

بررسی جامعه شناختی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی

در زوجین شهر کرمان

محمد توکل^۱، سعید معید فر^۲، سوده مقصودی^۳

تاریخ دریافت: ۸۹/۷/۲۳ تاریخ پذیرش: ۹۰/۳/۲۲

چکیده

هدف این تحقیق، بررسی جامعه شناختی رابطه سرمایه اجتماعی خانواده و سلامت روان میان زوجین شهر کرمان است. روش تحقیق پیمایشی بوده و از طریق پرسشنامه خود اجرا انجام شده است. جامعه آماری مورد مطالعه، همسران ۴۵-۱۸ ساله است که تعداد ۳۸۲ نفر از این جمعیت به شیوه نمونه گیری خوشه ای چند مرحله‌ای و با استفاده از فرمول نمونه گیری انتخاب شده اند. نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان می‌دهد بین سلامت روانی و متغیرهای سرمایه درون گروهی، برون گروهی و نهادی شناختی، منزلت فرد در روابط قدرت خانواده، رضایت زناشویی، احساس رضایت از زندگی، سن ازدواج فرد و همسرش، درآمد فرد و درآمد همسرش رابطه معنی داری وجود دارد. همچنین بین سلامت روانی زنان و مردان تفاوت معنی داری مشاهده میشود. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان می‌دهد که از میان ابعاد متغیر سرمایه اجتماعی و متغیرهای زمینه ای چهار متغیر سرمایه درون گروهی شناختی، برون گروهی شناختی، رضایت از زندگی زناشویی و منزلت فرد در روابط قدرت خانواده مهمترین تبیین کننده های سلامت روانی همسران هستند.

واژگان کلیدی: سرمایه اجتماعی، سلامت روانی، رضایت از زندگی زناشویی، منزلت فرد در

روابط قدرت خانواده، همسران

^۱ دانشیار دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران، mtavakol@ut.ac.ir

^۲ دانشیار دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران، smoidfar@ut.ac.ir

^۳ استادیار جامعه شناسی دانشگاه شهید باهنر کرمان، maghsoodi299@yahoo.com

بیان مسئله و اهمیت تحقیق

طبق آمار سازمان جهانی بهداشت بیماری قلبی و افسردگی دو عامل اصلی مرگ و میر و ناتوانی در سطح جهان تا سال ۲۰۰۲ به شمار می‌آمدند (سیدان، ۱۳۸۱: ۱۱). افسردگی در سال ۱۹۹۰ چهارمین بیماری شایع به شمار می‌رفت ولی پیش بینی می‌شود که تا سال ۲۰۲۰ به دومین بیماری بعد از ناراحتی قلبی تبدیل شود (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۱). نتایج تحقیقات و پژوهش‌های سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد که امروزه بیش از ۴۵۰ میلیون نفر از مردم دنیا مشکلات روحی و روانی دارند و محققان پیش بینی می‌کنند که این رقم تا ۲۰ سال آینده بیشتر و چشمگیرتر خواهد شد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۴: ۱۰). با رویکردی به درون جامعه ایران در می‌یابیم که متأسفانه کشور ما آمار و ارقامی جمعی در باره وضعیت اختلالات روانی نداشته و برنامه جامعی هم برای مقابله با این مشکلات ندارد. آن چه در دسترس است پژوهش‌های صورت گرفته از طرف سازمان بهداشت جهانی است که نشان می‌دهد ۲۰ درصد جمعیت ایران دچار اختلالات روانی می‌باشند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۴: ۱۰).

ازسوی دیگر این سازمان خانواده را زیربنای سلامت عاطفی فرد شناخته و آن را عامل مهمی در کاهش هزینه‌های بیماری‌های روانی تلقی می‌کند. اعضای خانواده تأثیر عاطفی زیادی بر مسائل خانوادگی می‌گذارند سلامت عاطفی خانواده و زوجین از طریق کیفیت ازدواج مشخص می‌شود و یک ازدواج موفق به واسطه مهیا کردن برخی عوامل مطلوب و مهم نظیر یافتن یک همراز، یک دوست، احساس محبوب بودن و محترم بودن به عنوان یک انسان موجب سلامتی عاطفی می‌شود. پولین (۱۹۸۳) دریافت که ارتباط زناشویی صمیمانه و مستحکم، از زوجین در برابر فشارهای خاص زندگی محافظت می‌کند. از سوی دیگر جایی که هیچ‌گونه حمایت، روابط متقابل، مستحکم و برابر وجود ندارد یکی از زوجین (به ویژه زنان) احساس ناخرسندی و محرومیت عاطفی می‌کند (تاسیگ و دیگران، ۱۳۸۶: ۱۱۸).

طبق نتایج پژوهش‌های گذشته هر چه سرمایه اجتماعی بین افراد کاهش یابد بر اختلالات روانی شان نیز افزوده می‌شود. این یافته‌ها در پژوهش‌هایی در ایران هم به اثبات رسیده است (لهسای زاده و مرادی، ۱۳۸۶؛ خیراله پور، ۱۳۸۳؛ یزدان‌پناه و فدایی، ۱۳۷۵ و قمی زاده، ۱۳۸۳). این پژوهش‌ها همچنین نشان می‌دهند که در سالهای اخیر نرخ طلاق در جامعه شهری ایران به شدت افزایش پیدا کرده و سرمایه اجتماعی درون خانواده کاهش یافته است (شکر بیگی، ۱۳۸۶: ۱۵ و آزاد ارمکی، ۱۳۸۶: ۱۲۹). دگرگونی سرمایه اجتماعی در خانواده ایرانی که متأثر از جریان تجددگرایی است بیش از همه در روابط زن و مرد، سالمندان و جوانان و روابط پدران و فرزندان به چشم می‌خورد. نتایج پژوهش‌های صورت گرفته در مورد خانواده ایرانی حاکی از بحرانی فراگیر در ابعاد مختلف سرمایه اجتماعی از

جمله اعتمادی، مشارکتی، حمایتی و از هم گسیختگی گروه بزرگ خویشاوندی است (آزاد ارمکی، ۱۳۸۶: ۱۳۲).

کاهش سرمایه اجتماعی با بی‌اعتمادی میان زن و شوهران و دیگران دور همراه بوده و فشارها و بیماریهای روانی چون افسردگی و اضطراب را افزایش داده است به گونه‌ای که طبق پژوهش صادقی و همکاران در سال ۷۹، ۳۲ درصد زنان و ۲۵ درصد مردان از این بیماری‌ها رنج می‌بردند (سیدان، ۱۳۸۱: ۱۵). آمارها نشان می‌دهند که استان کرمان جزء ده استان اول کشور در بالا بودن نرخ بیماریهای روانی است. به طوری که در سال ۸۱، ۲۳ درصد جمعیت این استان به انواع اختلالات روانی مبتلا بودند و در این بین زنان (۲۹ درصد) بیش از مردان (۱۵ درصد) از این بیماری‌ها رنج می‌بردند (نوربالا، ۱۳۸۱: ۵). از سوی دیگر در سالهای گذشته میزان طلاق در استان کرمان به شدت افزایش یافته است. به طوری که رئیس مجتمع قضایی خانواده در دادگستری کرمان در سال ۸۹ اعلام کرد که تقریباً در هر ماه ۱۰۰ خانواده از هم پاشیده می‌شود و در سال بیش از ۱۲۰۰ خانواده کانون خود را از دست می‌دهند. در همین گزارش دلایل اصلی طلاق در استان کرمان بیکاری، اعتیاد، عدم اعتماد و صداقت زوجین به یکدیگر، دخالت و عدم حمایت والدین از فرزندان ازدواج کرده، مشکلات روحی و روانی زوجین و عدم آگاهی همسران از مهارتهای زندگی زناشویی ذکر شده است. گفته میشود که بیشتر این طلاقها بین همسران جوان و تحصیلکرده دیده میشود (ریاست مجتمع قضایی خانواده، ۱۳۸۹). بر اساس این گزارش در سال ۸۹ به طور میانگین ۳۵۰ زوج در هر ماه برای جدایی به مجتمع قضایی خانواده کرمان مراجعه کرده اند و هر چند کرمان جزء چهار استان مذهبی کشور به شمار می‌رود اما از نظر طلاق در رده دهم قرار دارد که این امر موجب نواخته شدن زنگ خطر و نگرانی خانواده‌ها و مسئولان در این خطه شده است (مصاحبه با ریاست مجتمع قضایی خانواده، ۱۳۸۹).

