



بررسی ارتباط بین حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت اجتماعی زنان مطلقه

آزاده عجم^۱، محسن دوستکام^۲

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی موسسه آموزش عالی خراسان، مشهد، ایران

۲- استادیار موسسه آموزش عالی عطار، مشهد، ایران

ایمیل نویسنده: azadehajam44@gmail.com

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه میان حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت اجتماعی زنان با میانجیگری تاب آوری زنان مطلقه انجام گرفته است. روش این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی می باشد و جامعه آماری کلیه زنان مطلقه مراجعه کننده به کمیته امداد شهرستان آزادشهر هستند که از بین آنها ۱۴۹ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و با اتکا به جدول کریجسی و مورگان برگزیده شدند. برای گردآوری داده ها و اطلاعات لازم از پرسشنامه های تاب آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت، داهلم، زیمت و فارلی (۱۹۸۸) و سلامت اجتماعی کبیز (۲۰۰۴) بهره برداری شده است. در نهایت برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزارهای آماری PLS و SPSS، مبتنی بر محاسبه ضریب همبستگی پیرسون و مدل معادلات ساختاری SEM جهت تصمیم گیری در خصوص پذیرش یا عدم پذیرش فرضیه های پژوهش مورد استفاده قرار گرفته شد.

یافته ها و نتایج: یافته ها نشان داد که بین حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت اجتماعی زنان مطلقه ارتباط مثبت و معنی داری وجود دارد.

کلمات کلیدی: تاب آوری، حمایت اجتماعی ادراک شده، زنان مطلقه، سلامت اجتماعی.

مقدمه

خانواده اساسی ترین نهاد اجتماعی در زندگی انسان و حیات بشری است. خانواده پناهگاهی امن برای تمام اعضاء خویش است و مکانی است که می بایست بستر لازم برای رشد و شکوفایی اعضاء خود را مهیا نماید. گسست و جدایی در خانواده می تواند زمینه ساز آسیب شود. آسیبها یا مشکلات خانوادگی، مجموعه رخدادهایی هستند که به یک یا چند تن از اعضا یا همه آنها و یا به طور کلی بر کل پیکره اعضای خانواده تحمیل می شوند و همه ی اعضای خانواده را تحت تاثیر قرار می دهند. برخی از این مشکلات مانند طلاق و مشکلات والدینی، به مسائل ارتباطی خانواده مربوط می شود. طلاق به عنوان یکی از پدیده های اجتماعی در خانواده همواره مورد تاکید بسیاری از متخصصین حوزه های اجتماعی بوده است. پدیده طلاق، دارای پیامدهای روانی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی است که بر ارکان زندگی افراد در خانواده تاثیر می گذارد. در قرن نوزدهم تنها حدود 5 درصد ازدواج ها به طلاق ختم می شود. ولی در قرن بیستم و امروز حدود نیمی از ازدواج ها به طلاق ختم می شود. محققان



عواملی مانند استقلال زنان، کاهش درآمد مردان بدون مدارج دانشگاهی، افزایش انتظارات شخص از ازدواج و پذیرش اجتماعی بیشتر طلاق را در این موضوع دخیل می دانند (پروین و همکاران، ۱۳۹۱).

طلاق یک پدیده دردناک برای زنان است که تأثیر منفی بر سلامت روان زنان مطلقه دارد. سلامت روان حالتی از تندرستی است که به صورت توانایی برای غلبه بر فشارهای زندگی، رهاسازی از اضطراب و علائم و توانایی برقراری روابط سازنده با دیگران تعریف می شود. زنان مطلقه در زمینه سلامت روان با مشکلات عدیده ای همراه هستند (حسینیان، ۱۳۸۲).

برای اولین بار کوب^۱ حمایت اجتماعی را به عنوان آگاهی تعریف کرد که به واسطه ی آن فرد باور می کند که مراقبت شده و دوست داشته می شود، دارای ارزش، اعتبار و احترام است و متعلق به شبکه ای از ارتباطات و تعهدات دوسویه می باشد. دیگر محققان حمایت اجتماعی را تبادلات بین فردی می دانند که شامل عاطفه، تأیید و تصدیق، مساعدت و یاری، تشویق و اعتبار دادن به احساسات است. حمایت اجتماعی به عنوان شبکه ی حمایتی به سیستمی با دامنه ی بزرگ تا کوچک از افراد اشاره دارد که زمان نیاز به کمک، قابل دسترس باشند. حمایت اجتماعی به صورت حمایت دریافتی و ادراک شده مفهوم سازی می شود. حمایت اجتماعی دریافتی، اعمالی را در بر می گیرد که به وسیله ی اعضای شبکه ی اجتماعی انجام می شود تا به فردی که نیاز دارد، کمک شود. حمایت اجتماعی ادراک شده، مفهومی است که به ارزیابیهای ذهنی افراد درباره ی روابط و رفتارهای حمایتی اشاره دارد.

