

بررسی تأثیر ابعاد مختلف حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست

خانوار در مناطق روستایی شهرستان کرمانشاه

هابیل حیدرخانی^۱، منصور حقیقتیان^۲، نوذر قنبری^۳، شیما پرندین^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۲/۱۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۸/۱۵

چکیده

سلامت اجتماعی که اساسی‌ترین جزء رفاه اجتماعی به‌شمار می‌آید، بیش از مداخلات پزشکی، به عوامل اجتماعی و اقتصادی وابسته بوده و یکی از مفاهیم محوری توسعه‌ی پایدار است. سلامت مقوله‌ای است که نقش آن در ارتقای شاخص‌های توسعه‌ی انسانی انکارناپذیر است.

با توجه به اهمیت بحث درباره‌ی سلامت اجتماعی، پژوهش حاضر با استفاده از روش میدانی، تکنیک پیمایش و ابزار تحقیق پرسش‌نامه در پی پاسخ به این سؤال اصلی است که آیا ابعاد مختلف حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار اثرگذار است؟ جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر شامل زنان سرپرست خانوار روستاهای شهر کرمانشاه است که تعداد ۳۰۰ نفر از آن‌ها به‌عنوان حجم نمونه مورد بررسی قرار گرفته‌اند. هم‌چنین برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزارهای SPSS و معادلات ساختاری Smart PLS استفاده شده است.

نتایج تحقیق حاکی از آن است که بین حمایت عاطفی (۰/۳۴)، حمایت ابزاری (۰/۳۰)، حمایت اطلاعاتی (۰/۲۳)، حمایت ارزیابانه (۰/۱۷) و درآمد (۰/۲۷) با میزان سلامت اجتماعی زنان، ارتباط مثبت و مستقیم و معناداری وجود دارد، اما بین متغیر سن و سلامت اجتماعی ارتباط معناداری مشاهده نشده است. نتایج تحلیل رگرسیونی نیز نشان می‌دهد که ۰/۲۰ از کل تغییرات میزان سلامت اجتماعی در بین زنان سرپرست خانوار، وابسته به چهار بُعد حمایت اجتماعی است. هم‌چنین نتایج حاصل از مدل معادله‌ی ساختاری Smart PLS نشان‌دهنده‌ی آن است که حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی، تأثیر متوسطی (۰/۴۸۶) دارد و متغیر حمایت اجتماعی در مجموع ۰/۲۳ از واریانس متغیر سلامت اجتماعی را تبیین می‌کند.

واژه‌های کلیدی: سلامت اجتماعی، حمایت اجتماعی، زنان سرپرست خانوار، روستاهای استان کرمانشاه.

^۱ استادیار گروه جامعه‌شناسی، واحد اسلام آباد غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، اسلام آباد غرب، ایران. (نویسنده‌ی مسؤل) h.heidarkhani@yahoo.com

^۲ دانشیار گروه جامعه‌شناسی، واحد دهقان، دانشگاه آزاد اسلامی، دهقان، ایران mansour_haghighatian@yahoo.com

^۳ استادیار گروه جغرافیا، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران n.gghanbari@iauoksh.ac.ir

^۴ استادیار گروه روانشناسی، واحد اسلام آباد غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، اسلام آباد غرب، ایران parandinshima@yahoo.com

مقدمه و بیان مسأله

سلامت موضوعی است که در همه‌ی فرهنگ‌ها مورد توجه است و تعریف آن در هر جامعه‌ای تا حدی به حسن مشترک مردمان از سلامت و فرهنگ آن‌ها بازمی‌گردد. اما معمولاً هرگاه از سلامت سخن به میان آمده، بیش‌تر بعد جسمانی آن مورد توجه بوده است، در حالی که رشد و تعالی جامعه در گرو تندرستی آن جامعه در ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی است (سجادی و همکاران، ۱۳۸۴: ۲۴۴).

سلامت اجتماعی که اساسی‌ترین جزء رفاه اجتماعی به‌شمار می‌آید، بیش از مداخلات پزشکی، به عوامل اجتماعی و اقتصادی وابسته بوده و یکی از مفاهیم محوری توسعه‌ی پایدار است. سلامت مقوله‌ای است که نقش آن در ارتقای شاخص‌های توسعه‌ی انسانی انکارناپذیر است. بنابراین، مبارزه با عواملی که این پدیده را تحت‌تأثیر قرار می‌دهند و موجب نابرابری‌هایی در سلامتی می‌گردند، از اولویتهای همه‌ی افراد جامعه و دولت‌ها محسوب می‌شود (رستگار و سیدان، ۱۳۹۴: ۸۶).

محققان بسیاری در زمینه‌ی سلامت روانی مطالعه و پژوهش انجام داده‌اند، اما ارزیابی سلامت اجتماعی کم‌تر مورد توجه قرار گرفته است. سلامت اجتماعی، ارزیابی شخص از نحوه‌ی عملکرد او در اجتماع و نوع نگرش نسبت به دیگر افراد جامعه است و بی‌شک شیوه‌ی برخورد او با مسائل مربوط به خود و نوع نگرش به سایر گروه‌های اجتماعی را تحت‌تأثیر قرار خواهد داد.

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 متعدّد از جمله فوت همسر، متارکه، طلاق، از کارافتادگی یا مفقودالایر بودن همسر و ... سرپرستی خانواده‌ی خود را برعهده گرفته‌اند.

زندگی خانوادگی برای زنان سرپرست خانوار با تنش‌ها و فشارهای متعدّدی همراه است. این تنش‌ها تا حدی از محیط زندگی و فشارها و محدودیتهای مختصّ زنان سرپرست خانوار در زندگی افراد سرچشمه می‌گیرد. در خانواده‌های تک‌والدی، مادر نقش دو نفر را ایفا می‌کند. او علاوه بر انجام وظیفه‌ی مادری، نقش مرد و نان‌آوری خانواده را نیز به‌عهده می‌گیرد و عملاً مسؤولیتهای مضاعف را متحمل می‌شود. روابط اجتماعی زنان معمولاً از زمانی که شوهران خود را از دست می‌دهند، دچار اختلال می‌شود. برخی در معرض مشکلات اقتصادی، روانی و اجتماعی قرار

می‌گیرند و نه تنها دغدغه‌ی تأمین معاش دارند، بلکه احساس می‌کنند از پناهگاه مطمئن و قبال اتکالی برخوردار نیستند. این وضعیت در صورت داشتن فرزند، پیچیده‌تر می‌شود. این در حالی است که در کشور ما به‌خصوص در مناطق محروم و روستایی، برای سلامت جسمی افراد گام‌های مناسبی برداشته شده است، اما آنچه نبود آن در همه‌ی عرصه‌های کشور محسوس است، عدم حمایت اجتماعی از زنان برای ارتقای ابعاد روانی و اجتماعی سلامت است. این عدم حمایت از سلامت اجتماعی، در عصر ارتباطات و جهانی‌سازی موجب افزایش آسیب‌پذیری افراد در ابعاد روانی، خودکشی، گرایش به مصرف دخانیات، عدم پذیرش اجتماعی، عدم احساس امنیت، کاهش هم‌بستگی اجتماعی و سایر آسیب‌های اجتماعی می‌شود و از جمله موضوعاتی است که باید به‌طور ویژه مورد توجه قرار گیرد. بنابراین با توجه به توضیحات ارائه‌شده، بحث درباره‌ی سلامت اجتماعی در بین زنان سرپرست خانوار، مسأله‌ی مهمی است و در همین راستا پژوهش حاضر به دنبال بررسی تأثیر ابعاد مختلف حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار در مناطق روستایی شهرستان کرمانشاه به‌عنوان منطقه‌ای محروم و نیازمند حمایت است.

پیشینه‌ی پژوهش

سفیری و منصوریان (۱۳۹۳) پژوهشی با عنوان «تبیین رابطه‌ی هویت جنسیتی و سلامت اجتماعی زنان و مردان جوان شهر تهران» با هدف بررسی رابطه‌ی هویت جنسیتی و سلامت اجتماعی جوانان انجام داده‌اند. روش بررسی در این پژوهش، پیمایش مقطعی بوده و زنان و مردان ۱۸ تا ۲۹ ساله‌ی شهر تهران به‌عنوان جامعه‌ی آماری آن در نظر گرفته شدند. یافته‌های پژوهش نشان داده که جنسیت، وضعیت تأهل زنان و سن آن‌ها، رابطه‌ی معناداری با سلامت اجتماعی دارد. همچنین، بین هویت جنسیتی شخصی و اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان و مردان جوان، رابطه‌ی معنادار و مستقیمی مشاهده شد. تحلیل رگرسیون چندمتغیره نشان داده که شش متغیر (هویت جنسیتی شخصی، هویت جنسیتی اجتماعی، اعتماد، جنسیت و تحصیلات پاسخ‌گو و سن)، در مجموع ۰/۴۳۰ از تغییرات متغیر وابسته‌ی سلامت اجتماعی را تبیین کردند. نمودار تحلیل مسیر نیز نشان‌دهنده‌ی آن بوده که متغیر اعتماد در مقایسه با دیگر متغیرها، تأثیر بیش‌تری بر سلامت اجتماعی داشته است.

