

مقایسه سلامت اجتماعی، قدرت تصمیم‌گیری، مهارت‌های ارتباطی و عزت

نفس در بین زنان شاغل و خانه‌دار شهر یزد

مهناز فرهمند^{1*}، خدیجه خاتمی سروی² و رضیه محمدحسینی³

چکیده

از جمله مفاهیمی که امروزه در مباحث مربوط به حوزه سلامت از اهمیتی ویژه برخوردار است و دایره شمول موضوع‌های آن هر روز فراگیرتر می‌شود، مفهوم سلامت اجتماعی است. روی هم رفته، در بحث سلامت اجتماعی انسان به تنهایی مطرح نیست بلکه آنچه مورد بحث است، پدیده‌هایی است که پیرامون او وجود دارند و بر مجموعه و سیستم او تأثیر می‌گذارند. این مطالعه به مقایسه سلامت اجتماعی و عوامل کارآمد بر آن در بین زنان شاغل و خانه‌دار شهر یزد پرداخته است. این پژوهش با استفاده از روش پیمایش و پرسش‌نامه انجام گرفته است. حجم نمونه را 384 نفر زنان خانه‌دار و 182 نفر زنان شاغل شهر یزد تشکیل می‌دهند که از راه نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شده‌اند. یافته‌ها نشان می‌دهند که زنان شاغل نسبت به زنان خانه‌دار از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردارند. از متغیرهای مورد مطالعه، متغیرهای مهارت‌های ارتباطی، عزت‌نفس و قدرت تصمیم‌گیری با سلامت اجتماعی زنان شاغل و خانه‌دار رابطه‌ای معنادار داشتند. هم‌چنین، متغیرهای وضعیت تحصیل و درآمد با سلامت اجتماعی زنان شاغل رابطه‌ای معنادار داشت. در تحلیل رگرسیون چند متغیره نیز متغیرهای عزت‌نفس، تحصیلات، مهارت‌های ارتباطی، قدرت تصمیم‌گیری در کل 34 درصد از واریانس سلامت اجتماعی زنان را در جامعه آماری تبیین کردند.

واژه‌های کلیدی: اشتغال، تحصیلات، سلامت اجتماعی، زنان، مهارت‌های ارتباطی.

1- استادیار گروه جامعه‌شناسی دانشگاه یزد

2- کارشناس ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه یزد

3- کارشناس ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه یزد

*- نویسنده مسئول مقاله: farahmandm@yazd.a.ir

پیشگفتار

سلامت موضوعی مطرح در همه فرهنگ‌هاست و تعریف آن در هر جامعه‌ای تا اندازه‌ای به حس مشترک مردمان از سلامت و فرهنگ آن‌ها بازمی‌گردد (Sajjadi & Sdralsadat, 2006, p224). سلامت فرد، پایه و بنیان سلامت جامعه است و این دو آن چنان به هم وابسته‌اند که نمی‌توان بین آن‌ها حد و مرز معینی قائل شد. وضعیت سلامت تک تک افراد جامعه به روش‌های گوناگون بر سلامت دیگران و عواطف آن‌ها و هم چنین شاخص‌های اقتصادی-اجتماعی اثر می‌گذرد (Sergin & Eliton, 2000, p495).

سلامت با همه جوانب از جمله حقوق اولیه انسانی و شاخص‌های عدالت اجتماعی در جامعه همراه است. حق سلامتی به معنی برخورداری از یک زندگی سالم و مولد با کیفیت، توأم با طول عمر قابل قبول و عاری از بیماری و ناتوانی است. این حق همگانی بوده و مسئولیت آن بر عهده دولت‌هاست. یکی از هدف‌های مهم نظام سلامت در هر کشور تأمین، حفظ و ارتقا سلامت و کیفیت زندگی تمام افراد جامعه است. برای رسیدن به این امر، مهیاسازی امکانات و تسهیلات مناسب جهت تأمین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی انسان در تمامی مراحل زندگی از جمله حقوق اولیه بشمار می‌رود (Hoseini, 2010). ولی معمولاً هرگاه از آن سخنی به میان آمده، بیش تر بعد جسمانی آن مورد توجه بوده، درحالی‌که رشد و تعالی جامعه در گرو تندرستی آن جامعه از ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی است. سازمان بهداشت جهانی در تعریفی سلامت را به‌عنوان حالتی از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً نبود بیماری، تعریف می‌کند (WHO, 1979). گلیم بر این باور است که سلامتی انسان با میزان تسلط وی به محیط نه تنها جسمانی او بلکه اجتماعی او نیز مرتبط است؛ بنابراین، بیماری و سلامت بر حسب خواست‌ها و انتظارات محیط زیست ما و میزان جا افتادگی ما در این محیط و روابط مثلاً خانوادگی و حرفه‌ای ما شکل می‌گیرند و به معنای واقعی کلمه حالات اجتماعی را تشکیل می‌دهند (Adam & Hrtslyk, 2007, p23).

مطالعات نشان داده که در بین عوامل مؤثر بر ایجاد سلامت سهم هر دسته از عوامل حدوداً به قرار زیر است: سهم سیستم ارایه سلامت (بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها، داروها) به مقدار 25 درصد، سهم عوامل ژنتیکی و بیولوژی 15 درصد و سهم عوامل فیزیکی، زیست‌محیطی و رفتاری 10 درصد می‌باشد. این در حالی است که سهم عوامل اجتماعی کارآمد بر سلامت 50 درصد می‌باشد (Marandi, 2007, p44). بلوک و برسلو برای نخستین بار در سال 1972، در پژوهشی به مفهوم سلامت اجتماعی¹ پرداختند (Bowling, 1998). «این مفهوم را چند سال بعد، دونالد و همکارانش در سال 1978 مطرح کردند. استدلال آن‌ها این بود که سلامت، موضوعی فراتر از گزارش علایم بیماری

¹-Social Health

و میزان بیماری‌ها و توانایی‌های کارکردی فرد است. بر اساس برداشت آنان، سلامت اجتماعی در حقیقت، هم بخشی از ارکان وضع سلامت بشمار می‌رود و هم می‌تواند تابعی از آن باشد» (Fromm,2007).

سلامت اجتماعی را با سه تلقی می‌توان تعریف کرد: 1- سلامت اجتماعی به‌مثابه بعد اجتماعی سلامت فرد که در کنار دو بعد جسمی و روانی سلامت، به رابطه او با جامعه نظر دارد، 2- جامعه سالم به مثابه «شرایط اجتماعی سلامت‌بخش»، 3- سلامت اجتماعی به‌مثابه وضعیت اجتماعی بهتر به گونه‌ای که بسته به اوضاع کنونی هر جامعه یا جماعت، مصادیق و معناها عینی متفاوت می‌یابد (Veenstra,2000).

برخی پژوهش‌ها نشان داده است که وقتی سن افزایش می‌یابد، افراد احساس خوشحالی بیش‌تری کرده، از زندگی خود رضایت بیش‌تری داشته و سلامت اجتماعی در بین آن‌ها افزایش می‌یابد (Carr,2004). در واقع، زمانی شخص را واجد سلامت اجتماعی بر می‌شمیریم که بتواند فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی خود را در حد متعارف بروز و ظهور دهد و با جامعه و هنجارهای اجتماعی پیوند، اتصال و ارتباط برقرار کند (Fadaye Mehrabani,2008,p88).

