

## مطالعه جامعه‌شناختی سلامت اجتماعی زنان و عوامل مؤثر بر آن (مطالعه موردی: زنان منطقه چهار شهری تهران)

احمد بخارایی<sup>\*۱</sup>

محمدحسن شربتیان<sup>۲</sup>

نفیسه ایمنی<sup>۳</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۲/۰۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۵/۱۳

### چکیده

انسان سالم، محور توسعه اجتماعی است و فرایند توسعه بدون توجه به سلامت، ناممکن است. سلامت اجتماعی در جامعه متأثر از عوامل بسیاری است که در مطالعات جامعه‌شناسی قابل مطالعه است. این نوشتار با هدف تحلیل جامعه‌شناختی سلامت اجتماعی زنان و عوامل مؤثر بر آن صورت گرفته است. در این پژوهش از روش پیمایشی و توصیفی زنان ۱۸ تا ۵۵ ساله منطقه چهار شهری تهران در سطح تحلیل واحد فردی در سال ۱۳۹۴ مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. حجم نمونه برابر با ۳۸۵ نفر بوده که از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای و تصادفی ساده با بهره‌مندی از ابزار پرسشنامه استاندارد شده نظرات پاسخگویان مورد ارزیابی قرار گرفته است. مقدار روایی سؤالات پرسشنامه برابر با ۰/۷۹ به‌دست‌آمده است؛ و فرضیه‌های این تحقیق با استفاده از نرم‌افزار Spss 22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. نتایج نشان داد که میزان سلامت اجتماعی زنان در حد متوسط روبه بالا بوده است و بالاترین مقدار میانگین مربوط به بعد پذیرش اجتماعی و کمترین مقدار مربوط به بعد شکوفایی اجتماعی است. همچنین یافته‌ها بیانگر رابطه مستقیم بین احساس امنیت اجتماعی، گشودگی، گرایش مذهبی و وضعیت تأهل با سلامت اجتماعی در جامعه مورد مطالعه بوده است. نتایج رگرسیون حاکی از آن است که از میان متغیرهای اثرگذار (احساس امنیت اجتماعی، گرایش دینی و گشودگی نسبت به تجارب) بر سلامت، متغیر گرایش مذهبی با مقدار بتای ۰/۵۹ به‌طور مستقیم بیشترین تأثیر را بر سلامت اجتماعی زنان جامعه مورد تحقیق داشته است؛ همچنین نتایج بیانگر این است که شاخص‌های احساس امنیت، گرایش مذهبی و گشودگی می‌توانند تا حدود ۵۰ درصد از متغیر وابسته را تبیین کنند.

**کلیدواژه‌ها:** احساس امنیت، امنیت اجتماعی، سلامت اجتماعی، گرایش دینی، گشودگی به تجارب.

۱- عضو هیات علمی گروه جامعه‌شناسی دانشگاه پیام نور

۲- مربی گروه جامعه‌شناسی دانشگاه پیام نور

۳- دانش‌آموخته کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه پیام نور

## مقدمه

برخوردار بودن از نعمت سلامتی برای اغلب انسان‌ها موضوعی فوق‌العاده مهم است. سلامت<sup>۱</sup> موضوعی مطرح‌شده در تمام فرهنگ‌هاست و تعریف آن در هر جامعه‌ای تا اندازه‌ای به حس مشترک مردمان، از سلامت و فرهنگ آن باز می‌گردد (سجادی و صدرالسادات، ۱۳۸۳: ۲۴۴). بیش از شصت سال از هنگامی که سازمان جهانی بهداشت<sup>۲</sup> (۱۹۴۶) برای نخستین بار برای سلامت انسان سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی بر می‌شمارد. این سازمان بر این نکته تأکید دارد که سلامت مفهومی است چندبعدی و هیچ‌کدام از ابعاد سلامتی بر دیگری برتری ندارد و امروزه سلامت یک محصول اجتماعی است؛ لذا برای دسترسی به سلامت کامل، تنها سلامت جسمی و روانی کافی نیست، بلکه از آنجا که انسان در محیطی جمعی زندگی می‌کند، سلامت اجتماعی<sup>۳</sup> نیز ضروری است (امینی رازانی و همکاران، ۱۳۹۰: ۲۰۴). امروزه سلامت اجتماعی، در کنار سلامت جسمی و روانی نقش بسزایی در زندگی دارد؛ به‌گونه‌ای که سلامتی فقط عاری بودن از بیماری‌های جسمی و روانی نیست، بلکه چگونگی عملکرد انسان در روابط اجتماعی و چگونگی تفکر وی از اجتماع نیز به‌عنوان معیارهای ارزیابی سلامت فرد در سطح کلان جامعه اهمیت بسیاری دارد (سام‌آرام، ۱۳۸۸: ۲)؛ بنابراین می‌توان گفت فرد سالم کسی است که از نظر اجتماعی، جامعه را به‌صورت یک مجموعه معنادار، قابل‌فهم و بالقوه برای رشد و شکوفایی دانسته و احساس می‌کند که به جامعه تعلق دارد، از طرف جامعه پذیرفته می‌شود و در پیشرفت آن سهیم است (Negovan<sup>۴</sup>, 2013: 89).

در یک جامعه پایدار، برابری، آموزش، بهداشت و احترام به حقوق دیگر انسان‌ها و برخورداری از نیازهای اساسی، از ملزومات یک جامعه و شاخص‌های توسعه آن به شمار می‌رود (سجادی و صدرالسادات، ۱۳۸۳: ۲۴۴). جامعه ایران با حجم نسبتاً انبوه جمعیت و تنوع گستردگی قومی- فرهنگی که در جغرافیایی نسبتاً ناموزون و بسیار متنوع توزیع شده است، با موضوع سلامت در تمام ابعاد آن روبه‌رو است. از سوی دیگر، شرایط جامعه که نشانگر جامعه‌ای در حال گذار و انتقال از وضعیت نسبتاً سنتی به وضعیت نسبتاً مدرن است، همراه با خود فرصت‌ها و تهدیدهایی به ارمغان می‌آورد؛ فرصت‌هایی برای یافتن راهکارها و

---

1. Health  
2. World Health Organization  
3. Social Health  
4. Negovan

مدل‌های ارتقاء و گسترش سلامت اجتماعی و تهدیدهایی در از دست رفتن سلامت اجتماعی موجود یا کم‌رنگ شدن آن به قیمت انتقال به دوره‌ی مدرن (موسوی و شیانی، ۱۳۹۴: ۱۴). در این راستا موضوع سلامت اجتماعی زنان یک مسئله حیاتی است که امروزه با چالش‌های فراوانی روبرو شده است.

سلامت زنان به تعاملات پیچیده‌ی بیولوژی فردی، رفتار بهداشتی، زمینه‌ی تاریخی، اجتماعی، امنیتی و سیاسی زندگی آن‌ها بستگی دارد (Kolander<sup>۱</sup>, 2012: 122). زنانی که از سلامت اجتماعی برخوردارند، با موفقیت بیشتری می‌توانند با چالش‌های ناشی از ایفای نقش‌های اصلی اجتماعی کنار بیایند و احتمالاً می‌توانند مشارکت بیشتری در فعالیت‌های جمعی داشته باشند در نتیجه باید انتظار داشت تطابق آنان با هنجارهای اجتماعی بیشتر خواهد شد. شرایطی که می‌تواند نقش مهمی در پیشگیری از انحراف که ابعادی فراتر از قلمرو رفتارهای فردی دارد، داشته باشند (فتحی و همکاران، ۱۳۸۹: ۲۲۸-۲۲۷).

در سال‌های اخیر، ترکیبی از تحولات اجتماعی و اقتصادی در جامعه، ما را ترغیب به پژوهش درباره‌ی سلامت اجتماعی زنان کرده است هرچند در ایران از جنبه‌های مختلف در مورد احساس سلامت و سلامت اجتماعی تحقیق شده است؛ اما به‌طور خاص بر روی زنان در ارتباط با موضوع مورد نظر، پژوهش خاصی انجام نشده که بتوان از دستاوردهای آن استفاده کرد؛ بنابراین با حصول نتایج این پژوهش می‌توان حساسیت و نگرانی مسئولان و قانون‌گذاران را در قبال سلامت و سلامت اجتماعی زنان بیشتر کرد. همچنین سازمان‌ها و ارگان‌ها نیز می‌توانند در جهت حفظ و ارتقای سلامت که در نهایت منجر به عملکرد بهتر فرد و ارتقای سلامت جمعی در جامعه می‌شود گام‌های مؤثری را بردارند (شربتیان، ۱۳۹۱: ۴)؛ بنابراین ضرورت می‌یابد که سلامت اجتماعی زنان به‌عنوان یکی از مسائل اجتماعی، مورد بررسی علمی قرار گیرد. با توجه به اینکه منطقه چهار شهر تهران به‌عنوان یکی از پرجمعیت‌ترین، وسیع‌ترین، مهاجرپذیرترین و پر ساخت‌وسازترین مناطق شهری است؛ دارنده بزرگ‌ترین حریم با دارا بودن پارک جنگلی لویزان و همچنین با ویژگی‌هایی چون وجود نابرابری اجتماعی - اقتصادی شدید در آن، جوان بودن میانگین سنی جمعیت، وجود اقشار آسیب‌پذیر در محله‌هایی همچون خاک سفید، شمیران نو و ... از سایر محله‌های تهران قابل تمایز و تفکیک است برای این پژوهش انتخاب شده است.

