

## بررسی شاخص‌های سلامت اجتماعی زنان شهر فردوس

محمدحسن شربتیان<sup>۱</sup>

سال چهاردهم، شماره اول، پاییز ۱۳۹۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱/۱۷

شماره صفحه: ۴۷-۲۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۵/۱۰

### چکیده

سلامت اجتماعی عبارت است از ارزیابی توانایی انجام مؤثر، کارآمدی عملکردها، مهارت‌ها و نقش‌های اجتماعی فرد در جامعه تعریف می‌شود. هدف از نوشتار حاضر ارزیابی وضعیت سلامت اجتماعی زنان شهر فردوس بوده است. این تحقیق بر مبنای نظریه کییز و با روش پیمایشی از نوع توصیفی انجام شده، جامعه آماری آن را زنان ۲۰ تا ۴۵ ساله شهر فردوس در سال ۱۳۹۵ تشکیل می‌دهند که براساس فرمول کوکران ۳۰۴ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شده‌اند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسش‌نامه استاندارد شده سلامت اجتماعی کییز است؛ و میزان آلفای کرونباخ آن برابر با ۰/۷۲۴ در حد متوسط بدست آمده است. نتایج نشان داد که میانگین سنی بین گروه سنی ۲۰ تا ۲۴ ساله بیشتر از سایر گروه‌ها بوده است؛ و ۶۶٪ جامعه زنان متأهل و در حدود ۴۲٪ زنان تحصیلات دانشگاهی داشته‌اند. در بین متغیرهای زمینه‌ای مورد سنجش در این پژوهش، میزان درآمد ماهیانه خانوار رابطه معناداری با سلامت اجتماعی داشته است. میانگین بهره‌مندی زنان از شاخص‌های سلامت اجتماعی در حد متوسط رو به بالا (۶۴٪) بوده است. از میان میانگین

۱. دانش‌آموخته دکتری جامعه‌شناسی مسائل اجتماعی ایران. پژوهشگر اجتماعی و مدرس دانشگاه جامع علمی-

Sharbatian@gmail.com

کاربردی و پژوهشی سینا، خراسان رضوی

مؤلفه‌های سلامت اجتماعی به ترتیب انطباق اجتماعی (۰/۲۴/۳۹)، پذیرش اجتماعی (۰/۲۲/۷۱)، شکوفایی اجتماعی (۰/۲۱/۴۴)، انسجام اجتماعی (۰/۱۹/۴۱) و سهم‌داشت اجتماعی (۰/۱۶/۴۱) حائز اهمیت بوده است. با توجه به نتایج باید اشاره به این کرد که وضعیت سلامت اجتماعی زنان در راستای توانمندی‌ها، عملکردها، سطوح مهارت‌های اجتماعی و نقش‌های جمعی زندگی از موقعیت مناسب و روبه‌بالایی برخوردار است.

### واژگان کلیدی: سلامت اجتماعی، زنان، شهر فردوس

#### مقدمه

سلامتی و رفاه، در گسترده‌ترین معنا، پدیده‌ای است که همواره مورد علاقه و توجه همه‌ی انسان‌ها، گروه‌های اجتماعی و جوامع بشری بوده است. با در نظر گرفتن سلامت به منزله‌ی مفهومی متأثر از مجموعه پیچیده‌ای از عوامل زیستی، روانی، اجتماعی، اقتصادی، مذهبی و محیطی، باید اذعان داشت که در این معنا، سلامتی فقط دغدغه دست‌اندرکاران علوم زیستی و پزشکی نیست، بلکه همه دانشمندان علوم اجتماعی و انسانی بویژه جامعه‌شناسان و روان‌شناسان نیز به بررسی آن علاقه‌مند شده‌اند (هزارجریبی، صفری شالی، ۱۳۹۱: ۲۹۸). با توجه به اهمیت این موضوع، کبیز<sup>۱</sup> حلقه مفقوده مطالعات مربوط به سلامت را در جامعه جستجو می‌کند و در صدد پاسخ به این سؤال است که آیا ممکن است کیفیت زندگی و عملکرد شخصی افراد بدون توجه به معیارهای اجتماعی مورد ارزیابی قرار گیرد؟ وی پاسخ می‌دهد که سلامت اجتماعی<sup>۲</sup> می‌تواند عملکرد خوب زندگی افراد را تحت پوشش قرار دهد و این نوع سلامت چیزی بیش از سلامت جسمی و روانی است که می‌تواند تکالیف و چالش‌های اجتماعی را نیز در برگیرد (صفاری نیا، ۱۳۹۴: ۲۵).

بر این مبنا امروزه، سلامت اجتماعی به منزله یکی از ابعاد سلامت، در کنار سلامت جسمانی و روانی، نقش گسترده‌ای یافته است؛ به گونه‌ای که دیگر سلامتی، فقط عاری بودن از بیماری‌های

1. Keyes

2. Social Health

جسمی و روانی نیست، بلکه چگونگی عملکرد انسان در روابط اجتماعی و چگونگی تفکر وی در باب اجتماع نیز به منزله معیارهای ارزیابی سلامت فرد در سطح کلان جامعه به شمار می‌رود (Roothman, et. al, 2003: 215).

سلامت اجتماعی گاه یک ویژگی فردی و بخشی از سلامت فرد و زمانی ویژگی جامعه و مترادف با جامعه سالم شمرده می‌شود؛ بنابراین می‌توان گفت فرد سالم کسی است که از نظر اجتماعی، جامعه را به صورت یک مجموعه معنادار، قابل فهم 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, 2013: 89) در نهایت 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، ۱۳۸۴: ۲۴۴). در این راستا موضوع سلامت اجتماعی زنان یک مسئله حیاتی است که امروزه با چالش‌های فراوانی روبرو شده است.

بنا بر نظریه کبیز، سلامت اجتماعی به چگونگی عملکرد انسان در روابط اجتماعی و چگونگی تفکر وی در باب اجتماع به منزله معیاری در سطح خرد و کلان مورد مطالعه قرار می‌گیرد (بخارایی، شربتیان و طوافی، ۱۳۹۴: ۳). بنابراین، پرداختن به مسائل سلامت (جسمانی، روانی و اجتماعی) زنان می‌تواند مستقیم یا غیرمستقیم نقش بسزایی در تأمین سلامت عمومی جامعه داشته باشد.

از این‌رو سلامت زنان در قالب پیوستاری در نظر گرفته می‌شود که در چرخه زندگی با کیفیت زندگی ارتباط بسیاری دارد. زنانی که از سلامت اجتماعی برخوردارند، ممکن است بتوانند در چالش‌های ناشی از ایفای نقش‌های اصلی اجتماعی موفق‌تر عمل کرده، سهم بیشتری در فعالیت‌های جمعی داشته باشند؛ در نتیجه انتظار می‌رود با هنجارهای اجتماعی و شرایطی که می‌تواند نقش مهمی در پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی که ابعادی فراتر از قلمرو رفتارهای فردی دارد، تطابق بیشتری داشته باشند (فتحی، عجم‌نژاد و خاک‌رنگین، ۱۳۸۹: ۲۲۷-۲۲۸).

در سال‌های اخیر، تحولات فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی، دانشگاهی و... در تمام مناطق شهری و روستایی جامعه ما باعث شده که موضوعات و مسائل بین رشته‌ای برای پژوهشگران، دانشجویان،

دانشگاهیان و سازمان‌های مرتبط با حوزه مسائل انسانی برای شناخت بهتر و ارتقای کیفیت زندگی گروه‌های مختلف جامعه از جمله زنان مورد اهمیت قرار گیرد. بنابراین پژوهش‌هایی جدید و بین‌رشته‌ای برای گروه‌های اجتماعی زنان در راستای سنجش وضعیت پدیده‌های انسانی از جمله سلامت اجتماعی حائز اهمیت است، از سوی دیگر تأثیر عوامل شکل‌گیری این پدیده‌ها برای گروه‌های اجتماعی بویژه زنان از منظر رویکرد بین‌رشته‌ای در یک دهه اخیر بسیار مورد توجه قرار گرفته است.

