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۷/۲۹

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۱۰/۱۶

این مقاله در پی بررسی رابطه بین سطح پایگاه اقتصادی - اجتماعی و سلامت اجتماعی جوانان است. هدف دست یابی به وضعیت و میزان سلامت اجتماعی، شناسایی میزان و چگونگی تأثیر پایگاه اقتصادی - اجتماعی بر سلامت اجتماعی و در نهایت، ارائه راهکارهای کاربردی در راستای ارتقای میزان سلامت اجتماعی در جامعه مورد مطالعه است. در پژوهش حاضر از نظریه کیز برای تبیین سلامت اجتماعی و نظریه وبر برای تبیین پایگاه اقتصادی - اجتماعی به عنوان چارچوب نظری بهره گرفته شده است. روش پژوهش حاضر، پیمایش و جامعه آماری آن، جوانان ۱۸ تا ۲۹ ساله شهر قروه است. روش نمونه‌گیری از نوع تصادفی ساده است. برای گردآوری اطلاعات، از پرسش‌نامه استاندارد اندازه‌گیری سلامت اجتماعی کیز استفاده شده است. اطلاعات به دست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS و انجام آزمون‌های تحلیل واریانس و ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

بر اساس یافته‌ها، بین سطح پایگاه اقتصادی - اجتماعی و بعد شکوفایی اجتماعی سلامت اجتماعی جوانان رابطه معکوس وجود دارد؛ بدین معنی که هر چقدر پایگاه اقتصادی - اجتماعی بالاتر باشد، میزان شکوفایی اجتماعی کاهش می‌یابد و برعکس، اما بین پایگاه اقتصادی و اجتماعی جوانان با سایر ابعاد سلامت اجتماعی - همبستگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی و انسجام اجتماعی - رابطه مستقیم وجود دارد؛ بدین معنا که هرچه پایگاه اقتصادی - اجتماعی بالاتر باشد، این مولفه‌ها نیز افزایش می‌یابد و برعکس.

واژگان کلیدی: سلامت اجتماعی، پایگاه اقتصادی - اجتماعی، جوانان و شهر قروه

^۱ کارشناس ارشد، مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

^۲ استادیار، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران (نویسنده مسئول) E-mail: Fathi.mansour@gmail.com

^۳ دانشجوی دکتری، رفاہ اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

مقدمه

موضوع سلامت از بدو پیدایش بشر و در قرون و اعصار متمادی مطرح بوده است، اما هرگاه از آن سخنی به میان آمده عموماً بعد جسمی آن مد نظر قرار گرفته و کمتر به سایر ابعاد سلامت به خصوص بعد اجتماعی آن توجه شده است. 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 ایجاب می‌کند همه نظام‌ها و ساختارهایی که وضعیت اجتماعی-اقتصادی و محیط فیزیکی را در کنترل و تسلط خود دارند، مضامین فعالیت‌های خود را در مورد 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، 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، 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.

به طور کلی، سه تلقی از مفهوم سلامت اجتماعی وجود دارد:

۱- سلامت اجتماعی به مثابه "بعد اجتماعی سلامت فرد" که در کنار دو بعد جسمی و روانی، سلامت

فرد به رابطه او با جامعه نظر دارد؛

۲- جامعه سالم به مثابه "شرایط اجتماعی سلامت بخش"؛

۳- سلامت اجتماعی به مثابه "وضعیت اجتماعی بهتر".

به طور کلی بسته به اوضاع فعلی هر جامعه، مصادیق و معانی عینی متفاوتی می‌یابد (رفیعی، ۱۳۸۸: ۷ و ۶).

امروزه سلامت اجتماعی، به‌عنوان یکی از ابعاد سلامت جسمی و روانی و معنوی نقش و اهمیت گسترده‌ای یافته است؛ به گونه‌ای که دیگر، سلامتی فقط عاری‌بودن از بیماری‌های جسمی و روانی نیست، بلکه چگونگی عملکرد انسان در روابط اجتماعی و چگونگی تفکر وی از اجتماع نیز به‌عنوان معیارهای ارزیابی سلامت فرد در سطح کلان جامعه به‌شمار می‌رود (سام‌آرام، ۱۳۸۸).

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 در پیشگیری از انحراف که ابعادی فراتر از قلمرو رفتارهای فردی دارد، داشته باشد. در اجتماعاتی که حمایت‌کننده اند و خطر و آسیب‌پذیری را کاهش می‌دهند، فرصت‌های زیادی برای مشارکت و سهیم شدن در زندگی مدنی و اخلاقی اجتماع وجود دارد و می‌توان نقش شهروندان بالغ را برعهده گرفت (گلیکن، ۲۰۱۱: ۴۹۲). بدون شک تقویت و توسعه شاخص‌های سلامت اجتماعی، در هر جامعه‌ای کاهش بار مسائل اجتماعی را به دنبال خواهد داشت و ساختارها و منابع اجتماعی، فرصت‌ها و توانایی‌های افراد را در هنگام مواجهه با چالش‌های زندگی بهتر تحت تاثیر قرار می‌دهند. فرد سالم از نظر اجتماعی زمانی عملکرد خوبی دارد که اجتماع را به صورت یک مجموعه معنادار، قابل فهم و دارای نیروهای بالقوه برای رشد و شکوفایی بداند، احساس کند که متعلق به گروه‌های اجتماعی است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن شریک بداند (کییز، ۲۰۰۴). افرادی که از سلامت اجتماعی برخوردارند، می‌توانند با چالش‌های زندگی اجتماعی روبه‌رو شوند و با آن‌ها مقابله نمایند و عملکرد بهتری در جامعه داشته باشند.

وبر سه عنصر بنیادی قدرت، ثروت و حیثیت را مبنای پایگاه اقتصادی - اجتماعی می‌داند و معتقد است این عناصر عامل تعیین‌کننده میزان برخورداری افراد از مواهب و امکانات جامعه است (گیدنز، ۱۳۹۳). بررسی‌های مختلف نیز نشان می‌دهد که بین پایگاه اجتماعی و اقتصادی افراد و بهره‌مندی‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی آنان پیوند عمیقی وجود دارد. هر چه افراد بیشتر بتوانند از فرصت‌های زندگی استفاده کنند، از موقعیت و پایگاه بالاتری برخوردار می‌شوند. بنابراین تفاوت‌های اجتماعی - اقتصادی، علاوه بر پدید آوردن طبقات مختلف در جامعه، ایجاد یک نوع سلسله مراتب اجتماعی نیز می‌نمایند. بنابراین افرادی که از لحاظ اقتصادی و اجتماعی در شرایط بهتری قرار دارند، به دلیل توانایی و دسترسی بهتر در وضعیت مطلوب‌تری قرار می‌گیرند و در مقابل، افرادی که به طبقات پایین جامعه تعلق دارند از کم‌ترین فرصت‌های زندگی برخوردارند.

در کشور ما با وجود کاستی‌های موجود به‌خصوص 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 و آسیب‌های اجتماعی می‌شود. هر چند مسایل ذکر شده در کشور پررنگ است، اما نمی‌توان حکم کلی در مورد مولفه‌های رفاه، سلامت و ... برای تمامی استان‌ها صادر کرد- بلکه حتی بین استان‌ها و مناطق مختلف نیز تفاوت فاحش وجود دارد. بر اساس پژوهش محقق کمال و همکاران (۲۰۱۵)، شاخص‌های رفاه اجتماعی استان‌های مرزی ایران از جمله کردستان (با نمره ۱۳/۵۲ درصد رفاه اجتماعی قبل از سیستان آخرین استان ایران بوده است) نسبت به سایر استان‌ها پایین است. معیارهای سنجش رفاه اجتماعی بر اساس ویژگی‌های کیفیت زندگی چون: بهداشت، آموزش، اقتصاد، امنیت اجتماعی، مسکن و اشتغال بوده است.

