

بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار

دکتر سیداحمد حسینی حاجی بکنده*، ملیحه تقی پور**

چکیده: سلامت اجتماعی از جمله مفاهیمی است که امروزه از اهمیت ویژه ای برخوردار است و دایره شمول موضوعات آن هر روز فراگیرتر می‌شود. به طور کلی در بحث سلامت اجتماعی، انسان به تنهایی مطرح نیست، بلکه آنچه مورد نظر است پدیده‌هایی هستند که در اطراف او وجود دارند و بر مجموعه و سیستم او تأثیر می‌گذارند. در پژوهش حاضر به بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار پرداخته شده است. روش تحقیق توصیفی و تحلیل همبستگی به روش پیمایشی صورت پذیرفته و تکنیک جمع آوری داده‌ها مصاحبه ساختاری با استفاده از پرسشنامه است. جامعه آماری این تحقیق کلیه 5500 نفر زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی در شهر تهران هستند. برای برآورد حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران، تعداد 340 نفر از جامعه آماری انتخاب شده‌اند. روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای است. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شده‌اند و از آزمون‌های کندال تای بی و گاما برای همبستگی‌های سطح ترتیبی در جداول متقاطع توافقی و همچنین تحلیل چند متغیره رگرسیونی استفاده شده است. یافته‌های حاصل از پژوهش حاکی از این است که هر چه زنان سرپرست خانوار از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار بوده‌اند، متناسب با آن از سلامت اجتماعی بالاتری نیز برخوردار بوده‌اند. همین رابطه بین مولفه‌های سه‌گانه حمایت اجتماعی (عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی) و سلامت اجتماعی نیز دیده می‌شود.

کلید واژه‌ها: سلامت اجتماعی، حمایت اجتماعی، زن سرپرست خانوار

مقدمه

سلامت با همه جوانب از جمله حقوق اولیه انسانی و شاخص‌های عدالت در جامعه است. حق سلامتی به معنی بر خوداری از یک زندگی سالم و مولد با کیفیت، توأم با طول عمر قابل قبول و عاری از بیماری و ناتوانی است. این حق همگانی بوده و مسئولیت آن بر عهده دولت‌هاست.

* مدرس دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

** کارشناس ارشد مطالعات زنان دانشگاه آزاد اسلامی واحد روهن

یکی از هدف های مهم نظام سلامت در هر کشور تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی تمام افراد جامعه است. برای تحقق این امر مهیاسازی امکانات و تسهیلات مناسب جهت تأمین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی انسان در کلیه مراحل زندگی از جمله حقوق اولیه به شمار می رود.

محققان بسیاری در زمینه سلامت روانی مطالعه و پژوهش کرده اند، ولی اجتماعی شدن و سلامت در عملکرد و روابط فرد با دیگران کمتر مورد توجه قرار گرفته است. سلامت اجتماعی ارزیابی شخص از نحو عملکردش در اجتماع و نوع نگرش او نسبت به دیگر افراد جامعه است و بدون شک شیوی برخورد فرد با مسایل مربوط به خود و نوع نگرش او نسبت به سایر گروه های اجتماعی را تحت تأثیر قرار خواهد داد. طبق نظر برزونسکی (2003) افرادی که تعهد کمی دارند. یعنی فاقد یک دیدگاه ثابت و واضح درباره خودشان و دنیایی که در آن زندگی می کنند هستند. ممکن است اجتماع را به صورت یک مجموعه پر از هرج و مرج، غیر قابل پیش گویی و مدیریت ناپذیر بدانند. یعنی از سلامت اجتماعی پایینی برخوردار باشند.

مطالعات آماری اخیر نشانگر افزایش تعداد خانوادهایی است که به وسیله زنان اداره می شوند. به ویژه از سال 1980 به بعد تعداد خانواده های زن سرپرست افزایش یافته است. براساس سرشماری سال 1365، 1375 و 1385 آمار زنان سرپرست خانوار در ایران 4/98 برابر شده است (سالنامه آمار کشور، 127:1385) که سیر صعودی را نشان می دهد. توجه به نیازها و مشکلات آنها به ویژه در ارتباط با سلامتی شان حایز اهمیت خواهد بود.

در خانواده های (تک والدی) مادر نقش دو نفر را ایفا می کند. او علاوه بر انجام وظیفه مادری نقش مرد و نان آوری خانواده را نیز به عهده گرفته و عملاً مسئولیت چند برابری را متحمل می شود. معمولاً زنان از لحظه ای که شوهرشان را از دست می دهند روابط اجتماعی شان دچار اختلال می شود. برخی در معرض مشکلات اقتصادی، روانی، اجتماعی قرار می گیرند. آنها نه تنها دغدغه تأمین معاش دارند، بلکه احساس می کنند پناهگاه مطمئن و قابل اتکایی نداشته، این وضعیت در صورت داشتن فرزند پیچیده تر می شود.

با توجه به اهمیت سلامت زنان سرپرست خانوار و تأثیر مهم آن بر سلامت کودکان، خانواده و جامعه، هدف این تحقیق شناخت اثرات حمایت اجتماعی (رسمی و غیررسمی) بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار است که برنامه ریزان و متخصصان درصدد راهکارهای عملی برآیند.

طرح مسئله

یکی از مباحثی که امروزه در حوزه جامعه‌شناسی و مطالعات مربوط به زنان سرپرست خانوار مطرح است موضوع سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار و متغیرهای اثرگذار بر آن است. در تعریف سازمان بهداشت جهانی 1946 آمده "سلامتی یعنی سلامت کامل جسمی، روانی، اجتماعی است و صرفاً به معنی نبود بیماری یا ناتوانی نیست."

سلامت اجتماعی شامل سطوح مهارت‌های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر کس از خود به عنوان عضوی از جامعه بزرگ‌تر به حساب می‌آید. و بر شرایط اقتصادی و اجتماعی و رفاه شخصی در رابطه با شبکه اجتماعی توجه می‌شود. در واقع سلامت اجتماعی رابطه شبکه ارتباطات اجتماعی و تعادل شخصی و سازگاری میان فرد و محیط است. عوامل زیادی به داشتن این وضعیت کمک می‌کنند که یکی از مهم‌ترین آنها حمایت اجتماعی است. حمایت اجتماعی میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف شده است. برخی حمایت اجتماعی را واقعیتی اجتماعی و برخی دیگر آنرا ناشی از ادراک فرد می‌دانند.

