

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

١١ ٢٢٢



دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی

پایان نامه کارشناسی ارشد رشته جمعیت و توسعه

بررسی رابطه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی با سلامت روانی زنان سرپرست خانوار
(مطالعه‌ی موردی: شهر شیراز)

به وسیله:

سمیه مودت

استاد راهنما:

دکتر علی اصغر مقدس

۱۳۸۷ / ۲ / ۷

تیرماه ۱۳۸۶

۱۰۱۳۲۲

به نام خدا

بررسی رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت روانی زنان سرپرست خانوار
(مطالعه موردی: شهر شیراز)

به وسیله:

سمیه مودت

پایان نامه

ارائه شده به معاونت تحصیلات تکمیلی به عنوان بخشی از فعالیت های لازم جهت اخذ
درجه کارشناسی ارشد

در رشته ی:

جمعیت و توسعه از دانشگاه شیراز

شیراز

جمهوری اسلامی ایران

ارزیابی و تصویب شده توسط کمیته پایان نامه با درجه ی: کاملاً

دکتر علی اصغر مقدس استادیار بخش جامعه شناسی و برنامه ریزی (رئیس کمیته)

دکتر سعید زاهد زاهدانی، استادیار بخش جامعه شناسی و برنامه ریزی

دکتر حلیمه عنایت، استادیار بخش جامعه شناسی و برنامه ریزی

تیر ماه ۸۶

تقدیم به:

همسر مهربان، پدر زحمتکش و مادر عزیزتر از جانم که با صبر و شکیبایی فراوان و مساعدت های بیدریغ خویش مرا در تمام مراحل زندگی یاری نمودند؛

و تقدیم به دو برادر عزیز و دو خواهر مهربانم:

سپاسگزاری

سپاس خدای را که یاریم نمود تا با توکل بر او و توسل به ائمه‌ی اطهار (سلام الله علیهم) مسیر دشوار این پایان نامه را با موفقیت به اتمام برسانم.

با تشکر از خانواده‌ی خوبم به خصوص مادر عزیز و همسر مهربانم که در تمام زندگی مرا، مرهون مهربانی‌های بیدریغ خویش قرار دادند.

همچنین با تشکر از استاد بزرگوارم، جناب آقای دکتر مقدس که در مراحل مختلف این پایان نامه مرا یاری نمودند و از راهنمایی‌های ایشان بهره بردم.

و اساتید ارجمندم جناب آقای دکتر زاهد زاهدانی و سرکار خانم دکتر عنایت که در تهیه و تنظیم این پایان نامه از مشاوره‌ی ارزشمندشان بهره بردم.

و با تشکر صمیمانه از پروژه صندوق جمعیت سازمان ملل متحد و همچنین سازمان مدیریت و برنامه ریزی استان فارس (کارگروه پژوهش، آمار و فناوری اطلاعات) که حمایت مالی از این پایان نامه را فراهم نمودند.

همچنین از راهنمایی‌های مهندس میرابیان، دکتر خواجه نوری، دکتر سامانی، مهندس فرشیدیان زاده، دکتر میر فردی، دکتر ماجدی و دانشجویان دوره‌ی دکترای، آقایان بوستانی و کاظمی و خانم‌ها رجبی، مختاری، سروش و همکاری‌های آقای مرادی، آقای تورجیان فر، خانم محمدی نیا، خانم قلی‌پور و خانم بهزادی تشکر می‌کنم و از تمام کسانی که در طی این دوره‌ی تحصیل اینجانب را همراهی نمودند بسیار سپاسگزارم.

چکیده

بررسی رابطه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی با سلامت روانی زنان سرپرست خانوار (مطالعه‌ی موردی: شهر شیراز)

