

مطالعه تندرستی اجتماعی زنان شهر کاشان

امیر رستگار خالد^۱

مسعود سلمانی بیدگلی^۲

محسن افشارنسب^۳

تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۱/۱۰

تاریخ دریافت: ۹۶/۲/۲۵

چکیده

سلامت فرد پایه و بنیان سلامت جامعه است و این دو آنچنان به هم وابسته‌اند که نمی‌توان بین آن‌ها مرز معینی قائل شد. مفهوم سلامت اجتماعی به‌عنوان بعد مهم دیگر سلامت، در سال‌های اخیر توجه زیادی را به خود جلب کرده است. باید توجه داشت که تندرستی اجتماعی، چگونگی برقراری ارتباط فرد با دیگران، چگونگی واکنش به افراد دیگر و چگونگی تعامل فرد با نهادهای اجتماعی و رسوم جامعه را شامل می‌شود. این مقاله به بررسی تندرستی اجتماعی زنان با استفاده از تئوری‌های کیز (۱۹۹۸) و لارسن (۱۹۹۲) می‌پردازد. گفتنی است ابعاد انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، معاضدت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پیوستگی اجتماعی از تئوری کیز، و ابعاد حمایت اجتماعی و سازگاری اجتماعی از تئوری لارسن استخراج شدند. جامعه آماری زنان شهر کاشان، و روش تحقیق پیمایش و فن جمع‌آوری داده‌ها نیز پرسش‌نامه است. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز با یافته‌های کیز مطابق است و تحلیل عاملی کیز مناسب بودن پنج بعد تندرستی اجتماعی را برای جامعه آماری تحقیق تأیید کرده است. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نشان می‌دهد که نتیجه دو شاخص موردنظر لارسن (حمایت و سازگاری اجتماعی) عامل مشترک تندرستی اجتماعی است و مقدار فراوانی از واریانس آن تبیین می‌شود. آزمون خی دو بین تندرستی اجتماعی و وضعیت تأهل و درآمد معنادار است و بین تندرستی اجتماعی و تحصیلات معنایی ندارد، اما بین تندرستی اجتماعی و وضعیت اشتغال بستگی به مدل دارد (در مدل لارسن معنادار است، اما در مدل کیز نه). بنا بر نتایج این پژوهش مسئولان باید نگرانی بیشتری درمورد سلامت اجتماعی زنان داشته باشند و با توجه به اینکه زنان نقشی مهم در خانواده و جامعه دارند و تربیت‌کنندگان نسل بعدی جامعه هستند، سلامت آن‌ها به‌ویژه سلامت اجتماعی‌شان مهم است.

واژه‌های کلیدی: تندرستی اجتماعی، حمایت اجتماعی، سازگاری اجتماعی

۱. استادیار گروه جامعه‌شناسی دانشگاه شاهد (نویسنده مسئول)، amir_rastegarkhaled@yahoo.com

۲. کارشناس ارشد پژوهش علوم اجتماعی دانشگاه شهید بهشتی، masoodsa13@yahoo.com

۳. کارشناس ارشد مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی، Afsharnasab68@yahoo.com

مقدمه

سلامت فرد پایه و بنیان سلامت جامعه است و این دو آنچنان به هم وابسته‌اند که نمی‌توان بین آن‌ها مرز معینی قائل شد. وضعیت سلامت تک‌تک افراد جامعه به روش‌های گوناگونی بر سلامت دیگران و عواطف آن‌ها، همچنین شاخص‌های اقتصادی و اجتماعی جامعه اثرگذار است؛ از این رو تأمین سلامت افراد جامعه، هم تکلیف دولت است و هم وظیفه همگانی به‌شمار می‌آید. نیازهای سلامت در بستر تحولات اجتماعی در سطح جهانی و ملی گویای کاستی‌های چندی است و معمول است که در موضوع سلامت به ابعاد جسمانی و فیزیکی آن بیشتر، اما به ابعاد روانی و اجتماعی کمتر توجه می‌شود. در این بین، پدیده انتقال اپیدمیولوژیک در حال وقوع، و چهره مشکلات سلامت تغییر کرده است. آنچه در سال‌ها و دهه‌های دیگر در قرن بیست و یکم عمده خواهد شد، بیماری‌ها و اختلالات روانی، رفتاری و اجتماعی است که جایگزین بیماری‌های عفونی و واگیردار می‌شود (عبدالله‌تبار، ۱۳۸۶).

مفهوم سلامت اجتماعی بعد مهم دیگر سلامت است که در سال‌های اخیر در سازمان بهداشت جهانی مطرح شده و به این معناست که برای دسترسی به سلامت، تنها سلامت جسمی و روانی کافی نیست و از آنجا که انسان در محیط جمعی زندگی می‌کند، سلامت اجتماعی نیز ضروری است. سلامت اجتماعی را با سه تلقی می‌توان تعریف کرد:

۱. سلامت اجتماعی به‌مثابه بعد اجتماعی سلامت فرد که در کنار دو بعد جسمی و روانی سلامت، به رابطه او با جامعه نظر دارد؛
۲. جامعه سالم به‌مثابه «شرایط اجتماعی سلامت‌بخش»؛
۳. سلامت اجتماعی به‌مثابه وضعیت اجتماعی بهتر؛ به‌گونه‌ای که بسته به اوضاع کنونی هر جامعه یا جماعت، مصادیق و معناها عینی متفاوت می‌شود.

براساس گزارش‌های سازمان ملل، عامل تهدیدکننده سلامت اجتماعی پدیده فقر در ابعاد مختلف، وجود جرائم و انحرافات، مسائل مربوط به محیط‌زیست، نابرابری فاحش در فرصت‌های مصرف و نظایر آن است (زاهدی اصل، ۱۳۸۶). سلامت چه از بعد روانی و چه از بعد جسمی، محصولی اجتماعی است؛ بدین ترتیب تنظیم یک برنامه بهبود سلامت، بدون توجه به زمینه اجتماعی و فرهنگی جامعه مورد نظر به راهکارهایی غیرکارآمد می‌انجامد؛ بنابراین توجه به بعد اجتماعی سلامت باید مدنظر برنامه‌ریزان سلامت قرار بگیرد. در این بین، دولت‌ها تلاش می‌کنند شرایطی فراهم کنند تا مردم از بالاترین سطح سلامت با توزیعی عادلانه بهره‌مند شوند. در سال‌های

اخیر، رویکردهای سلامت روانی و اجتماعی در کنار سلامت جسمی از جانب سازمان جهانی بهداشت مطرح شده که بینش کشورهای جهان و در نتیجه مداخلات مورد انتظار را برای تحقق اهداف نظام سلامت دگرگون کرده است (خسروی و نجفی، ۱۳۸۸ به نقل از رخشیدن ۱۳۹۴).

از سوی دیگر زنان به‌عنوان نیمی از جمعیت، در جنبه‌های مختلف اجتماعی با موانع و آسیب‌پذیری بیشتری در مقایسه با مردان مواجه هستند. شرایط نابرابر و فرودست آنان در موقعیت‌های اجتماعی، تربیت و جامعه‌پذیری خاص و موقعیت‌های از پیش تعریف‌شده و ساختار خاص جامعه و ذهنیت‌های مذهبی درخصوص حضور آنها در جامعه مسائل زیادی برای آنها در مباحث تندرستی (مخصوصاً بعد اجتماعی آن) ایجاد می‌کند. سلامت زنان زیربنای خانواده‌ها و جوامع است و اهمیتی ویژه در تأمین و استمرار سلامت خانواده و جامعه دارد؛ از این‌رو، پژوهش در زمینه سلامت اجتماعی آنان سودمند است. پرداختن به مسائل سلامت (جسمانی، روانی و اجتماعی) زنان به‌طور مستقیم و غیرمستقیم نقش بسزایی در تأمین سلامت عمومی جامعه دارد. این تحقیق با بررسی دو مقیاس مطرح و مهم در ادبیات موجود در زمینه تندرستی اجتماعی درصدد است وضعیت تندرستی اجتماعی زنان را با توجه به ابعاد مختلف این دو تئوری بررسی کند و به این پرسش پاسخ دهد که وضعیت تندرستی اجتماعی زنان به‌طور کلی و در هر یک از ابعاد تندرستی اجتماعی تئوری‌های بررسی‌شده چگونه است و آیا این تئوری‌ها در تبیین وضعیت تندرستی اجتماعی زنان تفاوت دارد؟

پیشینه تحقیق

فرهمنده، مهناز و همکاران (۱۳۹۶) اشاره می‌کنند از جمله مفاهیمی که امروزه در مباحث مربوط به حوزه سلامت اهمیتی ویژه دارد و دایره شمول موضوع‌های آن هر روز فراگیرتر می‌شود، مفهوم سلامت اجتماعی است. در مجموع، در بحث سلامت اجتماعی انسان به‌تنهایی مطرح نیست، بلکه بحث پدیده‌هایی است که پیرامون او وجود دارد و بر مجموعه و سیستم او تأثیرگذار است. آنها در مطالعه خود به مقایسه سلامت اجتماعی و عوامل کارآمد بر آن در بین زنان شاغل و خانه‌دار شهر یزد پرداخته‌اند. باید توجه داشت که این پژوهش با استفاده از روش پیمایش و پرسش‌نامه انجام گرفته است. حجم نمونه را ۳۸۴ زن خانه‌دار و ۱۸۲ زن شاغل شهر یزد تشکیل می‌دهند که با نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شده‌اند. یافته‌های آنها نیز نشان می‌دهد زنان شاغل در مقایسه با زنان خانه‌دار سلامت اجتماعی بیشتری دارند. از میان این متغیرهای مورد مطالعه،

متغیرهای مهارت‌های ارتباطی، عزت‌نفس و قدرت تصمیم‌گیری با سلامت اجتماعی زنان شاغل و خانه‌دار، همچنین متغیرهای وضعیت تحصیل و درآمد با سلامت اجتماعی زنان شاغل رابطه‌ای معنادار دارند. در تحلیل رگرسیون چندمتغیره نیز متغیرهای عزت‌نفس، تحصیلات، مهارت‌های ارتباطی و قدرت تصمیم‌گیری در کل ۳۴ درصد از واریانس سلامت اجتماعی زنان را در جامعه آماری تبیین کرده‌اند.