حمایت اجتماعی را می توان بهعنوان مجموعه ی گسترده ای از عوامل حمایتی (برای مثال، احساس تعلق داشتن، مورد عشق و علاقه قرار گرفتن) که به روابط اجتماعی با دیگران منجر می شود، تعریف نمود (وانگ، من، لیولد ایوانس، ما و جانسون^۲، ۲۰۱۸). به عبارتی دیگر، حمایت اجتماعی، اشاره به سیستم حمایتی دارد که فرد کمک های عاطفی، مالی، اجتماعی و شناختی را از محیط اطراف خود دریافت می کند (کوماگیز و ساهین^۳، ۲۰۱۷).

حمایت اجتماعی از سه منبع حاصل می شود: همسر و یا فرد خاص، دوستان و اعضای خانواده (پدر و مادر، خواهران و برادران و فرزندان) و به سه حالت صورت می گیرد: حمایت مادی (مانند تأمین پول و شغل)، حمایت عاطفی و معنوی (مانند همدردی، عشق و مراقبت) و حمایت اطلاعاتی (مانند مشورت و ارائه پیشنهادات و اطلاعات). اینکه افراد به چه خوبی زندگی می کنند مرتبط با میزان حمایت اجتماعی است که از اجتماع اطراف به دست می آورند. کمیت حمایت اجتماعی بر اساس تعداد دوستان و تعداد تماس هایی که فرد با این دوستان برقرار می کند و نیز میزان رابطه و تماس هایی که با خانواده و همسر دارد، تعریف می شود. به بیان دیگر، لغت حمایت اجتماعی اشاره دارد بر فرایندی که طی آن کمک به دیگران انجام می شود و این فرایند هم متأثر از خصوصیات محیط اجتماعی و اطرافیان فرد است. البته کیفیت روابط اجتماعی مهم تر از کمیت این روابط است (تریپت^۴، دینلین^۵، رینکی^۶، ۲۰۱۵).

حمایت اجتماعی به کاهش فشار روانشناختی در دوره های بحران کمک می کند و سلامت روان افراد را تحت تأثیر قرار می دهد (پاک نهاد و مداحی، ۱۳۹۶). مطالعات نشان داده هرچه میزان حمایت اجتماعی بیشتر باشد افراد از لحاظ سلامت روان وضعیت بهتری دارند (ابراهیمی پرگو، عابدی و عریضی؛ ۱۳۹۲) و (علیپور، صحرائیان، علی اکبری و حاجی آقابابایی، ۱۳۹۰)؛ و (حبیب اللهی، بنی جمالی، سوداگر و صبحی قراملکی، ۱۳۹۷)، (گیلمور، ماچین، برونلو و جفرایس^۷، ۲۰۲۰) نیز در پژوهشی به بررسی رابطه حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی افراد پرداختند؛ نتایج نشان داد که رابطه معناداری بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی افراد وجود دارد. افراد بهره مند از حمایت اجتماعی در مقایسه با افراد بی بهره، از نظر سلامتی در شرایط مناسبتری قرار می گیرند و با بالاتر رفتن آن، میزان سلامت روانی نیز افزایش و ابتلا به نشانه ها و اختلالات بالینی جدی،

¹ Cobb

² Wang, Mann, Lloyd-Evans, Ma & Johnson

³ Kumcagiz & Sahin

⁴ Trepte

⁵ Dienlin

⁶ Reinecke

⁷ Gilmour, Machin, Brownlow & Jeffries



کاهش می یابد (امیدیان، اسماعیل پتور، اشکفتکی، ۱۳۹۹). در تحقیق جمالی، نوروزی و طهماسبی (۱۳۹۳) دانشجویان برخوردار از حمایت اجتماعی بالا، در نشان دادن شایستگیهای تحصیلی و اجتماعی موفقترند و در نهایت از سلامت روان بهتری سود می برند.

متغیر دیگری که در این پژوهش قابل بررسی است سلامت اجتماعی^۱ است. سلامت در طول سده ها از یک مفهوم انفرادی به یک هدف جهانی مبدل گشته و تحقق آن منوط به تامین سطح مناسبی از کیفیت زندگی شده است (بلانکو و دیاز^۲، ۲۰۱۷). سلامت اجتماعی در کنار سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی ارکان مهم سلامت عمومی را تشکیل می دهد. مفهوم سلامت اجتماعی، به عنوان توانایی فرد در برقراری روابط معنادار با افراد دیگر و تعامل به روشهای سالم و مثبت تعریف می شود (اسلام^۳، ۲۰۱۹). نحوه برقراری ارتباط با افراد پیرامون خود، تطبیق با موقعیتهای مختل اجتماعی و احساس تعلق خاطر، همه به سلامت اجتماعی فرد کمک می کند. همچنین سلامت اجتماعی به عنوان یکی از مؤلفه های مهم سلامت نقش مهمی در حصول اطمینان از پویایی و کارایی هر جامعه ایفا می کند و یکی از معیارهای ارزیابی سلامت در جوامع مختل به حساب می آید (وگت و داروس^۴، ۲۰۱۷).

