

تبیین جامعه‌شناختی اثرات موقعیت اجتماعی زنان بلوچ بر سلامت روان آنان (مورد مطالعه: زنان شهر زاهدان)

محمداسماعیل ریاحی^۱، محمدعثمان حسین‌بر^۲، عثمان کرد^۳ و سمیه ریگی لادز^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۹/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۲/۱۰

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی جامعه‌شناختی اثرات موقعیت اجتماعی زنان بر سلامت روان در شهر زاهدان و نیز شناسایی ارتباط بین قومیت، پایگاه اجتماعی-اقتصادی، حمایت اجتماعی، احساس محرومیت و میزان استرس به انجام رسیده است. روش تحقیق، پیمایش و ابزارگردآوری اطلاعات، پرسشنامه بوده است. با استفاده از شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای در شهر زاهدان از بین جمعیت بالای ۳۰ سال، اعم از قومیت‌های بلوچ، فارس و سیستانی نمونه‌ای ۴۰۰ نفری به‌عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. به‌منظور سنجش سلامت روان، حمایت اجتماعی، میزان استرس به ترتیب از آزمون‌های GHQ-28، زیمت و ویتون و برای دیگر متغیرها از سنج‌های محقق‌ساخت استفاده گردیده است. براساس نتایج تحقیق، بین سلامت روان و متغیرهای حمایت اجتماعی و پایگاه اجتماعی-اقتصادی رابطه مستقیم و معناداری و بین سلامت روان و میزان استرس و احساس محرومیت نسبی رابطه معکوس و معنادار مشاهده شد. علاوه بر این، نتایج نشان داد که زنان بلوچ موقعیت و پایگاه اجتماعی-اقتصادی پایینی نسبت به زنان دو قومیت فارس و سیستانی داشته و سلامت روان زنان قومیت بلوچ نیز نسبت به زنان فارس و سیستانی کمتر بوده است. نتایج رگرسیون چندمتغیره نیز نشان داد که پایگاه اجتماعی-اقتصادی و حمایت اجتماعی موجب افزایش سلامت روان و احساس محرومیت نسبی و میزان استرس باعث کاهش سلامت روان در زنان می‌شوند. ضروری است که سیاست‌گذاران جامعه، با تمرکز بر شیوه‌های ارتقاء حمایت اجتماعی، کاهش میزان استرس و احساس محرومیت نسبی و توزیع عادلانه مزایا در بین اقوام مختلف و توجه ویژه به امر سلامت روان گام‌هایی مهمی برای کاهش فقر و محرومیت در استان سیستان و بلوچستان بردارند.

واژگان کلیدی: سلامت روان، پایگاه اجتماعی-اقتصادی، حمایت اجتماعی، استرس، احساس محرومیت.

-
- ^۱ دانشیار گروه علوم اجتماعی دانشگاه مازندران؛ بابلسر، ایران. m.riahi@umz.ac.ir
- ^۲ دانشیار گروه علوم اجتماعی دانشگاه سیستان و بلوچستان؛ زاهدان، ایران. mohb@lihu.usb.ac.ir
- ^۳ کارشناس ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه مازندران؛ بابلسر، ایران (نویسنده مسئول). osmankord2017@gmail.com
- ^۴ کارشناس ارشد روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد زاهدان؛ زاهدان، ایران. safiyerigi@gmail.com

۱. مقدمه

سلامتی مفهومی است که قدمتی به اندازه طول عمر بشر دارد. از پیدایش انسان و شکل‌گیری جوامع بشری، مفاهیم بیماری و سلامت نیز با او بوده‌اند و در هر برهه از زمان، تعریف خاصی از سلامت ارائه شده است. در هر حال حاضر، روند تاریخی تحول سلامت به آنجا رسیده است که سلامت را مفهومی می‌دانند که متأثر از عوامل جسمانی، روانی و اجتماعی است. سازمان بهداشت جهانی^۱، سلامت را رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری و ناتوانی تعریف می‌کند. همچنین، سلامت روان^۲ را رفتاری موزون و هماهنگ با جامعه، شناخت و پذیرش واقعیت‌های اجتماعی و قدرت سازگاری با آن‌ها و شکوفایی استعدادهای ذاتی می‌داند (احمدی و نیکپور، ۱۳۸۸: ۱۴۴). در مجموع، عوامل سلامت در دو بعد جسمانی و روانی- رفتاری در نظر گرفته می‌شوند و توانایی شخص در مقابله با مشکلات زندگی روزمره، تمایل وی به جست‌وجوی چالش و تنوع در زندگی نیز در بررسی سلامت مورد توجه قرار می‌گیرد (بزازیان و رجائی، ۱۳۸۶: ۲۳۸).

در عصر جدید، پیشرفت علم و فناوری و گسترش روزافزون اطلاعات از یک سو شرایط زندگی را تسهیل کرده و از سوی دیگر، تحولات سریع اجتماعی، تغییر سبک زندگی و پیچیدگی امروزی، سلامت و بهداشت و آرامش روانی انسان‌ها را مورد تهدید قرار داده است؛ به طوری که متخصصان بهداشت از اختلالات روحی و روانی به‌عنوان بیماری‌های تمدن یاد می‌کنند (تاسیگ و همکاران، ۱۳۸۶: ۳۸). سلامت روان امروزه امری فقط زیستی نیست بلکه همان طور که در تعریف سازمان بهداشت جهانی آمده است برای تبیین سلامت می‌بایست عوامل روانی و اجتماعی را نیز مدنظر قرار داد. در ابتدا بیماری روانی در الگویی پزشکی تشخیص داده شد و این الگو براساس تبیین‌هایی است که در آن‌ها فرض شده علتی مشخص از قبیل یک ماده، ویروس یا نقیصه ژنتیکی، مسقیماً منجر به بیماری می‌شود. الگوی دیگری که در تشخیص سلامت یا بیماری روانی مد نظر است، الگوی روانشناسان و روانپزشکان است. از نظر آن‌ها بیماری روانی یک مسئله بالینی و مربوط به تاریخچه زندگی فرد است. اما در الگوی جامعه‌شناختی نحوه سلامت روان یا علل بیماری روانی در شیوه سازمان‌یافتگی جوامع، و نه فقط خصوصیات

1 World Health Organization (WHO)

2 Mental health

3 Tausig mark

زیست‌شناختی و روانشناختی فرد قابل تبیین است. از نظر جامعه‌شناسان ساختار جامعه نیز به‌طور حتم مانند وراثت و خصوصیات زیستی رفتار فرد را محدود می‌کند و همچنین تأثیر شرایط اجتماعی بر بیماری‌های روانی باید شناخته شود که هم، آشفتگی روانی فرد و هم ارتباط آن با عوامل کلان‌تر تبیین گردد (همان، ۱۳۸۶: ۱۳-۱۰). قضایای نظری جامعه‌شناسی بر این انگاره بنیانی استوار است که موقعیت‌های ساختاری تأثیرات زیادی بر بخت‌های زندگی افراد می‌گذارد چنان که این موقعیت‌ها به پیدایش و گسترش فشار روانی و یا بیماری‌های روانی می‌انجامد و بنابراین می‌توان با استفاده از نابرابری‌های اجتماعی سطح سلامتی افراد را توضیح داد (سیدان، ۱۳۸۳: ۵۱). تفاوت‌های جنسیتی در نرخ بیماری یکی از روشن‌ترین مثال‌هایی است که نقش علل اجتماعی را در به وجود آمدن بیماری‌های روانی نشان می‌دهد به طوری که تعداد زنان بستری شده در بیمارستان روانی به صورت قابل ملاحظه‌ای بیشتر از مردان است (کوکرین، ۱۳۷۶: ۴۷).

برخی از عوامل ساختاری، مانند نابرابری‌های طبقاتی و جنسیتی در زمینه دستیابی به منابع ارزشمند اجتماعی و اقتصادی، از مهمترین عوامل ایجاد تنش و بیماری‌های روانی، به ویژه افسردگی و اضطراب در زنان است (سیدان، ۱۳۸۳: ۳۳). الگوی جامعه‌شناختی بیماری‌های روانی معتقد است که نابرابری‌های ساختاری مانند جنسیت، پایگاه اجتماعی-اقتصادی و نژاد از علل بنیادی بیماری‌های روانی می‌باشند. پایگاه ساختاری زن بودن، فقیر یا عضو گروه اقلیت نژادی بودن، تأثیر مستقیمی بر تجربیات و رویدادهای زندگی چون ناملایمات شدید و دردهای روزمره دارد. به‌عنوان مثال زنان سرپرست خانوار با فشارهای سختی نظیر مشکلات حاد مواجه می‌شوند؛ صرفاً به این دلیل که با مشکلات اقتصادی مواجه می‌گردند؛ زیرا توزیع منابع ارزشمند اجتماعی بر اساس جنسیت، وابستگی به شوهر و وضعیت والدی است. همچنین نابرابری در ساختار جامعه با تأثیرگذاری بر کیفیت نقش‌های اجتماعی، بر فشارها، حوادث و مشکلاتی که فرد تجربه می‌کند تأثیر می‌گذارد در حالی که این سرچشمه‌های آشفتگی قادرند از منابع اجتماعی و روانی دیگر تأثیر بپذیرند. تأکید اولیه این الگو بر این است که چگونه پایگاه‌های اجتماعی و نقش‌ها مستقیماً بر تجربه عوامل استرس‌زا و همچنین بر توانایی کنار آمدن با این عوامل تأثیر می‌گذارند. این بدان معنا نیست که دیگر عوامل مهم نیستند؛ هرچند سلسله مراتب اجتماعی مثل پایگاه‌ها و نقش‌ها با احساس آشفتگی، که ممکن است توسط جامعه به‌عنوان بیماری روانی تعریف شود، ارتباطی قطعی دارد (تاسیگ و همکاران، ۱۳۸۶: ۴۳). با عنایت به مباحث ذکر شده، این نوشتار بر آن است که با قضایای نظری جامعه‌شناسی تأثیر موقعیت

اجتماعی زنان اقوام مختلف ساکن در شهر زاهدان را با یکدیگر مقایسه نموده و در این بین، وضعیت سلامت زنان بلوچ را تشریح نماید.

