



بررسی عوامل موثر بر سلامت اجتماعی معلمان مقطع ابتدایی ناحیه یک شهر یزد

نویسندگان: اکبر زارع شاه آبادی^۱، سمیه کاظمی^۲

۱. نویسنده مسئول: دانشیار جامعه شناسی، دانشگاه یزد،

تلفن تماس: ۰۹۱۳۳۵۳۱۷۸۹ Email: a_zare@yazd.ac.ir

۲. کارشناسی ارشد جامعه شناسی، دانشگاه پیام نور مشهد

چکیده

مقدمه: امروزه نظام آموزش و پرورش جایگاه ویژه‌ای در تأمین سلامت اجتماعی افراد جامعه دارد. مسلماً کمبود سلامت اجتماعی در نیروهای آموزشی این نظام می‌تواند پیامدهای نامناسبی بر انسجام و مشارکت نسل‌های آینده و سلامت جامعه داشته باشد. لذا با توجه به اهمیت مسئله، این مطالعه به بررسی میزان سلامت اجتماعی معلمان و عوامل مؤثر بر آن می‌پردازد.

روش بررسی: این تحقیق بصورت پیمایش و با استفاده از پرسشنامه سلامت اجتماعی کینز انجام شد. حجم نمونه ۳۰۰ نفر از آموزگاران، مربیان و عوامل اداری مدارس ابتدایی ناحیه یک شهر یزد هستند که به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای یک مرحله‌ای ساده انتخاب شدند. داده‌های به دست آمده توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ تحلیل شدند.

یافته‌ها: میزان سلامت اجتماعی پاسخگویان بالاتر از حد متوسط، پذیرش اجتماعی پاسخگویان کمترین و مشارکت اجتماعی آنان بیشترین میزان است. سلامت اجتماعی با محل تولد، درآمد، مسکن شخصی، تعداد اعضای خانوار، رضایت زناشویی و شغلی، سلامت سازمانی مدرسه، معدل دانش آموزان، اعتقاد به سلامت جامعه، دینداری، حمایت اجتماعی و عاطفی رابطه مثبت و معنی‌داری دارد. بین سن، جنس، محل سکونت، تحصیلات، سن، رضایت اوقات فراغت، استفاده از وسایل نوین اطلاعاتی، سمت شغلی، نوع مدرسه و تعداد دانش‌آموزان با سلامت اجتماعی رابطه معنی‌داری مشاهده نشد. در مدل رگرسیونی نیز متغیرهای دینداری، اعتقاد به سلامت جامعه و حمایت اجتماعی ۴۳٪ درصد از تغییرات سلامت اجتماعی را تبیین می‌کنند.

نتیجه‌گیری: افزایش امکانات مدارس، افزایش رضایت شغلی معلمان با ایجاد امنیت شغلی، امکانات مشاوره خانوادگی، حمایت مالی و تسهیلات مناسب برای کارمندان محتاج می‌تواند به بهبود سلامت اجتماعی معلمان یاری رساند.

واژه‌های کلیدی: پذیرش اجتماعی، سلامت اجتماعی، مدارس ابتدایی، مشارکت اجتماعی، معلمان

این مقاله حاصل پایان‌نامه دانشجویی مقطع کارشناسی ارشد می‌باشد.

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال چهاردهم

شماره: ششم

بهمن و اسفند ۱۳۹۴

شماره مسلسل: ۵۴

تاریخ وصول: ۱۳۹۳/۸/۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۰/۲۰



مقدمه

تفکرات و رفتارهایی است که نشانگر رضایت یا عدم رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی است» (۹). از نظر keyes بین سلامت اجتماعی با رفتارهای اجتماع پسند و مسئولیت‌پذیری در جامعه و جایگاه اجتماعی رابطه مثبتی وجود دارد. لذا وی در یک تحلیل پنج عاملی (five factors model) گسترده بیان می‌کند که سلامت اجتماعی از پنج جزء تشکیل شده است: الف) یکپارچگی اجتماعی، ب) سهم داشت اجتماعی، ج) پذیرش اجتماعی، د) پیوستگی اجتماعی، ه) شکوفایی اجتماعی» (۱).

گراهام سلامتی را به عنوان یک موضوع مهم، نتیجه شرایط اقتصادی و اجتماعی می‌داند. افرادی که از لحاظ اقتصادی و اجتماعی در شرایط بهتری قرار دارند، به دلیل توانایی و دسترسی بهتر، از سلامتی بیشتری برخوردارند و در مقابل افرادی که به طبقات پایین جامعه تعلق دارند، از سلامتی نامطلوب رنج می‌برند (۱۰). هوث و ویلیامز نیز بیان می‌کنند که افراد دارای پایگاه اقتصادی- اجتماعی و قومی- نژادی محروم جامعه، سطوح پایینی از انواع سلامت را به خود اختصاص می‌دهند. (۱۱) هلمن معتقد است سطح پایین تحصیلات با سلامت اجتماعی ضعیف مرتبط است و فقر، توزیع نادرست درآمد، بیکاری، نبود تأمین اجتماعی و سطح پایین سواد از جمله عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی هستند (۱۲).

براساس تحقیقات انجام شده، سلامت اجتماعی کارکنان و افراد بزرگسال بیش از دانش‌آموزان و دانشجویان گزارش شده است. در تنها مطالعه انجام شده روی معلمان نیز توسط Fathi و همکاران میزان سلامت اجتماعی آنها در حد بالایی قرار داشت (۱۳). اما در مطالعه هزارجریبی و ارفعی عین‌الدین بین جوانان ۱۵ تا ۲۹ ساله، این

امروزه، سلامتی فقط عاری بودن از بیماری‌های جسمی و روانی نیست، بلکه چگونگی عملکرد انسان در روابط اجتماعی نیز به عنوان معیار ارزیابی سلامت فرد در سطح کلان جامعه به شمار می‌رود (۱). تعاریف متعددی از این نوع سلامت ارائه شده است. بلوک و برسلو آن را با درجه عملکرد اعضای جامعه مترادف کرده و مفهوم سلامت اجتماعی را ساختند (۲). سازمان جهانی بهداشت در تعریفی «سلامت را به عنوان حالتی از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی، نه صرفاً فقدان بیماری، تعریف می‌کند» (۳). Goldsmith نیز سلامت اجتماعی را «ارزیابی رفتارهای معنی‌دار مثبت و منفی فرد در ارتباط با دیگران» تعریف می‌کند و آن را یکی از اساسی‌ترین شاخص‌های سلامت هر جامعه‌ای از معرفی می‌نماید که منجر به کارایی فرد در خانواده و جامعه خواهد شد (۴).

عموماً دو رویکرد متفاوت در تعریف سلامت وجود دارد که عبارتند از: ۱) رویکرد بیماری‌محور: این رویکرد با حضور و عدم حضور بیماری در مقوله‌های جسمانی و روانی محدود (۵) و نقش عوامل تعیین‌کننده زیست محیطی و اجتماعی نادیده گرفته شده است (۶). ۲) رویکرد سلامتی‌محور که در آن سلامت را حالت برخورداری از درجه بالایی از بهزیستی تعریف می‌کنند (۷). «این رویکرد، که در حیطه روانشناسان مثبت‌نگر قرار دارد، به استعدادها و توانمندی‌های انسان بجای پرداختن به ناهنجاری‌ها و اختلال‌ها توجه می‌کند» (۸).

