

سلامت اجتماعی و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن

مطالعه موردی: زنان سرپرست خانوار شهر قروه

دکتر حسین یحیی زاده*

محمود رمضانی**

تاریخ دریافت: ۹۲/۴/۱۰

تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۱/۱۰

چکیده

این تحقیق به بررسی میزان سلامت اجتماعی و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن در میان زنان سرپرست خانوار در شهرستان قروه می‌پردازد. رویکردی نظری تحقیق مبتنی بر رویکردهای سلامت اجتماعی کبیز، پایگاه اجتماعی - اقتصادی وبر، باورهای دینی گلاک و استارک و مهارت‌های ارتباطی می‌باشد. جامعه آماری شامل تمام زنان سرپرست خانوار (۹۲ نفر) زیر پوشش سازمان بهزیستی شهر قروه می‌باشد. همچنین ۹۲ نفر از زنان غیرسرپرست خانوار ساکن همان شهر به صورت تصادفی جهت مقایسه به روش پیمایشی مورد مطالعه قرار گرفتند.

Hossein_yah@yahoo.co.uk

ramazanimahmood@yahoo.com

* استادیار مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی

** کارشناس ارشد مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی

یافته‌های تحقیق نشان داد که از لحاظ میزان سلامت اجتماعی و ابعاد آن (که شامل پنج بُعد است) در میان زنان سرپرست خانوار و زنان غیرسرپرست، تفاوت معنادار آماری وجود دارد. به علاوه از لحاظ متغیرهای پایگاه اجتماعی - اقتصادی، باورهای دینی (بُعد اعتقادی) و مهارت‌های ارتباطی بین زنان سرپرست‌خانوار و زنان غیرسرپرست تفاوت معناداری وجود ندارد.

واژه‌های کلیدی: سلامت اجتماعی، زنان سرپرست خانوار، زنان غیر

سرپرست خانوار، قروه

بیان مسئله

خانواده به عنوان یک نهاد اجتماعی نقش عمده‌ای در انتقال ارزش‌ها، زمینه‌های فکری، تربیتی و آماده‌سازی افراد و اعضای خود دارد. به عبارتی کارکرد اجتماعی و رضایت‌بخش، تا حدود زیادی در گرو بنیاد خانواده است. ضعف‌های خانوادگی از انتقال هنجارها و زمینه‌های تربیتی به سایر اعضا جلوگیری می‌کند و اگر چنین سیکلی ادامه یابد جامعه با مشکلات بیشتری مواجه می‌شود (شیخی، ۱۳۸۲: ۱۳۸). خانواده معمولاً مرکب از پدر و مادر، فرزند یا فرزندان است. هرگاه خانواده یکی از ارکان اصلی و طبیعی خود یعنی پدر یا مادر را به هر دلیل از دست بدهد تعادل آن به هم می‌ریزد و مسائل و مشکلات گوناگونی چون مسائل اقتصادی، آموزشی، فرهنگی، رفتاری و اجتماعی برای دیگر افرادش به وجود می‌آید. بیشتر تعاریفی که از پدیده بی‌سرپرستی شده فقدان پدر را در خانواده با این مفهوم مترادف دانسته و در میان بیشتر قریب به اتفاق جوامع انسانی پدر به عنوان عنصر اصلی و محوری خانواده در طول قرون و اعصار پذیرفته شده است. مسئولیت‌ها و تصمیم‌گیری نهایی در امور اقتصادی، آموزشی و پرورشی فرزندان خانواده همچنین مسایل اجتماعی چون ازدواج، مهاجرت، جابه‌جایی و نظایر آنها برعهده اوست. مادر معمولاً در خانواده موجب تلطیف احساسات و عواطف فرزندان می‌شود. هماهنگی، همگامی، هم‌اندیشی پدر و مادر در

یکپارچگی خانواده و شادمانی و سلامت جسمی، روانی و اجتماعی افراد آن نقش تعیین کننده‌ای دارد. هرگاه پدر یا مادر به هر دلیل از خانواده دور بمانند اعضای دیگر خانواده به‌ویژه نفر دوم با مسائل و مشکلات عدیده‌ای روبه‌رو خواهد شد، غیبت پدر مسائل اقتصادی و مدیریتی و غیبت مادر مشکلات روانی و عدم یکپارچگی خانواده را سبب می‌شود. آنچه در شرایط کنونی جامعه قابل توجه است بحث سرپرستی خانواده توسط زنان، که به عنوان یک قشر آسیب‌پذیر که با مشکلات بیشتری روبه‌رو هستند و نیاز به حمایت و نظارت بیشتری دارند می‌باشد. این حالت به علت موارد زیر ایجاد می‌شود: فوت همسر، طلاق، زندانی بودن همسر، بعضی هم بدلیل از کارافتادگی همسر و عده‌ای از زنان هم اصلاً ازدواج نکرده و مجرد می‌باشند (نوری، ۱۳۸۲). بنابراین مقوله سلامت و به ویژه سلامت اجتماعی زنان به عنوان نیمی از جمعیت که می‌توانند نیروی فعال در پیشرفت و توسعه یک کشور باشند بسیار حائز اهمیت بوده و عدم توجه به این مقوله در میان زنان و بویژه زنان سرپرست خانوار برای جامعه دستاوردی جز عقب‌ماندگی ندارد. این مقوله توجه بیشتری را می‌طلبد، زیرا اگر کودکان آینده‌سازان جامعه هستند، زنان پرورش دهنده آنها بوده و در واقع این زنان هستند که آینده را می‌سازند، در نتیجه‌ایند سالم در گرو سلامتی زنان است. «سلامت اجتماعی^۱ به توانایی فرد در تعامل مؤثر با دیگران و اجتماع، به منظور ایجاد روابط ارضا کننده شخصی و به انجام رساندن نقش‌های اجتماعی اطلاق می‌شود.» سلامت اجتماعی شامل مشارکت اجتماعی، زندگی سازگار با سایر انسان‌ها، ایجاد روابط مثبت متکی به یکدیگر و داشتن روابط سالم است (سجادی و صدرالسادات، ۱۳۸۴: ۲۴۴). زنان سرپرست خانوار از جمله گروه‌های آسیب‌پذیر اجتماعی هستند که با مشکلات و موانع زیادی مواجهند. قرار گرفتن در چنین موقعیت و جایگاه اجتماعی در بخش قابل توجهی از حالت‌ها زمینه‌ساز گسترش سایر آسیب‌های اجتماعی نیز می‌شود، ضمن آنکه

۱. Social Health

بعضاً خود به عنوان یک آسیب اجتماعی نیز مطرح است. از سوی دیگر، آمار زنان سرپرست خانوار خود تا حدودی بر آمار آسیب‌های اجتماعی چون نرخ طلاق، نرخ جرائم اجتماعی و افزایش تعداد زندانیان، اعتیاد و یا ازهم‌گسیختگی خانواده متکی است و افزایش این آسیب‌ها در سطح جامعه به افزایش تعداد این دسته از زنان منجر می‌شود. در مجموع می‌توان گفت که مقوله زنان سرپرست خانوار به عنوان یک نقطه کانونی است که هم از دیگر آسیب‌ها به شکل مستقیم و غیر مستقیم تأثیر می‌پذیرد، هم آنکه خود می‌تواند زمینه‌ساز و تقویت کننده آسیب‌های دیگر باشد (دغاقله و کلهر، ۱۳۸۹: ۲۲۷).

بر اساس گزارش‌های سازمان ملل، عامل تهدید کننده سلامت اجتماعی پدیده فقر در ابعاد گوناگون، وجود جرائم و انحرافات، مسائل مربوط به محیط زیست، نابرابری فاحش در فرصت‌های مصرف و مانند آن می‌باشد (زاهدی اصل، ۱۳۸۶). در کشور ما به علت وضعیت نامناسب اقتصادی، نبود برنامه‌ریزی کارآمد و آمار در حال افزایش جرائم و انحرافات، وضعیت سلامت اجتماعی جامعه چندان مناسب به نظر نمی‌رسد. در میان اقشار جامعه، زنان نقش ویژه‌ای در تعیین سلامت و به ویژه سلامت اجتماعی جامعه ایفا می‌کنند. در میان زنان، زنان سرپرست خانوار با وجود شرایط و وضعیت خاصی که دارند بیشتر در معرض آسیب می‌باشند و احتمالاً از نظر سلامت اجتماعی با مشکلات بیشتری مواجه هستند. زنان سرپرست خانوار و فاقد همسر با مشکل تنهایی، انزوا، طرد و عدم درک از سوی دیگران مواجه‌اند. فقدان حمایت‌های اجتماعی مهمترین عامل جهت پیش‌بینی پیامدهای منفی وضعیت این زنان است (خسروی، به نقل از بختیاری، ۱۳۸۵: ۹۲). این قشر آسیب‌پذیر و محروم، سهم بسیار کمی از منابع توسعه داشته‌اند. حاکمیت اندیشه‌های تبعیض‌آمیز، زندگی در تنهایی و توام با افسردگی و ناامیدی و ناامنی، نگرش غلط جامعه به این افراد و داشتن سطح تحصیلات و مهارت‌های فنی و آموزشی پایین‌تر، فرصت‌ها و روابط اجتماعی و وضعیت فرهنگی،

اجتماعی و تربیتی نامطلوب برای خود و فرزندان آنها، فقدان چتر حمایتی و تأمین مالی و اجتماعی مطلوب و در نتیجه سرگردانی در دوران سالخوردگی آنان را با مشکلات عدیده‌ای روبرو می‌کند. این مشکلات سلامت زنان سرپرست خانوار و بویژه سلامت اجتماعی آنان را به خطر می‌اندازد. با توجه به اهمیت سلامت اجتماعی در میان زنان و به ویژه زنان سرپرست خانوار و با توجه به افزایش جمعیت این گروه به دلایل متعدد یاد شده و بر طبق گزارش مرکز آمار و اطلاعات راهبردی (۱۳۹۱) مبنی بر این که در سال ۱۳۸۵ خانوارهای دارای سرپرست زن ۹/۴۶ درصد بوده است در حالی که این رقم در سال ۱۳۹۰ به ۱۲/۷ درصد رسیده که نشان دهنده افزایش چشمگیر این قشر از جامعه است. بنابراین پژوهش حاضر در نظر دارد به بررسی مقایسه‌ای میزان سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار و زنان غیرسرپرست خانوار و شناسایی عوامل مؤثر بر آن در شهر قروه بپردازد و در نهایت به این سؤال بپردازد که: آیا تفاوتی از لحاظ میزان سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در میان زنان سرپرست خانوار و زنان غیرسرپرست خانوار وجود دارد؟

