

The Association between Social Participation and General Health among Women in Ilam

Niazi M¹, Tosang M A², Menati R^{3*}, Nejadi A⁴, Kassani A⁵

¹Professor of Sociology, Faculty of Humanities, Kashan University, Kashan, Iran

²MSc of Education Sciences, Director of faculty affairs, Dezful University of Medical Sciences, Dezful, Iran

³PhD student of Sociology, Prevention of Psychosocial Injuries Research Center, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

⁴MSc student of Cultural studies, Faculty of Humanities, Kashan University, Kashan, Iran

⁵Asistant Professor of Epidemiology, Department of Community Medicine, School of Medicine, Dezful University of Medical Sciences, Dezful, Iran

Abstract

Background: Social participation, as an effective strategy in health promotion, can affect individuals' health. Given the social role of women in the society, social participation can have a stronger association with health. Therefore, the present study aimed to explore the relationship between social participation and general health among women in Ilam.

Methods: This cross-sectional study was conducted on 385 women over 18 years old selected through multi-stage sampling in Ilam in 2014. The data were collected using Women's Social Participation Factors questionnaire and 28-item Goldberg's questionnaire. Then, the data were analyzed by Pearson's correlation coefficient, t-test, one-way ANOVA, and multivariate linear regression analysis.

Results: The mean age of the study women was 35.12 ± 7.12 years. Besides, their mean scores of general health and social participation were 27.97 ± 9.18 and 78.25 ± 12.14 , respectively. The results showed a significant correlation between the women's general health and social participation ($r = -0.46$, $P = 0.01$). Moreover, general health and social participation ($B = -3.70$, $P = 0.01$), age ($B = -2.94$, $P = 0.01$), education level ($B = -2.03$, $P = 0.02$), and occupation ($B = -2.08$, $P = 0.01$) were statistically significant in multivariate regression analysis.

Conclusion: Considering the various variables related to the women's general health and the cumulative effect of the variables on social participation, improvement of modifiable risk factors, such as social participation and support, can have a direct impact on women's general health.

Keywords: Social participation, Women, General health

Sadra Med Sci J 2016; 4(3): 173-184

Received: Feb. 29th, 2016

Accepted: Jun. 21st, 2016

* Corresponding author: **Rostam Menati**, PhD student of Sociology, Prevention of Psychosocial Injuries Research Center, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran. T: +989181411382, Email: Rostammenati@yahoo.com.

مجله علوم پزشکی صدرا

دوره ۴، شماره ۳، تابستان ۱۳۹۵، صفحات ۱۷۳ تا ۱۸۴

تاریخ پذیرش: ۹۵/۰۴/۰۱ تاریخ دریافت: ۹۴/۱۲/۱۰

مقاله پژوهشی

(Original Article)

رابطه بین مشارکت اجتماعی و سلامت عمومی در زنان شهر ایلام

محسن نیازی^۱، محمد علی توسنگ^۲، رستم منتی^{۳*}، اعظم نژادی^۴، عزیز کسانلی^۵^۱استاد گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران^۲کارشناس ارشد علوم تربیتی، مدیر امور هیات علمی، دانشگاه علوم پزشکی دزفول، دزفول، ایران^۳دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی، مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب‌های روانی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران^۴دانشجوی کارشناسی ارشد مطالعات فرهنگی، گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران^۵استادیار اپیدمیولوژی، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی دزفول، دزفول، ایران

چکیده

زمینه و هدف: مشارکت اجتماعی به عنوان راهبرد مؤثر در ارتقای سلامت می‌تواند سلامت افراد را تحت تاثیر قرار بدهد. در زنان با توجه به نقش اجتماعی آنها در جامعه، مشارکت اجتماعی می‌تواند رابطه قوی‌تری با سلامت داشته باشد. از این روی مطالعه حاضر به بررسی رابطه بین مشارکت اجتماعی و سلامت عمومی در زنان شهر ایلام پرداخت.

مواد و روش: این پژوهش یک مطالعه مقطعی بود که بر روی ۳۸۵ زن بالای ۱۸ سال در شهر ایلام در سال ۱۳۹۳ با روش نمونه چندمرحله‌ای انجام شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های استاندارد مشارکت اجتماعی زنان و سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ-28) استفاده شد. آزمون‌های تی تست، تحلیل واریانس یک طرفه، آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی چندمتغیره برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین سن زنان در این مطالعه $35/12 \pm 7/12$ سال برآورد شد. همچنین میانگین نمره سلامت عمومی زنان $27/97 \pm 9/18$ بود که نشان‌دهنده وضعیت مطلوب سلامت عمومی در زنان شهر ایلام بود. میانگین نمره مشارکت اجتماعی $78/25 \pm 12/14$ به دست آمد. بین سلامت عمومی و مشارکت اجتماعی زنان همبستگی معنی‌دار آماری مشاهده شد ($r = -0/46, P = 0/01$). همچنین در تحلیل رگرسیونی چند متغیره سلامت عمومی و متغیرهای مشارکت اجتماعی ($B = -3/70, P = 0/01$)، سن ($B = -2/94, P = 0/01$)، سطح تحصیلات ($B = -2/03, P = 0/02$) و شغل ($B = -2/08, P = 0/01$) معنی‌دار بودند.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به عوامل مختلف مرتبط با سلامت عمومی در زنان و از طرفی اثر تجمعی عوامل بر مولفه‌های مشارکت اجتماعی، بهبود عوامل مؤثر قابل تعدیل نظیر مشارکت و حمایت‌های اجتماعی در زنان می‌تواند بر سلامت عمومی آنها اثر مستقیم داشته باشد.

