

رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان زنان و مردان

فریبا سیدان*، محبوبه عبدالصمدی**

مقدمه: سلامت روان اساسی‌ترین جزء رفاه اجتماعی بوده و سرمایه اجتماعی یکی از متغیرهای مهم تأثیرگذار در بهزیستی و سلامت جامعه است. نتایج برخی از پژوهش‌ها نشان دهند که در ایران با فرسایش سرمایه اجتماعی و شیوع اختلالات روانی روبه‌رو هستیم، که این هر دو پدیده در زنان بیش از مردان است. این مطالعه با هدف شناسایی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در میان زنان و مردان انجام گرفته است.

روش: روش پژوهش، پیمایشی بوده و نمونه مورد مطالعه، ۳۰۰ نفر از زنان و مردان شاغل در آموزشگاه‌های آموزش و پرورش می‌باشد. برای سنجش سلامت روان از پرسش‌نامه گلدبرگ استفاده شده و متغیر سرمایه اجتماعی با بهره‌گیری از دیدگاه پاتنام با توجه به ابعاد شبکه حمایت اجتماعی، مشارکت اجتماعی و اعتماد اجتماعی با شاخص‌های اعتماد نهادی، اعتماد تعمیم یافته و اعتماد شخصی، توسط طیف لیکرت سنجیده شده است.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش حاکی از روابط معنادار و همبستگی بین متغیر سرمایه اجتماعی و شاخص‌های آن شامل مشارکت اجتماعی، شبکه 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. چنان‌که سطح آن‌ها در دو گروه زنان و مردان، با یکدیگر تفاوت معناداری دارد. نتایج پژوهش نشان می‌دهد متغیرهای مشارکت اجتماعی، حمایت اجتماعی، اعتماد شخصی، اعتماد تعمیم یافته، جنس و سن دارای بیش‌ترین قدرت تبیین پراکندگی سلامت روان بوده و ۰/۳۹ درصد آن را تبیین می‌کنند. شایان ذکر است دست‌یابی به منابع ارزشمند سرمایه اجتماعی در میان مردان و زنان از یکدیگر متفاوت بوده و این پدیده بر سلامت آنان تأثیرگذار است. از این رو در پژوهش‌های مربوطه، به رویکردهای دقیق‌تری نیازمندیم که جنسیت را لحاظ نموده و دارای کفایت بیش‌تری باشند.

کلیدواژه‌ها: سلامت روان، سرمایه 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

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 توسعه پایدار است. میزان سرمایه اجتماعی و ابعاد مختلف آن، یکی از متغیرهای مهم تأثیرگذار بر موفقیت برنامه‌های توسعه، رفاه و بهزیستی جامعه است. این پدیده که به وسیله تراکم شبکه اجتماعی یا اعتماد عمومی در افراد سنجیده شده، در بسیاری از مطالعات با سلامت روان مرتبط است (kawachi et al, 2008) (اصلاح مورد ۶). توجه به این پدیده و نقش آن در سلامت را می‌توان از قرن نوزدهم، در کار جامعه‌شناسانی چون دورکیم دید. وی نشان داد نرخ‌های خودکشی در جمعیت‌هایی که دارای سطوح پایین انسجام اجتماعی هستند، بیش‌تر بوده و در اجتماعاتی 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 ایجادکننده 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 مواجهه با رشد روز افزون شیوع اختلالات روانی و رفتاری هستیم، چنان که، بر اساس اولین مطالعات انجام شده درباره سلامت روان در طول دهه ۴۰، میزان شیوع اختلالات روانی بین ۱۱/۹ تا ۱۸/۶ درصد برآورد شده است (داویدیان، ۱۳۵۳). در مطالعاتی که در دهه ۱۳۷۰ صورت گرفته، شیوع این اختلالات بین ۱۲/۵ تا ۳۰/۲ درصد متغیر و رشد روز افزونی داشته، چنان که درصد قابل توجهی بین ۳۴/۲ از افراد ۱۵ ساله و بیش‌تر را در بر می‌گیرد (نوربالا و باقری یزدی، ۱۳۸۰) و این

مقدار نسبت 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 درصد زنان و ۲۸/۶ درصد مردان) در خطر ابتلا به اختلالات روانی قرار دارند (نوربالا و همکاران، ۱۳۸۹). همچنین 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 زنان ۲ تا ۳ برابر مردان گزارش شده است (برای نمونه نگاه کنید به: داویدیان، ۱۳۵۳، جلیلی و داویدیان، ۱۳۷۰، باقری و همکاران، ۱۳۷۳، جاویدی، ۱۳۷۲، بهادرخان، ۱۳۷۲، پالاهنگ و همکاران، ۱۳۷۵، ببینگتون و همکاران، ۱۳۸۱، ماوریز و همکاران، ۱۹۸۶، ماوریز و ببینگتون، 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 جامعه در حال گذاری چون ایران، سرمایه اجتماعی دچار فرسایش شده و منبع اصلی بروز و ظهور آسیب‌های اجتماعی است. براین اساس زنان نسبت به مردان، دست‌یابی کم‌تری به منابع ارزشمند سرمایه 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 سرمایه اجتماعی کاسته شده و این کاهش در زمینه‌های جمعی و اعتماد اجتماعی بیش‌تر است. همچنین سطح سرمایه اجتماعی در ایران، پایین‌رو به متوسط بوده و مواجه با فرسایش سرمایه اجتماعی قدیم هستیم. همچنین نتایج پژوهش فیروز آبادی و ایمانی (۱۳۸۵) نیز نشان داد در بین عناصر مفهومی سرمایه اجتماعی، اعتماد عمومی در مناطق توسعه‌ای پایین، به طور معناداری از مناطق متوسط و بالا کم‌تر بوده و سطح پائین سرمایه اجتماعی بین گروهی می‌تواند موجب انزوای اجتماعی و غلبه چرخه فقر و توسعه نیافتگی بر منطقه شهری شود. همچنین پژوهش قاسمی و همکارانش (۱۳۸۵) درباره