قاضی‌نژاد و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان رابطه‌ی شغل و سلامت اجتماعی زنان بیان می‌کنند که در جامعه‌ی ایران همسو با جهان، توجه به ابعاد سلامت همچون سلامت اجتماعی اهمیت روزافزونی دارد. در دهه‌های اخیر، با ورود گسترده‌ی زنان به دانشگاه و عرصه‌های اجتماعی و تقاضای مضاعف آنان برای ورود به بازار کار مواجه هستیم. از آنجا که شغل به منزله‌ی مقوله‌ای محوری در دنیای جدید و یکی از تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر کلیت سلامت است، همچنین سلامت زنان در ابعاد مختلف، سلامت خانواده و نهایتاً سلامت جامعه را به دنبال دارد، این مهم ما را بر آن داشت تا بررسی تأثیر شغل بر سلامت اجتماعی زنان را به‌منزله‌ی هدف اصلی تحقیق برگزینیم. جامعه‌ی آماری تحقیق، زنان (دانشجو) شاغل دانشگاه الزهرا (س) هستند. نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای احتمالی انجام شده و نمونه‌ای به حجم ۱۱۱ نفر از دانشجویان در حال تحصیل انتخاب شده است. روش تحقیق پیمایش مقطعی است و اطلاعات با استفاده از پرسشنامه‌ی محقق و مقیاس استاندارد سلامت اجتماعی کییز، جمع‌آوری و با استفاده از نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شده است. نتایج تحقیق آن‌ها نشان می‌دهد مطلوبیت شرایط شغلی (حقوق و مزایا، امنیت شغلی، حمایت سازمانی و...) بیشترین تأثیر را بر سلامت اجتماعی زنان داشته است. یافته‌ها مؤید تأثیر سازوکارهای علی استقلال مالی، روابط اجتماعی، حمایت اجتماعی، عزت‌نفس و منزلت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان شاغل است. در میان متغیرهای زمینه‌ای، سن، وضعیت تأهل و نوع منزل مسکونی (سطح رفاه) با سلامت اجتماعی رابطه‌ی معناداری دارد. نتیجه‌ی نهایی اینکه صرف داشتن شغل تغییری در میزان سلامت اجتماعی زنان ایجاد نمی‌کند. آنچه اهمیت دارد مؤلفه‌های ماهوی شغلی، شامل نوع شغل، مطلوبیت شرایط شغلی و توانمندی‌های اجتماعی و روانی (پیامدهای شغلی) است که بر سلامت اجتماعی آنان تأثیرگذار است. باید توجه داشت زنان شاغلی که از استقلال مالی برخوردارند، روابط اجتماعی قوی، حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی بیشتری دارند.

بهرامی، محمدمبین و همکاران (۱۳۹۵) در تحقیقی با عنوان رابطه‌ی ابعاد سرمایه‌ی اجتماعی و

سلامت درک شده در جامعه شهری یزد تأکید می‌کنند که سلامت، اساسی‌ترین جزء رفاه جامعه به‌شمار می‌رود و بیش از مداخلات پزشکی به عوامل اجتماعی وابسته است. مفهوم سرمایه اجتماعی به دلیل ماهیت و محتوایی که دارد تقریباً با تمامی موضوعات و مسائل مطرح در حوزه انسانی، اجتماعی و بهداشتی ارتباط پیدا می‌کند. سرمایه و مسائل اجتماعی ارتباط تنگاتنگی با سلامت دارند؛ از این‌رو هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه ابعاد سرمایه اجتماعی و سلامت درک شده در جامعه شهری یزد است. آن‌ها همچنین اشاره می‌کنند که این پژوهش از نوع تحلیلی و به‌صورت مقطعی است. شایان ذکر است که جامعه مورد پژوهش نیز شامل تمام شهروندان یزد است. تعداد حجم نمونه برابر با ۳۸۰ نفر، و با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شده است. ابزار گردآوری داده‌ها نیز پرسشنامه، و شامل دو پرسشنامه سرمایه اجتماعی و سلامت درک شده است. آن‌ها بیان می‌کنند که در بین ابعاد سرمایه اجتماعی، احساس اعتماد و امنیت، کیفیت ارتباطات فامیل و دوستان، ارزش زندگی، تساهل در زمینه تنوع فرهنگی و کیفیت ارتباطات کاری، با سلامت درک شده رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد، اما بین مشارکت در فعالیت‌های اجتماع محلی، عامل بودن در بستر اجتماعی و کیفیت ارتباطات بین همسایه‌ها با سلامت درک شده رابطه معناداری نیست. در مقابل، سرمایه اجتماعی و ابعاد آن با سلامت درک شده رابطه مستقیم و معناداری دارد؛ بنابراین، با افزایش سرمایه اجتماعی، میزان سلامت درک شده نیز بیشتر می‌شود.

سفیری، خدیجه و فاطمه منصوریان راوندی (۱۳۹۴)، پژوهشی با عنوان «کلیشه‌های جنسیتی و سلامت اجتماعی» انجام داده‌اند. این پژوهش با هدف شناسایی رابطه کلیشه‌های جنسیتی موردپذیرش زنان و مردان و سلامت اجتماعی آن‌ها انجام شده و از نوع پیمایش‌های توصیفی-علی است، جامعه آماری آن زنان و مردان ۱۸-۲۹ ساله شهر تهران هستند که پرسشنامه با استفاده از فرمول کوکران، حجم نمونه پژوهش ۳۸۴ نفر، و با شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای بین آن‌ها توزیع شده است. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد تقویت کلیشه‌های جنسیتی مثبت، عمدتاً در مردان، حس مفید بودن در جامعه را افزایش می‌دهد و از سوی دیگر تقویت کلیشه‌های منفی جنسیتی در زنانی که سطح تحصیلات پایینی دارند، به کاهش خصوصیات مثبت برای رشد و تعالی فردی و اجتماعی آن‌ها منجر می‌شود.

یزدان‌پناه، لیلا و طیبه نیک‌ورز (۱۳۹۴)، پژوهشی با عنوان «رابطه عوامل اجتماعی با سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان» انجام داده‌اند که هدف اصلی آن بررسی و مقایسه میزان سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دختر و پسر است که براساس تئوری کیز با پنج بعد

یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، سهم‌داشت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پیوستگی اجتماعی بررسی شده است. این پژوهش از نوع پیمایش مقطعی و با استفاده از ابزار پرسشنامه در میان تعداد ۳۷۵ نمونه از دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان انجام، و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار spss و با آزمون‌های تی، آنوا و ضریب همبستگی پیرسون تحلیل شده است. نتایج نشان می‌دهد از بین متغیرهای مستقل، اعتماد اجتماعی، مشارکت اجتماعی، دسترسی به امکانات و خدمات محیطی و ارزیابی فرد از طبقه اجتماعی خود و خانواده، و از بین متغیرهای زمینه‌ای، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی، محل تولد و رشته تحصیلی با سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد. در این بین، سنجش تأثیر جمعی متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته با استفاده از رگرسیون مشخص شده است. ۵۹ درصد از تغییرات واریانس سلامت اجتماعی با دو متغیر اعتماد و مشارکت اجتماعی تبیین می‌شود و میزان سلامت اجتماعی دانشجویان در حد متوسط است؛ به طوری که سلامت اجتماعی دانشجویان پسر (با میانگین ۹۹/۷) بیشتر از سلامت اجتماعی دانشجویان دختر (۹۸/۸) است.