شهر قروه، یکی از شهرهای مهم استان کردستان است که از تنوع مذهبی (تشیع و تسنن) و زبانی (فارس، ترک و کرد) برخوردار است. نرخ بالای بیکاری جوانان در استان کردستان و از جمله شهر قروه حاکی از وضعیت نامطلوب اشتغال جوانان در این شهر است (مرکز آمار، ۱۳۹۶). گسترش فن‌آوری‌های اطلاعاتی و شبکه‌های ماهواره‌ای، ایجاد مراکز دانشگاهی، گسترش راه‌های ارتباطی، کافی‌نت‌ها و رشد شهرنشینی از تحولات اخیر در شهر قروه هستند. به نظر می‌رسد این تحولات تغییرات عمده‌ای را در هویت، شیوه‌های زندگی و نگرش جوانان ایجاد کرده است. حال با توجه به اهمیت نقش جوانان در تعیین سرنوشت جامعه و نیز سلامت اجتماعی که عامل مهمی در پذیرش هنجارهای اجتماعی است و فرد را قادر به تعادل مثبت و اجتناب از پاسخ‌های نامطلوب می‌کند، این پژوهش در پی پاسخ به این سؤال است که آیا بین سطح پایگاه اقتصادی-اجتماعی و سلامت اجتماعی جوانان شهر قروه رابطه وجود دارد؟

پیشینه پژوهش

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: ۳۳۹). براساس یافته‌های پژوهش کیزی و شاپیرو (۲۰۰۴) وضعیت شغلی برای سلامت اجتماعی زنان مهم‌تر از مردان است. زنانی که وضعیت شغلی پایین‌تری داشتند، سلامت اجتماعی کمتری را درمقایسه با مردان با همان جایگاه شغلی گزارش کرده‌اند (کیزی و شاپیرو، ۲۰۰۴: ۲۹).

-
1. Garrido & Azpiazo
 2. Keyes & Shapiro

درآمد، شغل، تحصیلات و سن با سلامت اجتماعی ارتباط دارد. براساس نظریه آدلر و همکاران (۱۹۹۴) و اندرسون و آستار (۱۹۹۶) افراد طبقه پایین، سلامت اجتماعی کمتری دارند و هیچ‌گاه درجه سلامتی اجتماعی کارگر معدن به اندازه دکتر و استاد دانشگاه نیست (کرایب، ۱۳۸۳: ۲۷۸).

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 باتوجه 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 هیچ‌یک از مقیاس‌های سلامت اجتماعی نمره بالا کسب نکردند (سام‌آرام، ۱۳۸۸: ۱۴).

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: ۶۷).

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

یافته‌های عبدالله‌تبار و دیگران (۱۳۸۶) در مورد سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی 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 (عبدالله‌تبار و دیگران، ۱۳۸۶).

یافته‌های پژوهشی فتحی و دیگران (۱۳۹۱) در باره برخی عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی معلمان شهر مراغه نشان می‌دهد که بین سلامت اجتماعی معلمان و میزان رضایت از شغل و سطح 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.

بر اساس پژوهش زکی و دیگران (۱۳۹۲) بین سطح طبقه اقتصادی-اجتماعی و سلامت اجتماعی رابطه مثبت وجود دارد؛ بدین معنا که با افزایش سطح طبقه اجتماعی، میزان سلامت اجتماعی نیز افزایش می‌یابد و برعکس.

نتایج فرا تحلیلی بر مطالعات مربوط به سلامت اجتماعی که توسط زاهدی اصل و پیله وری انجام گرفته، نشان می‌دهد که از میان مولفه‌های پایگاه اقتصادی-اجتماعی، تحصیلات بیشترین رابطه را با ابعاد سلامت اجتماعی داشته است؛ بدین معنا که با افزایش آن، میزان سلامت اجتماعی افراد نیز افزایش یافته است. همچنین، سطح درآمد و پایگاه اقتصادی نیز با سلامت اجتماعی رابطه مثبتی داشته است (زاهدی اصل و پیله وری، ۱۳۹۳).

بررسی پژوهش‌های انجام گرفته در مورد رابطه یا تاثیر پایگاه اقتصادی-اجتماعی بر سلامت اجتماعی نشان می‌دهد که در اغلب پژوهش‌ها، شاخص‌های پایگاه اقتصادی-اجتماعی به طور مشخص تعریف نشده و یا تعاریف عملیاتی تعدادی از آن‌ها با یکدیگر متفاوت است. این امر مقایسه پژوهش‌ها را با مشکل جدی مواجه نموده است.

مبانی و چارچوب نظری

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، روانی و اجتماعی سلامت فردی، به میزان فعالیت و عملکرد فرد در جامعه برسند (باولینگ^۱، ۱۹۹۸: ۸-۵). 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

¹. Bowling

اجتماعی درحقیقت، هم بخشی از ارکان وضع سلامت محسوب می‌شود و هم می‌تواند تابعی از آن باشد (فروم، ۱۳۸۵: ۲۴۲).

سازمان جهانی بهداشت، سلامت اجتماعی را به عنوان یکی از مؤلفه‌های کلیدی سلامت و بهداشت معرفی کرده است، اما به دلیل فقدان ابزارهای معتبر، این مفهوم به صورت یک مناظره سیاسی و اجتماعی در سطوحی فراتر از سطح فردی باقی مانده است (لارسن^۱، ۱۹۹۶: ۱۸۳). گروهی از کارشناسان کوشیده‌اند از طریق عملیاتی کردن مفهوم ارتقای سلامت، اهداف کلی شعار "بهداشت برای همه" را با زمینه‌های اجتماعی سلامت در مفهوم عام پیوند بزنند. آنان معتقدند که "ارتقای سلامت" درحقیقت دربرگیرنده زمینه‌های اقدام اجتماعی برای توسعه سطح سلامت است (لپلگ^۲، ۱۹۹۹: ۱۳-۴). براین 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 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.

کیز^۳ یک مدل پنج بعدی قابل سنجش از سلامت اجتماعی ارائه داد. طبق این ابعاد، فرد سالم از نظر اجتماعی زمانی عملکرد خوبی دارد که اجتماع را به صورت یک مجموعه معنادار، قابل فهم و دارای بالقوه‌هایی برای رشد و شکوفایی بداند، احساس کند که متعلق به خود است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن شریک بداند. محتوای مقیاس سلامت اجتماعی وی طیف مثبتی از ارزیابی فرد از تجانس در جامعه است. این مقیاس جدید با مقیاس‌های سلامت اجتماعی در سطح بین فردی (مثل پرخاشگری) و سطح اجتماعی (مثل فقر و جایگاه اجتماعی) تفاوت دارد. کیز در مطالعه خود بر روی سلامت اجتماعی در آمریکا نشان داد که حلقه مفقوده در تاریخچه مطالعات مربوط به سلامت، پاسخ به این سؤال است که آیا ممکن است افراد کیفیت و عملکرد زندگی خود را بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کنند؟ او معتقد است که سلامت اجتماعی در اصطلاح کلی برخلاف سلامت روانی که به طور عمیق‌تر روی انسان و

¹.Larson

². Leplege

³ keyes

چالش‌های مربوط در زندگی تمرکز می‌کند، بر رضایت از زندگی و شادی تأکید دارد (کییز، ۲۰۰۴: ۲۸ به نقل از ارفعی، ۱۳۸۸).

