

باسمه تعالی

مطالعه جامعه‌شناختی رابطه حمایت‌های اجتماعی، اعتماد اجتماعی و پایگاه اقتصادی و اجتماعی افراد با سلامت اجتماعی زنان در بخش خشت استان فارس
سیده مرضیه عابدی^۱، علی بقایی سرابی^۲، میثم موسایی^۳، بهرام قدیمی^۴

چکیده

از موضوعات مهمی که امروزه در توسعه مطرح است، سلامت اجتماعی است که در کنار سلامت جسمی، روانی و معنوی نقش و اهمیت گسترده‌ای یافته است؛ به گونه‌ای که دیگر سلامت، فقط عاری بودن از بیماری‌های جسمی و روانی نیست، بلکه چگونگی عملکرد انسان در روابط اجتماعی و چگونگی تفکر وی از اجتماع نیز از معیارهای ارزیابی سلامت فرد در جامعه به شمار می‌رود. سلامت اجتماعی، متأثر از شرایط اجتماعی جامعه است. یکی از موضوعات مهمی که امروزه در توسعه مطرح است، سلامت اجتماعی است که در کنار سلامت جسمی، روانی و معنوی نقش و اهمیت گسترده‌ای یافته است. سلامت مفهوم وسیعی دارد و تعریف آن تحت تأثیر میزان آگاهی و طرز تلقی جوامع با شرایط گوناگون جغرافیایی و فرهنگی قرار می‌گیرد. این تحقیق بدنبال بررسی و مطالعه جامعه‌شناختی رابطه حمایت‌های اجتماعی، اعتماد اجتماعی و پایگاه اقتصادی و اجتماعی افراد با سلامت اجتماعی زنان در بخش خشت استان فارس بوده است. رویکردهای نظری این

^۱ . دانشجوی دکترای تخصصی جامعه‌شناسی اقتصادی و توسعه - دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران mrabedi2014@gmail.com

^۲ . استادیار- گروه جامعه‌شناسی- دانشکده علوم اجتماعی و انسانی - دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی (نویسنده مسئول). a.baghaeisarabi@iauctb.ac.ir

^۳ . استاد- گروه جامعه‌شناسی - دانشکده علوم اجتماعی - دانشگاه تهران - ایران mosaaei@ut.ac.ir

^۴ . دانشیار- گروه جامعه‌شناسی دانشکده علوم اجتماعی و انسانی - دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات واحد تهران - dr.b.ghadimi@gmail.com

پژوهش، بر اساس نظریه های سلامت اجتماعی کییز، حمایت اجتماعی فیشر و تاردی و اعتماد اجتماعی فوکویاما است. روش، پیمایشی و ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه های

استاندارد کییز و محقق ساخته بوده است. داده های تحقیق با نرم افزار SPSS، مورد تجزیه و با نرم افزار لیزرل، آزمون نهایی مدل صورت پذیرفت. نتایج نشان دادند بین متغیرهای مستقل با سلامت اجتماعی زنان، رابطه معناداری وجود دارد. نیز، نتیجه مدل معادله ساختاری، این بود که با افزایش حمایت های اجتماعی، سرمایه اجتماعی زنان، بیشتر شده و با افزایش سرمایه اجتماعی، سلامت اجتماعی ایشان افزایش می یابد.

کلیدواژه ها: سلامت اجتماعی، اعتماد اجتماعی، حمایت های اجتماعی، پایگاه اقتصادی-اجتماعی، زنان، خشت

مقدمه: از موضوعات مهمی که امروزه در توسعه مطرح است، سلامت اجتماعی است که در کنار سلامت جسمی، روانی و معنوی نقش و اهمیت گسترده ایی یافته است؛ به گونه ایی که دیگر سلامت، فقط عاری بودن از بیماری های جسمی و روانی نیست، بلکه چگونگی عملکرد انسان در روابط اجتماعی و چگونگی تفکر وی از اجتماع نیز از معیارهای ارزیابی سلامت فرد در جامعه به شمار می رود. سلامت مفهوم وسیعی دارد و تعریف آن تحت تأثیر میزان آگاهی و طرز تلقی جوامع با شرایط گوناگون جغرافیایی و فرهنگی قرار می گیرد، ضمن این که سلامتی یک امر پویا است و با گذشت زمان نیز مفهوم آن تغییر خواهد کرد. درک و شناخت همه جانبه سلامت دلالت بر این دارد که همه نظام ها و ساختارهایی که شرایط اجتماعی، اقتصادی و محیط فیزیکی را کنترل و حکومت می کنند، باید به نوع فعالیت های خود و اثری که بر روی سلامت و رفاه فرد و جامعه می گذارند، بیشتر توجه کنند (سجادی، ۱۳۸۴). سلامت اجتماعی، ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه های اجتماعی که وی عضوی از آن هاست، می باشد (Keyes، ۱۹۸۸، به نقل از رحمانی خلیلی، ۱۳۹۲). از نظر کییز سلامت اجتماعی می تواند به عنوان ارزیابی فرد از روابط اجتماعی اش تعریف شود؛ این که چطور دیگران نسبت به آن ها کنش دارند و چطور آن

ها با در ارتباط با نهادهای اجتماعی و جامعه عمل می کنند (Keyes & Shapiro, ۲۰۰۷). بعد اجنماعی سلامت شامل سطوح مهارت های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به عنوان عضوی از جامعه ی بزرگ تر است. اما سلامت اجتماعی زنان و مسائل مربوط به آنان، یکی از مواردی است که در تغییرات و دگرگونی های شتابان توسعه، توجه صاحب نظران و متولیان امر توسعه را به خود مشغول کرده است، سازگاری زنان با محیط زندگی و راهکارهای تامین سلامت اجتماعی آنان است که بخشی از اهداف توسعه و همچنین عامل مثبت تاثیرگذار بفرایند توسعه است. توسعه صنایع در یک کشور و یک منطقه، به شیوه های مختلفی از قبیل تغییر ارزش ها، مهاجرت، اشتغال و ... می تواند زندگی افراد و گروه های مختلف آن جامعه را دستخوش تغییر قرار دهد؛ تغییر در روابط اجتماعی و کاهش یا افزایش در تعاملات اجتماعی نیز یکی از شیوه هایی است که گسترش و توسعه صنایع می تواند از طریق آن، کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی را تحت تاثیر خود قرار دهد.