رستگار، خدیجه و همکاران (۱۳۹۴) در تحقیقی با عنوان بررسی رابطه احساس امنیت اجتماعی و نظارت (طبیعی غیرطبیعی) با سلامت اجتماعی در میان زنان ۱۸ سال به بالا و ساکن شهر شیراز، بیان می‌کنند که سلامت چه به صورت فردی و چه به صورت جمعی، مهم‌ترین جنبه از مسائل حیات انسانی است. امنیت اجتماعی نیز در بستر جامعه شکل می‌گیرد و هدف آن حفظ، تداوم، تعامل و شرایط پذیرفتنی برای گروه‌ها و افراد است. این مطالعه با هدف شناسایی رابطه امنیت اجتماعی و سلامت اجتماعی با نظارت اجتماعی (طبیعی و غیرطبیعی) در میان زنان ساکن شهر شیراز انجام شده است. جامعه آماری پژوهش شامل جمعیت زنان ۱۸ سال به بالای ساکن شهر شیراز بوده و از طریق فرمول کوکران و با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای، حجم نمونه‌ای برابر ۳۸۴ نفر از مناطق ۲ و ۶ انتخاب شدند. شیوه انتخاب مناطق نیز تصادفی بوده است. در این مطالعه برای سنجش احساس امنیت اجتماعی از نظریات بوزان، جیکوبز، ویور و مولار، و برای سنجش سلامت اجتماعی از پرسشنامه کیز بهره گرفته شده است. روش این مطالعه نیز پیمایشی، و داده‌ها از طریق پرسشنامه گردآوری شده است. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از آماره‌هایی چون میانگین، ضریب پیرسون و رگرسیون استفاده شده است. براساس نتایج، احساس امنیت و سلامت اجتماعی زنان ساکن در محله‌های مورد مطالعه بالاتر از سطح متوسط متفاوت است. یافته‌های پژوهش آن‌ها نشان می‌دهد بین احساس امنیت اجتماعی زنان و سلامت اجتماعی

آنان، همچنین بین احساس امنیت اجتماعی زنان و ابعاد سلامت اجتماعی رابطه معنادار و مثبتی وجود دارد. نتایج نشان می‌دهد احساس امنیت اجتماعی زنان بیشترین تأثیر را بر انسجام و انطباق اجتماعی سلامت اجتماعی آنان دارد. همچنین، نتیجه گرسیون نشان می‌دهد ۲۵ درصد واریانس متغیر سلامت اجتماعی، به ترتیب در نظارت طبیعی و احساس امنیت اجتماعی تبیین شده است.

یحیی‌زاده، حسین و زینب پورات (۱۳۹۳) نیز پژوهشی با عنوان «تأثیر سلامت اجتماعی بر رضایت شغلی (مورد مطالعه، کارکنان شاغل بانک سپه در شهر تهران)» انجام داده‌اند این مقاله نتایج پژوهشی است در زمینه بررسی تأثیر سلامت اجتماعی بر رضایت شغلی که به روش پیمایش انجام شده است. جامعه آماری این پژوهش، کارکنان شاغل شعب مدیریت‌های امور مناطق پنج‌گانه بانک سپه در سطح شهر تهران است. در این پژوهش با استفاده از روش سهمیه‌ای، طبقه‌ای و تصادفی ساده تعداد ۳۴۰ نفر در نظر گرفته شده‌اند. همچنین داده‌های پژوهش با استفاده از ابزار پرسشنامه متشکل از دو پرسشنامه استاندارد سلامت اجتماعی کیز و رضایت شغلی بری‌فیلد و روش جمع‌آوری شده است. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد سلامت اجتماعی کارکنان بر میزان رضایت شغلی آنان تأثیر مستقیم، و از بین ابعاد پنج‌گانه سلامت اجتماعی، بعد شکوفایی اجتماعی و پذیرش اجتماعی بیشترین تأثیرگذاری را بر روی رضایت شغلی کارکنان شاغل بانک سپه دارد.

در مقاله‌ای دیگر نیز زاهدی اصل، محمد و اعظم پیله‌وری (۱۳۹۳) پژوهشی با عنوان «فراتحلیلی بر مطالعات مربوط به سلامت اجتماعی» انجام داده‌اند. در این پژوهش با بهره‌گیری از روش فراتحلیل به تحلیل و ترکیب نتایج مقالات و پایان‌نامه‌های انجام‌شده در زمینه سلامت اجتماعی و نیز بررسی مفهوم و نظریه‌های سلامت اجتماعی در پژوهش یادشده پرداخته شده است. نویسندگان بدین‌منظور تعداد ۳۲ پژوهش انجام‌شده را در زمینه سلامت اجتماعی با بهره‌گیری از ابزار «چک‌لیست گزینش پژوهش‌ها از نظر فنی و روش‌شناختی» (شامل روایی و پایایی مناسب، روش نمونه‌گیری و آماری صحیح) برای بررسی انتخاب کردند. یافته‌های پژوهش مذکور نشان می‌دهد در بیشتر مطالعات صورت‌گرفته، واحد تحلیل فرد است و در تمام موارد از روش پیمایش برای جمع‌آوری داده استفاده شده است. همچنین در بیشتر مطالعات یادشده تأثیر عوامل گوناگون بر سلامت اجتماعی شناسایی شده است که از میان آن‌ها، کیفیت زندگی و شاخص‌های آن و نیز تحصیلات، تأثیر بسزایی بر سلامت اجتماعی داشته‌اند.

پورافکاری، نصرالله (۱۳۹۱) نیز پژوهشی با عنوان «بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی در شهرستان پاوه» انجام داده است. این پژوهش از نوع پیمایش مقطعی و با استفاده از ابزار پرسشنامه

در میان مردم شهرستان پاوه از توابع استان کرمانشاه در سال ۱۳۹۰ صورت گرفته است. در این بررسی رابطه سلامت اجتماعی با انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انطباق اجتماعی که شاخص‌های اصلی این مفهوم هستند به کمک ضرایب همبستگی تجزیه و تحلیل شده و نتایج نشان می‌دهد که رابطه بین جنسیت و سلامت رابطه معناداری نیست، اما در بررسی رابطه بین تحصیلات، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انطباق اجتماعی با سلامت اجتماعی به وسیله ضریب همبستگی پیرسون رابطه مثبت و معناداری مشاهده شده است.

سام آرام، عزت‌الله (۱۳۸۸)، پژوهشی با عنوان «بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه‌محور» انجام داده است. روش تحقیق این پژوهش توصیفی-اسنادی است که با استفاده از سلامت اجتماعی و امنیت اخلاقی و با بهره‌گیری از شاخص‌های توسعه پلیس جامعه‌محور و سلامت سازمان بهداشت جهانی انجام شده است. یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد رابطه مستقیمی بین افزایش ناامنی اجتماعی و کاهش میزان سلامت اجتماعی در جامعه وجود دارد. همچنین شاخص مشارکت اجتماعی یکی از ابعاد سلامت اجتماعی است که از مهم‌ترین عوامل تحقق هدف پلیس جامعه‌محور، یعنی توانمندسازی اجتماع به منظور کمک به رفع و حل مشکلات افزایش جرم و بی‌نظمی در اجتماع است.

مک‌آرتور^۱ در سال ۱۹۹۵، مطالعه‌ای را به منظور بررسی اپیدمیولوژی سلامت اجتماعی در ایالات متحده انجام داد. هدف این مطالعه دستیابی به میزان شیوع سلامت اجتماعی سطح بالا و پایین و چگونگی توزیع سلامت اجتماعی در جمعیت با توجه به متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل و وضعیت شغلی بود. نتایج نشان داد که تقریباً ۴۰ درصد افراد بزرگسال سنین ۲۵-۷۴ سال در سه مقیاس سلامت اجتماعی نمره بالایی داشتند، اما ۶۰ درصد افراد بزرگسال در هیچ‌یک از مقیاس‌های سلامت اجتماعی نمره بالایی کسب نکردند. همچنین ۱۰ درصد افراد در سه و بیشتر از سه مقیاس سلامت اجتماعی نمره بالا به دست آوردند. داده‌ها نشان داد که بیشتر افراد بزرگسال ایالات متحده، از سلامت اجتماعی سطح متوسط تا بالا برخوردارند، اما نسبت زیادی از جمعیت سلامت اجتماعی بسیار پایینی دارند که از نظر شاخص‌های اجتماعی می‌توان آن را ناسالمی اجتماعی در نظر گرفت.

نگاهی به پیشینه، پژوهشگر را یاری می‌کند تا در پرتو کارهای مشابه و اشاراتی که در ضمن

آن‌ها موجود است، مسئله خود را نیز به نحو روشن‌تری تحلیل کند و به مخاطب تحقیق خود بشناساند. در مجموع، تحقیقات انجام‌شده در این قسمت، رویکردی تطبیقی بین تئوری‌های مختلف در حوزه تندرستی اجتماعی ندارد. از سوی دیگر ابعاد مختلف تئوری‌ها با تحلیل‌های پیشرفته‌تر بررسی نشده‌اند تا نتایج بهتر و زوایایی کامل‌تر از موضوع مورد بررسی نمایان کنند. میچل و همکاران (۲۰۱۶) بیان می‌کنند تندرستی اجتماعی مفهومی چندبخشی^۱ و چندبعدی^۲ است. تحقیق حاضر درصدد است تا بر این مسائل فائق آید. دیکسون و کیم (۲۰۱۶) اشاره می‌کنند که بررسی مقایسه‌ای و سامانمند تندرستی اجتماعی و شرایط اجتماعی، برای فائق آمدن به مسائل رایج انسانی ضروری است.

مبانی نظری

تندرستی اجتماعی

از نظر تجربی، ریشه مفهوم سلامت اجتماعی در ادبیات جامعه‌شناسان به ناهنجاری و بیگانگی اجتماعی مربوط است. سلامت اجتماعی به چگونگی وضعیت ارتباط بین فرد و جامعه برمی‌گردد و اگر افراد در چارچوب‌های اجتماعی جذب نگردند، زمینه آنومیک و مساعد برای رشد انحراف اجتماعی فراهم می‌شود. در چنین حالتی نوعی فردگرایی افراطی، خواسته‌های فردی را در مقابل حیات اجتماعی قرار می‌دهد (توسلی، ۱۳۸۳: ۷۱).

