

## بررسی رابطه‌ی بین مؤلفه‌های سرمایه‌ی اجتماعی و نشانه‌های اختلال شخصیت نمایشی در دانش‌آموزان

علی محمد قدسی<sup>۱</sup>  
الهام مردان پور شهرکردی<sup>۲</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲ / ۰۳ / ۰۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱ / ۱۰ / ۱۵

### چکیده

تحقیق حاضر با هدف تعیین ارتباط بین مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و نشانه‌های اختلال شخصیت نمایشی در دانش‌آموزان صورت گرفته است. پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی از شاخه پیمایشی است که جامعه‌ی آماری این پژوهش کلیه‌ی دانش‌آموزان مقطع پیش دانشگاهی در ۵ ناحیه آموزش و پرورش شهرستان شهرکرد در سال ۸۸ و ابزار تحقیق، آزمون بالینی چندمحوری میلیون ۳ است که در ایران از پایایی و اعتبار بالایی برخوردار است. یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهد که شیوع نشانه‌های اختلال شخصیت نمایشی محرز شده در بین دانش‌آموزان ۶/۹ درصد و افراد در معرض خطر ابتدا به این اختلال ۱۵ درصد می‌باشد؛ در حالی که شیوع این اختلال در جمعیت عمومی در حدود ۲ تا ۳ درصد است. با توجه به شیوع بالای افراد در معرض خطر ابتدا به اختلال شخصیت نمایشی در صورت فراهم شدن عوامل و شرایط زمینه‌ساز، احتمال ابتلاء جدی به اختلال شخصیت نمایشی وجود دارد. بر اساس نتایج این پژوهش و ارتباط معنی‌دار بین مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی اعتماد اجتماعی، تعهد اجتماعی و تضاد خانواده و نشانه‌های اختلال شخصیت نمایشی ( $P < 0/05$ )، چنین به نظر می‌رسد که هر چه اعتماد اجتماعی و تعهد اجتماعی در جامعه افزایش یابد و نیز تضاد خانواده کاهش یابد، افراد آن جامعه از سلامت روانی و شخصیتی مطلوب‌تری برخوردار خواهند شد.

**کلیدواژه‌ها:** سرمایه‌ی اجتماعی، اعتماد اجتماعی، تعهد اجتماعی، تضاد خانواده و نشانه‌های اختلال شخصیت نمایشی

Email: ghodsi@basu.ac.ir

۱- استادیار دانشگاه بوعلی سینا

۲- دانش‌آموخته جامعه‌شناسی از دانشگاه بوعلی‌سینا و کارشناس ارشد دانشگاه شهر کرد

## مقدمه

سلامت روان از مباحث اساسی در حیطه‌ی علوم اجتماعی و روان‌شناسی است که توجه بسیاری از نهادهای بین‌المللی از جمله سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup> را به خود معطوف ساخته است. هدف از توجه به بهداشت روان، پیشگیری از ابتلا، کاهش شیوع و جلوگیری از عوارض بیماری‌های روانی است.

از منظر سازمان بهداشت جهانی، سلامت روانی بخشی بسیار مهم در حیطه‌ی سلامت است که ارتقاء و برنامه‌ریزی در راستای بالا بردن آن مؤثر است. این سازمان سلامت روانی را حالتی از سلامتی تعریف می‌کند که در آن فرد توانایی‌های خود را می‌شناسد، می‌تواند با فشارهای طبیعی زندگی مقابله کند، برای جامعه مثمر باشد و قادر به تصمیم‌گیری و مشارکت جمعی باشد. بر این اساس سلامت روانی مبنای رفاه و سلامتی برای افراد و جامعه است (عنایت و آقاپور، ۱۳۸۹). بین بهداشت و سلامت روانی فرد و شخصیت او رابطه‌ی بسیار محکمی وجود دارد؛ زیرا کسی که از یک ناراحتی رنج می‌برد، نمی‌تواند سازگاری سالم و مطلوبی با محیط خود داشته باشد و اگر فردی از رشد و تکامل طبیعی شخصیت برخوردار نباشد یا دچار اختلال شخصیت شود، می‌توان گفت از سلامت روانی محروم است. سلامت روانی و سلامت جسمی لازم و ملزوم یکدیگرند (کامران و ارشادی، ۱۳۸۸). پیوند سلامت روانی و جسمی بیانگر نگاه جدید به سلامتی است. برخلاف دوگانه‌گرایی جسم و روان در قبل که قائل به تفکیک این دو از هم بود در این نگاه جدید روان و جسم در هم تنیده و با هم در ارتباط هستند.

در حالی که دیدگاه‌های زیست‌شناختی و روان‌شناختی دلیل بیماری‌های روانی را عامل استرس‌زای فیزیولوژیکی یا تجربیات دوران کودکی تلقی می‌کنند، رویکردهای جامعه‌شناختی، ساختارهای اجتماعی نابرابر، نقش‌های اجتماعی و عدم وجود منابع حمایت اجتماعی<sup>۲</sup> و سرمایه اجتماعی<sup>۳</sup> را عامل اصلی این بیماری‌ها معرفی می‌کنند (توکل و همکاران، ۱۳۹۰). لذا برای بررسی و شناخت بیماری لازم است آن را در بستر اجتماعی که فرد در آن قرار دارد مورد مطالعه قرار داد.

---

1. W.H.O

2. Social Support

3. Social Capital

سرمایه‌ی اجتماعی اصطلاح جدیدی است که در طول ۲۵ سال گذشته در علوم اجتماعی ظهور نموده و در ۱۰ سال گذشته، ابعاد جدیدی به دست آورده و به سلامت مرتبط شده است (کریستوتاکیا و گامارنیکو، ۲۰۰۴). سرمایه‌ی اجتماعی ویژگی‌های اجتماعی از قبیل همبستگی اجتماعی<sup>۱</sup>، اعتماد اجتماعی<sup>۲</sup>، روابط اجتماعی<sup>۳</sup> و ... را در بر می‌گیرد که با سلامتی افراد در ارتباط می‌باشد (کاواچی، کندی و گلاس، ۱۹۹۹). در رویکرد جدید به سلامتی تحت عنوان مدل زیستی، روانی و اجتماعی سلامتی سرمایه‌ی اجتماعی از مؤلفه‌های تشکیل دهنده سلامتی است. بر این اساس سلامتی در کنار دیگر مؤلفه‌های زیستی و روانی آن همراه با کم و کیف میزان و نوع سرمایه اجتماعی در نظر گرفته می‌شود.

