

بررسی جامعه شناختی نقش خانواده در جامعه پذیری بهداشتی (مطالعه موردی: شهر شیراز)

طوبی پیرو^۱، باقر سارورخانی^۲، علیرضا کلدی^۳، حبیب الله زنجانی^۴

چکیده

جامعه پذیری بهداشتی فرد را به آموختن هنجارها، ارزشها، مهارت ها، عقاید و الگوهای فکر و عمل به منظور تصمیم گیری بهینه رفتار های بهداشتی که همگی برای زندگی اجتماعی ضروری می باشند، قادر می سازد. جامعه پذیری اولیه بهداشتی، افراد را با مفاهیم عملی و کاربردی اولیه بهداشتی و مراقبت از خود آشنا می کند. نتیجه حاصل از جامعه پذیری رفتار بهداشتی مهارت سواد بهداشتی می باشد. این تحقیق با هدف بررسی جامعه شناختی نقش خانواده در جامعه پذیری بهداشتی و با استفاده از رویکردها و نظریات جامعه شناختی و پزشکی سعی بر این داشته است تا به شناختی علمی در این باره دست یابیم. از این منظر ضمن مروری بر فضای مفهومی موضوع از تئوری مطرح و مرتبط با موضوع با توجه به ماهیت بین رشته ای موضوع از نظریات جامعه شناسی، جامعه شناسی پزشکی و روانشناسی اجتماعی برای تبیین موضوع بهره گرفته شده است و با عنایت به فرضیاتی که از این تئوری ها اخذ شده، سعی در بررسی جامعه شناختی نقش خانواده در جامعه پذیری بهداشتی بوده است. با کاربرد روش پیمایش و با استفاده از تکنیک پرسشنامه بروی ۶۰۸ نفر از سرپرستان خانوار شهر شیراز از طریق نمونه گیری خوشه ای چندمرحله ای با سطح خطای ۰/۰۵ و ضریب اطمینان ۰/۹۵ درصد انتخاب شده اند، اطلاعات و داده های مورد نیاز جمع آوری گردید. نتایج بدست آمده حاصل از تجزیه و تحلیل داده ها و انجام رگرسیون چند متغیره بیانگر آن است که متغیرهای آگاهی های اجتماعی خانواده، سرمایه فرهنگی، سواد سلامتی، حساسیت خانواده بر مسائل بهداشتی، دسترسی به وسایل ارتباطی، سبک تربیتی، ساختار ارزش خانواده بر ارتقای جامعه پذیری بهداشتی تاثیر دارند به تعبیری هفت متغیر از متغیرهای مستقل توانسته اند به میزان ۴۲ درصد از واریانس جامعه پذیری بهداشتی را تبیین کنند.

واژگان کلیدی: خانواده، جامعه پذیری بهداشتی، سرمایه فرهنگی، سواد سلامتی، سبک تربیتی.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۶/۱۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۱/۲۲

^۱ دانشجوی دکتری جامعه شناسی، جامعه شناسی فرهنگی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (Email: peiro_t@yahoo.com)

^۲ استاد جامعه شناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (نویسنده مسئول) (Email: sarokhani2002@yahoo.com)

^۳ استاد جامعه شناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (Email: Arkald@yahoo.com)

^۴ استاد جمعیت شناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (Email: Ha_zanjani@yahoo.com)

مقدمه

از ابتدای خلقت، توجه به مسائل بهداشتی از مهمترین دغدغه های بشر به حساب آمده و به مرور زمان سعی در یادگیری روشهای غلبه بر بیماریها و اختلالات جسمی و روحی داشته اند و در نهایت شناخت رابطه بین شرایط حیاتی، و از آن جمله شرایط اجتماعی و وضعیت سلامتی و بیماری انسان یکی از مسائل مورد علاقه بشر از دیرباز بوده است، از طرفی خانواده به عنوان یک نهاد اساسی در طول زندگی بشر نقش مهم و غیر قابل انکاری در بروز، شکل گیری، پیشگیری و درمان اختلالات اعضای خود داشته و به همین دلیل با اشاعه فرهنگ بهداشت فردی، بهداشت زمان بلوغ، باروری، بهداشت دهان و دندان و ...، در نهایت مسئولیت خطیری را در قبال سلامتی خود و جامعه، از جمله یادگیری و آموزش رفتارها به عهده داشته است لذا فرد در طول زندگی اجتماعی با خانواده در اولین لحظه های آموزش پذیری خود قرار می گیرد و در همین راستا خانواده با اجرای نقش حمایتی می تواند افراد را به استفاده از خدمات بهداشتی و دنبال کردن برنامه های درمانی و رفتارهای بهنجار بهداشتی ترغیب کنند.

در تعریف مسأله می توان گفت که به عقیده بسیاری از جامعه شناسان، سلامتی و بهداشت به همان اندازه که مسئله ای زیستی است مسئله ای اجتماعی نیز هست. در نزد این جامعه شناسان، سلامتی یک جمعیت توسط ویژگی های اجتماعی آن جمعیت شکل می گیرد. آنچه را که میتوان در رابطه با موضوع این پژوهش به آن اشاره نمود اینکه، سلامتی، موقعیت اجتماعی - اقتصادی فرد را تضمین می کند و در مقابل شرایط اجتماعی نیز بر سلامت فرد تأثیر می گذارد. سلامت یکی از مؤلفه های اصلی و غیر قابل انکار چگونگی زندگی و عامل مهمی در فراهم کردن فرصت های رشد و تعالی است. و در همین راستا، به نوعی، جهت گیری جامعه شناختی مطالعات پیرامون مسائل بهداشتی، سلامت و بیماری، در طول چند دهه اخیر با ظهور پزشکی اجتماعی و جامعه شناسی پزشکی صورت گرفته است. موضوع رابطه نقش خانواده و جامعه پذیری بهداشتی امروزه هم از لحاظ تئوریک و هم از لحاظ کاربردی از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است تا حدی که بررسی جامعه پذیری خانواده و شبکه اجتماعی حوزه سلامت و قرار گیری خانواده بعنوان عنصر بنیادی در آموزش و ارتقای سلامت در چند دهه اخیر مورد توجه اندیشمندان، صاحب نظران و علاقمندان به حوزه های جامعه شناسی و بهداشت قرار گرفته است زیرا که قرار گیری افراد در شبکه ارتباطی و رفتاری بهداشتی باعث می شود که بعنوان کنشگران اجتماعی از اهمیت خاصی برخوردار باشند. باید گفت خانواده بویژه والدین مسئولیت سنگینی در قبال آموزش مفاهیم اولیه زندگی اجتماعی به فرزندان خود دارند. از جمله مفاهیم کاربردی و اولیه در طول جامعه پذیری فرزندان در خانواده می توان به مفاهیم بهداشتی و کاربردهای آن در طول زندگی اجتماعی اشاره کرد. همچون سایر رفتارهای فردی و اجتماعی، بر پایه یادگیری اجتماعی الگوهای رفتارهای بهداشتی در حوزه بهداشت فردی و عمومی با پذیرش باورهای فرهنگ سلامت و بهداشت خانواده ها شکل می گیرد.

