

Social factors affecting women's social health in Uremia: Case Study on Married Women 25-45 Years

ABSTRACT

Background and objective: Health is one of the main pillars of sustainable development and an essential part of flourishing and promoting quality of life. The health of the community depends on the physical, psychological and social health of individuals and individuals in a healthy society that is being raised. On this basis, in order to be aware of the level of health of women, both in their health and in the health of the family and the community involved. In this research, it has been tried to analyze the factors affecting the social health of women.

Methods: The present study was a descriptive survey that was conducted by cluster sampling and by the standard questionnaire of Keyes and Shapiro on 380 married women aged 25-45 years old in Uremia in 1395. In order to test the hypothesis of the research, Pearson correlation coefficient, independent t-test, variance analysis, multivariate regression and spss software were used. The reliability coefficient of the standard social health questionnaire was 0.86 based on Cranach's alpha.

Results: research's results showed that there is a direct and positive relationship between the level of social support of the family, religiosity and social trust of women and the social health of married women. Regarding the regression model, family social support and social trust have the greatest impact on the social health of married women. Also, the social health of women varies according to employment. But the social health of women is not different from their education.

Conclusion: Considering the findings of the research, family is the most important source of social support for married women in Uremia. Therefore, it is necessary to provide support in such a way that families can create a friendly and friendly atmosphere in their families by increasing their level of knowledge

Paper Type: Research Article.

Keywords: Social health, religiosity, social trust, employment, family social support

► **Citation:** Mohseni R, Moeinfar S, Moeinfar A, Saei R. Social factors affecting women's social health in Uremia: Case Study on Married Women 25-45 Years. *Journal of Health Literacy*. Spring 2018; 3(1): 30-38 .

Rezaali Mohseni

Faculty Member, Associate Professor of Sociology of Islamic Azad University, Tehran central Branch

Sajjad Moeinfar

*. Ph.D. student of sociology of social issues, Islamic Azad University, Tehran central Branch. (Corresponding Author)
Email: sajjadmoeinfar@gmail.com

Ali Moeinfar

Ph.D. student of sociology of social issues, Islamic Azad University, Tehran central Branch

Raheleh Saei

Master of sociology in sociology, and Researcher of Moinpazhoh Research Institute of Uremia

Received: 2017/09/21

Accepted: 2018/03/05

DOI: 10.22038/jhl.2018.10929

بررسی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت اجتماعی زنان شهر ارومیه: مطالعه موردی بر روی زنان متاهل ۲۵-۴۵ ساله

چکیده

زمینه و هدف: سلامتی یکی از ارکان اصلی توسعه پایدار و بخش لاینفک شکوفایی و ارتقای کیفیت زندگی است. سلامت جامعه در گرو سلامت جسمی، روانی و اجتماعی تک تک افراد است و افراد در جامعه سالم است که پرورش می یابند. بر همین اساس و به منظور آگاهی از سطح سلامت زنان که هم در سلامت خود، و هم در سلامت خانواده و جامعه دخیل هستند در این پژوهش سعی شده است که عوامل تأثیرگذار بر سلامت اجتماعی زنان مورد تحلیل واقع گردد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر توصیفی از نوع پیمایشی بوده که به روش نمونه گیری خوشه ای و به وسیله پرسشنامه استاندارد کیز و شاپیرو بر روی ۳۸۰ نفر زن متاهل ۲۵-۴۵ ساله شهر ارومیه در سال ۱۳۹۵ انجام گردید. به منظور آزمون فرضیه های تحقیق از ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل واریانس، T، مستقل و رگرسیون چند متغیره گام به گام از نرم افزار spss استفاده گردید. و ضریب پایایی پرسشنامه استاندارد سلامت اجتماعی بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۶ بدست آمد.

یافته‌ها: نتایج تحقیق نشان داد بین میزان حمایت اجتماعی خانواده، دینداری و اعتماد اجتماعی زنان با سلامت اجتماعی زنان متاهل رابطه مستقیم و مثبت وجود دارد. با توجه به مدل رگرسیونی تحقیق حمایت اجتماعی خانواده و اعتماد اجتماعی بیشترین تأثیر را بر سلامت اجتماعی زنان متاهل دارند. همچنین سلامت اجتماعی زنان بر اساس اشتغال متفاوت است. اما سلامت اجتماعی زنان بر اساس تحصیلات آنان متفاوت نیست.

