

تعیین شاخص‌های سلامت روانی - اجتماعی در کودکان و نوجوانان استان کهگیلویه و بویر احمد

محمد رضا فیروزی^{۱*}، ناصر نوشادی^۱، علی کاظمی^۲

^۱گروه روانشناسی، دانشگاه یاسوج، یاسوج، ایران، ^۲گروه آموزش زبان انگلیسی، دانشگاه یاسوج، یاسوج، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۸/۱۶

تاریخ وصول: ۱۳۹۵/۳/۲۱

چکیده

زمینه و هدف: نزدیک به یک دهه است که سازمان جهانی بهداشت تلاش کرده تعریف واحدی از سلامت روانی - اجتماعی ارائه دهد، اما به دلیل پیچیدگی ابعاد روانی - اجتماعی و بافت فرهنگی جوامع مختلف، تعریف و شاخص واحدی ارائه نشده است، هدف از پژوهش حاضر، تعیین شاخص‌های سلامت روانی - اجتماعی کودکان و نوجوانان استان کهگیلویه و بویر احمد بود.

روش بررسی: پژوهش حاضر به روش ترکیبی (کمی و کیفی) انجام گردید. در بخش کیفی پژوهش از تکنیک دلفی استفاده شد. در پژوهش کنونی تعداد ۳۱ نفر از کارشناسان حوزه کودکان و نوجوانان سازمان بهزیستی از سراسر استان کهگیلویه و بویر احمد به روش گلوله برفی به عنوان نمونه انتخاب شدند. اطلاعات اولیه برای انجام روش دلفی در سه مرحله از طریق پنل دلفی متشکل از کارشناسان سازمان بهزیستی استان کهگیلویه و بویر احمد جمع‌آوری گردید. در نهایت با استفاده از روش تحلیل عاملی داده‌های کمی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: مهمترین شاخص‌های سلامت روانی - اجتماعی در چهار مولفه؛ درون فردی (خود آگاهی هیجانی، جرأت‌ورزی و احترام به خود)، بین فردی (مشارکت، مسئولیت پذیری اجتماعی و روابط اجتماعی)، استرس (مدیریت استرس و کنترل هیجان) و سازگاری (انعطاف‌پذیری و شادی) قرار گرفتند. کم رنگ شدن تبعیض‌های جنسیتی و ارتقاء سطح سواد والدین از مهمترین نقاط قوت و فقدان استانداردهای لازم در مهد کودکها، عدم مشارکت نوجوانان در تصمیم‌گیری‌ها، فقدان مهارت‌های اجتماعی در خانواده‌ها از نقاط ضعف سلامت روانی - اجتماعی بود.

نتیجه‌گیری: در شرایط درست و به منزله‌ی پیشگیری از عواقبی که در انتظار کودکان و نوجوانان است، سازمان‌های متولی باید در یک چشم‌انداز امیدوارکننده، کودکان و نوجوانان را آن‌چنان بپرورند که بتوانند پاسخگوی نیازهای حرفه‌ای جامعه باشند و خود را در مقابل آن‌ها مسئول و متعهد بدانند.

واژه‌های کلیدی: سلامت روانی - اجتماعی، کودکان و نوجوانان

*نویسنده مسئول: محمد رضا فیروزی، یاسوج، دانشگاه یاسوج، دانشکده علوم انسانی، گروه روانشناسی

Email: m.firoozi@yu.ac.ir

مقدمه

از سلامت فرد تأکید می‌کنند (۶ و ۵). لارسون سلامت اجتماعی را گزارش فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که عضو آن‌ها است، تعریف می‌کنند (۶). برخی دیگر سلامت اجتماعی را به عنوان خصوصیتی از جامعه و معادل با «جامعه سالم» مفهوم‌پردازی کرده‌اند (۹-۷).

برای سنجش وضعیت سلامت اجتماعی شاخص‌ها متعددی طراحی شده‌اند از جمله شاخص کانکتیکت^(۱) که همه سنین و گروه‌های اجتماعی اقتصادی را در بر می‌گیرد. این شاخص‌ها حاکی از وضعیت حیطة‌ها و مؤلفه‌های کیفیت زندگی مانند؛ سلامت، بیکاری، درآمد، آموزش، امنیت و آسایش روانشناختی هستند. شاخص آسایش و رفاه اجتماعی و رمونت که بر متغیرهای بهداشتی، اجتماعی، اقتصادی و زیست محیطی تأکید دارد (۱۰) و شاخص سلامت اجتماعی فوردهام که در دوره نوجوانی میزان خودکشی، میزان سوء مصرف مواد و میزان ترک تحصیل را مهم‌ترین شاخص‌های سلامت اجتماعی می‌داند (۹)، اما در داخل کشور، در پژوهشی ادغام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، و انسجام اجتماعی به عنوان شاخص‌های سلامت اجتماعی در نظر گرفته شده است (۱۱).