با توجه به مطالب فوق ضرورت تحقیق درباره سرمایه اجتماعی در خانواده به خوبی احساس می‌شود. بنابراین مسئله پژوهش حاضر این است که زوجین شهر کرمان در بهره‌مندی از سرمایه اجتماعی تا چه حد تفاوت دارند؟ و از آنجا که دلیل بسیاری از طلاقها بیماریهای روحی زوجین است، آیا این تفاوت سرمایه اجتماعی در بهره‌مندی ایشان از سلامت روانی و مبتلا نشدن به افسردگی یا اضطراب موثر است یا خیر؟

سوابق پژوهش

شواهد پژوهشی در سراسر دنیا نشان می‌دهند افرادی که از اجتماع دورند یا منزوی هستند، احساس خطر مرگ را بیشتر تجربه می‌کنند. یک مطالعه ۹ ساله در آلامدا در کالیفرنیا از ۱۹۶۵ تا ۱۹۷۴

توسط برگمن و سیم^۱ رابطه بین خطر مرگ و فراوانی تماسهای اجتماعی، شرکت در امور مذهبی و کلیسا و عضویت در انجمنهای داوطلبانه غیر رسمی را مشخص کردند. مشابه این مطالعه، پژوهشی در امریکای شمالی بود که مشخص کرد بیماریهای بدخیم منجر به مرگ در بین مردانی بیشتر دیده می شود که تماسهای اجتماعی روزانه کمتری دارند یا مشارکتی در انجمنها و کلوپهای اجتماعی ایفا نمی کنند. رز^۲ (۲۰۰۰) نیز نشان داد که مشارکت افراد در شبکه های رسمی و غیررسمی و برخورداری از حمایت اجتماعی و اعتماد به طور معنی داری با سلامت عاطفی مردم روسیه مرتبط است. او در روسیه گزارش داد که سرمایه اجتماعی و یگانگی اجتماعی در سلامت روانی موثر هستند (ص ۸۲). در بریتانیا، مک کالوک^۳ (۲۰۰۱) و در امریکا هایو و جانسون^۴ (۲۰۰۰) در تحقیقی بین مهاجران اثبات کردند که سطوح بالای مشارکت اجتماعی خطر مرگ و میر ناشی از بیماریهای روانی را کاهش و رفاه و سلامت عاطفی را افزایش می دهد. وینسترا و همکارانش^۵ در پژوهشی در ساسکا چوان کانادا دریافتند که بین میزان تماسهای اجتماعی و شرکت در گروههای مذهبی (شاخص سرمایه اجتماعی) و وضعیت سلامتی فرد ارتباط وجود دارد. آنها در سال (۲۰۰۵) نیز اهمیت مشارکت فرد در انجمنهای داوطلبانه و تاثیرش بر سلامتی و کاهش استرسهای عاطفی را خاطر نشان کردند. مشابه این مطالعه تحقیق کاواچی، کندی و ویلکینسون^۶ (۱۹۹۴) بود که اثبات کرد فقدان سلامتی با سرمایه اجتماعی در سطح کلان یعنی دولت و نهادهای اجتماعی مرتبط است. مطالعه دیگری هم در انگلستان نشان داد که ارتباط توأم با سرمایه اجتماعی در بین همسایگان با احساس امنیت اجتماعی و کاهش بیماری روانی رابطه دارد

با وجود این تحقیقات کاواچی^۷ و برگمن از جمله اولین افرادی بودند که تلاش کردند سلامت روانی را به حمایت و شبکه های اجتماعی پیوند بزنند. آنها تا سال ۲۰۰۶ حدود ۴۲ پژوهش در مورد رابطه بین سرمایه اجتماعی و بهداشت جسمی و روانی یافته اند که بین سالهای ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۵ انجام شده اند. البته تنها ۱۲ مطالعه از بین آنها به کشورهای کم درآمد و توسعه نیافته تعلق دارند. در سال ۲۰۰۶، مک کنزی و هارفام کتابی را با عنوان "Social capital and Mental Health" به چاپ رساندند. این کتاب به دو بخش تئوری و عملی تقسیم می شود. آنها در بخش نظری به نحوه

^۱ Berkman and syme

^۲ Rose

^۳ Mc culloch

^۴ Hao and Johson

^۵ veensentra

^۶ Kawachi, kennedy and wilkinson

^۷ Kawachi and Berkman

اندازه‌گیری و سنجش سرمایه اجتماعی در زمینه سلامت روانی و مدلها و تئوریهای مهم در این مورد اشاره کرده‌اند. بخش عملی این کتاب به مطالعات بین‌المللی می‌پردازد که در کشورهای مختلف جهان چه توسعه یافته و چه در حال توسعه انجام شده‌اند. نمونه این پژوهشها عبارتند از: در انگلستان توسط راب وایتلی^۱، در ماستریخت هلند توسط ماریان دروکر^۲، مطالعه پیمایشی کری آشر^۳ در ایالات متحده آمریکا، پژوهش کمی لیز توماس^۴ در دوربان آفریقای جنوبی و لاساکای زامبیا که بین زنان انجام شد. تحقیق ترودی هارفام و اما گرت^۵ بین جوانان کالی کلمبیا و مطالعه دیگری توسط جمعی از محققان در ویتنام صورت پذیرفت. همه این تحقیقات ارتباط این متغیرها را تأیید کردند (هارفام و مکنزی، ۲۰۰۶)

علاوه بر تحقیقات فوق پژوهشهای جامعه‌شناختی نیز در سراسر جهان انجام شده اند که به نقش ازدواج و سرمایه اجتماعی بین همسران و تاثیر آن بر سلامت روانی اشاره کرده اند. این تحقیقات نشان داده اند که در زمینه اثرات ازدواج بر آسایش روانی، تفاوت‌های جنسیتی مهمی به چشم می‌خورند. به طور کلی زنان متاهل کمتر از مردان متاهل در نتیجه ازدواج به سلامت عاطفی می‌رسند. زنان متاهل در مقایسه با مردان متاهل دچار افسردگی می‌شوند از ازدواجشان ناخرسند می‌گردند و تصورات منفی از خودشان دارند. مثلاً گو هیوز و استایل^۶ (۱۹۸۳) در تحقیقی بر روی افراد متاهل دریافتند کسانی که اظهار خرسندی زیادی از ازدواجشان می‌کردند نسبت به افراد ازدواج نکرده، آشفتگی کمتری داشتند اما کسانی که تا حدودی اظهار رضایت می‌کردند میزان آشفتگی آنها مشابه با افراد ازدواج نکرده بود (تاسیگ و دیگران، ۱۳۸۶: ۱۱۹).

پژوهشها در ایران نیز نشان می‌دهند که شیوع بیماریهای روانی در ایران را باید ۱۸٪ تا ۲۵٪ کل جمعیت (حدود یک چهارم کل جمعیت) دانست. دکتر نوربالا، روانپزشک و رئیس سازمان هلال احمر در پژوهشی ملی در کتابی با عنوان "نگاهی به سیمای سلامت روانی در ایران" میزان ابتلا به بیماری روانی را در سال ۱۳۸۰ حدود ۲۱ درصد کل جمعیت ذکر کرده است. او که مهمترین و معتبرترین پژوهش در این مورد را انجام داده، این میزان را در زنان ۲۶ و در مردان ۱۵ درصد اعلام کرده است. او همچنین خاطر نشان می‌کند که میزان شیوع این بیماریها در افراد مطلقه و بیوه، متاهل دارای مشکلات زناشویی، افراد بیکار و بازنشسته و زنان خانه دار بیش از سایر افراد است (نوربالا و

¹ - Rab whitley

² - Marian Drukker

³ - Carey Usher

⁴ - Liz Thomas

⁵ - Trudy Harpham and Emma Grant

⁶ - Go, Huse & stail

همکاران، ۱۳۸۱: ۵). در واقع می‌توان گفت هیچ کدام از افراد ذکر شده از سرمایه و یا حمایت اجتماعی چندانی بر خوردار نیستند.

در ایران مطالعات زیادی در مورد سلامت و بیماری روانی انجام شده اما پژوهش‌های بسیار اندکی در مورد سرمایه اجتماعی و سلامت روانی صورت پذیرفته است. به طور مثال لهسایی زاده و مرادی در سال ۸۶ به بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی در مهاجرین کرمانشاه پرداختند. خیراله پور در سال ۸۳ عوامل اجتماعی سلامت روانی به خصوص سرمایه اجتماعی را در تهران شناسایی کرد. کاکاوندی (۱۳۸۷) تبیین سرمایه اجتماعی جوانان با تاکید بر نقش خانواده های تهرانی، قمی زاده (۱۳۸۳) رابطه عوامل روانی - اجتماعی با سلامت روان زنان متأهل و مطلقه در یزد، سمیعی (۱۳۷۹) بررسی تاثیر سرمایه های فرهنگی و اجتماعی، اقتصادی خانواده بر موفقیت تحصیلی و شغلی فرزندان در تهران، صالحی هیکویی (۱۳۸۶) رابطه بین سرمایه اجتماعی، شبکه و اعتماد بین شخصی و جنسیت در تهران، دهقانی (۱۳۸۴) تاثیر سرمایه اقتصادی اجتماعی فرهنگی بر خشونت شوهران علیه زنان کهکیلویه، حسن تبار (۱۳۸۴) رابطه بین سرمایه اجتماعی خانواده ها و موفقیت تحصیلی فرزندان در تهران، یزدانپناه فدایی ۱۳۷۵ تاثیر عوامل اجتماعی اقتصادی خانواده بر سلامت روانی فرزندان در تهران، احمدی (۱۳۸۵) رابطه بین سرمایه اجتماعی خانواده با فاصله نسلی مادران و دختران در زنجان و شکرپیگی (۱۳۸۶) سرمایه اجتماعی خانواده ایرانی را مطالعه کردند.

چارچوب نظری

تحقیق حاضر با بهره گیری از نظریه سرمایه اجتماعی کلمن و نظریه سرمایه اجتماعی نان لین به بررسی تجربی فرضیه رابطه بین سرمایه اجتماعی خانواده و بیماری روانی می پردازد. کلمن سرمایه اجتماعی را به دو جز ساختاری و شناختی تقسیم می کند. اعتماد اجتماعی و تعهد اجتماعی بعد شناختی سرمایه اجتماعی را تشکیل می دهند و ابعاد تعلقات اجتماعی و تعاملات اجتماعی بعد ساختاری را سنجش می کنند. منظور از بعد شناختی وجود میزانی از اعتماد، تعهد اجتماعی و سایر عناصر چون (صداقت، همبستگی درون گروهی، میزان زمان با هم بودن، انتقاد پذیری و ...) است که کیفیت روابط اجتماعی بین همسران را شامل میشود. در حالی که در بعد ساختاری کمیت روابط اجتماعی سنجیده می شود. در این بعد شبکه اجتماعی فرد بررسی می شود که عضویت فرد در گروه، میزان همکاری، تنوع فعالیتهای جمعی، تعداد افرادی که فرد می شناسد، انواع ارتباطات، شعاع ارتباطات، تعداد و اندازه شبکه های اجتماعی فرد مورد ارزیابی قرار می گیرند (کلمن، ۱۳۷۷: ۴۷۵). طبق تئوری او احساس رضایت فرد از زندگی با متغیرهایی مانند سرمایه اجتماعی، سن، شغل، تحصیلات، ثروت، تاهل، تعداد فرزندان و جنسیت افزایش می یابد. نان لین (۱۹۸۲) نیز از جمله

جامعه‌شناسان معاصر است که تحقیقات زیادی در مورد سرمایه اجتماعی و تاثیرش بر سلامتی، رضایت از زندگی و احساس خوشبختی انجام داده است. او سه نتیجه برای سرمایه اجتماعی ذکر میکند: سلامت جسمانی، سلامت روانی و رضایت از زندگی. لین (۱۹۸۶) سه لایه از قیود اجتماعی را به عنوان دواير متحد‌المرکز کشف کرد. قیود پیوندی، آوندی و هم آوندی. از نظر او قیود پیوندی به قیود آوندی و هم آوندی می‌انجامند.