واژگان کلیدی: مشارکت اجتماعی، سلامت عمومی، زنان

*نویسنده مسئول: رستم منتی، مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب‌های روانی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران:

Rostammenati@yahoo.com

مقدمه

ایده رابطه مشارکت اجتماعی در حوزه سلامت اولین بار در دهه ۱۹۷۰ مطرح گردید. این مفهوم توسط سازمان جهانی بهداشت در کنفرانس آلماتای قزاقستان در سال ۱۹۷۸ مورد تاکید قرار گرفت و به عنوان سنگ بنای دستیابی به «سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰» واقع گردید (۱،۲). بر طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، مشارکت اجتماعی رابطه تنگاتنگی با وضعیت سلامتی دارد که در طول آن مردم به صورت داوطلبانه در امور اجتماعی می‌توانند مشارکت داشته باشند که به صورت مستقیم می‌تواند سلامت آنها را تحت تاثیر قرار دهد (۲،۳). مشارکت اجتماعی همچنین یک ابزار توانمندسازی محسوب می‌شود که از طریق آن افراد مسئولیت حل مشکلات بهداشتی و سلامتی خود را می‌آموزند و برای توسعه جوامع خود تلاش می‌کنند. رویکرد مشارکت اجتماعی اصولاً از رویکرد مردم محوری در اقدامات توسعه‌ای منشأ گرفته است و اصولاً در شعار «با مردم و نه برای مردم» سازمان بهداشت جهانی متبلور می‌شود که برای ارتقای سطح سلامت باید این اصل را در نظر گرفت (۱،۴).

زنان به عنوان حدود نیمی از جمعیت، سلامت آنان زیربنای سلامت خانواده‌ها و جوامع است. مشکلات آنان، بر سلامت جسمی و به ویژه سلامت روان خانواده، جامعه و حتی نسل‌های بعدی نیز موثر خواهد بود. مشارکت اجتماعی در جامعه به خصوص در زنان ناشی از پایگاه اجتماعی و نقشی است که در جامعه ایفا می‌کنند. منزلت اجتماعی زن در جامعه، همان ارزشی می‌باشد که جامعه برای نقش زن یا وظایفی که یک زن انجام می‌دهد، قائل است (۳،۵).

در دهه‌های اخیر مقایسه وضعیت زنان با مردان از نظر شاخص‌های مختلف اجتماعی، اقتصادی، سلامتی موضوع تحقیقات و مطالعات فراوانی بوده است. از عوامل مؤثر در رشد اجتماعی و دستیابی به سلامت مطلوب، حضور در عرصه‌های اجتماعی و مشارکت اجتماعی است که توانمندی‌های فردی را به دنبال دارد. بر طبق تحقیقات گذشته، همواره برای مشارکت اجتماعی زنان موانعی وجود داشته که بخشی از آنها به دلیل وجود عوامل فردی و بخش دیگر به دلیل وجود موانع اجتماعی

بوده است (۳،۵،۶). از جمله عوامل اجتماعی تأثیرگذار بر کاهش مشارکت اجتماعی زنان، نقش‌های جنسیتی است که بر اساس آن از زنان انتظار می‌رود افرادی عاطفی، محافظه کار، دلواپس عواطف دیگران، محدود در روابط اجتماعی و وابسته باشند. این انتظارات که در بافت فرهنگی جامعه ریشه دارد، بروز رفتارهای سلطه‌پذیرانه را در زنان ایجاد می‌نماید و این مسئله آغازی برای بروز و ظهور خشونت‌های خانگی و آسیب‌های روانی اجتماعی و مخاطرات سلامتی است که می‌تواند مستقیم بر سلامت آنها تأثیرگذار باشد (۷،۸).

در مطالعه لی (Lee) و همکاران مشارکت اجتماعی زنان با تمام ابعاد سلامتی در همه گروه‌های سنی رابطه معنی‌داری نشان داد. در این مطالعه در زنان مسن بالاتر از ۶۰ سال که مشارکت اجتماعی آنها بیشتر از دو فعالیت بود، نسبت شانس دو برابری را در ارزیابی سلامت خود نسبت به افراد بدون فعالیت دارا بودند (۹). در مطالعه دیگر توسط سیرون (Sirven) و همکاران با افزایش میزان مشارکت اجتماعی وضعیت سلامتی نیز در زنان بهتر گزارش گردید. این مطالعه به این نتیجه رسید که مشارکت اجتماعی می‌تواند به عنوان یک متغیر پیش‌بینی کننده وضعیت سلامتی را تحت تاثیر قرار دهد (۱۰).