سرمایه اجتماعی، حاکی از آن است که استان اصفهان دچار ضعف سرمایه اجتماعی بوده و اعتماد به برخی از نهادها و غریبه‌ها در موقعیتی است که می‌توان آن را برای نظام اجتماعی بحرانی قلمداد کرد. همچنین مطالعه اسعدی (۱۳۵۳) نشان داد در ایران تنها ۵۳ درصد پاسخ‌گویان معتقدند که بیش‌تر مردم قابل اعتمادند (بنقل از شارع پور، ۱۳۸۰: ۱۱). همان‌گونه که ذکر است در ایران علاوه بر شیوع بیش‌تر اختلالات روانی در زنان نسبت به مردان، نتایج برخی مطالعات حاکی از آن است که میزان برخورداری زنان از برخی از مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی نیز اندک‌تر از مردان است. به عنوان مثال کمالی (۱۳۸۳) نشان داد سطح اعتماد به عنوان یکی از مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی زنان کم‌تر از مردان بوده و این تفاوت در اعتماد به دیگران دور، بیش‌تر است. همچنین نتایج مطالعه صالحی هیکویی (۱۳۸۴) نشان داد اندازه شبکه و میزان اعتماد به دیگران دور در بین مردان بیش از زنان است. ناطق پور و فیروز آبادی (۱۳۸۵) نیز دریافتند میزان سرمایه اجتماعی مردان در ابعاد اعتماد و مشارکت رسمی بیش از زنان است. همچنین پژوهش اسکندری (۱۳۸۸) نشان داد سطح اعتماد اجتماعی در زنان جامعه ما اندک بوده که نشانه آسیب‌شناختی روابط اجتماعی و به منزله سدی برای ورود زنان به اجتماع محسوب می‌شود. از این رو همان‌گونه که پژوهش‌های مذکور نشان می‌دهند، آشکار است که اولاً هردو متغیر سرمایه 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 رو با توجه به طرح مسئله مذکور، سئوالات اصلی این مقاله بدین شرح‌اند:

چه رابطه‌ای بین سرمایه اجتماعی و سلامت روان وجود دارد؟

آیا سطح سرمایه 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). چنان‌که در مورد ارتباط سرمایه اجتماعی با شاخص‌های بهزیستی و سلامت روان، مطالعات

تجربی گوناگونی صورت گرفته که به اختصار به برخی از آنها اشاره می‌کنیم.. بنابراین پژوهش (mohseni and lindstrom 2004, perry et al, 2008, pitkin derose and varda 2009) سرمایه اجتماعی در بهبود دسترسی به مراقبت‌های اجتماعی مؤثر است. در طی زمان سرمایه اجتماعی اندک با بروز بیماری و کاهش سلامتی مرتبط است (Giordano and lindstrom, 2010). در این زمینه عواملی چون بی‌عدالتی‌های اجتماعی، سلامت افراد را به خطر می‌اندازد (wilkinson, 1999). همچنین پیوستگی زیادی بین سلامتی و انسجام اجتماعی وجود دارد (Kawachi et al, 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 سرمایه اجتماعی در فراهم آوردن حمایت‌های عاطفی و روانی در ارتقاء سلامت روانی افراد مؤثرند (Rose, 2000). تامپسون و همکارانش (Thompson, et al. 2002) نیز نشان دادند حمایت اجتماعی، پیوندهای مشترک مثل هویت فرهنگی، زبان و علائق 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 سرمایه اجتماعی در ابعاد ساختاری و شناختی بر سلامتی افراد تأثیر گذارند. 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 سرمایه اجتماعی‌شان مربوط است. ایمان و همکارانش (۱۳۸۵) نیز دریافتند ارتقاء سلامت روانی دانشجویان تحت تأثیر متغیرهایی چون سرمایه اجتماعی، سن افراد، میزان در آمد خانوادگی است. گروسی و نقوی (۱۳۸۷) نیز دریافتند سرمایه اجتماعی با کیفیت زندگی ارتباط معناداری دارد. همچنین خواجه دادی و همکارانش (۱۳۸۷) در پژوهش خود دریافتند سرمایه اجتماعی شناختی با

سلامت جسمی و روانی همبستگی دارد. اوتنق (۱۳۸۴) نیز نشان داد سرمایه اجتماعی درصد قابل توجهی از پراکنش کیفیت زندگی را تبیین می‌نماید. مقصودی (۱۳۸۹) نیز در پژوهش خود دریافت متغیرهای سرمایه اجتماعی به همراه رضایت زناشویی و منزلت فرد در روابط قدرت خانواده مهم‌ترین تبیین‌کننده‌های سلامت روانی همسران می‌باشند.

شایان ذکر است از آن‌جا که پژوهش حاضر درباره سرمایه اجتماعی و تأثیرات ابعاد و مؤلفه‌های آن بر سلامت روان زنان و مردان می‌باشد، توضیحاتی درباره زمینه نظری آن لازم می‌نماید. از نظر برخی از محققان، سرمایه 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 در بردارنده شاخص‌هایی چون شبکه حمایت اجتماعی، اعتماد و مشارکت اجتماعی بوده و پایه اصلی حیات اجتماعی است (Coleman, 1988, bourdieuu, 2001). این پدیده در بردارنده شبکه 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. در این زمینه پژوهشگران، بر آنند که سرمایه 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 سرمایه اجتماعی با سلامت و نیز پیوستگی منفی با نرخ مرگ و میر وجود دارد (Putnam, 2000). در این زمینه شبکه 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. ریشه 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

فرد به وجود می‌آورد (گیلنز، ۱۳۸۰). اعتماد نهادی، اعتماد به حکومت و نهادهای اجتماعی است. اعتماد بین شخصی اعتمادی است که در روابط چهره به چهره خود را نشان داده و در هر نوع شبکه‌ای که فرد در آن مشارکت دارد، به کار می‌رود. این شکل از اعتماد، موانع ارتباطی را برطرف ساخته و بهزیستی روانی را از طریق تسهیل بسیاری از تعاملات موجب می‌شود. اعتماد تعمیم یافته حسن ظن نسبت به افراد جامعه، جدای از تعلق آن‌ها به گروه‌های قومی و قبیله‌ای است که بر سلامت روان افراد تأثیر گذار است. اعتماد تعمیم یافته حوزه‌ای از کسانی که با ما تعامل دارند یا بالقوه می‌توانند تعامل داشته باشند را در بر گرفته و در سطح ملی گسترش می‌یابد (ریتزر، ۱۳۷۷). در این زمینه نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهند سطح متوسط اعتماد بین شخصی با سلامت در سطوح مختلف ایالتی، منطقه و یا محله مرتبط است. در مطالعات اخیر، میزان اعتماد رابطه مثبتی با سلامتی عمومی در ابعاد مختلف آن در سطوح فردی دارد (veenstrar, 2005). همچنین اعتماد با سطوح بهتری از سلامت روان (silvera and Allebech, 2001) و سلامت عمومی مرتبط است (yun et al, 2010, subramanian, 2002). در این زمینه یاجون لی و همکارانش (Lee, 2004) دریافتند سرمایه اجتماعی و اعتماد موجود در شبکه حمایت اجتماعی، رابطه مثبتی با سلامت روان دانشجویان داشته و از فشارهای روانی ناشی از فرهنگ پذیری ممانعت می‌نماید. همچنین سطح مشارکت اجتماعی به عنوان یکی دیگر از شاخص‌های سرمایه اجتماعی، بر سلامت روان افراد تأثیر گذار است. در این زمینه نتایج پژوهش (cornwell and waite, 2009) نشان داد فقدان مشارکت و ارتباطات اجتماعی با احساس انزوای اجتماعی و با سطح پایین سلامت روانی مرتبط است. همچنین (warren-findlow and et al 2011) نشان دادند در سنین بالا، برخوردار بودن از روابط اجتماعی بر سلامت روان می‌افزاید. همچنین (ziersch and et al, 2009) نشان دادند سطح بالایی از مشارکت‌ها و شبکه حمایت‌های اجتماعی که واجد کمک‌های ملموسی مانند پول و مراقبت اجتماعی بوده با کاهش فشار روانی همراه است (yiengprugsawan et al, 2011). در این زمینه داشتن

دوستان و همسایگان خوب، تحرک اجتماعی و درآمد بالا و برخورداری از سرمایه اجتماعی مطلوب، در بهبود سلامت روان مؤثر است (Shiwirian and Shwirian, 1993). شایان ذکر است در مطالعه تأثیرات سرمایه اجتماعی بر سلامت روان تأثیرات متغیرهای جمعیتی چون سن و جنس 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 از روابط و مشارکت‌های اجتماعی، بر سلامت روان می‌افزاید. همچنین برخی از مطالعات به تأثیرات سرمایه اجتماعی بر افزایش سلامت روانی و جسمانی در گروه‌های 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 آن جا 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 رابطه بین سرمایه 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 سرمایه اجتماعی با وضعیت سلامتی در زنان مسن شهری نسبت به نواحی روستایی، بیش‌تر مرتبط است. شایان ذکر است بررسی تأثیرات سرمایه اجتماعی بر سلامت روان زنان و مردان، به لحاظ برخورداری متفاوت آنان از منابع و حمایت‌ها در روابط و شبکه‌های اجتماعی و به ویژه اعتماد اجتماعی، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. از نظر بورديو سرمایه اجتماعی به معنای روابط قدرت بوده و ابزاری برای بازتولید فرودستی زنان می‌باشد که ریشه در ساختار سلطه نظام پدر سالارانه دارد. روابط و بستگی‌های گروهی در شبکه روابط خانوادگی، عمدتاً تحت تأثیر سلطه ساختارهای پدر سالارانه قرار دارد. از این رو آشکار است که اغلب اوقات، نابرابری در دسترسی به منابع سرمایه اجتماعی با سایر نابرابری‌ها، از

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 نیز اشاره 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 سرمایه اجتماعی، نوعی روابط قدرت و ابزاری برای تولید و بازتولید فرودستی زنان است. نحوه دست‌یابی به منابع سرمایه اجتماعی ریشه در ساختار نظام پدرسالارانه دارد. از این نظر سرمایه اجتماعی، نوعی ساختار اجتماعی بوده و دربردارنده آسیب‌پذیری جنسیتی است (Bourdieu, 2001)، چنان‌که وجود انتظارات ویژه و متفاوت از زنان نسبت به مردان در شبکه اجتماعی، محرومیت نسبی زنان را تشدید می‌کند. این پدیده زنان را از روابط وسیع مبتنی بر انواع اعتماد و تعاملات متقابلی که برای مردان مهیاست، باز می‌دارد (world bank, 2001). بنابراین در بررسی سرمایه 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 آنچه برای مردان سرمایه اجتماعی مثبت تلقی می‌شود، ممکن است برای زنان نوعی فشار اجتماعی محسوب شود. بنابراین باید توجه داشت، از آن‌جا که در بررسی سرمایه اجتماعی، تفاوت درجه 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 نیز ممکن است متغیر جنسیت به عنوان یک متغیر مخدوش‌گر عمل کرده و رابطه این دو متغیر را تحت تأثیر خود قرار دهد. از این نظر زنان و مردان از منابع ارزشمند اجتماعی از جمله سرمایه اجتماعی، حمایت‌ها، روابط و پیوندهای (شبکه‌ها) اجتماعی و مؤلفه‌های دیگر آن به گونه نابرابری بهره می‌گیرند که این امر سلامت روان آنان را متأثر می‌سازد. از این نظر، مهم‌ترین علت

کاهش میزان سلامت و فزونی بروز بیماری روانی در زنان نسبت به مردان را می‌بایست در فرو دستی منزلت اجتماعی - 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 مرتبط است (هلمشا و هیلر^۲، ۲۰۰۰). بر این اساس وجود تبعیض جنسیتی در اجتماع عامل مهمی در کاهش 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 و فقدان دستیابی به منابع ارزشمند اجتماعی است که زنان در طی زندگی روزمره خویش با توجه به نقش‌های محدود خود آن را تجربه می‌کنند (Fisher, et al, 2011).

شایان ذکر است هدف اصلی این مقاله، بررسی تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت روان زنان و مردان است. در این مقاله، برای درک بهتر ارتباط سرمایه اجتماعی و سلامت روان، از دیدگاه پاتنام بهره‌جسته‌ایم که بر آن اساس در سنجش سرمایه اجتماعی، به لحاظ اهمیت تأثیرات اعتماد اجتماعی بر سلامت روان، که تا کنون در مطالعات صورت گرفته بدان توجه لازم نشده، علاوه بر ابعاد مشارکت و شبکه حمایت اجتماعی، اعتماد اجتماعی با توجه به شاخص‌های اعتماد تعمیم یافته، اعتماد شخصی و اعتماد نهادی مورد سنجش قرار گرفته است. همچنین همان‌گونه که در طرح مسئله 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 جامعه در حال گذار ایرانی، که سرمایه اجتماعی دچار فرسایش شده، زنان با توجه به آن که نسبت به مردان دستیابی کم‌تری نیز به منابع ارزشمند سرمایه اجتماعی دارند، از این پدیده بیش‌تر آسیب می‌بینند. همان‌گونه که مطالعات نشان می‌دهند پدیده مذکور تأثیرات به‌سزایی بر سلامت روان افراد دارد، در این مقاله علاوه بر سنجش

رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان، تأثیرات متغیر جنس و میزان برخورداری متفاوت زنان و مردان از سرمایه 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. جامعه آماری شامل دو گروه زنان و مردان شاغل در آموزشکده‌های فنی و حرفه‌ای آموزش و پرورش استان تهران است. در این مطالعه از شیوه نمونه‌گیری لایه‌ای استفاده شده و با استفاده از این روش ابتدا متغیرهای مناسب برای لایه‌بندی انتخاب، و چارچوب 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، با استفاده از فرمول کوکران، حجم نمونه‌ای برابر ۳۰۰ نفر محاسبه شد که با توجه به متغیرهای تحقیق و نسبت‌های 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 نمونه‌گیری، شامل پست سازمانی فرد (پرسنل اداری و مدرس رسمی)، جنس کارکنان و محل خدمت می‌باشد. همچنین با بهره‌گیری از دیدگاه پاتنام، متغیر سرمایه اجتماعی در ابعاد اعتماد اجتماعی (با شاخص‌های اعتماد نهادی، تعمیم یافته و شخصی)، شبکه 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 ذکر است، به منظور به دست آوردن روایی (validity) ابزار، از روایی

صوری و ملاک استفاده شده و برای به دست آوردن پایایی (reliability)، از آزمون آلفای کرونباخ بهره گرفته شده است. این شیوه سنجش پایایی مبتنی بر محاسبه ضریب آلفای کرونباخ، بر اساس میزان همبستگی تک تک آیتم‌های تشکیل دهنده 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 متغیر سرمایه اجتماعی، برابر ۰/۸۱ است. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ اعتماد شخصی ۰/۸۷۶، اعتماد نهادی برابر ۰/۷۷۱، اعتماد تعمیم یافته برابر ۰/۸۱۹، مشارکت اجتماعی برابر ۰/۹۲۲ و حمایت 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 پرسش‌نامه سلامت عمومی گلد برگ (۱۹۷۲) برای سنجش میزان سلامت روانی استفاده شده که در بر دارنده نشانه‌های جسمانی، اضطراب و افسردگی 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 و میانگین سنی آنان ۳۰/۲۷ سال است. قابل ذکر است ۵۶/۸٪ افراد متأهل بوده و ۱۸/۶ درصد از مردان مجرد و ۲۴/۶ درصد از زنان مجرد می‌باشند. همچنین تحصیلات ۲۰/۱ درصد از مردان کارشناسی و پایین‌تر از کارشناسی ارشد، و ۲۳ درصد دارای تحصیلات کارشناسی ارشد، ۱۲/۹ درصد دکتری، ۲۴ درصد دیپلم و ۲۰ درصد نیز زیر دیپلم می‌باشند. میزان تحصیلات ۹/۵ درصد زنان کاردانی، ۴۰/۸ درصد دیپلم و ۲۵ درصد نیز زیر

دیپلم بوده‌اند. همچنین ۱۷/۸ درصد از آنان دارای تحصیلات کارشناسی و ۶/۹ درصد دکتری می‌باشند. معادل ۶۸/۲ درصد دارای قومیت فارس و بعد از آن قومیت آذری در بین پاسخ‌گویان، دارای مقداری برابر ۲۱/۸ 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 بمنظور آزمون فرضیات و بررسی روابط میان متغیرهای وابسته و مستقل، از ضریب همبستگی پیرسون واز ضریب (اصلاح مورد ۲۵) همبستگی جزئی، به منظور کنترل تأثیرات مخدوش‌کننده 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 سرمایه اجتماعی برابر ($r=0/214$) با مقدار ($p=0/001$)، با متغیر شبکه حمایت اجتماعی برابر ($r=0/121$) با مقدار ($p=0/040$)، با متغیر اعتماد اجتماعی برابر ($r=0/185$) با مقدار ($p=0/004$)، با متغیر اعتماد شخصی برابر ($r=0/169$) با مقدار ($p<0/001$)، با متغیر اعتماد تعمیم یافته برابر ($r=0/158$) با مقدار ($r=0/015$)، با متغیر شبکه حمایت اجتماعی برابر ($r=0/121$) با مقدار ($p=0/004$) و با مشارکت اجتماعی برابر ($r=0/48$) با مقدار برابر ($p<0/001$) است. بدین ترتیب فرض پژوهش، مبنی بر وجود رابطه معنادار بین سرمایه اجتماعی و مؤلفه‌های آن با سلامت روان، تأیید می‌شود. شایان ذکر است اعتماد نهادی با سلامت روان رابطه 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 نتیجه گرفت متغیر جنسیت، متغیری مخدوشگر (confounder) بوده و روابط میان متغیرهای مستقل و وابسته را مخدوش می‌کند.

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 |
| P مقدار | 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 |
| P مقدار | 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 سرمایه اجتماعی زنان (۱۰/۰) و در مورد مردان (۱۰/۳۵) بوده و مقدار 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 و بین این دو گروه تفاوت معنادار ($p=۰/۰۱۰$) وجود دارد. میانگین اعتماد شخصی مردان (۳/۴۳۳) از زنان (۳/۲۸۷) نیز بیش‌تر بوده و بین این دو گروه تفاوت معنادار ($p<۰/۰۰۱$) وجود دارد. اعتماد نهادی و اعتماد تعمیم یافته زنان و مردان دارای تفاوت معناداری نیست. میانگین حمایت اجتماعی زنان (۲/۷۶) از مردان (۳/۱۸) کم‌تر بوده و بین این دو گروه نیز تفاوت معنادار ($p=۰/۰۴۰$) وجود دارد. سطح میانگین مشارکت اجتماعی زنان (۳۸/۳۱) از مردان (۳/۱۸) کم‌تر بوده و بین این دو گروه تفاوت معنادار ($p=۰/۰۴۰$) وجود دارد.

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

اساس جنسیت پاسخ‌گویان

| آماره | سلامت روان | | سرمایه اجتماعی | | اعتماد اجتماعی | | اعتماد شخصی | | اعتماد نهادی | | اعتماد تعمیم یافته | | حمایت اجتماعی | | مشارکت اجتماعی | |
|---------|------------|--------|----------------|--------|----------------|--------|-------------|-------|--------------|------|--------------------|-------|---------------|-------|----------------|-------|
| | مرد | زن | مرد | زن | مرد | زن | مرد | زن | مرد | زن | مرد | زن | مرد | زن | مرد | زن |
| میانگین | ۲۳/۳۸ | ۲۲/۲۴ | ۱۷۷/۱۹ | ۱۷۵/۸۴ | ۸۹/۹۰ | ۸۳/۱ | ۸/۵۸ | ۸/۳۱ | ۴۹/۰۷ | ۴/۲۹ | 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 | ۰/۰۹ | 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 سرمایه اجتماعی و ابعاد آن شامل اعتماد اجتماعی، اعتماد شخصی، شبکه حمایت اجتماعی، مشارکت اجتماعی و سلامت روان بوده که در این زمینه بین زنان و مردان در مورد متغیرهای اعتماد تعمیم یافته و اعتماد 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. در روش 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) معنی دار وارد آنالیز گردد (منصورفر، ۱۳۸۷، ص ۱۸۱). در این مدل نیز بزرگ‌ترین مقدار (t)، مربوط به متغیر مشارکت اجتماعی (۷/۲۱۴) می‌باشد. بدین دلیل، این متغیر جلوتر از سایر متغیرها وارد تحلیل شده است. بعد از آن، متغیر حمایت اجتماعی با مقدار (t) برابر با (۴/۴۸۰) می‌باشد، که در مرحله دوم قرار گرفته و متغیر بعدی جنسیت بوده که مقدار (t) آن برابر (۵/۲۴۲) است. بعد از آن اعتماد شخصی

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 معادله خط رگرسیون شوند، نمایان می‌شوند. بنابراین برای به دست آوردن معادله خط رگرسیون، می‌بایست مقادیر (Beta) رادر نظر گرفت (منصور فر، ۱۳۸۷، ص ۱۷۹). مدل نهایی رگرسیون با ضریب 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 قرار داده و بقیه پراکنش‌ها توسط دیگر عوامل، تبیین می‌شوند. بر این اساس مدل نهایی رگرسیون به شرح زیر است:

جدول ۵ - مدل رگرسیون چند گانه پژوهش

| مدل | B | Beta | t | T سطح معناداری | R | f آزمون | مقدار p |
|--|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-------|---------|---------|
| 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 |

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

$$y = ۰/۶۵۶ (\text{مشارکت}) + ۰/۶۱۸ (\text{حمایت اجتماعی}) + ۰/۳۶۷ (\text{جنس}) + ۰/۱۱۹ (\text{سن}) + ۰/۳۵۶ (\text{اعتماد تعمیم یافته}) + ۰/۳۴۴ (\text{اعتماد شخصی})$$

