

## رابطه‌ی بین سرمایه‌ی اجتماعی با سطح بهداشت روانی\*

محمود کیوان آرا<sup>۱</sup>، ناهید توکلی<sup>۲</sup>، راحله سموعی<sup>۳</sup>، فاطمه توکلی<sup>۴</sup>

### مقاله پژوهشی

### چکیده

**مقدمه:** تمرکز بر مقوله‌ی سرمایه‌ی اجتماعی در سال‌های اخیر مبتنی بر تأثیر آن در افزایش و تولید سرمایه‌های انسانی و همچنین بالا بردن سطح سلامت عمومی جامعه بوده است. سرمایه‌ی اجتماعی به عنوان عاملی برای موفقیت در برنامه‌های رفاه اجتماعی و سلامت عمومی مورد بحث می‌باشد و به همین دلیل امروزه در بررسی و تدوین شاخص‌های اجتماعی و شاخص‌های سلامت جسمی و روانی جایگاه خاصی دارد. هدف این مقاله، تعیین رابطه‌ی بین سرمایه‌ی اجتماعی با بهداشت روانی بود.

**روش بررسی:** پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه‌ی آماری را کلیه‌ی دانشجویان رشته‌های علوم اجتماعی دانشگاه اصفهان در مقاطع مختلف تشکیل می‌دادند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی (General health questionnaire یا GHQ) برای سلامت روانی و پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته برای سنجش سرمایه‌ی اجتماعی بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** ضریب همبستگی بین مؤلفه‌های اعتماد، احساس تعلق و علاقه و معتمد بودن با بهداشت روانی در سطح  $P < 0/05$  رابطه معنی‌دار و معکوس داشت. یافته‌ها همچنین بیانگر آن بود که بین میزان سرمایه‌ی اجتماعی دانشجویان و بهداشت روانی آنان رابطه‌ی معکوس وجود دارد.

**نتیجه‌گیری:** از جمله موارد قابل توجه، پایین بودن سطح مشارکت، اعتماد، احساس تعلق و علاقه و مورد اعتماد بودن دانشجویان نسبت به اکثریت گروه‌ها و نهادهای اجتماعی است و این نشان دهنده‌ی پایین بودن میزان سرمایه‌ی اجتماعی در بین آن‌ها می‌باشد.

**واژه‌های کلیدی:** سرمایه‌ی اجتماعی؛ بهداشت روانی؛ دانشجویان

پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۲۴

اصلاح نهایی: ۱۳۹۱/۱۱/۱۷

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۱۰/۶

**ارجاع:** کیوان آرا محمود، توکلی ناهید، سموعی راحله، توکلی فاطمه. رابطه‌ی بین سرمایه‌ی اجتماعی با سطح بهداشت روانی. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۱؛ ۹ (۷): ۱۰۶۵-۱۰۵۸.

بر اساس تعاریف مختلف صاحب‌نظران (به نقل از

### مقدمه

\* این مقاله حاصل طرح پژوهشی شماره‌ی ۲۸۶۰۷۴ می‌باشد که توسط مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان حمایت شده است.

۱- دانشیار، جامعه‌شناسی پزشکی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- مربی، مدیریت و فناوری اطلاعات سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- کارشناسی ارشد، روان‌شناسی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۴- کارشناسی، علوم اجتماعی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: faty\_tavakoly@yahoo.com

سرمایه‌ی اجتماعی (Social capital) منبعی اجتماعی- ساختاری است که دارایی و سرمایه‌ی افراد محسوب می‌شود. این دارایی شیء واحدی نیست بلکه ویژگی‌هایی است که در ساختار اجتماعی وجود دارد و باعث می‌شود افراد با سهولت بیشتری وارد کنش اجتماعی شوند (۱). گرچه مفهوم سرمایه‌ی اجتماعی نخستین بار در سال ۱۹۲۰ توسط شخصی به نام Hani Fan، به کار گرفته شد اما پس از نیم قرن تأخیر در دهه‌ی ۱۹۷۰، این واژه برای شناسایی منابع مفید اجتماعی و توسعه‌ی سرمایه‌ی انسانی و توصیف مشکل اقتصاد درون شهری به کار گرفته شد (۲).

