

سرمایه اجتماعی و سلامت روانی در بین زنان متأهل شهر تبریز

تاریخ دریافت:	۹۱/۱۰/۲۰	محمّد عباس زاده ^۱
تاریخ پذیرش:	۹۱/۱۱/۲۹	موسی سعادت ^۲
		اصحاب حبیب زاده ^۳
		رضا حیدری ^۴

چکیده

در کلیه اعصار، توجه به سلامت روانی زنان، از جمله مهمترین موضوعات بوده است؛ چرا که از یک منظر، سلامت زنان با تأثیر گذاری بر سلامت کل اعضای خانواده، زمینه ساز توسعه هر کشوری محسوب می گردد. عوامل متعددی بر سلامت روانی تأثیر گذارند، که در تحقیق حاضر تلاش شده است تأثیر سرمایه اجتماعی - که از موضوعات روز در سطح جهانی است - بر سلامت روانی زنان تحلیل گردد.

روش تحقیق، پیمایشی است. جامعه آماری مورد مطالعه شامل زنان متأهل شهر تبریز به تعداد ۳۷۸۴۶۰ بوده که از این تعداد، ۳۸۴ نفر با استفاده از فرمول کوکران و به روش نمونه گیری تصادفی مطابق انتخاب شده اند. ابزار مورد استفاده در تحقیق حاضر، پرسشنامه بوده و برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزارهای spss و lisrel استفاده گردیده است.

نتایج تحقیق نشان داد که همبستگی بین متغیر سرمایه اجتماعی در ابعاد چهارگانه، با متغیر سلامت روانی، به جز رابطه بعد حمایت دوستان (بعدی از سرمایه اجتماعی) با بعد علایم جسمانی (بعدی از سلامت روانی) معنی دار بود؛ همچنین نتایج حاصل از تحلیل مسیر انجام یافته نشان داد که ۱۰ درصد تغییرات مرتبط با متغیر اختلال در علایم جسمانی، ۵۱ درصد تغییرات متغیر اضطراب، ۱۹ درصد تغییرات متغیر نارسایی کارکرد اجتماعی و ۴۱ درصد تغییرات مرتبط با متغیر افسردگی توسط متغیرهای مستقل مورد استفاده تبیین شده است.

واژه های کلیدی: سرمایه اجتماعی، اختلال در سلامت روانی، حمایت اجتماعی، اعتماد بین شخصی

و زنان متأهل

۱- نویسنده مسئول، استادیار گروه علوم اجتماعی دانشگاه تبریز

m.abbaszadeh@yahoo.com

saadati2245@yahoo.com

۲- کارشناس ارشد پژوهش علوم اجتماعی

۳- استادیار دانشگاه علوم نظامی

۴- رئیس اداره مطالعات و برآورد معاونت اجتماعی فرماندهی نظامی استان آذربایجان شرقی - کارشناس روانشناسی و کارشناسی ارشد مدیریت دولتی

مقدمه

خانواده، اولین کانون تربیت انسان بوده و زنان، مدیر خانواده و سلامت آنان، اساس خانواده و پیش شرط توسعه است. انسان‌های سالم، محور توسعه پایدار هستند و زنان، پرورش دهندگان انسان‌های سالم بوده و بی توجهی به سلامت زنان، می‌تواند سبب مشکلات عدیده‌ای در شیوه زندگی و سلامت نسل‌های بعدی شود. خانواده دارای شبکه‌ای از ارتباطات است و نوع ارتباطات در خانواده از عوامل موثر در سلامت روانی^۱ اعضا خواهد بود (سعیدیان، ۱۳۸۲: ۱۲). سلامت زنان بر سلامت خانواده و جامعه تأثیر گذاشته و از این رو به پیشبرد اهداف، رشد و توسعه کشور کمک می‌کند. تحقیقات متعددی در کشورهای مختلف نشان می‌دهد که جامعه زنان به دلایل متعدد بیش از مردان در معرض اختلالات روانی و مسائل روانی - اجتماعی قرار دارند. زنان، بار مسئولیتهای مرتبط با نقش‌های همسری، مادری و مراقبت از دیگران را بر عهده داشته و بخش عمده نیروی کار و کسب درآمد، به شمار می‌آیند (احمدی و همکاران، ۱۳۸۵: ۳۷-۳۶).

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت روانی عبارت است از قابلیت موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی، اجتماعی، حل تضادها و تمایلات شخصی بطور منطقی، عادلانه و مناسب. در تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت فرد علاوه بر ارتباط با عوامل جسمانی و روانی، در ارتباط با محیط اجتماعی نیز بیان شده است. افزایش روزافزون مشکلات روانی، به دلیل پیامدهای اجتماعی ناگوار و تخصیص بخشی از اعتبارات دولت‌ها، سبب بذل توجه مسئولان به سلامت روانی شده است (حسینی، ۱۳۷۸: ۵۵).

سلامت روانی به عنوان حالت عاطفی و تندرستی اجتماعی تعریف شده است که بر این اساس فرد می‌تواند از عهده تنش‌های معمولی زندگی برآمده و به استعدادهای نهانی‌اش دست یابد، به طور صریح، این تعریف، ارتباط بین سلامت روانی و سرمایه اجتماعی^۲ را نشان می‌دهد. شبکه‌های اجتماعی^۳ اغلب اوقات نیازهای محسوس مانند حمایت مالی و حمایت عاطفی، نظیر ملاقات، پول، همدردی و مواردی مانند آن را فراهم می‌آورند. سرمایه اجتماعی به عنوان یک مکانیسم روانشناختی در فراهم سازی امنیت در برابر فشار و بیماری، همانند ضربه گیر عمل می‌کند (پوچین، ۲۰۰۶: ۳۰). رابطه تعداد زیادی از مفاهیم با سلامت

1- Mental Health

2- Social Capital

3- Social Networks

روانی ثابت شده است که در این میان ابعاد سرمایه اجتماعی مانند اعتماد^۱ و رابطه آن با سلامت روانی (زوبریک و همکاران، ۲۰۰۱)، حمایت اجتماعی^۲ و رابطه آن با سلامت روانی (جان وود، ۲۰۰۶: ۲۶) از جمله مهمترین تایید شده ها است.

نقش چشمگیر سرمایه اجتماعی و نحوه حضور آن در زندگی کنشگران اجتماعی، به عنوان راه حل مشکلات اجتماعی تلقی می شود. سرمایه اجتماعی می تواند از سوی گروه های مختلف به عنوان منبعی برای دستیابی به منابع سودمند به کار گرفته شود، افراد خانواده با گرد هم آمدن در قالب یک نهاد اجتماعی، سرمایه اجتماعی را شکل می دهند که پاداش های آن در شکل حمایت های مادی و معنوی به آنها در زندگی اجتماعی کمک می کند (شکریگی، ۱۳۸۹: ۹۰). سرمایه اجتماعی در خانواده، باعث فراهم آوردن شبکه حمایتی برای اعضای خانواده می شود. این حمایت، همچنین می تواند از تأثیر بسیاری از عواملی که اغلب روی سلامت جسمی و روحی افراد علی الخصوص زنان اثرات منفی می گذارد، جلوگیری نموده و تا حد زیادی کاهش دهد (بهزاد، ۱۳۸۱: ب: ۴۹).

حمایت اجتماعی یکی از زیرمجموعه های سرمایه اجتماعی است که اهمیت و تأثیر گذاری آن بر روی سلامت روانی انسان ها به اثبات رسیده است. منظور از حمایت اجتماعی، آسایش جسمی و روانی است که بوسیله دوستان، همسایگان، خانواده و خویشاوندان برای فردی که تحت فشار روانی است فراهم می شود. با اعمال حمایت اجتماعی، افراد از بهداشت جسمی بیشتری برخوردار شده و در مقابله با فشار روانی تا حدی در امان خواهند بود (قهاری و همکاران ۱۳۸۵: ۷۰).

اعتماد اجتماعی^۳ به عنوان بعد دیگری از سرمایه اجتماعی، شالوده زندگی اجتماعی است، اعتماد در ایجاد احساس امنیت و با دارا بودن حسن ظن و خوش بینی، زمینه ساز شخصیت سالم و تضمین کننده سلامت روانی در افراد می باشد. در خانواده ها، هر زن و شوهری در صدد جلب هر چه بیشتر اعتماد یکدیگر بوده و هر پدر و مادری سعی دارد در رابطه با فرزندش جوی اعتماد آمیز ایجاد نماید، لذا اعتماد در حوزه روابط انسانی و اجتماعی می تواند تمامی ابعاد زندگی را در بر گرفته و به عنوان یک مکانیسم روانشناختی - اجتماعی کار کردهای متعددی در زمینه های، زناشویی، خانوادگی و اجتماعی در پی داشته باشد

1- Trust

2- Social Support

3- Social Trust

(بهزاد، ۱۳۸۱ الف: ۸).

بیان مساله

خانواده به عنوان کوچکترین و بنیادی ترین واحد اجتماعی و عامل انتقال فرهنگ و ارزش ها، یکی از واحدهای اساسی جامعه است. این نهاد، کانونی است که در شکل دهی شخصیت اعضای خود نقش مهمی داشته و منبع اصلی بهداشت جسمی و روانی آنها می باشد. از طرف دیگر به واسطه نقش خطیر زنان در خانواده که یکی از اساسی ترین عوامل استحکام و سعادت و پایداری این نهاد می باشد، لذا می توان گفت، قلب جامعه در سینه خانواده می تپد و زن ضربان حیات خانواده است. در نتیجه می توان اذعان کرد که اختلال در سلامت روانی این قشر از افراد جامعه، ضربان حیات خانواده را از کار می اندازد و به مرور، قلب جامعه نیز به تبع آن، آسیب های جدی به خود خواهد دید (مولاوردی، ۱۳۸۵: ۹۳).

وجود یک جامعه سالم از نظر بهداشت روانی، منوط به سلامت اجزای کوچکتر آن جامعه، مانند اجتماعات کوچک و خانواده های موجود در آن جامعه است. در این میان خانواده هسته مرکزی هر جامعه و یکی از پایه های اساسی آن محسوب می شود، وجود خانواده های سالم و مادران و زنان با سلامت روان بهتر، می تواند تاثیر بسزایی در سلامت روان موجود و ایجاد بهداشت روانی آن جامعه داشته باشد (اوتادی، ۱۳۸۰: ۳).

تحقیقات متعدد در کشورهای مختلف نشان می دهد که جامعه زنان به دلایل متعدد بیش از مردان در معرض اختلالات روانی و مسائل روانی - اجتماعی قرار دارند. زنان، بار مسئولیت های مرتبط با نقش های همسری، مادری و مراقبت از دیگران را بر عهده دارند و بخش عمده نیروی کار و کسب درآمد را از یک چهارم تا یک سوم خانوارها را تشکیل می دهند. سلامت روان زنان به دلیل ایفای نقش های متعدد آنان در جامعه نیازمند توجه است. اما با این حال در اغلب مواقع، فعالیت های انجام شده حول محور بهداشت باروری و بهداشت روانی آنان مورد غفلت واقع می شود. علاوه بر این، آنها باید تبعیضات جنسی و عوامل مرتبط با فقر، گرسنگی، سوء تغذیه و کار زیاد را هم تحمل نمایند. زنان شهر تبریز نیز به عنوان بخش عمده ای از جمعیت این شهر از این قاعده مستثنی نیست و تحقیقاتی که حول وضعیت اجتماعی زنان نظیر خشونت، طلاق، رضایت شغلی و ... در این شهر صورت گرفته است، لزوم انجام پژوهش عمده حول سرمایه اجتماعی و سلامت روانی زنان شهر مذکور

بیش از پیش ضروری می سازد.