نتایج و بحث

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

همان‌گونه که ذکر شد، سرمایه اجتماعی از جمله مفاهیمی است که در سال‌های اخیر، در مباحث مربوط به سلامت توجه بسیاری بدان شده و در 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) سرمایه اجتماعی مساعدت ملموسی فراهم آورده و هنجارهای مربوط به سلامت روان را تقویت می‌کند. نتایج این پژوهش نیز همسو با دیدگاه مذکور، حاکی از آن است سرمایه اجتماعی و ابعاد آن بر سلامت روان افراد تأثیر گذارند. در

این زمینه نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد برخی از شاخص‌های سرمایه اجتماعی چون مشارکت اجتماعی، اعتماد شخصی، اعتماد تعمیم یافته و حمایت اجتماعی به همراه متغیرهای سن و جنس با ضریب تبیین (۰/۳۹۴) مجموعاً حدود ۴۰ درصد از پراکنش متغیر سلامت روان را تبیین می‌کنند. از این رو، این یافته‌ها، مؤید نتایج پژوهش‌های (mohseni and lindstrom 2007, perry et al, 2008, pitkin and varda 2009)، (silvera and allebech, 2001)، (shiwirian and shwirian, 1993)، خواجه دادی و همکارانش (۱۳۸۷)، گروسی و نقوی (۱۳۸۷) و ایمان (۱۳۸۵) است. همچنین همان گونه که پاتنام ذکر می‌کند، اعتماد و مولفه‌ها یا آن از مفاهیم محوری سرمایه اجتماعی بوده و بویژه بر سلامت روان مؤثرند. از این رو می‌توان اذعان داشت یک شبکه پایدار و غنی از روابط، با کسب اعتماد و خود باوری همراه بوده، باعث تقویت هنجارهای هم‌یاری و فعالیت‌های مدنی شده و موجبات بهزیستی روانی افراد را فراهم می‌آورد. در این پژوهش نیز هم‌سو با دیدگاه مذکور، نتایج حاصل از تحلیل رگرسیونی نشان داد ضریب بتای این متغیر برابر (0/356) است یعنی با تفاوت یک واحد در ارزش متغیر اعتماد تعمیم یافته، ارزش مقیاس سلامت روانی به طور معناداری افزایش می‌یابد. این بدان معناست که با افزایش اعتماد تعمیم یافته، سلامت روان افراد بهبود می‌یابد. بر این اساس می‌توان تأیید نمود اعتماد تعمیم یافته نگرشی است نسبت به خود و جهان پیرامون، که بر استمرار و ثبات آن صحنه گذاشته و بر سلامت روان افراد می‌افزاید. همچنین اعتماد شخصی در معادله رگرسیونی دارای مقدار بتایی برابر (۰/۳۴۴) بوده، چنانکه با تفاوت یک واحد در ارزش متغیر اعتماد شخصی، ارزش مقیاس سلامت روانی به طور معناداری افزایش می‌یابد. این بدان معناست که با افزایش اعتماد شخصی، که در روابط چهره به چهره نمایان بوده و در هر نوع شبکه‌ای که فرد در آن مشارکت دارد، به کار می‌رود، ضمن رفع موانع ارتباطی، بسیاری از تعاملات مؤثر گشته و موجبات افزایش سلامت روان افراد فراهم می‌آید. بدین ترتیب این یافته‌ها، حاکی از اهمیت تأثیر شاخص اعتماد بر سلامت روان بوده و مؤید دیدگاه پاتنام

وهم سو با نتایج پژوهش‌های تجربی (Rose, 2004)، (veenstra, 2005)، (silvera and) (Allebech, 2007)، (Yip et al, 2007)، (Lee et al, 2004) است. همچنین نتایج مرتبط با تحلیل رگرسیون چند گانه، حاکی از آن است که متغیر مشارکت اجتماعی، مقداربتایی برابر با (۰/۶۵۶) داشته و با تفاوت یک واحد در ارزش متغیر مشارکت اجتماعی، ارزش مقیاس سلامت روانی به طور معناداری افزایش می‌یابد. این بدان معناست که با افزایش مشارکت اجتماعی، سلامت روان افراد بهبود می‌یابد. بنابراین، نتایج این مطالعه، مؤید نتایج پژوهش‌های (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 می‌دهد. همچنین مقدار بتای حمایت اجتماعی با سلامت روان برابر (۰/۶۱۸) بوده چنان که با تفاوت یک واحد در ارزش متغیر حمایت اجتماعی، ارزش مقیاس سلامت روانی به طور معناداری افزایش یافته، و سطح بالایی از حمایت در شبکه‌های اجتماعی با سطح بالاتر سلامت روان همراه است. این یافته‌ها، ضمن تأیید دیدگاه پانتمام، نتایج پژوهش‌های (ziersch et al, 2009) و (shiwirian and shwirian, 1993) در این زمینه را تأیید می‌نماید که شبکه‌های اجتماعی واجد کمک‌های ملموسی بوده و با سلامت روان مرتبط است. همچنین یافته‌های مذکور هم سو با نتایج بررسی (yiengprugsawan et al, 2011) نیز هست که نشان دادند سطح پایین سلامت روان با سطح پایین حمایت و اعتماد در شبکه‌های اجتماعی همراه بوده و افزایش برخورداری از حمایت خانوادگی و دوستان بر سلامت روانی می‌افزاید. همچنین مقدار بتای متغیر سن با سلامت روان برابر (۰/۱۱۹) بوده و با تفاوت یک واحد در ارزش متغیر سن، ارزش مقیاس سلامت روانی نیز به طور معناداری افزایش می‌یابد. از این نظر یافته مذکور، مؤید نتایج مطالعات (kawachi and subramanian, 2008) در زمینه تأثیرات متغیر سن، به همراه سایر عوامل و مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی، بر سلامت روان است. همچنین مؤید نتایج پژوهش (warren-findlow and et al 2011) و (Nummela et al 2008)

است که نشان دادند با افزایش سن، برخوردار بودن از شبکه روابط و مشارکت‌های اجتماعی، بر سلامت روان افراد می‌افزاید. این یافته مؤید پژوهش (hyypa and maki, 2002, 2001 and kawachi subramanian) نیز هست که نشان دادند با افزایش سن و با وجود اعتماد و شاخص‌های سرمایه اجتماعی، بر سلامت روان افراد افزوده می‌شود. همچنین مؤید نتایج پژوهش (Pollack and knesebeck, 2004) در این زمینه است که رابطه مثبتی بین افزایش سطح شاخص‌های سرمایه اجتماعی و سلامت روانی در سنین بالا وجود دارد. همان گونه که ذکر شد، اغلب اوقات، نابرابری در دستیابی به منابع و سرمایه اجتماعی با سایر نابرابری‌ها، از جمله نابرابری‌های جنسیتی، همراه بوده، چنان که بورديو، سرمایه اجتماعی را در بردارنده روابط قدرت و ابزاری برای بازتولید فرودستی زنان می‌داند. از این نظر، نتایج این پژوهش همسو با دیدگاه مطروحه نشان می‌دهند سطح دستیابی زنان به سرمایه اجتماعی و مؤلفه‌های آن از مردان اندک‌تر بوده و این پدیده بر سلامت روان زنان تأثیرات نامطلوبی دارد. در این زمینه نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون چند گانه حاکی از آن است مقدار بتای متغیر جنس برابر (۰/۳۶۷) و با تفاوت یک واحد در ارزش متغیر جنس (از صفر برای زن به یک برای مرد)، ارزش مقیاس سلامت روانی به طور معناداری افزایش می‌یابد. از این نظر همسو با دیدگاه‌های (هلمشا و هیلر، ۲۰۰۰) می‌توان اذعان داشت دست یابی ناکافی زنان به منابع و سرمایه‌های اجتماعی با بروز بیماری روانی در آنان همراه بوده و وجود تبعیض جنسیتی در اجتماع عامل مهمی در کاهش سطح سلامت و بروز اختلالات روانی بیش‌تر در زنان نسبت به مردان است. همچنین این یافته‌ها همسو با بررسی‌های اپیدمیولوژیک ذکر شده از جمله نوربالا و همکاران، (۱۳۸۹، مقصودی، ۱۳۸۹) است. همچنین مؤید یافته‌های (اسکندری، ۱۳۸۸)، (کمالی، ۱۳۸۳)، (صالحی هیکویی، ۱۳۸۴) و (ناطق پور و فیروزآبادی، ۱۳۸۵) در این زمینه است که، سطح سرمایه اجتماعی و برخی از مؤلفه‌های آن، در زنان کم‌تر از مردان است. همچنین دیدگاه و یافته‌های فیلد (۱۳۸۴) ، (silvey and elmhirst, 2003)، (putnam, 2000)، (Bourdieu, 2001) در این زمینه را

تأیید می‌کند. چنانکه در بررسی 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 سرمایه اجتماعی، از رویکردهای دقیق‌تری که در بررسی این پدیده، جنسیت را لحاظ نموده و دارای کفایت بیش‌تری هستند، بهره گرفته شود. زیرا عوامل مذکور جزء اصلی و لازمه تعاملات در دنیای مدرن بوده و پایین بودن آن در نزد زنان نشانه آسیب‌شناختی روابط اجتماعی بوده و بر سلامت افراد تأثیرات نامطلوبی دارد. از دیگر پیشنهادها این پژوهش، تدوین سیاست‌هایی است که در آن به توزیع عادلانه منابع سرمایه 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 سرمایه اجتماعی در رنجند. قابل ذکر است کاهش اعتماد اجتماعی در میان اقشار مختلف، به منزله هشدار 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 روحیه 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 سرمایه اجتماعی از طریق نهادها و سازمان‌های مختلف ذی‌ربط (به‌طور خاص در این مطالعه آموزش و پرورش)، افزایش سطح کارآمدی دستگاه‌ها و نهادهای مختلف اجتماعی در ارتقاء وجدان کار و ایجاد روحیه تعاون و همکاری، همیاری، مشارکت و نوع دوستی و گسترش نهادهای مدنی ذی‌ربط (به‌طور خاص در این مطالعه سازمان آموزش و پرورش)، تقویت هنجارهای سلامت بخش از

