

عوامل مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی زنان جوان ۱۵ تا ۲۴ ساله‌ی شهر اصفهان

(با تأکید بر میزان حمایت اجتماعی)

اعظم ابراهیم نجف آبادی^۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۹/۰۳/۱۷ / تاریخ بررسی مقاله: ۱۳۸۹/۰۴/۲۶ / تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۰۵/۱۵

چکیده

هدف این پژوهش، شناسایی بیشتر میزان سلامت اجتماعی زنان جوان ۱۵ تا ۲۴ ساله‌ی شهر اصفهان و عوامل مؤثر بر آن (با تأکید بر حمایت اجتماعی) است. روش این تحقیق پیمایشی است و جامعه‌ی آماری آن را زنان جوان ۱۵ تا ۲۴ ساله‌ی ساکن شهر اصفهان تشکیل می‌دهند. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران با خطای ۵ درصد (خطای جوابگویی) $d = 7\%$ (دقت احتمالی مطلوب)، با فرمول $N = \frac{(t^2)(pq)^2}{d^2}$ دویست نفر برآورد شده است. در این پژوهش از نمونه‌گیری به صورت طبقه بندی متناسب در منطقه استفاده شد، طوری که نمونه‌ها از هر منطقه و متناسب با جمعیت آن منطقه انتخاب شدند. ابزار سنجش در این پژوهش پرسش‌نامه است. برای سنجش حمایت اجتماعی از پرسش‌نامه‌ی طراحی شده محقق قبلی (بهمنی، ۱۳۸۷)، استفاده شد که اعتبار آن را استادان مربوط تأیید کردند. روایی و پایایی آن نیز در مرحله‌ی مقدماتی بررسی و تأیید شد. برای بررسی متغیر وابسته از پرسش‌نامه‌ی سلامت اجتماعی کبیز که کنگرلو آن را استاندارد و بومی سازی کرده استفاده شده است. یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهد که هرچه زنان جوان از میزان حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار، متناسب با آن سلامت اجتماعی بالاتری نیز دارند. بر همین اساس، بین مؤلفه‌های سه‌گانه‌ی حمایت اجتماعی (حمایت ابزاری، عاطفی، اطلاعاتی) و سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد.

کلید واژه‌ها: سلامت اجتماعی، حمایت اجتماعی، زنان جوان

^۱ کارشناس ارشد مددکاری اجتماعی، دانشگاه علمی - کاربردی اصفهان

ایمیل: a_ebra2004@yahoo.com

مقدمه

تعریف سلامت در هر جامعه‌ای تا اندازه‌ای به حس مشترک مردم از سلامت و فرهنگ آنان باز می‌گردد و در جوامع و گروه‌های گوناگون به شیوه‌های متفاوتی درک می‌شود (تباردرزی، ۱۳۸۶).

سلامت اجتماعی، ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی است که وی عضوی از آن‌هاست. طبق این تعریف، شاخص‌های سلامت اجتماعی عبارتند از: مشارکت اجتماعی (باوری که طبق آن فرد خود را عنصر حیاتی جامعه می‌داند)، انسجام اجتماعی (کیفیت روابط در گروه اجتماعی که به آن تعلق دارد)، پذیرش اجتماعی (دیدگاه مطلوب نسبت به دیگران)، شکوفایی اجتماعی (اعتقاد به توانایی‌های بالقوه‌ی اجتماع) و انطباق اجتماعی (درک اجتماع به صورت هوشمند، قابل فهم و قابل پیش‌بینی) (لارسن، ۱۹۹۶).

کییز^۱ و لارسون (۲۰۰۴) سلامت اجتماعی را 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) است که نشان‌دهنده‌ی رضایت یا نارضایتی فرد از زندگی و محیط اجتماعی‌اش هستند (کییز، ۲۰۰۴).

از نظر تجربی، مفهوم سلامت اجتماعی در ادبیات جامعه‌شناسی مربوط به ناهنجاری و بیگانگی ریشه دارد. اما مطابق مدل سلامت محور، نبود احساس ناهنجاری و بیگانگی ممکن است بیانگر حضور سلامت اجتماعی نباشد (کییز، ۲۰۰۴). به نظر بزور سلامت اجتماعی مفهومی از حمایتی است که خانواده و دوستان در اختیار فرد قرار می‌دهند، و به

¹ Keyes, C.M.

