

بررسی عامل های اجتماعی – فرهنگی مرتبط با کیفیت سلامت روانی خانواده

(نمونه ی مورد مطالعه: خانواده های ساکن شهر شیراز)

حلیمه عنایت*^۱ و اسلام آقاپور^۲

چکیده

خانواده مهم ترین نهاد اجتماعی در جوامع انسانی است که تکوین و پرورش شخصیت افراد در آن شکل می گیرد. هدف اصلی این مقاله بررسی عامل های اجتماعی-فرهنگی مرتبط با کیفیت سلامت روانی خانواده در بین خانواده های شهرستان شیراز می باشد. این پژوهش با روش کمی و روش پیمایش و با استفاده از پرسشنامه انجام گرفته است. جامعه ی آماری این پژوهش شامل خانواده های ساکن در شهر شیراز در سال ۱۳۸۴ می باشند که در آنها زن و شوهر در قید حیات بوده و با هم زندگی می کنند. بر اساس نمونه گیری طبقه ای تصادفی منظم، ۳۸۶ خانواده انتخاب شدند. یافته های پژوهش نشان داد که رابطه ای معنی دار بین متغیر های سن، جنس، درآمد، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، بعد خانوار، سرمایه ی اجتماعی، جهت گیری مذهبی و عزت نفس با کیفیت سلامت روانی خانواده وجود دارد. بر اساس نتایج معادله ی رگرسیون چند متغیره، از بین کل متغیرهای مورد بررسی، متغیرهای جهت گیری دینی، سرمایه ی اجتماعی، سن پاسخگویان، عزت نفس، درآمد خانواده و میزان تحصیلات حدود ۳۰ درصد از تغییرات متغیر وابسته را تبیین می نماید. بر اساس مدل تحلیل مسیر، از میان این متغیرها، جهت گیری مذهبی بالاترین تاثیر را بر متغیر وابسته داشته است.

واژه های کلیدی: خانواده، سلامت روانی، سرمایه اجتماعی، عزت نفس، جهت گیری مذهبی.

^۱- استادیار بخش جامعه شناسی دانشگاه شیراز

^۲- کارشناسی ارشد جمعیت شناسی دانشگاه شیراز

*- نویسنده ی مسئول مقاله: Henayat@rose.shirazu.ac.ir

پیشگفتار

بحث خانواده از ابتدای تفکر جامعه شناختی، در بین نخستین جامعه شناسان مطرح بوده است، اما این موضوع برحسب دوره های تاریخی، به اشکال گوناگون طرح شده است (سیف، ۱۳۶۸). خانواده مهم ترین نهاد اجتماعی در جوامع انسانی است که تکوین و پرورش شخصیت افراد در آن شکل می گیرد (فرجاد، ۱۳۷۷). برای این که خانواده بتواند کارکردهای اصلی خود را بخوبی ایفا نماید، لازم است امنیت و آرامش در کانون آن رخنه کند. واقعیت این است که در فرآیند چرخه ی زندگی خانواده مسایل و مشکلاتی بوجود می آید که آرامش آن را هر چند برای مدت کوتاهی سلب می کند. این مسایل در سطح خرد مربوط به ساختارها و کارکردهای نهاد خانواده و در سطح کلان مربوط به ساختارهای اجتماعی است (Ritzer, 2004).

نهاد خانواده یکی از مهم ترین و پراهمیت ترین نهادهای اجتماعی است، چرا که سلامت و یا عدم سلامت جامعه را در دست دارد و در بنای جامعه و حفظ سنت ها، ارزش ها، روابط خویشاوندی و پرورش کودک و تعادل روانی و عاطفی نقشی مهم دارد. خانواده زمانی مشکلزا می شود که نتواند به اهدافش جامه ی عمل بپوشاند. بویژه زمانی که از هدف اصلی آن یعنی گروه اولیه بودن دور شود. شکل طبیعی خانواده آن است که هر یک از اعضا از لحاظ عاطفی حمایت شوند. این حالت یک حالت ایده آل خانواده است. زمانی که وضعیت عینی از این الگو تبعیت نکند، کیفیت روانی پایین می آید (Lauer, 1998).

خانواده نخستین و مهم ترین بستر رشد همه جانبه ی انسان بشمار می رود و از دیرباز مورد توجه انسان شناسان، جامعه شناسان و کارشناسان تعلیم و تربیت بوده است و در طول تاریخ تحت تأثیر تحولات گوناگون اقتصادی و اجتماعی دگرگون شده است (عنایت و موحد، ۱۳۸۳). بخش عمده ای از ادبیات جامعه شناسی معاصر، بر مطالعه ی روابط بین تغییرات اجتماعی ناشی از فرآیند صنعتی شدن و گسترش شهرنشینی از یک سو و دگرگونی فرهنگ و خانواده از سوی دیگر، اختصاص یافته است، خانواده بسیاری از عملکردهای خود را از دست داده و آن ها را به سایر نهادها واگذار کرده است و تنها کارکرد مهمی که باقی مانده، فراهم آوردن عامل های جامعه پذیری کودکان و برتر از همه ی شرایط کسب تعادل و سلامت روانی اعضای خانواده است (سگالن، ۱۳۷۰). در طول تاریخ خانواده نقش هستی بخش داشته و یکی از مهم ترین محیط های موثر بر سلامت بدنی و روانی افراد بشمار رفته است. خانواده شرایط لازم برای رشد و رسیدن به توازن جسمی، روانی و اجتماعی را فراهم می کند (Wood, 1996) و در هنگام رویارویی با موقعیت های فشار زا و دشوار، تنش را تجربه می کند و این استرس موجب ناراحتی، تنش یا نومیدی اعضای آن می شود (Vetere & Gale, 1987).

سلامت روانی^۱ از مباحث اساسی، در حیطه ی علوم اجتماعی و روان شناسی است که توجه بسیاری از نهادهای بین المللی، از جمله سازمان بهداشت جهانی^۲ را به خود معطوف ساخته است. همچنین موضوعی اساسی است که روان شناسان، جامعه شناسان، انسان شناسان، جمعیت شناسان و بسیاری از صاحب نظران دانش های گوناگون، هر کدام با دیدی ویژه به این موضوع توجه نموده و برای ارتقای کیفیت سلامت روانی در بین جوامع بشری برنامه ها و راهکارهایی ارائه داده اند. مشکلات بهداشت روانی یکی از گرفتاری های مهم رو به افزایش خانواده ها و جوامع است. هدف از بهداشت روان، پیش گیری از ابتلا و کاهش شیوع و جلوگیری از عوارض اختلالات و بیماری های روانی است. از منظر سازمان جهانی بهداشت، سلامت روانی بخشی بسیار مهم در حیطه ی سلامت است که ارتقاء و برنامه ریزی در راستای بالا بردن آن مؤثر است. این سازمان سلامت روانی را بدین صورت تعریف می کند: سلامت روان، حالتی از سلامتی است که در آن فرد، توانایی های خود را می شناسد، می تواند با فشارهای طبیعی زندگی مقابله کند، برای جامعه مثر ثمر باشد و قادر به تصمیم گیری و مشارکت جمعی باشد. بر این اساس سلامت روانی مبنای رفاه و سلامتی برای افراد و جامعه است (WHO, 1999). با توجه به این که خانواده جایگاهی مهم در رشد شخصیت افراد دارد، بیش تر افرادی که دچار مشکلات گوناگون شخصیتی و روانی که فاقد بهداشت و سلامت روانی هستند، از خانواده های ناسالم برخاسته اند. از این رو خانواده در تامین بهداشت روانی افراد جایگاهی مهم دارد و ضروری است راهکارهای مناسب در تامین بهداشت روانی خانواده شناسایی و به مرحله ی اجرا گذارده شود. در این راستا ضروریست عامل هایی که مخل بهداشت روانی خانواده ها هستند، شناسایی و روش های رویارویی با آن ها توصیه گردد. روشن است عدم تامین بهداشت روانی خانواده، تلاش های فردی برای رسیدن به اهداف و پیشرفت های فردی و اجتماعی را با مانع روبه رو خواهد ساخت.

