



Structural Relationships between Religiosity and Social Health in Female-Headed Households: The Mediating Role of Family Social Support

Ghorbanali Atefi Hanzani¹, Aliyeh Shekarbeygi^{2*}, Omidali Ahmadi³

1- PhD Candidate, Department of Sociology of Economics and Development, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2- Assistant Professor, of Sociology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Sociology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Corresponding author: Aliyeh Shekarbeygi, Assistant Professor, of Sociology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Email: a.shekarbeagi@iauctb.ac.ir

Received: 11 Aug 2021

Accepted: 12 Oct 2022

Abstract

Introduction: The social health of female-headed households are affected by factors such as religiosity and social support that their family social support is influenced by religiosity. The aim of this study was to determine the structural relationships between religiosity and social health in female-headed households mediated by family social support.

Methods: The research method is descriptive-correlation. The statistical population included all female-headed households in Rasht in 2019. Among them, 358 people were selected by cluster random sampling method. Demographic questionnaire, "Social Well-being Questionnaire", "Religiosity Questionnaire", "Family Social Support Questionnaire" were used to collect data. The collected data were analyzed in SPSS.24 and Amos.24.

Results: The total path coefficient between religiosity and family social support ($P < 0.01$, $\beta = 0.266$) and the total path coefficient between family social support and social health ($P < 0.01$, $\beta = 0.492$) were positive and significant at the level of 0.01. The indirect path coefficient between religiosity and social health was positive and significant at the level of 0.01 ($P < 0.01$, $\beta = 0.131$).

Conclusions: In the present study, it was concluded that family social support mediates the relationship between religiosity and social health among female-headed households. In order to empower and improve the mental health of female heads of households, it is suggested to hold educational workshops under the title of religiosity and provide family social support to these women.

Keywords: Headed Households, Religiosity, Social Health, Family Social Support, Women.



روابط ساختاری بین دینداری و سلامت اجتماعی در زنان سرپرست خانوار: نقش میانجیگر حمایت اجتماعی خانواده

قربانعلی عاطفی هنزنی^۱، عالیه شکر بیگی^{۲*}، امید علی احمدی^۳

۱- دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی اقتصادی و توسعه، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران،

۲- استادیار، گروه جامعه‌شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۳- استادیار، گروه جامعه‌شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: عالیه شکر بیگی، استادیار، گروه جامعه‌شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
ایمیل: a.shekarbeugister@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۷/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۵/۲۰

چکیده

مقدمه: سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار از عوامل نظیر دینداری و حمایت اجتماعی خانواده تأثیر می‌پذیرد که حمایت اجتماعی خانواده خود تحت تأثیر دینداری قرار دارد. هدف پژوهش حاضر تعیین روابط ساختاری بین دینداری و سلامت اجتماعی در زنان سرپرست خانوار با میانجیگری حمایت اجتماعی خانواده بود.

روش کار: روش پژوهش توصیفی-همبستگی می‌باشد. جامعه آماری شامل تمام زنان سرپرست خانوار شهر رشت در سال ۱۳۹۸ بود. از میان آن‌ها ۳۵۸ تن به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه جمعیت‌شناختی، "پرسشنامه دینداری" (Religiosity Questionnaire)، "پرسشنامه سلامت اجتماعی" (Social Well-being Questionnaire)، و "پرسشنامه حمایت اجتماعی خانواده" (Family Social Support Questionnaire) استفاده شد. روایی ابزارها با استفاده از روایی محتوا به روش کیفی و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ اندازه‌گیری شد. تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده در نرم‌افزارهای اس‌پی‌اس-۲۴ و آموس-۲۴ انجام شد.

یافته‌ها: ضریب مسیر کل بین دینداری و حمایت اجتماعی خانواده ($\beta=0/266, P<0/01$) و ضریب مسیر کل بین حمایت اجتماعی خانواده و سلامت اجتماعی ($\beta=0/492, P<0/01$) مثبت و در سطح $0/01$ معنادار بود. ضریب مسیر غیرمستقیم بین دینداری و سلامت اجتماعی مثبت با میانجیگری حمایت اجتماعی خانواده در سطح $0/01$ معنادار بود ($\beta=0/131, P<0/01$).

نتیجه‌گیری: حمایت اجتماعی خانواده همبستگی بین دینداری و سلامت اجتماعی را در بین زنان سرپرست خانوار میانجیگری می‌کند. جهت توانمندسازی و ارتقای سلامت روان زنان سرپرست خانوار برگزاری کارگاه‌های آموزشی تحت عنوان دینداری و ارائه حمایت اجتماعی خانواده به این زنان پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: حمایت اجتماعی خانواده، زنان، دینداری، سرپرست خانوار، سلامت اجتماعی.

مقدمه

سلامت اجتماعی آن‌ها وجود دارد، زنان سرپرست خانوار (female-headed households) است (۲)؛ زنانی که به دلایلی شوهر ندارند یا در صورت حضور شوهر، به دلایلی خود سرپرستی و مدیریت اقتصادی و اجتماعی و عاطفی خانواده را بر عهده دارند و در اصطلاح خانواده آن‌ها زن سرپرست نامیده می‌شود (۳). در خانواده‌هایی که مادر

زندگی خانوادگی برای زنان سرپرست خانواده با تنش‌ها و فشارهای متعددی همراه است. این تنش‌ها تا حدی از محیط زندگی و از فشارها و محدودیت‌های مختص برای زنان سرپرست خانواده در زندگی افراد سرچشمه می‌گیرد (۱). یکی از گروه‌های اجتماعی عمده که لزوم بررسی

عقاید و اعمال صادر شده و به پایبندی فرد به دین پذیرفته خویش اطلاق می شود (۱۴). دین (religion) که به عنوان نظام های معنایی تجسم یافته در الگوی زندگی، جامعه مذهبی و جهان بینی مقدس و آنچه در نهایت اهمیت دارد، تعریف شده است (۱۵)، نهاد مهم اجتماعی است که در کنار نهادهای خانواده، آموزش، اقتصاد و حکومت همواره در همه دوره های زندگی بشری با انسان ها همراه بوده است. دین با تقویت ارزش ها و هنجارهای مهم به کنترل اجتماعی در جامعه کمک می کند. دین کارکردهای فردی مانند احساسی، بهداشت روانی، اخلاقی و رفتاری، معرفت زایی و کارکردهای اجتماعی مانند همبستگی، آزادی اجتماعی، عدالت اجتماعی، هویت سازی و بستری برای فرهنگ و تمدن سازی را برای بشر داشته است. همچنین دین کارکردهای اساسی مانند انضباط، انسجام و خوشبختی آفرینی دارد. دین در حفظ تعادل روان شناختی افراد جامعه نقش دارد و به ویژه در زمان سرگشتگی و اضطراب انسان ها در زندگی پیچیده شهری کنونی، به انسان ها کمک می کند به سوی آرامش گام بردارند. در جامعه ایران به منزله یک جامعه دیندار نیز دین با زندگی مردم گره خورده و بر همه جوانب زندگی آن ها اثر گذاشته است (۱۶). به نظر می رسد که افراد متدین و غیرمتدین میزان فشار روانی مشابهی را تجربه می کنند، ولی افراد متدین بهتر می توانند با رویدادهای منفی زندگی و عوامل فشارزای روانی مقابله کنند. باورهای دینی مانند یک سپر در برابر تنش های زندگی عمل می کنند و از این طریق به راهبردهای مقابله ای فرد کمک می کنند. بنابراین، آخرت نگری از این نظر نیز می تواند در سلامت مؤثر باشد، چرا که یکی از علل بی تابی در برابر سختی ها این است که انسان بهره دنیا را بسیار زیاد و مهم بشمارد که در این صورت به سبب به دست نیاموردن یا از دست دادن آن به شدت اندوهگین یا هیجان زده می گردد (۱۷). در این راستا، راد و همکاران (۱۸) عنوان داشته اند که بسیاری از عوامل فرهنگی - اجتماعی بر سلامت افراد تأثیر می گذارد که یکی از این عوامل دینداری است. طبق نظر Zimmer و همکاران (۱۹) دینداری، خداپرستی و تأمل در معنای زندگی با شاخص های سلامت مرتبط است. از نظر بهادری خسروشاهی (۲۰) دین شامل پیامدهای باور، عمل، تجربه و دانش دینی در زندگی روزمره فرد و روابط او با سایرین است و از جمله پیامدهای مهم دینداری را می توان بهره

