

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

Atefi Hanzani GhA¹, *Shekarbeygi A², Ahmadi OA²

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: ashekarbeygi@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-social-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 ($\beta=0.351$, $p=0.001$), the path coefficient between social trust and social health ($\beta=0.324$, $p=0.001$), and the coefficient of the direct path between social support and social health ($\beta=0.460$, $p=0.001$) were positive and significant. Additionally, the total path coefficient between social support and social health was positive and significant ($\beta=0.574$, $p=0.001$). Finally, the indirect path coefficient between social support and social health with the mediating role of social trust was positive and significant ($\beta=0.114$, $p=0.012$). The present study results suggested that the hypothesized model had fitness with the collected data ($\chi^2/df=3.31$, 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.

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

قربانعلی عاطفی هنزنی^۱، *عالیه شکر بیگی^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 هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.

*رابانامه نویسنده مسئول: ashekarbeugister@gmail.com

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

چکیده

زمینه و هدف: از جمله 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.

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

یافته‌ها: نتایج نشان داد ضریب مسیر بین حمایت اجتماعی و اعتماد اجتماعی ($p=0/001, \beta=0/351$)، ضریب مسیر بین اعتماد اجتماعی و سلامت اجتماعی ($p=0/001, \beta=0/324$) و ضریب مسیر مستقیم بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی ($p=0/001, \beta=0/460$) مثبت و معنادار بود. ضریب مسیر غیرمستقیم بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی با نقش میانجیگر اعتماد اجتماعی مثبت و معنادار بود ($p=0/012, \beta=0/114$). همچنین مدل مفروض پژوهش با داده‌های گردآوری شده برازش داشت ($\chi^2/df=3/31, GFI=0/934, AGFI=0/875, RMSEA=0/081$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این پژوهش، اعتماد اجتماعی میانجیگر رابطه 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.

خانواده در همه 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؛ به طوری که 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 به خصوص در جامعه 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، به منزله مفهومی اساسی در زندگی انسان از بدو پیدایش بشر و در قرون و اعصار متمادی مطرح بوده است و انسان برای رسیدن به آن، همه امکانات و نیروهای خود را بسیج می‌کند؛ ولی هرگاه سخنی از آن به میان آمده است، بیشتر بعد جسمانی و در چند دهه اخیر نیز بعد روانی آن مدنظر بوده است و به جنبه اجتماعی آن کمتر توجه شده است (۴). سلامت اجتماعی به اندازه دیگر ابعاد سلامت از جمله 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 درباره روابط بین فردی و اشخاص از ابعاد سلامت محسوب می‌شود (۵).

سلامت اجتماعی که یکی از اجزای تشکیل‌دهنده بهزیستی در سطح اجتماع و جامعه است، از عوامل اجتماعی و بین فردی و اقتصادی تأثیر می‌پذیرد. سلامت مقوله‌ای است که نقش آن در ارتقای شاخص‌های توسعه انسانی انکارناپذیر است؛ بنابراین مبارزه با عواملی که این پدیده را تحت تأثیر قرار می‌دهند و نیز سبب نابرابری‌هایی در سلامتی می‌شوند، از اولویت‌های همه افراد جامعه و دولت‌ها به شمار می‌آید (۶). سلامت اجتماعی، تعاملات بین فردی در طبقه یکسان اجتماعی - اقتصادی تعریف شده است که به میزان جامعه‌پذیری فرد بستگی دارد؛ به طوری که فرد از حضور در جمع خانواده و دوستان و دریافت حمایت و پشتیبانی از جانب آن‌ها لذت می‌برد و در برابر محیط بیرونی و اجتماعی از رضایت‌مندی برخوردار است؛ به گونه‌ای 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 از جمله اقشار آسیب‌پذیر در جامعه هستند که در این میان زنان سرپرست خانواده بیش از سایر زنان در معرض آسیب‌های اجتماعی قرار می‌گیرند. زنان سرپرست خانواده زمانی هستند که به دلایل متعدد مانند فوت همسر، متارکه، طلاق، ازکارافتادگی همسر، مفقودالاثربودن همسر و... سرپرستی خانواده خود را برعهده گرفته‌اند (۸). خانواده به عنوان نهاد بنیادی‌تر جامعه، شکل‌گیری آن و عملکردش