با توجه به اینکه سنجش موقعیت و سیاست‌گذاری اجتماعی، ارتقای کیفیت زندگی و تقویت شاخص‌های رفاه اجتماعی شهروندان و گروه‌های اجتماعی زنان در یک دهه اخیر مورد توجه روانشناسان، برنامه‌ریزان شهری، جامعه‌شناسان و سایر صاحب‌نظران قرار گرفته است، ساختار زندگی شهروندان بویژه زنان شهر فردوس خراسان جنوبی هم از این توجه تأثیر پذیرفته است. با توجه به روند تحولات همه‌جانبه ساختار زندگی اجتماعی در یک دهه اخیر، زندگی سنتی شهروندان این جامعه بومی نیز در راستای ارتقای کیفیت زندگی شهری و تقویت شاخص‌های رفاه اجتماعی شهروندان متحول شده است؛ اما از آنجایی که تاکنون پژوهشی در این خصوص انجام نشده است، لذا پژوهش حاضر به‌عنوان توصیفی از وضع موجود، یکی از شاخص‌های رفاه را در جهت ارتقای کیفیت زندگی زنان مورد مطالعه قرار می‌دهد. با توجه به این نکته که ساختار شهرستان‌های استان خراسان جنوبی از جمله فردوس، ساختاری نیمه سنتی و در حال گذار است و این فرایند، نظم اجتماعی و سنتی ساختار زندگی شهروندان را دستخوش تغییراتی کرده است؛ بنابراین در نوشتار حاضر، شاخص سلامت اجتماعی زنان این شهر در فرایند گذار مورد سنجش قرار می‌گیرد. شایان ذکر است که این شاخص‌ها باید بر اساس یک رویکرد بومی و بین‌رشته‌ای سنجیده شود و عوامل مؤثر بر آن تبیین و تحلیل گردد.

بنابراین با حصول نتایج این پژوهش می‌توان سیاست‌گذاری اجتماعی و برنامه‌ریزی‌های رفاهی را از سوی صاحب‌نظران، کارشناسان و مدیران عالی رتبه در جهت ارتقای کیفیت زندگی جامعه آماری مورد توجه قرار داد تا کیفیت زندگی زنان جامعه مذکور بهتر شده، در سایه تدوین سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی بومی و محلی از آسیب‌های اجتماعی و روانی کاسته شده، در لوای

تصحیح شیوه‌های رفتاری و مهارتی روابط شهروندان بهبود یابد.

هدف پژوهش حاضر این است که سلامت اجتماعی و مؤلفه‌های آن به‌عنوان یکی از شاخص‌های ابعاد اجتماعی و روانی کیفیت زندگی و سلامت پایدار زنان در قالب پرسشنامه استاندارد شده مورد مطالعه قرار گیرد تا با ارزیابی وضعیت مؤلفه‌های این حوزه از سوی مسئولین و برنامه‌ریزان، سطح شاخص‌های کیفیت زندگی شهری زنان در آینده بهبود یابد. بر این مبنا پژوهش حاضر به‌دنبال پاسخگویی به سؤالات زیر است:

بهره‌مندی زنان شهر فردوس از مؤلفه‌های شاخص سلامت اجتماعی چقدر است؟

و رابطه معناداری بین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی جامعه مورد مطالعه با این متغیر وجود دارد؟

#### پیشینه تحقیق

پژوهش‌هایی که تاکنون در ارتباط با موضوع مورد مطالعه، در داخل و خارج از کشور انجام شده است، به اختصار از این قرارند:

فیروزبخت، ریاحی و تیرگر (۱۳۹۶) در مقاله‌ای با عنوان «عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان: یک مطالعه مروری در مجلات فارسی» نشان می‌دهند که عوامل فردی مانند اشتغال، تحصیلات و وضعیت اجتماعی-اقتصادی بر سلامت اجتماعی زنان تأثیرگذار است که از این میان، اشتغال زنان تأثیری دوسویه بر سلامت آنان دارد. در سویه منفی، اشتغال زنان در ترکیب با تعهدات خانگی، به تضاد و تناقض نقش‌ها، سوء عملکرد اجتماعی و روابط مخدوش با دیگران (خانواده، محیط کار و اجتماع بزرگتر) منجر شده و کلیت سلامت (جسمی، روانی، اجتماعی) آنان را به خطر می‌اندازد. در سویه مثبت نیز مطلوبیت شرایط شغلی (حقوق و مزایا، امنیت شغلی، حمایت سازمانی و ...) بیشترین اثر را داشته است.

قاضی‌نژاد و سنگری سلیمانی (۱۳۹۵) در مقاله‌ای تحت عنوان «رابطه شغل و سلامت اجتماعی زنان» بر این باورند که صرف داشتن شغل تغییری در میزان سلامت اجتماعی زنان ایجاد نمی‌کند؛ آنچه مهم است مؤلفه‌های ماهوی شغلی، شامل نوع شغل، مطلوبیت شرایط شغلی و توانمندی‌های اجتماعی و روانی (پیامدهای شغلی) است که بر سلامت اجتماعی آنان تأثیرگذار است. زنان شاغل برخوردار از استقلال مالی، روابط اجتماعی قوی و حمایت

اجتماعی بالا، سلامت اجتماعی بیشتری دارند.

شربتیان و طوافی (۱۳۹۵) در مقاله‌ای با عنوان «مطالعه جامعه‌شناختی شاخص‌های احساس بهزیستی اجتماعی شهروندان شهر مشهد» نشان می‌دهند که میزان بهزیستی اجتماعی در بین جامعه آماری مورد مطالعه با ۴۸٪ در سطح بالایی است. بر اساس نظریه کییز پاسخگویان مناطق شهری (۱، ۹ و ۱۱)، دیدگاه مطلوبی نسبت به ماهیت انسان دارند و با دیگران احساس راحتی کرده، اجتماع و مردم آن را با همه نقص‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی باور داشته، می‌پذیرند. همچنین یافته‌ها نشان داد که پاسخگویان از اینکه اجتماع سرنوشت خود را در دست دارد و به مدد توان بالقوه‌اش مسیر تکاملی خود را کنترل می‌کند، ارزیابی مثبتی دارند. افشانی و شیرمحمدی (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان «بررسی رابطه رضایت از زندگی و سلامت اجتماعی زنان شهر یزد» نشان داده‌اند که میزان سلامت اجتماعی و رضایت از زندگی پاسخگویان در سطح متوسط بوده است و بین میزان رضایت از زندگی و ابعاد سلامت اجتماعی (انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی، پذیرش اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انطباق اجتماعی) رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. از بین ابعاد سلامت اجتماعی مؤلفه پذیرش اجتماعی قوی‌ترین و متغیر شکوفایی اجتماعی ضعیف‌ترین رابطه را با رضایت از زندگی زنان دارند.

ایمنی (۱۳۹۴) در بررسی «تأثیر امنیت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان منطقه چهار شهر تهران» بر اساس تئوری مازلو نشان داده است که میزان سلامت اجتماعی زنان در حد متوسط به بالا بوده و بین احساس امنیت اجتماعی و ابعاد آن با میزان سلامت اجتماعی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. نتایج رگرسیون چند متغیره هم نشان داده است که متغیرهای گرایش دینی و احساس امنیت اجتماعی زنان به بهترین وجه متغیر سلامت اجتماعی را تبیین می‌کنند.