کشور ایران با در نظر گرفتن شاخص های سلامت و جمعیت شناختی، همانند امید به زندگی، مرگ و میر و نسبت جمعیت به پزشک، هنوز با استانداردهای جهانی فاصله زیادی دارد. (Adibi et al., 2012: P81-98)

سازمان بهداشت جهانی (WHO) در آخرین گزارش خود عملکرد سطح سیستم بهداشتی در ایران را پنجاه و هشتمین سطح بهداشتی و عملکرد کلی سیستم سلامتی در ایران را رتبه ۹۳ را در میان دولتهای جهان اعلام کرد. وضعیت بهداشتی در ایران نسبت به دو دهه قبل بهبود یافته است. ایران به واسطه برپایی شبکه وسیع خدمات بهداشتی اولیه توانسته است، خدمات پیشگیری بهداشت عمومی را عرضه کند، در نتیجه سطح مرگ و میر مادر و کودک به طور قابل توجهی کاهش یافته و جالب اینکه متوسط طول عمر زندگی از زمان تولد افزایش یافته است. مرگ و میر نوزادان و کودکان زیر ۵ سال در سال ۲۰۰۰ در مقایسه با سال ۱۹۷۰ که از هر ۱۰۰۰ نوزاد ۱۲۲ نفر و از ۱۰۰۰ کودک زیر ۵ سال ۱۹۱ نفر می مردند، به ترتیب ۲۸/۶ و ۳۵/۶ از هزار تولد زنده کاهش یافته است.

مطالعات چند دهه اخیر نشان داده است که، اکثر بیماریها و ناتوانی ها در دوران میانسالی و بزرگسالی، ناشی از برداشتهای نابهنجار از رفتارهای بهداشتی دوران اولیه زندگی میباشد. درک مفاهیم و کاربردهای رفتارهای پیشگیری های اولیه و ثانویه و چگونگی

برخوردهای فردی و اجتماعی با بیماری و اجرای الگوهای بهداشتی در خانواده توانایی جامعه‌پذیری بهداشتی فرزندان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (WHO, 2008).

تحقیقاتی که بیشتر توسط محققین، بخش آموزش سلامت جوامع و جامعه‌شناسی پزشکی صورت گرفته است، اهمیت نقش جامعه‌پذیری در رفتارهای سلامت جامعه و نابرابری‌های حوزه سلامت، الگوهای ارتقای سلامت جامعه، را مورد مطالعه قرار داده است. در ذیل به برخی از تحقیقات اشاره می‌شود.

چائوندوری^۱ در سال ۲۰۰۶ با هدف، بررسی روابط میان بستر فرهنگی و تربیت فرزندان، با تمرکز بر شیوه‌های تربیتی و هدفهای جامعه‌پذیری مادران جوان به تحقیق پرداخت. شرکت کنندگان شامل ۳۱۳ مادر جوان بودند که در اولین مرحله‌ی این مطالعه حضور داشتند. نتایج سه شیوه‌ی تربیتی مجزا را نشان داد، شیوه: ۱- آزادی منش، ۲- سختگیر ۳- دستور دهنده، سه شیوه‌ی تربیتی مطرح شده بوده است. هر یک از این شیوه‌های تربیتی با نژاد مادران ارتباط زیادی دارند، تبار مادران اروپایی-آمریکایی بیشتر نماینده‌ی گروه، تربیتی آزادی منش بودند، زنان آفریقایی-آمریکایی، نسبت به دیگر گروهها، بیشتر نمایندگی گروه سختگیر را داشتند و زنان لاتینی تبار عمدتاً نماینده گروه دستور دهنده بودند.

تحقیقی که توسط آرچنا مانوکوس^۲ و همکارش در سال ۲۰۰۵ پیرامون نقش جامعه‌پذیری در توضیح نابرابری اجتماعی در سلامت افراد انجام گرفته است. در این تحقیق تأثیر فرایند جامعه‌پذیری و شکل‌گیری الگوهای رفتاری و رابطه آن با سلامت افراد را مورد مطالعه قرار می‌دهد.

در واقع، اهمیت موضوع در جوامع در حال توسعه زمانی افزایش می‌یابد که خانواده بعنوان یکی از عناصر تأثیرگذار رفتارهای اجتماعی از اهمیت خاصی برخوردار می‌باشد و به همین دلیل در طول تحولات فرهنگی و اجتماعی و همچنین دسترسی به منابع و تکنولوژی‌های درمانی، مفاهیم سلامتی و بهداشت در طول چند دهه گذشته تغییراتی کرده است.

ملاحظات نظری

جامعه‌پذیری^۳

جامعه‌پذیری اشاره به کنش متقابل اجتماعی است که از طریق آن مردم شخصیت خود را به دست می‌آورند و شیوه زندگی جامعه خود را می‌آموزند. آنچه مسلم است نیاز انسان به اجتماعی شدن و اجتماعی بودن می‌باشد.

منادی به نقل از شارون^۴ بیان می‌کند که، جامعه‌پذیری یا اجتماعی شدن به این معناست که انسان‌ها برای بقای خود به دیگران و برای یادگیری شیوه‌های بقا به اجتماعی شدن نیازمندند. اجتماعی شدن، خصیصه‌های فردی ما را ایجاد می‌کند. (Menadi, 2006, P188)

جامعه‌پذیری بهداشتی فرد را به آموختن هنجارها، ارزش‌ها، مهارت‌ها، عقاید و الگوهای فکر و عمل به منظور تصمیم‌گیری بهینه رفتارهای بهداشتی که همگی برای زندگی اجتماعی ضروری می‌باشند، قادر می‌سازد. جامعه‌پذیری اولیه بهداشتی، افراد را با مفاهیم عملی و کاربردی اولیه بهداشتی و مراقبت از خود آشنا می‌کند. نتیجه حاصل از جامعه‌پذیری رفتار بهداشتی مهارت سواد بهداشتی می‌باشد. واژه‌ای که بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، به مهارت افراد در درک کردن، به خاطر سپردن، استدلال کردن، محاسبه کردن و باورداشتن مفاهیم، بروشورها و عملی کردن دانش‌های بهداشتی اشاره دارد. بدین ترتیب آسیب‌های ناشی از عدم تشخیص به موقع بیماریها، خود درمانی و استفاده بی‌رویه از آنتی‌بیوتیک‌ها و خسارت‌های ناشی از عدم توجه به نشانه‌های بیماری خطرناک و مسری در بین خانواده‌ها کیفیت زندگی شهروندان را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

¹ chaundhuri

² Archana singh_ manoux

³ socialization

⁴ Sharon.g

کمیت‌های الحاقی واژه‌شناسی آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت در سال ۲۰۰۰، سواد بهداشتی را این‌گونه تعریف می‌نماید: «ظرفیت شخص جهت کسب، تفسیر و درک اطلاعات و خدمات پایه بهداشتی و قابلیت استفاده از این اطلاعات و خدمات، در قالب روش‌هایی که موجب ارتقاء سلامت می‌گردند.» (Saffari et al., 2009: P17-18)

پارکروهمکاران، بر این عقیده هستند که تکنولوژی جدید، محصولات چندرسانه‌ای، ارتباطات الکترونیکی، پیشرفت تکنولوژی شبکه اینترنتی و وسعت یادگیری را گسترده کرده و باعث افزایش سواد بهداشتی شده است. در واقع بیشتر مردم توانایی یادگیری فعال با استفاده از رسانه‌ها را خواهند داشت در صورتیکه ممکن است توانایی یادگیری به روش نوشتاری سنتی و آموزش کلامی را نداشته باشند. (Paasche et al., 2005: P178-184)

تقسیم‌بندی سواد بهداشتی نوتیم (۲۰۰۱) در سازمان بهداشت جهانی به موارد زیر اشاره می‌کند:

۱. سواد بهداشتی کارکردی^۱ به مهارت‌های ابتدایی خواندن و نوشتن جهت فهمیدن و پیگیری ساده پیام‌های بهداشتی گفته می‌شود.

