

مقایسه تأثیر حمایت‌های اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست و غیرسرپرست خانوار شهر مشهد
هانیه سادات میری^۱، حبیب‌الله زنجانی^۲، خدیجه ذوالقدر^۳

A comparison of the effect of social support on the social health of female - headed and non - headed households in mashhad

Haniya Sadat Miri¹, Habibollah Zanjani², Khadijeh Zulfqadr³

چکیده

زمینه: سلامت اجتماعی زنان از مهمترین مسائلی است که بر سلامت روانی و سلامت جسم زنان تأثیرگذار است. اما مسئله اصلی این است آیا بین میزان سلامت اجتماعی زنان سرپرست و غیرسرپرست خانوار، تفاوت وجود دارد؟ و آیا حمایت‌های اجتماعی (عاطفی، اطلاعاتی، ابزاری و ارزیابانه) بر سلامت اجتماعی زنان تأثیر دارد؟ **هدف:** مقایسه تأثیر حمایت‌های اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست و غیرسرپرست خانوار بود. **روش:** پژوهش از نوع پیمایشی بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان سرپرست شهر مقدس بود، که به روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای ۴۰۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزار عبارتند از: پرسشنامه سلامت اجتماعی کیز (۲۰۰۴) و پرسشنامه حمایت اجتماعی محقق ساخته (۱۳۹۸). نتایج با روش آنالیز ماتریس ضریب همبستگی پیرسون تحلیل شد. **یافته‌ها:** ابعاد سلامت اجتماعی، غیر از انسجام اجتماعی، همگی بالاتر از حد متوسط بودند. در بین ابعاد حمایت اجتماعی، حمایت عاطفی و ابزاری، بالاتر از حد متوسط و حمایت ارزیابانه و اطلاعاتی، پایین‌تر از حد متوسط بودند. در روابط دو متغیره، بین متغیرهای حمایت اجتماعی (و ابعاد چهارگانه آن)، سن و تحصیلات با سلامت اجتماعی زنان شهر مشهد، رابطه معنادار وجود دارد ($p < 0/05$) نتایج روابط چند متغیره براساس تحلیل رگرسیون، رابطه متغیرهای حمایت اجتماعی و تحصیلات با متغیر سلامت اجتماعی زنان، را تأیید کرد، به طوری که ۴۷ درصد از تغییرات متغیر سلامت اجتماعی زنان در شهر مشهد، توسط متغیرهای حمایت اجتماعی و تحصیلات، تبیین شدند. **نتیجه‌گیری:** حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان تأثیر داشت. **واژه کلیدی‌ها:** سلامت اجتماعی، حمایت اجتماعی، تحصیلات، زنان، سرپرست، غیر سرپرست، مشهد.

Background: Women's social health is one of the most important issues affecting women's mental and physical health. But the key question is whether there is a difference between the social health status of female and non-female caregivers. And do social supports (emotional, informational, instrumental, and evaluative) affect women's social health? **Aims:** To compare the effect of social support on the social health of female and non-guardian households. **Method:** The study was a survey. The statistical population consisted of all women heads of holy city who were selected by multistage cluster sampling method. The tools are: Keys Social Health Questionnaire (2004) and Researcher-Made Social Support Questionnaire (1398). The results were analyzed by Pearson correlation coefficient. **Results:** All dimensions of social health except social cohesion were above average. Among the dimensions of social support, emotional and instrumental support were above average and evaluative and informational support were below average. There was a significant relationship between variables of social support (and its four dimensions), age and education with social health of women in Mashhad ($p < 0/05$). Education with the variables of women's social health confirmed that 47% of the variables of women's social health in Mashhad were explained by social support and education variables. **Conclusions:** Social support had an impact on women's social health. **Key Words:** Social Health, Social Support, Education, Women, Supervisor, Non-Supervisor, Mashhad.

Corresponding Author: Kzolghadr@hotmail.com

۱. دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی، گرایش مسائل اجتماعی ایران، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۱. Ph.D Student of Sociology, Social Affairs of Iran, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

۲. استادیار، مطالعات ادیان، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲. Assistant Professor of Studies in Religions, member of the faculty of the Department of Sociology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

۳. استادیار، جامعه‌شناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

۳. Assistant Professor of Sociology, Faculty Member, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran (Corresponding Author)

مقدمه

کارهای خانه و بهبود شرایط زندگی اعضای خانوار را نیز بر عهده بگیرند. در چنین شرایطی زنان سرپرست خانوار از سویی وقت و انرژی کمتری برای کارهای غیرقابل عرضه در بازار، مثل تهیه کالاها و مواد غذایی ارزان قیمت تر یا تهیه برخی از کالاها در منزل (لباس و...) دارند و از سوی دیگر، نقش بازتولید زنان آنها را مجبور به کار پاره وقت، انعطاف پذیر یا اشتغال خانگی (کار در خانه) کند. این شرایط در عین حال که زنان سرپرست خانوار را از آموزش و کسب مهارت باز می‌دارد موجب دریافت دستمزد کمتر نیز می‌شود. تبعیض در محل کار نیز می‌تواند از دیگر پیامدهای کار پاره وقت و بدون مهارت زنان باشد (شادی طلب و گرایبی نژاد، ۱۳۸۳).

بررسی مشکلاتی که مادران خانواده‌های تک‌والد دارند، نشان می‌دهد مادران و فرزندان خردسال آنها بیش از سایر اقشار اجتماعی مستعد فرو رفتن در دام فقر هستند. مادر معمولاً در خانواده موجب تلطیف احساسات و عواطف فرزندان می‌شود، هماهنگی، همگامی و هم‌اندیشی پدر و مادر در یکپارچگی خانواده و سلامت جسمی و روانی افراد آن نقش تعیین کننده‌ای دارد. هرگاه پدر یا مادر به هر دلیل از خانواده دور بماند، اعضای دیگر خانواده به ویژه نفر دوم با مسائل و مشکلات عدیده‌ای روبرو خواهد شد. غیبت پدر مسائل اقتصادی، مدیریتی و غیبت مادر مشکلات روانی و عدم یکپارچگی خانواده را سبب می‌شود. بر اساس تعریف مرکز آمار ایران، سرپرست خانوار، عضوی از خانوار است که سایر اعضا، وی را به این عنوان معرفی می‌کنند. در سرشماری‌ها و آمارگیری‌های نمونه‌ای خانواری مرکز آمار در موارد نادری که اعضای خانوار نتوانند کسی را به عنوان سرپرست معرفی کنند، مسن‌ترین فرد عضو خانوار به عنوان سرپرست شناخته می‌شود. در غیر این صورت سرپرست خانوار بر اساس اظهار پاسخ‌گو تعیین می‌شود که لزوماً مسن‌ترین عضو خانوار نیست و می‌توان زن یا مرد باشد. بر اساس این تعریف، در خانوارهای یک نفره، همان فرد سرپرست خانوار به شمار می‌آید. سرپرست خانوار به طور معمول مسئولیت تأمین تمام یا بخش عمده‌ای از هزینه‌های خانوار یا تصمیم‌گیری در مورد نحوه هزینه کردن درآمدهای خانوار را بر عهده دارد. بر اساس این تعریف خانوارهای زن سرپرست خانوارهایی هستند که در آنها یک زن سرپرستی و مسئولیت اداره خانوار را بر عهده دارد (علی اکبری صبا، ۱۳۹۶).

در میان اکثر جوامع انسانی، پدر به عنوان اصلی‌ترین و محوری‌ترین عضو خانواده مسئولیت سرپرستی و مدیریت خانواده را بر عهده دارد. به همین خاطر پدیده بی‌سرپرستی در اغلب تعاریف با عنوان فقدان پدر در خانواده تعریف می‌شود و غیبت وی در مسائل اقتصادی و مدیریت خانواده مؤثر می‌باشد. از سوی دیگر، زن در قوانین و مقررات حقوقی ایران وظیفه‌ای در تأمین نیازهای اقتصادی خانواده ندارد و مسئولیت مهم وی در تربیت نسل انسانی و فراهم سازی رشد و شکوفایی خانواده است (بختیاری و محبی، ۱۳۸۵). با این وجود، در سال‌های اخیر، شاهد روند رو به رشد زنانی هستیم که به تنهایی مسئولیت زندگی خود و اعضای دیگر خانواده را به دوش می‌کشند و به عنوان زنان سرپرست خانواده در جامعه معرفی می‌شوند. امروزه پدیده خانوارهای زن سرپرست به دلایل مختلف در دنیا رو به افزایش است. اغلب این خانواده‌ها دارای مشکلات فراوان هستند، به گونه‌ای که فزونی این گروه از زنان به صورت یک مشکل اجتماعی مطرح می‌شود (خسروی، ۱۳۸۷).

زنان سرپرست خانوار از همان زمان که همسر خود را به هر دلیلی از دست می‌دهند مجبور به ایفای نقش‌های چندگانه‌ای می‌شوند که در تعارض با یکدیگر قرار دارند. گروه عمده‌ای از این زنان با فقر، ناتوانی، بی‌قدرتی به ویژه در اداره امور اقتصادی خانوار روبرو هستند به طوری که حرمت خود و سلامت روانی آنان را مختل و زمینه ابتلا به افسردگی و سایر اختلالات را فراهم می‌سازد (لانگوایس و فورتین، ۱۹۷۷). این گروه به علت این که توان اداره امور اقتصادی خود و خانواده خود را ندارند، به سازمان‌های حمایتی رو آورده و به کمک‌های موردی و مستمری‌های ناچیز این نهادها بسنده کرده و با مسائل زندگی در چارچوب خانه، دست و پنجه نرم می‌کنند. از سوی دیگر گروه دیگری از این زنان علاوه بر ایفای نقش مادری، وارد عرصه اقتصادی و بازار اشتغال شده و امور اقتصادی خانواده را نیز هدایت می‌نمایند و به دلیل عدم دسترسی به مشاغل با منزلت مجبور به اشتغال در مشاغل حاشیه‌ای، نیمه وقت، غیررسمی و کم درآمد می‌گردند (چنت، ۱۹۷۷).

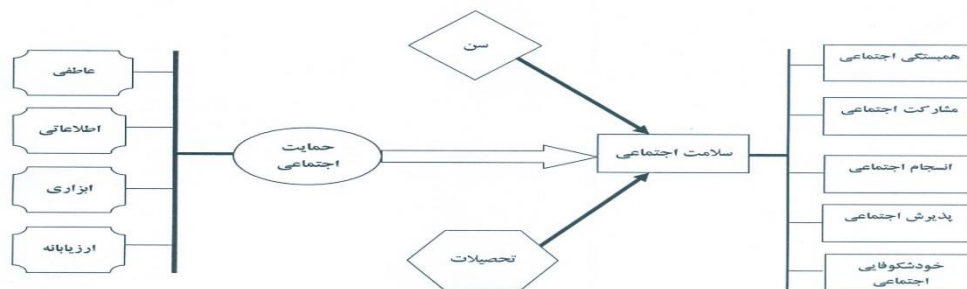
در این گونه خانوارها زنان باید به تنهایی علاوه بر سرپرستی خانواده و کسب درآمد و مدیریت اقتصادی، مواظبت از بچه‌ها،

^۱. Social Problem

بررسی ارتباط بین ابعاد مختلف حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار دریافتند، بین حمایت عاطفی، حمایت ابزاری، حمایت اطلاعاتی، حمایت ارزیابانه و درآمد با میزان سلامت اجتماعی زنان ارتباط مثبت و مستقیم و معنادار وجود دارد. اما بین متغیر سن و سلامت اجتماعی ارتباط معناداری مشاهده نشد. فیوری و دنکلا (۲۰۱۲) در تحقیقی با عنوان «حمایت اجتماعی و سلامت روانی» دریافتند که دریافت حمایت عاطفی فقط با سلامت روانی زنان، رابطه مستقیمی دارد، در حالی که حمایت ابزاری و احساسی با سلامت روانی زنان و مردان با الگوهای مختلف رابطه داشته است.

نتایج تحقیقات اکلی (۲۰۱۰)، کوهن (۲۰۰۹) و هوندت (۲۰۱۱) حاکی از تأثیر حمایت اجتماعی ارائه شده توسط مؤسسات حمایتی یا بازدیدکنندگان است. نتایج این تحقیقات نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی می‌تواند با تأثیرات نامطلوب نابرابری و تبعیض اجتماعی که شامل ضربات روحی و استرس روانی است کنار بیاید. حمایت اجتماعی از شاخص‌های روانی اجتماعی است که تحقیقات بسیاری در رابطه با آن انجام شده است و نتایج تحقیقات نشان‌دهنده تأثیر آن بر مبادلات سالم‌تر اجتماعی و نیز انسجام اجتماعی است (برکمن، ۲۰۱۰). انجام پژوهش‌های تطبیقی در این زمینه می‌تواند نقاط قوت و ضعف حمایت اجتماعی زنان سرپرست را نسبت به زنان غیر سرپرست خانوار مشخص کند. با توجه به اینکه طبق بررسی‌های پژوهشگر پژوهشی که به بررسی مقایسه‌ای تأثیر حمایت‌های اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست و غیر سرپرست خانوار در شهر مشهد پرداخته باشد یافت نشد لذا پژوهش حاضر در صدد پاسخ به این مسئله می‌باشد که آیا بین میزان سلامت اجتماعی زنان سرپرست و غیر سرپرست خانوار تفاوت وجود دارد؟ و آیا حمایت‌های اجتماعی (عاطفی، اطلاعاتی، ابزاری و ارزیابانه) بر سلامت اجتماعی زنان تأثیر دارد؟

یکی دیگر از دلایل گسترش پدیده سرپرستی خانوار توسط زنان، وجود این گرایش فرهنگی و سنتی است که از یک سو مردان بی‌همسر (خواه مجرد و خواه بی‌همسر بر اثر فوت همسر یا طلاق) به ندرت به همسر گزینی از بین زنان بی‌همسر روی آورده و به دلایلی چون عدم قبول مسئولیت معاش فرزندان آنها و میل به ازدواج با دختران مجرد به سراغ این گروه نمی‌روند. از سوی دیگر، زنان بی‌همسر نیز گاه به دلیل وفاداری به شوهر متوفای خود یا ترس از آزار کودکانشان در ازدواج مجدد و گاه به دلیل آزادی بیش‌تر نسبت به زمان تأهل تن به ازدواج مجدد نمی‌دهند. الگوی زندگی خانوارهای زن سرپرست، اغلب متفاوت از سایر خانوارهای جامعه است. به عنوان مثال، درصد کمی از زنان سرپرست خانوار شاغل هستند و میانگین سن آنها بالاتر از میانگین سن مردان سرپرست خانوار است. از سوی دیگر ویژگی‌های جمعیتی، اجتماعی، اقتصادی و سلامت خانوارهای زن سرپرست در گروه‌های مختلف وضع زناشویی سرپرستان خانوارها تفاوت چشمگیری دارد (سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۹۶). بخارایی، شربتیان و ایمنی (۱۳۹۴) در مطالعه جامعه‌شناختی سلامت اجتماعی زنان و عوامل مؤثر بر آن نشان دادند که میزان سلامت اجتماعی زنان در حد متوسط روبه بالا بوده است و بالاترین مقدار میانگین مربوط به بعد پذیرش اجتماعی و کمترین مقدار مربوط به بعد شکوفایی اجتماعی است. همچنین یافته‌ها بیانگر رابطه مستقیم بین احساس امنیت اجتماعی، گشودگی، گرایش مذهبی و وضعیت تأهل با سلامت اجتماعی در جامعه مورد مطالعه بوده است. همچنین نتایج بیانگر این است که شاخص‌های احساس امنیت، گرایش مذهبی و گشودگی می‌توانند تا حدود ۵۰ درصد از متغیر وابسته را تبیین کنند. ابراهیمی نجف‌آبادی (۱۳۹۰) با عنوان «عوامل مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی زنان دریافت، بین مؤلفه‌های سه‌گانه حمایت اجتماعی (حمایت ابزاری، عاطفی و اطلاعاتی) و سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد. حیدرخانی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان «تحلیل و



شکل ۱. مدل تحقیق

روش

(انسجام اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت و انطباق اجتماعی) را مورد سنجش قرار می‌دهد. شکوفایی اجتماعی به معنی دانستن و اعتقاد داشتن به اینکه جامعه به شکل مثبتی در حال رشد است. این مؤلفه هفت سؤال دارد. پذیرش اجتماعی، به معنی داشتن گرایش مثبت نسبت به افراد، تصدیق کردن دیگران و به طور کلی پذیرفتن افراد علی‌رغم برخی رفتار سردرگم کننده و پیچیده آنهاست. این مؤلفه شش سؤال دارد. مشارکت اجتماعی، یعنی احساسی که افراد چیزهای با ارزشی برای ارائه به جامعه دارند و این تفکر که فعالیت‌های روزمره آنها به وسیله جامعه ارزش دهی می‌شود. این مؤلفه نیز شش سؤال دارد. آخرین مؤلفه، یعنی انطباق اجتماعی به معنای اعتقاد به اینکه اجتماع قابل فهم، منطقی و قابل پیش‌بینی است. دانستن و علاقمند بودن به جامعه و مفاهیم مربوط به آن است، این مؤلفه شش سؤال دارد. شربتیان (۱۳۹۱) در بررسی قابلیت اعتماد و پایایی پرسشنامه سلامت اجتماعی، بر روی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مشهد، میزان آلفای کرونباخ در متغیر سلامت اجتماعی برابر ۰/۹۰ به دست آورد. میزان آلفای کرونباخ به دست آمده از پرسشنامه سلامت اجتماعی در سال (۱۳۹۱) توسط پورافکاری ۰/۷۸ بوده است.

پرسشنامه حمایت‌های اجتماعی توسط محقق در قالب ۱۶ سؤال ساخته شده است و دارای ابعاد و مؤلفه‌هایی به شرح زیر است:

ابعاد	تعداد سؤالات	شماره سؤالات	آلفای کرونباخ	گزینه‌ها و امتیازات				
				خیلی کم ۱	کم ۲	متوسط ۳	زیاد ۴	کاملاً زیاد ۵
عاطفی	۵	۱۹-۲۳	۰/۹۲					
ابزاری	۶	۲۴-۲۹	۰/۹۲					
اطلاعاتی	۳	۳۰-۳۲	۰/۸۱					
ارزیابانه	۲	۳۳-۳۴	۰/۷۶					

کرد. نگاهی به معناداری آزمون تی برای واریانس‌های برابر (۰/۰۰۰) نشان می‌دهد تفاوت معناداری در سطح ۹۹ درصد از نظر میانگین سلامت اجتماعی بین دو گروه از زنان وجود دارد.

بر اساس جدول ۴، میانگین پذیرش اجتماعی (به عنوان یکی از ابعاد سلامت اجتماعی) در بین زنان غیرسرپرست شهر مشهد بیشتر از زنان سرپرست است. این تفاوت حدود ۱/۵۳ است. میانگین در بین زنان غیرسرپرست ۴/۶۶ و برای زنان سرپرست خانوار ۳/۱۳ است.

روش تحقیق براساس رهیافت علمی و از نوع پیمایش بود. جامعه این پژوهش شامل کلیه زنان سرپرست و غیرسرپرست خانوار شهرستان مشهد بود. از بین کلیه زنان سرپرست خانوار حدود ۴۰۰ نفر از زنان سرپرست خانوار بر اساس فرمول کوکران به عنوان حجم نمونه انتخاب شدند. نمونه‌های به شیوه خوشه‌ای چند مرحله‌ای در سطح شهر انتخاب می‌شوند. به این صورت که در بخش، زنان غیرسرپرست ۲۰۰ نفر از زنان انتخاب و مورد پرسش قرار گرفتند. همچنین در بخش دیگر که شامل زنان سرپرست خانوار بود، ۲۰۰ نفر نمونه به روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای در سطح شهر انتخاب شدند. به این صورت که شهر به پنج منطقه شهری تقسیم شد. مرحله بعد انتخاب ۲ محله از هر منطقه است که جمعاً ۱۰ محله انتخاب شد. از هر محله، ۲ بلوک و جمعاً ۲۰ بلوک به صورت تصادفی انتخاب و از هر بلوک، ۱۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد و در بخش چند متغیره، از تحلیل رگرسیون چند متغیره موجود در نرم افزار آماری علوم اجتماعی (SPSS) استفاده شد.

ابزار

پرسشنامه استاندارد سلامت اجتماعی کیز (۲۰۰۴): این پرسشنامه شامل ۳۲ سؤال است که پنج مؤلفه سلامت اجتماعی

یافته‌ها

بین میزان سلامت اجتماعی زنان سرپرست و غیرسرپرست خانوار تفاوت معنادار وجود دارد. براساس جدول ۲، میانگین سلامت اجتماعی در بین زنان غیرسرپرست شهر مشهد بیشتر از زنان سرپرست است. این تفاوت حدود ۰/۸۰ است. میانگین در بین زنان غیرسرپرست ۴ و برای زنان سرپرست خانوار ۳/۲۱ است.

بر اساس جدول ۳، می‌توان گفت چون مقدار تست لوین کمتر از ۰/۰۵ است، بنابراین باید مقدار تی را برای واریانس‌های نابرابر استفاده

بر اساس جدول ۶، میانگین همبستگی اجتماعی در بین زنان غیرسرپرست شهر مشهد، بیشتر از زنان سرپرست است. این تفاوت حدود ۰/۱۷ است. میانگین در بین زنان غیرسرپرست ۳/۵۹ و برای زنان سرپرست خانوار ۳/۴۲ است.

بر اساس جدول ۵، می‌توان گفت چون مقدار تست لوین کمتر از ۰/۰۵ است، بنابراین باید مقدار تی را برای واریانس‌های نابرابر استفاده کرد. نگاهی به معناداری آزمون تی برای واریانس‌های برابر (۰/۰۰۰) نشان می‌دهد تفاوت معناداری در سطح ۹۹ درصد از نظر میانگین پذیرش اجتماعی بین دو گروه از زنان وجود دارد.

گروه‌های زنان	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین خطای استاندارد
غیر سرپرست	۲۰۰	۴/۰۰۸۲	۰/۵۱۹۶۴	۰/۰۳۶۷۴
سلامت اجتماعی سرپرست	۲۰۰	۳/۲۱۹۳	۰/۷۰۹۴۱	۰/۰۵۰۱۶

سلامت اجتماعی	تست لون برای برابری واریانس‌ها		تی تست برای برابری میانگین‌ها						
	اف	معناداری	تی	درجه آزادی	معناداری (دو طرفه)	تفاوت میانگین	تفاوت خطای استاندارد	تفاوت ۹۵ درصد فاصله اطمینان پایین‌تر	تفاوت بالاتر
با فرض واریانس‌های برابر	۱۹/۳۲۷	۰/۰۰۰	۱۲/۶۸۷	۳۹۸	۰/۰۰۰	۰/۷۸۸۸۹	۰/۰۶۲۱۸	۰/۶۶۶۶۱	۰/۹۱۱۱۷
با فرض واریانس‌های نابرابر			۱۲/۶۸۷	۳۶۴/۸۱۱	۰/۰۰۰	۰/۷۸۸۸۹	۰/۰۶۲۱۸	۰/۶۶۶۶۵	۰/۹۱۱۱۳

گروه‌های زنان	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین خطای استاندارد
غیر سرپرست	۲۰۰	۴/۶۶۲۰	۰/۶۰۳۳۰	۰/۰۴۲۶۶
پذیرش اجتماعی سرپرست	۲۰۰	۳/۱۳۷۰	۱/۲۴۶۳۷	۰/۰۸۸۱۳

پذیرش اجتماعی	تست لون برای برابری واریانس‌ها		تی تست برای برابری میانگین‌ها						
	اف	معناداری	تی	درجه آزادی	معناداری (دو طرفه)	تفاوت میانگین	تفاوت خطای استاندارد	تفاوت ۹۵ درصد فاصله اطمینان پایین‌تر	تفاوت بالاتر
با فرض واریانس‌های برابر	۱۸۲/۲۴۷	۰/۰۰۰	۱۵/۵۷۵	۳۹۸	۰/۰۰۰	۱/۵۲۵۰۰	۰/۰۹۷۹۱	۱/۳۳۲۲۸	۱/۷۱۷۷۲
با فرض واریانس‌های نابرابر			۱۵/۵۷۵	۲۸۷/۳۹۹	۰/۰۰۰	۱/۵۲۵۰۰	۰/۰۹۷۹۱	۱/۳۳۲۵۱	۱/۷۱۷۴۹

گروه‌های زنان	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین خطای استاندارد
غیر سرپرست	۲۰۰	۳/۵۹۵۰	۱/۰۳۳۸۴	۰/۰۷۳۱۰
همبستگی اجتماعی سرپرست	۲۰۰	۳/۴۲۷۵	۱/۱۹۶۱۰	۰/۰۸۴۸۵

بر اساس جدول ۸، میانگین خودشکوفایی اجتماعی در بین زنان غیرسرپرست شهر مشهد بیشتر از زنان سرپرست است. این تفاوت حدود ۰/۵۷ است. میانگین در بین زنان غیرسرپرست ۳/۸۴ و برای زنان سرپرست خانوار ۳/۲۷ است.

بر اساس جدول ۷، می‌توان گفت چون مقدار تست لون کمتر از ۰/۰۵ است، بنابراین باید مقدار تی را برای واریانس‌های نابرابر استفاده کرد. نگاهی به معناداری آزمون تی برای واریانس‌های برابر (۰/۱۳۵) نشان می‌دهد تفاوت معناداری از نظر میانگین همبستگی اجتماعی بین دو گروه از زنان وجود ندارد.

بر اساس جدول ۱۰، میانگین مشارکت اجتماعی در بین زنان غیرسرپرست شهر مشهد بیشتر از زنان سرپرست است. این تفاوت حدود ۰/۶۵ است. میانگین در بین زنان غیرسرپرست ۴/۱۷ و برای زنان سرپرست خانوار ۳/۵۲ است.

بر اساس جدول ۹ و نگاهی به معناداری آزمون تی برای واریانس‌های برابر (۰/۰۰۰) مشخص است تفاوت معناداری در سطح ۹۹ درصد از نظر میانگین خودشکوفایی اجتماعی بین دو گروه از زنان وجود دارد.

جدول ۷. آزمون تی همبستگی اجتماعی بین گروه‌های زنان سرپرست خانوار و غیرسرپرست									
همبستگی اجتماعی	تست لون برای برابری واریانس‌ها				تی تست برای برابری میانگین‌ها				
	تفاوت ۹۵ درصد فاصله اطمینان بالاتر		تفاوت ۹۵ درصد فاصله اطمینان پایین‌تر		تفاوت میانگین	تفاوت خطای استاندارد	درجه آزادی	تی	معناداری
	اف	بالاتر	پایین‌تر	بالاتر					
با فرض واریانس‌های برابر	۷/۷۷۴	۰/۰۰۶	۱/۴۹۸	۳۹۸	۰/۱۳۵	۰/۱۶۷۵۰	۰/۱۱۱۷۹	۰/۰۵۲۲۸	۰/۳۸۷۲۹
با فرض واریانس‌های نابرابر			۱/۴۹۸	۳۸۹۴/۸۳۱	۰/۱۳۵	۰/۱۶۷۵۰	۰/۱۱۱۷۹	۰/۰۵۲۲۹	۰/۳۸۷۲۸

جدول ۸. آماره‌های خود شکوفایی اجتماعی				
گروه‌های زنان	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین خطای استاندارد
غیر سرپرست	۲۰۰	۳/۸۴۰۰	۰/۸۸۵۷۶	۰/۰۶۲۶۳
خود شکوفایی اجتماعی سرپرست	۲۰۰	۳/۲۷۸۸	۰/۹۹۸۸۰	۰/۰۷۰۶۳

جدول ۹. آزمون تی خودشکوفایی اجتماعی بین گروه‌های زنان سرپرست خانوار و غیرسرپرست									
خودشکوفایی اجتماعی	تست لون برای برابری واریانس‌ها				تی تست برای برابری میانگین‌ها				
	تفاوت ۹۵ درصد فاصله اطمینان بالاتر		تفاوت ۹۵ درصد فاصله اطمینان پایین‌تر		تفاوت میانگین	تفاوت خطای استاندارد	درجه آزادی	تی	معناداری
	اف	بالاتر	پایین‌تر	بالاتر					
با فرض واریانس‌های برابر	۱۱/۳۹۶	۰/۰۰۱	۵/۹۴۶	۳۹۸	۰/۰۰۰	۰/۵۶۱۲۵	۰/۰۹۴۴۰	۰/۳۷۵۶۶	۰/۷۴۶۸۴
با فرض واریانس‌های نابرابر			۵/۹۴۶	۳۹۲/۳۹۴	۰/۰۰۰	۰/۵۶۱۲۵	۰/۰۹۴۴۰	۰/۳۷۵۶۷	۰/۷۴۶۸۳

جدول ۱۰. آماره‌های مشارکت اجتماعی				
گروه‌های زنان	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین خطای استاندارد
غیر سرپرست	۲۰۰	۴/۱۷۴۲	۰/۸۳۵۶۰	۰/۰۵۹۰۹
مشارکت اجتماعی سرپرست	۲۰۰	۳/۵۲۹۲	۱/۰۲۲۱۸	۰/۰۷۲۲۸

بر اساس جدول ۱۳، می‌توان گفت چون مقدار تست لون کمتر از ۰/۰۵ است، بنابراین باید مقدار تی را برای واریانس‌های نابرابر استفاده کرد. نگاهی به معناداری آزمون تی برای واریانس‌های برابر (۰/۰۰۰) نشان می‌دهد تفاوت معناداری در سطح ۹۹ درصد از نظر میانگین انسجام اجتماعی بین دو گروه از زنان وجود دارد.

بر اساس جدول ۱۱ و نگاهی به معناداری آزمون تی برای واریانس‌های برابر (۰/۰۰۰) مشخص است تفاوت معناداری در سطح ۹۹ درصد از نظر میانگین مشارکت اجتماعی بین دو گروه از زنان وجود دارد.

بر اساس جدول ۱۲، میانگین انسجام اجتماعی در بین زنان غیرسرپرست شهر مشهد بیشتر از زنان سرپرست است. این تفاوت حدود ۰/۴۶ است. میانگین در بین زنان غیرسرپرست ۳/۱۹ و برای زنان سرپرست خانوار ۲/۷۳ است.

جدول ۱۱. آزمون تی مشارکت اجتماعی بین گروه‌های زنان سرپرست خانوار و غیرسرپرست										
مشارکت اجتماعی	تی تست برای برابری میانگین‌ها				تی تست لون برای برابری واریانس‌ها					
	تفاوت ۹۵ درصد فاصله اطمینان		تفاوت میانگین	معناداری (دو طرفه)	درجه آزادی	تی	معناداری	اف	پایین‌تر	بالا‌تر
	استاندارد	خطای استاندارد								
با فرض واریانس‌های برابر	۰/۴۶۱۴۴	۰/۰۹۳۳۶	۰/۶۴۵۰۰	۰/۰۰۰	۳۹۸	۶/۹۰۹	۰/۰۱۸	۵/۶۰۱	۰/۸۲۸۵۶	
با فرض واریانس‌های نابرابر	۰/۴۶۱۴۷	۰/۰۹۳۳۶	۰/۶۴۵۰۰	۰/۰۰۰	۳۸۲/۸۵۹	۶/۹۰۹			۰/۸۲۸۵۳	

جدول ۱۲. آماره‌های انسجام اجتماعی				
میانگین خطای استاندارد	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	گروه‌های زنان
۰/۰۷۰۹۰	۱/۰۰۲۷۱	۳/۱۹۳۳	۲۰۰	غیر سرپرست
۰/۰۵۱۷۷	۰/۷۳۲۱۳	۲/۷۳۳۳	۲۰۰	انسجام اجتماعی سرپرست

جدول ۱۳. آزمون تی انسجام اجتماعی بین گروه‌های زنان سرپرست خانوار و غیرسرپرست										
انسجام اجتماعی	تی تست برای برابری میانگین‌ها				تی تست لون برای برابری واریانس‌ها					
	تفاوت ۹۵ درصد فاصله اطمینان		تفاوت میانگین	معناداری (دو طرفه)	درجه آزادی	تی	معناداری	اف	پایین‌تر	بالا‌تر
	استاندارد	خطای استاندارد								
با فرض واریانس‌های برابر	۰/۲۸۷۳۶	۰/۰۸۷۷۹	۰/۴۶۰۰۰	۰/۰۰۰	۳۹۸	۵/۲۴۰	۰/۰۰۰	۱۹/۶۸۷	۰/۶۳۲۶۴	
با فرض واریانس‌های نابرابر	۰/۲۸۷۴۱	۰/۰۸۷۷۹	۰/۴۶۰۰۰	۰/۰۰۰	۳۶۴/۲۲۳	۵/۲۴۰			۰/۶۳۲۵۹	

بحث و نتیجه‌گیری

فاعلی و عملی برای مواجهه با پیشامدهای مختلف زندگی آماده می‌کنند. این حمایت‌ها به تأمین و ارتقای سلامت اجتماعی فرد هم از بعد جسمانی و هم بعد روانی کمک می‌کند و با بهبود سطح حمایت‌ها از طرف شبکه اجتماعی، می‌توان انتظار سطح بالاتری از سلامت اجتماعی را داشت. کینز از نظریه پردازان سلامت اجتماعی، به رابطه قوی بین سلامت اجتماعی، از خودبیگانگی و ناهنجاری اجتماعی اشاره کرده است و در مطالعه سلامت اجتماعی در ایالات متحده، به این نتیجه رسیده است که بین سلامت اجتماعی با رفتارهای اجتماع‌پسند و مسئولیت‌پذیری زندگی اجتماعی، رابطه‌های مثبت وجود دارد. همچنین سطوح سلامت اجتماعی به خصوص انسجام اجتماعی و مشارکت اجتماعی در افرادی که با اطرافیان خود برای حل مسائل و مشکلات همکاری و هم‌فکری می‌کردند در مقایسه با افرادی که با اطرافیان خود ارتباط نداشتند، میزان بالاتری داشت. محدودیت‌های این پژوهش عبارتند از، نمونه-ها به دلیل وجود برخی از ملاحظات، در ارائه پاسخ‌ها معمولاً محافظه‌کارانه رفتار کردند. این مسأله به ویژه در مورد زنان سرپرست خانوار که در شرایط سختی به سر می‌برند، بیشتر دیده شد. از آنجایی که نمونه تحقیق به دو خرده نمونه شامل زنان

هدف از پژوهش حاضر مقایسه تأثیر حمایت‌های اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست و غیرسرپرست خانوار بود. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌های بخارایی و همکاران (۱۳۹۴)، نجف‌آبادی (۱۳۹۱)، حیدرخانی و همکاران (۱۳۹۵)، فیوری و دنکلا (۲۰۱۲)، اکلی (۲۰۱۰)، کوهن (۲۰۰۹) و هوندت (۲۰۱۱) همسو بود. حمایت از زنان و ایجاد انگیزه در زندگی شخصی زنان و بالابردن امید به زندگی در ایشان را می‌توان از عوامل مهم در سلامتی زنان بویژه زنان سرپرست خانوار دانست چرا که ایشان (زنان سرپرست خانوار) در زندگی‌شان نسبت به سایر زنان و یا نسبت به مردان سرپرست خانوار، با مشکلات بیشتری روبرو هستند، همچنین زنان بیشتر از مردان احتمال دارد فقیر و یا جزء فقیرترین فقیرها باشند. اغلب مطالعات انجام شده در حوزه سلامت اجتماعی در ایران، با بهره‌گیری از نظریه سلامت اجتماعی کینز انجام شده است. به‌طورکلی، می‌توان گفت در شبکه روابط اجتماعی هر فرد، افرادی قرار دارند که طی تعامل اجتماعی و بده بستان‌های زندگی روزمره با برقراری روابط عاطفی و اعطای حمایت‌های مالی، خدماتی، اطلاعاتی و عاطفی فرد را به لحاظ

شربتیان، محمدحسن (۱۳۹۱). «تأملی بر پیوند معنایی مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و میزان بهره‌مندی سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه پیام‌نور مشهد». فصلنامه جامعه‌شناسی مطالعات جوانان، ۲(۵)، ۱۷۴-۱۴۹.

علی‌اکبری صبا، روشنگر (۱۳۹۶) زنان سرپرست خانوار دارای همسر و مشخصه‌هایی از ازدواج آنها. دو ماهنامه تحلیلی - پژوهشی آمار، ۵(۱)، ۱۳-۱۰.

- Alki, S. (2010). Meta analysis of the relationships between Social Support and Well-Being in Children and Adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(6), 624-645.
- Berkman. F. L. (2010). From Social Integration to Health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51(11), 843-857.
- Chant, S. (1997). *Women-headed households: Diversity & dynamics in the developing world*. Houndmills, Basingtoke; Mcmillan.
- Cohen, S., & Mckay, G (2009) *Social support, stress and the buffering hyupothesis: A theoretical analysis*. In A. Baum, J. E. singer & S. Taylor (Eds). *Hand Book of Psychology and Health*. Vol 4, Erlbaum, Hillsdale, NJ.
- Fior, J. E. & Denkla, k. (1998). Clarifying the social support theory- research linkage. *Journal of advanced nursing*, 27 (6), 1231- 1242.
- Hondeet, S. (1996). Measurment of Social Well-being Social Indicators. *Research*, 28(72), 285-96.
- Langvise, V. & Fortien., D. (1997), Diensions of students Psychosocial Well-being and their measurement: validation of a student's psychosocial well being Inventory. *Europe's journal of Psychology*, 1 6(2), 85-104.

سرپرست و غیرسرپرست تقسیم شده، کاربرد پرسشنامه استاندارد برای هر دو گروه سخت بود، به همین خاطر پرسشنامه سلامت اجتماعی مورد بازبینی قرار گرفت تا امکان اجرای آن وجود داشته باشد. برای سنجش سایر متغیرها از جمله حمایت اجتماعی، پرسشنامه، توسط محقق ساخته و بررسی اولیه انجام شد، قابلیت اعتماد و پایایی آن، مورد آزمون قرار گرفت و اصلاحات لازم انجام شد و مورد تأیید نهایی قرار گرفت. بر این اساس، زمان زیادی صرف ساخت پرسشنامه و قابلیت اعتمادیابی و تأیید پایایی ابزار سنجش شد.

منابع

- ابراهیمی نجف‌آبادی، اعظم (۱۳۹۰). عنوان عوامل مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی زنان جوان ۲۴-۱۵ ساله شهر اصفهان (با تأکید بر میزان اجتماعی)، همایش ملی آسیب‌شناسی مسائل جوانانف فلاورجانف دانشگاه آزاد اسلامی واحد فلاورجان، <https://www.civilica.com/paper-IAUFALAASIB01-IAUFALAAASIB01-021.html>.
- بخارایی، احمد؛ شربتیان، محمد حسن و ایمنی، نفیسه (۱۳۹۴). «مطالعه جامعه‌شناختی سلامت زنان و عوامل مؤثر بر آن (مطالعه موردی زنان منطقه چهار شهری تهران)». دوفصلنامه پژوهش‌های جامعه‌شناسی معاصر، ۷(۱۴)، پاییز و زمستان: ۵۵-۲۹.
- بختیاری، آمنه و معجبی، سید فاطمه (۱۳۸۵). «حکومت و زنان سرپرست خانوار». فصلنامه شورای فرهنگی اجتماعی زنان، ۲(۲)، ۳۴، ۱۱۰-۶۷.
- پور افکاری، نصرالله (۱۳۹۱). بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی در شهرستان پاوه، علوم اجتماعی، ۶(۱۸)، ۶۰-۴۱.
- حیدرخانی، هابیل؛ حقیقتیان، منصور؛ نوذری، قنبر و پرندین، شیما (۱۳۹۵). «تحلیل و بررسی ارتباط بین ابعاد مختلف حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار در مناطق روستایی شهرستان کرمانشاه». مجله علمی پژوهشی مطالعات توسعه اجتماعی فرهنگی، ۲(۵)، ۵۷-۳۱.
- خسروی، زهره (۱۳۷۸). بررسی مشکلات عاطفی، روانی و اجتماعی زنان سرپرست خانوار. مرکز مشارکت امور زنان نهاد ریاست جمهوری.
- سازمان بهزیستی کشور (۱۳۹۶). گزارش کارگروه تخصصی زنان سرپرست خانوار. بررسی ویژگی‌های اجتماعی، اقتصادی و سلامت خانوارهای زن سرپرست.
- شادی‌طلب، ژاله و گرابی‌نژاد، علی‌رضا (۱۳۸۳). فقر زنان سرپرست خانوار. مجله زن در توسعه و سیاست، ۸(۶۵)، ۷۰-۴۹.