MEJDS. 2021; 11:34.
Published online 2021 June. **Research Article**

Developing a Social Health Model Based on Social Support and Social Trust in Female-Headed Households

Atefi Hanzani GhA[1], *Shekarbeygi A[2], Ahmadi OA[2]

Author Address
1. PhD Candidate, Department of Sociology of Economics and Development, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran;
2. Assistant Professor of Sociology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
***Corresponding author's email:** ashekarbeugister@gmail.com

Received: 2021 January 2; **Accepted:** 2021 May 8

Abstract

Background & Objectives: Understanding the multifactorial nature of health has shifted the traditional narrow focus on women's reproductive health to an acknowledgment of the influence of socioeconomic and cultural characteristics on their health status. The changing roles of women have also affected their health status. Social support refers to the emotionally sustaining qualities of relationships. In addition to social support, social trust is considered a key element of social capital and has received great attention, particularly in the area of public health. Family life is associated with multiple tensions and pressures for female–headed households. Thus, these women encounter numerous psycho–socio–economic problems that adversely impact their health. Women play a major role in family and community health; thus, it is essential to examine women's health in the community. Accordingly, this study aimed to develop a social health model based on social support and social trust in female–headed households.

Methods: The present correlational study employed a structural equation modeling. The statistical population of the study included all female–headed households in Rasht City, Iran, in 2019. Based on the ratio of the number of participants to the observed variables, the sample size was estimated as 380 individuals. To select the research sample, the city of Rasht was clustered based on different areas of the municipality. After randomly selecting 4 of the 5 districts, 2 neighborhood houses were randomly selected. Finally, considering the odds of sample dropout, 380 eligible individuals entered the study. Accordingly, after sample dropout, their number reached 358. The inclusion criteria of the research included female–headed households, no chronic physical illnesses, and substance dependence, and not receiving pharmacotherapy for chronic and specific physical or mental illnesses in the past 6 months. The exclusion criteria of the study were the violations of any of the inclusion criteria; all of which were assessed using a researcher–made demographic questionnaire answered on a yes/no scale. The Social Wellbeing Questionnaire–Short Form (Keyes, 1998), Family Social Support Questionnaire (Khodapanahi et al., 2009), and Social Trust Questionnaire (Saffarinia & Sharif, 2014) were used for data collection. Descriptive statistics, including mean and standard deviation, were used to analyze the obtained data. Structural equation modeling and Pearson correlation coefficient were also applied in AMOS and SPSS to analyze the collected data. The significance level of the tests was considered 0.05.

Results: The path coefficient between social support and social trust (β=0.351, *p*=0.001), the path coefficient between social trust and social health (β=0.324, *p*=0.001), and the coefficient of the direct path between social support and social health (β=0.460, *p*=0.001) were positive and significant. Additionally, the total path coefficient between social support and social health was positive and significant (β=0.574, *p*=0.001). Finally, the indirect path coefficient between social support and social health with the mediating role of social trust was positive and significant (β=0.114, *p*=0.012). The present study results suggested that the hypothesized model had fitness with the collected data (χ^2/df=3.31, CFI=0.934, GFI=0.912, AGFI=0.875, RMSEA=0.081).

Conclusion: According to the obtained findings, social trust mediates the relationship between social support and social health among female–headed households. Therefore, the role of social support and social trust in the health of women heads of households should be considered.

Keywords: Social health, Social trust, Social support, Female–Headed households.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۳۴.

انتشار برخط خرداد ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

تدوین مدل سلامت اجتماعی براساس حمایت اجتماعی و اعتماد اجتماعی در زنان سرپرست خانواده

قربانعلی عاطفی هنزنی[۱]، *عالیه شکربیگی[۲]، امیدعلی احمدی[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری، جامعه‌شناسی اقتصادی و توسعه، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران؛

۲. استادیار جامعه‌شناسی، عضو هیئت‌علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** ashekarbeugister@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳ دی ۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۸ اردیبهشت ۱۴۰۰

چکیده

زمینه و هدف: ازجمله عوامل مهم مرتبط با سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانواده اعتماد اجتماعی و حمایت اجتماعی از آنان است. هدف پژوهش حاضر تدوین مدل سلامت اجتماعی براساس حمایت اجتماعی و اعتماد اجتماعی در زنان سرپرست خانواده بود.

روش‌بررسی: پژوهش حاضر از انواع مطالعات همبستگی و مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمام زنان سرپرست خانواده در شهر رشت در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. از میان آن‌ها ۳۵۸ نفر به‌روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات، فرم‌کوتاه پرسشنامهٔ بهزیستی اجتماعی (کیز، ۱۹۹۸)، پرسشنامهٔ حمایت اجتماعی خانواده (خداپناهی و همکاران، ۱۳۸۸) و پرسشنامهٔ اعتماد اجتماعی (صفاری‌نیا و شریف، ۱۳۹۲) به‌کار رفت. برای تحلیل داده‌ها از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری و ضریب همبستگی پیرسون در نرم‌افزارهای AMOS نسخهٔ ۲۴ و SPSS نسخهٔ ۲۴ استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد ضریب مسیر بین حمایت اجتماعی و اعتماد اجتماعی (p=۰/۰۰۱، β=۰/۳۵۱)، ضریب مسیر بین اعتماد اجتماعی و سلامت اجتماعی (p=۰/۰۰۱، β=۰/۳۲۴) و ضریب مسیر مستقیم بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی (p=۰/۰۰۱، β=۰/۴۶۰) مثبت و معنادار بود. ضریب مسیر غیرمستقیم بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی با نقش میانجیگر اعتماد اجتماعی مثبت و معنادار بود (p=۰/۰۱۲، β=۰/۱۱۴). همچنین مدل مفروض پژوهش با داده‌های گردآوری‌شده برازش داشت (χ^2/df=۳/۳۱، CFI=۰/۹۳۴، GFI=۰/۹۱۲، AGFI=۰/۸۷۵، RMSEA=۰/۰۸۱).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این پژوهش، اعتماد اجتماعی میانجیگر رابطهٔ بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانواده است؛ بنابراین باید به نقش حمایت اجتماعی و اعتماد اجتماعی در سلامت زنان سرپرست خانواده توجه کرد.