آباجی‌زاده و دیگران (Abachizadeh, et.al, 2014) در پژوهشی با عنوان «اندازه‌گیری سلامت اجتماعی خود امتیاز از ایرانیان (یک بررسی مبتنی بر جمعیت سه شهرستان)» نشان داده‌اند که میانگین نمره سلامت اجتماعی نمونه مورد بررسی، برابر با ۱۰۵ بوده است و ۵۰٪ شرکت‌کنندگان در سطح متوسط از سلامت اجتماعی برخوردار بوده‌اند. نمره سلامت اجتماعی در ارومیه بالاتر از تهران برآورد شده است. در این مقاله صرفاً سنجش شاخص‌های سلامت اجتماعی به اختصار بیان شده

است و رابطه آن با متغیرهای زمینه‌ای مورد مطالعه قرار گرفته است. ساراسینو (Sarracino, 2013) در مقاله‌ای با عنوان «مقایسه سرمایه اجتماعی و فرایند بهزیستن در بین یازده کشور اروپایی» به بررسی رابطه این دو متغیر می‌پردازد. او از نتایج تحقیق خود دریافت که سرمایه اجتماعی و مؤلفه‌های آن با بهزیستی رابطه مثبت و معناداری دارد؛ یعنی وقتی افراد از شبکه‌های بیشتری برخوردارند (سرمایه اجتماعی بیشتری دارند)، رضایت از زندگی و بهزیستی روانی و اجتماعی بالاتری نیز دارند. یاماوکا (Yamaoka, 2008) طی مقاله‌ای با عنوان «سرمایه اجتماعی و سلامت و بهزیستی در آسیای شرقی مطالعه‌ای مبتنی بر شاخص‌های جمعیتی» به این نتیجه رسیده است که بین سرمایه اجتماعی و بهزیستی رابطه معنی‌داری وجود دارد. به عبارتی افرادی که در زندگی، فردی اجتماعی هستند و دوستان بیشتری دارند، از سلامت اجتماعی و بهزیستی اجتماعی بالاتری برخوردارند.

در نهایت شایان ذکر است که مفهوم حاضر به‌عنوان شاخصی از مباحث برنامه‌ریزی رفاه اجتماعی شهروندان می‌تواند سهم عمده‌ای در حل مسائل اجتماعی جامعه بالاخص برای این گروه اجتماعی داشته باشد، با توجه به اینکه محققان به توصیف و سنجش مؤلفه‌های این شاخص در جامعه سنتی فردوس نپرداخته‌اند و سازمان‌های ذی‌ربط نیز چه در سطح محلی و چه استانی، برنامه‌ریزی خاصی در این رابطه نداشته‌اند، لذا توصیف و تفسیر وضعیت مؤلفه‌های این متغیر می‌تواند در راستای برنامه‌ریزی‌های روانی و اجتماعی زندگی زنان این شهر برای بسترسازی تحولات مثبت اجتماعی و سلامت پایدار و حل مشکلات و معضلات اجتماعی در جهت توسعه پایدار این جامعه سنتی نقش بارزی داشته باشد. علاوه بر اینکه توصیف و تحلیل مؤلفه‌های سلامت اجتماعی زنان می‌تواند از طریق استمرار اجرای برنامه‌های بهتر زیستن با حوزه کیفیت زندگی زنان و شاخص‌های آن ارتباط تنگاتنگی داشته باشد.

### چارچوب نظری

سلامت اجتماعی، مفهومی است که در کنار ابعاد جسمی و روانی سلامت مورد توجه قرار گرفته است. نظریه سلامت اجتماعی کبیز از یک اصل جامعه‌شناختی و روان‌شناختی نشأت

می‌گیرد. به عقیده او سلامت اجتماعی چگونگی ارزیابی فرد از عملکردش در برابر اجتماع است. فرد سالم از نظر اجتماعی، اجتماع را به صورت یک مجموعه معنادار، قابل فهم 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 (Keyes & Shapiro, 2004: 5).

کییز پنج ملاک را برای سلامت اجتماعی برمی‌شمارد که هم راستا با نظریه‌های روان‌شناختی و جامعه‌شناختی بسط پیدا می‌کند. یکی از این مؤلفه‌ها انطباق اجتماعی<sup>۱</sup> است. انطباق اجتماعی، با بی‌معنا بودن زندگی قابل مقایسه است و دیدگاه قابل سنجش و قابل پیش‌بینی بودن جامعه را شامل می‌شود. از حیث روان‌شناختی، افراد سالم زندگی شخصی خود را با معنا و منسجم می‌بینند (حاتمی، ۱۳۸۹: ۳۰). از دیگر مؤلفه‌های این شاخص انسجام اجتماعی<sup>۲</sup> است. 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؛ بنابراین انسجام اجتماعی آن درجه‌ای است که در آن مردم احساس می‌کنند که چیز مشترکی بین آنها و کسانی که واقعیت اجتماعی آنها را می‌سازند وجود دارد مثل همسایه‌هایشان (سام‌آرام، ۱۳۸۸: ۱۸). دیگر مؤلفه این شاخص سهم داشت اجتماعی<sup>۳</sup> است، که عبارت از ارزیابی ارزش اجتماعی فرد است و شامل این موضوع است که فرد جزئی مهم از جامعه محسوب می‌گردد و چه ارزشی را به جهان اجتماعی خود اضافه می‌کند (Keyes & Shapiro, 2004: 542). مؤلفه بعدی این شاخص شکوفایی اجتماعی<sup>۴</sup> است که ارزیابی پتانسیل و خط سیر جامعه و درک افراد از این موضوع است که آن‌ها هم از رشد اجتماعی سود خواهند برد و اینکه نهادها و افراد حاضر در جامعه به شکلی در حال شکوفایی‌اند که نوید دهنده توسعه بهینه است، هرچند این امر برای همه افراد درست نیست (Keyes, 1998: 123). آخرین مؤلفه این شاخص پذیرش اجتماعی<sup>۵</sup> است که پذیرش تکثر با

- 
1. Social coherence
  2. Social Integnrnation
  3. Social Contribution
  4. Social Actualization
  5. Social acceptance



دیگران، اعتماد به خوب بودن ذاتی دیگران و نگاه مثبت به ماهیت انسان‌ها را در برمی‌گیرد که همگی آنها باعث می‌شوند فرد در کنار سایر اعضای جامعه انسانی، احساس راحتی کند (صفاری‌نیا، ۱۳۹۴: ۸۸).

با توجه به مؤلفه‌های نظری مطرح شده در خصوص شاخص سلامت اجتماعی، این مؤلفه‌ها در قالب یک مدل پنج بعدی به‌عنوان شاخصی از متغیر سلامت کیفیت زندگی افراد هر جامعه‌ای، قابل‌سنجش و توصیف خواهد بود. طبق این مدل، فرد سالم، از نظر اجتماعی، زمانی عملکرد خوبی دارد که اجتماع را به‌صورت یک مجموعه معنادار، درک کند و برای رشد و شکوفایی خود در راستای پیشرفت جامعه تلاش کند. بنابراین به گروه‌های اجتماعی احساس تعلق داشته، خود را در پیشرفت اجتماعات محلی و در نهایت جامعه سهیم می‌داند. بر این اساس محتوای مقیاس مؤلفه‌های سلامت اجتماعی به صورت گویه‌های مثبت مبتنی بر دامنه طیف پژوهشی به ارزیابی تجربیات فرد در زندگی اجتماعی می‌پردازد. این مقیاس جدید در سطح بین فردی (اجتماعی) به صورت مثبت‌نگر در پی آن است که رویه‌های مثبت زندگی اجتماعی را تقویت کند تا از طریق آن بتوان آسیب‌های اجتماعی و روانی زندگی را که گریبان‌گیر جامعه است کاهش داد. نمودار ۱ مؤلفه‌های شاخص سلامت اجتماعی را که به بهتر زیستن اجتماعی افراد در زندگی کمک می‌کند، نشان می‌دهد.



نمودار ۱) مؤلفه‌های شاخص سلامت اجتماعی

### فرضیه‌های تحقیق

- با توجه به مبانی نظری، فرضیه‌های تحقیق از این قرارند:
- بین سن زنان و شاخص‌های سلامت اجتماعی رابطه معنی‌دار وجود دارد.
  - میزان تحصیلات زنان و شاخص‌های سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد.
  - میزان درآمد ماهیانه خانواده و شاخص‌های سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد.
  - میانگین شاخص سلامت اجتماعی در بین مجردان و متأهلین، متفاوت است.

