



## The Relationship Between Social Capital Perceived Social Support and the Women's Mental Health in Sanandaj: a Community-Based Study

Maryam Akbari<sup>1</sup>, Sarisa Najafi<sup>1</sup>, Haidar Nadrian<sup>2</sup>

1. Dept. of Psychology, School of Psychology and Training Sciences, Islamic Azad University-Sanandaj Branch, Sanandaj, Iran
2. Dept. of Health Education and Promotion, Faculty of Health, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

### Article Information

#### Article History:

Received: 2016/04/18

Accepted: 2017/04/08

Available online: 2017/11/01

IJHEHP 2017; 5(3):155-163

#### DOI:

10.30699/acadpub.ijhehp.5.3.155

#### Corresponding Author:

**Haidar Nadrian**

Dept. of Health Education and Promotion, Faculty of Health, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

Tel: +989181734596

#### Email:

haidarnadrian@gmail.com



### Abstract

**Background and Objective:** Considering the role of women in the family and society, development of societies is strongly influenced by the health especially the women's mental health. The aim of this study was to investigate the relationships between social capital and perceived social support with mental health among women in Sanandaj-Iran.

**Methods:** In this cross-sectional study, 392 women aged 18 years and over were selected by multi-stage random sampling in Sanandaj (1394) General Health Questionnaire-12 (GHQ-12), Social Capital Questionnaire (SCQ) and Social Support Questionnaire (SSQ) were delivered and completed by the respondents. Data were analyzed applying SPSS-v.16 for Windows.

**Results:** The majority of the women had a bachelors' degree (48.7%), married (53.3%) and a housewife (26.3%), Pearson Correlation Coefficient test showed a significant and positive association between the three variables ( $r > 0.350$ ,  $p < 0.01$ ). Linear Regression analysis indicated that both, social capital and perceived social support significantly predicted 30% of mental health changes that the social capital was the stronger predictor.

**Conclusion:** The women surveyed in Sanandaj had a moderate level of mental health and perceived social support and the level of social capital was weak. Interventional efforts to promote their mental health, emphasizing social capital, should be priorities of the authorities. Also, family members training is suggested as the main strategy for decision-makers and policy makers in the field of women's health.

**KeyWords:** Mental Health, Women, Social Capital, Perceived Social Support

Copyright © 2017 Iranian Journal of Health Education and Health Promotion. All rights reserved.

### How to Cite This Article:

Akbari M, Najafi S, Nadrian H. The Relationship Between Social Capital Perceived Social Support and the Women's Mental Health in Sanandaj: a Community-Based Study. *Iran J Health Educ Health Promot.* 2017; 5(3):155-163.

Akbari, M., Najafi, S. & Nadrian, H.(2017). The Relationship Between Social Capital Perceived Social Support and the Women's Mental Health in Sanandaj: a Community-Based Study. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*; 5(3):155-163.



## رابطه سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی درک شده با سلامت روان زنان در شهر سنندج؛

## مطالعه‌ای مبتنی بر جامعه

مریم اکبری<sup>۱</sup>، ساریسا نجفی<sup>۱</sup>، حیدر ندریان<sup>۲</sup>

۱. گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج، سنندج، ایران  
 ۲. گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

## چکیده

## اطلاعات مقاله

**زمینه و هدف:** با در نظر گرفتن نقش زنان در خانواده و جامعه می‌توان گفت توسعه جوامع به شدت تحت تأثیر سلامت و به‌ویژه سلامت روان زنان است. هدف از این مطالعه تعیین رابطه سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی درک شده با سلامت روان زنان در شهر سنندج است.

**مواد و روش‌ها:** در این مطالعه مقطعی، ۳۹۲ نفر از زنان ۱۸ سال و بالاتر در شهر سنندج که در سال ۱۳۹۴ به روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شده بودند، پرسش‌نامه‌های استاندارد سلامت عمومی (GHQ-12)، سرمایه اجتماعی (SCQ) و حمایت اجتماعی (SSQ) را طی پرسشگری در منازل تکمیل کردند. داده‌ها پس از گردآوری، با نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۱۶ تجزیه و تحلیل شد.

**یافته‌ها:** از زنان تحت بررسی، حدود ۴۸٪ لیسانس، ۵۳٪ متأهل، و ۲۶٪ خانه‌دار بودند. آزمون ضریب همبستگی پیرسون ارتباط مثبت و معنی‌داری را بین هر سه متغیر تحت بررسی نشان داد ( $r > 0.350$ ،  $p < 0.01$ ). تحلیل رگرسیون خطی نشان داد که متغیرهای سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی درک شده ۳۰٪ از تغییرات سلامت روان را پیش‌بینی کردند که متغیر سرمایه اجتماعی، متغیر پیش‌بین قوی‌تر بود.

**نتیجه‌گیری:** زنان بررسی‌شده در سنندج دارای سطح سلامت روان و حمایت اجتماعی درک شده متوسط و سطح سرمایه اجتماعی ضعیف بودند و تلاش‌های مداخله‌ای برای ارتقای سلامت روان آنها با تأکید بر سرمایه اجتماعی باید از اولویت‌های مسئولین امر باشد. همچنین پیشنهاد می‌شود تصمیم‌گیرندگان و سیاست‌گذاران حوزه سلامت زنان، آموزش اعضای خانواده را به‌عنوان استراتژی اصلی در نظر داشته باشند.

**کلمات کلیدی:** سلامت روان، زنان، سرمایه اجتماعی، حمایت اجتماعی درک شده

کپی‌رایت ©: حق چاپ، نشر و استفاده علمی از این مقاله برای مجله آموزش بهداشت و ارتقای سلامت محفوظ است.

## تاریخچه مقاله

دریافت: ۱۳۹۵/۰۱/۳۰

پذیرش: ۱۳۹۶/۰۱/۱۹

انتشار آنلاین: ۱۳۹۶/۰۸/۱۰

IJHEHP 2017; 5(3):155-163

## نویسنده مسئول:

حیدر ندریان

گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

تلفن: ۰۹۱۸۱۷۳۴۵۹۶

## پست الکترونیک:

haidarnadrian@gmail.com



## مقدمه

مختلف از بیماری‌های شدید روانی رنج می‌برند و ۲۵۰ میلیون نفر بیماری خفیف روانی دارند. در ایران نیز این آمار از سایر کشورها کمتر نیست؛ به‌گونه‌ای که مطالعات همه‌گیرشناسی اختلالات روانی انجام شده در ایران، دلالت بر متغیر بودن شیوع این اختلالات از ۱۱/۹ تا ۳۰/۲ درصد دارد. در مطالعه‌ای که Forouzanfar و همکاران (۲۰۱۴) در ایران با موضوع گذر سلامت ایران به سمت بیماری‌های مزمن براساس نتایج جهانی بار بیماری‌ها انجام دادند، اختلالات روانی و رفتاری در ایران به‌عنوان یکی از مسائل اصلی حوزه سلامت مطرح شد (۳-۵).

مطالعات توصیفی انجام شده، غالباً با آزمون همبستگی، به رابطه مثبت و معنادار حمایت اجتماعی، سرمایه اجتماعی و یا

سلامت روان، یکی از جنبه‌های سلامتی است و شامل توانایی آرام زیستن و با خود و دیگران در آرامش بودن، آگاهی از درون و احساسات خویش، قدرت تصمیم‌گیری در بحران‌ها و مقابله موفق با فشارهای روانی است (۱). امروزه، الگوهای ابتلا به بیماری به سمت بیماری‌های غیرواگیر تغییر جهت یافته است و نرخ صعودی ابتلا به اختلالات روانی و هزینه‌هایی که این اختلالات بر جوامع تحمیل می‌کنند، توجه متخصصان ارتقای سلامت را جلب کرده است (۲). در این باره، آمارهای جهانی بار بیماری‌ها، بیماری‌های روانی را یکی از سه علت اولیه سال‌های ازدست‌رفته عمر به‌دلیل ناتوانی عنوان کرده است (۳). طبق آمار سازمان بهداشت جهانی، ۵۲ میلیون نفر از مردم جهان در سنین

مؤلفه‌های آن با کیفیت زندگی، تندرستی، سلامت، و سلامت اجتماعی پرداخته‌اند (۹-۵). مطرح‌شدن حمایت اجتماعی به عنوان یک متغیر اصلی در تحقیقات گوناگون مرتبط با سلامت، نشان‌دهنده برداشتن گامی جدی برای بررسی نقش عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت است.

حمایت اجتماعی که به میزان برخورداری فرد از محبت، مساعدت و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد اشاره دارد (۵)، مفهومی با گستره‌ای بسیار وسیع است که می‌تواند کاربردهای زیادی در ابعاد مختلف جسمی، روانی و اجتماعی انسان داشته باشد و باعث افزایش رفاه جسمی، روانی و اجتماعی افراد شود (۱۰). از طرفی به‌طور کلی مفهوم سرمایه اجتماعی را می‌توان منابعی تعریف کرد که میراث روابط اجتماعی‌اند و فعالیت‌های گروهی را تسهیل می‌کنند. این منابع که از طریق اجتماعی شدن حاصل می‌شوند، دربرگیرنده اعتماد، هنجارهای مشارکتی و شبکه‌هایی از پیوندهای اجتماعی هستند که سبب گردآمدن افراد به‌صورتی منسجم و باثبات در داخل گروه برای تأمین هدفی مشترک می‌شوند (۱۱).

براساس مباحث نظری می‌توان گفت که در صورت وجود سرمایه اجتماعی، افراد در قالب ارزش‌ها، هنجارها و پیوندهای اجتماعی موجود در تعاملات اجتماعی، قابلیت‌های خود را افزایش می‌دهند. ضمن به‌دست آوردن امکان کنترل زندگی خود، از حمایت‌های اجتماعی شبکه‌های ارتباطی خود برخوردار می‌شوند (۱۲).

از لحاظ مفهومی، آنچه سلامت روان را به سرمایه اجتماعی مربوط می‌کند، مکانیسم‌های متفاوت اثرگذاری سرمایه اجتماعی بر وضعیت سلامت روان است (۱۳). یکی از این مکانیسم‌ها در مدل رنج ناشی از استرس مطرح شده است؛ به این ترتیب که حمایت نکردن اجتماعی می‌تواند منجر به رنج بردن از رویدادها و حوادث زندگی شود و نیز اینکه مشارکت در شبکه‌های اجتماعی و در نتیجه مواجهه با هنجارهای اجتماعی منجر به تأثیر مثبت بر کاهش استرس و سلامت روان می‌شود. رشد علاقه‌مندی به عوامل خطر سلامت روان هم‌زمان با توسعه تحقیقات در زمینه سرمایه اجتماعی ممکن است به تشکیل مدل‌های اجتماعی سلامت روان در آینده بینجامد (۱۴).

داشتن رویکردی سلامت‌نگر به امور، مستلزم نگرشی سامان‌مند و جامع است تا بتوان متناسب با واقعیت‌های اجتماعی، راهکارهای مناسبی نیز ارائه داد. یکی از این واقعیت‌های اجتماعی، وضعیت سلامت روانی زنان است. سرمایه اجتماعی به‌عنوان یک سپر و عامل محافظت‌کننده در پیشگیری از

اختلالات روانی مطرح شده است. از طرفی حمایت اجتماعی نیز می‌تواند شخص را در برابر رویدادهای تنش‌آور مصون نگه دارد (۱۴). Tiwari و همکاران (۲۰۰۷) در مطالعه خود عنوان می‌کنند که داشتن حمایت اجتماعی از طرف خانواده، اشتغال، سطح بالای سواد و سرمایه اجتماعی می‌تواند اثرات ناشی از استرس را کاهش دهد و به آنها کمک کند تا به‌طور مؤثرتری با استرس مقابله کنند و سلامت روان خود را افزایش دهند (۱۵). زنانی که توان اقتصادی، حرفه‌ای و آموزشی دارند و خانواده و اجتماع از آنها حمایت می‌کند، به‌گونه منطقی‌تری با مسائل و مشکلات زندگی روبه‌رو می‌شوند (۱۶). چنین زنانی توانایی تصمیم‌گیری بهتری در مسائل خانوادگی دارند و این امر در نهایت ارتقای سلامت روان را برای این زنان به‌دنبال دارد.

Zuo و همکاران (۲۰۰۵) بر آنند که دسترسی زنان به سرمایه اجتماعی می‌تواند به‌طور مستقیم نقش آنها را در فرایند زندگی خانوادگی تغییر دهد و وضعیت زندگی خانوادگی آنها را بهبود بخشد (۱۷). Huang (۲۰۰۵) نیز در مطالعه خود نشان داد که اشتغال زنان نه تنها برای آنها استقلال اقتصادی، احساس کارآمدی، اعتمادبه‌نفس و جو حمایتی و روابط اجتماعی به بار می‌آورد؛ بلکه می‌تواند تأثیر استرس ناشی از مشکلات زندگی خانوادگی آنها را تا حد زیادی کاهش دهد (۱۸).

براساس پژوهش‌های گذشته و نیز آنچه در بالا گفته شد، سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی درک شده می‌تواند با کاهش تنش‌ها و فشارهای روانی با ارتقای سلامت روان در ارتباط باشد. براساس جستجوهای پژوهشگران مطالعه پیش رو، تعداد مطالعاتی که به‌صورت ویژه ارتباط حمایت اجتماعی درک شده و سرمایه اجتماعی را با سلامت روان در زنان بررسی کرده باشند، بسیار کم است؛ لذا در این مطالعه بر آن شدیم تا به بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی درک شده با سلامت روان در زنان شهر سنندج به‌عنوان مرکز یک استان محروم در ایران بپردازیم. هدف از انجام مطالعه حاضر این است که اولاً؛ روشن شود سلامت روان زنان بالای ۱۸ سال در شهر سنندج در چه وضعیتی قرار دارد. ثانیاً؛ رابطه سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی درک شده با سلامت روان در این زنان چگونه است.

### روش بررسی

این پژوهش مطالعه‌ای توصیفی - تحلیلی است که برای بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی درک شده با سلامت روان در زنان شهر سنندج انجام شد. جمعیت مطالعه‌شده، تمام زنان بالای ۱۸ سال ساکن شهر سنندج بودند

پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-12) را Goldberg و همکاران (۱۹۹۷) انجام داده‌اند (۱۹) و اعتبارسنجی آن به فارسی نیز از سوی Yaghubi و همکاران (۱۳۹۱) صورت گرفت (۲۰). این پرسش‌نامه ۲ مقیاس سلامت روانی مثبت و نشانه‌های اختلال روانی دارد. پاسخ‌ها براساس طیف لیکرت چهارگزینه‌ای نمره‌گذاری می‌شود (۳-۰)؛ در نتیجه هر فرد نمره‌ای بین صفر تا ۳۶ کسب می‌کند.

برای بررسی وضعیت سرمایه اجتماعی از نسخه فارسی پرسش‌نامه سرمایه اجتماعی (PSCQ) Onyx و Bullen (۲۱) استفاده شد که Yari و همکاران (۲۲) اعتبارسنجی آن را به فارسی صورت داده‌اند. این پرسش‌نامه ۳۶ پرسش چهارگزینه‌ای دارد که به ۸ بُعد ارزش زندگی (۳ سؤال)، تحمل تنوع (۳ سؤال)، ارتباطات همسایگی (۵ سؤال)، ارتباطات خانوادگی و دوستان (۳ سؤال)، ارتباطات کاری (۴ سؤال)، مشارکت اجتماعی (۷ سؤال)، احساس اطمینان و امنیت (۵ سؤال)، و پیش‌گشگری (۶ سؤال) می‌پردازد. در این پرسش‌نامه برای نمره‌گذاری از نمره‌دهی چهارگزینه‌ای استفاده شد که از ۱ (خیر اصلاً) تا ۴ (بله کاملاً) بود و در نهایت به هر فرد نمره‌ای از ۳۶ تا ۱۴۴ تعلق می‌گرفت.

برای سنجش حمایت اجتماعی درک‌شده، از پرسش‌نامه Woody و همکاران (۲۳) استفاده شد. این پرسش‌نامه دارای ۲۳ سؤال است که از ۳ زیر مقیاس تشکیل شده است و ابعاد آن دربردارنده حمایت خانواده (۸ سؤال)، حمایت دوستان (۸ سؤال) و حمایت دیگران (۷ سؤال) است. پاسخ‌دهی در این پرسش‌نامه به صورت بلی/خیر و طیف نمره حاصل از پرسش‌نامه از صفر تا ۲۳ است.

پس از تکمیل پرسش‌نامه‌ها، داده‌های نهایی به دست آمده، با استفاده از نرم‌افزار SPSS v. 16 و آزمون‌های ANOVA، t-test، Linear Regression و Pearson Correlation Coefficient تجزیه و تحلیل شد.

### یافته‌ها

در این پژوهش میانگین سنی زنان مطالعه شده  $34/6 \pm 11/2$  و دامنه سنی آنها ۱۸ تا ۷۰ سال بود. بیشتر افراد شرکت‌کننده متأهل (۵۳/۳ درصد) و ۴/۶ درصد مطلقه بودند. همچنین تنها ۲۶/۳ درصد از شرکت‌کنندگان خانه‌دار بودند و اکثراً مسکن شخصی داشتند (۷۰/۴ درصد). حدود ۱۸ درصد به بیماری‌های مزمن مبتلا بودند و ۲۲/۲ درصد اظهار داشتند که فردی از فامیل درجه یک آنها به یک بیماری صعب‌العلاج دچار است. حدود ۳ درصد از شرکت‌کنندگان بیان داشتند که همیشه یک یا چند نفر از اعضای خانواده‌شان در معرض اعمال خشونت‌آمیز هستند و حدود ۱۰ درصد اظهار داشتند که

که توانایی پاسخگویی به سؤالات پرسش‌نامه را به صورت مکتوب یا مصاحبه‌ای داشتند (از افراد بی‌سواد و کم‌سواد مصاحبه شده است). معیارهای ورود به مطالعه، داشتن سن بالای ۱۸ سال و ساکن بودن در شهر سنندج در ۱۰ سال گذشته بود و معیارهای خروج از مطالعه نیز مشتمل بر: خوداظهاری فرد نمونه مبنی بر تحت درمان روان‌پزشک یا روان‌شناس بودن؛ داشتن اختلالات شناختی در درک مفاهیم، کهولت سن و در نتیجه نداشتن توانایی پاسخگویی به سؤالات و رضایت نداشتن به شرکت در مطالعه بود. پس از مراجعه به در منازل و دعوت نمونه‌ها به شرکت در مطالعه، پیش از تکمیل پرسش‌نامه از سوی آنان، از افراد رضایت آگاهانه گرفته شد و اطلاعات به دست آمده از پرسش‌نامه، به طور محرمانه نگهداری شد و آنالیز آنها از طریق کدبندی پرسش‌نامه بدون نام انجام گرفت.

در این مطالعه مبتنی بر جامعه، تعداد ۴۰۰ تن از زنان ساکن در شهر سنندج طی نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای در سال ۱۳۹۴ (در فاصله ماه‌های فروردین تا خرداد) برای شرکت در مطالعه انتخاب شدند. حجم نمونه با توجه به نتایج بررسی‌های انجام شده و با استفاده از فرمول:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \times \sigma^2}{d^2}$$

محاسبه شد که حدود ۳۸۵ تن برآورد شد و برای اطمینان بیشتر و با در نظر گرفتن احتمال ریزش نمونه، حجم نمونه مورد نظر به ۴۰۰ تن افزایش یافت.

روش نمونه‌گیری بدین صورت بود که شهر سنندج به ۴ منطقه شهری شمال، جنوب، غرب و شرق تقسیم شد. آنگاه تعداد محلات هر منطقه مشخص شد و به نسبت جمعیت حدودی هر محله در منطقه، نمونه‌گیری (به تعداد ۱۰۰ نفر از هر منطقه) انجام شد.

ابزارهای به کاررفته در این پژوهش شامل پرسش‌نامه اطلاعات فردی، پرسش‌نامه سلامت عمومی (General Health Questionnaire-12: GHQ-12)، پرسش‌نامه سرمایه اجتماعی (Social Capital Questionnaire: SCQ) و پرسش‌نامه حمایت اجتماعی (Social Support Questionnaire: SSQ) بود. پرسش‌نامه اطلاعات فردی نیز ۱۱ پرسش داشت که اطلاعات فردی زنان (سن، وضعیت تأهل، تعداد اعضای خانوار، سطح تحصیلات، شغل، میزان درآمد خانوار، سابقه تحمل خشونت، وضعیت مسکن، سرپرستی خانوار، داشتن بیماری مزمن، داشتن فامیل مبتلا به بیماری صعب‌العلاج و سابقه اعتیاد همسر) در آن مطرح شده بود.



همان‌طور که در جدول شماره ۳ مشخص است، بین سلامت روان و سرمایه اجتماعی و همچنین سلامت روان و حمایت اجتماعی ضریب همبستگی بالا و رابطه مستقیمی وجود دارد؛ یعنی هرچه فرد از سطح سرمایه اجتماعی بالاتری برخوردار باشد و نیز درک مثبت‌تری از حمایت اجتماعی دریافته داشته باشد، از سلامت روان بالاتری برخوردار است.

براساس نتایج تحلیل رگرسیون، حمایت اجتماعی و سرمایه اجتماعی حدود ۳۰ درصد از تغییرات در سلامت روان را پیش‌بینی کردند که میزان پیش‌بینی‌کنندگی متغیر سرمایه اجتماعی بیشتر بود (جدول ۴).

همسرانشان سابقه مصرف موادمخدر را دارند. ۱۵/۳ درصد نیز سرپرست خانوار بودند. بیشتر افراد این مطالعه درآمدی بین یک میلیون تا دو میلیون تومان داشتند (۳۸/۸ درصد).

براساس یافته‌های مطالعه (جدول ۱) زنان شرکت‌کننده در مطالعه، از لحاظ «سلامت روان» در سطح متوسط رو به بالا قرار داشتند و از لحاظ «حمایت اجتماعی درک‌شده» در شرایط نسبتاً خوبی بودند؛ اما از لحاظ میزان سرمایه اجتماعی در شرایط ضعیف جای داشتند. بیشترین ضعف آنها در داشتن «احساس امنیت در شب»، «احساس اطمینان و امنیت»، «مشارکت اجتماعی» و «تحمل تنوع» بود.

همان‌گونه که در جدول ۲ دیده می‌شود، در سلامت روان، سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی درک‌شده، برحسب اکثر متغیرهای دموگرافیک، تفاوت معنی‌داری وجود داشت.

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار، محدوده نمره قابل اکتساب و درصد میانگین از ماکزیمم نمره متغیرهای بررسی‌شده

توصیف مقیاس	میانگین	انحراف معیار	محدوده نمره قابل اکتساب	درصد میانگین از ماکزیمم نمره
سلامت روان	۲۱/۳۶	۵/۸	۰-۳۶	۵۹/۳۳
سلامت روانی مثبت	۱۰/۹۲	۳	۰-۱۸	۶۰/۶۶
نشانه‌های اختلال روانی	۱۰/۴۴	۳	۰-۱۸	۵۸
سرمایه اجتماعی	۷۶/۷۶	۱/۲۳	۳۶-۱۴۴	۳۷/۷۴
ارزش زندگی	۹/۴۷	۲	۴-۱۶	۴۵/۵۸
تحمل تنوع	۶/۳۶	۱/۷۸	۳-۱۲	۳۷/۳۳
ارتباطات همسایگی	۷/۷۴	۱/۷۵	۳-۱۲	۵۲/۶۶
ارتباطات خانوادگی و دوستان	۸/۴۴	۱/۶	۳-۱۲	۶۰/۴۴
ارتباطات کاری	۱۳/۶۵	۱/۹۸	۴-۲۰	۶۰/۳۱
مشارکت اجتماعی	۸/۸۷	۳	۴-۲۰	۳۰/۴۳
احساس اطمینان و امنیت	۱۰/۴۲	۳/۱۴	۶-۲۴	۲۴/۵۵
پیش‌کنشگری (Proactivity)	۹/۷۸	۲/۴۳	۴-۱۶	۴۸/۱۶
احساس امنیت در شب	۱/۹۹	۰/۷	۱-۴	۳۳
حمایت اجتماعی درک‌شده	۱۷/۱۱	۴/۵	۰-۲۳	۷۴/۳۹
حمایت خانواده	۶/۲۱	۱/۹۴	۰-۸	۷۷/۶۲
حمایت دوستان	۵/۹۱	۲	۰-۸	۷۳/۸۷
حمایت دیگران	۴/۹۸	۱/۴۴	۰-۷	۷۱/۱۴

جدول ۲. تفاوت سلامت روان، سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی بر حسب متغیرهای دموگرافیک

سلامت روان	<i>P-value</i> برای سلامت روان	<i>P-value</i> برای حمایت اجتماعی	<i>P-value</i> برای سرمایه اجتماعی
سن	۰/۰۰۰۱	۰/۱۱۶	۰/۱۸۰
وضعیت تأهل	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
شغل	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۲۳۰
تحصیلات	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۱۱۶
میزان درآمد خانوار	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۲۶۴
سابقه تحمل خشونت	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
وضعیت مسکن	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۴۶۶
سرپرستی خانوار	۰/۰۰۰	۰/۰۰۴	۰/۲۷۰
داشتن بیماری مزمن	۰/۰۰۰	۰/۰۱۲	۰/۳۱۸
داشتن خویشاوند مبتلا به بیماری صعب‌العلاج	۰/۱۰۹	۰/۰۰۲	۰/۰۱۹
سابقه اعتیاد همسر	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۱۰

جدول ۳. ماتریکس ضریب همبستگی متغیرهای بررسی شده

متغیر	سلامت روان	حمایت اجتماعی	سرمایه اجتماعی
سلامت روان	۱		
حمایت اجتماعی	۰/۴۲۴*	۱	
سرمایه اجتماعی	۰/۴۸۳*	۰/۳۵۱*	۱

معنی‌دار در سطح ۰/۰۱

جدول ۴. تحلیل رگرسیون متغیرهای پیش‌بین در ارتباط با سلامت روان

متغیرهای پیش‌بین	بنای استاندارد شده	T	<i>P-value</i>	R <sup>2</sup>	متغیر گواه
حمایت اجتماعی	۰/۲۹۰	۸/۴۴۰	۰/۰۰۰	۰/۳۰۷	سلامت روان
سرمایه اجتماعی	۰/۳۸۱	۸/۴۳۰	۰/۰۰۰		

## بحث

در مطالعه حاضر بر طبق نتایج به دست آمده، شرکت کنندگان، سلامت روان متوسط رو به بالا داشتند و درصد میانگین از ماکزیمم نمره سلامت روان آنها ۵۹/۳۳ بود که در مطالعه Seyyedani و Abdolsamadi (۲۰۱۱) که نسخه «GHQ-28» را برای اندازه‌گیری سلامت روان زنان در شهر تهران به کار گرفته بودند (۲۴)، هم‌خوانی داشت؛ اما سرمایه اجتماعی در زنان تحت مطالعه پایین بود که با نگاهی به حیطه‌های سرمایه اجتماعی، مسئله آشکارتر می‌شود. آزمون‌های مطالعه حاضر از لحاظ «ارتباطات خانوادگی و دوستان» و «ارتباطات کاری» شرایط بهتر و از لحاظ «احساس طمینان و امنیت»، «مشارکت اجتماعی» و «احساس امنیت در شب» ضعف بیشتری داشتند. بیشترین ضعف زنان مطالعه‌شده در سنجش نداشتن «احساس امنیت در شب»،

«نداشتن احساس اطمینان و امنیت»، «نداشتن مشارکت اجتماعی» و «تحمل نکردن تنوع» بود. این نتایج، ضرورت مداخلات مربوط به ارتقای سلامت روان و سرمایه اجتماعی در زنان شهر سنج را گوشزد می‌کند. در کل، زنان مطالعه‌شده سرمایه اجتماعی پایینی داشتند و از طرفی حدود ۴۲ درصد آنها نیز نشانه‌های اختلال روانی را از خود نشان دادند. Holmshaw و Hilier (۲۵) بر این باور هستند که دستیابی ناکافی زنان به منابع و سرمایه‌های اجتماعی با بروز بیماری روانی در آنها همراه است و وجود تبعیض جنسیتی در اجتماع، عامل مهمی در کاهش سطح سلامت و بروز اختلالات روانی بیشتر زنان نسبت به مردان است.

درصد میانگین از ماکزیمم نمره حمایت اجتماعی درک‌شده در زنان مطالعه‌شده نشان می‌دهد که درک زنان در شهر سنج از



می‌توانند بر چگونگی ارتباط تأثیر بگذارند. افزون بر این، نتایج مطالعات Cornwell و Waite (۲۰۰۹)، Ziersch و همکاران (۲۰۰۹) و Yun و همکاران (۲۰۱۰) نیز مؤید یافته مطالعه حاضر هستند (۳۲ - ۳۰). آنها در مطالعات خود نشان دادند که برخورداری از مشارکت و روابط اجتماعی، که به عنوان حیطه‌هایی از سرمایه اجتماعی قلمداد می‌شود، سلامت روانی را افزایش می‌دهد.

همچنین براساس آنالیز رگرسیون انجام‌شده، حمایت اجتماعی درک‌شده، ارتباط معنی‌دار و مستقیم با سلامت روان داشت؛ یعنی با افزایش سطح حمایت اجتماعی زنان، سلامت روان در آنها بهتر می‌شود که این یافته با نتیجه پژوهش Seyyedani و Abdolsamadi (۲۴) مطابقت دارد. هم‌سو با نتایج مطالعه حاضر، Yiengprugsawan و همکاران (۲۰۱۱) نیز در مطالعه خود نشان دادند که سطح پایین سلامت روان با سطح پایین حمایت و اعتماد در شبکه‌های اجتماعی همراه است و افزایش برخورداری از حمایت خانواده و دوستان، بر سلامت روانی می‌افزاید (۳۳). براساس یافته‌های مطالعه حاضر، سطح بالای حمایت اجتماعی درک‌شده در شبکه‌های اجتماعی، با سطح بالاتر سلامت روان همراه بود. این یافته، نتیجه مطالعات Ziersch و همکاران (۳۱) و Schwirian و Schwirian (۳۴) را تأیید می‌کند که براساس آنها شبکه‌های اجتماعی کمک‌های ملموسی به ارتقای درک افراد از حمایت اجتماعی خود می‌کنند و با ارتقای سلامت روان در ارتباط هستند.

به‌عنوان تأییدی بر وجود رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روان در زنان مطالعه حاضر، در تحلیل رگرسیون انجام‌شده نیز سرمایه اجتماعی همراه با حمایت اجتماعی درک‌شده، پیش‌بینی‌کننده سلامت روان بود و سرمایه اجتماعی توان پیش‌بینی‌کنندگی بیشتری برای سلامت روان در زنان مورد مطالعه داشت؛ به این معنی که افزایش سطح سلامت روان در زنان مطالعه‌شده از طریق افزایش سطح سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی درک‌شده امکان‌پذیر است.

مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی است و می‌بایست در استنباط روابط علت و معلولی از آن، محتاط بود. در این مطالعه، جامعه تحت بررسی فقط زنان بودند و در نتیجه نمی‌توان تفاوت‌های جنسیتی را در سلامت روان و عوامل اجتماعی مطالعه‌شده تعیین کرد. همچنین با در نظر گرفتن اینکه جمع‌آوری داده‌های مطالعه، مبتنی بر خوداظهاری افراد بوده، احتمال سوگیری یادآوری را نباید فراموش کرد. درصد پاسخگویی در نمونه‌های انتخاب‌شده ۹۸ درصد بود. ۲ درصد از افرادی که از شرکت در مطالعه امتناع کردند، زنان بالای ۷۰ سال بودند که دلایلی مانند ناتوانی در

حمایت اجتماعی دریافتی، از متوسط بالاتر است که با مطالعه Farhadi و همکاران (۲۰۱۶) که یک مطالعه مروری بر حمایت اجتماعی در سالمندان انجام داده بود نیز هم‌خوانی داشت (۲۶). در این زمینه، زنان تحت مطالعه حمایت خانواده را بیشتر از حمایت دوستان و دیگران اعلام کردند و منبع حمایت عاطفی درک‌شده را بیشتر از طرف خانواده دانستند که با بیشتر مطالعات، همچون مطالعه Mirghaforvand و همکاران (۲۰۱۴) و Riahi و همکاران (۲۰۱۱) هم‌خوانی داشت (۵، ۲۷). پس، هنگام برنامه‌ریزی برای ارتقای سلامت روان، آموزش اعضای خانواده می‌تواند به‌عنوان یکی از استراتژی‌های برنامه‌های ارتقای سلامت روان باشد.

در این مطالعه مشخص شد که سلامت روان و حمایت اجتماعی درک‌شده، برحسب سطح سواد در زنان تفاوت معنی‌دار دارند که با نتایج Tiwari و همکاران (۲۰۰۷) هم‌خوانی دارد (۱۵). با افزایش سطح سواد در زنان و داشتن نقش‌های مهم‌تر، بالطبع پذیرفتن مسئولیت‌های مهم‌تر و وسیع‌تر از طرف آنها در گستره اجتماع بیشتر می‌شود. در نتیجه طبیعی است که در آنها درک از سلامت روان و حمایت اجتماعی افزایش یابد. Khaghanifard (۲۰۱۰) نیز در بررسی خود روی نقش خشونت و تبعیض‌های جنسیتی در سلامت روان زنان، ارتباط بین سطح سواد و همه جنبه‌های سلامت روان و کارکرد اجتماعی را معنی‌دار بیان کرده است (۲۸).

تحلیل یافته‌ها نشان داد که هر سه متغیر سلامت روان، سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی درک‌شده، برحسب داشتن سابقه تحول خشونت در خانواده تفاوت معنی‌دار دارند. بدین صورت که با افزایش میزان تحمل خشونت در خانواده، سطح سلامت روان، درک فرد از حمایت اجتماعی و میزان سرمایه اجتماعی به‌طور معنی‌داری کاهش می‌یابد. در بررسی Khaghanifard (۲۸) روی زنانی که سابقه تحمل خشونت داشتند، تحمل خشونت ارتباط معنی‌دار معکوس با سلامت روان، و ارتباط معنی‌دار مستقیم با میزان استرس، اضطراب و کارکردهای اجتماعی زنان داشت که با یافته‌های ما مطابقت دارد.

در مطالعه پیش رو، بین سلامت روان و سرمایه اجتماعی، ارتباط معنی‌دار و مستقیم دیده شد؛ به این معنی که با افزایش سطح سرمایه اجتماعی در زنان، انتظار افزایش سطح سلامت روان وجود دارد. به‌عنوان تأییدی بر این یافته، Razavizadeh و Noghani (۲۰۱۳) نیز در مطالعه‌ای به مرور مطالعات انجام‌شده بر ارتباط بین سرمایه اجتماعی و سلامت پرداخته بودند و نتیجه گرفتند که بین سرمایه اجتماعی و سلامت ارتباط وجود دارد (۲۹)؛ اما در بعضی بافت‌های اجتماعی، عواملی مثل فقر، خشونت و تفاوت‌های فردی

زنان باید آموزش اعضای خانواده را به عنوان یکی از استراتژی‌های برنامه در نظر داشته باشند.

پاسخگویی یا بی‌حوصلگی را بهانه می‌کردند. بنابراین، نظر افراد سالمند کمتر در این مطالعه دخیل بوده است.

### سپاسگزاری

از زحمات آقای مرتضی حقیقی برای انجام این پژوهش سپاسگزاری می‌شود. همچنین از زنان شرکت‌کننده در مطالعه به سبب وقتی که برای شرکت در مطالعه اختصاص دادند، قدردانی می‌شود. این مقاله مستخرج از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی عمومی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج است.

### تعارض در منافع

بین نویسندگان تعارضی در منافع گزارش نشده است.

### نتیجه‌گیری

براساس نتایج مطالعه حاضر، زنان مورد بررسی در شهر سنندج، سطح سلامت روان و حمایت اجتماعی درک‌شده متوسط و سطح سرمایه اجتماعی ضعیف داشتند و تلاش‌های مداخله‌ای برای ارتقای سلامت روان با تأکید بر سرمایه اجتماعی، مهم و ضروری به نظر می‌رسد. در این راستا، برنامه‌ریزی برای اجرای مداخلات سلامت روانی در زنان شهر سنندج با تأکید بر سرمایه اجتماعی به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های تحت مداخله باید از اولویت‌های مسئولین امر باشد. همچنین هنگام برنامه‌ریزی به منظور ارتقای سلامت روان زنان، تصمیم‌گیرندگان و سیاست‌گذاران حوزه سلامت

### References

1. Biabangard E, Javadi F. Study of Mental Health in Tehran's Adolescents and Youngs. *Soc Welfare*. 2005;4(14):130-56.
2. Razavizade N, Noghani M, Yousefi A. Social Capital and Mental Health among Students of Ferdowsi University of Mashhad. *J Soc Sci*. 2013;9(2):25-51.
3. Forouzanfar MH, Sepanlou SG, Shahraz S, Dicker D, Naghavi P, Pourmalek F, et al. Evaluating causes of death and morbidity in Iran, global burden of diseases, injuries, and risk factors study 2010. *Arch Iran Med*. 2014;17(5):304-20.
4. Soltanian A, Bahreiny F, Namazi S, Amiri M, Ghaedi H, Kohan G. Mental Health of high school students and its effective factors in Bushehr Province. *Iranian South Med J*. 2005;7(2):173-82.
5. Riahi M, Aliverdinia A, Pourhossein Z. Relationship between Social Support and Mental Health. *Social Welfare*. 2011;10(39):85-121.
6. Hosseini S. The Effect of Social Capital on Pain in patients with breast cancer. *Iranian J Breast Disease* 2014;7(2):23-35.
7. Perry SH, Kowalski TH, Chang CH. Quality of life assessment in women with breast cancer: benefits, acceptability and utilization. *Health Qual Life Outcomes* 2007;2(1):1-8.
8. Behzad D. Social Capital is hospitalized for Mental Health. *J Soc Welfare*. 2002;2(6):43-56.
9. Noghany M, Asgharpour AR, Safa SH, Kermani M. Quality of life for Citizens, and Its Relationship with Social Capital in the City of Mashhad. *J Soc Sci*. 2008;5(1):111-40.
10. Richman JA, Rospenda KM, Kelley MA. Gender roles and alcohol abuse across the transition to parenthood. *J Stud Alcohol* 1995;56(5):553-7.
11. Zahedi Mazandarani MJ. Development and inequality. Tehran; Mazeiar Press; 2003 .
12. Behzad D. Social Capital, as a context for Mental Health promotion. *Social Welfare* 2003;2(6):43-53.
13. Harpham T, Grant E, Rodriguez C. Mental health and social capital in Cali, Colombia. *Soc Sci Med* 2004;11(58):2267-77.
14. Abbaszadeh M, Saadati M, Habibzadeh A, Heidari R. Social Capital and Mental health among married women in Tabriz. *Social Security Studies*. 2012;32: 129-62.
15. Tiwari A, Fong DYT, Chan KL, Leung WC, Parker B, Ho PC. Identifying Intimate Partner Violence: Comparing the Chinese Abuse Assessment Screen with the Chinese Revised Conflict Tactics Scale. *Br J Obstet Gynaecol*. 2007;114(9):1065-71.
16. Khosravi Z, Khaghanifard M, Khachatryan A. A sociological study on womens cultural, social and Economic capitals with domestic violence. Annual Sociology Department Yerevan State University. 2008;130.
17. Zuo J, Yanjie B. Beyond Resources and Patriarchy: Marital Construction of Family Decision-Making Power in Post-Mao Urban China. *J Comp Fam Stud*. 2005;36(4):601-22.
18. Huang WJ. An Asian Perspective on Relationship and Marriage Education. *Fam Process*. 2005;44(2):161-73.
19. Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gureje O, et al. The validity of two



- versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med.* 1997;27:191-7.
20. Yaghubi H, Karimi M, Omidi A, Barooti E, Abedi M. Validity and Factor Structure of the General Health Questionnaire (GHQ-12) in University Students. *J Behav Sci.* 2012;6(2):15-6 .
  21. Onyx J, Bullen P. Measuring Social Capital in Five Communities. *J Appl Behav Sci.* 2000;36(1):23-42.
  22. Yari A, Nadrian H, Rashidian H, Nedjat S, Esmaeilnasab N, Doroudi R, Hoursan H. Psychometric properties of the Persian version of Social Capital Questionnaire in Iran. *Med J Islam Repub Iran.* 2014;28:17-31.
  23. Woody D, Woody DJ. The Significance of Social Support on Parenting among a Group of Single, Low-Income, African American Mothers. *J Hum Behav Soc Environ.* 2007;15:183-98.
  24. Seyyedani F, Abdolsamadi M. The Relation of Social Capital with Mental Health in Women and Men. *Social Welfare.* 2011;11(42):229-54.
  25. Holmshaw Y, Hillier S. *Women and Mental Health*, Edited by Doru kohen. New York: Routledge; 2000.
  26. Farhadi A, Foroughan M, Mohammadi F, Rassouli M, Sadegh Moghadam L, Nazari S et al. Caregiving Appraisal in Family Caregivers of Older Adults. *Salmand.* 2016;11(1):8-19.
  27. Mirghaforvand M, Hasanpoor S, Bani S, Yahyavi F. Perceived Social Support in Infertile Couples and Its Individual-Social Predictors. *J Mazandaran Univ Med Sci.* 2014;23(1):213-23.
  28. Khaghanifard M. The Role of Violence Against Women, Gender Acculturation and Social Capital in Mental Health Prediction among Women in Tehran. *J Women Stud.* 2010;9(2):55-80.
  29. Noghani M, Razavizadeh N. Social Capital and Health: a Return to Social and Sociological Traditions. *J Res Health.* 2013;3(1):286-95.
  30. Cornwell E, Waite L. Social Disconnectedness, Perceived Isolation, and Health among Older Adults. *J Health Soc Behav.* 2009;50(1):31-48.
  31. Ziersch AM, Baum F, Darmawan IG, Kavanagh AM, Bentley RJ. Social Capital and Health in South Australia. *Aust N Z J Public Health.* 2009;33:7-16.
  32. Yun EH, Kang YH, Lim MK, Oh JK, Son JM. The Role of Social Support and Social Networks in Smoking Behavior among Middle and Older Aged People in Rural Areas of South Korea: a Cross-Sectional Study. *BMC Public Health.* 2010;10:78-86.
  33. Yiengprugsawan V, Khamman S, Seubsman S, Lim L, Sleight A. Social capital and health in a national cohort of 82,482 Open University adults in Thailand. *J health Psychol.* 2011;16(4):632-42.
  34. Schwirian OK, Schwirian MP. Neighboring, residential Satisfaction and Psychological Well-being In Urban Elders. *J Community Psychol.* 1993; 21:285-9.