کلیدواژه‌ها: سلامت اجتماعی، اعتماد اجتماعی، حمایت اجتماعی، زنان سرپرست خانواده.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

۱ مقدمه

خانواده در همهٔ مکان‌ها و زمان‌ها و نیز در بین تمامی جوامع بشری نهاد اجتماعی اساسی‌تری بوده است که زیرساخت جامعه، فرهنگ و تمدن جامعه محسوب می‌شود (۱). جامعه، واحدهای متعددی را در بر می‌گیرد که از همه مهم‌تر خانواده است؛ به‌طوری‌که امنیت جامعه در گروی عملکرد سالم و پایداری خانواده است و در صورتی محقق می‌شود که اعضای خانواده در کنار ارتباطات سالمی که با یکدیگر برقرار می‌کنند از سلامت روانی نیز برخوردار باشند (۲). خانواده، از نهادهای مهم در جوامع به‌خصوص در جامعهٔ ایران محسوب می‌شود که اگر خانواده دارای عملکرد مناسبی باشد، اعضای خانواده نیز از سلامت و بهزیستی برخوردار خواهند بود (۳). سلامت عنوان بنیادی‌تری است که حیات انسان به آن استوار است. آرامش و سلامت، به‌منزلهٔ مفهومی اساسی در زندگی انسان از بدو پیدایش بشر و در قرون و اعصار متمادی مطرح بوده است و انسان برای رسیدن به آن، همهٔ امکانات و نیروهای خود را بسیج می‌کند؛ ولی هرگاه سخنی از آن به میان آمده است، بیشتر بُعد جسمانی و در چند دههٔ اخیر نیز بُعد روانی آن مدنظر بوده است و به جنبهٔ اجتماعی آن کمتر توجه شده است (۴). سلامت اجتماعی به‌اندازهٔ دیگر ابعاد سلامت ازجمله سلامت روان‌شناختی، سلامت جسمانی و سلامت دینی و معنوی، اهمیت و ضرورت دارد. به تعبیری دیگر امروزه چنین باوری جا افتاده است که تنها وجود سلامتی روان‌شناختی و جسمانی کافی نیست؛ بلکه روابط اجتماعی و چگونگی عملکرد فرد در روابطش و نیز شناخت و تفکر او دربارهٔ روابط بین‌فردی و اشخاص از ابعاد سلامت محسوب می‌شود (۵).

سلامت اجتماعی که یکی از اجزای تشکیل‌دهندهٔ بهزیستی در سطح اجتماع و جامعه است، از عوامل اجتماعی و بین‌فردی و اقتصادی تأثیر می‌پذیرد. سلامت مقوله‌ای است که نقش آن در ارتقای شاخص‌های توسعهٔ انسانی انکارناپذیر است؛ بنابراین مبارزه با عواملی که این پدیده را تحت‌تأثیر قرار می‌دهند و نیز سبب نابرابری‌هایی در سلامتی می‌شوند، از اولویت‌های همهٔ افراد جامعه و دولت‌ها به‌شمار می‌آید (۶). سلامت اجتماعی، تعاملات بین‌فردی در طبقهٔ یکسان اجتماعی ـ اقتصادی تعریف شده است که به میزان جامعه‌پذیری فرد بستگی دارد؛ به‌طوری‌که فرد از حضور در جمع خانواده و دوستان و دریافت حمایت و پشتیبانی از جانب آن‌ها لذت می‌برد و دربرابر محیط بیرونی و اجتماعی از رضایت‌مندی برخوردار است؛ به‌گونه‌ای که افکار، احساسات و رفتارهای چنین فردی مملو از پاسخ‌های هماهنگ و رضایت‌مند به محیط است (۷).

از گروه‌هایی که توجه به سلامت اجتماعی آن‌ها بسیار اهمیت دارد، زنان سرپرست خانواده هستند. زنان ازجمله اقشار آسیب‌پذیر در جامعه هستند که در این میان زنان سرپرست خانواده بیش از سایر زنان درمعرض آسیب‌های اجتماعی قرار می‌گیرند. زنان سرپرست خانواده زنانی هستند که به‌دلایل متعدد مانند فوت همسر، متارکه، طلاق، ازکارافتادگی همسر، مفقودالاثربودن همسر و... سرپرستی خانوادهٔ خود را برعهده گرفته‌اند (۸).

خانواده به‌عنوان نهاد بنیادی‌تر جامعه، شکل‌گیری آن و عملکردش ازطریق کنش‌های اجتماعی گذشته و حال اعضای خانواده صورت می‌گیرد و زنان در این میان نقشی اساسی را ایفا می‌کنند (۹). در آرای همهٔ صاحب‌نظران در عرصهٔ حمایت اجتماعی و اعتماد این دلالت ضمنی وجود دارد که وجود ارتباط میان افراد، داشتن اعتماد متقابل به یکدیگر و پشتیبانی‌شدن از سوی دیگران ازطریق تسهیل‌کردن روابط اجتماعی موجباتی را فراهم می‌سازد تا افراد بهتر و ساده‌تر بتوانند منافع فردی و گروهی خود را دنبال کنند؛ ازاین‌رو از عوامل مهم مرتبط با سلامت اجتماعی افراد، اعتماد اجتماعی و حمایت اجتماعی از آنان است (۱۰).

اعتماد اجتماعی شامل تمایل فرد به قبول ریسک در موقعیتی اجتماعی می‌شود؛ این تمایل مبتنی‌بر حس اطمینان به این نکته است که دیگران به‌گونه‌ای که انتظار می‌رود عمل می‌کنند و شیوه‌ای حمایت‌کننده در پیش خواهند گرفت (۱۱). اعتماد اجتماعی ازجمله پدیده‌های اجتماعی است که در روابط و تعاملات انسانی از خانواده که در پایین‌ترین سطح قرار دارد تا جامعه که در بالاترین سطح قرار دارد و تا حتی ساختارهای جهانی، نقشی حیاتی ایفا می‌کند. اعتماد اجتماعی روابط انسانی و اجتماعی را برای افراد تسهیل می‌نماید؛ به‌طوری‌که موجب شکل‌گیری و تداوم تعاملات اجتماعی افراد می‌شود و به توسعهٔ جامعه کمک می‌کند؛ ازاین‌رو، وجود یا نبود اعتماد اجتماعی پیامدهای بی‌شماری برای افراد در مناسبات اجتماعی و همین‌طور برای جامعه دارد. به همین دلیل است که بررسی اعتماد اجتماعی افراد مختلف در جامعه نظر شمار زیادی از نظریه‌پردازان و محققان در حوزهٔ علوم اجتماعی را به خود جلب کرده است (۱۲). اعتماد اجتماعی زیاد در جامعه موجب مسئولیت‌پذیری بیشتر افراد در همهٔ امور و همچنین درقبال یکدیگر می‌شود که به‌نوبهٔ خود بر سطح سلامت اجتماعی مؤثر است. برعکس در جوامعی که اعتماد اجتماعی زیادی وجود ندارد، نبود مسئولیت‌پذیری درقبال امور و افراد دیده می‌شود (۱۳).

حمایت اجتماعی به‌صورت منابع و روابط متقابلی تعریف شده است که برای شخص از جانب دیگران به‌منظور کمک به او در کنارآمدن مفید با مشکلاتش فراهم شده است (۱۴). حمایت اجتماعی که از سرمایهٔ اجتماعی نشئت می‌گیرد، حمایت خانواده، اقوام، دوستان و آشنایان را در برمی‌گیرد و ابعاد گوناگونی نظیر حمایت ابزاری، حمایت اطلاعاتی و حمایت عاطفی دارد. حمایت ابزاری به وجود حمایت فیزیکی اشاره می‌کند. حمایت اطلاعاتی به فراهم‌آوردن اطلاعات لازم برای حل مشکلات و مسائل و کمک به فهم و درک مسائل و مشکلات اشاره دارد. زمانی که فرد از حمایت عاطفی بهره‌مند می‌شود، افرادی را در کنار خود دارد که در مواقع لزوم و بروز مشکلات می‌تواند برای همدردی به آن‌ها رجوع و از احساسات همدلی و همدردی آنان بهره‌مند شود؛ این موضوع امری اثرگذار بر سلامت روان‌شناختی و اجتماعی وی است (۱۵). در این راستا، جوادیان و فراست نشان دادند که حمایت عاطفی، حمایت ابزاری، حمایت اطلاعاتی و امنیت اجتماعی با اعتماد اجتماعی شهروندان رابطهٔ معناداری دارد. با افزایش و کاهش حمایت اجتماعی ادراک‌شده و امنیت اجتماعی، اعتماد اجتماعی نیز افزایش یا کاهش می‌یابد (۱۶). نوریان نجف‌آبادی و جهانگیر دریافتند، بین میزان سلامت روان با ابعاد مختلف اعتماد اجتماعی رابطهٔ مستقیم