---

1. Kolander

پژوهش حاضر در پی مطالعه و تحلیل جامعه‌شناختی سلامت اجتماعی و به دنبال تبیین ارتباط و همچنین شناخت تأثیر احساس امنیت اجتماعی، گشودگی و گرایش مذهبی بر سلامت اجتماعی زنان منطقه چهار شهر تهران است. در این پژوهش تلاش می‌شود تا سؤالات زیر مورد بررسی و تحقیق قرار گیرد:

- (۱) میزان سلامت اجتماعی زنان چقدر است؟
- (۲) عواملی جامعه‌شناختی مطالعه شده در تحقیق چه تأثیری می‌تواند بر میزان سلامت اجتماعی زنان داشته باشند؟
- (۳) با توجه به عوامل اجتماعی تأثیرگذار بر میزان سلامت اجتماعی زنان و رابطه‌ی آن‌ها چه راهکارها و راهبردهایی در افزایش سلامت زنان می‌توان به صورت کاربردی و عملیاتی ارائه داد؟

### پیشینه پژوهش

مردانی (۱۳۹۳) در پایان‌نامه کارشناسی ارشد به بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه یزد پرداخته است. نتایج نشان داد که بین سن، پیشرفت تحصیلی، معدل، سلامت جامعه، گرایش به اعتیاد، شبکه‌های اجتماعی و حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی رابطه معنی‌داری وجود دارد. همچنین در آزمون رگرسیون به ترتیب متغیرهای پیشرفت تحصیلی، سلامت جامعه، شبکه‌های اجتماعی، سن، حمایت اجتماعی و معدل و گرایش به اعتیاد در تبیین تغییرات و پیش‌بینی سلامت اجتماعی دانشجویان نقش داشته اند. شربتیان (۱۳۹۳) در تحقیق سنجش میزان بهره‌مندی از شاخص‌های سلامت اجتماعی در بین جوانان ۱۸-۳۰ ساله شهرستان قاین نشان داد که متغیرهای اجتماعی همچون سرمایه اجتماعی، امنیت اجتماعی، نشاط اجتماعی، کیفیت زندگی و رضایت از زندگی بر سلامت اجتماعی جوانان تأثیر داشته؛ همچنین بر اساس نتایج رگرسیون و تحلیل مسیر، متغیرهای رضایت از زندگی، نشاط اجتماعی و کیفیت زندگی به ترتیب تأثیر مستقیمی در حدود ۴۳٪ بر سلامت اجتماعی داشته‌اند؛ و متغیرهای سرمایه اجتماعی و امنیت اجتماعی تأثیرگذار نبوده‌اند. رضایی (۱۳۹۲) در پایان‌نامه کارشناسی ارشد خود به بررسی میزان سلامت اجتماعی شهروندان شهر مشهد و شناخت برخی از عوامل تأثیرگذار بر آن پرداخته است؛ نتایج نشان داد که میزان سلامت اجتماعی شهروندان به طرز معناداری بالاتر از حد متوسط است؛ همچنین تأثیر معنادار عواملی همچون سن، وضعیت تأهل، حمایت اجتماعی،

شبکه اجتماعی، دین‌داری، اعتماد اجتماعی و احساس امنیت اجتماعی بر سلامت اجتماعی تأیید می‌گردد. پورستار و حکمتی (۱۳۹۲) در پژوهشی با عنوان پیش‌بینی سلامت اجتماعی بر اساس باورهای دینی در میان دانشجویان دختر دانشگاه آزاد تبریز انجام دادند به این نتیجه رسیدند که پذیرش و سهم داشت اجتماعی با همه ابعاد دینی و یکپارچگی و همبستگی اجتماعی با برخی از ابعاد دینی رابطه معناداری دارند؛ اما بین شکوفایی اجتماعی و عمل به باورهای دینی رابطه معناداری وجود ندارد. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره همزمان نیز نشان داد که انجام واجبات و فعالیت مذهبی، یکپارچگی اجتماعی را پیش‌بینی می‌کند (پورستار و حکمتی، ۱۳۹۲: ۴۰). بخشایش (۱۳۹۲) در پژوهشی با عنوان بررسی رابطه سلامت عمومی و تیپ‌های شخصیت با رضایت شغلی کارکنان مرکز بهداشت یزد انجام داده به این نتیجه رسید که عواملی از قبیل بی‌خوابی، اضطراب و گشودگی به تجربه با سلامت عمومی کارکنان، همبستگی معکوس دارد (بخشایش، ۱۳۹۲: ۴۷). محمدی و همکاران (۱۳۹۰) به بررسی نقش آموزش‌های دینی در سلامت فردی و اجتماعی پرداخته‌اند. نتایج نشان داد که نقش دین بر سلامت اجتماعی به انسجام و کنترل اجتماعی، کاهش رفتارهای ناپه‌نجا، ایجاد یک نظام فکری مشترک و اصلاح جامعه و تغییر افکار ناسالم موثر است. احمدی و همکارانش (۱۳۹۱) تحقیقی با عنوان مقایسه سلامت عمومی و ارتباط آن با ویژگی‌های شخصیتی بر دانش آموزان نوجوان دختر و پسر سراسر کشور به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انجام دادند به این نتیجه رسیدند که گشودگی به تجربه دانش-آموزان با سلامت عمومی آن‌ها همبستگی منفی و معنی‌داری دارد (احمدی و همکاران، ۱۳۹۱: ۲۹). سام آرام (۱۳۸۸) در مقاله‌ای به بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه‌محور پرداخته است. یافته‌ها نشان داده که رابطه مستقیمی بین افزایش ناامنی اجتماعی و کاهش میزان سلامت اجتماعی وجود دارد؛ همچنین شاخص سهم داشت اجتماعی یکی از ابعاد سلامت اجتماعی است که از مهم‌ترین عوامل تحقق پلیس جامعه‌محور یعنی توانمندسازی اجتماع به‌منظور کمک به رفع و حل مشکلات افزایش جرم و بی‌نظمی در اجتماع است (سام آرام، ۱۳۸۸). گروسی و صوفیانی (۱۳۸۷) تحقیقی به‌منظور بررسی ارتباط بین ابعاد شخصیت و سلامت عمومی دانشجویان انجام دادند؛ و از دانشجویان خواسته اند تا پرسش‌نامه‌ی شخصیتی نئو<sup>۱</sup> و پرسشنامه‌ی

سلامت عمومی<sup>۱</sup> را تکمیل کنند. نتایج نشان داد که بین ابعاد شخصیتی برون‌گرایی و با وجدان بودن، با سلامت عمومی دانشجویان رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار و بین روان‌نژندگرای و سلامت عمومی آنان، رابطه‌ی منفی و معنی‌دار وجود دارد. همچنین بعد گشودگی نسبت به تجربه با ابعاد اختلال جسمانی و اختلال در عملکرد اجتماعی ارتباط مثبت و معنی‌دار؛ اما نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه<sup>۲</sup> بیانگر وجود تفاوت بین میانگین‌های ابعاد شخصیت و سلامت عمومی در گروه‌های مختلف تحصیلی بوده است؛ و نتایج حاصل از اجرای مدل رگرسیونی نشان داد که از پنج ویژگی شخصیتی فقط سه ویژگی روان‌نژندگرای و برون‌گرایی و دلپذیری وارد مدل رگرسیونی شدند و این ویژگی‌های شخصیتی توانستند ۵۰ درصد از واریانس سلامت عمومی را تبیین کنند. کییز و اسموتین<sup>۳</sup> (۲۰۱۲) تحقیقی را مبنی بر ارتباط بین دو مدل سلامت و صفات شخصیتی، انجام دادند. تحقیقات نشان داد که برون‌گرایی و وظیفه‌شناسی پیش‌بینی‌کننده‌های قوی برای جنبه‌های چندگانه سلامت (به‌ویژه پذیرش خود، تسلط بر محیط و هدف در زندگی) هستند (keyes & Esmoutin: 2012). پل<sup>۴</sup> (۲۰۱۰) به بررسی رابطه بین عملکردهای ارتباطی، سلامت اجتماعی معنوی و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به سرطان پرداخته است. نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش حاکی از آن است که سلامت معنوی عمده‌ترین عامل تأثیرگذار زندگی این افراد بوده و سلامت اجتماعی پس از آن در رتبه دوم قرار داشته است؛ همچنین می‌توان گفت کیفیت زندگی را به‌عنوان رفاه عمومی، بهزیستی اجتماعی، شادکامی، رضایتمندی و ... تفسیر کرد؛ که با سلامت و ابعاد آن ارتباط مؤثر دارد (عبدالله تباردرزی، ۱۳۸۶). بلانکو و دیاز<sup>۵</sup> (۲۰۰۷) در مقاله‌ای تحت عنوان نظم اجتماعی و سلامت روانی، ارتباط بین ابعاد سلامت اجتماعی را به‌عنوان شاخص نظم اجتماعی با جنبه‌های دیگری از سلامت مثل میزان افسردگی، عزت‌نفس، سلامت درک شده، محرومیت، میزان آنومی و کنش‌های متقابل اجتماعی، احساسات مثبت و منفی و رضایت مورد بررسی قرار دادند و نتایج نشان داد که بین ابعاد سلامت اجتماعی به‌عنوان شاخص نظم اجتماعی و محرومیت، میزان آنومی و احساسات مثبت و منفی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد (Belaco & Diaz, 2007:63).

---

1. GHQ-28

2. ANOVA

3. keyes & Esmoutin

4. Paul

5. Belaco & Diaz

کییز و شاپیرو<sup>۱</sup> (۲۰۰۴) در مقاله‌ای به رابطه سلامت اجتماعی با متغیرهای جمعیت شناختی از قبیل جنسیت، تأهل، وضعیت شغلی و ... پرداختند. در این پژوهش وضعیت شغلی برای سلامت اجتماعی زنان مهم‌تر از مردان است و زنانی که وضعیت شغلی پایین‌تری داشتند، سلامت اجتماعی کمتری نسبت به مردانی با همان جایگاه شغلی گزارش دادند؛ بر این اساس می‌توان گفت همان‌طور که جایگاه شغلی افزایش می‌یابد زنان نسبت به مردان، به‌طور فزاینده‌ای سطوح بالاتری از پذیرش مشارکت و انسجام اجتماعی را گزارش می‌کنند (Keyes & Shapiro, 2004: 352). فرانسیس و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۰۴) در پژوهش خود نشان دادند که تفاوت در نگرش‌های مذهبی مهم‌تر از اعمال مذهبی می‌تواند سلامت افراد را پیش‌بینی کند. در حقیقت بسیاری از متغیرهای سلامتی به‌وسیله باورهای مذهبی تبیین می‌شود (کجباف و رییس‌پور، ۱۳۸۷: ۳۵).

