

رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت مادران

اشکان خواجه دادی*، مریم شریفیان ثانی**، ملیحه شیانی***، مسعود کریملو****

طرح مسأله: سلامت اساسی‌ترین جزء رفاه جامعه به شمار می‌رود و بیش از مداخلات پزشکی و پرستاری، به عوامل اجتماعی و اقتصادی وابسته است. هدف از این پژوهش بررسی ارتباط سرمایه اجتماعی و سلامت مادران مراجعه‌کننده به پایگاه بهداشتی عبدالآباد در جنوب تهران می‌باشد.

روش: این پژوهش به صورت مقطعی و با روش نمونه‌گیری تصادفی با حجم نمونه ۸۰ نفر از پایگاه مذکور انجام شد. در این پژوهش، فرم کوتاه شده پرسش‌نامه تطبیق‌یافته سرمایه اجتماعی و پرسش‌نامه سلامت SF-36 به کار رفته و از ضریب همبستگی جزئی جهت بررسی ارتباط متغیرها استفاده شده است.

یافته‌ها: یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد همبستگی مستقیم معنی‌داری بین سرمایه اجتماعی شناختی با هر دو بعد سلامت، شامل سلامت جسمی ($p = 0/000$) و سلامت روانی ($p = 0/001$ و $r = 0/37$) مشاهده می‌شود. هم‌چنین سرمایه اجتماعی ساختاری، تنها با بعد سلامت روانی ($p = 0/027$ و $r = -0/26$) همبستگی معکوس دارد.

نتایج: ممکن است همه‌ابعاد سرمایه اجتماعی بر سلامت مؤثر نباشد، اما کیفیت ارتباط با دیگران (سرمایه اجتماعی شناختی) بر سلامت افراد مؤثر به نظر می‌رسد. کلید واژه‌ها: پایگاه بهداشتی، سرمایه اجتماعی، سرمایه انسانی، سلامت، مادران

تاریخ پذیرش: ۸۷/۱۰/۲۰

تاریخ دریافت: ۸۶/۱۲/۲۰

* کارشناس ارشد رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، کارشناس سازمان کار و امور

اجتماعی خراسان رضوی <Khajedadi2@yahoo.com>

** دکتر علوم اجتماعی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی

*** دکتر جامعه‌شناس، عضو هیأت علمی دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران

**** دکتر آمار زیستی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی

مقدمه

سلامت را محور توسعه اقتصادی اجتماعی تلقی می‌کنند. اگر هدف کلیه سیاست‌های اجتماعی، رفاه جامعه باشد، کلید ورود به رفاه جامعه ابتدا امید به زندگی مناسب و سالم و سپس کیفیت زندگی است که هیچ یک بدون داشتن سلامت امکان‌پذیر نیست. توسعه بدون وجود انسان سالم قابل درک نیست. به گفته ماehler، رئیس پی‌شین سازمان جهانی بهداشت، «سلامت اگر همه چیز نیست، همه چیز بدون سلامت هیچ است» (بابایی، ۱۳۸۲: ۲۱۶).

در بهداشت عمومی پذیرش و تایید فزاینده‌ای بر این اعتقاد به وجود آمده که: سلامت نه تنها توسط عوامل رفتاری، زیستی و ژنتیکی، بلکه توسط گستره‌ای از عوامل اقتصادی، محیطی و اجتماعی تعیین‌کننده، تعیین می‌گردد (Pilkington, 2002:156). عواملی از قبیل، محیط زیست ایمن، درآمد کافی، دارا بودن نقش‌های هدف‌مند و معنی‌دار در جامعه، مسکن امن، تحصیلات بالاتر و حمایت اجتماعی، با سلامت و رفاه بهتر در محلات همبستگی دارند. عوامل فوق را «عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت» می‌نامیم (Queensland Health, 2006).

مطالعات نشان داده که در بین عوامل موثر بر ایجاد سلامت، سهم هر دسته از عوامل حدوداً به قرار زیر است: سهم سیستم ارائه سلامت (بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها، داروها و...) به میزان ۲۵ درصد، سهم عوامل ژنتیکی و بیولوژیک، ۱۵ درصد و عوامل فیزیکی، زیست محیطی و عوامل رفتاری ۱۰ درصد است. این در حالی است که سهم عوامل اجتماعی موثر بر سلامت ۵۰ درصد می‌باشد (مرندی، ۱۳۸۵: ۲۰۴۴). در حقیقت تلاش بخش سلامت فقط یکی از عوامل موثر بر سلامت است؛ در حالی که عمده‌ترین تاثیر از عوامل اجتماعی و اقتصادی، نشأت می‌گیرد که بر شرایطی که مردم در آن زندگی و کار می‌کنند اثر می‌گذارد (رفیعی، ۱۳۸۰؛ به نقل از بهزاد، ۱۳۸۱: ۴۷).

با مراجعه به نوشتارهای مربوط به عوامل تعیین‌کننده سلامت، واژه سرمایه اجتماعی را خواهیم دید که اکنون به یک گزاره رایج در این نوشتارها تبدیل گشته است (Macinko & Starfield, 2001: 378). سرمایه اجتماعی، مجموعه‌ای از شبکه‌ها، هنجارها، ارزش‌ها و

درکی است که همکاری درون گروه‌ها و بین گروه‌ها را در جهت کسب منافع متقابل و رسیدن به اهداف مشترک به طرز کارآمدتر تسهیل می‌کند. این سرمایه را غالباً با نرخ مشارکت افراد در زندگی جمعی و وجود عامل اعتماد در بین آنان بیان می‌کنند (شریفیان ثانی، ۶: ۱۳۸۰؛ تولایی و شریفیان ثانی، ۱۳۸۴: ۱۵۹-۱۵۸). در پژوهش حاضر سرمایه اجتماعی به عنوان یک عامل اجتماعی که می‌تواند بر سلامت مؤثر باشد در نظر گرفته شده است. از طرفی، در جامعه ایران به دلایل گوناگون، وضعیت سلامت زنان و به ویژه مادران، آسیب‌پذیرتر از سلامت مردان است و بی‌تردید، مقوله سلامت مادران توجه بیش‌تری را می‌طلبد، زیرا آن‌ها پرورش‌دهندگان کودکان، یعنی آینده‌سازان جامعه هستند و آینده سالم در گرو سلامت مادران است. زنان ایرانی در بسیاری از شاخص‌ها در سطحی پایین‌تر از مردان قرار دارند (مرکز مطالعات و تحقیقات زنان، ۱۳۸۲؛ به نقل از مدنی و فراستخواه، ۱۳۸۳). به همین سبب آسیب‌پذیری سلامت زنان و به ویژه مادران بیش‌تر می‌شود. بنابراین در این پژوهش کوشش شده تا ارتباط سرمایه اجتماعی به عنوان یک عامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت در زیر گروه جمعیتی مادران بررسی شود.

