

## بررسی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت اجتماعی زنان شاغل (مطالعه موردی: آموزش و پرورش شهر جهرم در سال ۱۳۹۹)

هدایت الله کارگر<sup>۱</sup>، کرامت الله راسخ<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد جامعه شناسی دانشگاه ازاد جهرم.

<sup>۲</sup> هیات علمی دانشگاه ازاد اسلامی جهرم.

نام نویسنده مسئول:

هدایت الله کارگر

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۲/۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۴/۱۲

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت اجتماعی زنان شاغل در آموزش و پرورش شهر جهرم در سال ۱۳۹۹ بوده است. پژوهش حاضر به لحاظ هدف، کاربردی و به لحاظ گردآوری اطلاعات، پژوهشی توصیفی - پیمایشی می باشد. جمعیت آماری در تحقیق حاضر، شامل تمامی بانوان شاغل در آموزش و پرورش شهر جهرم در سال ۱۳۹۹ به تعداد ۱۰۵۳ بوده است که برای محاسبه حجم نمونه از فرمول نمونه گیری کوکران استفاده شد که ۲۸۱ نفر به عنوان حجم آماری محاسبه گردید که به روش نمونه گیری به صورت تصادفی در دسترس انتخاب شدند برای به دست آوردن میزان سلامت اجتماعی، از پرسشنامه سلامت اجتماعی کییز (۲۰۰۴) و برای بررسی عوامل اجتماعی از پرسشنامه های حمایت اجتماعی درک شده زمیت و همکاران (۱۹۸۸) و سرمایه اجتماعی ناهاپیت و گوشال (۱۹۹۸) استفاده شد. پس از تجزیه و تحلیل آماری توسط نرم افزار آماری SPSS نگارش ۲۵، نتایج آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن نشان داد متغیر سطح تحصیلات و سرمایه اجتماعی بر سلامت اجتماعی تاثیر معنادار وجود دارد همچنین حمایت اجتماعی از سوی خانواده و دوستان بر سلامت اجتماعی تاثیر گذار است.

**واژگان کلیدی:** عوامل اجتماعی، سلامت اجتماعی، حمایت اجتماعی، سرمایه اجتماعی.

## بیان مساله

با افزایش زنان تحصیلکرده در ایران و درخواست آنان برای اشتغال مطالعه وضعیت سلامت زنان شاغل از اهمیت زیادی برخوردار است. تعیین کننده های اجتماعی سلامت ناشی از امر اشتغال زنان، می توانند شامل ابعادی همچون شاغل بودن و عدم اشتغال، قراردادهای اشتغال، وضعیت های اقتصادی اجتماعی نظیر درآمد و طبقه اجتماعی، شبکه های حمایت اجتماعی، تحصیلات یا حتی سن، شرایط و ویژگی های مرتبط با کار، محیط های اجتماعی، مهارت های زندگی، خدمات اجتماعی باشند. اشتغال زنان و در نتیجه، مهارت های اجتماعی آنان، رفتارهایی هستند که فرد را قادر به تعامل موثر و اجتناب از پاسخ های نامطلوب می نماید و بیانگر سلامت اجتماعی و رفتاری آنان می باشد. این مهارت ها ریشه در بسترهای فرهنگی و اجتماعی جامعه زنان داشته و شامل رفتارهایی نظیر پیشقدم شدن آنان در برقراری روابط جدید، تقاضای کمک نمودن و پیشنهاد برای کمک به دیگر زنان است (مستی و فخرایی، ۱۳۹۴).

در ایران زنان به دلایل مختلف در مقایسه با مردان از مشکلات بیشتری رنج می برند. به طوری که در دسترسی به آموزش، اشتغال و خدمات بهداشتی درمانی و بهره مندی از حقوق فردی از وضعیت یکسانی برخوردار نیستند. دسترسی به خدمات و امکانات اگر چه بسیار مهم است، اما برای تندرستی کافی نیست. نیازهای اساسی زنان مشتمل بر درآمد تضمین شده، شرایط سالم کار و زیست، خوراک، آب کافی و پاک، تعلیم و تربیت و البته مراقبت های بهداشتی است. علاوه بر موارد یاد شده داشتن مقام و پایگاه مناسب در جامعه، تقسیم عادلانه کار (تولید، مراقب از فرزند، کاردرخانه) و رهایی از خشونت را می توان از دیگر نیازهای بهداشتی زنان به شمار آورد. به این فهرست، می توان افزایش سهم زنان در عرصه های اقتصادی-اجتماعی، پذیرش اجتماعی توانمندی های زنان و فراهم شدن امکانات شایسته برای شکوفا شدن این توانمندی ها، افزایش میزان احساس تعلق آنان به جامعه و بالا رفتن قدرت کنترل و مدیریت زنان بر محیط زندگی و داشتن حق انتخاب را به عنوان شاخص های ویژه سلامت اجتماعی نیز افزود (فیروزبخت و همکاران، ۱۳۹۶).

در چارچوب مدل های نظری در غرب دو رویکرد عمده یکی با دید مثبت و دیگری با دید منفی به مسئله رابطه اشتغال و سلامت اجتماعی در مورد زنان پرداخته است. در چارچوب رویکرد منفی، گذشته از نظریه پارسونز<sup>۱</sup> در مورد تفکیک کارکردی نقش زنان و مردان و تاکید بر لزوم عدم اشتغال زنان خانه دار، می توان از فرضیه های تکثر نقش<sup>۲</sup>، تضاد نقش<sup>۳</sup>، فشار بار اضافی نقش<sup>۴</sup>، فرضیه کمیابی<sup>۵</sup> و فرضیه فشار نقش<sup>۶</sup> را نام برد. هریک از این فرضیه ها به نوعی حکایت از این دارند که زنانی که به کار در ازای دستمزد می پردازند، بیشتر احتمال دارد به دلایلی چون حجم بیشتر کار، افزایش انتظارات و مسئولیت های بیشتر و استرس ناشی از ایفای نقش های سنتی همسری و مادری می پردازند، قرار گیرند و همچنین زنان معمولاً در مشاغلی که سطوح پایین تری دارند و در نتیجه کمتر انعطاف در موقعیت کاری شان است متمرکز می شوند (مستی و فخرایی، ۱۳۹۴).

در مقابل، در چارچوب مدل های رویکرد مثبت، به فرضیه اعتلای نقش<sup>۷</sup>، نظریه بسط نقش<sup>۸</sup> و فرضیه تجمع نقش<sup>۹</sup> می توان استناد نمود که طی آن نقش اشتغال که به عنوان نقش جدیدی به نقش های سنتی زنان اضافه شده، به عنوان یک امر مثبت و پرفایده در نظر گرفته می شود. در این جا مکانیزم تاثیرگذاری مثبت نقش اشتغال از طریق عزت نفس افزایش یافته، درآمد بیشتر، کسب حمایت اجتماعی گسترده تر که بر اشتغال در ازای درآمد همبسته است در جهت ارتقای سلامت اجتماعی زنان مورد تاکید قرار می گیرد. آلبر<sup>۱۰</sup> (۱۹۹۱) یادآور می شود که "اشتغال به کار زنان" می بایست هم به عنوان نقشی دیگر و هم به عنوان متغیری ساختاری در نظر گرفته شود. اشتغال به عنوان نقشی اضافه شده می تواند در بردارنده تعهدات و مسئولیت های بیشتر باشد، اما

1 Talcott Parsons

2 Roles Multiple

3 Roles Conflict (Martikainen, 1995)

4 Roles Overload (Waldron, 1998)

5 Scarcity Hypothesis (Barnett, 1993)

6 Role Strain Hypothesis (Waldron, 1998)

7 Role Enhancement (Bartly, 1992)

8 Role Expansion (Sorensen & Verbugge, 1987)

9 Role Accumulation (Waldron, 1998)

10 Alber

از سویی دیگر، زنان با جایگاهی که در بازار کار احراز می کنند، پاداش می گیرند و این امر حکایت بیشتر آنها را بر منابع مالی در پی دارد و به آنها این فرصت را اعطا می کند که بتوانند به نحو مثبتی بر شرایط زندگی خود و خانواده خود تاثیرگذار باشند (مستی و فخرایی، ۱۳۹۴).

نیروهای انسانی در هر سازمانی، به عنوان سرمایه های اصلی آن محسوب می شوند. نیروهای توانمند، بانشاط و پراکنجه قادرند مسئولیت های سازمان را به دوش بکشند و موجبات ترقی، تعالی و توسعه در ابعاد مختلف درون و برون سازمانی را فراهم آورند. در این بین یکی از عوامل مؤثر بر کارایی منابع انسانی یک سازمان، عامل سلامت است. امروزه سلامت به ویژه سلامت اجتماعی در اولویت برنامه های توسعه بین المللی در بسیاری از کشورها قرار دارد. به عبارت دیگر از عوامل مهم اثرگذار بر کارایی و بهره وری نیروی انسانی سلامت اجتماعی آنان می باشد (یوسفی، دارین منش، احمدی مرزانه، عباس زاده و کاوسی، ۱۳۹۷).

محور توسعه پایدار، انسان سالم اعلام شده و جامعه امروزی خواستار ایجاد بستر مناسب برای تولید و شتاب لازم در رسیدن به توسعه همه جانبه است. از این رو، بدیهی است بررسی و تبیین اهم مؤلفه های اجتماعی تأثیر گذار بر سلامت از وظایف محققان و فعالان عرصه سلامت است. بازخورد این مطالعات به صورت اطلاعات علمی و عملی به سیاست گذاران کلان برای سیاست گذاری در خصوص مسئله مهم توسعه پایدار کشور کمک می کند (قاضی نژاد و سنگری سلیمانی، ۱۳۹۵).