علاوه بر نقش مادری، نقش والد پدر را نیز ایفا می کند، خانواده های تک والدی (single parent) نامیده می شوند که مادر سرپرست و نان آور خانه و خانواده است و بدین ترتیب اضافه بار نقش و مسئولیت را متحمل می شود و این زنان مشکلات روانشناختی و اجتماعی - اقتصادی زیادی را تحمل می کنند که پیامدهای منفی برای سلامت آن ها دارد (۴). با توجه به اینکه زنان نقش عمده ای در سلامت خانواده و جامعه دارند، بررسی سلامت زنان در جامعه و اجتماع نیز مفید خواهد بود (۵).

سلامت (health) اهمیت بسیاری در زندگی افراد جامعه دارد و توزیع مناسب آن باید نگرانی اصلی سیاست گذاران باشد (۶). ارتقای سلامت یکی از اهداف اصلی در سیاست های کلی سلامت در کشورهای مختلف است (۷). سلامت به معنای امروزی آن، دربرگیرنده تعادل و هماهنگی جسمی، روانی، عاطفی و اجتماعی، زندگی همراه با شادی، کارایی و اعتدال و مقاومت در برابر فشارها و عامل های خارجی است (۸). سلامت اجتماعی (social health) به عنوان یکی از ابعاد سلامت، وضعیت درک صحیح از جامعه، ایفای مناسب نقش و عملکرد اجتماعی را نشان می دهد (۹). سلامت اجتماعی از جمله مفاهیمی است که امروزه از اهمیت ویژه ای برخوردار است و دایره شمول موضوعات آن هر روز فراگیرتر می شود. به طور کلی در بحث سلامت اجتماعی، انسان به تنهایی مطرح نیست، بلکه آنچه مورد نظر است پدیده هایی هستند که در اطراف او وجود دارند و بر او تأثیر گذارند (۱۰). در مطالعه فیروزبخت و همکاران (۱۱) حمایت اجتماعی خانواده، به عنوان یک متغیر برای تمام ابعاد سلامت اجتماعی انسان به ویژه زنان معرفی شده است. حمایت اجتماعی خانواده هرگونه دریافت محرکی از جانب خانواده است که به پیشرفت اهداف فرد حمایت شده، کمک کند و مشتمل بر حمایت های هیجانی / عاطفی، اطلاعاتی و ابزاری می شود (۱۲). در پژوهشی همتی و همکاران (۱۳) نیز چنین نتیجه گرفتند که بین حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی در زنان سرپرست خانوار رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. دینداری (religiosity) نیز تا حدودی به این علت که امکان تعالی و درک روابط و مسئولیت خود در قبال دیگران در زندگی مشترک اجتماعی را فراهم می سازد، موجب افزایش سلامت اجتماعی در افراد می شود. دینداری، تسلیم شدن برابر بیانی است که از مقام ربوی (خدایی) در مورد

پژوهش شامل تمام زنان سرپرست خانواده شهر رشت که تحت پوشش شهرداری شهر رشت قرار داشتند، در سال ۱۳۹۸ بود. در پژوهش حاضر متناسب با تعداد پارامترها (۱۴) خطای نشانگر، ۳ مسیر و ۲ خطای متغیر درون زاد نهفته) تعداد نمونه ۱۸ برابر تعداد پارامتر یعنی معادل ۳۴۲ تن برآورد شد (۲۶).

در پژوهش حاضر روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای بود. برای انتخاب نمونه، در مرحله اول با مراجعه به پایگاه شهرداری شهر رشت زنان سرپرست خانوار که تحت پوشش شهرداری به منظور دریافت کمک هزینه زندگی قرار داشتند و تهیه فهرستی از ۵ منطقه، از بین این مناطق، با در نظر گرفتن تعداد نمونه و تعداد زنان مراجعه کننده به هر سرای محله، ۴ منطقه ۱، ۲، ۳ و ۴ به روش نمونه گیری تصادفی با انجام قرعه کشی انتخاب شدند.

در مرحله دوم تعداد سراهای محله هر منطقه بررسی شد. منطقه ۱ دارای ۴ سرا، منطقه ۲ دارای ۳ سرا، منطقه ۳ دارای ۳ سرا و منطقه ۴ دارای ۳ می باشد و بدین ترتیب از هر منطقه ۲ سرای محله و جمعاً ۸ سرای محله به صورت تصادفی با قرعه کشی انتخاب شدند.

پس از مراجعه به ۸ سرای محله، با توجه به تاریخ ثبت اطلاعات و تشکیل پرونده هایی که به صورت دستی موجود بودند، با در نظر گرفتن بازه زمانی ۱۳۹۰ - ۱۳۹۸، داده های ۳۲ فصل جمع آوری شد. در مرحله بعد با در اختیار داشتن داده های ۳۲ فصل، ۵ فصل از بین این ۳۲ فصل به صورت تصادفی با قرعه کشی انتخاب شدند. در مرحله آخر از هر فصل ۹ پرونده به صورت تصادفی با قرعه کشی انتخاب شد. بنابراین با در اختیار داشتن ۴۵ پرونده، با تماس تلفنی از زنان سرپرست خانوار دعوت به همکاری شد. افرادی که اعلام رضایت داشتند وارد پژوهش شدند. لازم به ذکر است که نمونه گیری تا رسیدن به تعداد مورد نیاز ادامه پیدا کرد و افرادی که اعلام رضایت نداشتند یا به هر دلیلی در دسترس نبودند وارد پژوهش نشدند. در نهایت ۳۶۰ تن انتخاب شدند که با حذف ۲ پرسشنامه مخدوش، اطلاعات ۳۵۸ تن تحلیل شد.

مندی فرد از حمایت اجتماعی دانست. قمری (۲۱) چنین نتیجه گرفت که دین فرصت های جامعه پذیری را در میان معتقدان، ارتقا می دهد و پایه قوی برای حمایت اجتماعی فراهم می کند. افراد مذهبی نزدیک ترین دوستان خود را از میان افراد مذهبی انتخاب می کنند و علاوه بر داشتن احساس نزدیکی به خداوند، دید مثبتی به مردم دارند و افزایش میزان دینداری باعث افزایش میزان رفتارهای همیارانه تنگنای اجتماعی می شود.

سراج زاده و همکاران (۲۲) از نتایج مطالعه خود دریافتند که همبستگی دینداری با سلامت اجتماعی به طور غیرمستقیم و از طریق حمایت اجتماعی است. Milevsky (۲۳) نیز به همبستگی دینداری با رضایت از زندگی به واسطه حمایت اجتماعی و Gallardo-Peralta (۲۴) به همبستگی دینداری با کیفیت زندگی به واسطه حمایت اجتماعی اشاره اند. Holt و همکاران (۲۵) پیامدهای دینداری را در یک مطالعه طولی ۵ سال بررسی کردند و چنین دریافتند که از جمله پیامدهای دینداری افزایش سلامت روان و حمایت اجتماعی است.

گرچه سلامت زنان در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی مهم ترین بنیان سلامت جامعه قلمداد می شود، با این حال در مقایسه با سایر ابعاد سلامت، سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار کمتر مورد توجه قرار گرفته است. با نگاهی بر آنچه که مرور شد به نظر می رسد سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار از عوامل نظیر دینداری و حمایت اجتماعی خانواده تأثیر می پذیرد (۲۵). علاوه بر این، حمایت اجتماعی خانواده خود تحت تأثیر دینداری قرار دارد. افراد دیندار تحت تأثیر آموزه های دینی خود حمایت اجتماعی بیشتری را برای دیگران فراهم می کنند و حمایت اجتماعی بیشتری را از دیگران دریافت می کنند (۲۳). بنابراین، هدف پژوهش حاضر تعیین روابط ساختاری بین دینداری و سلامت اجتماعی در زنان سرپرست خانوار با میانجیگری حمایت اجتماعی خانواده بود.

روش کار

روش پژوهش توصیفی - همبستگی بود. جامعه آماری این



شکل ۱: فلوچارت نمونه گیری

معیارهای ورود به پژوهش شامل زنان سرپرست خانواده، عدم وجود بیماری های مزمن جسمانی و اعتیاد و دریافت دارو برای بیماری های جسمانی مزمن و خاص و داروهای روانپزشکی و روان درمانی در طول ۶ ماه گذشته بود که به صورت خودگزارشی بررسی شد، بود. معیار خروج از پژوهش شامل نقص در پاسخدهی به پرسشنامه ها، وجود بیماری های مزمن جسمانی و اعتیاد و دریافت دارو برای بیماری های جسمانی مزمن و خاص و داروهای روانپزشکی و روان درمانی در طول ۶ ماه گذشته بود. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر به شرح زیر بود. پرسشنامه جمعیت شناختی شامل سن و دلایل سرپرستی خانوار از جمله طلاق، از دست دادن همسر و بیماری همسر بود.

«پرسشنامه سلامت اجتماعی» (Social Well-Being Questionnaire) توسط Keyes در آمریکا در ایالت ویسکانسین در سال ۱۹۹۸ ساخته شده و شامل ۲۰ عبارت است که ۵ مؤلفه شکوفایی اجتماعی (social actualization) شامل ۴ عبارت از عبارت ۱ تا ۴، همبستگی اجتماعی (social integration) شامل ۳ عبارت از عبارت ۵ تا ۷، انسجام اجتماعی (social coherence) شامل ۳ عبارت از عبارت ۸ تا ۱۰، پذیرش اجتماعی (social acceptance) شامل ۵ عبارت از عبارت ۱۱ تا ۱۵، مشارکت اجتماعی (social contribution) شامل ۵ عبارت از عبارت ۱۶ تا ۲۰ را در یک طیف لیکرت ۵ درجه ای از کاملاً موافقم= ۵ تا کاملاً مخالفم= ۱ مورد ارزیابی قرار می دهد. عبارت های ۳، ۵، ۷، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰ به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. در این ابزار محدوده نمره از ۲۰ تا ۱۰۰ است. نمره ۲۰ تا ۴۰ بیانگر سلامت اجتماعی ضعیف،

معیارهای ورود به پژوهش شامل زنان سرپرست خانواده، عدم وجود بیماری های مزمن جسمانی و اعتیاد و دریافت دارو برای بیماری های جسمانی مزمن و خاص و داروهای روانپزشکی و روان درمانی در طول ۶ ماه گذشته بود که به صورت خودگزارشی بررسی شد، بود. معیار خروج از پژوهش شامل نقص در پاسخدهی به پرسشنامه ها، وجود بیماری های مزمن جسمانی و اعتیاد و دریافت دارو برای بیماری های جسمانی مزمن و خاص و داروهای روانپزشکی و روان درمانی در طول ۶ ماه گذشته بود. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر به شرح زیر بود. پرسشنامه جمعیت شناختی شامل سن و دلایل سرپرستی خانوار از جمله طلاق، از دست دادن همسر و بیماری همسر بود.

«پرسشنامه سلامت اجتماعی» (Social Well-Being

۲۶ بیانگر دینداری ضعیف، نمره ۲۷ تا ۷۸ بیانگر دینداری متوسط و نمره ۷۹ تا ۱۳۰ بیانگر دینداری بالا است (۳۱). در مطالعه سراج زاده (۳۱) پس از بررسی ویژگی های روانسنجی «پرسشنامه دینداری» در نمونه ای شامل ۳۸ دانشجوی مسلمان ایرانی در انگلیس و ۳۹۱ نوجوان تهرانی، روایی سازه با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی ۴ عامل تأیید شد و پایایی به روش همسانی درونی و با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای نمونه دانشجویان برای مؤلفه های اعتقادی، عاطفی، مناسکی و پیامدی به ترتیب برابر با ۰/۸۱، ۰/۷۵، ۰/۸۳ و ۰/۷۲ گزارش شد. در مطالعه جمشیدی سولکلو و همکاران (۳۲) بررسی ویژگی های روانسنجی «پرسشنامه دینداری» در نمونه ای شامل ۵۴۰ نوجوان در شیراز انجام شد. روایی سازه با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی انجام و ۴ عامل تأیید شد. پایایی به روش همسانی درونی و با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای نمونه فوق برای مؤلفه های اعتقادی، عاطفی، مناسکی و پیامدی به ترتیب برابر با ۰/۷۸، ۰/۷۰، ۰/۶۹ و ۰/۷۵ گزارش شد.

«پرسشنامه حمایت اجتماعی خانواده» (Family Social Support Questionnaire) توسط خداپناهی و همکاران در ایران در سال ۱۳۸۸ ساخته شد. ابزار شامل ۴۰ عبارت است که ۴ مولفه حمایت هیجانی (emotional support) شامل ۱۸ عبارت ۲، ۳، ۴، ۵، ۷، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۵ و ۲۷ حمایت ابزاری (instrumental support) شامل ۶ عبارت ۴۷، ۴۹، ۵۰، ۵۶، ۵۷ و ۷۰ و حمایت اطلاعاتی (information support) شامل ۱۰ عبارت ۶۲، ۶۳، ۶۴، ۶۵، ۶۶، ۶۷، ۶۸، ۷۴، ۷۵، ۷۶، ۷۷ و ۷۹ و جستجو برای حمایت (search for support) شامل ۶ عبارت ۴۱، ۷۱، ۷۲، ۷۸، ۸۰، ۸۲ را در یک طیف لیکرت ۴ درجه ای از کاملاً مخالف=۱ تا کاملاً موافق=۴ مورد ارزیابی قرار می دهد. محدوده نمره از ۴۰ تا ۱۶۰ است. نمره ۴۰ تا ۸۰ حمایت بیانگر حمایت اجتماعی خانوادگی ضعیف، ۸۰ تا ۱۲۰ بیانگر حمایت اجتماعی خانوادگی متوسط و نمره بالاتر از ۱۲۰ بیانگر حمایت اجتماعی بالا و در این ابزار کسب نمره بالاتر به معنای حمایت اجتماعی خانوادگی بیشتر است (۱۲).

