

«مطالعات جامعه‌شناسی»

سال چهارم، شماره چهاردهم، بهار ۱۳۹۱

ص ۶۷-۴۷

بررسی رابطه عوامل اجتماعی - اقتصادی با سلامت اجتماعی

دیران مقطع راهنمایی و متوسطه شهرستان آذرشهر

دکتر داود ابراهیم‌پور^۱

دکتر ربابه پورجلی^۲

روح‌انگیز رضائی‌ممقانی^۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۹/۷

تاریخ پذیرش نهایی مقاله: ۱۳۹۳/۴/۱

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین رابطه عوامل اجتماعی - اقتصادی با سلامت اجتماعی در بین دبیران مقاطع راهنمایی و متوسطه شهرستان آذرشهر می‌باشد. مطالعه حاضر با توجه به اهداف، ماهیت و نحوه انجام در زمره تحقیقات پیمایشی مقطعی است. جامعه آماری تحقیق حاضر شامل معلمان مقاطع راهنمایی و متوسطه شهرستان آذرشهر می‌باشد که براساس اطلاعات موجود تعداد آن‌ها برابر با ۳۳۲ نفر است. و نمونه آماری پژوهش حاضر با استفاده از فرمول کوکران ۱۸۰ نفر به دست آمد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه می‌باشد. در این تحقیق برای اندازه‌گیری متغیرها از پرسشنامه سلامت اجتماعی کییز و پرسشنامه سرمایه اجتماعی و پایگاه اجتماعی - اقتصادی و رضایت شغلی استفاده شده است. پس از جمع‌آوری اطلاعات، آن‌ها وارد نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ شده و مورد تجزیه و تحلیل قرار داده شد. نتایج کلی حاکی از آن است که بین مشارکت اجتماعی معلمان با میزان سلامت اجتماعی آنان و بین رضایت شغلی معلمان با میزان سلامت اجتماعی آنان رابطه مستقیم معنی‌داری وجود دارد. واژگان کلیدی: سلامت اجتماعی، سرمایه اجتماعی، پایگاه اجتماعی - اقتصادی، مشارکت اجتماعی، رضایت شغلی.

مقدمه

سلامتی یکی از مفاهیم اساسی در هستی انسان بوده و بهبود وضعیت سلامت یکی از معیارهای مهم توسعه اجتماعی - اقتصادی است. با وجود این که تعاریف زیادی از طرف اندیشمندان و صاحب‌نظران از

۱. عضو هیات علمی گروه علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز. تبریز - ایران.

۲. عضو هیات علمی گروه علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان. زنجان - ایران.

۳. دانش‌آموخته کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز - ایران.

سلامتی مطرح شده است، اما همه دارای نکته کلیدی مشترکی هستند که عبارت است از: مسئولیت در قبال خود و انتخاب سبک زندگی سالم.

سلامت مفهومی چند بعدی است و تعریف «سازمان بهداشت جهانی سلامت^۱» نیز به سه بعد جسمی، روانی، اجتماعی آن اشاره دارد. شاید بعد اجتماعی سلامت، پیچیده‌ترین و در عین حال، بحث برانگیزترین جنبه از سلامت باشد.

مطالعات سلامت با استفاده از نمونه‌های زیستی، بیشتر بر وجه خصوصی سلامت تاکید دارد، ولی افراد در درون ساختارها و روابط اجتماعی قرار دارند (کبیز، ۲۰۰۴: ۴).

مجموع نظرها درباره بعد اجتماعی سلامت را، می‌توان در سه بعد، دسته یا رویکرد قرار داد:

۱. سلامت اجتماعی به مثابه جنبه‌ای از سلامت فرد در کنار سلامت جسمی و روانی.

۲. سلامت اجتماعی به مثابه شرایط اجتماعی سلامت بخش.

۳. سلامت اجتماعی به مثابه جامعه سالم.

اوستون و جیکوب (۲۰۰۵) سلامت اجتماعی را شامل سطوح مهارت‌های اجتماعی، عملکرد اجتماعی، توانایی شناخت هر شخص از خود به عنوان عضوی از جامعه بزرگ‌تر دانسته‌اند و به شرایط اقتصادی و اجتماعی، رفاه، تمامیت شخص در شبکه اجتماعی او توجه کرده‌اند. عوامل موثر بر سلامت، هم در درون شخص و هم در بیرون از افراد قرار دارند، این عوامل بر هم اثر می‌گذارند. از این رو سلامت کل جامعه و افراد را می‌توان نتیجه تعامل‌های بسیار از جمله وراثت، محیط زیست، سبک زندگی، وضعیت اقتصادی-اجتماعی، درآمد سرانه و ... دانست.

به اعتقاد صاحب‌نظران علوم اجتماعی، مهم‌ترین عامل تاثیرگذار در هر نهادی عبارت است از نیروی انسانی فعال در آن بخش که به طور همزمان هم بر کار دیگر اجزای سیستم تاثیر می‌گذارد و هم تحت تاثیر شرایط بیرونی (اجتماعی، اقتصادی، روانی) قرار دارد دبیران و معلمان فرهیخته و دارای سلامت روانی و اجتماعی مطلوب در انتقال یادگیری علم و دانش و فرهنگ و گسترش توانایی‌های دانش‌آموزان نقش بسزایی ایفا می‌کنند. بدیهی است که فرایند تربیت دانش‌آموزان توسط معلمان زمانی به بهترین شکل خود محقق می‌شود که معلمان از سلامت جسمی، روانی و اجتماعی برخوردار باشند. عدم تعادل روانی-اجتماعی و به عبارت دیگر سطح پایین سلامت اجتماعی در فرایند تعلیم و تربیت تاثیر منفی می‌گذارد لذا باید اطلاعاتی درباره این جنبه از شخصیت معلمان، کارکنان و نیز عوامل مرتبط و تاثیرگذار در اختیار داشت تا در صورت امکان نقاط ضعف و مشکلات موجود را از میان برداشته و یا با اقدامات مقتضی وضعیت موجود را بهبود بخشید. از این رو در این تحقیق سعی می‌شود با مطالعه دبیران آموزش و پرورش شهرستان آذرشهر در سال ۹۱-۹۲، شناخت بهتری از وضعیت سلامت اجتماعی و برخی عوامل تاثیرگذار

¹. World Health Organization

با آن را بدست آورد. واقعیات جامعه ما حاکی از آن است که امروزه توسعه نه تنها ضروری بلکه اجباری است و ما اگر خواهان محو شدن از گردونه رقابت نیستیم به هر نحو ممکن باید توسعه پیدا کنیم. در پیشرفت و توسعه یک جامعه عوامل مختلفی از قبیل عوامل اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و جغرافیایی و ... نقش دارند. معلم خواه ناخواه در جایگاه الگو برای شاگردانش قرار خواهد گرفت و لذا شرایط ظاهری و شخصیتی یک معلم بسیار با اهمیت و قابل توجه است. تحقیقات ثابت کرده که ظاهر و آراستگی یک معلم در پیشرفت و بهبود شرایط تحصیلی شاگردان موثر خواهد بود. هم‌چنین شرایط اخلاقی و شخصیتی یک فرد به عنوان معلم بسیار مهم است چون دانش‌آموزان و شاگردان او به صورت ناخودآگاه و یا آگاهانه تحت تاثیر حالات رفتاری و اخلاقی او قرار خواهند گرفت و این یکی از دلایل مهم حفظ این سرمایه اجتماعی است، بنابراین توجه به معلم و حرفه آموزش، انتخاب بهترین افراد برای حرفه معلمی و تربیت آن‌ها در بالاترین سطوح و توجه به زندگی و معیشت معلم در حقیقت یک سرمایه‌گذاری کوتاه‌مدت، میان‌مدت و بلندمدت است. معلمان هسته مرکزی دستگاه تعلیم و تربیت و مجریان حقیقی این امر حیاتی هستند و تاثیر آنان بر جامعه به اندازه‌ای زیاد است که می‌توان گفت سعادت مملکت در دست کسانی است که به تعلیم و تربیت فرزندان کشور اشتغال دارند. لذا رضایت شغلی این گروه اجتماعی دارای اهمیت بسیار است. بر همین اساس آگاهی از سطح سلامت اجتماعی افراد جامعه و شناخت فاکتورهای مرتبط با آن، ضرورت انجام تحقیق حاضر را آشکار می‌سازد. چرا که سلامتی شرط ضروری برای ایفای نقش‌های اجتماعی است انسان‌ها در صورتی می‌توانند فعالیت‌های کاملی داشته باشند که هم خود را سالم احساس کنند و هم جامعه آن‌ها را سالم بدانند. هدف عمده این پژوهش بررسی رابطه عوامل اجتماعی - اقتصادی با میزان سلامت اجتماعی دبیران آذرشهر از منظر علمی و ارائه راهکار جهت ایجاد شرایط مناسب برای بالا بردن میزان سلامت اجتماعی از بعد کاربردی می‌باشد.