به وسیله

سمیه مودت

بهبود سطح سلامت روانی را باید در ارتقای کیفیت زندگی و توانمندی افراد در تأمین نیازهای اساسی و افزایش فرصت‌های عمومی برای نقش‌آفرینی و مشارکت اجتماعی جست‌وجو کرد. عدم مشارکت زنان سرپرست خانوار در شبکه‌های مختلف اجتماعی در کنار ناامنی اقتصادی می‌تواند سلامت روانی را تحت تأثیر قرار دهد. از این رو مفهوم سرمایه اجتماعی در حوزه برنامه‌ریزی برای بهبود سطح سلامت روانی مطرح می‌شود، این مطالعه با هدف بررسی رابطه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی و سلامت روانی زنان سرپرست خانوار انجام شده است. این پژوهش که به روش پیمایش صورت گرفته است ۳۷۷ نفر از زنان سرپرست خانوار شهر شیراز را مورد بررسی قرار داده است. چارچوب نظری مورد استفاده در این مطالعه نظریه‌های سرمایه‌ی اجتماعی کلمن و پاتنام و نظریه‌ی سلامت روانی دورند و بارلو بوده است. نتایج این مطالعه در بخش توصیفی داده‌ها حاکی از آن است که تنها ۱۷/۱ درصد از زنان سرپرست خانوار دارای سلامت روانی بالایی بوده‌اند. این در حالی است که حدود ۳۲/۴ درصد از زنان دارای سطح سلامت روانی متوسط و ۵۰/۵ درصد از آنها سلامت روانی پایینی دارند. همچنین این مطالعه دارای ۱۳ فرضیه بوده که پس از انجام آزمون‌های آماری ۱۱ فرضیه تایید و ۲ فرضیه رد شده است. بر اساس یافته‌های این پژوهش در بخش استنباطی بین متغیرهای سن، محل تولد، وضعیت اشتغال، تعداد فرزندان مجرد تحت سرپرستی، وضعیت مالکیت خانه، علت قبول سرپرستی توسط زن، تحت پوشش سازمان‌های حمایتی بودن، میزان سرمایه‌ی مالی، بعد ساختاری و بعد ارتباطی سرمایه‌ی اجتماعی با سلامت روانی زنان سرپرست خانوار رابطه‌ی معناداری وجود داشته است و از طرف دیگر بین متغیر بین قومیت و میزان تحصیلات با سلامت روانی رابطه‌ی معناداری مشاهده نشد. در تحلیل چند متغیره که برای تعیین برازش مدل به وسیله‌ی رگرسیون و روش گام به گام انجام شد، سه متغیر سرمایه‌ی اجتماعی، تعداد فرزندان مجرد تحت سرپرستی و سرمایه‌ی مالی به ترتیب بیشترین واریانس از متغیر وابسته را تبیین کرده‌اند. در مجموع این متغیرها ۰/۶۰ درصد از واریانس متغیر وابسته (سلامت روانی) را تبیین نموده‌اند که این مقدار نشان دهنده‌ی میزان بالای برازش مدل پژوهش می‌باشد.

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
فصل اول: کلیات	
۲	۱-۱- طرح مسئله.....
۴	۲-۱- اهمیت موضوع.....
۵	۳-۱- هدف های پژوهش.....
فصل دوم: مروری بر پیشینه ی پژوهشی	
۷	۱-۱- پژوهش های داخلی.....
۱۱	۲-۱- پژوهش های خارجی.....
فصل سوم: مبانی نظری پژوهش	
۱۵	۱-۳- مفهوم سرمایه ی اجتماعی در نظریه های مختلف.....
۱۶	۱-۱-۳- نظریه ی گلن لوری.....
۱۷	۲-۱-۳- نظریه ی پیر بورديو.....
۱۸	۳-۱-۳- نظریه ی فرانسیس فوکویاما.....
۱۹	۴-۱-۳- نظریه ی نن لین.....
۲۰	۲-۳- مفهوم سلامت روانی در رویکردهای مختلف.....
۲۱	۱-۲-۳- مکتب زیست گرایی.....
۲۱	۲-۲-۳- مکتب روان کاوی.....
۲۲	۳-۲-۳- مکتب رفتارگرایی.....
۲۳	۴-۲-۳- مکتب شناخت گرایی.....
۲۴	۵-۲-۳- مکتبانسان گرایی.....
۲۵	۶-۲-۳- مکتب روان شناسی اجتماعی.....
۲۶	۳-۳- چارچوب نظری پژوهش.....

۲۶	۱-۳-۳- نظریه‌ی جیمز کلین
۳۰	۲-۳-۳- نظریه‌ی رابرت پاتنام
۳۴	۳-۳-۳- نظریه‌ی دورند و بارلو
۳۵	۴-۳- پرسش‌های پژوهش
۳۵	۵-۳- فرضیه‌های پژوهش
۳۷	۶-۳- مدل تجربی
۳۸	۷-۳- تعریف متغیرها
۳۸	۱-۷-۳- متغیرهای مستقل
۴۰	۲-۷-۳- متغیر وابسته

