

Original Research

Study of the Relationship between Social Capital and Self- Assessment of Health of Mothers Shiraz City

Parvin Nasiri¹
Aliyar Ahmadi²
Mahrokh Rajabi³

Abstract

Women's health in any society is one of the pillars of that country's health. Women's physical, mental and social and health is the basis of society's health. the present study is to investigate the relationship between social capital and mothers' self-perception health with children under 2 years old. The statistical population of the present study is 397 mothers. using the multi-stage cluster sampling method, information is obtained. Information required using Goldberg 28 General Health Questionnaire To measure social capital, questions were collected from the Onyx and Bolen Social Capital Scale. The data analysis has been done by SPSS software in both descriptive, inferential statistics. The results obtained from the analysis of descriptive statistics of social capital, measured in terms of social trust, social participation and social support, have shown that in assessing mothers of social trust, 82% have a high social trust level environment. In the dimension of social participation, 51% of mothers have assessed a moderate relation in social relations, but 88% have reported poor social participation. In the assessment of the social support of mothers, 68 percent of mothers have modest social support. The results of the analysis of general health components show that 84.4% of mothers have a moderate and acceptable general health. The results of the analysis of inferential statistics show the variables show that there is a significant relationship between the number of live births, high school education and diploma, study status,

1 . M.A of Demography, Shiraz University, Shiraz, Iran. pn.nassiri72@gmail.com.
(Corresponding Author)

2. Associate Professor of Demography, Shiraz university, Shiraz, Iran .ahmadi.aliyar@gmail.com.

3. Assistant Professor of Demography, Shiraz university, Shiraz, Iran. mrajabi79@gmail.com..

Submit Date: 2022/12/04

Accept Date: 2022/23/06



social class, Fars ethnicity, family income, social support, social participation and social relation with general health.

Keywords

General Health, Mothers, Social Capital, Self-Assessment of Health, Shiraz City.

Introduction

The health of mothers and women in any society It is considered as one of the pillars of health of that country. Women's physical, mental, social and spiritual health is the basis of society's health. A significant part of human health is the quality of relationships with others, formal and informal groups and institutions, which is referred to as social capital. Social capital is influential as an important and common proposition that can improve health productivity. The purpose of the present study is to investigate the relationship between social capital and mothers' self-perception health with children under 2 years old.

Methodology

The statistical population of the present study is mothers with children under two years old in Shiraz. To determine the sample size, the Cochran formula has been used. The data has been obtained using the multi-stage cluster sampling method referring to health centers in Shiraz. The sample size includes 397 mothers. This research has been carried out by survey method. Goldberg 28-item General Health Questionnaire (GHQ) was used to collect the required information in this study. The Onyx and Bolen social capital scales have been used to measure social capital. The data analysis has been done by SPSS software in both descriptive and inferential statistics.

Findings

For dimensions of general health, in the aspect of physical health status, 59% of mothers have moderate physical health, in the symptoms of anxiety and sleep disorders 61% have moderate symptoms, and in the dimensions of the social function of assessment 69% have moderate symptoms, and in the symptoms of depression of mothers 71% have the symptoms of poor depression. The results obtained from the analysis of descriptive statistics of social capital, measured in



terms of social trust, social participation and social support, have shown that in assessing mothers of social trust, 82% have a high social trust level environment. In the dimension of social participation, 51% of mothers have assessed a moderate relation in social relations, but 88% have reported poor social participation. In the assessment of the social support of mothers, 68 percent of mothers have modest social support. The results of multivariate regression show that there is a significant relationship between the number of live births, high school education and diploma, study status, social class, Fars ethnicity, family income, social support, social participation and social relation with general health.

Result

Findings from the research results Confirms the relationship between social relationships and maternal health. The role of social relationships can be seen in mothers' physical health, anxiety and disorders, social functioning and depression. According to Bourdieu, social capital is the product of a kind of individual or collective investment, conscious or unconscious which seeks to establish or reproduce social relations, which can be used directly in the short or long term. The relationship between social participation and maternal health has been confirmed in all aspects of public health. These results are consistent with Bourdieu's view that social capital is the product of potential and actual benefits that result from the ownership of a lasting network of institutionalized relationships between individuals. Putnam sees social capital as the connection between individuals and networks of civic engagement which causes a positive correlation between health variables and a sense of happiness in life. The relationship between social support and maternal health has been confirmed. According to Lane, the functions of instrumental and emotional support are considered as functions of social support.

References

- Field, J. (2006). *Social Capital*, translated by Ahmad Reza Asgharpour, University Ferdowsi of Mashhad.
- Goodman, M. L., Temple, J. R., Elliott, A. J., Seidel, S. E., Gitari, S. & Raimor-Goodman, L. A. (2022). Child maltreatment, social capital, maternal mental health and duration of program involvement: Assessment from a community-based empowerment program in Kenya. *Journal of Family Violence*, 1-11.



- Giordano, G. N., Björk, J. & Lindström, M. (2012). Social capital and self-rated health—a study of temporal (causal) relationships. *Social Science & Medicine*, 75(2), 340-348
- Fukuyama, F. (2005) Social capital and civil society, Social Capital and Civil Society, Collection of Social Capital Articles, Tehran: Shirazeh.
- Hamzehgardeshi, Z., Kalantari, F., Bakouei, F., Moradi, S., Peyvandi, S. & Zamaniyan, M. (2020). Social capital and health of Iranian women: A scoping review study. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 29(181), 162-171. (In Persian)
- Behzad, D. (2003) Social Capital, as a Context for Mental Health Promotion. *Refahj*, 2(6), 43-53. (In Persian)
- Firoozbakht, M. & Tirgar, A. (2016). Workplace social capital and employee health: A systematic review study. *Journal of Ergonomics*, 5(1), 18-25. (In Persian)
- Arsalani, G., Sajjadi, H., Rafiey, H. & Habbibpor, K. (2014) Maternal health, quality of life and their relationship in Iran's provinces. *Refahj*, 13(51), 25-41. (In Persian)
- Afshani, A. & Shiri Mohamdabadi, H. (2018). The role of social capital in promoting social health of women in Yazd. *Women Studies*, 8(22), 1-20. (In Persian)
- Gu, J. & Zhu, R. (2020). Social capital and self-rated health: empirical evidence from china. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), 9108 .
- Onyx, J. & Bullen, P. (2000). Measuring social capital in five communities. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 36(1), 23-42.
- Rimaz, S., Moradi, Y. & Abolghasemi, J. (2015). Investigating the components of social capital in women heads of households. *Razi Journal of Medical Sciences*, 22(134), 76-83. (In Persian)
- Sharipour, M. (2006). Erosion of social capital: Conceptualization, measurement and implications of policy-making, Mazandaran: Management and Planning Organization, 25-40. (In Persian)
- Shokrbegi, A. (2007). Sociological study of the social capital of the Iranian family, the site of the scientific and independent. *Journal of Iranian Sociology*. (In Persian)
- Harpham, T. (2009). Urban health in developing countries: what do we know and where do we go? *Health & place*, 15(1), 107-116 .
- Organization, W. H. (2001). The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope .
- Rahimaghaee, F., Hoveida, F. & Hatamipour, K. (2017). The relationship between social capital and organizational citizenship behavior with nurses'