### بیان مسأله

اختلال شخصیت نمایشی از جمله اختلالات شخصیتی است که در جوامع بخشی از افراد به آن مبتلا هستند. این نوع اختلال به لحاظ شیوع و جمعیت مبتلا به آن بیشتر در جوانان رواج دارد (دوبرت، ۲۰۰۷). در این اختلال جلب توجه، خودنمایی، به چشم آمدن و بروز رفتار نمایشی مبنای شکل‌گیری بیماری را تشکیل می‌دهند. در توضیح این اختلال عمدتاً مطالعات و بررسی‌ها در حوزه روان‌شناسی، روان‌پزشکی و روانکاوی از دیدگاه‌های زیست‌شناختی، پویایی روانی، شناختی تکامل رشد عصبی و روابط بین شخصی انجام گرفته است (میلون و همکاران، ۲۰۰۴). در بین این دیدگاه‌ها، دیدگاه روابط بین شخصی نخستین دیدگاهی است که در توضیح اختلال شخصیت نمایشی فرد مبتلا را پیرامون روابط او با دیگران مورد توجه قرار داده است. بر اساس دیدگاه روابط بین شخصی عامل زیربنایی در بیماران دارای اختلال شخصیت نمایشی ناشی از ترس و گسست از دیگران است (میلون و همکاران، همان). در حرکت از بیان و توضیح سلامت و بیماری در فرد به بیان و توضیح سلامت و بیماری در جامعه سرمایه اجتماعی رویکرد جدیدی را در جامعه‌شناسی ایجاد کرده است.

پژوهش‌های زیادی در سراسر جهان بر این رویکرد تأکید کرده و نشان می‌دهند که عدم دسترسی به منابع حمایت و سرمایه‌ی اجتماعی در پیشگیری از بیماری‌های روانی مؤثر

1. Social Adhesion
2. Social trust
3. Social Relation

هستند (توکل و مقصودی، ۱۳۸۹). شبکه‌ی اجتماعی برای فرد حمایت عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی فراهم می‌نماید و از آن طریق در تنظیم فعالیت‌های وی و کنترل رفتارهای مرتبط با سلامتی از قبیل مصرف مشروبات الکلی و استعمال دخانیات نقش بازی می‌کند. بنابراین رفتارهای مرتبط با سلامتی و سرمایه اجتماعی با هم رابطه درونی دارند (بولین، لیندرن، لیندسروم و نایستد، ۲۰۰۳).

در چهارچوب سرمایه‌ی اجتماعی، احتمالاً شیوه‌ای که جامعه مان را سازمان می‌بخشیم، میزان کمکی که به تعامل میان شهروندان می‌کنیم و درجه‌ی اعتماد و همبستگی با یکدیگر در اجتماعات مهم‌ترین تعیین کننده‌های سلامت ما است (لوماس ۱۹۹۸، وایت ۲۰۰۹). تحقیقات نشان می‌دهد که سرمایه‌ی اجتماعی بالاتر و انسجام اجتماعی بیشتر به بهبود شرایط جامعه کمک می‌کند. امروزه بخش عظیمی از اشکال بیماری‌های روانی و جسمی با عوامل اجتماعی رابطه قوی دارند (استنفلد ۱۹۹۸، کیم و کاواچی ۲۰۰۷). سرمایه‌ی اجتماعی از طریق شیوه‌های شامل انتشار اطلاعات بهداشتی، احتمال افزایش هنجارها و رفتارهای سازگار شده با سلامت، کنترل اجتماعی رفتارهای مخاطره‌آمیز سلامت، افزایش دسترسی به تسهیلات و سرویس‌های محلی و فرایندهای روان‌شناختی مثل حمایت‌های مؤثر می‌تواند بر روی سلامت تأثیر بگذارد (شُرت ۲۰۰۴، کاواچی و همکاران ۱۹۹۹). همه‌ی افراد نمی‌توانند به منابع ارزشمند اجتماعی که توسط سرمایه‌ی اجتماعی در اختیارشان قرار می‌گیرد به طور یکسان دسترسی داشته باشند، لذا سرمایه‌ی اجتماعی و دسترسی به آن در جامعه و در گروه‌های اجتماعی آن دارای توزیع متفاوت است. بر اساس این توزیع متفاوت افراد از منابع متفاوتی در برخورد با بیماری برخوردار هستند. از این رو، برخی افراد منابع بیشتری برای مقابله با بیماری دارند و برخی کمتر (توکل و ناصری‌راد، ۱۳۹۱).

بنا به اینکه طبق آمارهای منتشره، میزان بالایی از مردم جهان در سنین مختلف از بیماری‌های روانی رنج می‌برند و طبق همین گزارش‌های میزان شیوع اختلالات روانی در کشورهای در حال توسعه رو به افزایش است و این اختلالات در نوجوانان به صورت مسائل عاطفی و شخصیتی گزارش شده است (کاشانی ۱۹۸۷، ضرابی ۲۰۰۰؛ یانگ هو کیم ۲۰۰۳؛ بفلر ۲۰۰۸؛ امامی ۲۰۰۷ و سویر ۲۰۰۱). آسیب‌شناسی روانی نوجوانان از اولویت‌های مهم برنامه‌ریزان توسعه بهداشت کشور است. با توجه به زمینه‌ی ابتلا به اختلالات شدید روانی و شخصیتی در نوجوانان به خصوص در ساختار جمعیتی کشورهای در حال توسعه چون ایران، این پژوهش با هدف کلی تعیین وجود یا عدم وجود ارتباط بین مؤلفه‌های سرمایه‌ی

اجتماعی و نشانه‌های اختلال شخصیت نمایشی در بین نوجوانان انجام می‌گیرد. این تحقیق از سرمایه اجتماعی به عنوان متغیر پیش‌بینی کننده استفاده می‌کند و از آنجا که رشد شخصیت با دوران کودکی پایان نمی‌پذیرد و در حقیقت تغییرات مهم شخصیت در دوران نوجوانی و جوانی رخ می‌دهد، لذا تحقیق حاضر به دنبال بررسی ارتباط بین سرمایه اجتماعی و نشانه‌های اختلال شخصیتی نمایشی در دانش‌آموزان مقطع پیش دانشگاهی می‌باشد تا به این سؤال اساسی تحقیق پاسخ دهد که آیا بین سرمایه اجتماعی و بروز نشانه‌های اختلال شخصیت نمایشی در نوجوانان ارتباط وجود دارد یا خیر؟

### چهارچوب نظری

یکی از مفاهیم بسیار مهمی که جامعه‌شناسان معاصر برای کمیت و کیفیت روابط اجتماعی در جامعه از آن استفاده نموده‌اند و در سال‌های اخیر در مباحث توسعه بسیار مطرح شده است، سرمایه‌ی اجتماعی و نقش آن در سلامت روان افراد است.