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

و معناداری وجود دارد؛ به‌عبارت دیگر با زیادشدن میزان اعتماد اجتماعی، میزان سلامت روانی افزایش می‌یابد (۱۷). در پژوهش ریاحی و همکاران مشخص شد، حمایت اجتماعی و جنسیت اثرات مستقیمی بر سلامت روان دارند؛ درحالی‌که طبقهٔ اجتماعی و دینداری ازطریق افزایش میزان حمایت اجتماعی ادراک‌شده، اثرات غیرمستقیمی بر سلامت روان دانشجویان می‌گذارند (۱۸). بای و همکاران چنین بیان کردند که اعتماد به آشنایان و غریبه‌ها با بهزیستی ذهنی همبسته است (۱۹). ربلین و اچینو نتیجه گرفتند که روابط عمیق حاکی‌از حمایت اجتماعی و هیجانی، پیامدهای مثبتی برای سلامتی دارد (۲۰).

زندگی خانوادگی برای زنان سرپرست خانواده با تنش‌ها و فشارهای متعددی همراه است. این تنش‌ها تا حدی از محیط زندگی و از فشارها و محدودیت‌های مختص زنان سرپرست خانواده در زندگی‌شان سرچشمه می‌گیرد. در خانواده‌هایی مادر علاوه‌بر نقش مادری، نقش پدر را نیز ایفا می‌کند. این خانواده‌ها تک‌والدی نامیده می‌شوند که مادر سرپرست و نان‌آور خانه و خانواده است؛ به این صورت اضافه‌بار نقش و مسئولیت را متحمل می‌شود. بدین‌ترتیب این زنان مشکلات روان‌شناختی و اجتماعی‌ـ‌اقتصادی زیادی را تحمل می‌کنند که پیامدهای منفی برای سلامت آن‌ها دارد. باتوجه به اینکه زنان دارای نقش عمده‌ای در سلامت خانواده و جامعه هستند، بررسی سلامت زنان در جامعه و اجتماع مفید خواهد بود. این موضوع بر اهمیت و ضرورت مطالعهٔ حاضر می‌افزاید؛ بااین‌حال، در زمینهٔ مطالعهٔ عوامل اثرگذار بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانواده خلأ پژوهشی مشاهده می‌شود؛ همچنین پژوهشی یافت نشد که در قالب مدل‌سازی و به‌صورت هم‌زمان اعتماد و حمایت اجتماعی را در زنان سرپرست خانواده مطالعه کرده باشد. بدین‌ترتیب هدف پژوهش حاضر تدوین مدل سلامت اجتماعی براساس حمایت اجتماعی و اعتماد اجتماعی در زنان سرپرست خانواده بود.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر همبستگی و مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمام زنان سرپرست خانواده در شهر رشت تشکیل دادند که تعداد آن‌ها براساس آخرین آمار شهرداری شهر رشت در سال ۱۳۹۸، ۲۶۰۰۰ نفر بود. براساس روش نسبت تعداد شرکت‌کننده به متغیرهای مشاهده‌شده همچنان‌که در مدل مفهومی در شکل ۱ مشاهده می‌شود، حجم نمونهٔ حاضر ۳۸۰ نفر برآورد شد (۲۱). برای انتخاب نمونهٔ پژوهش، شهر رشت براساس مناطق مختلف شهرداری خوشه‌بندی شد. بعد از انتخاب چهار منطقه از پنج منطقه به‌طور تصادفی، در مرحلهٔ بعد از هر منطقه دو سرای محله به‌صورت تصادفی انتخاب شد. درنهایت با درنظرگرفتن احتمال ریزش نمونه ۳۸۰ نفر واجد شرایط وارد پژوهش شدند که پس از ریزش نمونه تعداد آن‌ها به ۳۵۸ نفر رسید. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش شامل زنان سرپرست خانواده، نبود بیماری‌های مزمن جسمانی و اعتیاد و دریافت‌نکردن دارو برای بیماری‌های جسمانی مزمن و خاص و داروهای روان‌پزشکی و روان‌درمانی در طول شش ماه گذشته بود. ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش نقض هریک از ملاک‌های خروج بود که همهٔ آن‌ها با استفاده از پرسشنامه‌ای دموگرافیک محقق‌ساخته بررسی شد و پاسخ‌گویی به آن به صورت بله/خیر بود.

برای جمع‌آوری داده‌ها ابزارهای زیر به‌کار رفت.

ـ فرم کوتاه پرسشنامهٔ بهزیستی اجتماعی[1]: برای اندازه‌گیری متغیر سلامت اجتماعی در این پژوهش، فرم کوتاه پرسشنامهٔ بهزیستی اجتماعی طراحی‌شده توسط کیز در سال ۱۹۹۸ به‌کار برده شد (۲۲). فرم کوتاه این پرسشنامه شامل پانزده گویه است که پنج خرده‌مقیاس شکوفایی اجتماعی[2] ، همبستگی اجتماعی[3] ، انسجام اجتماعی[4] ، پذیرش اجتماعی[5] و مشارکت اجتماعی[6] را در طیف لیکرتی پنج‌درجه‌ای از کاملاً موافقم=۵ تا کاملاً مخالفم=۱ ارزیابی می‌کند. گویه‌های ۳، ۵، ۷، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹ و ۲۰ در این پرسشنامه به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. محدودهٔ نمرات در پرسشنامه از ۱۵ تا ۷۵ است در این ابزار کسب نمرهٔ بیشتر به‌معنای سلامت اجتماعی بیشتر است (۲۲). کیز برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و همبستگی هم‌زمان خرده‌مقیاس‌های آن را با پرسشنامهٔ خوش‌بینی در دامنه‌ای از ۰/۱۶تا۰/۲۳ به‌عنوان شاخصی از روایی هم‌زمان ابزار گزارش کرد (۲۲). هاشمی و همکاران در هنجاریابی ابزار برای آن ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و همبستگی آن را با خرده‌مقیاس‌های مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس[7] به‌ترتیب ۰/۶۴ـ ، ۰/۳۶ـ و ۰/۵۵ـ به‌دست آورد (۲۳).