هر چند اصطلاح سلامت روانی - اجتماعی به دلیل نداشتن یک تعریف ساده به گونه‌ای که برای متخصصین و دولت‌ها قابل فهم باشد مورد انتقاد قرار گرفته است (۱)، اما امروزه اصطلاح سلامت روانی اجتماعی در ادبیات پژوهشی برای طیف وسیعی از مسایل از جمله (اما نه محدود به) ذهنی، عاطفی، اجتماعی، جسمی، اقتصادی، اجتماعی و معنوی به کار رفته و در نتیجه به شیوه‌های متعددی تعریف شده است. اتفاق نظر بر این است که سلامت روانی - اجتماعی باید شامل و منعکس کننده ارتباط متقابل جنبه‌های مختلف بهزیستی کلی باشد (۲). سازمان بهداشت جهانی سه بعد زیستی، روانی و اجتماعی را در تعریف سلامت مورد تأکید قرار داده است (۳)، اما دو بعد روانی و اجتماعی سلامت تا حدود زیادی به وسیله اکثر کشورها از جمله ایران نادیده گرفته شده است، این در حالی است که تقریباً ۸۵ درصد عوامل تأثیرگذار بر سلامت به عوامل روانی - اجتماعی برمی‌گردد (۴).

سازمان جهانی بهداشت سلامت اجتماعی را یکی از مؤلفه‌های کلیدی سلامت معرفی کرده است (۳)، اما به دلیل فقدان ابزارهای معتبر، این مفهوم همچنان موضوع بحث‌های سیاسی و اجتماعی است. با این حال از دیدگاه جامعه‌شناسی رویکردهای متفاوتی در خصوص سلامت اجتماعی وجود دارد؛ بعضی از جامعه‌شناسان بر سلامت اجتماعی به عنوان جنبه‌ای

1- Connecticut

به هر حال، بررسی نظام‌مند ادبیات سلامت روانی-اجتماعی نشان می‌دهد که تعریف واحدی از سلامت روانی-اجتماعی وجود ندارد. لذا با توجه به مبانی نظری و تجربی، شاید سلامت روانی-اجتماعی را بتوان تا اندازه زیادی معادل با بهزیستی یعنی بعد مثبت سلامت تعریف کرد. متأسفانه تغییرپذیری زیاد در تعاریف و شاخص‌های بهزیستی، تلاش برای مقایسه کردن یافته‌های مطالعه‌ها را با مشکل مواجه کرده است، اما می‌توان گفت: بهزیستی یک سازه چند وجهی است که ابعاد ذهنی، روانی، اجتماعی و جسمی در هم آمیخته شده است (۱۲).

سلامت فرد نه تنها بر خود فرد و خانواده، بلکه هم‌چنین بر کل جامعه تأثیر می‌گذارد (۱۳). شواهد پژوهشی زیادی وجود دارد مبنی بر این که رویدادها و مشکلات دوره کودکی و نوجوانی بر عواقب بعدی سلامت تأثیر دارد (۱۳-۱۵). سال‌های کودکی و نوجوانی دوره حساسی را تشکیل می‌دهد که در طی آن عوامل روانی-زیستی و روانی-اجتماعی نه تنها بر عواقب رشد بلکه بر مدار سلامت مادال عمر فرد تأثیر می‌گذارد (۱۶ و ۱۷).

شروع یک اختلال روانی قابل تشخیص (از قبیل: اضطراب، افسردگی، سوء مصرف مواد) یا آسیب‌های اجتماعی مزمن اغلب وقتی شروع می‌شود که فرد در دوره کودکی یا نوجوانی است (۱۸). نوجوان دیگر کودک نیست هرچند که بزرگسال کامل هم نیست. مسایل جسمی و عاطفی وقتی در دوره

نوجوانی بیشتر می‌شود که او با همان آگاهی و تجربیات اندک کودکی دست به رفتارهای مخاطره‌آمیز می‌زند. خودکشی، قتل، بارداری ناخواسته، رفتارهای پرخطر جنسی (۱۹)، استعمال سیگار، مشروبات الکلی، مواد مخدر، و رانندگی در حین مستی برخی از رفتارهایی هستند که سلامت روانی-اجتماعی نوجوان را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهند (۲۱-۱۸).

برخی پژوهشگران معتقدند گرایش نوجوانان به رفتارهای پرخطر که روز به روز نیز در حال افزایش است انعکاسی از مشکلات هیجانی و روانشناختی است که با آن‌ها رو به رو هستند. آرنوفسکی اظهار داشته است که احساس افسردگی، استرس، تنهایی و انزوا اغلب با رفتارهای پرخطر در نوجوانان رابطه مستقیمی دارد (۲۳ و ۲۲) و به طور مشابه عزت نفس بالا و داشتن منابع حمایتی اجتماعی قوی از عوامل محافظت‌کننده نوجوانان در برابر رفتارهای پرخطر هستند (۲۴ و ۲۳).

