

رابطه حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی در بین مددجویان بهزیستی شهرستان نوشهر

مقدمه: از هدفهای مهم نظام سلامت در هر کشور تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی تمام افراد جامعه است. هدف این پژوهش بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی (مطالعه موردی: مددجویان بهزیستی شهرستان نوشهر) در سال ۱۳۹۹ بود.

روش: این پژوهش با استفاده از روش پیمایش و با ابزار پرسشنامه صورت گرفته است. جامعه پژوهش را مددجویان بهزیستی ۱۸ تا ۶۰ ساله ساکن شهرستان نوشهر تشکیل داده‌اند. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران، ۳۵۰ نفر تعیین شد و با استفاده از شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای، انتخاب شدند. برای تحلیل داده‌ها، از آزمونهای ضریب همبستگی با نرم‌افزار SPSS۲۴ و تحلیل معادلات ساختاری با نرم‌افزار Amos۲۵ استفاده شد. پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ، محاسبه و مناسب ارزیابی شد که بر اساس آن ضریب آلفا برای مقیاسها و خرده‌مقیاسهای آن بیش از ۰٫۷ بود.

یافته‌ها: بکارگیری آمار استنباطی نشان داد که بین متغیرهای حمایت اجتماعی به‌طور کل و ابعاد آن شامل بعد عاطفی حمایت اجتماعی، بعد ابزاری حمایت اجتماعی و بعد اطلاعاتی حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد. همچنین، ضرایب رگرسیونی بین متغیرهای مستقل و سلامت اجتماعی در مدل اموس بالای ۰٫۳ بود.

بحث: بنابراین بر طبق یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت ابعاد اجتماعی در نظر گرفته شده، تأثیر مستقیمی بر جامعه آماری داشته و نهادهای مربوطه می‌توانند با در نظر گرفتن ابعادی از جمله مقوله حمایت اجتماعی و سایر ابعاد، در حوزه سلامت اجتماعی نقش ایفا کنند.

۱. محمدنبی نجفی اندرور
دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی بررسی مسائل اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بابل.

۲. ماجده قلی پور
دکتر جامعه‌شناس، بررسی مسائل اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بابل.
(نویسنده مسئول)
majedeh_gholipour@yahoo.com

۳. منوچهر پهلوان
دکتر جامعه‌شناس، بررسی مسائل اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بابل.

۴. ابوالقاسم حیدرآبادی
دکتر جامعه‌شناس، بررسی مسائل اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بابل.

واژه‌های کلیدی:

سلامت اجتماعی، ابعاد عاطفی و ابزاری و اطلاعاتی، حمایت اجتماعی، مددجویان

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۲/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۷/۲۸

An investigation into the Relationship between Social Support and Social Health among Well-being Clients in Nowshahr

▶ **1- Mohammad Nabi Najafi** ✉
Ph. D Student in Sociology,
Social Issues, Islamic Azad
University, Babol Branch,
Babol, Iran

▶ **2- Majedeh Gholipour** ✉
Ph.D. in Sociology, Babol
Islamic Azad University,
Babol, Iran
(Corresponding Author).
<majedeh_gholipour@yahoo.
com>

▶ **3- Manouchehr Pahlavan** ✉
Ph.D. in Sociology, Babol
Islamic Azad University,
Babol, Iran

▶ **4- Abolghasem Hyderabadi** ✉
Ph.D. in Sociology, Babol
Islamic Azad University,
Babol, Iran

Intorduction: One of the important goals of the health system in any country is to ensure, maintain, and promote the health and quality of life of all members of society. The purpose of this study was to investigate the effect of social support on social health in 1399.

Method: This research was carried out using a survey method and a questionnaire. The study population consisted of welfare clients aged 18 to 60 years old living in Nowshahr. The sample size was determined using Cochran's formula, 350 people and were selected using a multi-stage cluster sampling method.

Findings: To analyze the research data, correlation coefficient tests with spss24 software and structural equation analysis with Amos25 software were conducted. The reliability of the questionnaire was calculated and evaluated using Cronbach's alpha method, based on which the coefficient of research variables and its dimensions was more than 0.7. In this study, using inferential statistics, the relationship between social support variables, emotional dimension of social support, instrumental dimension of social support, and information dimension of social support with the dependent variable of the study, social health was measured and the relationship of all the variables was confirmed

Discussion: The results showed that these variables of social support, emotional dimension of social support, instrumental dimension of social support, and information dimension of social support have a significant relationship with the dependent variable of the research — social health. Using Amos25 software and drawing the model, the amount that the dependent variable changes was explained by the independent variables.

Keywords: Social support,
Clients, Welfare, Mazan-
daran

Received: 2021/03/10

Accepted: 2021/10/20

Extended Abstract:

Intorduction: Health and well-being in its broadest sense is a phenomenon that is of interest to all human beings, social groups, and human societies. Health has been described and explained in a variety of discourses that are socially structured. “Although the concepts of health, mind, and body have been different in different places and times, for all cultures and societies, they have played a key role in human life experiences”. Dubus defines health as “ a sign of relative lack of pain and discomfort and adaptation to ensure the best performance (Mehri, 1390: 58). Considering health as a concept affected by a complex set of biological, psychosocial, cultural, economic, religious, and environmental factors, it must be acknowledged that in this sense, health is no longer the only concern of medical practitioners, but of all scientists. Socialists, especially anthropologists, sociologists, and psychologists are interested in studying it. On the other hand, the important goals of the health system in each country is to ensure, maintain, and promote the health and quality of life of all members of society, and the purpose of this study was to investigate the impact of social support on social health (Case study: Welfare clients in Nowshahr) in 1399.

Method: The present study is applied in terms of purpose, and it can be referred to as a survey in terms of implementation method. The study population consisted of welfare clients aged 18 to 60 years old living in Nowshahr. The sample size was determined using Cochran’s formula, 350 people were selected using multi-stage cluster sampling method. Data were collected using a researcher-made questionnaire at two levels of independent and dependent variables. Validity coefficient and reliability of independent variable was found to be 0.79, and the validity and reliability of the dependent variable reached 0.95.. The obtained data were analyzed using Spss25 and Amose25 software at descriptive and inferential levels

Alpha coefficient	Number of items	Variable
0.825	7	social solidarity
0.878	7	social acceptance
0.773	6	social participation
0.738	6	Social adaptation
0.718	7	Social flourishing
0.772	33	Total social health
0.766	15	social support
0.698	5	The emotional dimension of social support
0.701	5	The instrumental dimension of social support
0.723	5	The social dimension information dimension

Findings: This study was evaluated by using inferential statistics on the relationship between social support variables, emotional dimension of social support, instrumental dimension of social support, and information dimension of social support with the dependent variable of research, social health, and the relationship of all the variables was confirmed.

