

بررسی جامعه‌شناختی رابطه بین سرمایه اجتماعی و افسردگی

(مورد مطالعه: زنان متأهل شهر تبریز)

موسی سعادت *

دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی مسائل اجتماعی دانشگاه کاشان

محمد عباس‌زاده

دانشیار گروه علوم اجتماعی دانشگاه تبریز

محسن نیازی

استاد گروه علوم اجتماعی دانشکده علوم انسانی دانشگاه کاشان

حسن منتظری خوش

دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی مسائل اجتماعی دانشگاه کاشان

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی جامعه‌شناختی رابطه بین سرمایه اجتماعی و افسردگی در میان زنان متأهل نگاشته شده است. روش پژوهش مورد استفاده، پیمایش بود و جامعه آماری شامل کلیه زنان متأهل شهر تبریز به تعداد ۳۷۸۴۶ نفر بود که از بین آن‌ها، ۳۸۴ نفر به عنوان نمونه نهایی بر اساس فرمول کوکران و به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. همچنین، برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه استفاده شد، برای سنجش پایایی پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ و به منظور برآورد اعتبار آن، از تکنیک تحلیل عاملی استفاده شد. داده‌ها از طریق نرم‌افزار Spss18، تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد که متغیر سرمایه اجتماعی در تمامی ابعاد چهارگانه (حمایت خانواده پدری، حمایت خانواده پدر شوهری زن، حمایت دوستان و اعتماد بین زوجین)، با متغیر افسردگی، رابطه معنادار و معکوسی داشته است. همچنین نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل رگرسیونی حاکی از آن است که، ۲۴٪ تغییرات مرتبط به متغیر «افسردگی» توسط متغیرهای مستقل مورد استفاده تبیین شده است.

واژگان کلیدی

سرمایه اجتماعی؛ حمایت اجتماعی؛ اعتماد بین شخصی؛ افسردگی؛ زنان متأهل

* نویسنده مسئول

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۷/۱۲

تاریخ تصویب: ۱۳۹۳/۹/۲۹

مقدمه و بیان مسئله

وجود یک جامعه سالم از نظر بهداشت روانی، منوط به سلامت اجزای کوچک‌تر آن جامعه، مانند اجتماعات کوچک و خانواده‌های موجود در آن جامعه است. در این میان خانواده هسته مرکزی هر جامعه و یکی از پایه‌های اساسی آن محسوب می‌شود، وجود خانواده‌های سالم و مادران و زنان با سلامت روان بهتر، می‌تواند تأثیر بسزایی در سلامت روان موجود ایجاد بهداشت روانی آن جامعه داشته باشد (اوتادی، ۱۳۸۰: ۳).

افسردگی^۱ به عنوان یکی از اختلالات روانی شایع در جامعه انسانی، دامنه وسیعی از حالت‌های عاطفی و ذهنی، از غمگینی و ضعف عزت نفس گرفته تا ناتوانی احساسی و جسمی را در برمی‌گیرد و ممکن است در واکنش نسبت به بعضی وقایع بیرونی، مانند مرگ نزدیکان، طلاق، خشونت یا بدون هیچ علت ظاهری اتفاق بیفتد (سعادت، ۱۳۸۹: ۷۹). افراد افسرده غالباً اوضاع و احوال را برگشت‌ناپذیر پنداشته و معتقد هستند که نه خود می‌توانند کمکی به خویش کنند و نه دیگران قادر هستند که آن‌ها را یاری کنند. در افسردگی علاوه بر خلق افسرده، کاهش انگیزه در انجام دادن فعالیت‌ها نیز وجود دارد، به نحوی که سطح انرژی به طور چشمگیری کاهش یافته و فرد، بدون انجام هیچ کاری همواره احساس خستگی و فرسودگی می‌کند. افراد افسرده، همچنین نسبت به خود و زندگی خود، بی‌علاقه هستند و اغلب، کمبودها و نارسایی‌های مختلفی را به خود نسبت می‌دهند. این افراد دچار تردید و دودلی هستند و اغلب مشکلاتی در تفکر، تمرکز و یادآوری نشان می‌دهند (صوفیانی، ۱۳۸۶: ۳۶-۳۵).

افسردگی از شایع‌ترین بیماری‌های روانی در زنان در جوامع مختلف به شمار می‌رود. افسردگی در زنان بیش‌تر در ۴۴-۲۵ سالگی رخ می‌هد. دختران جوان بیش‌تر از پسران در معرض ایجاد مشکلات روحی قرار دارند و لذا به مراقبت‌های بهداشتی روانی نیازمند می‌شوند. افسردگی از شایع‌ترین علل ناتوانی در میان دختران ۱۸-۱۴ سال است. به طور کلی آمار نشان می‌دهد که به طور تقریبی از هر ۸ زن، ۱ نفر می‌تواند انتظار داشته باشد که در دوره‌ای از زندگی خود به افسردگی دچار شود. اختلالات بهداشت روانی مانند افسردگی با خودکشی ارتباط نزدیکی دارد؛ به طوری که ۱۵٪ از افرادی که به فرم‌های شدید افسردگی

1. Depression

مبتلا هستند با خودکشی می‌میرند (سعادت، ۱۳۸۹: ۸۰). افسردگی و اضطراب عموماً باهم بوده و با کاهش واضحی در عملکرد فرد و افت احساس رضایت در فرد همراه است (احمدی و همکاران، ۱۳۸۶: ۷۷).

امروزه ارتباط بین سرمایه اجتماعی^۱ و میزان آن در یک جامعه با مقولاتی مانند افسردگی تأیید شده و بر نقش خانواده و دوستان به عنوان یکی از منابع حائز اهمیت سرمایه اجتماعی تأکید شده است (بهزاد، ۱۳۸۱: ۴۹). سرمایه اجتماعی در خانواده باعث فراهم آوردن شبکه حمایتی برای اعضای خانواده می‌شود. این حمایت همچنین می‌تواند تأثیری اساسی بر سلامت جسمی و روحی زنان از جمله افسردگی داشته باشد. در این میان، حمایت اجتماعی^۲ به عنوان بعدی از سرمایه اجتماعی، موجب کاهش میزان بیماری‌ها، اختلالات روانی از جمله افسردگی در افراد می‌شود. پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهند اطلاعات و پیشنهادهایی که از دیگران دریافت می‌کنیم به ما در حل مؤثرتر مشکلات یاری می‌رسانند. حمایت اجتماعی با همه سطوح الگوی فشار روانی تعامل دارد. مثلاً، حمایت اجتماعی بر ارزیابی شناختی ما از عوامل روانی فشارزا و بر توانایی ما برای مقابله با آن اثر می‌گذارد (همان).