فصل چهارم: روش‌شناسی پژوهش

۴۲	۱-۴- روش پژوهش
۴۳	۲-۴- تکنیک و ابزار جمع‌آوری داده‌ها
۴۳	۳-۴- جامعه‌ی آماری (جمعیت مورد مطالعه، واحد مشاهده)
۴۴	۴-۴- حجم نمونه
۴۴	۵-۴- روش نمونه‌گیری
۴۵	۶-۴- ساخت پرسشنامه
۴۶	۷-۴- مطالعه‌ی مقدماتی
۴۶	۸-۴- اعتبار ابزار سنجش
۴۷	۹-۴- پایایی ابزار سنجش
۴۸	۱۰-۴- استخراج و تحلیل داده‌ها
۴۹	۱-۱۰-۴- آمار توصیفی
۴۹	۲-۱۰-۴- آمار استنباطی
۵۰	۱-۱۰-۴- ۲-۱- آزمون تفاوت میانگین‌ها
۵۱	۱-۱۰-۴- ۲-۱-۱- آزمون تی
۵۱	۲-۱۰-۴- ۲-۱- تحلیل واریانس یک سویه
۵۱	۲-۱۰-۴- ۲- همبستگی پیرسون

۵۲ ۴-۱۰-۲-۳- رگرسیون تک متغیره

۵۳ ۴-۱۰-۲-۴- رگرسیون چند متغیره

فصل پنجم: تجزیه و تحلیل داده ها

۵۵ ۵-۱- آمار توصیفی

۸۴ ۵-۲- آمار استنباطی

۸۴ ۵-۲- آمار استنباطی

فصل ششم: نتیجه گیری

۱۰۳ ۶-۱- نتیجه گیری

۱۰۶ ۶-۲- پیشنهادات پژوهش

۱۰۷ ۶-۳- محدودیت های پژوهش

پیوست ها

۱۰۸ پرسشنامه ی پژوهش

۱۱۳ فهرست منابع فارسی

۱۱۵ فهرست منابع لاتین

فهرست جدول ها

عنوان

صفحه

جدول شماره ی ۴-۱- تعیین میزان پایایی هر سنجه از طریق آلفای کرونباخ	۴۷
جدول شماره ی ۵-۱-۱- توزیع فراوانی و درصد علت قبول سرپرستی توسط پاسخگو بر حسب سن	۵۶
جدول شماره ی ۵-۱-۲- توزیع فراوانی و درصد میزان تحصیلات جمعیت نمونه بر حسب سرمایه ی مالی	۵۷
جدول شماره ی ۵-۱-۳- توزیع فراوانی و درصد میزان تحصیلات جمعیت نمونه بر حسب قومیت	۵۸
جدول شماره ی ۵-۱-۴- توزیع فراوانی و درصد وضعیت اشتغال جمعیت نمونه بر حسب میزان تحصیلات	۵۹
جدول شماره ی ۵-۱-۵- توزیع درصد پاسخ افراد به هر یک از گویه های طیف سرمایه ی مالی	۶۰
جدول شماره ی ۵-۱-۶- توزیع فراوانی و درصد جمعیت نمونه بر حسب سرمایه ی مالی	۶۱
جدول شماره ی ۵-۱-۷- توزیع درصد پاسخ افراد به گویه های طیف بعد ارتباطی سرمایه ی اجتماعی	۶۳
جدول شماره ی ۵-۱-۸- توزیع فراوانی و درصد جمعیت نمونه بر حسب بعد ارتباطی سرمایه ی اجتماعی	۶۴
جدول شماره ی ۵-۱-۹- توزیع درصد پاسخ افراد به گویه های طیف بعد ساختاری سرمایه ی اجتماعی	۶۶
جدول شماره ی ۵-۱-۱۰- توزیع فراوانی و درصد جمعیت نمونه بر حسب بعد ساختاری سرمایه ی اجتماعی	۶۷
جدول شماره ی ۵-۱-۱۱- توزیع فراوانی و درصد جمعیت نمونه بر حسب سرمایه ی اجتماعی	۶۸
جدول شماره ی ۵-۱-۱۲- توزیع درصد پاسخ افراد به هر یک از گویه های طیف سلامت روانی	۷۱
جدول شماره ی ۵-۱-۱۳- توزیع فراوانی و درصد جمعیت نمونه بر حسب سلامت روانی	۷۲
جدول شماره ی ۵-۱-۱۴- توزیع فراوانی و درصد سلامت روانی جمعیت نمونه بر حسب سن	۷۳
جدول شماره ی ۵-۱-۱۵- توزیع فراوانی و درصد سلامت روانی جمعیت نمونه بر حسب میزان تحصیلات	۷۴
جدول شماره ی ۵-۱-۱۶- توزیع فراوانی و درصد سلامت روانی جمعیت نمونه بر حسب محل تولد	۷۵
جدول شماره ی ۵-۱-۱۷- توزیع فراوانی و درصد سلامت روانی جمعیت نمونه بر حسب وضعیت اشتغال	۷۶
جدول شماره ی ۵-۱-۱۸- توزیع فراوانی و درصد سلامت روانی جمعیت نمونه بر حسب تعداد فرزندان مجرد	۷۷
جدول شماره ی ۵-۱-۱۹- توزیع فراوانی و درصد سلامت روانی بر حسب مدت قبول سرپرستی	۷۸
جدول شماره ی ۵-۱-۲۰- توزیع فراوانی و درصد سلامت روانی جمعیت نمونه بر حسب مالکیت خانه	۷۹
جدول شماره ی ۵-۱-۲۱- توزیع فراوانی و درصد سلامت روانی بر حسب علت قبول سرپرستی	۸۰
جدول شماره ی ۵-۱-۲۲- توزیع فراوانی و درصد سلامت روانی جمعیت نمونه بر حسب سرمایه ی مالی	۸۱
جدول شماره ی ۵-۱-۲۳- توزیع فراوانی و درصد سلامت روانی بر حسب میزان اعتماد اجتماعی	۸۲
جدول شماره ی ۵-۱-۲۴- توزیع فراوانی و درصد سلامت روانی بر حسب بعد ساختاری سرمایه ی اجتماعی	۸۳
جدول شماره ی ۵-۱-۲۵- توزیع فراوانی و درصد سلامت روانی بر حسب میزان سرمایه ی اجتماعی	۸۴
جدول شماره ی ۵-۱-۲- جدول ضریب همبستگی پیرسون	۸۷

جدول شماره‌ی ۵-۲-۲- آزمون تفاوت میانگین سلامت روانی بر حسب محل تولد	۸۸
جدول شماره‌ی ۵-۲-۳- آزمون تفاوت میانگین سلامت روانی بر حسب وضعیت اشتغال	۸۹
جدول شماره‌ی ۵-۲-۴- آزمون تفاوت میانگین سلامت روانی بر حسب قومیت	۸۹
جدول شماره‌ی ۵-۲-۵- آزمون تفاوت میانگین سلامت روانی بر حسب وضعیت مالکیت خانه	۹۰
جدول شماره‌ی ۵-۲-۶- آزمون تفاوت میانگین سلامت روانی بر حسب علت قبول سرپرستی	۹۱
جدول شماره‌ی ۵-۲-۷- تحلیل رگرسیون دو متغیره بین متغیرهای با سطح سنجش فاصله‌ای	۹۵
جدول شماره‌ی ۵-۲-۸- عناصر اصلی تحلیل چند متغیره به روش گام به گام از مرحله‌ی اول تا چهارم	۹۷
جدول شماره‌ی ۵-۲-۹- عناصر متغیرهای درون معادله برای پیش بینی متغیر وابسته	۹۸
جدول شماره‌ی ۵-۲-۱۰- عناصر متغیرهای خارج از معادله در مرحله‌ی چهارم	۹۹
جدول شماره‌ی ۵-۲-۱۱- عناصر اصلی تحلیل چندمتغیره از مرحله‌ی اول تا سوم	۱۰۰
جدول شماره‌ی ۵-۲-۱۲- عناصر متغیرهای درون معادله برای پیش بینی متغیر وابسته	۱۰۱
جدول شماره‌ی ۵-۲-۱۳- عناصر متغیرهای خارج از معادله در مرحله‌ی سوم	۱۰۲

فهرست شکل ها

صفحه

عنوان

شکل شماره ۱-۳- ساختار سه نفری: سرمایه‌ی انسانی در نقاط تقاطع و سرمایه‌ی اجتماعی در روابط ۲۸

فصل اول

کلیات

۱- مقدمه

۱-۱- طرح مسئله

ایجاد سلامت روانی هدفی است که همه‌ی جوامع برای رسیدن به آن تلاش می‌کنند. ارزش‌های اساسی سلامت روانی را می‌بایست در ارتقای کیفیت زندگی زنان و مردان جستجو کرد. از مواردی که سلامت روانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، نوع ارتباط فرد با جامعه و میزان مشارکت افراد در فعالیت‌های اجتماعی است. می‌دانیم که ماهیت زندگی انسان شکل اجتماعی و گروهی دارد، به همین دلیل نیز ارتباط بین فرد و جامعه در آسیب‌شناسی روانی و بهداشتی اهمیت بسزایی دارد. نوع ارتباط فرد با جامعه از طرف جامعه‌شناسان، مردم‌شناسان و بسیاری از روان‌شناسان به عنوان شاخص طبیعی یا غیر طبیعی بودن او قلمداد می‌شود. هر جامعه‌ی سالم یا غیر سالم از طریق شبکه‌های اجتماعی^۱ از هنگام تولد تا پایان سالمندی بر ساختار روان‌شناختی افراد تأثیر می‌گذارد (خدا رحیمی و دیگران: ۱۳۸۰: ۹۶).