این ویژگی اجتماعی در واقع مستلزم مشارکت اجتماعی، زندگی سازگار با افراد دیگر، ایجاد روابط مثبت با سایر افراد جامعه و داشتن روابط سالم است (بوس، بلومل، نییس و بارنیگوسن^۵، ۲۰۱۷). با این حال عوامل مختلفی وجود دارد که با سلامت اجتماعی افراد مرتبط بوده و می تواند آن را پیش بینی کند. از نظر دورکیم^۶ هر نوع قطع ارتباط بین فرد و جامعه به گونه ای که افراد در چارچوبهای اجتماعی جذب نگردند، زمینه ای آنومیک و مساعد برای رشد انحرافات اجتماعی می باشد. در چنین حالتی یک نوع فردگرایی افراطی، خواسته های فردی را در مقابل حیات اجتماعی قرار می دهد (توسلی، ۱۳۸۲). از نظر وی هر نوع ورطه یا فاصله بین فرد و جامعه که به عدم ادغام افراد در چارچوبهای اجتماعی می انجامد به انحرافات اجتماعی میدان می دهد. گذشته از آن، روابط اجتماعی علاوه بر تامین انواع حمایت، زمینه ای را برای صمیمیت و وابستگی فراهم می کند. صمیمیت و وابستگی تنها در روابط خویشاوندی معنا پیدا نمی کند، بلکه در مورد پیوندهای بیرونی نیز معنا می یابد، مثلاً وقتی که روابط در سطح اجتماع محکم و منسجم باشد، افراد وابستگی و تعلق خاطر به مکان ها و سازمان ها احساس می کنند و با افرادی که در چنین سازمان ها و مکان ها زندگی می کنند نیز روابط صمیمانه ای برقرار می کنند. شبکه های اجتماعی از طرق دیگر نیز ممکن است بر سلامتی تاثیر بگذارند. نظر به اینکه ماهیت زندگی اجتماعی همواره با چالش هایی مواجه است و پیامدهای عدیده ای را برای فرد بدنبال دارد، لذا غفلت از جنبه ها و ابعاد سلامت اجتماعی می تواند پیامدهای ناگواری را برای سلامت فرد و اجتماع در پی داشته باشد (شربتیان، ۱۳۹۱).

اهمیت سلامت اجتماعی در این است که افراد دارای سلامت اجتماعی می توانند با موفقیت بیشتری با مشکلات ناشی از ایفای نقش های کلیدی اجتماعی کنار بیایند. آن ها در خانواده های با ثبات و منسجم تری زندگی می کنند، تمایل بیشتری به شرکت در فعالیتهای گروهی دارند و باید انتظار داشت که بیشتر با هنجارهای اجتماعی مطابقت داشته باشند. این وضعیت می تواند نقش مهمی در جلوگیری از انحراف داشته باشد که ابعادی فراتر از حوزه رفتار فردی دارد (فتحی و همکاران، ۲۰۱۳). از آنجا که موتور اصلی حرکات، رفتار و نگرش های ما در جهت کیفی، تفکر ماست؛ و انسان می تواند با اتکا به آن مسائل و پدیده های پیرامون خود را تجزیه و تحلیل کند و به عملکرد خود جهت دهد، داشتن تفکرات اجتماعی صحیح و برخورداری فرد از ذهنیت مثبت نسبت به جامعه برای داشتن زندگی اجتماعی بهتر، اولین و مهم ترین مرحله از سلامت اجتماعی است (سام آرام، ۱۳۸۸). افرادی که احساس همبستگی در آنها در حد مطلوبی می باشد، وضعیت سلامتی خود را مناسب توصیف

¹ social well being

² Blanco & Diaz

³ Islam

⁴ Vugt & Dröes

⁵ Busse, Blümel, Knieps & Bärnighausen

⁶ Durkheim



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

می کنند. مولفه های اساسی این مفهوم عبارتند از اینکه جهان بیرونی به عنوان جهانی قابل فهم، قابل اداره و پر معنا تجربه می شود که در این صورت وجود احساس قوی از همبستگی می تواند به عنوان مانعی در برابر آثار مخرب استرس قرار گیرد (خیراله پور، ۱۳۸۳). زنان مطلقه از جمله گروه های آسیب پذیر اجتماعی هستند که با موانع و مشکلات زیادی مواجه اند که قرار گرفتن در چنین موقعیت و جایگاه اجتماعی در بخش قابل توجهی از حالت ها زمینه ساز آسیب های اجتماعی می شود.

روش اجرای پژوهش

در انجام پژوهش حاضر، از طرح توصیفی و از نوع همبستگی آن، استفاده شده است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مطلقه مراجعه کننده به کمیته امداد شهرستان آزادشهر بودند که از بین آنها ۱۴۹ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند.

تعریف متغیرها

تعاریف مفهومی

حمایت اجتماعی ادراک شده: مفهوم حمایت اجتماعی ادراک شده به صورت ارزیابی شناختی فرد از محیط و روابط با دیگران تعریف شده است (مارتینز^۱، ۲۰۱۵). در حمایت اجتماعی ادراک شده ارزیابی های فرد از در دسترس بودن حمایتها در مواقع ضروری و مورد نیاز بررسی می شود. افرادی که با واقعه ی فشارزا مواجه می شوند از طریق تبادل ارزیابی ها می توانند میزان تهدیدآمیز بودن یک واقعه را تعیین کنند و از پیشنهاداتی برای چگونگی اداره ی آن سود ببرند (هلانگ^۲، ۲۰۱۲).

