

## بررسی عوامل اقتصادی بر سلامت اجتماعی زنان

رنگین نگار کرم زاده

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۶/۲۷

تاریخ وصول: ۱۴۰۱/۰۲/۱۸

### چکیده

سلامت اجتماعی دربرگیرنده سطوح مهارت‌های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به عنوان عضوی از جامعه بزرگ‌تر است. به طور کلی از این دید هر کس عضوی از افراد خانواده و عضو یک جامعه بزرگ‌تر به حساب می‌آید و بر شرایط اقتصادی و رفاه «تمامیت شخص» در رابطه با شبکه‌ای اجتماعی، توجه می‌شود از جمله اقشار جامعه در دوران معاصر کشور ما، زنان کارمند هستند. زنان کارمند، افرادی هستند که تلاش می‌کنند از لحاظ اقتصادی و رفاهی به خود متکی باشند. پژوهش حاضر با هدف بررسی عوامل اقتصادی موثر بر سلامت اجتماعی زنان کارمند شهرداری منطقه یک تهران و نیز ارائه راهکارهایی به منظور کاهش و یا حل مشکلات آنها، انجام گرفته است. روش این تحقیق توصیفی و تحلیل همبستگی به روش پیمایشی صورت گرفته. جامعه‌آماری این پژوهش کلیه زنان کارمند شهرداری منطقه یک شهر تهران بالغ بر ۴۰۰ نفر بوده است. با توجه به محاسبات انجام شده در فرمول، حجم نمونه، تعداد ۱۰۰ نفر به دست آمده است. روش نمونه‌گیری در این تحقیق به شیوه روش نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک فاصله‌ای است و از پرسشنامه جهت جمع‌آوری اطلاعات استفاده گردید. روش‌های آماری در این طرح متناسب با مقیاس‌های مورد استفاده در ابزار اندازه‌گیری و متناسب با نوع فرضیه مطرح شده صورت خواهد گرفت که از ضریب همبستگی پیرسون جهت سنجش میزان رابطه متغیرها استفاده خواهد شد. کلیه روش‌های فوق از طریق نرم افزار SPSS انجام خواهد گرفت. یافته‌های حاصل از این پژوهش حاکی از این است که عواملی اقتصادی چون با احتمال بیش از ۹۹٪ با سلامت اجتماعی زنان کارمند رابطه دارند.

**کلید واژه‌ها:** زنان کارمند، سلامت اجتماعی، عوامل اقتصادی

## ۱-۱- بیان مساله

توسعه پایدار به عنوان یکی از بسترهای پیشرفت و رشد انسان، زمانی می‌تواند مؤثر باشد که با کمک و مشارکت تمام گروه‌های اجتماعی و برای همه آنان صورت پذیرد. در میان گروه‌های اجتماعی زنان نیمی از جمعیت کشور را تشکیل می‌دهند و به دلیل ارتباط مستقیم آنان با گروه‌های سنی جوانان، نوجوانان، کودکان و نیز تأثیر نیم دیگر جمعیت، یعنی مردان از مهمترین و مؤثرترین گروه‌های اجتماعی به شمار می‌آیند، و این واقعیتی است که در جوامع در حال توسعه کمتر مورد توجه قرار گرفته است. توانمندی زنان، استقلال زنان و بهبود شرایط اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، جمعیتی و بهداشتی آنان از اهداف بسیار مهمی است که برای دستیابی به توسعه پایدار امری ضروری تلقی می‌شود. توجه به نقش زنان در فرآیند توسعه از اوایل دهه هفتاد میلادی ناشی از دو واقعیت مهم عدم تحقق کلی نظریات توسعه در بهبود کشورهای جهان سوم و موقعیت نامطلوب اقتصادی، اجتماعی زنان در این کشورها بود. امروزه دنیا با این واقعیت مواجه شده که زنان دیگر نمی‌توانند به عنوان عوامل نامرئی در فرآیند توسعه به حساب آیند نقش آفرینی و توانمندی‌های زنان در میزان موفقیت دولت‌های در حال توسعه در زمینه کنترل رشد جمعیت، بیکاری و پراکندگی درآمد فردی و حفظ محیط زیست سیاستگذاران کلان دولتی را وا می‌دارد تا زنان را از حصار نامرئی بودن درآورد.

از قدیم وضعیت اقتصادی بر سلامت اجتماعی انسان مؤثر شناخته شده است. در اکثر مردم جهان، وضعیت سلامت اجتماعی در درجه اول با درجه پیشرفت اقتصادی، یعنی درآمد سرانه، سطح آموزش، تغذیه، مسکن و اشتغال تعیین می‌شود. مهم‌ترین این عوامل تعیین کننده عبارتند از توجه نظام سیاسی کشور و ایجاد خوب وضعیت اقتصادی می‌باشد. بیش از همه مقدار درآمد سرانه به عنوان عملکرد وضع کلی اقتصادی پذیرفته شده است. شکی نیست که در بسیاری از کشورهای رو به پیشرفت توسعه اقتصادی عامل عمده کاهش ابتلاء به بیماری‌ها، افزایش طول عمر و بهبود کیفیت زندگی بوده است.

سلامت از حقوق اصلی و تبعیض ناپذیر هر انسانی به حساب می‌آید. سلامت اجتماعی از اهمیت خاصی برخوردار است. به دلیل تأثیر عوامل اقتصادی بر سلامت اجتماعی میزان برخورداری از سلامت اجتماعی در جوامع متعدد بوده و شاخص‌های سلامت اجتماعی در بین کشورها و حتی درون کشورها اختلاف فاحشی دارد.