مبانی نظری

سلامت به مفهوم عام آن از جمله واژه‌هایی است که تعریف آن در حرفه‌های گوناگون و حتی بین افراد گوناگون از تفاوت‌های معنی‌داری برخوردار است. شاید دلیل اصلی آن از ارتباط دائمی این مفهوم با همه انسان‌ها باشد در همه شرایط (سام‌آرام، ۱۳۹۱: ۱). در یک مفهوم وسیع سلامت به عنوان حالت یا کیفیتی از بدن انسان که بیان‌کننده عملکرد کافی بدن و وضعیت ژنتیک و زیست محیطی معین باشد، در نظر گرفته می‌شود. اما در یک مفهوم فشرده‌تر، که برای مقاصد اندازه‌گیری هم مفیدتر است، سلامت عبارت است از: الف) نبودن شواهد آشکار بیماری و درست عمل کردن شخص به صورت عادی، یعنی در حدود محدودیت‌های تغییر استاندارد معیارهای پذیرفته شده سلامت در مورد یک جنس، سن، جامعه و منطقه جغرافیایی، ب) کار کردن چند اندام بدن به اندازه

کافی و در رابطه با یکدیگر که نشانه نوعی تعادل یا پایداری بدن است (پارک، ۱۳۸۴: ۳۵، به نقل از هزارجریبی و صفری‌شالی، ۱۳۹۱: ۲۸۳). در کل بهترین و پذیرفته شده‌ترین تعریف از سلامت، را می‌توان تعریف سازمان بهداشت جهانی دانست، که عبارت است: "رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه تنها نبود بیماری یا معلولیت." این بیانیه آرمان‌گرا، معنای سلامت را بیش از آن که به عنوان "فقدان بیماری" تلقی کند، به صورت یک مفهوم مثبت تعریف کرده است. در واقع در این مفهوم افراد نه تنها در شرایط فیزیکی، بلکه در شرایط روانی و اجتماعی نیز مورد توجه قرار می‌گیرند. این چنین تعریفی نقطه آغاز مفید و مناسبی برای تفکر و اندیشیدن درباره اجزا و عناصر ارتقا سلامت به شمار می‌رود (کتس، ۱۳۸۴: ۴). بنابراین تعریف سلامت مفهوم مثبتی است که علاوه بر ظرفیت‌های جسمی بر منافع اجتماعی و روانی هم تأکید دارد.

سلامت دارای ابعاد گوناگونی است از جمله، **سلامت جسمی**: "سلامت جسمی فقط دال بر «عمل کردن کامل» بدن است که سلامت زیست شناختی را به عنوان حالت بهینه عملکرد هر یاخته یا اندام بدن و با هماهنگی کامل با بقیه اعضا در نظر می‌آورد" (پارک و پارک، ۱۳۸۴: ۳۶). "حالت سلامتی در سطح جامعه را می‌توان به وسیله نشانگرهایی مانند میزان میرایی شیرخواران و امید زندگی سنجد. مطلوب آن است که هر بخش اطلاعات به تنهایی و یا به صورت مرکب قابل استفاده باشد و ترکیب آن‌ها امکان تهیه نمای کامل‌تر وضع سلامت افراد و جوامع را فراهم آورد" (محسنی، ۱۳۸۵: ۳۷).

سلامت روان: "سلامت روان تنها شامل نداشتن بیماری روانی نیست، بلکه شامل توان واکنش در برابر انواع گوناگون تجربه‌های زندگی به صورت قابل انعطاف و معنی‌دار است؛ تعریف اخیر بهداشت روانی چنین است: «حالت توازن بین شخص با خود و دیگران و همزیستی بین واقعیت‌های خود و واقعیت‌های مردم و واقعیت‌های محیط زیست». چند دهه پیش روح و جسم مستقل از یکدیگر محسوب می‌شدند ولی

اکنون پژوهشگران دریافته‌اند که عوامل روان شناختی همه نوع بیماری - و نه فقط بیماری‌های روانی - را می‌توانند ایجاد کنند" (همان ۳۷).

سلامت عاطفی: "از نظر تاریخی بُعد روانی و عاطفی به عنوان یک جزء و یا دو جزء کاملاً مرتبط با هم شناخته شده‌اند. ولی با در دسترس قرار گرفتن پژوهش‌های بیشتر تفاوت قطعی بین آن دو به وجود آمد. سلامت روانی را می‌توان به عنوان "آگاهی" یا "شناخت" در نظر گرفت، در حالی که سلامت عاطفی با "احساس" ارتباط دارد... با داده‌های نوین جنبه‌های روانی و عاطفی انسانیت را می‌توان به عنوان دو بُعد جداگانه سلامت انسان در نظر گرفت (پارک و پارک، ۱۳۸۴: ۳۹).

سلامت روحی: "طرفداران کلیت سلامت عقیده دارند که زمان آن فرارسیده که توجه جدی به بُعد روحی سلامت و نقش آن در بیماری و سلامت بشود. در این رابطه بهداشت روحی به آن بخش از فرد اطلاق می‌شود که در جستجوی معنا و مقصد زندگی است. بهداشت روحی موضوعی ناپیدا است که ریشه در روانشناسی ماوراءالطبیعه دارد. بهداشت روحی شامل کمال، اخلاقیات و اصول، هدف داشتن در زندگی و تعهد به موضوعی اولی تر و نادر به مفاهیم غیرعینی به شرح آخرین پیشرفت‌های وضعیت علمی است" (همان: ۳۹-۳۸).

سلامت اجتماعی: "رفاه اجتماعی به معنی سازگاری تلفیق درون شخص و بین هر شخص با افراد دیگر جامعه و دنیایی است که در آن زندگی می‌کند و تعریف آن چنین است: «چند و چون قید درونی هر شخص و دامنه مداخله او در جامعه». بعد اجتماعی سلامت شامل سطوح مهارت‌های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به عنوان عضوی از جامعه بزرگتر است. به طور کلی از دید سلامت اجتماعی هر کسی عضوی از افراد خانواده و عضو یک جامعه بزرگتر به حساب می‌آید و بر شرایط اقتصادی و اجتماعی و رفاه تمامیت شخص در رابطه با شبکه اجتماعی شخص، توجه می‌شود" ریشه سلامت اجتماعی در "محیط زیست

مادی مثبت" (یعنی توجه بر موضوع‌های اقتصادی و اقامتی) و «محیط زیست انسانی مثبت» است که شبکه اجتماعی مشخص را در نظر می‌گیرد (همان: ۳۸).

نظریات متعددی در زمینه سلامت اجتماعی وجود دارد شامل نظریه کنت نول: کنت نول از مدیران سازمان بهداشت جهانی در کتاب سلامت مردم که در سال ۱۹۷۵ منتشر شد نوشت که ما با مطالعه اقدامات انجام شده در ارتباط با سلامت در آفریقا، آسیا و آمریکای جنوبی نشان دادیم که بسیاری از علل مشکلات معمولی در ارتباط با سلامت از خود جوامع سرچشمه می‌گیرد و مداخله بخش بهداشت به تنهایی اغلب بی‌اثر است و نهادها و سازمان‌های جامعه نیز باید در مهیا سازی فضای سالم در جامعه سهم باشند. اقدامات خارج از بخش بهداشت و یونیسف در زمینه راه‌های ارضاء نیازهای اولیه سلامت در کشورهای در حال توسعه نشریه‌ای منتشر کرده و با تمرکز بر نقاط ضعف برنامه‌های عمومی مربوط به بیماری‌ها بیان داشتند که در این قبیل برنامه‌ها به تکنولوژی توجه شده ولی به عدم احساس مالکیت توسط جامعه توجهی به عمل نیامده است. بنابراین از دیدگاه کنت نول سلامت دو بُعد توانایی‌های جسمانی و توانایی‌های اجتماعی را در برمی‌گیرد. (سجادی، ۱۳۸۴: ۲۴۴). نظریه دورکیم: از نظر تجربی، مفهوم سلامت اجتماعی ریشه در ادبیات جامعه‌شناسی مربوط به ناهنجاری و بیگانگی دارد. اما مطابق با مدل سلامت محور، فقدان احساس ناهنجاری و بیگانگی ممکن است، بیانگر حضور سلامت اجتماعی نباشد (۴: ۲۰۰۴، keyes). از نظر دورکیم^۱ بهنجاری اجتماعی به چگونگی وضعیت ارتباط فرد با دیگران در جامعه یا همان جامعه‌پذیری وی اشاره دارد. از نظر دورکیم هر نوع قطع ارتباطی بین فرد و جامعه به‌گونه‌ای که افراد در چارچوب‌های اجتماعی جذب نگردند، زمینه‌ای آنومیک و مساعد برای رشد انحرافات اجتماعی می‌باشد. در چنین حالتی نوعی فردگرایی افراطی، خواسته‌های فرد را در مقابل حیات اجتماعی قرار می‌دهد (توسلی، ۱۳۸۲: ۷). از نظر

۱. Durkheim

وی هر نوع فاصله بین فرد و جامعه که به عدم ادغام افراد در چارچوب‌های اجتماعی می‌انجامد به انحرافات اجتماعی میدان می‌دهد (توسلی ۱۳۸۲، به نقل از حسینی، ۱۳۸۷: ۲۱). نظریه دیگر در مورد سلامت اجتماعی که در این مقاله مدنظر می‌باشد **نظریه سلامت اجتماعی کیز**^۱ بوده که شامل پنج بعد: شکوفایی، همبستگی، پذیرش، مشارکت و انسجام اجتماعی است.

