بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در بین زنان سربرست خانوار در شهر كرمان

سعیده گروسي، شيماء شیستری،

(تاریخ دریافت ۱۳۸۹/۶/۲۷، تاریخ نپذیرش ۱۳۹۰/۳/۲۵)

چکیده
سلامت روان یکی از جنبه‌های مهم اساسی و سلامت نقلی می‌باشد. خانواده‌های زن سربرست در ایران و جهان رو به ازدیادن زنان سربرست خانوار به علت شرایط خاصی که در زندگی نجربه می‌کنند از نظر سلامت روان در وضعیت خطرنامه‌ای قرار دارند. این پژوهش با هدف شناخت عوامل اجتماعی مرتبط با سلامت روان زنان سربرست خانوار تحت پوشش بهزیستی شهر کرمان انجام شده است. برای انجام این پژوهش از چارچوب نظری سرمایه اجتماعی استفاده گردیده است. نمونه این پژوهش ۲۲۵ زن سربرست خانوار تحت پوشش بهزیستی بودند و اطلاعات از طریق پرسشنامه دوم‌ضمنی منفقات خانواده و پرسشنامه جی اچ ویست و هشت همراه با مصاحبه‌های گروهی دریافت شد. نتایج نشان داد که نزدیک به ۴۴ درصد افراد مبتلا به ارتباط مناسبی از نظر سلامت روان ندارند. تفکرات و احساسات اجتماعی احساس عضو نهاد اجتماعی، سرمایه اجتماعی، ابزار، شبکه اجتماعی و قراردادی نماد با اعضای شبکه هم‌ستگی معنی‌داری با سلامت روان دارند. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که حمایت مالی، حمایت عاطفی، حمایت

1. استادیارگروهعلم اجتماعیوعضوگروههایپژوهشیجامعه‌شناسیمطالعاتشهریروستایی ومسائل
sgarousi@uk.ac.ir

2. کارشناسارشدمطالعاتزنان

3 Wellbeing
4 GHQ28

مجله مطالعات اجتماعی ایران، دوره پنجم، شماره ۱، بهار ۱۳۹۰
خدماتی و همکاران اجتماعی، مربوطین عوامل اجتماعی پیشینی کننده سلامت روان ازدواجهند.

مواد مطالعه: می‌شوند نیازمندی‌ها، سرمایه اجتماعی شکه، خصوصاً در بعد کارکردی،

بحث از سرمایه اجتماعی عادی در دنبال و وضعیت سلامت روان مورد توجه است.

واژگان کلیدی: سلامت روان، سرمایه اجتماعی، سرمایه اجتماعی شکه، زنان سرپرست

خانوار، کرمان.

مقدمه

در دنبال معابر، مؤلفه‌های گوناگون، رفاه اجتماعی شاخه‌های پیش‌رفته کشورها تلقی می‌شوند و پدیده امنیت به یکی از این شاخه‌های مهم تبدیل شده است. برنامه توسعه سازمان ملل امنیت شغلی، امنیت درآم، سلامت، مثبت زیست و را مهم‌ترین نگرانی‌های جهانی در رهبری امنیت انسانی معرفی می‌کند (گزارش توسه انسانی سازمان ملل، 1994). به نقل از راهنما اصلی (1281)، از این رو، شناخت وضعیت امنیت سلامت، خصوصاً سلامت روانی اعداد جامعه، کمک زیرگری به برنامه‌ریزی‌های اجتماعی می‌ندام. بررسی وضعیت سلامت روانی زنان سرپرست خانواده که اکثری از نظر شاخه‌های رفاه اجتماعی در وضعیت مطلوبی به‌ساز نمی‌برد، جامعه را به هدف تأمین امنیت انسانی نزدیک می‌کند.

تعداد زنان سرپرست خانواده گاه به‌نیت‌پذیر و گاه در عین حضور مردان برگزاری با شرایط ویژه، مستندی تأثیر اقتصادی خانواده، ایست و بهره‌دار می‌شود. در سال‌های اخیر رابطه محیط زیستی این زنان کم‌پرس و مصرف ثروت و ضرورت سلامت جسمانی و روانی نسبت به منابع مورد به واقعیت شده است. این بروز از زنان سرپرست نزدیک به دیدگاه خانواده‌های ایرانی را به‌عنوان دارنده سلامت روانی مادر در تعیین سلامت روایی و اجتماعی قدردانی می‌کنند و به‌سبای دارد؛ این مسئله در فضای بزرگتر و مهم‌تر می‌شود. این زنان که به مطابق، فقیرترین حوزه، شباهت می‌آیند، در زنجیره فقر گرفتار می‌شوند. به‌کاهش سطح سلامتی (و به تبع آن سلامتی روی) سایر خانواده‌های زنجیره، از جمله بی‌قدرتی، آسیب‌پذیری در پر، خانواده‌ها ضعف و ناتوانی و... فشار منفی‌های را بر ایشان تحمل می‌کند. اهمیت توجه به وضعیت سلامت این بروز از زنان زمینی درک می‌شود که به بار سنتی اقتصادی حاصل از بیماری‌ها که به صورت مستقیم و غیر مستقیم به فرد، خانواده و...

1 U.N.D.P
جامعه تحمیل می‌شود، نظری بی‌فکنیم، با توجه به نقش محوری این زنان در خوانده، در صورت نامناسب‌بودن می‌تواند به‌یکی از عوامل سقوط در درجه ناوانی و آخرالزمان شود. ضروری می‌نماید. فناوری شبه‌کهنه اجتماعی زنان سرپرست خانوار که خود برخاسته از عوامل اقتصادی و فرهنگی و اجتماعی برآمده‌های این اجتماعی، تهیه‌نیازمند جدی برای سلیمیت و سلامت روان نشان محسوب می‌شود. لذا این پژوهش بر آن است تا با این‌که سرمایه اجتماعی در دسترس و حمایت‌های شبه‌کهنه اجتماعی، به‌نیازمندی وضعیت سلامت روان زنان سرپرست خانوار بیردازد.

سازمان بهداشت جهانی سلامتی را حالت بهره‌برداری کامل جسمانی، روانی و اجتماعی می‌داند. از این دیدگاه، سلامت صرفاً بیماری‌نفوذ نیست (کریتس، 1382). از دیدگاه جمیز، فقدان سلامت جسمانی و روانی در تغییرات محرومیت، به‌ناوانی و فقر برثاگت منتهی می‌شود. (ازکیا، 1377). تعدادی از جنبه‌های مفهوم کلی سلامت است و منابع عبارت است از: قدرت آرام‌زندگی و با خود و دیگران در آرام‌زندگی، نگاهی به درون و احساسات، خود و قدرت تصمیم‌گیری در بحران‌ها و مقابله موفق با فشارهای روانی (دیماکو، 1379).

بنابراین در حالی که، زنان در دوره‌های مختلف زندگی بیش از مردان در معرض آسیب‌های متعدد قرار می‌گیرند و بر این اساس، سازمان بهداشت جهانی، سلامت زنان را یکی از شاخص‌های توسیع در ارزیابی کشورها تلقی کرده است. در این میان، زنان سرپرست خانوار به عنوان ایستاده‌های نیازمند، در معرض آسیب‌های حداکثرتر قرار می‌گیرند. در سال‌های اخیر، زنان سازمان‌های بهداشتی هم‌لایی فعال در زمینه توسیع از زنان سرپرست خانوار به عناوین فیبرین فرا نام برده‌اند. شواهد زیادی در تأیید محرومیت سلولی خانوار به دلیل جنسیت، در بر بیش از میزان وجود دارد (جانوپر، 1383). هنگامی که، این توجه به وضعیت سلامت این گروه از زنان، خصوصاً سلامت روان، آنها می‌توانند به حل مشکلات زنان کمک کنند.

طبق تعیین دفتر امور زنان و خانواده دبیرستان (1379-1380) و زنان سرپرست خانوار زنان هستند که به‌عنوان تأمین معیشت مادی و معنوی خود و اعضاً خانواده‌های جنگی. در سال‌های 1355 و 1365، حاشیه‌های زن سرپرست به‌ترتیب 79 و 73 درصد از کل خانواده‌های کشور را به‌خود اختصاص داده‌اند (شادی طلب و کمالی، 1383: 65). بررسی سرمشیری سال 1375 ایران، 9/24 درصد خانواده‌ها دارای سرپرست زن بوده‌اند که معادل یکمیلیون و 27 هزار
خانواده، این رقم در سال ۱۳۸۵ برای بانک ۸۰۰ هزار خانوار بوده است (فرنزور و بیگلرانی، ۱۳۸۵: ۴۲). براساس سرشماری سال ۱۳۸۵، سهم زنان در سرپرستی خانوارها به بیش از ۹۴ درصد رسیده است. به این ترتیب، این شماره بسیار بالایی دارد و نشان می‌دهد که درجه اکثر خانوادها، زن سرپرست، نسبت بیشتری از کل خانوادهای ایرانی را به خود اختصاص داده‌اند.

