Social Welfare Quarterly, Vol 25, Summer 2025, No 97

مفهوم‌سازی سلامت اجتماعی ازنظر کودکان و نوجوانان؛ نتایج یک مطالعه کیفی در ایران

۱- سهیلا امیدنیا
دانشجوی دکترای روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی سلامت، دانشکده پزشکی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.

۲- حسن رضایی جمالویی
دکتر روانشناسی سلامت، دانشیار گروه روان‌شناسی سلامت، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران. (نویسنده مسئول)
<h.rezayi2@iau.ac.ir>

۳- کامبیز عباچی‌زاده
دکتر تخصصی پزشکی اجتماعی، گروه پزشکی اجتماعی و پزشکی خانواده، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۴- حسن رفیعی
دکتر تخصصی روان‌پزشکی، گروه رفاه اجتماعی، دانشکده سلامت اجتماعی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

واژه‌های کلیدی:

مفهوم‌سازی، سلامت اجتماعی، کودکان، نوجوانان، مطالعه کیفی.

تاریخ دریافت: *۱۴۰۳/۰۹/۰۶*

تاریخ پذیرش: *۱۴۰۳/۱۲/۲۲*

مقدمه: *در دو دهه اخیر، سلامت اجتماعی توجه حوزه‌های روانشناسی، سلامت و علوم اجتماعی را به خود جلب کرده است. با توجه به خلأ تحقیقاتی قابل‌توجه در مورد سلامت اجتماعی کودکان و نوجوانان، هدف این مطالعه بررسی درک مفهوم سلامت اجتماعی از دیدگاه کودکان و نوجوانان با درنظرگرفتن عوامل جمعیت شناختی سن، جنسیت، محل سکونت و وضعیت اقتصادی-اجتماعی است.*

روش: *این پژوهش با استفاده از روش کیفی و برگزاری ۱۶ جلسه بحث گروهی متمرکز در گروههای سنی ۶ تا ۱۸ ساله مناطق شهری و روستایی انجام شد. با انجام نمونه‌گیری هدفمند، پاسخهای ۱۵۴ کودک و نوجوان به سؤال «به نظر شما سلامت اجتماعی چیست؟» مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت. جمع‌آوری داده‌ها در سال ۱۳۹۳ و تحلیل محتوای آنها در سال ۱۴۰۲ انجام شد.*

یافته‌ها: *نتایج نشان داد که مضامین «امکانات محیطی»، «مهارتهای ارتباطی» و «جامعه سالم» کانون توجه پسران نوجوان مناطق شهری متوسط و پایین، «پذیرش اجتماعی» کانون توجه دختران نوجوان مناطق شهری متوسط و بالا و «رفتار جامعه‌پسند» کانون توجه دختران روستایی بود.*

بحث: *این مطالعه نشان می‌دهد که هرچه از سنین پایین‌تر به سنین بالاتر و از مناطق روستایی و محروم به مناطق شهری توسعه‌یافته حرکت می‌کنیم، پاسخهای کودکان و نوجوانان به رویکردهای سلامت اجتماعی آکادمیک نزدیک‌تر می‌شود. به‌طور خاص، پاسخهای پسران نوجوان به رویکرد اجتماعی و پاسخهای دختران نوجوان به رویکرد فردی سلامت اجتماعی نزدیک‌تر می‌شود. بدون شک، نیازسنجی از گروههای هدف می‌تواند سیاستها را بهبود بخشد و تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری را با اصول عدالت و مدل سیاست‌گذاری مشارکتی همسو کند.*

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.32598/refahj.25.97.3027.1]

Social Welfare Quarterly, Vol 25, Summer 2025, No 97

Conceptualizing Social Health from the Perspective of Children and Adolescents: Results of a Qualitative Study in Iran

1- Soheila Omidnia
Ph.D. Student in Health Psychology, Department of Health Psychology, Faculty of Medicine, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

2- Hassan Rezaei Jamalouei
Ph.D. in Health Psychology, Clinical Research Development Center, Najafabad Branch,Islamic Azad University,Najafabad, Iran. (Corresponding Author)
<h.rezayi2@iau.ac.ir>

3- Kambiz Abachizadeh
Ph.D. in Social Medicine, Social Medicine and Family Medicine Department, School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4- Hassan Rafiei
Ph.D. in Psychiatry, Department of Social Welfare, Faculty of Social Health, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Keywords:
Conceptualization, Social health, Children, Adolescents, Qualitative study

Received: 2024/11/26
Accepted: 2025/03/12

Introduction: In the last two decades, social health has attracted the attention of the fields of Psychology, Health, and Social Sciences. Given the significant research gap in the social health of children and adolescents, the aim of this study is to examine the understanding of the concept of social health from the perspective of children and adolescents, taking account of the demographic factors of age, gender, place of residence, and socio-economic status.

Method: This research was conducted using a qualitative method and 16 focus group discussion sessions in the age groups of six to 18 years old in both urban and rural areas. Through purposive sampling, the responses given by 154 children and adolescents to the question "What do you think social health is?" were analyzed. Data collection was conducted in 2014 and content analysis was conducted in 2023.

Findings: The results showed that the themes of "environmental facilities", "communication skills" and "healthy society" were the focus of attention of adolescent boys in medium and low urban areas, "social acceptance" was the focus of attention of adolescent girls in medium and high urban areas, and "pro-social behavior" was the focus of attention of rural girls.

Discussion: This study shows that while moving from younger to older ages and from rural and deprived areas to developed urban areas, the responses of children and adolescents become closer to academic social health approaches. In particular, the responses of adolescent boys become closer to the social approach and the responses of adolescent girls become closer to the individual approach of social health. Undoubtedly, needs assessment of target groups can improve policies and align decision-making and policy-making with the principles of justice and the participatory policy-making model.

Citation: Omidnia S, Rezaei Jamalouei H, Abachzadeh K, Rafiei H. (2025). The Conceptualizing of social health from the perspective of children and adolescents: Results of an Iranian qualitative study. refahj. 25(97), : 3
URL: http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-4412-fa.html

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.32598/refahj.25.97.3027.1]

Extended Abstract

Introduction

The concept of health has been defined as "a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" (Schramm, 2023). In this definition, social health is a dimension of health besids of physical and mental aspects, providing a comprehensive and three-dimensional concept of health (Doyle & Link, 2024).

In the 1960s, the concept of social health expanded with the beginning of the social indicators monitoring movement (Land, 2012). Since then, at least two individual and social cases have been presented in this field. In the first health, social health is considered as one of mental health, along with cognitive and psychological. Keyes examines social health from an individual perspective and evaluates it and recognizes how an individual perceives his or her performance in society and the quality of relationships with other individuals, families, and social groups (Niyazi et al., 2023). At the same time, Russell pays attention to the social community (healthy society) of social health (Rezadoust et al., 2019) and considers a healthy society to be a society in which there is opportunity and universal access to basic services and goods. Some of the indicators of a healthy society according to Russell are asfollows: rule of law, fair distribution of wealth, public participation in decision-making, and a high level of social capital (Samiee et al., 2011).

Considering the need for children and adolescents to participate in conceptualizing social health, this study answers the following questions:

1. What is the view of children and adolescents on the concept of social health?
2. Is the view of children and adolescents close to the individual and social characteristics of social health?
3 . To what extent do children and adolescents' perspectives differ based on age group, gender, place of residence (urban or rural), and socioeconomic status?

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.32598/refahj.25.97.3027.1]

Method

This study was conducted using a qualitative method and 16 group discussions (8 to 10 people per each group). The total number of participants was 154 female (77) and male (77) students, divided into two age groups: children (6 to 12 years) and adolescents (12 to 18 years) by gender, place of residence (urban/rural), and socio-economic status (high, medium, and low) residing in the cities and villages of Tehran, Karaj, Isfahan, Kerman, Sanandaj, Semnan, Zabol, and Gonabad. The group discussions were conducted by eight facilitators with a Master's degree in clinical psychology and five to 25 years of work experience. The sessions were organized according to a single guideline. The discussions were held from March 2, 2013 to April 2, 2014 in the classrooms. A review of studies conducted by the research team showed that no significant study has been conducted in recent years on the conceptualization of social health of children and adolescents in Iranian society. Therefore, the raw data from the group discussions in 2023 were analyzed using content analysis to develop social health indicators for children and adolescents.
In this method, responses to questions posed in the form of co-coded themes, repetitive themes, and themes with the lowest number of respondents were removed from the long list. Then, the initial list of themes was reviewed by two external observers for relevance of the responses to the topic in question.