رویکردهای مختلف در مورد سلامت اجتماعی

مطالعات مربوط به سلامت اجتماعی اغلب با کار امیل دورکیم در سال (۱۸۹۷) مرتبط هستند که نشان داد همبستگی اجتماعی بطور معکوسی با خودکشی مرتبط است (دورکیم، ۱۸۹۷: ۲۱۴). دورکیم معتقد است از جمله مزایای بالقوه زندگی عمومی، یکپارچگی و همبستگی اجتماعی است یعنی یک احساس تعلق و وابستگی، درک آگاهی مشترک و داشتن سرنوشت جمعی. این مزایای زندگی اجتماعی یک اساس و بنیان برای تعریف جهانی و کلی از سلامت اجتماعی است (Keyse, 1998: 122). بحث محوری دورکیم در این مطالعه این است که نیروی تعیین کننده خودکشی روان‌شناختی نیست بلکه نیروی اجتماعی می‌باشد وی نتیجه می‌گیرد هر اندازه همبستگی اجتماعی سست گردد و ارتباط و تعلق سنتی فرد به گروه کاسته شود او آمادگی بیشتری برای پایان دادن به حیات خود پیدا می‌کند. از آن جایی که یکی از وجوه سلامت اجتماعی رابطه اجتماعی است و سرمایه اجتماعی از طریق احساس اعتماد، امید به زندگی، مشارکت‌پذیری

و تسهیل کنشگری جمعی و تسهیل کنش براساس اعتماد متقابل و همدردی مشترک و بطور کلی تسهیل کنش همگرایانه به سلامت اجتماعی به عنوان یکی از شقوق توسعه پایدار کمک می‌نماید. لارسون و کبیز باتوجه به رویکرد سلامت محور یک چارچوب مفهومی ونظری برای سلامت اجتماعی ارائه داده‌اند. از نظر لارسون (۱۹۹۳) سلامت اجتماعی ارزیابی فرد از کیفیت روابطش با خانواده، دیگران و گروه‌های اجتماعی است و در واقع شامل پاسخ‌های درونی فرد نسبت به محرک‌ها و احساسات، تفکرات و رفتارهایی است که نشانگر رضایت یا عدم رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی است (Larson, 1993: 285).

کار کبیز از یک اصل جامعه‌شناختی و روان‌شناختی نشات می‌گیرد. طبق نظر کبیز حلقه مفقوده در تاریخچه مطالعات مربوط به سلامت و خصوصاً سلامت ذهن پاسخ به این سؤال است که آیا ممکن است کیفیت زندگی و عملکرد شخصی افراد را بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد از نظر وی سلامت اجتماعی ترکیبی از چند عامل است که در مجموع نشان می‌دهند چقدر یک شخص در زندگی اجتماعی مثلاً به عنوان همسایه، همکار و شهروند عملکرد خوبی دارد (Keyes & Shapiro: 2004: 5). کبیز معتقد است بهزیستی یک اساس و بنیان اجتماعی دارد و بدین ترتیب سلامت اجتماعی را ارزیابی شرایط و عملکرد فرد در جامعه تعریف می‌کند (Challaghan, 2008: 2). و عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت جسمی و روانی است و چالش‌های اجتماعی را در بر می‌گیرد. هم‌چنین وی معتقد است که بین سلامت اجتماعی با رفتارهای اجتماع پسند و مسئولیت‌پذیری در جامعه و جایگاه اجتماعی رابطه مثبتی وجود دارد (سام‌آرام، ۱۳۸۸: ۱۲).

متغیرهای تحقیق

واژه سلامت اجتماعی برگردان کلمه social wellbeing است، این واژه از دو کلمه social به معنی "اجتماع" و wellbeing به معنی "زندگی خوب داشتن" است. که بیشتر ناظر به شادی و رضایت است و بر مفاهیم مثبت از سلامت تاکید دارد (Novo.etal, 2006: 5). این واژه در واقع شامل پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر، رفتار) می‌باشد (عبدالله‌تبار، ۱۳۸۷: ۱۷۳)، که هم چگونگی احساس مردم را در برمی‌گیرد و هم نحوه عملکرد آن‌ها را (Huppert et.al, 2006: 2).

کبیز، در سال ۱۹۹۸، مولفه‌های شکوفایی اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انسجام اجتماعی، همبستگی اجتماعی و پذیرش اجتماعی را به عنوان ابعاد سلامت اجتماعی مطرح نمود. از نظر کبیز هیچ ادبیات تحقیقی روی سلامت اجتماعی در بعد فردی وجود ندارد. لذا وی در یک تحلیل عاملی گسترده پیشنهاد می‌دهد که سلامت اجتماعی افراد از پنج جزء زیر تشکیل شده است:

۱. **یکپارچگی اجتماعی**^۱: به معنی ارزیابی فرد از کیفیت روابط متقابلش در جامعه و گروه‌های اجتماعی است، افراد سالم احساس می‌کنند که بخشی از جامعه هستند، بنابراین یکپارچگی اجتماعی گسترده‌ای است که مردم احساس می‌کنند با دیگران وجه مشترکی دارند و به جامعه و گروه‌های اجتماعی تعلق دارند. این مفهوم در برابر بیگانگی و انزوای اجتماعی سیمن و آگاهی طبقاتی مارکس قرار می‌گیرد (Keyse, 1998: 122).

۲. **مشارکت اجتماعی**^۲: سه‌مداشت اجتماعی بیانگر ارزیابی فرد از ارزش اجتماعی خود است. کسانی که سطح مطلوبی از این بعد را دارا هستند، اعتقاد دارند که عضو مهمی در اجتماع هستند و چیزهای ارزش‌مندی برای ارائه به دیگران دارند. سه‌مداشت اجتماعی نشان‌دهنده آن است که چگونه و تا چه حد مردم احساس می‌کنند که آن‌چه آن‌ها در جهان انجام می‌دهند برای جامعه مهم و ارزش‌مند است و به عنوان کمک اجتماعی تلقی می‌شود (Keyes & Shapiro, 2004: 5).

۳. **پذیرش اجتماعی**^۳: تفسیر فرد از جامعه و ویژگی‌های دیگران است. افرادی که دارای این بعد از سلامت اجتماعی هستند، اجتماع را به صورت مجموعه‌ای از افراد مختلف درک می‌کنند و دیگران را با همه نقض‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی‌ای که دارند، می‌پذیرند و به دیگران به عنوان افراد با ظرفیت و مهربان، اعتماد و اطمینان دارند (Ibid: 7).

۴. **پیوستگی اجتماعی**^۴: اعتقاد به این که اجتماع قابل فهم، منطقی و قابل پیش‌بینی است. افرادی که از نظر اجتماعی سالم‌اند؛ نه تنها درباره نوع جهانی که در آن زندگی می‌کنند، بلکه هم‌چنین راجع به آن‌چه اطراف‌شان رخ می‌دهد علاقمند بوده و احساس می‌کنند قادر به فهم وقایع اطراف‌شان هستند. این مفهوم درمقابل بی‌معنایی در زندگی است و درحقیقت درکی که فرد نسبت به کیفیت، سازمان‌دهی و اداره دنیای اجتماعی اطراف خود دارد.