نظریات مرتبط با پایگاه اقتصادی- اجتماعی شامل **نظریه وبر**^۲: او علاوه بر بعد اقتصاد دو بعد قدرت و حیثیت را مد نظر قرار می‌دهد. **نظریه آنتونی گیدنز**^۳: گیدنز بر دارایی، آموزش یا مهارت و نیروی کار یدی به عنوان ساختار طبقاتی تأکید دارد. **نظریه گرهارد لنسکی**^۴: لنسکی همچون وبر نظری کثرت‌گرا در مورد قدرت و نابرابری دارد.

نظریات مرتبط با دینداری و باورهای دینی شامل **نظریه کینگ وهانت**^۵: آنها مقیاسی سیزده بعدی از دینداری عرضه کردند که شامل پذیرش اعتقادی، گرایش عبادی، حضور در کلیسا، فعالیت سازمانی، حمایت مالی، تلاش و جهت‌گیری به سوی رشد و تعالی رفتار، اهمیت دین، شناخت، نظم عبادی، یأس دینی، متغیرهای سبک شناختی، هدف زندگی مثبت و هدف زندگی منفی، می‌گردد. کینگ وهانت در پشتیبانی از اندیشه چند بعدی بودن دین مؤثرتر از دیگران بوده اند (سراج‌زاده، ۱۳۸۳: ۶۸-۶۷). **نظریه گلاک و استارک**^۶: این نظریه به ابعاد گوناگون دینداری از جمله بعد اعتقادی، بعد عاطفی، بعد مناسکی، بعد فکری و بعد پیامدی اشاره دارد.

۱. Keyes
 ۲. Weber
 ۳. Giddens
 ۴. Lensky
 ۵. King & Hunt
 ۶. Glock & Starks

نظریات مرتبط با مهارت‌های ارتباطی شامل نظریه **اون هارجی**^۱: وی مهارت‌های ارتباطی را مجموعه‌ای از رفتارهای هدفمند، بهم مرتبط و متناسب با وضعیتی که آموختنی بوده و تحت کنترل فرد می‌باشد، بیان می‌کند و سه سبک ارتباطی را مطرح کرده که عبارتند از: سبک ارتباطی منفعلانه یا عدم ابراز وجود، سبک ارتباطی جرأت‌مندانه یا ابراز وجود و سبک ارتباطی پرخاشگرانه. **نظریه واتزیک**: واتزیک^۲ و همکاران پنج واقعیت را در نظریه خود مطرح نموده‌اند که در چارچوب نظری توضیح داده شده است.

چارچوب نظری

چارچوب نظری این پژوهش به صورت ترکیبی انتخاب شده است و سعی بر در نظرگرفتن نظریاتی است که بتوانند سطوح و جنبه‌های گوناگون هر یک از متغیرهای مستقل و متغیر وابسته را پوشش دهند. بر این اساس با توجه به نتایج مطالعات صورت گرفته مبنی بر این که سه عامل مهارت‌های ارتباطی، پایگاه اقتصادی - اجتماعی و دینداری از عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی هستند سعی شده که از نظریات مرتبط با این سه عامل در ارتباط با سلامت اجتماعی استفاده شود.

در رابطه با متغیر وابسته تحقیق یعنی سلامت اجتماعی نظریه کیز در نظر گرفته شده است که سلامت اجتماعی را به عنوان گزارش فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که وی عضوی از آنهاست تعریف می‌کند و معتقد است که مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد را می‌سنجد و شامل پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر و رفتار) که نشانگر رضایت یا فقدان رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی هستند می‌باشد. کیز معتقد است که سلامت اجتماعی شامل عناصر متعددی است که این عناصر در کنار یکدیگر نشان می‌دهند که

۱. Ion Harjy

۲. Vatzky

چگونه و در چه درجه‌ای، افراد در زندگی اجتماعی خود، به عنوان همسایه، همکار و همشهری، خوب عمل می‌کنند (۲۵: ۲۰۰۴، Keyes). یکی از جامع‌ترین تئوری‌ها در حوزه سلامت اجتماعی تئوری کییز است. وی مفهوم سلامت اجتماعی را با مقیاس جامعه و با در نظر گرفتن ابعاد اجتماعی و محیطی زندگی فرد مفهوم‌سازی می‌کند و معتقد است که بدون در نظر گرفتن معیارهای اجتماعی و محیطی نمی‌توان عملکرد شخص و سلامت او را ارزیابی کرد. او در تئوری خود، سلامت اجتماعی را براساس مدلی پنج وجهی شامل شکوفایی اجتماعی، انطباق اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی در نظر می‌گیرد. از سوی دیگر کنت نول در تئوری خود عنوان می‌کند که سلامت دو بعد توانایی‌های جسمانی و توانایی‌های اجتماعی را در برمی‌گیرد.

در ارتباط با متغیر پایگاه اجتماعی - اقتصادی دیدگاه ترکیب گرایی وبر، نظریه گرهارد لسنسکی و نظریه آنتونی گیدنز مد نظر بوده اند. خلاصه‌ای از این نظریات به شرح زیر است.

وبر بر این باور بود که نابرابری‌های اجتماعی تنها بر پایه اقتصاد استوار نیستند و شاخص آنها را می‌توان در دیگر پدیده‌های اجتماعی نیز جستجو کرد. وبر تلاش کرد تا پلی میان دو دیدگاه انتقادی و دیدگاه کارکردی ایجاد نماید. وبر میان ماهیت "طبقه‌ای اقتصادی" و "طبقه‌ای اجتماعی" تمایز قائل می‌شود (کمالی، ۱۳۷۹: ۱۱۲-۱۱۱). از نظر لسنسکی قدرت ناشی از ترکیبی از توانایی اعمال زور و دسترسی به حقوقی است که به لحاظ قانونی یا عرضی تأیید شده باشد. در نتیجه برحسب این که کدام دسته از افراد اجتماع به چنین حقوقی دست پیدا می‌کنند یا از آن محروم می‌شوند؛ نابرابری‌های اجتماعی متعددی به وجود می‌آید. به نظر لسنسکی معیارهای بسیاری برای رتبه‌بندی گروه‌ها و افراد برحسب میزان قدرت و میزان امتیازات مادی و حیثیت وجود دارد. ولی به طور معمول رتبه‌بندی براساس عواملی همچون مالکیت دارایی، شغل، تحصیلات، دین، قومیت، نژاد و سن می‌باشد (گروپ، ۱۳۷۳: ۱۶۵-۱۶۴).

۱۶۶). گیدنز نیز استدلال می‌کند که دارایی، آموزش یا مهارت و نیروی کار یدی بنیان اصلی ساختار طبقاتی سه‌گانه در تمام جوامع سرمایه‌داری است (همان: ۲۰۵).

در ارتباط با متغیر دینداری (بعد اعتقادی) نظریه گلاک و استارک مورد استفاده واقع شده است که از همه بیشتر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. با وجود انتقادهایی که از مدل آنها شده، مدل آنها همواره به طور کامل یا بخشی از آن اغلب توسط پژوهشگران حوزه جامعه‌شناسی معرفت دینی به کار رفته است. در این پژوهش هم سعی شده است این مدل با اسلام تطبیق داده شود و برای سنجش دینداری به کار رود. گلاک و استارک اذعان نموده‌اند که در همه ادیان دنیا با وجود اختلافاتی که در جزئیات دارند، قلمروهای مشترکی وجود دارد که دینداری در آن حوزه‌ها تجلی می‌ابد. این عرصه‌ها عبارتند از: ۱- بعد اعتقادی یا باورهای دینی ۲- بعد تجربی یا عاطفی ۳- بعد مناسکی یا اعمال دینی ۴- بعد فکری یا دانش دینی ۵- بعد پیامدی یا آثار دینی (۲۰-۲۱: ۱۹۶۶: Glock & Stark). یکی از این عرصه‌ها که در این تحقیق مورد بررسی قرار می‌گیرد بعد اعتقادی یا باورهای دینی می‌باشد که عبارت است از: باورهایی که انتظار می‌رود پیروان هر دین به آنها اعتقاد داشته باشند.

همچنین در ارتباط با متغیر مهارت‌های ارتباطی نظریه ارتباطی واتزیک و همکارانش درباره حیطه بازخورد مورد استفاده واقع شده است. آنها در این باره بیان داشته‌اند که رابطه توسط الگوهای ارتباطی پویا همچنان باقی می‌ماند، حتی وقتی که عنوان تغییر کند. هر ارتباط هم پاسخ به یک محرک است و هم یک محرک جدید که به منظور حذف یک پاسخ طراحی شده است. واتزیک و همکاران پنج واقعیت را در نظریه خود مطرح نموده‌اند: واقعیت اول: شخص نمی‌تواند ارتباط برقرار کند. واقعیت دوم: هر پیامی دو سطح (محتوا و رابط) دارد. وقتی سطح محتوا و سطح رابطه یک پیام، گیج و آلوده (مختل) می‌شود و یا متضاد هستند، مشکل ایجاد می‌شود. واقعیت سوم: نقطه‌گذاری، الگوهای ارتباطی را نظم داده و برای پیشبرد روابط حیاتی

است. واقعیت چهارم: دو نوع ارتباط مقایسه‌ای و شماره‌ای وجود دارند. ارتباط مقایسه‌ای، غیر کلامی است و شامل حرکات بدن، کیفیت صدا و سرو صدای غیرکلامی، استفاده از فضای اجتماعی شخصی می‌شود اما ارتباط شماره‌ای کلامی است که منطقی‌تر، انتزاعی‌تر و پیچیده‌تر از ارتباط مقایسه‌ای است. واقعیت پنجم: دو نوع تعامل متقارن و مکمل وجود دارد. باید توجه داشت که اگر تعاملات متقارن و مکمل اثر در مواقع مناسب به کار روند، تعیین کننده ارتباط سالم و درست هستند (ابراهیمی، ۱۳۷۱؛ به نقل از شیری، ۱۳۹۰: ۶۵-۶۴). همچنین نظریه اون‌هارجی در ارتباط با مهارت‌های ارتباطی که سه سبک ارتباطی ۱- منفعلانه یا عدم ابراز وجود ۲- جرأت مندانه یا ابراز وجود و ۳- سبک ارتباطی پرخاشگرانه را بیان می‌کند. در نهایت چارچوب نظری این پژوهش به شیوه‌ای ترکیبی است که به نوعی بر کل یا بخشی از مباحث یاد شده در نظریات بالا تاکید دارد.

