

Bourdieu Analysis of the Role of Economic and Cultural Capital in Explaining Mental Health

Saadati, M.¹

<https://dx.doi.org/10.22084/CSR.2022.23709.1932>

Received: 2021/02/14; Accepted: 2021/07/06

Type of Article: **Research**

Pp: 77-106

Abstract

The health of any society is based on the health of the family, which itself is affected by the set of interactions that exist among the people of this institution. Meanwhile, the optimal mental health of women and mothers can have a great impact on the health and development of the society. Because the health of women, especially mothers, is one of the basic concepts in social development and welfare. In this regard, the current research was also conducted with the aim of sociologically investigating the relationship between economic capital and cultural capital with the mental health of married women in Tabriz based on Pierre Bourdieu's theoretical framework. The research method used in the present research is survey type. The statistical population includes all married women in Tabriz city, 400 of whom were selected using Cochran's formula and stratified random sampling as the statistical sample of the research to collect data. Also, SPSS software was used to analyze the data. The tool for collecting information is a questionnaire, and the type of validity of the measurement tool is face validity. Cronbach's alpha technique was also used to measure reliability. The results of the research indicate that the correlation between cultural capital and economic capital was confirmed with all the variable components of mental health (physical symptoms, anxiety and insomnia, impaired social functioning, depression). Also, the results of the regression analysis showed that the independent variables of the research explained 38% of the changes in the mental health variable.

Keywords: Mental Health, Cultural Capital, Economic Capital, Married Women, Pierre Bourdieu.

I. Assistant Professor, Department of Sociology, Faculty of Social Sciences, Imam Khomeini International University, Qazvin, Iran. **Email:** m.saadati@soc.ikiu.ac.ir

Citations: Saadati, M., (2023). "Bourdieu Analysis of the Role of Economic and Cultural Capital in Explaining Mental Health". *Two Quarterly Journal of Contemporary Sociological Research*, 11(21): 77-106. doi: 10.22084/csr.2022.23709.1932

Homepage of this Article: https://csr.basu.ac.ir/article_4906.html?lang=en

1. Introduction

Women's health is one of the most important priorities of the society's health, because women are both the main recipients and providers of care in the health system and constitute a large part of health care workers in the official health sector. Meanwhile, women are exposed to more psychological damage due to the pressures caused by assuming different roles of wife, mother and social roles. In recent decades, researchers conducted in the field of mental health of women in Iran have also indicated the prevalence of mental disorders among them (Ahmadi et al., 2016). Among the variables that can be closely related to women's mental health are cultural capital and economic capital. Cultural capital includes a person's stable desires and tendencies and habits that are achieved during the process of socialization and includes cultural goods, skills and types of legitimate knowledge (Vedadhir and Mohammadi, 2011). Pierre Bourdieu first used the concept of cultural capital (1990). From his point of view, investing in the educational actions of the reproduction process is like education, the purpose of which is to indoctrinate the masses and internalize the values of these symbols and meanings. According to Bourdieu, choosing appropriate cultural investment strategies in the family plays an important role in better learning and people's savings. According to him, in some ways, cultural capital is the best and most effective method of transferring inherited capital, because it is done objectively to a large extent and therefore has less control. According to Bourdieu, the ownership of cultural capital does not only refer to material capital, but the cultural capital resulting from family or school conditions is somewhat independent of economic capital (Bourdieu, 2010). Cultural capital even compensates for the lack of money as part of an individual's or group's strategy to pursue power and social status (Fasihi, 2009). Also, from Bourdieu's point of view, economic capital has a fundamental state so that it affects the level of other capitals as well. In other words, it can be said that economic capital is the initial capital of a person, but after acquiring it, the owner of the capital may be exposed to deep and great influences (Grenfell, 2013). In this regard, the current research seeks to identify the rate of mental disorders among married women in Tabriz city and investigate how the variables of cultural capital and economic capital are related to the incidence of mental disorders among women in the statistical population.

2. Materials and Methods

This research is a survey study and research data has been collected using the questionnaire technique. The research method used in this study is based on the purpose of the research and is based on the method of data collection. The statistical population also includes all married women in Tabriz city, of which 400 people were calculated using Cochran's statistical formula as the sample size. After determining the sample size, the estimated sample for each of the municipal areas was calculated according to the population in eight areas and selected as the final sample to collect the necessary data using stratified random sampling. The data collection tool is a questionnaire and the software required for data analysis is SPSS software.

3. Data

The research results indicate that the correlation between embodied, objectified and total cultural capital variables with women's mental health was confirmed with 99% confidence and a significance level of 0.01; The type of negative relationship and the intensity of the average correlation were estimated; This means that the more women's cultural capital is, the less mental disorders will occur among them. The linear relationship between economic capital variable and mental health in all four dimensions (physical symptoms, anxiety and insomnia, social functioning, depression) is statistically significant, and the type of relationship is negative and inverse. It means that with the increase of economic capital, women's mental disorders will decrease, the opposite is also confirmed. Also, the results of the regression analysis showed that among the independent variables, embodied cultural capital, economic capital, objectified cultural capital, and age respectively had the greatest impact on women's mental health. The present variables in the regression model have explained 38% of the changes in the mental health variable.

4. Discussion

According to the theory of cultural capital, people's mental disorders should be seen as a reflection of the cultural structure of society's institutions, including family, group of friends, etc. Bourdieu considers cultural capital to be the use of language, habits, orientations and tendencies that have complex and subtle aspects in the relationship between the person and the language. This capital can be considered as a set of relationships, information, information and privileges that a person uses to maintain or gain a social position. Cultural

capital has several dimensions, including objective knowledge about art and culture, cultural tastes and preferences, formal qualifications (such as university degrees and passing music training courses), cultural skills and information (such as the ability to play an instrument), clean ability. It is to distinguish between good and bad. A person's economic capital also includes the facilities he has for economic well-being. People with economic capital can have more cultural goods and enjoy more educational and educational facilities and thus increase their cultural capital. Compared to cultural and social capital, economic capital is converted into other capitals at a faster rate. In general, based on Bourdieu's theory, the level of access to cultural and economic capital in the family field can be effective in the change and transformation of women's mental structure (habits) and therefore affect their mental health. Women who don't have the appropriate capital in field conflicts are marginalized, and this marginalization is the source of many of their mental disorders, which is dangerous for the whole family environment. In fact, the sense of emptiness and emptiness of people in the social space arises due to the impossibility of accessing various social resources, which leads to frustration and this frustration threatens their mental health.

5. Conclusion

Considering the confirmation of the linear and negative relationship between the variables of cultural capital and economic capital and the incidence of mental disorders and the effective role of both mentioned variables, in the analysis of the regression model, it is suggested that on the one hand, planning and creating the necessary platforms to increase Women's cultural capital can be realized through raising the level of education and training, spreading the culture of reading books, participating in cultural affairs, maintaining religious values and beliefs, and on the other hand, since economic capital, as the center of changes in other capitals, is considered in Bourdieu's theoretical apparatus. Therefore, increasing the financial power of women by creating development-oriented funds; improving their economic base through the subsidy system; Increasing women's social hope regarding the economic future and reducing women's worry and anxiety regarding job skills in society can be effective in strengthening and improving women's mental health.

تحلیل بوردیوی نقش سرمایه‌های اقتصادی و فرهنگی در تبیین سلامت روانی

موسی سعادت^۱

شناسه دیجیتال (DOI): <https://dx.doi.org/10.22084/CSR.2022.23709.1932>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۱/۲۶، تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۴/۱۵

نوع مقاله: پژوهشی

صص: ۷۷-۱۰۶

چکیده

سلامت هر جامعه‌ای مبتنی بر سلامت خانواده است که این خود متأثر از مجموعه تعاملاتی است که در بین افراد این نهاد وجود دارد. در این میان، سلامت روانی مطلوب زنان و مادران، می‌تواند تأثیر به‌سزایی در سلامت و توسعه جامعه داشته باشد؛ چراکه سلامت زنان، به‌ویژه مادران، از مفاهیم زیربنایی در توسعه و رفاه اجتماعی است. در این راستا، پژوهش حاضر نیز با هدف بررسی جامعه‌شناختی رابطه بین سرمایه اقتصادی و سرمایه فرهنگی با سلامت روانی زنان متأهل شهر تبریز براساس دستگاه نظری «پی‌یر بوردیو» انجام شده است. روش تحقیق مورد استفاده در پژوهش حاضر، از نوع پیمایشی است. جامعه آماری شامل کلیه زنان متأهل شهر تبریز می‌باشد که ۴۰۰ نفر از آنان با استفاده از فرمول کوکران و به شیوه نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای به‌عنوان نمونه آماری پژوهش جهت گردآوری داده‌ها انتخاب شدند. هم‌چنین، جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS استفاده شده است. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه بوده و نوع روایی ابزار اندازه‌گیری، محتوایی از نوع اعتبار صوری می‌باشد. جهت سنجش پایایی نیز، از تکنیک آلفای کرونباخ استفاده شده است. نتایج تحقیق حاکی از آن است که هم‌بستگی بین سرمایه فرهنگی و سرمایه اقتصادی با تمامی مؤلفه‌های متغیر سلامت روانی (علایم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در عملکرد اجتماعی، افسردگی) مورد تأیید واقع شد. هم‌چنین نتایج تجزیه و تحلیل رگرسیونی نیز نشان داد که متغیرهای مستقل تحقیق ۳۸٪ از تغییرات متغیر سلامت روانی را تبیین نموده‌اند.

کلیدواژگان: سلامت روانی، سرمایه فرهنگی، سرمایه اقتصادی، زنان متأهل، پی‌یر بوردیو.

۱. استادیار گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)، قزوین، ایران.

Email: m.saadati@soc.ikiu.ac.ir

۱. مقدمه

سلامتی و تأمین آن یکی از مهم‌ترین پیش‌نیازهای زندگی فردی و اجتماعی بشر است که در دنیای کنونی از پیچیدگی‌های زیادی برخوردار است. با وجود پیشرفت‌های عظیم در علم پزشکی و درمان اغلب بیماری‌ها، نه تنها مشکلات مربوط به سلامت برطرف نشده است، بلکه در اثر رشد روزافزون بیماری‌های مزمن و سبک زندگی پر تنش و استرس دوران مدرن، انسان‌ها با مشکلات بیشتری مواجه شده‌اند (قادری و همکاران، ۱۳۹۵). در واقع سلامت را محور توسعه اقتصادی-اجتماعی تلقی می‌کنند. اگر هدف تمام سیاست‌های اجتماعی-اقتصادی، رفاه جامعه باشد؛ کلید ورود به رفاه جامعه، ابتدا امید به زندگی مناسب و سالم و سپس کیفیت زندگی است که هیچ‌یک از این‌ها بدون داشتن سلامت امکان‌پذیر نیست (هزارجریبی و مه‌ری، ۱۳۹۱).

سلامت^۱ هر جامعه در گرو سلامت خانواده، و سلامت خانواده در گرو مجموعه‌ای از روابط و تعاملاتی است که در بین افراد یک خانواده وجود دارد. خانواده عموماً به منزله مکانی که افراد آنجا را مأمن و پناهگاه خود تلقی می‌کنند، در نظر گرفته می‌شود و جایی است که آرامش و سکون و هماهنگی باید برآن حکم فرما باشد (حضور، ۱۳۸۶). خانواده، نخستین و پایدارترین نهاد اجتماعی است که هویت انسانی و جامعه‌پذیری فرد در آن شکل می‌گیرد و پذیرش ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی، انتقال الگوهای روابط و تعامل به سایر نهادهای اجتماعی را سبب شده است. بدون شک، هیچ‌یک از آسیب‌های اجتماعی از تأثیر خانواده جدا نیستند. نهاد خانواده هنگامی کارکرد خود را به درستی انجام می‌دهد که دچار نابه‌سامانی و آشفتگی نباشد (دانش و همکاران، ۱۳۹۵). وجود خانواده‌های سالم و مادران و زنان با سلامت روانی^۲ مطلوب، می‌تواند تأثیر به‌سزایی در سلامت روان موجود و ایجاد بهداشت روانی آن جامعه داشته باشد. زنان نیمی از جمعیت و مربی نسل‌های بعد جامعه‌اند، پس نقش مهمی در تحولات اجتماعی یک بخش ایفا می‌کنند؛ لذا، سلامت زنان، به‌ویژه مادران، از مفاهیم زیربنایی در توسعه و رفاه اقتصادی-اجتماعی است (عابدی و همکاران، ۱۳۹۹). زنان در تمامی جوامع نقش مهم و تعیین‌کننده‌ای در روند پیشرفت و توسعه جوامع دارند که در طی قرون متمادی و به دلایل مختلف با وجود تلاش و کوشش‌هایی کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند. علاوه بر این، زنان به‌عنوان یکی از اقشار در معرض آسیب جوامع بیش از سایرین در معرض تبعیض‌های اجتماعی و فشارهای روانی قرار می‌گیرند. در این میان، آن دسته از زنانی که به‌دلایلی، عهده‌دار مسئولیت‌های خانوادگی هستند در معرض آسیب‌های بیشتری قرار می‌گیرند (پرهوده و همکاران، ۱۳۹۴).

سلامت زنان یکی از مهم‌ترین اولویت‌های سلامت جامعه است؛ چراکه زنان هم دریافت‌کنندگان و هم ارائه‌کنندگان اصلی مراقبت‌ها در نظام سلامت هستند و بخش بزرگی از مراقبین بهداشتی در بخش رسمی سلامت را تشکیل می‌دهند. در این میان، زنان با توجه به فشارهای ناشی از برعهده گرفتن نقش‌های مختلف همسری، مادری و نقش‌های اجتماعی در معرض آسیب‌های روانی بیشتری هستند. در دهه‌های اخیر پژوهش‌های انجام‌یافته در زمینه سلامت روان زنان در ایران نیز حاکی از میزان شیوع اختلالات روانی در بین آنان بوده است (احمدی و همکاران، ۱۳۸۶).

در این میان، ازجمله متغیرهایی که می‌تواند ارتباط نزدیکی با سلامت روانی زنان داشته باشد، سرمایه فرهنگی^۳ و سرمایه اقتصادی^۴ است. سرمایه فرهنگی، در برگرفته تمایلات پایدار فرد و گرایش‌ها و عاداتی است که طی فرآیند جامعه‌پذیری حاصل می‌شوند و شامل کالاهای فرهنگی، مهارت‌ها و انواع دانش مشروعه است (ودادهیر و محمدی، ۱۳۹۱). «پی‌یر بوردیو»^۵ برای اولین بار مفهوم سرمایه فرهنگی (۱۹۹۰) را به‌کار برده است؛ از نگاه وی، سرمایه‌گذاری در کنش‌های آموزشی فرآیند بازتولید، هم‌چون تعلیم و تربیت قرار دارد که هدف از آن تلقین توده‌ها و درونی کردن ارزش‌های این نمادها و معانی است. به نظر بوردیو، انتخاب راهکارهای سرمایه‌گذاری فرهنگی مناسب در خانواده نقش مهمی در فراگیری بهتر آموزش و اندوخته‌های افراد دارد. به عقیده وی، از بعضی جهات، سرمایه فرهنگی بهترین و مؤثرترین روش انتقال سرمایه موروثی است؛ زیرا تا حد زیادی به صورت عینی انجام‌گرفته و بنابراین از کنترل کمتری برخوردار است. از نظر بوردیو، مالکیت سرمایه فرهنگی تنها از سرمایه مادی حکایت نمی‌کند، بلکه سرمایه فرهنگی ناشی از شرایط خانوادگی یا مدرسه‌ای، تا حدی از سرمایه اقتصادی مستقل عمل می‌کند (بوردیو، ۲۰۱۰). سرمایه فرهنگی حتی کمبود پول را به‌عنوان قسمتی از راهکار فرد یا گروه برای تعقیب قدرت و جایگاه اجتماعی جبران می‌کند (فصیحی، ۱۳۸۹). هم‌چنین، از دیدگاه بوردیو سرمایه اقتصادی حالت بنیادی دارد، به طوری که بر سطح سایر سرمایه‌ها نیز مؤثر واقع می‌شود. به سخن دیگر، می‌توان گفت که سرمایه اقتصادی سرمایه اولیه فرد است، اما ممکن است پس از کسب آن، صاحب سرمایه در معرض تأثیرات عمیق و بزرگی قرار گیرد (گرنفل، ۱۳۹۳). در این راستا، پژوهش حاضر درصدد شناسایی میزان اختلالات روانی در بین زنان متأهل شهر تبریز و بررسی چگونگی پیوند و ارتباط بین متغیرهای سرمایه فرهنگی و سرمایه اقتصادی با میزان بروز انواع اختلالات روانی در بین زنان در جامعه آماری مورد بررسی می‌باشد.

۲. مبانی نظری

در این بخش، تئوری‌ها مطرح شده در ارتباط با هر یک از متغیرهای مستقل و وابسته تحقیق مورد بحث و بررسی قرار گرفته است.

- **سلامت روانی:** از مباحث اساسی در حیطه علوم اجتماعی و روان‌شناسی است که توجه بسیاری از نهادهای بین‌المللی، از جمله سازمان بهداشت جهانی را به خود معطوف ساخته است. واژه «Haelth» از واژه «Holth» یونانی برخاسته که بعدها در انگلیسی «Wholness» و «Holestic» نیز از همین واژه اتخاذ شده است، به معنی کمال و کامل و جامع، که نشان‌دهنده مقوله‌های تندرستی فرد، تمامیت و صحت و آسایش اوست (بیابانگرد و جوادی، ۱۳۸۳). سلامت روان، قابلیت فرد در برقراری ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، توانایی در تغییر و اصلاح محیط اجتماعی خویش، حل مناسبات و منطقی تعارض‌های هیجانی و تمایلات شخصی خود است و الگویی چندبعدی از سلامت روان را مفهوم‌سازی و عملیاتی کرده‌اند که شامل پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خود پیروی، غلبه بر محیط، هدفمندی در زندگی و رشد شخصی است (منتظری و همکاران، ۱۳۹۷). به‌عنوان یک تعریف نسبتاً جامع، تعریف سازمان بهداشت جهانی: سلامت روان وضعیتی از سلامت هر فرد است که باعث تحقق استعدادها و بالقوه، توانایی کنار آمدن با تنش‌های معمول زندگی، انجام کار مفید و ثمربخش و توان مشارکت با اجتماع در او می‌شود. سلامت روان نه تنها نبود بیماری روانی است، بلکه به سطحی از عملکرد اشاره می‌کند که فرد با خود و سبک زندگی اش آسوده و بدون مشکل باشد. درواقع، تصور بر این است که فرد باید بر زندگی خود کنترل داشته باشد و فقط در چنین حالتی است که می‌توان آن قسمت‌هایی را که درباره خود یا زندگی اش مسأله‌ساز است تغییر دهد (منتظری و همکاران، ۱۳۹۷).

برخی از نظریه‌پردازان مانند «اریک فروم»، «مازلو»، «اریکسون»، «راجرز و یونگ»، به جنبه سالم طبیعت آدمی پرداخته‌اند. این روان‌شناسان در تلاش برای غنا بخشیدن شخصیت انسان هستند و نگرش منحصر به فردی در خصوص رشد روانی و کمال انسانی عرضه می‌کنند. به اعتقاد «فروید» انسان متعارف، کسی است که مراحل رشد جنسی را با موفقیت گذرانیده باشد و در هیچ‌یک از مراحل بیش از حد تثبیت نشده باشد؛ وی انسان نامتعارف را به دو گروه «روان نژند» و «روان پریش» تقسیم می‌کند و هسته مرکزی بیماری روانی را اضطراب می‌داند (هزارجریبی و مهری، ۱۳۹۱). در مقابل گروه دیگری از روان‌شناسان در واقع به تعریف رفتار ناهنجار با بیماری روانی می‌پردازند و سپس نتیجه می‌گیرند که سلامت روان درواقع مساوی با عدم بیماری روانی است. در این دیدگاه، ابتدا برای بیماری روانی ملاک‌هایی ارائه می‌شود که داشتن هر یک از این ملاک‌ها به

تنهایی و یا به صورت جمعی، می‌تواند نشانگر وجود اختلال روانی باشد. این ملاک‌ها عبارتند از: داشتن رفتار غیر انطباقی، انحراف از متوسط، پریشانی شخصی، انحراف از هنجارهای اجتماعی و اختلال در کارکرد اجتماعی. سلامت روان در اثر مجموع تلاش‌هایی حاصل می‌شود که هم در زمینه بهداشت روانی و هم ارتقای رفاه کامل انسان‌ها صورت می‌گیرد (بیابانگرد و جوادی، ۱۳۸۳). به‌طور کلی می‌توان سلامت روانی را در رفتار موزون و هماهنگ با جامعه، شناخت و پذیرش واقعیت‌های اجتماعی و قدرت سازگاری با آنها، ارضای نیازهای خویشتن به‌طور متعادل و شکوفایی استعدادهای فردی تعریف کرد. در ادامه به دیدگاه‌های سلامت روانی و اندیشمندان مطرح در هر یک از حوزه‌ها مربوطه اشاره می‌شود:

- **رویکرد روانکاوی**^۷: در الگوی روانکاوی، احساسات و تکانه‌های ناهشیار، زیربنای نشانه‌های بیماری تلقی می‌شود که فرد برای پرهیز از اضطراب ناشی از آن‌ها به دفاع از خود می‌پردازد و بیماری برای فرد وسیله‌ای برای ابراز امیال نهفته است (صوفیانی، ۱۳۸۶). براساس «نظریهٔ آدلر» فرد برخوردار از سلامت روان، توان و شهامت عمل کردن را برای نیل به اهداف خود دارد. چنین فردی جذاب و شاداب است و روابط اجتماعی سازنده و مثبتی با دیگران دارد. فرد سالم به عقیدهٔ آدلر از مفاهیم و اهداف خودش آگاهی دارد، فرد سالم در زندگی هدفمند و غایت مدار است و اعمال او مبتنی بر تعقیب این اهداف است. عالی‌ترین هدف شخصیت سالم به عقیدهٔ آدلر «تحقق خویشتن» است. فرد سالم مرتباً به بررسی ماهیت اهداف و ادراکات خویش می‌پردازد و اشتباهاتش را برطرف می‌کند. آفرینش‌گری و ابتکار فیزیکی از دیگر ویژگی‌های سلامت روان شناختی است. فرد سالم از اشتباهات اساسی پرهیز می‌کند. وی معتقد است اشتباهات اساسی شامل: تعمیم افراطی، اهداف نادرست و غیرممکن، درک نادرست و توقع بی‌مورد از زندگی، تقلیل یا انکار ارزشمندی خود، ارزش‌ها و باورهای غلط می‌شود (منتظری و همکاران، ۱۳۹۷).