ابعاد پنج‌گانه سلامت اجتماعی از نظر کییز عبارت‌اند از:

۱- شکوفایی اجتماعی

شکوفایی اجتماعی به معنای دانستن و اعتقاد داشتن به این است که جامعه به شکل مثبتی در حال رشد است. فکرکردن به این که جامعه پتانسیل رشد به شکل مثبت را دارد و می‌تواند این پتانسیل را به شکل بالفعل درآورد. به عبارت دیگر، باور به این که اجتماع سرنوشت خود را در دست دارد و به مدد توان بالقوه‌اش مسیر تکاملی خود را کنترل می‌کند. فردی که از رشد شخصی برخوردار است، باور دارد که خود سازنده سرنوشت خویش است. خود را در حال تحول مستمر و دارای نیروهای بالقوه می‌داند که تلاش می‌کند تا این نیروها را شکوفا کند (کییز، ۲۰۰۴: ۱۰). افراد واجد سطوح مطلوب این بعد سلامت اجتماعی نسبت به وضعیت کنونی و آینده جامعه امیدوارترند و معتقدند جهان به مکانی بهتر برای همه افراد تبدیل خواهد شد (فارسی‌نژاد، ۱۳۸۳: ۸۸).

۲- همبستگی (انطباق) اجتماعی

انطباق اجتماعی یعنی اعتقاد به اینکه اجتماع قابل فهم، منطقی و قابل پیش‌بینی است. همبستگی اجتماعی در مقابل با بی‌معنایی در زندگی قابل مقایسه است و شامل ارزیابی فرد از اجتماع به صورت قابل فهم، قابل پیش‌بینی و مخصوص می‌شود- در حقیقت درکی که فرد نسبت به کیفیت سازماندهی و اداره دنیای اجتماعی اطراف خود دارد. افراد سالم، علاقه‌مند به طرح‌های اجتماعی‌اند 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، فریب نمی‌دهند و خواسته‌ها و آرزوهایشان را از جهت فهم و درک زندگی ارتقا می‌بخشند. انطباق اجتماعی معادل اجتماعی مفهوم تسلط بر محیط در مقیاس روان است؛ تسلط یعنی احساس صلاحیت و توانمندی برای مدیریت محیط پیچیده و انتخاب یا خلق زمینه‌های مناسب شخصی. انطباق اجتماعی متضاد پوچی و بی‌معنایی و در مجموع دنیا را به صورت منطقی، هوشمند، قابل درک و قابل پیش‌بینی دیدن است (کییز، ۱۹۹۸: ۱۸).

۳- پذیرش اجتماعی

داشتن گرایش‌های مثبت نسبت به افراد و به طور کلی پذیرش افراد علی‌رغم برخی رفتارهای سردرگم‌کننده و پیچیده آنها، پذیرش اجتماعی مصداق اجتماعی از پذیرش خود است. در پذیرش خود،

فرد نگرش مثبت و احساس خوبی در مورد خود و زندگی گذشته دارد و با وجود ضعف‌ها و ناتوانایی‌هایی که دارد، همه جنبه‌های خود را می‌پذیرد. در پذیرش اجتماعی، فرد اجتماع و مردم آن را با همه نقص‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی باور دارد و می‌پذیرد. افرادی که از این بعد سلامت برخوردارند، اجتماع را به صورت یک مجموعه کلی و عمومی که از افراد مختلف تشکیل شده، درک می‌کنند و به دیگران به عنوان افراد با ظرفیت و مهربان، اعتماد و اطمینان دارند. افراد باور دارند که مردم می‌توانند ساعی و مؤثر باشند. این افراد دیدگاه مطلوبی نسبت به ماهیت انسان دارند و با دیگران احساس راحتی می‌کنند (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴: ۲۲).

۴- مشارکت اجتماعی

مشارکت اجتماعی، باوری است که طبق آن فرد خود را عضو حیاتی اجتماع می‌داند و فکر می‌کند چیز ارزشمندی برای عرضه به دنیا و اجتماع خود دارد. این افراد تلاش می‌کنند که احساس دوست داشته شدن کنند و در دنیایی که صرفاً به دلیل انسان بودن برای آنها ارزش قائل است، سهم باشند. مشارکت اجتماعی موازی با بعد هدف در زندگی از مقیاس سلامت روان است (حسینی ۱۳۸۷: ۳۴). مشارکت اجتماعی همچنین شبیه به مفاهیم مسئولیت‌پذیری و خودکارآمدی است. فرد خودکارآمد می‌تواند رفتارهای معینی را انجام دهد و مقاصد خاصی را به اتمام برساند. مسئولیت اجتماعی یعنی ایجاد تعهدات مشخص در ارتباط با اجتماع. مشارکت اجتماعی بطور کلی یعنی اینکه آیا و به چه میزان فرد احساس می‌کند که آن چه که در دنیا انجام می‌دهد، به وسیله اجتماع ارزشمند تلقی می‌شود و در رفاه عمومی مؤثر است (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴: ۱۰).

۵- انسجام اجتماعی

انسجام یا همان یکپارچگی اجتماعی به معنای 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 اجتماعی، آن درجه‌ای است که در آن مردم احساس می‌کنند که چیز مشترکی بین آنها و کسانی که واقعیت اجتماعی آنها را می‌سازند وجود دارد مثل همسایه‌هایشان (سام آرام، ۱۳۸۷: ۷).

نظرات جامعه‌شناسان درباره پایگاه اقتصادی و اجتماعی متفاوت است. به عنوان مثال، مارکس با دیدی اقتصادی به جامعه می‌نگرد و واقعیت اساسی جامعه را مالکیت می‌داند و آن را در زیربنا قرار می‌دهد و سایر نهادهای اجتماعی و فرهنگی (ایدئولوژی، خانواده، مذهب و ...) را در روبنا قرار می‌دهد و بر این اساس افراد جامعه را به دو دسته مالکان و وسایل تولید و فاقدان وسایل تولید دسته بندی می‌کند. اما وبر

معتقد است که فقط بعد اقتصادی (مالکیت) مهم نیست. وی دو بعد قدرت و حیثیت را نیز به آن اضافه می کند. از نظر وبر مالکیت، قدرت و حیثیت با وجود وابستگی متقابلشان سه بنیان متمایزند که بر روی آنها نظام قشربندی در هر جامعه ای سامان می یابد. تفاوت در مالکیت اموال، منشا طبقه بندی اجتماعی است. تقسیم نابرابر قدرت به تشکیل احزاب سیاسی می انجامد و درجات حیثیت گوناگون، منشا پیدایش قشرهای اجتماعی است که از دارندگان پایگاه اجتماعی مشابه تشکیل شده اند، اما در نهایت وی معتقد است که این سه بعد رابطه تنگاتنگی با هم دارند (تامین، ۱۳۸۸ : ۱۲).

لنسکی نیز همچون وبر، نظری کثرت گرا در مورد قدرت و نابرابری دارد. قدرت ناشی از ترکیبی از توانایی اعمال زور و دسترسی به حقوقی است که به لحاظ قانونی یا عرضی تایید شده است. در نتیجه بر حسب اینکه کدام دسته از افراد اجتماع به چنین حقوقی دست پیدا می کنند یا از آن محروم می شوند، نابرابری های متعددی ایجاد می شود. به نظر لنسکی، معیارهای بسیاری برای رتبه بندی گروه ها و افراد بر حسب میزان قدرت و امتیازات مادی و حیثیت وجود دارد، ولی به طور معمول بر اساس عواملی همچون: مالکیت دارایی، شغل، تحصیلات، دین، قومیت، نژاد، جنسیت و سن می باشد (گرب، ۱۳۷۳ : ۱۶۶-۱۶۵)

ایرادی که به لنسکی گرفته می شود این است که به جای اینکه طبقه را یکی از ابعاد چندگانه نابرابری بداند، تمام این ابعاد (دارایی، شغل و ...) را به عنوان نظام طبقاتی مختلف قلمداد می کند. به عبارت دیگر، وی مدعی است که طبقات تحصیلی، طبقات قومی و کل نظام طبقاتی را تشکیل می دهند.

