



تبیین جامعه‌شناختی سلامت اجتماعی نوجوانان مقیم مراکز شبه خانواده تحت نظارت سازمان بهزیستی

مراد سیفی^۱، طهمورث شیری^۲، رضاعلی محسنی^۳

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تبیین جامعه‌شناختی وضعیت سلامت اجتماعی نوجوانان مقیم مراکز شبه خانواده در سال ۱۴۰۱ شهر تهران به‌روشنی غیرآزمایشی از نوع همستگی انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ سال مقیم مراکز شبه خانواده شهر تهران در سال ۱۴۰۱ به تعداد ۱۱۶ نفر (در ۶ مرکز شبه خانواده) بود که همه ایشان وارد پژوهش شدند. اطلاعات پژوهش با استفاده از مقیاس استاندارد شده سلامت اجتماعی کبیز (۱۹۹۸) که شامل مؤلفه‌های انسجام اجتماعی، انطباق اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پذیرش اجتماعی است، جمع‌آوری و به‌روش همبستگی پیرسون، آزمون رتبه‌ای اسپیرمن و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد که ضریب همبستگی سلامت اجتماعی نوجوانان مقیم مراکز شبه خانواده با متغیرهای انسجام اجتماعی، انطباق اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی و شکوفایی اجتماعی معنادار به ترتیب $+0.542$ ، $+0.395$ ، $+0.590$ ، $+0.476$ و $+0.627$ است که نشان‌دهنده رابطه مثبت و معنادار آنها و سلامت اجتماعی مطلوب در این نوجوانان می‌باشد. براین اساس، می‌توان گفت که نگهداری نوجوانان بی‌سرپرست در مراکز شبه خانواده از جمله راه‌های مطلوب افزایش سلامت اجتماعی ایشان است که باید مورد توجه سیاست‌گذاران و متولیان نگهداری از این افراد قرار گیرد.

واژگان کلیدی: نوجوانان بی‌سرپرست، مراکز شبه خانواده، نگهداری در مراکز شبه خانواده، مسائل اجتماعی نوجوانان بی‌سرپرست.

DOI: 10.22034/ijwf.2023.15220.2052

نوع مقاله: پژوهشی تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۲/۱۸ تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۴/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۵/۱۵

۱. گروه جامعه‌شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

Email: MORADSEIFI@YAHOO.COM

Orcid id: 0000-0003-3056-6809

۲. گروه جامعه‌شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

Email: shiri.tahmures@gmail.com

Orcid id: 0000-0003-0810-8043

۳. گروه جامعه‌شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

Email: mohseni.net14@gmail.com

Orcid id: 0000-0002-9741-7085

The Sociological Explanation of the Social Health of Adolescents Living in Quasi-Family Centers under the Supervision of the Welfare Organization

Morad Seifi¹, Tahmoures Shiri², Reza Ali Mohseni³

This study was conducted with the purpose of sociologically explaining the social health status of adolescents living in quasi-family centers in 2022 in Tehran by using a non-experimental method. The population included all adolescents aged 13 to 18 living in quasi-family centers in Tehran in 2022, totaling 116 people (in 6 quasi-family centers), all of whom entered the study. The data was collected through applying the standardized scale of social health of Keys (1998) including the components of social cohesion, social adaptation, social participation, social flourishing and social acceptance, and analyzed by the Pearson correlation method and Spearman's rank test. The SPSS-26 was used to analyze the scores. The results showed that the correlation coefficient of the social health of adolescents living in quasi-family centers with the variables of social cohesion, social adaptation, social acceptance, social participation and meaningful social prosperity are respectively +0.542, +0.395, +0.590, +0.476, and +0.627, which indicates their positive and meaningful relationship and favorable social health in these teenagers. Therefore, it can be said that keeping orphaned teenagers in quasi-family centers is one of the best ways to increase their social health taken into consideration by policy makers and guardians of these people.

Keywords: orphaned teenagers, quasi-family centers, care in quasi-family centers, social issues of orphaned teenagers.

DOI: 10.22034/ijwf.2023.15220.2052

Paper Type: Research

Data Received: 2023/03/09

Data Revised: 2023/07/06

Data Accepted: 2023/08/06

1. Department of Sociology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Email: moradseifi@yahoo.com

ORCID ID: 0000-0003-3056-6809

2. Department of Psychology, Faculty of Humanities, Ashtian Branch, Islamic Azad University, Ashtian, Iran. (Author)

Email: shiri.tahmoures@gmail.com

ORCID ID: 0000-0003-0810-8043

3. Department of Psychology, Faculty of Humanities, Saveh Branch, Islamic Azad University, Saveh, Iran.

Email: mohseni.net14@gmail.com

ORCID ID: 0000-0002-9741-7085

ارتباط داشتن افراد جامعه با یکدیگر از جمله اصول اولیه زندگی اجتماعی است و اگر افراد در جامعه با یکدیگر ارتباط نداشته باشند، تداوم زندگی اجتماعی دشوار خواهد بود؛ زیرا کاهش ارتباط در جامعه سبب ایجاد نوعی ترس از برقراری رابطه، احساس ناامنی، اضطراب و یا افسردگی بین اعضای آن می شود که کاهش همکاری و تعاملات را ایجاد می کند. (میرحسینی، آقاجانی مرسا و حبیب پور گنابی، ۱۳۹۹) بی شک عوامل متعددی بر سلامت روان افراد مؤثر است که در این بین عوامل اجتماعی به افراد کمک می کنند تا با شرایط استرسزا و اضطراب آور کنار بیایند و آسیب روانی کمتری را تجربه کنند.

سلامت بنیادی ترین عنوانی است که حیات انسان بر آن استوار و دارای ابعاد مختلف جسمانی، روانی، اجتماعی است (محسنی، ۱۳۸۸). فروید معتقد است که سلامت روان به معنای سازگاری فرد با خود و با خواسته ها و فشارهای جامعه است. به عقیده وی، فرد ناسازگار یعنی کسی که سلامت روان خود را از دست داده و دچار بیماری شده است (گنجی، ۱۳۸۴). افراد و گروه های آسیب پذیر به آن دسته از افراد گفته می شوند که توانایی مراقبت از خود در برابر آسیب های جسمی، روانی و اجتماعی را نداشته باشند (نیک روان فرد، ۱۴۰۱).

گاهی ویژگی های خاصی مانند سن، بیماری، وضعیت اجتماعی و یا اقتصادی، برخی افراد را در وضعیت ویژه تری نسبت به آسیب قرار می دهد که کودکان و نوجوانان از این دسته اند. در صورتی که کودکان و نوجوانان به واسطه مسائل و مشکلات اجتماعی (از جمله اعتیاد، طلاق، زندانی شدن، فرار از منزل و...) بی سرپرست یا بدسرپرست شوند، وظیفه دولت و متولیان حکومتی است که از ایشان حمایت نموده و پاسخگوی نیازهای آنها باشند. به دنبال توسعه خدمات رفاهی افراد خانواده، برای کودکان و نوجوانان بدسرپرست و بی سرپرست نیز قوانین حمایتی تدوین شده و نهادها و دستگاه های اجرایی در بخش دولتی، و مؤسسات خیریه و انجمن های حمایتی در بخش غیردولتی، بوجود آمده اند که وظیفه آنها کمک به تأمین نیازهای مختلف این کودکان است. مراکز شبه خانواده (مراکز شبانه روزی) یکی از این مراکز حمایت است که برای نگهداری از این کودکان ایجاد شده است. از جمله مسائل مهم این مراکز سلامت اجتماعی نوجوانان مقیم در مراکز

شبه خانواده سازمان بهزیستی است.

باتوجه به اینکه انسان‌ها به‌طور فطری موجوداتی اجتماعی‌اند و برای بقا به ارتباط و تعامل سالم با هم‌نوعان خود نیاز دارند، در پژوهش حاضر شاخص‌های پنج‌گانه سلامت اجتماعی یعنی، انسجام اجتماعی، انطباق اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی و شکوفایی اجتماعی باتوجه به دیدگاه‌های مختلف اندیشمندان علوم اجتماعی به‌ویژه کییز^۱ (۱۹۹۸) برای نوجوانان مقیم مراکز شبه خانواده سازمان بهزیستی مورد بررسی قرار گرفت. سلامت اجتماعی تابعی از عوامل مختلف اجتماعی و فرهنگی است که نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفا می‌کند. چون شرط مهم برای رشد و شکوفایی هر جامعه وجود افراد آگاه، کارآمد و خلاق است (شویچی، کاظمی‌زاده، آل‌بوعلی، آل‌بوعلی، آل‌بوغبیش و صوالح، ۱۳۹۴)، مفهوم سلامت اجتماعی باتوجه به تعاریف و ابعاد گوناگون آن عبارت است از: هماهنگی بین ارزش‌ها، علایق و نگرش‌ها در حوزه عمل افراد در جامعه و در نتیجه برنامه‌ریزی واقع‌بینانه و هدفمند برای زندگی (چایچی‌تبریزی و پارچه‌باف شالی، ۱۳۹۴). سلامت اجتماعی مفهومی است که به ارتباط بین دو مفهوم سلامت و اجتماع اشاره دارد. باتوجه به اینکه اجتماع خود مفهومی اعتباری است و حقیقت خارجی آن منوط به تک‌تک افرادی است که آن را تشکیل داده‌اند، در بررسی اجتماع باید بیش از هر چیز افراد جامعه را مورد مطالعه قرار داد. سلامت اجتماعی هنگامی محقق می‌شود که خانواده‌ها و افراد، از رضایت نسبی برخوردار باشند و هریک از شهروندان در برابر اجتماع خود احساس مسئولیت کنند و سعادت خود را در سلامت اجتماع بدانند (بخاری، شربتیان و طوافی، ۱۳۹۴). لارسون^۲ (۱۹۹۶) معتقد است سلامت اجتماعی شامل پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر و رفتار) است که نشانگر رضایت یا نبودن رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی است. در واقع، سلامت اجتماعی نوعی بهداشت روانی، فردی و اجتماعی است که در صورت تحقق آن شهروندان به انگیزه و روحیه‌ای بانشاط دست می‌یابند و درنهایت جامعه شاداب و سرحال خواهد بود. زندگی سالم محصول تعامل اجتماعی میان انتخاب‌های فردی از سویی و محیط



1. Keyes, C. L. M.
2. Larson, J. S.

اجتماعی و اقتصادی احاطه‌کننده افراد از سوی دیگر است. گلد اسمیت^۱ سلامت اجتماعی را ارزیابی رفتارهای معنادار مثبت و منفی فرد در ارتباط با دیگران می‌داند و آن را یکی از اساسی‌ترین شاخص‌های هر جامعه می‌داند که به کارایی فرد در جامعه منجر خواهد شد. (نیک‌ورز و بیزدان پناه، ۱۳۹۵) زمانی شخص واجد سلامت اجتماعی است که بتواند فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی خود را در حد متعارف بروز و ظهور دهد و با جامعه و هنجارهای اجتماعی احساس پیوند و اتصال کند (سام آرام، ۱۳۸۸). ریشه و مفهوم سلامت اجتماعی را باید در محیط زیست مادی مثبت (باتوجه به موضوعات اقتصادی و اجتماعی) و محیط زیست انسانی مثبت جستجو کرد (وینسترا^۲، ۲۰۰۰، به نقل از هزارجریبی و ارفعی، ۱۳۹۳).

با بررسی ادبیات در حوزه سلامت دو دیدگاه کلی در این مورد شناسایی می‌شود: نخست، دیدگاهی که سلامت اجتماعی را در معنا و مفهوم سلامت عمومی به‌کار می‌برد. این دیدگاه سلامت اجتماعی را شاخص‌هایی می‌داند که توصیف‌کننده عمومی یک جامعه است و به‌همین دلیل به معنای توسعه‌یافتگی کشورها یا جوامعی است که از میزان مطلوبی از این شاخص‌ها برخوردارند. در این دیدگاه به شاخص‌هایی مانند بیمه‌های سلامت، میزان بودجه، شیوع خشونت و جرم، مصرف مواد مخدر، تعداد زندانی‌ها، تعداد افراد بی‌خانمان، سرانه‌های آموزشی و بهداشتی، نرخ شیوع بیماری و... توجه می‌شود. دیدگاه دوم در مورد سلامت اجتماعی ناظر به رفتارهای سلامت شهروندان است و کنشی جمعی تلقی می‌شود که هم بر جامعه اثرگذار است و هم از جامعه اثر می‌پذیرد. رفتارهای سلامت شامل عادت‌های غذایی، ورزش و تحرک، مصرف سیگار، الکل و... است (هیپا^۳، ۲۰۱۰، به نقل از امینی، شهنی بیلاق و حاجی‌یخچالی، ۱۳۹۹). دیدگاه اول را می‌توان با عنوان رویکرد عام معرفی کرد که دیدگاه مورد نظر نهادهای برنامه‌ریزی و سازمان بهداشت جهانی است.

دیدگاه دوم، بیان‌کننده کیفیاتی ذهنی و روان‌شناختی است که ظرفیت‌های ایجاد تعامل سالم و سازنده را برای فرد ایجاد می‌کند. در این دیدگاه می‌توان به نظریه سلامت روان‌شناختی ریف، سلامت اجتماعی کیز و نظریه سرمایه روان‌شناختی مثبت اشاره کرد.

1. Goldsmith
2. Winstra
3. Hippa



(کیبز، ۱۹۹۸) از این نظر، سلامت اجتماعی با شاخص‌هایی مانند میزان ارتباطات و تعاملات فردی، مهارت‌های اجتماعی، سازگاری، انطباق با محیط و غیره مشخص می‌شود. در این رویکرد، سلامت اجتماعی یکی از ابعاد سلامت است. تعریف پیش‌گفته کیبز نیز در این سطح قرار می‌گیرد که شاید بتوان آن را سطح خرد سلامت اجتماعی در نظر گرفت. این دیدگاه، به فرایند و چگونگی حفظ سلامت اجتماعی در افراد توجه دارد.

سلامت اجتماعی یا حداقل نبود آن، نگرانی مهمی در نظریه‌های کلاسیک جامعه‌شناسی است. دورکیم معتقد است که یکپارچگی و همبستگی اجتماعی از جمله مزایای بالقوه زندگی عمومی است؛ یعنی احساس تعلق وابستگی، درک آگاهی مشترک و داشتن سرنوشت جمعی. این مزایای زندگی اجتماعی اساس و بنیانی برای تعریف جهانی و کلی از سلامت اجتماعی است. (کیبز، ۱۹۹۸) چگونگی انفصال فرد از نظم جمعی و نابسامانی در سیستم‌های هنجاری، شاخصی است که در تئوری نابسامانی دورکیم^۱ مورد توجه قرار گرفته است. دورکیم نابهنجاری را به مفهوم نبود اجماع میان فرد و جامعه درباره اهداف اجتماعی و انتظارات جمعی و آنچه جامعه با عنوان الگوهای رفتار برای اعضای خود متصور شده است، به کار می‌برد. وی دو نوع آنومی^۲ را در این مورد تشخیص می‌دهد: یکی در سطح فردی و دیگری در سطح اجتماعی. آنومی در سطح فردی یا آنومی^۳ نوعی احساس فردی از بی‌هنجاری و نشان‌دهنده حالت فکری است که در آن احساسات فرد نسبت به خود وی سنجیده می‌شود. چنین حالتی همراه با اختلالاتی درون فرد بوده و او با نوعی احساس نابهنجاری، پوچی و بی‌قدرتی مواجه می‌شود. آنومی در سطح اجتماعی، بیان‌کننده نوعی اختلال و بی‌هنجاری جمعی است که در آن احساسات فرد با توجه به سیستم اجتماعی سنجیده می‌شود. زمانی که توازن اجتماعی وجود ندارد، فرد وسیله لازم برای تنظیم رفتار خود و تطبیق آن با معیارهای اجتماعی مقرر و نیز احساس حمایت جمعی و پشتیبانی اجتماعی ندارد. براین اساس، عوامل اجتماعی یکسانی بر هر دو نوع نابسامانی مؤثرند؛ یعنی جامعه بیمار، افراد بیمار تولید می‌کند و وفور این افراد در جامعه، به بیمار شدن جامعه منتهی می‌شود (نیک‌ورز و بیزدان پناه، ۱۳۹۴).

