

## مقایسه سرمایه روانشناختی و سواد سلامت روان در زنان شاغل و خانه دار

ثریا فرج زاده<sup>۱</sup>، صفورا کیوانلو<sup>۲</sup>، معصومه احمدی<sup>۳</sup>، مهسا جعفری<sup>۴</sup>

۱. گروه مدیریت دولتی، علوم اجتماعی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

۲. گروه علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

۳. گروه علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

۴. گروه علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۸/۰۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۷/۱۷

### چکیده

هدف از انجام این پژوهش مقایسه سرمایه روانشناختی و سواد سلامت روان در بین زنان شاغل و خانه دار بود. پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی است و با توجه به روش توصیفی و از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری آن کلیه زنان شاغل و خانه دار شهرستان اردبیل بود. حجم نمونه بر اساس جامعه آماری یاد شده ۵۰ نفر در دو گروه زنان (۲۵ نفر زن شاغل و ۲۵ نفر زن خانه دار) با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده اند. از پرسشنامه سرمایه روانشناختی لوتانز (۲۰۰۷) برای بدست آوردن داده‌های متغیر سرمایه روانشناختی استفاده شد و برای سواد سلامت روان از پرسشنامه مقیاس دانش و نگرش به استفاده از کمک‌های روانشناختی وود و وال (۲۰۰۶) استفاده شد. داده‌ها با تحلیل واریانس یک راهه تجزیه و تحلیل شده است نتایج نشان داد که بین سرمایه روانشناختی بین دو گروه زنان خانه دار و شاغل تفاوت وجود دارد. ولی در متغیر سواد سلامت روان بین دو گروه مذکور تفاوت وجود ندارد.

### کلید واژگان

سرمایه روانشناختی، سواد سلامت روان، زنان شاغل، زنان خانه‌دار

۱.soraya.farajzadeh@gmail.com

۲.skeyvanlo1@gmail.com

۳.masumehahmadi72@gmail.com

۴.mahsa.74@gmail.com

## ۱. مقدمه

واژه سلامت همیشه انسان را در طول زمان به خود مشغول کرده است. واژه سلامت هم مانند بسیاری از واژه های دیگر، به صورت گسترده در گفتگوهای روزمره‌ی ما و در نوشته‌ها و مقالات مورد استفاده قرار می‌گیرد، بی آنکه تعریف سلامت و مفهومی که دقیقاً از آن در ذهن داریم مشخص باشد. انسان‌ها همیشه تلاش کرده‌اند سطح سلامت را چه در حوزه فردی و چه اجتماعی بالا ببرند. تدوین برنامه‌های بهداشتی و درمانی برای حفظ سلامتی و مطالعه، پیشگیری و درمان بیماری‌ها نمونه‌ای از تلاش‌های بشری است. سلامتی حق اساسی هر انسان و یکی از هدف‌های اجتماعی است و تمام دولت‌ها و حکومت‌ها وظیفه دارند که سلامت افراد جامعه خود را تامین کنند. اهمیت این موضوع تا حدی است که صاحب نظران تمرکز مراقبت‌های بهداشتی قرن حاضر را بهبود کیفیت زندگی و وضعیت

سلامت دانسته‌اند. طبق آخرین تعریف سازمان بهداشت جهانی (WHO) سلامت عبارت است از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و داشتن یک زندگی که از نظر اقتصادی و اجتماعی مثمر باشد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۱). یعنی سلامتی تنها بیمار یا معلول نبودن نیست. تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامتی، یک تعریف ایده آل و عملاً دست نیافتنی است زیرا با توجه به این تعریف نمی‌توان فردی را پیدا کرد که در هر بعد جسمی، روانی و اجتماعی کاملاً سالم باشد، ضمن اینکه در عمل هم نمی‌توان مرزی بین سلامت و بیماری در نظر گرفت. امروزه سلامت را موضوعی چند بعدی می‌دانند. با اینکه این ابعاد به هم مربوط هستند ولی هر یک ویژگی خاص خود را دارد. چنانچه مشکلات جسمی بر روان فرد مشکلات روانی بر جسم او و نیز هر دوی آنها بر جامعه و اختلالات موجود در جامعه بر هر دو بعد دیگر سلامتی اثر می‌گذارند لذا اقدامات انجام شده برای ارتقای سلامتی باید به تمام جوانب سلامتی و سلامت کلی جامع توجه داشته باشد. یکی از ابعادی که اهمیتش روز به روز بر همگان آشکارتر می‌شود سلامت روان است و رفاه روانی یک بخش مهم تعریف سازمان بهداشت جهانی از سلامت است. تاکنون تعاریف مختلفی از سلامت روان ارائه شده است. مثلاً گفته شده است سلامت روان یعنی داشتن تعادل عاطفی و سازش اجتماعی، احساس راحتی و آسایش، فقدان بیماری روانی، یکپارچگی شخصیت و شناخت خود و محیط. گروهی از روانشناسان سلامت روان را بسیار بیشتر از روان نژند یا روانپزشی نبودن می‌دانند؛ اما گروهی دیگر در تعریف سلامت روان به تعریف رفتار نابهنجار می‌پردازند و سپس نتیجه می‌گیرند که سلامت روان در واقع مساوی با عدم بیماری روانی است. به گفته سازمان بهداشت جهانی سلامت روان شامل بهزیستی ذهنی، خودکار آمدی درک شده، استقلال، شایستگی، وابستگی بین نسلی و خودشکوفایی پتانسیل‌های فکری و عاطفی فرد در میان دیگران است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۱). سواد سلامت روان یکی از متغیرهایی است که سلامت روان جامعه را تحت تاثیر قرار می‌دهد. سازمان بهداشت جهانی در برنامه ادغام سلامت روان در مراقبت‌های اولیه بهداشتی (۲۰۰۸) بر خود مراقبتی در زمینه سلامت روان تاکید می‌کند و اعلام می‌دارد که بیشتر مردم باید ترغیب شوند که مشکلات خود در زمینه سلامت روان را خودشان یا با حمایت‌های خانواده و دوستان حل کنند. خود-مراقبتی زمانی که با ارتقای برنامه‌های سلامت در جمعیت عمومی همراه باشد، بسیار موثرتر است. مداخلات ارتقای سلامت می‌توانند نقش مهمی در بهبودی سواد سلامت روان از طریق کمک به افراد جهت شناسایی مشکلات یا بیماری‌ها، بهبودی آگاهیشان در مورد سبب شناسی اختلالات و درمان آنها و همچنین آگاهی بخشی در مورد اینکه برای دریافت خدمات کجا باید بروند و چه کاری انجام دهند، داشته باشند. همچنین این سازمان در اطلس سلامت روان (۲۰۱۴) اعلام می‌کند که حدود نیمی از برنامه‌های گزارش شده توسط اعضای این سازمان جهت ارتقای سلامت روان و پیشگیری از اختلالات روانی شامل افزایش سواد سلامت روان و کاهش استیگما بودند. رایج‌ترین برنامه گزارش شده مداخلات ارتقای مبتنی بر مدرسه بوده است. سواد سلامت روان به این معناست که افراد در زمینه سلامت روان چه می‌دانند و نگرش افراد نسبت به سلامت روان

چگونه است. جرم، کورتن و جاکومب (۱۹۹۷) اصطلاح سواد سلامت روان را معرفی کردند. آنها سواد سلامت روان را اینگونه تعریف می کنند: "دانش و نگرش‌هایی در مورد اختلالات روانی با هدف بازشناسی، مدیریت و پیشگیری از اختلالات روانی".

سلامت روان در واقع محصول کارکرد عوامل وسیع اجتماعی است که زیر ساخت‌های جامعه بر مبنای آن استوار گردیده است. عواملی نظیر محیط اجتماعی و اقتصادی از طریق اثراتی که بر جسم و روان افراد خواهند داشت همانند ریشه‌هایی در سلامت افراد جامع مؤثرند. شرایط زندگی، امکانات، تسهیلات آموزشی، نحوه ارتباطات، آگاهی‌ها، وضعیت اشتغال، درآمد، امنیت و سایر موارد همگی به طریقی بر سلامت فرد و بر بروز و شیوع بیماری‌ها تأثیر می‌گذارند. اصطلاح پیشگیری مقدماتی یا ابتدایی (primordial prevention) نیز به این موضوع اشاره دارد. در این نوع پیشگیری مسئولین بهداشتی می‌کوشند تا با کاستن از خطرهای مواجهه از بروز بیماری پیشگیری نمایند. ایجاد زیرساخت‌های لازم برای توانمندسازی جامعه و آموزش عموم مردم از جمله راهکارهای پیشگیری مقدماتی یا ابتدایی در برنامه‌ی سلامت روان است. از نگاه سازمان بهداشت جهانی، آگاهی و سواد در بهبود منافع فرد و جامعه اثر مستقیم می‌گذارد. بی‌سوادی، عامل تهدیدکننده سلامت روان است و سلامت اجتماعی را هم مختل می‌کند. در یک جامعه بی‌سواد یا کم سواد، شاخص‌های سلامت جسمی، روانی و اجتماعی نیز در پایین‌ترین سطح قرار دارد، زیرا مردم به خوبی نمی‌دانند که چگونه از سلامت خود مراقبت کنند. سواد

سلامت روان به علت شرایط خاصی که دارد به راحتی قابل حصول نیست و موانعی بر سر راه ارتقاء سطح سلامت روان وجود دارد که می‌توان عقاید و باورهای منفی در خصوص درمان‌های روانپزشکی و به خصوص استفاده از داروها، نگرش منفی به افراد دارای مشکلات روانی، ماهیت پیچیده بیماری‌های روانی و ترجیح مردم در مراجعه به افراد غیرمتخصص را از آن جمله برشمرد. سلامت روان برای مدت‌های زیادی در پشت پرده‌ای از انگ و تبعیض پنهان شده و اکنون پیشرفت علم بشر بستری برای بیان سلامت روان و پرداختن به آن را فراهم نموده است.

سواد سلامت روان به معنی دانش و باورهای فرد در مورد اختلالات روانی است که به شناسایی، مدیریت و پیشگیری از بیماری‌ها کمک می‌کند و عمق سواد سلامت روان به آگاهی و نگرش فرد بر می‌گردد که می‌تواند باورهایی در نگرش فرد شامل دانش چگونگی جستجوی اطلاعات در حوزه سلامت روان و شناسایی عوامل و راهکارهای خود مراقبتی و سبک زندگی و استفاده از کمک‌های حرفه‌ای ایجاد نماید. توجه به بهداشت روانی مؤثر و همگانی در بسیاری از جوامع امروز جزء مسائل اصلی اجتماعی قرار گرفت است. تبلیغات مثبت، آشنایی عمومی افراد از طریق برنامه‌های رادیویی و تلویزیونی و نشریات آمادگی بیشتری برای پذیرش چنین مسائلی را به وجود آورده به طوری که غالباً بسیاری از افراد داوطلبان اقدام به دریافت کمک به منظور رفع عوارض عصبی خود می‌کنند. متأسفانه در کشور ما به این مسائل کمتر توجه شده است و مطالعات علمی در این زمینه محدود است و نیاز به انجام پژوهش‌هایی در این زمینه کاملاً محسوس است. سودمندی‌های آگاهی در مورد بیماری‌های جسمانی به طور وسیع پذیرفته شده است، اما آگاهی در مورد اختلالات روانی نسبتاً مورد غفلت واقع شده است. سطح آگاهی جامع در مورد سلامت روان پایین است (بارکر و همکاران، ۲۰۰۷؛ بارکر و همکاران، ۲۰۰۸). بیشتر افراد در شناسایی نشانه‌های اختلالات رایجی چون افسردگی ناتوانند (جرم، ۲۰۰۵). بسیاری از مردم نمی‌توانند به درستی اختلالات روانی را شناسایی کنند یا واژه‌های روانپزشکی را نمی‌دانند. برای مثال در پژوهشی در استرالیا اکثر شرکت کنندگان نشانه‌ها را به عنوان یک اختلال روانی تشخیص دادند اما تنها ۳۹ درصد از افراد نشانه‌های افسردگی و ۲۷ درصد افراد نشانه‌های اسکیزوفرنی را شناختند. توجه به بهداشت روان مؤثر و همگانی جزء مسائل اصلی جوامع امروزی است. با توجه به آنکه سواد سلامت روان یک عامل کلیدی جهت افزایش سطح بهداشت روانی جوامع است لذا پژوهش در این حوزه لازم است. آماری رسمی از میزان سطح سواد سلامت روان در کشور ما وجود ندارد اما با توجه به سطح سواد سلامت در کشور تا حدودی می‌توان سطح سواد سلامت روان را نیز برآورد کرد. بنی هاشمی و همکاران (۱۳۸۶) سواد سلامت را ۱ / ۲۸ درصد سواد سلامت کافی، ۳ / ۱۵ درصد سواد سلامت مرزی / ۵۶ درصد سواد سلامت ناکافی برآورد کرده‌اند و نتیجه می‌گیرند که به طور کلی سطح سواد سلامت در ایران پایین است و مهمترین عامل تأثیر گذار بر

سطح سواد سلامت تحصیلات است. تحقیقات نشان می‌دهد که سطوح پایین سواد سلامت با سن بالا، درآمد کم و تعداد سال‌های تحصیلات رسمی مرتبط است (وانگ و همکاران، ۲۰۱۷). طبق آمارهای غیر رسمی سواد سلامت روان در کشور ما پایین است و با این وجود پژوهش‌های انجام شده در این حوزه نیز بسیار محدود است. گزارش رئیس دفتر سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت و همچنین با توجه به شواهد موجود، سلامت روان مقوله‌ای است که نسبت به ابعاد دیگر سلامت در کشور ما کمتر به آن توجه شده است و ما از نظر سطح سواد سلامت روان از وضعیت خوبی برخوردار نیستیم در حالی که اولین قدم جهت افزایش سطح بهداشت روان افراد جامعه بالا بردن سطح آگاهی افراد از مسائل روانشناختی و نحوه درخواست خدمت در این زمینه است. از طرفی دیگر مطالعات انجام شده در این زمین در خارج از کشور بیشتر بر روی دانش آموزان انجام شده و نتایج مطالعات تا حدودی با هم مغایر است. تحقیقات روی مداخلات برای بهبود سواد سلامت روان و مهارت‌های افراد جوان نسبتاً کمیاب بوده است (پری و همکاران، ۲۰۱۴).

همچنان که ذکر شد، یکی از عواملی که رابطه آن با سواد سلامت در این مطالعه مورد بررسی قرار خواهد گرفت سرمایه‌های روانشناختی افراد است. سرمایه‌های روان شناختی مفهومی است که برگرفته از مکتب روانشناسی مثبت نگر است که توسط سلینگمن و همکارانش ارائه شده بود (لوتانز و همکاران، ۲۰۰۷). نتایج پژوهش‌های انجام شده در زمینه روانشناسی مثبت‌گرا حاکی از آن است که ظرفیت‌های روانشناختی از قبیل: امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی در کنار هم عاملی را با عنوان (( سرمایه‌های روانشناختی ))

تشکیل می‌دهند. به عبارت دیگر، برخی متغیرهای روانشناختی از قبیل: امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی در مجموع یک منبع یا عامل نهفته جدیدی را تشکیل می‌دهند که در هر یک از این متغیرها نمایان است (اوی، ۲۰۰۶). بنابراین سرمایه‌های روانشناختی از متغیرهای روانشناختی مثبت‌گرایی تشکیل شده است که قابل اندازه‌گیری، توسعه و پرورش هستند و امکان مدیریت بر آنها وجود دارد (پیچ و دونهو، ۲۰۰۴).

سرمایه روانشناختی با ویژگی‌هایی از قبیل باور فرد به توانایی‌هایش برای دستیابی به موفقیت، داشتن پشتکار در دنبال کردن اهداف، ایجاد اسنادهای مثبت درباره خود و تحمل کردن مشکلات تعریف می‌شود (لوتانز و لوتانز، ۲۰۰۴). همچنین برخوردار بودن از سرمایه روانشناختی افراد را قادر می‌سازد تا علاوه بر مقابله بهتر در برابر موقعیت‌های استرس‌زا، کمتر دچار تنش شده، در برابر مشکلات از توانایی بالایی برخوردار باشند، به دیدگاه روشنی درباره خود برسند و کمتر تحت تاثیر وقایع روزانه قرار بگیرند، لذا این گونه افراد دارای سلامت روان شناختی بالاتری نیز هستند (روبینز، میلر، کاپوزیه و واترز - مارش، ۱۹۹۸). سلینگمن معتقد است که سرمایه روانشناختی، جنبه‌های مثبت زندگی آدمی را در بر می‌گیرد. او معتقد است که سرمایه انسانی و اجتماعی آشکار بوده، به آسانی قابل مشاهده است و می‌توان آن را به سادگی اندازه‌گیری و کنترل نمود، در حالی که سرمایه روانشناختی، بیشتر بالقوه بوده، اندازه‌گیری و توسعه آن دشوار است. بنابراین، سرمایه روان شناختی شامل درک شخصی فرد از خودش، داشتن هدف برای رسیدن به موفقیت و پایداری در برابر مشکلات تعریف می‌شود (گلداسمیت و وی بوم و داریتی، ۱۹۹۷). سرمایه روانشناختی، سازه‌ای ترکیبی و به هم پیوسته است که چهار مولفه ادراکی - شناختی یعنی امید، خوش‌بینی، خودکارآمدی و تاب‌آوری را در بر می‌گیرد. این مولفه‌ها در یک فرایند تعاملی و ارزشیابانه، به زندگی فرد معنا بخشیده و تالش فرد برای تغییر موقعیت‌های فشارزا را تداوم می‌بخشد (ایرز و جاج، ۲۰۰۱) و او را برای ورود به صحنه عمل آماده نموده (جاج و بونو، ۲۰۰۱)، مقاومت و سرسختی وی در تحقق اهداف را تضمین می‌کند (پارکر، بالتز، یانگ و هاف، آلتمان، لاکوست و رابرتس، ۲۰۰۱).

## ۲. روش و ابزار تحقیق

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی است و با توجه به روش توصیفی و از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری کلیه زنان

شاغل و خانه‌دار شهرستان اردبیل بود. حجم نمونه بر اساس جامعه آماری یاد شده دوگروه زنان (۲۵ نفر زن شاغل و ۲۵ نفر زن خانه‌دار) با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. پس از تهیه ابزار پژوهش اقدام به جمع‌آوری پرسشنامه‌های پژوهش گردید. پژوهشگر بر روند اجرای پرسشنامه‌ها نظارت داشت و تمامی پرسشنامه‌ها تکمیل گردیده و هیچ پرسشنامه‌ای بدون پاسخ باقی نماند. فرایند جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه، ۴ روز کاری به طول انجامید. بعد از گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌های پاسخ‌های دانش‌آموزان تیزهوش و عادی طبقه بندی شد و با ورود به نرم افزار تحلیل آماری با روش‌های آماری مناسب مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح توصیفی شامل اندازه‌های گرایش به مرکز (میانگین) و اندازه‌های پراکنده از مرکز (انحراف استاندارد) و در سطح استنباطی جهت نرمال بودن (طبیعی بودن) توزیع نمونه‌گیری از آزمون شاپیرو ویلکز، برای بررسی ماتریس‌های واریانس یک راهه از آزمون آنوا استفاده شد. سپس از نسخه ۲۳ نرم افزار SPSS استفاده گردید.

در این تحقیق سطح سلامت روان با استفاده از دو پرسشنامه با عناوین "مقیاس دانش IOOV و مقیاس نگرش به استفاده از کمک‌های حرفه‌ای روانشناختی (ATSPPH)" سنجیده می‌شود. مقیاس دانش IOOV توسط وود و وال (۲۰۰۶) طراحی شد. این مقیاس شامل ۱۲ گویه در ارتباط با میزان آگاهی و شناخت افراد از بیماری‌های روانی است، که هر گویه بر اساس طیف لیکرت دارای ۷ گزینه از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم است. بنابراین دامنه بالقوه نمره هر پاسخگو در این پرسشنامه از ۱۲ تا ۸۴ محاسبه می‌شود. "وود" و "وال" این پرسشنامه را اولین بار برای سنجش آگاهی دانشجویان کارشناسی از بیماری‌های روانی به تعداد ۱۱۴ نفر به کار بردند. در یک مطالعه دیگر پینتو فولتزر، لاگردن و مهیرز (۲۰۰۹) این پرسشنامه را در مورد ۴۱ دختر نوجوان به کار بردند، و

هماهنگی درونی گویه‌ها با آلفای کرونباخ ۰/۷۳ به دست آمد. پینتو فولتزر (۲۰۰۹) نیز آلفای کرونباخ ۰/۵۱ تا ۰/۶۶ را برای این پرسشنامه به دست آورده است. پرسشنامه نگرش به استفاده از کمک‌های حرفه‌ای روانشناختی (ATSPPH) توسط فیشر و فارینا (۱۹۹۵) طراحی شد، دارای ۱۰ گویه ۴ نمره‌ای شامل "موافقم"، "تاحدودی موافقم"، "تاحدودی مخالفم" و "مخالفم" است که نگرش فرد به استفاده از مراقبت‌های سلامت روان را می‌سنجد، و مقیاس مناسبی جهت ارزیابی نگرش به بیماری‌های روانی است (پینتو فولتزر، ۲۰۰۹). نمرات بالا در این پرسشنامه نشان‌دهنده نگرش مثبت فرد به بیماری‌های روانی و استفاده از کمک‌های حرفه‌ای روانشناختی است. همسازي درونی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ از ۰/۶۸ تا ۰/۷۳ گزارش شده است (لاگردن و همکاران، ۲۰۰۹؛ پینتو فولتزر و همکاران، ۲۰۰۹). در رساله دکتری پینتو فولتزر (۲۰۰۹) آلفای کرونباخ ۰/۶۵ تا ۰/۷۷ برای این پرسشنامه گزارش شد. با توجه به اینکه در تحقیق حاضر جهت سنجش سواد سلامت روان از ترکیب دو پرسشنامه فوق استفاده می‌شود، گزینه‌های پرسشنامه (ATSPPH) به صورت زیر خواهد بود: "موافقم"، "تاحدودی موافقم"، "تاحدودی مخالفم" و "مخالفم". بدین ترتیب دامنه بالقوه نمره هر پاسخگو در این پرسشنامه از ۱۰ تا ۴۰ محاسبه می‌شود. نمره سواد سلامت روان هر فرد از مجموع نمرات فرد در این دو پرسشنامه محاسبه میشود (از ۲۲ تا ۱۲۴) و هرچه نمره بالاتری کسب کند، از سواد سلامت روان مطلوب‌تری برخوردار است. جهت درک بهتر وضعیت سواد سلامت روان افراد شرکت‌کننده در تحقیق نمرات افراد برحسب جدول زیر به سه دسته تقسیم میشود:

| سطح سواد سلامت روان | پایین      | متوسط | بالا        |
|---------------------|------------|-------|-------------|
| دامنه نمرات         | کمتر از ۵۱ | ۵۱-۸۰ | بیشتر از ۸۰ |

در زنان شاغل و خانه دار فصلنامه علمی منابع و سرمایه انسانی دوره ۱، شماره ۱، پاییز ۱۴۰۰ برای سنجش سرمایه روانشناختی از پرسشنامه سرمایه روانشناختی لوتانز (۲۰۰۷) استفاده می‌شود. این پرسشنامه ۲۴ سوالی و شامل چهار خرده مقیاس امیدواری، تاب‌آوری، خوشبینی و خودکارآمدی است که در آن هر خرده مقیاس شامل ۶ گویه است و آزمودنی به هر گویه در مقیاس ۶ درجه‌ای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) لیکرت پاسخ می‌دهد. برای محاسبه نمره سرمایه روانشناختی ابتدا نمره هر خرده مقیاس محاسبه می‌شود و از جمع نمرات خرده مقیاس‌ها نمره سرمایه روانشناختی حاصل می‌گردد. روایی پرسشنامه در مطالعات مختلف مورد تایید قرار گرفته است. لوتانز (۲۰۰۷) با استفاده از تحلیل عاملی و معادلات ساختاری نسبت خنثی دو این آزمون را ۲۴/۶ و آماره های CFI و RMSEA این مدل را ۰/۹۷ و ۰/۰۸ گزارش کرده‌است که روایی عاملی آزمون مورد تایید قرار گرفته است. پایایی پرسشنامه در ایران توسط بهادری خسروشاهی و همکاران (۱۳۹۱) بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش شده‌است.

### ۳. یافته‌های پژوهش

جدول ۱: آماره های توصیفی و آزمون شپیر وویلکز برای بررسی نرمال بود توزیع نمرات متغیرها

| آزمون شاپیرو - ویکز |    |       | آماره های توصیفی |         |         |        | تعداد | گروه          | منبع متغیر        |
|---------------------|----|-------|------------------|---------|---------|--------|-------|---------------|-------------------|
| sig                 | df | w     | انحراف استاندارد | میانگین | بیشترین | کمترین |       |               |                   |
| 0.615               | 25 | 0.895 | ۱۲.۲۶            | ۱۱۳.۶   | ۱۳۳     | ۸۲     | ۲۵    | زنان شاغل     | سرمایه روانشناختی |
| 0.229               | 25 | 0.948 | ۲۱.۷۲            | ۱۰۳.۸۴  | ۱۳۶     | ۴۳     | ۲۵    | زنان خانه دار |                   |
| 0.13                | 25 | 0.91  | ۴.۸۴             | ۲۸.۸۸   | ۳۶      | ۱۶     | ۲۵    | زنان شاغل     | خودکارآمدی        |
| 0.112               | 25 | 0.935 | ۶.۲۲             | ۲۸.۱۶   | ۳۶      | ۱۳     | ۲۵    | زنان خانه دار |                   |
| 0.117               | 25 | 0.881 | ۲.۴۱             | ۲۹.۹۲   | ۳۴      | ۲۳     | ۲۵    | زنان شاغل     | خوشبینی           |
| 0.954               | 25 | 0.313 | ۶۱.۹۸            | ۲۶.۴۴   | ۳۶      | ۱۱     | ۲۵    | زنان خانه دار |                   |
| 0.3                 | 25 | 0.909 | ۴.۷۸             | ۲۷.۳۲   | ۳۴      | ۱۸     | ۲۵    | زنان شاغل     | تاب‌آوری          |
| 0.218               | 25 | 0.947 | ۵.۶۴             | ۲۳.۶۸   | ۳۲      | ۹      | ۲۵    | زنان خانه دار |                   |
| 0.538               | 25 | 0.966 | ۴.۶۱             | ۲۷.۴۸   | ۳۵      | ۱۸     | ۲۵    | زنان شاغل     | امیدواری          |
| 0.959               | 25 | 0.389 | ۵.۹۱             | ۲۵.۵۶   | ۳۶      | ۱۰     | ۲۵    | زنان خانه دار |                   |
| ۰.۱۳                | ۲۵ | 0.863 | ۱۴.۱             | ۹۱.۸    | ۱۰۸     | ۶۵     | ۲۵    | زنان شاغل     | سواد سلامت روان   |
| ۰.۹۶                | ۲۵ | ۰.۴۱۵ | ۱۰.۹۲            | ۸۸.۷۶   | ۱۰۹     | ۷۰     | ۲۵    | زنان خانه دار |                   |

با توجه به اطلاعات جدول ۱، میانگین و انحراف معیار برای متغیر سرمایه روانشناختی برابر با  $(۱۱۳.۶ \pm ۱۲.۲۶)$  در گروه زنان شاغل  $(۱۰۳.۸۴ \pm ۲۱.۷۲)$  در گروه زنان خانه دار و میانگین و انحراف معیار برای متغیر سواد سلامت روان در گروه زنان شاغل برابر با  $(۹۱.۸ \pm ۱۴.۱)$  و میانگین و انحراف معیار در گروه زنان خانه دار برابر با  $(۸۸.۷۶ \pm ۱۰.۹۳)$  محاسبه شده است در بین مولفه های

مقایسه سرمایه روانشناختی و سواد سلامت روان

در زنان شاغل و خانه دار  
 فصلنامه علمی منابع و سرمایه انسانی دوره ۱، شماره ۱، پاییز ۱۴۰۰  
 سرمایه روانشناختی در گروه زنان شاغل مولفه خوشبینی با میانگین و انحراف معیار ( $29.92 \pm 2.41$ ) و در گروه زنان خانه دار مولفه خودکارآمدی با میانگین و انحراف معیار ( $28.16 \pm 6.22$ ) دارای بیشترین میانگین و مولفه تاب آوری با میانگین و انحراف معیار ( $27.32 \pm 4.87$ ) در گروه زنان شاغل و میانگین و انحراف معیار ( $23.68 \pm 5.64$ ) کمترین میانگین را دارا می باشند. همچنین با توجه به اینکه تعداد نمونه هر گروه کمتر از ۳۰ نفر می باشد جهت ارزیابی نرمال بودن داده ها از آزمون شاپیرو ویلکس استفاده شده است. نتایج آزمون شاپیرو ویلکس در جدول بالا نشان می دهد که نمرات متغیرها، دارای توزیع نرمال بوده ( $p > 0.05$ ) و برای سنجش فرضیه های پژوهش باید از آزمون های پارامتری استفاده کرد.

جدول ۲: آزمون آنوا برای مقایسه سرمایه شناختی و سواد سلامت روان بین زنان شاغل و خانه دار

| sig   | f     | میانگین مربعات | df | مجموع مربعات | منبع متغیر |                    |
|-------|-------|----------------|----|--------------|------------|--------------------|
| .۰۰۳  | 1.739 | 189.469        | 30 | 5684.80      | بین گروه   | سواد سلامت روان    |
|       |       | 108.947        | 19 | 2070         | درون گروه  |                    |
|       |       |                | 49 | 7754.080     | کل         |                    |
| 0.043 | 2.136 | 414.761        | 30 | 12442.83     | بین گروه   | سرمایه روان شناختی |
|       |       | 194.171        | 19 | 3689.25      | درون گروه  |                    |
|       |       |                | 49 | 16132.08     | کل         |                    |
| 0.212 | 1.423 | 34.566         | 30 | 1036.98      | بین گروه   | خودکارآمدی         |
|       |       | 24.289         | 19 | 461.5        | درون گروه  |                    |
|       |       |                | 49 | 1498.48      | کل         |                    |
| 0.163 | 1.543 | 28.677         | 30 | 860.297      | بین گروه   | خوشبینی            |
|       |       | 18.583         | 19 | 353.083      | درون گروه  |                    |
|       |       |                | 49 | 1213.380     | کل         |                    |
| 0.002 | 3.826 | 42.856         | 30 | 1285.667     | بین گروه   | تاب آوری           |
|       |       | 11.202         | 19 | 212.833      | درون گروه  |                    |
|       |       |                | 49 | 1498.5       | کل         |                    |
| 0.201 | 1.449 | 32.388         | 30 | 971.647      | بین گروه   | امیدواری           |
|       |       | 22.360         | 19 | 424.833      | درون گروه  |                    |
|       |       |                | 49 | 1396.480     | کل         |                    |

با توجه به اطلاعات جدول ۲ مقدار F بدست آمده برای سرمایه روانشناختی برابر ۲.۱۳۶، برای مولفه تاب آوری ۳.۸۲۶ و برای سواد سلامت روان ۱.۷۳۹ می باشد و از آنجاییکه سطح معنی داری این مقادیر با درجه آزادی ۳۰ و ۱۹ کمتر از ( $P < 0.05$ ) می باشد پس می توان نتیجه گرفت، بین سرمایه روانشناختی و تاب آوری و سواد سلامت روان بین زنان شاغل و خانه دار تفاوت معنادار وجود دارد. اما با توجه به بالا بودن سطح معناداری از استاندارد ۰.۰۵ بین، خودکارآمدی، خوشبینی و امیدواری بین زنان شاغل و خانه دار تفاوت معنادار وجود ندارد

## نتیجه گیری

۴. نتایج نشان داد زنان شاغل و خانه‌دار از لحاظ سرمایه روانشناختی با هم تفاوت معناداری دارند، بدین صورت که نمره سرمایه روانشناختی در بین زنان شاغل بالاتر از زنان خانه‌دار بود. این یافته با نتایج تحقیقات (آدلر و فاگلی، ۲۰۰۵؛ لوتانز و جنسون، ۲۰۰۲) همخوانی دارد. در توجیه این یافته می‌توان سرمایه روانشناختی به عنوان یک عامل مهم به رضایت از زندگی افراد کمک کند. سرمایه روانشناختی نیرومندترین نیروی مقابله‌ای برای روبارویی موفقیت‌آمیز و آسان افراد در زمان درگیری با شرایط تنش‌زا شناخته شده و تحمل مشکلات را برای افراد تسهیل می‌کند. همچنین سرمایه روانشناختی از طریق ایفی نقش واسطه‌ای میان عوامل تنش‌زای زندگی و بروز مشکلات جسمی و روانی و همچنین تقویت شناخت افراد، باعث کاهش تنش شده، و مولفه‌ای سرمایه روانشناختی را در افراد افزایش می‌دهد (آدلر و فاگلی، ۲۰۰۵). نتیجه مطالعه امرسون نشان داد که مادران خانه‌دار بیشتر از مادران شاغل احتمال دارند به بیماری روانی مبتلا بوده و از سرمایه روانشناختی پایتتری برخوردارند (امرسون، ۲۰۱۰). یافته دیگر این پژوهش مبنی بر معنادار بودن تفاوت تاب‌آوری زنان خانه‌دار و زنان شاغل نیز با پژوهش‌های قبلی از جمله پژوهش‌های بشارت و همکاران (۲۰۱۰)، معینی‌فر و جان‌فدا (۲۰۱۲)، هارتفیلد و همکاران (۲۰۱۱) و وودیارد (۲۰۱۱) همخوانی قابل ملاحظه‌ای وجود دارد.
۵. نتایج نشان داد که بین میزان سواد سلامت روان زنان شاغل و خانه دار شهر اردبیل تفاوت وجود دارد. یافته حاصل همسو با نتایج پژوهش‌های جرم (۲۰۱۲) است که اعلام می‌کنند برنامه‌ای آموزشی برای افراد جهت مداخله‌های بهتر در بحران‌های سلامت روان نتایج مطلوبی به دنبال داشته است. همانند نتایج حاصل از مطالعه حاضر، یافته‌های پژوهش‌های پیشین نظیر طهرانی بنی‌هاشمی و دیگران (۱۳۸۶)، نکویی مقدم و دیگران (۱۳۹۱)، جواد زاده و دیگران (۱۳۹۲) و اورلو و دیگران (۲۰۰۵) نیز تأثیر میزان تحصیلات بر سطح سواد سلامت را نشان می‌دهد. در پژوهش خدابخشی (۱۳۹۵) نتایج نشان داد که بین سواد سلامتی زنان سالمند بازنشسته و سواد سلامتی زنان سالمند خانه دار تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی دیگر زنان بازنشسته نسبت به زنان خانه دار، از سواد سلامتی بالاتری برخوردارند. این نتایج با یافته‌های کرمانساروی و همکاران (۲۰۱۲) و زنجانی و بیات (۲۰۱۰) که دریافتند نمرات میانگین سواد سلامت روانی زنان شاغل بالاتر از زنان خانه دار می‌باشد، همسو می‌باشد. این یافته را می‌توان اینگونه استدلال کرد که با توجه به تعاریف ارائه شده برای سواد سلامت که شامل میزان ظرفیت فرد برای کسب، درک و تفسیر اطلاعات اولیه و خدمات سلامتی در جهت تصمیم‌گیری متناسب برپایه دسترسی، مهارت خواندن، فهم، ارزیابی و تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات سلامت، می‌توان اینگونه بیان کرد که زنان شاغل عمدتاً ممکن است به واسطه شغل خود مطالعه بیشتری داشته و در معرض اطلاعات وسیع‌تر از طریق آموزش‌های متفرقه قرار گرفته باشند که این امر نقش بسزایی در افزایش دانش افراد در مورد بیماری‌ها و پیشگیری در اختیار زنان قرار دهد. علاوه بر این، زنان شاغل به واسطه شغل خود با افراد متفاوتی در ارتباط بوده‌اند و تعاملات، تبادل اطلاعات و روابط گسترده‌تری را نسبت به زنان خانه دار تجربه کرده‌اند و این روابط و تعاملات همچنان از طریق ایجاد و حفظ شبکه‌های اجتماعی و تبادل تجارب و نظرات در کانون‌های مختلف روز به روز گسترده‌تر شده و موجب می‌شود زنان شاغل بازنشسته نسبت به زنان سالمند خانه‌دار به افراد و اطلاعات وسیع‌تری دسترسی داشته باشند. بنابراین بدیهی است تمام این موارد بر سواد سلامتی زنان شاغل تأثیرگذار بوده و باعث تفاوت بین آنها و زنان خانه دار شود.



مقایسه سرمایه روانشناختی و سواد سلامت روان

در زنان شاغل و خانه دار

تشکر و قدردانی

فصلنامه علمی منابع و سرمایه انسانی دوره ۱، شماره ۱، پاییز ۱۴۰۰

۶. نویسندگان از داوران محترمی که با انتقادات سازنده و بیان نظرات کارشناسی خود به ارتقای کیفیت این مقاله کمک کردند،

تشکر میکنند.

تضاد منافع

این مطالعه برای نویسندگان هیچگونه تضاد منافی نداشته است.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش با رعایت موازین اخلاقی انجام شده است.

## منابع

- جوادزاده، همام؛ شریفی راد، غلامرضا؛ رئیس، مهنوش؛ توسلی، الهه؛ رجعتی، فاطمه (۱۳۹۲). بررسی سواد سلامت بزرگ سالان شهر اصفهان. مجله تحقیقات نظام سلامت، (۵): ۵۴۰-۵۴۹.
- خدابخشی کولایی، آناهیتا (۱۳۹۵). مقایسه سواد سلامتی و سبک زندگی سالم در زنان سالمند بازنشسته و خانه دار. فصلنامه سواد سلامت، (۳): ۱۵۶-۱۶۳.
- طهرانی بنی هاشمی، آرش؛ امیرخانی، محمد امیر؛ حق دوست، علی اکبر؛ علویان، مؤید؛ اصغری فرد، هماد؛ برادران، هماد (۱۳۸۶). سواد سلامت در ۵ استان کشور و عوامل مؤثر بر آن. گامهای توسعه در آموزش پزشکی، (۱): ۹-۱.
- نکویی مقدم، محمود؛ پروا، سحر؛ امیر اسماعیلی، محمدرضا؛ باشتنی، محمدرضا (۱۳۹۱). سواد سلامت و بهره‌گیری از خدمات سلامت در جامعه شهری کرمان، ۱۳۹۰. فصلنامه دانشکده بهداشت یزد، (۴): ۱۲۳-۱۳۴.

## References

7. Anthony F Jorm, AE Korten, PA Jacomb, H Christensen, B Rodgers, P Pollitt.(1997). "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166, 182-186.
8. Avey, B. e tal. (2006); "The implications of positive psychological capital on employee absenteeism", *Journal of Leadership and Organizational Studies*, 13 (2), 50-110.
9. Bakker, A., Schaufeli W.B. (2008). Positive organizational behavior: Engaged employee in flourishing organizations. *Journal of Organizational Behavior*, 29.
10. Basharat A, Salehi M, Shah Mohammadi K, Nade Ali H. Relationship between exercise resilience, hardiness with mental health and successful in sorts in athletes. *Contemp Psychol*. 2010;3(2):38-49.
11. Bourget Management Consulting, Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health.(2007). *Mental health literacy: A review of the literature*. Retrieved.
12. 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 difficulties. *Journal of intellect disabil res*. 2003; 47(4): 385-399.
13. Erez A, Judge T(2001). Relationship of core selfevaluations to Goal Setting, Motivation, and Performance. *J Appl Psychol*, 86(6),1270-1279.
14. Goldsmith A, Veum J, Darity W. (1997).Unemployment, joblessness, psychological wellbeing and self-esteem: Theory and evidence. *J Socio Econ*, 26, 133-158.
15. Hartfiel N, Havenhand J, Khalsa SB, Clarke G, Krayner A. The effectiveness of yoga for the improvement of well-being and resilience to stress in the workplace. *Scand J Work Environ Health*. 2011;37(1):70-6. pmid: 20369218
16. Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231-243
17. Judge T, Bono J. (2001).Relationship of core selfevaluations traits – self-esteem, generalize selfefficacy, locus of control, and emotional stability – With job satisfaction and job performance: Ameta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 86, 80-92.
18. Kermansarvi F, Montazeri A, Bayat M. Quality of life in worker women and housewife. *Payesh*. 2012;11(1):111- 116.
19. Luthans, F., Avolio, B.J. (2007). Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction, *Personnel Psychology*, 60.
20. Moeinifar H, Janfada N. The effect of yoga on family relationship (case study: Sports clubs Yazd). *J Sport Manage*. 2012;13:81-97.
21. Orlow, M.; Parker, R.; Gazmararian, J.; Rudd, R (2005). The prevalence of Limited health literacy. *J Gen Intern Med*, 20(2):175-84.
22. Page, L. F., Donohue, R. (2004); "Positive psychological capital: A Preliminary exploration of the construct", Working Paper, Monash University, Department of Management.
23. Parker, C., Baltes, B., Young, S., Huff, J., Altmann, R., Lacost, H. & Roberts, J. (2001). Relationships between psychological climate perceptions and work outcomes: a metaanalytic review.

24. J. Organ Behav, 24, 389-416.
25. Robbins S, Millet B, Caccioppe R, Waters-Marsh T. (1998). Organizational behaviour, 2ndEdn. Australia: Prentice Hall.
26. Wong, D. F. K., Lau, Y., Kwok, S., Wong, P., & Tori, C. (2017). Evaluating the Effectiveness of Mental Health First Aid Program for Chinese People in Hong Kong. Research on Social Work Practice, 27(1), 59-67. doi:doi:10.1177/1049731515585149.
27. Woodyard C. Exploring the therapeutic effects of yoga and its ability to increase quality of life. Int J Yoga. 2011;4(2):49-54.
28. World Health Organization (2001). The world health report: Mental health: new understanding, new hope.
29. Yael Perry, , Katherine Petrie, Hannah Buckley, Lindy Cavanagh, Deborah Clarke, Matthew Winslade, Dusan Hadzi- Pavlovic, Vijaya Manicavasagar, Helen Christensen.(2014).
30. Zanjani HA, Bayat M. A survey of the impacts of employment on women's life qualification in Mashhad city 2009. Journal of Contemporary Sociology. 2010; 2:171- 190.