قوم بلوچ یکی از اقوام ایرانی ساکن در جنوب شرقی کشور است (عبدالهی و حسین‌بر، ۱۳۸۱: ۱۰۴). اقوام بلوچ، سیستانی، و فارس در استان سیستان و بلوچستان ساکن‌اند. این استان از نظر اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نسبت به مرکز ایران فقیرتر است و از نظر مذهبی نیز تفاوت دارد. بلوچ‌ها از نظر آداب و رسوم و هنجارها به شدت متأثر از دین اسلام هستند و توجه به دستورها و فرایض دینی در میان بلوچ‌ها از اهمیت بالایی برخوردار است (حافظ‌نیا و کاویانی، ۱۳۸۵: ۳۳) و ساختار اجتماعی بلوچستان به گونه‌ای است که در آن سنت‌ها و رسوم فرهنگی کهن در کنار مذهب سنی همچنان بر جامعه حاکم است. بلوچستان همانند برخی دیگر از مناطق حاشیه‌ای ایران، البته با شدت بیشتری، مبتنی بر ساختارهای نهادینه‌شده مردسالاری است. در این استان زنان بلوچ در شرایط بسیار بسته‌ای زندگی می‌کنند و از داشتن حداقل زندگی اجتماعی محروم‌اند. زن در نگاه این ساختار اجتماعی موجودی عاجز و ضعیف است و باید تحت حمایت مردان قرار بگیرد^۱. اکثر زنان در سنین پایین مجبور به ازدواج شده، و لذا ترک تحصیل نموده و از به‌دست آوردن مهارت‌های لازم برای داشتن یک زندگی اجتماعی فعال محروم می‌مانند. زنان در این منطقه به دلیل رواج نگرش‌های مذهبی سنتی و متعصبانه از محدودیت‌های رفتاری متعددی از جمله میزان مولید بالا، تعدد زوجات، خشونت خانوادگی، طلاق و شبه طلاق^۲ رنج برده و روزها، ماه‌ها و سال‌های عمرشان را درخانه‌هایشان سپری می‌کنند (معیدفر و شهلی‌بر، ۱۳۸۶: ۱۹۶). محمود دولت‌آبادی در سفر نامه‌اش به شهر زاهدان، که مربوط به سفری است که قبل از انقلاب به آن شهر داشته است، در این خصوص می‌نویسد: «مردم را هنوز ندیده‌ام. و تا اینجا اگر چیزی بخواهم بگویم جز پرهیب^۳ و شمایل بیرونی و تصویری از آنها نمی‌توانم بدهم. مردم در اینجا، در چشم کسی چون من، یعنی مردان. زیرا زن‌ها غیبی و دور از نگاه هستند (دولت‌آبادی، ۱۳۵۶: ۵). هرچند در سال‌های

۱ زن در بلوچستان عاجز نامیده می‌شود که نشان‌دهنده ضعف و ناتوانی است. ضعیفه معادل فارسی آن می‌باشد.
 ۲ با توجه به قبح بسیار شدید طلاق در میان قوم بلوچ، بسیاری از زوج‌ها جدا از یکدیگر زندگی می‌کنند؛ یعنی شبه طلاق (طلاق عاطفی) در مورد این زنان اتفاق افتاده بدین صورت که مرد زن را طلاق نمی‌دهد ولی به‌صورت جدا زندگی نموده و با زن دیگری ازدواج می‌کند و این زن با تعدادی فرزند، بدون هیچگونه حمایت مالی و عاطفی به‌سر می‌برد.

اخیر، به دلیل گسترش آموزه‌های مدرن در ذهنیت مردان بلوچ و تکاپوی زنان برای به دست آوردن حقوق‌شان، گفتمان مردسالاری تا حدودی تعدیل شده است ولی تا رسیدن به نقطه مطلوب فاصله زیادی وجود دارد (معیدفر و شهلی‌بر، ۱۳۸۶: ۱۹۶). در این بین، شهر زاهدان به‌عنوان مرکز استان سیستان و بلوچستان به دلیل مهاجرپذیری از یک ترکیب قومی ناهمگن برخوردار می‌باشد. این شهر بر خلاف بسیاری از شهرهای استان (به استثنای زابل و زهک) که تقریباً قریب به اتفاق بلوچ هستند، از ترکیب تقریباً ۵۰ درصد بلوچ و ۵۰ درصد غیر بلوچ برخوردار است که اکثر غیر بلوچ‌ها را مهاجران داخلی از شهرهای نزدیک زابل (سیستانی)، بیرجند (فارس‌ها) و به میزان کمتری از کرمان تشکیل می‌دهند و از نظر مذهبی مطالعات و برآوردها نشان می‌دهد که حدود ۵۰ درصد بلوچ اهل سنت و ۵۰ درصد را نیز غیر بلوچ‌های (فارس و سیستانی) شیعه مذهب تشکیل می‌دهند (قلی‌زاده، ۱۳۹۰: ۲). تحقیق حاضر نیز به دنبال توصیف و تبیین عوامل اجتماعی-اقتصادی موثر بر سلامت روان زنان بلوچ و زنان قومیت‌های دیگر (سیستانی و فارس) شهر زاهدان و مقایسه میزان سلامت روان در زنان شهر با تاکید بر متغیرهای احساس محرومیت نسبی، حمایت اجتماعی، پایگاه اجتماعی-اقتصادی و فشار روانی (استرس) می‌باشد، تا از این طریق بتواند مهمترین عوامل اجتماعی و اقتصادی تاثیرگذار بر سلامت روان زنان را شناسایی کند.

۲. چارچوب نظری

چهار رویکرد جامعه‌شناختی در باره اختلالات روانی مطرح است که هر کدام از آن‌ها واکنشی آشکار در مقابل مدل فردگرایانه مسلط راجع به سلامتی و بیماری روانی است. معمول‌ترین سبک رویکرد سبب‌شناختی است این رویکرد تعریف رایج از بیماری روانی را می‌پذیرد و علل اجتماعی آشفته‌گی‌های روانی را در افراد جست‌وجو می‌کند. سبک دوم رویکرد جامعه‌شناسی روانی است که در مطالعات مردم‌شناختی و تاریخی معمول‌تر است تا در مطالعات جامعه‌شناختی و این مطلب را مورد بررسی قرار می‌دهد که چگونه نشانه‌های اختلال روانی محصولات فرهنگی بافت‌های تاریخی و اجتماعی خاص هستند. اگرچه این هر دو رویکرد به علل اجتماعی نشانه‌های بیماری روانی اشاره دارند اما پیش فرض‌های متفاوتی درباره این که آیا نشانه‌های روانپزشکی به‌طور مستقل از بافت‌های فرهنگی ظاهر می‌شوند یا این که محصولات فرهنگی هستند، دارند. دو رویکرد دیگر جامعه‌شناختی به علت ایجاد و رشد اختلالات روانی در افراد توجه نمی‌کنند بلکه در عوض بر این موضوع تمرکز دارند که چگونه عوامل اجتماعی و فرهنگی بر پاسخ‌هایی که به اختلالات روانی داده می‌شود اثر می‌گذارند. یک رویکرد پاسخ اجتماعی شاخص‌های سنتی

بیماری روانی را به‌عنوان یک مبنای پذیرفته‌شده به‌کار می‌برد و تغییرات اجتماعی در واکنش به این نشانه‌ها را مطالعه می‌کند. رویکرد دیگر تفسیرگرایی اجتماعی است که به اختلال روانی جدا از ساختارهای فرهنگی و کنشگران اهمیت نمی‌دهد که در این منظر اختلالات روانی در واقع تعاریف اجتماعی هستند (هورویتز، ۱۹۹۹؛ به نقل از ریاحی و بنی‌اسدی، ۱۳۸۷: ۴۴).