Findings

In response to the question, what do you think social health is? Environmental facilities (educational, health, sports and recreation), healthy society, social acceptance, communication skills, pro-social behavior, physical and mental health, hygiene (personal and environmental), and healthy lifestyle were the most important main themes expressed.
Access to environmental facilities (educational, welfare, sports, and recreational) is the dominant theme of male adolescents in medium urban areas, with themes such as "the existence of green spaces, playgrounds, gyms", "reasonable ticket prices for playgrounds" and "screenings of social comedy films in cinemas", "creating bicycle paths on the streets", "healthy entertainment for children in the city". A healthy society, which is repeated in almost all groups, is the dominant theme

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.32598/refahj.25.97.3027.1]

of adolescent boys in underprivileged urban areas, characterized by items such as "no price increases", "positive media influence", "social and economic security", "decent employment", "no poverty in communities".

Social acceptance is the dominant theme of adolescent girls in medium and high urban areas, characterized by the themes of "ability to live comfortably in society", "not suppressing adolescent behavior", "understanding adolescents", "respecting adolescents", "not imposing adult opinions on adolescents" and "free expression of opinions".

Communication skills with the themes of "respecting elders", "being polite", "not being aggressive towards others", "not having bad friends", "being good with people", "healthy interactions", "competition", "not violating the rights of others", "unethical relationships between boys and girls" are the dominant themes of adolescent boys in rural areas.

Prosocial behaviors with items such as "helping friends, family and people", "helping/visiting the sick/needy people", "helping parents when sick", "helping friends" as well as physical and mental health with items such as "not being hurt", "not having anxiety", "healthy heart", "healthy body and soul", "not being addicted", "not getting tuberculosis" are the dominant themes of adolescent girls in rural areas.

Also, personal hygiene (prevention of disease, brushing teeth, covering mouth when sneezing, etc.), environmental hygiene (neighborhood cleanliness, nature, healthy air, dust, etc.) and healthy lifestyle (eating enough food, exercise, healthy nutrition, etc.) are the dominant themes of rural children and adolescents and children in underprivileged urban areas.

Discussion

According to the research questions, it can be said that the responses of adolescent girls in high and medium urban areas are closer to the individual approach and the responses of adolescent boys in low and medium urban areas are closer to the social approach (healthy society) of social health.

Also, the variables of gender, age group (12-18 years), place of residence (urban areas) and socio-economic status (high, medium and low) have the highest share,

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.32598/refahj.25.97.3027.1]

and age group (under 12 years), place of residence (rural) and especially male adolescents in privillaged urban areas have the lowest share of the diversity of responses.

This study shows that a kind of evolution is observed in the responses of children and adolescents, so that as we move from younger to older ages, from rural areas to urban areas and from underprivileged areas to more prosperous urban areas, the responses become closer to academic approaches to social health (individual and social approach).

Undoubtedly, attracting early participation of research target groups and assessing the needs of population layers can help improve policymaking, planning and implementation measures and align decision-making and policymaking in the field of social health with the principles of equity and the participatory policymaking model.

Ethical considerations

The authors declare that there are no conflicts of interest in this article.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.32598/refahj.25.97.3027.1]

مقدمه

سلامت اجتماعی حوزه پژوهشی بین‌بخشی جدیدی است که ابعاد آن کمتر موردتوجه قرار گرفته است. در دو دهه اخیر مطالعات زیادی درزمینه سلامت اجتماعی بزرگ‌سالان انجام شده است. اما درزمینه کودکان و نوجوانان خلأ پژوهشی زیادی وجود دارد.

طبق گزارش مرکز ملی آمار ایران (۱۳۹۵) گروههای سنی زیر ۱۹ سال، ۲۵ درصد جمعیت ایران را تشکیل می‌دهد که نشان‌دهنده سهم بالای آنها از جمعیت عمومی کشور است.

بااین‌حال روش‌شناسی مطالعات کودکان ویژگیهایی دارد که لزوم مشارکت خلاقانه آنها را در تمامی مراحل پژوهش گوشزد می‌کند. در بسیاری موارد دریافتها و ادراکات کودکان و نوجوانان با بزرگ‌سالان متفاوت است. به‌عنوان‌مثال کودکان بیشتر به تجارب فرمی (نظم هندسی، ریتم، تقارن و...) و بزرگ‌سالان به تجارب حسی (پاکیزگی، سبزینگی، رنگ و...) خود از فضاهای شهری توجه نشان می‌دهند (کشانی همدانی و همکاران، ۲۰۱۵). همچنین ارزیابی کودکان از کیفیت زندگی با ارزیابی والدین آنها متفاوت است (گریمالدی و همکاران[1]، ۲۰۱٦؛ یوسف و همکاران، ۲۰۰٦).

همچنین گروه سنی زیر ۱۸ سال که به‌طورمعمول کودک نامیده می‌شود حداقل به سه زیرگروه سنی زیر ٦ سال، ۱۱-٦ سال و ۱۸-۱۲ قابل‌تفکیک است. درعین‌حال عوامل جمعیت‌شناختی مانند جنسیت، وضعیت اقتصادی-اجتماعی و محل سکونت نیز تأثیر پایداری بر رشد همه‌جانبه کودک و نوجوان دارد.

به‌عنوان‌مثال وضعیت اجتماعی محلی که کودک در آن زندگی می‌کند از طریق میزان برخورداری از منابع و تسهیلات محیطی، تعامل با همسالان و امنیت اجتماعی روی رشد و نمو وی تأثیر دارد. شواهد نشان می‌دهد کودکانی که در مناطق مرفه رشد می‌کنند معمولاً

1. Grimaldi

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.32598/refahj.25.97.3027.1]

دسترسی بهتری به مدارس باکیفیت، تسهیلات رفاهی و تفریحی و امنیت اجتماعی دارند. برعکس کودکانی که در محیط‌های کم‌برخوردار بزرگ می‌شوند با مشکلاتی چون جرائم و فرصتهای محدودتر تعامل اجتماعی مواجه هستند (سمپسون و همکاران[1]، ۲۰۰۲).

هرچند عوامل اجتماعی تأثیر پایداری بر رشد همه‌جانبه کودک‌ونوجوان دارند. بااین‌حال سیاستهای اجتماعی نیز می‌توانند اثرات این عوامل را تعدیل یا تشدید کنند. سیاستهای اجتماعی که نابرابری درآمدی و یا نبود دسترسی به تسهیلات آموزشی و رفاهی مناسب را موردتوجه قرارمی دهند می‌توانند منجر به کاهش نابرابری، فقر و مشکلات ناشی از آن شوند (اکرم[2] و همکاران، ۲۰۲٤).

با این تفاصیل همچنان این سؤال به قوه خود باقی می‌ماند که کودکان و نوجوانان چه نقشی در تولید شواهد خصوصاً در حوزه‌های کاربردی و سطوح تصمیم‌گیری ایفا می‌کنند؟ واقعیت این است که در بسیاری از کشورها برنامه مشخصی برای جلب مشارکت کودکان و نوجوانان در سیاست‌گذاری اجتماعی و سیاسی وجود ندارد. عدم مشارکت کودکان لزوماً به معنای عدم امکان شرکت آنها در انتخابات ریاست‌جمهوری نیست؛ بلکه غفلت از آرا و نظرات آنها در تدوین سیاستهایی که وضعیت زندگی، تحصیل و فعالیت اجتماعی آنها را تعیین می‌کند نیز مصداق دارد (کورنی[3] و همکاران، ۲۰۲۱).

به‌طورمعمول برای درک جهان ادراکی مخاطبان برنامه از روشهای کیفی استفاده می‌شود. به‌عبارتی‌دیگر روشهای کیفی و مشارکتی به بررسی پدیده‌ها از دیدگاه کسانی می‌پردازد که در این زمینه دانش، تجربه و یا ارتباط مستقیم دارند (هازبندز[4] و همکاران، ۲۰۲۰).