قیود پیوندی^۱ به تعداد تماسهای اجتماعی فرد با دیگران اشاره می‌کند که شامل تماسهای روزانه است. اینکه فرد با چند نفر تماس دارد؟ مانند مکالمه حضوری، تلفنی، نوشتن نامه و نامه الکترونیکی یا پیام کوتاه فرستادن و دریافت کردن). نان لین در قیود آوندی^۲ کمیت و کیفیت روابط فرد در شبکه‌های اجتماعی را میسنجد. یعنی فرد چه کسانی را می‌شناسد؟ دیگران چقدر او را میشناسند؟ یا فرد چقدر میتواند روی کمک مالی، عاطفی، اطلاعاتی و ... آنها در زمان سختی حساب کند؟ (حمایت اجتماعی). او در قیود هم آوندی^۳ به عضویت و مشارکت فرد در گروهها، نهادها و انجمن‌های داوطلبانه اشاره می‌کند و مسئولیت فرد در آنها را می‌سنجد (لین و همکاران، ۲۰۰۷، ص ۱۴).

او سپس انواع سرمایه اجتماعی (درون‌گروهی، رون‌گروهی و نهادی) را جایگزین قیود (پیوندی، آوندی و هم آوندی) کرد و به نقش این سرمایه‌ها در سلامت روانی اشاره کرد. لین معتقد است که این سه مفهوم در عدم افسردگی و مبتلا نشدن به بیماری روانی نقش مهمی دارند زیرا باعث افزایش احساس کنترل بر زندگی روزمره میشوند که پیامد آن احساس خوشبختی و آسودگی خیال خواهد بود (علی‌وردی نیا، شارع پور و رمزیار، ۱۳۸۷: ۱۱۵). از تلفیق دو نظریه سرمایه اجتماعی کلمن و نان لین می‌توان چند نوع سرمایه اجتماعی را در نظر گرفت که در سلامت روانی موثرند. این شش مفهوم عبارتند از:

۱- سرمایه درون‌گروهی ساختاری: به روابط غیر رسمی، شدید، بادوام و چهره به چهره که درون خانواده وجود دارد اشاره می‌کند و وسعت و شدت پیوندها و روابط درون خانواده را شامل می‌شود. این نوع سرمایه مولفه‌های میزان تعاملات بین زوجین، میزان حضورشان در منزل، میزان گفتگو و تفریح و سرگرمی با یکدیگر را در بر میگیرد.

۲- سرمایه برون‌گروهی ساختاری: این بعد از سرمایه اجتماعی به روابط عینی و پیوندهای خارج از خانه افراد در درون اجتماع کلی‌تر اشاره دارد و شامل ارتباطات اجتماعی (مانند میزان رفت و آمد خانوادگی، بین نسلی و ارتباطات با اقوام، آشنایان و همسایه‌ها) می‌شود.

¹ Bonding ties

² Bridging ties

³ Linking ties

۳- سرمایه درون گروهی شناختی: شامل آن بعد از سرمایه است که به حمایت، بده بستان، اعتماد، هنجارها و ارزشهای درون خانواده اشاره دارد و کنش های متقابل میان زوجین را تحت تاثیر قرار میدهد. این سرمایه شامل مولفه هایی چون سطح انتظارات زوجین از هم، اعتماد به هم، همبستگی، تعهد و مسئولیت، توافق ارزشی، صداقت و درستکاری در روابط زناشویی و بده بستانها، نحوه تقسیم کار خانگی و توافق ارزشی با یکدیگر میشود.

۴- سرمایه برون گروهی شناختی: به بعد دیگری از سرمایه اجتماعی می پردازد در واقع به آن چیزی که افراد فکر یا احساس میکنند (به عنوان مثال آیا آنها به سایر افراد اعتماد می کنند؟). این سرمایه شامل اعتماد به دیگران نزدیک و دور خارج از خانواده، همکاری و حمایت اجتماعی است (علیپوردی نیا، شارع پور و رمزیار، ۱۳۸۷: ۱۲۰).

۵- سرمایه نهادی ساختاری: شامل آن بعد از سرمایه است که به عضویت فرد در گروهها و انجمن دولتی و داوطلبانه اشاره دارد های غیر و میزان مشارکت و فعالیت او در این گروهها را مورد سنجش قرار می دهد.

۶- سرمایه نهادی شناختی: این بعد از سرمایه اجتماعی به اعتماد به موسسات و نهادهای دولتی و صنفی می پردازد و شامل مولفه هایی چون میزان اعتماد به گروهها و مشاغل، نهادهای رسمی و سازمانهای دولتی، انجمن های داوطلبانه و در نهایت اعتماد به عموم مردم اختصاص دارد. در چارچوب نظری این پژوهش سعی میشود از این ترکیب استفاده شود. با توجه به نظریات فوق پژوهش حاضر سنتزی از نظریات کلمن و نان لین در مورد سرمایه اجتماعی خانواده و سلامت روانی است.

فرضیات پژوهش

-فرضیه اساسی تحقیق

به نظر می رسد سرمایه اجتماعی با میزان سلامت روانی (عدم ابتلا به اضطراب، افسردگی، پرخاشگری و نشانگان جسمانی بیماریهای روانی) رابطه و همبستگی دارد.

-فرضیات فرعی

- سرمایه ساختاری درون گروهی با سلامت روانی زوجین همبستگی معناداری دارد.
- سرمایه ساختاری برون گروهی با سلامت روانی زوجین همبستگی رابطه معناداری دارد.
- سرمایه ساختاری نهادی با سلامت روانی زوجین همبستگی معناداری دارد.
- سرمایه درون گروهی شناختی با سلامت روانی زوجین همبستگی معناداری دارد.
- سرمایه برون گروهی شناختی با سلامت روانی زوجین همبستگی معناداری دارد.
- سرمایه نهادی شناختی با سلامت روانی زوجین همبستگی معناداری دارد.

- میزان سلامت روانی در طبقات متغیرهای زمینه‌ای تفاوت معناداری دارد.
- میزان سلامت روانی در زنان و مردان متفاوت است.
- میزان سرمایه اجتماعی در زنان و مردان متفاوت است.

روش تحقیق و نمونه‌گیری

به منظور بررسی موضوع این پژوهش، از روش پیمایشی استفاده شده است. ابتدا مصاحبه‌های اکتشافی از تعدادی از زوجین در شهر کرمان انجام شد. سپس پرسشنامه بر اساس تئوریهای مربوط به موضوع و نتایج مصاحبه‌های اکتشافی از نمونه مورد مطالعه تهیه شد و بعد از جمع‌آوری اطلاعات، از در منازل صورت گرفت. سازمان ثبت احوال کرمان، جامعه آماری (زوجین شهر کرمان تا پایان سال ۱۳۸۸) را حدود ۴۳۲۰۰۰ نفر اعلام کرده که بر اساس فرمول نمونه‌گیری، حجم نمونه‌ای معادل نفر ۳۸۲ در نظر گرفته شده است. ضمناً در این پژوهش برای مشخص شدن همسران از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای استفاده شده است.

روایی و پایایی

برای سنجش میزان پایایی پرسشنامه، آنرا در اختیار ۴۰ نفر از زوجین شهر کرمان که به نظر می‌رسید بیشترین شباهت و نزدیکی را به نمونه اصلی تحقیق دارند قرار دادیم که پس از جمع‌آوری اطلاعات آنان، نقاط ابهام پرسش‌نامه شناسایی و مرتفع شد. نتایج حاصل از آلفای کرونباخ نشان داد که این میزان در اکثر متغیرها بالای ۰/۷۰ است که پایایی بالایی را نشان می‌دهد. برای سنجش روایی نیز از ضریب کروییت بارتلت در تحلیل عاملی بهره گرفته شد و هر گزینه‌ای که باری کمتر از ۰/۲ داشت حذف شد. در مجموع ضرایب برای خرده‌مقیاسها بالا بود. بنابر جدول زیر خلاصه‌ای از میزان روایی و پایایی متغیرها را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۱: خلاصه ای از میزان روایی و پایایی متغیرها

متغیرها	پایایی		روایی	
	ضریب آلفای کرونباخ	شاخص KMO	کرویت بارتلت	Sig
سلامت روانی	۰/۹۳	۰/۹۵	۵۷۵۶/۷۵۲	۰/۰۰۰
احساس رضایت از زندگی	۰/۶۱	۰/۶۹	۴۰۱/۲۶۶	۰/۰۰۰
رضایت زناشویی	۰/۸۴	۰/۸۸	۴۵۳۸/۱۸۶	۰/۰۰۰
منزلت خانوادگی	۰/۷۹	۰/۸۶	۲۰۸۸/۳۰	۰/۰۰۰
سرمایه درون گروهی ساختاری	۰/۶۵	۰/۵۲	۸۲/۰۸۳	۰/۰۰۰
سرمایه درون گروهی شناختی	۰/۷۴	۰/۹۱	۴۲۴/۴۳۵	۰/۰۰۰
سرمایه برون گروهی ساختاری	۰/۹۱	۰/۸۲	۱۶۲۵/۴	۰/۰۰۰
سرمایه برون گروهی شناختی	۰/۸۱	۰/۸۷	۲۴۰۳/۱۵	۰/۰۰۰
سرمایه نهادی ساختاری	۰/۸۲	۰/۸۸	۱۶۴۶/۶۴۲	۰/۰۰۰
سرمایه نهادی شناختی	۰/۹۶	۰/۸۸	۵۰۴۷/۱۵۴	۰/۰۰۰

جدول فوق نشان میدهد که متغیرها و مقیاسهای مربوط به سنجش آنها از روایی و پایایی مطلوبی برخوردارند.