- **رویکرد شناختی**^۸: در رویکرد شناختی، بر نقش افکار و تصورات در فراگیری، نگه‌داری و یا حذف رفتارهای مربوط به سلامت تأکید می‌شود؛ بنابراین، تغییر افکار و تصورات بیمار از جنبه‌های مهم درمان شمرده می‌شود. در این دیدگاه، انگیزه‌ها، احساسات و تعارض‌هایی که به سادگی به آگاهی می‌انجامند مورد تأکید قرار می‌گیرند. به نظر «ویلیام گلاسر»^۹، انسان سالم کسی است که دارای ویژگی‌ها قبول واقعیت، قضاوت در درستی یا نادرستی رفتار و پذیرش مسئولیت رفتار و اعمال باشد و چنان‌چه در شخص این سه اصل تحقق یابد، نشانگر سلامت روانی او است «آلبرت آلیس»^{۱۰} نیز، معتقد است افراد سالم در انتخاب طرز فکر، قبول یا رد مسئولیت‌ها، عواطف و هیجان‌ها،

سلامت روان و جسم خود، پویا و فعال هستند. وی فردی را دارای سلامت روانی می‌داند که در زندگی همواره افکار و باورهای منطقی را جایگزین باورهای غیرمنطقی نماید. به نظر «آلیس»، برداشت منطقی-عقلانی از رویدادها، به‌ویژه رویدادهای ناگوار، فرد را به نتیجه‌گیری‌های منطقی می‌رساند و طبعاً فردی که به این صورت عمل می‌کند شخصیت سالمی دارد (هزارجریبی و مهری، ۱۳۹۱).

- رویکرد رفتاری^{۱۱}: در این دیدگاه، سلامت روانی افراد تحت تأثیر روابط متقابل فرد و محیطی که (اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و جغرافیایی) فرد در آن زندگی می‌کند، قرار می‌گیرد. در نتیجه وقتی محیط زندگی فرد به‌گونه‌ای باشد که ناسازگار یا مشکل‌آفرین برای افراد باشد، به مراتب سلامت روانی آن‌ها را به خطر خواهد انداخت. در این رویکرد، برای تأمین سلامت روانی افراد، بی‌توجهی به محیط زندگی و تغییر و اصلاح آن، به نحوی که با فرد سازگار باشد، تأکید می‌شود. مادامی که این روابط متقابل به شیوه‌ای نادرست و ناسازگارانه درآید، فرد در معرض آسیب‌ها و اختلالات جسمی و روانی قرار خواهد گرفت. عملکرد انسان در محیط به توانایی‌های سازش‌یافتگی او و رویدادهای تنش‌زا بستگی دارد. شرایط اکولوژیکی مطلوب، انسان را به طرف سلامتی مثبت می‌کشاند. در صورتی که شرایط محیطی نامناسب فرد را به بیماری یا حالات سازش‌نیافتگی سوق می‌دهد. به عقیده «اسکنیر» سلامت روان و انسان سالم معادل با رفتار قانونمند و ضابطه‌مند است. چنین انسانی وقتی با مشکل روبه‌رو شود از طریق اصلاح رفتار برای بهبود و بهنجار کردن آن به‌طور متناوب استفاده می‌نماید تا وقتی که به هنجار مورد پذیرش اجتماع برسد. به‌علاوه، انسان سالم بایستی آزاد بودن خود را نوعی توهم بپندارد و بداند که رفتار او تابعی از محیط است و هر رفتار توسط حدودی از عوامل محیطی مشخص می‌گردد (منتظری و همکاران، ۱۳۹۷).

- رویکرد اجتماعی^{۱۲}: براساس این رویکرد، برای شناخت اعمال فرد باید سیستمی (اجتماع، محله، خانواده و...) را بررسی کرد که اعمال در آن روی می‌دهد. «الستاد»^{۱۳} معتقد است، رفتارهای مرتبط با سلامتی به شدت تحت تأثیر پایگاه اجتماعی و محیط‌های اجتماعی و فرهنگی قرار دارند و می‌توانند به‌عنوان علت اساسی نابرابری‌های موجود در سلامتی در نظر گرفته شوند؛ وی فرض می‌کند ریشه نابرابری‌های اجتماعی در زمینه سلامتی در تغییر موقعیت‌های اجتماعی قرار دارند. وی برای تشریح نکته‌نظرات خود سه فرضیه اصلی را مطرح می‌کند: توزیع استرس روانی یکی از تعیین‌کننده‌های مهم نابرابری موجود در زمینه سلامتی افراد جامعه می‌باشد؛ دوم، استرس روانی به شدت تحت تأثیر کیفیت روابط اجتماعی و روابط بین شخصی می‌باشد و نهایتاً، کیفیت روابط اجتماعی و روابط و پیوندهای بین شخصی در زمینه و بستر بزرگ‌تری به‌وسیله

نابرابری‌های موجود در جامعه تعیین می‌شوند؛ وی هم‌چنین براین باور است، رفتارهای مخاطره‌آمیز برای سلامتی، از قبیل: استعمال دخانیات، رژیم غذایی نامناسب، افراط در مصرف مشروبات الکلی و رفتارهای مستعد آسیب رساندن به سلامتی که معمولاً در میان طبقات اجتماعی پایین مشاهده می‌شود، تنها قسمت کمی از تفاوت‌های رایج در سلامتی را تبیین می‌کنند.

- **رویکرد انسان‌گرایی**^{۱۴}: دیدگاه انسان‌گرایی معتقد است که سلامت روانی، یعنی رضای نیازهای سطوح پایین و رسیدن به سطح خود شکوفایی. هر عاملی که فرد را در سطح رضای نیازهای سطوح پایین نگه دارد و از خودشکوفایی او جلوگیری کند اختلال رفتاری به وجود خواهد آورد. «آبراهام مازلو» از اندیشمندان مطرح در این رویکرد، معتقد است که نیازهای انسان، متناسب با نیرومندی به پنج طبقه تقسیم می‌شود. به عقیده او، «سلامت روانی عبارت از حالت کسی است که از نظر نیازهای بنیادی آن قدر ارضاشده است که می‌تواند برای خودشکوفایی انگیزه داشته باشد»؛ بنابراین مفهومی که مازلو از سلامت روانی دارد بر رشد فرد در جهت خودشکوفایی تأکید می‌کند. این تمایل جنبه همگانی دارد و سعی می‌کند برآورده شود. هر عاملی که این نیرو را به حرکت درآورد، فرد را در جهت سلامت روانی و خلق نیازهای بالا هدایت خواهد کرد. برعکس، کسی که تمام تلاش‌های او به ارضای نیازهای زیستی محدود شود، رشد نخواهد یافت و به سلامت روانی کامل نخواهد رسید (احمدی و همکاران، ۱۳۹۰).

- **سرمایه فرهنگی**: مفهوم سرمایه فرهنگی را برای اولین بار پی‌یر بوردیو مطرح کرده است. سرمایه فرهنگی بخشی از یک چارچوب تحلیل و بازتولید قدرت و امتیاز طبقاتی است که در فرآیند تأثیر فرهنگ در نابرابری‌های اجتماعی مطرح شده است. سرمایه فرهنگی از نظر بوردیو، به مجموعه‌ای از توانمندی‌ها و عادت‌ها و طبع‌های فرهنگی، از جمله: دانش، زبان، سلیقه یا ذوق و سبک زندگی دلالت دارد (تایلر^{۱۵}، ۲۰۰۷). بوردیو این نوع سرمایه را نوعی عادت‌واره می‌داند که فرد در طی مراحل جامعه‌پذیری و ورود به میادین مختلف اجتماعی آن را کسب می‌نماید (بوردیو و پاسرون^{۱۶}، ۱۹۹۹). در واقع، این سرمایه بیشتر از خاستگاه طبقه اجتماعی مردم و تجارب آموزشی‌شان سرچشمه می‌گیرد (ریتزر^{۱۷}، ۱۳۹۲). به‌طور کلی، سه منبع عمده سرمایه فرهنگی از نظر بوردیو عبارتست از: تربیت خانوادگی، نظام آموزشی رسمی و فرهنگ شغلی است و تفاوت میزان سرمایه فرهنگی افراد نیز ناشی از انباشت این نوع سرمایه در صاحبان آن است (امیراحمدی و همکاران، ۱۳۹۵: ۱۲۶).

سرمایه فرهنگی بوردیو می‌تواند به‌عنوان دانش هنر و فرهنگ، مالکیت مهارت‌های فرهنگی خاص از قبیل: توانایی در نواختن یک آلت موسیقی و توانایی اعمال ذائقه‌ها و

ترجیحات فرهنگی به شیوه‌های اقناعی و تمایزگذارانه تعریف شود (بک و همکاران^{۱۸}، ۱۳۹۵). منظور بوردیو از سرمایه فرهنگی، همانا دانش، سلیقه، حساسیت‌ها و هم‌چنین دارایی‌های مادی است که بر روی هم این توانایی را به شخص می‌بخشند که مدعی داشتن نوعی ارزش یا افتخار باشد؛ وی استدلال می‌کند که سرمایه فرهنگی دو سرچشمه‌ی مهم دارد: پیشینه‌ی خانوادگی و تحصیلات. تحصیلات تاحدی می‌تواند جانشین اصل و نسب خانوادگی شود و فرد را در کسب سلیقه و سلوکی که مشخصه پایگاه خاصی باشد، یاری دهد (هال و نیتس^{۱۹}، ۱۳۹۱).