از زمان ورود مفهوم سرمایه اجتماعی تاکنون، پژوهش‌های مرتبط با سلامت عمدتاً بر اساس مفهوم‌سازی پاتنام (لوماس، ۱۹۹۸) از سرمایه‌ی اجتماعی انجام پذیرفته است. با وجود این، کاربرد این مفهوم‌سازی در سلامت مورد نقد قرار گرفته است. اخیراً این مفهوم‌سازی به سوی جنبه‌های مهم از دست رفته سرمایه اجتماعی در گفتمان سلامت عمومی به ویژه فهم منابع سرمایه اجتماعی حاصل از عضویت اجتماعی که توسط نان لین (کوهن و دیگران، ۲۰۰۱) در شبکه‌های اجتماعی مطرح گردیده تغییر یافته است. این تغییر به منظور تبیین سرمایه اجتماعی و سلامت بوده است (استفان، ۲۰۰۸). دیدگاه شبکه در سرمایه اجتماعی بر اهمیت روابط افقی و عمودی بین مردم در قالب انجمن‌ها و گروه‌های اجتماعی تأکید دارد. بر اساس مباحث نظری می‌توان گفت که در صورت وجود سرمایه اجتماعی، افراد در قالب هنجارها و پیوندهای اجتماعی موجود در تعاملات اجتماعی، قابلیت‌های خود را افزایش می‌دهند و در ضمن به دست آوردن امکان کنترل زندگی خود، از حمایت‌های اجتماعی شبکه‌های ارتباطی خود برخوردار می‌شوند. لذا قدرت کنار آمدن آنها با فشارهای ناشی از محیط کار و زندگی افزایش می‌یابد و به لحاظ روانی از آرامش و آسایش مطلوبی برخوردار خواهند شد. به عبارت دیگر، وجود سرمایه‌ی اجتماعی رسمی و غیررسمی اثرات فشارهای زندگی مانند تأمین هزینه‌های سنگین زندگی، مقابله با حوادث طبیعی و غیر طبیعی را با افزایش حمایت‌های اجتماعی، عاطفی و روانی کاهش می‌دهد و احساس امنیت را نیز در افراد تقویت

می‌کند (کامران و ارشادی، ۱۳۸۸). مفهوم سرمایه‌ی اجتماعی را به طور کلی می‌توان منابعی تعریف کرد که میراث روابط اجتماعی‌اند و فعالیت‌های جمعی را تسهیل می‌کنند. این منابع که از طریق اجتماعی شدن حاصل می‌شوند دربرگیرنده‌ی اعتماد، هنجارهای مشارکتی و شبکه‌هایی از پیوندهای اجتماعی است که موجب گرد آمدن افراد به صورتی منسجم و با ثبات در داخل گروه به منظور تأمین هدفی مشترک می‌گردد (شجاع و همکاران، ۱۳۹۰).

به اعتقاد کاواچی، سرمایه‌ی اجتماعی به منابع قابل دسترس در درون ساختارهای اجتماعی از قبیل اعتماد، هنجارهای روابط متقابل<sup>۱</sup> و اهداف مشترک که افراد را برای انجام کنش‌های جمعی آماده می‌کند، اشاره دارد. به زعم وی سرمایه‌ی اجتماعی محصول فرعی روابط اجتماعی و درگیری مدنی است که در سازمان‌های رسمی و غیررسمی ظهور می‌کند. سرمایه‌ی اجتماعی با توسعه اقتصادی و عملکرد دموکراسی‌ها و ممانعت از جرم و جنایت ارتباط تنگاتنگی دارد؛ ولی مفهوم سرمایه‌ی اجتماعی را می‌توان در حوزه‌ی سلامتی و بهداشت جمعیت نیز مطرح کرد و برای تبیین دستاوردهای بهداشتی جوامع از آن بهره برد (کاواچی و برگمن، ۲۰۰۱). از نظر کاواچی، شاخص‌های سرمایه اجتماعی از قبیل تراکم عضویت در انجمن‌ها، اعتماد بین شخصی و برداشت‌ها از روابط متقابل<sup>۲</sup> زمانی که برای تحلیل داده‌های سلامتی بکار برده شوند، می‌توانند بخش عمده‌ای از واریانس تغییرات مرگ و میر جامعه و اختلالات جسمی و روانی را تبیین کنند. هنجارهای روابط متقابل نیز بر سطح سلامتی افراد جامعه تأثیر می‌گذارد. با این وجود، به باور (کاواچی، ۲۰۰۶) هنوز مکانیسم‌های دقیق تعیین کننده رابطه بین سرمایه‌ی اجتماعی و سلامتی به طور کامل مورد کنکاش و بررسی قرار نگرفته‌اند. اما تلاش‌های صورت گرفته توسط اپیدمیولوژیست‌ها نشان داده است که حمایت اجتماعی - که از محصولات عمده‌ی سرمایه‌ی اجتماعی است - از جمله تعیین کننده‌های عمده طول عمر و کیفیت بهتر زندگی است. جامعه‌ای که از نظر ذخیره سرمایه اجتماعی غنی باشد، می‌تواند با تأمین حمایت اجتماعی بیشتر برای اعضای خود، سطح بالاتری از دستاوردهای بهداشتی و سلامت جسمی و روانی را برای افراد فراهم کند (کاواچی، ۲۰۰۶). کاواچی و برگمن (۲۰۰۰) جامعه‌ی مدنی را جامعه‌ای می‌دانند که شهروندانش به طور کامل در سیاست‌گذاری‌ها مشارکت می‌کنند و از آن طریق در حفظ

---

1. Norms of Reciprocity

2. Perception of Reciprocity

منافع خود و جامعه از قبیل دستیابی به مراقبت‌های بهداشتی، تحصیلات پایه‌ای و شبکه‌های امنیت اجتماعی نقش ایفا می‌کنند. وی مهم‌ترین دستاورد این جامعه را سطح بالای اعتماد اجتماعی می‌داند که سبب می‌شود افراد در فعالیت‌های سیاسی و مدنی مشارکت بیشتری بکنند و مشارکت بیشتر سبب‌ساز دستیابی به امکانات رفاهی، بهداشتی و آموزشی بیشتر می‌شود و از آن طریق سطح سلامت جسم و روان افراد بهبود می‌یابد. هنگامی که جامعه مدنی ضعیف است، سطح فراگیر بی‌اعتمادی با ترکیب شدن با شبکه‌های امنیت اجتماعی، پیامدهای مصیبت‌باری را برای سلامت و بهداشت افراد جامعه به دنبال دارد. وی اشاره می‌کند که یکی از عواملی که بر وضعیت سلامتی افراد و شاخص‌های جمعیتی که هم بطور مستقیم و هم به‌طور غیرمستقیم و از طریق سرمایه‌ی اجتماعی می‌تواند تأثیر منفی بگذارد عبارت از وجود نابرابری در توزیع درآمد است. نابرابری در درآمد در یک جامعه باعث افزایش میزان یأس و ناامیدی در بین افراد می‌شود و احساس یأس و ناامیدی به بروز حالات روانی منفی (افسردگی، استرس و ...) در افراد منجر می‌شود که همه این موارد پیامدهای زیانبار و مخربی برای سلامت جسم و روان به دنبال دارد (کاواچی و برگمن، ۲۰۰۱). افزایش شکاف بین فقیر و غنی منجر به کاهش سطح همبستگی اجتماعی و اعتماد و همچنین عدم سرمایه‌گذاری<sup>۱</sup> در سرمایه‌ی اجتماعی می‌شود و چنین وضعیتی بیانگر این واقعیت می‌باشد که در این شرایط روابط بین شخصی دچار تزلزل شده و پیوند های اجتماعی سست می‌شوند. وقتی که در روابط بین افراد بی‌اعتمادی حاکم می‌شود، فشار روانی زیادی در پی چنین روابطی بر افراد وارد می‌گردد و باعث می‌شود که وضعیت سلامتی آنها تنزل پیدا کند و بالعکس با بالا رفتن میزان اعتماد عمومی، نرخ مرگ و میر و اختلالات جسمی و روانی نیز کاهش می‌یابد. (کاواچی و برگمن، ۲۰۰۱)