در مطالعه خداپناهی و همکاران (۱۲) بررسی ویژگی های روانسنجی «پرسشنامه حمایت اجتماعی خانواده» در نمونه ای شامل ۲۵۶ بیمار سرطانی بستری در بیمارستان امام خمینی تهران انجام شد. نتایج روایی سازه با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی، ۴ عامل را تأیید کرد. پایایی به روش همسانی

نمره ۴۱ تا ۶۰ بیانگر سلامت اجتماعی متوسط و نمره ۶۱ به بالا بیانگر سلامت اجتماعی بالا و کسب نمره بالاتر به معنای سلامت اجتماعی بیشتر است (۲۷).

در مطالعه Keyes (۲۷) پس از بررسی ویژگی های روانسنجی «پرسشنامه سلامت اجتماعی» در نمونه ای شامل ۲۹۷۷ بزرگسال ساکن ایالت های آمریکا، روایی سازه به روش روایی همگرا با «پرسشنامه خوش بینی خودتوصیفی» (Self-Described Optimist Questionnaire) برابر با ۰/۲۳ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای نمونه فوق برابر با ۰/۷۸ گزارش شد. در مطالعه Li و همکاران (۲۸) پس از بررسی ویژگی های روانسنجی در نمونه ای شامل ۶۱۸ بزرگسال چینی، روایی سازه با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی ۵ عامل تأیید شد و پایایی به روش همسانی درونی و با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای نمونه فوق برابر با ۰/۸۱ گزارش شد.

در مطالعه هاشمی و همکاران (۲۹) بررسی ویژگی های روانسنجی در نمونه ای شامل ۳۹۱ دانشجوی دانشگاه تبریز و ۳۸۴ دانشجوی دانشگاه آزاد واحد تبریز انجام شد. روایی سازه به روش روایی همگرا با مؤلفه های افسردگی، اضطراب و تنش «مقیاس افسردگی، اضطراب و تنش» (Depression Anxiety and Stress Scale) به ترتیب ۰/۶۴، ۰/۳۶ و ۰/۵۵ و پایایی به روش همسانی درونی و با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای نمونه فوق برابر با ۰/۸۱ گزارش شد. در مطالعه صفاری نیا و همکاران (۳۰) ویژگی های روانسنجی در نمونه ای شامل ۵۰۰ زن و مرد بزرگسال تهرانی انجام شد. روایی سازه با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی بررسی و ۵ عامل تأیید شد و پایایی به روش همسانی درونی و با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای نمونه فوق برابر با ۰/۷۶ گزارش شد.

«پرسشنامه دینداری» (Religiosity Questionnaire) که توسط سراج زاده در ایران در سال ۱۳۷۸ ساخته شده شامل ۲۶ عبارت است که ۴ مؤلفه اعتقادی (ideological) شامل ۷ عبارت از عبارت ۱ تا ۷، عاطفی (emotional) شامل ۶ عبارت از عبارت ۸ تا ۱۳، مناسکی (ritualistic) شامل ۷ عبارت از عبارت ۱۴ تا ۲۰ و پیامدی (consequential) شامل ۶ عبارت از عبارت ۲۱ تا ۲۶ را در یک طیف لیکرت ۵ درجه ای از کاملاً موافق=۵، موافق=۴، بینابین=۳، مخالف=۲ تا کاملاً مخالف=۱ مورد ارزیابی قرار می دهد. در این ابزار محدوده نمره در این پرسشنامه از ۲۶ تا ۱۳۰ است؛ نمره صفر تا

برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی از جمله میانگین و انحراف معیار و روش الگویابی معادلات ساختاری به شرط برقراری پیش فرض‌های معادلات ساختاری استفاده شد. پیش فرض‌های نرمال بودن و نرمال بودن توزیع چند متغیری با استفاده از «چولگی» (skewness)، «کشیدگی» (kurtosis) و «فاصله مهلنوبایس» (Mahalanobis distance) و عدم وجود رابطه همخطی (alignment) در بین متغیرهای پیش بین با استفاده از ضریب تحمل (Tolerance Coefficient) و تورم واریانس (Variance Inflation) بررسی شد. برای آزمون برازش الگوی معادلات ساختاری از شاخص‌های نیکویی برازش مجذور کای (Chi Square) با مقدار احتمال بزرگ‌تر از ۰/۰۵؛ مجذور کای هنجارشده (Normed Chi Square) با نقطه برش کوچک‌تر از ۳؛ ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب (Approximation of RMSEA Goodness of Fit Index) با نقطه برش کوچک‌تر از ۰/۰۸؛ شاخص نكویی برازش (Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)) با نقطه برش کوچک‌تر از ۰/۹۵؛ شاخص تعدیل شده برازندگی (Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)) با نقطه برش بزرگ‌تر از ۰/۹۰ و شاخص نكویی تطبیقی (Comparative Fit Index) (CFI) با نقطه برش کوچک‌تر از ۰/۹۵ و نرم افزارهای اس پی اس نسخه ۲۴ و آموس-۲۴ و روش برآورد بیشینه احتمال (Maximum Likelihood) استفاده شد.

یافته‌ها

در این پژوهش ۳۶ تن (۱۰/۰۵ درصد) از زنان در طبقه سنی ۲۵ تا ۳۰ سال، ۳۹ تن (۱۰/۸۹ درصد) در طبقه سنی ۳۱ تا ۳۵ سال، ۴۰ تن (۱۱/۱۷ درصد) در طبقه سنی ۳۶ تا ۴۰ سال، ۱۵۰ تن (۴۱/۹۰ درصد) در طبقه سنی ۴۱ تا ۴۵ سال و ۹۳ تن (۲۷/۹۸ درصد) در طبقه سنی ۴۶ سال و بالاتر قرار داشتند. ۷۱ تن (۱۹/۸ درصد) از شرکت‌کنندگان دلیل سرپرست خانواده بودن خود را از کارافتادگی همسر، ۶۶ تن (۱۸/۴ درصد) اعتیاد همسر و ۱۰۶ تن (۲۹/۶ درصد) فوت همسر و ۱۱۵ تن (۳۲/۱ درصد) طلاق عنوان کردند. در پژوهش حاضر مقادیر چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش حاضر در محدوده ۲ ± قرار داشت که نشان می‌دهد توزیع آن‌ها طبیعی بود. همچنین مقادیر عامل تورم واریانس و ضریب تحمل متغیرهای پیش بین به ترتیب بزرگ‌تر از ۰/۱ و کوچک‌تر از ۱۰ بود که نشان

درونی و با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای نمونه فوق برای مولفه‌های حمایت عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی، جستجو برای حمایت به ترتیب ۰/۹۵، ۰/۷۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۷ گزارش شد. در مطالعه یزدان پرست و همکاران (۳۳) اندازه‌گیری ویژگی‌های روانسنجی «پرسشنامه حمایت اجتماعی خانواده» در نمونه‌ای شامل ۱۵۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی بستری در شهرستان بیرجند انجام شد. نتایج روایی سازه به روش روایی همگرا با «پرسشنامه نگرانی‌های مرتبط با بیماری» (Illness Related Worries Questionnaire) برابر با ۰/۲۹ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای نمونه فوق برابر با ۰/۸۱ گزارش شد.