معیار قضاوت درباره پایگاه اجتماعی افراد در جامعه، دوری یا نزدیکی افراد مورد نظر نسبت به ارزش های حاکم در آن جامعه است. میزان تحصیلات، اصل و نسب و موقعیت شغلی، گاه مبنایی برای ارزیابی پایگاه اجتماعی افراد به کار می رود. به عقیده لنین نیز پایگاه اجتماعی عبارت از وضعی است که یک فرد در زمانی معین و نظامی خاص احراز می کند. به نظر او، پایگاه مجموع حقوق و وظایف است و پایگاه اقتصادی که با میزان ثروت سنجیده می شود، تنها یک بعد از پایگاه اجتماعی را می رساند و عوامل دیگری چون نژاد، نسب، مذهب و فرهنگ که هر یک بر حسب جامعه اعتباری خاص به افراد می بخشند، در سنجش پایگاه اجتماعی مطرح می شوند. پایگاه اجتماعی، وضعی است که یک شخص یا گروه در یک نظام اجتماعی در برابر دیگران می یابد. پایگاه اجتماعی تعیین کننده حقوق و وظایف انسان ها و گروه های اجتماعی است- همان طور که روابط افراد و گروه ها را با یکدیگر مشخص می دارد. پایگاه را پایه هایی همچون: آموزش، ثروت، درآمد، خانواده و تشکیل می دهد. امروزه جامعه جدید با تعدد وظایف و نقش

ها، موجبات تعدد پایگاه ها را فراهم می کند و جامعه شناسان جدید سخن از تنوع و گاه تعارض پایگاه ها را به میان می آورند (ساروخانی، ۱۳۸۰: ۷۹۱).

همچنین، پایگاه اجتماعی افراد می تواند در بروز احساسات آنها نیز تاثیر بگذارد؛ به طوری که ریچ وی و جانسون معتقدند هر چه پایگاه انسان در یک گروه اجتماعی بالاتر باشد، میزان ابراز احساسات منفی در پی نارضایتی و عدم موافقت با رویدادهای درون گروه کاهش می یابد. به عبارت دیگر، هر چه مقام و مسئولیت یک فرد در یک نظام اجتماعی بالاتر باشد، او با این که از وضعیت موجود احساس نارضایتی می کند، اما این احساس نارضایتی را کمتر ابراز (کمتر انتقاد) می نماید- گاه به منظور حفظ همبستگی گروهی و گاه برای حفظ موقعیت خود. در صورتی که در مورد احساسات مثبت این طور نیست؛ یعنی اگر فردی در یک گروه اجتماعی، در پایگاه بالایی باشد، احساس مثبت خود را از وقایعی که موجبات رضایت او می شود ابراز (تمجید) می کند و در آنجا دیگر خود را سانسور نمی نماید (رفیع پور، ۱۳۷۵: ۲۰).

دلبرت میلر^۱ برای بررسی پایگاه اقتصادی- اجتماعی سه شیوه عینی، ذهنی و اعتباری را پیشنهاد می کند. شاخص های عینی صرف نظر از خواست و ارزش گذاری افراد خاص در نظر گرفته می شوند، شاخص های ذهنی با توجه به ارزش گذاری پاسخگویان در نظر گرفته می شوند و شاخص های اعتباری، ارزش گذاری دیگران در مورد پاسخگویان را در بر می گیرد (میلر، ۱۳۸۰: ۳۸۸).

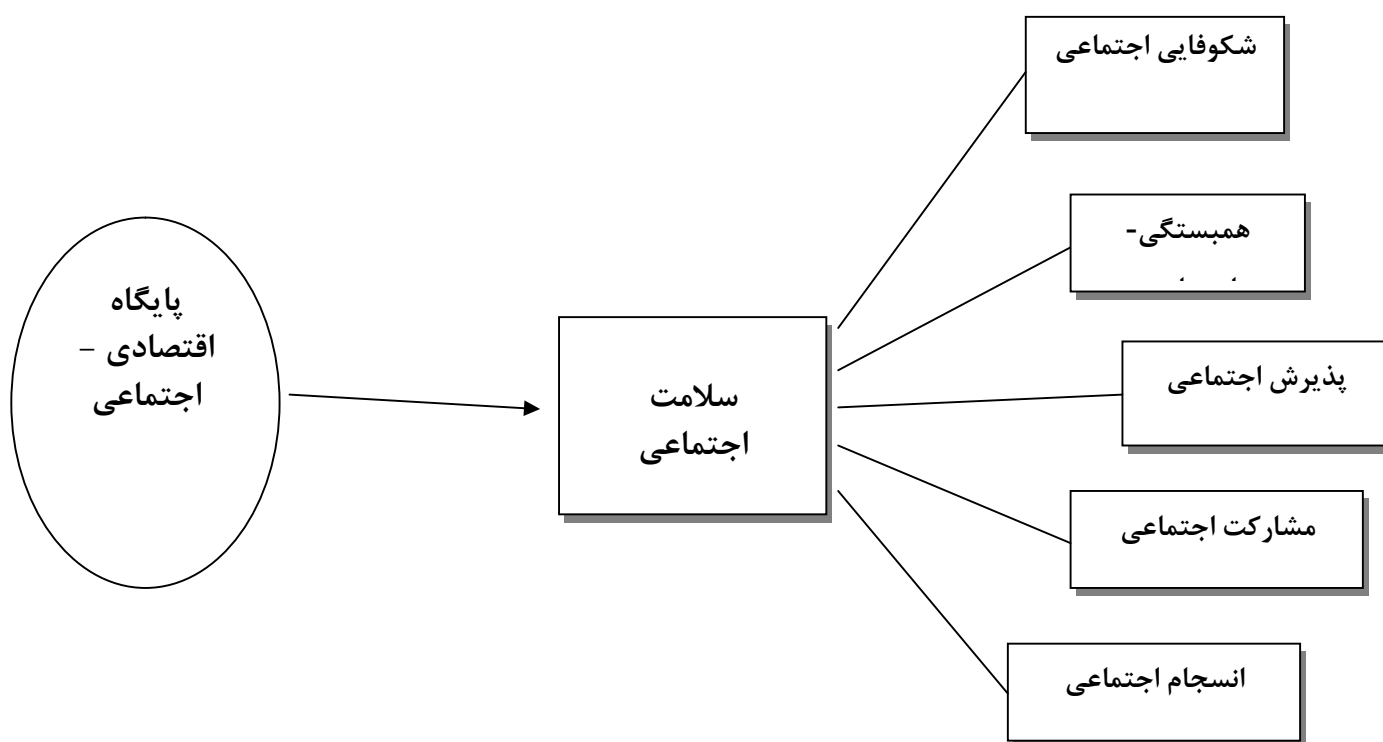
از دیدگاه گراهام^۲ سلامتی فرد نتیجه شرایط اقتصادی و اجتماعی است و عواملی که باعث می شوند تغییر در وضعیت اقتصادی اجتماعی افراد بر سلامتی (جسمی، روانی، اجتماعی) تاثیر بگذارد، در سه مقوله مادی، رفتاری و روانی اجتماعی قرار می گیرند (گراهام، ۲۰۰۴، به نقل از هزارجریبی و صفری شالی، ۱۳۹۱). افرادی که از لحاظ اقتصادی و اجتماعی در شرایط بهتری قرار دارند، به دلیل توانایی و دسترسی بهتر در وضعیت مطلوب تری قرار می گیرند و در مقابل افرادی که به طبقات پایین جامعه تعلق دارند از سلامتی نامطلوب رنج می برند (استرینگرینی^۳ و همکاران، ۲۰۱۱ به نقل از شهریاری پور و مرادی، ۱۳۹۵).