از طریق کنش‌های اجتماعی گذشته و حال اعضای خانواده صورت می‌گیرد و زنان در این میان نقشی اساسی را ایفا می‌کنند (۹). در آرای همه صاحب‌نظران در عرصه حمایت اجتماعی و اعتماد این دلالت ضمنی وجود دارد که وجود ارتباط میان افراد، داشتن اعتماد متقابل به یکدیگر و پشتیبانی شدن از سوی دیگران از طریق تسهیل کردن روابط اجتماعی موجباتی را فراهم می‌سازد تا افراد بهتر و ساده‌تر بتوانند منافع فردی و گروهی خود را دنبال کنند؛ از این رو 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 مبتنی بر حس اطمینان به این نکته است که دیگران به گونه‌ای که انتظار می‌رود عمل می‌کنند و شیوه‌ای حمایت‌کننده در پیش خواهند گرفت (۱۱). اعتماد اجتماعی از جمله 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؛ به طوری که موجب شکل‌گیری و تداوم تعاملات اجتماعی افراد می‌شود و به توسعه جامعه کمک می‌کند؛ از این رو، 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 حوزه علوم اجتماعی را به خود جلب کرده است (۱۲). اعتماد اجتماعی زیاد در جامعه موجب مسئولیت‌پذیری بیشتر افراد در همه امور و همچنین درقبال یکدیگر می‌شود که به نوبه 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 به صورت منابع و روابط متقابلی تعریف شده است که برای شخص از جانب دیگران به منظور کمک به او در کنارآمدن مفید با مشکلاتش فراهم شده است (۱۴). حمایت اجتماعی که از سرمایه 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 فراهم آوردن 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 رابطه معناداری دارد. با افزایش و کاهش حمایت اجتماعی ادراک شده 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 رابطه مستقیم

و معناداری وجود دارد؛ به عبارت دیگر با زیاد شدن 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 طبقه اجتماعی و دینداری از طریق افزایش میزان حمایت اجتماعی ادراک شده، 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 حاکی از 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 علاوه بر 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. بدین ترتیب این زنان مشکلات روان‌شناختی و اجتماعی-اقتصادی زیادی را تحمل می‌کنند که پیامدهای منفی برای سلامت آن‌ها دارد. با توجه 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 مطالعه حاضر می‌افزاید؛ باین حال، در زمینه مطالعه عوامل اثرگذار بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانواده خلأ پژوهشی مشاهده می‌شود؛ همچنین پژوهشی یافت نشد که در قالب مدل‌سازی و به صورت هم‌زمان اعتماد و حمایت اجتماعی را در زنان سرپرست خانواده مطالعه کرده باشد. بدین ترتیب هدف پژوهش حاضر تدوین مدل سلامت اجتماعی براساس حمایت اجتماعی و اعتماد اجتماعی در زنان سرپرست خانواده بود.

۲ روش بررسی

روش پژوهش حاضر همبستگی و مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه 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 مشاهده شده همچنان‌که در مدل مفهومی در شکل ۱ مشاهده می‌شود، حجم نمونه حاضر ۳۸۰ نفر برآورد شد (۲۱). برای انتخاب نمونه پژوهش، شهر رشت براساس مناطق مختلف شهرداری خوشه‌بندی شد. بعد از انتخاب چهار منطقه از پنج منطقه به طور تصادفی، در مرحله بعد از هر منطقه دو سرای محله به صورت تصادفی انتخاب شد. در نهایت با در نظر گرفتن 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 دریافت نکردن دارو برای بیماری‌های جسمانی مزمن و خاص و داروهای روان‌پزشکی و روان‌درمانی در طول شش ماه گذشته بود. ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش نقض هر یک از ملاک‌های خروج بود که همه آن‌ها با استفاده از پرسشنامه‌ای دموگرافیک محقق ساخته بررسی شد و پاسخ‌گویی به آن به صورت بله/خیر بود.