در پژوهش فتحی و همکاران (۱۳۹۱) با عنوان «عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی معلمان شهر مراغه»، ارتباط متغیرهای مستقل جنسیت، سن، طبقه‌ی اجتماعی و رضایت از شغل با متغیر وابسته‌ی سلامت اجتماعی در میان معلمان شهر مراغه بررسی شده است. بر اساس یافته‌ها، بین متغیرهای رضایت از شغل، سن و طبقه‌ی اجتماعی با سلامت اجتماعی افراد مطالعه‌شده، رابطه‌ی معناداری با ضریب ۹۹ درصد اطمینان به‌دست آمده، در حالی که بین دو جنس زن و مرد از نظر سطح سلامت اجتماعی، تفاوت معناداری مشاهده نشده است.

یافته‌های پژوهش ابراهیم (۱۳۹۱) با عنوان «عوامل مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی زنان جوان ۱۵ تا ۲۴ ساله‌ی شهر اصفهان (با تأکید بر میزان حمایت اجتماعی)» نشان می‌دهد که هرچه زنان جوان از میزان حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار باشند، متناسب با آن، سلامت اجتماعی بالاتری نیز دارند. بر همین اساس، بین مؤلفه‌های سه‌گانه‌ی حمایت اجتماعی (حمایت ابزاری، عاطفی و اطلاعاتی) و سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد.

گرمارودی و وحدانی‌نیا (۱۳۸۵) تحقیقی تحت‌عنوان «سلامت اجتماعی؛ بررسی میزان مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان»، به شیوه‌ی توصیفی-تحلیلی و به صورت مقطعی برای بررسی میزان مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان مدارس دخترانه و پسرانه‌ی مقاطع راهنمایی و دبیرستان شهرستان کرج انجام داده‌اند. بر اساس نتایج، مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان مورد مطالعه از سطح مطلوبی برخوردار نبوده است. این امر لزوم بازنگری شیوه‌های آموزشی و تربیتی در سطح خانواده و نیز برنامه‌های آموزشی و پرورشی برای ارتقا و تکامل مهارت‌های اجتماعی را مطرح می‌سازد.

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 رابطه‌ی 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.

پاول^۲ (۲۰۰۷) پژوهشی تحت‌عنوان «بررسی رابطه‌ی بین عملکردهای ارتباطی، سلامت اجتماعی معنوی و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به سرطان» انجام داده است. نمونه‌های این مطالعه،

^۱ Fiori & Denckla

^۲ Powell

افراد مبتلا به سرطان ۳۵ تا ۸۰ ساله بوده که به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شده‌اند. ابزارهای مورد استفاده برای گردآوری اطلاعات، کیفیت زندگی، پرسش‌نامه‌ی سلامت اجتماعی-معنوی و پرسش‌نامه‌ی عملکرد اجتماعی بوده است. تجزیه و تحلیل آماری نشان داده که سلامت معنوی، عامل اثرگذار بر کیفیت زندگی این افراد بوده و سلامت اجتماعی پس از سلامت روانی در رتبه‌ی دوم قرار داشته است، اما عملکردهای ارتباطی افراد با کیفیت زندگی آن‌ها رابطه‌ای داشته‌اند.

زانگ^۱ و همکاران (۲۰۰۳) به بررسی رابطه‌ی بین شبکه‌های اجتماعی و سلامتی در کانادا پرداخته‌اند. هدف آن‌ها از این پژوهش، ارزیابی رابطه‌ی بین وضعیت سلامتی افراد بزرگسال و انسجام اجتماعی و شبکه‌های اجتماعی (خانواده، فرزندان، دوستان و اجتماع) بوده است. داده‌های ثانوی این پژوهش از پیمایش ۱۹۹۵ در کانادا به دست آمده و نمونه‌ی آماری آن ۲۰۰۰ نفر بوده و برای تحلیل داده‌ها نیز از رگرسیون لجستیک استفاده شده است. بر پایه‌ی نتایج، وضعیت سلامتی افرادی که از انسجام اجتماعی بالا و شبکه‌های اجتماعی بیش‌تری برخوردار بوده‌اند، در مقایسه با سایر پاسخ‌گویان در حدّ مطلوبی قرار داشته است.

مک آرتور^۲ (۱۹۹۵) مطالعه‌ای برای بررسی اپیدمیولوژی سلامت اجتماعی در ایالات متحده انجام داده که هدف آن دست‌یابی به میزان شیوع سلامت اجتماعی سطح بالا و پایین و چگونگی توزیع سلامت اجتماعی در جمعیت، با توجه به متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل و وضعیت شغلی بوده است. نتایج نشان داده که تقریباً ۴۰ درصد از افراد بزرگسال در سن ۲۵ تا ۴۷ سال، در سه مقیاس سلامت اجتماعی دارای نمره‌ی بالایی بوده‌اند، اما ۶۰ درصد از افراد بزرگسال در هیچ‌یک از مقیاس‌های سلامت اجتماعی، نمره‌ی بالایی کسب نکردند.

مبانی نظری پژوهش

سلامت اجتماعی

بلاک و برسلو^۳ برای نخستین بار در سال ۱۹۷۲ در پژوهشی، به مفهوم سلامت اجتماعی پرداخته‌اند. آنان مفهوم سلامت اجتماعی را با «درجه‌ی عملکرد اعضای جامعه» مترادف دانستند و شاخص سلامت اجتماعی را ساختند. آن‌ها کوشیدند با طرح پرسش‌های گوناگون در ابعاد جسمی،

^۱ Zhang

^۲ McArthur

^۳ Block & Breslow

روانی و اجتماعی سلامت فردی، به میزان فعالیت و عملکرد فرد در جامعه برسند (فرزانه و علیزاده، ۱۳۹۲: ۱۸۱).

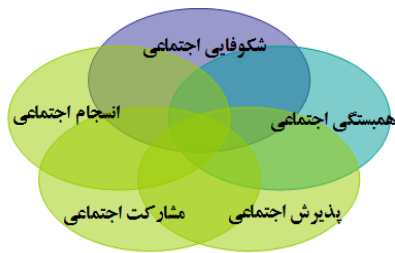
لارسن^۱، سلامت اجتماعی را ارزیابی فرد از کیفیت روابط خود با خانواده، دیگران و گروه‌های اجتماعی تعریف می‌کند و بر آن است که این پدیده، بخشی از سلامت فرد را که نشانگر رضایت یا عدم رضایت وی از زندگی اجتماعی و شامل پاسخ‌های درونی اوست، می‌سجد (لارسن، ۱۹۹۶: ۱۸۳). بنابراین، به چگونگی وضعیت ارتباط فرد با دیگران در جامعه می‌پردازد. هر نوع قطع ارتباط بین فرد و جامعه، به گونه‌ای که افراد در چارچوب‌های اجتماعی جذب نگردند، زمینه‌ی مساعدی برای رشد انحرافات اجتماعی و پیدایش مشکلات سلامت فراهم می‌آورد.

از نظر ماتسون^۲ (۱۹۹۰) یکی از جنبه‌های مهم رشد انسان، فرایند اجتماعی شدن اوست. انسان به‌عنوان موجودی اجتماعی، همواره ناگزیر است که با دیگران روابط متقابل داشته باشد. از طریق رفتار متقابل اجتماعی است که افراد شخصیت خود را می‌سازند و شیوه‌های زندگی جمعی، دانش، مهارت‌ها و الگوهای رفتاری لازم را کسب می‌کنند. از سویی به‌نظر می‌رسد برقراری و حفظ یک ارتباط سالم و مستمر نیز مستلزم داشتن مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی ویژه‌ای است که آن‌ها را باید مورد توجه و بررسی قرار داد. ماتسون معتقد است مهارت‌های ارتباطی، رفتارهایی هستند که رشد آن‌ها می‌تواند بر روابط بین افراد از یک‌سو و سلامت اجتماعی آنان و نیز عملکرد مفید و مؤثر در اجتماع از سوی دیگر، تأثیر داشته باشد. او مهارت‌های ارتباطی را وسیله‌ی ارتباط میان فرد و محیط تعریف می‌کند که این وسیله برای شروع و ادامه‌ی یک ارتباط سازنده و سالم با هم‌سالان، به‌عنوان بخش مهمی از سلامت، مورد استفاده واقع می‌شود (حاتمی، ۱۳۸۸: ۲۴-۳۰).

اما مهم‌ترین و کامل‌ترین نظریه در زمینه‌ی سلامت اجتماعی را کیز مطرح کرده است که در این جا به‌عنوان مبنای پژوهش، به تفصیل بررسی می‌شود. به اعتقاد کیز، مدل سلامت اجتماعی که در امتداد سلامت روانی مطرح می‌گردد و زمینه‌ی کارکرد مثبت را فراهم می‌کند، شامل هم‌بستگی اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و خودشکوفایی اجتماعی به شرح شکل زیر است.

