

تقدیم به :

اسوه صبر و بردباری

مادرم

که در تک تک روزهای سخت زندگی
تکیه گاه و تنها پشتیبانم بوده و
هست...

الف

چکیده

پژوهش حاضر با موضوع بررسی رابطه میان میزان سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار و نوع سرپرستی آنان انجام گرفته است. روش این پژوهش پیمایشی از نوع توصیفی می باشد و جامعه آماری کلیه زنان تحت پوشش کلینیک مددکاری اجتماعی کیمیا هستند که به صورت سرشماری مورد مطالعه قرار گرفتند. در این پژوهش ابزار جمع آوری داده ها فرم اطلاعات بیو گرافیک افراد و پرسشنامه سلامت اجتماعی کیز بوده که به صورت حضوری از زنان سرپرست خانوار پرسیده شد. در قسمت تجزیه تحلیل داده ها از آمار توصیفی و استنباطی، جداول یک بعدی و دو بعدی واز آزمون های تی تست، شفه ضریب همبستگی پیرسون، و آزمون رگرسیون چند متغیره استفاده شده است. در این پژوهش فرضیه اصلی تحقیق مبنی بر وجود رابطه بین میزان سلامت اجتماعی و نوع سرپرستی زنان سرپرست خانوار تایید شده و مشخص شد که زنان مطلقه کمترین میزان سلامت اجتماعی را به خود اختصاص دادند. همچنین بیشترین نمره سلامت اجتماعی به زنانی که دارای همسران معتاد می باشند اختصاص یافت و پس از آن به ترتیب زنان با همسران از کار افتاده و زنان بیوه بیشترین نمره سلامت اجتماعی را دریافت کردند. همچنین بین متغیر های سن، نوع سکونت، مدت زمان سرپرستی و میزان تحصیلات با نمره کل سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار ارتباط معناداری یافت نشد. اما بین این متغیرها و برخی مولفه های سلامت اجتماعی این ارتباط معنادار بود. به عنوان مثال متغیر تحصیلات بر مولفه های انسجام اجتماعی و انطباق اجتماعی تاثیرگذار است و هرچه میزان تحصیلات بیشتر می شود میزان انطباق و انسجام اجتماعی بیشتر میشود. همچنین بین مدت زمان سرپرستی و مولفه مشارکت اجتماعی رابطه معنادار و منفی مشاهده شده به این صورت که هرچه مدت زمان سرپرستی بیشتر شده از میزان مشارکت اجتماعی زنان سرپرست خانوار کاسته میشود. در پایان نیز با توجه به نتایج به دست آمده پیشنهادهای جهت ارتقاء میزان سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار ارائه شده است.

با تشکر و سپاس فراوان از اساتید محترم:

جناب آقای دکتر یحیی زاده که در تمام مراحل این پایان نامه راهنمایی اینجانب را بر عهده داشتند

جناب آقای دکتر سام آرام مشاور محترم اینجانب که با نکات کلیدی خود بنده را یاری نمودند

جناب آقای دکتر حسینی که قبول زحمت فرموده و داوری این پایان نامه را پذیرفتند

فهرست	صفحه
فصل اول: کلیات پژوهش.....	۱
۱-۱- مقدمه پژوهش.....	۲
۱-۲- بیان مسئله.....	۳
۱-۳- انگیزه پژوهشگر.....	۵
۱-۴- هدف پژوهشگر.....	۵
۱-۵- اهمیت پژوهش.....	۵
۱-۶- فایده پژوهش.....	۶
فصل دوم: ادبیات موضوع.....	۷
۲-۱- مقدمه.....	۸
۲-۲- تاریخچه سلامت اجتماعی.....	۸
۲-۳- تعریف سلامت.....	۱۱
-الگوهای مربوط به تعریف سلامت.....	۱۲
-الگوی زیست شناختی سلامت.....	۱۲
-الگوی کلیت سلامت.....	۱۲
-ابعاد سلامت.....	۱۳
-تعریف سلامت اجتماعی.....	۱۴
۲-۴- تعریف خانواده و خانوار.....	۲۶
-مفهوم سرپرست خانوار.....	۲۶
-تعریف زنان سرپرست خانوار.....	۲۶
-انواع زنان سرپرست خانوار.....	۲۷
-آمار زنان سرپرست خانوار.....	۲۹
-انواع زنان سرپرست خانوار.....	۳۲