وی سرمایه فرهنگی را به سه بخش «متجسد»^{۲۰}، «عینیت یافته»^{۲۱} و «نهادینه شده»^{۲۲} تقسیم نموده است. مبنای این تقسیم‌بندی برای اصل استوار است که وی برای تمام پدیده‌های اجتماعی، از جمله: فرهنگ، دو بُعد ذهنی و عینی قائل است؛ به بُعد حک شده فرهنگی در جسم، اندیشه، احساس و رفتار انسان، سرمایه فرهنگی متجسد اطلاق می‌شود. سرمایه متجسد همان مهارت‌ها و توانایی‌های اکتسابی است (بوردیو، ۱۳۸۹). این سرمایه با کالبد بدن فرد مرتبط است و به صورت مهارت و تربیت در فرد دیده می‌شود (سوروکا و رافائل^{۲۳}، ۲۰۰۶). این نوع سرمایه به بدن و ذهن فرد پیوسته است، به تلاش‌ها و سرمایه‌گذاری شخصی فرد وابسته است و به وسیله خود فرد به دست می‌آید. در واقع، این نوع سرمایه جزء عادت‌واره فرد شده است و برخلاف پول و دارایی‌های حقوقی از طریق بخشش یا وراثت، خرید یا مبادله، به دیگری انتقال نمی‌یابد، سرمایه فرهنگی متجسد جدا از فرد در اختیار دیگران قرار نمی‌گیرد. اقدامات تربیتی جامعه و طبقه فرد در اکتساب آن نقش اساسی دارند و به ظرفیت و استعداد یادگیری کنشگر و حافظه او وابسته است (صالحی‌امیری و سپهرنیا، ۱۳۹۴: ۶۱). در این نوع سرمایه، اصول یک میدان با جسم و بدن شخص به صورت میل و جنبه‌های فیزیکی مانند: لحن بیان یا حرکات بدن، طرز برخورد و سبک زندگی درهم آمیخته شده است (مور^{۲۴}، ۲۰۰۴).

سرمایه عینیت یافته، آن سنخ از سرمایه‌هایی است که به شکل کالاهای فرهنگی (تصویرها، کتاب‌ها، لغت‌نامه‌ها، ادوات، ماشین‌آلات و...) در خارج از ذهن تحقق می‌یابد. سرمایه عینیت یافته در حقیقت تجلیات و آثار سرمایه متجسد است که در شکل نموده‌های کاملاً مستقل و منسجم ظاهر می‌شود. صورت خارجی و مالکیت قانونی این نوع سرمایه به دیگران قابل انتقال است، برای نمونه، مجموعه‌ای از تابلوهای نقاشی را می‌توان مانند سرمایه اقتصادی به دیگری منتقل نمود؛ لذا این نوع سرمایه به سرمایه اقتصادی تبدیل می‌شود (فصیحی، ۱۳۸۹).

هم‌چنین، سرمایه فرهنگی نهادینه شده (عناوین کمیاب)، به امتیازات یا

سرمایه‌های حاکی از عناوین کمیاب و سرمایه فرهنگی نهادینه شده اطلاق می‌شود. یکی از مهم‌ترین مصادیق این نوع سرمایه فرهنگی، مدارک و مدارج تحصیلی است. سرمایه فرهنگی نهادینه شده میان توانمندی‌های ذاتی و اکتسابی فرد تمایز ایجاد می‌نماید (بورديو، ۱۳۸۹). وجود یا عدم وجود سرمایه فرهنگی به نوبه خود در تکوین منش و عادت‌واره افراد مؤثر است. همین عادت‌واره‌های فرهنگی یا غیرفرهنگی هستند که کنش‌ها و رفتارهای انسان‌ها را به سمت خاصی سوق می‌دهند.

- سرمایه اقتصادی: ثروت و پولی است که هر کنشگر اجتماعی در دست دارد و شامل تمام امکانات مادی، درآمدها و انواع منابع مالی است که در قالب مالکیت، جلوه نهادی پیدا می‌کند (فکوهی، ۱۳۸۴). این سرمایه از عوامل گوناگون تولید (املاک، کارخانجات، و کار) و مجموعه دارایی‌های اقتصادی (درآمد، میراث، و کالاهای مادی)، تشکیل شده است (بون ویتز،^{۲۵} ۱۳۹۱). سرمایه اقتصادی شامل: اشکال پول (ثروت) است که افزایش ظرفیت بالقوه و دستیابی به آن وجود دارد. سرمایه اقتصادی اغلب دارای امتیاز است؛ زیرا به سادگی می‌توان آن را اندازه‌گیری کرد و در این زمینه تمایلی جهت سرمایه‌گذاری در انواع سرمایه‌های دیگر به صورت سرمایه اقتصادی وجود دارد. شاخص‌های سرمایه اقتصادی عبارتند از: بدهی (وام)، تساوی سرمایه، مالیات بر درآمد، پس‌انداز، تخفیف مالیات و امتیازات (فلورا و همکاران^{۲۶}، ۲۰۰۵). از دیدگاه بورژوازی سرمایه اقتصادی حالت بنیادی دارد؛ به طوری که بر سطح سایر سرمایه‌ها نیز مؤثر واقع می‌شود. به سخن دیگر، می‌توان گفت که سرمایه اقتصادی سرمایه اولیه فرد است، اما ممکن است پس از کسب آن، صاحب سرمایه در معرض تأثیرات عمیق و بزرگی قرارگیرد (گرنفل، ۱۳۹۳). در این نوع سرمایه ماهیت ابزاری و نفع شخصی در کنش بسیار آشکار می‌باشد (گرنفل و هاردی^{۲۷}، ۲۰۰۷).

بورژوازی سایر سرمایه‌ها را در رابطه تنگاتنگ با سرمایه اقتصادی تعریف می‌کند، و معتقد است، سرمایه اقتصادی ریشه اشکال دیگر سرمایه‌ها است و تمامی سرمایه‌ها به نوعی منبعث از سرمایه اقتصادی است. از طرفی دیگر، در این تبدیل متناوب سرمایه‌ای هیچ‌یک از اشکال سرمایه‌های دیگر قابلیت تقلیل کامل به آن را ندارد (صالحی‌امیری و سپهرنیا، ۱۳۹۴). در واقع، بورژوازی بر تبدیل‌پذیری اشکال گوناگون سرمایه و بر تقلیل‌نهایی همه اشکال به سرمایه اقتصادی تأکید می‌کند. از نظر وی، سرمایه اقتصادی همان کار انسانی انباشته شده است؛ به این ترتیب کنشگران می‌توانند با استفاده از سرمایه اجتماعی به سرمایه اقتصادی یا فرهنگی دست یابند و به همین نحو برای دستیابی به سرمایه اجتماعی نیز باید سرمایه‌گذاری‌های هوشمندانه‌ای در منابع اقتصادی و فرهنگی انجام دهند (بورديو، ۱۹۸۶).

از نظر بوردیو، کنش نتیجه رابطه بین عادت‌واره و میدان است و قابل تقلیل به هیچ یک از آن‌ها نیست. در واقع، کنش تابع ویژگی‌های کنشگر در تعامل با نیروی یک میدان خاص است (جمشیدی‌ها و پرستش، ۱۳۸۶). به نظر وی، کنشگران آدم‌های ماشینی از پیش برنامه‌ریزی شده نیستند که بتوانند پیامدهای رفتاری خود را پیش‌بینی نمایند، بلکه کنش‌های افراد محصول چیزی هستند که او آن را رابطه‌ای ناخودآگاه بین عادت‌واره و میدان می‌نامد. بوردیو این رابطه را با استفاده از معادله زیر چنین خلاصه می‌کند:

کنش = میدان + (سرمایه × عادت‌واره). معادله مذکور را به این صورت می‌توان توضیح داد: کنش، نتیجه رابطه بین تمایلات شخص (عادت‌واره) و جایگاه او در میدان (سرمایه) است به گونه‌ای که امکان بروز آن در شرایطی خاص فراهم می‌گردد. در این معادله در واقع، سه ابزار تفکر بوردیو، یعنی عادت‌واره، میدان و سرمایه در ارتباط با یکدیگرند؛ بدین ترتیب کنش‌ها صرفاً نتیجه عادت‌واره فرد نبوده، بلکه نتیجه رابطه بین عادت‌واره شخص با وضعیت فعلی او هستند (بوردیو و واکوانت^{۳۸}، ۱۹۸۹).

در یک جمع‌بندی کلی می‌توان اذعان نمود که براساس دستگاه نظری بوردیو، کنشگران در داخل میدان‌ها برای رسیدن به سرمایه‌های متنوع با هم‌دیگر در رقابت می‌باشند. هر میدان خصوصیات منحصر به فرد و مرزهای مجزایی با سایر میدان‌ها دارد. میدان‌ها خود، ساختارهای ساخت یافته و ساختار دهنده هستند و رقابت در میدان‌ها اصل بنیادین هر میدانی محسوب می‌شود. در این راستا، در میادین اجتماعی، رقابت کنشگران برای رسیدن به انواع سرمایه‌ها، از جمله سرمایه‌های اقتصادی و فرهنگی صورت می‌پذیرد، در این رقابت برخی از کنشگران به سرمایه‌های مذکور دسترسی پیدا می‌کنند و برعکس، تعدادی از کنشگران در راه دستیابی به این نوع سرمایه‌ها ناکام می‌مانند. احساس سرخوردگی و طردشدگی از پیامدهای اساسی عدم دسترسی به سرمایه‌ها در میادین اجتماعی است؛ امری که نهایتاً می‌تواند سلامت روانی کنشگران را تحت تأثیر قرار دهد و موجب بروز انواع اختلالات روانی در آنان شود.

۳. پیشینه تجربی

تحقیقی تحت عنوان «رابطه سرمایه فرهنگی و سلامت روان در جمعیت شهری ایران»، توسط «منتظری» و همکاران (۱۳۹۷) صورت گرفته است؛ نمونه آماری این مطالعه تعداد ۲۵۷۱ نفر (۱۰۴۳۶ زن و ۱۰۱۳۵ مرد) بوده است. ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه پرسشنامه سرمایه فرهنگی و پرسشنامه ۱۲ گویه‌ای استاندارد سنجش سلامت عمومی می‌باشد. نتایج این مطالعه نشان داد افزایش میزان سرمایه فرهنگی موجب بهبود سلامت

روان می‌شود. به نظر می‌رسد ارتقای سرمایه فرهنگی زمینه افزایش آگاهی و شناخت افراد را فراهم نموده و این امر به نوبه خود موجب بهبود سلامت روان آنان می‌شود. تحقیقی تحت عنوان «تأثیر سرمایه اقتصادی-اجتماعی بر سلامت (جسمی، روانی) زنان سرپرست خانوار شهرستان گیلان غرب»، توسط «پرهوده» و همکاران (۱۳۹۴)، انجام شده است. نمونه آماری این پژوهش شامل ۲۵۰ نفر از زنان بی‌سرپرست می‌باشد که حداقل طی سال گذشته در شهر گیلان غرب ساکن بوده‌اند. روش نمونه‌گیری پیمایشی بوده و برای انتخاب نمونه‌ها از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده استفاده شده است. نتایج نشان داد که بین سرمایه اقتصادی و اجتماعی و سلامت جسمی-روانی زنان سرپرست خانوار رابطه معنادار وجود دارد و نوع هم‌بستگی به صورت مثبت و مستقیم است. هم‌چنین بین میزان تحصیلات زنان سرپرست و میزان سلامت جسمی-روانی آن‌ها رابطه‌ای مشاهده نشد.

پژوهش دیگری تحت عنوان «مقایسه بین نسلی سرمایه‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در دسترس زنان در شیراز»، توسط «ایمان» و «سروش» (۱۳۹۳)، در بین ۳۸۶ زن شیرازی و مادران آن‌ها انجام شده است. نتایج حاکی از آن است که سرمایه فرهنگی نسل حاضر، در مقایسه با نسل گذشته بسیار افزایش یافته است. سرمایه اجتماعی کم شده و سرمایه اقتصادی تغییری نکرده است؛ هم‌چنین نتایج نشان داد که متغیرهای زمینه‌ای و ساختاری با انواع سرمایه رابطه معنی‌داری داشته‌اند.

نتایج پژوهش «بنی فاطمه» و همکاران (۱۳۹۳)، با عنوان «جنسیت و سلامتی: بررسی نقش جنسیت در تفاوت‌های سطوح سلامت»، با نمونه ۶۵۰ نفری از والدین خانوارهای شهر تبریز نشان داد که مردان و زنان در متغیرهای سلامت جسمانی، سلامت روانی، برداشت از وضعیت سلامت جسمانی و روانی تفاوت معناداری با هم‌دیگر دارند؛ ولی به لحاظ تجربه بیماری دو گروه تفاوت چندانی نسبت به هم‌دیگر ندارند.

نتایج پژوهش «کامین»^{۲۹} و همکاران (۲۰۱۳)، بیان‌گر این بود که سرمایه فرهنگی دارای اثرات مثبتی روی سلامت روانی است. افراد دارای سرمایه فرهنگی بالا، نسبت به افراد دارای سرمایه فرهنگی پایین، سلامت خوداظهاری بهتری را گزارش کردند. هرکدام از ابعاد سه‌گانه سرمایه فرهنگی اثر مثبتی روی سلامت خوداظهاری در میان قشر زنان داشتند، اما در میان مردان، تنها سرمایه فرهنگی کل دارای اثرات معناداری بر سلامت روانی داشته است.

«بیرانت»^{۳۰} و همکاران (۲۰۱۰)، در تحقیقی با عنوان «پرخاصگری در بزرگسالان و مساله‌های سلامت روانی، اعتماد به نفس به عنوان یک میانجی» سعی در بررسی این هدف داشتند که آیا اعتماد به نفس بین پرخاصگری بزرگسالان و مشکلات روانی و

جسمی بزرگ سالان قابلیت میانجیگری دارد؟ بدین منظور آن‌ها از ۲۰۴ جوان سوئدی خواستند تا مقیاس‌های خودگزارشی اعتماد به نفس و مقیاس‌های خودگزارشی مشکلات روانی و جسمی جوانان را تکمیل کنند. نتایج حاکی از آن بوده است که مشکلات روانی در پرخاشگران جوان به پایین بودن اعتماد به نفس مربوط می‌شود؛ در حالی که مشکلات روانی در قربانیان هم به پایین بودن اعتماد به نفس و هم به احساس قربانی شدن شان بازمی‌گردد. هم‌چنین یافته‌ها نشان دهنده این حقیقت است که اعتماد به نفس موجب رشد هویت پرخاشگرانه جوانان پرخاشگر می‌شود.

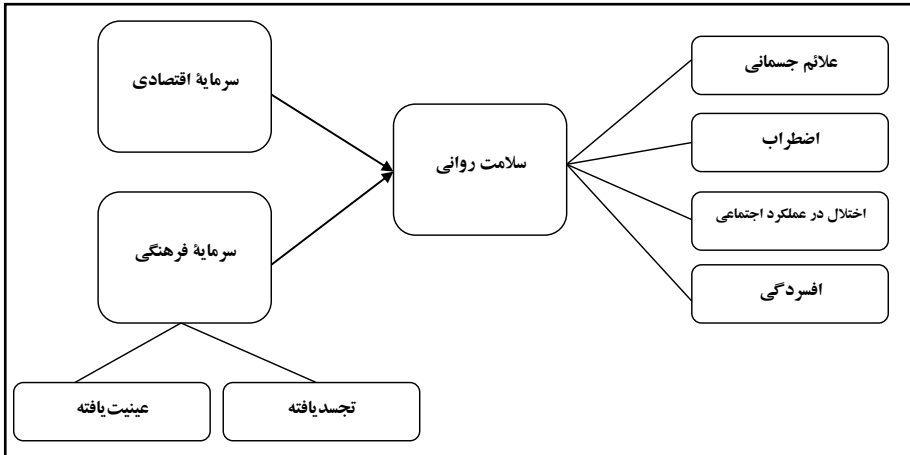
مطالعه‌ای توسط «فیشر»^{۳۱} و همکاران (۲۰۰۷)، تحت عنوان «سلامتی مشکل اساسی: روابط متقابل بین خشونت خانوادگی، سلامت زنان و بخش سلامت: مطالعه موردی در استرالیا» با هدف بررسی رابطه بین سلامت و خشونت خانگی در بین زنان استرالیایی غربی در سال ۲۰۰۷ م. انجام شد. نوع پژوهش کیفی بوده و شیوه نمونه‌گیری هم از نوع گلوله‌برفی برده است. ابزار گردآوری داده‌ها، مصاحبه بود. اکثر زنان مصاحبه‌شونده مدعی بودند که خشونت خانگی از هر نوع، بر سلامت روانی آنان تأثیر به‌سزایی دارد و باعث اختلال در اعصاب و روان، افسردگی، اغتشاشات ذهنی‌شان می‌گردد. هم‌چنین اکثر آن‌ها عوامل مؤثر بر خشونت را اعتقاد به پدرسالاری ازسوی مرد و دخالت خویشاوندان شوهر اعلام داشتند.

تحقیقی توسط «داگلاس»^{۳۲} و همکاران (۲۰۰۶)، تحت عنوان «بررسی نقش سرمایه فرهنگی و سلامت روانی در اندونزی» با جامعه آماری ده‌هزار نفر از بزرگ سالان انجام شد. نتایج تحقیق نشان داد که بین سرمایه فرهنگی و سلامت روانی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد؛ بدین معنا که هرچه سرمایه فرهنگی افراد در سطح بالاتر باشد، سلامت روانی افراد نیز در وضعیت بهتری است.

تحقیق دیگری تحت عنوان «سلامت روانی در بین زنان که خشونت را ازسوی همسر و در روابط صمیمانه تجربه کرده‌اند» توسط «لوکستون»^{۳۳} و همکاران، در سال ۲۰۰۶ م. با نمونه‌ای تصادفی از زنان میان سال اجرا شد. نتایج حاصل از رگرسیون لجستیک هم‌خوانی مابین خشونت خانگی و افسردگی و اضطراب را نشان داد، در ضمن خشونت خانگی با متغیرهای درآمد مرد، پایگاه اجتماعی و وضعیت زناشویی، منطقه سکونت و تعداد فرزندان رابطه معنی‌داری داشت.

۴. مدل مفهومی پژوهش

باتوجه به مباحث نظری و پیشینه‌های تجربی انجام‌یافته مدل مفومی پژوهش حاضر براساس شکل ۱، تدوین شده است.



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

۴-۱. فرضیه‌های تحقیق

با توجه به چارچوب نظری و پیشینه تجربی تحقیق، فرضیه‌های پژوهش حاضر به شرح ذیل تدوین شده است.

- بین سرمایه فرهنگی تجسد یافته و سلامت روانی زنان متأهل رابطه وجود دارد.
- بین سرمایه فرهنگی عینیت یافته و سلامت روانی زنان متأهل رابطه وجود دارد.
- بین سرمایه اقتصادی و سلامت روانی زنان متأهل رابطه وجود دارد.

۴-۲. روش شناسی

این تحقیق از نوع مطالعه پیمایشی بوده و داده‌های تحقیق با استفاده از تکنیک پرسشنامه جمع‌آوری گردیده است. روش تحقیق مورد استفاده در پژوهش حاضر، براساس هدف تحقیق از نوع کاربردی بوده و براساس نحوه گردآوری داده‌ها پیمایشی است. جامعه آماری نیز، مشتمل بر کلیه زنان متأهل شهر تبریز می‌باشد که از این تعداد، ۴۰ نفر با استفاده از فرمول آماری کوکران به عنوان حجم نمونه محاسبه شدند.

$$n = \frac{Nt^2 pq}{Nd^2 + t^2 pq}$$

n: حجم نمونه

N: حجم جامعه آماری

t: ضریب اطمینان = ۱/۹۶

d: دقت احتمالی مطلوب = ۰/۰۵

p: احتمال وجود صفت سلامت روانی در جامعه = ۰/۵

q: احتمال عدم وجود صفت سلامت روانی در جامعه = ۰/۵

پس از تعیین حجم نمونه، نمونه برآورد شده برای هرکدام از مناطق شهرداری به تناسب جمعیت در هشت منطقه محاسبه گردید و به شیوه نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای به عنوان نمونه نهایی جهت گردآوری داده‌های لازم انتخاب شدند (جدول ۱).

جدول ۱. تعداد نمونه‌های تخصیص یافته به تفکیک مناطق شهرداری

مناطق شهرداری	کل جمعیت زنان متأهل به تفکیک منطقه	تعداد نمونه اختصاصی
منطقه ۱	۸۳۳۵۰	۸۷
منطقه ۲	۷۷۵۹۳	۸۰
منطقه ۳	۹۱۵۶۳	۹۵
منطقه ۴	۸۲۰۴۴	۸۵
منطقه ۵	۱۸۳۶۷	۲۰
منطقه ۶	۷۰۰۸	۱۰
منطقه ۷	۱۳۳۷۸	۱۵
منطقه ۸	۵۱۸۴	۸
جمع کل	۳۷۸۴۶۰	۴۰۰

- **تعریف مفهومی سرمایه فرهنگی:** سرمایه فرهنگی دربرگیرنده آگاهی از تمام انواع، از جمله دانش گفتمانی و فنی است که از طریق آموزش رسمی و دانش و مهارت‌های ضمیمه‌ای که از طریق تجربه عملی به دست می‌آید (جانسون^{۳۴}، ۲۰۰۸: ۳۰۰). از نگاه بوردیو سرمایه فرهنگی به نقش دانش فرهنگی، شیوه‌ها، رویه‌ها، نگرش‌ها، ذائقه‌ها، کالاها در بازتولید طبقه و نابرابری اشاره می‌کند (پرسلی^{۳۵}، ۲۰۱۵: ۴۱).

- **تعریف عملیاتی:** تعریف عملیاتی متغیر سرمایه فرهنگی در دو بُعد تجسد یافته و عینیت یافته در سطح سنجش رتبه‌ای و در قالب طیف لیکرت مورد سنجش قرار گرفته است (جدول ۲).

جدول ۲. گویه‌های متغیر سرمایه فرهنگی به تفکیک مؤلفه

گویه‌ها	مؤلفه	متغیر
تا چه حدی از مکان‌های تاریخی و باستانی بازدید می‌کنید؟	عینیت یافته	سرمایه فرهنگی
تا چه حدی از نمایشگاه‌های فرهنگی و هنری بازدید می‌کنید؟		
تا چه حدی در کلاس‌های هنری مانند: نقاشی، خطاطی، موسیقی و... شرکت می‌کنید؟		
تا چه حدی برای خرید کتاب‌های غیردرسی، مجلات و روزنامه‌ها هزینه می‌کنید؟		
به چه میزان محصولات فرهنگی مانند تابلوهای نقاشی، هنرهای دستی، ابزارهای موسیقی و... در خانه نگهداری می‌کنید؟		
تا چه حدی به موسیقی سنتی و کلاسیک گوش می‌کنید؟	تجسد یافته	
میزان آشنایی شما با زبان‌های خارجی در چه حدی است؟		
تا چه حدی در کارهای ذوقی و هنری مثل نقاشی، خطاطی، نویسندگی و... مهارت دارید؟		
تا چه حدی توانایی کار با کامپیوتر را دارید؟		
تا چه حدی از نظر تحصیلی خود را فرد موفقی می‌دانید؟		

- **تعریف مفهومی سرمایه اقتصادی:** سرمایه اقتصادی شامل اشکال دارایی‌های مادی است؛ شاخص‌های این سرمایه عبارتند از: بدهی (وام)، تساوای سرمایه، مالیات بر درآمد، پس‌انداز، تخفیف مالیات و امتیازات (فلورا و همکاران، ۲۰۰۵: ۲۹۴). این نوع سرمایه، زمینه را برای رهایی از نیازهای اقتصادی فراهم می‌نماید (بورديو، ۲۰۰۲: ۳۰۰).

- **تعریف عملیاتی:** متغیر سرمایه اقتصادی با سه گویه میزان قیمت منزل، میزان قیمت اتومبیل، میزان درآمد ماهیانه در سطح سنجش رتبه‌ای و قالب طیف لیکرت سنجیده شده است.

- **تعریف مفهومی سلامت روانی:** سلامت روانی عبارت است از: استعداد روانی برای هماهنگی، خوشایند و مؤثر کار کردن، انعطاف پذیر بودن در موقعیت‌های دشوار و داشتن توانایی برای بازیابی تعادل خود (لهسائی‌زاده و مرادی، ۱۳۸۶: ۱۷۰).

- **تعریف عملیاتی:** نمره‌ای است که افراد از پرسشنامه استاندارد ۲۸ آیتمی سنجش سلامت روانی (GHQ)^{۳۶} به دست می‌آورند. این پرسشنامه دارای چهار خرده‌مقیاس نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی است (فتحی‌آشتیانی، ۱۳۸۹: ۳۱۰).

در این پژوهش نوع روایی ابزار اندازه‌گیری، محتوایی^{۳۷} از نوع اعتبار صوری^{۳۸} می‌باشد، بدین معنی که برای سنجش اعتبار پرسشنامه‌ها، از نظر افراد صاحب فن برای بررسی فضای مفهومی استفاده گردید. در اعتبار محتوایی تأکید بر این امر است که معرف‌ها تا چه میزان وجوه مختلف مفهوم را می‌سنجند. توافق بر سر اعتبار محتوایی یک سنجه نهایتاً به نحوه تعریف مفهومی بستگی دارد که برای آزمون آن طراحی شده است. هم‌چنین برای ارزیابی پایایی پرسشنامه‌ها از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است. استفاده از آلفای کرونباخ برای تحلیل پایایی ابزار اندازه‌گیری، براساس روش پایداری درونی می‌باشد. دامنه ضریب مذکور بین صفر و یک است؛ به این نحو که

هر اندازه ضریب به دست آمده، به یک نزدیک‌تر باشد؛ پایداری درونی بین گویه‌ها مطلوب توصیف خواهد شد و برعکس، هر اندازه ضریب به دست آمده به صفر نزدیک باشد، نشان دهنده پایایی کمتر است. مقدار ضرایب حاصل بالاتر برای تمامی متغیرها بالاتر از ۰/۷ بوده که این امر نشان می‌دهد پایداری درونی بین گویه‌ها در حد مناسب و از نظر آماری مورد تأیید است. جدول ۳، ضریب آلفای به دست آمده برای هر یک از متغیرهای تحقیق را نشان می‌دهد.

جدول ۳. ضریب پایایی متغیرهای تحقیق

متغیر	مؤلفه	کل
سرمایه فرهنگی	تجسد یافته	۰/۸۸۰
	عینیت یافته	۰/۷۹۸
سرمایه اقتصادی	-	۰/۸۵۱
سلامت روانی	علائم جسمانی	۰/۹۰۴
	اضطراب و بی‌خوابی	۰/۸۹۹
	اختلال در کارکرد اجتماعی	۰/۹۱۴
	افسردگی	۰/۸۸۷

۵. یافته‌های پژوهش

۵-۱. یافته‌های توصیفی تحقیق

بر اساس یافته‌های تحقیق، شغل ۶۷/۲٪ پاسخ‌گویان خانه‌دار بوده است؛ در بین نمونه آماری مورد مطالعه، ۴۸/۲٪ پاسخ‌گویان دارای مدرک دیپلم بوده‌اند، طبق یافته‌های پژوهش، ۸۳/۳٪ پاسخ‌گویان اعلام داشته‌اند که ازدواجشان از روی اختیار بوده است، ۷/۴٪ آنان نیز ازدواجشان از روی اجبار بوده است. بر طبق نتایج حاصل، میانگین سن زنان مورد مطالعه، تقریباً ۳۴ سال بوده است، که با در نظر گرفتن حداکثر سن ۶۸ و حداقل آن ۱۶ سال، میانگین حاصل از مقدار متوسط پایین‌تر می‌باشد. مطابق یافته‌ها، میانگین سن ازدواج زنان ۲۲/۳۴ سال بوده، که با در نظر گرفتن حداکثر ۲۳ سال و حداقل ۱۳ سال سن ازدواج، میانگین مورد نظر از مقدار متوسط کمتر می‌باشد؛ هم‌چنین مطابق یافته‌ها، میانگین اختلاف سنی زوجین ۵/۶۹ سال می‌باشد، که این میانگین با توجه به حداکثر ۱۹ و حداقل ۰ سال اختلاف سنی، پایین‌تر از مقدار متوسط می‌باشد. هم‌چنین نتایج نشان داد که میانگین سال‌هایی که از ازدواج زوجین می‌گذرد ۱۴/۲۱

سال بوده است، که با در نظر گرفتن حداکثر ۵۱ سال و ۱ سال که از ازدواج آن‌ها می‌گذرد؛ میانگین مورد نظر، پایین‌تر از مقدار متوسط بوده است و میانگین متغیر تعداد فرزندان نیز ۱/۵۴ به دست آمده، که با ماکزیمم ۷ و مینیمم ۰ فرزند، میانگین حاصل کمتر از مقدار متوسط می‌باشد.

نتایج حاکی از آن است که میانگین متغیر سرمایه فرهنگی ۳۷٪ برآورد گردید که با توجه به ماکزیمم ۲۴ و مینیمم ۶، در حد متوسط رو به پایین قرار دارد؛ هم‌چنین میانگین به دست آمده برای متغیر سرمایه اقتصادی ۴۹٪ می‌باشد که با توجه به حداکثر ۱۸ و حداقل ۳ در حد متوسطی قرار دارد (جدول ۴).

جدول ۴. آماره‌های توصیفی متغیرهای مستقل تحقیق

متغیر	میانگین	انحراف معیار	چولگی	ماکزیمم	مینیمم	دامنه تغییرات	مقدار متوسط
سرمایه فرهنگی	۱۲/۵۰	۲/۹۹	۱/۲۴	۲۴	۶	۱۸	۱۵
سرمایه اقتصادی	۱۰/۰۷	۳/۹۹	۱/۰۶۱	۱۸	۳	۱۵	۱۰/۵

نتایج حاصل از آماره‌های توصیفی متغیر سلامت روانی نشان داد که میانگین بعد علائم جسمانی برابر با ۱۶/۲۵ می‌باشد، که با توجه به میزان حداکثر ۲۸ و حداقل ۷، میانگین مذکور در حد متوسط رو به پایین می‌باشد؛ میانگین بعد اضطراب و بی‌خوابی ۱۵/۱۷ برآورد شده، که از مقدار متوسط پایین‌تر است؛ میانگین به دست آمده برای بُعد اختلال در عملکرد اجتماعی، ۱۴/۲۱ است، که پایین‌تر از مقدار متوسط قرار دارد؛ بُعد افسردگی نیز با میانگین ۱۴/۴۵، با توجه به حداکثر ۲۸ و حداقل ۷ آن، پایین‌تر از مقدار متوسط می‌باشد؛ به طور کلی، می‌توان گفت که با توجه به میانگین‌های برآورد شده چهار بُعد سلامت روانی، زنان متأهل، اختلالات روانی متوسط رو به پایین را تجربه کرده‌اند؛ میانگین اختلال روانی کل نیز، در بین آزمودنی‌ها، ۵۹/۸۲٪ برآورد گردید که در حد متوسطی قرار دارد (جدول ۵).

۲-۵. یافته‌های استنباطی تحقیق

جهت سنجش هم‌بستگی بین متغیرهای مستقل تحقیق با متغیر وابسته از آزمون هم‌بستگی r پیرسون استفاده شده است؛ نتایج حاکی از آن است که: هم‌بستگی بین متغیرهای سرمایه فرهنگی تجسد یافته، عینیت یافته و سرمایه فرهنگی کل با سلامت روانی زنان با اطمینان ۹۹٪ و سطح معنی‌داری ۰/۰۱ به تأیید

جدول ۵. آماره‌های توصیفی ابعاد متغیر سلامت روانی

ابعاد	میانگین	انحراف معیار	چولگی	ماکزیمم	مینیمم	دامنه تغییرات	مقدار متوسط
علائم جسمانی	۱۶/۲۵	۴/۵۳	-۰/۸۳	۲۸	۷	۱۹	۱۸/۵
اضطراب و بی‌خوابی	۱۵/۱۷	۴/۲۵	-۰/۷۱	۲۸	۷	۲۱	۱۸/۵
اختلال در عملکرد اجتماعی	۱۴/۲۱	۴/۷۱	-۰/۷۸	۲۸	۷	۲۰	۱۸
افسردگی	۱۴/۴۵	۴/۶۹	-۰/۶۹	۲۸	۷	۱۸	۱۷
سلامت روانی	۵۹/۸۲	۱۴/۰۲	-۰/۹۱	۹۵	۳۴	۶۱	۶۹/۵

رسید؛ نوع رابطه منفی و شدت هم‌بستگی متوسط برآورد گردید؛ بدین معنی که هرچه سرمایه فرهنگی زنان بیشتر باشد، اختلالات روانی در بین آنان کمتر خواهد بود. رابطه خطی بین متغیر سرمایه اقتصادی با سلامت روانی در تمامی ابعاد چهارگانه (علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، عملکرد اجتماعی، و افسردگی) به لحاظ آماری معنی‌دار بوده، نوع رابطه نیز منفی و معکوس می‌باشد؛ به این معنی که با افزایش سرمایه اقتصادی، اختلالات روانی زنان کاهش می‌یابد، عکس موضوع نیز مورد تأیید می‌باشد (جدول ۶).

جدول ۶. آزمون هم‌بستگی بین متغیرهای مستقل و متغیر وابسته (سلامت روانی).

متغیر	سرمایه فرهنگی			سرمایه اقتصادی
	تجسد یافته	عینیت یافته	کل	
علائم جسمانی	** -/۳۲۲	** -/۳۱۲	** -/۳۹۵	** -/۳۱۸
اضطراب و بی‌خوابی	** -/۳۴۱	** -/۲۵۹	** -/۳۱۶	** -/۳۱۷
عملکرد اجتماعی	** -/۲۴۵	** -/۳۷۱	** -/۳۳۸	* -/۳۱۷
افسردگی	** -/۲۶۹	** -/۳۶۲	** -/۳۴۵	** -/۳۱۴
سلامت روانی کل	** -/۳۲۱	** -/۳۴۴	** -/۳۳۸	** -/۳۴۱

** معنی داری در سطح ۰/۰۱ / * معنی داری در سطح ۰/۰۵ / *** عدم معنی داری

برای سنجش تأثیر متغیرهای مستقل تحقیق در سطح سنجش فاصله‌ای بر متغیر وابسته سلامت روانی، از تحلیل رگرسیونی چندمتغیره استفاده شده است؛ هدف اصلی از این تحلیل، تبیین واریانس یا همان تغییرات متغیر وابسته می‌باشد؛ نتایج حاصل از این آزمون به قرار زیر است.

براساس معنی‌داری جدول آنالیز واریانس، خطی بودن رابطه بین متغیرهای مستقل و وابسته محقق بوده است؛ هم‌چنین استقلال خطاها از هم‌دیگر براساس میزان

دوربین واتسون به دست آمده (۱/۹۵) مورد تأیید می‌باشد؛ هم‌چنین پیش‌فرض عدم هم‌خطی متغیرهای مستقل نیز با توجه به مقادیر شاخص تولرانس^{۳۹} (نزدیک به عدد یک) و شاخص تورم واریانس^{۴۰} (کوچک‌تر از عدد ۲/۵) به تأیید رسیده است. در بین متغیرهای مستقل، سرمایه فرهنگی تجسّد یافته، سرمایه اقتصادی، سرمایه فرهنگی عینیت یافته و سن به ترتیب بیشترین تأثیر را بر سلامت روانی زنان داشته است؛ هم‌چنین، تأثیر متغیر سرمایه اقتصادی بر متغیر سلامت روانی نیز منفی و معنی‌داری بوده است. متغیرهای حاضر در این مدل، ۳۸٪ از تغییرات متغیر سلامت روانی را تبیین نموده‌اند (جدول ۷).

جدول ۷. آماره‌های تحلیل رگرسیونی چند متغیره سلامت روانی

متغیر	بتا	کمیت T	Sig	VIF	Tolerance	خلاصه مدل
سرمایه تجسد یافته	-.۴۷۹	۱۶/۳۲	۰/۰۰۰	۱/۱۵	۰/۹۴۱	ضریب هم‌بستگی چندگانه
سرمایه اقتصادی	-.۳۸۷	۱۴/۰۸	۰/۰۰۰	۱/۲۰	۰/۹۶۹	ضریب تبیین
سرمایه فرهنگی عینیت یافته	-.۳۳۹	۱۰/۰۱	۰/۰۰۰	۱/۰۲	۰/۹۸۹	ضریب تبیین اصلاح شده
						کمیت دوربین واتسون
سن	/۳۲۲	۸/۴۸	۰/۰۰۰	۱/۱۸	۰/۹۴۸	آنالیز
						وارپانس
						کمیت F
						Sig

۶. نتیجه‌گیری

سلامت زنان مطمئن‌ترین راه نیل به اهداف کلی سلامت و ارتقاء کیفیت زندگی برای همه انسان‌ها است. وضعیت سلامت زنان تأثیر مهمی بر سلامت کودکان، خانواده، جامعه و محیط زیست دارد. زنان، اولین مراقبین سلامت خانواده و جامعه هستند؛ آموزش و فرهنگ سلامت از طریق زنان توسعه می‌یابد. پژوهش حاضر نیز، با هدف بررسی رابطه بین سرمایه فرهنگی و سرمایه اقتصادی با سلامت روانی زنان متأهل شهر تبریز براساس دستگاه نظری بوردیو به انجام رسیده است.

نتایج آزمون هم‌بستگی، نشان داد که بین متغیرهای سرمایه فرهنگی و سرمایه اقتصادی با متغیر سلامت روانی رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد؛ هم‌چنین، نتایج تحلیل رگرسیونی نشان از تأثیر معنی‌دار متغیرهای مذکور، بر متغیر وابسته می‌باشد. مطابق تئوری سرمایه فرهنگی اختلالات روانی افراد را باید انعکاس ساختار فرهنگی نهادهای جامعه از جمله خانواده، گروه دوستان و... دانست. بوردیو سرمایه فرهنگی را کاربرد زبان، عادت‌واره‌ها، جهت‌گیری‌ها و تمایلاتی می‌داند که وجوه پیچیده و

ظریفی در نحوه رابطه فرد و زبان دارد. می‌توان این سرمایه را مجموعه‌ای از روابط، معلومات، اطلاعات و امتیازات دانست که فرد برای حفظ کردن یا به دست آوردن یک موقعیت اجتماعی از آن استفاده می‌کند. سرمایه فرهنگی دارای ابعاد متعددی از جمله دانش عینی درباره هنر و فرهنگ، سلیقه‌ها و ترجیح‌های فرهنگی، مدارک رسمی (مانند: درجات دانشگاهی و گذراندن دوره‌های آموزشی موسیقی)، مهارت‌ها و اطلاعات فرهنگی (مانند: توانایی نواختن یک ساز)، توانایی تمیز قائل شدن و تمایز نهادن بین خوب و بد، می‌باشد. سرمایه اقتصادی فرد نیز، شامل امکاناتی است که برای رفاه اقتصادی در اختیار دارد. افراد با داشتن سرمایه اقتصادی می‌توانند کالاهای فرهنگی بیشتری در اختیار داشته باشند و از امکانات تحصیلی و آموزشی بیشتری برخوردار شوند و از این طریق سرمایه فرهنگی خود را افزایش دهند. سرمایه اقتصادی در مقایسه با سرمایه‌های فرهنگی و اجتماعی با سرعت بیشتری به سرمایه‌های دیگر تبدیل می‌شود. به طور کلی براساس تئوری بورديو، میزان دسترسی به سرمایه‌های فرهنگی و اقتصادی در میدان خانواده می‌تواند در تغییر و تحول ساختمان ذهنی (عادت‌واره) زنان مؤثر واقع شود و لذا سلامت روانی آنان را تحت تأثیر قرار دهد. زنانی که در منازعات میدانی سرمایه‌های مناسب را در اختیار ندارند، به حاشیه کشانده می‌شوند و همین به حاشیه کشیده شدن سرمنشأ بسیاری از اختلالات روانی آنان می‌شود که برای کلیت فضای خانواده نیز مخاطره‌آمیز می‌باشد. در واقع، احساس پوچی و تهی شدن افراد در فضای اجتماعی به دلیل عدم امکان دسترسی به سرمایه‌های متنوع اجتماعی به وجود می‌آید که به سرخوردگی منجر می‌شود و همین سرخوردگی سلامت روانی آنان را مورد تهدید قرار می‌دهد. در راستای محتوای نظریات فوق، نتایج تحقیقات منتظری و همکاران (۱۳۹۷)، پرهوده و همکاران (۱۳۹۴)، ایمان و سروش (۱۳۹۳)، کامین و همکاران (۲۰۱۳)، بیرانت و همکاران (۲۰۱۰)، فیشر و همکاران (۲۰۰۷)، لوکستون و همکاران (۲۰۰۶)، نشان داد که بین دو متغیر سرمایه فرهنگی و اختلالات روانی رابطه معکوس و معنی‌دار وجود دارد؛ به این نحو که با افزایش سرمایه فرهنگی و سرمایه اقتصادی زنان از اختلالات روانی آنان کاسته می‌شود. بر این مبنا، می‌توان گفت که نتایج تحقیقات انجام یافته پیشین و نظریات مذکور، هم‌خوان با نتیجه تحقیق حاضر می‌باشد. با توجه به نتایج حاصل از پژوهش حاضر، می‌توان پیشنهاد زیر را به عنوان گامی هرچند کوچک در راستای جلوگیری و کاهش این آسیب اجتماعی به کار گرفت.

- پیشنهادهای پژوهش: با توجه به تأیید رابطه خطی و منفی بین متغیرهای سرمایه فرهنگی و سرمایه اقتصادی و بروز اختلالات روانی و نقش مؤثر هر دو متغیر

مذکور، در تحلیل مدل رگرسیونی، پیشنهاد می‌گردد که از یک طرف، برنامه‌ریزی‌ها و ایجاد بسترهای لازم جهت افزایش سرمایه فرهنگی زنان از طریق بالا بردن سطح تحصیلات و آموزش، رواج و اشاعه فرهنگ کتابخوانی، مشارکت در امور فرهنگی، حفظ ارزش‌ها و باورهای مذهبی صورت پذیرد و از طرف دیگر، از آنجا که سرمایه اقتصادی، به‌عنوان مرکز تحولات در سایر سرمایه‌ها، در دستگاه نظری بورژوازی به‌شمار می‌رود؛ لذا، افزایش توان مالی زنان با ایجاد صندوق‌های توسعه‌گرا، بهبود پایگاه اقتصادی آنان از طریق نظام یارانه‌ای، افزایش امید اجتماعی زنان در رابطه با آینده اقتصادی و کاهش نگرانی و اضطراب زنان نسبت به مهارت‌های شغلی در اجتماع می‌تواند در تقویت و بهبود وضعیت سلامت روانی زنان مثرتر باشد.

- محدودیت‌های پژوهش: با توجه به این‌که پژوهش حاضر در بین زنان متأهل شهر تبریز صورت گرفته است، باید از تعمیم یافته‌های پژوهش حاضر، به سایر زنان احتیاط نمود؛ هم‌چنین، از آنجا که در این تحقیق، محدودیت مقیاس‌سازی وجود داشت، لذا تلاش شده است که برای برخی از سازه‌ها که پرسشنامه استاندارد در دسترس نبود، پرسشنامه‌های محقق ساخته تنظیم گردد که البته با برآورد اعتبار و پایایی آن، تاحدی این محدودیت رفع گردید.

پی‌نوشت

1. Health
2. Mental Health
3. Cultural Capital
4. Economical Capital
5. Bourdieu
6. Grenfell
7. Cognitive Perspective
8. William Glasser
9. Albert Ellis
10. Behaviorism Perspective
12. Social Perspective
13. Elstad
14. Humanism Perspective
15. Taylor
16. Bourdieu & Passeron
17. Ritzer
18. Back & et al.
19. Hall & Neitz
20. Embodied
21. Objectified
22. Institutionalized
23. Soroka & Rafaeli
24. Moore
25. Bonnewitz

26. Flora et al.
27. Grenfell & Hardy
28. Bourdieu & Wacquant
29. Kamin & et al.
30. Ybrant
31. Fisher
32. Daglass
33. Loxton
34. Johnson
35. Pressley
36. General Health Questionnaire
37. Face Validity
38. Content Validity
39. Tolerance
40. Variance Inflation Factor

کتابنامه

- احمدی، بتول؛ علی‌محمدیان، معصومه؛ زاهدی، فرزانه؛ و فرزندی، فرانک (۱۳۸۶). سیمای سلامت زنان. جلد ۱ و ۲. تهران: انتشارات روابط عمومی شورای فرهنگی- اجتماعی زنان.
- احمدی، حبیب؛ مرزبان، مریم؛ و روحانی، علی، (۱۳۹۰). «بررسی عوامل اجتماعی- فرهنگی مرتبط با سلامت روانی دانشجویان دانشگاه شیراز». مجله جامعه‌شناسی مطالعات جوانان، ۱ (۱): ۹-۳۵.
- امیراحمدی، رحمت‌اله؛ نوابخش، مهرداد؛ و زنجانی، حبیب‌الله، (۱۳۹۵). «بررسی نقش سرمایه فرهنگی- اجتماعی بر مشارکت شهروندان در نوسازی بافت‌های فرسوده شهری (مطالعه موردی: شهر مشهد)». پژوهش‌های جامعه‌شناسی معاصر، ۵ (۸): ۱۴۳-۱۲۳.
- ایمان، محمدتقی؛ و سروش، مریم، (۱۳۹۳). «مقایسه بین نسلی سرمایه‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در دسترس زنان در شیراز». نشریه زن در توسعه و سیاست، ۱۱ (۴): ۵۳۰-۵۰۹.
- بک، لس؛ بنت، اندی؛ دسفور ادلز، لورا؛ گیسون، مارگارت؛ اینگلیز، دیوید؛ جاکوبز، رونالد؛ و وودوارد، یان، (۱۳۹۵). مقدمه‌ای بر جامعه‌شناسی فرهنگی. ترجمه غلامرضا حداد، تهران: انتشارات دانشگاه امام صادق (ع).
- بنی‌فاطمه، حسین؛ علیزاده‌اقدام، محمداقبر؛ شهام‌فر، جعفر؛ و عبدی، بهمن، (۱۳۹۳). «جنسیت و سلامتی: بررسی نقش جنسیت در تفاوت‌های سطوح سلامت». پژوهش‌های جامعه‌شناسی معاصر، ۳ (۴): ۲۹-۱.
- بوردیو، پی‌یر، (۱۳۸۹). شکل‌های سرمایه؛ سرمایه اجتماعی: اعتماد، دموکراسی

- و توسعه. به کوشش: کیان تاجبخش، ترجمه افشین خاکباز. تهران: انتشارات شیرازه.
- بون ویتز، پاتریس، (۱۳۹۱). درس‌هایی از جامعه‌شناسی پیر بورژوازی. ترجمه جهانگیر جهانگیری، حسن پورسفیر، تهران: نشر آگه.
- بیابانگرد، اسماعیل؛ و جوادی، فاطمه، (۱۳۸۳). «سلامت روان‌شناختی نوجوانان و جوانان شهر تهران». رفاه اجتماعی، سال ۴ (۱۴): ۱۵۵-۱۳۹.
- پرهوده، فرزاد؛ همتی، بهزاد؛ امیری، سلمان؛ مرادی، اکبر؛ و پیری، همایون، (۱۳۹۴). «تأثیر سرمایه اقتصادی-اجتماعی بر سلامت (جسمی-روانی) زنان سرپرست خانوار شهرستان گیلانغرب». کنفرانس بین‌المللی علوم انسانی، روانشناسی و علوم اجتماعی، مرکز همایش‌های بین‌المللی صدا و سیما.
- جمشیدی‌ها، غلامرضا؛ و پرستش، شهرام، (۱۳۸۶). «دیالکتیک منش و میدان در نظریه عمل پیر بورژوازی». نامه علوم اجتماعی، ۳: ۱-۳۲.
- حضوری، کلثوم. (۱۳۸۶). «بررسی وضعیت زنان خشونت دیده قبل و بعد از طرح شکایت در کلانتری». مطالعات امنیت اجتماعی، ۳ (۸ و ۹): ۹۴-۷۵.
- دانش، پروانه؛ شربتیان، محمدحسین؛ و طوافی، پویا، (۱۳۹۵). «تحلیل جامعه‌شناختی خشونت خانگی علیه زنان و رابطه آن با احساس امنیت در خانه (مطالعه موردی: زنان ۱۸-۵۴ ساله شهر میانه)». فصلنامه پژوهش‌های راهبردی امنیت و نظم اجتماعی، ۶ (۱۶:۱): ۴۷-۷۲.
- ریتزر، جرج، (۱۳۹۲). نظریه‌ی جامعه‌شناختی معاصر و ریشه‌های کلاسیک آن. ترجمه خلیل میرزایی، علی بقایی‌سرابی، تهران: انتشارات جامعه‌شناسان.
- صالحی‌امیری، سیدرضا؛ و سپهرنیا، رزیتا، (۱۳۹۴). الگوی ارتقای سرمایه فرهنگی در ایران. تهران: انتشارات ققنوس.
- 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.
- عابدی، سیده مرضیه؛ موسایی، میثم؛ بقایی‌سرابی، علی؛ و قدیمی، بهرام، (۱۳۹۹). «بررسی عوامل اقتصادی و اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان با تأکید بر دین‌داری». علمی اقتصاد و بانکداری اسلامی، ۳: ۲۱۹-۲۴۳.
- فتحی‌آشتیانی، علی، (۱۳۸۹). آزمون‌های روان‌شناختی ارزشیابی شخصیت و سلامت روان. تهران: مؤسسه انتشارات بعثت.

- فصیحی، امان‌الله، (۱۳۸۹). اسلام و سرمایه اجتماعی: با تأکید بر رویکرد فرهنگی. تهران: انتشارات پژوهشگاه فرهنگ، هنر و ارتباطات.
- فکوهی، ناصر، (۱۳۸۴). تاریخ اندیشه و نظریه‌های انسان‌شناسی. تهران: نشر نی.
- قادری، مهدی؛ ملکی، امیر؛ و احمدنیا، شیرین، (۱۳۹۵). «از سرمایه فرهنگی بوردیو تا سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت به تعبیر آبل: کاربرد شاخص‌های نوین در تبیین سبک زندگی سالم». رفاه اجتماعی، ۱۶ (۶۲): ۵۸-۹.
- گرنفل، مایکل، (۱۳۹۳). مفاهیم کلیدی پیر بوردیو. ترجمه محمد مهدی لیبی، تهران: نشر افکار.
- لهسائی‌زاده، عبدالعلی؛ و مرادی، گلمراد، (۱۳۸۶). «رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در مهاجران». رفاه اجتماعی، ۷ (۲۶): ۱۸۰-۱۶۱.
- محمدی، جمال؛ و دادهیر، ابوعلی؛ و محمدی، فردین، (۱۳۹۱). «مناسبات سرمایه فرهنگی و سبک زندگی: پیمایش در میان شهروندان طبقه متوسط شهر سنج، کردستان». جامعه‌شناسی ایران، ۱۳ (۴): ۱-۲۳.
- منتظری، علی؛ رستمی، طاهره؛ طاووسی، محمود؛ حائری‌مهریزی، علی‌اصغر؛ و نقی‌زاده، فاطمه، (۱۳۹۷). «گزارش نهایی طرح تحقیقاتی رابطه سرمایه فرهنگی و سلامت روان در جمعیت شهری ایران». پژوهشکده علوم بهداشتی، مرکز تحقیقات سنجش سلامت، گروه پژوهشی سلامت جامعه، جهاد دانشگاهی.
- هال، جان آر؛ و نیتس، مری جو، (۱۳۹۱). فرهنگ از دیدگاه جامعه‌شناختی. ترجمه فریبرز مجیدی، تهران: انتشارات سروش.
- هزارجریبی، جعفر؛ مهری، اسدالله، (۱۳۹۱). «تحلیل رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی و اجتماعی». علوم اجتماعی، ۵۹ (۱۹): ۴۱-۸۸.

- Bourdieu, P., (1986). *The Forms of Capital in Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. New York: Greenwood Press.

- Bourdieu, P., (2002). *The field of cultural production, or: The economic world reversed Pierre Bourdieu, Contemporary sociological theory*. edited by: Calhoun, C., Gerteisr, J., Moody, J., Pfaff, S., Virk, I, by Blackwell Publishers.

- Bourdieu, P. & Passeron, J. C., (1999). *Reproduction in Education, Society, and Culture*. Sage Publications.

- Bourdieu, P. & Wacquant, L., (1989). "Towards a Reflexive Sociology: A workshop with Pierre Bourdieu". *Journal of sociological Theory*, 7(1): 26-63.

- Daglass, K., (2006). "The Role of Culture in Mental Health and Physical Capital". *Journal of Organizational Behavior*, 61(1): 560-555.
- Fisher, C., (2007). "Health a difficult beast: The interrelation ships between domestic violence, womens health and health sector an Auſtralian case ſtady". *Social Science & Medicine*, 65: 1742-1750.
- Flora, C.; Emery, M.; Fey, S. & Bregendahl, C., (2005). *Community capitals: a tool for evaluating ſtrategic interventions and project, north central regional center for rural development*. Iowa State University.
- Grenfell, M. & Hardy, C., (2007). *Art Rules: Pierre Bourdieu and the Visual Art*. Oxford: Berg Press.
- 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.
- Johnson, D, P., (2008). *Contemporary sociological theory an integrated multi-level approach*. Springer Science & Business Media.
- Kamin, T.; Kolar, A. M. & Steiner, P., (2013). "The Role of Cultural Capital in Producing Good Health: A Propensity Score Study". *Slovenian Journal of Public Health*, 52(2): 108-118.
- Loxton, D.; Schofield, M.; Hussain, R. & Mishra, G., (2006). "Psychological health in midlife among women who have ever lived with a violent partner or spouse". *Journal Of Interpersonal violence*, 8: 1092-1107.
- Moore, R., (2004). *Education and Society: Issues and Explanations in the Sociology of Education*. Cambridge: Polity Press.
- Pressley, A. M., (2015). "Cultural capital, social capital and communities of practice in social marketing". Dissertation of Doctor of Philosophy, Marketing & Strategy Section, Cardiff Business School, Cardiff University.
- Soroka, V. & Rafaeli, S., (2006). "Invisible Participants: How Cultural Capital Relates to Lurking Behavior". *Proceedings of The 15th International Conference on World Wide Web*, 163-172.

- Taylor, P., (2007). *Investigating Cultural and Identity*, London Collins
Quoted in Communication Studies: The Essential Resource Cultural.
Communication and Context, 199-200.

- Ybrant, H. & Kerstin, A., (2010). “Peer Aggression and Mental Health
Problems, Self-Esteem as a Mediator”. *School Psychology International*,
31(2): 146-163.