سرمایه اجتماعی به عنوان یک سپر و عامل محافظت‌کننده، در پیشگیری از بروز افسردگی عمل می‌کند. بررسی‌ها نشان می‌دهد که ارائه حمایت‌های اجتماعی به زنان و افزایش اعتماد بین زوجین، در کاهش آثار منفی افسردگی مؤثر است و بهبود کیفیت زندگی و ارتقای سلامت روانی را به همراه دارد. بهره‌مندی از حمایت‌های رسمی و غیر رسمی سبب می‌شود تا احساس سلامت در آن‌ها افزایش یابد و از افسردگی کم‌تری رنج برند (پناغی و همکاران، ۱۳۸۷: ۷۱-۷۰).

از آنجا که زنان موجب امنیت خاطر و شکل‌گیری پیوندهای اخلاقی و عاطفی خانواده هستند و آن‌ها وظیفه تربیت و پرورش نسل آینده را بر عهده دارند و به عنوان نیمی از جمعیت نقش انکارناپذیری در توسعه و پیشرفت جامعه دارند، لذا باید به مقوله سلامتی این قشر، توجه شایانی شود. افسردگی این قشر در جامعه نیز می‌تواند پیامدهای بسیار نامطلوبی بر جای گذارد که از آن جمله می‌توان به ایجاد ترس و عدم امنیت در زندگی، اختلال در روند انجام دادن امور

-
1. Social Capital
 2. Social Support

عادی زندگی، ایجاد مشکلات بهداشتی و جسمانی و... اشاره کرد. لذا ضرورت پرداختن به مسئله افسردگی در میان زنان متأهل ضرورت انجام پژوهش حاضر را دو چندان می‌کند. با توجه به مطالب مذکور، پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به سؤالات زیر بود: ۱. میزان سرمایه اجتماعی در میان زنان متأهل شهر تبریز در چه حدی است؟ ۲. میزان افسردگی زنان متأهل شهر تبریز در چه حدی است؟ ۳. سرمایه اجتماعی چه تأثیری می‌تواند بر افسردگی زنان متأهل داشته باشد؟

سلامت چه به صورت فردی و چه جمعی بی‌تردید از مهم‌ترین ابعاد مسائل حیات انسان است. سلامت، شرطی ضروری برای ایفای نقش‌های اجتماعی است و همه انسان‌ها در صورتی می‌توانند فعالیت کامل داشته باشند که هم خود را سالم احساس کنند و هم جامعه آن‌ها را سالم بدانند.

افسردگی از رایج‌ترین انواع ناراحتی‌های اعصاب و روان است که از زمان‌های بسیار دور مورد توجه اندیشمندان بوده است. برخی افسردگی را یک واکنش طبیعی در قبال زندگی می‌دانند و برخی آن را یک بیماری قلمداد می‌کنند. افسردگی علاوه بر جنبه ارثی و ژنتیکی اکثراً با عوامل اجتماعی و روانی همراه بوده است که ناشی از وقایع محیط اجتماعی است. عصر حاضر با توجه به رشد جمعیت، پیچیدگی نظام زیستی انسان‌ها، بحران‌ها، مشکلات و بیماری‌های متعدد را همراه داشته و بیش از پیش دست به گریبان افسردگی است (هاشمی و کامکار، ۱۳۸۰: ۱۵). از حدود یک دهه پیش برخی صاحب‌نظران، ویژگی‌های اجتماعی از قبیل همبستگی اجتماعی، اعتماد، حمایت اجتماعی، روابط اجتماعی و... را تحت عنوان سرمایه اجتماعی مطرح کردند که باسلامتی افراد در ارتباط است. یک شبکه اجتماعی^۱ برای فرد حمایت عاطفی، ابزاری، اطلاعاتی فراهم می‌کند و از آن طریق در تنظیم فعالیت‌های او و کنترل رفتارهای مرتبط با سلامتی از قبیل افسردگی، خشونت، استعمال دخانیات و... نقش بازی می‌کند. بنابراین، رفتارهای مرتبط با سلامتی و سرمایه اجتماعی با هم رابطه درونی دارند (کواچی^۲، ۱۹۹۹: ۳۱۴).

از سال ۱۹۹۰، تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت به‌طور وسیعی بررسی شده است. نتایج

-
1. Social Network
 2. Kawachi

حاصل از پژوهش‌های اولیه نشان داد که ابعاد سرمایه اجتماعی (شبکه‌ها، مشارکت اجتماعی، اعتماد و روابط متقابل)، به‌طور مثبت و چشمگیری در حفظ و بهبود سلامتی تأثیر دارد (کاوچی، ۱۹۹۹، مورگان^۱، ۲۰۰۲، به نقل از آبوت و فرید^۲، ۲۰۰۸: ۸۷۵). همچنین، رابطه تعداد زیادی از مفاهیم با افسردگی ثابت شده است که در این میان ابعاد سرمایه اجتماعی نیز، نظیر اعتماد و افسردگی روانی، حمایت اجتماعی و اختلالات روانی، روابط اجتماعی و افسردگی به چشم می‌خورد (جان وود^۳، ۲۰۰۶: ۲۶). مطالعات نشان داده که ویژگی‌های شبکه‌های اجتماعی و حمایت‌های دریافتی افراد با افسردگی رابطه قوی دارد (دونهام^۴، ۱۹۹۷: ۶).

به طور کلی، سرمایه اجتماعی مجموعه منابع بالقوه‌ای است که با عضویت در شبکه‌های اجتماعی کنش‌گران و سازمان‌ها به وجود می‌آید. به عبارتی شامل روابط مبتنی بر اعتماد و بده بستان (معامله به مثل) در شبکه‌های اجتماعی است (پوچین^۵، ۲۰۰۶: ۱۵). استدلال سرمایه اجتماعی در ضعیف‌ترین و معمول‌ترین حالت آن، این است که سرمایه اجتماعی منبعی است که کنشگران می‌توانند برای دستیابی به اهدافشان از آن استفاده کنند (فیلد، ۱۳۸۶: ۱۱۴). سرمایه اجتماعی به عنوان مزایا و امتیازاتی است که به وسیله گروه‌هایی به دست می‌آید که افراد در شبکه‌های خانگی و بیرون از آن عضو هستند (یونگ لارانس و لانه پورتر^۶، ۲۰۰۴: ۶۷۷).

