

## عزت نفس به مثابه میانجی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی مورد مطالعه زنان و مردان متأهل شهر یاسوج

آرمان حیدری، استادیار، گروه علوم اجتماعی دانشگاه یاسوج

### چکیده

در بررسی رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت، تفکیک دو نوع سرمایه اجتماعی ساختاری و شناختی و توجه به آن دو مهم است. بعلاوه، اکثر نظریه پردازان و محققان معتقدند سرمایه اجتماعی نه تنها به صورت مستقیم، بلکه بیشتر به واسطه متغیرهای روان‌شناختی مانند افزایش عزت نفس، بر احساس سلامت افراد تأثیر می‌گذارد. هدف مقاله حاضر با اتکای به موارد فوق، بررسی رابطه هر دو نوع سرمایه اجتماعی (ساختاری و شناختی) و عزت نفس با احساس سلامت افراد متأهل شهر یاسوج بوده است. روش انجام پژوهش کمی<sup>۱</sup> پیمایشی بوده و از ابزار پرسشنامه برای دستیابی به داده‌ها استفاده شده است. برای اندازه‌گیری احساس سلامت، از پرسشنامه سلامت خودسنج (PHQ) اسپیتزور و دیگران<sup>۱</sup> استفاده شد. بر اساس فرمول لین، تعداد ۴۰۰ نفر از زنان و مردان متأهل شهر یاسوج به عنوان نمونه تعیین شدند. روش نمونه‌گیری تحقیق، طبقه‌ای<sup>۲</sup> سهمیه‌ای و تصادفی بوده است. نتایج تحقیق نشان داده‌اند متغیرهای رضایت اجتماعی، عزت نفس، حمایت اجتماعی، مشارکت در امور مذهبی، تعامل با خویشاوندان، رابطه با دوستان و دید و بازدیدهای دوره‌ای با آشنایان، به ترتیب، بالاترین همبستگی مثبت و معنی‌دار را با احساس سلامت پاسخگویان داشته‌اند؛ سه متغیر رضایت اجتماعی، عزت نفس و رابطه با دوستان توانسته‌اند ۱۷ درصد از واریانس احساس سلامت پاسخگویان را تبیین کنند. در مورد چگونگی سازوکار تأثیرگذاری سرمایه اجتماعی بر احساس سلامت می‌توان گفت بعد ساختاری سرمایه اجتماعی به واسطه تأثیرگذاری بر بعد شناختی آن و هر دو، به واسطه ارتقای عزت نفس افراد بر احساس سلامت آنان تأثیر می‌گذارند.

**کلید واژه‌ها:** سرمایه اجتماعی، ابعاد شناختی و ساختاری سرمایه اجتماعی، عزت نفس، یاسوج، احساس سلامت

## مقدمه

سلامتی و رفع عوامل مختل‌کننده آن از ابتدایی و دیرینه‌ترین دغدغه‌های انسان بوده است. اما پاسخ به سؤال‌های سلامتی چیست؟ عوامل تهدیدکننده آن کدامند؟ مهم‌ترین راهبردهای مقابله با آن تهدیدها چیستند؟ دوره‌های تاریخی متمایز و رویکردهای مسلط هر دوره برای بررسی بیماری‌ها و تعریف سلامت را می‌توان به اختصار، شامل دوره باستان (رویکردهای شخص‌نگر، طبیعت‌نگر و آسیب‌شناختی خلطی)؛ دوران وسطی (رویکرد پزشکی بالینی)؛ دوران جدید (رویکرد پزشکی زیستی و عصر پزشکی)؛ و "عصر مابعد پزشکی" (رویکرد جامعه‌شناسی پزشکی، پارادایم زیستی-روانی<sup>۱</sup> اجتماعی و ...) دانست (مسعود نیا، ۱۳۸۹: ۱-۷). همچنین، سلامت، مبنا و عوامل مؤثر بر آن در رشته‌ها و رویکردهای مختلف علمی به گونه‌های متفاوت دیده می‌شود. در رویکردهای زیست-شناختی و روان‌شناختی علت بیماری‌های روانی را عامل استرس‌زای فیزیولوژیک یا تجربیات دوران کودکی می‌دانند در مقابل، رویکردهای جامعه‌شناختی، ساختارهای اجتماعی نابرابر، نقش‌های اجتماعی، عدم منابع حمایت اجتماعی و سرمایه اجتماعی را عامل اصلی این بیماری‌ها معرفی می‌کنند (توکل و مقصودی، ۱۳۹۰). این همه تنوع رویکردها به همراه خود ماهیت سلامت که از یک سو تابع شرایط زیست محیطی و وضع زیست شناختی فرد، از سوی دیگر، با شناخت و آگاهی‌های اجتماعی در رابطه است، باعث پیچیدگی مفهومی آن شده و تعریف آن را همواره با بحث‌های فراوانی همراه کرده است (محسنی، ۱۳۷۹: ۴۳۰).

کولیر (۱۹۸۱) چهار تعریف از سلامتی در چهار رویکرد پزشکی، جامعه‌شناختی، سازمان بهداشت جهانی، ویژگی<sup>۱</sup> را از هم متمایز می‌کند. در رویکرد جامعه‌شناختی، به عنوان رویکرد مورد نظر نویسنده مقاله، سلامتی را به عنوان فقدان احساس بیماری تعریف می‌کنند و فرد سالم کسی است که

ادراک ذهنی از بیماری واقعی نداشته باشد و یا احساس درد، ناراحتی و ناتوانی در نتیجه بیماری واقعی گزارش نکند (مسعود نیا، ۱۳۸۹: ۲۱). در این رویکرد، اعتقاد بر این است که درک مفهوم سلامت افراد، تنها با پرسش از خود مردم امکانپذیر است. پیمایش‌های سلامت که بر این مبنا استوار هستند، اطلاعات کاربردی، معتبر و قابل‌تعمیمی را از وضعیت سلامت از دیدگاه خود افراد جمع‌آوری می‌کنند (باقری لنکرانی و دیگران، ۱۳۹۰). بر اساس گزارش‌ها، آمارهای منتشره و همایش‌های برگزار شده می‌توان گفت رویکرد مسلط در جامعه ما رویکرد پزشکی-زیستی است، بیماری صرفاً پدیده‌ای زیستی و فیزیولوژیک در نظر گرفته می‌شود. این وضعیت موجب انتقاد اکثر مسؤولان سیاست‌گذاری نیز شده است (نایب رئیس کمیسیون بهداشت و درمان مجلس، ۲۴ آبان ۱۳۸۷، سایت پزشکان بدون مرز). در مقابل، ارزیابی سلامت توسط فرد یا سلامت خودسنجی یک شاخص شناخته شده بین‌المللی است که برای سنجش وضعیت سلامت افراد در تحقیقات سلامت همگانی دارای کاربرد گسترده‌ای است (وحدانی‌نیا و دیگران، ۱۳۹۰)؛ افرادی که ارزیابی‌شان از وضعیت سلامتی‌شان متأثر از سن، جنس، آگاهی اجتماعی و دیگر عوامل و زمینه‌های اجتماعی-اقتصادی‌شان است. از این رو، در این رویکرد، تعریف سلامت و عوامل مرتبط با آن از بعد عینی صرف (داشتن یا نداشتن بیماری) فراتر رفته، احساس و بعد ذهنی سلامت را نیز دربرمی‌گیرد. تا جایی که اصطلاح‌های متفاوت Illness برای بعد ذهنی بیماری و Disease برای توصیف بیماری (یک بیماری ویژه با یک نام مخصوص یا یک بیماری که بخش خاصی از بدن را تحت تأثیر قرار می‌دهد، مانند بیماری قلب) به کار می‌روند (Oxford Advanced Learner Dictionary, 2002).

بعد ذهنی سلامت یا احساس سلامت با بیماری واقعی تفاوت دارد؛ زیرا رابطه سلامت با بیماری از نوع رابطه منطقی تطابق نیست، بلکه دایره شمولیت سلامت بسیار گسترده‌تر از نداشتن بیماری خاص است؛ تا جایی که فرد ممکن است

<sup>1</sup> Specificity

۱۳۸۷، کد خبر ۱۴۳۷۳)؛ یا اینکه نرخ شیوع بیماری‌های روانی در ایران بین ۱۸ تا ۲۳ درصد کل جمعیت بوده است؛ رقمی که خیلی بالاتر از شیوع ۸ تا ۱۰ درصدی در کشورهای شمال اروپاست (احسان‌منش، ۱۳۸۰). یا نوری‌الا، بر اساس پژوهشی میدانی، میزان شیوع اختلال روانی در ایران را ۲۱ درصد از کل جمعیت اعلام کرده است (Noorbala et al. 2004). اگر این گزارش‌ها را در کنار نرخ بالای تورم، افزایش بیکاری، کاهش سرمایه اجتماعی و ... با هم در نظر بگیریم، می‌توان گفت همگی به صورت همزمان بر تصور مردم از سلامتی‌شان (احساس سلامت) تأثیر می‌گذارند و بررسی آن را به یکی از ضرورت‌های پژوهش جامعه‌شناختی تبدیل می‌سازند. از این رو، در این پژوهش، هدف ما این بوده است تا بر اساس نظرسنجی از مردم و سلامت خودگزارشی آنان، تنها وضعیت احساس سلامت آنها را ارزیابی کنیم.