سلامت اجتماعی مفهومی است که در کنار ابعاد جسمی و روانی سلامت به آن توجه شده است. بلوک و برسلو برای اولین بار در سال ۱۹۷۲ در پژوهشی به مفهوم سلامت اجتماعی پرداختند. آن‌ها این مفهوم را با «درجه عملکرد اعضای جامعه» مترادف کردند و شاخص سلامت اجتماعی را ساختند، همچنین تلاش کردند با طرح پرسش‌های گوناگون در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی سلامت فردی به میزان فعالیت و عملکرد فرد در جامعه برسند (Belloc and Breslow, 1971). این مفهوم را «دونالد» و همکارانش در سال ۱۹۷۸ مطرح کردند و استدلال آن‌ها این بود که سلامت امری فراتر از گزارش علائم بیماری، میزان بیماری‌ها و قابلیت‌های کارکردی فرد است. آن‌ها معتقد بودند رفاه و آسایش فردی امری متمایز از سلامت جسمی و روانی است. براساس برداشت آنان سلامت اجتماعی درحقیقت بخشی از ارکان وضع سلامت و تابعی از آن است.

سنجش محتوای سلامت اجتماعی از ابتدا از طریق تمرکز بر «فرد» و در رابطه با تعاملات میان فردی (مثلاً ملاقات با دوستان) و مشارکت اجتماعی (مانند عضویت در گروه‌ها) آزموده، و در اندازه‌گیری آن ارکان عینی (مثلاً تعداد دوستان) و ذهنی (مانند کیفیت روابط دوستانه) هر دو در تعریف منظور شده بود.

لارسون در پژوهش خود (۱۹۹۲) سلامت اجتماعی^۱ و تندرستی اجتماعی^۲ را معادل یکدیگر قرار داد و اشاره کرد که در ادبیات مورد بحث در این زمینه، تفاوت مفهومی بین آن دو وجود ندارد. مک داول و نیول (۲۰۰۶) نیز بیان کردند که سلامت و تندرستی اجتماعی کمتر از سلامت جسمانی یا روانی برای ما آشناست. تندرستی اجتماعی جامعه را یک کل می‌داند و به فاکتورهای آن مانند توزیع ثروت یا به سلامت اجتماعی افراد اشاره دارد؛ آن‌ها تندرستی اجتماعی در افراد را این‌گونه تعریف می‌کنند: «آن بُعد از تندرستی افراد که چگونگی برقراری ارتباط فرد با دیگران، چگونگی واکنش به افراد دیگر و چگونگی تعامل فرد با نهادهای اجتماعی و رسوم جامعه را در برمی‌گیرد». دورکیم (۱۹۵۱) بیان می‌کند که از جمله مزایای بالقوه زندگی جمعی، انسجام و پیوستگی اجتماعی، احساس تعلق و وابستگی متقابل، حسی از آگاهی جمعی و سرنوشت مشترک است. کیز (۱۹۹۸) می‌گوید مزایای زندگی جمعی، پایه و اساسی برای تعریف تندرستی اجتماعی است. وی تندرستی اجتماعی را وضعیتی از کیفیت و کارکرد یک فرد در جامعه تعریف می‌کند. حوزه سلامت اجتماعی از سال‌های ۱۹۹۵ به بعد علاوه بر نگرش کلی و عامی که بر کیفیت سلامت در میان تمام افراد دارد، در کشورهای صنعتی گرایش خاصی را در دو بعد سلامت روانی و نیز سلامت اجتماعی آغاز کرده است.

تندرستی اجتماعی کیز

کیز (۱۹۹۸) به ابعاد مختلف تندرستی اجتماعی با توجه به چالش‌های اجتماعی که سبب آن‌ها می‌شوند، می‌پردازد. وی پنج بعد را در این زمینه معرفی می‌کند. گفتنی است انسجام اجتماعی^۳، ارزیابی کیفیت روابط یک فرد با جامعه و اجتماع است. در این بین، افراد سالم احساس می‌کنند جزئی از جامعه هستند. انسجام نیز به میزانی اشاره دارد که مردم احساس می‌کنند چیزی مشترک با افراد دیگر دارند که واقعیت اجتماعی آن‌ها را می‌سازند (مانند همسایه‌ها)، و همچنین به درجه‌ای

1. Social health
2. Social wellbeing
3. Social integration

که احساس می‌کنند به جامعه و اجتماع خودشان تعلق دارند، اطلاق می‌شود. انسجام اجتماعی از پیوستگی اجتماعی (دورکیم)، بیگانگی فرهنگی و انزوای اجتماعی (سیمن) و آگاهی طبقاتی (مارکس)^۱ برداشت می‌شود. از نظر دورکیم، مشارکت اجتماعی و سلامت، ارتباط افراد با یکدیگر را از طریق هنجارها منعکس می‌کند و علاقه آن‌ها را به جامعه نشان می‌دهد. طبق نظر سیمن، بیگانگی فرهنگی شکاف فرد از جامعه است. بیگانگی نیز رد کردن جامعه یا درک این نکته است که جامعه ارزش‌ها و سبک زندگی فرد را منعکس نمی‌کند. انزوای اجتماعی فروریختن روابط شخصی است که برای فرد حمایت و معنی ایجاد کرده است. انسجام اجتماعی نیز همانند مفهوم آگاهی طبقاتی مارکس، مستلزم سرنوشت مشترک و عضویت گروهی است.

پذیرش اجتماعی^۲ فهم و شناخت جامعه از طریق ویژگی‌ها و کیفیت‌های مردم دیگر (به‌عنوان یک طبقه تعمیم‌یافته) است. افرادی که پذیرش اجتماعی نشان می‌دهند، به دیگران اعتماد می‌کنند، تلقی دارند که افراد دیگر مستحق مهربانی هستند و باور دارند که مردم می‌توانند سخت‌کوش باشند. وقتی از نظر اجتماعی افراد دیگران را بپذیرند، دید و نگرش آن‌ها به انسان‌ها بهتر می‌شود و احساس راحت‌تری پیدا می‌کنند. پذیرش اجتماعی تشبیهی اجتماعی برای پذیرش فردی است. کسانی که درباره شخصیت خود احساس خوبی دارند و جنبه‌های خوب و بد زندگی خود را می‌پذیرند، سلامت بهتری دارند؛ بنابراین، پذیرش اجتماعی نسخه اجتماعی خودمحوری است.

شایان ذکر است که معاضدت اجتماعی^۳ ارزیابی ارزش اجتماعی افراد دیگر، و شامل این اعتقاد است که فرد برای جامعه ضروری است و چیزهای مهمی به جامعه می‌دهد. معاضدت اجتماعی شبیه مفاهیم ثمربخشی و مسئولیت است و ثمربخشی در خود اعتقادی است که یک فرد کارهای زیادی را می‌تواند انجام دهد و اهداف مخصوص را اجرا کند. مسئولیت اجتماعی معرف الزام شخصی است که به جامعه مربوط می‌شود. معاضدت اجتماعی این مسئله را روشن می‌کند که آیا کارهایی که افراد در جامعه انجام می‌دهند، برای جامعه ارزشمند است و خیر و رفاه عمومی را به همراه دارد و اینکه میزان این منافع برای همگان چقدر است. این بعد با این تز مارکس که افراد به‌طور ذاتی ثمربخش هستند، ارتباط دارد.

شکوفایی اجتماعی^۴ ارزیابی امکانات و مسیر جامعه و اعتقاد به تکامل جامعه و این احساس است که جامعه امکانات بالقوه‌ای دارد که در نهادها و افراد آن درک می‌شود. افراد سالم‌تر درمورد

1. Karl Marx

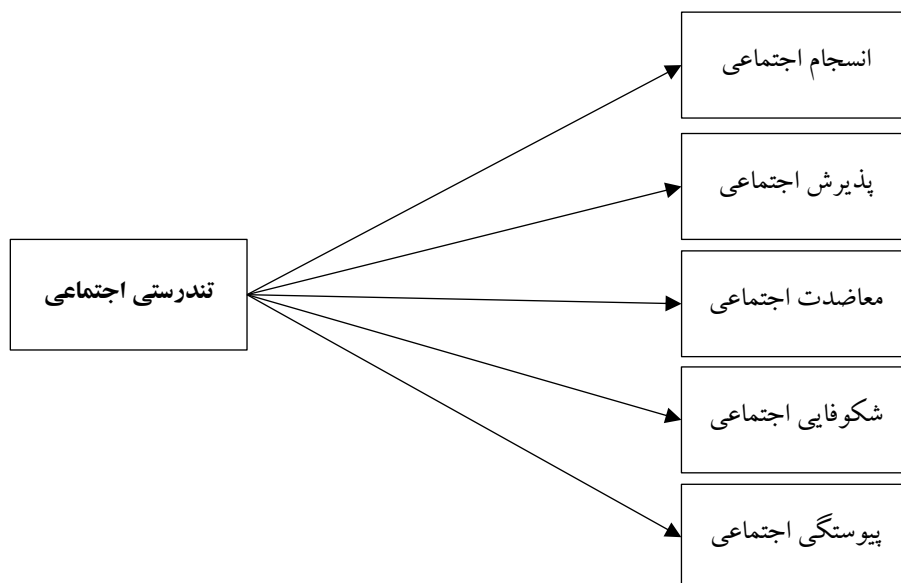
2. Social acceptance

3. Social contribution

4. Social actualization

آینده و شرایط جامعه امیدوارتر هستند و امکانات بالقوه جامعه را شناسایی می‌کنند، همچنین توجه می‌کنند که آن‌ها و افرادی مانند آن‌ها در صورت توسعه و رشد جامعه ذینفع می‌شوند. شکوفایی اجتماعی همانند خودمحموری در فرد احساسی است که جامعه بر سرنوشت خود کنترل دارد. کارکرد دلخواه در این بعد این است که رشد و توسعه دائمی تجربه شود. در این بین، شکوفایی اجتماعی ایده‌های رشد و گسترش را می‌پروراند.

پیوستگی اجتماعی^۱ درک کیفیت، سازمان‌دهی و عمل جهان اجتماعی، و شامل توجه زیاد برای شناخت جهان است. افراد سالم‌تر نه تنها به جهانی که در آن زندگی می‌کنند توجه خاصی دارند، بلکه این قدرت را نیز در خود احساس می‌کنند که می‌توانند آنچه را پیرامونشان رخ می‌دهد درک کنند. آن‌ها خود را فریب نمی‌دهند (درمورد این نکته که در جهانی کامل و بی‌عیب و نقص زندگی می‌کنند) و علاقه دارند زندگی را برای خود معنادار کنند، همچنین این نگرش را دارند که جامعه قابل شناخت، محسوس و قابل پیش‌بینی است. این افراد در مواقعی که حوادث پیش‌بینی نشده و ناگوار در زندگی اتفاق می‌افتد، سازگاری بیشتری از خود نشان می‌دهند.



شکل ۱. ابعاد مختلف تندرستی اجتماعی کیز

کیز اشاره می‌کند که ساختارهای اجتماعی باید موقعیت‌ها و توانایی‌های افراد را در مقابل تغییرات اجتماعی زندگی محدود یا تسهیل کند. شایان ذکر است که قشر بندی اجتماعی و بزرگسال بودن، جنبه‌های ساختاری مهمی در زندگی هستند و در تحقیقات زیادی به عنوان منابع مهم دیگر ابعاد تندرستی و سلامت معرفی شده‌اند. گفتنی است کسب دانش و افزایش سن، به طور کلی در دسترسی به منابع ابزاری تأثیرگذار است. کسب دانش، افراد را در مشاغل ویژه قرار می‌دهد، در میزان درآمد آن‌ها تأثیرگذار است و در مواجهه با زندگی روزانه تغییرات زیادی ایجاد می‌کند. تحصیلات از طریق منابع مالی کیفیت زندگی فرد را تغییر می‌دهد و موقعیت اجتماعی-اقتصادی پایین سبب کاهش تندرستی اجتماعی فرد می‌شود.

تندرستی اجتماعی لارسن

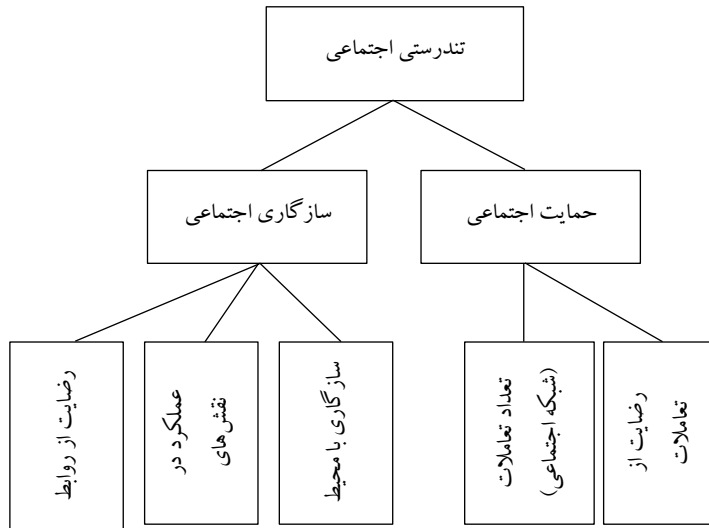
لارسن مطابق با تئوری مک‌داول و نول تندرستی اجتماعی را به دو بعد حمایت اجتماعی^۱ و سازگاری اجتماعی^۲ تقسیم می‌کند. حمایت اجتماعی به در دسترس بودن افرادی برای یک فرد اشاره دارد که معتمد باشند، بتوان به آن‌ها متکی بود و این احساس را ایجاد کنند که به وی اهمیت می‌دهند و ارزش زیادی برای وی قائل هستند. وی اشاره می‌کند که تحقیقات زیادی به اهمیت حمایت اجتماعی در کاهش انواع استرس‌ها و بیماری‌ها پرداخته‌اند. حمایت اجتماعی همچنین با سازگاری مثبت رابطه دارد. مک‌داول و نول اشاره می‌کنند در رابطه با حمایت اجتماعی به دو نکته توجه زیادی دارند؛ مرکز توجه اول تعداد تعاملات اجتماعی و کانون توجه دوم کیفیت تعاملات است. بیشتر محققان اشاره می‌کنند که کیفیت حمایت اجتماعی بسیار مهم‌تر از تعداد تعاملات اجتماعی است؛ برای مثال ایشی^۳ در تحقیق خود (۱۹۹۰) به این نتیجه رسید که تعداد دیدار با افراد خانواده و دوستان تأثیری در تندرستی ندارد، بلکه این کیفیت روابط اجتماعی است که بسیار اهمیت دارد. اریلی (۱۹۸۸) در تحقیقی بر این نکته تأکید دارد که حمایت اجتماعی از شبکه‌های اجتماعی متفاوت است. شبکه‌ها ساختارهایی هستند که از طریق آن‌ها حمایت اجتماعی به وجود می‌آید. ممکن است فردی شبکه اجتماعی داشته باشد، اما حمایت کافی بین آن‌ها نباشد؛ بنابراین، شکل‌گیری این حمایت بدون وجود شبکه اجتماعی ممکن نیست.

باید توجه داشت که بیشتر محققان با رویکرد سازمان بهداشت جهانی در تعریف تندرستی

1. Social support
2. Social adjustment
3. Ishii-Kuntz

اجتماعی به‌عنوان قسمتی از سلامت شخصی اتفاق نظر دارند. ادبیات این زمینه به سازگاری اجتماعی و عملکرد نقش‌های اجتماعی در تعریف تندرستی تأکید می‌کند. سندر تندرستی را توانایی فرد در انجام نقش‌های اجتماعی خود تعریف می‌کند و پارسونز سلامت را به توانایی فرد در عملکرد ثمربخش در نقش‌ها و وظایف خود مربوط می‌داند که افراد برای آن‌ها جامعه‌پذیر می‌شوند. به‌طور چشمگیری، تندرستی اجتماعی به‌عنوان سازگاری با محیط تعریف می‌شود. برسلو (۱۹۸۹) اشاره دارد که سلامتی باید به‌عنوان تعادلی پویا با محیط تعریف شود. آبانومی (۱۹۸۶) بیان می‌کند که سلامتی وقتی وجود دارد که یک ارگانیزم به‌طور موفقیت‌آمیزی با محیطش سازگار می‌شود. دلیچ (۱۹۸۳) نیز توضیح می‌دهد که تندرستی اجتماعی در یک جامعه متأثر از تغذیه، زیستگاه، وضعیت اقتصادی فرد، شغل، تحصیلات، شرایط زندگی، فرهنگ و ساختارهای سیاسی و اجتماعی است لارسن اشاره می‌کند که محققان دیگر واژگان متفاوتی برای توصیف تندرستی اجتماعی به‌کار می‌گیرند. بلوم (۱۹۷۶) تندرستی اجتماعی را رفتار اجتماعی مثبت تعریف می‌کند. سیگوویا (۱۹۸۹) نیز واژه تعاملات اجتماعی را به‌کار می‌برد و سینتونن (۱۹۸۱) تندرستی اجتماعی را با مشارکت اجتماعی برابر می‌داند. لارسن بیان می‌کند که با وجود این تفاوت‌ها در اصطلاحات، بیشتر محققان از حمایت اجتماعی و سازگاری اجتماعی در توضیح المان‌های تندرستی اجتماعی استفاده می‌کنند. همچنین اشاره می‌کند که ارث-گومر و آندن (۱۹۸۷) با مک‌داول و نول در این موضوع هم‌عقیده هستند که دو نوع مقیاس معنای تندرستی اجتماعی را منعکس می‌کند؛ آن‌هایی که شبکه و تعاملات اجتماعی را اندازه می‌گیرند (سازگاری اجتماعی) و آن‌هایی که کارکرد و کفایت حمایت اجتماعی را سنجش می‌کنند. لارسن در رابطه با سطح بین‌المللی نیز بیان می‌کند که سازمان بهداشت جهانی به سازگاری اجتماعی توجه دارد.

گفتنی است ابعاد عملکرد نقش اجتماعی شامل شرکت در انجام فعالیت‌های خانه، روابط عاطفی بین افراد، روابط جنسی، انجام نقش پدر و مادری، تعاملات اجتماعی، نقش‌های شغلی و... است.



شکل ۲. تندرستی اجتماعی لارسن (۱۹۹۲)

روش‌شناسی تحقیق

روش تحقیق پیمایش و ابزار جمع‌آوری داده، پرسش‌نامه است. جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش زنان و دختران ۱۹ تا ۳۹ سال شهر کاشان هستند که براساس نتایج سرشماری عموم و نفوس مسکن سال ۱۳۹۰ تعداد آن‌ها حدوداً ۳۳۷۴۰ نفر است. مطابق با فرمول کوکران، تعداد ۳۸۰ زن بررسی شده‌اند.