۱) پیشینه پژوهش

یک مثال اولیه از تحقیقاتی که به بررسی ارتباط سرمایه اجتماعی و سلامت پرداخته‌اند، مطالعه دورکیم در مورد خودکشی و میزان همبستگی اجتماعی^۱ می‌باشد. در بحث دورکیم، تغییر در ویژگی‌های جمعیتی کشورها، تغییر در میزان خودکشی بین آن کشورها را تبیین می‌کند. دانشمندان علوم اجتماعی در تحقیقات طولانی این قضیه را دنبال کرده‌اند که چرا برخی محلات آباد و شکوفا هستند و شهروندان سالمی دارند ولی دیگر محلات این‌طور نیستند. مفهوم سرمایه اجتماعی و تأثیر آن به عنوان یک تبیین احتمالی مسأله فوق ملاحظه شده است (Pilkington, 2002:157). پژوهش‌های بسیاری درباره وجود ارتباط سرمایه اجتماعی و سلامت انجام شده است.

1. Social Integration.

در ایالات متحده، کاواچی و همکاران مشاهده کردند که هم اعتماد اجتماعی و هم عضویت گروهی (نشان‌گرهای سرمایه اجتماعی) با مرگ و میرکلی و هم‌چنین میزان‌های مرگ و میر بر اثر بیماری‌های قلبی - عروقی، نئوپلاسم‌های بدخیم و مرگ و میر شیر خواران پیوستگی دارد (Kawachi, et al., 1997: 1491-1498).

هالتگریو و کروسبی در یک مطالعه همبستگی در سطح تحلیلی کلان (ایالتی) در ایالات متحده با هدف بررسی ارتباط بین سرمایه اجتماعی، فقر، نابرابری درآمدی و چهار بیماری عفونی عمده، نشان دادند سرمایه اجتماعی با کلیه سنجش‌های پیامدی رابطه معنی‌داری داشت و سرمایه اجتماعی در همه موارد قوی‌ترین متغیر پیش‌بینی‌کننده بود. (Holtgrave & Crosby, 2003:62-64).

نتایج مطالعه مقطعی - مقایسه‌ای و بین‌کشوری پولاک و نیزیک نشان داد که نشان‌گرهای سرمایه اجتماعی شامل «هنجارها» (عمل متقابل و اعتماد مدنی) و «رفتارها» (مشارکت) با نشان‌گرهای مختلف سلامت شامل «سلامت کلی»، «افسردگی»، و «محدودیت‌های عملکردی» در سالمندان پیوستگی دارند (Pollack & Knesebeck, 2004:383-391).

توان و همکارانش دریافتند بین سرمایه اجتماعی شناختی بالای مادران ویتنامی و سلامت بهتر کودکان‌شان از نظر وضعیت تغذیه‌ای و سلامت جسمی در کودکان یک ساله و سلامت جسمی و روانی در کودکان ۸ ساله همبستگی وجود داشت (Tuan, et al., 2006:1-28).

بیش‌تر تحقیقات مورد بررسی در مورد ارتباط سرمایه اجتماعی و سلامت در سطح تحلیلی کلان و به صورت مقایسه بین جوامع و محله‌ها صورت گرفته است و بسیاری از آن‌ها جهت سنجش سلامت از شاخص‌های کلان و محلی سلامت استفاده نموده‌اند. هدف از پژوهش حاضر بررسی ارتباط سرمایه اجتماعی و سلامت مادران دارای کودک زیر ۷ سال مراجعه‌کننده به پایگاه بهداشتی عبدالآباد در جنوب شهر تهران بوده که سرمایه اجتماعی و سلامت در سطح فردی در نظر گرفته شد و در نتیجه، تحلیل‌ها در سطح تحلیل خرد صورت گرفت.

۲) چارچوب نظری

به اعتقاد بوردیو، جامعه‌شناس مارکسیست، سرمایه اجتماعی حاصل جمع منابع بالقوه و بالفعلی است که نتیجه مالکیت شبکه با دوامی از روابط نهادی شده بین افراد و به عبارت ساده‌تر، عضویت در گروه است (شارع‌پور، ۱۳۸۳: ۲۹۹). این سرمایه ناشی از روابط اجتماعی و نتیجه نوعی سرمایه‌گذاری فردی یا جمعی، آگاهانه یا ناآگاهانه است که به دنبال تثبیت یا باز تولید روابط اجتماعی است که مستقیماً در کوتاه مدت یا بلند مدت قابل استفاده هستند و می‌توانند در صورت لزوم، حمایت‌های مفید را تأمین کند (بوردیو، ۱۹۸۶: ۲۵۱؛ به نقل از شارع‌پور، ۱۳۸۳: ۳۰۰-۲۹۹). سرمایه اجتماعی از نظر بوردیو نوعی ابزار دسترسی به منابع اقتصادی و فرهنگی از طریق ارتباطات اجتماعی است. تأکید بوردیو بر مشارکت فرد در شبکه‌های اجتماعی است که این مشارکت سبب دسترسی او به منابع و امکانات گروه می‌شود (شارع‌پور، ۱۳۸۳: ۳۰۰). بوردیو معتقد است که در اختیار داشتن سرمایه اجتماعی، همانند سرمایه فرهنگی باعث ایجاد نابرابری اجتماعی می‌شود. وی معتقد است فرد می‌تواند صاحب سرمایه اجتماعی باشد و آن را از آن خود کند. بوردیو بیش‌تر به این نکته علاقه‌مند بود که چگونه سرمایه اجتماعی در موقعیت‌های اجتماعی مختلف سبب افزایش سرمایه اقتصادی می‌شود (محمدی، ۱۳۸۴: ۴۷).

