

## سلامت اجتماعی زنان روستایی

### چکیده

سلامت اجتماعی یکی از شاخص های توسعه اجتماعی جوامع محسوب می گردد. اهتمام به این پدیده در بین زنان جامعه روستایی در راستای ارتقاء شاخص های زندگی اجتماعی روستائیان از جمله سرمایه اجتماعی، امنیت عمومی، حمایت، رفاه اجتماعی، مشارکت اجتماعی، کاهش آسیب های اجتماعی و... بسیار ضرورت مند است. بر این اساس توجه به فرایندهای کنش های متقابل، جامعه پذیری، نهادینه کردن هنجارها و ارزش ها، مشارکت در برنامه ریزی های محلی و... کمک به بهزیستن زنان حال حاضر جامعه روستایی می کند. ارتقاء شاخص های سلامت اجتماعی همراه با بهره وری، آگاهی بخشی، رشد سرمایه های انسانی و اجتماعی، تقویت اطلاع رسانی و افزایش مهارت های اساسی به عنوان بخشی اثرگذار در توسعه اجتماعی زنان روستاهای ایران لازم به نظر می رسد. تأکید بر روابط اجتماعی، خدمات اجتماعی، بهداشت روانی همراه با رویکردهای سلامت محوری در راستای بهزیستن، ایجاد یکپارچگی اجتماعی از نکات بارز ضرورت سلامت اجتماعی زنان در مدیریت توسعه روستایی ایران می باشد. استمرار رشد خودباوری و توانمندسازی، برخورداری از نگرش مثبت رفتاری و عملکردی، تقویت رفتارهای مسئولیت پذیرانه خودکارآمد، گسترش احساس تعلق و انسجام اجتماعی از مهمترین ابعاد شاخص های سلامت اجتماعی زنان جامعه روستایی محسوب می گردد. کلید اساسی این شاخص های توسعه یافتگی اجتماعی زنان در جامعه روستایی اجرا سیاست های اجتماعی از جمله تأمین خدمات و رفاه اجتماعی، اشتغال، برابری فرصت ها، عدالت پایدار، آموزش و... می باشد. بنابراین بسترسازی از انواع حمایت های اجتماعی برای زنان جامعه در جهت پیشگیری از مصادیق آسیب ها و انحرافات اجتماعی، ارتقاء رهیافت جامعه محوری امنیت اجتماعی، وجود آموزش های مستقیم و غیر مستقیم رسانه های ملی و مطبوعات و شبکه های اجتماعی در راستای تقویت هنجارهای اخلاقی و رفتاری و... از مهمترین راهبردها و راهکارهای ضرورت سلامت اجتماعی زنان را در توسعه روستایی جامعه ایران می باشد.

### واژه های کلیدی

توسعه، زن، سلامت اجتماعی، مدیریت روستایی

### مقدمه

سلامت اجتماعی تابعی از عوامل مختلف است. یکی از عوامل اساسی توسعه اجتماعی پایدار در روستاها، مسئله ارتقاء کیفیت سلامت (همگانی - معنوی - روانی - اجتماعی) زندگی زنان می باشد. مدیریت توسعه روستایی ضمن اینکه به تربیت زنان به عنوان بخشی از نیروهای اثرگذار بر توسعه جامعه روستایی می پردازد، باید آن ها را برای پذیرش مسئولیت های تخصصی و حرفه ای، همراه با پرورش اجتماعی و عاطفی که هماهنگ با باورها، ارزش های فرهنگی، اجتماعی، خانوادگی، دینی، تاریخی، است، آماده نماید؛ تا از طریق تحقق مفهوم استقلال فردی، اجتماعی، هویت آنان را که از قبل شکل گرفته است، به سمت سعادت معنوی و اجتماعی جهت دهد. در جامعه روستایی ایران فقدان شاخص های روانی و اجتماعی سلامت برای گروه های اجتماعی از جمله زنان که نیمی از جمعیت روستاها را در تمام عرصه های جامعه روستایی تشکیل می دهند، موجب این شده که آسیب های اجتماعی، در سطح جامعه انتشار یابد. بنابراین در راستای کاهش افول سرمایه اجتماعی زنان و گسترش آسیب های اجتماعی زنان روستا باید سعی کرد تدابیر و سیاست های اجتماعی

مشتی با تأکید بر رویکرد سلامت محوری بجای رویکرد بیماری نگر بسترسازی نمود؛ و بتوان از طریق تقویت پارامترهای اجتماعی پذیرش، حمایت، انسجام، مشارکت و انطباق و... در بین زنان جامعه روستایی سلامت اجتماعی آنان را به صورت پایدار و توسعه مند تقویت نمود.

## طرح مساله

بر اساس سند چشم انداز بلند مدت جامعه اسلامی ایران، تأمین سلامت در هر بُعدی به مفهوم عمیق و وسیع آن برای تمام اقشار جامعه ایران به عنوان یک راهبرد خرد نگرانه در کنار سیاست ها و استراتژی های کلان نگر سلامت اجتماعی افراد از اهمیت وافری برخوردار است؛ زیرا تقویت این بُعد از سلامت در کنار سایر شاخص های سلامت همگانی و عمومی زنان منجر به تقویت و استحکام نهاد اجتماعی خانواده خواهد شد. همچنین استمرار این شاخه از سلامت باعث بسترسازی فرصت های برابر اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و... برای زنان جامعه روستایی را فراهم می کند. وجود شاخص های سلامت اجتماعی و توانمند سازی زنان با ایجاد نظام تأمین اجتماعی، رفاه، آسایش روانی باعث این خواهد شد که اقشار جامعه از جمله زنان زیر چتر حمایت اجتماعی نظام اسلامی ایران قرار گیرند و این گروه اجتماعی در سطح جامعه می تواند از یک امنیت اجتماعی برای بروز خلاقیت ها، استعدادها و توانمندسازی بالقوه و بالفعل اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، معنوی خود در راستای مشارکت پویا و پایدار جامعه اسلامی حضوری بهره برداری نماید و به نوعی استقلال و هویت اسلامی و ایرانی خود را باور نمایند؛ و با انطباق با باورها و ارزش ها و هنجارهای حاکم بر رفتار ساختار نظام اسلامی ایران به توسعه مندی، عزت، حکمت و مصلحت جمهوری اسلامی ایران کمک نمایند. بر این اساس «در گزارشات سازمان ملل عامل تهدید کننده سلامت اجتماعی پدیده فقر در ابعاد مختلف، وجود جرائم و انحرافات، مسائل مربوط به محیط زیست، نابرابری فاحش در فرصت های مصرف و نظایر آن می باشد.» (زاهدی اصل، ۱۳۸۶: ۸) بنابراین سلامت اجتماعی مفهومی است که از ارتباط بین دو مفهوم سلامت و اجتماع تشکیل شده و یک مفهوم اعتباری است. حقیقت آن در سطح جامعه منوط به این است که تک تک اعضای جامعه، که عضویت در نهادهای اجتماعی دارند، به تشکیل و پویا بودن آن سوق یابند؛ و آن را در سطح زندگی روزمره اجتماعی خود پیاده نمایند. در جامعه ای که نهادهای اجتماعی و شهروندان آن اگر نتوانند خود را با فضای فرهنگی و اجتماعی جامعه منطبق نمایند؛ و یا هنجارهای اخلاقی آن جامعه را در سطح زندگی اجتماعی و فردی خود نتوانند پیاده کنند؛ و باعث انحراف از این هنجارها در سطح جامعه می گردند؛ این موانع و مشکلات باعث می شود که سلامت اجتماعی در آن جامعه معنای وجود پیدا نکند. حال با توجه به این شرح توصیفی که بیان شد، پرسش های اصلی این مقاله این است که: الف) مهمترین عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان جامعه روستایی ایران چه می باشد؟ ب) مهمترین ابعاد اثرگذار بر سلامت اجتماعی زنان روستایی همراه با چه اثراتی است؟ ج) تدابیری که بتوان سلامت اجتماعی زنان جامعه روستایی ایران را ارتقاء داد، چیست؟

## ضرورت موضوع

سلامت اجتماعی در گسترش توسعه اجتماعی جامعه روستایی به صورت امری پایدار و مستمر در کنار سایر ابعاد توسعه یافته روستا اهمیت بسزایی دارد. در واقع در روستاهای جامعه ایران این مفهوم تا دهه اخیر مغفول مانده است، و باید بر اساس تلاش ها و دستاوردهای حکومتی، دولتی و غیر دولتی با توجه به چگونگی عملکرد روستائیان در روابط اجتماعی خود با دیگران این پدیده اجتماعی را در سطح جامعه روستایی، عشیره ای و شهرنشین متمرکز نمود. بر این اساس در جامعه روستایی ایران که فضای فرهنگی، اجتماعی، هنجاری و اخلاقی خاصی که وجود دارد، به صورت نهادینه شده در میان روستائیان سلامت اجتماعی وجود ندارد، بر این مبنا جامعه روبه افول و زوال خواهد رفت؛ در نتیجه آسیب های اجتماعی و فرهنگی همراه با کاهش شدید سرمایه اجتماعی، ناامنی، بی اعتمادی و... افزایش می یابد؛ و این پیامدها جامعه را به سمت نابودی سوق می دهد؛ بر این اساس «سلامت اجتماعی از جمله مفاهیمی است که به تازگی وارد ادبیات حوزه جامعه شناسی شده است و ارزیابی فرد از اجتماع و کیفیت و کمیت درگیر شدن شخص در اجتماع را در بر می گیرد. از آنجایی که سلامت اجتماعی با جامعه پذیری اشخاص در جامعه در ارتباط است، می تواند عامل مهمی در پذیرش هنجارهای اجتماعی به شمار رود؛ و نقش مهمی در کاهش قانون گریزی و ناهنجاری های اجتماعی داشته باشد. از سوی دیگر جامعه ای که افراد آن از سلامت اجتماعی برخوردارند، شرایط بهتری از مشارکت اجتماعی را نشان دهند، و این مسئله می تواند در عملکرد نهادهای اجتماعی متولی امنیت اجتماعی در جامعه نقش داشته باشند.» (سام آرام، ۱۳۸۸: ۱۱)

بنابراین ضرورت اهتمام به ارتقاء سلامت اجتماعی بویژه در زنان به عنوان یکی از گروه های اجتماعی مهم عصر حاضر در جوامع روستایی که سهم بارزی در توسعه پایدار آن دارد، زمینه های بسیاری از تدابیر و اقدام های اجتماعی را برای توسعه سطح سلامت به صورت عمومی و اجتماعی فراهم می کند. بر همین اساس مدیریت توسعه روستایی در تلاش باید باشد که میزان سلامت اجتماعی زنان روستا را در کنار سنجش وضعیت سلامت اجتماعی سایر اقشار جامعه روستایی ارتقاء بخشند، یکی از راه های ارتقاء بخشی این پدیده شناخت عوامل اساسی در افزایش این بُعد از سلامت است. بنابراین ضرورت و اهتمام پژوهش های کاربردی و تحقیقاتی از سوی دستگاه های متولی و دانشگاهی و گروه های اجتماعی مراکز آموزش عالی در راستای برنامه ریزی صحیح و جامع لازم در این زمینه بسیار ارزشمند و اهتمام بخش می باشد. بر این اساس اگر بخواهیم حوزه های موضوع سلامت اجتماعی در جامعه را در یک طبقه بندی مشخص نماییم می توان در ده حوزه این موضوع را طبقه بندی کرد.<sup>۱</sup> «۱- علائم و مظاهر بیماری (مانند درد و ناراحتی). ۲- موفقیت و شرایط بدن از نظر توانایی عملکردها و کارکردها (مانند معلولیت و قابلیت تحرک). ۳- فعالیت های مرتبط با نقش اجتماعی (مانند خانواده و محیط). ۴- قدرت های شناختی (ادراک، شناخت های عمومی و اختصاصی). ۵- عملکرد کلی در جامعه (روابط اجتماعی، تفریحات و فراغت). ۶- خواب و استراحت به مقدار ضروری (خواب راحت، خستگی). ۷- انرژی و سرزندگی (سطح استقلال، توانایی کار). ۸- وضعیت و موقعیت عاطفی (عزت نفس، احساسات مثبت، قوای روحی، اعتقادات شخصی). ۹- احساس فردی از سلامت (انرژی، روابط جنسی). ۱۰- رضایت کلی از زندگی و ابعاد مختلف آن (منابع مال، امنیت و...)» (محمد نبی، ۱۳۸۶) با توجه به این طبقه بندی باید شرایطی را در جامعه روستایی فراهم کرد که زنان روستا بتوانند چالش های ناشی از ایفاء نقش های اجتماعی خود را حل نمایند، هر چه ثبات و انسجام بیشتری را برای خانواده خود فراهم کنند و مشارکت بیشتری در فعالیت های جمعی برای خود بوجود آورند.