ابعاد سبب‌شناختی و جامعه‌شناسی روانی به مطالعه این موضوع می‌پردازند که چگونه اختلالات روانی در افراد خاص ظاهر می‌شوند و در مقابل رویکردهای پاسخ اجتماعی و تفسیرگرایی اجتماعی به تبیین شیوه‌هایی می‌پردازند که گروه اجتماعی برای پاسخ و واکنش نسبت به نشانه‌های روانی تعریف می‌کنند. در مطالعات سبب‌شناختی و مطالعات پاسخ اجتماعی نشانه‌های اختلال روانی به طور مستقل از فرهنگ تولید می‌شوند و یا به عبارت دیگر تولیدات فرهنگی می‌باشند (همان، ۱۳۸۷: ۴۴).

جنبه جامعه‌شناختی رویکرد سبب‌شناختی آن است که نشانه‌ها و حالات روانی، از موقعیت‌های افراد در ساختار اجتماعی ناشی می‌شوند. این رویکرد بر نقش سبب‌شناختی فشارهای مزمن (نظیر فقر، تک‌والدی)، حوادث حاد زندگی (نظیر بیکاری و طلاق)، جنبه‌هایی از نقش‌های اجتماعی (نظیر تعارض نقش، گرانباری نقش، فشار نقش)، تعلق و تقید مذهبی و درجه حمایت اجتماعی که مردم به هنگام درگیری با عوامل تنش‌زای می‌توانند بر آن تکیه کنند تأکید دارد. مطالعات جامعه‌شناختی همچنین بیشتر به دنبال بررسی میزان‌های متفاوت اختلال روانی در میان مکان‌ها (ملت‌ها، شهرها، مناطق) یا گروه‌های اجتماعی متفاوت (طبقه اجتماعی، جنسیت، قومیت‌ها و سن) هستند تا این که چرا افراد خاص، نشانه‌های بیماری روانی را تجربه می‌کنند (ریاحی و همکاران، ۱۳۸۹: ۹۴).

با عنایت به توضیحات مذکور در زمینه چهار مدل جامعه‌شناختی مطالعات سلامت‌روان، این پژوهش در متن مدل سبب‌شناختی و با به‌کارگیری نظریه‌های پایگاه اجتماعی-اقتصادی و سلامت روان الگوی علیت اجتماعی، سعی دارد تا توزیع میزان سلامت روان را با استفاده از ادبیات پژوهشی این نظریات تبیین نماید.

۳. ادبیات تجربی و پیشینه موجود

بسیاری از تحقیقات انجام شده در حوزه سلامت، رابطه بین پایگاه اجتماعی-اقتصادی و سلامت‌روانی را تأیید کرده‌اند؛ به‌طوری که سیدان (۱۳۸۳) پایگاه اجتماعی اقتصادی زنان را دارای چند بعد می‌داند که با توجه به حوزه‌های چندگانه عمومی و خصوصی زندگی زنان بر

بروز بیماری‌های روانی آنان تاثیر می‌گذارد. رجائی و بزازیان (۱۳۸۶) در پژوهشی نشان می‌دهند که اثر تعاملی شغل، تحصیلات و درآمد با سلامت روان رابطه معناداری دارد و افراد با موقعیت اجتماعی- اقتصادی بالاتر سلامت روان بالاتری دارند. نوربالا و همکاران (۱۳۸۷) در پژوهشی به این نتیجه می‌رسند که بالاترین خطر ابتلا به بیماری‌های روانی به مردان بیکار و زنان خانه‌دار تعلق دارد. کیت^۱ و همکاران (۱۹۸۵) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که زنان خانه‌دار از سلامت روان کمتر و افسردگی بیشتری نسبت به زنان شاغل متأهل برخوردارند. کاواچی^۲ و همکاران (۱۹۹۷) در پژوهشی دریافتند که افرادی که از سرمایه اجتماعی کمتر، درآمد کمتر و نابرابری اجتماعی نسبت به دیگران برخوردار بودند از بیماری‌های جسمی مانند بیماری‌های عروقی، کرونر قلب، مرگ و میر نوزادان و در نتیجه از سلامت روان کمتری برخوردار بودند. ویلیامز و همکاران (۱۹۹۷) در پژوهشی به بررسی رابطه بین پایگاه اجتماعی- اقتصادی و سلامت روان پرداخته و دریافتند که آموزش و تحصیلات به‌طور قابل توجهی در پایین آمدن استرس و فشار روانی موثر است. نیاز^۳ (۲۰۰۳) در پژوهشی با عنوان خشونت علیه زنان در جنوب آسیا با همکاری کلینیک روانپزشکی و مرکز تحقیقات استرس کراچی پاکستان به بررسی وضعیت سلامت روانی زنان در جنوب آسیا و عوامل موثر بر آن پرداخته است. وی معتقد است در کشورهای جنوب آسیا که دارای اعتقادات اسلام، مسیحی و بودایی هستند، این اعتقادات موقعیت اجتماعی و شخصیت زنان را شکل داده است. همچنین فرهنگ و سنت کهن و نگرش پدرسالارانه منجر به بروز گسترده خشونت علیه زنان شده است. ساختار خانواده در این مناطق که در آن مرد حاکم بلامنازع خانواده است و فعالیت‌های درون خانواده که به‌عنوان حریم خصوصی دیده می‌شود، اجازه می‌دهد تا خشونت در خانه رخ دهد. همچنین اشکال سنتی خشونت مانند ضرب و جرح، تجاوز جنسی، آدم ربایی برای مقاصد فحشا، جنایات مهریه و قتل‌های ناموسی زنان را در این کشورها در معرض انواع بیماری‌های روانی قرار داده است. وی معتقد است برای تغییر و اصلاح این وضعیت باید با تغییر در قوانین محلی و همچنین کمک از سازمان ملل متحد و جامعه بین‌المللی وجود داشته باشد. دوکی^۴ و همکاران (۲۰۰۷) در پژوهشی با عنوان بهداشت روانی زنان در جهان اسلام به بررسی مسائل فرهنگی، مذهبی و اجتماعی و تاثیر آن بر بهداشت روانی زنان در کشورهای عربی پرداخته‌اند. ایشان معتقدند

1 Keith

2 Kawachi

3 Niaz

4 Douki

زنان در این جوامع قطعاً در معرض خطر بیشتری برای افزایش اختلالات روانی مانند افسردگی، اضطراب، اختلالات جسمانی، اختلال خوردن و همچنین رفتارهایی که منجر به خودکشی می‌شوند، قرار دارند. علاوه بر این، زنان از بیماری‌های روانی برجسته‌تر رنج می‌برند و دسترسی کمتری به مراقبت و حمایت اجتماعی دارند.

۴. روش‌شناسی

در این تحقیق، از روش پیمایشی استفاده شده است. جامعه آماری تحقیق حاضر شامل زنان بالای ۳۰ سال ساکن زاهدان اعم از قومیت‌های بلوچ، سیستانی و فارس که براساس سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۰ جمعیت زنان بالای ۳۰ سال در شهر زاهدان ۹۰۵۴۶ نفر بوده است. با استفاده از فرمول کوکران، حجم نمونه ۳۸۳ نفر برآورد گردید. با این حال برای افزایش اعتبار یافته‌های پژوهش از یک نمونه ۴۰۰ نفری استفاده شد. انتخاب نمونه نهایی با به‌کارگیری روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای و بلوک‌بندی و تعیین سطوح اقتصادی و سکونت قومیت‌ها و به‌منظور تصادفی بودن انتخاب در محله‌ها نیز هریک از آنها به زیر محله‌ها، خیابان و کوچه تقسیم و شماره‌گذاری شدند؛ سپس بر اساس جدول اعداد تصادفی یک یا چند زیر محله جهت کار در نظر گرفته شدند. در هر زیر محله حرکت پرسشگران در جهت عقربه ساعت بوده و محل حرکت بر مبنای شماره‌گذاری زوایا و انتخاب تصادفی یکی از آنها صورت گرفته است. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه خود اجرا و در صورت لزوم پرسشگران اطلاعات لازم را گردآوری نموده‌اند. پرسشنامه شامل سن، گویه‌های پایگاه اجتماعی- اقتصادی، میزان استرس، احساس محرومیت، حمایت اجتماعی و در نهایت گویه‌های سلامت روان بود. برای سنجش اعتبار پرسشنامه و مقیاس‌های به کار رفته در آن، از روش اعتبار صوری و جهت اندازه‌گیری پایایی، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است. داده‌های تحقیق، در دو سطح توصیفی و تحلیلی با استفاده از نرم افزار اختصاصی علوم اجتماعی SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته‌اند.