از حدود یک دهه پیش برخی صاحب نظران ویژگی های اجتماعی از قبیل همبستگی اجتماعی، اعتماد، حمایت اجتماعی، روابط اجتماعی و... را تحت عنوان سرمایه اجتماعی مطرح کردند که باسلامتی افراد در ارتباط می باشد. مطالعات تجربی متعددی در غرب به بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامتی پرداخته اند. یک شبکه اجتماعی^۱ برای فرد حمایت عاطفی، ابزاری، اطلاعاتی فراهم می نماید و از آن طریق در تنظیم فعالیت های وی و کنترل رفتارهای مرتبط با سلامتی از قبیل خشونت های خانگی، مصرف مشروبات الکلی، استعمال دخانیات و... نقش بازی می کند. بنابراین رفتارهای مرتبط با سلامتی و سرمایه اجتماعی با هم رابطه درونی دارند (کاواچی و همکاران، ۱۹۹۹: ۳۱۴).

سرمایه اجتماعی به عنوان یک سپر و عامل محافظت کننده، می تواند در پیشگیری از بروز اختلالات روانی زنان، مقابله بهتر با شرایط خشونت آمیز و کاهش بدرفتاری در روابط زناشویی مؤثر باشد. بررسی ها نشان می دهد که ارائه حمایت های اجتماعی به زنان و افزایش اعتماد بین زوجین، در کاهش اختلالات روانی مانند مانند تنیدگی، استرس، اضطراب و... موثر است و بهبود کیفیت زندگی و ارتقای سلامت روانی را به همراه دارد. برخورداری از حمایت های رسمی و غیر رسمی سبب می شود تا تصمیم به ترک رابطه برای زنان آسانتر باشد، احساس سلامت در آنها افزایش یابد و از اضطراب کمتری رنج برند (پناغی و همکاران، ۱۳۸۷: ۷۱-۷۰).

حمایت اجتماعی نیز، شخص را در مقابل حوادث و رویدادهای فشارزا و پیامدهای ناگوار زندگی مصون می دارد. فقدان آن می تواند برای شخص اضطراب آور باشد. وقوع رویدادهایی همچون خشونت خانگی، بیماری و... با استرس و اضطراب فراوانی توأم هستند. در چنین موقعیت هایی اگر زنان تصور کنند که کسی نیست تا از وی حمایت نماید و بطور کلی احساس تنهایی نماید، قادر به رویارویی با این رویداد استرس زا که سلامت آنها را تهدید می نماید؛ نخواهد بود. مقابله موفقیت آمیز با چنین موقعیت های ناگوار زندگی زناشویی به میزان زیادی به نحوه روابط اجتماعی، برخورداری از شبکه های اجتماعی و بخصوص به حمایت اجتماعی ادراک شده فرد بستگی دارد (ثامتی، ۱۳۷۵: ۴). همچنین، در محیطی که اعتماد وجود داشته باشد، تعارض ها و ستیزهای سهمگین کاهش می یابد و

درجه بردباری و شکیبایی افراد نسبت به یکدیگر افزایش می یابد. و افراد خود، برای بالابردن بهره وری، دلسوزی نشان می دهند. اعتماد را می توان فرایند دگرگون شدن پیوندهای یکسویه نامید که در آن همبستگی بین افراد افزایش می یابد و علاقه آنها نسبت به یکدیگر فزونی می گیرد و راه را برای خود تنظیمی هموار می سازد. بدین سان هر اندازه اعتماد بین زن و شوهر به یکدیگر بیشتر باشد و افزایش یابد، تعارض ها، اختلافات، اختلالات، اضطراب، بی خوابی کاهش می یابد و زمینه برای همکاری متقابل فراهم می گردد (امیرکافی، ۱۳۷۴: ۲). از طرفی، بی اعتمادی سرمنشاء بسیاری از گرفتاری ها، نابسامانی ها، ناامنی ها، خشونت ها، بی ثباتی ها، نارضایتی ها و رواج دروغ و ریا و نادرستی است (بهزاد، ۱۳۸۱ الف: ۸).

حال با در نظر گرفتن مطالب یاد شده، سؤال اساسی این است که اولاً، سلامت روانی زنان شهر تبریز در چه وضعیتی قرار داشته و ثانیاً، کدامیک از ابعاد سرمایه اجتماعی، بالاترین تأثیر را بر افزایش سلامت روانی زنان مورد مطالعه داشته اند؟ از این رو هدف از انجام پژوهش حاضر، پاسخگویی به سؤالات یاد شده از طریق بررسی تأثیر سرمایه اجتماعی و بر سلامت روانی زنان متأهل شهر تبریز می باشد.

اهمیت و ضرورت تحقیق

از آنجا که زنان موجب امنیت خاطر و شکل گیری پیوندهای اخلاقی و عاطفی خانواده می باشند و آنها وظیفه تربیت و پرورش نسل آینده را بر عهده دارند، لذا، باید در محیطی از صلح و آرامش و احترام قرار گیرند. لذا شناخت عواملی که زمینه ساز بروز اختلالات روانی زنان در خانواده می شود حائز اهمیت می باشد. همچنین، بررسی سلامت روانی زنان در خانواده نه تنها از لحاظ فردی و خانوادگی مهم است، بلکه از نظر اجتماعی نیز حائز اهمیت می باشد، زیرا اثرات اختلالات روانی در خانواده تنها به زنان محدود نمی شود، بلکه شوهران و فرزندان و بطور کلی خانواده و جامعه را نیز تحت الشعاع خود قرار می دهد.

زنان به عنوان نیمی از جمعیت نقش غیر قابل انکاری در توسعه و پیشرفت جامعه دارند، بنابراین باید بیش از پیش مورد توجه قرار گیرند. اختلال در سلامت روانی زنان در جامعه پیامدهای بسیار نامطلوبی بر جای می گذارد که از آن جمله می توان به خدشه وارد شدن به کرامت انسانی و ذاتی زنان، ایجاد ترس و عدم امنیت در زندگی زنان و ایجاد مشکلات بهداشتی و جسمانی برای زنان اشاره کرد.

اهمیت کاربردی انجام تحقیق حاضر در این است که نتایج آن می تواند سیاست گذاران و مجریان شهر تبریز را در بهبود و افزایش سلامت روانی زنان در خانواده یاری رساند و از عواقب اختلالات روانی این گروه از جامعه آگاه سازد تا آنان سیاست هایی را جهت کاهش امراض روانی، اتخاذ نمایند و از این طریق در بهبود و حفظ سلامت و استحکام خانواده کمک موثری بنمایند. همچنین توجه به نکته نیز حائز اهمیت می باشد که بیدارسازی و آگاهی بخشی، به متولیان سازمان های تربیتی شهر تبریز نیز، از جمله وزارت آموزش و پرورش، دانشگاه ها، رسانه ها و .. مبنی بر اینکه اختلال در سلامت روانی زنان می تواند ضمن تحمیل هزینه های گزاف بر سیستم درمانی و بهداشتی جامعه، دوام نظام اجتماعی را با بحران مواجه سازد.

چارچوب نظری

• سلامت روانی

سلامت روانی، از مباحث اساسی در حیطه علوم اجتماعی و روان شناسی است که توجه بسیاری از نهادهای بین المللی، از جمله سازمان بهداشت جهانی را به خود معطوف ساخته است. کلمه Haelth، از واژه Holth یونانی برخاسته که بعدها در انگلیسی، Wholness و Holestic از همین واژه اتخاذ شده است که به معنی کمال و کامل و جامع، و نشان دهنده مقوله های تندرستی فرد کامل، تمامیت و صحت و آسایش اوست. سلامت روان، یکی از جنبه های مفهوم کلی سلامتی بوده و شامل قدرت آرام زیستن و با خود و دیگران در آرامش بودن، آگاهی از درون و احساسات خویشستن، قدرت تصمیم گیری در بحران ها و مقابله موفق با فشارهای روانی است. براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامتی نه فقط فقدان بیماری و نقص عضو است، بلکه حالت رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی را نیز در برمی گیرد. سلامت روان طبق این تعریف، مفهوم گسترده تر و فراتری از عدم بیماری دارد. سلامتی موضوعی چند بعدی در نظر گرفته شده است که با سه بعد روانی، جسمانی و اجتماعی سر و کار دارد. بطور خلاصه می توان گفت، رفتار افراد دارای علل جسمی، روانی و اجتماعی می باشد (بیابانگرد و جوادی، ۱۳۸۳: ۱۴۱).

در این میان، سلامت زنان یکی از مهمترین اولویت های سلامت جامعه است که در آن، بر اهمیت رویکرد کل نگر و دوره زندگی تأکید می شود. سلامت زنان مطمئن ترین راه نیل به

اهداف کلی سلامت و ارتقاء کیفیت زندگی برای همه انسان ها است. وضعیت سلامت زنان تأثیر مهمی بر سلامت کودکان، خانواده، جامعه و محیط زیست دارد (احمدی و همکاران، ۱۳۸۶: ۴).

سلامت زنان از نظر سازمان ملل متحد یکی از شاخص های توسعه یافتگی کشورها است؛ چراکه زنان به دلیل شرایط ویژه فیزیولوژیک در دوره های مختلف زندگی در معرض آسیب پذیری بیشتری در مقایسه با مردان هستند. نیل^۱ و همکاران وی در زمینه سلامت افراد با توجه به جنسیت آنان معتقدند: با وجود این که زنان نسبت به مردان طول عمر بیشتری دارند، وضعیت سلامتی آنان در مقایسه با مردان، پایین تر است. زنان، همچنان بیشتر احتمال دارد که اضطراب و افسردگی را تجربه نمایند (صوفیانی، ۱۳۸۶: ۵۱).

در پژوهش حاضر تاکید عمده بر مدل سیستمی سلامت روانی (بعد اجتماعی آن) می باشد که در آن انسان و رفتارهای او در مجموع، یک سیستم در نظر گرفته شده که در آن، عوامل مختلف تأثیر متقابل بر هم دارند. با این دید سیستماتیک ملاحظه می شود که چگونه عوامل متنوع زیستی و عوامل روانی و اجتماعی انسان برهم دیگر اثر می گذارند. بر این اساس، در بین عوامل مؤثر بر سلامت روانی جنبه های مختلفی نظیر عوامل فیزیکی مانند نور و صدا، عوامل عاطفی و هیجانی مثل ترس، محبت یا خشم، عوامل شناختی مثل تفکر، استدلال و قضاوت و عوامل اجتماعی مانند تاثیر خانواده، خویشاوندان، همسایگان، دوستان و سایر گروه های اجتماعی بسیار اهمیت می یابد؛ چیزی که از آن به عنوان سرمایه اجتماعی می توان یاد کرد.