## تاریخچه

انسان پیوسته در پی ارائه تصویری روشن و مناسب از تندرستی بوده است. «یونانی ها معتقد بودند سلامتی نیرویی است که باعث ایجاد مقاومت در مقابل بیماری ها می شود؛ به عبارت دیگر از یک ارتباط مؤثر بین فرد جامعه و محیط اطراف وی سخن می گفتند. آنها سلامتی را حالت سازش کامل بین موجود زنده و محیط اطراف وی می دانستند و بر هم خوردن موازنه بین انسان و محیط را بیماری تلقی می کردند. این تعریف تاحدودی دست است و لی کامل نیست.» (محمدی، ۱۳۷۹: ۳۴)

در سطوح بین المللی در ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر قاطعانه بیان شده که «هر کسی حق دارد از استانداردهای کافی زندگی از نظر سلامت و رفاه برای خود و خانواده اش برخوردار باشد... در مقدمه اساسنامه سازمان جهانی بهداشت تأیید شده است که سلامت از حقوق اساسی هر یک از افراد بشر است تا از بیشترین استاندارد قابل دسترس سلامت برخوردار باشند.» (پارک و همکار، ۱۳۷۶: ۲۶)

با توجه به اینکه سازمان جهانی بهداشت استانداردهای سلامت قابل دسترس را علاوه بر ابعاد جسمانی، سایر ابعاد روانی و اجتماعی هم دانسته این مسئله باعث شده که سلامت اجتماعی هم مورد اهتمام قرار گیرد. «از نظر تجربی، سلامت اجتماعی ریشه در ادبیات جامعه شناسان مربوط به ناهنجاری و بیگانگی اجتماعی دارد. سلامت اجتماعی به چگونگی وضعیت ارتباط بین فرد و جامعه به گونه ای که افراد در چارچوب های اجتماعی جذب نگردند، زمینه آنومیک و مساعد برای رشد انحراف اجتماعی می باشد. در چنین حالتی یک نوع فردگرایی افراطی، خواسته های فردی را در مقابل حیات اجتماعی قرار می دهد.» (توسلی، ۱۳۷۲: ۷۱) با این وجود در طی چند دهه گذشته سلامت به عنوان حق بشری و یک هدف اجتماعی در جهان شناخته شده است؛ یعنی سلامت برای ارضای نیازهای اساسی و بهبود کیفیت زندگی انسان لازم است و باید برای همه انسان ها در دسترس باشد. بر این اساس سازمان جهانی بهداشت در نظر داشته است که تا سال ۲۰۰۰ مردم جهان را به سطحی از سلامت برساند که یک زندگی اجتماعی و اقتصادی بارور داشته باشند. براین اساس شعار "بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۹" را بیان کرد.

بلوک و برسلو<sup>۱</sup> برای اولین بار در سال ۱۹۷۲ در پژوهشی به مفهوم سلامت اجتماعی می پردازند. «این مفهوم را چند سال بعد "دونالد"<sup>۲</sup> و همکارانش در سال ۱۹۷۸ مطرح کردند و استدلال آنها این بود که سلامت امری فراتر از گزارش علائم بیماری، میزان بیماری

<sup>۱</sup>-Beloc & Berslo

<sup>۲</sup>-Doonald

ها و قابلیت های کارکردی افراد است. بر اساس برداشت آنان سلامت اجتماعی در حقیقت هم بخشی از ارکان وضع سلامت محسوب می شود و هم می تواند تابعی از آن باشد. سنجش محتوای سلامت اجتماعی از ابتدا از طریق تمرکز بر "فرد" و در رابطه با تعاملات فردی (مثلاً ملاقات با دوستان) و مشارکت اجتماعی (مانند عضویت در گروه ها) مورد سنجش قرار گرفت و در اندازه گیری آنان ارکان عینی (مثلاً تعداد دوستان) و ذهنی (مانند کیفیت روابط دوستانه) هر دو تعریف منظور شده بود. سلامت اجتماعی از سال های ۱۹۹۵ به بعد علاوه بر نگرش کلی و عامی که بر کیفیت سلامت در میان تمام افراد دارد، در کشورهای صنعتی گرایش خاصی در بُعد سلامت روانی و سلامت اجتماعی آغاز کرده است. «(جین کیتس و همکاران، ۱۳۸۴: ۱۶) از اواسط دهه ۸۰ به بعد به صورت جسته و گریخته تحقیقات و ادبیات علمی در حوزه سلامت اجتماعی در دانشگاه های مختلف مورد بررسی قرار گرفته است که در جای خود اشاره ای گذار به آنها خواهیم داشت.

## تعریف سلامت اجتماعی

سلامت پدیده ای است که درجه بالایی از بهزیستن جسمی، روانی و اجتماعی را با خود به همراه می آورد و در هر فرهنگی معنا و مفهوم خاصی را به دنبال دارد اصطلاح Health که بر گرفته از واژه لاتین Hela می باشد در بر دارنده معنی کامل است که بیانگر ابعاد تندرستی، سالم، صحت و آسایش فرد می باشد. بر این اساس سلامت پدیده ای است که در هر جامعه ای تا اندازه ای به حس مشترک و فرهنگ مردم آن جامعه از سلامت باز می گردد. بنابراین در جوامع و گروه های گوناگون تعاریف متعددی برای سلامت بیان شده است. «سلامت عبارت از بیمار نبودن در برخی از فرهنگ ها سلامت و هماهنگی<sup>۳</sup> مترادف یکدیگرند و هارمونی عبارت از سازگار بودن با فرد، با جامعه با خدا و جهان.» (سجادی و همکار، ۱۳۸۴: ۲۴۴) با توجه به اینکه مفهوم سلامت بسیار گسترده است. «۱- در فرهنگ آکسفورد سلامت نوعی وضعیت عالی جسم و یا روح و حالتی از اعمال بدن تلقی شده که به موقع و به گونه ای مؤثر فعالیت می کند. ۲- در فرهنگ وبستر همانند فرهنگ آکسفورد سلامت وضع عالی و خوب بدن، اندیشه و روح در نظر گرفته شده، است. در این فرهنگ وضعیت عللی بیشتر سنخیت با سلامت جسمی دارد که هر چه افراد از درد، ناراحتی و یا بیماری جسمی دورتر باشند سلامتی خواهند داشت. ۳- جالینوس پزشک یونانی هم سلامت را با توجه به شرایط محیطی و جسمی انسان عبارت از وجود معینی از گرمی، سردی، رطوبت و خشکی می داند. ۴- ابن سینا پزشک ایرانی سلامت را سرشت یا حالتی از درست فعالیت کردن اعمال و دستگاه های بدن انسانی دانسته که نقطه مقابل آن بیماری است.» (شرفکنندی، ۱۳۶۴: ۷۹ به نقل از هزار جریبی و همکار، ۱۳۹۱: ۲۸۱) تعریفی که بیش از همه مورد پذیرش قرار گرفته است تعریف سازمان جهانی بهداشت (۱۹۴۸) است که «سلامت عبارت است از رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و نه تنها بیماری یا معلول نبودن» (سجادی و همکار، ۱۳۸۴: ۲۴۵) سلامت واژه ای است با تعریفی نه چندان واضح، هر چند که بیشتر مردم اطمینان دارند که معنای آن را می دانند، اما مفهومی وسیع دارد. «تعریف واژه سلامت تحت تأثیر میزان آگاهی و طرز تلقی جوامع با شرایط گوناگون فرهنگی، اجتماعی، سیاسی و جغرافیایی قرار دارد. تعریف سلامت در هر جامعه ای تا اندازه ای به حس مشترک مردمان از سلامت و فرهنگ آنان باز می گردد و در جوامع و گروه های گوناگون درک های متفاوتی از آن وجود دارد.» (عبدالله تباردرزی، ۱۳۸۶: ۱۵) به بیان کلی، مفهوم سلامت یک مفهوم نسبی است و یک تعریف مطلق و جامع و مانعی از آن نمی توان ارائه داد. سلامت اجتماعی در زندگی در واقع همان ارزیابی ها و نگرش های مثبت و منفی افراد از دیگرانی می باشد که در طی زندگی روزمره خود با آنان در تعامل اجتماعی هستند. «سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد است که در عرصه اجتماع به ظهور می رسد. زمانی شخص را واجد سلامت اجتماعی می شمریم که بتواند فعالیت ها و نقش های اجتماعی خود را در حد متعارف بروز و ظهور دهد و با جامعه و هنجارهای اجتماعی احساس پیوند و اتصال کند.» (سام آرام، ۱۳۸۷: ۲۴) با توجه به آنچه که بیان شد سلامت اجتماعی را می توان با در نظر گرفتن موارد زیر تعریف کرد. «۱- سلامت اجتماعی به مثابه بُعد اجتماعی سلامت فرد، در کنار دو بُعد جسمانی و روانی سلامت فرد، به رابطه او با جامعه نظر دارد. ۲- جامعه سالم به مثابه شرایط اجتماعی بهتر به طوری که بسته به اوضاع فعلی هر جامعه، یا جماعت، مصادیق و معنای عینی متفاوت می یابد.» (وینسترا، ۲۰۰۰: ۸۴ به نقل از هزار جریبی و همکار، ۱۳۹۱: ۲۸۹)