بیان مساله: سلامتی یکی از مفاهیم اساسی در هستی انسان و عبارت است از مسئولیت در قبال خود و انتخاب سبک زندگی سالم. سازمان بهداشت جهانی، سلامتی را حالت بهزیستی کامل جسمانی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی می داند (باباپور خیرالدین و همکاران، ۱۳۸۲).

زنان به عنوان نیمی از پیکره اجتماع، نقش مهمی در تحولات اجتماعی یک منطقه ایفا می کنند. توجه به سلامت زنان، سلامت خانواده و نهایتاً سلامت جامعه را در بر خواهد داشت. توجه به سلامت اجتماعی زنان و تلاش برای رفع موانع و تامین آن، حرکت در راستای اعلامیه سند پکن^۱ که به دنبال توانمندسازی زنان در برنامه های توسعه و رفع نابرابری جنسیتی و همچنین حرکت در مسیر پابندی به اعلامیه کنفرانس توسعه اجتماعی کپهناگ^۲ و اجرای اهداف آن است. طبق منشور حقوق و مسئولیت های زنان در

نظام جمهوری اسلامی ایران مصوبه ۱۳۸۳، بر حق برخورداری از سلامت جسمی و روانی در زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی با توجه به ویژگی های زنان در مراحل مختلف زندگی و مسئولیت حفاظت از آن و نیز حق بهره مندی از برنامه ها و تسهیلات بهداشتی - درمانی مناسب، جهت پیشگیری از بیماری و درمان بیماری های جسمی و اختلالات روانی زنان، مورد تاکید قرار گرفته است (منشور حقوق و مسئولیت های زنان در نظام جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۳). سلامت اجتماعی زنان راهکاری جهت توانمندسازی آنان است که به طور مستقیم و غیرمستقیم بر توسعه تاثیرگذارند؛ چه به عنوان کنشگران که با برخورداری از سلامت اجتماعی، مشارکت و انسجام با محیط زندگی و تبادل اندیشه ها، مهارت ها و چه به عنوان مادران و همسران، به واسطه تاثیری که بر اعضای خانواده خود دارند، می توانند موجبات تحقق توسعه پایدار در سطح ملی و توسعه درون زای پایدار در سطح محلی مانند شهر خشت را فراهم سازند.

کبیز سلامت اجتماعی را ارزیابی شرایط و عملکرد فرد در جامعه تعریف می کند، و عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت جسمی و روانی است و چالش های اجتماعی را در برمی گیرد. هم چنین وی معتقد است که بین سلامت اجتماعی با رفتارهای اجتماع پسند و مسئولیت پذیری در جامعه و جایگاه اجتماعی رابطه مثبتی وجود دارد (سام آرام، ۱۳۸۸).

در سال های اخیر، ترکیبی از تحولات اجتماعی و اقتصادی در جامعه، ما را ترغیب به پژوهش درباره ی سلامت اجتماعی زنان کرده است هرچند در ایران از جنبه های مختلف در مورد احساس سلامت و سلامت اجتماعی تحقیق شده است؛ اما به طور خاص بر روی زنان این گونه نیست. همچنین سازمان ها وارگان ها نیز میتوانند در جهت حفظ و ارتقای سلامت که در نهایت منجر به عملکرد بهتر فرد و ارتقای سلامت جمعی در جامعه می شود گام های مؤثری را بردارند (شربتیان، ۱۳۹۱). پایگاه اقتصادی- اجتماعی یکی از مهم ترین و کاربردی ترین متغیرهای مستقل در تحلیل رفتارها، عقاید افراد و موقعیت آن ها در سلسله- مراتب اجتماعی است. پایگاه مجموعه حقوق و تکالیفی است که بیانگر موقعیت یک فرد در

رابطه با دیگران است، اعم از این که این روابط افقی یا عمودی، مبتنی بر تساوی و یا سلسله مراتب و یا مرتبط با منافع اعتبار اجتماعی و افتخار باشد (محسنی تبریزی، ۱۳۸۰)

گسترش ارتباطات میان افراد و گروه ها، بر " نگرش های "منفی افراد در یک محیط متنوع فرهنگی، نسبت به یکدیگر تاثیر گذاشته و موجب تعدیل و تلطیف در رفتار و عمل و عکس العمل آنان شده و اعتماد و مشارکت را افزایش می دهد (برنز و همکاران، ۲۰۱۵). فراهم شدن شرایط تعاملات اجتماعی میان مردم، سبب احساس تعلق خاطر، مشارکت و شکل گیری شرایط و انسان هایی می شود که با وجود داشتن ویژگی های فرهنگی و اجتماعی منحصر به فرد، پذیرای شکل گیری هویت های جدیدی می شوند (اورتن، ۲۰۱۲). سلامت اجتماعی رابطه شبکه ارتباطات اجتماعی و تعادل شخصی و سازگاری میان فرد و محیط است. با گذار جوامع از حالت سنتی به صنعتی بحث مربوط به سلامت افراد جامعه اهمیت بیشتری پیدا می کند. قرن جدید با خود عقاید جدیدی پدید آورده است، یک باور جدی این است که در مورد یک ملت صرفاً بارشده اقتصادی نمی توان قضاوت کرد بلکه احساس خوشنودی، امنیت روانی و سلامت در ابعاد مختلف (زیستی، روانی، اجتماعی، معنوی) نیز مهم است (بهزاد، ۱۳۸۳).