بعلاوه، افزایش مشارکت زنان در توسعه، مربوط به جنبه‌های اجتماعی، اقتصادی و سلامتی آنها می‌باشد و افزایش مشارکت اجتماعی زنان می‌تواند شاخصی برای پیشرفت محسوب شده و فرصتی برای سرعت بخشیدن به روند توسعه و نیز رویارویی با چالش‌ها و پیامدهای تغییر و تحول ناشی از رشد و توسعه فراهم آورد (۴،۱۱).

امروزه نیز در بسیاری از موارد در کشورهای در حال توسعه و توسعه نیافته، کار و مشارکت اجتماعی زنان کم ارزش تلقی می‌شود. در نتیجه، درصد مشارکت زنان در امور اجتماعی کمتر از مردان می‌باشد. بیسوادی و تحصیلات پایین زنان در کشورهای در حال توسعه از عواملی است که محدودیت‌های بیشتری را برای زنان فراهم می‌کند. به علاوه، به دلیل وجود نگرش‌های منفی جامعه نسبت به کار زنان در خارج از خانه، هنوز بسیاری از زنان (ائم از شاغل و غیر شاغل) حضور خود را

تحقیقات انجام شده برابر $1/0/1$ (۵) و مقدار خطای قابل قبول برای محقق (واحد در نظر گرفته شد).

$$\frac{z^2 s^2}{d^2} = \frac{1.96^2 10.01^2}{1^2} = 385$$

در پژوهش حاضر از پرسشنامه استاندارد ۲۴ سوالی مشارکت اجتماعی در زنان (Social Participation Factor's Women) استفاده گردید که مقیاس اندازه‌گیری سئوالات به صورت ۴ گزینه‌ای لیکرت بود. بالاترین نمره پرسشنامه ۱۲۰ و پایین‌ترین نمره ۲۴ بود که نمره بالاتر وضعیت مشارکت اجتماعی بهتر را نشان می‌دهد. در این پرسشنامه شاخص‌های مانند شرکت در موسسات، رفت با دوستان و آشنایان، ترجیح ازدواج با غریبه‌ها، انجام فعالیت‌های اقتصادی همانند کسب درآمد و میزان استفاده از وسایل ارتباط جمعی فاکتورهای تعیین کننده مشارکت اجتماعی در زنان بودند. روایی و پایایی این پرسشنامه در جامعه ایرانی در مطالعات قبل به اثبات رسیده است (۵).

پرسشنامه استاندارد تعیین سطح سلامت عمومی (GHQ-28) دارای چهار مقیاس (هر مقیاس مشتمل بر هفت سوال) شامل علائم جسمانی (Somatic Symptoms) (سئوالات ۱ تا ۷)، اضطراب و اختلال خواب (Anxiety & Sleep Disorder) (سئوالات ۸ تا ۱۴)، اختلال در کارکرد اجتماعی (Social Function) (سئوالات ۱۵ تا ۲۱) و افسردگی (Depression Symptoms) (سئوالات ۲۲ تا ۲۸) می‌باشد. روش نمره‌گذاری آن لیکرت می‌باشد که گزینه‌ها به صورت (۰-۱-۲-۳) نمره‌گذاری می‌شوند که در این روش حداکثر نمره آزمودنی در پرسشنامه مذکور برابر با ۸۴ می‌باشد. در این پرسشنامه نمره کم‌تر بیانگر بهداشت روانی بهتر و نمره بالاتر نشانه وجود اختلال شدیدتر در سلامت عمومی فرد است که روایی و پایایی آن در مطالعه نوربالا و همکاران تایید شده است (۱۳).

در جامعه با مسئولیت‌های خانوادگی محول شده در تعارض می‌بینند. اینها از عواملی هستند که حضور زنان را در جامعه کمتر کرده و محدودکننده مشارکت آنان در فعالیت‌های مختلف اجتماعی می‌باشند (۴،۵،۱۲).

با توجه به تاثیر مشارکت اجتماعی بر وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی افراد، به خصوص در زنان به دلیل شرایط خاصشان و همچنین نقش تاثیر گذار زنان در جامعه و همچنین نقش آن‌ها در قوام بخشیدن به ساختار جامعه این مطالعه با هدف تعیین رابطه بین مشارکت اجتماعی و سلامت عمومی در زنان شهر ایلام انجام شد.

مواد و روش

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی است. مطالعه بر روی ۳۸۵ زن ۱۸ سال و بالاتر ساکن شهر ایلام در سال ۱۳۹۳ انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی زنان ۱۸ سال و بالاتر در شهرستان ایلام بودند. این طرح پس از تایید در کمیته اخلاق در دانشگاه علوم پزشکی ایلام و کنترل معیارهای اخلاق در پژوهش شامل محرمانه بودن اطلاعات شرکت کنندگان در مطالعه، رضایت آگاهانه افراد در ورود به پژوهش اجرا شد و همه افراد شرکت کننده بدون نوشتن نام و نام خانوادگی و امضاء فرم رضایت آگاهانه وارد مطالعه شدند.

در این مطالعه از روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای استفاده شد که از طریق نقشه، شهر ایلام به سه ناحیه بالا، میانی و پایین تقسیم‌بندی شد و بر اساس بلوک‌های موجود در نواحی سه گانه مشخص شده، از هر ناحیه تعدادی خیابان به صورت تصادفی انتخاب می‌شود. بعد از آن با وارد شدن به هر خیابان و با توجه به جهت حرکت عقربه‌های ساعت و مشخص شدن سن زنان ۱۸ سال و بالاتر در هر خانوار نسبت به تکمیل پرسشنامه‌ها اقدام گردید.

برای محاسبه حجم نمونه از فرمول حجم نمونه برای یک جامعه استفاده شد که در این فرمول در سطح اطمینان ۹۵ درصد مقدار آماره آن برابر $1/96$ و مقدار انحراف معیار بر طبق

تعداد سال‌های تحصیل به ترتیب $0/87 \pm 3/59$ نفر و $1/34 \pm 9/12$ سال برآورد گردید. میانگین کلی نمره مشارکت اجتماعی و سلامت عمومی زنان به ترتیب $12/14 \pm 78/25$ و $9/18 \pm 27/97$ به دست آمد. سایر مشخصات دموگرافیک زنان تحت مطالعه و وضعیت سلامت عمومی آنها در جدول ۱ آمده است.

همچنین از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ و آمار توصیفی (جدول فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و تحلیلی (آزمون‌های تی تست، تحلیل واریانس یک طرفه و آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه) برای آنالیز داده‌ها استفاده گردید.

یافته‌ها

میانگین سن افراد در این مطالعه $35/12 \pm 7/12$ سال برآورد گردید. همچنین میانگین اندازه خانوار و

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک زنان و ارتباط آنها با وضعیت سلامت عمومی در زنان شهرايلام

| متغیرها | طبقه بندی | تعداد(درصد) | میانگین و انحراف معیار سلامت عمومی | t | p |
|----------------|-------------------|-------------|------------------------------------|------|------|
| سن | ۱۸-۲۵ سال | ۱۰۲(۲۶/۵۶) | $23/19 \pm 5/03$ | ۴/۷۳ | ۰/۰۱ |
| | ۲۵-۳۵ سال | ۱۱۲(۲۹/۱۷) | $26/35 \pm 6/15$ | | |
| | ۳۵-۴۵ سال | ۷۸(۲۰/۳۱) | $27/33 \pm 7/25$ | | |
| | بالاتر از ۴۵ سال | ۹۲(۲۳/۹۶) | $31/39 \pm 11/19$ | | |
| تحصیلات | بی سواد و ابتدایی | ۱۰۵(۲۷/۳۴) | $30/95 \pm 8/11$ | ۲/۵۱ | ۰/۰۲ |
| | راهنمایی | ۱۰۱(۲۶/۳۰) | $29/30 \pm 6/14$ | | |
| | دبیرستان و دیپلم | ۹۴(۲۴/۴۸) | $26/59 \pm 9/14$ | | |
| | دانشگاهی | ۸۴(۲۱/۸۸) | $25/11 \pm 5/38$ | | |
| شغل | بیکار | ۸۲(۲۱/۳۵) | $32/95 \pm 7/41$ | ۱/۳۱ | ۰/۰۳ |
| | خانه دار | ۱۵۱(۳۹/۵۸) | $26/26 \pm 1/23$ | | |
| | دانشجو | ۸۹(۲۳/۱۸) | $27/38 \pm 2/82$ | | |
| | کارمند | ۶۱(۱۵/۸۹) | $27/49 \pm 1/22$ | | |
| وضعیت تاهل | مجرد | ۱۷۷(۴۶/۰۹) | $27/49 \pm 2/12$ | ۰/۷۲ | ۰/۳۱ |
| | متاهل | ۱۵۶(۴۱/۱۵) | $27/33 \pm 2/31$ | | |
| | بیوه و مطلقه | ۴۹(۱۲/۷۶) | $28/39 \pm 2/19$ | | |
| مشارکت اجتماعی | ضعیف | ۸۷(۲۲/۶۰) | $32/25 \pm 11/29$ | ۲/۲۰ | ۰/۰۱ |
| | متوسط | ۱۱۶(۳۰/۱۳) | $29/39 \pm 9/95$ | | |
| | خوب | ۹۵(۲۴/۶۸) | $26/39 \pm 8/26$ | | |
| | خیلی خوب | ۸۷(۲۲/۶۰) | $24/58 \pm 9/12$ | | |

درصد زنان تحت مطالعه سلامت عمومی خود را خوب و خیلی خوب گزارش کردند. همچنین از لحاظ وضعیت مشارکت اجتماعی حدود ۴۷ درصد زنان در شهر ایلام وضعیت خوب و خیلی خوب داشتند. همبستگی بین سلامت عمومی و مولفه‌های آن با مشارکت اجتماعی در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

در این مطالعه بیشتر افراد شرکت کننده از لحاظ وضعیت تاهل مجرد بودند (۴۶/۰۹ درصد) و بین وضعیت تاهل و سلامت عمومی زنان رابطه معنی دار آماری دیده نشد ($P=0/31$). اما بین سلامت عمومی زنان با سن، سطح تحصیلات، شغل و وضعیت مشارکت اجتماعی رابطه معنی دار آماری مشاهده شد ($P<0/05$) (جدول ۱). در مطالعه حاضر وضعیت اکثر زنان از لحاظ سلامت عمومی خوب و خیلی خوب بود به طوری که حدود ۵۴

جدول ۲: نتایج آزمون همبستگی پیرسون بین مولفه‌های سلامت عمومی، مشارکت اجتماعی و متغیرهای کمی در زنان شهر ایلام

| مؤلفه | آزمون آماری و معنی داری | مشارکت اجتماعی | مشارکت اجتماعی رسمی | مشارکت اجتماعی غیر رسمی | سن | اندازه خانوار |
|----------------------|-------------------------|----------------|---------------------|-------------------------|-------|---------------|
| علائم جسمانی | ضریب همبستگی | -۰/۳۹ | -۰/۴۸ | -۰/۱۹ | -۰/۵۵ | -۰/۱۲ |
| | P-value | ۰/۰۲ | ۰/۰۱ | ۰/۰۳ | ۰/۰۱ | ۰/۰۸ |
| اضطراب و اختلال خواب | ضریب همبستگی | -۰/۴۳ | -۰/۳۵ | -۰/۵۰ | -۰/۵۶ | -۰/۰۳ |
| | P-value | ۰/۰۱ | ۰/۰۴ | ۰/۰۱ | ۰/۰۱ | ۰/۴۴ |
| عملکرد اجتماعی | ضریب همبستگی | -۰/۵۶ | -۰/۵۹ | -۰/۵۱ | -۰/۳۳ | -۰/۲۲ |
| | P-value | ۰/۰۱ | ۰/۰۱ | ۰/۰۱ | ۰/۰۲ | ۰/۰۲ |
| افسردگی | ضریب همبستگی | -۰/۳۸ | ۰/۴۴ | ۰/۳۵ | -۰/۳۱ | -۰/۳۱ |
| | P-value | ۰/۰۴ | ۰/۰۲ | ۰/۰۲ | ۰/۰۱ | ۰/۰۲ |
| سلامت عمومی | ضریب همبستگی | -۰/۴۶ | -۰/۴۱ | -۰/۳۶ | -۰/۳۲ | -۰/۲۱ |
| | P-value | ۰/۰۱ | ۰/۰۱ | ۰/۰۲ | ۰/۰۲ | ۰/۰۳ |

جدول شماره ۳ رابطه متغیر سلامت عمومی را با متغیر مشارکت اجتماعی و ابعاد آن را در نمونه‌های مورد مطالعه نشان می‌دهد. بر اساس یافته‌های این جدول، سلامت عمومی زنان مورد مطالعه با مشارکت اجتماعی و ابعاد آن در سطح ۹۵ درصد اطمینان همبستگی معنی دار منفی را نشان می‌دهد. همان طور که ضرایب همبستگی نشان می‌دهند بعد مشارکت اجتماعی رسمی ($r=-0/41, P=0/01$) و بعد مشارکت اجتماعی غیررسمی ($r=-0/36, P=0/02$) همبستگی مستقیمی را با متغیر سلامتی عمومی زنان نشان دادند. لازم به ذکر است که در این جدول همبستگی‌های منفی اغلب حاکی از روابط درونی خرده مقیاس‌های

متغیر مشارکت اجتماعی و سلامت عمومی است؛ دلیل این امر آن است که نمرات بالاتر سلامت عمومی در واقع به معنای مشکل در سلامتی یا فقدان و ضعف سلامتی است. در مجموع یافته‌های این جدول حاکی از آن است که با کاهش نمرات سلامت عمومی زنان مورد مطالعه، بر میزان نمره مشارکت اجتماعی آنان در ابعاد رسمی و غیر رسمی افزوده می‌شود. جدول شماره ۳ تحلیل چند متغیره سلامت عمومی با مشارکت اجتماعی و سایر متغیرهای بررسی شده در مطالعه را با استفاده از تحلیل رگرسیون چند متغیره را نشان می‌دهد.

از لحاظ آماری معنی دار گردیدند و سایر متغیرهای وارد شده به مدل در آزمون رگرسیون چندگانه از لحاظ آماری معنی دار نشدند.

بر اساس مدل رگرسیون چندگانه، متغیرهای سن ($B=-2/94, P=0/01$)، سطح تحصیلات ($B=-2/03, P=0/02$)، وضعیت اشتغال ($P=0/01$)، و مشارکت اجتماعی ($B=-3/70, P=0/01$)

جدول ۳: تحلیل رگرسیون چند متغیره سلامت عمومی، مشارکت اجتماعی و سایر متغیرهای بررسی شده در زنان تحت مطالعه

| متغیرها | B | SE | B استاندارد | t | p |
|--|-------|------|-------------|--------|------|
| ضریب ثابت | -۴/۲۵ | ۰/۳۴ | -۰/۲۶ | ۲/۲۳ | ۰/۰۱ |
| سن | -۲/۹۴ | ۰/۱۷ | -۰/۶۶ | -۱۷/۳۰ | ۰/۰۱ |
| اندازه خانوار | ۰/۱۰ | ۰/۰۹ | ۰/۰۴ | ۱/۱۹ | ۰/۲۳ |
| تحصیلات ۱ (دانشگاهی/ بیسواد و ابتدایی) | -۲/۰۳ | ۰/۷۹ | -۰/۰۵ | -۲/۵۴ | ۰/۰۲ |
| تحصیلات ۲ (دبیرستان/ بیسواد و ابتدایی) | -۱/۵۲ | ۰/۴۴ | -۰/۱۴ | -۲/۶۸ | ۰/۰۲ |
| تحصیلات ۳ (راهنمایی/ بیسواد و ابتدایی) | -۲/۶۸ | ۱/۳۹ | -۰/۰۶ | -۱/۹۲ | ۰/۰۶ |
| شغل ۱ (خانه دار/ بیکار) | -۲/۰۸ | ۰/۷۹ | -۰/۰۵ | -۲/۵۶ | ۰/۰۱ |
| شغل ۲ (دانشجو/ بیکار) | ۰/۶۳ | ۰/۴۸ | ۰/۰۶ | ۱/۳۰ | ۰/۱۹ |
| شغل ۳ (کارمند/ بیکار) | -۰/۸۶ | ۰/۲۱ | -۰/۱۵ | -۴/۰۸ | ۰/۰۱ |
| مشارکت اجتماعی | -۳/۷۰ | ۰/۱۵ | -۰/۸۰ | -۲۴/۰۳ | ۰/۰۱ |

بحث

رابطه مستقیمی بین مشارکت اجتماعی زنان و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی مشاهده شده که با یافته‌های مطالعه حاضر مطابقت دارد (۵). در مطالعه دیگر لینداستروم (Lindstrom) و همکاران در مطالعه‌ای در سوئد گزارش کردند که مشارکت اجتماعی و سرمایه اجتماعی افراد پیشگو کننده قوی سلامتی می‌باشند که این ارتباط در زنان قوی تر از مردان می‌باشد (۱۶). افراد با مشارکت اجتماعی بالا، از توانایی و مهارت بیشتری در اداره احساسات و عواطف خود و دیگران به هنگام مواجه شدن با مشکلات و مسائل محیط کار و زندگی برخوردارند و به همین دلیل در برابر ناملایمات، سختی‌ها زندگی روزمره و مشکلات و فشارهای روانی وارده تدابیری را اتخاذ می‌کنند که از یک سو منجر به افزایش مقاومت آنها در ابتلا به اختلالات روانی و بروز علائم آن می‌گردند، و از سوی دیگر منجر به افزایش موفقیت‌ها، رضایت‌مندی و

این مطالعه با هدف تعیین رابطه بین مشارکت اجتماعی و سلامت عمومی در سال ۱۳۹۳ در زنان شهر ایلام انجام شد. یافته‌های مطالعه حاضر نشان دادند که بین مشارکت اجتماعی و سلامت عمومی ارتباط معنی دار وجود داشت. به عبارت دیگر، نتایج نشان داد که زنانی که مشارکت اجتماعی بالایی دارند مشکلات جسمانی و روانی کمتری داشتند. همچنین در مطالعه حاضر مشخص شد که از میان مؤلفه‌های مشارکت اجتماعی (شامل مشارکت اجتماعی رسمی و غیر رسمی) همبستگی بالایی با سلامت عمومی زنان مورد مطالعه داشتند. به طور کلی، نتایج مطالعه حاضر با بیشتر نتایج سایر پژوهش انجام شده همسو است، به این صورت که زنان با مشارکت اجتماعی بالاتر، سلامت جسمانی و روانی بهتری دارند (۱۱، ۱۴، ۱۵). در مطالعه علیزاده و همکاران در شهر کرمان در سال ۱۳۹۳

دردهای روانی منشأ بسیاری از بیماری‌های/جسمانی چون سرطان، آسم، بیماری قلبی، انواع حساسیت‌ها و غیره می‌باشد که به صورت متقابل بر بهداشت روانی و سلامتی فرد تأثیر خواهد گذاشت و به طور حتم فردی با مشکلات روحی-روانی و جسمانی در برابر استرس‌های محیطی و شغلی، شکننده بوده، با تداوم فشارها نشانه‌های افسردگی را که اولین نمود آن خستگی مفرط عاطفی و روانی است، از خود نشان خواهد داد. که در نتیجه منجر به کاهش سلامت عمومی و بهره‌وری جامعه می‌شود. داشتن مهارت‌های مشارکت اجتماعی برای ایجاد و حفظ شبکه‌های اجتماعی در سازمان‌های مراقبت بهداشتی نیز تاثیر دارد (۴،۵،۲۰،۲۱).

در تبیین وضعیت سلامت عمومی نیز نتایج این مطالعه نشان داد که سلامت عمومی زنان مورد مطالعه تا حدودی همانند سایر مطالعات بوده است که خود بیانگر وجود مشکلات مرتبط با سلامتی در زنان می‌باشد (۱۳،۲۲). بعلاوه در مطالعه حاضر و بر اساس نتایج آزمون‌های آماری در ارتباط بین نمره کل سلامت عمومی با متغیرهای دموگرافیک، متغیرهای سن، تحصیلات، وضعیت شغلی با وضعیت سلامت عمومی زنان ارتباط معنادار آماری داشتند. سفیری و صادقی در مطالعه مشارکت اجتماعی دانشجویان دختر و عوامل اجتماعی موثر بر آن، به این نتیجه رسیدند که سن، مشارکت اجتماعی و سطح سلامت رابطه معنی‌دار آماری وجود داشت (۲۳). در مطالعه حاضر بین متغیر سن و سطح سلامت عمومی همبستگی معنی‌داری مشاهده شد، یعنی با افزایش سن میزان سطح سلامت عمومی کمتر می‌شود که مطالعات مختلفی نیز این همبستگی را نشان داده‌اند (۱۳،۲۴).

آنچه در این پژوهش مورد توجه است، تأثیر نسبتاً چشمگیر مؤلفه‌های مشارکت رسمی و غیر رسمی مشارکت اجتماعی، در تبیین رابطه مشارکت اجتماعی با متغیر سلامت عمومی می‌باشد که این نتیجه به نحوی مؤید اهمیت پیوندها و شبکه‌های اجتماعی در بین زنان است. مقطعی بودن مطالعه و عدم انجام مصاحبه و انجام

خوش‌بینی آنها و در نتیجه افزایش شادکامی و سلامتی در آن‌ها می‌گردد (۴،۱۷). به عبارت دیگر، در تبیین این موضوع می‌توان گفت احتمالاً افرادی که دارای مشارکت اجتماعی بیشتری هستند، توانایی‌های ذهنی بیشتری در درک صحیح موقعیت‌ها و پاسخگویی به تنش‌ها و فشارهای ناشی از محیط درونی و بیرونی خود دارند. معمولاً چنین قابلیت‌هایی زمینه را برای مقاومت در برابر علائم اضطراب، تنیدگی، اختلال روانی، افسردگی شدید، استرس و برخورداری از کارکرد اجتماعی مناسب فراهم می‌سازد (۶،۱۶،۱۷).

مردان اغلب به دلیل ارتباط با محیط بیرون و به تبع آن فعالیت‌های اجتماعی بیشتر و قرار گرفتن در موقعیت‌های اجتماعی و شغلی بهتر نسبت به زنان، همواره با طیف وسیع‌تری از افراد در ارتباط قرار می‌گیرند و فرصت برقراری ارتباط و گسترش پیوندهای اجتماعی برای مردان به مراتب بیشتر است. اما در مقابل زنان حمایت‌های (عاطفی و عملی) بیشتری را از محیط دریافت می‌کنند که این شرایط بر میزان مشارکت اجتماعی آنان تاثیر دارد که می‌تواند مستقیم سلامتی آنها را تحت تاثیر قرار بدهد (۱۸،۱۹).

بر طبق پژوهش‌های قبلی افراد با مشارکت اجتماعی بالاتر، به سبب آگاهی از عواطف و هیجان‌های خود، مدیریت توانمند و سالم، شبکه‌های اجتماعی قویتر، همدلی، مهارت‌های اجتماعی و انسجام اجتماعی بیشتر، می‌توانند در برابر منابع مختلف استرس دائم از شغلی، خانوادگی و یا ارتباطی-اجتماعی مقاومت بهتری نموده، مسایل و مشکلات را به طور مؤثری حل و فصل نمایند (۴،۵). از این رو این افراد در مقایسه با افراد با سطح مشارکت اجتماعی پایین‌تر، بهتر می‌توانند ارتباط خوبی با همکاران خود و محیط کاری خویش برقرار کنند، زمان و مسؤولیت‌های خویش را بهتر مدیریت نمایند، عملکرد مناسب‌تری داشته باشند و با انتشار و کسب احساسات مثبت از پیرامون خود حضور کارآمد، شاداب و سالمتری در محیط کار و سایر زمینه‌های زندگی خود داشته باشند. زیرا خستگی روانی و

3. Myroniuk TW, Anglewicz P. Does Social Participation Predict Better Health? A Longitudinal Study in Rural Malawi. *Journal of Health and Social Behavior* 2015;56(4):552-73.
4. Mohammadi Shahbolaghi F, Setare Foruzan A, Hemmati S, Karimlu M. Associated Factors with Community Participation in Health. *Social Welfare* 2013; 13 (48):47-72. (Persian)
5. Alizadeh S, Mohseni M, Khanjani N, Momenabadi V. Correlation between social participation of women and their quality of life in Kerman. *Journal of Health Promotion Management* 2014;3(2):34-42.
6. Shoja M, Nabavi SH, Kassani A, Bagheri Yazdi SA. Factor analysis of social capital and its relations with mental health of older people in Tehran 9 district. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences* 2011; 3: 81-9. (Persian).
7. Donnelly EA, Hinterlong JE. Changes in social participation and volunteer activity among recently widowed older adults. *The Gerontologist* 2010;50(2):158-69.
8. Mohammadi MA, Aliabadi V, Karimian N. Social Capital Condition among Rural Bread Winner Women. *Social Welfare Quarterly* 2014;13(51):7-24. (Persian)
9. Lee HY, Jang SN, Lee S, Cho SI, Park EO. The relationship between social participation and self-rated health by sex and age: a cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies* 2008;45(7):1042-54.

یک مطالعه کیفی برای کشف جزئیات بیشتر از محدودیت‌های این مطالعه بود که نیاز است در پژوهش‌های بعدی به این نکات بیشتر توجه شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به اینکه بین مشارکت اجتماعی زنان و سطح سلامت عمومی آنها همبستگی مستقیمی برقرار است، لذا به نظر می‌رسد که افزایش سطح مشارکت اجتماعی زنان می‌تواند سطح سلامتی آنها را تحت تاثیر قرار دهد. برنامه‌ریزی‌های اجتماعی، فراهم‌سازی برنامه‌ها و امکانات برای افزایش سطح مشارکت اجتماعی زنان توصیه می‌گردد. در پژوهش حاضر یکی دیگر از نتایج مهم دیگر مشخص شدن متغیرهای مؤثر بر سلامتی عمومی زنان است که سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان بخش بهداشت و درمان را قادر می‌سازد با آگاهی از آنها، برنامه‌های مناسبی را برای افزایش سطح سلامتی زنان تدارک ببینند.

تقدیر و تشکر

مطالعه حاضر در قالب طرح پژوهشی (۲۲/۳/۱۹۰) زیر نظر مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب‌های روانی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایلام انجام شده است، که بدین وسیله از تلاش‌های همه افرادی که در اجرای آن مطالعه نقش داشته‌اند تشکر و سپاسگزاری می‌شود.

منابع

1. Hyypä MT, Mäki J. Social participation and health in a community rich in stock of social capital. *Health Education Research* 2003;18(6):770-9.
2. Hyypä MT, Mäki J. Social participation and health in a community rich in stock of social capital. *Health Education Research* 2003;18(6):770-9.

- leisure-time physical activity: the role of social participation and social capital in shaping health related behaviour. *Social Science & Medicine* 2001;52(3):441-51.
17. Rodriguez MI. Social participation and health promotion in El Salvador (1970–2014). *Global Health Promotion* 2014;21(4):3-6.
 18. Cicognani E, Pirini C, Keyes C, Joshanloo M, Rostami R, Nosratabadi M. Social participation, sense of community and social well-being: A study on American, Italian and Iranian university students. *Social Indicators Research* 2008;89(1):97-112.
 19. Rogoff B. *Apprenticeship in thinking: Cognitive development in social context*. Oxford University Press; 1990: 225-278.
 20. Deck R, Walther AL, Staupendahl A, Katalinic A. Limitations of Social Participation in General Population-Normative Data of the IMET based on a Population-Based Survey in Northern Germany. *Die Rehabilitation* 2015;54(6):402-8.
 21. Mousavi MT. Social Participation as a Component of Social Capital. *Social Welfare* 2007; 6 (12):67-92.
 22. Noorbala AA, Mohammad K. The validation of general health questionnaire-28 as a psychiatric screening tool. *Hakim Research Journal* 2009;11(4):47-53. (Persian)
 23. Safiri K, Sadeghe M. Girl students' social participation of social sciences faculties in ties in Tehran universities
 10. Sirven N, Debrand T. Social participation and healthy ageing: An international comparison using SHARE data. *Social Science & Medicine* 2008;67(12):2017-26.
 11. Floud S, Balkwill A, Canoy D, Reeves GK, Green J, Beral V, Cairns BJ. Million Women Study Collaborators. Social participation and coronary heart disease risk in a large prospective study of UK women. *European Journal of Preventive Cardiology* 2015;2(15):212-222.
 12. Lindström M, Hanson BS, Östergren PO. Socioeconomic differences in leisure-time physical activity: the role of social participation and social capital in shaping health related behaviour. *Social Science & Medicine* 2001;52(3):441-51.
 13. Noorbala AA, Yazdi SB, Yasamy MT, Mohammad K. Mental health survey of the adult population in Iran. *The British Journal of Psychiatry* 2004;184(1):70-3.
 14. Giesel F, Rahn C. Everyday Life in the Suburbs of Berlin: Consequences for the Social Participation of Aged Men and Women. *Journal of women & Aging* 2015;27(4):330-51.
 15. Bourassa KJ, Memel M, Woolverton C, Sbarra DA. Social participation predicts cognitive functioning in aging adults over time: comparisons with physical health, depression, and physical activity. *Aging & Mental Health* 2015;4(12):1-4.
 16. Lindström M, Hanson BS, Östergren PO. Socioeconomic differences in

Health of Nursing Staffs in Zahedans' Hospitals Emergency Wards (2004). Journal of Kermanshah University of Medical Sciences (J Kermanshah Univ Med Sci) 2005;9(3):22-33. (Persian)

and effective factors on it. Journal of Applied Sociology 2009;20(2):1-34.

24. Navidian A, Masoudi G, Mousavi S. Work-related Stress and the General

Cite this article as:

Niazi M, Tosang M A, Menati R, Nejadi A, Kassani A. The Association between Social Participation and General Health among Women in Ilam. Sadra Med Sci J 2016; 4(3): 173-184.