نحوه سنجش متغیرهای تحقیق

- سلامت روانی

برای اندازه گیری این متغیر از پرسشنامه SCL-90-R که پرسشنامه ای خود گزارشی است و دامنه ای گسترده از مشکلات روان شناختی را در بر میگیرد استفاده شد. پاسخ های ارائه شده به هر یک از گزینه ها در یک مقیاس ۵ درجه، از میزان ناراحتی که از هیچ (۰) تا به شدت (۵) است مشخص شد. ابعاد ۹ گانه این آزمون شکایات جسمانی، وسواس، حساسیت در روابط فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، پارانوئید، و روان پریشی را در بر می گیرد. اما از آنجا که تشخیص بیماریهای روانی شدید مانند پارانوئید نیاز به مطالعات بالینی و معاینات پزشکی نیز دارند، لذا در این تحقیق از ۴ مولفه این آزمون استفاده شده است که شایعترین بیماریهای روانی را نیز شامل می شوند (افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و نشانگان جسمانی بیماریهای روانی).

- سرمایه اجتماعی

این متغیر با استفاده از ترکیب تئوریهای نان لین و جیمز کلمن در ۶ بعد درون گروهی، برون گروهی و نهادی ساختاری و درون گروهی، برون گروهی و نهادی شناختی اندازه گیری شد که مولفه های هر کدام از این متغیرها در بخش چهارچوب نظری توضیح داده شد.

- مشخصات فردی

ویژگیهای جمعیت شناختی و خانوادگی همسران مورد مطالعه توسط پرسشنامه خودساخته محقق مورد ارزیابی قرار گرفت که شامل ۱۳ ماده است. این پرسشنامه شامل جنسیت، سن، سن ازدواج، درآمد، تحصیلات، شغل، پایگاه اقتصادی-اجتماعی، شیوه‌گزینش همسر، دفعات ازدواج، تعداد فرزندان، افراد همزیست با زوجین، وضع فعالیت و نوع مالکیت مسکن است. پرسشنامه مذکور به هنگام اجرای آزمون SCL-90-R در اختیار زوجین قرار گرفته و سپس جهت بررسی ارتباط بین اختلالات روانی و عوامل جمعیت شناختی استفاده شد. همچنین سه متغیر احساس رضایت از زندگی توسط پرسشنامه داینر و همکاران، رضایت از زندگی زناشویی توسط پرسشنامه انریچ و منزلت فرد در روابط قدرت خانواده با پرسشنامه خودساخته محقق به عنوان متغیرهای واسطه‌ای مورد سنجش قرار گرفته‌اند.

یافته‌ها

۵۰ درصد از پاسخگویان زن و ۵۰ درصد مرد بودند. میانگین سن زنان ۳۲ سال و مردان ۳۵ سال بود. به لحاظ وضعیت مسکن، ۵۱ درصد آنها در خانه‌های شخصی، ۴۰ درصد در منازل اجاره‌ای، ۳/۱ درصد در منازل سازمانی و ۳/۹ درصد در منازلی غیر از موارد فوق زندگی می‌کنند. اغلب زنان (۶۲/۳) درصد با شوهر و به همراه خانواده خودش زندگی می‌کردند. اغلب مردان (۶۶) درصد نیز با همسر و به همراه خانواده خودش زندگی می‌کردند و گزینه‌های دیگر در رتبه‌های بعدی قرار داشتند. بیشتر (۳۵/۶) درصد زنان و (۳۵/۶) مردان تحصیلاتی در حد دیپلم داشتند. (۵۴/۹) درصد از پاسخگویان شاغل، (۳۹/۵) درصد (خانه‌دار و (۵) درصد نیز بیکار بودند. میانگین سن ازدواج زنان برابر با (۲۱/۰۹) و برای مردان (۲۵/۴۴) سال محاسبه شده است. اغلب زنان (۴۸/۲) درصد خودشان همسرشان را انتخاب کرده‌اند (۲۷/۱) درصد آنها توسط والدین و (۱۶/۲) درصد توسط معرفی دوستان و آشنایان با هم آشنا شده‌اند. در مورد مردان نیز (۶۴/۶) درصد آنها خودشان همسرشان را انتخاب کرده‌اند. (۱۵/۶) درصد توسط والدین و تنها (۸/۹) درصد به وسیله معرفی دوستان و آشنایان با هم آشنا شده‌اند. میانگین درآمد سالانه زنان ۴۲۱/۵۹۳ و مردان ۴۵۲/۸۴۴ تومان بوده است. در طبقه بندی شغلی بیشترین فراوانی مربوط به مشاغل با منزلت متوسط رو به پایین (۲۰/۶) درصد و کمترین فراوانی مربوط به منزلت پایین (۰/۲) درصد بوده است. (۲۹/۳) درصد افراد به پایگاه بالا، (۳۶/۴) درصد به پایگاه متوسط و (۳۴/۳) درصد به پایگاه پایین تعلق داشتند. در مجموع بیشتر افراد در پایگاه متوسط قرار گرفته‌اند. در مورد متغیر وابسته پژوهش یافته‌ها نشان داد که میانگین سلامت روانی ۲/۶۴ بیان شده که در حد متوسطی است. نتایج حاصل از آزمون SCL-90-R نشان داد که زنان اغلب به

افسردگی مبتلا هستند و نمرات اضطراب، پرخاشگری و نشانگان جسمانی آنها در رتبه های بعدی قرار دارد. همین نتیجه در مورد مردان نیز صدق میکرد. در حقیقت بیماری افسردگی شایع ترین بیماری روانی در همسران شناخته شد. البته کم نیستند افرادی که از اضطراب، پرخاشگری و شکایت از دردهای جسمانی مانند تپش قلب، لرزش دستها، سردرد و تعریق زیاد که ریشه در اختلالات روانی دارند احساس ناراحتی می کنند. این یافته با یافته های حاصل از تحقیقات گذشته نیز همخوانی دارد. نور بالا و همکارانش (۱۳۸۱) نیز در پژوهش ملی خود در خصوص سلامت روانی در استانهای کشور به همین نتیجه رسیدند. طبق یافته های پژوهش حاضر اکثر همسران در وهله اول از افسردگی رنج می بردند. در حقیقت بیشتر افراد از احساس ضعف و ناتوانی در انجام هر کاری، کاهش میل به روابط اجتماعی، تمایل به گریه، سرزنش خود، احساس تنهایی، بی علاقهگی به همه چیز، ناامیدی نسبت به آینده، احساس پوچی و تمایل به خودکشی شکایت می کردند. پس از افسردگی، اضطراب، بیماری روانی شایع بین همسران بود. طبق نظر پاسخگویان پس از افسردگی بیشتر افراد از دلشوره، نگرانی، لرزش دستها، بی قراری مدام، ترس از آینده و ورود افکار ترسناک در عذاب هستند. همچنین عده ای زود از کوره در می روند، عصبانی می شوند، تمایل به پرت کردن اشیاء دارند یا دچار لرزش در دست، سردرد، تپش قلب، سوزش سر دل و... هستند که از نشانه های جسمانی بیماری روانی به شمار می روند.

میانگین متغیر رضایت زناشویی ۲/۳۴ به دست آمد که در حد متوسطی است. داده ها نشان می دهند که زنان و شوهران اغلب رضایتی در حد متوسط از اوضاع زندگی زناشویی شان دارند (۶۲/۸ درصد). متغیر مستقل اصلی تحقیق نیز سرمایه اجتماعی خانواده بود که میانگینش در حد ۲/۰۹ ذکر شده یعنی در حد پایینی است. میانگین نمره افراد در متغیر احساس آسودگی خیال و رضایت از زندگی ۲/۸۵ یعنی در حد متوسطی است. در مورد متغیر منزلت فرد در روابط قدرت خانواده بیشتر افراد منزلتی در حد متوسط داشتند (۵۳/۹ درصد). یکی از مهمترین متغیرهای تحقیق سرمایه درون گروهی شناختی است که روابط و تعاملات زن و شوهر با یکدیگر را می سنجید. این متغیر که شامل مولفه های اعتماد زوجین به هم، صداقت، صمیمیت، نحوه تقسیم کار خانگی، تعهد و مسئولیت، انتظارات متقابل، فداکاری، انتقاد پذیری و توافق ارزشی می شد در بین پاسخگویان از آمار چندان بالایی برخوردار نیست و با توجه به میانگین که ۲/۴۵ است می توان گفت که سرمایه اجتماعی خانواده بین زوجین در حد متوسطی است. سرمایه ساختاری درون گروهی نیز در این تحقیق شامل مدت زمان حضور همسران در منزل برای هم، مدت گفتگو و مدت زمان تفریح کردن همسران با یکدیگر می شد. آمارها نشان می دهد میانگین این متغیر، مقدار اندک ۲/۱۱ است. در رابطه با متغیر سرمایه ساختاری برون گروهی باید گفت که این سرمایه شامل میزان تماسها و ارتباطات فرد در خارج از خانواده مثل (تکان