Table 2: Frequency distribution of respondents according to individual characteristics

Percentage	Abundance	Categories	Variables
3/50	176	Single	Marital status
7/45	160	Married	
0/4	14	Divorced	
7/46	164	Under 30	Age
4/42	134	31 until the 40	
6/5	20	41 until the 50	
3//6	8	50 to the top	
6/44	156	Housekeeper	Job
3/34	120	Unemployed	
1/21	74	Government employee	

According to Table 2, out of a total of 350 people studies in this research, 176 people (3.50) are single, 160 people (7.45) are married, and 14 people (0.4%) are divorced. Among them, 134 people equal to 7.46 people were under the age of 30, and 134 people equal to 4.42 people were between the ages of 31 to 40, and 20 people equal to 5.6 people were between the ages of 41 to 50, and 8 people were equal to 6.3 people. Percentages are above the age of 50, which is the lowest frequency of the collection. In the job unit, 156 people (44.6%) are housewives, 120 people (34.3%) are employees of private companies, and 74 people (21.1%) are employees of government departments (civil servants), which is the lowest frequency of the collection.

Table 3. Inferential findings of research variables

Dependent variable: social health				independent variable
Result	Type of test	Significance level	The correlation coefficient	
Accept	Pearson	000/0	378/0	social support
Accept	Pearson	000/0	264/0	The emotional dimension of social support
Accept	Pearson	000/0	288/0	The instrumental dimension of social support
Accept	Pearson	000/0	476/0	The social dimension information dimension

The results of Pearson correlation test show that there is a positive and significant relationship between all variables i.e., between independent research variables, which are social support, emotional dimension of social support, instrumental dimension of social support, and information dimension of social support with research dependent variable, social health (Table 3).

The results obtained from the test of coefficients of variables show that the obtained coefficients of social support are equal to 0.378, the emotional dimension of social support is equal to 0.264, the instrumental dimension of social support is equal to 0.288, and then social support information was equal to 0.476, which shows that the amount of each unit that is added to the independent variable, the same amount is added to the dependent variable of the research i.e., the amount of social health of welfare clients in Nowshahr city, and the social health of clients increased.

Table 4: Factor load of fitted independent variable dimensions

Factor load	Items	Factor load	Items
	Social support		Social health
43/0	The emotional dimension of social support	77/0	social solidarity
63/0	The instrumental dimension of social support	77/0	social acceptance
96/0	The social dimension information dimension	39/0	social participation
-----	-----	64/0	Social adaptation
-----	-----	62/0	Social flourishing

Table 5: Main pattern fit indices

Desirability	The amount of re-search findings	Acceptable amount	Indicators
Model approval	041/0	$rmsea > .0$	RMSEA
-	461/5	-	Chi-square
Model approval	141/0	$p - value > .0$	p-value
-	3	-	Df
Model approval	820/1	$\chi^2 / D < 3$	χ^2 / D
Model approval	995/0	$CFI > .9$	Cfi

Discussion: In the research model, the amount of chi-square is 1.820 and less than 3. Also, the root value of the estimated variance of the approximation error (RM-SEA) is 0.041 and less than 0.08. Similarly, the adaptive fitness index (CFI), equal to 0.995, is in a very desirable range. The model shows a good fit and it is approved. The present study used the 33-item Social Health Scale to measure social health and its components, five of which include cohesion, acceptance, prosperity, participation, and social adaptation, developed by Keys (1998). According to this questionnaire, the social health index of welfare clients in Nowshahr city was created. According to the results of this study, it was found that social support has a direct and effective effect on the level of social health of welfare clients in Nowshahr. In fact, social support in its various dimensions includes emotional support, information support, instrumental support, and it is also an effective factor in promoting social health and feeling well, improving the quality of life, and social health of welfare clients in Nowshahr city; therefore, it is necessary to intervene in this regard to improve the situation. In general, the measures that should be taken to increase the level of social support in its various dimensions will be a kind of strengthening and complementary to each other and will directly or indirectly lead to the promotion of social health of welfare clients in Nowshahr.

مقدمه

دوبوس می‌گوید: «سلامت نشانه نبودن نسبی درد و ناراحتی و تطابق و هماهنگی به‌منظور اطمینان از بهترین عملکرد است» (مهری، ۱۳۹۰). مفهوم سلامت اجتماعی^۱ با مفهوم سلامت روانی ارتباط تنگاتنگی دارد و گاهی افراد این دو را یکی دانسته و به جای یکدیگر بکار می‌برند؛ اما شاید زمانی که کمی دقیق‌تر بشویم خواهیم دریافت هرچند معنا و مفهومی که هر دو کلمه در ذهن آدمی متبادر می‌کنند مبحث سلامت و آن‌هم برای نوع بشر است لذا باید دقیق‌تر شده و بین این دو واژه تمییز قائل شویم (براری، ۲۰۱۲).

شاید بدیهی‌ترین تفاوتی که بتوان برای مفهوم سلامت اجتماعی و سلامت روانی در نظر گرفت مفهوم سطح باشد. مفهوم سلامت روانی در سطح خرد و فردی مطرح است و کارکرد افراد را در سطح فردی تبیین می‌کند که نمی‌توان آن را به جامعه نسبت داد؛ اما مبحث سلامت اجتماعی در سطح کلان با نظارت بر رفتار انسانی و اندازه‌گیری آیت‌های سلامت در سطوح فردی، گروهی و اجتماعی مطرح می‌شود (براری، ۲۰۱۳).

سازمان بهداشت جهانی، به‌زیستن یا آسایش کامل از نظر اجتماعی را یکی از ابعاد سلامتی تعریف می‌کند. در عصر حاضر، ابعاد، رویکردها و شاخص‌های مربوط به سلامت اجتماعی در کنار ابعاد جسمی و روانی سلامت، مورد توجه بسیاری قرار گرفته است. «بلوک و برسلو کسانی بودند که برای اولین بار در سال ۱۹۷۲ در پژوهشی به مفهوم سلامت اجتماعی پرداختند. آنها مفهوم سلامت اجتماعی را با درجه عملکرد اعضای جامعه مترادف کرده و شاخص سلامت اجتماعی را ساختند.

آنها تلاش کردند تا با طرح پرسش‌های گوناگون در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی سلامت فردی، به میزان فعالیت و عملکرد فرد در جامعه برسند. این مفهوم را چند سال بعد دونالد و همکاران در سال ۱۹۷۸ مطرح کردند و استدلال آنها این بود که سلامت امری فراتر

1 Social health

از گزارش علایم بیماری، میزان بیماریها و قابلیت‌های کارکردی فرد است. آنها معتقد بودند که رفاه و آسایش فردی امری متمایز از سلامت جسمی و روانی است. بر اساس برداشت آنان سلامت اجتماعی در حقیقت هم بخشی از ارکان وضع سلامت محسوب می‌شود و هم می‌تواند تابعی از آن باشد (فروم، ۲۰۰۶).

سنجش محتوای سلامت اجتماعی ابتدا از طریق تمرکز بر «فرد» و در ارتباط با تعاملات میان فردی (مثلاً دیدار با دوستان) و مشارکت اجتماعی (مانند عضویت در گروهها) مورد سنجش قرار گرفت و در اندازه‌گیری آن، ارکان عینی (مثلاً تعداد دوستان) و ذهنی (مانند کیفیت روابط دوستانه) هر دو در تعریف منظور شده بود. حوزه سلامت اجتماعی از سالهای ۱۹۹۵ به بعد، علاوه بر نگرش کلی و عامی که بر کیفیت سلامت در میان تمام افراد دارد، در کشورهای صنعتی گرایش خاصی را در دو بعد سلامت روانی و نیز سلامت اجتماعی آغاز کرده است. به این ترتیب «ارتقای سلامت» دربرگیرنده زمینه‌های اقدام اجتماعی مانند حمایت اجتماعی برای توسعه سطح سلامت است. ارتقای سطح سلامت بر این اساس از دو طریق امکان‌پذیر است که یکی از آنها توسعه شیوه‌های سالم زندگی و اقدام اجتماعی برای سلامت است و دیگری ایجاد شرایطی است که زیستن در یک حیات سالم را امکان‌پذیر می‌کند.

