

حمایت اجتماعی و تاثیر آن در سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار

شایسته کرمخانی^۱

چکیده

مفهوم سلامت اجتماعی یکی از مفاهیمی است که در عصر حاضر از توجه و اهمیت ویژه ای برخوردار است که گستره مولفه های آن روز به روز جهان شمول تر و فراگیرتر می شود. در بحث پیرامون سلامت اجتماعی صرفاً انسان به تنهایی مطرح نیست، بلکه پدیده هایی که در اطراف او وجود دارند بیشتر مورد نظر است و اهمیت دارد به گونه ای که این پدیده ها بر مجموعه و سیستم های زندگی او تاثیر می گذارند. حمایت اجتماعی به عنوان یکی از مولفه های تاثیر گذار بر سلامت اجتماعی است. این پژوهش مروری به تاثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی بانوان سرپرست خانوار به عنوان یکی از گروههای اجتماعی آسیب پذیر در جامعه می پردازد و در نهایت به نقش سازمان بهزیستی و حرفه مددکاری اجتماعی در ارتقای سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار اشاره دارد.

کلیدواژه

حمایت اجتماعی، سلامت اجتماعی، بانوان سرپرست خانوار، بهزیستی، حرفه مددکاری اجتماعی

^۱ مددکار اجتماعی و دکتری جامعه شناسی گروه های اجتماعی _ s.karamkhani@yahoo.com

مقدمه :

سلامت اجتماعی از جمله مفاهیمی است که امروزه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و دایره شمول موضوعات آن هر روز فراگیرتر می‌شود. به طور کلی در بحث سلامت اجتماعی، انسان به تنهایی مطرح نیست، بلکه آنچه مورد نظر است پدیده‌هایی هستند که در اطراف او وجود دارند و بر مجموعه و سیستم او تأثیر می‌گذارند

سلامت در سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی از جمله حقوق اولیه انسانی و از شاخص‌های عدالت اجتماعی در جامعه می‌باشد. حق سلامتی به معنی برخورداری از یک زندگی سالم و مولد با کیفیت، توأم با طول عمر قابل قبول و عاری از بیماری و ناتوانی است.

محققان بسیاری در زمینه سلامت روانی مطالعه و پژوهش کرده‌اند، ولی اجتماعی شدن و سلامت در عملکرد و روابط فرد با دیگران کمتر مورد توجه قرار گرفت است. سلامت اجتماعی ارزیابی شخصی از نحوی عملکردش در اجتماع و نوع نگرش او نسبت به دیگر افراد جامعه می‌باشد و همچنین بدون شک شیوی برخورد فرد با مسایل مربوط به خود، و نوع نگرش او را نسبت به سایر گروه‌های اجتماعی تحت تأثیر قرار خواهد داد. طبق نظر برزونسکی ۲۰۰۳ افرادی که تعهد کمی دارند. یعنی فاقد یک دیدگاه ثابت و واضح درباره‌ی خودشان و دنیایی که در آن زندگی می‌کنند هستند ممکن است اجتماع را به صورت یک مجموعه پر از هرج و مرج، غیر قابل پیش‌گویی و مدیریت ناپذیر بدانند. یعنی از سلامت اجتماعی پایینی برخوردار باشند

پدیده اجتماعی بانوان سرپرست خانوار در ارتباط با دو مولفه سلامت و حمایت اجتماعی

توجه به سلامت اجتماعی اقشار در معرض آسیب از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است آنچه که مد نظر این مطالعه مروری می‌باشد سلامت اجتماعی گروه اجتماعی بانوان سرپرست خانوار در ارتباط با میزان حمایت‌های اجتماعی در یافت شده است .

مطالعات آماری اخیر نشانگر افزایش تعداد خانواده‌هایی است که به وسیله زنان اداره میشوند بر اساس نتایج سرشماری‌های عمومی نفوس و مسکن طی سالهای ۱۳۵۵ تا ۱۳۹۵ تعداد زنان سرپرست خانوار از ۴۹۰۵۳۶ نفر با افزایش معادل ۶,۲۱ برابر به ۳۰۶۱۷۵۳ خانوار در سال ۱۳۹۵ و به بیش از ۳۵۰۰۰۰۰ خانوار تا سال ۱۴۰۲ رسیده است. در واقع سهم زنان در سرپرستی خانوارها در سال ۱۳۹۵ (۱۲,۷ درصد) می‌باشد که از رشد قابل ملاحظه‌ای نسبت به سایر دوره‌های سرشماری برخوردار بوده است (سرشماری عمومی نفوس و مسکن ۱۳۹۵، مرکز آمار ایران).

طی ۴۰ سال اخیر، بطور متوسط سالانه حدود ۶۴۲۹۵ زن با از دست دادن مرد، سرپرست خانوار قانونی خود، عهده دار سرپرستی خانواده شده اند. روند بی سرپرستی زنان طی ۱۰ سال اخیر (۱۳۸۵ تا ۱۳۹۵) شتاب گرفته و تا ۱۴۰۰۰۰ خانوار در سال افزایش یافته است.

براساس گزارش پژوهشکده آمار سال ۹۰، ۲۶ درصد از زنان سرپرست خانوار باسواد و ۷۴ درصد بیسواد و کم سواد هستند. همچنین با توجه به روند تغییرات سرپرست خانواده ها بر حسب جنس طی سال ۱۳۳۵ تا ۱۳۹۵ میانگین رشد ۶۰ ساله خانوارهای زن سرپرست ۴ درصد و مرد سرپرست ۳ درصد می باشد.

مقایسه ی این درصد با درصد خانوارهای هر دهک از کل خانوارهای مردسرپرست نشان میدهد که ۴۳/۳ درصد از کل خانوارهای زن سرپرست در دو دهک اول درآمد است

بار تکفل خانوارهای زن سرپرست بیش از خانوارهای مردسرپرست است. در خانوارهای زن سرپرست به طور متوسط به ازای هر فرد شاغل ۳/۷ فرد غیر شاغل وجود دارد و این در حالی است که از کمترین میزان درآمد بدر مشاغل ناپایدار برخوردارند در جامعه شهری، ۴/۳۱ درصد و در جامعه روستایی، ۲/۴۴ درصد این زنان به منابع درآمدی مستقل دسترسی دارند و سایر زنان به طور عمده می باید متکی به کمک سایر اعضای خانواده و یا کمک های اتفاقی باشند.

این آمار ها نه تنها سیر صعودی پدیده زنان سرپرست خانوار را نشان می دهد بلکه وضعیت بفرنج زندگی آنان را ترسیم می نماید لذا ضرورت و اهمیت توجه به حمایت های اجتماعی آنها به ویژه در ارتباط با وضعیت سلامتی آنان در ابعاد مختلف و تأثیر مهم آن بر سلامت کودکان، خانواده و جامعه، که هدف این نوشتار است را مشهودتر خواهد نمود.

بیان مسئله

یکی از مباحثی که امروزه در حوزه ی جامعه شناسی و مطالعات مربوط به زنان مطرح است، موضوع سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار و متغیرهای اثرگذار بر آن است. در تعریف سازمان بهداشت جهانی ۱۹۴۶ آمده "سلامتی یعنی سلامت کامل جسمی، روانی، اجتماعی و صرفاً به معنی نبود بیماری یا ناتوانی نیست."

سلامت اجتماعی شامل سطوح مهارتهای اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هرکس از خود به عنوان عضوی از جامعه بزرگتر به حساب می آید. و بر شرایط اقتصادی و اجتماعی و رفاه شخصی در رابطه با شبکه اجتماعی توجه می شود. در واقع سلامت اجتماعی رابطه شبکه ارتباطات اجتماعی و تعادل شخصی و سازگاری میان فرد و محیط است. عوامل زیادی به داشتن این وضعیت کمک می کنند که یکی از مهمترین آنها حمایت اجتماعی است. حمایت اجتماعی میزان برخورداری از

محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف شده است. برخی حمایت اجتماعی را واقعیتی اجتماعی و برخی دیگر آنرا ناشی از ادراک فرد می دانند .

براساس مطالعات و پژوهش ها در حوزه زنان یکی از شاخص های مهم و اثر گذار بر سلامت جامعه در سطح کلان موضوع سلامت زنان می باشد. اداره زندگی توسط یک والد یعنی "مادر" اجباراً وظایف دشواری را به او به عنوان سرپرست خانواده محول می نماید. مانند تربیت فرزندان، تأمین نیازهای مادی و معنوی آنان، تأمین مسکن رسیدگی به امور منزل، تعاملات اجتماعی و... آنها را با مسایل و مشکلات عدیده ای روبرو می کند و فشارها و تنشهایی بیش از حد توان و ظرفیتشان به آنها وارد می کند که در صورت عدم حمایتهای همه جانبه از سوی شبکه خانواده، دوستان، بستگان و جامعه، منجر به بیماری جسمی، مشکلات ناسازگاری اجتماعی و عدم سلامت روانی میشود که مسلماً اثرات منفی بر سلامت کودکان، اعضای خانواده ها و جامعه برجای خواهد گذارد.

درک حمایتهای اجتماعی از سوی هر فرد در جامعه و خصوصاً اقشار در معرض آسیب از جمله بانوان سرپرست خانوار احساس ارزشمندی منجر به سلامتی افراد و ایفای وظایف متقابل آنها در مقابل جامعه خواهد شد. پیوند اجتماعی امکان آسودگی روانی را برای شخص بیمار فراهم می آورد، اما آثار ملموس دیگر نیز دارد. شبکه آشنایی های فرد به او کمک خواهد کرد تا کاری را که با حال او مناسبت بیشتری داشته باشد پیدا کند، یا در دایره ارتباط دیگری جا بیفتد، ادراک حمایت اجتماعی منجر به انسجام اجتماعی می شود.

در مقابل عدم ادراک حمایت اجتماعی پیامدهای زیادی برای جامعه دارد. این امر موجب می شود افراد وظایف خود را به درستی انجام ندهند و در عملکرد افراد جامعه اختلال پیش آید.

باتوجه به تغییرات اجتماعی در چند دهه اخیر و تغییر الگوهای جامعه از سنتی به مدرن و تغییر نگرش در خصوص کارکرد های خانواده، پارسونز دوکارکرد برای خانواده "هسته ای منزوی" زمان خود قایل است، کارکرد اجتماعی کردن کودکان و کارکرد شکوفایی و ثبات شخصیت بزرگسالان. این دو کارکرد تنها در روابط صمیمی و محبت آمیز خانواده امکان پذیر است .

افزایش درصد طلاق و جدایی درجامع ، این پدیده ها در حال حاضر به صورت استثناء مطرح نیستند بلکه جزیی از واقعیت زندگی شده اند. با جدایی زن و شوهر رابطه والدین و فرزند تغییر یافته و با پدیده جدیدی مانند "مادر تنها" و پدر تنها روبرو هستیم.

سلامت زنان مطمئن ترین راه نیل به اهداف کلی سلامت و ارتقاء کیفیت زندگی برای همه انسانها است. وضعیت سلامت زنان تأثیر مهمی بر سلامت کودکان، خانواده، جامعه و محیط زیست دارد. زنان اولین مراقبین سلامت خانواده و جامعه هستند.

آموزش و فرهنگ از طریق سلامت زنان توسعه می یابد. زنان دریافت کنندگان و هم آرایه دهندگان اصلی مراقبت ها در نظام سلامت هستند .

برنامه ریزان جوامع توسعه یافته سخت در تلاش هستند. تا میزان سلامتی افراد جامعه خود را بهبود بخشند. یکی از راههای ارتقاء سلامتی و بهداشت، شناخت عواملی که در افزایش بهداشت فردی، عمومی و ارتقاء سلامت جسمی، روانی و اجتماعی تأثیر گذار هستند. از این روست که محققان در تلاشند تا با یافتن علل بیماریها، علاج واقعه را قبل از وقوع انجام دهند زیرا مطالعات فراوانی بیانگر این است که سرمایه گذاری در بهداشت و سلامت هر چند در آغاز سرمایه زیادی را می طلبد ولی در طولانی مدت سلامت افراد جامعه و توسعه اجتماعی و اقتصادی را بدنبال خواهد داشت .

تاریخچه حمایت از زنان سرپرست خانوار در جهان

مشکلات اجتماعی از قبیل فقر و نیازمندی، بیماری و از کار افتادگی، بی سرپرستی و یتیمی، عقب ماندگی ها و معلولیت های جسمی و روانی، همواره در طول تاریخ بشریت در جوامع انسانی با شدت و ضعف های گوناگون وجود داشته است. حمایت از زنان و کودکان بی سرپرست دارای سابقه ای بسیار طولانی است.

در گذشته خانواده به مفهوم گسترده جایگاه ویژه ای داشت و بسیاری از مسایل و مشکلات در درون آن حل می شد. حمایت و احترام سالمندان یک امر بدیهی بوده و فرد نسبت به آینده خانواده اش زیاد نگران نبود زیرا یقین داشت که در صورت فوت او فرزندانش مورد حمایت قرار خواهند گرفت. این شبکه حمایتی متقابل به او و اعضای خانواده اش نوعی تأمین اجتماعی اولیه را هدیه می کرد که رفع کننده نگرانی ها و اضطرابهای او بود به جهت سادگی زندگی و وجود روابط چهره به چهره بین اعضای جامعه و محدودیت این روابط، فرد از طریق گروه های اجتماعی به سهولت مورد پذیرش قرار می گرفت و زمینه های رضایتمندی و احساس آرامش و امنیت در او پدیدار می شد (زاهدی، ۱۳۷۶: ۲).

مسایل حمایت از کودکان یتیم، بی خانواده و زنان بی سرپرست دارای سابقه ای بسیار طولانی است. حمورابی حکمران مشهور بابل تقریباً دو هزار سال قبل از میلاد مسیح مراقبت از زنان بیوه و کودکان یتیم را به عهده داشت و دفاع از افراد ضعیف و بی پناه قسمتی از قوانین او را تشکیل می داد (زاهدی، ۱۳۸۱: ۴۳).

در اوایل قرن ۱۶ پس از قرون وسطی که مسئله حمایت از کودکان و زنان بی سرپرست دستخوش مشکلات فراوان و اوضاع آشفته کلیسا بود. توجه جهان غرب به فقرا آغاز شد و نخستین بار پیشنهاد ممنوعیت گدایی و ایجاد صندوق هایی جهت تأمین مستمندان و رفع حوائج آنان توسط کلیساهای آلمان مطرح شد.

اصلاح تأمین اجتماعی برای اولین بار در زمان ریاست جمهوری فرانکلین روزولت به کار رفت و بر همین اساس قانون تأمین اجتماعی در سال ۱۹۳۵ میلادی به تصویب کنگره آمریکا رسید. از جمله اهداف حمایت عبارت بود از سرپرستی از خانواده و بازماندگان ...

منشور سازمان ملل متحد در سال ۱۹۴۵ میلادی زمینه ساز تحولات عظیمی در بعد رفاه اجتماعی بود، بطوریکه اعلامیه حقوق بشر در سال ۱۹۴۸ بیان کرد:

هر کسی هنگام بیکاری، بیماری، از کار افتادگی، پیری، بیوگی و نظایر آن که وسیله معیشت را از دست میدهد حق تأمین دارد. حق داشتن سطح زندگی کافی برای حفظ سلامت شخصی و خانوادگی از نظر خوراک، مسکن و درمان هر فرد، حق تأمین اجتماعی دارد (حسینی حاجی بکنده، ۱۳۸۵).

در ایران بعد از ظهور اسلام که همان طوری که مردم ایران این دین الهی را با آغوش گرم پذیرفتند. اصول اخلاقی و انسانی آن را نیز به کار بستند، رفته رفته در نگرش مردم نسبت به حمایت از محرومین و ناتوانان تحولات مثبتی پدید آمد و باعث شد تا مردم به افراد فقیر و یتیمان و مادران سرپرست خانواده رسیدگی کنند.

برای اولین بار در برنامه چهارم عمرانی کشور (۱۳۵۱-۱۳۴۷) فصل جدیدی تحت عنوان رفاه اجتماعی در قانون برنامه گنجانده شد. مطابق طرح حمایت از خانواده هایی که مرد خود را از دست داده بودند خانواده هایی که دچار کمبودهای مختلف اقتصادی، اجتماعی بودند، مورد حمایت قرار گرفتند و از طریق مراکز مختلف سرویس هایی به آنها ارائه می شد.

بعد از پیروزی انقلاب اسلامی اولین تحول در برنامه های خدمات اجتماعی در سال ۱۳۵۸ تحقق یافت که بر اساس مصوبه شورای انقلاب کلیه سازمان های رفاهی اجتماعی (۱۴ موسسه)، در وزارت بهداشتی و بهزیستی (معاونت بهزیستی) ادغام شد. در سال ۱۳۵۹ لایحه قانون تشکیل سازمان بهزیستی کشور به تصویب شورای انقلاب رسید و بدینوسیله سازمان مذکور با زیر پوشش گرفتن حوزه معاونت بهزیستی وزارت بهداشتی و بهزیستی، مسئولیت کلیه برنامه های رفاهی و توابخششی را عهده دار شد. قانون اساسی که در سال ۱۳۵۸ به تصویب رسید در اصول ۲۱ و ۲۹ آن راجع به امور خانواده و تأمین اجتماعی و بهزیستی مردم چنین آمده است: دولت موظف است حقوق زن را در تمام جهات با رعایت موازین اسلام تضمین نماید و امور زیر را انجام دهد:

- ایجاد زمینه های مساعد برای شخصیت زن و احیای حقوق مادی و معنوی او.

- حمایت از مادران.

- دادگاه صالح.

- بیمه های خاص زنان سالخورده.

بند ۴ اصل ۲۱ قانون اساسی کشور بر " ایجاد بیمه خاص بیوگان و زنان سالخورده و بی سرپرست " تاکید شده است و پس از آن نیز قوانین مصوبات و گوناگون ضرورت توجه به این قشر را مورد توجه قرار داده است بر اساس اطلاعات موجود در مجموع ۷۵ مورد قوانین، مصوبات و آئین نامه های قانونی مرتبط با زنان شناسایی شده است که ۲۸ مورد از آن بطور مستقیم به موضوع زنان و دختران سرپرست خانوار اشاره دارد که بیش از ۹۰ درصد این قوانین بعد از انقلاب اسلامی تصویب شده اند.

سازمان های حمایت کننده از زنان سرپرست خانوار در ایران

سازمان های حمایت کننده دولتی از زنان سرپرست خانوار دارای ساختارهای متفاوتی هستند. در ایران دو نوع تأمین اجتماعی وجود دارد:

الف: سازمان های مشارکتی مانند سازمان بازنشستگی کشوری که معمولاً درصدی از حقوق کارکنان خود را می گیرند و درصد بیشتری هم خود به آن می افزایند و سپس کارمند یا کارگر را بیمه می کنند. متأسفانه این سیستم کمکی به زنان سرپرست خانوار نمی کند زیرا زانی از مزایای این سیستم برخوردار می گردند که در اثر فوت شوهر مستمری بگیر می شوند و یا چون خود کار می کنند در صورت فوت شوهرانشان درآمدی دارند.

ب : سازمان های غیرمشارکتی مانند سازمان بهزیستی، کمیته امداد امام خمینی، بنیاد مستضعفان، بنیاد شهید، بنیاد پانزده خرداد و هلال احمر .

انواع زنان سرپرست خانوار

در یک دسته بندی زنان سرپرست خانوار به چند گروه عمده تقسیم می شوند:

گروه اول: خانواده هایی که در آن مرد به طور دائم حضور ندارد، به دلیل فوت همسر یا طلاق، بیوه شده اند یا دخترانی که ازدواج نکرده اند و تنها زندگی می کنند و سرپرستی خانواده را عهده دار می شوند.

گروه دوم: خانوارهایی که مرد به طور موقت و به دلیل مهاجرت، مفقودالثر بودن، متواری یا زندانی بودن، نکاح منقطع، سربازی و... غایب می باشد و زن مجبور به تهیه معاش زندگی خود یا فرزندان می باشد.

گروه سوم : خانوارها یی که مرد در آنها حضور دارد، اما به دلیل بیکاری، از کار افتادگی و ... نقش در امرار معاش ندارد و زن عملاً "مسئولیت زندگی خود و فرزندان را عهده دار می شود.

مفهوم سلامت

سازمان بهداشت جهانی سلامتی را نه فقط عدم بیماری یا ناتوانی، بلکه حالت کامل رفاه جسمی، روانی و اجتماعی تعریف کرده است با توجه به تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامتی مقوله سه بعدی است، اما ابعاد دیگری نیز مانند بعد روحی، عاطفی، شغلی و... می توان برای آن قایل شد.

بعد جسمی: عمل کردن کامل بدن را جسمی می گویند که در آن شرایط بهینه هر یاخته یا اندام یا سایر اعضا در هماهنگی کامل است. نشانه های سلامت جسمی چهره شاداب، پوست تمیز، اشتها خوب، فعالیت منظم روده ها و... است.

بعد روانی: حالت توازن بین شخص و دنیای اطراف او، سازگاری با خود و دیگران و همزیستی بین واقعیت های مربوط به فرد، مردم و محیط زیست را سلامت روانی گویند که شامل کلیه صفاتی است که روان شناسان ملاک سالم بودن شخص از نظر روانی می دانند، یعنی عاری بودن از کشمکش داخلی، تطبیق کامل، خود آگاهی، خود شکوفایی، تعادل عاطفی و تسلط بر خود و توان مقابله با تنش هاست.

بعد اجتماعی: سازگاری و تطبیق و تلفیق درون شخص با سایر اعضای جامعه و بین اعضای جامعه و در دنیایی که در آن زندگی می کند. این بعد سلامتی شامل سطوح مهارت های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت خود به عنوان عضوی از جامعه بزرگتر است. به طور کلی از نظر سلامت اجتماعی هر کس عضوی از اعضای خانواده و نیز یک جامعه بزرگتر به حساب می آید که به شرایط اقتصادی و اجتماعی و رفاه او در ارتباط با شبکه اجتماعی توجه می شود.

بعد روحی: سلامت روحی به سلامت آن بخش از فرد اطلاق می شود که در جستجوی معنا و مقصود زندگی است. بهداشت روحی چیزی ناپیدا و فیزیولوژی و روان شناسی ماوراء الطبیعه دارد و کمال، اخلاقیات و اصول، هدفمندی، تعهد به چیزی اولی تر و باور به مفاهیم غیر عینی را در بر می گیرد.

بعد عاطفی: سلامت عاطفی با احساس ارتباط دارد، در حالی که سلامت روانی با آگاهی و شناخت سنجیده می شود. جنبه های روانی و عاطفی انسانیت را می توان به عنوان دو بعد جداگانه سلامتی انسان در نظر گرفت.

بعد شغلی: توانایی ها و محدودیت های انسان در کار، به عنوان هدف، غالباً در ارتقای سلامت جسمی و روانی او نقش دارد. کار جسمی معمولاً با توانایی جسمی در ارتباط است، در حالی که دستیابی به هدف و خود واقع نگری در کار عامل رضایت و تقویت خود گردانی است.

مفهوم سلامت اجتماعی

به نظر می رسد " سلامت اجتماعی " را با سه تلقی می توان تعریف کرد :

۱- سلامت اجتماعی به مثابه " بعد اجتماعی سلامت فرد " که در کنار دو بعد جسمی و روانی سلامت فرد، به رابطه او با جامعه نظر دارد.

۲- جامعه سالم به مثابه " شرایط اجتماعی سلامت بخش " در این تلقی، کاربرد صفت " سالم " در عبارت جامعه سالم نظیر کاربرد آن در عبارتهایی مثل غذای سالم و هوای سالم است .

۳- سلامت اجتماعی به مثابه "وضعیت اجتماعی بهتر، به طور کلی" که بسته به اوضاع فعلی هر جامعه یا جماعت، مصادیق و معناهای عینی متفاوتی می یابد. یک ویژگی اساسی در این تلقی، وابستگی آن به وضعیت فعلی هر جامعه است و از همین رو انتظار می رود تعریف جامعه سالم در جوامع گوناگون با یکدیگر تفاوت‌هایی داشته باشد (حسینی حاجی بکنده، ۱۳۸۹).

مفهوم سلامت اجتماعی، مفهومی است که در کنار ابعاد جسمی و روانی سلامت مورد توجه قرار گرفته است. جنبه های اجتماعی آن با محور قراردادن فرد مورد بررسی می دهد، واژه های Health، Quality of life، Social well-being، Social، ... هم در مفهوم فردی individual و هم به مفهوم جامعه ای societal معادل با سلامت اجتماعی به کار می روند.

بعد اجتماعی سلامت شامل سطوح مهارتهای اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به عنوان عضوی از جامعه بزرگتر است به طور کلی از دید سلامت اجتماعی هر کس از افراد خانواده، عضو جامعه بزرگتر به حساب می آید. و ریشه سلامت اجتماعی در محیط "زیست مادی مثبت" (یعنی توجه بر موضوع های اقتصادی و اجتماعی) و محیط زیست انسانی مثبت است.

بنابراین سلامتی دارای عوامل تعیین کننده متعددی می باشد که این عوامل می توانند هم درون شخص و هم برون از او در جامعه ای که وی زندگی می کند قرار داشته باشد. از قبیل وراثت، شیوه زندگی، خدمات بهداشت و رفاه خانواده، محیط زیست، وضعیت اقتصادی اجتماعی و... (پارک، ۱۳۷۵ : ۳۴).

سلامت اجتماعی به چگونگی وضعیت ارتباط فرد با دیگران در جامعه با همان جامعه پذیری وی اشاره دارد.

ابعاد پنج گانه مقیاس سلامت اجتماعی را می توان به صورت زیر ارائه نمود. (کیویز ۲۰۰۴ به نقل از کنگرلو، ۱۳۸۶). که سلامت اجتماعی فرد را بر اساس این ۵ مولفه و شاخص مطابق پرسشنامه ای به همین عنوان اندازه گیری نمود

شکوفایی اجتماعی: دانستن و اعتقاد داشتن به اینکه جامعه به شکل مثبتی در حال رشد است. فکر کردن به اینکه جامعه پتانسیل رشد به شکل مثبت را دارد. این تفکر که جامعه پتانسیل خود را به شکل واقعی درمی آورد. مثلا رشد جامعه متوقف شده است (-)

همبستگی اجتماعی: اعتقاد به اینکه اجتماع قابل فهم، منطقی و قابل پیش بینی است. دانستن و علاقمند بودن به جامعه و مفاهیم مربوط به آن. مثلا جهان برای من بسیار پیچیده است (-)

انسجام اجتماعی: احساس بخشی از جامعه بودن، فکر کردن به اینکه فرد به جامعه تعلق دارد، احساس حمایت شدن از طریق جامعه و سهم داشتن در آن.

من احساس تعلق به چیزی که جامعه نامیده ام نمی کنم. (-)

پذیرش اجتماعی: داشتن گرایش های مثبت نسبت به افراد، تصدیق کردن دیگران و بطور کلی پذیرفتن افراد علیرغم برخی رفتار سردرگم کننده و پیچیده آنها.

افرادی که لطفی می کنند، انتظار بازگشت یا جبران آن را ندارند. (+)

مشارکت اجتماعی: این احساس که افراد چیزهای با ارزشی برای ارائه به جامعه دارند. این تفکر که فعالیتهای روزمره آنها به وسیله جامعه ارزش دهی می شود.

من چیزهای با ارزشی برای ارائه به جهان دارم. (+)

مفهوم حمایت اجتماعی

«در سالهای ۱۹۶۰ تا ۱۹۷۰ به دنبال یک دیدگاه غالب محیط نگر در روانشناسی، محیط علت اصلی ناراحتی های روانی و فیزیکی محسوب می شد. یکی از متغیرهای اجتماعی که مورد نظر محققان قرار گرفت حمایت اجتماعی بود. حمایت اجتماعی و میزان آن تابع روابط اجتماعی است که فرد در قالب پیوند با دیگران یا عضویت در گروهها و اجتماعات دارد. بستری که این روابط را برای فرد فراهم می کند جامعه است.

حمایت اجتماعی به مراقبت، محبت، عزت، تسلی و کمکی که سایر افراد یا گروه ها به فرد ارزانی می دارند گفته می شود بنابراین نظر سیدنی کاب کسانی که از حمایت اجتماعی برخوردارند، احساس می کنند کسی دوستشان دارد، به آنها اهمیت داده می شود، دیگران آنان را افرادی محترم، با عزت و با ارزش به شمار می آورند خود را بخشی از شبکه اجتماعی، مانند خانواده یا سازمان های اجتماعی می دانند که می تواند منبع کمک های مادی و معنوی و خدمات دو جانبه در هنگام نیاز باشد.

مولفه های حمایت اجتماعی

شاخص هایی زیادی برای اندازه گیری حمایت های اجتماعی افراد وجود دارد یکی از این شاخصها مربوط به محققانی به نام (سارسون و همکاران، ۱۹۹۹) است که حمایت اجتماعی را شامل حمایت عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی می دانند.

حمایت عاطفی: شامل ابراز عشق و محبت، مراقبت و نگهداری، احترام قایل شدن، اطمینان و قوت قلب مجدد، اعتماد، همدردی و توجه می باشد این نوع حمایت تقویت کننده مناعت طبع، حس ارزش داشتن و حسی می شود که یک نفر برای سایرین اهمیت داشته و در نتیجه ممکن است حسی را بروز دهد که فرد و بدن او ارزش و مراقبت و حمایت کردن را داشته باشد، ضمناً ممکن است دریافت کننده را قادر سازد تا استرس و فشار را کنترل کند و به این وسیله تأکید اساسی بر حفظ سلامت بجای درگیر شدن در فعالیت مضر یا بی هدفی داشته باشد. ارتباط صادقانه و خالص موجب تقویت حسی از پیروزی و تبحر شده و در فرد حس افتخار و اعتماد را برای انجام تلاشها بوجود آورد. در ضمن ممکن است افراد را از طریق توسعه تدابیر ارتقای سلامت تشویق به انجام کنترل در مورد سلامت و رفاهشان کند.

حمایت ابزاری: شامل تامین کالاها، وسایل و تجهیزات، پول، زمان یا تلاش برای همکاری با وظایف یا فعالیت‌ها باشد. چنان‌که کمکی که اساس زندگی خانواده را شکل می‌دهد، ممکن است بطور مستقیم موجب تسهیل رفتارهای بهداشتی از طریق ایجاد زمینه‌های لازم برای تبدیل قصد و منظور به عمل اقدام صورت گیرد.

حمایت اطلاعاتی: نحوه برقرار کردن ارتباط در مورد حقایق یا نقطه نظرات مرتبط با نیازهای یک فرد، پیدا کردن منابع اطلاعات، مطلع سازی در مورد خدمات و تکنیک‌های موجود و ارائه توصیه، پیشنهادات و جهت‌گیری‌هاست.

حمایت اجتماعی عامل موثر بر سلامت اجتماعی

تحقیقات نشان می‌دهند که رابطه مستقیم بین حمایت اجتماعی با مولفه‌های سلامت اجتماعی وجود دارد به گونه‌ای که رز و وو معتقدند حمایت اجتماعی عبارتست از احساس فرد در مورد اینکه از سوی دیگران مراقبت می‌شود، دوست داشته می‌شود، مورد اعتماد بقیه است، به عنوان یک شخص برای وی ارزش قائلند و در نهایت به عنوان بخشی از شبکه ارتباطی محسوب می‌شود و دارای تعهدات متقابل است و بلافاصله مطرح میکنند افراد که از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردارند، این امر سطح سلامت روانی و اجتماعی آنان را ارتقاء می‌دهد (خیرالله پور به نقل از کنگرلو ۱۳۸۶: ۴۱).

منابع حمایت اجتماعی

حمایت اجتماعی می‌تواند از منابع مختلفی ناشی شود: دوستان، همکاران، همکلاسان، و غیره. فقدان حمایت یکی از این منابع می‌تواند از سوی سایر منابع جبران شود. در اینجا بایستی تمایز مهمی بین حمایت‌های غیررسمی دوستان و خانواده و حمایت‌های رسمی سیستم‌های خدماتی قائل گردید. این تمایز با میزانی که حمایت اجتماعی می‌تواند به صورت خود جوش صورت گرفته یا توسط سیستم‌های ارائه خدمات اجتماعی ایجاد شده مرتبط است. گاریاینوخاطر نشان می‌کند که تمایز بین این امر اهمیت دارد که حمایت اجتماعی می‌تواند ایجاد شود یا بدست آید. حمایت رسمی غالباً از سوی موسسات و نهادهای خصوصی و دولتی ارائه می‌شود اما حمایت اجتماعی غیر رسمی ساختار یافتگی کمتری داشته و بصورت آزادانه انجام می‌گیرد. این نوع حمایت از روابط با خانواده، دوستان و یا در هنگام وقوع بحران یا نیازها ناشی می‌شود (استریتز، ۱۹۹۲: ۸۷).

مروری بر پژوهش‌ها

مطالعات زیادی در حوزه سلامت و خصوصاً سلامت روانی با رویکرد روانشناسی انجام شده، اما در سالهای اخیر توجه محققان به بعد اجتماعی سلامت و تاثیر آن در عملکرد و روابط فرد با دیگران بیشتر شده است اگر چه تحقیقات زیادی در باب مولفه‌های سلامت اجتماعی در بین گروه اجتماعی خاص بانوان سرپرست خانوار انجام نشده اما در این بخش تعداد معدودی از این تحقیقات مرتبط با موضوع آورده شده است.

پژوهش عالیه شکر بیگی و همکاران در سال ۱۴۰۰ با عنوان تدوین مدل سلامت اجتماعی بر اساس حمایت اجتماعی و اعتماد اجتماعی در زنان سرپرست خانوار شهر رشت نشان می‌دهد که اعتماد اجتماعی نقش میانجیگر رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار می‌باشد و باید در ایجاد و ارتقاء سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار به این مفهوم توجه ویژه نمود.

تحقیق قربانعلی عاطفی و همکاران در سال ۹۸ با عنوان تدوین مدل ساختاری بین دینداری و سلامت اجتماعی در زنان سرپرست خانوار با نقش میانجیگر حمایت اجتماعی نشان می‌دهد که سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار و دینداری آنان تحت تاثیر نقش حمایت اجتماعی قرار دارد به گونه ای که ارائه حمایت‌های اجتماعی میتواند سلامت اجتماعی و دینداری زنان سرپرست خانوار را میانجیگری نماید.

پژوهش الهام همتی و همکاران با عنوان تاثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار شهر رودهن در سال ۹۱ نشان می‌دهد که هرچه زنان سرپرست خانوار از حمایت بالاتری برخوردار باشند متناسب با آن از سلامت اجتماعی بالاتری نیز برخوردار هستند و نتایج تحلیل رگرسیون رابطه بین حمایت گروه‌های غیر رسمی با سلامت اجتماعی را تایید نموده است.

پژوهش توصیفی سید احمد حسینی حاجی بکنده و ملیحه تقی پور با عنوان بررسی تاثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار شهر تهران در سال ۸۹ با روش پیمایش و تحلیل همبستگی نشان میدهد که هر چه زنان سرپرست خانوار از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار بوده اند، متناسب با آن از سلامت اجتماعی بالاتری نیز برخوردار بوده اند. همین رابطه بین مولفه های سه گانه (عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی) حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی نیز دیده می شود

پژوهش دکتر دارابی و کرمخانی در سال ۹۲ با عنوان رابطه حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار شهر کرمانشاه نشان از رابطه مستقیم و معنا دار بین مولفه های حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی دارد.

تحقیق رضا همتی و اباذر رحیمی علی آبادی در سال ۹۳ با عنوان رابطه حمایت اجتماعی با سلامت روانی مطالعه موردی زنان شهر خلخال که با استفاده از نظریه انسجام اجتماعی دورکیم شبکه اجتماعی مدل براک من و سیم به روش تحقیق پیمایشی انجام شده شان می‌دهد که میانگین سلامت روانی زنانی که از تراکم بالای شبکه اجتماعی و عضویت گروهی برخوردارند نسبت به زنانی که از تراکم شبکه اجتماعی شخصی پایینی برخوردارند بالاتر است و بین متغیرهای پیوند قوی با اعضای شبکه اجتماعی دریافت عاطفی حمایت ابزاری و حمایت اطلاعاتی درک شده و سلامتی روانی زنان رابطه مستقیم وجود دارد

تحقیق حسین بنی فاطمه و همکاران در سال ۹۲ با عنوان بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه آزاد واحد تبریز نشان می‌دهد که بین متغیرهای سن جنسیت و وضعیت تاهل با سلامت اجتماعی رابطه مستقیم وجود دارد به گونه‌ای که

هرچه سن افراد افزایش می‌یابد میزان سلامت اجتماعی آنها نیز افزایش می‌یابد همچنین سلامت اجتماعی مردان با ۵۹ درصد بالاتر از زنان می‌باشد؛ و بین وضعیت تاهل و سلامت اجتماعی رابطه معنادار وجود دارد

بحث و نتیجه گیری

کرلینجر معتقد است که «هیچ چیز را از لحاظ علمی نمی‌توان بطور یقین ثابت کرد، تنها کاری که می‌توانیم انجام دهیم این است که شواهدی مبنی بر درست بودن قضایا را بدست آوریم». نتایج مطالعات علمی پیرامون رابطه دو مولفه حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار نشان می‌دهد که مولفه های حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار به عنوان یکی از گروههای اجتماعی در معرض آسیب تاثیر دارد. به گونه ای که در اغلب آنها:

رابطه معنادار و مستقیمی بین بعد عاطفی حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی وجود دارد؛ بدین معنا که هر چه زنان سرپرست خانوار از حمایت عاطفی بالاتری برخوردار بوده اند، متناسب با آن نیز میزان سلامت اجتماعی شان افزایش پیدا کرده است.

رابطه معنادار و مستقیمی بین بعد ابزاری حمایت اجتماعی و متغیر سلامت اجتماعی وجود دارد؛ بدین معنا که هر چه زنان سرپرست خانوار از حمایت ابزاری بالاتری برخوردار بوده اند، متناسب با آن نیز میزان مولفه های سلامت اجتماعی شان (۵ مولفه) افزایش پیدا کرده است

رابطه معنادار و مستقیمی بین بعد اطلاعاتی حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی وجود دارد؛ بدین معنا که هر چه زنان سرپرست خانوار از حمایت اطلاعاتی بالاتری برخوردار بوده اند، متناسب با آن نیز میزان مولفه های سلامت اجتماعی شان (۵ مولفه) افزایش پیدا کرده است.

رابطه معنادار و مستقیمی بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی وجود دارد؛ بدین معنا که هر چه زنان سرپرست خانوار از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار بوده اند، متناسب با آن میزان مولفه های سلامت اجتماعی شان (۵ مولفه) افزایش پیدا کرده است.

رابطه معنا داری بین جنسیت و سلامت اجتماعی وجود دارد به گونه ای که مردان بیشتر از زنان از سلامت اجتماعی برخوردارند

رابطه معنا درای بین تاهل و سلامت اجتماعی وجود دارد به گونه ای که افراد متاهل از سلامت اجتماعی بالاتری نسبت به افراد مجرد برخوردارند

بین حمایت عاطفی گروه‌های غیر رسمی با سلامت اجتماعی رابطه معنا دار وجود دراد به گونه ای که بانوان سرپرست خانوار در گروه‌های غیر رسمی بیشتر به مولفه های پذیرش و خودشکوفایی میرسند تا گروه‌های رسمی و اما گروه‌های رسمی مشارکت آنان را که از مولفه های سلامت اجتماعی است ، بالاتر می برد که این موضوع در خانواده های تحت حمایت نهادهای رسمی بسیار جای تامل و کنکاش دارد

بطور کلی با توجه به نتایج بدست آمده از این پژوهش مختلف در این زمینه می توان گفت حمایت اجتماعی نقش مؤثری بر میزان سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار دارد. در واقع حمایت اجتماعی در ابعاد گوناگون آن شامل حمایت عاطفی، حمایت اطلاعاتی، حمایت ابزاری عامل مؤثری در ارتقاء مولفه های ۵ گانه سلامت اجتماعی و احساس خوب بودن و ارتقاء رفاه و کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار است؛ بنابراین به نظر می رسد انجام اقدامات و مداخلات در جهت ارتقاء سطح مولفه های حمایت اجتماعی در ابعاد عاطفی ، ابزاری ،اطلاعاتی انجام گیرد که البته به نظر میرسد بعد اطلاعاتی حمایت اجتماعی از طریق آموزش و آگاه سازی بصورت مستقیم یا غیر مستقیم منجر به ارتقای سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار خواهند شد و تاثیر گذارتر و پایدارتر خواهد بود که در نهایت زنان سرپرست خانوار را به نقش عاملیت خود و توانمندسازی بیشتر سوق خواهد داد .

نقد:

مطالعات و تحقیقات علمی انجام شده در رابطه با موضوع مورد بررسی نتایج خوبی را به دست می دهد به گونه ای که برای نمونه پژوهش پژوهش الهام همتی در سال ۹۱ نشان میدهد ماهیت اجتماعی گروه‌های غیر رسمی موجب افزایش سلامت اجتماعی آنان در همه ابعاد مولفه‌های پذیرش انسجام مشارکت شکوفایی و امنیت زنان سرپرست خانوار می شود اما حمایت اجتماعی ارگان‌های رسمی تنها در سه بعد مشارکت برابری و انسجام باعث افزایش سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار شده و تاثیری بر پذیرش و شکوفایی و امنیت ندارد در واقع روه‌های رسمی دارد و این می تواند به دلیل سلسله مراتب بروکراسی و اجبار به پذیرش برخی از قوانین و مقررات ی باشد لذا نهادهای رسمی با فعالیت‌های کنونی نتوانستند در بالا بردن پذیرش و شکوفایی و امنیت زنان خیلی موثر واقع شوند و این نشان از این دارد که بر اساس نظریه هابرماس عقلانیت جهان زندگی عنی همان گروه‌های غیر رسمی و عقلانیت نظام اجتماعی یعنی در واقع نهادهای رسمی باید تمایز قائل شد در جایی که نظام اجتماعی مستلزم نظام هنجاربخش و نهادمندی این نظام هنجار بخش است عقلانیت جهان زندگی مستلزم رواداشتن کنش متقابلی است که تحت هدایت توافق‌های مبتنی بر هنجارها نمی باشد بلکه مستقیم یا غیر مستقیم تحت تاثیر وافق‌هایی است که از رهگذر تفاهم ارتباطی به دست می آید(ریتزر، ۱۳۷۹، ۳۴۰). به عبارت دیگر عقلانیت جهان زندگی مستلزم آن

است که انسان‌ها آزادانه با یکدیگر به توافق برسند نه آنکه تحت تاثیر نیرومند نیروهای خارجی و به اجبار به این توافق دست یابند که این خود مانع توانمندی و خود اتکایی به موقع آنان می‌گردد .

همچنین چنانکه بخواهیم بانوان از مشارکت بیشتر که یکی از مؤلفه‌های سلامت اجتماعی است بهره‌مند باشند می‌بایست امکان تغییر جامعه به منظور دسترسی برابر زنان به آموزش اشتغال هنر فرهنگ و غیر داشته باشند موضوع بسیار مهم جود ده‌ها قانون حمایت‌گرانه از بانوان می‌باشد که بیشتر آنها بعد از انقلاب اسلامی به تصویب رسیده و همگی آنها در مقام حمایتگری از زنان در راستای اشتغال، تعامل اجتماعی، توانمندسازی و غیره تدوین شده‌اند اما در مقام عمل ساختار دیوان سالاری حمایت‌های لازم را به منظور بهره‌مندی زنان از این قوانین ندارد.

نقد دیگر بی توجهی به نتایج پژوهش‌های علمی اساتید و دانشجویان در مقاطع مختلف تحصیلات عالی در زمینه اعتلای وضعیت زنان و خصوصاً زنان سرپرست خانوار که در حال حاضر شاهد رشد چشمگیر آن به دلایل مختلف هستیم نتیجه این تحقیقات علمی آکادمیک می‌تواند در اختیار نهادهای حمایتی به منظور بهره برداری و الگو قرار گرفته و منشاء تغییرات علمی چشمگیر در فرایند توانمندسازی و کاهش آسیب‌های بانوان سرپرست خانوار گردد. اما متأسفانه شاهد آن هستیم که این حجم عظیم پژوهش‌های علمی که حاصل رنج اساتید و زبان‌گویای زنان سرپرست خانوار است صرفاً در کتابخانه‌ها بایگانی می‌شود.

نقش سازمان بهزیستی و حرفه مددکاری اجتماعی در ارتقای سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار

بطور کلی تأمین و ارتقای سلامت اجتماعی و همچنین کاهش و تحدید عواملی که به نحوی باعث کاهش سطح سلامت اجتماعی می‌شوند نیازمند سازمان‌های رفاهی و مداخلات حرفه‌ای و تخصصی است که این مداخلات متأثر از دانشی میان رشته‌ای است و در این بین نقش حرفه مددکاری به مثابه برآیندی از علوم مختلف از جمله جامعه‌شناسی، روانشناسی، مدیریت و ... در سازمان‌های رفاهی بسیار پررنگ و حایز اهمیت بسیار است.

در ایران سازمان بهزیستی به عنوانی متولی ارتقاء مولفه‌های سلامت اجتماعی در امر کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی افراد جامعه پیشرو و از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است که در سیاستگذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های خود اصول ۱۹ و ۲۱ قانون اساسی را به‌منصه اجرا می‌گذارد. مددکاران اجتماعی در قالب سازمان‌های رفاهی به این هدف والای سازمان بهزیستی یعنی ارتقاء مولفه‌های سلامت اجتماعی به ارائه خدمات تخصصی و حرفه‌ای به مددجویان از جمله بانوان سرپرست خانوار می‌پردازند

شاخه های چندگانه مددکاری اجتماعی شامل مددکاری فردی، گروهی، جامعه ای، تحقیق و اقدام اجتماعی هر کدام به نحوی و تلفیق این شاخه ها می تواند منجر به اقداماتی شود که در ارتقای سطح سلامت اجتماعی افراد و بخصوص در این مورد خاص به عنوان قشری که نیازمند استفاده از خدمات مددکاری اجتماعی هستند مفید واقع گردد. در این بین سازمان بهزیستی مسئول جذب و بکارگیری خدمات حرفه ای مددکاری اجتماعی جهت جامعه تحت پوشش خود خواهد بود همانطور که ذکر شد که نیروی متخصص و حرفه ای مددکار اجتماعی در سالهای گذشته نمود محسوسی داشته است.

مددکاران اجتماعی در سازمان بهزیستی میتوانند با مداخلات حرفه ای و تخصصی در قالب چند نقش اساسی به ارتقا سطح سلامت اجتماعی بانوان سرپرست یاری رسانند :

۱- در سیستم رفاهی سازمان بهزیستی، مددکاران اجتماعی از طریق مطالبه گری از منابع اجتماعی به بخشی از

نیازهای بانوان سرپرست خانوار پاسخ دهند و رابطه دوسویه ای را بین منابع اجتماعی و مددجویان برقرار نمایند

۲- در سیستم رفاهی بهزیستی، مددکاران اجتماعی از طریق نقش میانجی و با روش کار فردی نسبت به برقراری ارتباط

حرفه ای و صحیح با خانواده های مددجویان اقدام نماید تا از این طریق با جلب اعتماد و ایجاد حس مسئولیت و

تعهد روابط گروههای غیر رسمی با تاکید بر منابع شبکه خانوادگی و خویشاوندان به حمایت گری و حمایت طلبی

بیشتر بپردازند. مددکاران می توانند رابطه بین مددجویان و شبکه غیر رسمی خانوادگی و خویشاوندی را با ابراز

عشق و محبت، مراقبت و نگهداری، احترام قایل شدن، اعتماد، همدردی، ارزشمندی و توجه تحکیم بخشند و

حمایت های عاطفی بانوان را که از مولفه های حمایت اجتماعی است ارتقاء دهند. همچنین این امر به کاهش

فشارهای عصبی ناشی از تحمل بار سنگین تکفل فرزندان کمک خواهد نمود و فرد را قادر می سازد تا استرس و

فشار را کنترل کند و به این وسیله تأکید اساسی بر حفظ سلامت بجای درگیر شدن در فعالیت مضر یا بی هدفی

داشته باشد. ارتباط صادقانه و خالص موجب تقویت احساس پیروزی و شرف شده و در فرد حس افتخار و اعتماد را

برای انجام تلاش های مفید زندگی بوجود آورد

۳- در سیستم رفاهی بهزیستی، مددکاران اجتماعی با استفاده از خدمات تخصصی حرفه ای مددکاری، آموزش و

مشاوره، مددجویان را برای باور و پذیرش وضعیت موجود، شناخت توانمندی ها و ظرفیتهای آنها، نقاط قوت و ضعف

، تهدیدها و فرصتهای زندگی و تغییر به سوی توانمندی و خوداتکایی کمک میکنند. این امر منجر به حمایت

اطلاعاتی از مولفه های حمایت اجتماعی و در نتیجه ارتقا سطح توانمندی و ایجاد عاملیت در بانوان سرپرست خانوار

خواهد شد که خود زمینه ساز سلامت اجتماعی و خود اتکایی آنان است

- ۴- همچنین مددکاران می توانند با ارائه خدمات مددکاری گروهی به شناخت بیشتر مسائل و مشکلات مشترک زنان سرپرست خانوار کمک کنند که این امر منجر به در میان آنان می گردد. از این طریق با ایجاد حس داشتن مشکل مشترک، تبادل اطلاعات، اشتراک تجربیات به نوعی سطح حمایت عاطفی و اطلاعاتی بانوان را ارتقاء دهند که بالتبع موجب تقویت سلامت اجتماعی در آنان خواهد شد.
- ۵- آموزش اساس تغییر است. آموزش پایه و اساس تغییر نگرشها و باورهای کلیشه ای و تابویی محدود کننده زنان سرپرست خانوار است باورهای فرهنگی که ریشه در ترس از تعامل سازنده و سالم دارد. مددکاران اجتماعی از طریق بستر سازی و آموزشهای مهارتی مورد نیاز بانوان به حمایتهای اطلاعاتی، مطلع سازی، تغییر نگرش، و افزایش سطح آگاهی بانوان کمک چشمگیری خواهند نمود که در نهایت توانایی تصمیم گیری، حل مسئله، برقراری رابطه مؤثر و سایر مهارتها را فرا گرفته و احساس ارزشمندی از جایگاه خود را در آنان بوجود خواهد آورد
- ۶- مددکاران اجتماعی پس از شناخت قابلیتهای بانوان و ارائه آموزشهای لازم با شناسایی منابع و امکانات درون و برون سازمانی و عرضه داشتن به مددجویان بصورت مستقیم و غیر مستقیم در تامین تسهیلات کالاها و خدمات، وسایل، تجهیزات مورد نیاز به حمایت ابزاری از آنان می پردازند و آنان را به سوی شکوفایی، پذیرش و مشارکت اجتماعی از مولفه های سلامت اجتماعی سوق می دهند

منابع:

۱. ریترز، جرج ۱۳۷۹ نظریه جامعه شناسی در دوران معاصر ترجمه محسن ثلاثی نشر علمی
۲. زاهدی اصل، محمد؛ امنیت انسانی زیر ساخت سلامت اجتماعی؛ نشریه نیکی.
۳. پارک، جی . ای و پارک . ک . درسنامه پزشکی پیشگیری و اجتماعی (کلیات خدمات بهداشتی)، جلد دوم، ترجمه دکتر حسین شجاعی تهرانی و دکتر حسین ملک افصلی، چاپ سوم، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۱۳۷۵، ۳۷ - ۳۱.
۴. کنگرلو، مریم، ۱۳۸۶، بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیر شاهد دانشگاه علامه طباطبایی، پایان نامه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی.
۵. گولد، ل . کولب، دایره المعارف علوم اجتماعی، ترجمه محمد جواد زاهدی مازندرانی، چاپ اول، انتشارات مازیار، ۱۳۷۶.
۶. مرکز آمار ایران . (۱۳۹۵). نتایج تفصیلی سرشماری عمومی نفوس و مسکن استانها وکل کشور
۷. دستورالعمل حمایتهای اجتماعی بهزیستی کشور، ۱۳۹۱
۸. شکر بیگی ، عالیه و همکاران ، ۱۴۰۰ ، تدوین مدل سلامت اجتماعی بر اساس حمایت اجتماعی و اعتماد اجتماعی در زنان سرپرست خانوار شهر رشت ، دوره ۱۱، شماره ۱، ۴۳-۳۴
۹. عاطفی ، قربانعلی و همکاران، ۹۸، تدوین مدل ساختاری بین دینداری و سلامت اجتماعی در زنان سرپرست خانوار با نقش میانجیگر حمایت اجتماعی، دوره ۱۲ شماره ۱، ۵۵-۴۳

۱۰. همتی، الهام و همکاران، ۹۱، تاثیر حمايت اجتماعى بر سلامت اجتماعى زنان سرپرست خانوار شهر رودهن ، دوره ۶ ، شماره ۱۸ ، ۴۵-۶۱
۱۱. رضا، همتی ، رحيمى على آبادى، اباذر، ۹۲، رابطه حمايت اجتماعى با سلامت روانى مطالعه موردى زنان شهر خلخال، دوره ۱۱، شماره ۴۲، ۱۰۵-۱۱۹
۱۲. بنى فاطمه ، حسين و همکاران ، ۹۲ ، بررسى ميزان سلامت اجتماعى دانشجويان دانشگاه آزاد واحد تبريز ، دوره ۳، شماره ۱۱ ، ۳۷-۵۰
۱۳. حسيني حاجى بکنده، سيد احمد ، تقى پور مليحه ؛ بررسى تأثير حمايت اجتماعى بر سلامت اجتماعى زنان سرپرست خانوار شهر تهران، ۱۳۸۹، دوره ۳، شماره ۷ ، ۱۳۹-۱۵۸