اگر چه تعریف سازمان بهداشت جهانی از سلامت بیانگر حالتی از رفاه کامل جسمی، روانی اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری و ناتوانی است، ولی در اغلب موارد گاه سخن از سلامت به میان آمده، عمدتاً ابعاد جسمی و روانی آن مورد توجه بوده و سلامت اجتماعی مورد غفلت واقع شده است. این در حالی است که رشد و تعالی جامعه در گرو جنبه های گوناگون سلامت آن جامعه، به ویژه ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی می باشد (فیروزبخت، ریاحی و تیرگیر، ۱۳۹۶).

به نظر می رسد سلامت اجتماعی در محتوای خود، ترکیبی از عوامل روانشناختی در زمینه نحوه نگرش افراد به کارکرد جامعه و دنیا در حالت کلی، نیز برخی از اقلام سرمایه اجتماعی را از آنجایی که مربوط به ارتباطات اجتماعی نیز می شود، در خود داراست (طالبی، محمدی و چیت ساز، ۱۳۹۹).

طبق نظر کیز و شاپیرو (۲۰۰۴)<sup>۱۱</sup>، فرد سالم از نظر اجتماعی، زمانی عملکرد مناسبی دارد که اجتماع را مجموعه ای معنادار و فهمیدنی و دارای استعدادهای بالقوه برای رشد و شکوفایی بداند و احساس کند که متعلق به گروه های اجتماعی است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهیم بداند (محسنی، معین فر، معین فر و ساعی، ۱۳۹۷) اهمیت سلامت اجتماعی به حدی است که اشخاص برخوردار از سلامت اجتماعی با موفقیت بیشتری می توانند با مشکلات ناشی از ایفای نقش های اصلی اجتماعی کنار بیایند (یوسفی و همکاران، ۱۳۹۷).

از طرفی بعد اجتماعی سلامت شامل سطوح مهارت های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به عنوان عضوی از جامعه بزرگتر می باشد. به طور کلی، از دید سلامت اجتماعی هر کس عضوی از خانواده و عضو جامعه بزرگتر به حساب می آید و بر شرایط اقتصادی و اجتماعی و رفاه شخص در شبکه اجتماعی توجه می شود (یوسفی و همکاران، ۱۳۹۷).

حمایت اجتماعی ادراک شده، ارزیابی فرد از در دسترس بودن حمایت ها در مواقع ضروری و مورد نیاز حکایت دارد و حمایت اجتماعی دریافت شده، میزان حمایت کسب شده توسط فرد مورد تأکید است (کیانی، فتحی، هنرمندبیگلو، عبدی و تاجی، ۱۳۹۹). بر کمین<sup>۱۲</sup> (۱۹۷۹) معتقد است تأثیر شبکه حمایت اجتماعی بر سلامت فرد عبارت است از پرورش روحیه مشارکت و درگیری اجتماعی فرد در فرایندهای اجتماعی و این مشارکت و درگیری اجتماعی از عملکرد پیوندهای بالقوه در فعالیت های زندگی ناشی می شود. علاوه بر این، مشارکت در درون شبکه حمایت اجتماعی، فرصت هایی برای رفاقت، مصاحبت و معاشرت فراهم می کند، این رفتارها، نگرش ها و پیوندها نیز به زندگی فرد معنا می بخشد و این امر در سلامت روانی او نیز تأثیر بسیاری دارد (محسنی و همکاران، ۱۳۹۷).

سلامت اجتماعی زنان در مقایسه با سایر ابعاد سلامت در علوم سلامت و بهداشت، کمتر مورد توجه قرار گرفته است. به منظور تحقق بالاترین سطح سلامت، توجه به عوامل اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت اجتماعی، در کنار سایر عوامل مؤثر، ضروری به

نظر می‌رسد. در این پژوهش سعی بر این است که بر اساس نتایجی که حاصل از این بررسی می‌باشد به نوعی بتوان در مسیر اجرایی مورد بهره‌وری و استفاده قرار داد. همچنین هیچ پژوهشی در زمینه بیان شده در شهر جهرم انجام نگرفته است.

طالبی و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهش خود با هدف بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روانی به این نتیجه رسیدند که متغیرهای کنترل اجتماعی، مشارکت شبکه‌های اجتماعی، مهارت‌های اجتماعی و بیگانگی اجتماعی بر سلامت اجتماعی تاثیر دارد.

اسماعیلی و رضایی (۱۳۹۷) در پژوهش خود با هدف بررسی رابطه عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان شهرستان بهشهر به این نتیجه رسیدند که بین عوامل اجتماعی و ابعاد آن یعنی رضایتمندی اجتماعی، رضایتمندی بهداشتی، احساس محرومیت، احساس امنیت، تامین نیازهای اساسی، امکانات مالی و سلامت اجتماعی (بجز احساس محرومیت که دارای رابطه منفی بود)، با سلامت اجتماعی زنان شهرستان بهشهر رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.

به‌آسمانی (۱۳۹۷) در پژوهش خود با هدف بررسی عوامل مؤثر، آثار و نشانه‌های جسمی و روانی در سلامت زنان شاغل شهر کرمان در سال ۱۳۹۶ به این نتیجه رسید که حمایت اجتماعی زنان شاغل به ویژه از سوی خانواده و در صورت تاهل از سوی همسر به آنان در مقابله با استرس و افسردگی کمک بسیار زیادی می‌کند.

یوسفی و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهش خود با هدف بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز به این نتیجه رسیدند که بین متغیرهای سطح تحصیلات، جنسیت، وضعیت تاهل و رابطه استخدامی با سطح سلامت اجتماعی رابطه آماری معنی‌داری است.

فیروزبخت و همکاران (۱۳۹۶) در مطالعه مروری خود با هدف بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان به این نتیجه رسیدند که مولفه‌های پایگاه اقتصاد اجتماعی، تحصیلات، درآمد، حمایت اجتماعی و سرمایه اجتماعی از ارتباط معناداری با سلامت اجتماعی برخوردار بوده‌اند.

قاضی نژاد و سنگری سلیمانی (۱۳۹۵) در پژوهش خود با هدف بررسی رابطه بین شغل و سلامت اجتماعی زنان با مطالعه موردی زنان (دانشجو) شاغل دانشگاه الزهرا به این نتیجه رسیدند که مطلوبیت شرایط شغلی (حقوق و مزایا، امنیت شغلی، حمایت سازمانی و...) بیشترین تاثیر را بر سلامت اجتماعی زنان داشته است. یافته‌های علی‌استقلال مالی، روابط اجتماعی، حمایت اجتماعی، عزت نفس و منزلت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان شاغل مؤثر است. در میان متغیرهای زمینه‌ای، سن، وضعیت تاهل و نوع منزل مسکونی (سطح رفاه) با سلامت اجتماعی رابطه معناداری داشته‌اند. نتیجه نهایی اینکه، صرف داشتن شغل تغییری در میزان سلامت اجتماعی زنان ایجاد نمی‌کند. آنچه مهم است مؤلفه‌های ماهوی شغلی، شامل نوع شغل، مطلوبیت شرایط شغلی و توانمندی‌های اجتماعی و روانی (پیامدهای شغلی) است که بر سلامت اجتماعی آنان تأثیرگذار است. زنان شاغل برخوردار از استقلال مالی، روابط اجتماعی قوی و حمایت اجتماعی بالا، سلامت اجتماعی بیشتری دارند.

مستی و فخرايي (۱۳۹۴) در پژوهش خود با هدف بررسی رابطه بین وضعیت اشتغال زنان شهر مراغه با میزان سلامت اجتماعی آنان به این نتیجه رسیدند که بین وضعیت اشتغال زنان با سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد. همچنین سلامت اجتماعی در بین زنان شاغل بیشتر از خانه دار و در بین شاغلین رسمی و پاره وقت بالاترین سطح سلامت اجتماعی دیده شد به عبارتی، شرایط شغلی بیشترین تاثیر را بر میزان سلامت اجتماعی دارد.

نتایج مطالعه لاروج<sup>۱۳</sup> (۲۰۲۰) با عنوان مقایسه سلامت اجتماعی دانشجویان زن و مرد در دانشگاه بوستون ماساچوست، نشان داد زنان دانشجوی به نحو معناداری در ابعاد تغذیه، روابط بین فردی مسئولیت‌پذیری در مقابل سلامت و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت رفتار بهتری از مردان داشتند.

پژوهشی توسط آلبرایت<sup>۱۴</sup> (۲۰۱۹) تحت هدف بررسی نگرش نسبت به مادران شاغل، منطبق کردن نیازهای مادران با نیروی کار و رابطه آن با سلامت مادران انجام گرفته است. از نظر آلبرایت غالباً در محیط کار موانعی است که ارتقا و پیشرفت زنان را محدود می‌کند. نتایج نشان می‌دهند اقدامات حمایتی در محیط کار مانند ایجاد انعطاف در ساعات کار زنان، داشتن فرصت‌هایی

کوتاه برای ترک محل کار و احداث محل‌هایی برای مراقبت از کودکان آنها در محل کارشان باشد تا بتوانند در نزدیکی محل کار به مراقبت از فرزندان بپردازند.