به اعتقاد برایان ترنر، سرمایه اجتماعی، افراد را در مقابل دوره‌های حاد افسردگی حمایت می‌کند، کاهش آن افراد را در برابر حالات روانی منفی آسیب‌پذیر می‌کند. او معتقد است از جمله مهم‌ترین عوامل تعدیل‌کننده میزان افسردگی، می‌تواند حضور یک دوست صمیمی یا روابط اجتماعی باشد. بر این اساس، می‌توان تصور کرد که سرمایه اجتماعی می‌تواند به عنوان سپر و محافظی در برابر استرس، افسردگی، اضطراب و بیماری‌های مختلف عمل کند (خیرالله پور، ۱۳۸۳: ۶۷). کاوچی و کندی (۱۹۹۹)، معتقد هستند که سرمایه اجتماعی از طریق همسایگی، به سه شیوه بر سلامتی افراد تأثیر می‌گذارد؛ از طریق رساندن خبرها و اطلاعات

-
1. Morgan
 2. Abbott & Freeth
 3. Janewood
 4. Dunham
 5. Pohchin
 6. Young Larance & Lane porter

درباره سلامت؛ افزایش هنجارهای سلامتی رفتار مانند فعالیت بدنی و حمایت‌های عاطفی و ابزاری از سوی همسایگان (کاواچی و کندی، ۱۹۹۹: ۱۱۸۷).

منظور بورديو از سرمایه اجتماعی نیز، منافع و منابعی است که افراد به واسطه عضویت در شبکه‌ها به دست می‌آورند (کلدی، ۱۳۸۴: ۱۸۷-۱۸۶). در مفهوم‌سازی بورديو، سرمایه اجتماعی شامل روابط اجتماعی است که یک فرد می‌تواند برای دسترسی به منابع کسانی استفاده کند که با آن‌ها در ارتباط است (شجاعی باغبینی و همکاران، ۱۳۸۷: ۴۰۱).

به نظر کلمن، سرمایه اجتماعی به‌طور خاصی از طریق پیوندهای نخستین مثل خویشاوندی بروز می‌کند. او بیان می‌کند که سرمایه اجتماعی به واسطه فرآیندهایی که پیوندهای خویشاوندی را از بین می‌برند، از جمله طلاق و جدایی یا مهاجرت تضعیف می‌شود. وقتی که خانواده‌ها شبکه‌های فعلی خویشاوندی، دوستی و سایر تماس‌های خود را کنار می‌گذارند، ارزش سرمایه اجتماعی آن‌ها کاهش پیدا می‌کند (فیلد، ۱۳۸۶: ۱۸۲-۱۸۱).

رابرت پاتنام نیز معتقد است اندیشه اصلی سرمایه اجتماعی این است که خانواده، دوستان، همکاران، همسایگان، دارایی‌های بسیار مهمی را تشکیل می‌دهند که یک فرد می‌تواند در شرایط بحرانی آن‌ها را به کار گیرد، از آن‌ها بهره بگیرد یا برای منافع مادی استفاده کند (توسلی و موسوی، ۱۳۸۴: ۶). پاتنام بر این عقیده بود که سرمایه اجتماعی درمان کامل برای بسیاری از دردهای هر جامعه است. به نظر او پیوندهای اجتماعی غیر رسمی بیش‌تر در میان زنان رایج است و آن‌ها بیش‌تر بر خویشاوندان به عنوان اعضای شبکه تکیه می‌کنند (فیلد، ۱۳۸۶: ۵۵). پاتنام اعتماد را یکی از اجزای اصلی سرمایه اجتماعی می‌داند و معتقد است بخش اعظم عقب‌ماندگی اقتصادی، اجتماعی و روانی جامعه، ناشی از نبود اعتماد متقابل است (شایگان، ۱۳۸۷: ۱۵۹).

فرانسیس فوکویاما، سرمایه اجتماعی را به عنوان هنجار غیررسمی می‌داند که همکاری بین دو یا افراد بیش‌تر را فراهم می‌کند، مثلاً شبکه‌های اجتماعی در فراهم آوردن اطلاعات و حمایت برای اعضاء می‌توانند مؤثر واقع شوند (فوکویاما، ۲۰۰۱: ۷۷).

بعضی از مطالعات نیز نشان داده‌اند که اعتماد به عنوان شاخص سرمایه اجتماعی در

1. Kawachi & Kennedy
2. Francis Fukuyama
3. Fukuyama

سلامتی و کاهش افسردگی تأثیر بسزایی دارد. اعتماد ممکن است باعث ترقی شبکه‌های اجتماعی شود و از این طریق از افسردگی افراد جلوگیری شود (آبوت و فریزد، ۲۰۰۸: ۸۷۸). کاکس^۱ نیز معتقد است اگر افراد به یکدیگر اعتماد داشته باشند، روابط آن‌ها با خانواده، دوستان، همسایگان، همکاران، مؤثرتر می‌شود. در صورتی که، فقدان اعتماد با عدم پیروی از قوانین، افسردگی، مسائل بهداشتی و سایر مسائل اجتماعی همراه خواهد بود (شریفیان ثانی، ۱۳۸۰: ۱۵).

بر طبق نظر فابر و اسرمن^۲، حمایت به عنوان منابع، شامل منابع فیزیکی و عاطفی موجود از سوی دوستان، خانواده و آشنایانی است که اطراف فرد هستند (لی^۳، ۲۰۰۵: ۱۴). کوب^۴، معتقد است، حمایت اجتماعی ممکن است از سوی منابع گوناگونی مانند همسر، نامزد، خانواده، اقوام، دوستان، همکاران، پزشک یا سازمان‌های اجتماعی دریافت شود. بنا به نظر او کسانی که از حمایت اجتماعی برخوردارند، احساس می‌کنند، که می‌توانند از منابع مذکور، کمک‌های مادی و معنوی نیاز دریافت کنند (سارافینو، ۱۳۸۷: ۱۷۸).

نتایج پژوهش فریال تحت عنوان «بررسی عوامل روانی - اجتماعی مؤثر در بروز افسردگی زنان پس از زایمان در بیمارستان زنان شهرستان کرج» حاکی از آن است که بین متغیرهای ارتباط با همسر، ارتباط با خانواده پدری، ارتباط با خانواده همسر و افسردگی زنان رابطه معناداری وجود دارد (فریال، ۱۳۸۸: ۳۲).

لهسائی زاده و مرادی پژوهشی را تحت عنوان «رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در مهاجران» به روش پیمایش و از طریق ابزار پرسشنامه انجام داده‌اند؛ نتایج نشان داد که بین سلامت روانی و متغیرهای اعتماد اجتماعی، حمایت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد. و هر اندازه افراد در ساختار اجتماعی دارای سرمایه اجتماعی بالاتری باشند، سلامت روان آن‌ها در جامعه جدید در وضعیت بهتری قرار خواهد گرفت (لهسائی زاده و مرادی، ۱۳۸۶: ۱۶۱).