۲. سواد بهداشتی مداخله‌ای یا ارتباطی^۲: درک پیشرفته، مهارت‌های سواد همراه با مهارت‌های اجتماعی است که برای مشارکت در فعالیت‌های روزمره، دقیق معنا کردن اطلاعات و درک معانی از روش‌های مختلف ارتباطی و اضافه کردن اطلاعات جدید جهت تغییر نتایج از آن استفاده می‌شود.

۳. سواد بهداشتی انتقادی^۳: توانایی افراد برای تحلیل اطلاعات به شکل انتقادی و افزایش آگاهی، در جهت نشان دادن موانع مشارکت در عمل می‌باشد. (Rotman and Roson, 2003: P562)

یکی از مهمترین و مطرح‌ترین روش‌های کسب سواد بهداشتی استفاده از مدل KAP است که برگرفته از کلمات Knowledge به مفهوم آگاهی (دانش)، Attitude به مفهوم گرایش (نگرش) و Practice به معنی رفتار (عملکرد) می‌باشد (Hashemian, 2005: P30). هویس و همکاران، بر این باورند که عادت‌های بهداشتی قویاً تحت تأثیر جامعه‌پذیری اولیه و به ویژه تأثیر والدین به عنوان الگو هستند (Hops et al., 1987: P341-346). بدین ترتیب، در طول اجتماعی شدن و جامعه‌پذیری در خانواده، افراد باهنجارهای رفتار بهداشتی و ناهنجاریهای بهداشت فردی و اجتماعی از دید والدین خود آشنا می‌شوند. در این میان میزان پایبندی خانواده‌ها به توصیه‌ها و دستورات بهداشتی، درمانی در گونه‌های مختلف بهداشتی بطور یکسان دیده نمی‌شود.

بنا به نظر دیماتئو^۴، عوامل موثر در تغییر رفتارهای بهداشتی و شدت اثرگذاری آنها باعث مطرح شدن مباحث جدیدی در آموزش و انتقال اطلاعات بهداشتی شده است. بیش از سی سال است که پدیده‌ای تحت عنوان «تبعیت بیمار از برنامه پزشکی» مورد مطالعه قرار داده‌اند. تبعیت به درجه موفقیت بیمار در اجرای توصیه‌های درمانی و پیشگیرانه‌ای اشاره دارد که از سوی متخصص سلامت مانند پزشک یا پرستار، ارائه می‌شود. از طرف دیگر، عدم تبعیت به این امر اشاره دارد که بیمار، برنامه توصیه شده پزشک را فراموش کند یا نادیده بگیرد و یا درک صحیحی از آن نداشته باشد و در نتیجه، درست به آن عمل نکند. در این میان از اصطلاحاتی چون همکاری، پایبندی و تصمیم‌گیری به جای اصطلاح تبعیت نیز استفاده می‌شود. (Demateo, 1999: P138-139)

گونه‌شناسی بهداشتی خانواده

عناصر سازنده گونه‌های بهداشتی خانواده بر مبنای مفاهیم بهداشتی، سلامتی، سواد بهداشتی و رفتارهای پیشگیرانه در جدول ذیل به سه گونه خانواده با رفتار بهداشتی سلامت محور، علائم و نشانه‌های زمینه‌ای بیمار محور، و خانواده با رفتار بیمار محور تقسیم‌بندی شده است. دسته رفتارهای پیشگیری اولیه و ثانویه و ثالثیه در خانواده سلامت محور در حفظ سلامتی و ارتقای سلامت خانواده بکار

¹ Functional Health Literacy

² Communicative / Interactive health literacy

³ Critical Health Literacy

⁴ Dimatteo

برده می‌شود. در این گونه از خانواده سواد بهداشتی و سلامتی از سطح کافی و مناسبی برخوردار است و رویکرد انتقادی و تعاملی در دست یافتن به سواد سلامتی بالاتری از خود نشان می‌دهند.

رفتارهای بهداشتی در گونه‌های بیمار محور در زمینه شناخت بیماری و توصیه‌های درمانی و بهداشتی پس از بروز بیماری است. پیگیری این گونه از خانواده‌ها پس از بیماری آغاز می‌گردد. سواد سلامتی و بهداشتی این گونه در زمینه سواد ابزاری و کاربردی می‌باشد. گونه علائم و نشانه بیمار محور، علائم بیماری و نشانه‌های بیماری را می‌شناسند و قبل از بروز بیماری رفتارهای درمانی و پیشگیری را دنبال می‌کنند تا از بروز جدی بیماری جلوگیری کنند. بطور مثال کم‌ادرازی، علائم سرطان‌های خون، پروستات، سینه، یرقان نوزادان را دنبال می‌کنند. در این گونه از خانواده برنامه‌های خودمراقبتی و توصیه‌های بهداشتی را بشکل منظم تا برطرف شدن علائم بیماری دنبال می‌کنند. سواد سلامتی و بهداشتی این گونه ابزاری، و مناسب می‌باشد.

مروری بر نظریات

برای بحث دقیق پیرامون جامعه‌پذیری به قول ژاک آردوآنو^۱ روانشناس اجتماعی فرانسوی (۱۹۹۴) یک نگاه بین رشته‌ای نیاز است تا همه ابعاد و زوایای این موضوع مهم، کالبد شکافی شود. از این رو ماندن در یک چهارچوب یک رشته و در چهارچوب یک نظریه خاص در هر رشته، کاری ناکافی و چه بسا خطاست. در این مقاله سعی شده است که مبانی نظری جامعه‌شناختی جامعه‌پذیری را با رفتارهای بهداشتی در نظر بگیریم. آنچه مسلم است این است که، علوم پزشکی و اجتماعی هر یک به نحوی نگران رفتار انسان اند. زیمل بیش از هر متفکر کلاسیک دیگر به رفتارهای روزمره‌آزاد جزئی و بی‌اهمیت مانند دور هم غذا خوردن افراد، راهنمایی خواستن از دیگران، یا لباس پوشیدن برای خوشایند دیگران می‌پرداخت. این اشکال یا فرم‌های جامعه‌زیستی (روابط میان مردم، کنش متقابل)، یا تعامل، برای پیوند دادن افراد با یکدیگر است. آنها، مدام خلق می‌شوند، استفاده می‌شوند، کنار گذاشته می‌شوند، و آنگاه جای خود را به فرم‌های دیگر جامعه‌زیستی می‌دهند. (Ritzer, 2009: P94)

زیمل وجود عادات را نقطه‌ی شروع کار خود قرار می‌دهد. این عادات انعطاف‌پذیری آن را دارند که وارد صورت‌های گوناگون جامعه‌پذیری شوند. این عادت‌ها ممکن است در روابط زیادی وجود داشته باشند اما تنها زمانی از طرق مختلف به ارضاء کامل می‌رسند که شالوده‌اساسی یک روند فعال جامعه‌پذیری را تشکیل بدهند. (Stones, 2000: P119)