• سرمایه اجتماعی

انسان بطور ذاتی در تعامل و تقابل با دیگران نیازهای خود را برطرف ساخته و گذران امور می کند. اثرات این کنش ها و تقابل ها و نقش آنها تا حدی است که حذف آن، زندگی را غیر ممکن می سازد. بسیاری از اندیشمندان علوم اجتماعی برای فهم تعاملات اجتماعی از دهه ۱۹۹۰ به بعد، از مقوله سرمایه اجتماعی استفاده کرده (کلمن، ۱۹۸۸؛ بوردیو، ۱۹۸۴؛ فوکویاما، ۱۹۸۲؛ پاتنام، ۱۹۹۵) و متذکر شده اند که بر خلاف برداشت های سنتی از مفهوم سرمایه، نظیر سرمایه فیزیکی، مالی و انسانی، سرمایه اجتماعی از طریق یک شخص به تنهایی

قابل حصول نبوده (هندرسون و همکاران، ۲۰۰۱) و از طریق جمع محقق می گردد. گفتنی است سرمایه اجتماعی برای اولین بار توسط جان یاکوب^۱ (۱۹۹۳-۱۹۶۱) مطرح گردید. ولی به طور دقیق تر در نوشته های بوردیو (۱۹۷۲-۱۹۷۷) به کار رفت. ایشان معتقد بودند که سرمایه اجتماعی مرتبط با شبکه های اجتماعی و منابع نگهدارنده آن است. از طرف دیگر، سرمایه اجتماعی مرتبط با اعتماد اجتماعی، زبان مشترک، تعهدات متقابل، احساس تعلق و مواردی نظیر آن است (هو یوسمان و وولف، ۲۰۰۴: ۱). خلاصه اینکه سرمایه اجتماعی در برگیرنده روابطی در بین مردم است که به طریقی کنش را تسهیل می کند (کورومینا سولر، ۲۰۰۶: ۱۳-۱۲).

پیربوردیو^۲، سرمایه اجتماعی را شامل روابط اجتماعی ای می داند، که یک فرد می تواند برای دسترسی به منابع با کسانی که در ارتباط است؛ استفاده کند. او معتقد است که شبکه تماس های اجتماعی، به خودی خود ایجاد نمی شود، بلکه همانند سرمایه انسانی یا فیزیکی، محصول استراتژی های کاربردی و برنامه ریزی شده سرمایه گذاری است. تولید و بازتولید سرمایه اجتماعی نیازمند یک تلاش یا سرمایه گذاری دائمی در زمینه جامعه پذیری^۳ است (شجاعی باغینی و همکاران، ۱۳۸۷: ۴۰۱). به عقیده کلمن^۴، سرمایه اجتماعی نوعی از سرمایه است که مانند دیگر اشکال آن، مولد بوده و امکان دستیابی به اهداف معینی را که در نبود آن دست نیافتنی می باشند؛ فراهم می سازد. در واقع به نظر کلمن، سرمایه اجتماعی سبب می شود تا هزینه های دستیابی به اهداف معین کاهش یابد. اهدافی که در نبود سرمایه اجتماعی، دستیابی به آنها تنها با صرف هزینه های زیاد امکانپذیر می شود (کلدی، ۱۳۸۴: ۱۸۹).

به نظر رابرت پاتنام^۵، سرمایه اجتماعی آن دسته از ویژگی های زندگی اجتماعی، شبکه ها، هنجارها^۶ و اعتماد است که مشارکت کنندگان را قادر می سازد به شیوه ای مؤثرتر اهداف مشترک خود را تعقیب نمایند؛ چرا که تماس های اجتماعی بر کارایی افراد و گروه ها تاثیر می گذارند. وی معتقد است همبستگی خیلی روشن و مثبتی بین متغیرهای سلامت و سرمایه اجتماعی وجود دارد و بطور کلی افراد با سرمایه اجتماعی بیشتر، طول عمر بیشتری داشته و کمتر از ضعف سلامتی جسمانی و روانی رنج می برند. پاتنام تأکید می کند که در تمام

- 1- Jane Jacobs
- 2- Pierre Bourdieu
- 3- Sociability
- 4- Coleman
- 5- Robert Putnam
- 6- Norms

قلمروهای تأثیر سرمایه اجتماعی که در جوامع مختلف جستجو کرده، در هیچ کجا اهمیتی بالاتر از نقش آن در تندرستی و بهزیستی نیافته است (فیلد، ۹۸: ۱۳۸۶-۹۷).

به عقیده وولکاک و نارایان^۱ (۲۰۰۰)، ایده اصلی سرمایه اجتماعی این است که خانواده، دوستان و آشنایان یک فرد، یک دارایی مهمی را تشکیل می دهند که می توان در مواقع بحرانی از آن استمداد کرده و آن را برای کسب منافع بکار گرفت. افرادی که از شبکه های اجتماعی بیشتری بهره مندند، قادر به رویارویی بهتری در برابر چالش های فرارویشان هستند (شجاعی باغینی و همکاران، ۱۳۸۷: ۳۴-۳۳). در خصوص شبکه اجتماعی به عنوان شاخصی از سرمایه اجتماعی می توان گفت که شبکه های اجتماعی به عنوان ارتباط دهنده بسته های اجتماعی است که از آن به عنوان مجموعه ای از مردم یاد می شود (دی لانتق، ۲۰۰۵). به عقیده وینرت^۲ شبکه های اجتماعی موجب ایجاد تعلق، صمیمیت، یکپارچگی اجتماعی و دستیابی به حمایت عاطفی^۳، حمایت اطلاعاتی^۴ و حمایت ابزاری^۵ می شوند. پیوندهای گوناگون، حمایت های اجتماعی متنوعی را برای اعضای شبکه فراهم می سازند (شارع پور، ۱۳۸۷: ۱۷۲-۱۷۱).

برایان ترنر^۶، معتقد است سرمایه اجتماعی، افراد را در مقابل دوره های حاد افسردگی و استرس حمایت می کند، کاهش آن افراد را در برابر حالات روانی منفی آسیب پذیر می کند. بر این اساس، می توان تصور کرد که سرمایه اجتماعی می تواند به عنوان سپر و محافظی در برابر استرس، افسردگی، اضطراب، تصادف، خشونت های خانگی، پیری و بیماری های مختلف عمل کند (خیرالله پور، ۱۳۸۳: ۶۷). کاواچی و کندی (۱۹۹۹)، یک بازساخت روشنی مابین سرمایه اجتماعی و شبکه های اجتماعی و حمایت فراهم آوردند، آنها معتقدند که پتانسیل سرمایه اجتماعی، توانایی تأثیر دیرپا در سلامتی افراد دارد و اینکه مدعی اند سرمایه اجتماعی بیشتر روی حمایت و شبکه های اجتماعی بنا شده است (کاواچی و کندی، ۱۹۹۹: ۱۱۷۸). بعضی از مطالعات نیز نشان داده اند که اعتماد به عنوان شاخص اجتماعی در سلامتی تأثیر بهتری دارد. تأثیر اعتماد بر سلامتی ممکن است از طریق ترکیب با

1- Woolcok & Naryan

2- Winert

3- Emotional Support

4- Informational Support

5- Instrumental Support

6- Bryan Turner

سرمایه اجتماعی باشد، بطور مثال، اعتماد ممکن است باعث ترقی شبکه های اجتماعی شده و از این طریق، باعث بهبود سلامتی افراد گردد. اعتماد باعث کاهش نگرانی های اجتماعی و تحدید استرس های مزمن می شود (آبوت و فریزد، ۲۰۰۸: ۸۷۸).

پیشینه تجربی تحقیق

نتایج تحقیقات مختلف نشان می دهد، افرادی که از حمایت اجتماعی مطلوبی برخوردارند، از شیوه های مقابله ای موثری مانند مساله مدارا استفاده می کنند و افرادی که از حمایت اجتماعی مطلوبی برخوردار نیستند از شیوه های مقابله ای نامؤثر و اجتنابی استفاده می کنند (کسلر، ۱۹۹۵: ۷۴). در ایالات متحده، کاواچی و همکاران مشاهده کردند که هم اعتماد اجتماعی و هم عضویت گروهی (نشانگرهای سرمایه اجتماعی) با اختلال روانی و جسمانی رابطه داشته است (کاواچی و همکاران، ۱۹۹۹۷: ۴۸).

هالتگریو و کروسبی^۱ در یک مطالعه همبستگی در سطح تحلیلی کلان (ایالتی) در ایالات متحده، با هدف بررسی ارتباط بین سرمایه اجتماعی و بیماری های جسمانی، نشان دادند که سرمایه اجتماعی با کلیه موارد یاد شده ارتباط معنی داری داشته است (هولت گریو و کروسبی، ۲۰۰۶: ۶۴-۶۲). نتایج مطالعه مقطعی - مقایسه ای و بین کشوری، پولاک و نیزبک^۲ نشان داد که نشانگرهای سرمایه اجتماعی شامل «هنجارها» (عمل متقابل و اعتماد مدنی) و حمایت اجتماعی) با نشانگرهای مختلف سلامت شامل «سلامت کلی»، «افسردگی»، و «محدودیت های عملکردی» در سالمندان پیوستگی دارند (پولاچ و نیزبک، ۲۰۰۴: ۳۹۱-۳۸۳). تردی هارفام^۳ و همکارانش در سال ۲۰۰۳ به تحقیقی تحت عنوان سلامت روانی و سرمایه اجتماعی پرداختند. نتایجی که آنها از تحقیق خود گرفتند؛ عبارت بود از اینکه سرمایه اجتماعی هم در بعد ساختاری (مشارکت مدنی، عضویت و فعالیت در سازمان های رسمی و غیر رسمی) و هم در بعد شناختی (اعتماد، روابط متقابل، هنجارها) بر سلامت افراد تأثیر می گذارند (هارپام، ۲۰۰۳: ۵۳۹). یوشر^۴ و دیگران (۲۰۰۲) نیز با تأکید بر تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت روانی با استفاده از داده های بدست آمده از یک نمونه ۲۲۲ نفری از خانوارهای ساکن در نواحی شهری، به این نتیجه رسیدند که سرمایه اجتماعی رابطه معکوسی

1- Holltegrio & Koresbi

2- Pollach & Nesbeck

3- Harpham

4- Usher

با اختلالات روانی دارد؛ به عبارتی افزایش در سرمایه اجتماعی با کاهش ناراحتی های روانی همراه است (یوشر، ۲۰۰۲: ۳۴۶).

تحقیقی توسط لیساجان وود^۱ تحت عنوان «سرمایه اجتماعی، محیط های همسایگی و سلامت: توسعه ابزارهای اندازه گیری و اکتشاف رابطه ها از طریق تحقیق کمی و کیفی» انجام شد. نتایج حاصله نشان داد که بین حمایت اجتماعی همسایگان و اعتماد به آنها و سلامت روانی افراد رابطه معنی داری وجود دارد؛ منظور اینکه رابطه بدست آمده بین سرمایه اجتماعی و همسایگی و سلامت روانی معنی دار می باشد (جان وود، ۲۰۰۶: ۷). تحقیقی تحت عنوان «رابطه بین نشانه های افسردگی و حمایت اجتماعی در بین زنان تایوانی در طول ماه» توسط شیاهاه^۲ و همکاران وی صورت گرفت. تکنیک مورد استفاده جهت جمع آوری داده ها در این تحقیق پرسشنامه های استاندارد حمایت اجتماعی (PSSQ) و افسردگی (EPDS) بود. حجم نمونه به تعداد ۱۸۶ نفر از زنان بین ۲۰-۴۵ ساله انتخاب شد. نتایج تحقیق نشان داد که زنان مورد مطالعه، زمانی که در خانه والدینشان به سر می بردند، افسردگی کمتری داشتند. همچنین، دریافت سطوح بالایی از حمایت اجتماعی در طول یک ماه باعث می شود که خطر ابتلاء به افسردگی در بین این زنان کاهش یابد (شیاهاه و همکاران، ۲۰۰۴: ۵۷۳).