نتیجه گیری: با توجه به یافته‌های تحقیق، خانواده مهمترین منبع دریافت حمایت اجتماعی برای زنان متاهل شهر ارومیه می باشد. بنابراین ضروری است حمایت بگونه ای باشد که خانواده‌ها با افزایش سطح آگاهی خود بتوانند فضای گفتگوی صمیمانه و دوستانه را در خانواده ایجاد نمایند.

نوع مطالعه: مطالعه پژوهشی.

کلیدواژه‌ها: سلامت اجتماعی، دینداری، اعتماد اجتماعی، اشتغال، حمایت اجتماعی خانواده

رضا علی محسنی

دانشیار جامعه شناسی دانشگاه آزاد اسلامی تهران مرکز

سجاد معین فر

* دانشجوی دکترای جامعه شناسی مسایل اجتماعی

ایران دانشگاه آزاد اسلامی تهران مرکزی (نویسنده

مسئول)

sajjadmoefar@gmail.com

علی معین فر

دانشجوی دکترای جامعه شناسی فرهنگی دانشگاه آزاد

اسلامی تهران مرکز

راحله ساعی

کارشناس ارشد جامعه شناسی و پژوهشگر موسسه

فرهنگی پژوهشی معین پژوه ارومیه

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۶/۳۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۲/۱۴

◀ **استناد:** محسنی ر، معین فر س، معین فر ع، ساعی ر. بررسی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت اجتماعی زنان شهر ارومیه: مطالعه موردی بر روی زنان متاهل ۲۵-۴۵ ساله. *فصلنامه سواد سلامت*. بهار ۱۳۹۷؛ ۳۰: (۱) ۳۸-۳۰.

مقدمه

سلامتی یکی از ارکان اصلی توسعه پایدار و بخش لاینفک شکوفایی و ارتقای کیفیت زندگی است. به عبارت دیگر حفظ و ارتقای سلامت پیش نیاز حرکت به سوی برنامه ریزی های اقتصادی و اجتماعی است. سلامت جامعه در گرو سلامت جسمی، روانی و اجتماعی تک تک افراد است و افراد در جامعه سالم است که پرورش می یابند(۱). امروزه سلامت اجتماعی، به عنوان یکی از ابعاد سلامت، در کنار سلامت جسمی و روانی و معنوی نقش و اهمیت گسترده ای یافته است؛ به گونه ای که دیگر، سلامتی فقط عاری بودن از بیماری های جسمی و روانی نیست، بلکه چگونگی عملکرد انسان در روابط اجتماعی و چگونگی تفکر وی از اجتماع نیز به عنوان معیارهای ارزیابی سلامت فرد در سطح کلان جامعه به شمار می رود(۲).

طبق نظر کیز و شاپیرو، فرد سالم از نظر اجتماعی، زمانی عملکرد مناسبی دارد که اجتماع را مجموعه ای معنادار و فهمیدنی و دارای استعداد های بالقوه برای رشد و شکوفایی بداند و احساس کند که متعلق به گروه های اجتماعی است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهم بداند(۳).

لارسن سلامت اجتماعی را نوعی ارزیابی فرد از کیفیت روابطش با خانواده و دیگران و گروه های اجتماعی تعریف می کند. وی معتقد است که مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد را می سنجد که نشانگر رضایت یا نارضایتی فرد از زندگی و محیط اجتماعی است و در واقع، شامل پاسخهای درونی فرد، یعنی احساس و تفکر و رفتار است(۴).

برکمن معتقد است تأثیر شبکه اجتماعی بر سلامت فرد عبارت است از پرورش روحیه مشارکت و درگیری اجتماعی فرد در فرایندهای اجتماعی و این مشارکت و درگیری اجتماعی از عملکرد پیوندهای بالقوه در فعالیتهای زندگی ناشی می شود. علاوه بر این، مشارکت در درون شبکه، فرصتهایی برای رفاقت، مصاحبت و معاشرت فراهم می کند، این رفتارها، نگرشها و پیوندها نیز به زندگی فرد معنا می بخشد و این امر در سلامت

روانی او نیز تأثیر بسیاری دارد(۵).

