



**Journal of Urban Environmental Policy**  
Vol 1, No 2, Summer 2021  
ISSN: 2783-3496  
<http://juep.iaushiraz.ac.ir/>

DOR: 20.1001.1.27833496.1400.1.2.5.5

## **The relationship between social capital and quality of life in female-headed households in Dogonbadan City**

*Research Paper*

**Yousef.tazesh<sup>1</sup>**: Master student of public administration majoring in human resource development, Payame Noor University, Varamin Center, Iran.

**zohre daymad**: Master of Urban Planning, Yasuj Branch, Islamic Azad University, Yasuj, Iran

Received: 2021/09/08 **PP:** 67-82 **Accepted:** 2021/10/24

### **Abstract**

The aim of this study was to determine the relationship between social capital and quality of life in female-headed households in Dogonbadan. This cross-sectional study was done on women heads of Dogonbadan City during six months. (200 Person) Study tools were include: demographic questionnaire, the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) - Iranian species, and questionnaire of World Bank social capital (SC-IQ), respectively. Analysis of results were performed with SPSS software and using Descriptive statistics and analytical Tests. The findings of this study demonstrate that the quality of life and social capital for women-headed households are totally interdependent and they have positive impact on each other. and life quality of female-headed households Dogonbadan was at a lower level of Dogonbadan People's general quality of life. and on the other hand, social capital is relatively low in these women and requires serious attention and long-term planning authorities based on community-based research approaches, in order to improve the quality of life and significant changes in order to increase social capital and This collective participation of vulnerable people.

**Citation:** Yousef.tazesh, Zohre Daymad (2021): **The relationship between social capital and quality of life in female-headed households in Dogonbadan City**, Journal of Urban Environmental Policy, Vol 1, No 2, Shiraz, PP 67- 82.

**Key words:** female-headed households, social capital, quality of life, Dogonbadan.

### **Extended Abstract**

<sup>1</sup> . Corresponding author: Yousef Tazesh, Email: [yosef.tazesh@gmail.com](mailto:yosef.tazesh@gmail.com), Tell: 989129337252

### Introduction:

The concept of quality of life dates back to the time of Aristotle in 385 BC. At that time, Aristotle considered "good life" or "doing good things" to mean happiness. At that time, living happily is considered equivalent to what is called quality of life today. Quality of life reform was not used until the twentieth century. Over time, researchers have realized that quality of life can be one of the most important consequences of health assessments. As the World Health Organization's definition of health emphasizes (Fayers and Machin, 2013.55). Quality of life is a complex and multidimensional concept of population conditions and status, defined in a specific geographical scale (city, village and country) (Harirchi, 2009.98). From the beginning of the 60's, the concept of quality of life became popular in European countries. In some advanced societies, the term has been used in conjunction with and sometimes synonymously with other terms such as public welfare, social welfare, social security, and the like. The category of quality of life is widely related to the concept of welfare, social relations, trust and social participation (Noghani, 2008.112) and can be the basis for strengthening social capital. Social capital is one of the social determinants of health that affects the health of communities (Murayama et al, 2012). Numerous indicators can be used to measure social capital in a society at the macro level. One of these indicators is the level of social support for vulnerable groups in society (children, women, etc.) (Siegler, 2014). Women heads of households are one of the groups. Today, family restructuring due to war, urbanization, divorce, marital addiction, etc. has led to an increase in the number of female-headed households worldwide (Aghajanian and Thompson, 2013). If the statistical data show an increasing trend and the proportion of female-headed households in the last three decades (Aghajanian and Thompson, 2013.22). 37.5% of the world's households are headed by women (2012.29, Moti et al). And in Iran, according to the statistics of the Welfare Organization, during 10 years (75-85), 60 thousand and three hundred people have been added to the population of women heads of households every year. Lack of social capital components and limitation of social relations network in the life of female-headed households due to issues such as divorce, many responsibilities and multiple roles have caused this vulnerable group of society with many problems and obstacles, including turning to crime. And face corruption to meet the needs of life, create deviation and disruption in the upbringing of children, increase the number of troubled families and create mental disorders in family members, the spread of material and cultural poverty in society and ultimately reduce their quality of life (Lewis et al ., 2013.12). Therefore, the need to pay attention to social capital and quality of life in women caregivers seems necessary. The aim of this study was to determine the relationship between social capital components and quality of life in female-headed households in Dogonbadan.

### Methodology:

This cross-sectional study was performed on female heads of Dogonbadan city (200 people) over a period of 6 months. The response rate was 73.7%. Study tools include 1- Demographic information questionnaires, including variables: age, marital status (married, single, unmarried due to death and divorce), level of literacy (illiterate, elementary, middle and university), employment (employed, unemployed) ), Ethnicity, per capita home area, number of dependents, average household income, home amenities, number of rooms available, length of stay, health insurance coverage, chronic illness and current illness. 2- WHOQOL Quality of Life Questionnaire (WHOQOL) - Iranian species, which has 4 domains of physical health, mental health, social relations and environmental health, each of which has 7, 6, 3, 8 questions, respectively. Likert face is, is. 3. World Bank Social Capital Questionnaire (SC-IQ), which is designed for developing countries and examines social capital at the household level. Analysis of results using SPSS software version 21 using descriptive statistics tests such as mean and standard deviation and analytical statistics such as Pearson correlation tests and also to investigate the effects of various factors on the dimensions of quality of life and social capital from multiple linear regression. With the entry of variables in the models, it was used in a combined method.

### Results and discussion:

The majority of female-headed households in this study were middle-aged, unemployed, and had a high school or secondary education level. Research on the employment status of women heads of households also shows that due to lower levels of literacy, they have more limited job opportunities than male-headed households, and on the other hand, government support for these women is very low. According to the results of this study, the average quality of life scores of these women are lower than the general population of Dogonbadan in all four dimensions of physical, mental, social and environmental health. In this study, there was a significant relationship between age and overall quality of life and its dimensions in terms of mental health, environment, social relationship, which means that with age, the quality of life of women heads of households in these areas decreases. In terms of physical health, the only variable of education showed a significant relationship on the quality of life of female-headed households. It seems that in the physical dimension, people with higher secondary education are in a better and more appropriate condition than people with primary or illiterate education. The findings of this study also showed that there is a significant relationship between environmental health and marital status (divorce due to divorce). Researchers believe that marital status is a predictor of quality of life in all aspects and the presence of a spouse as a supporter is effective in reducing stress, adapting to the environment and reducing mortality and disability. In this study, there was a significant relationship between the variable of length of stay in the place with the dimension of physical health and the social relationship between quality of life. In the present study, the current disease had a significant and inverse relationship with the dimensions of physical and mental health and overall quality of life score, and the effect of this variable on the mental health dimension was greater than the other dimensions. In this study, the average score of social capital of women heads of households is 37.5, while the average score of the highest person was 71.7. Therefore, it can be concluded that women's social capital is relatively low. Findings of this study showed that the quality of life and social capital of female-headed households are completely interdependent and have a positive effect on each other. On the other hand, social capital and quality of life of female-headed households in Dogonbadan is relatively low and needs serious attention and planning. In the long run, the authorities, based on community-based research approaches, are vulnerable to improving the quality of life and fundamental changes to increase social capital and collective participation of this group.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی



# فصلنامه سیاست‌گذاری محیط شهری

سال ۱، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۰

شاپا چاپی: ۳۴۹۶-۲۷۸۳

<http://jupep.iaushiraz.ac.ir/>

DOR: 20.1001.1.27833496.1400.1.2.5.5

## ارتباط مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی با کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانوار شهر دوگنبدان

مقاله پژوهشی

یوسف تازش<sup>۱</sup>: دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت دولتی گرایش توسعه منابع انسانی، دانشگاه پیام نور، مرکز ورامین، ایران  
زهره دیماد: کارشناس ارشد شهرسازی، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران

دریافت: ۱۴۰۰/۰۶/۱۷ صص ۸۲-۶۷ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۸/۲

### چکیده

هدف از این پژوهش تعیین رابطه مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی با کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانوار شهر دوگنبدان می‌باشد. این مطالعه مقطعی بر روی زنان سرپرست خانوار شهر دوگنبدان (۲۰۰ نفر) در مدت ۶ ماه انجام شد. ابزار مطالعه شامل: پرسشنامه‌های اطلاعات دموگرافیک، کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL) - گونه ایرانی و پرسشنامه سرمایه اجتماعی بانک جهانی (SC-IQ) بود. آنالیز نتایج به کمک نرم افزار آماری SPSS با استفاده از آزمون‌های آمار توصیفی و تحلیلی انجام شد. یافته‌های این مطالعه نشان داد کیفیت زندگی و سرمایه اجتماعی زنان سرپرست خانوار کاملاً به هم وابسته بوده و روی همدیگر اثر مثبت دارند و کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار شهر دوگنبدان در سطح پایین تری از کیفیت زندگی عموم مردم این شهر قرار دارد و از طرفی دیگر سرمایه اجتماعی در این زنان نسبتاً پایین است و نیاز به توجه جدی و برنامه‌ریزی درازمدت مسئولین امر بر اساس رویکردهای پژوهشی مبتنی بر جامعه، در راستای بهبود کیفیت زندگی و تغییرات اساسی در جهت افزایش سرمایه اجتماعی و مشارکت جمعی این قشر آسیب پذیر است.

**استاد:** تازش، یوسف و زهره دیماد (۱۴۰۰). ارتباط مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی با کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانوار شهر دوگنبدان، فصلنامه سیاست گذاری محیط شهری، سال ۱، شماره ۲، شیراز، صص ۸۲-۶۶.

**واژه‌های کلیدی:** زنان سرپرست خانوار، سرمایه اجتماعی، کیفیت زندگی، دوگنبدان.

<sup>۱</sup> - نویسنده مسؤل: یوسف تازش، [yosef.tazesh@gmail.com](mailto:yosef.tazesh@gmail.com)، ۰۹۱۲۹۳۳۷۲۵۲

## مقدمه:

تاریخچه پیدایش مفهوم کیفیت زندگی به دوران ارسطو در سال ۳۸۵ سال قبل از میلاد مسیح باز می‌گردد. در آن دوران ارسطو "زندگی خوب" یا "خوب انجام دادن کارها" را به معنای شاد بودن در نظر گرفته است. لیکن در عین حال به تفاوت مفهوم شادی در افراد مختلف پرداخته و ذکر نموده است سلامتی که باعث شادی در یک فرد بیمار می‌شود با ثروت که فرد فقیری را شاد می‌کند یکسان نیست و به طور مشخص بیان نموده است که شادی نه تنها برای افراد مختلف معانی متفاوتی دارد بلکه برای یک فرد نیز در شرایط متفاوت معنی یکسانی نخواهد داشت. به هر حال در آن زمان شادی یا شادمانه زیستن معادل با آنچه که امروز کیفیت زندگی نام دارد تلقی می‌شود. ولی اصلاح کیفیت زندگی تا قرن بیستم مورد استفاده قرار نگرفته بود. به مرور زمان محققین متوجه شدند که کیفیت زندگی می‌تواند یکی از پیامدهای پراهمیت در ارزیابی های سلامت باشد. چنانچه تعریف سازمان بهداشت جهانی از سلامت نیز به این نکته تاکید دارد (Fayers & Machin, 2013:55). امروزه مطالعات زیادی در سطح جهان درباره کیفیت زندگی صورت گرفته است. کیفیت زندگی مفهومی پیچیده و چند بعدی از شرایط و وضعیت جمعیت، در یک مقیاس جغرافیایی خاص (شهر، روستا و کشور) تعریف شده است (Harirchi, 2009:98) که هم متکی به شاخص‌های ذهنی یا کیفی است و هم متکی به شاخص‌های عینی و کمی (Kokabi, 2005:46). به عبارتی در بررسی نظری و تجربی مفهوم کیفیت زندگی می‌توان از دو رویکرد در سطوح عاملیتی و ساختاری بهره گرفت (Azad armaki, 2012:24) آنچه پیشینه تحقیقات نشان می‌دهد این است که از ابتدای دهه ۶۰ میلادی مفهوم کیفیت زندگی در کشورهای اروپایی رواج یافت (Lotfi, 2009:67). در برخی از جوامع پیشرفته این واژه همراه و گاهی مترادف با واژه های دیگری مانند بهزیستی همگانی، رفاه اجتماعی، تأمین اجتماعی و مانند آن به کار گرفته شده است (Haj yousefi, 2002:1) و در طی چند دهه اخیر جایگاه ویژه ای در الگوهای برنامه‌ریزی پیدا کرده است.

در نگاه اول مشاهده اینکه مردم در مکان‌های مختلف با انواع اشکال و سبک‌های زندگی متعدد و با کیفیت متفاوت زندگی می‌کنند، مسأله خاصی را مطرح نمی‌کند، اما هنگامی که قضاوت درباره کیفیت زندگی و نابرابری های فضایی و اجتماعی مطرح می‌شود، کنجکاوی اولیه تبدیل به مسأله اجتماعی می‌شود. زیرا به زعم برگنر زمانیکه فاصله میان اهداف به دست آمده و اهداف مورد درخواست کم شود، کیفیت زندگی افزایش می‌یابد (Bergner, 1989:27) و یا به عقیده کالمن در سنجش کیفیت زندگی باید به تفاوت یا شکاف موجود میان انتظارات فرد و تجربه او در یک دوران خاص توجه کرد (Kalman, 1984:10). به هر حال مقوله کیفیت زندگی به شکل وسیعی با مفهوم رفاه، روابط اجتماعی، اعتماد و مشارکت اجتماعی ارتباط پیدا می‌کند (Noghani, 2008:112) و می‌تواند بسترساز تقویت سرمایه اجتماعی شود. سرمایه اجتماعی یکی از تعیین کننده های اجتماعی سلامت است که بر سطح سلامت جوامع تاثیر می‌گذارد (Murayama et al, 2012). بنابراین افرادی که در شبکه غنی از حمایت، اعتماد، اطلاعات و هنجارها زندگی می‌کنند منابعی در اختیار دارند که بر سلامت آنها اثر مثبت می‌گذارد. از طرفی سرمایه اجتماعی از طریق افزایش انتشار اطلاعات مرتبط با سلامت و نهادینه کردن رفتارهای صحیح بهداشتی می‌تواند بر رفتارهای مرتبط با تندرستی اثر بگذارد (Murayama et al, 2012). لذا باید به سرمایه اجتماعی در حیطه سلامت توجه شود. مطالعات در زمینه روان شناسی و پزشکی نشان می‌دهند که بین سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی پیوندی مستقیم وجود دارد (Alvani & Taghavi, 2008), (Ghaffari, 2006), (Noghani & Asgharpour, 2008) و در جوامعی که سرمایه اجتماعی بالایی دارند، کیفیت زندگی افراد افزایش می‌یابد (Lucumí et al, 2015:28). بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است. پس موضوعی کاملاً ذهنی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه های مختلف زندگی استوار است (Fayers and Machin, 2013:55).

