

Relationship between Social Capital and Mental Health among Families with Disabled Members

Niloofar Kazemi¹,
Homeira Sajjadi²,
Mohammad Reza VaezMahdavi³,
Mohammad Kamali⁴,
Gholamreza Ghaedamini Harooni⁵,
Zahra Jorjoran Shushtari⁶

¹ MSc Student in Social Welfare, Student Research Committee, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

² Associate Professor, Social Welfare Management Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

³ Professor, Department of Physiology, Shahed University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴ Associate Professor, School of Rehabilitation Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁵ PhD Student in Health and Social Welfare, Social Welfare Management Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

⁶ PhD Student, Social Determinants of Health Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

(Received March 9, 2017; Accepted November 22, 2016)

Abstract

Background and purpose: The first conflict with disability takes place in the family, which is associated with certain socio-economic and psychological aspects. Social capital is one of the social factors that affects health. The aim of this study was to identify the relationship between social capital and mental health of families with disabled members in Tehran, Iran.

Materials and methods: This cross-sectional study is a secondary analysis conducted based on the data obtained from the Urban Health Equity Assessment and Responses National Tool Project, which was administered in 2011. The study population included 3571 families with disabled members, who completed the mental health questionnaire. Data analysis was conducted using structural equation modeling in SPSS and AMOS.

Results: The participants included 48.4% males. Among the participants, 66.8% were not in good state of mental health. The values for bonding and total social capital were lower than the standard levels. The results of the structural equation modeling showed a significant relationship between social capital and mental health of the families with disabled members.

Conclusion: Social capital is a significant and effective factor in the mental health of families with disabled members. Therefore, appropriate conditions are needed to improve social participation and public trust and increase emotional, mental, and social support to promote the state of mental health in involved families.

Keywords: family, disabled, member, social capital, mental health

رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روان خانواده‌های دارای فرد ناتوان

نیلوفر کاظمی^۱

حمیرا سجادی^۲

محمد رضا واعظ مهدوی^۳

محمد کمالی^۴

غلامرضا قائد امینی هارونی^۵

زهرا جرجان شوشتری^۶

چکیده

سابقه و هدف: اولین مواجهه با ناتوانی در خانواده صورت می‌گیرد که جنبه‌های اجتماعی، اقتصادی و روان‌شناختی خاصی دارد. یکی از عوامل اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت، سرمایه اجتماعی است که هدف از این مطالعه، بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی با سلامت روان خانوارهای دارای فرد ناتوان در شهر تهران می‌باشد.

مواد و روش‌ها: مطالعه مقطعی حاضر، به صورت تحلیل ثانویه براساس داده‌های دور دوم طرح سنجش عدالت در شهر تهران و در سال ۱۳۹۰ انجام شد. نمونه مورد مطالعه شامل: ۳۵۷۱ خانوار دارای فرد ناتوان بود که پرسشنامه سلامت روان را تکمیل کرده بودند. جهت تعیین رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت روان خانواده‌های دارای فرد ناتوان، از مدل معادلات ساختاری استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک نرم‌افزارهای SPSS 16 و Amos صورت گرفت.

یافته‌ها: ۴۸/۴ درصد پاسخگویان را مردان و ۵۱/۶ درصد آنان را، زنان تشکیل دادند. از میان افراد مورد مطالعه، ۶۶/۸ درصد سلامت روانی مطلوبی نداشتند. وضعیت سرمایه اجتماعی بین گروهی و سرمایه اجتماعی کل، پایین‌تر از سطح متوسط بود. نتایج مدل معادلات ساختاری نشان داد که سرمایه اجتماعی به طور معنی‌داری با سلامت روان خانواده‌های دارای فرد ناتوان رابطه دارد ($P < 0/001$). مدل‌های اندازه‌گیری با توجه به شاخص‌های RMSEA: 0.896 GFI: 0.975 CFI: 0.06 برازش مناسبی داشتند.

استنتاج: سرمایه اجتماعی از عوامل اجتماعی مهم و تأثیرگذار بر سلامت روان خانوارهای دارای فرد ناتوان است. در این راستا، فراهم نمودن شرایط مناسب جهت مشارکت‌های اجتماعی بیشتر، ایجاد اعتماد عمومی و حمایت‌های عاطفی، روانی و اجتماعی بیشتر، در خصوص این خانواده‌ها در جهت ارتقای سلامت روان آن‌ها، اقدامی لازم به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: تهران، خانوارهای دارای فرد ناتوان، سرمایه اجتماعی، سلامت روان

مقدمه

ناتوانی و عواقب جسمی، روانی و اجتماعی ناشی از آن، یکی از موانع رشد و توسعه در هر کشوری قلمداد می‌شود. مسئله ناتوانی نمی‌تواند تنها در چهارچوب محدودیت‌های حسی- حرکتی در نظر