### روش‌شناسی تحقیق

#### الگوی بررسی

این تحقیق، به روش پیمایشی از نوع کاربردی است. جامعه آماری این تحقیق کلیه زنان ۲۰ تا ۴۵ ساله شهر فردوس بوده‌اند که طبق آخرین سرشماری نفوس و مسکن (۱۳۹۵)، تعداد کل افراد جامعه مورد مطالعه ۶۸۴۵ نفر بوده و حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران کمی و با احتساب واریانس ۳۰۴ نفر انتخاب شده‌اند. در این پژوهش بر اساس شیوه نمونه‌گیری تصادفی ساده مناطق و محله‌های مختلف شهر فردوس به طور برابر در حجم نمونه قرار گرفته‌اند.

$$n = \frac{Nt^2 \cdot S^2}{Nd^2 + t^2s^2} = \frac{6845 \times 1.16^2 \times 0.5^2}{6845 \times 0.005^2 + 1.16^2 \times 0.5^2} = 304$$

سؤالات پرسشنامه استاندارد شده کیز (۱۹۹۸) برای بررسی روان‌سنجی با استفاده از تحلیل عوامل تأییدی مدل پنج بعدی (شکوفایی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انسجام اجتماعی و انطباق اجتماعی) مبتنی بر مقیاس ترتیبی حاوی ۳۳ گویه بر مبنای طیف لیکرت و باز دامنه (۱ تا ۵) بر روی دو نمونه ۳۷۳ و ۲۸۸۷ نفری در جامعه آمریکا اجرا شد (محقق کی‌مال و عبدالله تباردرزی، ۱۳۹۵: ۵۰). میزان ضرایب آلفای کرونباخ در مطالعه اول برای ابعاد انسجام اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، مشارکت اجتماعی و پذیرش اجتماعی به ترتیب برابر با ۰/۵۷، ۰/۶۹، ۰/۸۱، ۰/۷۵ و ۰/۷۷ در مطالعه دوم به ترتیب برابر با ۰/۶۴، ۰/۶۴، ۰/۷۳، ۰/۶۶ و ۰/۴۱ به دست آمد که ضرایب قابل قبولی است (صفاری‌نیا، ۱۳۹۱: ۶۰).

### تعریف مفاهیم

با توجه به آنچه که در مبانی نظری تحقیق به اجمال بیان شد در راستای تعاریف عملیاتی مؤلفه‌های متغیر سلامت اجتماعی در این تحقیق، جدول ۱ به اجمال به این تعاریف می‌پردازد.

جدول ۱) تعاریف مفهومی و عملیاتی

متغیر و مؤلفه‌ها	تعریف مفهومی	تعریف عملیاتی	گویه
سلامت اجتماعی	انسجام اجتماعی	ارزیابی یک فرد با در نظر گرفتن کیفیت همراهی او با جامعه اطرافش است. (هزارجریبی و صفری شالی، ۱۳۹۱: ۳۱۷)	<p>۱- من فکر می‌کنم متعلق به مجموعه‌ای به نام جامعه هستم.</p> <p>۲- من فکر می‌کنم که بخشی مهم از اجتماعم هستم.</p> <p>۳- من فکر می‌کنم اگر خواسته یا ایده‌ای برای گفتن داشتم، سایر افراد به من توجه می‌کردند.</p> <p>۴- جامعه من منبع آرامش و راحتی من است.</p> <p>۵- من فکر می‌کنم اگر خواسته یا ایده‌ای برای گفتن داشتم جامعه من را جدی نمی‌گرفت.</p> <p>۶- سایر افراد اجتماع برای من به‌عنوان یک شخص ارزش قائل‌اند.</p> <p>۷- من نسبت به سایر افراد اجتماعم احساس نزدیکی نمی‌کنم.</p>
	پذیرش اجتماعی	درک فرد از جامعه با توجه به خصوصیات سایر افراد است. به عبارت دیگر پذیرش تکثر با دیگران، اعتماد به خوب بودن ذاتی دیگران (صفاری‌نیا، ۱۳۹۴: ۸۹)	<p>۱- رفتار من روی سایر افراد اجتماعم اثر می‌گذارد.</p> <p>۲- من فکر می‌کنم افراد دیگر قابل اعتماد هستند.</p> <p>۳- به نظر من مردم مهربانند.</p> <p>۴- به نظر من مردم خودم‌محورند.</p> <p>۵- من احساس می‌کنم که مردم قابل اعتماد نیستند.</p> <p>۶- من فکر می‌کنم که مردم فقط برای خودشان زندگی می‌کنند.</p> <p>۷- من فکر می‌کنم مردم به مشکلات افراد دیگر اهمیت می‌دهند.</p>

مشارکت اجتماعی	<p>نوعی کنش هدفمند در فرایند تعاملی بین کنشگر و محیط اجتماعی او در جهت نیل به اهداف معین و از پیش تعیین شده تعریف می‌شود (صفاری‌نیا، ۱۳۹۱: ۶۰).</p>	<p>ارزیابی که فرد از ارزش اجتماعی خود دارد و احساس می‌کند سهم مهمی در جامعه خود دارد.</p>	<p>۱- من فکر می‌کنم می‌توانم کار ارزشمندی به دنیا عرضه کنم.                  ۲- فعالیت‌های روزانه من هیچ نتیجه ارزنده‌ای برای جامعه ندارد.                  ۳- من زمان و توان لازم را ندارم تا چیز مهمی به جامعه‌ام عرضه کنم.                  ۴- من فکر می‌کنم کار من نتیجه مهمی برای جامعه ندارد.                  ۵- من محصول ارزشمندی برای سهیم شدن در اجتماع ندارم.                  ۶- به نظر من مردم این روزها بیشتر متقلب شده‌اند.</p>
شکوفایی اجتماعی	<p>ارزیابی پتانسیل و خط سیر جامعه است. درک افراد از این موضوع که آن‌ها هم از رشد اجتماعی سود خواهند برد و اینکه نهادها و افراد حاضر در جامعه به شکلی در حال شکوفایی‌اند (هزارجریبی و صفری شالی، ۱۳۹۱: ۳۱۴)</p>	<p>احساس نسبت به پیشرفت در جامعه و اعتقاد به اینکه نظام اجتماعی عاملی مؤثر در پیشرفت فرد خواهند بود.</p>	<p>۱- من معتقدم که اجتماع مانع پیشرفت من است.                  ۲- من معتقدم که اجتماع در جهت تحقق خواسته‌های من تغییر نمی‌کند.                  ۳- من فکر نمی‌کنم که تشکیلات اجتماعی نظیر قانون و دولت در زندگی من مؤثر باشند.                  ۴- من اجتماع را به‌صورت یک تحول دائمی می‌بینم.                  ۵- به نظر من جامعه مکانی پربار و مفید برای افراد آن است.                  ۶- به نظر من پیشرفت اجتماعی، مفهومی ندارد.                  ۷- به نظر من دنیا برای هر فرد دارد مکانی بهتری می‌شود</p>
همبستگی اجتماعی	<p>اعتقاد به اینکه اجتماع قابل فهم، منطقی و قابل پیش بینی است. دانستن و علاقه مند بودن به جامعه و مفاهیم مربوط به آن (سام- آرام، ۱۳۹۲: ۱۱)</p>	<p>احساس درک کردن تغییرات پیچیده جامعه و سازگاری با آن</p>	<p>۱- دنیا برای من پیچیده است.                  ۲- محققین تنها افرادی هستند که می‌توانند آنچه پیرامون دنیای اطرافشان رخ می‌دهد، درک کنند.                  ۳- من نمی‌توانم بفهمم که در دنیا چه پیش خواهد آمد.                  ۴- اغلب فرهنگ‌ها آن‌قدر عجیب و بیگانه هستند که من از آن‌ها سر در نمی‌آورم.                  ۵- به نظر من دنیایی که در آن زندگی می‌کنیم ارزش درک کردن دارد.                  ۶- به نظر من پیش‌بینی آنچه در اجتماع آینده اتفاق خواهد افتاد، کار سختی است.</p>

### روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

از آنجایی که تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار Spss22 صورت گرفته است؛ لذا استفاده از سازه سلامت اجتماعی در این تحقیق، مبتنی بر نتایج تأیید تحلیل عاملی و اعتبار سازه‌ای شاخص‌ها و مؤلفه‌های یاد محاسبه شده است، با توجه به این نکته، نتایج آزمون KMO برای سازه مذکور برابر با ۰/۷۸۹ به دست آمده است؛ بنابراین داده‌های تحقیق قابل تقلیل به تعدادی عامل زیربنایی و بنیادی بوده است. همچنین نتیجه آزمون بارتلت برای سازه در سطح خطای کوچکتر از ۰/۰۵ معنی دار بدست آمده که نشان می‌دهد ماتریس همبستگی بین گویه‌ها، ماتریس همبستگی و واحد نیست؛ به عبارتی از یک طرف بین گویه‌های داخل هر عامل همبستگی بالایی وجود دارد و از طرف دیگر بین گویه‌های یک عامل با گویه‌های عامل دیگر هیچ‌گونه همبستگی مشاهده نمی‌شود که نشان از اعتبار سازه است. همچنین از آلفای کرونباخ جهت پایایی و همسازی درونی سؤالات استفاده شده است جدول ۲ مقادیر پایایی درونی متغیرها، آزمون بارتلت و KMO را نشان می‌دهد.

جدول ۲) ضریب پایایی متغیر سلامت اجتماعی و مؤلفه‌های آن

متغیر / مؤلفه	تعداد گویه‌ها	آلفای کرونباخ	KMO	آزمون بارتلت	درجه آزادی	سطح معناداری
انسجام اجتماعی	۷	۰/۶۸۶	۰/۷۶۳	۳۰۱/۴۶۰	۲۱	۰/۰۰۰
پذیرش اجتماعی	۷	۰/۷۰۰	۰/۶۵۴	۳۵۸/۴۵۷	۲۱	۰/۰۰۰
مشارکت اجتماعی	۶	۰/۷۴۱	۰/۶۶۸	۳۳۱/۰۷۷	۱۵	۰/۰۰۰
همبستگی اجتماعی	۶	۰/۷۵۵	۰/۷۶۳	۲۵۵/۳۳۴	۱۵	۰/۰۰۰
شکوفایی اجتماعی	۷	۰/۷۳۱	۰/۶۸۴	۲۳۹/۲۸۱	۱۵	۰/۰۰۰
سلامت اجتماعی	۳۳	۰/۷۲۴	۰/۷۸۰	۲۷۹۲/۳۲۶	۴۹۶	۰/۰۰۰

بر اساس داده‌های جدول فوق مقدار آلفای سلامت اجتماعی ۰/۷۲۴ و آزمون KMO مقدار متغیر سلامت اجتماعی ۰/۷۸۰ به دست آمده است، در نتیجه آزمون بارتلت ۲۷۹۲/۳۲۶ متغیر یاد شده در

سطح خطای ۰/۰۵ بوده است در نهایت می‌توان گفت ۸ عامل از ۳۳ عامل سلامت اجتماعی توانسته‌اند در این تحقیق در حدود ۵۸/۸۳۷٪ از واریانس ۳۳ گویه مرتبط با مقیاس سلامت اجتماعی را تبیین کنند.

### ارائه یافته‌ها

در این تحقیق متغیرهای جمعیت‌شناختی زنان جامعه آماری پژوهش چون: سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و درآمد ماهیانه خانواده به‌عنوان شاخص‌های متغیر زمینه‌ای در نظر گرفته شده که نتایج آن در جداول ۳ مشاهده است.

جدول ۳) توزیع فراوانی گروه‌های سنی و وضعیت تأهل زنان

درصد	فراوانی	سن
۶۴/۵	۱۹۶	۲۰-۲۵ سال
۰	۰	۲۶-۳۰ سال
۱۳/۸	۴۲	۳۱-۳۵ سال
۱۳/۸	۴۲	۳۶-۴۰ سال
۷/۹	۲۴	۴۱-۴۵
۱۰۰	۳۰۴	جمع
۲۹/۷۰		میانگین
درصد	فراوانی	وضعیت تأهل
۲۳	۷۰	مجرد
۶۶/۸	۲۰۳	متاهل
۶/۹	۲۱	مطلقه
۳/۳	۱۰	همسر فوت شده
۱۰۰	۳۰۴	جمع

جدول ۳ نشان می‌دهد بیش از نیمی پاسخگویان جامعه مورد مطالعه ما را زنان ۲۰ تا ۲۵ ساله شهر فردوس تشکیل داده و میانگین سنی پاسخگویان ۳۰ سال بوده است. همچنین بیش از ۲/۳ پاسخگویان حاضر در این تحقیق متأهل بوده‌اند.

جدول ۴) توزیع فراوانی میزان تحصیلات و درآمد ماهیانه خانواده

درصد	فراوانی	میزان تحصیلات
۰/۳	۱	ابتدایی
۴/۹	۱۵	راهنمایی
۲۵/۷	۷۸	دیپلم
۲۱/۱	۶۴	فوق دیپلم
۴۱/۸	۱۲۷	لیسانس
۶/۳	۱۹	فوق لیسانس و بالاتر
۱۰۰	۳۰۴	جمع
درصد	فراوانی	میزان درآمد ماهیانه خانواده
۴/۳	۱۳	بین ۱۰۰ تا ۳۰۰ هزار تومان
۱۲/۵	۳۸	بین ۳۰۱ تا ۵۰۰ هزار تومان
۲۳	۷۰	بین ۵۰۱ تا ۷۰۰ هزار تومان
۹/۲	۲۸	بین ۷۰۱ تا ۹۰۰ هزار تومان
۱۶/۴	۵۰	بین ۹۰۱ تا یک میلیون و ۱۰۰ هزار تومان
۳۴/۵	۱۰۵	بالاتر از یک میلیون و ۱۰۰ هزار تومان
۱۰۰	۳۰۴	جمع

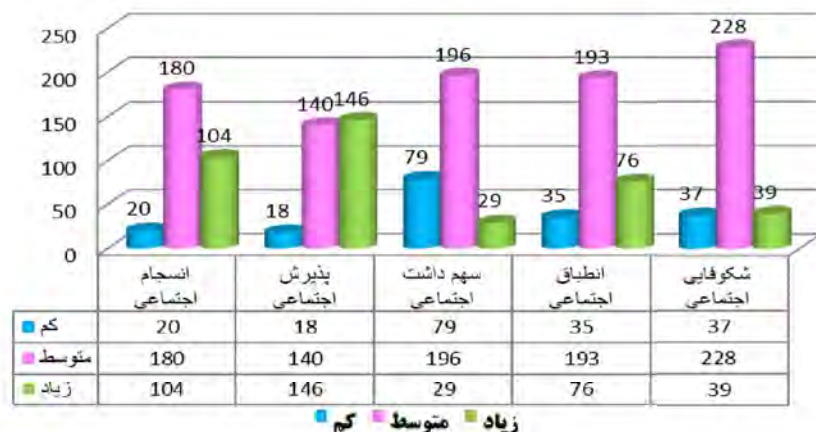
داده‌های جدول ۴ نشان می‌دهد که بیشتر پاسخگویان تحصیلات دانشگاهی دارند. همچنین میزان درآمد بیشتر از یک سوم پاسخگویان بالاتر از یک میلیون و یکصد هزار تومان بوده است.

جدول ۵) توزیع فراوانی پاسخگویان (زنان) در بین شاخص‌های سلامت اجتماعی

شاخص	کم	متوسط	زیاد	میانگین	انحراف معیار	واریانس
انسجام اجتماعی	۲۰	۱۸۰	۱۰۴	۱۹/۴۱	۲/۵۶۰	۶/۵۵۴
	۶/۶	۵۹/۲	۳۴/۲			
پذیرش اجتماعی	۱۸	۱۴۰	۱۴۶	۲۲/۷۱	۳/۵۴۵	۱۲/۵۶۴
	۵/۹	۴۶/۱	۴۸			
سهم‌داشت اجتماعی	۷۹	۱۹۶	۲۹	۱۶/۴۱	۲/۵۸۱	۶/۶۶۵
	۲۶	۶۴/۵	۹/۵			
انطباق اجتماعی	۳۵	۱۹۳	۷۶	۲۴/۳۹	۳/۲۳۶	۱۰/۴۶۹
	۱۱/۵	۶۳/۵	۲۵			
شکوفایی اجتماعی	۳۷	۲۲۸	۳۹	۲۱/۴۴	۲/۹۸۲	۸/۸۹۵
	۱۲/۲	۷۵	۱۲/۸			

بر اساس داده‌های جدول ۵، مؤلفه‌های متغیر مورد مطالعه به ترتیب ابعاد انطباق، پذیرش، شکوفایی، انسجام و سهم‌داشت از بُعد اجتماعی بیشترین میانگین و اهمیت را در زندگی اجتماعی جامعه مورد مطالعه (زنان فردوس) داشته است. با توجه به این امر نمودار ۲ بیانگر موقعیت پاسخگویان به مؤلفه‌های سلامت اجتماعی است.





نمودار ۲) توصیف وضعیت پاسخگویان (زنان) نسبت به خرده مؤلفه‌های سلامت اجتماعی

با توجه به نمودار ۲ می‌توان گفت که میزان مؤلفه‌های سلامت اجتماعی زنان در شهر فردوس در حد متوسط بدست آمده است. علاوه بر این، داده‌های جدول و نمودار در خصوص توصیف مؤلفه‌های متغیر مورد مطالعه نشان می‌دهد که بر مبنای سنجه‌ها (کم، متوسط، زیاد)، در بین پاسخگویان سنجه کم، مؤلفه‌های پذیرش اجتماعی کمترین و سهم‌داشت اجتماعی بیشترین؛ در بین پاسخگویان سنجه متوسط شکوفایی اجتماعی بیشترین و پذیرش اجتماعی کمترین و در بین پاسخگویان سنجه زیاد، سهم‌داشت اجتماعی کمترین و پذیرش اجتماعی بیشترین فراوانی را داشته‌اند.

جدول ۶) میزان سطوح متغیر سلامت اجتماعی

میزان سلامت اجتماعی	سطوح سلامت اجتماعی	
۳۹۴	فراوانی	بالا
٪۲۶	درصد	
۹۳۷	فراوانی	متوسط
٪۶۲	درصد	
۱۸۹	فراوانی	پایین
٪۱۲	درصد	
۱۵۲۰	فراوانی	جمع
۱۰۰	درصد	
۱۰۸/۲۷	میانگین	
۹/۲۱۷	انحراف معیار	

جدول ۶ نشان می‌دهد ترکیب نتایج مؤلفه‌های متغیر سلامت اجتماعی در سه سطح (بالا، متوسط و پایین) در راستای توصیف وضعیت سلامت زنان جامعه مورد پژوهش، حائز اهمیت است. با توجه به نتایج، میانگین به‌دست آمده از شاخص سلامت اجتماعی کل ۱۰۸/۲۷ بوده است<sup>۱</sup>؛ این مطلب نشان می‌دهد که سلامت اجتماعی در بین زنان شهر فردوس، در سطح متوسطی قرار دارد و بیانگر این موضوع است که ساختارهای اجتماعی، انسجامی و انطباقی زنان تحت تأثیر تحولات اجتماعی قرار گرفته، زندگی شهروندان را با مسائل اجتماعی پیچیده‌ای روبه‌رو کرده است؛ هنوز در سطح این شهر ساختارهای زندگی اجتماعی از نظر شهروندان مورد توجه قرار دارد. بنابراین رویکرد سلامت محوری که به بهتر زیستن ترغیب می‌کند برای حفظ شاخص‌های مثبت سلامت اجتماعی و روانی زنان این شهر باید مورد اهتمام و برنامه‌ریزی قرار گیرد. به عبارت دیگر نتایج بُعد اجتماعی سلامت زنان این شهر دربرگیرنده سطوح مناسب و خوبی از مهارت‌ها، عملکردها، و توانمندی‌های شناختی است که باید هر زن در ساختار زندگی اجتماعی شهر فردوس، خود را به‌عنوان عضوی از اجتماع بداند و بر اساس مکانیسم‌های فرایند جامعه‌پذیری مناسبی که در سطح زندگی وجود دارد، به حیات اجتماعی خود و دیگران توجه ویژه‌ای نماید و تلاش کند این حیات کمتر دستخوش تحولات قرار گیرد.

از بُعد دیگر نتایج متغیرهای سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و درآمد ماهیانه خانواده، جزء متغیرهای جمعیت‌شناختی (زمینه‌ای) بوده‌اند که رابطه آن‌ها با سلامت اجتماعی مورد مطالعه قرار گرفته است و برای سنجش میزان همبستگی این متغیرها با سلامت اجتماعی از آزمون استنباطی استفاده شده است، نتایج در جدول ۷ آمده است.

۱. در این تحقیق بر اساس دامنه طیف لیکرت (۱ تا ۵) کمترین نمره ۳۳ و بیشترین نمره ۱۶۵ به‌دست آمده است. لذا بر اساس تقسیم یافته‌ها و نظرات داوران مقاله یافته‌ها به سه دسته (پایین، متوسط و بالا) تقسیم‌بندی شده که میانگین نمرات پایین بین ۳۳ تا ۷۶، نمرات متوسط بین ۷۷ تا ۱۲۰ و نمرات بالا بین ۱۲۱ تا ۱۶۵ به این ترتیب دسته‌بندی شده است.

جدول ۷) ضریب همبستگی متغیرهای جمعیت‌شناختی (زمینه‌ای) و سلامت اجتماعی

متغیر	سن	میانگین	F	سطح معناداری
سلامت اجتماعی	بین‌گروهی	۱۶/۰۹۴	۰/۱۸۸	۰/۹۰
	درون‌گروهی	۸۵/۶۴۷		
متغیر	وضعیت تأهل	میانگین	F	سطح معناداری
سلامت اجتماعی	بین‌گروهی	۱۶/۰۹۴	۰/۸۶۲	۰/۵۱
	درون‌گروهی	۸۵/۶۴۷		
متغیر	میزان تحصیلات	میانگین	F	سطح معناداری
سلامت اجتماعی	بین‌گروهی	۷۳/۳۶۶	۰/۸۶۲	۰/۵۱
	درون‌گروهی	۸۵/۱۵۳		
متغیر	میزان درآمد ماهیانه خانواده	میانگین	F	سطح معناداری
سلامت اجتماعی	بین‌گروهی	۲۹۴/۰۶۱	۰/۳۶۱	۰/۰۰۳
	درون‌گروهی	۸۱/۴۵۰		

با توجه به داده‌های جدول ۷، غیر از متغیر میزان درآمد ماهیانه خانواده هیچکدام از متغیرهای زمینه‌ای سطح معناداری قابل قبولی در ارتباط با سلامت اجتماعی نداشته‌اند، و برای متغیر میزان درآمد ماهیانه خانوار، شدت رابطه به‌دست آمده برابر با ۳۶٪ مثبت و مستقیم و در حد متوسط ارزیابی شده و سطح معناداری آزمون، کوچک‌تر از ۰/۰۵ بوده است؛ بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می‌شود. به‌عبارتی، هر چه سطح درآمد خانوار بالاتر رود، میزان بهره‌مندی آن‌ها از شاخص سلامت اجتماعی بیشتر می‌گردد، به این معنا که وجود شاخص‌های اقتصادی و عدم نگرانی از وضعیت اقتصادی در سهم داشت زنان در پیشرفت جامعه حائز اهمیت است، به نحوی که پذیرش نظرات دیگران و شکوفایی توانمندی‌ها و خلاقیت‌ها در سایه احساس امنیت اقتصادی مطلوب در پیشرفت پایدار جامعه برای زنان این شهر از اهمیت برخوردار است.

## نتیجه گیری

سلامت اجتماعی در راستای توانمندسازی زنان نقش بارزی در توسعه پایدار جامعه دارد. این حوزه نقش مهمی در پویایی و کارآمدی فعال شهروندان بویژه زنان با خود به همراه می‌آورد. امروزه سلامت اجتماعی به این امر معطوف است که شهروندان از جمله زنان درباره اجتماعی که در آن زندگی می‌کنند، چگونه به تفکر و ارزیابی از آن می‌پردازند. این ارزیابی در راستای ارتقای کیفیت زندگی شهروندان حائز اهمیت است.

پژوهش حاضر از روش کمی و از نوع راهبرد پیمایش توصیفی به منظور شناسایی وضعیت بهره‌مندی از مؤلفه‌های سلامت اجتماعی زنان ۲۰ تا ۴۵ ساله شهر فردوس بوده که می‌توان اذعان به این کرد که ساختار زندگی شهروندان این شهر از روند زندگی در حال گذار برخوردارند، بنابراین در این نوشتار متغیر یاد شده در وضع موجود از سوی نویسنده صرفاً جهت آگاهی بخشی به مسئولان و برنامه‌ریزان توصیف شده، تا از این طریق تحولات اجتماعی مثبت، سیاست‌ها و برنامه‌های اجتماعی و رفاهی خوبی در راستای ارتقای آرامش و آسایش ایجاد کرد.

یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر این موضوع است که وضعیت اقتصادی رابطه معنادار و اثرگذاری با سلامت اجتماعی دارد، این نتیجه با یافته‌های فیروزبخت، ریاحی و تیرگر (۱۳۹۶) که وضعیت اقتصادی را مؤلفه اثرگذار بر وضعیت زنان می‌دانند، همخوانی دارد. علاوه بر این نتیجه حاضر با تحقیق قاضی‌نژاد و سنگری سلیمانی (۱۳۹۵) که استقلال مالی زنان را مؤلفه‌ای مؤثر بر وضعیت سلامت اجتماعی زنان دانسته، همخوانی دارد. بنابراین میزان درآمد خانوار در این تحقیق در بهبود ارتقای وضعیت اقتصادی، اشتغال و استقلال مالی زنان و... می‌تواند به ارتقای کیفیت زندگی از جمله سلامت اجتماعی و روانی زنان کمک مؤثری کند.

همچنین میانگین متوسط روبه بالای وضعیت کلی سلامت اجتماعی این تحقیق با تحقیق شربتیان و طوافی (۱۳۹۵) که در مناطق (۱، ۹ و ۱۱) شهر مشهد صورت گرفته و با تحقیق افشانی و شیرمحمدی (۱۳۹۵) با محوریت زنان شهر یزد و تحقیق زنان منطقه ۴ شهر تهران توسط ایمنی (۱۳۹۴) و آباچی‌زاده و دیگران (Abachizadeh, et.al: 2014) صورت گرفته، همخوانی داشته است. علاوه بر این باید بیان کرد که مؤلفه پذیرش اجتماعی برای زنان در بین مؤلفه‌های سلامت اجتماعی

هم حائز اهمیت بوده است؛ که همانند نتایج تحقیق افشانی و شیرمحمدی (۱۳۹۵) برای زنان شهر یزد هم این مؤلفه اهمیت زیادی داشته است؛ همچنین وجود تقویت شبکه روابط اجتماعی از نوع (خانوادگی، دوستان و...) در بحث پذیرش اجتماعی برای زنان فردوس از اهمیت زیادی برخوردار بوده است که با یافته‌های تحقیق سارسینو (Sarracino, 2013) و یاماوکا (Yamaoka, 2008) همخوانی داشته است.

یافته‌ها نشان داد که زنان شهر فردوس دیدگاه متوسطی نسبت به احساس راحتی با دیگران دارند به این معنا که افراد، اجتماع و مردم را با همه نقایص و جنبه‌های مثبت باور داشته، می‌پذیرند؛ همچنین پاسخگویان نسبت به این که در اجتماع سرنوشت خود را در دست دارند و به مدد توان بالقوه می‌توانند مسیر تکاملی خود را کنترل کنند، دیدگاه متوسطی داشته‌اند؛ یعنی براین باورند که جامعه تا حدی می‌تواند قابلیت رشد به شکل مثبت را برای آن‌ها فراهم کرده، این قابلیت را به شکل بالفعل درآورد.

از نظر وضعیت تحصیلی بیش از نیمی از پاسخگویان (۷۰٪) تحصیلات دانشگاهی (مقطع کاردانی و کارشناسی) داشته‌اند، در حدود ۲۵٪ از زنان دارای تحصیلات متوسطه و دیپلم بوده‌اند و در حدود ۵٪ تحصیلات کمتر از دیپلم داشته‌اند. همچنین میزان درآمد سطح خانوار پاسخگویان نشان می‌دهد که در زمان جمع‌آوری یافته‌ها ۵۱٪ پاسخگویان، پایگاه اقتصادی در سطح متوسط روبه بالا داشته‌اند، ۳۲٪ در سطح متوسط و ۱۷٪ در سطح پایین بوده‌اند. در حدود ۲۳٪ زنان جامعه مورد مطالعه مجرد و ۶۹٪ متأهل و مابقی مطلقه بوده، یا همسرشان فوت کرده است و بیشترین دامنه گروه سنی به زنان بین ۲۰ تا ۲۵ ساله اختصاص داشته است.

در پژوهش حاضر با بررسی رابطه متغیرهای جمعیت‌شناختی سن، وضعیت تأهل و پایگاه تحصیلی زنان، با شاخص‌های سلامت اجتماعی، رابطه معناداری وجود نداشته است؛ بنابراین دانشگاه‌ها و مراکز آموزشی سطح شهرستان که برای ارتقای تحصیلات افراد در تلاشند، نتوانسته‌اند در روند سلامت پایدار جامعه زنان سهم مهمی داشته باشند، به عبارت دیگر تأثیر فضاها و محتوای آموزشی و ارتقای مقاطع تحصیلات تکمیلی در مراکز آموزشی این شهر بر حوزه سلامت زنان تأثیر چندانی نداشته است، بنابراین تحول رویه‌های اجتماعی و بازبینی آموزش‌های فرهنگی در سطح

سازمان‌ها و مراکز آموزشی بر روند توسعه پایدار شهرستان می‌تواند گام مؤثری در راستای ارتقای کیفیت زندگی شهروندان در نظر گرفته شود.

تجزیه و تحلیل یافته‌ها نشان می‌دهد که میزان میانگین مجموع کل شاخص‌های سلامت اجتماعی زنان در بین جامعه آماری در حدود ۶۲٪ در سطح متوسط روبه بالایی ارزیابی شده است. در بین مؤلفه‌های این متغیر مورد مطالعه مؤلفه پذیرش اجتماعی حائز اهمیت بوده است؛ بنابراین مطابق با نظریه کییز، شناخت و پذیرش دیگران و ارزش فرد به‌عنوان یک شریک اجتماع می‌تواند سهم مهمی در ارتقای سلامت و تحولات زندگی داشته باشد. مؤلفه سهم داشت اجتماعی (مشارکت اجتماعی) در رتبه بعدی قرار دارد؛ که در راستای توانمندی‌ها و ظرفیت‌های امروزه زنان بالاخص نسل جوان می‌تواند به تحولات مثبت جامعه فردوس کمک شایانی نماید. علاوه بر این، اعتقاد به تحول مثبت اجتماعی که زنان می‌توانند در زندگی جامعه سنتی داشته باشند، به‌عنوان عنصر شکوفایی اجتماعی در درجه بعدی قرار دارد؛ که با تکیه بر توانمندی‌های متنوع زنان این شهر این مؤلفه از اهمیت برخوردار است و می‌تواند برای تغییر بینش‌ها و باورهای جامعه زنان این شهر در حال گذر مؤثر باشد. در نهایت وجود مؤلفه‌های سلامت اجتماعی زنان می‌تواند وحدت اجتماعی، تشریک مساعی، پیوند اجتماعی و ارتقای توانمندی‌های زنان را برای تحولات مثبت جامعه سنتی فردوس بوجود آورد.

از منظر دیگر در بین مؤلفه‌های سلامت اجتماعی در سطح سنجه‌های بالا میانگین میزان انطباق اجتماعی حائز اهمیت است. به عبارت دیگر انطباق اجتماعی یعنی اعتقاد به این‌که اجتماع قابل فهم، منطقی و قابل پیش‌بینی است. زنان علاقه‌مند به ایده‌های اجتماعی این شهر احساس می‌کنند که قادر به فهم وقایع اطراف‌شان هستند و خود را با تصور این‌که در حال زندگی در یک دنیای متکامل و عالی هستند، فریب نمی‌دهند و خواسته‌ها و آرزوهای‌شان را از جهت فهم و درک زندگی بهبود می‌بخشند. همان‌طور که هویدا است زنان جامعه مورد مطالعه قادرند وقایع اطراف خود را بشناسند و آرزوها و خواسته‌های شهروندان خود را مطابق با این وقایع ارتقا بخشند.