زنان از جمله گروههای آسیب پذیر جامعه هستند که گاه عواملی چون طلاق، فوت، اعتیاد همسر، از کارافتادگی همسر، رها شدن توسط مردان مهاجم و بی مسئولیت موجب آسیب پذیر شدن آنها می شود و در نهایت سلامت آنها را به خطر می اندازد و توجه به آن بسیار حائز اهمیت است. تحقیقات مختلفی نشان می دهند که آمار افسردگی در زنان سه برابر مردان است و اضطراب نیز عامل مهمی در برهم زدن سلامت روانی زنان محسوب میشود(۶). پژوهشی با هدف عوامل مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی زنان جوان ۱۵ تا ۲۴ ساله ی شهر اصفهان (با تأکید بر میزان حمایت اجتماعی) انجام شد که یافته های این تحقیق نشان داد که هرچه زنان جوان از میزان حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار باشند، متناسب با آن سلامت اجتماعی بالاتری نیز دارند. بر همین اساس، بین مؤلفه های سه گانه ی حمایت اجتماعی (حمایت ابزاری، عاطفی، اطلاعاتی) و سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد(۷).

بر اساس مطالعات و پژوهشها (۶ و ۷) در حوزه زنان، یکی از شاخصهای مهم و اثرگذار بر سلامت جامعه در سطح کلان موضوع سلامت زنان است. بر همین اساس آگاهی از سطح سلامت زنان که هم در سلامت خود، و هم در سلامت خانواده و جامعه دخیل هستند و شناخت عوامل تأثیرگذار بر آن ضرورت انجام تحقیق را دوچندان می سازد، چرا که سلامتی شرط ضروری برای ایفای نقشهای اجتماعی است و انسانها در صورتی می توانند فعالیت کامل و احساس ارزشمندی داشته باشند که هم خود را سالم احساس کنند و هم جامعه آنها را سالم بدانند. از این رو پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این سوال است که چه عواملی بر سلامت اجتماعی زنان متأهل ۲۵ تا ۴۵ ساله شهر ارومیه تأثیر دارند؟

مواد و روشها

از لحاظ منطق روش شناختی، این پژوهش توصیفی از نوع مقطعی می باشد. ابزار اصلی جهت جمع آوری داده های مورد نیاز، پرسشنامه استاندارد کیز و شاپیرو (سلامت اجتماعی) و پرسشنامه

تقسیم شده، سپس مناطق هر خوشه با توجه به میزان تقریبی جمعیت هریک از محلات، نمونه مورد مطالعه انتخاب شده است. مناطق در این تحقیق عبارتند از زنان متاهل ساکن در منطقه ۱ شامل خیابان دانشکده، مولوی، رودکی، بهداری، سعدی، آزادگان، خیابان‌های میثم، البرز، فرهنگ، ساحلی و منطقه ۲ شامل شهروندان ساکن در خیابان ابوذر، خیابان ولیعصر، خیابان صمدزاده، خیابان مجاهد، قاسمیه و اطراف ترمینال شهرستان. منطقه ۳ شامل خیابان استادشهریار، آپادانا و شهرک ایثار منطقه ۴ شامل خیابان‌های امینی، عطایی، امام، کاشانی، خیام جنوبی و شمالی، سرداران می‌باشد. در پژوهش حاضر روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای است. در این روش انتخاب خوشه‌ها به اهداف پژوهش و منابع در دسترس برای مطالعه بستگی دارد. می‌توان خانواده‌ها، بلوک‌ها، مدارس، بخش‌ها و شهرها را به عنوان خوشه‌ها در نظر گرفت. در این پژوهش بلوک‌ها بر اساس نقشه شهری به عنوان خوشه در نظر گرفته شده است. در پژوهش حاضر در مرحله اول انتخاب بر این اساس آغاز می‌شد که پرسشگر به ضلع جنوبی محله مراجعه و اولین خانه را انتخاب و در صورت وجود زن متاهل ۲۵ تا ۴۵ ساله پرسشنامه پر می‌شد. انتخاب پاسخگویان بعدی با معیار قرار دادن خانه اول و با فاصله ۳ یا ۴ خانه (بر حسب حجم و تعداد خانه) از یکدیگر صورت می‌پذیرفت. زمانی که بعضی افراد به علت عدم تمایل شخصی یا خانوادگی و یا هر دلیل دیگر حاضر به همکاری نمی‌شدند افرادی از همان محله جایگزین می‌شد.