مؤلف مسئول: حمیرا سجادی - تهران: اوین، بلوار دانشجو، بن بست کودکیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه مدیریت رفاه اجتماعی Email: safaneh_s@yahoo.com

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، رشته رفاه اجتماعی، کمیته تحقیقات دانشجویی، گروه مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

۲. دانشیار، مرکز تحقیقات مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

۳. استاد، گروه فیزیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

۴. دانشیار، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۵. دکتری تخصصی سلامت و رفاه اجتماعی، مرکز تحقیقات مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

۶. دانشجوی دکتری تخصصی پژوهشی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۲/۱۹ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۵/۱/۲۴ تاریخ تصویب: ۱۳۹۵/۹/۲

گرفته شود؛ زیرا، جنبه‌های اجتماعی، اقتصادی و روان‌شناختی متعددی را در سطح فرد، خانواده و جامعه به همراه دارد. براساس شواهد، حدود ۱۵ درصد جمعیت دنیا حداقل با یک ناتوانی زندگی می‌کنند که ۸۰ درصد از آن‌ها در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند. همچنین طبق آمارهای موجود، حدود چهار درصد از جمعیت ایران را، افراد دارای ناتوانی‌های مختلف جسمی، ذهنی، حسی و روانی تشکیل می‌دهند که جمعیتی بالغ بر ۲/۵ میلیون نفر می‌باشد (۱).

اولین مواجهه با ناتوانی (معلولیت) در خانواده صورت می‌گیرد و نهاد خانواده در بیشتر جوامع بار اصلی ناتوانی افراد را به دوش می‌کشد (۲). از آنجاکه خانواده به‌عنوان یک واحد تعاملی، از اعضای خودش تأثیر می‌پذیرد، ناتوانی یک عضو خانواده می‌تواند بر تمام اعضا تأثیر بگذارد که این اثرات علاوه بر مسائل مربوط به ناتوانی، جنبه‌های اجتماعی، اقتصادی و روان‌شناختی خاصی را نیز به دنبال دارد (۳). در نتیجه، ناتوانی‌ها علاوه بر محدودیت‌ها و مشکلاتی که از نظر جسمی و روانی در فرد ناتوان ایجاد می‌کند، ممکن است تأثیرات سوء روان‌شناختی نیز بر خانواده‌ی وی داشته باشد و سلامت روان آنان را تحت تأثیر قرار دهد (۴). نتایج مطالعه اکبری دهکردی و همکاران (۱۳۹۰)، نشان داد که یکی از عوامل ایجادکننده استرس در خانواده، تولد فرزند ناتوان است. فرزندان که از نظر جسمی یا ذهنی ناتوان هستند، استرس خاصی را بر والدین، به‌ویژه مادر، تحمیل می‌کنند. استرس والدین می‌تواند به عملکرد نامطلوب نظام خانواده و به‌طور کلی فرزندپروری نامناسب منتهی شود (۵). نتایج مطالعه‌ای در این زمینه نشان داد که داشتن فرزندان ناتوان، رابطه معناداری با عملکرد خانواده دارند و

خانواده‌های دارای فرزند ناتوان نسبت به خانواده‌های دیگر، در معرض استرس‌های بیشتری هستند (۶). براساس شواهد، خانواده‌های دارای فرزند ناتوان به‌طور قابل توجهی به منابع حمایتی بیشتری نیاز دارند. هزینه‌های مالی برای خرید وسایل لازم و داروها و سایر مایحتاج فرزند ناتوان و همچنین صرف زمان برای پیگیری‌های درمانی، حمایت‌های مناسب و کمک در کارهای شخصی و روزانه به این فرزندان، از جمله مواردی است که در این‌گونه خانواده‌ها وجود دارد (۷).

استرس‌ها و مشکلات سلامت روان که خانواده‌های دارای فرد ناتوان با آن رو به رو هستند، می‌تواند ناشی از شرایط نامساعد اجتماعی و اقتصادی باشد (۱). براساس نتایج مطالعات مختلف، از بین عواملی که سلامتی انسان را تحت تأثیر قرار می‌دهند، عوامل اجتماعی بیشترین سهم را دارند.

براساس شواهد، سرمایه‌ی اجتماعی و ابعاد مختلف آن، یکی از متغیرهای اجتماعی مهم و مرتبط با سلامت روان افراد است؛ به این صورت که با افزایش سرمایه اجتماعی، سلامت روان افراد نیز مطلوب‌تر خواهد شد (۸-۱۲). نتایج یک مطالعه‌ی مروری نشان داد که در سطح فردی، بین سرمایه اجتماعی و بیماری روانی همبستگی معکوس وجود دارد (۱۳). Ha و همکاران (۲۰۱۱) نیز، گزارش دادند هنگامی که والدین دارای فرزند ناتوان، حمایت‌های بیشتری از طرف خانواده دریافت می‌کنند، اثرات منفی ناشی از ناتوانی فرزندان بر سلامت روان آنان، کاهش می‌یابد (۱۴).