دادن سر، بلند کردن دست به نشانه سلام، مکالمه حضوری و تلفنی و...) میزان حمایت اجتماعی دریافتی از دیگران نزدیک و تعامل با همسایه‌ها می‌شود. میانگین این متغیر ۱/۳۷ است که در حد بسیار پایینی است. متغیر دیگر سرمایه برون گروهی شناختی است و شامل حمایت و اعتماد به دیگران مانند اقوام دور، دوستان، همکاران و هم ولایتی‌ها می‌شود. میانگین این متغیر ۲/۴۹ است که در حد متوسطی است. داده‌ها در مورد سرمایه ساختاری نهادی که میزان عضویت فرد در گروه‌ها و انجمنهای داوطلبانه را می‌سنجد. داده‌های جدول نشان می‌دهد که میانگین در دامنه نمره ۰ تا ۵ (۰/۱۶) است که حد بسیار کمی را نشان می‌دهد. بر اساس این داده‌ها می‌توان نتیجه گرفت که افراد زیادی (۹۶/۳ درصد) اصلاً عضو هیچ گروه و انجمن غیر دولتی و داوطلبانه‌ای نیستند و در فعالیت خاصی مشارکت ندارند. متغیر سرمایه نهادی شناختی میزان اعتماد به اصناف و مشاغل، اعتماد به نهادهای رسمی و سازمانهای دولتی، اعتماد به انجمنهای داوطلبانه و اعتماد به عموم مردم را می‌سنجد. میانگین این متغیر نیز روی یک طیف ۰ تا ۵ عدد ۲/۸۹ را نشان می‌دهد که در حد متوسطی است.

آزمون فرضیات

لازم به توضیح است که در بررسی و آزمون فرضیات اصلی به دلیل فاصله بودن متغیرها از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده کردیم

نتیجه آزمون فرضیه اصلی: رابطه سلامت روانی و سرمایه اجتماعی همسران

در بررسی و آزمون فرضیه اصلی تحقیق مشاهده شد که کل سرمایه اجتماعی با سلامت روانی زوجین همبستگی معناداری دارد. این نتیجه به این خاطر بدست آمد که p -value بدست آمده از آزمون کوچکتر از ۰/۰۵ بود. به این ترتیب بین متغیر سرمایه اجتماعی فرد و سلامت روانی اش همبستگی وجود دارد و یافته‌های تحقیق نشان می‌دهند که هر چه بر سرمایه اجتماعی فرد افزوده می‌شود سلامت روانی اش نیز افزایش پیدا می‌کند و از میزان اضطراب و افسردگی، پرخاشگری و نشانه‌های جسمانی بیماری روانی اش کاسته خواهد شد.

نتیجه آزمون فرضیات فرعی

بررسی و آزمون سایر فرضیات نشان داد که چون p -value بدست آمده در آزمون فرضیات مربوط به متغیرهای سرمایه درون گروهی شناختی، برون گروهی شناختی و نهادی شناختی کوچکتر از ۰/۰۵ است. بنابراین بین این متغیرها و سلامت روانی همبستگی معناداری مشاهده می‌شود. یافته‌های جداول این متغیرها نشان می‌داد که هر چه این سرمایه‌ها افزایش یابند بر سلامت روانی افراد نیز افزوده می‌شود و از میزان اضطراب و افسردگی آنها کاسته خواهد شد. بدین معنی که هر چه زن و

شوهر تعاملات بیشتر یعنی اعتماد بیشتر، صداقت، صمیمت، تعهد و همکاری و تحمل انتقاد بیشتری نسبت به هم داشته باشند. همچنین اعتماد بیشتری به دیگران دور و نزدیک خود داشته و بتوانند روی کمکهای آنها در زمان سختی حساب کنند، از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردار باشند یا بتوانند به عموم مردم و سازمانهای غیر دولتی و داوطلبانه اعتماد کنند، از سلامت روانی بیشتری نیز برخوردار و بهره مند می شوند. بر عکس سرمایه های شناختی، انواع سرمایه های ساختاری با سلامت روانی همبستگی معناداری از خود نشان ندادند زیرا $p\text{-value}$ بدست آمده از آزمون پیرسون بزرگتر از $0/05$ بود. به این ترتیب سرمایه درون گروهی، برون گروهی و نهادی ساختاری نقشی در سلامت روانی زوجین نداشت. در واقع داده ها نشان داد که کمیت روابط افراد با هم (زوجین با یکدیگر)، زوجین با دیگران دور و نزدیک خارج از خانه مانند همسایه ها و افراد غریبه و همچنین رابطه و عضویت فرد در گروهها و انجمنهای داوطلبانه به اندازه نقش سرمایه های شناختی (کیفیت روابط افراد با هم) در سلامت روانی همسران موثر نبود. به طور خلاصه آزمونهای فرضیات دو متغیری این تحقیق نشان می داد که کیفیت روابط زوجین با هم، با اقوام، فامیل، دوستان، همسایه ها و با عموم مردم بیشتر از کمیت روابط زوجین با هم، اقوام و دیگران دور و با عموم مردم، سازمانها و گروههای غیر دولتی و داوطلبانه در سلامت روانی آنها موثر است و مانع افسردگی و اضطرابشان می شود. بر همین اساس بین منزلت فرد در روابط قدرت خانواده و سلامت روانی اش همبستگی وجود دارد. در واقع کسانی که در روابط قدرت در خانه منزلت بیشتری داشتند و اصولاً جایی که قدرت بین زن و شوهر مساوی تقسیم شده بود از سلامت روان بیشتری نیز برخوردار بودند.

در مورد متغیرهای زمینه ای نیز نتایج آزمون پیرسون نشان داد که سن زوجین و تعداد فرزندان با سلامت روانی همبستگی نداشتند اما درآمد فرد و همسرش و سن ازدواج فرد و همسرش با سلامت روانی همبستگی معناداری از خود نشان دادند. احساس رضایت از زندگی به طور کلی و رضایت از زندگی زناشویی نیز دو متغیری بودند که بر حسب سطح معنی داری شان با سلامت روانی ارتباط داشتند.

جدول شماره ۲: خلاصه همبستگی بین متغیرهای مستقل و وابسته بر حسب ضریب همبستگی پیرسون

متغیرها	ضریب پیرسون	P-value
سرمایه اجتماعی	۰/۴۲	۰/۰۱
سرمایه درون گروهی شناختی	۰/۳۲	۰/۰۰۰
سرمایه برون گروهی شناختی	۰/۱۷	۰/۰۰۱
سرمایه نهادی شناختی	۰/۱۷	۰/۰۱
سرمایه درون گروهی ساختاری	۰/۰۷	۰/۱۵
سرمایه برون گروهی ساختاری	۰/۰۶	۰/۲۶
سرمایه نهادی ساختاری	۰/۰۳	۰/۵۷
احساس رضایت از زندگی	۰/۴۶	۰/۰۰۰
رضایت زناشویی	۰/۳۵	۰/۰۰۰
منزلت فرد در خانواده	۰/۲۸	۰/۰۰۰
سن	-۰/۰۸	۰/۰۸
سن ازدواج	۰/۱۵	۰/۰۰۴
سن ازدواج همسر	۰/۱۳	۰/۰۵
تعداد فرزندان	-۰/۰۰۱	۰/۹۸
درآمد	۰/۲۹	۰/۰۲
درآمد همسر	۰/۳۶	۰/۰۲۵

سلامت روانی

با استفاده از آزمون T نیز به مقایسه میانگینها در متغیرهای دو گزینه ای پرداخته شد و نتایج نشان داد که میانگین سلامت روانی در زنان و مردان متفاوت است و اصولاً مردان از سلامت روانی بیشتری نسبت به زنان برخوردارند (۲/۷۶ به ۲/۵۷). در حقیقت زنان بیشتر از مردان از بیماریهای روانی رنج می برند و بیشتر به افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و نشانگان جسمانی بیماری روانی مبتلا شده اند. این نتیجه با نتایج پژوهشهای انجام گرفته در جهان و ایران نیز همخوانی دارد. در آزمون دیگری میانگین نمره سرمایه اجتماعی در زنان و مردان نیز متفاوت نشان داده شد. مردان از سرمایه اجتماعی بیشتری نسبت به زنان برخوردارند (۲ به ۲/۱۴).

جدول شماره ۳: مقایسه سلامت روانی و سرمایه اجتماعی بر حسب جنسیت

گروه	متغیر	میانگین	آماره t	مقدار p	فراوانی
زن	سلامت روانی	۲/۵۷	۴/۴۴	۰/۰۱۵	۱۹۱
		۲/۷۶			۱۹۱
مرد	سرمایه اجتماعی	۲	۱/۰۹	۰/۰۰۰	۱۹۱
		۲/۱۴			۱۹۱

بررسی میزان سلامت روانی در طبقات متغیرهای زمینه‌ای یکی دیگر از فرضیات تحقیق بود. برای بررسی این فرضیه از آزمون F استفاده شد که میانگین متغیر وابسته را بین طبقات متغیر مستقل مورد مقایسه قرار می‌دهد. متغیرهایی که مورد مقایسه قرار گرفتند عبارت بودند از: تحصیلات فرد، تحصیلات همسر، وضع مسکن، وضع فعالیت، افراد همزیست، شغل، پایگاه اقتصادی - اجتماعی و شیوه‌گزینش همسر. آماره لوین در آزمون ANOVA به عدم برابری واریانسها در برخی از متغیرها رای داد. آماره شفه نیز تفاوت میانگینها را در این متغیرها ثابت کرد. به این ترتیب، کسانی که از تحصیلات بیشتری برخوردارند، همسرشان هم تحصیلات بالاتری دارند، شاغلند، به مشاغل علمی، فنی و تخصصی مشغولند، پایگاه اجتماعی - اقتصادی بالا و متوسطی دارند و خودشان همسرشان را انتخاب کرده‌اند از سلامت روان بیشتری برخوردار هستند و کمتر به اضطراب و افسردگی مبتلا شده‌اند. اما تفاوتی در میانگین نمره سلامت روانی افرادی که با شوهر و فرزندان یا اعضای خانواده خود و همسرشان زندگی می‌کنند دیده نشد. همچنین تفاوتی در سلامت روانی افرادی که خانه شخصی، سازمانی یا اجاره‌ای داشتند مشاهده نشد.

