

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

سعیده گروسی<sup>۱</sup>، شیما شبستری<sup>۲</sup>

(تاریخ دریافت ۱۳۸۹/۶/۷، تاریخ پذیرش ۱۳۹۰/۳/۲۵)

### چکیده

سلامت روان یکی از جنبه‌های مهم آسایش<sup>۳</sup> و سلامت تلقی می‌شود. خانواده‌های زن سرپرست در ایران و جهان رو به ازدیادند. زنان سرپرست خانوار به علت شرایط خاصی که در زندگی تجربه می‌کنند از نظر سلامت روان در معرض خطرند. این پژوهش با هدف شناخت عوامل اجتماعی مرتبط با سلامت روان زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی شهر کرمان انجام شده است. برای انجام این پژوهش از چارچوب نظری سرمایه اجتماعی، سرمایه اجتماعی شبکه و پیامدهای آن در حوزه سلامت استفاده شد.

نمونه این پژوهش ۳۲۵ زن سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی بودند و اطلاعات از طریق پرسش‌نامه دوقسمتی محقق‌ساخته و پرسش‌نامه جی اچ کیو بیست و هشت<sup>۴</sup> همراه با مصاحبه جمع‌آوری شد. نتایج نشان داد که نزدیک به ۴۴ درصد افراد وضعیت مناسبی از نظر سلامت روان ندارند. متغیرهای سن، اعتماد اجتماعی، احساس تعلق، مشارکت اجتماعی، سرمایه اجتماعی، اندازه شبکه اجتماعی و فراوانی تماس با اعضای شبکه، همبستگی معنی‌داری با سلامت روان دارند. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که حمایت مالی، حمایت عاطفی، حمایت

---

۱. استادیار گروه علوم اجتماعی و عضو گروه‌های پژوهشی جامعه‌شناختی مطالعات شهری- روستایی و مسائل زنان و خانواده دانشگاه شهید باهنر کرمان، sgarousi@uk.ac.ir  
۲. کارشناس ارشد مطالعات زنان

خدماتی و مشارکت اجتماعی، مهم‌ترین عوامل اجتماعی پیش‌بینی‌کننده سلامت روان افراد مورد مطالعه محسوب می‌شوند. بنابراین، سرمایه اجتماعی شبکه، خصوصاً در بعد کارکردی، بیش از سرمایه اجتماعی عام در تبیین وضعیت سلامت روان مورد توجه است.

**واژگان کلیدی:** سلامت روان، سرمایه اجتماعی، سرمایه اجتماعی شبکه، زنان سرپرست خانوار، کرمان.

### مقدمه

در دنیای معاصر، مؤلفه‌های گوناگون رفاه اجتماعی شاخص‌های پیشرفت کشورها تلقی می‌شوند و پدیده امنیت به یکی از این شاخص‌های مهم تبدیل شده است. برنامه توسعه سازمان ملل<sup>۱</sup> امنیت شغلی، امنیت درآمد، سلامت، محیط زیست و... را مهم‌ترین نگرانی‌های جهانی در خصوص امنیت انسانی معرفی می‌کند (گزارش توسعه انسانی سازمان ملل، ۱۹۹۴؛ به نقل از زاهدی اصل، ۱۳۸۱). از این رو، شناخت وضعیت امنیت سلامت، خصوصاً سلامت اعضای جامعه، کمک بزرگی به برنامه‌ریزی‌های اجتماعی می‌نماید. بررسی وضعیت سلامت روانی زنان سرپرست خانوار نیز که اکثراً از نظر شاخص‌های رفاه اجتماعی در وضعیت مطلوبی به‌سر نمی‌برند، جامعه را به هدف تأمین امنیت انسانی نزدیک می‌کند.

تعداد زنان سرپرست خانوار که گاه به‌تنهایی و گاه درعین حضور مردان بزرگسال با شرایط ویژه، مسئولیت تأمین اقتصادی خانواده را برعهده دارند، در سال‌های اخیر رو به فزونی گذاشته است. هرچند نیازهای اقتصادی و معیشتی این زنان کمابیش مد نظر قرار گرفته است، وضعیت سلامت جسمانی و روانی‌شان به‌ندرت مورد بحث واقع شده است. این گروه از زنان، سرپرستی نزدیک به ده‌صد خانواده‌های ایرانی را برعهده دارند. سلامت روانی مادر در تعیین سلامت روانی و اجتماعی فرزندان نقش به‌سزایی دارد؛ این مسئله در فقدان پدر پررنگ‌تر و مهم‌تر می‌شود. این زنان که بنا به قولی، فقیرترین فقرا به شمار می‌آیند، در زنجیره فقر گرفتار می‌شوند. با کاهش سطح سلامتی (و به تبع آن سلامتی روان)، سایر حلقه‌های این زنجیره، از جمله بی‌قدرتی، آسیب‌پذیری در برابر رخدادها، ضعف و ناتوانی و... فشار مضاعفی را بر ایشان تحمیل می‌کند. اهمیت توجه به وضعیت سلامت این گروه از زنان زمانی آشکار می‌شود که به بار سنگین اقتصادی حاصل از بیماری‌ها که به صورت مستقیم و غیر مستقیم به فرد، خانواده و

جامعه تحمیل می‌شود، نظری بیفکنیم. با توجه به نقش محوری این زنان در خانواده از یک سو و گرفتاری در حلقه‌های فقر و محرومیت از سوی دیگر، بررسی وضعیت سلامت روان ایشان که در صورت نامناسب بودن می‌تواند به یکی از عوامل سقوط در ورطه ناتوانی و فقر تبدیل شود، ضروری می‌نماید. محدودیت شبکه‌های اجتماعی زنان سرپرست خانوار که خود برخاسته از عوامل اقتصادی و فرهنگی و اجتماعی پیرامون ایشان است، تهدیدی جدی برای سلامت روانشان محسوب می‌شود. لذا، این پژوهش بر آن است تا با تأکید بر سرمایه اجتماعی در دسترس و حمایت‌های شبکه اجتماعی، به تبیین وضعیت سلامت روان زنان سرپرست خانوار بپردازد.

سازمان بهداشت جهانی سلامت را حالت بهزیستی کامل جسمانی، روانی و اجتماعی می‌داند. از این دیدگاه، سلامت صرفاً بیمار نبودن نیست (کریس، ۱۳۸۲). از دیدگاه چمبرز، فقدان سلامت جسمانی و روانی، در تله محرومیت، به ناتوانی و فقر بیشتر منتهی می‌شود (ازکیا، ۱۳۷۷: ۳۹). سلامت روان یکی از جنبه‌های مفهوم کلی سلامت است و معنایش عبارت است از: قدرت آرام‌زیستن و با خود و دیگران در آرامش بودن، آگاهی از درون و احساسات خود، قدرت تصمیم‌گیری در بحران‌ها و مقابله موفق با فشارهای روانی (دیماثو، ۱۳۷۹).

بنا به دلایل متعدد، 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 توسعه در ارزیابی کشورها تلقی کرده است. در این میان، زنان سرپرست خانوار به علت ایفای نقش‌های دوگانه در خانواده، در معرض آسیب‌های جدی‌تری قرار می‌گیرند. در سال‌های اخیر، سازمان‌ها و نهادهای بین‌المللی فعال در زمینه توسعه از زنان سرپرست خانوار به‌عنوان فقیرترین فقرا نام برده‌اند. شواهد زیادی در تأیید محرومیت زنان سرپرست خانوار به دلیل جنسیت، و در پی آن، محرومیت از منابع وجود دارد (چانت، ۲۰۰۳؛ به نقل از شادی‌طلب و گرایبی‌نژاد، ۱۳۸۳). لذا توجه جدی به وضعیت سلامت این گروه از زنان، خصوصاً سلامت روان آن‌ها، می‌تواند به حل مشکلات ایشان کمک کند.

طبق تعریف دفتر امور زنان و خانواده بهزیستی (۱۳۷۹-۱۳۸۰) زنان سرپرست خانوار زنانی هستند که عهده‌دار تأمین معاش مادی و معنوی خود و اعضای خانواده هستند. در سال‌های ۱۳۵۵ و ۱۳۶۵، خانوارهای زن سرپرست، به ترتیب ۷/۱ و ۷/۳ درصد از کل خانواده‌های کشور را به خود اختصاص داده‌اند (شادی‌طلب و کمالی، ۱۳۸۳: ۵۶). براساس سرشماری سال ۱۳۷۵ ایران، ۹/۲۴ درصد خانواده‌ها دارای سرپرست زن بوده‌اند که معادل یک میلیون و ۳۷ هزار

خانوار می‌شود. این رقم در سال ۱۳۵۵ برابر با ۸۰۰ هزار خانوار بوده است (فروزان و بیگلریان، ۱۳۸۲: ۴۲). براساس سرشماری سال ۱۳۸۵، سهم زنان در سرپرستی خانوارها به ۹/۴ درصد رسیده است. به این ترتیب، تعداد این خانوارها به یک میلیون و ۶۴۱ هزار خانواده می‌رسد (کارنامه بهزیستی، ۱۳۸۶). اطلاعات موجود نشان می‌دهد که در دهه‌های اخیر، خانواده‌های زن سرپرست، نسبت بیشتری از کل خانوارهای 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 (شادی‌طلب و گرایبی‌نژاد، ۱۳۸۳؛ شاهنده و همکاران، ۱۳۸۵؛ فروزان و بیگلریان، ۱۳۸۲؛ شادی‌طلب و کمالی، ۱۳۷۹). ۲۹ درصد خانوارهای دهک اول درآمدی در ایران، بی‌سرپرست‌اند یا دارای سرپرست زن هستند (سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی، ۱۳۷۹؛ به نقل از فروزان و بیگلریان، ۱۳۸۲). شاخص فقر انسانی زنان سرپرست خانوار معادل ۰/۵۲۷ است که در مقایسه با شاخص کشوری، یعنی ۰/۱۹۳، بسیار بالاست (فروزان و بیگلریان، ۱۳۸۲).