از نظر کیز «سلامت اجتماعی دارای شاخصهای متعددی است که این ابعاد شامل انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انطباق اجتماعی است». همچنین کیز معتقد است «کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد و عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت جسمی، عاطفی و روانی است و تکالیف و چالشهای اجتماعی را نیز در برمی‌گیرد» (کیز، ۲۰۰۴).

سلامت شرط ضروری برای ایفای نقشهای اجتماعی است. «انسانها در صورتی می‌توانند فعالیت کامل داشته باشند که هم خود را سالم بدانند و هم جامعه آنها را سالم بدانند. در این

حالت سلامت در ردیف ارزشهای اجتماعی قرار می‌گیرد و متغیرهای منحصرآ زیستی برای به دست دادن تعریفی از آن کافی نخواهد بود» (هزارجریبی و همکاران، ۲۰۱۲). همانطور که دیوید بلین (۱۹۹۷) مطرح می‌کند، «مسیر علت و معلولی در تبیین رابطه بین موقعیت اجتماعی و اقتصادی و سلامت ممکن است دوطرفه باشد. به عبارت بهتر سلامت، موقعیت اجتماعی - اقتصادی فرد را تضمین می‌کند و در عوض شرایط اجتماعی نیز بر سلامت فرد تأثیر می‌گذارد» (بلین، ۱۹۹۷، به نقل از مارموت و همکاران، ۱۳۸۶). بنابراین سلامت، یکی از مؤلفه‌های اصلی در زندگی افراد برای قرار گرفتن آنها در طبقات مختلف اجتماعی، همچنین عاملی مهم در ایجاد فرصتهای رشد، توسعه و تعالی فرد و جامعه محسوب می‌شود. سؤال اصلی پژوهش این است که رابطه حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی در بین مددجویان بهزیستی شهرستان نوشهر چگونه است؟

پیشینه تجربی

صبوری (۱۳۹۱) در مقاله‌ای با عنوان «بررسی میزان سلامت اجتماعی در بین کارمندان آموزش و پرورش» که برگرفته از پایان‌نامه دانشگاهی در دانشگاه پیام نور است، به بررسی میزان سلامت اجتماعی در بین این کارمندان پرداخته است. جامعه آماری آن از بین کارکنان منطقه ۱۱ شهر تهران انتخاب شده است. بر اساس یافته‌ها، بین پایگاه اقتصادی - اجتماعی (یکی از متغیرهای جمعیت‌شناختی) با سلامت رابطه‌ای وجود ندارد؛ این در حالی است که یکی از فرضیات مهم تحقیق به این مهم اختصاص داده شده است. ولی برخلاف انتظار تأثیر آن معنادار نشده است؛ لذا پژوهشگر سایر فاکتورها را مورد مطالعه قرار داده است، رابطه میزان تحصیلات، میزان درآمد با سلامت اجتماعی معنادار به دست آمده است. در بررسی تفاوت بین سلامت اجتماعی مردان و زنان برحسب جنسیت، تفاوتی مشاهده نشد.

شربتیان (۱۳۹۱) در مقاله‌ای با عنوان «تأملی بر پیوند معنایی مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی

و میزان بهره‌مندی از سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه پیام نور مشهد» دریافت که از نظر رابطه بین جنسیت و سلامت اجتماعی بعد پیوستگی اجتماعی و شکوفایی اجتماعی در بین دانشجویان دختر و پسر تفاوت معناداری وجود دارد؛ به طوری که میانگین نمرات پسران در پیوستگی اجتماعی و سهم داشت اجتماعی بیشتر از دختران است. یافته‌ها نشان داد که دانشجویان متأهل نسبت به دانشجویان مجرد از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردارند. همچنین سرمایه اجتماعی به عنوان یک عامل مؤثر بر سلامت اجتماعی مطرح می‌شود و بر اساس مدل رگرسیون ابعاد اعتماد و مشارکت اجتماعی بیشترین اهمیت را در تعیین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان دارند. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که ۵۹ درصد از تغییرات واریانس سلامت اجتماعی به وسیله دو متغیر اعتماد و مشارکت اجتماعی تبیین می‌شود.

هزارجریبی و ارفعی عین‌الدین (۱۳۹۱) در مقاله‌ای با عنوان «اوقات فراغت و سلامت اجتماعی: به بررسی رابطه بین نحوه گذران اوقات فراغت» به عنوان یکی از عوامل اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی با سلامت اجتماعی پرداخته‌اند. روش تحقیق پیمایش مقطعی و جامعه آماری شامل جوانان ۲۹-۱۵ سال شهرستان بستان آباد بود. در نهایت یافته‌های تحقیق حاکی از آن است که میزان سلامت اجتماعی در بین جامعه آماری در حد متوسط بوده و رابطه مثبتی بین میزان رضایت از اوقات فراغت و نحوه گذران اوقات فراغت با فراغت اجتماعی، عملی - جسمانی وجود دارد. نتایج حاکی است میزان رضایت از فراغت و همچنین گذران اوقات فراغت با فعالیت‌هایی که جنبه اجتماعی و عملی دارند و بر سلامت اجتماعی افراد تأثیرگذارند، در ارتباط هستند.

حاتمی (۱۳۸۹) در پژوهشی با عنوان «بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی با تأکید بر شبکه‌های اجتماعی» که برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد در دانشگاه علامه طباطبایی است دریافت که سلامت اجتماعی دانشجویان به صورت توزیع نرمال و در حد متوسط

است و بین شبکه‌های اجتماعی، منابع حمایت اجتماعی شبکه‌های ارتباط شبکه‌ای و پایگاه اقتصادی-اجتماعی دانشجویان با میزان سلامت اجتماعی آنان ارتباط معناداری وجود دارد. همچنین، ۱۵/۵ درصد دانشجویان از سلامت اجتماعی پایین، ۶۶/۶ درصد سلامت اجتماعی متوسط و تنها ۱۸ درصد از سلامت اجتماعی بالا برخوردار بودند.