جدول ۱: نتیجه آزمون روایی به تفکیک طیف‌های پرسشنامه

نام طیف	سلامت اجتماعی	حمایت اجتماعی خانواده	اعتماد اجتماعی	دینداری
آلفای کرونباخ	۰/۸۶	۰/۷۷	۰/۷۶	۰/۸۰

یافته‌ها

توصیف پراکندگی متغیرهای موجود در تحقیق نشان می‌دهد که میانگین سلامت اجتماعی زنان متاهل شهر ارومیه ۶۷/۴ درصد با انحراف استاندارد ۱۳/۷۴، میانگین میزان حمایت اجتماعی خانواده زنان متاهل از آنان ۸۷/۹۲ درصد با انحراف استاندارد ۱۲/۷۷،

محقق ساخته (عوامل موثر بر سلامت اجتماعی) می‌باشد. کیز در تحلیل عاملی گسترده، مدل پنج بعدی سنجش پذیری را از سلامت اجتماعی ارائه داد. طبق این ابعاد، فرد سالم از نظر اجتماعی، زمانی عملکرد مناسبی دارد که اجتماع را مجموعه‌ای معنادار و فهمیدنی و دارای استعدادهای بالقوه برای رشد و شکوفایی بداند و احساس کند که متعلق به گروه‌های اجتماعی است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهیم بداند. برای سنجش عملیاتی این متغیر پنج بعد در نظر گرفته شده که عبارت‌اند از: انسجام اجتماعی (۶ گویه)، پذیرش اجتماعی (۷ گویه)، انطباق اجتماعی (۷ گویه)، مشارکت اجتماعی (۶ گویه)، شکوفایی اجتماعی (۷ گویه)، همچنین سنجش عملیاتی متغیر حمایت اجتماعی خانواده با استفاده از تئوری هاوس^۱ صورت گرفته است. حمایت اجتماعی^۲ را دارای سه بعد حمایت ابزاری، عاطفی و اطلاعاتی می‌باشد. که در این پژوهش صرفاً حمایت اجتماعی عاطفی مورد سنجش قرار گرفته است. که برای سنجش و اندازه‌گیری آن از مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت و همکاران استفاده شده است. مقیاس ۱۲ گویه‌ای حمایت اجتماعی ادراک شده دارای سه بعد خانواده، دوستان و دیگران مهم می‌باشند که هریک از ابعاد سه گانه دارای چهارگویه مستقل هستند. جهت سنجش و عملیاتی کردن متغیر اعتماد اجتماعی از تئوری پاتنام و از ۵ گویه استفاده شده است. همچنین جهت عملیاتی کردن مفهوم دینداری از الگوی گلاک و استارک در چهار بعد در چهار بُعد اعتقادی (با ۷ گویه)، عاطفی (با ۶ گویه)، پیامدی (با ۶ گویه) و مناسکی (با ۷ گویه) استفاده شده است.

جامعه آماری مورد مطالعه زنان متاهل ۲۵ تا ۴۵ ساله شهر ارومیه که بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۳ کشور، کل جمعیت این گروه سنی ۱۴۲۷۱۵ نفر می‌باشد. قلمرو مکانی شهر ارومیه و قلمرو زمانی سال ۱۳۹۵ می‌باشد. حجم نمونه ۳۸۰ نفر از زنان متاهل شهر ارومیه با استفاده از فرمول کوکران به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. پس از تعیین حجم نمونه، شهر به چهار خوشه بر اساس مناطق شهرداری ارومیه و ارزش مکانی

1. Hous theory
2. social support

و تحلیل قرار گرفته است. در این بخش برای سنجش و ارزیابی رابطه بین متغیرهای مستقل (حمایت اجتماعی خانواده، اعتماد اجتماعی و دینداری) که در سطح سنجش فاصله ای و توزیع نرمال با متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است که نتایج آزمون به شرح ذیل می باشد.

میزان اعتماد اجتماعی در بین زنان متاهل ۴۴/۷۹ درصد با انحراف استاندارد ۱۳/۲۹ و میزان دینداری زنان متاهل بر اساس اظهار نظر خودشان ۵۵/۶۶ درصد با انحراف استاندارد ۱۸/۳۸ می باشد. آزمون فرضیه ها با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۷ بهره گیری از تکنیک های آماری متناسب با سطح سنجش متغیرها، مورد تجزیه

جدول ۲: ضریب همبستگی بین متغیرهای موجود در پژوهش با سلامت اجتماعی زنان

دینداری	اعتماد اجتماعی	حمایت اجتماعی خانواده	همبستگی پیرسون	سلامت اجتماعی زنان
۰/۱۳۹	۰/۵۱	۰/۵۹۶	سطح معنی داری	
۰/۰۳۰	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	ضریب تعیین	
۰/۰۱۹	۰/۲۶۰	۰/۳۵۵	حجم نمونه	
۳۸۰	۳۸۰	۳۸۰		

داری $p = 0/001 < 0/01$ و همبستگی میزان دینداری با سلامت اجتماعی زنان $r = 0/139$ با سطح معنی داری $p = 0/03 < 0/05$ می باشد. همچنین رابطه هریک از متغیرهای زمینه ای با متغیر سلامت اجتماعی، مورد سنجش قرار گرفتند که نتایج هریک از آزمون ها در جدول زیر آورده شده است.