۴۶	۲-۵- مبانی نظری.....
۴۶	- رویکرد سیستمی.....
۴۷	- رویکرد اکولوژیک.....
۴۸	- مدل سلامت اجتماعی ریف.....
۴۹	- نظریه لایکوک.....
۴۹	- تئوری سلامت اجتماعی کبیز.....
۵۰	- دیدگاه کارکردی و نظریه دورکیم.....
۵۰	- نظریات اسلام.....
۵۳	- نظریات روانشناسی.....
۵۵	- نظریات جامعه شناسی.....
۶۰	۲-۶- پیشینه پژوهش.....
۶۰	- پژوهش های انجام شده در خارج از کشور.....
۶۳	- پژوهش های انجام شده در داخل کشور.....
۶۵	۲-۷- بیان چارچوب نظری.....
۶۸	۲-۸- سوالات و فرضیه های پژوهش.....
۷۰	فصل سوم : روش پژوهش.....
۷۱	۳-۱- مقدمه.....
۷۱	۳-۲- روش پژوهش.....
۷۲	۳-۳- جمعیت آماری.....
۷۲	۳-۴- روش نمونه گیری.....
۷۲	۳-۵- واحد پژوهش.....
۷۲	۳-۶- نحوه جمع آوری داده ها.....
۷۳	۳-۷- روش تجزیه و تحلیل داده ها.....
۷۳	۳-۸- ابزار پژوهش.....

۷۴	۳-۹- تعریف مفاهیم.....
۷۸	فصل چهارم : تجزیه تحلیل داده ها.....
۷۹	۴-۱- مقدمه.....
۸۰	۴-۲- جداول.....
۹۵	فصل پنجم :نتیجه گیری و پیشنهادات.....
۹۶	۵-۱- مقدمه.....
۹۶	۵-۲- نتیجه گیری.....
۹۷	۵-۳- نقش مددکار اجتماعی.....
۹۸	۵-۴- پیشنهادات.....
۹۸	۵-۵- موضوعات پیشنهادی برای پژوهش های آتی.....
۱۰۰	فهرست منابع.....

فهرست جداول

صفحه

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی افراد جامعه بر اساس سن.....	۸۰
جدول شماره ۲- میانگین مدت زمان سرپرستی.....	۸۰
جدول شماره ۳- توزیع فراوانی افراد جامعه بر اساس سطح تحصیلات.....	۸۱
جدول شماره ۴- توزیع فراوانی افراد جامعه بر اساس نوع سکونت.....	۸۲
جدول شماره ۵- توزیع فراوانی افراد جامعه بر اساس نوع سرپرستی.....	۸۳
جدول شماره ۶- میانگین نمرات مولفه های سلامت اجتماعی.....	۸۴
جدول شماره ۷- خلاصه آزمون کلموگراف.....	۸۵
جدول شماره ۸- میانگین سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار.....	۸۶
جدول شماره ۹- تاثیر نوع سرپرستی بر مولفه انسجام اجتماعی.....	۸۶
جدول شماره ۱۰- تاثیر نوع سرپرستی بر مولفه پذیرش اجتماعی.....	۸۷
جدول شماره ۱۱- تاثیر نوع سرپرستی بر مولفه مشارکت اجتماعی.....	۸۸
جدول شماره ۱۲- تاثیر نوع سرپرستی بر مولفه شکوفایی اجتماعی.....	۸۸
جدول شماره ۱۳- تاثیر نوع سرپرستی بر مولفه انطباق اجتماعی.....	۸۹
جدول شماره ۱۴- تاثیر نوع سرپرستی بر میزان سلامت اجتماعی.....	۹۰
جدول شماره ۱۵- تاثیر تحصیلات بر مولفه انسجام اجتماعی.....	۹۱
جدول شماره ۱۶- تاثیر تحصیلات بر مولفه انطباق اجتماعی.....	۹۱
جدول شماره ۱۷- تاثیر نوع سکونت بر مولفه سلامت اجتماعی.....	۹۲
جدول شماره ۱۸- رابطه بین مدت زمان سرپرستی و مولفه های سلامت اجتماعی.....	۹۲
جدول شماره ۱۹- رابطه بین سن و مولفه مشارکت اجتماعی.....	۹۳
جدول شماره ۲۰- مولفه های پیش بینی کننده سلامت اجتماعی.....	۹۴