هدف اول این پژوهش بررسی نظرات کودکان و نوجوانان (۱۸-٦ سال) در خصوص مفهوم سلامت اجتماعی است. درعین‌حال میزان همخوانی دیدگاه‌های آنها با رویکردهای

1. Sampson
2. Akram .
3. Corney
4. Husbands

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-29]
[DOI: 10.32598/refahj.25.97.3027.1]

آکادمیک موجود (فردی و اجتماعی) و درنهایت اثرات عوامل سن (دو گروه سنی ۱۱-٦ سال و ۱۸-۱۲ سال)، جنسیت (دختر و پسر)، محل سکونت (شهر و روستا)، وضعیت اقتصادی-اجتماعی (بالا، متوسط، پایین) نیز موردبررسی قرار می‌گیرد.

این مطالعه روی کودکان و نوجوانان مقاطع مختلف مدرسه انجام شده است؛ لذا پژوهشگران این موضوع را به‌عنوان محدودیت پژوهش می‌پذیرند و پیشنهاد می‌کنند در پژوهشهای آینده گروه سنی زیر ٦ سال نیز موردمطالعه قرار گیرد.

مبانی نظری

مفهوم سلامت اجتماعی اولین‌بار در سال ۱۹٤۸ با ارائه تعریف جدید سازمان جهانی بهداشت از سلامت مبنی بر اینکه سلامت حالت کامل آسایش جسمی، روانی و اجتماعی، نه صرفاً نبود بیماری یا ناتوانی است (شرام[1]، ۲۰۲۳) مطرح شد. بدین مفهوم سلامت اجتماعی یک بعد حیاتی از سلامت عمومی در کنار ابعاد سلامت جسمی و روانی است که مفهومی جامع و سه‌جانبه از سلامت ارائه می‌دهد (دویل و لینک[2]، ۲۰۲٤).

سلامت اجتماعی با وجود تعریف جدید سلامت تا اواخر دهه ۱۹٦۰ و آغاز نهضت رصد شاخصهای اجتماعی[3] بسط و گسترش نیافت (ارگلر[4] و همکاران، ۲۰۱۷)، (لند[5]، ۲۰۱۲). از آن زمان تاکنون حداقل دو رویکرد فردی و اجتماعی در این زمینه مطرح شده است.

در رویکرد فردی، سلامت اجتماعی بعدی از سلامت روان در کنار ابعاد ذهنی و روان‌شناختی تلقی می‌شود.

در این رویکرد بعد ذهنی سلامت روان بر عواطف مثبت، احساس رضایت و فقدان عواطف منفی، بعد روان‌شناختی بر رشد و توسعه فردی، پذیرش خود و هدفمندی زندگی و

1. Schramme 2. Doyle and link 3. social indicators movement
4. Ergler 5. Land

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.32598/refahj.25.97.3027.1]

همچنین بعد اجتماعی بر تعاملات اجتماعی مثبت با سایر افراد جامعه دلالت دارد (جوشانلو[1]، ۲۰۱۸).

کیز[2] (۲۰۰۵) سلامت اجتماعی را از بعد فردی تعریف کرده و آن را در کیفیت روابط فرد با دیگران و جامعه می‌داند (نیازی و همکاران، ۲۰۲۳).

به‌عبارتی‌دیگر فردی دارای ویژگی سلامت اجتماعی است که جامعه را معنی‌دار، قابل‌درک و دارای پتانسیل رشد و شکوفایی تلقی کرده، خود را متعلق به آن دانسته و در پیشرفت و شکوفایی آن خود را سهیم می‌بیند (موسوی و همکاران، ۲۰۲۰).

در این راستا کیز و شاپیرو[3] یکپارچگی اجتماعی[4] (حس تعلق به جامعه و درعین‌حال موردحمایت واقع‌شدن توسط جامعه)، پذیرش اجتماعی[5] (نگرش مثبت به مردم)، مشارکت اجتماعی[6] (گرایش مثبت به مشارکت و به رسمیت شناخته‌شدن مشارکت فرد توسط جامعه)، شکوفایی اجتماعی[7] (خوش‌بینی به رشد و بالندگی جامعه) همبستگی اجتماعی[8] (باور اینکه جامعه، منطقی و هدفمند و در راستای رفاه و آسایش عمومی عمل می‌کند) را ابعاد سلامت اجتماعی معرفی می‌کنند. به‌طورکلی ازنظر کیز سلامت اجتماعی بر دو محور سازگاری اجتماعی (رضایت فرد از روابط اجتماعی و نقشهای اجتماعی) و حمایت اجتماعی (رضایت فرد از کیفیت روابط اجتماعی خود و میزان حمایتی که از شبکه اجتماعی خود دریافت می‌کند) استوار است (دو نوا[9]، ۲۰۱۸).

دراین‌رابطه مطالعه دیگری در ایران عملکرد اجتماعی (روابط فرد با خانواده، دوستان و آشنایان و جامعه) و حمایت اجتماعی (میزان حمایتی که فرد در وقت نیاز از خانواده، دوستان و آشنایان یا جامعه دریافت می‌کند) را مبانی سلامت اجتماعی و فردی معرفی کرده است (عباچی‌زاده، ۲۰۱۷).

1. Joshanloo
2. Keyes
3. Shapiro
4. social integration
5. social acceptance
6. social contribution
7. social actualization
8. social coherence
9. Dunaeva

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.32598/refahj.25.97.3027.1]

در جمع‌بندی و نقد رویکرد فردی سلامت اجتماعی باید گفت ازآنجایی‌که کنش اجتماعی افراد بازتابی از سیاستهای اجتماعی، وضعیت اقتصادی-اجتماعی، نظام ارزشی و سیستم باورهای جمعی و فرهنگی و... است، به نظر می‌رسد که این رویکرد تنها به برآیند و نتیجه عوامل اجتماعی که همانا سطح و کیفیت روابط اجتماعی است (بدون درنظرگرفتن عوامل ایجادکننده آن) توجه کرده است.

درعین‌حال راسل به رویکرد اجتماعی (جامعه سالم) سلامت اجتماعی توجه داشته است (رضادوست و همکاران، ۲۰۱۹). او جامعه‌ای را سالم می‌داند که در آن فرصت و دسترسی همگانی به خدمات و کالاهای اساسی وجود داشته باشد. برخی از شاخصهای جامعه سالم به‌زعم راسل عبارتند از عمل به قانون، توزیع عادلانه ثروت، مشارکت عمومی در فرآیند تصمیم‌گیری و سطح بالای سرمایه اجتماعی (سمیعی و همکاران، ۲۰۱۱).

دراین‌رابطه نتایج سه مطالعه متفاوت در ایران نیز میزان شیوع مصرف مواد، کار کودکان، نسبت ازدواج به طلاق، نسبت جمعیت تحصیل‌کرده بیکار، تنبیه جسمی شدید کودکان، مواظبت ناکافی از کودکان، شیوع مصرف قلیان، رضایت از زندگی و باسوادی زنان (زمان‌خانی و همکاران، ۲۰۱۹)، نرخ رشد جمعیت، نرخ فقر، پوشش بیمه، سواد، میزان قتل عمد، بیکاری (سمیعی و همکاران، ۲۰۱۱) و همچنین حق آزادانه انتخاب و برخورد منصفانه (فهیمیان و همکاران، ۲۰۲۳) را شاخصهای جامعه سالم معرفی کرده‌اند.

در مقایسه با رویکرد فردی به نظر می‌رسد که رویکرد جامعه سالم به نقش عوامل اجتماعی توجه ویژه داشته است. بااین‌حال به نظر نمی‌رسد که این رویکرد نیز به‌تنهایی بتواند سلامت اجتماعی را تبیین کند.

یکی از مهم‌ترین انتقادها به این جهت‌گیری این است که در میان شبکه علیت مرکب از عوامل اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی که در این رویکرد برجسته شده است ماهیت و چیستی سلامت اجتماعی نامعلوم است.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.32598/refahj.25.97.3027.1]

به‌عبارت‌دیگر مشخص نیست که تعریف این رویکرد از مفهوم سلامت اجتماعی چیست و کنترل و بهبود عوامل اجتماعی مانند فقر، کار کودکان، کودک‌آزاری و غیره چه تغییری و اساساً در چه چیزی تغییر به وجود می‌آورد.

بنابراین، به نظر می‌رسد که رویکرد فردی سلامت اجتماعی به‌خوبی به تبیین پیامد[1] سلامت اجتماعی و رویکرد اجتماعی به تبیین تعیین‌کننده‌های اجتماعی[2] مؤثر بر آن پرداخته است؛ لذا این جهت‌گیریها بخشهای لازم و ملزوم یک رویکرد همه‌جانبه هستند که تفکیک آنها از یکدیگر نه ممکن و نه منطقی به نظر می‌رسد.