برای جمع‌آوری داده‌ها ابزارهای زیر به کار رفت.
- فرم کوتاه پرسشنامه بهزیستی اجتماعی^۱: برای اندازه‌گیری متغیر سلامت اجتماعی در این پژوهش، فرم کوتاه پرسشنامه بهزیستی اجتماعی طراحی شده توسط کیز در سال ۱۹۹۸ به کار برده شد (۲۲). فرم کوتاه این پرسشنامه شامل پانزده گویه است که پنج خرده‌مقیاس شکوفایی اجتماعی^۲، همبستگی اجتماعی^۳، انسجام اجتماعی^۴، پذیرش اجتماعی^۵ و مشارکت اجتماعی^۶ را در طیف لیکرتی پنج‌درجه‌ای از کاملاً موافق=۵ تا کاملاً مخالفم=۱ ارزیابی می‌کند. گویه‌های ۳، ۵، ۷، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹ و ۲۰ در این پرسشنامه به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. محدوده نمرات در پرسشنامه از ۱۵ تا ۷۵ است در این ابزار کسب نمره بیشتر به معنای سلامت اجتماعی بیشتر است (۲۲). کیز برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و همبستگی هم‌زمان خرده‌مقیاس‌های آن را با پرسشنامه خوش‌بینی در دامنه‌ای از ۰/۱۶ تا ۰/۲۳ به عنوان 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^۷ به ترتیب ۰/۶۴، ۰/۳۶، و ۰/۵۵ - به دست آورد (۲۳).

- پرسشنامه حمایت اجتماعی خانواده^۸: پرسشنامه حمایت اجتماعی خانواده توسط خداینایی 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. محدوده نمرات در پرسشنامه از ۳۱۶ تا ۷۹ است. در این ابزار کسب نمره بیشتر به معنای حمایت اجتماعی-خانوادگی بیشتر است (۲۴). خداینایی و همکاران ضرایب پایایی را برای نمره کل ابزار ۰/۹۷ و برای خرده مقیاس‌های حمایت عاطفی، ابزاری، اطلاعاتی و جست‌وجوی حمایت به ترتیب ۰/۹۵، ۰/۷۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۷ گزارش کردند. در پژوهش آن‌ها مقدار آزمون کفایت نمونه‌برداری کیرز-میر-الکین که به منظور آزمون میزان تبیین واریانس درون داده‌ها و تأیید توانایی عاملی بودن داده‌ها به کار رفت، برابر با ۰/۹۲۱ به دست آمد (۲۴).

- پرسشنامه اعتماد اجتماعی^۹: پرسشنامه اعتماد اجتماعی توسط صفاری‌نیا و شریف در سال ۱۳۹۲ طراحی شد (۲۵). این پرسشنامه