جدول شماره: ۴: خلاصه نتایج آزمون تفاوت میانگین سلامت روان زوجین بر حسب متغیرهای زمینه‌ای
چند گزینه‌ای

نام متغیر	نام مقوله	فراوانی	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار f	سطح معنی داری
پایگاه اجتماعی	بالا	۱۳۱	۲/۴۵	۱/۰۲	۱/۰۶	۰/۰۳۴
	متوسط	۱۳۹	۲/۳۳	۰/۹۲		
	پایین	۱۱۲	۲/۲۷	۱		
وضع مسکن	شخصی	۱۹۵	۲/۵۰	۲/۵۰	۲/۰۹	۰/۱
	اجاره‌ای	۱۲	۲/۰۸	۱/۰۲		
	سازمانی	۱۵۴	۲/۲۷	۱/۰۲		
	سایر موارد	۱۵	۲/۲۴	۰/۵۷		
افراد همزیست	فقط با شوهر	۸۱	۲/۵۷	۰/۹۱	۰/۸۶	۰/۵۴
	با شوهر و فرزندان	۱۰	۲/۴۲	۰/۸۴		
	با زن و خانواده زن	۲۴۳	۲/۵۰	۰/۹۲		
	با شوهر و خانواده شوهر	۹	۱/۹۰	۰/۹۴		
	با خانواده شوهر و فرزندان	۲۳	۲/۳۲	۱		
تحصیلات	درحد خواندن و نوشتن	۹	۲/۰۵	۰/۵۸	۲/۰۲	۰/۰۲
	ابتدایی	۱۶	۲/۲	۰/۹۴		
	سیکل	۵۶	۲/۳	۰/۷۷		
	دیپلم	۱۳۶	۲/۵	۱/۰۲		
	فوق دیپلم	۶۰	۲/۲	۱/۱		
	لیسانس	۸۸	۲/۶	۰/۵۶		
	فوق لیسانس و بالاتر	۱۵	۳/۰۶			

ادامه جدول ۴						
نام متغیر	نام مقوله	فراوانی	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار f	سطح معنی داری
تحصیلات همسر	خواندن و نوشتن	۹	۲/۲۰	۰/۷۲	۱/۴۷	۰/۰۲
	ابتدایی	۲۰	۲/۳۵	۰/۸۳		
	سیکل	۷۰	۲/۵۳	۱		
	دیپلم	۱۲۹	۲/۲۶	۱/۱		
	فوق دیپلم	۵۵	۲/۳۴	۰/۹۸		
	لیسانس	۷۸	۲/۶۹	۰/۸۰		
	فوق لیسانس و بالاتر	۱۹	۲/۶۷	۰/۸۲		
وضع فعالیت	شاغل	۲۱۰	۲/۴۲	۰/۹۸	۱/۷۱	۰/۰۰۰
	خانه دار	۱۵۱	۲/۳۱	۱		
	بیکار	۱۹	۲/۴۰	۰/۹۰		
شیوه گزینش همسر	انتخاب خود	۲۰۶	۳	۰/۶۶	۲/۸۸	۰/۰۳
	انتخاب والدین	۸۸	۲/۳۰	۰/۹۷		
	معرفی آشنایان	۵۲	۲/۳۵	۰/۹۸		
	سایر موارد	۵	۱/۱۲	۰/۵		
شغل	مشاغل با منزلت بالا	۸	۲/۷۴	۰/۷۳	۱/۹۰	۰/۰۰۰
	مشاغل با منزلت متوسط بالا	۴	۲/۵۷	۰/۴۶		
	مشاغل با منزلت متوسط رو به بالا	۷	۲/۶۶	۰/۷۴		
	مشاغل با منزلت متوسط	۷۲	۲/۲۵	۱/۰۹		
	مشاغل با منزلت متوسط رو به پایین	۷۹	۲/۱۱	۱		
	مشاغل با منزلت متوسط پایین	۱	۲/۲۶	۰/۹۸		
	مشاغل با منزلت خیلی پایین	۲۴	۲/۳۸	۰/۹۶		
	سایر مشاغل	۱۶۷	۲/۴۰	۰/۹۹		

تحلیل رگرسیون

در پژوهش حاضر از آماره رگرسیون چند متغیره به شیوه گام به گام (stepwise) استفاده شد. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که متغیر سرمایه اجتماعی درون گروهی شناختی در مرحله اول، سرمایه اجتماعی برون گروهی شناختی در مرحله دوم، منزلت فرد در خانواده در مرحله سوم و رضایت زناشویی در مرحله چهارم به ترتیب میزان اهمیتی که در تبیین متغیر وابسته داشته‌اند وارد معادله رگرسیونی شده و سایر متغیرهای مستقل از معادله خارج شده و غیر موثر تلقی شدند. در مجموع این متغیرها توانستند ۰/۵۲ درصد از واریانس متغیر وابسته را تبیین کرده و توضیح دهند (۰/۵۲ = R²).

جدول شماره ۵: متغیرهای مستقل درون معادله برای پیش بینی سلامت روانی

مرحله	متغیر	B	Beta	مقدار T	Sig
اول	سرمایه درون گروهی شناختی	۰/۶۷	۰/۷۲	۸/۱۲	۰/۰۰۰
دوم	سرمایه برون گروهی شناختی	۰/۲۴	۰/۳۶	۴/۱۱	۰/۰۰۰
سوم	منزلت در خانواده	۰/۲۸	۰/۲۳	۲/۸۱	۰/۰۰۷
چهارم	رضایت زناشویی	۰/۲۶	۰/۲۰	۲/۵	۰/۰۱

ضریب همبستگی R = ۰/۷۲ ضریب تعیین (R²) = ۰/۵۲ ضریب تعیین تعدیل شده = ۰/۵۱

بر اساس داده‌های جدول فوق معادله رگرسیون چند متغیره در تحقیق حاضر به این صورت است:

سلامت روانی زوجین = (۰/۷۲) سرمایه درون گروهی شناختی + (۰/۳۶) برون گروهی شناختی + (۰/۲۳) منزلت فرد در خانواده + (۰/۲۰) رضایت زناشویی.

همچنین در مدل رگرسیونی که به روش گام به گام و از طریق ورود مولفه‌های سرمایه اجتماعی، برای تبیین سلامت روانی صورت گرفته است، مشاهده می‌شود که از بین مولفه‌های سرمایه اجتماعی و سایر متغیرهای مستقل که در معادله رگرسیونی وارد شده است ۳ مولفه (اعتماد زوجین به هم، حمایت اجتماعی دیگران و توانایی حل تعارض) در معادله باقی مانده و با سلامت روانی رابطه معناداری داشته‌اند و بقیه مولفه‌ها به علت معنادار نبودن از معادله خارج شده‌اند و طبق داده‌های جدول این متغیرها ۰/۶۸ با سلامت روانی همبستگی داشته‌اند. به علاوه بر اساس مقدار ضریب تعیین یا R² این متغیرها توانسته‌اند ۰/۴۵ تغییرات سلامت روانی را پیش بینی کنند که در بین متغیرها، اعتماد زوجین به هم قوی‌ترین پیش‌بینی کننده بوده است (بتا = ۰/۴۳). پس از این مولفه، حمایت

اطرافیان از زوجین (بتا=۰/۲۴) و توانایی همسران در حل اختلافات زناشویی شان (بتا=۰/۱۷) نقش مهمی در سلامت روانی زوجین داشتند.

جدول شماره ۶: مدل رگرسیونی برای تبیین سلامت روانی (با ورود مولفه ها و عوامل متغیرهای مستقل)

مرحله	متغیر	B	Beta	مقدار T	Sig
اول	اعتماد زوجین به هم	۱/۰۱۳	۰/۴۳	۳/۲۴	۰/۰۰۰
دوم	حمایت اجتماعی دیگران	۰/۸۸	۰/۲۴	۲/۵۴	۰/۰۱۲
سوم	توانایی حل تعارض	۰/۳۵	۰/۱۷	۲/۱۷	۰/۰۳

ضریب همبستگی = ۰/۶۸ ضریب تعیین (R²) = ۰/۴۵ ضریب تعیین تعدیل شده = ۰/۴۴

تحلیل مسیر

تحلیل مسیر ابزاری است که ما را قادر می سازد میزان مناسب بودن و مقدار اثر هر متغیر را تعیین کنیم. به علاوه کمک می کند تا پی ببریم اثر هر متغیر تا چه حد مستقیم و تا چه حد غیر مستقیم است. جدول زیر اثر مستقیم و غیر مستقیم متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته را نشان می دهد.