سلامت زنان زیر بنای خانواده‌ها و جوامع است و اهمیتی ویژه در تأمین و استمرار سلامت خانواده و جامعه دارد. از این رو، پژوهش در زمینه سلامت اجتماعی زنان، سودمند است. سلامت زنان و بویژه سلامت مادران از مفاهیم زیربنایی در توسعه و در ارتباط با توسعه و رفاه اقتصادی- اجتماعی است. هم چنین، زنان کفیل نسل‌های بعدی هستند و اهمیت آنان اغلب پشت مدیریت‌های مردانه کمرنگ و مخفی باقی می‌ماند (MacKian,2008). آن‌ها هم چنین، عوامل فعال برای ایجاد تحول و توسعه هستند. بعد اجتماعی شاید مهم‌ترین و جامع‌ترین بعد از میان جنبه‌های گوناگونی باشد که می‌توان سلامت زنان را بررسی کرد (Parvizi et al,2010).

اشتغال زنان از اهمیتی ویژه برخوردار است. همان‌گونه که عوامل و انگیزه‌های اشتغال گوناگون است، تأثیرگذاری این پدیده نیز بر فرد، جامعه، خانواده و فرزندانش متفاوت است (Nasaji,2006). تلاش زنان در رسیدن به مشاغل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی در دهه‌های اخیر، در پی تقاضای یابندگان کار و هم چنین، نیاز بازار کار، رشدی قابل توجه و چشمگیر داشته است. به گونه‌ای که در سال‌های اخیر اشتغال زنان در ایران بویژه در بخش‌های خدماتی و کارمندی رشدی 15 درصدی داشته است. این در حالی است که آمار اشتغال زنان به عنوان کارمند با سیر صعودی چشمگیر، بیانگر این مطلب است که در حدود 23 درصد از زنان در ادارات دولتی و بقیه در بخش‌های خصوصی مشغول به کارند (Mohebi,2008).

نلسون و هیت (1992) بر این باورند که روی هم رفته، زنانی که در بیرون از خانه فعالیت دارند، از سلامت روانی و جسمانی بیش‌تری نسبت به زنانی که تمام‌وقت به کار خانه‌داری مشغول‌اند،

برخوردارند. با افزایش سطح سواد آموزی افراد بویژه زنان، ورود زنان به اجتماع و داشتن مشارکت و کنترل بر منافع اقتصادی خانواده، از جمله عواملی که الگوهای سنتی را تحت تأثیر قرار داده است (Carlson et al, 2010) که این موجب تغییراتی در ساختار قدرت خانواده و نقش زنان در تصمیم‌گیری می‌شود و در واقع، ورود آنان به محیط کار باعث بهبود الگوی ارتباطی زنان شده است (Zuo & Yanjie, 2005). بر اساس یافته‌های کیز و شاپیرو (2004)، وضعیت شغلی برای سلامت اجتماعی زنان مهم‌تر از مردان است (Keyes & Shapiro, 2004).

نتایج پژوهش گاریدو و آزیپازو نشان می‌دهند که وضعیت عمومی زنان از لحاظ سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین‌تر از مردان است (Garrido & Azpiazo, 2002). هلمن (1994) بر این باور است که سطح پایین تحصیلات با سلامت اجتماعی ضعیف مرتبط است (Wilkinson, 1996).

دنیای سراسر تنش و فشار ایجاد می‌کند که سلامت افراد بویژه سلامت اجتماعی افزایش یابد این مسئله بویژه برای زنان که از نقش اساسی در تربیت کودکان، خانواده و اجتماع برخوردارند، از اهمیتی ویژه برخوردار است. در واقع، به دلیل حضور زنان در عرصه اجتماعی و ایفای نقش‌های چندگانه آنان در انجام وظایف خانه و محل کار و تربیت فرزندان توجه بسیاری از پژوهشگران به مسئله سلامت اجتماعی زنان جلب شده است (Hdaday, 2012). سلامت اجتماعی نقشی مهم در کارکرد تمام زمینه‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی دارد، به همین جهت و در راستای غنا بخشیدن به دانش در این حیطه، مقایسه سلامت اجتماعی زنان شاغل و خانه‌دار ضروری به نظر می‌رسد. در این پژوهش بر آن هستیم تا با مقایسه میزان سلامت اجتماعی زنان شاغل و خانه‌دار، به این پرسش‌ها پاسخ دهیم که آیا مقدار سلامت اجتماعی در دو گروه زنان شاغل و خانه‌دار متفاوت است و عوامل کارآمد و تأثیرگذار بر آن کدامند؟

هادی عبدالله تبار و دیگران (Abdullahtabar et al, 2009) در پژوهشی با عنوان بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان به بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی و ارتباط آن با متغیرهای دموگرافیک اجتماعی آنان پرداختند. نتایج نشان دادند میانگین سلامت اجتماعی در دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد (72/22) بیش‌تر از دانشجویان مقطع کارشناسی (66/42) است. هم‌چنین، بین متغیر سلامت اجتماعی با متغیر وضعیت تأهل، عضویت در انجمن‌ها و وضعیت اشتغال ارتباطی معنادار وجود داشت.

کنگرو (Kangarlu, 2009) در مطالعه خود به این نتیجه دست یافت که بین مقدار سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیر شاهد تفاوتی معنی‌دار وجود ندارد، ولی بین مقدار سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد با محل تحصیل آن‌ها و پنهان کردن سهمیه شاهد تفاوتی معنادار وجود داشت.

فتحی و همکاران (Fathi & Khakrangyn, 2013) در پژوهشی با عنوان «عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی معلمان شهر مراغه» به این نتایج دست یافتند که بین متغیرهای رضایت از شغل و سن و طبقه اجتماعی با سلامت اجتماعی افراد مطالعه شده رابطه ای معنادار وجود دارد. در حالی که بین دو جنس زن و مرد از نظر سطح سلامت اجتماعی تفاوتی معنادار مشاهده نشد. نجفآبادی (NajafAbadi, 2011) در پژوهشی در شهر اصفهان نشان دادند که هرچه زنان جوان از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار باشند، متناسب با آن سلامت اجتماعی بالاتری نیز دارند. سفیری و راوندی (Safiry & Ravandy, 2014) به تبیین رابطه هویت جنسیتی و سلامت اجتماعی زنان و مردان جوان شهر تهران پرداختند. یافته‌های پژوهش نشان دادند که رابطه بین جنسیت، وضعیت تأهل زنان، سن زنان و سلامت اجتماعی رابطه ای معنادار وجود دارد.

حیاطی و جعفری (2014) به بررسی نقش اشتغال زنان در سلامت اجتماعی خانواده پرداختند. نتایج نشان دادند بین اشتغال زنان و سلامت اجتماعی خانواده رابطه ای مثبت و معنادار وجود دارد. هم چنین، بین ابعاد سلامت اجتماعی (پذیرش اجتماعی، سازگاری اجتماعی، رفاه اجتماعی) و اشتغال زنان رابطه وجود دارد، اما هیچ گونه رابطه‌ای بین اشتغال زنان و انسجام اجتماعی و مشارکت اجتماعی وجود ندارد.