به لحاظ مادی و تکنولوژیکی کرده‌اند. با وجود این پیشرفت‌ها برخی جوامع هنوز به لحاظ فرهنگی پیشرفت قابل توجهی نداشته‌اند. برخی این پیشرفت‌ها باعث کاهش قدرت شبکه‌های اجتماعی و همچنین روابط بین انسان‌ها شده است. اندیشمندان و صاحب‌نظران متعلق به حوزه‌های گوناگون که به بررسی این موضوع می‌پردازند، مفهوم سرمایه‌ی اجتماعی را ابزار مفهومی سودمندی برای رفع این مشکل پیشنهاد می‌کنند. با توجه به تعریف بالا و همچنین تعاریف متعدد از سرمایه‌ی اجتماعی می‌توان به اهمیت آن در تقویت شبکه‌های اجتماعی، روابط بین انسان‌ها و همچنین روابط درون خانواده‌ها پی برد. طبق مطالعات صاحب‌نظران، نبود سرمایه‌ی اجتماعی باعث از هم گسیختگی روابط اجتماعی، کاهش مشارکت افراد در امور مختلف جامعه و کاهش اعتماد می‌شود. تحقیقات متعدد نشان می‌دهند که وجود اعتماد و روابط حمایتی در بین افراد تأثیر مثبت بر فیزیولوژی و همچنین سلامت روان افراد می‌گذارد.

Lalonde، وزیر بهداشت کانادا با مقایسه و توجه به ارتباط دو متغیر هزینه‌های بهداشت عمومی و پزشکی با هزینه‌های بخش رفاهی و اجتماعی بیان کرد که هرچه سرمایه‌گذاری در بخش اجتماعی بیشتر باشد بهداشت عموم در سطح بالاتری خواهد بود (۶).

سلامت روان، فرایند افزایش قابلیت افراد و اجتماعات، برای کنترل زندگی خود و بهبود بخشیدن به سلامت روانشان که با استفاده از راهبردهایی اعم از تقویت تاب‌آوری فردی، حمایت‌های محیطی با توجه به فرهنگ، برابری، عدالت اجتماعی، تعاملات و احترام به شرافت فردی صورت می‌گیرد (۶).

Falzer، معتقد است تأثیر سرمایه‌ی اجتماعی در تأمین و افزایش سلامت روان نیاز به مداخلات روان اجتماعی و پزشکی دارد که از طریق برنامه‌ریزی‌های درمانی مناسب و هدفمند امکان‌پذیر خواهد بود (۷). صاحب‌نظران معتقدند امروزه عوامل تعیین‌کننده‌ی اقتصادی- اجتماعی سلامت به خوبی بررسی شده و شواهد مستندی در دست است که هرچه افراد به لحاظ اجتماعی منزوی‌تر باشند از سلامت روانی کمتری برخوردارند و به عکس هرچه پیوستگی اجتماعی در جامعه

شریفیان ثانی و ملکی سعید آبادی (۳)) هشت عنصر مهم سرمایه‌ی اجتماعی عبارتند از: مشارکت در اجتماعات محلی، کنش‌گرایی در یک موقعیت اجتماعی، احساس اعتماد و امنیت، پیوندهای همسایگی، پیوندهای دولتی و خانوادگی، ظرفیت پذیرش تفاوت‌ها، بها دادن به زندگی و پیوندهای کاری. Loury، سرمایه‌ی اجتماعی را نوعی پیوندهای اجتماعی در میان کسانی که دارای منافع اقتصادی هستند، می‌داند. این پیوندها از طریق ارزش‌های مشترک و گرایش‌های فردی مثبت ایجاد می‌شود (۳).

Pilkington، بیان می‌دارد سرمایه‌ی اجتماعی یک فرصت با ارزش برای حرفه‌های مختلف سلامت به وجود می‌آورد تا آن‌ها بتوانند نابرابری‌های سلامت را با آگاهی از فرایندهای اجتماعی که بر سلامت مؤثر است درک نمایند (۴).

امروزه این امر پذیرفته شده است که برخورداری از منابع مالی و نیروی انسانی به تنهایی قادر نیست جوامع را به سوی رشد و توسعه‌ی اجتماعی سوق دهد بلکه باید رکن سومی نیز برای دستیابی به توسعه قایل شویم و آن سرمایه‌ی اجتماعی است. در واقع میزان اثربخشی و کارایی دو منبع اول به طور عمده به میزان برخورداری از سرمایه‌ی اجتماعی بستگی دارد. از این گذشته، سرمایه‌ی اجتماعی که در واقع از ارزش‌ها و هنجارهای جامعه، استحکام تعهدات متقابل بین افراد، گروه‌ها و تا حدود زیادی مشارکت اجتماعی تأمین می‌شود، حافظ جامعه و گروه‌های اجتماعی در بحران‌های سیاسی، اقتصادی و اجتماعی است و می‌تواند از توقف جامعه در مرحله‌ی عقب‌ماندگی جلوگیری کند (۲). همکاری داوطلبانه (مانند انجمن‌های اعتباری گردش) به وجود سرمایه‌ی اجتماعی بستگی دارد. هنجارهای عمل متقابل عمومی و شبکه‌های مشارکت مدنی باعث افزایش اعتماد و همکاری اجتماعی می‌شوند، چرا که آن‌ها انگیزه‌های عهدشکنی و نیز جو ابهام‌آمیز و غیر شفاف را کاهش می‌دهند و الگوهایی برای همکاری آینده‌ارایه می‌کنند. خود اعتماد به همان اندازه که یک نگرش شخصی است، یک دارایی ضروری نظام اجتماعی است (۵).

در قرن حاضر، با توجه به پیشرفت علم و اختراعات و ابداعات متعدد و همچنین رونق اقتصادی، جوامع رشد سریعی

داده‌ها از طریق مراجعه به هر کلاس، ضمن معرفی تحقیق و اهداف، جمع‌آوری گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها شامل دو قسمت توصیفی و تحلیلی بود که با استفاده از نرم‌افزار SPSS (SPSS Inc., Chicago, IL) انجام شد. در قسمت توصیفی از شاخص‌های آماری شامل میانگین، انحراف معیار و فاصله‌ی اطمینان استفاده شد و در قسمت تحلیلی با استفاده از آزمون  $t$ ، فرضیه‌ها مورد سنجش قرار گرفت.

### یافته‌ها

نتایج نشان داد که ۱۴/۶ درصد پاسخگویان مرد و ۸۴/۴ درصد آنان زن بودند و ۸۷/۵ درصد آنان مجرد و ۱۲/۵ درصد آنان متأهل، ۵۶/۷ درصد دانشجویان بومی و ۴۳/۳ درصد آنان غیر بومی بودند.

جدول ۱ شاخص‌های سرمایه‌ی اجتماعی دانشجویان با گروه‌ها و نهادهای اجتماعی را نشان می‌دهد. بر اساس یافته‌های این جدول،  $t$  مقدار بحرانی جدول در سطح خطای ۵ درصد برای میزان مشارکت و میزان مورد اعتماد بودن دانشجویان با گروه‌ها و نهادهای اجتماعی، کمتر از سطح متوسط بوده است و  $t$  مشاهده شده از مقدار بحرانی جدول در سطح خطای ۵ درصد برای میزان احساس تعلق و علاقه‌ی دانشجویان به گروه‌ها و نهادهای اجتماعی بیشتر از سطح متوسط می‌باشد.

جدول ۱: شاخص‌های سرمایه‌ی اجتماعی دانشجویان با گروه‌ها و نهادهای اجتماعی

t	Se	S	X <sup>-</sup>	
۱/۷۳	۰/۰۵	۰/۷۵	۲/۹۰	مشارکت
۵/۶۸	۰/۰۴	۰/۶۴	۲/۷۲	اعتماد
۷/۶۰	۰/۰۴	۰/۶۱	۳/۳۴	احساس تعلق و علاقه
۱/۸۱	۰/۰۴	۰/۸۵	۲/۹۲	معتمد بودن

جدول ۲ نتایج مقایسه‌ی میانگین بهداشت روانی پاسخگویان بر حسب وضعیت تأهل و جنس را نشان می‌دهد. بر اساس این جدول بین جنس و وضعیت تأهل دانشجویان با بهداشت روانی نشان داد،  $t$  مشاهده شده در سطح

بیشتر باشد آن جامعه سالم‌تر خواهد بود. کاهش بار بیماری‌های روانی و پرورش سلامت روانی، ویژگی‌هایی را که برای قبول نقش‌های اجتماعی افراد لازم است، افزایش می‌دهد. سلامت روانی به همراه سلامت جسمی، بر صلاحیت‌های مورد نیاز برای مشارکت افراد در جامعه می‌افزاید و سرمایه‌ی اجتماعی را در سطح ملی فراهم می‌آورد (۸). این پژوهش به بررسی این ارتباط در جامعه‌ی ایران و بالاحص در بین دانشجویان پرداخته است. بررسی وضعیت سرمایه‌ی اجتماعی و سلامت روان در بین دانشجویان می‌تواند نتایج جالب توجهی را به بار آورد که در نوع خود می‌تواند از تازگی و بداعت برخوردار باشد.