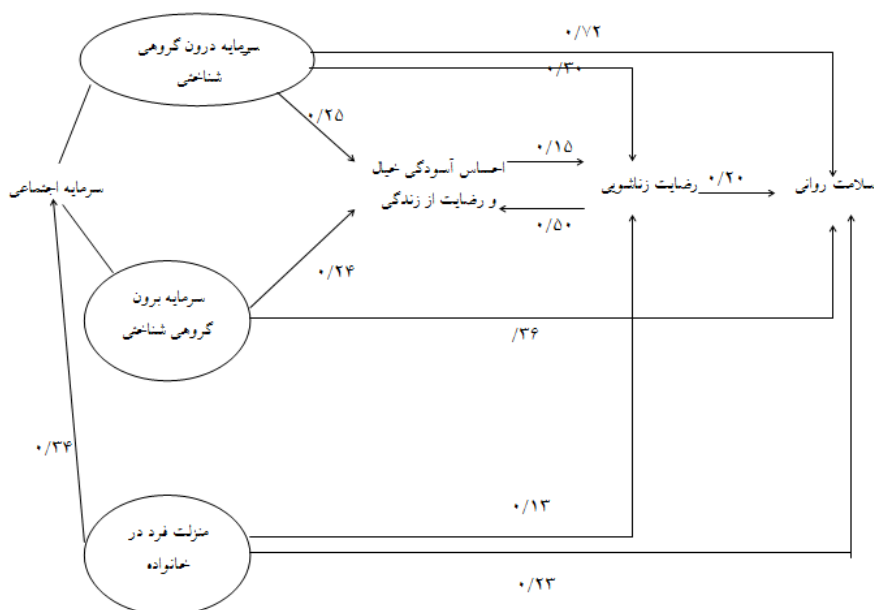
جدول شماره ۶: تاثیر متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته از طریق تحلیل مسیر

متغیرها	اثر مستقیم	اثر غیر مستقیم	کل
سرمایه درون گروهی شناختی	۰/۷۲	۰/۰۰۷۵	۰/۷۲
سرمایه برون گروهی شناختی	۰/۳۶	۰/۰۰۷۲	۰/۳۶
منزلت فرد در خانواده	۰/۲۳	۰/۰۸۰۳	۰/۳۱
رضایت زناشویی	۰/۲۰	-	۰/۲۰

جدول تحلیل مسیر فوق نشان می دهد که قوی ترین رابطه مربوط به سرمایه درون گروهی شناختی و ضعیف ترین رابطه مربوط به رضایت زناشویی است. رضایت زناشویی به طور مستقیم و منزلت فرد در خانواده، سرمایه درون گروهی و برون گروهی هم به طور مستقیم و هم غیر مستقیم و احساس رضایت از زندگی تنها به طور غیر مستقیم بر سلامت روانی اثر می گذارند. نمودار زیر تاثیرات غیر مستقیم سایر متغیرها بر سرمایه اجتماعی و متعاقباً بر سلامت روانی را نشان می دهد. یافته های این نمودار نشان می دهد که سرمایه درون گروهی شناختی و برون گروهی شناختی به ترتیب با بتای (۰/۲۵ و ۰/۲۴) بر احساس آسودگی خیال و رضایت از زندگی فرد تاثیر می گذارند. احساس آسودگی خیال و رضایت از زندگی نیز با بتای (۰/۱۵) بر رضایت زناشویی موثر است. درعین حال رضایت زناشویی هم با بتای (۰/۵۰) نقش عمده ای در تبیین احساس آسودگی خیال و رضایت از زندگی دارد. رضایت

زناشویی نیز می‌تواند با بتای (۰/۲۰) بر سلامت روانی تاثیر داشته باشد. منزلت فرد در خانواده با بتای ۰/۱۳ به طور غیر مستقیم از طریق رضایت زناشویی بر سلامت روانی تاثیر می‌گذارد و به طور مستقیم با بتای (۰/۲۳) بر سلامت روانی موثر واقع می‌شود.

نمودار شماره ۱: تاثیرات مستقیم و غیر مستقیم متغیرهای مستقل بر وابسته



بحث و نتیجه گیری

امروزه با تشدید جریان تجدد گرایی، دگرگونی‌هایی در سرمایه اجتماعی خانواده ایرانی بوجود آمده است. نتایج پژوهش‌ها حاکی از تحول گسترده در مورد این خانواده در ابعاد مختلف سرمایه اجتماعی از جمله اعتمادی، مشارکتی، حمایتی و از هم گسیختگی گروه بزرگ خویشاوندی است (آزاد ارمکی، ۱۳۸۶: ۱۳۲).

در برخی از پژوهشها، تفاوت نسلها در علائق و انتظارات، تغییر در نحوه گذران اوقات فراغت از شیوه سنتی به شیوه مدرن، افزایش میزان استفاده از وسائل الکترونیکی مانند اینترنت و تلویزیون، کاهش زمان با هم بودن اعضای خانواده، کاهش فضای صمیمیت و نهایتاً کاستی اعتماد بین اعضا از جمله نشانه‌های کاهش سرمایه اجتماعی در خانواده ایرانی ذکر شده است. این کاستی سرمایه اجتماعی موجب افزایش بیماری‌های روانی نیز شده است. افزایش افسردگی زنان و نوجوانان و نرخ فزاینده خودکشی در سالهای اخیر گویای این واقعیت است. هدف از پژوهش حاضر بررسی میزان سرمایه اجتماعی بین

زوجین و ارتباط آن با سلامت یا بیماری روانی شان بود. مقایسه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی بین زنان و مردان همچنین بررسی ارتباط بین متغیرهای زمینه‌ای مانند پایگاه، شغل و... با سلامت روانی همسران از اهداف دیگر این پژوهش ذکر شده بود. نتایج بدست آمده نشان می‌دهد که رابطه بین دو سازه سرمایه اجتماعی و سلامت روان همسران طبق آزمون پیرسون معنادار است. بدین معنا که هر اندازه افراد در خانواده و خارج از آن دارای سرمایه اجتماعی بالاتری باشند سلامت روان آنها نیز وضعیت بهتری خواهد داشت و کمتر به افسردگی و اضطراب مبتلا می‌شوند. بررسی و آزمون شش فرضیه دیگر تحقیق نیز نشان داد که بین سرمایه درون‌گروهی شناختی، برون‌گروهی شناختی و سلامت روانی همبستگی معناداری مشاهده می‌شود. بدین معنی که هر چه زن و شوهران تعاملات بیشتر، اعتماد بیشتر، صداقت، صمیمیت، تعهد و همکاری و انتقادپذیری بیشتری نسبت به هم داشته باشند، همچنین هر چه اعتماد بیشتری نسبت به دیگران دور و نزدیک خود داشته و بتوانند روی کمکهای آنها در زمان سختی حساب کنند، از حمایت اجتماعی (مالی، اطلاعاتی، عملی و...) بیشتری برخوردار باشند یا بتوانند به عموم مردم و سازمانهای رسمی و داوطلبانه اعتماد کنند از سلامت روانی فزونی نیز بهره‌مند می‌شوند. برعکس سرمایه‌های شناختی، انواع سرمایه‌های ساختاری و سلامت روانی همبستگی معناداری از خود نشان ندادند. در واقع کمیت روابط افراد با هم (زوجین با یکدیگر)، زوجین با دیگران دور و نزدیک خارج از منزل مانند همسایه‌ها و افراد غریبه و نیز رابطه و عضویت فرد در گروهها و انجمنهای داوطلبانه در سلامت روانی افراد به اندازه نقش سرمایه‌های شناختی در سلامت روانی همسران موثر نبود.

به طور خلاصه کیفیت روابط زوجین با هم، با اقوام و فامیل، دوستان و همسایه‌ها و عموم مردم بیشتر از کمیت روابط زوجین با هم، با اقوام و فامیل، دوستان و همسایه‌ها و عموم مردم در سلامت روانی آنها موثر بود و مانع افسردگی و اضطراب شان می‌شد. نتایج پژوهش همچنین رابطه معناداری را بین منزلت فرد در خانواده (موقعیت فرد در روابط قدرت) و سلامت روانی نشان داد. به این ترتیب، کسانی که در خانه منزلت بیشتری داشتند یا قدرت بین زن و شوهر مساوی تقسیم شده بود از سلامت روان بیشتری نیز برخوردار بودند.

در آزمون سایر فرضیات تحقیق نیز به بررسی میانگین سرمایه اجتماعی و سلامت روانی بین زنان و مردان پرداخته شد که نتایج حاصل از آزمون T نشان داد که میانگین سلامت روانی در زنان و مردان متفاوت است و اصولاً مردان از سلامت بیشتری در این زمینه بهره‌مندند. مقایسه میانگینهای سرمایه اجتماعی بین زنان و مردان نیز نشان می‌دهد که این میانگینها با هم متفاوتند و اصولاً مردان از سرمایه بیشتری نسبت به زنان برخوردارند.

همچنین نتایج آزمون ANOVA عدم برابری واریانسها و میانگینها در همه متغیرها به جز افراد همزیست و وضع مسکن را نشان داد. در واقع کسانی که خود و همسرشان از تحصیلات بیشتری برخوردارند، شاغلند، به مشاغل علمی فنی و تخصصی مشغولند و به پایگاه اقتصادی - اجتماعی بالا یا متوسط تعلق دارند، در میانگین سلامت روانی نمره بالاتری را به خود اختصاص داده‌اند و افسردگی و اضطراب کمتری از خود نشان می‌دهند اما تفاوتی در میانگین نمره سلامت روانی افرادی که با شوهر و فرزندان یا اعضای خانواده خود و همسرشان زندگی می‌کنند دیده نشد. همچنین تفاوتی در سلامت روانی افرادی که خانه شخصی، سازمانی یا اجاره‌ای داشتند مشاهده نشد. در این پژوهش رابطه‌ای بین سن و تعداد فرزندان مشاهده نشد. اما همبستگی معناداری بین سن ازدواج فرد و همسرش و درآمد فرد و همسرش با سلامت روانی قابل مشاهده بود. در حقیقت در زوجهایی که در سنین پایین ازدواج کرده بودند مشکلات روحی و روانی بیشتری دیده می‌شد. به همین ترتیب کسانی که درآمد خود و همسرشان بالا بود سلامت روان بهتری داشتند.