مک آرتور در پژوهش خود نشان که تقریباً 40 درصد افراد بزرگسال، در سن 25 تا 47 سال، در سه مقیاس سلامت اجتماعی دارای نمره بالا بودند، اما 60 درصد افراد بزرگسال در هیچ‌یک از مقیاس‌های سلامت اجتماعی نمره بالا بدست نیاوردند (Sam Aram, 2010).

لاروچ در سال (1998) مطالعه خود با هدف تعیین ارتباط بین وضعیت سلامت اجتماعی، جنسیت، میانگین نمره تحصیلی و تعیین‌کننده‌های اصلی مرتبط و غیرمرتبط در سلامت با سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت آن‌ها، انجام داد. زنان دانشجو به گونه ای معنی‌دار در ابعاد تغذیه، روابط بین فردی، مسئولیت‌پذیری در مقابل سلامت و سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت رفتار بهتری نسبت به مردان داشتند (Tabadry, 2007).

در پژوهشی که ویلت و همکاران (Wilt, 2010) انجام داده‌اند، به این نتیجه رسیده‌اند که برخی از صفات شخصیتی، سلامت اجتماعی را پیش بینی می‌کنند زیرا شکل بسیاری از صفات، نگرش‌ها و رفتارها چهار بعد سلامت اجتماعی کبیز را پیش بینی می‌کنند. برای مثال، افراد درون‌گرا یکپارچگی اجتماعی بالاتری دارند. کیکوگانی و همکارانش (Cicognani & et al. 2007) در پژوهشی سعی کردند تا به ارزیابی ارتباط بین مشارکت اجتماعی، درک از اجتماع در میان جوانان دانشجو ایتالیایی، آمریکایی و ایرانی و تأثیر این دو متغیر بر سلامت اجتماعی بپردازند.

بلانکو و دیاز (Blanco & Dize, 2007) در مقاله‌ای با عنوان نظم اجتماعی و سلامت روانی با رویکردی به سلامت اجتماعی سعی کردند تا ارتباط بین ابعاد سلامت اجتماعی را به عنوان شاخص

نظم اجتماعی با جنبه‌های دیگری از سلامت مثل میزان افسردگی، عزت نفس، سلامت درک شده، احساسات مثبت و منفی و رضایت را مورد بررسی قرار دهند.

پژوهش‌ها حاکی از این هستند که برخی عوامل، سلامت اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. برخی از این عوامل عبارت‌اند از: وضعیت اقتصادی - اجتماعی، سطح تحصیلات، سن، مقدار دریافت حمایت اجتماعی، وضعیت تأهل. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که وضعیت اقتصادی - اجتماعی پایین سبب کاهش تمام ابعاد سلامتی می‌شود زیرا به نظر می‌رسد که زندگی با چنین وضعیتی به ادراک خود در راستای افزایش سلامتی آسیب می‌زند (Mirowsky & Ross, 2003).

پژوهش‌های پیشین نشان دادند که سطح تحصیلات، اشتغال، وضعیت تأهل باعث افزایش سلامت اجتماعی افراد می‌شود. افزایش سلامت اجتماعی باعث کاهش آسیب‌های اجتماعی می‌شود. همچنین، با دست‌یابی به نتایج این پژوهش می‌توان حساسیت و نگرانی مسئولان را در قبال سلامت اجتماعی زنان بیش‌تر کرد و سازمان‌ها و ارگان‌های ذیربط می‌توانند گام‌هایی کارآمد در راستای حفظ و ارتقای سلامت اجتماعی که در نهایت، منجر به عملکرد بهتر فرد در جامعه می‌شود، بردارند و به مداخلات فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی مناسب دست‌زنند تا در سایه سلامت اجتماعی مشکلات اجتماعی کاهش یافته و روابط در لوای تصحیح شیوه‌های رفتاری بهبود یابد. تاکنون پژوهشی به بررسی و مقایسه سلامت اجتماعی زنان شاغل و خانه‌دار نپرداخته است، ولی در این پژوهش مورد بررسی خواهد گرفت.

مروری بر متون موجود نشان می‌دهد که نظریه ویژه و مستقلی در مورد سلامت اجتماعی زنان شاغل و خانه‌دار وجود ندارد. با وجود این، با بهره‌مندی از برخی تاملات نظری و یافته‌های پژوهشی مربوط به مباحث یاد شده، می‌توان به تشریح مفاهیم پرداخت.

روی هم رفته، می‌توان سلامت را برحسب دو عامل مورد بحث قرار داد؛ یکی واحد تحلیل که می‌تواند شخص، خانواده، اجتماع و در کل جامعه باشد و دوم جنبه یا ترکیبی از جنبه‌هایی که شخص به آن‌ها توجه دارد، یعنی: جغرافیایی، اقتصادی، اجتماعی، روانی، جسمانی و یا احساسی. این دو عامل می‌توانند به‌عنوان دو محور از یک نمودار برای داشتن انواع گوناگونی از سلامت در نظر گرفته شوند (sarah parry, 1987).

همگام با مفهوم سلامت به‌عنوان یک حق انسانی، منشور اتاوا بر پیش‌شرطی‌های معینی برای تحقق سلامت تأکید دارد که دربرگیرنده صلح، منابع اقتصادی و اجتماعی مناسب، خوراک، مسکن و یک اکوسیستم (زیست‌بوم) پایدار و بهره‌گیری مداوم از منابع است. پذیرش این شرط‌ها روابط ناگسستنی میان شرایط اقتصادی و اجتماعی، محیط فیزیکی، شیوه‌های زندگی فردی و سلامت را مورد توجه قرار می‌دهد. در اکولوژی انسانی، وابستگی تأثیر متقابل محیط و انسان مورد مطالعه قرار می‌گیرد. محیط شامل، محیط داخلی و خارجی است که هرگونه تغییر در آن می‌تواند بر تعادل فرد

تأثیر بگذارند و بدین ترتیب سلامت اجتماعی - روانی یا بیماری اجتماعی روانی می‌تواند متأثر از محیط داخلی و خارجی باشد (Shvlts & Sydney, 2009).

یکی از چالش‌برانگیزترین رویکردهای سلامت بر این استوار است که سلامت عمومی و بویژه سلامت زنان، متأثر از تعیین‌کننده‌هایی فراتر از عوامل زیستی است. زنان دارای نقش و مسئولیت‌های جنسیتی ویژه‌ای هستند که به شدت سلامت آنان را از منابع اقتصادی، سیاسی، اطلاعاتی، آموزشی و محیط ایمن و به دور از خشونت متأثر می‌کند.