پیوند اجتماعی امکان آسودگی روانی را برای شخص بیمار فراهم می‌آورد، اما آثار ملموس دیگر نیز دارد. شبکه آشنایی‌های فرد به او کمک خواهد کرد تا کاری را که با حال او مناسب‌تر است داشته باشد پیدا کند، یا در دایره ارتباط دیگری جا بیفتد، ادراک حمایت اجتماعی منجر به انسجام اجتماعی می‌شود. ادراک حمایت اجتماعی و احساس ارزشمندی منجر به سلامتی افراد و ایفای وظایف متقابل آنها در مقابل جامعه خواهد شد.

با توجه به تغییرات اجتماعی در چند دهه اخیر و تغییر الگوهای جامعه از سنتی به مدرن و تغییر نگرش در خصوص کارکردهای خانواده، پارسونز دو کارکرد برای خانواده "هسته ای منزوی" زمان خود قایل است، کارکرد اجتماعی کردن کودکان و کارکرد شکوفایی و ثبات شخصیت بزرگسالان. این دو کارکرد تنها در روابط صمیمی و محبت آمیز خانواده امکان پذیر است (اعزازی، 1386: 174). افزایش درصد طلاق و جدایی در بین خانواده‌ها؛ این پدیده‌ها در حال حاضر به صورت استثناء مطرح نیستند بلکه جزئی از واقعیت زندگی شده‌اند. با جدایی زن و شوهر رابطه والدین و فرزند تغییر یافته و با پدیده جدیدی مانند "مادر تنها" و پدر تنها روبه‌رو هستیم (همان منبع: 167).

اداره زندگی توسط یک والد "مادر" این وضعیت اجباراً وظایف دشواری را به زنان سرپرست

خانوار محول می نماید. مانند تربیت فرزندان، تأمین نیازهای مادی و معنوی آنان، تأمین مسکن رسیدگی به امور منزل... آنها را با مسایل و مشکلات عدیده‌ای روبه رو می کند و فشارها و تنش‌هایی بیش از حد توان و ظرفیت‌شان به آنها وارد می کند که در صورت استمرار امکان دارد آنها را به سوی بیماری، ناسازگاری اجتماعی، عدم سلامت روانی سوق دهد که اثرات منفی بر سلامت کودکان، اعضای خانواده ها و جامعه برجای گذارد.

از این رو با توجه به موارد مذکور سعی بر این است که بدانیم تا چه میزان سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار متأثر از حمایت اجتماعی است و آیا حمایت‌های اجتماعی (رسمی و غیر رسمی) می تواند بر میزان سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار تأثیر بگذارد.

مبانی نظری

الف: سلامت اجتماعی

مفهوم سلامت اجتماعی، مفهومی است که در کنار ابعاد جسمی و روانی سلامت مورد توجه قرار گرفته است، جنبه اجتماعی آن را با محور قرار دادن فرد مورد بررسی قرار می‌دهد. بلوک و برسلو برای اولین بار در سال 1972 در پژوهشی به مفهوم سلامت اجتماعی پرداختند. آنها مفهوم سلامت اجتماعی را با درجه عملکرد اعضاء جامعه مترادف کرده و شاخص سلامت اجتماعی را ساختند و تلاش کردند تا با طرح پرسش‌های گوناگون در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی سلامت فردی، به میزان فعالیت و عملکرد فرد در جامعه برسند. این مفهوم را چند سال بعد دونالد و همکارانش در سال 1978 مطرح کردند و استدلال آنها این بود که سلامت فراتر از گزارش علایم بیماری، میزان بیماری‌ها و قابلیت‌های کارکردی فرد است. آنها معتقدند که رفاه و آسایش فردی امری متمایز از سلامت جسمی و روانی است. براساس 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 میان فردی (مثلا ملاقات با دوستان) و مشارکت اجتماعی (مانند عضویت در گروه‌ها) مورد سنجش قرار گرفت و در اندازه گیری ارکان عینی (مثلاً تعداد دوستان) و ذهنی (کیفیت روابط دوستانه) هر دو تعریف منظور شده بود. حوزه سلامت اجتماعی از سال‌های 1995 به بعد علاوه بر نگرش کلی که بر کیفیت سلامت در میان تمام افراد دارد. سلامت اجتماعی را این گونه تعریف نموده است: «ارزش گذاری شرایط یک فرد و کارایی او در جامعه» که این بازتابی

از «سلامت اجتماعی مثبت» است (کییز، 1998: 122). در واقع سلامت اجتماعی بازتاب درک افراد از تجربیات شان در محیط اجتماعی است که در تضاد با ملاک های سلامت اجتماعی از حیث میان فردی قرار می گیرد یعنی ملاک هایی چون حمایت اجتماعی یا ملاک هایی که در سطح اجتماعی شکل اجرایی به خود می گیرند مثل ارزیابی های سرمایه اجتماعی. در نتیجه، سلامت و سلامت اجتماعی را باید به گونه ای مفهوم سازی کرد که شامل خود اثبات گری فرد در گروه های اجتماعی و اعتبار و تصدیق این مورد برای افراد مختلف شود (روزنفلد، 1997). کییز (1998) 5 ملاک را برای سلامت اجتماعی اجتماعی بر می شمرد که هم راستا با نظریه روان شناختی و جامعه شناختی اجتماعی بسط پیدا می کنند.

ابعاد پنج گانه مقیاس سلامت اجتماعی

شکوفایی اجتماعی¹: «شکوفایی اجتماعی عبارتست از ارزیابی توان بالقوه و مسیر تکاملی اجتماع و باور به اینکه اجتماع در حال یک تکامل تدریجی است و توانمندی های بالقوه برای تحول مثبت دارد که از طریق نهادهای اجتماعی و شهروندان شناسایی می شود افراد سالم تر در مورد شرایط و آینده اجتماع امیدوار هستند، آنها می توانند پتانسیلی را که در یک اجتماع به هم پیوسته وجود دارد را تشخیص دهند و باور دارند که جهان می تواند برای انسانهایی چون آنها بهبود یابد» (کییز، 2004: به نقل از فارسی نژاد، 1383).

