رابطهٔ سرمایهٔ اجتماعی و سلامت روان زنان و مردان

فریبا سیدان*، محبوبه عبدالصمدی**

مقدمه: *سلامت روان اساسی‌ترین جزء رفاه اجتماعی بوده و سرمایهٔ اجتماعی یکی از متغیرهای مهم تأثیرگذار در بهزیستی وسلامت جامعه است. نتایج برخی از پژوهش‌ها نشان دهند که در ایران با فرسایش سرمایهٔ اجتماعی وشیوع اختلالات روانی روبه روهستیم، که این هردوپدیده در زنان بیش از مردان است. این مطالعه با هدف شناسایی رابطهٔ سرمایهٔ اجتماعی و سلامت روان در میان زنان ومردان انجام گرفته است.*

روش: *روش پژوهش، پیمایشی بوده ونمونهٔ مورد مطالعه، ۳۰۰ نفر از زنان و مردان شاغل در آموزشکده‌های آموزش و پرورش می‌باشد. برای سنجش سلامت روان از پرسش‌نامهٔ گلدبرگ استفاده شده و متغیر سرمایهٔ اجتماعی با بهره‌گیری از دیدگاه پاتنام با توجه به ابعاد شبکهٔ حمایت اجتماعی، مشارکت اجتماعی واعتماد اجتماعی با شاخص‌های اعتمادنهادی، اعتمادتعمیم یافته واعتماد شخصی، توسط طیف لیکرت سنجیده شده است.*

یافته‌ها: *یافته‌های پژوهش حاکی از روابط معنادار و همبستگی بین متغیر سرمایهٔ اجتماعی و شاخص‌های آن شامل مشارکت اجتماعی، شبکهٔ حمایت اجتماعی، اعتماد اجتماعی، اعتماد شخصی، اعتماد تعمیم یافته با سلامت روان است.*

بحث: *همچنین با کنترل متغیر جنس، دریافتیم متغیر مذکور روابط میان متغیرهای مستقل و وابسته را مخدوش می‌کند. چنان که سطح آن‌ها در دو گروه زنان ومردان، با یکدیگرتفاوت معناداری دارد. نتایج پژوهش نشان می‌دهد متغیرهای مشارکت اجتماعی، حمایت اجتماعی، اعتماد شخصی، اعتماد تعمیم یافته، جنس وسن دارای بیش‌ترین قدرت تبیین پراکنش سلامت روان بوده و۳۹/۰درصد آن را تبیین می‌کنند. شایان ذکر است دست یابی به منابع ارزشمند سرمایهٔ اجتماعی در میان مردان و زنان از یکدیگر متفاوت بوده و این پدیده بر سلامت آنان تأثیر گذار است. از این رو در پژوهش‌های مربوطه، به رویکردهای دقیق‌تری نیازمندیم که جنسیت را لحاظ نموده و دارای کفایت بیش‌تری باشند.*

کلید واژه‌ها: سلامت روان، سرمایهٔ اجتماعی، زنان، مردان.

تاریخ دریافت: **۸۹/۸/۱۲** ***تاریخ پذیرش:*** **۹۰/۶/۲۵**

* دکتر جامعه‌شناس، دانشگاه الزهرا <fariseyedan@gmail.com>

** کارشناس ارشد مطالعات زنان دانشگاه الزهرا

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-24]

مقدمه

سلامت اساسی‌ترین جزء رفاه اجتماعی به شمار می‌رود و بیش از مداخلات پزشکی، به عوامل اجتماعی و اقتصادی وابسته بوده و یکی از مفاهیم محوری توسعهٔ پایدار است. میزان سرمایهٔ اجتماعی و ابعاد مختلف آن، یکی از متغیرهای مهم تأثیرگذار بر موفقیت برنامه‌های توسعه، رفاه و بهزیستی جامعه است. این پدیده که به وسیلهٔ تراکم شبکهٔ اجتماعی یا اعتماد عمومی در افراد سنجیده شده، در بسیاری از مطالعات با سلامت روان مرتبط است(kawachi etal,2008)(اصلاح مورد ۶). توجه به این پدیده و نقش آن در سلامت را می‌توان از قرن نوزدهم، در کار جامعه شناسانی چون دورکیم دید. وی نشان داد نرخ‌های خودکشی در جمعیت‌هایی که دارای سطوح پایین انسجام اجتماعی هستند، بیش‌تر بوده ودراجتماعاتی که خیلی به هم پیوسته‌اند، کم‌تر است(Halpern, 2005). شایان ذکر است در دوران کنونی در بیش‌تر کشورهای جهان، تلاش برای صنعتی شدن هر چه بیش‌تر از یک سو و از سوی دیگر رشد سریع جمعیت، شهرنشینی و مهاجرت به چشم می‌خورد. به دنبال این تغییرات بنیادین، روز به روز بر فشارها، مسائل و مشکلات روانی-اجتماعی جوامع افزوده شده و جهان شاهد تغییرات عمده در اپیدمیولوژی بیماری‌های روانی، در صدر عوامل ایجاد کنندهٔ ناتوانی و مرگ‌های زودرس است. شیوع بالای این بیماری‌ها و ناتوانی‌ها، باعث گردیده تا این مشکلات در تمامی جوامع به عنوان یک اولویت بهداشتی مورد توجه قرار گیرد(نوربالا و همکاران، ۱۳۸۹). آن گونه که مطالعات نشان می‌دهند در ایران در سال‌های اخیر مواجه با رشد روز افزون شیوع اختلالات روانی و رفتاری هستیم، چنان که، بر اساس اولین مطالعات انجام شده دربارهٔ سلامت روان در طول دههٔ ۴۰، میزان شیوع اختلالات روانی بین ۱۱/۹تا۱۸/۶درصد بر آورد شده است(داویدیان، ۱۳۵۳). درمطالعاتی که در دههٔ ۱۳۷۰ صورت گرفته، شیوع این اختلالات بین۱۲/۵ تا ۳۰/۲ درصد متغیر و رشد روز افزونی داشته، چنان که درصد قابل توجهی (۳۴/۲) از افراد ۱۵ ساله وبیش‌تر را در بر می‌گیرد(نور بالا و باقری یزدی، ۱۳۸۰) و این

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-24]

مقدارنسبت به سال ۱۳۷۸، ۱/۷ برابر شده است(نوربالا و همکاران، ۱۳۸۹). نتایج این پژوهش‌ها حاکی از آن است که مقادیر مذکور همواره بین زنان و مردان دارای تفاوت قابل ملاحظه‌ای بوده چنان که زنان ۱/۳ برابر مردان (۳۷/۹ درصدزنان و ۲۸/۶ درصدمردان) در خطر ابتلا به اختلالات روانی قرار دارند(نوربالا و همکاران، ۱۳۸۹همچنین دیگر بررسی‌های اپیدمیولوژیک انجام شده در ایران و سایر کشورها، شیوع این گونه اختلالات را در زنان همواره بالاتر از مردان گزارش نموده، چنان که تفاوت میزان شیوع اختلال‌های روانی در زنان۲تا۳برابر مردان گزارش شده است(برای نمونه نگاه کنید به: داویدیان، ۱۳۵۳، جلیلی و داویدیان، ۱۳۷۰، باقریو همکاران، ۱۳۷۳، جاویدی، ۱۳۷۲، بهادرخان، ۱۳۷۲، پالاهنگ و همکاران، ۱۳۷۵، ببینگتون و همکاران، ۱۳۸۱، ماوریز و همکاران، ۱۹۸۶، ماوریز وببینگتون، ۱۹۸۷، وازکوئز و بارکورو، ۱۹۸۷، به نقل از احسان منش، ۱۳۸۰، مقصودی، ۱۳۸۹). علاوه بر شیوع قابل توجه اختلالات روانی در زنان و مردان ایرانی، که همواره نسبت آن در زنان بیش از مردان گزارش شده، نتایج برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهند در جامعهٔ در حال گذاری چون ایران، سرمایهٔ اجتماعی دچار فرسایش شده و منبع اصلی بروز و ظهور آسیب‌های اجتماعی است. براین اساس زنان نسبت به مردان، دست یابی کم‌تری به منابع ارزشمند سرمایهٔ اجتماعی دارند. در این زمینه، پژوهش عبداللهی و همکاران(۱۳۸۶) نشان داد در ایران هر چه از سطح خانواده به سطوح بالاتر اجتماعی حرکت می‌کنیم، از سرمایهٔ اجتماعی کاسته شده واین کاهش در زمینه‌های جمعی و اعتماد اجتماعی بیش‌تر است. همچنین سطح سرمایهٔ اجتماعی در ایران، پایین رو به متوسط بوده و مواجه با فرسایش سرمایهٔ اجتماعی قدیم هستیم. همچنین نتایج پژوهش فیروز آبادی و ایمانی(۱۳۸۵)نیزنشان داد در بین عناصر مفهومی سرمایهٔ اجتماعی، اعتماد عمومی در مناطق توسعه‌ای پائین، به طور معناداری از مناطق متوسط و بالا کم‌تر بوده وسطح پائین سرمایهٔ اجتماعی بین گروهی می‌تواند موجب انزوای اجتماعی و غلبهٔ چرخهٔ فقر و توسعه نیافتگی بر منطقهٔ شهری شود. همچنین پژوهش قاسمی و همکارانش (۱۳۸۵) دربارهٔ

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-24]

سرمایهٔ اجتماعی، حاکی ازآن است که استان اصفهان دچارضعف سرمایهٔ اجتماعی بوده و اعتماد به برخی از نهادها و غریبه‌ها در موقعیتی است که می‌توان آن را برای نظام اجتماعی بحرانی قلمداد کرد. همچنین مطالعهٔ اسعدی (۱۳۵۳) نشان داد در ایران تنها ۵۳ درصد پاسخ‌گویان معتقدند که بیش‌تر مردم قابل اعتمادند(بنقل ازشارع پور، ۱۳۸۰: ۱۱). همان گونه که ذکر است در ایران علاوه برشیوع بیش‌تراختلالات روانی در زنان نسبت به مردان، نتایج برخی مطالعات حاکی از آن است که میزان برخورداری زنان از برخی از مؤلفه‌های سرمایهٔ اجتماعی نیز اندک‌تر از مردان است. به عنوان مثال کمالی(۱۳۸۳) نشان داد سطح اعتماد به عنوان یکی از مؤلفه‌های سرمایهٔ اجتماعی زنان کم‌تر از مردان بوده و این تفاوت در اعتماد به دیگران دور، بیش‌تر است. همچنین نتایج مطالعهٔ صالحی هیکویی(۱۳۸۴) نشان داد اندازهٔ شبکه و میزان اعتماد به دیگران دور در بین مردان بیش از زنان است. ناطق پور و فیروز آبادی(۱۳۸۵)نیز دریافتند میزان سرمایهٔ اجتماعی مردان در ابعاد اعتماد و مشارکت رسمی بیش از زنان است. همچنین پژوهش اسکندری(۱۳۸۸) نشان داد سطح اعتماد اجتماعی در زنان جامعهٔ ما اندک بوده که نشانهٔ آسیب شناختی روابط اجتماعی و به منزلهٔ سدی برای ورود زنان به اجتماع محسوب می‌شود. از این رو همان گونه که پژوهش‌های مذکور نشان می‌دهند، آشکار است که اولاً هردو متغیر سرمایهٔ اجتماعی و سلامت روان در ایران از وضعیت مطلوبی برخوردار نیستند. ثانیاً بر اساس شواهد موجود وضعیت زنان نسبت به مردان در هردو متغیر سلامت روان و سرمایه اجتماعی نامطلوب‌تر است. از این روبا توجه به طرح مسئلهٔ مذکور، سئوالات اصلی این مقاله بدین شرح‌اند:

چه رابطه‌ای بین سرمایهٔ اجتماعی و سلامت روان وجود دارد؟

آیا سطح سرمایهٔ اجتماعی و سلامت روان در میان زنان و مردان تفاوت معنادار دارد؟

شایان ذکر است نقش سرمایه اجتماعی در سلامت روان افراد در سال‌های اخیر، مورد توجه صاحب نظران بوده است(berry and welsh 2010,phongsavan et al. ,2006) چنان که درمورد ارتباط سرمایهٔ اجتماعی با شاخص‌های بهزیستی و سلامت روان، مطالعات

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-24]

تجربی گوناگونی صورت گرفته که به اختصار به برخی از آن‌ها اشاره می‌کنیم.. بنابر پژوهش(mohseni and lindstrom 2004,perry et al,2008,pitkin derose and varda 2009) سرمایهٔ اجتماعی در بهبود دسترسی به مراقبت‌های اجتماعی مؤثر است. در طی زمان سرمایهٔ اجتماعی اندک با بروز بیماری و کاهش سلامتی مرتبط است(Giordano and lindstrom, 2010). دراین زمینه عواملی چون بی‌عدالتی‌های اجتماعی، سلامت افراد را به خطر می‌اندازد(wilkinson, 1999). همچنین پیوستگی زیادی بین سلامتی و انسجام اجتماعی وجود دارد(Kawachi etal, 2008). شواهد نشان می‌دهند نرخ مرگ و میر در میان افرادی با شبکه‌های اجتماعی قوی، نصف یا یک سوم افراد با پیوندهای اجتماعی ضعیف است(وایتهد و دیدریشن، ۲۰۰۱، بنقل از فیلد، ۱۳۸۶). رز نیز نشان داد سرمایهٔ اجتماعی در فراهم آوردن حمایت‌های عاطفی و روانی در ارتقاء سلامت روانی افراد مؤثرند(Rose, 2000). تامپسون وهمکارانش(Thompson, et al. 2002)نیز نشان دادند حمایت اجتماعی، پیوندهای مشترک مثل هویت فرهنگی، زبان و علایق مشترک در سازگاری و سلامت روانی شان نقش مهمی دارند. سیلورا و آلبچ (Silvera &Allbech, 2001) نیز نشان دادند عواملی چون حمایت خانوادگی پایین، دسترسی محدود و نامناسب به خدمات جمعی، ناتوانی در برگشت به خانه و تحقیر اجتماعی، در مختل شدن سلامت روانی مهاجران مؤثرند. همچنین نتایج پژوهش هارفام (harpham, 2004) نشان داد سرمایهٔ اجتماعی در ابعاد ساختاری و شناختی بر سلامتی افراد تأثیرگذارند. همچنین (hyypa and maki, 2001) نشان دادند نرخ‌های پایین‌تر مرگ و میر و طول عمر بیش‌تر اقلیت سوئدی زبان در مقایسه با سایر افراد، به تفاوت سرمایهٔ اجتماعیشان مربوط است. ایمان و همکارانش (۱۳۸۵)نیزدریافتند ارتقاء سلامت روانی دانشجویان تحت تأثیر متغیرهایی چون سرمایهٔ اجتماعی، سن افراد، میزان در آمد خانوادگی است. گروسی و نقوی (۱۳۸۷)نیز دریافتند سرمایهٔ اجتماعی با کیفیت زندگی ارتباط معناداری دارد. همچنین خواجه دادی وهمکارانش (۱۳۸۷) در پژوهش خود دریافتند سرمایهٔ اجتماعی شناختی با

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-24]

سلامت جسمی و روانی همبستگی دارد. اونق(۱۳۸۴)نیزنشان داد سرمایه اجتماعی درصد قابل توجهی ازپراکنش کیفیت زندگی را تبیین می‌نمایند. مقصودی(۱۳۸۹) نیز در پژوهش خود دریافت متغیرهای سرمایهٔ اجتماعی به همراه رضایت زناشویی و منزلت فرد در روابط قدرت خانواده مهم‌ترین تبیین کننده‌های سلامت روانی همسران می‌باشند.

شایان ذکر است از آن جا که پژوهش حاضر دربارهٔ سرمایهٔ اجتماعی و تأثیرات ابعاد و مؤلفه‌های آن بر سلامت روان زنان و مردان می‌باشد، توضیحاتی دربارهٔ زمینهٔ نظری آن لازم می‌نماید. از نظر برخی از محققان، سرمایهٔ اجتماعی بعدی از سازمان اجتماعی است که می‌تواند کارآیی اجتماعی را، از طریق سهولت بخشیدن به کنش‌های هماهنگ، بهبود بخشد و به عنوان مفهومی چند بعدی دربردارندهٔ شاخص‌هایی چون شبکهٔ حمایت اجتماعی، اعتماد و مشارکت اجتماعی بوده و پایه اصلی حیات اجتماعی است (Coleman, 1988 ،bourdieuu, 2001). این پدیده در بردارندهٔ شبکهٔ نسبتاً با دوامی از روابط کمابیش نهادینه شده، توأم با شناخت، تعهدات و اعتماد می‌باشد که به عنوان منابعی بالقوه، موجب تسهیل کنش‌های فردی و جمعی می‌شود. دراین زمینه پژوهشگران، بر آنند که سرمایهٔ اجتماعی ممکن است به عنوان یک مکانیزم فیزیولوژیک، سیستم ایمنی بدن را برای مبارزه با بیماری و استرس تقویت کند. از این نظر همبستگی مثبتی بین مجموعه‌ای از شاخص‌های سرمایهٔ اجتماعی با سلامت و نیز پیوستگی منفی با نرخ مرگ و میر وجود دارد(Putnam, 2000). در این زمینه شبکهٔ حمایت‌های اجتماعی مساعدت ملموسی را فراهم می‌آورند که باعث کاهش اضطراب شده و هنجارهای مربوط به سلامتی را تقویت می‌کند. همچنین بهتر می‌توانند برای استفاده از خدمات درمانی اعمال نفوذ کنند؛و تعامل می‌تواند به تحریک سیستم ایمنی بدن کمک کند(Ibid). در این میان اعتماد تأثیرات قابل توجهی بر سلامت روان دارد. ریشهٔ اعتماد در وثوق و اطمینان به اشخاص صالح و معتبر است، که معمولاً حاصل نخستین تجربیات فرد در زندگی است . از این رو اعتماد اضطراب را کاهش داده و نوعی احساس تداوم و نظم در رویدادها و امنیت وجودی را در

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-24]

فرد به وجود مـی‌آورد(گیـدنز، ۱۳۸۰). اعتمـاد نهـادی، اعتمـاد بـه حکومـت و نهادهـای اجتماعی است. اعتماد بین شخصی اعتمادی است که در روابط چهـره بـه چهـره خـود را نشان داده و در هر نوع شبکه‌ای که فرد در آن مشارکت دارد، به کار می‌رود. این شـکل از اعتماد، موانع ارتباطی را برطرف ساخته وبهزیـستی روانـی را ازطریـق تـسهیل بـسیاری از تعاملات موجب می‌شود. اعتماد تعمیم یافتهٔ حسن ظن نسبت بـه افـراد جامعـه، جـدای از تعلق آن‌ها به گروه‌های قومی و قبیله‌ای است که بر سلامت روان افراد تـأثیر گـذار اسـت. اعتماد تعمیم یافتهٔ حوزه‌ای از کسانی که با ما تعامل دارند یا بالقوه می‌توانند تعامـل داشـته باشند را در بر گرفته و در سطح ملی گسترش می‌یابد(ریتزر، ۱۳۷۷). در ایـن زمینـه نتـایج پژوهش‌ها نشان می‌دهند سطح متوسط اعتماد بین شخصی با سـلامت درسـطوح مختلـف ایالتی، منطقه و یا محله مرتبط است. در مطالعات اخیر، میزان اعتماد رابطهٔ مثبتی با سلامتی عمومی درابعاد مختلف آن در سطوح فردی دارد (veenstrar, 2005). همچنـین اعتمـاد بـا سطوح بهتری از سلامت روان (silvera and Allebech, 2001) وسـلامت عمـومی مـرتبط است(yun et al, 2010 ,subramanian, 2002). در ایـن زمینـه یـاجون لـی و همکـارانش (Lee, 2004) دریافتند سرمایهٔ اجتماعی واعتماد موجود درشبکهٔ حمایت اجتمـاعی، رابطـهٔ مثبتی با سلامت روان دانـشجویان داشـته و از فـشارهای روانـی ناشـی ازفرهنـگ پـذیری ممانعت می‌نماید. همچنین سطح مشارکت اجتماعی به عنوان یکی دیگـر از شـاخص‌هـای سرمایهٔ اجتماعی، برسلامت روان افراد تـأثیر گـذار اسـت. در ایـن زمینـه نتـایج پـژوهش (cornwell and waite, 2009) نشان داد فقدان مشارکت وارتباطات اجتماعی بـا احـساس انزوای اجتماعی وبا سطح پائین سلامت روانی مرتبط اسـت. همچنـین (warren-findlow and et al 2011) نشان دادند در سنین بالا، برخوردار بودن ازروابط اجتمـاعی بـر سـلامت روان می‌افزاید. همچنین (ziersch and et al, 2009) نشان دادندسطح بالایی ازمشارکت‌ها و شبکهٔ حمایت‌های اجتماعی که واجد کمک‌های ملموسی مانند پول ومراقبت اجتماعی بوده با کاهش فشار روانی همراه است(yiengprugsawan et al, 2011). در ایـن زمینـه داشـتن

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-24]

دوستان و همسایگان خوب، تحرک اجتماعی و درآمد بالا و برخورداری از سرمایهٔ اجتماعی مطلوب، در بهبود سلامت روان مؤثر است(shiwirian andshwirian, 1993). شایان ذکر است در مطالعهٔ تأثیرات سرمایهٔ اجتماعی بر سلامت روان تأثیرات متغیرهای جمعیتی چون سن وجنس نیز باید بررسی گردد (kawachi and subramanian,2008,). در این زمینه پژوهش(warren-findlow and et al, 2011) نشان داد در سنین بالا، برخوردار بودن ازروابط ومشارکت‌های اجتماعی، برسلامت روان می‌افزاید. همچنین برخی از مطالعات به تأثیرات سرمایهٔ اجتماعی بر افزایش سلامت روانی و جسمانی درگروه‌های جمعیتی کهنسال(Nummela et al, 2008) و در سنین نوجوانی(Almgren et al, 2009) اشاره دارند. از این نظر پژوهش (yiengprugsawan et al, 2011) نشان داد زنان در سنین بالاتر نسبت به مردان، از سلامت روان کم‌تری برخوردارند. از آن جا که اعتماد به دیگر افراد، یک وجهه نظر مثبت محسوب می‌شود و از آن‌جا که روابط نزدیک و وجود شبکه‌های اجتماعی منوط به اعتماد است، در سنین بالا اعتماد مهم بوده و بر سلامت روان افراد می‌افزاید(Subramanian, 2002). نتایج برخی مطالعات نشان می‌دهد رابطهٔ بین سرمایهٔ اجتماعی و سلامت در افراد کهنسال، در میان شهر و روستا متفاوت است (Ziersch et al, 2009) . به عنوان مثال (wanless et al, 2010) دریافتند که سرمایهٔ اجتماعی با وضعیت سلامتی در زنان مسن شهری نسبت به نواحی روستایی، بیش‌تر مرتبط است. شایان ذکر است بررسی تأثیرات سرمایهٔ اجتماعی بر سلامت روان زنان و مردان، به لحاظ برخورداری متفاوت آنان ازمنابع و حمایت‌ها در روابط و شبکه‌های اجتماعی و به ویژه اعتماد اجتماعی، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. از نظر بوردیو سرمایهٔ اجتماعی به معنای روابط قدرت بوده و ابزاری برای بازتولید فرودستی زنان می‌باشد که ریشه در ساختار سلطهٔ نظام پدر سالارانه دارد. روابط و بستگی‌های گروهی در شبکهٔ روابط خانوادگی، عمدتاً تحت تأثیرسلطهٔ ساختارهای پدر سالارانه قراردارد. از این روآشکار است که اغلب اوقات، نابرابری در دسترسی به منابع سرمایهٔ اجتماعی با سایر نابرابری‌ها، از

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-24]

جمله نابرابری‌های جنسیتی، همراه است(فیلد، ۱۳۸۴) و در ادبیات مربوطه توجه اندکی به این پدیده شده است(silvey and Elmhirst, 2003). در این زمینه چنان که پاتنام نیزاشاره می‌کند تسهیل گران اجتماعی، بیش‌تر در میان مردان وجود دارند، در حالی که پیوندهای اجتماعی غیر رسمی بیش‌تر در بین زنان رایج بوده و بدین ترتیب زنان سرمایه داران اجتماعی متفاوتی نسبت به مردان هستند(Putnam, 2000). از این رو می‌توان اذعان داشت سرمایهٔ اجتماعی، نوعی روابط قدرت و ابزاری برای تولید و بازتولید فرودستی زنان است. نحوهٔ دست یابی به منابع سرمایهٔ اجتماعی ریشه در ساختار نظام پدر سالارانه دارد. از این نظر سرمایهٔ اجتماعی، نوعی ساختار اجتماعی بوده ودربردارندهٔ آسیب پذیری جنسیتی است(Bourdieu,2001)، چنان که وجود انتظارات ویژه و متفاوت از زنان نسبت به مردان در شبکهٔ اجتماعی، محرومیت نسبی زنان را تشدید می‌کند. این پدیده زنان را از روابط وسیع مبتنی بر انواع اعتماد وتعاملات متقابلی که برای مردان مهیاست، باز می‌دارد (world bank, 2001). بنابراین در بررسی سرمایهٔ اجتماعی، تفاوت قدرت و دستیابی به منابع، میزان و نوع متفاوت اعتماد و مشارکت‌های اجتماعی در میان مردان و زنان می‌بایست مورد توجه قرار داد(wolcock and narayan, 2000). قابل ذکر است در شبکه‌های اجتماعی وضعیت زنان از مردان متفاوت بوده و آن چه برای مردان سرمایهٔ اجتماعی مثبت تلقی می‌شود، ممکن است برای زنان نوعی فشار اجتماعی محسوب شود. بنابراین باید توجه داشت، از آن جا که در بررسی سرمایهٔ اجتماعی، تفاوت درجهٔ قدرت و دستیابی به منابع و سطح اعتماد و مشارکت‌های اجتماعی در میان مردان و زنان مهم است، درسنجش تأثیرات این متغیر بر سلامت روان زنان و مردان نیزممکن است متغیر جنسیت به عنوان یک متغیر مخدوش گر عمل کرده و رابطهٔ این دو متغیر را تحت تأثیر خود قرار دهد. از این نظر زنان و مردان از منابع ارزشمند اجتماعی ازجمله سرمایهٔ اجتماعی، حمایت‌ها، روابط و پیوندهای (شبکه‌ها) اجتماعی ومؤلفه‌های دیگر آن به گونهٔ نابرابری بهره می‌گیرند که این امر سلامت روان آنان را متأثر می‌سازد. از این نظر، مهم‌ترین علت

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-24]

کاهش میزان سلامت وفزونی بروز بیماری روانی در زنان نسبت به مردان را می‌بایست در فرو دستی منزلت اجتماعی ـ اقتصادی و دستیابی ناکافی زنان به منابع و سرمایه‌های اقتصادی و اجتماعی جستجو کرد که قویاً با بروز بیماری روانی بیش‌تر زنان نسبت به مردان مرتبطا ست(هلمشا و هیلر[۲]، ۲۰۰۰). بر این اساس وجود تبعیض جنسیتی در اجتماع عامل مهمی درکاهش سطح سلامت و بروز اختلالات روانی بیش‌تر در زنان نسبت به مردان است. از این دیدگاه در حالی که محرومیت اجتماعی بر بروز بیماری روانی به طور کلی مؤثر می‌باشد، این پدیده، به دلیل وجود تبعیضات جنسیتی، زنان را بیش از مردان متأثر کرده و دارای پیامدهای بیش‌تری است (WHO,2010). از این رو برخی از مسائل مربوط به سلامتی زنان، مستقیماً به ویژگی‌های زیستی آنان مربوط نبوده بلکه در ارتباط با محرومیت‌های اجتماعی وفقدان دستیابی به منابع ارزشمند اجتماعی است که زنان در طی زندگی روزمرهٔ خویش با توجه به نقش‌های محدود خود آن را تجربه می‌کنند(Fisher,et al, 2011).

شایان ذکر است هدف اصلی این مقاله، بررسی تأثیر سرمایهٔ اجتماعی بر سلامت روان زنان و مردان است. دراین مقاله، برای درک بهتر ارتباط سرمایهٔ اجتماعی و سلامت روان، از دیدگاه پاتنام بهره جسته‌ایم که بر آن اساس در سنجش سرمایهٔ اجتماعی، به لحاظ اهمیت تأثیرات اعتماد اجتماعی بر سلامت روان، که تا کنون در مطالعات صورت گرفته بدان توجه لازم نشده، علاوه برابعاد مشارکت و شبکهٔ حمایت اجتماعی، اعتماد اجتماعی با توجه به شاخص‌های اعتماد تعمیم یافته، اعتمادشخصی و اعتماد نهادی مورد سنجش قرار گرفته است. همچنین همان‌گونه که درطرح مسئلهٔ پژوهش ذکر شد علاوه بر شیوع قابل توجه اختلالات روانی در زنان و مردان ایرانی، که همواره نسبت آن در زنان بیش از مردان گزارش شده، در جامعهٔ در حال گذار ایرانی، که سرمایهٔ اجتماعی دچار فرسایش شده، زنان با توجه به آن که نسبت به مردان دستیابی کم‌تری نیزبه منابع ارزشمند سرمایهٔ اجتماعی دارند، از این پدیده بیش‌تر آسیب می‌بینند. همان گونه که مطالعات نشان می‌دهند پدیده مذکور تأثیرات به سزایی بر سلامت روان افراد دارد، در این مقاله علاوه بر سنجش

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-24]

رابطهٔ سرمایهٔ اجتماعی و سلامت روان، تأثیرات متغیر جنس ومیزان برخورداری متفاوت زنان و مردان از سرمایهٔ اجتماعی، که تاکنون مطالعات مربوطه بدان نپرداخته‌اند، نیز مورد سنجش قرارخواهد گرفت. بودند.

روش‌شناسی

این پژوهش مطالعه‌ای پیمایشی بوده و داده‌ها از طریق پرسش‌نامه گردآوری شده است. جامعهٔ آماری شامل دو گروه زنان و مردان شاغل در آموزشکده‌های فنی و حرفه‌ای آموزش و پرورش استان تهران است. در این مطالعه ازشیوهٔ نمونه‌گیری لایه‌ای استفاده شده وبا استفاده از این روش ابتدا متغیرهای مناسب برای لایه‌بندی انتخاب، وچارچوب نمونه‌گیری بر اساس مقوله‌های آن‌ها، به گروه‌هایی تقسیم و سپس از نمونه‌گیری منظم برای انتخاب نسبت‌های مناسبی از افراد، در درون لایه‌ها استفاده کرده‌ایم. از این رو، بااستفاده ازفرمول کوکران، حجم نمونه‌ای برابر ۳۰۰ نفر محاسبه شد که با توجه به متغیرهای تحقیق ونسبت‌های متناسب با تعداد کارکنان هر اداره و سهمی که از حجم نمونه به آن تعلق می‌گرفت، نمونه‌گیری به عمل آمد. لازم به ذکر است متغیرهای استفاده شده در طبقه‌بندی جمعیت مورد مطالعه به هنگام نمونه گیری، شامل پست سازمانی فرد(پرسنل اداری و مدرس رسمی)، جنس کارکنان و محل خدمت می‌باشد. همچنین با بهره‌گیری از دیگاه پاتنام، متغیرسرمایهٔ اجتماعی در ابعاد اعتماداجتماعی(با شاخص‌های اعتماد نهادی، تعمیم یافته و شخصی)، شبکهٔ حمایت اجتماعی (با شاخص‌های حمایت مالی، مشورتی، احساسی) و مشارکت اجتماعی، توسط طیف لیکرت سنجیده شده است. همچنین برای سنجش مشارکت اجتماعی از شاخص میزان گسترش روابط بین گروهی، در قالب حضور مردم در انجمن‌های داوطلبانه، باشگاه‌ها، اتحادیه‌ها و همچنین مشارکت ارادی مردم در امور جامعه که به طور مستقیم و غیر مستقیم در شکل دادن حمایت اجتماعی تأثیرگذارند، سود جسته‌ایم. شایان ذکراست، به منظور به دست آوردن روایی (validity) ابزار، از روایی

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-24]

صوری و ملاک استفاده شده و برای به دست آوردن پایایی(reliability)، از آزمون آلفای کرونباخ بهره گرفته شده است. این شیوهٔ سنجش پایایی مبتنی بر محاسبهٔ ضریب آلفای کرونباخ، بر اساس میزان همبستگی تک تک آیتم‌های تشکیل دهندهٔ مقیاس با کل مجموعه است. در این تحقیق ضرایب بالای ۷۰ درصد به عنوان حداقل ارزش، مورد پذیرش قرار گرفته است. در این زمینه ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده برای متغیرسرمایهٔ اجتماعی، برابر ۰/۸۱ است. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ اعتماد شخصی۰/۸۷۶، اعتماد نهادی برابر ۰/۷۷۱، اعتماد تعمیم یافته برابر ۰/۸۱۹، مشارکت اجتماعی برابر۰/۹۲۲ وحمایت اجتماعی ۰/۹۳۹ به دست آمده است. پایایی زمانی برابر(۰/۸۵۴)، در حد قابل قبول و در سطح($p<۰/۰۰۱$) معنادار بوده است. در این پژوهش از پرسش‌نامهٔ سلامت عمومی گلد برگ (۱۹۷۲) برای سنجش میزان سلامت روانی استفاده شده که در بر دارندهٔ نشانه‌های جسمانی، اضطراب وافسردگی است. میرخشتی(۱۳۷۵، برگرفته از هومن، ۱۳۷۷)در پژوهش خود ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را ۰/۹۲ و ضریب پایایی باز آزمایی آن را ۰/۸۴ به دست آورده است. در این پژوهش نیز ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده برای این پرسش‌نامه، برابر ۰/۸۸۴ است.

یافته‌های پژوهش

یافته‌های حاصل از این پژوهش حاکی از آن است حداقل سن مردان ۲۲ سال و حداکثر ۶۳ سال و میانگین سن آنها ۳۳/۶۰ سال می‌باشد. همچنین حداقل سن زنان پاسخگو ۲۳ سال و حداکثر ۶۱ سال ومیانگین سنی آنان ۳۰/۲۷ سال است. قابل ذکر است۵۶/۸افراد متأهل بوده و ۱۸/۶ درصد از مردان مجرد و ۲۴/۶ درصد از زنان مجرد می‌باشند. همچنین تحصیلات۲۰/۱ درصد از مردان کارشناسی وپایین‌تر از کارشناسی ارشد، و۲۳درصد دارای تحصیلات کارشناسی ارشد، ۱۲/۹درصددکتری، ۲۴ درصد دیپلم و ۲۰ درصد نیز زیر دیپلم می‌باشند. میزان تحصیلات۹/۵ درصدزنان کاردانی، ۴۰/۸درصددیپلم و۲۵ درصد نیز زیر

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-24]

دیپلم بوده‌اند. همچنین۱۷/۸ درصد از آنان دارای تحصیلات کارشناسی و ۶/۹ درصد دکتری می‌باشند. معادل۶۸/۲درصد دارای قومیت فارس و بعد از آن قومیت آذری در بین پاسخ‌گویان، دارای مقداری برابر۲۱/۸ درصد بوده و بقیه به سایر اقوام کرد و لر متعلق بودند. همچنین میانگین درآمد مردان ۵/۲ و زنان ۵/۹ میلیون ریال، حداکثر بعد خانوار ۶ نفر و حداقل ۱ نفر و بیشترین بعد مربوط به خانوارهای ۴ نفره با فراوانی ۹۲ نفر (۳۰/۷ درصد)است. همچنین بمنظورآزمون فرضیات وبررسی روابط میان متغیرهای وابسته و مستقل، ازضریب همبستگی پیرسون واز ضریب (اصلاح مورد۲۵)همبستگی جزیی، به منظور کنترل تأثیرات مخدوش کنندهٔ جنسیت بر روابط میان متغیرهای مستقل و وابسته، استفاده کرده‌ایم. همان گونه که در جدول (۱) مشاهده می‌کنیم ضریب همبستگی پیرسون سلامت روان با متغیرهای مستقل به ترتیب سرمایهٔ اجتماعی برابر(r=۰/۲۱۴)با مقدار(p=۰/۰۰۱)، بامتغیرشبکهٔ حمایت اجتماعی برابر(r=۰/۱۲۱)با مقدار (p=۰/۰۴۰)، با متغیر اعتماد اجتماعی برابر(۰/۱۸۵) با مقدار(p=۰/۰۰۴)با متغیراعتماد شخصی برابر (۰/۱۶۹) با مقدار (p<۰/۰۰۱)، با متغیراعتماد تعمیم یافته برابر(r=۰/۱۵۸)با مقدار(p=۰/۰۱۵)، با متغیرشبکهٔ حمایت اجتماعی برابر(r=۰/۱۲۱) با مقدار (p=۰/۰۰۴) و با مشارکت اجتماعی برابر(r=۰/۴۸) با مقدار برابر(p<۰/۰۰۱)است. بدین ترتیب فرض پژوهش، مبنی بر وجود رابطهٔ معنادار بین سرمایهٔ اجتماعی و مؤلفه‌های آن با سلامت روان، تأیید می‌شود. شایان ذکر است اعتماد نهادی با سلامت روان رابطهٔ معناداری نداشت. همچنین همان گونه که جدول(۱) نشان می‌دهد، با توجه به کنترل جنس، از آن جا که ضرایب همبستگی بین متغیرهای مذکور(به جز اعتماد نهادی)، در میان دو گروه زنان و مردان، دارای تفاوت معنادار دارد، میتوان نتیجهگرفتمتغیر جنسیت، متغیری مخدوشگر(confounder)بوده و روابط میان متغیرهای مستقل و وابسته را مخدوش می‌کند.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-24]

جدول (۱) ضرایب همبستگی متغیر سلامت روان با متغیرهای مستقل با کنترل و بدون کنترل جنس پاسخ‌گویان

سلامت روان	سرمایه اجتماعی	اعتماد اجتماعی	اعتماد شخصی	اعتماد نهادی	اعتماد تعمیم یافته	حمایت اجتماعی	مشارکت اجتماعی
بدون کنترل جنس	۰/۲۱۴	۰/۱۸۵	۰/۱۶۹	۰/۰۴۹	۰/۱۵۸	۰/۱۲۱	۰/۴۸
مقدارP	p<۰/۰۰۱	p=۰/۰۰۴	p=۰/۰۰۶	p=۰/۴۵۳	p=۰/۰۱۵	p=۰/۰۰۴	p<۰/۰۰۱
با کنترل جنس	۰/۵۲۳	۰/۲۳۵	۰/۱۷۸	۰/۰۰۲	۰/۱۹۸	۰/۲۲۳	۰/۲۶۷
مقدارP	p=۰/۰۲۳	p=۰/۰۱۲۰	p<۰/۰۰۱	p=۰/۳۲۳	p=۰/۰۳۲	p=۰/۰۰۲	p<۰/۰۰۱

همان‌گونه که در جدول(۲) مشاهده می‌نماییم سطح میانگین سرمایهٔ اجتماعی زنان(۱۰/۰)و در مورد مردان(۱۰/۳۵)بوده ومقدار آن در مردان بیش‌تر و بین این دو گروه تفاوت معنادار (p<۰/۰۰۱) وجود دارد. همچنین سطح میانگین اعتماد مردان برابر(۳/۶۵)بیش از زنان برابر(۳/۳۶)بوده وبین این دو گروه تفاوت معنادار(p=۰/۰۱۰) وجود دارد. میانگین اعتماد شخصی مردان(۳/۴۳۳)از زنان(۳/۲۸۷) نیز بیش‌تربوده وبین این دو گروه تفاوت معنادار (p<۰/۰۰۱) وجود دارد. اعتماد نهادی و اعتماد تعمیم یافتهٔ زنان و مردان دارای تفاوت معناداری نیست. میانگین حمایت اجتماعی زنان(۲/۷۶)از مردان(۳/۱۸) کم‌تربوده و بین این دو گروه نیزتفاوت معنادار(p=۰/۰۴۰) وجود دارد. سطح میانگین مشارکت اجتماعی زنان(۳۸/۳۱)از مردان(۳/۱۸) کم‌تربوده و بین این دو گروه تفاوت معنادار(p=۰/۰۴۰) وجود دارد.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-24]

جدول شماره (۲) نتایج آزمون تفاوت میانگین ویکنواختی پراکنش‌ها برای متغیرهای مستقل و وابسته بر اساس جنسیت پاسخ‌گویان

آماره	سلامت روان		سرمایهٔ اجتماعی		اعتماد اجتماعی		اعتماد شخصی		اعتماد نهادی		اعتماد تعمیم یافته		حمایت اجتماعی		مشارکت اجتماعی	
	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد
میانگین	۴۲/۲۴	۴۳/۳۸	۱۷۵/۸۴	۱۷۷/۱۹	۸۵/۸۰	۸۹/۹۰	۸/۳۱	۸/۵۸	۴/۲۹	۴۹/۰۷	۱۹/۷۴	۲۰/۳۵	۵۱/۷۳	۵۲/۰۲	۳۸/۳۱	۳۵/۲۷
F	۰/۴۵		۵/۷۷		۴/۵۰		۲/۲۱		۳/۹۰		۷/۰۱		۱۸/۸۲		۰/۱۰	
P	۰/۰۱		۰/۰۱		۰/۰۳		۰/۰۳		۰/۰۴		۰/۰۰۹		۰/۰۰۰		۰/۰۳	
T	-۱/۲۵		۰/۵۵		۲/۵۲		۱/۲۶		۱/۹۲		۳/۶۶		۰/۴۶		-۴/۰۵	
Df	۲۹۸		۲۶۷/۳۶		۲۶۹/۳۴		۲۹۸		۲۷۲/۴۵		۲۹۷/۹۴		۲۹۷/۹۶		۲۹۸	
P	۰/۰۱۰		۰/۰۰۱		۰/۰۱۰		۰/۰۰۰		۰/۱۲۶		۰/۱۷۰		۰/۰۴۰		۰/۰۰۰	

بنابراین یافته‌های مذکور، مؤید فرض دیگر پژوهش، مبنی بر تفاوت معنادار زنان و مردان، در مورد متغیرهای سرمایهٔ اجتماعی و ابعادآن شامل اعتماد اجتماعی، اعتماد شخصی، شبکهٔ حمایت اجتماعی، مشارکت اجتماعی وسلامت روان بوده که در این زمینه بین زنان و مردان در مورد متغیرهای اعتماد تعمیم یافته واعتماد نهادی تفاوت معناداری مشاهده نشد. در این پژوهش، براساس تحلیل رگرسیون چند گانه(جدول ۳)، مدلی ارائه شده که در آن شش متغیر مشارکت اجتماعی، حمایت اجتماعی، اعتماد شخصی، اعتماد تعمیم یافته، جنسیت و سن باقی مانده‌اند. درروش گام به گام، اولین متغیری که بزرگ‌ترین معنی داری، یعنی بزرگ‌ترین مقدار(t)و یا(f)را دارد، وارد تحلیل می‌شود. این کار تا آنجا ادامه می‌یابد که کم‌ترین مقدار (t)و یا (f)معنی‌دار وارد آنالیز گردد(منصورفر، ۱۳۸۷، ص۱۸۱). در این مدل نیز بزرگ‌ترین مقدار(t)، مربوط به متغیر مشارکت اجتماعی(۷/۲۱۴) می‌باشد. بدین دلیل، این متغیر جلوتراز سایر متغیرها وارد تحلیل شده است. بعد از آن، متغیرحمایت اجتماعی با مقدار(t)برابر با (۴/۴۸۰)می باشد، که در مرحلهٔ دوم قرار گرفته ومتغیر بعدی جنسیت بوده که مقدار(t)آن برابر(۵/۲۴۲) است. بعد از آن اعتماد شخصی

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-24]

است که مقدار(t)آن برابر با(۳/۹۵۰) می‌باشد. آخرین متغیرها اعتماد تعمیم یافته و سن بوده که دارای مقادیر(t) به ترتیب برابر با(۲/۳۴۵) و (۲/۰۲۵) هستند. در نتیجه، متغیرهایی که باید وارد معادلهٔ خط رگرسیون شوند، نمایان می‌شوند. بنابراین برای به دست آوردن معادله خط رگرسیون، می‌بایست مقادیر(Beta)رادر نظر گرفت(منصور فر، ۱۳۸۷، ص۱۷۹). مدل نهایی رگرسیون باضریب تبیین تصحیح شده(۰/۳۹۴)بیان‌گر این مطلب است که متغیرهایی که در مدل نهایی باقی ماندند، حدوداً (۴۰٪)از تغییرات متغیر سلامت روان را مورد تبیین قرارداده و بقیهٔ پراکنش‌ها توسط دیگرعوامل، تبیین می‌شوند. بر این اساس مدل نهایی رگرسیون بهشرح زیراست:

جدول ۵ – مدل رگرسیون چند گانهٔ پژوهش

مدل	B	Beta	t	Tسطح معناداری	R	fآزمون	مقدارp
مدل اول مشارکت	۰/۷۹۸	۰/۲۹۵	۴/۴۳۵	۰/۰۰۰	۰/۲۰۲	۱۹/۶۶۵	۰/۰۰۰
مدل دوم مشارکت حمایت اجتماعی	۱/۴۵۸ ۱/۰۵۶	۰/۵۳۸ ۰/۴۵۹	۷/۵۰۳ ۶/۴۰۴	۰/۰۰۰ ۰/۰۰۰	۰/۲۳۸	۳۲/۲۴۱	۰/۰۰۰
مدل سوم مشارکت حمایت اجتماعی جنس	۱/۸۱۱ ۱/۲۲۳ ۰/۷۴۵	۰/۶۶۸ ۰/۵۳۲ ۰/۲۸۱	۸/۹۵۳ ۷/۵۳۷ ۴/۴۴۶	۰/۰۰۰ ۰/۰۰۰ ۰/۰۰۰	۰/۳۰۵	۳۰/۰۴۱	۰/۰۰۰
مدل چهارم مشارکت حمایت اجتماعی جنس اعتماد شخصی	۲/۱۹۵ ۰/۸۴۳ ۱/۱۱۰ ۰/۹۵۹	۰/۸۱۰ ۰/۳۶۶ ۰/۴۱۶ ۰/۳۶۲	۱۰/۱۳۶ ۴/۶۲۵ ۶/۰۰۳ ۴/۰۷۵	۰/۰۰۰ ۰/۰۰۰ ۰/۰۰۰ ۰/۰۰۰	۰/۳۵۸	۲۸/۳۹۶	۰/۰۰۰
مدل پنجم مشارکت	۱/۸۵۸	۰/۶۸۶	۷/۵۸۶	۰/۰۰۰	۰/۳۸۱	۲۵/۰۱۵	۰/۰۰۰

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-24]

مدل	B	Beta	t	Tسطح معناداری	R	fآزمون	مقدارp
حمایت	۱/۵۵۵	۰/۶۷۶	۴/۹۷۶	۰/۰۰۰			
جنس	۰/۹۸۷	۰/۳۷۱	۵/۲۷۱	۰/۰۰۰			
اعتماد شخصی	۰/۹۵۷	۰/۳۶۱	۴/۱۳۱	۰/۰۰۰			
اعتماد تعمیم یافته	۱/۲۴۳	۰/۴۱۷	۲/۲۷۲	۰/۰۰۰			
مدل ششم	۱/۷۷۷	۰/۶۵۶	۷/۲۱۴	۰/۰۰۰	۰/۳۹۸	۲۱/۸۴۸	۰/۰۰۰
مشارکت	۱/۴۲۱	۰/۶۱۸	۴/۴۸۰	۰/۰۰۰			
حمایت	۰/۹۷۵	۰/۳۶۷	۵/۲۴۲				
جنس	۰/۹۱۲	۰/۳۴۴	۳/۹۵۰	۰/۰۰۰			
اعتماد شخصی	۱/۰۶۱	۰/۳۵۶	۲/۳۴۵	۰/۰۰۰			
اعتماد تعمیم یافته	۰/۰۱۴	۰/۱۱۹	۲/۰۲۵	۰/۰۰۰			
سن							

y = ۰/۶۵۶ (مشارکت) + ۰/۶۱۸ (حمایت اجتماعی) + ۰/۳۶۷ (جنس)
+ ۰/۳۴۴ (اعتماد شخصی) + ۰/۳۵۶ (اعتماد تعمیم‌یافته) + ۰/۱۱۹(سن)

نتایج و بحث

اصلاح و بازنویسی بحث با توجه به مواردااصلاحات(۲۱-۲۳)

همان‌گونه که ذکر شد، سرمایهٔ اجتماعی از جمله مفاهیمی است که در سال‌های اخیر، در مباحث مربوط به سلامت توجه بسیاری بدان شده ودر بسیاری از مطالعات با سلامت روان مرتبط است(kawachi et al,2008). این پدیده در بهبود دسترسی به مراقبت‌های اجتماعی مؤثر بوده و کاهش آن با بروز بیماری همراه است(Giordano and lindstrom, 2010). از دیدگاه پاتنام (Putnam, 2000)سرمایهٔ اجتماعی مساعدت ملموسی فراهم آورده و هنجارهای مربوط به سلامت روان را تقویت می‌کند. نتایج این پژوهش نیز همسو بادیدگاه مذکور، حاکی ازآن است سرمایهٔ اجتماعی و ابعاد آن برسلامت روان افراد تأثیر گذارند. در

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-24]

این زمینه نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد برخی از شاخص‌های سرمایهٔ اجتماعی چون مشارکت اجتماعی، اعتماد شخصی، اعتماد تعمیم یافته وحمایت اجتماعی بـه همـراه متغیرهای سن و جنس با ضریب تبیین(۰/۳۹۴)مجموعاً حدود ۴۰ در صد از پراکنش متغیر سـلامت روان را تبیـین مـی‌کننـد. از ایـن رو، ایـن یافتـه‌هـا، مؤیـد نتـایج پـژوهش‌هـای (mohseni and lindstrom 2007,perry et al,2008,pitkin and varda 2009)، (silvera and allebech, 2001)، (shiwirian andshwirian, 1993)، خواجـه دادی و همکارانش (۱۳۸۷)، گروسی و نقوی (۱۳۸۷) و ایمان (۱۳۸۵) است. همچنین همان گونـه که پاتنام ذکر می‌کند، اعتمادو مولفه‌ها یآن از مفاهیم محوری سرمایه اجتماعی بوده وبـویژه بر سلامت روان مؤثر ند. از این رو می‌توان اذعان داشت یک شبکهٔ پایدار و غنی از روابط، با کسب اعتماد و خود باوری همراه بوده، باعث تقویت هنجارهای هم‌یاری و فعالیت‌هـای مدنی شده وموجبات بهزیستی روانی افراد را فراهم می‌آورد. در این پژوهش نیزهمـسو بـا دیدگاه مذکور، نتایج حاصل از تحلیل رگرسیونی نشان داد ضریب بتـای ایـن متغیـر برابـر (0/356)است یعنی با تفاوت یک واحد در ارزش متغیر اعتماد تعمیم یافتـه، ارزش مقیـاس سلامت روانی به طور معناداری افزایش می‌یابد. این بدان معناست کـه بـا افـزایش اعتمـاد تعمیم یافته، سلامت روان افراد بهبود می‌یابد. بر این اساس مـی‌تـوان تأییـد نمـود اعتمـاد تعمیم یافته نگرشی است نسبت به خود و جهان پیرامون، که بر استمرار و ثبـات آن صـحه گذاشته و بر سلامت روان افراد می‌افزاید. همچنین اعتماد شخـصی در معادلـهٔ رگرسـیونی دارای مقدار بتایی برابر(۰/۳۴۴) بوده، چنانکه با تفاوت یک واحد در ارزش متغیـر اعتمـاد شخصی، ارزش مقیاس سلامت روانی به طور معناداری افزایش می‌یابد. این بدان معناسـت که با افزایش اعتماد شخصی، که در روابط چهـره بـه چهـره نمایـان بـوده و در هـر نـوع شبکه‌ای که فرد در آن مشارکت دارد، به کار می‌رود، ضمن رفع موانع ارتباطی، بـسیاری از تعاملات مؤثر گشته وموجبات افزایش سلامت روان افراد فراهم می‌آید. بدین ترتیـب ایـن یافته‌ها، حاکی از اهمیت تأثیرشاخص اعتماد بر سلامت روان بوده و مؤیـد دیـدگاه پاتنـام

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-24]

وهم سو با نتایج پـژوهش‌هـای تجربـی(Rose, 2004)، (veenstra, 2005)، (silvera and Allebech, 2007), (Yip et al, 2007)، (Lee et al, 2004) است. همچنین نتایج مرتبط بـا تحلیل رگرسیون چند گانه، حاکی از آن است که متغیرمشارکت اجتماعی، مقداربتایی برابـر با (۰/۶۵۶) داشته وبا تفاوت یک واحد در ارزش متغیر مشارکت اجتمـاعی، ارزش مقیـاس سلامت روانی به طور معناداری افزایش می‌یابد. این بدان معناست که با افزایش مـشارکت اجتماعی، سلامت روان افراد بهبـود مـی‌یابـد. بنـابراین، نتـایج ایـن مطالعـه، مؤیـد نتـایج پـژوهش‌هـای (cornwell and waite 2009)، (ziersch et al 2009)، (yun et al, 2010)و (warren-findlow and et al, 2011) است که نشان دادند برخورداری از مشارکت و روابط اجتماعی سلامت روانی را افزایش می‌دهـد. همچنـین مقـدار بتـای حمایـت اجتمـاعی بـا سلامت روان برابر(۰/۶۱۸) بوده چنان که با تفـاوت یـک واحـد در ارزش متغیـر حمایـت اجتماعی، ارز ش مقیاس سلامت روانی به طور معنـاداری افـزایش یافتـه، و سـطح بـالایی ازحمایت در شبکه‌های اجتماعی با سطح بالاتر سلامت روان همراه اسـت. ایـن یافتـه‌هـا، ضـــمن تأییددیـــدگاه پاتنـــام، نتـــایج پـــژوهش‌هـــای (ziersch et al, 2009) و (shiwirian andshwirian, 1993) در این زمینه را تأیید می‌نماید که شـبکه‌هـای اجتمـاعی واجد کمک‌های ملموسی بوده و با سلامت روان مرتبط است. همچنین یافتـه‌هـای مـذکور هم سو با نتایج بررسی (yiengprugsawan et al, 2011) نیزهست که نـشان دادنـد سـطح پایین سلامت روان با سطح پایین حمایت و اعتماد در شبکه‌های اجتمـاعی همـراه بـوده و افزایش برخورداری از حمایت خانوادگی و دوستان بر سلامت روانی می‌افزایـد. همچنـین مقدار بتای متغیر سن با سلامت روان برابر(۰/۱۱۹) بوده و با تفاوت یـک واحـد در ارزش متغیر سن، ارزش مقیاس سلامت روانی نیز به طور معناداری افزایش می‌یابـد. از ایـن نظـر یافتهٔ مذکور، مؤید نتایج مطالعـات(kawachi and subramanian,2008)در زمینـهٔ تـأثیرات متغیر سن، به همراه سایر عوامل و مؤلفه‌های سـرمایهٔ اجتمـاعی، بـر سـلامت روان اسـت. همچنین مؤید نتـایج پـژوهش (warren-findlow and et al 2011) و(Nummela et al 2008)

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-24]

است که نشان دادند با افـزایش سـن، برخـوردار بـودن ازشـبکهٔ روابـط و مـشارکت‌هـای اجتماعی، بر سلامت روان افراد می‌افزایـد. ایـن یافتـه مؤیـد پـژوهش(hyypa and maki, 2002، 2001، and kawachi subramanian) نیزهست که نشان دادند با افزایش سـن و بـا وجود اعتماد و شاخص‌های سرمایهٔ اجتماعی، بـر سـلامت روان افـراد افـزوده مـی‌شـود. همچنین مؤید نتایج پژوهش(Pollack and knesebeck,2004)در این زمینه است که رابطـهٔ مثبتی بین افزایش سطح شاخص‌های سرمایهٔ اجتماعی و سلامت روانی در سنین بالا وجود دارد. همان گونه که ذکر شد، اغلب اوقات، نابرابری در دستیابی به منابع وسرمایهٔ اجتماعی با سایر نابرابری‌ها، از جمله نابرابری‌های جنسیتی، همراه بوده، چنان کـه بوردیـو، سـرمایهٔ اجتماعی را در بردارندهٔ روابط قدرت و ابزاری برای بازتولید فرودستی زنان می‌داند. ازاین نظر، نتایج این پژوهش همسو با دیدگاه مطروحه نشان می‌دهنـد سـطح دسـتیابی زنـان بـه سرمایهٔ اجتماعی ومؤلفه‌های آن از مردان اندک‌تر بوده و این پدیـده برسـلامت روان زنـان تأثیرات نامطلوبی دارد. در این زمینه نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون چند گانـه حـاکی از آن است مقدار بتای متغیر جنس برابـر(۰/۳۶۷) و بـا تفـاوت یـک واحـد در ارزش متغیـر جنس(ازصفر برای زن به یک برای مرد)، ارزش مقیاس سلامت روانی بـه طـور معنـاداری افزایش می‌یابد. از این نظر همسو با دیدگاه‌های (هلمـشا و هیلـر، ۲۰۰۰) مـی‌تـوان اذعـان داشت دست یابی ناکافی زنان به منابع وسرمایه‌های اجتماعی با بروز بیماری روانی در آنان همراه بوده و وجود تبعیض جنسیتی در اجتماع عامل مهمـی در کـاهش سـطح سـلامت و بروز اختلالات روانی بیش‌تر در زنان نسبت به مردان است. همچنین این یافته‌ها همسو بـا بررسی‌های اپیدمیولوژیک ذکر شده از جمله نوربالا و همکاران، ۱۳۸۹، مقـصودی، ۱۳۸۹) است. همچنین مؤید یافته‌های (اسکندری، ۱۳۸۸)، (کمالی۱۳۸۳)، (صالحی هیکویی۱۳۸۴) و (ناطق‌پور و فیروزآبادی ۱۳۸۵)در این زمینه است که، سطح سرمایهٔ اجتماعی و برخی از مؤلفه‌های آن، درزنان کم‌تر از مردان است. همچنـین دیـدگاه و یافتـه‌هـای فیلـد(۱۳۸۴) , (silvey and elmhirst, 2003)، (putnam, 2000)، (Bourdieu, 2001) در ایـن زمینـه را

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-24]

تأیید می‌کند. چنانکه دربررسی سرمایه اجتماعی، تفاوت دستیابی به منابع قدرت و سرمایه اجتماعی در میان مردان و زنان، می‌بایست مورد توجه قرار گیرد.

با توجه به مطالب مذکور پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های مربوط به سرمایهٔ اجتماعی، از رویکردهای دقیق‌تری که در بررسی این پدیده، جنسیت را لحاظ نموده و دارای کفایت بیش‌تری هستند، بهره گرفته شود. زیراعوامل مذکور جزء اصلی و لازمهٔ تعاملات در دنیای مدرن بوده وپایین بودن آن در نزد زنان نشانهٔ آسیب شناختی روابط اجتماعی بوده و بر سلامت افراد تأثیرات نا مطلوبی دارد. از دیگر پیشنهادهای این پژوهش، تدوین سیاست‌هایی است که در آن به توزیع عادلانهٔ منابع سرمایهٔ اجتماعی همت گماشته شود. در این زمینه ضروری است راهبردی تدوین شود تا پایه‌های مناسبات اجتماعی مبتنی بر حمایت اجتماعی از گروه‌ها و اقشار مختلفی را پی ریزد که به ویژه از نابرابری در دستیابی به منابع ارزشمند سرمایهٔ اجتماعی در رنجند. قابل ذکر است کاهش اعتماد اجتماعی در میان اقشار مختلف، به منزلهٔ هشداری برای سلامت حیات اجتماعی بوده و سیاست‌ها و برنامه‌های جلب مشارکت شهروندان، باید به گونه‌ای تدوین شوند که در آن‌ها به ساز و کارهای مولد کنش جمعی و افزایش بستگی و انسجام اجتماعی توجه ویژه شود. در این زمینه ایجاد روحیهٔ قوی جمعی مشترک و ارتقاء نظم اجتماعی برای جامعه پذیری کردن و نهادینه نمودن رفتارهای پایدار سلامتی در شهروندان، گسترش و استمرار کنش‌های سلامت بخش برای یک زندگی سالم، افزایش مهارت‌های مدارا و تاب‌آوری در مواجهه با مشکلات و اجرای مناسب نقش‌های مولد اجتماعی مهم می‌نماید. همچنین در زمینه اقدامات سازمانی می‌توان به ارتقاء سرمایهٔ اجتماعی از طریق نهادها وسازمان‌های مختلف ذی ربط(به طور خاص در این مطالعهٔ آموزش و پرورش)، افزایش سطح کار آمدی دستگاه‌ها ونهادهای مختلف اجتماعی در ارتقاء وجدان کار و ایجاد روحیهٔ تعاون و همکاری، همیاری، مشارکت و نوع دوستی وگسترش نهادهای مدنی ذی ربط(به طور خاص در این مطالعه سازمان آموزش و پرورش)، تقویت هنجارهای سلامت بخش از

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-24]

جمله ارتقاء اعتماد اجتماعی به همراه تقویت همکار ی‌های بین سازمانی با مدیران سلامت در نهادهای مختلف، همچنین تأمین شبکه‌های حمایت اجتماعی برای در اختیـار قـراردادن کمک‌های مختلف مادی، احساسی و مشورتی، به ویژه در سازمان‌های مختلف برای کاهش اضطراب و افسردگی اشاره نمود. همچنین با توجه به نقـش سـازمان‌هـای غیـر دولتـی در تأمین سلامت روان آحاد اجتماعی، بستر سازی وتشویق این انجمن و سازمان‌ها به منظـور اجتماعی کردن کنش‌های مرتبط با ارتقاء سلامت و تقویت سرمایهٔ اجتماعی و سالم سازی محیط زندگی مهم است. شایان ذکر است از آن‌جا که تأثیرات حمایت، روابط و پیوندهـای اجتماعی بر سلامت روان در میان گروه‌های مختلف اجتماعی یکسان نیست. نابرابری‌هـای جنسیتی در جلب حمایت شبکه‌های اجتماعی، در میان گروه‌های اجتماعی، وتمرکز منـابع ارزشمند اجتماعی در دست مردان، موجب نابرابری بوده وسـبب غلبـهٔ بـیش‌تـر پریـشانی روانی زنان در مقایسه با مردان مـی‌شـود. از ایـن رو ایجـاد سـازوکارتأمین حمایـت‌هـای اجتماعی اقشار و گروه‌های مختلف زنان و به ویژه فرودستان اجتمـاعی مهـم مـی‌نمایـد . همچنین با توجه به آنکه گسترش شعاع اعتماد وارتقاء آن درتعاملات اعضای یک جامعـه، غنای سرمایهٔ اجتماعی و به تبع آن کاهش اختلالات و نابسامانی‌های روانی و اجتمـاعی را در پی خواهد داشت، در این زمینه تقویت و نهادمند کردن هنجارها و ارزش‌های سـودمند اعتماد به ویژه در ابعاد شخصی و تعمیم یافتهٔ آن، مرتبط با سلامتی بوده ومهم می‌نماید. در این زمینه ایجاد فضای گفتمانی در سطح نهادهای مختلف اجتماعی، به ویژه در این مطالعه نهادهای آموزشی، باعث تقویت روحیهٔ نقدپذیری، بالا بردن مهارت‌های گفتمانی و احتـرام و به رسمیت شناختن عقاید دیگران شده و سلامت روانی را در پی خود خواهد داشت.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-24]

منابع و مآخذ References

- احسان منش، م (۱۳۸۰)- **همه‌گیرشناسی بیماری‌های روانی در ایران**: بازنگری برخی بررسی‌های انجام شده ـ اندیشه رفتار ـ سال ششم، شماره
- اونق، محمد(۱۳۸۴)، **بررسی رابطهٔ سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی**، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران.
- اسکندری، لاله(۱۳۸۸)، **بررسی عوامل مؤثر براعتماد اجتماعی**، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه الزهراء.
- خواجه دادی اشکان، شریفی‌انثانی مریم، شیانی ملیحه، کریملو مسعود(۱۳۸۷)، **رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت مادران**، شماره۳۰-۳۱، ص۸۳-۱۰۲.
- داویدیان، هاراطون. ایزدی، سیروس، نهاپتیان، وارتکس. معتبر، منصور(۱۳۵۳). **بررسی مقدماتی دربارهٔ شیوع بیماری‌های روانی در منطقه خزر**، نشریه بهداشت ایران، سال دوم، شماره چهارم، ۱۵۶-۱۴۵.
- ریتزر، جورج (۱۳۷۷)، **نظریه‌های جامعه‌شناسی**، ترجمه محسن ثلاثی، انتشارات علمی.
- شارع‌پور، محمود(۱۳۸۰). «فرسایش سرمایه اجتماعی و پیامدهای آن» **فصلنامه انجمن جامعه‌شناسی ایران**، شماره ۳، ۱۳۸۰.
- فیروزآبادی، سیداحمد، ایمانی‌جاجرمی، حسین، (۱۳۸۵)، سرمایه اجتماعی و توسعه اقتصادی ـ اجتماعی در کلان شهرتهران، **فصلنامه رفاه اجتماعی**، شماره ۲۳، سال ششم، ص۱۹۷-۲۲۳.
- قاسمی، وحید، اسماعیلی، رضا، ربیعی، کامران(۱۳۸۵)، سطح‌بندی سرمایه اجتماعی در شهرستان‌های استان اصفهان، **فصلنامه رفاه اجتماعی**، سال ششم، شماره۲۳، ص۲۲۵-۲۴۸.
- فیلد، جان. (۱۳۸۴). «**سرمایه اجتماعی**»، ترجمه جلال متقی، تهران: مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی.
- بداللهی محمد، موسوی میر طاهر(۱۳۸۶)، سرمایهٔ اجتماعی در ایران وضعیت موجود، دورنمای آینده و امکان‌شناسی‌گذار، **مجله رفاه اجتماعی**، شماره۲۵، سال ششم، ص۱۹۵-۲۳۳.
- کمالی، افسانه(۱۳۸۳)، **مطالعه تطبیقی اعتماد اجتماعی در دو حوزه فرهنگ و سیاست**، پایان‌نامه دکتری، جامعه‌شناسی، دانشگاه تهران.
- گروسی سعیده، نقوی علی(۱۳۸۷)، **سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی در شهر کرمان**، مجله رفاه اجتماعی، شماره۳۰-۳۱، (ص۶۱-۸۲).

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-24]

منابع و مآخذ References

- گیدینز، آنتونی (۱۳۸۰)، **تجدد و تشخص**، ترجمه ناصر موفقیان، نشر نی، تهران
- صالحی هیکویی، مریم(۱۳۸۴)، «**بررسی رابطهٔ متقابل بین سرمایهٔ اجتماعی شبکه و اعتماد متقابل شخصی و جنسیت**»، پایان نامه کارشناسی ارشد پژوهش، دانشگاه الزهراء.
- مقصودی، سوده(۱۳۸۹)، **بررسی جامعه شناختی رابطهٔ سرمایهٔ اجتماعی و سلامت روانی**(مورد مطالعه: زنان و مردان متاهل در شهر کرمان)، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، پایان نامه دکتری.
- ناطق‌پور، محمد جواد، فیروزآبادی، سید احمد(۱۳۸۵). شکل‌گیری سرمایه اجتماعی و فراتحلیل عوامل مؤثر بر آن، **فصلنامه علوم اجتماعی**، شماره ۲۸.
- نوربالا، احمد علی، باقری یزدی، سید عباس، اسدی لاری، محسن، واعظ مهدوی، محمدرضا: (۱۳۸۹)، وضعیت سلامت روان افراد ۱۵ ساله و بالاتر شهر تهران در سال ۱۳۸۷، **مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران**، سال شانزدهم، شماره۴، زمستان ۱۳۸۹، ۴۸۳-۴۸۹.
- نوربالا، احمد علی، باقری یزدی، سید عباس (۱۳۸۰)، بررسی شیوع اختلال‌های روانپزشکی در شهر تهران، **مجله حکیم**، سال دوم، شماره ۴، ۲۲۳-۲۱۲.
- هومن، عباس، (۱۳۷۷)، **استاندارد سازی پرسش نامهٔ سلامت عمومی بر روی دانشجویان دوره‌های کارشناسی**. {گزارش پزوهشی}، تهران: مرکز مشاوره‌ی دانشجویی، معاونت دانشجویی و فرهنگی دانشگاه تهران.
- Almgren G,Magarati M,and Mogford L(2009)Examining the influences of gender,race,ethnicity. and social capital on the subjective health of adolescents. **Journal of Adolescence 32**(1): 109-133.
- Berry Hl and welsh JA(2010) Social capital and health in Australia: an overview from the household,income and labour dynamics in Australia survey. **Social Science and Medicine 70**(4): 588-596.
- Bourdieu, p. (2001). **Masculine Domination. Stanford: Stanford University press**.
- Coleman, J. S. (1988). Social capital in the creation of human capital. **American Journal of Sociology**, 94, S95–S121.
- Cornwell,E. Waite,L. (2009),Social disconnectedness,perceived isolation, and health among older adults. **journal of health and social behavior**. vol. 50. n0. 1 31-48.
- Fisher,J. et al(2011) The NaNoi Expert statement: recognition of maternal mental health in resource-costrained setting is essential for achieving the millennium Development Goals, **International Journal of mental health systems**. 5: 2.
- Giordano GN and Lindstrom M(2010) The impact of change in different aspects of social capital and material conditions on self-rated

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-24]

References منابع و مآخذ

health over time: A Longitudinal cohort study. **Social Science and Medicine 70**(5): 700-710.

- Kawachi I,Subramanian sV,and Kim D(2008) **Social Capital and Health**. New York: Springer.
- Lee, J. Set al. (2004), "Social Support Buffering of Acculturation Stress: AStudy of Mental Health Symptoms Among Korean International Students", **International of intercultural relationships**, Vol,28.
- Halpern, D. (2005), **Social capital**. London: Polity Press.
- Harpham ,T. (2004),"urbanization and Mental Health in developing contries: **A Research Role for social scientist,public health professional** and social psychiatrists", **Social Science and Medicine**,vol. 39.
- Hyypa and Maki9,(2001). M. T. Hyyppa and J. Maki,individual-laval relationships between social capital and self-related health in a bilingual community, **Preventive Medicine 32** (2)(2001).
- Holmshow, Y. and Hillier, S. (2000). **Women and Mental Health, Edited by Doru kohen**, Routledge.
- Mohseni M and Lindstrom M(2008)Social capital,political trust of Public health and self rated-health: A population-based study in southern Sweden. Scandinavian **Journal of Public Health 36**(1): 28-34.
- Nummela O,sulander T,Rahkonen O,Karisto A,and Uutela A(2008)Socialparticipation,Trust and self-rated health: A study among ageing people in urban,semi-urban and rural settings. **Health and Place** 14(2): 243-253.
- Perry M. williams rL,wallerstien N,and waitzkin,H. (2008). Social capitalll and health care experiences among low-income individuals. **American Journal of Public Health 98**(2): 330-336.
- Pitkin Derose K and Varda dM (2009)social capital and health care access: A systematic review. **Medical Care research and Review 66**(3): 272-306.
- Pollack,Ce,Knesebek,vo. (2004)social capital and health among the aged: Comparisons between the United States and Germany . **Healthand Place**,10: 383-391.
- Phongsavan P,Chey T,Bauman A,Brooks R, and Silove D(2006)Social capital,socio-economic status and psychological distress among Australian adults. **Social science and Medicine 63**(10): 2546-2561.
- Putnam,R. D. (2000) **Bowling Alone: the collapse and revival of American community**, Simon and Schuster,New York.
- Rose, R. (2000). "How much dose social capital add to individual health? A survey study of Russians". **Social Science and Medicine**, 51. ack. CEESS.
- Silvey, R. , and R. Elmhirst(2003). **Engendering social capital: WomenWorld Development 31.**
- Subramanian,D. J. Kim and I. Kawachi(2002), Social trust and self-rated health in US communities: a multilevel analysis, **Journal of Urban health 79**(4 suppl)(2002).
- Schwirian, O. K. & Schwirian, M. P. (1993), "Neighboring, residentialSatisfaction and Psychological Wel-being Inurban Elders", **Journal of Community Psychology**, Vol. 21, October.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-24]

References منابع و مآخذ

- Silvera, E. & Allebech, P. (2001), "Migration, Aging and Mental health: AnEthnographic Study on Perceptions of Life Satisfaction, Anxiety and Depression in Older Somali Men in East London", **International Journal of Social Welfare**, Vol. 10.
- Thompson,S. et al. (2002),"The social and cultural context of the mental health of Filipinas in queensland",Australian and New zeland, **Journal of psychology**, Vol, 36.
- Veenstra, G. (2005), location,location: contextual and compositional health effects ofsocial capital in British Columbia,Canada, **Social science and Medicine** 60(9).
- Yip,W,. Subramanian, . S. Vn,A. D. Mitchell. A. Wang,J,Lee,D,. Kawachi(2007)Does social capital enhance health and well-being?Evidence from rural China. **Social science and Medicine** 64: 35-49.
- Yun EH,Kang YH,Lim MK,Oh JK,and son JM(2010) The role of social support and social networks in smoking behavior among middle and older aged people in rural areas of south Korea: a cross-sectional study. **BMC Public Health** 10: 78.
- Wanless D,Mitchell BA. Wister AV. (2010). Social determinants of health for older women in Canada: Does rural-urban residency matter? **Canadian Journal on Aging**: 29: 233-247.
- Warren-Findlow. J,Laditka,J. Laditka. s,Thompson, M (2011), Association Between social relationships and emotional well-Being in Middle-Aged and Older Africans, **research on Aging**, vol 33 no. 6,713-734.
- Wilkinson, R. (1999), "Incom Inaquality, Social Cohesion and Health",International **Journal of Health Services**, Vol. 29.
- World Bank (2001). Social capital and gender. Available: Lowe, L. , & Lloyd, D. (1997). Introduction. In L. Lowe, & D. Lloyd (Eds.), **The politics of culture in the shadow of capital** (pp. 1–32). Durham, NC: Duke University Press.
- WHO,(2010), **Mental health: strengthening our responses fact sheet**, No 220.
- Woolcock, M. & Narayan, D. (2000), Social Capital: Implications forDevelopment Theory, Research and Policy, **The World Bank Research**.
- Yiengprugsawan, V. khamman,S. Seubsman,S. Lim,L,Sleigh, A. (2011)JournalofhealthPsychology,16(4) 632-642.
- Ziersch AM,Baum F,Darmawan IG,Kavanagh Am,Bentley RJ. (2009), Social capital and health in South Australia. Australian and **NewZealand Journal of Public Health**. ;33: 7-16.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-24]