بنابراین سلامت به عنوان یکی از مهمترین ابعاد کیفی زندگی و از مهم ترین ابعاد توسعه پایدار اجتماعی در برنامه های توسعه از جایگاه ویژه ای برخوردار است. مروری بر برنامه های ده های اخیر مبین آن است که سلامت اجتماعی زنان، یکی از راهکارهای رسیدن به توسعه پایدار است.

استفاده از یافته ها و نتایج این پژوهش می تواند در برنامه ها و سیاست گذاری های مسئولان در سطوح ملی و محلی جهت ارائه راه کارهایی به منظور ارتقا سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی زنان که تاکنون پژوهشی در مورد آن در این منطقه صورت نگرفته است، کمک کند.

پیشینه پژوهش: افشانی وهمکاران (۱۳۹۴) پژوهشی را با عنوان «رابطه ی اعتماد اجتماعی با سلامت اجتماعی در بین زنان شهر یزد» به انجام رساندند. پژوهش حاضر بر آن است تا به بررسی رابطه اعتماد اجتماعی با سلامت اجتماعی زنان شهر یزد بپردازد. یافته‌ها بیانگر آن است که ارتباط معنادار و مستقیمی بین اعتماد اجتماعی و سلامت اجتماعی وجود دارد و ابعاد مختلف اعتماد اجتماعی، ۲۳ درصد واریانس سلامت اجتماعی را تبیین می‌کنند. فرزانه و علیزاده (۱۳۹۲) در بررسی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت اجتماعی سالمندان شهر بابل، نشان دادند میان حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی، رابطه ای معنادار وجود دارد. و ازمیان متغیرهای زمینه ای، سن، جنس، وضعیت تاهل و وضعیت اشتغال، رابطه ای معناداری با سلامت اجتماعی سالمندان داشته است. اما میان متغیرهای تحصیلات و درآمد با سلامت اجتماعی، رابطه ای معکوس وجود داشته است.

رضایی (۱۳۹۲) در پایان نامه 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 تاهل، حمایت اجتماعی، شبکه اجتماعی، دین داری، اعتماد اجتماعی و احساس امنیت اجتماعی بر سلامت اجتماعی تأیید می‌گردد. نتایج تحقیق تقی‌پور (۱۳۹۰) نشان می‌دهد بین میزان سلامت اجتماعی و تحصیلات و درآمد رابطه معنی‌داری وجود دارد اما بین سن و وضع تاهل با سلامت اجتماعی رابطه معنی‌دار برقرار نمی‌باشد.

به نظرگیتی قریشی (۱۳۸۸) افراد امیدوار روابط اجتماعی قوی‌تری با دوستان، همسر، بستگان و همسایگان خود دارند. نتایج تحقیق هزارجریبی نشان داده است که متغیر امید به آینده، بواسطه متغیر اعتماد، تأثیر فزاینده‌ای بر میزان رضایت افراد دارد. این رضایت به نوبه خود، سلامت اجتماعی را به دنبال دارد. قائدی و یعقوبی در سال ۱۳۸۶ پژوهشی با عنوان بررسی رابطه بین ابعاد حمایت اجتماعی ادراک شده و ابعاد بهزیستی دردانشجویان دختر و پسر دانشگاه تهران و علامه طباطبایی انجام دادند. یافته‌ها نشان دادند که وجوه

مختلف حمایت اجتماعی ادراک شده پیش‌بینی کننده‌های بهتری برای رضایت‌مندی از زندگی و بالانس عاطفی در دختران نسبت به پسران هستند و بهزیستی روان‌شناختی و اجتماعی در دختران بیشتر به وسیله حمایت اجتماعی از خانواده و در پسران بیشتر به وسیله حمایت اجتماعی ازدوستان پیش‌بینی می‌شود. همچنین حمایت ادراک شده از فرد خاص و از افراد گروه در دانشکده اثری بر روی ابعاد مختلف بهزیستی فرد ندارد (قائدی و دیگری، ۱۳۸۷).

در مطالعه بخشی پور رودسری و همکارانش با هدف بررسی رابطه بین رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی با سلامت روانی دانشجویان دانشگاه تهران (۸۲-۱۳۸۱)، یافته‌ها نشان داده است که رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی به شکل معناداری سلامت روانی را پیش‌بینی می‌کند. همچنین تأهل به شکل معناداری با بهداشت روانی بالاتر، رضایت از زندگی و احساس حمایت اجتماعی بیشتر، همبسته بود و به طور کلی آسیب‌پذیری دانشجویان غیربومی بالاتر بود (بخشی پور رودسری، ۱۳۸۴).

ابراهیم (۱۳۹۱)، زاهدی اصل و درویشی فرد (۱۳۹۵)، فیوری و دنکلا (۲۰۱۲)، نیز پژوهش‌هایی را مرتبط با موضوع به انجام رسانده‌اند.