افزایش آگاهی زنان در خصوص فرصت‌ها و چالش‌های موجود در حوزه سلامت اجتماعی، و تبیین تمام مؤلفه‌های مؤثر بر سلامت اجتماعی در اینجا لازم می‌بینیم که تعریف مختصری از سلامت اجتماعی داشته باشیم. سلامت اجتماعی عبارت است از آن بخش از سلامت افراد که نه جسمانی است و نه به سلامت روان آنها مربوط است. نکته مهم این است که ما نباید سلامت اجتماعی را با اجتماعی سالم یا جامعه سالم اشتباه بگیریم، چرا که سلامت اجتماعی همانطور که گفته شد در کنار سلامت جسمانی و سلامت روان، به عنوان جزء لاینفک سلامت افراد تعریف شده است نه سلامت گروه‌ها و اشخاص. بی تردید عوامل اقتصادی بر سلامت اجتماعی زنان مؤثر است. ساختار اجتماعی یک جامعه، قوانین حاکم بر آن، وضعیت اقتصادی و عقاید و باورهای عمومی مردم از اموری اند که در سطح کلان می‌تواند به تبیین سلامت اجتماعی کمک کند. گفته‌اند یکی از عوامل ساختاری مؤثر بر آسیب‌پذیری زنان، فرایند به حاشیه رانده شدن او در تقسیم کار اجتماعی و عدم دسترسی یکسان وی با مرد به منابع ثروت بوده، همین واقعیت یکی از مهمترین عوامل ضعف و بی‌قدرتی زن است. با دفتر در تحلیلی تاریخی معتقد است نخستین زمینه تاریخی اعمال قدرت بر زنان به عصر پیدایش فلزات و غلبه مناسبات شبانکاری باز می‌گردد. در آن دوره مرد از نقش برتر اقتصادی و اجتماعی برخوردار شد. مرد در این بستر فرصت یافت تا نیروهای بدنی - ذهنی بیشتری از خود ظاهر سازد و نقش غالب اقتصادی، اجتماعی و نظام هنجاری زندگی را به سمت خصوصیت مردانه سوق دهد. در دنیای اسطوره‌ها، در آغاز زوج‌های خدایان با نوعی تعادل قدرت به سر می‌بردند و الهه تقدیس می‌شدند. اما پس از تغییرات یاد شده، الهه مادر به همسران فرودست خدایان مذکر تنزل یافته‌اند. در ایران نیز مقارن شکل‌گیری دولت‌های ماد و هخامنشی، در سایه مناسبات شبانکاری و زندگی همراه جنگ، تقسیم کار اقتصادی و نقش اجتماعی به سمت برتری مردان پیش رفت و ساختارهای مرد سالاری پدید آمد. در این موقعیت حقوق زنان سلب شهر و مقررات سختی برای محدود ساختن زنان توسط مردان الزامی شد. تفاوت‌های زیستی و روان‌شناختی زن و مرد نیز در چنین بستری زمینه را برای قدرت‌ورزی بر زنان فراهم کرد. پس عامل اصلی خشونت‌گرایی مرد بر زن را نه در تفاوت‌های ساختمان بدنی، بلکه در مناسبات و ساختارها باید جستجو کرد. بی‌قدرتی و بی‌پناهی، تقسیم کار و تقسیم نقش اجتماعی - اقتصادی، نقش در مناسبات تولید عواملی هستند که زنان جامعه نقش درجه دوم پیدا کنند و از حیث مالکیت و تولید به مرد وابسته شود. در پی این امر، انواع وابستگی‌های فکری و روانی به مردان پدید آمد. این نگاه در رویکرد فمینیسم چپ مارکسیستی ریشه دارد که بر نابرابری زنان در مناسبات تولید تأکید می‌ورزد و خاستگاه قدرت را توان اقتصادی می‌داند که در اختیار مردان است. به طور کلی، مشارکت فعال فرد در زندگی

اجتماعی، سلامت اجتماعی تعریف می‌شود (محسنی، ۱۳۸۶: ۳۲۴). لذا در این تحقیق میزان مشارکت زنان در مناسبت‌های اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی و برقراری ارتباط با اطرافیان و در نهایت نگرش زنان در مورد رعایت قوانین، هنجارها و ارزشهای حقیقی اجتماع، سلامت اجتماعی در نظر گرفته می‌شود. براین اساس این تحقیق در صدد است به دو پرسش به زیر پاسخ دهد..

۱- پرسش اصلی: میزان عوامل اقتصادی بر سلامت اجتماعی زنان کارمند چقدر است؟

۲- پرسش فرعی: وضعیت سلامت اجتماعی زنان کارمند چگونه است؟

برگرفته از: (عوامل تعیین کننده سلامتی، ۲۰۱۲، آنلاین).