۵. تعریف عملیاتی مفاهیم

سلامت روان: کامل‌ترین تعریف در مورد سلامت روان را می‌توان همان تعریف کارشناسان سازمان بهداشت جهانی دانست که سلامت روان را توانایی برقراری ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب عنوان می‌کنند و معتقدند سلامت روان، تنها نداشتن بیماری‌های روانی نیست؛ بلکه توان واکنش در برابر انواع گوناگون تجربیات زندگی به صورت قابل انعطاف و

معنی‌دار است (کامران و ارشادی، ۱۳۸۸: ۳۵). برای سنجش سلامت روان از پرسشنامه سلامت عمومی که اولین بار توسط گلدبرگ (۱۹۷۲) تنظیم گردید، استفاده شده است. پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) که شامل چهار خرده‌مقیاس و ۲۸ سوال می‌باشد. هر خرده‌مقیاس دارای هفت سوال است که مربوط به خرده‌مقیاس‌های علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی است. تمام سوال‌ها دارای چهار گزینه است و نمره گذاری به روش لیکرت انجام می‌گیرد. در مجموع دامنه نمرات این مقیاس از صفر تا ۸۴ است. در این مقیاس هرچه نمره فرد بیشتری باشد به این معناست که وی از سلامت روانی پایین‌تری برخوردار است. در این پژوهش افرادی که نمره آنها کمتر از ۲۳ باشد، دارای سلامت‌روانی ارزیابی شده و همچنین افراد با نمره بالاتر از ۲۳، مشکوک به اختلال روانی تشخیص داده شده‌اند (ضریب آلفای کرونباخ، برابر با ۰/۹۴).

پایگاه اجتماعی - اقتصادی: مجموعه‌ای از سه شاخص ثروت، قدرت و منزلت می‌دانند که هرچند این شاخص‌ها به صورت جدا از هم در نظر گرفته می‌شوند، اما در واقعیت با همدیگر تداخل دارند. پایگاه اجتماعی - اقتصادی مقام فرد یا گروه است با توجه به توزیع‌شان در یک نظام اجتماعی و در مواردی تلویحاً با در نظر گرفتن چگونگی توزیع حقوق، مسولیت‌ها، قدرت و اقتدار در چارچوب همان نظام نظیر اصطلاحاتی چون پایگاه بالا، متوسط و ضعیف. در جوامع نوین سه شاخص بنیادی برای تشخیص پایگاه اجتماعی - اقتصادی افراد وجود دارد که عبارتند از: درآمد، شغل و سطح تحصیلات (حسین زاده و همکاران، ۱۳۹۰: ۲۰۶). پایگاه اجتماعی - اقتصادی در پژوهش حاضر به دو شیوه‌ی عینی و ذهنی عملیاتی شده‌است و برای عملیاتی نمودن آن مجموعاً از شش گویه استفاده شده که سه گویه مربوط به شیوه‌ی عینی و سه گویه مربوط به شیوه‌ی ذهنی می‌باشد (ضریب آلفای کرونباخ، برابر با ۰/۷۶).

حمایت اجتماعی: حمایت اجتماعی دارای حداقل سه بعد ابزاری، اطلاعاتی و عاطفی است که در این تحقیق صرفاً حمایت اجتماعی عاطفی مورد سنجش قرار می‌گیرد که برای سنجش و اندازه‌گیری آن از مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت و همکاران (۱۹۹۸) استفاده شده است. مقیاس ۱۲ گویه‌ای حمایت اجتماعی ادراک شده دارای سه بعد خانواده، دوستان و دیگران مهم می‌باشد که هریک از ابعاد سه گانه دارای چهار گویه مستقل می‌باشند (ضریب آلفای کرونباخ، برابر با ۰/۸۳).

میزان استرس: استرس، عبارت است از هر وضع یا پیش آمدی که بدن را به استفاده از منابع خود و تولید انرژی بیشتر از حد معمول، وادار می‌کند. نیروها و فشارهای روانی- اجتماعی وقتی به شکل رخدادهای یا موقعیت‌های خاص، تعادل شخص را برهم زند، استرس نامیده می‌شود (سالاری، ۱۳۸۵: ۳۵؛ به نقل از ریاحی، ۱۳۸۸: ۱۷۸). در این تحقیق، به منظور سنجش میزان استرس، از مقیاس ویتون^۱ (۱۹۹۱) استفاده شده است. ۵۱ گویه در ۹ بعد، به سنجش میزان استرس پاسخ‌گویان می‌پردازد (ضریب آلفای کرونباخ، برابر با ۰/۹۰).

احساس محرومیت نسبی: محرومیت نسبی وضعیتی است که در آن فرد از آنچه دارد راضی نیست؛ دلیل این امر آن است که انتظاراتی که فرد از خود دارد بیشتر است. همچنین مقایسه‌ای که فرد بین زندگی خود و دیگران می‌کند. مقیاس محرومیت نسبی در این پژوهش نیز در بعد ذهنی و به صورت فاصله‌ای در سه شاخص اقتصادی، اجتماعی و سیاسی و با گزینه‌های خیلی کم تا خیلی زیاد مورد بررسی قرار گرفته و شیوه نمره‌گذاری این مقیاس از یک (خیلی کم) تا پنج (خیلی زیاد) است به صورتی که مجموع نمره بین ۱۳ تا ۶۵ می‌باشد که کمترین میزان درک احساس محرومیت نسبی ۱۳ و بالاترین میزان ۶۵ است (ضریب آلفای کرونباخ، برابر با ۰/۹۲).

۶. یافته‌ها

داده‌های مربوط به ویژگی‌های اجتماعی- جمعیتی مشارکت‌کنندگان از قبیل قومیت، گروه سنی و تحصیلات در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول شماره ۱. توزیع ویژگی‌های اجتماعی- جمعیتی پاسخ‌گویان

متغیرهای اجتماعی- جمعیتی	تعداد	درصد	قومیت	وضعیت	تعداد	درصد
قومیت	سیستانی	۱۳۶	٪۳۴	بالا	۱۹	٪۱۴
	بلوچ	۱۳۳	٪۳۳/۳	متوسط	۷۵	٪۵۵/۱
	فارس	۱۱۵	٪۲۸/۸	پایین	۴۲	۳۰/۹
	سایر	۱۶	٪۴	بالا	۱۵	۱۱/۳
گروه‌های سنی	۳۰-۳۹	۲۷۶	٪۶۹	متوسط	۴۴	۳۳/۱
	۴۰-۴۹	۹۲	٪۲۳	پایین	۷۴	۵۵/۶
	۵۰ به بالا	۳۲	٪۸	بالا	۲۹	۲۵/۲
				متوسط	۵۹	۵۱/۳
			پایین	۲۷	۲۳/۵	

داده‌های جدول شماره یک حاکی از آن است که ۳۴ درصد از پاسخگویان را زنان سیستانی، ۳۳/۳ درصد پاسخگویان را زنان قوم بلوچ و ۲۸/۸ درصد از پاسخگویان را زنان قومیت فارس تشکیل می‌دهند. زنانی که در گروه سنی ۳۰-۳۹ می‌باشند، بیشترین فراوانی را با ۶۹ درصد دارند. در بین پاسخگویان ۵۵/۶ درصد زنان بلوچ دارای پایگاه اجتماعی- اقتصادی پایین و مابقی زنان بلوچ از نظر پایگاه اجتماعی- اقتصادی، متوسط و بالا هستند. ۳۰/۹ درصد زنانی سیستانی پایگاه اجتماعی- اقتصادی پایین و مابقی دارای پایگاه اجتماعی- اقتصادی متوسط و بالا هستند و ۲۳/۵ درصد از زنان فارس دارای پایگاه اجتماعی- اقتصادی پایین و مابقی دارای پایگاه اجتماعی- اقتصادی متوسط و بالا هستند.

داده‌های مربوط به شاخص‌های سلامت روان در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

جدول شماره ۲. توزیع درصدی پاسخگویان برحسب ابعاد چهارگانه سلامت روان و میزان

سلامت روان پاسخ‌گویان

			میانگین	خیلی زیاد	زیاد	کمی	خیر	ابعاد سلامت روان
۲۳۲	فراوانی	سلامت روان	۰/۹۸	۸/۴	۲۳/۹	۳۸/۱	۳۱/۹	علائم جسمانی
۵۸	درصد		۱/۱۴	۱۰/۳	۲۱	۳۴/۱	۳۴/۷	اضطراب و اختلال خواب
۱۶۸	فراوانی		۱/۰۸	۷/۵	۱۹/۲	۲۰/۹	۳۹/۹	اختلال در کارکرد اجتماعی
۴۲	درصد		۰/۷۸	۷/۳	۱۱/۴	۱۸	۵۷/۹	افسردگی

ابعاد چهارگانه مقیاس سلامت روان (GHQ-28) در جدول شماره ۲ توصیف شده است. همانگونه که در جدول مشاهده می‌شود، شایع‌ترین مشکلات روانی در بین زنان مورد مطالعه به ترتیب در ابعاد اضطراب و اختلال خواب (با میانگین ۱/۱۴) و اختلال در کارکرد اجتماعی (با میانگین ۱/۰۸) گزارش شده است. توصیف دقیق‌تر میزان سلامت روان در بین زنان اقوام نیز که نشان می‌دهد بر اساس نتایج آزمون سلامت عمومی (با نقطه برش ۲۳)، اکثریت زنان مورد بررسی (۴۲ درصد)، مشکوک به اختلالات روانی بوده و میزان سلامت روان (۵۸ درصد) باقیمانده در سطح مطلوب گزارش شده است. همچنین جدول شماره ۳ میزان سلامت روان زنان را به تفکیک هر قومیت نشان می‌دهد که در بین اقوام مورد مطالعه تعداد زنان بلوچ مشکوک به اختلالات

روانی (۴۷/۴) نسبت به دو قومیت دیگر بیشتر است و در مجموع زنان بیرجندی (۳۸/۶) از میزان سلامت روان بیشتری برخوردارند که برای فهم بیشتر آزمون تفاوت میانگین نیز در جدول شماره ۴ آمده است.

جدول شماره ۳. توزیع درصدی سلامت روان بر اساس قومیت

جمع	مشکوک	سالم	سلامت روان	
			قومیت	تعداد
۱۳۳	۶۳	۷۰	بلوچ	تعداد
			درصد	۵۲/۶
۱۳۶	۵۳	۸۳	سیستانی	تعداد
			درصد	۶۱/۰
۱۱۵	۴۴	۷۱	فارس	تعداد
			درصد	۶۱/۴

جدول شماره ۴. آزمون تفاوت میانگین سلامت روان بر حسب قومیت

سطح معناداری	درجه آزادی	مقدار F	انحراف معیار	میانگین	قومیت	سلامت روان
.۰۰۱	۳۹۹	۲۸/۵	۶۸/۱۵	۹/۲۲	فارس	
			۷۹/۱۶	۶/۲۵	سیستانی	
			۸۰/۱۷	۲/۳۱	بلوچ	

جدول شماره ۴ تفاوت میانگین سلامت روان در بین زنان مورد بررسی اقوام را نشان می‌دهد؛ بر اساس داده‌های جدول فوق ارقام میانگین سلامت روان اقوام سیستانی (۲۵/۶)، بلوچ (۳۱/۲)، فارس (۲۲/۹)، و سایر (۲۶/۵) با یکدیگر متفاوت است که با توجه به مقدار F (۵/۲۸) و سطح معناداری (۰/۰۰۱)، می‌توان گفت در سطح ۹۹ درصد این تفاوت میانگین‌ها به لحاظ آماری معنادار می‌باشد. بر این اساس می‌توان گفت که زنان بلوچ نسبت به زنان سیستانی و زنان فارس از میزان سلامت روان کمتری برخوردار می‌باشند^۱.

۱ همان گونه که در روش شناسی ذکر شده است هرچه نمره سلامت روان بیشتر باشد، فرد از میزان سلامت روان کمتری برخوردار است.

جدول شماره ۵. ماتریس همبستگی بین متغیرهای مستقل و وابسته تحقیق

متغیرها	پایگاه	حمایت	احساس محرومیت	استرس	سلامت روان
پایگاه	ضریب پیرسون	۰/۱۸۴**	۰/۱۷۲**	۰/۲۶۶**	۰/۲۵۸**
	سطح معناداری	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
	تعداد	۴۰۰	۳۹۳	۳۸۲	۳۹۵
حمایت اجتماعی	ضریب پیرسون	۰/۱۸۴**	۰/۱۷۷**	۰/۲۹۶**	۰/۲۴۹**
	سطح معناداری	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
	تعداد	۳۵۹	۳۷۵	۳۹۳	۳۸۷
احساس محرومیت	ضریب پیرسون	۰/۱۷۲**	۰/۱۷۷**	۰/۱۵۲**	۰/۱۹۶**
	سطح معناداری	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۳	۰/۰۰۰
	تعداد	۳۹۳	۳۷۵	۳۸۶	۳۹۴
سلامت روان	ضریب پیرسون	۰/۲۵۸**	۰/۲۴۹**	۰/۱۹۶**	۰/۷۶۹**
	سطح معناداری	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
	تعداد	۳۹۵	۳۸۷	۳۹۴	۴۰۰
میزان فشار روانی	ضریب پیرسون	۰/۲۶۶**	۰/۲۹۶**	۰/۱۵۲**	۰/۷۶۹**
	سطح معناداری	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۳	۰/۰۰۰
	تعداد	۳۸۲	۳۹۳	۳۸۶	۳۸۷

جدول شماره ۵ ماتریس ضرایب همبستگی متغیرهای مستقل و وابسته تحقیق را نشان می‌دهد. داده‌های جدول نشان می‌دهد که بیشترین همبستگی متغیر وابسته (سلامت روان) به ترتیب با متغیرهای میزان فشار روانی (۰/۷۶۹-)، پایگاه اجتماعی-اقتصادی (۰/۲۵۸) و حمایت اجتماعی (۰/۲۴۹) می‌باشد. کمترین همبستگی متغیر وابسته نیز با متغیر احساس محرومیت با ضریب همبستگی (۰/۱۹۶-) بوده است. همچنین، براساس ضرایب همبستگی مشاهده شده به‌طور خلاصه می‌توان بیشترین همبستگی بین متغیرهای مستقل تحقیق با یکدیگر را بین دو متغیر استرس و حمایت اجتماعی با ضریب همبستگی ۰/۲۹۶- مشاهده نمود.

جدول شماره ۶. خلاصه مدل

متغیر وابسته	R	R Square	۲R تعدیل شده	F	درجه آزادی	Sig
سلامت روان	۰/۶۰۱	۰/۳۶۱	۰/۳۵۴	۴۹/۵۳	۳۵۴	۰/۰۰۰

نتایج رگرسیون چند متغیره جدول شماره ۶ نشان داده است که همبستگی چندگانه چهار متغیر مستقل مورد بررسی در این تحقیق، با میزان سلامت روان زنان ۰/۶۰۱ بوده است (۰/۶۰۱). $R=$ سنجه همخوانی یا ضریب تعیین نشان می دهد که ۳۶/۱ درصد از نوسانات در میزان سلامت روان زنان توسط متغیرهای میزان حمایت اجتماعی، پایگاه اجتماعی - اقتصادی، میزان فشار روانی (استرس) و احساس محرومیت نسبی قابل توضیح و تبیین است. به علاوه آزمون F و سطح معناداری نشان می دهد که مدل فوق در سطح ۹۹ درصد معنادار است.

جدول شماره ۷. ضرایب تاثیر در مدل نهایی تبیین کننده میزان سلامت روان

Collinearity Statistics		Correlations			(Sig)	(T)	(BeTa)	(B)	
VIF	Tolerance	Part	Partial	Zero-order					
۱/۰۸۰	۰/۹۲۶	-۰/۵۰۷	-۰/۵۳۶	-۰/۵۷۴	۰/۰۰۰	-۱۱/۸۶	-۰/۵۲۷	-۰/۳۲۷	استرس
۱/۰۷۹	۰/۹۲۷	۰/۱۲۵	۰/۱۵۴	۰/۲۶۱	۰/۰۰۴	۲/۹۲	۰/۱۳۰	۰/۱۰۰	حمایت اجتماعی
۱/۰۲۰	۰/۹۸۰	۰/۱۱۰	۰/۱۳۷	۰/۱۱۵	۰/۰۱۰	۲/۵۸۷	۰/۱۱۲	۰/۰۹۹	پایگاه
۱/۰۴۹	۰/۹۵۳	-۰/۰۵۰	-۰/۰۶۳	-۰/۰۵۰	-۰/۲۴۱	-۱/۱۷۴	-۰/۰۵۱	-۰/۰۳۸	احساس محرومیت

به منظور فهم دقیق تر شدت و جهت تأثیرات متغیرهای مستقل بر میزان سلامت روان از داده های موجود در جدول شماره ۷ در زمینه ضرایب تأثیر کمک گرفته شده است. یافته های جدول فوق نشان می دهد که، از بین چهار متغیر وارد شده در مدل رگرسیونی، سه متغیر پایگاه اجتماعی - اقتصادی (۰/۱۰)، استرس (۰/۰۰)، حمایت اجتماعی (۰/۰۴) با سلامت روان رابطه معنادار داشته اند. از مقایسه ضرایب رگرسیونی استاندارد بتا (BeTa) مشخص می شود که استرس متغیری است که در بین سایر متغیرهای مستقل بهتر می تواند تغییرات متغیر وابسته را تبیین کند به طوری که با افزایش یک واحد انحراف استاندارد در متغیر میزان استرس (۰/۵۲۷-) انحراف استاندارد در متغیر میزان سلامت روان کاهش می یابد (۰/۵۲۷-) $BeTa =$ به این معنا که هر چه زنان از میزان استرس بالاتری برخوردار باشند میزان سلامت روان آنها کاهش خواهد یافت. در مرتبه دوم تاثیرگذاری باید از حمایت اجتماعی نام برد که با داشتن (۰/۱۳۰) $BeTa =$ نشان می دهد که هر چه زنان از میزان حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار باشند میزان سلامت روان افزایش خواهد یافت. و در نهایت متغیر پایگاه اجتماعی -

اقتصادی با دارا بودن ($\beta = 0/112$) نشان می‌دهد که هر چه زنان از پایگاه اجتماعی-اقتصادی بالاتری برخوردار باشند میزان سلامت روان آنان افزایش خواهد یافت.