ـ پرسشنامهٔ حمایت اجتماعی خانواده[8]: پرسشنامهٔ حمایت اجتماعی خانواده توسط خداپناهی و همکاران در سال ۱۳۸۸ طراحی شد (۲۴). این پرسشنامه شامل ۷۹ گویه است که چهار خرده‌مقیاس حمایت عاطفی، ابزاری، اطلاعاتی و جست‌وجوی حمایت را در طیف لیکرتی چهاردرجه‌ای از کاملاً مخالف=۱ تا کاملاً موافق=۴ ارزیابی می‌کند. محدودهٔ نمرات در پرسشنامه از ۷۹تا۳۱۶ است. در این ابزار کسب نمرهٔ بیشتر به‌معنای حمایت اجتماعی‌ـ‌خانوادگی بیشتر است (۲۴). خداپناهی و همکاران ضرایب پایایی را برای نمرهٔ کل ابزار ۰/۹۷ و برای خرده مقیاس‌های حمایت عاطفی، ابزاری، اطلاعاتی و جست‌وجوی حمایت به‌ترتیب ۰/۹۵، ۰/۷۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۷ گزارش کردند. در پژوهش آن‌ها مقدار آزمون کفایت نمونه‌برداری کیزر‌ـ‌میر‌ـ الکین که به‌منظور آزمون میزان تبیین واریانس درون داده‌ها و تأیید توانایی عاملی بودن داده‌ها به‌کار رفت، برابر با ۰/۹۲۱ به‌دست آمد (۲۴).

ـ پرسشنامهٔ اعتماد اجتماعی[9]: پرسشنامهٔ اعتماد اجتماعی توسط صفاری‌نیا و شریف در سال ۱۳۹۲ طراحی شد (۲۵). این پرسشنامه

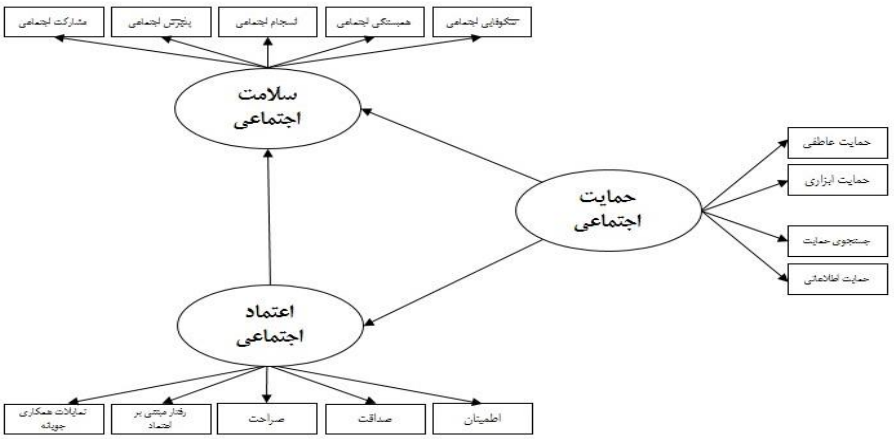
1. Social Well-being Questionnaire-Short Form
2. Social actualization
3. Social integration
4. Social coherence
5. Social acceptance
6. Social contribution
7. Depression Anxiety and Stress Scale
8. Family Social Support Questionnaire
9. Social Trust Questionnaire

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

شامل ۲۵ گویه است که پنج خرده‌مقیاس رفتار مبتنی‌بر اعتمادکردن، تمایلات همکاری‌جویانه، صراحت، صداقت و اطمینان را در طیف لیکرتی پنج‌درجه‌ای از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۵ ارزیابی می‌کند. محدودهٔ نمرات در پرسشنامه از ۲۵ تا۱۲۵ است. در این ابزار کسب نمرهٔ بیشتر به‌معنای اعتماد اجتماعی بیشتر است (۲۵). صفاری‌نیا و شریف در این ابزار ضرایب پایایی را برای نمرهٔ کل ابزار ۰/۹۵ و برای خرده‌مقیاس‌های رفتار مبتنی‌بر اعتمادکردن، تمایلات همکاری‌جویانه، صراحت، صداقت و اطمینان به‌ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۷، ۰/۹۶، ۰/۹۶ و ۰/۹۶ گزارش کردند. در پژوهش آن‌ها مقدار آزمون کفایت نمونه‌برداری کیزر-میر-الکین که برای آزمون میزان تبیین واریانس درون داده‌ها و تأیید توانایی عاملی بودن داده‌ها به‌کار رفت، برابر با ۰/۹ به‌دست آمد (۲۵).

فرایند انجام پژوهش به این صورت بود که ابتدا با مسئولان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز به‌منظور اخذ مجوز برای انجام پژوهش روی زنان سرپرست خانواده و نیز شهرداری شهر رشت برای انجام پژوهش در سراهای محلات، هماهنگی صورت گرفت. سپس با اعلام فراخوانی از زنان سرپرست خانواده در سرای محله‌ها درخواست شد تا در این پژوهش شرکت کنند. بعد از مراجعه و انتخاب نمونه‌ها به‌منظور شرکت در پژوهش براساس معیارهای ورود به پژوهش و خروج از آن و کسب رضایت آگاهانه و رعایت ملاحظات اخلاقی، پرسشنامه‌های پژوهش به‌صورت فردی در اتاق مدیر مسئول سرای محله‌ها در اختیار نمونه‌های پژوهش قرار گرفت؛ همچنین راهنمایی لازم به آن‌ها دربارهٔ نحوهٔ تکمیل پرسشنامه‌ها صورت پذیرفت. در این مطالعه به شرکت‌کننده‌ها اطمینان داده شد که ملاحظات اخلاقی شامل رضایت آگاهانهٔ شرکت‌کننده‌ها و اصل رازداری رعایت می‌شود.

برای تحلیل داده‌ها، بررسی پیش‌فرض‌های نرمال‌بودن داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف‌اسمیرنف، نرمال‌بودن چندمتغیری با استفاده از فاصلهٔ مهلونوبایس[1]، وجودنداشتن هم‌خطی میان متغیرهای مستقل حمایت اجتماعی و اعتماد اجتماعی با استفاده از ضریب تحمل و تورم واریانس با خط برش به‌ترتیب بزرگ‌تر از ۰/۱ و کوچک‌تر از ۱۰ (۲۱) و اطمینان از برقراری آن‌ها صورت گرفت. همچنین آزمون همبستگی متغیرها به‌روش ماتریس همبستگی پیرسون، روش مدل‌سازی معادلات ساختاری و خطای معیار برآورد اثرات کل، مستقیم و غیرمستقیم، با استفاده از نرم‌افزارهای AMOS نسخهٔ ۲۴ و SPSS نسخهٔ ۲۴، روش بوت‌استرپ[2] و سطح معناداری ۰/۰۵ صورت گرفت؛ همچنین از شاخص‌های نکویی برازش مجذور کای[3] هنجارشده با نقطهٔ برش کوچک‌تر از ۵، ریشهٔ خطای میانگین مجذورات تقریب[4] با نقطهٔ برش کوچک‌تر از ۰/۰۸، شاخص نکویی برازش تعدیل‌شده[5] با نقطهٔ برش کوچک‌تر از ۰/۹۰، شاخص نکویی برازش[6] با نقطهٔ برش کوچک‌تر از ۰/۹۵ و شاخص نکویی تطبیقی[7] با نقطهٔ برش کوچک‌تر از ۰/۹۵، با درنظرگرفتن مقادیر برازش ذکرشده استفاده شد (۲۱).



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

شکل ۱ مدل مفهومی مفروض پژوهش حاضر را در رابطهٔ بین حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی با میانجیگری اعتماد اجتماعی نشان می‌دهد.

