

تبیین سلامت روان زنان فرهنگی بر اساس سرمایه اجتماعی

عنایت اله حسین زئی^۱، سوسن سهامی^۲

چکیده

هدف از اجرای این پژوهش تبیین سلامت روان زنان فرهنگی بر اساس سرمایه اجتماعی شهر سرپاز بود. در این تحقیق از روش پیمایشی-همبستگی استفاده شده بود جامعه آماری شامل کلیه معلمان زن شهر سرپاز و نمونه پژوهش با استفاده از فرمول کوکران از زنان فرهنگی برابر ۱۹۱ نفر از زنان فرهنگی شهر سرپاز بر آورده شد. نمونه گیری تحقیق به روش نمونه گیری خوشه ای مرحله ای بوده است. داده ها از طریق پرسشنامه های سلامت روان گلدبرگ (۱۹۷۲) و سرمایه اجتماعی سهامی (۱۳۸۷) گردآوری شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه استفاده گردید. نتایج نشان داد که: بین سرمایه اجتماعی و نمره سلامت روان رابطه ی معنادار وجود دارد. بعلاوه سلامت روان با شبکه اجتماعی و اعتماد سیاسی رابطه ی و معنادار دارد. اما با مشارکت اجتماعی و اعتماد به خانواده رابطه معنی داری مشاهده نشد. همچنین اعتماد سیاسی و شبکه اجتماعی دارای قدرت پیش بینی سلامت روان در زنان فرهنگی می باشند.

واژگان کلیدی: سلامت روان، سرمایه اجتماعی، زنان فرهنگی.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۱۲/۲۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۹/۱۳

^۱ کارشناس ارشد مشاوره توانبخشی (نویسنده مسئول) (Email: Enayat 1315@gmail .com)

^۲ استادیار و عضو هیات علمی گروه جامعه شناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، ایران

مقدمه

موضوع سلامت و بیماری قدمتی به اندازه تاریخ انسان دارد. سازمان بهداشت جهانی سلامت را به صورت بهزیستی کامل فیزیکی، روانی و اجتماعی تعریف می کند نه فقط فقدان بیماری و ناراحتی (World health organization, 2007). سلامت روان^۱ جنبه ای از سلامت کلی است. از سوی دیگر، سلامت روان قابلیت ایجاد ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تمایل به همکاری، پذیرش مسئولیت در مقابل محیط انسانی و مادی، امید به آینده و حل منطقی تعارض های هیجانی است. در تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت فرد علاوه بر ارتباط با عوامل جسمانی و روانی، در ارتباط با محیط اجتماعی نیز بیان شده است. افزایش روزافزون مشکلات روانی، به دلیل پیامدهای اجتماعی ناگوار و تخصیص بخشی از اعتبارات دولت ها، سبب بذل توجه مسئولان به سلامت روانی شده است (Hosseini, 1999).

انسان های سالم، محور توسعه پایدار هستند و زنان، پرورش دهندگان انسان های سالم بوده و بی توجهی به سلامت زنان، می تواند سبب مشکلات عدیده ای در شیوه زندگی و سلامت نسل های بعدی شود. سلامت زنان بر سلامت خانواده و جامعه تأثیر گذاشته و از این رو به پیشبرد اهداف، رشد و توسعه کشور کمک می کند. تحقیقات متعددی در کشورهای مختلف نشان می دهد که جامعه زنان به دلایل متعدد بیش از مردان در معرض اختلالات روانی و مسائل روانی - اجتماعی قرار دارند. زنان، بار مسئولیتهای مرتبط با نقش های همسری، مادری و مراقبت از دیگران را بر عهده داشته و بخش عمده نیروی کار و کسب درآمد، به شمار می آیند (Ahmadi, 2006).

عوامل متعدد فردی و زمینه های مختلف اجتماعی هر کدام به نوعی در تعیین سلامت روانی افراد موثرند. زمینه های خانوادگی مانند فرایند جامعه پذیری، میزان همبستگی عاطفی میان اعضای خانواده و عوامل محیطی و شغلی از عوامل تأثیرگذار بر سلامت روان هستند. برخی کشورها در سال های اخیر تغییر پارادایم نسبت به تفکر پیرامون سلامت را پایه ریزی نموده اند. پارادایم قدیم بر بیماری تأکید می کرد در حالی که پارادایم جدید بر سلامت، عملکرد و بهزیستی (آسایش) تأکید می کند. اختلاف نظر در مورد فضا و مفهوم سلامت رایج است، چرا که سلامت می تواند دارای ابعاد پزشکی، اجتماعی، اقتصادی، روانی و ابعاد بسیار دیگری می باشد. سلامت ممکن است بعنوان فقدان بیماری، داشتن توانایی، استقامت و کیفیت زندگی بالا تعریف شود (Hezarjaribi & Mehri, 2012).

پژوهش های انجام شده درباره سلامت روانی در ایران نشان می دهند شیوع اختلالات روانی در میان معلمان به نسبت زیاد است؛ (Kianfar & Kheradmand, 1998; Mohammadi, 2008; Bayani, A.A, 2007); سلامت روانی به عنوان حالت عاطفی و تندرستی اجتماعی تعریف شده است که بر این اساس فرد می تواند از عهده تنش های معمولی زندگی برآمده و به استعداد های نهانی اش دست یابد، به طور صریح، این تعریف، ارتباط بین سلامت روانی و سرمایه اجتماعی^۲ را نشان می دهد. های اجتماعی^۳ اغلب اوقات نیازهای محسوس مانند حمایت مالی و حمایت عاطفی، نظیر ملاقات، پول، همدردی و مواردی مانند آن را فراهم می آورند. سرمایه اجتماعی به عنوان یک مکانیسم روانشناختی در فراهم سازی امنیت در برابر فشار و بیماری، همانند ضربه گیر عمل می کند (Pohchin, 2006).

طی دهه های اخیر روان شناسان دریافته اند، افرادی که دارای سلامتی کمتری هستند و به خصوص ضعف سلامت روانی دارند؛ کسانی هستند که شبکه اجتماعی کوچک و در نتیجه دوستان صمیمی اندکی دارند. یعنی بین حجم و کیفیت شبکه های اجتماعی افراد و سلامتی آنان ارتباط وجود دارد. گفته می شود که خوشبختی، شادی یا رضایت از زندگی کاملاً با روابط شخصی افراد

¹ Mental Health

² Social Capital

³ Social Networks

ارتباط دارد. همچنین، روانشناسانی چون آدلر^۱ به نقش روابط صمیمی در سلامت روان تاکید دارند؛ گلاسر^۲ عشق و محبت های دریافتی را عامل اساسی در سلامت روان می داند؛ اسکینر^۳ هم برای نقش تایید اجتماعی و حمایت اجتماعی از سوی اطرافیان در سلامت روانی افراد نقش اساسی قائل است و اسکینر بر نقش محرک های بیرونی، که می توان آن را به عنوان سرمایه اجتماعی در نظر گرفت، در بهبود سلامت روانی تأکید عمده ای داشته است. بنابراین می توان اذعان، کاهش اختلالات روانی مانند افسردگی و نگرانی داشته و سطوح پایین آن با خطر ابتلاء به اختلالات روانی همراه است (Mckenzie, 2008).