برای اندازه گیری سرمایه اجتماعی در یک جامعه در سطح کلان می‌توان از شاخص‌های متعددی بهره جست. یکی از این شاخص‌ها سطح حمایت‌های اجتماعی از گروه‌های آسیب پذیر اجتماع (کودکان، زنان و غیره) می‌باشد (Siegler, 2014). که زنان سرپرست خانوار یکی از گروه های می باشد. امروزه تغییر ساختار خانواده به دلیل جنگ، شهرنشینی، طلاق، اعتیاد همسر و نظایر آن موجب افزایش تعداد زنان سرپرست خانوار در سراسر جهان شده است (Aghajanian & Thompson, 2013). چنانچه داده‌های آماری حاکی از روند رو به افزایش تعداد و نسبت زنان سرپرست خانوار در سه دهه اخیر است (Aghajanian & Thompson, 2013:22). ۳۷/۵ درصد خانوارهای جهان را زنان سرپرستی می‌کنند (Moti, et al, 2012:29). و در ایران نیز براساس آمار سازمان بهزیستی کشور طی ۱۰ ساله (۸۵-۷۵) هر ساله تعداد ۶۰ هزار و سیصد نفر به جمعیت زنان سرپرست خانوار اضافه شده است (Arabian, 2008). کمبود مولفه های سرمایه اجتماعی و محدودیت شبکه روابط اجتماعی در زندگی زنان سرپرست خانوار به خاطر مسائلی چون طلاق، مسئولیت‌های

زیاد و نقش‌های چندگانه سبب شده تا این گروه آسیب پذیر جامعه با مشکلات و موانع زیادی از جمله روی آوردن به جرم و فساد برای تامین نیازهای زندگی، ایجاد انحراف و اختلال در تربیت فرزندان، افزایش تعداد خانواده های ناآرام و ایجاد اختلالات روحی و روانی در اعضای خانواده، گسترش فقر مادی و فرهنگی در جامعه و نهایتاً کاهش کیفیت زندگی آنان، مواجه شوند (Lewis et al., 2013:12). پس لزوم توجه به سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی در زنان سرپرست ضروری به نظر می‌رسد و از آنجاییکه کیفیت زندگی این زنان مهم است و ارتقای کیفیت زندگی آنان سبب افزایش کیفیت زندگی کل خانواده می‌شود. بنابراین باید با مداخلات موثر کیفیت زندگی این گروه را افزایش داد. هدف از این پژوهش تعیین رابطه مؤلفه های سرمایه اجتماعی با کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانوار شهر دوگنبدان می‌باشد.

### مبانی نظری:

**سرمایه اجتماعی:** تشریح مجدد سرمایه اجتماعی و مفهوم پردازش آن، مرهون تلاش‌های سه تن از اندیشمندان اجتماعی یعنی پیر-بوردیو، رابرت پوتنام و جیمز کلنن است که هر کدام به صورت خاصی آن را تعریف کرده و آثار این سه تن تأثیر مهمی در گسترش نظری سرمایه‌های اجتماعی داشته و این مفهوم را در مرکز توجه دانشمندان رشته‌های مختلف قرار داده است (Shahin, 2016). سرمایه اجتماعی با مفاهیمی از قبیل جامعه مدنی و ارتباطات اجتماعی پیوند یافته است (Sommerfeldt, 2013:55). پیر بوردیو نخستین تحلیل منظم اخیر را درباره سرمایه اجتماعی ارائه کرده است. بوردیو این مفهوم را به عنوان حاصل جمع منابع بالفعل و یا بالقوه‌ای که به مالکیت شبکه پایدار مناسب کمابیش نهادی شد ارتباط یا شناخت متقابل مربوطند، تعریف کرده است (Bertolini and Bravo, 2004). او از اصطلاح فضای جغرافیایی که برآیند دو سرمایه فرهنگی و سرمایه اقتصادی است، نام می‌برد و هدف او بازسازی نظریه قشر بندی مارکسیستی است (Khakpour and Piri, 2005:77).

در نظریه پردازش در مورد اینکه چگونه سرمایه اجتماعی به منظور تحصیل منابع و قدرت عمل می‌کند، عنوان می‌کند که مردم دسترسی نابرابری به منابع شبکه مینا دارند و این تئوری جنبه‌های منفی سرمایه اجتماعی مخصوصاً محرومیت افراد خاصی را از دستیابی به منابعی که متقارن با یک شبکه است را معرفی می‌کند (Carpiano, 2008:33). کلنن معتقد است طرح سرمایه اجتماعی به عنوان منبعی برای کنش، یکی از راههای وارد کردن ساختار اجتماعی در پارادایم کنش عقلانی است (Askarinia et al, 2015). او سرمایه اجتماعی را موجودیت مجزایی نمی‌داند، بلکه معتقد است که ماهیت‌های متنوعی دارد که واجد دو عنصر هستند. همه آنها شامل جنبه‌ای از ساختار اجتماعی هستند و روابط واقعی کنشگران (شخصی، گروهی و تعاونی) را درون این ساختار تسهیل می‌کنند (Spellerberg, 2001:33). به عبارت دیگر، سرمایه اجتماعی شامل جنبه‌های از ساختار اجتماعی است که کنش جمعی را تسهیل کرده (Suzuki et al, 2010). و منابعی را جهت دستیابی مردم به اهدافشان در اختیار می‌گذارد. رابرت پوتنام اندیشمند علوم سیاسی، اصطلاح سرمایه اجتماعی را به مفهوم وسیعی بکار می‌گیرد و آن را این چنین تعریف می‌کند: جنبه‌های از سازمان اجتماعی همانند شبکه‌ها، هنجارها و اعتماد که همیاری و همکاری برای دسترسی به منافع متقابل را تسهیل می‌کند، از طرفی زمینه دستیابی به کالای عمومی را فراهم می‌آورد (Jones, 2010). تعریف او به مزایای جمعی شبکه‌های اجتماعی و ابعاد انسجام اجتماعی، همانند اعتماد بین فردی و هنجارهای معامله به مثل توجه دارد و شامل ویژگی‌های کیفیات روابط اجتماعی است (Folland, 2007).

گروتائرت و ون بلاستر چارچوب نظری مفیدی را برای مطالعه سرمایه اجتماعی در شهرها فراهم آورده‌اند و حوزه آ، شکل و کانال - های جاری شدن سرمایه اجتماعی را مورد بحث قرار داده‌اند. حوزه سرمایه اجتماعی عبارتند از: سطح میکرو یا خرد، سطح میانی و سطح ماکرو یا کلان. سطح میکرو که در مطالعات رابرت پوتنام بر روی سازمان‌های شهری ایتالیا در سال ۱۹۹۳ عینیت می‌یابد که در آن سرمایه اجتماعی به انواع مختلف سازمان اجتماعی همانند شبکه‌های افراد یا خانواده‌ها، هنجارها و ارزش‌های مشترک اشاره دارد. سطح میانی همانند کارهای جیمز کلنن که در آن روابط عمودی همانند روابط افقی در درون و در بین هویت‌های مختلف، همانند شرکت‌های بازرگانی به عنوان سرمایه اجتماعی تلقی می‌شود. در سطح میکرو که شامل محیط اجتماعی و سیاسی می‌شود که فراتر از روابط وسیع غیر رسمی و محلی، افقی و سلسله مراتبی عمودی ساختارهای اجتماعی را شکل می‌بخشد و در بردارنده ساختارها و روابط نهادی همانند نظام‌های سیاسی، نقش قانون، سیستم دادگاه و آزادی‌های مدنی و سیاسی نیز می‌شود (Blanco & Campbell, 2006). (Askarinia et al., 2015)

## روش تحقیق:

این مطالعه مقطعی بر روی زنان سرپرست شهر دوگنبدان (۲۰۰ نفر) در یک بازه زمانی ۶ ماهه انجام شد. درصد پاسخگویی ۷۳/۷ درصد بود. ابزار مطالعه شامل ۱- پرسشنامه‌های اطلاعات دموگرافیک، شامل متغیرهای: سن، وضعیت تاهل (متاهل، مجرد، بی همسر بر اثر فوت و طلاق)، سطح سواد (بیسواد، ابتدایی، متوسط و دانشگاهی)، اشتغال (شاغل، غیر شاغل)، قومیت، سرانه مترائ منزل، تعداد افراد تحت تکفل، متوسط درآمد خانوار، امکانات رفاهی منزل، تعداد اتاق در اختیار، مدت اقامت در محل، برخورداری از پوشش بیمه درمانی، ابتلا به بیماری مزمن و وجود بیماری فعلی. ۲- پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL) - گونه ایرانی، که دارای ۴ حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط، که هر یک از حیطه‌ها به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳، ۸ سوال به صورت لیکرت می باشد، است و همچنین این پرسشنامه دو سؤال دیگر نیز دارد که به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارند و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می دهند (این دو سوال در هنگام آنالیز در داخل حیطه روابط اجتماعی قرار گرفت). هر حیطه امتیازی معادل با ۴ تا ۲۰ امتیاز کسب می کند که امتیاز بالاتر کیفیت زندگی بهتر را نشان می دهد (Tehrani et al, 2015:39).