بر اساس نتایج بدست آمده از جدول فوق ملاحظه می شود که تمامی متغیرهای موجود در پژوهش با سلامت اجتماعی زنان متاهل رابطه مستقیم و مثبت دارند. بطوریکه همبستگی میزان حمایت اجتماعی خانواده با سلامت اجتماعی زنان $r = 0/596$ با سطح معنی داری $p = 0/001 < 0/01$ ، همبستگی میزان اعتماد اجتماعی با سلامت اجتماعی زنان $r = 0/51$ با سطح معنی

جدول ۳: آزمون تحلیل واریانس برای مقایسه نمرات سلامت اجتماعی زنان متاهل برحسب میزان تحصیلات آنان

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی df	میانگین مجذورات	آماره f	سطح معنی داری
بین گروه ها	۲۵۸۲/۱۴۲	۷	۳۶۸/۸۷۷	۱/۹۶۶	۰/۰۵۶
سلامت اجتماعی زنان متاهل	۶۹۷۹۰/۴۴۷	۳۷۲	۱۸۷/۶۰۸		
کل	۷۲۳۷۲/۵۹۰	۳۷۹			

جدول ۴: میانگین سلامت اجتماعی زنان متاهل به تفکیک تحصیلات آنان

متغیر	تحصیلات	تعداد	میانگین (درصد)	حداقل	حداکثر
سلامت اجتماعی زنان متاهل	بیسواد	۲	۴۳/۱۸	۲۲/۷۳	۶۳/۶۴
	ابتدایی	۱۰	۶۰/۶۸	۴۵/۶۸	۹۵/۴۵
	راهنمایی	۳۲	۶۶/۳۳	۲۷/۲۷	۸۸/۶۴
	دبیرستان	۲۲	۶۴/۵۵	۲۹/۵۵	۱۰۰/۰۰
	دیپلم	۱۰۱	۶۵/۱۱	۳۱/۸۲	۹۵/۶۵
	فوق دیپلم	۶۷	۶۶/۹۹	۳۴/۰۹	۹۷/۷۳
	لیسانس	۱۰۸	۷۰/۹۰	۳۶/۳۶	۹۳/۱۸
کل	فوق لیسانس و بالاتر	۳۸	۶۹/۸۵	۴۷/۷۳	۹۳/۱۸
	کل	۳۸۰	۶۷/۴	۲۲/۷۳	۱۰۰

همانطور که از نتایج جدول ۳ و ۴ مشاهده می شود تفاوت نمره های سلامت اجتماعی زنان متاهل شهر ارومیه بر اساس سطح تحصیلات آنان ($F = ۱/۹۶۶, p = ۰/۰۵۶ > ۰/۰۵, df=۷$) معنی دار نیست.

جدول ۵: آزمون T برای مقایسه سلامت اجتماعی زنان متاهل بر اساس اشتغال آنان

سطح معنی داری	T	DF	انحراف استاندارد	میانگین (درصد)	تعداد	شاغل	سلامت اجتماعی زنان
۰/۰۰۴	۳/۷۶۱	۳۷۸	۱۲/۳۷	۷۳/۶۷	۷۸	شاغل	
			۱۳/۲۴	۶۵/۷۸	۳۰۲	غیرشاغل	

همانطور که از نتایج جدول ۵ مشاهده می شود تفاوت نمره های سلامت اجتماعی زنان متاهل شهر ارومیه بر اساس سطح اشتغال آنان ($t=۳/۷۶۱$ و $p=۰/۰۰۴ < ۰/۰۵$) معنی دار می باشد. بطوریکه میانگین سلامت اجتماعی زنان شاغل ۷۳/۶۷ درصد و میانگین سلامت اجتماعی زنان غیرشاغل ۶۵/۷۸ درصد می باشد.