از حدود یک دهه پیش برخی صاحب نظران ویژگی های اجتماعی از قبیل همبستگی اجتماعی، اعتماد، حمایت اجتماعی، روابط اجتماعی و... را تحت عنوان سرمایه اجتماعی مطرح کردند که باسلامتی افراد در ارتباط می باشد. مطالعات تجربی متعددی در غرب به بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامتی پرداخته اند. یک شبکه اجتماعی برای فرد حمایت عاطفی، ابزاری، اطلاعاتی فراهم می نماید و از آن طریق در تنظیم فعالیت های وی و کنترل رفتارهای مرتبط با سلامتی از قبیل خشونت های خانگی، مصرف مشروبات الکلی، استعمال دخانیات و ... نقش بازی می کند. بنابراین رفتارهای مرتبط با سلامتی و سرمایه اجتماعی با هم رابطه درونی دارند (Kawachi, Kennedy, 1999).

بسیاری از اندیشمندان علوم اجتماعی برای فهم تعاملات اجتماعی از دهه ۱۹۹۰ به بعد، از مقوله سرمایه اجتماعی استفاده کرده (Putnam, 1995؛ Fukuyama, 1982؛ Bourdieu, 2001) و متذکر شده اند که بر خلاف برداشت های سنتی از مفهوم سرمایه، نظیر سرمایه فیزیکی، مالی و انسانی، سرمایه اجتماعی از طریق یک شخص به تنهایی قابل حصول نبوده و از طریق جمع محقق می گردد. گفتنی است سرمایه اجتماعی برای اولین بار توسط جان یاکوب^۴ مطرح گردید. ولی به طور دقیق تر در نوشته های بوردیو^۵ (۱۹۷۷-۱۹۷۲) به کار رفت. وی معتقد بود که سرمایه اجتماعی مرتبط با شبکه های اجتماعی و منابع نگهدارنده آن است. از طرف دیگر، سرمایه اجتماعی مرتبط با اعتماد اجتماعی، زبان مشترک، تعهدات متقابل، احساس تعلق و مواردی نظیر آن است. خلاصه اینکه سرمایه اجتماعی در برگیرنده روابطی در بین مردم است که به طریقی کنش را تسهیل می کند. (Coromina, Soler, 2006).

به نظر پاتنام^۶، سرمایه اجتماعی آن دسته از ویژگی های زندگی اجتماعی، شبکه ها، هنجارها و اعتماد است که مشارکت کنندگان را قادر می سازد به شیوه ای مؤثرتر اهداف مشترک خود را تعقیب نمایند؛ چرا که تماس های اجتماعی بر کارایی افراد و گروه ها تاثیر می گذارند. وی معتقد است همبستگی خیلی روشن و مثبتی بین متغیرهای سلامت و سرمایه اجتماعی وجود دارد و بطور کلی افراد با سرمایه اجتماعی بیشتر، طول عمر بیشتری داشته و کمتر از ضعف سلامتی جسمانی و روانی رنج می برند. پاتنام تأکید می کند که در تمام قلمروهای تأثیر سرمایه اجتماعی که در جوامع مختلف جستجو کرده، در هیچ کجا اهمیتی بالاتر از نقش آن در تندرستی و بهزیستی نیافته است (Field, Translated by Gholamreza Ghaffari and Hossein Ramezani. ; 2007).

شایان ذکر است از آن جا که پژوهش حاضر درباره سرمایه اجتماعی و تأثیرات ابعاد و مؤلفه های آن بر سلامت روان می باشد، توضیحاتی درباره زمینه نظری آن لازم می نماید. از نظر برخی از محققان، سرمایه اجتماعی بعدی از سازمان اجتماعی است که می تواند کارآیی اجتماعی را، از طریق سهولت بخشیدن به کنش های هماهنگ، بهبود بخشد و به عنوان مفهومی چند بعدی دربردارنده شاخص هایی چون شبکه حمایت اجتماعی، اعتماد و مشارکت اجتماعی بوده و پایه اصلی حیات اجتماعی است (Bourdieu, 2007).

1 Adler

2 Glasser

3 Skinner

4 Jane Jacobs

5 Bourdieu

6 Putnam

2001) این پدیده در بردارنده شبکه نسبتاً با دوامی از روابط کمابیش نهادینه شده، توأم با شناخت، تعهدات و اعتماد می باشد که به عنوان منابعی بالقوه، موجب تسهیل کنش های فردی و جمعی می شود. در این زمینه پژوهشگران، برآنند که سرمایه اجتماعی ممکن است به عنوان یک مکانیزم فیزیولوژیک، سیستم ایمنی بدن را برای مبارزه با بیماری و استرس تقویت کند. از این نظر همبستگی مثبتی بین مجموعه ای از شاخص های سرمایه اجتماعی با سلامت و نیز پیوستگی منفی با نرخ مرگ و میر وجود دارد (Putnam, 2000). در این زمینه شبکه حمایت های اجتماعی مساعدت ملموسی را فراهم می آورند که باعث کاهش اضطراب شده و هنجارهای مربوط به سلامتی را تقویت می کند. همچنین بهتر می توانند برای استفاده از خدمات درمانی اعمال نفوذ کنند؛ و تعامل می تواند به تحریک سیستم ایمنی بدن کمک کند در این میان اعتماد تأثیرات قابل توجهی بر سلامت روان دارد. ریشه اعتماد در وثوق و اطمینان به اشخاص صالح و معتبر است، که معمولاً حاصل نخستین تجربیات فرد در زندگی است. از این رو اعتماد اضطراب را کاهش داده و نوعی احساس تداوم و نظم در رویدادها و امنیت وجودی را در فرد به وجود می آورد (Giddens, 2001). اعتماد نهادی، اعتماد به حکومت و نهادهای اجتماعی است. اعتماد بین شخصی اعتمادی است که در روابط چهره به چهره خود را نشان داده و در هر نوع شبکه ای که فرد در آن مشارکت دارد، به کار می رود. این شکل از اعتماد، موانع ارتباطی را برطرف ساخته و بهزیستی روانی را از طریق تسهیل بسیاری از تعاملات موجب می شود. اعتماد تعمیم یافته حسن ظن نسبت به افراد جامعه، جدای از تعلق آن ها به گروه های قومی و قبیله ای است که بر سلامت روان افراد تأثیر گذار است. اعتماد تعمیم یافته حوزه ای از کسانی که با ما تعامل دارند یا بالقوه می توانند تعامل داشته باشند را در بر گرفته و در سطح ملی گسترش می یابد. در این زمینه نتایج پژوهش ها نشان می دهند سطح متوسط اعتماد بین شخصی با سلامت در سطوح مختلف ایالتی، منطقه و یا محله مرتبط است. در مطالعات اخیر، میزان اعتماد رابطه مثبتی با سلامتی عمومی در ابعاد مختلف آن در سطوح فردی دارد (Veenstra, 2005) همچنین اعتماد با سطوح بهتری از سلامت روان (Silvera & Allebech, 2001). و سلامت عمومی مرتبط است (Yun, Kang, Lim, Oh, and Son, 2010).