- general health in governmental hospitals of west Mazandaran. *IJPN*. 5(4), 1-7. (In Persian)
- Sharipour, M. (2001). Erosion of social capital and its consequences. *Journal of the Iranian Sociological Association*, 3(3), 101-112. (In Persian)
- Akhtar Mohagheghi, M. (2006). *Social Capital*. Tehran, Author Publishing. (In Persian)
- Karimi Gougheri, H., Hallaj , Z. & Valizadeh, N. (2017). The effects of social capital components on the mental health of rural and nomadic women a case of the members of micro-credit funds in Kerman province. ,9(2), 210-221. (In Persian)
- Paldi, Y., Moran, D. S., Baron-Epel, O., Bord, S., Benartzi, E. & Tesler, R. (2021). Social capital as a mediator in the link between women's participation in team sports and health-related outcomes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(17), 9331 .
- Pinillos-Franco, S. & Kawachi, I. (2018). The relationship between social capital and self-rated health: A gendered analysis of 17 European countries. *Social Science & Medicine*, 219, 30-35.
- Sen, G. & Östlin, P. (2008). *Gender inequity in health: why it exists and how we can change it*: Taylor & Francis.
- Heidari, H., Faaljoui, H., Nazariyan, E. & Mohammadzadeh, E. (2013). Social capital, health capital and economic growth in the Middle East Countries. 3(11), 57-74. (In Persian)
- Safari, K. & Shayeste, S. (2015). Study of relationships between family social Capital and Youth's Social Well-Being. *Socialworkmag*, 4(3), 5-17. (In Persian)
- Soltani, I. & Jamali, M. (2008). Investigating the relationship between social capital and mental health, a study of students in the faculty of social sciences, university Shiraz. *Development and Management Process*, 68-69, 107-121. (In Persian)
- Zarei, M. (2013). The effect of social capital on women's employment. (Master's Thesis). University Allameh Tabatabaei. (In Persian)
- Patnam, R. (2001). *Democracy and Civic Traditions, translated by Mohammad Taghi Delfruz*. Tehran, Salam Newspaper, Ghadir Publishing. (In Persian)
- Villalonga-Olives, E., Almansa, J., Knott, C. L. & Ransome, Y. (2020). Social capital and health status: Longitudinal race and ethnicity differences in older adults from 2006 to 2014. *International Journal of Public Health*, 65(3), 291-302.

مقاله پژوهشی

بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و خود ارزیابی سلامت مادران شهر شیراز

پروین نصیری^۱

علی‌یار احمدی^۲

ماهرخ رجبی^۳

چکیده

سلامت جسمی، روانی و اجتماعی زنان در هر جامعه‌ای، پایه سلامت جامعه است. تحقیق حاضر به بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و خودارزیابی سلامت مادران دارای کودک زیر ۲ سال می‌باشد. جامعه آماری تحقیق شامل ۳۹۷ نفر از مادران می‌باشد که با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای، اطلاعات مورد نیاز با ابزار پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت عمومی گلدبرگ و مقیاس سرمایه اجتماعی اونیکس و بولن جمع‌آوری شده است. تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی انجام شده است. نتایج آماره‌های توصیفی نشان می‌دهد ۸۲ درصد مادران از اعتماد اجتماعی بالایی دارند. در بعد روابط اجتماعی، ۵۱ درصد ارتباط متوسطی از خودارزیابی کرده‌اند؛ و ۸۸ درصد مادران مشارکت اجتماعی ضعیفی را گزارش کرده‌اند. در ارزیابی بعد حمایت اجتماعی، ۶۸ درصد مادران از حمایت اجتماعی متوسطی برخوردار می‌باشند. نتایج تجزیه و تحلیل مؤلفه‌های سلامت عمومی نشان می‌دهد ۸۴/۴ درصد از مادران سلامت عمومی متوسط و قابل قبولی برخوردار هستند. نتایج

^۱. کارشناسی ارشد جمعیت‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

pn.nassiri72@gmail.com.

^۲. دانشیار جمعیت‌شناسی دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

ahmadi.aliyar@gmail.com

^۳. استادیار جمعیت‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

mrajabi79@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۴/۰۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۱/۲۳

تجزیه و تحلیل آمار استنباطی متغیرها نشان می‌دهد تعداد فرزندان زنده به دنیا آمده، تحصیلات دبیرستان و دیپلم، وضعیت مطالعه، طبقه اجتماعی، قومیت فارس، میزان درآمد خانواده، حمایت اجتماعی، مشارکت اجتماعی و رابطه اجتماعی با سلامت عمومی رابطه مستقیمی دارند.

واژگان کلیدی

خودارزیابی سلامت، سرمایه اجتماعی، سلامت عمومی، مادران، شهر شیراز.

مقدمه و بیان مسئله

سلامت مادران و زنان در هر جامعه‌ای، به‌عنوان یکی از ارکان سلامت آن کشور محسوب می‌گردد. سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی زن، پایه سلامت جامعه است. توجه به سلامت زنان تنها توجه به سلامت نیمی از انسان‌ها نیست، بلکه توجه به سلامت نسل بشر است (ارسلانی و همکاران، ۱۳۹۲). سلامت درک‌شده توسط فرد از دیدگاه ذهنی یکی از مؤثرترین نوع تعیین‌کننده سلامت است. زیرا می‌تواند جنبه‌های مختلف سلامت یعنی سلامت جسمانی، اضطراب، اختلال کارکردی و افسردگی را دربر بگیرد. استفاده از روش خودارزیابی سلامت توسط افراد برای سنجش وضعیت سلامت آنها یک شاخص شناخته‌شده و بین‌المللی در پژوهش‌های همگانی و اپیدمیولوژی محسوب می‌شود. سازمان جهانی بهداشت در تعریفی سلامت را به‌عنوان حالتی از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی، نه صرفاً فقدان بیماری، تعریف می‌کند (سازمان بهداشت جهانی^۱، ۱۹۷۹).

از طرفی، بخش قابل توجهی از سلامت انسان را کیفیت روابط آنها با دیگران، گروه‌ها و نهادهای رسمی و غیررسمی تشکیل می‌دهد که از آن به‌عنوان سرمایه اجتماعی یاد می‌شود (سلطانی و جمالی، ۱۳۸۷). این گروسمن^۲ بود که برای اولین بار سلامت را به‌عنوان کالای

۱. World Health Organization

۲. Grossman



سرمایه‌ای در نظر گرفت که در تعیین مدت زمانی که افراد می‌توانند برای کسب درآمد و تولید صرف کنند، نقش مهمی ایفا می‌نماید (حیدری و همکاران، ۱۳۹۲).

از آنجا که سلامت متأثر از شرایط و مقتضات فرهنگی و اجتماعی است، عوامل گوناگونی نظیر سرمایه اجتماعی، سرمایه فرهنگی و سرمایه اقتصادی بر آن تأثیر می‌گذارند. از این میان، سرمایه اجتماعی به دلیل ماهیت و محتوا این توانایی را دارد تا در تحلیل‌های نظری حوزه سلامت به کار گرفته شود. چرا که داشتن رویکردی سلامت‌نگر به امور مستلزم نگرشی سامان‌مند و جامع است تا بتوان متناسب با واقعیت‌های اجتماعی، راهکارهای مناسبی ارائه داد (بهزاد، ۱۳۸۱). امروزه، بخش عظیمی از اشکال بیماری (اعم از روانی و جسمانی) در کشورهای در حال توسعه در ارتباط شدید با عوامل اجتماعی است. مشکلاتی چون فقر، شکست در تحصیلات، زندگی در محیط فیزیکی نامناسب و سطح بالایی عدم امنیت در جامعه (خشونت و تضادها) و عواملی چون حوادث منفی زندگی از جمله جدایی از والدین، از دست دادن کار و یا مهاجرت اجباری از عوامل اجتماعی هستند که تأثیرات زیادی بر سلامت افراد دارند (هارفام^۱، ۲۰۰۹). لذا از دهه ۱۹۹۰ محققان جامعه‌شناختی سلامت توجه زیادی به سرمایه اجتماعی معطوف نموده‌اند و دریافتند روابط و پیوستگی اجتماعی تأثیر چشمگیری بر هر دو بعد عینی (نداشتن بیماری) و ذهنی (احساس) سلامت دارد. با وجود این همبستگی قوی شاخص‌های سرمایه اجتماعی و همه ابعاد سلامت، چالش پیش‌روی دانشمندان و محققان این حوزه تبیین چرایی و چگونگی فرایند این همبستگی است (حیدری، ۱۳۹۴).

اما تمرکز مطالعات انجام شده در رابطه با سرمایه اجتماعی و سلامت در ایران بیشتر بر سطح کلان و با تکیه بر چند علت محدود است که از قابلیت تعمیم به سطح خرد برخوردار نیستند. ضمن این‌که، ارزیابی وضعیت سلامت مادران و ارتباط آن با سرمایه اجتماعی که نقش به‌سزایی در ارزیابی و اصلاح سیاست‌های اجرایی دولت به‌عنوان مهم‌ترین مجری برنامه‌های سلامت و ارتقای کیفیت زندگی دارد، مغفول مانده است. این در صورتی است که زنان و مادران در دسترسی به آموزش، مراقبت‌های بهداشتی، اطلاعات و خدمات بهداشتی درمانی مورد نیاز، از

^۱. Harpham

وضعیت یکسان با مردان برخوردار نیستند و هرچا این تفاوت بیشتر باشد، وضعیت کودکان و خانواده آنان وخیم‌تر است (سن و اوستلین^۱، ۲۰۰۸).