### - اهمیت و ضرورت تحقیق

سلامت اجتماعی زنان به عنوان نیمی از جمعیت و مشارکت آنان در تأمین، حفظ و ارتقای سلامتی خانواده و جامعه، دارای اهمیت ویژه‌ای است. سلامت اجتماعی زنان تحت تأثیر حقوق اساسی آنان در خانواده و اجتماع می‌باشد. سلامت اجتماعی زنان شامل رفاه اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، عاطفی، روحانی و جسمی آنان بوده و تنها فقدان بیماری و معلولیت نیست. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که سلامت اجتماعی زنان به دلایل مختلف آسیب‌پذیرتر از مردان است و علاوه بر ویژگی‌های بیولوژیکی تحت تأثیر عوامل تعیین‌گر اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی قرار دارد. زنان در دسترسی به شغل و درآمد، آموزش، خدمات بهداشتی و درمان مورد نیاز از وضعیت یکسان با مردان برخوردار نیستند و هرکجا این تفاوت بیشتر باشد، وضعیت کودکان و خانواده آنان وخیم‌تر و خانواده‌های آنان محروم‌تر هستند. سلامت اجتماعی زنان در ارتباط با مسائل دوره زندگی آنان و فقط مسائل باروری نیست. مشکلات اجتماعی زنان شامل شرایط یا اختلالاتی هستند که مختص زنان بوده یا در زنان بیشتر بروز نموده یا دارای عواملی خطر یا دوره متفاوت از مردان است. بسیاری از افراد گمان می‌کنند که آنچه سلامت اجتماعی آنها را تأمین می‌کند صرفاً رعایت نکات بهداشتی و بهره‌مندی از تغذیه غنی و سرشار از مواد مورد نیاز بدن است. لیکن با یک نگاه دقیق به وضعیت جامعه و واقعیت‌های موجود در آن در می‌یابیم که این عوامل تنها بخش اندکی از نیازهای سلامت اجتماعی انسان و جامعه را هدف قرار می‌دهد. آمار نشان می‌دهد نقش سیستم بهداشت و درمان در ارتقای سلامت جامعه حداکثر ۲۰٪ است. حال آنکه گزینه‌های مؤثر اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی تأثیرات به مراتب بالاتری در این میان دارند. حتی ملاحظات اقتصادی و اجتماعی تا حد زیادی بر سلامت فردی نیز تأثیر دارد. شرایط نامناسب شغلی و عدم امنیت شغلی و یا ثبات شغلی می‌تواند موجبات

اختلال در سلامت اجتماعی افراد را فراهم آورد. شرایط ضعیف اقتصادی - اجتماعی در طول زندگی بر سلامتی اجتماعی تأثیرگذار است. افرادی که در طبقات پایین اجتماعی قرار گرفته اند حداقل دو برابر افرادی که در طبقات بالاتر هستند دچار مشکلات جسمی و روحی می‌شوند، حتی در میان طیف کارکنان اداری، آن دسته که از طبقه پایین‌تری برخوردارند بیشتر از کارکنان طبقه بالاتر از بیماری و مشکلات در رنج می‌باشند. آنچه در این میان اهمیت بیشتری خواهد داشت سلامت معنوی برای زندگی سالم فردی و اجتماعی است که هدایت‌گر افراد و جامعه به سوی کمال مادی و معنوی خواهد بود. بنابراین بهبود سلامت اجتماعی زنان مستلزم رویکردی جامع‌نگر، منسجم و نظام‌مند است، ارتباط بین بخش‌های اقتصادی، اجتماعی، بهداشتی و سیاستگذاری در راستای سلامتی اجتماعی زنان در جامعه ضروری است.

برگرفته از: «بررسی وضعیت سلامت زنان، ۲۰۱۲، آنلاین»

### هدف‌های تحقیق

۱-۳-۱- هدف اصلی: بررسی و شناخت عوامل اقتصادی بر سلامت اجتماعی زنان کارمند شهرداری منطقه ۱

### ۲-۳-۱- هدف‌های اختصاصی

- ۱- شناسایی و بررسی رابطه متغیر تورم و تأثیر آن بر میزان سلامت اجتماعی زنان کارمند
- ۲- شناسایی و بررسی رابطه متغیر وضعیت بازار و تأثیر آن بر میزان سلامت اجتماعی زنان کارمند
- ۳- شناسایی و بررسی رابطه متغیر رکود و تأثیر آن بر میزان سلامت اجتماعی زنان کارمند
- ۴- شناسایی و بررسی رابطه متغیر ثروت و تأثیر آن بر میزان سلامت اجتماعی زنان کارمند
- ۵- شناسایی و بررسی رابطه متغیر مصرف و تأثیر آن بر میزان سلامت اجتماعی زنان کارمند
- ۶- شناسایی و بررسی رابطه متغیر پس انداز و تأثیر آن بر میزان سلامت اجتماعی زنان کارمند

### ۳-۳-۱- هدف‌های کاربردی

- ارائه راهکارهایی افزایش سلامت اجتماعی زنان

### ادبیات و پیشینه تحقیق

پدیده‌های اجتماعی وابسته به گذشته می‌باشد که دارای تداوم هستند، هویت پدیده‌های اجتماعی بدون در نظر گرفتن گذشته بدست نخواهند آمد. هیچ تحقیقی در خلاء صورت نمی‌گیرد. بنابراین، بطور طبیعی هر پژوهشی در تداوم پژوهش‌های پیشین به انجام می‌رسد. هم از دوباره کاری در آن اجتناب می‌شود، هم از داده‌های تحقیقات پیشین

برخوردار می شود ارتقاء دانش نیز به همین تداوم وابسته است. بنابراین در طرح تحقیق باید از تحقیقات پیشین در زمینه مورد نظر یاد کرد و سپس تحقیق خود را در تداوم منطقی آن جای داد (ساروخانی، ۱۳۷۲، ص ۱۴۶).

سلامت موضوعی مطرح در بسیاری از فرهنگ‌ها است. در واقع هر جامعه به عنوان بخشی از فرهنگ خود از سلامت مفهوم خاصی در نظر دارد. از میان تعریف‌هایی که هنوز هم به کار می‌رود، شاید دیرینه‌ترین تعریف آن باشد که: «سلامت عبارت است از بیمار نبودن». در برخی فرهنگ‌ها سلامت و هماهنگی (harmony) مترادف یکدیگرند و هارمونی عبارت است از: «سازگار بودن با خود، با جامعه، با خدا و با جهان». آراء هندیان و یونانیان باستان در مفهوم سلامت مشترک بوده و بیماری را به اختلال تعادل بدنی نسبت به آنچه «اخلاط» می‌نامیدند، منتسب می‌کردند (سجادی و صدرالسادات، ۱۳۸۳: ۲۴۴).

حوزه سلامت اجتماعی از سالهای ۱۹۹۵ به بعد علاوه بر نگرش کلی و عامی که بر کیفیت سلامت در مابین تمام افراد دارد، در کشورهای صنعتی گرایشی خاص را در دو بعد سلامت روانی و نیز سلامت اجتماعی آغاز کرده است. گروهی از کارشناسان در این تلاش بوده‌اند تا با عملیاتی کردن مفهوم ارتقاء سلامت اهداف کلی شعار «بهداشت باری همه» را با زمینه‌های اجتماعی سلامت در مفهوم عام پیوند بزنند. آنان معتقدند که ارتقاء سلامت در حقیقت دربرگیرنده زمینه‌های اقدام اجتماعی برای توسعه سطح سلامت است.

از نظر کلود آرد، عدم دستیابی به امکانات و وسایل، فقط وقتی به انحراف منجر خواهد شد که ابزار و امکانات نامشروع آسان در اختیار افراد قرار گیرد. در صورتی که هیچ یک از ابزار و وسایل یعنی نه ابزار دستیابی به اهداف با ارزش و نه وسایل کارهای نامشروع فراهم نباشد، شخص به کارهای منفعلانه نظیر اعتیاد، ولگردی و الکل روی می‌آورد. گرچه مهم‌ترین عاملی که افراد را به سوی انحراف سوق می‌دهد، تعلق به قشر پایین است، اما اکثر افراد قشر متوسط و بالا نیز گرچه متمایل به کارهای انحرافی باشند، به علت عدم فراهم بودن شرایط و امکانات سازمان یافته برای دستیابی به کارهای انحرافی با دشواری روبرو هستند. همان‌گونه که برای افراد قشر پایین دستیابی به مشاغل مناسب بسته است (عجم نژاد، ۱۳۸۸: ۱۵).

این نظریه در بیشتر تحقیقات تایید شده است. مثلاً دمن و همکارانش نشان داده‌اند که جوانان اعم از دختر و پسر با اعتماد به نفس کم و معتقد به سرنوشت و بخت و شانس که در زندگی با اتفاقات منفی روبرو شده بودند، بیشتر به آنومی و آسیب‌های اجتماعی تمایل داشتند (رفیع پور، ۱۳۸۷: ۵۳).

کیز سلامت اجتماعی به عنوان گزارش شخصی فرد از کیفیت ارتباطش با دیگران تعریف می‌کند. سلامت اجتماعی در این مفهوم یعنی درک فرد از اجتماع به صورت یک مجموعه معنی دار، قابل فهم، دارای نیروی بالقوه برای رشد و شکوفایی همراه با این احساس که متعلق به جامعه است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهیم بداند. از نظر تجربی، مفهوم سلامت اجتماعی ریشه در ادبیات جامعه‌شناسی ناهنجاری و بیگانگی اجتماعی دارد؛ اما مطابق مدل سلامت، فقدان ناهنجاری و بیگانگی اجتماعی، دلیلی کافی برای وجود سلامت اجتماعی جامعه نیست. کیز در یک تحلیل عامل گسترده نشان داد که بهداشت روانی دارای ابعاد هیجانی، روانی و اجتماعی است و با توجه به مفهوم پردازش‌های نظری از سلامت اجتماعی یک مدل ۵ بعدی قابل سنجش ارائه داد. طبق این ابعاد فرد سالم از نظر اجتماعی زمانی عملکرد خوب دارد که اجتماع را به صورت یک مجموعه معنادار و قابل فهم و دارای استعدادها بالقوه برای رشد و شکوفای بداند و احساس کند که متعلق به گروه‌های اجتماعی خود است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهیم بداند. محتوای مقیاس سلامت اجتماعی، طیف مثبتی از ارزیابی تجارب فرد در جامعه است. این مقیاس جدید با مقیاس‌های سلامت اجتماعی بین فردی (مثل پرخاشگری و حمایت اجتماعی) و سطح اجتماعی (مثل فقر و جایگاه اجتماعی) تفاوت دارد. (Keyes, Shapiro, ۲۰۰۴: ۲۹)

### مدل و تجزیه و تحلیل

در این تحقیق، در ابتدا محقق با بررسی کتابخانه‌های ادبیات مربوط به موضوع مورد نظر را بررسی نمود و بر آن اساس چهارچوب نظری و فرضیه‌های خود را تدوین نموده و آن گاه با ساخت ابزار در میدان طبیعی به یک بررسی میدانی پرداخت. در بررسی کتابخانه‌ای محقق از ابزار فیش برداری نسبت به گردآوری اطلاعات استفاده نمود. و در بخش میدانی محقق با ابزار پرسشنامه متشکل از ۴۰ گویه‌ای ۵ گزینه‌ای برای سنجش متغیر وابسته (سلامت اجتماعی زنان) استفاده شده. سپس اطلاعات بدست آمده بر اساس مقیاس یا طیف لیکرت اندازه‌گیری می‌شود.

### ۳-۶- پایایی و اعتبار ابزار

در این قسمت محقق برای محاسبه پایایی، از آزمون پایایی باز آزمایی استفاده می‌کند. و برای احراز اعتبار ابزار از روش اعتبار محتوا استفاده می‌نماید.