تمام اقشار جامعه با مشکلات و مسائل خاص خود رو به رو بوده و گاهی عوامل خطر سازی آنها را تهدید می کند، معلمان نیز از این امر مستثنا نبوده و در حین فعالیت فرهنگی و آموزشی خود با عواملی دست و پنجه نرم می کنند که بی تردید می تواند برای سلامت آنها مخاطره آمیز باشد. آنان فشارهای روحی و جسمی متعددی را متحمل می شوند و بر اثر کار شدید و مشکلاتی که در روابط بین فردی در مدرسه با مدیر، دیگر همکاران و دانش آموزان پیدا می کنند، همچنین انرژی فراوانی که برای کنترل رفتارهای نابهنجار دانش آموزان صرف می کنند، دائماً در حالت تنش به سر می برند (Hezarjaribi & Mehri, 2012).

اگرچه آمار رسمی در مورد سلامت معلمان وجود ندارد، ولی وضعیت موجود در جامعه نشان می دهد که ساختارهای کلان و خرد جامعه به نحوی هستند که توانایی تامین بهداشت روانی، سلامت جسمی و اجتماعی معلمان را در سطح مطلوبی فراهم نکرده اند و بسیاری از معلمان از سلامت جسمی به ویژه سلامت روانی رضایت بخشی برخوردار نیستند. کوچکی (Kuchki, 2005) به این نتیجه رسید که ۸۱/۱ درصد معلمان به لحاظ روانی سالم بودند و ۱۸/۹ درصد آنها مشکوک به علائم روان پزشکی بودند. سالم بودن معلمان نه تنها به خودی خود ارزشمند است، بلکه معلمان در صورت احراز سلامتی می توانند سایر نیازهای خود را برطرف سازند و به اهداف شان نائل شوند. علاوه بر این، برخورداری از تندرستی، احساس امینیتی معلمان را تامین می کند و به آنان اطمینان می دهد که قادر به ایفای نقش های اجتماعی خود خواهند بود.

در این زمینه ی لی و همکارانش (Lee et al, 2004) دریافتند سرمایه اجتماعی و اعتماد موجود در شبکه حمایت اجتماعی، رابطه مثبتی با سلامت روان دانشجویان داشته و از فشارهای روانی ناشی از فرهنگ پذیری ممانعت می نماید. همچنین سطح مشارکت اجتماعی به عنوان یکی دیگر از شاخص های سرمایه اجتماعی، بر سلامت روان افراد تأثیرگذار است. نتایج پژوهش کارنول و وایت (Cornwell and waite, 2009) نشان داد فقدان مشارکت و ارتباطات اجتماعی با احساس انزوای اجتماعی و با سطح

پائین سلامت روانی مرتبط است. هالتگریو و کروسبی (Holltegrio & Koresbi, 2006) در یک مطالعه همبستگی در ایالات متحده، با هدف بررسی ارتباط بین سرمایه اجتماعی و بیماری های جسمانی، نشان دادند که سرمایه اجتماعی با کلیه موارد یاد شده ارتباط معنی داری داشته است. هارفام^۱ و همکارانش (Harpham et al, 2003) به تحقیقی تحت عنوان سلامت روانی و سرمایه اجتماعی پرداختند. نتایجی که آنها از تحقیق خود گرفتند؛ عبارت بود از اینکه سرمایه اجتماعی هم در بعد ساختاری (مشارکت مدنی، عضویت و فعالیت در سازمان های رسمی و غیررسمی) و هم در بعد شناختی (اعتماد، روابط متقابل، هنجارها) بر سلامت افراد تأثیر می گذارند.

یوشر و دیگران (Usher et al, 2002) نیز با تأکید بر تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت روانی با استفاده از داده های بدست آمده از یک نمونه ۲۲۲ نفری از خانوارهای ساکن در نواحی شهری، به این نتیجه رسیدند که سرمایه اجتماعی رابطه معکوسی با اختلالات روانی دارد؛ به عبارتی افزایش در سرمایه اجتماعی با کاهش ناراحتی های روانی همراه است. رز (Rose, 2000) نیز نشان داد سرمایه اجتماعی در فراهم آوردن حمایت های عاطفی و روانی در ارتقاء سلامت روانی افراد مؤثرند.

هزار جریبی و مهری (Hezarjaribi, & Mehri, 2012) در پژوهشی نشان دادند که ابعاد مشارکت اجتماعی، روابط با دوستان و اقوام و خانواده، اعتماد اجتماعی، روابط همسایگی، انسجام اجتماعی و حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی و روانی در معلمان شهر همدان همبستگی معناداری دیده می شود. اربون (Arboon, 2011) در پژوهشی که با هدف ارزیابی تأثیر سرمایه اجتماعی و شاخص های مختلف آن در سطوح خانواده، خویشاوندی، دوستان، محله و کل بر سلامت روان شهروندان تهرانی انجام داد. نتایج این پژوهش نشانگر این است که از بین شاخص های مختلف سرمایه اجتماعی، شاخص اعتماد اجتماعی، احساس تعلق و مشارکت غیر رسمی در سطوح مختلف سرمایه اجتماعی (خانواده، خویشاوندی، دوستان، محله و کل) دارای تأثیر معنی دار بر سلامت روانی می باشد. همچنین، نتایج نشان داد که در سطوح مختلف سرمایه اجتماعی از بین شاخص های مختلف سرمایه اجتماعی، اعتماد اجتماعی بیشترین تأثیر را بر سلامت روان دارد. بر اساس یافته ها از بین سطوح مختلف سرمایه اجتماعی، سرمایه اجتماعی خویشاوندی بیشترین نقش در تبیین سلامت روانی ایفا می کند. رضوی زاده هروی (Razavizadeh Heravi, 2009) در تحقیقی به بررسی رابطه ی سرمایه اجتماعی و سلامت روان پرداخت. مطابق آن ۴۸٫۷٪ دانشجویان سالم تشخیص داده شدند. میانگین نمره ی سرمایه اجتماعی نمونه (۲٫۳۳) کمتر از متوسط بود. تحلیل رگرسیون نشان داد متغیرهای مستقل موجود در مدل ۴۴٫۲٪ از تغییرات متغیر وابسته را تبیین می کنند. سرمایه اجتماعی حتی پس از کنترل سایر متغیرهای مستقل همچنان با سلامت روان همبستگی مثبت معنادار نشان داد.

عبدالصمدی (Abdolsamadi, 2010) در پژوهشی به بررسی رابطه میان سرمایه اجتماعی، با تأکید بر اعتماد و سلامت روان افراد پرداخته است. جامعه نمونه پژوهش زنان و مردان شاغل در آموزشکده های فنی و حرفه ای می باشد. نتایج مطالعه حاکی از آن است که سرمایه اجتماعی و ابعاد مختلف آن و سلامت روان زنان و مردان با هم رابطه معناداری دارند. عباس پور (Abaspor, 2012) در پژوهش خود به بررسی رابطه انواع سرمایه اجتماعی با سلامت روان پرداخته است. تحلیل داده ها نشان داد رابطه معنی داری بین سرمایه اجتماعی درون گروهی و سلامت روان و سلامت روانی - اجتماعی وجود دارد در حالی که بین سرمایه اجتماعی درون گروهی و سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود ندارد اما بین سرمایه اجتماعی برون گروهی و سلامت روانی و سلامت روانی - اجتماعی رابطه معناداری وجود ندارد.