### روش بررسی

روش پژوهش از نوع تحلیلی است و جامعه‌ی آماری، کلیه‌ی دانشجویان رشته‌های علوم اجتماعی دانشگاه اصفهان در مقاطع مختلف (کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترا) که مشغول به تحصیل بودند تشکیل داد. بدین ترتیب ۱۹۱ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش دو نوع پرسش‌نامه بود، پرسش‌نامه‌ی اول بر اساس تعریف عملیاتی سرمایه‌ی اجتماعی و نیز به منظور کسب اطلاعات و سؤالات زمینه‌ای از دانشجویان تهیه شد. روایی و پایایی این پرسش‌نامه که الگوی اصلی اندازه‌گیری میزان سرمایه‌ی اجتماعی بود توسط انجمن سرمایه‌ی اجتماعی آمریکا برای سنجش میزان سرمایه‌ی اجتماعی در ۲۹ ایالت آمریکا به کار رفته است (۹). مقدار Cronbach's alpha برای شاخص اعتماد اجتماعی (۰/۹۳۷۴)، شاخص تعهد اجتماعی (۰/۹۴۲۳) و شاخص تعلقات اجتماعی (۰/۸۵۲۷) بوده است. در پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی (General health questionnaire یا GHQ)، سلامت روان دانشجویان توسط این پرسش‌نامه سنجیده می‌شود. این پرسش‌نامه که برای سنجش سلامت عمومی (GHQ) استفاده می‌شود الگویی است که از کتاب تنیدگی یا استرس استخراج شده است (۱۰)، بنابراین روایی و پایایی پرسش‌نامه‌های مذکور سنجیده شده و قابل اعتماد است.

ارتباط بین متغیرهای وابسته با متغیر مستقل است. بر اساس یافته‌های جدول، ارتباط بین جنسیت پاسخ دهندگان و سرمایه‌ی اجتماعی آنان با بهداشت روانی در سطح  $P < 0/01$  معنی‌دار بوده است، بنابراین بین سن و سرمایه‌ی اجتماعی با بهداشت روانی رابطه‌ی معنی‌دار وجود دارد. بر اساس ضریب تعیین، ۳۱ درصد واریانس بهداشت روانی دانشجویان توسط سرمایه‌ی اجتماعی و جنسیت آنان قابل تبیین می‌باشد.

### بحث

بر اساس یافته‌ها بیشترین میزان «مشارکت» دانشجویان با گروه‌ها و نهادهای اجتماعی، مربوط به اعضای خانواده با میانگین ۴/۶۵، اقوام و خویشاوندان با میانگین ۳/۹۰ و کمترین میزان مشارکت با میانگین ۲/۴۰ با مجلس شورای اسلامی بوده است. بیشترین میزان «اعتماد» دانشجویان به گروه‌ها و نهادهای اجتماعی، مربوط به اعضای خانواده با میانگین ۴/۸۱، اقوام و خویشاوندان با میانگین ۳/۷۹ و کمترین میزان اعتماد با ۲/۲۷ به قومیت‌های مختلف کشور بوده است. بیشترین میزان «احساس تعلق و علاقه» دانشجویان به گروه‌ها و نهادهای اجتماعی، مربوط به اعضای

$P \leq 0/05$  معنی‌دار بوده است، بنابراین بین بهداشت روانی دانشجویان مرد و زن و همچنین بین بهداشت روانی و تأهل تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

جدول ۲: مقایسه‌ی میانگین بهداشت روانی پاسخگویان بر حسب وضعیت تأهل و جنس

Sig	t	S	X̄	وضعیت تأهل	جنس
0/001	2/66	4/08	54/83	متاهل	مرد
		8/57	40/80	متاهل	زن
0/001	10/02	4/86	41/20	مرد	مرد
		13/41	56/39	زن	زن