کنگرلو (۱۳۸۷) در مقاله‌ای با عنوان «بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیرشاهد دانشگاه علامه طباطبایی» با روش پیمایش دریافت که بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیرشاهد تفاوت معناداری وجود ندارد. میانگین مجموع نمرات کسب‌شده برای دانشجویان شاهد برابر ۶ و ۱۰۹ و برای دانشجویان غیرشاهد برابر ۴ و ۱۱۱ به دست آمد. ولی بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و دانشکده محل تحصیلشان و بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و میزان پنهان کردن سهمیه شاهد تفاوت معناداری وجود داشته است؛ همچنین بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و ازدواج مجدد مادرانشان، بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و وضعیت تأهلشان، بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و نوع جنسیت آنها، تفاوت معناداری وجود ندارد. عبدالله‌تبار درزی (۱۳۸۶) در پژوهشی با عنوان «بررسی ارتباط سلامت اجتماعی و متغیرهای دموگرافیک اجتماعی دانشجویان علوم بهزیستی و توان‌بخشی» به سنجش سلامت اجتماعی ۱۶۸ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی پرداخت. نتایج نشان داد که به‌طورکلی سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی با توجه به نمرات کسب‌شده، متوسط بوده و در این بین نمرات سلامت اجتماعی دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد از دانشجویان مقطع کارشناسی، دانشجویان متأهل از دانشجویان مجرد، دانشجویان شاغل از دانشجویان غیرشاغل و دانشجویان پسر از دانشجویان دختر بالاتر بود. همچنین بین متغیر سلامت اجتماعی با متغیرهای رشته تحصیلی دانشجویان، تحصیلات والدین، سن دانشجو، وضعیت سکونت و مذهب دانشجویان ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده

نشده است.

بلانکو و دیاز (۲۰۰۷) در مقاله‌ای با عنوان «نظم اجتماعی و سلامت روانی با رویکردی به سلامت اجتماعی» سعی کرده‌اند که ارتباط بین ابعاد سلامت اجتماعی را به‌عنوان شاخص نظم اجتماعی با جنبه‌های دیگری از سلامت مثل میزان افسردگی، عزت‌نفس، سلامت درک‌شده، محرومیت، میزان آنومی و کنشهای متقابل اجتماعی، احساسات مثبت و منفی و رضایت را مورد بررسی قرار دهند. نتایج نشان داد که نظم اجتماعی بر سلامت روانی و سلامت اجتماعی اثر دارد.

کیکوگنانی و همکاران (۲۰۰۷) در پژوهشی به نام «مشارکت اجتماعی، درک جمعی و بهزیستن» مطالعه موردی در بین دانشجویان سعی کردند «تا به ارزیابی ارتباط بین مشارکت اجتماعی، درک از اجتماع و بهزیستن اجتماعی در میان جوانان دانشجویان ایتالیایی، آمریکایی و ایرانی بپردازند و تأثیر این عوامل را بر سلامت اجتماعی ارزیابی کنند. نتایج نشان داد که مشارکت اجتماعی، درک جمعی و بهزیستن بر سلامت اجتماعی دانشجویان اثر دارد.»

کیز و شاپیرو (۲۰۰۴) در مقاله‌ای با عنوان «بررسی رابطه بین سلامت اجتماعی و متغیرهای جمعیت شناختی» به بررسی سلامت اجتماعی در ارتباط با متغیرهای جمعیت شناختی از قبیل جنسیت، تأهل، وضعیت شغلی و ... پرداخته و نشان دادند که «وضعیت شغلی برای سلامت اجتماعی زنان مهمتر از مردان است و زنانی که وضعیت شغلی پایین‌تری داشتند، سلامت اجتماعی کمتری نسبت به مردانی با همان جایگاه شغلی گزارش دادند؛ بر این اساس می‌توان گفت همین‌طور که جایگاه شغلی افزایش می‌یابد زنان نسبت به مردان، به‌طور فزاینده‌ای سطوح بالاتری از پذیرش، مشارکت و انسجام اجتماعی را گزارش می‌کنند.» کیز (۱۹۹۸) در پژوهشی با عنوان «بررسی روایی ساختاری ابعاد مقیاس سلامت اجتماعی» جهت بررسی روایی ساختاری ابعاد مقیاس سلامت اجتماعی؛ با استفاده از اندازه‌های مربوط به نشانه‌های افسردگی، اضطراب، سلامت عمومی، شادی، رضایت،

سلامت جسمانی و میزان خوش‌بینی به مطالعه روی دو نمونه وسیع در آمریکا پرداخت که در هر دو نمونه نشان داد که نظریه پنج عاملی وی مناسب‌ترین مدل برای سلامت اجتماعی به‌عنوان یکی از ابعاد سلامت است و به این نتیجه رسید که عناصر سلامت اجتماعی و روانی به‌طور تجربی از هم متمایز هستند. کیز در تحقیق خود نشان داد که ناهنجاری اجتماعی تنها با دو عامل از پنج عامل سلامت اجتماعی معنی‌دار است (۵۵ درصد با شکوفایی اجتماعی و ۴۹ درصد با پذیرش اجتماعی). مطابق با نتایج سلامت اجتماعی به‌طور واضحی با جایگاه اجتماعی رضایت از زندگی اجتماعی رابطه دارد (پاتنام، ۲۰۰۰، به نقل از کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴).

بلوک و برسلو (۱۹۷۳) در پژوهشی با عنوان «مفهوم‌سازی شاخص سلامت اجتماعی» برای اولین بار در سال ۱۹۷۳ به بررسی مفهوم سلامت اجتماعی پرداختند. نتایج اشاره به این دارد که در بررسی ابعاد سلامت اجتماعی، انسجام اجتماعی پایین‌ترین مقدار را در بین جوان‌ترها، افرادی که تجربه ازدواج نافرجام داشته‌اند و افراد مجرد با جایگاه پایین شغلی داشت. بیشترین میزان مشارکت اجتماعی در زنان مجرد با جایگاه شغلی بالا و کمترین میزان در مردان مسن با جایگاه اجتماعی پایین گزارش شد. همچنین شکوفایی اجتماعی بیشترین میزان را در بزرگسالان ۵۴-۴۵ و افراد دارای جایگاه شغلی بالا و کم‌ترین میزان را در جوان‌ترها و افراد با جایگاه اجتماعی پایین به خود اختصاص داد. بیشترین میزان انطباق اجتماعی در مردان متأهل و دارای جایگاه اجتماعی بالا و کمترین میزان آن در زنان متأهل و مسن با وضعیت شغلی پایین مشاهده شد. سرانجام پذیرش اجتماعی در زنان مسن با پایگاه شغلی بالا بیشترین میزان و در مردان جوان‌تر با پایگاه اجتماعی پایین کمترین میزان را به خود اختصاص داد. با مطالعه پژوهشهای پیشین می‌توان به این نتیجه رسید که مقوله سلامت و ابعاد آن به‌عنوان موضوع اساسی و شاخص مهم در سنجش گروه مورد مطالعه از

بعد کیفی بوده و گروههایی که در این مطالعات ابعاد متفاوت سلامت بالاتری برخوردار بوده‌اند، میزان شکوفایی و موفقیت و مشارکت و در مجموع جامعه نرمالی ثمره آن بوده است. لذا در پژوهش حاضر نیز به ارتباط بعد حمایتی و مقوله سلامت در بین مددجویان بهزیستی نوسهر پرداخته شده است.

چارچوب نظری

مطالعات مربوط به سلامت، بیشتر به وجه خصوصی از سلامت تأکید دارد. ولی افراد در درون ساختارهای اجتماعی و ارتباطات قرار دارند و با چالشها و تکالیف اجتماعی بی‌شماری روبرو هستند. ابعاد سلامت روانی یک بازتاب درونی از سازگاری فرد و دیدگاهش نسبت به زندگی را ارائه می‌دهد، ولی تنها یکی از شش بعد سلامت روان، (روابط مثبت با دیگران) بیانگر توانایی برقراری و حفظ رابطه صمیمی و اطمینان‌بخش بین فردی است. سلامت اجتماعی بیشتر به ابعاد اجتماعی و عمومی که افراد توسط آن عملکردشان را در زندگی ارزیابی می‌کنند، توجه دارد.