جدول شماره ۸. خلاصه مدل

Sig	درجه آزادی	F	R ² تعدیل شده	R Square	R	
۰/۰۰۰	۱۱۰	۱۴/۴۲	۰/۳۲۸	۰/۳۵۲	۰/۵۹۴	سلامت روان

نتایج رگرسیون چند متغیره جدول شماره ۸ نشان داده است که همبستگی چندگانه چهار متغیر مستقل مورد بررسی در این تحقیق، با میزان سلامت روان زنان بلوچ $R = 0/594$ بوده است ($R = 0/594$). سنجه همخوانی یا ضریب تعیین نشان می‌دهد که $32/8\%$ درصد از نوسانات در میزان سلامت روان زنان بلوچ توسط متغیرهای میزان حمایت اجتماعی، پایگاه اجتماعی-اقتصادی، استرس و احساس محرومیت نسبی قابل توضیح و تبیین است. بعلاوه آزمون F و سطح معناداری نشان می‌دهد که مدل فوق در سطح 99% درصد معنادار است.

جدول شماره ۹. ضرایب تاثیر در مدل نهایی تبیین کننده میزان سلامت روان زنان بلوچ

Collinearity Statistics		Correlations			(Sig)	(T)	(Beta)	(B)	
VIF	Tolerance	Part	Partial	Zero-order					
۱/۱۴۱	۰/۸۷۷	-۰/۴۳۷	-۰/۴۷۸	-۰/۵۴۴	۰/۰۰۰	-۵/۵۹	-۰/۴۶۷	-۰/۲۷۱	استرس
۱/۱۰۹	۰/۹۰۲	-۰/۱۶۱	-۰/۱۹۷	-۰/۳۱۴	۰/۰۴۱	-۲/۰۶	-۰/۱۷۰	-۰/۱۳۴	احساس محرومیت
۱/۱۱۴	۰/۸۹۷	۰/۱۳۶	۰/۱۶۶	۰/۳۱۰	۰/۰۸۶	۱/۷۳	۰/۱۴۳	۰/۱۰۶	حمایت اجتماعی
۱/۰۳۱	۰/۹۷۰	۰/۰۳۵	۰/۰۴۳	۰/۰۱۲	۰/۶۵۸	۰/۴۴۴	۰/۰۳۵	۰/۰۳۲	پایگاه

به منظور فهم دقیق تر شدت و جهت تأثیرات متغیرهای مستقل بر میزان سلامت روان از داده‌های موجود در جدول شماره ۹ در زمینه ضرایب تاثیر کمک گرفته شده است. یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد که، از بین چهار متغیر وارد شده در مدل رگرسیونی، دو متغیر استرس ($\text{sig} = 0/000$) و احساس محرومیت ($\text{sig} = 0/041$) با سلامت روان رابطه معنادار داشته‌اند. و رابطه بین متغیر حمایت اجتماعی ($\text{sig} = 0/086$) و پایگاه اجتماعی-اقتصادی ($\text{sig} = 0/658$)، با

میزان سلامت روان معنی دار نبوده است. از مقایسه ضرایب رگرسیونی استاندارد بتا (BeTa) مشخص می‌شود که استرس متغیری است که در بین سایر متغیرهای مستقل بهتر می‌تواند تغییرات متغیر وابسته را تبیین کند به طوری که با افزایش یک واحد انحراف استاندارد در متغیر میزان استرس (۰/۴۶۷-) انحراف استاندارد در متغیر میزان سلامت روان کاهش می‌یابد (۴۶۷) $BeTa = -0/467$ به این معنا که هر چه زنان بلوچ از میزان استرس بالاتری برخوردار باشند میزان سلامت روان آن‌ها کاهش خواهد یافت. در مرتبه دوم تاثیر گذاری باید از احساس محرومیت نام برد که با دارا بودن (۰/۱۷۰) $BeTa = -0/170$ نشان می‌دهد که هر چه زنان بلوچ از احساس محرومیت بالاتری برخوردار باشند میزان سلامت روان آنان کاهش خواهد یافت.

۷. بحث و نتیجه‌گیری

براساس نتایج به دست آمده مشخص شد که زنان بلوچ نسبت به زنان سیستانی و فارس دارای پایگاه اجتماعی- اقتصادی پایین‌تری می‌باشند و میزان استرس در زنان بلوچ نسبت به زنان اقوام دیگر بالاتر می‌باشد. همچنین میزان حمایت اجتماعی زنان فارس در مجموع بیشتر از زنان بلوچ و سیستانی بوده است. همچنین میزان احساس محرومیت زنان بلوچ نسبت به زنان دیگر بالاتر بوده ولی اکثر زنان سه قومیت نسبتاً احساس محرومیت بالایی را داشته‌اند و در نهایت، میزان سلامت روان اکثر زنان یعنی به میزان ۵۸ درصد دارای سلامت روان و ۴۲ درصد زنان مشکوک به اختلال روانی تشخیص داده شده‌اند که در این بین سهم زنان بلوچ نسبت به زنان سیستانی و فارس بیشتر بوده و در مجموع زنان فارس از سلامت روان مطلوب‌تری بهره‌مند بوده‌اند.

نتایج تحلیلی پژوهش حاکی از همبستگی معنادار بین متغیرهای مستقل مورد بررسی در تحقیق با میزان سلامت روان در زنان بوده است. در مجموع، مهمترین نتیجه پژوهش حاضر، تایید تأثیر متغیرهای جامعه‌شناختی بر افزایش و کاهش سلامت روان می‌باشد؛ به طوری که نتایج تحقیق نشان داد که بین پایگاه اجتماعی اقتصادی زنان با میزان سلامت روان رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد؛ که این یافته مؤید نظریه الگوی علیت اجتماعی است که بر اساس این نظریه پایگاه اجتماعی- اقتصادی علت بیماری روانی است. این الگویی است که عملاً برای توصیف رابطه بین پایگاه اجتماعی- اقتصادی (درآمد، شغل، تحصیلات) و سلامتی در نظر گرفته می‌شود. این یافته مطابق با نتایج پژوهش‌های انجام شده در این زمینه از جمله گشتاسبی (۱۳۸۲)، سیدان (۱۳۸۳) خسروی و خاقانی فرد (۱۳۸۶)، رجائی و بزازیان (۱۳۸۶)، مسعودنیا (۱۳۸۶)، فاریس و دونهام (۱۹۳۹)، کاواچی و همکاران (۱۹۹۷)، کلوز و ژاکوبی (۲۰۰۴)، دوکی

و همکاران (۲۰۰۷) می‌باشد که حاکی از آن بود که یک رابطه قوی و پایدار بین پایگاه اجتماعی- اقتصادی و بیماری روانی از قبیل اختلالات روان گسیختگی، اختلالات شخصیتی وجود دارد. نتایج تحقیق حاضر نیز نشان داد که زنان قومیت بلوچ که از پایگاه اجتماعی- اقتصادی پایین‌تری نسبت به دو قومیت دیگر دارند و میزان اختلالات روانی آنها نیز بیشتر است. یکی دیگر از عوامل اثر گذار بر سلامت روان، زنان احساس محرومیت نسبی است. مقوله یا مفهوم محوری این نظریه، محرومیت است. محرومیت همان گونه که از معنای لغوی آن مستفاد می‌شود، به طور ضمنی ناظر بر شرایطی نابرابر میان اجزای یک جامعه است؛ شرایطی که در آن برخی از شهروندان از امکانات، امتیازات و بهره‌مندی‌های بیشتری نسبت به برخی دیگر برخوردارند و اعضای گروه محروم در نسبت سنجی میان وضعیت خود و وضعیت گروه‌های دیگر به احساسی دست می‌یابند که محرومیت نامیده می‌شود. مطابق با پیشینه پژوهشی و نیز مبانی نظری طرح شده راجع به اثر منفی احساس محرومیت بر سلامت روان، همانگونه که انتظار می‌رفت یافته‌های تحقیق نشان داد که احساس محرومیت تأثیر منفی بر سلامت روان زنان دارد. به عبارت دیگر، احساس محرومیت نسبی موجب کاهش سلامت روان می‌شود. این یافته، مطابق با نتایج پژوهش‌های انجام شده در این زمینه از جمله الماسی و مرادی (۱۳۹۱)، مارتین (۱۹۸۱)، کروسبی (۱۹۸۴)، کیت و همکاران (۱۹۸۵)، استایلز و همکاران (۲۰۰۰)، هالند و همکاران (۲۰۱۰)، سابلونیه و همکاران (۲۰۱۲) بوده و حاکی از اثر منفی احساس محرومیت بر سلامت روان می‌باشد. احساس محرومیت نسبی باعث گسترش اضطراب، آشفتگی روانی، علائم استرسی، واکنش شدید عاطفی (افسردگی، پرخاشگری) و میزان پایین سلامت روحی و جسمی می‌گردد. که در این تحقیق نیز مشخص شد که میزان احساس محرومیت زنان بلوچ نسبت به زنان دیگر بیشتر و در نتیجه سلامت روان شان کمتر می‌باشد.