پیشینه تحقیق

تحقیقات متعددی در زمینه سلامت اجتماعی انجام شده است از جمله تحقیق منصور امینی (۱۳۹۰)، با عنوان «بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی جوانان ۱۸ تا ۲۹ ساله شهر نقرده». این تحقیق با هدف شناسایی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی و تعیین میزان اثرگذاری هر کدام از عوامل مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی جوانان ساکن در شهر نقرده در قالب تحقیقی پیمایشی نشان داد که بین متغیرهای مستقل پایگاه اجتماعی - اقتصادی، میزان مهارت‌های ارتباطی، چگونگی گذران اوقات فراغت و کیفیت زندگی با متغیر وابسته سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد. در این میان متغیرهای پایگاه اقتصادی - اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی توانسته‌اند تا حد زیادی واریانس متغیر وابسته یعنی میزان سلامت اجتماعی جوانان را تبیین می‌کنند.

در تحقیق فاطمه زارع (۱۳۹۰) با عنوان بررسی رابطه میان میزان سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار و نوع سرپرستی آنها در شهر ری که به صورت پیمایشی انجام شده بود، فرضیه اصلی تحقیق مبنی بر وجود رابطه بین میزان سلامت اجتماعی و نوع سرپرستی زنان سرپرست خانوار تأیید شد و مشخص شد که زنان مطلقه کمترین میزان سلامت اجتماعی را به خود اختصاص داده‌اند. همچنین بیشترین نمره سلامت اجتماعی به زنانی که دارای همسران معتاد می‌باشند اختصاص یافت و پس از آن به ترتیب زنان با همسران از کار افتاده و زنان بیوه بیشترین نمره سلامت اجتماعی را دریافت کردند. همچنین بین متغیرهای سن، نوع سکونت، مدت زمان سرپرستی و میزان تحصیلات با کل سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار ارتباط معناداری یافت نشد. اما بین این متغیرها و برخی مولفه‌های سلامت اجتماعی این ارتباط معنادار بود. به عنوان مثال متغیر تحصیلات بر مولفه انسجام اجتماعی و انطباق اجتماعی تأثیر گذار است. هرچه میزان تحصیلات بیشتر می‌شود میزان انطباق و انسجام اجتماعی هم بیشتر می‌شود. همچنین بین مدت زمان سرپرستی و مولفه مشارکت اجتماعی رابطه منفی و معناداری دیده شد. به این صورت که هر چه مدت زمان سرپرستی بیشتر شده از میزان مشارکت اجتماعی زنان سرپرست خانوار کاسته می‌شود.

«کییز و شاپیرو»^۱ در پژوهشی با عنوان «بررسی رابطه بین سلامت اجتماعی و متغیرهای جمعیت‌شناختی» (۲۰۰۴) بر روی نمونه وسیعی از جمعیت آمریکا، نشان دادند که 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. بطور کلی، همین‌طور که جایگاه شغلی افزایش می‌یابد زنان نسبت به مردان، بطور فزاینده‌ای سطوح بالاتری از پذیرش، مشارکت و انسجام

۱. Keyes & Shapiro

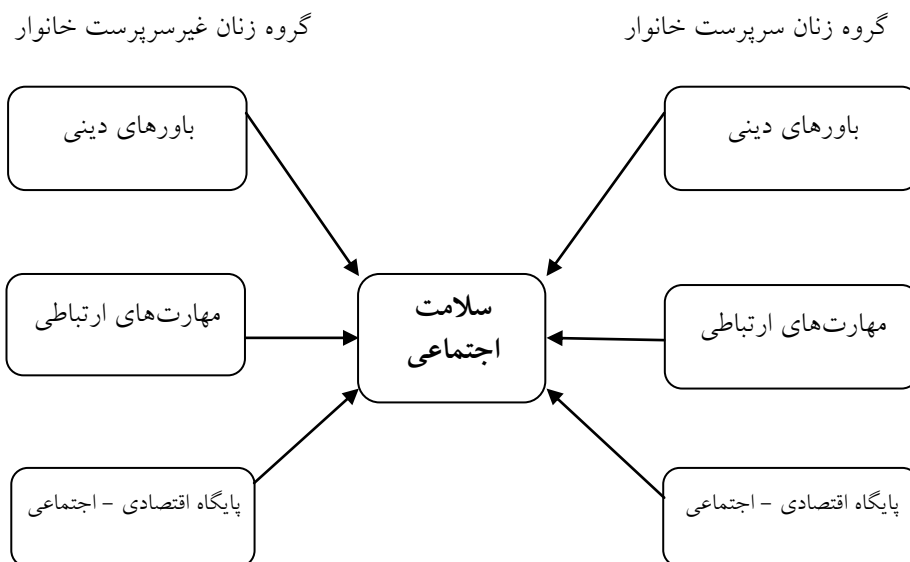
اجتماعی را گزارش می‌کنند. در بررسی ابعاد سلامت اجتماعی، انسجام اجتماعی پایین‌ترین مقدار را در بین جوان‌ترها، افرادی که تجربه ازدواج نافرجام داشتند و افراد مجرد با جایگاه پایین شغلی داشت. بیشترین میزان مشارکت اجتماعی در زنان مجرد با جایگاه شغلی بالا و کم‌ترین میزان در مردان مسن با جایگاه اجتماعی پایین گزارش شد. همچنین شکوفایی اجتماعی بیشترین میزان را در بزرگسالان ۴۵-۵۴ ساله و افراد دارای جایگاه شغلی بالا و کم‌ترین میزان را در جوان‌ترها و افراد با جایگاه اجتماعی پایین به خود اختصاص داد. بیشترین میزان انطباق اجتماعی در مردان متأهل و دارای جایگاه اجتماعی بالا و کم‌ترین میزان آن در زنان متأهل و مسن با وضعیت شغلی پایین دیده شد. سرانجام پذیرش اجتماعی در زنان مسن با پایگاه شغلی بالا بیشترین میزان و در مردان جوان‌تر با پایگاه اجتماعی پایین کمترین میزان را به خود اختصاص داد. در مجموع داده‌ها نشان داد که بیشتر جمعیت بزرگسال آمریکا به استثنای ۱۶ درصد که سطوح بالایی در هیچ یک از ابعاد گزارش نکردند و ۱۰ درصد از افراد که در سه بعد به صورت ضعیف عمل کردند، از سلامت اجتماعی خوبی برخوردارند (کیز به نقل از: امینی، ۱۳۹۰).

پل^۱ (۲۰۰۷) مطالعه‌ای جهت بررسی رابطه بین عملکردهای ارتباطی، سلامت اجتماعی، معنوی و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به سرطان انجام داد. نمونه‌های این مطالعه افراد مبتلا به سرطان بین سنین ۳۵ تا ۸۰ ساله بودند. تجزیه و تحلیل آماری نشان داد که سلامت معنوی در رتبه دوم قرار داشت ولی عملکردهای ارتباطی این افراد رابطه‌ای با کیفیت زندگی آنها نداشت (پل، به نقل از تباردرزی، ۱۳۸۶: ۴۰).

هیچ یک از پژوهش‌های یاد شده و همچنین پژوهش‌های مورد مطالعه به مقایسه بین دو گروه زنان سرپرست و غیرسرپرست خانوار از لحاظ سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن پرداخته‌اند.

۱. Paul

الگوی نظری پژوهش



فرضیه‌ها

- ۱- به نظر می‌رسد از لحاظ میزان سلامت اجتماعی در بین زنان سرپرست خانوار و زنان غیرسرپرست خانوار تفاوت معناداری وجود دارد.
- ۲- به نظر می‌رسد بین زنان سرپرست خانوار و زنان غیرسرپرست خانوار از لحاظ تأثیر پایگاه اقتصادی - اجتماعی بر میزان سلامت اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد.
- ۳- به نظر می‌رسد بین زنان سرپرست خانوار و زنان غیرسرپرست خانوار از لحاظ تأثیر باورهای دینی (بعد اعتقادی) بر میزان سلامت اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد.

۴- به نظر می‌رسد بین زنان سرپرست خانوار و زنان غیرسرپرست خانوار از لحاظ تأثیر مهارت‌های ارتباطی بر میزان سلامت اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد.

روش شناسی تحقیق

روش پژوهش: با توجه به موضوع تحقیق، روشی که برای جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز تحقیق استفاده می‌شود، روش پیمایش است.

جامعه آماری و روش نمونه‌گیری: در این تحقیق جامعه آماری تمام زنان سرپرست خانوار زیر پوشش بهزیستی و زنان غیر سرپرست خانوار ساکن در شهر قروه در سال ۱۳۹۲ است و چون کار بصورت مقایسه‌ای انجام شده و عملاً نمونه مورد مطالعه ما به دو قسمت تقسیم می‌شود که در قسمت اول یعنی زنان سرپرست خانوار زیر پوشش بهزیستی در شهر قروه که آمار و تعداد این زنان از قبل مشخص است (۹۲ نفر)، دیگر نیازی به نمونه‌گیری نیست و از روش سرشماری برای مطالعه آن سود جسته‌ایم. سرشماری^۱ نمونه‌ای عالی از تحقیقات توصیفی است. اما از سوی دیگر برای انتخاب زنان غیر سرپرست خانوار تعداد ۹۲ نفر (برابر تعداد زنان سرپرست خانوار) از این زنان که در زمان مطالعه در شهر قروه ساکن بوده‌اند از روش نمونه‌گیری احتمالی، بصورت ترکیبی و در سه مرحله شامل مرحله اول خوشه‌ای، مرحله دوم خوشه‌ای و مرحله سوم تصادفی ساده استفاده شده که در مرحله اول شهر به پنج خوشه اصلی تبدیل و به هر خوشه یک پنجم از نمونه اختصاص داده شده است، در مرحله دوم در درون هر خوشه بازم خوشه بندی شد و هریک از بلوک‌های آماری آن قسمت از شهر به عنوان یک خوشه در نظر گرفته شد و از بین این بلوک‌ها چند بلوک بصورت تصادفی ساده انتخاب شده است و سپس در مرحله سوم درون هر بلوک انتخاب شده لیست واحدهای مسکونی تهیه و از بین آنها به صورت تصادفی ساده با کنترل سن،

۱. Census

متناسب با زنان سرپرست خانوار، نمونه مورد نظر انتخاب شد. بنابراین حجم نمونه ما در کل برابر با ۱۸۴ نفر است.