¹ Larson

² Matson



شکل شماره ۱- یک- ابعاد سلامت اجتماعی از نظر کیز (به نقل از حاتمی، ۱۳۸۸)

همبستگی اجتماعی: مقصود از همبستگی اجتماعی، ارزیابی یک فرد با در نظر گرفتن کیفیت همراهی او با جامعه‌ی اطرافش است. احساس تعلق می‌تواند جنبه‌ای محوری از سلامت باشد (ریف و همکاران، ۲۰۰۳: ۷۰-۷۲). بنابراین همبستگی با دیگران در محیط و جامعه‌ی اطراف باید حاصل یک تجربه‌ی مشترک شباهت با دیگران باشد (کیز^۱ و شاپیرو، ۲۰۰۴: ۲۴).

مشارکت اجتماعی: مشارکت عبارت است از ارزیابی ارزش اجتماعی فرد و شامل این عقیده است که آیا فرد جزء مهمی از جامعه است و چه ارزشی را به جهان خود می‌افزاید. ایفای سهم اجتماعی با مفاهیم بازدهی و مسؤولیت‌پذیری شباهت دارد. بازدهی فردی به این معناست که عقیده داشته باشیم که می‌توانیم رفتار خاصی را از خود نشان دهیم و به اهداف ویژه‌ای دست یابیم (کیز، ۱۹۸۹: ۱۲۰-۱۳۰).

انجام اجتماعی: در این شاخص فرد خود را ارزیابی می‌کند و به این نتیجه می‌رسد که بخشی از جامعه بوده و همانند دیگران در وقایع جامعه سهمیه است. انجام اجتماعی قابل قیاس با بی‌معنا بودن زندگی و شامل دیدگاه‌هایی در این باره است که جامعه قابل سنجش و پیش‌بینی است. از حیث روان‌شناختی، افراد سالم زندگی شخصی خود را با معنا و منسجم می‌بینند (ریف^۲ و همکاران، ۲۰۰۳: ۷۷).

شکوفایی اجتماعی: مقصود از شکوفایی اجتماعی، ارزیابی پتانسیل و خط‌سیر جامعه است. شکوفایی اجتماعی شامل درک افراد از این موضوع است که آن‌ها نیز از رشد اجتماعی سود خواهند

^۱ Keyes

^۲ Ryff

برد و نهادها و افراد حاضر در جامعه به شکلی در حال شکوفایی‌اند که نوید توسعه‌ی بهینه را می‌دهد؛ هرچند این امر برای همه‌ی افراد درست نیست (کیزی و شاپیرو، ۲۰۰۴: ۲۷).

پذیرش اجتماعی: پذیرش اجتماعی، نسخه‌ی اجتماعی پذیرش خود است. افرادی که نگرش مثبتی به شخصیت خود دارند و جنبه‌های خوب و بد زندگی خود را توأمان می‌پذیرند، نمونه‌هایی از سلامت روانی و اجتماعی هستند (ریف، ۱۹۸۹: ۷۷). مقصود از پذیرش اجتماعی، درک فرد از جامعه با توجه به خصوصیات سایر افراد است (کیزی، ۱۹۹۸: ۱۲۵). پذیرش اجتماعی شامل پذیرش تکثر با دیگران، اعتماد به خوب بودن ذاتی دیگران و نگاه مثبت به ماهیت انسان‌هاست که همگی آن‌ها موجب می‌شوند فرد در کنار سایر اعضای جامعه‌ی انسانی، احساس راحتی کند (کیزی و شاپیرو، ۱۹۹۸: ۲۷).

حمایت اجتماعی

حمایت اجتماعی، مفهومی است که به‌طور گسترده از دیدگاه‌های نظری و تجربی متعددی مورد مطالعه قرار گرفته و تعاریف گوناگونی از آن ارائه شده است. در یک تعریف، حمایت اجتماعی به مراقبت، محبت، عزت، تسلی و کمکی که سایر افراد یا گروه‌ها به فرد ارزانی می‌دارند، گفته می‌شود. این حمایت را ممکن است منابع گوناگونی مانند همسر، نامزد، خانواده، اقوام، دوستان، همکاران، پزشک یا سازمان‌های اجتماعی به‌عمل آورند (سارافیند، ۱۳۸۴: ۱۷۸).

تعریف براندت و وینرت^۱ از حمایت اجتماعی شامل ایجاد تعلق، صمیمیت، یکپارچگی اجتماعی، فرصت و امکانی برای رفتارهای مفید، تضمین مجدد ارزش انسان‌ها و ایفای نقش آن‌ها، امکان کمک‌ها و اطلاعاتی، عاطفی و مادی است.

با توجه به تنوع تعاریف، هاپسی^۲ عمده‌ترین تعاریف نظری حمایت اجتماعی را در پنج مقوله جای می‌دهد؛ مقوله‌ی اول تعاریفی هستند که بر شکل حمایت تأکید دارند. محققان بسیاری از این طبقه‌بندی استفاده کرده‌اند. کوهن^۳ و دیگران این مقوله را با تعریف فراگیر حمایت اجتماعی به‌عنوان منبعی که توسط افراد ارائه می‌شود، توضیح داده‌اند. از سوی دیگر، تعریف کوب، تعریف بسیار خاصی است؛ او اظهار می‌دارد که حمایت اجتماعی، اطلاعاتی است که منجر به شکل‌گیری

^۱ Brandt and Weinert

^۲ Hupcey

^۳ Cohen

این اعتقاد در فرد می‌شود که او مورد توجه، دوست‌داشتنی، ارزشمند و محترم بوده یا متعلق به شبکه‌ای از روابط و تعهدات متقابل است.

دومین مقوله به برداشت دریافت‌کننده‌ی حمایت مرتبط است. پرسیدانو^۱ و هلر^۲ حمایت اجتماعی را به این صورت تعریف می‌کنند که حمایت اجتماعی حوزه‌ای است که افراد معتقدند نیاز آن‌ها به حمایت، اطلاعات و بازخورد تأمین می‌شود. مقوله‌ی سوم شامل رفتارها و نیت فراهم‌آورنده‌ی حمایت اجتماعی است؛ برای مثال، حمایت به مبادله‌ی منابع بین فراهم‌آورنده‌ی حمایت و دریافت‌کننده‌ی آن در جهت افزایش رفاه و آسایش دریافت‌کننده‌ی حمایت دلالت دارد. مقوله‌ی چهارم عبارت است از روابط متقابل یعنی مبادله‌ی منابع بین فراهم‌آورنده و دریافت‌کننده‌ی حمایت. مقوله‌ی پنجم مبتنی بر تعریف حمایت اجتماعی بر مبنای شبکه‌های اجتماعی است. ابعاد مختلف مرتبط با شبکه‌های حمایتی عموماً در تحقیقات حمایت اجتماعی مورد توجه قرار می‌گیرد. مثال این مقوله آن است که حمایت اجتماعی، حمایتی است که از طریق پیوندهای اجتماعی با دیگر افراد، گروه‌ها و اجتماع بزرگ‌تر برای افراد میسر می‌شود (هاپسی، ۱۹۹۸: ۱۲۳۳-۱۲۳۹).

سارافیند (۱۳۸۴) درباره‌ی تأثیرات مستقیم (اصولی) حمایت اجتماعی بر آن است که این تأثیرات از چند راه ممکن است عمل کنند و بر سلامتی اثر بگذارند؛ به‌عنوان نمونه، افرادی که از حمایت‌های اجتماعی بسیاری برخوردارند، احساس تعلق و عزت نفس بیش‌تری می‌کنند. نگرش مثبتی که چنین موقعیتی پدید می‌آورد، صرف‌نظر از میزان استرس، ممکن است برای فرد (مثلاً به‌وسیله‌ی مقاوم ساختن او در برابر عفونت) مفید باشد.

کوهن و مک‌کی^۳ با بررسی مجموعه‌ای از مطالعات مرتبط با فرضیه‌ی ضربه‌گیر، اختلاف قابل توجهی در یافته‌های آن‌ها مشاهده کردند. آن‌ها در این بررسی به این نتیجه رسیدند که اختلافات مشاهده شده ناشی از دو نوع فرضیه‌ی ضربه‌گیر است که هرکدام با یافته‌های ادبیات موجود فرضیه‌ی ضربه‌گیر مطابقت دارد. کوهن و مک‌کی دو نوع فرضیه‌ی ضربه‌گیر یعنی نوع قوی و ضعیف را مطرح می‌کنند. نوع قوی فرضیه‌ی ضربه‌گیر، آسیب‌شناسی روانی شدید را برای اشخاصی پیش‌بینی می‌کند که سطوح بالایی از فشار را تجربه می‌کنند، اما از سطوح پایین حمایت اجتماعی برخوردارند. در این جا آسیب روانی برای اشخاصی که دارای سطوح بالای حمایت

¹ Procidano

² Heler

³ McKey

اجتماعی هستند، نسبتاً پایین است. نوع ضعیف فرضیه‌ی ضربه‌گیر پیش‌بینی می‌کند که با افزایش فشار، ممکن است آسیب در میان افراد دارای سطوح بالای حمایت نیز افزایش پیدا کند، اما میزان این افزایش می‌باید کم‌تر از افرادی باشد که دارای سطوح حمایت پایین‌تری هستند (کوهن و مک‌کی، ۱۹۸۴: ۷۰-۷۴).