نوعی فراهم کننده‌ی حمایت اجتماعی فرد است. بززر معتقد است سلامت اجتماعی درجه‌ای از بهزیستی یا خوشبختی اجتماعی محسوب می‌شود (بززر، ۱۹۹۵).

به طور کلی می‌توان مفهوم سلامت اجتماعی را به عنوان متغیر وابسته‌ی این پژوهش از مدل کبیز بررسی کرد ابعاد پنج‌گانه‌ی سلامت اجتماعی که کبیز مطرح کرد زیربنای این تحقیق است. این ابعاد شامل شکوفایی اجتماعی^۱، انسجام اجتماعی^۲، همبستگی اجتماعی^۳، پذیرش اجتماعی^۴ و مشارکت اجتماعی^۵ است.

بعد شکوفایی اجتماعی دانستن و اعتقاد داشتن به این موضوع است که جامعه به شکل مثبتی در حال رشد است؛ فکر کردن به این که جامعه پتانسیل رشد مثبت را دارد، یا این تفکر که جامعه پتانسیل خود را به شکل واقعی درمی‌آورد (بالفعل می‌کند).

بعد همبستگی اجتماعی اعتقاد داشتن به این موضوع است که اجتماع قابل فهم، منطقی و قابل پیش‌بینی است؛ دانستن و علاقه‌مند بودن به جامعه و مفاهیم مربوط به آن.

بعد انسجام یا یکپارچگی اجتماعی احساس بخشی از جامعه بودن است؛ فکر کردن به این که فرد به جامعه تعلق دارد، احساس حمایت شدن از سوی جامعه و سهم داشتن در آن.

بعد پذیرش اجتماعی داشتن گرایش‌های مثبت نسبت به افراد، تصدیق کردن دیگران و به طور کلی پذیرفتن افراد با وجود برخی رفتار سردرگم‌کننده و پیچیده‌ی آن‌هاست.

بعد مشارکت اجتماعی داشتن این احساس است که افراد چیزهای باارزشی برای ارائه به جامعه دارند؛ این تفکر که فعالیت‌های روزمره‌ی آن‌ها به وسیله‌ی جامعه ارزش‌دهی می‌شود. در واقع، بعد مشارکت اجتماعی سلامت سطوح مختلف مهارت‌های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به عنوان عضوی از جامعه‌ی

¹ social actualization

² social integration

³ social coherence

⁴ social acceptance

⁵ social contribution

بزرگ تر را در بر می گیرد. به طور کلی، از دید سلامت اجتماعی هر کس عضوی از خانواده و عضو جامعه‌ی بزرگ تر به حساب می آید و بر شرایط اقتصادی و اجتماعی و رفاه شخص در شبکه‌ی اجتماعی توجه می‌شود (کنگرلو، ۱۳۸۶).

در بحث حمایت اجتماعی^۱ نیز از تئوری هاوس^۲ استفاده می‌شود. هاوس حمایت اجتماعی را دارای سه بعد حمایت ابزاری، عاطفی و اطلاعاتی می‌داند. حمایت عاطفی شامل عشق و محبت و همدلی است. حمایت اطلاعاتی یعنی انتقال اطلاعات یا راهکارها به فرد برای سازگاری و مقابله با مسائل و مشکلاتی که با آن‌ها مواجه شده است. برای مثال، هنگامی که فرد با مشکلی مواجه می‌شود اطرافیان راهکارهایی را به او پیشنهاد می‌کنند. حمایت ابزاری نیز به انواع کمک‌ها و مساعدت‌های محسوس اشاره دارد، مثل وام دادن به فردی یا قرض گرفتن از کسی (بهمنی، ۱۳۸۷).

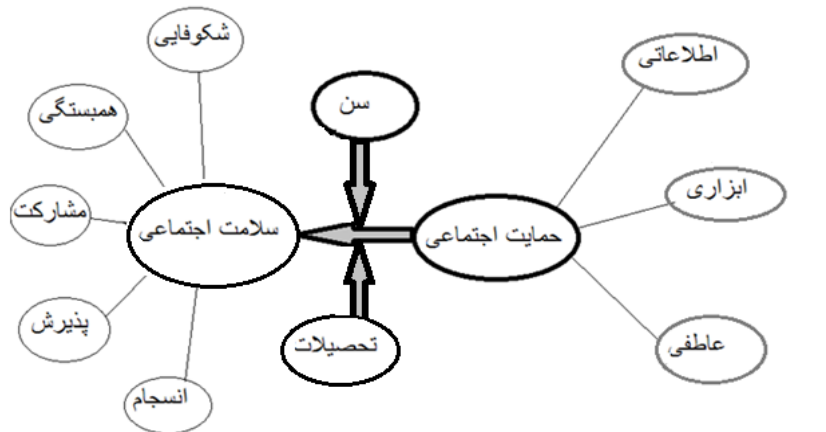
لیندزی^۳ رایج‌ترین تعریف از حمایت اجتماعی را ارائه داده است. او در این تعریف بر کیفیت و در دسترس بودن روابط با افرادی تأکید می‌کند که منابع حمایتی را در مواقع نیاز فراهم می‌کنند و معتقد است اقوام، خانواده، دوستان، آشنایان و...، خدماتی عینی را فراهم می‌کنند که موجب احساس دوست داشته شدن، عزت نفس و ارزشمند بودن فرد می‌شود و به این طریق او خود را جزئی از شبکه‌ی ارتباطی می‌داند. لیندزی بیان می‌کند که حمایت اجتماعی برای هر فرد ارتباط امنی را ایجاد می‌کند که احساس محبت و نزدیکی از ویژگی‌های اصلی این ارتباط است. نیازهای افراد از طریق منابعی تأمین می‌شود که جامعه در اختیارشان می‌گذارد و این منابع به شکل‌های متفاوت ابزاری، اطلاعاتی و عاطفی هستند. افراد بر اساس روابط اجتماعی و نوع پیوندهایی که دارند از منابع حمایتی برای رفع نیاز هایشان استفاده می‌کنند (بهمنی، ۱۳۸۷).

¹ social support

² Hous theory

³ Lindys.

مبنای این تحقیق را تعریف رز و وو^۱ که بر تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی تأکید دارند، تشکیل می‌دهد. طبق این تعریف، حمایت اجتماعی که شامل ابعاد عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی است موجب ارتقای سطح سلامت اجتماعی افراد می‌شود (بهمنی، ۱۳۸۷). با توجه به آنچه که گفته شد هدف از انجام پژوهش حاضر شناسایی میزان سلامت اجتماعی زنان جوان ۱۵ تا ۲۴ سال اصفهان و عوامل موثر بر آن (تاکید بر حمایت اجتماعی) است.



شکل ۱: مدل نظری تحقیق

روش

روش این پژوهش پیمایشی است. جامعه‌ی آماری این تحقیق همه‌ی زنان ۱۵ تا ۲۴ ساله‌ی ساکن شهر اصفهان در سال ۱۳۸۹ هستند.

(بر اساس آمار گزارش شده‌ی موجود:

- زنان ۱۵ تا ۱۹ ساله‌ی اصفهان ۹۶۳۵۰ نفر هستند.
- زنان ۲۰ تا ۲۴ ساله‌ی اصفهان ۱۱۸۵۷۵ نفر هستند.
- زنان ۱۵ تا ۱۹ ساله‌ی حومه‌ی اصفهان ۱۱۶۵۳ نفر هستند.

¹Rose & woo.

- زنان ۲۰ تا ۲۴ ساله‌ی حومه‌ی اصفهان ۱۲۴۹۴ نفر هستند.
- کل زنان ۱۵ تا ۲۴ ساله‌ی استان اصفهان ۲۳۹۰۷۲ نفر هستند (مرکز آمار استان اصفهان، ۱۳۸۹).