ابزار پژوهش و اعتبار و پایایی: در این پژوهش از ابزار پرسشنامه برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شده، که براساس پرسشنامه استاندارد سلامت اجتماعی کیز تدوین گردیده است.

- روایی^۱ (اعتبار) ابزار: جهت سنجش روایی ابزار اندازه‌گیری این پژوهش از روایی صوری و محتوایی استفاده شده است. در این پژوهش ابتدا پرسشنامه مقدماتی تهیه شده در اختیار استادان راهنما و مشاور به‌عنوان داور قرار گرفت و آنان پس از بررسی، نظرات خود را بیان و توسط محقق اصلاحات لازم انجام شد.

- پایایی متغیر وابسته: کیز در مطالعات خود ضریب آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس‌های انسجام، پذیرش، مشارکت، شکوفایی و انطباق اجتماعی به ترتیب ۸۱، ۷۷، ۶۹، ۸۰ و ۷۵ درصد و ضریب آلفای کل آزمون را ۸۰ درصد گزارش کرده است.

- پایایی متغیرهای مستقل: در این پژوهش برای تعیین میزان پایایی متغیرهای مستقل بعد از تهیه و تأیید پرسشنامه و انجام pretest (پرسشنامه)، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که نتیجه به دست آمده برای متغیر باورهای دینی برابر ۰/۷۰ و برای متغیر مهارت‌های ارتباطی برابر ۰/۷۹ می‌باشد. این مطلب حاکی از آن است که ابزار اندازه‌گیری از پایایی قابل قبول برخوردار است و حذف هیچ کدام از گویه‌ها تأثیر چندانی بر آن ندارد، بنابراین نیازی به حذف هیچ کدام از گویه‌ها نداریم.

روش جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها: در این پژوهش از ابزار پرسشنامه برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شده است. پرسشنامه استفاده شده در این پژوهش شامل سؤالات باز و بسته بوده است تکمیل پرسشنامه از راه مصاحبه بوده و سؤالات

مشخص شده که در قالب یک پرسشنامه ساخت‌یافته گردآوری شده‌اند، توسط پرسشگر خانم آموزش دیده برای پاسخگو خوانده شده و پاسخ وی در پرسشنامه ثبت شده است و پس از جمع‌آوری داده‌ها و تکمیل پرسشنامه‌ها، اطلاعات گردآوری شده ارزش‌گذاری و با استفاده از نرم‌افزار spss در علوم اجتماعی، بانک اطلاعات داده‌ها تشکیل شده و در ادامه داده‌ها مورد پردازش قرار گرفتند. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها به این صورت است که با توجه به سطوح تحقیق حاضر که از نوع توصیفی و تحلیلی و روش تحقیق آن نیز از نوع پیمایشی است، ابتدا متغیرها در قالب جداول توزیع فراوانی (آمار توصیفی) و مقایسه دو گروه زنان سرپرست خانوار و زنان غیرسرپرست خانوار و سپس جهت آزمون فرضیات (آمار تحلیلی) از آزمون‌های تی تست، تحلیل واریانس دو طرفه و رگرسیون استفاده شده است.

تعریف مفاهیم

تعریف نظری و عملیاتی سلامت اجتماعی (متغیر وابسته): کیز سلامت اجتماعی را ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که وی بعنوان عضوی از آنهاست تعریف می‌کند. او بر این اساس مدل پنج عاملی خویش را مطرح می‌کند. در این مدل از پنج عامل به عنوان شاخص‌های سلامت اجتماعی نام برده که عبارتند از: انسجام، پذیرش، مشارکت، انطباق و شکوفایی اجتماعی (۱۲۵: ۲۰۰۴، keys). در پژوهش حاضر جهت اندازه‌گیری سلامت اجتماعی و مؤلفه‌های آن از مقیاس ۳۳ ماده‌ای سلامت اجتماعی که ۵ مؤلفه آن شامل انسجام، پذیرش، شکوفایی، مشارکت و انطباق اجتماعی می‌باشد، استفاده شد است.

تعریف نظری و عملیاتی پایگاه اقتصادی - اجتماعی (متغیر مستقل): پایگاه اجتماعی - اقتصادی، دستیابی به بهره‌های متفاوتی از قدرت، مالکیت و ارج اجتماعی

است که جامعه آن را تعریف کرده و روا دانسته است. بدین سان میتوان جامعه را به لایه‌های جداگانه دسته بندی کرد به طوری که هر لایه در برگیرنده پایگاه‌های متفاوتی باشد که بهره ای همانند دارند (تامین، ۱۳۸۵ : ۲۳). با توجه به اهمیت موضوع پایگاه اجتماعی-اقتصادی در تعریف متغیرهای مستقل، نظریات جامعه شناسی متفاوتی در این باره وجود دارد ولی بیشتر جامعه شناسان در این مورد اتفاق نظر دارند که برای تعریف پایگاه اقتصادی-اجتماعی باید به معرف‌هایی که پایگاه از ترکیب آنها شکل گرفته است، توجه کرد از جمله: درآمد، شغل و تحصیلات.

تعریف نظری و عملیاتی باورهای دینی (متغیر مستقل): بعد اعتقادی یا باورهای دینی عبارت است از: باورهایی که انتظار می‌رود پیروان هر دین به آنها اعتقاد داشته باشند. (۲۰-۲۱: ۱۹۶۶, Glock & Stark). در کل دینداری خود دارای پنج بعد اعتقادی، تجربی یا عاطفی، مناسکی یا اعمال دینی، فکری یا دانش دینی و پیامدی یا آثار دینی است که در این تحقیق و با توجه به متغیر باورهای مذهبی تنها بعد اعتقادی آن در نظر گرفته شده که با ۱۱ گویه سنجیده شده است.

تعریف نظری و عملیاتی مهارت‌های ارتباطی (متغیر مستقل): مهارت‌های ارتباطی به معنی ارتباط یافتن، پیوستن و مشترک ساختن است. ارتباط یافتن، اندیشه‌ایجاد رابطه با پیوند مشترک، دو چیز را به ذهن متبادر می‌سازد. اصطلاح ارتباط با معانی گوناگونی بیش از پیش در روانشناسی اجتماعی و جامعه شناسی مورد استفاده قرار می‌گیرد و سطوح گوناگون و همچنین اشکال گوناگون در روابط انسانی را مشخص می‌سازد. ارتباط اجتماعی بین اشخاص به معنای انتقال یک معناست چه در سطح اندیشه‌ها یا خواسته‌ها و چه در سطح احساسات و حالات عاطفی (آلن بیرو، ۱۳۷۰: ۳۴۴). در این پژوهش میزان مهارت‌های ارتباطی افراد به وسیله احترام (گوش کردن) و درک و فهم (صحبت کردن) و با استفاده از پنج گویه سنجیده شده است.

یافته‌های توصیفی

متغیر **زمینه‌ای سن**: در بین سرپرستان خانوار ۱۰/۹ درصد یعنی ۱۰ نفر در دسته سنی ۲۵ تا ۳۴ سال قرار دارند، که این فراوانی در بین غیرسرپرستان حدود ۱۲/۰ درصد یعنی ۱۱ نفر می‌باشد. در بین سرپرستان خانوار به ترتیب ۲۱/۷ درصد یعنی ۲۰ نفر در دسته سنی ۳۵ تا ۴۴ سال، ۳۲/۶ درصد یعنی ۳۰ نفر در دسته سنی ۴۵ تا ۵۴ سال، ۲۰/۷ درصد یعنی ۱۹ نفر در دسته سنی ۵۵ تا ۶۴ سال و ۱۴/۱ درصد یعنی ۱۳ نفر در دسته سنی ۶۵ سال به بالا قرار دارند. این نسبت در بین غیرسرپرستان خانوار به ترتیب بدین صورت است: ۱۹/۶ درصد یعنی ۱۸ نفر در دسته سنی ۳۵ تا ۴۴ سال، ۳۳/۷ درصد یعنی ۳۱ نفر در دسته سنی ۴۵ تا ۵۴ سال، ۲۰/۷ درصد یعنی ۱۹ نفر در دسته سنی ۵۵ تا ۶۴ سال و ۱۴/۱ درصد یعنی ۱۳ نفر در دسته سنی ۶۵ سال به بالا قرار دارند. لازم به ذکر است که مُد یا بیشترین فراوانی در بین سرپرستان و غیر سرپرستان در دسته سنی ۴۵ تا ۵۴ سال قرار دارد.

متغیر وابسته:

سلامت اجتماعی: وضعیت سلامت اجتماعی در بین افراد سرپرست خانوار بدین صورت است که ۵۸/۷ درصد یعنی تعداد ۵۴ نفر دارای میزان سلامت اجتماعی پایین، ۳۹/۱ درصد یعنی ۳۶ نفر دارای میزان سلامت اجتماعی متوسط و ۲/۲ درصد یعنی ۲ نفر باقی‌مانده از سطح بالایی از سلامت اجتماعی برخوردار می‌باشند. همچنین وضعیت سلامت اجتماعی در بین غیرسرپرستان خانوار نیز بدین صورت است: ۳/۳ درصد یعنی تعداد ۳ نفر دارای میزان سلامت اجتماعی پایین، ۴۳/۵ درصد یعنی ۴۰ نفر نیز دارای سلامت اجتماعی متوسط و ۵۳/۲ درصد یعنی تعداد ۴۹ نفر نیز از سطح بالایی از سلامت اجتماعی برخوردار می‌باشند.

