رابطهٔ سرمایهٔ اجتماعی و سلامت روان در مهاجران

عبدالعلی لهسائی زاده*، گلمراد مرادی**

طرح مسأله: *سرمایهٔ اجتماعی با فراهم آوردن حمایت‌های عاطفی و روانی نقش موثری در ارتقاء سلامت روان افراد دارد. هدف این تحقیق، بررسی رابطهٔ سرمایه اجتماعی و سلامت روان در میان افراد مهاجر در شهر کرمانشاه است.*

روش: *روش تحقیق پیمایش بوده و از طریق ابزار پرسش‌نامه انجام شده است. جامعهٔ آماری مورد مطالعه مهاجران وارد شده به شهر کرمانشاه بوده است. تعداد ۶۰۰ نفر از جامعهٔ آماری به شیوهٔ تصادفی سیستماتیک با استفاده از جدول نمونه‌گیری لین برای مطالعه انتخاب شدند. برای سنجش سلامت روانی از فرم ۲۸ سوالی سازمان جهانی بهداشت و همچنین فرم ۹۰ سوالی SCL-90 و برای سنجش سرمایهٔ اجتماعی از سه شاخص اعتماد اجتماعی، حمایت اجتماعی و مشارکت اجتماعی استفاده شده است.*

یافته‌ها: *نتایج ضریب همبستگی نشان می‌دهد که بین سلامت روانی و متغیرهای تحصیلات، سن، مدت اقامت، اعتماد اجتماعی، حمایت اجتماعی و مشارکت اجتماعی رابطهٔ معناداری وجود دارد.*

نتایج: *نتایج به‌دست آمده از این مقاله نشان می‌دهد که رابطهٔ بین دو سازهٔ سرمایهٔ اجتماعی و سلامت روان افراد مهاجر در سطح بالایی معنادار می‌باشد و هر اندازه افراد در ساختار اجتماعی جدید دارای سرمایهٔ اجتماعی بالاتری باشند سلامت روان آن‌ها در جامعهٔ جدید در وضعیت بهتری قرار خواهد گرفت.*

کلید واژه‌ها: سرمایهٔ اجتماعی، سلامت روان، کرمانشاه، مشارکت اجتماعی، مهاجرت

تاریخ دریافت: ۸۶/۶/۵ تاریخ پذیرش: ۸۶/۱۱/۲

* دکتر جامعه‌شناس، عضو هیأت علمی دانشگاه شیراز <lahsaei@rose.shiraz.ir>

** کارشناس ارشد جمعیت‌شناسی

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

مقدمه

امروزه بخش عظیمی از اشکال بیماری (اعم از روانی و جسمانی) در کشورهای در حال توسعه در ارتباط شدید با عوامل و مدل‌های اجتماعی است (WHO, 2001: 7). اثرات این عوامل در درازمدت کارایی خود را نشان می‌دهند. مشکلاتی چون فقر، شکست در تحصیلات، زندگی در محیط فیزیکی نامناسب و سطح بالای عدم امنیت در جامعه (مثل خشونت‌ها و تصادفات) و عواملی چون حوادث منفی زندگی از جمله جدایی از والدین، از دست دادن کار و یا مهاجرت اجباری از عوامل اجتماعی هستند که تاثیرات زیادی بر سلامت روانی افراد می‌گذارند (Harpham, 2004: 234).

سرمایهٔ اجتماعی یکی از مفاهیمی است که در سال‌های اخیر در مباحث توسعه بسیار مطرح شده است و توجه به سرمایهٔ اجتماعی و نقش آن در سلامت روان افراد در سطوح مختلف، مورد توجه صاحب‌نظران بوده است (علوی، ۱۳۸۴؛ اونق، ۱۳۸۴؛ گیدنز، ۱۳۷۸؛ ازکیا و غفاری، ۱۳۸۴). پاتل (Patel) بر این باور است که نقش عوامل اجتماعی در سلامت روانی به‌طور قابل توجهی مشخص شده است. رشد و گسترش توجه به عوامل اجتماعی و نقش آن‌ها در سلامت روانی در کشورهای جهان سوم هم‌زمان با رشد و توسعهٔ سرمایهٔ اجتماعی بوده و ممکن است در آینده مدل‌های اجتماعی سلامت روانی را شکل دهد (Harpham, 2004: 235). کاپلان و لینچ سرمایهٔ اجتماعی را نوعی انباشت سرمایه[1] و شبکه‌هایی معرفی کرده‌اند که همبستگی اجتماعی، تعهد اجتماعی[2] و در نتیجه، نوعی عزت نفس و سلامتی را در افراد به وجود می‌آورد (Lynch & Kaplan, 1997: 298). رُز بر این باور است که سرمایهٔ اجتماعی تنها به وسیلهٔ عضویت در نهادها به دست می‌آید و شبکه‌های سرمایهٔ اجتماعی به طور خاص در فراهم آوردن حمایت‌های عاطفی و روانی نقش موثری در ارتقاء سلامت روانی افراد دارند (Rose, 2000: 1423). پاتنام سرمایهٔ اجتماعی را در اجزایی چون شبکه‌ها، هنجارها و اعتماد می‌داند (Putnam, 1995: 54).

1. Stock of Investment
2. Social Commitment

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

ویلکنسون بر این باور است که عواملی چون بی‌عدالتی‌ها، سرخوردگی‌ها و بی‌احترامی‌ها ناشی از عوامل اجتماعی می‌باشند که سلامت افراد را به خطر می‌اندازند (Wilkinson, 1999: 529). هارفام، گرانت و توماس بر این باورند که سرمایهٔ اجتماعی عوامل استرس‌زا را در زندگی کاهش داده و خطر این عوامل را کم می‌کنند، هم‌چنین سرمایهٔ اجتماعی می‌تواند حوادث منفی زندگی چون از دست دادن شغل را در زندگی کاهش دهند (Harpham, 2004: 235). گرانووتر بر شبکه‌ها و پیوندهای اجتماعی که سطح دسترسی افراد را به منابع اقتصادی و اجتماعی ارتقا می‌دهد، تاکید دارد (شریفیان ثانی، ۱۳۸۰: ۸). فوکویاما سرمایهٔ اجتماعی را وجود مجموعهٔ معینی از هنجارها یا ارزش‌های غیررسمی اعضای گروهی که تعاون و همکاری شان مجاز است و در آن سهیم و ذی‌نفع هستند می‌داند (همان، ۹).

