

عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان: یک مطالعه مروری در مجلات فارسی

مزگان فیروزبخت^۱، محمد اسماعیل ریاحی^۲، آرام تیرگر^{۳*}

۱. دانشجوی دکترا، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، ایران

۲. دانشیار جامعه شناسی سلامت، دانشگاه مازندران، بابلسر، ایران

۳. دانشیار مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، ایران

* نویسنده مسئول: آرام تیرگر، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، ایران

Email: a.tirgar@mubabol.ac.ir

تاریخ دریافت: اسفند ۱۳۹۵

تاریخ پذیرش: اریبهشت ۱۳۹۵

نحوه استناد به این مقاله:

Firouzbakht M, Riahi M-E, Tirgar A. A Study of the Effective Factors on the Women's Social Health: A Review Study in Persian Scientific Journals. Community Health. 2017;4(3):186-96.

چکیده

زمینه و هدف: گرچه سلامت زنان در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی مهم‌ترین بنیان سلامت جامعه قلمداد می‌شود، با این حال در مقایسه با سایر ابعاد سلامت، سلامت اجتماعی این گروه کمتر مورد توجه قرار گرفته است. هدف از این مطالعه، تعیین برخی از عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی در زنان می‌باشد.

روش و مواد: مطالعه حاضر، یک مطالعه مروری می‌باشد. کلیه مقالات فارسی در مجلات علمی- پژوهشی که در پایگاه‌های Noormags Elmnet, Iranmedex, SID, Magiran, Google Scholar, نمایه شده بودند، بدون محدودیت زمانی و با کلید واژه کلی "سلامت اجتماعی"، و کلید واژه‌های جزئی تری نظیر "مشارکت اجتماعی، انطباق اجتماعی، پذیرش اجتماعی، انسجام اجتماعی و شکوفایی اجتماعی" به‌عنوان ابعاد سلامت اجتماعی، به‌علاوه "زنان" مورد جستجو قرار گرفتند. از ۱۳۴ مقاله مورد بررسی، در نهایت ۲۰ مقاله مطابق با هدف مطالعه، تشخیص داده شد و مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج حاصل از مقالات برگزیده نشان می‌دهد که مؤلفه‌های پایگاه اقتصادی اجتماعی، تحصیلات، درآمد، حمایت اجتماعی و سرمایه اجتماعی، از ارتباط معنی‌داری با سلامت اجتماعی برخوردار بوده‌اند.

نتیجه‌گیری: سلامت اجتماعی زنان در مقایسه با سایر ابعاد سلامت در علوم سلامت و بهداشت کمتر مورد توجه قرار گرفته است. به‌منظور تحقق بالاترین سطح سلامت، توجه به عوامل اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت اجتماعی، در کنار سایر عوامل مؤثر، ضروری به نظر می‌رسد.

کلید واژه‌ها: سلامت اجتماعی، مقالات علمی پژوهشی فارسی، زنان، ایران

مقدمه

سلامت در طول سده‌ها از یک مفهوم انفرادی به یک هدف جهانی مبدل گشته و تحقق آن منوط به تأمین سطح مناسبی از کیفیت زندگی شده است (۱). فقدان یا نقصان سلامت اعضای یک جامعه، از دیدگاه اجتماعی سبب ناتوانی افراد در ایفای نقش‌های اجتماعی، اختلال در نظم اجتماعی و ناتوانی جامعه در دستیابی به سطح معینی

می‌شود. اگر چه تعریف سازمان بهداشت جهانی از سلامت بیانگر حالتی از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری و ناتوانی است، ولی در اغلب موارد هرگاه سخن از سلامت به میان آمده، عمدتاً ابعاد جسمی و روانی آن مورد توجه بوده و سلامت اجتماعی مورد غفلت واقع شده است. این در حالی است که رشد و تعالی جامعه در گرو جنبه‌های گوناگون سلامت آن جامعه، به ویژه ابعاد

از عوامل اجتماعی-اقتصادی است و یا به واسطه این عوامل تشدید می‌گردد. در اغلب کشورهای جهان، به‌طور متوسط زنان پنج سال بیشتر از مردان عمر می‌کنند، اما از مردان بیمارترند (۶). به جرأت می‌توان گفت که در هیچ جامعه‌ای سلامتی مردان و زنان برابر نیست (۷). در ایران نیز زنان به دلایل مختلف در مقایسه با مردان از مشکلات بیشتری رنج می‌برند. به‌طوری که در دسترسی به آموزش، اشتغال و خدمات بهداشتی درمانی و بهره‌مندی از حقوق فردی از وضعیت یکسانی برخوردار نیستند (۶). به‌عنوان نمونه بر پایه گزارش ارائه شده از سوی بانک جهانی در سال ۲۰۱۶ نرخ بیکاری زنان در ایران دو برابر مردان است. گرچه مسائل و مشکلات هر دو جنس دارای اهمیت است. ولی توجه به سلامت زنان و دختران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در اکثر موارد موضوع سلامت زنان معطوف به مسائل بارداری و بهداشت باروری و پس از آن سوء تغذیه و سرطان‌های زنان می‌باشد، حال آنکه سایر اولویت‌های سلامت در زنان به‌خصوص در ارتباط با مسائلی مانند مرگ و میر، خودکشی، اعتیاد، خشونت، بیماری‌های منتقله جنسی، ایدز و طلاق که از الویت‌های سلامت اجتماعی زنان است کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد. مطالعات و نتایج گزارشات رسمی از وضعیت زنان در ایران حاکی از آن است که اقدام به خودکشی در زنان ایران سه برابر مردان و آمار اعتیاد زنان رو به افزایش است. همچنین بیماری‌های منتقله جنسی و ایدز در ایران تغییر الگو داده و خطر ابتلای زنان بالاتر است. متخصصان بر این عقیده‌اند که حق بهره‌مندی از تندرستی و بهداشت در زنان باید در چارچوب رشد و پیشرفت جامع آنان مدنظر قرار گیرد. از این رو چنین حقی به مراتب وسیع‌تر از حق دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی (که تنها دلالت بر دسترسی به بیمارستان، درمانگاه و داروهایست) می‌باشد. دسترسی به خدمات و امکانات اخیر اگرچه بسیار مهم اما برای تندرستی کافی نیست (۸). نیازهای اساسی زنان مشتمل بر درآمد تضمین شده، شرایط سالم کار و زیست، خوراک، آب کافی و پاک، تعلیم

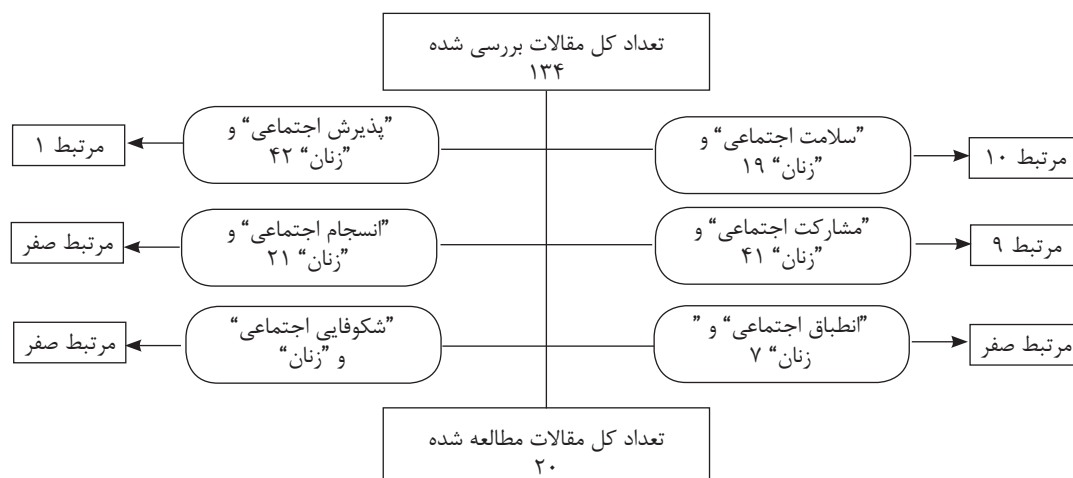
جسمی، روانی و اجتماعی می‌باشد (۲). سلامت اجتماعی از جمله مفاهیمی است که ارائه تعریف دقیقی از آن، کار آسانی نیست. سلامت اجتماعی به توانایی فرد در برقراری تعامل مؤثر با اجتماع و دیگران، به منظور ایجاد روابط رضاءکننده شخصی و محقق‌کننده نقش‌های اجتماعی اطلاق می‌شود. سلامت اجتماعی در واقع شامل مشارکت اجتماعی، زندگی سازگار با سایر انسان‌ها، ایجاد روابط مثبت متکی به دیگر افراد جامعه و داشتن روابط سالم است (۳). به تعبیری دیگر، سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد است که در عرصه اجتماع به ظهور می‌رسد. زمانی شخص را واجد سلامت اجتماعی بر می‌شماریم که بتواند فعالیت و نقش‌های اجتماعی خود را در حد متعارف، بروز و ظهور دهد و با جامعه و هنجارهای اجتماعی، احساس پیوند و اتصال نماید (۴). Keyes سلامت اجتماعی را به‌عنوان گزارش شخصی فرد از کیفیت ارتباطش با دیگران تعریف می‌کند. سلامت اجتماعی در این مفهوم یعنی درک فرد از اجتماع به‌صورت یک مجموعه معنی‌دار، قابل فهم و دارای نیروی بالقوه برای رشد و شکوفایی، با این احساس که متعلق به جامعه است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهیم بداند. طبق این تعریف سلامت اجتماعی دارای ابعاد پنج‌گانه «سهام داشت اجتماعی، پذیرش اجتماعی، یکپارچگی اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، و پیوستگی اجتماعی» است. وی معتقد است اگر چه این پنج مؤلفه بیانگر ارزیابی‌های فردی است اما با محیط اجتماعی پیوندی ناگسستنی دارد؛ برای مثال شکوفایی و پذیرش اجتماعی با آنومی (بی‌هنجاری) همبستگی بسیار قوی دارد و کسانی که با جامعه احساس همبستگی دارند، به عبارتی، بازتاب‌دهنده شرایط اجتماعی خود هستند (۵). سازمان بهداشت جهانی، بهره‌مندی از بالاترین سطح استاندارد و قابل دستیابی سلامت را از حقوق اساسی هر فرد برشمرده است. این در حالی است که زنان بسیاری در سراسر دنیا از این حق اساسی محروم هستند. اگر چه برخی از مشکلات سلامت زنان تحت تأثیر عوامل بیولوژیک است، ولی بسیاری از مشکلات زنان ناشی

شده‌اند، به اجرا در آمده است. جامعه آماری این مطالعه شامل کلیه مقالاتی بود که در زمینه سلامت اجتماعی بوده و در عین حال از ویژگی‌های پژوهشی مناسب مانند روایی و پایایی معین و مناسب، روش نمونه‌گیری و جامعه آماری مطلوب، فرضیه‌ها و سئوالات متناسب با موضوع برخوردار بودند. در این پژوهش، محدودیت زمانی خاصی در نظر گرفته نشد. واژه‌های کلیدی مورد استفاده جهت انتخاب مقالات شامل: سلامت اجتماعی، مشارکت اجتماعی زنان، انطباق اجتماعی زنان، پذیرش اجتماعی، انسجام اجتماعی و شکوفایی اجتماعی بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل مطالعات مروری، مطالعات کیفی، مطالعات با اهداف اقتصادی و سیاسی، دیدگاه‌های جامعه‌شناسی و مقالات پژوهشی در ارتباط با کیفیت زندگی، آگاهی و نگرش بود. با عنایت به مطالب فوق و جستجو در پایگاه‌های مذکور به ترتیب با کلید واژه‌های: "مشارکت اجتماعی" و "زنان" ۴۱ مقاله؛ "سلامت اجتماعی" و "زنان" ۱۹ مقاله؛ "پذیرش اجتماعی" و "زنان" ۲۱ مقاله؛ "انطباق اجتماعی" و "زنان" هفت مقاله؛ و در نهایت "شکوفایی اجتماعی" و "زنان" دو مقاله مرتبط بازیابی شد. در نهایت از مجموع ۱۳۴ مقاله مرور شده، ۲۰ مقاله واجد اطلاعات مرتبط و منطبق با معیارهای ورود در این مطالعه تشخیص داده شد. مقالات مورد پذیرش به ازاء هر یک از کلید واژه‌ها در دیاگرام شماره یک به تصویر کشیده شده و فهرست مقالات نهایی واجد کلیه معیارهای مطالعه در جدول شماره ۱

و تربیت و البته مراقبت‌های بهداشتی است. علاوه بر موارد یاد شده داشتن مقام و پایگاه مناسب در جامعه، تقسیم عادلانه کار (تولید، مراقبت از فرزند، کار در خانه) و رهایی از خشونت را می‌توان از دیگر نیازهای بهداشتی زنان به‌شمار آورد (۹). به این فهرست، می‌توان افزایش سهم زنان در عرصه‌های اقتصادی-اجتماعی، پذیرش اجتماعی توانمندی‌های زنان و فراهم شدن امکانات شایسته برای شکوفا شدن این توانمندی‌ها، افزایش میزان احساس تعلق آنان به جامعه، و بالا رفتن قدرت کنترل و مدیریت زنان بر محیط‌زندگی و داشتن حق انتخاب را به‌عنوان شاخص‌های ویژه سلامت اجتماعی نیز افزود. سلامت زنان پایه و اساس سلامت جامعه است و دستیابی به آن تنها در صورت توجه همه جانبه به تمام ابعاد سلامت امکان‌پذیر است. از آنجا که توجه به سلامت اجتماعی در مطالعات سلامتی زنان کمتر مورد توجه بوده است، پژوهش حاضر با هدف بررسی مطالعات انجام شده پیرامون سلامت اجتماعی زنان و متغیرهای مؤثر بر آن در مقالات منتشره در مجلات علمی- پژوهشی فارسی انجام شده است.

روش و مواد

مطالعه حاضر یک مطالعه مروری است که در سال ۱۳۹۵ و از میان مقالات منتشره در مجلات علمی- پژوهشی فارسی که در پایگاه‌های Google scholar، Elmnet، Noormags، SID، Iranmedex، Magiran نمایه



دیاگرام شماره ۱- تعداد کل مقالات بازیابی شده از سایت‌های مختلف و مقالات انتخاب شده به تفکیک جنبه‌های متفاوت سلامت اجتماعی

جدول شماره ۱- مطالعات انجام شده در ارتباط با سلامت اجتماعی زنان در ایران

ردیف	عنوان مقاله	سال	نویسندگان	نتایج
۱	بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر مشارکت زنان در فعالیتهای ورزشی مطالعه موردی: زنان استان مازندران (۱۰).	۱۳۸۵	Vahida F, & et al	ارتباط معنی‌داری بین حمایت اعضای خانواده و دوستان با مشارکت در فعالیتهای ورزشی وجود داشت ($P < ۰/۰۰۱$).
۲	تأثیر ویژگی‌های فردی و اجتماعی بر مشارکت اجتماعی زنان کرمانی (۱۱).	۱۳۸۷	Yazdanpanah L& et al	ارتباط معنی‌داری بین مشارکت اجتماعی و آگاهی زنان وجود داشت ($P < ۰/۰۰۱$).
۳	حمایت اجتماعی و مشارکت زنان در فعالیت ورزشی (مطالعه موردی: زنان شهر لامرد) (۱۲).	۱۳۸۹	Ghaedi H & et al	ارتباط بین حمایت اجتماعی و مشارکت زنان معنی‌دار بود ($P < ۰/۰۱$).
۴	بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار (۱۳).	۱۳۸۹	SA Hosseini Haibekandr H & et al	بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان ارتباط معنی‌دار وجود داشت ($P < ۰/۰۰۱$).
۵	پیش‌بینی سلامت اجتماعی براساس باورهای دینی در بین دانشجویان دختر (۱۴).	۱۳۸۹	Poursatar M & et al	در بین دانشجویان دختر عمل به باورهای دینی با سلامت اجتماعی همراه بود ($P < ۰/۰۰۱$).
۶	عوامل مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی زنان جوان ۱۵ تا ۲۴ ساله شهر اصفهان (با تأکید بر میزان حمایت اجتماعی) (۱۵).	۱۳۹۰	Ebrahim Najaf-Abadi A & et al	هرچه زنان از میزان حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار باشند از سلامتی اجتماعی بالاتری بهره‌مند خواهند بود ($P < ۰/۰۰۱$).
۷	تعیین‌کننده‌های مشارکت اجتماعی زنان روستایی شهرستان بویر احمد (۱۶)	۱۳۹۰	Ahmadvand M& et al	متغیرهای سن، بعد خانوار، میزان تحصیلات، سرمایه اجتماعی، اشتغال در خارج از منزل ۳۷ درصد تغییرات مشارکت را تبیین کردند.
۸	عوامل مؤثر بر نگرش زنان به مشارکت اجتماعی در استان گلستان (۱۷).	۱۳۹۰	Kordi H	با افزایش سطح تحصیلات زنان میزان نگرش موافق با مشارکت اجتماعی افزایش می‌یابد ($R^2 = ۰/۳۷$).
۹	مشارکت اجتماعی زنان و تأثیر آن بر رفاه (مطالعه موردی: منطقه نه شهر تهران) (۱۸).	۱۳۹۱	Ghafari Gh & et al	بین رفاه اجتماعی خانواده و متغیرهای مشارکتی، مشارکت در انجمن‌های خیریه و محلی ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($P < ۰/۰۰۸$).
۱۰	مطالعه جامعه‌شناختی نقش مداخله‌گرایانه متغیر پذیرش اجتماعی در تأثیرگذاری رسانه‌ها بر گرایش زنان به اعمال زیبایی جراحی (۱۹).	۱۳۹۲	Abbasszadeh M & et al	تأثیر متغیر پذیرش اجتماعی بر انجام اعمال جراحی بیش‌تر از تأثیر رسانه‌ها بوده‌است. این متغیر به‌تنهایی ۳۱ درصد متغیر وابسته را تبیین می‌کند.
۱۱	تأثیر استقلال، مشارکت اجتماعی و تحصیلات زنان بر تمایل به فرزندآوری (مطالعه موردی شهر سیرجان) (۲۰).	۱۳۹۲	Abbassi shevazi M & et al	تحصیلات ($P = ۰/۰۳$) و مشارکت اجتماعی ($P = ۰/۰۲$) نقش تعیین‌کننده در فرزندآوری داشتند، بدین‌گونه که با افزایش این دو عامل تمایل به فرزندآوری کاهش می‌یابد.
۱۲	بررسی همبستگی بین مشارکت اجتماعی زنان با کیفیت زندگی آنان در شهر کرمان (۲۱).	۱۳۹۲	Alizadeh S & et al	بین کیفیت زندگی و مشارکت اجتماعی زنان ارتباط معنی‌داری بود ($P < ۰/۰۰۱$).
۱۳	سنجش میزان سلامت اجتماعی دانش‌آموزان دختر مقطع دبیرستان‌های شهر شیراز و بررسی عوامل مؤثر بر آن (۲۲).	۱۳۹۲	Kadkhodaei F & et al	سلامت اجتماعی (۷۶/۵ درصد) دختران در حد متوسط بود. متغیرهای میزان تحصیلات مادر، تحصیلات پدر، شاخص‌های کیفیت زندگی و پایگاه اجتماعی بر سلامت اجتماعی دختران مؤثر بوده است ($P < ۰/۰۰۱$).
۱۴	تأثیر نابرابری‌های جنسیتی بر مشارکت زنان (۲۳).	۱۳۹۲	Sedaghatifar S & et al	بین مشارکت و سن و تحصیلات ارتباط معنی‌داری وجود نداشت ($P < ۰/۰۰۱$).
۱۵	سلامت اجتماعی و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن مطالعه موردی: زنان سرپرست خانوار شهر قروه (۲۴).	۱۳۹۳	Yahyazade H & et al	سلامت اجتماعی در حد پایین بود. تفاوت معنی‌داری بین سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار و غیرخانوار وجود داشت. تفاوت بین دو گروه در دو متغیر وضعیت اقتصادی و مهارت‌های ارتباطی معنی‌دار بود ($P < ۰/۰۰۱$).

ادامه جدول شماره ۱- مطالعات انجام شده در ارتباط با سلامت اجتماعی زنان در ایران

عنوان مقاله	سال	نویسندگان	نتایج
۱۶ بررسی رابطه رضایت از زندگی و سلامت اجتماعی زنان شهر یزد (۲۴).	۱۳۹۴	Afshani S & et al	بین میزان رضایت از زندگی و سلامت اجتماعی رابطه معنادار و مستقیم وجود دارد ($P < 0/001$) و با افزایش رضایت از زندگی سلامت اجتماعی نیز افزایش می‌یابد.
۱۷ مطالعه جامعه شناختی سلامت اجتماعی زنان و عوامل مؤثر بر آن (مطالعه موردی: زنان منطقه چهار شهری تهران) (۲۵).	۱۳۹۴	Bokharaei A & et al	ارتباط مستقیم بین احساس امنیت اجتماعی، گشودگی، گرایش مذهبی و وضعیت تاهل در جامعه مورد پژوهش وجود داشت ($P < 0/001$). متغیرهای احساس امنیت، گرایش مذهبی و گشودگی تا (۵۰ درصد) متغیر وابسته را تبیین می‌کنند.
۱۸ رابطه اعتماد با سلامت اجتماعی زنان (۲۶).	۱۳۹۴	Afshani A & et al	ارتباط مستقیم و معنی‌داری بین اعتماد و سلامت اجتماعی وجود دارد ($P < 0/001$) و ابعاد مختلف اعتماد اجتماعی (۲۳ درصد) واریانس‌های سلامت اجتماعی را تبیین می‌کند.
۱۹ مقایسه سلامت اجتماعی، قدرت تصمیم‌گیری، مهارت‌های ارتباطی و عزت‌نفس در بین زنان شاغل و خانه‌دار یزد (۲۷).	۱۳۹۵	Farahmand M. & et al	بین سلامت اجتماعی زنان شاغل و خانه‌دار تفاوت معنی‌داری مشاهده شد ($P < 0/05$) زنان شاغل از مهارت‌های ارتباطی و قدرت تصمیم‌گیری و عزت‌نفس بیشتری برخوردار بودند ($P < 0/05$)
۲۰ رابطه شغل و سلامت اجتماعی زنان (۲۸).	۱۳۹۵	Ghazinezhag M & et al	از بین متغیرها، مطلوبیت شرایط شغلی ($R^2 = 0/40$) بیشترین تأثیر را بر سلامت اجتماعی زنان شاغل داشته است.

آورده شده است.

یافته‌ها

در میان ۲۰ مقاله مورد نظر، تعداد ۱۰ مقاله با کلید واژه کلی "سلامت اجتماعی" یافت شد. در ارتباط با ابعاد مختلف سلامت اجتماعی که شامل شکوفایی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، انطباق اجتماعی و مشارکت اجتماعی است، بیش‌ترین بعد مورد مطالعه، موضوع پذیرش و مشارکت اجتماعی زنان بود که به ترتیب با ۴۲ و ۴۱ مورد حدود (۵۹/۷ درصد) کل مقالات را شامل گردیده و از این میان ۱۰ مقاله مرتبط با موضوع شناخته شد. در ارتباط با ابعاد انسجام اجتماعی و شکوفایی اجتماعی، مقاله‌ای مرتبط با موضوع مطالعه یافت نشد. شایان ذکر است که غالب مطالعات در این زمینه در ارتباط با مسایل اقتصادی یا سیاسی بود. در پژوهش‌های مورد مطالعه، گروه‌های مورد بررسی شامل زنان سرپرست خانوار، دختران دانش‌آموز، دانشجویان و زنان روستایی بودند. از عوامل تأثیرگذار بر سلامت اجتماعی فاکتورهای حمایت اجتماعی، دینداری، سن، تحصیلات، پایگاه اقتصادی-اجتماعی، امنیت اجتماعی، اعتماد اجتماعی و سرمایه اجتماعی بیان گردیده بود.

بحث

از آنجایی که موضوع سلامت اجتماعی زنان و عوامل تعیین‌کننده و مؤثر بر آن در کنار سایر ابعاد سلامت (جسمی و روانی) از اهمیت زیادی برخوردار است، مطالعه حاضر به بررسی متغیرهای مربوط به سلامت اجتماعی زنان در مقالات فارسی پرداخته است. با توجه به یافته‌ها از جمله عوامل تأثیرگذار بر سلامت اجتماعی، برخی از متغیرهای فردی مانند اشتغال، تحصیلات و وضعیت اجتماعی-اقتصادی بیان شده است (۳، ۱۶، ۲۲ و ۲۸). اشتغال زنان تأثیری دوسویه بر سلامت آنان دارد. در سویه منفی، اشتغال زنان در ترکیب با تعهدات خانگی، به تضاد و تناقض نقش‌ها، سوء عملکرد اجتماعی و روابط مخدوش با دیگران (خانواده، محیط کار و اجتماع بزرگ‌تر) منجر شده و کلیت سلامت (جسمی، روانی، اجتماعی) آنان را به خطر می‌اندازد. در سویه مثبت، مطلوبیت شرایط شغلی (حقوق و مزایا، امنیت شغلی، حمایت سازمانی و...) بیش‌ترین تأثیر را بر سلامت اجتماعی زنان دارد. یافته‌های مطالعه قاضی‌نژاد، موید تأثیر مکانیزم‌های علی استقلال مالی، روابط اجتماعی، حمایت اجتماعی، عزت‌نفس و منزلت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان شاغل است و در نهایت

بیان می‌کند که، صرف داشتن شغل تغییری در میزان سلامت اجتماعی زنان ایجاد نمی‌کند. آنچه مهم است مولفه‌های ماهوی شغلی، شامل نوع شغل، مطلوبیت شرایط شغلی و توانمندی‌های اجتماعی و روانی (پیامدهای شغلی) است که بر سلامت اجتماعی آنان تاثیرگذار است. زنان شاغل برخوردار از استقلال مالی، روابط اجتماعی قوی و حمایت اجتماعی بالا، سلامت اجتماعی بیش‌تری دارند (۲۸). افزایش سطح سواد، داشتن مشارکت و کنترل بر منافع اقتصادی خانواده موجب تغییر در ساختار قدرت خانواده و نقش زنان در تصمیم‌گیری می‌شود. براساس یافته‌های کبیز و شاپیرو، وضعیت شغلی برای سلامت اجتماعی زنان از مردان مهم‌تر است. مهارت‌های ارتباطی، عزت‌نفس، قدرت تصمیم‌گیری، سطح تحصیلات و میزان درآمد با سلامت اجتماعی زنان شاغل ارتباط معنی‌داری دارد (۲۷). در رابطه با سواد و سطح تحصیلات زنان گفتنی است که این عامل منجر به شکل‌گیری رفتارهای اجتماعی متمایز و جستجوی نقش جدید و طرح مطالبات اجتماعی در زنان می‌شود. پایگاه اجتماعی و اقتصادی یکی دیگر از عوامل تاثیرگذار بر سلامت اجتماعی می‌باشد. در گروه‌های اجتماعی و اقتصادی پایین‌تر، روابط اجتماعی ضعیف، بیش‌تر مشاهده می‌شود. به بیانی دیگر، افراد با شرایط اقتصادی و اجتماعی نامطلوب اغلب از شبکه‌های ارتباطی و حمایتی کم‌تری برخوردارند. نتایج برخی مطالعات حاکی از آن است که افراد بیکار از سطوح پایین مشارکت اجتماعی برخوردارند. بیکاری نه تنها با افت درآمد، بلکه با فشار روانی به دلیل از دست دادن هویت مرتبط با شغل، و احساس بیگانگی، کاهش تعاملات اجتماعی و انزوای افراد و حتی کاهش مشارکت اجتماعی غیر رسمی مانند ارتباط با اقوام و دوستان همراه می‌گردد (۲۹). یکی از گروه‌های مورد توجه در خصوص سلامت اجتماعی، زنان سرپرست خانوار بوده است (۳ و ۱۳). در مطالعه یحیی‌زاده، زنان سرپرست خانوار از سلامت اجتماعی پایین‌تری در مقایسه با هم‌تایان خود برخوردار بودند. نتایج این مطالعه بیان می‌کند که

دید جامعه نسبت به زنان سرپرست خانوار منفی بوده و از آنجا که غالباً از پشتوانه و حمایت مناسبی برخوردار نمی‌باشند، بسیار محتاطانه با دیگران ارتباط برقرار می‌کنند. این مسئله بر مهارت‌های ارتباطی آنان تأثیر منفی گذارده و سبب می‌شود که آنان نتوانند خواسته‌های خود را به راحتی بیان کنند. این موضوع به نوبه خود موجب عدم اعتماد در دیگر افراد جامعه شده و در نهایت منجر به کاهش سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار می‌گردد (۳). مهارت‌های ارتباطی سبب ارتباط فرد با محیط می‌شود. افراد با مهارت ارتباطی بالا با ایجاد رابطه‌ای سالم و سازنده سلامت اجتماعی بالاتری دارند، قدرت انطباق بیشتر، قدرت کلامی بالاتر و پذیرش اجتماعی آنها نیز بیشتر است (۲۷). حمایت اجتماعی، تأثیر مثبت و مستقیمی بر سلامت اجتماعی، ارتقاء کیفیت زندگی و احساس خرسندی در زنان سرپرست خانوار دارد و موجب خودشکوفایی و رشد آنان می‌شود. سازمان‌هایی که به‌طور مستقیم و یا غیرمستقیم زنان سرپرست خانوار را تحت پوشش قرار می‌دهند و یا ارائه دهنده آموزش‌های تخصصی به منظور ایجاد اشتغال و خود کفایی در زنان هستند، در ارتقاء سلامت اجتماعی آنان نقش به‌سزایی دارند (۱۳ و ۱۴). نتایج مطالعه Hajibekandeh، بیانگر آن است که هر چه زنان سرپرست خانوار از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار باشند، متناسب با آن از سلامت اجتماعی بالاتری نیز بهره‌مند خواهند بود (۱۳). حمایت اجتماعی اثر مهمی بر رفتارهای مرتبط با سلامت دارد و از عوامل مؤثر بر مشارکت اجتماعی زنان به‌شمار می‌آید. زنانی که از حمایت اجتماعی بهتری برخوردارند در فعالیتهای ورزشی بیش‌تر مشارکت می‌کنند (۱۰، ۱۲ و ۲۰). یکی دیگر از عوامل مؤثر بر سلامت، باورهای دینی و مذهبی می‌باشد. در واقع مذهب یکی از عوامل تأثیرگذار بر رفتار و شناخت به‌شمار می‌رود (۱۱ و ۲۵). نتایج مطالعه Poursattar حاکی از آن بود که عمل به واجبات و فعالیتهای مذهبی توانایی پیش‌بینی برخی از ابعاد سلامت را دارا هستند (۱۴). با باورهای مذهبی انسان معنای

می‌کنند تا در دنیایی که صرفاً به دلیل انسان بودن برای آنان ارزش قائل است سهیم باشند. مشارکت اجتماعی مشابه با بعد هدف در زندگی (داشتن باورهایی که به زندگی هدف می‌بخشد) و مترادف با مسئولیت‌پذیری و خودکارآمدی است (۳۴). اعتقاد بر آن است که در بسیاری از کشورهای در حال توسعه از جمله ایران، برخورداری زنان از سرمایه‌های فرهنگی و اجتماعی به منظور دستیابی به پایگاه اجتماعی مناسب و برابر با مردان، کافی نیست (۲۳). گزارش ویژه بانک جهانی بیانگر آن است که مشارکت اجتماعی زنان ایرانی یک چهارم مردان است. در بررسی تأثیر ویژگی‌های فردی بر مشارکت اجتماعی زنان مشخص گردید که سن، بعد خانوار، سرمایه اجتماعی و اشتغال (۲۱ و ۳۳) وضعیت تأهل و میزان تحصیلات (۱۶، ۱۷ و ۲۳) در مشارکت اجتماعی آنان مؤثر بوده است. همچنین زنانی که ارزش مثبتی برای شرکت در فعالیت‌های اجتماعی قائل بوده و آگاهی از وجود انجمن‌ها و نهادهایی در محله یا منطقه داشتند، میزان مشارکت بالاتری از خود به نمایش گذارده بودند (۱۸). زنان علیرغم برخورداری از نیمی از جمعیت جامعه، در گروه‌ها، سازمان‌های داوطلبانه رسمی و نهادهای رسمی یا مدنی کمتر از مردان جذب می‌شوند. به بیان دیگر می‌توان گفت که فرایند جامعه‌پذیری و نوع شخصیت زنان که الهام گرفته از ارزش‌ها و هنجارهای فرهنگی و اجتماعی است در میزان مشارکت آنها تأثیرگذار است (۱۱). نتایج مطالعه Kordi در خصوص نگرش زنان استان گلستان به مشارکت اجتماعی بیانگر مشارکت اجتماعی زنان در حد کم و یا متوسط بوده و بیش‌تر به صورت مشارکت اقتصادی بیان شده است (۱۷). با توجه به این که در ایران مهم‌ترین و اصلی‌ترین نقش و وظیفه و نقش زنان در فرایند جامعه‌پذیری، نقش همسری و مادری باشد، پیروی از این ارزش و هنجار اجتماعی می‌تواند سبب کاهش مشارکت اجتماعی در زنان گردد. افزایش میزان حضور زنان در اجتماع، می‌تواند دستیابی به توسعه پایدار، بهبود کیفیت زندگی و کاهش نابرابری‌ها را تسهیل نماید. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مشارکت زنان در امور

حوادث زندگی خصوصاً حوادث دردناک و اضطراب‌آور را راحت‌تر می‌پذیرد و مقابله با هیجان‌ها و شرایط اجتماعی تسهیل می‌گردد. در کل، اعمال و باورهای دینی با سلامتی فردی و اجتماعی افراد یک جامعه مرتبط است (۱۴ و ۳۰). شرکت در آیین‌ها و فعالیت‌های مذهبی سبب یکپارچگی اجتماعی شده و افراد با چنین ویژگی‌هایی، از پذیرش اجتماعی بیش‌تری برخوردارند و سطوح بالاتری از اعتماد به یکدیگر را تجربه می‌کنند (۱۴). سرمایه اجتماعی به‌عنوان یکی دیگر از تعیین‌کننده‌های سلامت اجتماعی است. با توجه به یافته‌های مطالعه Amini و همکاران، بین سرمایه اجتماعی و متغیرهای فقر، رشد طبیعی جمعیت، خشونت، باسوادی، بیکاری و پوشش بیمه به عنوان بیان‌گرهای سلامت اجتماعی رابطه آماری معنی‌داری وجود داشته است و به توانمندی اجتماعی، سازماندهی جمعی، مشارکت داوطلبانه برای حل مشکلات گروهی یا عمومی در حد اکثریت اشاره می‌کند (۳۱). سرمایه اجتماعی و وجوه گوناگون سازمان اجتماعی، نظیر اعتماد، هنجارها و شبکه‌ها می‌توانند با تسهیل اقدامات هماهنگ، کارایی جامعه را بهبود بخشند (۳۲). اعتماد به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی از شاخص‌ها و نشانگرهای مهم و مؤثر بر سلامت و بهزیستی اجتماعی است. اعتماد افراد به یکدیگر و اعتماد آنها به نهادهای اجتماعی همراه با شکل‌گیری شبکه‌های اجتماعی سودمند می‌تواند با اثرات مثبتی بر سلامت جسمی و روانی همراه باشد (۳۱). اعتماد سبب ایجاد استحکام در روابط اجتماعی، انسجام و مشارکت اجتماعی شده و در نتیجه با افزایش تعاملات و همکاری در جامعه موجب ارتقاء سلامت اجتماعی می‌گردد (۳۳).

از بین ابعاد مختلف سلامت اجتماعی زنان در ایران، بیش‌ترین میزان مطالعات ($n=9$ ، ۴۵ درصد) به موضوع مشارکت زنان اختصاص داشته است. مشارکت اجتماعی باوری است که طبق آن فرد خود را عضو حیاتی در اجتماع می‌داند و فکر می‌کند چیزی ارزشمند برای عرضه به دنیا دارد. افرادی که در این بعد از مراتب بالایی برخوردارند تلاش

نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از مطالعه بیانگر آن است که سلامت اجتماعی و به‌خصوص سلامت اجتماعی زنان در مقایسه با سایر ابعاد سلامت در مطالعات علوم سلامت و بهداشت کمتر مورد توجه قرار گرفته است. مؤلفه‌های پایگاه اقتصادی-اجتماعی، تحصیلات، درآمد، حمایت اجتماعی و سرمایه اجتماعی، از ارتباط معنی‌داری با سلامت اجتماعی برخوردارند. برای رسیدن به سطوح عالی سلامت علاوه بر سلامت جسمی، وجود شرایط دیگری از قبیل امنیت، عدم تبعیض نژادی و قومی، برابری در توزیع درآمد، عدم بیکاری و سطوح بالایی از حمایت اجتماعی، رفاه و سرمایه اجتماعی لازم است. در این میان با توجه به نقش کلیدی زنان در سلامت خانواده و جامعه، دستیابی به توسعه واقعی، در گرو سلامت همه جانبه زنان خواهد بود.

اجتماعی سبب افزایش آگاهی خانواده، استفاده بهینه از اوقات فراغت، موقعیت بهتر اقتصادی، بهبود روابط اجتماعی، بهبود وضعیت تغذیه، امنیت روحی زنان و در کل افزایش رفاه خانواده می‌شود (۱۸). در نهایت سلامت اجتماعی زنان ارتباط مستقیمی با میزان رضایت از زندگی آنان دارد. زنانی که از زندگی خود احساس رضایت دارند، سبک‌های مقابله‌ای بهتر و رفتارهای سلامتی بیشتری را اتخاذ می‌کنند، از سلامت روان بالاتری برخوردارند و ارزیابی مثبتی در مورد رویدادهای زندگی خود دارند و در نهایت انسجام و همبستگی قوی‌تری با افراد و جامعه بدست می‌آورند (۲۴). از محدودیت‌های این مطالعه استفاده از مقالات منتشر شده به زبان فارسی و با متن کامل بود و مقالات ایرانی به زبان انگلیسی مورد بررسی قرار نگرفته است.

REFERENCES

1. Blanco A, Diaz D. Social Order and Mental Health: A Social Well-Being Approach, Autonomy University of Madrid. *psychology in Spain*.2007;11(5):31-117.
2. Sharbatian MH. A Contemplation on the Necessity of Cultural Development Foundations and its Importance in the Iranian Society.2009. Available from: [http:// www.anthropology.ir/node/21139](http://www.anthropology.ir/node/21139). (Full Text in Persian).
3. Yahyazadeh H, Ramezani M. The Study of the Social Health Rate and the Social Factors Effective on it: A Case Study of Women Heading Households in Qurveh. *Social Development & Welfare Planing*. 2013;16:65-101. (Full Text in Persian).
4. Fadaei Mehrabani M. Urbanization, Health and Social Media (Social Media in Transitional Societies and the Health of Citizens. *Quarterly Journal of Communication Research (Pazhoohesh Va Sanjesh)*.2006;49:67-86. (Full Text in Persian).
5. Keyes CL, Shapiro AD. Social Well-Being in the United States: A Descriptive Epidemiology. *How Healthy are We*.2004:72-350.
6. Ahmadi B, Farzadi F, Alimohammadian M. Women's Health in Iran: Issues and Challenges. *Payesh*.2012;11(1):37-127. (Full Text in Persian).
7. Jejeebhoy J, Sathar ZA. Women's Autonomy in India and Pakistan: The Influence of Region and Religion. *Population and Development review*.2001;27(4):687-712.
8. Vadadhir A, Sadati MA, Ahmadi B. A Content Analysis of Iranians Scientific and Academic Health Journals. *Women in Development & Politics*.2008;6(2):55-133. (Full Text in Persian).
9. Sabala And Kranti: Na Shariram Nadhi-My Body is Mine, Edited by Dr.Mira Sadgopal. Bombay.1995.
10. Vahiada F, Arizi F, Parsamehr M. A Survey about Impact of Social Support on the Women Participation in Sport Activites. (CASE Survey: Mazandaran Province). *Semi-Annually Journal of movement Science & sport*.2006;4(7):53-62. (Full Text in Persian).
11. Yazdan-Panah L, Samadiyan F. Individual and Social Characteristics and Women's Social Participation: A Case Study of Kermān. *Women's studies (Sociological & Psychological)*.2009;6(2):149-127.(Full Text in Persian).

12. Ghaedi H, Nobakht R, Daneshjoo AH. The Effect of Social Support and Demography Factors on Women Sport Participation. *Quarterly journal of women & Hygiene*.2010;1(2):1-19. (Full Text in Persian).
13. Hossainihajibakandi SA, Taghipour M. A Survey on Social Support on the Social Health of Women. *Quarterly Social Research*.2010;3(7):139-58.(Full Text in Persian).
14. Poursatar M, Hekmati I. Prediction of Social Well-Being Based on Religious Beliefs among Female Student. *Women & Study of Family*.2010;2(7);27-40. (Full Text in Persian).
15. Ebrahim Najaf Abadi, A. Factors Influencing the Social Health Rate of 15 To 24 Year Old Females in Isfahan (Focusing on Social Support Rate). *Quarterly Health–Psychology*.2011;2:139-59. (Full Text in Persian).
16. Ahmadvand M, Sharifzadeh M. Determinants of Social Participation of Rural Women Case of Boyer-Ahmad County. *Women'S Studies (Sociological & Psychological)*.2012;9(3):139-66. (Full text in Persian).
17. Kordi H. The Effective Factors on the Women Point Ofview Toward Social Participation in Golestan Province. *Payke Nor Journal*. 2007;5(1):69-81.(Full text in Persian).
18. Ghaffary G, Nikbin Sedaghati F, Esmacilzadeh KH. Women Social Participation and its Effect on Family Welfare. (Case Study: District 9. Tehran). *Woman & Study of Family*.2013;5(18):33-6. (Full Text in Persian).
19. Abbaszadeh M, Molaeikermani B, Aghdasialamdari F. Sociological Study of the Intervening Variable of Social Accept in the Effectiveness of Mass Media on the Tendency of Women to Cosmetic Surgery. *Sociology of Women*.2014;5(3):47-65. (Full Text in Persian).
20. Abbasi-Shavazi M, Khajehsalehi Z. An Assessment on the Impact of Women's Autonomy, Education and Social Participation on Childbearing Intention in Sirjan City. *Women in Development & Politics*.2013(Issue 1):45-64. (Full Text in Persian).
21. Alizadeh S, Mohseni M, Khanjani N, Momenabadi V. Correlation between Social Participation of Women and Their Quality of Life in Kerman. *Journal of Health Promotion Management (JHPM)*.2014;3(2):34-42.(Full Text in Persian).
22. Kadkhodae F, Lotfi SH. Measuring the Amount of Social Health of High School Students of Shiraz and Assessing its Influencing Factors. *Quarterly social research*.2013;6(20):183-207. (Full Text in Persian).
23. Sedaghatifard M, Sakhamehr M. The Effect of Gender Inequity on Women Social Participation. *Quarterly the Sociology of the Youth Studies Quarterly*.2013;4(10):43-60. (Full Text in Persian).
24. Afshani SA, Shirimohammadabad H. The Study of Relationship between Life Satisfaction and Social Health of Yazd City Women. *Toloe Behdasht*.2106;15(2):34-43. (Full text in Persian).
25. Bokharaee A, Sharbatian MH, Imeni N. A Sociological Study of Women's Social Health and the Effective Factors (Case Study: Women in District 4 of Tehran). *Two Quarterly journal of contemporary sociological reaserch*.2015;4(7):29-54. (Full Text in Persian).
26. Afshani SA, Shirimohammadabad H. The Relationship between Social Trust and Social Health among Women in the City of Yazd. *Quarterly of social study and research in Iran*.2015;4(2):277-99.(Full Text in Persian).
27. Farahmand M, Khatami Sarvi Kh, Mohammadhassani R. Comparing Social Health, Decision-Making, Communication Skills and Self-Esteem between Working Women and Housewives in Yazd. *Quartrely of Women and Society*.2016;7(26):147-66. (Full Text in Persian).
28. Ghazinejad M, Sangary Soleymani H. The Relationship between Jobs and Social Health of Women. *Women in Development and Politics*.2016;14(3):88-273. (Full Text in Persian).
29. Vameghi M, Sadeghi J, Tavousi M, Jahangiri K, Azin A, Omidvari S, Et Al. Social Relationships and Health: Findings From the Iranian Health Perception Survey. *Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research*.2013;12(2):183-194. (Full Text in Persian).
30. Day J.M. Religion, Spirituality and Positive Psychology in Adulthood: A Developmental View. *Journal of Adult Development*.2010,17(4):29-215.

31. Amini Rarani M, Mousavi M, Rafiey H. Correlation of Social Capital with Social Health In Iran. *Social Welfare*.2011;11(42):203-22. (Full Text in Persian).
32. Riahi MA. The Impact of Social Capital on Physical and Mental Health of Citizens. *Political Economics*.2010(286):198-214. (Full Text in Persian).
33. Sharepour M, Riahi M.A., Arman F. Association between Social Capital and Mental Health: A Population-Based Study in Tehran. *Citizenship Quarterly Social Problems of Iran*. 2013;5(1):79-100. (Full Text in Persian).
34. Safiri Kh, Mansorian F. Determines the Relationship between Gender Identity and Social Health of Young Women and Men in Tehran. *Journal of Applied Sociology the University of Isfahan*. 2014;25(1):51-70.(Full Text in Persian).

Review Article

A Study of the Effective Factors on the Women's Social Health: A Review Study in Persian Scientific Journals**Mojhgan Firouzbakht¹, Mohammad-Esmaeil Riahi², Aram Tirgar^{3*}**

1. PhD Candidate, Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

2. Associate Professor in Sociology of Health and Illness, Department of Social Sciences, University of Mazandaran, Babolsar, Iran.

3. Associate Professor, Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

***Corresponding author:** Aram Tirgar, Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

Email: a.tirgar@mubabol.ac.ir

Received: 21 February 2016

Accepted: 20 April 2017

Published: 27 May 2017

How to cite this article:

Firouzbakht M, Riahi M-E, Tirgar A. A Study of the Effective Factors on the Women's Social Health: A Review Study in Persian Scientific Journals. *Community Health*. 2017;4(3):186-96.

Abstract

Background and objectives: Although Women's health in the physical, mental and social aspects are the most important foundation of community health, but there is a little attention to women's social health in comparison with the other aspects. The aim of this study is investigation some of effective factors on women's social health.

Material and Methods: This is a review study. The articles in Persian scientific research journals indexed databases including SID, Magrian, Iran medex, google scholar, Noormags and Elmnet without time limitation and with the overall keyword «social health», and more detailed keywords such as «social participation, social adaptation, social acceptance, social solidarity, social prosperity» as social health aspects, and «women» has been searched. Totally, 134 articles has been chosen and finally 20 articles approved in accordance with the objectives of the study.

Results: The results showed that there was a significant relationship between social health and socio-economic class, education, income, social support, social capital.

Conclusion: Social health especially in women, has been less considered in comparison with other aspect of health in Persian health studies. In order to obtain the highest level of health, it seems necessary to pay attention to social determinant of health along with other domain of health.

Keywords: Social health, Persian scientific-research database, Women, Iran