۵. **شکوفایی اجتماعی**^۵: عبارت است از ارزیابی پتانسیل‌ها و مسیر تکامل جامعه و باور به این که اجتماع در حال یک تکامل تدریجی است و توان‌مندی‌های بالقوه‌ای برای تحول مثبت دارد. این افراد به آینده جامعه امیدوارند و معتقدند که خود و دیگران از پتانسیل‌هایی برای رشد اجتماعی بهره‌مند هستند و جهان می‌تواند برای آن‌ها و دیگران بهتر شود (Ibid: 67).

مبانی نظری سلامت اجتماعی

سلامت در طول سده‌ها از یک مفهوم انفرادی، به صورت یک هدف جهانی و در برگیرنده کیفیت زندگی در آمده است. عموماً دو رویکرد متفاوت در تعریف سلامت وجود دارد که عبارتند از:

1. Social Actualization
2. Social Contribution
3. Social Integration
4. Social Coherence
5. Social Acceptance

- رویکرد بیماری محور: این رویکرد با حضور و عدم حضور بیماری در مقوله‌های مختلف جسمانی و روانی محدود شده است از این منظر سلامتی حالتی است که علایم بیماری در فرد وجود نداشته باشد و سلامت هدف نهایی پزشکی بود. در این دیدگاه نقش عوامل تعیین‌کننده زیست محیطی، اجتماعی و روان‌شناختی نادیده گرفته می‌شود. هم‌چنین این الگو در حل بسیاری از مسایل اساسی بهداشتی انسان از جمله اعتیاد، بیماری‌های روانی و ... نارسا بوده است (سجادی و دیگری، ۱۳۸۴: ۲۴۷).

- رویکرد سلامتی محور که در آن سلامت را به عنوان حالت برخوردارگی از درجه بالایی از بهزیستی تعریف می‌کنند. طبق نظریه سلامتی، فردی سالم فرض می‌شود که درجات عالی شاخص‌های سلامت را دارا باشد (Blanco & Diaz, 2007: 6).

نظریه نقشی در مورد سلامت روانی و اجتماعی

در این نظریه به دو جنبه روانی و اجتماعی توجه شده است. در جنبه اجتماعی تأثیر عواملی مثل نظام سازمانی و کارگاهی و شرایط محیط کار مورد توجه است. که همان شرایط بیرونی رضایت از شغل را شامل می‌شود. جنبه روانی به انتظارات و توقعات فرد توجه دارد. احساس فرد از موقعیت شغلی و فعالیت‌هایش در انجام مسؤلیت‌های محوله و ایفای نقش خاص به‌عنوان عضوی از اعضای جامعه میزان رضایت فرد از شغلش را تعیین می‌کند. رضایت کلی نتیجه این دو جنبه است (شفیع‌آبادی، ۱۳۷۲: ۱۲۶).

فرضیه‌های تحقیق

۱. بین میزان منزلت اجتماعی - اقتصادی معلمان با میزان سلامت اجتماعی آنان رابطه وجود دارد.
۲. بین نوع پایگاه اجتماعی و اقتصادی با میزان سلامت اجتماعی دبیران تفاوت وجود دارد.
۳. بین میزان سلامت اجتماعی دبیران زن و مرد تفاوت وجود دارد.
۴. بین میزان سرمایه اجتماعی دبیران با میزان سلامت اجتماعی آنان رابطه وجود دارد.
۵. بین میزان اعتماد اجتماعی با میزان سلامت اجتماعی آنان رابطه وجود دارد.
۶. بین میزان مشارکت اجتماعی دبیران با میزان سلامت اجتماعی آنان رابطه وجود دارد.
۷. بین میزان حمایت اجتماعی دبیران با میزان سلامت اجتماعی آنان رابطه وجود دارد.
۸. بین میزان رضایت شغلی دبیران با سلامت اجتماعی آنان رابطه وجود دارد.

انواع متغیرها

متغیرهای پیش‌بین: پایگاه اجتماعی - اقتصادی، منزلت اجتماعی، سرمایه اجتماعی، اعتماد اجتماعی، حمایت اجتماعی، مشارکت اجتماعی، رضایت شغلی دبیران.
متغیر ملاک: سلامت اجتماعی دبیران.

تعریف مفاهیم

مدل چند وجهی کبیز در مورد سلامت اجتماعی

کبیز ابعاد سلامت اجتماعی را با در نظر گرفتن الگوی سلامت مطرح می‌کند. در واقع مدل چند وجهی کبیز از سلامت اجتماعی شامل پنج جنبه می‌شود که میزان کارکرد بهینه افراد را در عملکرد اجتماعی‌شان معلوم می‌کند. این ۵ عنصر عبارتند از:

یکپارچگی اجتماعی: ارزیابی فرد از کیفیت روابطش در جامعه.

سهم داشت اجتماعی: بیانگر ارزیابی فرد از ارزش اجتماعی خود است.

پذیرش اجتماعی: بیانگر درک فرد از خصوصیات و صفات افراد جامعه به عنوان یک کلیت است.

شکوفایی اجتماعی: بیانگر ارزیابی فرد از مسیر حرکت جامعه و پتانسیل‌های آن است.

پیوستگی اجتماعی: بیانگر فهم فرد از کیفیت، سازمان بندی و طرز کار جهان اجتماعی است.

تعاریف مفهومی سلامت اجتماعی

سلامت اجتماعی به نوعی بهداشت روانی، فردی و اجتماعی گفته می‌شود که در صورت تحقق آن شهروندان دارای انگیزه و روحیه شاد بوده و در نهایت، جامعه شاداب و سلامت خواهد بود. در واقع زندگی سالم محصول تعامل اجتماعی بین انتخاب‌های فردی از یک سو و محیط اجتماعی و اقتصادی احاطه کننده افراد از سوی دیگر است. گلداسمیت سلامت اجتماعی را «ارزیابی رفتارهای معنی‌دار مثبت و منفی فرد در ارتباط با دیگران» تعریف می‌نماید و آن را یکی از اساسی‌ترین شاخص‌های سلامت هر کشوری معرفی می‌کند، که منجر به کارا بودن فرد در جامعه می‌گردد (Larson, 1993: 285). داشتن تفکرات اجتماعی صحیح و برخوردار بودن فرد از ذهنیت مثبت نسبت به جامعه برای داشتن زندگی اجتماعی بهتر، اولین و مهم‌ترین مرحله از سلامت اجتماعی می‌باشد که متأسفانه توجه کافی به آن نشده است.

متغیر سرمایه اجتماعی

اصطلاحی است که گاه در معنای وسیع به کار می‌رود و ثروت اجتماع و حتی درآمد از آن برمی‌آید و گاه در معنای محدود که منابع و تجهیزات غیر فردی و غیر خصوصی را شامل می‌شود جیمز کلن^۱ سرمایه اجتماعی را به وسیله کارکردش تعریف نموده است. به نظر او سرمایه اجتماعی هنگامی ایجاد می‌شود که روابط میان اشخاص به شیوه‌ای تغییر یابد که کنش را آسان سازد. بنابراین سرمایه اجتماعی عبارت است از قدرت و توانایی مردم برای برقراری ارتباط با هم (سعادت، ۱۳۸۵: ۱۷۶). از دیدگاه پیر بوردیو^۲ سرمایه

^۱ Coleman

^۲ Bourdieu

اجتماعی حاصل جمع منابع بالقوه و بالفعلی است که نتیجه مالکیت شبکه بادوامی از روابط نهادی شده بین افراد و به عبارت ساده‌تر عضویت در یک گروه می‌باشد (Fild, 2003: 15).

تعریف عملیاتی: سرمایه اجتماعی را براساس سنت تفهیمی و مفهوم کنش از دیدگاه ماکس وبر در سه مقوله دسته‌بندی کرده‌ایم: نقش کنش در شکل‌دهی سرمایه اجتماعی که منجر به اعتماد متقابل بین اشخاص که ناشی از پیوند اجتماعی است به برقراری ارتباط با افراد مورد اعتماد می‌شود حال اگر اعتماد اجتماعی بین افراد به وجود آید موجب وجود یک سری گره‌های اجتماعی مشترک می‌شود و موجب بوجود آمدن اهداف مشارکت‌آمیز می‌شود در این صورت رفتار افراد قاعده‌مند و قابل پیش‌بینی و نظارت و حمایت اجتماعی سایرین را می‌طلبد.