6. Social contribution

7. Depression Anxiety and Stress Scale

8. Family Social Support Questionnaire

9. Social Trust Questionnaire

1. Social Well-being Questionnaire-Short Form

2. Social actualization

3. Social integration

4. Social coherence

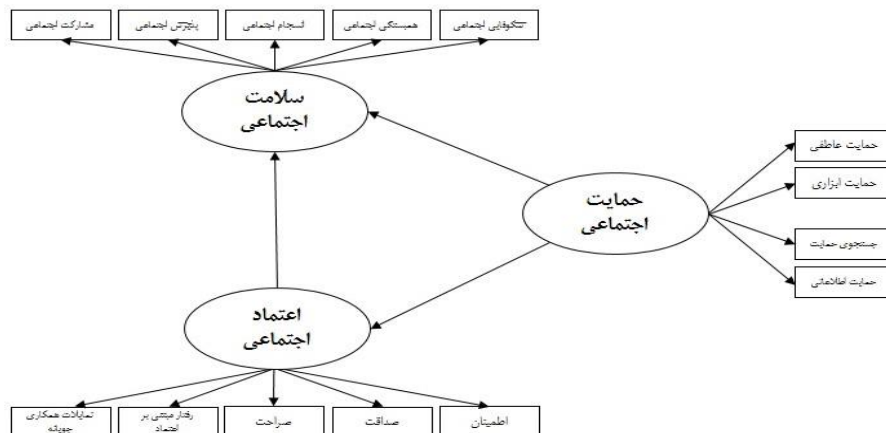
5. Social acceptance

نمونه‌های پژوهش قرار گرفت؛ همچنین راهنمایی لازم به آن‌ها درباره نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها صورت پذیرفت. در این مطالعه به شرکت‌کننده‌ها اطمینان داده شد که ملاحظات اخلاقی شامل رضایت آگاهانه شرکت‌کننده‌ها و اصل رازداری رعایت می‌شود.

برای تحلیل داده‌ها، بررسی پیش فرض‌های نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف، نرمال بودن چندمتغیری با استفاده از فاصله مهلونوویس^۱، وجودنداشتن هم‌خطی میان متغیرهای مستقل حمایت اجتماعی و اعتماد اجتماعی با استفاده از ضریب تحمل و تورم واریانس با خط برش به ترتیب بزرگ‌تر از ۰/۱ و کوچک‌تر از ۱۰ (۲۱) و اطمینان از برقراری آن‌ها صورت گرفت. همچنین آزمون همبستگی متغیرها به روش ماتریس همبستگی پیرسون، روش مدل‌سازی معادلات ساختاری و خطای معیار برآورد اثرات کل، مستقیم و غیرمستقیم، با استفاده از نرم‌افزارهای AMOS نسخه ۲۴ و SPSS نسخه ۲۴، روش بوت‌استرپ^۲ و سطح معناداری ۰/۰۵ صورت گرفت؛ همچنین از شاخص‌های نکویی برازش مجذور کای^۳ هنجار شده با نقطه برش کوچک‌تر از ۵، ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب^۴ با نقطه برش کوچک‌تر از ۰/۰۸، شاخص نکویی برازش تعدیل شده^۵ با نقطه برش کوچک‌تر از ۰/۹۰، شاخص نکویی برازش^۶ با نقطه برش کوچک‌تر از ۰/۹۵ و شاخص نکویی تطبیقی^۷ با نقطه برش کوچک‌تر از ۰/۹۵ در نظر گرفتن مقادیر برازش ذکر شده استفاده شد (۲۱).

شامل ۲۵ گویه است که پنج خرده‌مقیاس رفتار مبتنی بر اعتماد کردن، تمایلات همکاری‌جویانه، صراحت، صداقت و اطمینان را در طیف لیکرتی پنج‌درجه‌ای از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۵ ارزیابی می‌کند. محدوده نمرات در پرسشنامه از ۱ تا ۱۲۵ است. در این ابزار کسب نمره بیشتر به معنای اعتماد اجتماعی بیشتر است (۲۵). صفاری‌نیا و شریف در این ابزار ضرایب پایایی را برای نمره کل ابزار ۰/۹۵ و برای خرده‌مقیاس‌های رفتار مبتنی بر اعتماد کردن، تمایلات همکاری‌جویانه، صراحت، صداقت و اطمینان به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۶، ۰/۹۶، ۰/۹۶ و ۰/۹۶ گزارش کردند. در پژوهش آن‌ها مقدار آزمون کفایت نمونه‌برداری کیرز-میر-الکین که برای آزمون میزان تبیین واریانس درون داده‌ها و تأیید توانایی عاملی بودن داده‌ها به کار رفت، برابر با ۰/۹ به دست آمد (۲۵).