### چارچوب نظری

نظریه سلامت اجتماعی کییز از یک اصل جامعه‌شناختی و روان‌شناختی نشأت می‌گیرد کییز معتقد است که مفهوم‌سازی سلامت باید آن‌قدر گسترده شود که سلامت اجتماعی را در برگیرد (Keyes, 1998: 133). کییز پنج ملاک را برای سلامت اجتماعی برمی‌شمارد که هم‌راستا با نظریه روان‌شناختی و جامعه‌شناختی است. انطباق اجتماعی<sup>۳</sup>: در مقابل با بی‌معنا بودن زندگی قابل‌مقایسه است و شامل دیدگاه‌هایی است که جامعه قابل‌سنجش است. از حیث روان‌شناختی، افراد سالم زندگی شخصی خود را با معنا و منسجم می‌بینند (Ryff, 1989). انسجام اجتماعی<sup>۴</sup>: به معنای احساس بخشی از جامعه بودن، فکر کردن به اینکه فرد به جامعه تعلق دارد. احساس حمایت شدن از طریق جامعه و سهم داشتن در آن (سام آرام، ۱۳۸۸: ۱۸). سهم داشت اجتماعی<sup>۵</sup>: عبارت است از ارزیابی ارزش اجتماعی که فرد دارد و شامل این عقیده است که آیا فرد جزئی مهم از جامعه است و چه ارزشی را به دنیای خود اضافه می‌کند (Keyes & Shapiro: 2004: 354). شکوفایی اجتماعی<sup>۶</sup>: ارزیابی پتانسیل و خط سیر جامعه است. شامل درک افراد از این موضوع است که آن‌ها هم از رشد اجتماعی

1. Keyes & Shapiro
2. Fransis
3. Social coherence
4. Social Integrnation
5. Social Contribution
6. Social Actualization

سود خواهند برد و اینکه نهادها و افراد حاضر در جامعه به شکلی در حال شکوفایی‌اند که نوید توسعه بهینه را می‌دهد و هرچند این امر برای همه افراد درست نیست (Keyes, 1998: 123). پذیرش اجتماعی<sup>۱</sup>: در پذیرش اجتماعی فرداجتماع و مردم آن را با همهٔ نقص‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی باور دارد و می‌پذیرد... افراد باور دارند که مردم می‌توانند ساعی و مؤثر باشند. این افراد دیدگاه مطلوبی نسبت به ماهیت انسان دارند و با دیگران احساس راحتی می‌کنند (Keyes & Shapiro; 2004: 355).

احساس امنیت اجتماعی<sup>۲</sup> به قلمروهایی از حریم افراد مربوط می‌شود که در ارتباط با دیگر افراد جامعه، سازمان‌ها و دولت است. اکثر افراد جامعه به‌طور مستمر و در طول زندگی روزمره با این قلمروها روبه‌رو می‌شوند و زندگی آن‌ها مستلزم ارتباط در این قلمروهاست. همه جوامع یک سری نیازهای اساسی دارند که معمولاً مشترک است؛ مانند غذا، امنیت، عشق و ... مسلم است که امنیت اجتماعی هر جامعه یکی از نیازهای اساسی است (Moller, 2000). همچنین می‌توان گفت که احساس امنیت اجتماعی عبارت است از میزان آرامش خاطر ذهنی و روانی افراد در مورد این‌که در زندگی روزمره خود چقدر در برابر خطرات احتمالی و مزاحمت دیگر افراد جامعه مصونیت دارند (مظلوم‌خراسانی و اسمعیلی، ۱۳۸۹: ۲۲۵). ماژلو<sup>۳</sup> نیازهای اساسی انسان را در یک هرم جای داده است که دارای پنج طبقه است. طبقات پایین‌تر، هرم نیازهای حیاتی‌تر و ساده‌تر و طبقات بالاتر، نیازهای پیچیده‌تر ولی کمتر حیاتی را نشان می‌دهند. نیازهای طبقات بالاتر فقط وقتی مورد توجه قرار می‌گیرند که نیازهای طبقات پایین‌تر برطرف شده باشند (شولتز و آلن<sup>۴</sup>، ۱۳۷۵: ۱۹). طبقه اول: جسمانی و فیزیولوژیکی شامل خوردن، نوشیدن، نفس کشیدن و غیره. طبقه دوم: امنیت شامل، امنیت شخصی در برابر جرائم، امنیت مالی و شغلی، بهداشت و سالم بودن، امنیت در برابر حوادث و بیماری‌ها. طبقه سوم: اجتماعی شامل دوستی، صمیمیت، خانواده‌ی پشتیبان و روابط مناسب داشتن با انسان‌ها، تعلق داشتن و پذیرفته شدن. طبقه چهارم: رضایت و احترام شامل نیاز به احترام و رضایت «احترام به خود»، «رضایت از خود» و «احترام به دیگران». طبقه پنجم: نیازهای متعالی (نیازهای انگیزش بخش) نیاز به تعلق و پذیرش در اجتماع، نیازهای ذهنی و فکری، نیازهای زیباشناختی و نیاز به خود شکوفایی نیز

- 
1. Social acceptance
  2. Filling Societal Security
  3. Maslow
  4. Schultz and Allen



در این دسته قرار می‌گیرند. نیازهای ذهنی و فکری شامل نیاز انسان به گسترش ذهن، فکر و هوش و نیازهای زیباشناسی، نیاز انسانی برای رشد کردن و رسیدن به خودشکوفایی است (همان: ۹۱). به اعتقاد مازلو مرحله آخر زمانی اتفاق می‌افتد که نیازهای اولیه افراد برآورده شده و فرد احساس امنیت و آرامش می‌کند؛ بنابراین تأمین امنیت می‌تواند زمینه‌ساز نیازهای دیگر از جمله تأمین سلامت اجتماعی افراد که وابسته به رده سوم تا پنجم هرم است باشد.

گرایش مذهبی<sup>۱</sup> نیز به مجموعه رفتارها، باورها و نگرش‌های مرتبط با اصول دین، فروع دین و دیگر حیطه‌های مذهب گفته می‌شود (دورکیم<sup>۲</sup>، ۱۳۸۳). طبق رویکرد نظریه‌پردازان کارکردگرا، آیین‌های مذهبی از طریق تحمیل انضباط بر نفس و قدری خویش‌داری، انسان‌ها را برای زندگی اجتماعی آماده می‌سازند. تشریفات مذهبی، مردم را گرد هم می‌آورند و بدین‌سان پیوندهای مشترکشان را دوباره تصدیق می‌کنند و در نتیجه همبستگی اجتماعی را تحکیم می‌بخشند. اجرای مراسم مذهبی، میراث اجتماعی گروه را ابقا و احیا می‌کند و ارزش‌های پایدار آن را به نسل‌های آینده انتقال می‌دهد و سرانجام، دین با برانگیختن احساس خوشبختی در مؤمنان و احساس اطمینان به حقانیت ضروری جهان اخلاقی‌ای که خودشان جزئی از آن‌اند، با احساس ناکامی و فقدان ایمان در آن‌ها مقابله می‌کند (کوزر، ۱۳۸۲: ۲۰۰). دورکیم، مذهب را مظهر همبستگی اجتماعی می‌داند و آن را به مثابه حقیقتی می‌داند که دارای کیفیتی مختص خود است؛ به این معنی که نمایش‌ها یا نمادهای دینی نه توهم محض‌اند و نه جانشین پدیده‌های دیگر مثل نیروهای طبیعی می‌شوند، بلکه آن‌ها در اذهان افراد وجود دارند تا از محرک‌های خودمدارانه ممانعت کنند و فرد را به طریقی تحت انضباط درآورند که بتواند به‌طور عینی به واقعیت بیرونی بپردازد. این نمایش‌های مشترک، با توانایی‌شان در جهت دادن و مهار انگیزش شخصی، آن اموری هستند که وجود جامعه را ممکن می‌سازند (گیدنز<sup>۳</sup>، ۱۳۷۷). به‌طور کلی ایجاد روابط گسترده با اعضای جامعه منجر به ارائه و دریافت حمایت اجتماعی بیشتر از سوی اطرافیان و در نتیجه باعث ارتقای سلامت اجتماعی افراد دین‌دار می‌شود. لذا طبق این رویکرد دین‌داری عامل دستیابی به سلامت اجتماعی است.

---

1. Religious tendency  
2. Durkheim  
3. Giddens

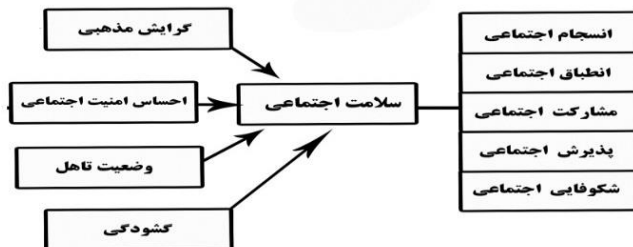
گشودگی<sup>۱</sup> به تجربه نیز یکی از مؤلفه‌های اصلی شخصیت انسان است که رفتارها و نگرش‌های وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. عناصر تشکیل‌دهنده گشودگی نسبت به تجربه، تصورات فعال، حساسیت به زیبایی، توجه به تجربه‌های عاطفی درونی و داوری مستقل است. افراد باز انسان‌هایی هستند که در مقایسه با افراد بسته، احساسات مثبت و منفی بیشتری دارند (گروسی فرشی، ۱۳۸۰) برای رابطه بین گشودگی و سلامت اجتماعی از دیدگاه نظریه صفات شخصیتی کاستا و مک کری<sup>۲</sup> استفاده شده است. کاستا و مک کری اولین کسانی بودند که به مطالعه صفات شخصیتی و تأثیر آن بر مؤلفه‌های سلامت پرداختند. آن‌ها در بررسی‌های خود نشان داده‌اند که صفات شخصیتی، می‌تواند مهم‌ترین عامل تأثیرگذار در سازگاری و سلامتی افراد به شمار آید. مدل پنج عاملی، شخصیت افراد را به پنج بعد روان رنجوری، برون‌گرایی، وظیفه‌شناسی، تطابق‌پذیری و گشودگی نسبت به پذیرش تجربیات تقسیم می‌کند. کاستا و مک کری ویژگی‌های شخصیتی را به‌عنوان ابعاد تفاوت‌های فردی در تمایل نشان دادن الگوهای پایدار فکر، احساس و عمل تعریف می‌کنند. تحقیقات در سال‌های اخیر نشان می‌دهد که گشودگی که یکی از پنج ویژگی صفات شخصیتی است با خردمندی، در برابر افکار جدید، جامعه‌پذیری، مشارکت در اجتماع، بازخوردهای تربیتی و خلاقیت و سلامت مرتبط است. شواهد نشان می‌دهد افرادی که چالش‌های جدید را می‌پذیرند دارای سلامت اجتماعی بیشتری دارند. همچنین افراد با فکر بسته و گشودگی اندک، با چیزهای آشنا احساس راحتی بیشتری می‌کنند و شوق کمتری برای تجربه‌ی موضوعات تازه و مشارکت اجتماعی که یکی از ابعاد سلامت اجتماعی است دارند (Costa. P.T., 1987: 1259).