علاوه بر فقر، این زنان با مشکلات اجتماعی متعددی دست به گریبان‌اند. محدودیت روابط اجتماعی، شبکه اجتماعی محدود و گاه ناکارآمد و طردشدگی از سوی شبکه اجتماعی، زنان سرپرست خانوار را در برابر آسیب‌های اقتصادی، روانی و اجتماعی ضربه‌پذیر کرده است (معیدفر و حمیدی، ۱۳۸۶؛ شادی‌طلب و گرایبی‌نژاد، ۱۳۸۳). همان‌گونه که آتی‌دار (۱۳۸۳) بیان می‌کند، انزوای اجتماعی یکی از پیامدهای پذیرش مسئولیت سرپرستی خانوار توسط زنان است. کاهش روابط اجتماعی با اعضای شبکه اجتماعی و در نتیجه محدود شدن میزان حمایت‌های اجتماعی دریافتی از شبکه دلایل متعددی دارد؛ از جمله: ترس از آلودگی فرزندان، عدم پذیرش توسط گروه یا ترس از مسائل حیثیتی.

تحقیقات نشان می‌دهد سرمایه اجتماعی در سطح عام به تأمین سلامت روانی اعضای جامعه کمک می‌کند. کاپلان و لینچ سرمایه اجتماعی را نوعی انباشت سرمایه معرفی کرده‌اند که همبستگی اجتماعی، تعهد اجتماعی و در نتیجه نوعی عزت نفس و سلامتی را در افراد ایجاد می‌کند (لینچ و کاپلان، ۱۹۹۷؛ به نقل از لهسایی‌زاده و مرادی، ۱۳۸۶). سرمایه اجتماعی برخلاف سرمایه اجتماعی شبکه، بر سرمایه‌ای تأکید دارد که از ارتباط فرد با جامعه در سطوح مختلف (خرد و کلان) و نه فقط در سطح خرد تولید می‌شود. از آنجا که حمایت اجتماعی از پیامدهای اصلی روابط درون شبکه اجتماعی محسوب می‌شود (دیویدسون و همکاران، ۲۰۰۵: ۳۶۳) و شبکه‌های اجتماعی، حمایت اجتماعی را، که شامل تبادل منابع مادی و روانی است،

برای افزایش توانایی مقابله فرد با فشارها تأمین می‌کنند (کوهن، ۲۰۰۴: ۶۷۶)، می‌توان حدس زد که محدودیت روابط در درون شبکه‌های اجتماعی چه عوارض وخیمی برای سلامت روانی زنان سرپرست خانوار در پی دارد. در واقع، سرمایه اجتماعی شبکه محدود می‌تواند سلامت روانی این گروه از زنان را به خطر اندازد. از این رو، شناسایی میزان برخورداری زنان سرپرست خانوار از سلامت روانی و عوامل اجتماعی ایجادکننده آن، زمینه را برای مداخله در شرایط زیست این‌گونه زنان فراهم می‌کند.

### چارچوب نظری

#### سرمایه اجتماعی و نظریه‌های مربوط به آن

امروزه سرمایه اجتماعی متغیر اجتماعی مهمی است که می‌تواند با سایر متغیرهای اجتماعی، همچون جرم، نابسامانی‌های اجتماعی، فقر، کجروی، توسعه‌نیافتگی، سلامت و کیفیت زندگی در ارتباط باشد. سرمایه اجتماعی، یکی از اصلی‌ترین دارایی‌های اجتماعی محسوب می‌شود که همچون سرمایه اقتصادی توانایی بازتولید و افزایش را در بطن خود جای داده است. براساس تعریف بانک جهانی، سرمایه اجتماعی به شبکه‌ها و هنجارهایی اشاره دارد که کنش جمعی را تسهیل می‌کنند. سرمایه اجتماعی شامل نهادها، روابط و رسومی است که به کمیت و کیفیت کنش‌های متقابل اجتماعی شکل می‌بخشد (بانک جهانی، ۲۰۰۹).

جیمز کلنن سرمایه اجتماعی را ساختاری اجتماعی تعریف کرده است که اعضا از آن به‌عنوان منبعی برای رسیدن به منافع خود استفاده می‌کنند؛ در حالی که پاتنام از اعتماد، هنجارها و شبکه‌هایی سخن می‌گوید که تسهیل‌کننده همکاری اعضا برای رسیدن به منافع مشترک است (الوانی و شیرانی، ۱۳۸۵: ۲۹). بوردیو (۱۹۹۷) سرمایه اجتماعی را انباشت منابع بالفعل و بالقوه‌ای تعریف می‌کند که مربوط به داشتن شبکه‌ای نسبتاً پایدار از روابط کم‌و‌بیش نهادی‌شده از آشنایی و شناخت متقابل است (توسلی و موسوی، ۱۳۸۴: ۷). فوکویاما (۱۹۹۷) سرمایه اجتماعی را محموله‌ای از ارزش‌ها یا هنجارهای غیر رسمی تعریف کرده که اعضای یک گروه مشخصاً بدان‌ها باور دارند و همکاری بین آن‌ها را مجاز می‌سازد (پیران و دیگران، ۱۳۸۵: ۲۴). از نظر وولکاک و نارایان (۲۰۰۰) سرمایه اجتماعی عبارت است از هنجارها و شبکه‌هایی که به مردم برای کنش جمعی یاری می‌رساند (پیران و دیگران، ۱۳۸۵: ۲۵). از نظر پاکستون

سرمایه اجتماعی متشکل از دو بعد است: پیوندهای عینی بین افراد و نوع ذهنی پیوند؛ یعنی، وجود احساس مثبت و اعتماد به پیوندها (فیروزآبادی و ایمانی جاجرمی، ۱۳۸۵: ۲۰۰).  
گیدنز سرمایه اجتماعی را به معنای شبکه روابط تعهد و اعتماد اجتماعی می‌داند که در جامعه سنتی محدود و درون‌گروهی و در جوامع مدرن، وسیع و تعمیم‌یافته است (عبداللهی و موسوی، ۱۳۸۶: ۲۰۱). شیلا کندی (پیران و همکاران، همان: ۳۰). و فوکویاما (عبداللهی و موسوی، ۱۳۸۶: ۲۲۹) هم بر اهمیت هنجار اجتماعی به‌عنوان وجهی از سرمایه اجتماعی تأکید کرده‌اند. بعد مشارکت اجتماعی به دو گونه مشارکت رسمی و مشارکت غیر رسمی اشاره دارد. مشارکت مدنی به میزان مشارکت افراد در گروه‌ها، باشگاه‌ها، انجمن‌ها، امور شهر یا مدرسه و نظایر آن‌ها می‌پردازد (الوانی و شیروانی، ۱۳۸۵: ۵۷)؛ در حالی که مفهوم مشارکت غیر رسمی به پیوند فرد با شبکه‌های روابط اجتماعی غیر رسمی می‌پردازد.

### سرمایه اجتماعی شبکه

سرمایه اجتماعی همیشه در سطح کلان تولید نمی‌شود، بلکه روابط روزمره افراد با گروه‌های غیر رسمی نزدیک، همچون گروه خانواده، خویشاوندان، دوستان، همکاران و همسایگان می‌توانند منبع بسیار خوبی برای تولید سرمایه اجتماعی محسوب شوند. همیشه اجتماع کوچکی در مقایسه با جامعه در سطح کلان وجود دارد که با عنوان اجتماع شبکه‌ای<sup>۱</sup> از آن یاد می‌شود و در واقع، شبکه روابط غیر رسمی فرد است. روابط و پیوندهای اجتماعی بنابر نظریه تحلیل شبکه، سرمایه اجتماعی و دارایی فرد محسوب می‌شود و فرد از طریق آن می‌تواند به منابع و حمایت‌های موجود در این پیوندها دسترسی پیدا کند (باستانی و صالحی هیکویی، ۱۳۸۶: ۶۴). شبکه اجتماعی که هر فرد را دربرمی‌گیرد، با تکیه بر روابط عاطفی، اتحاد، هنجار و ارزش‌های متقابل و مشارکت مستمر، به تولید نوعی سرمایه اجتماعی تحت عنوان سرمایه اجتماعی شبکه منجر می‌شود که همچون محافظی در برابر تنش‌های محیطی، استرس‌ها، بیماری‌ها و شرایط غیر قابل تحمل از اعضای شبکه حمایت به عمل می‌آورد. حمایت اجتماعی دریافتی فرد از شبکه اجتماعی پیرامونی خود، بخش مهمی از تبادلات درونی شبکه و روابط اجتماعی را تشکیل می‌دهد.