خیرالله پور پژوهش دیگری را تحت عنوان «بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روانی با تأکید بر سرمایه اجتماعی: مطالعه موردی دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی انجام داده است

-
1. Cox
 2. Faber & Esrman
 3. Lee
 4. Cobb

که بخشی از نتایج آن نشان داد که هر یک از ابعاد سرمایه اجتماعی (اعتماد اجتماعی، حمایت اجتماعی و روابط اجتماعی) رابطه معناداری با سلامت روانی دارند (خیرالله پور، ۱۳۸۳: ۱۵۱).

سلطانی و جمالی پژوهشی تحت عنوان «بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روانی مورد مطالعه: دانشجویان دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه شیراز» را با حجم نمونه ۲۷۳ نفر، طی سال ۱۳۸۷، انجام دادند. نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که رابطه بین سرمایه اجتماعی به طور کلی و سلامت روانی به لحاظ آماری معنادار و جهت رابطه نیز مثبت است (سلطانی و جمالی، ۱۳۸۷: ۳۵۳).

جان وود، در سال ۲۰۰۶، پژوهشی تحت عنوان «سرمایه اجتماعی، محیط‌های همسایگی و سلامت: توسعه ابزارهای اندازه‌گیری و اکتشاف رابطه‌ها از طریق پژوهش کمی و کیفی» انجام داد. نتایج حاصل نشان داد که بین حمایت اجتماعی همسایگان و اعتماد به آن‌ها و افسردگی افراد رابطه معناداری وجود دارد (جان وود، ۲۰۰۶: ۷).

شیاچه و همکاران، در سال ۲۰۰۴، پژوهشی تحت عنوان «رابطه بین نشانه‌های افسردگی و حمایت اجتماعی در بین زنان تایوانی در طول ماه» انجام داد. نتایج پژوهش نشان داد که همبستگی معکوس و معناداری بین حمایت اجتماعی دریافتی از نوع ابزاری و عاطفی از سوی والدین و افسردگی زنان حاصل شد (شیاچه^۲ و همکاران، ۲۰۰۴: ۵۷۳).

نتایج پژوهش لی، تحت عنوان «الکل و غلبه بر استرس و تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامتی» نشان داد که بین حمایت اجتماعی از سوی دوستان و خانواده در ابعاد عملی، عاطفی و اطلاعاتی و متغیرهای افسردگی، مصرف الکل و سلامت جسمی و روانی رابطه معناداری حاصل شد (لی، ۲۰۰۵: ۴۰).

با توجه به چارچوب نظری و پیشینه‌های تجربی مطرح شده، فرضیه‌های پژوهش حاضر به صورت زیر تدوین شده است:

فرضیه اصلی:

بین سرمایه اجتماعی و افسردگی زنان متأهل رابطه وجود دارد.

1. Janewood
2. Shyaheh

فرضیه‌های فرعی پژوهش:

- بین حمایت خانواده پدری و افسردگی زنان متأهل رابطه وجود دارد.
- بین حمایت خانواده پدر شوهری و افسردگی زنان متأهل رابطه وجود دارد.
- بین حمایت دوستان و افسردگی زنان متأهل رابطه وجود دارد.
- بین اعتماد بین زوجین و افسردگی زنان متأهل رابطه وجود دارد.

روش پژوهش

روش پژوهش براساس هدف پژوهش، از نوع کاربردی و براساس نحوه گردآوری داده‌ها، پیمایشی بود. همچنین از لحاظ میزان ژرفایی پهنانگر بوده و با در نظرگرفتن معیار زمان، مقطعی است. جامعه آماری در این پژوهش، کلیه زنان متأهل شهر تبریز به تعداد ۳۷۸۴۶۰ نفر بودند که از این تعداد، ۳۸۴ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای به نسبت ۸ منطقه شهرداری و با استفاده از فرمول کوکران به عنوان حجم نمونه انتخاب شدند. بدین صورت که پس از برآورد حجم نمونه کل، نمونه اختصاصی برای هر کدام از مناطق شهرداری شهر تبریز (۸ منطقه) به تناسب جمعیت آن‌ها محاسبه شد. جدول ۱ تعداد نمونه اختصاصی را به تفکیک مناطق شهرداری نشان می‌دهد:

جدول ۱: تعداد نمونه‌های تخصیص یافته به نسبت مناطق شهرداری

مناطق شهرداری	کل جمعیت زنان متأهل به تفکیک منطقه	تعداد نمونه اختصاصی
منطقه ۱	۸۳۳۵۰	۸۵
منطقه ۲	۷۷۵۹۳	۷۹
منطقه ۳	۹۱۵۶۳	۹۳
منطقه ۴	۸۲۰۴۴	۸۳
منطقه ۵	۱۸۳۶۷	۱۹
منطقه ۶	۷۰۰۸	۷
منطقه ۷	۱۳۳۷۸	۱۳
منطقه ۸	۵۱۸۴	۵
جمع کل	۳۷۸۴۶۰	۳۸۴

با توجه به ماهیت موضوع، ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بود و برای سنجش متغیرهای پژوهش از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد. تمامی گویه‌ها در سطح سنجش رتبه‌ای و در قالب طیف لیکرت تنظیم شده است. البته شایان ذکر است که برای سنجش متغیر وابسته افسردگی از خرده مقیاس افسردگی پرسشنامه استاندارد سلامت روانی (GHQ)^۱ استفاده شد. همچنین، اعتبار مورد استفاده در این پژوهش هم اعتبار محتوایی^۲ از نوع صوری^۳ یا ذهنی و هم اعتبار سازه‌ای است. اعتبار صوری، مبتنی بر ارزیابی‌های ذهنی محققان و متخصصانی است که با اجماع نظر کیفیت ابزار اندازه‌گیری را بررسی می‌کنند. دقت نظر در صفات مورد بررسی مشخص کننده این نکته است که تا چه اندازه وسیله طراحی شده، آن چیزی را که محقق در فکر آن است، اندازه می‌گیرد (قاضی طباطبایی، ۱۳۸۱: ۱۳). در ضمن، برای برآورد پایایی^۴ ابزار اندازه‌گیری پژوهش از تکنیک آلفای کرونباخ^۵ استفاده شد، بدین ترتیب ضریب پایایی به دست آمده برای متغیر افسردگی برابر با ۰/۸۶۶ بود. برای ارزیابی اعتبار سازه‌ای^۶ مرتبط با سازه سرمایه اجتماعی نیز، از تکنیک تحلیل عاملی^۷ استفاده شد. با استفاده از تکنیک مذکور، زیر مجموعه‌های مرتبط با یک بعد و تعداد عوامل قابل قبول با استفاده از مقادیر ویژه^۸ مشخص شد. معناداری آزمون بارتلت^۹ (Sig=۰/۰۰۰) و نتایج آزمون آماری (Kmo = ۰/۹۰۳) برای ابعاد مذکور، نشان می‌دهد که ایده تحلیل عاملی برای گویه‌های مورد نظر، ایده مطلوبی بوده و تعداد نمونه انتخاب شده برای انجام دادن تحلیل عاملی کافی و مناسب است. نتیجه نهایی اینکه تعداد ابعاد قابل قبول برای سازه سرمایه اجتماعی، چهار عامل حمایت خانواده پدری، حمایت خانواده پدر شوهری، حمایت دوستان و اعتماد بین شخصی تشخیص داده شدند. همچنین ضرایب پایایی به دست آمده برای این متغیر، نشان می‌دهد که گویه‌ها از همبستگی درونی بسیار بالایی بهره‌مند هستند. در جدول ۲، تحلیل پایایی گویه‌های مرتبط با متغیر سرمایه