زمانی که افراد با تغییرات و چالش‌هایی چون یادگیری یک زبان جدید، تفاوت‌های فرهنگی و هنجاری، دور شدن از فرهنگ آبا و اجدادی روبرو می‌شوند، برای آن‌ها فرایند سازگاری، استرس‌زا می‌باشد (Marta, 2001: 841). اگر این افراد در فرایند سازگاری موفق نشوند، دچار فشارهای روانی و استرس می‌شوند که خود بر سایر شیوه‌های زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد (Yuorenkoski, 1998: 219; Harpham, 2004: 234). نتایج تحقیقات و پژوهش‌های سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد که امروزه بیش از ۴۵۰ میلیون نفر از مردم دنیا مشکلات روحی و روانی دارند؛ حال آن‌که محققان پیش‌بینی کرده‌اند این رقم تا ۲۰ سال آینده بیشتر و چشمگیرتر خواهد شد (WHO, 2004: 10). با رویکردی به درون جامعهٔ ایران درمی‌یابیم که متاسفانه کشور ما آمار و ارقامی جامع دربارهٔ وضعیت اختلالات روانی نداشته و برنامهٔ جامعی هم برای مقابله با این مشکلات ندارد. آن‌چه در دسترس می‌باشد پژوهش‌های صورت گرفته از طرف سازمان بهداشت جهانی است که نشان می‌دهد ۲۰ درصد جمعیت ایران دچار اختلالات روانی می‌باشند. هدف کلی این تحقیق، رابطهٔ میان سرمایه اجتماعی و سلامت روان مهاجران است. دراین راستا اهداف جزیی، پاسخ به سؤالات ذیل است:

- وضعیت سلامت روانی مهاجران در شهر کرمانشاه چگونه است؟
- آیا سرمایهٔ اجتماعی با سلامت روانی مهاجران ارتباط دارد؟

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

– کدام بعد از سرمایهٔ اجتماعی در تبیین سلامت روانی مهاجران نقش غالب دارد؟

۱) پیشینهٔ پژوهش

لی و همکارانش در تحقیقی با عنوان «حمایت اجتماعی به عنوان سپر استرس‌های فرهنگ‌پذیری» به مطالعه رابطهٔ حمایت‌های اجتماعی و سلامت روان دانشجویان کره در سال ۲۰۰۴ پرداختند. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی رابطهٔ مثبتی با سلامت روان دانشجویان دارد و دانشجویانی که از سطح بالایی از حمایت اجتماعی برخوردارند، فشارهای روانی و استرس فرهنگ‌پذیری کمتری دارند(Lee, et al., 2004: 399-414).

تامپسون و همکارانش تحقیقی با عنوان «زمینه‌های اجتماعی سلامت روان مهاجران فیلیپینی در استرالیا» انجام دادند. آن‌ها بر دو بعد حمایت اجتماعی و عاطفی متمرکز شده و ارتباط بین این ابعاد را با سلامت روان در میان مهاجران مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که مهاجران فیلیپینی درگذر از یک جامعهٔ جمع گرا به جامعه‌ای فردگرا به مشکلات و فشارهای روانی و عاطفی گرفتار می‌شوند. هم‌چنین که حمایت اجتماعی، پیوندهای مشترک مثل هویت فرهنگی، زبان و علائق مشترک می‌تواند در سازگاری آن‌ها و سلامت روانی شان نقش مهمی داشته باشند (Thompson, et al., 2002: 671-678).

سیلورا و آلبک تحقیقی با عنوان «مهاجرت، سالخوردگی و سلامت روان بزرگسالان اهل سومالی که به شرق لندن مهاجرت کردند» انجام دادند. هدف آن‌ها بررسی ارتباط بین سرمایهٔ اجتماعی و سلامت روان مهاجران سومالی در شرق لندن بود. نتایج نشان می‌داد که عوامل مهمی چون حمایت خانوادگی پایین و به طور خاص تنهایی، دسترسی محدود و نامناسب به خدمات جمعی، ناتوانی در برگشت به خانه و تحقیر اجتماعی در مختل شدن سلامت روانی مهاجران موثر می‌باشند. هم‌چنین دسترسی نامناسب به خدمات، آشفتگی در حمایت‌های اجتماعی، از دست دادن خویشاوندان و دوستان و فاصلهٔ جغرافیایی از خانواده و بستگان در آشفتگی روان مهاجران نقش موثر دارند(Silvera & Allbech, 2001: 306-320).

شیریان تحقیقی با عنوان «همسایگی، رضایت‌مندی از محل سکونت و سلامت روان

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

مهاجران بزرگسال در اوهایو» انجام داده و نقش سرمایهٔ اجتماعی در سلامت روان مهاجران را مورد مطالعه قرارداد. نتایج پژوهش وی نشان داد که همسایگی به عنوان یک حمایت‌کنندهٔ اجتماعی بر سلامت روان مهاجران موثر است. وی در تبیین تحقیق خود از دو مدل توسعهٔ خطی و سیستمی استفاده نمود. اساس دو مدل مذکور این است که داشتن دوستان، آشنایان و همسایگان خوب در شهر در ارتقا کیفیت سلامت روان مهاجران موثر است. در این تحقیق افراد با تحرک اجتماعی بالا، درآمد بالا و برخوردار از حمایت‌های اجتماعی، مالی و روانی دارای سلامت روان بهتری می‌باشند (Schwirian & Schwirian, 1993: 285-299).

کوئه‌لار (Cuellar) به نقش عواملی چون وضعیت اقتصادی اجتماعی و تحصیلات در سلامت روانی تاکید دارد (Desouza, 2005: 16).

۲) چارچوب نظری

۲-۱) چارچوب مفهومی

دیدگاه‌ها و نظریات متفاوتی همچون انسان‌شناسی فرهنگی، بوم‌شناختی، رویکرد شبکه و رهیافت روان‌شناسی اجتماعی بر روی مهاجرت افراد، وضعیت زندگی آن‌ها در جامعهٔ مقصد و نهایتاً این‌که چگونه خود را با شرایط جدید تطبیق می‌دهند به صورت مستقیم و غیرمستقیم مطرح شده است. پارک (Park)، نظریه‌پرداز جامعهٔ چندفرهنگی[1] در مطالعهٔ زندگی مهاجران و ورود آن‌ها به جامعهٔ دیگر معتقد است که مهاجران در گذار از دنیای کهن خود به دنیای جدید، اغلب جابه‌جایی‌های دردناکی را تجربه می‌کنند (Padilla, 2003: 36). تازه‌واردان[2] ـ به تعبیر پارک ـ بین دو محیط فرهنگی زندگی می‌کنند؛ به این معنا که آن‌ها دیگر بخشی از فرهنگ قدیمی خود نبودند، اما بخشی از فرهنگ جدید نیز نبودند و این همان چیزی است که پارک آن را "تضعیف روحیه" یا "درهم ریختگی" شخصیتی می‌نامد.

1. Melting-pot Society
2. New Comers

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

به نظر پارک این امر در نهایت به دشواری‌های بالقوه مانند بیماری‌های روانی، خودکشی و اعمال تبهکارانه منجر می‌شود (کیوسیتو، ۱۳۸۳: ۱۸۴-۱۸۵). رهیافت‌های انسان‌شناسی فرهنگی و از جمله افرادی چون پادیلا (۱۹۸۰) و کیف (۱۹۸۷) اهمیت تماس‌های دست اول مداوم بین فرهنگ‌های متفاوت را به عنوان عنصر اساسی در فرهنگ‌پذیری در مورد مهاجران مورد توجه قرار می‌دهند. از نظر آن‌ها تماس بین مهاجران و جامعهٔ مقصد منجر به پذیرش یکی از دو فرهنگ (فرهنگ مقصد یا فرهنگ مبدا) و در نتیجه تغییر در فرهنگ دیگر می‌شود (Padilla, 2003: 36). بعد از مرور نظریات مرتبط، می‌توان چارچوب نظری منسجمی که بتواند بین این دو مفهوم ارتباط برقرار کند و این ارتباط را به طور واضحی توضیح دهد برای تحقیق انتخاب نمود، که در این تحقیق از نظریهٔ شبکه اجتماعی استفاده به عمل آمده است. بر اساس مباحث نظری و مطالعات انجام شده در این زمینه، نظریهٔ شبکه اجتماعی بهتر می‌تواند روابط منطقی حاکم بر این دو مفهوم را تبیین نموده و توضیح دهد. بنابراین فرضیات تحقیق بر اساس این نظریه طراحی شدند.

۲-۲) نظریهٔ شبکهٔ اجتماعی

چارچوب نظری این تحقیق برگرفته از رهیافت شبکهٔ اجتماعی می‌باشد. این نظریه فرایند مهاجرت را به فرد، فرهنگ و پیوندهای اجتماعی بین آن‌ها نسبت می‌دهد و معتقد است که در نواحی پذیرای مهاجرت این پیوند از طریق دوستی با سایر مهاجران در پیدا کردن شغل و سازگاری با محیط جدید و در نواحی مهاجرفرست از طریق شبکه‌های شخصی، هم‌چون دوستان و همسایگانی که مهاجرت نموده‌اند به‌دست می‌آید. این شبکه‌ها، هزینهٔ مهاجرت را برای تازه واردان کاهش می‌دهد و علاوه بر این، باعث می‌شود مهاجران بالقوه دست به ترک مناطق خودشان بزنند (Oishi, 2002: 7).

طرفداران نظریهٔ شبکه بر این باورند که وجود شبکه‌های اجتماعی در مقصد به عنوان یک حائل در مقابل عامل فشارزای درونی نقش مثبتی بر جابجایی و حرکت افراد بازی می‌کند، به نحوی که با فراهم آوردن حمایت‌های عاطفی، دوستی‌ها و فرصت‌هایی برای

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

اعمال اجتماعی معنی‌دار در قالب سرمایهٔ اجتماعی اثر بسیار مهم و مؤثری بر عزت نفس افراد مهاجر، افزایش توان مقابله افراد مهاجر با مشکلات زندگی و افسردگی‌ها داشته و در نهایت به احساس سلامت روانی منجر می‌شود (Caroline, 2000: 108-109). به نظر آن‌ها شبکه‌های اجتماعی، نوعی سرمایهٔ اجتماعی را برای مهاجران فراهم می‌آورند، به این معنا که در این شبکه‌ها از حمایت، اعتماد و روابط عاطفی با سایر افراد برخوردار می‌شوند (Caroline, et al., 2000: 108-109). دیدگاه شبکه به سرمایهٔ اجتماعی بر اهمیت روابط افقی و عمودی بین مردم در قالب انجمن‌ها و گروه‌های اجتماعی تاکید دارد. مکانیزم تاثیر نظام شبکه‌ای بدین صورت است که افراد تازه وارد به فرهنگ جدید برای کسب اعتبار و حمایت اجتماعی به خانواده، دوستان و آشنایان خود متوسل می‌شوند و سپس برای دسترسی به سرمایه‌های اجتماعی وسیع‌تر به منابع گروهی متوسل می‌شوند و از این طریق شبکه‌ای را بین درون گروه و برون گروه ایجاد می‌کنند. وولکاک و نارایان اشاره می‌کنند که شبکه‌های موجود بین افراد و گروه‌های فقیر و شبکه‌های موجود بین افراد ثروتمند شرایطی را ایجاد می‌کند که باعث می‌شود تا فقرا بیشتر تمایل به دفاع و کاهش ریسک داشته باشند و ثروتمندان بیشتر تمایل به حمله و ریسک‌پذیری داشته باشند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که دیدگاه شبکه‌ای سرمایهٔ اجتماعی را در قالب سرمایهٔ اجتماعی درون گروهی و برون گروهی معرفی می‌کند (اونق، ۱۳۸۴: ۲۸).

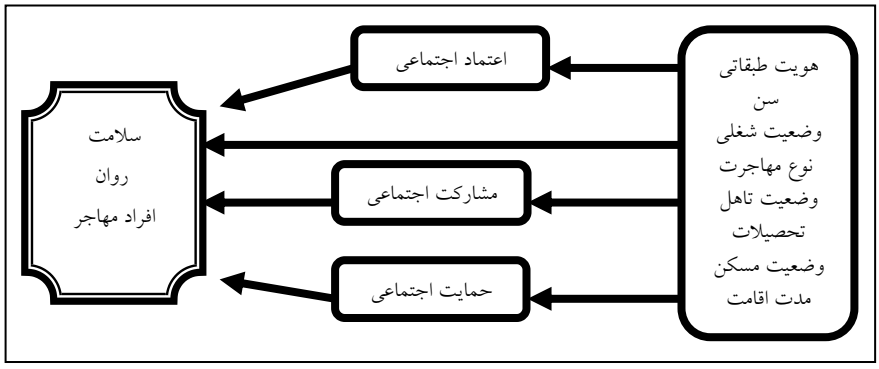
تایلور (Taylor) معتقد است که شبکه‌های خویشاوندی و حمایت‌های اجتماعی، هزینه‌های مهاجرت را کاهش داده و شانس موفقیت در امر مهاجرت را افزایش می‌دهند. تأثیر شبکه‌های اجتماعی می‌تواند دسترسی به سازمان‌ها، چه به صورت رسمی و چه به صورت غیررسمی را ارتقا دهد (Kupiszewski, 2002: 5). راگلر بر این باور است که جدایی افراد از شبکه‌های اجتماعی اولیه، خانوادگی و همسایگی خود با گسترش و توسعهٔ نوعی شبکهٔ اجتماعی جدید در جامعهٔ میزبان همراه می‌باشد. موفقیت در بازسازی شبکهٔ اجتماعی جدید در جامعهٔ میزبان، اثرات منفی روانی مانند ترک کردن شبکهٔ خویشاوندی و بیماری‌های روانی را کاهش می‌دهد (Rogler, 1994: 705). به عبارتی دیگر، انتقال از یک نظام فرهنگی

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

به نظام فرهنگی دیگر به این معنا که مهاجرانی از یک جامعه با فرهنگی یک‌دست و یکپارچه و همگن به جامعه‌ای با ارزش‌ها و عناصر فرهنگی متفاوت مهاجرت می‌کنند، در بیشتر موارد منجر به اختلال در سلامت روانی افراد مهاجر می‌شود(Thompson, 2002: 683).

بر اساس مباحث تئوری در این تحقیق می‌توان گفت در صورت وجود سرمایهٔ اجتماعی، مهاجران در قالب هنجارها و پیوندهای اجتماعی که در جریان تعاملات اجتماعی به وجود می‌آید، قابلیت‌های خود را افزایش می‌دهند و در عین به دست آوردن امکان کنترل زندگی خود، از حمایت‌های اجتماعی که در شبکه‌های ارتباطی آن‌ها به وجود آمده است، برخوردار می‌شوند و لذا قدرت کنار آمدن[1] آن‌ها با فشارهای ناشی از مهاجرت افزایش یافته و به لحاظ روانی از آرامش و آسایش مطلوبی برخوردار خواهند شد. به عبارت دیگر، وجود سرمایهٔ اجتماعی بین مهاجران و افراد بومی می‌تواند به طور رسمی و یا غیررسمی اثرات فشارهای زندگی مانند از دست دادن شغل، جدایی از مبدا فرهنگی و... را با افزایش حمایت‌های اجتماعی، عاطفی و روانی کاهش دهد و از طرف دیگر حس امنیت و عزت نفس و در نتیجه، سلامت روان را در میان آن‌ها افزایش دهد. نمودار شمارهٔ یک روابط میان متغیرهای مستقل و متغیر وابسته را در قالب مدل تجربی تحقیق نشان می دهد.

نمودار ۱: مدل تجربی تحقیق



1. Coping Power

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

۳-۲) فرضیات تحقیق

الف) بین سرمایهٔ اجتماعی و سلامت روانی مهاجران رابطه وجود دارد.
ب) بین اعتماد اجتماعی و سلامت روانی مهاجران رابطه وجود دارد.
ج) بین حمایت اجتماعی و سلامت روانی مهاجران رابطه وجود دارد.
د) بین مشارکت اجتماعی و سلامت روانی مهاجران رابطهٔ معنی‌داری وجود دارد.
هـ) بین متغیرهای جمعیتی (هویت طبقاتی افراد، سن، وضعیت شغلی، نوع مهاجرت، وضعیت تاهل، تحصیلات، وضعیت مسکن و مدت اقامت) و سلامت روانی مهاجران رابطه وجود دارد.

۳) روش تحقیق

۳-۱) روش اجرا

روش مورد استفاده در این مقاله، کمی و تکنیک به‌کار برده شده پیمایش می‌باشد. چارچوب نظری و فرضیات تحقیق به‌کارگیری تکنیک پیمایش را بهتر می‌طلبد.

۳-۲) جامعهٔ آماری و روش نمونه‌گیری

جامعهٔ آماری مهاجران وارد شده به شهر کرمانشاه می‌باشد که براساس آمار سال ۱۳۷۵ جمعیت مهاجر آن برابر ۴۵۰۰۰ نفر بوده است (مرکز آمار ایران، ۷۲:۱۳۷۷). با توجه به حجم وسیع جامعهٔ آماری و عدم امکان جمع‌آوری اطلاعات از تمامی افراد، تعداد ۶۰۰ نفر از آن‌ها با استفاده از جدول نمونه‌گیری لین انتخاب شده‌اند. جهت گردآوری اطلاعات از نمونه‌گیری به شیوهٔ تصادفی سیستماتیک استفاده شده است.

۳-۳) ابزار پژوهش

جمع‌آوری اطلاعات از طریق پرسش‌نامه توام با مصاحبه انجام گرفته است. از آن‌جا که

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

تعدادی از پاسخ‌گویان از سطح تحصیلات پایین‌تری برخوردار بودند، از مصاحبه نیز استفاده شد. در پژوهش حاضر برای به‌دست آوردن روایی ابزار از روایی صوری و ملاک استفاده شده و برای به دست آوردن پایایی آن از آلفای کرونباخ استفاده به عمل آمده است. آلفای کرونباخ برای سلامت روانی با تعداد ۱۵ گویه برابر ۰/۸۷، اعتماد اجتماعی با تعداد ۱۰ گویه ۰/۸۱، مشارکت اجتماعی با تعداد ۸ گویه برابر۰/۷۵ و حمایت اجتماعی با تعداد ۱۰ گویه برابر ۰/۸۴ می‌باشد. در جهت اعتبار ملاک برای هر طیف، سنجه‌هایی معتبر و جاافتاده در نظر گرفته شده، که این گویه‌ها در پرسش‌نامه برای هر طیف به صورت یک سوال کلی در رابطه با همان طیف وارد شده و پاسخ‌گویان برحسب موافقت یا مخالفت با آن گویه، نمره‌ای از صفر تا ۲۰ انتخاب می‌کردند. از آن‌جا که این نمره به صورت فاصله‌ای وارد شده است، لذا همبستگی آن با گویه‌های هر طیف محاسبه شده است که نتایج آن برای متغیر میزان سلامت روانی (۰/۸۳) و سرمایهٔ اجتماعی (۰/۷۵) می‌باشد. از آن‌جا که این همبستگی معنادار بوده، خود می‌تواند دلیلی بر وجود اعتبار معیار متغیرهای مذکور باشد.

برای سنجش دو سازهٔ سلامت روانی و سرمایهٔ اجتماعی به صورت ذیل عمل شده است:

– **سلامت روان:** عبارت است از استعداد روانی برای هماهنگی، خوشایند و موثر کار کردن، انعطاف‌پذیر بودن در موقعیت‌های دشوار و داشتن توانایی برای بازیابی تعادل خود. در این تحقیق برای سنجش سلامت روان، از فرم ۲۸ سوالی سازمان جهانی بهداشت و مقیاس (SCL–۹۰) استفاده شده است که با استفاده از ۱۵ گویه بر مبنای طیف لیکرت سنجیده می‌شود. گویه‌ها از مطالعات انجام شده در کشورهای دیگر و هم‌چنین مطالعاتی که در داخل کشور انجام شده، اقتباس شده‌اند و پس از تغییرات و سازگار نمودن آن‌ها با وضعیت ایران، گویه‌های مناسب انتخاب شدند.

– **سرمایهٔ اجتماعی:** در این پژوهش سرمایهٔ اجتماعی در سه بعد اعتماد اجتماعی، مشارکت اجتماعی و حمایت اجتماعی سنجیده می‌شود. حمایت اجتماعی هرگونه محرکی

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

است که به پیشرفت اهداف فرد حمایت‌شونده کمک می‌کند. حمایت اجتماعی در این بررسی شامل دوستی‌ها، پیوندهای عاطفی، نزدیکی در فضا مانند همسایگی و مجاورت مکانی، روابط خویشاوندی، عضویت در نهادها و انجمن‌ها می‌باشد. اعتماد اجتماعی دلالت بر انتظارات و تعهدهای اکتسابی و تایید شده‌ای دارد که افراد به لحاظ اجتماعی نسبت به یکدیگر و نسبت به سازمان‌ها و نهادهای مربوط به زندگی اجتماعی‌شان دارند. مشارکت اجتماعی دلالت بر گسترش روابط بین گروهی در قالب انجمن‌های داوطلبانه، باشگاه‌ها، اتحادیه‌ها و گروه‌هایی دارد که معمولاً خصلتی محلی یا غیردولتی دارند و افراد به صورت آگاهانه، داوطلبانه و جمعی و با در نظر گرفتن هدف‌های معین و مشخص که منجر به سهیم شدن در منابع قدرت می‌گردد، از خود نشان می‌دهند.

۴-۳) روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

داده‌های به‌دست آمده از پرسش‌نامه‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و تجزیه و تحلیل آن‌ها در دو سطح توصیف و تبیین صورت گرفت. در سطح توصیفی از توزیع فراوانی متغیرها، تصویری از توزیع جمعیت مورد مطالعه به دست آورده و برای تحلیل رابطهٔ بین متغیرها از آمارهای تحلیل همبستگی و مقایسه میانگین‌ها از آزمونF و T، استفاده به عمل آمده است. قابل ذکر است که برای نشان دادن ارتباط هم‌زمان چند متغیر با متغیر وابسته و تحلیل علل آن‌ها از رگرسیون چند متغیره به شیوهٔ گام به گام استفاده شده است.

۴) یافته‌های تحقیق

میانگین سنی افراد پاسخ‌گو برابر ۳۹/۴۶ سال و میانگین تحصیلات پاسخ‌گویان برابر ۹/۶ کلاس بود که نشان می‌دهد افراد پاسخ‌گو از میانگین سنی نسبتا بالا و سطح سواد پایینی برخوردار بودند. شاخص دیگر هویت طبقاتی افراد می‌باشد. از تعداد نمونهٔ آماری، ۶۰/۳ درصد به طبقهٔ میانی، ۱۱/۳ درصد طبقهٔ بالا و ۲۸/۳ درصد هم متعلق به طبقهٔ پایین جامعه بودند. شاخص دیگر وضعیت مسکن است که نشان می‌دهد ۵۷/۷ درصد آن‌ها در خانه‌های

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

شخصی، ۳۳/۷ درصد در خانه‌های اجاره‌ای و کمتر از ۷ درصد در خانه‌های اجاره‌ای و سایر زندگی می‌کردند. ۲۴/۲ درصد از پاسخ‌گویان مجرد، ۶۵ درصد متاهل و ۱۰ درصد آن‌ها بیوه و طلاق گرفته بودند. شاخص دیگر در این مقاله نوع مهاجرت است که نتایج نشان می‌دهد ۴۵ درصد افراد به تنهایی و ۵۵ درصد آن‌ها به همراه خانوادهٔ خود به این شهر مهاجرت نموده‌اند. میانگین مدت زمان اقامت در این شهر برابر ۹/۵ سال بود.

میانگین نمرهٔ سلامت روانی برای افراد مورد مطالعه برابر ۴۴/۴۸ بود که این نمره در مقایسه با دامنهٔ نمره (۱۵ تا ۷۵) در حد پایینی قرار دارد و بیان‌گر پایین بودن میزان سلامت روانی در بین مهاجران است. شاخص دیگر در جدول، میانگین نمرهٔ سرمایهٔ اجتماعی پاسخ‌گویان را نشان می‌دهد که میانگین نمرهٔ آن برای افراد مورد مطالعه برابر ۴۸/۹۸ بود. این نمره در مقایسه با دامنهٔ نمره (۱۶ تا ۸۰) در حد متوسطی قرار دارد است و بیان‌گر متوسط بودن میزان سرمایهٔ اجتماعی مهاجران است.

آزمون فرضیات تحقیق با استفاده از دو تکنیک آماری ضریب همبستگی و مقایسهٔ میانگین‌ها انجام گرفت. جدول شمارهٔ ۱ نشان‌دهندهٔ ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای مستقل و سلامت روانی می‌باشد. نتایج به‌دست آمده حاکی از آن است که رابطهٔ معناداری حداقل در سطح ۰/۹۵ بین سلامت روان و متغیرهای مستقل جدول شمارهٔ ۱ وجود دارد.

جدول ۱: ضریب پیرسون بین متغیرهای مستقل فاصله‌ای و سلامت روان

همبستگی		میانگین	انحراف معیار	ضریب همبستگی	معناداری
سلامت روان	اعتماد اجتماعی	۱۵/۶۶	۵/۹۵	۰/۶۶	۰/۰۰۰
	حمایت اجتماعی	۱۴/۹۵	۶/۱۱	۰/۵۱	۰/۰۰۰
	مشارکت اجتماعی	۱۸/۳۶	۵/۴۲	۰/۴۸	۰/۰۰۰
	تحصیلات	۲۲/۳۵	۳/۸۰	۰/۱۴	۰/۰۱۶
	سن	۱۱/۴۱	۳/۹۹	۰/۲۶۱	۰/۰۲۱
	مدت اقامت	۹/۵	۶/۲۳	۴۱،۰	۰/۰۰۰

