


Factors affecting the social health of adolescents aged 13 to 18 living in quasi-family centers under the supervision of the welfare organization

Morad Seifi

Faculty of Social Sciences, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran.


MORADSEIFI@yahoo.com

 0000-0003-3056-6809

Tahmures Shiri

sociology Department, Islamic Azad university, central Tehran Branch, Tehran, Iran (Corresponding author).


shiri.tahmures@gmail.com

 0000-0003-0810-8043

Rezaali Mohseni

Faculty of Social Sciences, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran.

mohseni.net14@gmail.com

 0000-0002-9741-7085

Abstract


Natural and unnatural factors cause a large number of unsupervised and abused teenagers to live and stay in day and night centers. Welfare was carried out in 1401 in Tehran. In terms of the nature of the research, it is in the category of Shafi's research, in terms of the type of applied research and in terms of inductive strategy decision-making, and in terms of the nature of the qualitative research design, and in terms of the type of fundamental data theory, the Strauss & Corbin (1990) paradigmatic model. In this research, for the research approach of foundational data theory, from the paradigm model of Corbin & Strauss (1990) which is based on the identification of six elements: causal, contextual, interventional conditions, action/reaction strategies, consequence and regional phenomenon and the relationship between them. statistical population and sample size; There are 24 senior experts and senior experts working in this department, they have been selected purposefully. Qualitative data has been analyzed using MAXQDA2020 software. The findings show that the most important factors on social health in two main groups; structural factors with three subgroups; The cultural, social and economic situation before entering the pseudo-family, the function of the biological education family and the existing factors and the functional factors with the subgroup of functions that can be improved, social support, work to reduce the problems of adolescents, coordination of factors, educational and educational functions, attention to the role of educators. Economic and financial functions were identified.

Keywords: Social issues, social health, adolescents, pseudo-family, qualitative research.




عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ سال مقیم مراکز شبه خانوادہ تحت نظارت سازمان بہزیستی


مراد سیفی

دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.
MORADSEIFI@yahoo.com  0000-0003-3056-6809

طہمورت شیریں

گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران (نویسنده مسئول).
shiri.tahmures@gmail.com  0000-0003-0810-8043

رضا علی محسنی

دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.
mohseni.net14@gmail.com  0000-0002-9741-7085

چکیده

عوامل طبیعی و غیرطبیعی موجب شده که تعداد کثیری از نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست در مراکز شبانه‌روزی زندگی و اقامت داشته باشند. این پژوهش با هدف شناسایی عوامل ساختاری و کارکردی مؤثر بر سلامت اجتماعی نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ دختر و پسر مقیم مراکز شبه‌خانوادہ تحت نظارت سازمان بہزیستی در سال ۱۴۰۱ در شهر تهران انجام شده است. پژوهش حاضر به‌لحاظ ماهیت پژوهش در زمره پژوهش‌هایی اکتشافی، به‌لحاظ نوع پژوهش کاربردی و به‌لحاظ راهبردی دارای راهبرد استقرایی و به‌لحاظ ماهیت داده‌ها در زمره طرح پژوهش کیفی و از نوع نظریه داده‌بنیاد براساس مدل پارادایمی (Strauss & Corbin, 1990) می‌باشد. در این پژوهش برای رهیافت پژوهشی نظریه داده‌بنیاد، از مدل پارادایمی (Corbin & Strauss, 1990) که مبتنی بر شناسایی عناصر شش‌گانه: شرایط علی، زمینه‌ای، مداخله‌ای، راهبردهای کنش/واکنش، پیامد و پدیده‌محوری و ارتباط بین آنهاست؛ استفاده شد. جامعه آماری و حجم نمونه؛ تعداد ۲۴ نفر از کارشناسان عالی و ارشد و مسئولین و کارشناسان شاغل در این بخش هستند، به‌صورت هدفمند انتخاب گردیده‌اند. داده‌های کیفی با استفاده نرم‌افزار مکس کیو.دی.ای (MAXQDA2020)، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. یافته‌ها نشان می‌دهد مهم‌ترین عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی در دو گروه اصلی؛ عوامل ساختاری با سه زیرگروه؛ وضعیت فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی قبل از ورود به شبه‌خانوادہ، کارکرد خانوادہ زیستی و ساختارهای موجود و عوامل کارکردی با زیرگروه کارکردهای قابل بہبود، حمایت اجتماعی، کارهای کاهش مشکلات نوجوانان، هماہنگی عوامل تربیتی، کارکردهای تربیتی و آموزشی، توجه به نقش آموزشی مربیان، کارکردهای اقتصادی و مالی شناسایی شدند.

کلیدواژہ‌ها: مسائل اجتماعی، سلامت اجتماعی، نوجوانان، شبه‌خانوادہ، پژوهش کیفی.

شاپای الکترونیک: ۶۵۵X-۲۵۸۸ / پژوهشکدہ تحقیقات راہبردی / فصلنامہ علمی راہبرد اجتماعی فرهنگی



مقدمه و بیان مسئله

پژوهش حاضر تلاشی است در حوزه رفاه و بهزیستی اجتماعی گروه‌های اجتماعی به‌ویژه کسانی که در بستر زندگی در خانواده‌ای که در معرض آسیب و یا آسیب‌دیده پا به عرصه زندگی گذاشته‌اند نوجوانان دختر و پسر که به دلایلی همچون فوت سرپرست، بدسرپرستی و به علت آسیب‌های طبیعی (بیماری‌ها و حوادث) و علل غیرطبیعی، مشکلات خانوادگی، اعتیاد و طلاق و... نتوانسته‌اند در کانون خانواده ادامه حیات دهند و در مراکز نگهداری شبانه‌روزی سازمان بهزیستی مقیم شده‌اند تا به ادامه زندگی امیدوار باشند. متولیان امر، دولت و مؤسسه‌های خیریه با طراحی برنامه، فضا و امکانات سعی داشته و دارند که از آنها مراقبت و نگهداری کنند تا به شرایط مطلوب برسند و در آینده افرادی مفید در جامعه باشند. سلامت اجتماعی این گروه از نوجوانان به دلیل مراقبت‌های شبانه‌روزی در فضای شبه‌خانواده و شناسایی عوامل مؤثر بر آن حائز اهمیت است، امیدوارم که کلیه افرادی که در راه خدمت به کودکان معصوم و نوجوان عزیز مقیم در مراکز شبه‌خانواده قدم برمی‌دارند موفق و پیروز باشند.

سلامتی و رفاه در گسترده‌ترین معنی آن، پدیده‌ای است که مورد توجه تمامی انسان‌ها، گروه‌های اجتماعی و جوامع بشری است. گرچه مفاهیم سلامتی ذهن و بدن طی مکان و زمان‌های مختلف، متفاوت بوده‌اند؛ اما برای تمامی فرهنگ‌ها و جوامع، نقش اساسی در تجارب زندگی انسان‌ها بازی کرده است. امروزه یکی از محورهای اساسی و مهم ارزیابی سلامتی جوامع مختلف که نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفا می‌کند و تابعی از عوامل مختلف اجتماعی، فرهنگی و... برخوردار است. جامعه از بهزیستی اجتماعی است. به‌زعم گلداسمیت^۱ بهزیستی اجتماعی ارزیابی رفتارهای معنادار مثبت و منفرد فرد در ارتباط با دیگران است و آن را یکی از شاخص‌های سلامت هر جامعه‌ای معرفی می‌کند، که منجر به کارایی فرد در جامعه می‌گردد. به نظر می‌رسد اگرچه برخوردار از بهزیستی اجتماعی برای همه اقشار جوامع دارای اهمیت است؛ اما برای قشر جوان واجد اهمیت بیشتری است؛ ضرورت آن به‌خاطر نقش محوری جوانان در جریان رشد و توسعه ملی و تحقق اهداف کمی و کیفی آن است؛ درواقع می‌توان گفت برخوردار از نوجوانان از بهزیستی اجتماعی موجب به

1. Gopdsmith

حداکثر رسیدن کارکردها و پیامدهای مثبت اجتماعی آن نظیر مشارکت سیاسی، اقتصادی و مدنی می‌شود و عدم برخورداری آنان، آسیب‌ها و پیامدهای منفی آن را به همراه خواهد داشت (رزاقی، ۱۳۹۶).

مهم‌ترین مشخصات جامعه سالم، جامعه‌ای است که در آن مصرف مواد، کار کودکان، طلاق، بیکاری تحصیل‌کردگان، تنبیه و مواظبت ناکافی کودکان و مصرف دخانیات وجود نداشته باشد (Zamankhani, 2016). اگر^۱ معتقد است زمانی که پیوند اجتماعی فرد با جامعه گسسته شود، عدم برخورداری از بهزیستی اجتماعی، فرد را مستعد کج رفتاری خواهد کرد. همچنین سازمان بهداشت جهانی^۲ شناسایی عوامل تعیین‌کننده و مرتبط با بهزیستی اجتماعی را در جهت سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی در سطوح خرد و کلان جامعه را از مسائل اساسی هر کشوری می‌داند (Zare Shah, 2015). در واقع رشد جامعه و افزایش سلامت و رفاه اجتماعی نیازمند سرمایه اجتماعی خواهد بود و از آنجایی که شخصیت‌های فردی تحت تأثیر کیفیت و کمیت روابط میان‌فردی است، فقدان حمایت‌های اجتماعی و سرمایه اجتماعی ممکن است منابع فردی را برای مقابله با چالش‌ها تقلیل دهد، احتمالاً به اختلال‌های فراوان و کاهش رضایت از زندگی و کیفیت زندگی منجر شود؛ زیرا حمایت‌هایی را که فرد از خانواده، دوستان و یا جامعه دریافت می‌کند مستقیم و غیرمستقیم سلامت او را تحت تأثیر قرار می‌دهند (هزارجریبی، ۱۳۹۱). بنابر نظریه دورکیم هر چه احساس نزدیکی و پیوند فرد و ارتباط و حمایت با گروهش قوی‌تر باشد، احتمال به خطر افتادن سلامتی فرد کاهش می‌یابد. از نظر دورکیم مشکل اصلی جوامع جدید رابطه فرد با جامعه و میزان برخورداری فرد از میزان حمایت و سرمایه اجتماعی است، مشکلی که به ازهم‌پاشیدگی اجتماعی و ضعف پیوندها و سرمایه اجتماعی برمی‌گردد. از پیامدهای سست شدن رابطه فرد با جامعه و عدم سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی، به خطر افتادن بهزیستی اجتماعی (خودکشی) فرد است (AbdeLah, 2008). معتقدند شرکت کردن در جامعه از طریق مشارکت این مفهوم را می‌رساند که افراد برای زندگی آرمان دارند و نشان‌دهنده سلامت و بهزیستی افراد است. مشارکت در جامعه به جوانان فرصت بسط روابط اجتماعی با افرادی غیر از خانواده و همسالان را در موقعیت‌های مختلف اجتماعی می‌دهد و به آنان کمک می‌کند تا یک درک درست نسبت به خود و دیگران پیدا کنند و از این طریق هویت اجتماعی خود را تقویت نمایند، هر ارتباطی که

1. Akers

2. worpd heapth organization

فرد در زندگی خود برقرار می‌کند شامل حمایت‌هایی است که از خانواده، دوستان و یا جامعه دریافت می‌کند و همه این‌ها مستقیماً سلامت او را تحت تأثیر قرار می‌دهند (باقی نصرآبادی، ۱۳۸۷).

مطالعات نشان داده‌اند که مشارکت اجتماعی پایین و فقدان حمایت اجتماعی اثرهای منفی روی سلامت افراد دارد. هاووس (۱۹۸۱) حمایت اجتماعی را نوعی مبادله بین فردی می‌داند که پیوندهای عاطفی، کمک‌های مؤثر ابزاری، ارائه اطلاعات، اظهارنظر و ارزیابی دیگران را دربرمی‌گیرند. هلر (۱۹۸۶) حمایت اجتماعی را یک فعالیت اجتماعی می‌داند که از طریق آن حرمت ذات فرد در یک رابطه بین شخصی تقویت شده و فرد از طریق کمک‌هایی که از دیگران دریافت می‌کند (عاطفی، شناختی و ابزاری) در برابر فشار روانی محافظت می‌شود (رستگار خالد و عظیمی، ۱۳۹۱، ص. ۱۳۷). ساراسون معتقد است که حمایت عبارت است از ارزیابی شناختی فرد از محیط و روابطش با دیگران از نظر وی روابط در صورتی منبعی برای حمایت اجتماعی هستند که فرد آنها را به‌عنوان منبعی در دسترس یا مناسب برای رفع نیاز خود درک کند (قائدی و یعقوبی، ۱۳۸۷، ص. ۷۰). همچنین پاتنام از اعتماد به‌عنوان تسهیل‌گر کنش‌های اجتماعی یاد می‌کند که به‌عنوان سازوکار کنترل اجتماعی در جامعه عمل می‌کند. از دیدگاه کیز عوامل اجتماعی تأثیرگذار بر بهزیستی اجتماعی و در عین حال مآثر از سرمایه اجتماعی، کیفیت زندگی است. کیز معتقد است، کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی و سرمایه اجتماعی فرد ارزیابی کرد و عملکرد خوب و کیفیت بالای زندگی چیزی بیش از سلامت جسمی، عاطفی و روانی است و بهزیستی اجتماعی و شیوه مواجهه با چالش‌های اجتماعی را نیز دربرمی‌گیرد و بر آن نیز تأثیر می‌گذارد. کیفیت زندگی به شکل وسیع با مفهوم بهزیستی، روابط اجتماعی، سرمایه اجتماعی، اعتماد و مشارکت اجتماعی ارتباط پیدا می‌کند. بوردیو^۱ نیز معتقد است که موقعیت عامل در زمینه اجتماعی، به حجم و میزان سرمایه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی وی بستگی دارد، یعنی هر قدر سرمایه فرد بیشتر باشد، در فضای اجتماعی در موقعیت بالاتری قرار می‌گیرد (قادری، ۱۳۹۳).

کودکان به دلایل ذیل و با معرفی‌نامه مقام قضایی جهت برخورداری از خدمات (مراقبت و پرورش) در بخش شبه‌خانواده پذیرش می‌شوند:

➤ فوت سرپرستان یا تنها سرپرست

- زندانی بودن سرپرستان یا تنها سرپرست
- مفقود الاثر شدن سرپرستان یا تنها سرپرست
- مجهول الهویه بودن کودک

عدم صلاحیت سرپرستان با حکم مقام قضایی و به دلیل وجود شرایط خاص آسیب پذیری برای کودک در خانواده از قبیل سوء رفتار شدید (جسمانی، عاطفی - روحی، جنسی، بی توجهی و غفلت یا ترکیبی از همه موارد) بیماری های واگیر صعب العلاج و بیماری های روانی در خانواده که به سلامت جسمی، روانی، رشد و تعالی همه جانبه کودک آسیب می رساند. اعتیاد سرپرست یا سرپرستان در صورتی که سلامت جسمی، روانی، رشد و تعالی کودک را مورد مخاطره قرار دهد مراقبت و پرورش از کودکان تحت سرپرستی سازمان در خانه های کودکان و نوجوانان زمانی تجویز می شود که کلیه اقدام ها و تلاش های حرفه ای در زمینه بازگشت کودک نزد والدین یا انتقال وی به خانواده جایگزین مؤثر واقع نشده باشد، تأسیس خانه به منظور مراقبت و پرورش به صورت شبانه روزی از کودکانی که مسئولیت آنان از طریق سازمان بهزیستی استان به مؤسسه خیریه محول می گردد.

در ماده ۱ «قانون حمایت از کودکان و نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست» مصوب ۱۳۹۲/۰۶/۳۱ سرپرستی کودکان و نوجوانان فاقد سرپرست به منظور تأمین نیازهای مادی و معنوی آنان، با اذن مقام معظم رهبری و مطابق مقررات این قانون صورت می گیرد. طبق ماده ۳۶ «قانون حمایت از کودکان و نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست» مصوب ۱۳۹۲/۰۶/۳۱، به منظور انجام صحیح مسئولیت پذیرش، نگهداری و مراقبت، حضانت و سرپرستی کودکان بی سرپرست و بدسرپرست توسط سازمان بهزیستی کشور و اختیار واگذاری سرپرستی آنان به خانواده های واجد شرایط و مؤسسه ها، مطابق آیین نامه های اجرایی این قانون واگذار می شود (سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۹۵).