سومین متغیر تأثیرگذار بر سلامت روان زنان مورد مطالعه حمایت اجتماعی ادراک شده از سوی خانواده، دوستان و دیگران مهم می‌باشد. در زمینه رابطه حمایت اجتماعی و سلامت روان، نظریه‌های موجود و اکثر پژوهش‌های انجام شده حاکی از اثرات مثبت حمایت اجتماعی بر وضعیت سلامت روان می‌باشد. به عبارت واضح‌تر، همان گونه که انتظار می‌رفت یافته‌های تحقیق نشان داد که با افزایش برخورداری از حمایت اجتماعی واقعی (دریافت شده) یا تصویری (ادراک شده)، از سوی خانواده، دوستان و دیگران مهم سلامت روان زنان وضعیت مطلوب‌تری پیدا می‌کند و با کاهش منابع حمایتی، سلامت روان آنها به خطر می‌افتد. در راستای مبانی نظری طرح شده در زمینه آثار مثبت حمایت اجتماعی بر افزایش سلامتی و تأیید نتایج تحقیق حاضر،

این یافته، مطابق با نتایج پژوهش‌های انجام شده در این زمینه از جمله آزاد (۱۳۸۰)، خسروی و خاقانی فرد (۱۳۸۶)، ریاحی و همکاران (۱۳۸۹)، حمیدی (۱۳۸۹)، ریاحی و قهرمانی (۱۳۹۱)، لیندن و همکاران (۱۹۹۳)، کاواچی و همکاران (۲۰۰۱)، کلینبرگ و همکاران (۲۰۰۶)، تیلور و فیلد (۲۰۰۷) می‌باشد که حاکی از آن بودند که حمایت اجتماعی ادراک و یا دریافت شده می‌تواند موجب بهبود سلامت‌روان شود. نتایج جزئی تحقیق نیز نشان داد که زنان فارس که حمایت اجتماعی بیشتری نسبت به دو قومیت دیگر داشتند، سلامت روان مطلوب‌تری نیز دارند. آخرین متغیر تاثیر گذار بر سلامت روان زنان در تحقیق حاضر میزان استرس می‌باشد. تحقیقات متعددی رابطه بین استرس و سلامت روان را نشان داده‌اند. ترنر، ویتون، لوید (۱۹۹۵: ۱۰۴) اشاره کرده‌اند که تغییر در میزان استرس در جمعیت‌ها، رابطه‌ی معناداری با میزان بیماری‌ها و اختلالات روانی دارد. استرس به خصوص با نشانه‌های استرس و اختلالات روانی رابطه دارد. ترنر و لوید (۱۹۹۹: ۳۷۴) به خوبی نشان می‌دهند که میزان تاثیر استرس بسته به جنسیت، پایگاه اجتماعی-اقتصادی، وضعیت تاهل و سن متفاوت است. بسیاری دیگر از پژوهش‌های انجام شده از اثرات میزان استرس بر سلامت روان حکایت دارند. در تایید اثر منفی میزان استرس بر سلامت روان و نیز تایید نتایج تحقیق حاضر یافته‌های پژوهشی داخلی و خارجی (نظیر: ویسی و همکاران، ۱۳۷۹؛ ریاحی، ۱۳۸۸؛ اعتمادی و همکاران، ۱۳۸۹؛ وکیلی و همکاران، ۱۳۹۰؛ ورشو و رینهارت، ۱۹۷۴؛ کوباسا، ۱۹۷۹؛ ترنر، بولگر و همکاران، ۱۹۸۹؛ پرلین، ۱۹۸۹؛ ویتون، لوید، ۱۹۹۵؛ ربنولدس، ۱۹۹۷؛ بری، ۱۹۹۷؛ ترنر و لوید، ۱۹۹۹؛ انشنسل و فلان ۱۹۹۹؛ بری و برگر، ۲۰۰۳؛ فینگرمن و همکاران، ۲۰۰۵؛ سیلور و تیزدیل، ۲۰۰۵؛ کراکت و همکاران ۲۰۰۷؛ شید و براون، ۲۰۱۰) می‌باشد. نتیجه جزئی تحقیق نیز نشان می‌دهد که میزان استرس زنان بلوچ نسبت به زنان دیگر بیشتر بوده و نیز سلامت روان‌شان کمتر. در مجموع می‌توان گفت استرس با سلامت روان رابطه قوی دارد به طوری که افزایش میزان استرس به شدت سلامت روانی افراد را مورد تهدید قرار می‌دهد.

تحقیق حاضر نشان داد که متغیرهای جامعه‌شناختی پایگاه اجتماعی اقتصادی، حمایت اجتماعی، احساس محرومیت نسبی و میزان استرس به طور مستقیم و غیر مستقیم می‌توانند بر توزیع میزان سلامت روان به‌عنوان یک حالت عاطفی فردی اثرگذار باشند. با عنایت به نتایج تحقیق، پیشنهاد می‌گردد تا سیاست‌گذاران و مجریان حوزه سلامت‌روان (به ویژه زنان) به

طراحی سیاست های عملی‌ای پردازند که به افزایش میزان حمایت اجتماعی، کاهش احساس محرومیت نسبی، کاهش میزان استرس، و ارتقاء سلامت‌روان منجر گردد. توجه ویژه به آموزش و تحصیل به‌عنوان یکی از عوامل مهم و تاثیرگذار بر سلامت‌روان زنان به‌خصوص زنان بلوچ با کمک روحانیون اهل سنت که جایگاه اجتماعی و مذهبی ویژه‌ای در بین قوم بلوچ دارند می‌تواند گام مهمی باشد. همچنین با عنایت به اثرات منفی احساس محرومیت نسبی بر سلامت‌روان و اثرات مثبت بر فشار روانی (استرس) به نظر می‌رسد بهتر است تا دولت در بعد سیاسی در استخدام افراد بلوچ و غیر بلوچ و رسیدن آنها به مناصب سیاسی انصاف و عدالت را مد نظر قرار دهد. در بعد اقتصادی حل مشکلات اقتصادی مردم محروم منطقه در اولویت‌های اولیه قرار گیرد. در این رابطه، شایسته است تا زمینه‌ای برای جذب سرمایه‌گذاری خصوصی و اشتغال زنان فراهم گردد. همچنین، در بعد اجتماعی و فرهنگی نیازهای اولیه و ثانویه جمعیت بلوچ و غیر بلوچ منطقه به یکسان برآورد گردد.

منابع

- احمدی، حبیب؛ و نیکپور قنواتی، لیلا (۱۳۸۸). «تأثیر زندانی شدن محکومین به جرایم مواد مخدر بر وضعیت بهداشت روان زنان آن‌ها». *مجله جامعه‌شناسی کاربردی*، ۳۸ (۲۱): ۱۵۸-۱۴۸.
- پورقاز، عبدالوهاب؛ و رقیبی، مهوش (۱۳۸۴). «بررسی مقایسه‌ای سلامت روان دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهر زاهدان». *مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه سیستان و بلوچستان*، ۲: ۸۶-۶۹.
- تاسیگ، مارک؛ میلکو، جانت؛ و سوودی، سری (۱۳۸۶). *جامعه‌شناسی بیماری‌های روانی* (ترجمه احمد عبداللهی). تهران: سمت.
- حافظ‌نیا، محمدرضا؛ و کاویانی، مراد (۱۳۸۵). «نقش هویت قومی در همبستگی ملی؛ مطالعه موردی: قوم بلوچ». *مجله پژوهشی دانشگاه اصفهان (علوم انسانی)*، ۱ (۲۰): ۴۶-۱۵.
- حمیدی، فریده (۱۳۸۹). «بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روانی در زنان سرپرست خانوار در کارکنان یک دانشگاه نظامی». *مجله روانشناسی نظامی*، ۲ (۱): ۶۰-۵۱.
- خاقانی فرد، میترا (۱۳۹۰). «بررسی خشونت علیه زنان، جامعه‌پذیری جنسیتی و سرمایه‌های اجتماعی در پیش‌بینی سلامت روان گروهی از زنان شهر تهران». *مجله مطالعات زنان*، ۲ (۹): ۵۵-۸۰.
- خسروی، زهره؛ و خاقانی‌فرد، میترا (۱۳۸۶). «بررسی عوامل مرتبط با سلامت روان زنان شاغل در بخش‌های مدیریتی، کارشناسی و خدماتی مراکز غیر دولتی شهر تهران». *مجله مطالعات زنان*، ۱ (۵): ۴۴-۲۷.
- دولت‌آبادی، محمود (۱۳۵۶). *دیدار بلوچ*. تهران: انتشارات پیوند.
- رابرت گر، تد (۱۳۷۹). *چرا انسان‌ها شورش می‌کنند* (ترجمه علی مرشدی زاده). تهران: انتشارات پژوهشکده مطالعات راهبردی.
- ریاحی، محمداسماعیل؛ و رهبری، لادن (بی‌تا). «رویکرد فرایند استرس در جامعه‌شناسی سلامت روان». *مجله مطالعات اجتماعی ایران*؛ در دست انتشار.
- ریاحی، محمداسماعیل؛ علیوردی‌نیا، اکبر؛ و پورحسین، سیده زینب (۱۳۸۹). «بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روان». *مجله رفاه اجتماعی*، ۳۹ (۱۰): ۱۲۱-۸۵.
- ریاحی، محمداسماعیل (۱۳۸۸). «ارتباط میزان استرس و شیوع نشانه‌های اختلالات روان‌تنی در همسران شاهد». *مجله علمی طب نظامی*، ۳ (۱۱): ۱۸۷-۱۷۵.
- رجائی، یدالله؛ و بزازیان، سعیده (۱۳۸۶). «رابطه بین موقعیت اقتصادی-اجتماعی با سلامت روانی وجسمانی». *مجله روانشناسان ایرانی*، ۳ (۱۱): ۲۴۸-۲۳۷.

