



Research Article

Meta-analysis of social health of women heads of households and non-heads of households and the effect of social support on their health: Case study in Mashhad

HS. Miri¹, K. Zolghadr^{*2}, A. Qasemi³

1. PhD student of Sociology, Social Affairs of Iran, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2*. Assistant Professor of Women's studies, Faculty Member, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran Corresponding Author: kzolghadr@hotmail.com

3. Assistant Professor of Sociology, Faculty Member, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Abstract

The purpose of this article was to Meta-analyze the social health of women heads of households and non-heads of households and the impact of social support on their health. The research method was descriptive survey. The statistical population included 400 women in Mashhad (200 supervisors and 200 non-supervisors) who were selected by multi-stage cluster sampling method and the required data were modified by two social health questionnaires. A researcher-made social support questionnaire was also used to collect. The content validity of the instrument was estimated and its reliability was also obtained through internal consistency of the Cronbach's alpha coefficient method. Findings indicated that the average social health among non-head women in Mashhad is higher than women heads of households. Also, social support and its four dimensions in the group of non-caregivers were significantly different from women caregivers. In such a way that unmarried women have more social support.

Keywords: Social health, social support, female-headed households, non-female-headed households

Citation: Sadat Miri H, Zolghadr K, Qasemi A. (2021). Meta-analysis of social health of women heads of households and non-heads of households and the effect of social support on their health: Case study in Mashhad. *Journal of Social Psychology*. 9(61), 43-58.

فرا تحلیل سلامت اجتماعی زنان سرپرست و غیرسرپرست خانوار و تاثیر حمايت اجتماعي بر سلامت آنها (مورد مطالعه: شهر مشهد)

هانیه سادات میری^۱، خدیجه ذوالقدر^{۲*}، عاصمه قاسمی^۳

۱. دانشجوی دکتری جامعه شناسی، گرایش مسایل اجتماعی ایران، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۲. استادیار مطالعات زنان، عضو هیئت علمی گروه جامعه شناسی واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. *نویسنده مسئول: kzoighadr@hotmail.com
۳. استادیار جامعه شناسی، عضو هیئت علمی گروه جامعه شناسی واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

چکیده

هدف این پژوهش فرا تحلیل سلامت اجتماعی زنان سرپرست و غیرسرپرست خانوار و تاثیر حمايت اجتماعي بر سلامت آنها است. روش تحقیق از لحاظ هدف، کاربردی و از لحاظ نحوه گردآوری داده‌ها، توصیفی از نوع پیمایشی است. جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش، شامل ۴۰۰ نفر از زنان شهر مشهد (۲۰۰ نفر سرپرست و ۲۰۰ نفر غیرسرپرست) است که به روش خوشه ای چند مرحله ای انتخاب و داده‌های مورد نیاز به وسیله دو پرسشنامه سلامت اجتماعی کییز و پرسشنامه محقق ساخته حمايت اجتماعي جمع آوری شد. اعتبار ابزار مورد استفاده اعتبار محتوایی، و پایایی ابزار نیز با پایایی همسانی درونی روش ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده است. یافته‌های پژوهش حاکی از این است که میانگین سلامت اجتماعی در بین زنان غیرسرپرست شهر مشهد بیشتر از زنان سرپرست خانوار است. همچنین، حمايت اجتماعي و ابعاد چهارگانه آن در گروه زنان غیرسرپرست، تفاوت معناداری با زنان سرپرست دارد. به گونه ای که زنان غیرسرپرست از حمايت اجتماعي بیشتری برخوردار هستند.

کلمات کلیدی: سلامت اجتماعی، حمايت اجتماعي، زنان سرپرست خانوار، زنان غیرسرپرست

مقدمه

زنان زیربنای سلامت خانواده‌ها و جوامع هستند و اهمیت ویژه‌ای در تأمین و استمرار سلامت خانواده و جامعه دارند. طبق بیانیه سازمان بهداشت جهانی بهره‌مندی از بالاترین سطح استاندارد قابل دستیابی سلامت، از حقوق اساسی هر فردی است و زنان بسیاری درد نیا از این حق اساسی محروم هستند زنان برای اینکه بتوانند نقش مراقبت‌دهندگی خود را به نحو احسن انجام دهند، باید سطح سلامت و رفاه خود را حفظ و ارتقاء دهند رفتارهای ارتقادهنده سلامتی یکی از معیارهای عمده‌ی تعیین‌کننده سلامت است (مقدم تبریزی و همکاران، ۱۳۹۸) تعداد زنان سرپرست خانوار در سالهای اخیر در بسیاری از کشورها اعم از توسعه‌یافته و درحال توسعه افزایش قابل توجهی داشته است (ال لاونیدی، ۲۰۱۸) طبق گزارش سازمان ملل (۲۰۱۵) در چند دهه اخیر، بیشتر از یک سوم سرپرست خانوارها را زنان تشکیل می‌دهند (وانگی، ۲۰۱۷) این در حالی است که در اکثر جوامع انسانی، پدر به عنوان اصلی‌ترین و محوری‌ترین عضو، مسئولیت سرپرستی و مدیریت خانواده را برعهده دارد. بر همین اساس، در اغلب تعاریف پدیده بی‌سرپرستی با فقدان پدر در خانواده تعریف می‌شود و غیبت او تأثیر بسیاری بر مسائل اقتصادی و مدیریت خانواده دارد (شیانی و همکاران، ۱۳۹۸) خانواده از ارکان مهم جامعه است که اشکال متفاوتی به خود می‌گیرد؛ هر گونه تغییر در ویژگیهای اجتماعی-اقتصادی و جمعیت‌شناختی آن پیامدهای متعددی در رفاه و بهزیستی اعضای آن خواهد داشت (بشیر، ۲۰۱۸) خانواده‌های با سرپرست زن از جمله گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه هستند که به دلیل عواملی مانند طلاق، مرگ و اعتیاد شوهر، ناتوانی شوهر، مهاجرت و یا متواری شدن شوهر شکل می‌گیرند (بشیر، ۲۰۱۸). مطالعات متعدد مشکلات خانوادگی زن سرپرست خانوار را چنین برشمرده‌اند: فقر، ناامنی اقتصادی و اجتماعی و سیاسی، بی‌قدرتی، مشکلات بهداشتی که کودکان را به شدت متأثر می‌سازد و در اثر این شرایط، آسیب‌پذیرتر شدن زنان نسبت به کل جامعه. داده‌های مربوط به ۵۰ کشور حاکی از آن است از هر پنج زن یک نفر سرپرست خانوار است؛ اغلب این افراد در فقر به سر می‌برند و به تبع، سلامتی آنان به دلیل عوامل بیولوژیک، تولید مثل، کار، تغذیه، استرس، جنگ و مهاجرت و غیره تحت تأثیر قرار می‌گیرد (ال لاونیدی، ۲۰۱۸) امروزه سلامت اجتماعی، در کنار سلامت جسمی و روانی نقش بسزائی در زندگی دارد؛ به گونه‌ای که سلامتی فقط عاری بودن از بیماری‌های جسمی و روانی نیست، بلکه چگونگی عملکرد انسان در روابط اجتماعی و چگونگی تفکر وی از اجتماع نیز به عنوان معیارهای ارزیابی سلامت فرد در سطح کلان جامعه اهمیت بسیاری دارد بنابراین می‌توان گفت فرد سالم کسی است که از نظر اجتماعی، جامعه را به صورت یک مجموعه معنادار، قابل فهم و بالقوه برای رشد و شکوفایی دانسته و احساس کند که به جامعه تعلق دارد، از طرف جامعه پذیرفته می‌شود و در پیشرفت آن سهیم است (نگوان، ۲۰۱۳).

1. El-Lawindi
2. Mwangi
3. Bashir

طبق آمارهای سازمان ملل متحد، از نیمه دوم قرن بیستم تاکنون مدام بر آمار زنان سرپرست خانوار افزوده شده است؛ تا جایی که به حدود یک سوم از کل خانوارها در جهان رسیده است. جمعیت زیادی از آنها در کشورهای آمریکای لاتین و جزایر کارائیب، کشورهای توسعه یافته و تعداد کمی از آنها در آفریقا، آسیا و اقیانوسیه زندگی می کنند به همین دلیل بخش زیادی از مطالعات، در نخستین دسته از کشورهای مذکور انجام شده اند. در ایران موضوع زنان سرپرست خانوار نیز در چند دهه اخیر به صورت موضوعی مهم درآمده و سازمان ها و نهادهای حمایتی مختلفی را متوجه ضرورت حمایت از رفاه و کیفیت زندگی آنان کرده است؛ زیرا براساس آخرین آمارها در سال ۱۳۹۰ تعداد دو میلیون و پانصد هزار نفر زن سرپرست خانوار در ایران وجود داشته اند. در سرشماری سال ۱۳۹۵ نیز حدود ۹/۵ درصد از زنان بنا بر فوت همسر یا طلاق، بی همسر اطلاق شده اند که نسبت بالایی از آنها سرپرست خانوارند (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۰؛ ۱۳۹۵). رشد تعداد زنان سرپرست خانوار در چند دهه اخیر متأثر از شرایط متحول اقتصادی و اجتماعی آن بوده است.

زنان سرپرست خانواده دچار فرسودگی تدریجی می شوند، زنان سرپرست خانوار پس از مرگ، ترک یا طلاق از شوهر به لحاظ جسمانی، روانی، تغذیه و سلامت تجربه می کنند. وضعیت ناگوار مذکور به مرور زمان و همراه با فشار نیازهای مالی و لزوم انجام کار اقتصادی، سبب فرسودگی تدریجی جسم و روان آنها می شود. این مقوله شامل سه زیرمقوله می شود: بیماری های مزمن (برگرفته از مفاهیمی اولیه از قبیل داشتن بیماری آرتروز، دیابت، دیسک کمر، بیماری قلبی و...)، کار سخت (میوه چینی در باغ ها، نانوایی، خدمتکاری مجتمع آپارتمانی، دست فروشی، نظافت منازل و...)، سوء تغذیه (ناتوانی در تهیه مواد خوراکی مناسب، ناتوانی در تهیه ماهیان گوشت قرمز، مصرف غذاهای ارزان قیمت و غیرمقوی و...) و فشارهای روانی شدید (مشکلات مالی، افسردگی، فشار روانی ناشی از کمبود فرزندان، فشار روانی بد رفتاری های شوهر سابق یا کنونی، فشار روانی احتیاج و...). زن سرپرست خانوار به منزله یک انسان، پیش از هر چیز درگیر بعد مادی زندگی خود و افراد زیر سرپرستی اش است. این بعد شامل رویه های مختلفی از جمله جسم با تأکید بر سالم نگه داشتن خود و افراد زیر سرپرستی، مسکن و سرپناه و تغذیه مورد نیاز برای بقاست. در بسیاری از موارد مشاهده شده است که چنین زنانی سلامت جسمانی شان را برای به دست آوردن یا بقای لایه های دوم و سوم مذکور به خطر انداخته اند و به ناچار دچار فرسودگی شده اند. بخشی از بیماری های مزمن جسمانی زنان سرپرست خانوار به کارهای سختی برمی گردد که برای تأمین معاش انجام می دهند؛ برای نمونه زنی که ناچار باشد «زمانی از تولید ترشی کسب درآمد کند» و زمانی دیگر «در روز ۵۰ کیلو آرد را نان کند»، قبل از رسیدن به سالمندی به بیماری هایی همچون دیسک کمر مبتلا خواهد شد. این زن ۵۴ سال دارد و از ۲۴ سالگی در اثر فوت شوهر سرپرست خانوار است. کار زیاد و طاقت فرسا برای یک زن «باعث و بانی» تمام مریضی هایش است. علاوه بر کار ساخت عوامل دیگری نیز در وضعیت ناگوار جسمانی آنها دخیل است (رضایی و همکاران، ۱۳۹۸)

سلامت اجتماعی عبارت است از ارزیابی توانایی انجام مؤثر، کارآمدی عملکردها، مهارتها و نقش های اجتماعی فرد در جامعه تعریف می شود (شربتیان، ۱۳۹۸). نظریه کینز، سلامت اجتماعی به چگونگی عملکرد

انسان در روابط اجتماعی و چگونگی تفکر وی در باب اجتماع به منزله معیاری در سطح خرد و کلان قرار می‌گیرد (بخارایی و همکاران، ۱۳۹۴) بنابراین پرداختن به مسائل سلامت (جسمانی، روانی، و اجتماعی) زنان می‌تواند مستقیم یا غیرمستقیم نقش بسزایی در تامین سلامت عمومی جامعه داشته باشد. از این رو سلامت زنان در قالب پیوستاری در نظر گرفته می‌شود که در چرخه زندگی با کیفیت زندگی ارتباط بسیاری دارد. زنانی که از سلامت اجتماعی برخوردارند ممکن است بتوانند در چالش‌های ناشی از ایفای نقش‌های اصلی اجتماعی موفق‌تر عمل کرده، سهم بیشتری در فعالیت جمعی داشته باشند در نتیجه انتظار می‌رود با هنجارهای اجتماعی و شرایط که می‌تواند نقش مهمی در پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی که ابعادی فراتر از قلمرو رفتارهای فردی دارد، تطابق بیشتری داشته باشند (شربتیان، ۱۳۹۸)

حمایت میزان برخورداری از محبت، مساعدت و توجه اعضاء خانواده، دوستان و سایر افراد است و به این مسأله می‌پردازد که فرد در زندگی خود و هنگام مشکلات از هم‌فکری و مساعدت‌های اطرفیان خود (خانواده و دوستان و...) بهره‌مند شود و بتواند با آن‌ها احساس نزدیکی کند. با بررسی این شاخص به تأثیرگذاری حمایت عاطفی در توانمندی زنان توجه می‌شود. حمایت اجتماعی و میزان آن تابع روابط اجتماعی است فرد در قالب پیوند با دیگران یا عضویت در گروه‌ها و اجتماعات دارد. بستری که این روابط را برای فرد فراهم می‌کند جامعه است. جامعه زمینه‌ساز و بستر شکل‌گیری روابطی است که فرد می‌تواند داشته باشد. لذا برای داشتن رابطه می‌باید با جامعه ارتباط برقرار کرد، یکی از طریق روابط اجتماعی با دیگران و دیگری از طریق عضویت اجتماعی در اجتماعات که این دو نحوه ارتباط با جامعه، دامنه روابط اجتماعی فرد را برای به دست آوردن حمایت اجتماعی تعیین می‌کند (کلدی و سلحشوری، ۱۳۹۱). ساراسون و دیگران حمایت اجتماعی را دارای ابعاد پنج‌گانه می‌دانند: ۱) حمایت عاطفی؛ داشتن مهارت لازم در کمک گرفتن از دیگران هنگام برخورد با دشواری‌ها است؛ ۲) حمایت شبکه اجتماعی؛ به معنای دسترسی به عضویت در شبکه‌های اجتماعی است؛ ۳) حمایت خود ارزشمندی؛ این که دیگران در دشواری‌ها یا فشارهای روانی به وی بفهمانند که او فردی ارزشمند است و می‌تواند با به کارگیری توانایی‌های ویژه خود بر دشواری‌ها چیره شود؛ ۴) حمایت ابزاری؛ دسترسی داشتن به منابع مالی و خدماتی در سختی‌ها و دشواری‌ها گفته می‌شود؛ ۵) حمایت اطلاعاتی؛ می‌تواند اطلاعات مورد نیاز خود را برای درک موقعیت به دست آورد (نصیری و همکاران، ۱۳۹۵).

با توجه به مطالب بیان شده پژوهش‌های انجام شده به شرح ذیل می‌باشد: محسنی و همکاران (۲۰۱۸) در مطالعه‌ای با عنوان «بررسی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت اجتماعی زنان ارومیه» که در مجله سواد سلامت به چاپ رسیده است، با روش پیمایش، زنان متأهل ۲۵ تا ۴۵ ساله را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که بین متغیرهای میزان حمایت اجتماعی خانواده، دینداری و اعتماد اجتماعی زنان متأهل با سلامت اجتماعی آن‌ها، رابطه مستقیم وجود دارد. حمایت اجتماعی و اعتماد اجتماعی، بیشترین تأثیر را بر سلامت اجتماعی زنان متأهل دارند. شربتیان (۱۳۹۸) به بررسی وضعیت سلامت اجتماعی زنان شهر فردوس بوده پرداخته. این تحقیق بر مبنای نظریه کیز و با روش پیمایشی از نوع توصیفی انجام شده، نتایج نشان داد که میانگین سنی بین گروه سنی ۲۰ تا ۲۴ ساله بیشتر از سایر گروه‌ها بوده است؛

و ۶۶٪ جامعه زنان متأهل و در حدود ۴۲٪ زنان تحصیلات دانشگاهی داشته‌اند. در بین متغیرهای زمینه‌ای مورد سنجش در این پژوهش، میزان درآمد ماهیانه خانوار رابطه معناداری با سلامت اجتماعی داشته است. میانگین بهره‌مندی زنان از شاخص‌های سلامت اجتماعی در حد متوسط رو به بالا (۶۴٪) بوده است. از میان میانگین مؤلفه‌های سلامت اجتماعی به ترتیب انطباق اجتماعی (۲۴/۳۹٪)، پذیرش اجتماعی (۲۲/۷۱٪)، شکوفایی اجتماعی (۲۱/۴۴٪)، انسجام اجتماعی (۱۹/۴۱٪) و سهم‌داشت اجتماعی (۱۶/۴۱٪) حائز اهمیت بوده است. با توجه به نتایج باید اشاره به این کرد که وضعیت سلامت اجتماعی زنان در راستای توانمندی‌ها، عملکردها، سطوح مهارت‌های اجتماعی و نقش‌های جمعی زندگی از موقعیت مناسب و روبه بالایی برخوردار است رضائی و همکاران (۱۳۹۸) به بازسازی معنایی کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار در کردستان: یک مطالعه کیفی، پرداختند زنان سرپرست خانوار از جمله گروه‌های اجتماعی آسیب‌پذیر در جامعه‌اند و زندگی اجتماعی آنان به دلیل نبودن یا ضعف سرپرستی مرد با چالش‌هایی روبه‌روست. هدف این پژوهش مطالعه کیفی کیفیت زندگی این قشر از زنان از نگاه خودشان در شهر مرزی بانه در کردستان است؛ شهری که در یک و نیم دهه گذشته به دلیل تحولات اقتصادی، تغییرات اجتماعی زیادی را تجربه کرده و وجود شماری از این زنان، معلول همین تحولات است. روش این پژوهش کیفی است. با ۲۳ نفر از زنان سرپرست خانوار در این شهر مصاحبه عمیق انجام شد. حجم نمونه براساس معیار اشباع نظری تعیین شد. از روش تحلیل محتوای کیفی برای تحلیل داده‌های مصاحبه‌ای استفاده شد. تحلیل‌ها در نهایت سبب ظهور چهار مقوله اصلی زیر شد: فرسودگی تدریجی، طرد و حاشیه‌نشینی، بازتعریف جایگاه زنانگی و حمایت برای بقا. این یافته‌ها نشان می‌دهند با وجود وضعیت دشوار و کیفیت نامطلوب زندگی این دسته از زنان، کمک‌های مالی و حمایتی نهادهای رسمی حتی در سطوحی پایین در کنار کمک‌های مردمی نقش مهمی در زندگی آنها دارند. نکته مهم این است که این حمایت‌های رسمی و غیررسمی در بسیاری از موارد تنها به حفظ وضعیت موجودشان کمک کرده و به‌ندرت سبب توانمندی آنها شده است؛ یعنی تنها بقای وضعیت کنونی آنان با ویژگی‌های مذکور را تضمین می‌کند و هدایت حمایت‌ها به‌ویژه به حوزه اشتغال آنان بسیار مؤثرتر است. فیوری و دنکلا^۱ (۲۰۱۲) در تحقیقی با عنوان «حمایت اجتماعی و سلامت روانی» که در میان ۶۷۶۷ نفر از سالمندان انجام شده، به این نتیجه رسیدند 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؛ برای مثال، مردانی که حمایت ابزاری به غیر از خویشاوندان را دریافت می‌کردند، فقط سطح بالایی از نشانه‌های افسردگی را داشتند. در پژوهش اسکات و همکاران (۲۰۱۱) با عنوان برخورد زنان سرپرست خانوار با مشکلات مربوط به ایدز در مناطق روستایی آفریقای جنوبی، نشان داده شد که حمایت‌های مالی و اجتماعی، مانند یک تعدیل‌کننده در مقابله زنان سرپرست خانوار مبتلا به ایدز عمل می‌کنند (حسنی، ۱۳۹۸). بر اساس آنچه بیان شد هدف این مقاله بررسی فراتحلیل سلامت اجتماعی زنان سرپرست و غیرسرپرست خانوار و تاثیر حمایت اجتماعی بر سلامت آنها است.

روش پژوهش

روش تحقیق از لحاظ هدف، کاربردی و از لحاظ نحوه گردآوری داده‌ها، توصیفی از نوع پیمایشی است. جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش، شامل ۴۰۰ نفر از زنان شهر مشهد (۲۰۰ نفر سرپرست و ۲۰۰ نفر غیرسرپرست) است که به روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند.

ابزارهای پژوهش

الف) پرسشنامه محقق ساخته: این پرسشنامه در قالب ۱۶ سوال است و دارای ابعاد و مولفه‌هایی مانند عاطفی، ابزاری، اطلاعاتی و ارزیابانه بود. نمره‌گذاری این آزمون به صورت لیکرت ۵ گزینه‌ای بود. روایی ابزار توسط ۱۰ نفر از خبرگان تایید نمودند. پایایی ابزار نیز با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۲ بدست آمد.

ب) پرسشنامه سلامت اجتماعی: پرسشنامه سلامت اجتماعی توسط کیز (۱۹۹۸) به منظور سنجش سلامت اجتماعی طراحی و تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۱۵ سوال و پنج مولفه شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی می‌باشد و بر اساس طیف پنج گزینه‌ای لیکرت با سوالاتی مانند (من چیزی ارزشمند برای عرضه به جهان دارم.) به سنجش سلامت اجتماعی می‌پردازد. اعتبار ابزار مورد استفاده اعتبار محتوایی، و پایایی ابزار نیز با پایایی همسانی درونی روش ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده است. شربتیان (۱۳۹۱) در بررسی پایایی و روایی پرسشنامه سلامت اجتماعی، بر روی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مشهد، میزان آلفای کرونباخ در متغیر سلامت اجتماعی را برابر ۰/۹۰ به دست آورد. در پژوهش حاضر پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۱ به دست آمده است.

جدول ۱. ضرایب آلفای کرونباخ متغیرها

متغیر	سوالات	ضریب آلفا
شکوفایی اجتماعی	۱-۴	۰/۸۵
همبستگی اجتماعی	۵-۶	۰/۷۹
انسجام اجتماعی	۷-۹	۰/۹۲
پذیرش اجتماعی	۱۰-۱۴	۰/۸۱
مشارکت اجتماعی	۱۵-۱۸	۰/۹۵
سلامت اجتماعی	۱-۱۸	۰/۹۰
حمایت عاطفی	۱۹-۲۳	۰/۹۲
حمایت ابزاری	۲۴-۲۹	۰/۹۲
حمایت ارزیابانه	۳۰-۳۲	۰/۸۱
حمایت اطلاعاتی	۳۳-۳۴	۰/۷۶
حمایت اجتماعی	۱۹-۳۴	۰/۹۲

یافته‌ها

با توجه به این که متغیرهای مستقل و وابسته در سطح سنجش فاصله‌ای قرار دارد، برای آزمون رابطه بین آن‌ها از همبستگی پیرسون استفاده شده است قبل از انجام آزمون فرضیه‌ها لازم است مشخص شود، متغیرهای مستقل و وابسته تحقیق، همگی دارای توزیع نرمال هستند و این امر با استفاده از به دست آوردن آماره‌های توصیفی انجام می‌شود. یکی از معیارهای نرمال بودن توزیع این است که مقادیر چولگی و کشیدگی پایین‌تر از عدد یک مثبت یا منفی باشد. بر اساس جدول زیر و مقادیر توزیع از جمله چولگی و کشیدگی، می‌توان گفت توزیع همه متغیرهای تحقیق اعم از مستقل و وابسته نرمال است.

جدول ۲. آماره‌های توصیفی متغیرهای تحقیق

متغیر	میانگین	واریانس	چولگی	کشیدگی
پذیرش اجتماعی	۳/۸۹	۱/۵۳	-۰/۸۸	-۰/۵۴
همبستگی اجتماعی	۳/۵۱	۱/۲۵	-۰/۶۲	-۰/۲۹
خودشکوفایی اجتماعی	۳/۵۵	۰/۹۶	-۰/۳۳	-۰/۹۰
مشارکت اجتماعی	۳/۸۵	۰/۹۷	-۰/۵۶	-۰/۳۲
انسجام اجتماعی	۲/۹۶	۰/۸۲	۰/۱۸	-۰/۴۰
سلامت اجتماعی	۳/۶۱	۰/۵۴	-۰/۲۶	-۰/۷۲
حمایت عاطفی	۳/۲۷	۱/۱۵	-۰/۳۰	-۰/۹۸
حمایت ابزاری	۳/۵۸	۱/۰۶	-۰/۵۰	-۰/۱۹
حمایت ارزیابانه	۱/۹۵	۰/۸۳	۰/۵۸	-۰/۵۷
حمایت اطلاعاتی	۲/۷۰	۱/۰۱	۰/۱۷	-۰/۶۵
حمایت اجتماعی	۳/۱۴	۰/۶۸	-۰/۱۳	-۰/۳۱

بر اساس جدول ۳ میانگین سلامت اجتماعی و ابعاد آن در بین زنان غیرسرپرست شهر مشهد بیشتر از زنان سرپرست بدست آمد که نشان می‌دهد تفاوت در همه متغیرهای سلامت اجتماعی و ابعاد آن معنی دار است.

جدول ۳. آماره‌های سلامت اجتماعی، پذیرش اجتماعی، همبستگی اجتماعی،

خود شکوفایی اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انسجام اجتماعی

متغیر	میانگین خطای استاندارد	انحراف استاندارد	میانگین	گروه‌های زنان
سلامت اجتماعی	۰/۰۳۶۷۴	۰/۵۱۹۶۴	۴/۰۰۸۲	غیر سرپرست
	۰/۰۵۰۱۶	۰/۷۰۹۴۱	۳/۲۱۹۳	سرپرست
پذیرش اجتماعی	۰/۰۴۲۶۶	۰/۶۰۳۳۰	۴/۶۶۲۰	غیر سرپرست
	۰/۰۸۸۱۳	۱/۲۴۶۳۷	۳/۱۳۷۰	سرپرست
همبستگی اجتماعی	۰/۰۷۳۱۰	۱/۰۳۳۸۴	۳/۵۹۵۰	غیر سرپرست
	۰/۰۸۴۸۵	۱/۱۹۶۱۰	۳/۴۲۷۵	سرپرست

خود شکوفایی اجتماعی	غیر سرپرست	۳/۸۴۰۰	۰/۸۸۵۷۶	۰/۰۶۲۶۳
	سرپرست	۳/۲۷۸۸	۰/۹۹۸۸۰	۰/۰۷۰۶۳
مشارکت اجتماعی	غیر سرپرست	۴/۱۷۴۲	۰/۸۳۵۶۰	۰/۰۵۹۰۹
	سرپرست	۳/۵۲۹۲	۱/۰۲۲۱۸	۰/۰۷۲۲۸
انسجام اجتماعی	غیر سرپرست	۳/۱۹۳۳	۱/۰۰۲۷۱	۰/۰۷۰۹۰
	سرپرست	۲/۷۳۳۳	۰/۷۳۲۱۳	۰/۰۵۱۷۷

بر اساس جدول زیر، 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 سلامت اجتماعی بین دو گروه از زنان وجود دارد.

جدول ۴. آزمون تی سلامت اجتماعی، پذیرش اجتماعی، همبستگی اجتماعی، خود شکوفایی اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انسجام اجتماعی بین گروه‌های زنان سرپرست خانوار و غیرسرپرست

سلامت اجتماعی	تست لون برای برابری واریانس‌ها		تی تست برای برابری میانگین‌ها						
	F	معناداری	t	درجه آزادی	p	تفاوت میانگین	تفاوت خطای استاندارد	تفاوت ۹۵ درصد فاصله اطمینان پایین تر	بالاتر
واریانس‌های برابر			۱۲/۶۸۷	۳۹۸	۰/۰۰۰	۰/۷۸۸۸۹	۰/۰۶۲۱۸	۰/۶۶۶۶۱	۰/۹۱۱۱۷
واریانس‌های نابرابر	۱۹/۳۲۷	۰/۰۰۰	۱۲/۶۸۷	۳۶۴/۸۱۱	۰/۰۰۰	۰/۷۸۸۸۹	۰/۰۶۲۱۸	۰/۶۶۶۶۵	۰/۹۱۱۱۳
واریانس‌های برابر			۱۵/۵۷۵	۳۹۸	۰/۰۰۰	۱/۵۲۵۰۰	۰/۰۹۷۹۱	۱/۳۳۲۲۸	۱/۷۱۷۷۲
واریانس‌های نابرابر	۱۸۲/۲۴۷	۰/۰۰۰	۱۵/۵۷۵	۲۸۷/۳۹۹	۰/۰۰۰	۱/۵۲۵۰۰	۰/۰۹۷۹۱	۱/۳۳۲۵۱	۱/۷۱۷۴۹
واریانس‌های برابر			۱/۴۹۸	۳۹۸	۰/۱۳۵	۰/۱۶۷۵۰	۰/۱۱۱۷۹	۰/۰۵۲۲۸	۰/۳۸۷۲۹
واریانس‌های نابرابر	۷/۷۷۴	۰/۰۰۶	۱/۴۹۸	۳۸۹۴/۸۳۱	۰/۱۳۵	۰/۱۶۷۵۰	۰/۱۱۱۷۹	۰/۰۵۲۲۹	۰/۳۸۷۲۸
واریانس‌های برابر			۵/۹۴۶	۳۹۸	۰/۰۰۰	۰/۵۶۱۲۵	۰/۰۹۴۴۰	۰/۳۷۵۶۶	۰/۷۴۶۸۴
واریانس‌های نابرابر	۱۱/۳۹۶	۰/۰۰۱	۵/۹۴۶	۳۹۲/۳۹۴	۰/۰۰۰	۰/۵۶۱۲۵	۰/۰۹۴۴۰	۰/۳۷۵۶۷	۰/۷۴۶۸۳
واریانس‌های برابر			۶/۹۰۹	۳۹۸	۰/۰۰۰	۰/۶۴۵۰۰	۰/۰۹۳۳۶	۰/۴۶۱۴۴	۰/۸۲۸۵۶
واریانس‌های نابرابر	۵/۶۰۱	۰/۰۱۸	۶/۹۰۹	۳۸۲/۸۵۹	۰/۰۰۰	۰/۶۴۵۰۰	۰/۰۹۳۳۶	۰/۴۶۱۴۷	۰/۸۲۸۵۳
واریانس‌های برابر			۶/۹۰۹	۳۹۸	۰/۰۰۰	۰/۶۴۵۰۰	۰/۰۹۳۳۶	۰/۴۶۱۴۴	۰/۸۲۸۵۶
واریانس‌های نابرابر	۵/۶۰۱	۰/۰۱۸	۶/۹۰۹	۳۸۲/۸۵۹	۰/۰۰۰	۰/۶۴۵۰۰	۰/۰۹۳۳۶	۰/۴۶۱۴۷	۰/۸۲۸۵۳
واریانس‌های برابر			۵/۲۴۰	۳۹۸	۰/۰۰۰	۰/۴۶۰۰۰	۰/۰۸۷۷۹	۰/۲۸۷۳۶	۰/۶۳۲۶۴
واریانس‌های نابرابر	۱۹/۶۸۷	۰/۰۰۰	۵/۲۴۰	۳۶۴/۲۲۳	۰/۰۰۰	۰/۴۶۰۰۰	۰/۰۸۷۷۹	۰/۲۸۷۴۱	۰/۶۳۲۵۹

بر اساس جدول ۴، می‌توان گفت چون مقدار تست لون در همه متغیرها 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 سلامت اجتماعی، پذیرش اجتماعی، همبستگی اجتماعی، خود شکوفایی اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انسجام اجتماعی بین دو گروه از زنان وجود دارد. نگاهی به معناداری آزمون تی برای واریانس‌های برابر نشان می‌دهد تفاوت معناداری از نظر میانگین سلامت اجتماعی، پذیرش اجتماعی، همبستگی اجتماعی، خود شکوفایی اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انسجام اجتماعی بین دو گروه از زنان وجود ندارد.

با توجه به جدول ۵، می‌توان گفت بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان، رابطه کاملاً معناداری وجود دارد. رابطه بین این دو متغیر به صورت مستقیم است و ضریب آن ۰/۶۷۷ می‌باشد. از آن جایی که میزان خطای رابطه کمتر از ۰/۰۱ است، با احتمال ۹۹ درصد فرض H_1 مورد پذیرش قرار می‌گیرد. ضریب تعیین این رابطه، ۰/۴۶ است. همچنین بین ابعاد چهارگانه حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان شهر مشهد، رابطه معنادار وجود دارد. از نظر میزان همبستگی، حمایت عاطفی با ۰/۶۷ بیشتر از بقیه متغیرها با سلامت اجتماعی، همبستگی دارد. سپس متغیرهای حمایت اطلاعاتی با ۰/۶۶، حمایت ابزاری با ۰/۴۳ و حمایت ارزیابانه با ۰/۳۹ همبستگی در رتبه‌های بعدی قرار دارند.

جدول ۵. آزمون همبستگی پیرسون حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان

سلامت اجتماعی زنان				متغیرها
تعداد	معناداری	ضریب تعیین	ضریب پیرسون	
۴۰۰	۰/۰۰۰	۰/۴۵	۰/۶۷۴	حمایت عاطفی
۴۰۰	۰/۰۰۰	۰/۴۳	۰/۶۶۳	حمایت اطلاعاتی
۴۰۰	۰/۰۰۰	۰/۱۸	۰/۴۳۴	حمایت ابزاری
۴۰۰	۰/۰۰۰	۰/۱۵	۰/۳۹۷	حمایت ارزیابانه
۴۰۰	۰/۰۰۰	۰/۴۶	۰/۶۷۷	حمایت اجتماعی

بر اساس جدول ۶، حمایت اجتماعی در بین زنان غیرسرپرست شهر مشهد، بیشتر از زنان سرپرست خانوار است. این تفاوت حدود ۰/۹۴ است. میانگین در بین زنان غیرسرپرست ۳/۷۰ و برای زنان سرپرست خانوار ۲/۵۸ است.

جدول ۶. آماره‌های حمایت اجتماعی

میانگین خطای استاندارد	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	گروه‌های زنان
۰/۰۴۰۶۰	۰/۵۷۴۱۱	۳/۷۰۸۲	۲۰۰	غیر سرپرست
۰/۰۴۸۴۰	۰/۶۸۴۴۷	۲/۵۸۴۷	۲۰۰	حمایت اجتماعی سرپرست

بر اساس جدول ۷، می‌توان گفت چون مقدار تست لون کمتر از $0/05$ است، بنابراین باید مقدار تی را برای واریانس‌های نابرابر استفاده کرد. نگاهی به معناداری آزمون تی برای واریانس‌های برابر ($0/000$) نشان می‌دهد تفاوت معناداری در سطح ۹۹ درصد از نظر میانگین حمایت اجتماعی بین دو گروه از زنان، وجود دارد.

جدول ۷. آزمون تی حمایت اجتماعی بین گروه‌های زنان سرپرست خانوار و غیرسرپرست

حمایت اجتماعی	تست لون برای برابری واریانس‌ها		تی تست برای برابری میانگین‌ها						
	F	معناداری	t	درجه آزادی	معناداری (دو طرفه)	تفاوت میانگین	تفاوت خطای استاندارد	تفاوت ۹۵ درصد فاصله اطمینان	
								پایین تر	بالا تر
واریانس‌های برابر	۵/۵۸۲	۰/۰۱۹	۱۷/۶۶۰	۳۹۸	۰/۰۰۰	۱/۱۱۵۶۲	۰/۰۶۳۱۷	۰/۹۹۱۴۳	۲۳۹۸۱۱
واریانس‌های نابرابر			۱۷/۶۶۰	۳۸۶/۲۹۹	۰/۰۰۰	۱/۱۱۵۶۲	۰/۰۶۳۱۷	۰/۹۹۱۴۲	۱/۲۳۹۸۲

با توجه به جدول ۸، می‌توان گفت بین سن و سلامت اجتماعی زنان، رابطه کاملاً معناداری وجود دارد. رابطه بین این دو متغیر به صورت معکوس است و ضریب آن $0/13-$ می‌باشد. از آنجایی که میزان خطای رابطه کمتر از $0/01$ است، با احتمال ۹۹ درصد فرض H_1 مورد پذیرش قرار می‌گیرد. ضریب تعیین این رابطه، $0/017-$ است.

جدول ۸. آزمون همبستگی پیرسون بین سن و سلامت اجتماعی زنان

سلامت اجتماعی	
-۰/۱۳۴	ضریب همبستگی پیرسون
-۰/۰۱۷	ضریب تعیین
۰/۰۰۰	معناداری
۴۰۰	تعداد

توجه به جدول ۹، می‌توان گفت بین تحصیلات و سلامت اجتماعی زنان، رابطه کاملاً معناداری وجود دارد. رابطه بین این دو متغیر به صورت مستقیم است و ضریب آن $0/403$ می‌باشد. از آنجایی که میزان خطای رابطه کمتر از $0/01$ است، با احتمال ۹۹ درصد فرض H_1 مورد پذیرش قرار می‌گیرد. ضریب تعیین این رابطه، $0/162$ است.

جدول ۹. آزمون همبستگی پیرسون بین تحصیلات و سلامت اجتماعی زنان

سلامت اجتماعی	
۰/۴۰۳	ضریب همبستگی پیرسون
۰/۱۶۲	ضریب تعیین
۰/۰۰۰	معناداری
۴۰۰	تعداد

جدول بعدی، ارتباط بین متغیرهای مستقل (پیش بین) و وابسته (ملاک) تحقیق را که بر اساس رگرسیون چند متغیره خطی به روش چندگانه توام و به طور همزمان نشان می‌دهد همان‌طور که در جدول ملاحظه می‌شود مجموع مربعات رگرسیون بیشتر از مجموع مربعات باقی مانده است و میانگین مربعات برای رگرسیون نیز که از تقسیم مجموع مربعات رگرسیون بر درجه آزادی به دست آمده است، به طور قابل ملاحظه‌ای، بزرگتر از میانگین مربعات باقی مانده می‌باشد. این نکته به این معنا است که تفاوت معناداری بین این دو وجود دارد.

جدول ۱۰. آزمون اف (آنوا) مدل ۱

مدل ۱	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربع	F	p
رگرسیون	۱۲۶/۱۸۷	۶	۲۱/۰۳۱	۹۱/۹۰۶	۰,۰۰۰
باقی مانده	۸۹/۹۳۲	۳۹۳	۰/۲۲۹	-	-
جمع	۲۱۶/۱۱۸	۳۹۹	-	-	-

جدول بعدی، روابط چند متغیره را نشان می‌دهد که بر اساس آن رابطه ۶ متغیر پیش بین، با یک متغیر ملاک به نام سلامت اجتماعی زنان بررسی می‌شود. بر اساس مقدار معناداری برای متغیرها می‌توان حکم به وجود رابطه بین ۳ متغیر پیش بین با ملاک داد. بر این اساس می‌توان گفت برخلاف روابط دو متغیره که همه متغیرها رابطه کاملاً معناداری با سلامت اجتماعی داشتند، در این بخش، رابطه همزمان متغیرها و تاثیرات آن‌ها بر همدیگر، نتایج متفاوتی را رقم زده است، به طوری که از بین همه متغیرها، متغیرهای حمایت عاطفی، حمایت اطلاعاتی و تحصیلات، ارتباط معناداری را با سلامت

اجتماعی، نشان داده‌اند. معناداری رابطه این متغیرها با سلامت اجتماعی در سطح ۹۹ درصد احتمال صحت، معنادار است. از نظر میزان و شدت رابطه نیز حمایت عاطفی با ضریب بتای ۰/۴۲ قوی‌ترین رابطه را با سلامت اجتماعی دارد. متغیرهای حمایت اطلاعاتی و تحصیلات به ترتیب، از ضرایب بتای ۰/۴۱ و ۰/۱۰ برخوردار هستند.

جدول ۱۱. بررسی میزان تأثیر متغیرهای پیش‌بین بر سلامت اجتماعی زنان (مدل ۲و۱)

معناداری	t	ضرایب استاندارد		مدل ۱	
		ضرایب غیراستاندارد	ضرایب استاندارد		
		بتا	خطای استاندارد	صریب بی	
۰/۰۰۰	۱۳/۷۱۸	-	۰/۱۳۸	۱/۸۹۹	عدد ثابت
۰/۰۰۰	۱۰/۳۶۱	۰/۴۲۵	۰/۰۲۸	۰/۲۹۲	حمایت عاطفی
۰/۰۰۰	۹/۰۲۸	۰/۴۱۲	۰/۰۳۳	۰/۳۰۱	حمایت اطلاعاتی
۰/۳۴۶	-۰/۹۴۴	-۰/۰۳۹	۰/۰۳۰	-۰/۰۲۸	حمایت ابزاری
۰/۹۵۶	-۰/۰۵۵	-۰/۰۰۲	۰/۰۳۲	-۰/۰۰۲	حمایت ارزیابانه
۰/۶۷۵	-/۴۲۰	-۰/۰۱۴	۰/۰۰۲	-۰/۰۰۱	سن
۰/۰۰۸	۲/۶۷۲	۰/۱۰	۰/۰۰۵	۰/۰۱۴	تحصیلات
مدل ۲					
۰/۰۰۰	۲۲/۱۰۳	-	۰/۰۸۲	۱/۸۱۱	عدد ثابت
۰/۰۰۰	۱۰/۵۰۸	۰/۴۲۰	۰/۰۲۷	۰/۲۸۸	حمایت عاطفی
۰/۰۰۰	۹/۸۲۶	۰/۳۹۳	۰/۰۲۹	۰/۲۸۷	حمایت اطلاعاتی
۰/۰۰۷	۲/۷۲۶	۰/۰۹۸	۰/۰۰۵	۰/۰۱۳	تحصیلات

بر اساس جدول ۱۲، مقدار ضریب همبستگی چندگانه معادل ۰/۷۶۴ است که رابطه نسبتاً قوی بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک را نشان می‌دهد. همچنین با توجه به مقدار R^2 می‌توان گفت که حدود ۵۸ درصد از تغییرات متغیر سلامت اجتماعی زنان، توسط متغیرهای مذکور، تبیین می‌شود.

جدول ۱۲. خلاصه مدل (ضرایب همبستگی رگرسیون) مدل ۲و۱

مدل	ضریب همبستگی پیرسون	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل یافته	خطای استاندارد ارزیابی
۱	۰/۷۶۴	۰/۵۸۴	۰/۵۷۸	۰/۴۷۸۳۷
۲	۰/۷۶۳	۰/۵۸۳	۰/۵۸۰	۰/۴۷۷۱۸

همان‌طور که در جدول ۱۲ و ۱۳ ملاحظه می‌شود مجموع مربعات رگرسیون در مدل ۲ نیز بیشتر از مجموع مربعات باقی مانده است و میانگین مربعات برای رگرسیون نیز که از تقسیم مجموع مربعات رگرسیون بر درجه آزادی به دست آمده است، به طور قابل ملاحظه‌ای، بزرگتر از میانگین مربعات باقی مانده می‌باشد. این نکته به این معنا است که در مدل ۲ نیز تفاوت معناداری بین این دو وجود دارد.

جدول ۱۳. آزمون اف (آنوا) مدل ۲

مدل ۲	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربع	F	p
رگرسیون	۱۲۵/۹۴۸	۳	۴۱/۹۸۳	۱۸۴/۳۷۶	۰/۰۰۰
باقی مانده	۹۰/۱۷۰	۳۹۶	۰/۲۲۸	-	-
جمع	۲۱۶/۱۱۸	۳۹۹	-	-	-

در مدل ۲ جدول ۱۱، روابط چند متغیره را نشان می‌دهد که بر اساس آن رابطه ۳ متغیر پیش بین با یک متغیر ملاک، بررسی می‌شود. بر اساس مقدار معناداری برای متغیرها می‌توان حکم به وجود رابطه بین هر ۳ متغیر پیش بین و ملاک داد. معناداری رابطه سه متغیر حمایت عاطفی، حمایت اطلاعاتی و تحصیلات با متغیر سلامت اجتماعی زنان، در سطح ۹۹ درصد احتمال صحت است. از نظر میزان و شدت رابطه نیز، متغیرهای حمایت عاطفی، حمایت اطلاعاتی و تحصیلات به ترتیب با ضرایب بتای ۰/۴۲، ۰/۳۹ و ۰/۰۹ قرار دارند.

بنابراین بر اساس جدول ۱۲ مدل ۲ مقدار ضریب همبستگی چندگانه معادل ۰/۷۶۳ است که رابطه نسبتاً قوی بین متغیرهای پیش بین و ملاک را نشان می‌دهد. همچنین با توجه به مقدار R^2 می‌توان گفت که ۵۸ درصد از تغییرات متغیر سلامت اجتماعی زنان، توسط متغیرهای مذکور تبیین می‌شود.

بحث و نتیجه گیری

همانگونه که اشاره شد یکی از گروه‌هایی که توجه به سلامت اجتماعی آنها مسأله‌ی مهمی است، زنان سرپرست خانوار هستند. زنان از جمله اقشار آسیب‌پذیر جامعه‌اند و در این میان، زنان سرپرست خانوار بیش از سایر زنان در معرض آسیب‌های اجتماعی قرار می‌گیرند. زنان سرپرست خانوار، زنانی هستند که به دلایل متعدد از جمله فوت همسر، متارکه، طلاق، از کارافتادگی یا مفقودالایر بودن همسر و ... سرپرستی خانواده‌ی خود را برعهده گرفته‌اند و زندگی آنها با تنشها و فشارهای متعددی همراه است که سلامتی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. پایین بودن سلامت اجتماعی، در عصر ارتباطات و جهانی سازی موجب افزایش آسیب‌پذیری افراد در ابعاد روانی، خودکشی، گرایش به مصرف دخانیات و سایر آسیب‌های اجتماعی می‌شود و از جمله موضوعاتی است که به طور ویژه باید مورد توجه قرار گیرد. با توجه به اهمیت موضوع ارتباط بین ابعاد مختلف حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی، در پژوهش حاضر به بررسی تأثیر ابعاد مختلف حمایت اجتماعی (عاطفی، ابزاری، اطلاعاتی و ارزیابانه) و متغیرهای جمعیتی پرداخته

شده است نتایج تحلیل رگرسیونی نیز نشان می‌دهد که بین مجموعه متغیرهای مستقل و متغیر وابسته‌ی همبستگی وجود دارد. بین میزان سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار و زنان غیرسرپرست خانوار تفاوت معناداری وجود دارد و میزان سلامت اجتماعی سرپرست خانوار به مراتب کمتر از زنان غیرسرپرست خانوار بوده است این میزان در هر یک از ابعاد سلامت اجتماعی نیز نشان از تفاوت معنادار در بین دو گروه و پایین بودن آنها در بین زنان سرپرست خانوار دارد با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان گفت خود پدیده سرپرست و غیرسرپرست بودن تأثیری زیادی بر سلامت اجتماعی زنان داشته است زیرا سرپرست بودن زنان مشکلات پیرامونی زیادی را برای آنها بوجود آورده است

اغلب مطالعات انجام شده در حوزه سلامت اجتماعی در ایران، با بهره‌گیری از نظریه سلامت اجتماعی کیز انجام شده است. این تحقیق نیز با استفاده از نظریه کیز انجام شده است و نتایج گویای آن است که میانگین ابعاد سلامت اجتماعی، غیر از انسجام اجتماعی در گروه زنان سرپرست خانوار، بالاتر از حد متوسط است. بالاترین میانگین مربوط به مشارکت اجتماعی با عدد ۳/۵۲ است. در گروه زنان غیرسرپرست، بالاترین میانگین، مربوط به پذیرش اجتماعی با مقدار ۴/۶۶ است که نزدیک به خیلی زیاد و پایین‌ترین میانگین مربوط به انسجام اجتماعی در حد تقریباً متوسط است. به طور کلی، سلامت اجتماعی در گروه زنان غیرسرپرست، زیاد و در گروه زنان سرپرست، کمی بیش‌تر از حد متوسط است. مقایسه حمایت اجتماعی و ابعاد چهارگانه آن در دو گروه نیز نشان می‌دهد که در گروه زنان سرپرست، همه ابعاد حمایت اجتماعی در حد ضعیف تا کمتر از متوسط هستند. قوی‌ترین بعد حمایت در این گروه با میانگین ۲/۹۶ مربوط به حمایت ابزاری و ضعیف‌ترین، مربوط به حمایت ارزیابانه با میانگین ۱/۵۱ است. در گروه زنان غیرسرپرست، بالاترین میانگین، مربوط به بعد ابزاری با میانگین ۴/۲۱ و پایین‌ترین میانگین، مربوط به حمایت ارزیابانه با میانگین ۲/۳۹ است. میانگین حمایت اجتماعی در این گروه، ۳/۷۰ و در گروه زنان سرپرست، ۲/۵۹ است. نتایج آزمون فرضیه‌های اول و دوم، نشان می‌دهد که هم حمایت اجتماعی و هم سلامت اجتماعی در گروه زنان غیرسرپرست، تفاوت معناداری با زنان سرپرست دارند. از نظر همبستگی حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی، می‌توان گفت، با وجود رابطه معنادار در هر دو گروه، میزان همبستگی این متغیرها در بین زنان سرپرست، بیشتر از زنان غیرسرپرست است. در حالی که ضریب تعیین در گروه زنان سرپرست خانوار ۰/۳۳ است، این ضریب در گروه غیرسرپرست، ۰/۲۱ می‌باشد. در نهایت پیشنهاد می‌شود که مهارت‌ها و ظرفیت‌های شغلی و کسب درآمد برای زنان از طریق خوداشتغالی و مشاغل خانگی توسعه یابد و همچنین از مشاغل خانگی و تسهیل شرایط بیمه برای زنانی که دارای مشاغل خانگی هستند حمایت شود.

منابع

بخارایی، احمد، شربتیان، محمدحسن، طوافی، پویا. (۱۳۹۴). «مطالعه جامعه‌شناختی رابطه نشاط با سلامت اجتماعی (جوانان ۱۸ تا ۳۰ سال شهرستان ملایر)». *برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، ۲۵(۷)، ۱-۳۹.

حسینی درمیان، غلامرضا و همکاران (۱۳۹۸) « بررسی عوامل اجتماعی مرتبط با سلامت (مورد مطالعه: شهروندان سی ساله و بالاتر شهر مشهد)». فصلنامه مطالعات جامعه‌شناختی شهری دانشگاه آزاد

- اسلامی واحد دهقان، (۹)۳۲، ۸۵-۱۱۴.
- رضائی مهدی، محمودی فاطمه (۱۳۹۸) بازسازی معنایی کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار در کردستان: یک مطالعه کیفی، فصلنامه جامعه شناسی کاربردی، ۳۰(۱)، ۱۴۳-۱۵۶
- شیانی ملیحه؛ زارع حنان. (۱۳۹۸). فراتحلیل مطالعات زنان سرپرست خانوار در ایران، مطالعات جامعه شناختی (نامه علوم اجتماعی سابق) ۲۶(۲)، ۶۷-۹۷.
- شربتیان محمد حسن. (۱۳۹۸). بررسی شاخص‌های سلامت اجتماعی زنان شهر فردوس، فصلنامه مطالعات فرهنگی اجتماعی خراسان، ۱۴(۱)، ۲۳-۴۷
- کلدی، علی. و سلحشوری، پریسا. (۱۳۹۱). «بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر توانمندسازی زنان». مجله مطالعات توسعه اجتماعی ایران، ۴(۴)، ۷-۲۲.
- مقدم تبریزی فاطمه، شیخی ناصر، نجفی سهیلا (۱۳۹۸) بررسی وضعیت رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی و ارتباط آن با خودکارآمدی و حمایت اجتماعی در زنان سرپرست خانوار حاشیه شهر ارومیه. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا. ۲۷ (۶)، ۳۹۴-۴۰۴
- محسنی تبریزی، علیرضا. و نوابخش، محمدرضا. (۱۳۹۵). «بررسی سلامت اجتماعی شهروندان تهرانی و عوامل موثر بر آن (نمونه موردی: منطقه ۳ شهر تهران)». مجله مطالعات توسعه اجتماعی ایران، ۸(۴)، ۱۱۱-۱۲۸.
- مرکز آمار ایران. (۱۳۹۰). نتایج سرشماری نفوس و مسکن ۱۳۹۵. تهران: مرکز آمار ایران.
- مرکز آمار ایران. (۱۳۹۵). نتایج سرشماری نفوس و مسکن ۱۳۹۵. تهران: مرکز آمار ایران.
- نصیری فخرالسادات، عبدالملکی شوبو. (۱۳۹۵) بین ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده با کیفیت زندگی با نقش میانجی استرس ادراک شده در زنان سرپرست خانوار شهر سنندج، فصلنامه جامعه شناسی کاربردی، ۲۷(۴)، ۹۹-۱۱۶

Shiyani, M., & Zare, H. (2020). A meta-analysis of female-headed household studies in Iran. *Sociological Review*, 26(2), 67-97.

El-Lawindi, M. I., Sabry, H. A., & Elsebaie, E. H. (2019). Household headship and women's health: An exploratory study from Egypt. *Egyptian Journal of Community Medicine*, 37(2).

Mwangi, C. (2017). *An assessment of impact of poverty on female headed households in Kangemi, Kenya* (Doctoral dissertation, University of Nairobi).