متغیر منزلت اجتماعی

واژه "Status" در لغت به معنی مقام، منزلت، شان، پایگاه، مرتبه، رتبه؛ وضع و موقعیت به کار می‌رود. (فرهنگ معاصر، ۱۳۸۵: ۱۶۶۶). مقام و منزلت اشاره است به پایگاه و نقشی که کاملاً معین می‌شود به طور مقتدرانه تضمین می‌شود بصورت جدا از اشخاصی که شاغل و مجری آنند به رسمیت شناخته می‌شود برای وبر مقام در برگیرنده پایگاهی است که از سوی یک مرجع ایجاد و تضمین می‌شود. وبر منزلت را برآوردی مثبت یا منفی از احترام و اعتبار و پرستیژ پذیرفته شده از سوی افراد و جامعه و موقعیت‌ها تعریف کرده است (گولد، ۱۳۷۶: ۷۹۵).

تعریف عملیاتی: منزلت اجتماعی براساس دو شاخص مورد بررسی قرار گرفته است:
الف) اعتبار و پرستیژ شغل معلمی.
ب) علاقه‌مندی به شغل معلمی بر اساس افزایش سن.

متغیر پایگاه اجتماعی

به طور کلی پایگاه اجتماعی عبارت است از: ارزشی که یک گروه برای یک نقش اجتماعی قائل است و ارزش یک چیز وقتی بدست می‌آید که نسبت آن با چیزهای دیگر معلوم شود و به بیان دیگر رتبه‌بندی صورت گیرد. هرگاه اعضای یک گروه در تعیین ارزش یک تن یا یک گروه دیگر یا نقش‌های آن، موافق موازین خود، هم‌داستان شوند، می‌گوییم به ارزش‌گذاری اجتماعی پرداخته‌اند و هنگامی که یک نقش اجتماعی مورد ارزش‌گذاری اجتماعی قرار گیرد، "پایگاه اجتماعی" آن نقش معلوم می‌گردد (اگبرن و دیگری، ۱۳۵۰: ۱۵۵).

متغیر پایگاه اقتصادی

پایگاه اقتصادی (Economic Status) که با میزان ثروت سنجیده می‌شود، تنها یک بعد از پایگاه اجتماعی را می‌رساند، عوامل دیگر، چون نژاد، نسب، مذهب و فرهنگ است که در دانش اجتماعی، نظامی خاص مبتنی بر نابرابری اجتماعی و رده‌بندی گروه‌ها و افراد بر حسب سهم آنان از دستاوردهای مطلوب و حائز ارزش اجتماعی است. ماهیت این دستاوردها در تمامی جوامع یکسان نیست. اما معمولاً قدرت، ثروت و پایگاه مطمح نظر است. اشکال عمده قشربندی اجتماعی را کاست، طبقه اجتماعی، نظام مراتب (Estates) و نظام فئودالی می‌دانند (ساروخانی، ۱۳۷۰: ۷۳۱).

پارسونز معتقد است که قضاوت‌های ذهنی دیگران، قشرهای اجتماعی را تعیین می‌کند. بنابراین اشخاص با فضیلت و متصدیان ارجمندترین مشاغل از پایگاه اجتماعی بالاتری برخوردارند. پارسونز به طبقه‌بندی وضعیت‌های اجتماعی که در آن‌ها مجموعه‌ای از صفات و مشاغل، مستعد دریافت ارزش بیشتری نسبت به صفات و مشاغل دیگر هستند، می‌پردازد (کوزر، ۱۹۸۸: ۱۷).

انسان‌ها در رابطه با پایگاه اجتماعی - اقتصادی متفاوتی که دارند از نظر سلامت هم از یکدیگر متمایز می‌شوند. شواهد در مورد ارتباط بین پایگاه اجتماعی - اقتصادی و سلامتی به چین، یونان و مصر برمی‌گردد (Graham, 2001:6).

تعریف عملیاتی: پایگاه اجتماعی - اقتصادی در این تحقیق در سه طبقه پایین، متوسط، بالا، طبقه‌بندی شده‌اند.

شاخص‌های پایگاه اجتماعی - اقتصادی مساوی است با:

سطح تحصیلات، حقوق و مزایای دریافتی، اموال و دارایی، طبقه اقتصادی و

متغیر حمایت اجتماعی

عبارت از: از ارزشیابی‌ها یا ارزیابی‌های فرد از این که تا چه حد یک تعامل یا الگوی تعاملاتی برای وی سودمند است (رستگارخالد، ۱۳۸۴: ۱۳۶).

کاپلان (۱۹۷۴) به گسترش مفهوم حمایت اجتماعی به عنوان محافظی در برابر بیماری‌ها پرداخت. به نظری ارتباطات بین فردی با تسهیل رفتارهای بهداشتی موجب بهبود بیماری می‌شوند و حمایت اجتماعی از طریق افزایش عواطف مثبت، حرمت نفس و رفتارهایی که موجب ارتقاء سطح سلامتی می‌گردند و به طور غیرمستقیم با کاهش شدت حوادث استرس‌آمیز زندگی در رابطه است.

تعریف عملیاتی: حمایت اجتماعی افراد در سه مقوله دسته‌بندی شده است:

بر اساس درجه شدت: خانواده، خویشاوندان، دوستان، همسایگان، همکار فرهنگی تقسیم شده است.

۱. حمایت عاطفی و احساسی ۲. حمایت مالی ۳. حمایت اطلاعاتی.

متغیر اعتماد اجتماعی

اعتماد اجتماعی، دلالت بر انتظارات و تعهدات اکتسابی و تائید شده به لحاظ اجتماعی که افراد نسبت به یکدیگر و نسبت به سازمان‌ها و نهادهای مربوط به زندگی اجتماعی شان دارند (غفاری، ۱۳۸۰: ۹۹). اعتماد در زبان فارسی مترادف با تکیه کردن، واگذاشتن کار به کسی، اطمینان، وثوق، باور و اعتقاد به کار گرفته می‌شود (عمید، ۱۳۶۹: ۲۰۱).

به عقیده گیدنز، در جوامع پیش از مدرن اعتماد از نوعی پای‌بندی چهره‌دار و مبتنی بر هم‌حضور بوده است. در حالی که در عصر مدرنیته و جهان مدرن امروزی وضعیت این چنین نیست. اعتماد غیرشخصی به دیگران ناشناس ناشی از ماهیت رشد‌یابنده نظام‌های انتزاعی می‌باشد. وجه عمده اعتماد در دوران مدرنیته، پای‌بندی بی‌چهره‌ای است که در نظام‌های تخصصی معنا پیدا می‌کند (ریترز، ۱۳۸۶: ۷۶۸).

تعریف عملیاتی: اعتماد اجتماعی در این تحقیق در سه مقوله مورد بررسی قرار گرفته است:

۱. اعتماد به افراد غریبه: با صحبت کردن، بدی ندیدن، ندادن اطلاعات و ...
۲. اعتماد به گروه‌ها از قبیل: خانواده، اقوام، دوستان نزدیک، همسایگان، دانش‌آموزان، همکاران، مدیر، کارمندان اداره، افراد مختلف کارمندان ادارات مختلف و ...
۳. اعتماد به افرادی که هر روز با آن‌ها در ارتباط هستید: همکاران، مدیر، کارمندان اداره و ...

متغیر مشارکت اجتماعی

مشارکت (Participation) به معنی به کار گرفتن منابع شخصی به منظور سهیم شدن در یک اقدام جمعی است (محسنی، ۱۳۸۳: ۱۱۲-۱۱۱).

مکتب کارکردگرایی (Functionalism)؛ این مکتب توجه خود را به نقش‌ها و کارکردهایی معطوف می‌دارد که مشارکت افراد یا گروه‌ها در جامعه موجب پدید آمدن آن‌ها می‌شود. از نظر طرفداران این مکتب عملکرد یا فونکسیون که مشارکت گروه یا طبقه خاصی را در جامعه به وجود می‌آورد، حائز اهمیت است. زیرا در نتیجه این کارکردها، نظام اجتماعی می‌تواند به حیات خود ادامه دهد و انسجام اجتماعی و وفاق جمعی را پدید آورد. در این مکتب، نقشی که هر جزئی از ساخت اجتماعی در رابطه با کل در جهت یکپارچگی ایفا می‌کند، حائز اهمیت است.

تعریف عملیاتی: مشارکت اجتماعی در این تحقیق در یک مقوله دسته‌بندی قرار گرفته است:

شرکت در تصمیم‌گیری‌های محله، شرکت در راهپیمایی‌ها، بازدید از نمایشگاه‌های مختلف، شرکت در رویدادهای اجتماعی، باشگاه ورزشی، شرکت در انتخابات و رای‌گیری‌های شرکت در انجمن اولیاء و مربیان و بسیج، شرکت در انجمن علمی و فرهنگی و ...

متغیر حمایت اجتماعی

هر ارتباطی که فرد در زندگی خود برقرار می‌کند شامل حمایت‌هایی است که از خانواده، دوستان و یا جامعه دریافت می‌کند و همه این‌ها مستقیماً سلامت او را تحت تاثیر قرار می‌دهند. تعریف عملیاتی: حمایت اجتماعی افراد در سه مقوله دسته‌بندی شده است: بر اساس درجه شدت: خانواده، خویشاوندان، دوستان، همسایگان، همکار فرهنگی تقسیم شده است. ۱. حمایت عاطفی و احساسی ۲. حمایت مالی ۳. حمایت اطلاعاتی.

متغیر رضایت شغلی

به نگرش کلی فرد در باره شغلش اطلاق می‌شود کسی که رضایت شغلی‌اش در سطح بالایی باشد به کارش نگرش مثبت دارد و بالعکس (شایان‌مهر، ۱۳۷۷: ۲۸۱). نظریه‌ای که توسط "اسمیت" و همکاران، فرضیه اختلاف ارائه شده است آنان اثبات کردند که رضایت شغلی می‌تواند به وسیله اختلاف بین انگیزش کارشاغل‌ها و مشوق‌های ارائه شده توسط سازمان، توضیح داده شود. معلمان با عمل خود، بین عملکرد مورد انتظار و پاداش‌های ناحیه آموزشی، رابطه‌ای پیش‌بینی می‌کنند. اگر در مقابل عملکرد آنان، پاداش وجود نداشته باشد، نتیجه آن مختلف خواهد بود. معلمان در جستجوی توضیح چنان اختلافی، دقت ادراک خود را مورد سؤال قرار می‌دهند. اصلاح ادراکات، موجب تغییر عقاید آنان به منظور سازگاری با تفاوت‌های مشاهده شده می‌گردد. چنان تغییری شامل تغییر ملازم در پاسخ عاطفی به شغل یعنی، تغییر در میزان رضایت شغلی می‌شود. تعریف عملیاتی: رضایت شغلی در این تحقیق در چهار مقوله دسته‌بندی کرده‌ایم: متغیر مورد سنجش: میزان رضایت افراد از نقش‌های گوناگونی که در سازمان ایفا می‌کند به ویژه: الف) رضایت از محتوای واقعی کاری که انجام می‌دهند. ب) رضایت از این که به صورت گروهی کار می‌کنند. ج) رضایت از کار در سازمان. د) رضایت از احساس امنیت شغلی و فرصت تحرک.

روش تحقیق

تحقیق حاضر از نظر هدف یک مطالعه کاربردی و از نظر زمان مطالعه مقطعی و از نظر گردآوری داده‌ها یک بررسی پیمایشی می‌باشد.

جامعه آماری، حجم نمونه و شیوه نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش، کلیه دبیران مدارس شهرستان آذرشهر که ۳۳۲ نفر اعم از زن و مرد می‌باشند. که با استفاده از فرمول کوکران حجم جامعه آماری ۱۸۰ نفر محاسبه شده است.

طی بررسی مشخص شد در کل شهرستان (آذرشهر و ممقان) ۱۴ مدرسه راهنمایی دخترانه، ۱۴ آموزشگاه راهنمایی پسرانه، ۹ تا دبیرستان پسرانه و ۹ دبیرستان دخترانه بود که جدول فراوانی به تفکیک جنسیت و مقطع تدریس در زیر آمده است که از این ۴۶ مدرسه حدود ۱۳ مدرسه به صورت خوشه‌ای انتخاب و میان آنان پرسشنامه توزیع شد.

جدول شماره (۱): آمار دبیران شهرستان آذرشهر به تفکیک زن و مرد

جمع کل	راهنمایی			دبیرستان		
	کل راهنمایی	مرد	زن	کل دبیرستان	مرد	زن
۳۳۲	۱۴۹	۷۳	۷۶	۱۸۳	۹۲	۹۱

جدول شماره (۲): فراوانی به تفکیک مقطع تدریس زن و مرد

جنسیت	فراوانی	(مقطع تدریس) راهنمایی	(مقطع تدریس) دبیرستان
زن	۹۱	۴۱	۵۰
مرد	۸۹	۴۰	۴۹
کل	۱۸۰	۸۱	۹۹

فرمول کوکران شماره (۱):

$$n = \frac{Nt^2 \times pq}{Nd^2 + t^2pq}$$

$$n = \frac{332 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{332 \times 0.05^2 + 1.96^2(0.5)(0.5)} = 178 \sim 180$$

در این فرمول:

$$N=332 \text{ کل جامعه آماری}$$

$$p=0.5 \text{ نسبت صفت (سلامت) در جامعه}$$

$$q=0.5 \text{ خطای قابل قبول}$$

$$d=0.05 \text{ دقت برآورد}$$

$$t=1.96 \text{ ضریب اطمینان}$$

ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه می‌باشد. در این تحقیق برای اندازه‌گیری متغیرها از پرسشنامه سلامت اجتماعی کیبیز و پرسشنامه سرمایه اجتماعی و پایگاه اجتماعی-اقتصادی و رضایت شغلی استفاده شده است. یافته‌های پژوهش با استفاده از آمار توصیفی و آمار استنباطی به وسیله SPSS نسخه ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و با توجه به سطح سنجش متغیرها از آزمون آنالیز واریانس یکطرفه، آزمون t مستقل، ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

اعتبار و پایایی ابزار تحقیق

اعتبار به مطابقت داده‌های جمع‌آوری شده پژوهشگر با دنیای واقعی اشاره دارد. برای تهیه روایی پرسشنامه ابتدا پرسشنامه اعتبار تنظیم و در اختیار تعدادی از صاحب‌نظران قرار گرفت و پس از استخراج نظرات ایشان پرسشنامه، اصلاح نهایی گردید.

هم‌چنین برای سنجش روایی متغیر وابسته، از اعتبار سازه استفاده شد. اعتبارسازه با رابطه برقرار کردن بین وسیله اندازه‌گیری و چارچوب کلی نظری جهت تعیین این نکته که تاچه حد وسیله اندازه‌گیری مفاهیم و پیش‌فرض‌های نظریه به کار گرفته شده را منعکس می‌کند، سروکار دارد. تکنیک گردآوری اطلاعات در این مطالعه از طریق استفاده از ابزار پرسشنامه می‌باشد برای این منظور بعد از تهیه پرسشنامه مقدماتی، آزمون مقدماتی از ۳۰ نفر انجام و با تهیه پرسشنامه نهایی، اقدام به مراجعه به پاسخگویان و نمونه آماری شد و بر اساس چارچوب نظری و پیشینه از سوالات بسته - پاسخ استفاده شده است.

برای بررسی پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است. با توجه به این که ضرایب آلفای کرونباخ بزرگ‌تر از مقدار استاندارد ۰/۷ است که در جدول (۳) مقدار پایایی هر یک از گویه‌ها گزارش شده است. نتیجه می‌گیریم پرسشنامه از پایایی درونی خوبی برخوردار است.

جدول شماره (۳): پایایی پرسشنامه

متغیرها	تعداد
سرمایه اجتماعی	۰/۹۲
مشارکت اجتماعی	۰/۸۷۹
اعتماد اجتماعی	۰/۸۱۴
حمایت اجتماعی	۰/۸۳۳
رضایت شغلی	۰/۷۲۷
سلامت اجتماعی	۰/۷۱۶

یافته‌های تحقیق

نتایج توصیفی براساس متغیرهای کمی و کیفی توضیح داده می‌شوند که همه متغیرها رتبه‌بندی شده هستند.

از کل نمونه مورد بررسی، ۵۰/۶ درصد زن و ۴۹/۴ درصد مرد هستند. از کل نمونه مورد بررسی، ۹/۴ درصد ۳۰ سال و کمتر، ۱۲/۲ درصد ۳۱-۳۵ سال، ۲۵/۶ درصد ۳۶-۴۰ سال، ۳۲/۲ درصد ۴۱-۴۵ سال، ۱۷/۸ درصد ۴۶-۵۰ سال و ۲/۸ درصد بالای ۵۰ سال سن دارند.

- تفاوت بین میزان پایگاه اجتماعی - اقتصادی با میزان سلامت اجتماعی دبیران میانگین سلامت اجتماعی در دبیران دارای پایگاه اجتماعی و اقتصادی پایین برابر $۱۴۴/۶۳$ ، در پایگاه متوسط برابر $۱۴۲/۲۳$ و در پایگاه بالا برابر $۱۴۰/۷۵$ و سطح معنی‌داری برابر $۰/۲۵۹$ است. یعنی بین سلامت اجتماعی دبیران و پایگاه اجتماعی و اقتصادی دبیران رابطه معنی‌داری وجود ندارد.

جدول شماره (۵): جدول توصیفی آنالیز واریانس برای رابطه پایگاه اجتماعی و اقتصادی با سلامت اجتماعی

پایگاه اجتماعی و اقتصادی	تعداد	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	سطح معنی‌داری
پایین	۲۷	۱۴۴/۶۳	۹/۰۵۲		
متوسط	۱۲۵	۱۴۲/۲۳	۸/۳۵۵	۱/۳۶۱	۰/۲۵۹
بالا	۲۸	۱۴۰/۷۵	۱۰/۷۲۸		
پایین	۲۷	۳۱/۷۰	۴/۱۰۳		
متوسط	۱۲۵	۳۲/۷۱	۳/۶۱۹	۱/۲۶۰	۰/۲۸۶
بالا	۲۸	۳۳/۲۹	۴/۱۵۳		
پایین	۲۷	۳۱/۶۷	۳/۲۴۶		
متوسط	۱۲۵	۳۰/۴۶	۳/۶۹۵	۱/۳۹۴	۰/۲۵۱
بالا	۲۸	۳۰/۲۱	۳/۹۱۰		
پایین	۲۷	۲۶/۲۶	۲/۶۲۵		
متوسط	۱۲۵	۲۵/۹۹	۲/۲۲۰	۱/۰۲۹	۰/۳۶۰
بالا	۲۸	۲۵/۳۹	۲/۶۹۹		
پایین	۲۷	۲۹/۴۸	۳/۸۳۵		
متوسط	۱۲۵	۲۸/۶۷	۳/۵۲۱	۰/۸۹۲	۰/۴۱۲
بالا	۲۸	۲۸/۱۴	۴/۸۳۵		
پایین	۲۷	۲۶/۴۱	۳/۳۳۱		
متوسط	۱۲۵	۲۵/۰۲	۳/۰۳۱	۲/۹۶۶	۰/۰۵۴
بالا	۲۸	۲۴/۳۹	۳/۷۶۵		

- مقایسه میزان سلامت اجتماعی دبیران بر اساس جنسیت میانگین سلامت اجتماعی در دبیران زن برابر $۱۴۲/۸۹$ و در دبیران مرد $۱۴۱/۸۲$ برابر و سطح معنی‌داری برابر $۰/۴۲$ است در نتیجه بین میزان سلامت اجتماعی دبیران زن و مرد تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

جدول شماره (۶): آزمون t مستقل برای مقایسه سلامت اجتماعی معلمان زن و مرد

متغیر وابسته	جنسیت	تعداد	میانگین	انحراف معیار	آزمون لوین		آزمون t	
					آماره F	سطح معنی‌داری	آماره t	درجه آزادی
سلامت اجتماعی	زن	۹۱	۱۴۲/۸۹	۸/۹۷۵	۰/۳۳۷	۰/۵۶۳	۱۷۸	۰/۴۲۰
	مرد	۸۹	۱۴۱/۸۲	۸/۷۹۵				
مولفه انسجام اجتماعی	زن	۹۱	۳۲/۸۱	۳/۴۰۶	۵/۵۹۷	۰/۰۱۹	۱۷۰/۰۲۰	۰/۵۶۱
	مرد	۸۹	۳۲/۴۸	۴/۱۴۸				
مولفه پذیرش اجتماعی	زن	۹۱	۳۰/۷۸	۳/۶۵۴	۰/۰۳۷	۰/۸۴۷	۱۷۸	۰/۵۰۷
	مرد	۸۹	۳۰/۴۲	۳/۷۰۸				
مولفه مشارکت اجتماعی	زن	۹۱	۲۶/۲۰	۲/۲۸۱	۰/۶۳۵	۰/۴۲۷	۱۷۸	۰/۱۳۷
	مرد	۸۹	۲۵/۶۷	۲/۴۲۵				
مولفه شکوفایی اجتماعی	زن	۹۱	۲۸/۳۳	۳/۶۸۸	۰/۱۳۹	۰/۷۱۰	۱۷۸	۰/۱۶۹
	مرد	۸۹	۲۹/۱۰	۳/۸۱۴				
مولفه پیوستگی اجتماعی	زن	۹۱	۲۵/۴۲	۳/۱۹۰	۰/۰۶۲	۰/۸۰۳	۱۷۸	۰/۲۳۴
	مرد	۸۹	۲۴/۸۴	۳/۲۶۸				

- رابطه بین میزان سرمایه اجتماعی معلمان با میزان سلامت اجتماعی آنان -
 ضریب همبستگی پیرسون برابر ۰/۰۷۴ و سطح معنی‌داری آزمون برابر ۰/۳۲۲ است. یعنی بین سرمایه اجتماعی معلمان با میزان سلامت اجتماعی آنان رابطه معنی‌داری وجود ندارد.
 بین سرمایه اجتماعی معلمان با مولفه انسجام اجتماعی رابطه مستقیم معنی‌داری وجود دارد.

جدول شماره (۷): آزمون همبستگی پیرسون برای سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی

سلامت اجتماعی	مولفه انسجام اجتماعی	مولفه پذیرش اجتماعی	مولفه مشارکت اجتماعی	مولفه شکوفایی اجتماعی	مولفه پیوستگی اجتماعی
۰/۰۷۴	۰/۴۹۷***	-۰/۰۴۹	۰/۰۵۰	-۰/۱۲۳	-۰/۰۶۹
۰/۳۲۲	۰/۰۰۰	۰/۵۱۱	۰/۵۰۸	۰/۰۹۹	۰/۳۶۰
۱۸۰	۱۸۰	۱۸۰	۱۸۰	۱۸۰	۱۸۰

- رابطه بین میزان مشارکت اجتماعی معلمان با میزان سلامت اجتماعی آنان ضریب همبستگی پیرسون برابر ۰/۱۴۸ و سطح معنی‌داری آزمون برابر ۰/۰۴۷ است. یعنی بین مشارکت اجتماعی معلمان با میزان سلامت اجتماعی آنان رابطه مستقیم معنی‌داری وجود دارد.

جدول شماره (۸): آزمون همبستگی پیرسون برای مشارکت اجتماعی و سلامت اجتماعی

سلامت اجتماعی	مؤلفه انسجام اجتماعی	مؤلفه پذیرش اجتماعی	مؤلفه مشارکت اجتماعی	مؤلفه شکوفایی اجتماعی	مؤلفه پیوستگی اجتماعی
۰/۱۴۸*	۰/۴۲۲**	۰/۰۸۴	۰/۱۱۹	-۰/۱۳۱	۰/۰۱۰
ضریب همبستگی					
۰/۰۴۷	۰/۰۰۰	۰/۲۶۳	۰/۱۱۳	۰/۰۸۰	۰/۸۹۰
سطح معنی‌داری					
۱۸۰	۱۸۰	۱۸۰	۱۸۰	۱۸۰	۱۸۰
تعداد					

- رابطه بین میزان اعتماد اجتماعی معلمان با میزان سلامت اجتماعی آنان ضریب همبستگی پیرسون برابر ۰/۰۴۳ و سطح معنی‌داری آزمون برابر ۰/۵۶۸ است. یعنی بین اعتماد اجتماعی معلمان با میزان سلامت اجتماعی آنان رابطه معنی‌داری وجود ندارد. بین اعتماد اجتماعی معلمان با مؤلفه انسجام اجتماعی رابطه مستقیم معنی‌داری وجود دارد.

جدول شماره (۹): آزمون همبستگی پیرسون برای اعتماد اجتماعی و سلامت اجتماعی

سلامت اجتماعی	مؤلفه انسجام اجتماعی	مؤلفه پذیرش اجتماعی	مؤلفه مشارکت اجتماعی	مؤلفه شکوفایی اجتماعی	مؤلفه پیوستگی اجتماعی
۰/۰۴۳	۰/۴۵۱**	-۰/۰۶۸	-۰/۰۰۵	-۰/۰۸۳	-۰/۰۸۴
ضریب همبستگی					
۰/۵۶۷	۰/۰۰۰	۰/۳۶۷	۰/۹۴۲	۰/۲۶۹	۰/۲۶۱
سطح معنی‌داری					
۱۸۰	۱۸۰	۱۸۰	۱۸۰	۱۸۰	۱۸۰
تعداد					

- رابطه بین میزان حمایت اجتماعی معلمان با میزان سلامت اجتماعی آنان ضریب همبستگی پیرسون برابر ۰/۰۰۳ و سطح معنی‌داری آزمون برابر ۰/۹۶۵ است. یعنی بین حمایت اجتماعی معلمان با میزان سلامت اجتماعی آنان رابطه معنی‌داری وجود ندارد. بین حمایت اجتماعی معلمان با مؤلفه انسجام اجتماعی رابطه مستقیم معنی‌داری وجود دارد.

جدول شماره (۱۰): آزمون همبستگی پیرسون برای حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی

سلامت اجتماعی	مؤلفه انسجام اجتماعی	مؤلفه پذیرش اجتماعی	مؤلفه مشارکت اجتماعی	مؤلفه شکوفایی اجتماعی	مؤلفه پیوستگی اجتماعی
۰/۰۰۳	۰/۳۳۶**	-۰/۱۵۰*	۰/۰۲۰	-۰/۱۲۶	-۰/۰۸۶
ضریب همبستگی					
۰/۹۶۵	۰/۰۰۰	۰/۰۴۵	۰/۷۹۲	۰/۰۹۲	۰/۲۵۴
سطح معنی‌داری					
۱۸۰	۱۸۰	۱۸۰	۱۸۰	۱۸۰	۱۸۰
تعداد					

- رابطه بین میزان رضایت شغلی معلمان با میزان سلامت اجتماعی آنان -
ضریب همبستگی پیرسون برابر ۰/۱۵۳ و سطح معنی‌داری آزمون برابر ۰/۰۴ است. یعنی بین رضایت شغلی معلمان با میزان سلامت اجتماعی آنان رابطه مستقیم معنی‌داری وجود دارد.

جدول شماره (۱۱): آزمون همبستگی پیرسون برای رضایت شغلی و سلامت اجتماعی

سلامت اجتماعی	مؤلفه انسجام اجتماعی	مؤلفه پذیرش اجتماعی	مؤلفه مشارکت اجتماعی	مؤلفه شکوفایی اجتماعی	مؤلفه پیوستگی اجتماعی
۰/۱۵۳*	۰/۵۰۹**	۰/۰۰۲	۰/۰۸۶	-۰/۰۶۶	۰/۰۵۷
رضایت شغلی	سطح معنی‌داری	۰/۰۴۰	۰/۹۷۴	۰/۲۵۳	۰/۳۷۶
تعداد	۱۸۰	۱۸۰	۱۸۰	۱۸۰	۱۸۰

بحث و نتیجه‌گیری

نتیجه فرضیه اول نشان داد که بین منزلت اجتماعی معلمان با میزان سلامت اجتماعی آنان رابطه معنی‌داری وجود ندارد. گراهام مطرح می‌کند که سلامتی فرد به عنوان یک موضوع مهم نتیجه شرایط اجتماعی - اقتصادی است و به طور غیرمستقیم از منزلت فرد تاثیر می‌پذیرد. نتیجه این فرضیه با نظریه گراهام سازگاری ندارد و در راستای آن نمی‌باشد. شاید علت این موضوع در ادراک جامعه از منزلت اجتماعی باشد. اگر در جامعه‌ای ارزش‌های کاذب ایجاد شده و منزلت بر اساس آن‌ها تعریف شود، طبیعتاً نتایج متفاوتی حاصل خواهد شد.

نتیجه فرضیه دوم نشان داد که بین پایگاه اجتماعی و اقتصادی با سلامت اجتماعی دبیران رابطه معنی‌داری وجود ندارد. باباپور و طوسی (۱۳۸۷) نشان دادند که متغیرهای جنسیت و وضعیت اقتصادی تاثیری در سلامت اجتماعی افراد ندارد. گراهام مطرح می‌کند که سلامتی فرد به عنوان یک موضوع مهم نتیجه شرایط اجتماعی - اقتصادی است. افرادی که از لحاظ اجتماعی - اقتصادی در شرایط بهتری قرار دارند، به دلیل توانایی دسترسی به امکانات بهداشتی بهتر در وضعیت مطلوبی قرار می‌گیرند و در مقابل افراد متعلق به طبقات پایین جامعه از سلامتی نامطلوب خود رنج می‌برند به باور وی عواملی که باعث می‌شوند تغییرات در وضعیت اقتصادی - اجتماعی بر سلامتی افراد تاثیر بگذارند در سه مقوله عوامل مادی، رفتاری و روانی - اجتماعی قرار می‌گیرد.

نتیجه فرضیه سوم نشان داد که بین میزان سلامت اجتماعی دبیران زن و مرد تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. این فرضیه در راستای تحقیق باباپور و طوسی (۱۳۸۷) بوده و با تحقیق لاروج (۱۹۹۸) همخوانی همسو نمی‌باشد. لاروج (۱۹۹۸) به این نتیجه رسید که زنان دانشجو به نحو معنی‌داری در ابعاد تغذیه، روابط بین فردی، مسئولیت‌پذیری در مقابل سلامت و سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت رفتار بهتری از

مردان داشتند. باباپور و طوسی (۱۳۸۷) نشان دادند که متغیرهای جنسیت و وضعیت اقتصادی تأثیری در سلامت اجتماعی افراد ندارد.

نتیجه فرضیه چهارم نشان داد که بین سرمایه اجتماعی معلمان با میزان سلامت اجتماعی آنان رابطه معنی‌داری وجود ندارد. نتیجه این فرضیه با نتایج پژوهش‌های انجام شده همسو نمی‌باشد. در تمام تحقیقات موجود در پیشینه، بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد. عزت‌اله سام‌آرام (۱۳۸۸) نشان داده‌اند که رابطه مستقیمی بین افزایش ناامنی اجتماعی و کاهش میزان سلامت اجتماعی در جامعه وجود دارد و امکان تحقق اهداف پلیس جامعه محور در جامعه‌ای با افراد دارای سلامت اجتماعی بالا به دلیل سهولت مشارکت اجتماعی و افزایش اعتماد بیشتر است. غلامحسین قان‌دی و حمید یعقوبی (۱۳۸۶) نشان دادند که وجوه مختلف سرمایه اجتماعی پیش‌بینی‌کننده‌های بهتری برای رضایت‌مندی از زندگی و بهزیستی روان‌شناختی و اجتماعی هستند. لی و همکارانش (۲۰۰۴) نشان دادند که دانشجویانی که از سطح بالایی از سرمایه اجتماعی برخوردارند، فشارهای روانی و استرس فرهنگ‌پذیری کمتری دارند. نتیجه فرضیه پنجم نشان داد که بین مشارکت اجتماعی معلمان با میزان سلامت اجتماعی آنان رابطه مستقیم معنی‌داری وجود دارد. نتیجه این تحقیق در راستای تحقیق تباردرزی (۱۳۸۶) می‌باشد. تباردرزی (۱۳۸۶) نشان داد که بین متغیر سلامت اجتماعی با عضویت در انجمن‌ها و مشارکت رابطه معنی‌دار وجود دارد. در واقع فرد هرچه در اجتماع حضور داشته باشد به همان اندازه از سلامت اجتماعی بالایی برخوردار می‌شود.

نتیجه فرضیه ششم نشان داد که بین اعتماد اجتماعی معلمان با میزان سلامت اجتماعی آنان رابطه معنی‌داری وجود ندارد. نتیجه این فرضیه با یافته‌های سام‌آرام (۱۳۸۸) همسو نمی‌باشد. سام‌آرام (۱۳۸۸) نشان داد که رابطه مستقیمی بین افزایش ناامنی اجتماعی و کاهش میزان سلامت اجتماعی در جامعه وجود دارد و امکان تحقق اهداف پلیس جامعه محور در جامعه‌ای با افراد دارای سلامت اجتماعی بالا به دلیل سهولت مشارکت اجتماعی و افزایش اعتماد بیشتر است.

نتیجه فرضیه هفتم نشان داد که بین حمایت اجتماعی معلمان با میزان سلامت اجتماعی آنان رابطه معنی‌داری وجود ندارد. نتیجه این فرضیه با یافته‌های قان‌دی و یعقوبی (۱۳۸۶) و لی و همکارانش (۲۰۰۴) همسو نمی‌باشد. قان‌دی و یعقوبی (۱۳۸۶) نشان دادند که وجوه مختلف حمایت اجتماعی ادراک شده پیش‌بینی‌کننده‌های بهتری برای رضایت‌مندی از زندگی و بالانس عاطفی در دختران نسبت به پسران هستند. و بهزیستی روان‌شناختی و اجتماعی در دختران بیشتر به وسیله حمایت اجتماعی از خانواده و در پسران بیشتر به وسیله حمایت اجتماعی از دوستان پیش‌بینی می‌شود. لی و همکارانش (۲۰۰۴) نشان دادند که دانشجویانی که از سطح بالایی از حمایت اجتماعی برخوردارند، فشارهای روانی و استرس فرهنگ‌پذیری کمتری دارند.

نتیجه فرضیه هشتم نشان داد که بین رضایت شغلی معلمان با میزان سلامت اجتماعی آنان رابطه مستقیم معنی‌داری وجود دارد. نتیجه این فرضیه با یافته‌های سام آرام (۱۳۸۹) همسو می‌باشد. سام آرام (۱۳۸۹) نشان داد که میزان سلامت اجتماعی بر میزان رضایت شغلی کارکنان شرکت لیزینگ ایران خودرو موثر است. رضایت شغلی از عوامل تاثیرگذار بر سلامت اجتماعی است. هرچقدر میزان رضایت شغلی افراد بالاتر باشد به همان میزان سلامت اجتماعی افراد افزایش می‌یابد.

منابع

- باباپور، ج. (۱۳۸۸). بررسی نقش عوامل تعیین کننده در سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز. **فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز**. سال چهارم. شماره ۱۶.
- بیرو، آ. (۱۳۷۰). **فرهنگ علوم اجتماعی**. ترجمه: ب، ساروخانی. تهران: کیهان.
- رستگارخالد، ا. (۱۳۸۴). گسترش نقش زنان در جهت حمایت‌های شغلی و اجتماعی. **مجله جامعه‌شناسی ایران**. دوره ۶ شماره ۴.
- سام‌آرام، ع. (۱۳۸۸). بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تاکید بر رهیافت پلیس جامعه محور. **فصلنامه علمی پژوهشی انتظام اجتماعی**. سال اول، شماره اول.
- سجادی، ح؛ و دیگری. (۱۳۸۴). شاخص‌های سلامت اجتماعی. **مجله علمی آموزشی اقتصادی - سیاسی**. شماره ۲۰۷.
- شایان‌مهر، ع. (۱۳۷۷). **دایره‌المعارف تطبیقی علوم اجتماعی**. تهران: انتشارات کیهان. کتاب اول.
- شفیع آبادی، ع. (۱۳۷۶). راهنمایی و مشاوره شغلی و حرفه‌ای. رشد.
- عبدالله‌تبار، ه؛ و دیگران. (۱۳۸۷). بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان. **فصلنامه رفاه اجتماعی**. شماره ۳۰ و ۳۱.
- عمید، ح. (۱۳۶۹). **فرهنگ لغت فارسی عمید**. تهران: انتشارات امیرکبیر. چاپ هشتم.
- قائدی، غ؛ و دیگری. (۱۳۸۷). رابطه بین ابعاد حمایت اجتماعی ادراک شده و ابعاد بهزیستی اجتماعی دانشجویان. **مجله ارمغان دانش**. دوره ۱۳، شماره ۲.
- کوئن، ب. (۱۳۷۶). **درآمدی به جامعه‌شناسی**. ترجمه: م، ثلاثی. تهران: نشر توتیا.
- کوزر، ل. (۱۳۷۳). **زندگی و اندیشه بزرگان جامعه‌شناسی**. ترجمه: م، ثلاثی. تهران: علمی.
- گولد، ج؛ و دیگری. (۱۳۷۶). **فرهنگ علوم اجتماعی**. م، ج، زاهدی‌مازندرانی. تهران: انتشارات مازیار.
- گیدنز، آ. (۱۳۸۴). **پیامدهای مدرنیته**. مترجم: م، ثلاثی. تهران: نشر مرکز.
- محسنی، م؛ و دیگری. (۱۳۸۲). **مشارکت اجتماعی در ایران**. تهران: آرون.
- نیک‌ورز، ط. (۱۳۸۹). **بررسی رابطه سرمایه اجتماعی با میزان سلامت اجتماعی دانشجویان**. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شهید باهنر کرمان.
- Blanco, Amalio Diaz, Dario. (2007). **social order and mental health**. a social well-being approach. Autonomia university of Madrid, psychology in spain, vol.11(5).
- Callaghan, Lisa. (2008). **Social Well-Being in Extra Care Housing: An Overview of the Literature**, personal social service research unit, established at the university of kent an Canterbury.
- Cicognani, Elvira Pirini, Claudia Keyes, Corey Joshanloo, Mohsen Rostami, Reza Nosratabadi, Masoud. (2007). **Social Participation, Sense of Community and socialwell Being: A Study on American, Italian and Iranian University Students**, Springer Science+Business Media B.V. pp97-112.
- Fild, John. (2003). **social capital**. published by Routledge, London, UK.

- Herzong, A. R: ofstedal, M. B Wheeler, L. M. (2002). **Social Engagement and its Relationship to health**, clinical Geriatric Medicine, 18(3), ix.
- Huppert. Felicia Marks. nicclark. Andrewetal. (2006). **personal and social well-being modul for the European socialsurvey**. Round3.
- Keyes, C.L.M. (2004). **Complete Mental Health: An Agenda For The 21; Century**. Washington.
- Keyes, Corey Lee. M Shapiro, Adam. (2004). **social well-being in the united states: A Deive Epidemiology**.
- Keyes, Corey Lee. M. (1998). **social well-being, social Psychology Quarterly**. vol.61, N.2, pp121-190.
- Larson, James. (1993). **the measurement of social well-being**, social Indicators Research 28, pp285-296.
- lydon and chvalier. (2001). **fstimates of the effect of wages satisfacatoin department of economics university of warwick Coventry**.
- Shapiro, Adam Keyes, Corey Lee. M. (2007). **Marital Status and Social Well-Being: Are the Married Always Better Off?** Springer Science+Business Media B.V.
- World Health organization (WHO).(1979). **Health for all**, Sr. No5.