از نظر برکمن، حمایت اجتماعی از یک بُعد به انواع مختلفی از قبیل حمایت عاطفی، ابزاری، اطلاعاتی و ارزیابانه تقسیم می‌شود. حمایت عاطفی با میزان محبت و علاقه، درک، اعتماد و ارزشی که فرد از دیگری دریافت می‌کند، مرتبط است. این نوع حمایت در اکثر مواقع به‌وسیله‌ی شخص مطمئن و مورد اعتماد به فرد ارائه می‌شود. حمایت ابزاری (اقتصادی) به کمک و مساعدت افراد در جهت برطرف کردن نیازهای مادی اطلاق می‌شود که به صورت پرداخت پول یا نیروی کار صورت می‌گیرد. حمایت ارزیابانه به کمک برای تصمیم‌گیری و ارائه‌ی پیشنهادهای مناسب اشاره می‌کند و حمایت اطلاعاتی نیز با تهیه‌ی خبر و اطلاعات در مورد برطرف کردن نیازهای خاص، مرتبط است (برکمن^۱، ۲۰۰۰: ۸۴۸).

کوهن نیز به تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامتی تأکید و بیان می‌کند که حمایت اجتماعی از طریق دو فرایند بر ارتقای سلامتی و شادابی افراد و در نتیجه بالا رفتن کیفیت زندگی آن‌ها اثر می‌گذارد که بین این دو فرایند باید تمایز قائل شد. نخستین نوع این فرایند شامل تهیه و مبادله‌ی منابع و کمک‌های عاطفی، اطلاعاتی و ابزاری در پاسخ به این تصور است که دیگران نیازمند چنین منابع و کمک‌هایی هستند؛ زیرا «نیاز» اغلب با تجارب استرس‌زای مزمن یا حاد از قبیل بیماری، حوادث ناگوار زندگی و اعتیاد همراه است. در این مدل، مفهوم حمایت اجتماعی برای اشاره به منابع اجتماعی‌ای که به تصور افراد، قابل دسترسی هستند و یا به‌طور واقعی به‌وسیله‌ی گروه‌های حمایت‌کننده‌ی رسمی و غیررسمی فراهم شده‌اند، به‌کار رفته است. در فرایند دوم، بر منافع سلامتی حاصل از مشارکت در یک یا چند گروه اجتماعی تمرکز و تأکید می‌شود. به نظر کوهن، حمایت اجتماعی از طریق تأثیر بر رفتارها، شناخت‌ها و عواطف، بر سلامتی فیزیکی و روانی اثر می‌گذارد. در زمینه‌ی سلامتی روانی، حمایت اجتماعی، سیستم‌های پاسخ‌دهنده را تنظیم می‌کند و از بروز پاسخ‌های افراطی همراه با اختلالات روانی جلوگیری می‌کند. چنین تنظیمی از طریق ارتباط با هنجارهای مناسب، پاداش‌ها، مجازات‌ها و فراهم شدن مساعدت‌های مورد نیاز روی می‌دهد. در زمینه‌ی سلامتی جسمی که دربرگیرنده‌ی خطرات موجد برای سلامتی جسمی، رشد

^۱ Berkman

بیماری‌های جسمانی و بهبود آن‌هاست، فرضیه‌ی اساسی این است که روابط اجتماعی و حمایت حاصل از آن بر رفتارهایی از قبیل رژیم غذایی، تمرین کردن، استعمال دخانیات، استراحت کردن و رعایت دستورات پزشکی که در سلامتی جسمی نقش دارند، اثر می‌گذارد (کوهن، ۱۹۸۴).

چارچوب نظری پژوهش

در این بخش، نظریاتی که مبنای استخراج فرضیه‌ها و مبنای نظری انجام پژوهش حاضر هستند، ارائه می‌شوند.

در این پژوهش، سلامت اجتماعی بر مبنای نظریه‌ی کیز مورد بررسی قرار می‌گیرد. به اعتقاد کیز، مدل سلامت اجتماعی شامل هم‌بستگی اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و خودشکوفایی اجتماعی است. بنابراین در پژوهش حاضر نیز سلامت اجتماعی با ابعاد فوق سنجیده می‌شود. حمایت اجتماعی نیز بر اساس نظریه‌ی برکمن (۲۰۰۰) با چهار شاخص حمایت عاطفی، ابزاری، اطلاعاتی و ارزیابانه بررسی می‌گردد.

به اعتقاد هاوس (۱۹۹۸)، حمایت اجتماعی به سه طریق به سلامت افراد در مقابله با رویدادهای فشارزا کمک می‌کند؛ اولاً اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد می‌توانند مستقیماً حمایت ملموسی به شکل منابع مادی در اختیار شخص قرار دهند. ثانیاً اعضای شبکه‌ی اجتماعی فرد می‌توانند با ارائه‌ی پیشنهادها، وی را از حمایت اطلاعاتی خود برخوردار سازند. ثالثاً افراد شبکه‌ی اجتماعی می‌توانند با اطمینان‌بخشی دوباره به فرد در خصوص این که مورد علاقه و باارزش و محترم است، از وی حمایت عاطفی به عمل آورند و نهایتاً موجب افزایش عزت نفس و خودپنداره در او شوند (بیگی فر، ۱۳۷۸: ۸۷). مدل تأثیر مستقیم حمایت اجتماعی بیان می‌کند که صرفاً داشتن حمایت اجتماعی برای سلامتی مفید است و برعکس، نداشتن یا فقدان حمایت اجتماعی تأثیراتی منفی بر سلامتی می‌گذارد. از این رو، سلامتی متأثر از میزان برخورداری از حمایت اجتماعی است (فرزانه و علیزاده، ۱۳۹۲: ۱۸۵).

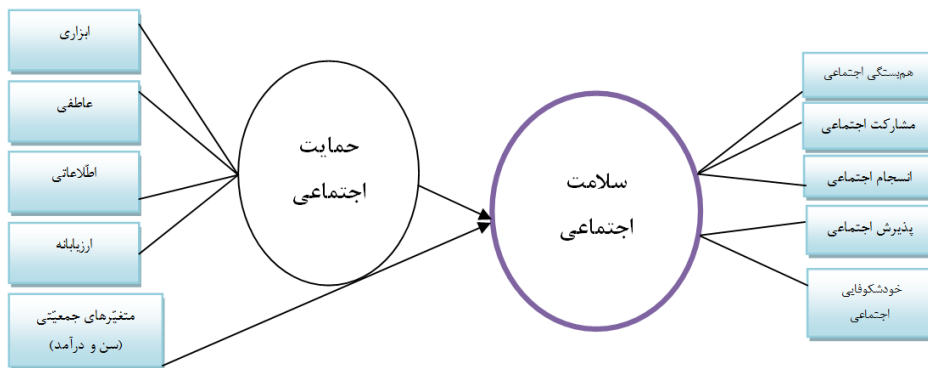
کوهن (۲۰۰۱) نیز به تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامتی تأکید و بیان می‌کند که حمایت اجتماعی از طریق دو فرایند بر ارتقای سلامتی و شادابی افراد و در نتیجه بالا رفتن کیفیت زندگی آن‌ها اثر می‌گذارد. نخستین نوع این فرایند شامل تهیه و مبادله‌ی منابع و کمک‌های عاطفی، اطلاعاتی و ابزاری است و در فرایند دوم، بر منافع سلامتی حاصل از مشارکت در یک یا چند گروه اجتماعی تمرکز و تأکید می‌شود.

فلمینگ و باوم، سلامتی را تابعی از حمایت اجتماعی می‌دانند؛ بر این اساس افرادی که از حمایت اجتماعی برخوردار باشند، به نحوی از سلامت برخوردارند. درگیری افراد در شبکه‌های مختلف اجتماعی از جمله شبکه‌های خانوادگی، دوستی و همسایگی، منابع حمایت را فراهم می‌کند که با جذب بیش‌تر در این شبکه‌ها، افراد شرایط مطلوب را به‌دست می‌آورند و حمایت و در پی آن، سلامتی را کسب می‌کنند (تقی‌پور، ۱۳۸۹: ۹۵؛ به نقل از فرزانه و علیزاده، ۱۳۹۲: ۱۸۵).

رز و وو نیز بر تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی تأکید دارند. طبق تعریف آن‌ها حمایت اجتماعی که شامل ابعاد عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی است، موجب ارتقای سطح سلامت اجتماعی افراد می‌شود (بهمنی، ۱۳۸۷؛ به نقل از ابراهیم نجف‌آبادی، ۱۳۹۱: ۱۰۳).