در جامعه شبکه‌های مختلفی وجود دارد که به شیوه‌های گوناگون بر رشد روانی و اجتماعی افراد اعمال اثر می‌کند. یکی از این شبکه‌ها خانواده و شبکه‌ی خویشاوندی است. خانواده بنیادی‌ترین و مرکزی‌ترین شبکه‌ی اجتماعی است. تردیدی نیست که خانواده سنگ بنای بهداشت روانی است و تحکیم شخصیت را تحت تأثیر قرار می‌دهد. به همین دلیل نیز تجارب بالینی و روان‌شناختی نشان می‌دهد که خانواده در حل بحران‌ها در سراسر زندگی تأثیر می‌گذارد. از طرفی به جز خانواده شبکه‌های دیگری نیز در جامعه وجود دارد که بر سلامت روانی افراد تأثیرگذار است. جامعه به عنوان یک کل دارای پراکندگی‌های مختلفی است؛ مانند تقسیم‌بندی جامعه بر اساس مناطق جغرافیایی یا تقسیم جامعه بر اساس معیارهایی مانند زبان، لهجه و قومیت. بنابراین هر یک از شبکه‌های اجتماعی به نوعی با بهداشت روانی مرتبط هستند (همان منبع: ۹۸).

^۱ Social Network

عضویت در شبکه های اجتماعی مختلف موجب افزایش حمایت اجتماعی و دسترسی به کمک در هنگام بحران برای افراد می شود. چنانچه ارتباط بین درون ساخت ها قوی و صمیمی باشد، دسترسی فرد به اطلاعاتی مقدور می شود که خود او به تنهایی قدرت دسترسی به آنها را ندارد. بنابراین هر شبکه ای اجتماعی با توجه به زیرساخت های خود از طریق مکانیزم تبادل اطلاعات بر سازگاری افراد تأثیر می گذارد. افزون بر تبادل اطلاعات شبکه های اجتماعی از راههای گوناگون دیگر به حمایت اجتماعی از افراد می پردازد. به عنوان مثال این شبکه ها از طریق پاداش، تنبیه، کمک مالی و حل مشکلات مختلف سعی می کنند تا از افراد حمایت کنند. حمایت اجتماعی می تواند به عنوان یک نظام ضربه گیر عمل کند یا اینکه باعث شود تا رفتارهای محرب یا سالم در افراد شکل بگیرد. بنابراین مطالعه ی تأثیر حمایت اجتماعی، شبکه ها و سرمایه ی اجتماعی^۱ بر پیدایش و درمان اختلالات جسمانی و روانی حائز اهمیت است (همان: ۱۰۴ - ۱۰۱).

این امر در مورد زنان سرپرست خانوار حائز اهمیت بیشتری است. چرا که این زنان افرادی هستند که بدون حضور منظم و یا حمایت یک مرد بزرگسال سرپرستی خانواده را به عهده دارند و مسئولیت اداره ی خانواده و تصمیم گیری های مهم و حیاتی به عهده ی آنهاست؛ لذا حمایت های اجتماعی دیگر می تواند تا حدی از مشکلات این قشر بکاهد. لازم به ذکر است این اصطلاح به زنانی داده می شود که به دلایل گوناگونی همچون مرگ، از کارافتادگی، زندانی شدن، اعتیاد و بیکاری همسر یا جدایی از او سرپرستی خانواده ی خود را به عهده گرفته اند (شادی طلب و دیگران، ۱۳۸۴: ۲۲۸).

با توجه به اهمیت نقش زنان در توسعه از یکسو و سهم رو به افزایش زنان سرپرست خانوار در جامعه از سوی دیگر، مطالعه ی ابعاد گوناگون زندگی این گروه ضروری به نظر می رسد. مطالعات آماری اخیر در دنیا نشانگر افزایش تعداد خانواده هایی است که به وسیله ی زنان اداره می شوند. به ویژه از سال ۱۹۸۰ به بعد تعداد خانواده های دارای سرپرست زن افزایش یافته است. در اروپای غربی درصد خانواده های زن سرپرست به کل خانواده ها از ۲۴ درصد در سال ۱۹۸۰ به ۳۱ درصد در سال ۱۹۹۰ افزایش یافته است. در کشورهای در حال توسعه نیز بین ۲۰ تا ۵۰ درصد کل خانواده ها به وسیله ی زنان اداره می شوند. بر اساس سرشماری سال ۱۳۷۵ در ایران، ۹/۲۴ درصد خانوارها دارای سرپرست زن بوده اند که معادل یک میلیون و سی و هفت هزار خانوار می شود. در حالی که این تعداد در سال ۱۳۵۵، برابر با ۸۰۰ هزار خانوار بوده است. در این سال در میان استان های کشور بیشترین تعداد زنان سرپرست خانوار در استان تهران و پس از آن در خراسان سکونت داشته اند و کمترین تعداد زنان سرپرست خانوار در استان کهگیلویه و بویراحمد. مهم ترین دلیل