در پژوهش‌های جامعه‌شناسی سلامت، تأثیر عواملی مانند: سن، قومیت، جنسیت، درآمد، محل سکونت، پایگاه اجتماعی - اقتصادی افراد (Turner, 2004:6)؛ «نابرابری و محرومیت نسبی» (Wilkinson, 1999)؛ و «فقدان حمایت اجتماعی و عزت نفس<sup>۱</sup> پایین» (Peterson & Lupton, 1996) بر سلامت مورد توجه است. با وجود این، از دهه ۱۹۹۰، در بررسی جامعه‌شناختی سلامت، توجه محققان زیادی به سمت مفهوم سرمایه اجتماعی معطوف شده است (Putnam, 1995; & Kaplan, 1997; Hartham, 2006; Almedon, 2005; Linch & Sheil, 2000; Turner, 2004; Hawe & Sheil, 2000). بر اساس نتایج تحقیقات انجام گرفته که نشان داده‌اند روابط و پیوستگی اجتماعی تأثیر چشمگیری بر هر دو بعد عینی (نداشتن بیماری) و ذهنی (احساس) سلامت دارند، محققان زیادی گفته‌اند تقویت حمایت اجتماعی و انسجام اجتماعی در جامعه، به اندازه سرمایه‌گذاری‌ها در حوزه مراقبت پزشکی برای آرامش اجتماعی<sup>۲</sup>، سلامت روانی و سلامت عمومی افراد ارزشمند هستند (Berkman et al. 2000, Kawachi & Subramanian,

بیماری واقعی داشته باشد؛ اما احساس کند سالم است یا اینکه بیماری واقعی نداشته باشد؛ اما احساس کند سالم نیست. از این نظر احساس سلامت به مفهوم سلامت روانی نزدیکتر می‌شود؛ هر چند با آن هم متناظر نیست. در این مقاله، سلامت تنها احساس فرد پاسخگو از میزان برخورداری‌اش از سلامت جسمانی است و این بعد تنها یکی از ابعاد سلامت عمومی محسوب می‌شود (سایر ابعاد اضطراب، افسردگی و عملکرد اجتماعی هستند). از آنجا که اکثر تحقیقات پیشین بین سلامت روان و احساس سلامت تمایز قایل نشده‌اند؛ بعلاوه، بیشتر اطلاعات و گزارش‌های علمی مربوط به سلامت، در قالب آمارهایی انتشار می‌یابند که بر اساس فرض یکسان پنداشتن سلامت با نداشتن بیماری جسمانی و روانی برآورد شده‌اند؛ تصور یکی پنداشتن احساس سلامت با سلامت روانی افزایش می‌یابد؛ برای مثال، بر اساس آمارهای ارائه شده توسط علیزاده، نایب رئیس انجمن پزشکان عمومی «۹۰ درصد خانواده‌های ایرانی کمبود کلسیم دارند». یا بر اساس گزارش سلامت نیوز (۱۳۹۲)، نتیجه آخرین پایش سلامت روان که در سال‌های ۸۹ و ۹۰ انجام شده، ۴/۲۳ درصد از جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله کشور به یکی از اختلالات روانی مبتلا هستند. در تمایز سلامت و احساس سلامت می‌توان گفت سلامت روانی بیشتر علت درون‌فردی (عملکرد فیزیولوژیک و روان‌شناختی فرد) دارد؛ اما احساس سلامت می‌تواند دارای هر دو علت درون‌فردی و برون‌فردی باشد. همچنین، سنجش سلامت روانی مستلزم دانش تخصصی و ابزارهای آزمون حرفه‌ای است؛ اما سنجش احساس سلامت بیشتر در قالب سلامت خودسنج صورت می‌گیرد. با وجود عدم تمایز مفهومی فوق، بر اساس همه آمارها و ارقام رسمی گزارش شده پیرامون سلامت مردم و همچنین جایگاه رسیدگی به وضعیت سلامت مردم در برنامه پنجم توسعه می‌توان گفت مردم ایران در وضعیت سلامت مناسبی قرار ندارند. بر اساس گزارشی، رتبه ایران برای تأمین سلامت مردم در بین ۱۹۲ کشور جهان به جایگاه ۱۲۳ کاهش یافته است (سایت پزشکان بدون مرز، ۲۴ آبان

<sup>1</sup> Self Esteem

<sup>2</sup> Social Well being

اجتماعی با وضعیت سلامت افراد پرداخته باشند، انگشت شمارند. بر اساس تحقیقی، تعداد کل تحقیقاتی که به بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت پرداخته‌اند، ۱۱ مورد بوده‌اند (Noghani & Razavizadeh, 2013). از حدود ۴۲ تحقیقی که بین سال‌های ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۵ در مورد رابطه سرمایه اجتماعی و بهداشت جسمی و روانی صورت گرفته‌اند، تنها ۱۲ مورد به کشورهای کم درآمد و توسعه نیافته اختصاص داشته‌اند (Kawachi, 2006؛ به نقل از توکل و مقصودی، ۱۳۹۰). همچنین، بررسی ۲۰ پایگاه اطلاعاتی نشان داد از ۲۵ مطالعه‌ای که به بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت پرداخته‌اند، تنها ۲ مورد به جهان توسعه نیافته اختصاص دارد و ۸۰ درصد موارد باقیمانده (۱۷ مورد از ۲۱ مورد) در بریتانیا و ایالات متحده انجام شده‌اند (Silva et al. 2005). از این رو، انجام چنین تحقیقاتی در کل ایران؛ به ویژه، در استان‌هایی مانند استان کهگیلویه و بویراحمد که از نظر سرمایه اجتماعی، در بین استان‌های کشور، رتبه ماقبل آخر (سعادت، ۱۳۸۶) را دارد؛ مرکز آن (شهر یاسوج)، از نظر شاخص‌های توسعه یافتگی، در جایگاه نوزدهم مراکز استان‌های کشور (امیر احمدیان، ۱۳۷۸) است؛ و از نظر سلامتی، در وضعیتی «وخیم» (امینی و دیگران، ۱۳۸۰) قرار دارد. مهم‌تر از همه آنکه تاکنون هیچ گونه مطالعه تجربی‌ای درباره رابطه سرمایه اجتماعی و احساس سلامت در این شهر انجام نشده است. از این رو، هدف مقاله حاضر بررسی رابطه سرمایه اجتماعی با احساس سلامت افراد متأهل شهر یاسوج بوده است. سؤال اساسی مقاله این است که سرمایه اجتماعی چگونه به صورت مستقیم و غیر مستقیم احساس سلامت افراد متأهل ساکن شهر یاسوج را تحت تأثیر قرار می‌دهد؟

### ادبیات تحقیق

نوقانی و رضوی‌زاده با بررسی ادبیات مربوط به سرمایه اجتماعی و سلامت در پایگاه‌های انگلیسی گوگل<sup>۳</sup> و ساینس

2008; Nakhaie et al. 2010; Haines et al. 2011; Moore et al. 2011; Razavizadeh, 2013; Verhaeghe et al. 2012; Noghani and Ginman, 2003).

با وجود دامنه گسترده نتایج مطالعاتی که بیانگر همبستگی قوی شاخص‌های سرمایه اجتماعی و همه ابعاد سلامت هستند، چالش مهم و جدی پیش روی اندیشمندان و محققان این حوزه، تبیین چرایی و چگونگی فرایند این همبستگی است؛ چالش‌هایی که در مرتبه اول، ناشی از ابهام و چندگانگی تعریف، مفهوم‌سازی و سنجش سرمایه اجتماعی است (Makenzie, 2002; Bassett and Moore, 2013). پیران و دیگران (۱۳۸۵) می‌گویند، محدوده کاربرد سرمایه اجتماعی چنان وسیع شده که ناگزیر با تناقضات گوناگونی همراه شده و ابعاد و جوانب متعددی یافته است. منبع دوم چالش، به مکانیسم این همبستگی و تأثیر مربوط است. محققان سه مکانیسم اصلی تأثیرگذاری سرمایه اجتماعی بر سلامت را، ارتقای رفتار تقویت‌کننده سلامت<sup>۱</sup>، تأثیرگذاری بر فرایندهای روان‌شناختی، تسهیل دسترسی به خدمات و ابزارهای ارتقا دهنده سلامت می‌دانند (Noghani & Razavizadeh, 2013). بعضی دیگر دو مکانیسم مستقیم و غیرمستقیم تأثیرگذاری را از هم متمایز می‌کنند. شاخص‌های سرمایه اجتماعی مانند روابط اجتماعی صمیمانه و ارتباطات اجتماعی هدفمند، انسجام اجتماعی، تقویت خودیاری اجتماعی، انتشار سریع اطلاعات مرتبط با سلامت، افزایش احتمال پذیرش هنجارهای رفتار سالم.... به صورت مستقیم؛ و غیرمستقیم، به واسطه تأمین حمایت اجتماعی، عزت نفس، احترام متقابل و بالابردن رضایت از زندگی، موجب تقویت سلامت افراد می‌شوند (Lynch, 2000; Turner, 2004).

با این همه، سرمایه اجتماعی در گفتمان سلامت عمومی، هنوز هم به عنوان ایده بزرگ<sup>۲</sup> در سیاست‌گذاری و سلامت اجتماعی مطرح است (Silva et al. 2005). با وجود این، در ایران تحقیقاتی که به صورت تجربی، به بررسی رابطه سرمایه

<sup>1</sup> Pro- health behaviour

<sup>2</sup> Great idea

<sup>3</sup> Google

فردوسی مشهد نشان داد متغیرهای اعتماد، حمایت، روابط اجتماعی و عزت نفس موجب کاهش اضطراب و افسردگی شدید شده‌اند. توکل و دیگران (۱۳۹۰) با بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی در زوجین شهر کرمان نشان دادند بین سلامت روانی و متغیرهای سرمایه درون‌گروهي، برون‌گروهي و نهادی شناختی، رضایت زناشویی و احساس رضایت از زندگی رابطه معناداری وجود دارد. مطالعه سیدان و عبدالصمدی (۱۳۹۰) در مورد رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان زنان و مردان آموزش‌شده‌های فنی و حرفه‌ای آموزش و پرورش استان تهران نشان داد بین متغیرهای مشارکت اجتماعی، شبکه حمایت اجتماعی، اعتماد اجتماعی، اعتماد شخصی، اعتماد تعمیم یافته و سلامت روان همبستگی مستقیم و معناداری وجود دارد.

باست و مور، با بررسی ادبیات سرمایه اجتماعی و سلامت در مجموعه مقالات و مجلات انگلیسی زبان منتشره در پایگاه Pubmed<sup>۳</sup> (مقاله ۳۱) پی بردند اکثر مقالات سرمایه اجتماعی و سلامت روان را در بین بزرگسالان<sup>۴</sup>، بزرگسالان مسن‌تر (سه مطالعه) و افسردگی یا نشانه‌های افسردگی را به عنوان برآیند سلامت روانی (۱۵ مورد) بررسی کرده بودند. چهار مورد سلامت روانی خودسنجی را به عنوان شاخص‌های سلامت روانی در نظر گرفته بودند. سنجه‌های سرمایه اجتماعی در تحلیل‌های مطالعاتی متنوع بودند. ابعاد روانی اجتماعی (۱۷ مورد)، مشارکت (۹ مورد) بیشترین استفاده را داشتند. نتایج ۱۱ مطالعه رابطه مستقیم ابعاد اجتماعی-روان‌شناختی سرمایه اجتماعی با افسردگی یا نشانه‌های افسردگی، بیانگر رابطه معکوس سرمایه اجتماعی با این نشانه‌ها بودند. چند مطالعه دیگر (۷ مورد) بیانگر رابطه معکوس این نوع سرمایه با اختلالات بعد از درمان، اضطراب، سلامت روانی ضعیف خود سنجیده و افسردگی روان شناختی بودند. در مطالعات دیگری که ابعاد مشارکتی سرمایه اجتماعی

دایرکت<sup>۱</sup> و سایت فارسی سید<sup>۲</sup> (از سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۹)، پس از دستیابی به ۱۱ مقاله داخلی مرتبط، مهم‌ترین نتایج آنان را موارد زیر دانسته‌اند: رابطه مثبت بین سرمایه اجتماعی و سلامت روان‌شناختی مهاجران (لهسایی‌زاده و مرادی)؛ همبستگی مثبت سرمایه اجتماعی شناختی با هر دو بعد سلامت روانی و فیزیکی و همبستگی معکوس بعد ساختاری با سلامت روانی (خواجه دادی، شریفیان ثانی و شبیبانی)؛ رابطه معکوس بین سرمایه (مالی، اجتماعی و فرهنگی) افراد با شدت بیماری‌های قلبی و عروقی (نامور)؛ رابطه مثبت سلامت روانی با جنبه‌های کارکردی سرمایه اجتماعی (کامران و ارشادی)؛ رابطه مثبت سرمایه اجتماعی با سلامت فیزیکی، سلامت روانی و روابط اجتماعی (زاهدی اصل و فرخی)؛ رابطه مثبت بین سرمایه اجتماعی و عزت نفس با کیفیت سلامت روان (عنایت و آقاپور)؛ رابطه مثبت مشارکت اجتماعی، شبکه حمایت اجتماعی، اعتماد اجتماعی، اعتماد فردی و تعمیم‌یافته با سلامت روان (سیدان و عبدالصمدی)؛ رابطه مثبت اعتماد فردی، وحدت و حمایت اجتماعی با سلامت روان (شجاع، نوابی، رکسایی و باقری یزدی)؛ رابطه مثبت رفاه روان‌شناختی و سرمایه اجتماعی (هاشمی، ابدی، باباپور و بهادری) (Noghani & Razavizadeh, 2013). وحدانی و دیگران (۱۳۹۰)، که سطح سلامت را از دیدگاه مردم ایران، با این سؤال ارزیابی کردند که: «در حال حاضر سلامت خود را چگونه ارزیابی می‌کنید؟»، می‌گویند ۷۱/۵ درصد از افراد سلامت خود را بسیار خوب یا خوب ارزیابی کرده‌اند. تحقیق باقری لنکرانی و دیگران (۱۳۹۰)، که به صورت سلامتی خودسنجی انجام شد، نشان داد بیماری‌های قلبی-عروقی، دیابت، بیماری‌های اسکلتی<sup>۵</sup> عضلانی و انواع سرطان بیشترین بیماری‌ها در بین مردم ایران بوده‌اند.

تحقیق رضوی‌زاده و دیگران (۱۳۹۱)، در مورد رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی در بین دانشجویان دانشگاه

<sup>۳</sup> یک پایگاه اطلاعاتی مرتبط با سلامتی

<sup>۱</sup> science direct

<sup>۲</sup> SID

<sup>۴</sup> Adolescents

و سلامت روانی را بررسی کرده بودند، مشارکت با وضعیت سلامت روانی خودسنج رابطه مثبت داشت (۳ مطالعه). نتایج مطالعات مربوط به بررسی ابعاد شبکه‌ای با سلامت روانی ناهماهنگ بودند. دو مورد از چهار مطالعه، بیانگر رابطه معکوس سرمایه شبکه‌ای با نشانه‌های افسردگی بودند. در مطالعاتی که هر سه بعد سرمایه اجتماعی به عنوان شاخص ترکیبی سرمایه اجتماعی استفاده شده بود، سرمایه اجتماعی رابطه‌ای منفی با نشانه‌های افسردگی در بزرگسالان مسن‌تر داشت. محققان در پایان می‌گویند، سنجش دقیق‌تری از ارتباطات و منابع شبکه‌ای برای فهم اینکه چگونه ابعاد شبکه‌ای سرمایه اجتماعی ممکن است با برآوردهای سلامت روانی مرتبط باشند، مورد نیاز است (Bassett and Moore, 2013).

سیلوا و دیگران (۲۰۰۵) با بررسی ۲۰ پایگاه اطلاعاتی به بررسی و مرور ادبیات تحقیقات مربوط به سرمایه اجتماعی و سلامت پرداخته‌اند. نهایتاً، ۲۵ مقاله برای آنها حائز شرایط بررسی بود. از این ۲۵ مورد، ۲ مورد به جهان غیرتوسعه یافته، و از بقیه، ۸۰ درصد متعلق به جامعه بریتانیا و ایالات متحده بود. یک سوم مطالعات، سرمایه اجتماعی را به عنوان یک متغیر بوم‌شناختی سنجیده بودند. سنجه‌های بسیار متفاوتی از سرمایه اجتماعی از اعتماد تعمیم‌یافته به دیگران تا سرانه دولتی تا عضویت سازمان‌ها استفاده شده بودند. ده مطالعه هر دو بعد ساختاری و شناختی سرمایه اجتماعی، ۹ مطالعه تنها بعد شناختی، ۲ مطالعه تنها بعد ساختاری را سنجیده بودند. چهار مطالعه بیماری روانی را در بچه‌ها یا بچه‌های بالغ، بقیه این رابطه را در بین بزرگسالان بررسی کرده بودند. در بعد شناختی سرمایه اجتماعی، شواهدی قوی از رابطه معکوس سرمایه اجتماعی شناختی و اختلالات روانی وجود داشت (۷ مقاله از ۱۱ مقاله). در بعد ساختاری سرمایه اجتماعی، ۳ مطالعه بیانگر رابطه معکوس و معنی‌دار سنجه‌های سرمایه اجتماعی ساختاری با اختلال روانی بودند. یک مطالعه، بیانگر رابطه مثبت معنی‌دار بین سطوح مشارکت گروهی یک شخص

و مخاطره رنجش از یک اختلال روانی رایج بود. محققان در پایان با اتکا بر این ادعا که مقاله‌شان جامع‌ترین ارزیابی از شواهد مربوط به رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی بوده است، می‌گویند نتایج مقاله بیانگر رابطه معکوس سرمایه اجتماعی سطح فردی با اختلالات روانی رایج است (Silva et al. 2005). تحقیقات دیگری نیز بیانگر رابطه مثبت سرمایه اجتماعی در سطح گروه، همسایگی و شبکه‌ای با سلامت روانی و فیزیکی افراد به واسطه تأمین منابعی، مانند: امور مالی، مراقبت و حمل و نقل و حمایت عاطفی برای افراد (Nakhaie et al. 2010)؛ رابطه مثبت دسترسی به شبکه‌های اجتماعی گسترده‌تر با سلامت بهتر به واسطه حمایت اجتماعی ناشی از این شبکه‌ها (Haines et al. 2011) بوده‌اند. محققان دیگری نیز پی برده‌اند سرمایه شبکه‌ای، از طریق فراهم کردن انواع منابع اطلاعاتی، مادی و حمایت اجتماعی برای افراد، باعث افزایش پتانسیل سلامتی خودگزارشی آنها می‌شود (Moore et al. 2009; Moore et al. 2011; Verhaeghe et al. 2012).

### چارچوب نظری تحقیق

چندین مجموعه نظریه وجود دارند که سنگ بنای بررسی تجربی روابط اجتماعی با سلامت را تشکیل می‌دهند. اولین نظریه‌ها از سوی جامعه‌شناسانی مانند دورکیم و روانکاوانی مانند جان بولبای<sup>۱</sup> مطرح شدند. موج عمده‌ای از توسعه مفهومی، همچنین، نتیجه کار انسان‌شناسانی، مانند: الیزابت بات<sup>۲</sup>، جان برنز<sup>۳</sup> و کلاید میتچل<sup>۴</sup> و جامعه‌شناسان کمی‌گرایی چون فیشر<sup>۵</sup> و لامان<sup>۶</sup> بود که تحلیل شبکه اجتماعی را توسعه داده‌اند. این ترکیب پیوندی رهیافت‌های نظری به همراه کارهای همه‌گیرشناسانی<sup>۷</sup> مانند کاسل و کوب<sup>۸</sup> بنیاد تحقیق در

<sup>1</sup> John Bowlby

<sup>2</sup> Elizabeth Bott

<sup>3</sup> John Barnes

<sup>4</sup> Clyde Mitchell

<sup>5</sup> Fischer

<sup>6</sup> Laumann

<sup>7</sup> Epidemiologists

<sup>8</sup> Cassel & Cobb

رهیافت‌های اجتماع‌گرا، به عنوان مسلط‌ترین رویکرد در حوزه سلامت، هر دو نوع سازه‌های روانی-اجتماعی<sup>۶</sup> یا شناختی (برای مثال، تصور از اعتماد یا انسجام) و شاخص‌های مشارکت اجتماع محور<sup>۷</sup> را مهم می‌دانند. رهیافت‌های شبکه‌ای، مستقیماً به بررسی این می‌پردازند که افراد چقدر و با چه کسانی در درون ساختارهای اجتماعی‌شان رابطه دارند. با بررسی میزان، دامنه و تنوع پیوندهای<sup>۸</sup> اجتماعی افراد، منابعی که به طور بالقوه در درون آن شبکه‌ها در دسترس است، سرمایه اجتماعی آنان ارزیابی می‌شود (Bassett and Moore, 2013).

به مرور زمان و با انجام تحقیقات بیشتر، ضعف‌های نظریه‌های بالا آشکار، فضا برای انتقاد، اصلاح و تکمیل آنان فراهم شد. از اشکالات اساسی نظریه‌های پیشین این است که، سرمایه اجتماعی را تنها مبتنی بر نواحی به طور جغرافیایی تعریف شده، تعریف می‌کند و اجتماعات مبتنی بر خانواده، دوستان یا مردم هم‌قوم، گروه سبک زندگی یا مذهبی را نادیده می‌گیرند (Lochner et al. 1999). همچنین، تمایز صریحی بین عناصر تشکیل دهنده<sup>۹</sup> و نتایج<sup>۱۰</sup> سرمایه اجتماعی صورت نگرفته است (Mckenzie, 2002). بعلاوه، نتایج مربوط به رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت یکسان نبوده و در مواردی ناهماهنگ بوده‌اند. مک فرسون و دیگران با مرور ادبیات پیرامون سرمایه اجتماعی و سلامت پی بردند که در ۱۰۴ مطالعه مربوطه، از ۱۷۲ رابطه آماری انجام شده برای بررسی روابط بین متغیرها، ۸۴ مورد بیانگر روابط مثبت، ۷ مورد منفی و در ۵۱ مورد هیچ‌گونه رابطه‌ای بین آنان یافت نشد و رابطه همه ابعاد و شاخص‌های سرمایه اجتماعی با سلامت روان یکسان و مشابه نبود؛ برای مثال رابطه شبکه‌های حمایت اجتماعی با سلامت روان در ۱۷ مورد مثبت، در ۲ مورد منفی بود و در ۷ مورد هیچ رابطه‌ای وجود نداشت. در کیفیت

در مورد پیوندهای اجتماعی و سلامت را تشکیل می‌دهند (Turner, 2004: 14).

تصور دورکیم درباره همبستگی اجتماعی و واقعیت‌های اجتماعی در توسعه فهمی جامعه شناختی از سلامت و بیماری از دیدگاه انسجام اجتماعی و جامعه مدنی سودمند بوده است (Berkman et al. 2000). یکی از شماره‌های جدید مجله علوم اجتماعی و پزشکی<sup>۱</sup>، "رهیافت نئو دورکیمی"<sup>۲</sup> به سلامت و نابرابری را به دلیل رابطه سرمایه اجتماعی (مانند عضویت گروهی، اعتماد اجتماعی یا درجه انسجام اجتماعی) با وضعیت سلامتی در سطح کلان و تعدیل رابطه نابرابری درآمد و سلامت مهم دانسته است (Blaxter, 2000: 1140). جوهر بینش دورکیمی این است که فرد منزوی<sup>۳</sup>، در دوران تغییر اجتماعی سریع و ازهم‌گسیختگی اجتماعی، در معرض نیروهای اجتماعی‌ای است که می‌توانند سلامت ذهنی و فیزیکی‌اش را تخریب کنند. انزوای فردی و نابسامانی اجتماعی، دو عامل مهم استرس‌زای فیزیکی و روانی هستند (Turner, 2004: 19). متناسب با ایده دورکیم، روان‌شناسان اجتماعی پی برده‌اند که اجتماع و پیوندهای اجتماعی نوعی یکپارچگی اجتماعی برای محافظت از افراد در برابر حوادث منفی زندگی فراهم می‌کنند (Dohrenwend & Dohrenwend, 1981).

در دوران معاصر، بوردیو، کلمن و پوتنام، اولین و مهم‌ترین نظریه‌پردازان سرمایه اجتماعی شناخته می‌شوند. بوردیو و کلمن بر بررسی شبکه‌های اجتماعی (سنججه‌های ساختاری شبکه‌های اجتماعی) تأکید دارند؛ اما پوتنام، برعکس، بررسی عوامل رابطه‌ای (هنجارهای اعتماد و کمک متقابل) را مهم می‌داند. این تأکیدات متفاوت، به ترتیب، موجب شکل‌گیری رهیافت‌های اجتماع‌گرایانه<sup>۴</sup> (کلمن و بوردیو) و شبکه‌ای<sup>۵</sup> (پوتنام) سرمایه اجتماعی شدند.

<sup>6</sup> Psychosocial

<sup>7</sup> Community Participant

<sup>8</sup> Connections

<sup>9</sup> Constituents

<sup>10</sup> Products

<sup>1</sup> Social Science & Medicine"

<sup>2</sup> Neo- Durkeihmian Approach

<sup>3</sup> Isolated

<sup>4</sup> Communitarian

<sup>5</sup> Network

روان‌شناختی، مانند: عزت نفس، خودکارایی، امنیت و رفتارهای آسیب‌زا مانند مصرف تنباکو یا فعالیت جنسی پرخطر، رفتار ارتقا دهنده سلامتی، ورزش و ... سلامت افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهند. از این رو، رشته‌ای از عوامل کلان "بالادستی"، میانه (شبکه‌های اجتماعی) و عوامل روان‌شناختی و خرد، در تعامل با یکدیگر، وضعیت سلامت افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهند (Berkman et al. 2000). کار و دیگران<sup>۳</sup> (۲۰۰۷) از تعیین کننده‌های دور و نزدیک سلامت سخن می‌گویند که به شکل دایره‌های متحدالمرکز زیر هستند (تعیین کننده‌های دورتر که در سطوح بیرونی هستند، به سمت تعیین کننده‌های نزدیکتر عمل می‌کنند). تعیین کننده دور<sup>۴</sup> آن است که بر اساس جایگاه، زمان یا همانندی به نتیجه نگران‌کننده دور<sup>۵</sup> است؛ تعیین کننده مجاور و نزدیک<sup>۶</sup> آن است که به نگرانی خیلی نزدیکتر است.

سوم، کسانی که در برابر گستردگی کنونی سازه<sup>۷</sup> سرمایه اجتماعی و ابهام‌های نظری و تجربی مربوطه عدم استفاده از آن به عنوان یک مفهوم علمی سودمند را پیشنهاد دادند. چهارم کسانی بودند که با چندبعدی<sup>۸</sup> فرض کردن سازه سرمایه اجتماعی که مبتنی بر شبکه‌های اجتماعی افراد و تأثیرات پیش‌بینی شده‌شان است، در صدد رفع این چالش بوده‌اند. برای این افراد مجادله<sup>۹</sup> اساسی، یکپارچه کردن ابعاد متفاوت سرمایه اجتماعی در یک چارچوب نظری منسجم است. سازنده‌ترین تلاش در این راستا را شغل و شاه<sup>۹</sup> داشته‌اند. آنها سه قلمرو متمایز سرمایه اجتماعی را از هم متمایز کرده‌اند: درون‌شخصی<sup>۱۰</sup>، بین‌شخصی<sup>۱۱</sup> و رفتاری<sup>۱۲</sup>. قلمرو درون‌شخصی به رضایت از زندگی فردی<sup>۱۳</sup>، قلمروی بین‌شخصی

همسایگی<sup>۱۳</sup> مورد رابطه مثبت، ۱ مورد منفی بود و در ۱۰ مورد هیچ رابطه‌ای وجود نداشت (Mc Pherson et al. 2013). از این رو، موج دوم کارها در حوزه سرمایه اجتماعی و سلامت شکل گرفت که جهت‌گیری این حوزه را به چند طریق تغییر دادند. محققان این موج دوم را بر اساس ماهیت عکس‌العمل‌شان در برابر این چالش می‌توان در چهار دسته جای داد:

اول، محققانی که به جای توجه صرف به جنبه‌های کمی و ساختاری شبکه‌های اجتماعی، بیشتر جنبه‌های کیفی روابط اجتماعی (برای مثال، تدارک حمایت اجتماعی یا بر عکس جنبه‌های زیان‌آور روابط) را مورد توجه قرار دادند (Lean & Dean, 1977; Antonucci, 1986, Kahn, 1979). روک<sup>۱</sup> می‌گوید همه پیوندها و روابط اجتماعی الزاماً «حمایت کننده» نیستند و بعضی از آنها جنبه‌های استرس‌زا و مضر دارند که اصلاً زیر عنوان مقوله حمایت اجتماعی قرار نمی‌گیرند (Berkman et al. 2000).

دوم کسانی که با مشخص کردن سازوکار دقیق تأثیرگذاری متغیرهای سرمایه اجتماعی بر سلامت به اثرهای غیرمستقیم سرمایه اجتماعی که به واسطه تأثیرگذاری بر فرایندهای روان‌شناختی اتفاق می‌افتد، توجه نمودند. در این راستا، برکمن و دیگران، چگونگی تأثیرگذاری شبکه‌های اجتماعی بر سلامت را از طریق مدلی مفهومی و نوعی فرایند علی روبرو پایین ارائه کردند. در سطح اول «زمینه اجتماعی کلان<sup>۲</sup>» وسیع‌تر جای دارد که شبکه‌ها در درون آن تشکیل و حفظ می‌شوند. ساختار و کارکرد این شبکه‌ها، رفتار اجتماعی و بین‌شخصی را از طریق چهار مسیر اساسی: ۱- تأمین حمایت اجتماعی؛ ۲- تأثیر اجتماعی؛ ۳- تعهد و وابستگی اجتماعی و ۴- دستیابی به منابع و کالاهای مادی تحت تأثیر قرار می‌دهد. این فرایندهای رفتاری و روان‌شناختی خرد، سپس از طریق مسیرهای بی‌واسطه‌تر مانند عکس‌العمل‌های فیزیولوژیک مستقیم به استرس‌ها؛ ویژگی‌ها و خصوصیات

<sup>3</sup> Carr et al.

<sup>4</sup> Distal Determinant

<sup>5</sup> Remote

<sup>6</sup> Near

<sup>7</sup> Construct

<sup>8</sup> Multidimensional Construct

<sup>9</sup> Scheufele and Shah

<sup>10</sup> Intrapersonal

<sup>11</sup> Interpersonal

<sup>12</sup> Behavioral

<sup>13</sup> Individual Satisfaction

<sup>1</sup> Rook

<sup>2</sup> Macro- Social Context



بیانگر ارزیابی کلی فرد از محیط‌های پیرامونی اوست که می‌تواند منفی یا مثبت باشد و تا حد زیادی به موجب پیوندهای اجتماعی تعیین می‌شود (Valenzuela et al. 2009).

به اعتماد فی‌مابین افراد (اعتماد تعمیم یافته یا اعتماد اجتماعی)، و قلمرو رفتاری به مشارکت فعالانه افراد در فعالیت‌های سیاسی و مدنی بر می‌گردد. رضایت از زندگی،

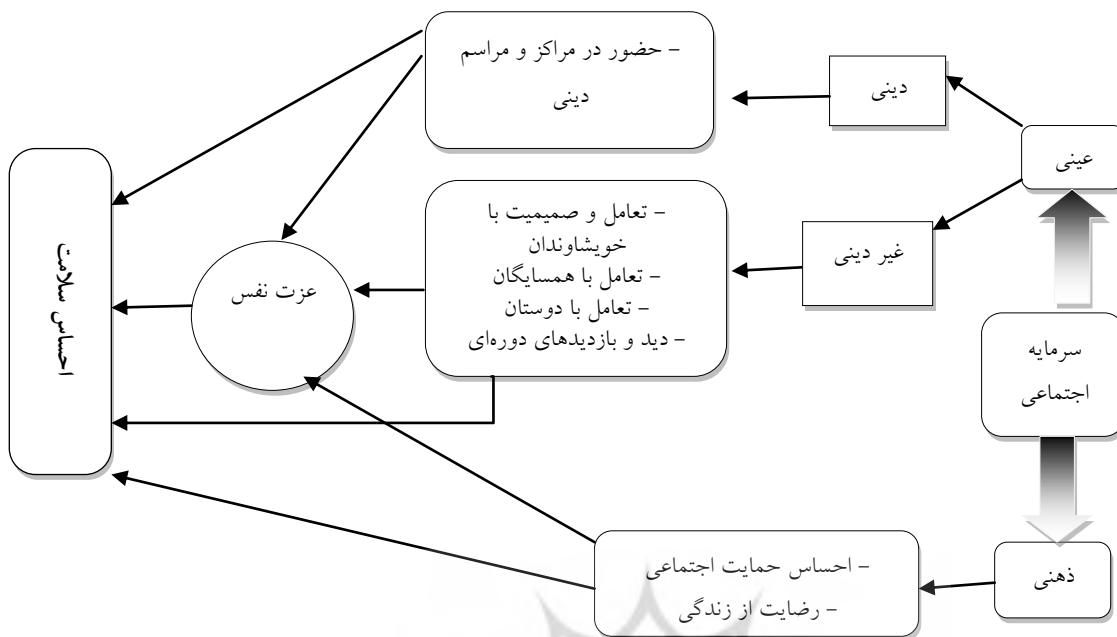


آرامش<sup>۲</sup>، شامل خوشحالی، سلامت فیزیکی را افزایش و افسردگی را کاهش می‌دهد (Turner, 2004: 291- 292). از این رو، مناسب‌ترین چارچوب نظری در این حوزه، چارچوبی است که همزمان هر دو دسته شاخص‌های ساختاری و شناختی مفهوم سرمایه اجتماعی، هر دو نوع تأثیر مستقیم و غیرمستقیم آنها (از طریق عناصر بی‌واسطه‌تر روان‌شناختی) بر سلامت را مورد توجه قرار دهد. منطق نظری مفروض چگونگی فرایند تأثیرگذاری سرمایه اجتماعی بر سلامت افراد را می‌توان در نمودار زیر نشان داد.

با در نظر گرفتن موج اول و هر چهار واکنش موج دوم، می‌توان گفت سرمایه اجتماعی به عنوان سازه‌ای چند بعدی از سوی اندیشمندان گوناگون به صور متفاوت تعریف شده است. پیرو این تعاریف متفاوت، برای سنجش و تعیین سازوکار تأثیر آن بر سلامت از شاخص‌ها و متغیرهای متفاوتی استفاده شده است. با مهم دانستن همه آنها می‌توان گفت سرمایه اجتماعی، دو بعد اساسی ساختاری و شناختی دارد که در سه سطح کلان، میانه و خرد از طریق تأثیرات متقابل و اندرکنشی‌شان<sup>۱</sup> سلامت افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهند؛ اما به بیان دقیق‌تر، ما با آنکه سازوکار دقیق علی‌دقیق پیوند سرمایه اجتماعی و سلامت و آرامش افراد را نمی‌دانیم، می‌دانیم این مکانیسم از طریق مکانیسم‌های روان‌شناختی‌ای مانند عزت نفس، اطمینان و خوشحالی صورت می‌گیرد. به عبارتی، کار ارادی و عضویت در انجمن‌های داوطلبانه ارادی (مشارکت جماعتی دینی و سکولار) جنبه‌های گوناگون آرامش<sup>۲</sup>

<sup>2</sup> Well being

<sup>1</sup> Interactional



نمودار ۱- چگونگی سازوکار تأثیر سرمایه اجتماعی و روان‌شناختی بر احساس سلامت افراد

بوده و از پرسشنامه محقق ساخته برای گردآوری داده‌ها استفاده شده است. جامعه آماری، زنان و مردان متأهل ساکن شهر یاسوج بوده‌اند که بر اساس فرمول کوکران و در سطح ۹۵٪ اطمینان یا خطای نمونه‌گیری ۰/۰۵، ۴۰۰ نفر از آنان به عنوان نمونه انتخاب شدند. افراد متأهل بر اساس این فرض انتخاب شدند که با بالا رفتن سن و متأهل شدن فرد، از میزان و تنوع روابط اجتماعی، رضایت اجتماعی و همچنین سلامت وی کاسته می‌شود. بر اساس تحقیقات پیشین رضایت مجردان از وضع سلامت خود بیشتر از متأهلان بوده است (محسنی، ۱۳۷۹: ۴۲). روش نمونه‌گیری، روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای بوده است. ابتدا مناطق ۲۲ گانه شهر یاسوج (بر اساس تقسیم‌بندی شهرداری یاسوج) روی نقشه تعیین شدند. سپس در هر منطقه، بلوک‌هایی به صورت تصادفی (زوج و فرد) مشخص و در هر بلوک تنها ۱۰ پرسشنامه توسط زنان و مردان متأهل (۵۰ درصد زنان و ۵۰ درصد مردان) پر شدند. از آنجا که تعداد کلی جمعیت هر منطقه مشخص نبود سهمیه هر

بر اساس نظریات پیشین و مدل بالا، فرضیه‌های اساسی تحقیق موارد زیر هستند:

- بین کمیت سرمایه اجتماعی (حضور در مراسم دینی، تعامل با خویشاوندان، تعامل با همسایگان، تعامل با دوستان و دید و بازدیدهای دوره‌ای) و احساس سلامت رابطه وجود دارد.

- بین کیفیت سرمایه اجتماعی (میزان حمایت اجتماعی ادراک شده و رضایت از زندگی) و احساس سلامت افراد رابطه وجود دارد.

- بین میزان عزت نفس و احساس سلامت افراد رابطه وجود دارد.

- تأثیر متغیرهای سرمایه اجتماعی بر احساس سلامت افراد بیشتر به واسطه عزت نفس افراد صورت می‌گیرد.

#### روش‌شناسی تحقیق

روش مورد استفاده برای انجام این پژوهش، کمی و پیمایشی

اشاره دارد که هر شخص درباره خودش دارد. فرض می‌شود کسانی که از عزت نفس بالاتری برخوردارند، ارزیابی مثبت‌تری از خودشان داشته باشند (Mc Pherson et al. 2013). این متغیر از طریق ۱۰ گویه با طیف لیکرت ارزیابی شد؛ گویه‌هایی که شامل نگرش فرد در خصوص باارزش بودن خودش، احساس شکست، توانایی، افتخار از خود، نگرش نسبت به خود و ارزش و احترام قائل شدن برای خودش بود. احساس سلامت نیز، متغیر وابسته مقاله بوده است. در رویکرد جامعه‌شناختی، سلامتی به معنی فقدان احساس بیماری است؛ و فرد سالم کسی است که ادراک ذهنی از بیماری واقعی نداشته باشد و یا احساس درد، ناراحتی و ناتوانی در نتیجه بیماری واقعی گزارش نکند (مسعودنیا، ۱۳۸۹: ۲۱-۲۲). در این مقاله احساس سلامتی افراد، از طریق شش سؤال از مقیاس سلامت ۲۹ گویه‌ای نیم‌رخ سلامتی ناتینگهام (P N H)، به صورت سلامتی خودسنجی<sup>۱</sup> ارزیابی شد. پاسخگویان احساسات خود پیرامون احساس خوب و سالم بودن، احساس ضعف و سستی، احساس بیماری، احساس نیاز به داروهای تقویتی، احساس سر درد شدید، احساس تغییرات بدنی سریع را در قالب طیفی از اصلاً (۰) تا خیلی زیاد (۵) ابراز می‌کردند. اعتبار گویه‌های سرمایه اجتماعی از طریق تکنیک تحلیل سازه، عاملی اکتشافی بوده است که به علت کمبود فضا در متن مقاله ارائه نشد؛ اما اعتبار گویه‌های سلامت و عزت نفس با توجه به تحقیقات پیشین و مشورت با دو نفر از اساتید گروه علوم روان‌شناسی دانشگاه یاسوج تأیید شد. برای ارزیابی پایایی گویه‌ها از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ همه ابعاد سرمایه اجتماعی، به جز ابعاد احساس حمایت اجتماعی (۰/۷۰) و دید و بازدیده‌های دوره‌ای (۰/۶۵)، بالاتر از ۰/۸۰ بوده است. ضریب آلفای گویه‌های متغیرهای عزت نفس و سلامت نیز ۰/۸۰ بوده است.

منطقه ۱۰ پرسشنامه به تفکیک جنس (۵ نفر زن، ۵ نفر مرد) در نظر گرفته شد، تخصیص ۱۰ پرسشنامه به هر بلوک، بر اساس سنجش نگرش‌ها، ارزش‌ها و رفتارهای ایرانیان توسط وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی (۱۳۸۲) صورت گرفت که تعداد پرسشنامه‌های اختصاص یافته به هر بلوک ۱۰ مورد در نظر گرفته شده بود. متغیرهای مستقل و وابسته مقاله، به ترتیب، سرمایه اجتماعی، عزت نفس و سلامت روان بوده‌اند. سرمایه اجتماعی، چنان وسیع شده که ناگزیر با تناقضات گوناگونی همراه شده و ابعاد و جوانب متعددی یافته است. بدیهی است که هیچ پژوهشی نمی‌تواند به یکباره تمامی ابعاد یاد شده را دربرگیرد و چنانچه ادعایی در این زمینه مطرح شود، گویای ناآگاهی مطرح کننده در باب سرمایه اجتماعی است (پیران و دیگران، ۱۳۸۵). در این مقاله، سرمایه اجتماعی، بر اساس رهیافت‌های شناختی و ساختاری<sup>۲</sup> شبکه‌ای (بوردیو، پوتنام، کلمن، شفل و شاه) تعریف و ارزیابی شده است. می‌توان گفت سرمایه اجتماعی، شبکه‌ای از روابط و پیوندهای اجتماعی در بین افراد است که در سطوح (از خانواده تا همشهری‌ها) و بر اساس معیارهای متفاوتی (مبتنی بر خویشاوندی، دوستی، دین و ...) شکل می‌گیرد و کیفیت زندگی و احساس رضایت آنها از زندگی و خودشان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. همچنین، آنها در مواقع لزوم می‌توانند از حمایت چنین شبکه‌هایی برخوردار شوند و متقابلاً در برابر آنها احساس تعهد و تکلیف می‌کنند. سرمایه اجتماعی، از طریق میزان مشارکت فرد در مراسم مذهبی، میزان تعاملات با خویشاوندان، دوستان، همسایگان، دوستان و دید و بازدیده‌های دوره‌ای (بعد عینی) و میزان رضایت از زندگی و احساس حمایت اجتماعی (بعد ذهنی) سنجیده شد. استفاده از سنجه شرکت در مراسم مذهبی، به عنوان بعد مهم ساختاری سرمایه اجتماعی، بنا به ماهیت دینی جامعه و عدم اصناف و دیگر تشکل‌های مدنی در ایران؛ به ویژه در شهر یاسوج بوده است. متغیر روان‌شناختی واسطه‌ای مفروض و مهم در این مقاله، عزت نفس بوده است. عزت نفس، به عقاید یا احساساتی

<sup>۱</sup> Self- reported health

## یافته‌ها

## ویژگی‌های پاسخگویان

بر اساس جدول (۱)، از کل پاسخگویان، ۵۰/۶ درصد مرد و ۴۹/۴ درصد زن بوده‌اند. بر اساس شغل، ۳۷/۹ درصد از آنان شاغل، ۱۰/۸ بیکار، ۲۹/۳ خانه‌دار، ۹ درصد بازنشسته و ۱۳ درصد دانشجو بوده‌اند. از کل پاسخگویان، ۲۶/۲ درصد در گروه سنی ۱۸-۲۷ سال، ۳۲ درصد در گروه سنی ۲۸-۳۷ سال، ۲۱/۳ درصد در گروه سنی ۳۸-۴۷ سال و ۹/۸ درصد در گروه سنی بالای ۴۸ سال قرار داشته‌اند. میانگین سال‌های تحصیل رسمی پاسخگویان، ۱۲/۶۱ سال بوده است. ۲۴ درصد از آنان زیر ۹ سال، ۳۵/۲ درصد بین ۹ تا ۱۶ سال و ۴۰/۸ درصد از ۱۶ سال به بالا تحصیلات رسمی داشته‌اند. همچنین بر اساس این جدول می‌توان گفت ۲۳/۳ درصد از پاسخگویان احساس سلامتی ضعیف؛ ۵۱/۱ درصد احساس

سلامت متوسط؛ و ۲۵/۷ درصد احساس سلامت بالایی داشته‌اند. بر اساس تحقیقات سلامت در رأس ارزش‌های اجتماعی مردم قرار دارد و اولین اولویت زندگی مردم در نظر گرفته می‌شود. در تحقیق محسنی در سال ۱۳۵۸ (منتشره در سال ۱۳۷۹)، ۹۶/۹ درصد از مردم کشور ایران سلامت شان را خیلی مهم می‌دانستند و برای ۸۴ درصد از مردم تهران بر تمامی ارزش‌های دیگر ترجیح داده می‌شود. بر اساس توزیع درصدی پاسخگویان، نزدیک به یک چهارم از پاسخگویان (۲۳/۳ درصد) احساس کرده‌اند از نظر سلامتی در وضعیت ضعیفی قرار دارند که درصد قابل ملاحظه‌ای است و می‌تواند بیانگر وضعیتی آسیب‌شناختی در بین افراد مورد مطالعه باشد. بر اساس مقدار میانگین احساس سلامت (۱۷/۴۳) می‌توان گفت پاسخگویان در حد متوسط رو به بالایی احساس کرده‌اند سالم‌اند.

جدول ۱- توزیع درصدی افراد نمونه بر اساس ویژگی‌های اجتماعی - جمعیت‌شناختی، سطح و میانگین احساس سلامت آنان

جنس	شغل					میانگین احساس سلامت					
	زن	مرد	شاغل	خانه‌دار	دانشجو		بیکار	بازنشسته			
۴۹/۴	۵۰/۶	۳۷/۹	۲۹/۳	۱۳	۱۰/۸	۹	۲۶/۲	۳۲	۲۱/۳	۹/۸	۴۸+
احساس سلامت پاسخگویان											
ضعیف											
متوسط											
بالا											
۲۳/۳											
۵۱/۱											
۲۵/۷											
۱۷/۴۳											
۵/۰۱											
انحراف معیار											

## تحلیل داده‌ها

بین آنها معنی‌دار نیست و تصادفی محسوب می‌شود. در خصوص میزان همبستگی سایر متغیرها با احساس سلامت می‌توان گفت، متغیرهای رضایت اجتماعی (\*\*۰/۳۳)، عزت نفس (\*\*۰/۳۱) و حمایت اجتماعی (\*\*۰/۲۷)، به ترتیب، بالاترین همبستگی مثبت و معنی‌دار را با احساس سلامت پاسخگویان داشته‌اند. همچنین، همبستگی متغیرهای مشارکت در امور مذهبی (\*\*۰/۱۰)، تعامل با خویشاوندان (\*\*۰/۲۰)، رابطه با دوستان (\*\*۰/۱۸) و دید و بازدیدهای دوره‌ای (\*\*۰/۱۷) با احساس سلامت پاسخگویان مثبت و معنی‌دار بوده است.

آزمون همبستگی دومتغیره متغیرهای مستقل فاصله‌ای - نسبی با متغیر وابسته احساس سلامت: برای آزمون رابطه متغیرهای با سطح سنجش فاصله‌ای و نسبی تحقیق با احساس سلامت از آزمون همبستگی دوسویه پیرسون<sup>۱</sup> استفاده شد. بر اساس مقادیر و جهت همبستگی متغیرها با یکدیگر (جدول ۲)، می‌توان گفت در بین همه متغیرها، تنها همبستگی سن با احساس سلامتی منفی است (۰/۰۸-); بدین معنی که با افزایش سن پاسخگویان میزان احساس سلامتی آنان کاهش یافته است؛ اما بر اساس سطح معنی‌داری مربوطه همبستگی

<sup>1</sup> Pearson Correlation Coefficient

جدول ۲- آزمون همبستگی پیرسون سن، ابعاد سرمایه اجتماعی، و عزت نفس با احساس سلامت

	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱
۱- سن	-.۰۸	.۰۲	-.۰۳	-.۰۴	.۰۹	.۱۱**	-.۱۷**	.۱۶**	.۲۴**	۱
۲- مشارکت مذهبی	.۱۰**	.۲۷**	.۳۲**	.۲۹**	.۳۵**	.۱۷**	.۲۶**	.۳۹**	۱	
۳- تعامل با خویشاوندان	.۲۰**	.۲۹**	.۳۳	.۳۵**	.۳۳**	.۲۷**	.۳۸**	۱		
۴- رابطه با همسایگان	-.۰۱	.۰۱	.۱۰**	.۱۰*	.۲۲**	.۲۰**	۱			
۵- رابطه با دوستان	.۱۸**	.۱۸**	.۲۴**	.۱۵**	.۳۳**	۱				
۶- دید و بازدید دوره‌ای	.۱۷**	.۲۱**	.۳۸**	.۲۳**	۱					
۷- حمایت اجتماعی	.۲۷**	.۴۲**	.۴۱**	۱						
۸- رضایت اجتماعی	.۳۳**	.۳۷**	۱							
۹- عزت نفس	.۳۱**	۱								
۱۰- احساس سلامتی	۱									

\* = P &lt; .۰۵    \*\* = P &lt; .۰۱

۱۷ درصد از واریانس احساس سلامت پاسخگویان را تبیین کنند. بر اساس ضرایب بتا می‌توان گفت تأثیر ابعاد شناختی سرمایه اجتماعی رضایت اجتماعی (Beta = .۲۵) بر احساس سلامت مهم‌تر از تأثیر متغیر روان‌شناختی عزت نفس (.۲۱) است. تا جایی که تأثیر میزان رضایت اجتماعی بر احساس سلامت پاسخگویان بیش از دو برابر تأثیر متغیر میزان رابطه با دوستان بوده است.

آزمون رگرسیون چندگانه: برای برآورد کردن میزان تأثیر کلی ( $R^2$ ) و تأثیر استاندارد شده و خالص (ضریب بتا) هر یک از متغیرها بر احساس سلامت پاسخگویان از رگرسیون چندگانه به شیوه گام به گام استفاده شد. بر اساس نتایج این آزمون (جدول ۳)، می‌توان گفت از کل متغیرهای وارد شده به معادله، تنها سه متغیر رضایت اجتماعی، عزت نفس و رابطه با دوستان به عنوان مهم‌ترین متغیرهای تأثیرگذار و معنی‌دار در معادله باقی مانده‌اند. این سه متغیر با هم توانسته‌اند

جدول ۳- آزمون رگرسیون چندگانه متغیرهای مستقل با احساس سلامت به شیوه گام به گام

نام متغیر	R	Adj.R <sup>2</sup>	B	Beta	t	Sig
رضایت اجتماعی	.۳۴	.۱۲	.۴۲	.۲۵	۴/۸۶	.۰۰۰
عزت نفس	.۴۰	.۱۶	.۱۹	.۲۱	۴/۱۴	.۰۰۰
رابطه با دوستان	.۴۱	.۱۷	.۳۰	.۱۱	۲/۳۲	.۰۲

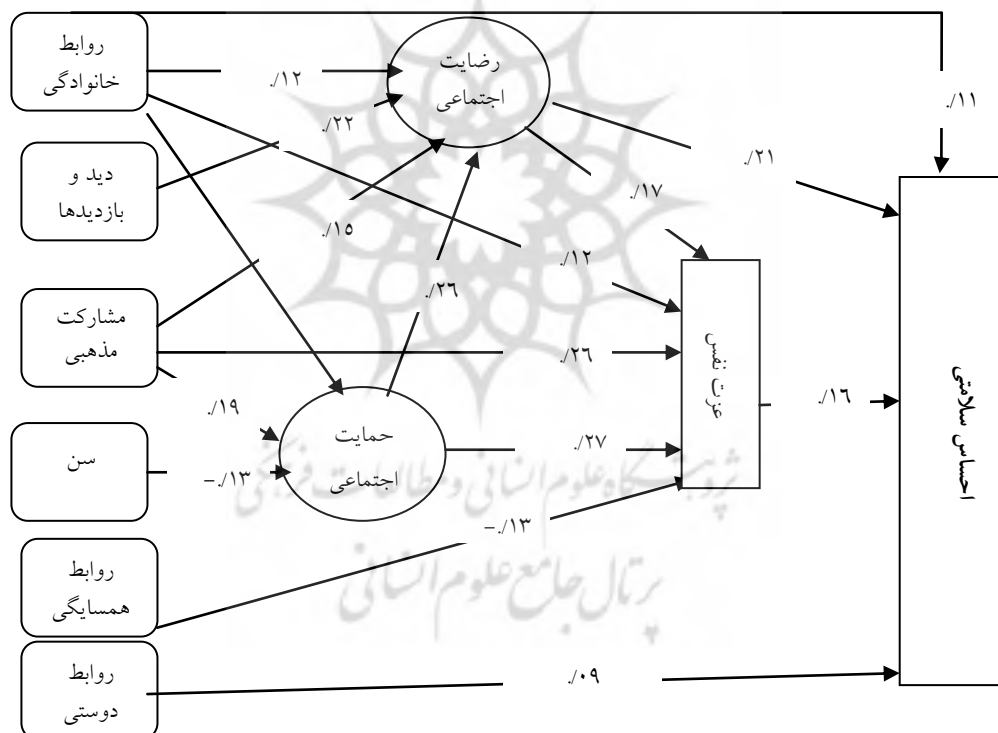
a = ۱۹ / ۲۱    F = ۱۵ / ۴۶    Sig = .۰۰۰

می‌دهد، می‌توان گفت در بین همه متغیرها تأثیر دو متغیر عزت نفس و میزان رابطه با دوستان بر احساس سلامتی مستقیم و مثبت بوده است. تأثیر متغیرهای رضایت اجتماعی و روابط خانوادگی مستقیم و غیرمستقیم بوده است. تأثیر سایر

آزمون تحلیل مسیر: بر اساس مدل تجربی تحقیق (نمودار ۱)، برای پی بردن به تأثیر مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته از آزمون تحلیل مسیر استفاده شد. همان‌طور که مسیر، مقدار و علامت ضرایب مسیرها نشان

از طریق تضعیف عزت نفس پاسخگویان، موجب کاهش احساس سلامتی آنان شده است. همچنین، همه پاسخگویان به یکسان تحت تأثیر فاکتورهای سرمایه اجتماعی قرار ندارند؛ برای مثال، با بالا رفتن سن افراد احساس می‌کنند کمتر مورد حمایت قرار می‌گیرند و این خود موجب می‌شود وضعیت سرمایه اجتماعی و تأثیر آن را متناسب با «چرخه زندگی» و دامنه سنی افراد در نظر بگیریم و تأثیر آن را برای همه گروه‌های سنی موجود در جامعه یکسان تلقی نکنیم. نکته آخر اینکه سازوکارهای تأثیر سرمایه اجتماعی بر احساس سلامت بیشتر به صورت با واسطه و از طریق متغیرهای شناختی و روان‌شناختی صورت می‌گیرد.

متغیرها (دید و بازدیدهای دوره‌ای، مشارکت مذهبی، سن و روابط همسایگی) بر احساس سلامتی غیرمستقیم و از طریق افزایش رضایت اجتماعی، عزت نفس یا احساس حمایت اجتماعی (روابط خانوادگی، مشارکت مذهبی، دید و بازدیدهای دوره‌ای)؛ یا کاهش احساس حمایت اجتماعی (سن) و عزت نفس (روابط همسایگی) بوده است. مهم‌ترین نکته‌ای که بر اساس نمودار تحلیل مسیر می‌توان گفت، این است که همه ابعاد و شاخص‌های سرمایه اجتماعی، تأثیر یکسانی بر احساس سلامتی پاسخگویان ندارند؛ برای مثال، در حالی که مشارکت مذهبی و روابط خانوادگی باعث افزایش رضایت و احساس سلامتی شده‌اند؛ داشتن روابط همسایگی



نمودار ۲- ترسیم سازوکار و تأثیر مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر احساس سلامتی

شناختی سرمایه اجتماعی از طریق سازوکارهای بی‌واسطه‌تر روان‌شناختی (نمودار ۱) سلامت افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهند، با روش پیمایشی به بررسی تجربی رابطه شاخص‌های سرمایه اجتماعی و عزت نفس با احساس سلامت افراد متأهل شهر یاسوج پرداخته شد. بر اساس تحلیل

## بحث و نتیجه‌گیری

در سال‌های اخیر، محققان بی‌شماری سرمایه اجتماعی را یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر سلامت دانسته‌اند. از این رو، ما پس از طرح و ارزیابی تئوری‌های کلاسیک و متأخر سرمایه اجتماعی، بر اساس این فرض که متغیرهای ساختاری و

- بر اساس نتایج آزمون تحلیل مسیر، تأثیر متغیرهای عزت نفس و میزان رابطه با دوستان بر احساس سلامت مستقیم و مثبت؛ تأثیر متغیرهای رضایت اجتماعی و روابط خانوادگی به دو گونه مستقیم و غیرمستقیم؛ تأثیر متغیرهای دید و بازدیدهای دوره‌ای، مشارکت مذهبی، سن و روابط همسایگی بر احساس سلامتی غیرمستقیم و از طریق ابعاد شناختی سرمایه اجتماعی یا عزت نفس بوده است. ارزیابی تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای سرمایه اجتماعی و روان‌شناختی (تحلیل مسیر) کمتر در تحقیقات داخلی مورد توجه قرار گرفته‌اند؛ اما این یافته متناسب با نتایج تحقیقات (Moore et al. 2011; Nakhaie et al. 2010; Haines et al. 2011) است که معتقدند تأثیر شبکه‌های اجتماعی بر سلامت، بیشتر به صورت غیرمستقیم و به واسطه فراهم کردن منابع حمایت اجتماعی، عاطفی و افزایش رضایت اجتماعی حاصل می‌شود. به عبارتی، سرمایه اجتماعی ساختاری به واسطه تأثیرگذاری بر سرمایه اجتماعی شناختی و ساختارهای روان‌شناختی افراد بر میزان احساس سلامت آنان تأثیر می‌گذارد.

- بر اساس نتایج آزمون‌های رگرسیون چندمتغیره و تحلیل مسیر می‌توان گفت نتایج حاصل از پژوهش با این یافته (Nakhaie et al. 2010) و بحث نظری (Turner, 2004) سازگاری دارد که بر اساس کمیت و کیفیت روابط بین متغیرهای مستقل و واسطه‌ای تحقیق با متغیر وابسته تحقیق می‌توان گفت، همه ابعاد و سرمایه اجتماعی (ساختاری / شناختی و کمیت و کیفیت روابط) تأثیر یکسانی بر احساس سلامت پاسخگویان نداشته‌اند؛ برای مثال، تأثیر ابعاد شناختی و ذهنی سرمایه اجتماعی بر احساس سلامت پاسخگویان به مراتب بیشتر از تأثیر ابعاد عینی و ساختاری آن بوده است. و اینکه صرف وجود روابط (کمیت روابط) نمی‌تواند موجب افزایش احساس سلامت شود. نتایج تحقیق تأیید کننده این اظهار نظر نظریه پردازان متأخر سرمایه اجتماعی، از جمله روک است که کیفیت روابط افراد برای ارتقای سلامت مهمتر از کمیت صرف آن است. چه بسا روابطی می‌توانند زمینه‌ای را برای

داده‌ها مهم‌ترین نتایج تحقیق موارد زیر بوده‌اند:

- بر اساس نتایج آزمون همبستگی دومتغیره پیرسون، متغیرهای رضایت اجتماعی، عزت نفس، حمایت اجتماعی، به ترتیب، بالاترین همبستگی‌های مثبت و مستقیم را با احساس سلامت پاسخگویان داشته‌اند. همچنین، همبستگی متغیرهای تعامل با خویشاوندان، رابطه با دوستان و دید و بازدیدهای دوره‌ای با احساس سلامت پاسخگویان مثبت و معنی‌دار بوده است؛ اما همبستگی متغیرهای سن و رابطه با همسایگان با احساس سلامتی پاسخگویان معنی‌دار نبوده است. این یافته با نتایج تحقیقات رضوی و دیگران (۱۳۹۱) از نظر رابطه مثبت حمایت، روابط اجتماعی و عزت نفس با سلامت روانی؛ توکل و دیگران (۱۳۹۰) مبتنی بر رابطه مثبت احساس رضایت با سلامت روانی؛ سیدان و عبدالصمدی (۱۳۹۰) جهت رابطه مستقیم متغیرهای شبکه حمایت اجتماعی با سلامت روان و باست و مور (۲۰۱۳) از نظر رابطه مثبت سرمایه شبکه‌ای با سلامت روان همخوانی دارد.

- بر اساس نتایج رگرسیون چند متغیره به شیوه گام به گام، از کل متغیرهای وارد شده به معادله تنها سه متغیر رضایت اجتماعی، عزت نفس و رابطه با دوستان به عنوان متغیرهای معنی‌دار باقیمانده در معادله توانسته‌اند ۱۷ درصد از واریانس احساس سلامت پاسخگویان را تبیین کنند. نکته مهم این است که دو مورد از مهم‌ترین متغیرهای تأثیرگذار بر احساس سلامت در این تحقیق؛ یعنی احساس رضایت (به استثنای بحث نظری شافل و شاه و تحقیق تجربی توکل و دیگران، ۱۳۹۰) و رابطه با دوستان در تحقیقات تجربی پیشین کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند. تنها در تحقیق توکل و دیگران (۱۳۹۰) رابطه رضایت از زناشویی و احساس رضایت با احساس سلامت تأیید شده است؛ اما در خصوص تأثیر مثبت اعتماد به نفس بر احساس سلامت، نتایج این تحقیق با یافته‌های تحقیقات عنایت و آقاپور (به نقل از نوقانی و رضوی‌زاده، ۲۰۱۳)، رضوی‌زاده و دیگران (۱۳۹۱) و باست و مور (۲۰۱۰) همخوانی دارد.

اجتماعی و احساس سلامت، به دیگر شاخص‌های ایجابی سرمایه اجتماعی (مانند اعتماد نهادی و اعتماد به دست‌اندرکاران و مسئولان حوزه سلامت و پزشکان) و شاخص‌های سلبی آن (مانند افزایش بی‌نظمی و جرم و جنایت، ...) توجه شود.

### منابع

- احسان منش، م. (۱۳۸۰). «همه‌گیرشناسی بیماری‌های روانی در ایران: بازنگری بررسی‌های انجام شده»، فصلنامه اندیشه و رفتار، ۲۴، سال ۶، ش ۴، ص ۴-۱۹.
- امیر احمدیان، ب. (۱۳۷۸). «رتبه‌بندی استان‌های کشور بر اساس شاخص‌های اجتماعی<sup>۱</sup> اقتصادی»، فصلنامه مطالعات ملی، ش ۱، ص ۹۹-۱۲۷.
- امینی، ن.؛ یدالهی، ح. و اینانلو، ص. (۱۳۸۰). «رتبه‌بندی سلامت استان‌های کشور»، مجله رفاه اجتماعی، ش ۲۰، ص ۲۷-۴۸.
- باقری لنگرانی، ن.، آذین، ع.؛ صدیقی، ژ.، جهانگیری، ک.؛ آیین پرست، ا. و دیگران. (۱۳۹۰). «بیماری‌های مزمن در یک بررسی مبتنی بر جمعیت: مطالعه سلامت از دیدگاه مردم ایران»، فصلنامه پایش، سال دهم، شماره سوم، ص ۳۹۱-۳۹۵.
- پیران، پ.؛ موسوی، م. و شیبانی، م. (۱۳۸۵). «سرمایه اجتماعی در ایران: کار پایه مفهومی و مفهوم سازی سرمایه اجتماعی با تأکید بر شرایط آن در ایران»، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، ش ۲۳، ص ۴۴-۷.
- توکل، م. و مقصودی، س. (۱۳۹۰). «سرمایه اجتماعی و سلامت روانی، مکانیسم‌ها و مدل‌های علی و تعاملی»، رفاه اجتماعی، سال یازدهم، ش ۴۲، ص ۱۷۳-۲۰۲.
- توکل، م.؛ معیدفر، س. و مقصودی، س. (۱۳۹۰). «بررسی جامعه‌شناختی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت

افراد فراهم کنند که بتوانند با مقایسه توانایی‌ها و امکانات خودشان با دیگران به محرومیت خود پی برده (عینی) یا احساس محرومیت کنند (ذهنی)؛ دو نوع محرومیتی که به نوبه خود موجب افزایش استرس و ناراحتی شخص، کاهش عزت نفس و در نتیجه، کاهش احساس سلامتی وی می‌شوند. شاید بتوان رابطه منفی داشتن روابط همسایگی، با عزت نفس و از آن طریق با احساس سلامت پاسخگویان را بر این اساس تبیین کرد.

در نهایت، نتایج تحقیق از دو جهت با نظریات متأخران حوزه سرمایه اجتماعی و سلامت همخوانی بیشتری دارد: اول اینکه با این نظر آنها همخوانی دارد که تأثیر کیفیت روابط اجتماعی، در مقایسه با کمیت آنها، برای احساس سلامت افراد مهم‌تر است؛ تا جایی که حتی بعضی از روابط اجتماعی به خاطر استرس‌زا و مضر بودنشان می‌توانند احساس سلامت فرد را کاهش دهند؛ دوم، اینکه تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت افراد، بیشتر به صورت واسطه و از طریق فرایندها و ویژگی‌های روان‌شناختی صورت می‌گیرد؛ به عبارتی، متغیرهای عینی و ذهنی سرمایه اجتماعی (انسجام اجتماعی، حمایت اجتماعی، داشتن روابط...) تنها زمانی می‌توانند موجب اعتلای احساس سلامت فرد شوند که عزت نفس وی را تقویت کنند؛ عزت نفسی که می‌تواند همانند سپری استرس‌گیر<sup>۱</sup> برای مدیریت فشارهای روزمره به افراد کمک نماید (Bakker & Demorouti, 2007).

### محدودیت های تحقیق

در پایان باید گفت از آنجا که این تحقیق با روش پیمایشی، تنها به بررسی رابطه سرمایه اجتماعی با یک بعد از سلامت افراد متأهل پرداخته است، از کاستی‌هایی رنج می‌برد که انتظار می‌رود تحقیقات آینده با کمک گرفتن از روش کیفی، و در نظر گرفتن همه ابعاد سلامت تا حد زیادی در صدد رفع این کاستی‌ها برآیند. همچنین، در بحث ارزیابی رابطه سرمایه

<sup>1</sup> Stress Buffer



- Bassett, E. and Moore, S. (2013) "Mental Health and Social Capital: Social Capital as a Promising Initiative to Improving the Mental Health of Communities". <http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/>. Dy.doi.org/10/5772 (53501).
- Berkman, L. Glass, T. Brissette, I. and Seeman Teresa E. (2000) "From Social Integration to Health: Durkheim in the New Milleunium", *Social Science & Medicine*, No. 51, p 843- 857.
- Blaxter, M. (2000) Medical Sociology at the Start of the New Millenium", *Science and Medicine* No. 51(8), p 1139-1142.
- Carr, Deborah, Fridman, Michael A. and Jaffe Karen (2007) "Understanding the Relationship between Obesity and Positive and Negative Affect: The Role of Psychosocial Mechanisms", *Body Image*, No. (4), p 165-177, [www.elsevier.com/locate/bodyimage](http://www.elsevier.com/locate/bodyimage).
- De Silva, M.J. Mc Kenzie, K. Harpham, T. and Hultly, S.R. (2005) Social Capital and Mental Illness: A Systematic Review", *Journal of Epidemiology and Community Health*, No. 59, p 619- 627.
- Dohrenwend, B.S. & Dohrenwend, B.P. (1981) *Stressful Life Events and Their Context*. New York: Podist(Eds).
- Ginman, M. (2003) "Social Capital as a Communicative Paradigm", *Health Informatics Journal*, Vol 9(1), p 57- 64.
- Harphan, T. Mc kenziey (2006) *Social Capital and Mental Health* London: Jessica Kingsley.
- Hawe, p. & Sheill, A. (2000) Social Capital and Health Promotion: A Review", *Social Science and Medical*, No. 51(6), p 871- 885.
- Kawachi, I. and Subramanian S.V. and Kim, D. (2008) *Social Capital and Health*. New York: Springer.
- Lochner, K. Kawachi, I. and Kennedy, B. (1999) Social Capital: A Guide to its Measurement", *Health and Place*, No. 5, p 259- 270.
- Lynch, J. and Kaplan, G. (1997) "Understanding How Inequality in the Distribution of Income Effect Health", *Journal of Health Psychology*, Vol. 2(3), p 297-314.
- Lynch, J.W. (2000) Income Inequality and Health: Expanding the Debate", *Social Science and Medicine*, No. 51(7), p 1001-1005.
- Mc Kenzie, K. (2000) "Social Capital and Mental Health", Presented at the " Interrelations of Social Capital with Health and Mental Health in the New Millennium", *Journal of Health Psychology*, No. 2(3), p 297-314.
- روانی در زوجین شهر کرمان»، بررسی مسائل اجتماعی ایران، ش ۵ و ۶، ص ۱۶۹-۱۹۴.
- رضوی زاده، ن.؛ نوغانی، م. و یوسفی، ع. (۱۳۹۱). «رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در بین دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد»، *مجله علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد*، ش ۹، ص ۲۵-۵۱.
- سعادت، ر. (۱۳۸۶). «تخمین سطح و توزیع سرمایه اجتماعی استان‌ها»، *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، سال ششم، ش ۲۳، ص ۱۷۳-۱۹۳.
- سیدان، ف. و عبدالصمدی، م. (۱۳۹۰). «رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان زنان و مردان»، *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، ش ۴۲، ص ۲۲۹-۲۵۴.
- محسنی، م. (۱۳۷۹). *بررسی آگاهی‌ها، نگرش‌ها و رفتارهای اجتماعی و فرهنگی در تهران*، تهران: زهد.
- مسعودنیا، ا. (۱۳۸۹). *جامعه‌شناسی پزشکی*، تهران: دانشگاه تهران.
- وحدانی نیا، م.؛ عبادی، م.؛ آذین، ع.؛ آیین پرست، ا. و دیگران. (۱۳۹۰). «مردم سلامت خود را چگونه ارزیابی می‌کنند: مطالعه سلامت از دیدگاه مردم ایران»، *فصلنامه پایش*، سال دهم، شماره سوم، ص ۳۵۵-۳۶۳.
- Almedom, A.M. (2005) "Social Capital and Mental Health: An Interdisciplinary Review of Primary Evidence", *Sossci Med*, No. 61(5), p 943- 964.
- Antonucci, T.C. & Airouch, K.J and Jenevic, M.R. (1986) The Effect of Social Relations with Children on the Education-HEALTH Link in Men and Women Aged Forty and Over", *Social Science and Medicine*, No. (5), p 449-460.
- Bakker, A.B. & Demerouti, E. (2007) The Job Demands- Resources Model: State of the Art", *Journal of Managerial Psychology*, No. 22(3), p 309- 328.

- Putnam, R. (1995) "Bowling Alone: America,s Declining Social Capital", *Journal of Democracy*, No. 6(1), p 65- 78.
- Rietschin, J. (1998) Voluntary Association Membership and Psychological Distress", *Journal of Health & Social Behavior*, No. 39(4), p 348- 355.
- Spitzor, R.L. Kroenke, K. & Williams, J.B.W. (1999) Validation and Utility of a Self- Report Version of Prime- MD, the PHQ Primary Care Study *TAMA*, November 10, Vol. 282, No. 18, p 1737- 1744.
- Turner, Bryan. (2004) *The New Medical Sociology Social Forms of Health and Illness*, New York, Norton Company.
- Valenzuela, S. Park, N. & Kee, K.F. (2009) Is There Social Capital in a Social Network Site: Facebook Use and College Students, Life Satisfaction, Trust, and Participation , *Journal of Computer – Mediated Communication*, No. 14, p 875- 901.
- Verhaeghe, N. Maeseneer, J.D. Maes, L. Heeringen, C.V. Bogaret,V. Clays, E. Baccquer, D.D. and Annemans, L. (2012) Health Promotion Intervention in Mental Health: Design and Baseline Findings of a Cluster Preference Randomized Controlled Trial *BMC Public Health*, Vol. 12, p 431- 440.
- Wilkinson, R.G. (1997) Health Inequalities: Relative or Absolute Material Standards", *British Medical Journal*, 22, February, No. 314, p 70- 80.
- "Health" Workshop, held at the World Bank, July 1/9 (2000), Washington, D.C.
- Mc Kenzie, K. Whitley, R. and Weich, S. (2002) "Social Capital and Mental Health", *British Journal of Psychiatry*, No. 181, p 280- 283.
- Mc Pherson, K. Kerr, S. Mc Gee, E. Cheoter, F. and Morgan, A. (2013) "*The Role and Impact of Social Capital on the Health and Wellbeing of Children and Adolescents: a Systematic Review*", Glasgow, Center for Population Health. www.gcph.co.uk.
- Moore, S. Daniel, M. Paquet, C. & Dubel, G. (2009) "Association of Individual Network Social Capital with Abdominal Adoposity, Overweight and Obesity", *Journal of Public Health*, No. 31(1), p175- 183.
- Nakaie, R. & Arnold, R. (2010) A Four Year (1996-2000) Analysis of Social Capital and Health Status of Canadians: The Difference that have Makes", *Social Science and Medicine* No. 71, p 1034- 1049.
- Noghani, M. Razavizadeh, N. (2013) "Social Capital and Health: A Return to Social and Sociological Traditions", *Journal of research and Health Social Development, Health Promotion Research Center*, Vol 3, No. 1, p 286- 295.
- Noorbala, A. Bagheri Yazdi, S.A. Yasamy, M.T. and Mohamad, K. (2004) Mental Health Survey of the Adult Population in Iran , *British Journal of Psychiatry*, No. 184, p 70° 73.