با وجود حجم بالای پژوهشهای سلامت اجتماعی می‌توان گفت کاربرد این مطالعات عمدتاً در حوزه بزرگ‌سالان بوده است و در فرایند مفهوم‌سازی آنها نیز صرفاً افراد بزرگ‌سال مشارکت داشته‌اند.

بنابراین، پارادایم جدید مطالعات کودکان و نوجوانان، به جلب مشارکت آنها در تمامی مراحل نظری و عملی پژوهش تأکید دارد. به‌عنوان‌مثال در مطالعه‌ای که درزمینه شاخص ترکیبی آسایش کودکان تهرانی انجام شد دیدگاه‌های آنان حداقل در بخشی از فرآیند مفهوم‌سازی پژوهش موردبررسی قرارگرفته است (سجادی و همکاران، ۲۰۱۸).

بااین‌حال همواره این نگرانی وجود دارد که چنانچه اهمیت مشارکت کودکان در تمامی فرایند تدوین شاخصها به‌اندازه کافی جدی تلقی نشود نتایج حاصل از مشارکت آنها در سایر مراحل مطالعه خنثی شوند.

به‌عنوان‌مثال شاخصهایی که توسط کودکان بااهمیت تلقی شده‌اند در مرحله اعتبارسنجی توسط خبرگان بزرگ‌سال، کم‌اهمیت تلقی و درنهایت حذف شوند (سجادی و همکاران ۲۰۱۸).

1. outcome
2. social determinants

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.32598/refahj.25.97.3027.1]

این مطالعه بنا دارد تا ضمن تمرکز بر لزوم جلب مشارکت کودکان و نوجوانان در فرآیند مفهوم‌سازی سلامت اجتماعی، به سؤالات ذیل پاسخ دهد:

۱. دیدگاه‌های کودکان و نوجوانان در خصوص مفهوم سلامت اجتماعی چیست؟

۲. دیدگاه‌های کودکان و نوجوانان به کدام رویکرد آکادمیک سلامت اجتماعی (فردی و اجتماعی) نزدیک است؟

۳. دیدگاه‌های کودکان و نوجوانان تا چه اندازه بر اساس گروه سنی، جنسیت، محل سکونت (شهری یا روستایی) و همچنین وضعیت اقتصادی و اجتماعی آنها متفاوت است؟

روش

این مطالعه با روش کیفی و برگزاری ۱۶ بحث گروهی متمرکز (هر گروه ۸ تا ۱۰ نفر) انجام شد. تعداد کل شرکت‌کنندگان، ۱۵٤ دانش‌آموز دختر (۷۷) و پسر (۷۷) با دو تفکیک سنی کودک (۱۱-٦ سال) و نوجوان (۱۸-۱۲ سال) و همچنین تفکیک جنسیتی (دختران و پسران)، تفکیک محل سکونت (مناطق شهری/ روستایی) و تفکیک وضعیت اقتصادی-اجتماعی (پایین، متوسط و بالا) در شهرها و روستاهای تابعه تهران، اصفهان، کرج، کرمان، سنندج، سمنان، زابل و گناباد بودند.

بحث گروهی متمرکز (FGD) یکی از انواع روش پژوهش کیفی است که ضمن آن یک تسهیلگر تربیت‌شده، مصاحبه گروهی را معمولاً با تعداد ٦ تا ۸ نفر شرکت‌کننده که دارای سوابق و ویژگیهای جمعیت‌شناختی مشابه هستند برگزار می‌کند (لاوراکاس[1]، ۲۰۱۸).

بحثهای گروهی با برقراری خطوط ارتباطات آزاد میان افراد و با تکیه بر تعامل پویا میان شرکت‌کنندگان، داده‌هایی را تولید می‌کند که از طرق دیگر ازجمله مصاحبه فرد با فرد قابل دریافت نیست (لاوراکاس[2]، ۲۰۱۸).

1. Lavrakas
2. Lavrakas

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.32598/refahj.25.97.3027.1]

در این مطالعه روش نمونه‌گیری هدفمند مورداستفاده قرار گرفت. نمونه‌گیری هدفمند انتخاب عامدانه‌ای از افراد، رویدادها یا موقعیتهایی است که از روشهای دیگر امکان دسترسی به دیدگاه‌های آنها امکان‌پذیر نباشد. به‌عنوان‌مثال برای بررسی عوارض جانبی شیمی‌درمانی زنانی که مبتلا به سرطان پستان هستند، نمونه‌گیری هدفمند امکان دسترسی به زنانی را فراهم می‌آورد که تجربه این عوارض را داشته‌اند (لیامپوتانگ[1]، ۲۰۱۹).

به‌طورکلی تعداد ۱٥٤ نفر کودک و نوجوان در مناطق اقتصادی-اجتماعی مختلف شهری و روستایی کشور (برخوردار متوسط و کم‌برخوردار) که در گروههای سنی زیر ۱۱-٦ سال و ۱۸-۱۲ سال بودند انتخاب شد.

به‌منظور همسان‌سازی کودکان و نوجوانان، سکونت در مناطق متوسط، کم‌برخوردار و برخوردار شهری به‌عنوان وضعیت اقتصادی-اجتماعی متوسط، پایین و بالا و با توجه به تجانس بیشتر بافت روستاها وضعیت اقتصادی-اجتماعی شرکت‌کنندگان روستایی به‌عنوان متوسط در نظر گرفته شد. بر این اساس انتخاب مناطق با هماهنگی آموزش‌وپرورش شهرستانها انجام شد.

بدین منظور تعداد ۱٦ گروه برای پوشش تمامی شاخصهای جمعیت‌شناختی تعیین شد. به‌عنوان‌مثال گروه دختران نوجوان مناطق برخوردار شهری، گروه کودکان پسر مناطق متوسط شهری و... بنابراین هرکدام از گروهها نماینده چیدمانی از ویژگیهای جمعیت‌شناختی (گروه سنی، جنسیت، محل سکونت و وضعیت اقتصادی و اجتماعی) بودند. همچنین جلسات بحثهای گروهی نیز در محل کلاس درس دانش‌آموزان برگزار شد. توانایی تکلم و شنوایی و همچنین تمایل به شرکت در گروهها به‌عنوان ملاکهای ورود به مصاحبه در نظر گرفته شد.

بحثهای گروهی توسط ۸ نفر تسهیلگر با مدرک کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی با حداقل ۵ و حداکثر ۲۵ سال سابقه کار در نظام سلامت هدایت می‌شدند. در هر جلسه

1. Liamputtong

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.32598/refahj.25.97.3027.1]

تسهیلگر اصلی به طرح پرسش و جلب مشارکت و تسهیلگر کمکی به مدیریت زمان و ثبت نظرات کودکان و نوجوانان می‌پرداخت.

زمان برگزاری هر جلسه ٦٠ تا ٩٠ دقیقه و زبان محاوره زبان فارسی رایج در کلاس درس دانش‌آموزان بود. تشکیل جلسات بر اساس دستورالعمل واحدی انجام می‌شد. پس از معارفه اولیه، اهداف نشست با کودکان و نوجوانان در میان گذاشته می‌شد. همچنین به شرکت‌کنندگان اطمینان داده می‌شد که پاسخ صحیح یا غلطی وجود ندارد و به‌هیچ‌عنوان نام آنها در گزارش نهایی ذکر نخواهد شد. همچنین به آنها اطلاع داده می‌شد که به‌منظور جمع‌آوری دیدگاه‌های آنها محتوای جلسه ضبط می‌شد. در پایان جلسه از کودکان و نوجوانان پذیرایی مختصری به عمل می‌آمد.

این بحثها از تاریخ ۳ اسفندماه ۱۳۹۲ لغایت ۳۰ فروردین ۱۳۹۳ برگزار شد. مرور منابع تیم پژوهش نشان داد که در این سالها مطالعه قابل‌توجهی درزمینه مفهوم‌سازی سلامت اجتماعی کودکان و نوجوانان در جامعه ایرانی انجام نشده است. درعین‌حال تنوع جمعیت‌شناختی و نمونه‌گیری کشوری و همخوانی نتایج و مضامین این مطالعه با شرایط اجتماعی حال حاضر این انگیزه را فراهم آورد تا داده‌های خام این مطالعه در سال ١٤٠١ به‌عنوان بخشی از فرآیند تدوین شاخصهای سلامت اجتماعی کودکان مورد تحلیل مجدد قرار گیرد.

همچنین از روش تحلیل مضمون برای تحلیل داده‌های کیفی استفاده شد. در این روش، ابتدا محتوای ضبط‌شده بحثها به‌صورت فایل متنی در نرم‌افزار ورد[1] پیاده شد. سپس پاسخ به سؤال مطرح‌شده در قالب مضمونهای مشترک کدگذاری و مضمونهای تکراری و مضمونهایی که حداقل تعداد پاسخ‌دهنده را داشتند از لیست بلند حذف شدند. سپس فهرست اولیه مضامین از نظر ارتباط پاسخها با مضمون موردنظر توسط دو ناظر بیرونی مورد بازبینی قرار گرفت.

1. word

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.32598/refahj.25.97.3027.1]

یافته‌ها

مشخصات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در بحثهای گروهی متمرکز در جدول شماره ۱ ذکر شده است.

جدول ۱- مشخصات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در بحثهای گروهی متمرکز

ویژگیهای جمعیت‌شناختی		تعداد	درصد
جنسیت	دختر	۷۷	۵۰
	پسر	۷۷	۵۰
گروه سنی	۱۱-۶	۸۲	۵۳
	۱۸-۱۲	۷۲	٤۷
محل سکونت	شهر	۱۱۷	۷٦
	روستا	۳۷	۲٤
وضعیت اقتصادی و اجتماعی	پایین	۳۸	۲۵
	متوسط	۷۹	۵۱
	بالا	۳۷	۲٤

در پاسخ به سؤال «از نظر شما سلامت اجتماعی چیست؟» تسهیلات محیطی (آموزشی، رفاهی، ورزشی و تفریحی)، جامعه سالم، پذیرش اجتماعی، مهارتهای ارتباطی، رفتار جامعه‌پسند، سلامت جسمی و روانی، بهداشت (فردی و محیط) و سبک زندگی سالم مهم‌ترین مضامین اصلی اظهار شده بودند (جدول شماره ۲).

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.32598/refahj.25.97.3027.1]

جدول ۲- مضامین اصلی و فرعی مشترک مربوط به سلامت اجتماعی با توجه به ویژگیهای جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان

ویژگیهای جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان	مضمون اصلی	مضمون فرعی
نوجوانان پسر مناطق شهری متوسط	تسهیلات محیطی	توسعه فضای سبز
		وجود پارکهای تفریحی و استادیوم
		ارزان‌بودن بلیت شهربازی و سینما
		اکران کمدیهای اجتماعی در سینماها
		خطوط ویژه دوچرخه‌سواری
		تسهیلات آموزشی مثل کلاسهای تقویتی
نوجوانان پسر در مناطق نابرخوردار	جامعه سالم	عدم افزایش قیمتها
		وجود رسانه مؤثر مثل کانالهای تلویزیون و...
		امنیت اجتماعی و اقتصادی
		نبود بیکاری
		نبود فقر
نوجوانان دختر در مناطق متوسط و برخوردار شهری	پذیرش اجتماعی	احساس راحتی دختران در جامعه
		عدم سرکوب رفتار نوجوان
		درک نوجوانان
		احترام به نوجوانان
		عدم تحمیل عقاید بزرگسالان به نوجوانان
		ابراز نظر راحت

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.32598/refahj.25.97.3027.1]

ویژگیهای جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان	مضمون اصلی	مضمون فرعی
نوجوانان پسر مناطق روستایی	مهارتهای ارتباطی	احترام‌گذاشتن به سالمندان
		مؤدب‌بودن
		عدم خشونت
		نداشتن رفیق بد
		رفتار احترام‌آمیز با دیگران
		روابط سالم
		رقابت مثبت با یکدیگر
		زیر پا نگذاشتن حقوق دیگران
		نبود روابط صمیمانه بین پسرها و دخترها
نوجوانان دختر مناطق روستایی	رفتارهای جامعه‌پسند	کمک به دوستان، خانواده و مردم
		کمک‌کردن / عیادت از بیماران و افراد نیازمند
		کمک به والدین در هنگام بیماری
	سلامت جسمی/ سلامت روان	زود از کوره در نرفتن
		اضطراب‌نداشتن
		قلب سالم داشتن
		بدن سالم و روان سالم داشتن
		عدم ابتلا به اعتیاد
		عدم ابتلا به سل
کودکان و نوجوانان روستایی/ و کودکان مناطق نابرخوردار شهری	بهداشت فردی	پیشگیری از ابتلا به بیماری
		پوشاندن دهان در مواقع عطسه‌زدن
	بهداشت محیط	پاکیزگی محله
		نبود آلودگی هوا
	سبک زندگی سالم	ورزش‌کردن
		تغذیه سالم

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.32598/refahj.25.97.3027.1]

تسهیلات محیطی (آموزشی، رفاهی، ورزشی و تفریحی) و امکان دسترسی و استفاده از آنها مضمون غالب نوجوانان پسر نواحی متوسط شهری است که با گویه‌های چون «فضای سبز، شهربازی، ورزشگاه»، «ارزان‌کردن قیمت بلیت شهربازی و اکران فیلمهای طنز اجتماعی در سینماها»، «ایجاد لاین دوچرخه‌سواری در خیابانها»، «سرگرمی‌داشتن برای بچه‌ها»، «امکانات تفریحات سالم» و «امکانات آموزشی» مشخص می‌شوند.

جامعه سالم که در همه گروهها تقریباً تکرار می‌شود مضمون غالب نوجوانان پسر نواحی کم‌برخوردار شهری است که با گویه‌های «عدم افزایش قیمتها»، «تأثیر مثبت رسانه‌ها»، «امنیت اجتماعی و اقتصادی»، «اشتغال مناسب»، «جامعه دچار فقر نباشد» مشخص می‌شوند.

پذیرش اجتماعی مضمون غالب نوجوانان دختر نواحی متوسط و برخوردار شهری است که با گویه‌های چون «بتوانیم در جامعه راحت زندگی کنیم»، «عدم سرکوبی رفتار نوجوان»، «درک‌شدن نوجوان»، «احترام به نوجوان»، «عدم تحمیل عقاید بزرگ‌سالان به نوجوانان» و «بیان آزاد عقاید» مشخص می‌شوند.

مهارتهای ارتباطی با گویه‌های «به بزرگ‌ترها احترام بگذاریم»، «مؤدب‌بودن»، «پرخاش‌نکردن به دیگران»، «نداشتن دوستان ناباب»، «خوش‌رفتاری با مردم»، «تعاملات سالم»، «رقابت مفید»، «پایمال‌نکردن حقوق دیگران»، «روابط غلط بین پسر و دختر» مضمون غالب نوجوانان پسر روستایی و درعین‌حال رفتارهای جامعه‌پسند[1] با گویه‌های «کمک به دوستان، خانواده و مردم»، «کمک/ عیادت بیماران/ نیازمندان»، «کمک به والدین در هنگام بیماری»، «کمک به دوستان» و سلامت جسمی، روانی با گویه‌های «زودرنج‌نبودن»، «نداشتن اضطراب»، «قلب سالم»، «سلامت جسم و روح»، «اعتیادنداشتن»، «نداشتن بیماری سل» پاسخ غالب نوجوانان دختر روستایی است.

همچنین بهداشت فردی (پیشگیری از بیماری، مسواک‌زدن، پوشاندن دهان به هنگام

1. prosocial behaviors

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.32598/refahj.25.97.3027.1]

عطسه و...)، بهداشت محیط (نظافت محله، طبیعت، هوای سالم، گردوخاک و...) و سبک زندگی سالم (به‌اندازه غذاخوردن، ورزش‌کردن، تغذیه سالم و...) مضمون غالب کودکان و نوجوانان روستایی و کودکان شهری نواحی کم‌برخوردار است.

بحث

با عنایت به سؤال اول پژوهش، مضامین تسهیلات محیطی، جامعه سالم، پذیرش اجتماعی، مهارتهای ارتباطی و رفتارهای جامعه‌پسند معادل با سلامت اجتماعی تلقی شده است.

در مورد سؤال دوم پژوهش نیز می‌توان گفت که پاسخ دختران نوجوان مناطق برخوردار و متوسط شهری به رویکرد فردی سلامت اجتماعی و پاسخ پسران نوجوان مناطق متوسط و نابرخوردار شهری به رویکرد اجتماعی (جامعه سالم) نزدیک است.

در خصوص سؤال سوم پژوهش نیز متغیرهای جمعیت‌شناختی جنسیت (هر دو جنس)، گروه سنی (نوجوان)، محل سکونت (شهر) و وضعیت اقتصادی-اجتماعی (برخوردار، متوسط و نابرخوردار) بیشترین سهم و ویژگیهای جمعیت‌شناختی گروه سنی (کودک)، محل سکونت (روستا) کمترین سهم را در تنوع پاسخهای مرتبط با رویکردهای سلامت اجتماعی داشته است. به‌ویژه گروه پسران نوجوان مناطق شهری برخوردار از کمترین سهم از تنوع پاسخها برخوردارند.

این مطالعه نشان می‌دهد مهم‌ترین دغدغه دختران نوجوان مناطق متوسط و همچنین مناطق برخوردار شهری «پذیرش اجتماعی» است که یکی از ابعاد رویکرد فردی کیز به سلامت اجتماعی است. پذیرش اجتماعی به معنی تمایل دیگران به پذیرش فرد در گروه و شبکه ارتباطی خود است که از تحمل حضور وی تا دنبال‌کردن فعالانه او به‌عنوان شریک رابطه را دربرمی‌گیرد (لیری[1] و همکاران، ۲۰۰۳).

1. Leary

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.32598/refahj.25.97.3027.1]

نقطه مقابل پذیرش اجتماعی «طرد اجتماعی» است که ساختار پیچیده‌ای دارد و شامل رفتارهایی است که از نادیده‌گرفتن حضور شخص تا اخراج فعالانه او از یک گروه یا رابطه متغیر است (دوال[1] و باشمن، ۲۰۱۱).

دراین‌رابطه از دو منظر مختلف روان‌شناختی می‌توان به تبیین نیاز بیشتر نوجوانان دختر به پذیرش اجتماعی پرداخت. یکی از این تبیینها نقش عامل میانجی عزت‌نفس است. دراین‌رابطه نتایج یک متاآنالیز نشان می‌دهد افرادی که عزت‌نفس بالاتری دارند در مقایسه با افرادی که عزت‌نفس پایین‌تری دارند پذیرش اجتماعی بیشتری را تجربه کرده، ویژگیهای بین‌فردی مثبت‌تر و رفتار اجتماعی دوستانه‌تری دارند (کمرون و گرانگر[2]، ۲۰۱۹).

از طرف دیگر نتایج مطالعه دیگری نشان‌دهنده ارتباط عزت‌نفس با عامل نفوذ اجتماعی است. این مطالعه نشان می‌دهد که مواضع گروههای اجتماعی صاحب‌نفوذی که افراد با آنها مرتبط هستند می‌تواند عزت‌نفس آنها را تهدید کند. بدین ترتیب افرادی که می‌خواستند خود را با گروه اکثریت هماهنگ کنند و متوجه شدند که گروه اکثریت، مواضع متفاوتی با آنها دارند و همچنین افرادی که می‌خواستند خود را از یک گروه اقلیت تحقیرشده متمایز کنند و دریافتند که گروه مذکور دارای نگرشهای مشابهی با آنها هستند دچار کاهش عزت‌نفس شدند.

بااین‌حال، نگرشهای گروهی بر عزت‌نفس شرکت‌کنندگانی که نسبت به مواضع گروههای دیگر بی‌تفاوت بودند، تأثیری نداشت (پول[3] و همکاران، ۱۹۹۸).

درعین‌حال تسهیلات محیطی نیز دغدغه اصلی پسران نوجوان مناطق متوسط شهری است که به رویکرد اجتماعی (جامعه سالم) نزدیک است. با درنظرگرفتن اینکه تفریح

1. DeWall and Bushman
2. DeWall and Bushman
3. Pool

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.32598/refahj.25.97.3027.1]

«انتخاب آزادانه فعالیت بر اساس سلیقه شخصی» است (لیو و هیو[1]، ۲۰۰۵) و همچنین انتخاب آزاد و دلخواه می‌تواند شادی، آزادی عمل و اعتمادبه‌نفس ایجاد کند (شاو و گانت[2]، ۲۰۰۲) می‌توان درک کرد که برای نوجوان نواحی متوسط شهری تا چه اندازه تفریحات دلخواه و قابل‌دسترس اهمیت دارد.

استفاده از مضامین فرعی که به اهمیت دسترسی اشاره دارند ازجمله: «ارزان‌کردن قیمت بلیت شهربازی» و یا «ایجاد لاین دوچرخه‌سواری در خیابانها» نشانگر این است که صرف وجود تسهیلات تفریحی برای سلامت اجتماعی نوجوانان کافی نبوده و امکان دسترسی آسان نوجوانان به این خدمات نیز اهمیت دارد. در این رابطه و در تبیین مفهوم تسهیلات تفریحی بایستی میان تفریحات فعال و منفعل تمایز قائل شد. به نظر می‌رسد همان‌قدر که تفریحات فعالی چون شرکت در برنامه‌های گروهی مثل انواع ورزش (ورزشهای آبی، اسکی، غارپیمائی، کوهنوردی) دوچرخه‌سواری، گردش در بیرون شهر برای سلامت اجتماعی فرد مفید هستند تفریحات منفعل ازجمله تماشای تلویزیون، استفاده مفرط از کامپیوتر...می‌تواند برای سلامت اجتماعی مضر نیز باشند (هولدر[3] و همکاران، ۲۰۰۹).

جامعه سالم که در همه گروهها تقریباً تکرار می‌شود مضمون غالب نوجوانان پسر نواحی کم‌برخوردار شهری است که به رویکرد اجتماعی (جامعه سالم) نزدیک است. این موضوع می‌تواند به اهمیت موضوعاتی چون نبود فقر، ثبات قیمتها، امنیت اجتماعی و اقتصادی، اشتغال و رسانه‌های مؤثر برای این دسته از نوجوانان دلالت داشته باشد. به نظر می‌رسد که این دسته از نوجوانان بیشتر از سایر گروهها فشار ناشی از فقر، تورم و نابرابری را تجربه می‌کنند. درعین‌حال ترجیح این نوجوانان برای سرگرمی و اوقات فراغت، رسانه‌های عمومی مفید، سرگرم‌کننده و ارزان ازجمله برنامه‌ها و کانالهای تلویزیونی است؛ لذا می‌توان گفت

1. Lu and Hu
2. Shaw and Gant
3. Holder

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.32598/refahj.25.97.3027.1]

فراوانی و غنای برنامه‌های رسانه عمومی برای این دسته از نوجوانان بیشتر از سایر گروهها اهمیت دارد.

درعین‌حال نتایج مطالعه فعلی مبنی بر فراوانی بیشتر پاسخ «رفتار جامعه‌پسند» در کودکان روستایی، با مطالعه دیگری که نشان می‌دهد روستاییان نسبت به جامعه شهری سطح بالاتری از رفتار جامعه‌پسند[1] را نشان می‌دهند همخوانی دارد(افولابی[2]، ۲۰۱٤). رفتار جامعه‌پسند رفتاری است که برای ارتقاء آسایش یا حقوق دیگران باشد. رفتارهایی چون مراقبت، کمک‌کردن، تقسیم‌کردن و رفتار داوطلبانه[3] ازجمله رفتارهای جامعه‌پسندی محسوب می‌شوند که نقش کلیدی در عملکرد اجتماعی دارند(گوپتا و تاپلیال[4]، ۲۰۱۵).

دراین‌ارتباط مطالعه آماتو نشان داد که نرخ رفتار کمک‌رسانی با افزایش اندازه جامعه کاهش پیدا می‌کند. این مطالعه به این نکته مهم اشاره دارد که ممکن است تفاوت جامعه شهری و روستایی در فراوانی رفتار جامعه‌پسند، بیش از آنکه به علت شهری یا روستایی‌بودن باشد به تفاوت اندازه جمعیت آنها مرتبط باشد (آماتو[5]، ۱۹۸۳).

نتایج یک مطالعه فراتحلیل دیگر عنوان می‌کند که ممکن است تفاوت آشکار در رفتارهای کمک‌رسانی در جامعه شهری و روستایی به متغیرهای موقعیتی مرتبط باشد. این مطالعه و مطالعات مشابه بر این نکته دلالت دارد که تفاوت رفتار مردم در شهر و روستا بیش از آنکه به عوامل درونی‌تر ازجمله «متغیرهای انگیزشی و گرایشی» افراد بستگی داشته باشد به عوامل بیرونی ازجمله شرایط متفاوت محیط زندگی و شرایط اجتماعی در شهر و روستا مرتبط باشد (استبلی[6]، ۱۹۸۷).

بااین‌حال مطالعات دیگری نیز به تفکیک عوامل انگیزشی آشکار و ناآشکار در رفتارهای جامعه‌پسند اشاره دارد. در همین راستا یک مطالعه نشان می‌دهد نقش انگیزه‌های آشکار در

1. prosocial behavior
2. Afolabi
3. voluntary behavior
4. Gupta and Thapliyal
5. Amato
6. Steblay

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.32598/refahj.25.97.3027.1]

رفتارهای جامعه‌پسند برنامه‌ریزی‌شده (مثل برنامه‌ریزی برای نظافت داوطلبانه مدرسه) بیشتر از رفتارهای جامعه‌پسند خودجوش (مثل رساندن اشیا پیداشده به صاحبان آن، عبوردادن افراد سالمند از عرض خیابان و...) است. به‌عبارت‌دیگر انگیزه‌های ناآشکار نقش تعیین‌کننده‌ای در اقدام به رفتارهای جامعه‌پسند خودجوش دارد (آیدین لی[1] و همکاران، ۲۰۱۴).

در مورد منشأ گرایشهای کودکان و نوجوانان به رفتارهای جامعه‌پسند می‌توان گفت که اگرچه در سالهای اولیه کودکی نقش والدین نقش مهمی در رشد این رفتارها دارد؛ اما در سالهای نوجوانی نقش همسالان افزایش عمده‌ای نشان می‌دهد (گرواسک و هستینگز[2]، ۲۰۱۵).

درعین‌حال دختران نوجوان مناطق روستایی سلامت جسمی و روانی را معادل سلامت اجتماعی فرض کرده‌اند. یکی از مفروضات ممکن این است که دختران نوجوان مناطق روستایی مشکلات جسمی بیشتری داشته باشند و یا اینکه دست‌کم به این مشکلات اشتغال فکری دارند. دراین‌رابطه نتایج یک مطالعه نشان می‌دهد که اشتغال ذهنی زیاد به‌سلامت جسمی، ادراک سایر ابعاد سلامت را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد (پیت تن کت[3] و همکاران، ۲۰۲۲).

بنابراین، می‌توان گفت مضامین پذیرش اجتماعی، تسهیلات محیطی و جامعه سالم که توسط نوجوانان دختر و پسر مناطق شهری برخوردار، متوسط و نابرخوردار مطرح شده است به رویکردهای آکادمیک رایج سلامت اجتماعی (فردی و اجتماعی) و مضامین رفتارهای جامعه‌پسند و مهارتهای ارتباطی که توسط نوجوانان دختر و پسر مناطق روستایی مطرح شده است نیز تا حدودی به رویکرد فردی سلامت اجتماعی نزدیک است.

به‌طورکلی مطالعه حاضر نشان می‌دهد که نوعی از تکامل در پاسخهای کودکان و

1. Aydinli
2. Gruesc and Hastings
3. PIT-TEN CATE

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.32598/refahj.25.97.3027.1]

نوجوانان مشاهده می‌شود؛ به‌نحوی‌که هرچه از سنین پایین‌تر به سنین بالاتر، از روستا به شهر و از مناطق کم‌برخوردار به مناطق برخوردار شهری برویم پاسخهای کودکان انتزاعی‌تر و به رویکردهای آکادمیک سلامت اجتماعی (رویکرد فردی و اجتماعی) نزدیک‌تر می‌شود.

همچنین این مطالعه نشان داد که گروه سنی نوجوان (۱۸-۱۲) مناطق شهری که بیشترین سهم از تنوع پاسخها را دارد نیازمند توجه ویژه است. نیازها و دغدغه‌های این گروه نشان‌دهنده طیف وسیعی از مطالبات اجتماعی از پذیرش و مقبولیت اجتماعی تا تسهیلات رفاهی، تفریحی و اجتماعی است.

به نظر می‌رسد که تمایل دختران به پذیرش از طرف جامعه نشانگر این است که این دسته از نوجوانان بیشتر از سایر گروههای سنی به پذیرش اجتماعی نیاز داشته باشند. به‌عبارتی‌دیگر سبک زندگی نوجوانان دختر مناطق شهری بیشتر از سایر گروهها مورد قضاوت قرار می‌گیرد و این امر باعث می‌شود که آنها حساسیت و توجه بیشتری به این موضوع داشته باشند. درعین‌حال نگاه فردی دختران نوجوان شهری به موضوع سلامت اجتماعی نشان می‌دهد که دغدغه پذیرش اجتماعی فرصت توجه این دسته از نوجوانان را به سایر ابعاد اجتماعی سلب کرده و از این نظر مطالبات اجتماعی کمتری از نوجوانان پسر مناطق شهری دارند.

نکته قابل‌توجه دیگر این پژوهش کم‌رنگ‌بودن دیدگاه‌های نوجوانان پسر مناطق برخوردار شهری است که می‌تواند نشانگر این باشد که این دسته از نوجوانان کمتر از همه گروههای دیگر درگیریهای ذهنی یا دغدغه‌های اجتماعی دارند.

نیاز به تفریحات سالم فعال و امکان دسترسی آسان به آنها یکی از مطالبات پسران نوجوان مناطق متوسط و کم‌برخوردار شهری است. این موضوع به‌وضوح نشان می‌دهد که این گروهها بیشتر از سایرین به تخلیه هیجانی نیاز داشته باشند. چنانچه دستیابی به این تسهیلات ازجمله مراکز ورزشی، سینما، تئاتر، اردوهای مدرسه‌ای و محلی و...آسان نباشد می‌تواند تمایل نوجوانان به تفریحات ناسالم ازجمله سوءمصرف مواد، الکل، رفتارهای

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.32598/refahj.25.97.3027.1]

پرخطر و یا نارضایتی اجتماعی را افزایش دهد.

یکی از محدودیتهای این پژوهش عدم دسترسی و درنتیجه عدم امکان پژوهش در حوزه کودکان زیر ٦ سال است؛ بنابراین توصیه می‌شود با توجه به اهمیت خانواده و محیط‌های پیش‌دبستانی در رشد سلامت اجتماعی، در پژوهشهای آتی نقطه نظرات کودکان، والدین و مربیان کودکان زیر ٦ سال نیز موردمطالعه قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

این مقاله از پایان‌نامه مقطع دکترای تخصصی رشته روان‌شناسی سلامت که در سال ۱۴۰۰ در معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد با کد اخلاق شماره ۱۴۰۰.۰۸۱ تصویب شده است استخراج شده است. جا دارد تا مراتب تشکر خود را از مدیران گروه سلامت روانی، اجتماعی دانشگاههای علوم پزشکی شهید بهشتی، اصفهان، کرمان، سمنان، البرز، زابل، کردستان و گناباد و همچنین مدیران و کارشناسان ستاد وزارت بهداشت که امکان جمع‌آوری داده‌ها را فراهم کردند، اعلام کنیم.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ‌گونه تعارض منافعی در این مقاله وجود ندارد.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.32598/refahj.25.97.3027.1]

- Abachizadeh, K., Omidnia, S., Hajebi, A., Shekarriz-Foumani, R., Mohseni, M., & Zamankhani, F. (2017). Measuring self-perceived social health of Iranians; finding from Iran social health survey. ***Novel Biomed***, 5(3), 91-97. https://doi.org/10.22037/nbm.v5i3.15516

- Afolabi, O. A. (2014). Psychosocial predictors of prosocial behaviour among a sample of Nigerian undergraduates. ***European Scientific Journal***, 10(2). https://doi.org/10.19044/esj.2014.v10n2p%25p

- Akram, S., Zahid, F., & Pervaiz, Z. (2024). Socioeconomic determinants of early childhood development: evidence from Pakistan. ***Journal of Health, Population and Nutrition***, 43(1), 70. DOI:10.1186/s41043-024-00569-5

- Amato, P. R. (1983). Helping behavior in urban and rural environments: Field studies based on a taxonomic organization of helping episodes. ***Journal of Personality and Social Psychology***, 45(3), 571. https://doi.org/10.1037/0022-3514.45.3.571

- Aydinli, A., Bender, M., Chasiotis, A., Cemalcilar, Z., & Van de Vijver, F. J. (2014). When does self-reported prosocial motivation predict helping? The moderating role of implicit prosocial motivation. ***Motivation and Emotion***, 38, 645-658. https://doi.org/10.1037/0022-3514.45.3.571

- Cameron, J. J., & Granger, S. (2019). Does self-esteem have an interpersonal imprint beyond self-reports? A meta-analysis of self-esteem and objective interpersonal indicators. ***Personality and Social Psychology Review***, 23(1), 73-102. https://doi.org/10.1177/1088868318756532

- Corney, T., Cooper, T., Shier, H., & Williamson, H. (2021). Youth participation: Adultism, human rights and professional youth work. ***Children & Society***, 36(4), 677-690. https://doi.org/10.1111/chso.12526

- DeWall, C. N., & Bushman, B. J. (2011). Social acceptance and rejection: The sweet and the bitter. ***Current Directions in Psychological Science***, 20(4), 256-260. https://doi.org/10.1177/0963721411417545

- Doyle, D. M., & Link, B. G. (2024). On social health: history, conceptualization, and population patterning. ***Health Psychology Review***, 1-30. https://doi.org/10.1080/17437199.2024.2314506

- Dunaeva, V. (2018). New approaches in social well-being studies. People: ***International Journal of Social Sciences,*** 4(3), 566-573. https://doi.org/10.20319/pijss.2018.43.566573

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.32598/refahj.25.97.3027.1]

- Ergler, C. R., Kearns, R. A., & Witten, K. (2017). ***Children's health and wellbeing in urban environments.*** Routledge London.

- Fahimian, M., Masoudi Alavi, N., Sadat, Z., & Taebi, M. (2023). Translation and Psychometric Evaluation of the Social Health Scale for the Elderly (SHSE). ***Journal of Isfahan Medical School,*** 41(705), 1-8 [In Persian].10.48305/jims.v41.i705.0001

- Grimaldi Capitello, T., Fiorilli, C., Placidi, S., Vallone, R., Drago, F., & Gentile, S. (2016). What factors influence parents' perception of the quality of life of children and adolescents with neurocardiogenic syncope? ***Health and quality of life outcomes,*** 14, 1-9. DOI: 10.1186/s12955-016-0476-9

- Grusec, J. E., & Hastings, P. D. (Eds.). (2014). ***Handbook of socialization: Theory and research***. Guilford Publications.

- Gupta, D., & Thapliyal, G. (2015). A Study of Prosocial Behaviour and Self Concept of Adolescents. ***Journal on Educational Psychology,*** 9(1), 38-45. DOI: 10.26634/jpsy.9.1.3524

- Holder, M. D., Coleman, B., & Sehn, Z. L. (2009). The contribution of active and passive leisure to children's well-being. ***Journal of health psychology***, 14(3), 378-386. DOI: 10.1177/1359105308101676

- Husbands, S., Mitchell, P. M., & Coast, J. (2020). A systematic review of the use and quality of qualitative methods in concept elicitation for measures with children and young people. ***The Patient-Patient-Centered Outcomes Research***, 13, 257-288. DOI: 10.1007/s40271-020-00414-x

- Joshanloo, M., Sirgy, M. J., & Park, J. (2018). Directionality of the relationship between social well-being and subjective well-being: Evidence from a 20-year longitudinal study. ***Quality of Life Research***, 27, 2137-2145. DOI: 10.1007/s11136-018-1865-9

- Kashani Hamedani, M. (2015). Comparing the Aesthetic Parameters of Urban Space from the Viewpoint of Children and Adults: the case study of Isfahan. ***Motaleate Shahri***, 4(14), 19-30 [In Persian].

- Keyes, C. L., & Shapiro, A. D. (2005). ***Social well-being in the United States: A descriptive epidemiology***. na.

- Land, K. C. (2012). ***The well-being of America's children: developing and improving the child and youth well-being index*** (Vol. 6). Springer Science & Business Media.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.32598/refahj.25.97.3027.1]

- Lavrakas, P. J. (2018). ***Encyclopedia of survey research methods***. Sage publications.

- Leary, M. R., Kowalski, R. M., Smith, L., & Phillips, S. (2003). Teasing, rejection, and violence: Case studies of the school shootings. Aggressive Behavior: ***Official Journal of the International Society for Research on Aggression***, 29(3), 202-214. DOI: 10.1002/ab.10061

- Liamputtong, P. (2019). ***Handbook of research methods in health social sciences*** (Vol. 10). Springer Singapore.

- Lu, L., & Hu, C.-H. (2005). Personality, leisure experiences and happiness. ***Journal of happiness studies***, 6, 325-342. https://doi.org/10.1007/s10902-005-8628-3

- Mousavi, M. T., Maarefvand, M., Rafiey, H., Omidnia, S., Joghataei, F., & Zabihi Poursaadati, M. (2020). Systematic review of social health promotion with social capital approach. ***Quarterly Journal of Social Work,*** 9(1), 13-23http [In Persian]. http://socialworkmag.ir/article-1-619-en.html

- Niazi, M., Zolfaghari, A., Abshirin, S., & Rezaei, E. (2023). Meta-Synthesis of Compiling and Designing a New Model of Factors Affecting the Social Health of Iranians. ***Strategic Studies of Culture***, 2(4), 111-136 [In Persian]. https://doi.org/10.22083/scsj.2023.381872.1084

- Pit-Ten Cate, I., Ottenbacher, M., Alieva, A., Kroezen, T., Hadjar, A., Torabian, J., De Moll, F., & Fischbach, A. (2022). ***School tracking in Luxembourg: the longitudinal impact of student characteristics and school composition.*** 7th International NEPS conference.

- Pool, G. J., Wood, W., & Leck, K. (1998). The self-esteem motive in social influence: Agreement with valued majorities and disagreement with derogated minorities. ***Journal of Personality and Social Psychology,*** 75(4), 967. doi.org/10.1037/0022-3514.75.4.967

- Rezadoost, K., Hosseinzadeh, A., & Rostami, A. (2019). The study of sociological factors affecting social health among students of Shahid Chamran University of Ahwaz. ***Quarterly Journal of Social Development (Previously Human Development),*** 14(1), 1-30 [In Persian]. doi: 10.22055/qjsd.2019.15264

- Sajadi, H., Vameghi, M., Shahboulaghi, F., Ali, D., & Kamal, S. (2018). ***Domains, components and indicators of children's wellbeing in Iran: a Delphi study*** [In Persian]. URL: http://irje.tums.ac.ir/article-1-5962-en.html

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.32598/refahj.25.97.3027.1]

- Samiee, M., Rafiee, H., Amini, R. M., & Akbarian, M. (2011). ***Social health of Iran: from a consensus-based definition to an evidence-based index*** [In Persian]. https://sid.ir/paper/173470/en

- Sampson, R. J., Morenoff, J. D., & Gannon-Rowley, T. (2002). Assessing "neighborhood effects": Social processes and new directions in research. ***Annual review of sociology***, 28(1), 443-478. https://doi.org/10.1146/annurev.soc.28.110601.141114

- Schramme, T. (2023). Health as complete well-being: The WHO definition and beyond. ***Public Health Ethics,*** 16(3), 210-218. https://doi.org/10.1093/phe/phad017

- Shaw, L. H., & Gant, L. M. (2002). Users divided? Exploring the gender gap in Internet use. ***CyberPsychology & Behavior***, 5(6), 517-527. DOI: 10.1089/109493102321018150

- Youssef, N. N., Murphy, T. G., Langseder, A. L., & Rosh, J. R. (2006). Quality of life for children with functional abdominal pain: a comparison study of patients' and parents' perceptions. ***Pediatrics***, 117(1), 54-59. DOI: 10.1542/peds.2005-0114

- Zamankhani, F., Abachizadeh, K., Omidnia, S., Abadi, A., & Hiedarnia, M. A. (2019). Composite social health index: Development and assessment in provinces of Iran. ***Medical journal of the Islamic Republic of Iran***, 33, 78. doi: 10.34171/***mji***ri.33.78

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.32598/refahj.25.97.3027.1]