^۱ Social capital

عهده‌دار شدن سرپرستی خانواده به وسیله‌ی زنان در دنیا شامل فوت همسر، طلاق، ترک خانواده، اعتیاد و از کارافتادگی همسر می‌باشد. در ایران نیز خانواده‌های زن سرپرست، ۴۲ درصد به علت از کارافتادگی همسر، ۳۶ درصد به علت فوت همسر، ۳۶ درصد به علت زندانی شدن همسر، ۷ درصد به دلیل مفقود الاثر شدن همسر و ۴ درصد به علت طلاق به وسیله‌ی زنان اداره می‌شود.

نسبت زنانی که بیش از ۱۴ سال سرپرستی خانواده را به عهده دارند برابر ۲۲/۳ درصد کل زنان سرپرست خانوار است (سازمان بهزیستی، ۸۰ - ۱۳۷۹، به نقل از فروزان، ۱۳۸۲: ۴۲). در ایران خانواده‌های دارای سرپرست زن ۴۲ درصد به دلیل از کار افتادگی همسر، ۳۶ درصد به دلیل فوت همسر، ۸ درصد به دلیل زندانی شدن همسر، ۷ درصد به دلیل مفقود الاثر شدن همسر، ۴ درصد به دلیل اعتیاد همسر و ۳ درصد به دلیل طلاق به وسیله‌ی زنان اداره می‌شوند. (همان منبع: ۴۳). با توجه به سهم رو به افزایش زنان سرپرست خانوار در جامعه، مطالعه‌ی ابعاد گوناگون زندگی این گروه ضروری به نظر می‌رسد. لذا برآنیم تا در این پژوهش تأثیر سرمایه‌ی اجتماعی را بر سلامت روانی زنان سرپرست خانوار مطالعه قرار دهیم.

۱-۲- اهمیت موضوع

هنگامی که از خانواده سخن به میان می‌آید بیشتر چارچوبی در برگیرنده‌ی یک زن و شوهر همراه با یک یا چند فرزند در ذهن شکل می‌گیرد، اما برخی خانواده‌ها در این چارچوب قرار نمی‌گیرند. به گونه‌ای که مادر نقش دو نفر را ایفا کرده؛ فزون بر انجام وظیفه‌ی اصلی خود که مادری کردن و تربیت فرزندان است، نقش نان آور خانواده را نیز به عهده دارد. بنابراین زنان سرپرست خانوار نقش و وظیفه‌ی بیشتری در قبال اداره‌ی زندگی و تربیت فرزندان نسبت به سایر زنان دارند و لذا با توجه به اهمیت نقش آنها در خانواده، لزوم توجه به مسائل این قشر و مطالعه‌ی علمی ابعاد گوناگون زندگی آنها ضروری است. در این راستا این پژوهش در پی آن است که به بررسی وضعیت سرمایه‌ی اجتماعی و تأثیر آن بر سطح سلامت روانی زنان سرپرست خانوار بپردازد. اهمیت بررسی سرمایه‌ی اجتماعی بدان جهت است که در بسیاری از مورد‌ها مفاهیمی همچون سرمایه‌ی مالی و وضعیت اقتصادی به تنهایی قادر به تبیین مسائل گوناگون اجتماعی و روان شناختی نیست؛ بلکه به مفاهیم دیگری از جمله سرمایه‌ی اجتماعی برای تبیین پدیده‌های اجتماعی نیاز است.

در مورد اهمیت مطالعه‌ی سلامت روانی نیز باید گفت که این ایده هزاران سال است که اندیشمندان را به خود مشغول داشته است، گرچه تنها در دهه‌های اخیر این مفهوم به گونه‌ی سیستماتیک مورد سنجش قرار گرفته است (Diener., 1997: 2).

سلامت روانی زنان سرپرست خانوار به عنوان افرادی که پرورش دهنده‌ی نسل آینده هستند بسیار مهم است؛ چرا که آنها شکل دهنده‌ی احساسات و عواطف کودکان امروز و سرنوشت سازان فردا هستند و با توجه به نقش و وظیفه‌ی بنیادین‌شان در خانواده سلامت روانی آنها به گونه‌ی مستقیم بر نسل بعدی تأثیرگذار است و هر نوع مشکل در این زمینه ممکن است تا مدت‌ها اثرهای نامطلوبی را در پی داشته باشد.

۱-۳- هدف های پژوهش

در پژوهش‌هایی که توسط پژوهشگران، اساتید و دانشجویان در رشته‌های مختلف علوم اجتماعی صورت می‌پذیرد، پژوهشگران در مراحل اولیه‌ی کارشان موظفند که اهداف کلی و جزئی یا مستقیم و غیر مستقیم خود را از انجام پژوهش‌شان مشخص نمایند؛ بدون شک اهداف اکثر این پژوهش‌ها به طور کلی مشخص کردن علل و عوامل یک مسئله و تلاش برای حل آن است. در مورد مشخص نمودن اهداف پژوهش چند ویژگی اساسی را باید مد نظر داشت:

۱. صراحت؛ هر هدف باید به طور مشخص، روشن و صریح عنوان گردد.
۲. ایجاز؛ هر هدف پژوهش باید در حدود یک سطر مطرح شود.
۳. عدم تناقض؛ هدف‌های پژوهش باید با یکدیگر سازگار باشند و در کل مجموعه‌ای منظم و به هم پیوسته فراهم آورند.
۴. تحقیق‌پذیری؛ هدف‌های یک پژوهش باید قابل پژوهش و عملی باشند (رفیع پور، ۱۳۶۰: ۱۴۷). با توجه به عوامل فوق هدف کلی پژوهش حاضر بررسی رابطه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی با سلامت روانی زنان سرپرست خانوار می‌باشد؛ اما علاوه بر این هدف کلی این پژوهش، یکسری اهداف جزئی و غیر مستقیم را نیز دنبال می‌کند که به آنها می‌پردازیم:
 ۱. بررسی وضعیت موجود و شناخت نیازهای زنان سرپرست خانوار در ابعاد گوناگون اقتصادی، اجتماعی و روانی.
 ۲. بررسی و ارزیابی سلامت روانی زنان سرپرست خانوار و عوامل مؤثر بر آنها.
 ۳. بررسی میزان سرمایه‌ی اجتماعی زنان سرپرست خانوار.
 ۴. یافتن راهکارهای مناسب برای تأمین نیازمندی‌ها و نیازهای زنان سرپرست خانوار.یافته‌های این پژوهش می‌تواند برای سازمان‌های گوناگون از جمله سازمان بهزیستی، کارگروه بانوان و جوانان استانداری، کمیته‌ی امداد امام خمینی (ره) و مراکز مختلف علمی و پژوهشی مفید و کارآمد باشد.

فصل دوم

مروری بر پیشینه‌ی پژوهشی

۲- مروری بر پیشینه‌ی پژوهشی

پژوهش پیرامون یک موضوع مستلزم بررسی پژوهش‌هایی است که توسط دیگران در مکانها و زمانهای مختلف صورت گرفته است؛ این امر راهنما و راهگشایی برای پژوهشگر بوده و او را قادر می‌سازد تا با دقت و اطمینان بیشتری به بررسی موضوع مورد پژوهش بپردازد و بدین وسیله اهداف زیر محقق می‌شود:

۱- از کارهای تکراری و دوباره کاری اجتناب خواهد شد.

۲- نقاط مثبت و کارآمد پژوهش‌های دیگران مورد استفاده قرار خواهد گرفت.

۳- نقاط ضعف پژوهش‌های پیشین مشخص شده و از آنها اجتناب خواهد شد.

از آنجا که هر پدیده‌ی اجتماعی وابسته به گذشته بوده و در زنجیره‌ای از تداوم جای می‌گیرد و هویت آن بدون در نظر گرفتن گذشته‌ای که در آن تکوین و تبلور یافته بدست نخواهد آمد، لذا همان گونه که شناخت درست باید با توجه به تمامی شرایط فعلی پدیده صورت گیرد، گذشته‌ی تاریخی آن را نیز باید مد نظر قرار داد. بدین سان به درستی می‌توان گفت که هر پژوهش درست متضمن شناخت پژوهش‌های پیشین است (ساروخانی، ۱۳۷۳: ۱۴۶). در این بخش به پاره‌ای از مطالعات و پژوهش‌هایی که در داخل یا خارج از ایران طی سال‌های اخیر پیرامون این موضوع صورت گرفته خواهیم پرداخت.