با توجه به آنچه بحث گردید می‌توان گفت که تعریف و اندازه‌گیری سلامت روانی-اجتماعی یا به طور کلی بهزیستی به دلیل ماهیت چند بعدی این سازه غالباً مشکل است. اغلب پژوهشگران وقتی که یک حوزه از بهزیستی را بررسی می‌کنند استنباط آنها بر این است که کل بهزیستی را ارزیابی کرده‌اند، در حالی که چنین نیست. بر اساس گزارش پولارد و لی (۸۰ درصد از تحقیقات انجام شده فقط یک حوزه، ۱۳/۱ درصد، دو حوزه و ۴/۶ درصد سه حوزه بهزیستی را

روش بررسی

پژوهش حاضر به روش ترکیبی (کمی و کیفی) انجام گردید. در بخش کیفی پژوهش از تکنیک دلفی استفاده شد. برای شناسایی مهمترین شاخص‌های سلامت روانی- اجتماعی کودکان و نوجوانان استان کهگیلویه و بویراحمد و نیز نقاط قوت و ضعف آن از تکنیک دلفی در سه مرحله استفاده شد. برای دسترسی به نتایج معتبر، جامعه مورد مطالعه در این پژوهش از میان افرادی انتخاب شد که از نزدیک با مسایل سلامت روانی - اجتماعی کودکان و نوجوانان استان مواجه بوده و به عبارت دیگر، با مشکلات و ارایه راهکارهای مناسب در این بخش آشنا بوده‌اند، لذا جامعه مورد مطالعه شامل کلیه کارشناسان بهزیستی استان کهگیلویه و بویراحمد بودند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت است از؛ حداقل ۵ سال سابقه کار در سازمان بهزیستی با تحصیلات لیسانس در رشته‌های روانشناسی، مشاوره و مددکاری اجتماعی. نمونه‌گیری به صورت کاملاً هدفمند و با استفاده از تکنیک گلوله برفی انجام شد که در نهایت ۳۱ نفر کارشناس از هر سه شهرستان استان انتخاب شدند. به این ترتیب، که در آن یک شرکت کننده در پژوهش، ما را به شرکت کنندگان دیگر هدایت نمود. لازم به ذکر است که در پژوهش کنونی ملاحظات اخلاقی نیز مد نظر قرار گرفت، به نحوی که رضایت کارشناسان حاصل شد و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات صرفاً برای امر پژوهش استفاده خواهد شد

بررسی کرده‌اند. تنها چهار مقاله موجود در این بررسی، یعنی ۲/۳ درصد، در حوزه شناختی، جسمی، روانی و اجتماعی بهزیستی کودک را بررسی کرده‌اند (۲۵).

به هر حال، سلامت روانی- اجتماعی کودکان و نوجوانان را دقیقاً نمی‌توان بر اساس ابزار خاصی بررسی کرد و برای اندازه‌گیری آن به پژوهش‌های بیشتری نیاز است. ساخت یک ابزار چند وجهی که هر دو بعد ذهنی و عینی سلامت روانی- اجتماعی را با توجه به رویکرد بوم شناختی اندازه‌گیری کند بیشتر مفید خواهد بود. سازمان بهزیستی کشور یکی از متولیان و تصمیم‌گیران حوزه سلامت است. پیشگیری و ارتقای کیفیت زندگی آحاد جامعه با اولویت دادن به اعمال سیاست سلامت‌نگری و سلامت‌محوری از سیاست‌های راهبردی این سازمان است. عملیاتی شدن این مهم مستلزم تعیین شاخص‌های سلامت بویژه در حوزه سلامت روانی - اجتماعی کودکان و نوجوانان است، لذا با استناد به سیاست‌های بالادستی سازمان بهزیستی استان کهگیلویه و بویراحمد و نیز با هدف پیشگیری از آسیب‌های روانی - اجتماعی کودکان و نوجوانان استان و با توجه به بافت فرهنگی و اجتماعی آن، هدف از این پژوهش بررسی تعیین شاخص‌های سلامت روانی- اجتماعی در کودکان و نوجوانان استان کهگیلویه و بویر احمد بود.

در نهایت داده‌ها به وسیله نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

در این قسمت در ابتدا نتایج به دست آمده مربوط به هر سؤال به صورت خلاصه و در قالب جداول مربوطه ارائه شده است.