از نظر پارسونز بیماری تنها یک وضعیت زیست‌شناختی نیست، بلکه مسئله‌ای است که به لحاظ اجتماعی نیز حائز اهمیت می‌باشد. فردمستقل از سیستم اجتماعی بیمار نمی‌شود، به بیان دقیق‌تر شخص به لحاظ اجتماعی به عنوان فردی بیمار معرفی و مشخص می‌شود. در نظر وی تعریف بیماری به لحاظ اجتماعی توضیح این مطلب است که بیماری نقشی اجتماعی است که دارای مجموعه‌ی خاصی از خصوصیات و ویژگی‌هاست. (Stones, 2000: P160)

پارسونز معتقد است چهار خصیصه و ویژگی مربوط به نقش فرد بیمار وجود دارد. اولین ویژگی این نقش کناره‌گیری موجه بیمار از کارهای عادی و وظایف خانوادگی بود. دومین ویژگی نقش بیمار آن است که وی مسئول وضعیتی که برایش پیش آمده شناخته نمی‌شود و از این رو بدون آنکه مداخله‌ای از خارج صورت بگیرد بهبودی وی ممکن نیست. سومین ویژگی این نقش آن است که فرد بیمار مسئول است که بهبود یابد. چهارمین ویژگی آن است که شخص بیمار باید در پی فردی باشد که به لحاظ حرفه‌ای در امر بهداشت و درمان واجد صلاحیت است. در این تحلیل، عمل اجتماعی در سطح فردی آن، با سیستم اجتماعی گسترده‌تر پیوند می‌خورد (Stones, 2000: P161-163)

بورديو معمولاً چهار نوع سرمایه را ذکر می‌کند. این ایده، البته، از حوزه اقتصادی گرفته می‌شود و معنای سرمایه اقتصادی (منابعی اقتصادی که کنشگر صاحب آنهاست) آشکار است. سرمایه فرهنگی، (اقسام گوناگون دانش معتبری که کنشگر دارای آن‌هاست)، شامل انواع گوناگون دانش معتبر است. سرمایه اجتماعی (میزان روابط اجتماعی ارزشمندی که کنشگر دارد)، از روابط اجتماعی

^۱ ardoano.jak

ارزشمند میان مردم تشکیل می شود. سرمایه نمادین (میزان شرافت و وجهه ای که کنشگر دارد)، از شرافت و وجهه شخص نشأت می گیرد. (Ritzer, 2009: P94) به نظر "کولی" نتیجه روانی همبستگی در گروه نخستین، انحلال فرد در یک کل مشترک است به صورتی که "من" واقعی فرد در بسیاری از امور با زندگی جمعی و هدف اصلی گروه یکی می شود و شاید سهل ترین طریقه برای توصیف این کل همان لفظ "ما" باشد که افراد درباره عضو گروه بکار می برند. (Naraghi, 2005: P138) از نظر کولی، یک شخص با تربیت شدن و جذب کردن بخشی از نهاد در خودش به یک نهاد وارد می شود. گروه نخستین، دارای نقش های رسمیت یافته نیست و فرد در آن «احساسات»، حرکات و عقایدی نظیر هموعان خود دارد. (Tavassoli, 2000: P 298)

آدام دُسون معتقد است که: "مردم برای نیل به تعامل اجتماعی باید چیزهای زیادی را بیاموزند و چیزهای زیادی را بیاموزند. این فرایند یادگیری در زمان تولد، هنگامی که شخص جدیدی وارد جامعه می شود شروع می شود. نوزاد برای مکیدن سینه مادر یا چنگ زدن نیاز به آموزش ندارد. از همان لحظه اول نوزاد تغذیه، شستشو، پوشک، بغل، غلطانده، از جا برداشته، و ضربه زده می شود، و مدام واژه ها و سر و صداها را می شنود..." (Dosvan, 2003: P97)

در واقع، عادت های بهداشتی قویاً تحت تأثیر جامعه پذیری اولیه و به ویژه تأثیر والدین به عنوان الگو هستند. والدین عادت های معینی نظیر استفاده از کمر بند ایمنی، مسواک کردن منظم، خوردن صبحانه در هر روز و غیره، را به کودکان خود القاء می کنند. از این رو، در بسیاری از خانواده ها، حتی اگر این عادت های بهداشتی اساسی یاد داده نشود و حتی اگر خانواده ها آگاهانه تلاشی را برای آموزش این عادت های بهداشتی مطلوب انجام ندهند، این عادت ها شکل می گیرند. به علاوه، همچنان که کودکان به سن نوجوانی می رسند برخی سیر قهقراپی را در پیش گرفته و یا آموزش های اولیه ای را که از والدین خود دریافت کرده اند نادیده می گیرند. فریدسون تمایز روشنی بین بیماری واقعی^۱ که وی آن را به مثابه پدیده جسمانی مستقل از ارزیابی انسان می بیند، و تجربه بیماری، که به واکنش اجتماعی نسبت به بیماری و از جمله حرفه پزشکی بستگی دارد، انجام می دهد. وی تفاوت میان بیماری واقعی به عنوان فرایندی زیستی و حالت ارگانسیم، و تجربه بیماری را به این شکل توضیح می دهد: «دو فرد را در دو جامعه متفاوت در نظر بگیرید. هر دو عفونت ناتوان کننده مشابهی دارند. در یک مورد، گفته می شود که فرد بیمار است، برای استراحت باید به رختخواب برود، و از دیگران مراقبت دریافت کند؛ در مورد دوم، گفته می شود که وی تبیل است و از سوی دیگران با وی بدرفتاری می شود. جریان و نتیجه بیماری واقعی ممکن است به لحاظ زیستی برای هر دو نفر مشابه باشد، اما تعامل اجتماعی میان فرد و بیمار و سائیری، تفاوت چشمگیری دارد» (Feridson, 1970: P34).

گرین و همکاران (۱۹۸۰) با ارائه مدل پرسید عوامل مؤثر بر رفتار را سه دسته معرفی می نماید: عوامل مستعد کننده شامل عقاید، ارزشها و نگرشهای شخصی می باشند که می توانند بر انگیزش جهت تغییر تأثیر بگذارند. عوامل قادر کننده اشاره به مهارتها و منابعی دارد که جهت تصویب رفتار انگیزخته، ضروری می باشند. عوامل اجتماعی همچون درآمد یا قابلیت پذیرش خدمات، نیز جزء عوامل قادر کننده به حساب می آیند. عوامل تقویت کننده اشاره به دریافت بازخورد از افراد مهم دارد که می توانند به فرآیند تغییر رفتار کمک نموده و یا مانع آن گردند. (Saffari et al., 2009: P218)

مک لیروی^۲ و همکارانش (۱۹۸۸) در الگوی بوم شناختی اجتماعی خود سطوح تأثیر را به ۵ مورد تقسیم کرده است: (۱) عوامل درون فردی، (۲) عوامل میان فردی، (۳) عوامل سازمانی، (۴) عوامل اجتماعی، (۵) سیاستها و خط مشیها.