بر اساس متغیرهای انتخاب‌شده از نظریات فوق و با توجه به ماهیت موضوع، برای ساختن چارچوب نظری تحقیق از مدل ترکیبی نظریه‌های سلامت اجتماعی کییز، نظریه هرم نیازهای مازلو، نظریه کارکردگراها درزمینه‌ی گرایش مذهبی، نظریه صفات شخصیتی کاستا و مک کری برای گشودگی بهره گرفته شده است. مدل نظری تحقیق به شرح زیر ارائه می‌گردد.

---

1. Openness to Experience

2. Costa. P.T. & MC



نمودار ۱: مدل مفهومی پژوهش

- با توجه به ادبیات تحقیق و چارچوب نظری که در سطور قبل بیان کرده‌ایم در این پژوهش مهمترین فرضیه‌هایی که مورد مطالعه قرار می‌گیرد به شرح زیر است.
۱. به نظر می‌رسد بین احساس امنیت اجتماعی زنان و سلامت اجتماعی آن‌ها رابطه وجود دارد.
  ۲. به نظر می‌رسد بین گرایش مذهبی زنان و سلامت اجتماعی آن‌ها رابطه وجود دارد.
  ۳. به نظر می‌رسد بین گشودگی زنان و سلامت اجتماعی آن‌ها رابطه وجود دارد.
  ۴. به نظر می‌رسد میزان سلامت اجتماعی، در بین زنان متأهل و مجرد متفاوت است.

### روش‌شناسی تحقیق

در این تحقیق، از روش پیمایش استفاده شده است. جامعه آماری شامل کلیه زنان ۱۸ تا ۵۵ سال، ساکن منطقه چهار شهری تهران است؛ که طبق آخرین سرشماری (۱۳۹۰)، تعداد کل افراد جامعه مورد مطالعه ۴۳۱۳۷۷ نفر بوده و حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران، برابر با ۳۸۵ نفر انتخاب شده‌اند. در اینجا به دلیل وسعت جغرافیایی و ناهمگونی جامعه آماری از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده شده است. یافته‌های پاسخگویان با به‌کارگیری از نرم‌افزار Spss 22 و با استفاده از آماره‌هایی چون: ضریب پیرسون، رگرسیون خطی چند متغیره تحلیل مسیر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. پایایی تحقیق بر اساس تکنیک آلفای کرونباخ برای تمامی متغیرها در حد مطلوب و بالایی بوده است؛ بنابراین بر اساس همبستگی درونی سؤالات مقدار آلفای کل برابر با ۰/۷۹ بدست آمده است.

جدول ۱: ضریب آلفای کرونباخ متغیرهای مستقل و متغیرهای وابسته

| نام متغیر           | تعداد گویه‌ها | مقدار آلفای کرونباخ |
|---------------------|---------------|---------------------|
| سلامت اجتماعی       | ۲۲            | ۰/۷۶۹               |
| احساس امنیت اجتماعی | ۲۴            | ۰/۸۰۵               |
| باورهای دینی        | ۲۱            | ۰/۸۰۹               |
| گشودگی              | ۱۱            | ۰/۷۸۹               |
| جمع                 | ۷۸            | ۰/۷۹۳               |

## ارائه یافته‌ها

جدول ذیل بیانگر آمار توصیفی متغیرهای زمینه‌ای پاسخگویان تحقیق حاضر بوده است.

جدول ۲: توزیع فراوانی پاسخگویان

|                       |   |
|-----------------------|---|
| سن                    | بیش‌ترین فراوانی در گروه سنی ۱۸ تا ۲۵ سال (۰/۲۵/۵)<br>و کمترین فراوانی در گروه سنی ۵۱ تا ۵۵ سال (۰/۴/۷)   |
| سطح تحصیلات           | بیش‌ترین فراوانی مربوط به مقطع لیسانس (۰/۲۹/۵)<br>کمترین فراوانی مربوط به افراد بی‌سواد (۰/۳/۱)   |
| وضعیت تأهل            | بیشترین فراوانی مربوط به متأهلین (۰/۶۰/۳)   |
| وضعیت اشتغال          | بیشترین فراوانی مربوط به خانه‌دار بودن زنان است (۰/۵۳/۸)  |
| درآمد ماهیانه خانواده | بیشترین فراوانی مربوط به درآمد بین یک تا یک میلیون پانصد تومان (۰/۲۳/۱)<br>و کمترین فراوانی مربوط به درآمد شش صد و کمتر از شش صد هزار تومان (۰/۷/۴) |

یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهند که بیشتر پاسخگویان، در گروه سنی ۱۸-۲۵ سال و کمترین پاسخگویان در گروه سنی ۵۱-۵۵ سال قرار دارند. همچنین معادل ۳۹/۷ درصد پاسخگویان مجرد و ۶۰/۳ درصد پاسخگویان متأهل بوده‌اند. در زمینه تحصیلات، ۲۹/۵ درصد تحصیلات لیسانس و ۳/۱ درصد بی‌سواد بوده‌اند؛ در مجموع پاسخگویان ۵۰/۶ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی بوده‌اند. بیشتر پاسخگویان با ۵۳/۸ درصد خانه‌دار و ۴۶/۲ درصد نیز شاغل بوده‌اند. درآمد ماهیانه خانواده اکثر پاسخگویان بین یک تا یک میلیون و پانصد هزار تومان (۲۳/۱ درصد) و تنها ۷/۴ درصد زنان درآمد ماهیانه خانوارشان ۶۰۰ هزار تومان و کمتر از آن است.

جدول ۳: توزیع فراوانی شاخص آماری متغیرهای مستقل و متغیر وابسته

| متغیرها             | تعداد | میانگین | انحراف معیار | کمترین | بیشترین | مد | میان |
|---------------------|-------|---------|--------------|--------|---------|----|------|
| سلامت اجتماعی       | ۳۸۵   | ۷۲/۶۶   | ۷/۸۱         | ۵۱     | ۱۱۰     | ۷۳ | ۷۲   |
| احساس امنیت اجتماعی | ۳۸۵   | ۶۳/۶۸   | ۲۱/۸۵        | ۲۵     | ۱۲۰     | ۵۰ | ۶۲   |
| گرایش مذهبی         | ۳۸۵   | ۶۷/۹۵   | ۸/۲۱         | ۴۹     | ۱۰۵     | ۶۸ | ۶۸   |
| گشودگی              | ۳۸۵   | ۲۹/۱۸   | ۹/۵۲         | ۱۱     | ۵۵      | ۱۹ | ۲۸   |

با توجه به وجود ۳۳ گویه سنجش سلامت اجتماعی با احتساب طیف امتیازها به هر گویه از ۱ تا ۵ (حداقل ۳۳ و حداکثر ۱۱۵)، امتیاز ۳ معادل ۹۹ امتیاز برای متغیر سلامت اجتماعی نشانگر میزان متوسط آماری است؛ بنابراین امتیاز به دست آمده معادل ۷۲/۶۶ برای زنان ساکن منطقه چهار شهر تهران، به معنای وجود سلامت اجتماعی در حد متوسط به بالا است. همچنین با توجه به وجود ۲۴ گویه برای سنجش احساس امنیت اجتماعی با احتساب طیف امتیازها به هر گویه از ۱ تا ۵ (حداقل ۲۴ و حداکثر ۱۲۰)، امتیاز ۳ معادل ۷۲ امتیاز برای شاخص احساس امنیت اجتماعی نشانگر میزان متوسط آماری است؛ بنابراین امتیاز به دست آمده معادل ۶۳/۶۸ برای زنان ساکن منطقه چهار شهری تهران، به معنای وجود احساس امنیت اجتماعی در حد کمتر از متوسط است. مطابق با جدول فوق، با توجه به وجود ۲۱ گویه برای سنجش گرایش دینی زنان با احتساب طیف امتیازها به هر گویه از ۱ تا ۵ (حداقل ۲۱ و حداکثر ۱۰۵)، امتیاز ۳ معادل ۶۳ امتیاز برای متغیر گرایش دینی نشانگر میزان متوسط آماری است؛ بنابراین امتیاز به دست آمده معادل ۶۷/۹۵ برای زنان ساکن منطقه ۴ شهر تهران، به معنای وجود گرایش دینی به میزان اندکی بیش از حد متوسط است. با توجه به وجود ۱۱ گویه برای سنجش گشودگی با احتساب طیف امتیازها به هر گویه از ۱ تا ۵ (حداقل ۱۱ و حداکثر ۵۵)، امتیاز ۳ معادل ۳۳ امتیاز برای شاخص گشودگی نشانگر میزان متوسط آماری است؛ بنابراین امتیاز به دست آمده معادل ۲۹/۱۸ برای زنان ساکن منطقه ۴ شهر تهران، به معنای وجود گشودگی کمتر از حد متوسط است.

جدول ۴: توزیع فراوانی پاسخگویان در گویه‌های سلامت اجتماعی (کل)

| درصد | فراوانی | سلامت اجتماعی |
|------|---------|---------------|
| ۳۷/۲ | ۱۴۳     | بالا          |
| ۲۹/۰ | ۱۱۲     | متوسط         |
| ۳۳/۸ | ۱۳۰     | پایین         |
| ۱۰۰  | ۳۸۵     | جمع           |

جدول بالا، نشان می‌دهد که ۳۳/۸ درصد پاسخگویان دارای سلامت اجتماعی پایین، ۲۹ درصد دارای سلامت اجتماعی در حد متوسط و ۳۷/۲ درصد سلامت اجتماعی بالایی دارند.