لارسون و کیز با توجه به رویکرد دوم یک چارچوب مفهومی و نظری برای سلامت اجتماعی ارائه داده‌اند. از نظر Larson «سلامت اجتماعی در واقع شامل پاسخ‌های درونی فرد نسبت به احساسات،



انجام شده، رضایت شغلی تأثیر مثبتی بر سلامت اجتماعی داشته است. (۱۳،۲۰)

در کشور ما با وجود توجه به سلامت جسمی، آنچه نبود آن در تمام عرصه‌های کشور محسوس است، بی‌توجهی به ابعاد اجتماعی سلامت است. این بی‌توجهی به جنبه اجتماعی سلامت، موجب افزایش آسیب‌پذیری افراد در ابعاد روانی، خودکشی، گرایش به مصرف دخانیات و سایر آسیب‌های اجتماعی می‌شود (۱۷). در این خصوص نظام آموزشی می‌تواند با تربیت نیروی انسانی سالم، نقش سازنده‌ای در پیشگیری از این آسیب‌ها داشته باشد. مسلماً معلمی که ضمن داشتن توانایی علمی، از سلامت جسمانی و اجتماعی و توانایی‌های بالایی برای رویارویی با مسائل، کشمکش‌ها، ناملایمات برخوردار باشد، می‌تواند الگوی مطلوبی برای دانش‌آموزان باشد (۲۱) بنابراین توجه به میزان سلامت اجتماعی این قشر فرهیخته، تأثیر مهمی بر سلامت جامعه خواهد گذاشت. این در حالی است که پژوهش‌ها در این زمینه، اندک و ناکافی است. به همین دلیل، این مطالعه با هدف سنجش میزان سلامت اجتماعی در بین معلمان و شناسایی عوامل مرتبط با آن، انجام گرفته است.

روش بررسی

این پژوهش از نوع توصیفی است و روش آن با توجه به ماهیت موضوع پیمایشی (Survey) به شمار می‌رود. تحقیق پیمایشی یا زمینه‌یابی، جمعیت‌های کوچک و بزرگ را با انتخاب و مطالعه نمونه‌های منتخب از آن جامعه‌ها برای کشف میزان نسبی شیوع، توزیع و روابط متقابل متغیرهای روانشناختی و جامعه‌شناختی مورد بررسی قرار می‌دهد (۲۲).

میزان در حد متوسط بود. در پژوهش Farsinejad دانش‌آموزان از سلامت اجتماعی پایینی برخوردار بودند که علت آن را به عدم مشارکت نوجوانان در فعالیت‌های اجتماعی به جهت محدود بودن شرایط و فضا نسبت می‌دهد (۱۴). اما در تحقیق خارجی مک آرتور ۶۰ درصد افراد بزرگسال در هیچ یک از مقیاس‌های سلامت اجتماعی نمره بالایی نداشتند (۱).

این امر اثبات شده است که سلامت روانی و اجتماعی تحت تأثیر دامنه‌ای از عوامل جمعیت‌شناختی و جامعه‌شناختی و روان‌شناختی قرار دارند که برخی از آن‌ها عبارتند از: پایگاه اقتصادی-اجتماعی (SES)، موقعیت تأهل، جنسیت، مهارت‌های ارتباطی، مذهب و سرمایه اجتماعی شبکه‌های اجتماعی (۱۵). در بین متغیرهای مرتبط، در غالب تحقیقات سن با سلامت اجتماعی رابطه معنی‌داری داشت (۱۶،۱۷) رابطه جنسیت و سلامت اگرچه در تحقیقات داخلی متناقض است اما می‌توان گفت با در نظر گرفتن سن، زنان از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردار بودند (۱۷). اما دانش‌آموزان دختر سلامت اجتماعی پایین‌تری داشتند. علت این تفاوت برخورد و ارزیابی اطلاع‌مدارانه دختران با مسائل است که ارزیابی بهتری از نیروهای اجتماعی دارند (۱۴). در پژوهش‌های خارجی نیز، لاروج به این نتیجه رسید که به نحو معنی‌داری زنان دانشجو در ابعاد تغذیه، روابط بین فردی، مسئولیت‌پذیری و سبک زندگی ارتقاء دهنده‌ی سلامت، رفتار بهتری از مردان داشتند (۱۸) در این باره کبیز و شاپیرو نشان دادند با افزایش جایگاه شغلی، زنان بطور فزاینده‌ای سطوح بالاتری از پذیرش، مشارکت و انسجام اجتماعی را نسبت به مردان گزارش می‌کنند. (۱۹) همینطور در تمامی تحقیقات



جهت گیری مذهبی اسلامی آذربایجانی (Islamic Religious Orientation, Self Assessment) مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده (۲۶)، پرسشنامه سنجش خانواده و ازدواج (ثنایی و همکاران) و پرسشنامه ۴۷ ماده‌ای رضایت زناشویی ایرنیچ (Enrich) (۲۷)، پرسشنامه سلامت سازمانی مدرسه (Organizational health of School questionnaire) (۲۸) و پرسشنامه خشنودی شغلی بری فیلد و روث (۲۹) با دخل و تصرف و تخلیص بهره گرفته شده است. پیوستار پاسخ‌های این پرسشنامه‌ها بر پایه طیفی از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق رتبه بندی شده و به ترتیب نمره‌های یک، دو، سه و چهار و پنج به هر گزینه اختصاص یافته است. سایر سوالات پرسشنامه نیز که شامل گویه‌های سنجش اعتقاد به سلامت جامعه، گذران اوقات فراغت، میزان استفاده از وسایل نوین اطلاعاتی و متغیرهای جمعیت شناختی است، به صورت محقق ساخته تنظیم گردید.

به منظور تعیین اعتبار و روایی پرسشنامه نیز از تکنیک روایی صوری و قضاوت داوران استفاده شده است. اعتبار صوری این مطلب را مد نظر دارد که سؤالات آزمون تا چه حد در ظاهر شبیه به موضوعی هستند که برای اندازه‌گیری آن تهیه شده‌اند (۳۰). به این منظور سوالات پرسشنامه به چند تن از اساتید و متخصصین مربوط برای نظرخواهی ارائه گردید و سپس با توجه به اظهار نظر آنان سوالات نهایی انتخاب و پرسشنامه تنظیم گردید. علاوه بر روایی، یک پرسشنامه باید از پایایی و دقت لازم برای سنجش نیز برخوردار باشد. یک فرآیند اندازه‌گیری و ابزار مربوط به آن زمانی پایاست که در صورت تکرار اندازه‌گیری همیشه همان نتایج و

در سال ۱۳۹۲ تعداد مدارس شهر یزد ۳۸۲ مدرسه بوده که از این تعداد ۱۸۶ مدرسه متعلق به ناحیه یک می‌باشد. تعداد مدارس ابتدایی نیز شامل ۹۱ مدرسه است که از بین آنها ۴۵ مدرسه پسرانه و ۴۶ مدرسه دخترانه می‌باشد. جامعه آماری مورد مطالعه، کلیه معلمان مدارس شهر یزد هستند که با احتساب مدیر و معاون و مربی به حدود ۱۲۰۰ نفر می‌رسند (۲۳) که از این تعداد با توجه به جدول مورگان، ۳۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تک مرحله‌ای ساده (Simple Cluster Sampling) انتخاب شدند (۲۴). این روش ترکیبی از روش خوشه‌ای و نمونه‌گیری تصادفی ساده (Simple Random Sampling) است که در آن همه افراد جامعه شانس برابر برای انتخاب شدن دارند. در روش خوشه‌ای نمونه‌ها در مراحل مختلف انتخاب می‌شوند، یعنی در واقع نمونه‌ها را از نمونه‌ها انتخاب می‌کنیم و پژوهشگر در فرآیند نمونه‌گیری از یک حوزه گسترده به طرف یک حوزه محدود، حرکت می‌کند. آنچه که اهمیت دارد این است که در تمامی مراحل هدف خاص و مشخص دنبال می‌شود (۲۵). به این منظور ابتدا لیستی از مدارس ابتدایی ناحیه یک شهر یزد تهیه شد و از بین مدارس چند مدرسه به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب و سپس از همه معلمان، مربی، مدیر و معاون مدرسه مصاحبه به عمل آمد.