فرایند انجام پژوهش به این صورت بود که ابتدا با مسئولان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز به منظور 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 به منظور شرکت در پژوهش براساس معیارهای ورود به پژوهش و خروج از آن و کسب رضایت آگاهانه و رعایت ملاحظات اخلاقی، پرسشنامه‌های پژوهش به صورت فردی در اتاق مدیر مسئول سرای محله‌ها در اختیار



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

(۳۳/۵ درصد) از شرکت‌کنندگان کمتر از دیپلم، ۸۳ نفر (۲۳/۲ درصد) دیپلم، ۸ نفر (۲/۲ درصد) فوق‌دیپلم و ۱۴۷ نفر (۴۱/۱ درصد) کارشناسی و بیشتر بود. در این پژوهش ۱۸۴ نفر (۵۱/۴ درصد) از شرکت‌کنندگان یک فرزند، ۱۰۹ نفر (۳۰/۴ درصد) دو فرزند و ۶۵ نفر (۱۸/۲ درصد) بیشتر از دو فرزند داشتند. در نهایت ۷۱ نفر (۱۹/۸ درصد) از شرکت‌کنندگان دلیل سرپرست خانواده بودن خود را از کارافتادگی همسر، ۶۶ نفر (۱۸/۵ درصد) اعتیاد همسر، ۱۰۶ نفر

شکل ۱ مدل مفهومی مفروض پژوهش حاضر را در رابطه 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 $43/85 \pm 7/55$ سال حضور داشتند. میزان تحصیلات ۱۲۰ نفر

5. Adjusted goodness of fit index (AGFI)
6. Goodness of fit index (GFI)
7. Comparative fit index (CFI)

1. Mahalanobis distance
2. Bootstrapping
3. Chi square
4. Root mean square error of approximation (RMSEA)

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

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

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

جدول ۱ نشان می‌دهد، براساس مقدار احتمال آزمون نرمالیتی آزمون می‌کند، پیش فرض هم‌خطی نبودن در بین متغیرهای پژوهش حاضر کولموگروف اسمیرنوف همه متغیرهای پژوهش در محدوده نرمال قرار دارند؛ بنابراین توزیع آن‌ها نرمال است. همچنین جدول ۱ مشخص

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- جست و جوی حمایت	۰/۶۶*	۰/۵۵*	-											
۴. حمایت اجتماعی- حمایت ابزاری	۰/۵۰*	۰/۴۷*	۰/۵۲*	-										
۵. اعتماد اجتماعی- رفتار مبتنی بر اعتماد	۰/۳۲*	۰/۲۱*	۰/۳۰*	۰/۱۴*	-									
۶. اعتماد اجتماعی- تمایلات همکاری جویانه	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*	-					

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*	۰/۵۰*
۱۳. سلامت اجتماعی - پذیرش اجتماعی	۰/۳۶*	۰/۳۰*	۰/۳۶*	۰/۱۷*	۰/۳۹*	۰/۳۰*	۰/۲۹*	۰/۲۱*	۰/۱۹*	۰/۵۳*
۱۴. سلامت اجتماعی - مشارکت اجتماعی	۰/۳۹*	۰/۲۱*	۰/۳۸*	۰/۱۹*	۰/۴۱*	۰/۲۴*	۰/۲۶*	۰/۲۵*	۰/۲۴*	۰/۴۱*

* $p < 0.05$

جدول ۲ نشان می‌دهد، هر چهار مؤلفه حمایت اجتماعی (حمایت عاطفی، حمایت ابزاری، حمایت اطلاعاتی، جست‌وجوی حمایت) و هر پنج مؤلفه اعتماد اجتماعی (رفتار مبتنی بر اعتماد، تمایلات همکاری‌جویانه، صراحت، صداقت، اطمینان) با همه مؤلفه‌های