تحقیقات در ایران نشان می‌دهد که فقر و محدودیت مالی و مشکلات اقتصادی از مهم‌ترین مشکلات زنان سرپرست خانوار است (شادی طلب و گراری، ۱۳۸۲). شاهمه و همکاران، ۱۳۸۵ فرزان و بیگلرانی، ۱۳۸۵ شادی طلب و کمالی، ۱۳۷۹). ۹۲ درصد خانوارهای دهکاد اول درآمده در ایران، بی‌سرپرستی یا دارای سرپرست زن هستند (سازمان مادریت و برنامه‌ریزی، ۱۳۷۹). شاخص فقر انسانی زنان سرپرست خانوار معادل ۵۲٪ است که در مقایسه با ناخالص کشوری، بین ۱۹۷۰، به بالاتر (فرنزور و بیگلرانی، ۱۳۸۵).

علاوه بر فقر، این زنان با مشکلات اجتماعی معتقدیست به بغلاند. محدودیت روابط اجتماعی، شبکه اجتماعی محدود و کم‌ناراگاه و طرد شدنی از سوی شبکه اجتماعی، زنان سرپرست خانوار را در بر از آسیب‌های اقتصادی روانی و اجتماعی ضربه بزرگی است (معمیری و جعفری، ۱۳۸۴، شادی طلب و گراری، ۱۳۸۲، همان‌گونه که این دارای این دارایی ۱۳۸۳). بیان می‌کند، انتزاع اجتماعی يکی از مسائل داشتری بیشتری مسئولیت سربازی خانوار توزیع زنان است. کاهش روابط اجتماعی با اعضای شبکه اجتماعی و درنتیجه محدودیت در حمایت‌های اجتماعی درمانی از شبکه‌های متعدد دارد، از جمله: تبریز از آیلودی فرزندان، عدم پذیرش توسط گروه‌های ترس از سایر سیاست‌ها.

تحقیقات نشان می‌دهد سرمایه اجتماعی در سطح عموم به تأمین سلامت روانی انجام جامعه کمک می‌کند. کالاوان و لینج سرمایه اجتماعی را نوعی انتشار سرمایه معرفی کرده‌اند که امکان‌بخشی اجتماعی، تحویل اجتماعی و درنتیجه نوعی دیدگاه نفس و سلامتی را در افراد ایجاد می‌کند (لینج و کالاوان، ۱۹۹۷). به نقل از لیسی (رازه و مرادي، سرمایه اجتماعی برخای سرمایه اجتماعی شبکه، بر سرمایه‌ای تکیه دارد که از ارتباط فرد با جامعه در سطح مختلف (خرد و کل) و نه فقط در سطح خرد تولید می‌شود. از آنجا که حمایت اجتماعی از مجموعه‌ای اصلی روابط درون شبکه اجتماعی محسوب می‌شود (دیبیردوون و همکاران، ۲۰۰۵).
بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در بین زنان سرپرست خانوار در شهر کرمان

برای افزایش تنظیان متقابلی فرد بر فشارها تأمین می‌گردد (کوهن، 2004: 476)، می‌توان حذف زد که محاسباتی روابط در درون سیاست‌های اجتماعی چه عوارض و خیشت بیای سلامت زنان سرپرست خانوار در پی دارد. در واقع، سرمایه اجتماعی شکاک محدود می‌تواند سلامت روانی این گروه از زنان را به خطر اندازد. از این رو، شناسایی میزان برنخورداری زنان سرپرست خانوار از سلامت روانی و عوامل اجتماعی ایجادکننده آن، زمینه‌رای برای مداخله در شرایط زیست این گروه زنان فراهم می‌گردد.

چارچوب نظری

سرمایه اجتماعی و نظر به‌های مربوط به آن

امروزه سرمایه اجتماعی متغیر اجتماعی مهمی است که می‌تواند با سایر متغیرهای اجتماعی، تحریک جرم، نسبت‌های اجتماعی، فقر، نوسان‌های اجتماعی، سلامت و کیفیت زندگی در ارتباط باشند. سرمایه اجتماعی، یکی از اصلی‌ترین دارایی‌های اجتماعی محسوب می‌شود که همچنین سرمایه اقتصادی توانایی بزارتند و افزایش را در بطن خود چای داده است. براساس معرفی بانک جهانی، سرمایه اجتماعی به شکاک‌ها و هنگام‌هایی اشاره دارد که کنش جمعی را تسهیل می‌کند. سرمایه اجتماعی شامل نهادها، روابط و رسم‌های است که به کمک و کیفیت کنش‌های منقابل اجتماعی شکل می‌یابد (بانک جهانی، 2009).


1 World Bank
سرمایه اجتماعی مشکل از دو بعد است: پیوندهای عضوی بین افراد و نوع ذهنی پیوند; يعني، وجود احساس مثبت و اعتماد به یکدیگر (فیزیولوژی اهمیت جامعه: 1385: 200). گیتز، سرمایه اجتماعی را به معنای شکلی روابط تعمیق که در جامعه سنتی محدود و درون گروهی و در جوامع مدرن، و سبب تعمیق یافته است (عبداللهی و موسوی، 1386: 201). یکی از اهمیت هنگار اجتماعی به عنوان یکی از سرمایه اجتماعی تأثیرگذار است که باعث افزایش سطح خود را دارد. بعد مسیرکاری اجتماعی به دو گونه مشابکه رسمی و مشابکه غیر رسمی اشاره دارد. مشابکه مدنی به میزان مشابکه افراد در گروه‌ها، باشگاه‌ها، انجمن‌ها، امور شهر و مدرسه و نظیر آن‌ها می‌پردازد (آلیان و شیرواری، 1385: 57) در حالی که مفهوم مشابکه غیر رسمی به پیوند فرد با شبکه‌های روابط اجتماعی غیر رسمی می‌پردازد.

سرمایه اجتماعی شبکه

سرمایه اجتماعی همیشه در سطح کلان تولید می‌شود، بله، روابط روزمره افراد با گروه‌های غیر رسمی نزدیک، همچون گروه خانواده، خوشاوبان، دوستان، همکاران و همسایگان می‌توانند منبع بسیار خوبی برای تولید سرمایه اجتماعی محصول شوند. هیچ‌کس اجتماع کوچکی در مقیاس با جامعه در سطح کلان وجود دارد که با عوامل اجتماعی یک آن یاد می‌شود و در واقع، شکل روابط غیر رسمی فرد است. روابط و پیوندهای اجتماعی بنابر نظریه تحلیل شبکه، سرمایه اجتماعی و دارای فرد محصول می‌شود و فرد از طریق آن می‌تواند به منابع و حمایت‌های موجود در این پیوندها دسترسی پیدا کند (باسنا و صالحی هیکمی، 1384: 64). شبکه اجتماعی که به‌طور مداوم یا و از جمله شرایط منجر می‌شود به همچون محافزه در برقراری احترام می‌رساند و می‌تواند فرد را به احترام بازسازی و از جمله بهبود می‌رساند. احترام‌های شبکه و شرایط غیر قابل حمل تولید از انسجام شبکه حمایت به عمل می‌آورد. حمایت اجتماعی درایافته فرد از شبکه اجتماعی پرآمنی خود، بخش مهمی از تبادلات ذهنی شبکه و روابط اجتماعی را تشکیل می‌دهد.

1 Network community
همانطور که باستانی و صالحی هیکهی (۱۹۶۶: ۶۰) می‌گوید، سرمایه اجتماعی شبکه، کالایی فردي است و به سرمایه‌گذاری افراد در روابط اجتماعی و در انتخاب و گرفتن منابع موجود در این روابط برای کسب وارده مورد نظر اطلاع می‌گردد. در حالی که سرمایه اجتماعی در مفهوم عام و کلی خود به سرمایه جمعی و در اختیار همان اطلاعات می‌گردد که کارکردهای مشت و منفی آن در سراسر زندگی اجتماعی نمود می‌یابد. در تحلیل شکله اجتماعی سرمایه اجتماعی در سطح کشور و تعاملات بین فرده مورد توجه قرار می‌گیرد. از این رو، پایه‌های عملیاتی و قابلیت افراد در شبکه‌های اجتماعی به مبانی یک کسب منافع متنومن از شبکه نبیل می‌شود. از دیدگاه بوردو، سرمایه اجتماعی شامل همه منابع واقعی و الفقوهی است که می‌تواند در اثر عضویت در شبکه اجتماعی کنشگران با سازمان‌ها به دست آید (انر، ۱۹۹۵: ۸۸-۸۹). بوردو (۱۹۸۵: ۲۴۹) بر این باور است که مرز سرمایه اجتماعی یک که در آن بحث‌های اجتماعی بر روی آن انجام می‌دهد است، بستری به ادگاه شبکه ارتباطات وی می‌تواند به طور مؤثری تغییر یابد. بنابراین، جنبس نسبت به نظریه سرمایه اجتماعی، شبکه و روابط اجتماعی را به بحث‌های بوردوی منتسب کنیم. سرمایه اجتماعی شبکه دارای سه بعد است: سه بعد ساختی، سه بعد آمیخته و ترکیب شبکه بند تعمیم مثل فرمانی، فرهنگ آزاد و شباهنگی تام آنها با هم؛ بعد کارکردهای شامل انواع حمایت‌های مالی و عاطفی، مشورتی و... که در روابط شبکه‌های جاری است.