بر این اساس، پژوهش حاضر سعی نمود رابطه بین سرمایه اجتماعی و خودارزیابی سلامت مادران دارای کودک زیر دو سال در شهر شیراز را بررسی نماید تا پاسخگوی این سؤال اساسی باشد که سرمایه اجتماعی چگونه به صورت مستقیم و غیرمستقیم بر سلامت درک شده مادران از خود تأثیر می‌گذارد؟.

پیشینه تجربی

پژوهش‌های داخلی و خارجی مختلفی در زمینه سرمایه اجتماعی و سلامت وجود دارد که مهم‌ترین و جدیدترین آنها در ادامه مرور می‌شود.

حمزه گردشی و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهشی با عنوان سرمایه اجتماعی و سلامت زنان ایرانی، رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت زنان را مورد بررسی قرار داده‌اند. براساس یافته‌های این پژوهش، با افزایش با مشارکت اجتماعی، اعتماد و ارتباط با خانواده و دوستان، دستیابی به امکانات رفاهی، بهداشتی و آموزشی بیشتر شده و سطح سلامت زنان افزایش می‌یابد.

کریمی‌گوغری و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهشی با عنوان اثر مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی بر سلامت روان زنان روستایی و عشایری عضو صندوق‌های اعتبارات خرد نشان دادند که متغیرهای اعتماد اجتماعی، تعامل اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انسجام اجتماعی، مبادله اطلاعات با نظام اجتماعی و روابط غیررسمی با متغیر سلامت روان زنان همبستگی مثبت و معنی‌داری دارد.

^۱. Sen & Östlin



افشانی و شیرینی محمدآباد (۱۳۹۶) نیز در پژوهشی با عنوان «نقش سرمایه اجتماعی در ارتقای سلامت اجتماعی زنان شهر یزد» دریافتند ارتباط معنادار و مستقیمی بین سرمایه اجتماعی و ابعاد آن با سلامت اجتماعی وجود دارد.

رحیم‌آقایی و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهشی تحت عنوان ارتباط سرمایه اجتماعی و رفتار شهروندی سازمانی با سلامت عمومی پرستاران در بیمارستان‌های دولتی غرب مازندران چنین نتیجه گرفتند که بین سرمایه اجتماعی و رفتار شهروندی سازمانی با سلامت عمومی پرستاران ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد و افزایش سرمایه اجتماعی و رفتار شهروندی سازمانی میزان سلامت عمومی پرستاران را افزایش می‌دهد.

فیروزبخت و تیرگر (۱۳۹۵) نیز در پژوهشی با عنوان سرمایه اجتماعی محل کار و سلامت کارکنان نشان دادند سرمایه اجتماعی محل کار با بیماری‌هایی مانند بیماری قلبی، فشارخون بالا، دیابت و افسردگی کارکنان در ارتباط می‌باشد.

سفیری و شایسته (۱۳۹۴) نیز در پژوهشی تحت عنوان بررسی رابطه سرمایه اجتماعی خانواده با سلامت اجتماعی جوانان دریافتند سرمایه اجتماعی خانواده (سرمایه اجتماعی درونی و بیرونی) با سلامت اجتماعی جوانان رابطه مستقیم دارد.

از مطالعات خارج از ایران به موارد زیر می‌توان اشاره کرد:

گودمن و همکاران^۱ (۲۰۲۲) در پژوهشی با عنوان بدرفتاری با کودک، سرمایه اجتماعی، سلامت روان مادر و مدت زمان مشارکت در برنامه: ارزیابی از یک برنامه توانمندسازی مبتنی بر جامعه در کنیا چنین نتیجه گرفتند که برنامه‌های تأمین مالی خرد در ارائه مداخلات والدین، بهبود سلامت روان و تقویت سرمایه اجتماعی و تاب‌آوری نقش دارد.

^۱. Goodman et al

پالیدی و همکاران^۱ (۲۰۲۱) در پژوهشی با عنوان سرمایه اجتماعی به عنوان میانجی در پیوند بین مشارکت زنان در ورزش‌های تیمی و نتایج مرتبط با سلامت به بررسی این پرسش پرداختند که آیا مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی (حمایت اجتماعی، اعتماد و مشارکت اجتماعی) در ارتباط بین ورزش‌های تیمی و پیامدهای مرتبط با سلامت (خودارزیابی سلامت، علائم روانی و علائم افسردگی) نقش واسطه دارند؟ یافته‌های آنها نشان داد سرمایه اجتماعی، به‌ویژه حمایت و اعتماد اجتماعی در ارتقای سلامت زنانی که در ورزش‌های تیمی شرکت می‌کنند نقش مهمی دارد.

گو و ژو^۲ (۲۰۲۰) در پژوهشی با عنوان سرمایه اجتماعی و خودارزیابی سلامت: شواهد تجربی از چین نشان دادند از نظر روابط اجتماعی، استفاده از تلفن همراه می‌تواند سلامت مردان را بهبود بخشد. با این حال، این تأثیر در زنان ناچیز است. اما در رابطه بین اعتماد و خودارزیابی سلامت بین مردان و زنان تفاوت معناداری مشاهده نشد.

ویلاونگا و همکاران^۳ (۲۰۲۰) در پژوهشی با عنوان سرمایه اجتماعی و وضعیت سلامت: تفاوت‌های نژادی و قومیتی در افراد مسن از سال ۲۰۰۶ تا ۲۰۱۴ به بررسی نقش نهادهای سرمایه اجتماعی و خودارزیابی سلامت و تفاوت‌های آنها بر اساس نژاد در بزرگسالان پرداخته‌اند. نتایج این پژوهش نشان داد افرادی که دارای سطوح کلی حمایت اجتماعی مثبت و انسجام اجتماعی در محله خود بودند، ارزیابی سلامت بهتری از خود داشتند. همچنین، برخورداری از حمایت اجتماعی مثبت اختلال فیزیکی محله و سالمندان را کاهش می‌دهد.

^۱. Paldi et al

^۲. Gu & Zhu

^۳. Villalonga



پینیلوس و کاواچی^۱ (۲۰۱۸) در پژوهشی با عنوان رابطه بین سرمایه اجتماعی و خودارزیابی سلامت: تحلیل جنسیتی از ۱۷ کشور اروپایی به بررسی تفاوت‌های جنسیتی در سرمایه اجتماعی و شکاف گزارش مردان و زنان در خود ارزیابی سلامتی پرداخته و نشان دادند تفاوت‌های جنسیتی در ارزیابی گزارش سلامتی پاسخ‌گویان نقش اساسی دارد. اما از نظر سرمایه اجتماعی تفاوت‌های جنسیتی تفاوتی در گزارش وضعیت سلامتی ایجاد نمی‌کند.

چارچوب نظری

ریشه سرمایه اجتماعی را می‌توان در آثار مارکس یافت. او در کتاب سرمایه به مسئله همبستگی از روی اجبار و ضرورت که افراد در آن قرار می‌گیرند، پرداخته است. وی نشان داده که استفاده از انرژی جمعی و اتکا به پشتیبانی، در مناسبات جمعی به نحوی است که افراد را با نتایج مثبت یا منفی گرد هم جمع می‌آورد (اختر محقی، ۱۳۸۵). سپس، این اصطلاح توسط هانی فان^۲ از دانشگاه ویرجینیای غربی در سال ۱۹۱۶ به کار گرفته شد (ولکاک و نارایان^۳، ۱۳۸۴). بعد از هانی فان، مفهوم سرمایه اجتماعی تا دهه‌ها سال از صحنه مباحث غایب بود تا این که دوباره به وسیله جامعه‌شناسان شهری کانادایی در دهه ۱۹۵۰ استفاده شد و در دهه ۱۹۹۰ توسط جامعه‌شناسان فرانسوی و آمریکایی (توکویل^۴، بوردیو^۵، کلمن^۶ و پاتنام^۷) مورد توجه دوباره قرار گرفت.