کیوان آرا، حقیقتیان و بابایی شهرکی (Keyvanara, Haghigatian, & Babae Shahraki, 2014) در تحقیق بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در بین شهروندان شهر کرد پرداختند. نتایج تحقیق نشان می دهد که سرمایه اجتماعی رابطه معنادار با سلامت روان شهروندان شهر کرد دارد و در بین مؤلفه های گوناگون سرمایه اجتماعی؛ مشارکت اجتماعی و هنجارهای اجتماعی رابطه مستقیم و متوسط و اعتماد اجتماعی رابطه مستقیم و ضعیفی با سلامت روان دارد. عبدالملکی، شهریاری، عبدالملکی

¹ Harpham

و دهدار بهبهانی (Abdolmaleki, Shahriari, Abdolmaleki, & Dehdar Behbahani, 2014) در مقاله‌ی تحقیقی با هدف بررسی اثرات متغیر سرمایه اجتماعی به عنوان یکی از عوامل اجتماعی و متغیر هوش هیجانی به عنوان یکی از متغیرهای شناختی بر سلامت روانی کارکنان دریابانی بوشهر انجام دادند. نتایج تحقیق مبین آن است که، سرمایه اجتماعی و ابعاد آن دارای رابطه منفی، معکوس و معنادار با متغیر سلامت روان بوده است؛ ابعاد متغیرهای سرمایه اجتماعی و هوش هیجانی قادر به تبیین واریانس متغیر سلامت روان به مقدار ۰/۲۸ می باشند. توکل، معیدفر و مقصودی (Tavakol, Moedfar, & Maghsoodi, 2011) در مطالعه‌ی نشان دادند 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. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان می دهد که از میان ابعاد متغیر سرمایه اجتماعی و متغیرهای زمینه‌ای چهار متغیر سرمایه درون گروهی شناختی، برون گروهی شناختی، رضایت از زندگی زناشویی و منزلت فرد در روابط قدرت خانواده مهمترین تبیین کننده‌های سلامت روانی همسران هستند.

زنان به عنوان نیمی از جمعیت نقش غیر قابل انکاری در توسعه و پیشرفت جامعه دارند، بنابراین باید بیش از پیش مورد توجه قرار گیرند. اختلال در سلامت روانی زنان در جامعه پیامدهای بسیار نامطلوبی بر جای می گذارد که از آن جمله می توان به خدشه وارد شدن به کرامت انسانی و ذاتی زنان، ایجاد ترس و عدم امنیت در زندگی زنان و ایجاد مشکلات بهداشتی و جسمانی برای زنان اشاره کرد. بهداشت و سلامت روانی یکی از مقوله‌های مهمی است که ضرورت آموزش آن برای معلمان بدیهی است؛ چرا که تعلیم و تربیت با بهداشت و سلامت روانی رابطه عمیق و معناداری دارد. سپردن دانش آموزان به معلمانی که از سلامت روانی کافی برخوردار نیستند، ضربه محکمی به پیکره و بدنه اصلی آموزش و پرورش، یعنی دانش آموزان است. از آنجا که معلمان با گروه عظیمی از جامعه یعنی دانش آموزان سروکار دارند. هر چه از اهمیت نقش خود در زندگی تمام افراد جامعه آگاه شوند، با احساس تعهد بیشتری به آموزش می پردازند و دانش آموزان سالم تر و مدیران کارآمدتری تحویل جامعه خواهند داد.

شخصیت و تعادل روانی معلمان بیش از سایر طبقات اجتماعی مورد توجه و مهم است. ارتباط نزدیک معلم با دانش آموزان و نفوذ او بر آن‌ها، در سلامت فکری و روانی دانش آموزان نقش مهمی ایفا می کند. با توجه به همسانی اهداف آموزش و پرورش و بهداشت روانی - که مقصود هر دو تربیت انسان‌های سالم، مفید و خوشبختی است - ضرورت چنین بررسی‌هایی در آموزش و پرورش مهم است. اگر وضعیت سلامت روانی معلمان شناسایی، و برای بهبود سلامت روانی آنان برنامه ریزی شود، عملکرد تحصیلی دانش آموزان نیز بهتر می شود و از سوی دیگر، با کاهش میزان افت تحصیلی دانش آموزان، به اقتصاد آموزش و پرورش کمک شایانی خواهد شد (Fontana, De and Abesiri, 2003). به علاوه وضعیت نیروی انسانی به ویژه کارکنان آموزش و پرورش بر رفتار و عملکرد آنان و بر میزان بروز مسایل متعدد و متنوع تأثیر میگذارد و تعیین کننده موفقیت اهداف از پیش تعیین شده برای شکوفایی استعدادها و فراگیران و رشد و پرورش فکری کودکان و نوجوانان است. تلاش داوطلبانه در این گونه سازمانها و احساس تعلق به جامعه محلی همگی چیزهایی هستند که با سرمایه اجتماعی سازمان ارتباط دارند. به عبارت دیگر قصدا دستیابی به پاسخ این سوال است که آیا بین سرمایه اجتماعی زنان فرهنگی با سلامت روان آنان رابطه‌ی معناداری وجود دارد؟

فرضیه‌های پژوهش

- ۱- بین سرمایه اجتماعی و سلامت روان زنان فرهنگی رابطه‌ی معنادار وجود دارد.
- ۲- بین ابعاد سرمایه اجتماعی و ابعاد سلامت روان زنان فرهنگی رابطه‌ی معناداری وجود دارد.
- ۳- ابعاد سرمایه اجتماعی قادر به پیش بینی سلامت روان زنان فرهنگی می باشند.

روش تحقیق

در این تحقیق از روش پیمایشی- همبستگی استفاده شده است نمونه تحقیق با استفاده از فرمول کوکران از زنان فرهنگی که حدود ۳۸۹ نفر، برابر ۱۹۱ نفر از زنان فرهنگی شهر سرباز بر آورده شد. نمونه گیری تحقیق به روش نمونه گیری خوشه ای مرحله ای بوده است.

سرمایه اجتماعی: ساخت این مقیاس توسط سهامی (۱۳۸۷) آغاز شده ، وی در تلاش برای عملیاتی کردن سازه سرمایه اجتماعی و دست یافتن به درونه ی محتوای مفهوم ابتدا تعاریف مفهومی ، نظریه و پژوهش های موجود در ارتباط با سازه را جمع آوری و براساس ابعاد ، شاخص ها و معرف رفتاری سازه ، پرسشهای در شکل مقیاس لیکرت با طیف پنج قسمتی طراحی کرده و روایی صوری و محتوای پرسش ها توسط اشخاص متخصص تایید گردیده است. سپس در مطالعه متعدد با استفاده از نرم افزار SPSS و شاخص های اماری مناسب روایی و پایایی مقیاس ها بارها مورد قرار گرفته و تایید شده است (Sahami, Saraee, & Keldi, 2011). برای اندازه گیری پایایی این مقیاس نیز از آلفای کرونباخ استفاده کرده ایم که α نیز بیش از ۰/۷۰ بوده است. مقیاس سرمایه اجتماعی شامل چهار بعد ، شبکه اجتماعی ، مشارکت اجتماعی، اعتماد سیاسی و اعتماد به خانواده و ۱۹ گویه در مقیاس لیکرت با طیف ۵ درجه ای با درجات فوق العاده موافقم (۵) خیلی موافقم (۴)، موافقم (۳)، مخالفم (۲)، کاملاً مخالفم (۱) تشکیل گردیده است.

پرسشنامه ی سلامت عمومی :این پرسشنامه ۲۸ سؤالی از پرکاربردترین ابزارهای غربال گری سلامت روانی بوده و از روایی و اعتبار بالایی برخوردار است. این پرسشنامه نخستین بار در سال ۱۹۷۲ توسط گلدبرگ تنظیم شده است سلامت عمومی دارای چهار زیر مقیاس نشانه های بدنی، اضطراب و بی خوابی، نارسا کنش وری اجتماعی و افسردگی است. نشانه های بدنی : شامل سوالاتی درباره احساس افراد در مورد وضع سلامت خود و احساس خستگی آنها است. با این زیرمقیاس، دریافت های حسی بدنی -که اغلب با برانگیختگی های هیجانی همراهند- ارزشیابی می شود. نمره این زیر مقیاس نشان دهنده سلامت جسمانی است. اضطراب و بی خوابی : شامل سوالاتی است که با اضطراب و بی خوابی مرتبط اند. نارسا کنش وری اجتماعی : گستره توانایی افراد در مقابله با خواسته های حرفه ای و مسایل زندگی روزمره را می سنجد و احساس های آنان را در باره چگونگی کنار آمدن با موقعیت های متداول زندگی آشکار می کند. افسردگی :در برگیرنده سوالاتی است که با افسردگی وخیم و گرایش شخصی به خودکشی مرتبط اند. تمام پرسش ها چهار گزینه ای از نوع لیکرت بین صفر تا سه نمره گذاری می شوند. نمره کلی هر آزمودنی که نشان دهنده سلامت عمومی است از حاصل جمع نمره های چهار زیرمقیاس به دست می آید. دامنه نمره هر زیرمقیاس از صفر تا ۲۱ و دامنه نمره کلی پرسش نامه از صفر تا ۸۴ است. هر چه نمره فرد کمتر باشد از سلامت عمومی بیشتری برخوردار است. ضرایب اعتبار پرسش نامه سلامت عمومی در دانشجویان با سه روش بازآزمایی، دو نیمه سازی و آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۷۰، ۰/۹۶، ۰/۹۰ گزارش شده است. و نمره ی پرسش آن ۲۲ است در ایران حساسیت این آزمون بین ۸۳ تا ۸۸ درصد، ویژگی آن بین ۶۹ تا ۹۳/۸ درصد، کارایی آن ۷۶ درصد، در پژوهش حسن شاهی و احمدیان (۱۳۸۳) ضریب اعتبار با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ و میزان اشتباه کلی طبقه بندی ۲/۸ تا ۱۹ درصد گزارش شده است. در این ابزار افزایش نمره با بدتر شدن وضعیت سلامت روان همراه است.

یافته ها

در بخش آمار توصیفی، ابتدا اطلاعات توصیفی و شاخص های آماری متغیرهای سرمایه اجتماعی و سلامت روان محاسبه شده است.

جدول (۱): میانگین و انحراف استاندارد متغیر سرمایه اجتماعی

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد
شبکه اجتماعی	۲۰/۱۸	۶/۰۲
اعتماد سیاسی	۹/۴۹	۳/۱۸

۵/۶۳	۱۵/۵۹	مشارکت اجتماعی
۱/۷۲	۱۰/۱۵	اعتماد به خانواده
۱۰/۷۸	۵۵/۴۱	سرمایه اجتماعی

جدول (۲): میانگین و انحراف استاندارد متغیر سلامت روان

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
علائم جسمانی	۷/۷۲	۳/۵۳
اضطراب و بی خوابی	۷/۸۱	۴/۱۷
اختلال در عملکرد اجتماعی	۱۰/۳۷	۳/۶۰
افسردگی	۳/۵۱	۴/۶۷
سلامت روان	۲۹/۴۱	۹/۵۰

فرضیه اول: بین سرمایه اجتماعی و سلامت روان زنان فرهنگی رابطه معنادار وجود دارد. به منظور بررسی این فرضیه از روش آماری ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج در جدول ۳ ارائه شده اند.

جدول (۳): ضریب همبستگی پیرسون بین سرمایه اجتماعی و سلامت روان

متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	ضریب همبستگی	سطح معناداری
سرمایه اجتماعی	۱۹۱	۵۵/۴۱	۱۰/۷۸	-۰/۲۴	۰/۰۰۱
سلامت روان	۱۹۱	۲۹/۴۱	۹/۵۰		

ملاحظه می شود که بین سرمایه اجتماعی و نمره سلامت روان رابطه منفی و معنادار وجود دارد. بدین معنا که هر چه میزان سرمایه اجتماعی در زنان فرهنگی بیشتر باشد سلامت روان بالاتری نیز وجود دارد و بر عکس. لازم به ذکر است که نمره بالاتر در پرسشنامه سلامت روان نشانگر سلامت کمتر می باشد.

فرضیه دوم: بین ابعاد سرمایه اجتماعی و سلامت روان زنان فرهنگی رابطه معنادار وجود دارد. به منظور بررسی این فرضیه از روش آماری ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج در جدول ۴ ارائه شده اند.

جدول (۴): ماتریس همبستگی پیرسون بین ابعاد سرمایه اجتماعی و ابعاد سلامت روان

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵
۱. شبکه اجتماعی	۱	-	-	-	-
۲. اعتماد سیاسی	۰/۰۸	۱	-	-	-
۳. مشارکت اجتماعی	۰/۴۳**	۰/۰۵	۱	-	-
۴. اعتماد به خانواده	۰/۱۵*	۰/۱۳	۰/۰۸	۱	-
۵. سلامت روان	-۰/۱۷*	-۰/۳۶**	-۰/۱۱	۰/۱۰	۱

$$** = \leq P 0.05 \quad *** = \leq P 0.01$$

ملاحظه می شود که ، سلامت روان با شبکه اجتماعی و اعتماد سیاسی رابطه منفی و معنادار دارد. اما با مشارکت اجتماعی و اعتماد به خانواده رابطه معنی داری مشاهده نشد.

فرضیه سوم: ابعاد سرمایه اجتماعی قادر به پیش بینی سلامت روان زنان فرهنگی می باشند. به منظور بررسی این فرضیه از روش آماری رگرسیون چندگانه به شیوه گام به گام استفاده شد و نتایج حاصل از این بررسی در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول (۵): گرسیون چندگانه گام به گام برای تعیین میزان تاثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت روان

متغیرها	R	R ²	F	P	ضریب B	ضریب Beta	t	سطح معنی داری
اعتماد سیاسی	۰/۳۶	۰/۱۳	۲۷/۶۱	۰/۰۰۱	-۱/۰۷	-۰/۳۶	۵/۲۵	۰/۰۰۱
اعتماد سیاسی	۰/۳۸	۰/۱۵	۱۶/۲۶	۰/۰۰۱	-۱/۰۳	-۰/۳۵	۵/۱۳	۰/۰۰۱
شبکه اجتماعی					-۰/۲۲	-۰/۱۴	۲/۱۰	۰/۰۴

رگرسیون به روش گام به گام انجام گرفته است ملاحظه می شود که اعتماد سیاسی و شبکه اجتماعی دارای قدرت پیش بینی سلامت روان می باشد. که در مرحله اول مولفه اعتماد سیاسی وارد معادله شده است با توجه به $R^2=0/13$, $F=27/61$ رابطه خطی معنادار می باشد این رابطه حاکی از آن است که ۱۳ درصد واریانس متغیر سلامت روان بوسیله اعتماد سیاسی تبیین می شود. در مرحله دوم شبکه اجتماعی وارد معادله شده است که با توجه به $R^2=0/15$, $F=16/26$ رابطه خطی معنادار می باشد این رابطه حاکی از آن است که در این مرحله ۲ درصد به قدرت پیش بینی اضافه شده است. همچنین سایر ابعاد سرمایه اجتماعی دارای قدرت پیش بینی سلامت روان در زنان فرهنگی نبودند.