در این تحقیق جهت پیش‌بینی و تبیین متغیر وابسته توسط متغیرهای مستقل از تحلیل رگرسیون استفاده شد. نتایج این تحلیل که به شیوه گام به گام انجام شد نشان داد که در سلامت روانی زوجین، متغیر سرمایه اجتماعی درون گروهی شناختی بیشترین تاثیر را دارد و پس از آن، سرمایه برون گروهی شناختی، منزلت در خانواده و رضایت زناشویی در تبیین سلامت روانی نقش عمده‌ای دارند. در واقع این متغیرها به ترتیب میزان اهمیتی که در تبیین متغیر وابسته داشته‌اند وارد معادله رگرسیونی شدند و سایر متغیرهای مستقل از معادله خارج شدند. در مجموع این متغیرها توانستند ۰/۵۲ در صد از واریانس متغیر وابسته را تبیین کرده و توضیح دهند. بنابر این می‌توان نتیجه گرفت که در سلامت روانی همسران سرمایه‌های ساختاری (کمیت روابط اجتماعی) نقشی نداشته و این سلامت بیشتر متأثر از متغیرهای سرمایه‌های شناختی مانند درون گروهی شناختی و برون گروهی شناختی است بدین معنی که افسردگی و اضطراب زوجین بیشتر تحت تاثیر تعاملات زوجین با هم و میزان حمایت و کمک در یافتی از سوی دیگران است تا میزان تماسهای اجتماعی و ارتباطات و عضویت در گروهها و نهادهای داوطلبانه. این نکته تاییدی بر تئوریهای گذشته است زیرا پاتنام معتقد است که مهمترین شکل سرمایه اجتماعی، خانواده است (پاتنام، ۲۰۰۰: ۷۲). بوردیو هم خانواده را به عنوان مهمترین مکان انباشت و انتقال سرمایه اجتماعی می‌بیند (بوردیو، ۲۰۰۳: ۳۳). فوکویاما نیز معتقد بود خانواده‌ها به طور آشکاری در همه جا منابع مهم سرمایه اجتماعی هستند. همچنین کلمن بر این باور بود که انواع خاصی از ساختارهای اجتماعی بیش از سایرین انتخاب‌کنش‌های افراد را تسهیل می‌کنند. او تمایل داشت که خانواده را به عنوان کلاف قدیمی سرمایه اجتماعی تصور کند. به بیانی اصولی‌تر چارچوب نظری کلمن جایگاهی برتر به خانواده و آنچه سازمان اجتماعی بدوی می‌نامد می‌دهد.

از یافته های فوق می توان نتیجه گرفت که زندگی خانوادگی در ایران دستخوش تغییرات زیادی از جمله کاهش سرمایه اجتماعی شده است. اما زندگی در این ساختار جدید و متفاوت از گذشته، مستلزم روحیه اعتماد، حمایت (عاطفی، اجتماعی، مالی و عملی) خانواده از اعضایش، همکاری، صمیمیت و صداقت بیشتری است. نتایج این تحقیق نشان می دهد که هر اندازه همسران در خانواده دارای سرمایه اجتماعی بیشتری باشند به این معنی که سرمایه بین فردی به عنوان مجموعه ای از ذخائر ارزشمند مانند اعتماد متقابل، صمیمیت، احساس امنیت و آرامش، رضایت عاطفی، همکاری در نحوه تقسیم کار خانه، توافق ارزشی، فداکاری و انتظارات متقابل برای افراد وجود داشته باشد و سرمایه بین گروهی به صورت منابعی چون اعتماد به اقوام، فامیل، دوستان و آشنایان، حمایت های اجتماعی، عملی و مالی و وجود شبکه های خویشاوندی همچنین سرمایه نهادی شناختی به صورت اعتماد به عموم مردم و ارگان های غیر دولتی بیشتر باشد در آن صورت سلامت روانی زوجین در وضعیت بهتری قرار خواهد گرفت. تحلیل مسیر حاضر تایید کننده مدل تحلیلی پژوهش نیز است که بر اساس آن سرمایه اجتماعی موجب احساس آسودگی خیال و رضایت از زندگی به طور کلی و این رضایت موجب رضایت زناشویی و رضایت زناشویی نیز سلامت روانی را باعث میشود.

منابع

۱. - احمدی، معصومه (۱۳۸۵) "بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی خانواده با فاصله نسلی دانش آموزان دختر با مادرانشان در مقطع متوسطه شهر زنجان"، پایان نامه جهت اخذ مدرک کارشناسی ارشد جامعه شناسی، دانشگاه پیام نور.
۲. آزاد ارمکی، تقی (۱۳۸۶) جامعه شناسی خانواده ایرانی، تهران، انتشارات سمت.
۳. تاسیگ، مارک، میکلو، جانت و سوبدی، سری (۱۳۸۶) جامعه شناسی بیماری های روانی، ترجمه احمد عبداللهی، تهران: نشر سمت.
۴. حسن تبار، منیر السادات (۱۳۸۴) "بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی خانواده ها و موفقیت تحصیلی فرزندان" به راهنمایی دکتر منصوره اعظم آزاده، پایان نامه جهت اخذ مدرک کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه الزهرا.
۵. سخیراله پور، اکبر (۱۳۸۳) "بررسی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت روانی با تاکید بر سرمایه اجتماعی مطالعه موردی دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی" به راهنمایی دکتر محمد صادق مهدوی، پایان نامه جهت اخذ مدرک کارشناسی ارشد روان شناسی، تهران: دانشگاه شهید بهشتی.
۶. -دهقانی، عبدالرحیم (۱۳۸۴) "بررسی تاثیر سرمایه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی بر خشونت شوهران علیه زنان در خانواده مطالعه موردی شهرستان کهگیلویه" به راهنمایی دکتر حلیمه عنایت و علی اصغر مقدس، پایان نامه جهت اخذ مدرک کارشناسی ارشد جامعه شناسی، شیراز: دانشگاه شیراز

۷. سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۱) گزارش سازمان جهانی بهداشت از نرخ بیماری غیر مسری در سال ۲۰۰۱.
۸. سیدان، فریبا (۱۳۸۱) "بیماریهای روانی زنان و عوامل اجتماعی موثر بر آن"، پایان نامه دکتری جامعه‌شناسی، استاد راهنما: دکتر محسنی تبریزی، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران.
۹. شکر بیگی، عالیبه (۱۳۸۶) "مطالعه جامعه‌شناختی سرمایه اجتماعی خانواده ایرانی"، سایت نشریه علمی و مستقل جامعه‌شناسی ایران.
۱۰. صالحی هیکویی، مریم (۱۳۸۶) "بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی، شبکه و اعتماد متقابل بین شخصی و جنسیت" به راهنمایی سوسن باستانی، پایان نامه جهت اخذ مدرک کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه الزهرا، دانشکده علوم اقتصادی و اجتماعی.
۱۱. علیوردی نیا، اکبر، شارع پور، محمد و مهدی رمزیار (۱۳۸۷) "سرمایه اجتماعی خانواده و بزهکاری"، مجله پژوهش زنان، شماره ۲، دوره ششم.
۱۲. قمی نژاد، اقدس (۱۳۸۳) "بررسی رابطه مقایسه‌ای عوامل روانی اجتماعی همبسته با سلامت روان در زنان متأهل و مطلقه شهر یزد، به راهنمایی دکتر زهره خسروی، پایان نامه جهت اخذ مدرک کارشناسی ارشد روان‌شناسی، تهران: دانشگاه الزهرا، دانشکده علوم اجتماعی و اقتصادی.
۱۳. کاکاوندی، اکرم (۱۳۸۷) "تبیین سرمایه اجتماعی جوانان با تاکید بر نقش خانواده، پایان نامه جهت اخذ مدرک کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، تهران: دانشگاه تربیت مدرس
۱۴. کلمن، جیمز (۱۳۷۷) بنیادهای نظریه اجتماعی، ترجمه منوچهر صبوری، تهران: نشر نی.
۱۵. لهسایی زاده، عبدالعلی و گلرمد مرادی (۱۳۸۶) "رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در مهاجران" مجله رفاه اجتماعی، شماره ۲۶.
۱۶. نوربالا، احمد علی و همکاران (۱۳۸۱) "بررسی وضعیت سلامت روان در افراد ۱۵ سال و بالاتر در مناطق شهری و روستایی استانهای کشور"، مجله حکیم، شماره اول.
17. Harpham, Trudy, Grant, Emma & Carols Rodriguez, (2003), "Mental Health and social capital in cali Colombia" journal of social science and Medicine, 5.
18. - Harpham, Trudy, Mckenzie, (2006), Social capital and Mental health, London, Jessica Kingsley Publishers.
19. - Kawachi, chiro, (2006). "Commentary: social capital and ealth: making the connections one step at a time" International Journal of Epidemiology, 35
20. - Kawachi chiro and L. Berkman, (2001), " Social cohesion, social capital and health", social Epidemiology, 25.
21. Lin, Nan, Alfred, Dean & Walter ensel, (1986), Social support, life events and depression, Orlando: Academic press .
22. - Lin, Nan, Xiaolan, Ye & Walter Ensel, (1990) "Social support and depressed mood: A structural analysis. ", Journal of health and social behavior 40 .
23. - Lin, Nan, Karen cook & Ronalds. Burt, (2001), capital: Theory and Research, Howthorne: Aldine de Grayter press.

24. Lin, Nan, Karen Dan, Ao & Yang – Chih fu,(2007), “Social capital and marital satisfaction”,Journal of health and social behavior,115
25. Lofords Jonas & Kristina, sundquist, (2007), “Low-linking social capital as a predictor of mental disorder: A cohort study of 4. 5 million Swedens. ” Journal of social science and Medicine, 64
26. Putnam, R (2000), Bowling Alone: The collapse and revival of American community, New York :simon and Schuster press.
27. Rose, Richard (2000), “How much does social capital add to individual health? A survey study of Russians”, journal of social science & Medicine, 51