۳ یافته‌ها

در این پژوهش ۳۵۸ زن سرپرست خانواده با میانگین و انحراف معیار سنی ۷/۵۵±۴۳/۸۵ سال حضور داشتند. میزان تحصیلات ۱۲۰ نفر (۳۳/۵درصد) از شرکت‌کنندگان کمتر از دیپلم، ۸۳ نفر (۲۳/۲درصد) دیپلم، ۸ نفر (۲/۲درصد) فوق‌دیپلم و ۱۴۷ نفر (۴۱/۱درصد) کارشناسی و بیشتر بود. در این پژوهش ۱۸۴ نفر (۵۱/۴درصد) از شرکت‌کنندگان یک فرزند، ۱۰۹ نفر (۳۰/۴درصد) دو فرزند و ۶۵ نفر (۱۸/۲درصد) بیشتر از دو فرزند داشتند. درنهایت ۷۱ نفر (۱۹/۸درصد) از شرکت‌کنندگان دلیل سرپرست خانواده بودن خود را ازکارافتادگی همسر، ۶۶ نفر (۱۸/۵درصد) اعتیاد همسر، ۱۰۶ نفر

[1]. Mahalanobis distance
[2]. Bootstrapping
[3]. Chi square
[4]. Root mean square error of approximation (RMSEA)
[5]. Adjusted goodness of fit index (AGFI)
[6]. Goodness of fit index (GFI)
[7]. Comparative fit index (CFI)

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

(۲۹/۶درصد) فوت همسر و ۱۱۵ نفر (۳۲/۱درصد) طلاق عنوان کردند.

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار، ضریب تحمل و تورم واریانس و مقدار احتمال آزمون نرمالیتی کولموگروف‌اسمیرنف

متغیر	میانگین	انحراف معیار	تورم واریانس	ضریب تحمل	مقدار احتمال
۱. حمایت اجتماعی_ حمایت عاطفی	۱۸/۷۸	۲/۶۰	۰/۴۳	۲/۳۱	۰/۷۸۹
۲. حمایت اجتماعی_ حمایت ابزاری	۱۴/۹۵	۲/۴۷	۰/۶۲	۱/۶۲	۰/۳۴۵
۳. حمایت اجتماعی_ حمایت اطلاعاتی	۱۸/۵۲	۲/۱۴	۰/۴۲	۲/۳۸	۰/۳۴۸
۴. حمایت اجتماعی_ جست‌وجوی حمایت	۱۷/۵۳	۱/۴۵	۰/۵۶	۱/۲۶	۰/۲۳۸
۵. اعتماد اجتماعی_ اطمینان	۲۰/۵۳	۳/۴۶	۰/۵۰	۱/۹۸	۰/۵۶۸
۶. اعتماد اجتماعی_ صراحت	۱۵/۰۴	۲/۱۹	۰/۳۳	۳/۰۲	۰/۲۹۶
۷. اعتماد اجتماعی_ صداقت	۱۸/۷۹	۲/۵۳	۰/۳۵	۲/۸۹	۰/۲۶۵
۸. اعتماد اجتماعی_ رفتار مبتنی‌بر اعتماد	۱۷/۴۶	۲/۳۴	۰/۵۴	۲/۴۵	۰/۱۶۸
۹. اعتماد اجتماعی_ تمایلات همکاری‌جویانه	۱۸/۲۳	۲/۲۷	۰/۶۷	۲/۳۴	۰/۱۴۹
۱۰. سلامت اجتماعی_ شکوفایی اجتماعی	۱۸/۱۴	۲/۸۸	–	–	۰/۳۷۳
۱۱. سلامت اجتماعی_ همبستگی اجتماعی	۱۳/۳۷	۳/۱۹	–	–	۰/۲۹۳
۱۲. سلامت اجتماعی_ انسجام اجتماعی	۱۷/۷۱	۲/۴۳	–	–	۰/۱۲۴
۱۳. سلامت اجتماعی_ پذیرش اجتماعی	۱۵/۳۴	۲/۷۶	–	–	۰/۰۵۶
۱۴. سلامت اجتماعی_ مشارکت اجتماعی	۱۳/۶۱	۱/۵۴	–	–	۰/۲۳۱

جدول ۱ نشان می‌دهد، براساس مقدار احتمال آزمون نرمالیتی آزمون کولموگروف‌اسمیرنف همهٔ متغیرهای پژوهش در محدودهٔ نرمال قرار دارند؛ بنابراین توزیع آن‌ها نرمال است. همچنین جدول ۱ مشخص می‌کند، پیش‌فرض هم‌خطی‌نبودن در بین متغیرهای پژوهش حاضر برقرار است.

جدول ۲. ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴
۱. حمایت اجتماعی_ حمایت عاطفی	–													
۲. حمایت اجتماعی_ حمایت اطلاعاتی	۰/۴۸*	–												
۳. حمایت اجتماعی_ جست‌وجوی حمایت	۰/۶۶*	۰/۵۵*	–											
۴. حمایت اجتماعی_ حمایت ابزاری	۰/۵۰*	۰/۴۷*	۰/۵۲*	–										
۵. اعتماد اجتماعی_ رفتار مبتنی‌بر اعتماد	۰/۳۲*	۰/۲۱*	۰/۳۰*	۰/۱۴*	–									
۶. اعتماد اجتماعی_ تمایلات همکاری‌جویانه	۰/۲۰*	۰/۱۲*	۰/۲۴*	۰/۷۰*	۰/۶۳*	–								
۷. اعتماد اجتماعی_ صراحت	۰/۲۴*	۰/۱۲*	۰/۲۴*	۰/۱۱*	۰/۶۶*	۰/۷۳*	–							
۸. اعتماد اجتماعی_ صداقت	۰/۲۱*	۰/۱۴*	۰/۲۰*	۰/۱۶*	۰/۵۱*	۰/۴۹*	۰/۴۶*	–						
۹. اعتماد اجتماعی_ اطمینان	۰/۲۰*	۰/۰۸	۰/۲۱*	۰/۱۷*	۰/۳۳*	۰/۳۸*	۰/۴۰*	۰/۶۰*	–					

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

۱۰. سلامت اجتماعی– شکوفایی اجتماعی	۰/۳۷*	۰/۲۸*	۰/۳۷*	۰/۲۲*	۰/۴۱*	۰/۳۵*	۰/۳۴*	۰/۲۲*	۰/۲۰*	-			
۱۱. سلامت اجتماعی– همبستگی اجتماعی	۰/۴۴*	۰/۲۴*	۰/۴۳*	۰/۱۹*	۰/۳۶*	۰/۳۵*	۰/۳۷*	۰/۲۶*	۰/۲۹*	۰/۶۷*	-		
۱۲. سلامت اجتماعی– انسجام اجتماعی	۰/۵۱*	۰/۳۴*	۰/۵۱*	۰/۲۵*	۰/۳۳*	۰/۲۸*	۰/۲۵*	۰/۱۷*	۰/۱۴*	۰/۶۴*	۰/۵۰*	-	
۱۳. سلامت اجتماعی– پذیرش اجتماعی	۰/۳۶*	۰/۳۰*	۰/۳۶*	۰/۱۷*	۰/۳۹*	۰/۳۰*	۰/۲۹*	۰/۲۱*	۰/۱۹*	۰/۵۹*	۰/۵۷*	۰/۵۳*	-
۱۴. سلامت اجتماعی– مشارکت اجتماعی	۰/۳۹*	۰/۲۱*	۰/۳۸*	۰/۱۹*	۰/۴۱*	۰/۲۴*	۰/۲۶*	۰/۲۵*	۰/۲۴*	۰/۶۱*	۰/۴۸*	۰/۵۷*	۰/۴۱*

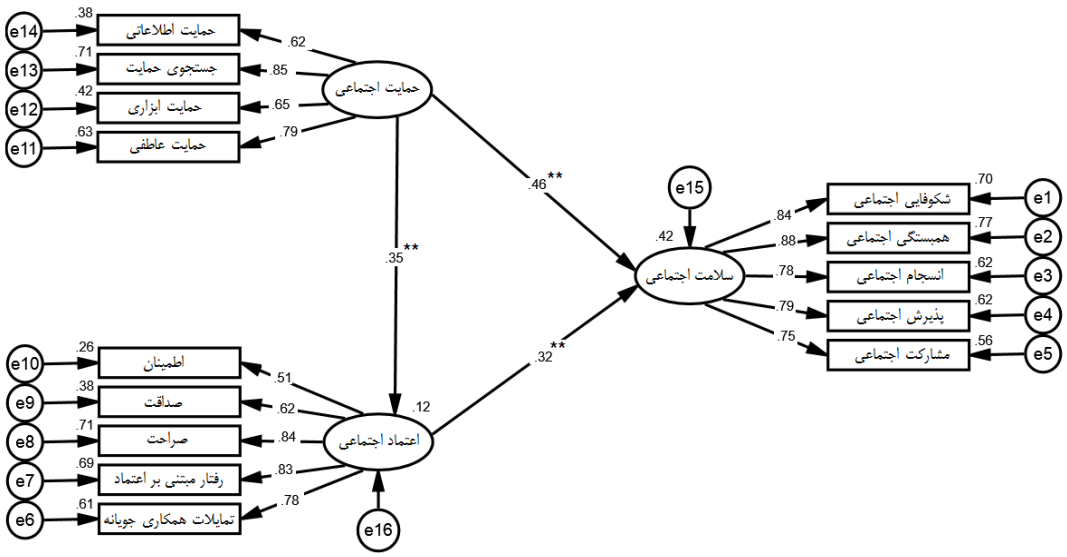
*$p<۰/۰۵$

جدول ۲ نشان می‌دهد، هر چهار مؤلفهٔ حمایت اجتماعی (حمایت عاطفی، حمایت ابزاری، حمایت اطلاعاتی، جست‌وجوی حمایت) و هر پنج مؤلفهٔ اعتماد اجتماعی (رفتار مبتنی‌بر اعتماد، تمایلات همکاری‌جویانه، صراحت، صداقت، اطمینان) با همهٔ مؤلفه‌های سلامت اجتماعی (شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی) به‌صورت مثبت و در سطح معناداری ۰/۰۵ همبستگی دارد.

جدول ۳. ضرایب مسیر بین متغیرهای پژوهش در مدل ساختاری

مسیرها	برآورد اثر استانداردنشده	خطای معیار	برآورد اثر استانداردشده	مقدار احتمال
ضریب مسیر مستقیم حمایت اجتماعی←اعتماد اجتماعی	۰/۱۴۸	۰/۰۳۶	۰/۳۵۱	۰/۰۰۱
ضریب مسیر مستقیم اعتماد اجتماعی← سلامت اجتماعی	۰/۳۸۱	۰/۰۷۶	۰/۳۲۴	۰/۰۰۱
ضریب مسیر مستقیم حمایت اجتماعی←سلامت اجتماعی	۰/۲۲۷	۰/۰۲۹	۰/۴۶۰	۰/۰۰۱
ضریب مسیر غیرمستقیم حمایت اجتماعی←سلامت اجتماعی	۰/۰۵۶	۰/۰۱۷	۰/۱۱۴	۰/۰۱۲
ضریب مسیر کل حمایت اجتماعی←سلامت اجتماعی	۰/۲۸۴	۰/۰۳۰	۰/۵۷۴	۰/۰۰۱

براساس جدول ۳، ضریب مسیر مستقیم بین حمایت اجتماعی و اعتماد اجتماعی ($p=۰/۰۰۱$، $\beta=۰/۳۵۱$)، ضریب مسیر مستقیم بین اعتماد اجتماعی و سلامت اجتماعی ($p=۰/۰۰۱$، $\beta=۰/۳۲۴$) و ضریب مسیر مستقیم بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی ($p=۰/۰۰۱$، $\beta=۰/۴۶۰$) مثبت و معنادار بود. همچنین ضریب مسیر کل بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی مثبت و معنادار به‌دست آمد ($p=۰/۰۰۱$، $\beta=۰/۵۷۴$). درنهایت ضریب مسیر غیرمستقیم بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی با نقش میانجیگر اعتماد اجتماعی مثبت و معنادار بود ($p=۰/۰۱۲$، $\beta=۰/۱۱۴$). در ادامه شکل ۲ مدل ساختاری پژوهش را در تبیین روابط حمایت اجتماعی، اعتماد اجتماعی و سلامت اجتماعی، در زنان سرپرست خانواده نشان می‌دهد.



شکل ۲. مدل ساختاری ضرایب استاندارد مدل‌سازی سلامت اجتماعی براساس حمایت و اعتماد اجتماعی

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

جدول ۴. شاخص‌های برازندگی مدل ساختاری

شاخص‌های برازندگی	مجذورکای هنجارشده	ریشهٔ خطای میانگین مجذورات تقریب	شاخص نکویی برازش	شاخص نکویی برازش تعدیل‌شده	شاخص برازندگی تطبیقی
مدل ساختاری	۳/۳۱	۰/۰۸۱	۰/۹۱۲	۰/۸۷۵	۰/۹۳۴

جدول ۴ نشان می‌دهد، شاخص‌های نکویی برازش حاکی‌از برازش مدل ساختاری با داده‌های گردآوری‌شده است.

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر تدوین مدل سلامت اجتماعی براساس حمایت اجتماعی و اعتماد اجتماعی در زنان سرپرست خانواده بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد، بین حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی رابطهٔ مثبت و معنادار وجود داشت. این یافته‌ها با نتایج حاصل از پژوهش ریاحی و همکاران مبنی‌بر اثرات مستقیم میزان حمایت اجتماعی ادراک‌شده بر سلامت روان دانشجویان (۱۸) و پژوهش ربلین و اچینو مبنی‌بر وجود پیامدهای مثبت حمایت اجتماعی برای سلامتی (۲۰)، همسوست.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، بائوم و همکاران سلامتی را تابعی از حمایت اجتماعی می‌دانند. از نظر بائوم و همکاران حمایت اجتماعی با ایجاد احساس تعلق، صمیمیت، یکپارچگی اجتماعی، فرصت و امکانی برای رفتارهای مثمرثمر، تضمین مجدد ارزش انسان‌ها و ایفای نقش آنان، امکان کمک‌ها و ارائهٔ اطلاعاتی عاطفی و مادی است که بر سلامت اجتماعی اثرگذار است (۱۴). لارسن، سلامت اجتماعی را ارزیابی فرد از کیفیت روابطش با خانواده، دیگران و گروه‌های اجتماعی تعریف می‌کند (۷)؛ بدین‌ترتیب به‌نظر می‌رسد هر چقدر فرد از جانب خانواده و دیگران حمایت اجتماعی بیشتری دریافت کند، ارزیابی وی از کیفیت روابط اجتماعی‌اش مثبت‌تر است؛ بدین‌جهت سلامت اجتماعی بیشتری را نیز تجربه می‌کند. در همین راستا، لارسن معتقد است سلامت اجتماعی نشان‌دهندهٔ رضایت‌داشتن یا رضایت‌نداشتن فرد از زندگی اجتماعی است و به چگونگی وضعیت ارتباط فرد با دیگران در جامعه می‌پردازد (۷). کیز نیز سلامت اجتماعی را ارزیابی فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که وی به‌عنوان عضوی از آن‌ها است، تعریف کرده است (۲۲)؛ بنابراین می‌توان گفت، حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی سازه‌هایی مجزا اما درهم‌تنیده‌ای هستند که در کنار یکدیگر معنا پیدا می‌کنند. زمانی که افراد با درگیرشدن در شبکه‌های اجتماعی خانواده، دوستان و... از حمایت اجتماعی آن‌ها برخوردار می‌شوند، به‌نوعی با ارزیابی نوع عملکرد خود در اجتماع میزان سلامت بیشتری را نیز تجربه می‌کنند.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد، بین اعتماد اجتماعی با سلامت اجتماعی رابطهٔ مثبت و معنادار وجود داشت. این نتایج با یافته‌های پژوهش نوریان نجف‌آبادی و همکاران مبنی‌بر رابطهٔ مستقیم اعتماد اجتماعی و سلامت اجتماعی (۱۷) و پژوهش بای و همکاران مبنی‌بر همبسته‌بودن اعتماد اجتماعی با میزان بهزیستی (۱۹)، همسوست.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، اعتماد اجتماعی این موقعیت را برای افراد فراهم می‌آورد که در شرایط اجتماعی مملو از اطمینان و حمایت اجتماعی با دیگر افراد تعامل کنند (۱۱)؛ این تعاملات سازنده و مفید سلامت اجتماعی را برای افراد به‌همراه خواهد داشت. افراد در هر جامعه‌ای برای رفع نیازهایشان مجبور به برقراری رابطه با دیگران هستند. برقراری هر ارتباطی مستلزم وجود پیش‌نیازها و زمینه‌هایی است که ارتباط و کارایی آن را برای رفع نیاز مدنظر تضمین کند. از لازمه‌های بسیار مهم ارتباط مفید در سطح هر جامعه، اعتماد است. اعتماد، رکنی بنیادین در حفظ حیات اجتماعی، نظم و استقرار پیوندهای میان اعضای جامعه است؛ بدین‌ترتیب در مواجهه با ارزیابی‌های درونی افراد حسی از ارزش‌مندی و عملکرد مثبت را در شبکه‌های اجتماعی برای آن‌ها فراهم می‌آورد که موجب تأمین سلامت اجتماعی آن‌ها می‌شود.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد، حمایت اجتماعی با میانجیگری اعتماد اجتماعی با سلامت اجتماعی در زنان سرپرست خانواده رابطه دارد. پژوهشی دربارهٔ این یافته تاکنون انجام نشده است که بتوان به همسویی یا ناهمسویی آن اشاره کرد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، حمایت اجتماعی به زنان سرپرست خانواده کمک می‌کند تا با تنش‌زاهای اصلی زندگی مقابله کنند (۲۶) و چالش‌های زندگی روزمره را پشت سر بگذارند؛ درعین‌حال حسی مملو از اعتماد را برای آن‌ها پدید می‌آورد (۱۶). در این میان چنانکه نتایج پژوهش حاضر نشان داد، اعتماد یکی از جنبه‌های مهم روابط انسانی و اجتماعی در میان افراد، گروه‌ها و نهادهای اجتماعی است؛ همچنین در جریان تعاملات اجتماعی و کنش‌های متقابل بین افراد و گروه‌های اجتماعی، نقش مهمی را در ایجاد نظم و همبستگی اجتماعی و حفظ آن‌ها بر عهده دارد. اعتماد مشارکت را تسهیل می‌کند و هرچه سطح آن در جامعه‌ای بیشتر باشد احتمال مشارکت در روابط بین‌فردی و جلب حمایت اجتماعی بیشتر خواهد بود؛ مشارکت نیز متقابلاً ایجاد می‌کند. نبود اعتماد اجتماعی که مشارکت‌نداشتن در فعالیت‌های اجتماعی را موجب می‌شود، مانع جذب زنان سرپرست خانواده در چارچوب‌های اجتماعی می‌شود. در این صورت فرد احساس می‌کند هیچ فصل مشترکی بین ارزش‌های فردی و اجتماعی‌اش وجود ندارد و درقبال ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی بی‌تفاوت و بی‌اعتماد می‌شود (کاهش یکپارچگی اجتماعی)؛ بنابراین احساس می‌کند که سرنوشت اجتماع به

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

نیروها یا ساختارهای خارجی مربوط است نه به اجزای تشکیل‌دهندهٔ اجتماع و برای اجتماع توان بالقوه‌ای در مسیر تکاملی خود قائل نیست (کاهش شکوفایی اجتماعی). با این تفکر شخص احساس می‌کند جامعه آن‌قدر پیچیده است که نمی‌توان آن را فهمید و آینده را پیش‌بینی کرد (کاهش پیوستگی اجتماعی)؛ بنابراین نگرش مثبت خود را دربارهٔ اجتماع و حتی افراد آن جامعه از دست می‌دهد (کاهش پذیرش اجتماعی). وقتی که نگرش‌های مذکور در فرد ایجاد شد، او کارایی خود را از دست می‌دهد و احساس می‌کند نقش مهمی در پیشرفت و آیندهٔ خود و جامعه نمی‌تواند داشته باشد (کاهش سهم‌داشت اجتماعی)؛ درنهایت سلامت اجتماعی وی کاهش می‌یابد (۱۰).

هر پژوهشی در بطن خود محدودیت‌هایی دارد. پژوهش حاضر نیز از چنین امری مستثنی نبود و محدودیت‌هایی بدین‌شرح داشت: در پژوهش حاضر پژوهشگر قادر به بررسی نقش متغیرهای احتمالی تأثیرگذار ازجمله حقوق و درآمد زنان سرپرست خانواده نبود. بدین‌ترتیب پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی چنین متغیرهایی در نظر گرفته شود؛ همچنین در پژوهش حاضر از ابزارهای خودگزارشی برای بررسی متغیرها استفاده شد که ممکن است نتایج را تحت‌تأثیر قرار داده باشد؛ بدین‌ترتیب پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده روش‌هایی مانند مصاحبه نیز به‌کار رود.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش، اعتماد اجتماعی میانجیگر رابطهٔ بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانواده است. از تلویحات کاربردی پژوهش حاضر می‌توان به نقش حمایت اجتماعی و اعتماد اجتماعی در سلامت زنان سرپرست خانواده اشاره کرد. براساس نتایج این پژوهش به مسئولان پیشنهاد می‌شود درجهت ارتقای حمایت اجتماعی و اعتماد اجتماعی زنان سرپرست خانواده گام بردارند و با برآوردن نیازهای اجتماعی آن‌ها در ارتقای سلامت اجتماعی‌شان نیز مؤثر باشند.

۶ تشکروقدردانی

از تمامی زنان شرکت‌کننده در پژوهش حاضر و نیز مسئولان محترم دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز و شهرداری شهر رشت تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکترا در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز است. پروپوزال پژوهش در شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه با کد ۱۰۱۲۰۵۰۵۹۶۲۱۰۴ و شمارهٔ مجوز ۹۱۷/۹۸۱۰۰/۳۴۵۰ از حراست دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز تصویب شد. از شرکت‌کننده‌های تحقیق حاضر دست‌نوشته‌ای شامل بیانیه‌ای دربارهٔ تأیید و رضایت اخلاقی از شرکت در این پژوهش دریافت شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

دردسترس‌بودن داده‌ها و مواد

داده‌های پشتیبان نتایج گزارش‌شده در مقاله که در طول مطالعه تحلیل شدند، به‌صورت فایل ورودی داده در نزد نویسندهٔ مسئول حفظ خواهد شد.

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

اعتبار برای انجام‌دادن این مطالعه از منابع شخصی تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

همهٔ نویسندگان سهم یکسانی در تهیهٔ پیش‌نویس مقاله، بازبینی و اصلاح مقالهٔ حاضر داشتند.

References

1. Hasanzadeh S. Reinforcing the family in the Islamic culture. Quranic Knowledge. 2015;4(15):45–68. [Persian] https://rjqk.atu.ac.ir/article_1030_daeffe6f93ac2705263ba483a1da74f3.pdf
2. Shaker A, Heshmati R, Rahimi MP. Investigation of marital adjustment in people with secure, preoccupied, dismissing and fearful attachment styles. Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2010;5:1823–6. doi: 10.1016/j.sbspro.2010.07.371
3. Aliababaei M, Vahhabi Homabadi J,Khaleghipour Sh. The effectiveness of eclective method of kindness and positive self-talk on resiliency, hostility and positive feeling towards spouse in betrayed women. Positive Psychology Research. 2019;5(2):46-63. doi: 10.22108/PPLS.2019.115493.1666
4. Hezarjaribi J, Arfai Eynoddin R. Eisure time and social health. Social Development & Welfare Planning. 2012;4(10):39–64. [Persian] https://qjsd.atu.ac.ir/article_3532_119411d611f592c1bd56123498e04ad7.pdf
5. Samaram E. Community-oriented policing and social health. Journal Of Social Order. 2009;1(1):9–29. [Persian]
6. Rastegar K, Seyyedan F. Examination the relationship between culture of citizenship and social well-being among Tehran residents. National Studies. 2015;16(1):85–107. [Persian] http://rjnsq.sinaweb.net/article_97080_cd65a43d96c18359567463cc7054cb2b.pdf
7. Larson JS. The measurement of social well-being. Soc Indic Res. 1993;28(3):285–96. doi: 10.1007/BF01079022
8. Rezaei M, Mahmoodi F. Meaning reconstruction of women headed of household's quality of life: a qualitative study. Journal of Applied Sociology. 2019;30(1):143–66. [Persian] doi: 10.22108/jas.2018.111204.1404

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

9. Sadeghi R, Shahabi Z. The paradox of work and mothering: the experience of transition to motherhood of employed women. Journal of Applied Sociology. 2019;30(1):91–104. [Persian] doi: 10.22108/jas.2018.106988.1197
10. Nikvarz T, Yazdanpanah L. Relationship between social factors and social health among students of Shahid Bahonar University of Kerman. Journal of Applied Sociology. 2015;26(3):99–116. [Persian] https://jas.ui.ac.ir/article_18405_ea81fef3943dcf3a42621a2bb8d24def.pdf
11. Tajeddin MB. Etemad ejtemaie va avamel ejtemaie moaser dar an (mored motale: karkonan daneshgah Azad Islami Tehran Shargh) [Social trust and social factors affecting it, case study: Staff of Islamic Azad University of East Tehran branch]. Sociological studies of Iran. 2013;3(8):21–42. [Persian]
12. Vosoghi M, Heidari S. a study on the social trust and its influencing factors among female students in Ilam Universities. Sociological Studies of Youth. 2011;2(3):161–70. [Persian] http://ssyj.baboliau.ac.ir/article_536065_813e82a3436b46c657886b073ee665dd.pdf
13. Seyyedan F, Abdolsamadi M. The relation of social capital with mental health in women and men. Social Welfare Quarterly. 2011;11(42):229–54. [Persian] https://refahj.uswr.ac.ir/article-1-736-en.pdf
14. Baum A, Revenson TA, Singer JE, editors. Handbook of health psychology. New York: Psychology Press; 2011.
15. Sanderson CA. Health psychology. 2nd ed. Hoboken, N.J: Wiley; 2013.
16. Javadian R, Ferasat H. Examining the relation of social support and social security with social trust in users of public transportation. Journal of Social Order. 2017;9(2):189–212. [Persian] http://sopra.jrl.police.ir/article_72231_64afd8deef3b2f3cfa9e0ded089ed962.pdf
17. Norian Najafabad M, Jahangir N. An analysis on the relationship between teachers' social trust and mental health. Journal of Historical Sociology. 2012;3(2):35–60. [Persian] https://jhs.modares.ac.ir/article-25-5567-en.pdf
18. Riahi ME, Aliverdinia A, Pourhossein Z. Relationship between social support and mental health. Social Welfare Quarterly. 2011;10(39):85–121. [Persian] https://refahj.uswr.ac.ir/article-1-322-en.pdf
19. Bai C, Gong Y, Feng C. Social Trust, Pattern of difference, and subjective well-being. SAGE Open. 2019;9(3):2158244019865765. doi: 10.1177/2158244019865765
20. Reblin M, Uchino BN. Social and emotional support and its implication for health. Curr Opin Psychiatry. 2008;21(2):201–5. doi: 10.1097/yco.0b013e3282f3ad89
21. Weston R, Gore PA. A brief guide to structural equation modeling. The Counseling Psychologist. 2006;34(5):719–51. doi: 10.1177/0011000006286345
22. Keyes CLM. Social well-being. Social Psychology Quarterly. 1998;61(2):121–40. doi: 10.2307/2787065
23. Hashemi T, Hekmati I, Vahedi S, Babapour J. Psychometric properties of short-form social well-being questionnaire. International Journal of Behavioral Sciences. 2014;8(1):11–9. [Persian] http://www.behavsci.ir/article_67854_1da3e2790ab3072752861a2ec671f28e.pdf
24. Khodapanahi, Asghari, Katebaii J, Sedghpour B. Preparing and investigating the reliability and validation of the Family Social Support Questionnaire (FSSQ). Journal of Family Research. 2009;5(20):423–39. [Persian] https://jfr.sbu.ac.ir/article_95556_e6c0ccc0698cd4fc2296faad3fc280de.pdf
25. Saffarinia M, Sharif N. Construction and psychometrics characteristics of social trust questionnaire. Social Psychology Research. 2014;3(11):4–57. [Persian] http://www.socialpsychology.ir/article_122623_727f8e841d5f8e8483d224b334ba85ec.pdf
26. Koehn D. Should we trust in trust? American Business Law Journal. 1996;34(2):183–204.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]