جمله ارتقاء اعتماد اجتماعی به همراه تقویت همکاری‌های بین سازمانی با مدیران سلامت در نهادهای مختلف، همچنین تأمین شبکه‌های حمایت اجتماعی برای در اختیار قراردادن کمک‌های مختلف مادی، احساسی و مشورتی، به ویژه در سازمان‌های مختلف برای کاهش اضطراب و افسردگی اشاره نمود. همچنین با توجه به نقش سازمان‌های غیر دولتی در تأمین سلامت روان آحاد اجتماعی، بستر سازی و تشویق این انجمن و سازمان‌ها به منظور اجتماعی کردن کنش‌های مرتبط با ارتقاء سلامت و تقویت سرمایه اجتماعی و سالم سازی محیط زندگی مهم است. شایان ذکر است از آن‌جا که تأثیرات حمایت، روابط و پیوندهای اجتماعی بر سلامت روان در میان گروه‌های مختلف اجتماعی یکسان نیست. نابرابری‌های جنسیتی در جلب حمایت شبکه‌های اجتماعی، در میان گروه‌های اجتماعی، و تمرکز منابع ارزشمند اجتماعی در دست مردان، موجب نابرابری بوده و سبب غلبه بیش‌تر پریشانی روانی زنان در مقایسه با مردان می‌شود. از این رو ایجاد سازوکار تأمین حمایت‌های اجتماعی اقشار و گروه‌های مختلف زنان و به ویژه فرودستان اجتماعی مهم می‌نماید. همچنین با توجه به آنکه گسترش شعاع اعتماد و ارتقاء آن در تعاملات اعضای یک جامعه، غنای سرمایه اجتماعی و به تبع آن کاهش اختلالات و نابسامانی‌های روانی و اجتماعی را در پی خواهد داشت، در این زمینه تقویت و نهادمند کردن هنجارها و ارزش‌های سودمند اعتماد به ویژه در ابعاد شخصی و تعمیم یافته آن، مرتبط با سلامتی بوده و مهم می‌نماید. در این زمینه ایجاد فضای گفتگویی در سطح نهادهای مختلف اجتماعی، به ویژه در این مطالعه نهادهای آموزشی، باعث تقویت روحیه نقدپذیری، بالا بردن مهارت‌های گفتگویی و احترام و به رسمیت شناختن عقاید دیگران شده و سلامت روانی را در پی خود خواهد داشت.

- احسان منش، م (۱۳۸۰) - همه‌گیرشناسی بیماری‌های روانی در ایران: بازنگری برخی بررسی‌های انجام شده - اندیشه رفتار - سال ششم، شماره اوتق، محمد (۱۳۸۴)، بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران.
- اسکندری، لاله (۱۳۸۸)، بررسی عوامل مؤثر بر اعتماد اجتماعی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه الزهراء.
- خواجه دادی اشکان، شریفی‌انثانی مریم، شیبانی ملیحه، کریملو مسعود (۱۳۸۷)، رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت مادران، شماره ۳۰-۳۱، ص ۸۳-۱۰۲.
- داویدیان، هازاطون. ایزدی، سیروس، نهاپتیان، وارثکس. معتبر، منصور (۱۳۵۳). بررسی مقدماتی درباره شیوع بیماری‌های روانی در منطقه خزر، نشریه بهداشت ایران، سال دوم، شماره چهارم، ۱۴۵-۱۵۶.
- 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 - اجتماعی در کلان شهر تهران، فصلنامه رفاه اجتماعی، شماره ۲۳، سال ششم، ص ۱۹۷-۲۲۳.
- قاسمی، وحید، اسماعیلی، رضا، ربیعی، کامران (۱۳۸۵)، سطح‌بندی سرمایه اجتماعی در شهرستان‌های استان اصفهان، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال ششم، شماره ۲۳، ص ۲۲۵-۲۴۸.
- فیلد، جان. (۱۳۸۴). «سرمایه اجتماعی»، ترجمه جلال متقی، تهران: مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی.
- بداللهی محمد، موسوی میر طاهر (۱۳۸۶)، سرمایه اجتماعی در ایران وضعیت موجود، دورنمای آینده و امکان‌شناسی گذار، مجله رفاه اجتماعی، شماره ۲۵، سال ششم، ص ۱۹۵-۲۳۳.
- 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، شماره ۳۰-۳۱، ص ۶۱-۸۲.

- گیدینز، آنتونی (۱۳۸۰)، *تجدد و تشخیص*، ترجمه ناصر موفقیان، نشر نی، تهران
- صالحی هیگویی، مریم (۱۳۸۴)، «بررسی رابطه متقابل بین سرمایه اجتماعی شبکه و اعتماد متقابل شخصی و جنسیت»، پایان نامه کارشناسی ارشد پژوهش، دانشگاه الزهراء.
- مقصودی، سوده (۱۳۸۹)، *بررسی جامعه شناختی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی (مورد مطالعه: زنان و مردان متأهل در شهر کرمان)*، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، پایان نامه دکتری.
- ناطق پور، محمد جواد، فیروزآبادی، سید احمد (۱۳۸۵). شکل گیری 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، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۹، ۴۸۳-۴۸۹.
- نوربالا، احمد علی، باقری یزدی، سید عباس (۱۳۸۰)، بررسی شیوع اختلال های روانپزشکی در شهر تهران، *مجله حکیم*، سال دوم، شماره ۴، ۲۲۳-۲۱۲.
- هومن، عباس، (۱۳۷۷)، *استاندارد سازی پرسش نامه سلامت عمومی بر روی دانشجویان دوره های کارشناسی*. {گزارش پژوهشی}، تهران: مرکز مشاوره ی 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 HI 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

- 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: A Study 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.
 - Hyyppa 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) Social participation, 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 capitall 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. CEES.
 - 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, residential Satisfaction and Psychological Wel-being Inurban Elders", **Journal of Community Psychology**, Vol. 21, October.

- Silvera, E. & Allebech, P. (2001), "Migration, Aging and Mental health: An Ethnographic 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 Zealand, **Journal of Psychology**, Vol. 36.
- Veenstra, G. (2005), location, location: contextual and compositional health effects of social capital in British Columbia, Canada, **Social Science and Medicine** 60(9).
- Yip, W., Subramanian, S. V., 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), "Income Inequality, 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 for Development Theory, Research and Policy, **The World Bank Research**.
- Yiengprugsawan, V., Khamman, S., Seubsman, S., Lim, L., Sleight, A. (2011) **Journal of Health Psychology**, 16(4) 632-642.
- Ziersch AM, Baum F, Darmawan IG, Kavanagh AM, Bentley RJ. (2009), Social capital and health in South Australia. **Australian and New Zealand Journal of Public Health**. ;33: 7-16.