۳- پرسشنامه سرمایه اجتماعی بانک جهانی (SC-IQ) که این پرسشنامه برای کشورهای در حال توسعه طراحی شده است و سرمایه اجتماعی را در سطح خانوارها بررسی می کند. در قسمت core questions این پرسشنامه ۲۷ سوال اصلی و شش بعد: ۱- عضویت در گروهها و انجمن ها ۲- میزان اعتماد اجتماعی ۳- مشارکت در کارهای جمعی و همکاری ۴- اطلاعات و ارتباطات ۵- انسجام اجتماعی ۶- توانمندی و فعالیت سیاسی قرار دارد، که هر بعد به ترتیب شامل ۳، ۱۱، ۳، ۲، ۱۰، ۵ سوال به صورت لیکرت، چند گزینه‌ای و نیز بلی - خیر می باشد، استفاده شد. در این پرسشنامه هر بعد امتیازی بین صفر تا صد کسب می کند که پس از محاسبه میانگین در هر بعد (پس از استاندارد کردن سوالات برای تبدیل به عدد بین صفر تا صد) برای تعیین نمره میانگین کلی سرمایه اجتماعی، میانگین، نمرات میانگین ابعاد مذکور محاسبه شد. آنالیز نتایج به کمک نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ با استفاده از آزمون های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار و آمارهای تحلیلی مانند آزمون های ضریب همبستگی پیرسون و همچنین برای بررسی اثرات عوامل مختلف روی ابعاد کیفیت زندگی و سرمایه اجتماعی از رگرسیون خطی چندگانه که با ورود متغیرها در مدل ها به روش توام استفاده شد. در این مدل متغیرهای سن، تعداد افراد تحت تکفل، سرانه محل مسکونی، تعداد اتاق و مدت اقامت در محل به صورت کمی و متغیرهای سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، اشتغال، زبان تکلم، پوشش بیمه و ابتلا به بیماری فعلی به صورت اسمی وارد شدند. به دلیل اینکه میزان درآمد ماهیانه با سرانه محل مسکونی و ابتلا به بیماری مزمن با بیماری فعلی همپوشانی داشتند در نتیجه فقط سرانه محل مسکونی و بیماری فعلی وارد مدل شدند.

## یافته های تحقیق:

مشخصات شرکت کنندگان در جدول شماره ۱ نمایش داده است. میانگین سنی شرکت کنندگان ۵۰/۸ سال ( $SD=13/8$ )، میانگین تعداد سال های موفق تحصیلی ۵/۵ سال ( $SD=4/8$ ) و میانگین تعداد افراد تحت تکفل ۲/۳ نفر ( $SD=1/3$ ) که حداقل و حداکثر ۱-۷ نفر بود. اکثریت زنان سرپرست خانوار غیرشاغل (۷۱/۱ درصد) بودند. ۶۱/۲ درصد از شرکت کنندگان وجود بیماری های مزمن قلبی، اسکلتی، روانی، فشارخون و سایر را بیان کردند.

جدول ۱- متغیرهای دموگرافیک، اجتماعی و اقتصادی زنان سرپرست خانوار تحت مطالعه

متغیرها	Mean (Peacock et al.)	تعداد (درصد)	حداقل - حداکثر
سن	۵۰/۷۸	۱۳/۷۸	۲۳-۸۱
سرانه متراژ منزل (متر)	۶۰/۰۸	۲۶/۶۸	۶-۱۵۰
درآمد ماهیانه (ریال)	۱۵۶۸۰۰۰	۴۴/۹۹	۰-۶۰۰۰۰۰۰۰
مدت اقامت در محل (سال)	۲۱/۴۳	۱۶/۳۹	۰-۵۵
وضعیت تاهل	-	-	-
متاهل	۱۱	۷/۲	-
مجرد	۵	۳/۳	-
بی همسر بر اثر طلاق	۵۴	۳۵/۵	-
بی همسر بر اثر فوت	۷۷	۵۰/۷	-
سطح سواد	-	-	-
بی سواد	۴۲	۲۷/۶	-
ابتدایی	۴۴	۲۸/۹	-
متوسط	۶۱	۴۰/۱	-
دانشگاهی	۵	۳/۳	-
و وضعیت اشتغال	-	-	-
شاغل	۳۹	۲۵/۷	-
غیر شاغل	۱۰۸	۷۱/۱	-
وجود بیماری	۹۰	۲۵/۹	-
بله	۶۲	۴۰/۸	-
خیر			

منبع: مطالعات نویسندگان، ۱۴۰۰

جدول شماره ۲؛ مشخصات توزیع امتیازهای چهار بعد کیفیت زندگی و شش بعد سرمایه اجتماعی به همراه امتیاز کلی کیفیت زندگی و سرمایه اجتماعی کلی (بعد ۱-۳-۴) را نشان می‌دهد. در ابعاد کیفیت زندگی حداقل نمره میانگین متعلق به بعد سلامت محیط با میانگین ۹/۸۷ ( $SD=۲/۴۴$ ) و حداکثر متعلق به بعد رابطه اجتماعی با میانگین ۱۱۲/۶۱ ( $SD=۳/۲۶$ ) بود. در ابعاد سرمایه اجتماعی نیز حداقل و حداکثر نمره میانگین به ترتیب متعلق به ابعاد عضویت در گروه‌ها و انجمن‌ها و اعتماد اجتماعی با میانگین‌های ۱۹/۶۱ ( $SD=۱۷/۱۱$ ) و ۵۱/۰۴ ( $SD=۱۷/۳۷$ ) بود.

جدول ۲- توزیع میانگین ابعاد کیفیت زندگی و سرمایه اجتماعی در زنان سرپرست خانوار تحت مطالعه

متغیر	Mean (Peacock et al.)	حداقل - حداکثر
ابعاد کیفیت زندگی	-	-
سلامت جسمانی	۱۱/۷۳ (۲/۳۴)	۶-۷۱/۱۷
سلامت روان	۱۰/۹۹ (۳/۱۲)	۴-۲۰
رابطه اجتماعی (۳ سوال)	۱۲/۴۲ (۳/۴۹)	۴-۲۰
رابطه اجتماعی (۵ سوال)	۱۲/۶۱ (۳/۲۶)	۴-۲۰
سلامت محیط	۹/۸۷ (۲/۴۴)	۴-۱۸
کیفیت زندگی کلی	۱۱/۳۴ (۲/۴۳)	۱۸/۱۸-۴/۵۷
ابعاد سرمایه اجتماعی	-	-
عضویت در گروه‌ها و انجمن‌ها	۱۹/۶۱ (۱۷/۱۱)	۰-۴۴/۶۹
اعتماد اجتماعی	۵۱/۰۴ (۱۷/۳۷)	۱۴/۳۹-۸۵/۷۱
مشارکت در کارهای جمعی و همکاری	۴۹/۵۱ (۲۳/۵۹)	۰-۹۱/۶۷



اطلاعات و ارتباطات	۴۴.۸۵(۱۷.۰۶)	۷۰.۸۳- ۰
انسجام اجتماعی	۴۹.۱۶(۱۱.۲۰)	۷۳.۴۳- ۲۲.۶۹
توانمندی و فعالیت سیاسی	۵۰.۲۳(۱۷.۳۷)	۸۱.۶۷- ۵
سرمایه اجتماعی کل	۳۷.۵۰(۱۴.۵۶)	۷۱.۷۶- ۱.۳۹

منبع: مطالعات نویسندگان، ۱۴۰۰

استفاده از مدل رگرسیون چندگانه توام برای بررسی اثر متغیرهای مختلف روی ابعاد مختلف کیفیت زندگی (متغیر وابسته) نشان داده شد که متغیرهای سن، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل (بی همسر بر اثر طلاق)، بیماری فعلی، زیر بنای محل مسکونی، مدت اقامت در محل با ابعاد مختلف کیفیت زندگی ارتباط معنی دار دارد.