متغیرهای مستقل:

پایگاه اقتصادی - اجتماعی: وضعیت پایگاه اقتصادی - اجتماعی در بین افراد سرپرست خانوار بدین صورت است که ۹۰/۲ درصد یعنی تعداد ۸۳ نفر دارای پایگاه اقتصادی - اجتماعی پایین و ۹/۸ درصد یعنی ۹ نفر باقی مانده دارای پایگاه اقتصادی - اجتماعی متوسط می‌باشند. همچنین وضعیت پایگاه اقتصادی - اجتماعی در بین غیرسرپرستان خانوار نیز بدین صورت است: ۳۲/۶ درصد یعنی تعداد ۳۰ نفر دارای پایگاه اقتصادی - اجتماعی پایین، ۵۹/۸ درصد یعنی ۵۵ نفر نیز دارای پایگاه اقتصادی - اجتماعی متوسط و ۷/۶ درصد یعنی تعداد ۷ نفر نیز از سطح بالایی از پایگاه اقتصادی - اجتماعی برخوردار می‌باشند.

باورهای دینی (بعد اعتقادی): میزان باورهای دینی در بین افراد سرپرست خانوار بدین صورت است که ۶/۵ درصد یعنی تعداد ۶ نفر دارای میزان باورهای دینی پایین، ۳۴/۸ درصد یعنی ۳۲ نفر دارای میزان باورهای دینی متوسط و ۵۸/۷ درصد یعنی ۵۴ نفر باقیمانده از سطح بالایی از باورهای دینی برخوردار می‌باشند. همچنین میزان باورهای دینی در بین غیرسرپرستان خانوار نیز بدین صورت است: ۳/۳ درصد یعنی تعداد ۳ نفر دارای میزان باورهای دینی پایین، ۳۰/۴ درصد یعنی ۲۸ نفر نیز دارای میزان باورهای دینی متوسط و ۶۶/۳ درصد یعنی تعداد ۶۱ نفر نیز از سطح پایینی از باورهای دینی برخوردار می‌باشند.

مهارت‌های ارتباطی: وضعیت مهارت‌های ارتباطی در بین افراد سرپرست خانوار بدین صورت است که ۵۳/۳ درصد یعنی تعداد ۴۹ نفر دارای میزان مهارت‌های اجتماعی پایین، ۴۲/۴ درصد یعنی ۳۹ نفر دارای میزان مهارت‌های اجتماعی متوسط و ۴/۳ درصد یعنی ۴ نفر باقیمانده نیز از سطح بالایی از مهارت‌های ارتباطی برخوردار می‌باشند. همچنین وضعیت مهارت‌های ارتباطی در بین غیرسرپرستان خانوار نیز بدین

صورت است: ۷/۶ درصد یعنی تعداد ۷ نفر دارای میزان مهارت ارتباطی پایین، ۵۰/۰ درصد یعنی ۴۶ نفر دارای مهارت ارتباطی متوسط و ۴۲/۴ درصد یعنی تعداد ۳۹ نفر نیز از سطح بالایی از مهارت‌های ارتباطی برخوردار می‌باشند.

آزمون فرضیات

سلامت اجتماعی: برای مقایسه سلامت اجتماعی در بین سرپرستان خانوار و غیرسرپرستان باید میانگین مقادیر هر متغیر را در گروه سرپرست و غیرسرپرست با هم مقایسه نماییم. برای تعیین تفاوت یا عدم تفاوت میانگین مقادیر متغیر سلامت اجتماعی در دو گروه سرپرست و غیرسرپرست از آزمون مقایسه میانگین دو جامعه مستقل (t-test مستقل) برای متغیرهای دارای توزیع نرمال استفاده می‌کنیم.

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، بین نمرات کل سلامت اجتماعی در افراد سرپرست و غیر سرپرست، آزمون مقایسه میانگین دو جامعه محاسبه گردید که نتایج این محاسبات از طریق خروجی نرم افزار spss طبق جداولی که در ادامه می‌آید می‌باشد.

جدول ۱- مقایسه میانگین نمرات سلامت اجتماعی در دو گروه سرپرست و غیرسرپرست

خانوار

خطای معیار میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	گروه‌ها
۱/۵۱۰	۱۴/۴۷۹	۸۱/۸۴	۹۲	سرپرستان
۱/۴۸۴	۱۴/۲۳۱	۱۱۰/۶۵	۹۲	غیرسرپرستان

بر اساس داده‌های جدول ۱ میانگین سلامت اجتماعی در بین گروه سرپرست ۸۱/۸۴ می‌باشد، این میزان در بین گروه غیرسرپرست ۱۱۰/۶۵ می‌باشد، بر این اساس سلامت اجتماعی در بین گروه غیرسرپرست خانوار در مقایسه با گروه سرپرست خانوار به مراتب بیشتر می‌باشد.

جدول ۲- نتایج تحلیل آماری مقایسه میانگین نمرات سلامت اجتماعی در دو گروه سرپرست و غیرسرپرست خانوار

مستقل آزمون T			آزمون لون		گروه‌ها	
اختلاف میانگین	معناداری	درجه آزادی	T	معناداری		F
-۲۸/۸۱۵	۰/۰۰۰	۱۸۲	-۱۳/۶۱۴	۰/۷۰۸	۰/۱۴۱	واریانس برابر
-۲۸/۸۱۵	۰/۰۰۰	۱۸۱/۹۴۶	-۱۳/۶۱۴	-	-	واریانس نابرابر

معناداری آزمون تساوی میانگین با فرض تساوی واریانس کمتر از ۵ صدم ($sig = ۰/۰۰۰$) است، پس H_0 را نمی‌توانیم بپذیریم و می‌گوییم که تفاوت معناداری بین میانگین مقادیر متغیر سلامت اجتماعی در دو گروه سرپرست و غیرسرپرست خانوار وجود دارد.

پایگاه اقتصادی - اجتماعی و سلامت اجتماعی: برای مقایسه تأثیر پایگاه اقتصادی - اجتماعی بر سلامت اجتماعی در بین سرپرستان خانوار و غیرسرپرستان خانوار باید به طور همزمان تأثیر متغیر مستقل (پایگاه اقتصادی - اجتماعی) بر متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) را در بین دو گروه سرپرست و غیرسرپرست خانوار آزمون کرد و در ضمن هر نوع اثر تعاملی را نیز مشخص کرد. که برای این کار باید از تحلیل واریانس بین گروهی دوطرفه استفاده نمود. علت استفاده از این آزمون ضمن توجه به

اثر تعاملی متغیرهای مستقل، به سطح سنجش متغیرها نیز برمی‌گردد، چون سطح سنجش متغیرهای مستقل طبقه‌ای و سطح سنجش متغیر وابسته فاصله‌ای است، بنابراین مناسب‌ترین آزمون تحلیل واریانس بین گروهی دوطرفه می‌باشد.

جدول ۳- نتایج تحلیل واریانس بین گروهی دوطرفه

معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منابع تغییرات
۰/۴۰۵	۰/۹۰۹	۱۸۶/۰۶	۲	۳۷۲/۱۱۹	پایگاه اقتصادی - اجتماعی
۰/۰۰۰	۸۷/۴۸	۱۷۹۰۷/۸۶	۱	۱۷۹۰۷/۸۶	گروه
۰/۲۵۲	۱/۳۲	۲۷۰/۶۰	۱	۲۷۰/۶۰	پایگاه * گروه
-	-	۲۰۴/۷۱	۱۷۹	۳۶۶۴۳/۸۳	خطا
-	-	-	۱۸۴	۱۷۸۰۰۹۵/۰	کل

تحلیل واریانس دوطرفه بین گروهی برای بررسی تأثیر پایگاه اقتصادی - اجتماعی بر سلامت اجتماعی در بین دو گروه سرپرست خانوار و غیرسرپرست خانوار انجام شد. پایگاه اقتصادی - اجتماعی در سه سطح بالا، متوسط و پایین در نظر گرفته شده است. با توجه به سطح معناداری بدست آمده ($\text{sig} = ۰/۲۵۲$) از نظر آماری تفاوت معناداری بین اثرگذاری پایگاه اقتصادی - اجتماعی بر سلامت اجتماعی در بین دو گروه سرپرست خانوار و غیرسرپرست خانوار وجود ندارد. بدین معنی که اثر تعاملی بین گروه سرپرست خانوار و غیرسرپرست خانوار و پایگاه اقتصادی - اجتماعی به لحاظ آماری معنادار نیست. اما با توجه به سطح معناداری بدست آمده ($\text{sig} = ۰/۰۰۰$)، از نظر آماری تفاوت معناداری بین دو گروه سرپرست خانوار و غیرسرپرست

خانوار در توزیع سلامت اجتماعی وجود دارد، اما بین پایگاه اقتصاد- اجتماعی و میزان سلامت اجتماعی رابطه معنادار وجود ندارد.

باورهای دینی (بعد اعتقادی) و سلامت اجتماعی:

جدول ۴- نتایج تحلیل واریانس بین گروهی دوطرفه

معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منابع تغییرات
۰/۳۰۶	۱/۱۹۲	۲۴۴/۴۰	۲	۴۸۸/۷۹	باورهای دینی
۰/۰۰۰	۴۵/۷۴	۹۳۷۵/۷۳	۱	۹۳۷۵/۷۳	گروه
۰/۴۴۸	۰/۸۰۷	۱۶۵/۳۸	۲	۳۳۰/۷۷	باورهای دینی گروه
-	-	۲۰۴/۹۶	۱۷۸	۳۶۴۸۳/۳۵	خطا
-	-	-	۱۸۴	۱۷۸۰۰۹۵/۰	کل

باورهای دینی (بعد اعتقادی) و سلامت اجتماعی:

تحلیل واریانس دوطرفه بین گروهی برای بررسی تأثیر باورهای دینی (بعد اعتقادی) بر سلامت اجتماعی در بین دو گروه سرپرست خانوار و غیرسرپرست خانوار انجام شد. باورهای دینی (بعد اعتقادی) در سه سطح بالا، متوسط و پایین در نظر گرفته شده است. با توجه به سطح معناداری بدست آمده ($\text{sig} = ۰/۴۴۸$) از نظر آماری تفاوت معناداری بین اثرگذاری باورهای دینی (بعد اعتقادی) بر سلامت اجتماعی در بین دو گروه سرپرست خانوار و غیرسرپرست خانوار وجود ندارد. بدین معنی که اثر تعاملی بین گروه سرپرست خانوار و غیرسرپرست خانوار و باورهای دینی (بعد اعتقادی) به لحاظ آماری معنادار نیست. اما با توجه به سطح معناداری بدست آمده (sig)

۰/۰۰۰)، از نظر آماری تفاوت معناداری بین دو گروه سرپرست خانوار و غیرسرپرست خانوار در توزیع سلامت اجتماعی وجود دارد، اما بین باورهای دینی (بعد اعتقادی) و میزان سلامت اجتماعی رابطه معنادار وجود ندارد.