جدول ۵: توزیع فراوانی پاسخگویان در گویه‌های شاخص‌های سلامت اجتماعی

| انحراف معیار | میانگین | خیلی کم | کم   | تا حدودی | زیاد | خیلی زیاد | شاخص سلامت اجتماعی |                 |
|--------------|---------|---------|------|----------|------|-----------|--------------------|-----------------|
|              |         |         |      |          |      |           | فراوانی            | درصد            |
| ۱/۴۱         | ۳/۶۴    | ۴۹      | ۷۲   | ۸۱       | ۶۱   | ۱۲۲       | فراوانی            | انسجام اجتماعی  |
|              |         | ۱۲/۷    | ۱۸/۷ | ۲۱       | ۱۵/۸ | ۳۱/۷      | درصد               |                 |
| ۱/۴۹         | ۳/۹۶    | ۹۰      | ۶۴   | ۵۸       | ۸۷   | ۸۶        | فراوانی            | پذیرش اجتماعی   |
|              |         | ۲۳/۴    | ۱۶/۶ | ۱۵/۱     | ۲۲/۶ | ۲۲/۳      | درصد               |                 |
| ۱/۱۴         | ۳/۴۷    | ۲۵      | ۴۵   | ۱۰۱      | ۱۳۱  | ۸۳        | فراوانی            | مشارکت اجتماعی  |
|              |         | ۶/۵     | ۱۱/۷ | ۲۶/۲     | ۳۴   | ۲۱/۶      | درصد               |                 |
| ۱/۲۵         | ۳/۶۵    | ۴۴      | ۴۷   | ۱۰۷      | ۱۰۶  | ۸۱        | فراوانی            | انطباق اجتماعی  |
|              |         | ۱۱/۴    | ۱۲/۲ | ۲۷/۸     | ۲۷/۵ | ۲۱        | درصد               |                 |
| ۱/۲۱         | ۳/۴۳    | ۲۴      | ۵۶   | ۸۹       | ۱۱۰  | ۱۰۶       | فراوانی            | شکوفایی اجتماعی |
|              |         | ۶/۲     | ۱۴/۵ | ۲۳/۱     | ۲۸/۶ | ۲۷/۵      | درصد               |                 |
| ۰/۶۴         | ۳/۴۲    | ۱/۶     | ۳/۴  | ۶۰/۵     | ۳۳/۲ | ۱/۳       | درصد               | سلامت اجتماعی   |

بر طبق جدول ۴۷/۵ درصد از پاسخگویان میزان انسجام اجتماعی خود را در حد (زیاد و خیلی زیاد) و تنها ۳۱/۴ درصد میزان انسجام اجتماعی خود را در حد (کم و خیلی کم) دانسته‌اند. ۴۴/۹ درصد از پاسخگویان میزان پذیرش اجتماعی خود را در حد (زیاد و خیلی زیاد) و تنها ۴۰ درصد میزان پذیرش اجتماعی خود را در حد (کم و خیلی کم) دانسته‌اند. بیش از نیمی از پاسخگویان (۵۵/۶ درصد) میزان مشارکت اجتماعی خود را در حد (زیاد و خیلی زیاد) و تنها ۱۸/۲ درصد میزان مشارکت اجتماعی خود را در حد (کم و خیلی کم)

دانسته‌اند ۴۸/۵ درصد از پاسخگویان میزان انطباق اجتماعی خود را در حد (زیاد و خیلی زیاد) و تنها ۲۳/۶ درصد میزان انطباق اجتماعی خود را در حد (کم و خیلی کم) دانسته‌اند. ۵۶/۱ درصد یعنی بیش از نیمی از پاسخگویان شکوفایی اجتماعی خود را در حد (زیاد و خیلی زیاد) و تنها ۲۰/۷ درصد میزان شکوفایی اجتماعی خود را در حد (کم و خیلی کم) دانسته‌اند. از سوی دیگر بالاترین مقدار میانگین در مقیاس ۱ تا ۵، مربوط به بعد پذیرش اجتماعی با میانگین ۳/۹۶ درصد است. جدول نشان داد که پاسخگویان دیدگاه مطلوبی نسبت به ماهیت انسان دارند و اجتماع و مردم آن را با همه‌ی نقص‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی باور دارند و می‌پذیرند؛ همچنین کمترین مقدار میانگین در مقیاس ۱ تا ۵، مربوط به بعد شکوفایی اجتماعی است. جدول نشان داد که پاسخگویان بر این باورند که جامعه پتانسیل رشد به شکل مثبت را ندارد و نمی‌تواند این پتانسیل را به شکل بالفعل درآورد. نتایج جدول حکایت از یک نگاه جنسیتی به جامعه دارد و تأثیری که جنسیت بر این باور گذاشته است.

از آنجایی که سطح سنجش متغیرهای اصلی مورد بررسی فاصله‌ای بوده لذا از آزمون همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه بین متغیرهای مستقل (احساس امنیت اجتماعی و ابعاد آن، گرایش مذهبی و گشودگی) و متغیر وابسته سلامت اجتماعی و همچنین آزمون رگرسیون چند متغیره (مطالعه‌ی میزان اثر هر یک از متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته) و نمودار تحلیل مسیر استفاده گردیده است.

جدول ۶: ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای اصلی تحقیق

| متغیر مستقل         | متغیر وابسته  | شدت رابطه | سطح معناداری | نوع آزمون | نتیجه آزمون | نوع رابطه |
|---------------------|---------------|-----------|--------------|-----------|-------------|-----------|
| احساس امنیت اجتماعی | سلامت اجتماعی | ۰/۵۲      | ۰/۰۰۰        | پیرسون    | تأیید       | مستقیم    |
| گرایش مذهبی         | سلامت اجتماعی | ۰/۳۵      | ۰/۰۰۰        | پیرسون    | تأیید       | مستقیم    |
| گشودگی              | سلامت اجتماعی | ۰/۲۰      | ۰/۰۰۱        | پیرسون    | تأیید       | مستقیم    |

با توجه به جدول فوق نتایج نشان می‌دهد که در تمامی موارد مذکور فرضیه تحقیق تأییدشده و فرض صفر (عدم رابطه) رد شده است.

در فرضیه اول (به نظر می‌رسد بین احساس امنیت اجتماعی زنان و میزان سلامت اجتماعی آن‌ها رابطه وجود دارد) ضریب همبستگی به‌دست‌آمده ۰/۵۲ است و جهت رابطه

مثبت و مستقیم است، یعنی با افزایش احساس امنیت اجتماعی، میزان سلامت اجتماعی زنان نیز افزایش می‌یابد. همچنین سطح معناداری آزمون، کوچک‌تر از  $0/01$  به دست آمده است، بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می‌شود. با توجه به اینکه احساس امنیت اجتماعی یک متغیر روانی - انگیزشی است؛ بنا بر نظریه مازلو احساس امنیت به ایجاد یک جامعه سالم و عاری از تنش منجر گردیده و می‌تواند همبستگی اجتماعی را به وجود آورده و زمینه مشارکت اجتماعی افراد را فراهم نماید.

فرضیه دوم میزان همبستگی میان دو متغیر گرایش مذهبی و میزان سلامت اجتماعی زنان مستقیم ارزیابی شده است، ضریب همبستگی به دست آمده  $0/35$  است و جهت رابطه مثبت و مستقیم است. در واقع این یافته تحقیق، تأییدی است بر نظریه‌های مطرح شده در قسمت چارچوب نظری تحقیق که طی آن کارکردگرایان، تأثیر دین را بر سلامت و ابعاد آن مثبت دانسته و معتقدند که دین احساس اشتراک و وحدت اجتماعی را برانگیخته و همبستگی گروه را تحکیم می‌بخشد و با ایجاد یک روح جمعی، شور و شوق مذهبی و احساسات همگانی را گسترش می‌دهد و زمینه‌های لازم را برای پیوند میان اعضا و انسجام فراهم می‌آورد و لذا موجب ارتقا سلامت اجتماعی می‌گردد.

فرضیه سوم میزان همبستگی میان دو متغیر گشودگی و میزان سلامت اجتماعی زنان مستقیم ارزیابی شده است، ضریب همبستگی به دست آمده  $0/20$  است و جهت رابطه مثبت و مستقیم است، یعنی با افزایش هرچه بیشتر گشودگی، میزان سلامت اجتماعی زنان نیز افزایش می‌یابد. بدین مفهوم که تغییرات در متغیر مستقل گشودگی باعث ایجاد نوسان در متغیر وابسته (سلامت اجتماعی زنان) خواهد شد. این نتیجه تأییدکننده‌ی نظریه صفات شخصیتی کاستا و مک کری است که معتقدند افراد باز یا افراد، با گشودگی بالا، انسان‌هایی هستند که در باروری تجربه‌های درونی و دنیای پیرامون کنجکاو بوده و طالب لذت بردن از نظریه‌های جدید و ارزش‌های غیرمتعارف هستند و در مقایسه با افراد بسته، احساسات مثبت و منفی بیشتری دارند (گروسی فرشی،  $1380$ )؛ بنابراین میل بیشتری به مشارکت در اجتماع داشته و احساس می‌کنند که می‌توانند نقش مهمی در پیشرفت آینده و اجتماع داشته باشند. این احساس کارآمدی اجتماعی منجر به جذب افراد در چارچوب‌های اجتماع و به دنبال آن باعث افزایش سلامت اجتماعی می‌شود.

در این پژوهش سطح معناداری در همه‌ی آزمون‌ها، کوچک‌تر از  $0/01$  به دست آمده است، بنابراین فرضیه‌های پژوهش تأیید می‌شوند.