### جدول ۳- تاثیر متغیرهای دموگرافیک، اجتماعی و اقتصادی بر بعد سلامت جسمانی کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار

مقدار احتمال (P-Value)	آماره t	ضرایب استاندارد	ضرایب غیر استاندارد (β)		سلامت جسمانی
			مقدار	خطای برآورد	
۰.۰۰۱.۰ ≤	۱۹.۳۴	-	۰.۵۹	۱۱.۳۸	مقدار ثابت
۰.۰۱۹	۲.۳۸	۰.۲۴	۰.۰۵	۰.۱۱	تحصیلات
۲۲۲.۰	۲۳.۱-	-	-	-	اشتغال
۰.۵۰۲	۰.۶۷	-	-	-	زیر بنای محل مسکونی
۰.۲۴۷	۱.۱۶	-	-	-	تعداد اتاق
۰.۰۱۳*	۲.۵۴	۰.۲۶	۰.۰۱	۰.۰۴	مدت اقامت در محل
۰.۰۶.۰*	۸۰.۲-	۲۸.۰-	۵۳.۰	۴۸.۱-	بیماری فعلی

منبع: مطالعات نویسندگان، ۱۴۰۰

نتایج جدول شماره ۳، نشان می دهد که؛ متغیر مدت اقامت در محل با بعد سلامت جسمانی کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار رابطه مستقیم و مثبت دارد که به لحاظ آماری نیز رابطه مورد نظر معنی دار می باشد، به عبارتی با افزایش مدت اقامت در محل کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار در بعد سلامت جسمانی افزایش می یابد. همچنین نتایج نشان داد که متغیر "وجود و عدم وجود بیماری فعلی" با بعد سلامت جسمانی کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار رابطه معکوس و منفی دارد که به لحاظ آماری رابطه مورد نظر معنی دار می باشد به عبارتی "وجود بیماری فعلی" کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار در بعد سلامت جسمانی را کاهش می دهد.

### جدول ۴- بررسی تاثیر متغیرهای دموگرافیک، اجتماعی و اقتصادی بر بعد سلامت روان کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار

مقدار احتمال (P-Value)	آماره t	ضرایب استاندارد	ضرایب غیر استاندارد (β)		سلامت روان
			مقدار	خطای برآورد	
۰.۰۰۱.۰ ≤	۹۳.۶	-	۲۶.۱	۷۵.۸	مقدار ثابت
۰.۰۳.۰*	۱۱.۳	۳۳.۰	۰.۳.۰	۰.۸.۰	سن
۱۹۰.۰	۳۲.۱-	-	-	-	اشتغال
۱۳۵.۰	۵۱.۱-	-	-	-	تعداد افراد تحت تکفل
۵۴۵.۰	۶۱.۰	-	-	-	زیر بنای محل مسکونی
۵۲۳.۰	۶۴.۰	-	-	-	تعداد اتاق
۰.۹۸.۰	۶۷.۱	-	-	-	مدت اقامت در محل
۰.۵۴.۰	۹۵.۱-	-	-	-	زبان
۰.۰۲.۰*	۸۶.۳-	۴۱.۰-	۷۴.۰	۸۵.۲-	بیماری فعلی

منبع: مطالعات نویسندگان، ۱۴۰۰

نتایج جدول شماره ۴ نشان می دهد که؛ متغیر سن با بعد سلامت روان کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار رابطه مستقیم و مثبت دارد که به لحاظ آماری نیز رابطه مورد نظر معنی دار می باشد، به عبارتی با افزایش سن کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار در بعد سلامت روان افزایش می یابد. همچنین نتایج نشان داد که متغیر "وجود و عدم وجود بیماری فعلی" با بعد سلامت روان کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار رابطه معکوس و منفی دارد که به لحاظ آماری رابطه مورد نظر معنی دار می باشد به عبارتی "وجود بیماری فعلی" کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار در بعد سلامت روان را کاهش می دهد.

جدول ۵- تاثیر متغیرهای دموگرافیک، اجتماعی و اقتصادی بر بعد رابطه اجتماعی کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار

مقدار احتمال P-) (Value	آماره t	ضرایب استاندارد	ضرایب غیر استاندارد( $\beta$ )		رابطه اجتماعی (۳ سوال)
			مقدار	خطای برآورد	
$0.001 \leq$	۵۶.۲۰	-	۰.۵۵	۲۹.۱۱	مقدار ثابت
۲۲۷.۰	۲۲.۱۱	-	-	-	سن
۱۲۰.۰	۵۷.۱-	-	-	-	اشتغال
۳۶۲.۰	۹۲.۰-	-	-	-	تعداد افراد تحت تکفل
$0.03 \ast$	۰.۱.۳	۲۸.۰	۰.۲۰	۰.۶۰	مدت اقامت در محل
۲۰۱.۰	۲۹.۱-	-	-	-	پوشش بیمه
					رابطه اجتماعی (۵ سوال)
$0.001 \leq$	۹۰.۶	-	۲۷.۱	۷۳.۸	مقدار ثابت
$0.01 \ast$	۳۱.۳	۳۳.۰	۰.۲۰	۰.۸۰	سن
۲۰۳.۰	۲۸.۱-	-	-	-	تعداد افراد تحت تکفل
۹۹۷.۰	۰۰.۰	-	-	-	درآمد
۰.۸۳۰	۷۶.۱	-	-	-	مدت اقامت در محل
۱۶۶.۰	۴۰.۱-	-	-	-	پوشش بیمه

منبع: مطالعات نویسندگان، ۱۴۰۰.

نتایج جدول شماره ۵ نشان می دهد که؛ متغیر مدت اقامت در محل با بعد رابطه اجتماعی (۳ سوال) کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار رابطه مستقیم و مثبت دارد که به لحاظ آماری نیز رابطه مورد نظر معنی دار می باشد، به عبارتی با افزایش مدت اقامت در محل کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار در بعد رابطه اجتماعی (۳ سوال) افزایش می یابد. همچنین نتایج نشان داد که متغیر سن با بعد رابطه اجتماعی (۵ سوال) کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار رابطه مستقیم و مثبت دارد که به لحاظ آماری رابطه مورد نظر معنی دار می باشد به عبارتی با افزایش سن کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار در بعد رابطه اجتماعی (۵ سوال) افزایش می یابد.

جدول ۶- بررسی تاثیر متغیرهای دموگرافیک، اجتماعی و اقتصادی بر بعد سلامت محیط کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار

مقدار احتمال P-Value)	آماره t	ضرایب استاندارد	ضرایب غیر استاندارد( $\beta$ )		سلامت محیط
			مقدار	خطای برآورد	
$0.0001 \leq$	۵.۲۲	-	۱.۱	۵.۷۲	مقدار ثابت
$0.004 \ast$	۲.۹۴	۰.۲۹	۰.۰۲	۰.۰۵	سن
۰.۵۴۲	۰.۶۱	-	-	-	متاهل (پایه)
$0.019 \ast$	۲.۳۷	۰.۲۴	۰.۵۰	۱.۱۹	مجرد
۰.۸۴۷	۰.۱۹	-	-	-	بیوه
۰.۲۷۴	۱.۱۰-	-	-	-	تعداد افراد تحت تکفل
$0.03 \ast$	۲.۲۰	۰.۲۰	۰.۰۱	۰.۰۲	زیر بنای محل مسکونی
۰.۳۴۰	۰.۹۶-	-	-	-	پوشش بیمه

منبع: مطالعات نویسندگان، ۱۴۰۰.

نتایج جدول شماره ۶ نشان می دهد که: متغیر سن با بعد سلامت محیط کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار رابطه مستقیم و مثبت دارد که به لحاظ آماری رابطه مورد نظر معنی دار می باشد به عبارتی با افزایش سن، کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار در بعد سلامت محیط خانوار افزایش می یابد. همچنین نتایج تحقیق نشان داد که متغیر "مجرد بودن در مقابل متاهل بودن" با بعد سلامت محیط کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار رابطه مستقیم و مثبت دارد که به لحاظ آماری رابطه مورد نظر معنی دار می باشد به عبارتی "زنان سرپرست خانوار مجرد" در مقابل "زنان سرپرست خانوار متاهل" از سلامت محیط بیشتری برخوردار بودند.

جدول ۷- تاثیر متغیرهای دموگرافیک، اجتماعی و اقتصادی بر حیطه کیفیت زندگی کلی زنان سرپرست خانوار

مقدار احتمال P-) (Value)	آماره t	ضرایب استاندارد	ضرایب غیر استاندارد(β)		کیفیت زندگی کلی
			خطای برآورد	مقدار	
$0.0001 \leq$	۹.۳۹	-	۱.۰۲	۹.۶۲	مقدار ثابت
$0.013^*$	۲.۵۶	۰.۳۱	۰.۰۲	۰.۰۶	سن
۰.۱۵۷	۱.۴۳-	-	-	-	اشتغال
۰.۲۷۱	۱.۱۱-	-	-	-	تعداد افراد تحت تکفل
۰.۳۱۵	۱.۰۱	-	-	-	زیر بنای محل مسکونی
۰.۱۲۹	۱.۵۳	-	-	-	مدت اقامت در محل
۰.۲۱۱	۱.۲۶-	-	-	-	زبان
۰.۴۷۸	۰.۷۱-	-	-	-	پوشش بیمه
$0.0001^*$	۳.۴۴-	۰.۴۲-	۰.۶۲	۲.۱۴-	بیماری فعلی

منبع: مطالعات نویسندگان، ۱۴۰۰.

نتایج جدول شماره ۷ نشان می دهد که: متغیر سن با کیفیت زندگی کلی زنان سرپرست خانوار رابطه مستقیم و مثبت دارد که به لحاظ آماری رابطه مورد نظر معنی دار می باشد به عبارتی با افزایش سن، کیفیت زندگی کلی زنان سرپرست خانوار افزایش می یابد. همچنین نتایج تحقیق نشان داد که متغیر "وجود و عدم وجود بیماری فعلی" با کیفیت زندگی کلی زنان سرپرست خانوار رابطه معکوس و منفی دارد که به لحاظ آماری رابطه مورد نظر معنی دار می باشد به عبارتی "وجود بیماری فعلی" کیفیت زندگی کلی زنان سرپرست خانوار را کاهش می دهد.

جدول ۸- تاثیر متغیرهای دموگرافیک، اجتماعی، اقتصادی و کیفیت زندگی کلی بر سرمایه اجتماعی زنان سرپرست خانوار

مقدار احتمال (P-Value)	آماره t	ضرایب استاندارد	ضرایب غیر استاندارد(β)		سرمایه اجتماعی کل
			خطای برآورد	مقدار	
۰.۲۸۹	۱.۰۷-	-	۹.۳۶	۱۰.۰۱-	مقدار ثابت
$0.0004^*$	۲.۹۸	۰.۳۲	۰.۱۴	۰.۴۱	سن
۰.۹۷۱	۰.۰۴-	-	-	-	درآمد
۰.۱۵۷	۱.۴۳	-	-	-	مدت اقامت در محل
$0.0004^*$	۳.۷۷	۰.۴۱	۰.۶۸	۲.۵۶	کیفیت زندگی کلی

منبع: مطالعات نویسندگان، ۱۴۰۰.

نتایج جدول شماره ۸ نشان می دهد که: متغیر سن با سرمایه اجتماعی زنان سرپرست خانوار رابطه مستقیم و مثبت دارد که به لحاظ آماری رابطه مورد نظر معنی دار می باشد به عبارتی با افزایش سن، سرمایه اجتماعی زنان سرپرست خانوار افزایش می یابد. همچنین نتایج تحقیق نشان داد که متغیر کیفیت زندگی کلی با سرمایه اجتماعی زنان سرپرست خانوار رابطه مستقیم و مثبت دارد که به لحاظ آماری رابطه مورد نظر معنی دار می باشد به عبارتی با افزایش کیفیت زندگی، سرمایه اجتماعی زنان سرپرست خانوار افزایش می یابد.

### بحث و نتیجه گیری:

اکثریت زنان سرپرست خانوار شرکت کننده در این تحقیق میانسال، غیرشاغل و دارای سطح تحصیلات سبک و متوسطه بودند. میزان تحصیلات پایین، یکی از دلایل مهم عدم صلاحیت برای بسیاری از مشاغل است، بنابراین یکی از موانع مهم عدم جذب در بازارهای شغلی و به تبع آن ناکفایتی اقتصادی است. تحقیقات انجام شده در زمینه وضعیت اشتغال زنان سرپرست خانوار نیز نشان می دهد که به دلیل برخورداری از سطوح پایین تر سواد فرصت های شغلی محدودتری نسبت به خانوارهای مرد سرپرست دارند و از طرفی حمایت های دولتی موجود برای این زنان بسیار ناچیز است و بیشتر جنبه خدمت رسانی دارد تا توانمندسازی و تقریباً اکثریت این افراد به کارهای موقتی مانند کارهای یدی یا کارگری و خانه داری مشغول هستند.

بر اساس نتایج این پژوهش نمرات میانگین کیفیت زندگی این زنان نسبت به جمعیت عمومی شهر دوگنبدان در هر چهار بعد سلامت جسمانی، روان، اجتماعی و محیط پایین تر می باشد. بنابراین به نظر می رسد عواملی غیر از عوامل روزمره زندگی مردم وجود دارد که روی کیفیت زندگی این زنان تاثیر دارد که بیشتر مربوط به سرپرست خانوار بودن آنهاست. زیرا زنان سرپرست خانوار به دلیل داشتن چند نقش مختلف به طور همزمان و عدم منابع حمایتی کافی در سطح خانواده و اجتماع، با مشکلات زیادتری روبرو هستند. در این پژوهش بین سن با کیفیت زندگی کلی و ابعاد آن در بعد سلامت روانی، محیط، رابطه اجتماعی ارتباط معنی داری وجود داشت، بدین معنی که با افزایش سن، کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار در این حیطه ها کاهش می یابد. علاوه بر تغییرات فیزیولوژیک مشکلات و مسائل متعددی در زندگی زنان سرپرست خانوار رخ می دهد که می تواند در کاهش کیفیت زندگی آنان در سنین بالا اثر داشته باشد. در این پژوهش در بعد سلامت جسمانی، تنها متغیر تحصیلات بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار ارتباط معنی داری نشان داد. به نظر می رسد در بعد جسمانی افراد با تحصیلات متوسطه به بالاتر، وضعیت بهتر و مناسب تری نسبت به افراد با تحصیلات ابتدایی و یا بی سواد دارند. تأثیر تحصیلات بر کیفیت زندگی، به اثبات رسیده است و حتی بسیاری از تحقیقات، این تأثیر را بیشتر از تأثیر سن بر کیفیت زندگی نشان داده اند. به نظر می رسد افزایش سطح تحصیلات، آگاهی این گروه از زنان را نسبت به شرایط شان ارتقا می بخشد، لذا تمایل به انجام معاینات پزشکی و کسب اطلاعات از طریق مطالعه کتاب و یا مجلات مرتبط باعث افزایش سلامت در بعد جسمانی کیفیت زندگی می گردد. یافته های این مطالعه همچنین نشان داد که بین بعد سلامت محیط و وضعیت تأهل (بی همسر بودن بر اثر طلاق) ارتباط معناداری وجود دارد. محققان معتقدند که وضعیت تأهل از عوامل پیش بینی کننده در همه ابعاد کیفیت زندگی افراد می باشد و حضور همسر به عنوان حامی در کاهش تنش، سازگاری با محیط و کاهش مرگ و میر و ناتوانی مؤثر است. در این پژوهش بین متغیر مدت اقامت در محل با بعد سلامت جسمانی و رابطه اجتماعی کیفیت زندگی ارتباط معنی داری وجود داشت. در اینجا به نظر می رسد متغیرهای سرمایه اجتماعی از جمله گستردگی بیشتر شبکه روابط اجتماعی در بین ساکنین قدیمی متغیری است که تأثیر مثبتی بر کیفیت زندگی آنها داشته است. در مطالعه حاضر بیماری فعلی با بعد سلامت جسمانی، روانی و نمره کیفیت زندگی کلی رابطه معنی داری و معکوسی داشت و تأثیر این متغیر در بعد سلامت روان از سایر ابعاد مذکور بیشتر بود. روان شناسان معتقدند که زنان سرپرست خانوار هم از حیث مادی و هم از حیث روانی و عاطفی دارای مشکل بوده اند. بنابراین استرس و اضطراب بیشتری را تجربه می کنند و احتمال ابتلا به بیماری های روانی در آنان از متاهلین بیشتر است. که به تبع این امر وجود بیماری های مزمن و فعلی می تواند مشکل را دو چندان کند و تأثیر نامطلوبی بر کیفیت زندگی بخصوص در بعد سلامت روان این قشر آسیب پذیر بگذارد.

در این پژوهش میانگین نمره سرمایه اجتماعی زنان سرپرست خانوار ۳۷/۵ می باشد حال آنکه میانگین نمره بالاترین فرد ۷۱/۷ بوده است. بنابراین می توان نتیجه گیری کرد که سرمایه اجتماعی زنان نسبتاً پایین است. چنانچه چانت معتقد است که علت اساسی پایین بودن سرمایه اجتماعی در زنان سرپرست خانوار، محدودیت شبکه روابط اجتماعی و ارتباطات انسانی آنان، ناشی از ترجیح تنهایی بر روابط با سایرین به دلایل فرهنگی مانند طلاق است و از طرفی با توجه به نقش های چندگانه و مسولیت های بسیار آنان، غالباً وقت اضافی نیز برای برقراری روابط اجتماعی ندارند. در ارتباط سرمایه اجتماعی با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار مشاهده شد که کیفیت زندگی دارای اثر مثبت معنی داری بر روی سرمایه اجتماعی دارند. از نقاط ضعف مطالعات مقطعی عدم مشخص بودن تقدم علت بر معلوم است و در اینجا چندان مشخص نیست که سرمایه اجتماعی بالا منجر به ارتقای سلامت محیط روانی می شود و یا برعکس افراد از نظر روانی سالم و دارای محیط مناسب به سرمایه اجتماعی بالایی

دست خواهند یافت. اما ارتباط سرمایه اجتماعی و سلامت و کیفیت زندگی مسئله‌ای است که نتایج مطالعات مختلفی آن را تایید نموده اند. این ارتباط تنگاتنگ این راهکار را به مسئولین می آموزد که تقویت هر بعد منجر به بهبود در بعد دیگر می شود. اما باید توجه داشت که سرمایه اجتماعی را می توان ایجاد نمود. کافی است مفهوم و اهمیت آن درک شود تا بدنبال آن مهارت لازم جهت ایجاد آن در محیط های مختلف بکار گرفته شده و تاثیر قوی آن روی ابعاد مختلف زندگی مشاهده شود. یافته های این مطالعه نشان داد کیفیت زندگی و سرمایه اجتماعی زنان سرپرست خانوار کاملاً به هم وابسته بوده و روی همدیگر اثر مثبت دارند و از طرفی سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار شهر دوگنبدان نسبتاً در سطح پایینی است و محتاج توجه جدی و برنامه ریزی درازمدت مسئولین امر براساس رویکردهای پژوهشی مبتنی بر جامعه، در راستای بهبود کیفیت زندگی و تغییرات اساسی در جهت افزایش سرمایه اجتماعی و مشارکت جمعی این قشر آسیب پذیر است.

نتایج این تحقیق با بسیاری از تحقیقات گذشته، گروسی و نقوی، 2006؛ شریفیان و فتوت ۲۰۱۰؛ وصالی و توکل، 2010؛ احمدی و همکاران، 2012؛ نوابخش و ثانوی، 2013؛ خادمی و همکاران ۲۰۱۵؛ که نشان می دهد بین مولفه های سرمایه اجتماعی با کیفیت زندگی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد انطباق دارد و آنها را تایید می کند. یافته ها همچنین با دیدگاه کلمن که معتقد است سرمایه اجتماعی در چارچوب منافع حاصل از روابط اجتماعی تسهیل یافته و در کنار سایر سرمایه انسانی و فیزیکی عامل پیشرفت و بهبود کیفیت زندگی است هم خوانی دارد (kolman, 1998).

براساس نظریه لین نیز عناصر سرمایه اجتماعی با افزایش ارتباطات و افزایش سطح دسترسی به منابع، در نهایت منجر به ایجاد نتایج مطلوب مانند دارایی، قدرت، شهرت، سلامت جسمانی، سلامت روانی و رضایت از زندگی خواهد شد و این عوامل علاوه بر آنکه بخشی از کیفیت زندگی محسوب می شوند، تأثیر مثبت و مستقیمی بر افزایش دیگر سطوح مرتبط با مفهوم کیفیت زندگی دارند (harirchi & hamkaran, 2017). بر این اساس، این یافته های تحقیق با نظریات مطرح شده در چارچوب نظری کاملاً همخوانی دارد و آنها را تایید می کند. آپهوف (۲۰۰۰) نیز به طور مستقیم بحث سرمایه اجتماعی زنان را مطرح کرده است. او عنوان می کند که برای فهم بهتر سرمایه اجتماعی باید آن را به دو طبقه ساختاری و شناختی تقسیم کرد. سرمایه اجتماعی ساختاری به الگوی کلی تماس های بین افراد مربوط است. به این ترتیب، گسترش و تسهیل شبکه ارتباطات و پیوندهای اجتماعی، سطح دسترسی افراد و گروه ها را به منابع اجتماعی و اقتصادی ارتقا می دهد که این پیوندها و ارتباطات در اشکال متفاوت خود، یعنی به صورت برون گروهی و به منزله چسبی عناصر موجود در جامعه را به هم اتصال می دهند. و کنش ای جمعی را آسان می کنند. پس کیفیت زندگی در ابعاد مختلف از کیفیت ارتباطات و پیوندهای اجتماعی تاثیر می گیرد. در ارتباط با رابطه سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی، هرچند نتایج این تحقیق هم جهت با سایر تحقیقات و نظریات مطرح شده نشان داد که سرمایه اجتماعی می تواند بر کیفیت زندگی افراد تأثیر داشته باشد، اما نتایج آن نشان می دهد که باید در بررسی تأثیر این مفهوم بر کیفیت زندگی با کمی احتیاط عمل کنیم و دیدگاه ها و تحقیقات خوش بینانه ای که در این زمینه وجود دارد را با تأمل بیشتری مورد توجه و بحث قرار دهیم. کیفیت زندگی یک مفهوم بسیار گسترده ای است که به صورت ذهنی و عینی و یا فردی و اجتماعی است و همه ابعاد مختلف زندگی فرد از جمله سلامت روانی، سلامت جسمانی، سلامت محیط زندگی و ... را شامل می شود، در نتیجه عوامل گوناگون اجتماعی، اقتصادی، روانی و ... زیادی می تواند آن را تحت تأثیر قرار دهد. بر این اساس سرمایه اجتماعی نیز به عنوان یک پدیده اجتماعی تنها قسمتی از زندگی افراد را می تواند تحت تأثیر خود قرار دهد و نه همه آن را و قسمت های زیادی از آن به عوامل گوناگون دیگری بستگی دارد. بنابراین بر اساس نتیجه این تحقیق، سرمایه اجتماعی به تنهایی نمی تواند تأثیراتی را که انتظار می رود بر کیفیت زندگی داشته باشد و این خود مسئله ای است که باید مورد توجه بیشتری قرار گیرد