تعریف متغیرها

ابعاد مختلف تندرستی اجتماعی کیز: کیز (۱۹۹۸) به ابعاد مختلف تندرستی اجتماعی با توجه به چالش‌های اجتماعی که سبب آن‌ها می‌شوند، می‌پردازد. وی پنج بعد را در این زمینه معرفی می‌کند که مطابق با مقیاس کیز (۱۹۹۸) سنجیده شده است. ابعاد انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، معاضدت اجتماعی و پیوستگی اجتماعی هر کدام با ۳ گویه سنجیده شده‌اند. آلفای کرونباخ بعد انسجام اجتماعی ۰/۷۸، پذیرش اجتماعی ۰/۷۷، شکوفایی اجتماعی ۰/۷۷، معاضدت اجتماعی ۰/۷۸ و پیوستگی اجتماعی ۰/۷۵ به دست آمده است.

بعد سازگاری و حمایت اجتماعی تندرستی اجتماعی لارسن: لارسن (۱۹۹۲) چندین سنج

برای هر بعد تندرستی اجتماعی پیشنهاد می‌کند، اما وی با مقایسه و بررسی آن‌ها اشاره دارد که سنجه سازگاری اجتماعی ویسمن (۱۹۷۶) و مقیاس حمایت اجتماعی ساراسون و همکاران (۱۹۸۳)، بهترین مقیاس‌ها برای اندازه‌گیری این دو بعد هستند. در این تحقیق مطابق با نظر لارسن از این دو سنجه برای اندازه‌گیری این دو بعد استفاده شده است. بعد سازگاری اجتماعی با مقیاس غربال‌شده ویسمن را گامروف و ویکراماراتنه و ویسمن (۲۰۱۰) با چهارده گویه سنجیده‌اند و بعد حمایت اجتماعی با شکل کوتاه‌شده مقیاس ساراسون نیز در ۶ گویه آزموده شده است. آلفای کرونباخ بعد سازگاری اجتماعی ۰/۷۵ و بعد حمایت اجتماعی نیز ۰/۷۵ حاصل شده است.

یافته‌ها

ابعاد مختلف تندرستی اجتماعی به مقیاس صفر تا صد برده شده و تحلیل‌های مختلف با استفاده از SPSS و Amos انجام شده است. ابتدا میانگین هریک از این متغیرها در میان زنان بررسی می‌شود.

جدول ۱. میانگین صفر تا صد ابعاد مختلف تندرستی اجتماعی کیز و لارسن

ابعاد مختلف تندرستی اجتماعی	انسجام اجتماعی	پدپوش اجتماعی	معاضدت اجتماعی	تکوفانی اجتماعی	پتوستگی اجتماعی	حمایت اجتماعی	سازگاری اجتماعی
میانگین براساس مقیاس صفر تا صد	۵۴/۲۷	۶۹/۴۵	۵۵/۸۵	۶۷/۳۳	۴۵/۵۰	۶۷/۱۵	۴۷/۶۷

همان‌طور که ملاحظه می‌شود، میانگین ۵ بعد تندرستی اجتماعی کیز و ۲ بعد تندرستی اجتماعی لارسن، براساس مقیاس صفر تا صد محاسبه شده است.

جدول ۲. همبستگی ابعاد مختلف تندرستی اجتماعی

انسجام اجتماعی	پذیرش اجتماعی	معاضدت اجتماعی	شکوفایی اجتماعی	پیوستگی اجتماعی	حمایت اجتماعی	سازگاری اجتماعی
انسجام اجتماعی	۱					
پذیرش اجتماعی	۰/۱۸۴** ^۱	۱				
معاضدت اجتماعی	۰/۱۷۹**	۰/۲۴۰**	۱			
شکوفایی اجتماعی	۰/۲۷۵**	۰/۳۹۵**	۰/۲۸۱**	۱		
پیوستگی اجتماعی	۰/۲۶۱**	۰/۲۳۳**	۰/۲۶۶**	۰/۳۷۴**	۱	
حمایت اجتماعی	۰/۲۹۸**	۰/۷۹۹**	۰/۵۵۵**	۰/۴۶۴**	۰/۳۰۳**	۱
سازگاری اجتماعی	۰/۲۸۶**	۰/۲۰۲**	۰/۴۴۸**	۰/۳۹۲**	۰/۷۶۶**	۰/۲۹۱**

در جدول ۲، همبستگی ابعاد تندرستی اجتماعی تئوری‌های کیز و لارسن نشان داده می‌شود. همه همبستگی‌ها در سطح ۰/۰۱ معنادار هستند.

جدول ۳. مقادیر برازندگی مدل اندازه‌گیری

CMIN/ DF	۱/۰۱
GFI	۰/۹۹۵
AGFI	۰/۹۸۵
NFI	۰/۹۷۹
RFI	۰/۹۵۹
IFI	۱
TLI	۱
CFI	۱
RMSEA	۰/۰۰۰

جدول ۳ نتایج برازندگی مدل تحلیل عاملی تأییدی (مدل اندازه‌گیری در مدل‌سازی معادلات ساختاری) را طبق مدل نظری کیز نشان می‌دهد. از آنجا که مقدار CMIN/DF (خی‌دو تقسیم بر درجه آزادی) بین ۱ و ۲ است، پس نتیجه می‌گیریم که از نظر این شاخص، انطباق داده‌های تجربی با مدل نظری در نمونه تأیید شده است (کرامینز و مک‌ایور^۱، ۱۹۸۱: ۸۰). از سوی دیگر براون و کودک^۲ (۱۹۹۳) اشاره می‌کنند اگر مقدار RMSEA^۳ برابر یا کمتر از ۰/۵ باشد، مدل برازندگی مناسبی دارد؛ همان‌گونه که ملاحظه می‌شود مقدار RMSEA برابر ۰/۰۰۰ است. در مورد CFI^۴ نیز باید اشاره کرد زمانی که مقدار آن از ۰/۹ بالاتر باشد، مدل از برازندگی قابل قبولی برخوردار است (مک‌دونالد و مارش، ۱۹۹۰)؛ این مقدار در این تحقیق یک است. شاخص TLI^۵ نیز اگر بالاتر از ۰/۹ باشد، می‌توان نتیجه گرفت که مدل برازنده است (بتنلر و بونت، ۱۹۸۰)؛ مقدار این آزمون نیز یک است. جورسکوگ و سوربوم (۱۹۸۴) بیان می‌کنند که مقدار GFI^۶ برابر و کمتر از ۱ است و اگر این مقدار از ۰/۹۰ بیشتر باشد، برازندگی مدل مناسب است. مقدار این شاخص ۰/۹۹۵ است. مقادیری که نزدیک به یک باشند، نشان‌دهنده مناسب بودن مدل در شاخص AGFI^۷ است (تاناکا و هوبا، ۱۹۸۵)؛ همان‌طور که ملاحظه می‌شود این مقدار ۰/۹۸۵ است. بتنلر و بونت (۱۹۸۰) نیز توضیح می‌دهند که اگر مقدار شاخص NFI^۸ بیشتر از ۰/۹۰ باشد، مدل برازندگی مناسبی دارد؛ مقدار این آزمون نیز از ۰/۹۰ بیشتر و با ۰/۹۷۹ برابر است. بولن (۱۹۸۹) در مورد مناسب بودن آزمون‌های IFI^۹ و RFI^{۱۰} مقادیر نزدیک به یک را پیشنهاد می‌دهد؛ مقادیر این آزمون‌ها به ترتیب ۱ و ۰/۹۵۹ است که نشان‌دهنده پذیرش مدل در این دو آزمون است. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود همه این شاخص‌ها در نمونه این پژوهش برازندگی زیادی دارند و می‌بینیم که مدل نظری تندرستی اجتماعی کیز نیز برازندگی بالایی در میان جامعه آماری تحقیق دارد.

-
1. Cramines & McIver
 2. Browne, M.W, Cudeck, R
 3. Root Mean Square Error of Approximation
 4. Comparative Fit Index
 5. Tucker-Lewis coefficient
 6. Goodness of Fit Index
 7. Adjusted Goodness of Fit Index
 8. Normed Fit Index
 9. Incremental Fit Index
 10. Relative Fit Index

جدول ۴. بارهای عاملی استاندارد و مربع‌های آن در مدل کیز

همبستگی‌های مربع	بارهای عاملی استاندارد	
۰/۱۶۳	۰/۴۰۴	انسجام اجتماعی
۰/۲۷۴	۰/۵۲۳	پذیرش اجتماعی
۰/۱۷۴	۰/۴۱۷	معاذت اجتماعی
۰/۵۱۰	۰/۷۱۴	شکوفایی اجتماعی
۰/۲۷۲	۰/۵۲۲	پیوستگی اجتماعی

در جدول ۴ بارهای عاملی و همبستگی‌های مدل کیز نشان داده می‌شود. از این تحلیل می‌توان نتیجه گرفت که متغیر تندرستی اجتماعی به ترتیب ۱۶، ۲۷، ۱۷، ۵۱ و ۲۷ درصد از واریانس ابعاد انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، معاضدت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پیوستگی اجتماعی را تبیین می‌کند.

در مورد مدل لارسون، تحلیل عاملی اکتشافی انجام شد. دو عامل حمایت و سازگاری اجتماعی را وارد تحلیل عاملی اکتشافی کردیم تا ببینیم به عامل مشترک می‌رسیم یا نه. کفایت تعداد داده‌ها از طریق آزمون KMO و بارتلت^۱ ارزیابی شد و مقدار KMO، ۰/۶۰۱ به دست آمد و از آنجا که از ۰/۶ بالاتر است، برای تحلیل عاملی مناسب است.

جدول ۵. نتایج آزمون بارتلت و KMO

The kaiser-meyer-olkin measure of sampling adequacy		۰/۶۰۱
	کای دو تقریبی	۳۳/۸۱۵
آزمون بارتلت	درجه آزادی	۱
	sig	۰/۰۰۰

طبق تحلیل عاملی، ۲ شاخص مورد نظر به یک عامل تقسیم شدند. این عامل ۶۴/۵۲ درصد واریانس کل را تبیین کرد. در این بین، رابطه بین عامل‌ها و متغیرها از طریق ماتریس چرخش یافته اجزا مشخص شده است (روش چرخش: واریماکس با نرمال‌سازی کایزر^۲).

1. Bartlett's test

2. Varimax with Kaiser normalization

جدول ۶. ماتریس چرخش یافته اجزا

متغیرها	عامل
حمایت اجتماعی	۰/۶۲۲
سازگاری اجتماعی	۰/۶۲
مقدار ویژه	۱/۲۹۱
درصد واریانس	۶۴/۵۲

آزمون خی‌دو برای بررسی تفاوت در میزان تندرستی (نظریه کیز و لارسون) براساس وضعیت تأهل آزمودنی‌ها انجام شد. همان‌طور که ملاحظه می‌شود (جدول ۷)، نتایج آزمون معنادار است و بین زنان متأهل و مجرد در تندرستی اجتماعی (در هر دو تئوری کیز و لارسن) تفاوت وجود دارد. همچنین آزمون خی‌دو برای بررسی تفاوت در میزان تندرستی (نظریه کیز و لارسون) براساس میزان تحصیلات مصاحبه‌شونده‌ها نیز انجام شد. همان‌طور که ملاحظه می‌شود (جدول ۸)، نتایج آزمون معنادار نیست و بین زنان براساس میزان تحصیلات آن‌ها (ابتدایی، سیکل، دیپلم، لیسانس، فوق‌لیسانس و بالاتر) در تندرستی اجتماعی (در هر دو تئوری کیز و لارسن) تفاوتی وجود ندارد. آزمون خی‌دو برای بررسی تفاوت در میزان تندرستی (نظریه کیز و لارسون) براساس میزان درآمد آزمودنی‌ها انجام شد. همان‌طور که ملاحظه می‌شود (جدول ۹)، نتایج آزمون خی‌دو در تندرستی اجتماعی لارسن و میزان درآمد در سطح $p < 0/05$ و در تندرستی اجتماعی کیز و میزان درآمد در سطح $p < 0/10$ معنادار است.

جدول ۷. آزمون خی‌دو بین تندرستی اجتماعی و وضعیت تأهل

مقدار	درجه آزادی	سطح معناداری
۱۷۲/۳۵۴	۱۱۴	۰/۰۰۰
۱۸۴/۰۱۳	۱۲۰	۰/۰۰۰

جدول ۸. آزمون خی‌دو بین تندرستی اجتماعی و میزان تحصیلات

مقدار	درجه آزادی	سطح معناداری
۱۴۹/۵۶۸	۱۵۲	۰/۵۴۱
۱۷۰/۹۵۲	۱۶۰	۰/۲۶۲

جدول ۹. آزمون خی‌دو بین تندرستی اجتماعی و میزان درآمد

سطح معناداری	درجه آزادی	مقدار	
۰/۰۸۱	۱۵۲	۱۷۶/۹۵۹	آزمون خی‌دو تندرستی اجتماعی کیز
۰/۰۴۸	۱۶۰	۱۹۰/۸۵۲	آزمون خی‌دو تندرستی اجتماعی لارسن

جدول ۱۰. آزمون خی‌دو بین تندرستی اجتماعی و وضعیت اشتغال

سطح معناداری	درجه آزادی	مقدار	
۰/۷۳۷	۱۵۲	۱۴۰/۵۵۸	آزمون خی‌دو تندرستی اجتماعی کیز
۰/۰۰۰	۱۶۰	۲۲۹/۲۶۹	آزمون خی‌دو تندرستی اجتماعی لارسن

در جدول ۱۰ آزمون خی‌دو بین تندرستی اجتماعی کیز و لارسن و وضعیت اشتغال زنان نشان داده می‌شود. همان‌طور که می‌بینید، آزمون خی‌دو بین تندرستی اجتماعی کیز و وضعیت اشتغال معنادار نیست، اما آزمون خی‌دو تندرستی اجتماعی لارسن و وضعیت اشتغال معنا دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش به بررسی ابعاد مختلف تئوری‌های تندرستی اجتماعی کیز (۱۹۹۸) و لارسن (۱۹۹۲) در میان زنان پرداخته است. تندرستی اجتماعی چگونگی برقراری ارتباط فرد با دیگران، چگونگی واکنش به افراد دیگر و چگونگی تعامل فرد با نهادهای اجتماعی و رسوم جامعه را شامل می‌شود. پس از بررسی تئوری‌های مربوط به آن‌ها، ابعاد مختلف تندرستی اجتماعی مشخص شد. تحلیل ابعاد تئوری کیز با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی و تحلیل ابعاد تندرستی اجتماعی لارسن با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی انجام شد. نتایج تحلیل عاملی تأییدی مطابق با یافته‌های کیز بود. تحلیل عاملی کیز مناسب بودن ۵ بعد تندرستی اجتماعی برای جامعه آماری تحقیقش را تأیید کرد (کیز، ۱۹۹۸: ۱۳۳). مطالعه حاضر نیز به این نتیجه رسید که آزمون‌های برازندگی نشان می‌دهند مدل تئوریک کیز از تندرستی اجتماعی در میان زنان مناسب است که حاکی از کیفیت کارکرد و احساس تعلق زنان به جامعه و اجتماع باشد، همچنین سطح بالای میزان اعتماد و ثمربخشی مسئولیت اجتماعی زنان در جامعه را نشان می‌دهد که می‌تواند رشد و توسعه دائمی و شکوفایی اجتماعی و به تبع آن پیوستگی جامعه را در حد مطلوب قرار دهد. با توجه به این نکته که تئوری لارسن دارای بار نظری است و داده تجربی ندارد، نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نشان می‌دهد که دو

شاخص مورد نظر لارسن (حمایت و سازگاری اجتماعی)، عامل مشترک تندرستی اجتماعی را نتیجه می‌دهند و مقدار قابل توجهی از واریانس آن را تبیین می‌کنند.

یافته مهم دیگر این پژوهش، بررسی متغیرهای وضعیت تأهل، میزان درآمد، وضعیت اشتغال و تحصیلات زنان در رابطه با تندرستی اجتماعی آن‌ها بود. نتیجه این تحلیل‌ها نشان می‌داد که وضعیت تأهل و میزان درآمد سبب تفاوت در میزان تندرستی اجتماعی زنان در هر دو تئوری می‌شوند. در این بین، میزان تحصیلات تأثیر ندارد و رابطه وضعیت اشتغال با ابعاد تندرستی اجتماعی لارسن معنادار است، اما با تندرستی اجتماعی کیز معنی ندارد.

نتایج پژوهش نشان می‌دهد که سلامت اجتماعی زنان شاغل بیشتر است. زنان شاغل به دلیل حضور در جامعه فرصت بیشتری برای شکوفایی استعداد خود دارند. این زنان به دلیل داشتن درآمد مستقل و منزلت اجتماعی عزت نفس بیشتری دارند و با اعتماد به نفسی زیاد در جامعه حضور می‌یابند. این گروه از زنان قدرت تصمیم‌گیری بیشتری دارند و در زمینه مسائل مربوط به فرزندان، امور مالی خانواده، خرید و فروش مسکن و ماشین استقلال زیادی دارند. زنانی با درآمد بیشتر، سلامت اجتماعی بیشتری نیز دارند، در مقابل زنانی بدون درآمد مستقل، سلامت اجتماعی بالایی ندارند. همچنین، میزان پذیرش اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی و انطباق اجتماعی در زنان با درآمد بالا بیشتر است. زنان شاغل به دلیل حضور فراوانی که در جامعه دارند، می‌توانند در محیط کار استعداد خود را شکوفا کنند. آن‌ها بیشتر در اجتماع و محیط کار مشارکت بیشتری دارند، همچنین در برابر مسائل و موقعیت‌های جدید قدرت انطباق دارند.

از سوی دیگر، زنان خانه‌دار به دلیل حضور طولانی مدت در خانه و کارهای یکنواخت منزل فرصت کمتری برای حضور در اجتماع دارند و همین سبب می‌شود که نتوانند استعداد خود را شکوفا کنند، در نتیجه قدرت انطباق با شرایط و موقعیت جدید را ندارند. زنان شاغل خود را عضوی مهم در جامعه و پیشرفت آن می‌دانند و به آینده و تکامل جامعه امیدوارتر هستند. آن‌ها به دلیل مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی سبب جذب در چارچوب اجتماعی می‌شوند و در نتیجه، بین ارزش‌های فردی و اجتماعی تفاوتی نمی‌بینند، در مقابل ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی احساس مسئولیت و اعتماد دارند و به همین دلیل یکپارچگی اجتماعی را افزایش می‌دهند؛ بنابراین، احساس می‌کنند که سرنوشت اجتماع به اجزای تشکیل‌دهنده آن مربوط است، در نتیجه اجتماع را مکانی مناسب برای تکامل خود می‌بینند که این سبب شکوفایی اجتماعی می‌شود. زنان شاغل با این تفکر احساس می‌کنند جامعه آن‌قدر پیچیده نیست که نتوان آینده را پیش‌بینی کرد و

همین تفکر آن‌ها سبب پیوستگی اجتماعی می‌شود؛ بنابراین، نگرشی مثبت به اجتماع و افراد آن دارند و همین امر پذیرش اجتماعی را به همراه دارد و سلامت اجتماعی فرد را افزایش می‌دهد. سلامت اجتماعی سبب می‌شود افراد بتوانند راحت‌تر با مشکلات زندگی و جامعه انطباق یابند، با محیط اجتماع خود سازگار شوند، میزان مشارکت خود را در جامعه افزایش دهند و با پذیرش خود در اجتماع نقش پررنگ و مهم‌تری ایفا کنند. باید توجه داشت که زنان با اشتغال به عزت‌نفس بیشتری دست می‌یابند و انگیزه زیادی برای حضور در جامعه دارند. بنا بر نتایج این پژوهش، مسئولان باید نگرانی بیشتری در مورد سلامت اجتماعی زنان داشته باشند؛ به عبارت دیگر با توجه به اینکه زنان نقشی مهم در خانواده و جامعه دارند و تربیت‌کنندگان نسل بعدی جامعه هستند، سلامت آن‌ها، به‌ویژه سلامت اجتماعی‌شان مهم است.

منابع

- بهرامی، محمدمین و همکاران (۱۳۹۵)، «رابطه ابعاد سرمایه اجتماعی و سلامت درک‌شده در جامعه شهری یزد، ۱۳۹۲»، دو ماه‌نامه دانشکده بهداشت یزد، شماره ۳: ۶۷-۷۷.
- پورافکاری، نصرالله (۱۳۹۱)، «بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی در شهرستان پاوه»، علوم اجتماعی (دانشگاه آزاد شوشتر)، شماره ۱۸: ۴۱-۶۰.
- توسلی، غلام‌عباس (۱۳۸۳)، نظریه‌های جامعه‌شناسی، تهران: نشر نی.
- رخشیدن، قادر (۱۳۹۴)، بررسی رابطه بین ابعاد سلامت اجتماعی با میزان رضایتمندی از مدیریت خدمات بهداشتی در بخش اورژانس بیمارستان ولیعصر مشکین‌شهر، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی تهران.
- رستگار، خدیجه و همکاران (۱۳۹۴)، «بررسی رابطه احساس امنیت اجتماعی و نظارت (طبیعی غیرطبیعی) با سلامت اجتماعی در میان زنان هجده سال به بالا، ساکن شهر شیراز»، نشریه جامعه‌شناسی زنان، شماره ۳: ۷۹-۱۰۴.
- زاهدی‌اصل، محمد و پیله‌وری، اعظم (۱۳۹۳)، «فراتحلیلی بر مطالعات، مربوط به سلامت اجتماعی»، برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، شماره ۱۹: ۷۱-۱۰۷.
- سام‌آرام، عزت‌الله (۱۳۸۸)، «بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه‌محور»، فصلنامه انتظام اجتماعی، شماره ۱: ۹-۲۹.
- سفیری، خدیجه و منصوریان راوندی، فاطمه (۱۳۹۴)، «کلیشه‌های جنسیتی و سلامت اجتماعی»، فصلنامه مطالعات اجتماعی روان‌شناختی زنان، شماره ۲: ۳۷-۶۶.
- عبدالله‌تبار، هادی و همکاران (۱۳۸۷)، «بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان»، فصلنامه رفاه اجتماعی، شماره ۳۱: ۱۷۱-۱۹۰.

- فره‌مند، مهناز؛ خاتمی سروری، خدیجه و محمدحسینی، رضیه (۱۳۹۵)، «مقایسه سلامت اجتماعی، قدرت تصمیم‌گیری، مهارت‌های ارتباطی و عزت‌نفس در بین زنان شاغل و خانه‌دار شهر یزد»، *فصلنامه زن و جامعه*، شماره ۲: ۱۴۷-۱۶۵.
- قاضی‌نژاد، مریم و سنگری سلیمانی، هاجر (۱۳۹۵)، «رابطه شغل و سلامت اجتماعی زنان»، *فصلنامه زن در توسعه و سیاست*، شماره ۳: ۲۷۳-۲۸۸.
- یحیی‌زاده، حسین و پوران، زینب (۱۳۹۳)، «تأثیر سلامت اجتماعی بر رضایت شغلی (مورد مطالعه: کارکنان شاغل بانک سپه در شهر تهران)»، *پژوهشنامه مددکاری اجتماعی*، شماره ۲: ۴۳-۶۱.
- یزدان‌پناه، لیلا و نیک‌ورز، طیبه (۱۳۹۴)، «رابطه عوامل اجتماعی با سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان»، *فصلنامه جامعه‌شناسی کاربردی*، شماره ۵۹: ۹۹-۱۱۶.
- Abanobi, O. (1985), "Content validity in the Assessment of Hhealth status", **Health values**, No. 10: 37-40.
- Belloc, N. B., Breslow, L., and Hochstim, J. R. (1971), "Measurement of Physical Health in a General Population Survey", **American Journal of Epidemiology**, No. 93: 328-336.
- Bentler, P. M., & Bonett, D. G. (1980), "Significance Tests and Goodness of Fit in the Analysis of Covariance Structures", **Psychological bulletin**, No. 88: 588.
- Blum, H. L. (1976), **Expanding Health Care Horizons**, Oakland CA Third Pam.
- Bollen, K. A. (1989), "A New Incremental Fit Index For General Structural Equation Models", **Sociological Methods and Research**, No. 17: 303-316.
- Breslow, L. (1989), "Health Status Measurement in the Evaluation of Health Promotion", **Medical care**, S205-S216.
- Browne, M. W., Cudeck, R., Bollen, K. A., & Long, J. S. (1993), "Alternative Ways of Assessing Model Fit", **Sage Focus Editions**, No.154: 136-136.
- Carmines, E. G., & McIver, J. P. (1981), "Analyzing Models With Unobserved Variables: Analysis of Covariance Structures", **Social Measurement: Current issues**, 65-115.
- Deliege, D. (1983), "Indicators of Physical, Mental and Social Wellbeing. World Health Statistics Quarterly", **Rapport Trimestriel de Statistiques Sanitaires Mondiales**, No. 36: 349.
- Dixon, J., & Kim, H. S. (2016), **Social Welfare in Asia**, Routledge.
- Durkheim, E. (1951). *Suicide: a Study in Sociology*.
- Gameroff, M. J., Wickramaratne, P., & Weissman, M. M. (2012), "Testing the Short and Screener Versions of the Social Adjustment Scale-Self-report (SAS-SR)«, **International Journal of Methods in Psychiatric Research**, NO. 21: 52-65.
- Ishii-Kuntz, M. (1990), "Social Interaction and Psychological Well-Being: Comparison Across Stages of Adulthood", **The International Journal of Aging and Human Development**, No. 30: 15-36.
- Jöreskog, K. G., and Sörbom, D. (1984), **LISREL-VI User's Guide**.
- Keyes, C. L. M. (1998), "Social well-being", **Social psychology quarterly**, 121-140.
- Larson, J. S. (1993), "The Measurement of Social Well-being", **Social Indicators Research**, No. 28: 285-296.

- McDonald, R. P., and Marsh, H. W. (1990), "Choosing a Multivariate Model: Noncentrality and Goodness of Fit", **Psychological Bulletin**, No. 107: 247.
- McDowell, I. (2006), **Measuring Health: a Guide to Rating Scales and Questionnaires**, Oxford university press.
- Mitchell, R. K., Weaver, G. R., Agle, B. R., Bailey, A. D., & Carlson, J. (2016), "Stakeholder Agency and Social Welfare: Pluralism and Decision Making in the Multi-objective Corporation", **Academy of Management Review**, NO. 41: 252-275.
- O'Reilly, P. (1988), "Methodological Issues in Social Support and Social Network Research", **Social Science and Medicine**, No. 26: 863-873.
- Orth-Gomer, K., & Undén, A.-L. (1987), "The Measurement of Social Support in Population Surveys", **Social science and Medicine**, No. 24: 83-94.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983), "Assessing Social Support: the Social Support Questionnaire", **Journal of personality and social psychology**, No. 44: 127.
- Segovia, J., Bartlett, R. F., and Edwards, A. C. (1989), "An Empirical Analysis of the Dimensions of Health Status Measures", **Social Science and Medicine**, No. 29: 761-768.
- Sintonen, H. (1981), "An Approach to Measuring and Valuing Health States", **Social Science and Medicine, Part C: Medical Economics**, NO. 15: 55-65.
- Tanaka, J. S., & Huba, G. J. (1985), "A Fit Index for Covariance Structure Models Under Arbitrary GLS Estimation", **British Journal of Mathematical and Statistical Psychology**, NO. 38: 197-201.
- Weissman, M. M., & Bothwell, S. (1976), "Assessment of Social Adjustment by Patient Self-report", **Archives of General Psychiatry**, No. 33: 1111-1115.