کییز و لارسون (۲۰۰۴) سلامت اجتماعی را به‌عنوان گزارش فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروههای اجتماعی که وی عضوی از آنهاست تعریف می‌کنند و معتقد هستند که مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد را می‌سنجد و شامل پاسخهای درونی فرد (احساس، تفکر و رفتار) که نشانگر رضایت یا فقدان رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی‌اش هستند است. لارسون و کییز با توجه به رویکرد سلامت‌محور یک چارچوب مفهومی و نظری برای سلامت اجتماعی ارائه داده‌اند. از نظر لارسون^۱ (۱۹۹۳) «سلامت اجتماعی ارزیابی فرد از کیفیت روابطش با خانواده، دیگران و گروههای اجتماعی است و در واقع شامل پاسخهای درونی فرد نسبت به محرکها و احساسات، تفکرات و

1 Larson

رفتارهایی است که نشانگر رضایت یا عدم رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی است. «کیز از یک اصل جامعه‌شناختی و روان‌شناختی کمک می‌گیرد. طبق نظر کیز «حلقه مفقوده در تاریخچه مطالعات مربوط به سلامت و خصوصاً سلامت ذهن پاسخ به این سؤال است که آیا ممکن است کیفیت زندگی و عملکرد شخصی افراد را بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد. سلامت اجتماعی ترکیبی از چند عامل است که در مجموع نشان می‌دهند چقدر یک شخص در زندگی اجتماعی‌اش مثلاً به‌عنوان همسایه، همکار و شهروند عملکرد خوبی دارد (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴).

کیز معتقد است «بهزیستی یک اساس و بنیان اجتماعی دارد و بدین ترتیب سلامت اجتماعی را ارزیابی شرایط و عملکرد فرد در جامعه تعریف می‌کند» و عملکرد اجتماعی خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت جسمی و روانی است و چالش‌های اجتماعی را در برمی‌گیرد. همچنین وی معتقد است که «بین سلامت اجتماعی با رفتارهای اجتماع‌پسند و مسؤولیت‌پذیری در جامعه و جایگاه اجتماعی رابطه مثبتی وجود دارد.» از نظر کیز «هیچ ادبیات پژوهشی روی سلامت اجتماعی در بعد فردی وجود ندارد» (سام آرام، ۱۳۸۸).

کیز سلامت اجتماعی را ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که وی به‌عنوان عضوی از آنهاست، تعریف می‌کند. کیز در یک تحلیل عامل گسترده، نشان داد که بهداشت روانی دارای ابعاد هیجانی، روانی و اجتماعی است و با توجه به مفهوم پردازیه‌های نظری از سلامت اجتماعی یک مدل پنج بعدی قابل‌سنجش ارائه داد. طبق این ابعاد فرد سالم از نظر اجتماعی زمانی عملکرد خوبی دارد که اجتماعی را بصورت یک مجموعه معنادار، قابل‌فهم و دارای بالقوه‌هایی برای رشد و شکوفایی بداند. احساس کند که متعلق به گروه‌های اجتماعی متعلق به خود است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن شریک بداند. محتوای مقیاس سلامت

اجتماعی وی طیف مثبتی از ارزیابی فرد از تجاربش در جامعه است.

به طور کلی مفهوم سلامت اجتماعی به عنوان متغیر وابسته این پژوهش را می توان از مدل کیز بررسی کرد. ابعاد پنج گانه سلامت اجتماعی که توسط کیز مطرح شده زیربنای متغیر ما را تشکیل می دهد: شکوفایی اجتماعی، انسجام اجتماعی، همبستگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی.

همچنین در بحث مربوط به متغیر مستقل یعنی حمایت اجتماعی رایج ترین تعریف مربوط به لیندزی^۱ است که به در دسترس بودن و کیفیت روابط با افرادی که منابع حمایتی را در مواقع مورد نیاز فراهم می کنند که تأکید دارد و معتقد است که اقوام، خانواده، دوستان و آشنایان، خدماتی عینی را فراهم می کنند که موجب می شود یک فرد احساس مراقبت، دوست داشته شدن، عزت نفس و ارزشمند بودن کند و خود را جزئی از شبکه ارتباطی بداند. او می گوید که حمایت اجتماعی برای هر فرد یک ارتباط امن به وجود می آورد که احساس محبت و نزدیکی از ویژگیهای اصلی این ارتباط است و نیازهای افراد از طریق منابعی که جامعه در اختیارشان می گذارد تأمین می شود. این منابع شکلهای متفاوت دارند که عبارت اند از ابزاری، اطلاعاتی و عاطفی. افراد بر اساس روابط اجتماعی و نوع پیوندهایی که دارند از منابع حمایتی برای برطرف کردن نیازهایشان استفاده می کنند؛ به طوری که هر اندازه روابط اجتماعی گسترده تر باشد فرد میزان دسترسی بر منابع حمایتی را بیشتر می کند (حاتمی، ۲۰۱۰).

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر شیوه اجرا پیمایش است. جامعه پژوهش را مددجویان بهزیستی ۱۸ تا ۶۰ ساله ساکن شهرستان نوشهر تشکیل داده اند. حجم نمونه

1 lindzy

با استفاده از فرمول کوکران، ۳۵۰ نفر تعیین شد که با استفاده از شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای، انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه محقق‌ساخته در دو سطح متغیر مستقل و وابسته، جمع‌آوری شد. در پژوهش حاضر جهت اندازه‌گیری سلامت اجتماعی و مؤلفه‌های آن از مقیاس ۳۳ گویه‌ای سلامت اجتماعی که پنج مؤلفه انسجام، پذیرش، شکوفایی، مشارکت و انطباق اجتماعی را در برمی‌گیرد و توسط کیز (۱۹۹۸) ساخته شده است، بهره برده شده است. طبق این پرسشنامه شاخص سلامت اجتماعی مددجویان بهزیستی شهرستان نوشهر ساخته شد. ضریب روایی و پایایی حمایت اجتماعی ۰/۷۹ و سلامت اجتماعی ۰/۹۵ به دست آمده است. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS25 و Amose25 در سطوح توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

جدول (۱) پایایی مقیاسهای پژوهش

ضریب آلفا	تعداد گویه	متغیر
۰/۸۲۵	۷	انسجام اجتماعی
۰/۸۷۸	۷	پذیرش اجتماعی
۰/۷۷۳	۶	مشارکت اجتماعی
۰/۷۳۸	۶	انطباق اجتماعی
۰/۸۱۷	۷	شکوفایی اجتماعی
۰/۷۷۲	۳۳	سلامت اجتماعی کل
۰/۷۶۶	۱۵	حمایت اجتماعی
۰/۶۹۸	۵	بعد عاطفی حمایت اجتماعی
۰/۷۰۱	۵	بعد ابزاری حمایت اجتماعی
۰/۷۲۳	۵	بعد اطلاعاتی حمایت اجتماعی

یافته‌ها

با توجه به جدول شماره (۲)، از مجموع ۳۵۰ نفر نمونه موردسنجش قرارگرفته در این پژوهش، ۵۰/۳ درصد مجرد، ۴۵/۷ درصد متأهل و ۴ درصد مطلقه بودند. از این میان، ۴۶/۷ درصد در سن زیر ۳۰ سال، ۴۲/۴ درصد بین سن ۳۱ تا ۴۰ سال، ۵/۶ درصد بین سن ۴۱ تا ۵۰ و ۶/۳ درصد در سن بالای ۵۰ قرار داشتند. در واحد شغل، ۴۴/۶ درصد زنان خانه‌دار، ۳۴/۳ درصد کارمند شرکتهای خصوصی و ۲۱/۱ درصد نیز کارمند ادارات دستگاههای اجرایی دولتی بودند.

جدول (۲) توزیع فراوانی پاسخگویان برحسب ویژگیهای فردی

متغیر	مقولات	فراوانی	درصد
تأهل	مجرد	۱۷۶	۳/۵۰
	متأهل	۱۶۰	۷/۴۵
	مطلقه	۱۴	۰/۴
سن	زیر ۳۰	۱۶۴	۷/۴۶
	۳۱ تا ۴۰	۱۳۴	۴/۴۲
	۴۱ تا ۵۰	۲۰	۶/۵
	۵۰ به بالا	۸	۶/۳
شغل	خانه‌دار	۱۵۶	۶/۴۴
	بیکار	۱۲۰	۳/۳۴
	کارمند دولتی	۷۴	۱/۲۱

آزمون نرمالیته

نتایج آزمون وضعیت نرمال بودن متغیرها با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد که سطح معناداری مقدار این آزمون از سطح معناداری استاندارد (۰/۰۵) بیشتر است ($Z=1/51$, $p=0/061$) و این بدان معناست که توزیع داده‌ها نرمال است. همچنین ضریب نرمال بودن بالاتر از یک است. بنابراین می‌توان از آزمونهای پارامتری برای سنجش رابطه متغیرها استفاده کرد.

آزمون همبستگی پیرسون بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی

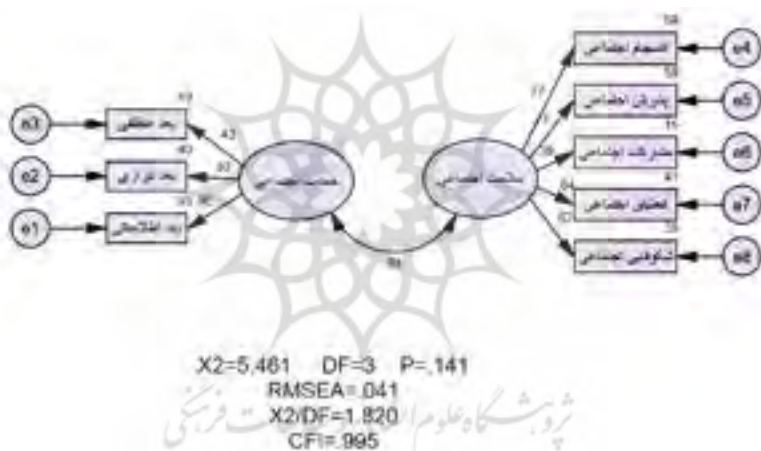
نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین حمایت اجتماعی و تمام ابعاد آن (عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی) با سلامت اجتماعی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد (جدول ۳). ضرایب همبستگی به دست آمده حاصل از آزمون ضرایب متغیرها، نشان داد که ضرایب به دست آمده حمایت اجتماعی برابر با ۰/۳۷۸، بعد عاطفی حمایت اجتماعی برابر با ۰/۲۶۴، بعد ابزاری حمایت اجتماعی برابر با ۰/۲۸۸ و بعد اطلاعاتی حمایت اجتماعی برابر با ۰/۴۷۶ است.

جدول (۳) نتایج آزمون رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی

سلامت اجتماعی				متغیرهای مستقل
نتیجه	نوع آزمون	P	R	
قبول	پیرسون	۰/۰۰۰	۰/۳۷۸	حمایت اجتماعی
قبول	پیرسون	۰/۰۰۰	۰/۲۶۴	بعد عاطفی حمایت اجتماعی
قبول	پیرسون	۰/۰۰۰	۰/۲۸۸	بعد ابزاری حمایت اجتماعی
قبول	پیرسون	۰/۰۰۰	۰/۴۷۶	بعد اطلاعاتی حمایت اجتماعی

نتایج تحلیل معادله ساختاری متغیرهای پژوهش

داده‌های این تحقیق از روش استاندارد کردن داده‌ها در مسیر تحلیلی آنالیز رگرسیون در SPSS25 مورد ویرایش قرار گرفت و داده‌هایی که در دامنه ۳+ تا ۳- قرار داشتند مورد استفاده قرار گرفتند و داده‌های بیشتر و کمتر از این دامنه از داده‌ها حذف شدند تا داده‌های استاندارد شده‌تری را برای تحلیل در اختیار محقق قرار دهد. از مجموع ۳۵۰ داده، ۱ داده حذف شد و ۳۴۹ داده مورد تحلیل قرار گرفت. نمودار و جداول زیر شاخصهای برازندگی تحلیل معادله ساختاری را نشان می‌دهد.



شکل (۱) مدل استاندارد همبستگی بین حمایت اجتماعی و سلامت اجماعی

بنا بر شکل ۱ تمامی ابعاد متغیرها دارای بار عاملی بالاتر از ۰/۳ و مطلوب هستند. برای بیان مقبولیت مدل از شاخصهای برازش هنجار شده بتلر-بونت، برازش نسبی، برازش افزایشی، توکر-لوئیس، شاخصهای تطبیقی و مجذور کامل استفاده شده است که نتایج به دست آمده از مدل در جدول ۴ قابل بررسی است.

جدول ۴: شاخصهای برازش متغیر

SRMR	PCFI	PNFI	PRATIO	RFI	IFI	GFI	CFI	NFI	RMSEA	X2/df	مدل
<0/8	≥0/6	≥0/6	≥0/50	≥0/6	≥0/9	≥0/9	≥0/9	≥0/9	<0/1	<3	میزان قابل قبول
0/03	0/72	0/62	0/70	0/97	0/95	0/87	0/92	0/91	0/000	0/030	محاسبه شده

خطای جذر میانگین مربعات (RMSEA): این شاخص بر مبنای تحلیل ماتریس باقیمانده قرار دارد و برخلاف بسیاری از شاخصهای برازش برای فواصل اطمینان مختلف نیز قابل محاسبه است. این شاخص بر مبنای پارامتر غیر مرکزی قرار دارد. مقدار این شاخص اگر برابر صفر باشد نشان دهنده کوچکتر بودن کای اسکوئر نسبت به درجه آزادی است و حد مجاز آن مقدار 0/1 است (هایر، 2006). مقدار RMSEA به دست آمده مقدار 0/000 است که با توجه به مقدار استاندارد کمتر از 0/07، مطلوب است.

شاخصهای تطبیقی (NFI, RFI, CFI, IFI)

- مقدار NFI یا شاخص برازش هنجار شده بتلر-بونت به دست آمده مقدار 0/91 است که با توجه به مقدار استاندارد 0/9 که حد مطلوب این شاخص است، مدل با توجه به این شاخص از برازش مطلوبی برخوردار است.
- مقدار RFI یا شاخص برازش نسبی به دست آمده مقدار 0/97 است که این شاخص به برازش نسبتاً مطلوب مدل اشاره دارد.
- مقدار CFI یا شاخص برازش تطبیقی به دست آمده مقدار 0/92 است که این شاخص نیز به برازش مطلوب مدل اشاره دارد.
- مقدار IFI یا شاخص برازش افزایشی به دست آمده مقدار 0/95 است که این شاخص به برازش مطلوب مدل اشاره دارد.

1. Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)

شاخصهای مقتصد (PCFI، PRATIO)

● مقدار PCFI یا شاخص برازش تطبیقی مقتصد برابر $0/72$ و نشان از وضعیت مطلوب مدل دارد.

● مقدار PRATIO یا نسبت مقتصد بودن برابر $0/70$ و نشان از وضعیت مطلوب مدل دارد. کای اسکور بهنجار (X^2/DF): این شاخص از تقسیم کای دو به درجه آزادی حاصل می‌شود. دیدگاهها درباره مقدار قابل قبول برای این شاخص متفاوت است. برخی بین ۱ تا ۳، برخی بین ۱ تا ۵، برخی کوچکتر از ۳ و برخی کوچکتر از ۲ را قابل قبول می‌دانند. در این پژوهش مقادیر کمتر از ۱ به عنوان حد مطلوب در نظر گرفته شده است. نسبت کای دو به درجه آزادی برابر $0/30$ و مطلوب است. در کل با توجه به کلیه شاخصها (مقدار نامطلوب RMSEA و نسبت کای دو به درجه آزادی) می‌توان گفت که مدل از برازش مناسبی برخوردار است.

بارهای عاملی نشان‌دهنده میزان تأثیر متغیر مشاهده شده در تبیین و اندازه‌گیری متغیرهای پنهان مربوط به خود است. برای تأیید بار عاملی به سطح معناداری توجه می‌شود. اگر سطح معناداری از $0/05$ کوچکتر باشد میزان تأثیر بار عاملی معنادار است. جدول ۵ بارهای عاملی و میزان خطای استاندارد، سطح معنی‌داری و مقدار عدد معناداری (t-value) سوالهای مربوط به متغیر سلامت و حمایت اجتماعی را گزارش می‌کنند.

جدول ۵: بارهای عاملی مدل

ضریب استاندارد	سطح معناداری	نسبت بحرانی (آماره تی)	خطای استاندارد	تخمین غیراستاندارد
۰/۶۰۹	۷/۸۷۱	۰/۱۲۷	۱/۰۰۰	حمایت اجتماعی
۰/۷۶۶	۸/۱۵۴	۰/۱۳۶	۱/۰۰۰	سلامت اجتماعی

*** به معنای $P > 0/001$

با توجه به کوچک‌تر بودن سطح معنی‌داری در جدول ۵، از میزان ۰/۰۵ مشخص می‌شود که تمامی متغیرهای مشاهده‌شده به صورت معنی‌داری متغیر پنهان مربوط به خود را تبیین می‌کنند. هر چه مقدار تخمین استاندارد به یک نزدیکتر باشد نشان‌دهنده اهمیت و قویتر بودن رابطه است. در نتیجه با توجه به ضرایب استاندارد می‌توان گفت سؤالات حمایت اجتماعی (۰/۶۰۹) و سلامت اجتماعی (۰/۷۶۴)، بیشترین نقش را داشته‌اند.

جدول (۶) بار عاملی ابعاد متغیرهای برازش شده به تفکیک ابعاد

بار عاملی	گویه‌ها	بار عاملی	گویه‌ها
	حمایت اجتماعی		سلامت اجتماعی
۰/۴۳	بعد عاطفی حمایت اجتماعی	۰/۷۷	انسجام اجتماعی
۰/۶۳	بعد ابزاری حمایت اجتماعی	۰/۷۷	پذیرش اجتماعی
۰/۹۶	بعد اطلاعاتی حمایت اجتماعی	۰/۳۹	مشارکت اجتماعی
-----	-----	۰/۶۴	انطباق اجتماعی
-----	-----	۰/۶۲	شکوفایی اجتماعی

بحث

با توجه به نتایج به دست آمده از این پژوهش مشخص شد که حمایت اجتماعی تأثیر مستقیم و مؤثری بر میزان سلامت اجتماعی مددجویان بهزیستی شهرستان نوشهر دارد. در واقع حمایت اجتماعی در ابعاد گوناگون آن شامل حمایت عاطفی، حمایت اطلاعاتی، حمایت ابزاری عامل مؤثری در ارتقاء سلامت اجتماعی و احساس خوب بودن و ارتقاء کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی مددجویان بهزیستی شهرستان نوشهر است؛ بنابراین لازم است که مداخلاتی در این خصوص به منظور بهبود وضعیت انجام گیرد. به‌طور کلی اقداماتی

که باید در جهت افزایش سطح حمایت اجتماعی در ابعاد گوناگون آن انجام گیرد به نوعی تقویت کننده و مکمل همدیگر خواهند بود و به صورت مستقیم یا غیرمستقیم منجر به ارتقای سلامت اجتماعی مددجویان بهزیستی شهرستان نوشهر خواهند شد.

شایسته است که در زمینه حمایت اطلاعاتی، اقداماتی از قبیل آموزش مهارت‌های زندگی به مددجویان بهزیستی شهرستان نوشهر و خانواده‌های آنان از سوی سازمان بهزیستی و دیگر سازمانها و نهادهای مرتبط به صورت ملموس انجام گیرد؛ به طوری که این امر باعث افزایش سطح آگاهی خانواده‌های آنان از مژمژم‌تر بودن این اقدامات و افزایش اعتماد بیشتر آنان به سازمان بهزیستی و بالتبع جامعه شود. این امر موجب تقویت احساس ارزشمندی آنان از جایگاه خود شده و از این طریق سطح حمایت عاطفی نیز ارتقاء می‌یابد.

بدین صورت افراد می‌توانند سطح توانایی تصمیم‌گیری، حل مسئله، برقراری رابطه مؤثر و همچنین توانایی خودآگاهی و همدلی و مقابله با هیجانات و استرس را در خود تقویت کنند؛ در چنین شرایطی خانواده‌های آنان به روابطی سالم دست می‌یابند و بیان ابراز مؤثر احساسات و نیز افزایش سطح تحمل در میان اعضای خانواده افزایش می‌ابد.

تشکیل گروه‌های حمایتی و انجمنها در میان مددجویان بهزیستی شهرستان نوشهر به شناخت بیشتر این افراد از احساسات و نگرانیهای همدیگر و ابراز همدردی با هم برای افزایش منابع حمایت عاطفی و اطلاعاتی این افراد کمک کرده و منجر به افزایش سطح آگاهی مددجویان بهزیستی شهرستان نوشهر شده و روابط خانوادگی را مستحکم‌تر کرده و رفاه و بهبود زندگی اعضاء خانواده را موجب می‌شود.

با توجه به اینکه سازمان بهزیستی متولی اصلی رسیدگی به امور مددجویان بهزیستی شهرستان نوشهر است، ارزیابی و شناخت بیشتری از وضعیت و شرایط موجود زندگی خانواده‌های آنان ضروری است.

ارائه آموزشهای تخصصی لازم به اعضاء خانواده در زمینه ویژگیهای شخصیتی مددجویان

بهزیستی شهرستان نوشهر به این امر منجر می‌شود که سطح آگاهی این افراد در نحوه اتخاذ رفتار مناسب در قبال رفتارهای مددجویان بهزیستی شهرستان نوشهر در محیط منزل و خارج از آن افزایش یابد. مراجعه مستمر به مشاوران متخصص در این زمینه از سوی خانواده و در اختیار گذاشتن اطلاعات مربوط به متخصصان زبده و یا دعوت از متخصصان مذکور به منظور ارائه خدمات خود به این خانواده‌ها و به‌طور کلی تسهیل در دسترسی به این متخصصان می‌تواند افزایش حمایت اطلاعاتی و بالتبع سلامت اجتماعی آنان را در پی داشته باشد.

با توجه به اینکه اکثر مددجویان بهزیستی شهرستان نوشهر از خدمات ارائه‌شده توسط سازمان بهزیستی آگاهی کامل را ندارند؛ در این زمینه می‌توان با تهیه بروشورهای لازم و همچنین اطلاع‌رسانی مستمر و به‌روز با استفاده از امکاناتی که برای همه قابل‌دسترس هستند؛ مانند رسانه‌های جمعی و نیز بازدید از منازل توسط مددکاران اجتماعی و اطلاعاتی که مددکاران اجتماعی می‌توانند در این بازدیدها به خانواده‌ها ارائه دهند سطح حمایت اطلاعاتی را افزایش داد.

بعد ملموس دیگر حمایت اجتماعی حمایت ابزاری است که اقداماتی این‌چنین را در بر می‌گیرد: تسهیل در دسترسی مددجویان بهزیستی شهرستان نوشهر به منابع مالی بانکها و مؤسسات مالی دیگر، ترمیم وضعیت معیشتی، ارائه هدایا و تشویق‌های گوناگون و به‌طور کلی اقداماتی که منجر به کاهش نیاز خانواده‌های آنان در هنگام مواجهه با مشکلات مالی می‌شود. اگر این کمک‌های مادی منجر به توانمندسازی مددجویان بهزیستی شهرستان نوشهر شود می‌توان به‌نوعی شاهد افزایش سطح حمایت ابزاری باشیم. این امر تا حدودی می‌تواند احساس مشارکت اجتماعی در آنان را تقویت و بالتبع سلامت اجتماعی آنان را افزایش دهد. در این خصوص کمک به مددجویان بهزیستی شهرستان نوشهر در اشتغال و خودکفایی و داشتن درآمد پایدار نیز مفید خواهد بود که این امر به‌نوبه خود در برخی مواقع جو حاکم بر فضای زندگی خانوادگی را بهبود بخشیده و سطح حمایت عاطفی را نیز ارتقاء خواهد.

در این پژوهش محقق از هیچ منابع مالی شرکتی یا دولتی ای استفاده نکرده است. همچنین از کسانی که در نوشتن این مقاله به مانند استاد راهنما و مشاور و آقای علیرضا براری، نقش داشته اند و راهنماییهای لازم را از نویسنده مقاله دریغ نکرده اند، کمال قدردانی و تشکر را دارم. این مقاله دارای هیچ تعارض منافی نیست. در این پژوهش سعی شد که تمام اصول اخلاقی نگارش مقاله رعایت شود و حفظ اطلاعات و دیتاهای جمع آوری شده از جامعه آماری کاملاً ناشناس باقی بماند.



- Barari, A. (2013). *Sociological study of social health of bazaars in Behshahr (Unpublished Thesis)*. Payame Noor University, Behshahr, Faculty of Social Sciences. (in Persian)
- Hatami, P. (2010). *A Study of Factors Affecting Students' Social Health with Emphasis on Social Networks (Unpublished Thesis)*. Allameh Tabatabaei University, Faculty of Social Sciences. (in Persian)
- Sam Aram, E.A. (2009). A Study of the Relationship between Social Health and Social Security with Emphasis on the Community-Based Police Approach. *Social Order Quarterly*, 1(1), 9-129.
- Sharbatian, M.H. (2012). A Reflection on the Semantic Link between Social Capital Components and the Benefit of Social Health among Students of Payame Noor University of Mashhad. *Sociology of Youth Studies Quarterly*, 2(5), 174-149. (in Persian)
- Sabouri, S. (2012). *A Survey of Social Health among Education Employees in District 11 of Tehran (Unpublished Thesis)*, Payame Noor University, West Tehran. (in Persian)
- Abdullah Tabar Darzi, H. (2007). *A Study of the Relationship between Social Health and Social Demographic Variables of Students (Unpublished Thesis)*. Faculty of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences. (in Persian)
- Forum, E. (2006). *Healthy Society* (Trans. by A. Tabrizi). Fourth edition, Tehran: Behjat Publications. (in Persian)
- Kangarloo, M. (2008). *Evaluation of social health of control and non-control students of Allameh Tabatabaei University (Unpublished Thesis)*, Faculty of Social Sciences, Allameh Tabatabaei University. (in Persian)
- Marmot, M., & Wilkinson, R. (2007). *Social Components of Health* (Trans. by A. Montazeri). Tehran: University Jihad Publications Organization, Research Institute of Health Sciences. (in Persian)
- Mehri, A. (2011). *The effect of social capital on the mental and social health of teachers in Hamadan (Unpublished Thesis)*. Social Welfare Planning, Alaneh Tabatabaei University. (in Persian)
- Hezar Jaribi, J., & Safari Shali, R. (2012). *Anatomy of Social Welfare*. Tehran: Society and Culture Publications. (in Persian)
- Hezarjaribi, J., & Arfai Ainuddin, R. (2012). Leisure and Social Health. *Planning Quarterly, Welfare and Social Development*, 10, 64-39. (in Persian)

- Blanco, A., & Diaz, D. (2007). Social order and mental health: a social well-being approach. *Psychology in Spain*, 11(5), 100-128.
- Cicognani, E. et al. (2007). Social Participation, Sense of Community and Social Well Being: A Study on American, Italian and Iranian University Students. *Springer Science Business Media B.V.* 10(3), 97-112.
- Keyes, C.L.M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 6(2), 121-190.
- Keyes, C.L.M. (2004). Mental Health and / or Mental Illness? Investigation Axioms of the complete state model of Health. *Journal of consulting and Clinical psychology*, . 6(2), 20-95.
- Keyes, C. L.M, & Shapiro, A. (2004). Social well-being in the United States: A Descriptive Epidemiology. *Journal of consulting and Clinical psychology*, 4(1), 132-154.
- Larsen, J.S. (1996). The World Health Organization definition Health. Social Versos Spiritual Health. *Social indicator research*. 8(3), 120-163.
- Putnam, R. D. (2000). Bowling alone: the collapse and reveal of American community. *New York: Simon and Schuster*. 6(4), 124-172.