پرسش های پژوهش

- با توجه به هدف پژوهش، پرسش های زیر مورد پژوهش قرار گرفت.
- آیا میزان سرمایه ی اجتماعی^۳ روی کیفیت سلامت روانی خانواده تاثیر دارد؟
 - آیا میزان جهت گیری مذهبی^۴ روی کیفیت سلامت روانی خانواده تاثیر دارد؟
 - آیا میزان عزت نفس روی کیفیت سلامت روانی خانواده تاثیر دارد؟

¹ - Mental Health

² - World Health Organization(WHO)

³ - Social Capital

⁴ - Religious Attitudes

- آیا متغیرهای اجتماعی (سن، جنس، تحصیلات، درآمد و...) روی کیفیت سلامت روانی خانواده تاثیر دارند؟

پیشینه و مبانی نظری

شادی طلب و دیگران (۱۳۸۴) در مطالعه ای در شهر اراک دریافتند که تنها جنبه های اقتصادی بر میزان فقر یا توانمندی زنان اثر گذار نیستند بلکه جنبه های اجتماعی و روانی فقر و توانمندسازی نیز اهمیت به سزایی دارند. عامل های متعددی در میزان اعتماد به نفس و احساس توانایی برای تغییر موثر بوده است. آن ها همچنین دریافتند که رابطه ای معنادار بین ابعاد اجتماعی و روانی زنان و توانمندسازی آن ها وجود دارد و مهم ترین هدف آنان حفظ کانون خانواده و تربیت فرزندان صالح است.

مرادی (۱۳۸۵) در پژوهشی با عنوان «عامل های اقتصادی-اجتماعی مرتبط با کیفیت سلامت روانی مهاجران اسلام آباد غرب» به بررسی نقش متغیرهایی چون سرمایه ی اجتماعی، جهت گیری های مذهبی، راهبردهای مقابله و فرهنگ پذیری در مقصد، تنش های فرهنگ پذیری و همچنین نقش متغیرهای جمعیت شناختی و ارتباط آن ها با سلامت روانی مهاجران اشاره کرده است. محسنی تبریزی و راضی (۱۳۸۶) در پژوهشی با عنوان «رابطه ی حمایت اجتماعی و سلامت روانی در میان دانشجویان دانشگاه تهران» به این نتیجه رسیدند که بین حمایت اجتماعی و سلامت روانی رابطه ای معنی دار وجود دارد و از بین منابع حمایتی، حمایت اجتماعی خانواده تاثیری بیش تر بر سلامت روانی افراد داشت. آلدridge^۱ (۱۹۹۱) در زمینه ی سلامت روانی، از راه یافتن ارتباط هایی بین «فعالیت های مذهبی و سلامت روان روی افراد بالغ بستری شده در بیمارستان»، پژوهش هایی انجام داد و نتیجه گرفت که بین فعالیت های مذهبی و سلامت روانی همبستگی معنی داری وجود دارد. برگین^۲ (۱۹۸۰) در مطالعه ای که روی ۶۰ دانشجوی مسیحی انجام داده مشاهده نمود دانشجویانی که والدین آنها خیر خواه بودند و دوران کودکی آن ها بدون تعارض و همراه با تجارب مذهبی سپری شده بود، سلامت روانی بیش تری داشتند. راسیا^۳ (۱۹۹۸) و همکارانشان نشان دادند که اختلالات روانی در بین افرادی که تحصیلاتی پایین تر دارند و پیشینه ی بیماری روانی دارند، بیش تر است و بین جنسیت و سلامت روانی رابطه ای معنی دار وجود دارد.

^۱ - Aldridge

^۲ - Bergin

^۳ - Rousieau

لوین و دیگران (Levin & et al, 2000) در مطالعه ای در مناطق شهری غنا روی زنان کارگر و مقایسه ی میان الگوی دخل و خرج زنان و مردان به این نتایج دست یافتند که زنان بیش تر تمایل دارند که درآمدشان را صرف خرید کالاهای اساسی برای خود و خانواده شان کنند. آن ها همچنین دریافته اند که برای زنان رفع نیازهای اعضای خانواده به عنوان مهم ترین شبکه ی اجتماعی که در آن عضویت دارند، اهمیت فراوانی دارد.

لوکشین^۱ (۲۰۰۰) در مطالعه ای طولی در دهه ی ۱۹۹۰ پیرامون زنان سرپرست خانوار در روسیه نشان داد که این زنان جهت تأمین نیازهای خویش، سعی در گزینش اقامتگاه مشترک با خویشاوندان دارند تا از راه برقراری پیوندی منسجم تر با شبکه های خویشاوندی به رفع مشکلات خود بپردازند. همچنین دسترسی به حمایت عاطفی، مالی و روانی از سوی خویشاوندان باعث بهبود سلامت روانی آنان می گردد.

درباره ی سلامت روانی دیدگاههایی متفاوت چون مکاتب رفتارگرایی، انسان گرایی، شبکه ی اجتماعی، روان شناسی اجتماعی، روان شناسی، مدل تاثیر مستقیم یا تاثیر عمده و مدل سلسله مراتبی-جبرانی بحث نموده اند. دیدگاه انسانگرایی بر این باور است که سلامت روانی یعنی ارضای نیازهای اساسی و رسیدن به مرحله ی خودشکوفایی. هر عاملی که فرد را در سطح ارضای نیازهای سطوح پایین نگه دارد و مانع شکوفایی او شود، به ایجاد اختلال رفتاری در فرد خواهد انجامید (Ventis, 1995). مازلو در قالب دیدگاه انسان گرایی بر این باور است که نظام ارزش های دینی فرد واجد سلامت روان، بر پایه ی پذیرش فیلسوفانه ی حیات اجتماعی و طبیعت و واقعیت جسمانی حیات استوار است (مازلو، ۱۳۶۷). در واقع، بخشی عمده از قضاوت ها و ارزش گذاری های هر روزه ی این گونه افراد، از پذیرش واقعیت سرچشمه می گیرد (Maslow, 1970).

بر اساس دیدگاه رفتارگرایی رفتار سازش نیافته مانند سایر رفتارها در اثر تقویت آموخته می شود. از سوی دیگر سلامت روانی هم شامل رفتارهای سازش یافته ای (یا سازگاری) است که آموخته می شود، بنابراین دیدگاه رفتارگرایی، یادگیری معیوب را عامل اساسی اختلاف روانی می داند و بر این باور است که سلامت روان به وسیله ی شکست در یادگیری رفتارهای سازش یافته ی ضروری یا ناکامی در تسلط یافتن بر موقعیت های اجتماعی به گونه ای موفقیت آمیز تحت تأثیر قرار می گیرند (Ventis, 1995).

از جمله افرادی که در قالب رویکرد رفتارگرایی به الگوهای رفتاری در رابطه با سلامت روانی تأکید دارند، چاهن است. چاهن یکی از شرط های لازم برای دستیابی به سلامت روان، برخورداری از یک نظام ارزشی می داند. او بر این باور است که بهره مندی از یک سلسله ارزش های شخصی

¹ - Mental Reconstructive

مبتنی بر باورها، آرزوها و آرمان‌هایی که با سعادت و تحقق خود و اطرافیان فرد پیوندی نزدیک دارد، شرط لازم برای کسب سلامت روان است. چاهن (۱۹۹۱) سلامت روانی را وضعیتی از بلوغ روان شناختی تعبیر می کند که عبارتست از: بیش ترین اثربخشی و رضایت بدست آمده در تقابل فردی و اجتماعی که شامل احساسات و بازخوردهای مثبت نسبت به خود و دیگران می شود (Ventis, 1995).

رویکرد نوسازی روانی^۱ یا تجدد روان مفهومی است که به فرایندهای تغییر در سطوح ارزش ها، سبک های شناختی، ویژگی های شخصیتی و سلامت روانی اطلاق می شود. نظریه پردازان نوسازی، نقطه ی شروع نوسازی را در انسان و نظام شخصیتی و روانی او می بینند و بر این باورند که با تحقق نوسازی و نو شدن انسان، سایر جنبه های نوسازی، یعنی نوسازی اقتصادی، اجتماعی و سیاسی-فرهنگی او پدیدار می شود (شارع پور، ۱۳۸۰). از معروف ترین نظریه پردازان نوسازی که در این قالب جای می گیرد، راجرز آست. به نظر راجرز در برخی از فرهنگ ها زمینه برای نوآوری نسبت به فرهنگ های دیگر بیش تر است. از دیدگاه راجرز پذیرش یک اندیشه که متضمن یادگیری آن اندیشه و هم تصمیم گیری درباره ی آن است، در ۵ مرحله رخ می دهد که عبارتند از: آگاهی، علاقه، ارزشیابی، آزمایش و پذیرش آن اندیشه. از دیدگاه راجرز کسانی که اندیشه نویی را می پذیرند، هر یک از مراحل بالا را به سرعت پشت سر نهاده اند همچنان که دیگران نیز چنین تصویری را در مورد آن ها دارند (ازکیا، ۱۳۸۰).

مدل سلسله مراتبی-جبرانی^۲ بر آن است که افراد در صورتی که روابط اولیه ی حمایت را در اختیار داشته باشند، برای دریافت حمایت به سراغ روابط مرتبه ی پایین تر می روند. در واقع نظریه پردازان این دیدگاه بر این باورند که چون روابط صمیمی با افراد نزدیک تاثیری بیش تر بر روحیه ی آن ها دارد، گروههای اولیه و صمیمی را بر سایر افراد ترجیح می دهند. افراد نزدیک و صمیمی می توانند حمایتی کامل تر و قوی تر داشته باشند. صاحب نظران این دیدگاه بر این باورند که در غیاب روابط اولیه ی خانوادگی، روابط مرتبه ی پایین تر مثل دوستی می تواند جانشین جبرانی روابط خانوادگی شود (Cantor, 1969).

مدل تاثیر مستقیم یا تاثیر عمده^۳ عنوان می کند که صرف داشتن حمایت اجتماعی فرد در خانواده بدون توجه به عامل های تنش زا برای سلامت روانی مفید است و برعکس نداشتن حمایت اجتماعی تاثیرات منفی بر سلامت روانی خانواده دارد. فلیمینگ و باوم که از نظریه پردازان

¹ - Mental Reconstructive

² - Rogers

³ - Hierarchical- Compensatory Model

⁴ - Main Effect

مطرح این دیدگاه هستند، بر اسن باورند که افرادی که از حمایت اجتماعی بیش تری برخوردارند، از سلامت روانی بالاتری نیز بهره مندند (Fleming & Boum, 1986). درگیری افراد در شبکه‌های گوناگون اجتماعی از جمله شبکه های خانوادگی منابع حمایتی را برای افراد فراهم می‌کند. براساس مطالعات متأثر از این مدل، افرادی که در شبکه های حمایتی خانواده قرار می‌گیرند، کم تر افسرده اند و عمدتاً سلامت روانی بهتری را تجربه می‌کنند (Thoits, 1982). چارچوب نظری پژوهش برگرفته شده از این دیدگاه می باشد.

مدل پژوهش



عامل های اجتماعی - فرهنگی مرتبط با کیفیت سلامت روانی خانواده

روش شناسی پژوهش

در این پژوهش از روش کمی با استفاده از روش پیمایش استفاده شده است. ابزار سنجش در این پژوهش پرسشنامه است که اعتبار یا روایی گویه های هر کدام از طیف ها از راه مشورت با اساتید رشته ی جامعه شناسی و تطبیق گویه های طیف ها با مفاهیم اساسی نظریه هایی که در چارچوب نظری پژوهش مورد استفاده قرار گرفته اند، تعیین شد.

جامعه ی آماری این پژوهش شامل خانواده‌های ساکن در شهر شیراز در سال ۱۳۸۴ می باشد که در آن ها زن و شوهر در قید حیات بوده و با هم زندگی می کنند. بر اساس نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۷۵ در شهر شیراز تعداد ۲۴۲،۷۲۹ خانوار وجود داشته است. در این پژوهش از فرمول کوکران برای تعیین حجم نمونه استفاده شده است که بر این اساس حجم نمونه در این پژوهش برابر با ۳۸۶ نفر می‌باشد. با توجه به تقسیم‌بندی مناطق شش گانه از سوی سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی استان فارس، از شیوه ی نمونه گیری طبقه ای تصادفی منظم استفاده شده است که از هر کدام از مناطق شش گانه چند حوزه به صورت تصادفی انتخاب و سپس از هر حوزه یک یا چند بلوک نیز به صورت تصادفی انتخاب شده و انتخاب منازل در هر بلوک هم به صورت تصادفی ساده می باشد.

در این پژوهش از روش پیمایش بهره گرفته شده است و داده های لازم از راه پرسشنامه جمع آوری شده است. همچنین از اعتبار صوری^۱ استفاده شده است و برای بدست آوردن روایی آن از آلفای کرونباخ استفاده شده است.

برای اندازه گیری متغیرهای اصلی پژوهش یعنی عزت نفس، جهت گیری دینی، سرمایه اجتماعی و سلامت روانی از طیف لیکرت استفاده شده است. گویه ها از مطالعات انجام شده در کشورهای دیگر و همچنین مطالعاتی که در داخل کشور انجام شده اند، گرفته شده و پس از تغییرات و سازگار نمودن آن ها با وضعیت ایران، گویه های مناسب انتخاب شده اند. آلفای کرونباخ هر یک از متغیرهای ذکر شده، بالاتر از ۷۵ درصد است که نشان می دهد ابزار سنجش از روایی بالایی برخوردار است.

در این مطالعه متغیر سلامت روانی عبارتست از توانایی اخذ تصمیم های درست، احساس مسئولیت در برابر محیط انسانی و مالی، کنترل هیجان و اضطراب، عدم اختلال در نقش های اجتماعی و نداشتن علائم جسمانی (WHO, 1999). برای اندازه گیری آن از پرسشنامه ی استاندارد سازمان بهداشت جهانی استفاده شده است که با استفاده از ۱۵ گویه بر مبنای طیف لیکرت سنجیده می شود و ضریب آلفای کرونباخ برای گویه های آن برابر ۹۲ درصد است. جهت اندازه گیری متغیر عزت نفس نیز از مقیاس روزنبرگ استفاده شده است.

یافته های پژوهش

در این بخش، به نتایج بدست آمده از پژوهش در دو بخش توصیفی و استنباطی اشاره می شود. ابتدا ویژگی های نمونه ی مورد مطالعه توصیف و سپس به تجزیه و تحلیل داده ها پرداخته می شود. بر اساس نتایج بدست آمده بیش ترین تعداد پاسخگویان متعلق به زنان است که ۵۱ درصد از کل جمعیت را تشکیل می دهند که از این تعداد ۲۰ درصد آن ها در گروه سنی ۲۵-۲۲ سال قرار دارند و مردان ۴۹ درصد از سهم جمعیت را به خود اختصاص می دهند که از این تعداد ۱۷ درصد آن ها در گروه سنی ۲۹-۲۶ سال قرار دارند. بیش ترین تعداد پاسخگویان مربوط به افراد شاغل و غیر شاغل با تحصیلات ۱۲-۹ کلاس می باشد که ۴۸ درصد از پاسخگویان را تشکیل می دهند که ۲۵ درصد مربوط به افراد شاغل و ۲۳ درصد مربوط به افراد غیر شاغل می باشد. همچنین ۲۳ درصد از افراد شاغل در رده ی تحصیلی فوق دیپلم و لیسانس هستند.

جدول ۱ نشان دهنده ی توزیع فراوانی گویه های مربوط به طیف عزت نفس می باشد. این طیف شامل ۱۰ گویه است. همان گونه که در جدول زیر مشاهده می شود، بیش از ۶۶ درصد از

^۱ - Face Validity

پاسخگویان مخالف این گویه هستند که کاش فرد دیگری بودند. حدود ۶۰ درصد از آنان نیز مخالف این بوده اند که صحبت کردن در مقابل دیگران برایشان سخت است در حالی که ۱۴ درصد از آنان موافقت خود را با این گویه بیان کرده اند. بیش از ۷۵ درصد از پاسخگویان مخالف تسلیم شدن در مقابل نظرات دیگران بوده اند. همچنین حدود ۷۳ درصد از پاسخگویان مخالف دست کم گرفتن خود در مقابل دیگران هستند و حدود ۷۷ درصد هم احساس شکست خوردگی را ندارند. سایر گویه ها و میزان موافقت و مخالفت پاسخگویان در جدول ۱ مشاهده می شود. همچنین الفای کرونیخ ۱۰ گویه ی طیف عزت نفس ۸۳ درصد است که بر پایایی قابل قبول ابزار سنجش یاد شده دلالت دارد.

جدول ۱ - توزیع درصد فراوانی گویه های مربوط به طیف عزت نفس

Alpha=۰/۸۳

گویه ها	کاملا موافق	موافق	تا حدودی	مخالف	کاملا مخالف	جمع
	درصد	درصد	درصد	درصد	درصد	درصد
۱- اغلب آرزو می کنم کاش فرد دیگری بودم.	۱۱/۴	۶/۲	۱۵/۸	۲۹/۳	۳۷/۳	۱۰۰
۲- صحبت کردن در مقابل دیگران سخت است.	۴/۱	۹/۸	۲۶/۴	۳۲/۶	۲۶/۹	۱۰۰
۳- به آسانی می توانم تصمیم بگیرم.	۱۶/۶	۲۸	۴۰/۷	۱۱/۷	۳/۱	۱۰۰
۴- معمولا زود عصبانی می شوم.	۱۸/۷	۲۵/۴	۳۰/۶	۱۸/۹	۶/۵	۱۰۰
۵- اغلب از آنچه انجام داده ام، متاسفم.	۸/۵	۹/۸	۳۰/۸	۳۸/۱	۱۲/۷	۱۰۰
۶- به راحتی در مقابل نظرات دیگران تسلیم می شوم.	۳/۶	۵/۷	۱۵/۳	۴۸/۴	۲۶/۹	۱۰۰
۷- خودم را در مقابل جمع دست کم می گیرم.	۳/۴	۷/۵	۱۶/۳	۴۰/۲	۳۲/۶	۱۰۰
۸- در جمع اصلا کمرو نیستم.	۲۶/۹	۲۷/۲	۲۷/۵	۱۴/۵	۳/۹	۱۰۰
۹- اگر چیزی برای گفتن داشته باشم، معمولا آنرا می گویم.	۲۴/۴	۳۳/۷	۳۱/۶	۶/۲	۴/۱	۱۰۰
۱۰- احساس می کنم فردی شکست خورده هستم.	۵/۷	۵/۴	۱۲/۴	۳۷	۳۹/۴	۱۰۰

جدول ۲ نشان دهنده ی توزیع فراوانی گویه های مربوط به طیف سرمایه ی اجتماعی است. این طیف شامل ۸ گویه می باشد. همان گونه که مشاهده می شود، گویه های ۱ و ۲ مربوط به اعتماد به همسایگان در خصوص موضوع های شخصی و محافظت از بچه ها می باشد که به ترتیب ۴۳/۸ و ۴۲/۶ درصد از پاسخگویان بیان کرده اند که به همسایگان در خصوص موضوع های شخصی و محافظت از بچه ها اعتماد دارند و دقیقا "همین درصد از پاسخگویان نظر مخالف داشته اند. همچنین ۶۰ درصد از پاسخگویان موافق گویه ی شماره ی ۳ بوده و بیان کرده اند که نمی توان به کسی اعتماد کرد. حدود ۴۴ درصد از پاسخگویان اظهار کرده اند که مردم در صورت نیاز و یا در جهت حل مشکلات با هم همکاری دارند. بیش از ۵۰ درصد از پاسخگویان بیان کرده اند که مردم در زمان مرگ یکی از نزدیکان به افراد آرامش می دهند در حالی که حدود ۲۳ درصد از افراد مخالف

این نظر بوده اند. سایر گویه ها و نظرهای پاسخگویان در جدول ۲ مشاهده می شود. همچنین ضریب روایی (الفای کرونباخ) ۸ گویه ی طیف سرمایه ی اجتماعی ۸۹ درصد می باشد که بر پایایی قابل قبول ابزار سنجش یاد شده دلالت دارد.

جدول ۲- توزیع درصد فراوانی گویه های مربوط به طیف سرمایه ی اجتماعی

Alpha=۰/۹۲

گویه ها	کاملا موافق	موافق	بی نظر	مخالف	کاملا مخالف	جمع
	درصد	درصد	درصد	درصد	درصد	۱۰۰
۱- می توان درموضوع های شخصی به همسایگان اعتماد کرد.	۱۳/۸	۳۰/۰	۱۲/۵	۲۰/۰	۲۳/۸	۱۰۰
۲- درغیاب شما همسایه ها از بچه هایتان محافظت می کنند.	۱۳/۸	۲۸/۸	۱۵/۰	۱۸/۸	۲۳/۸	۱۰۰
۳- در این جا نمی توان به کسی اعتماد کرد.	۲۲/۵	۳۷/۵	۲۳/۸	۶/۳	۱۰/۰	۱۰۰
۴- در این جا مردم در صورت نیاز به شما کمک می کنند.	۸/۸	۳۵/۰	۲۲/۵	۱۸/۸	۱۵/۰	۱۰۰
۵- در این جا شما موردحمایت مردم هستید.	۱۱/۳	۲۸/۸	۲۶/۳	۲۲/۵	۱۱/۳	۱۰۰
۶- در این جا افراد با هم سازش دارند.	۵/۰	۴۵/۰	۲۵/۰	۱۲/۵	۱۲/۵	۱۰۰
۷- چنانچه با مرگ یکی از خویشان نزدیک خود مواجه شوید، همسایه ها می توانند به شما آرامش دهند.	۲۲/۵	۲۸/۸	۲۶/۳	۱۳/۸	۸/۸	۱۰۰
۸- مردم جهت حل مشکلات در این جا با یکدیگر همکاری می کنند.	۱۲/۵	۳۱/۳	۲۳/۸	۱۵/۰	۱۷/۵	۱۰۰

جدول ۳ نشان دهنده ی توزیع فراوانی گویه های مربوط به طیف جهت گیری های مذهبی است. این طیف شامل ۱۰ گویه است. همان گونه که مشاهده می شود ، ۸۰ درصد از پاسخگویان موافق نقش اساسی دین در زندگی انسان و همچنین به نقش مایه ی آرامش دهی دین در هنگام غم (گویه ۱و۶) می باشند بیش از ۶۵ درصد از پاسخگویان موافق هستند که اندرزه های اشخاص مذهبی باعث سعادت انسان ها می شود در حالی که ۱۸/۸ درصد از افراد مخالف این گویه بوده اند. حدود ۷۴ درصد از پاسخگویان بیان کرده اند که موافق فدا کردن همه چیز در راه باورهای دینی هستند و ۱۲/۵ درصد مخالف این گویه می باشند و همچنین ۷۸/۵ درصد از پاسخگویان با این گویه که با جدیت تمام سعی دارم رفتارهای زندگی ام را با دین همراه سازم، موافق بوده اند. سایر گویه ها و نظرهای پاسخگویان در جدول ۳ مشاهده می شود. ضریب روایی (الفای کرونباخ) ۱۰ گویه ی طیف جهت گیری مذهبی ۷۷ درصد است که بر پایایی قابل قبول ابزار سنجش یاد شده دلالت دارد.

جدول ۳- توزیع درصد فراوانی گویه های مربوط به طیف جهت گیری مذهبی

Alpha=۰/۷۷

گویه ها	کاملا موافق	موافق	بی نظر	مخالف	کاملا مخالف	جمع
	درصد	درصد	درصد	درصد	درصد	درصد
۱- دین نقش اساسی در زندگی انسان دارد.	۳۱/۳	۴۸/۸	۸/۸	۶/۳	۵/۰	۱۰۰
۲- اندرزه های اشخاص مذهبی باعث سعادت انسان ها می شود.	۲۱/۳	۴۳/۸	۱۶/۳	۷/۵	۱۱/۳	۱۰۰
۳- رستگاری باید در این دنیا جستجو کرد نه در آخرت.	۳۷/۵	۳۲/۵	۶/۳	۱۱/۳	۱۲/۵	۱۰۰
۴- در راه باورهای دینی همه چیز را باید فدا کرد.	۲۷/۵	۴۶/۳	۱۳/۸	۷/۵	۵/۰	۱۰۰
۵- مسجد مکان مناسبی برای شکل گیری روابط خوب اجتماعی است.	۲۲/۵	۵۱/۳	۱۵/۰	۶/۳	۵/۰	۱۰۰
۶- دین نوعی آرامش روحی در هنگام غم برای افراد دارد.	۳۰/۰	۵۰/۰	۱۱/۳	۳/۸	۵/۰	۱۰۰
۷- مسجد رفتن به آرامش انسان در جامعه کمک می کند.	۱۲/۵	۲۲/۵	۱۷/۵	۳۲/۵	۱۵/۰	۱۰۰
۸- گرچه به دینم معتقدم، اما چیزهای با اهمیت تر از مذهب در زندگی وجود دارد.	۱۱/۶	۳۸/۱	۲/۵	۱۲/۵	۳۴/۱	۱۰۰
۹- با تمام جدیت سعی دارم رفتارهای زندگی ام را با دین خود همراه سازم.	۲۶/۳	۵۲/۲	۱۳/۸	۵/۰	۲/۵	۱۰۰
۱۰- براساس آموزه های دینی می توان تمام مسایل و مشکلات را حل کرد.	۸/۸	۲۵/۰	۱۷/۵	۲۲/۵	۲۶/۳	۱۰۰

جدول ۴ نشان دهنده ی توزیع فراوانی گویه های مربوط به طیف سلامت روانی است. این طیف شامل ۱۵ گویه است. همان گونه که مشاهده می شود ۵۰ درصد از پاسخگویان بیان کرده اند که بدون حواس پرتی و نگرانی کار انجام می دهند. حدود ۲۷ درصد بتازگی فشار روانی داشته اند و حدود ۴۱ درصد نیز بتازگی یه صورت مداوم عصبی نشده اند؛ درحالی که ۳۸ درصد بیان کرده اند که بتازگی به صورت مداوم عصبی شده اند. حدود ۳۷ درصد احساس می کنند که کارهایشان بخوبی انجام می شود درحالی که ۲۸ درصد مخالف این گویه هستند. حدود ۶۱ درصد از پاسخگویان از فعالیت های روزمره ی خود لذت نمی برند و فقط ۲۴/۵ درصد از پاسخگویان از فعالیت های روزمره ی خود لذت می برند. بیش از ۷۰ درصد از پاسخگویان زندگی را نا امید کننده نمی دانند و احساس نمی کنند که کارهایشان پیش نمی رود یا این که آینده برایشان نا امید کننده است و تصمیم گیری برای حل مشکلات خود را سخت نمی دانند. یافته ها همچنین نشان می دهد که فقط حدود ۲۴ درصد از پاسخگویان فکر می کنند که اعتماد به نفس قوی دارند.

جدول ۴ - توزیع درصد فراوانی گویه های مربوط به طیف سلامت روانی

Alpha=۰/۹۲

جمع	خیلی کم	کم	تاحدودی	زیاد	خیلی زیاد	گویه ها
۱۰۰	درصد	درصد	درصد	درصد	درصد	
۱۰۰	۷/۴	۲۲/۱	۱۵/۴	۲۷/۵	۲۷/۵	۱- تا چه حد روی آنچه درحال انجامش هستی، بدون حواس پرتی و نگرانی انجام می دهی.
۱۰۰	۲۸/۴	۲۹/۵	۱۳/۷	۱۸/۴	۸/۲	۲- تا چه حد بتازگی احساس ناخوشایندی توام با فشار روانی داشته اید.
۱۰۰	۱۶/۴	۲۴/۳	۲۱/۱	۲۷/۱	۱۱	۳- تا چه حد بتازگی به صورت مداوم عصبی شده اید یا از موضوعی دل شوره دارید.
۱۰۰	۱۸	۹/۲۶	۱۸/۴	۲۲/۱	۱۴/۶	۴- تاچه حد احساس می کنی که در زندگی کارهایتان به خوبی انجام می گیرد.
۱۰۰	۲۵/۳	۳۵/۵	۱۴/۵	۱۵/۵	۹/۱	۵- تا چه حد قادر هستی از فعالیت های زندگی روزمره ی خود لذت ببری .
۱۰۰	۱۴/۵	۲۶/۴	۱۷/۶	۳۱/۸	۹/۸	۶- تا چه حد فکر می کنی که اساسا انسان در این دنیا، ارزش زنده بودن را ندارد .
۱۰۰	۴۴/۲	۳۱/۶	۶/۵	۶/۸	۱۰/۵	۷- تا چه حد احساس می کنی که زندگی کاملا نا امید کننده است.
۱۰۰	۳۷/۱	۱۷ ۳۳	۱۴/۶	۶/۸	۷/۸	۸- تا چه حد احساس می کنی که کارهایتان پیشرفت نمی کند و مثل این که گره در کارتان افتاده است.
۱۰۰	۴۱/۵	۳۴	۶/۸	۷/۸	۹/۹	۹- تا چه حد فکر می کنی که واقعا تصمیم گرفتن برای حل مشکلات خودتان سخت است.
۱۰۰	۳۶/۳	۳۸/۴	۸/۶	۹/۷	۷/۵	۱۰- تا چه حد آینه برای شما نا امید کننده است.
۱۰۰	۳۱/۳	۳۷/۴	۱۸	۶/۵	۶/۸	۱۱- تاچه حد فکر می کنی که آدم به درد نخوری هستی.
۱۰۰	۲۲/۲	۳۳/۶	۸/۶	۲۴/۳	۱۰/۳	۱۲- تاچه حد فکر می کنی که هیچ کنترلی بر زندگی خود نداری.
۱۰۰	۱۵/۵	۲۱/۷	۲۶/۴	۲۸/۶	۷/۲	۱۳- تاچه حد فکر می کنی که کلا در زندگی آدم موفق هستی.
۱۰۰	۳۲/۱	۲۸/۶	۱۵/۴	۱۴/۱	۹/۷	۱۴- تاچه حد فکر می کنی که اعتماد به نفس قوی داری.
۱۰۰	۲۷/۹	۲۸/۸	۱۱	۲۰/۲	۱۱/۶	۱۵- تاچه حد دوست دارید همه چیز سر جای خود باشد.

جدول ۵ رابطه ی میان متغیرهای سن، درآمد خانواده، تحصیلات و بعد خانوار را با متغیر سلامت روانی نشان می دهد. با توجه به سطوح معنی داری نمایش داده شده در جدول (در سطح

دست کم ۹۵ درصد اطمینان) و ضرایب پیرسون بدست آمده که به ترتیب ۰/۲۲، ۰/۱۳، ۰/۱۶ و ۰/۱۱. برای متغیرهای سن، درآمد خانواده، تحصیلات و بعد خانوار می باشد. نتایج نشان دهنده ی این است که رابطه ای مثبت و معنی دار بین متغیرهای یاد شده وجود دارد، به این معنا که با افزایش سن، درآمد خانواده، تحصیلات و بعد خانوار، بر میزان سلامت روانی افزوده می شود.

جدول ۵ - ضریب همبستگی بین متغیرهای زمینه ای و سلامت روانی پاسخگویان

متغیر مستقل	سن	درآمد خانواده	تحصیلات	بعد خانوار
متغیر وابسته	۰/۲۲	۰/۱۳	۰/۱۶	۰/۱۱
سلامت روانی	۰/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۲
سطح معنی داری				

جدول ۶ آزمون تفاوت میانگین سلامت روانی بر حسب جنس افراد نمونه را نشان می دهد. با توجه به آمارهای موجود در این جدول میانگین نمره ی سلامت روانی زنان (۸۸/۳۹) بیش تر از میانگین نمره ی سلامت روانی مردان (۸۳/۲۴) است. یعنی زنان از سلامت روانی بالاتری نسبت به مردان برخوردارند. این تفاوت مشاهده شده در بین این میانگین ها بر اساس آزمون T برابر ۴/۰۱ می باشد که در سطح دست کم ۹۵ درصد معنی دار است.

جدول ۶ - آزمون تفاوت میانگین سلامت روانی بر حسب جنس افراد نمونه

جنسیت	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	مقدار T	سطح معنی داری
زن	۱۹۸	۸۸/۳۹	۷/۹۵	۴/۰۱	۰/۰۰۰
مرد	۱۸۸	۸۳/۲۴	۹/۳۲		

جدول ۷ آزمون تفاوت میانگین سلامت روانی پاسخگویان را بر حسب وضعیت اشتغال افراد نمونه نشان می دهد. با توجه به آمارهای موجود در این جدول، میانگین نمره ی افراد شاغل و غیر شاغل در این فرضیه تقریباً یکی است و تفاوت چندانی با هم ندارند، به گونه ای که میانگین نمره ی مشاهده شده ی سلامت روانی برای افراد شاغل و غیر شاغل به ترتیب ۸۳/۲۱ و ۸۲/۱۱ می باشد، لذا با توجه به سطح معنی داری ۰/۰۰۰ می توان با اطمینان ۹۹ درصد ادعا کرد که رابطه ی بین این دو متغیر معنی دار است.

جدول ۷- آزمون تفاوت میانگین سلامت روانی بر حسب وضعیت اشتغال افراد نمونه

وضعیت اشتغال	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	مقدار T	سطح معنی داری
شاغل	۲۰۸	۸۳/۲۱	۸/۸۹	۰/۳۸	۰/۰۰۰
غیر شاغل	۱۷۸	۸۲/۱۱	۸/۷۴		

در جدول ۸ رابطه ی میان متغیرهای عزت نفس، جهت گیری مذهبی و میزان سرمایه ی اجتماعی با متغیر سلامت روانی نمایش داده شده است. همان گونه که مشاهده می شود، با توجه به سطح معنی داری ۰/۰۰۰ برای متغیرهای یاد شده و ضریب پیرسون (به ترتیب ۰/۳۲، ۰/۳۸، ۰/۱۹)، رابطه ای مثبت و معنی دار بین متغیرهای بالا وجود دارد؛ به بیان دیگر، با افزایش عزت نفس افراد، جهت گیری مذهبی و میزان سرمایه ی اجتماعی، میزان سلامت روانی آن ها به مراتب بیش تر خواهد شد.

جدول ۸ - ضریب همبستگی بین متغیرهای اصلی پژوهش و سلامت روانی پاسخگویان

متغیر وابسته	متغیر مستقل	عزت نفس	جهت گیری مذهبی	سرمایه ی اجتماعی
سلامت روانی	۰/۱۹	۰/۳۸	۰/۳۲	
سطح معنی داری	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	

در جدول ۹ بر اساس نتایج بدست آمده از معادله ی رگرسیونی مربوط به تحلیل چند متغیره ی متغیرهای مستقل، جهت پیش بینی متغیر وابسته ی (کیفیت سلامت روانی خانواده) مدل پیش بینی رگرسیون دارای شش مرحله است. در این تحلیل کل متغیرهای مستقل زمینه ای و مستقل واسطه ای به شیوه ی گام به گام وارد معادله شده اند و متغیرهای جهت گیری مذهبی، عزت نفس، سن، سرمایه ی اجتماعی، درآمد و تحصیلات به ترتیب به میزان اهمیت در تبیین متغیر وابسته، وارد معادله شده اند و سایر متغیرها خارج از معادله قرار گرفته اند. همان گونه که در جدول ۹ آمده، آزمون T نشان می دهد که ضریب بتا برای هر پنج متغیر اولی دست کم در سطح ۹۹ درصد اطمینان و برای متغیر آخر دیت کم در سطح ۹۵ درصد اطمینان معنی دار است. نخستین متغیری که وارد معادله شده است، جهت گیری دینی می باشد. نتایج نشان می دهد که بین این متغیر و سلامت روانی همبستگی بالایی وجود دارد، به این معنا که هرچقدر جهت گیری دینی افراد بیش تر باشد، میزان سلامت روانی آن ها بیش تر خواهد بود. در مرحله ی دوم عزت نفس وارد شده است. مقدار T برای این متغیر ۴/۹۴ و سطح معنی داری ۰/۰۰۰ است. نتایج بدست آمده نشان می دهد که هر چقدر عزت نفس افراد بیش تر باشد، سلامت روانی آن ها نیز بیش تر خواهد

بود. در مرحله ی سوم سن وارد معادله شده است. مقدار T برای این متغیر $۴/۴۳$ و سطح معنی داری $۰/۰۰۰$ است. در مرحله ی چهارم سرمایه ی اجتماعی وارد معادله شده است. مقدار T برای این متغیر $۳/۶۲$ و سطح معنی داری $۰/۰۰۰$ است. در مرحله ی پنجم جنسیت وارد معادله شده است که مقدار T برای این متغیر $۳/۵۵$ و سطح معنی داری $۰/۰۰۰$ است و در نهایت در مرحله ی ششم تحصیلات وارد معادله شده است. هر ۶ متغیر در مجموع توانسته اند نزدیک به ۳۰ درصد از واریانس متغیر وابسته ی کیفیت سلامت روانی خانواده را تبیین کنند.

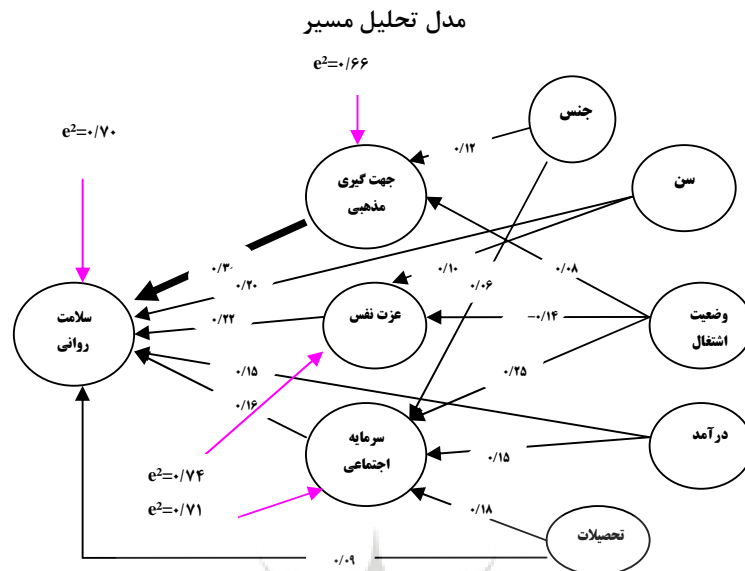
جدول ۹ - عناصر متغیرهای مستقل و زمینه ای درون معادله ای برای پیش بینی سلامت روانی

مرحله	نام متغیرها	B	Beta	آزمون T	R	R ²	Sig
۱	جهت گیری مذهبی	۰/۴۱	۰/۳۰	۶/۷۵	۰/۲۲	۰/۱۰	۰/۰۰۰
۲	عزت نفس	۰/۱۷	۰/۲۲	۴/۹۴	۰/۴۰	۰/۱۶	۰/۰۰۰
۳	سن	۰/۵۲	۰/۲۰	۴/۴۳	۰/۴۷	۰/۲۲	۰/۰۰۰
۴	سرمایه ی اجتماعی	۰/۲۴	۰/۱۶	۳/۶۲	۰/۵۰	۰/۲۵	۰/۰۰۰
۵	درآمد	۲/۷۹	۰/۱۵	۳/۵۵	۰/۵۳	۰/۲۸	۰/۰۰۰
۶	تحصیلات	۰/۳۱	۰/۰۹	۱/۹۸	۰/۵۵	۰/۳۰	۰/۰۰۱

مدل ساختاری رابطه بین متغیرهای مستقل و متغیرهای وابسته

مدل تجربی پژوهش یک مدل علی از نوع تحلیل مسیر^۱ است. نکته ی دارای اهمیت در مدل های تحلیل مسیر آن است که با استفاده از این مدل ها می توان به حجم عظیمی از داده ها که می توانند روابط علی ارزشمندی را بیان کنند، دست یافت. برای رسم مدل مسیر از ضرایب بتای متغیرهایی استفاده شده است که مقدار T آن ها در سطحی معنادار قرار دارد. ضریب بتا در این مدل نماینده ی شدت رابطه ی بین دو متغیر با ثابت نگه داشتن اثر متغیرهای دیگر موجود در مدل است. در ضمن فلش های اضافی که از بیرون به متغیرها هدایت شده اند، به مقداری از واریانس توضیح داده نشده برای هر متغیر بر می گردد که اداره ی آن ها از توان ما خارج بوده است.

^۱ - Path Analysis



با توجه به مدل مسیر می توان گفت در میان شاخص‌های گنجانده شده در مدل، بیش‌ترین تاثیر مستقیم بر کیفیت سلامت روانی به وسیله‌ی متغیر اصلی جهت‌گیری مذهبی مشخص شده است. وزن بتا برای این متغیر در مرحله‌ی ورود مستقیم برابر 0.30 بوده است که بیش‌ترین درصد از تغییرات متغیر وابسته را تبیین می‌کند. از متغیرهایی که به صورت غیرمستقیم بیش‌ترین تاثیر بر کیفیت سلامت روانی خانواده داشته است، متغیر سن پاسخگویان است که برابر با 0.08 می‌باشد. جهت تعیین اثرات غیرمستقیم کل، ضریب‌ها بی‌ی که در امتداد هر مسیر قرار گرفته‌اند، را در هم ضرب و سپس کل مسیرها را با هم جمع می‌کنیم. این متغیرها از راه متغیرهایی چون جهت‌گیری مذهبی، عزت نفس و سرمایه‌ی اجتماعی توانسته‌اند بر متغیر وابسته تاثیر بگذارند.

بحث و نتیجه‌گیری

مشکلاتی که امروزه خانواده‌ها با آن مواجه‌اند، ابعادی گوناگون دارد. یکی از این ابعاد، درگیری‌های روانی و ذهنی افراد در زندگی است و بنظر می‌رسد که این مشکلات، بر روابط خانوادگی نیز تاثیر گذاشته باشد و از آنجا که خانواده مهم‌ترین نهاد اجتماعی در جوامع انسانی است که تکوین و پرورش شخصیت افراد در آن شکل می‌گیرد، هدف اصلی این مقاله بررسی عامل‌های اجتماعی - فرهنگی مرتبط با کیفیت سلامت روانی خانواده در بین خانواده‌های شهرستان شیراز می‌باشد. یافته‌های بدست آمده از این پژوهش بر اساس ضرایب همبستگی و

معادله های رگرسیون، حکایت از آن داشت که بین متغیر های سن، جنس، درآمد، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، بعد خانوار، سرمایه ی اجتماعی، جهت گیری مذهبی و عزت نفس با کیفیت سلامت روانی خانواده رابطه وجود دارد. نتایج بدست آمده تقریباً با نتایجی که در پژوهش های مرادی (۱۳۸۵)، محسنی تبریزی و راضی (۱۳۸۶)، برگین (۱۹۸۰) و آلدریچ (۱۹۹۱) بدست آمده، همخوانی دارد. یافته های پژوهش در خصوص رابطه ی جنسیت و سلامت روانی نشان داد که بین این دو متغیر رابطه وجود دارد و زنان از سلامت روانی بالاتری نسبت به مردان برخوردارند. نتایج همچنین بیانگر این است که رابطه ای مثبت و معنی دار بین دو متغیر سن و سلامت روانی وجود دارد، به این معنا که با افزایش سن، بر میزان سلامت روانی افزوده می شود. این موضوع شاید به این دلیل باشد که افراد با سنین بالا در مقایسه با افراد کم سن و سال با مشکلات براحتمی کنار می آیند و نوعی انطباق پذیری بیش تر با فشارهای روانی و اجتماعی دارند. درآمد، متغیری دیگر است که با کیفیت سلامت روانی رابطه ای معنادار دارد. هرچه خانواده از درآمد بالایی برخوردار باشد، میزان کیفیت سلامت روانی بالایی را تجربه خواهد کرد. افراد با داشتن درآمد کافی تا حدی می توانند با مشکلات وارد شده از نظر اقتصادی مقابله کنند. متغیر دیگر، میزان تحصیلات بوده که تاثیر آن بر سلامت روانی سنجیده و مشخص شد که بین این متغیر و سلامت روانی نیز رابطه وجود دارد. می توان گفت تحصیلات یکی از مهم ترین منابع والدین در برخورد با مسایل و مشکلات روانی خانواده است. بعد خانواده متغیر دیگری بود که با متغیر وابسته رابطه ای معنی دار داشت و نشان می دهد که با افزایش تعداد اعضای خانواده ارتباطات اجتماعی بیش تر شده و اعضای خانواده از احساس تنهایی و انزوا رهایی می یابند.

با توجه به نتایج بدست آمده از رگرسیون چند متغیره، جهت گیری مذهبی بالاترین تاثیر را بر متغیر وابسته دارد. هر چند جامعه ی ما وارد جریان صنعتی شدن شده است، اما در کنار این تغییر و تحولات، باورها و ارزش های مذهبی نقش خود را حفظ کرده و به عنوان نیرویی نظارت کننده در جهت نظارت بر رفتار افراد جامعه ایفای نقش می کند. نتایج پژوهش نشان می دهد، افرادی که دارای جهت گیری دینی قوی تری هستند، از سلامت روانی بیش تری نیز برخوردارند. پس دین یکی از عامل های مهم تأثیرگذار بر نگرش ها و رفتار افراد در خانواده است.

متغیر دیگری که بر سلامت روانی تاثیر گذاشته و رابطه مثبتی نیز دارد، عزت نفس می باشد. عزت نفس بر همه ی سطوح زندگی اثر می گذارد. بررسی های گوناگون حاکی از آن است که چنانچه نیاز به عزت نفس ارضاء نشود، نیازهایی گسترده تر نظیر نیاز به آفریدن، پیشرفت و یا درک و شناسایی استعدادهای بالقوه محدود می ماند. افرادی که احساس خوبی نسبت به خود دارند، معمولاً احساس خوبی نیز نسبت به زندگی و خانواده خواهند داشت. آن ها می توانند با اطمینان به

خود و اعضای خانواده، با مشکلات و مسئولیت های زندگی روبه رو شوند و از عهده ی آن ها برآیند.

از دیگر عامل های مرتبط با سلامت روانی خانواده می توان به سرمایه ی اجتماعی اشاره کرد. با گذر جوامع از حالت سنتی به صنعتی و فرا صنعتی، بحث مربوط به سلامت روانی اهمیت زیادی پیدا می کند، به گونه ای که امروزه مورد توجه همه قرار گرفته است و در جامعه ی ما نیز به عنوان جامعه ای در حال گذر از یک مرحله ی نیمه صنعتی به یک جامعه ی صنعتی، حایز اهمیت است. زندگی افراد در این ساختار تازه و متفاوت از گذشته که به سوی فرد گرایی سیر می کند، مستلزم همکاری و عضویت در شبکه های اجتماعی می باشد. نتایج پژوهش نشان می دهد هر اندازه افراد در این ساختار دارای سرمایه ی اجتماعی (مجموعه ای ارزشمند از اعتماد متقابل بین افراد، حمایت های اجتماعی، روانی و مالی، وجود شبکه های خویشاوندی و حس تعلق و وابستگی) بالاتری باشند، سلامت روانی بیش تر خواهد بود. این مسئله خود بیانگر ریشه های سنتی سرمایه ی اجتماعی در بین خانواده ها می باشد و ضمن تقویت و حفظ این ارتباطات خانوادگی، باید زمینه ی مناسب برای مشارکت فعالانه در سازمان های غیردولتی و مردم نهاد فراهم شود. براین اساس، در کنار تقویت ارزش های دینی و مذهبی و همچنین تقویت پایه های ارتباطات و همبستگی های اجتماعی، ایجاد مشاغل برای از بین بردن مشکلات اقتصادی و همچنین آموزش های مفید برای بالا بردن عزت نفس خانواده ها می تواند به بالا رفتن میزان سلامت روانی خانواده ها کمک کند.

منابع

- ۱- آمار نامه ی استان فارس. ۱۳۷۸. سازمان مدیریت و برنامه ریزی استان فارس، معاونت آمار و اطلاعات، شماره ی ۸۰-۷۹.
- ۲- ازکیه، م. ۱۳۸۰. جامعه شناسی توسعه. تهران: نشر کلمه.
- ۳- سگالن، م. ۱۳۷۰. جامعه شناسی تاریخی خانواده. مترجم: حمیدالباسی. تهران: نشر مرکز. چاپ اول.
- ۴- سیف، س. ۱۳۶۸. تئوری رشد خانواده. تهران: انتشارات دانشگاه الزهرا.
- ۵- شارع پور، م. ۱۳۸۰. "فرسایش سرمایه اجتماعی و پیامد های آن"، نامه انجمن جامعه شناسی ایران، شماره ی ۳، سال ۱۳۸۰.
- ۶- شادی طلب، ژ. وهابی، م. ورمزیار، ح. ۱۳۸۴. "فقر درآمدی فقط یک جنبه از فقر زنان سرپرست خانوار." فصلنامه ی علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی شماره ی هفدهم، صص ۲۴۷-۲۲۷.

- ۷- عنایت، ح. و موحد، م. ۱۳۸۳. " زنان و تحولات ساختاری خانواده در عصر جهانی شدن"، پژوهش زنان، دوره ی ۲، شماره ی ۲، صص ۱۶۶-۱۵۳.
- ۸- فرجاد، م. ح. ۱۳۷۷. بررسی مسایل اجتماعی ایران، تهران: نشر اساطیر.
- ۹- محسنی تبریزی، ع. و راضی، ا. ۱۳۸۶. رابطه ی حمایت اجتماعی و سلامت روانی در میان دانشجویان دانشگاه تهران، فصلنامه مطالعات جوانان، شماره ۱۱-۱۰.
- ۱۰- مرادی، گ. ۱۳۸۵. بررسی عوامل اقتصادی-اجتماعی مرتبط با کیفیت سلامت روانی مهاجران اسلام آباد غرب، پایان نامه ی کارشناسی ارشد، شیراز: دانشگاه شیراز، دانشکده ی اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی.
- ۱۱- مازلو، آ. ۱۳۶۷. روان شناسی شخصیت سالم، ترجمه ی شیوا رویگریان، تهران، انتشارات گلشایی.
- 12-Aldridge, D. 1991. "Spirituality, healing and medicine". *British Journal of General Practice*, 41, 425-427.
- 13-Bergin, A. E. 1980. " Psychotherapy and religious values", *Journal of consulting and clinical Psychology*, 48, 95-105.
- 14-Cantor.M. 1979. "Neighbors and friends: An overlooked resource in the informal support system". *Research on ging*, 1.
- 15-Fleming, Ramond & Baum, Andrew 1986. "social support and stress: The buffering effects of friendship" In Derlega, Valerians and Winstead, Barbara, A. (Ede). *Friendship and social integration*. New York: springer Verlag.
- 16-Lauer, Ropert, H. 1998. "Social Problems and the Quality of Life", New York: McGraw-Hill.
- 17-Levin, C.E.: Marie T. Ruel: Saul S. Morris Daniel G. (2000). "Working widowed women in an urban setting in Ghana." *World development*. Volume 27. Issue 11. pp. 1977-1991.
- 18- Lokshin, M. 2002. "Single mothers in Russia: Household strategies for coping with Poverty." *World development*. Volume 29. Issue 12. pp. 2183-2193.
- 19-Maslow. A. H. 1970. "Motivation and Personality", New York: Harper and Row.
- 20-Ritzer ,G. 2004. *Handbook of social problems: A comparative international perspective*, Sage publications.
- 21-Rousieau, A et al 1998. Authoritarian and social restrictive attitudes toward mental patients in mental health volunteers and non volunteers. *Psychol Rep*, 83(3 pl1) 8: 3-6.
- 22-Thoits, P.A. 1982. "Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support az a buffer against life stress". *Journal of Health and Social Behaviors*.
- 23-Ventis, L. W. 1995. "The relationship Between religious and mental health". *Journal of Social Issues*, Vol. 51, No. 2, pp. 33-48.

- 24-Vetere, A & Gale, A .1987 . The family: A Failure in psychological theory and research In A, Vetere & gale. Ecological studies of family life. New York, John Wiely & Sons.
- 25-Wood, B. I. 1996 . “A developmental biopsychosocial approach to treatment of chronic illness in children and adolescents”.In R. H. Mikesell, D. D. Lusterman & S. H. Medaniel (F.ds) Handbook of family psychology and systems theory. Washangton, DC. American Psychology Association.
- 26- World Health Organization . 1999 . “Department of Mental Health Annotated Bibliography of the WHO Quality of Life Assessment Instrument.” [On line]. < [http:// www. Who. Int](http://www.Who.Int) >.