در پژوهش حاضر روایی محتوا به روش کیفی «پرسشنامه سلامت اجتماعی»، «پرسشنامه دینداری» و «پرسشنامه حمایت اجتماعی خانواده» برای تمام عبارات‌ها مورد تأیید ۴ تن از مدرسین هیأت علمی روانشناسی و جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی قرار گرفت. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ابزارها برای ۳۴۲ تن از زنان سرپرست خانوار شهر رشت که در پژوهش حاضر شرکت داشتند، برای مولفه‌های شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی از «پرسشنامه سلامت اجتماعی» به ترتیب برابر با ۰/۷۱، ۰/۷۴، ۰/۷۸، ۰/۷۱ و ۰/۷۳؛ برای مولفه‌های اعتقادی، عاطفی، مناسکی و پیامدی از «پرسشنامه دینداری» به ترتیب برابر با ۰/۸۲، ۰/۷۱، ۰/۷۵ و ۰/۷۶ و برای مؤلفه‌های حمایت هیجانی، حمایت ابزاری، حمایت اطلاعاتی و جستجو برای حمایت از «پرسشنامه حمایت اجتماعی خانواده» به ترتیب برابر با ۰/۷۳، ۰/۷۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ به دست آمد.

برای جمع‌آوری داده‌ها، ابتدا از مسئولین دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز و شهرداری شهر رشت جهت انجام پژوهش بر روی زنان سرپرست خانواده، مجوز لازم اخذ شد. پس از مراجعه براساس معیارهای ورود به پژوهش و خروج از پژوهش شرکت‌کنندگان انتخاب شدند. با ارائه توضیحاتی در مورد اهداف پژوهش رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان جلب شد. پرسشنامه‌ها به صورت فردی در اتاق مدیر مسئول سرای محله‌ها در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و راهنمایی لازم جهت تکمیل آن صورت پذیرفت. پاسخگویی به پرسشنامه‌ها حدوداً ۱۰ تا ۳۰ دقیقه زمان می‌برد. نمونه‌گیری حدوداً ۶ ماه به طول انجامید.

نشانگرهای حمایت عاطفی، حمایت ابزاری، جستجو برای حمایت و حمایت اطلاعاتی، متغیر مکنون دینداری به‌وسیله نشانگرهای مناسبی، عاطفی، پیامدی و اعتقادی و متغیر مکنون سلامت اجتماعی به‌وسیله نشانگرهای شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی سنجیده می‌شود. الگوی اندازه‌گیری پژوهش به‌وسیله تحلیل عاملی تأییدی تحلیل شد. جدول ۱ شاخص‌های برازندگی الگوی اندازه‌گیری را نشان می‌دهد.

می‌دهد مفروضه همخطی نبودن نیز در بین داده‌های پژوهش حاضر برقرار بوده است. تحلیل اطلاعات مربوط به «فاصله مهلنوبایس» و ارزیابی نمودار هیستوگرام و مقادیر چولگی و کشیدگی آن نشان داد که مفروضه طبیعی بودن توزیع داده‌های چند متغیری در بین داده‌ها برقرار نیست. به همین دلیل نمودار باکس پلات آن ترسیم و مشخص شد که اطلاعات مربوط به ۶ شرکت‌کننده پرت چند متغیری تشکیل داده است. به همین دلیل داده‌های مربوط به آن ۶ تن از بین داده‌ها حذف شدند. در الگوی اندازه‌گیری پژوهش حاضر چنین فرض شده بود که متغیر مکنون حمایت اجتماعی خانواده به‌وسیله

جدول ۱: شاخص‌های برازش الگوی اندازه‌گیری

نقطه برش	الگوی اندازه‌گیری	شاخص‌های برازندگی
-	۱۳۸/۰۵	مجذور کای
-	۶۲	درجه آزادی الگو
<۳	۲/۲۳	مجذور کای هنجار شده
>۰/۹۰	۰/۹۴۵	شاخص نکویی برازش
>۰/۸۵۰	۰/۹۱۹	شاخص تعدیل شده برازندگی
>۰/۹۰	۰/۹۶۸	شاخص نکویی تطبیقی
<۰/۰۸	۰/۰۵۹	ریشه خطای میانگین مجزورات تقریب

جدول ۱ نشان می‌دهد که شاخص‌های برازندگی حاصل از تحلیل عاملی تأییدی از برازش قابل قبول الگوی اندازه‌گیری با داده‌های گردآوری شده حمایت می‌کنند. قابل ذکر است که در الگوی اندازه‌گیری بزرگ‌ترین بار عاملی متعلق به نشانگر همبستگی اجتماعی ($\beta=۰/۸۸۲$) و کوچک‌ترین بار عاملی متعلق به نشانگر حمایت ابزاری

جدول ۱ نشان می‌دهد که شاخص‌های برازندگی حاصل از تحلیل عاملی تأییدی از برازش قابل قبول الگوی اندازه‌گیری با داده‌های گردآوری شده حمایت می‌کنند. قابل ذکر است که در الگوی اندازه‌گیری بزرگ‌ترین بار عاملی متعلق به نشانگر همبستگی اجتماعی ($\beta=۰/۸۸۲$) و کوچک‌ترین بار عاملی متعلق به نشانگر حمایت ابزاری

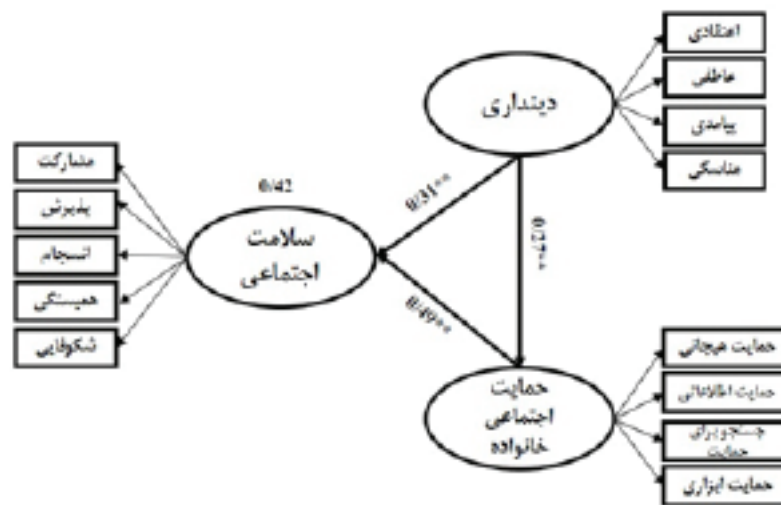
جدول ۲: ضرایب مسیر بین متغیرهای پژوهش در الگوی ساختاری

متغیرهای پیش‌بین	ضرایب مسیر استاندارد نشده	خطای معیار	ضرایب مسیر استاندارد شده	مقدار احتمال
ضریب مسیر دینداری ← حمایت اجتماعی خانواده	۰/۴۹۱	۰/۱۳۴	۰/۲۶۶	۰/۰۰۱
ضریب مسیر حمایت اجتماعی ← سلامت اجتماعی	۰/۲۴۲	۰/۰۳۲	۰/۴۹۲	۰/۰۰۱
ضریب مسیر مستقیم دینداری ← سلامت اجتماعی	۰/۲۸۲	۰/۰۵۱	۰/۳۱۱	۰/۰۰۱
ضریب مسیر غیرمستقیم دینداری ← سلامت اجتماعی	۰/۱۱۹	۰/۰۳۴	۰/۱۳۱	۰/۰۰۱
ضریب مسیر کل دینداری ← سلامت اجتماعی	۰/۴۰۱	۰/۰۶۰	۰/۴۴۲	۰/۰۰۱

جدول ۲ نشان می‌دهد که ضرایب مسیر بین دینداری و حمایت اجتماعی ($\beta=۰/۲۶۶, P<۰/۰۱$) از یک سو و ضریب مسیر بین حمایت اجتماعی خانواده و سلامت اجتماعی ($\beta=۰/۴۴۲, P<۰/۰۱$) در نهایت ضریب مسیر غیرمستقیم بین دینداری و سلامت اجتماعی مثبت و در سطح ۰/۰۱

جدول ۲ نشان می‌دهد که ضرایب مسیر بین دینداری و حمایت اجتماعی ($\beta=۰/۲۶۶, P<۰/۰۱$) از یک سو و ضریب مسیر بین حمایت اجتماعی خانواده و سلامت اجتماعی ($\beta=۰/۴۴۲, P<۰/۰۱$) از سوی دیگر مثبت و در سطح ۰/۰۱

مشاهده شده، متغیرهای مکنون و درجات آزادی در الگوهای اندازه‌گیری و ساختاری، شاخص‌های برازندگی مشابه با الگوی اندازه‌گیری برای الگوی ساختاری به دست آمد و چنین نتیجه‌گیری شد که الگوی ساختاری نیز همانند الگوی اندازه‌گیری با داده‌های گردآوری شده برازش دارد. شکل ۱ الگوی ساختاری پژوهش در تبیین روابط دینداری، حمایت اجتماعی خانواده و سلامت اجتماعی را در زنان سرپرست خانوار نشان می‌دهد.



شکل ۱: الگوی ساختاری ضرایب مسیر بین متغیرهای پژوهش با استفاده از داده‌های استاندارد

بخش و پاداش دهنده، به شمار می‌رود. حمایت اجتماعی خانواده تعهدات متقابلی به وجود می‌آورد و احساسی را ایجاد می‌کند که در آن شخص احساس دوست داشته شدن، مراقبت، عزت نفس و ارزشمند بودن را دارد. حمایت اجتماعی با بهبود و توسعه سازوکارهای سازگاری و تطابق روان شناختی در ارتباط است و به زنان کمک می‌کند که در شرایط تنش زا احساس امنیت، آرامش و تعلق خاطر کند (۳۴). حمایت اجتماعی خانواده عاملی است که موجب تاب آوری در مقابل درد از طریق افزایش سازگاری و مهارت‌های مقابله ای انطباقی می‌شود. فرضیه سپر به تبیین همبستگی حمایت اجتماعی خانواده در محافظت از افراد در برابر رویدادهای تنش زا می‌پردازد. این فرضیه چنین فرض می‌کند که حمایت اجتماعی خانواده راهبردهای مقابله ای انطباقی و سازگارانه نظیر تفسیر مجدد را موجب می‌شود که به نوبه خود بر سلامتی افراد تأثیرگذار هستند (۳۵). علاوه، نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین دینداری و سلامت

معنادار بود ($\beta=0/131, P<0/01$). پس از اطمینان از برازش قابل قبول الگوی اندازه‌گیری با داده‌های گردآوری شده، الگوی ساختاری با استفاده از روش الگویابی معادلات ساختاری مورد آزمون قرار گرفت. همچنان که در شکل ۱ ملاحظه می‌شود، در الگوی ساختاری چنان فرض شده بود که متغیر دینداری هم به صورت مستقیم و هم با میانجیگری حمایت اجتماعی خانواده، سلامت اجتماعی را در زنان سرپرست خانوار پیش‌بینی می‌کند. منطبق بر انتظار و با توجه به برابری تعداد متغیرهای

همچنان که شکل ۱ نشان می‌دهد مجذور همبستگی‌های چندگانه برای سلامت اجتماعی که بر روی آن درج شده برابر با ۰/۴۲ بود، این موضوع نشان می‌دهد که ۴۲ درصد از واریانس سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار را تغییرات در نمره دینداری و حمایت اجتماعی خانواده تبیین می‌کند.

بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین روابط ساختاری بین دینداری و سلامت اجتماعی در زنان سرپرست خانوار با میانجیگری حمایت اجتماعی خانواده بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین حمایت اجتماعی خانواده و سلامت اجتماعی در زنان سرپرست خانوار همبستگی وجود دارد. این نتیجه با نتایج حاصل از پژوهش‌های فیروزبخت و همکاران (۱۱) و همتی و همکاران (۱۳) همسو بود. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت برخوردار شدن از حمایت اجتماعی خانواده، عاملی مهم برای فراهم شدن تجربه‌های خوشایند و لذت

کرد که مناسک دینی به افراد، انضباط شخصی و زهدگرایی که از ضروریات زندگی اجتماعی است، می‌آموزند و به این ترتیب، آن‌ها را برای زندگی اجتماعی آماده می‌کنند. مراسم دینی مردم را گرد هم جمع می‌کند و از این رو پیوندهای مشترک آن‌ها را تثبیت و انسجام اجتماعی را تقویت می‌نماید. اعضای جامعه از طریق مراسم دینی، از میراث اجتماعی خود عمیقاً آگاه می‌شوند و اصلی‌ترین عناصر وجدان جمعی زنده می‌ماند. سراج زاده و همکاران (۲۲) نشان دادند که دین احساس اشتراک و وحدت اجتماعی را برانگیخته، همبستگی گروه را تحکیم می‌بخشد. دین همچنین با ایجاد یک روح جمعی، شور و شوق مذهبی و گسترش احساسات همگانی از طریق مناسک و مراسم جمعی می‌تواند زمینه‌های لازم برای پیوند میان اعضا و انسجام اجتماعی را فراهم آورد. آیین‌های مذهبی مردم را گرد هم می‌آورند و بدین‌سان پیوندهای مشترکشان را دوباره تصدیق می‌کنند و در نتیجه، همبستگی اجتماعی را تحکیم می‌بخشند. با تکیه بر کارکرد انسجام‌بخشی و تقویت پیوندهای اجتماعی است که دین می‌تواند در گسترش پیوند میان فرد با اجتماع مؤثر باشد (۲۲). مشارکت در مناسک دینی می‌تواند منابع احساسی مثبت را به عنوان وسیله ای برای مقابله با وقایع روزمره و یا وقایع زندگی نامطلوب به ارمغان بیاورد و به علاوه، دین و مذهب نقش مهمی را در روابط اجتماعی افراد دارد و می‌تواند هر دو روابط اجتماعی قوی و ضعیف را فراهم می‌سازد (۳۸). بدین ترتیب، زنان سرپرست خانواری که بیشتر درگیر دینداری هستند؛ از جنبه‌های اجتماعی دین سود می‌برند که در نهایت موجب سلامت اجتماعی در آن‌ها می‌شود.

نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر چنین نتیجه‌گیری شد که حمایت اجتماعی خانواده رابطه بین دینداری و سلامت اجتماعی را در بین زنان سرپرست خانوار میانجی‌گری می‌کند جهت توانمندسازی و ارتقای سلامت روان زنان سرپرست خانوار برگزاری کارگاه‌های آموزشی تحت عنوان دینداری و ارائه حمایت اجتماعی خانواده به آن‌ها پیشنهاد می‌شود. این پژوهش نیز همچون سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی چون محدود بودن جامعه مورد مطالعه به شهر رشت، ناتوانی در کنترل متغیرهای احتمالی تأثیرگذار از جمله حقوق و درآمد زنان سرپرست خانوار، استفاده از ابزار خودگزارش‌دهی

اجتماعی در زنان سرپرست خانوار همبستگی وجود دارد. این نتیجه با نتایج حاصل از پژوهش‌های راد و همکاران (۱۸) و Zimmer و همکاران (۱۹) همسو بود. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت همسو با این نتایج راد و همکاران (۱۸) عنوان کرده‌اند که با توجه به پیامدها و کارکردهای دین در سطح فردی و اجتماعی، یکی از عوامل تعیین‌کننده در شکل‌دهی و هدایت جامعه بشری بوده و نقش مهمی در ایجاد و حفظ ساختارهای اجتماعی و زندگی اجتماعی انسان ایفا می‌کند (۱۸). دینداری در افراد برای سازگاری و حل مشکلات، عاملی روشن‌گر و حمایت‌گر است. همچنین می‌توان گفت هنگامی که شخص به مفاهیم دین و هدف حقیقی آفرینش پی می‌برد، راحت‌تر با مشکلات کنار می‌آید و سختی‌ها را جزء جدایی‌ناپذیر این دنیا می‌بیند و با توکل بر خدای هستی به مقابله با مشکلات می‌پردازد و کم‌تر دچار اختلال‌های روانی می‌شود. ایمان به خدا موجب می‌شود نگرش فرد به کل هستی هدف‌دار و دارای معنا باشد و عدم ایمان به خدا موجب می‌شود که فرد انسجام و آرامش نداشته باشد. علاوه بر این، می‌توان چنین بیان کرد که اعمال مذهبی از لحاظ درون فردی، فرد را قادر می‌سازند تا از لحاظ فیزیولوژیکی، شناختی و عاطفی، تنش و ناتوانی‌اش را کنترل کند. به عبارت دیگر، مذهب قادر است پاسخ بسیاری از پرسش‌های پیش‌روی انسان را بدهد و اطمینان، امید و قدرت را در فرد تحکیم نماید و پایگاه بسیار محکمی برای انسان در برابر مشکلات زندگی باشد (۳۶). ایمان به خدا نوعی قدرت معنوی به انسان می‌بخشد که او را در تحمل سختی‌ها کمک می‌کند و نگرانی و اضطراب را که بسیاری از مردم از جمله زنان سرپرست خانوار به آن مبتلا هستند، دور می‌سازد. ایمان اعتماد به نفس و قدرت انسان را برای صبر و مقابله با سختی‌های زندگی افزایش می‌دهد و احساس امنیت و آرامش در او ایجاد می‌کند (۳۷). نتایج پژوهش حاضر نشان داد که حمایت اجتماعی خانواده همبستگی بین دینداری و سلامت اجتماعی را در بین زنان سرپرست خانوار میانجی‌گری می‌کند. این نتیجه با نتایج حاصل از پژوهش‌های فیروزبخت و همکاران (۱۱)، همتی و همکاران (۱۳)، راد و همکاران (۱۸) و Zimmer و همکاران (۱۹)، بهادری خسروشاهی (۲۰)، قمری (۲۱)، سراج زاده و همکاران (۲۲)، Milevsky (۲۳)، Gallardo-Peralta (۲۴) و Holt و همکاران (۲۵) همسو بود. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت همسو با این نتایج قمری (۲۱) نیز چنین پیشنهاد

دانشگاه آزاد اسلامی به نشانی <https://ris.iau.ac.ir> ثبت شده است. بدین وسیله از همه زنان سرپرست خانوار که در این پژوهش شرکت کردند، همچنین مسئولین دانشگاه آزاد اسلامی که با همکاری خود امکان این پژوهش را فراهم آوردند تشکر و قدردانی می شود.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله هیچ گونه تضاد منافی گزارش نکردند.

References

1. Wendt A, Hellwig F, Saad G E, Faye C, Mokomane Z, Boerma T, Barros A, Victora C. Are children in female-headed households at a disadvantage? An analysis of immunization coverage and stunting prevalence: in 95 low- and middle-income countries. *SSM-Population Health*. 2021;15:100888-100898. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34430700/> <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100888>
2. Yahyazadeh H, Ramezani M. [The study of the social health rate and the social factors effective on it: A case study of women heading households in Qurveh]. *Social Development & Welfare Planing*. 2013;4(16):68-102. <https://www.magiran.com/paper/1340148/?lang=en>
3. Rezaei M, Mahmoodi F. [Meaning reconstruction of women headed of household's quality of life: A qualitative study]. *Journal of Applied Sociology*. 2019;30(1):143-66. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?ID=710554>.
4. Wang S, Xu Y. Transit use for single-parent households: Evidence from Maryland. *Transportation Research Interdisciplinary Perspectives*. 2020;8:100223. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2590198220301342> <https://doi.org/10.1016/j.trip.2020.100223>
5. Dehghani F, Zargham Hajebi M, Dehghanian H, Garlipour Z, Zaynalipour M. Relationship between social health and demographic characteristics regarding the sexual satisfaction of women referring to health centers in Qom, Iran. *Majallah-i Dānishgāh-i Ulūm-i Pizishkī-i Qum*. 2020;14(6):60-67. <https://journal.muq.ac.ir/article-1-2895-en.html> <https://doi.org/10.29252/qums.14.6.60>

و استفاده از نمونه گیری غیرتصادفی روبرو بود. بنابراین در تعمیم نتایج احتیاط باید صورت گیرد.

سپاسگزاری

مقاله حاضر بخشی از نتایج رساله دکتری قربانعلی عاطفی هنرنی، رشته جامعه شناسی، با راهنمایی خانم دکتر عالییه شکر بیگی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز است که در تاریخ ۱۴۰۰/۲/۲۱ با کد ۱۲۸۰۴۸۱۰۲۶۳۱۵۹۱۷۲۶۱۹۶۵۲۹۶۳۹۷ در سامانه پژوهشیار

6. Zaboli R, Malmoon Z, Seyedjavadi M, Seyedin H. [Developing a conceptual model of social determinants of health inequalities: A qualitative study]. *Journal of Health Promotion Management*. 2014;3(4):74-88. <http://jhpm.ir/article-1-198-fa.html&sw=%D8%B3%D9%84%D8%A7%D9%85%D8%AA>
7. Miri A. [The effectiveness of life skills training on social wellbeing and general health students teachers of Farhang university in Kurdistan province]. *Journal of Health Promotion Management*. 2019;8(3):19-26. <http://jhpm.ir/article-1-1009-fa.html&sw=%D9%85%DB%8C%D8%B1%DB%8C>
8. Koochani Esfahani M, Mahmoudian H. [A study of the impact of cultural capital on general health by the mediating role of healthy lifestyle (Case study: High school students of Shiraz)]. *Journal of Applied Sociology*. 2018;29(2):1-16. https://jas.ui.ac.ir/article_22617.html?lang=en
9. Khalooei A, Karamati S-M. [Social health and its related factors among medical students of Kerman University of Medical Sciences in 2017]. *Community Health*. 2018;5(4):355-365. http://research.kmu.ac.ir/webdocument/load.action?webdocument_code=2000&masterCode=95006599
10. Hossaini Haji Bakandeh SA, Taghipour M. [A survey on the social support on the social health of women]. *Social Research*. 2010;3(7):139-58. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?ID=373819>
11. Firouzbakht M, Riahi M-E, Tirgar A. [A survey on factors affecting on iranian women's social health: A review study in persian database]. *Community Health*. 2017;4(3):186-196. <https://www.sid.ir/en/Journal/ViewPaper.aspx?ID=549520>

12. Khodapanahi MK, Asghari A, Saleh Sedghpoor B, Katebani J. [Preparing and investigating the reliability and validation of the Family Social Support Questionnaire (FSSQ)]. *Journal of Family Research*. 2009;5(4):423-439. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=187841>
13. Hemmati E, Mahdavi MS, Baghaeisarabi A. [Effects of social support in social health of female-headed households]. *Social Research*. 2013;6(18):45-61. <https://www.sid.ir/fa/Journal/ViewPaper.aspx?ID=221722>
14. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*. 2012;16;2012: 278730. doi: 10.5402/2012/278730. Print 2012. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23762764/> <https://doi.org/10.5402/2012/278730>
15. Smith BR, McMullen JS, Cardon MS. Toward a theological turn in entrepreneurship: How religion could enable transformative research in our field. *Journal of Business Venturing*. 2021; 36 (5):106139-106150. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883902621000495> <https://doi.org/10.1016/j.jbusvent.2021.106139>
16. Motevaliyani SM, Hosseini Shirvani SM, Nouri Z. [The relationship between gender, marital status and the way of applying power in family and religiosity in university students of Mazandaran]. *Journal of Applied Sociology*. 2019;30(2):29-46. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=710562>
17. Ebrahimi A, Bahrami Ehsan H. [The relationship between heresy and health in students of the University of Tehran and students of religious sciences in Qom Seminary]. *Psychology and Religion*. 2011;4(2):45-62. <http://ravanshenasi.nashriyat.ir/node/140>
18. Rad F, Mohammadzadeh F, Mohammadzadeh H. [Religion and social health: The relationship between religiosity and social health (a case study of the students of Payam-e Noor University, Marand)]. *Journal Of Social Sciences*. 2016;12(2):137-168. https://social.um.ac.ir/article_26454.html?lang=en
19. Zimmer Z, Rojo F, Ofstedal MB, Chiu C-T, Saito Y, Jagger C. Religiosity and health: A global comparative study. *SSM Popul Health*. 2018;7:100322-100340. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352827318300752> <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2018.11.006>
20. Bahadorikhosroshhi J. [Relationship of social support and happiness with religiosity]. *Islamic Perspective on Educational Science*. 2017;5(9):129-142. <https://www.magiran.com/paper/1791003/?lang=en>
21. Ghamari M. [The relationship between religiosity and social support in students of Islamic Azad University of region two]. *Psychology and Religion*. 2011;4(1):89-104. <http://ravanshenasi.nashriyat.ir/node/132>
22. Serajzadeh SH, Javaheri F, Velayati Khajeh S. [Religion and health: An examination of the effect of religiosity on health in a sample of university students]. *Journal of Applied Sociology*. 2013;24(1):55-77. https://jas.ui.ac.ir/article_18293_00.html?lang=en
23. Milevsky A. Religiosity and social support: A mediational model of adjustment in emerging adults. *Mental Health, Religion & Culture*. 2017;20(5):502-512. <https://doi.org/10.1080/13674676.2017.1359243>
24. Gallardo-Peralta LP. The relationship between religiosity/spirituality, social support, and quality of life among elderly Chilean people. *International Social Work*. 2017;60(6):1498-1511. <https://doi.org/10.1177/0020872817702433>
25. Holt CL, Roth DL, Huang J, Clark EM. Role of religious social support in longitudinal relationships between religiosity and health-related outcomes in African Americans. *Journal of Behavioral Medicine*. 2018;41(1):62-73. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28776192/> <https://doi.org/10.1007/s10865-017-9877-4>
26. Kline RB. *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. New York, NY, US: Guilford Press; 2016. <https://psycnet.apa.org/record/2015-56948-000>
27. Keyes CLM. Social well-being. *Social Psychology Quarterly*. 1998;61(2):121-140. <https://doi.org/10.2307/2787065>
28. Li M, Yang D, Ding C, Kong F. Validation of the Social Well-Being Scale in a Chinese sample and invariance across gender. *Social Indicators Research*. 2015;121(2):607-618. <https://psycnet.apa.org/record/2014-20795-001> <https://doi.org/10.1007/s11205-014-0639-1>
29. Hashemi T, Hekmati I, Vahedi SH, Babapour J. [Psychometric properties of Short-Form

- Social Well-Being Questionnaire]. *Journal of Behavioral Sciences*. 2014;8(1):11-19. https://www.researchgate.net/publication/305966051_Psychometric_properties_of_short-form_social_well-being_questionnaire/link/57a7966608aefe6167bc487c/download
30. Saffarinia M, Tadriz Tabrizi M, Aliakbari M. [Exploring the validity, reliability of Social Well-Being Questionnaire in men and women resident in Tehran city]. *Quarterly of Educational Measurement*. 2014;5(18):115-132. <https://www.magiran.com/paper/1415810>
 31. SerajZadehSH. [Religious attitudes and behaviors of Tehran adolescents and its implications for the Theory of Secularization Research Index]. *Research Profile*. 1999;9:105-120. <https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/956720>
 32. Jamshidy Soloklo B, Arab Moghaddam N, Dorkhah F. [The relationship between religiosity and resilience in secondary and high school students in Shiraz]. *New Thoughts on Education*. 2014;10(1):144-163. https://jontoe.alzahra.ac.ir/article_366_en.html
 33. Yazdanparast E, Ghorbani Sh, Davoudi M, Shavakandi F. [Evaluation of the association between family social support and disease-related concerns of patients with heart failure hospitalized in public hospitals in Birjand, Iran in 2018]. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2019;8(2):402-413. <https://www.sid.ir/en/Journal/ViewPaper.aspx?ID=785130>
 34. Zarifnejad G, Saberi Noghabi E, Delshad Noghabi A, Koshyar H. The relationship between social support and morale of elderly people in Mashhad in 2012. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2014;13(1):3-12. http://journal.rums.ac.ir/browse.php?a_id=1426&sid=1&slc_lang=en
 35. Penn TM, Trost Z, Parker R, Wagner WP, Owens MA, Gonzalez CE, et al. Social support buffers the negative influence of perceived injustice on pain interference in people living with HIV and chronic pain. *Pain Reports*. 2019;4(2):e710. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31041415/> <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000710>
 36. Narimani M, Porzoor P, Atadokht A, Abbasi M. [The role of spiritual well-being and Religious Adherence in predicting marital satisfaction among nurses]. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2015;4(2):1-10. <http://eprints.skums.ac.ir/3509/>
 37. Vazirinejad R, Kazemi M, Kazemi F, Azhdari T, Gomnami N. [The effect of the level of religious regulations compliance among pregnant mothers on their decision about the type of delivery in an Iranian community: A case-control study]. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2016;15(6):503-514. http://journal.rums.ac.ir/browse.php?a_id=3028&sid=1&slc_lang=en
 38. McClure JM. Sources of social support: Examining congregational involvement, private devotional activities, and congregational context. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 2013;52(4):698-712. <https://www.jstor.org/stable/24643991> <https://doi.org/10.1111/jssr.12076>