## References:

- 1- Abaszade, M. & Partners, 2012. The study of social and cultural factors influencing the life of self-care of citizens, *Socio-cultural development studies*, 1, P119-141
- 2- Ahmadi, siros & mirfardi, asghar & ebtkari, mohamad hosin 2013. Investigating the effect of social capital on the quality of life of Yasuj citizens, *Social-Cultural Strategy Quarterly*, p135-157.
1. AGHAJANIAN, A. & THOMPSON, V. 2013. Female headed households in Iran (1976-2006). *Marriage & Family Review*, 49, 115-134

2. .ALVANI, M. & TAGHAVI, M. 2008. The concept of social capital and its aspects. Management studies quarterly, 33.
3. Azadarmaki, A. & Partners, 2013. Investigating and identifying the application of social development using Delphi technique, Socio-cultural development studies, number1,p 7-30
4. ASKARINIA, M. H., KHALAFI, A. A., NIKO, M. A. & JOYAMI, E. N. 2015. Investigating the Relationship between CulturalCapital and between-Person Trusts (Case Study: Government University of ILAM). International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences, 5, 229-243.
5. BERTOLINI, S. & BRAVO, G. 2004. Social capital, a multidimensional concept. <http://www.ex.ac.uk/shipss/politics/research/socialcapital/other/bertolini.pdf>> Acesso em, 17, 2004.
6. BLANCO, H. & CAMPBELL, T. 2006. Social capital of cities: emerging networks of horizontal assistance. Technology in Society, 28, 169-181.
7. CARPIANO, R. M. 2008. Actual or potential neighborhood resources and access to them: Testing hypotheses of social capital for the health of female caregivers. Social science & medicine, 67, 568-582.
8. Ghaffari, G. (2006). Social capital. Tehran: Kavir. P. 3FAYERS, P. M. & MACHIN, D. 2013. Quality of life: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes, John Wiley & Sons.
9. Haj yousefi, A, 2005. Quality of Life and Corrective Strategies, Rural publication, number25, p1-28
10. Harirchi, A . & Partners, 2009. How the quality of life of the citizens of the new city pardis, Social Research Quarterly, number4, P 90-110
11. Female headed households in Iran (1976–2006). Marriage & Family Review, 49, 115-134
12. FOLLAND, S. 2007. Does “community social capital” contribute to population health? Social Science & Medicine, 64, 2342-2354.
13. JONES, N. 2010. Environmental activation of citizens in the context of policy agenda formation and the influence of social capital. The Social Science Journal, 47, 121-136.
14. khadmi, zahra& safiyollah, safayi& moradi, shahnaz. 2015. Study of the relationship between social capital and quality of life studied by women aged 25 to 65 years in Tehran, Journal of Applied Sociology, p147-168.
15. KHAKPOUR, B. & PIRI, I. 2005. Social pathology of the city and the role of citizens' social capitals and in its decrease (A geographical viewpoint). Journal of Social Sciences, 2, 13-30.
16. Kokabi, A . & Partners, 2005. Planning of urban life quality in urban centers, Definitions and Indicators, number12, P36-48
17. kolman, 1998. Foundations of social theory, Translated by Manouchehr Sabouri Tehran: Ney Publishing.
18. LEWIS, J. M., DIGIACOMO, M., LUCKETT, T., DAVIDSON, P. M. & CURROW, D. C. 2013. A social capital framework for palliative care: supporting health and well-being for people with life-limiting illness and their carers through social relations and networks. Journal of pain and symptom management, 45, 92-103.
19. Lotfi, S 2009. The concept of urban quality of life, its definitions, dimensions and its measurement in urban planning, Human Geography Quarterly Journal,4,p66-80
20. LUCUMÍ, D. I., GOMEZ, L. F., BROWNSON, R. C. & PARRA, D. C. 2015. Social capital, socioeconomic status, and health-related quality of life among older adults in bogota (Colombia). Journal of aging and health, 27, 730-750.

21. Motie, H., Heidari, M., Sadeghi, M.A. (2012). Predicting academic procrastination during self-regulated learning in Iranian first grade high school students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 69(24), 2299-2308.
22. MURAYAMA, H., FUJIWARA, Y. & KAWACHI, I. 2012. Social capital and health: a review of prospective multilevel studies. *Journal of Epidemiology*, 22, 179-187.
23. -navabakhsh&sanavi, 2013. Investigating the Relationship between Social Capital and Quality of Life: A Case Study of District 16 of Tehran, *Journal of Social Sciences*, Islamic Azad University, Shushtar Branch, p 51-74.
24. NOGHANI, M. & ASGHARPOUR, A. 2008. Quality of life for citizens and relationship to social capital in Mashhad city. *Journal of Social Sciences*, Ferdowsi University of Mashhad, 1.
25. SHAHIN, M. 2016. The Relationship between Social Capital and Political Participation. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 7, 136.
26. sharifyan, akbar& ftovat, hoda, 2010. Investigating the Relationship between Social Capital and Quality of Life: A Case Study of Shiraz Azad University Students, *Quarterly Journal of Welfare Planning and Social Development*, p153-187.
27. SIEGLER, V. 2014. Measuring social capital. Office for National Statistics, 18.
28. SOMMERFELDT, E. J. 2013. The civility of social capital: Public relations in the public sphere, civil society, and democracy. *Public Relations Review*, 39, 280-289.
29. SPELLERBERG, A. 2001. Framework for the measurement of social capital in New Zealand, Statistics New Zealand Wellington.
30. SUZUKI, E., TAKAO, S., SUBRAMANIAN, S., KOMATSU, H., DOI, H. & KAWACHI, I. 2010. Does low workplace social capital have detrimental effect on workers' health? *Social science & medicine*, 70, 1367-1372.
31. Uphoff, N. (2000) "Understanding Social Capital: Learning from the Analysis and Experience of Participation". In: Dasgupta, p. and Serageldin, I. (Eds.), *Social Capital: A Multifaceted Perspective*, Washington, DC: The World Bank: 102-105.
32. TEHRANIAN, S., JAFARI, S., YOUSOFI, J., KIANI, M., SEYEDIN, S., KHAKSHOUR, A., BAGHERIAN, R., KARAMI, H. & KIANIFAR, H. 2015. Health-related quality of life (HRQOL) in children with chronic liver disease in North East Iran using PedsQL™ 4.0. *Electronic physician*, 7, 1214.
33. Fayers P M, Machin D. *Quality of Life Assessment, Analysis and Interpretation*, Jhon Willy, New york:2000.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی