

تحلیل جنسیتی سرمایه اجتماعی و سلامت روان در سطح محله (مطالعه

موردی شهروندان ۱۸ سال و بالاتر شهر ساری)

قربانعلی ابراهیمی^۱، هادی رازقی مله^{۲*} و صباح متولیان^۳

تاریخ دریافت: ۹۵/۱۰/۰۵ صص ۱۳۲-۱۰۵ تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۴/۲۳

چکیده

هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی تفاوت میزان سرمایه اجتماعی و سلامت روان در محلات شمال و جنوب شهری بر حسب جنسیت و همچنین مطالعه تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت روان می باشد. تحقیق حاضر به روش پیمایش اجرا شده و اطلاعات با استفاده از ابزار پرسشنامه جمع-آوری شده است. جامعه آماری تحقیق، شامل افراد ۱۸ سال و بالاتر شهر ساری می باشد و حجم نمونه ۴۵۰ نفر می باشد. یافته‌های تحقیق حاضر نشان می دهد که میزان سرمایه اجتماعی محله‌ای در محلات شمال و جنوب شهر ساری دارای تفاوت معنادار می باشد. به این صورت که میانگین سرمایه اجتماعی در محلات جنوب شهر (۵/۳،۵۸) بیشتر از محلات شمال شهر (۵/۱،۷۸) می باشد. همچنین میانگین سلامت روان در محلات شمال و جنوب شهر دارای تفاوت معناداری می باشد. به طوری که محلات جنوب شهر از سلامت روان بالاتری نسبت به محلات شمال شهر برخوردار می باشند. میانگین سرمایه اجتماعی و سلامت روان در بین زنان و مردان در محلات شمال و جنوب شهر ساری تفاوت معناداری وجود دارد. یافته‌ها نشان می دهد که مردان از سلامت روان بالاتری نسبت به زنان برخوردار می باشند؛ در حالی که زنان میانگین بالاتری از سرمایه اجتماعی محله ای را به خود اختصاص داده اند.

واژگان کلیدی: سرمایه اجتماعی، سلامت روان، محلات شهری، جنسیت.

^۱ عضو هیئت علمی گروه علوم اجتماعی دانشگاه مازندران

^۲ دانشجوی دکتری جامعه شناسی دانشگاه کاشان

^۳ کارشناس ارشد پژوهش علوم اجتماعی دانشگاه مازندران/ پژوهشگر مسائل اجتماعی

*- نویسنده مسئول: razeghi.hadi@gmail.com

مقدمه و بیان مسأله

مفهوم همسایگی یکی از مهم ترین مفاهیم در فضای شهری است که امکانی را برای ارتباطات و تعاملات اجتماعی برای مردمان ساکن در یک شهر به وجود می آورد. افزایش روابط همسایگی در شهرها موجب رشد و تقویت انسجام شهری می شود و در مقابل، کاهش روابط همسایگی ضعف انسجام شهر را به همراه دارد. همسایگی از مهم ترین واحد های اجتماعی می باشد که سازنده و قوام بخش عرصه ی عمومی در شهر هاست. عرصه ی عمومی محلی است که مجال رو در رو شدن و مواجهه را فراهم می کند و پیوند های اجتماعی را تقویت می نماید. همسایگی قلب اجتماع محلی است و در برابر اضمحلال ناشی از خصوصی شدن مقاومت می کند (Talen, 1999. 1365). علاوه بر این پانام معتقد است در جوامعی که از سطح بالای سرمایه ی اجتماعی برخوردارند، شهروندان نسبت به کارهای جامعه احساس تعهد می کنند و مشارکت مدنی از ویژگی های این جوامع است (Putnam, 1993. 170).

یکی از حوزه های علوم اجتماعی که تغییرات زیادی را متحمل شده است، روابط اجتماعی و سرمایه اجتماعی می باشد. مفهوم سرمایه اجتماعی موضوع مطالعات وسیع و متنوع نظری و تجربی در سال های اخیر بوده و ارتباط آن با سطوح توسعه سیاسی و اقتصادی در سطح کلان، و کارآمدی و موفقیت های فردی در سطح خرد، مورد بررسی قرار گرفته است (Tavassoly & Mousavi, 2006. 2).

سرمایه اجتماعی یکی از ویژگی های بافت های شهری و محلات شهری می باشد (Londstrom and Et al, 2003. 1111). تا چند دهه پیش در اغلب شهرها، محله ها از اعتبار و نقش و جایگاه ویژه ای در نظام روابط و تعاملات اجتماعی برخوردار بودند و اکثر ساکنان نیاز های خود را در محله تأمین می کردند. روابط چهره به چهره، احساس تعلق، روابط اجتماعی و ... از ویژگی خاص این محلات بود که اکنون از آن به عنوان سرمایه اجتماعی یاد می شود. اما در چند دهه اخیر با توجه به پدیده جهانی شدن و عصر ارتباطات جهانی ما شاهد کاهش روابط در این سطح می باشیم.

سست شدن پیوند های همسایگی و کاهش سرمایه اجتماعی در سطح محله را می توان در کنار سایر مسائل شهری بیان کرد. بسیاری از شهروندان از اینکه در محیط های همسایگی و یا حتی در آپارتمانی زندگی می کنند، که افراد و خانواده های مختلف کاری با هم ندارند و در محیط زندگی خود رابطه ای با یکدیگر ندارند احساس خوبی دارند. در حالی که در گذشته این چنین نبود. افراد ساکن در محلات شهری از حال هم با خبر بودند، دارای روابط اجتماعی با یکدیگر بوده اند، در جشن ها و مراسم های مذهبی شرکت می کردند و کوتاه سخن آن که، به فکر هم بودند. به دور از بحث ارزش گذاری و قضاوت در مورد خوب یا بد بودن هر کدام، می توان بیان کرد که

زندگی شهری و سرمایه اجتماعی محله ای در حال تغییر و تحول است و تحولات سرمایه اجتماعی در سطح محله، در کلان شهری مانند ساری به راحتی قابل تشخیص می باشد.

در بین پژوهش هایی که در حوزه همسایگی و سرمایه اجتماعی در سطح محله انجام شده اند، رابطه متغیر هایی از قبیل سلامت جسم و روان، رفتار های تحصیلی فرزندان، جرم و بزهکاری و مشکلات رفتاری و مشارکت های سیاسی و اجتماعی با سرمایه اجتماعی مورد مطالعه قرار گرفته است. در بین موضوعات مطرح شده، سرمایه اجتماعی از مهم ترین مفاهیم است که همسایگی در ایجاد و حفظ سرمایه اجتماعی دارد و از این رو سیاست گذاری های مرتبط با همسایگی معطوف به حمایت از سرمایه اجتماعی و حفظ و ارتقای آن می باشد (Forrest and Keans, 2001. 231).

بسیاری از مسائل و مشکلات شهری ریشه در کاهش کمیت و کیفیت سرمایه اجتماعی در سطح محلات شهری دارد. برای مثال تحقیقی در ایالات متحده امریکا نشان داده است که سرمایه اجتماعی با نرخ جرم های خشونت آمیزی مانند قتل و حملات شدید، همبستگی منفی دارد (Londstrom and Et al, 2003. 1111).

مفهوم دیگری که در تحقیق حاضر به بررسی آن پرداخته می شود، سلامت روان در سطح محله و تحلیل جنسیتی آن می باشد. یکی از وجوه و ابعاد سلامتی، سلامت روان است که کارشناسان سازمان بهداشت جهانی، سلامت فکر و روان را قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب عنوان می کنند و معتقدند سلامت روان، تنها نداشتن بیماری های روانی نیست بلکه توان واکنش در برابر انواع گوناگون تجربیات زندگی به صورت قابل انعطاف و معنی دار است (Salehi and Et al, 2008. 51).

یکی از مهم ترین دلایل اهمیت بررسی سلامت روانی، شیوع بالا و ناتوان کنندگی بسیار شدید و طولانی بعضی از اختلالات روانی است. به طوری که طبق گزارش مجامع علمی، حدود نیم میلیارد نفر از مردم دنیا از اختلالات روانی و مغزی رنج می برند و میلیون ها فراموش شده، درد و رنج خود را پشت دیوارهای ناامیدی نه تنها در سکوت و انزوا، بلکه در احساس شرمساری، محرومیت و مرگ تحمل می کنند (Sharifi and Et al, 2010. 126).

تعاریف متعددی از بهداشت و سلامت از جانب افراد و سازمان های مختلف صورت پذیرفته اما به نظر می رسد بهترین و جامع ترین آن از سوی مرکز بهداشت جهانی (WHO)^۱ بیان گردیده است: «حالت بهزیستی کامل جسمانی، روانی اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی» (Moazedi and Et al, 2013.87). یکی از وجوه و ابعاد سلامتی، سلامت روان است که

کارشناسان سازمان بهداشت جهانی، سلامت فکر و روان را قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب عنوان می کنند و معتقدند سلامت روان، تنها نداشتن بیماری های روانی نیست بلکه توان واکنش در برابر انواع گوناگون تجربیات زندگی به صورت قابل انعطاف و معنی دار است (Salehi and Et al, 2008. 51). براساس برآورد های سازمان بهداشت جهانی بیش از پانصد میلیون نفر در دنیا مبتلا به یکی از انواع اختلالات روانی هستند. در ایران نیز براساس مطالعات همه گیر شناسی، اختلالات روانی بین ۱۱/۹ تا ۳۰/۲ درصد برآورد شده است (Riahi and Et al, 2009. 53). سلامت روانی تلاشی است به منظور رساندن فرد به انسانی شایسته و لایق که دارای انسجام شخصیتی و روانی بوده به گونه ای که قادر باشد، کارکردها و مسئولیت خویش را به نحو مطلوب انجام دهد (Navabakhsh, 2007. 83). هدف اصلی سلامت روان، پیشگیری از وقوع ناراحتی ها و حفظ سلامت روان به منظور ایجاد یک محیط فردی و اجتماعی سالم و مناسب و همچنین درمان اختلالات روانی و پیشگیری از مزمن شدن بیماری در افراد است (Salehi and Et al, 2008. 51). البته سلامت روان، مقوله پیچیده ای است که از عوامل گوناگون و پرشماری تأثیر می پذیرد. ژنتیک و وراثت، تربیت و محیط اجتماعی، استرس و ضربه های روانی، ضربه های فیزیکی، تغذیه، بیماری های عفونی، انواعی از بیماری های جسمی، وضعیت بهداشت محیط و آلاینده های فیزیکی و شیمیایی موجود در محیط و همچنین فرهنگ و هنر در زمره این عوامل است (Marashi, 2009. 3). در دنیای امروز پرفروش ترین داروها، بیماری اعصاب و روان، فشار خون، زخم معده، قلب و عروق است. به گفته اکثر دانشمندان همه بیماری های موجود در انسان از جهاتی با فشار روانی ارتباط دارند که برای درمان آن دارو درمانی مناسب نیست (Gholami and Balshide, 2012.334). امروزه ارتباط بین سرمایه اجتماعی و میزان آن در یک جامعه با مقولاتی از جمله پیشگیری و کاهش جرایم، خشونت و تضاد در جامعه، سوء مصرف مواد مخدر، خودکشی، خشونت های خانگی، کودک آزاری، بزهکاری و حتی ترک تحصیل نوجوانان بررسی و تایید شده و بر نقش خانواده به عنوان یکی از منابع بسیار حائز اهمیت سرمایه اجتماعی تایید می شود. سرمایه اجتماعی باعث فراهم آوردن شبکه حمایتی برای افراد می شود. این حمایت همچنین می تواند موجب افزایش سرمایه اجتماعی در افراد شود.

با مروری بر تحقیقات انجام شده در دسترس، مشخص شد که مطالعات بسیار اندکی به بررسی علی و تطبیقی سرمایه اجتماعی و سلامت روان در محلات شمال و جنوب شهر ها پرداخته اند. لذا در تحقیق حاضر تلاش شده است تا به این خلأ تحقیقاتی پرداخته شود و میزان سرمایه اجتماعی به همراه ابعاد آن و همچنین میزان سلامت روان، در محلات شهر ساری مورد بررسی قرار گیرد و

در ادامه به بررسی تطبیقی سرمایه اجتماعی و سلامت روان در محله های شمال و جنوب شهر بر حسب جنسیت پرداخته شود. علاوه بر این، به بررسی تأثیرات ابعاد سرمایه اجتماعی بر سلامت روان مبادرت ورزیده می شود.

پیشینه تجربی تحقیق:

تحقیقی با عنوان «بررسی نقش و جایگاه ساختار کالبدی محله های شهری بر شکل گیری سرمایه اجتماعی» توسط اردشیری و همکارانش در سال ۱۳۹۲ با هدف بررسی تأثیر گذاری کالبد فیزیکی محلات شهری در شکل گیری روابط اجتماعی و تبیین نقش آن به عنوان یکی از موثر ترین عوامل در بهبود سرمایه اجتماعی انجام شده است. نویسندگان این مقاله بیان کرده اند که آن چه که در سطح محله های شهری کمک موثری به ایجاد مؤلفه های سرمایه اجتماعی می کند، در حقیقت کیفیت کالبدی-فضایی این مکان ها است که حضور یا عدم حضور ساکنان و به تبع آن شکل گیری تعاملات اجتماعی را به همراه دارد. مسجد، بازارچه، پارک محله، پیاده رو، بخش هایی از خیابان، مغازه ها و غیره، همگی مکان هایی برای برقراری روابط چهره به چهره به شمار می روند. به این ترتیب، بدون شک کیفیت کالبدی مکان شهری در میزان و نحوه برقراری این روابط اثرگذار خواهد بود.

تحقیقی با عنوان «بررسی تحلیلی-تطبیقی سرمایه اجتماعی در محله های مساعد و نامساعد شهر تهران» توسط موسوی خامنه و حسن پور درودگر (۱۳۹۱) انجام شده است. نتایج این تحقیق نشان داده است که در میزان سرمایه اجتماعی عینی و ذهنی افراد در محلات تفاوت وجود داشته است. به گونه ای که در محلات مساعد در مقایسه با محلات نامساعد، شبکه افراد گسترده تر، میزان آگاهی، مشارکت، حمایت های اجتماعی و همیاری ایشان هم بیشتر بوده است.

سوسن باستانی (۱۳۸۷) در مقاله خود تحت عنوان «بررسی سرمایه اجتماعی شبکه در ۱۰ محله تهران: بررسی جایگاه روابط محلی در شبکه های اجتماعی» به مطالعه سرمایه اجتماعی شبکه در ۱۰ محله تهران، واقع در مناطق ۲، ۳، ۴، ۵، و ۶ پرداخته است. نتایج به دست آمده از این تحقیق حاکی از آن است که شبکه پاسخ گویان متشکل از پیوند با خویشاوندان، دوستان، همسایگان و همکاران است. اگرچه افراد شناخت مناسبی نسبت به تعداد قابل توجهی از همسایگانشان داشته اند، اما به آنان وابسته نبودند. به عبارت دیگر تعداد اندکی از افراد صمیمی و حمایت کننده فرد در همان محله زندگی می کردند و بقیه در نقاط محله ای دیگر زندگی می کردند و تنها ۱۷ درصد از افراد صمیمی و حمایت کننده پاسخ گویان در محله آنان زندگی می کردند و تعداد بسیار زیادی در قسمت های دیگر کلان شهر تهران و درصدی نیز خارج از شهر تهران ساکن هستند. به طور کلی، نتایج این تحقیق نشان می دهد که روابط شخصی در میان ساکنان محلات مورد بررسی، غیر محلی شده است.

یونگ^۱ و همکاران (۲۰۱۳)، در مقاله مشترک خود به دنبال بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و سرمایه اقتصادی در محلات و سلامت و تندرستی ساکنین بوده اند. از این رو محققان بر آن شدند تا بررسی نمایند که محلات چگونه بر میزان سلامت ساکنین تأثیر می گذارند. لذا به مطالعه ۶۰۱ نفر به صورت کمی و کیفی پرداختند. یافته ها نشان داده است که افراد کم درآمد که در محله های اجتماعی و اقتصادی پایین تری زندگی می کنند نسبت به کسانی که در محلات نسبتاً بهتری زندگی می کنند، دارای سلامتی پایین تری می باشند. همچنین، سرمایه اجتماعی و سرمایه اقتصادی دارای رابطه مثبت و یا مستقیم با میزان سلامتی و تندرستی ساکنین محله دارند.

سمپسون و گرایف^۲ (۲۰۰۹) در مقاله مشترکشان تحت عنوان «سرمایه اجتماعی محله ای به عنوان یک سازمان اجتماعی» به مطالعه ۲۸۲۲ نفر از ساکنین شهر شیکاگو پرداخته اند. در این تحقیق محققان به دنبال سرمایه اجتماعی محله ای و ابعاد ساختاری محله ای محله های شهر شیکاگو بوده اند. یافته های این تحقیق نشان می دهد که رابطه ای دو سویه میان سرمایه اجتماعی محله ای و ساختارهای محله وجود دارد. در این تحقیق ساختارهای محله عبارت از هنجارهای رفتاری، رهبری محله، گروه های قومی و نژادی و ... می باشند که هر کدام موجب شکل گیری سرمایه اجتماعی می شود و در ادامه سرمایه اجتماعی نیز بر برخی از ساختارهای محله ای تأثیر می گذارد.

بویس^۳ و همکاران (۲۰۰۸)، در مقاله ای با عنوان «ریسک پذیری نوجوانان، سرمایه اجتماعی محله ای و سلامت» به دنبال اندازه گیری میزان سرمایه اجتماعی در سطح محله و سپس تأثیر آن بر سلامت روان (ریسک پذیری) نوجوانان بوده اند. یافته های این تحقیق نشان داده است که هر چه سطح سرمایه اجتماعی محله ای کاهش یابد میزان سلامت روان و ریسک پذیری نوجوانان نیز کاهش می یابد و در مقابل با افزایش میزان سرمایه اجتماعی در سطح محله، سلامت روان و ریسک پذیری نیز افزایش می یابد.

مفاهیم، دیدگاه ها و مبانی نظری

سرمایه اجتماعی

¹ Yung

² Sampson & Graif

³ Boyce

ولمن معتقد است که اجتماع و شبکه های اجتماعی که افراد با دوستان و بستگان خود تشکیل می دهند، ارائه کننده حمایت های اجتماعی برای افراد عضو اجتماع است و این امر چیزی فراتر از روابط متقابل سطحی و قراردادی می باشد (Wellman and Wortley, 1990. 559).

ولمن در مطالعات خود در باب تحلیل شبکه های اجتماعی به بررسی اجتماع پرداخته است. از این رو در مقاله ای که در مجله آمریکایی جامعه شناسی^۱ چاپ کرده است به وجود یا عدم وجود و یا تغییر شکل اجتماعات پرداخته است. ولمن برای ماهیت اجتماعات (شبکه ها) سه مدل را ارائه می کند که عبارتند از: اجتماع حفظ شده، اجتماع از بین رفته و یا گم شده، اجتماع آزاد شده (Wellman, 1979. 1204-1206).

اجتماع حفظ شده

منظور از اجتماع حفظ شده این است که اجتماع همچون گذشته وجود دارد و ویژگی های آن تغییری نکرده است. به عبارتی دیگر، اجتماعات حفظ شده، به اجتماعات منسجمی اشاره دارد که در اجتماعات سنتی و کوچک وجود داشتند (Wellman, 1979. 1205). طرفداران این مدل مانند هربرت گنز استدلال می کنند که تغییر و تحولاتی که در جهان معاصر روی داده اند نمی توانند اجتماعات را تغییر دهند و موجب گسست و از هم گسیختگی شبکه های روابط و ارتباطات افراد شود.

اجتماع از بین رفته و یا گم شده

ماکس وبر، کارل مارکس و انگلس، دورکیم، پارک و ویرث و تا حدی تونیس معتقدند که اجتماع دیگر وجود ندارد. اجتماع از بین رفته به این معنی است که دیگر اجتماع و روابط و پیوند های عمیق وجود ندارد و آنچه وجود دارد روابط قراردادی می باشد. طرفداران این مدل معتقدند که تغییر و تحولات اجتماعی گسترده موجب از بین رفتن اجتماعات شده اند و آن چه از روابط بشری در زندگی افراد وجود دارد چیزی جز روابط غیر شخصی، پیوند ها و شبکه های اجتماعی ضعیف نیست.

اجتماع آزاد شده:

بسیاری از جامعه شناسانی که خود را به عنوان طرفداران پست مدرنیته معرفی می کنند در زمره طرفداران این مدل قرار دارند. این افراد استدلال می کنند که اجتماعات نه به صورت کامل از بین رفته اند و نه به صورت اجتماعات محلی که در گذشته وجود داشته، وجود دارد. اجتماع آزاد شده نشان دهنده تغییر مشخصات اجتماع است. برای مثال افراد به وسیله شبکه های مجازی می توانند اجتماع را به وجود بیاورند. به عبارتی می توان بیان کرد که اجتماعات دیگر مرز بندی های

1 The Community Question: The Intimate Networks of East Yorkers, the American Journal of Sociology, Vol. 84, No. 5.

سنتی را قبول ندارند و به شکل پراکنده و فرامرزی در آمده اند. تمایز میان اجتماع حفظ شده و آزاد شده این است که اجتماع حفظ شده دارای محدودیت های مکانی هستند درحالی که این امر در مورد اجتماع آزاد شده مطرح نمی باشد.

رویکرد تحلیل شبکه اجتماعی از میان سه مدل فوق، بر مدل اجتماع آزاد شده تأکید می کند. از این رو بری ولمن از طرفداران این مدل از اجتماعات می باشد. تحلیل گران شبکه در پی آن اند بدانند که ویژگی ها و صفات ساختاری چه اثراتی را بر هنجار ها و روابط افراد بر جای می گذارد؟ (Wellman, 1983. 157).

یکی از جنبه های اساسی تحلیل شبکه ای، این است که گرایش به آن دارد تا جامعه شناسان را از بررسی گروه ها و رده های اجتماعی به بررسی پیوند های میان کنشگران سوق دهد، کنشگرانی که «چندان به هم بافته و به هم بسته نیستند که بتوان آنها را گروه قلمداد کرد». یکی از نمونه های خوب در این زمینه، کار گرانووتر درباره «قدرت پیوندهای سست» است. گرانووتر میان «پیوند های نیرومند» مانند پیوند های میان آدم ها و دوستان نزدیکشان و «پیوند های سست» مانند پیوند های میان آدم ها و آشنایانشان، تمایز قائل می شود. جامعه شناسان بیشتر گرایش به تأکید بر پیوندهای قوی تر آدمها و گروه های اجتماعی، داشته اند. آنها پیوندهای نیرومند را تعیین کننده می دانسته اند، حال آنکه برای پیوندهای سست اهمیت جامعه شناختی ناچیزی قائل بوده اند. خدمت گرانووتر به جامعه شناسی این بوده که نشان داده است که پیوندهای سست نیز می توانند بسیار مهم باشند (Ritzer, 2011. 577-578).

نظریه پیوند های ضعیف گرانووتر تا حد زیادی نظریه قدرتمندی است و مبتنی بر این فرض است که پل های محلی و روابط ضعیف، نه تنها نشان دهنده فرصت هایی برای وقوع پدیده ها و موقعیت های منسجم است بلکه موجب ترویج این پدیده ها و موقعیت ها نیز می شود (Granovetter, 1983. 219).

افرادی که دارای روابط محدود و ضعیف می باشند، از اطلاعات سیستم های اجتماعی نقاط دور محروم خواهند بود و صرفاً به اطلاعات دوستان نزدیک خود اکتفا می کنند. این محرومیت ها نه تنها آن ها را از اطلاعات مفید و شبکه های روابط اجتماعی محروم می کند، بلکه آن ها را در یک موقعیت محروم از شغل نیز قرار می دهد (Granovetter, 1983. 202). گرانووتر در رساله دکتری خود با عنوان شغل یابی به بررسی شبکه های اجتماعی و نقش آن در شغل یابی پرداخته است.

پیوندهای سست میان دو کنشگر می تواند به عنوان پلی میان دو گروهی که پیوند های داخلی نیرومند دارند، به کار آید. بدون چنین پیوند های سستی، دو گروه ممکن است کاملاً از هم جدا بمانند. همین امر نیز به نوبه خود، می تواند یک نظام اجتماعی انعطاف پذیر تر را به بار آورد. فردی

که از پیوند های سست برخوردار نباشد، خودش را در یک گروه سخت در هم بافته منزوی می یابد و در باره آنچه که در گروه های دیگر و نیز در جامعه گسترده تر می گذرد، بی اطلاع می ماند. از همین روی، پیوند های سست از انزوای یک گروه جلوگیری می کنند و به افراد گروه اجازه می دهند تا در یک جامعه گسترده تر بهتر ادغام شوند. هر چند گرانووتر بر اهمیت پیوند های سست و ضعیف تأکید می ورزد، ولی بی درنگ این را نیز آشکار می سازد که «پیوند های نیرومند نیز بی ارزش نیستند». برای مثال افرادی که پیوند های نیرومندی دارند، از انگیزه بیشتری برای یاری رسانی به یکدیگر برخوردارند و بهتر می توانند به همدیگر کمک کنند (Ritzer, 2011. 578).

سلامت روان:

فرانکل در تعریف افراد سالم می نویسد: افراد سالم همواره برای رسیدن به داشتن معنایی برای زندگی تلاش میکنند. آلفرد آدلر معتقد است: که فرد دارای سلامت روان، روابط خانوادگی صمیمی و مطلوبی دارد و دارای علاقه اجتماعی و میل به مشارکت اجتماعی است. هس و مک دویت (۱۹۸۹) معتقدند که مردم و واقعه های محیط زندگی هر فرد تاثیر مهمی بر رشد شخصیت و نگرش اجتماعی وی به جای می گذارند. سلامت روانی و نگرش افراد به مناسبات انسانی در جامعه متاثر از عوامل گوناگون زندگی خانوادگی، اجتماعی و آموزشی است (Noroz, 2004. 32). زیگموند فروید در نظریه سلامت روان بیان می دارد که: سلامت جسم و روان انسان از محیط زیست او تاثیر می پذیرد و کارکرد نامناسب نهادها و نظام های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و بهداشتی در یک جامعه سلامت افراد را دچار مخاطره می کند. فروید در نظریه اش به مواردی از عوامل نامساعد محیطی اشاره می کند که یکی از آن موارد از هم گسیختگی خانوادگی و تضاد درون گروهی می باشد که این عوامل می تواند زندگی یک شخص سالم را تحت تاثیر قرار دهد و آن را از حالت طبیعی خارج کند.

فرضیه ها

فرضیه های اصلی

- سرمایه اجتماعی بر سلامت روان تأثیر مثبت دارد.
 - میانگین سرمایه اجتماعی محله ای در محلات شمال و جنوب شهر ساری بر حسب جنسیت متفاوت است.
 - میانگین سلامت روان در محلات شمال و جنوب شهر ساری بر حسب جنسیت متفاوت است.
- فرضیه های فرعی:
- میانگین اعتماد در محلات شمال و جنوب شهر ساری بر حسب جنسیت متفاوت است.
 - میانگین روابط صمیمانه در محلات شمال و جنوب شهر ساری بر حسب جنسیت متفاوت است.

- میانگین مشارکت مذهبی در محلات شمال و جنوب شهر ساری بر حسب جنسیت متفاوت است.
- میانگین مشارکت محله ای در محلات شمال و جنوب شهر ساری بر حسب جنسیت متفاوت است.
- میانگین همپاری در محلات شمال و جنوب شهر ساری بر حسب جنسیت متفاوت است.

روش تحقیق

پژوهش حاضر از نوع روش پیمایشی و مقطعی است می باشد و دلیل انتخاب این روش به ویژگی‌های خاص آن مربوط می‌شود. چون این روش به محقق اجازه می‌دهد تا در زمانی کوتاه اطلاعات لازم را جمع‌آوری کند؛ میزان دقت آن در اندازه‌گیری بالا است و قدرت تعمیم به جمعیتی وسیع‌تر را داشته و احتمال خطا نیز در آن محدود است.

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه افراد بالاتر از ۱۸ سال ساکن در شهر ساری می باشد. نمونه‌گیری در تحقیق حاضر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای متناسب با حجم صورت گرفته است. به این صورت که از میان مناطق شمالی و جنوبی شهر ساری به صورت تصادفی ۴ منطقه انتخاب شده اند. سپس از میان محلات مختلف واقع در این مناطق ۴ محله انتخاب شده اند. در نهایت بر اساس نرم افزار PASS به برآورد حجم نمونه اقدام کرده و تعداد ۴۱۸ نمونه برآورد گردید که به منظور کاهش خطای ناشی از نمونه‌گیری و احتمال ناقص بودن برخی از پرسشنامه‌ها، حجم نمونه از ۴۱۸ مورد به ۴۵۰ مورد افزایش یافته است. همچنین از میان تکنیک‌های گردآوری اطلاعات از پر کاربردترین آن‌ها یعنی پرسش‌نامه همراه با مصاحبه استفاده شده است.

معرفی متغیرها و شاخص‌ها:

تعریف نظری سرمایه اجتماعی:

سرمایه اجتماعی از جمله مفاهیمی است که در رشته‌های گوناگون مورد استفاده قرار گرفته و تعاریف و خوانش‌های گوناگونی از آن به عمل آمده است. بورديو معتقد است که سرمایه اجتماعی، جمع منابع واقعی یا بالقوه است که حاصل شبکه‌ای بادوام از روابط کمابیش نهایی شده آشنایی و شناخت متقابل (یا به بیان دیگر، با عضویت در یک گروه) است. شبکه‌ای که هر یک از اعضای خود را از پشتیبانی سرمایه جمعی برخوردار می‌کند، و آنان را مستحق اعتبار می‌سازد (Tajbakhsh, 2006: 147). بورديو در مقاله‌اش در سال ۱۹۸۶ با عنوان اشکالی از سرمایه^۱ بیان می‌دارد که «سرمایه اجتماعی یک مجموعه از منابع موجود یا بالقوه است که منتج از یک شبکه بادوام متشکل

¹ The Forms of Capital

از روابط کم و بیش نهادی شده در باب آشنایی و شناخت دو طرفه، یا به بیان دیگر، ناشی از عضویت در یک گروه است» (Bourdieu, 1986. 249). لین معتقد است که سرمایه اجتماعی نشان دهنده تجمع برخی از منابع ارزشمند از قبیل منابع اقتصادی، منابع سیاسی، منابع فرهنگی و اجتماعی است که همگی در ارتباطات و شبکه های اجتماعی خلاصه می شود (Lin and Et al, 2001. 9).

تعریف عملیاتی سرمایه اجتماعی

در تحقیق حاضر برای سنجش سرمایه اجتماعی ابعادی از قبیل اعتماد، روابط صمیمی، مشارکت مذهبی، مشارکت محله ای و همیاری مورد استفاده قرار گرفته شده است که نحوه عملیاتی کردن آن در جدول زیر ارائه شده است.

جدول شماره ۱: تعریف عملیاتی سرمایه اجتماعی

متغیر	ابعاد	گویه ها
	اعتماد	اعضای محله قابل اعتمادند، انسان تا از کسی در محله بدی ندیده است باید به او اعتماد کند، اعتماد به همسایگان، اعتماد به کسبه محل، اطلاع دادن قبل از سفر به همسایه تان جهت مراقبت از خانه.
	روابط صمیمی	احساس دوستی با همسایه ها، احساس صمیمیت با همسایه ها، رابطه صمیمانه بین خانواده شما و همسایه ها، رفتن به خانه همسایه ها جهت شرکت در مهمانی، مشورت در مورد امور مختلف با همسایه ها، عیادت از همسایه در هنگام بیماری.
سرمایه اجتماعی	مشارکت مذهبی	شرکت در مراسم عزاداری و جشن های شادی همسایه ها، شرکت در نماز جماعت در مسجد محله، شرکت در دعای کمیل، توسل یا ندبه در محله و بین همسایه ها، شرکت در جلسه قرآن در محله، شرکت در مراسم شب های قدر، شرکت در نماز عید فطر در مسجد محله، شرکت در مراسم تاسوعا و عاشورا، شرکت در مراسم دهه فاطمیه، شرکت در مراسم های دهه اول محرم.
محله ای	مشارکت محله ای	مشارکت در تصمیم گیری های محله، احساس وظیفه برای حل مشکلات محله، شرکت در رفع مشکلات محله، شرکت در کارهای گروهی که در محله انجام می شود.
	همیاری	کمک از همسایه ها در صورت بیمار شدن، درمیان گذاشتن مشکلات و مسائل خود با همسایه ها جهت کمک گرفتن از آن ها، اجابت به درخواست کمک مالی همسایه ها، قرض گرفتن از همسایه ها در صورت نداشتن وسیله ای در منزل.

تعریف نظری سلامت روان

فرهنگ روانشناسی لاروس، سلامت روان را چنین تعریف کرده است: «استعداد روان برای هماهنگ شدن، خوشایند و مؤثر کارکردن، برای موفقیت های دشوار انعطاف پذیر بودن و برای بازیابی تعادل خود، توانایی داشتن» (Ganji, 1998. 23).

سلامت روانی تلاشی است به منظور رساندن فرد به انسانی شایسته و لایق که دارای انسجام شخصیتی و روانی بوده به گونه ای که قادر باشد، کارکردها و مسئولیت خویش را به نحو مطلوب انجام دهد (Navabakhsh and Pourseyf, 2007. 83). سازمان بهداشت جهانی، سلامت روانی را ترکیبی از دو بعد می داند: بعد منفی یا سلامت روانی منفی که بر عدم وجود اختلالات، نشانه ها و مشکلات روانی دلالت دارد و بعد مثبت یا سلامت روانی مثبت که در برگزیده هیجانها و خصوصیات شخصیتی مثبت از قبیل: عزت نفس، غلبه بر محیط، حس یکپارچگی و خود کارآمدی است. بر این اساس برنامه های ارتقای سلامت روان نیز نباید تنها در جنبه پیشگیری از بیماری و روانی تکیه کند بلکه طبق تعریف «داوین» این برنامه ها علاوه بر تلاش در جهت کاهش خطر بروز بیماری در جامعه، باید دربرگیرنده اقداماتی باشند که به منظور افزایش شاخص های مثبت سلامت روان و میزان آسایش روان شناختی در افراد صورت می گیرد (Kaveh, 2012. 256).

ابزار سنجش سلامت روان

جهت سنجش سلامت روانی نیز از پرسشنامه سلامت روانی فرم ۲۸ سوالی که کلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) به منظور تشخیص اختلالات خفیف روانی ساخته شده است. این ابزار دارای چهار خرده مقیاس علائم جسمانی، علائم اضطرابی، افسردگی و عملکرد اجتماعی است و هر مقیاس شامل ۷ پرسش می شود. نمره گذاری این پرسشنامه نیز بر اساس طیف لیکرت است و در هر مقیاس نمره بالاتر از ۶ بیانگر علائم مرضی است و کسب نمره کل بالاتر از ۲۳ نشانه سلامت روانی کمتر است.

پایایی و اعتبار تحقیق

روایی به خطاهای گوناگونی که ممکن است در ابزار اندازه گیری وجود داشته باشد اشاره می کند، یعنی خطاهایی که از مشاهده ای به مشاهده دیگر، برای یک واحد تحلیل و دو یا چند اندازه گیری با یک وسیله سنجش به وجود می آید و در نتایج، اندکی تفاوت حاصل می شود. این نوع خطا ناشی از ابزار اندازه گیری است (Frankfort and Nchmyas, 2003. 242). چند روش جا افتاده در آزمون پایایی شاخص ها وجود دارد که در پژوهش فعلی، ضریب آلفای کرونباخ مورد استفاده قرار

گرفت که نتایج آن در جدول زیر آمده است. همچنین اعتبار ابزار پژوهش حاضر نیز مبتنی بر اعتبار صوری می‌باشد.

جدول شماره ۲: ضریب آلفای کرونباخ

متغیر	ابعاد اصلی	تعداد گویه‌ها	آلفای کرونباخ
	اعتماد	۵	۰/۹۳۲
	روابط صمیمی	۶	۰/۹۳۳
	مشارکت مذهبی	۹	۰/۸۵۰
سرمایه اجتماعی محله ای	مشارکت محله ای	۴	۰/۹۱۷
	همیاری	۴	۰/۹۲۴
	علائم جسمانی	۷	
	علائم اضطرابی	۷	
سلامت روان	افسردگی	۷	۰,۹۵۳
	عملکرد اجتماعی	۷	

یافته های پژوهش

توزیع پاسخگویان بر حسب ویژگی های فردی

جدول شماره ۳: توزیع درصدی پاسخ گویان بر اساس ویژگی های فردی

۱۱۸ تحلیل جنسیتی سرمایه اجتماعی و سلامت روان در سطح محله (مطالعه موردی شهروندان ۱۸ سال و بالاتر شهر ساری)

متغیر	شمال شهر	جنوب شهر	کل	متغیر	شمال شهر	جنوب شهر	کل	
جنس	مرد	۲۵,۷۸	۲۴,۸۹	۵۰,۶۶	ابتدایی	۲,۸۸	۶,۴۵	۹,۳۳
	زن	۲۴,۲۲	۲۵,۱۱	۴۹,۳۴	راهنمایی	۲,۸۸	۸,۴۴	۱۱,۳۳
	کل	۵۰,۰۰	۵۰,۰۰	۱۰۰,۰۰	دبیرستان	۱۱,۵۵	۱۶,۰۱	۲۷,۵۵
مدت زمان سکونت	۹-۱ سال	۴۳,۳۳	۲۱,۳۳	۶۴,۶۶	فوق دیپلم	۱۲,۰۰	۷,۳۳	۱۹,۳۳
	۱۰-۱۹ سال	۶,۲۳	۲۰,۶۸	۲۶,۹۱	لیسانس	۱۰,۲۵	۶,۸۹	۱۷,۱۴
	۲۰-۲۹ سال	۰,۲۲	۶,۸۸	۷,۱۰	تحصیلات فوق لیسانس	۸,۰۰	۳,۷۷	۱۱,۷۷
وضعیت تأهل	۳۰-۳۹ سال	۰,۲۲	۱,۱۱	۱,۳۳	دکتری	۲,۴۴	۱,۱۱	۳,۵۵
	۴۰-۴۹ سال	۵۰,۰۰	۵۰,۰۰	۱۰۰,۰۰	کل	۵۰,۰۰	۵۰,۰۰	۱۰۰,۰۰
	۵۰-۵۹ سال	۷,۱۱	۸,۴۴	۱۵,۵۵	۱۸-۳۴ سال	۱۷,۷۸	۱۱,۳۳	۲۹,۱۱
سن	متاهل	۴۲,۲۳	۴۰,۲۴	۸۲,۴۷	۲۵-۳۱ سال	۱۲,۶۶	۱۳,۷۸	۲۶,۴۴
	مجرد	۰,۶۶	۰,۶۶	۱,۳۲	۳۲-۳۸ سال	۸,۰۰	۱۰,۰۰	۱۸,۰۰
	بر اثر طلاق	۰,۰۰	۰,۶۶	۰,۶۶	۳۹-۴۵ سال	۴,۴۴	۷,۱۱	۱۱,۵۵
همسر فوت	مجرد	۰,۰۰	۰,۶۶	۰,۶۶	۴۶ سال	۷,۱۲	۷,۷۸	۱۴,۹۰
	بر اثر فوت	۰,۰۰	۰,۶۶	۰,۶۶	وبیشتر	۷,۱۲	۷,۷۸	۱۴,۹۰
	کل	۵۰,۰۰	۵۰,۰۰	۱۰۰,۰۰	کل	۵۰,۰۰	۵۰,۰۰	۱۰۰,۰۰

یافته های جدول فوق نشان می دهد که ۵۰,۶۶ درصد از پاسخ گویان را مردان و ۴۹,۳۴ درصد را زنان تشکیل می دهند. وضعیت تأهل پاسخ گویان نشان می دهد که ۱۵,۵۵ درصد مجرد، ۸۲,۴۷ درصد متأهل و به ترتیب ۱,۳۲ و ۰,۶۶ درصد مطلقه و بیوه می باشند. وضعیت تحصیلات نشان می دهد که بیشتر پاسخگویان دارای مدرک تحصیلی دیپلم هستند و در مقابل کمترین فراوانی متعلق به افراد دارای مدرک دکتری می باشد. یافته ها در بخش مدت زمان سکونت نشان می دهد که بیشترین فراوانی مدت زمان سکونت به بازه زمانی ۱ تا ۹ سال تعلق دارد و در مقابل کمترین فراوانی متعلق به بازه ۳۰ تا ۳۹ سال می باشد.

وضعیت ابعاد سرمایه اجتماعی در شمال و جنوب شهر

جدول شماره ۴: توزیع درصدی پاسخگویان شمال و جنوب شهر برحسب میزان سرمایه اجتماعی

منطقه شهری	ابعاد	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	میانگین	انحراف استاندارد
شمال شهر	مشارکت مذهبی	۲۴,۹	۶۸,۴	۶,۷	۰,۰	۰,۰	۱,۸۱	۰,۵۳
	روابط صمیمانه	۵۹,۱	۳۲,۰	۸,۹	۰,۰	۰,۰	۱,۴۹	۰,۶۵
	مشارکت محله ای	۶۳,۱	۲۶,۷	۱۰,۲	۰,۰	۰,۰	۱,۴۷	۰,۶۷
	همیاری	۶۸,۹	۲۰,۴	۱۰,۷	۰,۰	۰,۰	۱,۴۱	۰,۶۸
جنوب شهر	اعتماد	۷۲,۹	۲۰,۰	۷,۱	۰,۰	۰,۰	۱,۳۴	۰,۶۱
	مشارکت محله ای	۰,۰	۰,۰	۲۳,۶	۴۹,۸	۲۶,۷	۴,۰۳	۰,۷۱
	همیاری	۰,۰	۰,۰	۳۷,۳	۴۵,۸	۱۶,۹	۳,۷۹	۰,۷۱
	روابط صمیمانه	۰,۰	۰,۰	۳۶,۴	۵۵,۱	۸,۴	۳,۷۲	۰,۶۱
شمال شهر	اعتماد	۰,۰	۰,۰	۴۳,۱	۴۶,۷	۱۰,۲	۳,۶۷	۰,۶۵
	مشارکت مذهبی	۰,۰	۰,۹	۵۶,۹	۴۰,۴	۱,۸	۳,۴۳	۰,۵۴

از مقدار میانگین های ابعاد سرمایه اجتماعی محله ای می توان استنباط کرد که ابعاد، به ترتیبی که در جدول آمده است از بیشترین تا کمترین میزان اهمیت را در محلات شمال و جنوب شهر به خود اختصاص داده اند. در محلات جنوب شهر، بالاترین میانگین به بعد مشارکت محله ای (۴,۰۳) تعلق دارد و در مقابل کمترین میزان میانگین متعلق به بعد مشارکت مذهبی (۳,۴۳) می باشد. همچنین؛ میزان همیاری ۴۵,۸ درصد افراد در حد زیاد، ۳۷,۳ درصد پاسخگویان در حد متوسط و ۱۶,۹ درصد در حد خیلی زیاد می باشد. میانگین میزان همیاری ۳,۷۹ از ۵ می باشد که در حد زیاد

۱۲۰ تحلیل جنسیتی سرمایه اجتماعی و سلامت روان در سطح محله (مطالعه موردی شهروندان ۱۸ سال و بالاتر شهر ساری)

ارزیابی می‌شود. میانگین میزان روابط صمیمانه نیز در حد زیاد (۳,۷۲) ارزیابی می‌شود. به طوری که میزان روابط صمیمانه ۵۵,۱ درصد از پاسخگویان در حد زیاد، ۳۶,۴ درصد در حد متوسط و ۸,۴ درصد در حد خیلی زیاد می‌باشد. همچنین میزان اعتماد ۴۳,۱ درصد افراد در حد متوسط، ۴۶,۷ درصد افراد در حد زیاد، ۱۰,۲ درصد در حد خیلی زیاد می‌باشد. میانگین میزان اعتماد ۳,۶۷ از ۵ می‌باشد که در حد زیاد ارزیابی می‌شود. همچنین باید اضافه نمود که میزان هیچ یک از ابعاد سرمایه اجتماعی محله ای پاسخگویان جنوب شهر در حد خیلی کم نمی‌باشد. این وضعیت برای چهار بعد مشارکت محله ای، همیاری، روابط صمیمانه و اعتماد در حد کم نیز صدق می‌کند اما مشارکت مذهبی، ۰,۹ درصد از پاسخگویان در حد کم قرار دارد. همچنین در محلات شمال شهر، بالاترین میانگین به بعد مشارکت مذهبی (۱,۸۱) تعلق دارد و در مقابل کمترین میزان میانگین متعلق به بعد اعتماد (۱,۳۴) می‌باشد. همچنین؛ میزان روابط صمیمانه ۵۹,۱ درصد افراد در حد خیلی کم، ۳۲ درصد پاسخگویان در حد کم و ۸,۹ درصد در حد متوسط می‌باشد. میانگین میزان روابط صمیمانه ۱,۴۹ از ۵ می‌باشد که در حد خیلی کم ارزیابی می‌شود. میانگین میزان مشارکت محله ای نیز در حد خیلی کم (۱,۴۷) ارزیابی می‌شود. به طوری که میزان مشارکت محله ای ۶۳,۱ درصد از پاسخگویان در حد خیلی کم، ۲۶,۷ درصد در حد کم و ۱۰,۲ درصد در حد متوسط می‌باشد. همچنین میزان همیاری ۶۸,۹ درصد افراد در حد خیلی کم، ۲۰,۴ درصد افراد در حد کم، ۱۰,۷ درصد در حد متوسط می‌باشد. میانگین میزان همیاری ۱,۴۱ از ۵ می‌باشد که در حد خیلی کم ارزیابی می‌شود. همچنین باید اضافه نمود که میزان هیچ یک از ابعاد سرمایه اجتماعی محله ای پاسخگویان شمال شهر در حد زیاد و خیلی زیاد زیاد نمی‌باشد.

وضعیت سرمایه اجتماعی در شمال و جنوب شهر

جدول شماره ۵: وضعیت سرمایه اجتماعی کل پاسخ گویان بر حسب محلات شهری

میزان سرمایه اجتماعی در سطح محلات شمال شهر	تعداد	درصد معتبر	میزان سرمایه اجتماعی در سطح محلات جنوب شهر	تعداد	درصد معتبر
خیلی کم	۵۷	۲۵,۳	خیلی کم	۰	۰,۰
کم	۱۶۰	۷۱,۱	کم	۰	۰,۰
متوسط	۸	۳,۶	متوسط	۱۳۱	۵۸,۲
زیاد	۰	۰,۰	زیاد	۸۸	۳۹,۱
خیلی زیاد	۰	۰,۰	خیلی زیاد	۶	۲,۷
جمع	۲۲۵	۱۰۰	جمع	۲۲۵	۱۰۰

۳,۵۸	میانگین	۱,۷۸	میانگین
۰,۵۴	انحراف استاندارد	۰,۴۹	انحراف استاندارد

بر اساس اطلاعات جدول فوق، توزیع سرمایه اجتماعی پاسخ گویان ساکن در محلات جنوب شهر در حد زیاد (۳,۴۴) ارزیابی می شود. در مقابل میزان سرمایه اجتماعی در محلات شمال شهر در حد کم (۱,۷۸) قرار دارد. بیشترین فراوانی در محلات شمال و جنوب شهری به ترتیب در حد کم و متوسط قرار دارد. به طوری که میزان سرمایه اجتماعی محله ای ۷۱,۱ درصد پاسخگویان شمال شهر در حد کم و ۵۸,۲ درصد از پاسخگویان جنوب شهر میزان سرمایه اجتماعی محله ای-شان در حد متوسط قرار دارد. سرمایه اجتماعی محله ای ۲۵,۳ و ۳,۶ درصد از پاسخگویان شمال شهر به ترتیب در حد خیلی کم و متوسط قرار دارد. همچنین میزان سرمایه اجتماعی محله ای ۳۹,۱ و ۲,۷ درصد از پاسخگویان جنوب شهر به ترتیب در حد زیاد و خیلی زیاد قرار دارد.

وضعیت سلامت روان پاسخگویان

جدول شماره ۶: توزیع درصدی سلامت روان پاسخگویان

انحراف استاندارد	میانگین	خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	
۰,۷۴	۲,۳۱	۳,۶	۱۴,۲	۴۸,۴	۳۳,۸	۰,۰	پاسخگویان شمال شهر
۰,۵۰	۳,۹۵	۵۳,۸	۴۴,۰	۱,۸	۰,۴	۰,۰	پاسخگویان جنوب شهر
۱,۰۳	۳,۱۳	۲۸,۷	۲۹,۱	۲۵,۱	۱۷,۱	۰,۰	کل پاسخگویان

بر اساس اطلاعات جدول فوق، سلامت روان هیچ یک از پاسخ گویان در حد خیلی کم نمی باشد. میانگین سلامت روان پاسخگویان شمال و جنوب شهر به ترتیب ۲,۳۱ و ۳,۹۵ از ۵ می باشد. مقایسه سرمایه اجتماعی و سلامت روان پاسخگویان در محلات شمال و جنوب شهر

جدول شماره ۷: مقایسه سرمایه اجتماعی و سلامت روان پاسخگویان در محلات شمال و جنوب

sig	T	میانگین	تعداد	منطقه شهری	
۰,۰۰۰	-۵۶,۴۳۸	۱,۷۸	۲۲۵	شمال	سرمایه اجتماعی
		۳,۵۸	۲۲۵	جنوب	
۰,۰۰۰	-۲۷,۱۹۸	۲,۳۱	۲۲۵	شمال	سلامت روان
		۳,۹۵	۲۲۵	جنوب	

۱۲۲ تحلیل جنسیتی سرمایه اجتماعی و سلامت روان در سطح محله (مطالعه موردی شهروندان ۱۸ سال و بالاتر شهر ساری)

جدول فوق نشان دهنده مقایسه میانگین سرمایه اجتماعی و سلامت روان در بین محلات شمال و جنوب شهر ساری می باشد. با توجه به مقدار آزمون T و همچنین سطح معنی داری، می توان بیان کرد که میانگین سرمایه اجتماعی و سلامت روان در محلات شمال و جنوب شهر ساری دارای تفاوت معنادار می باشد. به گونه ای که محلات جنوب شهر از سرمایه اجتماعی محله ای و سلامت روان بالاتری نسبت به محلات شمال شهر برخوردار می باشند.

مقایسه ابعاد سرمایه اجتماعی محله ای در محلات شمال و جنوب شهر بر حسب جنسیت پاسخگویان

جدول شماره ۸: مقایسه ابعاد سرمایه اجتماعی محله ای در محلات شمال و جنوب شهر بر حسب

جنسیت پاسخگویان

متغیر	منطقه شهری	جنسیت	تعداد	میانگین	T	sig
اعتماد	شمال	مرد	۱۱۶	۱,۴۶	۳۱,۶۹۳	۰,۰۰۰
		زن	۱۰۹	۱,۸۵		
	جنوب	مرد	۱۱۲	۳,۶۶	۰,۰۰۴	۰,۹۴۹
		زن	۱۱۳	۳,۶۵		
روابط صمیمانه	شمال	مرد	۱۱۶	۱,۴۷	۵۰,۲۱۲	۰,۰۰۰
		زن	۱۰۹	۱,۹۲		
	جنوب	مرد	۱۱۲	۳,۶۰	۰,۲۶۱	۰,۶۱۰
		زن	۱۱۳	۳,۶۳		
مشارکت مذهبی	شمال	مرد	۱۱۶	۲,۰۷	۰,۱۱۰	۰,۷۴۱
		زن	۱۰۹	۲,۰۹		
	جنوب	مرد	۱۱۲	۳,۳۹	۱,۹۸۵	۰,۱۶۰
		زن	۱۱۳	۳,۳۲		
مشارکت محله ای	شمال	مرد	۱۱۶	۱,۵۲	۳۰,۳۸۱	۰,۰۰۰
		زن	۱۰۹	۱,۹۴		
	جنوب	مرد	۱۱۲	۳,۷۹	۰,۰۰۵	۰,۹۴۷
		زن	۱۱۳	۳,۷۸		
همیاری	شمال	مرد	۱۱۶	۱,۳۹	۴۳,۱۶۳	۰,۰۰۰
		زن	۱۰۹	۱,۸۸		
	جنوب	مرد	۱۱۲	۳,۵۶	۲,۷۲۹	۰,۱۰۰
		زن	۱۱۳	۳,۶۷		
	شمال	مرد	۱۱۶	۱,۶۳	۴۳,۷۵۱	۰,۰۰۰

		سرمايه اجتماعي كل			
		۱,۹۴	۱۰۹	زن	
۰,۹۸۵	۰,۰۰۰	۳,۵۸	۱۱۲	مرد	جنوب
		۳,۵۹	۱۱۳	زن	

جدول فوق نشان دهنده تفاوت میانگین ابعاد سرمايه اجتماعي محله ای در شمال و جنوب شهر بر اساس جنسیت می باشد. یافته ها حاکی از آن است که میزان مشارکت مذهبی در محلات شمال و جنوب شهر در بین زنان و مردان دارای تفاوت معناداری نمی باشد. اما میانگین ابعاد اعتماد، روابط صمیمانه، مشارکت محله ای و همیاری در محلات شمال شهر بین زنان و مردان متفاوت می باشد. با توجه به سطح معنی داری هر بعد، می توان بیان کرد که این تفاوت از لحاظ آماری معنادار می باشد. اما میانگین هر یک از ابعاد فوق در محلات جنوب شهر، در بین زنان و مردان دارای تفاوت معنادار نمی باشد. همچنین میزان سرمايه اجتماعي محله ای در محلات جنوب شهر در بین زنان و مردان دارای تفاوت معنادار نمی باشد اما این میزان در محلات شمال شهر در بین زنان و مردان متفاوت می باشد. در تمام ابعادی که تفاوت معنادار بوده است، زنان نسبت به مردان دارای میانگین بیشتری بوده اند.

مقایسه سلامت روان در محلات شمال و جنوب شهر بر حسب جنسیت پاسخگویان

جدول شماره ۹: مقایسه سلامت روان در محلات شمال و جنوب شهر بر حسب جنسیت

پاسخگویان

متغیر	منطقه شهری	جنسیت	تعداد	میانگین	T	sig
سلامت روان	شمال	مرد	۱۱۶	۲,۴۵	۲,۹۵	۰,۰۰۴
		زن	۱۰۹	۲,۱۶		
	جنوب	مرد	۱۱۲	۴,۰۷	۳,۶۱	۰,۰۰۳
		زن	۱۱۳	۳,۸۳		

با توجه به یافته های جدول فوق، میانگین سلامت روان در بین زنان و مردان در محلات شمال و جنوب شهر ساری تفاوت معناداری وجود دارد. یافته ها نشان می دهد که مردان از سلامت روان بالاتری نسبت به زنان برخوردار می باشند.

آزمون ضریب همبستگی بین سرمايه اجتماعي محله ای و مشخصات فردی

جدول شماره ۱۰: آزمون ضریب همبستگی بین سرمایه اجتماعی محله ای و مشخصات فردی

سطح معناداری	ضریب همبستگی پیرسون	متغیر	
۰,۰۰۰	-۰,۲۳۸	تحصیلات	
۰,۰۰۰	۰,۴۴۷	مدت زمان اقامت	اعتماد
۰,۰۰۰	۰,۱۵۱	سن	
۰,۰۰۰	-۰,۲۳۴	تحصیلات	
۰,۰۰۰	۰,۴۳۵	مدت زمان اقامت	روابط صمیمانه
۰,۰۰۵	۰,۱۳۲	سن	
۰,۰۰۰	-۰,۲۷۶	تحصیلات	
۰,۰۰۰	۰,۴۱۳	مدت زمان اقامت	مشارکت مذهبی
۰,۰۱۱	۰,۱۲۰	سن	
۰,۰۰۰	-۰,۲۵۲	تحصیلات	
۰,۰۰۰	۰,۴۴۱	مدت زمان اقامت	مشارکت محله ای
۰,۰۰۶	۰,۱۳۱	سن	
۰,۰۰۰	-۰,۲۴۰	تحصیلات	
۰,۰۰۰	۰,۴۲۰	مدت زمان اقامت	همیاری
۰,۰۰۴	۰,۱۳۶	سن	
۰,۰۰۰	-۰,۲۵۵	تحصیلات	
۰,۰۰۰	۰,۴۴۱	مدت زمان اقامت	سرمایه اجتماعی کل
۰,۰۰۲	۰,۱۴۲	سن	
۰,۰۰۰	-۰,۲۳۸	تحصیلات	
۰,۰۰۰	۰,۳۸۳	مدت زمان اقامت	سلامت روان
۰,۰۴۶	۰,۰۹۴	سن	

جدول فوق نشان دهنده ضریب همبستگی میان ابعاد سرمایه اجتماعی محله ای و مشخصات فردی پاسخ گویان می باشد. یافته های حاصل از آزمون پیرسون حاکی از آن است که بین تمام ابعاد سرمایه اجتماعی محله ای با تحصیلات، مدت زمان اقامت و سن پاسخگویان رابطه معناداری وجود دارد. از میان سه مشخصه مذکور، تحصیلات پاسخگویان با ابعاد مختلف سرمایه اجتماعی محله ای دارای رابطه از نوع منفی می باشد اما متغیرهای مدت زمان اقامت و سن با ابعاد سرمایه اجتماعی محله ای دارای رابطه مثبت می باشند. همچنین ضعیف ترین رابطه متعلق به متغیر سن با ابعاد سرمایه اجتماعی محله ای می باشد. بررسی رابطه متغیرهای زمینه ای با سلامت روان نشان می دهد که هر سه متغیر تحصیلات، مدت زمان اقامت و سن رابطه معناداری با سلامت روان

دارند. رابطه دو متغیر مدت زمان اقامت و سن مثبت می باشد اما تحصیلات با سلامت روان دارای رابطه معکوس می باشد.

آزمون ضریب همبستگی بین سرمایه اجتماعی محله ای و سلامت روان پاسخگویان

جدول شماره ۱۱: آزمون ضریب همبستگی بین سرمایه اجتماعی محله ای و سلامت روان

پاسخگویان

متغیر	ضریب همبستگی پیرسون	سطح معناداری
سرمایه اجتماعی سلامت روان	۰,۷۳۰	۰,۰۰۰

با توجه به سطح معنی داری (۰,۰۰۰) و مقدار آزمون ضریب همبستگی پیرسون (۰,۷۳۰)، سرمایه اجتماعی و سلامت روان دارای رابطه معناداری می باشد. جهت این رابطه مثبت می باشد. به این معنی که با افزایش سرمایه اجتماعی، سلامت روان نیز افزایش می یابد و در مقابل با کاهش آن، سلامت روان نیز کاهش می یابد.

تحلیل رگرسیونی خطی چند متغیره جهت تبیین سلامت روان

جدول شماره ۱۲: مدل رگرسیونی جهت تبیین سلامت روان

مدل	R	R Square	Adjusted R Square	Anova (F)	sig
شماره یک	۰,۷۳۰	۰,۴۹۴	۰,۴۹۳	۴۳۷,۲۷۶	۰,۰۰۰
شماره دو	۰,۷۳۳	۰,۵۳۷	۰,۵۳۵	۲۵۹,۴۶۶	۰,۰۰۰
شماره سه	۰,۷۳۸	۰,۵۴۵	۰,۵۴۲	۱۷۷,۸۹۱	۰,۰۰۰

در مدل رگرسیونی گام به گام متغیرهای مستقل که برای تبیین سلامت روان صورت گرفته، نتایج به دست آمده نشان می دهد که در مدل شماره (۱) پس از ورود اولین متغیر یعنی مشارکت مذهبی که وارد مدل شده، این بعد به تنهایی توانسته ۴۹,۴ درصد از تغییرات سلامت روان افراد را پیش بینی کند. مدل شماره (۲) نشان می دهد که پس از اضافه شدن متغیر مشارکت محله ای این رقم به ۵۳,۷ درصد افزایش یافته است. نتایج مدل شماره (۳) حاکی از آن است که با اضافه شدن متغیر اعتماد به معادله فوق این رقم به ۵۴,۵ درصد افزایش می یابد.

جدول شماره ۱۳: ضرایب تأثیر مدل نهایی متغیرهای مستقل برای سلامت روان

Sig	T-value	ضریب رگرسیونی استاندارد (Beta)	Std.error	ضریب رگرسیونی غیر استاندارد (B)	متغیرها
۰,۰۰۰	۵,۰۸۱		۰,۱۳۴	۰,۶۸۰	مقدار ثابت
۰,۰۰۰	۶,۶۳۲	۰,۳۷۶	۰,۰۸۱	۰,۵۳۴	مشارکت مذهبی
۰,۰۰۰	۳,۱۴۲	۰,۲۱۵	۰,۰۶۰	۰,۱۹۰	مشارکت محله ای
۰,۰۰۰	۲,۷۱۳	۰,۱۹۶	۰,۰۶۶	۰,۱۷۹	اعتماد

جدول فوق نشان دهنده‌ی ضرایب تأثیر مدل نهایی متغیرهای مستقل تبیین کننده سلامت روان است. همان طور که در این مدل نشان داده شده است، متغیر مشارکت مذهبی (۰,۳۷۶) و اعتماد (۰,۱۹۶) به ترتیب بیشترین و کمترین تأثیر را بر متغیر وابسته مذکور دارند. همچنین تأثیر متغیر مشارکت محله ای بر سلامت روان ۰,۲۱۵ می باشد. باید اضافه نمود که از بین پنج متغیر وارد شده به معادله رگرسیونی تنها ۲ متغیر همیاری و روابط صمیمانه از معادله خارج شده است و سایر متغیرها در معادله باقی مانده است. لازم به ذکر است که تأثیر تمامی متغیرهای باقی مانده در مدل نهایی مثبت می باشد.

نتیجه گیری

در تحقیق حاضر میزان سرمایه اجتماعی و سلامت روان در محلات شهر ساری مورد بررسی قرار گرفته است و همچنین به بررسی تطبیقی این سرمایه در محله های شمال و جنوب شهر بر حسب جنسیت پرداخته شده است. روش مطالعه از نوع پیمایش و تکنیک جمع آوری اطلاعات، پرسشنامه بوده است. جامعه آماری تحقیق شامل کلیه افراد بالاتر از ۱۸ سال ساکن در شهر ساری می باشد. حجم نمونه تحقیق ۴۵۰ نفر را شامل می شود.

یافته ها نشان می دهد که میانگین سرمایه اجتماعی محله ای پاسخگویان ساکن در محلات جنوب شهر، در حد زیاد (۳,۵۸) ارزیابی شده است و در مقابل پاسخگویان محلات شمال شهر، میانگین سرمایه اجتماعی محله ای شان حد کم (۱,۷۸) قرار دارد. نتایج آزمون T نشان داده است که تفاوت مشاهده شده از نظر آماری معنادار می باشد. همچنین میانگین ابعاد سرمایه اجتماعی

محله ای (اعتماد محلات شمالی ۱,۶۵ و محلات جنوبی ۳,۶۶، روابط صمیمانه محلات شمالی ۱,۶۹ و محلات جنوبی ۳,۶۲، مشارکت مذهبی محلات شمالی ۲,۰۸ و محلات جنوبی ۳,۳۶، مشارکت محله ای محلات شمالی ۱,۷۲ و محلات جنوبی ۳,۷۸، همیاری محلات شمالی ۱,۶۳ و محلات جنوبی ۳,۶۲) نیز در محلات شمال و جنوب شهر ساری دارای تفاوت معنی دار می باشد. تمام ابعاد سرمایه اجتماعی محله ای در محلات جنوب شهر، نسبت به میانگین محلات شمال شهر دارای میانگین بیشتری هستند.

میانگین سلامت روان در محلات شمال و جنوب شهر ساری دارای تفاوت معنادار می باشد. به گونه ای که محلات جنوب شهر از سلامت روان بالاتری نسبت به محلات شمال شهر برخوردار بوده اند.

در تحقیق حاضر به بررسی تفاوت میانگین سرمایه اجتماعی محله ای در محلات شمالی و جنوبی بر حسب جنس پرداخته شده است. نتایج نشان داده است که میزان مشارکت مذهبی در محلات شمال و جنوب شهر در بین زنان و مردان دارای تفاوت معناداری نیست. تفاوت میانگین ابعاد اعتماد، روابط صمیمانه، مشارکت محله ای و همیاری در محلات شمال شهر بین زنان و مردان معنادار می باشد. اما میانگین هر یک از ابعاد فوق در محلات جنوب شهر، در بین زنان و مردان دارای تفاوت معنادار نمی باشد. میزان سرمایه اجتماعی محله ای در محلات جنوب شهر در بین زنان و مردان دارای تفاوت معنادار نیست اما این میزان در محلات شمال شهر در بین زنان و مردان متفاوت می باشد. لازم به ذکر است که زنان میانگین بالاتری از سرمایه اجتماعی محله ای را به خود اختصاص داده اند. در ادامه به بررسی تفاوت سلامت روان در محلات شمال و جنوب شهر بر حسب جنسیت پرداخته شده است. یافته ها نشان داده اند که میانگین سلامت روان در بین زنان و مردان در محلات شمال و جنوب شهر ساری تفاوت معناداری وجود دارد. به طوری که مردان از سلامت روان بالاتری نسبت به زنان برخوردار بوده اند.

در ادامه به مقایسه میانگین سرمایه اجتماعی محله ای در مقاطع تحصیلی پرداخته شده است. نتایج حاکی از آن است که میزان میانگین سرمایه اجتماعی محله ای در محلات شمال و جنوب شهر بر اساس مدارک تحصیلی متفاوت نمی باشد. نتایج حاصله از آزمون مقایسه میانگین سرمایه اجتماعی محله ای بر حسب گروه های سنی نشان می دهد که تفاوت معناداری میان گروه های سنی در محلات شمال و جنوب در میزان برخوردار از سرمایه اجتماعی وجود ندارد.

همچنین یافته های آزمون همبستگی نشان می دهد که بین تمام ابعاد سرمایه اجتماعی محله ای با تحصیلات، مدت زمان اقامت و سن پاسخگویان رابطه معناداری وجود دارد. از میان سه مشخصه مذکور، تحصیلات پاسخگویان با ابعاد مختلف سرمایه اجتماعی محله ای دارای رابطه از نوع منفی می باشد اما متغیر های مدت زمان اقامت و سن با ابعاد سرمایه اجتماعی محله ای دارای

رابطه مثبت می‌باشند. بررسی رابطه سلامت روان و سه متغیر زمینه ای مدت زمان سکونت، سن و تحصیلات نشان داده است که هر سه متغیر دارای رابطه معناداری با سلامت روان داشته اند. لازم به ذکر می باشد که دو متغیر سن و مدت زمان اقامت با سلامت روان دارای رابطه مثبت و متغیر تحصیلات دارای رابطه منفی با سلامت روان می باشد.

در تحقیق حاضر برای تبیین سلامت روان، از ابعاد سرمایه اجتماعی محله ای استفاده شده است. یافته های تحلیل رگرسیونی چند متغیره به شیوه گام به گام نشان داده است که سه بعد مشارکت مذهبی، مشارکت محله ای و اعتماد در مدل نهایی باقی مانده‌اند و به ترتیب از بیشترین تا کمترین تأثیر را بر روی سلامت روان داشته‌اند. به عبارتی می توان بیان کرد که با افزایش میزان سرمایه اجتماعی که خود عاملی برای انسجام کیفی محله می‌باشد، عنصری برای سلامت روان ساکنین محله به شمار می‌آید. با افزایش یافتن میزان سرمایه اجتماعی افراد، احساس محرومیت از محله در افراد کاهش می یابد و افراد، محله را به عنوان حریمی امن که دارای اعضای مورد اعتماد، روابط متقابل اجتماعی و محلی برای انجام فعالیت های مدنی می‌داند و این مهم موجب ارتقای سلامت روانی فرد می‌شود. همچنین سرمایه اجتماعی، به افراد این اطمینان را می‌دهد که دارای حمایت‌های اجتماعی از سوی شبکه‌هایی که در آن عضویت دارند، می‌باشند. منابع سرمایه اجتماعی مانند اعتماد، هنجار ها، شبکه روابط، صمیمیت و ... معمولاً خود تقویت کننده سلامت روان افراد هستند که سطح بالایی از همکاری، اعتماد، معامله متقابل، مشارکت مدنی و رفاه جمعی را منجر می‌شود.

در زمان افزایش میزان سرمایه اجتماعی، افراد و اجتماعات در قالب ارزش ها، هنجارها، و پیوندهای اجتماعی که در جریان تعاملات اجتماعی به وجود می آید، قابلیت های خود را افزایش می دهند و در عین به دست آوردن امکان کنترل زندگی خود، از حمایت های محیطی و اجتماعی که در شبکه های ارتباطی آن ها به وجود آمده برخوردار می شوند. در این مورد وایتفورد^۱ بیان می کند: «امروزه عوامل تعیین کننده اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی سلامت به خوبی بررسی شده و شواهد مستندی در دست است که هر چه افراد به لحاظ اجتماعی منزوی تر باشند، از سلامت روانی کمتری برخوردارند و به عکس هر چه پیوستگی اجتماعی در جامعه بیشتر باشد آن جامعه سالم تر خواهد بود. کاهش بیماری های روانی و پرورش سلامت روانی ویژگی هایی را که برای قبول نقش های اجتماعی افراد لازم است، افزایش می دهد» (Whiteford, 2000).

به طور کلی بررسی‌ها نشان می‌دهد که وجود سرمایه اجتماعی به عنوان یک حائل در مقابل عوامل فشار زای درونی و بیرونی نقش مثبتی در محله ایفا می‌کند. مکانیسم تأثیر گذاری سرمایه

¹ Whiteford

اجتماعی بدین صورت است که افراد برای کسب حمایت اجتماعی و آرامش روانی به خانواده، دوستان و آشنایان خود متوسل می‌شوند و سپس برای دسترسی به سرمایه اجتماعی وسیع تر به منابع گروهی متوسل می‌گردند و از این طریق شبکه‌ای را بین درون گروه و برون گروه ایجاد می‌کنند. افرادی که به عضویت در گروه‌ها موفق می‌شوند اثرات منفی روانی ناشی از استرس‌های محیطی را دفع می‌کنند و به این ترتیب بیماری‌های روانی در آن‌ها کاهش می‌یابد. وجود سرمایه اجتماعی، شبکه‌ها و حمایت‌های اجتماعی موجب احساس آسودگی خیال، کاهش اضطراب، افزایش توان سیستم دفاعی بدن و در نهایت سلامت روانی می‌شود. بنابراین، سرمایه اجتماعی به همراه مولفه‌های اصلی خود، می‌تواند سلامت روان افراد را افزایش دهد.

References

- Ardeshiri. M, Hajipour. Kh, hakimi, S. (2014). The role of physical infrastructure and urban neighborhoods on the formation of social capital, Journal of Urban Planning, Volume 4, No 13, PP 35-56. [PERSIAN]
- Bastani. S, (2009). The network of 10 neighborhood social capital Tehran: the place of local relationships on social networks, Journal of Social Studies, Volume 2, Issue 2, PP 55-74. [PERSIAN]
- Bourdieu. P, (1986). The Forms of Capital in Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education". (Ed.) JG. Richardson. New York: Greenwood Press. (pp .241-258).
- Boyce. W. F, Davies. D, Gallupe. O, Shelley. D. (2008). Adolescent Risk Taking, Neighborhood Social Capital, and Health, Journal of Adolescent Health, Vol. 43, PP 246-252.
- Forrest, R. Keans, A. (2001). Social Cohesion, Social Capital and Neighbourhood. Urban Studies, Vol. 38, No. 12, PP. 2125-2143.
- Frankfort. Ch, Nchmyas. D, (2003). Research methods in the social sciences, translation and Reza Fazli Fazel Larijani, Tehran: Soroush. [PERSIAN]
- Ganji. H, (1998). Mental Health, Tehran: Arasbaran. [PERSIAN]
- Gholami. A, Balshide. K, (2012) spiritual and therapeutic efficacy of the mental health of divorced women, Journal of Counseling and Psychotherapy family, Volume first, No 2 , PP 348-331. [PERSIAN]
- Granovetter. M. (1983). The Strength of Weak Ties: A Network Theory Revisited, Sociological Theory, Vol. 1, PP 201-233.
- Kaveh. M, (2012). Social Disease Pathology (first volume), Tehran: sociologists. [PERSIAN]
- Lin, N, Cook. K, Burt. R. S. (2001). Social Capital: Theory and Research, New York: Aldine de Gruyter.

- Lindstrom. M, Merlo. J, Ostergren. P. O (2003). Social capital and sense of insecurity in the neighbourhood: a population-based multilevel analysis in Malmo, Sweden, *Social Science & Medicine*, 56, PP 1111-1120.
- Marashi. A, (۲۰۰۹), mental health and the role of religion, Tehran, Cultural and Scientific Publications. [PERSIAN]
- Moazedi. K, Asadi. A, (2013) examining ways to maintain mental health of the Qur'an, *The Journal of Ardanil University medical sciences*, Volume 12, Issue I, PP.۸۵-۹۶. [PERSIAN]
- Mousavi Khamene. M, Hassanpour drodgar. Z, (2013). The comparative analysis of social capital in neighborhoods favorable and unfavorable Tehran, *social problems*, No ۲, PP .۲۰۳-۲۲۸. [PERSIAN]
- Navabakhsh. M, pourseyf. H, (2007). The role of religion and religious beliefs on mental health, *religious study*, No. 14, PP.۷۱-۹۴. [PERSIAN]
- Norozi. V, (۲۰۰۴) behavioral styles impact on the mental state of students' families and their attitudes toward human relations at school, *Journal of Educational Innovations*, No. ۶- the second year. [PERSIAN]
- Putnam, R. D. (1993). *Making democracy work: Civic traditions in modern Italy*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Riahi. M. E, Aliverdini. A, Bani-Asadi. M. R, (2009), The effects of religion and religious orientation and mental health University of Mazandaran student, *Journal of Social Sciences Faculty of Literature and Humanities University of Mashhad*, Vol 5, Number 2, PP 90-51. [PERSIAN]
- Ritzer. G (2011). *In contemporary era sociological theory*, translation M. Triad, published 16, Tehran. elmi. [PERSIAN]
- Salehi. L, Soleimani zade. L, Bagheri Yazdi. A, Abbas Zade. A. (2008). The relationship between religious beliefs and mental health locus of control with students, *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences*, Vol. 11, No. I, PP 55-49. [PERSIAN]
- Sampson. R. J, Graif. C. (2009). Neighborhood Social Capital as Differential Social Organization; Resident and Leadership Dimensions, *American Behavioral Scientist*, vol. 52, No. 11, PP. 1579-1605.
- Sharifi. T, Shokrkon. H, Ahmadi. H, mazaheri. M. M. (2010). The relationship between religious identity and national mental health of students, *New findings in psychology*, Vol. 4, No. 11, PP 125-142. [PERSIAN]
- Tajbakhsh. K, (2006) *Social capital: trust, democracy and development*, Tehran: shiraze. [PERSIAN]
- Talen, F, (1999). Sence of community and neighborhood form: an assessment of the social doctrine of new urbanism. *Urban studies*, Vol. 36, No. 8, PP 1361-1379.

- Tavassoly. G. A, Mousavi. M, (2006). The concept of an immortal new capital in the classical theories with an emphasis on theories of social capital, a social sciences, No. 26, pp. 32-1. [PERSIAN]
- Wellman. B, Wortley. S. (1990). Different Strokes from Different Folks: Community Ties and Social Support, the American Journal of Sociology, Vol. 96, No 3, PP 558-688.
- Wellman. B. (1979). The Community Question: The Intimate Networks of East Yorkers, the American Journal of Sociology, Vol. 84, No. 5. PP. 1201-1231.
- Wellman. B. (1983). Network Analysis: Some Basic Principles, Sociological Theory, Vol. 1, PP 155-200.
- Whiteford. H. (2000), Human Capital, Social Capital and Mental Health. (wfmh: third quarter new fetter 2000) copyright 1998-2000 world federation for mental health.
- Yung. K. B, Ziersch. A, Baum. F. (2013). 'Faking til you make it': Social capital accumulation of individuals on low incomes living in contrasting socio-economic neighborhoods and its implications for health and wellbeing, Social Science & Medicine, Vol. 85, PP 9-17.

Archive of SID