در خصوص حجم نمونه و روش نمونه‌گیری می‌توان گفت که، با توجه به پراکندگی جامعه‌ی آماری در مناطق شهر اصفهان، حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران با خطای ۵ درصد (خطای جوابگویی) و $d = ۷\%$ (دقت احتمالی مطلوب)، با فرمول
$$N = \frac{(t^2)(pq)^2}{d^2}$$
 دویست نفر برآورد شده است. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری متناسب در منطقه استفاده شده است. به طوری که، نمونه‌ها از هر منطقه و متناسب با جمعیت آن منطقه انتخاب شدند.

ابزار سنجش در این پژوهش، پرسش‌نامه بود که این پرسش‌نامه از دو بخش تشکیل شده است. برای بررسی متغیر وابسته از پرسش‌نامه‌ی سلامت اجتماعی کییز و برای سنجش حمایت اجتماعی از پرسش‌نامه‌ی طراحی شده‌ی محقق قبلی (بهمنی، ۱۳۸۷) استفاده شد که اعتبار آن را استادان مربوط تأیید کردند.

یافته‌ها

جدول ۱: آزمون آماری مربوط به رابطه‌ی بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی

سطح معناداری	میزان	آزمون
۳۷٪	۰/۴۶۵	کنندال B
۳۷٪	۰/۴۹۹	کنندال C
۳۷٪	۰/۵۵۱	گاما
	۱۹۹	تعداد موارد صحیح

بر اساس جدول فوق، بین حمایت اجتماعی با متغیر سلامت اجتماعی رابطه معنادار و مستقیم وجود دارد. بدین معنا که هرچه زنان جوان حمایت اجتماعی بالاتری داشته باشند، متناسب با آن نیز سلامت اجتماعی شان افزایش می یابد.

جدول ۲: ماتریس همبستگی دو به دوی متغیرها بر اساس آزمون پیرسون

سطح معناداری	تحصیلات	حمایت اجتماعی	سلامت اجتماعی	سن	متغیر
۰/۰۰۰	-۰/۷۶۱	-۰/۲۷۹	-۰/۴۵	۱	سن
	۰/۶۳۷	۰/۷۷۲	۱	-۰/۴۵	سلامت اجتماعی
	۰/۲۴۱	۱	۰/۷۷۲	-۰/۲۷۹	حمایت اجتماعی
	۱	۰/۲۴۱	۰/۶۳۷	-۰/۷۶۱	تحصیلات

با توجه به سطر اول جدول، میزان رابطه‌ی بین متغیر حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی بر اساس آزمون همبستگی پیرسون برابر ۰/۷۷۲ است.

جدول ۳: ماتریس همبستگی تفکیکی با کنترل متغیرهای سن و تحصیلات

سطح معناداری	حمایت اجتماعی	سلامت اجتماعی	تحصیلات / سن
۰/۰۰۰	۰/۶۳۸	۱	سلامت اجتماعی
	۱	۰/۶۳۸	حمایت اجتماعی

با توجه به جدول بالا، میزان همبستگی بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی با کنترل اثر متغیرهای سن و تحصیلات به ۰/۶۳۸ می رسد و بدین ترتیب تصویر بهتری از میزان تأثیر گذاری حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی به دست می آید. همچنین بر اساس جدول، میزان همبستگی بین حمایت و سلامت با کنترل متغیرهای سن و تحصیلات به ۰/۶۳۸ می رسد.

جدول ۴: خلاصه مدل رگرسیون به روش enter

سطح معناداری	T	Unstandardized Coefficients	Standardized Coefficients		مدل
		BETA	STD . ERROR	B	
۰/۰۰۰	۱۴/۵۰۱	۳/۲۳۳	۰/۲۲۳		مقدار ثابت
۰/۰۰۰	۷/۴۰۰	۰/۳۳۳	٪۴۵	۰/۳۲۱	حمایت
۰/۰۰۹	۵/۳۶۰	۰/۲۳۶	٪۴۴	۰/۲۹۵	تحصیلات
۰/۱۸۳	-۱/۳۳۷	-٪۲۰	٪۱۵	-۰/۱۵۴	سن

بر اساس جدول فوق مقادیر **B** برای متغیرهای حمایت اجتماعی و تحصیلات معنادار بوده و برای متغیر سن معنادار نیست. بنابراین روش مدل ارائه شده برای متغیر سلامت اجتماعی به صورت زیر است:

$$\text{سلامت اجتماعی} = ۳/۲۳۳ + (۰/۲۳۶ \times \text{تحصیلات}) + (۰/۳۳۳ \times \text{حمایت اجتماعی})$$

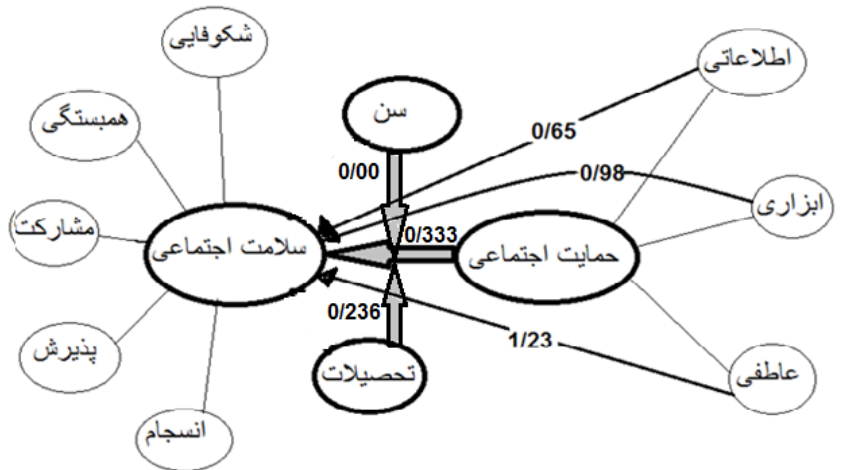
جدول ۵: خلاصه‌ی مدل رگرسیون به روش enter

سطح معناداری	T	Unstandardized Coefficients	Standardized Coefficients		مدل
		BETA	STD . ERROR	B	
۰/۰۰۰	۱۴/۷۸۹		۰/۲۰۰	۲/۹۵۷	مقدار ثابت
۰/۰۲۶	۱۰/۸۳۰	۰/۱۳۸	۰/۰۶۰	۰/۶۵۰	حمایت اطلاعاتی
۰/۰۰۵	۱۸/۴۹۰	۰/۸۵۸	۰/۰۵۳	۰/۹۸۰	حمایت ابزاری
۰/۰۰۰	۱۹/۸۳۰	۱/۱۲۲	۰/۰۶۲	۱/۲۳۰	حمایت عاطفی
۰/۶۶۱	۰/۴۳۹	۰/۰۵۲	۰/۰۱۳	۰/۰۰۶	سن
۰/۰۴۱	۷/۱۲۸	۰/۱۹۵	۰/۰۳۹	۰/۲۷۸	تحصیلات

بر اساس جدول فوق، مقادیر B برای متغیر های ابعاد اطلاعاتی، ابزاری و عاطفی حمایت اجتماعی و تحصیلات معنادار است و برای متغیر سن معنادار نیست. بنابراین روش مدل ارائه شده برای متغیر سلامت اجتماعی به صورت زیر است:

$$+ (\text{بعد اطلاعاتی حمایت اجتماعی} \times 0/65) + 2/957 = \text{سلامت اجتماعی}$$

$$+ (\text{بعد عاطفی حمایت اجتماعی} \times 1/23) + (\text{بعد ابزاری حمایت اجتماعی} \times 0/98) + (\text{تحصیلات} \times 0/278) + (\text{سن} \times 0/00)$$



شکل ۲: مدل تحلیل مسیر با استفاده از SPSS

مطابق شکل ۲، حمایت عاطفی با ضریب $1/23$ ، بیشترین تأثیر مستقیم را بر سلامت اجتماعی دارد. بعد از متغیر حمایت عاطفی، متغیر حمایت ابزاری از ضریب تأثیر بیشتری برخوردار است که با ضریب $0/98$ سلامت اجتماعی را متأثر ساخته در مجموع با احتساب ضرایب، تقریباً $0/333$ درصد تغییر پذیری متغیر مستقل مربوط به متغیر حمایت اجتماعی بوده و $0/236$ درصد تغییر پذیری سلامت اجتماعی از متغیر تحصیلات بوده است.

بحث

با استناد به یافته‌های تحقیق نتایج زیر بدست آمد:

رابطه معنادار و مستقیمی بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی وجود دارد. بدین معنا که هرچه زنان جوان شهر اصفهان از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار بوده اند، متناسب با آن میزان سلامت اجتماعی شان افزایش پیدا کرده است. با توجه به فرضیه اصلی بررسی شده نظریه رز و وو مبنی بر تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی مورد تأیید قرار گرفته و تقویت شده است.

رابطه معنادار و مستقیمی بین بعد عاطفی حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی وجود دارد. بدین معنا که هرچه زنان جوان شهر اصفهان از حمایت عاطفی بالاتری برخوردار بوده اند، متناسب با آن میزان سلامت اجتماعی شان افزایش پیدا کرده است.

رابطه معنادار و مستقیمی بین بعد ابزاری حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی وجود دارد. بدین معنا که هرچه زنان جوان شهر اصفهان از حمایت ابزاری بالاتری برخوردار بوده اند، متناسب با آن میزان سلامت اجتماعی شان افزایش پیدا کرده است.

رابطه معنادار و مستقیمی بین بعد اطلاعاتی حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی وجود دارد. بدین معنا که هرچه زنان جوان شهر اصفهان از حمایت اطلاعاتی بالاتری برخوردار بوده اند، متناسب با آن میزان سلامت اجتماعی شان افزایش پیدا کرده است.

رابطه معنادار بین متغیر تحصیلات که یکی از متغیرهای زمینه‌ای ما در این پژوهش است و میزان سلامت اجتماعی زنان جوان وجود دارد یعنی هر اندازه میزان تحصیلات بالاتر بوده میزان سلامت اجتماعی نیز به تبع آن بالاتر بوده است به طوری که ۴۳/۹ درصد افرادی که مدرک تحصیلی آن‌ها کارشناسی بوده از سلامت اجتماعی زیادی برخوردار بوده‌اند در حالیکه فقط ۴/۵ درصد افراد زیر دیپلم سلامت اجتماعی زیادی داشته‌اند و این مورد نظر رز و وو را که معتقدند افراد تحصیل کرده از سطوح بالاتری از حمایت اجتماعی

برخوردارند و همین امر سطح سلامت روانی و اجتماعی آنان را ارتقاء می‌دهد مورد تأیید قرار می‌دهد.

رابطه معنادار و معکوسی بین متغیر سن که یکی دیگر از متغیرهای زمینه‌ای ما در این پژوهش است و میزان سلامت اجتماعی زنان جوان وجود دارد. به طوریکه در گروه (۱۵-۱۸) ۸۵/۳ درصد از سلامت اجتماعی زیادی برخوردار بوده‌اند و در گروه (۲۱-۱۸) ۷۷/۳ درصد از سلامت اجتماعی زیادی برخوردار بوده‌اند. در مقابل افرادی که بین (۲۴-۲۱) بوده‌اند ۷۵ درصد از سلامت اجتماعی زیادی برخوردار بوده‌اند ۲۰/۷ درصد در همین گروه سنی از سلامت اجتماعی کمی برخوردار بوده‌اند بنابراین رابطه معکوسی بین سن و متغیر سلامت اجتماعی وجود دارد. بدین معنا که هرچه سن زنان جوان شهر اصفهان بالاتر بوده است، متناسب با آن نیز میزان سلامت اجتماعی شان کاهش نشان داده است.

در نهایت، بر اساس مهمترین متغیر مستقل تحقیق حاضر یعنی حمایت اجتماعی بیشترین میزان پاسخگویی مربوط به کسانی است که دارای میزان حمایت اجتماعی در حد زیاد هستند که ۴۹/۵ درصد از پاسخگویان را تشکیل می‌دهند و کمترین میزان مربوط به کسانی است که دارای حمایت اجتماعی در حد خیلی زیاد هستند که تنها ۴ درصد از کل پاسخگویان را تشکیل می‌دهند.

در کل، با توجه به نتایج به دست آمده از این پژوهش مشخص گردید که حمایت اجتماعی تأثیر مستقیم و مؤثری بر میزان سلامت اجتماعی زنان جوان شهر اصفهان دارد. در واقع حمایت اجتماعی در ابعاد گوناگون آن شامل حمایت عاطفی، حمایت اطلاعاتی، حمایت ابزاری عامل مؤثری در ارتقاء کیفیت زندگی زنان جوان شهر اصفهان است. بنابراین لازم است مداخلاتی در این خصوص جهت بهبود وضعیت انجام گیرد که به نوعی تقویت کننده و مکمل همدیگر باشند و به طور مستقیم و غیر مستقیم منجر به ارتقای سطح سلامت اجتماعی شوند.

۱. در زمینه حمایت اطلاعاتی اقداماتی از قبیل آموزش مهارت های زندگی در مدارس و دانشگاه‌ها جهت بالا بردن سطح توانایی تصمیم‌گیری، حل مسئله، برقراری رابطه مؤثر و همچنین توانایی خودآگاهی و مقابله با هیجانات و استرس در زنان جوان، پیشنهاد می‌شود.

۲. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که خانواده از نظر منبع حمایت زنان جوان در اولویت اول قرار دارد بنابراین با افزایش سطح آگاهی زنان جوان که مادران آینده نیز هستند باید به آنان آموخت که فضای صمیمانه و دوستانه را در خانواده ایجاد کنند و از مهارت های لازم در این زمینه برخوردار شوند تا با حفظ احترام نسبت به احساسات اعضای خانواده، در مواقع بحران و فشارهای روانی، جو مناسبی را در جهت توجه به نگرانی های دیگر اعضای خانواده به وجود آورند و این امر تنها با افزایش سطح حمایت اطلاعاتی و به دنبال آن حمایت عاطفی امکان پذیر است.

۳. در این پژوهش مشخص شد که بین میزان تحصیلات و سلامت اجتماعی رابطه معنی داری وجود دارد و این بدان معناست، که میزان تحصیلات باعث سلامت اجتماعی می‌شود پس می‌توان بستر سازبهای فرهنگی انجام داد که زنان جوان ادامه تحصیل دهند.

۴. از آن جایی که مشارکت به عنوان یک عامل مؤثر در بهبود روابط اجتماعی افراد شناخته شده است و یکی از متغیرهای سلامت اجتماعی می باشد، بنابراین برنامه ریزان اجتماعی باید فضای مدرسه، دانشگاه، محل کار و... را به گونه‌ای طراحی کنند که زنان جوان به صورت داوطلبانه و خودجوش وارد برنامه‌های مشارکتی شده و حضور خود را فعال تر نمایند، چرا که گستردگی این فعالیت ها باعث می‌شود که زنان روابط خود را در حوزه‌های مختلف فردی، خانوادگی و اجتماعی بهبود بخشند. به واسطه این‌که زنان در فعالیت های اجتماعی مشارکت می‌نمایند فرایند اجتماعی شدن آنان به صورت تکاملی در آمده و بهبود می‌یابد. زیرا بر اساس نظریه اجتماعی شدن مجدد، فرد این قابلیت را دارد

که بتواند خود را تکمیل و اصلاح نماید. با وجود این برنامه ریزان اجتماعی می‌توانند در قالب انواع برنامه‌ها، از این ظرفیت سود جویند. زیرا به واسطه بهبود روابط اجتماعی افراد در حوزه‌های مختلف فردی، خانوادگی و اجتماعی، نه تنها آسیبهای اجتماعی کاهش می‌یابد، بلکه به حفظ نظم و یکپارچگی اجتماعی نیز کمک می‌کند و به وسیله آن جامعه می‌تواند به زندگی خود با اعضای سالم و به‌هنگام ادامه دهد. این برنامه‌ها که به‌صورت مختلف اعم از کلاس‌های روانشناسی، جلسات مشاوره فردی و گروهی و سایر برنامه‌ها برگزار می‌شود، باعث می‌شود که زنان در فرآیند اجتماعی شدن مجدد قرار گیرند و روابط اجتماعی آن‌ها را بهبود بخشد و نحوه گذراندن یک زندگی اجتماعی توأم با آرامش را به زنان بیاموزد (سام آرام، ۱۳۷۵).

۵. به مشکلات مادی، خانوادگی و روحی و روانی مثل استرس و بحران‌های خانوادگی با حضور یک مددکار اجتماعی در مدارس، دانشگاه‌ها، محیط‌های کاری و... رسیدگی شود.

۶. به دلیل آن‌که زنان بیش از مردان عاطفی و احساسی هستند و نیز به دلیل اینکه بیشترین بعد تأثیرگذار بر سلامت اجتماعی در این پژوهش، بعد عاطفی حمایت اجتماعی گزارش شده بهتر است با آگاهی دادن خانواده‌ها سعی شود در خانه، محیطی فراهم شود که گفتگوی صمیمانه همراه با دلسوزی و همدلی جریان داشته باشد تا زنان جوان حمایت عاطفی خود را از محیط خانواده دریافت کنند و دچار آسیب‌های اجتماعی نشوند.

منابع

- آقاملائی، تیمور. (۱۳۸۴). *اصول و کلیات خدمات بهداشتی*. تهران: انتشارات اندیشه‌ی رفیع.
- بهمنی، شیرکوه. (۱۳۸۷). *بررسی ارتباط سرمایه‌ی اجتماعی و حمایت اجتماعی با میزان رضایت شغلی کارکنان بهزیستی استان کردستان*. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی. دانشگاه علامه طباطبائی.
- باقری، اعظم. (۱۳۷۹). *مقایسه سلامت روان و حمایت اجتماعی در زوجین ناباور شهرستان آران و بیدگل*. تهران: مرکز اطلاعات و مدارک علمی ایران.
- تباردرزی، هادی عبدالله. (۱۳۸۶). *بررسی ارتباط سلامت اجتماعی و متغیرهای دموگرافیک اجتماعی دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی*. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی گروه آموزشی مدیریت رفاه اجتماعی.
- روحی، زهرا. (۱۳۸۷). *بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی کارکنان دانشگاه علوم پزشکی کاشان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبائی، دانشکده‌ی علوم اجتماعی.
- سام آرام، عزت‌الله (۱۳۷۵). *فقر عاطفی در خانواده*. انتشارات نقش هستی.
- سارافینو، ادوارد. (۴). *روانشناسی سلامت*. (مترجم، علی احمدی و دیگران، ۱۳۸۴). تهران: انتشارات رشد.
- سجادی، حمیرا و صدرالسادات، سیدجلال. (۱۳۸۴). *شاخص‌های سلامت اجتماعی*. ماهنامه‌ی *اطلاعات سیاسی-اقتصادی*، سال نوزدهم، شماره‌ی ۷ و ۸ (انتشارات مؤسسه‌ی اطلاعات).
- قدسی، علی. (۱۳۸۲). *بررسی جامعه‌شناسی رابطه‌ی بین حمایت اجتماعی و افسردگی*. پایان‌نامه‌ی دکتری جامعه‌شناسی دانشگاه تربیت مدرس.
- کنگرلو، مریم. (۱۳۸۶). *بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیرشاهد دانشکده‌ی علوم اجتماعی دانشگاه علامه*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی.
- کیزی، کرمی، ال، ام، شاپیرو، آرام‌دی. (۲۰۰۴). *سلامت اجتماعی در ایالات متحده، یک همه‌گیرشناسی توصیفی*. (مترجم، حسینی، ۴) انتشارات دانشگاه شیکاگو.

وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی. (۱۳۸۵). *عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت*. معاونت سلامت، دبیرخانه‌ی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت.

Keyes, C. M., Shmotkin, D., & Ryff, D. D. (2004). Optimizing Well-being: the Experimental Encounter of two Traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*.

Larson, j. s. (1996). The World Health Organization Definition Health: Social Versus Spiritual Health. *Social Indicator Research*.

Varrhchio, c. (2001). Relevance of quality of life to clinical nursing practice: Oncology. *Oncology Nursing Novem*.

W. H. O. (2006). *Constitution of the World Health organization*. Geneva, 1946. Accessed October.

Bezner, Janet. Rose. (1995). *The Exploration of physical Health As Component of Wellness*. in Partial Fulfillment of the Requirements of Philosophy, The Faculty Graduate School of The University of The Texas at Austin.

Archive of SID