بوردیو^۸ در تعریف سرمایه اجتماعی، آن را حاصل جمع منافع بالقوه و بالفعل می‌داند که نتیجه مالکیت شبکه بادوامی از روابط نهادی شده بین افراد و به عبارت ساده‌تر، عضویت در

^۱. Pinillos-Franco & Kawachi

^۲. Hani Fan

^۳. Woolcock & Narayan

^۴. Tocqueville

^۵. Bourdieu

^۶. Coleman

^۷. Putnam

^۸. Bourdieu

گروه است. البته سرمایه اجتماعی مستلزم شرایطی به مراتب بیش از وجود صرف شبکه پیوندها می‌باشد. در واقع، پیوندهای شبکه‌ای می‌بایست مثبت و مبتنی بر اعتماد و از نوع خاصی باشند (شارع‌پور، ۱۳۸۰). بورديو، سرمایه اجتماعی را مانند واحد پول در نظر گرفته که متشکل از منابعی مانند تعهد و اعتبار است. در تعریف پاتنام از سرمایه اجتماعی بر اساس منابع، آن را در رشد و توسعه اقتصادی کشور موثر می‌داند و به این لحاظ تعریف او جمعیتی بوده و سرمایه اجتماعی را به منزله دارایی گروه‌ها و جوامع تلقی می‌کند (پاتنام، ۱۳۸۰). وی برای سرمایه اجتماعی بر اساس نوع و ماهیت ارتباطات اجتماعی دو شکل: شمول‌آور (جمع کردن افراد در بخش‌های مختلف اجتماعی) و انحصاری (حفظ هویت‌های انحصاری و همگنی مانند سن، جنس و نظایر آن) در نظر می‌گیرد که هر کدام مفید هستند (فیلد^۱، ۱۳۸۵). پاتنام اعتماد را عنصر ضروری هنجارها می‌داند که حاصل شبکه‌های اجتماعی است و دو جزء اولیه که شبکه‌ها و هنجارها هستند به جای می‌گذارند. کلمن در دیدگاهی مشابه با بورديو، تعریف کارکردی از سرمایه اجتماعی ارائه می‌کند. وی با تکیه بر ساختارهای اجتماعی بر این باور است که سرمایه اجتماعی به وسیله کارکردش مشخص می‌شود. از نظر وی سرمایه اجتماعی دارای منبعی اجتماعی - ساختاری است، که دارایی و سرمایه افراد محسوب می‌شود. فوکویاما^۲ مانند پاتنام سرمایه اجتماعی را در سطح کلان بررسی می‌کند. وی معتقد است سرمایه اجتماعی شکل و نمونه ملموسی از هنجارها و ارزش‌های غیررسمی است که باعث ترویج همکاری و تعامل بین دو یا چند نفر می‌شود (فوکویاما، ۱۳۸۴). وی خانواده را یکی از منابع تولید سرمایه می‌داند و برای سرمایه دو ویژگی برمی‌شمارد؛ نخست، این‌که سرمایه متعلق به گروه‌هاست و نه افراد، دوم این‌که سرمایه را لزوماً امر مطلوبی نمی‌داند و معنا پیدا کردن هنجارهای تشکیل‌دهنده سرمایه اجتماعی را سهم افراد در قالب گروه مانند

۱. Field

۲. Fukuyama



گروه دولتی یا سازمان‌های غیردولتی شبکه یا یک ملت می‌داند (شارع‌پور، ۱۳۸۵). لین^۱ مفهوم سرمایه اجتماعی را به مثابه منابع نهفته در ساختارهای اجتماعی تعریف می‌کند که با کنش‌های هدفمند به دست می‌آید. به اعتقاد وی کنش کیفی دارای سه نوع سود شامل سلامت جسمانی (حفظ توان کارکردی جسمانی و رهایی از بیماری و آسیب بدنی)، سلامت روانی (پایداری در برابر تنش‌ها و حفظ تعادل عقلی و احساسی)، و رضایت از زندگی (خوش‌بینی و رضایت از عرصه‌های مختلف زندگی: خانواده، ازدواج، کار و جامعه) است.

تعریف کردن سلامت در هر جامعه‌ای به حس مشترک و فرهنگ آن‌ها بستگی دارد و درک‌های متفاوتی از آن در جوامع و گروه‌های گوناگون اظهار شده است (رفیعی و اکبریان، ۱۳۸۹: ۱). از این‌رو، در دوره‌های مختلف رویکردهای گوناگونی از سلامت ارائه گردیده است. تبیین الگوی پزشکی که تمرکز آن بر فرایندهای زیست‌شناختی است، از بیماری این است که اندام‌ها، سلول‌ها و سیستم‌های زیست‌شناختی بدکار می‌کنند. الگوی محیطی که در مقایسه با الگوی پزشکی بیشتر بر عوامل زیست‌پزشکی تمرکز دارد، بر شرایط خارج از فرد (آب و هوا، شرایط زندگی در معرض مواد مضر قرار گرفتن، شرایط اقتصادی و اجتماعی و نظام مراقبت از سلامت) تأکید دارد. این الگو بر اساس این نظر استوار است که در صورت تغییر شرایط اگر کیفیت سازگاری فرد با محیط بالا باشد به معنی سالم بودن فرد است. الگوی کلی‌نگر بر حالت بهینه و رفتارهای مثبت در افراد تمرکز دارد و سلامت را فقط سلامت جسمانی نمی‌داند؛ بلکه بر حسب کلیت شخص، شامل جنبه‌های جسمانی، روانی، اجتماعی، هیجانی و معنوی فرد و همچنین محیط است. از نظر این الگو سلامت ایستا نیست، بلکه فرایندی پویا است.

^۱. Lin

چارچوب نظری این پژوهش بر پایه نظریه لین قرار دارد که سرمایه اجتماعی را به مثابه منابع نهفته در ساختارهای اجتماعی معرفی می‌کند که با کنش‌های هدفمند به دست می‌آیند. همان‌گونه که پیش‌تر عنوان شد به اعتقاد لین، کنش کیفی دارای سه نوع سود: سلامت جسمانی (حفظ توان کارکردی جسمانی و رهایی از بیماری و آسیب بدنی)، سلامت روانی (پایداری در برابر تنش‌ها و حفظ تعادل عقلی و احساسی)، و رضایت از زندگی (خوش‌بینی و رضایت از عرصه‌های مختلف زندگی: خانواده، ازدواج، کار و جامعه) است. طبق نظر کلمن (۱۳۷۷) و لین (۱۹۹۹)، روابط اجتماعی با سرمایه اجتماعی فراوان از پیوندهای قوی و اعتماد متقابل محکمی برخوردار خواهد بود که به‌عنوان سد محافظتی در برابر بیماری‌های روانی و اجتماعی عمل خواهد نمود. لذا جوامعی که سرمایه اجتماعی بالایی دارند از سلامت روانی و جسمی بیشتری برخوردارند.

روش پژوهش

این مطالعه با رویکرد کمی و با استفاده از روش پیمایش انجام شده است. اطلاعات مورد نیاز با استفاده از ابزار پرسشنامه جمع‌آوری شد. جامعه آماری پژوهش شامل مادران دارای کودک کمتر از دو سال شهر شیراز بود که براساس داده‌های سرشماری سال ۱۳۹۵ به تعداد ۳۵۷۹۶ نفر برآورد شد. برای تعیین حجم نمونه از فرمول کوکران و روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده شد و اطلاعات با مراجعه به مراکز بهداشت در سطح شهر شیراز به دست آمد. برای پاسخگویی فرضیه‌های تحقیق و گردآوری اطلاعات مورد نیاز در این پژوهش، از پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت عمومی (GHQ) گلدبرگ استفاده شد. پایایی پرسشنامه سلامت عمومی توسط تقوی (۱۳۸۰) براساس سه روش بازآزمایی، دونیمه کردن و آلفای کرونباخ مورد بررسی گرفته که به ترتیب ضرایب پایایی ۹۳، ۷۰ و ۹۰ درصد به دست آمد. برای سنجش سرمایه اجتماعی، پرسشنامه سرمایه اجتماعی اونیکس و بولن مورد استفاده قرار گرفت. به‌طور کلی، پرسشنامه به‌کارگرفته شده چند بخش شامل سوالات زمینه‌ای و جمعیت‌شناختی، سوالات مربوط به سنجش



سرمایه اجتماعی، سلامت عمومی، وضعیت شخص در اجتماع و وضعیت دریافت حمایت اجتماعی در ارتباط با خانواده، دوستان و آشنایان بود. برای تعیین اعتبار از تکنیک روایی صوری استفاده شد و پرسشنامه توسط اساتید مختلف مورد ارزیابی قرار گرفت. برای سنجش میزان پایایی متغیرهای اصلی از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد که نتایج به شرح جدول ۱ نشان داد همسانی درونی یا ثبات درونی داده‌ها تأیید می‌گردد.

جدول ۱. ضریب آلفای کرونباخ متغیرهای مستقل و وابسته تحقیق

متغیر	ابعاد متغیر	آلفای کرونباخ
سلامت عمومی	سلامت جسمی	۰/۸۰
	اضطراب و اختلال در خواب	۰/۸۴
	اختلال در کارکرد اجتماعی	۰/۷۰
	افسردگی	۰/۸۵
سرمایه اجتماعی	اعتماد اجتماعی	۰/۵۰
	مشارکت اجتماعی	۰/۸۴
	روابط اجتماعی	۰/۶۸
	حمایت اجتماعی	۰/۸۹

منبع: یافته‌های پژوهش

یافته‌های پژوهش

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه مورد مطالعه در جدول ۲ ارائه شده که نشان می‌دهد ۵۰ درصد مادران و ۴۴ درصد همسرانشان دارای تحصیلات دبیرستان می‌باشند. ۳۹ درصد آنها در خانواده‌های ۴ نفره زندگی می‌کنند. ۳۰ درصد آنها در سنین بین ۲۰ تا ۲۴ سال ازدواج کرده‌اند و ۸۶ درصد آنان خانه‌دار هستند. ۲۶ درصد دارای بارداری ناخواسته، و ۳۰ درصد دارای سابقه

سقط بودند. ۴۴ درصد آنها حداقل دو فرزند زنده به دنیا آورده‌اند و ۴۶ درصد خود را در طبقه اجتماعی متوسط روبه‌پایین ارزیابی کرده‌اند. ۶۲/۹ درصد از پاسخ‌گویان از سرمایه اجتماعی متوسط، ۸۳ درصد از اعتماد اجتماعی بالا و ۸۹ درصد از مشارکت اجتماعی پایین برخوردارند.

جدول ۲. توصیف ویژگی‌های نمونه مورد مطالعه

سطح تحصیلات	فراوانی	درصد	سطح تحصیلات همسر	فراوانی	درصد
بی‌سواد	۲	۰/۵	بی‌سواد	۲	۰/۵
ابتدایی و راهنمایی	۲۷	۲۲/۶	ابتدایی و راهنمایی	۱۲۰	۳۰/۲
دبیرستان	۲۰۰	۵۰/۳	دبیرستان	۱۷۵	۴۴/۰
دیپلم	۸۷	۲۱/۹	دیپلم	۷۱	۱۷/۸
دانشگاهی	۱۸	۴/۲	دانشگاهی	۲۹	۷/۱
تعداد اعضای خانواده			فرزند زنده متولد شده		
۲	۱۰	۲/۵	۱	۱۵۰	۳۷/۷
۳	۱۵۱	۳۸/۱	۲	۱۷۵	۴۴/۰
۴	۱۵۶	۳۹/۴	۳ و بیشتر	۷۲	۱۴/۶
۵ و بیشتر	۸۰	۲۰	۴ و بیشتر	۱۴	۳/۵
سن ازدواج			وضعیت اشتغال		
۱۵-۱۱	۱۸	۴/۵	آزاد	۱۲	۳/۰
۱۹-۱۵	۱۳۱	۳۳/۰	دولتی	۲۳	۵/۷
۲۴-۲۰	۱۶۹	۴۲/۶	خصوصی	۹	۲/۲
۲۹-۲۵	۶۴	۱۶/۱	دانشجو	۸	۲/۰
۳۰ و بیشتر	۱۱	۲/۹	خانه‌دار	۳۴۴	۸۶/۶
بارداری ناخواسته			قومیت		
بله	۱۰۴	۲۶/۱	فارس	۲۹۹	۷۵/۳
خیر	۲۹۳	۷۳/۹	ترک	۴۵	۱۱/۳
سابقه سقط			لر	۳۸	۹/۵
بله	۱۲۱	۳۰/۴	سایر اقوام	۱۵	۳/۷



			۶۹/۶	۲۷۶	خیر
		اعتماد اجتماعی			سرمایه اجتماعی کل
-	-	پایین	۲۱/۹	۸۷	پایین
۱۷/۱	۶۸	متوسط	۶۲/۹	۲۵۰	متوسط
۸۲/۹	۳۲۹	بالا	۱۵/۱	۶۰	بالا
		رابطه اجتماعی			مشارکت اجتماعی
۱۱/۳	۴۵	رابطه بالا	۱/۱	۴	مشارکت بالا
۵۱/۸	۲۰۶	رابطه متوسط	۱۰/۰	۴۰	مشارکت متوسط
۳۶/۹	۱۴۵	رابطه ضعیف	۸۸/۹	۳۵۳	مشارکت پایین

منبع: یافته‌های پژوهش

نتایج توصیفی تجزیه و تحلیل مؤلفه‌های سلامت عمومی در جدول ۳ نشان می‌دهد ۸۴/۵ درصد از مادران سلامت عمومی متوسط و قابل قبولی برخوردارند و ۵۹ درصد مادران دارای سلامت جسمانی متوسط، ۶۱ درصد دارای علایم متوسط از نظر اضطراب و اختلال در خواب، و ۷۱ درصد دارای علایم افسردگی ضعیف هستند.

جدول ۳. توزیع فراوانی و درصدی متغیر وابسته سلامت عمومی

درصد	فراوانی	سلامت جسمانی	درصد	فراوانی	سلامت عمومی کل
۲۳/۶	۹۴	سلامت جسمی بالا	۶/۵	۲۶	سلامت بالا
۵۹/۴	۲۳۶	سلامت جسمی متوسط	۸۴/۵	۳۳۵	سلامت متوسط
۱۶/۹	۶۷	سلامت جسمی پایین	۹/۰	۳۶	سلامت ضعیف
	تعداد	اضطراب و اختلال در خواب	درصد	تعداد	افسردگی
۱۷/۶	۷۰	علایم ضعیف	۷۱/۲	۲۸۳	افسردگی ضعیف
۶۱/۵	۲۴۴	علایم متوسط	۲۵/۱	۱۰۰	افسردگی متوسط
۲۰/۹	۸۳	علایم بالا	۳/۷	۱۴	افسردگی بالا

منبع: یافته‌های پژوهش

یافته‌های استنباطی

نتایج رابطه همبستگی بین برخی متغیرهای مستقل و مؤلفه‌های سلامت عمومی مادران به شرح جدول ۴ نشان می‌دهد ضریب همبستگی اسپیرمن رابطه بین تحصیلات مادران و سلامت عمومی کل برابر با ۰/۰۶۹ است، اما معنادار نیست. همچنین، تحصیلات مادران با ابعاد سلامت هم ارتباط معناداری ندارد. ارتباط تحصیلات همسر با سلامت عمومی با ضریب همبستگی ۰/۰۹۶ اگرچه رابطه ضعیفی را نشان می‌دهد، اما به لحاظ آماری معنادار است. رابطه بین تحصیلات همسر پاسخ‌گو با ابعاد سلامت عمومی، تنها با علایم افسردگی و با ضریب همبستگی اسپیرمن ۰/۱۲۴- معنادار است.

جدول ۴. رابطه همبستگی بین متغیرهای مستقل تحقیق با ابعاد مختلف سلامت عمومی

متغیرها	سلامت عمومی	ضعف جسمانی	اضطراب و اختلال در خواب	علایم افسردگی
تحصیلات	-۰/۰۶۹	-۰/۰۶۲	-۰/۰۵۱	-۰/۰۷۵
تحصیلات همسر	-۰/۰۹۶*	-۰/۰۹	-۰/۰۷۰	-۰/۱۲۴**
سن ازدواج	-۰/۰۵۲	-۰/۰۶۵	-۰/۰۳۵	-۰/۰۳۴
تعداد فرزندان	۰/۰۵۷	/۰۶۴	۰/۰۶۳	۰/۰۲۹
درآمد	-۰/۱۳۱	-۰/۱۳۵	-۰/۰۹۶	۰/۲۶۵
اعتماد اجتماعی	۰/۰۰۲	۰/۰۲۶	۰/۰۲۶	-۰/۰۴۸
ارتباط اجتماعی	۰/۲۳۷**	۰/۱۹۹**	۰/۱۷۶**	۰/۱۳۳**
مشارکت اجتماعی	۰/۲۴۴**	۰/۱۷۱**	۰/۱۸۹**	۰/۱۳۰**
حمایت اجتماعی	۰/۲۴۴**	۰/۱۷۱**	۰/۱۸۹**	۰/۱۳۰**

* معناداری در سطح کمتر از ۰/۰۵ / ** معناداری در سطح کمتر از ۰/۰۱

منبع: یافته‌های پژوهش



بین متغیرهای سن ازدواج، تعداد فرزندان و درآمد با سلامت عمومی و ابعاد آن رابطه معناداری یافت نشد. رابطه بین میزان رابطه اجتماعی و ابعاد چهارگانه سلامت عمومی مادران معنی دار است. به این معنی که هر قدر رابطه اجتماعی مادران بیشتر باشد سلامت آنها در همه ابعاد بیشتر است. این رابطه همچنین در ارتباط با متغیرهای مشارکت اجتماعی و حمایت اجتماعی نیز وجود دارد (جدول ۴).

نتایج آزمون واریانس یک طرفه ارتباط متغیرهای مقوله‌ای با سلامت عمومی و ابعاد آن و مقایسه میانگین متغیر مستقل بر حسب متغیر وابسته با استفاده از آزمون F به شرح جدول ۵ نشان می‌دهد طبقه اجتماعی در ارتباط با همه مولفه‌های سلامت عمومی ضرایب معناداری دارد. به عبارت دیگر، میانگین سلامت عمومی و ابعاد آن در طبقات مختلف متغیر طبقه اجتماعی متفاوت است. در ارتباط با متغیر وضعیت اشتغال هیچ‌گونه تفاوتی بین سلامت عمومی و ابعاد آن در طبقات مختلف وضعیت اشتغال مشاهده نشد. در ارتباط با متغیر قومیت نیز تنها بعد علائم افسردگی تفاوت معناداری را نشان می‌دهد.

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل واریانس (آزمون F) ارتباط متغیرهای مقوله‌ای تحقیق و سلامت عمومی

متغیرها	سلامت عمومی	ضعف جسمانی	اضطراب و اختلال در خواب	علائم افسردگی
طبقه اجتماعی	**۸/۰۱	**۸/۹۴	**۳/۹۸	*۲/۹۲
وضعیت اشتغال	۰/۹۱۳	۰/۸۳۹	۰/۸۶۹	۰/۷۴۲
قومیت	۱/۳۱	۰/۳۷	۱/۲۷	۲/۵۶*
* معناداری در سطح کمتر از ۰/۰۵ / *** معناداری در سطح کمتر از ۰/۰۱				

منبع: یافته‌های پژوهش

آماره‌های مربوط به تبیین متغیر وابسته (سلامت عمومی) بر اساس متغیرهای مستقل جمعیتی با استفاده از معادله رگرسیون چندمتغیره به روش خطی در جدول ۶ نشان می‌دهد از بین

متغیرهای جمعیتی وارد شده هیچ تغییری تأثیر پایداری ندارد و مدل با سطح معناداری ۰/۲۸۵ معنادار نیست.

جدول ۶. مدل تحلیل رگرسیون سلامت عمومی از طریق متغیرهای جمعیتی

متغیر	ضریب رگرسیون استاندارد (بتا)	آزمون T	سطح معناداری
سن ازدواج	۰/۰۰۲	۰/۰۳۰	۰/۱۶۰
بارداری ناخواسته	-۰/۰۳۳	-۰/۶۱۱	۰/۵۴۲
سابقه سقط	-۰/۰۳۶	-۰/۶۷۷	۰/۴۹۹
فرزند زنده	۰/۱۰۴	۱/۶۹۵	۰/۰۹۱
روش زایمان	۰/۰۶۸	-۱/۳۲۰	۰/۱۸۸
ضریب همبستگی چندگانه	ضریب تعیین R2	آزمون F	سطح معناداری
۰/۱۵۷	۰/۰۲۵	۱/۲۲۲	۰/۲۸۵

منبع: یافته‌های پژوهش

آماره‌های مربوط به تبیین متغیر وابسته (سلامت عمومی) براساس متغیرهای مستقل اقتصادی و اجتماعی به شرح جدول ۷ است. در این جدول، متغیرهای تحصیلات مادر و تحصیلات همسر به متغیر تصنعی دووجهی تبدیل شده‌اند. متغیرهای وضعیت اشتغال، طبقه اجتماعی و قومیت نیز به متغیر دو وجهی تبدیل شده‌اند. همان‌طور که نتایج مشاهده می‌شود از بین متغیرهای اجتماعی و اقتصادی تحصیلات مادر و تحصیلات همسر با بتای ۰/۲۳۳- و ۰/۲۳۶- نسبت به مرجع تحصیلات دانشگاهی اثر معناداری را نشان می‌دهند. متغیرهای میزان مطالعه، بودن در طبقه بالا، فارس بودن و میزان درآمد هم اثر معناداری را نشان می‌دهند. با توجه به آزمون f مدل معنادار است و ۱۳ درصد واریانس در متغیر سلامت عمومی را تبیین می‌کند.



جدول ۷. مدل تحلیل رگرسیون چندگانه سلامت عمومی از طریق متغیرهای اجتماعی و اقتصادی

متغیر	ضریب رگرسیون استاندارد (بتا)	آزمون T	سطح معناداری
(تحصیلات مادر)			
راهنمایی و ابتدایی	-۰/۲۱۹	-۱/۹۴۶	۰/۰۵۲
دبیرستان و دیپلم	-۰/۲۳۳	-۲/۱۵۰	۰/۰۳۲
(تحصیلات همسر)			
راهنمایی و ابتدایی	-۰/۲۳۶	-۲/۳۷۶	۰/۰۱۸
دبیرستان دیپلم	-۰/۱۶۰	-۱/۶۸۰	۰/۰۹۴
میزان مطالعه	۰/۱۹۴	۲/۳۲۵	۰/۰۲۱
طبقه بالا	۰/۱۸۵	۳/۷۴۴	۰/۰۰۰
قومیت (فارس بودن)	۰/۱۰۷	۲/۲۳۹	۰/۰۲۶
میزان درآمد خانواده	۰/۰۹۷	-۱/۷۸۶	۰/۰۷۵
ضریب همبستگی چندگانه R	ضریب تعیین R ²	آزمون F	سطح معناداری
۰/۳۶۴	۰/۱۰۳	۴/۴۹۳	۰/۰۰۰

منبع: یافته‌های پژوهش

نتایج آزمون رگرسیون چندمتغیره برای تبیین سلامت عمومی توسط ابعاد مختلف متغیر سرمایه اجتماعی در جدول ۷ نشان می‌دهد در بین متغیرها، حمایت اجتماعی دارای بیشترین تأثیر است. پس از آن مشارکت اجتماعی و روابط اجتماعی با ضریب بتای ۰/۱۲۴ و ۰/۱۱۷ به ترتیب عوامل تعیین‌کننده هستند. ضریب همبستگی چندگانه برابر با ۰/۳۹۲ درصد نشان‌دهنده همبستگی قوی بین مقدار واقعی و مقدار مشاهده شده متغیر ملاک است. مقدار ضریب تبیین مدل نشان می‌دهد که ۰/۱۵ تغییرات متغیر وابسته توسط این مدل تبیین می‌شود.

جدول ۸. مدل تحلیل رگرسیون چندگانه سلامت عمومی از طریق متغیرهای سرمایه اجتماعی

متغیر	ضریب رگرسیون استاندارد (بتا)	آزمون T	سطح معناداری
اعتماد اجتماعی	۰/۰۳۰	-/۶۲۸	۰/۵۳۰
روابط اجتماعی	۰/۱۱۷	۲/۲۲۳	۰/۰۲۷
مشارکت اجتماعی	۰/۱۲۴	۲/۳۴۱	۰/۰۲۰
حمایت اجتماعی	۰/۲۷۹	۵/۶۴۹	۰/۰۰۰
ضریب همبستگی چندگانه R	ضریب تعیین R ²	آزمون F	سطح معناداری
۰/۳۹۲	۰/۱۵۴	۱۷/۸۲۰	۰/۰۰۰

منبع: یافته‌های پژوهش

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش رابطه بین سرمایه اجتماعی و خودارزیابی سلامت مادران بررسی شد. نتایج تحلیل رگرسیون برای متغیرهای مستقل در سه بخش متغیرهای جمعیتی، متغیرهای اجتماعی و اقتصادی و متغیر سرمایه اجتماعی در ارتباط با متغیر وابسته سلامت عمومی سنجیده شد. از بین متغیرهای اقتصادی اجتماعی، تحصیلات، درآمد، میزان مطالعه، بودن در طبقه بالا و فارس بودن، طبقه اجتماعی و قومیت فارس اثر معناداری بر سلامت عمومی نشان دادند. رابطه تحصیلات با سلامت هم‌راستا با مطالعه کریمی‌گوغری و همکاران (۱۳۹۷)، فرهنگد و همکاران (۱۳۹۵) و حسینی و همکاران (۱۳۸۸) است. رابطه میزان مطالعه و سلامت با مطالعات مستی و فخرایی (۱۳۹۳)، سام‌آرام فیروزبخت و تیرگر (۱۳۹۵) و باستانی و همکاران (۱۳۸۹) هم‌راستا است. در مطالعه کامران و ارشاد (۱۳۸۸)، موحد و همکاران (۱۳۹۴) و پرویزی و همکاران (۱۳۸۷) نیز رابطه طبقه اجتماعی و سلامت تأیید شده است. رابطه قومیت و سلامت در مطالعه هداونداول و همکاران (۱۳۹۶)، احمدی و همکاران (۱۳۹۰) و کرمی و همکاران (۱۳۹۴) تأیید شده است.

از بین متغیرهای سرمایه اجتماعی متغیر، حمایت اجتماعی، مشارکت اجتماعی و ارتباط



اجتماعی رابطه معنی‌داری با سلامت عمومی داشتند. در مطالعه تذکر (۱۳۹۵)، کدخدازاده (۱۳۹۲) و باباپور (۱۳۹۲) رابطه حمایت اجتماعی با سلامت معنادار بوده است. در مطالعه یزدانی (۱۳۸۹) و محمدی‌شاه‌بلاغی و همکاران (۱۳۹۲) رابطه مشارکت اجتماعی و سلامت تأیید شده است و در مطالعه فردی‌نژاد و احدی (۱۳۹۲)، برومندنسب و همکاران (۱۳۹۳) و قربانی و همکاران (۱۳۸۵) نیز ارتباط اجتماعی و سلامت رابطه معناداری داشته‌اند.

یافته‌های پژوهش، رابطه بین ارتباط اجتماعی و سلامت مادران را تأیید می‌کند. نقش ارتباط اجتماعی را می‌توان در سلامت جسمانی، اضطراب و اختلال، و افسردگی مادران مشاهده کرد. به تعبیر بورديو سرمایه اجتماعی، محصول نوعی سرمایه‌گذاری فردی یا جمعی، آگاهانه یا ناخواه‌آگاه است که به دنبال تثبیت یا بازتولید روابط اجتماعی است، که مستقیماً در کوتاه مدت یا بلندمدت قابل استفاده هستند. لین سرمایه‌گذاری افراد را در روابط و شبکه‌های اجتماعی را منبع سه نوع سرمایه اقتصادی، سیاسی و اجتماعی می‌داند که دارای سه نوع سود، سلامت جسمانی، سلامت روانی و رضایت از زندگی است. رابطه بین مشارکت اجتماعی و سلامت مادران در تمام ابعاد سلامت عمومی تأیید شده است. منظور از مشارکت در این پژوهش، مشارکت خانوادگی، مشارکت محلی، مشارکت تفریحی، فرهنگی، مذهبی و مدنی است. این نتایج با نظر بورديو که سرمایه اجتماعی را حاصل منافع بالقوه و بالفعل ناشی از مالکیت شبکه بادوامی از روابط نهادی شده بین افراد می‌داند، همسو می‌باشد. پاتنام سرمایه اجتماعی را ارتباط بین افراد و شبکه‌های مشارکت مدنی - اجتماعی می‌داند که باعث همبستگی مثبت بین متغیرهای سلامت و احساس خوشبختی از زندگی می‌شود. رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت مادران تأیید شده است. حمایت اجتماعی در سه بعد حمایت عاطفی، حمایت ابزاری و حمایت اطلاعاتی سنجیده شده است. از نظر لین کارکردهای حمایت‌های ابزاری و عاطفی به‌عنوان کارکردهای حمایت اجتماعی تلقی می‌شوند. حمایت واقعی عبارت است از انواع و فراوانی تعاملات حمایتی خاص که فرد در روابط اجتماعی در قالب آنها کمک‌های ابزاری، اطلاعاتی و عاطفی را از دیگران دریافت می‌کند.

با توجه به یافته‌های تحقیق پیشنهاد می‌شود با ایجاد کلاس‌های آموزشی و آماده کردن زنان برای برعهده گرفتن نقش‌ها رسمی و غیررسمی، زمینه مشارکت اجتماعی زنان فراهم گردد.

همچنین بر مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی مادران تمرکز بیشتری شود. با توجه به نقش اعتماد اجتماعی در ایجاد سلامت زنان، ایجاد شبکه‌های اجتماعی غیررسمی و افزایش انجمن‌های اجتماعی و اقتصادی توصیه می‌شود. تلاش برای فراهم کردن دسترسی مادران به خدمات بهداشتی سلامت و سرمایه اجتماعی از طریق تدوین قوانین کشوری و برنامه‌ریزی کلان در سطح جامعه در دستور کار قرار گیرد.

به تحقیقات آتی نیز پیشنهاد می‌شود عملکرد برنامه‌های خدمات سلامت ارزیابی و عوامل ایجاد سرمایه اجتماعی در سطح کشور شناسایی شود و نتایج با کشورهای دیگر مقایسه گردد. در پایان باید اشاره شود انجام این پژوهش مانند هر پژوهش دیگری با محدودیت‌های همراه بود. از جمله، دسترسی به گروه نمونه در محیط بیمارستان و اقناع برخی از آنها برای پاسخ‌گویی به سوالات پرسشنامه با سختی امکان‌پذیر شد. مشکلات مربوط به گرفتن معرفی‌نامه برای ورود به مراکز بهداشت مرتبط با دانشگاه علوم پزشکی و بعضاً عدم همکاری آن‌ها، پژوهش‌گر را با مشکل و گاهی ناامیدی مواجه می‌کرد. عدم اعتماد شهروندان و نداشتن انگیزه برای صرف وقت و پاسخ‌گویی به سؤالات، روند جمع‌آوری داده را با مشکل مواجه می‌کردند.



منابع

- اختر محقق، مهدی. (۱۳۸۵). سرمایه اجتماعی، تهران، نشر مولف.
- ارسلانی، غلامعلی، سجادی، حمیرا، رفیعی، حسن و حبیب پورگنابی، کرم. (۱۳۹۲). رابطه سلامت مادران با کیفیت زندگی در استان‌های جمهوری اسلامی ایران. *رفاه اجتماعی*، ۱۳(۵۱)، ۲۵-۴۲.
- افشانی، سیدعلیرضا و شیری محمدآباد، حمیده. (۱۳۹۶). نقش سرمایه اجتماعی در ارتقای سلامت اجتماعی زنان شهر یزد. *پژوهش‌نامه زنان*، ۸(۲۲)، ۱-۲۰.
- حمزه گردشی، زینب، کلانتری، فرشته، باکوئی، فاطمه، مرادی، سیاوش، پیوندی، سپیده و زمانیان، مرضیه. (۱۳۹۸). سرمایه اجتماعی و سلامت زنان ایرانی، مطالعه مروری دامنه‌ای. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۹(۱۸۱)، ۱۷۱-۱۶۲.
- حیدری، حسن، فعالجو، حمیدرضا، نظریان، علمناز و محمدزاده، یوسف. (۱۳۹۲). سرمایه اجتماعی، سرمایه سلامت و رشد اقتصادی در کشورهای خاورمیانه. *پژوهش‌های رشد و توسعه اقتصادی*، ۳(۱۱)، ۵۷-۷۴.
- رحیم‌آقایی، فلورا، هویدا، فاطمه و حاتمی پور خدیجه. (۱۳۹۶). ارتباط سرمایه اجتماعی و رفتار شهروندی سازمانی با سلامت عمومی پرستاران در بیمارستان‌های دولتی غرب مازندران، *روان پرستاری*، ۵(۴)، ۱-۷.
- رضایی، حسن. (۱۳۸۷). مقایسه سطح بهداشت روانی موسیقیدانان و افراد عادی. *پند/رنو*، ۱(۴)، ۲۸-۴۳.
- سفیری، خدیجه و شایسته سولماز. (۱۳۹۴). بررسی رابطه سرمایه اجتماعی خانواده با سلامت اجتماعی جوانان. *مددکاری اجتماعی*، ۴(۳)، ۵-۱۷.

سلطانی، طاهره و جمالی، مژده. (۱۳۸۷). بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روانی، مورد مطالعه: دانشجویان دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه شیراز. *فرآیند مدیریت و توسعه*، ۲۱(۲-۳)، ۱۰۸-۱۲۱.

شارع‌پور، محمود. (۱۳۸۰). فرسایش سرمایه اجتماعی و پیامدهای آن، *نامه انجمن جامعه‌شناسی ایران*، ۳(۳)، ۱۰۱-۱۱۲.

فیروزبخت، مژگان و تیرگر، آرام. (۱۳۹۶). سرمایه اجتماعی محل کار و سلامت کارکنان: مطالعه مروری سیستماتیک. *مجله ارگونومی*، ۵(۱)، ۱۸-۲۵.

کریمی‌گوغری، حمید، حلاج، زینب و ولی‌زاده، ناصر. (۱۳۹۷). اثر مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی بر سلامت روان زنان روستایی و عشایری عضو صندوق‌های اعتبارات خرد (مورد مطالعه: استان کرمان). *پژوهش‌های روستایی*، ۹(۲)، ۲۱۰-۲۲۱.

Field, J. (2006). *Social Capital*, translated by Ahmad Reza Asgharpour, University Ferdowsi of Mashhad.

Goodman, M. L., Temple, J. R., Elliott, A. J., Seidel, S. E., Gitari, S. & Raimer-Goodman, L. A. (2022). Child maltreatment, social capital, maternal mental health and duration of program involvement: Assessment from a community-based empowerment program in Kenya. *Journal of Family Violence*, 1-11.

Giordano, G. N., Björk, J. & Lindström, M. (2012). Social capital and self-rated health—a study of temporal (causal) relationships. *Social Science & Medicine*, 75(2), 340-348

Fukuyama, F. (2005) *Social capital and civil society*, *Social Capital and Civil Society*, Collection of Social Capital Articles, Tehran: Shirazeh.

Hamzehgardeshi, Z., Kalantari, F., Bakouei, F., Moradi, S., Peyvandi, S. & Zamaniyan, M. (2020). Social capital and health of Iranian women: A scoping review study. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 29(181), 162-171. (In Persian)

Behzad, D. (2003) *Social Capital, as a Context for Mental Health Promotion*. *Refahj*, 2(6), 43-53. (In Persian)



- Firoozbakht, M. & Tirgar, A. (2016). Workplace social capital and employee health: A systematic review study. *Journal of Ergonomics*, 5(1), 18-25. (In Persian)
- Arsalani, G., Sajjadi, H., Rafiey, H. & Habbibpor, K. (2014) Maternal health, quality of life and their relationship in Iran's provinces. *Refahj*, 13(51), 25-41. (In Persian)
- Afshani, A. & Shiri Mohamdabadi, H. (2018). The role of social capital in promoting social health of women in Yazd. *Women Studies*, 8(22), 1-20. (In Persian)
- Gu, J. & Zhu, R. (2020). Social capital and self-rated health: empirical evidence from china. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), 9108 .
- Onyx, J. & Bullen, P. (2000). Measuring social capital in five communities. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 36(1), 23-42.
- Rimaz, S., Moradi, Y. & Abolghasemi, J. (2015). Investigating the components of social capital in women heads of households. *Razi Journal of Medical Sciences*, 22(134), 76-83. (In Persian)
- Sharipour, M. (2006). Erosion of social capital: Conceptualization, measurement and implications of policy-making, Mazandaran: Management and Planning Organization, 25-40. (In Persian)
- Shokrbeigi, A. (2007). Sociological study of the social capital of the Iranian family, the site of the scientific and independent. *Journal of Iranian Sociology*. (In Persian)
- Harpham, T. (2009). Urban health in developing countries: what do we know and where do we go? *Health & place*, 15(1), 107-116 .
- Organization, W. H. (2001). The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope .
- Rahimaghaee, F., Hoveida, F. & Hatamipour, K. (2017). The relationship between social capital and organizational citizenship behavior with nurses' general health in governmental hospitals of west Mazandaran. *IJPN*. 5(4), 1-7. (In Persian)
- Sharipour, M. (2001). Erosion of social capital and its consequences. *Journal of the Iranian Sociological Association*, 3(3), 101-112. (In Persian)
- Akhtar Mohagheghi, M. (2006). *Social Capital*. Tehran, Author Publishing. (In Persian)
- Karimi Gougheri, H., Hallaj, Z. & Valizadeh, N. (2017). The effects of social capital components on the mental health of rural and nomadic women a case of the members of micro-credit funds in Kerman province. 9(2), 210-221. (In Persian)
- Paldi, Y., Moran, D. S., Baron-Epel, O., Bord, S., Benartzi, E. & Tesler, R. (2021). Social capital as a mediator in the link between women's

- participation in team sports and health-related outcomes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(17), 9331 .
- Pinillos-Franco, S. & Kawachi, I. (2018). The relationship between social capital and self-rated health: A gendered analysis of 17 European countries. *Social Science & Medicine*, 219, 30-35.
- Sen, G. & Östlin, P. (2008). *Gender inequity in health: why it exists and how we can change it*: Taylor & Francis.
- Heidari, H., Faaljou, H., Nazariyan, E. & Mohammadzadeh, E. (2013). Social capital, health capital and economic growth in the Middle East Countries. 3(11), 57-74. (In Persian)
- Safari, K. & Shayeste, S. (2015). Study of relationships between family social Capital and Youth's Social Well-Being. *Socialworkmag*, 4(3), 5-17. (In Persian)
- Soltani, I. & Jamali, M. (2008). Investigating the relationship between social capital and mental health, a study of students in the faculty of social sciences, university Shiraz. *Development and Management Process*, 68-69, 107-121. (In Persian)
- Zarei, M. (2013). The effect of social capital on women's employment. (Master's Thesis). University Allameh Tabatabaei. (In Persian)
- Patnam, R. (2001). *Democracy and Civic Traditions, translated by Mohammad Taghi Delfruz*. Tehran, Salam Newspaper, Ghadir Publishing. (In Persian)
- Villalonga-Olives, E., Almansa, J., Knott, C. L. & Ransome, Y. (2020). Social capital and health status: Longitudinal race and ethnicity differences in older adults from 2006 to 2014. *International Journal of Public Health*, 65(3), 291-302.



**نویسندگان**

pn.nassiri72@gmail.com

پروین نصیری

کارشناسی ارشد جمعیت‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

ahmadi.aliyar@gmail.com

علی‌یار احمدی

دانشیار جمعیت‌شناسی دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

mrajabi79@gmail.com

ماهرخ رجبی

استادیار جمعیت‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.