جدول ۶: تحلیل واریانس رگرسیون چند متغیری « سلامت اجتماعی »

منبع تغییرات	درجه آزادی	مجموع مربعات	میانگین مربعات	ضریب همبستگی چندگانه	مجذور ضریب همبستگی	مجذور ضریب همبستگی تعدیل شده	اشتباه معیار	F	سطح معنی داری
اثر رگرسیون	۲	۲۴۸۲/۲۷۹	۱۲۴۱/۱۴	۰/۳۲۵	۰/۱۰۶	۰/۰۹۸	۱۳/۰۵	۶/۶۹	۰/۰۰۵
باقی مانده	۳۷۷	۶۹۸۹۰/۳۱۱	۱۸۵/۳۸						
کل	۳۷۹	۷۲۳۷۲/۵۹۰							

در مدل نهایی فقط دو متغیر در معادله باقی ماند که همان طور که در جدول ۶ ملاحظه می شود ضریب نهایی رگرسیون چند گانه $M.R = ۰/۳۲۵$ و مجذور آن یعنی ضریب تعیین $R^2 = ۰/۱۰۶$ می باشد. همچنین ضریب تعیین تصحیح شده برابر $۰/۰۹۸$ می باشد بنابراین به صورت واقعی و تعدیل یافته ۹/۸ درصد از واریانس سلامت اجتماعی توسط متغیرهای مستقل تبیین و پیش بینی می شود.

جدول ۷: ضرایب رگرسیونی مربوط به متغیر وابسته (سلامت اجتماعی زنان متاهل در شهر ارومیه)

سطح معنی داری	t	ضرایب استاندارد			مدل
		Beta	Std.Error	B	
۰/۰۰۱	۱۰/۹۶۲		۳/۹۸۳	۴۱/۷	عدد ثابت
۰/۰۰۱	۴/۹۰۰	۰/۲۳۰	۰/۰۴۵	۰/۲۲۱	حمایت اجتماعی خانواده
۰/۰۰۱	۲/۶۶۴	۰/۱۴۱	۰/۰۴۰	۰/۱۸۷	اعتماد اجتماعی

نتایج حاصل از تحلیل رگرسیونی چند گانه متغیرهای موجود در معادله را می توان به صورت استاندارد شده و در رابطه ریاضی زیر نشان داد

$$۴۱/۷ + (اعتماد اجتماعی) ۰/۱۴ + (حمایت اجتماعی خانواده) ۰/۲۳ = سلامت اجتماعی$$

همان طور که مشاهده شد سلامت اجتماعی بیشتر از هر متغیر دیگری از متغیر حمایت اجتماعی خانواده متاثر است. به عبارت دقیق تر حمایت اجتماعی خانواده و اعتماد اجتماعی تاثیر زیادی روی سلامت اجتماعی دارند جداول ۶ و ۷ به ترتیب آماره های

مربوط به تحلیل رگرسیونی و تحلیل واریانس مربوط به مدل رگرسیونی سلامت اجتماعی را نشان می‌دهد.

بحث و نتیجه گیری

امروزه شواهد علمی محکمی وجود دارد که تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت شامل طبقه اجتماعی، محرومیت اجتماعی، حاشیه نشینی، استرس، تکامل دوران ابتدای کودکی، بیکاری، شرایط محیط کار، حمایت اجتماعی، اعتیاد، غذا، حمل و نقل، شهرنشینی، مهاجرت و جهانی شدن تأثیر بسیاری بر سلامت دارند (۸). سلامت اجتماعی، حاصل چگونگی ارتباط فرد با دیگران در جامعه بوده و هر نوع قطع ارتباط بین فرد و جامعه، به گونه ای که افراد در چارچوب‌های اجتماعی جذب نگردند، زمینه ای مساعد بر ای رشد انحرافات اجتماعی و پیدایش مشکلات سلامت را فراهم می‌آورد. به عبارتی می‌توان گفت هرگونه فاصله بین فرد و جامعه، که به عدم ادغام افراد در چارچوب‌های اجتماعی بینجامد، به انحرافات اجتماعی میدان می‌دهد (۹) و بی‌توجهی به جنبه اجتماعی سلامت در عصر ارتباطات و جهانی سازی، موجب افزایش آسیب پذیری افراد در ابعاد روانی، خودکشی، گرایش به مصرف دخانیات، فرار از خانه، افت تحصیلی و سایر آسیب‌های اجتماعی می‌شود و از جمله موضوعاتی است که باید به آن توجه خاص شود.