مهارت‌های ارتباطی و سلامت اجتماعی:

جدول ۵- نتایج تحلیل واریانس بین گروهی دوطرفه

معناداری	F	میانگین مجدورات	درجه آزادی	مجموع مجدورات	منابع تغییرات
۰/۰۰۰	۱۴/۵۰	۲۱۲۷/۳۰	۲	۴۲۵۴/۵۹	مهارت‌های ارتباطی
۰/۰۰۰	۵۷/۲۷	۸۴۰۱/۱۹	۱	۸۴۰۱/۱۹	گروه
۰/۱۶۹	۱/۸۰	۲۶۳/۳۹	۲	۵۲۶/۷۸	مهارت گروه
-	-	۱۴۶/۶۹	۱۷۸	۲۶۱۱۰/۹۵	خطا
-	-	-	۱۸۴	۱۷۸۰۰۹۵/۰	کل

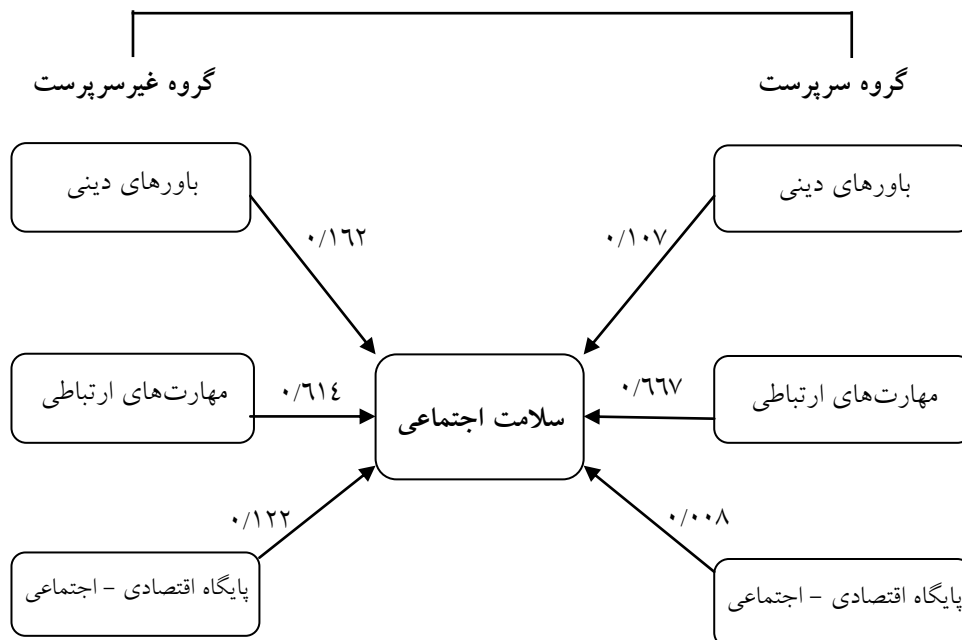
تحلیل واریانس دوطرفه بین گروهی برای بررسی تأثیر مهارت‌های ارتباطی بر سلامت اجتماعی در بین دو گروه سرپرست خانوار و غیرسرپرست خانوار انجام شد. مهارت‌های ارتباطی در سه سطح بالا، متوسط و پایین در نظر گرفته شده است. با توجه به سطح معناداری بدست آمده ($\text{sig} = ۰/۱۶۹$) از نظر آماری تفاوت معناداری بین اثرگذاری مهارت‌های ارتباطی بر سلامت اجتماعی در بین دو گروه سرپرست خانوار و غیرسرپرست خانوار وجود ندارد. بدین معنی که اثر تعاملی بین گروه سرپرست خانوار و غیرسرپرست خانوار و مهارت‌های ارتباطی به لحاظ آماری معنادار نیست. اما از نظر آماری تفاوت معناداری بین دو گروه سرپرست خانوار و غیرسرپرست خانوار در توزیع

سلامت اجتماعی وجود دارد ($\text{sig} = ۰/۰۰۰$). همچنین بین مهارت‌های ارتباطی و سلامت اجتماعی نیز رابطه معناداری وجود دارد ($\text{sig} = ۰/۰۰۰$).

تحلیل مسیر: تحلیل مسیر برای آزمون مدل‌های علی به کار می‌رود و مستلزم تنظیم مدلی به صورت نمودار علی است و به ما کمک می‌کند که بینیم در پی چه چیزی هستیم. در تحلیل مسیر از رگرسیون استفاده می‌شود، از این رو می‌توان میزان مناسب بودن مدل را ارزیابی کرد و با استفاده از وزن بتا (که در تحلیل مسیر ضریب مسیر خوانده می‌شود) مقدار اثر هر متغیر را تعیین کرد. بدین ترتیب، تحلیل مسیر به طریق قابل فهم و ساده‌ای اطلاعات زیادی درباره فرآیندهای علی فراهم می‌آورد (دواس، ۱۳۹۰: ۲۲۲).

نمودار ۱- مدل تحلیل مسیر عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی در دو گروه سرپرست و

غیرسرپرست خانوار



نتیجه‌گیری

از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی، سلامت یکی از حقوق عمده انسانی است و در نتیجه همه انسان‌ها باید به منابع اساسی برای تأمین سلامت دسترسی داشته باشند. سلامت اجتماعی به عنوان یکی از ابعاد سلامتی انسان نقش مهمی در تعادل زندگی اجتماعی هر انسان دارد و پوشش فراگیر آن در جامعه می‌تواند موجب توسعه اجتماعی گردد. زنان به عنوان نیمی از جمعیت کشور در رشد و توسعه جامعه نقش ویژه‌ای دارند و توجه به سلامت اجتماعی آنان از اهمیت بالایی برخوردار است و از میان آنها توجه ویژه به سلامت اجتماعی زنان سرپرست‌خانوار با روند رو به رشد این قشر از جامعه بسیار ضروری است. زنان سرپرست خانوار از جمله گروه‌های آسیب‌پذیر اجتماعی هستند که با مشکلات و مسائل متعددی روبرو می‌باشند. در این میان، موضوع سلامت اجتماعی آنان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. کیز معتقد است که سلامت اجتماعی شامل عناصر متعددی است که این عناصر در کنار یکدیگر نشان می‌دهند که افراد چگونه و در چه درجه‌ای در زندگی اجتماعی خود، خوب عمل می‌کنند. فرد سالم از نظر اجتماعی، زمانی عملکرد خوب دارد که اجتماع را به صورت یک مجموعه معنادار و قابل فهم و بالقوه برای رشد و شکوفایی بداند و احساس کند که متعلق به گروه‌های اجتماعی خود است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهیم بداند. براساس نظریه کیز سلامت اجتماعی دارای پنج بعد انسجام، پذیرش، مشارکت، انطباق و شکوفایی اجتماعی می‌باشد.

نتایج تحقیق حاضر حاکی از آن است که بین میزان سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار و زنان غیر سرپرست خانوار تفاوت معناداری وجود دارد و میزان سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار به مراتب کمتر از زنان غیر سرپرست خانوار

بوده است. این میزان در هر یک از ابعاد سلامت اجتماعی نیز نشان از تفاوت معنادار در بین دو گروه و پایین بودن آنها در بین زنان سرپرست خانوار دارد. اما برای شناخت این که چه شرایطی بر وضعیت زنان سرپرست خانوار حاکم است و چه عواملی در پایین بودن میزان سلامت اجتماعی آنان مؤثر می‌باشد، در تحقیق حاضر به بررسی سه عامل پایگاه اجتماعی - اقتصادی، باورهای دینی و مهارت‌های ارتباطی پرداخته شده است؛ که نتایج حاکی از آن است که از میان این عوامل، مهارت‌های ارتباطی بیشترین تأثیر و اهمیت را داشته است و تنها این عامل با میزان سلامت اجتماعی در هر دو گروه رابطه معناداری داشته است. با توجه به بررسی صورت گرفته دلیل اصلی عدم رابطه معنادار بین پایگاه اقتصادی - اجتماعی و میزان سلامت اجتماعی نبود تفاوت چشم‌گیر بین این دو گروه بوده که بیشتر در هر دو گروه خانه‌دار و بیسواد هستند، به این دلیل که در قدیم زنان نباید شاغل بوده و حق تحصیل هم نداشتند و از نظر باورهای دینی نیز بسیار مشابه اند.