برخلاف سرمایه‌ی انسانی و فیزیکی که کالاهای خصوصی هستند، سرمایه‌ی اجتماعی کالایی عمومی است که به وسیله‌ی روابط اجتماعی تولید می‌شود و هر چقدر شبکه روابط موجود بین افراد جامعه قوی‌تر باشد، میزان سرمایه‌ی اجتماعی نیز بالاتر خواهد رفت و از این طریق بسیاری از رفتارها و عواملی که برای سلامت جسم و روان مضر هستند از بین می‌روند و در مقابل رفتارهای مطلوب برای سلامتی ظهور می‌کنند (کاواچی و همکاران، ۱۹۹۷). حضور سرمایه اجتماعی نوعی حمایت اجتماعی برای فرد پدید می‌آورد که

---

#### 1. Disinvestment

از فرد حمایت مالی می‌کنند و از حمایت‌های اطلاعاتی، عملی و عاطفی او نیز دریغ نمی‌ورزد. در این میان پشتوانه عاطفی به طور آشکارتری به سلامتی فرد کمک می‌کند (آدام و هر تسلیک، ۱۳۸۵).

در جوامع در حال گذار امروزی چون ایران که به تبع ارتباط با جهان مدرن، مهاجرت، تغییرات اجتماعی و اجرای برنامه‌های نوسازی از بالا توسط دولت‌ها، سرمایه اجتماعی قدیم و خاص موجود در اجتماعات محلی دچار فرسایش گردیده و سرمایه اجتماعی جدید و عام هم به صورت کافی شکل نگرفته است، با نوعی نابسامانی اجتماعی در سطوح خرد و کلان مواجه هستیم که معرف پیدایش گسل‌ها و گسست‌های اجتماعی و منبع اصلی زایش و افزایش انواع مسائل و آسیب‌های اجتماعی است که همگی سلامت کلی جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهند (امینی رازنانی و همکاران، ۱۳۹۰). نتایج برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهند در جامعه در حال گذاری چون ایران، سرمایه‌ی اجتماعی دچار فرسایش شده و منبع اصلی بروز و ظهور آسیب‌های اجتماعی است؛ به گونه‌ای که هر چه از سطح خانواده به سطوح بالاتر اجتماعی حرکت می‌کنیم، از سرمایه‌ی اجتماعی کاسته شده و این کاهش در زمینه‌های جمعی و اعتماد اجتماعی بیشتر است (عبداللهی و موسوی، ۱۳۸۶).

به طور ضمنی می‌توان دریافت که طرح بحث سرمایه اجتماعی می‌تواند با تصحیح دیدگاه ما نسبت به مباحث توسعه، چشم‌اندازهای جدیدی را پیش روی ما قرار دهد. به گونه‌ای که ما دیگر به صورت تک بعدی به توسعه نگاه نکنیم، بلکه آن را در ابعاد مختلف آن، بخصوص در قالب سرمایه اجتماعی مثبت در جامعه در نظر بگیریم و بر این نکته اطمینان داشته باشیم که تغییر و دگرگونی در میزان سرمایه‌ی اجتماعی، نشانگر علائم بیماری یا سلامت جامعه است و جوامعی که میزان سرمایه‌ی اجتماعی آنها به هر دلیلی کاهش یابد، گسیختگی‌ها و شکاف‌های ژرفی در میان گروه‌های اجتماعی آن پدیدار می‌گردد و باعث می‌گردد که ضربه‌گیرهای اجتماعی<sup>۱</sup> آن که شامل شبکه‌های رسمی و غیررسمی سازمان‌ها و هنجارهای اجتماعی مربوط به مشارکت نیروی کار و دستیابی به آموزش می‌باشد به صورت صحیح عمل نکرده و جامعه را با بحران‌های گوناگونی روبرو سازد (ویلسون، ۱۹۸۷). بر اساس رویکرد ارائه شده در چهارچوب نظری که بیانگر رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت است این تحقیق در پی بررسی این فرضیه است که "بین

## 1. Social Buffers



مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و نشانه‌های اختلال شخصیت‌نمایشی رابطه‌ی معنی‌دار وجود دارد."

### روش بررسی

تحقیق حاضر از حیث کنترل شرایط پژوهش و به لحاظ محتوی از نوع پیمایشی<sup>۱</sup> است و در میان انواع پژوهش‌های پیمایشی این کار از نوع زمینه‌ای<sup>۲</sup> است. پژوهش اخیر از نظر هدف، کاربردی است و از نظر نوع دامنه، از نوع خرد<sup>۳</sup> می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه‌ی دانش‌آموزان مقطع پیش‌دانشگاهی شهرستان شهرکرد می‌باشد. تعداد دانش‌آموزان این مقطع بر طبق آمار رسمی سازمان آموزش و پرورش شهرستان شهرکرد ۱۶۷۳ نفر می‌باشد که در مراکز پیش‌دانشگاهی این شهرستان در سال تحصیلی ۸۷-۸۸ در حال تحصیل می‌باشند. با استفاده از فرمول کوکران حجم نمونه‌ای برابر با ۳۳۰ نفر دانش‌آموز به شیوه تصادفی بر حسب فهرست نام خانوادگی دانش‌آموزان در دفاتر مدارس انتخاب گردید.

ابزار به کار رفته در این پژوهش عبارتست از: الف) پرسشنامه سنجش سرمایه اجتماعی: برای سنجش متغیر مستقل ۱۱ شاخص در نظر گرفته شد که در مجموع شامل ۴۱ گویه می‌باشد. این ۱۱ شاخص شامل اعتماد اجتماعی<sup>۴</sup>، حمایت اجتماعی<sup>۵</sup>، تعلق<sup>۶</sup>، همبستگی خانواده<sup>۷</sup>، تضاد خانواده<sup>۸</sup>، حمایت خانواده<sup>۹</sup>، روابط اجتماعی<sup>۱۰</sup>، مشارکت اجتماعی<sup>۱۱</sup>، هویت اجتماعی<sup>۱۲</sup>، تعهد اجتماعی<sup>۱۳</sup> و حس نابرابری<sup>۱۴</sup> است. تمامی ابعاد سرمایه اجتماعی در سطح خرد قرار دارند و بر این اساس سطح مشاهده و تحلیل متعاقب آن در سطح فرد انجام

1. Survey Method
2. Contextual
3. Micro
4. Social trust
5. Social Support
6. Attachment
7. Social Adhesion
8. Family Conflict
9. Family Support
10. Social Relation
11. Social participation
12. Social Identity
13. Social Assurance
14. Inequality of Inequality

می‌گیرد و ب) پرسشنامه‌ی بالینی چندمحوری میلون<sup>۳</sup>: این پرسشنامه را تئودور میلون، روانشناس بالینی و شخصیت، تهیه کرده است که آزمون میلون ۳، سومین نسخه‌ی تجدیدنظر شده آن می‌باشد. این پرسشنامه در ایران توسط شریفی (۱۳۸۱) ترجمه و در اصفهان هنجاریابی شده است. این آزمون هم در صورت اصلی و هم در صورت هنجاریابی شده ایرانی از اعتبار بسیار خوبی برخوردار است. این آزمون یک مقیاس خودسنجی با ۱۷۵ گویه بلی/خیر است که ۱۴ الگوی بالینی شخصیت و ۱۰ نشانگان بالینی را می‌سنجد و برای افراد ۱۸ سال و بالاتر استفاده می‌شود (شریفی و همکاران، ۱۳۸۶). (ج) چک لیست ویژگی‌های جمعیت شناختی شامل سن، رشته تحصیلی، نوع مدرسه، تحصیلات پدر و مادر، شغل پدر و مادر و محل سکونت.

پایایی پرسشنامه سنجش سرمایه اجتماعی طی دو مرحله محاسبه گردید: در مرحله پیش آزمون ابتدا توسط ۵۰ دانش آموز این پرسشنامه تکمیل گردید و آلفای کرونباخ ۰/۹۶ به دست آمد. مرحله دوم پس از آزمون نهایی بر روی ۳۳۰ نفر انجام شد و آلفای ۰/۸۴ به دست آمد که پایایی بالایی را در هر دو مرحله نشان می‌دهد. ضمن اینکه پایایی زیر مقیاس‌های سرمایه‌ی اجتماعی بدین ترتیب بود: اعتماد اجتماعی (۰/۸۱)، حمایت اجتماعی (۰/۷۲)، تعلق (۰/۷۴)، همبستگی خانواده (۰/۷۹)، تضاد خانواده (۰/۷۹)، حمایت خانواده (۰/۸۲)، روابط اجتماعی (۰/۸۰)، مشارکت اجتماعی (۰/۷۸)، هویت اجتماعی (۰/۸۲)، تعهد اجتماعی (۰/۷۸) و حس نابرابری (۰/۷۹). داده‌های حاصل از نرم افزار میلون به همراه میزان مؤلفه‌های سرمایه‌ی اجتماعی وارد برنامه SPSS 13 گردید و با استفاده از آزمون‌های آماری تحلیل گردید.

#### یافته‌ها

حداقل سن شرکت‌کنندگان در مطالعه ۱۸ و حداکثر ۲۰ سال بود که ۹۴/۲٪ آنان ۱۸ سال، سن داشتند. ۱۵۷ نفر (۴۸٪) از پاسخگویان پسر و ۱۷۳ نفر (۵۲٪) دختر بودند. ۱۲۸ نفر در رشته‌ی ریاضی و فیزیک، ۸۴ نفر در رشته‌ی علوم تجربی و ۱۱۸ نفر در رشته‌ی ادبیات و علوم انسانی مشغول به تحصیل بودند. بیشتر پاسخگویان (بیش از ۶۵٪) در مدرسه دولتی، ۸/۵٪ در مدارس نیمه‌دولتی و ۲۵/۵٪ در مدارس غیر دولتی تحصیل می‌کردند. ۲۱/۸٪ از

1. Millon Clinical Multiaxial Inventory III (MCMI III)

پاسخگویان پدرشان دارای تحصیلات ابتدایی و ۱۹/۷٪ از آنها از تحصیلاتی در حد متوسطه و ۳۱/۵٪ از پاسخگویان مادرشان دارای تحصیلات ابتدایی و ۲۲/۷٪ از آنها تحصیلات در حد متوسطه داشتند. حدود ۰/۹٪ پاسخگویان شغل پدرشان استاد دانشگاه و ۳۸/۲٪ آنها دارای شغل آزاد و ۸۰٪ از مادران آنها خانه‌دار و ۶/۳٪ کارمند بودند و از کل تعداد پاسخگویان ۲۶۸ نفر (۸۱/۲٪) ساکن شهر و ۶۰ نفر (۱۸/۲٪) ساکن روستا بودند.

جدول شماره ۱ میزان فراوانی متغیر وابسته یعنی اختلال شخصیت نمایشی را در بین دانش‌آموزان نشان می‌دهد که به ۳ دسته افراد فاقد علامت، دارای علائم اختلال و دارای اختلال جدی تقسیم شده‌اند.

جدول شماره ۱: آماره‌های مربوط به میزان شیوع اختلال شخصیت نمایشی

تعداد کل	بیمار (درصد)	در معرض خطر (درصد)	سالم (درصد)	اختلال شخصیت نمایشی
۳۳۰	۶/۹	۱۵	۷۸/۱	

لازم به ذکر است جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌های مربوط به اختلال شخصیت نمایشی از آزمون کولموگروف - اسمیرنف استفاده گردید و نتایج نشان داد که توزیع داده‌ها نزدیک به نرمال می‌باشند و کمی کجی به چپ دارند. جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که اعتماد اجتماعی، تعهد اجتماعی با نشانه‌های اختلال شخصیت نمایشی رابطه منفی معنادار و تضاد خانواده با نشانه‌های اختلال شخصیت نمایشی رابطه مثبت معنادار در سطح  $P < 0/05$  دارند ولی تعلق، حمایت خانواده، روابط اجتماعی، حمایت اجتماعی، همبستگی خانواده، مشارکت اجتماعی، هویت اجتماعی و احساس نابرابری رابطه معناداری با نشانه‌های اختلال شخصیت نمایشی ندارد.

جدول شماره‌ی ۲: ضریب همبستگی مؤلفه‌های سرمایه‌ی اجتماعی با نشانه‌های اختلال شخصیت نمایشی

متغیرها	نشانه‌های اختلال شخصیت نمایشی	سطح معناداری
اعتماد اجتماعی	-۰/۱۵۲	۰/۰۰۷
تعهد اجتماعی	-۰/۱۶۰	۰/۰۰۵
تعلق	-۰/۱۰۴	۰/۰۷۲
حمایت خانواده	-۰/۱۱۰	۰/۰۵۴
روابط اجتماعی	-۰/۰۵۲	۰/۳۶۸
تضاد خانواده	۰/۱۱۵	۰/۰۴۴
حمایت اجتماعی	-۰/۰۹۶	۰/۰۹۳
مشارکت اجتماعی	۰/۰۱۲	۰/۸۴۱
هویت اجتماعی	۰/۰۳۹	۰/۵۰۱
احساس نابرابری	-۰/۰۳۴	۰/۵۶۰
همبستگی خانواده	۰/۰۵۴	۰/۳۴۷

جدول شماره‌ی ۳ نشان می‌دهد که فقط مؤلفه تعهد اجتماعی پیش‌بینی‌کننده‌ی معنادار اختلال شخصیت نمایشی می‌باشد و ۳/۶ درصد واریانس اختلال شخصیت نمایشی را تبیین می‌کند.

جدول شماره‌ی ۳: خلاصه نتایج رگرسیون پیش‌بینی نشانه‌های اختلال شخصیت نمایشی بر اساس مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی

آماره‌های تغییر					R Square	R	Model
df2	df1	F Change	R Square Change	Sig. F Change			
0.002	271	1	10.089	0.036	.036	0.189	

a Predictors: (Constant), تعهد اجتماعی

مطابق جدول شماره‌ی ۴ ضریب بتای پیش‌بینی شخصیت نمایشی بر اساس تعهد اجتماعی -۰/۱۸۹ می‌باشد. این ضریب نشان می‌دهد که هرچه تعهد اجتماعی افراد بیشتر باشد، شخصیت نمایشی کمتر خواهد شد.

جدول شماره ۴: ضرایب تحلیل رگرسیون پیش‌بینی اختلال شخصیت نمایشی بر اساس مؤلفه‌های سرمایه‌ی اجتماعی

Sig.	t	ضرایب استاندارد نشده		متغیرها
		Beta	Std. Error	
0.000	12.419		6.098	(ثابت)
0.002	-3.176	-0.189	0.407	تعهد اجتماعی

A Dependent Variable: اختلال شخصیت نمایشی

تحلیل‌های بیشتر (کوواریانس) نشان می‌دهد که نشانه‌های اختلال شخصیت نمایشی بر حسب جنسیت تفاوت دارد و پسران میانگین اختلال شخصیت نمایشی بالاتری نسبت به دختران دارند. همچنین همبستگی خانواده، تضاد خانواده، حمایت خانواده، روابط اجتماعی، هویت اجتماعی و احساس نابرابری بر حسب رشته‌ی تحصیلی تفاوت معناداری دارد و مشارکت اجتماعی و هویت اجتماعی نیز بر حسب سن تفاوت معناداری دارد ( $P < 0/05$ ).

#### بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف تعیین ارتباط بین مؤلفه‌های سرمایه‌ی اجتماعی و نشانه‌های اختلال شخصیت نمایشی در دانش‌آموزان مقطع پیش‌دانشگاهی شهرستان شهرکرد انجام گرفت. مطابق نتایج اعتماد اجتماعی و تعهد اجتماعی با نشانه‌های اختلال شخصیت نمایشی رابطه منفی معناداری دارند به این معنا که هر چقدر اعتماد اجتماعی و تعهد اجتماعی کمتر باشد نشانه‌های اختلال شخصیت نمایشی بیشتر می‌شود. بنا به نتایج تحقیق تضاد خانواده با نشانه‌های اختلال شخصیت نمایشی رابطه‌ی مثبت معنا دار دارد. به عبارتی هر چه تضاد خانواده در بین دانش‌آموزان کمتر باشد آنها نشانه‌های اختلال شخصیتی کمتری دارند و برعکس، هر چه تضاد خانواده بیشتر باشد این اختلالات بیشتر محل بروز پیدا می‌کنند. ولی در بین مؤلفه‌های دیگر سرمایه‌ی اجتماعی یعنی حمایت اجتماعی، تعلق، همبستگی خانواده، مشارکت اجتماعی، هویت اجتماعی و احساس نابرابری رابطه معناداری با نشانه‌های اختلال شخصیت نمایشی وجود نداشت.

کاهش اعتماد اجتماعی در دانش‌آموزان سبب افزایش نشانه‌های اختلال شخصیت نمایشی می‌شود. طبق نظر پاتنام (۲۰۰۰)، کلمن (۱۹۹۸)، کاواچی و برگمن (۲۰۰۱) و تعدادی از محققین، بین میزان اعتماد بین شخصی و اجتماعی در جوامع مختلف و سطح

سلامت جسمی و روانی افراد آن جوامع رابطه معنی‌داری وجود دارد؛ بر همین اساس در این تحقیق سعی شد تا این دیدگاه آزمون شود که هر چقدر سطح اعتماد در جامعه بیشتر باشد، افراد آن جامعه از نظر سلامت روانی مطلوب‌تر و دارای علائم اختلال شخصیت‌نمایشی کمتری هستند. در دیدگاه هر کدام از این نظریه‌پردازان اعتماد به عنوان جزئی از ساختار اجتماعی و همچنین تأثیر آن بر کنش‌ها و روابط افراد مورد توجه قرار گرفته است. کلمن (۱۹۹۸) میزان درخور اعتماد بودن محیط اجتماعی را امری اساسی برای میزان سرمایه‌ی اجتماعی یک جامعه می‌داند. از نظر او افراد بر حسب اعتماد و انتظارات نسبت به همدیگر به اقداماتی می‌پردازند که در شرایط انفرادی موجب آن اقدام نمی‌شوند. از نظر او ساختارهای اجتماعی از این حیث با هم متفاوتند. از نظر پاتنام (۲۰۰۰) نیز اعتماد از عناصر ضروری برای تقویت همکاری است که حاصل پیش‌بینی‌پذیری رفتار دیگران بوده و در یک جامعه کوچک از طریق آشنایی نزدیک با دیگران حاصل می‌شود اما در جوامع بزرگ‌تر و پیچیده‌تر یک اعتماد غیرشخصی‌تر یا شکل غیرمستقیمی از اعتماد ضرورت می‌یابد که در ادبیات سرمایه اجتماعی بعضاً اعتماد تعمیم یافته نامیده می‌شود. به نظر او، این نوع اعتماد، شعاع اعتماد را از فهرست کسانی که شخصاً می‌شناسیم فراتر می‌برد و همکاری گسترده‌تر در سطح جامعه را موجب می‌گردد. پاتنام به اعتماد نهادی که به حکومت و نهادهای اجتماعی است نیز اشاره می‌کند. از نظر این نظریه‌پردازان، اعتماد هم به عنوان یک نگرش شخصی و هم به عنوان یک دارایی ضروری نظام اجتماعی باعث تسهیل روابط افراد و بهره‌مند شدن آنها از منابع موجود در روابط می‌شود که نتایج تجربی تحقیق حاکی از بهره‌مندی افراد از این منابع و تأثیر این منابع بر سلامت روانی و شخصیتی دانش‌آموزان می‌باشد.

طبق یافته‌ی تحقیق رابطه‌ی منفی و معنی‌داری بین تعهد اجتماعی و اختلال شخصیت‌نمایشی وجود دارد. یعنی هر چقدر در سطح محله و اجتماع رفتارهای مخاطره‌آمیز برای سلامتی تحت کنترل درونی افراد قرار گیرد و هر چقدر این کنترل از کارآمدی بیشتری برخوردار باشد، افراد آن محله و اجتماع هم از لحاظ سلامت جسمی و متعاقب آن سلامت روانی و شخصیتی نیز در شرایط مطلوب‌تری قرار می‌گیرند. همچنین این عوامل می‌توانند به عنوان عوامل تعدیل‌کننده در نظر گرفته شوند که فرد را در برابر تأثیرات مخرب شرایط بیرونی محافظت می‌کنند. خود اثربخشی این باور را در فرد گسترش می‌دهد که وی می‌تواند نقش و تأثیر زیادی در رویدادهای زندگی‌اش داشته باشد و همین امر باعث ایجاد مکانیسم دفاعی در برابر یأس و ناامیدی می‌شود؛ بنابراین خود اثربخشی باعث می‌شود افراد در برابر

