

بررسی سلامت اجتماعی و چالش‌های آن از دیدگاه زنان روستایی (مورد مطالعه: بخش قلعه‌شاهین در استان کرمانشاه)

سمیه شهبازی^{۱*}، علی اصغر میرک زاده^۲ و امیر حسین علی بیگی^۳

تاریخ پذیرش: ۸ دی ۱۳۹۶

تاریخ دریافت: ۵ دی ۱۳۹۵

چکیده

سلامت اجتماعی در توسعه اجتماعی روستاها به‌ویژه زنان روستایی، در راستای بهزیستی و ارتقای سرمایه اجتماعی و انسانی آنان امری ضروری است. هدف پژوهش حاضر، بررسی میزان سلامت اجتماعی و چالش‌های آن از دیدگاه زنان روستایی در استان کرمانشاه بود. روش تحقیق حاضر، توصیفی-پیمایشی و مبتنی بر روش اسنادی و میدانی (ابزار پرسشنامه) بود. جامعه آماری شامل زنان روستایی بخش قلعه شاهین استان کرمانشاه (۵۵۶۱ نفر) بود که ۲۰۹ نفر از آن‌ها بر اساس جدول بارتلت و همکاران به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای دو مرحله‌ای انتخاب شدند. نتایج نشان داد اکثر افراد مورد مطالعه از میزان سلامت اجتماعی، مهارت ارتباطی و حمایت اجتماعی متوسطی برخوردار بودند. در بین متغیرهای مورد مطالعه تحقیق، تماشای تلویزیون، اوقات فراغت، مهارت ارتباطی و حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی زنان روستایی رابطه معناداری داشتند. در نهایت ۴۹ درصد از واریانس متغیر سلامت اجتماعی زنان روستایی به‌وسیله متغیرهای اوقات فراغت، تماشای تلویزیون و مهارت‌های ارتباطی تبیین شد. به‌منظور شناسایی چالش‌های سلامت اجتماعی از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد و در نهایت پنج چالش اقتصادی، فرهنگی، فردی، نهادی و مدیریتی مشخص گردید. مهم‌ترین چالش، چالش اقتصادی بود که با ۱۳/۴۳ درصد از واریانس کل چالش‌های سلامت اجتماعی را تبیین کرد. از آنجایی که مهارت‌های ارتباطی و سلامت اجتماعی زنان روستایی در حد متوسطی می‌باشد، لذا پیشنهاد می‌شود، پایگاه‌های سلامت اجتماعی سازمان بهزیستی، سازمان ملی جوانان و یا مروجان روستایی به‌عنوان مددکار اجتماعی، با مشارکت زنان روستایی محتوای آموزشی مهارت‌های ارتباطی و ارتقای سلامت اجتماعی را تدوین کنند.

کلمات کلیدی: توسعه اجتماعی، تحلیل عاملی، حمایت اجتماعی، مهارت ارتباطی.

۱- کارشناسی ارشد رشته‌ی ترویج و آموزش کشاورزی، دانشگاه رازی
۲- استادیار گروه ترویج و آموزش کشاورزی، دانشگاه رازی
۳- دانشیار گروه ترویج و آموزش کشاورزی، دانشگاه رازی
(*- نویسنده مسئول: somayeh.shahbazi22@gmail.com)

مقدمه

یکی از مهم‌ترین و ابتدایی‌ترین نیازهای بشر در طول تاریخ، که امروزه در جهان یک حق بشری و هدف اجتماعی شناخته می‌شود، مسأله سلامت است. محور توسعه پایدار، انسان سالم است. رویکردهای انسان‌محور توسعه، برای سلامت ارزش فراوان قائل‌اند و اعتقاد دارند تا سلامت نباشد، افراد، خانواده‌ها، جوامع و ملت‌ها نمی‌توانند به دست‌یافتن به اهداف اجتماعی و اقتصادی امیدی داشته باشند (فتحی و همکاران، ۱۳۹۱). اهمیت توجه به بعد اجتماعی توسعه و همچنین تأکید سازمان بهداشت جهانی بر سلامت اجتماعی، در کنار سلامت فیزیکی، سبب شده است تا امروزه سلامت اجتماعی به دغدغه مشترک جامعه شناسان و برنامه‌ریزان اجتماعی در هر جامعه تبدیل شود (همان).

توجه به منابع انسانی جوامع روستایی به خصوص زنان روستایی که جمعیت قابل توجهی از روستاها را تشکیل می‌دهند، بسیار ضروری است. زنان با زندگی در جوامع روستایی تجربه‌ای متفاوت از تبعیض و محرومیت را می‌چشند، زیرا آنان عهده‌دار فعالیت‌های اقتصادی هستند که منجر به کسب درآمد ملموس نمی‌شود و همین امر سبب می‌گردد تا آنان موقعیت اجتماعی-اقتصادی پایین‌تری پیدا کنند، دسترسی و مالکیت‌شان بر منابع محدود شود (کار و همکاران^۱، ۲۰۰۵). تحقیقات نشان داده است که وضعیت پایین اقتصادی-اجتماعی سبب کاهش تمام ابعاد سلامتی می‌شود زیرا به نظر می‌رسد که زندگی با چنین شرایطی به ادراک خود در جهت ارتقای سلامتی لطمه وارد می‌کند (کییز^۲ ۱۹۹۸). در اغلب نقاط جهان زنان نسبت به مردان محروم‌تر و آسیب‌پذیرترند و در جوامع روستایی این آسیب‌پذیری به نسبت شدیدتر است. زنان با وجود مشارکت در بسیاری از فعالیت‌ها در سطح روستا از جایگاه و رتبه خاص اجتماعی برخوردار نیستند (ویسی و بادسار، ۱۳۸۴). از جمله ویژگی‌های شخصی زنان روستایی که می‌تواند در انزوای اجتماعی آن‌ها دخیل باشد، اعتماد به نفس پایین و مهارت‌های ضعیف اجتماعی است که برقراری روابط پایدار با دیگران را دشوار می‌سازد (مرادی و زمانی، ۱۳۹۲).

در کشور ایران به علت وضعیت نامناسب اقتصادی، نبود برنامه‌ریزی کارآمد و آمار در حال افزایش جرائم و انحرافات وضعیت سلامت اجتماعی جامعه چندان مطلوب به نظر نمی‌رسد (یحیی زاده و رضانی، ۱۳۹۲). با بررسی اطلاعات موجود در مورد ۶ شاخص رشد جمعیت، قتل عمد، فقر، بیکاری، پوشش بیمه و سواد در سال ۱۳۸۶، از ۳۰ استان کشور، استان کرمانشاه از نظر سلامت اجتماعی در جایگاه ۲۶ قرار گرفته و مقدار شاخص سلامت اجتماعی آن ۴/۱۱- برآورد شد (رفیعی و همکاران، ۱۳۸۹).

سلامت اجتماعی یکی از شاخص‌های توسعه اجتماعی محسوب می‌گردد. اهتمام به این پدیده در بین زنان روستایی در راستای ارتقای شاخص‌های زندگی اجتماعی روستاییان از جمله سرمایه اجتماعی، حمایت، رفاه اجتماعی، مشارکت اجتماعی، کاهش آسیب‌های اجتماعی و غیره بسیار ضروری است. بر این اساس توجه به فرایندهای کنش-های متقابل، جامعه‌پذیری، نهادینه کردن هنجارها و ارزش‌ها، مشارکت در برنامه‌ریزی‌های محلی و غیره به بهترزیستن

1- Kaur et al
2- Keyes

زنان روستایی کمک می‌کند (شربتیان، ۱۳۹۳).

تلقی پژوهشگر چنین است که پژوهش حاضر، دست کم در مورد یک جامعه خاص (زنان روستایی) سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن را مورد واکاوی قرار دهد و بدین طریق بتواند راه را برای تلاش‌های بعدی جهت تدوین برنامه‌ای در راستای افزایش سلامت اجتماعی زنان روستایی بگشاید. اطلاع از وضعیت سلامت اجتماعی زنان می‌تواند مبنای برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های مناسب در جهت اصلاح وضعیت و پیشرفت زنان قرار گیرد. لذا هدف کلی این پژوهش بررسی سلامت اجتماعی و چالش‌های آن از دیدگاه زنان روستایی بخش قلعه شاهین واقع در استان کرمانشاه می‌باشد.

مفهوم سلامت اجتماعی، مفهومی است که در کنار ابعاد جسمی و روانی سلامت مورد توجه قرار گرفته است، جنبه اجتماعی آن را با محور قرار دادن فرد مورد بررسی قرار می‌دهد. از نظر لارسون (۱۹۹۳) سلامت اجتماعی ارزیابی فرد از کیفیت روابطش با خانواده، دیگران و گروه‌های اجتماعی است و در واقع شامل پاسخ‌های درونی فرد نسبت به محرک‌ها و احساسات، تفکرات و رفتارهایی است که نشانگر رضایت یا عدم رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی است (لارسون، ۱۹۹۳).

نگارنده برآن است در این پژوهش تجربه‌های فردی زنان روستایی را در ارتباط با جامعه انعکاس دهد که نظریه سلامت اجتماعی کبیز، منعکس‌کننده ارزیابی شخص از تجربه‌های اجتماعی است. کبیز معتقد است که ادبیات مربوط به سلامت اجتماعی در بعد فردی محدود است. وی در یک تحلیل عاملی گسترده پیشنهاد می‌دهد، سلامت اجتماعی افراد از پنج جزء زیر تشکیل شده است (شکل ۱):



شکل ۱- ابعاد سلامت اجتماعی کبیز (کبیز، ۱۹۹۸).

۱- شکوفایی اجتماعی: منظور این است که جامعه به شکل مثبت در حال رشد است. شکوفایی اجتماعی بدین معنی است که در یک جامعه شرایط جامعه رشد و شکوفایی وجود دارد و انسان‌ها می‌توانند از پتانسیل‌هایی که جامعه

برای وی فراهم کرده است بهره بگیرند و شرایط را به نفع خود تطبیق دهند (عبدالله تبار و همکاران، ۱۳۸۸). بر این اساس افرادی که در جوامع روستایی زندگی می‌کنند می‌توانند از پتانسیل‌هایی که در خود و محیط افراد می‌بینند به نحوه مطلوب استفاده کنند.