بحث و نتیجه گیری

با توجه به این که سلامت روان به معنای زندگی در وضعیتی است که مشارکت، اعتماد و هنجارهای اجتماعی جزء جدایی ناپذیر آن است و شرایط امن و آسوده ای را فراهم می کند که در آن فرد به قدرت آرام زیستن و با خود و دیگران در آرامش بودن، آگاهی از درون و احساسات خود، قدرت تصمیم گیری در بحران و مقابله موفق با فشارهای روانی دست یابد و این در واقع معنای سلامت روان است. هارفام (Harpham, 2008) سرمایه اجتماعی را ذخیره سرمایه گذاری ها منابع و شبکه هایی که باعث ایجاد انسجام اجتماعی، اعتماد و تمایل به درگیر شدن در فعالیت های محلی می شوند، در نظر می گیرد. همچنین به نظر وی سرمایه اجتماعی می تواند عوامل استرس زا و خطرزا در رابطه با سلامت را کاهش دهد.

برقراری روابط اجتماعی نزدیک با همکاران و کسانی که مورد اعتماد فرد هستند و در دس را می فهمند و از او حمایت و پشتیبانی می کنند، می تواند به کاهش استرس یا دست کم مقابله با پیامدهای آن منجر شود. افرادی که حمایت اجتماعی و عاطفی کمتری نسبت به دیگران دارند، بیشتر در معرض بیماری افسردگی و... قرار می گیرند. از طرفی روابط نزدیک ولی نامناسب می تواند منجر به ضعف سلامت روانی و جسمی گردد. توجه افراد شبکه به امر پشتوانه اجتماعی که در نتیجه ورود فرد به شبکه های اجتماعی گوناگون حاصل می شود، معطوف می گردد. شبکه ها گاه از فرد حمایت مالی می کنند، ولی از حمایت اطلاعاتی معمولی و عاطفی او نیز دریغ نمی ورزند. در این میان پشتوانه عاطفی به طور آشکارتری به سلامتی فرد کمک می کند. روابط و پیوندهای اجتماعی که عامل بده - بستان های عاطفی در بین افراد می باشند، که در نتیجه آن معلمان با احساس امنیت در کنار دیگر اعضای جامعه زندگی می کنند و از این طریق سلامت روانی شان ارتقاء می یابد. از سوی دیگر، جامعه ای که در آن اعتماد سیاسی باشد و سطح سرمایه اجتماعی بالا باشد، قاعدتاً نوعی همبستگی و همدلی و وفاق در آن وجود دارد. همبستگی و وفاق موجب می شود هم جامعه آرامش داشته باشد و هم عدالت در توزیع منابع سلامت وجود داشته باشد.

در یک جمع بندی کلی به لحاظ نظری، می توان اذعان نمود که سرمایه اجتماعی دارای بسیار مهمی محسوب می شود که افراد در مواقع بحرانی زندگی خود می توانند از این سرمایه به نحو احسن استفاده نمایند، در واقع سرمایه اجتماعی به عنوان سپرکاهش بسیاری از آلام و دردهای ناشی از اختلالات روانی عمل می نماید و در بهبود سلامت روانی افراد نقش موثری دارد. همچنان که در چارچوب تنوریکی مطرح گردید، برخورداری معلمان زن از حمایت های اجتماعی و افزایش اعتماد بین آنان و شوهرانشان، بهبود کیفیت زندگی زناشویی و ارتقای سلامت روانی را به همراه دارد. برخورداری از حمایت های رسمی و غیر رسمی سبب می شود تا احساس سلامت در آنها افزایش یافته و از اضطراب کمتری رنج ببرند. دروکر و همکاران وی معتقدند سرمایه اجتماعی بالا، باعث کاهش خطراتی می شود که سلامت روانی افراد را تهدید می کنند. وی از دوستان به عنوان یک منبع با ارزش جهت

بهبود سلامت روانی یاد می کنند. از دید پاتنام نیز، همبستگی معنی داری بین سرمایه اجتماعی با حد بالای سلامت روان و احساس خوشبختی وجود دارد، وی معتقد است سرمایه اجتماعی دارایی مهمی است که فرد می تواند در شرایط بحرانی از آن استفاده نماید، کمک هایی که افراد از سوی شبکه اجتماعی دریافت می کنند، تاثیر بسزایی در کاهش فشار روحی - روانی دارد. به نظر پاتنام، زندگی در جامعه ای که دارای میزان قابل ملاحظه ای از سرمایه اجتماعی می باشد، راحت تر است؛ چرا که شبکه های اجتماعی، هنجارهای قدرتمند بده بستان فراگیر را تقویت کرده و مشوق ظهور اعتماد اجتماعی هستند. این چنین شبکه هایی، همکاری و ارتباطات را تسهیل کرده، به اعتبارها افزوده و از این راه، غلبه بر بسیاری از مسائل و مشکلات فردی و اجتماعی در جریان کنش جمعی را ممکن می سازند.

کلمن، سرمایه اجتماعی را مجموعه ای از منابع می داند که در روابط خانواده و در سازمان اجتماعی محلی وجود دارند و برای رشد اجتماعی یا شناختی افراد مفید هستند. این منابع برای افراد مختلف متفاوت اند و می توانند امتیاز مهمی را برای آنان در مواقع بحرانی فراهم آورند. از نظر وی، خویشاوندی بطور عام و خانواده بطور خاص، نشان دهنده یک پایه مهم جامعه هستند. در دیدگاه کلمن، خانواده به عنوان سرمایه اجتماعی در نظر گرفته شده است که به رفاه و سلامت روانی بیشتر می انجامد؛ و باعث بهبود سلامت روانی اعضای خانواده می گردد.

همچنین از نظر فوکویاما، خویشاوندی به عنوان قوی ترین شکل ارتباط اجتماعی در جوامع معاصر باقی مانده است. هر چند اخلاق جدید، پایه های ارزشی فرهنگ خویشاوندی را سست نموده است، اما قدرت هویت بخشی و جامعه پذیری بی بدیل و بهترین زمینه، برای شبکه های ارتباطی می باشد. در دیدگاه وولکاک و ناربان نیز سرمایه اجتماعی به عنوان پشتوانه مهمی در بهبود و مطلوب شدن سلامت روانی می باشد، به علاوه، بریان ترنر معتقد است که سرمایه اجتماعی، افراد را در برابر افسردگی و استرس حاصل از همسرآزاری، طلاق و... محافظت می نماید. به علاوه، در نظر براون فقدان سرمایه اجتماعی نظیر خویشاوندان عاملی موثر در بروز اختلالات روانی بوده و اعتماد، نقش اساسی در زندگی زناشویی دارد؛ چرا که افزایش آن در کاهش افسردگی بسی مهم است، همچنین، وی بر نقش حمایت های دریافتی در کاهش اضطراب و افسردگی اهمیت اساسی قائل است (Sa'ati, 2010). حال با توجه به نقش اساسی و مهم خانواده در بهبود سلامت روانی و به مراتب کاهش اختلالات روانی در بین معلمان زن و با در نظر گرفتن محیط مرد سالار حاکم بر خانواده های شهر سرباز می توان اذعان نمود که مباحث و تئوری های مطرح شده حول سرمایه اجتماعی و ارتباط آن با سلامت روانی با نتایج پژوهش حاضر سازگاری دارد. همچنین در شهر مذکور، باید بر تاثیر، همفکری و همیاری خویشاوندان در حل مسائل و مشکلات خانوادگی و اجتماعی و حمایت های دریافتی از سوی آنها صحنه گذاشت که این امر، در راستای نظریات کلمن و فوکویاما می باشد.

در تأیید محتوای نظریات فوق، نتایج تحقیقات هارفام و همکاران (Harpham & et al, 2003)، هالتگریو و کروسبی (Holltegrio & Koresbi, 2006)، لی و همکاران (Lee et al, 2004)، کارنول و وایت (Cornwell and waite, 2009)، رز (Rose, 2000)، یوشر و همکاران (Usher et al, 2002)، توکل و همکاران (Tavakol, et al, 2011)، عبدالملکی و همکاران (Abdolmaleki et al, 2014)، کیوان آرا و همکاران (Keyvanara et al, 2014)، عباس پور (Abaspor, 2012)، عبدالصمدی (Abdolsamadi, 2010)، رضوی زاده هروی (Razavizadeh Heravi, 2009)، اربون (Arboon, 2011)، هزارجریبی و مهري (Hezarjaribi, & Mehri, 2012) نشان دادند، که بین سرمایه اجتماعی و سلامت روانی رابطه معناداری وجود دارد، پس می توان گفت که نتایج تحقیقات انجام شده پیشین و محتوای نظریات مذکور، همسو و منطبق با نتیجه تحقیق حاضر بوده، بنابراین قابل کاربرد در جامعه آماری مورد مطالعه می باشد.

تا به حال تحقیقات زیادی درباره سرمایه اجتماعی و سلامت روان انجام شده و تقریباً در همه آن ها رابطه مثبت بین این دو وجود داشته است و تأییدی بر این موضوع است که هر چه سرمایه اجتماعی افزایش یابد قدرت کنار آمدن افراد با فشارهای روانی ناشی

از روابط و فعالیت ها را افزایش می دهد و به لحاظ روانی از آرامش و آسایش مطلوبی برخوردار می شوند. نتایج حاصل نشان داد که گسترش اعتماد میان افراد و در گسترش دامنه و روابط اجتماعی فرد، فشار روانی برآمده از چنین شرایطی را کاهش می یابد. افراد دارای اعتماد بالاتر از دانش و مهارت بالاتر برخوردارند و در نتیجه از سلامت جسم و روان مطلوب تری برخوردارند. بنابراین پژوهش حاضر نشان می دهد که با گسترش اعتماد میان افراد و در نتیجه گسترش دامنه و روابط اجتماعی فرد، فشار روانی برآمده از چنین شرایط را کاهش می دهد. افراد دارای اعتماد بالاتر، از دانش و مهارت بالا و در نتیجه از سلامت جسم و روان مطلوب تری برخوردارند. نتایج حاصل نشان داد که هر چه مشارکت اجتماعی بیشتر باشد، دستیابی به امکانات رفاهی بهداشتی و آموزشی بیشتر است و به این ترتیب سطح سلامت روانی افزایش می یابد.

در پایان پیشنهاد می شود مطالعات آینده عمومیت بیشتری بیابند تا بتوانند کاربردها و پیشنهادهای بیشتری داشته باشند. این پژوهش دارای محدودیت مکانی (شهرستان سرباز) نیز است. از این رو، لازم پژوهش های بعدی دامنه ی مکانی گسترده تری را انتخاب کنند تا تاثیر متغیرهای تاثیرگذار بر سلامت روانی را در بین گروه های مختلف و مکان های گوناگون ارزیابی کنند. از آنجا که پیشگیری مقدم در درمان است، برنامه کنترل سالیانه برای همه معلمان و نیز ایجاد دوره های ضمن خدمت تشویقی برای آموزش محافظت از جسم و روان در میان معلمان پیشنهاد می شود. برای این منظور، توسعه و تجهیز مراکز پزشکی و مراکز مشاوره فرهنگیان در تمام مناطق و نواحی به ویژه نواحی محروم ضروری به نظر می رسد. با توجه به جایگاه و اهمیت موقعیت اجتماعی معلمان، باید برای ایجاد وضعیت زندگی مناسب تر برای آن ها، رفع مشکلاتشان، ایجاد امنیت و رضایت شغلی و شناخت عوامل استرس زا در میان آن ها، اقدامات لازم انجام شود.

همچنین، پیشنهاد می گردد مفهوم سرمایه اجتماعی، ابعاد و سطوح آن از سوی بسیاری از نهادها تبیین و تشریح شود تا نقش این متغیر در پیشگیری و کاهش بسیاری از آسیب های اجتماعی روشن گردد و سرمایه اجتماعی به عنوان کلیدی اساسی در حل بسیاری از مشکلات افراد جامعه مخصوصاً قشر زنان مطرح گردد و در سر لوحه برنامه های ارگان های ذی ربط قرار داده شود. از آنجا که در تحقیق حاضر، سرمایه اجتماعی در ابعاد چهارگانه تقریباً با تمامی اختلالات روانی زنان همبستگی معناداری و معکوسی داشت، بنابراین پیشنهاد می شود که زمینه برای بروز و افزایش این سرمایه چه در سطح خانواده و چه در سطح جامعه فراهم آید، چرا که این مفهوم با توجه به تئوری ها و پیشینه های مطرح شده در بخش نظری تحقیق، پیوندها و ارتباطات میان اعضای یک شبکه را به عنوان یک منبع با ارزش در نظر می گیرد که با خلق هنجارها و اعتماد دوسویه موجب تحقق اهداف اعضاء می شود، وجود میزان قابل توجهی از سرمایه اجتماعی موجب تسهیل کنش های اجتماعی گشته، به طوری که در مواقع بحرانی می توان برای حل مشکلات از آن، به عنوان اصلی ترین منبع فائق آمدن بر اختلالات روانی سود جست که پژوهش حاضر موید این مهم می باشد.

References

1. Abaspor, N. (2012). Examining the relationship between social capital and mental health of students of University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences. Master Thesis of University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences.
2. Abdolmaleki, J., Shahriari, Sh., Abdolmaleki, S., & DehdarBehbahani, H. (2014). Examining the relationship between social capital and emotional intelligence with mental health among employees of Boushehr Admiralty. *Journal of Border Studies*. (2) 2, 25-47.
3. Abdolsamadi, M. (2010). Examining the relationship between social capitals of employed men and women as well as their mental health (trust-based). Alzahra University: college of economic and social sciences. Master Thesis.