مهم‌ترین شاخص‌های سلامت روانی-اجتماعی کودکان و نوجوانان در استان کهگیلویه و بویراحمد کدامند؟

برای استخراج شاخص‌ها از روش تحلیل عاملی به روش مولفه‌های اصلی استفاده شد. مقدار ضریب KMO برای این تحلیل برابر با ۰/۹۲ و مقدار بارتلت برابر با ۲۲۰/۸ به دست آمد، معنی‌دار بود ($p=۰/۰۰۱$). نتایج به دست آمده از تحلیل عاملی بر روی داده‌های جمع‌آوری شده نشان دهنده وجود ۴ عامل (درون فردی، بین فردی، استرس و سازگاری) و ۱۴ شاخص بود که در جدول ۱ نشان داده شده است.

نقاط قوت و ضعف (درون استان) در خصوص سلامت روانی-اجتماعی کودکان و نوجوانان کدامند؟

نقاط قوت و ضعف در خصوص سلامت روانی - اجتماعی کودکان و نوجوانان استان کهگیلویه و بویراحمد در جدول ۲ و ۳ ارائه شده است. لازم به ذکر است که توالی ترتیبی حاکی از اهمیت موضوع می باشد.

و نیازی به نگارش نام و نام خانوادگی و سایر مشخصات نیست. به منظور جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه در سه مرحله استفاده گردید. در مرحله اول پرسشنامه باز حاوی دو سوال در رابطه با شاخص‌های عمده سلامت روانی - اجتماعی کودکان و نوجوانان و نقاط قوت و ضعف آنها در اختیار پاسخ‌گویان قرار گرفت. پس از دریافت پاسخ و بررسی دیدگاه‌های کارشناسان در مرحله اول، گویه‌های مشابه یا نزدیک به هم، در یکدیگر ادغام و به صورت پرسشنامه بسته در قالب ۲۰ گویه برای هر کدام از سوالات به طور مجدد در اختیار کارشناسان قرار گرفت و از آنان خواسته شد به صورت طیف لیکرت به رتبه‌بندی بپردازند. در مرحله بعد پس از تحلیل نتایج به دست آمده از پرسشنامه دوم، مجدداً پرسشنامه با استفاده از نظرات پنل کارشناسان اصلاح گردید و در اختیار کارشناسان قرار گرفت. هدف پرسشنامه سوم رسیدن به اجماع بود، لذا از پاسخگویان خواسته شد موافقت یا مخالفت خود را با هر کدام از گویه‌ها نشان دهند. در این مرحله میزان موافقت کارشناسان با هر یک از گویه‌ها سنجیده شد. درصد توافق ۷۵ (Q3) تعیین شد، لذا شاخص‌هایی که درصد توافق پایین‌تری از (Q3) داشتند حذف شدند. تعیین روایی صوری و محتوایی پرسشنامه با استفاده از نظرات متخصصان انجام شد. در پژوهش حاضر از تکنیک دلفی برای داده‌های کیفی و تحلیل عاملی برای تجزیه و تحلیل داده‌های کمی استفاده به عمل آمد که

جدول ۱: شاخص‌های سلامت روانی کودکان و نوجوانان استان کهگیلویه و بویراحمد

مؤلفه	شاخص	بار عاملی	الفای کرونباخ
درون فردی	خودآگاهی هیجانی	۰/۸۵	۰/۶۳
	جرات‌ورزی	۰/۹۶	
	احترام به خود	۰/۹۸	
	استقلال در جهت تعریف به خود	۰/۸۹	
بین فردی	مشارکت	۰/۹۰	۰/۷۴
	مسئولیت‌پذیری اجتماعی	۰/۸۸	
	روابط اجتماعی	۰/۸۸	
	انعطاف‌پذیری	۰/۹۰	۰/۶۶
سازگاری	حل مساله و تصمیم‌گیری	۰/۹۲	
	ارتباط با واقعیت	۰/۸۳	
	شادی	۰/۷۱	
	خوش‌بینی	۰/۸۱	
استرس	مدیریت استرس	۰/۸۹	۰/۸۶
	کنترل هیجان	۰/۸۸	

جدول ۲: نقاط قوت و ضعف در خصوص سلامت روانی - اجتماعی کودکان استان کهگیلویه و بویراحمد

نقاط ضعف (کودکان)	نقاط قوت (کودکان)
۱- حرکت به سمت کم رنگ شدن تبعیض‌های جنسیتی	۱- عدم رعایت استانداردهای لازم در مهد کودکها
۲- ارتقاء سطح سواد والدین	۲- بی‌توجهی به نیازهای عاطفی
۳- احساس نیاز به آگاهی از سبک‌های فرزند پروری	۳- فقدان تاب‌آوری والدین
۴- نگرش مثبت نسبت به مشاوره خانواده	۴- آگاهی کم والدین از سبک فرزند پروری
	۵- عدم شناخت ناکافی خانواده‌ها از نیازهای دوران کودکی
	۶- فقر محیطی