کیکوگنانی و همکارانش (۲۰۰۷) در پژوهشی به ارزیابی ارتباط بین مشارکت اجتماعی، ادراک از اجتماع در میان دانشجویان ایتالیایی، آمریکایی و ایرانی و تأثیر این دو متغیر بر سلامت به این نتایج رسیدند که دانشجویان آمریکایی از میزان بالایی از مشارکت اجتماعی، ادراک از اجتماع و سلامت اجتماعی برخوردارند. در بین هر سه گروه بین مشارکت اجتماعی و ادراک از اجتماع رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد اگر چه فقط در بین دانشجویان ایتالیایی مشارکت اجتماعی به‌طور مثبت سلامت اجتماعی را پیش‌بینی می‌کند. بلانکو و دیاز 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، عزت‌نفس، سلامت

درک شده، محرومیت، میزان آنومی و کنش‌های متقابل اجتماعی، احساسات مثبت و منفی و رضایت را مورد بررسی قرار دهند (Dize, ۲۰۰۷: & Blanco).

هدف مطالعه حاضر، بررسی رابطه حمایت‌های اجتماعی، اعتماد اجتماعی و پایگاه اقتصادی و اجتماعی افراد با سلامت اجتماعی زنان در بخش خشت است. بدین جهت مساله اصلی تحقیق به شرح ذیل قابل طرح است: عوامل اجتماعی موثر بر سلامت اجتماعی زنان، کدام است؟ و بالاخره این که با توجه به شاخص‌های مذکور سلامت اجتماعی، سطح سلامت در میان زنان بخش خشت چگونه است؟

فرضیه‌های پژوهش:

-سن پاسخگویان بر سلامت اجتماعی زنان تأثیر مستقیم و معنی‌دار دارد.

-حمایت اجتماعی (رسمی و غیر رسمی) بر سلامت اجتماعی زنان تأثیر دارد.

-بین وضعیت اشتغال و سلامت اجتماعی زنان رابطه معنی‌دار وجود دارد.

-بین سطح تحصیلات و میزان سلامت اجتماعی زنان رابطه معنی‌دار وجود دارد.

-بین میزان درآمد و میزان سلامت اجتماعی زنان رابطه معنی‌دار وجود دارد.

در پژوهش حاضر ترکیبی از نظریات، چارچوب نظری را تشکیل می‌دهند. بر اساس نظریه‌ی کبیز سلامت اجتماعی با ۵ شاخص یکپارچگی اجتماعی، ایفای نقش اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و خودشکوفایی اجتماعی سنجیده می‌شود (کبیز، ۱۹۹۸) و (کبیز و شاپیرو، ۲۰۰۴).

با این حال سلامت شامل دیدگاهی خوش‌بینانه از آینده احتمالی است. همان‌گونه که سلامت روانی شامل پذیرش خود می‌شود، پذیرش دیگران در جامعه هم می‌تواند به سلامت اجتماعی بینجامد. افرادی که نگرش مثبتی به شخصیت خود دارند و جنبه‌های خوب و بد زندگی خود را توأمان می‌پذیرند، نمونه‌هایی از سلامت روانی و اجتماعی

هستند (کییز، ۱۹۹۸، ریف، ۱۹۸۹، به نقل از حاتمی، ۱۳۹۱). فیشر^۷ بر سه نوع از حمایت اجتماعی تاکید دارد: حمایت مشورتی (در مورد مسایل و مشکلات، نصیحت و مشاوره)، حمایت مصاحبتی (فعالیت های اجتماعی و سرگرمی) و حمایت عملی (کمک در انجام کارها، قرض دادن پول و...) (حاتمی، ۱۳۹۱).

روش پژوهش:

طرح پژوهش، جامعه آماری، روش نمونه گیری

تحقیق حاضر براساس هدف، از نوع تحقیقات کاربردی و از حیث ماهیت و روش، از نوع مطالعه میدانی و توصیفی-همبستگی می باشد. جامعه آماری، کلیه زنان ۱۸ تا ۶۰ ساله شهر خشت از توابع شهرستان کازرون استان فارس (۱۸۵۴ نفر) بوده است. با استفاده از نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای تصادفی ساده و به کمک فرمول کوکران، حجم نمونه ۳۱۸ نفر و در نهایت تعداد ۳۲۰ نفر انتخاب گردید.

ابزارسنجش:

ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه استاندارد سلامت اجتماعی کییز و پرسشنامه محقق ساخته بوده؛ که روایی آن توسط اساتید، مورد تایید قرار گرفت. (روایی صوری و محتوایی). نتایج حاصل از آزمون پایایی طیف ها نیز نشان داد که ضرائب آلفای کرنباخ حاصل از این آزمون ها ۰/۷۷ تا ۰/۸۷ در نوسان می باشند که همگی در حد قابل قبول هستند.

یافته ها

توصیفی: نتایج تحقیق نشان می دهد که سن پاسخگویان از ۱۸ تا ۵۱ سال در نوسان می باشد. میانگین سنی پاسخگویان ۳۴/۲ است که چندان زیاد نیست. بررسی سطح تحصیلات

^۷ Fisher

پاسخگویان نشان می‌دهد که اکثر آنها دارای تحصیلات عالی هستند به طوری که ۳۵/۹ درصد آنها لیسانس، ۱۷/۹ درصد فوق لیسانس و ۱۰/۹ درصد فوق دیپلم هستند. این در حالی است که تحصیلات تنها ۲/۵ درصد آنها در سطح ابتدایی می‌باشد. بررسی وضع درآمدی پاسخگویان نشان می‌دهد که درآمد آنها چندان زیاد نیست. به طوری که درآمد ۶۲/۵ درصد آنها کمتر از ۲ میلیون تومان در ماه است. تنها درآمد ۳/۴ درصد آنها بیش از ۵ میلیون تومان می‌باشد. بررسی وضعیت تأهل پاسخگویان نشان می‌دهد که ۷۱/۶ درصد آنها متأهل هستند. این در حالی است که ۲۷/۵ درصد مجرد و بقیه بیوه، مطلقه و ... هستند. همچنین از تعداد کل پاسخ گویان، تعداد ۱۵۳ نفر شاغل و تعداد ۱۶۷ نفر نیز غیر شاغل خود را معرفی نموده اند.

استنباطی: در بخش آمار استنباطی آزمون فرضیه‌های تحقیق انجام می‌گیرد. آزمون فرضیه‌های تحقیق توسط آزمون تحلیل مسیر و در نرم‌افزار لیزرل انجام شده است.

جدول ۱. معادلات ساختاری مدل نظری تحقیق بر اساس آزمون تحلیل مسیر

متغیر وابسته (ملاک)	متغیر مستقل (پیش‌بین)	β	T	خطای نمونه	R^2	$-R^2$	وضعیت معنی‌داری
سلامت اجتماعی	سن	۱۱۳	۲/۶	۱۰۷۲	۱۲۴	۱۷۶	معنی‌دار
زنان اجتماعی	حمایت اجتماعی	-۰/۲	-۳۱	۱۰۶۴			معنی‌دار نیست

بر اساس جدول ۱ سن پاسخگویان بر سلامت اجتماعی زنان تأثیر مستقیم، مثبت و معنی‌دار دارد ($T = ۲/۶$ ، $\beta = ۱/۱۳$) و این بدان معنی است که با افزایش سن پاسخویان سلامت اجتماعی آنها افزایش می‌یابد.

$$\frac{\beta = ۱.۱۳}{\text{سن}} \rightarrow T = ۲.۶$$

حمایت اجتماعی زنان، بر سلامت اجتماعی آنها تأثیر مستقیم و معنی‌داری ندارد ($T = -۳/۱$ ، $\beta = ۱/۰۲$). همانگونه که ملاحظه می‌گردد میزان T بدست آمده در بازه $۱/۹۶ < T < -۱/۹۶$ دارد. بنابراین در مورد این فرضیه فرض صفر پذیرفته و فرضیه تحقیق رد می‌گردد.

حمایت اجتماعی زنان

نتیجه حاصل از آزمون تی نشان می‌دهد که سلامت اجتماعی زنان شاغل با میانگین $۷۰/۹۷$ بیش از زنان غیر شاغل با میانگین $۶۶/۳۷$ می‌باشد و این تفاوت با توجه به میزان T بدست آمده ($T = -۴/۸$) معنی‌دار است (جدول ۲).

جدول ۲. آزمون معنی‌داری تفاوت میانگین نمره پاسخگویان

وضعیت اشتغال	تعداد	میانگین	انحراف معیار	T	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
غیر شاغل	۱۶۷	۶۶/۳۷	۷/۵۹	-۴/۸	۳/۸	/۰۰۰
شاغل	۱۵۳	۷۰/۹۷	۹/۵			

نتایج حاصل از آزمون تحلیل واریانس نشان می‌دهد که بیشترین سلامت اجتماعی در بین زنان فوق لیسانس (با میانگین $۷۰/۹$) و لیسانس (با میانگین $۷۰/۴۴$) است. این در حالی است که کسانی که فوق دیپلم هستند با میانگین $۶۴/۵۷$ کمترین سلامت اجتماعی را دارند. نتیجه حاصل از آزمون تکمیلی توکی نشان می‌دهد که تنها میانگین سلامت اجتماعی زنان فوق دیپلم با زنان لیسانس و فوق لیسانس تفاوت معنی‌دار دارد و سایر گروه‌ها با هم تفاوت معنی‌داری از نظر سلامت اجتماعی ندارند. این نتایج با توجه به میزان

F بدست آمده ($F = 4/72$) با درجه آزادی ۵ و ۳۱۴ معنی دار و قابل تعمیم به کل جامعه آماری است (جدول ۳).

جدول ۳. آزمون معنی داری تفاوت میانگین سلامت اجتماعی زنان بر حسب سطح

تحصیلات

سطح تحصیلات	میانگین	ابتدایی	راهنمایی	دبیرستان و دیپلم	فوق دیپلم	لیسانس	فوق لیسانس
ابتدایی	۶۴/۸۸	-	O	O	O	O	O
راهنمایی	۶۶/۴۲	O	-	O	O	O	O
متوسط تا دیپلم	۶۷/۰۳	O	O	-	O	O	O
فوق دیپلم	۶۴/۵۷	O	O	O	-	*	*
لیسانس	۷۰/۴۴	O	O	O	*	-	O
فوق لیسانس	۷۰/۹	O	O	O	*	O	-

F = ۵ و ۳۱۴
۴,۷۲ d.f = sig = .۰۰۰ * = significant O = Not significant

بر اساس جدول (۴) کمترین سلامت اجتماعی بین زنانی که درآمد آنها ۵۰۰ هزار تومان و کمتر است (با میانگین ۶۵/۳۸) است. این در حالی است که زنانی که درآمد خانوار آنها بین ۳/۱۰۰ هزار تومان تا ۴ میلیون تومان است با میانگین ۷۴/۸ بیشترین سلامت اجتماعی را دارند و پس از آن کسانی که درآمد خانوار آنها بیش از ۵ میلیون تومان است (با میانگین ۷۳/۸۲) نتیجه حاصل از آزمون تکمیلی توکی نشان می‌دهد که تفاوت میانگین سلامت اجتماعی گروهی که درآمد آنها بین ۳/۱۰۰ هزار تومان تا ۴ میلیون تومان می‌باشد تنها با سلامت اجتماعی کسانی که درآمد آنها بیش از ۵ میلیون تومان است معنی دار نیست و از سایر گروه‌های درآمد بیشتر و با آنها تفاوت معنی دار دارد. همچنین سلامت اجتماعی زنانی که درآمد آنها بین ۲/۱۰۰ تا ۳ میلیون تومان است و کسانی که درآمد آنها بین بیش از ۵ میلیون تومان است با میانگین نمره سلامت اجتماعی

زنانی که درآمد آنها ۵۰۰ هزار تومان و کمتر است معنی‌دار می‌باشد و سایر گروه‌های درآمدی با هم تفاوت معنی‌دار ندارند. این نتایج با توجه به میزان f بدست آمده ($۵/۸۹ = f$) با درجه آزادی ۳۱۳ و ۶ معنی‌دار و نتایج قابل تعمیم به کل جامعه آماری است. جدول ۴. آزمون معنی‌داری تفاوت میانگین نمره سلامت اجتماعی زنان بر حسب گروه‌های

درآمدی

گروه درآمد	میانگین	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱- ۵۰۰ هزار تومان و کمتر	۶۵/۳۸	-	O	O	*	*	O	*
۲- ۵۰۱ هزار تومان تا یک میلیون	۶۶/۵۴	O	-	O	O	*	O	O
۳- ۱/۱۰۰ هزار تومان تا دو میلیون	۶۸/۴۸	O	O	-	O	*	O	O
۴- ۲/۱۰۰ هزار تومان تا ۳ میلیون تومان	۷۰/۸۷	*	O	O	-	*	O	O
۵- ۳/۱۰۰ هزار تومان تا ۴ میلیون تومان	۷۴/۸	*	*	*	*	-	*	O
۶- ۴/۱۰۰ هزار تومان تا ۵ میلیون تومان	۶۷/۱۳	O	O	O	O	*	-	O
۷- ۵ میلیون تومان و بیشتر	۷۳/۸۲	*	O	O	O	O	O	-

F = ۵,۸۹ d.f = ۶ , ۳۱۳ sig = * = significant O = Not significant

بر اساس جدول (۵) بین حمایت‌های اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد ($r = /۲۶۴$, $Sig = /۰۰۰$) و این بدان معنی است که افزایش حمایت اجتماعی باعث بهبود سلامت اجتماعی زنان می‌گردد.

جدول ۵. آزمون همبستگی پیرسون بین حمایت‌های اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان

حمایت‌های اجتماعی	سلامت اجتماعی زنان
/۲۶۴	r

نتیجه گیری

این مطالعه با هدف بررسی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت اجتماعی ۳۲۰ نفر از زنان شهر خشت استان فارس صورت پذیرفت. سلامت اجتماعی که به عنوان یکی از ابعاد چندگانه سلامت، مورد توجه صاحب نظران بیشتر رشته ها است، چه به صورت فردی و یا جمعی از ابعاد اساسی زیستی انسان محسوب می گردد؛ و پیش نیازی ضروری برای ایفای نقش های فردی و اجتماعی مد نظر قرار گرفته است. در این میان، سلامت زنان به ویژه مادران، از مفاهیم زیربنایی در توسعه و رفاه اقتصادی اجتماعی است. همچنین زنان کفیل نسل های بعدی هستند؛ درحالی که اهمیت آنان، اغلب پشت مدیریت های مردانه، کم رنگ و مخفی باقی می ماند (مک کیان، ۲۰۰۸). از جمله عوامل عمده و موثر بر میزان سلامت اجتماعی افراد، میزان برخورداری ایشان از حمایت و اعتماد اجتماعی است. افراد خانواده، دوستان، اقوام، همسایگان، همکاران اداری، نهادها و موسسات مختلف دولتی و خصوصی، هر کدام به فراخور حمایت های مالی، مشاوره ای، عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی متفاوتی که به افراد ارائه می نمایند، سهمی در حمایت اجتماعی بر عهده می گیرند. اما در تبیین نتایج این مطالعه، می توان گفت که بسیاری از یافته ها با پیشینه نظری و تجربی تحقیق، هم راستا بوده و بیانگر ارتباط معنادار متغیرهای مستقل بر سلامت اجتماعی زنان شهر خشت است. توضیح و تفسیر نتایج به شرح زیر است:

همان طور که مطرح گردید احساس حضور و حمایت از سوی دوستان، افراد خانواده و سایرین، باعث ادراک تعلق، حمایت و یا امنیت خاطر در نزد زنان شده و می توان گفت که حمایت اجتماعی به عنوان عامل موثری در افزایش سلامت اجتماعی آن ها نقش داشته است. به عبارت دیگر هرچه بر میزان حمایت اجتماعی (رسمی و غیر رسمی) زنان افزوده شده، سلامت اجتماعی ایشان نیز افزایش یافته است. این نتیجه با نتایج تحقیقات افشانی و همکاران (۱۳۹۴)، فرزانه و علیزاده (۱۳۹۲)، ابراهیم (۱۳۹۱)، زاهدی اصل و درویشی

فرد (۱۳۹۱) و فیوری و دنکلا (۲۰۱۲)، هم خوانی دارد. باتوجه به تایید شدن رابطه معنادار بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان، می توان گفت که نظریه های حمایت اجتماعی فیشر، تاردی و هوث- که به بیان تاثیرات حمایت اجتماعی بر ابعاد زندگی انسان و از جمله سلامت اجتماعی می پردازد - قدرت تبیین کنندگی بالایی در جامعه آماری تحقیق داشته است؛ بنابراین می توان گفت که باید بیش از پیش به اهمیت نقش حمایت های رسمی و غیر رسمی در افزایش سلامت اجتماعی زنان توجه نمود. از دیگر نتایج این تحقیق، وجود رابطه معنادار میان سن و سلامت اجتماعی است. به عبارت دیگر هرچه سن، افزایش یافته، سلامت اجتماعی زنان نیز افزایش می یابد. این نتیجه با یافته تحقیق رز (۲۰۰۰) مطابقت دارد اما با حاصل تحقیق لولا و همکاران (۲۰۱۰) هم راستا نمی باشد. این که افزایش سن در بین زنان باعث افزایش میزان سلامت اجتماعی ایشان، شده است، می تواند به خاطر بهره مندی ها و عوامل فرهنگی موثر و مساعدی است که احتمالاً زندگی زنان مورد این بررسی را، فرا گرفته است. افزایش سن، در صورتی که به افزایش سلامتی افراد بیانجامد، افزایش امید به زندگی را منجر می شود.

از سوی دیگر هم چنان که برخی صاحب نظران در خصوص اهمیت و نقش پایگاه اقتصادی-اجتماعی در سلامت اجتماعی، تاکید داشته اند؛ در این تحقیق نیز مشخص گردید بین میزان تحصیلات، میزان درآمد و وضعیت اشتغال زنان با میزان سلامت اجتماعی زنان مورد بررسی رابطه وجود دارد. این یافته نیز با نتایج تحقیقات زاهدی اصل و درویشی فرد (۱۳۹۱) و رز (۲۰۰۰) تطابق دارد؛ شاید بتوان گفت، با افزایش تحصیلات، آگاهی های عمومی و علمی افراد، رشد یافته و ایشان را در طی زندگی و چگونگی پرهیز از موانع سلامتی، یاری و همراهی خواهد کرد. داشتن شغل و به تبع آن میزان درآمد باعث می شود که فرد در جایگاه هایی مناسب قرار گیرد و با ارایه نقش های محول و سپس با برخورداری از مزایای اقتصادی و اجتماعی آن، موجبات رشد رغبت و امید به زندگی را فراهم نموده و در این راستا میزان سلامت اجتماعی خود نیز افزایش می یابد.

با امعان نظر به نتایج این تحقیق، می توان پیشنهادهایی را به شرح ذیل ارایه نمود:

افزایش ابعاد سلامت فرد در جامعه، تاثیرات عمیق و مطلوبی را بر وضعیت روانی، اخلاقی، معنوی و سلامت اجتماعی جامعه، خواهد داشت فلذا برنامه ریزان اجتماعی و مسئولین سلامت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، باید بیش از پیش، به دنبال طرح ها و راهکارهای افزایش سلامت همه افراد جامعه به خصوص زنان - که عمدتاً نقش های تربیتی - اخلاقی و معنوی و جامعه پذیر نمودن فرزندان را بر عهده دارند، باشند. از جمله این طرح ها افزایش موسسات مردم نهاد و مراکز حمایتی و مشاوره ای رایگان به منظور برآورده سازی نیازهای عاطفی و ارتباطی مردمی باشند که این دسته نیازهایشان، به خوبی تامین نشده است. رسانه های ارتباطات جمعی، مراکز آموزشی رسمی و غیر رسمی، با برگزاری دوره ها و انواع کلاس های آموزشی در تسریع روند افزایش سلامت اجتماعی زنان و مردان جامعه بکوشند. هر دو یا سه سالی یک مرتبه، از سوی معاونت سلامت وزارت بهداشت، طرح های پیمایش وضعیت سلامت جامعه، انجام پذیرد.

منابع

- افشانی، علیرضا، شیری محمدآباد، حمیده (۱۳۹۴). رابطه اعتماد اجتماعی با سلامت اجتماعی در بین زنان شهر یزد، مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران، دوره ۴ تابستان، شماره ۲، ۲۷۷ تا ۲۹۹
- باباپور خیرالدین، ج؛ و دیگران. (۱۳۸۲). بررسی رابطه بین شیوه های حل مساله و سلامت روان شناختی دانشجویان. مجله روان شناسی، سال هفتم، شماره ۱.
- بهزاد، د. (۱۳۸۳). سرمایه اجتماعی بستری برای ارتقا سلامت روان. تهران: فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی.
- بخشی پور رودسری، ع؛ و دیگران. (۱۳۸۴). بررسی رابطه میان رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی با سلامت روان در دانشجویان. فصلنامه اصول بهداشت روانی، سال هفتم، شماره ۲۸-۲۷.