سلامت روان و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن

برای یک روان‌پزشک سازمان بهداشت جهانی سلامتی به معنای رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی است و به هفتمان بیماری و ناتوانی سلامت روان در ساکنی از آن که چه احساسی نسبت به دنیای بیماری، محل زندگی، اطراف‌ها، میزان درآمد و موقوفیت مکانی و زمان خوش دارد، شامل می‌گردد (نواری‌نژاد، ۱۳۷۳). سلامت روانی یکی از منابع مهمی است که در رشد و باندگی خانواده و جامعه مؤثر است. سلامت بهداشت جهانی (۲۰۰۴) سلامت روانی را حالتی از برجسته‌تری است که در آن فرد تنامدی خود را شناخته و آن را نحو مؤثر و مولت استفاده کرده و برای اجتماع خوش می‌کند. این سلامت روان به‌وسیله پیشگیری از ایجاد به بیماری‌های روانی، کنترل عوامل مؤثر بر بروز آن، تشخیص روندهای پیشگیری از عوامل ناشی از بیماری‌های روانی و ایجاد محیط سالم برای برقراری روابط صحیح انسانی است (میلانی، ۱۳۸۲). سلامت روانی را می‌توان براساس

105
تعیین کلی و وسیعترین تعریف کرده است. طی چند گذشتار، از اینجا ما از تعریف، به طور
گسترده‌ای تغییر کرده است. عمر طولانی‌تر از متوسط، ناتنه انسان از ابتلا به بیماری‌های
مهم‌تر با کنترل، بویوتیک‌ها و پیشرفتهای علمی و تکنیکی، محقق‌های تن‌درستی را به دست داده که توانی تغییر به
سطح بالایی تن‌درستی را یافته‌اند. چنین محقق‌هایی نیازمند تعامل در تمام ابعادی زندگی
فرد از نظر جسمانی، عقلی، اجتماعی، فیزیکی و معنوی است. این ابعاد در رابطه متقابل با
یکدیگرند. به طوری که افرادی که هر فرد از دیگران و از محیط تأثیر می‌گیرد و آن‌ها تأثیر می‌گذارد.
بنابراین، تغییر سلامت روانه‌ی تن‌درستی است، این ابعاد در رابطه متقابل با
یکدیگرند. به طوری که افرادی که هر فرد از دیگران و از محیط تأثیر می‌گیرد و آن‌ها تأثیر می‌گذارد.

سلامت روانی یکی از جنبه‌های مفهوم کلی سلامت است و معنا را این دارد که آن‌ها به
خود و دیگران در آرامش بودن، آگاهی از درون و احساسات خود، قدرت تصمیم‌گیری در
پیمان‌ها و متقابل موافقه‌ای فنارهای روان‌ست. سلامت روان عبارت است از
سازگاری مداوم با شرایط متغیر و ملایم تحقیق اعتماد بین تفاضلاتای درونی و اعمال
محیط در حال تغییر (گلدبرگ و دیگران، 1997). برخوردی برندی از سلامت روانی از پیشرفته
فر و جامعه جلوگیری می‌کند. زیرا در جنبه شرایطی فرد توانایی اجرای صحیح وظایف حموله
و ایفای نقش‌های اجتماعی را ندارد؛ بنابراین، هم فرد و هم جامعه را به تحلیل می‌رود. تعیین
دیگر، به‌دانستن روان را عبارت از سلامت فکر دانسته و پیام می‌کند بهداشت روانی
برخوردی با روابط فردی است که می‌تواند برای ایجاد سیستم از
مورد ایجاد تحرک پیشرفته و تکمیل در حد فردی، می‌توانند اقدام کند (خسروی و
اکلیچی، 1382: 20). افراد دارای سلامت روان، پرربز و متقابل مشخص دارند، پربرز خود
دوست‌دارشون خوششین، برقراری روابط با دیگران، متقابلی به نیازهای زندگی (چالشی برخورد
کردن)، برز مناسب‌همگان.

ارتفاع سلامت روان عبارت است از فردی، افرازیان، اجتماعات برای کنترل
زندگی خود و هم‌بین‌بخشیدن به سلامت روان‌شناس که با استفاده از راه‌های‌های اعم از
تقویت تابعی افراد، حمایت‌های محیطی، برقراری عدل اجتماعی، تعامل و احتراز به شرافت
فردى صورت می‌گیرد (رقیعی، 1388). روبروی یک متأخر به سلامتی، ارتباط دوستی را بین وضعیت سلامتی و وضعیت اقتصادی - اجتماعی در نظر می‌گیرد. از یکسو، عدم تعامل در وضعیت اقتصادی - اجتماعی در هر یک از شرایط سلامت روان و نگرش شود و نقش عمومی اقتصادی و اجتماعی در پرداختن، مثل شبکه‌های حمایت کننده، توزیع عادلانه امکانات و بهبود تعاملات اجتماعی معنوی در ارتباط سطح سلامت روان را به دنبال بیمار. از سوی دیگر، نامندگی دوران وضعیت سلامت روان بر عملکرد اجتماعی و شوهر تعاملات جمعی اثر می‌گذارد.

سرمایه اجتماعی، کارکردهای آن و سلامت روان

روابط اجتماعی باید در زندگی اجتماعی و توزیع شبکه‌های اجتماعی، به این ترتیب آن سرمایه اجتماعی، محصول منشأ و روابط اجتماعی زمینه برقراری سابلات مادی و غیر مادی بین اعضای جامعه را رواه می‌کند. شرایط نشان می‌دهد که ماهمت روابط اجتماعی و حمایت اجتماعی مدول انتظار در این تعاملات بیشتر (کم و نسبی‌الا، 1389). خواص اجتماعی یکی از ویژگی‌های اصلی روابط اجتماعی شبکه است که در سراسر جهان مورد توجه است (دیویدسن و دیگران، 1388). حمایت اجتماعی عبارت است از تأمین منابع مادی و رویایی از سوی شبکه اجتماعی، به‌عنوان یک توانایی فرصت مناسب را به روابطی با فشارها افزایش می‌دهد (کوهان، 1384). بنابراین، حمایت اجتماعی از اعضای شبکه یکی از کارکردهای شبکه روابط اجتماعی محصول می‌شود.

حمایت اجتماعی دارای دو شکل عمده و ابزاری است (زکی، 1387: 44). از نظر زکی، مهم‌ترین شکل‌های حمایت اجتماعی، حمایت عاطفی و ابزاری است (هیپنی). در حالی که باستانی و صلیبی هیپنی (1386) از حمایت مساعدت حمایت عاطفی، حمایت خدماتی، حمایت مالی، حمایت اطلاعاتی و حمایت مشورتی به عنوان مهم‌ترین انواع حمایت اجتماعی یاد می‌کند.
می‌کند. حمایت عاطفی و ابزاری و هزینه‌اش می‌تواند موجب جویدن عاطفی موجود در شیکخ هم باشد.

 أهمیت اجتماعی نش می‌باشد در حفظ سلامت انسان، کاهش آثار منفی فشارهای محیطی

 و بهبود کیفیت زندگی دارد (زمان‌زاده و همکاران، ۱۳۸۶: ۵). یکی از سازوکارهای که حمایت

 اجتماعی از طریق اثر کیفیت زندگی و شاخص‌های آن اثر می‌گذارد عبارت است از برداشت

 از خود و اهمیت خود که به احساس روان‌نشایی، منبع مهمی برای ارتباط با موقعیت‌های

 استرس‌زا زندگی است (پیکس و دیگران، ۱۹۹۷). از سوه دیگر، حمایت اجتماعی از طریق

 افزایش احساس خودرزانده‌ی و روی آوری، به اطلاعات سطح سلامت به كمک می‌کند

 (کرناز، ۱۹۹۱). یافته‌ها تحقيقات تجريبي نشان مي‌دهد که حمایت اجتماعي نوع دیگر

 اجتماعي مي‌تواند كارردهای مشابه برای سلامت روانی و سلامت جسماني داشته باشد (رایت

 و بل. ۲۰۰۳: ۴۲).