در این تحقیق نظریه واتزیک که به بیان رابطه بین مهارت‌های ارتباطی و میزان سلامت اجتماعی می‌پردازد - با توجه به تأیید رابطه این دو متغیر و درصد تاثیرگذاری بالا- در جامعه آماری تحقیق دارای قدرت تبیین‌کنندگی است و برای توضیح یکی از عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی مفید خواهد بود. به همین دلیل می‌بایست بر روی مهارت‌های ارتباطی زنان سرپرست خانوار بیشتر تأکید شده و اهمیت داده شود و سازمان‌های مرتبط با این گروه باید برنامه خاصی را در این خصوص برای این قشر از جامعه در نظر بگیرند و همچنین برنامه‌ریزان و مددکاران اجتماعی که با این قشر سروکار دارند این مقوله را باید مدنظر قرار دهند. اما دیگر نظریه‌های به کار برده شده در این تحقیق که به بیان رابطه بین پایگاه اقتصادی - اجتماعی و باورهای دینی (بعد اعتقادی) می‌پردازند - با توجه به تأیید نشدن ارتباط آنها با متغیر میزان سلامت اجتماعی - دارای قدرت تبیین‌کنندگی نیستند. از این رو به نظر می‌رسد که در جامعه آماری تحقیق برای بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی باید سراغ نظریات و عوامل

دیگری را گرفت. بنا به تجربه محقق شاید عواملی مانند اوقات فراغت و پایگاه اقتصادی بصورت جداگانه و نه پایگاه اقتصادی-اجتماعی و دیگر ابعاد دینداری به جای دو متغیر یاد شده در میزان سلامت اجتماعی جامعه مورد بررسی تاثیرگذار باشند. باتوجه به نتایج بدست آمده می‌توان گفت خود پدیده سرپرست و غیرسرپرست بودن تأثیر زیادی بر سلامت اجتماعی زنان داشته است زیرا سرپرست بودن زنان مشکلات پیرامونی زیادی را برای آنها به وجود آورده است که بر پایگاه اقتصادی-اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی آنان تأثیر منفی داشته است. همچنین با توجه به این که مهارت‌های ارتباطی بیشترین تأثیر را بر سلامت اجتماعی هر دو گروه داشته است می‌توان نتیجه گرفت که دید منفی جامعه نسبت به زنان سرپرست‌خانوار و نبود پشتوانه‌ای برای آنان باعث شده که این گروه بسیار محتاطانه با دیگران ارتباط برقرار کنند و در نتیجه خود به خود بر مهارت‌های ارتباطی آنان تأثیر منفی داشته است و باعث شده که نتوانند خواسته‌های خود را به راحتی بیان کنند و همچنین موجب عدم اعتماد به دیگران در میان این گروه شده است که این عامل مهارت ارتباطی آنها را کاهش داده و پایین بودن مهارت‌های ارتباطی به عنوان یکی از عامل‌های مهم موجب پایین آمدن میزان سلامت اجتماعی زنان سرپرست‌خانوار شده است. بنابراین با توجه به مطالب یاد شده برنامه ریزان رفاه اجتماعی و مددکاران اجتماعی می‌توانند با استفاده از روش برنامه‌ریزی و اقدام اجتماعی به صورت غیر مستقیم به زنان سرپرست‌خانوار کمک کنند. به این صورت که در نقش برنامه‌ریز و مدافع ظاهر گردند و با تغییر سیاست‌گذاری‌ها یا با اثرگذاری بر تصویب قوانین جدید به دنبال ارتقای سطح سلامت اجتماعی آنان باشند. به منظور ارتقای میزان سلامت اجتماعی زنان سرپرست‌خانوار، برخی تغییرات می‌بایست در بطن جامعه صورت پذیرد، به عنوان مثال، برخی مشکلات فرهنگی که زمینه‌های انزوا و عدم مشارکت زنان سرپرست‌خانوار در فعالیت‌های اجتماعی و در نتیجه کاهش سلامت اجتماعی آنان را فراهم می‌سازد مانند: نگرش منفی جامعه نسبت به ازدواج مجدد این زنان و یا محدودیت‌های اشتغال آنان، کاهش

تعاملات و ارتباطات اجتماعی با این زنان که در نهایت کاهش حمایت‌های اجتماعی آنان در جامعه را فراهم می‌سازد بنابراین برنامه‌ریزان رفاه اجتماعی و مددکاران اجتماعی با آگاه‌سازی جامعه و حساس‌سازی مسئولان امر در این زمینه و از طریق سازمان‌های حمایتی گوناگون از جمله بهزیستی می‌توانند در رفع این مشکلات برنامه‌هایی را ارائه نمایند و از این طریق به ارتقای میزان سلامت اجتماعی زنان سرپرست‌خانوار کمک نمایند.

پیشنهادها

- کمک به ارتقای روحیه مشارکت و همکاری و ایجاد احساس هرچه بیشتر شهروندی و احساس تعلق هرچه بیشتر در میان زنان سرپرست‌خانوار از طریق جذب آنان در تشکلهای مدنی یا تشکلهای غیر دولتی، با توجه به تقاضای خودشان.
- ارائه خدمات مددکاری اجتماعی گروهی به وسیله سازمان‌های زیر ربط برای افزایش مهارت‌های ارتباطی زنان سرپرست‌خانوار، زیرا در نتایج تحقیق میزان مهارت‌های آنان در سطح پایینی بوده است.
- توانمندسازی زنان سرپرست‌خانوار در زمینه‌های اقتصادی، اجتماعی و روانی از طریق برگزاری کارگاه‌ها و کلاس‌هایی زیر نظر مراکز دولتی و یا سازمان‌های خصوصی مختص به آنان همچون: کمیته امداد، سازمان بهزیستی، کلینیک‌های مددکاری اجتماعی و
- با توجه به آمار رو به افزایش زنان سرپرست‌خانوار در چند سال اخیر و مشکلات پیرامون آنها اتخاذ تدابیر لازم در سیاستگذاری‌ها از سوی مسئولان امر برای حمایت هرچه بیشتر از این قشر آسیب دیده ضروری می‌باشد.

منابع

- امینی، منصور. (۱۳۹۰)، بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی: مطالعه موردی جوانان ۱۸ تا ۲۹ سال شهر نقده، *پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد*، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی.
- بختیاری، آمنه. (۱۳۸۵)، «حکومت و زنان سرپرست‌خانوار»، کتاب زنان، *فصلنامه شورای فرهنگی اجتماعی زنان*، سال نهم، شماره ۳۴.
- بیرو، آلن. (۱۳۷۰)، *فرهنگ علوم اجتماعی*، ترجمه: باقر ساروخانی، تهران.
- پارک، جان‌اورت؛ پارک، ک. (۱۳۸۴)، *درسنامه پزشکی پیشگیری و اجتماعی*، ترجمه: حسین شجاعی تهرانی با نظر حسین ملک افصلی، تهران: نشر سماط.
- تاملین، ملوین. (۱۳۸۵)، *جامعه‌شناسی قشربندی و نابرابری‌های اجتماعی*، ترجمه: عبدالحسین نیک‌گهر، انتشارات توتیا
- تبارزادی، هادی. (۱۳۸۶)، بررسی ارتباط سلامت اجتماعی و متغیرهای دموگرافیک اجتماعی دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد*، گروه آموزشی مدیریت رفاه.
- توسلی، غلامعباس. (۱۳۸۲)، *نظریه‌های جامعه‌شناسی*، تهران: نشر نی.
- حسینی، سیده فاطمه. (۱۳۸۷)، بررسی میزان سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در دانشجویان دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد*، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی.
- دغاقله، عقیل؛ کلهر، سمیرا. (۱۳۸۹)، *آسیب‌های شهری در تهران: وندالیسم، دختران فراری، زنان سرپرست خانوار و تکدی‌گری*، تهران: انتشارات جامعه‌شناسان.

سلامت اجتماعی و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن ... ۱۰۱

- دواس، دی. ای. (۱۳۹۰)، *پیمایش در تحقیقات اجتماعی*، ترجمه: هوشنگ نایبی، تهران: نشر نی، چاپ سیزدهم.

- زارع، فاطمه. (۱۳۹۰)، بررسی رابطه بین میزان سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار و نوع سرپرستی آنها، *پایان نامه کارشناسی ارشد*، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی.

- زاهدی اصل، محمد. (۱۳۸۶)، *مددکاری اجتماعی و نقش آن در حوزه سلامت اجتماعی ایران*، همایش بین‌المللی نقش دولت‌ها در تامین سلامت اجتماعی.

- سام‌آرام، عزت‌اله. (۱۳۹۱)، *نظریه‌های مددکاری اجتماعی*، تهران: انتشارات دانشگاه علامه طباطبائی.

- سجادی، حمیرا؛ صدرالسادات، سیدجلال. (۱۳۸۴)، «شاخص‌های سلامت اجتماعی» *ماهنامه اطلاعات سیاسی-اقتصادی*، سال نوزدهم، شماره ۷ و ۸، تهران: انتشارات مؤسسه اطلاعات.

- سراج زاده، سید حسین. (۱۳۸۳) نیمه پنهان، گزارش نوجوانان شهر تهران از کجروی‌های اجتماعی و دلالت‌های آن برای مدیریت فرهنگی، *پژوهش علوم انسانی*، دانشگاه تهران، شماره ۴۲ و ۴۱.

- شیخی، محمدتقی. (۱۳۸۲)، *جامعه‌شناسی مسائل اجتماعی و مددکاری اجتماعی*، انتشارات حریر.

- شیرینی، مرتضی. (۱۳۹۰)، بررسی میزان سلامت اجتماعی افراد کم‌توان جسمی-حرکتی و عوامل مؤثر بر آن در شهر تهران، *پایان نامه کارشناسی ارشد*، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی.

- کتس، جین و پیروی، آلیسون. (۱۳۸۴)، *ارتقای سلامت (دانش و رفتار)*، ترجمه: شجاعی‌زاده و دیگران، تهران: انتشارات آینده سازان.

- کمالی، علی. (۱۳۷۹)، *مقدمه‌ای بر جامعه‌شناسی نابرابری‌های اجتماعی*، تهران: انتشارات سمت.
- گرپ، ادواردج. (۱۳۷۳)، *نابرابری اجتماعی (دیدگاه‌های نظریه پردازان کلاسیک و معاصر)*، ترجمه: محمدرضا سیاهپوش و احمدرضا غروی‌نژاد، تهران: نشر معاصر.
- محسنی، منوچهر. (۱۳۸۵)، *جامعه‌شناسی پزشکی*، تهران: انتشارات گلشن.
- مرکز آمار و اطلاعات راهبردی. (۱۳۹۱)، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی.
- نوری، مهشید. (۱۳۸۲)، *بررسی سلامت روان زنان سرپرست خانوار*، انتشارات دانشگاه بهزیستی.
- هزارجریبی، جعفر؛ صفری‌شالی، رضا. (۱۳۹۱)، *آناتومی رفاه اجتماعی*، تهران: انتشارات جامعه و فرهنگ.
- Glock & Stark. (۱۹۶۶). *Dimension of religion commitment*, The measured of religiosity, chapter ۸.
- Keyes, C.M. Shmotkin, D. Ryyf, D.D. (۲۰۰۴). "Optimizing well-being: the Empirical Encounter of two traditions". **Journal of personality and social psychology**.