کودکان مراکز شبه خانوادگی در یک مؤسسه با ویژگی های خاص مراقبت و نگهداری می شوند، کیفیت زندگی آنها برای متولیان امر با توجه به ابعاد سلامت اجتماعی مهم و قابل توجه است، کودکان و نوجوانان از جمله گروه های آسیب پذیر هستند که نیازمند توجه خاص هستند تا اطمینان نسبی جهت تأمین سلامت آنان برای آینده داشته باشند. در حال حاضر ۶۵۰ مؤسسه و مرکز غیردولتی تحت عنوان خانه کودک و نوجوان در کشور وجود دارد. عمده مراکز کودکان بی سرپرست و بدسرپرست توسط مؤسسات خیریه و مؤسسات غیردولتی با مجوز سازمان بهزیستی

کشور اداره می‌شوند. در شهر تهران ۶ خانه کودک و نوجوان پسر و دختر در سنین ۱۳ تا ۱۸ سال وجود دارد که به‌طور میانگین ۲۰ نوجوان به‌صورت تک‌جنسیتی (پسر یا دختر) در هر کدام از آنها آنها مقیم هستند که در زمان انجام این پژوهش تعداد ۱۱۶ نفر در این مراکز مقیم بودند. ساختار مراکز فعلی که از مراکز بزرگ و شبانه‌روزی دولتی قبل فاصله گرفته و با کاهش تعداد کودکان و شرایط فیزیکی، موجب شده شباهت‌هایی را به خانواده پیدا کنند به خانه‌های کودک و نوجوان تبدیل شده و به همین دلیل شبه‌خانواده نامیده شده‌اند. تهران به‌عنوان یکی از شهرهای پرجمعیت پایتخت که از تراکم جمعیتی بالایی برخوردار است بیشترین فراوانی مراکز و مقیمان شبه‌خانواده را داراست و با توجه به نظر مشورتی با مسئولین ذی‌ربط در سازمان بهزیستی انجام شده است.

۱. هدف و پرسش‌های پژوهش

سلامت اجتماعی موضوعی بسیار مهم و راهبردی است. سلامت اجتماعی یکی از مؤلفه‌های مهم رفاه اجتماعی است، شناخت وضعیت سلامت اجتماعی نوجوانان به‌ویژه آن دسته از نوجوانان دختر و پسری که در مراکز شبه‌خانواده مراقبت و نگهداری می‌شوند از اهمیت بالایی برخوردار است، پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی برای این دسته از نوجوانان، ارتقاء سلامت اجتماعی، تقویت ارتباطات اجتماعی سالم، بهبود روحیه انطباق اجتماعی، افزایش مشارکت اجتماعی و حضور در جامعه از اهداف بهزیستی این گروه از نوجوانان است. این افراد در ساختارهایی قرار گرفته‌اند که دارای سلسله مراتب اداری است، ساختارهای موجود و تغییرات آنها، چگونگی تأمین نیازها و... در وضعیت سلامت اجتماعی تأثیر دارد. اهمیت توجه به بعد اجتماعی توسعه و همچنین تأکید سازمان بهداشت جهانی بر سلامت اجتماعی، در کنار سلامت فیزیکی، سبب شده است تا امروزه سلامت اجتماعی به دغدغه مشترک جامعه‌شناسان و برنامه‌ریزان اجتماعی در هر جامعه تبدیل شود؛ زیرا سلامت اجتماعی افراد از یک طرف معلول عوامل متعدد اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی و... است و یکی از شاخص‌های توسعه جوامع به‌شمار می‌رود و از طرف دیگر خود می‌تواند در توسعه جامعه نقش اساسی ایفا کند.

تحقق سلامت اجتماعی، آگاهی، مسئولیت‌پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه نوجوان، شبه‌خانواده، ساختار مؤسسه و همکاری سازمان بهزیستی را در تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت اجتماعی طلب می‌کند، هدف عمده این پژوهش آن است

که مهم‌ترین عوامل ساختاری و کارکردی مؤثر بر سلامت اجتماعی نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ سال مقیم مراکز شبه‌خانواده تحت نظارت سازمان بهزیستی کدامند؟

از طرفی داشتن سلامت اجتماعی در سطح مطلوب برای این گروه از نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ ساله که به زودی از مراکز شبه‌خانواده خارج و به‌صورت مستقل زندگی خود را پیش خواهند برد، بسیار اساسی است. توانایی برخورد مناسب با چالش‌های ناشی از ایفای نقش‌های اجتماعی در آینده ضروری است. اهمیت سلامت اجتماعی در گروه نوجوانان که آینده‌سازان کشور هستند از یک‌طرف و لزوم حمایت و مراقبت صحیح و اصولی از این عزیزان از طرف‌دیگر، موجب شده است تا متولیان ذی‌ربط به موضوع شناخت وضعیت سلامت اجتماعی این عزیزان و همچنین توجه به ارتقاء میزان سلامت اجتماعی آنان مهم تلقی شود، مسئولین سازمان بهزیستی با نگاه به آینده به‌دنبال افزایش کیفیت خدمات برای این گروه اجتماعی هستند و نسبت به افزایش روزافزون تعداد کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست به دلیل رشد آسیب‌های اجتماعی نگران هستند و به‌دنبال رویکردهای نوین در جهت پیشگیری و توانمندسازی و خروج موفق از چرخه حمایت هستند، انتظار می‌رود این پژوهش بتواند زمینه شناخت وضعیت موجود و نیز پیشنهادها و راهکارهای ارتقاء وضعیت مطلوب سلامت اجتماعی، اطلاعاتی فراهم نماید که تغییر در رویکردهای مراقبت و نگهداری نوجوانان در شبه‌خانواده را به‌دنبال داشته باشد. پرسش‌های اصلی پژوهش عبارت‌اند از:

- ۱- عوامل ساختاری مؤثر بر سلامت اجتماعی نوجوانان مقیم مراکز شبه‌خانواده تحت نظارت سازمان بهزیستی کدامند؟
- ۲- عوامل کارکردی مؤثر بر سلامت اجتماعی نوجوانان مقیم مراکز شبه‌خانواده تحت نظارت سازمان بهزیستی کدامند؟

۲. پیشینه پژوهش

نتیجه جستجو در بانک‌های اطلاعات و کتابخانه‌ها حاکی از آن است که در مورد سلامت اجتماعی کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست مقیم در مراکز شبانه‌روزی تحت نظارت سازمان بهزیستی انجام نشده است؛ اما در موضوع سلامت اجتماعی و کودکان شبانه‌روزی پژوهش‌هایی انجام شده است گرچه به‌صورت مستقیم به موضوع سلامت اجتماعی اشاره نکرده‌اند؛ ولی در مورد مسائل و مشکلات مراکز شبانه‌روزی، کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست پژوهش‌های انجام شده است که در ادامه

ضمن بیان برخی مطالعات قابل توجه در این زمینه به عناوین، نویسنده، تاریخ انجام، جامعه مورد مطالعه و نتایج سایر مطالعات انجام شده اشاره می‌شود.

نتایج مطالعه با موضوع اثربخشی آموزش کفایت اجتماعی بر گرایش به رفتارهای پرخطر نوجوانان پسر مراکز شبانه‌روزی بهزیستی در شهرهای مشهد و سبزوار نشان می‌دهد نوجوانان پسر بی‌سرپرست و بدسرپرست در طول دوران زندگیشان در مراکز شبانه‌روزی دچار تنیدگی و تنش‌های بسیاری می‌شوند. متأسفانه آنان جایگاه اجتماعی منفی را تجربه می‌کنند که کسب موفقیت را برای آنان دشوار و به آرزوی همیشگی تبدیل می‌کند. آموزش کفایت اجتماعی موجب ارتقاء مهارت‌ها، افزایش ظرفیت برای انطباق نوجوانان با موقعیت‌های مختلف و برخورد آنان با مشکلات می‌شود (Alizadeh, 2018). تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی بر اضطراب اجتماعی و خشم نوجوانان بدسرپرست و بی‌سرپرست شهرستان تهران نشان داد که فقدان آموزش مهارت‌های ارتباطی بر اضطراب اجتماعی و خشم نوجوانان بدسرپرست و بی‌سرپرست می‌گردد و مشکلات اجتماعی زیادی به‌بار می‌آورد، توصیه می‌شود؛ مهارت‌های ارتباطی در مراکز نگهداری شبانه‌روزی و نیمه‌متمرکز کودکان و نوجوانان دارای آسیب‌های اجتماعی استفاده شود تا آنان مهم‌ترین اصل زیستن، یعنی باور داشتن خودشان را بیاموزند (برجعی، ۱۴۰۰)، سلامت اجتماعی کودکان ۷ تا ۱۱ ساله ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی، توسط محبوه بیات (بیات و دیگران، ۱۳۸۶) نشان داد که کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی از نظر سلامت اجتماعی جزو گروه‌های پرخطر در جوامع محسوب می‌شوند؛ لذا با توجه به یافته‌های به‌دست‌آمده در مطالعه انجام شده و سایر پژوهش‌های در کشورهای دیگر، توجه بیشتر و رسیدگی به وضعیت سلامت اجتماعی این گروه از کودکان، همچنین انجام مطالعات بیشتر در خصوص بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی آنان توصیه می‌شود.

پیشینه پژوهش‌های انجام شده مرتبط با موضوع

نویسنده	عنوان	نتیجه
نویزاده و دیگران، ۱۴۰۱	اثربخشی آموزش حل مسئله با رویکرد توانمندسازی بر درک ارزش‌های خویشتن دختران شبانه‌روزی	یافته‌های پژوهش نشان داد آموزش مهارت حل مسئله با رویکرد توانمندسازی مددکاری اجتماعی، تأثیر معناداری بر سطح درک ارزش‌های دختران ساکن در شبانه‌روزی داشته است و همچنین بین میانگین گروه مداخله و کنترل، در متغیر

نویسنده	عنوان	نتیجه
		مورد بررسی درک ارزش‌ها تفاوت معنی‌دار وجود دارد. یافته‌های این پژوهش نشانگر آن است که آموزش مهارت حل مسئله با رویکرد توانمندسازی مددکاری اجتماعی می‌تواند روشی مؤثر جهت ارتقای سطح سازگاری فردی (خرده مقیاس درک ارزش‌های خویشتن) دختران ساکن در شبانه‌روزی است.
نویدزاده، ۱۴۰۰	بررسی اثربخشی آموزش حل مسئله با رویکرد توانمندسازی مددکاری اجتماعی بر روابط اجتماعی دختران ساکن در شبانه‌روزی	نتایج نشان داد آموزش مهارت حل مسئله با رویکرد توانمندسازی مددکاری اجتماعی، تأثیر معناداری بر افزایش سطح روابط اجتماعی دختران ساکن در شبانه‌روزی داشته است. و همچنین بین میانگین گروه مداخله و کنترل، سطح روابط اجتماعی دختران ساکن در شبانه‌روزی داشته است و همچنین بین میانگین گروه مداخله و کنترل، در متغیر مورد بررسی روابط اجتماعی تفاوت معنی‌دار وجود دارد و روشی مؤثر جهت ارتقای سطح روابط اجتماعی دختران ساکن در شبانه‌روزی است.
عادلپان راسی و دیگران ۱۴۰۰	تأثیر مداخله مددکاری اجتماعی با رویکرد حل مسئله بر همدلی و راهبردهای مقابله‌ای در نوجوانان پسر مراکز شبانه‌روزی	یافته‌های مطالعه نشان داد که مداخله مددکاری اجتماعی بر شیوه مقابله پسران و همدلی تأثیر داشته، طوری که تفاوت معناداری بین میانگین نمرات پیش آزمون - پس آزمون نوجوانان در دو گروه آزمایش و کنترل وجود داشت.
خدابخشی کولایی و دیگران، ۱۳۹۸	اثربخشی برنامه آموزش گروهی مدیریت خشم و تأثیر آن بر پرخاشگری و هراس اجتماعی نوجوانان پسر مقیم در مراکز شبانه‌روزی بهزیستی	مداخله آموزش مدیریت خشم که متناسب با بافت و نوع زندگی نوجوانان پسر مقیم در مرکز طراحی شده بود به کاهش پرخاشگری و اضطراب اجتماعی آنها منجر شد. مشاوران می‌توانند برای پیشگیری از مشکلات روان‌شناختی در این گروه از نوجوانان از این مداخله بهره بگیرند.

نویسنده	عنوان	نتیجه
چیت‌ساز و دیگران، ۱۳۹۸	تجربه زیسته کودکان و نوجوانان بدسرپرست از زندگی در مراکز نگهداری شبانه‌روزی شهر تهران	یافته‌ها حاکی از درک پیچیده‌ای از زندگی در مراکز شبانه‌روزی توسط شرکت‌کنندگان بود. آنان 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 می‌دانند و درخواست شادی بیشتر، حمایت و پذیرش در جامعه داشته و نسبت به خانواده خود احساسی دوگانه از دل‌تنگی و ناراحتی دارند.
سیده‌ئه ستیره و سجادی نسب، ۱۳۹۹	مقایسه میزان صمیمیت اجتماعی نوجوانان مقیم مراکز شبانه‌روزی بهزیستی و نوجوانان ساکن در خانواده	تحلیل صمیمیت اجتماعی و مؤلفه‌های آن نشان می‌دهد که بین صمیمیت اجتماعی نوجوانان مقیم مراکز شبانه‌روزی بهزیستی و نوجوانان ساکن در خانواده تفاوت معناداری وجود ندارد.
به‌نوش و محمدزاده اد ملایی، ۱۳۹۹	بررسی مقایسه‌ای عملکردهای اجرایی شناختی (حل مسئله، انعطاف‌پذیری ذهنی و ریسک‌پذیری) در نوجوانان ساکن در مراکز شبانه‌روزی بهزیستی و هم‌تایان عادی آنها در شهر تهران	نتایج حاکی از آن بود که نوجوانان ساکن در مراکز شبانه‌روزی بهزیستی نسبت به هم‌تایان عادی آنها در شهر تهران در عملکردهای اجرایی (حل مسئله، انعطاف‌پذیری ذهنی و ریسک‌پذیری) عملکرد ضعیف‌تری دارند و بین این دو گروه در عملکردهای اجرایی حل مسئله، انعطاف‌پذیری ذهنی و ریسک‌پذیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که نوجوانان ساکن مراکز شبانه‌روزی در عملکردهای اجرایی شناختی خود نسبت به هم‌تایان عادی آنها ضعیف‌تر هستند و نیاز است که با ارائه پروتکل‌های جبرانی و درمانی شناختی، جهت بهبود آینده این نوجوانان و در نهایت بهبود جامعه، اقدام کرد.
کشاوری و رنجبر نوشری، ۱۳۹۹	اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر خورد تنظیمی هیجانی در دختران نوجوان تحت سرپرستی مراکز شبانه‌روزی بهزیستی	در نتیجه، آموزش ذهن آگاهی بر خود تنظیمی هیجانی در دختران نوجوان تحت سرپرستی مراکز شبانه‌روزی اثرگذار است.