در مجموع از نظریه‌های فوق، این فرضیه‌ها استخراج می‌شود:

۱. حمایت اجتماعی ابزاری بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار روستایی، اثرگذار است.
۲. حمایت اجتماعی عاطفی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار روستایی، اثرگذار است.
۳. حمایت اجتماعی اطلاعاتی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار روستایی، اثرگذار است.
۴. حمایت اجتماعی ارزیابانه بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار روستایی، اثرگذار است.
۵. متغیرهای جمعیتی (سن و درآمد) بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار روستایی، اثرگذار است.



شکل شماره‌ی دو- مدل نظری پژوهش

روش‌شناسی پژوهش

تحقیق حاضر بر اساس نوع داده‌های جمع‌آوری‌شده و تحلیل‌شده، تحقیقی کمی است و از لحاظ نوع برخورد با مسأله‌ی مورد بررسی و ورود به آن، مطالعه‌ای میدانی به‌شمار می‌آید. تکنیک مورد استفاده در این پژوهش نیز پیمایش است. در مطالعه‌ی میدانی برای جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز از ابزار پرسش‌نامه استفاده شده است. پیش از آغاز پیمایش، پرسش‌نامه‌ی ابتدایی مورد آزمون اولیه قرار گرفت و با استفاده از نتایج به‌دست آمده، نقایص موجود برطرف و پرسش‌نامه‌ی نهایی تنظیم شد.

جامعه‌ی آماری این مطالعه نیز شامل همه‌ی زنان سرپرست خانوار مناطق روستایی شهرستان کرمانشاه است. از آن جا که به‌طور طبیعی امکان مطالعه‌ی دیدگاه‌های همه‌ی ساکنان وجود نداشت، از شیوه‌ی «نمونه‌گیری» برای تبیین نظریات افراد مورد مطالعه استفاده شده است و بر اساس آن تعدادی از افراد (۳۰۰ نفر) که معرف جامعه‌ی آماری تشخیص داده شدند، به‌عنوان نمونه انتخاب و مطالعه گردیدند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش، شیوه‌ی نمونه‌گیری دومرحله‌ای با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای و سپس نمونه‌گیری تصادفی ساده است. پس از گردآوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل آن‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS و معادلات ساختاری Smart PLS^[۱] انجام گردید و در این زمینه برای آزمون فرضیه‌ها، تست‌های آماری متناسب با هر فرضیه به‌کار گرفته شد.

هم‌چنین به منظور اطمینان از اعتبار لازم، به مشاوره و بهره‌گیری از نظرات استادان و کارشناسان مربوط و نیز استفاده از آزمون آلفای کرونباخ برای پایایی پرسش‌نامه اقدام شده است. بر اساس ضریب آلفا، ضریب پایایی همه‌ی متغیرها بالاتر از ۰/۷ است.

تعریف متغیرهای پژوهش

سلامت اجتماعی

تعریف مفهومی: بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، «سلامت، رفاه کامل فرد از نظر جسمانی، روانی و اجتماعی است و نه فقدان بیماری یا معلولیت». مقصود از سلامت اجتماعی، بُعدی از رفاه هر فرد است که به این امر که او چگونه با سایر افراد ارتباط برقرار می‌کند، مربوط است (مارموت و ویلکینسون، ۱۳۸۷: ۳۴۲). در واقع زمانی شخص را واجد سلامت اجتماعی

می‌دانند که بتواند فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی خود را در حدّ متعارف بروز و ظهور دهد و با جامعه و هنجارهای اجتماعی احساس پیوند کند (فدایی مهربانی، ۱۳۸۶: ۸).
تعریف عملیاتی: سلامت اجتماعی در این پژوهش با شاخص‌های هم‌بستگی اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و خودشکوفایی اجتماعی سنجیده شده است.

حمایت اجتماعی

تعریف مفهومی: اگرچه مراقبت، دوستی و حمایت مفاهیمی به قدمت ارتباطات انسانی هستند، اما مفهوم حمایت اجتماعی، مفهومی نسبتاً جدید است. امروزه هر ناخوشی و حادثه‌ی سلامت در ارتباط با حمایت اجتماعی مورد مطالعه قرار می‌گیرد. حمایت اجتماعی میزان برخورداری از محبت، توجه و مساعدت اعضای خانواده، دوستان و سایر افرادی است که فرد از آن‌ها برخوردار است (لیندمن، ۲۰۰۹).

تعریف عملیاتی: حمایت اجتماعی در این پژوهش با شاخص‌های حمایت عاطفی، اطلاعاتی، ابزاری و ارزیابانه سنجیده شده است.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

آمار توصیفی

نتایج فراوانی متغیر سن نشان می‌دهد که ۵ درصد از پاسخ‌گویان بین ۲۰ تا ۲۵ سال، ۸ درصد بین ۲۶ تا ۳۰ سال، ۱۴ درصد بین ۳۱ تا ۳۵ سال، ۱۸ درصد بین ۳۶ تا ۴۰ سال، ۱۵ درصد بین ۴۱ تا ۵۰ سال و ۲۵ درصد بین ۵۱ تا ۶۰ سال قرار دارند و ۱۵ درصد نیز ۶۰ سال به بالا هستند.

بر اساس یافته‌ها، در بین شاخص‌های حمایت اجتماعی، حمایت عاطفی دارای بیش‌ترین میانگین (۳/۴۵) و حمایت ابزاری دارای کم‌ترین میانگین (۲/۷۱) است. هم‌چنین میزان حمایت اطلاعاتی ۳/۰۲ و میزان حمایت ارزیابانه ۳/۱۴ است. ضمن آن که در بین شاخص‌های سلامت اجتماعی، هم‌بستگی اجتماعی بیش‌ترین میانگین (۳/۶۹) و خودشکوفایی اجتماعی کم‌ترین میانگین (۲/۷۹) را دارا هستند. هم‌چنین میزان انسجام اجتماعی ۳/۵۱، میزان مشارکت اجتماعی ۲/۹۸ و میزان پذیرش اجتماعی ۲/۹۱ است.

آمار استنباطی

بررسی وضعیّت نرمال توزیع داده‌ها

برای استفاده از آزمون‌های پارامتریک، پیش‌شرطِ نرمال بودن داده‌ها وجود دارد. به منظور بررسی نرمال بودن عامل‌ها، از آزمون تک‌نمونه‌ای کلموگروف-اسمیرنف به قرار زیر استفاده می‌شود:

داده‌ها از توزیع نرمال برخوردارند: H_0

داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار نیستند: H_1

جدول شماره‌ی یک- آزمون کلموگروف-اسمیرنف برای تعیین نرمال بودن متغیرهای پژوهش

سلامت اجتماعی	حمایت ارزیابانه	حمایت اطلاعاتی	حمایت عاطفی	حمایت ابزاری	خرده‌مقیاس‌ها	
					شاخص‌ها	
۳۰۰	۳۰۰	۳۰۰	۳۰۰	۳۰۰	تعداد	
۳/۱۷	۳/۱۴	۳/۰۲	۳/۴۵	۲/۷۱	میانگین	پارامترهای نرمال
۰/۹۵	۰/۹۱	۰/۹۰	۰/۸۸	۰/۹۶	انحراف معیار	
۲/۳۳	۲/۵۸	۲/۷۴	۲/۸۳	۲/۵۴	مقادیر کلموگروف-اسمیرنف	
۰/۱۶	۰/۰۹	۰/۲۱	۰/۰۸	۰/۱۳	سطح معناداری (دو دامنه)	

با توجه به جدول شماره‌ی یک می‌توان نتیجه گرفت که چون مقادیر سطح معناداری همه‌ی متغیرهای پژوهش بیش‌تر از ۰/۰۵ است، این عامل نرمال بودن توزیع داده‌ها را می‌رساند و می‌توان در تحلیل فرضیه‌های پژوهش، آزمون‌های پارامتریک را به‌کار گرفت.

آزمون فرضیه‌ها

آزمون فرضیه‌ی اول: حمایت اجتماعی ابزاری بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار روستایی، اثرگذار است.

برای آزمون این فرضیه از ضریب هم‌بستگی پیرسون استفاده می‌شود. یافته‌ها به شرح زیر است:

$$H_0: \rho = 0$$

$$H_1: \rho \neq 0$$

جدول شماره‌ی دو- ضریب هم‌بستگی حمایت اجتماعی ابزاری و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار

سلامت اجتماعی		
۰/۳۰	شدت رابطه	حمایت اجتماعی ابزاری
۰/۰۰۰	سطح معناداری	
۳۰۰	تعداد	

با توجه به مقدار sig محاسبه‌شده بین دو دامنه که برابر با ۰/۰۰۰ است و از آن جا که این عدد کوچک‌تر از ۰/۰۵ است، بین دو متغیر حمایت اجتماعی ابزاری و سلامت اجتماعی ارتباط معناداری وجود دارد. همچنین با توجه به شدت هم‌بستگی به‌دست آمده که برابر با ۰/۳۰ است، هم‌بستگی مثبت با شدت متوسط و با جهت مستقیم بین دو متغیر حمایت اجتماعی ابزاری و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار دیده می‌شود؛ بدین صورت که هرچه میزان حمایت اجتماعی ابزاری از زنان بیشتر باشد، میزان سلامت اجتماعی آن‌ها بیشتر می‌شود. بر این اساس، فرضیه‌ی اول تأیید می‌گردد.