نتایج تحقیق لی^۳، تحت عنوان «استفاده از الکل و غلبه بر استرس و تاثیر حمایت اجتماعی بر سلامتی»، با حجم نمونه ۳۲۶ نفر زن، ۱۸۱ نفر مرد با تکنیک پرسشنامه و روش پیمایش، نشان داد که بین حمایت اجتماعی از سوی دوستان و خانواده در ابعاد عملی، عاطفی و اطلاعاتی و متغیرهای افسردگی و سلامت جسمی و روانی رابطه معنی داری وجود دارد (لی، ۲۰۰۵: ۴۰).

تحقیقی تحت عنوان «رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در مهاجران»، توسط لهسائی زاده و مرادی با روش پیمایش و از طریق ابزار پرسشنامه انجام شده است. جامعه آماری مورد مطالعه مهاجران وارد شده به شهر کرمانشاه بوده است. تعداد ۶۰۰ نفر از جامعه آماری به شیوه تصادفی سیستماتیک انتخاب شدند. برای سنجش سلامت روانی از فرم ۲۸ سوالی GHQ و همچنین فرم ۹۰ سوالی SCL-۹۰ و برای سنجش سرمایه اجتماعی از سه

1- Janewood

2- Shyaheh

3- Lee

شاخص اعتماد اجتماعی، حمایت اجتماعی و مشارکت اجتماعی استفاده شده است. نتایج ضریب همبستگی نشان داد که بین سلامت روانی و متغیرهای اعتماد اجتماعی، حمایت اجتماعی و مشارکت اجتماعی رابطه معنی داری وجود دارد و هر اندازه افراد در ساختار اجتماعی دارای سرمایه اجتماعی بالاتری باشند، سلامت روانی آنها در جامعه جدید در وضعیت بهتری قرار خواهد گرفت (لهسائی زاده و مرادی، ۱۳۸۶: ۱۶۱).

طی دهه های اخیر روان شناسان دریافته اند، افرادی که دارای سلامتی کمتری هستند و به خصوص ضعف سلامت روانی دارند؛ کسانی هستند که شبکه اجتماعی کوچک و در نتیجه دوستان صمیمی اندکی دارند. یعنی بین حجم و کیفیت شبکه های اجتماعی افراد و سلامتی آنان ارتباط وجود دارد. گفته می شود که خوشبختی، شادی یا رضایت از زندگی کاملاً با روابط شخصی افراد ارتباط دارد. دوستی و همسایگی یکی از معیارهای بهزیستی است که همانند ازدواج یکی از شاخص های اصلی احساس وابستگی و همبستگی و در نتیجه احساس خوشبختی است. همچنین، روانشناسانی چون آدلر^۱ به نقش روابط صمیمی در سلامت روان تاکید دارند؛ گلاسر^۲ عشق و محبت های دریافتی را عامل اساسی در سلامت روان می داند؛ اسکینر^۳ هم برای نقش تایید اجتماعی و حمایت اجتماعی از سوی اطرافیان در سلامت روانی افراد نقش اساسی قائل است و اسکینر بر نقش محرک های بیرونی، که می توان آن را به عنوان سرمایه اجتماعی در نظر گرفت، در بهبود سلامت روانی تأکید عمده ای داشته است. بنابراین می توان اذعان نمود تأثیر سرمایه اجتماعی در بهبود سلامت روانی مورد تأیید قرار گرفته است؛ چرا که سرمایه اجتماعی نقش مهمی در کاهش اختلالات روانی مانند افسردگی و نگرانی داشته و سطوح پایین آن با خطر ابتلاء به اختلالات روانی همراه است (مکینز، ۲۰۰۸: ۳۶۸)

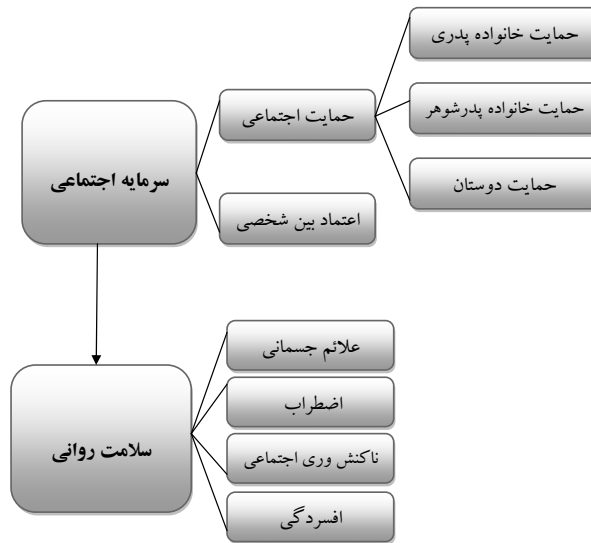
بطور خلاصه می توان بیان نمود جهت بررسی موضوع مورد مطالعه از نظریه های حوزه سرمایه اجتماعی نظیر رابرت پاتنام، پیر بوردیو، جیمز کلمن، کاکس و تئوری های حوزه سلامت روانی مانند مدل زیستی - روانی و مدل سیستمی و همچنین پژوهش های انجام یافته در ارتباط با موضوع مورد مطالعه استفاده شده است. لذا، با توجه به مطالب و توضیحات ارائه شده در بخش تئوریک پژوهش در حوزه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی و همچنین

1- Adler

2- Glasser

3- Skinner

پیشینه عملی مذکور، ارتباط سرمایه اجتماعی با سلامت روانی در مدل تجربی و تدوین فرضیه های زیر متجلی گشته است:



شکل شماره ۱: مدل تحلیلی تحقیق براساس چارچوب نظری و پیشینه تجربی

فرضیه های تحقیق

فرضیه اصلی

بین سرمایه اجتماعی (و ابعاد آن) و سلامت روانی و ابعاد آن در بین زنان متأهل رابطه وجود دارد.

فرضیه های اختصاصی

بین حمایت خانواده پدری و سلامت روانی (و ابعاد آن) در بین زنان متأهل رابطه وجود دارد.

بین حمایت خانواده پدرشوهری و سلامت روانی (و ابعاد آن) در بین زنان متأهل رابطه وجود دارد.

بین حمایت دوستان و سلامت روانی (و ابعاد آن) در بین زنان متأهل رابطه وجود دارد.
 بین اعتماد میان زن و شوهر و سلامت روانی (و ابعاد آن) در بین زنان متأهل رابطه وجود دارد.

روش شناسی

روش تحقیق به کار رفته در این پژوهش، براساس هدف تحقیق، از نوع کاربردی و براساس نحوه گردآوری داده ها، پیمایشی است. همچنین از لحاظ میزان ژرفایی پنهانگر بوده و با در نظر گرفتن معیار زمان، مقطعی است. جامعه آماری در این پژوهش، شامل کلیه زنان متأهل شهر تبریز می باشد که براساس سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۸۵، به تعداد ۳۷۸۴۶۰ نفر زن متأهل می باشد که از این میان، ۳۸۴ نفر به روش نمونه گیری تصادفی مطبق به نسبت ۸ منطقه شهرداری و با استفاده از فرمول کوکران انتخاب گردیده است. جدول شماره ۱، تعداد نمونه اختصاصی را به تفکیک مناطق نشان می دهد:

$$n = \frac{Nt^2 pq}{Nd^2 + t^2 pq} \quad n = \frac{378460 \times (1.96)^2 \times .5 \times .5}{378460 \times (0/05)^2 + (1.96)^2 .5 \times .5} = 384$$

جدول شماره ۱: تعداد نمونه های تخصیص یافته به نسبت مناطق شهرداری

مناطق شهرداری	کل جمعیت زنان متأهل به تفکیک منطقه	تعداد نمونه اختصاصی
منطقه ۱	۸۳۳۵۰	۸۵
منطقه ۲	۷۷۵۹۳	۷۹
منطقه ۳	۹۱۵۶۳	۹۳
منطقه ۴	۸۲۰۴۴	۸۳
منطقه ۵	۱۸۳۶۷	۱۹
منطقه ۶	۷۰۰۸	۷
منطقه ۷	۱۳۳۷۸	۱۳
منطقه ۸	۵۱۸۴	۵
جمع کل	۳۷۸۴۶۰	۳۸۴

کیفیت وسیله اندازه گیری

در بخش کیفیت وسیله اندازه گیری، بررسی اعتبار^۱ و پایایی^۲ وسیله اندازه گیری از مقولات اساسی است. با توجه به اینکه سلامت روانی به عنوان یک سازه مطرح است، بنابراین

- 1- Validity
- 2- Reliability

برای سنجش آن از معرف های علائم جسمانی، اضطراب و بی خوابی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی استفاده گردید. به عبارتی، پرسشنامه سلامت روانی (GHQ)^۱ دارای ۴ ریز مقیاس است: خرده مقیاس نشانه های جسمانی، اضطراب و بی خوابی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی. میزان پایایی این پرسشنامه به شیوه همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای مقیاس های یاد شده در حد قابل قبولی بوده است (فتحی آشتیانی، ۳۱۰:۱۳۸۹).

در تحقیق حاضر نیز اعتبار و پایایی مقیاس مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفت و در نهایت تأیید شد. برای ارزیابی اعتبار وسیله اندازه گیری از اعتبار محتوایی^۲ استفاده گردید؛ بدین معنی که برای ارزیابی اعتبار ابزار اندازه گیری از نظر افراد صاحب فن برای بررسی فضای مفهومی استفاده گردید. همچنین برای ارزیابی پایایی وسیله اندازه گیری در ارتباط با سازه اختلال در سلامت روانی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید. مقدار ضرایب حاصله بالاتر از ۰/۶ بوده که این امر نشان می دهد پایداری درونی بین گویه ها در حد قابل قبولی بوده است.

جدول شماره ۲، ضریب آلفای کل مقیاس سلامت روانی و همچنین ضریب پایایی را به تفکیک ابعاد چهارگانه این مقیاس (با مقایسه نتایج پیشین) را نشان می دهد:

جدول شماره ۲: ضریب پایایی برای متغیر وابسته (اختلال در سلامت روانی)

ابعاد سلامت روانی	ضریب پایایی بدست آمده در تحقیقات پیشین	ضریب پایایی برای هر بعد در تحقیق حاضر	ضریب پایایی کل در تحقیق حاضر
اختلال در علائم جسمانی	۰/۸۵	۰/۸۹۳	۰/۹۴
اضطراب و بی خوابی	۰/۸۷	۰/۸۴۴	
اختلال در کارکرد اجتماعی	۰/۷۹	۰/۸۷۱	
افسردگی	۰/۹۱	۰/۸۶۶	

نکته: ضرایب پایایی حاصله در تحقیق حاضر به تفکیک ابعاد سلامت روانی بیشتر از ضرایب پایایی حاصله در تحقیقات پیشین بوده است.

برای ارزیابی اعتبار سازه ای^۳ مرتبط با سازه سرمایه اجتماعی، از تکنیک تحلیل عاملی^۴

1- General Health Questionnaire
2- Content Validity
3- Construct Validity
4- Factor Analysis

استفاده شد. با استفاده از تکنیک مذکور زیر مجموعه های مرتبط با یک بعد و تعداد عوامل قابل قبول با استفاده از مقادیر ویژه^۱ مشخص گردید. معنی داری آزمون بارتلت^۲ ($Sig=0/000$) و نتایج آزمون آماری ($Kmo=0/903$) برای ابعاد مذکور، نشان می دهد که ایده تحلیل عاملی برای گویه های مورد نظر، ایده مطلوبی بوده و تعداد نمونه انتخاب شده برای انجام تحلیل عاملی، کافی و مناسب می باشد. نتیجه نهایی اینکه تعداد ابعاد قابل قبول برای سازه سرمایه اجتماعی، چهار عامل حمایت خانواده پدری، حمایت خانواده پدر شوهری، حمایت دوستان و اعتماد بین شخصی تشخیص داده شدند. همچنین برای برآورد ثبات درونی گویه هایی که برای سنجش متغیر سرمایه اجتماعی اختصاص یافته بودند، از روش آلفای کرونباخ استفاده شد، ضرایب پایایی به دست آمده نشان می دهد که گویه ها از همبستگی درونی بسیار بالایی برخوردارند. در جدول شماره ۳، تحلیل پایایی گویه های مرتبط با متغیر سرمایه اجتماعی و نتایج ابعاد تحلیل عاملی سرمایه اجتماعی نشان داده شده است:

1- Eigen Value
2- Bartlett Test

جدول شماره ۳: نتایج و اجزاء تحلیل عاملی گویه های محقق ساخته و ضریب پایایی هر یک از ابعاد متغیر سرمایه اجتماعی

سرمایه اجتماعی	گویه ها	بار عاملی	درصد واریانس تبیین شده	مقادیر ویژه	ضریب پایایی هر عامل	ضریب پایایی کل
حمایت خانواده پدری	میزان احترام	۰/۵۳۶	۱۶/۲۶	۵/۲۴	۰/۹۱۲	۰/۹۰۱
	میزان صمیمیت	۰/۷۵۱				
	میزان مشورت	۰/۵۲۱				
	حمایت از هر حیث	۰/۶۴۲				
	حمایت اقتصادی	۰/۴۱۳				
	میزان تماس تلفنی	۰/۸۴۰				
	میزان دیدار	۰/۶۳۴				
	حمایت های عاطفی	۰/۸۵۱				
	میزان رضایت	۰/۸۹۹				
میزان دلتنگی خانواده	۰/۸۴۶					
حمایت خانواده پدرشهر	میزان احترام	۰/۶۷۰	۲۰/۵۹	۷/۶۶	۰/۹۲۸	۰/۹۰۱
	میزان صمیمیت	۰/۷۳۰				
	میزان مشورت	۰/۷۹۴				
	حمایت از هر حیث	۰/۸۴۰				
	حمایت اقتصادی	۰/۷۷۸				
	میزان تماس تلفنی	۰/۸۱۴				
	میزان دیدار	۰/۸۴۲				
	حمایت های عاطفی	۰/۸۴۴				
	میزان رضایت	۰/۷۵۳				
میزان دلتنگی خانواده	۰/۸۳۰					
حمایت دوستان	به فکر سعادت بودن	۰/۸۳۳	۱۰/۹۱۴	۳/۸۲۰	۰/۸۲۳	۰/۹۰۱
	میزان اعتماد	۰/۸۴۰				
	میزان صاف بودن	۰/۷۴۸				
	میزان رازداری دوستان	۰/۸۰۰				
	یار بودن	۰/۵۷۱				
	میزان دلتنگی دوستان	۰/۳۴۳				
	شریک غم دانستن	۰/۳۸۸				
اعتماد بین زن و شوهر	عمل به قول	۰/۶۶۵	۱۱/۲۳۳	۳/۹۳۱	۰/۸۱۸	۰/۹۰۱
	رک گویی	۰/۴۴۸				
	انتقادپذیری	۰/۶۶۷				
	همکاری متقابل	۰/۶۳۰				
	وفاداری	۰/۷۹۷				
	تفاهم	۰/۷۳۰				
	خبرخواهی	۰/۶۰۲				
	اطمینان به گفته ها	۰/۸۰۵				

کل واریانس تبیین شده = ۵۹/

آماره KMO: ۰/۹۰۳ / آزمون بارتلت = ۸۴۱۹/۲۰۲

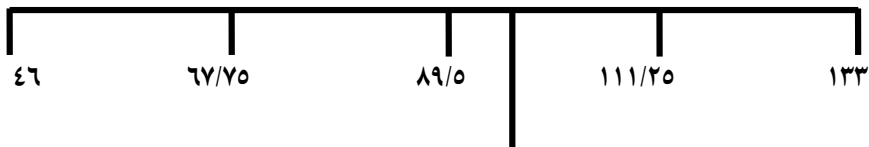
یافته های توصیفی تحقیق

الف) سرمایه اجتماعی

برای سنجش سازه سرمایه اجتماعی از، ۳۵ گویه در قالب ۴ بعد حمایت خانواده پدری، با ۱۰ گویه، حمایت خانواده پدر شوهری با ۱۰ گویه، حمایت دوستان با ۷ گویه و اعتماد بین شخصی با ۸ گویه، که به صورت طیف لیکرت طراحی شده بود، استفاده گردید. برای مقایسه بهتر میانگینها با حذف اثرات گویه ها، متغیرها استاندارد شدند. نتایج نشان داد: در بین ابعاد سرمایه اجتماعی، در مقایسه، به ترتیب، میانگین متغیرهای حمایت خانواده پدری و اعتماد بین شخصی بیشتر از میانگین متغیرهای حمایت های خانواده پدر شوهری و حمایت دوستان بوده است. نتیجه نهایی اینکه میانگین سرمایه اجتماعی کل، در بین آزمودنی ها، در حد متوسط رو به بالا قرار دارد. بطور کلی می توان گفت که میزان حمایت های دریافتی زنان در حد مطلوبی بوده و در این میان، زنان بیشترین میزان حمایت را از خانواده پدری شان دریافت نموده اند (جدول شماره ۴ و پیوستار شماره ۱).

جدول شماره ۴: آماره های استاندارد شده توصیفی ابعاد متغیر سرمایه اجتماعی

ابعاد	میانگین	انحراف معیار	چولگی
حمایت خانواده پدری	۷۱/۲۴	۲۲/۹۷	-۰/۹۰
حمایت خانواده پدر شوهری	۵۴/۳۹	۲۵/۶۰	-۰/۱۳۲
حمایت دوستان	۴۷/۵۰	۱۹/۹۵	-۰/۰۶۳
اعتماد بین شخصی	۶۹/۱۴	۲۰/۴۳	-۰/۴۹



۹۶/۴۳ میانگین بدست آمده

پیوستار شماره ۱: میانگین کل متغیر سرمایه اجتماعی

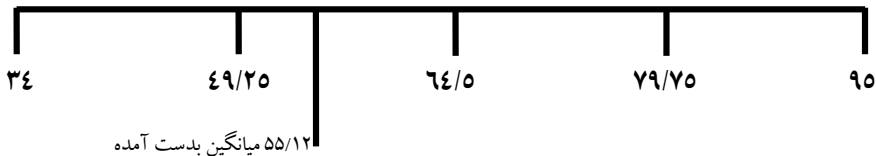
ب) اختلال در سلامت روانی

برای سنجش سازه سلامت روانی از پرسشنامه استاندارد مشتمل بر ۲۸ گویه در قالب

چهار بعد علائم جسمانی، اضطراب و بی خوابی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی که به صورت طیف لیکرت تنظیم شده بود، استفاده گردید، هر کدام از این ابعاد حاوی ۷ گویه می باشند. نتایج نشان می دهد: میانگین بعد اختلال در علائم جسمانی برابر با ۱۴/۱۱ می باشد، که با توجه به میزان حداکثر ۲۶ و حداقل ۷، میانگین مذکور در حد متوسط رو به پایین می باشد؛ میانگین بعد اضطراب و بی خوابی ۱۳/۹۱ برآورد شده، که از مقدار متوسط پایین تر است؛ میانگین بدست آمده برای بعد اختلال در عملکرد اجتماعی، ۱۳/۹۹ است، که پایین تر از مقدار متوسط قرار دارد؛ بعد افسردگی نیز با میانگین ۱۳/۱۷، با توجه به حداکثر ۲۵ و حداقل ۷ آن، پایین تر از مقدار متوسط می باشد. به طور کلی، می توان گفت که با توجه به میانگین های برآورد شده چهار بعد سلامت روانی، زنان متأهل، اختلالات روانی متوسط رو به پایینی را تجربه کرده اند؛ میانگین اختلال در سلامت روانی کل نیز، در بین آزمودنی ها در حد متوسط رو به پایین قرار دارد (جدول شماره ۵ و پیوستار شماره ۲).

جدول شماره ۵: آماره های توصیفی ابعاد متغیر اختلال در سلامت روانی

ابعاد	میانگین	انحراف معیار	چولگی	ماکزیمم	مینیمم	دامنه تغییرات	مقدار متوسط
اختلال در علائم جسمانی	۱۴/۱۱	۳/۴۹	۰/۵۷	۲۶	۷	۱۹	۱۶/۵
اضطراب و بی خوابی	۱۳/۹۱	۴/۹۲	۰/۶۸	۲۸	۷	۲۱	۱۷/۵
نارسایی عملکرد اجتماعی	۱۳/۹۹	۳/۴۵	۰/۶۴	۲۷	۷	۲۰	۱۷
افسردگی	۱۳/۱۷	۳/۶۶	۱/۲۷	۲۵	۷	۱۸	۱۶
اختلال در سلامت روانی	۵۵/۱۲	۱۲/۵۹	۰/۸۰	۹۵	۳۴	۶۱	۶۴/۵



پیوستار شماره ۲: متغیر سلامت روانی

یافته های استنباطی

آزمون همبستگی

برای سنجش همبستگی بین متغیر سرمایه اجتماعی با ابعاد چهارگانه (حمایت خانواده پدری، حمایت خانواده پدرشوهری، حمایت دوستان و اعتماد بین زن و شوهر) و اختلال در سلامت روانی با ابعاد چهارگانه (اختلال در علائم جسمانی، اضطراب، نارسایی کارکرد اجتماعی و افسردگی) از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج نشان داد: همبستگی بین سرمایه اجتماعی در تمامی ابعاد در سطح معناداری ۰/۰۱، به جز بعد حمایت دوستان، با بعد علائم جسمانی سازه سلامت روانی به تأیید رسیده و نوع رابطه معکوس (منفی) است؛ بدین معنی که هرچه سرمایه اجتماعی بالاتر باشد اختلالات روانی در بین زنان مورد مطالعه کمتر است. همبستگی بین سرمایه اجتماعی با ابعاد حمایت خانواده پدری و اعتماد بین شخصی در سطح معناداری ۰/۰۱ و با ابعاد حمایت خانواده پدری و حمایت دوستان، در سطح معناداری ۰/۰۵ با بعد اختلال در عملکرد اجتماعی سلامت روانی به تأیید رسید، نوع رابطه نیز معکوس می باشد؛ همچنین همبستگی بین سرمایه اجتماعی با سه بعد حمایت خانواده پدری، حمایت خانواده پدرشوهری و اعتماد بین زن و شوهر در سطح معناداری ۰/۰۱، و بعد حمایت دوستان در سطح معناداری ۰/۰۵ با بعد اضطراب و بی خوابی سازه سلامت روانی به تأیید رسید. و نوع رابطه نیز معکوس است؛ رابطه خطی بین سرمایه اجتماعی و ابعاد آن، با بعد افسردگی متغیر سلامت روانی با اطمینان ۹۹٪ و در سطح معناداری ۰/۰۱، مورد تأیید واقع شد، همچنین نوع رابطه نیز معکوس می باشد، بدین نحو که هرچه سرمایه اجتماعی زنان بالاتر باشد، افسردگی در بین آنان در حد پایینی است؛ همبستگی بین متغیر سرمایه اجتماعی با اختلال در سلامت روانی کل، در ابعاد حمایت خانواده پدری، حمایت خانواده پدرشوهر، اعتماد بین شخصی با سطح معنی داری ۰/۰۱، و بعد حمایت دوستان در سطح معنی داری ۰/۰۵ به تأیید رسید، نوع رابطه نیز معکوس است، به عبارتی هرچه سرمایه اجتماعی زنان بالاتر باشد، اختلالات در سلامت روانی آنان نیز کمتر است (جدول شماره ۶).

جدول ۶: آزمون همبستگی بین متغیر سرمایه اجتماعی و سلامت روانی

متغیر	حمایت خانواده پدری	حمایت خانواده پدر شوهری	حمایت دوستان	اعتماد بین زن و شوهر	سرمایه اجتماعی	
اختلال در سلامت روانی	اختلال در علائم جسمانی	** -۰/۱۷۰	** -۰/۲۷۳	** -۰/۴۸	** -۰/۲۴۷	** -۰/۳۰۰
	اضطراب و بی خوابی	** -۰/۱۹۵	** -۰/۳۴۶	** -۰/۱۲۲	** -۰/۳۱۵	** -۰/۳۹۰
	نارسایی کارکرد اجتماعی	** -۰/۱۲۷	** -۰/۲۷۱	** -۰/۱۰۵	** -۰/۲۹۵	** -۰/۳۱۳
	افسردگی	** -۰/۲۰۱	** -۰/۳۵۰	** -۰/۱۳۹	** -۰/۴۵۱	** -۰/۴۴۴
	اختلال روانی کل	** -۰/۲۰۹	** -۰/۳۸۵	** -۰/۱۲۳	** -۰/۴۰۰	** -۰/۴۴۶

** معنی داری در سطح ۰/۰۱ * معنی داری در سطح ۰/۰۵ *** عدم معنی داری

برازش مدل ساختاری

در مدل سازی معادله ساختاری تحقیق حاضر، ماتریسی بر مبنای واریانس متغیرهای مشاهده شده و کواریانس میان آنها تشکیل گردید و برای برازش مدل ساختاری که از طریق نرم افزار LISREL^۱ حاصل آمد، شاخص های چندی مد نظر قرار گرفت. یکی از آنها، شاخص های برازش مطلق^۲، می باشد. در زیر مجموعه شاخص های برازش مطلق، یکی از این شاخص ها، شاخص عدم معناداری کای اسکویر است. با توجه به این که کای اسکویر حاصل آمده، معنادار نشده است، لذا برازش مدل حاصل آمده است. سایر شاخص های مورد استفاده، شاخص نیکویی برازش و نیکویی برازش اصلاح شده می باشد که مقدار هر دوی آنها از ۰/۹۰ بیشتر بوده است، لذا مدل آزمون شده قابل تأیید می باشد. یکی دیگر از کاربردی ترین شاخص ها، ریشه میانگین مربعات خطای برآورد می باشد که مقدار نزدیک به صفر بودن آن نشان از برازش خوب مدل دارد (قاسمی، ۱۳۸۸). در مدل حاضر، مقدار خطا صفر آمده است. نتیجه این شاخص و نتایج سایر شاخص های حاصله نشان می دهد که برازش مطلوب مدل حاصل آمده است (جدول شماره ۸).

1- Linear Structural Relationships
2- Absolute Fit Indices

جدول شماره ۷: شاخص های برازش مدل ساختاری

مقدار	شاخصهای برازش
۰/۳۵	کای اسکویر ^۱
۰/۵	سطح معنی داری کای اسکویر
۱	درجه آزادی
۱	شاخص نیکویی برازش ^۲
۰/۹۹	شاخصهای نیکویی برازش اصلاح شده ^۳
۰	ریشه میانگین مربعات خطای برآورد ^۴

یکی از موارد مهمی که در برازش مدل ساختاری مطرح است، انجام تحلیل مسیر می باشد. تحلیل مسیر یک روش پیشرفته آماری است که به وسیله آن می توان علاوه بر، تأثیرات مستقیم، تأثیرات غیرمستقیم هر یک از متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته را نیز شناسایی کرد. به همین خاطر در تحلیل مسیر، چندین معادله رگرسیونی وجود دارد. از طرفی در تحلیل مسیر می توان، میزان کاذب بودن روابط بین متغیرها را نیز نشان داد، بدین معنی که چقدر از این روابط ناشی از متغیر مستقل موردنظر و چقدر ناشی از متغیرهای خارج از تحلیل می باشد (حبیب پور و صفری، ۱۳۸۸: ۵۱۴).

در تحلیل مسیر حاضر، تأثیرات مستقیم، غیرمستقیم و کل ابعاد چهارگانه سازه سرمایه اجتماعی (حمایت خانواده پدری زن، حمایت خانواده پدرشوهری زن، حمایت دوستان و اعتماد بین شخصی)، بر ابعاد چهارگانه سازه اختلال در سلامت روانی (اختلال در علائم جسمانی، اضطراب، نارسایی کارکرد اجتماعی و افسردگی)، مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج نشان داد: بر اساس شاخص های نیکویی برازش (خطا برابر با صفر، عدم معنی داری کای اسکویر، بالا بودن میزان نیکویی برازش اصلاح شده)، مدل آزمون شده، مورد تایید قرار گرفته است.

1-Chi- Square(X2)

2-Goodness of Fit(GFI)

3-Adjusted Goodness of Fit(AGFI)

4-Root Mean Squared Error of Approximation (RMSEA)

اثر مستقیم متغیر حمایت خانواده پدری بر متغیر اختلال در علائم جسمانی $0/06-$ ، اثر مستقیم حمایت خانواده پدرشوهری بر متغیر اختلال در علائم جسمانی $0/19-$ ، تأثیر مستقیم متغیر حمایت دوستان بر متغیر وابسته $0/02-$ و اثر مستقیم متغیر اعتماد بین زن و شوهر بر متغیر اختلال در علائم جسمانی برابر با $0/16-$ و معنادار بوده است. نتیجه برجسته اینکه در میان متغیرهای مستقل مورد استفاده، متغیر حمایت خانواده پدرشوهری بالاترین تأثیر را بر متغیر اختلال در علائم جسمانی داشته است؛ بعلاوه، ابعاد چهارگانه سازه سرمایه اجتماعی در مجموع توانسته اند ۱۰ درصد از تغییرات متغیر وابسته (اختلال در علائم جسمانی) را تبیین نمایند.

اثر مستقیم متغیر اختلال در علائم جسمانی بر متغیر اضطراب $0/62$ بوده است. اثر مستقیم متغیر حمایت خانواده پدری بر متغیر اضطراب $0/01-$ بوده و متغیر مذکور، از طریق متغیر اختلال در علائم جسمانی $0/04-$ و در مجموع $0/05-$ تأثیر معناداری را بر متغیر اضطراب داشته است. اثر مستقیم متغیر حمایت خانواده پدری بر متغیر اضطراب $0/13-$ و معنی دار بوده است؛ متغیر مذکور، از طریق متغیر اختلال در علائم جسمانی $0/12-$ اثر معنی دار بر متغیر یاد شده داشته است. در مجموع، تأثیر کل متغیر اختلال در علائم جسمانی بر متغیر اضطراب $0/25-$ و معنادار بوده است. اثر مستقیم متغیر حمایت دوستان بر متغیر اضطراب $0/07-$ و معنادار بوده است؛ این متغیر، از طریق متغیر اختلال در علائم جسمانی $0/01-$ بر متغیر وابسته تأثیر داشته است. مجموع کل تأثیرات متغیر مذکور، بر متغیر اضطراب معنادار و $0/08-$ برآورد گردید. همچنین اثر مستقیم متغیر اعتماد بین زن و شوهر بر متغیر اضطراب $0/10-$ و معنادار بوده و این متغیر از طریق متغیر اختلال در علائم جسمانی $0/10-$ و در مجموع $0/20-$ تأثیر معناداری را بر متغیر اضطراب داشته است. با در نظر گرفتن تأثیرات مستقیم و غیر مستقیم و کل متغیرها، متغیرهای حمایت خانواده پدرشوهر و اعتماد بین زن و شوهر بیشترین تأثیر را بر متغیر اضطراب داشته اند؛ همچنین ۵۱ درصد از تغییرات متغیر اضطراب توسط متغیرهای مستقل مورد استفاده تبیین شده است.

اثر مستقیم متغیر اختلال در علائم جسمانی بر متغیر نارسایی کارکرد اجتماعی $0/27$ و معنادار می باشد. تأثیر مستقیم متغیر حمایت خانواده پدری $0/01-$ بوده و این متغیر از طریق متغیر اختلال در علائم جسمانی $0/02-$ بر متغیر نارسایی کارکرد اجتماعی تأثیر داشته است؛ مجموع کل تأثیرات متغیر مذکور بر متغیر نارسایی کارکرد اجتماعی $0/03-$ بوده است.

اثر مستقیم متغیر حمایت خانواده پدرشوهری بر متغیر نارسایی کارکرد اجتماعی ۰/۱۳- و معنادار بوده است؛ اثر این متغیر از طریق متغیر اختلال در علائم جسمانی ۰/۰۵- بوده و در مجموع تأثیرات کل متغیر مذکور، بر متغیر نارسایی کارکرد اجتماعی ۰/۱۸- و معنادار بوده است. اثر مستقیم متغیر حمایت دوستان بر متغیر وابسته نارسایی کارکرد اجتماعی ۰/۰۷- و معنادار بوده است. متغیر اعتماد بین شخصی ۰/۱۸ اثر مستقیم و معناداری بر متغیر نارسایی کارکرد اجتماعی داشته و این متغیر از طریق متغیر اختلال در علائم جسمانی نیز ۰/۰۴- تأثیر معناداری بر متغیر مذکور داشته است؛ مجموع کل تأثیرات متغیر اعتماد بین زن و شوهر بر متغیر نارسایی کارکرد اجتماعی ۰/۲۲- و معنادار بوده است. در ضمن، متغیرهای اعتماد بین زن و شوهر و حمایت خانواده پدرشوهری زن بالاترین تأثیر را بر متغیر نارسایی کارکرد اجتماعی داشته اند. در مجموع ۱۹ درصد از تغییرات متغیر نارسایی کارکرد اجتماعی توسط ابعاد چهارگانه سرمایه اجتماعی تبیین شده است.

اثر مستقیم متغیر اختلال در علائم جسمانی بر متغیر افسردگی ۰/۴۳ و معنادار بوده است. اثر مستقیم متغیر حمایت خانواده پدری زن بر متغیر افسردگی ۰/۰۱- بوده است؛ متغیر مذکور، از طریق متغیر اختلال در علائم جسمانی، ۰/۰۳- اثر غیر مستقیم و در مجموع ۰/۰۴- بر متغیر افسردگی تأثیر داشته است. اثر مستقیم متغیر حمایت خانواده پدرشوهری بر متغیر افسردگی ۰/۱۱- و معنادار بوده است؛ همچنین متغیر مذکور، از طریق متغیر اختلال در علائم جسمانی ۰/۰۸- و در کل ۱۹- درصد تأثیر معنادار بر متغیر افسردگی داشته است. اثر مستقیم متغیر حمایت دوستان بر متغیر افسردگی ۰/۰۹- و معنادار بوده است؛ این متغیر، از طریق متغیر اختلال در علائم جسمانی ۰/۰۱- و در مجموع ۰/۱۰- تأثیر معنادار بر متغیر افسردگی داشته است. اثر مستقیم متغیر اعتماد بین زن و شوهر بر متغیر افسردگی ۰/۲۹- و معنادار بر آورد گردید. این متغیر از طریق متغیر اختلال در علائم جسمانی ۰/۰۷- و در کل ۰/۳۶- تأثیر معناداری بر متغیر افسردگی داشته است. همچنین متغیرهای اعتماد، حمایت خانواده پدرشوهری و حمایت دوستان به ترتیب بالاترین تأثیر را بر متغیر افسردگی داشته اند و در مجموع متغیرهای مورد استفاده توانسته اند ۴۱ درصد از تغییرات متغیر افسردگی را تبیین نمایند (جدول شماره ۹ و مدل شماره ۱).

جدول شماره ۸: تحلیل مسیر عوامل موثر بر اختلال در سلامت روانی بر اساس متغیرهای مستقل

اثرات تحلیل نشده	اثرات تحلیل شده	اثر کل	نوع اثر		متغیر وابسته	متغیرهای مستقل
			اثر غیر مستقیم	اثر مستقیم		
/۹۰	/۱۰	-/۰۶	-	-/۰۶	اختلال در علائم جسمانی	حمایت پدری
		-/۱۹	-	-/۱۹		حمایت پدرشوهری
		-/۰۲	-	-/۰۲		حمایت دوستان
		-/۱۶	-	-/۱۶		اعتماد بین زن و شوهر
/۴۹	/۵۱	/۶۲	-	/۶۲	اضطراب	اختلال در علائم جسمانی
		-/۰۵	-/۰۴	-/۰۱		حمایت پدری
		-/۲۵	-/۱۲	-/۱۳		حمایت پدرشوهری
		-/۰۸	-/۰۱	-/۰۷		حمایت دوستان
		-/۲۰	-/۱۰	-/۱۰		اعتماد بین زن و شوهر
/۸۱	/۱۹	/۲۷	-	/۲۷	نارسایی کارکرد اجتماعی	اختلال در علائم جسمانی
		-/۰۳	-/۰۲	-/۰۱		حمایت پدری
		-/۱۸	-/۰۵	-/۱۳		حمایت پدرشوهری
		-/۰۷	-	-/۰۷		حمایت دوستان
		-/۲۲	-/۰۴	-/۰۱۸		اعتماد بین زن و شوهر
/۵۹	/۴۱	/۴۳	-	/۴۳	افسردگی	اختلال در علائم جسمانی
		-/۰۴	-/۰۳	-/۰۱		حمایت پدری
		-/۱۹	-/۰۸	-/۱۱		حمایت پدرشوهری
		-/۱۰	-/۰۱	-/۰۹		حمایت دوستان
		-/۳۶	-/۰۷	-/۲۹		اعتماد بین زن و شوهر

** : معنی دار در سطح ۰/۰۵ * : غیر معنی دار * : تغییر وابسته: ابعاد سلامت روانی

جمع بندی

در پژوهش حاضر، سرمایه اجتماعی در سطح خرد و در چهار بعد مورد مطالعه قرار گرفته و رابطه آن، با متغیر سلامت روانی مورد بررسی قرار گرفته است. در یک جمع بندی کلی به لحاظ نظری، می توان اذعان نمود که سرمایه اجتماعی دارای بسیار مهمی محسوب می شود که افراد در مواقع بحرانی زندگی خود می توانند از این سرمایه به نحو احسن استفاده نمایند،

در واقع سرمایه اجتماعی به عنوان سپر کاهش بسیاری از آلام و دردهای ناشی از اختلالات روانی عمل می نماید و در بهبود سلامت روانی افراد نقش موثری دارد.

نتایج حاکی از آن است که رابطه معکوسی بین متغیر سرمایه اجتماعی و ابعاد مربوطه اش با سلامت روانی و ابعاد آن (به جز بعد اختلال در علائم جسمانی با بعد حمایت دوستان متغیر سرمایه اجتماعی)، وجود دارد، بدین معنی که هرچه سرمایه اجتماعی زنان مورد مطالعه بیشتر باشد، اختلالات روانی در بین آنها پایین تر خواهد بود؛ عکس این موضوع نیز صادق می باشد.

از طرفی، همچنان که در چارچوب تئوریککی مطرح گردید، برخورداری زنان از حمایت های اجتماعی و افزایش اعتماد بین آنان و شوهرانشان، بهبود کیفیت زندگی زناشویی و ارتقای سلامت روانی را به همراه دارد. برخورداری از حمایت های رسمی و غیر رسمی سبب می شود تا احساس سلامت در آنها افزایش یافته و از اضطراب کمتری رنج ببرند. دروگر و همکاران وی معتقدند سرمایه اجتماعی بالا، باعث کاهش خطراتی می شود که سلامت روانی افراد را تهدید می کنند. وی از دوستان به عنوان یک منبع با ارزش جهت بهبود سلامت روانی یاد می کنند. از دید پاتنام نیز، همبستگی معنی داری بین سرمایه اجتماعی با حد بالای سلامت روان و احساس خوشبختی وجود دارد، وی معتقد است سرمایه اجتماعی دارایی مهمی است که فرد می تواند در شرایط بحرانی از آن استفاده نماید، کمک هایی که افراد از سوی شبکه اجتماعی دریافت می کنند، تاثیر بسزایی در کاهش فشار روحی - روانی دارد. به نظر پاتنام، زندگی در جامعه ای که دارای میزان قابل ملاحظه ای از سرمایه اجتماعی می باشد، راحت تر است؛ چرا که شبکه های اجتماعی، هنجارهای قدرتمند بده بستان فراگیر را تقویت کرده و مشوق ظهور اعتماد اجتماعی هستند. این چنین شبکه هایی، همکاری و ارتباطات را تسهیل کرده، به اعتبارها افزوده و از این راه، غلبه بر بسیاری از مسائل و مشکلات فردی و اجتماعی در جریان کنش جمعی را ممکن می سازند.

کلمن، سرمایه اجتماعی را مجموعه ای از منابع می داند که در روابط خانواده و در سازمان اجتماعی محلی وجود دارند و برای رشد اجتماعی یا شناختی افراد مفید هستند. این منابع برای افراد مختلف متفاوت اند و می توانند امتیاز مهمی را برای آنان در مواقع بحرانی فراهم آورند. از نظر وی، خویشاوندی بطور عام و خانواده بطور خاص، نشان دهنده یک پایه مهم جامعه هستند. در دیدگاه کلمن، خانواده به عنوان سرمایه اجتماعی در نظر گرفته شده است که به

رفاه و سلامت روانی بیشتر می انجامد؛ و باعث بهبود سلامت روانی اعضاء خانواده می گردد. همچنین از نظر فوکویاما، خویشاوندی به عنوان قوی ترین شکل ارتباط اجتماعی در جوامع معاصر باقی مانده است. هر چند اخلاق جدید، پایه های ارزشی فرهنگ خویشاوندی را سست نموده است، اما قدرت هویت بخشی و جامعه پذیری بی بدیل و بهترین زمینه، برای شبکه های ارتباطی می باشد. اهمیت خویشاوندی از یک جامعه به جامعه ای دیگر به میزان زیادی فرق می کند. اما جامعه ای وجود ندارد که بطور کامل خویشاوندی در آن محور شده باشد. انسان در حالت طبیعی، جدای از خانواده، فردی منزوی است، فردی که با دیگر آدمیان در جامعه مدنی، فقط به عنوان وسیله ای برای ارضای تمایلات خودخواهانه اش جمع می شود. در دیدگاه وولکاک و ناریان نیز سرمایه اجتماعی به عنوان پشتوانه مهمی در بهبود و مطلوب شدن سلامت روانی می باشد، به علاوه، بریان ترنر معتقد است که سرمایه اجتماعی، افراد را در برابر افسردگی و استرس حاصل از همسرآزاری، طلاق و... محافظت می نماید. به علاوه، در نظر براون فقدان سرمایه اجتماعی نظیر خویشاوندان عاملی موثر در بروز اختلالات روانی بوده و اعتماد، نقش اساسی در زندگی زناشویی دارد؛ چرا که افزایش آن در کاهش افسردگی بسی مهم است، همچنین، وی بر نقش حمایت های دریافتی در کاهش اضطراب و افسردگی اهمیت اساسی قائل است. حال با توجه به نقش اساسی و مهم خانواده در بهبود سلامت روانی و به مراتب کاهش اختلالات روانی در بین زنان متأهل و با در نظر گرفتن محیط پدر سالار حاکم بر خانواده های شهر تبریز (سعادت، ۱۳۸۹) می توان اذعان نمود که مباحث و تئوری های مطرح شده حول سرمایه اجتماعی (در ابعاد حمایت و اعتماد) و ارتباط آن با اختلالات روانی با نتایج پژوهش حاضر سازگاری دارد. همچنین در شهر مذکور، باید بر تاثیر، همفکری و همیاری خویشاوندان در حل مسائل و مشکلات زناشویی و حمایت های دریافتی از سوی آنها صحه گذاشت که این امر، در راستای نظریات کلمن و فوکویاما می باشد.

در تأیید محتوای نظریات فوق، نتایج تحقیقات پناغی و همکاران (۱۳۸۷)، لهسایی زاده و مردادی (۱۳۸۶)، خیرالله پور (۱۳۸۳)، سفیری و میرزا محمدی (۱۳۸۵)، جان وود (۲۰۰۶)، شیاوه و همکاران (۲۰۰۴)، لی (۲۰۰۵)، هلی ول (۲۰۰۶) و یونگ لارنسه (۲۰۰۴)، نشان داد که بین سرمایه اجتماعی و سلامت روانی رابطه معناداری وجود دارد، پس می توان گفت که نتایج تحقیقات انجام شده پیشین و محتوای نظریات مذکور، همسو و منطبق با نتیجه تحقیق

حاضر بوده، بنابراین قابل کاربرد در جامعه آماری مورد مطالعه می باشد. حال با توجه به نتایج به دست آمده می توان پیشنهادهای زیر را ارائه داد:

با توجه به نتایج حاصله از تجزیه و تحلیل مدل رگرسیونی و تحلیل مسیر مشخص شد که اعتماد شخصی بین زوجین به عنوان یکی از بعدهای اساسی سازه سرمایه اجتماعی، از عوامل موثر در پیش بینی و تبیین اختلالات روانی زنان است، که کاهش آن زمینه و بستر را برای بروز اختلالات روانی، فراهم می آورد، لذا زوجین باید وقت زیادی را صرف تقویت ارتباط و اعتماد بین خود با اعضاء خانواده، مخصوصاً بین خودشان نمایند، البته باید توجه داشت که این ارتباط و اعتماد باید مبتنی بر صمیمیت بوده و خالصانه باشد؛ چراکه فقط در این شرایط، سرمایه اجتماعی در بین زوجین افزایش یافته و منجر به کاهش اختلالات روانی می گردد. همچنین، پیشنهاد می گردد مفهوم سرمایه اجتماعی، ابعاد و سطوح آن از سوی بسیاری از نهادها تبیین و تشریح شود تا نقش این متغیر در پیشگیری و کاهش بسیاری از آسیب های اجتماعی روشن گردد و سرمایه اجتماعی به عنوان کلیدی اساسی در حل بسیاری از مشکلات زوجین مخصوصاً قشر زنان مطرح گردد و در سر لوحه برنامه های ارگان های ذی ربط قرار داده شود.

همچنین، یکی از نتایج تحقیق حاضر، تاثیر حمایت خانواده پدر شوهری زنان بر سلامت روانی آنان می باشد، می توان نتیجه گرفت که با توجه به فرهنگ حاکم بر جو خانوادگی قلمرو مکانی تحقیق (شهر تبریز)، بسیاری از مردان (شوهران) به مراتب میزان ارتباط شان به خانواده پدری شان بیشتر از خانواده همسرانشان می باشد و این امر به نوبه خود در میزان ارتباط سایر اعضای خانواده، علی الخصوص زن با خانواده پدرشوهری در ارتباط می باشد، لذا، نحوه برخورد، حمایت های عاطفی، مالی، ابزاری و ... از سوی خانواده های پدرشوهری از زنان مذکور، که به عنوان عضوی از خانواده پذیرفته شده اند، به مراتب بیشتر از سایر حمایت های دریافتی از سوی خانواده های خود و دوستان خواهد بود. از طرفی مسائلی مانند اتکا به شوهر و احساس احترام و ارزشمندی در خانواده پدر شوهر اهمیت مساله را دو چندان می نماید. همچنین نتایج برخی از تحقیقات (سعادت، ۱۳۸۹) این مساله را نشان داده که دخالت نابه جای خانواده شوهری در زندگی زوجین باعث افزایش خشونت و اختلالات روانی علیه زنان می شود. بنابراین می توان نتیجه گرفت که چگونگی رابطه خانواده پدرشوهری با عروسان خود تأثیر بسزایی در روند و بهبودی زندگی زوجین

علی‌الخصوص سلامت روانی زنان خواهد داشت. در نتیجه پیشنهاد می‌گردد که هر یک از زوجین در راستای بهبود ارتباط نزدیک و صمیمی با فامیل‌های همسرانشان گام بردارند و از بروز هر گونه مشکلات جزئی که زمینه را برای مسائل عدیده‌ای در خانواده فراهم می‌نماید؛ جلوگیری نمایند.

از آنجا که در تحقیق حاضر، سرمایه اجتماعی در ابعاد چهارگانه تقریباً با تمامی اختلالات روانی زنان همبستگی معناداری و معکوسی داشت، بنابراین پیشنهاد می‌شود که زمینه برای بروز و افزایش این سرمایه چه در سطح خانواده و چه در سطح جامعه فراهم آید، چرا که این مفهوم با توجه به تئوری‌ها و پیشینه‌های مطرح شده در بخش نظری تحقیق، پیوندها و ارتباطات میان اعضای یک شبکه را به عنوان یک منبع با ارزش در نظر می‌گیرد که با خلق هنجارها و اعتماد دوسویه موجب تحقق اهداف اعضای می‌شود، وجود میزان قابل توجهی از سرمایه اجتماعی موجب تسهیل کنش‌های اجتماعی گذشته، به طوری که در مواقع بحرانی می‌توان برای حل مشکلات از آن، به عنوان اصلی‌ترین منبع فائق آمدن بر اختلالات روانی سود جست که پژوهش حاضر موید این مهم می‌باشد.

منابع

- احمدی، بتول و همکاران (۱۳۸۵)، تأثیر خشونت های خانگی بر سلامت روان زنان متأهل در تهران، مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دوره ۴، شماره ۲، صص ۴۴-۳۵.
- احمدی، بتول و همکاران (۱۳۸۶)، سیمای سلامت زنان، جلد ۱ و ۲، انتشارات روابط عمومی شورای فرهنگی- اجتماعی زنان.
- امیر کافی، مهدی (۱۳۷۴)، اعتماد اجتماعی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید بهشتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی.
- اوتادی، مریم (۱۳۸۰)، تأثیر اشتغال زنان بر سلامت روان همسرانشان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهراء، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
- بهزاد، داود (۱۳۸۱)، سرمایه اجتماعی بستری برای ارتقاء سلامت روان، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال دوم، شماره ۶، صص ۵۳-۳.
- بهزاد، داود (۱۳۸۱)، بررسی ارتباط بین اجزاء، سطوح و ابعاد ساختار اعتماد اجتماعی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- بیابانگرد، اسماعیل؛ جوادی، فاطمه (۱۳۸۳)، سلامت روانشناختی نوجوانان و جوانان شهر تهران، فصلنامه علمی و پژوهشی رفاه اجتماعی، سال چهارم، شماره ۱۴، صص ۱۵۵-۱۳۹.
- پناغی، لیلی و دیگران (۱۳۸۷)، بررسی سلامت روان زنان قربانی همسرآزاری در شهر تهران، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرجان، سال پنجم، شماره ۱۷، صص ۷۹-۶۹.
- ثامتی، ناهید (۱۳۷۵)، ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای حمایت اجتماعی و بررسی رابطه آن و فشارزاهای دانشجویی با عملکرد تحصیلی، ویژگی های شخصیتی تیپ A، افسردگی و اضطراب در دانشجویان دانشگاه شهید چمران. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید چمران، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
- حبیب پور، کریم؛ صفری، رضا (۱۳۸۸)، راهنمای جامع کاربرد SPSS در تحقیقات پیمایشی (تحلیل داده های کمی)، تهران: نشر لویه.
- حسینی، احمد (۱۳۷۸)، اصول بهداشت روانی، مشهد: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی مشهد.
- سرشماری عمومی نفوس و مسکن (۱۳۸۵)، استان آذربایجان شرقی، شهر تبریز، تهران: مرکز آمار ایران.
- سعادت، موسی (۱۳۸۹)، بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی، همسرآزاری و سلامت روانی در بین زنان متأهل شهر تبریز، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تبریز، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی.
- سعیدیان، فاطمه (۱۳۸۲)، بررسی رابطه بین ساختار قدرت در خانواده با تعارضات زناشویی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
- سفیری، خدیجه؛ میرزا محمدی، مومنه (۱۳۸۵)، اعتماد به همسر: مطالعه موردی زنان شهر تهران، مجله مطالعات اجتماعی ایران، سال ۱، شماره ۱، صص ۱۵۷-۱۲۵.

- شارع پور، محمود (۱۳۸۷)، نقش شبکه های اجتماعی در باز تولید نابرابری آموزشی، فصلنامه تعلیم و تربیت، شماره ۹۱، صص ۱۸۰-۱۶۵.
- شجاعی باغینی، محمد مهدی و همکاران (۱۳۸۷)، مبانی مفهومی سرمایه اجتماعی، انتشارات پژوهشکده مطالعات فرهنگی و اجتماعی.
- شکر بیگی، عالیه (۱۳۸۹)، مدرن گرایی و سرمایه اجتماعی خانواده در آمدی بر جامعه شناسی خانواده در ایران، تهران: انتشارات جامعه شناسان.
- صوفیانی، حکیمه (۱۳۸۶)، بررسی رابطه ابعاد شخصیت و ابعاد کمال گرایی با سلامت عمومی.
- فتحی آشتیانی، علی (۱۳۸۹)، آزمون های روان شناختی ارزشیابی شخصیت و سلامت روان. تهران: موسسه انتشارات بعثت.
- فیلد، جان (۱۳۸۶)، سرمایه اجتماعی، ترجمه غلرضا غفاری و حسین رضائی، تهران: انتشارات کویر.
- قاسمی، وحید (۱۳۸۸)، مدل سازی معادله ساختاری در پژوهش های اجتماعی، تهران: جامعه شناسان.
- قهاری، شهربانو (۱۳۸۵)، بررسی سلامت روان زنان قربانی همسر آزاری در شهر تهران، مجله علمی علوم پزشکی گرگان، دوره ۸، شماره ۴، صص ۶۳-۵۸.
- کلدی، علیرضا (۱۳۸۴)، سرمایه اجتماعی و خانواده، مجموعه مقالات نخستین سمپوزیوم سرمایه اجتماعی و رفاه اجتماعی، انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- لهستانی زاده، عبدالعلی؛ مرادی، گلمراد (۱۳۸۶)، رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در مهاجران، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال هفتم، شماره ۲۶، صص ۱۸۰-۱۶۱.
- مولاوردی، شهیندخت (۱۳۸۵)، کالبد شکافی خشونت علیه زنان، تهران: انتشارات دانش نگار.
- Abbott, S., Freeth, D. (2008). Social capital and health: Starting to make role of generalized trust and reciprocity. *Journal Of Health Psychology*. 7.874-883.
- Bourdieu, P. (1984). *Distinction: A social critique of the judgment of taste*. London: Routledge.
- Coleman, J. S. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American Journal Sociology*, 94, 95-121.
- Coromina Soler, L. (2006). "Social Networks and Performance in Knowledge Creation: An Application and Methodological Proposal". ph.D. Dissertation, Department of Economics, University of Girona.
- De lange, D. (2005). "How to Collect Complete Social Network Data? Non-response Prevention, Nonresponse Reduction and Nonresponse Management based on proxy Information, Unpublished Doctoral Dissertation, Ghent Uni-

versity, Belgium.

- Fukuyama, F. (1982). The asymmetric society. Syracuse, New York: Syracuse University Press.

- Harpham, T & et al (2003). Mental Health and Social capital in Cali. Colombia. Social Science and medicine, 53

- Henderson, K. A., Bialeschki, M. D., Hemingway, J. L., Hodges, J. S., Kivel, B. D., &

- Holtgrave, D. R., Crosby, R. A. (2003). Social capital, poverty, and income inequality as predictors of gonorrhoea, syphilis, Chlamydia and AIDS case rates in the United States. Journal of Public Health Medicine .24.

- Huysman, M., & Wulf, V. (2004). Social capital and information technology: Current debates and research. In M. Huysman & V. Wulf (Eds.), Social capital and information technology (pp.1-15). Cambridge, Massachusetts: Massachusetts Institute of Technology.

- Jan, w. L. (2006). Social capital, neighbourhood environments and health: development of measurement tools and exploration of links through qualitative and quantitative research. PhD. Dissertation. school of Population Health, The University of Western Australia.

- Kawachi, I., Kennedy, B.P., Lochner, K., Prothrow-Smith, D. (1997). Social capital, income inequality, and mortality. American Journal of Public Health. 87.

- Kawachi, I., Kennedy, B. (1999). Social capital and self-rated health. American Journal of Public Health. 89.1187-1193.

- Kessler, S., C., Price, R. H., Wortman, C. B. (1995). Social Factors in Psychopathology: between United States and Germany. Journal of Health and Place, 10.

- Lee, B. (2005). Alcohol – induced stress and social support as influences of the substance abusers health and well-being. PhD. Dissertation. School of social Work. University of Pittsburgh.

- McKenzie, K. (2008). Urbanization, social capital and mental health. Global

Social Policy.8.395-377.

- Pohchin,L.(2006).Exploration of social capital and physical activity participation among adults on Christmas Island.PhD. Dissertation. School of Human Movement and Exercise Science & school of Social and Cultural Studies. university of Western Australia.

- Pollack, C. E., Nesebeck, O. (2004). Social capital and health among aged: comparisons between United States and Germany. Journal of Health and Place,10.

- Putnam, R. D. (1995). Bowling alone: America's declining social capital. Journal of Democracy, 6, 65-78.

- Sessoms, H. D. (2001). Introduction of recreation and leisure services (8th Ed.). PA: Venture.

- Shyaheh,S,& et al.(2004).The association between depressive symptoms and social support in Taivvanese women during the month. International Journal Of Nursing Studies.41.573-579.

- Usher,C.,M., Mark ,I.G (2002). Social capital and Mental Distress in an Impovershid community . City & community jurnal,28.

- Young, L. L.,Lane, P. M.(2004).Support group membership as a process of social capital formation among female survivors of domestic violence. Journal Of Interpersonal violence .19.676-690.