نتایج حاصل از پژوهش نشان داد تمامی متغیرهای موجود در پژوهش با سلامت اجتماعی زنان متاهل شهر ارومیه رابطه مستقیم و مثبت دارند. بعبارت دیگر هرچه میزان حمایت اجتماعی خانواده، اعتماد اجتماعی و دینداری افزایش یابد، سلامت اجتماعی زنان متاهل بیشتر می‌شود. این یافته‌ها با نظرات لایکوک که سلامت اجتماعی را به معنای شرایط و رفاه افراد در شبکه روابط اجتماعی خانواده، اجتماع و ملت تعریف می‌کند، همسو است. همچنین طبق نظر رز هر اندازه افراد در ساختار جامعه دارای اعتماد متقابل، حمایت‌های اجتماعی، روانی و مالی، وجود شبکه‌های خویشتاوندی باشند، سلامت آنها در وضعیت بهتری قرار خواهد گرفت. همچنین نتایج بدست آمده با نتایج تحقیق زکی

و خشوعی (۱۰)، همتی و همکاران (۱۱) و شربتیان (۱۲)، ابراهیم نجف آبادی (۷) و پورستار و حکمتی (۱۳) در یک راستا می‌باشد. بین ابعاد مختلف دینداری و معنویت با سلامت اجتماعی رابطه مثبت وجود دارد، به گونه ای که باورهای دینی می‌توانند شخص را به سوی کمال و تعالی و در نتیجه سلامت اجتماعی هدایت کنند. در زمینه رابطه باورهای دینی با سلامت اجتماعی، می‌توان به این نکته اشاره کرد که برخی دیدگاه‌های نظری معتقدند که اعمال دینی دارای جنبه‌های اجتماعی هستند. در این زمینه لنسکی، معتقد است که فعالیت گروهی دینی از دو جنبه «معاشرتی» و «مشارکتی» برخوردار است. به نظر وی بعد مشارکتی از لحاظ میزان حضور در برنامه‌ها و فعالیت‌های رسمی و جمعی نهاد دین و بعد معاشرتی از حیث داشتن پیوندهای دوستانه و عاطفی با هم‌کیشان مورد نظر قرار دارد. منظور از مشارکت دینی به عنوان نشانه ای از دینداری، به عهده گرفتن نقش و مسئولیت در فعالیت‌های دینی و سهم شدن هزینه‌های آن است (۱۴).

وجه ممیزه این بعد از دیگر ابعاد دینی، در غیر عبادی بودن، داوطلبانه بودن و عنصر خدمت‌رسانی و مساعدت با هم‌کیشان و هم‌نوعان است. نتایج این تحقیق ادعای تئوریک دانشمندان را که اظهار می‌دارند گسترش شعاع اعتماد و همکاری اعضای یک جامعه و حمایت‌های اجتماعی و محیطی در میان افراد موجب غنای سرمایه اجتماعی و به تبع آن کاهش اختلالات و نابسامانی‌های روانی، اجتماعی، زیستی و معنوی را در پی خواهد داشت تأیید می‌نماید (۱۵).

نتیجه گیری: با توجه به اینکه نیمی از جمعیت جامعه را زنان تشکیل می‌دهند و نقش بسزایی در حفظ سلامت افراد خانواده و نهایتاً جامعه دارند، هر نوع برنامه ریزی و تلاش در جهت توانمندسازی زنان در این راستا، تضمینی برای بهره‌مندی از کودکانی سالم، خانواده‌ای مستحکم و اجتماعی متعالی خواهد بود. از این رو برای افزایش سلامت اجتماعی زنان متاهل در شهر ارومیه پیشنهاد می‌شود:

۱- یافته‌های این پژوهش نشان داد که یکی از عوامل اصلی موثر بر

غلط اجتماعی مبنی بر عدم مشارکت زنان در فعالیت‌ها را در شهر ارومیه را کاهش دهند و زمینه لازم را جهت ارتقاء زنان شاغل به سطوح بالای شغلی فراهم کنند. اشتغال ثمربخش زنان در شهر ارومیه مستلزم کار فرهنگی در نگرش‌های جنسیتی در خانواده و در اجتماع است. اقدامات حمایتی استانداردی آذربایجان غربی در این زمینه برای تسهیل و شتاب مشارکت زنان و برداشتن موانع جنسیتی در کسب شغل و ارتقای شغلی ضروری است.

۴- با توجه به اینکه خانواده مهمترین منبع دریافت حمایت اجتماعی برای زنان متاهل شهر ارومیه می باشد، بنابراین ضروری است حمایت به گونه ای باشد که خانواده‌ها با افزایش سطح آگاهی خود بتوانند فضای گفتگوی صمیمانه و دوستانه را در خانواده ایجاد نمایند.

سپاسگزاری

به این وسیله از کلیه بیماران شرکت کننده در این پژوهش که صمیمانه با پژوهشگر همکاری داشتند تشکر و قدردانی می‌گردد.

سلامت اجتماعی زنان متاهل در جامعه، اعتماد اجتماعی است افرادی که اعتماد اجتماعی بالا داشتند و میزان حسن ظن آنها نسبت به دیگران در جامعه بیشتر بوده است سلامت بالایی هم داشتند. از این رو به نظر می‌رسد در صورتی که شرایطی فراهم شود که افراد بتوانند به نحو مطلوب بادیگران ارتباط برقرار کنند و خصوصاً اگر امکان دسترسی به سهیم شدن، پذیرش و تمایلات همکاری جویانه در میان آنها برقرار شود سطح سلامت اجتماعی زنان متاهل شهر ارومیه هم به نحو متناسبی افزایش خواهد یافت.

۲- یکی از عوامل موثر بر روی سلامت اجتماعی، دینداری زنان است، بنابراین باید زمینه شرکت زنان در مراسمات مذهبی فراهم شود و زمینه ارتقا فرهنگ و معرفت دینی در بین آنان افزایش یابد. زیرا به نظر می‌رسد که عوامل مذکور در تقویت سلامت بسیار موثرند.

۳- با توجه به اینکه سلامت اجتماعی زنان شاغل از زنان غیرشاغل بیشتر است، پیشنهاد می‌شود برنامه ریزان و مسئولین امور بانوان در شهر ارومیه با بسترسازی فرهنگی زمینه باورهای

References:

1. Shiri M. Surveying the social health of physiologically and physically impaired persons and its effective factors in Tehran. Master's Thesis, Faculty of Social Sciences, Allameh Tabatabaei University, 2011.
2. Samaram EZ. Community-oriented policing and social health, Entezame ejtemaee, 2009 ; 1: 9-29.
3. Keyes, C.M. and Shapiro, A. Social Well-being IN The U.S.: A Descriptive Epidemiology, Orville Brim: Carol D. Ruff & Ronald C. Kessler (Ads), Healthing Are You? A National Study of Well-being of Midlife, University of Chicago Press. 2004.
4. Fathi M, Ajamnejad R, Khakrangin M. Factors contributing to social health among teachers of Maraghe city, Journal of social welfare, 2013 ; 47: 225 - 243.
5. KHeirollahpur A. Investigation of Social Factors Affecting Mental Health with Emphasis on Social Capital, Master's Degree, Faculty of Literature & Humanities, Department of Sociology, Shahid Beheshti University, 2004.
6. Karen J. K., Stephanie, A. Eisenstadt T. Mental Health of Women, Translations Khadjaja Aboalmaali, Hayde Saberi, Jinous Latifi, Mahdi Mohiyedin Banab. Savalan publisher, 2003, Tehran.
7. Ebrahim Najafabadi A. Factors influencing the social health rate of 15 to 24 year old females in Isfahan (focusing on social support rate), journal of health psychology , 2011; 2: 99 - 113.
8. Zaboli R, Sanaeinasab H. The Challenges and Solutions for Action of Social Determinants of Health in Iran: A Qualitative Study. Iran J Health Educ Health Promot. 2014; 1:5-16
9. Sadiq Sarvestani, R. Social Pathology, publisher Samt. 2007. Tehran.
10. Zaki M.A , Khoshouei M.S. Factors affecting social well-being of the residents of the city of Isfahan, Urban studies, 2013 ; 8: 79 - 108.
11. Hemmati E , Mahdavi M.S , Baghaeisarabi A. Effects of social support in social health of female - headed households, social research. 2013; 18: 45-61.
12. Sharbatian M.H. The semantic components reflecting the link between social capital and the rate social health of the benefit of students of payamnoor university, Mashahad. journal of Motaleate javanan, 2012; 5: 149-174.

13. Poursattar M, Hekmati I. Prediction of social well-being based on religious beliefs among female students, journal of woman & study of family, 2010; 7: 27-40.
14. Shojaezand A. (2008). Theoretical Developments in the Sociological studies of religion, Quarterly journal of social sciences. 2008; 40: 1-26.
15. Saei R. Investigating the Relationship between Social Capital and Health of Citizens of Tabriz, MSc Thesis, Islamic Azad University of Tabriz Branch, Faculty of Humanities and Education. 2009