از نظر تجربی، مفهوم سلامت اجتماعی ریشه در ادبیات جامعه‌شناسی مربوط به ناهنجاری و بیگانگی دارد، اما مطابق با مدل سلامت محور، نبود احساس ناهنجاری و بیگانگی ممکن است، بیانگر حضور سلامت اجتماعی باشد (Keys et al, 2008). از نظر دورکیم بهنجاری اجتماعی به چگونگی وضعیت ارتباط فرد با دیگران در جامعه یا همان جامعه‌پذیری وی اشاره دارد (Tavassoli, 2004, p7). دورکیم بر این باور است که از جمله مزایای بالقوه زندگی عمومی، یکپارچگی و همبستگی اجتماعی است، یعنی یک احساس تعلق و وابستگی، درک آگاهی مشترک و داشتن سرنوشت جمعی. این مزایای زندگی اجتماعی یک اساس و بنیان برای تعریف جهانی و کلی از سلامت اجتماعی است (Hosseini, 2009) هیرشی در تئوری پیوند اجتماعی و تأثیرش بر آنومی (Aliverdi niya et al, 2009)، مارکس در تئوری از خود بیگانگی (Aron, 2003) و مرتون در بحث آنومی براساس رویکرد بیماری محور، سلامت اجتماعی را عدم حضور عوامل ضداجتماعی مانند از خود بیگانگی و بی‌هنجاری (آنومی) در فرد دانسته‌اند (Rafipoor, 2000). لارسون¹ و کیبیز با توجه به رویکرد سلامت‌محور یک چارچوب مفهومی و نظری برای سلامت اجتماعی ارائه داده‌اند. از نظر لارسون (1993)، سلامت اجتماعی ارزیابی فرد از کیفیت روابطش با خانواده، دیگران و گروه‌های اجتماعی است و در واقع، شامل پاسخ‌های درونی فرد نسبت به محرک‌ها و احساسات، تفکرات و رفتارهایی است که نشانگر رضایت یا عدم رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی است (Larson, 1996).

از نظر کیبیز کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد. عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت روانی است و تکالیف و چالش‌های اجتماعی را نیز در نظر می‌گیرد. فرد سالم از نظر اجتماعی زمانی عملکرد خوب دارد که اجتماع را به صورت یک مجموعه معنادار و قابل فهم و بالقوه برای رشد و شکوفایی بداند و احساس کند که متعلق به گروه‌های اجتماعی خود است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهیم بداند (keys, 1998). در واقع، زمانی شخص را واجد سلامت اجتماعی برمی‌شماریم که بتواند فعالیت‌ها و

¹ - Larson

نقش‌های اجتماعی خود را در حد متعارف بروز و ظهور دهد و با جامعه و هنجارهای اجتماعی احساس پیوند و اتصال کند (Fadaye Mehrabani, 2008).

از نظر کیز هیچ ادبیات پژوهشی در مورد سلامت اجتماعی در بعد فردی وجود ندارد. لذا، وی در یک تحلیل عاملی گسترده پیشنهاد می‌دهد که سلامت اجتماعی افراد از پنج جزء زیر تشکیل شده است:

1 - یکپارچگی اجتماعی: به معنی ارزیابی فرد از کیفیت روابط متقابلش در جامعه و گروه‌های اجتماعی است، افراد سالم احساس می‌کنند که بخشی از جامعه هستند. بنابراین، یکپارچگی اجتماعی گستره‌ای است که مردم احساس می‌کنند با دیگران وجه مشترکی دارند و به جامعه و گروه‌های اجتماعی تعلق دارند. این مفهوم در برابر بیگانگی و انزوای اجتماعی سیمن^۱ و آگاهی طبقاتی مارکس قرار می‌گیرد (Keyes, 1998).

2- سهم داشت اجتماعی بیانگر ارزیابی فرد از ارزش اجتماعی خود است. کسانی که سطح مطلوبی از این بعد را دارا هستند، باور دارند که عضوی مهم در اجتماع هستند و چیزهای ارزشمندی برای ارائه به دیگران دارند. سهم داشت اجتماعی نشان دهنده آن است که چگونه و تا چه حد مردم احساس می‌کنند که آنچه آن‌ها در جهان انجام می‌دهند برای جامعه مهم و ارزشمند است و به عنوان کمک اجتماعی تلقی می‌شود (Keyes & Shapiro, 2004).

3- پذیرش اجتماعی: تفسیر فرد از جامعه و ویژگی‌های دیگران است. افرادی که دارای این بعد از سلامت اجتماعی هستند، اجتماع را به صورت مجموعه‌ای از افراد گوناگون درک می‌کنند و دیگران را با همه نقض‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی‌ای که دارند، می‌پذیرد و به دیگران به عنوان افراد با ظرفیت و مهربان، اعتماد و اطمینان دارند (Keyes & Shapiro, 2004).

4- پیوستگی اجتماعی: باور به این که اجتماع قابل فهم، منطقی و قابل پیش‌بینی است. افرادی که از نظر اجتماعی سالم‌اند نه تنها درباره نوع جهانی که در آن زندگی می‌کنند، بلکه هم چنی، درباره آنچه اطرافشان رخ می‌دهد، علاقمند بوده و احساس می‌کنند قادر به فهم وقایع اطرافشان هستند. این مفهوم در مقابل بی‌معنایی در زندگی است و در حقیقت درکی که فرد نسبت به کیفیت، سازمان دهی و اداره دنیای اجتماعی اطراف خود دارد.

5 - شکوفایی اجتماعی: عبارت است از ارزیابی پتانسیل‌ها و مسیر تکامل جامعه و باور به این که اجتماع در حال یک تکامل تدریجی است و توانمندی‌های بالقوه‌ای برای تحول مثبت دارد. این افراد به آینده جامعه امیدوارند و بر این باورند که خود و دیگران از پتانسیل‌هایی برای رشد اجتماعی بهره‌مند هستند و جهان می‌تواند برای آن‌ها و دیگران بهتر شود (Keyes & Shapiro, 2004).

¹ - Seeman

چارچوب نظری این پژوهش نظریه کیز می‌باشد. سلامت اجتماعی شامل عناصر متعددی است که این عناصر در کنار یکدیگر نشان می‌دهد که چگونه و در چه درجه‌ای، افراد در زندگی اجتماعی خود، خوب عمل می‌کنند؛ مثلاً به عنوان همسایه، همکار و همشهری (keys et all, 2004, p35). در سلامت اجتماعی، فرد، اجتماع و مردم آن را با همه نقص‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی باور دارد و می‌پذیرد (keys, 1998, p122)؛ بنابراین، بر اساس نظریه کیز می‌توان این قضیه را استخراج کرد که زنان شاغل و خانه‌دار در محیط و فضای اجتماعی متفاوتی بسر می‌برند که این باعث می‌شود میزان سلامت اجتماعی آن‌ها متفاوت شود و در ادامه زنان شاغل و خانه‌دار دارای میزان متفاوتی از مهارت‌های ارتباطی و عزت نفس، تفاوت در قدرت تصمیم‌گیری شود.

فرضیه‌های پژوهش

با توجه به ابعاد نظری و تجربی مسئله، فرضیه‌های پژوهش به شرح زیر است:

- 1- سلامت اجتماعی زنان برحسب وضعیت شغلی متفاوت است.
- 2- مهارت ارتباطی زنان برحسب وضعیت شغلی متفاوت است.
- 3- قدرت تصمیم‌گیری زنان برحسب وضعیت شغلی متفاوت است.
- 4- عزت نفس زنان برحسب وضعیت شغلی متفاوت است.
- 5- بین موقعیت ساختاری (سن، درآمد، تحصیلات)، زنان شاغل و خانه‌دار و سلامت اجتماعی تفاوت معنی داری وجود دارد.

ابزار و روش پژوهش

روش پژوهش از نوع پیمایشی است و ابزار بکار رفته، پرسش‌نامه بوده است. پژوهش پیمایش یکی از روش‌گردآوری، تنظیم و تحلیلی داده‌هاست. در این پژوهش، روش پیمایش مقطعی (cross-sectional) با دو هدف توصیف و تبیین مورد استفاده قرار خواهد گرفت که در سطح توصیف هدف نشان دادن تصویری از شرایط یا پدیده‌های مورد بررسی برای شناخت بیش‌تر شرایط موجود در نمونه‌هاست. در سطح تحلیل، هدف یافتن روابط بین متغیرهای مستقل و وابسته و تلاش برای تبیین تغییرات یا واریانس با توجه به متغیرهای مستقل است. شیوه نمونه‌گیری این پژوهش خوشه‌ای چندمرحله‌ای می‌باشد. جامعه آماری پژوهش 135595 نفر از زنان خانه‌دار شهر یزد است که حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران 384 نفر برآورد شده است. هم‌چنین، 182 نفر از زنان شاغل دانشگاه یزد انتخاب شدند. زنان هر دو گروه از نظر سن و تحصیلات هم‌تاسازی شدند. زنان هر دو گروه در گروه سنی 19-62 سال قرار داشتند؛ و از نظر تحصیلات هم از تحصیلات ابتدایی تا دکترا مورد بررسی قرار گرفتند. گردآوری داده‌ها در این پژوهش از راه مراجعه مستقیم پژوهشگر به

پاسخگویان و ارایه پرسش نامه به آن‌ها، انجام گرفته است. سپس پرسش نامه‌های مورد نظر در اختیار آنان قرار گرفت. این پرسش نامه‌ها عبارت‌اند از:

پرسش نامه سلامت اجتماعی: این پرسش نامه مشتمل بر 33 پرسش است که به وسیله کیز در سال 1998 طراحی شده است و مقیاس آن طیف لیکرت است و در 5 بعد، یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، سهم داشت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پیوستگی اجتماعی، سلامت اجتماعی را می‌سنجد. نمره فرد در این پرسش نامه از راه جمع نمره‌های گزینه‌ها بدست می‌آید.

پرسش نامه مهارت‌های ارتباطی: به وسیله بردبار در سال 1388 ساخته شده است. پرسش نامه ارزیابی مهارت‌ها و توانمندی‌های ارتباطی و تعاملی مشتمل بر 18 پرسش است که پرسش‌ها را در سه بعد ارتباط و مهارت شنیداری، ارتباط و مهارت غیر کلامی و ارتباط و مهارت کلامی مورد سنجش قرار می‌دهد.

پرسش نامه عزت نفس روزنبرگ: برای سنجش عزت نفس، از مقیاس عزت روزنبرگ استفاده شده است. این ابزار یک مقیاس ده پرشی است. هر گزاره این مقیاس دارای پنج گزینه است که دامنه آن از کاملاً موافق (نمره 5) تا کاملاً مخالف (نمره 1) گسترده است.

پرسش نامه محقق ساخته قدرت تصمیم‌گیری: متغیر قدرت تصمیم‌گیری از ترکیب گویه‌های ابعاد قدرت تصمیم‌گیری (امور مربوط به ظاهر زن، امور مربوط به فرزندان، اشتغال، تفریح و اوقات فراغت، تحصیلات، خرید و فروش مسکن، ماشین و لوازم اساسی منزل) ساخته شده و متغیری فاصله‌ای است ابعاد و مقدار این متغیر بین نمره 1 تا 5 قرار دارد.

بمنظور بدست آوردن روایی ابزاری، از روایی صوری استفاده شده است و برای بدست آوردن پایایی، از آزمون آلفای کرونباخ بهره گرفته شده است. این شیوه سنجش پایایی مبتنی بر محاسبه ضریب آلفای کرونباخ، بر اساس میزان همبستگی تک تک آیتم‌های تشکیل دهنده مقیاس با کل مجموعه است. در این زمینه ضریب آلفای کرونباخ بدست آمده برای متغیر سلامت اجتماعی، برابر 85/ است. هم‌چنین، ضرایب آلفای کرونباخ مهارت‌های ارتباطی 72/، عزت نفس 85/ و قدرت تصمیم‌گیری 69/ بدست آمده است. برای انجام پردازش داده‌ها از نرم افزار آماری SPSS 20 استفاده شده است. تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو سطح توصیف و تبیین صورت گرفته است. بکارگیری روش‌های آماری بر اساس ماهیت متغیرها در این پژوهش با کاربرد آزمون t ، ضریب همبستگی پیرسون، ضریب آنوای یک طرفه، رگرسیون چند متغیره و تحلیل مسیر استفاده شد.

یافته‌ها

(یافته‌های توصیفی)

بر اساس نتایج بدست‌آمده در این پژوهش، کمینه سن پاسخگویان 19 سال و بیشینه 62 سال بوده است. 8/9 درصد از پاسخگویان مجرد و 87/7 درصد متأهل هستند. از نظر تحصیلات نیز وضعیت تحصیلی پاسخگویان به قرار زیر است: زیر دیپلم: 107 نفر (18/3 درصد)؛ دیپلم: 153 نفر (26/2 درصد)؛ فوق‌دیپلم: 95 نفر (16/3 درصد)؛ لیسانس: 164 نفر (28/1 درصد)؛ فوق‌لیسانس و بالاتر: 63 نفر (10/8 درصد). از نظر نوع شغل 6/5 درصد استاد، 22/4 درصد کارمند، 1/9 درصد خدمه و 3/8 درصد مسئول می‌باشند. به لحاظ منزلت شغلی 12 درصد منزلت شغلی خود را بالا، 21/1 درصد متوسط و 1/2 درصد پایین انتخاب کرده‌اند.

یافته‌های استنباطی

- فرضیه ۱: سلامت اجتماعی، برحسب وضعیت شغلی متفاوت است.
 فرضیه ۲: مهارت ارتباطی زنان برحسب وضعیت شغلی متفاوت است.
 فرضیه ۳: قدرت تصمیم‌گیری زنان برحسب وضعیت شغلی متفاوت است.
 فرضیه ۴: عزت‌نفس زنان برحسب وضعیت شغلی متفاوت است.

جدول ۱- مقایسه زنان شاغل و خانه‌دار از نظر سلامت اجتماعی، مهارت ارتباطی، قدرت تصمیم‌گیری، عزت‌نفس.

متغیر	نمونه	میانگین	انحراف معیار	T	معناداری آزمون	درجه آزادی
سلامت اجتماعی	خانه‌دار	103/77	11/18	9/151	0/00	567
	شاغل	115/01	14/79			
مهارت ارتباطی	خانه‌دار	66/22	11/53	3/919	0/00	577
	شاغل	69/36	7/59			
قدرت تصمیم‌گیری	خانه‌دار	27/39	7/803	8/507	0/00	558
	شاغل	33/14	6/500			
عزت‌نفس	خانه‌دار	34/57	6/945	7/208	0/00	579
	شاغل	38/23	5/125			

چنان که در جدول 1 مشاهده می‌شود، میانگین سلامت اجتماعی زنان شاغل (115/01) و زنان خانه‌دار (103/77) متفاوت است و تفاوتی معنادار بین دو گروه زنان شاغل و خانه‌دار از نظر

سلامت اجتماعی مشاهده شد ($p < 0/05$)؛ $t(9/151)$. میانگین مهارت‌های ارتباطی زنان شاغل 69/36 می‌باشد که بیش تر از زنان خانه دار (66/22) است که این تفاوت از نظر آماری معنادار می‌باشد؛ یعنی زنان شاغل از مهارت‌های ارتباطی بیش تری برخوردارند ($p < 0/05$)؛ $t(3/919)$. زنان شاغل از قدرت تصمیم‌گیری (33/14) بیش تری نسبت به زنان خانه دار (27/39) برخوردارند که این تفاوت از نظر آماری معنادار می‌باشد. ($p < 0/05$)؛ $t(8/507)$. میانگین عزت نفس برای زنان شاغل برابر با 38/23 و برای زنان خانه دار برابر با 34/57 است. این نتایج نشان می‌دهند که عزت نفس در زنان شاغل بیش تر از خانه دار است و این تفاوت از نظر آماری معنادار است ($p < 0/05$)؛ $t(7/208)$.