۲-۱- پژوهش‌های داخلی

فریدون پور (۱۳۷۷) رساله‌ی کارشناسی ارشد خویش را با عنوان "بررسی جایگاه زنان بی‌سرپرست و تأثیر سازمان‌های حمایتی بر وضعیت اقتصادی و اجتماعی آنان در شهر شیراز" به انجام رسانده است. هدف از این پژوهش مطالعه‌ی تأثیر سازمان‌های حمایتی در وضعیت زنان سرپرست خانوار می‌باشد. پژوهشگر برای کار میدانی تعداد ۴۰۰ نفر از زنان سرپرست خانوار ساکن شهر شیراز را با روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌بندی شده انتخاب نموده است. اطلاعات لازم با استفاده از پرسشنامه‌ای که حاوی سؤال‌هایی در ارتباط با وضعیت اقتصادی - اجتماعی زنان و نحوه‌ی عملکرد سازمان‌های حمایتی بود گردآوری گردید. آزمون فرضیات به شیوه‌ی توصیفی و تجزیه

و تحلیل دو متغیره و چند متغیره صورت گرفت. یافته های به دست آمده از این پژوهش حاکی از آن است که رابطه‌ی معنا داری میان متغیرهای سن فرد، میزان تحصیلات، زیر پوشش سازمان حمایتی بودن و دریافت مستمری با وضعیت اقتصادی - اجتماعی زنان سرپرست خانوار وجود داشته است.

فروزان و دیگران (۱۳۸۴) در مقاله‌ای با عنوان "زنان سرپرست خانوار: فرصت‌ها و چالش‌ها" به بررسی وضعیت زنان سرپرست خانوار، فرصت‌ها و مشکلات پیش روی آنها پرداخته‌اند. این پژوهش بر پایه‌ی یک مطالعه‌ی توصیفی میدانی در میان ۴۲۸۰ زن سرپرست خانوار تحت پوشش در مراکز پنج استان کشور (اصفهان، خوزستان، کردستان، کرمانشاه و فارس) صورت گرفته است. هدف از این مطالعه بررسی شاخص‌های توسعه و فقر و معیارهای توانایی بر اساس جنسیت است. اطلاعات به دست آمده حاکی از فقر شدید زنان سرپرست خانوار است. به گونه‌ای که شاخص فقر انسانی زنان سرپرست خانوار رقمی معادل ۰/۵۲۷ درصد است که در مقایسه با همین شاخص در کل کشور که برابر با ۰/۱۹۳ می باشد بسیار بالا است. با توجه به اطلاعات گردآوری شده در مورد وضعیت اقتصادی زنان سرپرست خانوار اکثر این زنان خانه دار هستند و در مرتبه‌ی نخست به علت فوت همسر (۶۰/۲) و سپس از کارافتادگی همسر (۱۸/۱ درصد) سرپرستی خانواده را قبول کرده‌اند.

صمدی راد (۱۳۸۳) پژوهشی را با عنوان "بررسی وضعیت اجتماعی زنان سرپرست خانوار در شهر تهران" هدایت نموده است. جامعه‌ی آماری این مطالعه زنان سرپرست خانوار واقع در گروه سنی ۵۵-۱۵ سال شهر تهران و حجم نمونه ۵۴۴ نفر می باشد. پژوهشگر بیان می کند اکثریت زنان مورد مطالعه حمایت‌های قانونی و سیاست‌های اجتماعی را تبعیض آمیز و ناکافی می دانند؛ آنها مشکل مسکن و وجود نگرش‌های افراطی و اشتباه در مورد زندگی مستقل زنان سرپرست خانوار را از جمله مسائل خود می دانند که هر گاه با مشکلاتی از قبیل نداشتن درآمد کافی برای اداره‌ی زندگی همراه شود ابعاد گسترده‌تری به خود می گیرد. این پژوهش مشکلات و مسائل زنان بیوه را تا حد زیادی مشابه زنان مطلقه می داند. هر دو گروه از آینده‌ی فرزندان خود احساس نگرانی می کنند. اما زنان مطلقه برای تربیت فرزندان خود نیاز بیشتری به کمک دیگران احساس می کنند. وضعیت بهتر زنان بیوه در این مورد به دلیل کمک و رسیدگی بیشتر خویشاوندان همسر است؛ چرا که زنان بیوه معمولاً پس از فوت همسر روابط خود را با خانواده‌ی وی حفظ می کنند.

از جمله پژوهش‌های دیگری که در زمینه‌ی مورد مطالعه صورت گرفته، پژوهشی است که بهزیستی استان تهران با همکاری معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و توانبخشی (۱۳۸۴) هدایت نموده است. این پژوهش که "بررسی سلامت روانی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی استان تهران" نام دارد، روی ۱۴۰ نفر از زنان سرپرست خانوار تحت پوشش از