سلامت اجتماعی: عبارت است از ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت و روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروههای اجتماعی که وی عضوی از آنهاست. طبق این تعریف شاخصهای سلامت اجتماعی عبارتند از: انسجام، پذیرش، شکوفایی، انطباق و مشارکت اجتماعی. منظور از انسجام اجتماعی یعنی ارزیابی کیفیت روابط فرد در جامعه و گروه اجتماعی که به آن تعلق دارد. پذیرش اجتماعی یعنی دیدگاه مطلوب نسبت به دیگران و شکوفایی اجتماعی به ارزیابی توانمندیهای بالقوه اجتماع به صورت کلی بر می گردد. مشارکت اجتماعی باوری است که طبق آن فرد خود را عضو حیاتی اجتماع می داند و انطباق اجتماعی یعنی درک اجتماع به صورت هوشمند، قابل درک و قابل پیش بینی (کییز، ۱۹۹۱).

تعاریف عملیاتی

حمایت اجتماعی ادراک شده: منظور از حمایت اجتماعی ادراک شده در این پژوهش، نمره ای است که آزمودنی از پرسشنامه ۱۲ سوالی زیمت و فارلی^۳ (۱۹۹۸) به دست می آورد.

سلامت اجتماعی: در این پژوهش منظور از سلامت اجتماعی نمره ای است که فرد در پرسشنامه ۲۰ سوالی کییز ۱۹۹۸ کسب می کند.

ابزارهای پژوهش

ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل: ۱- پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت، داهلم، زیمت و فارلی (۱۹۸۸). ۲- پرسشنامه سلامت اجتماعی کییز (۲۰۰۴).

پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده (MSPSS)^۴:

^۱ Martinze

^۲ Hollang

^۳ Zimt & Farley

^۴ perceived social support questionnaire(MSPSS)



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

این پرسشنامه در سال ۱۹۸۸ توسط زیمت، داهلم، زیمت و فارلی^۱ طراحی و تدوین شد. مقیاس چندی بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده، یک ابزار ۱۲ سوالی است که به منظور ارزیابی حمایت اجتماعی ادراک شده از سه خرده مقیاس دوستان^۲، خانواده^۳ و دیگران مهم^۴ طراحی شده است. هدف از طراحی مقیاس چندی بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده، سنجش میزان دریافت حمایت اجتماعی ادراک شده از سه خرده مقیاس دوستان، خانواده و دیگران مهم در شرکت کنندگان می باشد، چرا که دریافت کم میزان حمایت اجتماعی ادراک شده، با میزان بالای اضطراب و افسردگی در افراد همراه می باشد.

نمره گذاری این پرسشنامه، به صورت طیف لیکرتی ۷ درجه ای از کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۷) در نظر گرفته شده است. بنابراین، آزمودنی در هر سوال از این پرسشنامه، نمره ای از ۱ تا ۷ کسب می کند. تفسیر پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت به صورت استاندارد به دو صورت قابل انجام است. در این پرسشنامه نمره بالای فرد، بیانگر برخورداری بیشتر از حمایت اجتماعی ادراک شده است. روایی و پایایی این مقیاس توسط زیمت و همکاران در حد مطلوب گزارش شده است. رستمی (۱۳۸۹) ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس های حمایت اجتماعی را بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۹ به دست آورده اند. سلیمی، جوکار و نیک پور (۱۳۸۸) پایایی مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای سه بعد حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۶ و ۰/۸۲ گزارش کرده اند. همچنین لوچنر و سیدات^۵ (۲۰۱۸)، در بررسی ویژگی های روان سنجی مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده با استفاده از تحلیل عاملی تاییدی نشان دادند که ساختار سه عامل این مقیاس، برازش قابل قبول با داده ها دارد.

پرسشنامه سلامت اجتماعی کیبیز^۶ (KSWBQ):

پرسشنامه سلامت اجتماعی کیبیز شامل ۲۰ سوال بوده و ۵ زیرمقیاس را مورد بررسی قرار می دهد. توسط کیبیز در بنیاد علمی مک آرتور ایالات متحده آمریکا به سال ۲۰۰۴ ساخته شده است و در چندین دوره مطالعاتی روایی و پایایی آن مورد آزمون واقع شده است. مؤلفه های این پرسشنامه شامل شکوفایی اجتماعی سوالات ۱ تا ۴، همبستگی اجتماعی سوالات ۵ تا ۷، انسجام اجتماعی سوالات ۸ تا ۱۰، پذیرش اجتماعی سوالات ۱۱ تا ۱۵، مشارکت اجتماعی سوالات ۱۶ تا ۲۰ می باشد. نمره گذاری این پرسشنامه بر اساس طیف ۵ درجه ای لیکرت (خیلی زیاد = ۵، زیاد = ۴، متوسط = ۳، کم = ۲، خیلی کم = ۱) است و گویه های ۱ و ۶ و ۱۳ و ۱۴ و ۱۵ و ۱۷ و ۱۸ و ۱۹ و ۲۰ نمره گذاری معکوس دارند پورستار و حکمتی (۱۳۸۹) برای بررسی روایی این ابزار از همسانی درونی استفاده نمودند و آلفای کرونباخ بدست آمده برای کل مقیاس ۰/۷۸ می باشد.