نویسنده	عنوان	نتیجه
اشرفی اصفهانی، ۱۳۹۸	تدوین برنامه آموزش گروهی مدیریت خشم و تأثیر آن بر پرخاشگری و هراس اجتماعی نوجوانان (مطالعه موردی مراکز شبانه‌روزی بهزیستی استان تهران)	این نتایج از کارایی فزاینده مداخله مدیریت خشم تدوین شده متناسب با بافت فرهنگی در جهت کاهش پرخاشگری و هراس اجتماعی نوجوانان حمایت می‌کند.
بهنوش حامد و پاک روح، ۱۳۹۸	بررسی مقایسه‌ای اضطراب، افسردگی و خودکارآمدی نوجوانان ساکن مراکز شبانه‌روزی بهزیستی و هم‌تایان عادی آنها در شهر تهران	نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد نوجوانان ساکن در مراکز شبانه‌روزی بهزیستی نمرات کمتر معناداری در افسردگی نسبت به هم‌تایان عادی خود داشتند.
کریمی و یارویی، ۱۳۹۸	تأثیر آموزش به شیوه ایفای نقش بر پرخاشگری و ابراز وجود پسران نوجوان مراکز شبانه‌روزی	بنابراین از یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که آموزش ایفای نقش در افزایش ابراز وجود و کاهش پرخاشگری پسران نوجوان مؤثر بوده است.
بهنوش حامد، ۱۳۹۸	بررسی مقایسه‌ای عملکردهای اجرایی شناختی (تمرکز و توجه، حافظه) و انگیزه پیشرفت در نوجوانان ساکن در مراکز شبانه‌روزی بهزیستی و هم‌تایان عادی آنها در شهر تهران	نتایج تجزیه تحلیل داده‌ها نشان داد نوجوانان ساکن در مراکز شبانه‌روزی بهزیستی نمرات کمتر معناداری در مقایسه با هم‌تایان عادی در متغیرهای حافظه کاری، توجه و کنترل پاسخ، نمرات هوش کلومی و عملی آزمون و کسلر و همچنین آزمون انگیزه پیشرفت به دست آورند که این تفاوت‌ها معنادار بودند. پیشنهاد می‌شود به کودکان ساکن مراکز شبانه‌روزی بهزیستی خدمات مشاوره‌های و آموزشی در جهت تقویت انگیزه پیشرفت و کارکردهای اجرایی ارائه شود.
اسلمی، ۱۳۹۷	بررسی مقایسه‌ای سبک‌های دلبستگی و سلامت روان دختران نوجوان تحت حمایت مراکز نگهداری شبانه‌روزی با دختران نوجوان تحت حمایت خانواده شهرستان آباد	نتایج حاصل از آزمون نشان داد که دختران نوجوان تحت حمایت خانواده به طور معنی‌داری از سلامت روان بیشتر نسبت به گروه دیگر برخوردار بودند و این تفاوت مخصوصاً در زیرمقیاس‌های اضطراب - کم‌خواهی و افسردگی معنی‌دار بود. همچنین بین سبک دلبستگی دختران دو گروه نیز تفاوت معنی‌دار وجود داشت و دختران تحت

نویسنده	عنوان	نتیجه
		حمایت خانواده به‌طور معنی‌داری سبک دلبستگی نزدیک (ایمن) داشتند.
آقاملابی و دیگران، ۱۳۹۶	بررسی مقایسه کنترل خشم آنی بین فرزندان مراکز شبانه روزی بهزیستی و فرزندان خانواده‌های عادی شهر کرمان سال ۹۶	نتایج تحلیل نشان داد پرخاشگری کلی در بین نوجوانان عادی و بی‌سرپرست تفاوت معنی‌داری دارد. همچنین میزان پرخاشگری غیرعمدی در نوجوانان بی‌سرپرست بیشتر از نوجوانان عادی است. در حالی که بین پرخاشگری عمدی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. بر اساس این یافته‌ها می‌توان گفت وضعیت نوجوانان بی‌سرپرست و شرایط زندگی آنان سبب رشد پرخاشگری غیرعمدی در آنان شده است.
زمانی، ۱۳۹۶	پیش‌بینی میزان تاب‌آوری و تحمل پریشانی بر اساس خیال‌پردازی در نوجوانان پسر ساکن در مراکز شبانه‌روزی	نتایج نشان داد: بین خیال‌پردازی، میزان تاب‌آوری و تحمل پریشانی رابطه معنادار وجود دارد و خیال‌پردازی قادر به پیش‌بینی میزان تاب‌آوری و تحمل پریشانی است.
جنت و لطیفی، ۱۳۹۶	اثر بخشی کیفیت زندگی درمانی به شیوه گروهی بر جهت‌گیری زندگی دختران بی‌سرپرست یا بدسرپرست مراکز شبانه‌روزی اصفهان	با توجه به نتایج به‌دست آمده بیان می‌شود که دوره‌های آموزش کیفیت زندگی می‌تواند موجب افزایش خوش‌بینی، رضایت از زندگی و در نهایت افزایش بهزیستی افراد شود.
ربابه، ۱۳۹۵	مقایسه سبک‌های هویتی نوجوانان در خانواده و مراکز شبانه‌روزی شبه‌خانواده یزد	یافته‌ها نشان داد که دین‌مقیاس اطلاعاتی سبک هویتی، مقیاس هنجاری، مقیاس سردرگمی - اجتنابی و تعهد نوجوانان در خانواده و مراکز شبانه‌روزی شبه‌خانواده تفاوت معنی‌داری وجود دارد.
ملایی و صادقی، ۱۳۹۵	مقایسه امید و شفقت به خود بین مراقبان برنامه fbr و مراقبان مراکز شبانه‌روزی سازمان بهزیستی شهر اصفهان	نتایج تحلیل داده‌های حاصل از پژوهش نشان داد که بین دو گروه مراقبان برنامه fbr و مراقبان مراکز شبانه‌روزی سازمان بهزیستی در مؤلفه‌های امید و شفقت به خود تفاوت معنادار وجود دارد

نویسنده	عنوان	نتیجه
انتصار فومنی و کابینی مقدم، ۱۳۹۵	اثر بخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر سازگاری اجتماعی و تکانش‌گری در بین دختران ساکن خانه‌های شبانه‌روزی	نتایج تحقیق نشان داد که با اطمینان ۰/۹۵ و سطح خطای کوچک‌تر از ۰/۰۵ آموزش مهارت‌های ارتباطی بر سازگاری اجتماعی دختران ساکن خانه‌های شبانه‌روزی مؤثر بود. همچنین با اطمینان ۰/۹۵ و سطح خطای بزرگ‌تر از ۰/۰۵ آموزش مهارت‌های ارتباطی بر تکانش‌گری دختران ساکن خانه‌های شبانه‌روزی مؤثر نیست.
بارانی، و دستجردی، ۱۳۹۵	مقایسه رابطه ابراز وجود و رشد قضاوت اخلاقی با سلامت روان در نوجوانان مراکز نگهداری شبانه‌روزی بهزیستی خراسان جنوبی و نوجوانان عادی	نتایج تحقیق نشان داد مقایسه رابطه ابراز وجود و رشد قضاوت اخلاقی با سلامت روان در نوجوانان مراکز نگهداری شبانه‌روزی بهزیستی خراسان جنوبی و نوجوانان عادی متفاوت است.
رجبی و دیگران، ۱۳۹۵	مقایسه شاخص‌های سلامت روان در کودکان بی‌سرپرست نگهداری شده در مراکز با کودکان سپرده شده نزد اقوام در استان لرستان	می‌توان از نتایج این مطالعه نتیجه گرفت که، فقدان خانواده سبب می‌شود کودکان خانواده از بسیاری از تجارب مفید و یادگیری‌های سالم محروم شده و این خلأ می‌تواند تغییراتی را در رفتار کودکان ایجاد نموده و زمینه را برای بروز مشکلاتی از قبیل افسردگی، گوشه‌گیری و اضطراب یا بروز اختلالات شدید روانی فراهم نماید؛ لذا حضور در محیط گرم و دوستانه خانواده وجود روابط عاطفی خوب بین افراد خانواده موجب پرورش افرادی با سلامت روان و شخصیت سالم و بالعکس فقدان دریافت حمایت عاطفی از طرف والدین موجب کج‌روی‌های اجتماعی و مشکلات روان‌شناختی و تزلزل سلامت روانی می‌گردد.
سنایی پارسا و جمشیدی، ۱۳۹۵	آسیب‌شناسی و نیازسنجی کودکان بی‌سرپرست در جامعه معاصر ایران	نتایج نشان داد استفاد از مربیان و مسئولان آموزش دیده و روان‌شناسان با تجربه (یا حتی روان‌پزشک) شبیه‌سازی محیط خانه در مجموعه - کم‌کردن جابه‌جایی بچه‌ها و تغییر مدام محل سکونت (به حداقل رساندن جابه‌جایی بچه‌ها) توجه به مسائل رفاهی، تفریحی،

نویسنده	عنوان	نتیجه
		آموزشی و پرورشی، ایجاد اسکان برای یکجا بودن خواهر و برادرها - نسبت صحیح تعداد مربی به بچه‌ها یا کودک‌یار به کودک که عدد ۱ به ۳ مناسب است - استقرار فرزندان در مناطق متوسط شهر برای آشنایی با این فرهنگ - تقسیم واحدهای بزرگ‌تر به کوچک‌تر ۶ فرزند در هر واحد - تفکیک کامل شبانه‌روزی‌ها از مجتمع - وجود تنوع سنی در یک مرکز - جدا نگه‌داری کردن از بچه‌هایی که به شکل موقت هستند با بچه‌هایی که مدت طولانی‌تری در مرکز خواهند بود - ایجاد مرکزی مستقل برای انجام دادن خدمات مشاوره‌ای - ایجاد همانندسازی، الگوسازی و تمرکز عاطفی کودک و مسئول پرورش او - ایجاد احساس مسئولیت در بچه‌ها - مشارکت بچه‌ها در اداره امور واحدها - کاربایی و ترخیص مناسب.
مرادی و دیگران، ۱۳۹۳	بررسی سلامت اجتماعی کودکان کار مراجعه‌کننده به مراکز مردم نهاد حمایت از حقوق کودکان تهران	نتایج این مطالعه نشان داد سلامت اجتماعی کودکان کار از وضعیت مطلوبی برخوردار نیست؛ بنابراین ارتقای سلامت اجتماعی و شناسایی و حذف عوامل مؤثر بر پدیده کار کودکان، تلاش مشترک کلیه سطوح جامعه را می‌طلبد.
طالبی، ۱۳۹۳	بررسی میزان مهارت‌های اجتماعی در میان فرزندان شبانه‌روزی سازمان بهزیستی شهر بیرجند و تأثیر آن بر سبک زندگی	که نتایج نشان داد میان آموزش مهارت‌های اجتماعی و سبک زندگی، افزایش رضایت‌مندی، برقراری ارتباط صحیح و افزایش قدرت حل مسئله و تصمیم‌گیری از لحاظ آماری و با مقدراری ضریب ۵۰ درصدی رابطه مؤثر برقرار بوده است.
شیرزادی و دیگران، ۱۳۹۲	بررسی تأثیر آموزش از طریق بحث گروهی بر ارتقاء آگاهی بهداشت بلوغ جسمی دختران نوجوان ساکن	نتیجه‌گیری: مداخله آموزشی از طریق بحث گروهی تأثیر مثبتی در بهبود آگاهی افراد مورد مطالعه در خصوص بهداشت

نویسنده	عنوان	نتیجه
	مراکز شبانه‌روزی بهزیستی شهر تهران	بلوغ جسمی داشت؛ لذا شایسته است از این روش در آموزش مسائل مربوط به دوران بلوغ دختران نوجوان بهره گرفته شود.
پرویزی سرور و دیگران، ۱۳۹۰	زمینه‌های اجتماعی سلامت نوجوانان به روش پژوهش کیفی	نتیجه‌گیری کلی: نقش مهم عوامل اجتماعی بر نوجوانان و سلامت آنان غیرقابل انکار است. پرداختن به بُعد اجتماعی سلامت نوجوانان با زیر گروه‌هایی که با خانواده، اشتغال، رفاه و توسعه ارتباط دارد می‌تواند در طراحی زیر بنای سلامت آینده مفید باشد.
رحیمی و دیگران، ۱۳۹۰	رابطه سبک‌های هویت یابی و سلامت اجتماعی در نوجوانان ۱۸-۱۵ ساله ساکن مراکز شبانه‌روزی شهر تهران ۱۳۹۰	در مجموع، یافته‌ها نشان می‌دهد که صرف نظر از شیوه مواجهه ی افراد با مسائل مربوط به هویت، وجود یا عدم وجود تعهد می‌تواند تعیین‌کننده سلامت اجتماعی باشد. نوجوانان اطلاعات مدار و هنجارمدار در مقایسه با هم‌تایان سردرگم خود، تعهدات قوی‌تر و سلامت اجتماعی بالاتری نشان می‌دهند.

۳. ملاحظه‌های نظری

سلامت اجتماعی تابعی از عوامل مختلف اجتماعی و فرهنگی است که نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفا می‌کند از آنجایی که شرط مهم برای رشد و شکوفایی هر جامعه وجود افراد آگاه، کارآمد و خلاق است (شوچی و کاظمی، ۱۳۹۴، ص. ۲). امروزه مفهوم سلامت اجتماعی با توجه 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 است (چاپچی تبریزی، ۱۳۹۴). سلامت اجتماعی مفهومی است که به ارتباط بین دو مفهوم سلامت و اجتماع اشاره دارد. با توجه 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 رضایت‌نسبی برخوردار باشند و هر یک از شهروندان در برابر اجتماع خود احساس مسئولیت کنند و سعادت خود را در اجتماع بدانند (بخارایی؛ شربتیان و طوافی، ۱۳۹۴، ص. ۲). لارسون (۱۹۹۶م) معتقد است سلامت اجتماعی شامل پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر و رفتار) است که نشانگر رضایت یا نبودن رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی‌اش است (لارسون، ۱۹۹۶م، ص. ۱۸۳). سلامت اجتماعی به کیفیت ارتباطات یک فرد با دیگران برمی‌گردد. درجه صبر و بردباری و احترام فرد به دیگران بخشی از سلامت اجتماعی فرد به حساب می‌آید، همچنین توانایی توسعه و حفظ روابطی که به زندگی افراد ارزش می‌بخشد نیز بخشی دیگر از سلامت اجتماعی محسوب می‌شود که از طریق بررسی روابط سالم فرد با جامعه، خانواده، مدرسه و محیط شغلی قابل بررسی است (تلفر و شارپلی، ۲۰۱۵م، ص. ۶۹). مجموع نظرها درباره بعد سلامت اجتماعی را می‌توان درسه دسته یا رویکرد قرار داد:

الف) سلامت اجتماعی به‌مثابه جنبه‌ای از فرد در کنار سلامت جسمی و روانی؛

ب) سلامت اجتماعی به‌مثابه شرایط اجتماعی رضایت بخش؛

پ) سلامت اجتماعی به‌مثابه جامعه‌ای سالم (Samiee, 2010).

بلوک و برسلو^۱ برای اولین‌بار در سال ۱۹۷۲ در پژوهشی به مفهوم سلامت اجتماعی^۲ پرداختند. آنان مفهوم سلامت اجتماعی را با درجه عملکرد اعضای جامعه مترادف کردند و شاخص سلامت اجتماعی را ساختند. آنان با طرح پرسش‌های گوناگون در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی فردی، به میزان فعالیت و عملکرد فرد در جامعه رسیدند. این مفهوم را چند سال بعد دونالد و همکاران در سال ۱۹۷۳ مطرح کردند. استدلال آنان این بود که فراتر از گزارش علائم بیماری، میزان بیماری‌ها و قابلیت‌های کارکردی فرد است. سنجش محتوای سلامت اجتماعی از ابتدا با تمرکز بر فرد و درباره تعاملات میان فردی (برای مثال ملاقات با دوستان) و مشارکت اجتماعی (مانند عضویت در گروه‌ها) سنجیده شد.