۲- انطباق (همبستگی) اجتماعی: کیفیت، سازماندهی و عملکرد دنیای اجتماعی در این بعد مورد نظر است. یک روستایی سالم از نظر اجتماعی سعی می‌کند تا در مورد دنیای اطراف خود اطلاعات بیشتری کسب کند تا بتواند خود را با دیگران که همان جامعه و خارج از او هستند تطبیق دهد. در واقع نام دیگر این بعد انطباق اجتماعی است. اعتقاد به این که اجتماع یک پدیده قابل فهم، منطقی و قابل پیش‌بینی است و در حقیقت درکی که فرد نسبت به سازمان‌دهی و اداره دنیای اجتماعی اطراف خود دارد (نیسک و رز، ۱۳۸۸). در واقع زنانی که در سطح زندگی اجتماعی و خانوادگی جامعه روستایی خود احساس نمایند که جزئی از جامعه هستند و با دیگران احساس مشترکی دارند و می‌توانند خود را با جامعه تطبیق دهند و برای توسعه‌مندی و پایداری آن تلاش نمایند (شربتیان، ۱۳۹۳).

۳- پذیرش اجتماعی: منظور از پذیرش اجتماعی، پذیرش دیگران، اعتماد به خوب‌بودن دیگران و نگاه مثبت به ماهیت انسان‌ها است که همگی آن‌ها باعث می‌شود فرد در کنار سایر اعضای جامعه انسانی احساس راحتی کند. کسانی که دیگران را می‌پذیرند به این درک رسیده‌اند که افراد به‌طور کلی سازنده هستند. پذیرش دیگران در جامعه می‌تواند به سلامت اجتماعی بیانجامد (هزار جریبی و صفری شالی، ۱۳۹۱). در واقع زنان روستایی در زندگی اجتماعی و خانوادگی خود نگرش مثبتی به خود و دیگر افراد اجتماع دارند.

۴- مشارکت اجتماعی: از بعد سلامت اجتماعی این شاخص عبارت از «این احساسی که افراد چیزهای با ارزشی برای ارائه به جامعه دارند. این تفکر که فعالیت‌های روزمره آن‌ها به وسیله جامعه ارزش‌دهی می‌شود. درحقیقت مشارکت اجتماعی باوری است که طبق آن فرد خود را عضو اجتماع می‌داند و فکر می‌کند چیز ارزشمندی برای عرضه دارد. این افراد تلاش می‌کنند تا در دنیایی که صرفاً برای آنان ارزش قائل است سهیم باشند» (سام آرام، ۱۳۸۸).

۵- انسجام اجتماعی: انسجام اجتماعی فرد، کیفیت روابط وی در جامعه و گروه‌های اجتماعی است. فرد سالم احساس می‌کند که بخشی از اجتماع است و خود را با دیگرانی که واقعیت اجتماعی را می‌سازند سهیم می‌داند (عبدالله تبار و همکاران، ۱۳۸۸). انسجام اجتماعی هم‌چنین نوعی احساس ارتباط، گرایش و تعامل با دیگران است و منظور آن «احساس مسئولیت متقابل بین چند نفر یا چند گروه است که از آگاهی و اراده برخوردار باشند» (بیرو، ۱۹۸۷؛ بدری و همکاران، ۱۳۹۳).

حسینی (۱۳۸۷) در پژوهشی به "بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان و عوامل مؤثر بر آن" پرداخت. نتایج نشان داد که میزان سلامت اجتماعی جامعه آماری در سطح متوسط است. بین میزان مهارت‌های ارتباطی و میزان سلامت اجتماعی، میزان باورهای مذهبی و میزان سلامت اجتماعی و میزان پایگاه اقتصادی-اجتماعی و میزان سلامت اجتماعی رابطه معنی‌داری وجود دارد. اما بین نحوه گذران اوقات فراغت و میزان سلامت اجتماعی رابطه‌ای مشاهده نشد.

عمده تحقیقات به موانع مشارکت اجتماعی که یکی از ابعاد سلامت اجتماعی کبیز می‌باشد و یا این‌که به طور کلی به چالش‌های سلامت زنان پرداخته‌اند و تا آن جایی که نویسنده اطلاع دارد مطالعه‌ای که به طور خاص به تحلیل چالش‌های سلامت اجتماعی زنان روستایی بپردازد وجود نداشت از این رو محقق با محدودیت‌هایی مواجه شد لذا تنها به تعدادی از مطالعات که به موانع مشارکت اجتماعی و چالش‌های سیاست‌گذاری سلامت زنان پرداخته، اشاره می‌شود. میرک‌زاده و همکاران (۱۳۸۹) در مطالعه‌ای با عنوان "واکاوی موانع مشارکت زنان روستایی در برنامه‌های آموزشی و ترویجی" نشان دادند، مهم‌ترین موانع مشارکت زنان روستایی، بعد فرهنگی می‌باشد. آداب و رسوم و اعتقادات سنتی حاکم بر منطقه روستایی، اشتغال زنان به فعالیت‌های سخت، تربیت فرزندان، بی‌سوادی یا کم‌سوادی زنان، عدم رضایت همسر جهت حضور در برنامه‌های آموزشی-ترویجی و تمسخر و ایراد اهالی از مهم‌ترین عوامل مورد شناسایی در این مطالعه بود.

فرزدی و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهشی چالش‌های مهم سیاست‌گذاری و اجرایی سلامت زنان، شامل: فقدان تحقیقات بین‌رشته‌ای در زمینه سلامت زنان، فقدان نظام اطلاعات منسجم و عدم امکان دسترسی به آمار و داده‌های پژوهشی معتبر، ضعف تحلیل و کاربردی نبودن نتایج تحقیقات، نبود ارتباط مناسب بین محققان با مسئولان برنامه‌های سلامت زنان، بودجه ناکافی و عدم نیازسنجی در سطوح مختلف می‌باشد.

شیری (۱۳۹۰) در پژوهشی به بررسی «میزان سلامت اجتماعی افراد کم‌توان جسمی- حرکتی و عوامل مؤثر بر آن در شهر تهران» پرداخته است. یافته‌های پژوهش وی نشان می‌دهد که بین میزان مهارت‌های ارتباطی و میزان سلامت اجتماعی افراد، رابطه معنی‌داری وجود دارد. همچنین بین میزان حمایت‌های اجتماعی دریافت شده و میزان سلامت اجتماعی، میزان حمایت‌های عاطفی دریافت‌شده و میزان سلامت اجتماعی و میزان حمایت‌های اطلاعاتی دریافت شده و میزان سلامت اجتماعی افراد، رابطه معنی‌داری وجود دارد. در ضمن طی بررسی صورت‌گرفته مشخص شد که بین میزان پایگاه اجتماعی- اقتصادی و میزان سلامت اجتماعی افراد و بین نحوه گذراندن اوقات فراغت و میزان سلامت اجتماعی نیز رابطه معنی‌داری برقرار است.

در مطالعه امینی رارانی و همکاران (۱۳۹۰) با عنوان "بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی جوانان ۱۸-۲۹ ساله شهر نقده" نتایج نشان داد که بین متغیرهای مستقل پایگاه اجتماعی- اقتصادی، مهارت‌های ارتباطی، چگونگی گذران اوقات فراغت و کیفیت زندگی با متغیر وابسته سلامت اجتماعی رابطه معنی‌داری وجود دارد. در این میان متغیرهای اقتصادی- اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی تا حد زیادی توانسته‌اند واریانس سلامت اجتماعی جوانان را تبیین کنند. همچنین هزار جریبی و عین‌الدین (۱۳۹۰) در پژوهش خود رابطه نحوه گذران اوقات فراغت و سلامت اجتماعی را بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که میزان اوقات فراغت با فعالیت‌های اجتماعی و عملی- جسمانی بر سلامت اجتماعی افراد تأثیر مثبتی دارد.

زارع (۱۳۹۰) نیز به بررسی رابطه میان میزان سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار و نوع سرپرستی آن‌ها در شهر ری پرداخت، نتایج نشان داد بین متغیرهای سن، نوع سکونت، مدت زمان سرپرستی و میزان تحصیلات با کل سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار ارتباط معنی‌داری وجود ندارد. یحیی زاده و رضانی (۱۳۹۲) نیز به بررسی

میزان سلامت اجتماعی و عوامل اجتماعی مؤثر بر زنان سرپرست خانوار در شهرستان قروه پرداخت. یافته‌ها نشان داد بین سلامت اجتماعی (و ابعاد آن که شامل ۵ بعد است) زنان سرپرست خانوار و غیرسرپرست تفاوت وجود دارد. هم-چنین نتایج تحقیق شربتیان و طوافی (۱۳۹۴) نشان داد، میزان سلامت اجتماعی جوانان این شهر در حد متوسط رو به بالا می باشد و ارتباط معنی داری بین متغیرهای جمعیت‌شناختی (سن و پایگاه اقتصادی و اجتماعی) با سلامت اجتماعی وجود دارد. هم‌چنین بین سلامت اجتماعی جوانان متأهل و مجرد تفاوت بود اما بین سلامت اجتماعی افراد در گروه‌های سنی مختلف تفاوت معنی داری وجود نداشت.

در مطالعه لوری و کریستین^۱ (۲۰۱۵)، ۹ عامل که عوامل اجتماعی سلامت را تبیین می‌کنند، عبارت‌اند از: ۱- زندگی در فقر ۲- بیکاری مداوم ۳- ازدست‌دادن کار ۴- نبود امکانات حمل و نقل ۵- استرس ۶- احساس محرومیت ۷- نیاز به حمایت اجتماعی ۸- استفاده از مواد مخدر ۹- عدم مراقبت‌های بهداشتی. براومن و گوتلیب^۲ (۲۰۱۴) نیز در مطالعه‌ای با عنوان "تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت"، اذعان می‌دارند، عواملی هم‌چون پیشرفت تحصیلی و پایگاه اقتصادی-اجتماعی بالا، از جمله عوامل اجتماعی است که با سلامت و انتخاب سبک زندگی سالم ارتباط دارد. در مقابل، ضعف پایگاه اقتصادی-اجتماعی از جمله فقر، عدم دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی، محیط فیزیکی ناسالم و محرومیت مادی از جمله عوامل اجتماعی است که با نابرابری سلامت در ارتباط می باشد.

مک دونالد و همکاران^۳ (۲۰۱۳) در مطالعه‌ای نشان دادند، در ایالات متحده و چین کارگرانی که از سرمایه اجتماعی بیشتری برخوردار بودند، از اختلال سلامت کمتر و وضعیت حرفه‌ای بهتری برخوردار باشند. پاول^۴ (۲۰۱۲) در پژوهشی به ارتباط بین عملکردهای ارتباطی، سلامت اجتماعی و معنوی بر کیفیت زندگی بیماران پرداخته است. نتایج به‌دست آمده نشان داد که همبستگی مثبت و قوی بین سلامت اجتماعی و معنوی، عملکردهای ارتباطی و کیفیت زندگی وجود دارد. سلامت معنوی به‌طور معنی داری ۵ درصد واریانس کیفیت زندگی را تبیین کرده است؛ اگرچه به لحاظ آماری معنی دار نبوده است.

تحقیق سانگ و ژانگ^۵ (۲۰۱۱) روی دانشجویان چینی نشان داد که فعالیت جسمانی به‌طور مؤثری سلامت اجتماعی دانشجویان را بهبود می‌بخشد. هرچه میزان فعالیت بیشتر باشد میزان سلامت اجتماعی نیز بیشتر ارزیابی می‌شود. هانتز و همکاران^۶ (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای با عنوان "مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در سطح محلی"، نشان دادند که مشارکت اجتماعی، ارتباطات در جامعه، مسکن نامناسب، فقر و بیکاری، از جمله عوامل مؤثر بر سلامت در سطح محلی هستند. سنه و همکاران^۷ (۲۰۱۱) نیز در مطالعه خود با عنوان "ادراک سرمایه اجتماعی و خطر ایدز در جوامع روستایی آفریقایی تبار آمریکا" نشان دادند که نقاط قوت زندگی در جوامع روستایی، از جمله افزایش انسجام،

1 - Laurie and Christine
2 - Braveman and Gottlieb
3 - Mc Donald et al
4 - Paul
5 - Song and Zhang
6 - Hunter et al
7 - Cene et al

روابط خانوادگی و بین فردی، ارزش‌های فرهنگی مشترک، محرومیت اجتماعی (عدم حمایت اجتماعی)، احتمال در معرض خطر قرار گرفتن ابعاد سلامت را کاهش می‌دهند.

در ادامه به عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی که در مطالعات محققان این زمینه اشاره شده است، پرداخته می‌شود:

پایگاه اقتصادی-اجتماعی

پایگاه اقتصادی-اجتماعی شاخصی ترکیبی است که تجربه کاری و موقعیت اجتماعی-اقتصادی فرد را نسبت به دیگر افراد در جامعه خود بیان می‌دارد (مارموت^۱، ۲۰۰۴). وضعیت اقتصادی-اجتماعی بر سلامت انسان مؤثر شناخته شده است و برای اکثر مردم جهان وضعیت سلامت در درجه اول با میزان پیشرفت اقتصادی-اجتماعی یعنی درآمدسرانه، سطح آموزش، تغذیه، اشتغال، مسکن، نسبت سرباری، بعد خانواده، میزان افزایش جمعیت و غیره تعیین می‌شود (سجادی و صدرالسادات، ۱۳۸۳).

وضعیت تأهل

تأهل از این جهت حائز اهمیت است که افراد می‌توانند با انتخاب دقیق و صحیح، همسری را انتخاب کنند که در لحظات اضطراب از آنان حمایت عاطفی و اخلاقی نمایند (حاتمی، ۱۳۸۹).

مهارت‌های ارتباطی

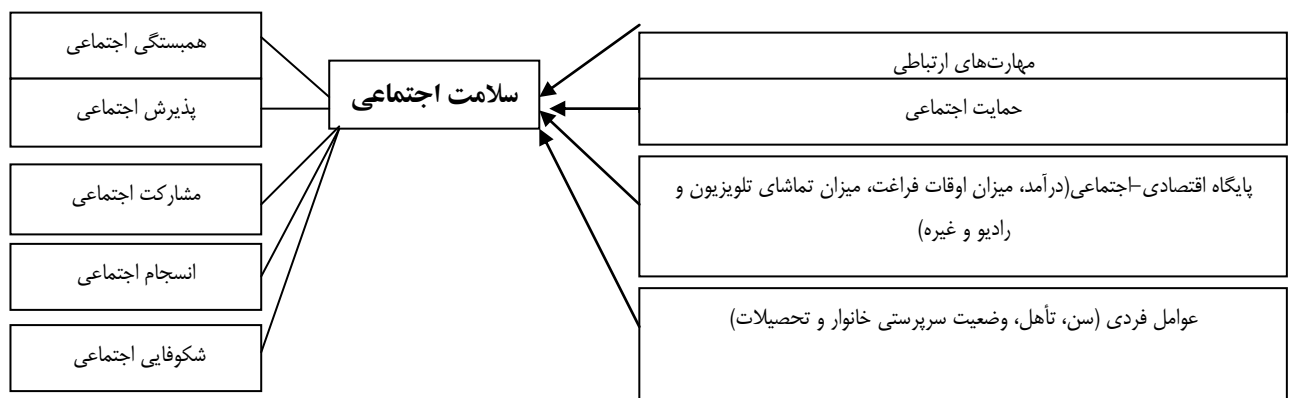
از دیگر فرایندهای مؤثر بر سلامت اجتماعی که نقش بارزی در زندگی شهروندان جامعه دارد، بهره‌مندی از مهارت‌های ارتباطی و تعاملی است. از طریق رفتار متقابل اجتماعی است که افراد شخصیت خود را می‌سازند و شیوه‌های زندگی جمعی و دانش، مهارت الگوهای رفتاری لازم را کسب می‌کنند (حاتمی، ۱۳۸۹). ماتسون (۱۹۹۰) معتقد است که مهارت‌های ارتباطی رفتارهایی هستند که رشد آن‌ها می‌تواند بر روابط بین افراد از یک سو و سلامت اجتماعی آنان و نیز عملکرد مفید و مؤثر در اجتماع از سوی دیگر، تأثیر داشته باشند (ماتسون، ۱۹۹۰؛ حاتمی، ۱۳۸۹).

حمایت اجتماعی

حمایت اجتماعی، صرف‌نظر از این که فرد تحت تأثیر استرس و فشارهای روانی باشد یا نه، باعث می‌شود فرد از تجارب منفی زندگی پرهیز کند و این امر، اثرات سودمندی بر سلامتی دارد (درنتی و همکاران^۲، ۲۰۰۶). لذا مطابق آن‌چه در مبانی نظری ارائه شد، چارچوب مفهومی تحقیق به صورت شکل ۲ می‌باشد:

هدف اصلی این پژوهش، بررسی سلامت اجتماعی زنان روستایی بخش قلعه‌شاهین در استان کرمانشاه می‌باشد. اهداف اختصاصی تحقیق عبارت‌اند از:

- ۱- بررسی ویژگی‌های فردی و جایگاه اقتصادی - اجتماعی زنان روستایی
- ۲- بررسی میزان سلامت اجتماعی زنان روستایی
- ۳- بررسی میزان حمایت اجتماعی زنان روستایی
- ۴- بررسی میزان مهارت‌های ارتباطی زنان روستایی
- ۵- تحلیل چالش‌های دستیابی به سلامت اجتماعی از دیدگاه زنان روستایی
- ۶- بررسی رابطه بین متغیرهای فردی (ویژگی‌های فردی و جایگاه اقتصادی - اجتماعی، حمایت اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی) با سلامت اجتماعی زنان روستایی
- ۷- بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان روستایی



شکل ۲- چارچوب مفهومی تحقیق

مواد و روش‌ها

جامعه آماری در این پژوهش، شامل تمام زنان روستایی ۱۵-۶۰ سال بخش قلعه‌شاهین شهرستان سرپل ذهاب بود که تعداد آن‌ها ۵۵۶۱ نفر می‌باشد. جهت تعیین حجم نمونه تحقیق از جدول بارتلت و همکاران^۱ (۲۰۰۳) استفاده شد. با توجه به حجم جامعه (۵۵۶۱ نفر) تعداد نمونه ۲۰۹ نفر تعیین شد. در تحقیق حاضر از روش نمونه‌گیری دو مرحله‌ای و جهت برآورد اعضاء از فن انتساب متناسب بهره گرفته شد. بدین صورت که ابتدا از پنج دهستان شهرستان سرپل ذهاب دو دهستان سراب و دهستان قلعه‌شاهین انتخاب شدند در مرحله دوم، دو دهستان انتخاب شده به

1- Barttlet et al

تفکیک هر دهستان ۵۰ درصد (به دلیل تعمیم‌پذیری بالا، ۵۰ درصد روستاها انتخاب شده است) روستاهای آن دهستان‌ها برگزیده شدند و در پایان به تناسب جمعیت زنان در هر روستا، افراد نمونه، تصادفی برگزیده شدند.

ابزار جمع‌آوری داده‌های تحقیق پرسشنامه بود. به منظور سنجش سلامت اجتماعی (متغیر وابسته)، از پرسشنامه استاندارد سلامت اجتماعی کیزی (۱۹۹۸) با اعمال تغییرات در گویه‌ها استفاده شد و جهت سنجش ویژگی‌های فردی، پایگاه اقتصادی-اجتماعی، میزان حمایت اجتماعی و میزان مهارت‌های ارتباطی و چالش‌های دستیابی به سلامت اجتماعی از پرسشنامه محقق‌ساخته بهره گرفته شد. بعد از تکمیل، ۲۰۹ پرسشنامه در بین جامعه آماری توزیع گردید که همه پرسشنامه‌ها به‌طور کامل جمع‌آوری شد اما از این تعداد ۱۸۷ پرسشنامه بی‌نقص و تکمیل شده وجود داشت.

پرسشنامه سلامت اجتماعی کیزی (۱۹۹۸) به دلیل اعمال تغییرات در گویه‌ها، مجدداً روایی آن مورد بررسی قرار گرفت که با استفاده از نظرات پانل متخصصان شامل رشته‌های ترویج و آموزش کشاورزی، جامعه‌شناسی و توسعه روستایی روایی پرسشنامه تأیید شد. به منظور پایایی تحقیق پیش‌آزمون به عمل آمد. بدین ترتیب که تعداد ۳۰ نسخه از پرسشنامه توسط بخشی از نمونه آماری تکمیل گردید و سپس ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه به تفکیک سازه‌ها در جدول زیر ارائه و مورد تأیید واقع شد. ابزار تحلیل داده‌ها نرم افزار SPSS₂₀ بود و برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین، مد و انحراف معیار) بهره گرفته شد. جهت دسته‌بندی چالش‌های پیش روی زنان روستایی در دستیابی به سلامت اجتماعی از تحلیل عاملی اکتشافی بهره گرفته شد. به منظور رعایت پیش‌شرط‌های تحلیل عاملی اکتشافی از دو شاخص KMO و آزمون بارتلت استفاده شد. برای تفسیرپذیر کردن عامل‌ها، از روش چرخش واریماکس استفاده شد و در ماتریس به‌دست آمده هر متغیری که بار بیشتری بر یک عامل داشته باشد، بدان تعلق می‌گیرد. همچنین از آمار استنباطی (ضرایب همبستگی اسپیرمن و پیرسون و رگرسیون خطی چندمتغیره) بهره گرفته شد. به منظور بررسی روابط بین متغیرهای نسبی از ضریب همبستگی پیرسون و به‌منظور بررسی روابط بین متغیرهای ترتیبی از ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد. داشتن همبستگی و رابطه بین متغیرهای مستقل و متغیر وابسته پیش شرط استفاده از آن متغیر در تحلیل رگرسیونی است سپس در رگرسیون چندمتغیره، متغیرهای مستقل باید متغیرهای اسمی و یا مجازی باشند که دارای همبستگی با متغیر وابسته هستند لذا این نکته در تحقیق حاضر مدنظر قرار گرفت و متغیرهای ترتیبی نیز به متغیر مجازی تبدیل شد و وارد تحلیل رگرسیونی شدند. یکی دیگر از مفروضات استفاده از رگرسیون، استقلال خطاها (تفاوت میان مقادیر واقعی و پیش‌بینی شده توسط رگرسیون) است برای سنجش این امر از آماره دوربین - واتسون استفاده می‌شود که مقدار این آماره در بازه ۱/۵ تا ۲/۵ قرار دارد که در صورت قرارداشتن مقدار این آماره در بازه مطلوب می‌توان نتیجه‌گیری کرد که خطاها از یکدیگر مستقل بوده و می‌توان از مدل رگرسیونی استفاده کرد. سپس به‌منظور بررسی این‌که متغیرهای مستقل در تحلیل رگرسیونی بر یکدیگر تأثیر نمی‌گذارند به‌منظور بررسی هم خطی از شاخص‌های تولرانس^۱ و عامل تورم واریانس^۲ استفاده می‌شود.

1- Tolerance

2 - Variance Inflation Factor (VIF)

جدول ۱- پایایی از طریق ضرایب آلفای کرونباخ

مقیاس	تعداد گویه‌ها	آلفای کرونباخ
شکوفایی اجتماعی	۷	۰/۷۶
انسجام اجتماعی	۷	۰/۷۴
انطباق اجتماعی	۶	۰/۷۵
پذیرش اجتماعی	۷	۰/۷۵
مشارکت اجتماعی	۶	۰/۷۹
چالش‌های دستیابی به سلامت اجتماعی	۲۵	۰/۸۵
مهارت‌های ارتباطی	۱۷	۰/۷۸

نتایج و بحث

ویژگی‌های فردی و جایگاه اقتصادی - اجتماعی زنان روستایی

نتایج تحقیق نشان داد که ۳۲/۱ درصد زنان روستایی دارای تحصیلات لیسانس و بالاتر و ۳۵/۸ درصد نیز بین سنین ۲۷ تا ۳۹ سالگی قرار داشتند. میانگین درآمد ماهیانه خانوار پاسخگویان ۱۱۰۰۱۶۰ تومان می‌باشد. هم‌چنین نتایج بیانگر آن است که ۶۱/۵ درصد زنان روستایی دارای شغل خانه‌داری و اکثریت پاسخگویان سرپرست خانوار نبوده ۸۸/۲ درصد و کمتر از ۵ ساعت در روز ۶۸/۴ درصد اوقات فراغت دارند. هم‌چنین اکثریت آنان ۴۵/۵ درصد به تماشای تلویزیون و ۹۰/۴ درصد آنان کمتر از یک ساعت در روز به رادیو گوش می‌دهند و تعداد اعضای خانوار اکثریت افراد مورد مطالعه ۶۲/۶ درصد بین ۳ تا ۶ نفر بوده و اکثریت در هیچ کدام از تشکلهای روستایی فعالیت نداشتند (جدول ۲).

بررسی میزان سلامت اجتماعی زنان روستایی

با توجه به یافته‌های تحقیق، میانگین کل ابعاد سلامت اجتماعی (میانگین ۳/۱۵۷) بوده که نشان‌دهنده آن است، سلامت اجتماعی زنان روستایی در سطح متوسطی می‌باشد.

بررسی میزان حمایت اجتماعی زنان روستایی

بر اساس یافته‌های تحقیق، میانگین حمایت اجتماعی ۱/۸۶۷ و انحراف معیار ۰/۶۶۱ می‌باشد که نشان‌دهنده آن- است، زنان روستایی از حمایت اجتماعی ضعیفی برخوردار هستند. در بین ابعاد حمایت اجتماعی، بیشتر افراد مورد مطالعه (۵۸/۳ درصد) از حمایت عاطفی متوسطی برخوردارند و در بعد حمایت مادی و اطلاعاتی بیشتر افراد به- ترتیب ۶۲ درصد و ۴۷/۱ درصد از حمایت مادی و اطلاعاتی کمی برخوردار بودند.

بررسی میزان مهارت‌های ارتباطی زنان روستایی

باتوجه به یافته‌های تحقیق، ارزش خود را دانستن (عزت نفس) ۳/۹۱، درک پیام‌های غیرکلامی دیگران (میانگین ۳/۸۱) و دشوار نبودن ابراز خوشحالی (میانگین ۳/۷۹) از جمله مهارت‌های ارتباطی بود که زنان روستایی به خوبی آن را ایفا می‌کردند. درک صحبت‌های دیگران (میانگین ۳/۷۷)، بی‌تعصب بودن نسبت به نظرات و ارزش‌های دیگران (میانگین ۳/۵۸) و دشوار نبودن ابراز ناراحتی (میانگین ۳/۵۵) از جمله مهارت‌های ارتباطی بودند که در اولویت‌های بعدی قرار گرفتند. در مجموع میانگین کل گویه‌های مهارت ارتباطی ۳/۴۳ و انحراف معیار کل ۱/۰۶۵ می‌باشد که می‌توان گفت میزان مهارت‌های ارتباطی زنان روستایی در سطح متوسطی می‌باشد.

جدول ۲- ویژگی‌های فردی و جایگاه اقتصادی - اجتماعی زنان روستایی				
متغیر	طبقات	فراوانی	درصد	نما
سطح تحصیلات	بی سواد	۲۷	۱۴/۴	
	ابتدایی	۲۱	۱۱/۲	
	راهنمایی	۱۷	۹/۱	لیسانس و بالاتر
	دیپلم	۴۶	۲۴/۶	
	فوق دیپلم	۱۶	۸/۶	
	لیسانس و بالاتر	۶۰	۳۲/۱	
سن	۱۵ تا ۲۷	۶۳	۳۳/۷	
	۲۷ تا ۳۹	۶۷	۳۵/۸	۳۹ تا ۲۷ سال
	۳۹ تا ۵۱	۳۵	۱۸/۷	
	۵۱ تا ۶۳	۲۲	۱۱/۸	
	میانگین = ۳۴/۵			انحراف معیار = ۱۱/۹۴
درآمد ماهانه خانوار (تومان)	۷۶۰۰۰۰ تا ۳۰۰۰۰۰	۴۱	۲۱/۹	
	۱۳۲۰۰۰۰ تا ۱۲۷۶۰۰۰	۹۴	۵۰/۳	
	۱۸۸۰۰۰۰ تا ۱۶۳۲۰۰۰۰	۲۵	۱۳/۴	۱۳۲۰۰۰۰ - ۷۶۰۰۰۰
	۲۴۴۰۰۰۰ تا ۱۸۸۰۰۰۰	۲۳	۱۲/۳	
	۳۰۰۰۰۰۰ تا ۲۴۴۰۰۰۰	۴	۲/۱	انحراف معیار = ۵۶۴۰۹۵
	میانگین = ۱۱۰۰۱۶۰			
شغل	خانه‌داری	۱۱۵	۶۱/۵	خانه‌داری
	کشاورزی	۳۶	۱۹/۳	
	صنایع دستی	۳۰	۱۶/۱	
	دانش آموز	۱۰	۵/۳	
	دانشجو	۱۳	۷	
سرپرست خانوار	کارمند	۱۴	۷/۵	
	بلی	۲۲	۱۱/۸	خیر
	خیر	۱۶۵	۸۸/۲	
	کمتر از ۵ ساعت در روز	۱۲۸	۶۸/۴	
	۵-۱۰ ساعت	۵۰	۲۶/۷	کمتر از ۵ ساعت در روز
میزان اوقات فراغت و استراحت	۱۰-۱۵ ساعت	۷	۳/۷	
	۱۵-۲۰ ساعت	۲	۱/۱	
	کمتر از ۲ ساعت	۸۵	۴۵/۵	کمتر از ۲ ساعت در طول شبانه‌روز
	۲ تا ۴ ساعت	۶۲	۳۳/۲	
	۴ تا ۶ ساعت	۳۰	۱۶	
ساعات تماشای تلویزیون	۶ تا ۸ ساعت	۱۰	۵/۳	
	کمتر از ۱ ساعت	۱۶۹	۹۰/۴	کمتر از ۱ ساعت در طول شبانه‌روز
	۱ تا ۳ ساعت	۱۲	۶/۴	
	۳ تا ۵ ساعت	۵	۲/۷	
	۵ ساعت و بیشتر	۱	۰/۵	
عضویت در تشکل‌های روستایی	تعاونی	۸	۴/۳	
	دهیاری و شورای اسلامی	۲	۱/۱	
	بسیج روستایی	۴۲	۲۲/۵	هیچ کدام
	صندوق اعتبارات خرد زنان	۴	۲/۱	
	هیچ کدام	۱۳۱	۷۰/۱	
تعداد اعضای خانوار	۱-۳ نفر	۳۳	۱۷/۶	
	۳-۶ نفر	۱۱۷	۶۲/۶	۳-۶ نفر
	۶-۹ نفر	۳۵	۱۸/۷	
	بیشتر از ۹ نفر	۲	۱/۱	
	میانگین = ۴/۹			انحراف معیار = ۱/۸۲

منبع: یافته‌های تحقیق.

شناسایی چالش‌های سلامت اجتماعی زنان روستایی

به منظور تشخیص مناسب بودن داده‌ها برای تحلیل عاملی از دو شاخص KMO و آزمون بارتلت استفاده شد. از آن‌جا که شاخص $KMO=0/788$ و بیش از $0/70$ می‌باشد و مقدار آزمون بارتلت $2024/23$ بود که در سطح یک درصد معنی‌دار شد، لذا با 99 درصد اطمینان می‌توان گفت که داده‌ها برای تحلیل عاملی مناسب تشخیص داده شد (جدول ۶). نتایج تحلیل عاملی نشان‌داد که عامل اقتصادی با $19/56$ درصد تبیین واریانس کل، بیش‌ترین سهم و عامل مدیریتی با $8/02$ درصد، کم‌ترین سهم را در تبیین واریانس کل (چالش‌های دستیابی به سلامت اجتماعی) دارند. در پژوهش حاضر، در مجموع ۵ عامل شناسایی شد که واریانسی برابر با $62/10$ درصد را تبیین می‌کند (جدول ۳).

جدول ۳- تحلیل عاملی اکتشافی موانع دستیابی به سلامت اجتماعی

عامل	مقدار ویژه	واریانس	درصد واریانس تجمعی
۱	۴/۸۸	۱۹/۵۶	۱۹/۵۶
۲	۳/۲۲	۱۲/۸۷	۳۲/۴۳
۳	۲/۷۱	۱۰/۸۷	۴۳/۳
۴	۲/۶۹	۱۰/۷۸	۵۴/۰۸
۵	۲/۰۰	۸/۰۲	۶۲/۱۰

KMO=0/788 آزمون بارتلت=2024/23 sig=0/00

در چالش اقتصادی کمبود فرصت‌های شغلی در بین زنان و دختران روستایی با بار عاملی $(0/744)$ بیش‌گوترین گویه در تبیین چالش‌های سلامت اجتماعی زنان روستایی می‌باشد لذا این گویه با بیش‌ترین بار عاملی، نام عامل را رقم می‌زند. در ادامه به ترتیب گویه‌های عدم اعتماد اجتماعی با بار عاملی $(0/721)$ ناامنی اجتماعی و محدودیت حضور زنان در اداره امور با بار عاملی $(0/619)$ ، چندنقش و مسئولیت داشتن زنان با بار عاملی $(0/605)$ ، پایین بودن سطح سواد یا بی‌سوادی زنان روستایی با بار عاملی $(0/509)$ و بی‌سوادی یا تحصیلات پایین والدین با بار عاملی $(0/506)$ چالش مذکور را رقم می‌زنند.

در چالش فرهنگی، تلقین به دختران که وظیفه‌شان خانه‌داری و نگهداری از همسر و فرزندان است با بار عاملی $(0/819)$ بیش‌گوترین گویه در تبیین چالش‌های سلامت اجتماعی زنان روستایی می‌باشد. در ادامه به ترتیب گویه‌های تربیت دختران برای پیروبودن نه مدیرشدن و ریاست با بار عاملی $(0/778)$ ، عدم رضایت همسر برای شرکت زنان در فعالیت‌های اجتماعی با بار عاملی $(0/673)$ ، تمسخر و ایراد اهالی روستا به برخی از فعالیت‌های اجتماعی با بار عاملی $(0/624)$ و نابرابری مرد و زن در حقوق و عرف با بار عاملی $(0/534)$ چالش مذکور را رقم می‌زنند.

در چالش فردی، بی‌علاقگی به شرکت در شبکه‌ها و انجمن‌های اجتماعی با بار عاملی $(0/724)$ بیش‌گوترین گویه در تبیین چالش‌های سلامت اجتماعی زنان روستایی می‌باشد. در ادامه به ترتیب گویه‌های عدم روحیه استقلال-طلبی و وابستگی زنان روستایی به مردان در انجام امور رایج و بیماری‌های جسمی به ترتیب با بار عاملی $(0/724)$ و $(0/641)$ چالش فردی را در دستیابی به سلامت اجتماعی رقم می‌زنند.

چالش چهارم، چالش نهادی است که مانع ظهور سلامت اجتماعی در زنان روستایی می‌شود. عدم مشارکت

نهادهای محلی در برنامه ریزی و اجرای یک دوره آموزشی با بارعاملی (۰/۸۰۱)، عدم نیازسنجی قبل از اجرای دوره-های آموزشی با بار عاملی (۰/۷۷۴) و عدم وجود سازمان‌های غیردولتی یا انجمن‌های صنفی محلی برای دفاع از حقوق زنان با بارعاملی (۰/۷۲۹) چالش نهادی را رقم می‌زند.

چالش آخر، مدیریتی است. در واقع فقدان آگاهی در خصوص سلامت اجتماعی (۰/۷۷۳) و عدم وجود متولی مشخص برای بهبود سلامت اجتماعی زنان روستایی با بارعاملی (۰/۵۳۷) ناشی از مدیریت ناکارآمد سلامت اجتماعی است.

جدول ۴- چالش‌های دستیابی به سلامت اجتماعی زنان روستایی

چالش‌ها	متغیر	بار عاملی
اقتصادی	کمبود فرصت‌های شغلی برای دختران و زنان روستایی	۰/۷۴۴
	عدم اعتماد اجتماعی (عدم اعتماد زنان به یکدیگر و مردان به زنان)	۰/۷۲۱
	ناامنی اجتماعی و محدودیت حضور زنان در اداره امور	۰/۶۱۹
	چندنقش و مسئولیت‌داشتن زنان	۰/۶۰۵
	پایین بودن سطح سواد یا بی‌سوادی زنان روستایی	۰/۵۰۹
فرهنگی	بی‌سوادی یا تحصیلات پایین والدین	۰/۵۰۶
	تلقین به دختران که وظیفه‌شان خانه‌داری و نگهداری از همسر و فرزندان است	۰/۸۱۹
	تربیت دختران برای پیرو بودن نه مدیر شدن و ریاست	۰/۷۷۸
	عدم رضایت همسر برای شرکت زنان در فعالیت‌های اجتماعی	۰/۶۷۳
	تمسخر و ایراد اهالی روستا به برخی از فعالیت‌های اجتماعی	۰/۶۳۴
فردی	نابرابری مرد و زن در حقوق و عرف	۰/۵۳۴
	بی‌علاقگی به شرکت در شبکه‌ها و انجمن‌های اجتماعی	۰/۷۲۴
	عدم روحیه استقلال‌طلبی و وابستگی زنان روستایی به مردان در انجام امور رایج زندگی	۰/۷۱۵
	بیماری‌های جسمی	۰/۶۴۱
	عدم مشارکت نهادهای محلی در برنامه‌ریزی و اجرای یک دوره آموزشی	۰/۸۰۱
مدیریتی	عدم نیازسنجی قبل از اجرای دوره آموزشی	۰/۷۷۴
	عدم وجود سازمان‌های غیردولتی یا انجمن‌های صنفی محلی برای دفاع از حقوق زنان	۰/۷۲۹
	فقدان دانش و آگاهی زنان در خصوص سلامت اجتماعی	۰/۷۷۳
	عدم وجود متولی مشخص برای بهبود سلامت اجتماعی زنان	۰/۵۳۷

مقیاس (۱. خیلی کم، ۲. کم، ۳. بی‌نظر، ۴. زیاد، ۵. خیلی زیاد)

بررسی رابطه بین متغیرهای فردی (ویژگی‌های فردی و جایگاه اقتصادی - اجتماعی، حمایت اجتماعی و مهارت-های ارتباطی) با سلامت اجتماعی زنان روستایی

قبل از بررسی عوامل مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی زنان روستایی، ابتدا باید همبستگی بین متغیرهای مستقل با میزان سلامت اجتماعی زنان روستایی بررسی شود. همان‌طور که در جدول (۵) نشان داده شده بین سن، میزان درآمد ماهیانه، سطح تحصیلات، تعداد اعضای خانواده، میزان گوش‌دادن به رادیو و حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی از لحاظ آماری رابطه معنی‌داری وجود ندارد. در بین متغیرهای تحقیق، میزان تماشای تلویزیون ($\text{sig}=0/04$ ، $r=0/10$)، میزان اوقات فراغت ($\text{sig}=0/01$ ، $r=0/18$)، میزان حمایت اجتماعی ($\text{sig}=0/00$ ، $r=0/20$)، میزان مهارت ارتباطی ($\text{sig}=0/00$ ، $r=0/38$) با میزان سلامت اجتماعی زنان روستایی در سطح ۹۵ درصد اطمینان (۵ درصد خطا) ارتباط

معنی‌داری وجود داشت (جدول ۵). به‌منظور بررسی تفاوت میانگین بین وضعیت تأهل و وضعیت سرپرستی خانوار زنان روستایی با سلامت اجتماعی آنان از آزمون T دوگروه مستقل استفاده شد که طبق این آزمون سلامت اجتماعی زنان روستایی متأهل و مجرد از نظر آماری با هم تفاوت معنی‌داری نداشت اما بین سلامت اجتماعی زنان روستایی سرپرست و غیرسرپرست خانوار با اطمینان ۹۵ درصد ($\text{sig}=0/02$) تفاوت معنی‌داری وجود داشته و زنان روستایی غیرسرپرست خانوار از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردار بودند (جدول ۶). بنابراین تنها متغیرهایی که دارای ارتباط معنی‌دار با میزان سلامت اجتماعی بودند به‌عنوان متغیرهای مستقل در تحلیل رگرسیونی وارد شدند.

جدول ۵- جدول ضرایب همبستگی متغیرها با سلامت اجتماعی

متغیر	نوع ضرایب همبستگی	ضریب همبستگی	سطح معنی‌داری
سن	پیرسون	-۰/۰۵	۰/۴۵
میزان درآمد ماهیانه	پیرسون	۰/۰۷	۰/۳۰
سطح تحصیلات	اسپیرمن	-۰/۰۴	۰/۵۸
تعداد اعضای خانواده	پیرسون	-۰/۰۱	۰/۸۰
میزان اوقات فراغت	پیرسون	۰/۱۸°	۰/۰۱
میزان تماشای تلویزیون	پیرسون	۰/۱۰°	۰/۰۴
میزان گوش‌دادن به رادیو	پیرسون	۰/۰۳	۰/۶۵
حمایت اجتماعی	اسپیرمن	۰/۲۰°	۰/۰۰
مهارت‌های ارتباطی	اسپیرمن	۰/۲۸°	۰/۰۰

* سطح معنی‌داری ۰/۰۵ می‌باشد. منبع: یافته‌های تحقیق.