4. Ahmadi, B. (2006). The impact of domestic violence on mental health of married women in Tehran. *Journal of school of Public Health and Institute of Public Health Research*, (4) 2, 35-44.
5. Arboon, F. (2011). Examining the relationship between social capital and mental health in Tehran. Master Thesis of Mazandaran University: college of social sciences and humanities.
6. Bayani, A.A. (2007). Determining mental health of teachers in Golestan Province. *Journal of Gorgan Medical School*, (9)2, 39-44.
7. Bourdieu, P. (2001). *Masculine Domination*. Stanford: Stanford University press.
8. Coleman, J. S. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American Journal Sociology*, 94, 95-121.
9. Cornwell, E. Waite, L. (2009), Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. *Journal of health and social behavior*. vol. 50. n0. 1 31-48.
10. Coromina Soler, L. (2006). "Social Networks and Performance in Knowledge Creation: An Application and Methodological Proposal". ph.D. Dissertation, Department of Economics, University of Girona.
11. Dehghani, H. & Akbarzadeh, F. (2011). Examining the relationship between social capital and youth mental health. National conference of pathology of youths' problems. Falavarjan: Islamic Azad University.
12. Faraji Deh Sorkhi, H., Youzbashi, A.R., Shateri, K., & Akbari, M. (2014). Defining the nurses' mental health based on the theory of organizational social capital. *Orumieh journal of nursing and midwifery faculty*. (6) 12, 454-466.
13. Field, J. (2007). *Social capital*. Translated by Gholamreza Ghaffari and Hossein Ramezani. Tehran: Kavir Publications.
14. Fontana, De and Abesiri. (2003). *Psychology for teachers*. Translated by: Foroughan, M. First Edition, Tehran. Venerable if. 1382 Pages 538 to 539.
15. Fukuyama, F. (1982). *The asymmetric society*. Syracuse, New York: Syracuse University Press.
16. Giddens, A. (2001). *Modernity and Self Identity*. Translated by Naser Movafaghian, Tehran: Nei Publication.
17. Gilbert, K.L. (2008). A Meta -Analysis of social capital and health B.A., Wabash college, M.A. in African American and African Diaspora Studies, Indian university, (Bloomington, IN), 2008 M.P.A., in public Affairs, submitted to the Graduate Faculty of Graduate school of public health in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of public health university of Pittsburgh.
18. Harpham, T. (2008). *The Measurement of Community Social Capital through Surveys*. In *Social Capital and Health*. New York: Springer.
19. Harpham, T & et al (2003). *Mental Health and Social capital in Cali*. Colombia. *Social Science and medicine*, 53.
20. Hezarjaribi, J. & Mehri, A. (2012). Analyzing the relationship between social capital and social mental health. *Journal of Social Sciences*. 59.
21. Holtgrave, D. R., Crosby, R. A. (2003). Social capital, poverty, and income inequality as predictors of gonorrhoea, syphilis, Chlamydia and AIDS case rates in the United States. *Journal of Public Health Medicine* .24.
22. Hosseini, A. (1999). *Principles of mental health*. Mashhad: Medical School Publication.
23. Kawachi, I., Kennedy, B. (1999). Social capital and self-rated health. *American Journal of Public Health*. 89.1187-1193.
24. Keyvanara, M., Haghigatian, M., & Babae Shahraki, M. (2014). Examining the relationship between social capital and mental health of Shahrkord citizens. *Research-scientific Journal of Ilam Medical School*. (23)7.
25. Kianfar, F., & Kheradmand, H. (1998). Examining mental health outbreak among teachers in Kerman. GP dissertation of Kerman Medical School.
26. Lee, J. Set al. (2004), "Social Support Buffering of Acculturation Stress: A Study of Mental Health Symptoms among Korean International Students", *International of intercultural relationships*, Vol, 28.
27. McKenzie, K. (2008). Urbanization, social capital and mental health. *Global Social Policy*. 8.395-377.

28. Mobarak Bakhshayesh, M. (2010). Examining the impact of social capital on mental health of Isfahan citizens. Master Thesis of Isfahan University, college of literature and humanities.
29. Modaver, A. (2007). Examining mental health and its relevant factors among high schools of Sanandaj and Bijar. *Journal of Kordestan Medical School*, 12, 52-62.
30. Mohammadi, P. (2008). The frequency of mental pathology of primary schools teachers in Shahrkord. *Mental Health Principles*. (10)4.
31. Pohchin, L. (2006). Exploration of social capital and physical activity participation among adults on Christmas Island. PhD. Dissertation. School of Human Movement and Exercise Science & school of Social and Cultural Studies. University of Western Australia.
32. Putnam, R. D. (1995). Bowling alone: America's declining social capital. *Journal of Democracy*, 6, 65-78.
33. Putnam, R. D. (2000) *Bowling Alone: the collapse and revival of American community*, Simon and Schuster, New York.
34. Razavizadeh Heravi, N. (2009). The relationship between social capital and mental health of Ferdosi University students in 2008-2009. Master Thesis of Ferdosi University in Mashhad.
35. Rose, R. (2000). "How much dose social capital add to individual health? A survey study of Russians". *Social Science and Medicine*, 51. Ack. CEES.
36. Saadati, M. (2010). Examining the relationship between social capitals, domestic violence and mental health of married women in Tabriz. Master Thesis, Tabriz University: college of social sciences and humanities.
37. Sahami, S., Saraee, H., & Keldi, A.R. (2011). The relationship between social capital and values related to women development. *Journal of social welfare*, 2012, 42.
38. Sayedan, Abdosamadi M. The relationship between social capital and mental health in men and women. *J Soc Welfare* 2010; 11: 229 -54.
39. Sherepour, M., Riahi, M.E., & Arman, F. (2014). Examining the impact of social capital factors on mental health of Tehran residents study. *Journal of Iranian Social Problems*. (5)1, spring and summer 2014, 99-100.
40. Shoja M, Nabavi H, Kasai A, Baqhr A. Factor analysis of social capital and its relation to mental health in the elderly, Tehran 9th District. *J Epidemiol* 210; 3:81-90.
41. Shoja, M., Rimaz, Sh., AsadiLari. M., BagheriYazdi, S.A., & Gohari, M.R. (2013). Examining the relationship between mental health and social capital of the elderly. (12)4.
42. Silvera, E. & Allebech, P. (2001), "Migration, Aging and Mental health: An Ethnographic Study on Perceptions of Life Satisfaction, Anxiety and Depression in Older Somali Men in East London", *International Journal of Social Welfare*, Vol. 10.
43. Tavakol, M., Moeedfar, S., & Maghsoodi, S. (2011). Examining sociology of the relationship between social capital and mental health among couples in Kerman. *Iranian Journal of social problems in Iran*. Article 8, (2)1.
44. Thompson, S. (2002), "The social and cultural context of the mental health of Filipinas in queensland", *Australian and New zeland, Journal of psychology*, Vol, 36.
45. Toorian Najafabadi, M., & Jahangir, N. (2011). The relationship between social trust and mental health (case study: Tiran and Korountecahers). *Historical Sociology*. (3)2, 35-52.
46. Usher, C., M., Mark, I.G (2002). Social capital and Mental Distress in an Impovershid community. *City & community journal*, 28.
47. Veenstra, G. (2005), location, location: contextual and compositional health effects of social capital in British Columbia, Canada, *Socialscience and Medicine* 60(9).
48. Warren-Findlow. J, Laditka, J. Laditka. S, Thompson, M (2011), Association Between social relationships and emotional well-Being in Middle-Aged and Older Africans, *research on Aging*, vol 33 no. 6, 713-734.
49. World health organization WHO, (2007), *Promoting Mental Health: A report of the world health organization*. Department of Mental Health, University of Melbourne.
50. Yun EH, Kang YH, Lim MK, Oh JK, and son JM (2010) The role of social support and social networks in smoking behavior among middle and older aged people in rural areas of south Korea: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 10: 78.