فرضیه چهارم میزان سلامت اجتماعی را در زنان متأهل و مجرد نشان می‌دهد:

جدول ۷: میانگین و انحراف معیار سلامت اجتماعی زنان مجرد و متأهل

| متغیر         | گروه‌ها | میانگین | انحراف معیار |
|---------------|---------|---------|--------------|
| سلامت اجتماعی | مجرد    | ۲/۹۷    | ۰/۷۲         |

جدول ۸: آزمون معنی‌داری T میزان سلامت اجتماعی زنان متأهل و مجرد

| آزمون معنی‌داری T |                             |               | آزمون لون برای<br>برابری واریانس‌ها |                  | متغیر |                          |                  |
|-------------------|-----------------------------|---------------|-------------------------------------|------------------|-------|--------------------------|------------------|
| اختلاف<br>میانگین | سطح معنی‌داری<br>(دو دامنه) | درجه<br>آزادی | T                                   | سطح<br>معنی‌داری |       |                          | F                |
| ۰/۱۶              | ۰/۰۳۴                       | ۳۸۳           | ۲/۱۸                                | ۰/۲۰۴            | ۱/۶۲  | فرض برابری<br>واریانس‌ها | سلامت<br>اجتماعی |

در فرضیه چهارم بیان شد که افراد متأهل به دلیل حضور و مشارکت بیشتر در کارهای جامعه از سلامت اجتماعی بیشتری برخوردارند. همچنان که در جدول بالا آمده است میانگین سلامت اجتماعی زنان متأهل برابر ۳/۷۵ و زنان مجرد برابر ۲/۹۷ بوده است. انحراف معیار آن‌ها نیز به ترتیب برابر با ۰/۷۳ و ۰/۷۲ بوده است که تقریباً مساوی است که نشان می‌دهد میزان پراکندگی آن‌ها به یک نسبت است. برای آزمون این فرضیه از آزمون T با دو نمونه مستقل استفاده شده است. برای آزمون فرض برابری واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شده است. مقدار آزمون لون (آزمون F) برابر با ۱/۶۲ و سطح معنی‌داری آن نیز برابر با ۰/۲۰۴ است که از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است؛ پس فرض برابری واریانس تأیید می‌گردد. با توجه به جدول مقدار T برابر با ۲/۱۸ است و سطح خطای آن برابر با ۰/۰۳ است که معنی‌دار است؛ بنابراین وضعیت تأهل زنان تأثیر معنی‌داری بر سلامت اجتماعی آن‌ها داشته است. از آنجایی که میانگین سلامت اجتماعی زنان متأهل برابر با ۳/۷۵ و زنان مجرد برابر با ۲/۹۷ بوده است؛ بنابراین میانگین سلامت اجتماعی زنان متأهل از زنان مجرد بیشتر بوده است.

در این پژوهش علاوه بر رابطه متغیرهای مستقل با متغیر وابسته، به رابطه متغیرهای مستقل با یکدیگر پرداخته شده است: با توجه به نتایج به دست آمده مشاهده شد که بین گرایش مذهبی و کلیه ابعاد احساس امنیت اجتماعی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد؛ یعنی هرچه گرایش مذهبی زنان قوی‌تر بوده، میزان احساس امنیت اجتماعی آن‌ها نیز

بیشتر بوده است. همچنین رابطه بین گشودگی و کلیه ابعاد احساس امنیت اجتماعی به جز بعد فکری مثبت و معنی‌دار است و این بدان معنی است که با افزایش گشودگی، ابعاد احساس امنیت اجتماعی به جز بعد فکری ارتقا یافته است. از سوی دیگر مطابق با نتایج به دست آمده رابطه بین گشودگی و کلیه ابعاد گرایش دینی در همه‌ی ابعاد به جز بعد پیامدی و مناسکی منفی و معنی‌دار است و این بدان معنی است که با افزایش گشودگی زنان، ابعاد گرایش مذهبی آن‌ها کاهش یافته است و بالعکس. همچنین رابطه بین گشودگی و گرایش مذهبی زنان برابر با  $-0/11$  و سطح معنی‌داری آن نیز برابر با  $0/01$  است؛ منفی بودن ضریب همبستگی نشان‌دهنده رابطه معکوس بین این دو متغیر است؛ بنابراین می‌توان گفت که هرچه گشودگی به تجربه زنان بالاتر بوده، گرایش مذهبی آن‌ها کمتر بوده است که حکایت از وجود یک رابطه دیالکتیکی بین این دو متغیر است و این نتیجه با احتمال خطای یک درصد قابل‌تعمیم به جامعه آماری است. جداول زیر نتایج اصلی رگرسیون را نشان می‌دهند.

جدول ۹: رگرسیون خطی چند متغیره شاخص‌های متغیر مستقل و متغیر وابسته

| سطح معناداری | t      | ضرایب معیار نشده       |                 | متغیرهای مستقل      |
|--------------|--------|------------------------|-----------------|---------------------|
|              |        | ضرایب معیار شده<br>بتا | B<br>خطای معیار |                     |
| ۰/۰۰۰        | ۱۰/۳۹۱ | ۰/۳۹۱                  | ۰/۰۲            | احساس امنیت اجتماعی |
| ۰/۰۰۰        | ۲/۴۸۳  | ۰/۰۳                   | ۰/۰۱            | گشودگی              |
| ۰/۰۰۰        | ۱۸/۴۴۹ | ۰/۵۹۸                  | ۰/۰۳            | گرایش مذهبی         |
| ۰/۰۵         | ۱/۹۱۴  | ۰/۰۲۳                  | ۰/۰۳۷           | وضعیت تأهل          |

جدول ۱۰: ضریب همبستگی سلامت اجتماعی زنان و متغیرهای مستقل

| ضریب همبستگی | مجذورات R | مجذورات R<br>تعدیل شده | خطای استاندارد<br>بر آورد | آماره F | sig   |
|--------------|-----------|------------------------|---------------------------|---------|-------|
| ۰/۶۷         | ۰/۴۹      | ۰/۴۸                   | ۱/۸۲                      | ۸۳۰/۶۱۰ | ۰/۰۰۰ |

یافته‌های جدول بالا رگرسیون خطی چند متغیر مستقل و متغیر وابسته را نشان می‌دهد. از میان چهار متغیر مستقل موجود در مدل رگرسیونی، متغیرهای گرایش مذهبی و احساس امنیت اجتماعی به ترتیب با مقدار ضریب بتای  $0/598$  و  $0/391$  به بهترین وجه متغیر وابسته سلامت اجتماعی را تبیین می‌کنند؛ که می‌توان گفت به ازای افزایش یک انحراف

استاندارد در این متغیرها میزان سلامت اجتماعی به ترتیب به میزان  $0/598$  و  $0/391$  انحراف استاندارد افزایش خواهد یافت. متغیر وضعیت تأهل با مقدار بتای  $0/02$  و سطح معناداری  $0/05$  سهم بسیار اندکی در تبیین متغیر وابسته سلامت اجتماعی داشته است. همچنین متغیر گشودگی با مقدار بتای  $0/03$  و سطح معناداری کوچک‌تر از  $0/01$  نیز سهم اندکی در تبیین متغیر وابسته سلامت اجتماعی داشته است. مقدار  $t$  اهمیت نسبی حضور هر متغیر مستقل را در مدل نشان می‌دهد با توجه به اینکه در این تحقیق مقدار  $t$  برای همه‌ی متغیرها به‌جز وضعیت تأهل، بزرگ‌تر از  $2/33$  و در سطح خطای کوچک‌تر از  $0/01$  معنی‌دار هستند؛ بنابراین نتیجه می‌گیریم که متغیرهای مورد نظر تأثیر معنی‌داری در تبیین متغیر وابسته داشته‌اند. با توجه به این‌که مقدار ضریب همبستگی ( $R$ ) بین متغیرها  $0/67$  است که نشان می‌دهد بین مجموعه متغیرهای مستقل و متغیر وابسته سلامت اجتماعی همبستگی چندگانه نسبتاً قوی وجود دارد؛ و مقدار ضریب تعیین تعدیل‌شده برابر با  $0/48$  است که نشان می‌دهد ۴۸ درصد از کل تغییرات میزان سلامت اجتماعی در بین زنان منطقه چهار شهر تهران وابسته به ۴ متغیر مستقل ذکرشده در این معادله است. با توجه به مقدار آزمون تحلیل واریانس ( $830/610$ ) که در سطح خطای کوچک‌تر از  $0/01$  معنادار است، می‌توان نتیجه گرفت که مدل رگرسیونی تحقیق مرکب از چهار متغیر مستقل و یک متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) مدل خوبی بوده است و مجموعه متغیرهای مستقل قادرند حدود ۵۰ درصد تغییرات سلامت اجتماعی زنان را تبیین کنند و نتایج به‌دست‌آمده قابل‌تعمیم به جامعه آماری است و همه متغیرها در پیش‌بینی سلامت اجتماعی زنان نقش دارند.

در شکل ۲ مدل تحلیل مسیر، عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان نشان داده شده است. در واقع تحلیل مسیر شکلی از رگرسیون چند متغیره است که در آن برای هدایت کردن مسئله یا آزمودن فرضیه‌های پیچیده از نمودارهای مسیر استفاده می‌شود. با استفاده از آن می‌توان اثرهای مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر وابسته را محاسبه کرد. در تحلیل مسیر ضرایب مسیر همان ضرایب رگرسیونی استاندارد بتا هستند. در مدل تحلیل مسیر سلامت اجتماعی زنان به‌عنوان متغیر وابسته نهایی در نظر گرفته شده است. متغیرهای مستقل گشودگی، گرایش مذهبی و احساس امنیت اجتماعی و وضعیت تأهل به‌صورت مستقیم تأثیر مثبت و معنی‌داری بر افزایش سلامت اجتماعی زنان داشته‌اند. بزرگ‌ترین ضریب مسیر مربوط به گرایش مذهبی زنان که برابر با  $0/59$  است؛ کوچک‌ترین ضریب مسیر هم مربوط به وضعیت تأهل زنان که برابر با  $0/02$  بوده است. متغیرهای احساس امنیت

اجتماعی و گشودگی علاوه بر تأثیر مستقیم، از طریق متغیر گرایش مذهبی هم به صورت غیرمستقیم بر سلامت اجتماعی تأثیر داشته‌اند. همچنین می‌توان گفت رابطه معکوس بین دو متغیر گرایش مذهبی و گشودگی حکایت از وجود یک رابطه دیالکتیکی بین این دو متغیر دارد.