بر اساس الگوی مک لیروی، رفتارهای بهداشتی بخشی از سامانه اجتماعی بزرگ تر رفتارها و تاثیرهای اجتماعی را تشکیل می دهند؛ مانند رودخانه، جنگل یا کویر که بخشی از سامانه بوم شناختی بزرگتر (یا اکوسیستم) است. بنابراین، تغییر رفتار، نیازمند ایجاد تغییر

¹ Virtual Disease

² McLeroy

در کل سامانه برای حمایت از رفتارهای بهداشتی است. شکل ذیل الگوی بوم‌شناختی اجتماعی را به صورت تصویری نشان داده است. (Hellman, 2003: P52)

اشوارزرا^۱ (۲۰۰۱) با طرح مدل کنش سلامتی معتقد است که کنش سلامتی مبتنی بر موارد زیر است:
الف) انگیزش برای تغییر: از نظر این رویکرد، افراد پیش از آنکه عادت‌هایشان را تغییر دهند لازم است نسبت به انجام آن برانگیخته شوند. این همان فرایندی است که به قصد آشکار منجر می‌شود.

از نظر مدل فرایند کنش سلامتی، در این فرایند، سه متغیر، نقش اساسی ایفا می‌کنند:

- ۱) ادراک خطر: ادراک خطر سلامتی، مهم‌ترین پیش‌شرط برای انگیزش نسبت به رفع رفتار خطر آفرین است.
- ۲) افراد نه تنها به آگاه شدن از وجود خطر سلامتی نیاز دارند بلکه به احتمالات بین اقدام‌ها و برآیندهای بعدی آن نیز نیاز دارند.
- ۳) خودکارآمدی ادراک شده^۲: به باورهای افراد نسبت به توانایی‌شان در اعمال کنترل بر خواست‌های دشوار و نیز بر عملکردشان اشاره دارد.

ب) فرایندهای خودگردانی^۳: افراد بعد از آنکه تصمیم به تغییر رفتار گرفتند، لازم است کنش‌هایی را اتخاذ کنند و در مراحل بعد، تغییرات ایجاد شده را در هنگام برخورد با موانع و مشکلات، حفظ کنند (Schwarzer, 2001: P45).
نظریه ادراک اجتماعی به عنوان یکی از نظریه‌های مطرح در این عرصه مبتنی بر این فرض است که ادراک فردی اشخاصی که درگیر رفتارهای سالم یا ناسالم می‌شوند، می‌تواند اثر تقویت‌کننده یا برانگیزاننده بر رفتارشان داشته باشند.
تمرکز مدل و نظریه ارتباط اجتماعی^۴ به عنوان مدلی راهبردی بر این است که چگونه گفت‌وگوهای میان والدین و فرزندان، به صورت مستقیم، ارزش‌ها و هنجارهای والدین درباره رفتارهای مرتبط با سلامتی را به فرزندان انتقال می‌دهد. مطالعات در قالب نظریه ارتباط اجتماعی نشان می‌دهند که هنجارهای والدین درباره مصرف مواد یا سایر رفتارهای ناسالم، بارفتار نامناسب سلامتی نوجوانان ارتباط دارد (Wills et al., 2003: P67).

تأکید مدل مواجهه رسانه‌ای به عنوان مدلی عملیاتی بر این است که مواجهه با الگوها در رسانه‌های ارتباط جمعی (تلویزیون، سینما، تبلیغات) برنگرش و تصمیم‌های بینندگان درباره رفتارهای سلامتی تأثیر می‌گذارد (Evans, 1995: P67). مدل زمینه محیطی (محلی)^۵، بر تأثیر زمینه‌های اجتماعی و فضایی بر رفتار سلامتی تأکید دارند. نظریه‌های این مدل معتقدند که ویژگی‌های واحدهای اجتماعی بزرگتر، نظیر محله‌ها، شاید بر رفتار سلامتی افراد تأثیر بگذارد. فرض می‌شود که پذیرش رفتارهای ناسالم، تحت تأثیر متغیرهای محلی، نظیر سطح کلی فقر، بی‌ثباتی اقامتی، شیوع جرم و رفتارهای پرخطرگراانه قرار دارد (Leventhal et al., 2000: P117).
مدل حمایت اجتماعی^۶ عبارت است از کسب اطلاعات، کمک‌های معمولی، طرح یا توصیه سلامتی، و حمایت عاطفی از سوی دیگران مهم، نظیر همسر، وابستگان، دوستان و نیز تماس و ارتباط اجتماعی با کلیسا یا مسجد. حمایت اجتماعی در واقع عنوان کلی است که حداقل سه نوع مشخص از حمایت را در بر می‌گیرد: حمایت ادراک شده^۷، حمایت بالفعل و انسجام اجتماعی^۸.
(Lakey and Draw 1997: P65)

¹ Schwarzer, R

² Self-regulation processes

³ Self-regulation

⁴ Social communication theory

⁵ Neighborhood context theory

⁶ Perceived support

⁷ Enacted support

⁸ Social integration

روش‌شناسی

روش تحقیق در پژوهش حاضر با توجه به موضوع، اهداف و سئوالات تحقیق، توصیفی، پیمایشی و اسنادی می‌باشد. واحد تجزیه و تحلیل در این تحقیق سرپرستان خانوار شهر شیراز می‌باشند که این تحقیق به پیمایش و بررسی نگرش سرپرستان خانوار شهر شیراز درباره نقش خانواده و عوامل مرتبط با آن در میزان جامعه پذیری بهداشتی می‌پردازد. جامعه آماری پژوهش کلیه خانوارهای شهر شیراز را تشکیل می‌دهند که تعداد آنان ۴۲۸۲۵۱ می‌باشد و براساس نمونه گیری و استغاده از فرمول کوکران ۳۸۳ نفر به عنوان نمونه آماری انتخاب گردیدند که با توجه به ضرورت افزایش روایی و پایایی تحقیق به میزان یک دوم به نمونه محاسبه شده طبق فرمول کوکران اضافه و در نهایت حجم نمونه به ۶۰۸ نفر افزایش یافت. برای گردآوری اطلاعات در این تحقیق از روش پرسشنامه و کتابخانه ای استفاده گردید. همچنین آلفای کرونباخ محاسبه شده برای پرسشنامه مورد استفاده (۰/۸۹) می‌باشد که بیانگر آن است که سئوالات پرسشنامه از هماهنگی و پایایی بالایی برخوردار است. به منظور آزمون فرضیات تحقیق از ضرایب آماری کای اسکوتر، ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل مسیر، رگرسیون چند متغیره استفاده شده است.

یافته‌ها

با توجه به این که در آزمون بیشتر فرضیه‌های تحقیق از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است این نکته با باید گفت که بر حسب ماهیت فرضیه‌ها از پیرسون استفاده شده است. قابل ذکر است که در رگرسیون ساده مقدار ضریب بتا (B) بین متغیر مستقل و وابسته برابر با R پیرسونی است. بر همین اساس و در بررسی تک تک فرضیه‌ها از مقدار پیرسون می‌توان در تفسیر فرضیه‌ها از احتمال میزان تأثیر متغیر مستقل بر وابسته سخن گفت. هر چند که در انجام رگرسیون چند متغیره (Multivariate Regression) میزان تأثیر یک متغیر مستقل بر وابسته به علت حضور سایر متغیرهای مستقل متفاوت از میزان تأثیر تک تک هر یک از متغیرهای مستقل بر روی متغیر وابسته خواهد بود.

جدول (۱): آزمون فرضیات

| متغیر وابسته | متغیر مستقل | ضریب کای اسکوتر | سطح معناداری |
|---------------------|-------------|-----------------|--------------|
| جامعه پذیری بهداشتی | نوع خانواده | ۰/۵۲ | ۰/۴۶ |

یافته‌های بدست آمده یعنی مقدار کای اسکوتر و سطح معنی داری آن نشان می‌دهد که بین نوع خانواده و جامعه‌پذیری بهداشتی رابطه آماری معنی داری وجود ندارد، به این معنی که جامعه‌پذیری بهداشتی پاسخگویان بر حسب هسته‌ای یا غیر هسته‌ای بودن خانواده آنها، تفاوت معنی داری ندارند و نمی‌توان گفت که خانواده‌های هسته‌ای نسبت به خانواده‌های ستاکی و گسترده، جامعه‌پذیری بهداشتی متوسط یا بالایی دارند.

جدول (۲): آزمون فرضیات

| متغیر وابسته | متغیر مستقل | ضریب پیرسون | سطح معناداری | تأیید یا عدم تأیید فرضیه |
|---------------------|---|-------------|--------------|--------------------------|
| جامعه‌پذیری بهداشتی | پایگاه اجتماعی - اقتصادی خانواده | ۰/۱۱ | ۰/۰۱ | تأیید |
| جامعه‌پذیری بهداشتی | آگاهی‌های عمومی و تخصصی خانواده | ۰/۱۹ | ۰/۰۰ | تأیید |
| جامعه‌پذیری بهداشتی | سرمايه فرهنگي خانواده | ۰/۴۱ | ۰/۰۰ | تأیید |
| جامعه‌پذیری بهداشتی | سطح سواد سلامتی | ۰/۵۴ | ۰/۰۰ | تأیید |
| جامعه‌پذیری بهداشتی | میزان حساسیت خانواده به امر پیشگیری و درمان | ۰/۵۷ | ۰/۰۰ | تأیید |
| جامعه‌پذیری بهداشتی | میزان دسترسی به وسایل ارتباط جمعی | ۰/۴۲ | ۰/۰۰ | تأیید |
| جامعه‌پذیری بهداشتی | سبک‌های تربیتی خانواده | ۰/۲۹ | ۰/۰۰ | تأیید |
| جامعه‌پذیری بهداشتی | ساختار ارزشی خانواده و والدین | ۰/۱۳ | ۰/۰۰ | تأیید |

| | | | | |
|---------------------|------------------------------------|-------|------|-------|
| جامعه‌پذیری بهداشتی | میزان استفاده از مراکز فرهنگی شهری | ۰/۱۶ | ۰/۰۱ | تأیید |
| جامعه‌پذیری بهداشتی | تحصیلات مادران | ۰/۲۵ | ۰/۰۰ | تأیید |
| جامعه‌پذیری بهداشتی | سن والدین | -۰/۱۱ | ۰/۰۱ | تأیید |

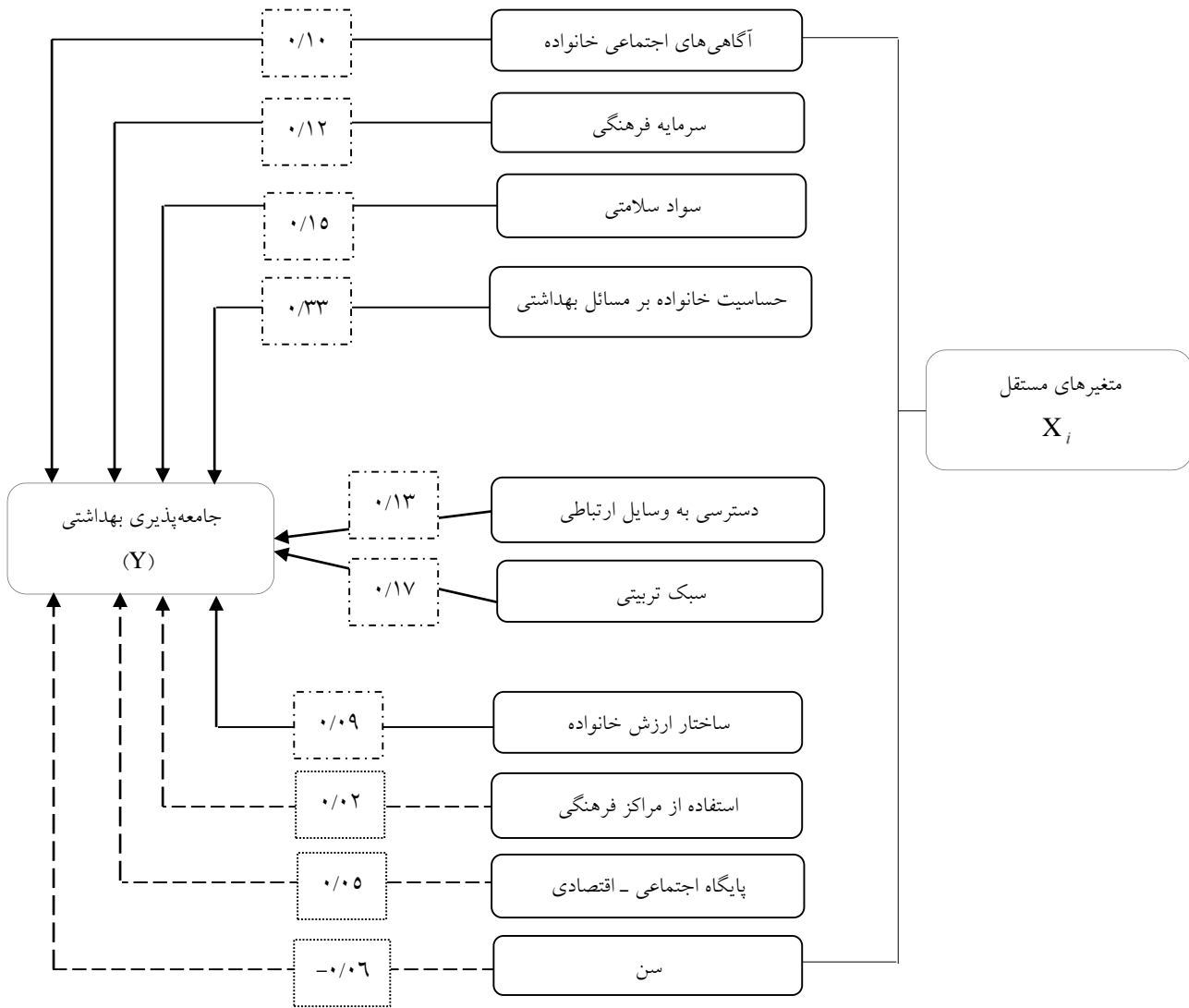
برای آزمون رابطه بین سایر متغیرها شامل پایگاه اجتماعی - اقتصادی پاسخگویان، آگاهیهای عمومی و تخصصی خانواده، سرمایه فرهنگی خانواده، سطح سواد سلامتی، میزان حساسیت خانواده به امر پیشگیری و درمان، میزان دسترسی به وسایل ارتباط جمعی، سبک‌های تربیتی خانواده، میزان استفاده از مراکز فرهنگی شهری، تحصیلات مادران، سن والدین با جامعه‌پذیری بهداشتی از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شده است، بر اساس نتایج بدست آمده در جدول مزبور بین همه متغیرها به عنوان متغیر مستقل و جامعه‌پذیری بهداشتی به عنوان متغیر وابسته رابطه معنی داری وجود دارد، بدین صورت که هر چقدر متغیرهای مستقل تحقیق افزایش می‌یابند بر اساس مقدار آزمون پیرسون محاسبه شده میتواند گفت بالا باشد به همان میزان می‌توان انتظار داشت که میزان جامعه‌پذیری بهداشتی آنها افزایش یابد و بنابراین فرضیه های تحقیق مورد تأیید قرار می‌گیرد.