کیکونانی<sup>۱۵</sup> (۲۰۱۸) در پژوهشی سعی کردند تا به ارزیابی ارتباط بین مشارکت اجتماعی، درک از اجتماع در میان دانشجویان ایتالیایی، آمریکایی و ایرانی و تاثیر این دو متغیر بر سلامت اجتماعی بپردازند. نتایج نشان داد مشارکت اجتماعی، درک اجتماعی و سلامت اجتماعی در میان دانشجویان آمریکایی، سطح بالایی دارد. همچنین مشارکت اجتماعی تنها در میان دانشجویان ایتالیایی به صورت مثبتی، سلامت اجتماعی را پیش بینی می‌کند.

تایلر<sup>۱۶</sup> (۲۰۱۷) در تحقیق خود به بررسی رابطه بین سلامت اجتماعی، از خودبیگانگی و ناهنجاری اجتماعی در ایالات متحده پرداخت. نتایج نشان داد بین سلامت اجتماعی با رفتارهای اجتماع پسند و مسئولیت پذیری اجتماعی رابطه‌های مثبت زیادی مشاهده شد. همچنین سطوح سلامت اجتماعی به خصوص انسجام اجتماعی و مشارکت اجتماعی در افرادی که با اطرافیان خود برای حل مساله و مشکل همکاری و هم فکری می‌کردند، در مقایسه با افرادی که با اطرافیان خود ارتباط نداشتند، میزان بالاتری داشت.

با توجه به مسائل بیان شده، پژوهش حاضر سعی بر پاسخ گویی به این سوال است که چه عوامل اجتماعی، بر سلامت اجتماعی زنان شاغل در آموزش و پرورش شهر جهرم در سال ۱۳۹۹ موثر است؟

### نظریه های سلامت اجتماعی

**تئوری سلامت اجتماعی کیز:** از نظر کیز، کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمیتوان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد. فرد سالم از نظر اجتماعی، زمانی عملکردی خوب دارد که اجتماع را به صورت مجموعه ای معنادار و قابل فهم و بالقوه برای رشد و شکوفایی بداند و احساس کند که متعلق به گروه های اجتماعی خود است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهیم بداند. کیز بر این اساس، **مدل پنج عاملی** خویش را مطرح کرد که در این مدل از پنج عامل به منزله شاخص های سلامت اجتماعی نام برد که عبارتند از: انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، مشارکت اجتماعی و انطباق اجتماعی (قاضی نژاد و سنگری سلیمانی، ۱۳۹۵).

انسجام اجتماعی<sup>۱۷</sup>: انسجام اجتماعی، ارزیابی فرد از روابطش در جامعه و گروه های اجتماعی است. فرد سالم احساس می کند که بخشی از اجتماع است و خود را با دیگرانی که واقعیت اجتماعی را می سازند سهیم می داند. به نظر کیز از دیدگاه دورکیم سلامت و یگانگی اجتماعی، روابط افراد را با یکدیگر از طریق هنجارها منعکس می کند. انسجام اجتماعی احساس بخشی از جامعه بودن، فکر کردن به این که فرد به جامعه تعلق دارد، احساس حمایت شدن از طریق جامعه و سهم داشتن در آن می باشد؛ بنابراین انسجام آن درجه ای است که در آن مردم احساس می کنند که چیز مشترک بین آنها و کسانی که واقعیت اجتماعی آنها را می سازند وجود دارد (مستی و فخرایی، ۱۳۹۴). انسجام اجتماعی درباره ادراک کیفیت، سازمان و عملکرد جهان اجتماعی و نگرانی برای دانستن درباره آن است. افراد احساس مشارکت می کنند و فکر می کنند قادر به درک جهانی هستند که در آن زندگی می کنند. اگرچه آنها آگاه اند که در جهانی کامل زندگی نمی کنند، اما می خواهند به زندگی خود معنا دهند (نیکوگفتار و غفاری، ۱۳۹۸).

پذیرش اجتماعی<sup>۱۸</sup>: افرادی که دارای این بعد از سلامت هستند، اجتماع را به صورت مجموعه ای از افراد مختلف درک می کنند و به دیگران به عنوان افراد با ظرفیت و مهربان اعتماد و اطمینان دارند و باور دارند که مردم می توانند موثر باشند. این افراد دیدگاه مطلوبی نسبت به ماهیت انسان دارند و با دیگران احساس راحتی می کنند. در پذیرش اجتماعی، فرد، اجتماع و مردم آن را با همه نقص ها و جنبه های مثبت و منفی باور دارد و می پذیرد (رستگار، حقیقت، زارع و حسن زاده، ۱۳۹۴). پذیرش اجتماعی به این معناست که فرد جامعه را از طریق شخصیت و خصوصیات افراد دیگر به عنوان طبقه کلی تفسیر می کند که ضامن احساس

15 Kikognani

16 Tyler

17 social coherence

18 social acceptance

های خوب افراد نسبت به دیگران و اعتماد به شرافت و سختکوشی آنها است. این موضوع به باور عمومی و نگرش مثبت نسبت به جامعه منجر می شود (نیکوگفتار و غفاری، ۱۳۹۸).

مشارکت اجتماعی<sup>۱۹</sup>: مشارکت اجتماعی باوری است که طبق آن فرد خود را عضو مهمی از اجتماع می داند و تصور می کند چیزهای ارزشمندی برای عرضه به جامعه دارد. مشارکت اجتماعی یعنی چه میزان فرد احساس می کند آنچه انجام می دهد در نظر اجتماع ارزشمند و در رفاه عمومی مؤثر است (مستی و فخرایی، ۱۳۹۴؛ رستگار و همکاران، ۱۳۹۴). مشارکت اجتماعی به معنای ارزیابی ارزش اجتماعی افراد است. در این رابطه، شخص احساس می کند که عضوی فعال در جامعه است و می تواند به منافع همگانی کمک کند، اعمال خاصی را انجام دهد و مسئولیت اجتماعی داشته باشد (نیکوگفتار و غفاری، ۱۳۹۸).

انطباق/یکپارچگی اجتماعی<sup>۲۰</sup>: انطباق اجتماعی درک کیفیت، سازماندهی و عملکرد دنیای اجتماعی فرد است. فرد سالم از نظر اجتماعی سعی دارد تا در مورد دنیای اطراف خود بیشتر بداند. افراد سالم، علاقه مند به طرح های اجتماعی بوده و احساس می کنند قادر به فهم وقایع اطرافشان هستند، خود را با تصور اینکه در حال زندگی در یک دنیای متکامل و عالی هستند، فریب نمی دهند و خواسته ها و آرزوهایشان را برای فهم و درک زندگی ارتقا می بخشند (مستی و فخرایی، ۱۳۹۴؛ رستگار و همکاران، ۱۳۹۴). یکپارچگی اجتماعی، ارزیابی کیفیت رابطه افراد با جامعه را در بر می گیرد. فرد بر اساس هنجارها و ارزش ها، به یک گروه یا جامعه احساس تعلق می کند. این گروه می تواند محله، دوستان، باشگاه ها یا جامعه به عنوان یک کل باشد که فرد از آن حمایت دریافت می کند (نیکوگفتار و غفاری، ۱۳۹۸).

شکوفایی اجتماعی<sup>۲۱</sup>: شکوفایی اجتماعی عبارت است از ارزیابی توان بالقوه و مسیر تکاملی اجتماع و باور به این که اجتماع در حال یک تکامل تدریجی است و توانمندی های بالقوه ای برای تحول مثبت دارد که از طریق نهادهای اجتماعی و شهروندان شناسایی می شود. افراد سالم در مورد شرایط آینده جامعه امیدوار و قادر به شناسایی نیروهای جمعی هستند و معتقدند که خود و سایر افراد از این نیروها و تکامل اجتماع سود می برند. شکوفایی اجتماعی یعنی باور به این که فرد سرنوشت خویش را در دست دارد و به مدد توان بالقوه اش مسیر تکاملی را کنترل می کند (مستی و فخرایی، ۱۳۹۴؛ رستگار و همکاران، ۱۳۹۴). شکوفایی اجتماعی به ارزیابی ظرفیت ها و خط سیر جامعه می پردازد. افراد باور دارند که ظرفیت اجتماعی کامل در یک جامعه می تواند از طریق اعضای آن، دولت و مؤسسه ها شناسایی شود. فرد به تنهایی به شکوفایی جامعه کمک می کند و درباره آینده جامعه خوشبین است (نیکوگفتار و غفاری، ۱۳۹۸).

### نظریه های سرمایه اجتماعی

**نظریه بورديو (۲۰۱۳):** به اعتقاد بورديو سرمایه می تواند در سه شکل مختلف خود را نشان دهد: سرمایه اقتصادی که قابل تبدیل به پول بوده و در شکل حق مالکیت نهادینه می شود. سرمایه فرهنگی که تحت شرایط خاصی تبدیل به سرمایه اقتصادی بوده و در شکل مدارج تحصیلی نهادینه می شود. و بالاخره سرمایه اجتماعی که تحت شرایط خاصی قابل تبدیل به سرمایه اقتصادی بوده و در شکل اصالت و شهرت ممکن است نهادینه شود (نظری، ۱۳۹۶). بورديو، جامعه شناس فرانسوی جزو اولین محققای بود که به تحلیل سیستماتیک ویژگی های سرمایه اجتماعی پرداخت. بر اساس تعریف بورديو سرمایه اجتماعی حاصل جمع منابع بالقوه و بالفعلی است که نتیجه مالکیت شبکه بادوامی از روابط نهادی شده بین افراد و به عبارت ساده تر، عضویت در گروه است. البته سرمایه اجتماعی مستلزم شرایطی به مراتب بیش از وجود صرف شبکه پیوند ها می باشد. در واقع پیوند های شبکه ای می بایست از نوع خاصی می باشند، یعنی مثبت و مبتنی بر اعتماد. به اعتقاد بورديو، سرمایه اجتماعی به عنوان شبکه ای از روابط و دیعه طبیعی یا و دیعه اجتماعی نیست، بلکه چیزی است که در طول زمان برای کسب آن باید تلاش کرد. به تعبیر بورديو، سرمایه اجتماعی محصول نوعی سرمایه گذاری فردی یا جمعی، آگاهانه یا ناآگاهانه است که به دنبال تثبیت یا باز تولید روابط اجتماعی است که مستقیماً در کوتاه مدت یا بلند مدت قابل استفاده هستند (بورديو، ۲۰۱۳). با توجه به نظریه بورديو، سرمایه

19 social contribution

20 social integration

21 social actualization

اجتماعی نوعی ابزار دسترسی به منابع اقتصادی و فرهنگی از طریق ارتباطات اجتماعی می باشد. تاکید بورديو بر مشارکت فرد در شبکه‌های اجتماعی است که این مشارکت سبب دسترسی او به منابع و امکانات گروه می شود. پس تئوری بورديو<sup>۱</sup> به فهم این نکته کمک می کند چگونه فرد می تواند با استفاده از سرمایه اجتماعی موقعیت اقتصادی خود را افزایش دهد پس در دیدگاه بورديو، سرمایه اجتماعی نوعی محصول اجتماعی است که ناشی از تعامل اجتماعی می باشد (بورديو، ۲۰۱۳).

### نظریه پوتنام (۲۰۱۳) و فوکویاما (۲۰۱۵): سومین متفکر برجسته در زمینه سرمایه اجتماعی رابرت پوتنام، استاد علوم

سیاسی هاروارد است. پوتنام بیشتر بر تاثیر سرمایه اجتماعی در سطح ملی علاقه مند می باشد، اینکه سرمایه اجتماعی چه تاثیری بر نهاد های دموکراتیک و در نهایت بر توسعه اقتصادی دارد. پوتنام از سرمایه اجتماعی می نویسد: اعتماد، هنجارها و شبکه‌هایی که همکاری و تعاون را برای نیل به منافع متقابل آسان می سازد. تفاوت عمده بین پوتنام با کلمن و بورديو در این است که پوتنام این مفهوم را فراتر از سطح فردی و در سطح ملی به کار گرفته است. به اعتقاد پوتنام شبکه‌های مدنی (نظیر انجمن های شکل گرفته در نظام همسایگی، تعاونی ها، باشگاه‌های ورزشی و نظیر آنها) از اشکال اساسی سرمایه اجتماعی محسوب می شود این شبکه‌ها هنجارکنش و واکنش متقابل را در جامعه تقویت می کنند. (پاتنام، ۲۰۱۳ و فوکویاما، ۲۰۱۵). از بحث های اساسی که چند دهه اخیر وجود داشته این است که نهادها از یکسو و هنجارهای اجتماعی و فعالیت های فرهنگی از سوی دیگر چقدر برای تحقق یا ثبات رژیم های دموکراتیک سیاسی اهمیت دارند. این بحث در شکل جدید خود در دهه ۱۹۶۰ مجدداً پدیدار گشت، زمانی که طرفداران تندروی نهادها (مثل ساموئل هانتینگتون<sup>۲۲</sup>) با طرفداران تندروی فرهنگ مدنی (مثل آلموند و وربا<sup>۲۳</sup>) روبه روی هم قرار گرفتند. پوتنام از جمله متفکران سیاسی است که با گروه مکتب فرهنگ مدنی بیشتر موافق است. به اعتقاد پوتنام، تفاوت در سرمایه اجتماعی علت اصلی ایجاد تفاوت بین مناطق مختلف در زمینه اجتماع مدنی است. به عبارت دیگر، مناطق دارای سرمایه اجتماعی زیاد دارای اجتماع مدنی زنده و پرشوری بوده و در نتیجه، اقتصاد پررونق داشته و نهادهای سیاسی فعال دارند، ولی مناطق دارای سرمایه اجتماعی اندک هم در عرصه اجتماع و هم در عرصه اقتصاد و سیاست دچار مشکل هستند (پاتنام، ۲۰۱۳ و فوکویاما، ۲۰۱۵). به طور کلی، تئوری های مربوط به سرمایه اجتماعی را می توان به دو گروه عمده تقسیم نمود:

الف) در گروه اول به تبعیت از پوتنام (۱۹۹۳)، سرمایه اجتماعی پدیده‌ای فرهنگی تعریف می شود که نشان دهنده میزان اهمیت و توجه اعضای جامعه نسبت به امور مدنی بوده و بیانگر وجود هنجارهای اجتماعی مروج کنش جمعی و میزان اعتماد به نهادهای عمومی می باشد. تحقیق پوتنام در ایتالیا نشان داد که سرمایه اجتماعی در درازمدت انباشته می شود. در این معنا، سرمایه اجتماعی ویژگی های یک کالای جمعی و عمومی را دارد (نظری، ۱۳۹۶).

ب) در گروه دوم، برخلاف تعریف پوتنام، و به تبعیت از دیدگاه پی بر بورديو (۱۹۸۶) سرمایه اجتماعی نوعی سرمایه گذاری افراد در شبکه‌های اجتماعی تلقی می شود. در این معنا، سرمایه اجتماعی یک کالای خصوصی و شخصی می باشد که می تواند به سرمایه فرهنگی تبدیل شده و بیانگر پایگاه اجتماعی فرد باشد. لذا اندوخته سرمایه اجتماعی فرد بیانگر قدرت او در جامعه می باشد. کلمن نیز به همین سیاق بر مزایای سرمایه اجتماعی برای فرد یا برای شبکه افراد تاکید دارد. به اعتقاد کلمن، هنجار کنش و واکنش متقابل بر سرمایه اجتماعی حاکمیت دارد و سرمایه اجتماعی می تواند از طریق تسهیل کنش جمعی اثرات مثبت اقتصادی در سطح ملی داشته باشد. بدین سان، از نظر کلمن، سرمایه اجتماعی در حد واسط بین کالای شخصی و کالای عمومی قرار دارد. برخی از محققان، دیدگاه بورديو و کلمن را در مورد سرمایه اجتماعی در یک ردیف قرار می دهند زیرا هر دوی آن ها بر اندیشه کنش و واکنش متقابل در روابط اجتماعی و اقتصادی تاکید دارند. براساس هر دو این تفسیر سرمایه اجتماعی امر معاملات اقتصادی را تسهیل می نماید، هر چند که مکانیسم عمل آن کاملاً متفاوت است (هامپسون<sup>۲۴</sup>، ۲۰۱۲).

22 Samuel Huntington

23 Almond and Verba

24 Humpson

## نظریه های حمایت اجتماعی

**نظریه برکمن (۱۹۷۹):** برکمن و سیم (۱۹۷۹) به عنوان نظریه پردازان ایده تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت روانی، بر

شاخص هایی مانند ازدواج، تعداد تماس های فرد با دیگران (تماس های حضوری تا تلفنی و پستی)، کیفیت تماس های مورد بحث، تأکید کرده اند. آن ها استدلال می کنند که هر چه شبکه اجتماعی فرد بهتر باشد او کمتر در معرض بیماری قرار می گیرد. همچنین نوع ادراک فرد از تماس ها و ارتباطاتش با دیگران اهمیت خاصی در احساس او نسبت به خود و سلامتی اش دارد. این پژوهشگران برای تبیین چگونگی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامتی روانی از دو مدل استفاده می کنند. مدل تأثیرمستقیم (کلی) و مدل تأثیر غیرمستقیم یا فرضیه حائل در برابر استرس، بر پایه مدل تأثیر مستقیم. حمایت اجتماعی صرفنظر از اینکه فرد تحت استرس باشد یا نه، اثرهای سومندی بر سلامتی دارد و نداشتن حمایت اجتماعی دارای پیامدهای منفی بر سلامتی افراد است. فرضیه اصلی این مدل عنوان می کند که هر چه حمایت اجتماعی فرد بیشتر باشد به همان میزان وی از سلامتی بیشتری برخوردار خواهد بود (کریمی، ۱۳۹۹). مطابق با مدل نظری تأثیر مستقیم حمایت اجتماعی، برخورداری از حمایت اجتماعی برای سلامتی مفید است. حمایت اجتماعی صرف نظر از اینکه فرد تحت تأثیر استرس و فشارهای روانی باشد یا نه باعث می شود فرد از تجارب منفی زندگی پرهیز کند و این امر، اثرات سودمندی بر سلامت دارد. اثرات سودمند حمایت اجتماعی برای سلامتی افراد، تحت شرایط و موقعیت های پرتنش و یا آرام و کم استرس، یکسان و مشابه می باشد. مطالعات متأثر از این مدل، عنوان می کنند افرادی که در شبکه های حمایتی قرار دارند، کم تر افسرده اند و عمدتاً سلامت روانی بهتری را علیه افراد فاقد چنین شبکه های حمایتی نشان می دهند (سبزی خوشنامی و همکاران، ۱۳۹۶).

**نظریه دیماتئو<sup>۲۵</sup> (۱۹۹۹):** از نظری وی مباحث در زمینه حمایت اجتماعی و آسیب های اجتماعی و سلامت روانی افراد را

می توان به چند دسته تقسیم کرد: گروه اول، مطالعاتی که عمدتاً بر سیستم های حمایت عینی و واقعی دریافت شده از محیط فرد متمرکز شده اند. گروه دوم، مطالعاتی هستند که به سازه حمایت اجتماعی ادراک شده توجه دارند به این معنا که بر تصور ادراک یک شخص، وی از چه میزان حمایت اجتماعی برخوردار است. هر دو دسته تحقیقات، نقش حمایت اجتماعی دریافت شده (عینی) و ادراک شده (ذهنی) در کاهش فشار روانی و افزایش سلامت جسمی و روحی را تأیید نموده اند. اعتقاد وی بر آن است که حمایت اجتماعی به سه طریق در برخورداری با تنیدگی و استرس به فرد کمک می کند: اولاً، اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد می توانند مستقیماً حمایت ملموسی به شکل منابع مادی در اختیار یک شخص قرار دهند (قرض دادن پول، خرید مایحتاج زندگی و مواظب از کودکان). ثانیاً، اعضای شبکه اجتماعی می توانند با پیشنهاد اقدامات متنوعی، فرد را از حمایت اطلاعاتی خود برخوردار سازند و این اقدامات متنوع، می توانند به حل مشکلی که موجب تنیدگی، خشونت و استرس شده کمک کند. مابین پیشنهادها به شخص کمک می کند تا به مشکل از دیدگاه جدیدی نگاه کند، افراد شبکه اجتماعی می توانند با اطمینان بخشی دوباره به فرد، در خصوص این که او شخص مورد علاقه، با ارزش و محترم است، از وی حمایت عاطفی به عمل آورند (حیدرآبادی و همکاران، ۱۳۹۳).

**نظریه تاردی<sup>۲۶</sup> (۱۹۸۵):** وی در مدلی که برای تعریف حمایت اجتماعی مطرح کرده است، چهار نوع حمایت را متمایز می

کند:

حمایت اجتماعی عاطفی: به معنی در دسترس داشتن فردی برای تکیه کردن و اعتماد داشتن به وی، به هنگام نیاز می باشد. حمایت اجتماعی عاطفی در بردارنده احساس همدلی، مراقبت و توجه، و علاقه نسبت به یک شخص است. این نوع حمایت می تواند شخص را به داشتن احساس راحتی و آرامش، اطمینان، تعلق داشتن و مورد محبت قرار داشتن به هنگام فشار و تنش مجهز نماید. سارافینو (۱۹۹۸) نشان می دهد که افرادی که در شبکه های حمایتی قرار دارند، کم تر افسرده اند و عمدتاً سلامت روانی بهتری را علیه افراد فاقد چنین شبکه های حمایتی نشان می دهند و پرخاشگری و خشونت کمتری علیه خانواده و اطرافیان دارند. سارافینو در تحقیق خود اعتقاد دارد که حمایت اجتماعی از جانب دوستان، خانواده و سایر افراد منجر به کاهش فشار روانی در افراد شده و از این طریق بر خشونت خانگی والدین تأثیر می گذارد (رمضانی، خامسان و راستگومقدم، ۱۳۹۷).



حمایت اجتماعی ابزاری: به کمک های مادی، عینی و واقعی دریافت شده توسط یک فرد از سوی دیگران اطلاق می گردد. این نوع حمایت به افراد کمک می کند تا نیازهای روزانه خود را تامین نمایند و شامل عناصری از کمک های مادر و عینی نظیر قرض دادن پول، کمک کردن در نظافت منزل، جابجایی و حرکت کردن، حمام رفتن و رانندگی کردن است (جوادیان و فراست، ۱۳۹۶).

حمایت اجتماعی اطلاعاتی: گاجل<sup>۲۷</sup> (۱۹۹۸) به دست آوردن اطلاعات ضروری از طریق تعامل های اجتماعی با دیگران را حمایت اجتماعی اطلاعاتی تعریف کرد. به عبارت دیگر، حمایت اجتماعی اطلاعاتی شامل دادن توصیه ها، جهت گیری ها، پیشنهادها یا بازخوردها به یک فرد راجع به چگونگی عملکردش می باشد (جوادیان و فراست، ۱۳۹۶).

حمایت اجتماعی خودارزشمندی/ارزیابانه: اینکه دیگران در دشواری ها یا فشارهای روانی به وی بفهمانند که او فردی ارزشمند است و می تواند با به کار گیری توانایی های ویژه خود بر دشواری ها چیره شود، حمایت اجتماعی خودارزشمندی گویند (جوادیان و فراست، ۱۳۹۶). به عبارت دیگر، حمایت اجتماعی ارزیابانه، ارائه بازخورد از سوی دیگران در زمینه چگونگی عملکرد است که می تواند به تصحیح عملکرد منجر شود (رمضانی و همکاران، ۱۳۹۷). ساراسون<sup>۲۸</sup> و همکاران (۱۹۸۳) در نظریه خود، بعد دیگری به نام بعد حمایت شبکه اجتماعی به معنای دسترسی به عضویت در شبکه های اجتماعی نیز ارائه دادند (نصیری و لیک بنی و عبدالملکی، ۱۳۹۵).

## نظریه های زنان و اشتغال آنان

**نظریه بازار کار:** این نظریه دوگانه تمایزی میان دو بازار کار قائل است: بازار اولیه (متشکل از حرفه هایی که امکان آموزش و پیشرفت در آنها وجود دارد) و بازار ثانویه (متشکل از حرفه های غیر تخصصی کم درآمد و نامطمئن) کسانی که در بخش ثانویه کار می کنند در دوره های کسادی کار به سادگی اخراج می شوند، دستمزدشان کم است و از شرایط کار نامساعد برخوردارند. بارون و نوریس (۱۹۷۶) این نظریه را برای توضیح جایگاه زنان در بازار کار بریتانیا وضع کردند. به گفته آن دو در بریتانیا زنان نیروی کار در بخش ثانویه را تشکیل می دهند و مردان کارکنان بخش اولیه بازارند. این تحلیل سبب شد در پی توضیحی باشد که تفکیک شغلی و تمرکز زنان را در حرفه های کم درآمد که عنوان نیمه تخصصی یا غیر تخصصی داشت توجیه کند. در عین حال تکیه بررسی ها از مسئله عرضه کار به تقاضای کار منتقل شد. در بازار کار تقسیم بندی های دیگری بر مبنای سن، طبقه، قومیت و منطقه بندی وجود دارد (مستی و فخرایی، ۱۳۹۴).

**دیدگاه فمینیستی:** از دیدگاه های مهمی که در جامعه شناسی در مقابل دیدگاه کارکردگرایان قرار دارد، دیدگاه فمینیست ها (طرفداران حقوق زنان) می باشد که به شدت با نظریات کارکردگرایان در ارتباط با توزیع قدرت و تفکیک نقش ها مخالف می باشد. تحقیقات فمینیستی (آنجلا کویل، ۱۹۸۴) با مخالفت با دیدگاه سنتی که شخصیت و منزلت اصلی زن در نقش همسری و مادری است و زنان همیشه می توانند به نقش خانگی اولیه خود باز گردند؛ معتقد است کار و هویت شغلی در زندگی بسیاری از زنان نقش عمده ای بازی می کند و پولی که در می آورند، ضروری است. فمینیست ها معتقدند زنان عمدتاً در مشاغل زنانه (خیاطی، پرستاری، منشیگری و صندوق داری) و مشاغل بازار ثانویه (متشکل از حرفه های غیر تخصصی کم درآمد و نامطمئن که امکان آموزش و پیشرفت در آنها نیست) قرار دارند. توجه فمینیست ها به کار خانگی و ارزش گذاری برای آن قابل تقدیر و مورد قبول است، به نظر می رسد در صورتی که کار خانگی زنان به صورت معقول در نظام جامعه محاسبه شود، مهندسی اشتغال زنان نیز وضعیتی جدید و مناسب تر خواهد یافت. جامعه شناسانی چون گیدنز نیز بر اهمیت کار بی مزد خانگی در اقتصاد جامعه تاکید می کنند. اینان معتقدند تقسیم کار جنسیتی ساخته و پرداخته اجتماع است و ربطی به تفاوت های طبیعی دو جنس ندارد، یعنی شغل ها مهر مردانه یا زنانه می خورند. خانه داری، کارگری رایگان و بدون دستمزد است، در حالی که خانه داری کاری واقعی است. پژوهش های فمینیستی در مورد کارگران زن در کارخانه ها آنابولرت (۱۹۸۱) حاکی است که تلقی زنان از کار در درجه اول

خانه داری است. در حالی که بررسی های نظیر پژوهش اکلی (۱۹۷۴) نشان می دهد که اشتغال در زندگی زنان شاغل نقش محوری دارد، اما از زنان انتظار می رود خود را با کار مضاعف وفق دهند (مستی و فخرایی، ۱۳۹۴).

### فرضیه های پژوهش

سطح تحصیلات بر سلامت اجتماعی زنان شاغل در آموزش و پرورش شهر جهرم در سال ۱۳۹۹ تاثیر معنادار دارد. سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی زنان شاغل در آموزش و پرورش شهر جهرم در سال ۱۳۹۹ رابطه معنادار دارد. حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده با سلامت اجتماعی زنان شاغل در آموزش و پرورش شهر جهرم در سال ۱۳۹۹ رابطه معنادار دارد. حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی دوستان با سلامت اجتماعی زنان شاغل در آموزش و پرورش شهر جهرم در سال ۱۳۹۹ رابطه معنادار دارد.

### روش شناسی پژوهش

با توجه به موضوع پژوهش، پژوهش حاضر به لحاظ هدف، کاربردی و به لحاظ گردآوری اطلاعات، پژوهشی توصیفی - پیمایشی می باشد. حجم نمونه حدود ۲۸۱ نفر به شیوه نمونه گیری تصادفی در دسترس انتخاب شد. پس از جمع آوری پرسشنامه های تحقیق با استفاده از نرم افزار SPSS نگارش ۲۵، فرضیه های تحقیق، آنالیز شد. با توجه به ماهیت فرضیه ها، از آزمون کروسکال والیس و اسپیرمن جهت تحلیل استفاده شد. برای جامعه آماری اهداف تحقیق برای نمونه آماری توضیح داده شده و شفاف سازی گردید. نحوه آزمون و نحوه همکاری نمونه آماری و رفع سوالات آنها شرح داده شد. محرمانگی اطلاعات اطمینان داده شد و هر فرد در هر زمان که مایل بود، قادر به ترک آزمون داشت. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه شامل:

**پرسشنامه سلامت اجتماعی کبیز (۲۰۰۴):** شامل ۲۰ سوالی، شامل ۵ زیرمقیاس شکوفایی اجتماعی (۱-۴)، همبستگی اجتماعی (۵-۷)، انسجام اجتماعی (۸-۱۰)، پذیرش اجتماعی (۱۱-۱۵) و مشارکت اجتماعی (۱۶-۲۰) می باشد. نمره گذاری بر اساس طیف ۵ درجه ای لیکرت به صورت خیلی زیاد = ۵، زیاد = ۴، متوسط = ۳، کم = ۲، خیلی کم = ۱ است. گویه های معکوس شامل ۱۰ و ۱۳ و ۱۴ و ۱۵ و ۱۷ و ۱۸ و ۱۹ و ۲۰ می باشد. از این رو نمره مجموع این گویه بیانگر میزان سلامت اجتماعی افراد می باشد که نمره کل این پرسشنامه برابر با ۱۰۰ می باشد. الف: چنانچه نمره محاسبه شده بین ۲۰ تا ۴۶ باشد، میزان سلامت اجتماعی افراد در حد پایین و ضعیف بوده و باید برنامه ریزی اساسی برای آن انجام شود. ب: چنانچه نمره محاسبه شده بین ۴۷ تا ۷۴ باشد، میزان سلامت اجتماعی افراد در حد متوسط و رو به رشد و باید تقویت شود. ج: چنانچه نمره محاسبه شده بین ۷۵ تا ۱۰۰ باشد، میزان سلامت اجتماعی افراد در حد بالا و خوبی بوده و این روند باید تداوم یابد (صبوری، ۱۳۹۹). شربتیان (۱۳۹۱) در بررسی پایایی و روایی این پرسشنامه، میزان آلفای کرونباخ در متغیر سلامت اجتماعی را ۰/۹۰ دست آورد. میزان آلفای کرونباخ به دست آمده این پرسشنامه توسط پورافکاری (۱۳۹۱) برابر ۰/۸۷ بود.

**پرسشنامه سرمایه اجتماعی ناهاپیت و گوشال<sup>۲۹</sup> (۱۹۹۸):** این پرسشنامه ۲۴ سوالی با ابعاد ۱-شناختی (سوالات ۱، ۵، ۱۰، ۱۵، ۱۸، ۲۲)، ۲-ارتباطی (سوالات ۲، ۴، ۶، ۷، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۱۷، ۲۳، ۲۴) و ۳-بعد ساختاری (۳، ۹، ۱۲، ۱۶، ۱۹، ۲۰، ۲۱) بر اساس طیف ۵ تایی لیکرت (خیلی زیاد=۵، ...، خیلی کم=۱) طراحی شده است. پایایی پرسشنامه، ۰/۹۷ به دست آمد که نشان از مطلوب بودن پایایی پرسشنامه است.

**پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت، پاول، فارلی، ورکمن و برکوف<sup>۳۰</sup> (۱۹۸۸):** نمره گذاری این مقیاس ۱۲ گویه ای به صورت طیف لیکرت ۵ گزینه ای از نمره یک برای کاملاً مخالفم تا هفت برای کاملاً موافقم می باشد. حداقل امتیاز ممکن ۱۲ و حداکثر ۶۰ بود. نمره بین ۱۲ تا ۲۴: حمایت اجتماعی ادراک شده در فرد کم است. نمره بین ۲۴ تا ۳۶: حمایت

اجتماعی ادراک شده در فرد متوسط است. نمره بالاتر از ۳۶: حمایت اجتماعی ادراک شده در فرد زیاد است. مولفه های این پرسشنامه عبارتند از: الف) حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده (گویه های ۱، ۳، ۴، ۸، ۱۱)، ب) حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی دوستان (گویه های ۶، ۷، ۹، ۱۲)، ج) حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی دیگران (گویه های ۱، ۲، ۵، ۱۰). ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس، در مطالعه زیمت و همکاران (۱۹۸۹) برای زیر مقیاس های شخص مهم دیگر، خانواده و دوستان به ترتیب برابر ۰/۹۱، ۰/۸۷ و ۰/۸۵ بود. در پژوهش آریان پور، امیری منش و اصلانی (۱۳۹۲) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس برابر با ۰/۸۶ به دست آمد.

## یافته های پژوهش

جدول ۱- توزیع فراوانی ویژگی جمعیت شناختی

درصد فراوانی	فراوانی		
۵۴.۴	۱۵۳	مجرد	وضعیت تاهل
۴۵.۶	۱۲۸	متاهل	
۱۰۰	۲۸۱	مجموع	
۳۱.۷	۸۹	۲۵-۳۵	سن
۲۹.۵	۸۳	۳۶-۴۵	
۲۲.۴	۶۳	۴۶-۵۵	
۱۶.۴	۴۶	۵۵ سال و بالاتر	
۱۰۰	۲۸۱	مجموع	
۱۵.۳	۴۳	کاردانی	تحصیلات
۳۸.۱	۱۰۷	کارشناسی	
۳۲.۷	۹۲	کارشناسی ارشد	
۱۳.۹	۳۹	دکترا	
۱۰۰	۲۸۱	مجموع	

نتایج آزمون توصیفی ویژگی های جمعیت شناختی نشان داد که بیشترین توزیع فراوانی در زنان مجرد (۵۴/۴ درصد) در بازه ی سنی ۲۵-۳۵ سال (۳۱/۷ درصد) با سطح تحصیلات کارشناسی (۳۸/۱ درصد) و کمترین توزیع فراوانی در زنان متاهل (۴۵/۶ درصد) در بازه سنی ۵۵ سال به بالا (۱۶/۴ درصد) با سطح تحصیلات دکترا (۱۳/۹ درصد) می باشد.

جدول ۲- شاخص های توصیفی متغیرها

نرمالیتی	انحراف استاندارد	میانگین	بیشترین	کمترین	مجموع	
۰/۰۰۱	۶/۸	۶۳/۴۰۵	۸۰	۴۰	۲۸۱	سلامت اجتماعی
۰/۰۰۳	۵/۷	۴۵/۷۰۸	۵۸	۲۵	۲۸۱	حمایت اجتماعی
۰/۰۰۳	۱۰/۳	۶۸/۸۲۵	۹۲	۳۸	۲۸۱	سرمایه اجتماعی

نتایج آمار توصیفی نشان داد، بیشترین میانگین مربوط به متغیر سرمایه اجتماعی به میزان  $۱۰/۳۸۸۹۵ \pm ۶۷/۸۲۵۶$  و کمترین میانگین مربوط به متغیر حمایت اجتماعی به میزان  $۴۵/۷۰۸۲ \pm ۵/۷۷۴۳۵$  می باشد. نتایج آزمون نرمالیتی نشان داد هر

چهار متغیر، توزیع غیرنرمال دارند ( $P\text{-Value} < 0.05$ ). بنابراین استفاده از آزمون های ناپارامتریک در تحلیل فرضیه ها بلامانع است.

جدول ۳- نتایج تحلیل کروسکال والیس

سطح معنادار	درجه میانگین	سطح تحصیلات	
۰/۰۰۱	۱۷۱/۶۷	کاردانی	سلامت اجتماعی
	۱۳۱/۲۸	کارشناسی	
	۱۳۰/۱۰	کارشناسی ارشد	
	۱۵۹/۵۶	دکتری	
	۲۸۱	مجموع	

نتایج آزمون کروسکال واریس نشان داد سطح تحصیلات تاثیر معناداری بر سلامت اجتماعی دارد ( $P < 0/05$ ). بیشترین تاثیر تحصیلات بر سلامت اجتماعی بانوان به این ترتیب می باشد: کاردانی با سطح متوسط (۱۷۱/۶۷)، دکتری با سطح متوسط (۱۵۹/۵۶)، کارشناسی با سطح متوسط (۱۳۱/۲۸) و کارشناسی ارشد با سطح متوسط (۱۳۰/۱۰).

جدول ۴- نتایج تحلیل ضریب همبستگی اسپیرمن

حمایت اجتماعی دریافت شده از دوستان	حمایت اجتماعی دریافت شده از خانواده	سرمایه اجتماعی		
۰/۰۱۴	۰/۰۶۶	۰/۰۴۴	ضریب همبستگی	سلامت اجتماعی
۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	سطح معنادار	
۲۸۱	۲۸۱	۲۸۱	تعداد	

یافته های آزمون اسپیرمن نشان داد سلامت اجتماعی با ۱- سرمایه اجتماعی رابطه معناداری به میزان ۰/۰۴۴، ۲- با حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده به میزان ۰/۰۶۶ و ۳- با حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی دوستان به میزان ۰/۰۱۴ درجه دارد و فرضیه ها تایید گردید ( $P\text{-Value} < 0.05$ ).

### بحث و نتیجه گیری

در دهه های اخیر با افزایش زنان تحصیل کرده در ایران و درخواست آنان برای اشتغال، عرصه اجتماع و اقتصاد، عملاً فضای حضور و فعالیت هر دو جنس مرد و زن شده است؛ بنابراین، مطالعه وضعیت سلامت زنان شاغل، همانند مردان، اهمیت بالایی دارد. از طرف دیگر، زنان یکی از گروه های حساس جامعه اند و سلامت آنان سلامت خانواده و متعاقباً سلامت جامعه را تضمین می کند. بنابراین، پرداختن به مسائل سلامت (جسمانی، روانی و اجتماعی) زنان می تواند مستقیماً و به طور غیرمستقیم نقش بسزایی در تأمین سلامت عمومی جامعه داشته باشد. از این رو، زمانی که این بحث در میان گروه زنان تحصیل کرده و دانشجویی با پتانسیل رشد بالاتر مطرح می شود، اهمیت پرداختن به مسائل سلامت زنان دو چندان می شود. از سوی دیگر، از آنجا که کودکان آینده سازان هر جامعه و زنان پرورش دهنده آن ها هستند، در واقع این زنان اند که به نوعی آینده کشور را می سازند (قاضی نژاد و سنگری سلیمانی، ۱۳۹۵).

نتایج به دست آمده با نتایج پژوهش های کیانی و همکاران (۱۳۹۹)، محسنی و همکاران (۱۳۹۷)، طالبی و همکاران (۱۳۹۹)، اسماعیلی و رضایی (۱۳۹۷)، بهرآسمانی (۱۳۹۷)، یوسفی و همکاران (۱۳۹۷)، فیروزبخت و همکاران (۱۳۹۶)، قاضی نژاد و سنگری سلیمانی (۱۳۹۵)، مستی و فخرایی (۱۳۹۴)، لاروج (۲۰۲۰)، آلبرایت (۲۰۱۹)، کیکوگنانی (۲۰۱۸) و تایلر (۲۰۱۷) همسو بود. همگی

آنها به این نتیجه رسیدند سطح تحصیلات، سرمایه اجتماعی، حمایت دریافت شده از سوی خانواده و دوستان با سلامت اجتماعی زنان شاغل در آموزش و پرورش شهر جهرم در سال ۱۳۹۹ رابطه معناداری دارند.

با توجه به نتایج به دست آمده پیشنهاد می شود عوامل دیگر مانند هوش هیجانی، شادکامی، رضایت از زندگی که به صورت محسوس و یا نامحسوس بر روی آزادی عمل بانوان تأثیر می گذارد، مورد بررسی و شناسایی قرار گیرد و در جهت رفع و بهبود آن اقدام نمایند. همچنین پژوهش حاضر در بازه زمانی بیشتری انجام گیرد. زیرا صحت و دقت تحقیق افزایش می یابد و شرایط سلامت اجتماعی و روحی جامعه آماری در زمان های مختلف، متفاوت است. پیشنهاد می شود در دوره پسا کرونا، تحقیق حاضر، مجدداً انجام گیرد. زیرا پژوهشگر به دلیل وجود کرونا، مجبور به حذف حداقل نصف جامعه آماری گردید. این امر در صحت و دقت کار خدشه وارد می نماید. پیشنهاد می شود نتایج پژوهش حاضر در دیگر شهرها و محلات آنها نیز اجرا گردیده و نتایج تحقیق حاضر با نتایج آنها مقایسه گردیده دلایل و عوامل بررسی گردند.

## منابع و مراجع

- [۱] اسماعیلی، علیرضا و رضایی، محمد حسن. بررسی رابطه عوامل اجتماعی موثر بر سلامت اجتماعی زنان شهرستان بهشهر. سومین کنفرانس توانمندسازی جامعه در حوزه علوم انسانی و مطالعات روانشناسی. تهران، ۱۳۹۷.
- [۲] اکرمی، نجمه؛ رضایی، آذرمیدخت، بقولی، حسین و سامانی، سیامک. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش مبتنی بر تعهد و پذیرش بر خودتمایزیافتگی و سلامت اجتماعی در زنان سرپرست خانوار. روش ها و مدل های روانشناختی. سال یازدهم، شماره ۴۱، ۱-۱۶.
- [۳] بهرآسمانی، نسرين. بررسی فشارهای روانی (استرس و افسردگی) در زنان شاغل شهر کرمان در سال ۱۳۹۶. کنفرانس ملی دستاوردهای نوین جهان در تعلیم و تربیت، روانشناسی، حقوق و مطالعات فرهنگی - اجتماعی، خوی، ۱۳۹۷.
- [۴] چم چم، فاطمه. (۱۳۹۶). بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و رفتار انحرافی زندانیان محکوم به حبس ۱ تا ۱۵ سال زندان. پایان نامه ارشد جامعه شناسی، گرایش علوم اجتماعی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد جهرم.
- [۵] دولتی، زهرا؛ پارساقربائی، زهرا؛ الفبایی، خدیجه و یوسفی فر، حدیث. (۱۳۹۹). بررسی مقایسه ای تحمل پریشانی و سلامت اجتماعی والدین دارای کودک اختلال یادگیری و عادی. مجله مطالعات ناتوانی. شماره دهم، ۱۲۵.
- [۶] رستگار، خدیجه؛ حقیقت، فهیمه؛ زارع، حکیمه و حسن زاده، کاظم. (۱۳۹۴). بررسی رابطه احساس امنیت اجتماعی و نظارت (طبیعی ی غیر طبیعی) با سلامت اجتماعی در میان زنان ۱۸ سال به بالای ساکن شهر شیراز. فصلنامه علمی- پژوهشی زن و جامعه. سال ششم، شماره ۳، ۷۹-۱۰۴.
- [۷] زارعی، رحیم. (۱۳۹۶). بررسی رابطه شادکامی و حمایت اجتماعی با انگیزش پیشرفت تحصیلی دانش آموزان. پایان نامه ارشد جامعه شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد جهرم.
- [۸] صبوری، سعید. (۱۳۹۹). بررسی سلامت اجتماعی در بین کارمندان آموزش و پرورش منطقه ۱۱ تهران. پایاننامه. دانشگاه پیام نور. استاد راهنما بهاره حاجی حسینی.
- [۹] طالبی، ابراهیم؛ محمدی، اصغر و چیت ساز، محمدعلی. (۱۳۹۹). بررسی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه آزاد دهقان. مجله بین المللی پژوهش ملل. دوره پنجم، شماره ۵۱، ۱۳۰-۱۴۸.
- [۱۰] فرجی ده سرخی، حاتم. (۱۳۸۸). بررسی مقایسه ای سرمایه اجتماعی سازمانی در پردیس های علوم انسانی و علوم اجتماعی و رفتاری دانشگاه تهران از نظر کارشناسان آنها، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.
- [۱۱] فیروزبخت، مژگان؛ ریاحی، محمد اسماعیل و تیرگیر، آرام. (۱۳۹۶). بررسی عوامل موثر بر سلامت اجتماعی زنان: یک مطالعه مروری در مجلات فارسی. مجله مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر در سلامت. دوره چهارم، شماره ۳، ۱۹۰-۲۰۰.
- [۱۲] قاضی نژاد، مریم و سنگری سلیمانی، هاجر. (۱۳۹۵). رابطه شغل و سلامت اجتماعی زنان. زن در توسعه و سیاست، دوره چهاردهم، شماره ۳، ۲۷۳-۲۸۸.
- [۱۳] کارگرفرد، فاطمه. (۱۳۹۶). بررسی ارتباط میان سرمایه اجتماعی و هوش هیجانی با گرایش به بزهکاری در میان دانش آموزان پایه نهم شهر جهرم در سال ۱۳۹۶. پایان نامه ارشد روانشناسی عمومی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد فسا، دانشکده علوم انسانی.
- [۱۴] کریمی، زهرا. (۱۳۹۹). تاثیر حمایت اجتماعی درک شده بر رضایت زناشویی زنان، با تجربه ی سقط و میانجی گری تاب آوری (بر اساس مدل معادلات ساختاری) در مراجعه کنندگان به بیمارستان ها و درمانگاه

- های دانشگاه علوم پزشکی جهرم در سال ۱۳۹۹. کارشناسی ارشد مامایی. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی فارس.
- [۱۵] محسنی، رضاعلی؛ معین فر، سجاد؛ معین فر، علی و ساعی، راحله. (۱۳۹۷)، بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان شهر ارومیه: مطالعه موردی بر روی زنان متأهل ۲۵-۴۵ ساله. فصلنامه سواد سلامت. دوره سوم، شماره ۱، ۳۰-۳۸.
- [۱۶] مستی، الهام و فخرایی، سیروس. (۱۳۹۴)، بررسی رابطه بین وضعیت اشتغال زنان شهر مراغه با میزان سلامت اجتماعی آنان. مطالعات جامعه شناسی، سال ششم، شماره ۲۴، ۱۱۷-۱۳۳.
- [۱۷] نظری، نادره. (۱۳۹۶). رابطه سرمایه اجتماعی و بزهکاری. پایان نامه ارشد مدیریت آموزشی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز.
- [۱۸] نیکوگفتار، منصوره و غفاری، ساناز. (۱۳۹۸). رابطه سلامت اجتماعی و سرمایه روانشناختی والدین با رفتار جامعه پسند در نوجوانان: نقش واسطه ای همدلی. روانشناسی تحولی: روانشناسی ایرانی. سال هفتم، شماره ۶۵، ۹۶-۱۰۷.
- [۱۹] ویلکینسون، ر. (۲۰۰۴)، تعیین کننده های اجتماعی سلامت. ترجمه: م، زارع و دیگری. مرکز بین المللی بهداشت جامعه، سازمان بهداشت جهانی، انتشارات: سیمیندخت.
- [۲۰] یوسفی، علیرضا؛ رادین منش، مریم؛ احمدی مرزالی، میلاد؛ عباس زاده، محمد سعید و کاووسی، زهرا. (۱۳۹۷)، بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی پرستاران شاغل در بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز. مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه. دوره شانزدهم، شماره هشتم، ۶۰۳-۶۱۱.
- [21] Rahmani K, Tofighi B, Bahrrani MR. Comparison of Marital Satisfaction, Quality of Life, Psychological Well-being and Psychological Resilience of Education Sector and Non-education Sector Employed Women and Unemployed Housewives in Bushehr City. *Journal of Advanced Progress in Behavioral Sciences*. 2017;2(11):214-235.[Persian]
- [22] Afshani A, mohammadi N. The relationship between social capital and social support among patients with diabetes in Yazd. *Journal of Social Work*. 2(6): 41-74.[Persian]
- [23] Alber, Sara. (1991). "class, Paid Employment, and Family Roles: Making sence of structural; Disadvantage, Conder and Health status". *Social scince and Medicine*. 32, P.p: 425-436.
- [24] Albright , H. (2019). Investigating the attitude towards working mothers, adapting mothers' needs to the workforce and its relationship with mothers' health. *BMC Public Health*. 11(1):196.
- [25] AriaPouran S, AmiriManesh M, Aslani J. The prevalence of depressive symptoms in divorced women: the predictive role of passing, social support and resilience. *Quarterly Counseling and Psychotherapy Family*. 2013;3(3):332-353.[Persian]
- [26] Avarideh S, Asadi Majareh S, Moghtader L, Mirbolok Bozorgi A. The Mediating role of perceived social support in the effect of interpersonal forgiveness on social health in students. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2019; 20(1):71-80.[Persian]
- [27] Barnett,R,C. Multiple roles,gender and psychological distress". In L. Goldberger and s Breznitz handbook of stress theoretical and clinical aspects (2nd ed)new York: the free press, (1993). PP 427-445.
- [28] Bartley, M., Popey, J., Plewis, I."Domestic Condition, Paid Employment, and Women's Experience of Ill-Health". *Sciology of Health and Illness* 14(3), 1992: PP 313-343.
- [29] Boland H, Entezari M, Saadat S. The Relationship Between Perceived Social Support From Family and Psychological Resilience with Academic Self-efficacy Among University Students. *Educ Strategy Med Sci*. 2017; 10 (2) : 115-122.[Persian]

- [30] Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine*. 1976; 38(5):300-314.
- [31] Dong X, Li G, Liu C, Kong L, Fang Y, Kang X, Li P. The mediating role of resilience in the relationship between social support and posttraumatic growth among colorectal cancer survivors with permanent intestinal ostomies: A structural equation model analysis. *European Journal of Oncology Nursing*. 2017; 29:47-52.
- [32] Einstein JS. The relationship between socioeconomic status and health: a review of the literature. *The Milbank Quarterly* 1993; 279-322.
- [33] Ganji H. *Mental Health*. Tehran: Arasbaran Publications. 2016. [Persian]
- [34] HeidarAbadi A, Yaghoubu Doust M, Shahvan Vand B. Investigating the relationship between perceived social support and parental domestic violence against children. *Iranian Social Sciences Studies*. 2014; 10(39):32-50. [Persian]
- [35] Javadian R, Farasat H. Investigating the Relationship between Social Support and Social Security with Social Trust Users of Public Transport. *Social Security Quarterly*. 2015; 9(2):190-222.
- [36] Keyes, C. L. M., & Shapiro, A. Social well-being in the United States: A descriptive epidemiology. In O. G. Brim, C. D. Ryff, & R. C. Kessler (Eds.), *How healthy are we?: A national study of well-being a midlife*. University of Chicago Press, (2004), (PP 350-372).
- [37] Keyes, C. L. M., & Shapiro, A. Social well-being in the United States: A descriptive epidemiology. In O. G. Brim, C. D. Ryff, & R. C. Kessler (Eds.), *How healthy are we?: A national study of well-being a midlife*. University of Chicago Press, (2004), (PP 350-372).
- [38] Keyes, C.L.M. (1998). Social Well-being, *Social Psychology Quarterly*, 61, PP 121-141.
- [39] Kiani AR, Fathi D, Honarmand Ghouje Beiglou P, Abdi S, Staji R. the relationship between attachment styles, social support, and coping styles with psychological resilience in people with grief experience: providing a path analysis model. *Culture of Counseling Quarterly and Psychotherapy*. Allameh Tabataba'i University. 2020; 11(41):157-180. [persian]
- [40] Kikognani. R(2018). Assessing the relationship between social participation, understanding of community among Italian, American and Iranian students. *BMC Cardiovasc Disord*. 11(1): 24.
- [41] Laroche K. (2020). Comparison of social health of male and female students. *Bull World Health Organ*; 83(1):71-5.
- [42] Larson, James, (1993), the measurement of social well-being, *social Indicators-Research* 28, PP 285-296.
- [43] Martikainen p. 1995 " womens employment marriage motherhood and mortality: a teast of the multiple role and role Accumulation hypotheses" *social science and medicine* 40(2): PP 199-212.
- [44] Mayeran C. Secondary traumatic stress and posttraumatic growth: Social support as a moderator. *The Social Science Journal*. 2016; 53(1):1-8.
- [45] Mousavi Z, Goodarzi MA, Taghavi MR. Prediction of Post Traumatic Growth based on Gratitude and Perceived Social Support in Women with Blood Cancer. *Quarterly Journal of Health Psychology*. 2019; 8(2):39-53. [Persian]
- [46] Nahapiet, Janine & Ghoshal, Sumantra (1998). Social Capital, Intellectual Capital, and Organizational Advantage. *The Academy of Management Review*, 23(2), pp.242-266.
- [47] Nasiri Valil Bani F, Abdolmaleki SH. Explaining the relationship between perceived social support and quality of life and the mediating role of perceived stress in women heads of households in Sanandaj. *Journal of Applied Sociology*. 2016; 27(64): 99-116. [Persian]
- [48] Ramezani M, Khamesan A, Rastgou Moghadam M. The relationship between perceived social support by the teacher and academic conflict: The role of academic



- self-regulatory intermediaries. Quarterly Journal of Educational Innovation. 68(17):107-123.[Persian]
- [49] Sabzi Khoshnami M, Abazari Z, GhasemZade D. Investigating the Relationship between Social Support and Experience of the Academic Course with the Academic Performance of Rehabilitation Students of Tehran University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences. Iranian Higher Education Research Quarterly.2017; 8(3): 137-155
- [50] Saei M, Saei A, Saei H. Investigating Factors Affecting Social Health of Teachers. SCDS 2015; 3(3): 109-34. (Persian)
- [51] Sarafynd E. health Psychology. translated by a group of translators (under the supervision of Elahe Mirzaei). Tehran: Roshd Publications.2005.
- [52] Sarason IG, Levine, HM, Basham, RB, Sarason BR. Assessing social support: The social support questionnaire. Journal of Personality and Social Psychology.1983;44:127-39.
- [53] Sarason IG, Levine, HM, Basham, RB, Sarason BR. Assessing social support: The social support questionnaire. Journal of Personality and Social Psychology.1983;44:127-39.
- [54] Tedeschi RG, Calhoun G. The posttraumatic growth inventory: measuring the positive legacy of trauma. Journal of Traumatic Stress. 1996; 9(3):455-471.
- [55] Tyler R.(2017). Investigating the relationship between social health, self-alienation and social anomalies. Journal of Adult Development. 17(4): 29-36.
- [56] Waldron, I., Weiss, C.C., Hughes, M.E. "Interacting Effects of Multiple Roles on Women's Health." Journal of health and social behavior 39, (1998): PP 216-236.
- [57] Zimet GD, Powell SS, Farley GK, Werkman S, Berkoff KA. Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Journal of Personality Assessment.1998;55:610-617.