- تقی‌پور، ملیحه (۱۳۸۹)، «بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار در شهر تهران»، پایان نامه کارشناسی ارشد مطالعات زنان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
- حاتمی، پریسا (۱۳۹۱). بررسی عوامل موثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تأکید بر شبکه های اجتماعی، پایان نامه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی دانشکده علامه طباطبایی.
- رحمانی خلیلی، احسان (۱۳۹۲). بررسی تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت اجتماعی در بین شهروندان تهرانی، پایان نامه دکتری رشته جامعه شناسی، گرایش اقتصادی و توسعه، دانشگاه آزاد اسلامی تهران شمال.
- رضایی، امید (۱۳۹۲)، بررسی سلامت اجتماعی شهروندان شهر مشهد، دانشگاه فردوسی مشهد، پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد پژوهش علوم اجتماعی.
- زاهدی اصل، محمد، درویشی فرد، علی اصغر (۱۳۹۵) عوامل اجتماعی مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی سالمندان (مطالعه موردی: سالمندان شهر کوهدشت)، فصلنامه برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، سال هفتم، شماره ۲۶، بهار.
- سازمان جهانی بهداشت (۱۳۷۹). واژه نامه ارتقاء سلامت. ترجمه: دکتر محمدپور اسلامی، سمیرا یار، حمیده سرمست؛ تهران: دفتر ارتباطات و آموزش بهداشت.
- سام آرام، عزت الله (۱۳۸۸)، «بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه محور»، انتظام اجتماعی، سال اول، شماره اول، ۹- ۲۹.
- سجادی، حمیرا؛ صدرالسادات، سیدجلال (۱۳۸۴). شاخص های سلامت اجتماعی، ماهنامه اطلاعات سیاسی- اقتصادی، سال نوزدهم، شماره ۷ و ۸، تهران: انتشارات مؤسسه اطلاعات، ۲۴۴ تا ۲۵۳.

- 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، ۱۳۹-۱۷۴
- قائدی، غلامحسین و دیگری (۱۳۸۷). رابطه بین ابعاد حمایت اجتماعی ادراک شده و ابعاد بهزیستی اجتماعی دانشجویان. مجله ارمغان دانش، دوره ۱۳، شماره ۲.
- گیتی‌قریشی، ا. (۱۳۸۸). سطح امیدواری در دانشجویان سال اول و سال آخر روان-شناسی. فصلنامه اندیشه و رفتار. دوره سوم، شماره ۱۲، تابستان.
- محسنی‌تبریزی، علیرضا (۱۳۸۰). بررسی مفهوم اعتماد با رویکرد روان‌شناختی اجتماعی. نمایه پژوهش. شماره ۱۸، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی.
- هزارجریبی، ج؛ و دیگری (۱۳۸۹). بررسی رضایت از زندگی و جایگاه احساس امنیت در آن: مطالعه در بین شهروندان تهرانی. فصلنامه انتظام اجتماعی. سال اول شماره سوم، پاییز، صص ۲۸-۷.

منابع خارجی:

- Blanco, Amalio & Diaz, Dario. (۲۰۰۷). Social order and mental health: a social well- being approach. Autonoma university of Madrid, psychology in Spain, Vol, ۱۱(۵).
- Cicognani, Elvira. Pirini, Claudia. Keyes, Corey. Joshanloo, Mohsen. Rostami, Reza. Nosratabadi, Masoud. (۲۰۰۷), "Social Participation, Sense of Community and Social Well Being: A Study on American, Italian and Iranian University Students, Springer", Science Business Media B.V.pp۹۷-۱۱۲.

- Keyes , C . M (۲۰۰۲) . The Mental Health Continuum : From languishing to flourishing in life . Journal of Health and Social Research . ۴۳ . ۲۰۷ – ۲۲۲
- Keyes, C. L. M & Shapiro, A. (۲۰۰۴), Social well-being in the United States: A Descriptive Epidemiology, In Orville Brim Carol D , Healthing are you? A national study of well-being of Midlife. University of Chicago press, ۳۵۰-۳۷۱
- Keyes, C. L. M & Shapiro, A. (۲۰۰۷), Social well-being in the United States: A Descriptive Epidemiology, In Orville Brim Carol D , Healthing are you? A national study of well-being of Midlife. University of Chicago press, ۳۵۰-۳۷۱
- Francis, L. J., & Kaldor, P. (۲۰۰۲). The relationship between religion and Rosenberg's measure of self esteem in an Australian population sample. Transpersonal Psychology Review, ۶(۱), ۵۳-۵۹. In orvill Brim , Carol D .
- Ryff & Ronald C . Kessler (Eds) , (۲۰۰۳). Healthing Are you ? A national study of well-being of Midlife . univwesity of Chicago press.
- Roose, E.C.& Wu.C. (۲۰۰۰). The links between education to individual health? A survey study of Russians. Social science & medicine ۵۱. ۱۴۲۱ – ۱۴۳۵.

A Sociological Study of the Relationship between Social Support, Social Confidence, and Economic and Social Base of People with Women's Social Health in Khesht Province Fars

Abstract

One of the important issues in development today is social health, which along with physical, mental and spiritual health has found a wide role and importance; In a way that health is no longer just being free from physical and mental illnesses, but also how a person functions in social relations and how he thinks about society is also one of the criteria for assessing a person's health in society. Social health is influenced by social conditions of society. One of the most important issues in development today is social health, which has played a significant role alongside physical, mental and spiritual health. Health has a wide meaning and its definition is influenced by the level of awareness and attitude of societies with different geographical and cultural conditions. This study sought to study the sociological relationship between social support, social trust and economic and social status of individuals Among Women between the ages of 18 and 60 in the khesht city of Fars province. The theoretical approaches of this study are based on the theories of Keyes social health, Fischer and Tardy social support, and Fukuyama social trust. Method, survey, and data collection tools were standard questionnaires made by Keiz and esearcher. The data were analyzed by SPSS software and LISREL software. The results showed that there is a significant relationship between independent variables and women's social health. Also, the result of the structural equation model was that as social support increased, women's social capital increased, and as social capital increased, so did their social health.

Key words:

Social health, social capital, formal and informal social support,
socioeconomic base, women, Khesht.