جدول ۱: اثر کل متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته (سلامت اجتماعی زنان)

| متغیر مستقل         | اثر مستقیم | اثر غیرمستقیم | اثرات کلی |
|---------------------|------------|---------------|-----------|
| گرایش مذهبی         | ۰/۵۹       | -             | ۰/۵۹      |
| گشودگی به تجربه     | ۰/۰۳۲      | -۰/۰۶۴        | -۰/۰۳۲    |
| احساس امنیت اجتماعی | ۰/۳۹       | ۰/۵۳          | ۰/۹۲      |
| وضعیت تأهل          | ۰/۰۲       | -             | ۰/۰۲      |

در جدول بالا اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای مستقل تحقیق بر متغیر وابسته یعنی سلامت اجتماعی زنان آمده است. متغیر گرایش مذهبی با ضریب بتای ۰/۵۹ بیشترین اثر مستقیم را بر سلامت اجتماعی داشته است و مجموع اثرات مستقیم و غیرمستقیم آن برابر با ۰/۵۹ بوده است. کمترین اثر مستقیم نیز مربوط به وضعیت تأهل زنان با ضریب بتای ۰/۰۲ و بعد از آن متغیر گشودگی به تجربه زنان با اثر مستقیم ۰/۰۳۲ و اثر کلی ۰/۰۳۲- بوده است.

### خلاصه و نتیجه‌گیری

احساس امنیت اجتماعی و ابعاد آن بر سلامت اجتماعی زنان تأثیر مثبت و معنی‌داری داشته است؛ این نتیجه با یافته‌های بلانکو و دیاز که در سال ۲۰۰۷ گزارش کردند که بین ابعاد سلامت اجتماعی به‌عنوان شاخص نظم اجتماعی و محرومیت، میزان آنومی و احساسات مثبت و منفی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد؛ همچنین با یافته‌های شربتیان (۱۳۹۳)، رضایی (۱۳۹۲) و سام آرام (۱۳۸۸) که دریافته‌اند، احساس امنیت اجتماعی بر سلامت اجتماعی افراد مؤثر است همسو است. همچنین این نتیجه با نظریه نیازهای مازلو منطبق است که طی آن احساس امنیت را پیش‌نیاز دستیابی به خودشکوفایی و سلامت اجتماعی می‌داند. او معتقد است مرحله نهایی تکامل فرد زمانی رخ می‌دهد که او از لحاظ برآورده شدن نیازهای پایه‌اش (طبقه یک تا چهار) احساس امنیت و آرامش کند (سام آرام، ۱۳۸۸: ۲۲). چلبی نیز در این زمینه معتقد است که امنیت یکی از ابعاد جمعی است که جامعه برای شهروندان خود و هر آن‌کس که در آن به سر می‌برد، فراهم می‌کند (چلبی، ۱۳۷۶). براین اساس احساس امنیت به ایجاد یک جامعه سالم و عاری از تنش منجر گردیده و موجبات سلامت اجتماعی افراد را فراهم می‌کند.

گرایش دینی زنان بر سلامت اجتماعی آن‌ها تأثیر مثبت و معنی‌داری دارد و پابندی آن‌ها به اصول و اعتقادات دینی موجب شده تا سلامت اجتماعی آن‌ها نیز افزایش یابد. نتیجه این تحقیق با یافته‌های فرانسیس و همکارانش (۲۰۰۴) که گزارش کردند متغیرهای سلامتی به‌وسیله باورهای مذهبی تبیین می‌شود؛ همچنین یافته‌های رضایی (۱۳۹۲) و پورستار و حکمتی (۱۳۹۲) که نشان داده‌اند بین گرایش مذهبی و میزان سلامت اجتماعی افراد رابطه وجود دارد همسو است. محمدی (۱۳۹۰) نیز، در پژوهش خود نشان داد که گرایش‌های مذهبی بیشترین تأثیر را بر احتمال افزایش سلامت اجتماعی افراد دارد. از سوی دیگر این نتیجه با یافته‌های عارفه مردانی (۱۳۹۳) که دریافته است سلامت اجتماعی با مذهب ارتباط نداشته است، مطابقت ندارد. درواقع این یافته تحقیق، تأییدی است بر نظریه‌های مطرح‌شده در قسمت چارچوب نظری تحقیق که طی آن کارکردگرایان، تأثیر دین را بر سلامت و ابعاد آن مثبت دانسته و معتقدند که دین احساس اشتراک و وحدت اجتماعی را برانگیخته و همبستگی گروه را تحکیم می‌بخشد و با ایجاد یک روح جمعی، شور و شوق مذهبی و احساسات همگانی را گسترش می‌دهد و زمینه‌های لازم را برای پیوند میان اعضا و انسجام فراهم می‌آورد و لذا موجب ارتقا سلامت اجتماعی می‌گردد. از سوی دیگر دورکیم نیز

درزمینه‌ی تأثیر اعتقادات مذهبی بر سلامت اجتماعی معتقد است در جامعه‌ای که فرهنگ مشترک و قوی در مورد اعتقاد عمومی وجود دارد، همبستگی اجتماعی استحکام و نظم اجتماعی، عینیت بیشتری خواهد یافت و این مهم‌ترین عاملی می‌شود تا نظام اخلاقی و نظام باورها، ارزش‌ها و هنجارهای مشترک را به مردم یک جامعه هدیه کند که در پرتو آن نظم اجتماعی برقرار بماند و جرم، نابهنجاری و خودکشی کاهش یابد و هرج و مرج رخت بریندد و به تبع آن امنیت و ثبات اجتماعی برقرار گردد. در جامعه ایران، گرایش‌های مذهبی در تمام زمینه‌های فردی و اجتماعی زنان، جایگاه خود را حفظ کرده و توانسته است از طریق افزایش رفتارهای نوع‌دوستانه و کاهش جرم و انحراف، همبستگی و انسجام‌بخشی اجتماعی را افزایش دهد. به دنبال افزایش همبستگی و انسجام در جامعه، زمینه برای خودشکوفایی و مشارکت هرچه بیشتر زنان در اجتماع فراهم‌شده، لذا موجب ارتقاء سلامت اجتماعی زنان در جامعه می‌شود.

میزان گشودگی زنان بر سلامت اجتماعی آن‌ها تأثیر مثبت و معنی‌داری داشته است. این نتیجه با یافته‌های کییز و اسموتین (۲۰۰۲) که نشان دادند؛ صفات شخصیتی، پیش‌بینی‌کننده‌های قوی برای جنبه‌های چندگانه سلامت هستند؛ همچنین با یافته‌های گروسی و صوفیانی (۱۳۸۷) که نشان دادند بعد گشودگی نسبت به تجربه با ابعاد اختلال جسمانی و اختلال در عملکرد اجتماعی ارتباط مثبت و معنی‌داری دارد، هم‌راستا است؛ اما این نتیجه با یافته‌های بخشایش (۱۳۹۲) که دریافته است عواملی از قبیل گشودگی به تجربه با سلامت کارکنان، همبستگی معکوس داشته است، همچنین تحقیق احمدی و همکارانش (۱۳۹۱) که به این نتیجه رسیدند که گشودگی به تجربه دانش‌آموزان با سلامت آن‌ها همبستگی منفی و معنی‌داری داشته است، مطابقت ندارد. این نتیجه تأییدکننده نظریه صفات شخصیتی کاستا و مک کری است که شخصیت را به‌عنوان ترکیبی از اعمال و افکار، هیجانات و انگیزش‌های فرد دانسته و معتقدند که مؤلفه‌های سازنده شخصیت در افراد متفاوت است، به‌طوری‌که الگوهای شخصیتی متفاوتی را به وجود می‌آورند. آن‌ها معتقدند که گشودگی به تجربه یکی از مؤلفه‌های اصلی شخصیت انسان است که رفتارها و نگرش‌های وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از آنجا که افراد باز یا افراد، با گشودگی بالا، انسان‌هایی هستند که در باروری تجربه‌های درونی و دنیای پیرامون کنجکاو بوده و طالب لذت بردن از نظریه‌های جدید و ارزش‌های غیرمتعارف هستند و در مقایسه با افراد بسته، احساسات مثبت و منفی بیشتری دارند (گروسی فرشی، ۱۳۸۰) بنابراین میل بیشتری به مشارکت در اجتماع داشته و احساس می‌کنند که می‌توانند نقش مهمی در پیشرفت آینده و اجتماع داشته باشند. این احساس

کارآمدی اجتماعی منجر به جذب افراد در چارچوب‌های اجتماع و به دنبال آن باعث افزایش سلامت اجتماعی می‌شود. به‌طورکلی بنا بر آنچه گفته شد با هموار کردن راه‌های مشارکت در جامعه برای زنان و بالفعل نمودن علایق بالقوه‌ی آن‌ها به مشارکت و تجربه‌های جدید، می‌توان به افزایش سلامت اجتماعی زنان کمک نمود.

میزان سلامت اجتماعی در بین زنان متأهل و مجرد متفاوت است. نتایج نشان داد که سلامت اجتماعی زنان متأهل از زنان مجرد بیشتر بوده است. رابطه بین تأهل زنان و بالا بودن سلامت آن‌ها را می‌توان ناشی از این دانست که ازدواج و تأهل باعث برخورداری از حمایت‌های عاطفی، اجتماعی و جسمانی و ایجاد روحیه تعهد به خانواده می‌گردد. این امر به‌ویژه زمانی که با رضایت زناشویی همراه باشد می‌تواند به ارتقای سلامت روانی و در نتیجه سلامت اجتماعی آن‌ها منجر گردد. کیزی و شاپیرو (۲۰۰۴) در تحقیق خود به رابطه سلامت اجتماعی با متغیرهای جمعیت شناختی پرداختند و نشان دادند که افراد مجرد نسبت به افراد متأهل از سلامت اجتماعی پایین‌تری برخوردار بودند. مک آرتور نیز در سال ۱۹۹۵ گزارش داد که وضعیت تأهل با سلامت اجتماعی افراد رابطه مثبت و معنی‌داری داشته است این نتایج با پژوهش یاد شده همخوانی دارد و از حمایت تجربی این پژوهش‌ها برخوردار است. یافته‌های رضایی (۱۳۹۲)، شربتیان (۱۳۹۳) و عبدالله تباردرزی (۱۳۸۶) هم نشان داد که سلامت اجتماعی متأهلین از سلامت اجتماعی مجردها بیشتر است و بین وضعیت تأهل و سلامت اجتماعی آن‌ها رابطه معناداری وجود دارد بنابراین، این نتایج نیز همسو با یافته‌های پژوهش است؛ اما نتیجه این فرضیه با یافته‌های پژوهش، مردانی (۱۳۹۳) که نشان دادند سلامت اجتماعی با وضعیت تأهل شان رابطه معنی‌داری ندارد. با توجه به این مباحث می‌توان پیشنهادهایی را برای ارتقاء سلامت اجتماعی زنان ارائه داد.