## ادبیات تحقیق

مقاله رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس محور در جامعه توسط سام آرام در سال ۱۳۸۸ در فصلنامه علمی و پژوهشی انتظام اجتماعی به رشته تحریر درآمده است. روش مقاله به صورت توصیفی و اسنادی به تبیین رابطه حوزه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی می پردازد. یافته های فوق در مقاله بیانگر این است که «رابطه مستقیمی بین افزایش ناامنی اجتماعی و کاهش میزان سلامت اجتماعی در جامعه وجود دارد. همچنین شاخص مشارکت اجتماعی یکی از ابعاد سلامت اجتماعی است که از مهمترین عوامل تحقق هدف پلیس جامعه محور یعنی توانمند سازی اجتماع به منظور کمک به نفع و حل مشکلات افزایش جرم و بی نظمی در اجتماع است. تحقق سلامت اجتماعی در بین افراد جامعه، تأمین امنیت اجتماعی به عنوان یک نیاز پایه ای بسیار مهم است و سلامت اجتماعی به دلیل تأکید بر جذب افراد در چارچوب های اجتماعی و پذیرش هنجارهای اجتماعی، منجر به توسعه و گسترش تأمین اجتماعی در جامعه می شود. امکان تحقق اهداف پلیس جامعه محور در جامعه ای با افراد سلامت اجتماعی بالا به دلیل سهولت در مشارکت اجتماعی و افزایش اعتماد اجتماعی بیشتر است.» (سام آرام، ۱۳۸۸: ۹)

غلامرضا گرمارودی و مریم السادات وحدانی نیا (۱۳۸۵) در مقاله پژوهشی به نام (سلامت اجتماعی؛ بررسی میزان مهارت های اجتماعی دانش آموزان) در فصلنامه پایش به مطالعه ای توصیفی - تحلیلی به صورت مقطعی به منظور بررسی میزان مهارت های اجتماعی دانش آموزان مدارس دخترانه و پسرانه مقاطع راهنمایی و دبیرستان شهرستان کرج پرداخته اند؛ و با استفاده از ابزار استاندارد Gresham & Elliott (نسخه والدین) با انجام پرسشنامه و مصاحبه عمیق صورت گرفت. «در مجموع ۱۵۴۴ نفر از والدین دانش آموزان به سؤالات پرسشنامه مهارت اجتماعی فرزندانشان پاسخ داده و امتیاز مهارت های اجتماعی در مورد ۱۴۱۰ نفر از فرزندان آنها بدست آمد. میانگین سنی دانش آموزان ۱۵/۷ سال ( $+_{1/3}$  = انحراف معیار) بوده و بیشترین آن ها در مقطع دبیرستان به تحصیل اشتغال داشتند. میانگین امتیاز مهارت اجتماعی ۵۲/۸ ( $-_{27/8}$  = انحراف معیار) بوده و ۶۵ درصد دانش آموزان در هر دو جنس، مساوی و زیر صدک ۵۰ امتیاز مهارت های اجتماعی قرار داشتند. در بررسی روابط تحلیلی، میانگین امتیاز مهارت های اجتماعی با جنس و پایه تحصیلی ارتباط معنی دار را نشان داد (P. Value) به ترتیب ۰/۰۰۲ و ۰/۰۴. همچنین عملکرد تحصیلی دانش آموزان (غیبت از مدرسه و معدل) با صدک امتیاز مهارت های اجتماعی ارتباط معناداری را بدست آورد (P. Value) به ترتیب ۰/۰۰۱ و ۰/۰۲ (گرمارودی و همکاران، ۱۳۸۵: ۱۴۷). با توجه به نتایج بدست آمده میزان مهارت های اجتماعی دانش آموزان از سطح مطلوبی برخوردار نبوده، و باید از طریق بازنگری در برنامه های آموزشی و تربیتی در سطح خانواده و مدرسه مهارت های اجتماعی آنان را ارتقاء داد.

بررسی تطبیقی سرمایه اجتماعی و سلامت روانی دانشجویان غیر بومی دانشگاه های تهران و شیراز توسط ایمان و همکارانش انجام شده در فصلنامه پژوهشی رفاه اجتماعی سال هشتم، شماره ۳۰ و ۳۱ به چاپ رسیده است. «یافته های مقاله نشان می دهد که میان سرمایه اجتماعی و سلامت روانی دانشجویان ارتباط معناداری وجود دارد. نتایج حاصله از ضریب همبستگی محاسبه شده در دانشگاه تهران برای دو متغیر سلامت روانی و سرمایه اجتماعی  $r=0.59$  می باشد. این در حالی است که این مقادیر در دانشگاه شیراز برابر با  $r=0.84$  می باشد. نتایج از این ضریب به ما می گوید که رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روانی در سطح حداقل ۹۵ درصد معنی دار است. .... نتایج این تحقیق نشان می دهد هر اندازه افراد در ساختار دارای سرمایه اجتماعی بالاتری باشند (به این معنا که این متغیر به عنوان مجموعه ای از ذخائر ارزشمند مانند اعتماد متقابل، حمایت های اجتماعی، روانی و مالی وجود شبکه های خویشاوندی، حس تعلق و وابستگی و مشارکت در جنبه های مختلف زندگی اجتماعی برای افراد وجود داشته باشد) سلامت روانی آن ها در جامعه جدید در وضعیت بهتری قرار خواهد گرفت.» (ایمان و همکاران، ۱۳۸۸: ۱۶۵-۱۶۳)

مقاله روش های موثر آگاه سازی در حوزه سلامت توسط دکتر نعمت الله بابایی در مجله پژوهش و سنجش سال ۱۳۸۶ دوره ۱۴ شماره ۴۹ به چاپ رسیده است. در این مقاله آموزش و آگاه سازی در حوزه سلامت با تأکید بر مدل سنتی که تکیه بر جنبه های فردی و معمول زندگی می کند و همچنین آموزش های نوین که بر توانمند سازی و عمل اجتماعی افراد در زندگی به امر آگاه سازی در حوزه سلامت پرداخته از سوی نویسنده مورد تأمل می باشد. به نظر نویسنده اگر کارکرد آموزش را زمینه ساز برای تغییر، تعمیق یا تعدیل رفتار در هر حوزه ای بدانیم باید یکسری از اصول آگاه سازی رسانه ای در امر سلامت را به قرار زیر در جامعه به عنوان پیش شرط های موفقیت آمیز آگاهی بخشی رسانه ای بیان کنیم، که این اصول به قرار زیر است «۱- نیاز: باید آموزش ها مبتنی بر نیاز مخاطبان باشد. ۲- مراتب: آموزش باید متناسب با درک و پذیرش از سوی مخاطبان باشد. ۳- آزادی: باید مخاطبان را در راستای پذیرش پیام های سلامت که بتوانند خود را در این زمینه توانمند سازد آزاد گذاریم. ۴- همدلی و روابط انسانی: را باید لازمه جلب اعتماد و علاقه مخاطب از سوی رسانه در امر آموزش سلامت مد نظر آوریم. ۵- استفاده از دانش و اطلاعات نوین: از شرایط آگاه سازی به روز شده در حوزه سلامت و

پذیرش مخاطبان باید دانست. ۶- ارتباط دوسویه: باعث نوعی تحرک در مخاطبان بوده که از حالت یکسویه بودن و انفعالی گشتن مخاطبان در امر آموزش سلامت جلوگیری می کند. ۷- استفاده از فناوری و تکنولوژی جدید اثر بخشی پیام های موثر حوزه سلامت را در بین مخاطبان ارتقاء می دهد. ۸- پیشگیری از انبوه اطلاعات: باعث این شده که مخاطبان در حوزه سلامت با بمباران اطلاعاتی مواجه نشوند. ۹- تکرار با تنوع: در راستای نهادینه شدن در حوزه سلامت باعث پرآموزی مخاطبان در امر سلامت می گردد. ۱۰- استفاده از الگوها و رهبران: از مهمترین روش های شناخته شده و مؤثر امر آموزش برای ایجاد تغییر در رفتار و رگایش مخاطبان در حوزه سلامت می باشد. ۱۱- استفاده از ایجاد انگیزه و علاقه: در مخاطب آمادگی لازم را برای کسب دانش و تغییر نگرش ایجاد می نماید. ۱۲- استفاده از حمایت اجتماعی. ۱۳- اسفاده از هیجان ها و عواطف. ۱۴- استفاده از خرده فرهنگ. ۱۵- استفاده از فن شخصی سازی. ۱۶- استفاده از روش های ادراکی. ۱۷- تأثیر پذیری. ۱۸- منافع شخصی. ۱۹- بی طرفی. ۲۰- همانند سازی. ۲۱- تأثیر علاقه. ۲۲- ترس متوسط و... از مهمترین اصول آگاهی سازی در حوزه سلامت می باشد که می تواند مورد نظر برنامه سازان و تهیه کنندگان رسانه قرار گیرد.» (بابایی، ۱۳۸۶: تلخیص)

مقاله شهرنشینی، رسانه و سلامت اجتماعی که توسط فدایی مهربانی در مجله پژوهش و سنجش سال ۱۳۸۶ دوره ۱۴ شماره ۴۹ به چاپ رسیده است، به نظر نویسنده «رسانه هایی چون رادیو و تلویزیون حتی می توانند از راه های غیر مستقیم، تعاریفی مناسب و هدفمند از سلامت اجتماعی ارائه دهند. برای مثال شخصیت اصلی یک مجموعه تلویزیونی می تواند بیش از ده ها مقاله و کتاب در القای مفهوم سلامت اجتماعی به شهروندان کارایی داشته باشد. همچنین سلامت اجتماعی، به نوبه خود موجب شکل گیری نوعی شهروندی پویا و اخلاقی خواهد شد..... باید پذیرفت که در دنیای امروزه رسانه به عنوان یک گروه مرجع عمل می کند و به این ترتیب، به جایگزینی برای گروه های مرجع در جوامع سنتی- همچون پدران، مادران، بزرگان و.... تبدیل شده است. حقیقت این است که تنها یک رسانه پویا می تواند به بازتولید سلامت اجتماعی در جامعه پردازد نه رسانه ای که گرفتار مناسبات تولیدی و فناورانه زندگی مدرن شهری است. رسانه باید خود را از انجماد و ساخت برنامه های کلیشه ای رها کند و به نقش خود در فرایند الگوسازی توجه بیشتری مبذول دارند..... بنابراین زندگی شهری را می توان زندگی ای دانست که در آن الگوها و مدل های جدیدی از هویت، هر روز به شهروندان عرضه می شود..... غنای آموزشی رسانه ها و پر محتوا شدن برنامه های تلویزیونی می تواند مهمترین راه پیوند رسانه ها با سلامت اجتماعی در قالب شهرنشینی باشد. به هر حال زندگی شهری حاوی موج عظیمی از الگوهای هنجار و ناهنجار است که همه روزه همچون سیلی عظیم بر سر جوانان می ریزد، بویژه که شهروندان جوامع در حال گذار نیاز بیشتری به الگوهای جایگزین دارند؛ به نظر می رسد رسانه های جمعی بویژه تلویزیون می توانند عاملی برای الگوسازی مفهوم سلامت اجتماعی مطابق با هنجارهای پذیرفته شده جامعه باشند.» (فدایی مهربانی، ۱۳۸۶: تلخیص)

همچنین مطالعه (رابطه بین رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی با سلامت روانی دانشجویان جدید الورودی دانشگاه تهران ۱۳۸۲-۱۳۸۱) توسط عباس بخشی پور رودسری و همکاران انجام شد. یافته ها نشان داد «که رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی به شکل معناداری سلامت روانی را پیش بینی می کند. همچنین تأهل به شکل معناداری با بهداشت روانی بالاتر، رضایت از زندگی و احساس حمایت اجتماعی بیشتر، همبسته بود. بطور کلی آسیب پذیری دانشجویان غیر بومی بالاتر می باشند» (بخشی پور رودسری و همکاران، ۱۳۸۴: تلخیص).