از سوی دیگر با توجه به نظریه سلامت اجتماعی کییز، باید جهت ترغیب زنان فردوس برای حضور در جامعه تلاش کرد تا دچار انزوای اجتماعی نشوند؛ به عبارت دیگر زمانی این اتفاق می‌افتد

که زنان احساس ارزشمندی و تأثیرگذاری در جامعه کنند خود را در سرنوشت اجتماع تأثیرگذار بدانند. به دنبال آن شکوفایی اجتماعی افزایش می‌یابد و زنان احساس می‌کنند علی‌رغم پیچیدگی جامعه می‌توانند تا حدی آینده آن را پیش‌بینی کنند؛ لذا همبستگی اجتماعی افزایش می‌یابد. همچنین زنان حس می‌کنند بین ارزش‌های فردی و جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنند اشتراکی وجود دارد، بنابراین نسبت به رعایت هنجارها و ارزش‌های جامعه بی‌تفاوت و بی‌اعتماد نخواهند بود؛ بدین ترتیب انسجام اجتماعی افزایش می‌یابد و باعث می‌شود که شخص نگرش مثبت خود را نسبت به جامعه از دست ندهد. بر این اساس پذیرش اجتماعی افزایش می‌یابد و در نهایت زمانی که همه این اثرات در زندگی فردی و جمعی زنان به‌وجود آید، شخص و جامعه احساس مسئولیت-پذیری و کارآمدی اجتماعی خود را تقویت کرده، به این احساس دست پیدا می‌کنند که می‌توانند نقش مهمی در پیشرفت جامعه خود داشته باشند؛ در نتیجه مشارکت اجتماعی افزایش می‌یابد. همه این مسائل باعث افزایش میزان سلامت اجتماعی و کاهش از خودبیگانگی، آنومی اجتماعی، آسیب‌های جمعی و روانی در جامعه می‌شود و با کاهش این آسیب‌ها، فساد و نابهنجاری اجتماعی کمتر شده، کنترل اجتماعی و در نهایت میزان احساس امنیت شهروندان در هر بُعدی افزایش می‌یابد.

در جمع‌بندی نهایی می‌توان گفت که توانمندسازی حوزه سلامت اجتماعی زنان با هدف ایجاد تحولات اجتماعی مثبت در شهر فردوس - که در موقعیت گذار از اجتماع سنتی است- با تقویت شبکه‌های روابط اجتماعی، ارتقای سطوح مشارکت فعال زنان در عرصه‌های مختلف، رفع محدودیت‌های اجتماعی و سنتی، کاهش انزوای اجتماعی، تقویت مهارت‌های زندگی و ارتباطی، افزایش آگاهی، درک و فهم زنان از وضعیت جامعه، ارائه خدمات حمایت عاطفی و اجتماعی، تشکیل گروه‌های همیاری اجتماعی در جهت دسترسی به منابع، تسهیل سهم داشت زنان در فرایندهای شهری، بالابردن عزت نفس و اعتماد به نفس، تشویق انگیزه‌های روانی و اجتماعی زنان در راستای ارتقای حوزه سلامت و ... می‌تواند سهم عمده‌ای در سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌های رفاهی و اجتماعی مؤثر در توسعه پایدار و زندگی زنان این شهر داشته باشد.

## منابع

- افشانی، سیدعلیرضا؛ شیرمحمدی، حمیده (۱۳۹۵). "بررسی رابطه رضایت از زندگی و سلامت اجتماعی زنان شهر یزد". *طلوع بهداشت دانشکده بهداشت یزد*، سال پانزدهم، ش ۲ (خرداد و تیرماه): ۳۴-۴۴.
- ایمنی، نفیسه (۱۳۹۴). "بررسی تأثیر امنیت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان منطقه چهار شهر تهران". پایان‌نامه کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور مرکز غرب تهران.
- بخارایی، احمد؛ شربتیان، محمدحسن؛ طوافی، پویا (۱۳۹۴). "مطالعه جامعه‌شناختی رابطه نشاط با سلامت اجتماعی (جوانان ۱۸ تا ۳۰ سال شهرستان ملایر)". *برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، دوره هفتم، ش ۲۵ (زمستان): ۱-۳۹.
- حاتمی، پریسا (۱۳۸۹). "بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تأکید بر شبکه‌های اجتماعی". پایان‌نامه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- سام‌آرام، عزت‌الله (۱۳۸۸). "بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه‌محور". *انتظام اجتماعی*، سال اول، ش ۱ (بهار): ۹-۲۹.
- \_\_\_\_\_ (۱۳۹۲). *نظریه‌های مددکاری اجتماعی*. تهران: دانشگاه علامه طباطبایی.
- سجادی، حمیرا؛ صدرالسادات، سیدجلال (۱۳۸۴). "شاخص‌های سلامت اجتماعی". *اطلاعات سیاسی-اقتصادی*، دوره نوزدهم، ش ۳۰۴ (آذر و دی): ۲۴۴-۲۵۳.
- شربتیان، محمدحسن؛ طوافی، پویا (۱۳۹۵). "مطالعه جامعه‌شناختی شاخص‌های احساس بهزیستی اجتماعی شهروندان شهر مشهد". *مطالعات فرهنگی و اجتماعی خراسان*، سال دهم، ش ۴۰ (تابستان): ۱۱۵-۱۳۸.
- صفاری‌نیا، مجید (۱۳۹۱). *آزمون‌های روانشناسی اجتماعی و شخصیت*. تهران: ارجمند.
- \_\_\_\_\_ (۱۳۹۴). *روانشناسی سلامت اجتماعی*. تهران: آوای نور.
- فتحی، منصور؛ عجم‌نژاد، رضا؛ خاک‌رنگین، مریم (۱۳۸۹). "عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی معلمان شهر مراغه". *رفاه اجتماعی*، سال دوازدهم، ش ۴۷ (زمستان): ۲۲۵-۲۴۱.



- فیروزبخت، مزگان؛ ریاحی، محمداسماعیل؛ تیرگر، آرام (۱۳۹۶). "عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان: یک مطالعه مروری در مجلات فارسی". *سلامت اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی*، دوره چهارم، ش ۳ (تابستان): ۱۹۰-۲۰۰.
- قاضی‌نژاد، مریم؛ سنگری سلیمانی، هاجر (۱۳۹۵). "رابطه شغل و سلامت اجتماعی زنان". *زن در توسعه و سیاست*، دوره چهاردهم، ش ۳ (پاییز): ۲۷۳-۲۸۸.
- محقق‌کی‌کمال، سیدحسین؛ عبدالله تباردرزی، هادی (۱۳۹۵). *سلامت اجتماعی (درآمدی بر مبانی نظری، مفاهیم، ابعاد و شاخص‌ها)*. تهران: سخنوران.
- هزارجریبی، جعفر؛ صفری شالی، رضا (۱۳۹۱). *آناتومی رفاه اجتماعی*. تهران: جامعه و فرهنگ.
- Abachizadeh, k., et al. (2014). "Measuring self – rated social health of Iranians apoplation based survey in three cities". *NBM (Novelty in Biomedicine)*, Vol. 2, No. 3: 79- 84.
- Keyes, C. L. M. (1998). "Social well-being". *Social Psychology Quarterly*, Vol. 61, No. 2: 121-140.
- Keyes, C. L. M; Shapiro, A. D. (2004). "Social well-being in the U. S.: A descriptive Epidemiology". In: Orville Brim, *Healthing are you? A national study of well-being of Midlife*. By Orville Gilbert Brim, Carol D. Ryff, Ronald C. Kessler. Chicago: University of Chicago press: 350-372.
- Negovan, A. (2013). "Diensions of students Psychosocial Well-being and their measurement: validation of a student’s psychosocial well being ventory". *Europe’s journal of Psychology*, Vol. 6, No. 2: 85-104.
- Roothman, B.; Kirsten, D. K.; Wissing. M. P. (2003). "Gender differences in aspects of psychological well-being". *South African journal of psychology*, Vol. 33, No. 4: 212–218.
- Sarracino, F. (2013). "Social capital and subjective well-being trends: Comparing 11 western European countries". *The Journal of Socio- Economics, Elsevier*, Vol. 39, No. 4: 482–517.
- Yamaoka, K. (2008). "Social capital and health and well-being in East Asia: A population-based study". *Journal Social Science & Medicine*, Vol. 66, No. 4: 885-899.