داده‌های لازم از دو طریق کتابخانه‌ای و پرسشنامه‌ای به دست آمد سوالات اولیه پرسشنامه در اختیار صاحب نظران قرار گرفت و نهایتاً با تصحیح گویه‌های ناقص و حذف سوالات غیر ضروری، پرسشنامه نهایی تنظیم گردید. در تهیه سوالات پرسشنامه از پرسشنامه‌های استاندارد سلامت اجتماعی کیز، پرسشنامه خودشناسی براساس



و تحلیل رابطه متغیرهای مورد سنجش از آزمون‌های تی تک نمونه‌ای، تی، واریانس، همبستگی و رگرسیون چندمتغیره استفاده شد. لازم به ذکر است برای حذف تأثیر تفاوت تعداد گویه‌ها در مقایسه میانگین‌ها نمرات بین ۰ تا ۱۰۰ استاندارد شدند.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش از نمونه‌هایی با خصوصیات جدول زیر به دست آمد. این خصوصیات نشان می‌دهد که میانگین سنی پاسخگویان ۳۹ سال است. اکثریت پاسخگویان (۷۵/۳ درصد) را زنان تشکیل می‌دهند. ۷۹ درصد آنها آموزگار هستند. ۴۸ درصد آنها در مدارس پسرانه و ۵۱ درصد در مدارس دخترانه اشتغال دارند.

مقادیر به دست آیند (۳۱). برای برآورد پایایی (Reliability) و دقت ابزار سنجش نیز از تکنیک ضریب آلفای کرونباخ (Cronbach's Coefficient Alpha) بهره گرفته شده است. براساس یک نمونه ۵۰ نفری از جامعه آماری مورد مطالعه، ضریب پایایی محاسبه شده برای هریک از شاخص‌ها، بیانگر مقادیر آلفای بزرگتر از ۰/۷ و برای کل پرسشنامه برابر ۰/۹۴۲ است که نشان دهنده همسازی درونی و پایایی مناسب گویه‌هاست. جهت تحلیل داده‌ها نیز از نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ استفاده شد. بدین منظور برای توصیف ویژگی‌های جامعه مورد بررسی از آماره‌های توصیفی (درصد، درصد فراوانی تجمعی و میانگین) و جهت تبیین

جدول ۱: توزیع پاسخگویان بر حسب مشخصه‌های دموگرافیکی

متغیر	درصد	متغیر	میانگین	کمترین	بیشترین
جنس	زن ۷۵/۳ مرد ۲۳/۷	سن	۳۹/۵	۲۰	۶۶
سمت شغلی	مدیر ۷/۳ معاون ۱۱/۳ مربی ۲ آموزگار ۷۹	سابقه کاری	۱۶/۳	۰	۴۶
جنسیت مدرسه	پسرانه ۴۸ دخترانه ۵۱	تعداد دانش‌آموزان مدرسه	۲۶۱	۱۲۰	۵۶
سطح تحصیلات	دیپلم ۴/۷ کاردانی ۱۸ کارشناسی ۶۹/۷ کارشناسی ارشد و بالاتر ۷	تعداد دانش‌آموزان کلاس	۲۶/۹	۶	۳۸
نوع مدرسه	غیردولتی ۱۳/۳ دولتی ۸۴/۳	تعداد اعضای خانواده	۳/۷	۱	۸
نوع شغل همسر	فرهنگی ۱۳/۷ غیرفرهنگی ۵۱ خانه‌دار/بیکار ۱۶/۷	سن همسر	۴۱/۵	۱۷	۷۶



جدول ۲: آزمون تی تک نمونه‌ای جهت تعیین سطح سلامت اجتماعی

متغیر	میانگین (۱۰۰-۰)	انحراف معیار	معیار آزمون	T	درجه آزادی	sig
انسجام اجتماعی	۶۷/۱	۱۲/۲	۵۰	۲۲/۹	۲۶۹	۰/۰۰
انطباق اجتماعی	۶۳/۸	۱۲/۶	۵۰	۱۷/۴	۲۵۰	۰/۰۰
پذیرش اجتماعی	۴۵/۹	۱۳/۱	۵۰	۵/۱	۲۶۷	۰/۰۰
شکوفایی اجتماعی	۵۱/۸	۱۲/۲	۵۰	۲/۴	۲۵۸	۰/۰۱۴
مشارکت اجتماعی	۷۰/۰۵	۱۴/۸	۵۰	۲۲/۷	۲۸۲	۰/۰۰
سلامت اجتماعی	۵۹/۸	۷/۹	۵۰	۱۷/۲	۱۹۱	۰/۰۰

می‌دهد، سلامت اجتماعی با توجه به جنس، وضعیت سکونت، سمت شغلی و جنسیت مدرسه، تقریباً بطور یکسان توزیع شده است. مردان با اختلاف ناچیزی دارای سلامت اجتماعی بیشتری نسبت به زنان هستند.

هم‌چنین بومیان شهر یزد، آموزگاران و نمونه‌های مدارس پسرانه از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردارند اما اختلاف تفاوت‌های موجود معنی دار نیست ($\text{sig} \geq 0/05$). بررسی رابطه سلامت اجتماعی با متغیرهای محل تولد، درآمد، نوع مسکن، رتبه تحصیلی دانش‌آموزان حاکی از این بود که سلامت اجتماعی بر حسب این متغیرها تفاوت معنی داری دارد. ($\text{sig} \leq 0/05$) با توجه به محل تولد نتیجه نشان داد که پاسخگویان متولد روستا سلامت اجتماعی بالاتری دارند.

نمره سلامت اجتماعی این افراد ۶۳/۲ و در افراد متولد شهر برابر با ۵۹/۱ است که به لحاظ آماری اختلاف معنی داری باهم دارند ($\text{sig} \leq 0/05$). افراد با سطح درآمد متوسط (یک تا دو میلیون) یا دارای منزل شخصی و نیز پاسخگویانی که دارای دانش‌آموزان با رتبه تحصیلی خیلی خوب هستند از سلامت اجتماعی بیشتری برخوردارند.

از نظر سطح تحصیلات اکثریت (۶۹/۷ درصد) مدرک کارشناسی دارند و در مدارس دولتی (۸۴/۳ درصد) فعالیت می‌کنند. ۵۱ درصد دارای همسرانی با شغل‌های غیرفرهنگی هستند و دارای میانگین سنی ۴۱/۵ سال هستند. میانگین سابقه کاری پاسخگویان ۱۶/۳ سال است و در مدرسی با میانگین تعداد ۲۶۱ نفر و در کلاس‌هایی با میانگین حدود ۲۷ نفر تدریس می‌کنند. میانگین تعداد اعضای خانوار پاسخگویان نیز تقریباً کمتر از ۴ نفر است.