 برای تبیین رابطه حمایت اجتماعی و سلامت دو مدل وجود دارد: ۱. مدل ضریب‌گیری غیر مستقیم که می‌گوید حمایت اجتماعی از فرد در برای استرس‌های رابط حفاظت به عمل می‌آورد. مثله‌ای روابط اجتماعی در تعطیلات آخر هفته سیر محافظتی خوبی در مقابل

 افسردگی می‌تواند که مدل تأثیرات مستقیم یک مدل پرانت‌دهی اجتماعی است. ارتباط مستقیم بین حمایت

 اجتماعی و پیامدهای اجتماعی و روی آوری وجود دارد. در این مدل، به تأثیرات مستقیم حمایت

 اجتماعی در برای اثرات محفظتی کننده آن همچنین بیشتری داده می‌شود. (هامان). در مدل دوم،

 حمایت اجتماعی در همه حال و هم فقط در شرایط روپاپویی با استرس، اثرات مثبت و

 سودمندی بر سلامت جسمانی و روانی افراد دارد (على، پور. ۱۳۸۵). ۱۰۸
بیشتر رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در بین زنان سرپرست خانوار در شهر کرمان

منجر شده است. (ریاحی، 1378: 28). حاجبی و فردیندیا (1388) به این نتیجه رسیدند که بین سلامت روان و حمایت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد. فوقانی بر این، تغییر سیاست‌گذاری‌ها با هدف ارتقای کیمی و کیفیت شیکته‌های حمایتی، بهبودی برای گروه‌های آسیب‌پذیر، می‌تواند باعث افزایش کیفیت حمایت اجتماعی و در نتیجه سلامت روان گردد. قاندم و عقوقی (1387) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی ادرک‌گردید باعث می‌شود در دانشجویان رابطه دارد. ابتدا برخی از ابعاد حمایت اجتماعی ادرک‌گردید به سزای اباعد به تبیین سلامت روان در یک جنس خاص کمک می‌کند. ایمان و همکاران (1387) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که هرنگاه دانشجو در ساختار اجتماعی دارای سرمایه اجتماعی بالاتر باشد، آن‌ها حمایت‌های اجتماعی، روایی و مالی، وجود شیکته‌های خوش‌وپوشانی، حس علیه و باستیکی و مشارکت سلامت روانی وی در وضعیت بهتر قرار خواهد داشت. همچنین ایمان و همکاران (1387) به این نتیجه دست یافتنی که به‌دست شناختی سرمایه اجتماعی با سلامت جسمانی و روانی مادران ارتقاء منتظر معنی‌داری دارد. از سوی دیگر، بین سرمایه اجتماعی ساختاری با سلامت مادر همبستگی مکووپی و وجود داشت.

به طور کلی، با توجه به چارچوب نظری و نتایج مطالعات پیشین می‌توان گفت که سلامت روان به‌عنوان یکی از ابعاد اصلی سلامت، تحت تأثیر متغیرهای متعددی قرار دارد. یکی از این متغیرها سرمایه اجتماعی، خصوصاً سرمایه‌های بازی‌های اجتماعی است. سرمایه اجتماعی در رو به بیشتری ساختاری و سرمایه‌های اجتماعی شکل گرفته است. سرمایه اجتماعی کارکردی با سلامت روان ارتباط دارد. در واقع، سرمایه اجتماعی پشتیبانی عاده و کلی است که در جامعه طرحی دارد و با شکی برآن، افراد به نحو شایسته‌تری می‌توانند را ایفای نقش پردازند. از سوی دیگر، سرمایه اجتماعی شکله‌نوعی از سرمایه است که در روابط بسیار ندیده و مذاک شکل می‌گیرد و باقی ماند.

در این پژوهش، تأکید زیادی بر رابطه کارکردی شکله‌نوعی سرمایه اجتماعی با سلامت روان شده است. علاوه بر این، با توجه به محدودیت‌ها و تغییراتی بیش روز زنان سرپرست خانوار، به نظر می‌رسد آن‌ها از میزان سرمایه اجتماعی بالائی برخوردار نباشند. در جین شرایطی، احتمالاً سطح سلامت روان آنها با مشکلات جدی مواجه خواهد شد. این پژوهش درصدپذیرب نسبت

به چند سؤال است:

میزان سرمایه اجتماعی زنان سرپرست خانوار در چقدر است؟
وضعیت سلامت روان ایشان چگونه است؟

بین سرمایه اجتماعی و وضعیت سلامت روان در افراد مورد مطالعه چه رابطه‌ای وجود دارد؟

روش پژوهش

این پژوهش با صورت پیمایشی انگیزه‌ای است. جامعه شناسی این پژوهش کلیه زنان سرپرست خانواده‌ها در این مطالعه شامل زنانی از سال 1387 تا 1390 می‌باشد. کل این 8756 زن سرپرست خانواده در کرمان جویه دارند که از این بین 2900 نفر تحت پوشش سازمان بهزیستیان و 245 نفر بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. ابزار گرداری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه همراه با مصاحبه است. به منظور اندازه‌گیری سلامت روان افراد مورد مطالعه از پرسشنامه استاندارد سلامت عمومی پرسشنامه جی اچ وای بیست و هشتم که گلدنبرگ در سال 1972 تنظیم کرد و به منظور تشخیص اختلالات خفیف روانی مکرراً از آن بهره‌برداری می‌شود، استفاده گردید. برای سنی‌گیری به‌دست ارای قابلیت‌های اجتماعی سرمایه‌ای شبکه (ساختی، تعاملی و کارکردی) از پژوهش‌های سوال و برای سنی‌گیری سرمایه‌ای اجتماعی (بعد شاختگی با شاخص تعامل و بعد ساختگی) با شاخص مشترک و تعلیق 27 سوال ارایه شدند. شاخص بعد ساختگی سرماهی اجتماعی شبکه، اندازه و ترکیب شبکه بوده و در حالی که برای شاختگی بعد تعاملی از شاخص شرافتی تعامل و شباهت ساختگی استفاده شد. برای اندازه‌گیری بعد کارکردی هم از شاخص‌های حمایت مالی، عاطفی، اطلاعاتی، مشترک و خدماتی استفاده شد. کلیه سوالات در قالب نظریه لیکرت مطروح شد و بر همین اساس نمره‌های انجام شد. پرسشنامه جهت تحقیق روانی صورتی، به وسیله نظر سنجش‌های ساده، برای سنجش یکپارچگی درمورد گویه‌های درمانی ساختگی برای انتخاب هر یک از متغیرهای اصلی، محاسبه شد. ضریب الفای کرونباخ درمورد گویه‌های درمانی بعد ساختگی سرماهی اجتماعی شبکه معادل 0.76 و سرماهی اجتماعی ابرای 0.81 به دست آمد.

پرسشنامه جی اچ وای بیست و هشتم هم 28 سوال دارد. این پرسشنامه چهار بعد اساسی را دربر گیرد که عبارتند از: علایم جسمانی (توجه احساس ضعف و سستی)؛ اضطراب و اختلال در خواب (مثل بی خوابی، بیدارشدن در طول خواب و...)؛ اختلال در کنش اجتماعی

1 GHQ28
بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در بین زنان سرپرست خانوار در شهر کرمان

(نظر مشغولیت، صرف وقت زیاد و...) و افسردگی (مثل احساس پیازی، تماشای بخودگنی و...) خط بر پر در این پرسشنامه ۳۳ است. یعنی هر چه به نسبت فرد در این پرسشنامه بالاتر بود، تغییرات نامربوطه در پارامترها و فرد بیشتری روانی را نشان می‌داد توجه و آگاهی شاید بیشتری باشد. نظر سلامت روانی، شرایط ایده‌آل برای مشاهده می‌شود. این بنابراین پرسشنامه در بهترین نظرهای بررسی (۲۳) به ترتیب برای با ۸۴ و ۲۸ درصد است (حسینی و همکاران، ۱۳۸۷). بر این اساس با توجه به مطالعاتی بنا نمایشی (بانظهری و کافی، ۱۹۹۰) در پژوهش، بحث، ضریب آلای کرنش محاسبه شده برای با ۸۰۰ بود. همچنین هماهنگی مبین نهایی این پرسشنامه که محاسبه کرده است، برای با ۸۰۰ می‌باشد (هومن، ۱۳۷۶). با ستون‌های پرسشنامه سلامت عمومی و مقياس بالیدی (بک، ضریب روابی ۱۳۸۷، معادل میانگین (توپیوی) و داستانی، اعتبار ملاک این آزمون براساس ضریب همبستگی بین نمرات حاصل از آزمون دو پرسشنامه چی اج کیوی است و هشته و پرسشنامه اس ال نود ۱ برای با ۸۲/۰ بود.

نتایج

نتایج این پژوهش نشان داد که میانگین سنی زنان مورد مطالعه ۳۲/۵ سال بود. ۹۰ درصد باشگاه‌نیان خاصیت دیپلم و زیر دیپلم داشتند. ۲۴/۵ درصد از آنها بی‌سواد بودند. ۵۸/۲ درصد خود را خانم‌های از معرفی کردند. علت سرپرستی خانوار در ۹۲ درصد زنان، از کار افتادگی همسر و ۲۵ درصد ناهنجاری مزاجی تلقی ۳ نفر را به عهده داشتند و ۱۸/۲ درصد بیش از ۵ نفر را تحت تکلیف داشتند. ۴۸ درصد در منزل اجراهای بیسفر می‌پرداختند و ۹۸ درصد مدعی بوده که درآمیز زیر ۳۰۰۰۰ تومان در ماه دارند.

وضعیت سرمایه اجتماعی شیکه در بعد ساختاری: میانگین تعداد اعضا شیکه برای باشگاه‌نیان ۱۰۴ با واریانس ۴۳۵/۴ بود. دانه تغییرات تعداد اعضا شیکه بین صفر و ۳۶ در درگاه شده است. بر اساس نتایج تحقیق، میانگین تعداد دوستان ۱۵ نفر، میانگین تعداد همسایگان مرتبه ۲-۴ نفر و میانگین تعداد خوشبختی‌ها موجود در شیکه ۲-۰۷ است.

۱ SCL90

۱۱۱
وضعیت سرمایه اجتماعی شیرکه در بعد تعاملی: همان‌گونه که انتظار می‌رفت، فراوانی تماس با خوشآمیزندان به‌شیب از دوستان و همسایگان است. ۴۹.۸ درصد پاسخگویان اظهار کردند که تماس زیادی با خوشآمیزندان دارند، در حالی که تنها ۳۰ درصد نماس محدود با خوشآمیزندان را اعلام کردند. ۵۸.۴ درصد تماس کمی با دوستان و ۱۸.۲ درصد تماس زیادی با آنها داشتند. روابط با همسایگان معادل بود، چنان‌که ۴۹.۸ درصد نماس کم و ۳۱.۴ درصد نماس زیادی با همسایگان داشتند. این نتایج حاکی می‌شوند که در حالتی که این میزان برای تماس با همسایگان به ۶۹.۲ درصد و برای دوستان به ۱۶ درصد می‌رسد.

وضعیت سرمایه اجتماعی شیرکه در بعد کارکردی: عمده‌ترین کارکرد شیرکه، حمایت عاطفی و مالی بوده و حمایت خدماتی، مشورتی و اطلاعاتی در مرتبط‌های بعدی قرار گرفته‌اند.

جدول ۱: شاخص‌های آماری مربوط به سلامت روان در بین زنان سرسپرست خانوار

<table>
<thead>
<tr>
<th>سلامت روان</th>
<th>میانگین انحراف استاندارد</th>
<th>جدایکردن نمره</th>
<th>هدایت نمره</th>
<th>تعداد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>۲۴.۱۳</td>
<td>۲۰۸.۳۲</td>
<td>۹۴</td>
<td>۵۰</td>
<td>۲۲۵</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول ۲: نشان‌های می‌دهد که میانگین نمره سلامت روان پاسخگویان در حدود ۲۴ بوده است.

با توجه به گستره‌ای واقعی نمرات که می‌توانست بین صفر تا ۸۴ قرار گیرد، نمرات افراد مورد بررسی در این تحقیق بین ۹ تا ۵۰ قرار گرفته است.

جدول ۳: نمره سرمایه اجتماعی یا نمایش می‌دهد که از مجموع نمرات هر اکثریت، شاخص و تعلق به دست می‌آید. طبق نمره‌گذاری انجام‌شده، بالاترین نمره‌های که رأی می‌تواند کسب کند برابر ۹۱ و کمترین نمره برابر ۲۴ است. بالاترین نمره‌های که زنان سرسپرست خانوار در این پژوهش کسب کرده‌اند، ۷۰ و کمترین نمره برابر با ۱۷ بوده است.

جدول ۴: توزیع فراوانی زنان سرسپرست خانوار بر اساس سطح سرمایه اجتماعی

<table>
<thead>
<tr>
<th>سرمایه اجتماعی</th>
<th>متوسط</th>
<th>پایین</th>
<th>بالا</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>تعداد</td>
<td>۷۶</td>
<td>۴۶۸۲</td>
<td>۱۵۳</td>
</tr>
<tr>
<td>درصد</td>
<td>۴۳.۸۲</td>
<td>۲۷.۲۸</td>
<td>۲۹.۵</td>
</tr>
</tbody>
</table>

این جدول به ترتیب توزیع نمرات سرمایه اجتماعی را نشان می‌دهد؛ تعداد اطلاعات موجود ۴۶۸.۲ درصد زنان از سرمایه اجتماعی متوسطی برخوردار بودند و تقریباً میزان برابری از آنها از سطوح بالا و پایین سرمایه اجتماعی برخوردار بودند.
بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در بین زنان سرپرست خانواده در شهر کرمان

جدول 2: جدول توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب تعداد اعضای شکا اجتماعی که با آنها ارتباط دارند (نمونه‌سنجی)

<table>
<thead>
<tr>
<th>اعضای شکا</th>
<th>خویشاوندان</th>
<th>همسایگان</th>
<th>دوستان</th>
<th>تعداد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0</td>
<td>166</td>
<td>111</td>
<td>5</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>32</td>
<td>27</td>
<td>5</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>34</td>
<td>18</td>
<td>8</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>22</td>
<td>16</td>
<td>6</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>42</td>
<td>12</td>
<td>8</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>جمع</td>
<td>100</td>
<td>100</td>
<td>100</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

همان‌گونه که در جدول 3 مشاهده می‌شود، حدود نیمی از پاسخ‌گویندگان با هیچ دوستان و
ارتباط ندارند. همچنین، این جدول نشان می‌دهد که درصد با هیچ خویشاوندی
ارتباط دارند. همچنین، این جدول نشان می‌دهد که درصد با هیچ خویشاوندی
ارتباط دارند. در حالی که تعداد کمتری از افراد با هیچ دوست یا
همسایه ارتباط دارند. این جدول حکایت از اهمیت روابط خویشاوندی و تأثیرگذاری
خویشاوندان در روابط بین اعضای شکا اجتماعی دارد.

جدول 4: جدول خلاصه آماریچیپس سلامت روان و متغیرهای مستقل و مشخص شده تحقیق

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر</th>
<th>معنی‌داری</th>
<th>مجموع آمار</th>
<th>درجه آزادی</th>
<th>میانگین مربوط</th>
<th>آنالیز واریانس</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>نتایج در نگه‌داری</td>
<td>1/56</td>
<td>0.000</td>
<td>9/55</td>
<td>0.000</td>
<td>0.000</td>
</tr>
<tr>
<td>نتایج در درجم کل</td>
<td>4/10</td>
<td>0.000</td>
<td>3/04</td>
<td>0.000</td>
<td>0.000</td>
</tr>
<tr>
<td>نتایج در تحقیقات</td>
<td>7/48</td>
<td>0.000</td>
<td>7/48</td>
<td>0.000</td>
<td>0.000</td>
</tr>
<tr>
<td>نتایج در درجم کل</td>
<td>7/48</td>
<td>0.000</td>
<td>7/48</td>
<td>0.000</td>
<td>0.000</td>
</tr>
<tr>
<td>نتایج در بستگی سیستمی جلوگیری</td>
<td>2/50</td>
<td>0.000</td>
<td>2/50</td>
<td>0.000</td>
<td>0.000</td>
</tr>
<tr>
<td>نتایج در درجم کل</td>
<td>2/50</td>
<td>0.000</td>
<td>2/50</td>
<td>0.000</td>
<td>0.000</td>
</tr>
<tr>
<td>نتایج در نتایج افراد تحت نگهداری</td>
<td>16/08</td>
<td>0.000</td>
<td>16/08</td>
<td>0.000</td>
<td>0.000</td>
</tr>
</tbody>
</table>

همان‌گونه که جدول 4 نشان داده است، وضعیت سلامت روان به طور معناداری در بین
گروه‌های مختلف درآمده‌ای نتایج دارد. مقایسه‌های چندگانه آزمون تک‌نگینی نشان می‌دهد که

113
میانگین نمرات سلامت روان در گروهی که در اندام ماهیاندان صد تا سیصد هزار تومان بود پایین بوده است.

یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که نمرات سلامت روان در بین گروه‌های مختلف تختی در سطح پیوسته و در طول مدت و فاصله دیپلم و دیپلم و سیکل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین می‌توان مشاهده کرد که وضعیت سلامت روان در بین گروه‌های مختلفی از زنان که دلایل متعددی برای سرپرست خانواده دارند، تفاوت معنی‌داری دارد. نتایج آزمون تكتیک نشان داد که بین میانگین‌های مربوط به طلاق و فوت همسر میانگین‌های فوت همسر و محرومیت و فوت همسر و از کار افتادگی او تفاوت معنی‌داری وجود دارد. میانگین نمره سلامت روان در افراد مطلق، دارای همسر محروم و دارای همسر از کار افتاده، بالاتر از سایر افراد است و گواه پایبند سطح سلامت روان در این افراد نسبت به همان‌پیشان است. نتایج تحقیق نشان می‌دهد که به طور معنی‌داری سلامت روان با تغییر تعداد افراد تحت تکفیل مرتبط است. نتایج آزمون تخبیبی نشان می‌دهد زنانی که سرپرستی افراد بیشتری را به عهده دارند، از سلامت روان کمتری برخوردارند.

جدول ۵: جدول ضریب همبستگی یپرسون میانگین‌های منکش و سطح سلامت روان از سیرپرست خانواده

<table>
<thead>
<tr>
<th>تعداد</th>
<th>معناداری</th>
<th>ضریب همبستگی یپرسون</th>
<th>متغیر</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>125</td>
<td>0.020</td>
<td>0.317</td>
<td>سن</td>
</tr>
<tr>
<td>125</td>
<td>0.000</td>
<td>0.358</td>
<td>اعتماد</td>
</tr>
<tr>
<td>125</td>
<td>0.000</td>
<td>0.649</td>
<td>احساس تعقیب</td>
</tr>
<tr>
<td>125</td>
<td>0.000</td>
<td>0.417</td>
<td>مشترک</td>
</tr>
<tr>
<td>125</td>
<td>0.000</td>
<td>0.429</td>
<td>سرمایه اجتماعی</td>
</tr>
<tr>
<td>125</td>
<td>0.000</td>
<td>0.379</td>
<td>اندیشه شکست</td>
</tr>
<tr>
<td>125</td>
<td>0.000</td>
<td>0.384</td>
<td>قرارداد تامس شکست</td>
</tr>
</tbody>
</table>

با توجه به مدرجات جدول ۵ مشاهده می‌شود که فقط بین متغیر سن و سلامت روان زنان رابطه مشت مستقیمی وجود دارد. با توجه به اینکه بالا بودن نمره سلامت روان، نشانه سطح پایین سلامت روان است، می‌توان گفت با افزایش سن زنان سطح سلامت روان کاهش می‌یابد;

114
بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در بین زنان سرپرست خانوار در شهر کرمان

که با آفزایش میزان اعتماد اجتماعی، احساس تعقیل، مشترکت اجتماعی، سرمایه اجتماعی، اندوز و فراوانی تماس در شیکه، میزان سلامت روان به طور منفی‌داری افزایش می‌یابد.

جدول ۶: نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر</th>
<th>منفی</th>
<th>دارای</th>
<th>سطح معنی‌داری</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ایل</td>
<td>0.70</td>
<td>0.54</td>
<td>0.000</td>
</tr>
<tr>
<td>جدید</td>
<td>0.72</td>
<td>0.53</td>
<td>0.019</td>
</tr>
<tr>
<td>چهارم</td>
<td>0.73</td>
<td>0.54</td>
<td>0.014</td>
</tr>
</tbody>
</table>

برای بررسی تأثیر متغیرهای مستقل بر سلامت روان زنان سرپرست خانوار، به طور همزمان از آزمون رگرسیون چند متغیره استفاده شده است. درخواست استفاده روش مرتکبه‌ی است که تا این منظور بیشترین تأثیرگری که در تعیین متغیر وابسته دارند، وارد می‌شود. متغیرهای حمایت مالی، حمایت عاطفی، حمایت خانپذیری، حمایت خانمی، حمایت مشورتی و اطلاعاتی سرمایه اجتماعی و ابعاد سه‌گانه آن وارد می‌شوند. نتایج تحلیل رگرسیونی که در جدول ۶ منعکس شده است نشان می‌دهد که ۵۴۲٪ از تغییرات سلامت روان زنان سرپرست خانوار توسط چهار متغیر حمایت عاطفی، حمایت مالی، حمایت خانمی و مشترکت اجتماعی تبیین می‌شود. کلیه ضرایب بنا در این جدول منفی است؛ یعنی با افزایش تناهی در هر یک از این متغیرها، نمره سلامت روانچی کاهش می‌یابد که با توجه به جهت نموداری سلامت روان در بررسی‌های چند کیوی به معنی‌داری است که به لحاظ سلامت روان در وضعیت برتر قرار می‌گیرد. چنانکه مشاهده می‌شود، در این مدل ابتدا که متغیر حمایت عاطفی اعضای شیکه وارد شده است و سپس به ترتیب حمایت مالی، حمایت خانمی و مشترکت اجتماعی وارد شده‌اند.

1 Stepwise
2 GHQ
بحث ونتیجه‌گیری

تحقیقات قبلی که در زمینه سلامت روان در جمعیت‌های مختلف انجام شده است، به برخی عوامل مرتبط با این پدیده اشاره کرده‌اند، از جمله وضعیت اقتصادی در سلامت جسمانی (نوری و همکاران، ۱۳۸۲) عوامل جمعیت‌شناختی و سابقه بیماری (سپهری‌نامه، ۱۳۸۸)، حمایت اجتماعی (بنگی و همکاران، ۱۳۸۷، حاجی‌پور و فردیندی، ۱۳۸۷) و سرمایه اجتماعی (ابنیم و همکاران، ۱۳۸۷، لهستانی‌زاده و مرادی، ۱۳۸۶).

نتایج این پژوهش نشان داد که زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی شهر کرمان از نظر وضعیت اقتصادی، مسکن و تسهیلات در وضعیت هن چندان مطلوبی به پایان نمی‌برند. با کاربرد آزمون جی اچ کیو مشخص شد که نزدیک به ۴۴ درصد این زنان از نظر سلامت روان و وضعیت مطلوبی ندارند. این یافته مؤید نتایج پژوهش نوری و همکاران (۱۳۸۲) است که نشان می‌دهد سطح سلامت روان زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر کرمان به طور معناداری از سطح سلامت روانی زنان عادی پایینتر است. همچنین، سپهری‌نامه (۱۳۸۸: ۳۱) در تحقیقی پیرامون سلامت روان زنان کاشان به نتیجه مشابهی دست یافته. بنگی و همکاران (۱۳۸۷: ۹۹) هم نشان دادند که زنان آزادی‌آمیزی از سلامت روانی پایینی نسبت به جمعیت عادی برخوردارند. نتایج پژوهش نشان داد که هنوز اعضای خانواده و گروه خویشاوندی مهرترین اعضاً شکه و روابط اجتماعی این زنان تلقی می‌شوند و در موثریت حمایت‌های خود را از آن‌ها دریج نمی‌کنند. اما سایر اعضاً شکه در این میان نقش مهمی به عهده نداشته‌ند. در وقوع طلاق و جداگانه نابنی‌ندن تلقی می‌شود؛ لذا زنی که در کم‌بیده طلاق با جداگانه شده، مقرر تلقی می‌شود که این امر بابت وی‌وجوه‌اندی روابط تحفیز‌آمیز، خصوصاً امر و محدود می‌شود. این رفتار‌ها خصوصاً از سوی خانواده‌های مهری درمان‌شده می‌گیرد.

همچنین اخلاق روابط در روابط اجتماعی افراد و سرپرستی گویاک را در روابط خانواده‌های مهری‌شده منجر به اختلال در روابط شکه خانواده می‌شود. یکی از باورهای مسلط فرهنگی، دسترسی جنسی آسای به زنان محله‌ی همسر فوت‌شده است. از اینجا که روابط اجتماعی در برخی موارد می‌تواند بستر تعریض به حسرت شخصی این زنان را فراهم کند، محدود‌کردن روابط اجتماعی را پیشگیری محسوب می‌شود. این توجه به باور پیش‌گرفته، حضور زنان بدون همسر، خصوصاً اگر جوان باشد، از سوی زنان دیگر خطر بالقوه محسوب می‌شود؛ بنابراین، احتیاط کافی در روابط اجتماعی وجود دارد. اشتغال زن‌ها به دو گزاره‌های کل و کار برای کسب درآمد بسیار وقت‌گیر است. بنابراین، مضیقه زنان، برای برقراری روابط اجتماعی به وجود می‌آید. مستندیت
بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در بین زنان سرپرست خانواده در شهر کرمان

همه‌نظام به عنوان یکی از مدار دهنده، زنان سرپرست خانواده را نسبت به منابع اجتماعی فرهنگی‌شناسی حساس می‌سازد. پس محیط‌هایی در روابط اجتماعی می‌تواند پیامده‌ی ترس زنان و زنان سرپرست خانواده به‌وجود آید. به این ترتیب، در بیشتر مواقع، یک چند دلیل از لحاظ مبنا می‌تواند به محیط‌سازی روابط اجتماعی منجر شود که قاعدتاً در این شرایط کارکردی‌های حیاتی به مداخله می‌رسد. با توجه به این واقعیت‌ها، سرمایه اجتماعی اینه گروه از زنان با محدودیت‌های مواجه می‌شود که می‌تواند به‌صورتی ناگواری برای سلامتی اینگر داشته باشد.

متغیرهای میزان درآمد، میزان تحصیلات، علت مستندی سرپرستی خانواده، تعداد افراد تحت تکف و سن زنان، جمله عوامل مهمی هستند که با توجه سلامت روان رابطه داشته‌اند. با افزایش سی و افزایش تعداد افراد تحت تکف، سطح سلامت روان کاهش می‌یابد. همچنین سطح سلامت روان در بین زنان که زنان از همسر اشان جدا شده‌اند، با همسران اشان سطح اجتماعی شکوفه‌ی اینه است. از کار افتادگی نمایندگان سرپرست خانواده با سیاه‌پوش هم، نسبت به سایر زنان سرپرست خانواده، از جمله کسانی که همسرشان قربانی اینه است، سطح نامطلوب‌تری دارد. در واقع، به نظر می‌رسد که هم‌سازی حرف کامل مرد از زنان کمتر از سایر حالت‌ها سلامت رون صدمه می‌زند.

سرماهه اجتماعی علام و ابعاد اصلی آن، عضوی از اجرا اجتماعی اجتماعی تعلق و مشترک اجتماعی ارتباط معنی‌داری با سلامت روانی زنان سرپرست خانواده‌های اجتماعی به‌زودی از ابعاد آن، سطح سلامت روان هم به‌طور کلی کاهش نمی‌یابد. اندوزه و فراوانی احساسات اجتماعی به‌شکل استریوژنیکی بعد ساختاری و بعد تعاملی سرمایه اجتماعی شکوفه‌ی است. ارتباط معنی‌داری با سلامت روان این زنان داشت. لیست زاده و مرادی هم در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که سلامت روان با اجرا اجتماعی مشترک اجتماعی رابطه معنی‌داری دارد (1366: 141). ایمان و همکاران (1387) در پژوهش خود به تأثیر سرمایه اجتماعی در پیش‌بینی سلامت روان دانشجویان دست یافته‌اند. با این همه، نتایج نمی‌تواند این اینگر، یعنی نمایه‌های ویژه مهیا نشان داد که مهم‌ترین تغییرهای پیش‌بینی در سلامت روان زنان سرپرست خانواده با توجه کارکردی سرمایه اجتماعی، یعنی حمایت مالی، عاطفی و خدماتی به اعضای شکه است. در کنار این سه متغیر، مشترک اجتماعی هم نقش مهمی به عهده‌دار دارد. تحقیقات قبلی هم مورد این سه متغیر است. حاجی و فردیندی (1388) بین میزان حمایت اجتماعی درمانی کارکنان صنعت نفت بیوشر و سلامت روان آنها رابطه معنی‌داری قوی مشاهده کردند. انتخابی و همکاران (1387) در آنادند که زنان از این کارکرد رهبری و سلامت روان بانی ایند، این یکی از روش‌های و
همکاران (1384) در تحقيق خود به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی می‌تواند به شکل معناداری سلامت روانی دانشجویان را پیش‌بینی کند.

بی‌طور کلی، نتایج این پژوهش در جهت تأیید نتایج تحقیقات پیشین بود. می‌توان گفت که سرمایه اجتماعی‌عام با متغیرهای اصلی همچون اعتماد اجتماعی، مشارکت و احساس تعلق نوعی ارتباط برقرار کرده است. اندازه‌گیری و نظرسنجی در زنان سرپرست خانواده می‌گذارد که این نتیجه آن، به‌صورت دو دسته یعنی سلامت روان، به عنوان زندگی بر روی راستی و ضعفی است که احساس تعلق، اعتماد، همکاری و پذیرش در دریافت حمایت‌های گوناگون جدایی‌بندی آن یا شرایط امنیت و آسیب‌پذیری را می‌آمیزد که در آن فرد به درد آرام‌سازی و با خود و دیگران در آرامش بودن، آگاهی از درون و احساسات خود، نجات ت zusätzlich یکی در پی‌ران‌ها و مقبلاً موفق با فشارهای رویت نسیم و این در واقع معنای سلامت روان است. ویژگی‌های اجتماعی و کارکردی سرمایه اجتماعی شکل‌گیری سلامت روان از ارتباط معنی‌داری دارد. در واقع به نظر می‌رسد شبکه روابط اجتماعی، خصوصاً در شکل سنتی این، یعنی خانواده و گروه خوشاونی، همچون سپری در برابر مشکلات، از زنان سرپرست خانواده حمایت می‌کند. حمایت‌های دریافتی فرد از این شکل می‌تواند تنش‌های عاطفی و روایی را کاهش دهد.

بای توجه به نتایج، هرچند سرمایه اجتماعی عموم ارتباط معنی‌داری با سلامت روان این زنان دارد، اما با توجه به اهمیت سرمایه اجتماعی شبکه، پیشنهاد می‌شود با تغییر و مداخله در سرمایه اجتماعی شبکه، خصوصاً بعد کارکردهایی، نتایج را به او برای ارتقاء سطح سلامت روان زنان سرپرست خانواده بافته. این تغییر و مداخله، از طریق آموزش مسئولیت و غیر مستقیم و تأکید بر ستایشی که‌های احساس اعمال در انتها، علاوه بر این، پیشنهاد می‌شود با گاهی‌دان را بنک این مسئولیت برای انسان سازمان‌های مردم‌های، زمینه مشترک و غیر رسمی انسان فراهم شود، از این طریق می‌توان تغییراتی در منابع اعتماد و احساس تعلق انسان فراهم آورد. تأکید بر تکامل شبکه‌های محلی برای شناسایی و حمایت همچنان به این زنان می‌تواند بخشی از مستندی است که سایر نهادهای دولتی را کاهش دهد و علاوه بر این، حس خودبایگانی مهم تر و کاربردی‌تر را در این اشکال تقویت نماید. جدا از تمام این مسائل، با توجه به سطح سلامت روان این زنان، به نظر می‌رسد برنامه‌های عملیاتی برای پیگیری و کمک به ارتباط سطح سلامت روان در این دسته از زنان که عمداً در وضعیت تناقض اقتصادی به‌سمی‌برند از اولویت‌های اساسی است.
در انتها لازم است به برخی از محدودیتهای موجود در این مطالعه اشاره شود. این مطالعه
صرفاً به بررسی مسئله تحقیق در بین زنان سرپرست خانواری برداشته است که تحت ورش
بهزیستی بوهدان و عملای بسیاری از زنان سرپرست خانوار که به دلایلی تحت ورش این
سازمان نیستند از گسترده تحقیق ماندند. برخی از محدودیتهای روش شناختی این
پژوهش با اجرای پژوهش‌های دیگر قابل اصلاح است. از جمله، بررسی تطبیقی وضعیت سلامت
روان زنان سرپرست خانوار و زنان غیر سرپرست با اجرای این پژوهش در سطح گشور تا
تصویری روشن از مسئله تحقیق را برای برنامه‌ریزان تصویر نماید. یکی دیگر از محدودیت‌ها
مربط به ایجاد سنگین سرمایه‌ای اجتماعی است که به می‌تواند می‌شود برای ایجاد سطح
اطمینان، علاوه بر استفاده از روش تعیین روایی صوری، از سایر روشهای موجود هم استفاده
شد.

منابع
آتی دار، طبیبه (۱۳۸۲) قوانین و مقیرات اجتماعی تهران: برگ زینون.
ارکا، محفل مهندس، نوشهری (۱۳۷۷) جامعه‌شناسی توسه، تهران: انتشارات کلمه.
الوانی، مهدی و علیرضا شیرواری (۱۳۸۵) سرمایه‌ای اجتماعی فراهم، تهران:
انتشارات ماهی.
ایمان، محمدتقی، انتقال و راهنما و دیگران (۱۳۸۷) بررسی تطبیقی سرمایه‌ای اجتماعی و
سالمت روایی دانشجوان غیر بومی دانشگاه‌های تهران و شهری. فصلنامه رفاه/اجتماعی سال
۱۳۸۷-۱۳۸۸:
پابانگرد، لاله و سید مومن کافی (۱۳۸۶) بررسی تطبیقی سلامت روان زنان و عوامل
جمعت‌ساختی مرتب در آن در دوره‌های مختلف پارادوکس. فصلنامه پژوهش در سلامت
روان‌شناسی، دو هم‌اول، شماره دوم: ۲۳-۴۱.
پاسداری، سوسن و میهم سالاحی هیکوپی (۱۳۸۶) سرمایه‌ای اجتماعی شیک و جنسیت، بررسی
ویژگی‌های ساختی، تعلیق و کارآزمایی شبکه اجتماعی زنان و مردان در تهران، نامه علمی
اجتماعی، شماره ۲۰-۳۷-۱۱۹
بخشی پور رودسری، عباس، حمید پیروی و احمد عابدین (1384) «بررسی رابطه میان رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی با سلامت روان در دانشجویان». فصلنامه/اصول بهداشت روانی، سال هفتم، شماره ۳-۲۸۸-۲۱۵۲-۱۴۵۱.

بنایی، لیلا، شهریار مهری و دیگران (1387) «هم‌آزاری و سلامت روان: نگرش حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله». فصلنامه روان/شناسان/پزشکی، سال پنجم، شماره ۱۷-۱۴۹۷-۱۴۹۶.

پریان، پرویز، مرجان موسوی و میلیه شبایی (۱۳۸۵) «کارلاپ مفهومی و مفهوم‌سازی سرمایه اجتماعی با تأکید بر شرایط ایران». فصلنامه رفاه اجتماعی، سال ششم، شماره ۲۲-۱۴۴۴.

توسیع، غلامی و مرشید موسوی (1384) «مفهوم سرمایه در نظریه کلاسیک و جدید با تأکید بر نظریه‌های سرمایه اجتماعی، تأثیر عاطفه/اجتماعی، شماره ۳۴-۳۰-۱.

حامی، محمد و نیما فریدنیا (1388) «ارتباط بین سلامت روان و حمایت اجتماعی در کارگران بهداشت و درمان صنعت نفت بوشهر». فصلنامه طب جنوب، سال دوازدهم، شماره ۱-۳۴-۱۴۴۴.

حسینی، نرگس، قلی‌حسین جهانگیر و دیگران (1387) بررسی‌نامه‌های پژوهشی در زمینه روان‌شناسی، فرهنگ، علوم تربیتی و جامعه‌شناسی، تهران: انتشارات سخن.

خواجهرادی، افشین، مهربان شریفیان تاشفی و دیگران (1387) «رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت مادران». فصلنامه رفاه اجتماعی، سال هفتم، شماره ۳۰ و ۳۱-۱۰۲-۴۳-۱۴۹۶.

خسروی، زهرا و مرجان افکاری (1382) «بررسی رابطه بین سلامت روان، منبع قدرت و شوید مقابله‌ای دانش‌آموزان دختر سال اول مقاطع متوسطه شهر تهران»، مطالعات زنان، ۱ (۱): ۵۴-۱۹.

دیماوند، رابین (1378) روان‌شناسی سلامت، ترجمه محمد کاویانی، تهران: انتشارات سمت.

ریاحی، محمد اسماعیل (1378) «سرمایه اجتماعی و سلامتی، توصیف و تبیین علی سازوکارهای اثرگذاری». فصلنامه توسعه انسانی، دوره سوم، شماره اول-۴۹-۴۹-۳۴-۱۴۹۶.

ریفیعی، حسین (1380) جزوی درس ارتقای سلامت روان دانش‌آموز علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران.

زاهاodi اصل، محمد (1381) مبانی رفاه اجتماعی، تهران: انتشارات دانشگاه علامه طباطبایی.

زکی، محمد علی (1387) «پایایی و روابط مقیاس حمایت اجتماعی در دانشجویان دانشگاه‌های اصفهان»، مجله روانپزشکی و روان‌شناسی پایینی/پایین، سال چهاردهم، شماره ۴-۱۴۴۶-۱۰۴۷.
سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی (۱۳۷۹) "برنامه مبادله با فقر و افزایش درآمد خانوادهای کم‌درآمد". 

سازمان بهزیستی کشور (۱۳۸۵) "کارنامه بهزیستی". 

سپهرمنش، زهرا (۱۳۸۸) "سلامت روان و عوامل مرتبط با آن در زنان جوان شهر کاشان". 

مجله زنان، ماماوات و نوزادی/ ایران، 12 (1): 31-41. 

شادی طلب، زاله و افسانه کمالی (۱۳۷۹) "زنان مستریشین حلقه زنجیره فقر". مجموعه مقالات فقر در ایران. نیاته: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. ۳۲۷-۳۳۲. 

شادی طلب، زاله و علیرضا گراییزاده (۱۳۸۳) "فقر زنان سرپرست خانواده". پژوهش زنان، دوره دوم، شماره 1، ۴۹-۷۰. 

شاهین، خدنا، زهرا محبوبی و ایشته جمشیدی (۱۳۸۵) "تسکین گروه‌های خودیار زنان سرپرست خانواده در منطقه 17 شهرداری تهران، کامی در جهت توأم‌نمارسازی و برنامه تحقیقات جمعیتی دانشگاه علوم پزشکی شهید رودکی، تهران ۱۳۸۵: ۳۱-۳۶. 

عبداللهی، محمد و میرطاهر موسوی (۱۳۸۶) "سرپرستی خانواده در ایران: وضعیت موجود، دورنمای آینده و امکان شناسی گذار"، فصلنامه رفاه/اجتماعی، شماره ۲۵. 

عليyor، احمد (۱۳۸۵) "ارتباط حمایت اجتماعی با شاخص‌های اقتصادی و خانواده". پرسی مدل کلی، آنهایدی و رفیق‌ها: ۱۳۸۵-۱۳۴۹. 

فرزندان، سناره و کیا بیگلریان (۱۳۸۵) "زنان سرپرست خانواده، فرض‌ها و چالش‌ها"، فصلنامه پژوهش زنان، دوره اول، شماره ۵: ۵۸-۶۷. 

فتحی آشتیانی، علی و محمودی دستیانی (۱۳۸۸) "ارزیابی شخصیت و سلامت روان، تهران: انتشارات پژوهشی". 

فیروزآبادی، سید احمد و حسین اسماعیل جامجی (۱۳۸۵) "سرپرست اجتماعی و توسعه اقتصادی-اجتماعی در کلانشهر تهران"، فصلنامه رفاه/اجتماعی، شماره ۲۲. 

قانعی، غلامحسین و حیدری، حسین (۱۳۸۸) "برنامه راپید برای زنان با بیماریهای ادراری". 

کریمی، درویش علی (۱۳۸۸) "روش‌شناسی سلامت"، ترجمه غلامرضا سهیل‌بی‌تهران: روزای دانش‌پژوهان، عبداللهی و گلمراد مرادی (۱۳۸۶) "رابطه سرپرستی اجتماعی و سلامت روان در مهاجران"، فصلنامه رفاه/اجتماعی، سال هفتم، شماره ۳۶: ۱۸-۴۴.
معیار، سعید و نیکیا حمیدی (1386) «زنان سرپرست خانواده: تغییرها و آسیب‌های اجتماعی»، فصلنامه علمی-اجتماعی، شماره 32، صفحات 157-161.

میلادی فرد، بهرام (1382) بهداشت روایی، چاپ هشت‌م، تهران: نشر قوم.

نجات، حمید (1385) بررسی تاثیر مسئولیت اجتماعی بر میزان سلامت روان دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی، تهران: پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی.

نوبی، ناز، شکوه (1382) نظرهایی مبنایی و روان درمانی گروهی، تهران: انتشارات سمت.

نوری، مهدی، محمود میناکاری و دیگران (1382) «بررسی سلامت روانی زنان سرپرست خانواده»، فصلنامه توانبخشی، شماره 17: 33-46.

هرشنس، دیوید، و پیل دوبی پاور (1374) مشاوره بهداشت روایی: نظرهای و عمل، ترجمه محمدی، منشی طوسی، مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.

هومن، عباس (1376) استاندارد سازی پرستاری نامه سلامت عمومی در میان دانشجویان دختر و پسر دانشگاه تربیت معلم تهران، مرکز مشاوره دانشجویان دانشگاه تربیت معلم تهران.