فرضیه 5: بین درآمد، وضعیت تحصیل زنان شاغل و خانه‌دار و سلامت اجتماعی تفاوت معنی داری وجود دارد.

جدول ۲- نتایج آزمون تحلیل واریانس یک سویه متغیرهای فردی (وضعیت تحصیل، درآمد) و سلامت اجتماعی زنان شاغل.

متغیر	وضعیت تحصیلی		وضعیت درآمد	
	F	معناداری	F	معناداری
سلامت اجتماعی	3/7	0/006	4/5	0/005

جدول بالا خلاصه تفاوت میانگین هریک از متغیرهای مستقل و وابسته را در نمونه زنان شاغل نشان می‌دهد، چنان‌که مشاهده می‌شود، میانگین سلامت اجتماعی زنان برحسب وضعیت تحصیل و درآمد معنادار است، یعنی هرچقدر تحصیلات زنان افزایش پیدا کند و زنان در جامعه شاغل شوند و صاحب درآمدی در جامعه شوند، سلامت اجتماعی آن‌ها افزایش می‌یابد.

جدول ۳- نتایج آزمون تحلیل واریانس یک سویه متغیرهای فردی (وضعیت تحصیل، درآمد) و سلامت اجتماعی زنان خانه دار.

متغیر	وضعیت تحصیلی	
	F	معناداری
سلامت اجتماعی	1/1	0/357

جدول بالا خلاصه تفاوت میانگین هریک از متغیرهای مستقل و وابسته را در نمونه زنان خانه‌دار نشان می‌دهد. چنان‌که مشاهده می‌شود، میانگین سلامت اجتماعی زنان برحسب وضعیت تحصیلی معنادار نمی‌باشد و فرضیه رد می‌گردد.

جدول ۴- ضرایب استاندارد و خام رگرسیون گام به گام برای پیشی بینی سلامت اجتماعی زنان.

متغیر	ضرایب خام		ضرایب استاندارد		معناداری آماری
	B	خطای استاندارد	بتا	T	
مقدار ثابت	62/172	3/848		16/157	0/000
عزت نفس	0/771	0/076	0/385	10/176	0/000
درآمد	1/817	0/427	0/188	4/250	0/000
مهارت‌های ارتباطی	0/133	0/046	0/106	2/873	0/004
تحصیلات	1/007	0/450	0/097	2/236	0/026
قدرت تصمیم‌گیری	0/139	0/066	0/082	2/110	0/035
		$R^2=0/339$ $P= 0/000$		$R=0/587$ $F=56/149$	

بر اساس داده‌های جدول 9، از 6 متغیر پنج متغیر مستقل مهم در مدل رگرسیونی باقی ماندند که ضریب همبستگی چندگانه آن‌ها با سلامت اجتماعی زنان برابر $R=0/587$ و ضریب تعیین تعدیل‌شده برابر با $R^2_{Adj}=0/339$ بدست آمد. این ضریب نشانگر آن است که با استفاده از پراکنش‌های خطی متغیرهای مستقل رگرسیونی، می‌توان 34 درصد از سلامت اجتماعی زنان شاغل و خانه‌دار را توضیح داد. در مجموع، بر اساس داده‌های این جدول و با توجه به ضرایب بتاهای استاندارد شده، به ترتیب عزت‌نفس با مقدار $\beta=0/385$ ، درآمد با مقدار $\beta=0/188$ ، مهارت‌های ارتباطی با مقدار $\beta=0/106$ ، تحصیلات با مقدار $\beta=0/097$ و قدرت تصمیم‌گیری با مقدار $\beta=0/082$ بیش‌ترین تأثیر در تبیین تغییرات و پیش‌بینی سلامت اجتماعی زنان شاغل و خانه‌دار داشته‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

مفهوم سلامت اجتماعی، مفهومی است که در کنار ابعاد جسمی و روانی سلامت مورد توجه قرار گرفته است و جنبه اجتماعی آن با محور قرار دادن فرد مورد بررسی قرار می‌گیرد (Sam Aram, 2010). همان‌گونه که اشاره شد، سلامت اجتماعی به معنای ارزیابی فرد از عملکردش در برابر اجتماع به عنوان یکی از ابعاد مهم سلامتی مطرح شده است. بنابر نظر کبیز، کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی‌توان بدون معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد.

این مطالعه، باهدف مقایسه سلامت اجتماعی زنان شاغل و خانه‌دار شهر یزد انجام گرفت. به‌همین منظور، با استفاده از نظریه‌ها و پژوهش‌های انجام‌شده و از سوی سایر پژوهشگران، تعداد 3 متغیر مستقل در قالب تعدادی فرضیه طرح شد و سپس، متغیرها در قالب یک پرسش‌نامه در اختیار نمونه‌های مورد مطالعه شامل 384 نفر از زنان خانه‌دار شهر یزد و 200 نفر از کارکنان

دانشگاه دولتی و آزاد شهر یزد قرار گرفت که از راه نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای از مناطق گوناگون شهر انتخاب و کارمندان دانشگاه نیز به‌همین شکل انتخاب شده بودند. سپس، داده‌های گردآوری شده بمنظور آزمون فرضیه‌ها در سطوح تحلیل شامل تحلیل مسیر، معادله رگرسیونی، مقایسه میانگین و همبستگی مطالعه شدند.

نتایج پژوهش نشان دادند که سلامت اجتماعی زنان شاغل نسبت به زنان خانه دار بیش تر است و این تفاوت در بعد شکوفایی اجتماعی و مشارکت اجتماعی بیش تر می باشد. زنان شاغل به دلیل حضور در جامعه فرصت بیش تر برای شکوفایی استعداد خود دارند. زنان شاغل بدلیل داشتن درآمد مستقل و منزلت اجتماعی از عزت نفس بیش تری برخوردارند و با اعتماد به نفسی بیش تر در جامعه حضور پیدا می‌کنند. این گروه از زنان قدرت تصمیم‌گیری بالاتری دارند و دارای استقلال‌ی بیش تر در زمینه مسایل مربوط به فرزندان، امور مالی خانواده، خرید و فروش مسکن و ماشین دارند. زنانی که دارای درآمد بالای یک میلیون هستند، از سلامت اجتماعی بیش تری برخوردارند و زنانی که بدون درآمد مستقل هستند، از سلامت اجتماعی پایینی برخوردارند. هم‌چنین، میزان پذیرش اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی و انطباق اجتماعی در زنان با درآمد بالا بیش تر است. زنانی که بدون درآمد هستند، از عزت نفس پایینی برخوردار هستند، ولی میزان مهارت ارتباطی در افراد با درآمد گوناگون تفاوت چندانی ندارد. مقدار سلامت اجتماعی، عزت نفس، قدرت تصمیم‌گیری و مهارت ارتباطی در زنان با منزلت اجتماعی بالا بیش تر است. زنانی که استاد و کارمند هستند، از قدرت تصمیم‌گیری، عزت نفس، مهارت ارتباطی و سلامت اجتماعی بالاتری برخوردار هستند.