یافته ها:

با توجه به جداول سطح معنی داری بین دو متغیر حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی برابر ۰/۰۰۶ با آماره تی (عدد معنی داری) ۲/۵۱۴ می باشد. سطح معنی داری از ۰،۰۵ کوچکتر و آماره تی از ۱،۹۶ بزرگتر می باشد. بنابراین فرض صفر رد و فرض مقابل تایید می شود. ضریب مسیر برابر ۰/۲۶۲ بوده که میزان تاثیرگذاری متغیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی می باشد.

جدول ۱- توزیع پاسخگویان بر حسب سن

| درصد فراوانی | فراوانی | سن (سال) |
|--------------|---------|----------|
|--------------|---------|----------|

¹ Zimet, Dahlem, Zimet & Farley

² friends

³ family

⁴ significant Other

⁵ Lochner & Sedat

⁶ social health questioner



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر



| | | |
|-------|-----|----------|
| ۰.۲ | ۳ | زیر ۲۰ |
| ۶.۳۷ | ۵۶ | ۲۰-۳۰ |
| ۳.۴۸ | ۷۲ | ۳۰-۴۰ |
| ۱.۱۲ | ۱۸ | بالای ۴۰ |
| ۰.۱۰۰ | ۱۴۹ | جمع |

جدول ۱ نشان دهنده آن است که از بین ۱۴۹ نفر پاسخ دهنده به پرسشنامه بیشترین درصد پاسخگویان در رده سنی زیر ۳۰ تا ۴۰ سال با ۷۲ نفر معادل ۴۸/۳ درصد می باشند.

جدول ۲- توزیع پاسخگویان برحسب میزان تحصیلات

| درصد فراوانی | فراوانی | تحصیلات |
|--------------|---------|---------------|
| ۷.۲ | ۴ | زیر دیپلم |
| ۶.۴۵ | ۶۸ | دیپلم |
| ۹.۳۶ | ۵۵ | کارشناسی |
| ۸.۱۴ | ۲۲ | کارشناسی ارشد |
| ۰.۱۰۰ | ۱۴۹ | جمع |

جدول ۲ نشان دهنده آن است که از بین ۱۴۹ نفر پاسخ دهنده به پرسشنامه از نظر وضعیت تحصیلات، بالاترین فراوانی مقطع تحصیلی دیپلم با ۶۸ نفر معادل ۴۵/۶ درصد مشاهده شد.

جدول ۳- توزیع پاسخگویان برحسب تعداد فرزند

| درصد فراوانی | فراوانی | تعداد فرزند |
|--------------|---------|-------------|
| ۹.۳۰ | ۴۶ | ۰ |
| ۰.۴۵ | ۶۷ | ۱ |
| ۸.۱۶ | ۲۵ | ۲ |
| ۷.۶ | ۱۰ | ۳ |
| ۷. | ۱ | ۴ |
| ۰.۱۰۰ | ۱۴۹ | جمع کل |

جدول ۳ نشان دهنده آن است که از بین ۱۴۹ نفر پاسخ دهنده به پرسشنامه از نظر وضعیت تعداد فرزند ، بالاترین فراوانی فرزند شامل ۱ فرزند با ۶۷ نفر معادل ۴۵ درصد بوده اند.

جدول ۴- توزیع پاسخگویان برحسب حضانت بچه

| درصد فراوانی | فراوانی | حضانت بچه |
|--------------|---------|-----------|
| ۷.۴۹ | ۷۴ | خیر |
| ۳.۵۰ | ۷۵ | بله |



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

| | | |
|-----|-----|-------|
| جمع | ۱۴۹ | ۰.۱۰۰ |
|-----|-----|-------|

جدول ۴ نشان دهنده آن است که از بین ۱۴۹ نفر پاسخ دهنده به پرسشنامه از نظر وضعیت حضانت بچه، بالاترین فراوانی با ۷۵ نفر معادل ۵۰/۳ درصد دارای حضانت بچه بودند.

جدول ۵- شاخص‌های مرکزی، پراکندگی متغیرهای تحقیق

| انحراف معیار | میانگین | بیشترین مقدار | کمترین مقدار | حجم نمونه | |
|--------------|---------|---------------|--------------|-----------|----------------------|
| ۲۳۳.۰ | ۱۲۷.۳ | ۴ | ۳ | ۱۴۹ | سلامت اجتماعی |
| ۷۳۵.۰ | ۲۶۸.۳ | ۵ | ۱ | ۱۴۹ | حمایت اجتماعی |
| ۶۶۴.۴ | ۵۳۷.۶۲ | ۸۰ | ۵۳ | ۱۴۹ | امتیاز سلامت اجتماعی |
| ۸۱۶.۸ | ۲۱۵.۳۹ | ۶۰ | ۱۶ | ۱۴۹ | امتیاز حمایت اجتماعی |

بر اساس جدول ۵ متغیر سلامت اجتماعی دارای میانگین ۳/۱۲۷ در مقیاس طیف لیکرت و امتیاز ۶۳ و انحراف معیار ۰/۲۳۳ می‌باشد. بنابراین این متغیر در مقایسه با طیف لیکرت ۱ تا ۵ پرسشنامه در وضعیت خوب می‌باشد و متغیر حمایت اجتماعی دارای میانگین ۳/۲۶۸ در مقیاس طیف لیکرت و امتیاز ۳۹ و انحراف معیار ۰/۷۳۵ می‌باشد. بنابراین این متغیر در مقایسه با طیف لیکرت ۱ تا ۵ پرسشنامه در وضعیت خوب می‌باشد.

جدول ۶- اسمیرنوف متغیرهای پژوهش

| نتیجه | سطح معنی داری | پارامتر توزیع نرمال | | حجم نمونه | شاخص |
|------------|---------------|---------------------|---------|-----------|---------------|
| | | میانگین | میانگین | | |
| نرمال نیست | ۰۰۲.۰ | ۲۳۳.۰ | ۱۲۷.۳ | ۱۴۹ | سلامت اجتماعی |
| نرمال نیست | ۰۲۳.۰ | ۷۳۵.۰ | ۲۶۸.۳ | ۱۴۹ | حمایت اجتماعی |

جدول ۷- آزمون فرضیه تحقیق

| نتیجه آزمون | سطح معنی داری | آماره t | ضریب مسیر | مسیر |
|-------------|---------------|---------|-----------|-------------------------------|
| تایید | ۰۰۶.۰ | ۳۳۷.۲ | ۲۶۲.۰ | حمایت اجتماعی - سلامت اجتماعی |

۹- نتیجه‌گیری

هر چند که طلاق حادثه‌ی ناخوشایندی است و پیوسته درخصوص کاهش آن تحقیقات و اقدامات زیادی انجام می‌شود اما باید توجه کرد که طلاق با توجه به عوامل زمینه ساز متعدد آن در جامعه، غیرقابل اجتناب می‌باشد و این پدیده یک واقعیت اجتماعی است (باقری، ۱۳۸۴). به همان میزان که طلاق در زندگی خانوادگی رو به افزایش است، آثار و پیامدهای آن نیز هر روز، بیشتر از گذشته حیات جامعه و سلامتی افراد آن را تهدید می‌کند. دراین میان، می‌توان به پیامدهای طلاق بر زنان مطلقه توجه نمود. طلاق و فروپاشی زندگی منجر به برهم خوردن تعادل روانی عاطفی افراد خانواده می‌گردد و از آنجا که خود یک استرس بسیار شدید محسوب می‌شود، ابتلا به اختلالات روانی به خصوص در زنانی که ظرافت عاطفی صفت شاخص تشکیل دهنده شخصیت آنان می‌باشد، امری بسیار متحمل است (حفاریان، آقایی، کجباف و کامکار، ۱۳۸۸). توجه به میزان سلامت اجتماعی این افراد با توجه به روند روبه شد جمعیت این گروه از جامعه و در پیشگیری از آسیبهای (فردی - خانوادگی



و اجتماعی) ناشی از این مسئله بسیار حائز اهمیت می باشد. نظر به اینکه زنان در تربیت فرزندان و اعضای خانواده نقش مهم و غیر قابل انکاری را بر عهده دارند، شناخت مسائل و مشکلات آنها و پی بردن به راهکارهایی جهت پیشگیری از برخی آسیب های احتمالی، پیشرفت چشمگیری را در میان این دسته از زنان و نیز سایر افراد و نهادهای جامعه حاصل خواهد نمود.

در مقایسه با افراد متأهل، مطلقه ها سطوح پایین تری از سلامت روانی، مشکلات درمانی و بهداشتی و خطر مرگ و میر، انزوای اجتماعی بیشتر، زندگی جنسی کمتر رضایت بخش، حوادث منفی زندگی، سطح بیشتری از افسردگی و استفاده از الکل و سطوح پایین تر از شادی و پذیرش خود را نشان می دهند. تحقیقات نشان می دهد که بسیاری از این مشکلات از طریق آموزش و توسعه سلامت روانی قابل پیشگیری هستند. بر اساس برازش مدل ساختاری واریانس محور سطح معنی داری بین دو متغیر حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی برابر ۰/۰۰۶ با آماره تی (عدد معنی داری) ۲/۵۱۴ می باشد. بنابراین ضمن تایید این فرضیه، میزان اثرگذاری متغیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی برابر ۲۶ درصد می باشد. نتیجه تحقیق فوق، تحقیق حسن پور و همکاران (۲۰۲۱) با عنوان حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی را تایید می کند.

در تبیین نتایج به دست آمده می توان گفت با توجه به اینکه حمایت اجتماعی مجموعه ای از رفتارهای عمومی و اختصاصی است، سبب تعدیل فشارهای روانی وارده بر فرد می شود و تحقیقات نشان داده است، این مقوله بر سلامت روانی، اجتماعی و جسمی افراد اثر می گذارد (شاهینی و ثناگو، ۱۳۹۲). حمایت اجتماعی می تواند به عنوان یک حمایت متمرکز بر مسئله (دریافت اطلاعات ملموس که به حل مسئله کمک می کند) و تمرکز احساسات، بر استراتژی مقابله ای تنظیم پاسخهای عاطفی ناشی از رویدادهای استرس زا موثر عمل کند (بانگرت^۱، ۲۰۱۴) و نقش بسزایی در سلامت اجتماعی افراد داشته باشد. حمایت اجتماعی مانند یک ضربه گیر در مقابل استرس عمل می نماید و به عنوان یک منبع محافظتی در نظر گرفته می شود که مردم را قادر به مقابله با استرس، اضطراب و افسردگی می کند و موجب تعادل احساسات می شود (جوادی علمی و اسدزاده، ۱۳۹۹). وقتی افراد می دانند از طرف اجتماع خود حمایت می شوند، احساس خشنودی بیشتری دارند.

بدیهی است که همه انسانها در هنگام مشکلات به حمایت اطرافیان و دوستان خود نیاز دارند تا احساس امنیت کنند؛ در واقع حمایت اجتماعی با واکسینه کردن افراد علیه تجربه ی فشارها قبل از اینکه رخ دهند، فشار روانی را کاهش و سازگاری را افزایش می دهد. دریافت میزان حمایت اجتماعی ادراک شده به عنوان یک منبع مقابله ای قدرتمند بیرونی محسوب می گردد که نقشی مؤثر بر سلامت روانی داشته و موجب افزایش سازگاری این افراد می شود (صدری دمیرچی، فیاضی و محمدی؛ ۱۳۹۵). سلامت اجتماعی، افراد را در سه قسمت سلامت عمومی، بیماریهای روانی و بهزیستی تحت تاثیر قرار می دهد و به رابطه تاب آوری و حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی در دانشجویان نقش تعدیلی خوددلسوزی راحتی سلامت روانی و فیزیکی افراد را بهبود بخشیده، افسردگی، اضطراب و احساس تنهایی را کاهش داده و از این طریق سلامت اجتماعی افراد را تقویت نماید (گیلمور و همکاران، ۲۰۲۰).

حمایت اجتماعی از طرف خانواده و دوستان و تعلق به گروه های اجتماعی می تواند به زنان مطلقه کمک کند تا از تجربیات استرس زا و اغلب منحصر به فرد زندگی روزمره با آن مواجه شوند. چنین استراتژی‌هایی ممکن است برای کاهش خطر بیماری‌های مرتبط با استرس، ارتقای سلامت و پیشبرد برابری سلامت در زنان مطلقه حیاتی باشد.

مراجع

۱. ابراهیمی پیرگو، الهام؛ عابدی، احمد؛ و عریضی، حمیدرضا. (۱۳۹۲). فراتحلیل رابطه حمایت اجتماعی بر سلامت روان. دومین کنگره روانشناسی اجتماعی ایران. ۴۲۹-۴۳۴.

¹ Bangerter



۲. امیدیان، مهدی و اسماعیل پور، اشکفتکی، محمود. (۱۳۹۹). پیش بینی حمایت اجتماعی دانشجویان بر اساس مؤلفه های سرمایه اجتماعی و سرمایه روانشناختی در بحران همه گیری کرونا. پژوهشهای روانشناسی اجتماعی. ۱۰ (۳۹)، ۱۶۳-۱۸۰.
۳. باقری، الناز. (۱۳۸۴). رابطه ی طرحواره های شناختی با کیفیت زندگی در زنان و مردان مطلقه شهر تبریز. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه، علوم تربیتی و روانشناسی گروه روانشناسی.
۴. پاک نهاد، زهرا؛ و مداحی، محمد ابراهیم. (۱۳۹۶). رابطه رشد اجتماعی و حمایت اجتماعی با تاب آوری در دانشجویان پژوهشهای روانشناسی اجتماعی. ۷ (۲۷)، ۴۹-۶۷.
۵. پروین، ستار؛ داوودی، مریم؛ محمدی، فریبرز (۱۳۹۱). عوامل جامعه شناختی در بین خانواده های تهرانی. مطالعات راهبردی زنان، شماره ۵۶ (علمی و پژوهشی ISC).
۶. توسلی، غلامعباس. (۱۳۸۲). نظریه های جامعه شناسی، نشر نی، تهران.
۷. جمالی، مکيه؛ نوروزی، آریتا؛ و طهماسبی، رحیم. (۱۳۹۳). بررسی ارتباط خودکارآمدی و سلامت روان و نقش پیشگویی کننده حمایت اجتماعی. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد. مجله آموزش در علوم پزشکی. ۱۳ (۹) ۵۶۷-۵۷۷.
۸. جوادی علمی، لیلا و اسدزاده، حسن (۱۳۹۹). نت دریس تحول آفرین، حمایت اجتماعی با میانجیگری نقش سرزندگی تحصیلی مدل یابی روابط ساختاری اشتیاق تحصیلی بر اساس کم طلبی تحصیلی. پژوهشهای روانشناسی اجتماعی. ۱۰ (۳۷) ۱۰۱-۱۲۲.
۹. حبیب اللهی، سمیرا؛ بنی جمالی، شکوه السادات؛ سوداگر، شیدا و صبحی قراملکی، ناصر (۱۳۹۷). نقش متمایز معنویت و حمایت اجتماعی در سلامت روان و اضطراب مرگ سالمندان. پژوهشهای روانشناسی اجتماعی. ۸ (۲۹) ۱ (۲۲).
۱۰. حسینیان، سیمین (۱۳۸۲)، مقایسه و ارتباط سلامت روانی فرزندان و مادرانی که حضانت فرزندان را دارند با فرزندان و مادرانی که حضانت فرزندان از آنها سلب شده است، مطالعات زنان، ۱ (۲).
۱۱. حفاریان، لیلا، آقای، اصغر، کجیاف، محمد باقر، کامکار، منوچهر (۱۳۸۸). مقایسه ی کیفیت زندگی و ابعاد آن در زنان مطلقه و غیر مطلقه و رابطه ی آن با ویژگیهای جمعیت شناختی در شهر شیراز. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، شماره ۴۱، صص ۶۴-۸.
۱۲. خیراله پور، اکبر (۱۳۸۳). بررسی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت روانی با تاکید بر سرمایه اجتماعی، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه آموزشی جامعه شناسی، دانشگاه شهید بهشتی.
۱۳. شاهینی، نجمه؛ ثناگو، اکرم (۱۳۹۲). بررسی حمایت اجتماعی ادراک شده در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گلستان. دومین کنگره روانشناسی اجتماعی ایران. ۴۷۴-۴۷۸.
۱۴. شربتیان، محمدحسن (۱۳۹۱)، تاملی بر پیوند معنایی مولفه های سرمایه اجتماعی و میزان بهره مندی از سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه پیام نور مشهد، جامعه شناسی مطالعات جوانان. دوره ۲، شماره ۵.
۱۵. صدری دمیرچی، اسماعیل؛ فیاضی، مینا و محمدی، نسیم. (۱۳۹۵). بررسی رابطه خودکارآمدی و حمایت اجتماعی ادراک شده با آمادگی به اعتیاد در سربازان خدمت وظیفه. مجله طب نظامی. ۱۸ (۴). ۳۱۶-۳۲۴.
۱۶. علیپور، احمد؛ صحرائیان، محمدعلی؛ علی اکبری، مهناز و حاجی آقابابائی، مرضیه. (۱۳۹۰). ارتباط میان حمایت اجتماعی ادراک شده و سخت رویی با سلامت روان و وضعیت ناتوانی در زنان مبتال به مولتیپل اسکلروزیس. پژوهشهای روانشناسی اجتماعی. ۱۱۰ (۳) ۱۳۶-۱۱۰.

1. Bangerter L, Kim K., Zarit S.H., Birditt K.S. (2014) Perceptions of giving support and depressive symptoms in late life. The Gerontologist, 55(5),770-779.
2. Busse, R., Blümel, M., Knieps, F., & Bärnighausen, T. (2017). Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition. The Lancet, 390(10097), 882-897.
3. Blanco, A & Diaz, D. (2017) "Social Order and Mental Health: A Social Well-Being Approach", Autonoma University of Madrid. Psychology in Spain, 11(5), 61-71.
4. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic medicine. 1976; 38(5):300-14.
5. Durkheim.E, 1951,suicide,newyork,free press (original work published in(1897)



6. Fathi M, Ajamnejad R, Khakrangin M. Factors contributing to social health among teachers of Maraghe city. *Soc Welfare Q.* 2013;12(47):225-43. [Persian]
7. Gilmour, J., Machin, T., Brownlow, C., & Jeffries, C. (2020). Facebookbased social support and health: A systematic review. *Psychology of Popular Media*, 9(3), 328-346.
8. Hassanpour T, Mehrabi S, Poursamad A, ZandiGhashghaie K, Sharifi M. Eosinopenia; a Predictor of Non-Respiratory CO-VID-19. *Iranian Journal of War & Public Health.* 2021;13(3):189-193.
9. Islam M. M. (2019). Social Determinants of Health and Related Inequalities: Confusion and Implications. *Frontiers in public health*, 7(11),1-4.
10. Kumcagiz, H & Sahin, C. (2017). The relationship between quality of life and social support among adolescent. *SHS Web of Conferences*, 37, 1-7.
11. Sam Aram E. Study of the relationship between social health and the emphasis on the approach of the community police. *J Soc Regul.* 2009;1(1):9-29. [Persian]
12. Sarason BR, Sarason IG, Pierce GR. *Social support: An interactional view.* John Wiley & Sons; 1990.
13. Trepte, S., Dienlin, T., & Reinecke, L. (2115). Influence of social support received in online and offline contexts on satisfaction with social support and satisfaction with life: A longitudinal study. *Media Psychology*, 18(1),
14. Vugt, D & Dröes, R. (2017). Social health in dementia. Towards a positive dementia discourse. *Aging Ment Health*, 21(1), 1-3.
15. Wang, J., Mann, F., Lloyd-Evans, B., Ma, R., & Johnson, S. (2018).Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: a systematic review. *BMC psychiatry*, 18, (156).