جدول (۳): رگرسیون چند متغیره

| Model Summary | | Anova | | Coefficients | | | |
|-------------------|----------|-------|-------|--------------|-------|-------|---------------------------------|
| Adjusted R Square | R Square | R | sig | F | sig | Beta | |
| ۰/۴۱۵ | ۰/۴۲ | ۰/۶۵ | ۰/۰۰۰ | ۶۲/۶۱ | ۰/۰۰۰ | ۴۱/۸۱ | مقدار ثابت (Constant) |
| | | | | | ۰/۰۱ | ۰/۱۰ | آگاهی‌های اجتماعی خانواده |
| | | | | | ۰/۰۱ | ۰/۱۲ | سرمایه فرهنگی |
| | | | | | ۰/۰۰۲ | ۰/۱۵ | سواد سلامتی |
| | | | | | ۰/۰۰۰ | ۰/۳۳ | حساسیت خانواده بر مسائل بهداشتی |
| | | | | | ۰/۰۰۰ | ۰/۱۳ | دسترسی به وسایل ارتباطی |
| | | | | | ۰/۰۰۰ | ۰/۱۷ | سبک تربیتی |
| | | | | | ۰/۰۱ | ۰/۰۹ | ساختار ارزش خانواده |

گرچه در صفحه قبل ضرائب بتای رگرسیونی و به عبارتی ضرائب مسیر مورد تحلیل و تفسیر قرار گرفت اما مواردی در جدول فوق قابل توجه است که مورد تحلیل قرار می‌گیرند. با توجه به ضرائب بتای رگرسیونی، مقدار واریانس تبیین شده (R^2) برابر با ۴۲ درصد شده است که در تحقیقات اجتماعی و بین‌رشته‌های این میزان تبیین قابل توجه است. یعنی هفت متغیر از متغیرهای مستقل توانسته‌اند به میزان ۴۲ درصد از واریانس جامعه‌پذیری بهداشتی را تبیین کنند. مقدار واریانس تبیینی تعدیل شده و دقیق‌ترین برازش نیز برابر با ۰,۴۱۵ شده است. به عبارت دیگر علت تغییرات جامعه‌پذیری بهداشتی در شهر شیراز به میزان ۴۲ درصد مربوط به متغیرهای مستقل در تحقیق حاضر یعنی حساسیت خانواده بر مسائل بهداشتی، سبک تربیتی، سواد سلامتی، دسترسی به وسایل ارتباطی، سرمایه فرهنگی، آگاهی‌های اجتماعی خانواده و ساختار ارزش خانواده است. ضریب ثابت یا مقدار عرض از مبدأ که برابر با ۴۱/۸۱ شده است به این معناست که اگر تأثیر متغیرهای مستقل نادیده گرفته شود و مقدار Xها صفر باشد میزان جامعه‌پذیری بهداشتی در جامعه مورد مطالعه ۴۱/۸۱ می‌باشد. نسبت F معنی‌دار بودن کاهش ناشی از کنار گذاشتن متغیر مرتبط با آن را به لحاظ آماری نشان می‌دهد. در این روش (backward)، آخرین متغیری که از معادله خارج می‌شود، دارای بیشترین کاهش روی مجذور R می‌باشد. (Saeiaerasi, 2002: P178) طبیعی است در این حالت متغیرهای مهم شناخته می‌شوند و در معادله نهایی باقی می‌مانند.

آزمون مدل نظری پژوهش با استفاده از رگرسیون چند متغیره و تحلیل مسیر



$$R^y = \sum_{j=y}^{i=x} B_{ij} r_{ij} = B_{xy} \cdot r_{xy}$$

$$R^y = 0.42$$

نمودار فوق، تأثیر همزمان متغیرهای مستقل رابر متغیر وابسته نشان می‌دهد که از طریق اجرای رگرسیون چند متغیره میزان تأثیر هر یک از متغیرهای مستقل مشخص شده است. از بین متغیرهای مستقل، حساسیت خانواده بر مسائل بهداشتی با ضریب رگرسیونی ۳۳ درصد بیشترین تأثیر را بر جامعه‌پذیری بهداشتی داشته است. یعنی به ازای یک واحد تغییر در میزان حساسیت خانواده بر مسائل بهداشتی، ۳۳ درصد تغییر در جامعه‌پذیری بهداشتی خانواده‌های شهر شیراز قابل برآورد است. یعنی هر چقدر کنشگران نسبت به مسائل بهداشتی، حساسیت داشته باشند به احتمال ۳۳ درصد، در جامعه‌پذیری بهداشتی آنها تأثیر گذاشته و ضمن کسب آگاهی درخصوص مسائل بهداشتی و برخی بیماریها، رفتارهای بهداشتی لازم را رعایت کنند. سپس شبکه تربیتی به میزان ۱۷ درصد در کنار سایر متغیرهای مستقل، بر جامعه‌پذیری بهداشتی تأثیر دارد. علاوه بر دو عامل فوق، سواد سلامتی ۱۵ درصد و دسترسی به وسایل ارتباطی به میزان ۱۳ درصد بر جامعه‌پذیری بهداشتی تأثیر داشته‌اند. سرمایه فرهنگی، آگاهی‌های خانواده و ساختار ارزش خانواده به

ترتیب ۱۲، ۱۰ و ۹ درصد بر جامعه پذیری تأثیر داشتند. سایر متغیرهایی چون پایگاه اجتماعی - اقتصادی، میزان استفاده از مراکز فرهنگی و سن گر چه اثر ناچیزی بر متغیر وابسته داشتند اما میزان تأثیر کم آنها به لحاظ آماری معنی دار نشده است. بنابراین بر طبق مدل تجربی فوق، در خصوص عوامل موثر بر جامعه پذیری، آنجا که خانواده‌ها نسبت به مسائل بهداشتی حساس باشند، سبک تربیتی منطقی داشته باشند، سواد لازم را در حوزه سلامت کسب کنند و به وسائل ارتباطی جهت پیگیری مسائل مربوط به بهداشت و سلامت دسترسی داشته باشند می‌توان در جامعه شهری، شاهد شکل‌گیری جامعه‌پذیری بهداشتی بود.

نتیجه‌گیری

همانطور که اکثریت قریب به اتفاق متخصصین و کارشناسان اعلام میدارند خانواده نقش مهم و تأثیر گذاری در میزان جامعه پذیری افراد دارد و از طرفی نقش بسیار مهمی در ارتقای سلامت در مراحل بحرانی دوران کودکی و نوجوانی ایفا می‌کند که می‌تواند شخصیت افراد جامعه، نگرش و مهارت‌ها و آگاهی‌های آنان را بهبود می‌بخشد. یادگیری دانش بهداشتی و نگرش‌ها و رفتارهای سالم بهداشتی در زمینه‌های گوناگون از درون خانواده و از سنین مدرسه اتفاق می‌افتد و از طرفی ارزش برنامه‌های آموزشی و بهداشتی به میزان اثربخشی این برنامه‌ها بستگی دارد. کیفیت و محتوای تربیتی و آموزشی و به طور کل جامعه‌پذیری افراد یک جامعه تا حد زیادی متأثر از برنامه ریزی دقیق و کاربرد ابزار و سبک تربیتی مناسب است که بتواند در پیشبرد اهداف جامعه‌پذیری به طور عام و جامعه‌پذیری به طور خاص نقش آفرینی کند. نقش سبک‌های تربیتی اعم از منطقی، آزاد و دیکتاتوری در خانواده‌های سنتی و مدرن و یا هسته‌ای، گسرنده و ستاکی بیان‌کننده سبک علمی - کاربردی خانواده‌های سنتی و مدرن در جامعه‌پذیری بهداشتی و ارائه راهکار به آنهاست. بررسی به عمل آمده بیانگر این موضوع است که اگر خانواده و اعضای آن به عنوان بخش عظیمی از جامعه از آگاهی و حساسیت کافی به نگرش مناسب و رفتارهای بهداشتی صحیح برخوردار نباشند در نهایت نتوانست خانواده‌ای سالم را اداره کرده و فرزندان آگاه و جامعه‌پذیر را تحویل دهند.

توجه به افزایش آگاهی از مسائل بهداشتی از طریق آموزش و آشنایی با اطلاعات و دانستنی‌های بهداشتی با رویکرد درونی سازی و نگاه چندبعدی به موضوع همراه با بسیج امکانات در تمامی سطوح می‌باشد.

تلاش در جهت بالا بردن آگاهی شهروندان در زمینه آگاهی‌های عمومی و تخصصی در زمینه‌های بهداشتی با توجه با پیچیدگی زندگی اجتماعی و عنایت به نقش انکارناپذیر آن در شکل‌گیری و ارتقا جامعه‌پذیری بهداشتی مهم تلقی گردیده و در همین راستا اطلاع رسانی و اطلاع‌یابی اساساً مبنای برنامه ریزی در یک جامعه آزاد و دموکراتیک است، زیرا از جمله حقوق مردم، دانستن و آگاهی از رویدادهای موجود در سطح جامعه بویژه مسائل بهداشتی است و شناخت از مسائل بهداشتی در تمامی حوزه‌های اجتماعی، سیاسی، فرهنگی و اقتصادی است. مشارکت بهینه مردم در امور و رعایت مسائل بهداشتی، نیازمند آگاهی آنان از رخدادهای بهداشتی و پزشکی کشور در داخل و خارج است و تحقق رسالت اطلاع رسانی نیازمند ساماندهی، ضابطه مند کردن و ارتقاء آگاهی‌های منابع اطلاع رسانی و شفاف سازی جامعه اطلاع رسانی و ایجاد نگرش مثبت و کاربردی نسبت به اطلاع‌یابی در بین شهروندان و اعضای خانواده است.

References

1. Adibi S. M., Arjmand Siahpoush E., Darvishzadeh, Z. (2012). The Investigation of Fertility Increase and Effective Factors on it among the Kord Clan in Andimeshk. Journal of Iranian Social Development Studies. 5(4). Page 81-98. [Persian]
2. Demateo, M. (1999). Health Psychology, Translators: Mohammad Kaviani and others, Tehran, Human Sciences Book Study and Compilation Organization (Vol. I), First Edition. P138-139. [Persian]
3. Stones, R. (2000) sociological of great thinkers, translation: M. Mir Damady, publishing center. P119-163. [Persian]
4. Hellman, S. 2003, culture, health and disease, translators: Kobra Falah Hassani, Mandana Shirazi, Shahrab publications, Ayandesazan. [Persian]

5. Tavassoli, G. A. 2000, theories of sociology, Tehran, ICTS study of the humanities, Seventh Edition .[Persian]
6. Ritzer, G. (2009). The foundations of contemporary sociological theory and its classical roots, translator: Shahnaz Mosama Parast, Tehran, Sales publications. P 94. [Persian]
7. Saeiaerasi, A. (2002).Writing skills in social science research.p P178.
8. Naraghi, H. (2005).Tips on Intimate Sociology. p
9. Zanjani, H., 1997, demographic analysis, Tehran, Samt publications. [Persian]
10. Dosvan Abraham, 2003, Introduction to Sociology human, translator: Jafar Najafi Zand, Tehran, Douran Publications. [Persian]
11. Saffari, M. et al., 2009, theories and methods of health education and health promotion, Tehran, Sobhan. [Persian]
12. Menadi, M. (2006).Family Sociology, An Analysis of Everyday Life and Inside the Family, Tehran, Danjh.p188. [Persian]
13. Hashemian, M. (2005).Health and Communication Education, Tehran. Health and Communication Education, Tehran. [Persian]
14. Singh-Manoux, A., & Marmot, M. (2005). Role of socialization in explaining social inequalities in health. *Social science & medicine*, 60(9), 2129-2133..
15. Evans, N., Farkas, A., Gilpin, E., Berry, C., & Pierce, J. P. (1995). Influence of tobacco marketing and exposure to smokers on adolescent susceptibility to smoking. *Journal of the American Cancer Institute*, 87, 1538-1545.
16. Freidson, E. (1970), *Profession of medicine, a study of sociology of applied knowledge*, New York, Harper and Row.
17. Gene H. (2003). Family Communication and Religiosity Related to Substance Use and Sexual Behavior in Early Adolescence: A Test for Pathways Through Self-Control and Prototype Perceptions. , *Psychology of Addictive Behaviors*, Vol 17(4), 312-323.
18. Hops H, Biglan A, Sherman L, Arthur J, Friedman L, Osteen V. (1987) Home observations of family interactions of depressed women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 55:341–346.
19. Lakey, B., & Drew, J. B. (1997). A social-cognitive perspective on social support. In *Sourcebook of social support and personality* (pp. 107-140). Springer US.
20. Leventhal , T & , Brooks-Gunn J, The neighborhoods they live in: the effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes., *Psychological Bullentin* . 2000 ;126 (2):309-37.
21. Rootman, I., & Ronson, B. (2005). Literacy and health research in Canada: where have we been and where should we go?. *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Sante'e Publique*, S62-S77.
22. Schwarzer R.(2001). Social-cognitive factors in changing health-related behaviors. *Current directions in psychological science*. 10(2):47-51.
23. Wills, T. A., Gibbons, F. X., Gerrard, M., Murry, V. M., & Brody, G. H. (2003). Family communication and religiosity related to substance use and sexual behavior in early adolescence: a test for pathways through self-control and prototype perceptions. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17(4), 312.
24. WHO. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report. Geneva: World Health Organization; 2008.
25. Paasche_Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, Nielsen_Bohlman LT, Rudd RR. The prevalence of limited health literacy. *J Gen Intern Med* 2005;20(2):175-84.