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد ضریب همبستگی بین مؤلفه‌های اعتماد، احساس تعلق و علاقه و معتمد بودن با بهداشت روانی در سطح  $P < 0/01$  معنی‌دار بوده است بنابراین بین مؤلفه‌های اعتماد، احساس تعلق و علاقه و معتمد بودن با بهداشت روانی، رابطه‌ی معنی‌دار و معکوس وجود دارد، بنابراین فرضیه‌ی تحقیق مبنی بر این که «بین میزان سرمایه‌ی اجتماعی دانشجویان و بهداشت روانی آنان رابطه وجود دارد» تأیید می‌گردد. جدول ۴ نشان دهنده‌ی جدول رگرسیون چندگانه‌ی

جدول ۳: ضریب همبستگی بین سرمایه‌ی اجتماعی با بهداشت روانی

متغیرها	شاخص‌های آماری	مشارکت	اعتماد	احساس تعلق و علاقه	معتمد بودن
	r	-0/08	-0/270	-0/19	-0/280
بهداشت روانی	p	0/28	0/001	0/01	0/001
	n	158/00	152/000	152/00	157/000

جدول ۴: جدول رگرسیون چندگانه‌ی ارتباط بین متغیرهای وابسته با متغیر مستقل

متغیر مستقل	متغیر وابسته	R	Square R	F	Sig	B	Beta	t	Sig
بهداشت روانی		0/557	0/311	11/812	< 0/001	62/063		3/959	< 0/001
بهداشت روانی	سن					-0/077	-0/097	-1/285	0/201
بهداشت روانی	جنس					16/706	0/462	6/164	< 0/001
بهداشت روانی	تأهل					-1/728	-0/038	-0/509	0/612
بهداشت روانی	محل اقامت					3/502	0/131	1/753	0/082
بهداشت روانی	سرمایه‌ی اجتماعی					-2/093	-0/292	-3/981	< 0/001

خانواده با میانگین ۴/۸۴، دوستان با میانگین ۴/۲۱ و کمترین میزان احساس تعلق و علاقه با میانگین ۲/۵۰ به احزاب و گروه‌های سیاسی کشور بوده است. بیشترین میزان «مورد اعتماد بودن» مربوط به اعضای خانواده با میانگین ۴/۷۵، اقوام و خویشاوندان با میانگین ۴/۲۷ و کمترین میزان مورد اعتماد بودن با میانگین ۲/۴۲ مربوط به قوه‌ی مجریه است.

همچنین نتایج تحقیق در خصوص رابطه‌ی بین سرمایه‌ی اجتماعی پاسخگویان و سن آنان نشان داد، ضریب همبستگی بین سن دانشجویان با سرمایه‌ی اجتماعی آنان در سطح ۵ درصد  $P <$  معنی‌دار نبوده است و رابطه‌ی معنی‌داری بین سن و سرمایه‌ی اجتماعی دانشجویان وجود ندارد، بنابراین فرضیه‌ی تحقیق با عنوان «بین سن دانشجویان و میزان سرمایه‌ی اجتماعی آنان رابطه وجود دارد» تأیید نمی‌گردد.

در زمینه‌ی رابطه‌ی بین سرمایه‌ی اجتماعی پاسخگویان و جنس، نتایج یافته‌های جدول t نشان داد در سطح  $P \leq 0/05$  معنی‌دار نبوده است، بنابراین بین مؤلفه‌های سرمایه‌ی اجتماعی از نظر دانشجویان مرد و زن تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

نتایج تحقیق لهسای زاده و مرادی، در خصوص رابطه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی و سلامت روان در مهاجران نشان داد، بین سلامت روانی و متغیرهای تحصیلات، سن، مدت اقامت، اعتماد اجتماعی، حمایت و مشارکت اجتماعی رابطه معنی‌داری وجود دارد (۱۱).

نتایج تحقیق در خصوص رابطه‌ی بین سرمایه‌ی اجتماعی پاسخگویان و وضعیت تأهل آنان نشان داد که بر اساس یافته‌های جدول ۲، t مشاهده شده در خصوص اعتماد در سطح  $P \leq 0/05$  معنی‌دار بوده است، بنابراین بین میزان اعتماد دانشجویان مجرد و متأهل تفاوت وجود دارد، اما در سایر موارد از جمله مشارکت، احساس تعلق و علاقه و معتمد بودن معنی‌دار نبوده است. در خصوص رابطه‌ی بین سرمایه‌ی اجتماعی پاسخگویان و وضعیت بومی و غیر بومی بودن آنان، بر اساس یافته‌های جدول ۳، t مشاهده شده در سطح  $P \leq 0/05$  معنی‌دار نبوده است، بنابراین بین مؤلفه‌های سرمایه‌ی اجتماعی از نظر دانشجویان بومی و غیر بومی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

ایمان و همکاران، در بررسی تطبیقی سرمایه‌ی اجتماعی و سلامت روانی دانشجویان غیر بومی دانشگاه‌های تهران و شیراز به این نتیجه رسیدند که احتمال ارتقای سلامت روانی دانشجویان تحت تأثیر متغیرهایی چون سرمایه‌ی اجتماعی، سن افراد، میزان درآمد خانوادگی و قومیت آن‌ها می‌باشد. همچنین برای پیش‌بینی سرمایه‌ی اجتماعی، متغیرهایی چون سلامت روان، مقطع تحصیلی، سن و وضعیت تأهل وارد معادله شده و مقدار ۶۰ درصد احتمال سرمایه‌ی اجتماعی را مشخص کرده‌اند (۱۲).

نتایج تحقیق در خصوص رابطه‌ی بین سن دانشجویان با بهداشت روانی آنان در سطح  $P \leq 0/05$  معنی‌دار نبوده است، بنابراین رابطه‌ی معنی‌داری بین سن و بهداشت روانی دانشجویان وجود ندارد.

نتایج تحقیق حاکی از آن است که رابطه‌ی معنی‌داری بین سن و جنس با سرمایه‌ی اجتماعی دانشجویان وجود ندارد، در حالی که فاتحی (۱۳)، در نتایج تحقیق خود اعلام کرد بین سرمایه‌ی اجتماعی با سن همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد. هر اندازه سن دانشجویان بیشتر می‌شود سرمایه‌ی اجتماعی آنان نیز بیشتر می‌گردد. همچنین بین میزان برخورداری دانشجویان از سرمایه‌ی اجتماعی و جنسیت آنان رابطه‌ی معنی‌دار یافت شد و میزان سرمایه‌ی اجتماعی دانشجویان پسر بیشتر از دانشجویان دختر است. اما فاتحی، در تحقیق خود به این نتیجه رسید که میانگین نمره‌ی سرمایه‌ی اجتماعی دانشجویان مجرد بیشتر از دانشجویان متأهل است (۱۳).

نیکوگفتار، در تحقیقی تحت عنوان بررسی رابطه‌ی بین سلسله مراتب ارزش‌ها و سلامت روان در مقطع سنی ۱۸ تا ۳۰ سال به این نتایج دست یافت که میانگین نتایج سلامت عمومی در گروه سنی ۱۸-۳۰ سال بیشتر از دو گروه سنی دیگر است. نمونه‌های مؤنث در مقایسه با نمونه‌های مذکر واجد سلامت عمومی کمتری هستند. نمونه‌های مجرد نسبت به نمونه‌های متأهل از سلامت عمومی کمتری برخوردارند (۱۴).

همچنین سیدان و عبدالصمدی (۱۵) در مطالعه‌ی خود تحت عنوان رابطه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی و سلامت روان در

نسبت به اکثریت گروه‌ها و نهادهای اجتماعی است و این نشان دهنده‌ی پایین بودن میزان سرمایه‌ی اجتماعی در بین دانشجویان است.

اگر گروه‌ها و نهادهای اجتماعی را به دو قسمت گروه‌های اولیه که شامل خانواده، اقوام و خویشاوندان و دوستان است و گروه‌های ثانویه که شامل سایر گروه‌ها و نهادهای اجتماعی است می‌توان گفت که دانشجویان بیشترین میزان مشارکت، اعتماد، علاقه و تعلق را نسبت به گروه‌های اولیه دارند؛ در حالی که مدت مدیدی از عمر گروه‌ها و نهادهای ثانویه در جامعه می‌گذرد اما باز هم درجه‌ی مشارکت، اعتماد و احساس تعلق و علاقه‌ی دانشجویان نسبت به این گروه‌ها و نهادها در سطح پایینی قرار دارد و این امر نیازمند پژوهش‌های دقیق‌تر بیشتری است که امید است پژوهشگران دیگر به این موضوع بپردازند.

با توجه به نتایج این پژوهش، پیشنهاد می‌شود مسؤولان شرایطی را فراهم سازند تا با جلوگیری از اعمال خلاف هنجار امکان خدشه‌دار شدن امنیت اجتماعی را ممانعت نمایند. چرا که نبود امنیت اجتماعی یکی از علل اصلی و تأثیرگذار در بیماری‌های روحی و روانی است. علاوه بر آن با توجه به این که بالا رفتن سرمایه‌ی اجتماعی نیازمند اعتماد متقابل اعضای جامعه و همکاری بیشتر آن‌ها است، بنابراین باید زمینه‌های شبکه‌های ارتباطی بین مردم را افزایش داد تا روابط عاطفی بین مردم بیشتر جاری و از آن طریق سلامت روانی جامعه تأمین شود.

### تشکر و قدردانی

از مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که این طرح تحقیقاتی را حمایت نمود سپاسگزاری می‌شود، همچنین از کلیه‌ی دانشجویان که در این پژوهش شرکت نمودند و سؤالات پرسش‌نامه را با صبر و بردباری پاسخ دادند، قدردانی می‌گردد.

زنان و مردان بیان داشتند، متغیر جنس، روابط بین متغیرهای مستقل و وابسته را مخدوش می‌کند چنان که سطح آن‌ها در دو گروه زنان و مردان با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارد (۱۵).

### نتیجه‌گیری

یافته‌های حاصل از تحقیق بیانگر آن است که بین میزان سرمایه‌ی اجتماعی دانشجویان و بهداشت روانی آنان رابطه وجود دارد. فرضیه‌ی اصلی پژوهش با عنوان «بین میزان سرمایه‌ی اجتماعی دانشجویان و سطح بهداشت روانی آنان رابطه وجود دارد» تأیید شد و همبستگی بین مؤلفه‌های سرمایه‌ی اجتماعی و بهداشت روانی معنی‌دار بوده است. با توجه به این که سرمایه‌ی اجتماعی در خلال روابط شکل می‌گیرد افراد را در تعامل با یکدیگر قرار می‌دهد و از این طریق می‌توانند تعادل عاطفی و احساسی مناسب‌تری داشته باشند. همچنین آثار حمایتی سرمایه‌ی اجتماعی باعث احساس امنیت بیشتری در افراد می‌شود.

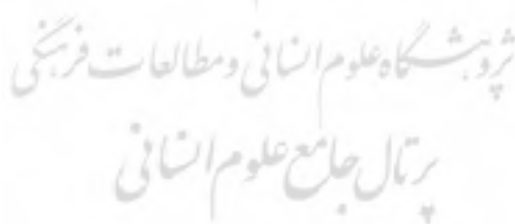
در مورد سطح بهداشت روانی نتایج نشان می‌دهد که بین بهداشت روانی مرد و زن و افراد مجرد و متأهل تفاوت معنی‌دار وجود دارد و سطح بهداشت روانی مردان و همچنین افراد متأهل بالاتر است. در مورد علت این نتایج می‌توان توضیح داد که مردان نسبت به زنان بیشتر فرصت حضور در اجتماع و استفاده از موقعیت‌های مختلف را دارند بنابراین روش‌های تخلیه‌ی احساسی بیشتری دارند. افراد متأهل نیز حداقل با یک نفر می‌توانند تبادل احساسی نزدیکی داشته، در قبال زندگی‌شان احساس تعهد نموده و به یکدیگر تکیه کنند.

هر چند نمی‌توان به طور قطع بیان نمود که بهداشت روانی افراد و جوامع در گرو میزان سرمایه‌ی اجتماعی آن‌هاست، اما بدون تردید می‌توان بیان کرد که سرمایه‌ی اجتماعی یکی از موارد لازم و ضروری برای بالا بردن سطح سلامت عمومی جامعه به شمار می‌رود.

از دیگر موارد قابل توجه، پایین بودن سطح مشارکت، اعتماد، احساس تعلق و علاقه و مورد اعتماد بودن دانشجویان

## References

1. Kolma J. Foundation of Social Views. Trans. Sabouri M. Tehran, Iran: Ney Publication; 2000. [In Persian].
2. Madani Ghahfarokhi S. Sex Issues from Destruction of social capital. Women in Development & Politics 2003; 1(5): 7-34. [In Persian].
3. Sharifian Sani M, Maleki Saeed Abadi. Social Capital: Theoretical framework. Social Welfare Quarterly 2006; 6(23): 45-66. [In Persian].
4. Pilkington P. Social capital and health: measuring and understanding social capital at a local level could help to tackle health inequalities more effectively. J Public Health Med 2002; 24(3): 156-9.
5. Patnam R. Demokrasi and Traditional of Civil. Trans. Delforuz MT. Salam Newspaper 2006. p. 432. [In Persian].
6. Fokoyama F. Social Capital and preservation. Trans. Tavasoli Gh. Tehran, Iran: Iranian Community Publication; 2000. [In Persian].
7. Falzer P. Developing and Using Social Capital In Public Mental Health. Mental Health Review Journal 2007; 12(3): 34-44.
8. Scott H, Harvey W. Social capital and mental health. Lancet 2003; 362(9383): 505-6.
9. Firoozabadi A. Survey on Social Capital and related factors [PhD Thesis]. Tehran, Iran: University of Tehran; 2005. [In Persian].
10. Dadsetan P. Stress (Disease of New Civilization). Tehran, Iran: Roshd Publication; 1998. [In Persian].
11. Lahsaeizadeh A, Moradi G. The relationship between Capital Social and Mental Health among Immigrants. Social Welfare Quarterly 2007; 7(26): 161-82.
12. Iman MT, Moradi G, Hosseini S. The Comparative Survey on Capital Social and Mental Health among students in Shiraz and Tehran Universities. Social Welfare Quarterly 2008; 8(30-31): 143-69. [In Persian].
13. Fatehi A. Effect of Students ' Social Capital on Social Identity in Tehran [PhD Thesis]. Isfahan, Iran; University of Isfahan; 2005. [In Persian].
14. Nikoogoftar M. Survey on Hierarchy of values among 18-30 years people [MSc Thesis]. Isfahan, Iran: University of Isfahan; 1998.
15. Seyyedani F, Abdolsamadi M. The Relation of Social Capital with Mental Health in Women and Men. Social Welfare Quarterly 2011; 11(42): 229-54. [In Persian].



## Relationship between Social Capital and Mental Health\*

Mahmoud Keyvanara<sup>1</sup>; Nahid Tavakoli<sup>2</sup>; Raheleh Samouei, MSc<sup>3</sup>; Fatemeh Tavakoli<sup>4</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** The focus on social capital in recent years has been based on the effect of this capital on producing and increasing the human capital and also improving the level of general health in the society. The social capital is discussed as a potential in successful social welfare programs and general health; and for the same reason, a specific place has been assigned to investigate and codify the social, physical and mental health indices. The purpose of this study was to identify the relationship between social capital and mental health among the social sciences students in University of Isfahan.

**Methods:** The investigation was conducted using descriptive and correlation studies. Initially, the concepts of social capital and mental health were identified using script studies and then the data were collected and expressed. The relationship between students' social capital and mental health were analyzed using SPSS software.

**Results:** The findings showed an inverse statistically significant correlation between confidence, belongingness, affection, and trustworthiness with mental health. Based on the findings of the study, there was a relationship between students' social capital and mental health.

**Conclusion:** One of the significant indices was the low level of communion, confidence, belongingness, affection and trustworthiness among students which is an indication of lower social capital among them.

**Keywords:** Social Capital; Mental Health; Students

Received: 26 Dec, 2012

Accepted: 12 Feb, 2013

**Citation:** Keyvanara M, Tavakoli N, Samouei R, Tavakoli F. **Relationship between Social Capital and Mental Health.** Health Information Management 2013; 9(7): 1065.

\* Research Article of Isfahan University of Medical Sciences, No: 286074.

1- Associate Professor, Medical Sociology, Social Determinant of Health Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Lecturer, Management and Health Information Technology, Social Determinant of Health Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Psychology, Social Determinant of Health Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4- Social Sciences, Social Determinant of Health Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: faty\_tavakoly@yahoo.com