فصل اول

کلیات پژوهش

سلامت اجتماعی جنبه ای از سلامتی است که اخیراً در کنار سایر ابعاد آن (جسمی و روانی)، مورد توجه سازمان ها و نهاد های مختلف اجتماعی و همچنین اساتید صاحب نظر در حوزه های علوم اجتماعی قرار گرفته است، به گونه ای که حتی در مفهوم عام سلامت، سازمان جهانی بهداشت نیز جنبه اجتماعی سلامت را با محوریت فرد مورد بررسی قرار می دهد. در واقع در جامعه امروز تنها دارا بودن سلامت جسمی و روانی ملاکی برای سلامتی افراد نبوده و سلامت اجتماعی به عنوان بعد مهم و قابل توجه و همچنین یکی از شاخص های اساسی سلامت مطرح است.

مورد توجه قرار دادن وضعیت و شاخص های سلامتی در میان اقشار آسیب پذیر جامعه از وظایف و مسئولیت های اساسی سازمان ها و نهادهای اجتماعی جوامع می باشد. از جمله گروه های مذکور در جوامع امروزی زنان سرپرست خانوار می باشند که طبق بررسی های انجام شده و به دلایل مختلف مانند طلاق، مرگ همسر، متواری و یا زندانی شدن وی و یا از کار افتادگی و معلولیت همسر، روز به روز بر تعداد آنها افزوده می شود. این زنان علاوه بر اداره امور خانه و نقش مادری مسئولیت های دیگری مانند تامین اقتصاد خانواده و سایر امور خارجی خانه را بر عهده دارند که همین مسائل مشکلاتی را در پیش روی آنان قرار می دهد که از نقش های اصلی خود بازمانده و دچار چالش هایی در این زمینه می شوند که نه تنها در خانواده باعث بروز مشکلاتی می شود بلکه در سطح جامعه نیز تاثیرات سوئی به جا می گذارد. به این معنی که وقتی خانواده در جامعه پذیری اعضای خود آنگونه که باید نتواند ایفای نقش کند، این مسئله پس از گذشت زمان در سطح خانواده و جامعه مشکلات جبران ناپذیری را به بار می آورد. بنا بر این به نظر می رسد توجه به سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار هم به سلامت خانواده و هم در سطح کلان به سلامت جامعه منجر خواهد شد.

در پژوهش حاضر نیز ابتدا میزان سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار سنجیده می شود و این متغیر با توجه به نوع سرپرستی آنان مورد مقایسه قرار می گیرد و در نهایت با توجه به نتایج به دست آمده از تحقیق راهکارهایی جهت ارتقاء و بهبود سلامت اجتماعی آنان پیشنهاد می گردد.

امید است با در نظر گرفتن دست آورد تحقیقاتی این چنین، برنامه ریزی هایی در جهت رشد و پیشرفت در حیطه سلامت اجتماعی در سطح جامعه و برای تمامی افراد و گروه های حاضر در آن انجام گیرد که در نهایت منجر به دستیابی به توسعه در سطح کلان اجتماعی خواهد شد.

۲-۱- بیان مسئله

زنان سرپرست خانوار از جمله گروههای آسیب پذیر جامعه هستند که گاه عواملی چون طلاق، فوت، اعتیاد همسر، از کار افتادگی همسر، اعتیاد همسر و رها شدن توسط مردان مهاجر یا بی مبالات موجب آسیب پذیری این طیف وسیع از جامعه می شود. این گروه از زنان که زنان سرپرست خانوار یا خودسرپرست در جامعه نامیده می شوند، با مسائل و مشکلات زیادی در زندگی مواجهند. توجه و بررسی همه جانبه و دقیق مسائل و مشکلات این زنان و ارائه راهکارهای درست و اصولی به منظور حمایت از آنها از جمله وظایف نهادها و سازمانهای خدمات اجتماعی در هر کشور است (خسروی، ۱۳۸۰؛ ۷۳).

متأسفانه در جامعه ما زندگی زنان پس از ترک شوهر (به دلیل فوت، طلاق و...) غالباً با ابهامات و مخاطراتی از جمله سرپرستی فرزندان به تنهایی، مشکلات اقتصادی، زندگی در تنهایی و همراه با افسردگی، همچنین نگرش غلط جامعه نسبت به زنان مطلقه و بیوه در نبود همسرانشان، آنان را در روابط اجتماعی و حضور در اجتماع با مشکلات عدیده ای مواجه می کند.

آمار موجود در مرکز امور زنان از روند فزاینده تعداد و نسبت زنان سرپرست خانوار طی سه دهه اخیر خبر می دهد، به طوری که در سالهای ۱۳۶۵، ۱۳۷۵، ۱۳۸۵ خانوارهای زن سرپرست به ترتیب ۷/۳، ۸/۴، ۹/۴۵ درصد

از کل خانوارهای ایرانی را تشکیل داده اند. این روند رو به رشد توأم با مسائل و مشکلات ناشی از سرپرست بودن زنان در خانواده پدیده سرپرستی زنان را به مسئله ای در خور توجه تبدیل کرده است که رسیدگی به مسائل این گروه از افراد جامعه از بسیاری از آسیبهای احتمالی که در آینده می تواند باعث تهدید سلامت جامعه شود جلوگیری می کند (سالنامه آماری، ۱۳۸۵).

انسان سالم محور توسعه است و در سایه سلامت تک تک آحاد جامعه از تمامی ابعاد می توان در جاده پیشرفت و توسعه گام گذاشت و بر دولت هاست که با اتخاذ تدابیری از جمله آموزش و اطلاع رسانی در جهت ارتقاء سلامت و کاهش مشکلات اجتماعی گام بردارند. یکی از ابعاد سلامت که همواره بر آن تاکید می شود سلامت اجتماعی است که در سایه آن ناهنجاری ها و مشکلات اجتماعی کاهش یافته و روابط اجتماعی در لوای تصحیح شیوه های رفتاری بهبود می یابد. طبق نظر کارشناسان اجتماعی بروز آسیب های اجتماعی که هرروز افزایش آن را در جامعه شاهد هستیم به شیوه های غلط رفتاری و ناآشنایی خانواده ها با مهارت های زندگی و چگونگی برقراری ارتباط با اعضای خانواده و جامعه برمی گردد در حالیکه با برآورده کردن نیازهای رفتاری و عاطفی افراد و آموزش مسائل اجتماعی می توان سلامت اجتماعی را بهبود بخشید.

در حال حاضر و با توجه به زیاد شدن روز افزون جمعیت زنان سرپرست خانوار به عنوان قشر قابل توجه جامعه و نیز با توجه به اهمیت اجتناب ناپذیر میزان سلامت اجتماعی در میان افراد جامعه ، بررسی و تحقیق در این زمینه تاثیرات شایان ذکری را جهت ارتقا و پیشرفت وضعیت سلامت اجتماعی در سطح جامعه خواهد گذاشت.

با در نظر گرفتن جمعیت قابل توجه زنان سرپرست خانوار و همچنین اهمیت میزان سلامت اجتماعی در این قشر، پژوهش حاضر با هدف سنجش میزان سلامت اجتماعی در این گروه و بررسی ارتباط میان میزان سلامت اجتماعی و نوع سرپرستی در زنان سرپرست خانوار انجام گرفته است . بدیهی است با آگاهی از وضعیت سلامت اجتماعی این گروه از زنان می توان مداخلات و تمهیداتی جهت بهبود و ارتقاء میزان سلامت اجتماعی این قشر آسیب پذیر جامعه انجام داد ، که این خود نقش بسزایی در کیفیت سلامت اجتماعی آحاد جامعه دارد.

در این پژوهش نیز پس از بررسی های انجام شده در زمینه سلامت اجتماعی تلاش می شود ، در راستای ارتقاء سطح سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار، راهکارهایی قابل اجرا ارائه شود .

۳-۱- انگیزه پژوهشگر

با توجه به مشغول به کار بودن محقق در کلینیک های مددکاری اجتماعی و کار مستقیم با زنان سرپرست خانوار و آشنایی با مسائل و مشکلات این گروه از جامعه، ابتدا علاقه ای جهت کار در زمینه زنان سرپرست خانوار در محقق ایجاد شد. همچنین با در نظر گرفتن این نکته که تا کنون هیچ تحقیقی در رابطه با سلامت اجتماعی این قشر از افراد صورت نگرفته است و از آنجا که اهمیت انجام این دست پژوهش ها در شرایط فعلی جامعه غیر قابل انکار می باشد، پژوهشگر تصمیم گرفت تا در این زمینه پژوهشی هر چند کوچک را به انجام برساند.

۴-۱- هدف پژوهش

هدف اصلی از انجام این پژوهش پی بردن و شناخت به وضعیت سرپرستی زنان سرپرست خانوار و شناخت میزان سلامت اجتماعی آنان و همچنین آگاهی از ارتباط بین میزان سلامت اجتماعی و نوع سرپرستی در این زنان می باشد.

۵-۱- ضرورت و اهمیت موضوع

در بیان ضرورت موضوع مورد پژوهش می توان گفت که با بررسی تحقیقات انجام شده دیده می شود که اکثر پژوهش ها در مورد زنان سرپرست خانوار بیشتر به وضعیت اقتصادی و یا روانی آنان توجه داشته است. توجه به میزان سلامت اجتماعی این افراد با توجه به روند روبه شد جمعیت این گروه از جامعه و در پیشگیری از آسیب های (فردی - خانوادگی و اجتماعی) ناشی از این مسئله بسیار حائز اهمیت می باشد. نظر به اینکه زنان در تربیت فرزندان و اعضای خانواده نقش مهم و غیر قابل انکاری را بر عهده دارند، شناخت مسائل و مشکلات آنها و پی

بردن به راهکارهایی جهت پیشگیری از برخی آسیب های احتمالی، پیشرفت چشمگیری را در میان این دسته از زنان و نیز سایر افراد و نهادهای جامعه حاصل خواهد نمود.

همچنین با آگاهی از میزان سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار و ارتباط بین این متغیر با وضعیت سرپرستی آنان بسیاری از نهادها و سازمان های درگیر با این افراد از جمله سازمان بهزیستی یا کمیته امداد امام خمینی (ره) که حدود ۲۵ درصد از این گروه را تحت پوشش خود دارند می توانند برنامه های منسجمی را در راستای حفظ و ارتقاء سطح سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار تهیه و اجرا کنند.

لازم به ذکر است پژوهش حاضر از آن جهت برای محقق حائز اهمیت می باشد که موجب شناخت بیشتر محقق نسبت به موضوع و نیز کسب تجربه برای شخص محقق خواهد شد، که این مساله خود می تواند در کیفیت ارائه پیشنهادات و طرح های سازنده در جهت ارتقاء سطح سلامت اجتماعی گروه هدف بسیار موثر باشد.

۶-۱-فایده پژوهش

در رابطه با فایده پژوهش میتوان گفت پژوهش حاضر به ارتقاء سطح آگاهی افراد، خانواده ها و جوامع در زمینه سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار و برخی عوامل موثر بر آن کمک کرده و از این طریق موجب افزایش سطح سلامت اجتماعی در این افراد می شود. همچنین افراد با پی بردن به میزان سلامت اجتماعی خود و عوامل تاثیر گذار بر آن می توانند در راستای پیشرفت در این رابطه برنامه ریزی هایی در سطح فردی و خانوادگی داشته باشند. ضمن اینکه نهادهای اجتماعی، موسسات و سازمان های مربوطه با استفاده از نتایج بدست آمده از تحقیق، علاوه بر اخذ آگاهی و کسب دانش در رابطه با موضوع مورد پژوهش می توانند برنامه های راهبردی مفیدی را جهت بهبود سلامت اجتماعی آن دسته از زنانی که سطح سلامت اجتماعی مطلوبی ندارند، ارائه و اجرا کنند.

فصل دوم

ادبیات پژوهش

در هر پژوهشی برای درک بهتر مفاهیم مورد مطالعه ابتدا باید به تعریف هر یک از این مفاهیم و سپس مرور ادبیات موضوع پرداخت. همچنین مرور پژوهش های انجام شده تا کنون میتواند در درک بیشتر مسئله و ارائه راهکارهای مفید در این رابطه تاثیر داشته باشد.

در این فصل برای بررسی ادبیات موضوع، ابتدا به تاریخچه موضوع در ایران و جهان پرداخته می شود و سپس به تحقیقات و پژوهش های پیشین که در رابطه با موضوع مورد نظر ارائه شده است، اشاره می شود. همچنین مبانی نظری و تئوری های مرتبط با متغیر های مستقل و وابسته نیز در پایان فصل آورده می شود و چارچوب نظری پژوهش حاضر بیان شده و مورد بررسی قرار می گیرد.

در پایان فصل به بیان سوالات و فرضیه های پژوهش پرداخته می شود و در آخر الگوی نظری پژوهش ارائه می شود.

۲-۲-تاریخچه سلامت اجتماعی:

کلمه health از واژه یونانی holth برخاسته، که بعدها در انگلیسی، wholness و holestic نیز از همین واژه اتخاذ شده است و به معنی کمال و کامل و جامع است. وقتی این کلمه به کار میرود منظور دستیابی به یک مفهوم کامل و جامع و در بردارنده همه چیز و همه ابعاد است. سلامت یک موضوع مشترک در بسیاری از فرهنگ هاست. در واقع هر جامعه ای به عنوان بخشی از فرهنگ خود مفهوم خاصی از سلامت دارد. به عبارت دیگر، تعریف سلامت در هر جامعه تا اندازه ای به حس مشترک مردمان از سلامت و همچنین فرهنگ آنها باز می گردد و در جوامع و گروههای گوناگون درکهای متفاوتی از آن وجود دارد. در بین تعریف هایی که هنوز هم به کار میرود احتمالاً قدیمی ترین تعریف آن است که سلامت عبارت است از بیمار نبودن. در بعضی فرهنگها سلامت و هماهنگی مترادف هم به حساب می آیند که هماهنگی عبارت است از "سازگاری با خود و جامعه"

(ویتز، ۱۳۷۱: ۸۷). از نظر تاریخی حق سالم بودن یکی از قدیمی ترین حقوقی است که در قانون اساسی بسیاری از کشورهای جهان اعلام شده است. در سطح بین المللی هم در ماده ۲۵ اعلامیه حقوق بشر قاطعانه اعلام شده است که "هرکسی حق دارد استانداردهای کافی زندگی از نظر سلامت و رفاه برای خود و خانواده اش را داشته باشد." در مقدمه اساسنامه سازمان بهداشت جهانی هم تایید شده است که سلامت از حقوق اساسی هر یک از افراد بشر است تا از بیشترین استاندارد قابل دسترس سلامت برخوردار باشد (پارک و پارک، ۱۳۷۶: ۲۶). بدین ترتیب سلامت به عنوان حق بشری و یک هدف اجتماعی در جهان شناخته شده است، یعنی سلامت برای ارضای نیازهای اساسی و بهبود کیفیت زندگی انسان لازم است و باید برای همه انسانها در دسترس باشد.

طی مدت های طولانی تا نیمه دوم قرن نوزدهم، مفهوم سلامت بعد فیزیکی و جسمانی انسان را شامل می شد که در سایه پیشرفت علوم انسانی به ویژه روانشناسی و علوم تربیتی بعد روانی آن نیز مورد توجه قرار گرفت و در بحث سلامت، سلامت جسمانی و روانی بصورت توأم در نظر گرفته شد. از نیمه دوم قرن بیستم، بعد اجتماعی سلامت نیز در ادبیات موضوع وارد شد و در سایه همت و تلاش متفکرین اجتماعی، مجموعه ای از ابعاد سلامت با عنوان سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی مورد تحلیل قرار گرفت (زاهدی اصل، ۱۳۸۲: ۷۴).

می توان گفت سلامت اجتماعی یا نقش عوامل اجتماعی که به عنوان یکی از ابعاد سلامت انسان ها مورد توجه قرار گرفته است بدین معناست که تعیین کننده های اجتماعی مثل طبقه اجتماعی، حمایت اجتماعی، کار و بیکاری و غیره، مانند عوامل بیولوژیک در تندرستی انسان نقش بسیار مهمی دارند که نادیده گرفتن آنها به شکلی نگاه تک بعدی به انسان و سلامت اوست.

تختین اشاره پژوهشی به سلامت اجتماعی را در بررسی "بلوک و برسلو"^۱ در ایالت کالیفرنیا امریکا مشاهده میکنیم. آنها در سال ۱۹۷۲ به تعریف و ساختن شاخص سلامت اجتماعی پرداختند و آن را مترادف با درجه عملکرد اعضای جامعه میدانستند. آنها تلاش کردند تا با طرح پرسشهای گوناگون در ابعاد جسمی، روانی و

^۱ - block & berslo

اجتماعی سلامت فرد^۲ به میزان فعالیت و عملکرد فرد در جامعه برسند. به این ترتیب اولین گامهای عملی در این زمینه بر اساس نگرش های پژوهش مدارانه و مبتنی بر مطالعات میدانی آغاز می شود. این مفهوم را چند سال بعد "دونالد"^۳ و همکارانش در سال ۱۹۷۸ مطرح کردند و استدلال آنها این بود که سلامت امری فراتر از گزارش علائم بیماری، میزان بیماری ها و قابلیت های کارکردی فرد است. آنها معتقد بودند که رفاه و آسایش فردی متمایز از سلامت جسمی و روانی است. بر اساس برداشت آنها، سلامت اجتماعی در حقیقت هم بخشی از ارکان وضع سلامت محسوب می شود و هم می تواند تابعی از آن باشد. واقعیت آن است که سنجش محتوای سلامت اجتماعی از ابتدا از طریق تمرکز بر فرد و در رابطه با تعاملات میان فردی (مثل ملاقات با دوستان) و مشارکت اجتماعی (مثل عضویت در گروهها) مورد سنجش قرار گرفت و در اندازه گیری آن ارکان عینی (مانند تعداد دوستان) و ذهنی (مانند کیفیت روابط دوستانه) در تعریف منظور شده بودند. حوزه سلامت اجتماعی از سالهای ۱۹۹۵ به بعد علاوه بر نگرش کلی و عالی که بر کیفیت سلامت در میان تمام افراد دارد در کشورهای صنعتی گرایش خاصی را دارد و بعد سلامت روانی و سلامت اجتماعی در رابطه با سالمندان با توجه به مسائل خاص آن را آغاز کرده است. در سال ۱۹۹۸ نیز "کییز"^۴ شاخص ۵ بعدی از سلامت اجتماعی را پیشنهاد می دهد. در واقع نظر اصلی او این بود که حلقه مفقوده در تاریخچه مطالعات مربوط به سلامت، پاسخ به این سوال است: آیا ممکن است کیفیت زندگی و عملکرد شخصی افراد را بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد؟ او برای پاسخ دادن به این پرسش مفهوم سلامت اجتماعی را به معنای ارزیابی فرد از عملکردش در برابر اجتماع به عنوان یکی از ابعاد مهم سلامتی مطرح می کند. گروهی از کارشناسان از طریق کمیته های تخصصی سازمان بهداشت جهانی در این تلاش بوده اند که از طریق عملیاتی کردن مفهوم ارتقاء سلامت، اهداف کلی شعار بهداشت برای همه را با زمینه های اجتماعی سلامت در مفهوم عام پیوند بزنند. آنان معتقدند که ارتقاء سلامت در حقیقت در برگیرنده زمینه های اقدام اجتماعی برای توسعه سطح سلامت است. این مفهوم می تواند به

۲- donald
۱- keyes

حمایت بخشیدن و با محتوا کردن الگوی بهداشت برای همه، هم در سطح کشورهای در حال توسعه و هم در سطح کشورهای پیشرفته کمک کند. ارتقاء سطح سلامت بر این اساس از دو طریق امکان پذیر است که یکی از آنها از طریق شیوه های سالم زندگی و اقدام اجتماعی برای سلامت و دیگری ایجاد شرایطی است که زیست در یک حیات سالم را امکان پذیر می سازد. موضوع اول دربر گیرنده توانمند سازی انسان ها از طریق آگاهی ها و مهارت های ضروری برای یک زندگی سالم است و موضوع دوم تاثیرگذاری بر سیاستگذاران به گونه است که سیاست های عمومی و برنامه های حامی سلامت عمومی را در سطح جامعه پیگیری نماید که پیشگیری از انحرافات اجتماعی از گسترده ترین ارکان این بخش است (مرکز بین المللی بهداشت و جامعه، ۱۳۸۳: ۱۲-۷).

۲-۳- تعریف سلامت:

برابر تعریف سازمان جهانی بهداشت عبارت است از: "در کمال مناسب بودن از نظر جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً نداشتن بیماری" (پارک و پارک، ۱۳۷۶: ۲۸).

علاوه بر تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامت، تعاریف دیگری نیز از دیدگاههای مختلف درباره سلامت ارائه شده است که به برخی از آنها اشاره می شود:

تعریف سلامت از دیدگاه ژنتیکی حالتی است که ژنهای مربوط و مخصوص نقایص و بی نظمی های جدی وجود نداشته باشد و هیچ نوع انحراف هم، از نظر مجموع مقدار کروموزومی کاریوتایپ یا مقدار تعیین شده به عنوان ژنوتیپ در کار نباشد و تشکیلات ژنتیک ژنهای مربوط به ویژگی های هنجار و کاریوتایپ هنجار را داشته باشد.

- در فرهنگ آکسفورد، سلامت، به وضع عالی جسم یا روح و حالتی که اعمال بدن به موقع و به گونه موثر انجام شود گفته می شود(فرهنگ اکسفورد، به نقل از سجادی، ۱۳۸۴).

- ابن سینا سلامت را سرشت یا حالتی می داند که در آن اعمال بدن به درستی انجام گیرد، که نقطه مقابل آن بیماری است(همان: ۲۴۵).

-الگوهای مربوط به تعریف سلامت:

تعریف های موجود را می توان تحت دو الگوی زیست شناختی سلامت و الگوی کلیت سلامت دسته بندی کرد:

۱- الگوی زیست شناختی سلامت:

این الگو پایه نظری میکروبی بیماری ها بود که در آغاز سده بیستم، پزشکی را تحت الشعاع قرار داده بود و متخصصان، جسم انسان را مانند ماشین و بیماری را مانند اختلال در کار ماشین در نظر می گرفتند. این دیدگاه نقش عوامل تعیین کننده محیطی، اجتماعی و روانشناختی را دست کم گرفته و در حل بسیاری از مسائل اساسی بهداشتی انسان مانند اعتیاد، بیماری های روانی و ... نارسا بوده است. مطالعات مربوط به سلامت اجتماعی با استفاده از مدل های زیستی بیشتر به وجه خاصی از سلامت تاکید دارند، ولی افراد در درون ساختارهای اجتماعی و ارتباط قرار دارند و با چالش ها و تکالیف اجتماعی بیشماری روبرو هستند.

۲- الگوی کلیت سلامت:

الگوی کلیت، ترکیبی از همه عوامل اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، زیست محیطی و ... را شناسایی می کند. در این دیدگاه عوامل متعددی در تعیین سلامتی فرد دخالت دارد و سلامتی حالتی فراتر از تعادل کامل اعمال بدن به شمار می رود.

همچنین در تعریف سلامت می توان دو رویکرد بیماری محور و سلامتی محور را از یکدیگر متمایز ساخت:

- رویکرد بیماری محور سلامتی را به عنوان حالتی تعریف می کند که علائم نشان دهنده بیماری (فیزیکی یا روانی) در فرد وجود نداشته باشد، مثلا بر طبق نظریه بیماری، یک فرد سالم فرض می شود اگر در سال گذشته از افسردگی های عمده در امان مانده باشد.

- رویکرد سلامتی محور از سلامت به عنوان حالت برخورداری از درجه بالایی از بهزیستی (جسمی یا روانی) یاد می کند. بر طبق نظریه سلامتی، یک فرد سالم فرض می شود اگر درجات عالی سلامت اجتماعی را دارا باشد، مثلاً احساس یکپارچگی در اجتماعش داشته باشد. تعریف سازمان جهانی بهداشت نیز بر اساس الگوی کلیت و رویکرد سلامتی ارائه شده است که سلامتی را فقط به عنوان نبود بیماری نمی داند، بلکه سلامتی، داشتن قدرت و توانایی جسمی، ذهنی، معنوی و عاطفی (تصمیم گیری فردی و اجتماعی) در یک زندگی طولانی، پویا و مفید است.

- ابعاد سلامت:

گرچه در این تحقیق سعی داریم تا بر سلامت اجتماعی تاکید کرده و به بررسی بیشتر واژه سلامت اجتماعی بپردازیم اما به منظور درک بهتر مفهوم سلامت اجتماعی توجه به ابعاد سلامت و چگونگی ارتباط ابعاد مختلف سلامت با هم ضروری به نظر می رسد.

- سلامت جسمی:

این بعد از سلامت، به چگونگی عملکرد اعضای بدن تمرکز دارد. سلامت جسمی حالتی است که تمامی اعمال بدن به درستی انجام گیرد. احتمالاً بعد جسمی سلامت را از همه آسان تر می توان درک کرد. سلامت جسمی دال بر عمل کردن کامل بدن است که سلامتی زیست شناختی را به عنوان حالت بهینه عملکرد هر یاخته یا اندام بدن و با هماهنگی کامل با بقیه اعضا در نظر می گیرد.

- سلامت عاطفی:

از نظر تاریخی بعد روانی و عاطفی به عنوان یک جزء و یا دو جزء کاملاً مرتبط با هم شناخته اند ولی با در دسترس قرار گرفتن پژوهش های بیشتر تفاوت قطعی بین آن دو به وجود آمد. سلامت روانی را می توان به عنوان آگاهی یا "شناخت" در نظر گرفت در حالیکه سلامت عاطفی با "احساس" ارتباط دارد.