همان‌طور که باستانی و صالحی هیکویی (۱۳۸۶: ۶۶) می‌گویند، سرمایه اجتماعی شبکه، کالایی فردی است و به سرمایه‌گذاری افراد در روابط اجتماعی و در اختیار گرفتن منابع موجود در این روابط برای کسب بازده مورد انتظار اطلاق می‌گردد؛ در حالی که سرمایه اجتماعی در مفهوم عام و کلی خود به سرمایه جمعی و در اختیار همگان اطلاق می‌گردد که کارکردهای مثبت و منفی آن در سراسر زندگی اجتماعی نمود می‌یابد. در تحلیل شبکه اجتماعی، سرمایه اجتماعی در سطح کنش‌ها و تعاملات بین فردی مورد توجه قرار می‌گیرد. از این رو، پیوندهای ملموس و قابل رؤیت افراد در شبکه‌های اجتماعی به مبنای کسب منافع متنوع از شبکه تبدیل می‌شود. از دیدگاه بوردیو، سرمایه اجتماعی شامل همه منابع واقعی و بالقوه‌ای است که می‌تواند در اثر عضویت در شبکه اجتماعی کنشگران یا سازمان‌ها به دست آید (آنر، ۱۹۹۵: ۸۶۳). بوردیو (۱۹۸۶: ۲۴۹) بر این باور است که میزان سرمایه اجتماعی‌ای که فرد از آن برخوردار است، بسته به اندازه شبکه ارتباطات وی می‌تواند به طور مؤثری تغییر یابد. بنابراین، عجیب نیست که نظریه سرمایه اجتماعی، شبکه و روابط اجتماعی را به بحث‌های بوردیو منتسب کنیم. سرمایه اجتماعی شبکه دارای سه بعد است؛ سه بعد ساختی، مثل اندازه شبکه و ترکیب شبکه؛ بعد تعاملی مثل فراوانی تماس افراد و شیوه تماس آن‌ها با هم؛ بعد کارکردی، شامل انواع حمایت‌های مالی و عاطفی، مشورتی و... که در روابط شبکه‌ای جاری است.

### سلامت روان و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن

بر پایه رویکرد سازمان بهداشت جهانی، سلامتی به معنای رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی است و نه فقدان بیماری و ناتوانی. سلامت روان در سایه اینکه فرد چه احساسی نسبت به دنیای پیرامون، محل زندگی، اطرافیان، میزان درآمد و موقعیت مکانی و زمانی خویش دارد، شکل می‌گیرد (نوابی‌نژاد، ۱۳۷۳). سلامت روانی یکی از مباحث مهمی است که در رشد و بالندگی خانواده و جامعه مؤثر است. سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۴) سلامت روانی را حالتی از بهزیستی تعریف می‌کند که در آن فرد توانمندی خود را شناخته از آن به نحو مؤثر و مولد استفاده کرده و برای اجتماع خویش مفید است. به طور کلی، بهداشت روانی، ایجاد سلامت روان به وسیله پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های روانی، کنترل عوامل مؤثر بر بروز آن، تشخیص زودرس، پیشگیری از عوامل ناشی از برگشت بیماری‌های روانی و ایجاد محیطی سالم برای برقراری روابط صحیح انسانی است (میلانی‌فرد، ۱۳۸۲). سلامت روانی را می‌توان براساس

تعریف کلی و وسیع‌تر تن‌درستی تعریف کرد. طی قرن گذشته، ادراک ما از تن‌درستی به طور گسترده‌ای تغییر کرده است. عمر طولانی‌تر از متوسط، نجات انسان از ابتلا به بیماری‌های مهلک با کشف آنتی‌بیوتیک‌ها و پیشرفت‌های علمی و تکنیکی در تشخیص و درمان، مفهوم کنونی تن‌درستی را به دست داده که نه تنها مبین نبود بیماری است، بلکه توان دستیابی به سطح بالای تن‌درستی را نیز معنی می‌دهد. چنین مفهومی نیازمند تعادل در تمام ابعاد زندگی فرد از نظر جسمانی، عقلانی، اجتماعی، شغلی و معنوی است. این ابعاد در رابطه متقابل با یکدیگرند؛ به طوری که هر فرد از دیگران و از محیط تأثیر می‌گیرد و بر آن‌ها تأثیر می‌گذارد. بنابراین، سلامت روانی نه تنها نبود بیماری روانی است، بلکه به سطحی از عملکرد اشاره می‌کند که در آن، فرد با خود و سبک زندگی‌اش آسوده و بدون مشکل باشد. در واقع، تصور بر این است که فرد باید بر زندگی‌اش کنترل داشته باشد و فقط در چنین حالتی است که می‌تواند آن قسمت‌هایی را که برای خود یا زندگی‌اش مسئله‌ساز است تغییر دهد (هرشن سن و پاور، ۱۳۷۴).

سلامت روان یکی از جنبه‌های مفهوم کلی سلامت است و معنای آن، قدرت آرام‌زیستن و با خود و دیگران در آرامش بودن، آگاهی از درون و احساسات خود، قدرت تصمیم‌گیری در بحران‌ها و مقابله موفق با فشارهای روانی است (دیماثنو، ۱۳۷۹). سلامت روان عبارت است از سازگاری مداوم با شرایط متغیر و تلاش برای تحقق اعتدال بین تقاضاهای درونی و الزامات محیط در حال تغییر (گلدبرگ و دیگران، ۱۹۹۷). برخوردار نبودن از سلامت روانی از پیشرفت فرد و جامعه جلوگیری می‌کند؛ زیرا در چنین شرایطی فرد توانایی اجرای صحیح وظایف محوله و ایفای نقش‌های اجتماعی را ندارد؛ بنابراین، هم فرد و هم جامعه رو به تحلیل می‌روند. تعریفی دیگر، بهداشت روانی را عبارت از سلامت فکر دانسته و بیان می‌کند که بهداشت روانی نشان‌دهنده وضع مثبت سلامتی روان فردی است که می‌تواند برای ایجاد سیستم ارزشی در مورد ایجاد تحرک، پیشرفت و تکامل در حد فردی، ملی و بین‌المللی اقدام کند (خسروی و آقاجانی، ۱۳۸۲: ۲۰). افراد دارای سلامت روان چند ویژگی مشخص دارند: پذیرش خود و دوست‌داشتن خویش، برقراری روابط با دیگران، مقابله با نیازهای زندگی (چالشی برخورد کردن)، بروز مناسب هیجانات.

ارتقای سلامت روان عبارت است از فرآیند افزایش قابلیت افراد و اجتماعات برای کنترل زندگی خود و بهبودبخشیدن به سلامت روانشان که با استفاده از راهبردهایی اعم از تقویت تاب‌آوری فردی، حمایت‌های محیطی، برابری، عدالت اجتماعی، تعامل و احترام به شرافت



فردی صورت می‌گیرد (رفیعی، ۱۳۸۰). رویکرد متأخر به سلامتی، رابطه‌ای دوسویه را بین وضعیت سلامتی و وضعیت اقتصادی - اجتماعی در نظر می‌گیرد. از یک‌سو، عدم تعادل در وضعیت اقتصادی - اجتماعی می‌تواند به تهدید سلامت روان فرد منجر شود و تقویت عوامل اقتصادی و اجتماعی پیرامونی، مثل شبکه‌های حمایت‌کننده، توزیع عادلانه امکانات و بهبود تعاملات اجتماعی می‌تواند ارتقای سطح سلامت روان را به دنبال بیاورد. از سوی دیگر، نامساعد بودن وضعیت سلامت روان بر عملکرد اجتماعی و شیوه تعاملات جمعی اثر می‌گذارد.

### سرمایه اجتماعی، کارکردهای آن و سلامت روان

روابط اجتماعی پایه و اساس زندگی اجتماعی و تشکیل شبکه‌های اجتماعی، و به تبع آن سرمایه اجتماعی، محسوب می‌شوند. روابط اجتماعی زمینه برقراری مبادلات مادی و غیر مادی بین اعضای جامعه را فراهم می‌کند. شواهد نشان می‌دهد که ماهیت روابط اجتماعی و حمایت اجتماعی مورد انتظار در این تعاملات پویاست (کیم و نسلرواد، ۲۰۰۳: ۴۹). حمایت اجتماعی یکی از پیامدهای اصلی روابط اجتماعی شبکه است که در سراسر جهان مورد توجه است (دیویدسون و دیگران، ۲۰۰۸: ۳۶۳). حمایت اجتماعی عبارت است از تأمین منابع مادی و روانی از سوی شبکه اجتماعی، به گونه‌ای که توانایی فرد را برای رویارویی با فشارها افزایش می‌دهد (کوهن، ۲۰۰۴: ۶۷۶). واحد تشکیل‌دهنده ساخت جامعه، شبکه‌های تعاملی هستند. ساخت اجتماعی به‌عنوان یک شبکه، از اعضای شبکه و مجموعه‌ای از پیوندها تشکیل شده است که افراد، کنشگران یا گروه‌ها را به هم متصل می‌سازد. بلوک‌های اصلی شبکه «ارتباط» نام دارد (باستانی و صالحی هیکویی، ۱۳۸۶: ۶۷). اعضای شبکه سعی دارند با تبادل منابع مختلف، حمایت سایر اعضا را جلب نمایند و در مقابل، به گونه‌ای خاص از آن‌ها حمایت کنند. بنابراین، حمایت اجتماعی از اعضای شبکه یکی از کارکردهای شبکه روابط اجتماعی محسوب می‌شود.