با توجه به اینکه نظریه واحدی که به صورت منسجم به رابطه دو متغیر پایگاه اقتصادی- اجتماعی و سلامت اجتماعی پردازد، وجود ندارد، لذا چارچوب نظری این تحقیق، تلفیقی از نظریه های مختلف است. نظریه کیز، سلامت اجتماعی را تبیین می کند. بر اساس این نظریه، افراد ممکن است کیفیت زندگی و کارکردهای شخصی خود را در برابر ملاک های اجتماعی ارزیابی کنند و همچنین سلامت اجتماعی شامل

1 . Miller, D, C
2 . Graham
3 . Stringhini

عناصر متعددی است که این عناصر در کنار یکدیگر نشان می دهند که چگونه و در چه درجه ای، افراد در زندگی اجتماعی خود، خوب عمل می کنند. از نظریه وبر برای تبیین پایگاه اقتصادی و اجتماعی افراد بهره گرفته شده است. وبر معتقد است که فقط بعد اقتصادی (مالکیت) مهم نیست؛ وی دو بعد قدرت و حیثیت را نیز به آن اضافه می کند. از نظر وبر مالکیت، قدرت و حیثیت با وجود وابستگی متقابلشان سه بنیان متمایزند که بر روی آنها نظام قشربندی در هر جامعه ای سامان می یابد. تفاوت در مالکیت اموال، منشا طبقه بندی اجتماعی است، تقسیم نابرابر قدرت به تشکیل احزاب سیاسی می انجامد و درجات حیثیت گوناگون منشا پیدایش قشرهای اجتماعی است که از دارندگان پایگاه اجتماعی مشابه تشکیل شده اند، اما در نهایت وی معتقد است که این سه بعد رابطه تنگاتنگی با هم دارند. با استناد به نظریه وبر می توان استنباط نمود که وضعیت سلامتی افراد از جمله سلامت اجتماعی، متأثر از پایگاه اقتصادی و اجتماعی آنان است.

مدل نظری پژوهش



فرضیه های پژوهش

الف) فرضیه اصلی

بین سطح پایگاه اقتصادی - اجتماعی جوانان و میزان سلامت اجتماعی آنان رابطه معناداری وجود دارد.

ب) فرضیه های فرعی

- بین پایگاه اقتصادی- اجتماعی جوانان و میزان شکوفایی اجتماعی آنان، رابطه معناداری وجود دارد.
- بین پایگاه اقتصادی- اجتماعی جوانان و میزان همبستگی اجتماعی آنان، رابطه معناداری وجود دارد.
- بین پایگاه اقتصادی- اجتماعی جوانان و میزان پذیرش اجتماعی آنان، رابطه معناداری وجود دارد.
- بین پایگاه اقتصادی- اجتماعی جوانان و میزان مشارکت اجتماعی آنان، رابطه معناداری وجود دارد.
- بین پایگاه اقتصادی- اجتماعی جوانان و میزان انسجام اجتماعی آنان، رابطه معناداری وجود دارد.

روش شناسی پژوهش

مطالعه حاضر از نوع پیمایشی^۱ است. برای گردآوری اطلاعات، از پرسش نامه استاندارد پنج بعدی سلامت اجتماعی کیز استفاده شد. در ایران، جوشن لو در سال ۱۳۸۵ در مطالعه‌ای با عنوان "بررسی ساختار عاملی مقیاس سلامت جامع"، روایی و اعتبار پرسش نامه سلامت جامع کیز مشتمل بر سلامت اجتماعی و سلامت روانی و سلامت عاطفی را با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی تحلیل های همبستگی و تحلیل عاملی تأییدی استاندارد کرد (جوشن لو و دیگران، ۱۳۸۵: ۳۵). همچنین، فارسی نژاد در سال ۱۳۸۴، پرسش نامه مذکور را هنجاریابی نمود. وی با استفاده از تحلیل عاملی، مقدار آلفای کرونباخ زیرمقیاس های سلامت اجتماعی را ۷۸ درصد نشان داد که این مدل بهترین برازش از تبیین داده های حاضر است. ضمن این که در پژوهش حاضر، روایی صوری پرسشنامه مذکور توسط چند تن از اساتید مورد تایید قرار گرفت و پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد.

جامعه آماری و روش نمونه

جامعه آماری پژوهش حاضر، جوانان ۱۸ تا ۲۹ ساله شهر قروه بود. برای تعیین حجم نمونه از فرمول کوکران استفاده گردید. حجم نمونه ۳۷۹ نفر به دست آمد. برای انتخاب افراد نمونه، ابتدا به روش نمونه گیری خوشه ای، سه منطقه انتخاب شد. سپس از هر منطقه، به روش تصادفی، چند خیابان و بعد با بهره گیری از روش نمونه گیری تصادفی ساده، نمونه های مورد نیاز انتخاب و پرسشنامه ها تکمیل گردید. باتوجه به ریزش احتمالی نمونه ها یا مخدوش و ناقص بودن پرسش نامه ها، تعداد ۴۰۰ نفر به عنوان نمونه این پژوهش انتخاب گردیدند. سپس پژوهشگران با مراجعه به نمونه های انتخابی، ضمن جلب اعتماد آنها

1. survey

و ارائه توضیحات لازم، پرسش‌نامه‌ها را در اختیارشان قرار دادند. پس از گردآوری داده‌ها، با استفاده از نرم‌افزار SPSS، داده‌ها پردازش گردید و اطلاعات به دست آمده با استفاده از آزمون‌های تحلیل واریانس و ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. همچنین، برای توصیف جامعه مورد مطالعه از آمارهای توصیفی مثل میانگین و... استفاده شد.

تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها

سلامت اجتماعی (متغیر وابسته)

سلامت اجتماعی ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی است که وی عضو آنهاست (کییز، ۱۹۹۸: ۱۲۲).

در پژوهش حاضر جهت اندازه‌گیری سلامت اجتماعی و مؤلفه‌های آن (انسجام، پذیرش، شکوفایی، مشارکت و انطباق اجتماعی) از مقیاس ۳۳ ماده‌ای که توسط کییز (۱۹۹۸) ساخته شده، استفاده گردیده است که مؤلفه‌های آن در جدول زیر آمده است:

جدول ۱: مؤلفه‌های سلامت اجتماعی بر اساس نظریه کییز

مؤلفه‌های سلامت اجتماعی				
انسجام اجتماعی	پذیرش اجتماعی	مشارکت اجتماعی	شکوفایی اجتماعی	انطباق اجتماعی
ارزیابی فرد از کیفیت روابطش در جامعه و گروه‌های اجتماعی	ادراک و پذیرش دیگران به عنوان افرادی مهربان و قابل اعتماد	میزان احساس فرد از ارزشمندی و موثر بودن از آن چه برای اجتماع و رفاه عمومی انجام می‌دهد	ارزیابی توان بالقوه و سیر تکامل اجتماع و باور به این که اجتماع در حال یک تکامل تدریجی است و توانمندی‌های بالقوه برای تحول مثبت دارد	درک کیفیت سازماندهی و عملکرد دنیای اجتماعی فرد

پایگاه اقتصادی - اجتماعی (متغیر مستقل)

پایگاه اقتصادی - اجتماعی، مجموعه پیچیده‌ای از عوامل مانند درآمد، نوع مسکن، سال‌های تحصیل و گاهی از اوقات محل اقامت می‌باشد (رابرتسون، ۱۳۷۷: ۴۲۲).

در این پژوهش، از معیارهای عینی نظیر میزان تحصیلات فرد، پدر و مادر، منزلت شغلی سرپرست خانوار، میزان درآمد و نوع مسکن خانوار و همچنین معیارهای ذهنی- از پاسخگویان خواسته شد تا خود و خانواده خود را در یکی از طبقات اجتماعی بالا، متوسط و پایین قرار دهند- جهت تعیین پایگاه اقتصادی و اجتماعی افراد بهره گرفته شد.

یافته‌های پژوهش

ابتدا اطلاعات جمعیت شناختی و یافته‌های توصیفی متغیرهای اصلی پژوهش بیان شده و سپس در بخش آمار استنباطی، تجزیه و تحلیل یافته‌های مربوط به فرضیه‌های اصلی پژوهش ارائه گردیده است.