همبستگی اجتماعی²: همبستگی یا انطباق اجتماعی در مقابل بی معنایی در زندگی قابل مقایسه است و شامل ارزیابی فرد از اجتماع به صورتی قابل فهم، قابل پیش بینی و محسوس است و در حقیقت درکی است که فرد نسبت به کیفیت، سازمان دهی و اداره دنیای اجتماعی اطراف خود دارد و همچنین به معنای مفهوم تسلط بر محیط در مقیاس سلامت روان است. تسلط بر محیط یعنی احساس صلاحیت و توانمندی برای مدیریت محیط پیچیده و انتخاب یا خلق زمینه های مناسب شخصی است و متضاد پوچی و بی معنایی است و در مجموع یعنی دنیا را به صورت منطقی، هوشمند، قابل درک و قابل پیش بینی دیدن است (تباردرزی، 1386: 36).

ترنر همچنین معتقد است یکی از عوامل تعدیل کننده میزان افسردگی و استرس، روابط

1. social actualization

2. social cohesion

اجتماعی است. یکی از شیوه‌های گسترش روابط اجتماعی عبارتست از عضویت در انجمن‌های داوطلبانه، افرادی که در این انجمن‌ها عضو می‌شوند. می‌توانند با افراد بیشتری تعامل برقرار کنند و از این طریق پیوندهای اجتماعی خود را گسترش دهند با گسترش دامنه روابط اجتماعی، فرد می‌تواند در هنگام بروز شرایط نامطلوب به کمک این افراد با آن شرایط مقابله کند و همین امر باعث می‌شود که استرس روانی حاصل از این شرایط را کاهش دهد، عضویت در انجمن‌های داوطلبانه همچنین در افزایش رضایت اجتماعی و کاهش افسردگی نقش مهمی دارد. مشارکت از طریق روابط انجمنی احساس شادابی و خوشحالی را تقویت می‌کند و از این طریق به بهبود سلامت جسمی و روانی و اجتماعی کمک می‌نماید.

انسجام اجتماعی¹: «انسجام اجتماعی در لغت به معنای یکی کردن و بهم پیوستن، ائتلاف، انضمام، یکپارچگی، اتحاد عناصر مختلف اجتماع است» این اصطلاح نسبتاً جدید است. ادغام در علوم اجتماعی، اغلب با توجه به تمایل طبیعی فکر انسان که دوست دارد با تکیه بر الگوهای کلی موجود در حیات از واقعیات جامعه شناختی سخن به میان می‌آورد مورد توجه قرار گرفته است و به عنوان فرآیند انطباق جزء با کامل مد نظر قرار گرفته است. ادغام هم از نظر ریاضی و هم از نظر جامعه‌شناسی به معنای عمل وحدت بخشیدن به عواملی ناهمسان و حایز تمایز است (توسلی 1382 : 68 به نقل از کنگرلو 1386:32).

پذیرش اجتماعی²: افرادی که در این بعد از سلامت برخوردارند اجتماع را به صورت یک مجموعه کلی و عمومی که از افراد مختلف تشکیل شده درک می‌کنند. و به دیگران به عنوان افراد باظرفیت و مهربان اعتماد دارند. پذیرش اجتماعی مصداق اجتماعی از پذیرش خود به عنوان یکی از ابعاد سلامت روان است. در پذیرش خود فرد نگرش مثبت و احساس خوبی در مورد خودش و زندگی گذشته دارد. و با وجود ضعف‌ها و ناتوانی‌هایی که دارد همه جنبه‌های خود را می‌پذیرد، در پذیرش اجتماعی فرد، اجتماع و مردم آن را با همه نقص‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی باور دارد و می‌پذیرد (کیبیز، 2004، به نقل از کنگرلو، 1386 : 34).

مشارکت اجتماعی³: مشارکت در لغت به معنای جبران ضرر وارده به یکی از شرکاء به وسیله سایرین، اعانه دادن پولی که برای مصارف عام‌المنفعه بدهد، شرکت، سهمیه، اعانه، هم‌بخشی و همکاری و تعاون و کمک است. از نظر دورکیم فقدان مشارکت و عدم جذب و یکپارچه شدن

1. social integration
2. social acceptance
3. social participation

افراد با جامعه، به افزایش میزان انحرافات اجتماعی می‌انجامد. بنابراین راه حل برای کاهش انحرافات اجتماعی توسعه سازمان‌هایی است که به احیای ادغام و مشارکت افراد کمک می‌کنند (قبادی، 1381: 38، به نقل از کنگرلو، 1386: 35).

در حقیقت مشارکت اجتماعی باوری است که طبق آن فرد خود را عضو حیاتی اجتماع می‌داند و فکر می‌کند چیز ارزشمندی برای عرضه به دنیا دارد این افراد تلاش می‌کنند که احساس دوست داشته شدن کنند و در دنیایی که صرفاً به دلیل انسان بودن برای آنها ارزش قابل است سهیم باشند. مشارکت اجتماعی موازی با بعد هدف در زندگی (داشتن باورهایی که به زندگی هدف می‌دهد) از مقیاس‌های سلامت روانی نیز هست. مشارکت اجتماعی همچنین به مفاهیم مسئولیت‌پذیری و کارآمدی شبیه است. خود کارآمدی یعنی اینکه فرد می‌تواند رفتارهای معینی را انجام داده و مقاصد خاصی را به اتمام رساند (کییز، 1998).

ب: حمایت اجتماعی

حمایت اجتماعی به عبارتی بر در دسترس بودن و کیفیت روابط با افرادی که منابع حمایتی را در مواقع مورد نیاز فراهم می‌کنند تاکید دارد، دوستان، آشنایان و خانواده، خدمات عینی و اطلاعاتی را فراهم می‌کنند که موجب می‌شود یک فرد احساس مراقبت، دوست داشته شدن، عزت نفس و ارزشمند بودن کند و خود را جزئی از شبکه ارتباطی بداند.

«حمایت اجتماعی احساس تعلق داشتن، پذیرفته شدن و مورد عشق و محبت قرار گرفتن است در واقع حمایت اجتماعی برای هر فردی یک ارتباط امن به وجود می‌آورد که احساس محبت و نزدیکی از ویژگی‌های اصلی این ارتباط است و همچنین یک کمک دو جانبه است که موجب خلق تصور مثبت از خود، پذیرش خویشتن، احساس عشق و ارزشمندی می‌گردد و تمام اینها فرصت خود شکوفایی و رشد می‌دهند».