مریم کنگرلو (۱۳۸۷) به سنجش میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد مشغول به تحصیل در مقطع کارشناسی در دانشگاه علامه طباطبایی و مقایسه آن با میزان سلامت اجتماعی دانشجویان غیر شاهد می پردازد. نتایج این پژوهش نشان داد که «بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیر شاهد تفاوت معناداری وجود ندارد. در گروه دانشجویان شاهد دانشجویانی که از سلامت اجتماعی بالایی برخوردار بودند کمتر تمایل داشتند تا سهمیه دار بودن خود را پنهان نمایند و در مقابل دانشجویانی با سلامت اجتماعی پایین از اینکه سایر افراد بدانند که آنها با سهمیه شهدا وارد دانشگاه شده اند نگران بوده و تمایل به مخفی کاری داشتند. همچنین دانشجویان متاهل و بطور کلی دانشجویان شاهد زن از سلامت اجتماعی بالاتری نسبت به سایرین برخوردار بودند» (کنگرلو، ۱۳۸۷: تلخیص).

غلامحسین قاندى و حميد يعقوبى در سال ۱۳۸۶ پژوهشی با عنوان بررسی رابطه بین ابعاد حمایت اجتماعی ادراک شده و ابعاد بهزیستی در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه تهران و علامه طباطبایی انجام دادند. یافته های نشان دادند که «وجوه مختلف حمایت اجتماعی ادراک شده پیش بینی کننده های بهتری برای رضایت مندی از زندگی و بالانس عاطفی در دختران نسبت به پسران هستند. و بهزیستی روان شناختی و اجتماعی در دختران بیشتر به وسیله حمایت اجتماعی از خانواده و در پسران بیشتر به وسیله حمایت اجتماعی

از دوستان پیش بینی می شود. همچنین حمایت ادراک شده از فرد خاص و از افراد گروه در دانشکده اثری بر روی ابعاد مختلف بهزیستی فرد ندارد» (فائدی و همکار، ۱۳۸۷، تلخیص).

هادی عبدالله تباردرزی (۱۳۸۶) در پژوهشی با عنوان بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان به بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی و ارتباط آن با متغیرهای دموگرافیک اجتماعی آنان پرداخته است. نتایج نشان دادند «میانگین سلامت اجتماعی در دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد (۷۲/۲۲) بیشتر از دانشجویان مقطع کارشناسی (۶۶/۴۲) می باشد همچنین بین متغیر سلامت اجتماعی با متغیر وضعیت تاهل، عضویت در انجمن ها و وضعیت اشتغال ارتباط معناداری وجود داشت» (عبدالله تباردرزی، ۱۳۸۶: ۱۷۱). خواجه دادی و همکاران در مقاله پژوهشی (رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت مادران) نشان دادند که «سرمایه اجتماعی با هر دو بعد سلامت جسمی و روانی رابطه معناداری دارد» (خواجه دادی و همکاران، ۱۳۸۷: ۸۳)

بلانکو و دیاز<sup>۴</sup> (۲۰۰۷) در مقاله ای با عنوان (نظم اجتماعی و سلامت روانی با رویکردی به سلامت اجتماعی) سعی کردند تا «ارتباط بین ابعاد سلامت اجتماعی را بعنوان شاخص نظم اجتماعی با جنبه های دیگری از سلامت مثل میزان افسردگی، عزت نفس، سلامت درک شده، محرومیت، میزان آنومی و کنش های متقابل اجتماعی، احساسات مثبت و منفی و رضایت را مورد بررسی قرار دهند» (Blanco & Dize, 2007: 61-71).

کیوگنانی<sup>۵</sup> و همکارش (۲۰۰۷) در پژوهشی سعی کردند «تا به ارزیابی ارتباط بین مشارکت اجتماعی، درک از اجتماع در میان جوانان دانشجوی ایتالیایی، آمریکایی و ایرانی و تاثیر این دو متغیر بر سلامت اجتماعی بپردازند» (Cicognani & et al. 2007: 97-110). لاروج در سال ۱۹۹۸ مطالعه ای توصیفی را با عنوان (سلامت اجتماعی روی ۱۵۱ دانشجوی دانشگاه در بوستون ماساچوست) انجام داد «هدف مطالعه تعیین ارتباط بین وضعیت سلامت اجتماعی، جنسیت، متوسط نمره تحصیلی و تعیین کننده های اصلی مرتبط و غیر مرتبط در سلامت با سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت آنها بود. زنان دانشجوی به نحو معنی داری در ابعاد تغذیه، روابط بین فردی، مسئولیت پذیری در مقابل سلامت و سبک زندگی ارتقاء دهنده ی سلامت رفتار بهتری از مردان داشتند» (مامورت و همکاران، ۱۳۸۷: ۳۹).

## مبانی نظری

بعد اجتماعی سلامت، در برگیرنده سطوح مهارت های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به عنوان عضوی از جامعه بزرگتر است بر اساس این دیدگاه کبیز سلامت اجتماعی را به عنوان کیفیت روابط با دیگران که شامل (دوستان، نزدیکان، آشنایان، همکاران و گروه های اجتماعی که فرد در آن ها عضویت دارد)، مورد مطالعه قرار می دهد. وی سلامت اجتماعی را شامل عناصری متعدد دانسته که در کنار یکدیگر بیانگر این است که چگونه و در چه درجه ای از رفاه در زندگی اجتماعی خود، خوب عمل می کنند. (مثلاً به عنوان همسایه، همکار و همشهری) «کبیز از نظریه پردازان سلامت اجتماعی، به رابطه قوی بین سلامت اجتماعی، از خود بیگانگی و ناهنجاری ها اشاره کرده است و در مطالعه سلامت اجتماعی در ایالات متحده نتایجی به دست آورده است: ۱- بین سلامت اجتماعی با رفتارهای اجتماع پسند و مسئولیت پذیری زندگی اجتماعی رابطه های مثبت زیادی مشاهده شد. ۲- همچنین سطوح سلامت اجتماعی به خصوص انسجام اجتماعی و مشارکت اجتماعی در افرادی که با اطرافیان خود برای حل مسائل و مشکلات همکاری و همفکری می کردند در مقایسه با افرادی که با اطرافیان خود ارتباط نداشتند میزان بالاتری داشت. همچنین گرچه مشخص نیست سلامت اجتماعی، معلول یا علت مسئولیت پذیری در برابر زندگی اجتماعی است، اما به طور واضحی با جایگاه و رضایت از زندگی اجتماعی رابطه دارد.» (کبیز، ۲۰۰۴: ۴۸ به نقل از سام آرام، ۱۳۸۸: ۱۲) معیارهای سلامت اجتماعی در مطالعات کبیز که پیگیری مثبت دارد منعکس کننده ارزیابی شخص از تجربه های اجتماعی است؛ بر این اساس جدول ذیل سطح تحلیل سلامت اجتماعی در توسعه روستایی جامعه را بیان می کند.

پیوستار	سطوح تجزیه و تحلیل	
	اجتماعی	فردی
منفی	میزان قدرت - خودکشی و بزهکاری	پرخاشگری و خشونت
		فردی
		بی هنجاری و از خود بیگانگی

مثبت	سرمایه اجتماعی و تاثیر جمعی	مبادله انواع حمایت اجتماعی و اعتماد اجتماعی	ابعاد اجتماعی سلامت کبیز (۲۰۰۴)
------	-----------------------------	---	---------------------------------

منبع: کبیز و شاپیر، ۲۰۰۴ به نقل از هزار جریبی و همکار، ۱۳۹۱: ۳۱۳

بر اساس این جدول کبیز در سطح تحلیل فردی پنج شاخص را برای بررسی سلامت اجتماعی پیشنهاد می کند که عبارت است از ۱- شکوفایی اجتماعی<sup>۶</sup> منظور این است که جامعه به شکل مثبت در حال رشد است. فکر کردن به اینکه جامعه پتانسیل رشد به شکل مثبت را خواهد داشت و می تواند این توانمندی را به شکل بالفعل در آورد. «شکوفایی اجتماعی عبارت از ارزیابی توان بالقوه مسیر تکامل اجتماع است و باور به اینکه اجتماع در حال یک تکامل تدریجی است و توانمندی های بالقوه ای برای تحول مثبت دارد که از طریق نهادهای اجتماعی و شهروندان شناسایی می شود. افراد سالم در مورد شرایط آینده جامعه امیدوار و قادر به شناسایی نیروهای جمعی هستند و معتقدند که خود و سایر افراد از این نیروها و تکامل اجتماع سود می برند.» (عبدالله تبار و همکاران، ۱۳۸۸: ۱۷۶) بر این اساس زنانی که در توسعه جامعه روستایی از این رشد برخوردار می باشند، باور دارند که خودشان سازنده سرنوشت خویش و دیگران خواهند بود. پس خود را در حال تحول مستمر و دارای نیروهای بالقوه می دانند که تلاش می کنند تا این نیروها را شکوفا سازند.

۲- همبستگی (انطباق) اجتماعی<sup>۷</sup> درک کیفیت، سازماندهی و عملکرد دنیای اجتماعی در این بعد مورد نظر است. روستایی سالم از نظر اجتماعی سعی می کند تا در مورد دنیای اطراف خود اطلاعات بیشتری داشته باشد، تا خود را بتواند با دیگران که همان جامعه و خارج از او هستند تطبیق دهد. در واقع نام دیگر این بُعد همان انطباق اجتماعی است. «اعتقاد به اینکه اجتماع قابل فهم، منطقی و قابل پیش بینی است. افرادی که از نظر اجتماعی سالم اند نه تنها درباره نوع جهانی که در آن زندگی می کنند، بلکه همچنین راجع به آنچه اطرافشان رخ می دهد علاقمند بوده و احساس می کنند قادر به فهم وقایع اطرافشان هستند. این مفهوم در مقابل بی معنایی در زندگی است و در حقیقت درکی که فرد نسبت به کیفیت، سازمان دهی و اداره دنیای اجتماعی اطراف خود دارد.» (کبیز و شاپیر، ۲۰۰۴: ۷) به نقل از نیک ورز، ۱۳۸۸: ۹) در واقع زنانی که در سطح زندگی اجتماعی و خانوادگی جامعه روستایی خود احساس نمایند که جزئی از جامعه هستند و با دیگران احساس اشتراکی و فردی برای ساخت واقعیت اجتماعی را داشته باشند، به جامعه خود تعلق خواهند داشت؛ و برای توسعه مندی و پایداری آن تلاش می نمایند. بر این اساس «انسجام اجتماعی یا یکپارچگی اجتماعی متکی بر مفاهیمی چون انسجام اجتماعی (دورکیم)<sup>۸</sup>، بیگانگی فرهنگی و انزوای اجتماعی (سیمن)<sup>۹</sup> و آگاهی طبقاتی مارکس<sup>۱۰</sup> است. از نظر دورکیم هماهنگی اجتماعی و سلامت اجتماعی بازتابی از ارتباط افراد با یکدیگر از طریق هنجارهاست. سیمن معتقد است که بیگانگی فرهنگی عبارتست از گسست فرد و جامعه، طرد جامعه و یا این نگرش که جامعه نمی تواند انعکاسی از ارزش ها و سبک های فرهنگی فرد، باشد، انزوای اجتماعی عبارتست از خدشه دار شدن روابط افراد که به معنای زندگی او معنا می دهند و نقش حمایتی برای او دارند. یکپارچگی اجتماعی هم مثل مفهومی که مارکس از آگاهی طبقاتی می دهد دربرگیرنده عضویت جمعی و سرنوشت جمعی است.» (حاتمی، ۱۳۸۹: ۲۷)

۳- پذیرش اجتماعی<sup>۱۱</sup>: این بُعد از سلامت اجتماعی اشاره به این می کند که پذیرش دیگران نسخه اجتماعی پذیرش خود می باشد. در واقع «افرادی که نگرش مثبتی به شخصیت خود دارند و جنبه های خوب و بد زندگی را توأمان می پذیرند افراد دارای سلامت روانی و اجتماعی هستند. منظور از پذیرش اجتماعی درک فرد از جامعه با توجه به خصوصیات سایر افراد است. پذیرش اجتماعی شامل پذیرش دیگران، اعتماد به خوب بودن ذاتی دیگران و نگاه مثبت به ماهیت انسان هاست که همگی آنها باعث می شود فرد در کنار سایر اعضای جامعه انسانی احساس راحتی کند. کسانی که دیگران را می پذیرند به این درک رسیده اند که افراد به طور کلی سازنده هستند. همانگونه که سلامت روانی شامل پذیرش خود می شود، پذیرش دیگران نیز در جامعه می تواند به سلامت اجتماعی بی انجامد.» (هزار جریبی و همکار، ۱۳۹۱: ۳۱۵) در این بُعد از سلامت باید به نسخه اجتماعی پذیرش زنان روستا از خودشان توجه کنیم، به این معنا که زنان روستایی در زندگی اجتماعی و خانوادگی خود نگرش مثبت به شخصیت خود دارند و جنبه های خوب و بد زندگی خود را توأمان می پذیرند؛ که این امر در قالب نمونه هایی از سلامت روانی و اجتماعی در بین زنان قابل بررسی است.

- 6- Social Actualization
- 7 - Social Coherence
- 8 - Durkheim
- 9 - Simen
- 10 - Marx
- 11 - Social Acceptance



۴- مشارکت اجتماعی<sup>۱۲</sup> در مشارکت اجتماعی افراد احساس می کنند که چیزی با ارزشی برای عرضه به اجتماع دارند، زنان روستائیان تصور می کنند که در فعالیت روزمره شان به واسطه اجتماع با ارزش شمرده می شود. هالباکس<sup>۱۳</sup> در تعریف مشارکت اجتماعی بیان می کند که «درگیری ارزش های جامعه ای که فرد در آن عضو است. هرگاه افراد در بطن ارزش ها و هنجارهای خود زندگی کنند؛ در واقع حیات اجتماعی مشارکت دارند.» (توسلی، ۱۳۸۲: ۷۵). از بعد سلامت اجتماعی این شاخص عبارت از «این احساسی که افراد چیزهای با ارزشی برای ارائه به جامعه دارند. این تفکر که فعالیت های روزمره آن ها به وسیله جامعه ارزش دهی می شود. در حقیقت مشارکت اجتماعی باوری است که طبق آن افراد خود را عضو حیاتی اجتماع می داند و فکر می کند چیز ارزشمندی برای عرضه دنیا دارد. این افراد تلاش می کنند تا در دنیای که صرفاً به دلیل انسان بودن برای آنان ارزش قائل است سهمی باشند.» (سام آرام، ۱۳۸۸: ۱۹). در واقع این بُعد از سلامت اجتماعی در بین گروه اجتماعی زنان جامعه روستایی به ارزیابی اجتماعی آنان می پردازد که آیا آنان جزء مهمی از جامعه و زندگی خانوادگی خود هستند و چه ارزشی را به جهان اجتماعی خود اضافه می نمایند. این بُعد از سلامت اجتماعی با مفهوم بازدهی اجتماعی و مسئولیت پذیری در عرصه های مختلف زندگی زنان شباهت بسیاری دارد؛ در واقع بازدهی اجتماعی زنان به این معناست که این عقیده را زنان در زندگی خصوصی و اجتماعی خود دارند که با بروز رفتاری خاص نشان دهند که به اهداف ویژه ای دست می یابند. و مسئولیت پذیری اجتماعی آن به این معناست که تعیین الزامات فردی و اجتماعی که در عرصه زندگی به عنوان مهمترین نقش ها بر عهده داند، توانسته منجر به نقش آفرینی آنان در جامعه و عرصه خصوصی آنان گردد.

۵- انسجام اجتماعی<sup>۱۴</sup> ارزیابی یک فرد با در نظر گرفتن کیفیت همراهی او با جامعه اطرافش می باشد. «انسجام اجتماعی، ارزیابی فرد از کیفیت روابطش در جامعه و گروه های اجتماعی است. فرد سالم احساس می کند که بخشی از اجتماع است و خود را با دیگرانی که واقعیت اجتماعی را می سازند، سهم می داند. از دیدگاه دورکیم (به نقل از کیز ۱۹۹۸) سلامت و یگانگی اجتماعی، روابط افراد را بایکدیگر از طریق هنجارها منعکس می کند. مفهوم انسجام اجتماعی در برابر بیگانگی و انزوای اجتماعی قرار می گیرد، بیگانگی اجتماعی یعنی شکاف بین فرد و اجتماع. بیگانگی یعنی مردود شمردن اجتماع و باور به این که اجتماع ارزش های شخصی و شیوه های زندگی فرد را منعکس نمی کند. انزوای اجتماعی یعنی شکستن روابط حمایت گر شخصی. بنابراین فردی که از انسجام اجتماعی برخوردار است نسبت به اجتماع خود احساس نزدیکی و گروه اجتماعی خود را منبعی از آرامش و اعتماد می داند.» (عبدالله تبار و همکاران، ۱۳۸۸: ۱۷۵-۱۷۴) در واقع احساس تعلقی که بین زنان روستایی بوجود می آید می تواند جنبه ای محوری در امر سلامت داشته باشد، لذا یکپارچگی با دیگران در محیط و جامعه اطراف می بایست حاصل تجربه مشترک شباهت با دیگران باشد. سام آرام در این راستا بیان می کند که «انسجام اجتماعی به معنای احساس بخشی از جامعه بودن، فکر کردن به اینکه فرد به جامعه تعلق دارد، احساس حمایت شدن از طریق جامعه و سهم داشتن در آن می باشد. بنابراین انسجام اجتماعی آن درجه ای است که در آن مردم احساس می کنند که چیز مشترکی بین آن ها و کسانی که واقعیت اجتماعی آن ها را می سازند وجود دارد مثل همسایه هایشان.» (سام آرام، ۱۳۸۷: ۷)

انسجام اجتماعی در بین گروه های اجتماعی زنان روستایی قابل قیاس با معنادار بودن زندگی با دیگران است، در واقع زنان باید خود را با جامعه ارزیابی نمایند و پیش بینی کنند با جامعه ای که در آن زندگی می کنند. از بعد روانی زنانی جامعه روستایی که سالم هستند که زندگی شخصی و عمومی خود را با معنا و منسجم می بینند. در جامعه ای که زنان این احساس را داشته باشند، با دیگران منسجم هستند، پس دارای نشانه های سلامت می باشند، در واقع زنانی که از انسجام در زندگی برخوردارند، تلاش می کنند که در هنگام مواجهه با رویدادهای غیرقابل پیش بینی انسجام خود را حفظ نمایند، و درک منسجمی از کیفیت جهان اجتماعی خود و شیوه سازماندهی و عملکرد خود در عرصه های عمومی و خصوصی زندگی اجتماعی داشته باشند. این مقوله در گروه های اجتماعی جامعه از جمله زنان با قابلیت معنا بخشی که مستلزم وجود شخصی خود فرد است همراه می باشد. بنابراین زنانی که در سطح زندگی خود سالم تر هستند، که به ماهیت اجتماعی جهان خود و اطرافیان شان علاقمند باشد، و می توانند شیوه عملکرد آنان را درک کنند.

## عوامل موثر بر سلامت اجتماعی

پژوهش های اجتماعی به صورت خرد و کلان در حوزه سلامت روانی و اجتماعی به صورت منصفه ای، ملی و بین المللی انجام یافته است، این امر اثبات می نماید که تحت تاثیر دامنه بسیاری از عوامل جمعیت شناختی، اجتماعی، روانی و فرهنگی می توان عوامل موثر بر سلامت اجتماعی را مورد تأمل و بررسی قرار داد. به نظر راسنفیلد<sup>۱۵</sup> یکسری از عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی و روانی شامل» پایگاه اجتماعی- اقتصادی (SES)، موقعیت تأهل، جنسیت، مهارت های ارتباطی، مذهب، سرمایه اجتماعی و... می باشد.» (راسنفیلد، ۱۹۹۷. به نقل از حاتمی، ۱۳۸۹: ۳۰)

**الف) پایگاه اجتماعی - اقتصادی:** این مؤلفه رابطه روشن و صریحی با سلامت از جمله سلامت اجتماعی دارد. در واقع هرچه فقر اقتصادی و شرایط نامناسب وضعیت های درآمدی و طبقاتی زنان روستا نامناسب تر باشند، پایگاه اجتماعی و اقتصادی افراد در نتیجه وخیم تر است، که این امر باعث می شود سبک زندگی افراد در تمام زمینه ها از جمله سلامت اجتماعی آنان به خطر افتد. با توجه به این مسائل از دیدگاه گراهام<sup>۱۶</sup> «سلامتی فرد به عنوان یک موضوع مهم نتیجه شرایط اقتصادی اجتماعی است. افرادی که از لحاظ اقتصادی اجتماعی در شرایط بهتری قرار دارند، به دلیل توانایی و دسترسی بهتر در وضعیت مطلوبتری قرار می گیرند؛ و در مقابل افرادی که به طبقات پایین جامعه تعلق دارند از سلامتی نامطلوب رنج می برند. به باور وی عواملی که باعث می شوند تغییرات در وضعیت اقتصادی اجتماعی افراد بر سلامتی (جسمی، روانی، اجتماعی) تاثیر بگذارد. در سه مقوله مادی، رفتاری و روانی اجتماعی قرار می گیرند.» (گراهام، ۲۰۰۱: ۱۴ به نقل از هزار جریبی و همکار، ۱۳۹۱: ۳۰۹). لذا بررسی و شناخت دقیق پایگاه اجتماعی اقتصادی گروه های اجتماعی از جمله زنان برای اینکه به توان به فهم تفاوتی دقیقی در زمینه سلامت اجتماعی جامعه روستا و توسعه پایدار دست یافت. از دیدگاه والتر. ب. میلر<sup>۱۷</sup> شش مساله مهم و اصلی می تواند با توجه به وضعیت اقتصادی و اجتماعی افراد جامعه طبقات پایین را تحت تأثیر قرار دهد، موضوعاتی چون ناآرامی و اغتشاش، استقامت و پایداری، آراستگی شور و شوق، سرنوشت و تقدیر، آزادی عمل با توجه به شش موضوع مهم سه نوع متفاوت راهبردی بقاء طبقه پایین بیان می شود. «یک سبک زندگی پر احساس که منجر به خرسندی بلاواسطه شود. یک استراتژی خشونت آمیز و یک استراتژی حداقلی. زمانی که استراتژی پر احساس شکست بخورد یا زمانی که در دسترس نباشد، و سوسه زیادی برای پذیرش یک استراتژی خشن وجود دارد که بر اساس آن دیگران را مجبور می کنید تا آنچه بدان نیاز دارید به شما بدهند. استراتژی حداقلی است که در آن اهداف به نحو فزاینده ای محدود به حداقل ضرورت برای تداوم بقاء شده اند.» (افشار کهن، ۱۳۸۱: ۱۳۷-۱۳۶) در واقع باید سعی شود که حتی الامکان در سطح جامعه روستایی برای زنان و سایر گروه های اجتماعی روستا ارائه خدمات مشاوره ای، روانشناختی و اجتماعی در سطح مطلوب ایجاد کرد که زنان، دختران جوان و نوجوان خانواده های روستایی یک راهبرد پایدار همراه با آراستگی شوق برانگیز را بستر سازی نمایند.

**ب) وضعیت تاهل:** ازدواج و ترغیب به امر ازدواج در امر سلامت اجتماعی اثرگذار است. در واقع جامعه ای که بتواند با آموزش های دقیق و روش بینانه جوانان جامعه خود را به امر متاهل بودن رسمی آشنا نماید، می توان بیان کرد که تاهل و مسئله ازدواج دقیق، صحیح بر سلامت روانی و اجتماعی شهروندان اثر گذارد، تاهل برای زنان جامعه روستایی از این جهت حائز اهمیت است که، می تواند زنان با انتخاب دقیق و صحیحی شان همسری را انتخاب کنند که در لحظات اضطراب از آنان حمایت عاطفی و اخلاقی نمایند، با توجه به این امر مدیران توسعه روستایی از طریق تدوین برنامه های اجتماعی، فرهنگی و آموزشی در حوزه زنان و دختران خانواده های روستایی آنان را نسبت به اهمیت دوران تاهل و مجرد بودن که چگونه می تواند به ارتقاء سلامت اجتماعی شان تقویت نماید، همت گمارند و به ارتقاء این پدیده در سطح جامعه روستایی بپردازند.

**پ) جنسیت:** با توجه به مسائل سلامتی مردان نسبت به زنان بیشتر در معرض خطرات سلامتی از هر بعد می باشند. «جنسیت می تواند تا حدی زیاد تعیین کننده میزان کنترل منابع اجتماعی - اقتصادی و شیوه رفتار با افراد در محیط اجتماعی شان باشد. زنان دو برابر مردان افسردگی دو قطبی را تجربه می کنند و نیز از خشونت های خانوادگی، اضطراب های روانی، خشونت جنسی، فشارهای مربوط به سوگیری های جنسیتی و اجبار ایفای نقش های چندگانه رنج می برند. مردان متاسفانه عمدتاً گرفتار اعتیاد به مواد مخدر، پرخشگری و جامعه ستیزی می شوند و همچنین سه برابر احتمال دارد که شخصیت ضد جامعه در آنان شکل گیرد و این در حالی است که رایج ترین

15 -Rasenfeld  
16 -Graham  
17 -W.B.Miler

اختلال در میان زنان، اختلالات ترس است. مردان در مقایسه با زنان رفتار آسیب زنده تری دارند که سلامت آنان را به خطر می اندازد.» (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۵: ۱۱۶ به نقل از حاتمی، ۱۳۸۹: ۳۷) بر این اساس باید سعی کرد در راستای ارتقاء سلامت اجتماعی زنان روستا، آموزش های لازم را به اعضای خانواده از جمله پدران، فرزندان و شوهران در زمینه کاهش افسردگی و اضطراب های روانی بانوان و دختران داد.

**ت) عوامل روانی و اجتماعی:** در سطح جامعه روستایی با اتخاذ تدابیر جهت مند برای زنان اگر بتوانیم این گروه اجتماعی را در راستای تسلط بر محیط، هدفدار بودن زندگی شان، رشد فردی، استقلال و بهره مندی از روابط مثبت با دیگران برسانیم در واقع به ارتقاء سلامت اجتماعی از جمله دستیابی به امر خودشکوفایی اجتماعی کمک شایانی نموده ایم. اگر بتوانیم به هدفدار بودن زندگی زنان جامعه جهت دهی نمایم که متناسب با نیازها و شرایط روز جامعه در زندگی خود حرکت نمایند، و به پذیرش این مسئله که به زندگی خود در تمام عرصه های خصوصی و اجتماعی جهت دهند، و دارای عقاید معناداری در سطح زندگی خود باشند، توانسته ایم به بالندگی سلامت اجتماعی زنان کمک بسیاری نمایم.

**ث: مهارت های ارتباطی:** از دیگر فرایندهای مؤثر بر سلامت اجتماعی که نقش بارزی هم در زندگی شهروندان جامعه دارد، بهره مندی از مهارت های ارتباطی و تعاملی است. «از طریق رفتار متقابل اجتماعی است که افراد شخصیت خود را می سازند و شیوه های زندگی جمعی و دانش، مهارت الگوهای رفتاری لازم را کسب می کنند. از طرفی به نظر می رسد که برقراری و حفظ یک ارتباط سالم و مستمر نیز مستلزم داشتن مهارت های اجتماعی و ارتباطی بخصوصی است که باید آن ها را مورد توجه و بررسی قرار داد. ماتسون<sup>۱۸</sup> (۱۹۹۰) معتقد است که مهارت های ارتباطی رفتارهایی هستند که رشد آن ها می تواند بر روابط بین افراد از یکسو و سلامت اجتماعی آنان و نیز عملکرد مفید و مؤثر در اجتماع از سوی دیگر، تأثیر داشته باشند. اشنایدر و همکاران (۱۹۸۵) نیز مهارت های ارتباطی را به عنوان وسیله ارتباط میان فرد و محیط تعریف می کنند که این وسیله برای شروع و ادامه یک ارتباط سالم و زنده با همسالان، به عنوان بخش مهمی از سلامت، مورد استفاده واقع می شود.» (یوسفی، ۱۳۷۸: ۲۹ به نقل از حاتمی، ۱۳۸۹: ۴۵) در واقع هر چقدر که بتوان در برقراری آموزش های مهارت ارتباطی در بین زنان جامعه روستایی از سبک های ارتباطی جرات مندانه یا ابراز وجودی بهره برد، این امر منجر به برخورداری از عزت نفس مثبت خواهد شد، و باعث تحت کنترل داشتن وضعیت زندگی را به همراه می آورد.

**ج: مذهب:** تقویت اثر نیایش و دعا در بین زنان جامعه اثر مثبتی در تعادل روحی و باعث جلوگیری از انزوا، ناتوانی و بی فایدهی خواهد شد، دعا و نیایش علاوه بر اثر گذاری بر روح بر روی کیفیت زندگی و کیفیت بدنی انسان هم اثر دارد. از طریق مذهب و تقویت اعمال و رفتارهای اخلاقی در بین زنان جامعه می توان، همنوایی با گروه های اجتماعی جامعه را در زنان تقویت کرد، همچنین تقویت اخلاق حسنه در فعالیت ها و عملکردهای زنان جامعه روستایی باعث بهره مندی از تفسیر خوب و مثبت از رویدادها و دیگران خواهد شد، و این عامل می تواند نقش موثری در تقویت سلامت اجتماعی دارد.

## سیاست اجتماعی و سلامت اجتماعی

سیاست اجتماعی و کاربرد آن در حوزه سلامت از جمله سلامت اجتماعی کلید اساسی و تحقق سایر حوزه های مرتبط با سلامت اجتماعی است. در واقع سیاست اجتماعی اشاره به کنش های اجتماعی شهروندان از جمله زنان در جهان زندگی اجتماعی می کند. بر این اساس توصیف این کنش ها هدفمند و مؤثر در ارتقای بهزیستی افراد جامعه نیز می باشد. بطور خلاصه باید گفت که «سیاست اجتماعی، مرتبط با رفاه یا بهزیستی جامعه و اعضایش است و از سوی دیگر سیاست اجتماعی با سایر نزدیک به فعالیت های رفاه است، قلمرویی که در آن سیاست های دولت و خدمات اجتماعی به منظور ارتقای شهروندان یک کشور مورد استفاده قرار می گیرد.» (سعیدی و همکار، ۱۳۸۸: ۲۷-۲۶) گسترش و بستر سازی این شاخص های سیاستی برای تمام گروه های اجتماعی ساکن در روستا از سوی مسئولین و مدیران می تواند جنبه حمایتی و بازتولید سلامت اجتماعی را به همراه داشته باشد؛ در واقع ضرورت توسعه و آموزش شاخص های سلامت اجتماعی بر اساس تئوری کبیز می تواند در سطح جامعه روستایی از مهمترین سرمایه گذاری های بخش سلامت اجتماعی و

سیاست گذاری های اجتماعی مدیران توسعه روستایی در جهت کنترل آسیب های اجتماعی و حمایت اجتماعی از شهروندان از جمله زنان می باشد، که در راستای بهبود وضعیت اجتماعی شان مؤثر است.

## حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی

حمایت اجتماعی اشاره بر در دسترس قرار داشتن یکسری از منابع و روابطی می کند که این منابع در موقع لزوم باید از سوی فرد، خانواده و یا جامعه فراهم شده باشد، تا بتوان زنان جامعه روستایی از سلامت اجتماعی برخوردار شوند. به نظر آرمسترانگ (حمایت اجتماعی یعنی احساس تعلق داشتن، پذیرفته شدن و مورد عشق و محبت قرار گرفتن؛ در واقع به این طریق برای هر فرد یک ارتباط امن بوجود می آورد که احساس محبت و نزدیکی از ویژگی های اصلی این روابط است). (آرمسترانگ و همکار، ۱۳۷۲: ۸۷) در سطح مدیریت توسعه روستایی باید برنامه ریزان اجتماعی به طور مشخص با توجه به هویت فرهنگی روستاها بتوانند در حوزه حمایت های اجتماعی از جمله زنان، فرزندان، جوانان، سالمندان، زوجین و همسایگان تمهیدات و آموزش های لازم را ارائه دهند، همچنین دستگاه ها و سازمان های دولتی و غیر دولتی در راستای حمایت از توانمندسازی زنان علاوه بر اینکه فعالیت هایی را داشته اند، با تمهید سرمایه گذاری بیشتر برای اینکه از مواهب سلامت اجتماعی بیشتری برخوردار باشند؛ باید تلاش بیشتری بنمایند. به نظر ولمن<sup>۱۹</sup> حمایت های اجتماعی متفاوتی دارند، وی بر شش نوع آن تأکید می کند. «حمایت مصاحبتی، حمایت عاطفی، حمایت خدماتی و کاری، حمایت مالی حمایت اطلاعاتی و حمایت مشورتی که هر کدام از این حمایت ها از هریک اعضای شبکه اجتماعی دریافت می شود. والدین، همسر، خویشاوندان نزدیک، اقوام دور، دوستان، همسایگان و همکاران همگی اعضای شبکه و تأمین کننده عمده انواع متفاوت حمایت اجتماعی می باشند.» (هزار جریبی و همکار، ۱۳۹۱: ۳۱۸) در سطح فعلی روابط اجتماعی بین گروه های اجتماعی که مطرح کرده ایم در سطح افقی و عمودی یا در سطح خرد و کلان دارای مبادلات نامتقارن و سرد در شئون مختلف زندگی اجتماعی است. بر این اساس «امداد رسانی در روابط حمایتی به افرادی که به هر دلیل در یکی از ابعاد محروم باقی مانده اند فرصتی دوباره می دهد که استعداد های منحصر به فرد خود را شکوفا سازند تا بتوانند در جهت خیر شخصی و جمعی گام بردارند. بدیهی است میزان موفقیت روابط حمایتی جامعه بستگی به میزان گرمی روابط، نوع نگاه به کمک گیرنده و تداوم آن ها به عنوان یک وظیفه و عادات اجتماعی دارد. یعنی اینکه اولاً از لحاظ جامعه پذیری، در نظام های شخصیتی اکثریت اعضای جامعه، تمایل به نوع دوستی تقویت شده باشد. دوم اینکه این باور در میان مردم شایع شده باشد که همه برابر زاده شده و دارای کرامت هستند و هر کس دارای استعداد خاص خود است. سوم اینکه یاری رسانی یک ارزش والای اجتماعی و یک تکلیف اخلاقی اجتماعی محسوب شود، و بالاخره چهارم اینکه این باور اجتماعی برای یاری رسان و کمک گیرنده وجود داشته باشد که کمک گیرنده امروز یاری رسان دیگری برای فرد است.» (چلبی، ۱۳۸۶: ۱۵۸) در واقع وجود سلامت اجتماعی و شاخص های بارز آن از دیگاه کبیز حمایت اجتماعی را در سطح جامعه باز تولید می کند.

## رسانه و سلامت اجتماعی

رسانه های همگانی هم نقش بارزی در سلامت اجتماعی جامعه خواهند داشت. «رسانه های جمعی از عوامل مهمی هستند که بر مفهوم سلامت اجتماعی موثرند. حقیقت این است که غیر از عنصر مذهب نمی توان نقش موثر رسانه را بر سه عنصر دیگر انکار کرد. اینکه چگونه رسانه های جمعی در فرآیند هنجارسازی یا محو هنجارهای نامطلوب نقش کلیدی ایفاء می کنند، خود نشان دهنده محوریت رسانه در فرآیند باز تولید سلامت اجتماعی است.» (فدایی مهربانی، ۱۳۸۶: ۷۵)

امروزه رسانه های جمعی در حوزه باز تولید سلامت اجتماعی در سطح جامعه روستایی باید نقش مشاوره دادن را برای افراد ایفاء نمایند، سعی کند که از برنامه های کلیشه ای و انجامدسازی ذهنی برای گروه های اجتماعی از جمله زنان روستا به پرهیزد، و در راستای فرایند باز تولید سلامت اجتماعی به نوعی الگوسازی نماید. وجود غنای آموزشی، پرمحتوا شدن برنامه های رسانه جمعی، به روز بودن و باز تولید مطالب نوشتاری در مطبوعات، به تصویر کشیدن مضامین و معانی غنی یافته از ساختار ایرانی و اسلامی در فیلم ها و... همگی بیانگر این است که رسانه به عنوان یک الگوی مرجع در سبک زندگی جامعه ایران از مهمترین ارکان فرهنگ سازی و باز تولید مفهوم

اخلاق اجتماعی و هنجارهای جمعی محسوب می شود، که بر این اساس در چنین فرایندی مفهوم سلامت اجتماعی و بازتولید آن در حال شکل گیری است.

## نتیجه گیری

ارتقاء ضرورت سلامت اجتماعی زنان جامعه روستایی از طریق بهره مندی از فرایند مکانیسم جامعه پذیری و مشارکت محوری در حوزه تقویت ابعاد سلامت قابل دستاوردهای بسیاری است. بسترسازی مکانیسم های آگاهی بخش و اطلاع مدارانه در عرصه های مختلف سلامت اجتماعی برای زنان و خانواده، می تواند به کیفیت زندگی مناسب روستا کمک شایانی نماید. افزایش مهارت های رفتاری، تعاملاتی، دانشی در عرصه های عمومی و خصوصی زندگی زنان در کنار تقویت خدمات مشاوره ای، رفاهی و معنوی نسبت به موانع و مسائلی که در زندگی روزمره اجتماعی خود روبرو هستند، باعث ارتقاء بهداشت روانی و سلامت اجتماعی زنان خواهد شد.

سرمایه گذاری انسانی و اجتماعی به صورت آموزش های مستقیم و غیر مستقیم در بروز توانمندی ها، خلاقیت ها، و استعدادها بالقوه زنان در عرصه های مختلف زندگی همراه با ارائه توسعه مند خدمات اطلاعاتی در سطح محلات می تواند به تحقق استقلال فردی و اجتماعی زنان متناسب با ارزش های فرهنگی و هنجارهای حاکم بر جامعه در عرصه خانواده و اجتماع منجر به تقویت هویت اسلامی و ایرانی روبه توسعه پایدار زنان گردد. بسترسازی احساس رضایت از کیفیت زندگی، حمایت و تعهد اجتماعی نسبت به زندگی اجتماعی و زنان باعث این شده که این قشر از جامعه نسبت به زندگی شخصی و اجتماعی خود مسئولیت پذیر باشند، بر این اساس تشویق و ترغیب زنان جامعه ایرانی به مشارکت پویا و فعال در عرصه های مختلف منجر به توسعه پایدار زنان در بهزیستن جسمی، روانی و اجتماعی جامعه خواهد شد.

ضرورت سلامت اجتماعی زنان روستایی جامعه باید با شناخت کافی و تأثیر لازم بر سطوح مهارت ها، عملکردها، توانمندی ها از بعد اجتماعی و فردی چه به صورت بالقوه و یا بالفعل باید در حوزه های مختلف ارزیابی گردد. بر این اساس تأکید بر خط پیوستار مثبت در سلامت اجتماعی که ناشی از ارتقاء سرمایه های اجتماعی و انسانی، تاثیرات جمعی، انواع مبادله حمایت های اجتماعی و ابعاد مختلف سلامت اجتماعی در مقابل خط پیوستار منفی سلامت اجتماعی که همراه با رفتارهای پرخطر، آسیب های روانی و اجتماعی، طرد اجتماعی، انزوای اجتماعی، ازخویگانگی و.... همراه است، باید از سوی مدیران توسعه روستایی مورد اهتمام قرار گیرد؛ باید سعی نمود که در بین زنان جامعه روستایی نوعی خودباوری در سطح فردی، خانوادگی و اجتماعی را برای آنان مهیا کرد که به شکل مثبت و پویا عملکرد و فعالیت های روزمره خود را در راستای تغییر و تحول زندگی اجتماعی خود و دیگران به کاربرند، این امر همراه با بروز خلاقیت ها و توانمندی های بالقوه و بالفعل زنان باعث خودشکوفایی اجتماعی به عنوان بخشی از کارکردهای ضرورت مند سلامت اجتماعی می گردد. بهره مندی از اطلاعات و آگاهی بخشی نسبت به شرایط اجتماعی، فرهنگی و روانی زندگی فردی و جامعه در راستای تقویت نظم اجتماعی در زندگی خصوصی و اجتماعی در جامعه همراه با شناخت و درک از واقعیت های جامعه و انطباق با وضعیت زندگی است به عنوان کارکرد یکپارچگی و انطباق اجتماعی در ضرورت مندی ارتقاء سلامت اجتماعی زنان مورد اهتمام قرار گیرد.

بهره مندی از نگرش مثبت در زندگی که نقاط قوت و ضعف زندگی خویش را زنان بتوانند شناسایی کنند و یا از طرف دیگران در مورد آنان بیان شود بپذیرند، می تواند به عنوان کارکرد پذیرش اجتماعی در تقویت سلامت اجتماعی مؤثر باشد. تقویت فعالیت ها و عملکردهای مؤثر و ارزش مدارانه در عرصه های مختلف جامعه همراه با تقویت مسئولیت پذیری و خودکارآمدی در حوزه زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی می تواند به مشارکت اجتماعی زنان به عنوان بعدی از سلامت اجتماعی آنان در جامعه کمک نماید. وجود انسجام و حفظ وضعیت روانی - اجتماعی در هنگام رویدادها و موانع غیر قابل پیش بینی در عرصه های مختلف زندگی و بهره مندی از درک منسجم از کیفیت جهان اجتماعی برای هرگونه سازماندهی و عملکرد در عرصه های خصوصی، خانوادگی و اجتماعی اشاره به وجود ضرورت مند انسجام اجتماعی به عنوان دیگر معرف سلامت اجتماعی زنان جامعه روستایی می توان بیان کرد.

بررسی عوامل جمعیت شناختی، اجتماعی، روانی و فرهنگی زنان جامعه می تواند عوامل موثری بر سلامت اجتماعی آنان باشد. تقویت شاخص های پایگاه اجتماعی - اقتصادی (SES)، موقعیت تأهل، جنسیت، مهارت های ارتباطی، مذهب، سرمایه اجتماعی و.... از مهمترین عوامل تاثیر گذار بر ارتقاء سلامت اجتماعی زنان روستا می باشد. با توجه به این معرف های ذکر شده کلید اساسی این ابعاد در

سطح جامعه روستایی تحقق سیاست های اجتماعی برای کلیه شهروندان از جمله زنان جامعه روستایی را باید فراهم نماید. بسترسازی از انواع حمایت های اجتماعی در هر سطحی برای زنان، در راستای پیشگیری از مصادیق آسیب ها و انحرافات اجتماعی در سطح جامعه روستایی، ارتقاء رهیافت جامعه محوری امنیت اجتماعی در سطح مدیریت توسعه روستایی از سوی متولیان نظم و امنیت، وجود آموزش های مستقیم و غیر مستقیم رسانه های ملی و مطبوعات و شبکه های اجتماعی به شهروندان برای ارتقاء هنجارهای اخلاقی و رفتاری و... فراهم نماید، که این تدابیر بیانگر اهتمام به سلامت اجتماعی زنان در توسعه اجتماعی روستا را بیان می کند، بر این اساس در سطور ذیل به برخی از راهکارها، تدابیری که می تواند به ارتقاء سلامت اجتماعی شهروندان از جمله گروه های اجتماعی زنان کمک نماید. طرح می نمایم.

## تدابیر

- بهره مندی و استفاده از آموزه های دینی، قرآنی، نبوی و علوی در حوزه سلامت اجتماعی.
- ترغیب زنان روستایی به رعایت رفتارها و اخلاق (معنوی و اجتماعی) در سطح جامعه مرتبط با امر سلامت اجتماعی.
- حمایت مادی و معنوی از کلیه آثار مرتبط با سلامت اجتماعی در حوزه زنان
- حمایت مادی و معنوی از مراکز خدمات مشاوره ای و اجتماعی بانوان و زنان روستایی.
- ارتقاء معنوی و مادی کیفیت زندگی زنان روستایی.
- ارتقاء اخلاق اجتماعی، حرفه ای و معنوی در بین زنان روستا با تاکید بر فرهنگ اسلامی و ایرانی.
- بهره مندی از دانش و آگاهی روحانیت در حوزه ارتقاء اخلاق اجتماعی، معنوی و سلامت اجتماعی.
- تدابیری در جهت ارتقاء سرمایه های اجتماعی، رفتارهای اعتماد برانگیز برای زنان روستایی.
- حمایت مادی و معنوی از پژوهش های ارتقاء سلامت اجتماعی در سطح جامعه روستایی.
- ارائه برنامه های مشارکتی بین دستگاه های و متولیان دولتی به صورت مشارکتی در جهت ارتقاء سلامت اجتماعی زنان.
- اتخاذ برنامه های خلاق و تنوع از سوی مدیریت توسعه روستایی متناسب با وضعیت فرهنگی و اجتماعی زنان روستایی
- شناخت نیازهای متنوع زنان جامعه در ارتقاء سلامت اجتماعی.
- آموزش ابعاد این پدیده به عنوان یک مهارت اجتماعی و اساسی برای زندگی زنان جامعه روستایی.
- آموزش خانواده های روستایی در راستای جلوگیری از طرد و انزوای اجتماعی زنان
- کنترل جرائم روستا، همچنین پیشگیری های لازم از رفتارهای پرخطر در بین زنان روستایی.
- تقویت رفتارهای همیاری، همکاری، همدردی، زنان روستا.
- پیشگیری لازم و آموزش جهت کنترل فرایند طلاق های اجتماعی و عاطفی در سطح خانواده های روستایی.
- ارتقاء کیفی سطح تعاملات، در بین اعضای خانواده، خویشاوندان، آشنایان، همکاران و همسایگان.
- توانمندسازی نیروهای پلیس و زنان روستا در حوزه سلامت اجتماعی و امنیت جامعه
- حمایت از ایجاد سازمان های مردم نهاد (سمن) زنان روستایی در حوزه ارتقاء سلامت اجتماعی.
- حمایت مادی و معنوی از هرگونه آثار رسانه ای و مطبوعاتی در حوزه سلامت اجتماعی زنان روستایی.
- برگزاری همایش ها و میزگردهای آموزشی و اخلاقی رسانه ای در حوزه سلامت اجتماعی زنان روستایی.
- حمایت از توانمندی زنان روستایی بی سرپرست و خود سرپرست خانوار در ارتقاء شاخص های سلامت اجتماعی.
- ایجاد روحیه بانشاط و امیدوار در بین زنان روستا نسبت به زندگی اجتماعی.
- تقویت نگرش مثبت، خودباوری، شکوفایی خلاقیت ها در بین زنان جامعه روستایی.
- ارتقاء روحیه مسئولیت پذیری و تعهد اخلاقی و رفتاری زنان جامعه و روستایی.

## منابع

آرامسترائنگ، دیوید، توکل، محمد(۱۳۷۲). جامعه شناسی پزشکی. ترجمه محمد توکل، انتشارات دانشگاه صنعتی شریف، چاپ اول، تهران.

ایمان، محمد تقی، مرادی، گلمراد، حبیبی رودبارکی، سکینه. (۱۳۸۸) بررسی تطبیقی سرمایه اجتماعی و سلامت روانی دانشجویان غیر بومی دانشگاه های تهران و شیراز. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، شماره ۳۱ و ۳۰. صص ۱۶۹-۱۴۳. قابل دسترس در [www.noormages.com](http://www.noormages.com)

باباپور خیرالدین، جلیل، طوس، فهیمه، حکمتی، عیسی. (۱۳۸۸). بررسی نقش عوامل تعیین کننده در سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز. فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز، سال چهارم، شماره ۱۶، دوره زمستان، صص ۲۶-۸ قابل دسترس در [www.sid.ir](http://www.sid.ir)

بابایی، نعمت الله، (۱۳۸۶). روش های مؤثر آگاه سازی در حوزه سلامت. مجله پژوهش و سنجش، دوره ۱۴، شماره ۴۹، صص ۴۲-۲۹ قابل دسترس در [www.sid.ir](http://www.sid.ir)

\_\_\_\_\_ (۱۳۸۷). سیاست اجتماعی و سلامت. فصلنامه رفاه اجتماعی، ویژه نامه سیاست اجتماعی. صص ۲۳۲-۲۰۱. قابل دسترس در [www.sid.ir](http://www.sid.ir)

بخشی پور رودسری، عباس؛ پیروی، حمید و عابدیان، احمد، (۱۳۸۴). بررسی رابطه میان رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی با سلامت روان در دانشجویان. فصلنامه اصول بهداشت روانی، سال هفتم، شماره ۲۸-۲۷ قابل دسترس در [www.sid.ir](http://www.sid.ir)  
توسلی، غلامعباس، (۱۳۸۲). مشارکت اجتماعی در شرايط جامعه آنومیک. چاپ اول، انتشارات دانشگاه تهران، تهران  
جین کیتس، پیردی، آلیسون، داگلاس جی، (۱۳۸۴). ارتقاء سلامت ( دانش و رفتار). ترجمه داوود شجاعی زاده و دیگران، چاپ اول، نشر آینده سازان- شهرآب، تهران.

چلبی، مسعود، (۱۳۸۶). جامعه شناسی نظم ( تشریح و تحلیل نظری نظم اجتماعی). چاپ چهارم، نشر نی، تهران.  
خواجه دادی، اشکان، شریفیان ثانی، مریم، شبانی، ملیحه، کریم لو، مسعود ۱۳۸۷. رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت مادران. فصلنامه رفاه اجتماعی، شماره ۳۰ و ۳۱. قابل دسترس در [www.noormags.com](http://www.noormags.com)

حاتمی، پریسا، (۱۳۸۹) بررسی عوامل موثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تأکید بر شبکه اجتماعی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی.

زاهدی اصل، محمد، (۱۳۸۶)، مددکاری اجتماعی و نقش آن در حوزه سلامت اجتماعی ایران، ارائه شده در همایش بین المللی نقش دولت ها در تامین سلامت اجتماعی.

سام آرام، عزت الله، (۱۳۷۸). جزوه سلامت اجتماعی. دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.  
\_\_\_\_\_ (۱۳۸۸). بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه محور. فصلنامه علمی- پژوهشی انتظام اجتماعی، سال اول، شماره اول، دوره بهار. صص ۲۹-۹. قابل دسترس در [www.ensani.ir](http://www.ensani.ir)

سجادی، حمیرا، صدرالسادات، سید جلال، (۱۳۸۶). شاخص های سلامت اجتماعی. مجله اطلاعات سیاسی- اقتصادی، شماره ۲۰۸-۲۰۷، صص ۲۵۳-۲۴۴. قابل دسترس در [www.noormages.com](http://www.noormages.com)

عبدالله تباردرزی، هادی، (۱۳۸۶). بررسی ارتباط سلامت اجتماعی و متغیرهای دموگرافیک اجتماعی دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

عبدالله تبار، هادی، کلدی، علیرضا، محقق کمال، حسین، ستاره فروزان، آمنه، صالحی، مسعود. (۱۳۸۸). بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال هشتم، شماره ۳۱ و ۳۰. صص ۱۸۹-۱۷۱. قابل دسترس در [www.noormages.com](http://www.noormages.com)

سعیدی، محمد رضا، تاج الدین، محمد باقر، (۱۳۸۸). برنامه ریزی اجتماعی. چاپ اول، موسسه فرهنگی و هنری راهدانه، تهران.  
صدیق سروستانی، رحمت الله، (۱۳۷۵). جامعه شناسی انحرافات اجتماعی. چاپ اول، انتشارات آن.

فدایی مهربانی، مهدی، (۱۳۸۶). شهرنشینی، رسانه و سلامت اجتماعی ( رسانه های جوامع در حال گذار و سلامت اجتماعی شهروندان). مجله پژوهش و سنجش، دوره ۱۴، شماره ۴۹، صص ۸۴-۶۷. قابل دسترس در [www.sid.ir](http://www.sid.ir)

قائدی، غلامحسین، یعقوبی، حمید، (۱۳۸۷). رابطه بین ابعاد حمایت اجتماعی ادراک شده و ابعاد بهزیستی اجتماعی دانشجویان. مجله ارمدان دانش، دوره ۱۳، شماره ۲. قابل دسترس در [www.sid.ir](http://www.sid.ir).

کنگرلو، مریم، (۱۳۸۷). بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیر شاهد دانشگاه علامه طباطبایی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی.

گرمارودی، غلامرضا، وحدانی نیا، مریم السادات، (۱۳۸۵). سلامت اجتماعی؛ بررسی میزان مهارت های اجتماعی دانش آموزان. فصلنامه پیش، سال پنجم، شماره دوم، دوره بهار، صص ۱۵۳-۱۴۷. قابل دسترس در [www.sid.ir](http://www.sid.ir)

مارموت، مایکل، ویلیکسون، ریچارد، (۱۳۸۷). مؤلفه های اجتماعی سلامت. ترجمه علی منتظری، چاپ اول، انتشارات جهاد دانشگاهی، تهران.

محمدنبی، مریم، (۱۳۸۶). سلامت اجتماعی و قلمرو آن (سلامت اجتماعی با محور قرار دادن فرد در جامعه). قابل دسترس در [www.farsi.rowl.org](http://www.farsi.rowl.org).

محمدی، داود، (۱۳۷۹). برنامه تعدیل فقرزا یا فقرزدایی، ماهنامه اطلاعات، سیاسی - اقتصادی، سال یازدهم، شماره ۱۱۱-۱۱۲.

نیک وزر، طیبه، (۱۳۸۸). بررسی سرمایه اجتماعی با میزان سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان. قابل دسترس در [www.hu.hamandishi.net](http://www.hu.hamandishi.net).

هزار جریبی، جعفر، صفری شالی، رضا. (۱۳۹۱). آناتومی رفاه اجتماعی. چاپ اول، موسسه انتشاراتی جامعه و فرهنگ، تهران.

بررسی عوامل موثر بر سلامت اجتماعی جوان ۱۸ تا ۲۹ ساله شهر نرده. منبع اینترنت. سایت انجمن رفاه اجتماعی.

Blanco, Amalio & Diaz. Dario, (2007), *social order and mental health: a social well-being approach*, Autonomy university of Madrid ,psychology in Spain ,vol.11(5).

Cicognani . Elvira & Pirini, Claudia & Keyes, Corey & Joshanloo, Mohsen & Rostami, Reza & Nosratabadi, Masoud, (2007), *Social Participation, Sense of Community and Social Well Being: A Study on American, Italian and Iranian University Students*, Springer Science Business Media B.V. pp97-112.

Keyes, Corey Lee .M & Shapiro, Adam, (2004), *social well-being in the united states: A Descriptive Epidemiology*. Autonomy university of Madrid ,psychology in Spain ,vol.15(3).

Keyes, Corey Lee .M, (1998), *social well-being, social Psychology Quarterly*, vol.61, N.2, pp121-190.

Larson, James, (1993), *the measurement of social well-being, social Indicators Research* 28, pp285-296.

محمد حسن شربتیان: عضو علمی دانشگاه

Email: [Sharbatian@gmail.com](mailto:Sharbatian@gmail.com)

ضمناً این مقاله جهت ارائه به سایت [www.anthropology.ir](http://www.anthropology.ir) ارائه گردیده است