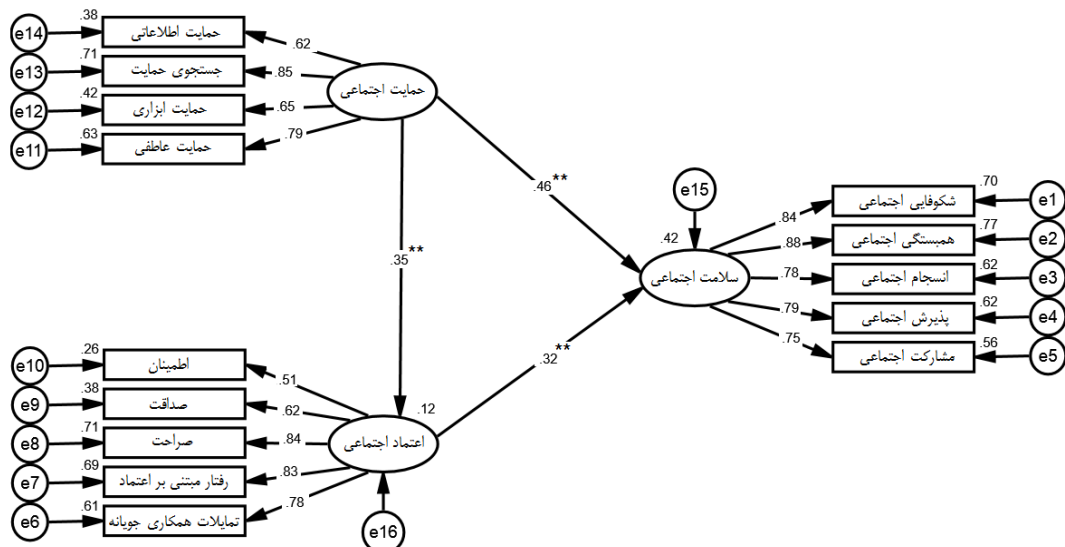
سلامت اجتماعی (شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی) به صورت مثبت و در سطح معناداری ۰/۰۵ همبستگی دارد.

جدول ۳. ضرایب مسیر بین متغیرهای پژوهش در مدل ساختاری

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

آمد ($\beta = 0.351, p = 0.001$). در نهایت ضریب مسیر غیرمستقیم بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی با نقش میانجیگر اعتماد اجتماعی مثبت و معنادار بود ($\beta = 0.114, p = 0.012$). در ادامه شکل ۲ مدل ساختاری پژوهش را در تبیین روابط حمایت اجتماعی، اعتماد اجتماعی و سلامت اجتماعی، در زنان سرپرست خانواده نشان می‌دهد.

بر اساس جدول ۳، ضریب مسیر مستقیم بین حمایت اجتماعی و اعتماد اجتماعی ($\beta = 0.351, p = 0.001$)، ضریب مسیر مستقیم بین اعتماد اجتماعی و سلامت اجتماعی ($\beta = 0.324, p = 0.001$) و ضریب مسیر مستقیم بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی ($\beta = 0.460, p = 0.001$) مثبت و معنادار بود. همچنین ضریب مسیر کل بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی مثبت و معنادار به دست



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

جدول ۴. شاخص‌های برازندگی مدل ساختاری

شاخص‌های برازندگی	شاخص نکوئی تعدیل شده	شاخص نکوئی برازش	ریشه خطای میانگین	مجدورات تقریب	مجدورهای هنجار شده	شاخص‌های برازندگی
۰/۹۳۴	۰/۸۷۵	۰/۹۱۲	۰/۰۸۱	۳/۳۱		مدل ساختاری