حمایت اجتماعی و سلامت

مطالعه در این زمینه دارای سابقه‌ای نه چندان دور است، افرادی که دارای روابط اجتماعی بیشتری هستند احتمالاً از سلامت بهتری برخوردارند البته این معیار چندان طرفدار ندارد، چرا که تعداد روابط نمی‌تواند ملاک سلامت بیشتری باشد حتی ممکن است فردی روابط بیشتری داشته باشد ولی این روابط جنبه منفی و بیماری‌زا داشته باشد. مثلاً در مواقعی که انسان دچار ورشکستگی اقتصادی می‌شود تعداد روابط و ملاقات‌های او زیاده‌تر می‌شود ولی این نوع افزایش

رابطه، بیشتر استرس زاست تا اینکه در افزایش سلامتی کمک نماید. طبق تحقیقات لیندزی و تامسون تعداد روابط اجتماعی در سلامت روان نقش مثبت دارد. (لیندزی، تامسون¹، 1988: 69). همچنین ارتباط حمایت اجتماعی با مرگ و میر نیز مورد بررسی قرار گرفته است و ثابت شده است که افرادی که از حمایت اجتماعی برخوردارند دارای مرگ و میر کمتری هستند و از طرف دیگر سلامت روانی اجتماعی متاثر از حمایت اجتماعی است (آرمسترانگ²، 1972: 98). طبق تحقیقاتی که انجام گرفته در میان مبتلایان به آسم آنهایی که حمایت اجتماعی خوبی داشتند به درمان کمتری نیازمند بوده‌اند در یک مطالعه سه ساله درباره بیماران قلبی روشن شد بیمارانی که در جدایی اجتماعی و استرس‌های زندگی نمره بالایی داشتند بیشتر در خطر مرگ بوده‌اند. در مطالعات مختلف تاثیر حمایت اجتماعی بر سیستم ایمنی مورد بررسی قرار گرفته است و سطوح حمایت اجتماعی پایین در اختلال سیستم ایمنی نقش مهمی ایفا می‌کنند، افزایش طول عمر و حمایت اجتماعی و طول عمر از جمله مواردی هستند که مورد بررسی قرار گرفته‌اند و مشخص شده است که هر چه حمایت اجتماعی بالاتر باشد طول عمر بیشتر می‌شود (واینر و فیشر³، 1979: 112).

حمایت اجتماعی به عنوان عامل موثر بر سلامت اجتماعی

حمایت اجتماعی، فرآیندی پویاست نیاز به حمایت، در طول زندگی تغییر پیدا می‌کند بعضی عوامل درون فردی، تعیین می‌کند که فرد، گیرنده یا دهنده حمایت باشد (بدهد و همکاران، 1983؛ ورتمن و دانکل، شتر، 1987، به نقل از میرزایی).

تعریف براندد و وینرت از حمایت اجتماعی شامل ایجاد تعلق، صمیمیت، یکپارچگی اجتماعی، فرصت و امکانی برای رفتارهای مثرثمر، تضمین مجدد ارزش انسان‌ها و ایفای نقش آنان، امکان کمک‌های اطلاعاتی و عاطفی و ابزاری است (فرانکلین و دیگران 2000 به نقل از کنگرلو، 1386: 41).

استریتتر⁴ (1992) در مفهوم سازی اش از حمایت اجتماعی خاطرنشان می‌کند که غالب تحقیقات اجتماعی و فرمول بندی‌ها روی سه نوع حمایت اجتماعی تاکید دارند.

1. Lindys & Tamsoun
2. Armstrong
3. Veneer & Fishier
4. Streeter

"حمایت ادراکی"¹، "حمایت اجتماعی صورت گرفته"² و "درهم فرو رفتگی اجتماعی"³ (اشاره به ارتباط واقعی افراد با دیگران مهم در زندگی شان دارد).

ابزارهایی که حمایت اجتماعی را به عنوان درهم فرورفتگی اجتماعی مفهوم سازی کرده اند بر شبکه اجتماعی تمرکز دارند یعنی ارتباطات مستقیم و غیرمستقیمی که افراد را با خانواده و دوستان و همسالانشان پیوند می دهد، این ارتباطات معرف منابع اجتماعی است که کارکردهای حمایت اجتماعی را بالقوه در زمان بحران انجام می دهد. درهم فرورفتگی اجتماعی به احساس تعلق فرد به جامعه مربوط می شود و بر فقدان از خودبیگانگی و انزوای اجتماعی دلالت دارد.

حمایت اجتماعی می تواند از منابع مختلفی ناشی شود: دوستان، همکاران، همکلاسان، و غیره. فقدان حمایت یکی از این منابع می تواند از سوی سایر منابع جبران شود. در اینجا بایستی تمایز مهمی بین حمایت های غیررسمی دوستان و خانواده و حمایت های رسمی سیستم های خدماتی قابل گردید. این تمایز با میزانی که حمایت اجتماعی می تواند به صورت خود جوش صورت گرفته یا توسط سیستم های ارائه خدمات اجتماعی ایجاد شده مرتبط است. گاریاینو خاطر نشان می کند که تمایز بین این امر اهمیت دارد که حمایت اجتماعی می تواند ایجاد شود یا به دست آید. حمایت رسمی غالباً از سوی مؤسسات و نهادهای خصوصی و دولتی ارائه می شود اما حمایت اجتماعی غیر رسمی ساختار یافتگی کمتری داشته و به صورت آزادانه انجام می گیرد. این نوع حمایت از روابط با خانواده، دوستان و یا در هنگام وقوع بحران یا نیازها ناشی می شود (استریتر، 1992، به نقل از شریفیان، 104:1385).

تئوری ها و مدل های مربوط به حمایت اجتماعی

روابط اجتماعی حاملان حمایت اجتماعی اند و تئوری ها و مدل های حمایت اجتماعی، روابط اجتماعی را که در قالب پیوندهای ضعیف و قوی در ساختارهای خویشاوندی، دوستی یا شبکه های اجتماعی، منابع حمایتی را تأمین می کنند توصیف و توضیح می دهند. این تئوری ها و مدل ها در توصیف و توضیح شان هر کدام بنا به محدوده ای خاص از روابط اجتماعی افراد یا کل

1. perceived support
2. enacted social support
3. embedeness

روابط اجتماعی آنها، حمایت اجتماعی را از زوایای پیامد، آثار، مراحل زندگی، کسب منابع اجتماعی و نظایر آن می بینند.

در خصوص حمایت اجتماعی مدل ها و تئوری های گوناگونی ارائه گردیده است که می توان آنها را به چهار دسته تقسیم کرد.

میزان حمایت اجتماعی
پیامد های حمایت اجتماعی
چگونگی کسب حمایت اجتماعی
تغییرات مثبت و منفی حمایت اجتماعی.

مدل فقدان

گرهارد در سال 1989 مدلی را بیان می کند که حاکی از تاثیرگذاری عوامل اجتماعی بر سلامت است. این مدل که به مدل فقدان معروف است ویژگی افرادی را بیان می کند که در مواجهه با فقدان هایی نظیر از دست دادن شغل، فقدان همسر، از دست دادن منزلت اجتماعی و دوستان بسته به درجه آسیب پذیری که به ویژگی هایی نظیر طبقه، سن، جنس، نژاد و تحصیلات مرتبط باشد. سلامتشان تحت تاثیر قرار می گیرد کسانی که آسیب پذیرند منابع حمایتی کمتری برای غلبه بر فقدان در اختیار دارند.

فرضیه انباشت هویتی¹

تونیس سلامتی را در ارتباط با هویت های نقش در نظر می گیرد به طوری که هویت های افراد با نقش های اجتماعی آنها پیوند دارد. نقش های اجتماعی به عنوان مجموعه انتظارات رفتاری از محیطی به دست می آید که فرد با دیگران تعامل دارد. انتظارات رفتاری پیش بینی پذیری را در زندگی به وجود می آورد برآورده شدن انتظارات نقش ارتقاء عزت نفس را به دنبال دارد (شریفیان 1385 : 91).

1. identity accumulation hypothesis

مدل سپر و تأثیر کلی حمایت اجتماعی^۱

ساراسون معتقد است که شبکه اجتماعی ما مردمی را در بر می‌گیرد که می‌توانیم به آنها تکیه کنیم، مردمی که به ما اجازه می‌دهند بدانیم آنها نگران ارزش‌ها هستند و ما را دوست دارند. هر کس که متعلق به شبکه اجتماعی است حمایت اجتماعی را تجربه می‌کند. شواهد مبنی بر اینکه طرق غیر انطباقی تفکر و رفتار بطور نامتناسبی در میان افراد با حمایت‌های اجتماعی کم روی می‌دهد در حال افزایش‌اند. میزان کفایت حمایت اجتماعی موجود شخص هم درآسیب‌پذیری و هم در مقابله وی نقش دارد (ساراسون و ساراسون^۲) (همان).

مدل تأثیر مستقیم حمایت اجتماعی

این مدل عنوان می‌کند که صرف داشتن حمایت اجتماعی برای سلامتی مفید است و بر عکس نداشتن یا فقدان حمایت اجتماعی دارای تأثیرات منفی بر سلامتی است. طبق گزاره اصلی این مدل هر چه حمایت اجتماعی فرد بیشتر باشد او از سلامتی بیشتری برخوردار است. از این رو سلامتی متأثر از میزان داشتن حمایت اجتماعی است در مدل تأثیر مستقیم سلامتی تابعی از حمایت اجتماعی است به نحوی که افراد اگر دارای حمایت اجتماعی باشند از سلامت روانی و سلامت جسمانی برخوردارند (فلمینگ) (به نقل از شریفیان).

مدل تأثیر غیر مستقیم یا فرضیه ضربه‌گیر

مدل تأثیر غیر مستقیم یا فرضیه ضربه‌گیر، عنوان می‌کند حمایت اجتماعی عمدتاً هنگامی که سطح استرس بالاست بر سلامت روان موثر است (ویلس^۳، 1981؛ کب^۴، 1978). طبق این مدل، حمایت اجتماعی، افراد را در مقابل اثرات بیماری‌زا و رویدادهایی که فشار روانی را تشدید می‌کنند حفظ می‌کند. از نظر کوهن و ویلس حمایت اجتماعی حد فاصل بین رویدادهای استرس‌زا و واکنش نسبت به آنها وارد عمل می‌شود و باعث تضعیف پاسخ نامناسب به استرس می‌شود. حمایت اجتماعی در این مدل تنها در برابر استرس، مزیت به حساب می‌آید. حمایت اجتماعی اثرات استرس‌زا را کاهش می‌دهد، اما هنگامی که استرس وجود ندارد،

1. deficiencymModel
2. Sarason & Sarason
3. Wills
4. keb

حمایت اجتماعی فاقد مزیت است فقدان حمایت همانطور که مدل تاثیر فقدان آن را برای سلامت روانی آسیب زا در نظر می گیرد، تحت شرایط استرس بالا و حمایت کم آسیب و پریشانی روانی افزایش می یابد تا تحت شرایط استرس بالا و حمایت زیاد (صادقی و دیگران، 1378: 48).

چهارچوب نظری

به طور کلی مفهوم سلامت اجتماعی را به عنوان متغیر وابسته این پژوهش می توان از مدل کبیز بررسی نمود. ابعاد پنج گانه سلامت اجتماعی که توسط کبیز مطرح گردیده زیر بنای متغیر ما را تشکیل می دهد شامل شکوفایی اجتماعی، انسجام اجتماعی، همبستگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی.

همچنین در بحث مربوط به متغیر مستقل یعنی حمایت اجتماعی رایج ترین تعریف مربوط به لنیدی است که به در دسترس بودن و کیفیت روابط با افرادی که منابع حمایتی را در مواقع مورد نیاز فراهم می کنند تاکید دارد معتقد است که اقوام، خانواده، دوستان و آشنایان، خدماتی عینی را فراهم می کنند که موجب می شود یک فرد احساس مراقبت دوست داشته شدن، عزت نفس و ارزشمند بودن کند و خود را جزئی از شبکه ارتباطی بداند و اظهار می دارد که حمایت اجتماعی برای هر فرد یک ارتباط امن به وجود می آورد که احساس محبت و نزدیکی از ویژگی های اصلی این ارتباط است و نیازهای افراد از طریق منابعی که جامعه در اختیارشان می گذارد تامین می شود که این منابع شکل های متفاوت دارند که عبارت اند از ابزاری، اطلاعاتی و عاطفی. افراد براساس روابط اجتماعی و نوع پیوندهایی که دارند از منابع حمایتی برای برطرف کردن نیازهایشان استفاده می کنند به طوری که هر اندازه روابط اجتماعی گسترده تر باشد میزان دسترسی بر منابع حمایتی را بیشتر می کند.

مبنای فرضیه های این پژوهش را تعریف رز و وو که بر تاثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی تاکید دارند تشکیل می دهند که طبق این تعریف نیز حمایت اجتماعی که شامل ابعاد عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی است، موجب ارتقاء سطح سلامت اجتماعی افراد می شود.

فرضیات

- بین حمایت عاطفی و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار ارتباط وجود دارد.
- بین حمایت ابزاری و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار ارتباط وجود دارد.
- بین حمایت اطلاعاتی و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار ارتباط وجود دارد.
- بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار ارتباط وجود دارد.
- بین سن و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار ارتباط وجود دارد.
- بین تحصیلات و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار ارتباط وجود دارد.

روش شناسی

این پژوهش از نوع مطالعات توصیفی است و از روش پیمایشی بهره جسته است. تحقیق پیمایش یکی از روش گردآوری، تنظیم و تحلیل داده‌هاست. در این پژوهش، روش پیمایش مقطعی (cross-sectional) با دو هدف توصیف و تبیین مورد استفاده قرار خواهد گرفت که در سطح توصیف هدف نشان دادن تصویری از شرایط یا پدیده‌های مورد بررسی برای شناخت بیشتر شرایط موجود در نمونه‌هاست. در سطح تحلیل، هدف یافتن روابط بین متغیرهای مستقل و وابسته و تلاش برای تبیین تغییرات یا واریانس متغیر وابسته با توجه به متغیرهای مستقل است.

ابزار پژوهش

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش پرسشنامه سلامت اجتماعی به انضمام پرسشنامه محقق ساخته در مورد حمایت اجتماعی است. مقیاس سلامت اجتماعی حاوی 33 گویه است: 7 گویه مربوط به عامل انسجام اجتماعی و 7 گویه مربوط به پذیرش اجتماعی، 6 گویه عامل مشارکت اجتماعی، 7 گویه عامل شکوفایی اجتماعی و سرانجام 6 گویه مربوط به عامل انطباق اجتماعی است. پیوستار پاسخ‌ها بر پایه طیفی از کاملاً مخالف، تا کاملاً موافق رتبه بندی شده و به ترتیب نمره‌های یک، دو، سه و چهار به هر گزینه اختصاص یافته است. 18 گویه از مقیاس به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند که این گویه‌ها در مقیاس مشخص شده‌اند. فارسی نژاد (1384) پرسشنامه مذکور را هنجاریابی کرده و با استفاده از تحلیل عاملی مقدار آلفای کرونباخ زیر مقیاس‌های سلامت اجتماعی را 78 درصد محاسبه کرد و آن را در شرایط

فرهنگی، اجتماعی جامعه ایران مورد استفاده قرار داد. این ابعاد شامل انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انطباق (همبستگی) اجتماعی است (تباردرزی، 1386: 48). در این تحقیق نیز مقیاس فوق بر روی 40 نمونه از جامعه آماری به صورت مقدماتی مورد آزمون روایی قرار گرفت و مقدار آلفای کرونباخ کل آن 0/74 به دست آمد.

جامعه آماری و روش نمونه گیری

جامعه آماری این پژوهش کلیه زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی در 22 مرکز شهر تهران اند که تعداد آنها در سال 1389، برابر با 5500 نفر بوده است. روش نمونه گیری اتخاذ شده برای این پژوهش، روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای و در پایان استفاده از روش تصادفی ساده است. در واقع هدف از نمونه گیری استنباط ارزش های جمعیتی براساس مطالعه نمونه ای از آن است (سرای، 1374: 128). حجم نمونه از طریق فرمول کوکران 340 نفر بدست آمده است.

یافته ها

یافته های پژوهش در دو بخش آمار توصیفی و استنباطی تدوین شده است. در بخش توصیفی برای تعیین متغیرها از شاخص های آمار توصیفی و در بخش استنباطی، با توجه به حجم نمونه و متغیرهای پژوهش، آزمون رگرسیون چند متغیره برای این منظور مناسب شناخته شده است.

جدول 1: آزمون های معنی داری رابطه بین متغیرهای مستقل با سلامت اجتماعی زنان سرپرست

خانوار

متغیرهای مستقل	Kendall's tau- b	sig
سن	-0/18	0/000
تحصیلات	0/294	0/000
بعد عاطفی حمایت اجتماعی	0/321	0/000
بعد ابزاری حمایت اجتماعی	0/352	0/000
بعد اطلاعاتی حمایت اجتماعی	0/349	0/000
حمایت اجتماعی	0/359	0/000

متغیر وابسته: سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار

تحلیل رگرسیون چند متغیره

در ادامه براساس مقادیر B و β که از جدول حاصل از رگرسیون به روش Enter و سپس stepwise حاصل شده اند، معادله رگرسیونی و بهترین مدل برای این امر را بر می‌گزینیم.

جدول 2: خلاصه مدل رگرسیون به روش Enter

Sig	T	standardized	Unstandardized		مدل‌ها
		Coefficients	Std.Error	B	
		beta			
0/127	1/531	-----	0/781	1/195	Constant
0/000	6/174	0/338	0/064	0/395	حمایت اجتماعی
0/001	3/482	0/197	0/106	0/370	تحصیلات
0/838	0/205	-0/011	0/014	-0/003	سن
-					

متغیر وابسته، سلامت اجتماعی است.

همان‌طور که از جدول فوق پیداست، مقادیر B و β برای متغیرهای حمایت اجتماعی و تحصیلات معنادار بوده و برای سن معنادار نیستند. بر این مبناء، از رگرسیون به روش stepwise استفاده خواهیم کرد تا متغیرهای مناسب را در مدل وارد کرده باشیم. بدین منظور ابتدا خلاصه مدل رگرسیون را می‌آوریم و سپس مدل‌های حاصله را بررسی خواهیم کرد.

جدول 3: خلاصه مدل رگرسیون*

		R ²	R ²	R	مدل‌ها
خطای استاندارد تخمین		R ² تعدیل شده			
	1/275	0/178	0/180	*0/424	1
	1/251	0/209	0/213	**0/426	2
Sig	F مقدار	مجدور میانگین	درجه آزادی	مجموع مربعات	مدل‌ها
0/000	74/204	120/612	1	120/612	1 واریانس تبیین شده
		1/625	338	549/388	واریانس باقی مانده
			339	670	جمع
0/000	45/661	71/424	2	142/849	2 واریانس تبیین شده

1/564	377	527/151	واریانس باقی مانده
	339	670	جمع

براساس جدول فوق، مدل 1 تنها در بر دارنده متغیر حمایت اجتماعی به عنوان متغیر مستقل است و نتیجتاً R square برابر 0/180 است؛ به عبارت دیگر متغیر حمایت اجتماعی توانسته است 18 درصد از کل تغییرات متغیر سلامت اجتماعی را تبیین کند. در مدل 1 مجموع واریانس تبیین شده (رگرسیون) برابر 120/612 و واریانس باقیمانده برابر 459/388 است. در مدل 2 که متغیر تحصیلات به عنوان متغیر مستقل وارد معادله رگرسیون می شود، میزان R square افزایش یافته و به 0/213 می رسد؛ به عبارت دیگر 21/3 درصد از کل تغییرات متغیر سلامت اجتماعی توسط متغیرهای حمایت اجتماعی و تحصیلات تبیین شده است. در مدل 2 مجموع واریانس تبیین شده (رگرسیون) برابر 142/849 که به دلیل ورود متغیر تحصیلات به معادله، افزایش یافته و واریانس باقیمانده برابر 527/151 است که کاهش پیدا کرده است و این واریانس باقیمانده می تواند توسط متغیرهای دیگری تبیین شود که در چهارچوب نظری تحقیق حاضر لحاظ نشده اند. در ادامه جدول مقادیر B و β برای متغیرهای سلامت اجتماعی، حمایت اجتماعی و تحصیلات براساس رگرسیون به روش stepwise آورده خواهد شد تا در نهایت براساس آن بتوانیم معادلات رگرسیون را محاسبه کنیم.

جدول 4: خلاصه مدل رگرسیون به روش stepwise*

Sig	T	standardized	Unstandardized		مدل ها
		Coefficients	Std.Error	B	
0/000	7/941	-----	0/188	1/493	Constant 1
0/000	8/614	0/424	0/058	0/496	حمایت اجتماعی
0/000	4/733	-----	0/220	1/041	Constant 2
0/000	6/400	0/340	0/062	0/398	حمایت اجتماعی
0/000	3/770	0/201	0/100	0/378	تحصیلات

متغیر وابسته، سلامت اجتماعی است.

براساس جدول فوق 2 نوع معادله رگرسیون می توان برای مدل 2 (مدل بهینه) استخراج کرد که به شرح زیر هستند:

معادله اول: سلامت اجتماعی = $1/041 + 0/398$ حمایت اجتماعی + $0/378$ تحصیلات

معادله دوم: سلامت اجتماعی = $0/340$ حمایت اجتماعی + $0/201$ تحصیلات

معادله اول دارای عرض از مبدا ($B=1/041$) است و متغیر سلامت اجتماعی به ازای یک واحد افزایش در میزان سلامت اجتماعی و همچنین تحصیلات به اندازه $0/776$ (مجموع ضرایب متغیرهای مستقل) واحد افزایش می یابد. معادله دوم دارای ضرایب استاندارد شده (β) است و نتیجتاً عرض از مبدا آن صفر است و متغیر سلامت اجتماعی به ازای یک واحد افزایش در میزان حمایت اجتماعی و همچنین تحصیلات به اندازه $0/541$ (مجموع ضرایب استاندارد شده متغیرهای مستقل) واحد افزایش می یابد.

رابطه بین متغیرهای مستقل تحقیق با متغیر وابسته سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار در جدول شماره 1 آزمون معنی داری رابطه بین متغیرهای مستقل تحقیق با سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار آورده شده است.

براساس اطلاعات جدول 1، با توجه به مقادیر ضریب همبستگی کندال b و سطح معنی داری آن نتایج زیر قابل استخراج است:

بین سن زنان سرپرست خانوار و میزان سلامت اجتماعی آنان ارتباط معکوس و معنی دار آماری وجود دارد ($p=0/001$ ، Kendall's tau-b= $-0/18$).

بین تحصیلات زنان سرپرست خانوار و میزان سلامت اجتماعی آنان ارتباط مستقیم و معنی دار آماری وجود دارد ($p=0/000$ ، Kendall's tau-b= $0/294$).

بین حمایت عاطفی در زنان سرپرست خانوار و میزان سلامت اجتماعی آنان ارتباط مستقیم و معنی دار آماری وجود دارد ($p=0/000$ ، Kendall's tau-b= $0/321$).

بین حمایت ابزاری زنان سرپرست خانوار و میزان سلامت اجتماعی آنان ارتباط مستقیم و معنی دار آماری وجود دارد ($p=0/000$ ، Kendall's tau-b= $0/352$).

بین حمایت اطلاعاتی زنان سرپرست خانوار و میزان سلامت اجتماعی آنان ارتباط مستقیم و معنی دار آماری وجود دارد ($p=0/000$ ، Kendall's tau-b= $0/349$).

بین حمایت اجتماعی زنان سرپرست خانوار و میزان سلامت اجتماعی آنان ارتباط مستقیم و معنی دار آماری وجود دارد ($p=0/000$ ، Kendall's tau-b= $0/359$).

بحث و نتیجه گیری

با توجه به نتایج به دست آمده از این پژوهش مشخص گردید که حمایت اجتماعی تاثیر مستقیم و موثری بر میزان سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار دارد. در واقع حمایت اجتماعی در ابعاد گوناگون آن شامل حمایت عاطفی، حمایت اطلاعاتی، حمایت ابزاری عامل مؤثری در ارتقاء سلامت اجتماعی و احساس خوب بودن و ارتقاء کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار است؛ بنابراین لازم است که مداخلاتی در این خصوص به منظور بهبود وضعیت انجام گیرد. به طور کلی اقداماتی که باید در جهت افزایش سطح حمایت اجتماعی در ابعاد گوناگون آن انجام گیرد به نوعی تقویت کننده و مکمل همدیگر خواهند بود و به صورت مستقیم یا غیر مستقیم منجر به ارتقای سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار خواهند شد.

در زمینه حمایت اطلاعاتی اقداماتی از قبیل آموزش مهارت های زندگی به زنان سرپرست خانوار و خانواده های آنان از سوی سازمان بهزیستی و دیگر سازمان ها و نهادهای مرتبط به صورت ملموس انجام گیرد؛ به طوریکه این امر باعث افزایش سطح آگاهی خانواده های آنان از مضمون بودن این اقدامات گردد و نیز در جهت افزایش اعتماد بیشتر آنان به سازمان بهزیستی و بالتبع جامعه و همچنین در جهت تقویت احساس ارزشمندی آنان از جایگاه خود گردد تا اینکه از این طریق سطح حمایت عاطفی نیز ارتقاء یابد. بدین صورت افراد می توانند سطح توانایی تصمیم گیری، حل مسئله، برقراری رابطه موثر و همچنین توانایی خود آگاهی و همدلی و مقابله با هیجانات و استرس را در خود تقویت نمایند؛ به طوری که خانواده های آنان به روابط سالم دست می یابند و بیان ابراز موثر احساسات و نیز افزایش سطح تحمل در میان اعضای خانواده منجر می شود.

تشکیل گروه های حمایتی و انجمن ها در میان زنان سرپرست خانوار به شناخت بیشتر این افراد از احساسات و نگرانی های همدیگر و ابراز همدردی با هم در جهت افزایش منابع حمایت عاطفی و اطلاعاتی این افراد کمک نموده و منجر به افزایش سطح آگاهی زنان سرپرست خانوار شده و روابط خانوادگی را مستحکم تر کرده و رفاه و بهبود زندگی اعضاء خانواده را موجب می شود.

با توجه به اینکه سازمان بهزیستی متولی اصلی رسیدگی به امور زنان سرپرست خانوار است، ارزیابی و شناخت بیشتری از وضعیت و شرایط موجود زندگی خانواده های آنان ضروری است.

ارایه آموزش های تخصصی لازم به اعضای خانواده در زمینه ویژگی های شخصیتی زنان سرپرست خانوار به این امر منجر می شود که سطح آگاهی این افراد در نحوه اتخاذ رفتار مناسب در قبال رفتارهای زنان سرپرست خانوار در محیط منزل و خارج از آن افزایش می یابد و مراجعه مستمر به مشاوران متخصص دراین زمینه از سوی خانواده و در اختیار گذاشتن اطلاعات مربوط به متخصصان زبده و یا دعوت از متخصصان مذکور به منظور ارائه خدمات خود به این خانواده ها و به طور کلی تسهیل در دسترسی آسان به این متخصصان می تواند افزایش حمایت اطلاعاتی و بالتبع سلامت اجتماعی آنان را در پی داشته باشد.

با توجه به اینکه اکثر زنان سرپرست خانوار از خدمات ارایه شده توسط سازمان بهزیستی (خدماتی که در گذشته ارائه می شده و هم اکنون و یا در آینده ارائه خواهد شد) آگاهی کامل را ندارند در این زمینه می توان با تهیه بروشورهای لازم و همچنین اطلاع رسانی مستمر و به روز با استفاده از امکاناتی که برای همه قابل دسترس هستند؛ مانند رسانه های جمعی و نیز بازدید از منازل توسط مددکاران اجتماعی و اطلاعاتی که مددکاران اجتماعی می توانند در این بازدیدها به خانواده ها ارائه دهند سطح حمایت اطلاعاتی را افزایش داد. بعد دیگر ملموس حمایت اجتماعی حمایت ابزاری است که اقداماتی این چنین را در بر می گیرد: تسهیل در دسترسی خانواده های زنان سرپرست خانوار به منابع مالی بانک ها و موسسات مالی دیگر، ترمیم وضعیت معیشتی، ارایه هدایا و تشویق های گوناگون و به طور کلی اقداماتی که منجر به کاهش نیاز خانواده های آنان در هنگام مواجهه با مشکلات مالی می شود. اگر این کمک های مادی منجر به توانمند سازی زنان سرپرست خانوار گردد می توان به نوعی شاهد افزایش سطح حمایت ابزاری باشیم. این امر تا حدودی می تواند احساس مشارکت اجتماعی در آنان را تقویت و بالتبع سلامت اجتماعی آنان را افزایش دهد. در این خصوص کمک به زنان سرپرست خانوار در اشتغال و خودکفایی و داشتن درآمد پایدار نیز مفید خواهد بود که این امر به نوبه خود در برخی مواقع جو حاکم بر فضای زندگی خانوادگی را بهبود بخشیده و سطح حمایت عاطفی را نیز ارتقاء خواهد.

منابع فارسی

عزازی، ش. (1386). جامعه شناسی خانواده با تاکید نقش ساختار و کارکرد خانواده در دوران معاصر .

- تباردرزی، ه. ع. (1386). بررسی ارتباط سلامت اجتماعی و متغیرهای دموگرافیک اجتماعی دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- سرایبی، ح. (1374). مقدمه ای بر نمونه گیری در تحقیق. تهران: انتشارات سمت.
- شریفیان، ا. (1385). بررسی عوامل موثر بر خشونت خانگی. رساله دکتری جامعه شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی .
- صادقی، م. (1387). جایگاه دین در سلامت روان. انتشارات طریق کمال.
- فارسی نژاد، م. (1384). بررسی رابطه سبک های هویت با سلامت اجتماعی و خودکارآمدی تحصیلی در دانش آموزان دختر و پسر پایه دوم دبیرستان های شهر تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان شناسی دانشگاه تهران.
- کنگرو، م. (1386). بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیر شاهد دانشگاه علامه طباطبایی، پایان نامه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی.

منابع انگلیسی

- Fleming, M. Z. Robins. L. Spitz. (1982). **The body image of the postperactive. Female- to- male transsexual.** Journal of consulting and clinical. Psychology.
- Keyes, Com. (1998) **social well_ being. Social psychology quarterly.**
- Keyes , C . L . M (2003). **Complete Mental Health: an Agenda for the 21st Century** .In Keyes, C. L. M. and Haidt, J. (Eds). **Flourishing: positive Psychology and the Life Well-Lived.** (pp. 293–312). edited by Washington, Dc: American Psychological Association Press.
- Keyes, C. L. M. & Ryff, C. D. (2003). **Somatization and Mental Health: A Comparative Study of the Indiom of Distress Hypothesis.** Social Science and Medicine. 57. 1833 – 1845.
- Keyes, C. M. (1998). Social well-being. social psychology Quarterly. 2. 121 – 140.
- Keyes, C. M. (2005). **Mental Health and/ or Mental Illness? Investigation Axioms of the Complete State Model of Health.** Journal of Consulting and Clinical Psychology. 73. 539 – 548.

- Keyes, C. M. & Shapiro, A. (2004). **Social Well – being in U. S. A descriptive epidemiology.** In Orville Brim, Carol D.
- Liberman, M. (1985). **The effects of social support on stress.**