با وجود آنکه مطالعاتی در زمینه ارتباط سرمایه اجتماعی و سلامت روان انجام شده است؛ اما مطالعات انجام‌شده بیشتر در سطح خود افراد دارای ناتوانی و یا در سطح افراد عادی بوده است. مطالعات اندکی در

ابزار گردآوری داده‌ها

در این مطالعه جهت سنجش سلامت روان از پرسشنامه پرسشنامه سلامت عمومی (General Health Questionnaire: GHQ-28) استفاده شد. این پرسشنامه یک پرسشنامه غربالگری مبتنی بر روش خود-گزارش‌دهی است که با هدف بررسی سلامت روان افراد مورداستفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه توسط Hiller و Goldberg، در سال ۱۹۷۹ تدوین یافته و در برگزیده چهار مقیاس علائم جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی بوده و هر مقیاس شامل هفت سؤال است. روش نمره‌دهی این پرسشنامه، به صورت طیف لیکرت می‌باشد. چهار گزینه مربوط به هر سؤال نمرات صفر تا سه دریافت می‌کند و به این ترتیب حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۸۴ است. وضعیت سلامت روانی، ارتباط معکوسی با امتیاز این پرسشنامه دارد. به این معنی که هرچه نمره کسب‌شده از این پرسشنامه بیشتر باشد، سلامت روان فرد پایین‌تر است. مطالعات انجام‌شده در زمینه اعتبار و پایایی پرسشنامه سلامت عمومی در ایران دلالت بر این داشته که پرسشنامه ذکر شده از اعتبار و پایایی بالایی برخوردار است (۱۵). نقطه برش GHQ-28 برای تشخیص اختلالات روانی در جامعه ایرانی، ۲۳ محاسبه گردیده است که در مطالعه حاضر از این نقطه برش استفاده شد. نمره برش برای سؤالات هر خرده مقیاس، شش ذکر گردید (۱۶). سرمایه اجتماعی نیز، با استفاده از پرسشنامه محقق‌ساخته سرمایه اجتماعی سنجیده شد. این پرسشنامه شامل ۹ سؤال است که چهار سؤال آن مربوط به مشارکت‌های داوطلبانه، فعالیت‌های دسته جمعی، اعتماد فردی، همبستگی و احساس تعلق می‌باشد و در سطوح اعضای خانواده، خویشاوندان، دوستان و همسایگان، اهالی محله، افراد هم‌قوم و هم‌مذهب و همشهری‌ها اندازه‌گیری شده است. سؤال

زمینه ارتباط سرمایه اجتماعی و سلامت روان در خانواده‌های دارای فرد ناتوان به‌ویژه در کشور ایران صورت گرفته است؛ بنابراین، انجام چنین مطالعاتی برای برنامه‌ریزی و طراحی مداخلات مناسب در زمینه سلامت روان خانوارهای دارای فرد ناتوان، ضروری به‌نظر می‌رسد. هدف از مطالعه حاضر، بررسی رابطه‌ی بین سرمایه اجتماعی و سلامت روان در خانواده‌های دارای فرد ناتوان بوده است.

مواد و روش‌ها

مطالعه مقطعی حاضر، به صورت تحلیل ثانویه، براساس داده‌های دور دوم طرح سنجش عدالت در شهر (Urban Health Equity Assessment and Response Tool) صورت گرفت. طرح سنجش عدالت در شهر، یک پیمایش مقطعی مبتنی بر جامعه شهری بود که با هدف ارزیابی وضعیت عدالت در سلامت و تعیین راهبردهای قابل قبول برای کاهش نابرابری‌ها و بی‌عدالتی‌ها، توسط شهرداری در سال ۱۳۹۰ انجام شد. بدین ترتیب، شش حیطه زیرساخت‌های محیطی و فیزیکی، توسعه اجتماعی و انسانی، اقتصاد، حاکمیت دولت، سلامت و تغذیه مورد بررسی قرار گرفت. در این طرح، با استفاده از سه روش نمونه‌گیری خوشه‌ای، طبقه‌ای و سیستماتیک، ۱۱۸۱۸۴ نمونه از خانوارهای شهر تهران مورد بررسی قرار گرفت که جزئیات آن در گزارش طرح ملی سنجش عدالت شهری در سال ۱۳۹۰ آمده است.

جامعه آماری مورد مطالعه، کلیه خانوارهای دارای فرد ناتوان در شهر تهران بود. براساس داده‌های طرح سنجش عدالت شهری، خانوارهای دارای فرد معلول (۱۷۷۰۹ نفر) مشخص و سپس از میان آن‌ها، خانوارهایی که پرسشنامه سلامت روان برای آن‌ها تکمیل شده بود (۳۵۷۱ نفر)، انتخاب شدند.

جدول شماره ۱: توزیع ویژگی‌های اجتماعی - جمعیتی پاسخگویان

متغیر	فراوانی	درصد
جنسیت	مرد	۱۷۲۴
	زن	۵۱۶
	کل	۳۵۶۱
وضعیت تأهل	دارای همسر	۲۴۳۳
	بی‌همسر بر اثر فوت همسر	۲۴۵
	بی‌همسر بر اثر طلاق	۸۰
	مجرد	۷۶۷
	کل	۳۵۲۵
سطح تحصیلات	بی‌سواد	۳۳۴
	خواندن و نوشتن	۳۹۰
	ابتدایی	۵۰۳
	راهنمایی	۴۸۹
	دیپلم یا پیش‌دانشگاهی	۱۰۳۷
	فوق دیپلم	۲۶۱
	کارشناسی	۴۴۰
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۱۰۵
	کل	۳۵۷۱
	وضعیت اشتغال	شاغل
بیکار		۱۹۷۷
بازنشسته		۶۶۱
کل		۳۵۳۶

برای نمره کل متغیر سلامت روان و هر یک از ابعاد آن (۶)، جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمره کل سلامت روان و همچنین ابعاد آن شامل: اختلال در کارکرد اجتماعی جسمی سازی و اضطراب، بالاتر از نقطه برش می‌باشد. توزیع درصدی پاسخگویان بر حسب ابعاد سلامت روان نیز، نشان داد که در نمونه‌ی مورد بررسی، ۴۹/۸ درصد از افراد دارای مشکلات جسمی سازی، ۴۹/۸ درصد دارای اضطراب، ۹۲/۵ درصد دارای اختلال در کارکرد اجتماعی، ۱۵/۸ درصد دارای افسردگی و در کل ۶۶/۸ درصد دچار اختلال روانی بودند.

جدول شماره ۲: میانگین نمرات سلامت روان و ابعاد آن در نمونه مورد مطالعه

ابعاد سلامت روان	تعداد نمونه	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
جسمی سازی	۳۵۷۰	۰	۲۱	۷/۶۹	۴/۳۵
اضطراب	۳۵۶۹	۰	۲۱	۷/۰۷	۴/۸۷
اختلال کارکرد اجتماعی	۳۵۶۵	۰	۲۱	۱۲/۷۶	۳/۸۳
افسردگی	۳۵۶۵	۰	۲۱	۲/۸۳	۴/۰۸۳
نمره کل سلامت روان	۳۵۷۱	۰	۸۴	۳۰/۳۳	۱۲/۶۲

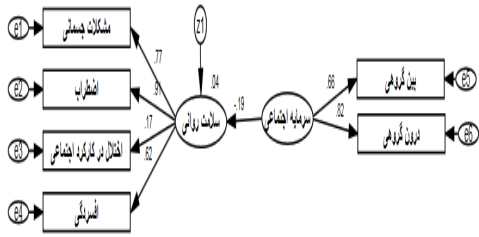
دیگر پرسشنامه، پایبندی به ارزش‌ها می‌باشد که شامل: زیربخش‌های راست‌گویی، امانت‌داری، گذشت، انصاف و رعایت عدالت می‌باشد. سه سؤال دیگر، مربوط به حمایت اجتماعی، شرکت در فعالیت‌های انجمنی و شبکه اجتماعی شامل: گروه‌های اعضای خانواده، فامیل، خویشاوندان، دوستان، همسایگان و همکاران می‌باشد و سؤال آخر در زمینه وضعیت جامعه (از لحاظ فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و عوامل دیگر) است. با توجه به نوع سؤالات پرسشنامه، نمره‌گذاری هر یک از سؤالات پرسشنامه بین ۱ (کمترین) تا ۵ (بیشترین) است؛ بنابراین، حداقل و حداکثر نمره برابر ۱ و ۵ می‌باشد. برای محاسبه نمره هر یک از ابعاد (درون‌گروهی و برون‌گروهی) و نمره کل سرمایه اجتماعی، مجموع نمرات بر تعداد گویه‌ها تقسیم گردید. مطالعه کسانی و همکاران در سال ۱۳۹۰ نشان داد که پرسشنامه سرمایه اجتماعی استفاده‌شده در مطالعه سنجش عدالت شهری، از پایایی و روایی مناسبی برخوردار است (۱۷).

در نهایت، داده‌های به‌دست آمده با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و با کمک نرم‌افزارهای SPSS 16 و AMOS با سطح معنی داری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

با توجه به بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه مورد مطالعه، ۴۸/۴ درصد پاسخگویان را مردان و ۵۱/۶ درصد را زنان تشکیل دادند. ۶۹ درصد از آنان، متأهل، ۲۱/۸ درصد مجرد و بقیه بی‌همسر بر اثر فوت یا طلاق بودند. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی افراد مورد مطالعه، با جزئیات در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

با توجه به نقطه‌ی برش استاندارد تعریف شده (۲۳)



تصویر شماره ۱: مدل ساختاری پژوهش

جهت بررسی نقش سرمایه اجتماعی در تبیین سلامت روانی، از مدل‌سازی معادلات ساختاری (Structural Equation Modeling: SEM) استفاده شد. مدل کلی، دارای دو مدل اندازه‌گیری است (Measurement Model): مدل اندازه‌گیری سرمایه اجتماعی با دو نشانگر (بین‌گروهی و درون‌گروهی) و مدل اندازه‌گیری سلامت روانی با چهار نشانگر (مشکلات جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی). هر یک از مدل‌های اندازه‌گیری با توجه به شاخص‌های برازش ارائه‌شده، از برازش قابل‌قبولی برخوردار بودند. در گام بعدی دو مدل اندازه‌گیری با توجه به نقش متغیرها، مدل ساختاری (تصویر شماره ۱) را تشکیل دادند.

طبق جدول ضرایب، حدود ۴ درصد از تغییرات سلامت روان توسط سرمایه اجتماعی تبیین شده است (جدول شماره ۵).

با توجه به شاخص‌های برازش به‌دست آمده و نقطه برش قابل‌قبول برای هر شاخص، مشخص شد

جدول شماره ۳: میانگین نمرات سرمایه اجتماعی و ابعاد آن در نمونه

نمره کل سرمایه اجتماعی	تعداد نمونه	حد اقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
۳۵۶۵	۱/۰۲	۴/۶۸	۲/۷۰	۰/۶۰	
۳۵۷۱	۱/۰۸	۵	۳/۴۰	۰/۴۸	
۳۵۷۱	۱	۵	۲/۴۴	۰/۸۲	

با توجه به دامنه پاسخ‌ها در ابزار سرمایه اجتماعی (۱ تا ۵)، میانگین نمره سرمایه اجتماعی درون‌گروهی افراد مورد مطالعه، بالاتر از سطح متوسط (Median=۳) و میانگین نمره سرمایه اجتماعی بین‌گروهی و سرمایه اجتماعی کل افراد مورد مطالعه پایین‌تر از سطح متوسط بود (جدول شماره ۳).

همان‌طور که جدول شماره ۴ نشان می‌دهد، بین میانگین نمره سرمایه اجتماعی با سلامت روان افراد مورد مطالعه، همبستگی معکوس و معناداری وجود دارد؛ به عبارت دیگر با افزایش سرمایه اجتماعی، وضعیت سلامت روان فرد بهبود می‌یابد و برعکس.

جدول شماره ۴: نتایج حاصل از بررسی رابطه‌ی بین سرمایه اجتماعی با سلامت روان (N=۳۵۷۱)

سرمایه اجتماعی کل	سرمایه اجتماعی درون‌گروهی	سرمایه اجتماعی بین‌گروهی	R
-۰/۱۱۱	-۰/۱۰۱	-۰/۰۷۲	مشکلات جسمانی
-۰/۱۶۷	-۰/۱۳۳	-۰/۱۰۸	اضطراب
-۰/۰۹۶	-۰/۰۸۰	-۰/۰۹۰	اختلال در کارکرد اجتماعی
-۰/۲۱۶	-۰/۱۸۸	-۰/۱۵۴	افسردگی
-۰/۱۹۸	-۰/۱۶۸	-۰/۱۴۱	نمره کل سلامت روان

مقدار P: در تمامی ابعاد <math>P < 0.001</math> N=۳۵۷۱

جدول شماره ۵: ضرایب رگرسیون، بار عاملی و معناداری هر ضریب در مدل شماره ۱

متغیر وابسته	جهت رابطه	متغیر مستقل	Estimate	خطای معیار	مقدار بحرانی	B	P
سلامت روان	→	سرمایه اجتماعی	-۰/۸۹۴	۰/۱۰۴	-۸/۶۱۳	-۰/۱۹۲	۰/۰۰۱
سلامت روان	→	افسردگی	۱/۰۰۰			۰/۶۱۷	۰/۰۰۱
سلامت روان	→	اختلال در کارکرد اجتماعی	۰/۲۵۲	۰/۰۲۸	۹/۱۲۹	۰/۱۶۵	۰/۰۰۱
سلامت روان	→	اضطراب	۱/۷۶۳	۰/۰۵۱	۳۴/۵۵۷	۰/۹۱۰	۰/۰۰۱
سلامت روان	→	مشکلات جسمانی	۱/۳۳۷	۰/۰۳۷	۳۵/۸۱۵	۰/۷۷۲	۰/۰۰۱
سلامت روان	→	سرمایه اجتماعی بین‌گروهی	۱/۰۰۰			۰/۶۵۷	۰/۰۰۱
سلامت روان	→	سرمایه اجتماعی درون‌گروهی	۰/۷۳۸	۰/۰۹۲	۸/۰۳۸	۰/۸۲۴	۰/۰۰۱

جدول شماره ۶: شاخص‌های برازش مدل معادلات ساختاری در مطالعه

شاخص	مقدار	نقطه برش قابل قبول
CFI	۰/۰۶	$\geq ۰/۹۰$
GFI	۰/۹۷۵	$\geq ۰/۹۰$
RMSEA	۰/۸۹۶	$\leq ۰/۰۸$

حاضر

چه ارتباطات اجتماعی در سطح جامعه بیشتر باشد، کمیت و کیفیت شبکه‌های حمایتی برای این خانواده‌ها و در نتیجه قدرت آنان برای مدیریت مسائل و مشکلات مربوط به مراقبت و نگهداری از فرد ناتوان و کنار آمدن با فشارهای محیطی افزایش می‌یابد.

یکی از نتایج مهم و قابل توجه مطالعه حاضر، رابطه معنی‌دار بین سرمایه اجتماعی و سلامت روان خانواده‌های دارای فرد ناتوان بود. به این صورت که با افزایش سرمایه اجتماعی، سلامت روان خانواده‌ها نیز، افزایش می‌یابد. این یافته با نتایج مطالعات متعددی از جمله مطالعه‌ی Boyd و همکاران، Ha و همکاران، Mithen و همکاران و Duvdevany و Abboud هم‌خوانی دارد (۲۰، ۲۲-۱۴). این مطالعات، بر نقش حمایت اجتماعی از طرف خویشاوندان، دوستان و به‌طور کلی جامعه در بهبود سلامت روان والدین دارای فرزند ناتوان تأکید داشتند. این خانواده‌ها غالباً به دلیل مشکلات مالی، مشکلات نگهداری و مراقبت از فرد ناتوان و نداشتن حمایت کافی از سوی خانواده و به‌ویژه جامعه، با استرس‌ها و فشارهای روانی زیادی رو به رو هستند که این استرس‌ها و فشارهای روانی ممکن است علاوه بر آنکه فرآیند مراقبت و رسیدگی به فرد ناتوان را تحت تأثیر قرار دهد، موجب انزوا و دوری آن‌ها از جامعه و در نتیجه کاهش سلامت روان آنان گردد. براساس شواهد، افرادی که از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردار هستند، کمتر افسرده می‌شوند. حمایت اجتماعی با افزایش درک صحیح از رویدادهای استرس‌زا، باعث کاهش تأثیر فشار روانی می‌گردد، اثرات حفاظتی در مقابل استرس دارد و عوارض ناشی از یک تجربه ناخوشایند را به حداقل می‌رساند (۲۳). یافته مطالعه حاضر در زمینه رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان خانواده‌های دارای فرد ناتوان با نتایج مطالعات در میان گروه‌های مختلف جمعیتی، در نقاط مختلف جهان از جمله سالمندان

که مدل از برازش قابل قبول برخوردار می‌باشد (جدول شماره ۶).

بحث

هدف از پژوهش حاضر، بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روان خانواده‌های دارای فرد ناتوان در شهر تهران بود. نتایج این پژوهش، نشان داد که میانگین نمره کل سلامت روان در جمعیت مورد مطالعه ۳۰/۳۳ می‌باشد که با توجه به نقطه برش ارائه شده (۲۳)، بیانگر نامطلوب بودن (پایین بودن) سلامت روان در نمونه‌های مورد بررسی است. به بیان دیگر، در مطالعه حاضر ۳۳/۲ درصد افراد نمونه، وضعیت سلامت روان مطلوب و ۶۶/۸ درصد افراد نمونه، وضعیت سلامت روان نامطلوبی داشتند که با نتایج دیگر مطالعات هم‌خوانی دارد (۱۹، ۱۸، ۵، ۳). یافته حاضر، بیانگر ضرورت توجه به وضعیت سلامت روان این خانواده‌ها می‌باشد.

همچنین براساس نتایج مطالعه حاضر، وضعیت سرمایه اجتماعی بین گروهی خانوارهای دارای فرد ناتوان، پایین‌تر از سطح متوسط بود (۳). می‌توان گفت به نظر می‌رسد به‌واسطه حضور فرد دارای ناتوانی در خانواده و حمایت‌های ناکافی از سوی جامعه، گستره ارتباطات اجتماعی خانواده‌ها آسیب می‌بیند و این خانواده‌ها بیشتر تمایل به روابط درون‌گروهی از جمله رابطه با اعضای خانواده و نزدیکان خود دارند. این امر به نوبه خود موجب کاهش مشارکت اجتماعی و همچنین همبستگی اجتماعی در جامعه می‌گردد؛ درحالی که هر

به تورش اطلاعات کند. همچنین با توجه به تحلیل ثانویه بودن مطالعه، کیفیت جمع‌آوری داده‌ها ممکن است متناسب با سؤال پژوهش مطالعه حاضر نباشد. با توجه به اینکه سلامت روان خانواده‌های دارای فرد ناتوان از عوامل مختلفی تأثیر می‌پذیرد، به نظر می‌رسد لازم است مطالعات بیشتری به بررسی عوامل مرتبط با سلامت روان این خانواده‌ها بپردازند. همچنین، با توجه به اینکه مطالعه حاضر، یک مطالعه مقطعی بود، پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده به صورت طولی و با طرح‌های مطالعات قوی‌تر انجام شود.

به طور کلی یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که جمعیت مورد مطالعه، از سلامت روان مطلوبی برخوردار نیستند و عوامل اجتماعی از جمله سرمایه اجتماعی درون‌گروهی و برون‌گروهی می‌تواند در بهبود سلامت روان این خانواده‌ها نقش داشته باشد. در این راستا، فراهم نمودن شرایط مناسب جهت مشارکت‌های اجتماعی بیشتر، ایجاد اعتماد عمومی و حمایت‌های عاطفی، روانی و اجتماعی بیشتر، در خصوص این خانواده‌ها در جهت ارتقای سلامت روان آن‌ها ضروری به نظر می‌رسد.

سپاسگزاری

در این مطالعه، از داده‌های دور دوم سنجش عدالت در شهر استفاده شد. بدین وسیله از شهرداری شهر تهران و تمامی دست‌اندرکاران سپاسگزاری می‌شود.

ایرانی (۲۴)، دانش‌آموزان انگلیسی (۲۵) و کشاورزان استرالیایی (۲۶) نیز، هم‌خوانی دارد. سرمایه اجتماعی از طریق ایجاد مجموعه ارزشمندی از روابط اجتماعی، احساس امنیت، اعتماد و حمایت متقابل، منجر به افزایش سلامت روان افراد می‌گردد. هر اندازه خانواده‌های دارای فرد ناتوان سرمایه اجتماعی درون‌گروهی و برون‌گروهی بیشتری داشته باشند، بیشتر از مجموعه ارزشمند روابط اجتماعی، احساس امنیت، اعتماد و حمایت متقابل برخوردار هستند و در نتیجه سلامت روان بالاتری خواهند داشت؛ بنابراین، شناخت وضعیت سرمایه اجتماعی و نقش آن در سلامت روان خانواده‌های دارای فرد ناتوان، می‌تواند در طراحی برنامه‌ها و مداخلات مناسب در زمینه سلامت روان و همچنین، توانبخشی افراد دارای ناتوانی مؤثر بوده و در تحقق اهداف این مداخلات و برنامه‌ها مفید و کمک‌کننده باشد.

اگرچه یافته‌های مطالعه حاضر، اطلاعاتی به متون در حال رشد در زمینه سلامت روان خانواده‌های دارای فرد ناتوانی اضافه می‌کند و دانش موجود را ارتقا می‌بخشد، این یافته‌ها با در نظر گرفتن محدودیت‌های زیر قابل تفسیر می‌باشد.

مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی است؛ بنابراین، نمی‌توان از روابط مشاهده‌شده تفسیر علیتی داشت. داده‌های جمع‌آوری‌شده متکی بر اظهارات افراد می‌باشد که این موضوع می‌تواند نتایج مطالعه را مستعد

References

- Heydari Poor M, Mashhadi A, Nekah A, Mohsen S. Relationship between personality characteristics, emotional intelligence and quality of life mental health of people with disabilities. *J Rehabil.* 2013; 14(1):40-49.
- Emerson E. Mothers of children and adolescents with intellectual disability: social and economic situation, mental health status, and the self-assessed social and psychological impact of the child's

- difficulties. *J Intellect Disabil Res.* 2003; 47(Pt 4-5):385-399.
3. Narimani M, Agha MH, Rajabi S. A comparison between the mental health of mothers of exceptional children and mothers of normal children. *Quart J Fundment Ment Health.* 2007; 9(33-34):15-24.
 4. Gallucci M, Ongaro F, Meggiolaro S, Antuono P, Gustafson D, Forloni G, et al. Factors related to disability: evidence from the "Treviso Longeva (TRELONG) Study". *Arch Gerontol Geriatri.* 2011; 52(3):309-316.
 5. Aliakbari Dehkordi M, Kakojoibari AA, Mohtashami T, Yektakhah S. Stress in mothers of hearing impaired children compared to mothers of normal and other disabled children. *Bim Audiol Tehran Univ Med Sci.* 2011; 20(1):128-136.
 6. Thompson S, Hiebert-Murphy D, Trute B. Parental perceptions of family adjustment in childhood developmental disabilities. *J Intellect Disabil* 2013; 17(1):24-37.
 7. Burton P, Lethbridge L, Phipps S. Children with disabilities and chronic conditions and longer-term parental health. *J Soc Econom.* 2008; 37(3):1168-1186.
 8. Kamran F, Ershadi K. Examining the relationship between social capital and mental health networks. *J Soc Res.* 2009; 2:65-76.
 9. Riahi M, Aliverdinia A, Pourhossein Z. Relationship between social support and mental health. *Soc Welfare Quart.* 2011; 10(39):85-121.
 10. Seyyedani F, Abdolsamadi M. The relation of social capital with mental health in women and men. *Soc Welfare Quart.* 2011; 11(42):229-254.
 11. Lahsae Zadeh AA, Moradi G. Relationship between social capital and mental health of immigrants. *J Social Welfare.* 2008; 7:44-56.
 12. Fazeli M, Jonadele A, Talebian A. Paradox of easterlin in mental health: material well-being, social capital and mental health. *Soc Prob Iran.* 2013; 4(1):187-212.
 13. De Silva MJ, McKenzie K, Harpham T, Huttly SR. Social capital and mental illness: a systematic review. *J Epidemiol Community Health.* 2005; 59(8):619-627.
 14. Ha JH, Greenberg J, Seltzer MM. Parenting a child with a disability: the role of social support for African American parents. *Fam Soc.* 2011; 92(4):405-411.
 15. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Asadi Lari M, Mahdavi V, Reza M. Mental health status of individuals fifteen years and older in Tehran-Iran (2009). *Iran J Psych Clin Psychol.* 2011; 16(4):479-483.
 16. Noorbala A, Bagheri Yazdi SA, Yasamy MT, Mohammad K. Mental health survey of the adult population in Iran. *Br J Psychiatry.* 2004; 184(1):70-73.
 17. Kassani A, Gohari MR, Asadilari M. Factor analysis of social capital questionnaire used in Urban HEART study in Tehran. *J Sch Public Health Instit Public Health Res.* 2012; 10(2):1-10.
 18. Ha JH, Hong J, Seltzer MM, Greenberg JS. Age and gender differences in the well-being of midlife and aging parents with children with mental health or developmental problems: report of a national study. *J Health Soc Behav.* 2008; 49(3):301-316.
 19. Zandvanian NA, Morowatisharifabad M, Amrollahi M. Efficacy of anger management training on increasing mental health of disabled children mothers. *Tolooebehdasht.*

- 2014; 13(3):73-85.
20. Boyd BA. Examining the relationship between stress and lack of social support in mothers of children with autism. *Focus Autism Dev Disabil.* 2002; 17(4):208-215.
21. Duvdevany I, Abboud S. Stress, social support and well-being of Arab mothers of children with intellectual disability who are served by welfare services in northern Israel. *J Intellect Disabil Res.* 2003; 47(Pt 4-5):264-272.
22. Mithen J, Aitken Z, Ziersch A, Kavanagh AM. Inequalities in social capital and health between people with and without disabilities. *Soc Sci Med.* 2015; 126:26-35.
23. Banazadeh N. The effects of social relationships and self-confidence on the mental health of the elderly. *Teb Tazkieh.* 2004; 51:37-40.
24. Shoja M, Rimaz S, Asadi LM, Bagheri YS, Gohari MR. Mental health of older people and social capital. *Payesh.* 2013; 12:345-353.
25. Rothon C, Goodwin L, Stansfeld S. Family social support, community "social capital" and adolescents' mental health and educational outcomes: a longitudinal study in England. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2012; 47(5):697-709.
26. Stain HJ, Kelly B, Lewin TJ, Higginbotham N, Beard JR, Hourihan F. Social networks and mental health among a farming population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2008; 43(10):843-849.