آزمون فرضیه‌ی دوم: حمایت اجتماعی عاطفی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار روستایی، اثرگذار است.

برای آزمون این فرضیه از ضریب هم‌بستگی پیرسون استفاده می‌شود. یافته‌ها به شرح زیر است:

$$H_0: \rho = 0$$

$$H_1: \rho \neq 0$$

جدول شماره‌ی سه- ضریب هم‌بستگی حمایت اجتماعی عاطفی و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار

سلامت اجتماعی		
۰/۳۴	شدت رابطه	حمایت اجتماعی عاطفی
۰/۰۰۰	سطح معناداری	
۳۰۰	تعداد	

با توجه به مقدار sig محاسبه‌شده بین دو دامنه که برابر با ۰/۰۰۰ است و از آن جا که این عدد کوچک‌تر از ۰/۰۵ است، بین دو متغیر حمایت اجتماعی عاطفی و سلامت اجتماعی ارتباط

معناداری وجود دارد. هم‌چنین با توجه به شدت هم‌بستگی به‌دست آمده که برابر با ۰/۳۴ است، هم‌بستگی مثبت با شدت متوسط و با جهت مستقیم بین دو متغیر حمایت اجتماعی عاطفی و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار دیده می‌شود؛ بدین صورت که هرچه میزان حمایت اجتماعی عاطفی از زنان بیشتر باشد، میزان سلامت اجتماعی آن‌ها بیشتر می‌شود. بر این اساس، فرضیه‌ی دوم تأیید می‌گردد.

آزمون فرضیه‌ی سوم: حمایت اجتماعی اطلاعاتی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار روستایی، اثرگذار است.

برای آزمون این فرضیه از ضریب هم‌بستگی پیرسون استفاده می‌شود. یافته‌ها به شرح زیر است:

$$H_0: \rho = 0$$

$$H_1: \rho \neq 0$$

جدول شماره‌ی چهار- ضریب هم‌بستگی حمایت اجتماعی اطلاعاتی و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار

سلامت اجتماعی	حمایت اجتماعی اطلاعاتی	
۰/۲۳	شدت رابطه	
۰/۰۰۰	سطح معناداری	
۳۰۰	تعداد	

با توجه به مقدار sig محاسبه‌شده بین دو دامنه که برابر با ۰/۰۰۰ است و از آن جا که این عدد کوچک‌تر از ۰/۰۵ است، بین دو متغیر حمایت اجتماعی اطلاعاتی و سلامت اجتماعی ارتباط معناداری وجود دارد. هم‌چنین با توجه به شدت هم‌بستگی به‌دست آمده که برابر با ۰/۲۳ است، هم‌بستگی مثبت با شدت متوسط و با جهت مستقیم بین دو متغیر حمایت اجتماعی اطلاعاتی و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار دیده می‌شود؛ بدین صورت که هرچه میزان حمایت اجتماعی اطلاعاتی از زنان بیشتر باشد، میزان سلامت اجتماعی آن‌ها بیشتر می‌شود. بر این اساس، فرضیه‌ی سوم تأیید می‌گردد.

آزمون فرضیه‌ی چهارم: حمایت اجتماعی ارزیابانه بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار روستایی، اثرگذار است.

برای آزمون این فرضیه از ضریب هم‌بستگی پیرسون استفاده می‌شود. یافته‌ها به شرح زیر است:

$$H_0: \rho = 0$$

$$H_1: \rho \neq 0$$

جدول شماره‌ی پنج- ضریب هم‌بستگی حمایت اجتماعی ارزیابانه و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار

سلامت اجتماعی		
۰/۱۷	شدت رابطه	حمایت اجتماعی ارزیابانه
۰/۰۲	سطح معناداری	
۳۰۰	تعداد	

با توجه به مقدار sig محاسبه‌شده بین دو دامنه که برابر با ۰/۰۰۲ است و از آن جا که این عدد کوچک‌تر از ۰/۰۵ است، بین دو متغیر حمایت اجتماعی ارزیابانه و سلامت اجتماعی ارتباط معناداری وجود دارد. همچنین با توجه به شدت هم‌بستگی به دست آمده که برابر با ۰/۱۷ است، هم‌بستگی مثبت با شدت ضعیف و با جهت مستقیم بین دو متغیر حمایت اجتماعی ارزیابانه و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار دیده می‌شود؛ بدین صورت که هرچه میزان حمایت اجتماعی ارزیابانه از زنان بیشتر باشد، میزان سلامت اجتماعی آن‌ها بیشتر می‌شود. بر این اساس، فرضیه‌ی چهارم تأیید می‌گردد.

آزمون فرضیه‌ی پنجم: میزان سن بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار روستایی، اثرگذار است.

برای آزمون این فرضیه از ضریب هم‌بستگی پیرسون استفاده می‌شود. یافته‌ها به شرح زیر است:

$$H_0: \rho = 0$$

$$H_1: \rho \neq 0$$

جدول شماره‌ی شش- ضریب هم‌بستگی سن و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار

سلامت اجتماعی		
۰/۱۴	شدت رابطه	سن
۰/۰۷۵	سطح معناداری	
۳۰۰	تعداد	

با توجه به مقدار sig محاسبه‌شده بین دو دامنه که برابر با ۰/۰۷۵ است و از آن جا که این عدد بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است، بین دو متغیر سن و سلامت اجتماعی ارتباط معناداری وجود ندارد. بر این اساس، فرضیه‌ی پنجم رد می‌شود.

آزمون فرضیه‌ی ششم: میزان درآمد بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار روستایی، اثرگذار است.

برای آزمون این فرضیه از ضریب هم‌بستگی پیرسون استفاده می‌شود. یافته‌ها به شرح زیر است:

$$H_0: \rho = 0$$

$$H_1: \rho \neq 0$$

جدول شماره‌ی هفت- ضریب هم‌بستگی میزان درآمد و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار

سلامت اجتماعی		
۰/۲۷	شدت رابطه	میزان درآمد
۰/۰۰۰	سطح معناداری	
۳۰۰	تعداد	

با توجه به مقدار sig محاسبه‌شده بین دو دامنه که برابر با ۰/۰۰۰ است و از آن جا که این عدد کوچک‌تر از ۰/۰۵ است، بین دو متغیر میزان درآمد و سلامت اجتماعی ارتباط معناداری وجود دارد. هم‌چنین با توجه به شدت هم‌بستگی به‌دست آمده که برابر با ۰/۲۷ است، هم‌بستگی مثبت با شدت متوسط و با جهت مستقیم بین دو متغیر میزان درآمد و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار دیده می‌شود؛ بدین صورت که هرچه میزان درآمد زنان بیشتر باشد، میزان سلامت اجتماعی آن‌ها بیشتر می‌شود. بر این اساس، فرضیه‌ی ششم تأیید می‌گردد.

تحلیل رگرسیون

تحلیل رگرسیونی تأثیر ابعاد چهارگانه‌ی حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار روستایی:

رابطه‌ی چندمتغیره بین متغیرهای حمایت اجتماعی و متغیر وابسته در جدول زیر آمده است.

جدول شماره‌ی هشت- تحلیل رگرسیون چندمتغیره‌ی سلامت اجتماعی

ضریب هم‌بستگی چندگانه R	ضریب تبیین	ضریب تبیین واقعی
۰/۴۵	۰/۲۰۲	۰/۲۰

بر اساس اطلاعات جدول شماره‌ی هشت، ضریب هم‌بستگی چندمتغیره R (۰/۴۵) نشان می‌دهد که بین مجموعه متغیرهای مستقل و متغیر وابسته‌ی تحقیق (سلامت اجتماعی) هم‌بستگی متوسطی وجود دارد. مقدار ضریب تبیین واقعی (۰/۲۰) نشان می‌دهد که ۰/۲۰ از کل تغییرات میزان سلامت اجتماعی در بین زنان سرپرست خانوار، وابسته به چهار بعد حمایت اجتماعی است؛ به عبارت دیگر، مجموعه متغیرهای مستقل، ۰/۲۰ از واریانس متغیر سلامت اجتماعی را پیش‌بینی می‌کنند.

جدول شماره‌ی نه- تحلیل واریانس رگرسیون چندمتغیره‌ی سلامت اجتماعی

منبع تغییرات	درجه‌ی آزادی	مجموع مربعات	میانگین مربعات	کمیت F	سطح معناداری F
اثر رگرسیونی	۶	۲۴۴۳/۰۲	۴۰۷/۱۷	۱۴۸/۰۶۵	۰/۰۰۰
باقیمانده	۲۹۳	۱۷۰۲/۲۱	۲/۷۵		
کل	۲۹۹	۴۱۴۵/۲۳			

با توجه به معناداری مقدار F (۱۴۸/۰۶۵۹) در سطح خطای کوچک‌تر از ۰/۰۱، می‌توان نتیجه گرفت که مدل رگرسیونی تحقیق - مرکب از چهار متغیر مستقل و یک متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) - مدل خوبی است و مجموعه متغیرهای مستقل قادرند تغییرات سلامت اجتماعی را تبیین کنند.

جدول شماره ۵- سطح معناداری متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته

آزمون هم خطی چندگانه (VIF)	آزمون هم خطی چندگانه (tolerance)	هم‌بستگی نیمه‌تفکیکی ^۳	هم‌بستگی تفکیکی ^۲	هم‌بستگی مرتبه‌ی صفر ^۱	سطح معناداری	آماره t	بنای استاندارد شده	
-	-	-	-	-	۰/۰۰۰	۱۲/۳	-	Constant
۱/۷	۰/۵۶	۰/۲۳	۰/۲۷	۰/۶۵	۰/۰۰۰	۹/۱	۰/۲۸	حمایت عاطفی
۱/۹	۰/۵۰	۰/۱۴	۰/۲۲	۰/۶۰	۰/۰۰۰	۵/۷	۰/۲۳	حمایت ابزاری
۲/۲	۰/۴۳	۰/۱۰	۰/۱۶	۰/۵۹	۰/۰۰۰	۴	۰/۱۸	حمایت اطلاعاتی
۱/۳	۰/۷۵	۰/۰۸	۰/۱۳	۰/۳۷	۰/۰۰۰	۳/۲	۰/۱۴	حمایت ارزیابانه

جدول شماره ۵، ضرایب تأثیر رگرسیونی هر متغیر مستقل را بر متغیر وابسته نشان می‌دهد. تفسیر ضرایب رگرسیونی بر اساس ضریب اتای استاندارد شده صورت می‌گیرد. مقایسه‌ی متغیرها نشان‌دهنده‌ی آن است که تأثیر هر چهار متغیر مستقل بر سلامت اجتماعی معنادار است؛ زیرا سطح معناداری (sig) آن‌ها کوچک‌تر از ۰/۰۵ است. متغیرهای حمایت عاطفی با ضریب رگرسیونی ۰/۲۸ و متغیر حمایت ابزاری با ضریب رگرسیونی ۰/۲۳ به ترتیب بالاترین تأثیر رگرسیونی را بر متغیر سلامت اجتماعی داشته‌اند؛ به‌عنوان نمونه، درباره‌ی متغیر حمایت عاطفی، نتیجه را به این شکل می‌توان تفسیر کرد که به ازای افزایش یک انحراف استاندارد در متغیر حمایت عاطفی، میزان سلامت اجتماعی به میزان ۰/۲۸ انحراف استاندارد افزایش خواهد یافت.

هم‌بستگی مرتبه‌ی صفر که مقدار آن برابر با ضریب هم‌بستگی پیرسون است، میزان هم‌بستگی بین متغیرها را بدون وجود متغیر کنترل نشان می‌دهد. میزان این ضریب، باز هم برای متغیر حمایت عاطفی بیش از سایر متغیرهاست.

ضریب هم‌بستگی تفکیکی، میزان هم‌بستگی بین یک متغیر مستقل و وابسته را پس از حذف میزان هم‌بستگی این دو متغیر با سایر متغیرهای مستقل نشان می‌دهد. هرچه میزان این هم‌بستگی برای یک متغیر بیش‌تر باشد، نقش آن متغیر در مدل بیش‌تر است. در این جا باز هم مشاهده

¹ Zero order correlation
² Partial correlation
³ Part correlation

می‌شود که میزان هم‌بستگی تفکیکی متغیرهای حمایت عاطفی (۰/۲۷) بیش از میزان هم‌بستگی سایر متغیرها با سلامت اجتماعی است.

ضریب هم‌بستگی نیمه‌تفکیکی نیز نوعی کنترل آماری است که میزان هم‌بستگی بین یک متغیر مستقل و متغیر وابسته را پس از حذف اثر خطی سایر متغیرهای مستقل بر متغیر مستقل مورد نظر (و نه متغیر وابسته) نشان می‌دهد. در این نوع هم‌بستگی، اثر خطی متغیرهای مستقل بر همدیگر حذف می‌شود. بنابراین، میزان آن نسبت به دو هم‌بستگی قبلی (مرتبه‌ی صفر و تفکیکی) پایین‌تر است. در این هم‌بستگی نیز میزان هم‌بستگی تفکیکی در دو متغیر حمایت عاطفی بیش از سایر متغیرهاست. هرچه میزان این هم‌بستگی برای یک متغیر بیش‌تر باشد، نقش آن در مدل بیش‌تر است.

مدل معادله‌ی ساختاری (Smart PLS)

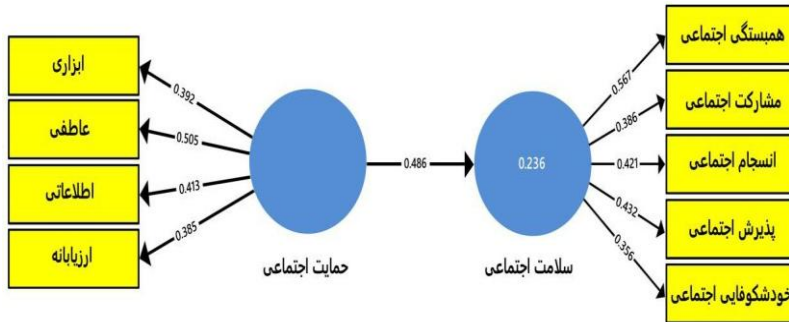
برای تعیین شدت و جهت بررسی تأثیر ابعاد مختلف حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار، از یک مدل معادله‌ی ساختاری استفاده شده است. در این پژوهش با استفاده از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری به آزمون مدل‌های معادله‌ی ساختاری پژوهش پرداخته می‌شود. رویکرد در این قسمت، رویکرد دومرحله‌ای است؛ بدین معنا که پس از تدوین مدل نظری پژوهش باید به بحث برآورد مدل یا به عبارت دیگر، برآورد پارامترهای آزاد در مدل و تحلیل شاخص‌های جزئی و کلی مدل پرداخت تا مشخص شود که آیا داده‌های تجربی در مجموع حمایت‌کننده‌ی مدل نظری تدوین‌شده هستند یا خیر.

مدل‌سازی معادلات ساختاری به روش حداقل مربعات (PLS) برخلاف روش کواریانس محور (نرم‌افزارهایی نظیر AMOS، LISREL و EQS)، فاقد شاخص‌های برازش مدل مبتنی بر کای دو برای بررسی میزان مطابقت مدل نظری با داده‌های گردآوری‌شده است. این امر به ماهیت پیش‌بین محور PLS بستگی دارد. بنابراین شاخص‌های برازش که به همراه این رویکرد توسعه یافته‌اند، به بررسی کفایت مدل در پیش‌بینی متغیرهای وابسته مربوط می‌شوند؛ مانند شاخص‌های افزونگی^۱ و حشو^۲ یا شاخص GOF. در واقع، این شاخص‌ها نشان می‌دهند که برای مدل اندازه‌گیری، معرف‌ها

¹ Communality

² Redundancy

تا چه حد توانایی پیش‌بینی سازه‌ی زیربنایی خود را دارند و برای مدل ساختاری، متغیرهای برون‌زا تا چه حد و با چه کیفیتی، از توانایی پیش‌بینی متغیرهای درون‌زای مدل برخوردارند. برآوردهای مربوط به شاخص‌های ارزیابی کلیت مدل ساختاری و پارامترهای اصلی این مدل (اثر متغیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی) در شکل و جداول زیر گزارش شده است.



شکل شماره‌ی سه- مدل معادله‌ی ساختاری اثر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی

جدول شماره‌ی یازده- برآورد شاخص‌های ارزیابی کلیت مدل معادله‌ی ساختاری

شاخص	GOF	SRMR	NFI
مقدار	۰/۲۹	۰/۰۸	۰/۹۲

شاخص‌های ارزیابی کلیت مدل معادله‌ی ساختاری در مجموع بیانگر آن است که داده‌ها، مدل نظری پژوهش را حمایت می‌کنند؛ به عبارت دیگر، برازش داده‌ها به مدل برقرار است و شاخص‌ها بر مطلوبیت مدل معادله‌ی ساختاری دلالت دارند.

جدول شماره‌ی دوازده- برآورد اثر متغیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی

متغیر مستقل	مسیر	متغیر وابسته	ضریب تعیین	ضریب اثر	مقدار بحرانی	سطح معناداری
حمایت اجتماعی	<---	سلامت اجتماعی	۰/۲۳۶	۰/۴۸۶	½	۰/۰۰۳

مقادیر برآورد شده در جدول بالا بیانگر آن است که: ۱. متغیر حمایت اجتماعی در مجموع ۴۸ درصد از واریانس متغیر سلامت اجتماعی را تبیین می‌کند. با مدنظر قرار دادن مقادیر مربوط به حجم اثر شاخص ضریب تعیین این مقدار در حد متوسط (۰/۲۳) برآورد می‌شود؛ به عبارت دیگر، متغیر حمایت اجتماعی در ابعاد مختلف در حد متوسط توان تبیین واریانس متغیر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار را دارد؛ ۲. اثر متغیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی به لحاظ آماری معنادار است. بنابراین فرضیه‌ی کلی پژوهش مبنی بر این که متغیر حمایت اجتماعی بر متغیر سلامت اجتماعی تأثیر دارد، تأیید می‌گردد. با توجه به مقدار ضریب تأثیر می‌توان گفت اثر متغیر حمایت اجتماعی بر متغیر سلامت اجتماعی مثبت، مستقیم و در حد متوسط برآورد می‌شود؛ به این معنا که افزایش میزان حمایت اجتماعی می‌تواند در حد متوسط منجر به تقویت سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار گردد.

نتیجه‌گیری

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 متعدّد 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 جهانی‌سازی موجب افزایش آسیب‌پذیری افراد در ابعاد روانی، خودکشی، گرایش به مصرف دخانیات و سایر آسیب‌های اجتماعی می‌شود و از جمله موضوعاتی است که به‌طور 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 سن و درآمد به‌عنوان متغیرهای مستقل بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار روستاهای شهرستان کرمانشاه به‌عنوان متغیر وابسته پرداخته شده است.

یافته‌ها حاکی از آن است که به جز متغیر سن، بین همهی متغیرهای مستقل و وابسته‌ی پژوهش ارتباط مثبت، مستقیم و معناداری وجود دارد؛ بدین صورت که هرچه میزان حمایت

عاطفی (۰/۳۴)، حمایت ابزاری (۰/۳۰)، حمایت اطلاعاتی (۰/۲۳)، حمایت ارزیابانه (۰/۱۷) و درآمد (۰/۲۷) بیش تر باشد، میزان سلامت اجتماعی زنان بیش تر می شود.

نتایج تحلیل رگرسیونی نیز نشان می دهد که بین مجموعه متغیرهای مستقل و متغیر وابسته‌ی تحقیق (سلامت اجتماعی)، هم‌بستگی متوسطی وجود دارد. مقدار ضریب تبیین واقعی (۰/۲۰) نشان می دهد که ۰/۲۰ از کل تغییرات میزان سلامت اجتماعی در بین زنان سرپرست خانوار، وابسته به چهار بعد حمایت اجتماعی است؛ به عبارت دیگر، مجموعه متغیرهای مستقل، ۰/۲۰ از واریانس متغیر سلامت اجتماعی را پیش‌بینی می کنند.

نتایج حاصل از مدل معادله‌ی ساختاری Smart PLS نیز نشان می دهد که حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی تأثیر متوسطی (۰/۴۸۶) دارد و متغیر حمایت اجتماعی در مجموع ۰/۲۳ از واریانس متغیر سلامت اجتماعی را تبیین می کند. بنابراین مشاهده می شود که حمایت اجتماعی یکی از منابع مهم افزایش سلامت اجتماعی است و با افزایش حمایت اجتماعی در ابعاد مختلف، میزان سلامت اجتماعی در بین زنان سرپرست خانوار افزایش می یابد؛ مسأله‌ای که مسئولان و دست‌اندرکاران باید آن را مورد توجه قرار دهند و زمینه‌های حمایت از زنان را مهیا سازند.

یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر ارتباط حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی، با تئوری‌های هاوس، کوهن (۲۰۰۱)، فلمینگ و باوم و نیز رز و وو هم‌خوانی دارد. هریک از نظریه پردازان فوق در نظریه‌های خود نشان دادند که حمایت اجتماعی موجب افزایش سلامت اجتماعی افراد می شود که تأییدکننده‌ی نتایج این پژوهش است.

یادداشت

[۱] حداقل مربعات جزئی (Partial Least Squares)

منابع

۱. ابراهیم نجف‌آبادی، اعظم (۱۳۹۱) «عوامل مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی زنان جوان ۱۵ تا ۲۴ ساله‌ی شهر اصفهان (با تأکید بر میزان حمایت اجتماعی)»، سلامت و روان‌شناسی، دوره‌ی اول، شماره‌ی ۲.
۲. بیگی‌فرد، سلیمه (۱۳۷۸) «بررسی ارتباط ویژگی شخصیتی سخت‌رویی و حمایت اجتماعی با فرسودگی شغلی در بین کارمندان مراکز توان‌بخشی بهزیستی شیراز»، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی تهران.
۳. حاتمی، پریسا (۱۳۸۸) «بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تأکید بر شبکه‌های اجتماعی»، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، دانشکده‌ی علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.
۴. رستگار، خدیجه و سیدان، فریبا (۱۳۹۴) «سنجش رابطه‌ی بین فرهنگ شهروندی و سلامت اجتماعی شهروندان تهرانی»، مطالعات ملی، سال شانزدهم، شماره‌ی ۱.
۵. سارافیند، ادوارد (۱۳۸۴) روان‌شناسی سلامت، ترجمه‌ی گروهی از مترجمان (زیر نظر الهه میرزایی)، تهران: رشد.
۶. سجادی، حمیرا و صدرالسادات، سید جلال (۱۳۸۳) «شاخص‌های سلامت اجتماعی»، مجله‌ی اطلاعات، شماره‌ی ۲۰۷.
۷. سفیری، خدیجه و منصور، فاطمه (۱۳۹۳) «تبیین رابطه‌ی هویت جنسیتی و سلامت اجتماعی زنان و مردان جوان شهر تهران»، جامعه‌شناسی کاربردی، سال بیست و پنجم، شماره‌ی ۱.
۸. فتحی، منصور و همکاران (۱۳۹۱) «عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی معلمان شهر مراغه»، رفاه اجتماعی، دوره‌ی دوازدهم، شماره‌ی ۴۷.
۹. فدایی مهربانی، مهدی (۱۳۸۶) «شهرنشینی، رسانه و سلامت اجتماعی»، نشریه‌ی پژوهش و سنجش، شماره‌ی ۴۹.
۱۰. فرزانه، سیف‌الله و علیزاده، سمیه (۱۳۹۲) «بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی سالمندان شهر بابل»، فصلنامه‌ی مطالعات توسعه‌ی اجتماعی- فرهنگی، دوره‌ی دوم، شماره‌ی ۱.
۱۱. گرمارودی، غلامرضا (۱۳۸۵) «سلامت اجتماعی؛ بررسی میزان مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان»، پایش، دوره‌ی پنجم، شماره‌ی ۲.

۱۲. مارموت، مایکل و ویلکینسون، ریچارد (۱۳۸۷) مؤلفه‌های اجتماعی سلامت، ترجمه‌ی علی منتظری، تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی.

13. Berkman, F. L (2000) From Social Integration to Health: Durkheim in the new millennium. **social Science & Medicine**, 51, 843-857.
14. Cohen, S., & Mckay, G (1984) Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. In A. Baum, J. E. singer & S. Taylor (eds). **Hand Book of Psychology and Health**. Vol 4, Erlbaum, Hillsdale, NJ.
15. Fiori Katherine L, Denckla Christy A (2012) Social Support and Mental Health in Middle-Aged Men and Women, **Journal of Aging and Health**; vol. 24, 3: pp. 407-438.
16. Hupcey, J. E (1998) Clarifying the social support theory– research linkage. **Journal of advanced nursing**. 27 (6), 1231– 1242.
17. Keyes, C. M & Shapiro, A (2004) Social Well-being in the U.S: A Descriptive Epidemiology. In orville Brim, Carol D. Ryff and Ronald C. Kessler (eds). **Healthing Are you? A National Study of Well-Being of Midlife**. University of Chicago Press.
18. Keyes, Corey Lee. M (1998) Social well-being, **Social Psychology Quarterly**, vol. 61, N. 2 ,pp. 121-190.
19. Keyes, C. M (2002) The Mental Health Continuum: From languishing to flourishing in life. **Journal of Health and Social Research**. 43. 207– 222.
20. Larson James. S (1996) Measurment of Social Well-being Social Indicators, **Research**, Vol 28, pp. 285-96.
21. Lindeman C.A and Mcathie M (2009) **Fundamentals of Contemporary Nursing Practice**. 1st ed. USA: Saunders Company.
22. Mac Artour, L, Lalco (1995) Technique Paradise, In: **The Urbanization of European Society in the Nineteenth Century** (A. Lees , Ed.), Ragers Univ, Comdon and Pensilvania Univ, D. C. Health and Company, Massachusetts.
23. Matson, J. L (1990) **Evaluation of Social Skills with Youngsters**. Worthington, OH: International Diagnostic System.
24. Powell, L (2007) **To examine the relationship between the performance communication, spiritual and social health and quality of life in cancer patients**. Academic Press, London.
25. Ryff & Ronald C. Kessler (eds) (2003) **Healthing Are you? A National Study of Well-Being of Midlife**. University of Chicago Press.