1. General Health Questionnaire
2. Content Validity
3. Face Validity
4. Reliability
5. Cronbachs Alpha
6. Construct Validity
7. Factor Analysis
8. Eigen Value
9. Bartlett Test



اجتماعی و نتایج ابعاد تحلیل عاملی سرمایه اجتماعی نشان داده شده است.

جدول ۲: نتایج و اجزاء تحلیل عاملی گویه‌ها و ضریب پایایی هر یک از ابعاد متغیر سرمایه اجتماعی

ضریب پایایی کل	ضریب پایایی هر عامل	مقادیر ویژه	درصد واریانس تبیین شده	بار عاملی	گویه‌ها	سرمایه اجتماعی
۰/۹۱۲	۵/۲۴	۱۶/۲۶		۰/۵۳۶	میزان احترام	حمایت خانواده پدری
				۰/۷۵۱	میزان صمیمیت	
				۰/۵۲۱	میزان مشورت	
				۰/۶۴۲	حمایت از هر حیث	
				۰/۴۱۳	حمایت اقتصادی	
				۰/۸۴۰	میزان تماس تلفنی	
				۰/۶۳۴	میزان دیدار	
				۰/۸۵۱	حمایت‌های عاطفی	
				۰/۸۹۹	میزان رضایت	
				۰/۸۴۶	میزان دلتنگی خانواده	
۰/۹۰۱	۷/۶۶	۲۰/۵۹		۰/۶۷۰	میزان احترام	حمایت خانواده پدرشوهر
				۰/۷۳۰	میزان صمیمیت	
				۰/۷۹۴	میزان مشورت	
				۰/۸۴۰	حمایت از هر حیث	
				۰/۷۷۸	حمایت اقتصادی	
				۰/۸۱۴	میزان تماس تلفنی	
				۰/۸۴۲	میزان دیدار	
				۰/۸۴۴	حمایت‌های عاطفی	
				۰/۷۵۳	میزان رضایت	
				۰/۸۳۰	میزان دلتنگی خانواده	
۰/۸۲۳	۳/۸۲۰	۱۰/۹۱۴		۰/۸۳۳	به فکر سعادت بودن	حمایت دوستان
				۰/۸۴۰	میزان اعتماد	
				۰/۷۴۸	میزان صاف بودن	
				۰/۸۰۰	میزان رازداری	

ضریب پایایی کل	ضریب پایایی هر عامل	مقادیر ویژه	درصد واریانس تبیین شده	بار عاملی	گویه‌ها	سرمایه اجتماعی
				۰/۵۷۱	دوستان	
				۰/۳۴۳	یار بودن	
				۰/۳۸۸	میزان دلتنگی دوستان	
				۰/۶۶۵	شریک غم دانستن	
				۰/۴۴۸	عمل به قول	
				۰/۶۶۷	رک گویی	
				۰/۶۳۰	انتقادپذیری	
۰/۸۱۸	۳/۹۳۱	۱۱/۲۳۳		۰/۷۹۷	همکاری متقابل	
				۰/۷۳۰	وفاداری	
				۰/۶۰۲	تفاهم	اعتماد بین زن و شوهر
				۰/۸۰۵	خیرخواهی	
					اطمینان به گفته‌ها	
				KMO: ۰/۹۰۳ آزمون بارتلت = ۸۴۱۹/۲۰۲ کل واریانس تبیین شده = ۵۹/۵۹		

یافته‌های توصیفی پژوهش:

متغیر سرمایه اجتماعی: آماره‌های توصیفی متغیر سرمایه اجتماعی حاکی از آن است که میانگین متغیر حمایت خانواده پدری با میزان حداکثر ۳۶ و حداقل ۹، بالاتر از مقدار متوسط بوده است. میزان حمایت‌هایی که زنان از خانواده پدرشوهری دریافت می‌کنند با میانگین ۲۶/۳۱، با توجه به میزان ماکزیمم ۴۰ و مینیمم ۱۰، تقریباً در حد متوسط رو به بالا قرار دارد؛ میانگین متغیر حمایت دوستان با توجه به حداکثر ۲۸ و حداقل ۷، تقریباً در حد متوسطی قرار دارد؛ میانگین متغیر اعتماد بین زوجین با ۲۴/۹۰ با توجه به حداکثر اعتماد (۳۲) و حداقل آن ۹، در حد متوسط رو به بالا قرار دارد؛ میانگین سرمایه اجتماعی کل، در بین آزمودنی‌ها، در حد متوسط رو به بالا قرار دارد. همچنین میانگین حاصل برای متغیر افسردگی برابر با ۱۳/۱۷ است، که با توجه به میزان حداکثر ۲۵ و حداقل ۷ این بعد، میانگین مذکور در حد متوسط رو به پایین است (جدول ۳).

جدول ۳: آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	چولگی	ماکزیمم	مینیمم	دامنه تغییرات
حمایت خانواده پدری	۲۸/۲۳	۲۰/۶	-۰/۹۰	۳۶	۹	۲۷
حمایت خانواده پدرشوهری	۲۶/۳۱	۷/۶۸	-۰/۱۳	۴۰	۱۰	۳۰
حمایت دوستان	۱۶/۹۷	۴/۱۹	-۰/۰۶	۲۸	۷	۲۱
اعتماد بین زوجین	۲۴/۹۰	۴/۷۰	-۰/۴۹	۳۲	۹	۲۳
سرمایه اجتماعی کل	۹۶/۴۳	۱۵/۰۲	-۰/۲۳	۱۳۳	۴۶	۸۷
افسردگی	۱۳/۱۷	۳/۶۶	۱/۲۷	۲۵	۷	۱۸

یافته‌های استنباطی پژوهش

آزمون همبستگی: برای سنجش همبستگی بین متغیر سرمایه اجتماعی با ابعاد چهارگانه (حمایت خانواده پدری، حمایت خانواده پدرشوهری، حمایت دوستان و اعتماد بین زن و شوهر) و متغیر افسردگی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج نشان داد، رابطه خطی بین سرمایه اجتماعی و ابعاد آن، با متغیر افسردگی با اطمینان ۹۹٪ و در سطح معناداری ۰/۰۱، تأیید شد، شدت همبستگی سرمایه اجتماعی کل و ابعاد حمایت خانواده پدرشوهری و اعتماد بین زن و شوهر با افسردگی متوسط، ولی با ابعاد حمایت خانواده پدری و حمایت دوستان ضعیف بوده است. همچنین نوع رابطه نیز معکوس است، بدین نحو که هرچه سرمایه اجتماعی زنان بالاتر باشد، افسردگی در بین آن‌ها در حد پایینی است (جدول ۴).

جدول ۴: آزمون همبستگی بین متغیرهای سرمایه اجتماعی و افسردگی

متغیر	حمایت خانواده پدری	حمایت خانواده پدر شوهر	حمایت دوستان	اعتماد بین زوجین	سرمایه اجتماعی
افسردگی	** -۰/۲۰۱	** -۰/۳۵۰	** -۰/۱۳۹	** -۰/۴۵۱	** -۰/۴۴۴

***: معناداری در سطح ۰/۰۱ *; معناداری در سطح ۰/۰۵

نتایج تحلیل رگرسیونی چند متغیره: هدف اصلی از کاربرد رگرسیون چند متغیره آن است

که ترکیبی خطی از متغیرهای مستقل را به گونه‌ای ایجاد کند که حداکثر همبستگی را با متغیر وابسته نشان دهد. در نتیجه، از این ترکیب خطی می‌توان در جهت پیش‌بینی مقادیر متغیر وابسته استفاده و اهمیت هر یک از متغیرها را در پیش‌بینی مورد نظر ارزیابی کرد (حبیب‌پور و صفری، ۱۳۸۸:۴۹۵).

از جمله مفاهیم اساسی در تجزیه رگرسیونی، خطی بودن رابطه بین متغیرهای مستقل و وابسته بوده که در پژوهش حاضر بر اساس جدول آنالیز واریانس، این موضوع محقق شده است. همچنین استقلال خطاها از همدیگر، موضوع مهم دیگری در تجزیه رگرسیونی بوده که این امر هم بر اساس میزان دوربین واتسون (بین ۱/۵ و ۲/۵) به دست آمده است؛ منظور اینکه میزان دوربین واتسون به دست آمده برای مدل نشان‌دهنده این است که باقی مانده‌ها، مستقل از هم هستند. مورد سوم این که، همچنین پیش فرض عدم هم خطی متغیرهای مستقل نیز با توجه به مقادیر شاخص تولرانس^۱ (نزدیک به عدد یک) و شاخص تورم واریانس^۲ (کوچک‌تر از عدد ۲/۵) به تأیید رسیده است.

در بین متغیرهای مستقل در مدل رگرسیونی متغیرهای اعتماد بین زوجین، حمایت خانواده پدرشوهری زن و حمایت دوستان تأثیر معناداری بر متغیر وابسته افسردگی داشته‌اند، در این میان تأثیر متغیر اعتماد بین زوجین بر متغیر افسردگی بیش‌تر از تأثیر بقیه متغیرهای مستقل بوده است، همچنین متغیرهای مذکور، توانسته‌اند ۲۴٪ از تغییرات متغیر وابسته را تبیین کنند، نوع تأثیر تمامی متغیرهای مستقل بر متغیر افسردگی نیز معکوس بوده است. در ضمن متغیر حمایت خانواده پدری زن، تأثیر معناداری در تبیین تغییرات متغیر وابسته نداشته است (جدول ۵).

-
1. Tolerance
 2. Variance Inflation Factor

جدول ۵: آماره‌های تحلیل رگرسیونی چند متغیره افسردگی

متغیر	بتا	کمیت t	سطح معناداری	VIF	Tolerance	آنالیز واریانس	
						کمیت F	سطح معناداری
اعتماد بین زن و شوهر	-۰/۳۶۸	-۷/۵۵	۰/۰۰۰	۱/۱۸	/۸۴۱	ضریب تبیین	۰/۲۵۵
حمایت خانواده	-/۱۹۰	-۳/۷۳	۰/۰۰۰	۱/۳۰	/۷۶۹	ضریب تبیین اصلاح شده	۰/۲۴۷
پدرشوهر						۳۱/۹۵	
حمایت دوستان	-/۱۰۰	-۲/۲۲	۰/۰۲۷	۱/۰۱	/۹۸۹	اشتباه معیار برآورد	۳/۱۵
حمایت خانواده	-/۰۳۰	-/۶۲۶	۰/۵۳۲	۱/۱۷	/۸۴۸	کمیت دوربین واتسون	۱/۹۰

بحث و نتیجه‌گیری

سلامت زنان از مهم‌ترین اولویت‌های سلامت جامعه و از شاخص‌های توسعه‌یافتگی کشورها است. چراکه زنان به دلیل شرایط ویژه فیزیولوژیک در دوره‌های مختلف زندگی در معرض آسیب‌پذیری بیشتری در مقایسه با مردان هستند. در این میان، سرمایه اجتماعی به عنوان یک سپر و عامل محافظت‌کننده در برابر پیامدهای منفی بد رفتاری، می‌تواند در پیشگیری از بروز اختلالات روانی از جمله افسردگی مؤثر باشد. ارائه حمایت‌های اجتماعی به زنان و افزایش اعتماد بین زوجین، در کاهش آثار منفی ناشی از این اختلالات اهمیت داشته و بهبود کیفیت زندگی و کاهش افسردگی در بین قشر مذکور را به همراه دارد. بهره‌مندی از حمایت‌های رسمی و غیر رسمی سبب می‌شود احساس سلامت روانی و جسمی در زنان افزایش یابد و از افسردگی کم‌تری رنج برند. از این رو پژوهش حاضر نیز در راستای بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و افسردگی زنان متأهل شهر تبریز به رشته تحریر درآمده است. براساس مطالب مطرح شده در چارچوب نظری و پیشینه پژوهش، می‌توان اظهار کرد، در نظریات پاتنام و فوکویاما، هنجارهای اعتماد و همیاری درون شبکه‌های اجتماعی، منابع

سرمایه‌ای هستند که ذاتاً اجتماعی بوده و با حل مشکلات در سطح جامعه و خانواده، زمینه را برای توسعه اقتصادی و اجتماعی فراهم می‌کند. پاتنام همچنین حمایت اجتماعی و اعتماد را به عنوان دارایی‌های مهم یاد کرده، او با طرح سرمایه اجتماعی، به نقش خانواده در حمایت اجتماعی بیش‌تر صحنه گذاشته است. کلمن نیز حضور سرمایه اجتماعی در شبکه‌های خانوادگی و اجتماع را منبعی برای سرمایه انسانی قلمداد می‌کند و اصولاً آن را ویژگی ساختار اجتماعی معرفی می‌کند که می‌تواند به عنوان منبعی برای افراد و تسهیل مشکلات و مسائل آن‌ها عمل کند. نان لین، بازده و منافع سرمایه اجتماعی در سطح فردی را در یک طبقه‌بندی کلی، بر حسب کنش‌های ابزاری یا اظهاری فرد، در دو دسته قدرت، ثروت و حیثیت از یک سو و سلامت روانی، سلامت جسمانی و رضایت از زندگی از سوی دیگر تعریف می‌کند که فرد به واسطه میزان بهره‌مندیش از سرمایه اجتماعی آن‌ها را به دست می‌آورد. بورديو نیز سرمایه اجتماعی را در شکل حمایت خانوادگی، منبع سرمایه فرهنگی می‌داند و منظورش از سرمایه اجتماعی، منافع و منابعی است که افراد به واسطه عضویت در شبکه‌ها به دست می‌آورند و بدین صورت می‌توانند، از این منابع در بسیاری از بحران‌های زندگی استفاده بهینه به عمل آورند.

از طرفی، در ارتباط با بعد اعتماد (اعتماد بین شخصی) سرمایه اجتماعی، نظریات تئوری پردازان مطرح شد که ارتباط نزدیکی با موضوع پژوهش داشته است که در این میان گیدنز اعتماد بین شخصی را عملی اساسی در دستیابی به احساس آرامش جسمانی و روانی می‌داند. زتومکا در بحث اعتماد مطرح می‌کند که قیافه، نحوه گویش، رک گویی و ... از نشانه‌های اعتماد بین شخصی است و این اعتماد به نوبه خود بر سلامتی افراد تأثیر بسزایی دارد. همچنین وایگرت وجود اعتماد را عاملی مؤثر در ایجاد تفاهم اخلاقی می‌داند. کاکس علت بسیاری از انحرافات اجتماعی از قبیل خشونت، خودکشی و ... را بی‌اعتمادی می‌داند. او تأکید می‌کند اعتماد در بهبود سلامتی و بهتر شدن روابط در خانواده نقش بسزایی دارد؛ پس می‌توان بیان کرد که، اعتماد بین شخصی (اعتماد بین زوجین)، نقش اساسی در ایجاد تفاهم، اطمینان، همکاری و آرامش روان داشته و بدین طریق می‌تواند بر سلامت روانی و افسردگی زن تأثیری اساسی داشته باشد و وجود بی‌اعتمادی خود زمینه‌ساز بسیاری از ناملایمات در زندگی شده و پایه‌های آن را درهم می‌ریزد.



همچنین، به‌طور کلی می‌توان اذعان کرد که بعد حمایت اجتماعی سرمایه اجتماعی، که افراد آن را از طریق شبکه‌های اجتماعی به‌صورت حمایت‌های مالی، عاطفی، اطلاعاتی، عملی و ابزاری و به اشکال دیگر دریافت می‌کنند، در کاهش بسیاری از وقایع ناگوار زندگی به ویژه افسردگی نقش حیاتی ایفا می‌کند و این حمایت‌های دریافتی همچون سپری در انواع آسیب‌های روانی و اجتماعی عمل می‌کند. در تئوری کوهن نیز، حمایت اجتماعی مانع مهمی در بروز اختلالات روانی قلمداد شده است، دیدگاه کاواچی و کندی بر نقش سرمایه اجتماعی و شبکه‌ها و حمایت‌های اجتماعی حاصل از آن در کاهش اختلالات روانی تأکید اساسی دارد. از طرفی، در تأیید محتوای نظریات فوق، با توجه به معناداری رابطه سرمایه اجتماعی در ابعاد چهارگانه (حمایت خانواده پدری زن، حمایت خانواده پدرشهری زن، حمایت دوستان و اعتماد بین زن و شوهر) با متغیر افسردگی و همچنین نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل رگرسیونی می‌توان نتیجه گرفت که نتایج پژوهش‌های فریال (۱۳۸۸)، لهسائی‌زاده و مردادی (۱۳۸۶)، خیرالله پور (۱۳۸۳)، جان وود (۲۰۰۶)، شیاحه و همکاران (۲۰۰۴) و لی (۲۰۰۵) نشان داد که بین سرمایه اجتماعی و افسردگی رابطه معناداری وجود دارد، پس می‌توان گفت که نتایج پژوهش‌های قبلی و محتوای نظریات مذکور همسو و منطبق با نتیجه پژوهش حاضر است بنابراین، در جامعه آماری مورد مطالعه کاربردی است. با توجه با مطالب مذکور و نتایج حاصل از پژوهش حاضر می‌توان پیشنهاداتی را در راستای جلوگیری و کاهش افسردگی زنان ارائه کرد؛ با توجه به نتایج حاصله از آزمون همبستگی و تجزیه و تحلیل رگرسیونی مشخص شد که اعتماد بین شخصی بین زوجین به عنوان یکی از بعدهای اساسی سازه سرمایه اجتماعی، از عوامل مؤثر در پیش‌بینی و تبیین افسردگی زنان است، که کاهش آن زمینه و بستر را برای بروز این اختلالات روانی فراهم می‌آورد، لذا زوجین باید وقت زیادی را برای تقویت ارتباط و اعتماد بین خود با اعضاء خانواده، مخصوصاً بین خودشان صرف کنند، البته باید توجه داشت که این ارتباط و اعتماد باید مبتنی بر صمیمیت بوده و خالصانه باشد، چراکه فقط در این شرایط، سرمایه اجتماعی در بین زوجین افزایش یافته و به کاهش آسیب‌های روانی منجر می‌شود. همچنین، از آنجا که در پژوهش حاضر، سرمایه اجتماعی در ابعاد چهارگانه تقریباً با متغیر افسردگی همبستگی معنادار و معکوسی داشت. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که زمینه برای بروز و افزایش این سرمایه چه در سطح خانواده و چه در سطح جامعه فراهم آید، چرا که این

مفهوم با توجه به تئوری‌ها و پیشینه‌های مطرح شده در بخش نظری پژوهش، پیوندها و ارتباطات میان اعضای یک شبکه را به عنوان یک منبع با ارزش در نظر می‌گیرد که با خلق هنجارها و اعتماد دوسویه موجب تحقق اهداف اعضا می‌شود، وجود میزان جالب توجهی از سرمایه اجتماعی موجب تسهیل کنش‌های اجتماعی شده، به طوری که در مواقع بحرانی می‌توان از آن برای حل مشکلات، به عنوان اصلی‌ترین منبع حل مشکلات نظیر افسردگی بهره برد که پژوهش حاضر مؤید این مسئله است.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی



منابع

- احمدی، بتول، فرزندی، فرانک، شریعتی، بتول، علی محمدیان، معصومه، محمودی و محمود (۱۳۸۶). *سیمای سلامت زنان*. جلد ۱ و ۲. تهران: روابط عمومی شورای فرهنگی-اجتماعی زنان.
- اوتادی، مریم (۱۳۸۰). *تأثیر اشتغال زنان بر سلامت روان همسرانشان*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهرا، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
- بهزاد، داود (۱۳۸۱). *سرمایه اجتماعی بستری برای ارتقاء سلامت روان*. *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، سال دوم، شماره ۶، صص ۵۳-۳.
- پناغی، لیلی، قهاری، شهربانو، احمدآبادی زهره، یوسفی، حمید (۱۳۸۷). *همسرآزاری و سلامت روانی: نقش حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله*. *فصلنامه روانشناسان ایرانی*، سال پنجم، شماره ۱۷، صص ۷۹-۶۹.
- توسلی، غلامعباس و موسوی، مرضیه (۱۳۸۴). *مفهوم سرمایه در نظریات کلاسیک و جدید با تأکید بر نظریه‌های سرمایه اجتماعی*. *نامه علوم اجتماعی*، شماره ۲۶، صص ۳۲-۱.
- حبیب پور، کرم و صفری، رضا (۱۳۸۸). *راهنمای جامع کاربرد SPSS در تحقیقات پیمایشی (تحلیل داده‌های کمی)*. تهران: لویه.
- خیرالله پور، اکبر (۱۳۸۳). *بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روانی با تأکید بر سرمایه اجتماعی*. «مطالعه موردی دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی». پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید بهشتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی.
- سارافینو، ادوارد (۱۳۸۷). *روانشناسی سلامت*. ترجمه فروغ شفیعی و همکاران، تهران: رشد.
- سعادت، موسی (۱۳۸۹). *بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی، همسرآزاری و سلامت روانی در بین زنان متأهل شهر تبریز*. پایان نامه کارشناسی ارشد پژوهش علوم اجتماعی، دانشگاه تبریز، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی.
- سلطانی، طاهره و جمالی، مژده (۱۳۸۷). *بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روانی مورد مطالعه: دانشجویان دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه شیراز*. *مجموعه مقالات همایش سرمایه اجتماعی و توسعه در ایران*، تهران: موسسه تحقیقات و توسعه علوم انسانی.

- شایگان، فریبا (۱۳۸۷). بررسی عوامل تأثیر گذار بر اعتماد سیاسی. مجله دانش سیاسی، سال چهارم، شماره اول، صص ۱۷۹-۱۵۳.
- شجاعی باغینی، محمد مهدی، مهرمنش، آرش و انصاری، رضا (۱۳۸۷). مبانی مفهومی سرمایه اجتماعی. تهران: پژوهشکده مطالعات فرهنگی و اجتماعی.
- شریفیان ثانی، مریم (۱۳۸۰). سرمایه اجتماعی: مفاهیم اصلی و چارچوب نظری. فصلنامه علمی و پژوهشی رفاه اجتماعی، سال ۱، شماره ۲، صص ۱۸-۵.
- صوفیانی، حکیمه (۱۳۸۶). بررسی رابطه ابعاد شخصیت و ابعاد کمال‌گرایی با سلامت عمومی دانشجویان دانشگاه تبریز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تبریز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
- فریال، خمه (۱۳۸۸). بررسی عوامل روانی - اجتماعی مؤثر در بروز افسردگی زنان پس از زایمان در بیمارستان زنان شهرستان. دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله "عج" - دانشکده پزشکی - گروه روان پرستاری.
- فیلد، جان (۱۳۸۶). سرمایه اجتماعی. ترجمه غلامرضا غفاری و حسین رضایی. تهران: کویر.
- قاضی طباطبایی، محمود (۱۳۸۱). تکنیک‌های خاص تحقیق. تبریز: دانشگاه پیام نور.
- لهسایی زاده، عبدالعلی و مرادی، گلراده (۱۳۸۶). رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در مهاجران. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال هفتم، شماره ۲۶، صص ۱۸۰-۱۶۱.
- Abbott,S,Freeth,D.(2008). Social capital and health: Starting to make role of generalized trust and reciprocity. *Journal Of Health Psychology*. 7.874-883.
- Dunham,K.(1997).*Social support for women who are abused in hetero sexual relationships*. PhD. Dissertation. Department of Psychology.University of Windsor.Canada.
- Fukuyama,F.(2001). Social capital, civil society and development. *Third World Quarterly*.10.7-20.
- Jan,w. L.(2006).*Social capital, neighbourhood environments and health: development of measurement tools and exploration of links through qualitative and quantitative research*. PhD. Dissertation. school of Population Health, The University of Western Australia.
- Kawachi,I.(1999).Social Capital for health and human development. The society for International Development.
- Kawachi,I & Kennedy,B.(1999).Social capital and self-rated health. *American Journal of Public Health*.89.1187-1193.



- Lee,B.(2005).*Alcohol – induced stress and social support as influences of the substance abusers health and well-being*. PhD. Dissertation. School of social Work.University of Pittsburgh.
- Pohchin,L.(2006).Exploration of social capital and physical activity participation among adults on Christmas Island.PhD. Dissertation. School of Human Movement and Exercise Science & school of Social and Cultural Studies.university of Western Australia.
- Shyaheh,S,Coombes,L,. Bartlett.(2004).The association between depressive symptoms and social support in Taiwanese women during the month. *International Journal of Nursing Studies*.41.573-579.
- Young, L. L & Lane, P. M.(2004).Support group membership as a process of social capital formation among female survivors of domestic violence. *Journal of Interpersonal violence* .19.676-690.



نویسندگان

saadati.2245@yahoo.com

موسی سعادت

دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی مسائل اجتماعی دانشگاه کاشان

m.abbaszadeh2014@gmail.com

محمد عباس زاده

دکتری جامعه‌شناسی، دانشیار گروه علوم اجتماعی دانشگاه تبریز

niazim@kashanu.ac.ir

محسن نیازی

دکتری جامعه‌شناسی، استاد گروه علوم اجتماعی دانشکده علوم انسانی دانشگاه کاشان

hassanmontazery@gmail.com

حسن منتظری خوش

دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی مسائل اجتماعی دانشگاه کاشان

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی