

پیامدهای جنسیتی تخریب سرمایه اجتماعی

سعید مدنی قهفرخی*

چکیده

تخریب سرمایه اجتماعی اگرچه همه جمعیت کشور را در برابر آثار سوء قرار می‌دهد، اما پیامدهای منفی آن به دلایلی زنان را بیش از مردان تهدید می‌کند. یکی از روش‌های سنجش وضعیت سرمایه اجتماعی، بررسی روند مشکلات اجتماعی جامعه است. طی سال‌های اخیر مطالعات بسیاری روند فزاینده برخی از این مشکلات را در جامعه ایران گزارش کرده‌اند. این مقاله مبتنی بر یافته‌های پژوهش‌های علمی به دو نکته می‌پردازد: نخست این که برخی آسیب‌های اجتماعی که اساساً در ایران الگوی زنانه داشته‌اند (مثل روسپیگری) در سال‌های اخیر روند نسبتاً فزاینده‌ای را نشان می‌دهند و دیگر این که دسته‌ای از آسیب‌های اجتماعی که عموماً در ایران الگوی مردانه داشته‌اند (مثل اعتیاد و قتل) به تدریج سهمی را نیز به زنان اختصاص داده‌اند که این سهم طی سال‌های اخیر افزایش یافته است. علاوه بر این شیوع بیشتر اختلالات روانی در میان زنان، در مقایسه با مردان، نشان‌دهنده تأثیرات مضاعف نابسامانی‌های موجود بر زنان در عرصه اجتماع است که در نهایت زمینه‌های توانمندسازی زنان را تضعیف می‌کند.

واژگان کلیدی

اختلالات روانی، انحراف اجتماعی، اعتیاد، جنسیت، روسپیگری.

* عضو گروه پژوهش رفاه اجتماعی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. saeid_madani@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله : ۱۵ دی ماه ۱۳۸۱.

تاریخ پذیرش مقاله : ۲۵ فروردین ماه ۱۳۸۲.

مقدمه

اگرچه نزدیک به یک قرن از اولین نوبت کاربرد واژه «سرمایه اجتماعی» در ادبیات اقتصادی و اجتماعی غرب می‌گذرد، اما کاربرد وسیع این واژه و توجه به این وجه از پدیده‌های اجتماعی عمدتاً از چهار دهه گذشته تجاوز نمی‌کند. علیرغم این، تنها طی چند سال اخیر بحث درباره «سرمایه اجتماعی» علاقه محققان و پژوهشگران ایرانی را به خود جلب کرده است.

در قرون ۱۷ و ۱۸ فلاسفه مهمی همچون توماس هابز^۱ و پیروانش فلسفه مبتنی بر منافع فردی را به دلیل آن که احساسات و رفتارهای متعصبانه مذهبی و قومی را تعدیل می‌کرد، به شدت ستایش می‌کردند. این دیدگاه‌های فلسفی مبتنی بر نفع شخصی در چارچوب نظریاتی که ذاتی بود و طبیعی بودن حقوق فردی را می‌پذیرفت، توضیح داده می‌شوند. این دیدگاه در حوزه‌های گوناگون سیاسی، اقتصادی و اجتماعی امروزه نیز مطرح می‌گردد و از قوت و شدت آن نیز کاسته نشده است. در عین حال به تدریج انتقاداتی جدی به این نظریه وارد شد تا جایی که ناکارآمدی یا حداقل نقصان‌ها و کاستی‌ها جدی آن خصوصاً در عرصه‌های اقتصادی و همین‌طور فلسفی به سرعت مطرح شد. برخی از این انتقادات به نظریه فردگرایی^۲ که موجب توجه بیشتر به سرمایه اجتماعی شده به اختصار عبارتند از:

۱. نظریه مطلوبیت با تأکید بر نفع شخصی قادر به توضیح همه وجوه کنش‌های اقتصادی از جمله کنش به ممنوع در اقتصاد نیست.
۲. جایگزینی دیدگاه جامعه‌شناختی به جای دیدگاه روان‌شناختی در تحلیل روش‌شناسی اقتصادی که در آن کنش اقتصادی^۳ به جای رفتار اقتصادی^۴ انتخاب‌های اقتصادی را توضیح می‌دهد.

1. Thomas Hobbs

2. Individualism

3. Economic Action

4. Economic Behavior

۳. ورود متغیرهای مربوط به نهادها، ساختارها، ارزش‌ها و مفاهیم دیگر در مدل‌های توضیح‌دهنده کنش اقتصادی به مثابه کنش اجتماعی به جای مدل‌های ساده‌تری مثل مدل تعادل عمومی لئون والراس^۱ یا تئوری دست نامرئی آدام اسمیت^۲.

۴. روشن شدن اهمیت نقش مشارکت در افزایش تولید افراد، دولت و در نهایت تولید ناخالص ملی (معینی، ۱۳۸۱: ۲۶-۲۷).

به هر حال مجموعه‌ای از انتقادات به نظریات کلاسیک و نئوکلاسیک اقتصادی مشخص کرد برخی عناصر موجود در حیات اجتماعی می‌توانند بسیاری معادلات صرف اقتصادی را تحت‌الشعاع قرار دهند که یکی از مهم‌ترین آنها سرمایه‌اجتماعی است.

در مورد این که واژه سرمایه‌اجتماعی اولین بار به وسیله چه کسی ابداع شد، اتفاق نظر قاطعی وجود ندارد. شواهد موجود نشان می‌دهند در سال ۱۹۱۹ شخصی به نام هانی فن^۳ در آمریکا این واژه را به کار برد. در سال ۱۹۶۰ جین جاکوب^۴ در اثری به نام زندگی و مرگ شهرهای بزرگ آمریکایی و در سال ۱۹۷۰ گلن گلوری^۵ از این واژه برای توضیح مشکلات اقتصاد درون‌شهری سودجسته‌اند (فوکویاما، ۱۳۷۹: ۲۳). جیمز کلمن^۶ نیز در سال ۱۹۷۰ در کتاب خود بنیادهای نظریه اجتماعی، بخشی را به بحث پیرامون سرمایه اجتماعی اختصاص داد (کلمن، ۱۳۷۷). شاید جدی‌ترین و وسیع‌ترین کاربرد مفهوم «سرمایه اجتماعی» را طی سال‌های اخیر بتوان به رابرت پاتنام^۷ منتسب کرد. او در کتاب دموکراسی و سنت‌های مدنی، نظرات خود را در این

1 . Leon Walras

2 . Adam Smith

3 . Hani Fan

4 . Jane Jacobs

5 . Glenn Gloury

6 . James Coleman

7 . Robert Putnum

زمینه مطرح کرده است (پاتنام، ۱۳۸۰). پژوهش فرانسیس فوکویاما^۱ تحت عنوان *پایان نظم، سرمایه اجتماعی و حفظ آن* نیز که در سال ۱۹۹۷ منتشر شد دیدگاه‌های روشن‌تری را نسبت به مفهوم سرمایه اجتماعی و روش‌های سنجش آن مطرح کرد. به نظر می‌رسد این مفهوم رویکرد مناسبی را برای توضیح مسائل اجتماعی، اقتصادی و سیاسی ایران باز کرده و می‌تواند در آینده ادبیات پژوهشی مرتبط با آن بیش از گذشته گسترش یابد. مقاله حاضر از دیدگاهی آسیب‌شناختی تلاش دارد تا با بهره گرفتن از مفهوم سرمایه اجتماعی و یافته‌های پژوهشی، برخی زمینه‌ها و شواهد ناتوانمندی زنان ایرانی را توضیح دهد.

چارچوب نظری

۱. سرمایه اجتماعی چیست؟

سرمایه اجتماعی به وسیله صاحب‌نظران به صورت‌های متفاوتی تعریف شده است. مهم‌ترین تعاریف مطرح شده عبارتند از :

۱. سرمایه اجتماعی موضوعاتی اعم از شدت و کیفیت روابط و تعاملات بین افراد و گروه‌ها، احساس تعهد و اعتماد دوجانبه نسبت به هنجارها و ارزش‌های مشترک را شامل می‌گردد و به عنوان یک حس تعلق و همبستگی، پایه مهم پیوستگی اجتماعی^۲ در نظر گرفته می‌شود (کاراکن^۳ و جانسون^۴، ۱۹۹۸ به نقل از : بهزاد، ۱۳۸۱ : ۴۴).

۲. سرمایه اجتماعی مجموعه معینی از هنجارها و ارزش‌های غیررسمی است که اعضای گروهی که همکاری و تعاون میانشان مجاز است، در آن سهیم هستند (فوکویاما، ۱۳۷۹ : ۲۳).

1 . Francis Fukuyama

2 . Social Cohesion

3 . Kareken

4 . Johnson

۳. سرمایه اجتماعی، وجوه گوناگون سازمان‌های اجتماعی نظیر اعتماد، هنجار و شبکه‌ها است که می‌توانند با ایجاد و تسهیل امکانات هماهنگ، کارآیی جامعه را بهتر کنند (پاتنام، ۱۳۸۰: ۲۵۱).

۴. سرمایه اجتماعی منبعی اجتماعی - ساختاری است که دارایی و سرمایه افراد محسوب می‌شود. این دارایی شیء واحدی نیست بلکه ویژگی‌هایی است که در ساختار اجتماعی وجود دارد و باعث می‌شود افراد با سهولت بیشتری وارد کنش اجتماعی شوند (کلمن، ۱۳۷۷: ۴۶۷).

۵. سرمایه اجتماعی شامل روابط قراردادی و ساختاری نهادهای کلان اعم از دولت، رژیم‌های سیاسی و نظام‌های حقوقی و قضایی می‌شود (نورث^۱، ۱۳۷۷).

براساس تعاریف فوق، صاحب‌نظران (بولن^۲ و انیکس^۳، ۱۹۹۹ به نقل از: شریفیان‌ثانی، ۱۳۸۰) هشت عنصر مهم سرمایه اجتماعی را به قرار ذیل مطرح کرده‌اند:

- مشارکت در اجتماعی محلی
- کنشگرایی در یک موقعیت اجتماعی
- احساس اعتماد و امنیت
- پیوندهای همسایگی
- پیوندهای دولتی و خانوادگی
- ظرفیت پذیرش تفاوت‌ها^۴
- بها دادن به زندگی
- پیوندهای کاری

بنابراین اگرچه تعاریف متفاوتی از سرمایه اجتماعی ارائه شده اما این تعاریف نقیض یکدیگر نیستند، بلکه متمم و مکمل یکدیگر محسوب می‌شوند. از این رو

1 . North

2 . Bulen

3 . Enicks

4 . Tolerance of Diversity

در صورتی که بپذیریم تنها برخورداری از منابع مالی و نیروی انسانی نتوانسته جوامع را به سوی رشد و توسعه اجتماعی سوق دهد باید رکن سوم نیز برای دستیابی به توسعه قائل شویم و آن سرمایه اجتماعی است. در واقع میزان اثربخشی و کارایی دو منبع اول عمدتاً به میزان برخورداری از سرمایه اجتماعی بستگی دارد. از این گذشته سرمایه اجتماعی که در واقع از ارزش‌ها و هنجارهای جامعه، استحکام تعهدات متقابل بین افراد، گروه‌ها و تا حدود زیادی مشارکت اجتماعی تأمین می‌شود، حافظ جامعه و گروه‌های اجتماعی در بحران‌های سیاسی، اقتصادی و اجتماعی است و می‌تواند از توقف جامعه در مرحله عقب‌ماندگی جلوگیری کند.

۲. رابطه سرمایه اجتماعی و مشکلات اجتماعی

به اعتقاد رابرت مرتون^۱ (کولن^۲ و کرسی^۳، ۱۹۹۳ به نقل از: بهزاد، ۱۳۸۱) مشکل اجتماعی عبارت است از تفاوت فاحش میان آرمان‌های جامعه و وضع موجود (رفیعی، ۱۳۷۹ به نقل از: بهزاد، ۱۳۸۱). در نظریات امیل دورکهایم^۴ از جرایم و به‌ویژه خودکشی، آسیب‌شناسی اجتماعی پیش از آن که امری مربوط به انحرافات افراد تلقی شود، بر اساس شرایط بهنجار و نابهنجار اجتماعی تعریف می‌شود. دورکهایم معتقد است این برآورد از عینیت لازم برخوردار بوده و شامل قضاوت‌های اخلاقی نمی‌شود (آبراکرامبی و همکاران، ۱۳۷۰).

به طور کلی برای تشخیص مشکلات اجتماعی می‌توان به چهار معیار مهم اشاره کرد (رفیعی، ۱۳۷۹ به نقل از: بهزاد، ۱۳۸۱) که عبارتند از:

۱. تعریف گروهی و اجماع اکثر افراد جامعه
۲. اثر منفی بر کیفیت زندگی یا مهم‌ترین ارزش‌های مورد توافق جامعه

1 . Robert Merton

2 . Cullen

3 . Curssi

4 . Emil Durkhime

۳. وجود علل و عواقب اجتماعی

۴. لزوم اصلاح سیاست‌های اجتماعی برای حل آن

این چهار ویژگی تلفیقی است از تعاریف مشکلات اجتماعی که به‌وسیله صاحب‌نظران با دیدگاه‌های گوناگون ارائه شده است.

این ویژگی‌ها از جهات گوناگونی بحث درباره مشکلات اجتماعی را با سرمایه اجتماعی پیوند می‌دهد زیرا:

یکم: تشخیص مشکل اجتماعی منوط به تعریف گروهی و اجماع اکثر افراد جامعه پیرامون آن است. به عبارت دیگر هنجارها و یا ارزش‌های مشترک اجتماعی که از اجزای مهم «سرمایه اجتماعی» هستند باید نسبت به رفتار اجتماعی مشخصی که مشکل یا مسأله اجتماعی نامیده می‌شود قضاوت واحدی داشته باشند. حال در صورتی که هنجارها یا ارزش‌های اجتماعی از قوام و استحکام لازم برخوردار نباشند و یا در مورد آنها توافق وجود نداشته باشد، امکان دستیابی به قضاوت واحد نسبت به رفتارهای اجتماعی دشوار و یا حتی ناممکن می‌شود. از این گذشته انگیزه عمومی نیز برای کنش اجتماعی نسبت به آن رفتار ایجاد نخواهد شد.

دوم: رفتار اجتماعی وقتی مشکل محسوب می‌شود که بر کیفیت زندگی اثر منفی گذارد، در حالی که اساساً سنجش کیفیت زندگی^۱ یکی از روش‌های ارزیابی سرمایه اجتماعی است. بنابراین مشکلات اجتماعی که بر کیفیت زندگی اثر منفی دارند، در واقع سرمایه اجتماعی را نیز در معرض مخاطره و تخریب قرار می‌دهند.

سوم: بروز مشکلات اجتماعی موجب پیدایش علل و عواقب منفی اجتماعی می‌شوند. به عبارت دیگر رفتارهای اجتماعی که آثار مخربی بر روابط اجتماعی داشته باشند، مشکل اجتماعی محسوب می‌شوند. روابط اجتماعی به‌عنوان بخش مهمی از فرایند اجتماعی شدن زاینده و تولیدکننده سرمایه اجتماعی هستند، پس تخریب روابط به منزله هزینه شدن سرمایه اجتماعی و افت و تنزل آن است.

چهارم: اصلاح سیاست‌های اجتماعی در واقع به منزله افزایش سرمایه اجتماعی و پیشگیری از تخریب آن است. در عین حال این فعالیت اثرات جدی‌ای بر کاهش آسیب‌های اجتماعی دارد. به عبارت دیگر تحقق دو هدف افزایش سرمایه اجتماعی و کاهش آسیب‌های اجتماعی مستلزم اصلاح سیاست‌های اجتماعی است.

در تحقیقات گوناگون نیز رابطه مشخص بین سرمایه اجتماعی و مشکلات اجتماعی نشان داده شده است. به عنوان نمونه، جاکوب، در اثر خود، زندگی و مرگ شهرهای بزرگ آمریکایی، به سرمایه اجتماعی و نقش آن در ارتباط با حفظ نظافت، برخورد با جرم و جنایت خیابانی در محدوده‌های حومه و قدیمی شهری اشاره کرده است.

کاکس^۱ (۱۹۹۷) تأکید می‌کند سرمایه اجتماعی در مورد مدینه فاضله سخن نمی‌گوید، جهان ایده‌آلی که همه ما خوب هستیم و رفتارمان مناسب است، بلکه در مورد اندازه‌گیری کیفیت روابطی بحث می‌کند که امکان دارد رفاه را افزایش یا کاهش دهند (شریفیان ثانی، ۱۳۸۰). وی در بحث‌های خود نتیجه می‌گیرد که «اگر جامعه‌ای با مشکلات اجتماعی متعددی دست به گریبان است، سطح سرمایه اجتماعی متعددی دست به گریبان است، سطح سرمایه اجتماعی در کل جامعه یا در بین گروه‌های فرعی خاص پایین است» (کاکس، ۱۹۹۷ به نقل از: شریفیان ثانی، ۱۳۸۰).

فوکویاما نیز در کتاب خود **پایان نظم، سرمایه اجتماعی و حفظ آن** با سودجستن از نظریات، پاتنام و همچنین توضیح مشکلات موجود برای سنجش سرمایه اجتماعی می‌نویسد:

در هر صورت برای تخمین ذخیره سرمایه اجتماعی ملت، مقیاس گروه‌هایی که مشکلات سنجش (اندازه‌گیری) کمتری برای آنها وجود دارد، یک روش جایگزین وجود دارد. به جای سنجش و اندازه‌گیری سرمایه اجتماعی به عنوان یک ارزش مثبت، می‌توان نبود سرمایه اجتماعی یا به عبارت دیگر انحرافات اجتماعی از قبیل میزان جرم و جنایت، فروپاشی خانواده، مصرف مواد مخدر، طرح دعاوی و دادخواهی، خودکشی، فرار از پرداخت مالیات

1. Cox

و موارد مشابه را به روش مرسوم اندازه‌گیری کرد. فرض بر این است که چون سرمایه اجتماعی وجود هنجارهای رفتاری مبتنی بر تشریک مساعی را منعکس می‌کند، انحرافات اجتماعی نیز بالفعل بازتاب نبود سرمایه اجتماعی خواهد بود (فوکویاما، ۱۳۷۹: ۳۸).

فوکویاما با بررسی برخی شاخص‌ها مثل نرخ طلاق، میزان تولد فرزندان نامشروع، میزان وقوع جرم و جنایت، زشتکاری با کودکان، مصرف الکل و مواد مخدر، در نهایت توانسته توضیح جامعی از روند تخریب سرمایه اجتماعی در اروپا و ایالات متحده ارائه دهد. یکی از نتایج مهم بحث ارائه شده به وسیله فوکویاما تأکید وی بر آثار نابرابر جنسیتی، حاصل از فروپاشی سرمایه اجتماعی است. به عنوان نمونه در زمینه نقش تکامل خانواده و تأثیر افزایش طلاق و یا تخریب نهاد خانواده بر زن و مرد خاطر نشان می‌سازد:

مردان و زنان از راهبردهای توالد و تناسل متفاوتی پیروی می‌کنند. برای ماده‌ها راهبرد توالد و تناسل شامل امکان داشتن منابع اقتصادی کافی برای حراست از خود و فرزندان است، تا وقتی که فرزندان بتوانند از خود مواظبت کنند. نرها برعکس، به سطح پایین‌تری از سرمایه‌گذاری والدین در منتقل کردن ژن‌ها به نسل بعد نیاز دارند و بنابراین راهبرد آنها شامل گسترش ژن‌هایشان به وسیع‌ترین وجه ممکن است. پس زنان ضرورتاً بیشتر بر شایستگی همسرانشان تأکید دارند، زیرا آنها شامل گسترش ژن‌هایشان به وسیع‌ترین وجه ممکن است. بنابراین زنان ضرورتاً بیشتر بر شایستگی همسرانشان تأکید دارند، زیرا آنها نمی‌توانند باروری خود را بیش از یک حد طبیعی معین گسترش دهند، چون شایستگی مرد - که اغلب با امکانات اقتصادی او سنجیده می‌شود - برای بقای طفل مادر حیاتی است. از طرف دیگر مردان می‌توانند با زنجیره‌ای از سرمایه والدین به وسیله همخوابگی با تعداد زیادی از زنان ژن خود را به نسل بعد منتقل کنند. این تفاوت راهبردی، مبین پدیده‌های گوناگونی است: این‌که مردان بی‌قید و بندتر از زنان هستند؛ زنان و مردان از لحاظ حسادت با یکدیگر فرق دارند؛ و مردان دارای موقعیت بالا - و نه زنان دارای موقعیت بالا - بدشان نمی‌آید چند همسر داشته باشند (فوکویاما، ۱۳۷۹: ۳۹).

فوکویاما همه این یافته‌ها را دال بر آسیب‌پذیری بیشتر زنان، در مقایسه با مردان، در برابر فروپاشی سرمایه اجتماعی قلمداد می‌کند. از این گذشته وی بر مسائل دیگری از جمله حقوق و دستمزد کمتر زنان در مقایسه با مردان که هنوز هم در قوانین برخی کشورهای حتی توسعه‌یافته مثل ژاپن وجود دارد، و یا امکان بیشتر اخراج زنان از کار و همچنین مفعول واقع شدن زنان در بسیاری از جرایم و مشکلات اجتماعی از جمله ضرب و جرح، طلاق و قتل و فاعل واقع شدن مردان در موارد مشابه به دلیل خوی و خصالت تهاجمی و پرخاشگرانه آنان به‌عنوان زمینه‌های ناامنی بیشتر زنان، در مقایسه با مردان، در جریان تخریب سرمایه اجتماعی و رواج آسیب‌های اجتماعی، تأکید می‌کند. از سوی دیگر برخی مطالعات رابطه بین سلامت روان و سرمایه اجتماعی را مورد تأیید قرار داده‌اند.

سلامت روان عبارت است از فرایند افزایش قابلیت افراد و اجتماعات برای کنترل پیدا کردن بر زندگی خود و بهبود بخشیدن به سلامت روانشان که با استفاده از راهبردهایی اعم از تقویت تاب‌آوری فردی، حمایت‌های محیطی با توجه به فرهنگ، برابری، عدالت اجتماعی، تعاملات و احترام به شرافت فردی صورت می‌گیرد (کاسکلا^۱ و همکاران، ۱۳۸۰).

در این تعریف تأکید بر حمایت‌های محیطی به‌عنوان عامل مؤثر بر ارتقای سلامت روان این فرایند را به سرمایه اجتماعی پیوند می‌دهد. در واقع ارزش و اعتبار روابط افقی و عمودی جوامع، تعیین‌کننده میزان قابلیت اتکای شهروندان به آنها برای حفظ و رشد سلامت روانشان محسوب می‌شود. یکی از روش‌های مهم در ارزیابی این نظریه بررسی میزان انزوای اجتماعی و یا برعکس تحرک اجتماعی بیماران روانی است. اکثر مطالعات نشان داده‌اند که با افزایش سلامت روان افراد، بر میزان پیوستگی اجتماعی آنان افزوده می‌شود.

بررسی‌های کاواچی^۱ و برکمن^۲ در زمینه تأثیر شبکه‌های اجتماعی و حمایت‌های محیطی بر سلامت روان افراد نشان داد که اختلالات جنسیتی در جلب حمایت از شبکه‌های اجتماعی موجب غلبه بیشتر پریشانی روانی در میان زنان در مقایسه با مردان می‌گردد.

در پژوهشی که به وسیله سازمان همکاری‌های اقتصادی و توسعه^۳ در سال ۲۰۰۱ انجام شد نشان داده شد پیوندهای اجتماعی مادران، خطر کودک‌آزاری و مشکلات اجتماعی کودکان و نوجوانان را کاهش می‌دهد. در واقع متناسب با نقش و جایگاه زنان در هر جامعه تخریب و فروپاشی سرمایه اجتماعی می‌تواند تأثیر مضاعفی بر کارکرد آنان داشته باشد، همچنان که اثرات منفی چنین شرایطی بر زنان بیش از مردان بوده است.

روش پژوهش

این پژوهش از نوع کتابخانه‌ای بوده و با استناد به منابع موجود اعم از کتاب‌ها، مقاله‌ها، پژوهش‌ها و آمار منتشر شده به وسیله منابع دولتی و غیردولتی تدوین شده است.

یافته‌های پژوهش

همان گونه که کلمن گفته سرمایه اجتماعی یکی از شکل‌های سرمایه است که با گذشت زمان متسهلک می‌شود. سرمایه اجتماعی، مانند سرمایه انسانی و سرمایه فیزیکی اگر تجدید نشود متسهلک می‌گردد. روابط اجتماعی اگر حفظ نشود به تدریج

1. Kawachi

2. Berkman

3. Organization for Economic Co-operation of Development (OECD)

از بین می‌رود. انتظارات و تعهدات با گذشت زمان ضعیف و ناپدید می‌شود زیرا هنجارها به ارتباط منظم بستگی دارد. در این قسمت با بررسی نتایج حاصل از مطالعات در زمینه برخی مشکلات اجتماعی از جمله قتل، اعتیاد و روسپیگری*، و همچنین اختلالات روانی زنان، نشان داده می‌شود که نابودی و استهلاک سرمایه اجتماعی در ایران زمینه‌ساز رواج بسیاری مسائل اجتماعی شده که علاوه بر کل جمعیت، آثار و پیامدهای منفی مضاعفی را نیز متوجه زنان کرده است.

۱. مشکلات اجتماعی زنان

گزارشگر هفته‌نامه ایتالیایی اسپرسو در بازدیدی که از زندان زنان کرمانشاه به عمل آورده گزارش خود را با شرح حال دختری ۱۶ ساله آغاز می‌کند که یکی از ۱۳۰ زندانی بند زنان در کرمانشاه است. این دختر ۱۶ ساله ادعا می‌کند همسرش برای آوردن زن دوم به خانه در میان اثاثیه او مواد مخدر جای داده است. به گزارش رنا قاتیزو، بیش از ۸۰ درصد از زنان زندانی در ارتباط با مصرف یا فروش مواد مخدر دستگیر شده‌اند. در بسیاری موارد آنها همدستان ساکت و اجباری پدر، شوهر یا برادران خود بوده‌اند. بسیاری از زندانیان، زیر ۱۸ سال سن داشته‌اند. زنان زندانی، فقر و بیکاری را عامل به‌زندان افتادن خود دانسته‌اند. پزشکان زندان کرمانشاه به این گزارشگر ایتالیایی گفته‌اند علاوه بر اعتیاد، مشکل ایدز جان زندانیان را تهدید می‌کند. به اعتقاد آنان اعتیاد، خودفروشی و ایدز در چند سال اخیر به شدت گسترش یافته است (به نقل از: سایت اینترنتی زنان در ایران).

اگرچه دیر زمانی است که اعتیاد و سوء مصرف مواد به‌عنوان یکی از مشکلات اجتماعی جامعه ایران مطرح شده و مورد بحث صاحب‌نظران قرار گرفته است، اما در تمامی این ادوار غالباً اعتیاد به‌عنوان مشکلی مردانه بررسی شده زیرا تعداد و نسبت زنان معتاد بسیار محدود و غیرقابل توجه بوده است. از این گذشته غالباً اعتیاد در گروه‌های زنان خاص از جمله روسپیان شایع بوده و در مطالعات و

* روسپیگری عبارت است از معامله پایاپای و بی‌بندوبارانه جنسی زنان و مردان به منظور کسب درآمد.

بررسی‌های انجام شده نیز اعتیاد زنان بیشتر به عنوان عارضه یا پیامد مشکل دیگر آنان مطرح شده است.

دکتر آریان‌پور در مقاله «اعتیاد در دانشگاه‌های ما» ضمن بیان مشاهدات شخصی خود، به مصرف سیگار حشیش‌دار، به‌وسیله برخی دختران دانش‌آموز دبیرستانی ایران اشاره می‌کند (آریان‌پور، ۱۳۵۹). همچنین در کتاب تاریخ تریاک و تریاکی در ایران آمده است که زنان عمدتاً از تریاک به‌عنوان داروی ضد درد مثل دردهای عضوی، درد و خونریزی بعد از زایمان، سقط، دردهای قاعدگی و خونریزی‌های رحمی استفاده می‌کنند (کوهی کرمانی، ۱۳۲۴ به نقل از: یزدانی، ۱۳۵۹). در سال ۱۳۵۵ مطابق آماري که شهربانی کل کشور در اختیار مطبوعات گذاشت در یک دوره هفت ماهه تنها ۵۴ زن خانه‌دار به اتهام استعمال و حمل و نقل مواد مخدر دستگیر شده بودند. (روزنامه کیهان، ۶ دی ۱۳۵۶)

در هر حال در تمامی گزارش‌های موجود تعداد زنان معتاد بسیار کم و محدود بوده و اکثراً این مشکل از دید صاحب‌نظران اختصاص به مردان داشته است.

طی یک دهه اخیر با رشد فزاینده معتادان مواد مخدر به تدریج شاهد تغییراتی در الگوی مصرف مواد بوده‌ایم. یکی از مهم‌ترین تغییرات در این زمینه شیوع مصرف مواد در بین زنان و دختران بوده است. براساس نتایج به دست آمده از پژوهش ارزیابی سریع سوء مصرف مواد در ایران (رزاقی و دیگران، ۱۳۷۹)، نسبت رواج سوء مصرف مواد بین دو گروه مردان و زنان به ترتیب ۹۳/۴ درصد و ۶/۶ درصد بوده است. در این مطالعه بالاترین نسبت سوء مصرف زنان در مناطق تهران (۱۳/۳ درصد) و کرمان (۱۲ درصد) بوده است. در واقع بر اساس یافته‌های پژوهش مذکور زنان به‌سرعت به جمعیت سوء مصرف‌کنندگان مواد وارد می‌شوند و در حال حاضر نیز به تدریج مسأله زنان معتاد یکی از مشکلات جامعه شهری را تشکیل می‌دهد.

بر اساس گزارش مذکور در سال ۱۳۷۶ حدود ۳ درصد از جمعیت پذیرش شده به‌وسیله مراکز بازپروری کشور را زنان تشکیل داده‌اند. همچنین در همین سال ۵/۷ درصد از جمعیت پذیرش شده به‌وسیله واحدهای پذیرش و پی‌گیری معتادان

خود معرف کشور زن بوده‌اند. این رقم در سه سال بعد به ترتیب ۲/۹ درصد (سال ۱۳۷۷)، ۲/۵ درصد (سال ۱۳۷۸) و ۳/۸ درصد (سال ۱۳۷۹) گزارش شده است. از ۱۲ مرکز بازپروری کشور تنها یک مرکز زنان معتاد را می‌پذیرفت. مطابق این گزارش معتادان سطح شهرها در مصاحبه‌های متمرکز گروهی تأکید کرده‌اند که زنان از همه نوع مواد مخدر از جمله تریاک، حشیش و هرورین استفاده می‌کنند. همچنین ۳/۱ درصد از معتادان تزریقی در این پژوهش را زنان تشکیل داده‌اند. در سال‌های اخیر با شایع شدن مصرف مواد روان‌گردان جدید مثل اکستازی^۱ در بین جوانان و نوجوانان گزارش‌هایی دال بر سوء مصرف این مواد در بین دختران جوان گزارش شده است.

نتایج مطالعات رابطه معناداری را بین روسپیگری و اعتیاد نشان می‌دهد. اصطلاح دقیق‌تر روسپیگری تن فروشی است که شخص از این راه کسب درآمد می‌کند. به عبارتی انگیزه برای ایجاد روابط جنسی نامشروع و بی‌بند و باری جنسی و اخلاقی تأمین معاش است.

روسپیگری عموماً با سایر مشکلات اجتماعی از جمله اختلال روانی، اعتیاد به مواد مخدر یا الکل، جرم، جنایت و قاچاق همراه است. در ایران اگرچه شواهدی دال بر وجود بی‌بند و باری جنسی و یا حتی روسپیگری در میان مردان وجود دارد، اما وجه غالب جنسیتی روسپیگری باعث شده محققان آن را به‌عنوان مشکل زنانه مطالعه کنند.

فرایند رابطه بین روسپیگری و اعتیاد را در دو الگوی غالب می‌توان توضیح داد:

۱. مردان معتاد، پس از آن که از طریق کار یا اعمال مجرمانه و یا کمک‌های والدین نتوانند هزینه اعتیاد خود را تأمین کنند، غالباً پس از معتاد کردن همسران خود، آنها را وادار می‌کنند تا برای تهیه هزینه خرید مواد خود و شوهرانشان اقدام به تن‌فروشی کنند.

۲. زنان معتاد مطلقه و یا آنان که هرگز ازدواج رسمی نکرده‌اند، با تن‌فروشی اقدام به تهیه هزینه مواد می‌کنند.

در این زمینه یک مطالعه نشان می‌دهد ازدواج نامناسب، یکی از بسترهای مهم زمینه‌ساز برای روسپیگری است (علیایی زند، ۱۳۸۱). بر اساس مطالعه مذکور ۲۲/۵ درصد از زنان روسپی مورد مطالعه در کودکی تحت آزار جنسی قرار گرفته‌اند. اعتیاد، بیکاری و امرار معاش از طریق فعالیت‌های غیرقانونی، مسائل دیگری است که برفضای زندگی خانوادگی بسیاری از این زنان اثر گذاشته است. بنابراین قبح‌شکنی در ابعاد گوناگون و در تعیین‌کننده‌ترین سنین، به این دختران آموزش داده شده است. نرخ رشد طلاق در فاصله سال‌های ۱۳۷۵ تا ۱۳۷۸ رشد ۷ درصدی داشته و شواهد موجود نشان می‌دهد در سال‌های ۱۳۷۹، ۱۳۸۰ و ۱۳۸۱ این روند سرعت بیشتری پیدا کرده است.

مطابق بررسی‌های انجام شده هم‌اکنون سن ازدواج به ۳۰ سال رسیده که براساس آن می‌توان نتیجه گرفت نزدیک به شش میلیون پسر و دختر آماده ازدواج هستند که توان اقتصادی برای شروع زندگی مشترک را ندارند. به گفته رئیس مجتمع قضایی خانواده، ۸۵ درصد موارد درخواست طلاق از سوی زنان است که آنان هنگام طلاق مهریه خود را می‌بخشند. وی همچنین اظهار داشته که ۶۰ درصد موارد درخواست طلاق را اعتیاد و ترک نفقه تشکیل می‌دهد (روزنامه همشهری، ۱۲ دی ۱۳۸۱).

در شش ماهه اول سال ۱۳۸۱ طلاق ۱۴ درصد رشد داشته اما در مورد ازدواج تنها با ۴ درصد رشد روبه‌رو بوده‌ایم. در کلان‌شهرهایی مانند تهران با رشد ۳۰ درصدی طلاق مواجه هستیم. ایران از نظر طلاق رتبه چهارم را در جهان دارد و هم‌اکنون از هر چهار ازدواج یک مورد به طلاق می‌انجامد و این آمار در سال ۱۳۸۱ افزایش یافته است (روزنامه همشهری، ۱۲ دی ۱۳۸۱).

طلاق در اغلب موارد زنان را دچار یأس، ناامیدی، احساس شکست و گناه شدید می‌کند و تا مدت‌ها پس از جدایی آنان از لحاظ شغلی، روابط اجتماعی، مسائل جسمانی و روانی دچار مشکل می‌شوند.

از سوی دیگر بررسی تعداد جرایم زنان طی سال‌های اخیر نشان می‌دهد نسبت زنان مجرم به کل مجرمین افزایش یافته و از ۴/۱۷ درصد در سال ۱۳۷۶ به ۱۱ درصد در سال ۱۳۷۸ رسیده است. بیشترین گروه سنی زنان مجرم ۱۸ تا ۲۴ سال گزارش شده است (آشوری و دیگران، ۱۳۸۱ به نقل از: سایت اینترنتی زنان).

فشار زایدالوصف به زنان و کاهش امنیت اقتصادی - اجتماعی آنان سبب شده تا آمار جرایم گوناگون از جمله قتل در میان آنان افزایش یابد. طی یکی دو سال اخیر افزایش آمار همسرکشی موجب شد تا مؤسسه جرم‌شناسی دانشگاه تهران تحقیقاتی را در این زمینه به عمل آورد. نتایج به دست آمده از این مطالعه عبارتند از:

۱. ارتکاب قتل، مخصوص زنان طبقات پایین یا بی‌سواد جامعه نیست اما در هر حال اکثر زنان، کم‌سواد و یا بی‌سواد بوده‌اند.
۲. بالاترین فراوانی قتل همسر به وسیله زنان به ترتیب در شهرهای تهران، کرج، خراسان، آذربایجان شرقی و کرمانشاه رخ داده است.
۳. در استان‌هایی که امکان طلاق راحت‌تر وجود دارد و رسیدگی به درخواست طلاق زنان سریع‌تر انجام می‌شود میزان همسرکشی کمتر بوده است.
۴. در اکثر قتل‌ها زنان در قتل همسر، ۳ درصد مباشرت، ۲۲ درصد مشارکت و ۲۸ درصد معاونت داشته‌اند.
۵. در اغلب مواردی که زنان مرتکب قتل همسر خود شده‌اند پای شخص ثالثی در میان بوده است.
۶. متوسط سن جرم همسرکشی ۳۸ سال بوده است. ۸ درصد قاتلین کمتر از ۲۵ سال داشته‌اند.

۷. اکثر متهمان در سنین قبل از ۲۵ سالگی ازدواج کرده‌اند و به طور متوسط ۱۰ سال زندگی مشترک داشته‌اند. بیشتر زنان مرتکب قتل در سنین زیر ۱۲ سالگی ازدواج ناخواسته داشته‌اند.
۸. ۹۹ درصد زنان متهم و ۸۹ درصد مردان متهم به هنگام ارتکاب جرم دارای فرزند و یا در انتظار فرزند بوده‌اند.
۹. ۸۰ درصد زنان متهم خانه‌دار بوده‌اند.
۱۰. مردان متهم غالباً بدون آن که واقعیت داشته باشد به زنانشان سوء ظن داشته‌اند.
۱۱. در اغلب موارد زنان متهم به قتل به دلیل اعمال شکنجه جسمی مرد به او، تجاوز پدر به دختر، ارتباط نامشروع مرد یا یک زن و نداشتن راه برای طلاق مرتکب جرم همسرکشی شده‌اند.
۱۲. مردان قاتل بیشتر از زنان به اقدام خود اقرار می‌کردند و در بعضی موارد، زنان حتی نقشه‌هایی برای آینده خود داشته‌اند (آشوری و دیگران، ۱۳۸۱ به نقل از: سایت اینترنتی زنان).
- از این مجموعه یافته‌های می‌توان نتیجه گرفت که هم زنان قاتل و هم زنان مقتول در هر حال قربانی بحران‌های موجود در خانواده و همچنین کاهش حمایت‌های خانوادگی (حمایت‌های افقی) و حمایت‌های قانونی (حمایت‌های عمودی) بوده‌اند. در واقع آنها قربانی ساختار مردانه حاکم بر روابط درون و بیرون از خانه هستند. زنان قاتل بسیار کمتر از مردان قاتل پس از انجام قتل احساس گناه داشته‌اند و کمتر و دیرتر به جرم خود اعتراف کرده‌اند.
- نکات پیش‌گفته نشان می‌دهد رشد رواج آسیب‌های اجتماعی، جمعیت زنان را بیش از مردان در معرض خطر قرار داده و توانایی‌های آنان را به دلایل گوناگون منحرف و کاهش داده است. کند و کاو و علت‌یابی روند موجود نیازمند مطالعات دامنه‌دار و وسیع‌تری است اما برخی شواهد حکایت از تأثیرگذاری نابسامانی‌های اقتصادی بر زنان و مردان به طور نابرابر دارد. به‌عنوان نمونه براساس گزارش بودجه خانوار در مناطق شهری ایران نسبت زنان بیکار در جست‌وجوی کار از ۰/۵ درصد

زنان در سال ۱۳۷۰ به ۲/۵ درصد در سال ۱۳۷۹ رسیده یعنی تعداد این گروه زنان پنج برابر شده است. این در حالی است که در همین دوره زمانی نسبت مردان بیکار در جست‌وجوی کار از ۳/۱ درصد مردان در سال ۱۳۷۰ به ۶/۳ درصد در سال ۱۳۷۹ رسیده یعنی تقریباً دو برابر شده است (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۰). روند موجود حاکی از سرعت بیشتر افزایش مخاطرات اجتماعی برای زنان در مقایسه با مردان است.

۲. اختلالات روانی و زنان

در مورد اختلال روانی یا نابهنجاری توافق کلی و یا معیار واحدی برای سنجش وجود ندارد. به همین دلیل اغلب اختلال روانی با تکیه بر یکی از معیارهای زیر مشخص می‌شود:

۱-۲. انحراف از هنجارهای آماری: براساس این معیار رفتار نابهنجار یا فراوانی آماری ندارد و یا از هنجار انحراف دارد. اما از آن جا که کسی هم که بسیار باهوش یا شاد است باید در طبقه نابهنجار قرار گیرد، پس در تعریف رفتار نابهنجار باید چیزی بیش از عدم فراوانی آماری لحاظ شود.

۲-۲. انحراف از هنجارهای اجتماعی: براساس این معیار رفتار نابهنجار، رفتاری است که از هنجارهای قابل قبول جامعه انحراف قابل توجهی داشته باشد. پذیرش این معیار بدان معنا است که با توجه به تفاوت هنجارها در هر جامعه، معیارهای متفاوتی نیز برای اختلال تعریف شود.

۲-۳. غیرانطباقی بودن رفتار: بسیاری صاحب‌نظران ملاک اختلال یا نابهنجاری را مشروط به آثار منفی آن بر فرد یا جامعه می‌دانند.

۲-۴. ناراحتی شخصی: دسته‌ای دیگر از صاحب‌نظران معیار اختلال روانی را احساس ناراحتی ذهنی فرد می‌دانند و نه رفتار او.

هیچ‌کدام از تعریف‌ها و ملاک‌های فوق توصیف کامل و رضایت‌بخشی در مورد رفتار نابهنجار به دست نمی‌دهند. در بسیاری موارد، برای تشخیص نابهنجاری

هرچهار معیار فراوانی آماری، انحراف اجتماعی، رفتار غیرانطباقی و ناراحتی شخصی در نظر گرفته می‌شود (اتکینسون^۱ و دیگران، ۱۳۸۰).

در هر حال روان‌پزشکان و روان‌شناسان برای بررسی اختلالات روانی اقدام به طبقه‌بندی آنها کرده‌اند. گرچه انتقاداتی متوجه این طبقه‌بندی‌ها شده است اما درعین حال این دسته‌بندی‌ها موجب شده‌اند تا صاحب‌نظران به امکان تشخیص مشترک از اختلالات دست یابند. آنها برای تشخیص اختلال روانی از روش‌های گوناگون از جمله تست‌های سنجش اختلال و مصاحبه بالینی استفاده می‌کنند.

با این مقدمه مروری خواهیم داشت بر نتایج مطالعات انجام شده در زمینه شیوع اختلالات روانی در ایران. ضمن آن که خاطر نشان می‌سازد ابزارهای سنجش و همین‌طور جمعیت تحت پوشش این مطالعات متفاوت بوده و در مقایسه نتایج باید این نکات لحاظ گردد.

پیش از پیروزی انقلاب مطالعات محدودی در زمینه شیوع اختلالات روانی در ایران انجام شده است. در سال ۱۳۴۱ به وسیله باش در سه روستای استان فارس، جمعیت ۶ ساله و بالاتر مورد مطالعه قرار گرفتند. نتایج نشان داد ۱۱/۹ درصد جمعیت دچار نوعی اختلال روانی بوده‌اند. در این مطالعات شیوع اختلال در زنان ۱۶/۵ درصد و در مردان ۷/۷ درصد گزارش شده است.

همین محقق در سال ۱۳۴۷ تعداد ۶۲۲ نفر جمعیت ۱۵ ساله و بالاتر شهر شیراز را مورد بررسی قرار داد. نتایج نشان داد ۱۸/۶ درصد از کل جمعیت بیمار روانی بوده‌اند. همچنین شیوع اختلال در زنان ۲۲/۴ درصد و در مردان ۱۴/۹ درصد گزارش شده است (مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور، ۱۳۸۱: ۳۰).

پس از پیروزی انقلاب اسلامی نیز مطالعات در زمینه شیوع اختلالات روانی صورت گرفته که فهرست و نتایج به دست آمده آنها در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول شماره ۱. نتایج مطالعات اپیدمیولوژی اختلالات روانی در ایران (از سال ۱۳۷۱ تا ۱۳۷۹)

نام محقق یا محققین	سال بررسی	نوع جمعیت و محل آن	ابزار پژوهش	تعداد نمونه	درصد میزان شیوع		
					زنان	مردان	کل
باقری یزدی و همکاران	۱۳۷۱	روستای میبدیزد	SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۴۰۰	۱۸/۱	۶/۶	۱۲/۵
بهادرخان و همکاران	۱۳۷۲	روستای گناباد خراسان	SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۴۶۵	۱۹/۶	۱۲/۴	۱۶/۶
جاویدی و همکاران	۱۳۷۲	روستای مرودشت فارس	SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۴۰۷	۲۲/۱	۶/۱	۱۵/۷
کوکبه و همکاران	۱۳۷۲	روستای آذرشهر تبریز	SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۴۱۵	۱۸/۲	۷/۴	۱۳/۰
خرازی و باقری یزدی	۱۳۷۳	شهر یزد	SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۹۵۰	۲۴/۷	۱۲/۵	۱۸/۶
خسروی و همکاران	۱۳۷۳	شهر و روستاهای بروجن	SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۴۵۰	۲۶/۲	۷/۹	۱۸/۴
پلاهنک و همکاران	۱۳۷۴	شهر کاشان	GHQ-28 و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۶۱۹	۳۱/۵	۱۵/۲	۲۳/۷
جوافشانی و همکاران	۱۳۷۴	شهرک صنعتی قزوین	SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۶۱۲	-	-	۳۰/۲
یعقوبی و همکاران	۱۳۷۴	شهر و روستاهای سومعه سرای گیلان	GHQ-28 و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۶۵۲	۳۰/۸	۱۸/۸	۲۳/۸
افشاری منفرد و همکاران	۱۳۷۶	شهر سمنان	SCL-90-R و مصاحبه بالینی PSES	۸۶۹	۱۸/۰	۱۰/۰	۱۴/۰
قاسمی و همکاران	۱۳۷۶	شهر اصفهان	SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-IV-R	۳۲۵۵	-	-	۱۹/۹
بخشانی و همکاران	۱۳۷۷	شهر زاهدان	SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-IV-R	۶۴۶	۲۷/۵	۲۳/۹	۲۵/۴
نوربالا و همکاران	۱۳۷۸	شهر تهران	GHQ-28 و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۸۷۹	۲۷/۷	۱۴/۹	۲۱/۵
امیدی و همکاران	۱۳۷۹	شهر نطنز	GHQ-28 و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۶۵۰	۲۴/۳	۱۷/۲	۲۱/۳
چگینی و همکاران	۱۳۷۹	شهر و روستاهای قم	SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-IV-R	۳۹۱	۱۸/۲	۱۶/۰	۱۷/۱
شمس‌علیزاده و همکاران	۱۳۷۹	منطقه ساوجبلاغ	GHQ-28 و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۶۴۰	۳۵/۷	۱۶/۶	۲۶/۹
صادقی و همکاران	۱۳۷۹	شهر کرمانشاه	GHQ-28 و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۵۰۱	۳۲/۲	۱۶/۹	۲۵/۲

مأخذ: مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور، ۱۳۸۱

جدول شماره ۲. درصد شیوع انواع اختلالات روانی در مطالعات اپیدمیولوژی اختلالات روانی
در ایران (از سال ۱۳۷۱ تا ۱۳۷۹)

نام محقق یا محققین	سال بررسی	محل پژوهش	شیوع کل اختلالات	اختلالات خلقی	اختلالات اضطرابی	اختلالات شبه جسمی	اختلالات عضوی مزمن	اختلالات اسکیزوفرنی	سایر اختلالات
باقری یزدی همکاران	۱۳۷۱	روستای میبد یزد	۱۲/۵	۵/۷۵	۵/۵	۰/۵	۰/۵	۰/۲۵	-
بهادرخان و همکاران	۱۳۷۲	روستای گنابادخراسان	۱۶/۶	۱۰/۵۳	۳/۸۷	۰/۴۳	۱/۰۸	۰/۶۵	-
جاویدی و همکاران	۱۳۷۲	روستای مرودشت فارس	۱۶/۷	۸/۷	۴/۶	۱/۲	۰/۵	۰/۵	۱/۲
کوکبه و همکاران	۱۳۷۲	روستای آذرشهر تبریز	۱۳/۰	۴/۸	۶/۵	۰/۵	-	۰/۲۵	۰/۹۵
خرازی و باقری یزدی	۱۳۷۳	شهر یزد	۱۸/۶	۱۱/۴	۵/۶	۰/۲	۰/۱	۰/۲	۱/۱
یعقوبی و همکاران	۱۳۷۴	شهر و روستاهای صومعه سرای گیلان	۲۳/۸	۱۲/۱۶	۷/۵۲	۱/۹۲	۱/۲۸	۰/۱۶	۰/۷۶
افشاری منفرد و همکاران	۱۳۷۶	شهر سمنان	۱۴/۰	۶/۲	۷/۴	-	-	۰/۳	۰
نوربالا و همکاران	۱۳۷۸	شهر تهران	۲۱/۵	۹/۸	۷/۴	۱/۶	۰/۲	۷/۴	۲/۳
صادقی و همکاران	۱۳۷۹	شهر کرمانشاه	۲۵/۲	۷/۰	۱۶/۶	۷/۰	۰/۴	۰/۶	-

مأخذ: مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور، ۱۳۸۱

مطابق نتایج به دست آمده در تمامی تحقیقات انجام شده، علیرغم استفاده از ابزارهای سنجش متفاوت و همچنین اجرای طرح در مناطق گوناگون همواره نرخ شیوع اختلالات روانی در زنان بیش از مردان بوده است. بیشترین فاصله نرخ شیوع زنان و مردان در مطالعه‌ای که به وسیله شمس‌علیزاده و همکاران در سال ۱۳۷۹ در منطقه ساوجبلاغ انجام شده، گزارش شده است. براساس یافته‌های این پژوهش نرخ شیوع اختلالات روانی در زنان ۳۵/۷ درصد و در مردان ۱۶/۶ درصد بوده است. کمترین تفاوت نرخ شیوع نیز به وسیله چگینی و همکاران در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۷۹ و در شهر و روستاهای قم انجام شده، گزارش شده است. در پژوهش مذکور نرخ شیوع اختلالات روانی در زنان ۱۸/۲ درصد و در مردان ۱۶ درصد بوده است.

خاطر نشان می‌سازد در تمامی تحقیقات مذکور نرخ شیوع دو گروه اختلالات خلقی و اضطرابی بیش از سایر اختلالات بوده است.

مسئله مهم در بررسی پژوهش‌های مذکور عدم امکان تعمیم نتایج حاصله به کل جمعیت کشور است. اولین مطالعه گسترده در زمینه بررسی سلامت روان افراد جامعه در ایران، در سال ۱۳۷۸ و در قالب طرح ملی «سلامت و بیماری» به وسیله نوربالا و محمد انجام شد. این پژوهش که به بررسی وضعیت روانی افراد ۱۵ ساله و بالاتر ساکن مناطق شهری و روستایی کشور اختصاص داشت نشان داد که شیوع اختلالات روانی در جامعه ایران برابر ۲۱ درصد است. همچنین شیوع اختلالات در زنان ۲۵/۹ درصد و در مردان ۱۴/۹ درصد می‌باشد. بررسی تقاطعی متغیرهای مرتبط با شیوع اختلالات روانی در طرح مورد بحث نشان داد میزان شیوع این اختلالات در افراد مطلقه، بیوه، بیکار، زنان خانه‌دار، متأهل و بازنشسته بیش از سایر گروه‌ها بوده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود اکثریت گروه‌های مذکور را زنان تشکیل می‌دهند که پس از قرار گرفتن در گروه‌های در معرض خطر^۱ آنان به دلیل ضعف پیوندها و ارتباط‌های اجتماعی به شدت آسیب دیده و دچار اختلالات جدی شده‌اند.

مطالعه مشابهی نیز به وسیله محمدی و دیگران در مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی در سال‌های ۱۳۷۹ و ۱۳۸۰ انجام شد. در این پژوهش جمعیت ۱۸ ساله و بالاتر ساکن شهرها و روستاهای کل کشور مورد مطالعه قرار گرفتند. در این پژوهش ابزار مورد استفاده برای سنجش اختلالات حاد تحت عنوان جدول اختلالات خلقی و اسکیزوفرنی^۲ مورد استفاده قرار گرفت. نتایج به دست آمده نشان داد که ۱۰/۸۷ درصد جمعیت کشور از اختلالات روان‌پزشکی رنج می‌برند. پژوهش مذکور مجدداً نشان داد که شیوع اختلالات روانی در زنان (۱۴/۴۳ درصد) بیش از مردان (۷/۳۴ درصد) است.

1 . High Risk

2 . Schedual for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS)

همچنین شیوع اختلال در افراد طلاق گرفته یا جدا شده معادل ۲۲/۳۱ درصد، در افراد بی سواد و یا با تحصیلات ابتدایی معادل ۲۵/۴۸ درصد و در زنان خانه‌دار معادل ۱۵/۴۸ درصد بود که بیش از سایر گروه‌ها گزارش شده است.

نتیجه‌گیری

براساس نظریه‌پردازی‌ها و پژوهش‌های موجود در فرایند توسعه اجتماعی، تنها برخورداری از منابع مالی و نیروی انسانی کافی نیست و رکن سوم دستیابی به توسعه، سرمایه اجتماعی است. در واقع میزان اثربخشی و کارایی منابع مالی و انسانی به میزان برخورداری از سرمایه اجتماعی که از ارزش‌ها، هنجارهای جامعه و استحکام تعهدات متقابل بین افراد و گروه‌ها تأمین می‌شود بستگی دارد. بررسی برخی شاخص‌ها مانند نرخ طلاق، میزان وقوع جرم و جنایت، مصرف مواد مخدر و ... می‌تواند روند تخریب سرمایه اجتماعی را توضیح دهد. مطالعات موجود نیز نشان‌دهنده پیامدهای نابرابر جنسیتی در نتیجه فروپاشی سرمایه اجتماعی است (فوکویاما، ۱۳۷۹).

روند رو به رشد اعتیاد در جامعه ایران غالباً به‌عنوان مشکلی مردانه بررسی شده است و یا صرفاً پدیده‌ای رایج در جامعه روسپیان تلقی گردیده است، اما امروز نسبت رواج سوء مصرف مواد دختران و زنان افزایش یافته و به رقم ۱۳/۳ درصد در شهر تهران رسیده است. بررسی تعداد جرایم زنان ضمن نشان دادن روند فزاینده آنان از ۴ درصد به ۱۱ درصد طی دو سال (۱۳۷۶ تا ۱۳۷۸) گویای تمرکز زنان مجرم در سنین جوانی (۱۸ تا ۲۴ سال) است. همسرکشی از آسیب‌های اجتماعی دیگری است که از الگویی صرفاً مردانه خارج شده و زنان نیز در سال‌های اخیر سهمی را به خود اختصاص داده‌اند. بیشتر زنان مرتکب قتل در سنین زیر ۱۲ سالگی ازدواج ناخواسته داشته‌اند، ۹۹ درصد زنان متهم، به هنگام ارتکاب جرم دارای فرزند و یا در انتظار فرزند بوده‌اند و ۸۰ درصد زنان متهم، خانه‌دار بوده‌اند. از مجموعه یافته‌های پژوهش

می‌توان نتیجه گرفت که رشد رواج آسیب‌های اجتماعی جمعیت زنان را بیش از مردان در معرض خطر قرار داده است.

علاوه بر این، نرخ شیوع اختلالات روانی در زنان ایرانی بیش از مردان است. نتایج به‌دست آمده از بررسی اختلالات حاد روانی سهم بیشتر زنان (۱۴/۴ درصد) نسبت به مردان (۷/۳ درصد) را گزارش می‌دهد. همچنین با توجه به نتایج پژوهش طرح ملی «سلامت و بیماری» شیوع اختلالات روانی در زنان ایران ۲۵/۹ درصد و در مردان ۱۴/۹ درصد می‌باشد. میزان شیوع این اختلالات در افراد مطلقه، بیوه، بیکار، زنان خانه‌دار، متأهل و بازنشسته بیش از سایر گروه‌ها بوده است.

با توجه به نتایج به‌دست آمده از تحقیقات متعدد می‌توان نتیجه گرفت، با وجود شرایط حضور دو گروه زنان و مردان در جامعه واحد، آثار سوء نابسامانی‌های موجود، سلامت زنان را بیش از مردان در خطر قرار داده است. به عبارت دیگر تخریب سرمایه اجتماعی آثار مخرب نابرابری را بر دو گروه زنان و مردان داشته است. این واقعیت ضرورت سوگیری برنامه‌های توسعه را به نفع ایجاد شرایط بهتر برای زنان ایران در قالب سیاست‌های اجتماعی مناسب نشان می‌دهد.

منابع

- آبراکرامبی، نیکلاس، هیل، استفن، ترنر، برایان اس. (۱۳۷۰)، *فرهنگ جامعه‌شناسی*، حسن پویان، انتشارات چاپ پنخس، تهران، چاپ دوم.
- آریان‌پور، ا.ج (۱۳۵۹)، «اعتیاد در دانشگاه‌های ما»، *نشریه بازتاب*، سال اول، شماره ۳، آذر.
- اتکینسون و دیگران (۱۳۸۰)، *زمینه روان‌شناسی هیلگارد*، حسن رفیعی و دیگران، انتشارات ارجمند، تهران.
- بهزاد، داوود (۱۳۸۱)، «سرمایه اجتماعی بستری برای ارتقای سلامت روان»، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، سال دوم، شماره ۶، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، زمستان.
- پاتنام، رابرت (۱۳۸۰)، *دموکراسی و سنت‌های مدنی*، محمدتقی دلفروز، دفتر مطالعات و تحقیقات سیاسی وزارت کشور.
- رزاقی، عمران محمد و دیگران (۱۳۷۹)، *ارزیابی سریع سوء مصرف مواد در ایران*، سازمان بهزیستی کشور با همکاری دفتر برنامه کنترل مواد سازمان ملل متحد در ایران.
- *روزنامه همشهری*، ۱۲ دی ۱۳۸۱.
- *روزنامه کیهان*، ۶ دی ۱۳۵۶.
- شریفیان ثانی، مریم (۱۳۸۰)، «سرمایه اجتماعی، مفاهیم اصلی و چارچوب نظری»، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، سال اول، شماره ۲، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، زمستان.
- علیایی‌زند، شهین (۱۳۸۱)، «ازدواج نامناسب، بستری زمینه‌ساز برای روسپیگری»، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، سال دوم، شماره ۵، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، پاییز.

- فوکویاما، فرانسیس (۱۳۷۹)، *پایان نظم، سرمایه اجتماعی و حفظ آن*، غلامعباس توسلی، انتشارات جامعه ایرانیان، تهران.
- کاسکلا، کای و همکاران (۱۳۸۰)، «آثار بیکاری بر سلامت و آسایش روانی»، حسن رفیعی، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، سال اول، شماره ۲، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، زمستان.
- کلمن، جیمز (۱۳۷۷)، *بنیادهای نظریه اجتماعی*، منوچهر صبوری، نشرنی، تهران.
- مرکز آمار ایران (۱۳۸۰)، *سالنامه آماری کشور*.
- مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور (۱۳۸۱)، گزارش نتایج طرح «بررسی همه گیرشناسی اختلالات روان پزشکی در کشور».
- معینی، محمدرضا (۱۳۸۱)، «نگاهی به سرمایه اجتماعی و توسعه»، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، سال اول، شماره ۴، تابستان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- نورث، داگلاس سی. (۱۳۷۷)، «نهادها، تغییرات نهادی و عملکرد اقتصادی»، محمدرضا معینی، انتشارات سازمان برنامه و بودجه، تهران.
- یزدانی، ا. (۱۳۵۹)، «جنبه‌های اجتماعی - تاریخی اعتیاد»، *نشریه بازتاب*، سال اول، شماره ۳، آذر.
- Barrett, M.(1980), *Women's Oppression Today*, London :Verso.
- Bell, C. and H. Roberts (Eds.) (1984), *Social Researching : Politics, Problems, Practice*, London : Routledge and Kegan Paul.
- Box, S. (1971), *Deviance, Reality and Society*, London : Holt, Rinehart and Winston.
- Brounmiller, S. (1976), *Against Our Will : Men, Women and Rape*, Harmondsworth, Penguin.

- Brown, G. W. and T. C. Harris (1978), *Social Origines of Depression : A Study of Psychiatric Disorder in Women*, London : Tavistock.
- Burgess, A. and L. Holmstrom (1979), *Rape, Crisis and Recovery*, Bowie : Robert J. Brady.
- Carlen, P. and A. Worrall (Eds.) (1987), *Gender, Crime and Justice*, Milton Keynes : Open University Press.
- Carlen, P. (1983), *Women's Impresionment*, London : Routledge and Kegan Paul.
- Chapman, D. (1968), *Sociology and the Stereotype of the Criminal*, London : Tavistock.
- Cowie, J. et al. (1968), *Delinquency in Girls*, London : Heinemann.
- Coyle, A. (1984), *Redundant Women*, London : The Women's Press.
- Datesman, S. et al. (1975), "Female Delinquency : An Application of Self and Opportunity Theories", *Journal of Research in Crime and Delinquency*, Vol. 12, p. 107.
- Edwards, S. (1987), "Prostitutes : Victims of Law, Social Policy and Organized Crime", in *Gender, Crime and Justice*, edited by J. Carlen and A. Wormall, Milton Keynes : Open University Press.
- Figueira – Mc Donough, T. (1980), "A Reformation of the "Equal Opportunity" Explanation of Female Delinquency", *Crime and Delinquency*, Vol. 333.

- Halson, J. (1989), "The Sexual Harassment of Young Women", in *Sex in Schools*, edited by W. Holly, Milton Keynes : Open University Press.
- Heidensohn, F. (1986), *Women and Crime*, London : Mcmillan.
- <http://www.google.com.zanan>
- <http://www.googel.com.womeniniran.htm>
- Kawachi, I. et al., "Social Ties and Mental Health", Medline Pubmed. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>)