جدول ۶- آزمون تفاوت میانگین سلامت اجتماعی برحسب متغیر وضعیت سرپرستی خانوار و تأهل

متغیر	وضعیت	تعداد	میانگین	مقدار t	سطح معنی‌داری
وضعیت سرپرستی خانوار	سرپرست خانوار	۲۲	۱۰۴/۹۵	۰/۴۹	۰/۰۲°
	غیرسرپرست خانوار	۱۶۵	۱۰۵/۱۶		
وضعیت تأهل	متأهل	۱۱۱	۱۰۵/۴۷	۱/۱۶	۰/۲۴
	مجرد	۷۶	۱۰۲/۷۷		

* سطح معنی‌داری ۰/۰۵ می‌باشد. منبع: یافته‌های تحقیق.

بررسی عوامل فردی موثر بر سلامت اجتماعی زنان روستایی

با توجه به مقادیر Tolerance و VIF که در جدول ۷ ارائه شده، متغیرهای مدل رگرسیونی دارای مقادیر مناسب و فاقد هم‌خطی بودند. همان‌گونه که در جدول زیر ملاحظه می‌شود، رابطه بین متغیرهای مستقل و وابسته ($R=0/7$) می‌باشد (ضریب همبستگی چندگانه). به منظور بررسی استقلال خطاها (تفاوت میان مقادیر واقعی و پیش‌بینی شده توسط رگرسیون) در رگرسیون از آماره دوربین - واتسون^۱ استفاده شد. از آن‌جا که مقدار این آماره در بازه ۱/۵ تا ۲/۵ قرار دارد می‌توان نتیجه‌گیری کرد که خطاها از یکدیگر مستقل بوده و می‌توان از مدل رگرسیونی استفاده کرد. ضریب تبیین (R^2) نیز نشان می‌دهد که متغیرهای مستقل (میزان اوقات فراغت، میزان تماشای تلویزیون، مهارت‌های

ارتباطی)، توان تبیین ۴۹ درصد از تغییرات متغیر وابسته یعنی میزان سلامت اجتماعی زنان روستایی را دارند و در بین متغیرهای مستقل تنها متغیر حمایت اجتماعی ($Sig=0/41$) در سطح ۵ درصد خطا معنی‌دار نبوده و بر متغیر وابسته (میزان سلامت اجتماعی) مؤثر نمی‌باشد اما بقیه متغیرهای مستقل در سطح معنی‌داری ۵ درصد معنی‌دار شدند و بر سلامت اجتماعی مؤثر هستند که مقادیر آن‌ها در جدول زیر ارائه شد. لذا بر اساس جدول ۷ مقادیر B ضرایب معادله رگرسیونی را تشکیل داده و معادله رگرسیون خطی میزان سلامت اجتماعی زنان روستایی پژوهش حاضر را می‌توان به شرح زیر نوشت:

$$\text{میزان سلامت اجتماعی} = 67/72 + 1/04 \times \text{میزان اوقات فراغت} + 1/54 \times \text{میزان تماشای تلویزیون} + 0/804 \times \text{مهارت ارتباطی}$$

با توجه به مقدار بتا در جدول ۷ از بین متغیرهای معادله رگرسیونی، به ترتیب داشتن مهارت‌های ارتباطی ($0/50$)، میزان اوقات فراغت ($0/20$) و میزان تماشای تلویزیون ($0/17$) بیش‌ترین تأثیر را بر متغیر وابسته (میزان سلامت اجتماعی) دارند.

جدول ۷- جدول ضرایب متغیرهای مستقل

متغیرها	مقدار B	بتا	T	Sig	VIF	Tolerance
ضریب ثابت	۶۷/۷۲	-	۹/۳	۰/۰۰		
حمایت اجتماعی	۰/۲۹	۰/۳۶	۰/۸۱	۰/۴۱	۱/۵۰	۰/۶۶
میزان اوقات فراغت	۱/۰۴	۰/۲۰	۳/۲۰	۰/۰۰	۱/۰۶	۰/۹۴
میزان تماشای تلویزیون	۱/۵۴	۰/۱۷	-۲/۷۳	۰/۰۰	۱/۰۶	۰/۹۴
مهارت ارتباطی	۰/۸۰	۰/۵۰	۸/۲۴	۰/۰۰	۱/۰۰	۰/۹۹
Ad R ² =۰/۴۷	R ² =۰/۴۹	R=۰/۷۰	F=۲۷/۶۹	Sig=۰/۰۰		دوربین واتسون= ۱/۷۴

منبع: یافته‌های تحقیق.

* سطح معنی‌داری ۰/۰۵ می‌باشد.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با رویکردی متفاوت جهت بررسی میزان سلامت اجتماعی و چالش‌های آن از دیدگاه زنان روستایی، در استان کرمانشاه تدوین یافت. ضمن آن که در خلال پژوهش، عوامل مؤثر و مرتبط با سلامت اجتماعی زنان روستایی نیز مشخص گردید. آن‌چه پژوهش حاضر را از سایر پژوهش‌های حوزه سلامت اجتماعی متمایز می‌کند جامعه آماری خاص آن است چرا که در پژوهش‌های میدانی گذشته، آشنایی هم‌چون: معلمان، دانشجویان و غیره مورد توجه بوده است اما در پژوهش حاضر به قشر فراموش شده یعنی زنان روستایی پرداخته شده است.

آنچه جلوه‌گر ارزش و اهمیت خاص پژوهش حاضر می‌باشد آنست که در پژوهش‌های پیشین (داخلی و خارجی) تاکنون مطالعه‌ای درمورد چالش‌های سلامت اجتماعی (سلامت اجتماعی با توجه به ابعاد روانشناختی کیبیز) وجود نداشته است لذا یافته‌های تحقیق حاضر در خصوص چالش‌های زنان روستایی در دستیابی به سلامت اجتماعی، یافته‌ای نوین و حائز اهمیت می‌باشد. هم‌چنین در پژوهش‌های خارجی پیشین بیشتر به عوامل تعیین‌کننده اجتماعی سلامت و یا تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت به‌طور کلی پرداخته‌اند به‌عبارتی شاخص‌ها و عوامل اجتماعی عینی

سلامت را بیشتر مدنظر قرار داده‌اند (مانند: فقر، بیکاری، پایگاه اقتصادی-اجتماعی و غیره). حال آن که پژوهش حاضر، عوامل ذهنی و روانشناختی سلامت اجتماعی زنان روستایی را مورد توجه قرار می‌دهد.

افراد مورد مطالعه بیان داشتند که در زمینه مادی، عاطفی و اطلاعاتی و مشاوره‌ای بیشتر از طرف اعضای خانواده خود مورد حمایت قرار می‌گیرند شاید علت این مسأله کم‌رنگ شدن روابط اجتماعی در دنیای امروزی باشد. لذا بدیهی است در حلقه حمایت اجتماعی تنها از حمایت خانواده‌هایشان برخوردار گردند. اکثر افراد مورد مطالعه از میزان حمایت اجتماعی متوسطی برخوردار بودند. در بین ابعاد حمایت اجتماعی، بیشتر افراد از حمایت عاطفی متوسط و از حمایت مادی و اطلاعاتی کمی برخوردار بودند. در واقع شغل اکثر زنان روستایی خانه‌داری بوده که کار پنهان و بدون مزدی را داشتند و از طرفی در هیچ تشکل روستایی عضویت نداشتند، لذا بدیهی است که پشتوانه‌ای جهت دریافت حمایت مادی و اطلاعاتی نداشته باشند. همچنین نتایج حاصل از میزان مهارت‌های ارتباطی پاسخگویان نشان داد که اکثریت پاسخگویان از میزان مهارت ارتباطی در سطح متوسطی برخوردارند. شاید اگر زنان روستایی در تشکل‌های روستایی عضویت داشتند ضمن مشارکت اجتماعی از توانایی برقراری ارتباطات مؤثر نیز برخوردار می‌شدند. همین مسأله موجب می‌شود زنان روستایی به دلیل نداشتن مهارت‌های ارتباطی مؤثر اعتمادبه‌نفس لازم جهت شروع ارتباط با افراد اجتماع را ندارند و کیفیت ارتباطات اجتماعی دستخوش تغییرات نامطلوبی می‌شود چنانچه زنان روستایی از میزان سلامت اجتماعی متوسطی برخوردار بودند.

بررسی عوامل مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی زنان روستایی نشان داد که مهارت ارتباطی، اوقات فراغت و تماشای تلویزیون به ترتیب بیش‌ترین تأثیر را بر سلامت اجتماعی دارند. در واقع جهت برقراری روابطی سالم و سازگارانه با دیگران، داشتن مهارت‌های ارتباطی امری ضروری است. همچنین تلویزیون به‌عنوان یک کانال ارتباطی در افزایش دانش و آگاهی افراد در زمینه‌های مختلف به‌ویژه در زمینه سلامت اجتماعی نقش بسزایی دارد، لذا تأثیر آن بر میزان سلامت اجتماعی غیرقابل انکار است. داشتن اوقات فراغت و تماشای تلویزیون، سلامت اجتماعی را بیشتر تقویت کرده‌اند. در واقع زنان روستایی با داشتن اوقات فراغت فرصت بیشتری برای حضور در جامعه و ایفای نقش اجتماعی دارند. از این رو نتایج تحقیق حاضر با نتیجه تحقیق هزارجریبی و عین‌الدین (۱۳۹۰) که نشان دادند، میزان اوقات فراغت با فعالیت‌های اجتماعی و عملی- جسمانی بر سلامت اجتماعی افراد تأثیر مثبتی دارد، همچنین با مطالعه امینی رارانی و همکاران (۱۳۹۰) که نشان داد مهارت‌های ارتباطی واحد زیادی توانسته‌اند سلامت اجتماعی جوانان را تبیین کنند، مطابقت دارد.

بین مهارت ارتباطی، تماشای تلویزیون، اوقات فراغت و حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی زنان روستایی ارتباط مثبت معنی‌داری وجود داشت. به عبارتی هرچه افراد از حمایت اجتماعی، مهارت‌های ارتباطی، وقت مناسب برای فراغت و میزان بالایی از تماشای تلویزیون برخوردار باشند از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردار هستند. نتیجه حاضر با نتایج تحقیق حسینی (۱۳۸۷) که نشان داد بین میزان مهارت‌های ارتباطی دانشجویان با میزان سلامت اجتماعی آن‌ها رابطه معنی‌داری وجود دارد و با نتیجه تحقیق شیری (۱۳۹۰) بین میزان مهارت‌های ارتباطی و میزان سلامت اجتماعی افراد کم‌توان جسمی- حرکتی رابطه معنی‌داری وجود دارد؛ و با نتیجه تحقیق امینی رارانی و همکاران (۱۳۹۰) که نشان داد بین مهارت‌های ارتباطی و سلامت اجتماعی جوانان شهر نقده رابطه معنی‌داری وجود دارد، هم-

خوانی دارد.

نتایج تحقیق حاضر بیانگر آن بود که بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی رابطه معنی‌داری وجود دارد. از این-رو نتیجه حاضر با نتیجه تحقیق شیری (۱۳۹۰) که نشان‌داد بین میزان حمایت‌های اجتماعی دریافت شده و میزان سلامت اجتماعی افراد کم‌توان جسمی- حرکتی، رابطه معنی‌داری وجود دارد، مطابقت دارد.

هم‌چنین تحقیق حاضر نشان‌داد بین تحصیلات، سن و میزان سلامت اجتماعی زنان روستایی ارتباط معنی‌داری وجود ندارد، لذا نتیجه حاضر با نتیجه تحقیق زارع (۱۳۹۰) که نشان‌داد بین متغیرهای سن و میزان تحصیلات با کل سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار ارتباط معنی‌داری ندارد، مطابقت دارد اما با نتایج تحقیق شربتیان و طوافی (۱۳۹۴) که اذعان داشتند ارتباط معنی‌داری بین متغیرهای سن و پایگاه اقتصادی-اجتماعی با سلامت اجتماعی وجود دارد، مغایرت دارد. هم‌چنین طبق نتایج تحقیق شربتیان و طوافی (۱۳۹۴) بین سلامت اجتماعی جوانان متأهل و مجرد تفاوت بود در حالی که نتایج تحقیق حاضر، گویای این مطلب بود که بین سلامت اجتماعی زنان روستایی متأهل و مجرد تفاوتی دیده نمی‌شود شاید دلیل مغایرت تحقیق حاضر با مطالعه مذکور، تفاوت در جامعه‌های مورد مطالعه باشد.

نتایج تحقیق حاضر هم‌چنین نشان‌داد، بین سلامت اجتماعی زنان روستایی سرپرست خانوار و غیرسرپرست خانوار تفاوت معنی‌داری وجود دارد و زنان روستایی غیرسرپرست خانوار از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردار بودند. به نظر می‌رسد زنان روستایی غیرسرپرست خانوار به دلیل داشتن شریک زندگی و پشتوانه‌ای محکم کمتر با فشارهای مالی و عاطفی و اجتماعی مواجه بوده و از آنجایی که در تحقیق حاضر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی مؤثر واقع شد لذا زنان روستایی غیرسرپرست خانوار که حمایت اجتماعی بالاتری نسبت به زنان روستایی سرپرست خانوار دارند، از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردارند. نتیجه حاضر با نتیجه تحقیق یحیی زاده و رضانی (۱۳۹۲) که نشان‌داد بین سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار و غیرسرپرست تفاوت وجود دارد، همسو می‌باشد.

چالش‌های دستیابی به سلامت اجتماعی زنان روستایی عبارت بودند از: چالش اجتماعی، فرهنگی، فردی، سازماندهی-برنامه‌ریزی و مدیریتی. در این بین، چالش اجتماعی بیش‌ترین سهم و چالش مدیریتی کم‌ترین سهم را در تبیین چالش‌های دستیابی به سلامت اجتماعی زنان روستایی دارا بود.

در چالش اقتصادی کمبود فرصت‌های شغلی در بین زنان و دختران روستایی با بار عاملی (۰/۷۴۴) بیش‌گوترین گویه در تبیین چالش‌های سلامت اجتماعی زنان روستایی می‌باشد لذا این گویه با بیش‌ترین بار عاملی، نام عامل را رقم می‌زند. به دنبال ازدست‌دادن فرصت‌های شغلی در بین زنان و دختران روستایی، محدودیت حضور زنان در اداره امور و عدم اعتماد و باور نداشتن توانایی‌های زنان توسط دیگران بالاخص مردان، چالش مذکور را رقم می‌زند. جدی نگرفتن ایده‌ها و باور نداشتن توانایی‌های زنان روستایی بیشتر بعد انسجام اجتماعی و به تبع سلامت اجتماعی آنان را در معرض خطر قرار می‌دهد و با گذشت زمان انزوای اجتماعی آنان را فراهم می‌آورد. از طرفی چندنقش و مسئولیت داشتن زنان روستایی، فرصت ایفای نقش اجتماعی را از آنان سلب می‌کند و بی‌سوادی و کم‌سوادی زنان روستایی و یا والدین‌شان این تلقی را در آنان ایجاد می‌کند که فعالیت ارزنده‌ای برای عرضه به جامعه ندارند که همین مسئله می-

تواند منجر به کاهش اعتماد به نفس در آن‌ها شود. با این اوصاف چالش اقتصادی چالش مهمی در ارتقای سلامت اجتماعی است که نباید نسبت به آن بی‌تفاوت بود.

چالش فرهنگی، شامل تمسخر و ایراد اهالی روستا و یا بعضاً نارضایتی همسران زنان روستایی یا پدران دختران روستایی به شرکت در فعالیت‌های اجتماعی بوده که محدودیت حضور آنان را در اداره امور رقم می‌زند. طبق چالش مذکور، در حقوق و عرف بین زنان و مردان نابرابری وجود دارد. به نظر می‌رسد در جامعه مورد مطالعه فرهنگ مردسالاری غالب باشد چرا که باور اشتباهی در مورد دختران روستایی وجود دارد این است، دختران باید پیرو تصمیمات مردان خانواده باشند و به آنان تلقین می‌شود وظیفه‌شان تنها خانه‌داری و نگهداری از همسر است. لذا نتیجه حاضر با تأثیر گرفتن از نتیجه مطالعه میرک‌زاده و همکاران (۱۳۸۹) که نشان داد، مهم‌ترین موانع مشارکت زنان روستایی، موانع فرهنگی می‌باشد، مطابقت دارد. در واقع میرک‌زاده و همکاران (۱۳۸۹) نشان دادند که آداب و رسوم و اعتقادات سنتی حاکم بر منطقه روستایی، اشتغال زنان به فعالیت‌های سخت و تربیت فرزندان، بی‌سوادی یا کم‌سوادی زنان، عدم رضایت همسر جهت حضور در برنامه‌های آموزشی-ترویجی و تمسخر و ایراد اهالی از مهم‌ترین موانع فرهنگی مورد شناسایی بود که با نتایج تحقیق حاضر همسو می‌باشد.

چالش سوم، چالش‌های فردی است. بی‌علاقگی زنان روستایی به شرکت در انجمن‌های اجتماعی، وابستگی زنان روستایی به مردان در انجام امور زندگی و بیماری‌های جسمی عوامل فردی هستند که مانع ظهور سلامت اجتماعی در زنان روستایی می‌شود.

چالش چهارم، نهادی است. همان‌طور که در بیان مسئله نیز اشاره شد، سرفصل‌های آموزشی متنوعی (آموزش مهارت‌های زندگی و غیره) برای همه روستاهای بخش قلعه شاهین از پیش تدوین شده است اما به دلیل عدم همکاری نهادهای روستایی تنها در یک روستا این آموزش‌ها استمرار پیدا کرد. نتایج پژوهش حاضر نیز نشان داد که عدم مشارکت نهادهای محلی در برنامه‌ریزی و اجرای یک دوره آموزشی و عدم نیازسنجی قبل از اجرای دوره‌های آموزشی، چالش نهادی را رقم می‌زند. لذا نتیجه حاضر با الهام گرفتن از نتایج تحقیق فرزندی و همکاران (۱۳۸۷) که نشان داد یکی از چالش‌های سیاست‌گذاری و اجرایی سلامت زنان، عدم نیازسنجی در سطوح مختلف می‌باشد، مطابقت دارد.

چالش آخر، مدیریتی است. در واقع عدم وجود متولی مشخص برای بهبود سلامت اجتماعی زنان و فقدان آگاهی در خصوص سلامت اجتماعی، ناشی از مدیریت ناکارآمد در خصوص سلامت اجتماعی است که توجه جدی مسئولان امر را می‌طلبد.

پیشنهادات

از آنجایی که سلامت اجتماعی زنان روستایی در سطح متوسطی می‌باشد، پیشنهاد می‌شود که سازمان‌های مرتبط با سلامت اجتماعی زنان روستایی از قبیل؛ پایگاه‌های سلامت اجتماعی سازمان بهزیستی، سازمان ملی جوانان، معاونت امور اجتماعی شهرداری و یا مروجان روستایی به‌عنوان مددکار اجتماعی، با مشارکت زنان روستایی محتوای

آموزشی مهارت‌های ارتباطی و راه‌های ارتقای سلامت اجتماعی را تدوین کنند.

برای ارتقاء سلامت اجتماعی زنان روستایی پیشنهاد می‌شود دفتر مشترک ترویج کشاورزی و سازمان‌های مرتبط با سلامت اجتماعی (از جمله سازمان بهزیستی) با محوریت ترویج و آموزش کشاورزی شکل گیرد و مروجان زن روستایی در زمینه سلامت اجتماعی آموزش داده شوند.

از آن‌جا که تلویزیون بر ارتقای سلامت اجتماعی ارتباط مؤثر می‌باشد، پیشنهاد می‌شود برای ارتقاء سلامت اجتماعی زنان روستایی در سازمان صدا و سیما، دفتر برنامه‌های زنان روستایی شکل گیرد.

از آن‌جایی که سلامت اجتماعی زنان روستایی سرپرست خانوار پایین می‌باشد و یکی از چالش‌های پیش روی سلامت اجتماعی زنان روستایی کمبود فرصت‌های شغلی می‌باشد، لذا پیشنهاد می‌گردد سازمان‌های متولی توانمندسازی زنان روستایی (سازمان بهزیستی، سازمان جهاد کشاورزی و غیره) برنامه‌های ارتقای توانمندسازی زنان سرپرست خانوار به‌ویژه در زمینه توسعه مشاغل خانگی را فراهم آورند چرا که این قشر از افراد جامعه معمولاً با کمبود منابع مالی مواجه هستند.

هم‌چنین پیشنهاد می‌گردد جهت واکاوی دقیق‌تر چالش‌های سلامت اجتماعی زنان روستایی در تحقیقات آتی عوامل بازدارنده و پیش برنده سلامت اجتماعی با رویکرد کیفی بررسی شود.

منابع

- امینی رارانی، م.، موسوی، م. ط. و رفیعی، ح. ۱۳۹۰. رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی در ایران. فصلنامه علمی-پژوهشی رفاه اجتماعی، ۱۱ (۴۲): ۲۰۳-۲۲۸.
- بدری، ع.، رمضان‌نژاد، ی. و استحکام، ح. ۱۳۹۳. سنجش مؤلفه‌های مؤثر بر سرمایه اجتماعی در سکونتگاه‌های روستایی (مطالعه موردی: سکونتگاه‌های روستایی دهستان اسالم). جغرافیا و پایداری محیط، ۱۲: ۱۳-۲۶.
- حاتمی، پ. ۱۳۸۹. بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تأکید بر شبکه‌های اجتماعی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد. مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی.
- حسینی، ف. ۱۳۸۷. بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان و عوامل مؤثر بر آن، پایان‌نامه کارشناسی ارشد. مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی.
- خبرگزاری مهر. ۱۳۹۵. شناسه خبر: ۳۶۰۳۴۰۹. قابل دسترسی در: <http://www.mehrnews.com>، آخرین دسترسی: ۱۲ اردیبهشت ۱۳۹۵.
- رفیعی، ح.، سمیعی، م.، امینی رارانی، م. و اکبریان، م. ۱۳۸۹. سلامت اجتماعی در ایران: از تعریف اجتماع‌مدار تا شاخص شواهدمدار. فصلنامه مسائل اجتماعی ایران، ۲: ۳۱-۵۱.

- زارع، ف. ۱۳۹۰. بررسی رابطه بین میزان سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار و نوع سرپرستی آن‌ها. پایان نامه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی.
- سام آرام، ع. ا. ۱۳۸۸. بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه‌محور. فصلنامه علمی - پژوهشی انتظام اجتماعی، ۱(۱): ۹-۲۹.
- سجادی، ح. و صدرالسادات، س. ج. ۱۳۸۳. شاخص‌های سلامت اجتماعی. مجله سیاسی-اقتصادی، ۱۹(۳۰۴): ۲۴۴-۲۵۳.
- شربتیان، م. ح. ۱۳۹۳. ضرورت سلامت اجتماعی زنان در توسعه روستایی. اولین همایش ملی زن و توسعه پایدار روستایی. ۲۳ مهر ۱۳۹۳، دانشگاه فردوسی مشهد، هسته پژوهشی مطالعات جغرافیایی روستاهای خراسان و انجمن علمی جغرافیا و برنامه ریزی توسعه روستایی ایران، مشهد.
- شربتیان، م. ح. و طوافی، پ. ۱۳۹۴. تحلیل جامعه‌شناختی ارزیابی ذهنی جوانان از شاخص‌های سلامت اجتماعی (مطالعه موردی جوانان شهرستان قاین خراسان جنوبی). فصلنامه مطالعات جامعه‌شناختی جوانان، ۶(۱۸): ۳۲-۹.
- شیری، م. ۱۳۹۰. بررسی میزان سلامت اجتماعی افراد کم‌توان جسمی-حرکتی و عوامل مؤثر بر آن در شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- عبدالله‌تبار، ه.، کلدی، ع.، محقق‌کیما، ح.، ستاره‌فروزان، ا. و صالحی، م. ۱۳۸۸. بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، ۸(۳۰ و ۳۱): ۱۷۱-۱۸۹.
- فتحی، م.، عجم‌نژاد، ر. و خاک‌رنگین، م. ۱۳۹۱. عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی معلمان شهر مراغه. فصلنامه علمی-پژوهشی رفاه اجتماعی، ۱۲(۴۷): ۲۲۵-۲۴۳.
- فرزندی، ف.، احمدی، ب. و علی‌محمدیان، م. ۱۳۹۰. چالش‌های سیاست‌گذاری و اجرایی سلامت زنان و راهکارهای ارتقای آن: یک رویکرد کیفی براساس دیدگاه صاحب‌نظران، فصلنامه پایش، ۱۱(۱): ۱۱۵-۱۲۵.
- مرادی، گ. و زمانی، م. ۱۳۹۲. بررسی نقش هراس اجتماعی در انزوای اجتماعی زنان روستایی (مورد مطالعه: روستای دالاهو). پژوهش‌های راهبردی امنیت و نظم اجتماعی، ۳(۱): ۹۵-۱۱۵.
- میرک‌زاده، ع. ا.، علی‌آبادی، و. و شمس، ع. ۱۳۸۹. واکاوی موانع مشارکت زنان در برنامه‌های آموزشی و ترویجی، فصلنامه روستا و توسعه، ۱۳(۲): ۱۴۷-۱۶۵.
- نیک‌وزر، ط. ۱۳۸۸. بررسی سرمایه اجتماعی با میزان سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان. پایان نامه کارشناسی ارشد گروه علوم اجتماعی دانشکده علوم اقتصادی و اجتماعی دانشگاه کرمان.

- ویسی، ه. و بادسار، م. ۱۳۸۴. بررسی عوامل مؤثر بر نقش اجتماعی زنان در فعالیتهای روستایی (مطالعه موردی: استان کردستان). فصلنامه روستا و توسعه، ۸ (۴): ۱۹-۴۲.
- هزارجریبی، ج. و صفری شالی، ر. ۱۳۹۱. بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی جوان ۱۸ تا ۲۹ ساله شهر نقده. آناتومی رفاه اجتماعی، انتشارات جامعه و فرهنگ، تهران.
- هزارجریبی، ج. و ارفعی عین‌الدین، ر. ۱۳۹۰. اوقات فراغت و سلامت اجتماعی. فصلنامه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، ۱۰: ۳۹-۶۳.
- یحیی زاده، ح. و رضانی، م. ۱۳۹۲. سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن (مطالعه موردی: زنان سرپرست خانوار شهر قروه). فصلنامه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، ۱۶: ۶۸-۱۰۲.
- Bartlett, J. E., Kotlik, J. W. and Higgins, C. C. 2001. Organizational research: Determining appropriate sample size in survey research, *Information Technology, Learning, and Performance Journal*, 19(1): 43- 50.
- Braveman, P. and Gottlieb, L. 2014. The social determinants of health: It's time to consider the causes of the causes. *Public Health Reports*, 129(2): 19-31.
- Cene, C. W., Akers, A. Y., Lloyd, S. W., Albritton, T., Hammond, W. P. and Corbie-Smith, G. 2011. Understanding social capital and HIV risk in rural African American communities. *Journal of General Internal Medicine*, 26(7): 737-744.
- Drentea., P, Clay, O.J, Roth, D.L. and Mittelman, M.S. 2006. Predictors of Important in Social Support, *Social Sciences and Medicine*, 63: 957-67.
- Hunter, B. D., Neiger, B. and West, J. 2011. The importance of addressing social determinants of health at the local level: The case for social capital. *Health and Social Care in the Community*, 19(5): 522-530.
- Kaur, A., Sherbinin, A., Toure, A. and Jensen, L. 2005. *Economic Empowerment of Women*, United Nations Population, New York 10017(UNPF).
- Keyes, C. L. M. 1998. Social Well-being, *Social Psychology Quarterly*, (61): 121-141.
- Larson, J.S. 1996. the World Organization Definition of Health Social versus Spiritual Health, *Social Indicator Research*, 38.
- Laurie, S. A. and Christine, L. 2015. Influences of social determinants of health on african americans living with HIV in the rural southeast: A qualitative meta-synthesis. *Journal Of The Association Of Nurses In AIDS Care*, 26(4): 340-356. Available in <http://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2015.03.004>.
- Marmot, M. 2004. *The Status Syndrome: How Social Standing Affects Our Health and Longevity*, New York: Owl Books, 319 pp.

- McDonald, S., Chen, F. and Crowley, M. 2013. Social capital in the workplace and health disruptions: A cross-national investigation: A study of the United States, China and Taiwan. New York: Rutledge.
- Prince-Paul, M .2012. Relationships among communicative acts, social well-being, and spiritual well-being on the quality of life at the end of life in patients with cancer enrolled in hospice, *Journal of Palliative Medicine*, 11(1): 20-25.
- Song, Z. and Zhang, J. 2011. Research on the relationship between physical activity and social health of university students. *Modern Preventive Medicine*, 27(16): 16-46.

**of social health and its challenges from the perspective of rural women (Case Study:
Ghalaeshahin district in the province of Kermanshah)****Somayeh shahbazi¹, Aliasghar mirakzadeh² and Amirhossein alibaygi³****Submitted:** 25 December, 2016**Accepted:** 30 July, 2017**Abstract**

Social health is essential in the social development of rural folks, especially rural women, in the welfare and promotion of their social and human capital. The purpose of this study is to determine the level of social health and its challenges from the perspective of rural women in the Kermanshah province. The research method used is descriptive-survey based on documentary and field method (using a questionnaire tool). The statistical population consisted of rural women in the Ghalaeshahin district in the province of Kermanshah (5561 people). 209 such women were selected according to Bartlett et al. Chart by two-stage cluster sampling. The results showed that most of the subjects studied had a moderate level of social health, communication skills and social support. Among the variables studied in the research, watching TV, active recreation, communication skills and social support with social health of rural women had a significant relationship. Finally, 49 percent of the variance was for the variables of active recreation, watching television and communication skills. In order to identify social health challenges, exploratory factor analysis was used and finally the five challenges namely economic, cultural, individual, institutional and management were determined. The most important challenge was the economic challenge that covered 13.43 percent of the total variance. Since communication skills and social health of rural women is moderate, we recommend that social health centers of welfare organization, national youth organizations and or rural extension agents as a social worker, with the participation of rural women to develop the educational content of communication skills and social health promotion.

Keywords: Social Development, Social Support, Communication Skills, Factor Analysis.

1 - MSc of Agricultural Education and extension, Razi University

2 - Assistance of Agricultural Education and extension, Razi University.

3 - Associate of Agricultural Education and extension, Razi University.

(*-Corresponding author Email:

DOI: 10.22048/rdsj.2018.70915.1622