کلمن نیز همانند بوردیو، به مشارکت و عضویت در گروه اشاره می‌کند و نتیجه آن را به عنوان سرمایه تلقی می‌کند. (الوانی و سید نقوی، ۱۳۸۱: ۶-۵). به اعتقاد کلمن سرمایه اجتماعی با کارکردش تعریف می‌شود: سرمایه اجتماعی شیء^۱ واحدی نیست، بلکه انواع چیزهایی است که دو ویژگی مشترک دارند: همه آن‌ها شامل جنبه‌ای از یک ساخت اجتماعی هستند، ثانیاً برخی کنش‌های خاص کنش‌گران - اعم از اشخاص حقوقی یا حقیقی - را در داخل محدوده ساختار تسهیل می‌کنند. سرمایه اجتماعی مانند شکل‌های دیگر سرمایه مولد است و دستیابی به هدف‌های معینی را که در نبودن آن دست نیافتنی

1. Entity

خواهد بود امکان پذیر می‌سازد (کلمن، ۱۳۷۷: ۴۶۲). برخلاف بوردیو که سرمایه اقتصادی را به عنوان هدف غایی در نظر گرفت، کلمن سرمایه انسانی را به عنوان هدف غایی مطرح نموده و سرمایه اجتماعی را به عنوان ابزاری برای حصول سرمایه انسانی به کار می‌برد (الوانی، سید نقوی، ۶-۵: ۱۳۸۱). کلمن، بر خلاف بوردیو، معتقد است که سرمایه اجتماعی متعلق به تعامل اجتماعی است لذا فرد صاحب آن نیست. او دارای دیدگاه کارکردی در زمینه سرمایه اجتماعی است و به بررسی تأثیر فقدان سرمایه اجتماعی بر عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان و ترک تحصیل پرداخته است (شارع‌پور، ۱۳۸۳: ۲-۳۰۱). پاتنام توانست مفهوم سرمایه اجتماعی را از حلقه علمی و آکادمیک خارج کرده و وارد عرصه‌های سیاسی نماید. تفاوت کار پاتنام با بوردیو و کلمن در مقیاس به کارگیری مفهوم سرمایه اجتماعی است. برخلاف آن دو، پاتنام، سرمایه اجتماعی را در مقیاس کلان و در رژیم سیاسی حاکم بر جامعه مورد مطالعه قرار داد. پاتنام، سرمایه اجتماعی را به عنوان وسیله‌ای برای رسیدن به توسعه سیاسی و اجتماعی می‌داند که در نهایت به توسعه اقتصادی می‌انجامد (شارع‌پور، ۱۳۸۳: ۳۰۲ و محمدی، ۱۳۸۴: ۱-۶) سه مفهوم اساسی شبکه‌ها، هنجارها و اعتماد، سه پایه اصلی سرمایه اجتماعی نزد پاتنام را تشکیل می‌دهند و از نظر او اعتماد، منبع با ارزشی از سرمایه محسوب می‌شود (الوانی و سید نقوی، ۱۳۸۱: ۶). به اعتقاد پاتنام، تفاوت در سرمایه اجتماعی علت اصلی ایجاد تفاوت در اجتماع مدنی است؛ به عبارت دیگر، مناطق دارای سرمایه اجتماعی زیاد دارای اجتماع زنده و پر شور بوده، و در نتیجه، اقتصاد پر رونق داشته و نهادهای سیاسی فعال دارند، ولی مناطق دارای سرمایه اجتماعی اندک، هم در عرصه اجتماع و هم در عرصه اقتصاد و سیاست دچار مشکل هستند (شارع‌پور، ۱۳۸۳: ۳۰۳).

فوکویاما سرمایه اجتماعی را مجموعه معینی از هنجارها یا ارزش‌های غیررسمی می‌داند که اعضای گروهی که همکاری و تعاون میان‌شان مجاز است، در آن سهیم هستند (شارع‌پور، ۱۳۷۹: ۱۵). این هنجارها باید در روابط بالفعل آدمیان به طور عینی مصداق پیدا کنند و به [ایجاد و افزایش] همکاری در گروه بینجامد (تاجبخش، ۱۳۸۴: ۱۷۰). به اعتقاد فوکویاما، سرمایه اجتماعی قابلیت است که از شیوع اعتماد در یک جامعه یا بخشی از آن

برمی‌خیزد و می‌تواند در کوچک‌ترین و بنیادی‌ترین گروه اجتماعی، یعنی خانواده، و نیز در بزرگ‌ترین گروه‌ها، مثل ملت و در همه گروه‌های دیگر درون آن گنجانده شود (Kemenade, 2003: 5). فوکویاما دو ویژگی برای سرمایه اجتماعی ذکر می‌کند: اول این که، سرمایه اجتماعی متعلق به گروه‌هاست نه افراد؛ و دوم این که، سرمایه اجتماعی لزوماً امر مطلوبی نیست (شارع‌پور، ۱۳۷۹: ۱۵). فوکویاما بر خلاف کلمن، سرمایه اجتماعی را کالایی خصوصی می‌داند که شماری از آثار خارجی مثبت یا منفی بر آن حاکم است (تاجبخش، ۱۳۸۴: ۱-۱۷۰).

همان‌طور که در آراء نظریه‌پردازان مورد اشاره در بالا می‌بینیم، سرمایه اجتماعی پیامدهایی مفید در رشد اقتصادی، توسعه سیاسی و توسعه انسانی دارد، که هرکدام از آن‌ها بر یک حوزه تاکید داشته و مکانیزم‌هایی جهت آن تعریف نموده‌اند. به عنوان مثال بورديو و فوکویاما اثر سرمایه اجتماعی را بر نتایج اقتصادی-البته با سطوح مختلف تحلیل در نظر گرفته‌اند. پاتنام بر رشد و توسعه سیاسی متمرکز شده و سرمایه اجتماعی را در این زمینه مفید می‌داند. کلمن اهمیت سرمایه اجتماعی را در ایجاد سرمایه انسانی مورد بررسی قرار داده است.

همان‌طور که اشاره شد، برخی مطالعات سهم عوامل اجتماعی موثر بر سلامت را تا ۵۰ درصد برآورد نموده‌اند. میشل مارموت و ریچارد ویلکینسون در سال ۱۹۹۸ در کتاب خود، ده عامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت را مشخص نموده‌اند (Kosteniuk, 2002:384). اخیراً، سرمایه اجتماعی هم به عنوان یک عامل اجتماعی موثر بر سلامت مطرح شده است. در این مطالعه، سلامت را به مثابه سرمایه انسانی افراد در نظر گرفته (دانش بهداشتی که فرد از منابع مختلف کسب می‌کند و با به کار بردن و تکرار، آن را به یک مهارت یا به اصطلاح رفتار بهداشتی تبدیل می‌نماید و نتیجه آن حفظ و ارتقاء سلامت می‌باشد) و سرمایه اجتماعی را به عنوان یک عامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت افراد مطرح نموده‌ایم. مشابه نظریه کلمن که نقش سرمایه اجتماعی را بر سرمایه انسانی، مورد بررسی قرار داده، ما نیز تاثیر سرمایه اجتماعی را بر نوعی از سرمایه انسانی، یعنی سلامت انسان‌ها، مطالعه نموده‌ایم.

با وجود برخی یافته‌های پژوهشی مبنی بر این که سرمایه اجتماعی به طور یکسان به افراد ساکن در یک اجتماع سود نمی‌رساند (Poortinga, 2006: 292-302)، و نیز تمایزی که توسط برخی از دانشمندان در زمینه تأثیر احتمالی سرمایه اجتماعی بر سلامت به دو شکل بافتی (محیطی) و ترکیبی (فردی) عنوان شده است (Veenstra, 2005:2061)، احتمالاً بهره‌مندی افراد مختلف از سرمایه اجتماعی محلات و جوامع، متفاوت خواهد بود. ساکنان یک محله به خصوص گروه‌های ویژه جمعیت مانند زنان، کودکان، جوانان، سالمندان و ... ممکن است در شبکه یا گروه‌های رسمی یا غیررسمی مختلفی عضو باشند، اما به عنوان هم محلی یا سایر افراد ساکن در محله ارتباط خاصی به عنوان یک هم محلی نداشته باشند و هر کدام تنها از گروه‌هایی که عضو آن‌ها هستند به صورت مستقیم بهره‌مند شوند.

در این مطالعه جهت سنجش سرمایه اجتماعی از دو بعد ساختاری و شناختی استفاده نموده‌ایم و بنا به دلایل فوق از تمایز سه گانه دیگری که تحت عنوان سرمایه اجتماعی درون گروهی، بین گروهی و پیونددهنده توسط سزرتز و وولکساک (Sudquist, & Yang, 2007:325) ایجاد شده و مربوط به محلات و سازمان‌ها است، تنها سرمایه اجتماعی درون گروهی را مورد سنجش قرار داده‌ایم. واحد مشاهده و تحلیل در این مطالعه سطح خرد (فردی) بوده است.

در مورد تأثیر سرمایه اجتماعی بر سرمایه انسانی می‌توان این گونه ادعا نمود که اگر سرمایه اجتماعی باعث تسهیل کنش‌های فردی و جمعی شود، بر سلامت نیز بی‌تأثیر نخواهد بود. اگر سلامت را از جنبه اطلاعات مفید بهداشتی و به کارگیری این اطلاعات در افزایش سلامت همانند یک سرمایه انسانی تلقی کنیم، احتمالاً افراد درگیر در روابط اجتماعی مبتنی بر اعتماد، یا به عبارتی افراد دارای سرمایه اجتماعی بالا از دانش و مهارت بیش تری در زمینه سلامت و بهداشت برخوردار بوده و در نتیجه سلامت جسم و روان مطلوب تری دارند. بر این اساس، فرضیه پژوهش این گونه مطرح می‌شود که بین سرمایه اجتماعی و سلامت مادران ارتباط وجود دارد.

۳ روش پژوهش

۳-۱ نوع پژوهش

پژوهش حاضر نوعی مطالعه مقطعی است که سرمایه اجتماعی و سلامت مادران مورد مطالعه و هم‌چنین ارتباط این دو متغیر را در پایگاه بهداشتی عبدال آباد در جنوب شهر تهران در مقطع زمانی تیر ماه ۱۳۸۶ بررسی نموده است.

۳-۲ جامعه آماری و روش نمونه‌گیری

جامعه پژوهش حاضر عبارت است از تمام مادران دارای کودک زیر ۷ سال مراجعه‌کننده به پایگاه بهداشتی عبدال آباد که در سال ۱۳۸۶ جهت دریافت خدمات پیشگیری سلامت به این پایگاه مراجعه نموده‌اند. لازم به توضیح است که این پایگاه زیر نظر مرکز بهداشت جنوب تهران و وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران در جنوب این شهر واقع شده است. ملاک‌های ورود مادران مذکور به پژوهش شامل این موارد می‌شود: دارا بودن حداقل یک کودک زیر ۷ سال، زندگی با همسر، مراجعه به پایگاه بهداشتی مذکور جهت دریافت خدمات پیشگیری سلامت. ملاک‌های خروج عبارت‌اند از: مادرانی که جهت دریافت خدماتی غیر از خدمات پیشگیری مراجعه می‌کنند، مادرانی که با همسر خود زندگی نمی‌کنند یا جدا شده باشند، مادرانی که معلولیت مشخصی داشته باشند، مادرانی که در یک سال اخیر یکی از خویشاوندان نزدیک و درجه یک خود را از دست داده باشند. روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی بوده است. با توجه به فهرست ماهانه مادرانی که جهت دریافت خدمات پیشگیری به پایگاه بهداشتی فوق مراجعه می‌کنند (۳۲۶ نفر = N)، و با استفاده از انحراف معیار (S) نمره سرمایه اجتماعی ساختاری (۱/۰۵) که از مطالعه پایلوت با حجم نمونه محدود ۲۵ نفر انجام شده بود و با در نظر گرفتن مقدار اشتباه $d=0/2$ و $z=1/96$ ، تعداد نمونه (n) ۸۰ نفر به کمک فرمول نمونه‌گیری زیر انتخاب و در تیر ماه ۱۳۸۶ با آن‌ها مصاحبه شد.

$$n = \frac{NZ^2S^2}{d^2(N-1)+Z^2S^2}$$

۳-۳) ابزارهای پژوهش

الف) پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک که شامل اطلاعاتی در مورد خصوصیات دموگرافیک نمونه‌های پژوهش بود.

ب) فرم کوتاه شده پرسشنامه تطبیق یافته سرمایه اجتماعی^۱ SASCAT: جهت سنجش متغیر مستقل مطالعه یعنی سرمایه اجتماعی «فرم کوتاه شده پرسشنامه تطبیق یافته سرمایه اجتماعی» یا به اختصار «SASCAT» استفاده شد. پرسشنامه SASCAT جهت سنجش سرمایه اجتماعی فردی به کار می‌رود و می‌توان آن را برای سنجش سرمایه اجتماعی اکولوژیکی نیز به کار برد که توسط اجرا در نمونه‌ای مشخص از یک محله و جمع کردن پاسخ‌های آن‌ها صورت می‌گیرد. پرسشنامه مذکور به دو زبان اسپانیایی و ویتنامی ترجمه و در جهت معکوس دوباره به زبان انگلیسی ترجمه شده و در دو کشور پرو و ویتنام جهت سنجش سرمایه اجتماعی مادران دارای کودکان یک و هشت ساله به کار گرفته شده است (De Silva, et al., 2006: 943). ابزار SASCAT سرمایه اجتماعی مادران را در دو بعد ساختاری (عضویت فعال در گروه‌ها، حمایت اجتماعی دریافت شده از شبکه‌ها، و پیوستن به سایر اعضای محله برای حل یک قضیه) و شناختی (اعتماد، حس تعلق، سازگاری اجتماعی، انصاف درک شده توسط آن‌ها) می‌سنجد. این پرسشنامه شامل ۱۱ سؤال با پاسخ بلی - خیر می‌باشد که سؤالات ۱ تا ۵ مربوط به سرمایه اجتماعی ساختاری و سؤالات ۶ تا ۱۱ مربوط به سرمایه اجتماعی شناختی است. سؤال ۱ عضویت در گروه‌ها در یک سال گذشته (شامل هشت مورد: گروه‌های شغلی و تحصیلی، مذهبی، خیریه، ورزشی، شورای محله/شورای شهر، گروه‌های مربوط به زنان و سایر گروه‌ها با دامنه نمره بین ۰ تا ۸)، سؤال‌های ۲ و ۳-حمایت اجتماعی (دامنه نمره بین ۰ تا ۱۷) شامل حمایت دریافت شده در طول سال گذشته از گروه‌های هشت‌گانه مذکور به علاوه حمایت دریافت شده از افراد (شامل افراد خانواده، همسایه، دوستان، بزرگان محل، روحانی محل، نمایندگان اصناف، سازمان‌های خیریه یا غیر دولتی و یک گزینه سایر افراد) و سؤال ۴ و ۵

1. Short Version of the Adapted Social Capital Assessment Tool.

دو گونه فعالیت شهروندی در سال گذشته (شامل همکاری در حل یک مسأله با سایر اعضای جامعه و صحبت با سازمان‌های دولتی یا مسئولین محلی درباره مشکلات جامعه با دامنه نمره بین ۰ تا ۶) را سنجیده و مجموع امتیازات آن‌ها سرمایه اجتماعی ساختاری (دامنه نمره بین ۰ تا ۲۷) را تشکیل می‌دهد. سرمایه اجتماعی شناختی فرد (دامنه نمره بین ۰ تا ۶) از مجموع امتیاز سؤالات ۶ (اعتماد به آشنایان)، ۷ (اعتماد به سیاست‌مداران و مسئولین دولتی)، ۸ (اعتماد به غریبه‌ها)، ۹ (سازگاری اجتماعی)، ۱۰ (احساس تعلق) و ۱۱ (انصاف درک شده) به دست می‌آید. دسیلوا و همکاران در پژوهشی در پرو و ویتنام روایی ترجمانی، روایی صوری، روایی محتوا و روایی سازه این ابزار را مورد تاکید قرار دادند (De Silva, et al., 2006: 941). امامی نایینی و همکاران (۱۳۸۵) ضریب پایداری درونی ابعاد ساختاری و شناختی سرمایه اجتماعی را به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۰ و ضریب آزمون مجدد این ابعاد به ترتیب ۰/۷۱ و ۰/۷۸ به دست آوردند.

۱ ج) پرسش‌نامه SF-36: جهت سنجش «سلامت» افراد مورد مطالعه از پرسش‌نامه SF-36 استفاده گردید. بر خلاف سنجه‌هایی که سن، بیماری، و گروه درمانی خاصی را هدف قرار می‌دهند، SF-36 یک سنجه کلی است و در ارزیابی سلامت جمعیت‌های عمومی و ویژه، مفید بوده است. قابلیت اجرای گسترده SF-36 در بیش از ۵۰۰۰ نشریه که از آن استفاده نموده‌اند، آشکار می‌شود. این پرسش‌نامه ۸ خرده‌مقیاس مربوط به سلامت را مورد سنجش قرار می‌دهد که عبارت‌اند از: عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی، درد بدنی، سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش هیجانی، و سلامت روانی (اصغری مقدم، فقیهی، ۱۳۸۱: ۱). مقیاس ارائه شده در این پرسش‌نامه هر یک از این هشت قلمرو سلامت، و همچنین دو سنجه خلاصه از سلامت جسمی و سلامت روانی را امتیازدهی می‌کند که این دو سنجه عبارت‌اند از: «خلاصه مؤلفه جسمی»^۱ و «خلاصه مؤلفه روانی»^۲ (International Quality of Life Assessment, 2006). امتیازبندی سؤالات بر

1. Physical Component Summary (PCS)

2. Mental Component Summary (MCS)

اساس سیستم امتیازدهی RAND از صفر تا صد می‌باشد و با جمع امتیازات مخصوص هر خرده مقیاس و تقسیم عدد به دست آمده بر تعداد سؤالات همان خرده مقیاس، نمره آن خرده مقیاس به دست می‌آید که نمره بالا نشان‌دهنده وضعیت مناسب‌تر می‌باشد. در نهایت امتیازات این هشت خرده مقیاس به دو مولفه جسمی (سلامت جسمی) و روانی (سلامت روانی) خلاصه می‌شود (خانکلابی، ۱۳۸۶). روایی و پایایی این پرسش‌نامه توسط منتظری و همکاران طی پژوهشی که بر روی افراد شهر تهران انجام دادند مورد تاکید قرار گرفته است. نتایج آن نشان داد که ابزار، روایی و پایایی قابل قبول را داشته و آلفای کرونباخ اجزای آن بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ بوده است. (منتظری، گشتاسبی و وحدانی نیا، ۱۳۸۴: ۴۹). داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۱/۵ مورد تحلیل قرار گرفت. برای بررسی ارتباط متغیرها از ضریب همبستگی اسپیرمن و ضریب همبستگی جزئی^۱ استفاده شد.

۳-۴) روش اجرا

پس از دریافت معرفی نامه‌های لازم، پژوهش‌گر در فاصله‌ی زمانی ابتدا تا انتهای تیرماه ۱۳۸۶ به پایگاه بهداشتی عبدال آباد در جنوب شهر تهران مراجعه نمود. با دریافت آمارهای تعداد مراجعات ماهانه مادران به منظور دریافت خدمات پیشگیری در سه ماه اول سال، تعداد جامعه آماری در پایگاه بهداشتی مورد مطالعه برای تیرماه مشخص و بر اساس آن حجم نمونه لازم تعیین شد. سپس از طریق مصاحبه با مادران دارای کودکان زیر ۷ سال مراجعه‌کننده که دارای معیارهای ورودی مطالعه و مایل به شرکت در پژوهش بودند به تکمیل پرسش‌نامه‌های نهایی شده اقدام شد. تکمیل پرسش‌نامه‌ها به ازای هر فرد مورد مطالعه، به طور متوسط ۳۵ دقیقه به طول انجامید. پژوهش‌گر برای هرکدام از سؤالات که به توضیح بیش‌تری نیاز داشت با ارایه مثال‌هایی به روشن شدن آن سؤال کمک می‌کرد.