حمایت اجتماعی دارای دو شکل عاطفی و ابزاری است (زکی، ۱۳۸۷: ۴۴). از نظر زکی، مهم‌ترین شکل‌های حمایت اجتماعی، حمایت عاطفی و ابزاری است (همان)؛ در حالی که باستانی و صالحی هیکویی (۱۳۸۶) از حمایت مصاحبتی، حمایت عاطفی، حمایت خدماتی، حمایت مالی، حمایت اطلاعاتی و حمایت مشورتی به‌عنوان مهم‌ترین انواع حمایت اجتماعی یاد

می‌کنند. حمایت عاطفی و ابزاری وجه اشتراک سه تعریف فوق هستند و به نظر می‌رسد مهم‌ترین انواع حمایت‌های موجود در شبکه هم باشند.

حمایت اجتماعی نقش مهمی در حفظ سلامتی انسان، کاهش آثار منفی فشارهای محیطی و بهبود کیفیت زندگی دارد (زمان‌زاده و همکاران، ۱۳۸۶: ۵). یکی از سازوکارهایی که حمایت اجتماعی از طریق آن بر کیفیت زندگی و شاخص‌های آن اثر می‌گذارد عبارت است از برداشت از خود و مفهوم خود که به لحاظ روان‌شناختی منبع مهمی برای انطباق با موقعیت‌های استرس‌زای زندگی است (پنیکس و دیگران، ۱۹۹۷). از سوی دیگر، حمایت اجتماعی از طریق افزایش احساس خودارزشمندی و کنترل بر روی امور، به ارتقای سطح سلامت کمک می‌کند (کراوس، ۱۹۹۰). یافته‌های تحقیقات تجربی نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی شبکه‌های اجتماعی می‌تواند کارکردهای مثبتی برای سلامت روانی و سلامت جسمانی داشته باشد (رایت و بل، ۲۰۰۳: ۴۰).

برای تبیین رابطه حمایت اجتماعی و سلامت دو مدل وجود دارد: ۱. مدل ضربه‌گیر یا غیر مستقیم که می‌گوید حمایت اجتماعی از فرد در برابر استرس‌های رایج زندگی محافظت به عمل می‌آورد. مثلاً روابط اجتماعی در تعطیلات آخر هفته سپر محافظتی خوبی در مقابل افسردگی تلقی می‌شود ۲. مدل تأثیرات مستقیم که معتقد است ارتباط مستقیمی بین حمایت اجتماعی و پیامدهای اجتماعی و روانی وجود دارد. در این مدل، به تأثیرات مستقیم حمایت اجتماعی در برابر اثرات محافظت‌کننده آن اهمیت بیشتری داده می‌شود (همان). در مدل دوم، حمایت اجتماعی در همه حال و نه فقط در شرایط رویارویی با استرس، اثرات مفید و سودمندی بر سلامت جسمانی و روانی افراد دارد (علی‌پور، ۱۳۸۵).

### مطالعات پیشین

اگرچه تحقیقی که مستقیماً به رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی بین زنان سرپرست خانوار پرداخته باشد موجود نبود، اما تحقیقات زیادی در خصوص رابطه بین این دو متغیر در بین گروه‌های آسیب‌پذیر دیگر انجام شده است. مطالعه تطبیقی دوسیلوا و همکاران (۲۰۰۷) درباره ارتباط بین سرمایه اجتماعی و سلامتی روان نشان داد که سرمایه اجتماعی افراد با کاهش اختلالات روانی عمومی رابطه مثبت دارد؛ در حالی که اثرات سرمایه اجتماعی ساختی به فرهنگ جوامع مورد بررسی بستگی دارد و حتی در برخی موارد، به افزایش اختلالات روانی

منجر شده است (ریاحی، ۱۳۸۷: ۷۸). حاجبی و فریدنیا (۱۳۸۸) به این نتیجه رسیدند که بین سلامت روان و حمایت اجتماعی رابطه معنی‌داری وجود دارد. علاوه بر این، تغییر سیاست‌گذاری‌ها با هدف ارتقای کمیت و کیفیت شبکه‌های حمایتی، به‌ویژه برای گروه‌های آسیب‌پذیر، می‌تواند باعث اثرات تقویتی حمایت اجتماعی و در نهایت سلامت روان گردد. قائدی و یعقوبی (۱۳۸۷) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی ادراک‌شده با ابعاد مختلف بهزیستی در دانشجویان رابطه دارد. البته، برخی از ابعاد حمایت اجتماعی ادراک‌شده بیش از سایر ابعاد به تبیین سلامت روان در یک جنس خاص کمک می‌کنند. ایمان و همکاران (۱۳۸۷) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که هراندازه دانشجوی در ساختار اجتماعی دارای سرمایه اجتماعی بالاتر باشد (اعتماد متقابل، حمایت‌های اجتماعی، روانی و مالی، وجود شبکه‌های خویشاوندی، حس تعلق و وابستگی و مشارکت)، سلامت روانی وی در وضعیت بهتری قرار خواهد داشت. خواجه‌دادی و همکاران (۱۳۸۷) به این نتیجه دست یافتند که بعد شناختی سرمایه اجتماعی با سلامت جسمانی و روانی مادران ارتباط مثبت معنی‌داری دارد. از سوی دیگر، بین سرمایه اجتماعی ساختاری با سلامت مادر همبستگی معکوسی 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 سرمایه ناشی از شبکه‌های اجتماعی است. سرمایه اجتماعی در دو بعد شناختی و ساختاری و سرمایه اجتماعی شبکه، در سه بعد ساختی، تعاملی و کارکردی با سلامت روان ارتباط دارد. در واقع، سرمایه اجتماعی پشتوانه‌ای عام و کلی است که در سراسر جامعه جریان دارد و با تکیه بر آن، افراد به نحو شایسته‌تری می‌توانند به ایفای نقش بپردازند. از سوی دیگر، سرمایه اجتماعی شبکه نوعی از سرمایه است که در روابط بسیار نزدیک و مداوم شکل می‌گیرد و باقی می‌ماند.

در این پژوهش، تأکید زیادی بر رابطه کارکردهای شبکه اجتماعی با سلامت روان شده است. علاوه بر این، با توجه به محدودیت‌ها و تنگناهای پیش روی زنان سرپرست خانوار، به نظر می‌رسد آن‌ها از میزان سرمایه اجتماعی بالایی برخوردار نباشند. در چنین شرایطی، احتمالاً سطح سلامت روان آن‌ها با مشکلات جدی مواجه خواهد شد. این پژوهش درصدد پاسخگویی به چند سؤال است:

میزان سرمایه اجتماعی زنان سرپرست خانوار 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 به صورت پیمایشی انجام شده است. جامعه آماری این پژوهش کلیه زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی شهرستان کرمان در سال ۱۳۸۷ می‌باشند. کلاً ۸۷۵۶ زن سرپرست خانوار در کرمان وجود دارند که از این بین، ۲۹۰۰ نفر تحت پوشش سازمان بهزیستی‌اند. تعداد نمونه در این پژوهش ۳۲۵ نفر بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. ابزار گردآوری 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 کیو بیست و هشت<sup>۱</sup> که گلدبرگ برای اولین بار در سال ۱۹۷۲ تنظیم کرد و به منظور تشخیص اختلالات خفیف روانی مکرراً از آن بهره‌برداری می‌شود، استفاده گردید. برای سنجش ابعاد سرمایه اجتماعی شبکه (ساختی، تعاملی و کارکردی) از پانزده سؤال و برای سنجش سرمایه اجتماعی (بعد شناختی با شاخص اعتماد و بعد ساختاری با شاخص مشارکت و تعلق) از ۲۷ سؤال دیگر استفاده شد. شاخص بعد ساختاری سرمایه اجتماعی شبکه، اندازه و ترکیب شبکه بود؛ در حالی که برای شناخت بعد تعاملی از شاخص فراوانی تماس و شیوه تماس استفاده شد. برای اندازه‌گیری بعد کارکردی هم از شاخص‌های حمایت مالی، عاطفی، اطلاعاتی، مشورتی و خدماتی استفاده شد. کلیه سؤالات در قالب طیف لیکرت مطرح شد و بر همین اساس نمره‌دهی انجام شد. پرسش‌نامه جهت تعیین روایی صوری، به پنج نفر از متخصصان داده شد و اصلاحات مورد نظر انجام گرفت. برای سنجش پایایی، ضریب آلفای کرونباخ در مورد گویه‌های طراحی شده برای سنجش هریک از متغیرهای اصلی، محاسبه شد. ضریب آلفای کرونباخ برای بعد ساختاری سرمایه اجتماعی شبکه معادل ۰/۷۶ و سرمایه اجتماعی برابر با ۰/۸۱ به دست آمد.

پرسش‌نامه جی اچ کیو بیست و هشت هم ۲۸ سؤال دارد. این پرسش‌نامه چهار بعد اساسی را دربرمی‌گیرد که عبارت‌اند از: علایم جسمانی (نظیر احساس ضعف و سستی)؛ اضطراب و اختلال در خواب (مثل بی‌خوابی، بیدار شدن در طول خواب و...؛ اختلال در کنش اجتماعی

(نظیر مشغولیت، صرف وقت زیاد و...) و افسردگی (مثل احساس بی‌ارزشی، تمایل به خودکشی و...)، خط برش در این پرسش‌نامه ۲۳ است؛ یعنی هرچه نمره فرد در این پرسش‌نامه بالاتر از ۲۳ باشد، از لحاظ سلامت روان در وضعیت بدتری قرار دارد و هرچه نمره پایین‌تر باشد، از نظر سلامت روانی، شرایط ایده‌آل‌تری مشاهده می‌شود. یعقوبی نشان داد که حساسیت و ویژگی این پرسش‌نامه در بهترین نقطه برش (۲۳) به ترتیب برابر با ۸۶ و ۸۲ درصد است (حسینی و همکاران، ۱۳۸۷). بر این اساس و با توجه به مطالعاتی با نتایج مشابه (بابانظری و کافی، ۱۳۸۶)، نقطه برش ۲۳ در نظر گرفته شد. پایایی پرسش‌نامه جی اچ کیو بیست و هشت در سال ۱۹۹۰، ۰/۸۳ محاسبه شده است (نجات، ۱۳۸۵). در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برابر با ۰/۸۰ بود. همچنین هماهنگی درونی این پرسش‌نامه که هومن محاسبه کرده است، برابر با ۰/۸۳ می‌باشد (هومن، ۱۳۷۶). با سنجش هم‌زمان پرسش‌نامه سلامت عمومی و مقیاس ناامیدی بک، ضریب روایی ۰/۶۹ به دست آمد (فتحی آشتیانی و داستانی، ۱۳۸۸). اعتبار ملاکی این آزمون براساس ضریب همبستگی بین نمرات حاصل از آزمون دو پرسش‌نامه جی اچ کیو بیست و هشت و پرسش‌نامه اس سی ال نود<sup>۱</sup> برابر با ۰/۸۲ بود.

### نتایج

نتایج این پژوهش نشان داد که میانگین سنی زنان مورد مطالعه ۳۲.۵ سال بود. ۹۰.۲ درصد پاسخگویان تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم داشتند. ۲۶.۵ درصد از آن‌ها بی‌سواد بودند. ۵۸.۲ درصد خود را خانه‌دار معرفی کردند. علت سرپرستی خانوار در ۳۳.۲ درصد زنان، از کار افتادگی همسر و ۲۵.۲ درصد فوت همسر ذکر شده است. ۶۲.۵ درصد زنان مسئولیت تکفل ۱ تا ۳ نفر را به عهده داشتند و ۱۸.۲ درصد بیش از ۵ نفر را تحت تکفل داشتند. ۴۵.۸ درصد در منازل اجاره‌ای به‌سر می‌بردند و ۹۸.۸ درصد مدعی بودند که درآمدی زیر ۳۰۰۰۰۰ تومان در ماه دارند.

**وضعیت سرمایه اجتماعی شبکه در بعد ساختاری:** میانگین تعداد اعضای شبکه برای پاسخگویان ۱۰.۹۴ با واریانس ۴۳.۵ بود. دامنه تغییرات تعداد اعضای شبکه بین صفر و ۳۶ گزارش شده است. بر اساس نتایج تحقیق، میانگین تعداد دوستان ۱.۵ نفر، میانگین تعداد همسایگان مرتبط ۲.۴ نفر و میانگین تعداد خویشاوندان موجود در شبکه ۷.۰۳ است.

**وضعیت سرمایه اجتماعی شبکه در بعد تعاملی:** همان گونه که انتظار می‌رفت، فراوانی تماس با خویشاوندان بیش از دوستان و همسایگان است. ۴۹.۸ درصد پاسخگویان اظهار کردند که تماس زیادی با خویشان دارند، در حالی که تنها ۲۰ درصد تماس محدود با خویشان را اعلام کردند. ۵۸.۴ درصد تماس کمی با دوستان و ۱۸.۲ درصد تماس زیادی با آنها داشتند. روابط با همسایگان متعادل تر بود، چنان که ۴۹.۸ درصد تماس کم و ۳۱.۴ درصد تماس زیادی با همسایگان داشتند. از نظر شیوه تماس می‌توان گفت که ۸۰.۹ درصد با خویشان تماس رویارو داشته‌اند، در حالی که این میزان برای تماس با همسایگان به ۶۹.۲ درصد و برای دوستان به ۱۶ درصد می‌رسد.

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

جدول ۱. شاخص‌های آماری مربوط به سلامت روان در بین زنان سرپرست خانوار

تعداد	حداکثر نمره	حداقل نمره	انحراف استاندارد	میانگین	سلامت روان
۳۲۵	۵۰	۹	۸۰.۱۷۳	۲۴.۱۳	

جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین نمره سلامت روان پاسخگویان در حدود ۲۴ بوده است. با توجه به گستره 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 ۲ نمره سرمایه اجتماعی را نمایش می‌دهد که از مجموع نمرات اعتماد، مشارکت و تعلق به دست می‌آید. طبق نمره‌گذاری انجام شده، بالاترین نمره‌ای که فرد می‌تواند کسب کند برابر ۹۱ و کمترین نمره برابر ۱۶ است. بالاترین نمره‌ای که زنان سرپرست خانوار در این پژوهش کسب کرده‌اند، ۷۰ و کمترین نمره برابر با ۱۷ بوده است.

جدول ۲. توزیع فراوانی زنان سرپرست خانوار بر اساس سطح سرمایه اجتماعی

سرمایه اجتماعی	پایین	متوسط	بالا
تعداد	۷۶	۱۵۲	۹۷
درصد	۲۳.۳۸	۴۶.۸۲	۲۹.۸

این جدول به ترتیب توزیع نمرات سرمایه اجتماعی را نشان می‌دهد؛ طبق اطلاعات موجود ۴۶.۸۲ 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 خانوار در شهر کرمان

جدول ۳. جدول توزیع فراوانی پاسخگویان برحسب تعداد اعضای شبکه اجتماعی که با آنها ارتباط دارند (اندازه شبکه)

خویشاوندان		همسایگان		دوستان		اعضای شبکه تعداد
۹/۲	۳۰	۳۲/۶	۱۰۶	۵۱/۱	۱۶۶	۰
۲۱/۶	۷۰	۴۸/۳	۱۵۷	۴۰/۹	۱۳۳	۱-۴
۳/۴	۹۹	۱۷/۲	۵۶	۶/۸	۲۲	۵-۹
۳۸/۸	۱۲۶	۱/۸	۶	۱/۲	۴	۱۰ و بالاتر
۱۰۰	۳۲۵	۱۰۰	۳۲۵	۱۰۰	۳۲۵	جمع

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، حدود نیمی از پاسخ‌گویان با هیچ دوستی و ۳۲/۶ درصد با هیچ همسایه‌ای ارتباط ندارند؛ در حالی که فقط ۹/۲ درصد با هیچ خویشاوندی ارتباط ندارند. همچنین، این جدول نشان می‌دهد که ۶۹/۲ درصد پاسخگویان با بیش از پنج‌نفر از خویشاوندان ارتباط دارند؛ در حالی که نسبت بسیار کمتری از ایشان با بیش از پنج دوست یا همسایه ارتباط دارند. این جدول حکایت از اهمیت روابط خویشاوندی و تأثیرگذاری خویشاوندان در روابط بین اعضای شبکه اجتماعی دارد.

جدول ۴. جدول خلاصه آنالیز واریانس سلامت روان و متغیرهای مستقل و زمینه‌ای تحقیق

متغیر	آنالیز واریانس	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	اف	معنی‌داری
	تفاوت بین گروهی	۲۳۱۲/۱۷۰	۴	۵۷۸/۰۴۲	۹/۵۶	۰/۰۰۰
درآمد	تفاوت درون گروهی جمع کل	۱۹۳۳۱/۱۴۱ ۲۱۶۴۳-۳۱۱	۳۲۰ ۳۲۴	۶۰/۴۱۰	۲/۸۷	۰/۰۰۰
تحصیلات	تفاوت بین گروهی تفاوت درون گروهی جمع کل	۲۸۲۴/۲۰۱ ۱۸۸۱۹/۱۱۰ ۲۱۶۴۳/۳۱	۴ ۳۲۰ ۳۲۴	۷۰۶/۰۵ ۵۸/۸۱۰	۱/۰۰۶ ۱۲	۰/۰۰۰
علت مسئولیت سرپرستی خانوار	تفاوت بین گروهی تفاوت درون گروهی جمع کل	۱۰۷۴/۲۵۴ ۲۰۵۶۹/۰۵۷ ۲۱۶۴۳/۳۱	۴ ۳۲۰ ۳۲۴	۲۶۸/۵۶ ۶۴۲/۲۸	۱/۱۷۸ ۴	۰/۰۰۰
تعداد افراد تحت تکفل	تفاوت بین گروهی تفاوت درون گروهی جمع کل	۱۶۰۸/۰۲ ۲۰۰۳۵/۲۸ ۲۱۶۴۳/۳۱	۴ ۳۲۰ ۳۲۴	۴۰۲/۰۰۴ ۶۲/۶۱۰	۱/۴۲۱ ۶	۰/۰۰۰

همان‌گونه که جدول ۴ نشان داده است، وضعیت سلامت روان به طور معناداری در بین گروه‌های مختلف درآمدی تفاوت دارد. مقایسه‌های چندگانه آزمون توکی نشان می‌دهد که

میانگین نمرات سلامت روان در گروهی که درآمد ماهیانه‌شان صد تا سیصد هزار تومان بود پایین بوده است.

یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که نمرات سلامت روان در بین گروه‌های مختلف تحصیلی تفاوت معنی‌داری دارد. نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان داد که بین میانگین نمرات سلامت روان در سطح بی‌سواد و دیپلم و بی‌سواد و فوق 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 خانوار شدن دارند، تفاوت معنی‌داری دارد. نتایج آزمون توکی نشان داد که بین میانگین‌های مربوط به طلاق و فوت همسر و میانگین‌های فوت همسر و محکومیت و فوت همسر و از کار افتادگی او تفاوت معنی‌داری وجود دارد. میانگین نمره سلامت روان در افراد مطلقه، دارای همسر محکوم و دارای همسر از کار افتاده، بالاتر از سایر افراد است و گواه پایین بودن سطح سلامت روان در این افراد نسبت به همتایان‌شان است. نتایج تحقیق نشان می‌دهد که به طور معناداری، سلامت روان با تغییر تعداد افراد تحت تکفل مرتبط است. نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان می‌دهد زنانی که سرپرستی افراد بیشتری را به عهده دارند، از سلامت روان کمتری برخوردارند.

جدول ۵. جدول ضرایب همبستگی پیرسون متغیرهای مستقل تحقیق و سلامت روان زنان سرپرست خانوار

متغیر	ضریب همبستگی پیرسون	معناداری	تعداد
سن	۰/۱۷۱	۰/۰۰۰۲	۳۲۵
اعتماد	-۰/۳۵۸	۰/۰۰۰	۳۲۵
احساس تعلق	-۰/۳۶۹	۰/۰۰۰	۳۲۵
مشارکت	-۰/۴۱۷	۰/۰۰۰	۳۲۵
سرمایه اجتماعی	-۰/۴۲۹	۰/۰۰۰	۳۲۵
اندازه شبکه	-۰/۳۷۹	۰/۰۰۰	۳۲۵
فراوانی تماس شبکه‌ای	-۰/۳۸۴	۰/۰۰۰	۳۲۵

با توجه به مندرجات جدول ۵ مشاهده می‌شود که فقط بین متغیر سن و سلامت روان زنان رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد. با توجه به اینکه بالابودن نمره سلامت روان، نشانه سطح پایین سلامت روان است، می‌توان گفت با افزایش سن زنان سطح سلامت روان کاهش می‌یابد؛ در حالی



که با افزایش میزان اعتماد اجتماعی، احساس تعلق، مشارکت اجتماعی، سرمایه اجتماعی، اندازه و فراوانی تماس در شبکه، میزان سلامت روان به طور معنی داری افزایش می یابد.

جدول ۶. مهم ترین متغیرهای پیش بینی کننده سلامت روان زنان سرپرست خانوار بر اساس نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره

مرحله	متغیر وارد شده	آر	مجدور آر	بی	بتا	تی	سطح معنی داری
اول	حمایت عاطفی	۰.۷۰۳	۰.۴۹۵	-۱.۶۲۱	۰.۵۰۰-	۹.۶۳۲-	۰.۰۰۰
دوم	حمایت مالی	۰.۷۲۵	۰.۵۲۶	۰.۵۷۶-	۰.۱۴۸-	۲.۷۰۵-	۰.۰۰۷
سوم	حمایت خدماتی	۰.۷۳۲	۰.۵۳۶	۰.۵۱۱-	۰.۱۲۴-	۲.۲۵۹-	۰.۰۱۹
چهارم	مشارکت اجتماعی	۰.۷۳۶	۰.۵۴۲	۰.۳۷۰-	۰.۰۸۹-	۲.۰۴۷-	۰.۰۱۴۱

R=0.73 R2=0.542 F=94.724  $\alpha$ =36.314 sig=0.000

برای بررسی تأثیر متغیرهای مستقل بر سلامت روان زنان سرپرست خانوار، به طور هم زمان از آزمون رگرسیون چندمتغیره استفاده شده است. روش مورد استفاده روش مرحله ای<sup>۱</sup> است که طی آن، متغیرها برحسب بیشترین تأثیری که در تعیین متغیر وابسته دارند، وارد معادله می شوند. متغیرهای حمایت مالی، حمایت عاطفی، حمایت خدماتی، حمایت مشورتی و اطلاعاتی، سرمایه اجتماعی و ابعاد سه گانه آن وارد معادله شدند. نتایج تحلیل رگرسیونی که در جدول ۶ منعکس شده است نشان می دهد که ۰.۵۴۲ از تغییرات سلامت روان زنان سرپرست خانوار توسط چهار متغیر حمایت عاطفی، حمایت مالی، حمایت خدماتی و مشارکت اجتماعی تبیین می شود. کلیه ضرایب بتا در این جدول منفی است؛ یعنی با افزایش نمره فرد در هر یک از این متغیرها، نمره سلامت روانش کاهش می یابد که با توجه به جهت نمره گذاری سلامت روان در پرسش نامه جی اچ کیو<sup>۲</sup> به معنی آن است که به لحاظ سلامت روان در وضعیت بهتری قرار می گیرد. چنان که مشاهده می شود، در این مدل ابتدا متغیر حمایت عاطفی اعضای شبکه وارد شده است و سپس به ترتیب حمایت مالی، حمایت خدماتی و مشارکت اجتماعی وارد شده اند.

1 Stepwise

2 GHQ

### بحث و نتیجه‌گیری

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 (سپهرمنش، ۱۳۸۸)؛ حمایت اجتماعی (پناغی و همکاران، ۱۳۸۷)؛ حاجبی و فریدنیا، ۱۳۸۸) و سرمایه اجتماعی (ایمان و همکاران، ۱۳۸۷)؛ لهسایی‌زاده و مرادی، ۱۳۸۶).

نتایج این پژوهش نشان داد که زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی شهر کرمان از نظر وضعیت درآمد، مسکن و تسهیلات در وضعیت نه چندان مطلوبی به سر می‌برند. با کار بست آزمون جی اچ کیو مشخص شد که نزدیک به ۴۴ درصد این زنان از نظر سلامت روان وضعیت مطلوبی ندارند. این یافته مؤید نتایج پژوهش نوری و همکاران (۳۷: ۱۳۸۲) است که نشان می‌دهد سطح سلامت روان زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی تهران به طور معناداری از سطح سلامت روانی زنان عادی پایین‌تر است. همچنین، سپهرمنش (۳۱: ۱۳۸۸) در تحقیقی پیرامون سلامت روان زنان جوان کاشان به نتیجه مشابهی دست یافت. پناغی و همکاران (۶۹: ۱۳۸۷) هم نشان داده‌اند که زنان آزرده از سلامت روانی پایینی نسبت به جمعیت عادی برخوردارند. نتایج پژوهش نشان داد که هنوز اعضای خانواده و گروه خویشاوندی مهم‌ترین اعضای شبکه و روابط اجتماعی این زنان تلقی می‌شوند و در مواقع لزوم حمایت‌های خود را از آن‌ها دریغ نمی‌کنند. اما سایر اعضای شبکه در این میان نقش مهمی به عهده نداشتند. در بعضی موارد، وقوع طلاق و جدایی ناپسند تلقی می‌شود؛ لذا زنی که درگیر پدیده طلاق یا جدایی شده، مقصر تلقی می‌شود که این امر باعث به‌وجود آمدن روابط تحقیرآمیز، خصومت‌آمیز و محدود می‌شود. این رفتارها خصوصاً از سوی خانواده همسر شدت می‌گیرد. همچنین اختلاف نظر بر سر تقسیم ارث و سرپرستی کودکان در خانواده‌های همسر فوت‌شده منجر به اختلال در روابط شبکه خانواده می‌شود. یکی از باورهای مسلط فرهنگی، دسترسی جنسی آسان به زنان مطلقه یا همسر فوت‌شده است. از آنجا که روابط اجتماعی در برخی موارد می‌تواند بستر تعرض به حریم شخصی این زنان را فراهم کند، محدود کردن روابط اجتماعی راه پیشگیری محسوب می‌شود. با توجه به باور پیش‌گفته، حضور زنان بدون همسر، خصوصاً اگر جوان باشند، از سوی زنان دیگر خطری بالقوه محسوب می‌شود؛ بنابراین، احتمال کاهش روابط اجتماعی وجود دارد. اشتغال هم‌زمان به دو کار خانه‌داری و کار برای کسب درآمد بسیار وقت‌گیر است. بنابراین، مضیقه زمانی برای برقراری روابط اجتماعی به وجود می‌آید. مسئولیت

هم‌زمان به‌عنوان پدر و مادر، زنان سرپرست خانوار را نسبت به مناسبات اجتماعی فرزندان حساس می‌سازد؛ پس محدود کردن روابط اجتماعی می‌تواند پیامد ترس از چگونگی مرادات فرزندان باشد. به این ترتیب، در بیشتر مواقع، یک یا چند دلیل از دلایل فوق می‌تواند به محدودیت روابط اجتماعی منجر شود که قاعدتاً در این شرایط کارکردهای حمایتی به حداقل می‌رسد. با توجه به این واقعیت‌ها، سرمایه اجتماعی این گروه از زنان با محدودیت مواجه می‌شود که می‌تواند پیامدهای ناگواری برای سلامتی ایشان داشته باشد.

متغیرهای میزان درآمد، میزان تحصیلات، علت مسئولیت سرپرستی خانوار، تعداد افراد تحت تکفل و سن زنان، از جمله عوامل مهمی هستند که با سطح سلامت روان رابطه داشته‌اند. با افزایش سن و افزایش تعداد افراد تحت تکفل، سطح سلامت روان کاهش می‌یابد. همچنین، سطح سلامت روان در بین زنانی که از همسرشان جدا شده‌اند، یا همسرشان به علت محکومیت و از کار افتادگی نمی‌تواند سرپرستی خانواده را به عهده بگیرد، نسبت به سایر زنان سرپرست خانوار، از جمله کسانی که همسرشان فوت کرده است، سطح نامطلوب‌تری دارد. در واقع، به نظر می‌رسد فوت همسر و حذف کامل مرد از زندگی این زنان کمتر از سایر حالت‌ها به سلامت روان صدمه می‌زند.

سرمایه اجتماعی عام و ابعاد اصلی آن، یعنی اعتماد اجتماعی، احساس تعلق و مشارکت اجتماعی ارتباط معنی‌داری با سلامت روانی زنان سرپرست خانوار دارد؛ یعنی با افزایش سرمایه اجتماعی عام یا هر یک از ابعاد آن، سطح سلامت روان هم بهبود پیدا می‌کند. اندازه و فراوانی تماس که از شاخص‌های بعد ساختاری و بعد تعاملی سرمایه اجتماعی شبکه است، ارتباط معنی‌داری با سلامت روان این زنان داشت. لهسایی‌زاده و مرادی هم در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که سلامت روان با اعتماد اجتماعی و مشارکت اجتماعی رابطه معنی‌داری دارد (۱۳۸۶: ۱۶۱). ایمان و همکاران هم (۱۳۸۷) در پژوهش خود به تأثیر سرمایه اجتماعی در پیش‌بینی سلامت روان دانشجویان دست یافتند. با این همه، نتایج تحلیل رگرسیونی نشان داد که مهم‌ترین متغیرهای پیش‌بین در سلامت روان زنان سرپرست خانوار بعد کارکردی سرمایه اجتماعی، یعنی حمایت مالی، عاطفی و خدماتی به اعضای شبکه است. در کنار این سه متغیر، مشارکت اجتماعی هم نقش مهمی به عهده دارد. تحقیقات قبلی هم مؤید این یافته است. حاجبی و فریدنیا (۱۳۸۸) بین میزان حمایت اجتماعی دریافتی کارکنان صنعت نفت بوشهر و سلامت روان آن‌ها رابطه معنی‌دار قوی مشاهده کرده‌اند. پناغی و همکاران (۱۳۸۷) دریافتند که زنان آزاردیده نمرات حمایت اجتماعی و سلامت روان پایینی دارند. بخشی‌پور رودسری و

همکاران (۱۳۸۴) در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی می‌تواند به شکل معناداری سلامت روانی دانشجویان را پیش‌بینی کند.

به طور کلی، نتایج این پژوهش در جهت تأیید نتایج تحقیقات پیشین بود. می‌توان گفت که سرمایه اجتماعی عام با متغیرهای اصلی همچون اعتماد اجتماعی، مشارکت و احساس تعلق نوعی امنیت خاطر و آسودگی خاطر در زنان سرپرست خانوار ایجاد می‌کند که نتیجه آن، بهبود وضعیت سلامت روان ایشان است. با توجه به اینکه سلامت روان، به معنای زندگی در وضعیتی است که احساس تعلق، اعتماد، همکاری و پذیرش و دریافت حمایت‌های گوناگون جزء جدایی‌ناپذیر آن باشد، شرایط امن و آسوده‌ای را فراهم می‌کند که در آن فرد به قدرت آرام‌زیستن و با خود و دیگران در آرامش بودن، آگاهی از درون و احساسات خود، قدرت تصمیم‌گیری در بحران‌ها و مقابله موفق با فشارهای روانی دست یابد و این در واقع معنای سلامت روان است. ویژگی‌های ساختاری و کارکردی سرمایه اجتماعی شبکه با سلامت روان ارتباط معنی‌داری دارند. در واقع به نظر می‌رسد شبکه روابط اجتماعی، خصوصاً در شکل سنتی آن، یعنی خانواده و گروه خویشاوندی، همچون سپری در برابر مشکلات، از زنان سرپرست خانواده حمایت می‌کند. حمایت‌های دریافتی فرد از این شبکه می‌تواند تنش‌های عاطفی و روانی را کاهش دهد.

با توجه به نتایج، هرچند سرمایه اجتماعی عام 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 کارکردی آن، بتوان راهی برای ارتقای سطح سلامت روان زنان سرپرست خانوار یافت. این تغییر و مداخله، از طریق آموزش مستقیم و غیر مستقیم و تأکید بر سنت‌های کهن حمایت از اعضای خانواده امکان‌پذیر است. علاوه بر این، پیشنهاد می‌شود با آگاهی‌دادن به این گروه از زنان و با تکیه بر اهمیت سازمان‌های مردم‌نهاد، زمینه مشارکت رسمی و غیر رسمی ایشان فراهم شود. از این طریق می‌توان تغییراتی در میزان اعتماد و احساس تعلق ایشان فراهم آورد. تأکید بر تشکیل شبکه‌های محلی برای شناسایی و حمایت همه‌جانبه از این زنان می‌تواند بخشی از مسئولیت‌های مستقیم بهزیستی و سایر نهادهای دولتی را کاهش دهد و علاوه بر آن، حس خودباوری، مهم‌بودن و کارآبودن را در ایشان 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 ارتقای سطح سلامت روان در این دسته از زنان که عمدتاً در وضعیت نامناسب اقتصادی به‌سر می‌برند 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 خانوار پرداخته است که تحت پوشش بهزیستی بوده‌اند و عملاً بسیاری از زنان سرپرست خانوار که به دلایلی تحت پوشش این سازمان نیستند از گستره تحقیق خارج مانده‌اند. برخی از محدودیت‌های روش‌شناختی این پژوهش با اجرای پژوهش‌های دیگر قابل اصلاح است. از جمله، بررسی تطبیقی وضعیت سلامت روان زنان سرپرست خانوار و زنان غیر سرپرست یا اجرای این پژوهش در سطح کشوری تا تصویری روشن از مسئله تحقیق را برای برنامه‌ریزان تصویر نماید. یکی دیگر از محدودیت‌ها مربوط به ابزار سنجش سرمایه اجتماعی است که پیشنهاد می‌شود برای بالابردن سطح اطمینان، علاوه بر استفاده از روش تعیین روایی صوری، از سایر روش‌های موجود هم استفاده شود.

#### منابع

- آتی‌دار، طیبه (۱۳۸۲) *قوانین و مقررات اجتماعی*، تهران: برگ زیتون.
- ازکیا، مصطفی (۱۳۷۷) *جامعه‌شناسی توسعه*، تهران: انتشارات کلمه.
- الوانی، مهدی و علیرضا شیروانی (۱۳۸۵) *سرمایه اجتماعی مفاهیم، نظریه‌ها و کاربردها*، تهران: انتشارات ماهی.
- ایمان، محمدتقی، گلمراد مرادی و دیگران (۱۳۸۷) «بررسی تطبیقی سرمایه اجتماعی و سلامت روانی دانشجویان غیر بومی دانشگاه‌های تهران و شیراز»، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، سال هشتم، شماره ۳۰-۳۱: ۱۶۹-۱۴۳.
- بابانظری، لاله و سید موسی کافی (۱۳۸۶) «بررسی تطبیقی سلامت روان زنان و عوامل جمعیت‌شناختی مرتبط با آن در دوره‌های مختلف بارداری»، *فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، دوره اول، شماره دوم: ۵۲-۴۴.
- باستانی، سوسن و مریم صالحی هیکویی (۱۳۸۶) «سرمایه اجتماعی شبکه و جنسیت، بررسی ویژگی‌های ساختی، تعاملی و کارکردی شبکه اجتماعی زنان و مردان در تهران»، *نامه علوم اجتماعی*، شماره ۳۰: ۸۷-۶۳.

بخشی‌پور رودسری، عباس، حمید پیروی و احمد عابدیان (۱۳۸۴) «بررسی رابطه میان رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی با سلامت روان در دانشجویان»، *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، سال هفتم، شماره ۲-۲۸: ۱۴۵-۱۵۲.

پناغی، لیلی، شهربانو قهاری و دیگران (۱۳۸۷) «همه‌آزاری و سلامت روانی: نقش حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله»، *فصلنامه روان‌شناسان ایرانی*، سال پنجم، شماره ۱۷: ۶۹-۷۹. پیران، پرویز، میرطاهر موسوی و ملیحه شیانی (۱۳۸۵) «کارلایه مفهومی و مفهوم‌سازی سرمایه اجتماعی با تأکید بر شرایط ایران»، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، سال ششم، شماره ۲۲: ۹-۴۴.

توسلی، غلامیان و مرضیه موسوی (۱۳۸۴) «مفهوم سرمایه در نظریات کلاسیک و جدید با تأکید بر نظریه‌های سرمایه اجتماعی»، *نامه علوم اجتماعی*، شماره ۲۶: ۳۲-۱. حاجبی، احمد و پیمان فریدنیا (۱۳۸۸) «ارتباط بین سلامت روان و حمایت اجتماعی در کارکنان بهداشت و درمان صنعت نفت بوشهر»، *فصلنامه طب جنوب*، سال دوازدهم، شماره ۱: ۶۷-۷۴.

حسینی، نرگس، قدسی احقر و دیگران (۱۳۸۷) *پرسش‌نامه‌های پژوهشی در زمینه روان‌شناسی، مشاوره، علوم تربیتی و جامعه‌شناسی*، تهران: انتشارات سخن. خواجه‌دادی، اشکان، مریم شریفیان ثانی و دیگران (۱۳۸۷) «رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت مادران»، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، سال هشتم، شماره ۳۰ و ۳۱: ۸۳-۱۰۲. خسروی، زهره و مریم آقاجانی (۱۳۸۲) «بررسی رابطه بین سلامت روان، منبع کنترل و شیوه مقابله‌ای دانش‌آموزان دختر سال اول مقطع متوسطه شهر تهران»، *مطالعات زنان*، ۱ (۱): ۵۴-۱۹.

دیمانتو، رابین (۱۳۷۸) *روان‌شناسی سلامت*، ترجمه محمد کاویانی، تهران: انتشارات سمت. ریاحی، محمد اسماعیل (۱۳۸۷) «سرمایه اجتماعی و سلامتی، توصیف و تبیین علی سازوکارهای اثرگذاری»، *فصلنامه توسعه انسانی*، دوره سوم، شماره اول: ۶۷-۹۴. رفیعی، حسن (۱۳۸۰) *جزوه درس ارتقای سلامت روان دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی*، تهران.

زاهدی اصل، محمد (۱۳۸۱) *مبانی رفاه اجتماعی*، تهران: انتشارات دانشگاه علامه طباطبایی. زکی، محمدعلی (۱۳۸۷) «پایایی و روایی مقیاس حمایت اجتماعی در دانشجویان دانشگاه‌های اصفهان»، *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، سال چهاردهم، شماره ۴: ۴۳۹-۴۴۶.

- سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی (۱۳۷۹) «برنامه مبارزه با فقر و افزایش درآمد خانوارهای کم‌درآمد».
- سازمان بهزیستی کشور (۱۳۸۵) کارنامه بهزیستی.
- سپهرمنش، زهرا (۱۳۸۸) «سلامت روان و عوامل مرتبط با آن در زنان جوان شهر کاشان»، *مجله زنان، مامایی و نازایی ایران*، ۱۲ (۱): ۳۱-۴۱.
- شادی‌طلب، ژاله و افسانه کمالی (۱۳۷۹) «زنان بسته‌ترین حلقه زنجیره فقر»، *مجموعه مقالات فقر در ایران*، تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی: ۳۶۰-۳۳۷.
- شادی‌طلب، ژاله و علیرضا گرایبی‌نژاد (۱۳۸۳) «فقر زنان سرپرست خانوار»، *پژوهش زنان*، دوره دوم، شماره ۱: ۷۰-۴۹.
- شاهنده، خندان، زهره محمدبیگی و انسیه جمشیدی (۱۳۸۵) «تشکیل گروه‌های خودیار زنان سرپرست خانوار در منطقه ۱۷ شهرداری تهران، گامی در جهت توانمندسازی»، *ویژگی‌نامه تحقیقات جمعیتی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*، بهار ۱۳۸۵: ۳۱-۳۶.
- عبداللهی، محمد و میرطاهر موسوی (۱۳۸۶) «سرمایه اجتماعی در ایران: وضعیت موجود، دورنمای آینده و امکان‌شناسی گذار»، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، شماره ۲۵.
- علی‌پور، احمد (۱۳۸۵) «ارتباط حمایت اجتماعی با شاخص‌های ایمنی بدن در افراد سالم، بررسی مدل کلی»، *اندیشه و رفتار*، ۱۲: ۱۳۹-۱۳۴.
- فروزان، ستاره، و اکبر بیگلریان (۱۳۸۲) «زنان سرپرست خانوار، فرصت‌ها و چالش‌ها»، *فصلنامه پژوهش زنان*، دوره اول، شماره ۵: ۵۸-۳۵.
- فتحی آشتیانی، علی و محبوبه داستانی (۱۳۸۸) *ارزشیابی شخصیت و سلامت روان*، تهران: انتشارات بعثت.
- فیروزآبادی، سید احمد و حسین ایمانی جاجرمی (۱۳۵۸) «سرمایه اجتماعی و توسعه اقتصادی-اجتماعی در کلان‌شهر تهران»، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، شماره ۲۳.
- قائدی، غلامحسین و حمید یعقوبی (۱۳۸۷) «بررسی رابطه بین ابعاد حمایت اجتماعی ادراک‌شده و ابعاد بهزیستی در بین دانشجویان دختر و پسر»، *ارمغان دانش*، ۱۳ (۲): ۸۱-۶۹.
- کرتین، آنتونی جی (۱۳۸۰) *روان‌شناسی سلامت*، ترجمه فرامرز سهرابی، تهران: ورای دانش.
- لهسایی‌زاده، عبدالعلی و گلمراد مرادی (۱۳۸۶) «رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در مهاجران»، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، سال هفتم، شماره ۲۶: ۱۸-۱۶.

معیدفر، سعید و نفیسه حمیدی (۱۳۸۶) «زنان سرپرست خانوار: نگفته‌ها و آسیب‌های اجتماعی»، *نامه علوم اجتماعی*، شماره ۳۲: ۱۵۷-۱۳۱.

میلانی فرد، بهروز (۱۳۸۲) *بهداشت روانی*، چاپ هشتم، تهران: نشر قومس.

نجات، حمید (۱۳۸۵) بررسی تأثیر مسائل اجتماعی بر میزان سلامت روان دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی، تهران: پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی.

نوابی‌نژاد، شکوه (۱۳۸۳) *نظریه‌های مشاهده و روان درمانی گروهی*، تهران: انتشارات سمت.

نوری، مهشید، محمود میناکاری و دیگران (۱۳۸۲) «بررسی سلامت روانی زنان سرپرست خانوار»، *فصلنامه توانبخشی*، سال ۴ شماره ۲: ۴۴-۳۷.

هرشن‌سن، دیوید، و پال دلبیو پاور (۱۳۷۴) *مشاوره بهداشت روانی: نظریه و عمل*، ترجمه محمدتقی منشی طوسی، مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.

هومن، عباس (۱۳۷۶) استانداردسازی پرسش‌نامه سلامت عمومی در میان دانشجویان دختر و پسر دانشگاه تربیت معلم تهران، مرکز مشاوره دانشجویان دانشگاه تربیت معلم تهران.

- Anheier, H. K. and Kendall, j. (2000) *Trust and Voluntary Organizations: Three Theoretical Approaches to Civil Society*, working paper 5, London School of Economics.
- Bourdieu, P. (1986) "The Forms of Capital", in j. Richhardson (ed.), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*, Westport: Greenwood Press.
- Chant, S. (2003) *Female Household Headship and the Feminization of Poverty*, issue 9, Cender Institute, London School of Economics.
- Cohen, S. (2004) Social Retationship and Health, *American Psychologist*, 59: 676-684.
- Davidson, L. M., M. L. Demaray, C. K. Mlecki, K. Ellonen and R. Nand korkiamaki (2008) "United Stated an Finish Adoloescent's Perceptions of Social Support: A Cross Cultural Analysis", *International School of Psychology*, 29 (3): 363-375.
- De Silva, M. and S. R. Hattly (2007) "Social Capital and mental Heath: A Comparative Analysis of Four Low Income Countries", *Social Science and Medicine*, 645: 5-20.
- Goldberg, D. F., R. Gater, N. Sartorius and T. B. Ustun (1997) "The Validity of Two Versions of the GHQ in the WHO Study of Mental Illness in General Health Care", *Psychological Medicine*, 27 (1): 191-197.



- Kim, J. E. and J. R. Nesselrade (2003) "Relationships Amoany Social Support, Self-Concept and Wellbeing of Older Andults", *International Journal of Behavioral Development*, 27: 46-65.
- Lynch, J. and G. Kaplan (1997) "Understanding How Inequahity in the Distrivution of Income Affects Health", *Journal of Health Psychology*, 2: 297-314.
- Penninx, B. W., T. Venttburg, D. J. H. Deeg and J. T. M. Vaneijk (1997) "Direct and Buffer Effects of Social Support and with Arthritis", *Social Science and Medictne*, 44: 393-402.
- Wright, K. B. and S. B. Bell (2003) Health Related Support Groups on The Internent, *Journal of Health Psychology*, 8 (1): 39-54.
- Worldbank (2009) [www.Worldbank.org](http://www.Worldbank.org).2009