کنت نول، از مدیران سازمان بهداشت جهانی در کتاب (people the health) که در سال ۱۹۷۵ منتشر شد نوشت: اقدام‌های انجام شده در ارتباط با سلامت در آفریقا، آسیا و آمریکای جنوبی نشان داد که بسیاری از علل و مشکلات معمولی در ارتباط با سلامت از خود جوامع نشئت می‌گیرد و مداخله بخش بهداشت به‌تنهایی اغلب بی‌اثر است و نهادها و سازمان‌های جامعه نیز باید در مهیاسازی فضای سالم در جامعه سهیم

1. Block and Breslo

2. Social Health

باشند. از دیدگاه کنت نول (۱۹۷۵) سلامت دو بُعد توانایی‌های جسمانی و توانایی‌های اجتماعی را دربرمی‌گیرد (سجادی و دیگران، ۱۳۸۴، ص. ۲۴۴). درواقع 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. درواقع زندگی سالم محصول تعامل اجتماعی میان انتخاب‌های فردی از یک‌سو و محیط اجتماعی و اقتصادی احاطه‌کننده افراد از سوی دیگر است. در این‌باره، گلداسمیت^۱ سلامت اجتماعی را ارزیابی رفتارهای معنادار مثبت و منفی فرد در ارتباط با دیگران تعریف می‌کند و آن را یکی از اساسی‌ترین شاخص‌های هر جامعه می‌داند که به کارایی فرد در جامعه منجر خواهد شد؛ به عبارت دیگر زمانی شخص را واجد سلامت اجتماعی می‌دانند که بتواند فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی خود را در حد متعارف بروز و ظهور دهد، با جامعه و هنجارهای اجتماعی احساس پیوند و اتصال کند (Samaram, 2009). ریشه و مفهوم سلامت اجتماعی را باید در محیط زیست مادی مثبت (با توجه به موضوع‌های اقتصادی و اجتماعی) و محیط زیست انسانی مثبت مدنظر قرار داد (Winstra, 2000, p. 31 به نقل از: هزارجریبی، ۱۳۹۱). با بررسی ادبیات در حوزه سلامت چند دیدگاه کلی شناسایی می‌شود؛ اول دیدگاهی که سلامت اجتماعی را در معنا و مفهوم سلامت عمومی به کار می‌برد. این دیدگاه سلامت اجتماعی را شاخص‌هایی می‌داند که توصیف‌کننده عمومی یک جامعه است و به همین 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 به سلامت اجتماعی ناظر به رفتارهای سلامت شهروندان می‌پردازد که به‌عنوان 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 (Hippa, 2010). دیدگاه اول را می‌توان با عنوان رویکرد عام معرفی کرد که در نهادهای برنامه‌ریزی و سازمان بهداشت جهانی مدنظر است. دیدگاه دوم به سلامت اجتماعی، 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

 1. Goldsmith

روان‌شناختی ریف، سلامت اجتماعی کیز و نظریه سرمایه روان‌شناختی مثبت اشاره کرد، از این نظر، سلامت اجتماعی با شاخص‌هایی مانند میزان ارتباطات و تعاملات فردی، مهارت‌های اجتماعی، سازگاری، انطباق با محیط و غیره مشخص می‌شود (W.H.O, 2016). در این رویکرد، سلامت اجتماعی یکی از ابعاد سلامت به‌شمار می‌آید. تعریف پیش گفته کیز 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 می‌پردازد. سلامت اجتماعی یا حداقل نبود آن، نگرانی مهمی در نظریه‌های کلاسیک جامعه‌شناسی است. از نظر تجربی، این موضوع در ادبیات جامعه‌شناسی مربوط به ناهنجاری و بیگانگی اجتماعی ریشه دارد. دورکیم معتقد است از جمله مزایای بالقوه زندگی عمومی، یکپارچگی و همبستگی اجتماعی 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 (کیز، ۱۹۹۳م، ص. ۱۲۲). چگونگی انفصال فرد از نظم جمعی و نابسامانی در سیستم هنجاری و آنومی از مباحث شاخصی است که در نظریه نابسامانی دورکیم^۱ مدنظر قرار گرفته است. او نابهنجاری را به مفهوم نبود اجماع میان فرد و جامعه درباره اهداف اجتماعی و انتظارات جمعی و آنچه جامعه به‌عنوان الگوهای رفتار برای اعضای خود متصور شده است، به‌کار می‌برد. دورکیم دو نوع آنومی^۲ را، یکی در سطح فردی و دیگری در سطح اجتماعی تشخیص می‌دهد. آنومی در سطح فردی یا آنومیا^۳ نوعی احساس فردی از بی‌هنجاری و نشان‌دهنده حالتی فکری است که در آن احساسات فرد 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 بدون وسیله لازم برای تنظیم رفتار خود و تطبیق آن با معیارهای اجتماعی مقرر و نیز بدون احساس حمایت جمعی و پشتیبانی اجتماعی است. در اینجا می‌توان گفت 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

1. Durkheim

2. Anomie

3. Anomia

می‌شود (نبوی و دیگران، ۱۳۹۳).

هیرشی^۱ در نظریه پیوند اجتماعی و تأثیر آن بر آنومی مارکس در نظریه از خودبیگانگی (آرون، ۱۹۳۱م، ص. ۱۳۳) و مرتون در بحث آنومی، براساس رویکرد بیماری‌محور، سلامت اجتماعی را حضورنداشتن عوامل ضد اجتماعی مانند از خودبیگانگی و بی‌هنجاری (آنومی) در فرد دانسته‌اند. لارسن با توجه به رویکرد سلامت‌محور، چهارچوبی مفهومی و نظری برای سلامت اجتماعی ارائه داده‌اند. از نظر لارسن، سلامت اجتماعی ارزیابی فرد از کیفیت روابطش با خانواده، دیگران و گروه‌های اجتماعی به‌شمار می‌آید و در واقع شامل پاسخ‌های درونی فرد به محرک‌ها و احساسات، تفکرات و رفتارهایی است که نشان‌دهنده رضایت داشتن یا نداشتن فرد از زندگی و محیط اجتماعی است (لارسن، ۱۹۹۳م، ۲۳۱). کیز با رویکرد جامعه‌محورانه^۲ سلامت را تعریف می‌کند. از نظر او سلامت اجتماعی دربرگیرنده ارزیابی فرد از محیط و کارکرد خود او در جامعه است (کیز، ۲۰۰۹)، او میان زندگی عمومی و خصوصی فرد تفاوت قائل می‌شود. البته این عمومی و خصوصی ناظر بر زندگی، ویژگی‌های ذهنی افراد است؛ اما زندگی عمومی بیانگر دیدگاه‌های فرد به جامعه است که زمینه‌های رفتاری او را فراهم می‌کند. او برای زندگی عمومی انسان‌ها منفعت‌هایی برمی‌شمارد که از آن میان می‌توان به یکپارچگی اجتماعی، وفاق، احساس تعلق، همبستگی، وابستگی متقابل، احساس آگاهی مشترک و سرنوشت جمعی اشاره کرد. این منافع چهارچوبی را برای ارائه تعریف اجتماعی از سلامت در اختیار می‌گذارد؛ به عبارت دیگر ارزیابی ذهنی فرد ریشه در جامعه و کارکردهای محیطی دارد. او برخی از عوامل ساختاری اجتماعی مانند سن، جنسیت و پایگاه اجتماعی و اقتصادی را بر گرایش‌ها و نگرش‌های فردی مؤثر می‌داند. این مفهوم در برابر بیگانگی و انزوای اجتماعی سیمن و آگاهی طبقاتی مارکس قرار می‌گیرد (Keeys, 1998)، منظور از انسجام (یکپارچگی اجتماعی)، ارزیابی یک فرد با در نظر گرفتن کیفیت همراهی او با جامعه اطرافش است، احساس تعلق می‌تواند جنبه‌ای محوری از سلامت باشد (ریف، ۲۰۰۳) و لذا یکپارچگی با دیگران در محیط و جامعه اطراف می‌بایست حاصل یک تجربه مشترک شباهت با دیگران باشد. آنتونوفسکی^۳ معتقد است که احساس انسجام در وجود فرد می‌تواند نشانه‌ای برای او باشد؛ افرادی که از انسجام برخوردارند تلاش می‌کنند در هنگام مواجهه با رویدادهای غیرقابل پیش‌بینی، انسجام خود را حفظ

1. Hirsch

2. Socially-Oriented

3. Antonovsky

کنند. انسجام اجتماعی درک فرد از کیفیت جهان اجتماعی خود و شیوه سازماندهی و عملکرد آن است (Keelys, 1998). این مقوله با قابلیت معنابخشی به وجود شخص است افرادی که سالم‌ترند به ماهیت جهان اجتماعی خود علاقه‌مندند و می‌توانند شیوه عملکرد آن را درک کنند. نبود حس یکپارچگی اجتماعی در بالاترین سطح خود به خودکشی می‌انجامد. افراد سالم احساس می‌کنند که جزئی از جامعه‌اند؛ لذا 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 هنجارها است. سیمن^۱ 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 زندگی او معنا می‌دهند و نقش حمایتی برای او دارند (رفیعی، ۱۳۹۴، ص. ۳۶). کنش مشارکتی که با جهت‌گیری عام‌گرایانه و همراه به اعتماد متقابل صورت می‌گیرد در فضای عمومی تعریف می‌شود. از این‌رو وجود حوزه عمومی و مباحثه آزاد و فارغ از سلطه از مقتضیات کنش مشارکتی است. در جریان این گفتگوی آزاد است که افراد خود را جزیی از جمع می‌پندارند و رفتارهای جمعی را می‌آموزند و اقدام به مشارکت اجتماعی می‌کنند و دنیای خود را همراه با ارزش‌ها و مشترکات هنجاری بنا می‌کنند. اگر افراد احساس کنند که کنش آنها در ساختن دنیای آنها بی‌پهوده است احساس بی‌قدرتی به آنها دست دهد، هرگز وارد مشارکت و مباحثه نمی‌شوند. اینکه افراد وارد مشارکت می‌شوند و در ساختن دنیای خود مشارکت می‌کنند، به‌خاطر این است که آنها این فرض را با خود دارند که مباحثه و مشارکت آنها تأثیری در ساختن دنیای خودشان دارد. اگر افراد احساس کنند که مشارکت آنها فایده‌ای ندارد و احساس بی‌قدرتی کنند، وارد کنش مشارکتی نمی‌شوند. مسئولیت اجتماعی عبارت است از تعیین الزام‌های فردی برای نقش‌آفرینی در جامعه (رفیعی، ۱۳۹۴). این بعد از سلامت اجتماعی معرف این است که این افراد فکر می‌کنند، آنچه که انجام می‌دهند برای جامعه ارزشمند است یا نه؟ کیز (Keelys, 1998) معتقد است که ایفای سهم اجتماعی، با مفهوم کارآمدی شخصی که باندورا^۲ (۱۹۷۷) مطرح می‌کند همپوشانی دارد و نیز می‌تواند به‌عنوان نوعی مسئولیت اجتماعی تلقی شود، تلقی فرد از ارزشی که در جامعه می‌تواند داشته باشد.

1. Siemens

2. Bandura

۳-۱. حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی

مطالعه در این زمینه دارای سابقه نه چندان دور است، افرادی که دارای روابط اجتماعی بیشتری هستند، احتمالاً از سلامت بهتری برخوردارند، البته این معیار چندان طرفدار ندارد، چرا که ضرورتاً تعداد روابط نمی‌تواند مالک سلامت بیشتری باشد، حتی ممکن است فردی روابط بیشتری داشته باشد، ولی این روابط جنبه منفی و بیماری‌زا داشته باشد؛ مثلاً در مواقعی که انسان دچار ورشکستگی اقتصادی می‌شود، تعداد روابط و ملاقات‌های او زیاده‌تر می‌شود ولی این نوع افزایش رابطه، بیشتر استرس‌زاست تا اینکه در افزایش سلامتی کمک نماید. طبق پژوهش ات لیندیز و تامسون^۱ (۱۹۸۸) تعدد روابط اجتماعی در سلامت نقش مثبت دارد. همچنین ارتباط حمایت اجتماعی با مرگومیر نیز بررسی شده است و نتایج نشان داده است که افرادی که از حمایت اجتماعی برخوردارند دارای مرگومیر کمتری هستند و از طرف‌دیگر سلامت روانی و اجتماعی نیز متأثر از حمایت اجتماعی است (Armstrong, 1972. P. 98 به نقل از: حسینی حاجی بکنده و تقی‌پور، ۱۳۸۹). اعتقاد بر این است که حمایت اجتماعی به سه طریق در برخورد با تنیدگی و استرس به فرد کمک می‌کند. اولاً، اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد می‌توانند مستقیماً حمایت ملموسی به شکل منابع مادی در اختیار یک شخص قرار دهند (مثلاً قرض دادن پول، خرید مایحتاج زندگی و مواظبت از کودکان). ثانیاً، اعضای شبکه اجتماعی می‌توانند با پیشنهاد اقدام‌های متنوعی، فرد را از حمایت اطلاعاتی خود برخوردار سازند و این اقدام‌ها متنوع، می‌تواند به حل مشکلی که موجب تنیدگی و استرس شده کمک کند. این پیشنهادها به شخص کمک می‌کند تا به مشکل از دیدگاه جدیدی نگاه کند، بدین ترتیب آن را حل کرده یا آسیب‌های ناشی از آن را به حداقل برساند. ثالثاً، افراد شبکه اجتماعی می‌توانند به اطمینان بخشی دوباره به فرد، در خصوص اینکه او شخص مورد علاقه، باارزش و محترم است از وی حمایت عاطفی به عمل آورند (زاهدی اصل، ۱۳۹۳).

۳-۲. نظریه‌های ایرانی شبه‌خانواده

فلسفه تأسیس خانه شبانه‌روزی، ایجاد یک محیط نسبتاً طبیعی خانوادگی و برقرار کردن ارتباط‌های صمیمانه و عاطفی بین کودکان و سرپرستان (شبه پدر و مادر) است.

1. Lindys & Tamsoon

نظریه‌های مرتبط با کودکان بی‌سرپرست در حوزه‌های مختلف علوم اجتماعی و رفتاری دو دسته عمده هستند:

- ۱- نظریه‌هایی که عمدتاً به اتیولوژی و سبب‌شناسی بی‌سرپرستی پرداخته است؛
 - ۲- برخی دیگر از نظریه‌ها به پیامدها، آثار و نتایج بی‌سرپرستی در کودکان می‌پردازند.
- بدون وجود خانواده و یا دست‌کم شبه‌خانواده، رشد صحیح اجتماعی، عاطفی و فرهنگی کودکان مشکل خواهد بود، سیستم خانواده نظام روابط اجتماعی را در سطح درون و بیرون از خانواده ممکن می‌سازد و در صورتی که این نظام تخریب شود و جایگزین قابل قبولی حتی در حد نسبی برای آن در نظر گرفته نشود باعث آسیب‌پذیری کودکان شده و نابهنجاری‌هایی را در آنها پدید می‌آورد (امیدی، ۱۳۹۸).
- پیرامون رهیافت‌های شبه‌خانواده عنوان می‌کند: سه نظریه مهم در باب شبه‌خانواده وجود دارد که می‌توان از آنها به‌عنوان رهیافت‌های بنیادین نام برد. نظریه تأسیسی بودن شبه‌خانواده، نظریه تمیمی و تکمیلی بودن شبه‌خانواده و نظریه جایگزینی تلفیقی. شبه‌خانواده در وضعیت کنونی دیگر به‌سان امری نامتعارف و غیرطبیعی نگریسته نمی‌شود. واقعیت جوامع و دگرگونی‌های شکل گرفته نشان می‌دهد که راهی غیر از شبه‌خانواده نداریم؛ اما با این وصف می‌توانیم درباره سرشت، کارکرد و آینده آن و امکان انجام تغییرهایی در آن سخن بگوییم. تغییرهایی که شبه‌خانواده را از ساختار فیزیکی محض به سمت بنیان‌های خانواده توأم با مؤلفه‌های عاطفی پیوندی نزدیک سازد (پورحسن، ۱۳۹۸). شواهد تجربی و حوزه نظری نشان می‌دهد که ما خانواده را به‌درستی نمی‌شناسیم و نمی‌دانیم پیوست آن با دیگر عناصر جامعه کدام است. به گمانم چند نیروی اجتماعی در بروز و ظهور شبه‌خانواده در ایران مؤثر هستند. در وهله اول فرزندان که در جامعه بلا تکلیف‌اند. دوم نهادها و سازمان‌هایی که متکفل این بودند که این ماجرا اتفاق نیفتد؛ اما به دلیل کارکرد نادرست، حالا باید معلول خودشان را سامان بدهند؛ مثل سازمان بهزیستی. سومین گروه نیز کسانی هستند که به دلایل مختلف میل به پذیرفتن فرزند دیگری یا بدسرپرست را دارند. جامعه‌پذیری، اجتماعی شدن، رشد عاطفی و فرهنگی افراد بدون وجود خانواده دچار اختلال می‌شود بر این اساس ایجاد مراکز شبه‌خانواده گزینه مناسبی برای کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست است تا خلأ نبود خانواده تا حدودی برطرف شود. به دلیل واقعیت‌های اجتماعی دنیای جدید، شبه‌خانواده، دیگر به‌عنوان پدیده‌ای غیرمعمول شناخته نمی‌شود، علاوه بر سوانح طبیعی مانند سیل، زلزله، بیماری و حوادث غیرطبیعی مثل جنگ‌ها و تصادفات، سبک زندگی‌های جدید نیز بنیان خانواده سنتی و نهادینه را لرزان کرده و

ضرورت ایجاد نهادهایی چون «شبه‌خانواده» را بیش از پیش در جوامع آشکار و مهم کرده است (آزاد آرمکی، ۱۳۹۸).

جایگاه اجتماعی ایران در شاخص‌های بین‌المللی رفاه و اجتماعی در ادامه جایگاه کشورمان ایران در مهم‌ترین شاخص‌های رفاه اجتماعی (شامل شاخص کیفیت زندگی، گزارش جهانی شادی، شاخص پیشرفت اجتماعی، شاخص رفاه لگاتوم، شاخص توسعه انسانی) بررسی می‌گردد. شاخص کیفیت زندگی شاخص کیفیت زندگی از جمله شاخص‌های حوزه اجتماعی است که به‌طور سالانه سطح کیفیت زندگی کشورها را می‌سنجد و در محاسبه این شاخص مؤلفه‌هایی چون، قدرت خرید؛ ایمنی؛ مراقبت‌های سلامتی؛ هزینه زندگی؛ نسبت قیمت ملک به نسبت درآمد؛ زمان رفت‌وآمد؛ شاخص آلودگی؛ شاخص آب و هوا به‌طور سالیانه و در مقایسه با سایر کشورها مورد محاسبه قرار می‌گیرد (Derakhshannia, 2013). شکل‌گیری شخصیت کودکان از محیطی آغاز می‌شود که در آن محیط پرورش می‌یابند و آموزش می‌بینند. کودکان شخصیت شکننده‌ای دارند و این مهم درمورد کودکان بی‌سرپرست از شدت زیادی برخوردار است؛ چون این کودکان به‌صورت طبیعی از برخی از نیازهای مادی و معنوی خود محروم‌اند و باید توجه داشت که این کودکان خود آسیب‌های زیادی دیده‌اند و هر چه قدر محیط زندگی آنان مناسب و هماهنگ با روحیات آنان نباشد در وحله اول کودکانی با بیماری‌های جسمی و روانی خواهیم داشت و در وحله دوم جامعه نیروی جوان با مشکلات شخصیتی زیاد و بیمار خواهد داشت (شمسایی، ۱۳۹۷).

دانشمندان علوم اجتماعی خانواده را در عصر ماشینی حاضر، به‌عنوان قرارگاه و حمایت گاهی دانستند که می‌تواند بهترین مکان برای مناسبات عاطفی غنی مابین والدین و فرزندان باشد. لزوم روابط عاطفی و تنگاتنگ والدین و کودکان در خانواده، جامعه‌شناسان و روان‌شناسان را به این نتیجه رساند که زندگی فرزندان بی‌سرپرست به دور از هر نوع ساخت خانوادگی آنها را دچار بحران‌های جدی خواهد ساخت. در حقیقت، ضرورت ایفای نقش هر دو سرپرست برای فرزندان یتیم و نیز اهمیت اجتماعی شدن ایتم در محیط‌هایی شبیه خانواده دولت‌ها را واداشت تا در نزدیک ساختن روش‌های سرپرستی به نظام خانواده بیش از پیش همت گمارند. در محیط‌های پرورشگاهی نه‌تنها از ایفای صحیح نقش‌های والدینی خبری نیست بلکه تعدد کانون‌های عاطفی، فقدان پیوستگی عاطفی و درنهایت ضایعات حاصله از محرومیت‌های پرورش گاهی، اجتماعی شدن فرد بی‌سرپرست را با مشکل جدی روبه‌رو می‌سازد.

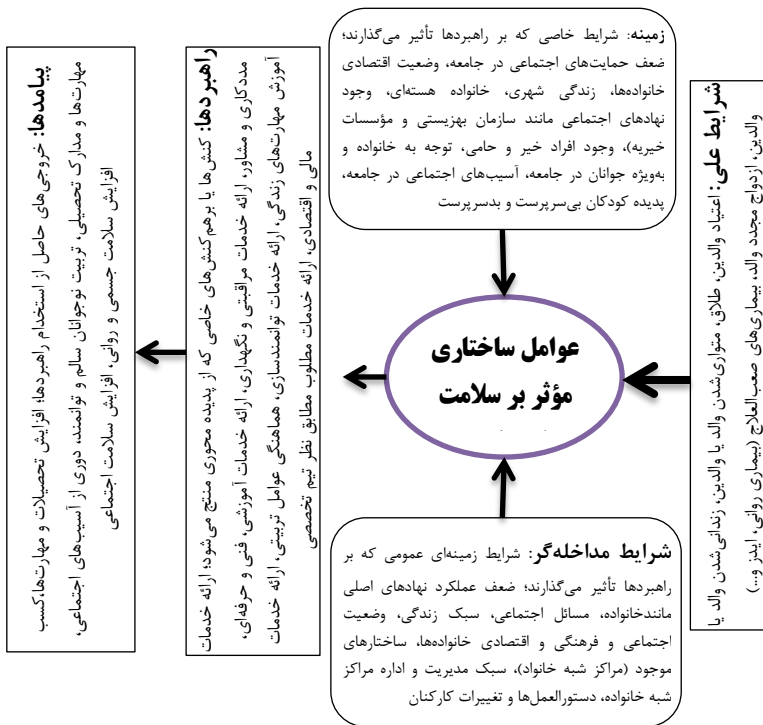
۴. روش پژوهش

مقاله حاضر به‌لحاظ ماهیت پژوهش در زمره پژوهش‌های اکتشافی، به‌لحاظ نوع پژوهش کاربردی و به‌لحاظ راهبرد دارای راهبرد استقرایی و به‌لحاظ ماهیت داده‌ها در زمره طرح پژوهش کیفی و از نوع نظریه داده‌بنیاد براساس مدل پارادایمی می‌باشد. در این پژوهش برای رهیافت پژوهشی نظریه داده‌بنیاد، از مدل پارادایمی (Corbin & Strauss, 1990) که مبتنی بر شناسایی عناصر شش‌گانه: شرایط علی، زمینه‌ای، مداخله‌ای، راهبردهای کنش/واکنش، پیامد و پدیده محوری و ارتباط بین آنهاست، استفاده شد.

جامعه آماری پژوهش نیز شامل کلیه کارشناسان و مسئولان و کارشناسان عالی و خبره متولیان امور شبه‌خانواده در سطح شهرستان و استان و کشور مرتبط با موضوع بوده و دارای دانش، تجربه و مسئولیت و نقش مؤثر در این موضوع هستند. از روش نمونه‌گیری نظری استفاده شده است. نمونه‌گیری نظری به تعبیر عبارت است از فرایند گردآوری داده‌ها برای نظریه‌پردازی که از این طریق تحلیل‌گر به‌طور همزمان داده‌هایش را گردآوری، کدگذاری و تحلیل می‌کند و تصمیم می‌گیرد که چه داده‌هایی را در مرحله بعدی گردآوری و آنها را کجا پیدا کند تا بدین‌وسیله نظریه‌اش را در حین شکل‌گیری‌اش تدوین کند. نظریه در حال تدوین فرایند گردآوری داده‌ها را کنترل می‌کند (Flik, 2006, p. 138). نمونه‌ها در اینجا حکم نمایا و معرف بودن با جامعه آماری را ندارند بلکه از این حیث اهمیت دارند که به بساختن پدیده مورد بررسی و تدوین نظریه کمک‌کننده می‌باشند. «قاعده کلی به هنگام نظریه‌سازی این است که به گردآوری داده‌ها تا زمانی که مقوله‌ها به اشباع برسند؛ باید ادامه داد. یعنی تا زمانی که: الف) هیچ داده جدیدی مرتبط با یک مقوله به‌دست نیاید (اشباع داده‌ها یکی از نشانه‌ای اشباع نظری قلمداد می‌گردد). ب) مقوله از لحاظ ویژگی‌ها و ابعاد به خوبی پرورش یافته باشد و گوناگونی‌های آن به نمایش گذارده شده باشد، ج) مناسبات میان مقوله‌ها به خوبی مشخص و اعتبارشان ثابت شده باشد. پس پژوهشگر باید تا جایی که تمام مقوله‌ها اشباع شوند؛ به گردآوری داده‌ها ادامه دهد؛ در غیر این صورت نظریه ناهموار و فاقد غنا و دقت است» (Corbin & Strauss, 1990, p. 230). با توجه به این موضوع در پژوهش حاضر پس از مصاحبه عمیق با ۲۴ نفر از جمله کارشناسان مددکاری و روان‌شناسی و مسئول فنی مراکز شبه‌خانواده در ۶ مرکز هدف بررسی، کارشناس مسئول شبه‌خانواده شهرستان و کارشناسان ارشد استان و کارشناسان عالی و خبره در سطح

سازمان بهزیستی به حالت اشباع نظری رسیده و انجام مصاحبه متوقف شد. فرایند کار بدین صورت بود که با رعایت اصول اخلاقی پژوهش و هماهنگی و کسب اجازه از متولیان و مصاحبه‌شوندگان، مصاحبه‌ها به‌طور دقیق ضبط می‌شد و سپس در قالب گزاره‌های خبری تدوین و به‌منظور دستیابی به مقولات اصلی و برساخت الگوی تحلیلی مفهوم عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی نوجوانان مقیم مراکز شبه‌خانواده از فرایند کدگذاری نظری در سه مرحله کدگذاری باز (کشف مفاهیم)، کدگذاری محوری (کشف مؤلفه‌ها) و کدگذاری گزینشی و یا انتخابی (کشف مقولات اصلی) در قالب نظریه داده‌بنیاد (Corbin & Strauss, 1990) صورت گرفته است. هر مصاحبه معمولاً بین ۴۵ دقیقه تا ۱ ساعت به طول می‌انجامد. با هر یک از کارشناسان به‌صورت جداگانه مصاحبه صورت گرفت. جهت اعتبارسنجی (قابلیت اطمینان و باورپذیری) مقولات پایه‌ای، فرعی و اصلی و نیز مدل برساخته شده مفهوم شبه‌خانواده و عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی از دو روش «الف» ارزیابی اعتبار به شیوه ارتباطی که به معنای آن است که مفاهیم و مقولات فرعی و اصلی احصاء شده توسط اعضاء مصاحبه‌شونده کنترل خواهند شد (Flick, 2006, pp. 415-416)، و ب) با استفاده از تشکیل فوکوس گروپ و نظرخواهی از اساتید و صاحب‌نظران حوزه شبه‌خانواده، استفاده شده است. همچنین جهت پایایی سنجی مقولات پایه‌ای، فرعی و اصلی از طریق بازنگری داده‌ها مرتفع شده است. همچنین به‌منظور قابلیت انتقال یا تعمیم‌پذیری سعی شد تا حد امکان از همکاران با تجربه بالا و دارای سابقه مشارکت در تدوین دستورالعمل‌های اجرایی و آیین‌نامه‌های مربوطه در پژوهش استفاده شود؛ یعنی سعی شده است که نمونه‌گیری نظری به‌صورت منظم و جامع صورت گیرد (Corbin & Strauss 1990, pp. 283-284). داده‌های مستخرج از مصاحبه عمقی با کارشناسان به‌صورت خط‌به‌خط و به‌صورت گزاره‌های خبری تدوین و سپس مورد کدگذاری باز قرار گرفته‌اند و به‌منظور کشف مفاهیم از کدهای زنده (استفاده از مفاهیمی که مشارکت‌کنندگان به‌کار برده‌اند) و نیز مفاهیم برخاسته از نوشته‌ها (استفاده از مفاهیم در نظریه‌های موجود) استفاده شده است. با تعیین و مشخص شدن ۳۸۹ مفهوم و یا کد اولیه، مرحله کدگذاری باز به اتمام رسیده است. سپس در مرحله فرایند کدگذاری محوری، مقولات انتزاعی تر کشف شده‌اند. پس از کدگذاری محوری، مرحله نهایی کدگذاری گزینشی یا انتخابی بوده است. در کدگذاری گزینشی یا انتخابی مقوله‌ها انسجام می‌یابند تا چهارچوب نظری اولیه شکل بگیرد. در این مرحله پژوهشگر روابط توصیفی از پدیده مرکزی را بیان می‌کند که به آن داستان گفته می‌شود. این داستان در ادامه باید در خصوص پدیده مرکزی

مفهوم‌سازی شود که شرح داستان نام دارد. در این بخش همانند کدگذاری باز و محوری باید به پدیده اصلی یا مقوله محوری نام داد و به‌عنوان یک مقوله به‌تدریج آن را به سایر مقوله‌ها مرتبط کرد (از کیا، ۱۳۹۶: ۵۲۶). این مقوله نسبت به سایر مقوله‌ها به تعبیر استراوس و کوربین انتزاعی‌تر و شمول‌عام دارند که یا از داده‌ها برمی‌خیزند و یا از سوی خود پژوهشگر نام‌گذاری می‌شوند (Corbin & Strauss, 1990, p. 168). بعد از بیان داستان و انتخاب مقوله اصلی، پژوهشگر پارادایم نهایی را ترسیم و در آن ارتباط مقوله اصلی را با سایر مقولات نشان می‌دهد.



شکل (۱): عوامل ساختاری مؤثر بر سلامت

۵. یافته‌های پژوهش

در این پژوهش با استخراج متون مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته به شناسایی عوامل تأثیرگذار بر سلامت اجتماعی نوجوانان دختر و پسر ۱۳ تا ۱۸ سال مراکز شبه‌خانواده پرداخته شده است، برای تجزیه و تحلیل داده‌های به‌دست‌آمده از آنجا

که این داده‌ها در زمره داده‌های کیفی قرار می‌گیرند، مشابه با سایر داده‌های کیفی، توصیف و تحلیل می‌شوند و همچون داده‌های کمی، کدگذاری نمی‌شوند؛ بنابراین کدگذاری داده‌های حاصل از مصاحبه، مشکل‌تر از کدگذاری داده‌های حاصل از پیمایش است و طبیعتاً مراحل بیشتر و طولانی‌تری دارد که در حین پژوهش با توجه به معیارهای به‌دست‌آمده، دسته‌بندی می‌شوند. یکی از این معیارها، یافتن شباهت‌ها و تفاوت‌ها و پیدا کردن الگوهایی در داده‌های به‌دست‌آمده است. ابتدا از طریق شباهت‌ها، الگویی در پاسخ‌های پاسخگو یا پاسخگویان کشف می‌شود. سپس با یافتن نمونه‌هایی که این الگوها را نقض می‌کند یا زمان‌هایی که پاسخگو به‌طور متفاوتی عمل کرده است، علت‌یابی می‌شوند. گاهی هم برخی از رفتارها باعث می‌شود که به‌صورت جدا و عبارتی تک‌افتاده در نتایج مصاحبه وجود دارد که می‌تواند نتایج یک مطالعه را متحول کند؛ زیرا در مطالعاتی که با روش‌های کیفی و از جمله مصاحبه انجام می‌شود، حتی یک مورد هم - هر چند متفاوت نباید از قلم بیافند (Strauss & Corbin, 1998, pp. 21-22). در این میان، یکی از مهم‌ترین و کارآمدترین ابزار تجزیه و تحلیل اطلاعات این پژوهش تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده است و ابزار آن استفاده از نرم‌افزار تحلیل داده‌های کیفی مکس کیودا (MAXQDA pro) نسخه ۲۰۲۰ می‌باشد که از برنامه‌های پیش‌رو برای تحلیل داده‌های کیفی در سراسر جهان است که برای ایجاد و آزمایش چهارچوب‌های نظری و نتیجه‌گیری از تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی گوناگون به‌کار می‌رود. لازم به ذکر است ابعاد و محورهای سؤالات مصاحبه با مشورت مسئولین شبه‌خانواده سازمان بهزیستی کشور و گروهی از کارشناسان خبره و دستورالعمل‌های اجرایی مربوطه بحث و بررسی شده، تعدیل‌های لازم صورت گرفته و پرسش‌های پایانی در قالب ۱۷ سؤال تشریحی مورد نظر پژوهشگر قرار گرفت که در مصاحبه‌های خود از آنها در دو محور کلی یعنی عوامل ساختاری و عوامل کارکردی بهره‌برداری شد.

۵-۱. توصیف داده‌ها

در مجموع تعداد افرادی که در مصاحبه شرکت نمودند ۲۴ نفر هستند که تعداد کل کدهای استخراج شده از مصاحبه با آنها ۳۸۹ کدهای باز در دو گروه استخراج شده که نام گروه مصاحبه شده و تعداد کدهای استخراج شده در جدول زیر آورده شده است.

جدول (۱): توصیف داده‌ها

نام گروه	تعداد افراد	تعداد کدهای استخراج شده	نام گروه کدهای استخراج شده	تعداد افراد	تعداد کدهای استخراج شده
کارشناسان عالی، خبره و مسئولان	۸	۱۶۵	کارشناسان روان‌شناس و مددکار اجتماعی	۱۶	۲۲۴

اطلاعات فوق نشان‌دهنده آن است که مسئولان، کارشناسان عالی، خبره و ارشد به تعداد ۸ نفر یعنی ۳۳ درصد مصاحبه‌شوندگان به تعداد ۱۶۵ کد به میزان ۴۲ درصد در تولید کدهای استخراج شده مشارکت داشته‌اند و کارشناسان به تعداد ۱۶ نفر به میزان ۶۷ درصد مصاحبه‌شوندگان به تعداد ۲۲۴ کد به میزان ۵۸ درصد در تولید کدهای استخراج‌شده مشارکت داشته‌اند.

Coded Segments

عوامل تاثیر گذار بر سلامت اجتماعی عوامل کارکردی/کسب حمایت اجتماعی:

Document gro...	Document na...	Preview	Modified by
کارشناسان	کارشناس 5	سرمایه ای در اختیار آنها فرامی دهد که بسیار کمک کننده است	M. Seifi
کارشناسان	کارشناس 10	روابط با خوشنودان موجب افزایش سلامت اجتماعی و آرامش روانی نوع	M. Seifi
کارشناسان	کارشناس 5	در همراهی با تاهین نیازهاک فرد میتواند مؤثر باشد	M. Seifi
کارشناسان	کارشناس 7	در کسب حمایت اجتماعی هزوع حمایت می تواند مفید و مؤثر باشد.ولی	M. Seifi
کارشناسان	کارشناس 7	در حالیکه مراجعات والدین بدسرپرست و مهمانی منفر رفتن کودکان به	M. Seifi
کارشناسان	کارشناس 4	در برخی مواقع اگر مراقبت تکمیل آسیب دارد ولی در مجموع کمک کننده	M. Seifi
مسئولین و کارش	کارشناس عالی 3	داشتن حامی و نیز اقوام و فامیل میتواند در ارتقاء اعتماد به نفسی	M. Seifi
کارشناسان	کارشناس 2	داشتن حامی خوب است و اگر بتوانیم حمایت های بیشتری را تاهین کنیم	M. Seifi
کارشناسان	کارشناس 9	داشتن حامی برای فرزندی که خانواده ای ندارند جهت انتقال به زندگی	M. Seifi
کارشناسان	کارشناس 8	داشتن حامی برای اطفال و نوجوانان بی سرپرست مؤثر تر از افراد بدس	M. Seifi
مسئولین و کارش	کارشناس عالی 3	داشتن ارتباط با خانواده مهم است و هماهنگی با مسائل تربیتی در مرکز	M. Seifi
کارشناسان	کارشناس 6	حامی فقط در جهت کمک مالی باشد و ارتباط نزدیک نداشته باشند	M. Seifi
مسئولین و کارش	کارشناسی خبره 1	به نظر من ما سعی کنیم که پیوندهای اجتماعی را حفظ کنیم که موجب ت	M. Seifi
کارشناسان	کارشناس 14	بله داشتن ارتباط مفید است و دیده شده که بچه هایی که با خانواده	M. Seifi
کارشناسان	کارشناس 4	اگرچه داشتن ملاقات با والدین زیستنی از حقوق اصلی کودک و نوجوان ا	M. Seifi
مسئولین و کارش	کارشناسی ارشد 1	اگر واقعا موجه باشند خیلی اثر بهتری در ارتباطات و اعتماد به نفس	M. Seifi
کارشناسان	کارشناس 3	اگر حامی واقع بین و با تیم مراقبت مرکز هماهنگ باشد بله	M. Seifi
مسئولین و کارش	کارشناسی ارشد 2	ارتباط نوجوانان با بستگان و اعضای خانواده اگر مورد علاقه فرزند	M. Seifi
کارشناسان	کارشناس 16	ارتباط داشتن فرزند با فامیل سبب و نسبی باعث دلبستگی ایمن نیست خ	M. Seifi
کارشناسان	کارشناس 15	ارتباط داشتنی با خانواده میتواند نقش داشته باشد.و نیازهای آنها ر	M. Seifi
کارشناسان	کارشناس 13	ارتباط با دیگران برای داشتن رفتار به هنجار لازم است	M. Seifi
کارشناسان	کارشناس 12	ارتباط با خانواده، اقوام و بستگان کمک به اعتماد به نفس و ارتباط	M. Seifi
کارشناسان	کارشناس 13	ارتباط با خانواده اگر صلاحیت داشته باشند مناسب است در غیر این ص	M. Seifi
کارشناسان	کارشناس 11	ارتباط با بستگان معمولا اثر خوبی ندارد زیرا خانواده ها آسیب دید	M. Seifi
کارشناسان	کارشناس 1	ارتباط با اقوام و بستگان با نظارت دقیق و کنترل شده	M. Seifi

شکل (۲): نمونه کدگذاری‌ها

۵-۲. تحلیل داده‌ها با استفاده از اطلاعات استخراج شده از نرم‌افزار

مکس کیو دی ای

پژوهشگر پس از هر مصاحبه و در اولین گام، گفته‌ها را تحت یک جمله یا بند استخراج کرده و یک برچسب مفهومی بر آن زده که این اولین قدم در تجزیه و تحلیل محسوب شده است؛ پس از چندین مصاحبه، مضامین و مفاهیم تحت مقولاتی انتزاعی تر دسته‌بندی و بیش از ۳۸۹ کُد یا مضمون در مصاحبه‌ها مشخص شد.

برای کدگذاری مقوله‌ها، ابتدا کدگذاری باز (کدگذاری آغازین و بدون محدودیت داده‌ها) در دستور کار قرار گرفته است. برای انجام این کدگذاری، متون (مصاحبه‌های پیاده شده و یادداشت‌های میدانی) را خط به خط خوانده شده و پاره‌ای از آنها را که بیانگر یک مقوله‌اند، در یک گروه جای گرفته و مقوله‌ها نام‌گذاری شده‌اند. در مرحله بعد، کدها و مقوله‌های ساخته شده نزدیک به هم را با استفاده از روش کدگذاری محوری در هم ادغام شده و کدگذاری نهایی به شکل انتخابی یا گزینشی، استخراج شد؛ یافته‌های حاصل از کدگذاری نهایی صورت‌بندی شده نشان می‌دهد عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی جامعه آماری به دو گروه بزرگ تحت عنوان:

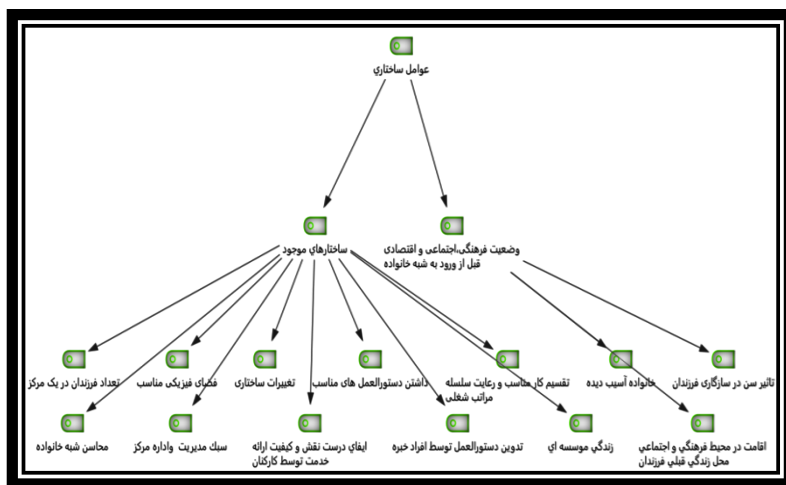
- عوامل ساختاری با سه زیرگروه: وضعیت فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی، کارکرد خانواده زیستی و ساختارهای موجود.
 - عوامل کارکردی با ۷ زیرگروه، کارکردهای قابل بهبود، حمایت اجتماعی، کارهای کاهش مشکلات نوجوانان، هماهنگی عوامل تربیتی، کارکردهای تربیتی و آموزشی، توجه به نقش آموزشی مربیان، کارکردهای اقتصادی و مالی.
- به بیان دیگر سلامت اجتماعی نوجوانان مقیم در مراکز شبه‌خانواده تحت تأثیر عوامل مختلفی است، مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار را از زبان مجریان و کارشناسان بهزیستی و مدیران مراکز، مسئول فنی مرکز، روان‌شناس و مددکار اجتماعی در قالب مصاحبه‌های انجام شده استخراج نمودیم، در نتیجه طیف وسیعی از عوامل، از وضعیت خانواده قبل از ورود فرزند نوجوان به مراکز بهزیستی (شبه‌خانواده) و به دنبال آن ورود به مراکز و مؤسسات و ساختاری ایجاد شده، برای انجام وظایف و کارکردهای یک خانواده (شبه‌خانواده) که در این مؤسسات و متناسب با سن و جنس نوجوانان مقیم برنامه‌ریزی و اجرا می‌گردد، است. بررسی مدل‌های ترسیمی با

نرم افزار مکس کیودای گویای این واقعیت است که سلامت اجتماعی نوجوان دختر و پس ۱۳ تا ۱۸ ساله مقیم مراکز شبانه روزی تهران تحت تأثیر عوامل فراوان بوده، به طوری که از مجموعه ۲۴ مورد مصاحبه انجام شده، ۳۸۹ مورد موارد مهم و قابل توجه در کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری گزینشی به شرح جدول زیر مورد توجه قرار گرفته است.

جدول (۲): فرایند کدگذاری محوری و گزینشی برای بر ساخت مفاهیم عوامل ساختاری

و عوامل کارکردی در مراکز شبه خانواده بر اساس طرح نظام مند نظریه داده بنیاد

عناصر پارادایم گرند د تئوری	کدگذاری گزینشی (کشف مقولات)	کدگذاری محوری (کشف مؤلفه ها)	تعداد کدهای محوری فرعی	کدگذاری باز (کشف مفاهیم)
۲	۱۰	۵۲	۸۳	۳۸۹



شکل (۳): مدل عوامل ساختاری

از ترک هستند، همواره تربیت نوجوانان را برای کادر مراقبتی دچار چالش می‌نمایند. خانواده‌های درگیر اعتیاد؛ در ملاقات‌ها و مهمانی منزل و یا در رفتارهای هیجانی و قول و وعده وعیدها هماهنگی کاملی با کارکنان شبه‌خانواده ندارند و معمولاً در برنامه‌های مشاوره همکاری ضعیفی دارند. لغزش و ریزش در معتادان زیاد است و بارها پیش آمده والدین زیستی بعد از خدمات بازپروری نیز درگیر مواد شده و روند بازپیوند فرزندان به خانواده را با مشکل مواجه کرده‌اند.

در گروه عوامل کارکردی؛ آموزش مهارت‌های زندگی با ۲۳ نظر و سهم ۵,۹۱ درصد، تأمین نیازهای مالی با تعداد ۱۴ نظر و سهم ۳,۶۰ درصد، تشویق و تنبیه با تعداد ۱۳ نظر و سهم ۳,۳۴ درصد، داشتن حامی و تأمین نیازهای عاطفی و روانی بیشترین سهم را در بین عوامل کارکردی مؤثر بر سلامت اجتماعی را به خود اختصاص داده‌اند.

۵-۳. مدل استخراج شده محورهای کلی و مهم عوامل ساختاری و کارکردی مؤثر بر سلامت اجتماعی نوجوانان



شکل (۵): محورهای کلی و مهم عوامل ساختاری و کارکردی مؤثر بر سلامت اجتماعی نوجوانان

نتیجه گیری

مراکز شبانه‌روزی سازمان بهزیستی که کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست در آنها نگهداری می‌شوند از جمله واحدهای مهم و قابل توجه در سازمان بهزیستی و مورد توجه عموم مردم و خیران هستند. در مراکز مراقبت و نگهداری این عزیزان موضوع‌های مهمی قابل توجه هست که از جمله آن می‌توان به «سلامت اجتماعی» اشاره کرد.

شناسایی عوامل ساختاری مؤثر بر سلامت نوجوانان بخش مهمی از داده است که در این پژوهش کارشناسان به سه مقوله اصلی که وضعیت فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی خانواده قبل از ورود نوجوانان به مراکز شبه‌خانواده، کارکرد خانواده زیستی و ساختارهای موجود و آسیب‌های اجتماعی خانواده را به‌عنوان عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی عنوان کرده‌اند که تا حدود زیادی با نتایج حاصل از پژوهش‌های انجام شده در مورد مهم‌ترین مسائل و مشکلات خانواده و جامعه همپوشانی دارد. نوجوانان مقیم مراکز شبه‌خانواده نیز متأثر از ساختارها، شرایط فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی جامعه هستند.

فضا و ساختار مراکز، تعداد نوجوانان مقیم در یک مرکز و محدودیت‌های ارتباطی نیز از جمله موارد مؤثر بر سلامت اجتماعی آنها بوده که بدون ارتباط با شرایط اجتماعی و اقتصادی جامعه نیست. از جامعه آماری مورد مطالعه ۷۶/۷۲ درصد دارای خانواده و اقوام بودند که نشان‌دهنده مشکلات جدی اجتماعی و فرهنگی جامعه است. نکته قابل ذکر در اینجا وضعیت ساختار مراکز است که می‌توان گفت به دلیل محدودیت‌های موجود در تأمین منابع مالی امکان اصلاح دقیق ساختارها، تأمین فضا و امکانات لازم، جلوگیری از تغییرهای تأثیرگذار بر سلامت اجتماعی نوجوانان مقیم فراهم نیست. همچنین تأثیر شرایط فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی جامعه و خانواده، کاهش بیکاری، اعتیاد، رفع فقر و محرومیت، بهبود شاخص‌های توسعه و کاهش تعداد آسیب‌دیدگان اجتماعی را به‌دنبال داشته و زندگی و سلامت اجتماعی نوجوانان مقیم در مراکز شبانه‌روزی که عمدتاً حاصل شرایط فوق‌الذکر هستند را بهبود می‌بخشد. پژوهش؛ نویدزاده (۱۴۰۱) اثربخشی آموزش حل مسئله با رویکرد توانمندسازی بر درک ارزش‌های خویشتن دختران شبانه‌روزی یافته‌های این پژوهش نشانگر آن است که «آموزش مهارت حل مسئله با رویکرد توانمندسازی مددکاری اجتماعی می‌تواند روشی مؤثر جهت ارتقای سطح سازگاری فردی دختران ساکن در شبانه‌روزی است».

نتیجه حاصل شده با نتایج به دست آمده در ساختارهای کارکردی و موضوع آموزش و مهارت‌ها، که از کارکردهای تربیتی مؤثر بر سلامت اجتماعی نوجوانان مقیم مراکز شبه خانوادگی است همخوانی داشته و بر سلامت اجتماعی ایشان مؤثر است. پژوهش بهنوش و محمدزاده ده‌ملایی (۱۳۹۹) با عنوان بررسی مقایسه‌ای عملکردهای اجرایی‌شناختی حل مسئله، در نوجوانان ساکن در مراکز شبانه‌روزی بهزیستی و هم‌تایان عادی آنها در شهر تهران نشان داد: «نوجوانان ساکن مراکز شبانه‌روزی در عملکردهای اجرایی‌شناختی خود نسبت به هم‌تایان عادی آنها ضعیف‌تر هستند و نیاز است که با ارائه پروتکل‌های جبرانی و درمانی شناختی، جهت بهبود آینده این نوجوانان و در نهایت بهبود جامعه، اقدام کرد و پیشنهاد شده است خدمات مشاوره‌های و آموزشی در جهت تقویت انگیزه پیشرفت و کارکردهای اجرایی ارائه شود». این نتیجه با آموزش مهارت‌های زندگی به عنوان یکی از کارکردهای تربیتی مراکز شبه خانوادگی همخوانی دارد. پژوهش علی‌زاده و دیگران (۱۳۹۷) با عنوان «اثربخشی آموزش کفایت اجتماعی بر گرایش به رفتارهای پرخطر نوجوانان پسر مراکز شبانه‌روزی بهزیستی در شهرهای مشهد و سبزوار» نشان می‌دهد: نوجوانان پسر بی‌سرپرست و بدسرپرست در طول دوران زندگیشان در مراکز شبانه‌روزی دچار تنیدگی و تنش‌های بسیاری می‌شوند. متأسفانه آنها جایگاه اجتماعی منفی را تجربه می‌کنند که کسب موفقیت را برای آنان دشوار و به آرزوی همیشگی تبدیل می‌کند. آموزش کفایت اجتماعی موجب ارتقاء مهارت‌ها، افزایش ظرفیت برای انطباق نوجوانان با موقعیت‌های مختلف و برخورد آنان با مشکلات می‌شود. این نتیجه با یافته‌های پژوهش حاضر در موضوع عوامل ساختارهای با عنوان فرهنگی و اجتماعی خانوادگی زیستی و همچنین آموزش مهارت‌ها برای افزایش انطباق اجتماعی در کارکردهای مراکز شبه خانوادگی همخوانی دارد و بر سلامت اجتماعی نوجوانان مقیم مؤثر می‌باشد. سنایی پارسا و جمشیدی (۱۳۹۵) با عنوان آسیب‌شناسی و نیازسنجی کودکان بی‌سرپرست در جامعه معاصر ایران نشان داد که «با رعایت برنامه‌ریزی‌های مناسب و استفاده از روش‌های درست، استفاده از مربیان و مسئولان آموزش‌دیده و روان‌شناسان باتجربه (یا حتی روان‌پزشک) شبیه‌سازی محیط خانه در مجموعه، کم کردن جابه‌جایی بچه‌ها و تغییر مدام محل سکونت (به حداقل رساندن جابه‌جایی بچه‌ها) توجه به مسائل رفاهی، تفریحی، آموزشی و پرورشی، استقرار فرزندان در مناطق متوسط شهر برای آشنایی با این فرهنگ، ایجاد مرکزی مستقل برای انجام دادن خدمات مشاوره‌ای می‌تواند به کودکان و در نهایت جامعه کمک شایان توجهی کرد». نتایج فوق با یافته‌های پژوهش از جمله برنامه مراقبت و

هماهنگی عوامل تربیتی، مربیان آموزش دیده، توجه به مسائل رفاهی، تفریحی، آموزشی و پرورشی که از عوامل کارکردی و نیز جابه‌جایی کودکان و تغییر محل سکونت، تغییرات ساختاری و استقرار فرزندان در مناطق متوسط شهری و نزدیک به محیط فرهنگ آنها از جمله عوامل ساختاری مؤثر بر سلامت اجتماعی را تأیید می‌نماید. رجبی و دیگران (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان «مقایسه شاخص‌های سلامت روان در کودکان بی‌سرپرست نگهداری شده در مراکز با کودکان سپرده شده نزد اقوام در استان لرستان» نتیجه گرفت که «فقدان خانواده سبب می‌شود کودکان خانواده از بسیاری از تجارب مفید و یادگیری‌های سالم محروم شده و این خلأ می‌تواند تغییرهایی را در رفتار کودکان ایجاد نموده و زمینه را برای بروز مشکلاتی از قبیل افسردگی، گوشه‌گیری و اضطراب یا بروز اختلال‌های شدید روانی فراهم نماید؛ لذا حضور در محیط گرم و دوستانه خانواده وجود روابط عاطفی خوب بین افراد خانواده موجب پرورش افرادی با سلامت روان و شخصیت سالم و بالعکس فقدان دریافت حمایت عاطفی از طرف والدین موجب کج‌روی‌های اجتماعی و مشکلات روان‌شناختی و تزلزل سلامت روانی می‌گردد که نتایج پژوهش حاضر در زمینه حمایت اجتماعی و لزوم ارتباط با خانواده زیستی و اقوام و بستگان را تأیید می‌نماید. انتصار فومنی و کابینی مقدم (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان «اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر سازگاری اجتماعی و تکانش‌گری در بین دختران ساکن خانه‌های شبانه‌روزی»، نتایج تحقیق نشان داد که آموزش مهارت‌های ارتباطی بر سازگاری اجتماعی دختران ساکن خانه‌های شبانه‌روزی مؤثر بود، که این نتیجه نیز با تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر نتایج پژوهش حاضر به‌عنوان عوامل کارکردی مراکز شبه‌خانواده منطبق است.

موضوع‌های دیگری مانند: تأمین نیازهای مالی، تشویق و تنبیه، بهداشت فردی و عمومی، داشتن حامی، تأمین نیازهای عاطفی و روانی نیز از جمله موضوع‌هایی بودند که در پژوهش‌های انجام شده اشاره مستقیمی به تأثیرهای آنها در زندگی نوجوانان مقیم مراکز شبه‌خانواده نشده است، لیکن هر کدام از این موضوع‌ها نیز می‌توانند محورهایی برای پژوهش‌های آینده باشند. در دهه‌های اخیر تقویت روند مؤسسه‌زایی در مراقبت از کودکان، زمینه توسعه طرح‌های پذیرش موقت یا دائم کودکان در خانواده‌های جایگزین و فرزندخواندگی را فراهم نموده است. در برخی جوامع در حال توسعه به‌ویژه جوامع اسلامی ساختار گسترده‌تر خانواده و احساس تعهد عمومی نسبت به کودکان موجب شده است تا تعداد بسیار قابل توجه‌ای از کودکان نیازمند حمایت، به‌صورت طبیعی

تحت مراقبت و سرپرستی بستگان خود قرار گیرند. نتایج این پژوهش نشان داد در مورد عوامل کارکردی اکثر کارشناسان به آموزش مهارت های زندگی، تأمین نیازهای مالی، تشویق و تنبیه، بهداشت فردی و عمومی، داشتن حامی، تأمین نیازهای عاطفی و روانی، برنامه مراقبت و برنامه ریزی مناسب برای فرزندان و داشتن ارتباط با اقوام و بستگان در تأمین سلامت اجتماعی نوجوانان مراکز به عنوان بیشترین عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی تأکید نمودند، برای نوجوان درک جامعه و ارتباط اجتماعی بسیار با اهمیت می باشد و یادگیری نحوه ارتباط اجتماعی و تمرکز بر یادگیری مهارت های زندگی برای دستیابی به دانش و اطلاعات لازم به منظور برقراری ارتباط با افراد، احساس مفید بودن، احساس تعلق اجتماعی و درک ارتباطات مفید اجتماعی از کارکردهای مهم مراکز می باشد که در این زمینه برنامه گروه مراقبت در مرکز متشکل از مدیر مرکز، کارشناس روان شناس، کارشناس مددکاری اجتماعی و مربیان در راستای تأمین نیازهای اولیه، زیستی و روانی، اجتماعی و اقتصادی، امکانات پیشرفت و رشد اجتماعی نوجوانان را لحاظ نموده و اجرای دقیق این برنامه ریزی مدنظر بوده است. هر چند نوجوان از محیط اجتماعی تأثیر می پذیرد ولی کنترل و نظارت بر کارکردهای خانه می تواند به شکل گیری رفتار نوجوانان کمک کند، آسیب های گذشته به فرزندان مقیم این همواره تهدیدی برای بهبود سلامت اجتماعی آنها بوده است، لیکن تدوین دستورالعمل های مناسب توسط افراد متخصص، به کارگیری کارشناسان و مربیان آشنا به اصول علمی، هماهنگی عوامل تربیتی، تجربه اصلاح رفتار در مراکز می تواند در زمینه کاهش مشکلات آنها، تشویق و تقویت رفتارهای سالم در برنامه های تربیتی و مراقبتی زمینه ساز بهزیستی اجتماعی نوجوانان است.

داده های حاصله از نظرهای کارشناسان مرتبط حاکی است که تأمین نیازهای اولیه، نیازهای عاطفی و روانی کمک به هویت یابی از طریق تعاملات اجتماعی، ارتباط با خانواده زیستی، تجربه زیسته نوجوانان مقیم، ارتباط با اقوام و بستگان و حضور در برنامه های آموزشی و تحصیلی، شغلی، هنری ورزشی و اجتماعی نیز به عنوان کارکردهای تربیتی مراکز در تأمین سلامت اجتماعی فرزندان مؤثر بوده است. با این حال وجود حضور حدود ۸۵۰۰ کودک و نوجوان بی سرپرست در مراکز شبانه روزی سازمان بهزیستی با ساختارهای مختلف در بخش های دولتی و غیردولتی، ساختار خانواده و آسیب های اجتماعی و تهدیدهای موجود در حیات خانواده زمینه هایی هستند که در حال حاضر حدود ۶۵۰ مرکز در کشور که بیشتر آنها توسط مؤسسه های خیریه

تأسیس ایجاد شده فعالیت دارند، زندگی در مؤسسه‌ها همواره مشکلاتی را برای کودکان و نوجوانان مقیم به‌دنبال داشته است. از این منظر در جهت کاهش مشکلات، آسیب‌شناسی مراکز و مؤسسه‌ها و زندگی افراد مقیم همواره مورد بررسی پژوهشگران دانشگاهی و متصدیان امور بوده است. در اینجا لازم است به بررسی نتایج حاصل از پژوهش حاضر و سایر پژوهش‌های اشاره شده در پیشینه و مرتبط با موضوع شبه‌خانواده و زندگی در مراکز شبانه‌روزی داشته باشیم.

پیشنهادهای پژوهش

با وجود مطالعات زیاد در زمینه سلامت اجتماعی در کشور در زمینه سلامت اجتماعی نوجوانان مقیم مراکز شبه‌خانواده تحت نظارت سازمان بهزیستی تحقیقی صورت نگرفته است.

۱- تربیت نیروهای تخصصی اعم از کارشناسان ارشد با گرایش کودکان و نوجوانان شبه‌خانواده، تربیت نیروی کارشناس تربیتی کودک و نوجوانان مقیم مراکز شبه‌خانواده و آسیب‌دیدگان اجتماعی در دستور کار قرار گیرد.

۲- کیفیت زندگی کودکان و نوجوانان و تجربه‌های زیسته آنها مطالعه و بررسی شود.

۳- بررسی ویژگی‌های آسیب‌شناسی خانواده‌های دارای کودکان و نوجوانان مقیم مراکز شبه‌خانواده می‌تواند موضوع مهمی برای اقدام‌های پیشگیرانه باشد.

۴- مقایسه شیوه‌های مراقبت از کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست در مراکز شبه‌خانواده و خانواده‌های جایگزین توصیه می‌شود.

۵- نهادهای اجتماعی دولتی و نهادهای غیردولتی چگونه می‌توانند در تقویت شبکه حمایت‌های اجتماعی و کاهش ورود کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست به شبه‌خانواده مؤثر باشند.

با توجه به ویژگی‌های نوجوانان مقیم مراکز شبه‌خانواده و مشکلات زندگی در مراکز شبه‌خانواده و مؤسسه‌های تشکیل شده این گروه سنی نیازمند توجه به برنامه‌ریزی و خدمات مراقبت و نگهداری با استانداردهای خاص دارند؛ بنابراین مسئولان امر در دولت، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، سازمان بهزیستی و مؤسسه‌های متولی خانه‌های کودکان و نوجوانان ضروری است ضمن ارتقاء شاخص‌های سلامت اجتماعی آنها به توانمندسازی و تقویت حمایت‌های اجتماعی پس از ترخیص توجه لازم و کافی را داشته باشند.

فهرست منابع

- آزاد آرمکی، محمدتقی (۱۳۹۸). اولین نشست «شبه‌خانواده» با عنوان «نگاهی به بنیان‌های نظری شبه‌خانواده». تهران: ۲۸ خرداد.
- ازکیا، مصطفی (۱۳۹۶). روش پژوهش کیفی از نظریه تا عمل. تهران: کیهان.
- امیدی، کاوه (۱۳۹۸). اولین نشست «شبه‌خانواده» با عنوان «نگاهی به بنیان‌های نظری شبه‌خانواده». تهران: ۲۸ خرداد.
- باقی نصرآبادی، علی (۱۳۸۷). جامعه‌شناسی خانواده. تهران: دانشگاه علمی کاربردی.
- بخارایی، احمد؛ شربتیان، محمدحسن و طوافی، پویا (۲۰۱۵). مطالعه جامعه‌شناختی رابطه نشاط با سلامت اجتماعی (جوانان ۱۸ تا ۳۰ سال شهرستان ملایر). برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، ۲۵(۷)، ۱-۴۰.
- برجعلی، فرامرز (۱۴۰۰). پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی. پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی، (۴۴).
- بهنوش حامد، علی و محمدزاده ده ملایی، رجبعلی (۱۳۹۹). بررسی مقایسه‌ای عملکردهای اجرایی شناختی (حل مسئله، انعطاف‌پذیری ذهنی و ریسک‌پذیری) در نوجوانان ساکن در مراکز شبانه روزی بهزیستی و هم‌تایان عادی آنها در شهر تهران، هفتمین همایش علمی پژوهشی توسعه و ترویج علوم تربیتی و روانشناسی ایران.
- بیات، محبوبه؛ نادری‌فر، مهین؛ بیات مقداد، میری مجید و فروغی، سعید (۱۳۸۶). سلامت اجتماعی کودکان ۷ تا ۱۱ ساله ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی. پورحسن، قاسم (۱۳۹۸). اولین نشست «شبه‌خانواده» با عنوان «نگاهی به بنیان‌های نظری شبه‌خانواده». تهران: ۲۸ خرداد.
- چایچی تبریزی، نگار (۱۳۹۴). سلامت اجتماعی و عوامل مرتبط با آن. تهران: تک درخت.
- حسینی حاجی بکنده سید احمد و تقی‌پور ملیحه (۱۳۸۹). بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار. پژوهش اجتماعی، ۳(۷)، ۱۳۹-۱۵۸.
- خوش‌فر، غلامرضا؛ محمدی، آرزو؛ محمدزاده، محمدی و اکبرزاده، فاطمه (۲۰۱۵). امنیت اجتماعی و سلامت اجتماعی (مطالعه موردی: جوانان ۲۹-۱۵ ساله شهر قاین). مجله مطالعات اجتماعی ایران، ۹(۱)، ۷۱-۱۰۲.

رزاقی، رضا (۱۳۹۶). *مراقبت و توانمندسازی کودکان دور از خانه*. تهران: انتشارات ارجمند.

رستگار خالد، امیر و عظیمی، هاجر (۲۰۱۳). بررسی رابطه سرمایه اجتماعی با شهروندی دموکراتیک. *فصلنامه علوم اجتماعی*، ۱۹(۵۹)، ۹۷-۱۴۱.

رضایی، سحر؛ گودرزی، محمود و علی مددی، کامران (۲۰۲۲). اثربخشی آموزش الگوی توانمندسازی مهارت‌های زندگی بر افزایش عزت‌نفس و حل مسئله اجتماعی در کودکان تحت سرپرستی مراکز نگهداری شبانه‌روزی (محدوده سنی ۶ تا ۱۲ سال) شهر کرمانشاه. *توانمندسازی کودکان/ استثنایی*، ۱۳(۳)، ۳۴-۴۳. رفیعی، حسن (۱۳۹۴). رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی ایران. *رفاه اجتماعی*، ۱۱(۴۲)، ۲۰۳-۲۲۸.

رفیعی، حسن (۱۳۹۴). رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی ایران. *فصلنامه رفاه اجتماعی*، (۲۲۸).

زاهدی اصل، محمد (۱۳۹۳). فراتحلیلی بر مطالعات مربوط به سلامت اجتماعی. *برنامه‌ریزی و توسعه اجتماعی*. ۵(۱۹)، صص. ۷۱-۱۰۷.

زاهدی اصل، محمد و نعمت‌ساعتلو، فایقه (۲۰۱۵). برنامه‌های حمایتی و کیفیت زندگی معنادار: مقایسه معنادار بازتوان شده کنگره ۶۰ و معنادار بازتوان شده در کلینیک‌های خصوصی. *پژوهشنامه مددکاری اجتماعی*، ۳(۲)، ۱۸۹-۲۱۱.

زاهدی اصل، محمد (۱۳۹۳). فراتحلیلی بر مطالعات مربوط به سلامت اجتماعی. *برنامه‌ریزی و توسعه اجتماعی*. ۵(۵-۱۹)، ۷۱-۱۰۷.

سازمان بهزیستی کشور (۱۳۹۵). *قانون حمایت از کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست*. تهران: سازمان بهزیستی کشور.

سجادی، حانیه السادات؛ کرمی، مهرگان؛ ترک‌زاده، لیلا؛ کریمی، سعید و بیدرام، رسول (۱۳۸۴). کارایی مراکز آموزشی، درمانی و بیمارستان‌های عمومی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال‌های ۸۵-۱۳۸۴ با استفاده از روش تحلیل فراگیر داده‌ها.

علیزاده، سیمیا؛ راهب، غنچه؛ میرزائی، زهرا و حسین‌زاده، سمانه (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش کفایت اجتماعی بر گرایش به رفتارهای پرخطر نوجوانان پسر مراکز شبانه‌روزی بهزیستی در شهرهای مشهد و سبزوار. *توانبخشی*، ۲۱(۱).

شریعتمدار، آسیه و پورگراوند، ساحره (۲۰۱۴). مقایسه هیجان‌خواهی و کفایت اجتماعی دختران ساکن مراکز شبانه‌روزی بهزیستی با دختران تحت سرپرستی

- خانواده. فرهنگ مشاوره و روان درمانی، ۲۰(۵)، ۱۴۱-۱۵۸.
- شمسایی، محمدحسین (۱۳۹۷). رازها و نیازهای مراکز شبانه‌روزی. تهران: کویر.
- عبداله‌فام، رحیم؛ جهانگیر یاری، حاج عطالو؛ طالبی، بهنام و ابراهیم‌پور، داود (۲۰۱۹). مدل یابی ساختاری سلامت اجتماعی براساس نقش عوامل فردی، شغلی و سازمانی در میان اعضای هیئت‌علمی دانشگاه آزاد اسلامی استان آذربایجان شرقی. مدیریت سازمان‌های دولتی، ۷(۳)، ۹۱-۱۰۴.
- نویدزاده، فریده؛ قادری ثانوی، رمضانعلی و عرشی، ملیحه (۱۴۰۰). نهمین کنفرانس بین‌المللی روان‌شناسی. علوم تربیتی و سبک زندگی.
- قادری، مهدی (۱۳۹۳). کاربرد شاخص‌های نوین در تبیین سبک زندگی سالم. فصلنامه رفاه اجتماعی، ۵۸(۵)، صص. ۹-۶۲.
- کابینی مقدم، سلیمان؛ انتصار فومنی، غلامحسین؛ حجازی، مسعود و اسدزاده، حسن (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش راهبردهای یادگیری خودگردان و آموزش کمک‌خواهی بر پایستگی تحصیلی دانش‌آموزان اهمال‌کار مدارس غیرانتفاعی. رویکردهای نوین آموزشی، ۱۴(۱)، ۳۳-۴۸.
- رجبی، مسلم؛ بگیان کوله مرز، محمدجواد؛ بختی، مجتبی و کریمی‌نژاد، کلثوم (۱۳۹۶). مقایسه شاخص‌های سلامت روان در کودکان بی‌سرپرست نگهداری شده در مراکز با کودکان سپرده شده نزد اقوام در استان لرستان. نشریه پرستاری کودکان، ۴(۱)، ۳۶-۴۲.
- نبوی، عبدالحسین؛ نواح، عبدالرضا و امیرشیرزاد، نرگس (۱۳۹۳). بررسی عوامل مؤثر بر بی‌تفاوتی اجتماعی (مورد مطالعه: شهروندان ۱۸ سال به بالای شهر دزفول). جامعه‌شناسی ایران، ۳(۳).
- آزاد آرمکی، محمدتقی (۱۳۹۸). نگاهی به بنیان‌های با عنوان «شبه خانواده». اولین نشست تهران: ۲۸ خرداد، بنیان‌های نظری شبه خانواده.
- امیدی، کاوه (۱۳۹۸). نگاهی به بنیان‌های با عنوان «شبه خانواده». اولین نشست تهران: ۲۸ خرداد، بنیان‌های نظری شبه خانواده.
- پورحسن، قاسم (۱۳۹۸). نگاهی به بنیان‌های با عنوان «شبه خانواده». اولین نشست تهران: ۲۸ خرداد، بنیان‌های نظری شبه خانواده.
- نواح، عبدالرضا؛ بوداقتی، علی و سعدی، ناهید (۱۴۰۱). مطالعه جامعه‌شناختی تأثیر سرمایه اجتماعی و کیفیت خدمات آموزشی بر احساس نابرابری اجتماعی مطالعه موردی: دانش‌آموزان دوره متوسطه دوم شهرستان ایذه. جامعه‌شناسی

کاربردی، ۳۳(۲)، ۱-۲۲.

هزارجریبی، جعفر و اسداله، مه‌ری (۱۳۹۱). تحلیل رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی اجتماعی. *فصلنامه علوم اجتماعی*، (۵۹)، ۴۱-۸۸.

هزارجریبی جعفر و ارفعی مقدم، عبدالمجید (۱۳۹۴). جهانی شدن و توسعه اجتماعی ایران در سه دهه گذشته بین سال‌های ۱۳۶۱-۱۳۹۱. *مطالعات توسعه اجتماعی ایران*. ۷(۲)، ۷-۲۶.

AbdeLah Tabar, h. (2008). A study of Social Wellbeing among Students. *Social Welfare*, 89-171.

Alizadeh, S. (2018). *Effect of social comelence training on Tendency Towards High-Risk Behaviors in Adolescents Living in Boarding Centers*.

Aron, S., Beckers, R., Deneubourg, J. L., & Pasteels, J. M. (1993). Memory and chemical communication in the orientation of two mass-recruiting ant species. *Insectes Sociaux*, (40), 369-380.

Bandura, A., & Walters, R. H. (1977). *Social learning theory* (Vol. 1). Prentice Hall: Englewood cliffs.

Corbin, J. M., & Strauss, A. (1990). Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria. *Qualitative sociology*, 13(1), 3-21.

Derakhshannia, F. (2013). Define Index and Indicators of Social Health in Iran. *Tehran: University of Rehabilitation Sciences and Social Welfare*.

Filk, T. (2006). Relational interpretation of the wave function and a possible way around Bell's theorem. *International Journal of Theoretical Physics*, (45), 1166-1180.

keyes, C. A. (1998). social well-bing. *socia sychology quarterly*.

Keyes, C. L. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of health and social behavior*, 207-222.

Kyees, L. L. (2014). Rigor and academic achievement: Career academies versus traditional class structure. Liberty University.

Larsoon, J. E. (1996). Diagnosis based on Explicit Means-ends Models. *Artificial Intelligence*, (80), 29-93.

Ness, R. B. & Joint Policy Committee. (2007). Influence of the HIPAA privacy rule on health research. *Jama*, 298(18), 2164-2170.

Samaram, E. (2009). Community Oriented Policing and Social Health. *ENTEZAM-E-EJTEMAEI*.

Samiee, M. A. (2010). Social Health of Iran: from a Consensus-based Definition to an Evidence-based Index. *jof soc lrobl in Iran*.

Telfer, D. J. & Sharpley, R. (2015). *Tourism and development in the developing world*. Routledge.

Towards High-Risk Behaviors in Adolescents Living in Boarding Centers.

W.H.O (2016). <http://www.who.int/about/definition/en/lrint.html>, <http://www.who.int>

- Zamankhani, F. (2016). Social Health Situation Analysis of all Provinces of Islamic Republic of Iran. *Community Health*
- Zare Shah Abadi, A. (2015). A Survey on the Factors Affecting the Social Health of the Primary District of a Yazd Distric. *Journal of Yazd School of Public Health*.

References

- A thousand acres, vol. (2013). Leisure time and social health. Welfare planning and social development, 233. (In Persian)
- Abdullah Pham et al.: Structural modeling of social health based on the role of individual, occupational and organizational factors. *Education and Evaluation Quarterly (Educational Sciences)*. 2(6)6, 119-151. (InPersian)
- Afrasiabi, Rezaei Sadrabadi, Arzoo. (2023). Cross-contextual construction of individuality: Adolescent girls' interpretation of success *Applied Sociology*, 34(2), 1-26. (In Persian)
- Amini Rarani, Mustafa; Mousavi, Mirtaheer and Rafiei, Hassan (2018). "The relationship between social capital and social health in Iran". *Fasilnameh Refah*. 203 of 228, (11) (42), social. (In Persian)
- Arabi, Mehrdad (2013). A selection of articles on the prevention of emerging social harms, theories and methods, welfare organization, first edition. (InPersian)
- Asodi, Marzieh; Jadidi, Mohsen and Mirzaian, Bahiram (2015). The social model of Bir Esias's sociological model, self-control variable, psychological problems, purposefulness in life, self-acceptance with the mediating variable of thinking styles. The 2nd National Conference of Sibak on Marriage and Stable Family, Tehran: Islamic Azad University of Science and Research Branch of Tehran. (In Persian)
- Azad Aramaki, T. (2018). The first meeting of "Semi-family" with the title "Looking at the theoretical foundations of the pseudo-family" on June 28. Tehran. (InPersian)
- Azkiya, Mustafa and others (2016). *Qualitative research method from theory to practice*, first volume (first edition), Kaihan Publications. (InPersian)
- Baghi Nasrabadi, A. (1387). *Family sociology*. Tehran: University of Applied Sciences, first edition. (In Persian)
- Baghi Nasrabadi, Ali (1387). *Sociology of Family*, University of Applied Sciences (first edition). (In Persian)
- Bandura, Albert (1977). *Social learning theory* Translated by Farhad Maher. Tehran: Rahgosha Publications. (In Persian)
- Barjali, M. (1400). *Social psychology research*. Researches in social psychology, (44). (InPersian)
- Barjali, Mahmoud and Burhani, Irfan, *Social Psychology Research*, (44), Winter 1400.
- Bukharai, Ahmed; Sharbatian, Mohammad Hasan and Towafi, Pooya

- (2014) "Study of Shinakhti society, the relationship between people and society" Welfare and Social Development Planning Quarterly, 25, 1-39. (In Persian)
- Chaichi Tabrizi, N. (2014). Social health and related factors. Social health and related factors, p. 81. (In Persian)
- Chaichi Tabrizi, Negar and Baf Shamali, Hamid (2014) Social health and factors related to it. Tehran: Takdrakht. (In Persian)
- Coleman, James (2014). Foundations of Social Theory, translated by Manouchehr Sabouri, Tehran: Ney Publishing. (In Persian)
- Expression of fur, strength, & Mobin (2023). The effectiveness of group-based existential awareness training on social exclusion, social adjustment, social adequacy and cognitive avoidance in the elderly with empty nest syndrome. Social Psychology Research, 12(48), 35-54. (In Persian)
- Ezkiya, Mustafa and others (2016). Qualitative research method from theory to practice, second volume (first edition), Keihan Publications. (In Persian)
- Giddens, Anthony (1391). The Consequences of Modernity, translated by Mohsen Al-Thalari, Central Publishing House, Tehran, first edition. (In Persian)
- Golshan, Mohammad Reza (2013). Sociology of Organizations and Organizational Power, Duran Publishing House. (In Persian)
- Hazarjaribi, Jafar, Arfai Ainuddin, Reza (2013). Leisure time and social health, Social Development and Welfare Planning Quarterly, (83). (In Persian)
- Hazarjaribi, Jafar, Mehri, Asadullah (8418). Analysis of the relationship between social capital and mental and social health, Social Sciences Quarterly, (81). (In Persian)
- Khoshfar, Gholamreza; And others (2013). Social security and social health of youth aged 15-29 in Qain city. Iranian Journal of Social Studies, 9(1), 71-102. (In Persian)
- Kikhaoni, Shiler, Safarinia, Alipour, Ahmed "Compilation of social dimensions of health from the perspective of urban " Social Psychology Research 10 In Persian 38(2020): 41-64. (management In Persian).
- Kodkhodaei, Fatemeh, Shorush, Lotfi (2012). Measuring the level of social health of female high school students in Shiraz city and investigating factors affecting it, Social Research Quarterly, 5th year, 20th issue, fall term. (In Persian)
- Kozer, Louis (2012). The life and thought of great sociologists, translated by Mohsen Talasi, 10th edition, Tehran: Scientific Publications. (In Persian)
- Marandi, Alireza (1391). Public Health, Tehran: Shahid Beheshti University Press. (In Persian)
- Marandi, Alireza (2018). Social factors of health in the comprehensive book of public health, Ministry of Health, Medical Treatment and Education, Deputy of Research and Technology. (In Persian)

- Masoudnia, Ebrahim (2013). *Sociology of Medicine*, Tehran: Tehran University Press. (In Persian)
- Mohammadi, Ayoub, Khaftan, Parvaneh, Amirpour, Barzo, Sapideh Dem, Maryam Al Sadat, Gholami Jam, Fatemeh, (2015). "Relationship between self-efficacy and social health among nurses of Taleghani Hospital, Kermanshah". (In Persian)
- Moradi, Akro and others (2013). Social health survey of working children referring to non-governmental centers to support children's rights in Tehran, a research article in the journal of Rafsanjan University of Medical Sciences, 2014, ppInPersian. 977-988. (In Persian)
- Mousavi, Mirtaher, Shiani, Maleeha, Fateminia, Siavash, Omidnia, Soheila (2013). Conceptual expansion of social health with a social health approach, *Social Welfare Quarterly*, 15th year, (81). (In Persian)
- Najafi Asl. (2022). A qualitative study of the social health of women with children (case study: Ahvaz city) *Women and Society Quarterly*, 13(50), 197-212. (In Persian)
- Nik Varez, Tayyaba and Yazdanpanah, Leila (2014). "The relationship between social factors and the social health of Shahid Bahonar University students in Kerman", *Applied Sociology*, 23(3), 116-99. (In Persian)
- Niki Dehghani, Seyedah Shida, Khabeiri, Omid, *Basics of Designing Home for Working Children with Social Sustainability Approach*, University Science Publications, 2017. (InPersian)
- Noorbala, Ahmad Ali (2013). Mental-social health and ways to improve it, *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 17th year, (2). (In Persian)
- Omedi, Kaveh (2018). The first meeting of "Semi-family" with the title "Looking at the theoretical foundations of the pseudo-family" on June 28. Tehran. (In Persian)
- Pourhasan, Qasim (2018). The first meeting of "Semi-family" with the title "Looking at the theoretical foundations of the pseudo-family" on June 28. Tehran. (InPersian)
- Protection Law for Unsupervised and Abused Children (2017), National Welfare Organization, first. (InPersian)
- Qadri, Mehdi, Amir Maliki, Ahmadnia, Shirin (2016). From Bourdieu's cultural capital to health-related cultural capital according to Abel's interpretation: Application of new indicators in explaining healthy lifestyle, *Social Welfare*, 16(62), 58-9. (InPersian)
- Razzaghi, Reza (2016). *Care and empowerment of children away from home*, Arjmand Publications, first edition. (InPersian)
- Richard, Hall (2004). *Organization: structure, process and management*, translated by Seyed Mohammad Arabian, Ali Parsaian, cultural research office. (InPersian)
- Shamsai, Mohammad Hossein, Tavakoli, Sadiqeh (2017). *Secrets and Needs of Boarding Centers*, Tehran, Kavir Publications. (InPersian)
- Specialized instructions for the care and upbringing of children under the

- supervision of the country's welfare organization (2008). public relations of the country's welfare. (InPersian)
- Taghipour, Maleeha (2009). Investigating the effect of social support on the social health of female heads of households in Tehran. Master's Thesis of Women's Studies, Islamic Azad University, Roudhen Branch. (InPersian)
- Turkaldani, Fatemeh (2009). "Effect of self-efficacy on people's success in life". School Counselor, 6(2), 4-7. (InPersian)
- Yazdan Panah, Leila (2013). Investigating the factors affecting the social participation of citizens aged 81 and over in Tehran, PhD thesis of the Department of Sociology, Faculty of Social Sciences, Allameh Tabatabai University, Tehran. (In Persian)
- Zahedi Asl, Mohammad and Pilehvari, Azam (2014). An analysis of studies related to social health. Social Planning and Development Quarterly, 5(19), 71-107. (InPersian)
- Zaki, Mohammad Ali and Khashoui, Mary Al Sadat (2012). Social health and factors affecting it among the citizens of Isfahan, Studies, Cognitive Urbanism of Society, 3(7) 79-108. (InPersian)