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

جدول شمارهٔ ۲ آزمون تفاوت میانگین سلامت روان مهاجران برحسب طبقهٔ اجتماعی، وضعیت مسکن و وضعیت تاهل افراد نمونه را نشان می‌دهد. آمارهای جدول نشان می‌دهد که میانگین نمرهٔ سلامت روانی افراد در طبقهٔ بالا ۵۶/۴۱، طبقهٔ میانی ۵۴/۳۲ و طبقهٔ پایین ۳۷/۹۹ می‌باشد. این نمره در هر طبقه بر اساس آزمون F با مقدار ۱۶/۳۷۴ حداقل در سطح ۹۵ درصد معنی‌دار است. به عبارتی دیگر مهاجرانی که هویت طبقاتی آن‌ها بالا است، از سلامت روان بهتری برخوردار می‌باشند. آمارهای موجود در جدول برای وضعیت مسکن نشان می‌دهد که میانگین نمرهٔ افراد نمونه که در خانه‌های شخصی (۵۲/۵۹)، اجاره‌ای (۴۶/۵۳) و سازمانی (۳۸/۸۱) زندگی می‌کنند، با هم تفاوت دارد و تفاوت مشاهده شده براساس آزمونF در تحلیل پراکنش و حداقل در سطح ۹۵ درصد معنی‌دار است. به عبارتی می‌توان گفت قدرت سازگاری مهاجرانی که دارای منزل شخصی بوده‌اند، بیشتر بوده است.

با توجه به آمارهای موجود در این جدول، میانگین نمرهٔ سلامت روان افراد متاهل ۵۲/۶۷، افراد مجرد ۴۲/۵۹، افراد طلاق گرفته ۳۳/۵۲ و افراد بیوه ۴۰/۰ است و تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌ها بر اساس آزمون F حداقل در سطح ۹۵ درصد معنی‌دار است. به عبارتی این فرضیه که افراد متاهل دارای سلامت روان بهتری نسبت به افراد مجرد و بیوه می‌باشند تأیید می‌شود.

جدول۲: آزمون تفاوت میانگین سلامت روان مهاجران برحسب طبقهٔ اجتماعی، وضعیت مسکن و وضعیت تاهل افراد نمونه (n=۶۰۰)

نام متغیر	نام مقوله	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	مقدارF	سطح معنی‌داری
طبقهٔ اجتماعی	طبقهٔ بالا	۶۸	۵۶/۴۱	۱۰/۶۱۵۸	۱۵/۸۱۴	۰/۰۰۰
	طبقهٔ متوسط	۳۶۲	۵۴/۳۲	۱۱/۱۲۴۲		
	طبقهٔ پایین	۱۷۰	۳۷/۹۹	۸/۱۱۷۱		
وضعیت مسکن	شخصی	۳۴۶	۵۲/۵۹	۱۱/۵۸۱	۱۶/۳۷۴	۰/۰۰۰
	اجاره ای	۲۰۲	۴۶/۵۳	۱۱/۸۸۹		
	سازمانی	۳۸	۳۸/۸۱	۱۰/۱۵۵۱		
	سایر	۱۴	۴۷/۵۸	۱۲/۷۵۶۳		

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

ادامهٔ جدول ۲

وضعیت تاهل	مجرد	۱۴۵	۴۲/۵۹	۱۱/۷۹۷۱	۱۱/۵۴۷	۰/۰۰۰
	متاهل	۳۹۰	۵۲/۶۷	۱۱/۳۶۵۶		
	طلاق گرفته	۴۲	۳۳/۵۲	۴/۵۸۶۵		
	همسرمرده	۲۳	۴۱/۰	۸/۶۹۶۹		

جدول شمارهٔ ۳ آزمون تفاوت میانگین سلامت روان مهاجران بر حسب رتبه‌بندی شغلی افراد نمونه را نشان می‌دهد. با توجه به آمارهای موجود در این جدول، میانگین نمرهٔ سلامت روانی افراد در رتبه‌های متفاوت شغلی با هم متفاوت است و این میانگین‌ها بر اساس آزمونF برابر با ۱۸/۹۳۴ و حداقل در سطح ۹۵ درصد معنی‌دار است. بررسی تاثیر شغل پاسخ‌گویان بر میزان سلامت روانی آن‌ها نشان می‌دهد که از میان شاغلین، کارکنان مشاغل علمی، فنی و تخصصی از میزان سلامت روان بالاتری برخوردارند.

جدول ۳: آزمون تفاوت میانگین سلامت روان برحسب رتبه‌بندی شغلی افراد نمونه (n=۴۲۵)

رتبه‌بندی شغلی	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	مقدارF	معنی داری
مشاغل علمی، فنی وتخصصی	۹۸	۵۶/۵	۷/۹۷۹۶	۱۸/۹۳۴	۰/۰۰۰
مدیران عالی‌رتبه اداری	۲	۴۹/۵	۱۰/۶۰۶۶		
کارکنان اداری ودفتری	۶۵	۵۴/۲۱	۱۲/۵۲۴۳		
کارکنان بازرگانی وفروشندگی	۳۹	۴۱/۹۷	۱۰/۶۴۱۲		
امورخدماتی	۶۵	۴۰/۴۳	۱۲/۹۹۶۳		
کشاورزی ودامپروری	۶۳	۵۴/۳۶	۹/۷۴۸۹		
تولید و حمل ونقل	۷۸	۴۶/۵۷	۱۳/۱۸۹۴		
گروه‌های دیگر	۱۵	۵۵/۰	۵/۱۵۴۷		

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

هم‌چنین میانگین نمرهٔ سلامت روانی مهاجران برحسب نوع مهاجرت برای افرادی که به همراه خانوادهٔ خود مهاجرت نموده‌اند، برابر با ۵۴/۲۰۳ و بیشتر از میانگین نمرهٔ سلامت روانی افرادی است که به تنهایی اقدام به مهاجرت نموده‌اند (۴۱/۴۱۴). این تفاوت مشاهده شده بر اساس آزمون T برابر ۱۴/۱۲ و حداقل در سطح ۰/۹۵ معنی‌دار است. این نتیجه گویای این واقعیت است که افراد مهاجر زمانی که به تنهایی مهاجرت می‌کنند نسبت به زمانی که به همراه والدین، دوستان و شبکه‌های اجتماعی خود مهاجرت می‌نمایند، بیشتر احساس فشار، تنهایی و غربت کرده و لذا به لحاظ روانی نیز ضربه‌پذیرتر می‌باشند.

در مقالهٔ حاضر از آمارهٔ رگرسیون چند متغیره به شیوهٔ گام به گام[1] استفاده شده است. در این روش متغیرهای مختلف به ترتیب میزان اهمیتی که در تبیین متغیر وابسته دارند، وارد معادلهٔ رگرسیونی می‌شوند. نتایج جدول شمارهٔ ۴ نشان می‌دهد که ۶ متغیر اعتماد اجتماعی در مرحلهٔ اول، مشارکت اجتماعی در مرحلهٔ دوم، نوع مهاجرت در مرحلهٔ سوم، وضعیت تاهل در مرحلهٔ چهارم، حمایت اجتماعی در مرحلهٔ پنجم، و مدت اقامت به ترتیب میزان اهمیتی که در تبیین متغیر وابسته داشته‌اند، وارد معادلهٔ رگرسیونی شده‌اند و در مجموع این ۶ متغیر توانسته‌اند ۵۷ درصد از واریانس متغیر وابسته را تبیین کرده و توضیح دهند (R^2=۰/۵۷). قابل ذکر است که در این معادله متغیر نوع مهاجرت و وضعیت تاهل به صورت متغیر ساختگی[2] وارد معادلهٔ رگرسیونی شده است.

بر اساس مقادیر Beta (این مقادیر استاندارد شده و امکان مقایسه و تعیین سهم نسبی هر یک از متغیرها را فراهم می‌سازد) معادلهٔ رگرسیون چند متغیره در تحقیق حاضر به این صورت می‌باشد:

سلامت روانی = ۰/۳۰ (اعتماد اجتماعی) + ۰/۲۵ (مشارکت اجتماعی)+ ۰/۲۱ (نوع مهاجرت)+ ۰/۱۶- (وضعیت تاهل) + ۰/۱۴(حمایت اجتماعی) + ۰/۰۶(مدت اقامت)

1. Stepwise
2. Dummy Variable

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

جدول ۴: عناصرمتغیرهای مستقل درون معادله برای پیش‌بینی سلامت روانی

مرحله	متغیر	B	Beta	مقدار T	سطح معناداری
۱	اعتماد اجتماعی	۰/۰۸۱	۰/۳۰۵	۷/۷۸	۰/۰۰۰
۲	مشارکت اجتماعی	۰/۰۷۰	۰/۲۵۲	۸/۳۲	۰/۰۰۰
۳	نوع مهاجرت	۰/۸۲۶	۰/۲۱۱	۶/۴۵	۰/۰۰۰
۴	وضعیت تاهل	۰/۸۷۸	-۰/۱۶۱	-۵/۰۸	۰/۰۰۰
۵	حمایت اجتماعی	۰/۰۷۰	۰/۱۴۵	۴/۱۷	۰/۰۰۰
۶	مدت اقامت	۰/۰۶۵	۰/۰۶۹	۲/۰۹	۰/۰۳۷

۵) بحث و نتیجه‌گیری

سلامت روانی به عنوان پدیده‌ای روان‌شناختی و اجتماعی نه تنها در کیفیت روانی تک تک افراد نقش دارد، بلکه نوعی زندگی سالم و مثبت برای کل افراد جامعه و در نتیجه محیط اجتماعی فراهم می‌نماید. نتایج به‌دست آمده از این مقاله نشان می‌دهد که بین سلامت روانی و متغیرهای تحصیلات (r=۰/۱۴)، سن (r=۰/۲۶)، مدت اقامت (r=۰/۴۱)، اعتماد اجتماعی (r=۰/۶۶)، حمایت اجتماعی (r=۰/۵۱) و مشارکت اجتماعی (r=۰/۴۸) رابطهٔ معناداری وجود دارد (مقدارr برای هر کدام از متغیرهای فاصله‌ای با سلامت روانی نشان‌دهنده شدت رابطه بین دو متغیر است). براین اساس مقادیر به‌دست آمده در سطح حداقل ۰/۹۵ اطمینان معنادار می‌باشد. نتایج رگرسیون چند متغیره نشان می‌دهد که ۶ متغیر اعتماد اجتماعی (Beta=۰/۳۰)، مشارکت اجتماعی (Beta=۰/۲۵)، نوع مهاجرت (Beta=۰/۲۱)، وضعیت تاهل (Beta=۰/۱۶)، حمایت اجتماعی (Beta=۰/۱۴) و مدت اقامت (Beta=۰/۰۶) به ترتیب میزان اهمیتی که در تبیین متغیر وابسته داشته‌اند، وارد معادلهٔ رگرسیونی شده‌اند و در مجموع این ۶ متغیر توانسته‌اند ۵۷ درصد از واریانس متغیر وابسته را تبیین و توضیح کنند (R^2=۰/۵۷).

نتایج این تحقیق از طرفی یافته‌های تحقیقات پیشین را مورد تایید قرار می‌دهد. برای مثال،

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

تامپسون حمایت اجتماعی و عاطفی (Thompson, et al., 2002: 671-678)، لی وجود شبکه‌های خویشاوندی (Lee, et al., 2004: 399-414)، و سیلورا و آلبک نقش حمایت خانوادگی در رفع مشکلاتی چون آشفتگی اجتماعی، از دست دادن خویشان و فاصله جغرافیایی با مبدا را مورد توجه قرار می‌دهند (Silvera & Allbech, 2001: 306-320). هم‌چنین کیولار بر متغیر تحصیلات و وضعیت اقتصادی اجتماعی خانواده (Desouza, 2005: 16) و شیریان هم بر درآمد و ارتباط آن با سلامت روان (Schwirian & Schwirian, 1993: 285-299) تاکید دارد، در حالی‌که این تحقیق ضمن تایید رابطهٔ متغیر حمایت اجتماعی و تحصیلات، به متغیر درآمد به عنوان متغیری با رابطهٔ معنادار با سلامت روان در این جامعه تاکید ندارد. از طرف دیگر می‌توان نتیجه گرفت که متغیرهایی چون مدت زمان اقامت در مقصد، نوع مهاجرت، اعتماد اجتماعی بین افراد بومی و مهاجر، میزان مشارکت آن‌ها در فعالیت‌های اجتماعی مقصد و وضعیت شغلی در این مقاله با سلامت روان افراد مهاجر ارتباط داشته، در حالی‌که در مطالعات انجام شده اشارهٔ چندانی به آن‌ها نشده است.

بر اساس مباحث نظری و یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت با گذار جوامع از حالت سنتی به صنعتی بحث مربوط به سلامت روان افراد جامعه اهمیت بیشتری پیدا می‌کند، به نحوی که سلامت روان مورد توجه سازمان‌های جهانی از جمله سازمان بهداشت جهانی قرارگرفته است. ورود به جامعهٔ جدید که به نحوی تمام ساختارها را دگرگون ساخته است، به لحاظ روانی، زندگی کنش‌گران را تحت تاثیر قرار داده است. در جامعهٔ ما نیز به عنوان جامعه‌ای در حال گذار از یک مرحلهٔ نیمه صنعتی به مرحلهٔ صنعتی این بحث مطرح شده است. در این میان حرکت‌های جمعیت به صورت مهاجرت‌های داخلی در جریان این گذار بیشتر شده و زندگی افراد در فرایند این حرکت‌ها دستخوش تغییر و دگرگونی شده است، به صورتی که این تغییرات تنها در زندگی آن‌ها اثرگذار نبوده، بلکه در نظام ارزش‌ها و هنجارهای آن‌ها به عنوان کنش‌گران نیز موثر بوده است. قطعاً همه افراد به یک صورت در برابر این تغییرات واکنش نشان نمی‌دهند. زندگی در این ساختار جدید و متفاوت از گذشته، مستلزم گسترش روحیهٔ اعتماد، حمایت (عاطفی، اجتماعی و مالی)، همکاری و

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

عضویت در شبکه‌های اجتماعی می‌باشد. نتایج این تحقیق نشان می‌دهد هر اندازه افراد در این ساختار دارای سرمایهٔ اجتماعی بالاتری باشند، به این معنا که این متغیر به عنوان مجموعه‌ای از ذخائر ارزشمند مانند اعتماد متقابل، حمایت‌های اجتماعی، روانی و مالی، وجود شبکه‌های خویشاوندی، حس تعلق و وابستگی و مشارکت در جنبه‌های مختلف زندگی اجتماعی برای افراد وجود داشته باشد، سلامت روانی آن‌ها در جامعهٔ جدید در وضعیت بهتری قرار خواهد گرفت.

ارتقاء سلامت روانی در جامعه، شاخص توان‌مندی نظام اجتماعی به شمار می‌آید. این توان‌مندی به لحاظ عملی از طریق ارزیابی زندگی افراد جامعه مد نظر قرار می‌گیرد. زمانی که سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان بتوانند بر اساس ابزار و امکانات موجود به ارتقاء و کیفیت زندگی مردم مهاجر جامعه جامه عمل بپوشانند و نوعی یکپارچگی و تعادل فعال در جامعه بین افراد مهاجر و غیرمهاجر به وجود آید. در این راستا تدوین سیاست‌هایی که در آن به مهاجران به عنوان پدیده‌ای برای هدایت فرایند بازتوزیع جغرافیایی و تعدیل ساختار سنی جمعیت نگریسته شود (نه به عنوان رخدادی که باید از وقوع آن جلوگیری کرد) ضروری است. هم‌چنین باید راهبردی تدوین شود تا پایه‌های مناسبات اجتماعی، نظارت‌های فامیلی و همبستگی بین افراد مهاجر و غیرمهاجر جهت جلوگیری از احساس غریب بودن مهاجران تقویت شود. در کنار این عوامل می‌توان از طریق نوعی سیستم تبلیغاتی اقدام به حذف تنگناه‌های فرهنگی در مورد نگرش‌های افراد بومی نسبت به مهاجران نمود.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

منابع References

- ازکیا، مصطفی و غفاری، غلامرضا. (۱۳۸۴). **جامعه‌شناسی توسعه**، تهران، انتشارات کیهان.
- اونق، محمد. (۱۳۸۴)، **بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی**، پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد برنامه ریزی و رفاه اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران.
- شریفیان ثانی، مریم. (۱۳۸۴). **سرمایه اجتماعی و رفاه اجتماعی**، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- علوی، سید بابک. (۱۳۸۴). نقش سرمایه اجتماعی در توسعه، **ماهنامه تدبیر**، شمارهٔ ۱۱۶.
- کیوسیتو، پیتر. (۱۳۸۳). **اندیشه‌های بنیادی در جامعه‌شناسی** (ترجمهٔ منوچهر محسنی)، تهران: نشرنی.
- گیدنز، آنتونی. (۱۳۷۸)، **تجدد و تشخص** (ترجمه ناصر موفقیان)، نشر نی، چاپ اول.
- مرکز آمار ایران. (۱۳۷۷)، **آمارنامه استان کرمانشاه**، *سازمان برنامه و بودجه استان کرمانشاه*: معاونت آمار و اطلاعات.

- Caroline, B.B.(2000), **Migration Theory: Talking Across Discipline**, New York, Rouledge.
- Desouza, R.(2005), "Migration and Mental Health", **Migrant News**, Vol. 3, No. 22.
- Harpham, T. (2004), "Urbanization and Mental Health in Developing Countries: A Research Role For Social Scientists, Public Health Professional and Social Psychiatrists", **Social Science And Medicine**, Vol. 39.
- Kupiszewski, M. et al. (2002), "Long-term International Migration Scenarios for the New Member and Accession Countries", **Call for Tenders**, s.6, 70052015 en-lot2.
- Lee, J. S. et al. (2004), "Social Support Buffering of Acculturation Stress: A Study of Mental Health Symptoms Among Korean International Students", **International of Intercultural Relations,** Vol.28.
- Lynch, J. & Kaplan, G. (1997), "Underestanding How Inequality in the Distribution of Income Effect Health, **Journal of Health Psychology**, Vol.2.
- Marta, Y. Y. (2001), "Moderators of Stress in Salvadoran Refugees: The Role of Social and Personal Resources", **International Migration Review**, Vol .35 , No .3.
- Oishi, N. (2002), "**Gender and Migration: A Integration Approach Center of**

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

References منابع

Comparative Immigration Studies", University of California, San Diago, Working Paper.49.

- Padilla, M. A. & Perez, W. (2003), "Acculturation, Social Identity and Social Cognition: A New Perspective", **Hispanic Journal of Behavioral Sciences**, Vol. 25, No. 1.
- Putnam, R. (1995), **Democracy in America at Century end. In A. Hadenius** (Ed.), Democracy Victory and Crisis, New York, Cambridge University Press.
- Rogler, l. H. (1994), "International Migration: A Framework for Directing Research", **American Psychology**, Vol. 49.
- Rose, R. (2000), "How Much does Social Capital add to Individual Health?", **Social Science and Medicine**, Vol. 51.
- 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 Zeland Journal of Psychology**, Vol. 36.
- WHO.(2001), **The World Health Report: Mental Health**, Geneva, World Health Organization.
- WHO.(2004), **Promoting Mental Health: A Report of the World Health Organization**. Department of Mental Health, University of Melbouren.
- Wilkinson, R. (1999), "Incom Inaquality, Social Cohesion and Health", **International Journal of Health Services**, Vol. 29.
- Yuorenkoski, M. et al. (1998), "Long-term Mental Hearth Outcome of Returning Migrant Children and Adolescents", **European Child and Adolescent Psychiatry**, Vol. 7.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

دیگر مقالات



[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]