نتایج فرضیه نخست نشان دادند که میانگین سلامت اجتماعی زنان شاغل بیش تر از زنان خانه دار است. زنان شاغل سلامت اجتماعی بهتری دارند و زنان شاغل در همه ابعاد: انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، انطباق اجتماعی زنان شاغل نسبت به زنان خانه دار میانگین بالاتری داشتند. زنان شاغل به دلیل حضور بیش تر در اجتماع، محیط کار مشارکت بیش تری در اجتماع دارند و دارای قدرت انطباق بیش تری در برابر مسایل و موقعیت‌های جدید هستند و این امکان را دارند که در محیط کار استعداد خود را شکوفا کنند، اشتغال زنان امکانات بیش تری برای مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، انطباق اجتماعی کند. زنان خانه دار به دلیل حضور طولانی مدت در خانه و کارهای یکنواخت منزل فرصت کم تری برای حضور بیش تر در اجتماع دارند و همین باعث می‌شود که زنان خانه دار نتوانند استعداد خود را شکوفا سازند و قدرت انطباق با شرایط و موقعیت جدید را نداشته باشند.

این با نتیجه پژوهش کیز (keys, 2004)، که وضعیت اشتغال برای سلامت زنان مهم‌تر از مردان است، تقریباً همسو بود. زنان شاغل خود را عضوی مهم در جامعه و پیشرفت آن می‌دانند و نسبت

به آینده و تکامل جامعه امیدوارتر هستند. زنان شاغل بدلیل مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی باعث جذب در چارچوب اجتماعی می‌شود و در نتیجه، بین ارزش‌های فردی و اجتماعی تفاوتی نمی‌بینند و نسبت به ارزش و هنجارهای اجتماعی احساس مسئولیت و اعتماد دارند که این باعث افزایش یکپارچگی اجتماعی می‌شوند. بنابراین، احساس می‌کنند که سرنوشت اجتماع به اجزای تشکیل دهنده اجتماع مربوط است و اجتماع را مکانی مناسب برای تکامل خود می‌بیند که این باعث شکوفایی اجتماعی می‌شود و با این تفکر احساس می‌کنند جامعه انقدر پیچیده نیست که نتوان آینده را پیش بینی کرد که این باعث پیوستگی اجتماعی می‌شود. بنابراین، نگرشی مثبت نسبت به اجتماع و افراد آن دارند که این پذیرش اجتماعی را به همراه دارد و در نتیجه سلامت اجتماعی فرد را افزایش می‌دهد.

براساس نتایج فرضیه دوم، مهارت ارتباطی زنان بر حسب وضعیت اشتغال متفاوت است. زنان شاغل از مهارت‌های ارتباطی بالاتری نسبت به زنان خانه‌دار بهره‌مند هستند. با توجه به این که دایره ارتباطات زنان شاغل گسترده‌تر از زنان خانه‌دار است، می‌توان توجیه کرد که مقدار مهارت‌های ارتباطی آن‌ها بالاتر است. شنایدر و همکاران مهارت‌های ارتباطی را به‌عنوان وسیله ارتباط میان فرد و محیط تعریف می‌کنند و فرد دارای مهارت‌های ارتباطی بالا با ایجاد رابطه‌ای سالم و سازنده با دیگران به سلامت اجتماعی بالاتری دست می‌یابد. افرادی که از مهارت‌های ارتباطی بیش تری برخوردارند توانایی انطباق بیش تری در جامعه دارند. آن‌ها دارای قدرت کلامی بهتری هستند بنابراین، میزان پذیرش اجتماعی آن‌ها بیش تر می‌شود.

فرضیه سوم این پژوهش نشان داد که قدرت تصمیم‌گیری زنان بر حسب وضعیت اشتغال متفاوت است. نتایج نشان دادند زنان شاغل از قدرت تصمیم‌گیری بالاتری نسبت به زنان خانه‌دار برخوردارند. زنان شاغل به دلیل داشتن درآمد از قدرت تصمیم‌گیری بیش تری نسبت به زنان خانه‌دار برخوردار هستند و دارای آزادی عمل بیش تری در مورد امور مالی و مسایل مربوط به فرزندان هستند.

نتایج فرضیه چهارم نشان دادند که زنان شاغل نسبت به زنان خانه‌دار از عزت نفس بیش تری برخوردارند. نتایج پژوهش نیز با پژوهش رفعت‌جاه (rafatjah, 2008) که تاکید بر نتایج اشتغال بر افزایش عزت نفس و استقلال مالی دارد، همسو می‌باشد. زنان شاغل به دلیل حضور در اجتماع و داشتن درآمد و استقلال احساس رضایت بیش تری نسبت به خود دارند و از اعتماد به نفس و عزت نفس بیش تری برخوردارند.

نتایج فرضیه پنجم نشان دادند بین وضعیت تحصیلی زنان شاغل و خانه‌دار و سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد، یعنی هرچقدر تحصیلات افزایش پیدا کند و زنان صاحب شغل شوند سلامت اجتماعی آن‌ها افزایش می‌یابد. این یافته با نتایج کیزی و شاپیرو (Keyes & Shapiro, 2008)،

میراوسکی (Mirowesky & Ross, 1989) و کییز (Keyes, 1998) همخوانی دارد. بین درآمد زنان شاغل و سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد، یعنی زنانی که دارای درآمد هستند، سلامت اجتماعی بیش تری دارند. این مسئله را می‌توان به این امر مربوط دانست که در افراد تحصیل کرده حس تعلق بیش تری نسبت به اجتماع وجود دارد. به نظر می‌رسد این افراد خود را عضو حیاتی و با ارزش جامعه دانسته و سعی می‌کنند مدام کیفیت روابط بین فردی خود را در گروه‌های اجتماعی که در آن عضویت دارند، مورد ارزیابی قرار دهند. شرایط اقتصادی-اجتماعی بالا با سلامت اجتماعی بهتر همراه است. برخی از پژوهشگران بر این باورند که دنبال کردن اهداف مالی در زندگی می‌تواند به کاهش سلامت منجر گردد و دلیل آن‌ها این است که تعقیب چنین اهدافی شانس بدست آوردن اهداف لذت بخش دیگر را کاهش می‌دهد.

روی هم رفته، سلامت اجتماعی باعث می‌شود افراد جامعه 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 پر رنگ و مهم‌تری در اجتماع ایفا کنند. زنان با اشتغال به عزت نفس بیش تری دست می‌یابند و با این استقلال مالی انگیزه بیش تری رأی حضور در جامعه دارند؛ بنابراین نتایج این پژوهش مسئولان باید نگرانی بیش تری در مورد سلامت اجتماعی زنان داشته باشند و با توجه به این که زنان نقشی مهم در خانواده و جامعه دارند و تربیت‌کنندگان نسل بعدی جامعه می‌باشند، لذا سلامت آن‌ها بویژه سلامت اجتماعی آن‌ها مهم می‌باشد.