جدول ۴ نشان می‌دهد، شاخص‌های نکوئی برازش حاکی از برازش مدل ساختاری با داده‌های گردآوری شده 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 رابطه مثبت و معنادار وجود داشت. این یافته‌ها با نتایج حاصل از پژوهش ریاحی و همکاران مبنی بر اثرات مستقیم میزان حمایت اجتماعی ادراک شده بر سلامت روان دانشجویان (۱۸) و پژوهش ربلین و اچینو مبنی بر وجود پیامدهای مثبت حمایت اجتماعی برای سلامتی (۲۰)، همسوست.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، باثوم و همکاران سلامتی را تابعی از حمایت اجتماعی می‌دانند. از نظر باثوم و همکاران حمایت اجتماعی با ایجاد احساس تعلق، صمیمیت، یکپارچگی اجتماعی، فرصت و امکانی برای رفتارهای مثرمتر، تضمین مجدد ارزش انسان‌ها و ایفای نقش آنان، امکان کمک‌ها و ارائه 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)؛ بدین ترتیب به نظر می‌رسد هر چقدر فرد از جانب خانواده و دیگران حمایت اجتماعی بیشتری دریافت کند، ارزیابی وی از کیفیت روابط اجتماعی‌اش مثبت‌تر است؛ بدین جهت سلامت اجتماعی بیشتری را نیز تجربه می‌کند. در همین راستا، لارسن معتقد است سلامت اجتماعی نشان‌دهنده 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 درگیر شدن 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 رابطه مثبت و معنادار وجود داشت. این نتایج با یافته‌های پژوهش نوریان نجف‌آبادی و همکاران مبنی بر رابطه مستقیم اعتماد

اجتماعی و سلامت اجتماعی (۱۷) و پژوهش بای و همکاران مبنی بر همبسته بودن 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؛ بدین ترتیب 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 درباره 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؛ درعین حال 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 بین فردی 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

نیروها یا ساختارهای خارجی مربوط است نه به اجزای تشکیل دهنده اجتماع و برای اجتماع توان بالقوه‌ای در مسیر تکاملی خود قائل نیست (کاهش شکوفایی اجتماعی). با این تفکر شخص احساس می‌کند جامعه آن قدر پیچیده است که نمی‌توان آن را فهمید و آینده را پیش‌بینی کرد (کاهش پیوستگی اجتماعی)؛ بنابراین نگرش مثبت خود را درباره 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 آینده خود و جامعه نمی‌تواند داشته باشد (کاهش سهم‌داشت اجتماعی)؛ در نهایت سلامت اجتماعی وی کاهش می‌یابد (۱۰). هر پژوهشی در بطن خود محدودیت‌هایی دارد. پژوهش حاضر نیز از چنین امری مستثنی نبود و محدودیت‌هایی بدین شرح داشت: در پژوهش حاضر پژوهشگر قادر به بررسی نقش متغیرهای احتمالی تأثیرگذار از جمله حقوق و درآمد زنان سرپرست خانواده نبود. بدین ترتیب 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 تحت تأثیر قرار داده باشد؛ بدین ترتیب پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده روش‌هایی مانند مصاحبه نیز به کار رود.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش، اعتماد اجتماعی میان‌جیگر رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانواده است. از تلوپحات 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 در جهت 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 تشکر و قدردانی

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

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

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

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

در دسترس بودن داده‌ها و مواد

داده‌های پشتیبان نتایج گزارش شده در مقاله که در طول مطالعه تحلیل شدند، به صورت فایل ورودی داده در نزد نویسنده مسئول حفظ خواهد شد.

توازن منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

اعتبار برای انجام دادن این مطالعه از منابع شخصی تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان سهم یکسانی در تهیه پیش‌نویس مقاله، بازبینی و اصلاح مقاله حاضر داشتند.

References

1. Hasanzadeh S. Reinforcing the family in the Islamic culture. *Quranic Knowledge*. 2015;4(15):45–68. [Persian] https://rjgk.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](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.371)
3. Aliababaei M, Vahhabi Homabadi J, Khaleghipour Sh. The effectiveness of eclectic 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](https://doi.org/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://qjds.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, Seyyedani 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](https://doi.org/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](https://doi.org/10.22108/jas.2018.111204.1404)

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](https://doi.org/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. Seyyedani 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, Aliverdina 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](https://doi.org/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/ycp.0b013e3282f3ad89](https://doi.org/10.1097/ycp.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](https://doi.org/10.1177/0011000006286345)
22. Keyes CLM. Social well-being. *Social Psychology Quarterly*. 1998;61(2):121–40. doi: [10.2307/2787065](https://doi.org/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, Katebahi 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.