جهت تعیین میزان سلامت اجتماعی از آزمون تی تک نمونه‌ای استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ نشان دهنده متوسط بودن سطح سلامت اجتماعی پاسخگویان است.

این میزان در دامنه ۰ تا ۱۰۰، ۵۹/۸ بوده و بالاتر از حد متوسط است. در بین ابعاد سلامت اجتماعی نیز انسجام اجتماعی و انطباق و مشارکت اجتماعی به ترتیب با میانگین‌های ۶۷/۱، ۶۳/۸ و ۷۰/۰۵ بالاتر از حد متوسط هستند. اما میزان پذیرش اجتماعی با میانگین ۴۵/۹ کمتر از میانگین آزمون است و میانگین شکوفایی اجتماعی نیز با مقدار ۵۱/۸ به سطح متوسط نزدیک است.

سلامت اجتماعی بر حسب جنس، وضعیت سکونت، محل تولد و ... نیز مورد آزمون قرار گرفت. نتیجه این آزمون در جدول ۳ نشان



جدول ۳: آزمون تفاوت میانگین‌ها جهت تعیین میزان سلامت اجتماعی بر حسب متغیرهای مستقل

متغیر	میانگین سلامت اجتماعی	t/f	sig
جنس	زن	۵۹/۸	۰/۹
	مرد	۵۹/۹	
وضعیت سکونت	غیربومی	۵۸/۵	۰/۲
	بومی	۶۰/۱	
محل تولد	روستا	۶۳/۲	۰/۰۱
	شهر	۵۹/۱	
سمت شغلی	مربی، مدیر، معاون	۵۹/۵	۰/۷
	آموزگار	۵۹/۹	
جنسیت مدرسه	پسرانه	۶۰/۳	۰/۴
	دخترانه	۵۹/۵	
درآمد	یک میلیون و کمتر	۵۸/۱	۰/۰۱۹
	بیش از یک تا دو میلیون	۶۱/۵	
	بیش از دو تا سه میلیون	۵۷/۷	
نوع مسکن	بیش از سه میلیون	۴۹/۱	۰/۰۴
	شخصی	۶۰/۸	
	استیجاری	۵۸/۳	
رتبه تحصیلی دانش آموزان	سازمانی و سایر	۵۳/۸	۰/۰۱۷
	متوسط به پایین	۵۸/۷	
	خوب	۵۹/۴	
	خیلی خوب	۶۵/۹	

جدول ۴: آزمون همبستگی بین سلامت اجتماعی و متغیرهای مستقل

متغیر	R	sig
سن	-۰/۰۰۶	۰/۹۳
تعداد اعضای خانوار	۰/۱۴۷	۰/۰۴۹
رضایت از زندگی زناشویی	۰/۳۲۷	۰/۰۰
تعداد دانش آموزان کلاس	-۰/۰۲	۰/۸۱۷
تعداد دانش آموزان مدرسه	۰/۴۴۵	۰/۱۷
رضایت شغلی	۰/۳۴۴	۰/۰۰
سلامت سازمانی مدرسه	۰/۲۴۰	۰/۰۰۱
سابقه کاری	۰/۰۴۲	۰/۵۶
رضایت از گذراندن اوقات فراغت	۰/۰۷۱	۰/۳۳
حمایت اجتماعی	۰/۲۸۹	۰/۰۰
دینداری	۰/۳۴۳	۰/۰۰
آشنایی، با وسایل، نوین اطلاعاتی	۰/۰۷۷	۰/۳۰۲
میزان استفاده از وسایل، نوین اطلاعاتی	۰/۱۰۳	۰/۱۸
اعتقاد به سلامت جامعه	۰/۳۳	۰/۰۰



جدول ۵: نتیجه رگرسیون چند متغیره جهت تعیین عوامل تبیین کننده سلامت اجتماعی

sig	t	ضرایب استاندارد شده	ضرایب خام		متغیرهای مستقل
		Beta	Std.Error	B	
۰/۰۰۳	۳/۰۴	-	۶/۲	۱۹/۰۶	ضریب
۰/۰۰	۵/۱	۰/۴۸۸	۰/۰۷۲	۰/۳۷	دینداری
۰/۰۰۳	۳/۱	۰/۲۹۹	۰/۰۴۲	۰/۱۳۱	اعتقاد به سلامت جامعه
۰/۰۱۱	۲/۶	۰/۲۵۱	۰/۰۴۵	۰/۱۱۷	حمایت اجتماعی
sig	F	Adjusted R Square	R Square	R	تعداد متغیرها
۰/۰۰	۱۷/۳	۰/۴۳۷	۰/۴۶۴	۰/۶۸۱	۱۸

اجتماعی را تا حدی افزایش می دهد، اما این روابط به لحاظ آماری معنی دار نیستند.

همچنین به منظور تبیین میزان سلامت اجتماعی معلمان براساس متغیرهای مستقل از رگرسیون چندمتغیره به روش گام به گام (Stepwise) استفاده شد. از مجموع متغیرهای وارد شده به معادله رگرسیونی به ترتیب تأثیر سه متغیر دینداری با ضریب بتای ۰/۴۸۸، اعتقاد به سلامت جامعه با ضریب بتای ۰/۲۹۹ و حمایت اجتماعی با ضریب بتای ۰/۲۵۱ در مدل باقی ماندند. ضریب همبستگی این متغیرها با سلامت اجتماعی برابر با ۰/۶۸۱ و ضریب تعیین برابر با ۰/۴۶ بود، همچنین ضریب تعیین تعدیل شده برابر با ۰/۴۳ به دست آمده که این ضرایب بیانگر آنست که حدود ۴۳ درصد از واریانس متغیر وابسته در معادله رگرسیونی توسط این متغیرها تبیین می شود. همچنین مدل رگرسیونی تبیین شده نیز طبق آزمون تحلیل واریانس انجام شده، خطی و معنی دار است، مقدار آزمون F نیز برای تبیین معنی داری اثر متغیرهای مستقل بر میزان سلامت اجتماعی برابر ۱۷/۳ با سطح معنی داری ۰/۰۰ به دست آمد (جدول ۵).

همچنین تفاوت معنی داری بین میانگین افراد با توجه به سطوح تحصیلی و وضعیت تأهل آنها مشاهده نشد و در واقع تحصیلات و تأهل تأثیر زیادی در سلامت اجتماعی معلمان نداشته است. اگرچه افراد بدون همسر میانگین سلامت اجتماعی بالاتری دارند اما اختلاف معنی داری در میانگین این افراد و مجردین و متأهلین دیده نشد ($p \geq 0.05$).

بررسی آزمونهای همبستگی نیز در جدول ۴ نشان داد با افزایش تعداد اعضای خانوار، رضایت از زندگی زناشویی، رضایت شغلی، سلامت سازمانی مدرسه، حمایت اجتماعی، دینداری و اعتقاد به سلامت جامعه بر میزان سلامت افزوده می شود و بین این متغیرها با سلامت اجتماعی رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد ($p < 0.05$). سن و تعداد دانش آموزان کلاس، نیز رابطه ضعیفی با سلامت اجتماعی نشان دادند بطوریکه با کاهش سن و تعداد دانش آموزان کلاس میزان سلامت اجتماعی پاسخگویان افزایش می یابد. افزایش تعداد دانش آموزان مدرسه، رضایت از گذراندن اوقات فراغت، آشنایی با وسایل نوین اطلاعاتی و استفاده از آنها نیز سلامت



بحث و نتیجه گیری

امروزه سلامت اجتماعی به عنوان یکی از ابعاد مهم سلامتی افراد هر جامعه‌ای به شمار می‌رود. به طوری که کمبود یا فقدان آن آثار و تبعات ناخوشایندی در پی خواهد داشت. افراد با سلامت اجتماعی پایین به انسان‌هایی نامنسجم و جدا از نظام تبدیل می‌شوند و کمتر در عرصه‌های اجتماعی مشارکت داشته و با داشتن شکوفایی اجتماعی پایین نقش زیادی در توسعه اجتماعی و علمی نخواهند داشت. حال اگر این افراد معلمان جامعه باشند که به عنوان الگوهای مطلوب دانش آموزان، وظیفه حساس تعلیم و تربیت را بر دوش دارند اهمیت مسئله چندین برابر می‌شود. اگرچه تحقیقات زیادی در حوزه سلامت اجتماعی انجام شده، اما سلامت اجتماعی معلمان کمتر مورد مطالعه بوده است. لذا با توجه به اهمیت سلامت اجتماعی معلمان، این پژوهش به بررسی سلامت اجتماعی در بین معلمان ابتدایی ناحیه یک شهر یزد پرداخته است.

بر پایه نتایج این تحقیق، میانگین سلامت اجتماعی پاسخگویان ۵۹/۸ به دست آمد که نشان می‌دهد معلمان از سلامت اجتماعی متوسط رو به بالایی برخوردارند. در بین ابعاد سلامت اجتماعی، مشارکت اجتماعی پاسخگویان نسبت به سایر ابعاد بالاترین میزان را داشت و پذیرش اجتماعی دارای کمترین میزان بود این نتیجه در پژوهش فتحی (۱۳) نیز به دست آمد اما در پژوهش خارجی مک آرتور (۱) سلامت اجتماعی پایین گزارش شده است. نتیجه سایر پژوهش‌ها در ایران نیز آمار متوسط و پایینی از سلامت اجتماعی را بخصوص در بین دانش آموزان و دانشجویان گزارش داده اند.

در این تحقیق رابطه سلامت اجتماعی با متغیرهای جمعیتی، اقتصادی، خانوادگی، تحصیلی و اجتماعی و فرهنگی مورد بررسی قرار گرفت. سلامت اجتماعی با سن ارتباط معکوس دارد، به طوری که افراد جوان‌تر سلامت اجتماعی بالاتری دارند. Fathi، زکی و خشوعی نیز بین سن و سلامت رابطه معنی داری مشاهده کردند اما در تحقیق تباردرزی بر روی دانشجویان بین این دو متغیر رابطه‌ای یافت نشد. در تحقیقات خارجی هم، کار و کیز و شاپیرو به نتایج متضادی در این باره دست یافتند بنابر یافته کار با افزایش سن میزان سلامت اجتماعی افزایش می‌یابد که با نتیجه تحقیق حاضر همسو نیست (۳۳، ۳۲).

محل تولد نیز عامل تأثیرگذاری بر سلامت اجتماعی شناخته شد. افراد متولد روستا از سلامت بالایی در بعد مشارکت اجتماعی برخوردارند. به نظر می‌رسد روستاییان از احساس صمیمت بیشتری برخوردارند.

بین جنسیت و سلامت اجتماعی رابطه معنی داری یافت نشد به طوری که زنان و مردان از سلامت اجتماعی یکسانی برخوردارند که این نتیجه با تحقیق فتحی و پور افکاری (۳۴، ۱۳)، همسویی دارد اما با تحقیقات عبدالله تباردرزی، جمعه نیا و فارسی‌نژاد هم‌نتیجه نیست (۳۵، ۳۶، ۱۴).

از لحاظ وضعیت سکونت در بین غیربومیان و بومیان نیز میزان سلامت اجتماعی به یک میزان است که با نتیجه Tabardarzi Abdollah همسوست که به وجود رابطه‌ای بین وضعیت سکونت دانشجویان و سلامت اجتماعی آنها دست نیافت. اما پژوهش زکی



زندگی به احتمال زیاد خطرات فراوانی برای سلامت اجتماعی ایجاد می‌کنند. از این رو بررسی و شناخت پایگاه اقتصادی اجتماعی فرد در اوایل زندگی برای فهم تفاوت موجود در زمینه سلامت اجتماعی از اهمیت خاصی برخوردار است (۱۱). علی‌رغم این پژوهش‌ها کی‌یس به این نتیجه رسید که وضعیت اقتصادی- اجتماعی تأثیری بر سلامت اجتماعی ندارد. (۳۷)

افراد مجرد یا متأهل و مطلقه به یک میزان از سلامت اجتماعی برخوردارند در حالی که در پژوهش‌های انجام شده بر روی دانشجویان (۳۵، ۴۰) متأهلین از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردار بودند. کییز و شاپیرو (۳۲) نیز پایین‌ترین مقدار انسجام اجتماعی را در بین جوان‌ترها، افرادی که تجربه ازدواج نافرجام را داشتند و افراد مجرد با جایگاه پایین شغلی گزارش کرده‌اند و بیشترین میزان انطباق اجتماعی در مردان متأهل و دارای جایگاه اجتماعی بالا و کمترین میزان آن در زنان متأهل و مسن با وضعیت شغلی پایین مشاهده شد. لذا به نظر می‌رسد وضعیت تأهل بدون در نظر گرفتن وضعیت شغلی یا پایگاه اقتصادی و اجتماعی با سلامت رابطه‌ای نداشته باشد. ازدواج مرتبط با افزایش سطح (البته نه بصورت مطلق) پایگاه اقتصادی اجتماعی است که بر سلامت بویژه تاثیرگذار است.

بنابراین افراد متأهل و مجرد می‌توانند از سلامت اجتماعی یکسانی برخوردار باشند. در این خصوص مارکس و لمبرت چنین تفسیر می‌کنند که اگرچه ازدواج به طور کلی سلامت اجتماعی و روانی مردان و زنان را افزایش می‌دهد اما افراد مجرد برخی جنبه‌های ویژه از سلامت را تجربه می‌کنند که از همه مهم‌تر حس استقلال و رشد

بررسی عوامل موثر بر سلامت اجتماعی. معلمان مقطع ابتدایی ناحیه یک شهر یزد

و خشوعی نتیجه تا حد متناقضی را نشان داد. در این تحقیق بین مهاجرت و سلامت اجتماعی رابطه وجود داشت.

مقطع تحصیلی نیز رابطه معنی‌داری با سلامت اجتماعی نداشت که با نتیجه تحقیقات موجود توسط Zaki و همکارش و پورافکاری مبنی بر وجود رابط بین تحصیلات و سلامت اجتماعی (۱۶) هماهنگ نیست. به این ترتیب باید گفت که افراد با سلامت اجتماعی کم یا زیاد می‌توانند دارای تحصیلات کم یا زیاد باشند. این یافته به نظر Keyes Corey نزدیک است که معتقد است میزان سلامتی با افزایش تحصیلات رابطه مثبتی دارد اما ممکن است برخی از تنیدگی‌های تحصیلی تأثیر معکوسی بر آن بگذارند. (۳۷).

رابطه منطقی بین متغیرهای اقتصادی از قبیل درآمد و مسکن شخصی وجود داشت. افراد با درآمد پایین دارای سلامت اجتماعی پایین‌تری هستند. به طوری که با افزایش درآمد میزان سلامت اجتماعی نیز روند صعودی می‌یابد اما بعد از رسیدن به حد میانگین درآمد جامعه، افزایش درآمد تأثیر منفی بر سلامت اجتماعی می‌گذارد. ابعاد سلامت در کنار هم بر روی درآمد تأثیر دارند. هم‌چنین داشتن مسکن شخصی بطور کلی میزان سلامت اجتماعی را افزایش می‌دهد. در این باره طبق یافته‌های Fathi بین معلمان (۱۳) و تحقیق حسینی و Zaki و همکارش (۳۸، ۱۶)، سلامت اجتماعی رابطه مستقیمی با طبقه اجتماعی و درآمد داشت. در تحقیقات آدلر و همکاران و اندرسون و آستار نیز (۳۹)، افراد طبقه پایین سلامت اجتماعی کمتری دارند. هوث و ویلیامز در این باره اعلام کرده‌اند، محرومیت‌های اقتصادی اجتماعی تثبیت‌شده در طول دوران



دلیل احتمالی نقش مستحبات در مشارکت و شکوفایی اجتماعی، ناشی از احساس مسئولیتی است که در اثر باورهای دینی و عمل به این باورهای دینی به وجود می‌آید. (۳۷). لانسکی، معتقد است که فعالیت گروهی دینی از دو جنبه «معاشرتی» و «مشارکتی» برخوردار است. به نظر وی بعد مشارکتی از لحاظ میزان حضور در برنامه‌ها و فعالیت‌های رسمی و جمعی نهاد دین و بعد معاشرتی از حیث داشتن پیوندهای دوستانه و عاطفی با هم کیشان مطمع نظر قرار دارد (۴۸).

حمایت اجتماعی نیز سلامت اجتماعی فرد را تحت تأثیر دارد. این نتیجه با تحقیق حسینی و تقی‌پور (۲) بجز در بعد مادی حمایت هماهنگی دارد. Najafabadi نیز به این نتیجه رسید که زنان جوانی که از میزان حمایت اجتماعی بالاتری برخوردارند، متناسب با حمایت اجتماعی، سلامت اجتماعی بالاتری نیز دارند (۴۹). باید گفت این سه متغیر (دینداری، اعتقاد به سلامت جامعه و حمایت اجتماعی) به تنهایی ۴۳ درصد از تغییرات سلامت اجتماعی را تبیین کردند. اگرچه میزان دینداری و حمایت اجتماعی که پاسخگویان دریافت می‌کنند بالاست اما حمایت مالی، عاطفی، مشورتی، اطلاعاتی پاسخگویان پایین است و اعتقاد پایینی به سلامت جامعه نیز در بین پاسخگویان وجود دارد.

آشنایی با وسایل نوین اطلاعاتی (کامپیوتر، اینترنت، شبکه‌های مجازی و نرم افزارهای آموزشی) نیز شکوفایی اجتماعی و مشارکت اجتماعی و استفاده از آنها به صورت روزانه و هفتگی میزان انطباق و شکوفایی فرد را افزایش می‌دهد. فدایی مهربانی (۵۰) نشان دادند که رسانه‌هایی چون رادیو و تلویزیون حتی می‌توانند از راه‌های غیر مستقیم، تعاریفی مناسب و هدفمند از

فردی بیشتر از افراد متأهل است. اما مهم‌ترین عامل خانوادگی بر سلامت اجتماعی معلمان رضایت زناشویی است که رابطه قوی با سلامت اجتماعی و تمامی ابعاد آن دارد. به‌طوریکه افرادی که از زندگی زناشویی خود رضایت داشته‌اند از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردارند. در این خصوص لطیفی و موحدی (۴۱) بر روی کارمندان بانک نیز نشان دادند که بین مقیاس‌های انسجام اجتماعی و شکوفایی اجتماعی با میزان کیفیت زندگی کارکنان رابطه مثبتی وجود دارد.

رضایت شغلی و سلامت سازمانی مدرسه دو عامل مرتبط با سلامت اجتماعی شناخته شدند. تحقیقات افجه و آرام (۲۰) بر روی کارکنان شرکت لیرینگ و فتحی بین معلمان به این نتیجه مشابه دست یافتند. سطح تحصیلی دانش‌آموزان تأثیر زیادی بر سلامت اجتماعی معلمان دارد به‌طوری‌که با بهبود وضعیت تحصیلی دانش‌آموزان میزان شکوفایی و مشارکت اجتماعی معلمان افزایش می‌یابد.

اعتقاد به سلامت جامعه تأثیر زیادی بر سلامت اجتماعی معلمان دارد. باور به سالم بودن جامعه انسجام، پذیرش و شکوفایی فرد را افزایش می‌دهد. باورهای دینی نیز ابعاد انسجام، انطباق، شکوفایی و مشارکت اجتماعی فرد را تقویت می‌کنند. رابطه بین سلامت اجتماعی و عمل به باورهای دینی در غالب تحقیقات پیشین (۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۵) و نیز در پژوهش‌های انجام شده بر روی دانشجویان توسط پورستار و حکمتی (۴۶)، حسینی (۳۸)، میرزایی و پروین (۴۷) تأیید شده است. تنها در تحقیق تباردزی رابطه‌ای بین دینداری و سلامت اجتماعی مشاهده نشد. Keyes، در این‌باره عنوان می‌کند که افراد مذهبی، نگران اوضاع اجتماع بوده و در جهت بهتر شدن آن قدم بر می‌دارند.



بعد (از جمله ارتباط با وسایل نوین اطلاعاتی، وضعیت اوقات فراغت و اعتقاد به سلامت جامعه) بخصوص در معلمان مدارس دخترانه و معلمان با سابقه کاری زیاد و سنین بالاتر که از شکوفایی کمتری برخوردارند مورد توجه قرار گرفته و جهت بهبود و تقویت آن‌ها اقدام گردد. آشنایی و استفاده از وسایل نوین اطلاعاتی، شبکه‌های اینترنتی و نرم‌افزارها در مدارس به معلمان آموزش و نحوه استفاده از آنها بصورت عملی به آنها یاد داده شود. با گسترش یادگیری و استفاده از این وسایل میزان شکوفایی اجتماعی پاسخگویان تقویت می‌شود.

به معلمان ساکن در منازل اجاره‌ای تسهیلات و وام‌هایی جهت خرید مسکن یا اتومبیل اعطا شود.

مدارس می‌توانند برای اوقات فراغت معلمان برنامه ریزی نمایند تا فارغ از دغدغه‌های خانواده و منزل این اوقات را صرفاً در میان معلمان و به امور مورد علاقه خود بپردازند. مسلماً این امر مستلزم مشارکت همسران و خانواده‌ها می‌باشد.

جهت تقویت ابعاد پیامدی و اعتقادی دینداری معلمان از سوی مراکز و نهادهای دینی اقدام شود.

در راستای افزایش بعد خانوار و تشویق خانواده‌ها کم جمعیت معلمان، انگیزه‌های فرزندآوری در آن‌ها با حل مسائل مادی و بخصوص شغلی با افزایش تعداد روزهای مرخصی و تسهیلات لازم در این خصوص تقویت شود.

امکانات مشاوره‌ای و خانوادگی با واسطه مدارس برای معلمان فراهم شود تا در جهت افزایش رضایت زناشویی، به بررسی مسائل و مشکلات آنها در رابطه با همسران‌شان پرداخته شود.

سلامت اجتماعی ارائه دهند. یافته‌ها نشان داد میزان آشنایی با وسایل نوین اطلاعاتی در سطح متوسط است اما از این وسایل استفاده زیادتری می‌شود.

عامل موثر دیگر بر سلامت اجتماعی اوقات فراغت است در راستای این موضوع در مطالعه‌ای هزار جریبی و ارفعی عین الدین (۵۱) روی جوانان ۱۵ تا ۲۹ ساله نیز به این نتیجه رسیدند که میزان رضایت از اوقات فراغت و همچنین گذران اوقات فراغت با فعالیت‌های اجتماعی و عملی و جسمانی بر سلامت اجتماعی افراد تاثیر مثبت بسیاری دارد. همچنین کالدول، اسمیت و ویزینگر (۴۴) با تحقیق در بین دانشجویان مشاهده کردند که مشارکت مداوم در همه ورزش‌ها، کارها و سرگرمی‌های مخاطره‌آمیز با ادراک بهتر سلامت اجتماعی، ارتباط معنی‌داری داشته است. در تفسیر چرایی این رابطه ادینگتون معتقد است فواید بالقوه متعددی از مشارکت در فعالیت‌های فراغتی می‌توان کسب کرد که اعتماد به نفس رشد روحی، خلاقیت، یادگیری، اتکا به خود و خودیابی از جمله این فواید می‌باشند.

باتوجه به این نتایج پیشنهادات زیر در جهت تقویت سلامت اجتماعی معلمان ارائه می‌شود. این پیشنهادات از نتایج مربوط به بررسی جامعه معلمان شهر یزد استخراج شده است. لذا کاربرد آن در سایر گروه‌ها و اقشار یا شهرها به جهت تفاوت‌های زمینه‌ای و فرهنگی و... باید مبتنی بر نتایج پژوهش‌های مجزا در بین این گروه‌ها باشد. براساس نتایج پیشنهاداتی ارائه می‌شود که عبارتند از: دو بعد پذیرش و شکوفایی اجتماعی معلمان در سطح پایین قرار دارد لذا می‌بایست عامل‌های موثر و تقویت‌کننده در این دو



حجم بالایی داده ها و گویه های مورد سوال در ابزار تحقیق، از یکسو و عدم همکاری معلمان از سوی دیگر موجب شد تا زمان زیادی صرف جمع آوری داده ها گردد و این مسئله برای محقق محدودیت و مشکلاتی را در پی داشت.

۲- باتوجه به حساس بودن برخی از سوالات همچون سمت شغلی، درآمد و سطح تحصیلی دانش آموزان، به نظر می رسد معلمان با احتیاط بیشتری به سوالات پاسخ داده باشند ازسویی به جهت کمبود وقت و مشغله های کاری تعدادی از معلمان پرسشنامه ها را بصورت ناقص تحویل دادند که ناچاراً اینگونه پرسشنامه کنار گذاشته شده و مجدداً به تکمیل پرسشنامه مبادرت شد.

تقدیر و تشکر

در اینجا لازم است از کلیه معلمان، عوامل اداری مدارس، سازمان آموزش و پرورش شهر یزد و همه افرادی که به طور مستقیم و غیرمستقیم در تهیه و تنظیم این پژوهش همکاری نموده اند تشکر و قدردانی شود.

در راستای افزایش سلامت سازمانی مدرسه، وسایل کمک آموزشی برای معلمان فراهم شود و در جهت ایجاد مشارکت و صمیمیت و همکاری بیشتر در بین معلمان تلاش شده و از زحمات موثر و عملکردهای مثبت آن ها قدردانی شود.

زمینه های لازم برای تقویت رضایت شغلی معلمان در خصوص امنیت شغلی، استفاده از مهارت های آنان و حقوق و مزایا تأمین شود.

سلامت اجتماعی در سایه اعتقاد به سلامت جامعه بوجود می آید لذا جهت افزایش اعتقاد به سلامت جامعه، لازم است تلاش های ارگان ها و نهادهای دولتی امنیتی و فرهنگی در جهت حذف آسیب های اجتماعی، اجرای قوانین، افزایش اعتماد اجتماعی و زدودن فاصله طبقاتی و اجرای عدالت افزایش یابد.

همچنین پیشنهاد می شود در طرح های آتی به محدودیت های این تحقیق که محقق با آن مواجه بود توجه شود:

۱- با توجه به اینکه در این طرح سعی شده است مجموعه ای از متغیرهای اجتماعی و فرهنگی و زمینه ای در کنار هم مطالعه شود،

References

- 1- Sam Aram E. Investigating the relationship between social health and the emphasis on approach to community policing. *Sci Res J Soci Discipline* 2010; 1(1):12 [Persian]
- 2- Hosseini Haji Bakandeh SA, Taghipour M. Investigating the effect of social protection on female-headed households' social health, *social investigation* 2011; 3(7): 139-58. [Persian]
- 3- World Health Organization (WHO). *Health for all*. SR. 1979; (5).
- 4- Larson J. The measurement of social well-being. *Social Indicat Res* 1993; 28: 285-96.
- 5- Blanco A, Diaz D. social order and mental health: a social well-being approach, *Autonoma university of Madrid. Psychol Spain* 2007; 11(1):61-71.
- 6- Sajjadi H, Sadrossadat SJ. Social health index. *Sci Edu Eco Social J Ettela'at* 2006; (207-208): 247. [Persian]



- 7- Blanco A, Diaz D. social order and mental health: a social well-being approach, Autonoma university of Madrid. Psychol Spain 2007; 11(5):63.
- 8- Jokar. B. The mediating role of resiliency in relationship between emotional and general intelligence in relation with life satisfaction. Psychol J Moaaser Dore Dovom 2008; (4):4. [Persian]
- 9- Larson J. The measurement of social well-being. Social Indicators Res .1993; (28): 285.
- 10- Hezar Jaribi J, Asadollah M. Analysis on interaction between social assets and psychological health. Social Sci J 2013; (59): 309. [Persian]
- 11- Hatami P. Investigating the influential factors of social health on university students, emphasizing on social networks. [M.A. thesis]. Allame' Tabatabayi University 2011:33-4. [Persian]
- 12- Wilkinson RG. Unhealthy societies: from Inequality to Well-being. London: Routledge; 1996.
- 13- Fathi M, Ajm Nejhad R, Khakrangin M. Associated factors with teachers' social health in Maragheh city. Sci Res J Social Welfare 2013; 12 (47): 225-43. [Persian]
- 14- Farsinejhad M. Investigating the relationship between male and female students' identity styles and their academic self-efficacy in high school second grades and social health in Tehran [M.A thesis]. Tehran university 2005. [Persian]
- 15- Hatami P. Investigating the influential factors of social health on university students, emphasizing on social networks. [M.A. thesis]. Allame' Tabatabayi University 2011: 30. [Persian]
- 16- Zaki M. Khoshouei MS. Social health and effective factors on it among Isfahanian citizens. Urban Sociologic Studies J 2014;3(8):108-79. [Persian]
- 17-Fathi M, Ajm Nejhad R, Khakrangin M. Associated factors with teachers' social health in Maragheh city. Sci Res J soci Welfare 2013;12(47):227. [Persian]
- 18- Marmoot M, Wilkinson, R. Social components of health, translated by Ali Montazeri, SID Publications, Tehran.2009.
- 19- Rafeie H, Samii M, Forouzesh K, Ghazarian M, Rahimi A, Akbarian M. Editor's Composite Index of Social Health in Iran, Quarterly Social Security Studies, 2009; 19: 112-81.
- 20-Afjeh A , Samaram M. "The social health effect on the level of job satisfaction among staff of leasing company of Iran Khodro", Journal of Welfare Planning and Social Development. 2010;(3): 2-29



- 21-Varzali. A. Introduction and systematic explanation of teacher training in Iran Education, Teacher Growing. 2001; 18 (7). [Persian]
- 22-MehrAein. M. Research Methods and Statistics. 1st ed. Tehran: Jame Shenasan publication. 2011: 47 [Persian]
- 23- Ministry of Education, Yazd Province. Teachers and Schools statistics. 2003. [Persian]
- 24-Krejcie, R. V, Morgan. D.W. Determining sample size or research activities: Educational and psychological Measurement.1970; 30: 607-610.
- 25-MehrAein. M. Research Methods and Statistics. 1st ed. Tehran: Jame Shenasan publication; 2011: 37-38 [Persian].
- 26- Canty-Mitchell J, Zimet GD. Psychometrics properties of the Multidimensional scale of perceived social support in urban adolescents. Am J Community psychol. 2000; 28 (3): 391-400.
- 27- Soleymaniyan. A. Investigating unreasonable thoughts based on cognitive approach of recognizing marital dissatisfaction.47-item marital satisfaction questionnaire. [M.A. thesis]. Tarbiyat mo'alem University. Department of Psychology and Educational Sciences.1995. [Persian]
- 28- Sa'tchi. M, Kamkari. K. Askariyan. M. Psychological tests,Nashr Virayesh.2011. [Persian]
- 29- Brayfield A.h, Rothe H.F. An index of job satisfaction. J Appliead Psychology. 1951; 35: 307-311.
- 30- Biyabangard, E. Research methodologies in psychology and educational sciences. 1st ed. Tehran: Doran publication.2006: 337. [Persian]
- 31-MehrAein. M. Research Methods and Statistics. 1st ed. Tehran: JameShenasan publication. 2011: 47 [Persian]
- 32- Keyyiz Corey LM, Shapiro Adam D. Social health in United States, A descriptive epidemiology: University of Chicago publication 2008; 9. [Persian]
- 33- Car, a. (2004). Positive psychology. The Science of happiness and human strengths. Brunner-Routledge Ltd. NewYork.
- 34- Pour Afkari, N. Factors affecting social health in Paveh city, Quarterly Journal of Social Sciences, Islamic Azad University of Shushtar Issue .2013;(18): 60-41.
- 35- Abdollah Tabardarzi H. Investigating the interaction between social health and social demographic variants. [M.A. thesis]. Tehran Behzisti and Tavanbakhshi university; 2008. [Persian]



- 36- Jom'e Niya.S. Investigating the relationship between social health and students' identity styles in state high schools in Gonbad city.[M.A. thesis]. Sh Beheshti University 2009. [Persian]
- 37- Keyes Corey LM. Social Functioning and social well-being: studies of social nature of personal wellness. Submitted to graduate of university of Wisconsin madison in partial fulfillment of requirement for the degree of the doctor of philosophy in psychology. 1995.
- 38-Hosseini, F. Social health status and its influencing factors in students of Allameh Tabatabai University Faculty of Social Sciences. Allameh Tabatabai University. Master's thesis Faculty of Social Sciences; 2008.
- 39- Karib I. The social theory of modern from Parsons to Habermath. Tehran: Agah;2005. [Persian]
- 40- Kangarloo. M. Investigating the scale if social health in Shahed and other student's of Alame' Tabatabaei University.[M.A. thesis]. Alame' Tabatabaei University 2009. [Persian]
- 41- Latifi Gh, Movahedi A. Investigating the interaction between social health and its items on Life quality of Melli Bank clerks in Tehran. Social reinforcement website 2010; 1- 22. [Persian]
- 42- Azpiazu Garrido M, Using the SF-36 With Older Adults: Across-Sectional, Community- based Survey, Age & Aging, British Geriatrics Society.2002.
- 43- Hatami. P. investigating the influential factors of social health on university students, emphasizing on social networks. [M.A. thesis]. Allame' Tabatabayi University 2011: 37. [Persian]
- 44- Olson, A.N. An Exploration of The Relationships Among Leisure Life Style Dispositions Complexity and Health” ,Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Philosophy. The Pennsylvania State University, The Graduate School College Health and Human Development; 1996:24.
- 45- Saburi S. Investing the scale of social health among Education officials in Tehran District 11. [M.A. thesis]. Tehran Payam Noor University. 2013;15-6. [Persian]
- 46-Poursattar M , Hekmati A. Anticipated of social health based on religious beliefs among female students, Journal of Women and Family Studies, 2010; 2(7): 40-27.
- 47- Mirzaei Kh, Parvin P. Mosque, family and social health. Reclaim Civility 2010; 10(128): 51-6. [Persian]
- 48- Shojaei A. A model for religious devotion evaluation in Iran. Sociol J 2006; 7 (1): 34-66. [Persian]
- 49-Najafabadi E. Effective factors on Isfanahian young women social health 15-24 years old. Health Psychology J 2012; 1(2). [Persian]



- 50- Fadayi Mehrabane M. Urbanization, media, and social health (media in transitional societies and citizens' social health). Assess Res J 2008 14(49):8. [Persian]
- 51- Hezar Jaribi J, Arfaei Einoddin R. Leisure time and social health. Social Welfare Dev Plan J 2012; (10):46-7. [Persian]



Evaluating the Effective Factors on Social Health of Elementary Teachers in Yazd Zone 1

Zare Shahabadi A(Ph.D)¹, Kazemi S(MS.c)²

1. Corresponding Author: Assistant Professor, Department in sociology, Yazd university, Yazd, Iran

2. Master of science in sociology, Mashhad Payame Noor university, Mashhad, Iran

Abstract

Introduction: Today, educational system plays a significant role in providing social health for the people in the modern era. Lack of social health in educational personnel of this system can certainly have inappropriate consequences on solidarity and cooperation of future generation as well as the social health. Therefore, the present study aimed to investigate the teachers' social health and its effective factors.

Methods: This survey study was conducted on 300 tutors, teachers, and administrative personnel of an elementary school in Yazd (zone 1), who were selected via simple one stage cluster sampling. In order to collect the study data, a questionnaire was utilized, which were analyzed through SPSS software (ver. 19).

Results: The respondents' social health was reported more than the average. Their social acceptance and social cooperation were placed at the least and most level respectively. Social health has been demonstrated to have a significant positive relationship with such elements as birth place, salary, private home, number of family members, marital and job satisfaction, organizational health of school, students' average, belief in society health, religiosity, social and emotional support. The study results revealed no significant relationship between social health and age, gender, living location, education, free time satisfaction, use of new information tools, job title, school type, and number of the students. Furthermore, regression model demonstrated that such variables as religiosity, belief in society health, and social support can explain 0.43% of social health variables.

Conclusion: The increase in school facilities and teachers' job satisfaction through creating job security, using teachers' skills as well as rights and benefits, family counseling services, financial protection and appropriate facilities for needy employees can help improving teachers' social health.

Keywords: Elementary schools; social acceptance; Social health, Social involvement; Teachers