استرس، آسیب‌پذیری کمتری داشته باشد و این امر می‌تواند با نوعی تقویت روان‌شناختی همراه باشد که فرد را در برابر فشارهای مزمن و استرس محافظت می‌کند. تضاد خانواده نیز با میزان بروز نشانه‌های اختلال شخصیت نمایشی رابطه مثبت نشان داد بنابراین مطابق با نظریه سرمایه‌ی اجتماعی کاهش تضاد در خانواده یک سرمایه‌ی اجتماعی می‌باشد. به عبارت دیگر، هر اندازه که بین اعضای خانواده تضاد و اختلاف وجود داشته باشد، عواقب مخربی در انتظار سلامتی روانی و شخصیتی اعضای آن خانواده خواهد بود. تضاد خانواده از عوامل اصلی اختلال رابطه‌ای بین اعضای آن است، اختلالی که در جهت تخریب و کاهش رابطه‌ی قوی و گرم خانواده عمل می‌کند (وینتر، ۲۰۰۰، وود و همکاران ۲۰۰۶). بر اساس داده‌ها و شواهد موجود حاصل از نتایج این پژوهش می‌توان گفت که سرمایه‌ی اجتماعی نوجوانان تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر وجود یا عدم وجود اختلالات شخصیتی در آنها دارد. بدین صورت که بالا و پایین شدن میزان سرمایه‌ی اجتماعی، شخصیت نوجوانان را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ لذا سرمایه‌ی اجتماعی عامل مهمی است که با بسیاری از پدیده‌های اجتماعی ارتباط مستقیم دارد. در همین راستا و بر طبق تقسیم‌بندی بوردیو از انواع سرمایه می‌توان گفت که علاوه بر سرمایه‌ی اقتصادی (پول و دارایی)، سرمایه‌ی فرهنگی (تحصیلات) و سرمایه‌ی نمادین (برگرفته از شأن و حیثیت فرد) به عنوان متغیرهای تعیین کننده در سنت تحقیقات گذشته، متغیر سرمایه‌ی اجتماعی به عنوان نوع چهارمی از سرمایه که می‌تواند تأثیرات مهمی در شکل‌گیری سلامت جسمی و روانی دانش‌آموزان داشته باشد، مورد توجه قرار گرفته است.

نتایج این تحقیق نشان می‌دهد هر اندازه که افراد دارای سرمایه‌ی اجتماعی بالاتری باشند (به این معنا که این متغیر به عنوان مجموعه‌ای از ذخایر ارزشمند مانند اعتماد متقابل، حمایت‌های اجتماعی، روانی و مالی، وجود شبکه‌های خویشاوندی، حس تعلق و وابستگی و مشارکت در جنبه‌های مختلف زندگی اجتماعی برای افراد وجود داشته باشد) سلامت روانی آنها در جامعه‌ی جدید در وضعیت بهتری قرار خواهد گرفت. از آنجا که سرمایه‌ی اجتماعی تأثیر مثبتی در ارتقای سطح سلامت روانی و از جمله شخصیت افراد دارد، چنین به نظر می‌رسد که هر چقدر سطح سرمایه‌ی اجتماعی در جامعه توسعه یابد، افراد آن جامعه از سلامت روانی مطلوب‌تری برخوردار خواهند شد. لذا یکی از راه‌های بهبود سلامت روانی در جامعه، تقویت سرمایه اجتماعی می‌باشد. برای نیل به این هدف باید ابعاد سرمایه اجتماعی

مورد توجه خاص قرار گیرند. به عبارت دقیق‌تر باید تلاش شود تا بسترهای مناسب برای مشارکت اجتماعی و درگیری مدنی در جامعه ایجاد گردد؛ روابط و پیوندهای اجتماعی گسترش یافته و مستحکم‌تر گردد، انسجام و همبستگی اجتماعی جامعه ارتقاء یابد، به ارتباطات موجود در خانواده توجه خاص شود و سطح اعتماد بین شخصی و اجتماعی بالا رود. البته ذکر این نکته ضروری است که ابعاد مختلف سرمایه اجتماعی ضرورت دارد به طور همزمان و متناسب توسعه یابند چرا که این مؤلفه‌ها از یک سو با همدیگر رابطه‌ی متقابل دارند (نه رابطه‌ی یک طرفه) و از سوی دیگر در اکثر مواقع تأثیر تعاملی در گسترش سرمایه‌ی اجتماعی دارند. با توجه به تأثیر تعهد اجتماعی بر سلامت روانی افراد، پیشنهاد می‌شود تا با آگاه کردن افراد نسبت به عواقب منفی بی‌تفاوتی اجتماعی به خصوص در مورد رفتارهای مخاطره‌آمیز برای سلامتی، احساس مسئولیت افراد جامعه را بالا برده و همچنین تلاش شود تا سطح اعتماد اجتماعی در جامعه افزایش یابد. چرا که اعتماد اجتماعی باعث تقویت روابط شبکه‌ای شده و از این طریق منابع حمایتی بیشتری را برای فرد فراهم می‌آورد.

مطابق نتایج شیوع کلی نشانگان اختلال شخصیت نمایشی در میان دانش‌آموزان ۶/۹ درصد در جمعیت کلی به دست آمد که مشابه با نتایج مطالعه‌ی فاتحی‌زاده (۱۳۸۶) با ۶/۴ درصد می‌باشد. شیوع بالای نشانگان اختلال شخصیت نمایشی در این مطالعه شاید به این دلیل باشد که افراد واجد این ویژگی‌ها معمولاً در جامعه موفق‌تر هستند و سریع‌تر به شهرت و موفقیت دست می‌یابند و لذا فرهنگ جامعه این نوع رفتارها را به صورت تلویحی تشویق می‌کند. مطابق نتایج نشانگان این اختلال شخصیت در دانش‌آموزان پسر بیشتر مشاهده شده در حالی که این تشخیص در زن‌ها بیشتر از مردها مطرح شده است به گونه‌ای که در مورد نیم‌رخ «زن نمایشی» (هیستریکال) در متون روانشناختی بحث‌های طولانی صورت گرفته است، ولی مطالعات متعددی که اخیراً صورت گرفته است نتوانسته اساس جنسی برای تشخیص مبتلایان به این اختلال پیدا کند و احتمالاً این اختلال در مردان کمتر تشخیص داده می‌شود. (فاتحی زاده، ۱۳۸۶) از آنجا که این افراد غالباً از احساسات واقعی خود بی‌خبرند و کمک به آنها در جهت بینش نسبت به احساسات درونیشان یکی از فرایندهای مهم درمان است لذا پیشنهاد می‌شود که برنامه‌های آموزشی بیشتری هم در سطح مدارس و هم در دانشگاه‌ها و هم در رسانه‌های جمعی بویژه تلویزیون و رادیو در زمینه‌ی مسائل بهداشتی و راه‌های علمی شناخت و مقابله با فشارهای روانی و اختلالات شخصیتی و رفتاری



به اجرا درآید و سطح آگاهی افراد جامعه را در خصوص مسائل مربوط به بهداشت روانی از طریق چنین برنامه‌های آموزشی ارتقا یابد. ضمن اینکه بررسی‌های بیشتری در خصوص میزان ارتباط هر یک از مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی با اختلال شخصیت نمایشی پیشنهاد می‌گردد.