#### پایایی باز آزمایی (Test-retest reliability)

پایایی باز آزمایی بر همسانی آزمون در میان اجراهای گوناگون دلالت دارد و می‌خواهد بداند که آیا اجراهای یک ابزار مشابه نتیجه‌ی مشابه یا احتمالاً مشابه خواهد داشت.

با استفاده از فرمول ضریب همبستگی پیرسون، ضریب پایایی آزمون را به دست می‌آوریم. (فرمول زیر)

$$r_{xy} = \frac{n\sum xy - \sum x \sum y}{\sqrt{[n\sum x^2 - (\sum x)^2][n\sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

در این فرمول:

$R_{xy}$  ضریب همبستگی بین  $x$  و  $y$  (در اینجا اجرای اول و اجرای دوم) است؛

$N$  اندازه‌ی نمونه (تعداد آزمودنی‌ها) است؛

$X$  نمره‌ی فرد در متغیر  $x$  (در اینجا اجرای اول) است؛

$Y$  نمره‌ی فرد در متغیر  $y$  (در اینجا اجرای دوم) است.

$XY$  حاصل ضرب هر نمره‌ی  $x$  در نمره‌ی  $y$  متناظر خود است؛

$X^2$  مجذور نمره  $x$  است؛

$Y^2$  مجذور نمره  $y$  است؛

مقادیر جدول (پیوست ب) را در فرمول قرار می‌دهیم و محاسبه را انجام می‌دهیم.

$$r = \frac{20 \times 275824 - 2288 \times 2388}{\sqrt{20 \times 26448 - 5234944 \times 20 \times 287736 - 5702544}}$$



$$r = \frac{5516480 - 5463744}{\sqrt{5288960 - 5234944 \times 5754720 - 5702544}}$$

$$r = \frac{52736}{\sqrt{54016 \times 52176}} = \frac{52736}{\sqrt{2818338816}} = \frac{52736}{53088} = 0,99$$

با توجه به ضریب پایایی ۰/۹۹ که ضریب پایایی بالایی است، آزمون فوق از پایایی باز آزمایی بالایی برخوردار است (پیوست ب).

#### اعتبار محتوا (Content validity)

اعتبار محتوا که به آن اعتبار منطقی (Logical Validity) نیز گفته می‌شود به این امر دلالت دارد که آیا شیوه یا ابزار جمع آوری داده‌ها به خوبی معرف همان محتوایی است که باید اندازه گیری شود. لاوشه فرمول زیر را برای سنجش اعتبار محتوا ابداع کرد که به آن نسبت اعتبار محتوا (Content Validity Ratio) گفته می‌شود.

فرمول:

$$CVR = \frac{(ne - N/2)}{N/2}$$

در این فرمول:

CVR نسبت اعتبار محتوا است؛

Ne تعداد ارزیابان یا داورانی است که بیان می‌دارند گویه‌ی مورد نظر «اساسی یا سودمند» است؛

N کل تعداد ارزیابان یا داوران است؛

در این تحقیق ۴۰ گویه را به ۱۲ ارزیاب یا داور دادیم و موافقت و مخالفت آنها را با اساسی بودن گویه‌ها را با فرمول نسبت اعتبار محتوا (CVR) برای تمام گویه‌ها محاسبه کردیم. و مقادیر آن را در (پیوست پ) آوردیم. سپس حداقل مقدار CVR برای تمام گویه‌ها را بدست آوردیم [۰/۶۸] (پیوست پ).

$$CVR_1 = \frac{(11 - 12/2)}{12/2} = 0.83$$

...

$$CVR_{40} = \frac{(11 - 12/2)}{12/2} = 0.83$$

$$CVR_1 + \dots + CVR_{40} = 0.83 + \dots + 0.83 = 27.58$$

$$CVR = \frac{\sum_{i=1}^{40} CVR_i}{40} = \frac{27.58}{40} = 0.68$$

### ۳-۷- نحوه تجزیه و تحلیل داده ها

روش‌های آماری در این تحقیق متناسب با مقیاس‌های مورد استفاده در ابزار اندازه گیری و متناسب با نوع فرضیه مطرح شده صورت خواهد گرفت. برخی از آن‌ها ضریب همبستگی پیرسون جهت سنجش میزان رابطه بین متغیرها، جهت مشخص کردن رابطه مستقیم و غیر مستقیم متغیرهای مستقل با متغیر وابسته.

### یافته‌های تحقیق و نتیجه گیری

سلامت اجتماعی به عنوان یک پدیده‌ای، فراگیر و دامنه دار هم در جوامع مختلف و هم در صورت‌ها و گونه‌های متنوع در همه‌ی ادوار تاریخ حیات اجتماعی بشر حضور و تبارز داشته است و منشا پیدایش مشکلات اجتماعی فراوان و چه بسا به بی‌ثباتی در بسیاری از نظام‌های اجتماعی- سیاسی انجامیده است. ایجاد سلامت اجتماعی به ویژه سلامت اجتماعی زنان در میان گروه‌های اجتماعی رفع تبعیض و برتری خواهی و افزون طلبی از مهم‌ترین آرمان‌ها و دغدغه‌های نظام‌های سیاسی در طول تاریخ بوده و لذا در هر جامعه‌ی جلوه‌های متفاوتی از عدم سلامت اجتماعی را می‌توان مشاهده کرد. سلامت اجتماعی هرچند از مقولات زندگی اجتماعی بشر است اما مطالعات روشمند پیرامون آن محصول توجه جدی مکاتب جامعه‌شناختی در سالیان اخیر است.

در متون معمول جامعه شناسی سلامت اجتماعی میان افراد با جایگاه‌های که به صورت اجتماعی تعریف شده و افراد آن را اشغال کرده‌اند اشاره دارد و در ضرورت سلامت اجتماعی دیدگاه‌های مختلفی ابراز شده‌اند و آن را عامل پیشرفت و تمدن و به عنوان شالوده‌ی زندگی اجتماعی، سامان بخشی همه جانبه‌ی آن را مورد تایید، و فقدان آن را عامل پیدایش شکاف‌ها و تمایزات عمیق اجتماعی دانسته و از آن به عنوان واقعیت تلخ و ناگواری در زندگی اجتماعی انسان نام می‌برد که اصیل‌ترین اصول اخلاقی زندگی اجتماعی را زیر سوال خواهند برد.

#### ۵-۱- بحث و نتیجه گیری

در بررسی صورت گرفته می‌توان به این حقیقت تلخ اما معنی دار و واقعی پی برد که نابرابری در فرصت‌ها در تمام طول زندگی زنان زمانی که مسئولیت خانواده به ناچار به دوش آن‌ها گذاشته شده بیش از پیش خود را نشان می‌دهد. نابرابری در دسترسی به آموزش، مشارکت در جریان تصمیم‌گیری‌های خانواده، عدم امکان کسب مهارت، اتکا به مرد خانواده، برای تأمین زندگی، نادیده گرفتن حتی نیازهای اولیه خود در قابل خوشنودی دیگران به ویژه فرزندان، زنان را از قابلیت لازم برای کاهش فقر محروم نموده است و خود را به خاطر تداوم زندگی و دیگران فراموش کرده‌اند. به نظر می‌رسد وضعیت کنونی این تصور را تقویت می‌کند که زنان فقیر هستند به دلیل اینکه آن گونه که باید آموزش و مهارت کسب نکرده‌اند، اشتغال ندارند، در آمد کسب نمی‌کنند و در نتیجه فقیر هستند. اما یافته‌های پژوهش‌ها نشان می‌دهد که زنان ضمن فقر درآمدی از توانمندی روانی و اجتماعی قابل توجهی نیز برخوردار نیستند.

رضایت از خدمات دریافتی نیز از مولفه‌های موثر بر سلامت اجتماعی است به نحوی که با اشتغال‌زایی، با پرداخت وام‌های بلاعوض، وام‌های کآفرینی، و برگزاری کلاسهای مهارت آموزی، و تحت پوشش بیمه درمانی قرار دادن زنان که بر عهده سازمان‌های حمایت کننده است باعث از بین رفتن یکی از مهم‌ترین دغدغه‌ها و نگرانی‌های زنان که تأمین معاش است شده و باعث ورود زنان به عرصه اجتماع و بالا رفتن تعاملات اجتماعی آنان و از بین رفتن چرخه احساس سرخوردگی و انزوا و طرد شدگی از اجتماع و تنهایی و افسردگی شده و احساس مفید بودن و اعتماد به نفس بیشتر و حس رضایتمندی از زندگی و امید به زندگی را نیز در آن افزایش می‌دهد.

نگاهی که جامعه به زنان دارد ریشه اصلی بسیاری از مسائل و مشکلاتی است که گروه مورد مطالعه را تهدید می‌کند. چنین نگاهی نه تنها مانع از پیشرفت زنان در عرصه‌های مختلف جامعه می‌شود بلکه تأثیرات بسیار عمیق و منفی در روند جامعه پذیری فرزندان در خانواده‌ها را ایجاد می‌کند.

#### ۵-۲- راهکارها و راهبردهای پیشنهادی

با توجه به دستاوردهای این پژوهش به نظر می‌رسد رویکرد حمایتی بیشتر باید متعلق به زنان باشد که سطح سواد پایین‌تری دارند و در شرایطی نیستند که بتوانند شاغل شوند یا در تأمین نیازهای اساسی خود مشکل دارند و اجرای مداخلاتی در زمینه افزایش توانایی و کسب مهارت‌های حرفه‌ای و خودکفایی و از آن جا که رابطه مستقیمی بین سطح سواد و سطح زندگی و نیز اشتغال وجود دارد، می‌توان نتیجه گرفت که خودکفایی و توانمندسازی زنان در گرو ارتقای سطح سواد و آموزش مهارت‌ها با هدف پاسخ‌گویی به نیازهای بازار کار در شرایط کنونی و نیازهای بازار کار در آینده از جمله مسائلی است که باید برای فقر زدایی دنبال شود نظارت سازمان حمایت‌کننده برای امنیت شغلی بیشتر و بدلیل دغدغه نگهداری از فرزندان اشتغال زایی برای زنان باید به گونه‌ای باشد که به محل زندگی فرد نزدیک باشد و با توجه به مسئولیت تربیت کودکان و عدم امکان سپردن کودکان به اقوام و یا به مهدکودک و هزینه‌های آن، امکان نظارت و نگهداری فرزندان برای آنها میسر باشد.

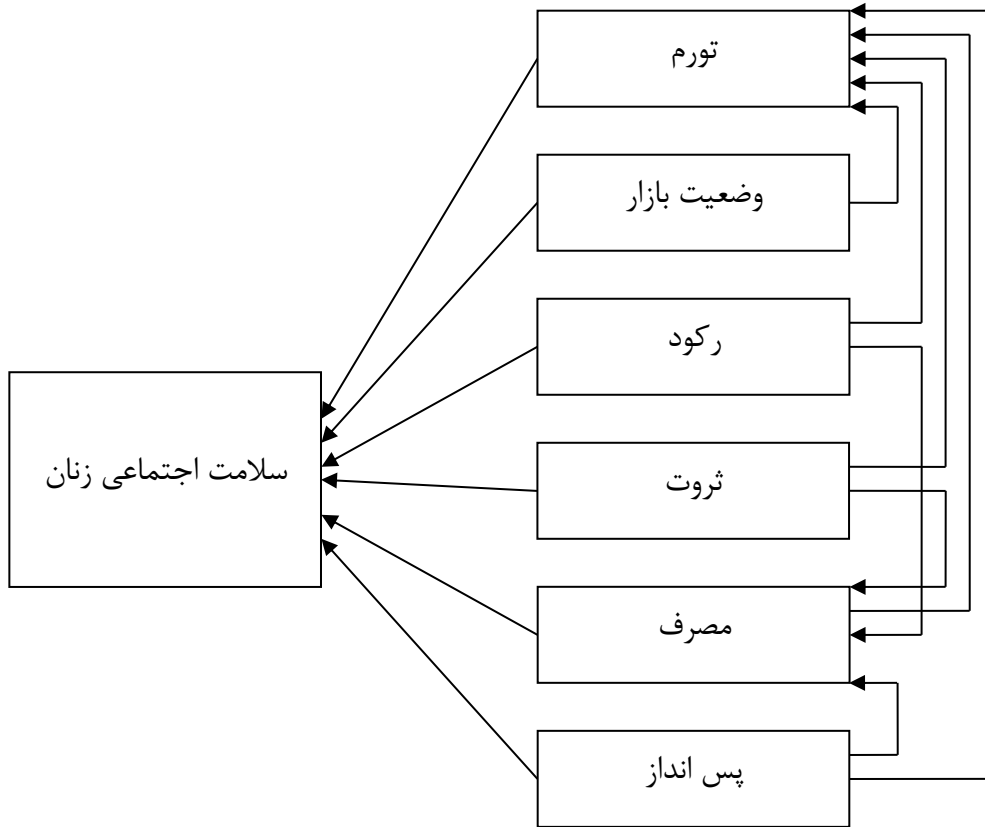
ارائه خدمات فرهنگی، آموزشی و اجتماعی به زنان از طریق مراکز مشاوره چرا که زنان بیش از هر آموزشی نیاز به بالا بردن اعتماد به نفس و شناختن توانایی‌ها و قابلیت‌های نهفته خود و رسیدن به خودباوری دارند. همچنین بدلیل بیکاری اکثریت زنان و نبود درآمد و عدم تغذیه مناسب و وضعیت بهداشتی نامناسب لزوم ایجاد برنامه‌های "اشتغال زایی" زنان در اولویت قرار دارد. افزایش مستمری زنان برای تأمین مایحتاج زندگی بر اساس نرخ تورم و لزوم توجه بیش از پیش سازمان به افزایش حمایت‌های مالی از این قشر همانند: افزایش وام‌های بلندمدت با اقساط کم بازده و اندک جهت حل مشکل مسکن، کاریابی، تحصیل فرزندان، ارائه برنامه‌های تأمین اجتماعی در زمینه بیمه درمانی زنان و اعضای خانواده‌های زن که از هیچ بیمه‌ای برخوردار نیستند.

پیشنهادات پژوهشی آینده:

- بررسی علل تفاوت سطح سلامت اجتماعی زنان.
- بررسی تاثیر دیگر ابعاد زندگی زنان بر سلامت اجتماعی آنها.
- بررسی شاخص های کیفی رفاه (ابعاد فرهنگی، اجتماعی، روانی) در بین زنان.
- بررسی سطح سلامت اجتماعی زنان سازمان.
- بررسی وضعیت اجتماعی و اقتصادی زنان و تاثیر آن بر سلامت اجتماعی در دیگر سازمانها

۵-۳- محدودیتها و کمبودهای تحقیق

- ۱- کسب اعتماد مسئولین برای همکاری در این پژوهش و علل انتخاب این موضوع و سازمان مورد پژوهش در مقایسه با دیگر سازمانهای، به دفعات صورت گرفت.
- ۲- گرفتن معرفی نامه و دادن تعهد و امانت گذاشتن مدرک معتبر و تحویل چند نسخه پایانی از نتیجه پژوهش به آن واحد و دیگر قسمت های سازمان.
- ۳- عدم پاسخ صحیح به سؤالات در زمینه اقتصادی (سؤالات در زمینه میزان هزینه های خانوار، نوع شغل و حمایت های مالی خانواده ها) به دلیل وابسته بودن به کمک هزینه های در نظر گرفته شده برای زنان و ترس از دست دادن حمایت های مالی سازمان.
- ۴- فقر منابع دست اول و دوم در زمینه زنان به ویژه سلامت اجتماعی زنان .



الف-فارسی

- ۱) اسدی، بختیار. (۱۳۸۴). *بررسی رابطه هوش هیجانی هوش متعارف و سلامت اجتماعی در دانش آموزان پیش دانشگاهی شهرستان کامیاران*، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان شناسی دانشگاه تهران.
- ۲) الیارد، پ. (۱۳۷۰). *آموزش و پرورش در قرن بیست و یکم*، گزارش کنفرانس آموزش و پرورش برای آینده، ترجمه امان الله صفوی، سازمان پژوهش و برنامه ریزی آموزشی، چاپ اول.
- ۳) آژیر، لیلا (۱۳۸۵). *باورهای جنسیتی و ابراز وجود و سلامت اجتماعی در دانش آموزان پایه دوم دبیرستان شهرستان سنندج*، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان شناسی دانشگاه تهران.
- ۴) بیرو، آلن، (۱۳۶۶-۱۳۷۰). *فرهنگ علوم اجتماعی*، ترجمه باقر ساروخانی، تهران: نشر کیهان
- ۵) پراواز، و. (۱۳۷۰). *آموزش برای آینده*، گزارش کنفرانس آموزش برای آینده، ترجمه داور شیخاوندی، سازمان پژوهش و برنامه ریزی آموزشی، چاپ اول.
- ۶) تقی پور، ملیحه (۱۳۸۸). *بررسی تاثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر تهران*، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد واحد رودهن، دانشکده علوم اجتماعی.
- ۷) تقوی، نعمت الله (۱۳۷۴). *جامعه شناسی خانواده*، تهران: دانشگاه پیام نور.
- ۸) توسلی، غلامعباس (۱۳۸۰). *نظریه های جامعه شناسی*، تهران: انتشارات سمت.
- ۹) جمعه نیا، سکینه (۱۳۸۷). *بررسی سلامت اجتماعی و سلامت روانی با سبک های هویت یابی در بین دانش آموزان دبیرستان های دولتی شهر گنبد*، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه شهید بهشتی.
- ۱۰) رفیع پور، فرامرز (۱۳۷۸). *آنومی یا آشفتگی اجتماعی*، تهران: نشر سروش.

۱۱) روان بخش، محمدحسین (۱۳۷۷). *نقش جامعه در سلامت و بیماری افراد*. مجله دانشکده ادبیات و علوم انسانی تبریز، تابستان، شماره ۱۶۷.

۱۲) ریترز، جورج (۱۳۷۴). *نظریه های جامعه شناسی در دوران معاصر*. ترجمه: محسن ثلاثی، تهران: انتشارات تهران.

۱۳) زکی، محمدعلی (۱۳۸۷). *پایایی و روایی مقیاس حمایت اجتماعی در دانشجویان دانشگاه های اصفهان*. مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال چهاردهم، شماره ۴، زمستان، ۴۴۶-۴۳۹.

۱۴) زیبرا، م. (۱۳۸۵). *نظریه های جامعه شناسی طردشدگان اجتماعی*. ترجمه سید حسن حسینی، تهران: نشر آن.

۱۵) ساروخانی، باقر (۱۳۷۰). *جامعه شناسی خانواده*. انتشارات سروش.

۱۶) سازمان جهانی بهداشت (۱۳۷۹). *واژه نامه ارتقاء سلامت*. مترجمین دکتر محمد پور اسلامی، سمیرا یار، حمیده سرمست، چاپ اول، دفتر ارتباطات و آموزش بهداشت، ۱۹.

۱۷) ستوده، هدایت الله (۱۳۷۸). *آسیب شناسی اجتماعی*. تهران: نشر آوای نور.

۱۸) سجادی، حمیرا و سید جلال صدرالسادات (۱۳۸۳). *شاخص های سلامت اجتماعی*. مجله اطلاعات سیاسی-اقتصادی، آذر و دی، شماره ۲۰۷ و ۲۰۸، ۲۵۳-۲۴۴.

۱۹) عبدالله تباردرزی، هادی (۱۳۸۶). *بررسی ارتباط سلامت اجتماعی و متغیرهای دموگرافیک اجتماعی دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی تهران.

#### منابع خارجی

- ۱) Connors, GJ. & Walitzer, KS. (2001), **Reducing alcohol consumption among heavily drinking women: evaluating the contributions of life-skills training**



**and booster sessions**, Journal of Consultation and Clinical Psychology, 69: 447-456.

- ۲) Costa, P. T., JR. & McCrae, R. R. (1992), **NEO-PI-R, Professional manual, Revised NEO personality inventory (NEO-PI-R) and NEO five factor inventory (NEO-FFI)**, Odessa, Florida: Psychological Assessment Resource, Inc.
- ۳) Curtis, Anthony (2000), **Health Psychology**, Routledge.
- ۴) Dehle, C. , Landers, JE. (2005), **You can't always get what you want, but can you get what you need? personality traits and social support in marriage**, journal of social and clinical Psychology, 24 (7), 1051-1076.
- ۵) Dora Cohen (2000). "**Women and Mental Health**", PP :11.
- ۶) Dowine, R, Tannahilla, A. (1990). "**Health Promotion**", Modes and Values, Oxford.
- ۷) Farquhar, Morag (2002), **Health and Well-being for people**, Sidney Toronto.
- ۸) Fisher, PH. ,Masia-Warner, C. & Klein, RG. (2004), **Skills for social and academic success: a school-based intervention for social anxiety disorder in adolescents**, Clinical Journal of Family & Psychology Review, 7: 241-249.
- ۹) Fleming, MZ. , MacGowan, BR. , Robinson, L., Spitz, J. Salt, P. (1982), **The body image of the postoperative female-to-male transsexual**, Journal of consulting and clinical psychology, 50, 461-462.

Kaplan, H, Sadock,B (2003) "**Synopsis of Psychiatry: behavioral**", Clinical

## Abstract

Public health, including levels of social skills and social performance and the ability to recognize oneself as a member of a larger community .in our country , women are employed . Employed women who are trying to economically self-reliant and welfare . This study aimed to assess the socio -economic factors affecting the health of women employees of Tehran municipality and also offer ways to reduce or dissolve the problems they , have been done. The research method was descriptive and correlational analysis was conducted through a survey . The statistical This study included all women employees of Tehran municipality of over 400 people. According to the calculation in the formula , a sample size of 100 patients is obtained. In this study, the sampling interval is a systematic random sampling method . A questionnaire was used to gather information and . All of the above methods, spss be done through software . The findings from this study suggest that economic factors such as the probability of more than 99% of the employees are related to women's health .

Keywords: women, workers , community health , economic agents