- ایجاد و گسترش زمینه‌های مشارکت زنان در جامعه و تسهیل کردن زمینه‌ی تعاملات بیشتر که این امر باعث افزایش گشودگی در زنان خواهد شد.

- توجه به وجه مثبت رفاه و سلامت اجتماعی (ارتقاء کیفیت زندگی و پیشگیری از مشکلات اجتماعی)، نه فقط وجه منفی آن (کنترل مشکلات اجتماعی و بازتوانی افراد آسیب‌دیده از آن).

- سیاست‌گذاری‌های بلندمدت در ارتباط با سلامت اجتماعی و تدوین طرح درسی در زمینه سلامت اجتماعی برای زنان

- تدوین ساز و کارهای منعطف برای اطلاع‌رسانی عمومی از وضعیت سلامت اجتماعی، عوامل خطر و تصمیم‌گیری‌های فردی و اجتماعی در تغییر آن‌ها.

## منابع

- احمدی، خدابخش؛ نجاتی، وحید و عبدی، محمدرضا (۱۳۹۱)، مقایسه سلامت عمومی و ارتباط آن با ویژگی‌های شخصیتی در نوجوانان مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره ۲۱، شماره ۸۱، ۲۹-۳۶.
- امینی رازانی، مصطفی؛ موسوی، میر طاهر و رفیعی، حسن (۱۳۹۰)، رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی در ایران، سال یازدهم، شماره ۴۲، پاییز، ۲۲۸-۲۰۳.
- بخشایش، علیرضا (۱۳۹۲)، بررسی رابطه سلامت عمومی و تیپ‌های شخصیتی با رضایت شغلی کارکنان مرکز بهداشت شهرستان یزد، مجله دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران (پیابورد سلامت)، دوره ۷، شماره ۱، فروردین و اردیبهشت، ۵۵-۴۲.
- پورستار، ملیحه و حکمتی، عیسی (۱۳۹۲)، پیش‌بینی سلامت اجتماعی بر اساس باورهای دینی در بین دانشجویان دختر، نشریه زن و مطالعات خانواده: دوره ۲، شماره ۷، بهار، ۴۰-۲۷.
- چلبی، مسعود (۱۳۷۶)، جامعه‌شناسی نظم/اجتماعی، چاپ دوم، تهران: نشر نی.
- دورکیم، امیل (۱۳۸۳)، صور بنیادی حیات دینی، ترجمه باقر پرهام، تهران: نشر مرکز.
- رضایی، امید (۱۳۹۲)، بررسی سلامت اجتماعی شهروندان شهر مشهد، دانشگاه فردوسی مشهد، پایان‌نامه مقطع کارشناسی‌ارشد پژوهش علوم اجتماعی.
- سجادی، حمیرا و صدرالسادات، سیدجلال (۱۳۸۴)، شاخص‌های سلامت اجتماعی؛ ماهنامه سیاسی - اقتصادی اطلاعات، دوره ۱۹، شماره ۳۰۴، ۲۵۳-۲۴۴.
- شربتیان، محمدحسن (۱۳۹۳)، سنجش میزان بهره‌مندی از شاخص سلامت اجتماعی جوانان ۱۸ تا ۳۰ ساله شهرستان قاین و عوامل مؤثر بر آن، طرح پژوهشی دانشگاه پیام نور.
- شربتیان، محمدحسن (۱۳۹۱)، تأملی بر پیوند معنایی مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و میزان بهره‌مندی از سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه پیام نور مشهد، فصلنامه جامعه‌شناسی مطالعات جوانان، سال دوم، شماره پنجم، بهار، ۱۷۴-۱۴۹.
- شولتز، دوان و آلن، سیدنی (۱۳۷۵)، نظریه‌های شخصیت، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران: موسسه نشر ویرایش.
- عبدالله تباردرزی، هادی (۱۳۸۶)، بررسی ارتباط سلامت اجتماعی و متغیرهای دموگرافیک اجتماعی دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد.
- فتحی، منصور؛ عجم‌نژاد، رضا و خاک رنگین، مریم (۱۳۸۹)، عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی معلمان شهر مراغه، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال دوازدهم، شماره ۴۷، ۲۴۳-۲۲۵.
- کجباف، محمدباقر و رییس‌پور، حفیظ (۱۳۸۷)، رابطه بین نگرش مذهبی و سلامت روانی در بین دانش‌آموزان دبیرستان‌های دخترانه اصفهان، دو فصلنامه مطالعات اسلام و روان‌شناسی، سال اول، شماره ۲، بهار و تابستان، ۴۴-۳۱.



کوزر، لوئیس (۱۳۸۲)، زندگی و اندیشه بزرگان جامعه‌شناسی، محسن ثلاثی، تهران؛ انتشارات علمی.  
گروسی فرشی، میرتقی (۱۳۸۰)، رویکردهای نوین در ارزیابی شخصیت و کاربرد تحلیل عاملی در مطالعات شخصیت، چاپ اول، تهران: نشر جامعه پژوه و نشر دانیال  
گروسی فرشی، میرتقی و صوفیانی، حکیمه (۱۳۸۷). بررسی رابطه بین ابعاد شخصیت و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه تبریز، مطالعات تربیتی در روان‌شناسی دانشگاه فردوسی، دوره ۹، شماره ۲، اسفندماه، ۶۳-۴۷.

گیدنز، آنتونی (۱۳۷۷)، پیامدهای مدرنیته، ترجمه محسن ثلاثی، چاپ اول، تهران: نشر مرکز.  
مردانی، عارفه (۱۳۹۳)، بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه یزد، دانشگاه علوم اجتماعی، پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی.

محمدی، محمدحسن؛ فرمیپنی فراهانی، محسن و اسفندیاری، سهیلا (۱۳۹۰). بررسی نقش آموزش‌های دینی در سلامت فردی و اجتماعی، فصلنامه فرهنگ در دانشگاه اسلامی. سال پانزدهم، شماره ۴۷، تابستان، ۴۵-۲۰.

مظلوم خراسانی، محمد و اسمعیلی، عطا (۱۳۸۹)، بررسی میزان احساس امنیت اجتماعی شهر مشهد، مجله علوم اجتماعی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد، سال هفتم، شماره دوم، پاییز و زمستان، ۲۵۱-۲۱۹.

موسوی، میرطاهر و شیانی، ملیحه (۱۳۹۴)، سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی مفاهیم و رویکردها، چاپ اول، تهران: انتشارات آگاه.

Blanco, A. & Diaz, D. (2007), Social order and mental health: a social well-being approach, *Journal of Psychology in Spain*, Vol.11, No 1, 61-71

Mc Crae, R. R. Costa (1987), Creativity, divergent thinking, and openness to experience, *Journal of personality and social psychology*, Vol 52, No6, 1258-1265.

Kyys, C.M. (1998), Social Well - being. *Social Psychology Quarterly*, Vol. 61, No. 2, 121-190.

Keyes, C. L. M & Shapiro, A. (2004), Social well-being in the United States: A Descriptive Epidemiology, In Orville Brim, *Healthing are you? A national study of well-being of Midlife*. University of Chicago press, 350-371

Keyes, C.M. Shmotkin, D. Ryyf, C.D. (2004), Optimizing Well-being: the Empirical Encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social psychology*, Vol82, No6:1007-22

Kolander, Ch. A. (2012), *Contemporary Womens Health*, McGraw Hill Press

Moller, B. (2000), National, And Human Security Discussion, Case Study of Israel Palestine Conflict. Volume 1 of the series Hexagon Series on Human and Environmental Security and Peace , 277-288

Negovan, V. (2013), Diensions of students Psychosocial Well-being and their measurement: validation of a ttddttt 's psychosocial well being Invttt rr y, eeeeeee e jorr nll ff yylllll ggy, Vol 6, No2, 85-104.

Ryff, C. D. (1989), Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of Psychological Well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, No6, 1069-1081.



## ASSESSING THE SOCIAL HEALTH OF WOMEN IN DISTRICT 4 OF TEHRAN (Case Study: Women in District 4 of Tehran)

Ahmad Bokaraei<sup>1</sup> Mohammad Hasan Sharbatiyani<sup>2</sup> Nafiseh Imani<sup>3</sup>

### Abstract

Healthy people are the pivot of social development, and the process of development is impossible unless the issue of health is taken into consideration. Social health is influenced by various factors which have been discussed in sociological studies. The present article aims at a sociological analysis of women's social health and the factors affecting it. In this study, using surveys and descriptive methods, the women aged 18-55 in district 4 of Tehran were studied at the level of individual unit in 2015. The sample of the study consisted of 385 women who were selected based on multi-stage cluster sampling and random sampling, and who completed a standardized questionnaire. The questionnaire was validated at 0.79, and the hypotheses of the study were analyzed using SPSS ... The findings show that women's social health was at an average to high level, and the highest mean value was attributed to the social acceptance aspect and the lowest to the social prosperity. The findings also showed a direct relationship between feeling of social security, openness, religious affiliation, and marital status with social health in the studied society. The results of regression indicated that, among the effective variables (feeling of social security, religious affiliation, and openness to experience), religious affiliation with 0.59 is the most effective variable in women's social health in the studied society. The findings also illustrated that the variables feeling of security, religious affiliation and openness can explain up to 50% of the dependent variable.

**Keywords:** Feeling of security, social security, social health, religious affiliation, openness to experience

<sup>1</sup> Corresponding author: Associate Professor of Sociology and Faculty Member at the Department of Social Sciences, Payam Noor University, Iran Email: bokharaei\_ah@yahoo.com.

<sup>2</sup> Lecturer of Sociology and Faculty Member at the Department of Social Sciences, Payam Noor University, Iran. Email: Sharbatiyani@pnu.ac.ir

<sup>3</sup> M.A. Graduate of sociology, Payam Noor University. Email: nafisehimani@yahoo.com