References

- Blanco, A. B. & Díaz, D. (2007). Social order and mental health: A social wellbeing approach. *Psychology in Spain*, No.11, PP.61-71.
- Abdullah tabar, H. & Cady, A. et al.(2009). Evaluation of students' social health, *Journal of social welfare Quarterly*, Vol.8, No. 31,30 .PP.171-190. (Persian)
- Adam, Ph. Claudine, H. (2007). *Diseases and Medical Sociology.*(Lawrance), Tehran: world. (Persian)
- Aliverdi Niya, A. Chare poor, M. & Rmzyar, M. (2009), Social capital and crime family, *women's Journal*, Vol .6, No. 2,PP.107-132. (Persian)
- Aron, R. (2003), *The basic steps of passing thought in sociology.* (Bagher Parham.)Tehran: scientific-cultural Publications. (Persian)
- Bowling, A. (1998), *Measuring Health*, Philadelphia: Open University press.
- Carlson, J. Spray, L. & Lewis, J. (2010). family therapy (treatment ensures efficient). (Navabinejad), Tehran: parent-teacher organizations, printing.(Persian)

- Carr, A. (2004). *Positive psychology: The science of happiness and human strengths*. Routledge.
- Cicognani, E. Pirini, C. Keyes, C. Joshanloo, M. Rostami, R. & Nosratabadi, M. (2007). *Social Participation, Sense of Community and Social Well Being: A Study on American, Italian and Iranian University Students*, Springer Science Business Media B.V. PP.97-112.
- Fadaye Mehrabani, M. (2008). *urbanization, social media and health*, Journal of Research and Evaluation, Vol.14,No.49,PP.67-86. (Persian)
- Fathi, M. Ajamnejad, R. & Khakrangin, M. (2013). *Factors Contributing to Social Health among Teachers of Maraghe City*. Journal of Social Welfare Quarterly, Vol.12,No.47,PP.225-243.(Persian)
- Fromm, E. (2007), *A healthy society*, (Tabrizi), the fourth edition, Tehran: Behjat.(Persian)
- Garrido, M. & Azpiazo. (2002), *Using the SF-36 With Older Adults: Across-Sectional, Community- based Survey, Age & Aging*,British Geriatrics Society.
- Hayati,S, & Jafari, M. (2015).*The role of women s employment on family social health: Cace study-Tehran,Districts 1,2,19,20*, Journal of Community Health Research. Vol.4,No.1,PP.11-18.
- Hdaday, M. Kaldy, A. R, Sajjady, Humira, & Salehi, M. (2012) *Occupational levels and mental health and of working women*, Journal of Social Welfare, Vol.11, No.40,PP.107-128. (Persian)
- Hosseini, S.F. (2009). *Evaluation of the degree of social health and influencing factors upon it among students in the Faculty of Social Sciences, University of Allameh Tabatabai, Faculty of Social Sciences, Allameh Tabatabai University,Tehran*. (Persian)
- Hosseini,A. & Taghipoor, M. (2010). *The effect of social support on social health of women heads of households*, Journal of Social Research, Vol.3,No.4,PP.140-159.
- Kangarlu, M. (2009), *The public health measure of shahed and nonshahed students*, Social Work Master's thesis, University of Allameh Tabatabai.
- Keys, Carey, AL, MS.Shapiro, Adam D. (2008), *Social health in the United States, a descriptive epidemiology*. (Hosseini), Shyagv University Press.(Persian)
- Keyes, C. & Lee, M. (1998), *Social Well-being*, Journal of Social Psychology Quarterly, Vol.61, No.2,PP.121-190.
- Keyes, C. Lee, M. & Shapiro, A. (2004), *social well-being in the united states: A Descriptive Epidemiology*.
- Larson, J.S. (1996), *The world organization Definition of Health: Social Versus Spiritual Health*, Social Indicator Research, 38.

- MacKian, S.C. (2008). What the papers say: Reading therapeutic landscapes of women's health and empowerment in Uganda. *Journal of Health & Place*, Vol.14, No. 1, PP.106-115.
- Marandi, A. R. (2007), *Public Health*, Tehran: Beheshti martyr University Press.(Persian)
- Mirowsky, J. & Ross, C. E. (2003). "Social causes of psychological distress". Transaction Publishers.
- Mohebi, H. (2008). *The last condition of working in Iran, The service of social press Ivana*. (Persian)
- NajafAbadi, A. (2011), *Investigation of the social factors affecting the health of the young women in Esfahan*. Faculty of Social Sciences in Tabatabai University.(Persian)
- Nasaji, Z. (2006). *W omen, employed, family*, Afarinesh magazine, PP.235. (Persian)
- Parry Sarah patricia, M.S.S.W. (1987), *A study of the relationship between visitation and the perceived Social well-being of nursing home residents, the university of texas at Arlington*.
- Parvizi, S. Qasemzadeh Kakrudee, F. Fatemi, S. & Naeemeh, N. F (2010). *Social determinants of health of women living in Tehran: Aqualitative study*. *Journal of Nursing Research*, Vol.4, No.15, PP.15-6. (Persian)
- Rafi Poor, F. (2000). *Anomie or social turmoil(the research potential of anomiein Tehran*, Tehran: Soroush Press. (Persian)
- Rafatjah, M. (2008). *effect of position job on the employed women lifestyle*. *Journal of cultural and communication studies*, Vol.4, No.11, PP.139-160. (Persian)
- Safiry, Kh. & Mansourian Ravandy, F. (2014). *Explaining the relationship between gender identity and social health of young women and menin Tehran*, *Journal of applied sociology*, Vol. 53, No.1, PP.70-51.(Persian)
- Sajjadi, H. & Sdralsadat, S.J. (2006), *indicators of social, economic and political infomation Quarterly*, Vol. 207, No. 208, PP.253-244.(Persian)
- Sam Aram, A. A. (2010), *The relationship of public health and social security, with an emphasis on community policing approach*. *Socialorder*, Vol.1, No.1, PP. 29-10.(Persian)
- Segrin, C. & Eliton, S.N. (2000), *Social skills Rating: "Poor Social Are a Vulnerability Factor in the Development of Psychosocial, Human Communication Research*, 26.
- Shvlts, D. Sydney, A. (2009), *Theories of personality*, (Seyed mohammadi, Y), Tehran: edited publication.(Persian)
- Tabadrzy, H. A. (2007), *Investigation of the relationship between social health and social demographic variables among Students of Social Welfare Rehabilitation Sciences University, University of Social Welfare and rehabilitation*. (Persian)

- Tavassoli, Gh.(2004), Social participation in anomic society, Tehran:Tehran University.(Persian)
- Veenstra, G. (2000). Social capital, SES and health: an individual-level analysis. Journal of Social science & medicine, Vol.50,No.5, PP.619-629.
- Wilkinson, R. G. (1996). Unhealthy societies: the afflictions of inequality. Routledge.
- World Health organization(WHO)1979,Health for all,sr.no5.
- Wilt, J. Cox, K. S. & McAdams, D. P. (2010). The Eriksonian life story: Developmental scripts and psychosocial adaptation. Journal of Adult Development, Vol.17,No.3, PP.156-161.
- Zuo, J. & Bian, Y. (2005). Beyond resources and patriarchy: Marital construction of family decision-making power in post-Mao urban China. Journal of Comparative Family Studies, PP. 601-622.