- رفیعی پور، امین؛ خضری‌مقدم، نوشیروان؛ و کهرآزنی، فرهاد (۱۳۸۴). «بررسی بهداشت روانی دانشجویان دارای افت تحصیلی و مقایسه آنان با دانشجویان عادی دانشگاه سیستان و بلوچستان». *مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه سیستان و بلوچستان*، ۲: ۶۵-۷۶.
- سام دلیری، کاظم (۱۳۸۲). «سنجش احساس محرومیت نسبی». *مجله مطالعات راهبردی*، ۴ (۶): ۸۱۳-۸۲۶.
- سیدان، فریبا (۱۳۸۳). «چندگانگی پایگاه اجتماعی - اقتصادی زنان و بیماری‌های روانی». *مجله مطالعات زنان*، ۶ (۲): ۳۱-۵۹.
- سپهر منش، زهرا (۱۳۸۷). «سلامت روان و عوامل مرتبط با آن در زنان جوان شهر کاشان». *مجله مطالعات زنان*، ۴: ۳۱-۴۲.
- شفرز، برنهارد (۱۳۸۸). مبانی جامعه‌شناسی جوانان (ترجمه کرامت الله راسخ). تهران: نشر نی.
- عبداللهی، محمد؛ و حسین‌پر، محمدعثمان (۱۳۸۱). «گرایش دانشجویان بلوچ به هویت ملی در ایران». *مجله جامعه‌شناسی ایران*، ۴ (۴): ۱۰۱-۱۲۶.
- علیخواه، فردین (۱۳۸۷). *احساس محرومیت نسبی و پتانسیل اعتراض سیاسی* (پایان‌نامه دکتری جامعه‌شناسی). دانشگاه علامه طباطبایی؛ تهران، ایران.
- قدسی، علی‌محمد؛ افشارکهن، جواد؛ و میهمی، حامد (۱۳۹۰). «مطالعه رابطه بین عوامل اجتماعی و فرسودگی شغلی معلمان شهرستان قروه». *مجله بررسی مسائل اجتماعی ایران*، ۲ (۲): ۱۵۷-۱۲۹.
- قلی‌زاده، سیدابراهیم (۱۳۹۰). «رابطه احساس محرومیت نسبی با هویت قومی؛ مطالعه موردی: جمعیت بلوچ شهر زاهدان». *مجله پژوهش‌های دانش زمین*، ۵ (۲): ۱-۱۴.
- قهرمانی خسروشاهی، فاطمه (۱۳۹۱). *تحلیل عوامل روانی- اجتماعی مؤثر بر احساس شادی در جوانان (۱۸- ۲۹) ساله شهر تهران* (پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد پژوهش اجتماعی). دانشگاه مازندران؛ مازندران، ایران.
- کوکرین، ریموند (۱۳۷۶). *مبانی اجتماعی بیماری‌های روانی* (ترجمه فریده براتی و بهمن نجاریان). تهران: انتشارات رشد.
- مقدس، علی‌اصغر؛ و سروش، مریم (۱۳۹۰). «فضای اجتماعی زندگی و طبقه اجتماعی: بازتابی فعالیت‌های فراغتی زنان در شیراز». *مجله بررسی مسائل اجتماعی ایران*، ۶ (۲): ۶۸-۴۱.
- محسنی‌تبریزی، علیرضا؛ و درویش‌ملا، محمدحسین (۱۳۸۷). «سنجش میزان احساس محرومیت نسبی و محرومیت ادراکی جوانان؛ مطالعه موردی شهر تهران». *مجله علوم اجتماعی*، ۳۴: ۷۳-۹۸.
- محسنی‌تبریزی، علیرضا؛ و سیدان، فریبا (۱۳۸۳). «منشأ اجتماعی بیماری افسردگی زنان». *مجله پژوهش زنان*، ۲ (۲): ۸۹-۱۰۲.

- محیط، احمد؛ شاه‌محمدی، داود؛ و بوالهروی، جعفر (۱۳۷۶). «ارزشیابی کشوری بهداشت روانی». *مجله اندیشه و رفتار*، ۳ (۳): ۱۶-۴.
- معیدفر، سعید؛ و شهلی‌بر، عبدالوهاب (۱۳۸۶). «جهانی‌شدن و شکل‌گیری سیاست فرهنگی محلی: مصرف رسانه‌ای بلوچ‌های ایران و چالش‌های هویت قومی و هویت ملی». *مجله دانشکده ادبیات و علوم انسانی*، ۵۶ و ۵۷: ۲۰۸-۱۸۳.
- نور بالا، احمدعلی؛ باقری یزدی، سیدعباس؛ اسدی لاری، محسن؛ و واعظ مهدوی، محمدرضا (۱۳۸۷). «وضعیت سلامت روان افراد ۱۵ ساله و بالاتر شهر تهران در سال ۱۳۸۷». *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۴ (۱۶): ۴۸۳-۴۷۹.
- Davis, T A (1959). A Formal in Tepretion of the Theory of Relative Deprivation Sociometry. *Sociometry*, 22 (4): 280-296.
- Douki S, Zineb S B, Nacef F, and Halbreich U (2007). Women's mental health in the Muslim world: Cultural, religious, and social issues. *Journal of affective disorders*, 102(1-3): 177-189.
- Holland A S (2010). Relative Deprivation, Relative Gratification, Status, and Health. *Journal of University of Nevada Lasvegas*, 1: 5-1.
- Soares J J F, Grossi G, and Sundin, Ö (2007). Burnout among Women: Associations with Demographic/ Socio-economic, Work, Life-style and Health Factors. *Archives of Women's Mental Health*, 10 (2): 61-71.
- Kawachi I, Kennedy B P, Lochner K, and Prothrow-Stith D (1997). Social Capital, Income Inequality, and Mortality. *American journal of public health*, 87 (9): 1491-1498.
- Kawachi I and Berkman L F (2001). Social Ties and Mental Health. *Journal of Urban health*, 78 (3): 458-467.
- Keith P M and Schafer R B (1985). Role Behavior, Relative Deprivation, and Depression among Women in one-and two-job Families. *Family relations*: 227-233.
- Landry L and et al (2006). Social Support and Mental Health in Adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 41 (9): 755- 760.
- Kornstein S G and Clayton A H (2002). *Women's Mental Health: A Comprehensive Textbook*. NewYork: Guilford Press.
- Landry L J and Mercurio A E (2009). Discrimination and Women's Mental Health: The Mediating Role of Control. *Sex Roles*, 61 (3-4): 192-203.
- Klose M and Jacobi F (2004). Can Gender Differences in the Prevalence of Mental Disorders be Explained by Sociodemographic Factors? *Archives of Women's Mental Health*, 7 (2): 133-148.
- Soltani M and et al (2012). Sleepless Nights: The Effect of Socioeconomic Status, Physical Activity, and Lifestyle Factors on Sleep Quality in a Large Cohort of Australian Women. *Arch Womens Ment Health*, 15 (4): 237-247.
- Mossakowski K N (2012). Racial/ethnic Inequality in Wealth during Young Adulthood and Midlife: A Social-psychological Perspective of the Middle Class. *American Behavioral Scientist*, 56 (5): 728-746.

- Sablonnière R D L, Tougas F, Sablonnière É D L and Debrosse R (2012). Profound Organizational Change, Psychological Distress and Burnout Symptoms: The Mediator Role of Collective Relative Deprivation. *Group processes & intergroup relations*, 15 (6): 776-790.
- Stile B and et al (2000). Relative Deprivation and Deviant Adaptations: The Mediating Effects of Negative Self-feeling. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 37(1): 64-90.
- Niaz U (2003). Violence against Women in South Asian Countries. *Archives of women's mental health*, 6 (3): 173-184.
- Williams D R and et al (1997). Racial Differences in Physical and Mental Health: Socio-economic Status, Stress and Discrimination. *Journal of health psychology*, 2 (3): 335-351.