1. Durkheim
2. Anomie
3. Anomia

۱-۱. نظریه سلامت اجتماعی کیبز

سلامت اجتماعی یا حداقل فقدان آن یک نگرانی مهم در نظریه کلاسیک جامعه‌شناسی است. از نظر تجربی این موضوع ریشه در ادبیات جامعه‌شناسی مربوط به ناهنجاری و بیگانگی اجتماعی دارد. از نظر دورکیم یکپارچگی و همبستگی اجتماعی از مزایای بالقوه زندگی عمومی است؛ یعنی یک احساس تعلق و وابستگی درک آگاهی مشترک و داشتن سرنوشت جمعی. این مزایای زندگی اجتماعی، اساس و بنیان تعریف جهانی و کلی از سلامت اجتماعی است. (کیبز، ۱۹۹۸) از دیدگاه کیبز، سلامت اجتماعی شامل عناصر متعددی است که در کنار یکدیگر نشان می‌دهند افراد چگونه و در چه درجه‌ای در زندگی اجتماعی خود در جایگاه همسایه، همکار و همشهری، خوب عمل می‌کنند. کیبز سلامت اجتماعی را این‌گونه تعریف می‌کند: چگونگی ارزیابی و شناخت فرد از عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که عضوی از آنهاست (کخدایی و لطفی، ۱۳۹۲). طبق نظر کیبز، سلامت اجتماعی ترکیبی از چند عامل است که در مجموع نشان می‌دهند چقدر یک شخص در زندگی اجتماعی‌اش عملکرد خوبی دارد. وی معتقد است که بهزیستی اساس و بنیان اجتماعی دارد و به این ترتیب، سلامت اجتماعی را ارزیابی شرایط و عملکرد فرد در جامعه تعریف می‌کند و عملکرد خوب در زندگی، چیزی بیش از سلامت جسمی و روانی است و چالش‌های اجتماعی را در بر می‌گیرد. همچنین وی معتقد است که بین سلامت اجتماعی با رفتارهای اجتماع پسند و مسئولیت‌پذیری در جامعه و جایگاه اجتماعی، رابطه مثبتی وجود دارد (سام‌آرام، ۱۳۸۸). سلامت اجتماعی زمانی عملکرد خوبی دارد که فرد زندگی را به صورت مجموعه‌ای معنی‌دار، قابل فهم و بالقوه برای رشد و شکوفایی دانسته و احساس کند که به جامعه تعلق دارد، از طرف جامعه پذیرفته می‌شود و در پیشرفت آن سهیم است. سلامت اجتماعی در این مفهوم، بازتاب درک افراد از تجربیاتشان در محیط اجتماعی است که به صورت یک مجموعه معنی‌دار، قابل فهم، دارای نیروی بالقوه برای رشد و شکوفایی همراه با این احساس است که متعلق به جامعه می‌باشد و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهیم می‌داند (کیبز و شاپیرو، ۲۰۰۴).



کییز، در سال ۱۹۹۸، مؤلفه‌های شکوفایی اجتماعی، مشارکت اجتماعی، یکپارچگی اجتماعی (انسجام اجتماعی)، پیوستگی اجتماعی (همبستگی اجتماعی) و پذیرش اجتماعی را با عنوان ابعاد سلامت اجتماعی مطرح نمود.

یکپارچگی اجتماعی^۱ به معنی ارزیابی فرد از کیفیت روابط متقابلش در جامعه و گروه‌های اجتماعی است. افراد سالم احساس می‌کنند که بخشی از جامعه هستند، بنابراین یکپارچگی اجتماعی گسترده‌ای است که مردم احساس می‌کنند با دیگران وجه مشترکی دارند و به جامعه و گروه‌های اجتماعی تعلق دارند. این مفهوم در برابر بیگانگی و انزوای اجتماعی سیمن و آگاهی طبقاتی مارکس قرار می‌گیرد. (کییز، ۱۹۹۸) منظور از یکپارچگی اجتماعی، ارزیابی یک فرد با در نظر گرفتن کیفیت همراهی او با جامعه اطرافش است و احساس تعلق می‌تواند جنبه‌ای محوری از سلامت باشد. بنابراین، یکپارچگی با دیگران در محیط و جامعه اطراف می‌بایست حاصل یک تجربه مشترک مشابه با دیگران باشد. آنتونوفسکی^۲ معتقد است که احساس انسجام در وجود فرد می‌تواند نشانه‌ای برای او باشد؛ افرادی که از انسجام برخوردارند تلاش می‌کنند هنگام مواجهه با رویدادهای غیرقابل پیش بینی، انسجام خود را حفظ کنند. انسجام اجتماعی درک فرد از کیفیت جهان اجتماعی خود و شیوه سازماندهی و عملکرد آن است (کییز، ۱۹۹۸) که این مقوله با قابلیت معنابخشی به وجود شخص است (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴). افرادی که سالم‌ترند به ماهیت جهان اجتماعی خود علاقه‌مندند و می‌توانند شیوه عملکرد آن را درک کنند. افراد سالم احساس می‌کنند که جزئی از جامعه‌اند، بنابراین یکپارچگی اجتماعی میان احساس اشتراک فرد با دیگرانی است که واقعیت اجتماعی او را می‌سازند و به جامعه خود تعلق دارند. از نظر دورکیم هماهنگی اجتماعی و سلامت اجتماعی بازتابی از ارتباط افراد با یکدیگر از طریق هنجارهاست. سیمن^۳ معتقد است که بیگانگی فرهنگی عبارت است از: گسست فرد و جامعه، طرد جامعه و یا این نگرش که جامعه نمی‌تواند انعکاسی از ارزش‌ها و سبک‌های فرهنگی فرد باشد. انزوای اجتماعی عبارت است از: خدشه‌دار شدن روابط فرد که به

1. Social Integration
2. Antonovsky
3. Siemens

زندگی او معنا می دهند و نقش حمایتی برای او دارند (درخشان نیا، رفیعی، خانکه، اقلیما و رهگذر، ۱۳۹۴). مشارکت اجتماعی^۱: سهم داشت اجتماعی بیانگر ارزیابی فرد از ارزش اجتماعی خود است. کسانی که سطح مطلوبی از این بعد را دارند، معتقدند که عضو مهمی در اجتماع هستند و چیزهای ارزشمندی برای ارائه به دیگران دارند. سهم داشت اجتماعی نشان دهنده آن است که چگونه و تا چه حد مردم احساس می کنند که آنچه آنها در جهان انجام می دهند برای جامعه مهم و ارزشمند است و کمک اجتماعی تلقی می شود. (کبیز و شاپیرو، ۲۰۰۴) ایفای سهم اجتماعی عبارت است از: ارزیابی ارزش اجتماعی که فرد دارد و شامل این عقیده است که آیا فرد جزئی مهم از جامعه است و چه ارزشی را به جهان خود اضافه می کند. ایفای سهم اجتماعی با مفاهیم بازدهی و مسئولیت پذیری شباهت دارد. بازدهی فردی بدین معناست که فرد عقیده داشته باشد می تواند رفتار خاصی را از خود نشان دهد و به اهداف ویژه ای برسد. مسئولیت اجتماعی عبارت است از: تعیین الزامات فردی برای نقش آفرینی در جامعه (رفیعی، و همکاران، ۱۳۹۴). این بعد از سلامت اجتماعی معرف این است که این افراد فکر می کنند آنچه که انجام می دهند برای جامعه ارزشمند است یا نه؟ کبیز (۱۹۹۸) معتقد است که ایفای سهم اجتماعی، با مفهوم کارآمدی شخصی که باندورا^۲ (۱۹۷۷) مطرح می کند همپوشانی دارد و نیز می تواند نوعی مسئولیت اجتماعی تلقی شود؛ تلقی فرد از ارزشی که در جامعه می تواند داشته باشد.

پذیرش اجتماعی^۳ به معنی تفسیر فرد از جامعه و ویژگی های دیگران است. افرادی که دارای این بعد از سلامت اجتماعی هستند، اجتماع را به صورت مجموعه ای از افراد مختلف درک می کنند و دیگران را با همه نقض ها و جنبه های مثبت و منفی ای که دارند، می پذیرند و به دیگران اعتماد و اطمینان دارند. (کبیز و شاپیرو، ۲۰۰۴)

پیوستگی اجتماعی^۴ یعنی، اعتقاد به اینکه اجتماع قابل فهم، منطقی و قابل پیش بینی است. افرادی که از نظر اجتماعی سالم اند نه فقط درباره نوع جهانی که در آن زندگی می کنند، بلکه درباره آنچه اطرافشان رخ می دهد علاقه مند بوده و احساس می کنند قادر به

1. Social Participation
2. Bandura, A.
3. Social Acceptance
4. Social Coherence

فهم وقایع اطرافشان هستند. این مفهوم در مقابل بی‌معنایی در زندگی است و در حقیقت درکی که فرد نسبت به کیفیت، سازمان‌دهی و اداره دنیای اجتماعی اطراف خود دارد. (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴)

شکوفایی اجتماعی^۱ یعنی، ارزیابی پتانسیل‌ها و مسیر تکامل جامعه و باور به اینکه اجتماع در حال یک تکامل تدریجی است و توانمندی‌های بالقوه‌ای برای تحول مثبت دارد. این افراد به آینده جامعه امیدوارند و معتقدند که خود و دیگران از پتانسیل‌هایی برای رشد اجتماعی بهره‌مندند و جهان می‌تواند برای آنها و دیگران بهتر شود. (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴) منظور از شکوفایی اجتماعی ارزیابی پتانسیل و خط سیر جامعه است و شامل درک افراد از این موضوع است که آنها هم از رشد اجتماعی سود خواهند برد. همچنین درک این موضوع که نهادها و افراد حاضر در جامعه در حال شکوفایی‌اند که نوید توسعه بهینه را می‌دهد، هرچند این امر برای همه افراد درست نیست. درحالی‌که خودمختاری یعنی، حس کنترل شخصی بر سرنوشت خویش. شکوفایی اجتماعی دربرگیرنده این درک است که جامعه کنترل آینده خود را در دست دارد. با توجه به دیدگاه‌های کییز، این مفهوم خصوصیت مشترکی با مفهوم خودشناسی مازلو دارد و نیز بی‌ارتباط با تأکید ریف بر رشد فردی نیست. شکوفایی اجتماعی انعکاس میزان کارکرد مناسب افراد است که حاصل و ثمره استقبال آنها از تجربیات جدید و رشد مداوم است.

نتیجه جستجو در بانک‌های اطلاعات و کتابخانه‌ها حاکی از آن است که تاکنون در مورد سلامت اجتماعی کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست مقیم در مراکز شبانه‌روزی تحت نظارت سازمان بهزیستی مطالعه و پژوهشی انجام نشده است، اما در موضوع سلامت اجتماعی کودکان مقیم شبانه‌روزی پژوهش‌هایی انجام شده است. برای مثال نویدزاده قادری ثانوی و عرشی (۱۴۰۱) در پژوهش خود نشان دادند که آموزش مهارت حل مسئله با رویکرد توانمندسازی مددکاری اجتماعی، تأثیر معناداری بر سطح درک ارزش‌های دختران ساکن در مراکز شبانه‌روزی داشته است و می‌تواند روشی مؤثر برای ارتقای سطح سازگاری فردی این دختران باشد. عادلین راسی، نصیری و مرشدی (۱۴۰۰) نیز در پژوهش خود نشان دادند که مداخله مددکاری اجتماعی بر شیوه مقابله و همدلی پسران مقیم مراکز

1. Social flourishing

شبانه‌روزی تأثیر داشته است. خدابخشی کولایی، فلسفی نژاد و اشرفی اصفهانی (۱۳۹۸) در پژوهش خود نشان دادند که مداخله آموزش مدیریت خشم که متناسب با بافت و نوع زندگی نوجوانان پسر مقیم در مرکز شبانه‌روزی سازمان بهزیستی به کاهش پرخاشگری و اضطراب اجتماعی آنها منجر شد. یافته‌های پژوهش بهروزی فر، چیت‌ساز و محمدی (۱۳۹۸) نیز در مطالعه تجربه زیسته کودکان و نوجوانان بدسرپرست از زندگی در مراکز نگهداری شبانه‌روزی حاکی از درک پیچیده‌ای از زندگی در مراکز شبانه‌روزی توسط این نوجوانان بود. این افراد با وجود محدودیت و نظارت زیاد در این مراکز از زندگی خود رضایت داشتند، اما حضور در این مراکز را منشأ آینده‌ای مبهم برای خود می‌دانستند و درخواست شادی بیشتر، حمایت و پذیرش در جامعه را داشته و نسبت به خانواده خود احساسی دوگانه از دل‌تنگی و ناراحتی داشتند. مرادی، و همکاران (۱۳۹۳) نیز در بررسی سلامت اجتماعی کودکان کار مراجعه‌کننده به مراکز مردم‌نهاد حمایت از حقوق کودکان به این نتیجه رسیدند که سلامت اجتماعی کودکان کار وضعیت مطلوبی ندارد.

سلامت اجتماعی ازسویی افراد معلول عوامل متعدد اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی است و یکی از شاخص‌های توسعه جوامع به‌شمار می‌رود و ازسوی دیگر می‌تواند در توسعه جامعه نقش اساسی ایفا کند. (کلابی، ۱۳۹۳) تحقق سلامت اجتماعی نوجوانان مقیم مراکز شبه‌خانواده میزانی از آگاهی، مسئولیت‌پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه این نوجوانان با مراکز شبه‌خانواده و نیز همکاری سازمان بهزیستی را در تأمین، حفظ و ارتقای سلامت اجتماعی این مراکز می‌طلبد. داشتن سلامت اجتماعی مطلوب برای نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ ساله مقیم مراکز شبانه‌روزی که به زودی وارد سن جوانی شده، از این مراکز خارج خواهند شد و زندگی مستقلی را شروع خواهند کرد، بسیار ضروری است. براین اساس، در پژوهش حاضر برای پاسخ به این سؤال که وضعیت سلامت اجتماعی نوجوانان مقیم مراکز شبه‌خانواده چگونه است، انجام شد و شاخص‌های سلامت اجتماعی و رفاه ایشان مورد بررسی قرار گرفت. انتظار می‌رود پژوهش حاضر بتواند زمینه شناخت وضعیت موجود این نوجوانان و نیز راهکارهای ارتقای سلامت اجتماعی ایشان را فراهم نماید.

۲. شیوه اجرای پژوهش

۲-۱. روش پژوهش

پژوهش حاضر به روش غیرآزمایشی از نوع همبستگی انجام شد. اطلاعات به دست آمده به روش آزمون تک نمونه‌ای کولموگروف-اسمیرنوف، همبستگی رتبه‌ای اسپیرمن و همبستگی پیرسون و با استفاده از نرم افزار SLSS نسخه ۲۶ تجزیه و تحلیل شد.

۲-۲. جامعه و نمونه آماری

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ سال مقیم مراکز شبه خانواده سازمان بهزیستی در شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بود که در زمان اجرای پژوهش تعداد ایشان ۱۱۶ نفر بود. کلیه افراد جامعه به صورت تمام شماری وارد پژوهش شدند.

۲-۳. ابزار گردآوری اطلاعات

پرسش نامه سلامت اجتماعی کیبیز (۱۹۹۸): این پرسش نامه دارای ۳۳ گویه در طیف پنج درجه‌ای لیکرت است و دارای ۵ خرده مقیاس می باشد که عبارتند از: انطباق اجتماعی، انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پذیرش اجتماعی. این پرسش نامه براساس مدل نظری کیبیز از سازه بهزیستی اجتماعی طراحی شده است و مقیاس عمومی در روان شناسی سلامت اجتماعی است که برای تعیین میزان سلامت و بهزیستی اجتماعی به کار می رود. پرسش نامه بهزیستی اجتماعی کیبیز برای اولین بار توسط صفاری نیا و تبریزی (۱۳۹۳) به زبان فارسی ترجمه شد که پایایی آن در پژوهش ایشان با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل پرسش نامه برابر با ۰/۸۵ به دست آمد که رضایت بخش است.

۳. یافته های پژوهش

تعداد پاسخگویان به پرسش نامه ۱۱۶ نفر بود؛ ۶۴ نفر دختر، معادل ۵۵٪ و ۵۲ نفر پسر، معادل ۴۵٪ جامعه آماری.

جدول ۱

گستره سنی نوجوانان شرکت‌کننده در پژوهش

سن	۱۸	۱۷	۱۶	۱۵	۱۴	۱۳	۱۲-۱۳	جمع کل
تعداد	۳۷	۲۲	۲۴	۸	۹	۱۴	۲	۱۱۶

جدول ۲

گستره سطح تحصیلی نوجوانان شرکت‌کننده در پژوهش

جمع	سطح تحصیلی				
	ابتدایی	راهنمایی	دبیرستان	دیپلم	دانشجو
۱۱۶	۱۷	۴۰	۳۵	۱۸	۶
%۱۴/۶۵	%۳۴/۴۸	%۳۰/۲۰	%۱۵/۵۱	%۵/۱۶	%۱۰۰

جدول ۳

مدت اقامت نوجوانان شرکت‌کننده در پژوهش در مراکز شبه خانواده

سال	۱۸	۱۷	۱۶	۱۵	۱۴	۱۳	۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱
تعداد (نفر)	۳	۲	۰	۴	۵	۸	۱۲	۱	۱۰	۸	۹	۱۳	۴	۴	۵	۸	۴	۱۶

میانگین حضور نوجوانان شرکت‌کننده در پژوهش در مراکز شبه خانواده حدود ۸ سال بود.

جدول ۴

نوع و تعداد حامیان، اقوام و بستگان نوجوانان شرکت‌کننده در پژوهش

حمایت اجتماعی	حامی		اقوام و بستگان	
	دارد	ندارد	دارد	ندارد
تعداد	۲۵	۹۱	۸۹	۲۷
درصد	%۲۱/۵۵	%۷۸/۴۴	%۷۶/۷۲	%۲۳/۲۷

اطلاعات جدول ۴ نشان دهنده دو نکته است: نخست اینکه تعداد کودکان بی سرپرست واقعی کمتر از تعداد افراد بدسرپرست است. نکته دوم اینکه شناسایی خانواده و اقوام نشان دهنده وجود پیوندهای اجتماعی در جامعه و تلاش مددکاران اجتماعی برای بهره‌مندی از این حمایت‌هاست. هرچند این حمایت ضعیف بوده و یا آسیب‌هایی را برای جامعه هدف ایجاد کند، پیوندی است که می‌تواند رضایت درونی را برای خروج نوجوانان از مراکز شبه خانواده و ورود به جامعه به عنوان حمایت اجتماعی ایجاد کند.

جدول ۵

علائم استفاده شده برای متغیرهای پژوهش

سلامت اجتماعی نوجوانان مقیم مراکز شبه خانواده = Z	
انسجام اجتماعی = ۱ Z	انطباق اجتماعی = ۲ Z
پذیرش اجتماعی = ۳ Z	مشارکت اجتماعی = ۴ Z
شکوفایی اجتماعی = ۵ Z	

جدول ۶

آزمون آزمون کولموگروف - اسمیرنوف

تعداد	شکوفایی اجتماعی	مشارکت اجتماعی	پذیرش اجتماعی	انطباق اجتماعی	انسجام اجتماعی	سلامت اجتماعی
۱۱۶	۱۱۶	۱۱۶	۱۱۶	۱۱۶	۱۱۶	۱۱۶
۲۱/۰۲۵۹	۱۸/۵۵۱۷	۱۹/۸۸۷۹	۲۱/۶۳۷۹	۱۸/۸۱۹۰	۱۰۲/۷۵۰	میانگین پارامتر طبیعی
۳/۳۶۲۳	۲/۸۱۴۰	۳/۲۰۵۳	۴/۲۷۰۰	۲/۸۰۸۶	۱۰/۱۶۸۹	انحراف معیار (استاندارد)
۰/۱۳۲	۰/۱۲۱	۰/۱۲۴	۰/۱۰۸	۰/۱۱۳	۰/۱۰۶	بیشترین تفاوت ها
۰/۱۳۲	۰/۱۲۱	۰/۰۸۱	۰/۱۰۸	۰/۱۱۳	۰/۱۰۶	مثبت
۰/۰۶۷	۰/۱۱۰	۰/۱۲۴	۰/۰۷۰	۰/۱۱۲	۰/۰۶۵	منفی
۱/۴۲۶	۱/۳۰۱	۱/۳۳۲	۱/۱۵۹	۱/۲۱۶	۱/۱۴۴	کولموگروف - اسمیرنوف سلامت اجتماعی
۰/۰۳۴	۰/۰۶۵	۰/۰۵۸	۰/۱۳۶	۰/۱۰۴	۰/۱۴۶	سطح معنی داری (مقدار آزمون دوطرفه)

آزمون کولموگروف - اسمیرنوف رای سنجش نرمال بودن توزیع داده‌ها انجام شد. باتوجه به جدول ۶ برونداد آزمون کولموگروف - اسمیرنوف داده‌های آماری مربوط به متغیرهای Z_1, Z_2, Z_3, Z_4 دارای توزیع نرمال است؛ زیرا مقادیر مربوط به سطح معناداری مشاهده شده برای متغیرهای Z_1, Z_2, Z_3, Z_4 از مقدار عددی سطح تشخیص $\alpha=5\%$ ، کوچک تر نیست. یعنی داده‌های مربوطه دارای توزیع نرمال هستند. اما داده‌های مربوط به متغیر Z_5 دارای سطح معناداری $\text{sig}=0.34$ است که از مقدار $\alpha=0.5$ کوچک تر است، بنابراین داده‌های متغیر Z_5 دارای توزیع نرمال نیست.



جدول ۷

آزمون تک نمونه‌ای کولموگروف - اسمیرنوف

نتیجه آزمون	Sig	متغیر	نتیجه آزمون	Sig	متغیر
دارای توزیع نرمال	۰۵۸/۰	۳ Z	دارای توزیع نرمال	۱۴۶/۰	Z
دارای توزیع نرمال	۰۶۸/۰	۴ Z	دارای توزیع نرمال	۱۰۴/۰	۱ Z
عدم توزیع نرمال	۰۳۴/۰	۵ Z	دارای توزیع نرمال	۱۳۶/۰	۲ Z

جدول ۸

آزمون رتبه‌ای اسپیرمن بین سلامت اجتماعی و انسجام اجتماعی نوجوانان مقیم مراکز شبه خانواده

		سلامت اجتماعی	انسجام اجتماعی
سلامت اجتماعی	ضریب همبستگی	۱/۰۰۰	۰/۵۴۲
	سطح معنی داری (مقدار آزمون دوطرفه)		۰۰۰
	تعداد	۱۱۶	۱۱۶
انسجام اجتماعی	ضریب همبستگی	۰/۵۴۲	۱/۰۰۰
	سطح معنی داری (مقدار آزمون دوطرفه)	/۰۰۰	
	تعداد	۱۱۶	۱۱۶

با توجه به جدول ۸، می‌توان گفت که چون مقدار عددی سطح معناداری مشاهده شده در sig برابر صفر است و از مقدار سطح تشخیصی $\alpha = ۰/۰۱$ کوچک‌تر است، بین سلامت اجتماعی و انسجام اجتماعی نوجوانان مقیم مراکز شبه خانواده ارتباط مثبت معنی داری وجود دارد (ضریب همبستگی = $۰/۵۴۲$).

جدول ۹

آزمون رتبه‌ای اسپیرمن بین سلامت اجتماعی و انطباق اجتماعی نوجوانان مقیم مراکز شبه خانواده

		سلامت اجتماعی	انطباق اجتماعی
سلامت اجتماعی	ضریب همبستگی	۱/۰۰۰	۰/۳۹۵
	سطح معنی داری (مقدار آزمون دوطرفه)		۰۰۰
	تعداد	۱۱۶	۱۱۶
انطباق اجتماعی	ضریب همبستگی	۰/۳۹۵	۱/۰۰۰
	سطح معنی داری (مقدار آزمون دوطرفه)	/۰۰۰	
	تعداد	۱۱۶	۱۱۶

باتوجه به اطلاعات جدول ۹ چون مقدار عددی سطح معناداری مشاهده شده در sig برابر صفر است و چون این مقدار از سطح تشخیصی $\alpha = ۰/۰۱$ کوچک‌تر است، می‌توان

گفت که بین سلامت اجتماعی و انطباق اجتماعی نوجوانان مقیم مراکز شبه خانواده رابطه مثبت معناداری وجود دارد (ضریب همبستگی = 0.395).

جدول ۱۰

آزمون رتبه‌ای اسپیرمن بین سلامت اجتماعی و پذیرش اجتماعی نوجوانان مقیم مراکز شبه خانواده

		سلامت اجتماعی	پذیرش اجتماعی
سلامت اجتماعی	ضریب همبستگی	$1/000$	$0/590$
	سطح معنی داری (مقدار آزمون دوطرفه)		000
	تعداد	۱۱۶	۱۱۶
پذیرش اجتماعی	ضریب همبستگی	$0/590$	$1/000$
	سطح معنی داری (مقدار آزمون دوطرفه)	$/000$	
	تعداد	۱۱۶	۱۱۶

باتوجه به اطلاعات جدول ۱۰ چون مقدار عددی سطح معناداری مشاهده شده در sig برابر صفر است و از مقدار سطح تشخیصی $\alpha=1\%$ کوچک تر است، می توان گفت که بین دو متغیر سلامت اجتماعی و پذیرش اجتماعی نوجوانان مقیم مراکز شبه خانواده رابطه معنادار مثبت وجود دارد (ضریب همبستگی = 0.590).

جدول ۱۱

آزمون رتبه‌ای اسپیرمن بین سلامت اجتماعی و مشارکت اجتماعی نوجوانان مقیم مراکز شبه خانواده

		سلامت اجتماعی	مشارکت اجتماعی
سلامت اجتماعی	ضریب همبستگی	$1/000$	$0/476$
	سطح معنی داری (مقدار آزمون دوطرفه)		000
	تعداد	۱۱۶	۱۱۶
مشارکت اجتماعی	ضریب همبستگی	$0/476$	$1/000$
	سطح معنی داری (مقدار آزمون دوطرفه)	$/000$	
	تعداد	۱۱۶	۱۱۶

باتوجه به اطلاعات جدول ۱۱ چون مقدار عددی سطح معناداری مشاهده شده در sig برابر صفر محاسبه شده است و از مقدار سطح تشخیصی $\alpha=1\%$ کوچک تر است، می توان گفت که بین دو متغیر سلامت اجتماعی و مشارکت اجتماعی نوجوانان مقیم مراکز شبه خانواده رابطه معنادار مثبت وجود دارد (ضریب همبستگی = 0.476).



آزمون رتبه‌ای اسپیرمن بین سلامت اجتماعی و شکوفایی اجتماعی نوجوانان مقیم مراکز شبه خانواده

		سلامت اجتماعی	شکوفایی اجتماعی
سلامت اجتماعی	ضریب همبستگی	۱/۰۰۰	۰/۶۲۷
	سطح معنی داری (مقدار آزمون دوطرفه)		۰۰۰
	تعداد	۱۱۶	۱۱۶
شکوفایی اجتماعی	ضریب همبستگی	۰/۶۲۷	۱/۰۰۰
	سطح معنی داری (مقدار آزمون دوطرفه)	/۰۰۰	
	تعداد	۱۱۶	۱۱۶

باتوجه به اطلاعات جدول ۱۲ چون مقدار عددی سطح معناداری مشاهده شده در sig برابر صفر محاسبه شده است و از مقدار سطح تشخیصی $\alpha=1\%$ کوچک تر است، می توان گفت که بین دو متغیر سلامت اجتماعی و شکوفایی اجتماعی نوجوانان مقیم مراکز شبه خانواده رابطه مثبت معنادار وجود دارد (ضریب همبستگی = 0.627).

۴. بحث و نتیجه گیری

مراکز شبه خانواده سازمان بهزیستی که کودکان و نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست در آنها نگهداری می شوند از جمله واحدهای مهم و قابل توجه در سازمان بهزیستی است. از جمله مسائل مهم و مورد توجه در این مراکز، سلامت اجتماعی نوجوانان مقیم در آن است. پژوهش حاضر با هدف بررسی سطح سلامت اجتماعی نوجوانان مقیم این مراکز و ارتباط آن با شاخص های پنج گانه سلامت اجتماعی یعنی، انسجام اجتماعی، انطباق اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی و شکوفایی اجتماعی انجام شد. باتوجه به نتایج، وضعیت سلامت اجتماعی نوجوانان مقیم مراکز شبه خانواده با نظریه دورکیم همسوست. از نظر دورکیم هرچه احساس نزدیکی، پیوند فرد و ارتباط و حمایت با گروهش قوی تر باشد، احتمال به خطر افتادن سلامتی وی کاهش می یابد. براین اساس، هوگی (۱۹۹۹) بیان می دارد که هر ارتباطی که فرد در زندگی خود برقرار می کند شامل حمایت هایی است که از خانواده، دوستان و یا جامعه دریافت می کند و همه اینها به طور مستقیم بر سلامت او تأثیر می گذارد. مطالعات نشان می دهد که مشارکت اجتماعی پایین و فقدان حمایت اجتماعی، اثرات منفی بر سلامت افراد دارد. بنابراین، مراکز شبه خانواده می تواند



تأمین‌کننده سلامت اجتماعی نوجوانان مقیم آن بوده و شرایط ارتباطی با دوستان و جامعه را فراهم نماید و کمبود فضای عاطفی و ارتباطی خانواده را نیز برای ایشان جبران کند. نتایج پژوهش حاضر با پژوهش نویدزاده، قادری و عرشی (۱۴۰۱) که نشان می‌دهد آموزش مهارت حل مسئله با رویکرد توانمندسازی مددکاری اجتماعی می‌تواند روشی موثر برای ارتقای سطح سازگاری فردی دختران ساکن در شبانه روزی باشد، همسوست. همچنین نتایج پژوهش حاضر با پژوهش بهروزی، چیت‌ساز، محمدی (۱۳۹۸) که نشان می‌دهد دختران ساکن مراکز شبه‌خانواده با وجود محدودیت و نظارت زیاد در این مراکز از زندگی خود رضایت داشتند، همسو می‌باشد. پژوهش علیزاده، راهب، میرزایی و حسین‌زاده (۱۳۹۷) نشان می‌دهد نوجوانان پسر بی‌سرپرست و بدسرپرست در طول دوران زندگی در مراکز شبانه‌روزی تنیدگی و تنش‌های بسیاری متحمل می‌شوند؛ آنها جایگاه اجتماعی منفی را تجربه می‌کنند که کسب موفقیت را برای آنان دشوار و به‌آرزوی همیشگی تبدیل می‌شود. براین اساس، آموزش کفایت اجتماعی که موجب ارتقای مهارت‌ها، افزایش ظرفیت برای انطباق نوجوانان با موقعیت‌های مختلف و برخورد آنان با مشکلات می‌شود، برای نوجوانان مقیم مراکز شبه‌خانواده ضروری است.

رجبی، بگیان مرز، بختی و کریمی‌نژاد (۱۳۹۶) در پژوهشی با عنوان مقایسه شاخص‌های سلامت روان در کودکان بی‌سرپرست نگهداری شده در مراکز با کودکان سپرده شده نزد اقوام در استان لرستان نشان دادند که فقدان خانواده سبب می‌شود کودکان از بسیاری از تجارب مفید و یادگیری‌های سالم محروم شوند و این خلاء می‌تواند تغییراتی را در رفتار آنها ایجاد و زمینه بروز اختلالات و آسیب‌هایی همچون افسردگی، گوشه‌گیری و اضطراب یا بروز اختلالات شدید روانی را فراهم نماید. از این رو، حضور در محیط گرم و دوستانه خانواده سبب ایجاد روابط عاطفی مطلوب بین افراد شده و سلامت روان آنها را به‌دنبال خواهد داشت. فقدان دریافت حمایت عاطفی از طرف والدین سبب کج‌روی‌های اجتماعی و مشکلات روان‌شناختی و تزلزل سلامت روانی می‌گردد. این نتایج با نتایج پژوهش حاضر درمورد ارتباط سلامت اجتماعی با حمایت اجتماعی و لزوم ارتباط با خانواده زیستی و اقوام و بستگان همسوست.

پیشنهاد می‌شود برای رسیدن به تحلیل‌ها و برنامه‌ریزی دقیق‌تر برای افزایش سلامت اجتماعی کودکان مقیم مراکز شبه‌خانواده پژوهش‌های مقایسه‌ای درمورد آسیب‌شناسی مشکلات کودکان و نوجوانان مقیم شبه‌خانواده با سایر روش‌های مراقبت از کودکان بی‌سرپرست یا بدسرپرست مثل خانواده‌های جایگزین و فرزندخواندگی انجام شود تا بهترین و کارآمدترین روش شناسایی شود.

پیشنهاد می‌شود براساس نظر مسئولین و کارشناسان شاغل در این مراکز که حضور نیروی‌های متخصص تربیتی در این مراکز بسیار لازم و ضروری است؛ آموزش و تربیت متخصصین حوزه کودک و نوجوان ویژه مراکز شبه‌خانواده در دستور کار متولیان قرار می‌گیرد. هرچند مراکز شبه‌خانواده برای نگهداری کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست از رهاشدگی آنها در جامعه بسیار مطلوب‌تر است، زندگی در این مراکز نیز همواره آسیب‌هایی را به دنبال دارد. براین اساس، شناسایی آسیب‌ها و چالش‌های خانواده زیستی و نیز شناسایی راهکارهای کاهش این آسیب‌ها از حضور کودکان و نوجوانان در مراکز شبه‌خانواده می‌کاهد. براین اساس، لازم است پژوهش‌های طولی مستمری در این مورد انجام شد.

در نهایت از اعضای هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی به‌ویژه جناب آقای دکتر طهمورث شیرینی و جناب آقای دکتر رضاعلی محسنی که حامی علمی و معنوی پژوهش حاضر بودند قدردانی می‌شود.

فهرست منابع

۱. امینی، مرضیه،، شهینی بیلاق، منیجه،، و حاجی یخچالی، علیرضا (۱۳۹۹)، رابطه علی‌سرمایه روان‌شناختی با بهزیستی روان‌شناختی و عملکرد تحصیلی با میانجیگری سرمایه اجتماعی. *پژوهش‌نامه روان‌شناسی مثبت*، ۱۶-۱، (۲)۶.
۲. بخارایی، احمد،، شربتیان، محمدحسن،، وطوافی، پویا (۱۳۹۴). مطالعه جامعه‌شناختی رابطه نشاط با سلامت اجتماعی (نوجوانان ۱۸ تا ۲۰ سال شهرستان ملایر). *نشریه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، (۷)۲۵، ۱-۴۰.
۳. بهروزی‌فر، مریم،، چیت‌ساز، محمدعلی،، و محمدی، اصغر (۱۳۹۸). تجربه زیسته کودکان و نوجوانان بدسرپرست از زندگی در مراکز نگهداری شبانه‌روزی شهر تهران. *نشریه پژوهشنامه مددکاری اجتماعی*، (۲۱)۶، ۱۳۳-۱۷۲.
۴. بیان‌فر، فاطمه،، و قدرتی، مبین (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش هشیاری وجودی به شیوه گروهی بر طرد اجتماعی، سازگاری اجتماعی، کفایت اجتماعی و اجتناب‌شناختی در سالمندان مبتلا به سندرم آشیانه خالی. *نشریه پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، (۱۲)۴۸، ۲۵-۵۴.
۵. چاپچی‌تبریزی، نگار،، و پارچه‌باف شالی، حمید (۱۳۹۴). سلامت اجتماعی و عوامل مرتبط با آن. تهران: تکدرخت.



۶. خدابخشی کولایی، آناهیتا، فلسفی نژاد، محمدرضا، و اشرفی اصفهانی، وجیهه (۱۳۹۸). اثربخشی برنامه آموزش گروهی مدیریت خشم و تأثیر آن بر پرخاشگری و هراس اجتماعی نوجوانان پسر مقیم در مراکز شبانه‌روزی بهزیستی. *نشریه روان پرستاری*، ۱۷(۴)، ۱-۹.
۷. خوش‌فر، غلامرضا، محمدی، آرزو، محمدزاده، فاطمه، محمدی، رضیه، و اکبرزاده، فاطمه (۱۳۹۳). امنیت اجتماعی و سلامت اجتماعی جوانان ۱۵-۲۹ ساله شهر قاین. *نشریه مطالعات اجتماعی ایران*، ۱۹(۱)، ۷۱-۱۰۲.
۸. درخشان‌نیا، فریبا، رفیعی، حسن، خانکه، حمیدرضا، اقلیما، مصطفی، و رهگذر، مهدی (۱۳۹۴). ویژگی‌های «جامعه سالم» براساس تجارب و ادراکات شهروندان تهرانی. *نشریه رفاه اجتماعی*، ۱۵(۵۶)، ۳۱۵-۳۴۶.
۹. رجبی، مسلم، بگیان کوله‌مرز، محمدجواد، بختی، مجتبی، و کریمی‌نژاد، کلثوم (۱۳۹۶). مقایسه شاخص‌های سلامت روان در کودکان بی سرپرست نگهداری شده در مراکز با کودکان سپرده شده نزد اقوام در استان لرستان. *نشریه پرستاری کودکان*، ۱۴(۱)، ۴۰-۵۳.
۱۰. رزاقی، رضا (۱۳۹۶). *مراقبت و توانمندسازی کودکان دور از خانه*. تهران: انتشارات ارجمند.
۱۱. زاهدی‌اصل، محمد، و پیله‌وری، اعظم (۱۳۹۳). تحلیلی بر مطالعات مربوط به سلامت اجتماعی. *نشریه برنامه‌ریزی و توسعه اجتماعی*، ۱۵(۱۹)، ۷۱-۱۰۷.
۱۲. سازمان بهزیستی کشور (۱۳۹۲). *قانون حمایت از کودکان بی سرپرست و بدسرپرست*. تهران: مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی.
- <https://rc.majlis.ir/fa/law/show/۸۶۶۹۲۶>
۱۳. سام‌آرام، عزت‌الله (۱۳۸۸). بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه‌محور. *نشریه انتظام اجتماعی*، ۱۱(۱)، ۹-۲۹.
۱۴. شریفی، نسترن، گنجی، حمزه، هاشمیان، کیانوش، و دیگران (۱۳۹۰). مقایسه سهیم هوش شناختی، خلاقیت و هوش هیجانی در پیش‌بینی پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان و دانشجویان در سطوح مختلف تحصیلی. *نشریه روان‌شناسی تحلیلی شناختی*، ۲(۶)، ۱۷-۲۹.
۱۵. شمسایی، محمدحسین، و توکلی، صدیقه (۱۳۹۷). *رازها و نیازهای مراکز شبانه‌روزی*. تهران: انتشارات کوبر.
۱۶. شویچی، جعفر، کاظمی‌زاده، شهین، آلبوعلی، اقبال، آلبوعلی، هاجر، آلبوغیبش، فاطمه، و صالح، ناهید (۱۳۹۴). بررسی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه پیام‌نور مرکز شادگان (با تأکید بر شبکه‌های اجتماعی). *دوره دوم کنفرانس ملی روان‌شناسی و علوم تربیتی*. تهران.
۱۷. صفاری‌نیا، مجید (۱۳۹۱). مؤلفه‌های اجتماعی روان‌شناسی سلامت در ایران. *نشریه روان‌شناسی سلامت*، ۱۱(۱)، ۱۰۲-۱۱۹.
۱۸. صفاری‌نیا، مجید، تدریس‌تبریزی، معصومه، و علی‌اکبری دهکردی، مهناز (۱۳۹۳). *رواسازی و اعتباریابی پرسش‌نامه بهزیستی اجتماعی در زنان و مردان ساکن شهر تهران*. *نشریه انداز‌گیری تربیتی*، ۱۵(۱۸)، ۱۱۵-۱۳۲.
۱۹. عادلیان راسی، حمیده، نصیری، بهناز، و مرشدی، زهره (۱۴۰۰). تأثیر مداخله مددکاری اجتماعی با رویکرد حل مسئله بر همدلی و راهبردهای مقابله‌ای در نوجوانان پسر مراکز شبانه‌روزی. *هشتمین کنگره انجمن روان‌شناسی ایران*. تهران.
۲۰. عبدالله‌فام، رحیم، یاری، جهانگیر، طالبی، بهنام، و ابراهیم‌پور، داود (۱۳۹۸). مدل‌یابی ساختاری سلامت اجتماعی براساس نقش عوامل فردی، شغلی و سازمانی. *نشریه آموزش و ارزشیابی علوم تربیتی*، ۱۹(۶)، ۱۱۹-۱۵۱.
۲۱. علیزاده، سیمنا، راهب، غنچه، میرزائی، زهرا، و حسین‌زاده، سمانه (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش کفایت اجتماعی بر گرایش به رفتارهای پرخطر نوجوانان پسر مراکز شبانه‌روزی بهزیستی در شهرهای مشهد و سبزوار. *نشریه توانبخشی*، ۲۱(۱)، ۵۴-۷۳.
۲۲. کدخدایی، فاطمه، و لطفی، شورش (۱۳۹۲). *سنجش میزان سلامت اجتماعی دانش‌آموزان دختر مقطع دبیرستان‌های شهر شیراز و بررسی عوامل موثر بر آن*. *نشریه پژوهش اجتماعی*، ۲۰(۶)، ۱۸۳-۲۰۷.
۲۳. کلمن، جیمز (۱۳۹۰). *بنیادهای نظریه اجتماعی*. مترجم: صبوری، منوچهر. تهران: نشر نی.
۲۴. گلابی، فاطمه (۱۳۹۳). *گونه‌های فراغت و تأثیر آن بر سلامت اجتماعی جوانان*. *نشریه جامعه‌شناسی اقتصادی و توسعه*، ۲۲(۲)، ۱۲۱-۱۶۴.
۲۵. گنجی، حمزه (۱۳۸۴). *سلامت روانی*. تهران: نشر ارسباران.
۲۶. محسنی، منوچهر (۱۳۷۵). شبکه اطلاعاتی اینترنت؛ ویژگی‌ها و تأثیرات اجتماعی - فرهنگی. *نشریه رسانه بهار*، ۲۲(۷)، ۲۲-۳۷.
۲۷. محمدی، ایوب، خفتان، پروانه، امیرپور، برزو، سپیده‌دم، مریم‌السادات، و غلامی‌جم، فاطمه (۱۳۹۶). رابطه

- خودکارآمدی با سلامت اجتماعی بین پرستاران بیمارستان طالقانی کرمانشاه. نشریه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، ۱۱(۶)، ۷۲-۷۹.
۲۸. مرادی، اکرم، سجادی، حمیرا، محقق کمال، سیدحسین، وامقی، مروّنه، حسینی تشنیزی، سعید، و قائدامینی، غلامرضا (۱۳۹۴). بررسی سلامت اجتماعی کودکان کار مراجعه‌کننده به مراکز مردم نهاد حمایت از حقوق کودکان تهران در سال ۱۳۹۳. نشریه دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۱۱(۱۴)، ۹۷۷-۹۸۸.
۲۹. مرندی، علیرضا (۱۳۹۸). عوامل اجتماعی سلامت در کتاب جامع بهداشت عمومی. تهران: وزارت بهداشت.
۳۰. موسوی، میرطاهر، شبانی، ملیحه، فاطمی‌نیا، سیاوش، و امیدنیا، سهیلا (۱۳۹۳). بسط مفهومی سلامت اجتماعی با رویکرد سلامت اجتماعی. نشریه رفاه اجتماعی، ۱۱(۱۱)، ۱۰۹-۱۴۸.
۳۱. میرحسینی، بیبا، آفاجانی، مرسا، حسین، و حبیب‌پور گنابی، کرم (۱۳۹۹). مطالبات اجتماعی زنان و رابطه سرمایه اجتماعی و سبک زندگی با آنها (مورد مطالعه: زنان شهر قزوین). نشریه مطالعات زن و خانواده، ۱۱(۷)، ۷۳-۹۵.
۳۲. نویدزاده، فریده، قادری نائوی، رضانعلی، و عرشی، ملیحه (۱۴۰۱). بررسی اثربخشی آموزش حل مسئله با رویکرد توانمندسازی مددکاری اجتماعی بر روابط مدرسه‌ای دختران ساکن در شبانه‌روزی. نشریه پژوهش‌های کاربردی در مشاوره، ۴(۴۵)، ۲۵-۳۸.
۳۳. نیک‌ورز، طیبه، و بیزدان‌پناه، لیلا (۱۳۹۴). رابطه عوامل اجتماعی با سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان. نشریه جامعه‌شناسی کاربردی، ۲۳(۳)، ۹۹-۱۱۶.
۳۴. هزارجریبی، جعفر، و ارفعی عین‌الدین، رضا (۱۳۹۳). اوقات فراغت و سلامت اجتماعی. نشریه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، ۸۳، ۳۹-۶۳.

35. Abachizadeh, K., Omidnia, S., Memaryan, N., Nasehi, A., Rasoupi, M., Tayef, i. B., & et al (2013). Determining Dimensions of Iranians' Individuap Sociap Heapth: A Quapitative Approach. *Iranian journap of pubpic heapth*, 42(1), 88- 92.
36. Abdepah Tabar, H., Kapdi, AR., Mohagheghi Kamap, SH., Setareh Forouzan, A., & Sapehi, M. A. (2008). Study of Sociap Weppebeing among Students. *Sociap Wepfare*, 8(30), 171- 189.
37. Abdollahfam, R., Yari HajAtalou, J., Talebi. B., & Ebrahimpour, D. (2019). Structural Modeling of Social Health Based on the Role of Individual, Occupational and Organizational Factors Among Faculty Members of Islamic Azad University of East Azerbaijan province. *Public Organizations Management*, 8(2), 91 -104.
38. Alizadeh, S., Raheb, Gh., Mirzaei, Z., & Hosseinzadeh, S. (2019). the effectiveness of social sufficiency education on the tendency towards high-risk behaviors of adolescent boys in overnight welfare centers in Mashhad and Sabzevar cities. *Rehabilitation Quarterly*, 21(1), 54- 73.
39. Amini Rarani, M., Rafiee, H., & Khemati Marasi, E. (2013). Iran's social health: from a community-based definition to an evidence-based index. *Iranian J Publ Health*, 2(42), 206- 214.
40. Babapour Kheyrodin, J., Tousi, F., & Hekmati, E. (2009). The Study of The Rope of Determinant Factors in Sociap Heapth of Students of Tabriz University. *Journal of Psychopogy Tabriz University*, 4(16), 1- 19. (Fupp Text in Persian)
41. Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191- 205.
42. Derakhshannia, F. (2013). *Define Index and Indicators of Sociap Heapth in Iran*. Tehran :University of Rehabipitation Sciences and Sociap Wepfare.
43. Horvat, S., Roszak, P., & Taylor, B. J. (2022). Is it harmful, A Thomistic perspective on risk science in social welfare. *Journal of religion and health*, 61(4), 3302-3316.
44. Kaushal, V., & Verma, L. R. (2019). Administrative Development. *A Journal of HIPA, Shimla*. 5(2), 2019.

45. Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61, 121-140.
46. Keyes, C. L. M. (2004). The nexus of cardiovascular disease and depression revisited: The incomplete mental health perspective and the moderating role of age and gender. *Aging and Mental Health*, 8, 266-274.
47. Keyes, C. L. M., & Pee, M. (1998). Social Well-Being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 90-121.
48. Keyes, C. L. M., & Shapiro, A. (2004). *Social Well-being in the U.S: A Descriptive Epidemiology, How Are You? A National Study of Well-being of Midlife*. U.S: University of Chicago Press.
49. Larson, J. S. (1996). The World Health Organization's definition of health: Social versus spiritual health. *Social Indicators Research*, 38, 181-192.
50. Mirbaha Hashemi, F., Pourmalek, F., Tehrani, A., Abachizadeh, K., Memaryan, N., Hazar, N., Omidnia, S., Ziari, A., & Moradi Lakeh, M. (2016). Monitoring Social Well-Being in Iran, Social Indicators Research. *An International and Interdisciplinary Journal for Quality-of-Life Measurement*, 129(1), 1-12.
51. Russepp, R.D. (1973). Social Health: an Attempt to Clarify this Dimension of Well-being. *Journal of Health Education*, 16(2), 74-84.
52. Samaram, E. (2009). Community Oriented Participatory and Social Health. *Entezam-E Ejtema'i*, 1(1), 9-29. (Full Text in Persian)