1. Partial Correlation

۴) یافته‌ها

یافته‌های این پژوهش نشان داد که میانگین سن مادران مورد مطالعه ۲۵/۶۳ سال و میانگین تعداد سال‌های تحصیل آن‌ها ۸/۶۱ می‌باشد. ۹۷/۵ درصد مادران مورد مطالعه خانه‌دار و تنها ۲/۵ درصد آن‌ها شاغل بودند.

میانگین گروه‌هایی که مادران مورد مطالعه در سال گذشته در آن‌ها عضو بوده‌اند ۱/۱۵ گروه و میانگین گروه‌ها یا افرادی که از آن‌ها حمایت یا هر گونه کمکی دریافت نموده‌اند ۲/۰۳ گروه یا فرد بوده است. همچنین میانگین فعالیت شهروندی از دو فعالیت مورد اشاره در پرسش‌نامه ۰/۳۹ بوده است. میانگین و انحراف استاندارد نمره سرمایه اجتماعی ساختاری مادران مورد مطالعه به ترتیب ۳/۵۵ و ۱/۹۹ می‌باشد که با توجه به دامنه نمره بین آن (۰ تا ۲۷) می‌توان گفت که دارای سرمایه اجتماعی ساختاری ضعیفی می‌باشند. میانگین و انحراف استاندارد سرمایه اجتماعی شناختی این مادران به ترتیب ۳/۰۹ و ۱/۲۵ می‌باشد، که با توجه به دامنه نمره (۰ تا ۶) آن، می‌توان این‌گونه برداشت نمود که از سرمایه اجتماعی شناختی متوسطی برخوردارند (جدول شماره ۱).

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های سرمایه اجتماعی ساختاری و سرمایه اجتماعی شناختی نمونه‌های پژوهش

انحراف استاندارد	میانگین	سرمایه اجتماعی	
۱/۱۰	۱/۱۵	عضویت گروهی	اجزای سرمایه اجتماعی ساختاری
۱/۲۷	۲/۰۳	حمایت اجتماعی	
۰/۶۰	۰/۳۹	فعالیت شهروندی	
۱/۹۹	۳/۵۵	سرمایه اجتماعی ساختاری	
۱/۲۵	۳/۰۹	سرمایه اجتماعی شناختی	

در رابطه با وضعیت سلامت نمونه‌های پژوهش، مشاهده شد که از خرده مقیاس‌های هشت‌گانه مورد اشاره در قبل، میانگین خرده مقیاس عملکرد جسمی بالاترین نمره

(۸۷/۵۰) را به خود اختصاص داده است. و پس از آن خرده مقیاس‌های عملکرد اجتماعی (۷۲/۳۴)، سلامت عمومی (۶۸/۱۱) و نقش جسمی (۶۷/۱۸) قرار دارند. خرده مقیاس‌های درد جسمی (۶۲/۲۵)، سلامت روانی (۵۹/۶۵)، و سرزندگی (۵۵/۵۶) در مرتبه ۵، ۶ و ۷ می‌باشند. مادران مورد مطالعه در خرده مقیاس نقش احساسات پایین‌ترین میانگین را کسب کرده‌اند (۵۰/۴۱). میانگین سلامت جسمی آن‌ها برابر است با ۷۱/۵ و میانگین سلامت روانی آن‌ها برابر با ۵۹/۴۹ می‌باشد. میانگین سلامت جسمی آن‌ها بالاتر از میانگین سلامت روانی می‌باشد.

در بررسی ارتباط بین ابعاد سرمایه اجتماعی با ابعاد دوگانه سلامت (جسمی و روانی)، بین سرمایه اجتماعی شناختی با هر دو بعد سلامت شامل سلامت جسمی ($p=0/000$) و سلامت روانی ($r=0/45$ و $p=0/001$ و $r=0/37$)، ارتباط مثبت معنی‌داری مشاهده شد که با توجه به r می‌توان گفت ارتباط آن با سلامت جسمی قوی‌تر است؛ اما بین سرمایه اجتماعی ساختاری و بعد سلامت روانی آن‌ها ($r=0/27$ و $p=0/026$) از نظر آماری ارتباط معکوس معنی‌داری وجود داشت (جدول شماره ۲). همچنین در بررسی ارتباط زیر بعدهای سرمایه اجتماعی ساختاری با خرده مقیاس‌های هشت‌گانه سلامت بین حمایت اجتماعی و خرده مقیاس نقش احساسات ($r=-0/30$ و $p=0/006$) ارتباط معکوس آماری معنی‌داری مشاهده شد. به‌علاوه، بین سرمایه اجتماعی شناختی و نقش جسمی ($r=0/03$ و $p=0/033$)، و بین سرمایه اجتماعی شناختی و درد جسمی ($r=0/28$ و $p=0/001$)، بین سرمایه اجتماعی شناختی و سرزندگی ($r=0/28$ و $p=0/009$)، بین سرمایه اجتماعی شناختی و خرده مقیاس سلامت روانی ($r=0/33$ و $p=0/003$) ارتباط مثبت آماری وجود داشت.

جدول ۲: بررسی ارتباط سرمایه اجتماعی و سلامت در نمونه‌های پژوهش

سلامت روانی	سلامت جسمی		
-۰/۲۶	-۰/۱۶	ضریب همبستگی	سرمایه اجتماعی ساختاری
۰/۰۲۷	۰/۱۵۰	مقدار احتمال	
۰/۳۷	۰/۲۵	ضریب همبستگی	سرمایه اجتماعی شناختی
۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	مقدار احتمال	

۵) بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که گفته شد، در این پژوهش ارتباط بین سرمایه اجتماعی و سلامت مادران مراجعه‌کننده به پایگاه بهداشتی عبدل آباد در جنوب شهر تهران بررسی شده است. در این پژوهش جهت بررسی این ارتباط، اثر برخی متغیرهای دموگرافیک مانند سن، تعداد اعضای خانواده، تعداد فرزندان، تعداد فرزندان زیر ۷ سال، مدت سکونت در محل، تحصیلات، وضعیت اشتغال و درآمد، پایگاه اجتماعی همسر، سطح زیربنای منزل مسکونی، با استفاده از ضریب همبستگی جزئی کنترل شد، که از ذکر آن‌ها خودداری می‌کنیم.

همان‌طور که در جدول شماره ۲ مشاهده شد، در بررسی ارتباط سرمایه اجتماعی و سلامت مادران مراجعه‌کننده به پایگاه بهداشتی عبدل آباد بین بعد شناختی سرمایه اجتماعی با هر دو بعد سلامت ارتباط مثبت معنی‌داری مشاهده شد؛ این نتیجه موید یافته‌های دسیلوا و همکاران (De Silva, te al., 2005) می‌باشد که در مرور سیستماتیکی که به منظور بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان انجام داده بودند، مشاهده کردند که در ۷ مطالعه از ۱۱ مطالعه مورد بررسی در مرور سیستماتیک آن‌ها، پژوهش‌گران از همبستگی معناداری بین سرمایه اجتماعی شناختی بالا با سلامت کلی روانی بالاتر نمونه‌هایشان گزارش داده بودند. هم‌چنین این نتیجه با پژوهش خیرالله پور در مشاهده رابطه ابعاد سرمایه اجتماعی با سلامت روانی همخوانی دارد (خیرالله پور، ۱۳۸۳). این مشاهدات با

نتیجه پژوهش دسیلوا و همکاران (De Silva, et al., 2007: 5-20) مبنی بر همبستگی سرمایه اجتماعی شناختی فردی مادران با کاهش احتمال بیماری‌های روانی شایع آن‌ها همسو است؛ آن‌ها در یک پژوهش مقایسه‌ای بین ۴ کشور کم‌درآمد (برو، ویتنام، اتیوپی و ایالت اندراپرادش هندوستان) دریافتند که سرمایه اجتماعی شناختی مادران دارای کودک یک ساله با کاهش بیماری‌های روانی شایع در این مادران همبسته بوده است. این نتیجه مبنی بر ارتباط سرمایه اجتماعی شناختی و سلامت با بسیاری از پژوهش‌های انجام شده در کشورهای مختلف (Pollack & Kawachi et al, 1997; Holtgrave & Crosby, 2003; Tuan, et al, 2006; Knesebeck, 2004) همخوان است.

اما در مورد ارتباط سرمایه اجتماعی ساختاری با سلامت، همبستگی معکوسی بین سرمایه اجتماعی ساختاری و سلامت روان آن‌ها مشاهده شد که این نتیجه با پژوهش‌های اشاره شده در بالا همخوانی ندارد. این نتیجه را شاید بتوان این طور تفسیر نمود که احتمال می‌رود آن‌ها دسترسی به برخی خدمات یا امکانات خاص برای غیر ممکن یا سخت باشد و مادران به خاطر دستیابی به این گونه خدمات مجبور باشند انرژی و وقت بیشتری صرف نموده و با عضویت در برخی گروه‌ها جهت به دست آوردن این امکانات تلاش نمایند، که این امر باعث فرسایش آن‌ها و تاثیر منفی بر سلامت آن‌ها شود. فرضیه دیگری که مطرح می‌شود این است که احتمالاً عضویت گروهی و انجام فعالیت‌های شهروندی توسط مادران و به تبع آن سرمایه اجتماعی ساختاری می‌تواند باری اضافه بر نقش مادری آن‌ها بوده و به سلامت روان آن‌ها آسیب برساند و یا به تمسخر و انگ از جانب دیگر زنان بیانجامد که این کار استرس‌های وارد بر مادر را افزایش داده و در نهایت، علی‌رغم انتظار از تاثیر مثبت این بعد سرمایه اجتماعی، شاهد تاثیر منفی آن بر سلامت روان آن‌ها باشیم. هم‌چنین مدل نظری مطرح در این مطالعه را می‌توان این گونه اصلاح نمود که کیفیت ارتباط افراد با دیگران (سرمایه اجتماعی شناختی آن‌ها) در ارتقاء سلامتی آن‌ها موثرتر است، چه بسا که ارتباط با افراد و گروه‌هایی باعث تاثیر منفی بر سلامت نیز گردد. باید یادآور شویم، این پژوهش یک مطالعه مقطعی بوده و با اعمال کنترل نسبت به

برخی متغیرها، صورت گرفته است، اما نمی‌توان از نتایج آن یک برداشت علی نمود؛ چه بسا ارتباط‌های مشاهده شده بین سرمایه اجتماعی و سلامت ممکن است به خاطر تاثیر سلامت بر سرمایه اجتماعی باشد و نه تاثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت. نتایج این مطالعه، ارتباط سرمایه اجتماعی شناختی را با سلامت مشهود ساخت. تکرار این پژوهش در سایر مراکز و پایگاه‌های بهداشتی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی در شهر تهران و مقایسه آن با نتایج پژوهش حاضر می‌تواند به دقت یافته‌ها و نتیجه‌گیری کمک کند. به موازات این پژوهش تکمیلی، بررسی امکانات محلی در حوزه جغرافیایی پایگاه بهداشتی مورد بررسی نیز می‌تواند به عنوان مکملی برای تحلیل نتایج به کار آید.

با توجه به نتایج این پژوهش و مطالعات انجام شده در سایر کشورها و ضمن تاکید بر لزوم انجام پژوهش‌های بیش‌تر جهت شناخت تاثیر عوامل غیر زیستی موثر بر سلامت، امید است سیاست‌گذاران بهداشتی کشور توجه بیش‌تری به عوامل اجتماعی موثر بر سلامت داشته باشند.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

- اصغری مقدم، محمد علی و فقیهی، سمانه. (۱۳۸۱)، «اعتبار و پایایی پرسش‌نامه زمینه‌یابی سلامت (فرم کوتاه ۳۶ سؤالی) در دو نمونه ایرانی»، دو ماهنامه دانشور رفتار، شماره ۱.
- الوانی، سید مهدی و سید نقوی، میرعلی. (۱۳۸۱)، «سرمایه اجتماعی: مفاهیم و نظریه‌ها»، فصلنامه مطالعات مدیریت، شماره ۳۳ و ۳۴.
- امامی ناینی، مهرگان؛ تهرانیان، نجمه؛ شریفیان ثانی، مریم و ابدی، علیرضا. (۱۳۸۵)، «بررسی ارتباط کیفیت زندگی با سرمایه اجتماعی در زنان یائسه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی». مقاله در دست چاپ.
- بابایی، نعمت الله. (۱۳۸۲)، «سیاست اجتماعی و سلامت»، فصلنامه رفاه اجتماعی، شماره ۱۰.
- بهزاد، داوود. (۱۳۸۱)، «سرمایه اجتماعی بستری برای ارتقاء سلامت روان»، فصلنامه رفاه اجتماعی، شماره ۶.
- تاجبخش، کیان. (۱۳۸۴)، سرمایه اجتماعی: اعتماد، دموکراسی و توسعه (ترجمه افشین خاکباز و حسن پویان)، تهران، نشر شیرازه، چاپ اول.
- تولایی، نوین و شریفیان ثانی، مریم. (۱۳۸۴)، «نقش سرمایه اجتماعی در برنامه ریزی برای رفاه اجتماعات محلی»، در: مجموعه مقاله‌های نخستین سمپوزیوم سرمایه اجتماعی و رفاه اجتماعی، زیر نظر دکتر مریم شریفیان ثانی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی. چاپ اول.
- خانکلابی، مهدی. (۱۳۸۶)، بررسی تاثیر آموزش‌های مهارت‌های زندگی بر کیفیت زندگی کارمندان زن دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۶، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- خیرالله پور، اکبر. (۱۳۸۳)، بررسی عوامل مؤثر بر سلامت روانی با تأکید بر سرمایه اجتماعی: مطالعه موردی دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه جامعه‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی.
- رفیعی، حسن. (۱۳۸۰)، جزوه درس ارتقاء سلامت روان. دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی. تهران.
- شایخ‌پور، محمود. (۱۳۷۹)، «در حال فرسایش است: نقد و بررسی کتاب "پایان نظم" فرانسیس فوکویاما» (ترجمه غلامعباس توسلی)، کتاب ماه علوم اجتماعی. مهر و آبان ۱۳۷۹.

- شارع‌پور، محمود. (۱۳۸۳)، «ابعاد و کارکردهای سرمایه اجتماعی و پیامدهای حاصل از فرسایش آن»، در: بررسی مسائل اجتماعی ایران، انجمن جامعه‌شناسی ایران، تهران. نشر آگه. چاپ اول.
- شریفیان فانی، مریم. (۱۳۸۰)، «سرمایه اجتماعی: مفاهیم اصلی و چارچوب نظری»، فصلنامه رفاه اجتماعی، شماره ۲.
- کلمن، جیمز. (۱۳۷۷)، بنیادهای نظریه اجتماعی (ترجمه منوچهر صبوری)، تهران، نشر نی. چاپ اول.
- محمدی، محمد علی. (۱۳۸۴)، سرمایه اجتماعی و سنجش آن. تهران. دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی، چاپ اول.
- مدنی، سعید فراستخواه، مسعود. (۱۳۸۳)، درباره لایحه برنامه چهارم توسعه (۲۱): نقد و بررسی برخی مواد بخش اجتماعی، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، دفتر بررسی‌های اقتصادی، معاونت پژوهشی.
- مردی، سید علیرضا. (۱۳۸۵)، «عوامل اجتماعی سلامت» در: کتاب جامع بهداشت عمومی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت تحقیقات و فن آوری، کمیته رایان‌های کردن طب و بهداشت، چاپ دوم.
- منتظری، علی؛ گشناسی، آریتا و وجدانی نیا، مریم سادات. (۱۳۸۴)، «تعیین پایایی و روایی گونه فارسی پرسش‌نامه SF-36»، فصلنامه پایش، سال پنجم شماره اول.
- De Silva, M.J.; Harpham, T.; Tuan, T.; Bartolini, R.; Penny, M. E. & Huttly, S. R. (2006), "Psychometric and Cognitive Validation of a Social Capital Measurement Tool in Peru and Vietnam", *Social Science & Medicine*, 62.
- De Silva, M.J.; Huttly, S. R.; Harpham, T. & Kenward, M.G. (2007), "Social Capital and Mental Health: A Comparative Analysis of Four Low Income Countries", *Social Science & Medicine*, 64.
- De Silva, M.J.; Mckenzie, K.; Huttly, S. & Tuan, T. (2005), "Social Capital and Mental Health: A Systematic Review", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59.
- Holtgrave, D. R. & Crosby, R. A. (2003), "Social Capital, Poverty, and Income Inequality as Predictors of Gonorrhoea, Syphilis, Chlamydia and AIDS Case rates in the United States. *Sex Transm Inf*, 79.
- International Quality of life Assessment. (2007), SF-36 Questionnaires, available at: < <http://www.sf.org> >.
- Kawachi, I.; Kennedy, B.P.; Lochner, K. & Prothrow-Smith, D. (1997), "Social

- Capital, Income Inequality, and Mortality”, *American Journal of Public Health*, 87.
- Kemenade, V. S. (2003), “Social Capital as a Health Determinant: How is Defined”, Health Canada, Health Policy Research, Working Paper Series, Working paper 02-07.
 - Kosteniuk, J. (2002),” Social Determinants of Health”, *Book Reviews/ Social Science & Medicine*, 55.
 - Macinko, J.& Starfield, B. (2001), “The Utility of Social Capital in Research on Health Determinants”, *The Milbank Quarterly*, 79.
 - Pilkington, P. (2002), “Social Capital and Health: Measuring and Understanding Social Capital at Local Level; Could to Tackle Health Inequalities More Effectively?”, *Journal of Public Health Medicine*, 24.
 - Pollack, C. E.& Knesebeck, O. (2004), “Social Capital and Health among Aged: Comparisons Between United States and Germany *Health and Place*, 10.
 - Poortinga, W. (2006), “Social Capital: An Individual or Collective Resource for Health? “,*Social Science & Medicine*, 62.
 - Queensland Health. (2006), “Social Determinants of Health: What's It All About?”, *Fact Sheet*, available at:<
<http://www.health.qld.gov.au/phs/Documents/sphun/20493.pdf12/12/2006>>.
 - Sudquist, K.& Yang, M. (2007), “Linking Social Capital and Self-rated Health: A Multilevel Analysis of 11,175 Men and Women in Sweden”, *Health & Place*, 13.
 - Tuan, T.; Harpham, T.; De Silva, M.; Tod, B.; Thi Lan, P.; Duc Thach, T.& Abeyasekera, S. (2006), “Maternal Social Capital and Child Health in Vietnam. Young lives: an International Study of Child Poverty”, *Working paper*, No.30
 - Veenstra, G. (2005)”, Location, Location, Location: Contextual and Compositional Health Effects of Social Capital in British Columbia”, *Canada*”, *Social Science & Medicine*, 60.

پرتال جامع علوم انسانی