۵۴/۵ درصد از افراد مورد مطالعه را مردان تشکیل می‌دهند. بیشترین افراد مطالعه‌شده را گروه سنی ۲۲ تا ۲۵ سال با ۳۶/۲ درصد به خود اختصاص داده‌اند. گروه سنی ۲۶ تا ۲۹ سال با ۳۴/۲ درصد و گروه سنی ۱۸ تا ۲۱ سال نیز با ۲۹/۵ درصد به ترتیب، در رده‌های دوم و سوم قرار دارند.

بیشترین درصد سطح تحصیلات جامعه مورد مطالعه را مدرک کاردانی و کارشناسی با ۴۱ درصد به خود اختصاص داده است. مدرک دیپلم با ۳۴/۸ درصد و زیر دیپلم با ۲۱/۲ درصد به ترتیب، در رتبه‌های دوم و سوم قرار گرفته است. در مورد سطح تحصیلات پدر، بیشترین درصد با ۴۳ درصد مربوط به مدرک دیپلم است و مدرک کاردانی و کارشناسی با ۳۳/۸ درصد و زیر دیپلم با ۱۸ درصد رتبه‌های دوم و سوم را به خود اختصاص داده است. بیشترین میزان سطح تحصیلات مادر با ۶۰/۲ درصد، مربوط به زیر دیپلم است و مدرک دیپلم با ۲۷/۸ درصد و مدرک کاردانی و کارشناسی با ۱۰/۵ درصد در رتبه‌های بعدی قرار گرفته است. ۷۱/۸ درصد از افراد مورد مطالعه در مسکن شخصی، ۲۴/۸ درصد در استیجاری و مابقی (۳/۴ درصد) در منزل سازمانی سکونت داشتند.

در مورد میزان درآمد سرپرست افراد مورد مطالعه، ۷۶/۶ درصد زیر ۶۰۰ هزار تومان، ۱۵/۸ درصد بین ۶۰۰ تا ۹۰۰ هزار تومان و بقیه بیش از ۹۰۰ هزار تومان درآمد داشتند.

جدول ۲: توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه برحسب پایگاه اقتصادی- اجتماعی

پایگاه اقتصادی- اجتماعی	فراوانی	درصد
پایین	۲۴۳	۶۰/۷
متوسط	۸۳	۲۰/۸
بالا	۷۴	۱۸/۵
جمع	۴۰۰	۱۰۰

داده‌های جدول فوق نشان می‌دهد از کل جوانان بررسی شده، ۶۰/۷ درصد از سطح پایگاه اقتصادی اجتماعی پایینی برخوردار بوده‌اند، در حالی که تنها ۱۸/۵ درصد در حد بالایی قرار گرفته‌اند. همچنین، ۲۰/۸ درصد نیز از نظر سطح پایگاه اقتصادی اجتماعی در طبقه متوسط جای می‌گیرند.

جدول ۳: بررسی افراد با پایگاه اقتصادی - اجتماعی متفاوت از نظر سلامت اجتماعی

متغیر وابسته	پایگاه اقتصادی - اجتماعی	تعداد	میانگین	انحراف معیار	مقدار f	مقدار p	R
سلامت اجتماعی	پایین	۲۴۳	۵۵/۷	۱۷/۸	۵/۳۹	۰/۰۲۱	۰/۱۶۹
	متوسط	۸۳	۵۹/۸	۱۸/۲			
	بالا	۷۴	۶۶/۵	۱۶/۶			

از نظر میزان سلامت اجتماعی، افراد دارای پایگاه اقتصادی - اجتماعی بالا، با میانگین ۶۶/۵ بیشترین میانگین را دارند. بعد از این افراد نیز به ترتیب، افراد دارای پایگاه اقتصادی - اجتماعی متوسط با میانگین ۵۹/۸ و افراد دارای پایگاه اقتصادی - اجتماعی پایین با میانگین ۵۵/۷ قرار می‌گیرند. داده‌های جدول نشان می‌دهد با توجه به مقدار f که با p ۰/۰۲۱ برابر با ۵/۳۹ است، تفاوت موجود بین افراد با پایگاه اقتصادی - اجتماعی متفاوت از نظر سلامت اجتماعی معنادار است و افراد دارای پایگاه اقتصادی - اجتماعی بالا به طور معناداری بیش از سایرین از سلامت اجتماعی برخوردار هستند. مقدار ضریب همبستگی نیز برابر با ۰/۱۶۹ است. بنابراین فرضیه اصلی پژوهش، مبنی بر رابطه بین سطح پایگاه اقتصادی - اجتماعی جوانان و سلامت اجتماعی آن‌ها مورد تایید قرار گرفت.

جدول ۴: ضرایب همبستگی پایگاه اقتصادی - اجتماعی و مولفه های سلامت اجتماعی

متغیر مستقل	مولفه های سلامت اجتماعی	R	سطح معنی داری
پایگاه اقتصادی - اجتماعی	شکوفایی اجتماعی	-۰/۱۴۱	۰/۰۰۵
	همبستگی اجتماعی	۰/۰۹۹	۰/۰۴۹
	پذیرش اجتماعی	۰/۱۴۳	۰/۰۰۴
	مشارکت اجتماعی	۰/۱۰۲	۰/۰۴۳
	انسجام اجتماعی	۰/۱۰۶	۰/۰۳۴
	سلامت اجتماعی	۰/۱۱۷	۰/۰۲۱

جدول فوق به بررسی رابطه بین سطح پایگاه اقتصادی - اجتماعی جوانان و هر یک از مولفه های سلامت اجتماعی آنان پرداخته است. بین پایگاه اقتصادی - اجتماعی و شکوفایی اجتماعی (با ضریب همبستگی

۰/۱۴۱-) رابطه منفی معناداری وجود دارد؛ بدین معنا که هرچه پایگاه اقتصادی- اجتماعی بالاتر باشد، شکوفایی اجتماعی تضعیف (کاهش) می یابد، اما بین پایگاه اقتصادی- اجتماعی و مولفه همبستگی اجتماعی (با ضریب همبستگی ۰/۰۹۹) رابطه مثبت معناداری به دست آمد؛ بدین معنا که هرچه پایگاه اقتصادی- اجتماعی بالاتر باشد، همبستگی اجتماعی نیز افزایش می یابد. همچنین، بین پایگاه اقتصادی- اجتماعی (با ضریب همبستگی ۰/۱۴۳) و پذیرش اجتماعی نیز رابطه مثبت معناداری وجود دارد؛ بدین معنا که هرچه پایگاه اقتصادی- اجتماعی بالاتر باشد، پذیرش اجتماعی نیز افزایش می یابد. بین پایگاه اقتصادی- اجتماعی (با ضریب همبستگی ۰/۱۰۲) و مشارکت اجتماعی رابطه مثبت معناداری به دست آمد؛ بدین معنا که هرچه پایگاه اقتصادی- اجتماعی بالاتر باشد، مشارکت اجتماعی نیز افزایش می یابد. همچنین، بین پایگاه اقتصادی- اجتماعی (با ضریب همبستگی ۰/۱۰۶) و انسجام اجتماعی رابطه مثبت معناداری وجود دارد؛ بدین معنا که هرچه پایگاه اقتصادی- اجتماعی بالاتر باشد، انسجام اجتماعی نیز افزایش می یابد. در مجموع، بین پایگاه اقتصادی- اجتماعی جوانان به جز مولفه شکوفایی اجتماعی با سلامت اجتماعی آنان رابطه مثبت معناداری وجود دارد؛ بدین معنا که هرچه سطح پایگاه اقتصادی- اجتماعی جوانان بالاتر باشد، میزان سلامت اجتماعی نیز افزایش می یابد و این تاثیر با توجه به مقدار P جدول (سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵) برای تمام مولفه های سلامت اجتماعی به لحاظ آماری معنادار است. بنابراین همه فرضیه های فرعی پژوهش مبنی بر رابطه بین پایگاه اقتصادی- اجتماعی و مولفه های سلامت اجتماعی مورد تایید قرار گرفت.

بحث و نتیجه گیری

هدف اصلی تحقیق حاضر، بررسی رابطه بین سطح پایگاه اقتصادی- اجتماعی جوانان و سلامت اجتماعی آنان است. دست یابی به وضعیت و میزان سلامت اجتماعی، شناسایی میزان و چگونگی تاثیر پایگاه اقتصادی- اجتماعی بر هر یک از ابعاد سلامت اجتماعی در جامعه مورد بررسی از اهداف دیگر پژوهش می باشد. یافته های مطالعه حاضر نشان داد که حدود ۸۰ درصد از جوانان شهر قروه از پایگاه اقتصادی- اجتماعی در حد پایین و متوسط برخوردارند. همچنین، رابطه بین سطح پایگاه اقتصادی- اجتماعی جوانان و مولفه های سلامت اجتماعی از لحاظ آماری مورد تایید قرار گرفت. البته این رابطه با مولفه شکوفایی اجتماعی به صورت معکوس است؛ بدین معنا که هرچه پایگاه اقتصادی- اجتماعی بالاتر باشد، شکوفایی اجتماعی تضعیف (کاهش) می یابد، اما رابطه سطح پایگاه اقتصادی- اجتماعی با سایر مولفه های سلامت

اجتماعی نظیر همبستگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی و انسجام اجتماعی به صورت مستقیم است؛ بدین معنا که هرچه پایگاه اقتصادی- اجتماعی بالاتر باشد، این مولفه ها نیز افزایش می یابد. بنابراین همه فرضیه های فرعی پژوهش مبنی بر رابطه بین پایگاه اقتصادی- اجتماعی جوانان و مولفه های سلامت اجتماعی آنان مورد تایید قرار گرفت. در مجموع نیز بین پایگاه اقتصادی- اجتماعی جوانان و سلامت اجتماعی آن ها رابطه معناداری به دست آمد و فرضیه اصلی پژوهش مبنی بر رابطه بین پایگاه اقتصادی- اجتماعی جوانان و میزان سلامت اجتماعی آن ها مورد تایید قرار گرفت. بی شک، وضعیت پایین سطح پایگاه اقتصادی و اجتماعی اغلب جوانان شهر قروه و در کنار آن رابطه معناداری با میزان سلامت اجتماعی، قابل تامل و در خور توجه ویژه است، چرا که با توجه به نتیجه این پژوهش می توان استنباط نمود که بیش از نیمی از جوانان شهر قروه، علاوه بر این که احساس تعلق پایین به جامعه دارند، در امور مربوط به جامعه کم تر مشارکت می نمایند و نقش چندانی برای خود در پیشرفت جامعه قائل نیستند. این امر ضرورت توجه ویژه به مناطق کم تر برخوردار و اقشار پایین جامعه را از سوی سیاستگذاران و متولیان امر بیش از پیش نشان می دهد. به اعتقاد کبیر، فرد سالم از نظر اجتماعی زمانی عملکرد خوبی دارد که اجتماع را به صورت یک مجموعه معنادار، قابل فهم و دارای بالقوه هایی برای رشد و شکوفایی بداند، احساس کند که متعلق به خود است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن شریک بداند. او معتقد است که سلامت اجتماعی در اصطلاح کلی برخلاف سلامت روانی که به طور عمیق تر روی انسان و چالش های مربوط در زندگی تمرکز می کند، بر رضایت از زندگی و شادی تأکید دارد. این بررسی با نتایج پژوهش باباپور خیرالدین و دیگران (۱۳۸۸) که بر اساس آن وضعیت اقتصادی- اجتماعی دانشجویان مورد مطالعه، تاثیری بر میزان سلامت اجتماعی آن ها نداشت، همخوانی ندارد، اما با یافته های آدلر و همکاران (۱۹۹۴)، ویلکینسون (۱۹۹۶)، اندرسون و آستار (۱۹۹۶)، فتحی و دیگران (۱۳۹۱) و زکی و دیگران (۱۳۹۲) مطابقت دارد. طبق نتایج پژوهش آن ها، 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. هر چه پایگاه افراد در یک جامعه افزایش یابد، امکان دست یابی آنها به امکانات و خدمات آموزشی، بهداشتی، رفاهی و غیره نیز افزایش می یابد و در نتیجه احساس تعلق و خشنودی بیشتری نسبت به جامعه پیدا می کند و دل بستگی میان آنها تقویت خواهد شد. برعکس، اگر احساس تعلق افراد جامعه با احساس رضایت از زندگی در جامعه توأم نشود، به تدریج همبستگی نیز نقصان می یابد.

همچنین، نتیجه این بررسی با نظرات پاری (۱۹۸۷) و ریچ وی، جانسون، گراهام (۲۰۰۴) و استرینگلی و همکاران (۲۰۱۱) همخوانی دارد. پاری معتقد است که داشتن پایگاه اقتصادی-اجتماعی پایین سبب می شود که افراد درگیر رفع نیازهای بیولوژیکی خود باشند و فرصت لازم برای دست یابی به نیازهای سطح بالاتر چه فردی و چه جمعی را نداشته باشند (پاری، ۱۹۸۷). ریچ وی و جانسون معتقدند هر چه پایگاه انسان در یک گروه اجتماعی بالاتر باشد، میزان ابراز احساسات منفی در پی نارضایتی و عدم موافقت با رویدادهای درون گروه کاهش می یابد و همچنین اگر فردی در یک گروه اجتماعی، در پایگاه بالایی باشد، احساس مثبت خود را از وقایعی که موجبات رضایت او می شود ابراز (تمجید) می کند. از دیدگاه گراهام، سلامتی فرد نتیجه شرایط اقتصادی و اجتماعی است و عواملی که باعث می شوند تغییر در وضعیت اقتصادی اجتماعی افراد بر سلامتی (جسمی، روانی، اجتماعی) تأثیر بگذارد، در سه مقوله مادی، رفتاری و روانی اجتماعی قرار می گیرند. استرینگرینی و همکاران نیز معتقدند افرادی که از لحاظ اقتصادی و اجتماعی در شرایط بهتری قرار دارند، به دلیل توانایی و دسترسی بهتر در وضعیت مطلوبتری قرار می گیرند و در مقابل افرادی که به طبقات پایین جامعه تعلق دارند، زندگی آنان در تمام زمینه ها از جمله سلامت اجتماعی به خطر می افتد.

پیشنهادها

- مناطق کمتر برخوردار و اقشار پایین جامعه در سیاست گذاری ها و برنامه ریزی های کلان کشور مورد توجه ویژه قرار گیرد و در مورد اشتغال، ازدواج، ارتقای وضعیت سلامتی، معیشتی و رفاهی جوانان تمهیدات لازم صورت گیرد.
- با عنایت به این که اغلب جوانان شهر قروه از سلامت اجتماعی پایینی برخوردارند، اقدامات لازم در خصوص جلب مشارکت جوانان در امور جامعه و تقویت مسئولیت و همبستگی اجتماعی آن ها از طریق برگزاری کارگاه های آموزشی پیرامون توانمندسازی اجتماعی، ارتقای مهارت های اجتماعی و ارتباطی، راه اندازی سرای محله، مراکز تفریحی، فرهنگی، ورزشی و غیره فراهم گردد.
- نشست ها و گردهمایی های آموزشی و تخصصی با حضور مسئولان و کارشناسان با هدف آموزش و آگاه سازی جامعه از مولفه ها و شاخص های سلامت اجتماعی برگزار شود.

- برنامه های رشد و توسعه محلی با هدف توانمند سازی جوانان و سایر اقشار جامعه، از طریق ایجاد اعتماد پایدار در جامعه، بسیج امکانات و به کارگیری ظرفیت های محلی، جلب مشارکت افراد خیر و ترغیب افراد به مشارکت در امور مربوطه جامعه توسط متنفذان و رهبران بومی طراحی و اجرا گردد.

منابع

- باباپور خیرالدین، جلیل؛ طوسی، فهیمه و حکمتی، عیس. (۱۳۸۸). "بررسی عوامل تعیین کننده در سلامت دانشجویان دانشگاه تبریز". فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز. سال چهارم، شماره ۱۶.
- تاملین، ملوین. (۱۳۸۸). جامعه شناسی قشر بندی و نابرابری های اجتماعی. عبدالحسین نیک گهر. تهران: انتشارات توتیا
- جوشن لو، محسن؛ رستمی، رضا و نصرت آبادی، مسعود. (۱۳۸۵). "بررسی ساختار عاملی مقیاس بهزیستی جامع". فصلنامه روان شناسان ایرانی. سال ۳ (۹).
- رابرتسون، یان. (۱۳۷۷). درآمدی بر جامعه. حسین بهروان. مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی
- رفیع پور، فرامرز. (۱۳۸۴). کندو کاوها و پنداشته ها. تهران: انتشارات مرکز سهامی
- رفیع پور، فرامرز. (۱۳۷۵). وسایل ارتباط جمعی و تغییر ارزش های اجتماعی. تهران: کتاب فرا
- رفیعی، حسن. (۱۳۸۸). "تدوین شاخص ترکیبی سلامت اجتماعی در ایران". دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، طرح تحقیقاتی.
- زاهدی اصل، محمد و پیله وری، اعظم. (۱۳۹۳). "فرا تحلیلی بر مطالعات مربوط به سلامت اجتماعی". فصلنامه برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعیو دوره ۶، شماره ۱۹.
- زکی، محمد علی و خشوعی، مریم السادات. (۱۳۹۲). "سلامت اجتماعی و عوامل موثر بر آن در بین شهروندان شهر اصفهان". فصلنامه مطالعات جامعه شناسی شهری. شماره هشتم، پاییز ۱۳۹۲.
- گرب، ادواردج. (۱۳۷۳). نابرابری اجتماعی (دیدگاه های نظریه پردازان کلاسیک و معاصر). محمدرضا سیاهپوش و احمدرضا غروی نژاد. تهران: نشر معاصر

- سام آرام، عزت اله. (۱۳۸۸). "بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تاکید بر رهیافت پلیس جامعه محور". فصلنامه علمی پژوهشی انتظام اجتماعی. سال ۱ (۱).
- ساروخانی، باقر. (۱۳۸۰). روش های تحقیق در علوم اجتماعی. تهران: پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
- سجادی، حمیرا و صدرالسادات، جلال. (۱۳۸۴). "شاخص های سلامت اجتماعی". مجله علمی آموزشی اقتصادی اجتماعی اطلاعات. ش ۲۰۷.
- شهریار پور، رضا و مرادی، فرشاد. (۱۳۹۵). "مروری بر عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی در دانشجویان". فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد. سال ۳، شماره ۲۱، صفحات ۱۰۲-۷۳.
- عبدالله تبار، هادی؛ کلدی، علیرضا؛ محقق کمال، سید حسین؛ ستاره فروزان، آمنه و صالحی، مسعود. (۱۳۸۷). "بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان". فصلنامه رفاه اجتماعی. سال ۸ (۳۰ و ۳۱).
- فروم، اریک. (۱۳۸۵). جامعه سالم. اکبر تبریزی. چاپ ۴، تهران: بهجت
- فتحی، منصور؛ عجم نژاد، رضا و خاک رنگین، مریم. (۱۳۹۱). "عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی معلمان مراغه". فصلنامه رفاه اجتماعی. سال ۱۲، شماره ۴۷.
- فارسی نژاد، م. (۱۳۸۳). "بررسی رابطه سبک های هویت با سلامت اجتماعی و خودکارآمدی تحصیلی در دانش آموزان دختر و پسر پایه دوم دبیرستان های شهر تهران". پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.
- کرایب، یان. (۱۳۸۳). نظریه اجتماعی مدرن از پارسونز تا هابرماس. عباس مخبر. تهران: آگاه
- گیدنز، آنتونی. (۱۳۹۳). جامعه شناسی. حسن چاوشیان. تهران: نشر نی
- میلر، سی دلبرت. (۱۳۸۴). راهنمای سنجش و تحقیقات اجتماعی. هوشنگ نایبی. تهران: نشر نی

- هزارجریبی، جعفر و صفری شالی. (۱۳۹۱). *آناتومی رفاه اجتماعی*. چاپ اول، موسسه انتشاراتی جامعه

و فرهنگ

- 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.
- Glicken, M. D. (2011). **Social Work in the 21st Century: An Introduction to Social Welfare, Social Issues, and the Profession**. 2 Edition, Sage Publication Inc.
- Leplege, A. (1999). **Les Mesures de la Qualite de vie**. Paris: P.U.F.
- Keyes, C.M. and Shapiro, A. (2004). **"Social Well-being IN The U.S.: A Descriptive Epidemiology"**. Orville Brim: Carol D. Ryff & Ronald C. Kessler (Eds), *Healthing Are You? A National Study OF Well-being Of Midlife*. University Of Chicago Press
- keyes,C.M. shmotkin,D.Ryff, D.D.(2004). **"optimizing well- being: the Emprical Encunter of two tradititins"**. Journal of personality and social phchology
- keyes, C.M. shmotkin,D.Ryff, D.D. (2004). **"optimizing well- behng: the Emprical Encunter of two tradititins"**. Journal of personality and social psychology.
- Larson, J.S. (1996). **"The World Organization Definition Of Health: Social Versus Spiritual Health"**. Social Indicator Research, 38.
- Mohaqeqi Kamala.& at. (2015). **"Territorial analysis of social welfare in Iran"**. Journal of International and Comparative Social Policy.
- Stringhini, S., Dugravot, A., Shipley, M., Goldberg, M., Zins, M., & Kivimäki, M. (2011). **"Health behaviors, socioeconomic status, and mortality: further analyses of the British Whitehall II and the French GAZEL prospective cohorts"**. PLoS Medicine, 8 (2), e1000419, Doi: 10.1371/journal.pmed.1000419

- Wilkinson, R.G. (1996). **Unhealthy Societies: from Inequality to well-being**. Routledge, London.

Relationship between the Level of Socio-economic Status and the Social Health of Youth in Qorveh City

Nasrin Morovati

Master Degree in Social Work, University of Allameh, Tehran, Iran

Mansour Fathi

Ph.D., Assistant Professor, Faculty of Social Sciences, University of Allameh, Tehran, Iran

Nader Morovati

Ph.D. Student in Social Welfare, University of Allameh, Tehran, Iran

Received: 21 Oct. 2017

Accepted: 6 Jan. 2018

The article is to investigate the relationship between the level of socioeconomic status and the social health of youth. The aim is to determine the status and level of social health to determine the extent and the effect of the socio-economic base on social health, and finally to provide practical solutions to improve the social health of the population. The Keiz's theory of social well-being and Weber's theory have been used to explain the socio-economic base as a theoretical framework. The method of the research is survey and its statistical population is the youth of 18-29 years old in Qorveh city. Sampling method is simple random method. A questionnaire was used for collecting information from Keiz's social health standard questionnaire. The data were analyzed using SPSS software and analyzed by ANOVA and Pearson correlation coefficient.

According to the findings, there is an inverse relationship between the level of socio-economic status and the social prosperity of young people's social status, meaning that the higher the socio-economic base, the lower the social flourishing, and vice versa, but there is a direct relationship between the economic and social base of young people and other dimensions of social health (social solidarity, social acceptance, social participation, and social cohesion). That is, the higher the economic-social base, the more these components also increase, and vice versa.

Key words: Social Health, Socio-economic Status, Youth and Qorveh City