جدول ۳: نقاط قوت و ضعف در خصوص سلامت روانی - اجتماعی نوجوانان استان کهگیلویه و بویراحمد

نقاط قوت (نوجوانان)	نقاط ضعف (نوجوانان)
۱- بهبود آگاهی نسبت به نیازهای آموزشی نوجوانان	۱- آگاهی کم خانواده‌ها از دوره گذار از کودکی به نوجوانی
۲- باورهای مذهبی خانواده‌ها	۲- عدم مشارکت نوجوانان در تصمیم‌گیری‌ها
۳- بهبود شرایط اقتصادی خانوار	۳- فقدان مهارت‌های اجتماعی در نوجوانان
۴- آموزش معلمان نسبت به روش‌های نوین تربیتی	۴- عدم پذیرش اشتباه نوجوانان (فرهنگ تنبیه محوری)
۵- نگرش مثبت نسبت به دریافت مشاوره	۵- شناخت کم والدین از آسیب‌های اجتماعی دوران نوجوانی
	۶- کم‌رنگ شدن باورهای مذهبی نوجوانان
	۷- بلوغ جنسی زودرس
	۸- عدم امکانات تفریحی و رفاهی
	۹- شبکه‌های ماهواره‌ای
	۱۰- نگاه قومی و قبیله‌ای

بحث

سلامت روانی - اجتماعی حوزه گسترده‌ای است که تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار می‌گیرد و نه تنها سلامت فرد بلکه سلامت کل جامعه را به مخاطره می‌اندازد. هدف اولیه پژوهش حاضر تعیین شاخص‌های سلامت روانی- اجتماعی کودکان و نوجوانان بود. نتایج به دست آمده از تحلیل عامل نشان داد که شاخص‌های عمده سلامت روانی - اجتماعی در چهار مولفه؛ درون‌فردی، بین‌فردی، سازگاری و استرس قرار می‌گیرند. نتایج به دست آمده با تعریف انجمن کانادایی بهداشت روانی (۲۶) و بعضی دیگر از تحقیق‌هایی که بر پذیرش مسئولیت، سازگاری و رشد شخصی، روابط اجتماعی و مشکلات هیجانی (۲۷ و ۲۶، ۱۳، ۱۱، ۶، ۵) تأکید دارند هم‌سو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت از آنجا که به نظر می‌رسد چارچوب پیشنهادی انجمن کانادایی بهداشت روانی از وسعت و جامعیت کافی برخوردار باشد می‌توان آن را با نتایج یافته‌های کنونی ترکیب کرد به گونه‌ای که نه تنها در استان کهگیلویه و بویراحمد بلکه در ایران (با اندکی تغییرات) مورد استفاده قرار گیرد. چنان که انجمن کانادایی بهداشت روانی در تعریف بهداشت روانی بر سه بخش تأکید می‌کند؛ قسمت اول نگرش‌های مربوط به خود، قسمت دوم نگرش‌های مربوط به دیگران (با دیگران راحت بودن)، قسمت سوم نگرش‌های مربوط به زندگی (رویاری با الزام‌های زندگی). نگرش‌های مربوط به خود شامل تسلط بر هیجان‌های خود،

آگاهی از ضعف‌های خود و رضایت از خوشی‌های ساده است. نگرش‌های مربوط به دیگران شامل علاقه به دوستی‌های صمیمی و طولانی، احساس تعلق به یک گروه و احساس مسئولیت در محیط انسانی و مادی می‌باشد. نگرش‌های مربوط به زندگی شامل؛ پذیرش مسئولیت‌ها، توانایی اخذ تصمیمات شخصی، توسعه امکانات و علاقه به انجام دادن صحیح کارها است (۲۶).

بررسی نقاط قوت و ضعف (درون استان) در خصوص سلامت روانی- اجتماعی کودکان و نوجوانان در استان کهگیلویه و بویراحمد یکی دیگر از اهداف پژوهش حاضر بود. نتایج نشان داد حرکت به سمت کم رنگ شدن تبعیض‌های جنسیتی و ارتقاء سطح سواد والدین از جمله مهم‌ترین نقاط قوت سلامت روانی- اجتماعی کودکان بود. از طرف دیگر، عدم رعایت استانداردهای لازم در مهد کودک‌ها، بی‌توجهی به نیازهای عاطفی و آگاهی کم والدین از سبک فرزند پروری از جمله مهم‌ترین نقاط ضعف بود. نتایج این مطالعه با نتایج سایر پژوهش هم‌سو است (۲۸ و ۱۷-۱۳). در تبیین این یافته می‌توان چنین استدلال کرد که خانواده یکی از جنبه‌های عوامل خارجی سلامت روانی اجتماعی است. کودکی که در یک خانواده شاد زندگی می‌کند از شانس بیشتری برخوردار است که جوانی بالغ و موفق شود. با این حال، بچه‌هایی که در خانواده‌های توأم با خشونت، رفتارهای منفی، بی‌اعتمادی، خشم، محرومیت غذایی، سوء استفاده‌های دارویی، مشکلات روانی والدین،

اجتماعی و زیست محیطی تأکید داشته‌اند (۱۰) همسو است. چنان که هامپتون استدلال می‌کند نوجوانانی که ارتباط ضعیف‌تری با والدین خود داشتند اضطراب بالاتر، افسردگی بیشتر و اعتماد به نفس ضعیف‌تری داشتند و از سلامت روانی - اجتماعی پایین‌تری برخوردار بودند (۳۱). بنابراین، در هنگام برخورد با مشکلات داشتن نگرش مثبت، مشارکت‌پذیری، الگوی نقش مثبت، خود توجهی و عزت نفس بالا می‌تواند به سلامتی و سازگاری فرد کمک کند. مطالعه حاضر محدودیت‌هایی نیز داشت. دلفی تعریف متخصصان را به دست می‌دهد که با نظر مردم متفاوت است. از این‌رو بهتر است تحقیق‌های دلفی، خاصه در موضوعاتی مثل سلامت، با نظرسنجی از مردم تشکیل شود. در مطالعه حاضر، بنا به پیشنهادنامه مصوب سازمان بهزیستی استان کهگیلویه و بویراحمد، امکان این کار را نداشتیم. محدودیت دوم نیز به ماهیت کیفی طرح برمی‌گردد که مانع از تبیین علمی یافته‌ها می‌شود. از آنجا که سلامت روانی - اجتماعی در واقع زمینه رشد مهارت فکری و ارتباطی را فراهم می‌آورد آموزش مهارت‌های زندگی و سبک‌های فرزندپروری پیشنهاد می‌گردد. مهارت‌های زندگی به توانش‌هایی گفته می‌شود که کاربرد آنها در تنظیم و بهبود روابط بین‌فردی، پذیرش مسئولیت‌های اجتماعی، تصمیم‌گیری‌های صحیح و حل تعارض‌ها تأثیر فراوان دارد. دستیابی به این هدف عملاً امکان‌پذیر نیست، مگر آنکه کودکان و نوجوانان از مهارت‌های اساسی به اندازه کافی آگاه باشند. پژوهش‌های مهارت‌های

سوء استفاده‌های جنسی، جسمی و عاطفی بزرگ می‌شوند به احتمال زیاد در زندگی با مسایل و مشکلات بیشتری مواجه می‌شوند. به علاوه، سبک‌های فرزندپروری نقشی اساسی در سلامت روانی - اجتماعی کودکان دارد. سبک‌های فرزندپروری، روش‌هایی هستند که والدین در برخورد با فرزندان خود اعمال می‌کنند. این سبک‌ها در شکل‌گیری و رشد شخصیتی و رفتاری کودکان تأثیر فراوان و عمیقی دارد. چنانچه تحقیق‌ها نشان می‌دهند سبک فرزندپروری مقتدرانه با کاهش مشکلات همراه است (۲۹). از طرف دیگر سبک مستبدانه و سهل‌گیرانه منجر به افزایش مشکلات روانی - اجتماعی در کودکان می‌شود (۳۰).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد، بهبود آگاهی نسبت به نیازهای آموزشی، باورهای مذهبی خانواده‌ها، بهبود شرایط اقتصادی خانوار، آموزش معلمان نسبت به روش‌های نوین تربیتی و نگرش مثبت نسبت به دریافت مشاوره از مهمترین نقاط قوت سلامت روانی - اجتماعی نوجوانان است، اما آگاهی کم خانواده‌ها از دوره گذار از کودکی به نوجوانی، عدم مشارکت نوجوانان در تصمیم‌گیری‌ها، فقدان مهارت‌های اجتماعی در نوجوانان، عدم پذیرش اشتباه نوجوانان، عدم امکانات تفریحی و رفاهی، شبکه‌های ماهواره‌ای و نگاه قومی و قبیله‌ای از مهمترین نقاط ضعف در حوزه سلامت روانی - اجتماعی است. این یافته با تحقیق‌های پیشین که بر مشارکت، روابط و مهارت‌های اجتماعی (۱۱، ۶ و ۵)، عوامل اقتصادی،

درستی خود را بر سرمایه‌ی علمی جامعه بیفزاید و به نوبه خود سلامت جامعه را دامن زند.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب سازمان بهزیستی استان کهگیلویه و بویراحمد می‌باشد که با حمایت مالی این سازمان انجام پذیرفته است. همچنین لازم می‌دانیم از کلیه مدیران و کارشناسان بهزیستی استان به واسطه برقراری امکان پژوهش تشکر و قدردانی نماییم.

زندگی حاکی است که آموزش مهارت‌هایی نظیر؛ مدیریت و کنترل استرس، خودآگاهی، مهارت‌های ارتباطی و جرات‌ورزی، کودکان و نوجوانان را در مقابل آسیب‌های روانی-اجتماعی مقاوم می‌سازد. به علاوه با توجه به نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر و محدودیت‌های آن پیشنهاد می‌شود که تحقیق در این زمینه در سایر استان‌ها(به دلیل تفاوت در بافت بومی) و در سطح ملی انجام گیرد. در نهایت، به همه سازمان‌ها و نهادهایی که با کودکان و نوجوانان سر و کار دارند مخصوصاً، خانواده‌ها و مدارس توصیه می‌شود که به منظور ارتقای سلامت روانی-اجتماعی کودکان و نوجوانان و تلاش برای افزایش سلامت مثبت و پیشگیری از آسیب‌های روانی-اجتماعی از هیچ کوششی دریغ نوزندند.

نتیجه‌گیری

در شرایط درست و به منزله پیشگیری از عواقبی که در انتظار کودکان و نوجوانان است، سازمان‌های متولی از جمله سازمان بهزیستی باید در یک چشم‌انداز امیدوارکننده، کودکان و نوجوانان را آن‌چنان بپرورند که بتوانند پاسخگوی نیازهای حرفه‌ای جامعه باشند و خود را در مقابل آن‌ها مسئول و متعهد بدانند. وقتی کودکان و نوجوانان در همه حال احساس می‌کنند که با پشت گرمی جامعه و نهاد آموزشی ره می‌سپرد، آن وقت است که به دور از تنش‌ها و اضطراب‌های بازگشتی، به دور از احساس بیهودگی و بلاتکلیفی، در یک جو سالم، روان

REFERENCES

1. Van Ommeren M, Jodi M, Shekhar S. Integrated programme planning and psychosocial concepts in humanitarian response: a response to Williamson and Robinson. *Intervention* 2006; 4(1): 26-8.
2. Linley P, Alex JM, Alex M. Wood, Gabrielle Osborne, and Robert Hurling. Measuring happiness: The higher order factor structure of subjective and psychological well-being measures. *Personality and Individual Differences* 2009; 47(8): 878-84.
3. World Health Organization. The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope. World Health Organization, 2001.
4. Noorbala A. Psychosocial health and strategies for improvement. *Iranian Psychiatry and Clinical Psychology* 2012; 2: 151-6.
5. Keyes CLM, Shapiro AD. Social well-being in the United States: A descriptive epidemiology. *How healthy are We*, Chicago Press; 2004; 350-372.
6. Larson James S. The world health organization's definition of health: Social versus spiritual health. *Social Indicators Research* 1996; 38(2):181-92.
7. Ontario Healthy Communities Coalition(OHCC). What makes a healthy community? <http://www.ohccso.ca/en/what-makes-a-healthy-community>, connected at June, 2003.
8. Russell Robert D. Social health: an attempt to clarify this dimension of well-being. *International Journal of Health Education* 1973; 16(2): 74-84.
9. Miringoff M, Miringoff ML. The social health of the nation: How America is really doing. Oxford University Press; 1999, 123-5.
10. Samei M, Rafri H, Aminirazani M, Akbarian M. Iranian social health: The definition of evidence-based consensus on the index circuit. *Iranian Social Problems* 2011; 1: 31-51.
11. Babapour Kheiroddin J, Toosi F, Hekmati I. Study of determinant factors role of students' social well-being. *Journal of Psychology* 2010; 16(4): 1-19.
12. Yarcheski A, Scoloveno MA, Mahon NE. Social support and well-being in adolescents: the mediating role of hopefulness. *Nursing Research* 1994; 43(5): 288-92.
13. Stein DJ, Koen N, Donald KA, Adnams CM, Koopowitz S, Lund C, et al. Investigating the psychosocial determinants of child health in Africa: the Drakenstein Child Health Study. *Journal of Neuroscience Methods* 2015; 252: 27-35.
14. Gluckman PD, Hanson MA, Cooper C, Thornburg KL. Effect of in utero and early-life conditions on adult health and disease. *New England Journal of Medicine* 2008; 359(1): 61-73.
15. Heim C, Shugart M, Craighead WE, Nemeroff CB. Neurobiological and psychiatric consequences of child abuse and neglect. *Developmental Psychobiology* 2010; 52(7): 671-90.
16. Maggi S, Irwin LJ, Siddiqi A, Hertzman C. The social determinants of early child development: an overview. *Journal of Paediatrics and Child Health* 2010; 46(11), 627-35.
17. Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, Walker JD, Whitfield CH, Perry BD, et al. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2006; 256(3): 174-86.
18. Headley S. Young adolescents' well-being and health-risk behaviors: Gender and socioeconomic differences.(Mental health). *Youth Studies Australia* 2002; 21(2): 63-4..
19. The Australian Institute of Health and Welfare. *Young Australians: Their health and wellbeing 2007*; 69-137.
20. Soleimaninia L, Jazayeri AR, Mohammadkhani P. The role of positive and negative mental health in adolescent's health risk behaviors. *Social Welfare Quarterly* 2006; 19, 75-90.
21. Lindberg LD, Boggess S, Williams S. Multiple Threats: The Co-Occurrence of Teen Health Risk Behaviors 2000.
22. Brooks TL, Harris SK, Thrall JS, Woods ER. Association of adolescent risk behaviors with mental health symptoms in high school students. *Journal of Adolescent Health* 2002; 31(3): 240-6.
23. Reininger BM, Evans AE, Griffin SF, Sanderson M, Vincent ML, Valois RF, et Al. Predicting adolescent risk behaviors based on an ecological framework and assets. *American Journal of Health Behavior* 2005; 29(2): 150-61.
24. White JK, Hendrick SS, Hendrick C. Big five personality variables and relationship constructs. *Personality and Individual Differences* 2004; 37(7): 1519-30.
25. Pollard EL, Lee PD. Child well-being: A systematic review of the literature. *Social Indicators Research* 2003; 61(1): 59-78.
26. Ganji H. Mental Health. *Arasbaran*, 1999. 15-24.

27. Ryff CD, Burton H. Best news yet on the six-factor model of well-being. *Social Science Research* 2006; 35(4): 1103-19.
28. Saeedi A, Saif AA, Asadzadeh H, Ebrahimi Qavam S. Comparing effectiveness of methods of presentation and providing concept maps on reading comprehension. *Journal of School Psychology* 2013; 2(3): 97-124.
29. Reitz E, Deković M, Meijer AM. Relations between parenting and externalizing and internalizing problem behaviour in early adolescence: Child behaviour as moderator and predictor. *Journal of adolescence* 2006; 29(3): 419-436.
30. Williams LR, Degnan KA, Perez-Edgar KE, Henderson HA, Rubin KH, Pine DS, et al. Impact of behavioral inhibition and parenting style on internalizing and externalizing problems from early childhood through adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2009; 37(8): 1063-75.
31. Hampton NZ. Subjective Well-being among people with spinal cord injuries the role of self-efficacy, perceived social support, and perceived health. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 2004; 48(1), 31-37.

Determining the Psycho-Social Health Indicators in Children and Adolescents in Kogiluyeh & Boyer-Ahmad Province

Firoozi MR¹, Noushadi N¹, Kazemi A²

¹Department of Psychology, University of Yasuj, Yasuj, Iran, ²Department of English Teaching, University of Yasuj, Yasuj, Iran

Received: 10 Jun 2016 Accepted: 6 Nov 2016

Abstract

Background & aim: Nearly a decade the World Health Organization has tried to provide a unique definition of community mental health. But due to the complexity of psychosocial and cultural context, it is not provided. The purpose of the study was to determine indexes community mental health of children and adolescents in the province of Kohgiluyeh & Boyerahmad.

Methods: This study was conducted as a hybrid approach (qualitative and quantitative). Delphi technique was used in qualitative research. In the current study, 31 experts, children and adolescents of Social Welfare organizations were selected as snowball method throughout the province of Kohgiluyeh & Boyerahmad. The primary data to run the Delphi Technique was gathered in three stages from the participants. The quantitative data were analyzed using factor analysis.

Results: The results indicated that the main indicators of psychosocial health lie in intrapersonal (emotional self-awareness, risk-taking and self-respect), interpersonal (participation, social responsibility, and social relationships), stress (stress management and controlling emotions) and adaptability (flexibility and happiness) components. The results also showed that decreasing gender-related discriminations and rise in the educational level of parents are the major strengths and lack of required standards in child-care centers, lack of involvement of young adolescents in decision-making and lack of social skills in families are the major weaknesses of psychosocial health.

Conclusion: Given the right conditions, and in order to safeguard children and adolescents against the grave consequences awaiting them, the organizations charged with the responsibility should raise the children and adolescents in such a way that they meet the professional needs of the society and feel responsible when it comes to these responsibilities and commitments.

Key Words: Psychosocial Health, Children, Young Adolescents

Corresponding author: Firoozi MR, Department of Psychology, University of Yasuj, Yasuj, Iran.
Email: m.firoozi@yu.ac.ir

Please cite this article as follows :

Firoozi MR, Noushadi N, Kazemi A. Determining the Psycho-Social Health Indicators in Children and Adolescents in Kogiluyeh & Boyer-Ahmad Province. *Armaghane-danesh* 2016; 21 (8): 804-815.