### منابع

- آدام ف، هرتسلیک ک (۱۳۸۵)، جامعه‌شناسی بیماری و پزشکی، ترجمه لورانس دنیا کتبی، تهران: نشر نی.
- امینی رازنانی مصطفی، موسوی میرطاهر، رفیعی حسن. رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی در ایران. فصلنامه رفاه اجتماعی، پائیز ۹۰، سال یازدهم، شماره ۴۲: ۲۰۳-۲۲۸.
- توکل محمد، معیدفر سعید، مقصودی سوده (۱۳۹۰)، بررسی جامعه‌شناختی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی در زوجین شهر کرمان. مجله بررسی مسائل اجتماعی ایران، سال دوم، شماره ۵، بهار و تابستان ۹۰: ۱۶۹-۱۹۴.
- توکل محمد، مقصودی سوده (۱۳۸۹)، سرمایه اجتماعی و سلامت روانی، مکانیسم‌ها و مدل‌های علی و عاملی، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال یازدهم، شماره ۴۲: ۱۷۳-۲۰۲.
- توکل محمد، ناصری راد محسن (۱۳۹۱)، تبیین نابرابری‌های سلامت و سرمایه اجتماعی غیر مبتلایان و مبتلایان به سرطان مراجعه کننده به انستیتو کانسر دانشگاه علوم پزشکی تهران، مجله دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران (پی‌اورد سلامت) دوره ۶، شماره ۱، فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۱: ۱۰-۲۱.
- شجاع محسن، نبوی سید حمید، کسانی عزیز، باقری یزدی سید عباس. تحلیل عاملی سرمایه اجتماعی و رابطه آن با سلامت روان سالمندان منطقه ۹ شهر تهران. مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی؛ ۱۳۹۰، ۳ (ویژه نامه آمار زیستی و اپیدمیولوژی): ۸۱-۹۰.
- شریفی علی اکبر، مولوی حسین، نامداری کورش (۱۳۸۶)، روایی تشخیصی آزمون بالینی چندمحوری میلیون-۳، دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، زمستان ۱۳۸۶: ۲۷-۳۸.
- شریفی، علی اکبر (۱۳۸۱)، هنجاریابی آزمون بالینی چند محوری میلیون-۳ (MCMIII) در شهر اصفهان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه اصفهان.
- عبداللهی محمد، موسوی میر طاهر (۱۳۸۶)، سرمایه اجتماعی در ایران، وضعیت موجود، دورنمای آینده و امکان شناسی گذار، مجله رفاه اجتماعی، شماره ۲۵، سال ششم: ۱۹۵-۲۳۳.
- عنایت حلیمه، آقاپور اسلام (۱۳۸۹)، بررسی عامل‌های اجتماعی - فرهنگی مرتبط با سلامت روانی خانواده (نمونه مورد مطالعه: خانواده‌های ساکن شهر شیراز)، فصلنامه زن و جامعه، سال اول، شماره دوم، تابستان ۱۳۸۹: ۲۷-۴۶.

فاتحی‌زاده مریم، امامی طاهره، نجاریان بهمن. بررسی میزان شیوع علائم اختلالات شخصیت ضد اجتماعی، خودشیفته، نمایشی و مرزی در بین دانش آموزان دختر، دومهنامه علمی- پژوهشی دانشگاه شاهد، سال چهاردهم، شماره ۲۲، اردیبهشت ۱۳۸۶: ۴۷-۵۸.

کامران فریدون، ارشادی خدیجه. بررسی رابطه سرمایه اجتماعی شبکه و سلامت روان. فصلنامه پژوهش اجتماعی، سال دوم، شماره سوم، تابستان ۱۳۸۸: ۲۹-۵۴.

Befler ML. Child and Adolescent Mental Disorders ; the magnitude of the problem across the globe . J Child psychol psychiatry 2008 Jan 21.

Bolin.K, Lindgren, B., Lindström, M. & Nystedt, P. (2003) Investments in social capital – implications of social interactions for the production of health, *Social Science & Medicine* 56(12): 2379-2390.

Coleman. J (1988) " . Social capital in the creation of Human capital. *American Journal of sociology*, 94 (Supplement). PP: 95-120.

Cohen, S., Gottlieb, B.H., & Underwood, L.G. (2001). Social relationships and health: Challenges for measurement and intervention. *Advances in Mind-Body Medicine*, 17, 129-141.

DUANE L. DOBBERT. Understanding Personality Disorders .Westport,London,2007:70-85

Emami H.Ghazinour M. Rezaeishiraz H. Richter J. Mental health of adolescents in Tehran,Iran .*JAdolesc health* .2007 dec ;41(6) :571-6 Epub 2007sep 26.

George Kritsotakisa,\* , Eva Gamarnikow. What is social capital and how does it relate to health? *International Journal of Nursing Studies* 41 (2004) 43–50.

Kashani JH. Beck N. Hoe per, E W. Fallahi C. Corcoran C M. Maallister J A. Rosenberg T K. Reid J C. Psychiatric disorders in a community sample of adolescents. *Adolecent Journal of psychiatry* 144(1987) pp584-589.

Kawachi, I., B.P. Kennedy & R. Glass (1999). Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *Am. J. Pub. Health*. 89: 1187–1193.

Kawachi, I. (2006) "Commentary: Social Capital and Health: Making the Connection One Step at the Time", *International Journal of Epidemiology* 35, pp: 989-93.

Kawachi & Berkman (2001) Social Ties and Mental Health. *Journal of Urban health*; 78 No; 5: 458-467.

Kawachi,I. and Berkman, L.(2000) "Social Cohesion, Social Capital, and Health" in *Social Epidemiology*,pp:180-4.Oxford University Press.

Kawachi,I. Kennedy, B. Lochner, k and Prothrow-Smith, d.(1997) "Social Capital, Income Inequality, and Mortality", *American Journal of P*

Kim D and I. Kawachi, US state-level social capital and health-related quality of life: multilevel evidence of main, mediating, and modifying effects, *Annals of epidemiology* 2007; 17(4) : p. 258-269.

Lomas J. Social capital and health: Implications for public health and epidemiology. *Social Science and Medicine* 1998; 47(9) : 1181–8.

Millon T. and Seth Grossman ,Carrie Millon,Sarah Meagher,Rowena Ramnath.*Personality Disorders in Modern Life*.Johan Inc.2004:302-314.

White K. An introduction to the sociology of health and illness. 2nd ed. Los Angeles: Sage pub Ltd; 2009: 73-4.

Putnam. R. (2000). *bowling alone: The Revive of American Community* New York: Simon and Schuster.

Sawyer MG. Arney FM. Baghurst PA. Clark JJ. Graetz BW. Kosky RJ. Nurcombe B. Patton GC, Prior MR. Raphael B. Rey JM. Whites LC. Zubrick S R. the mental health of young people in Australia: key findings from the child and adolescent component of the national survey of mental health and well-being. Aust NZJ psychiatry .2001 Dec,35(6) : 606-14.

Stansfeld, S.A, "et al", Psychosocial work characteristics and social support as predictors of SF-36 health functioning: the Whitehall II study. Psychosomatic Medicine, 1998; 60(3) : p. 247.

Shortt, S.E.D, Making sense of social capital, health and policy, Health Policy 2004; 70(1) : p. 11- 22.

Stephens C. Social capital in its place: Using social theory to understand social capital and inequalities in health. Social Science and Medicine 2008; 66(5) : 1174-84.

Wilson, P.(1987). Building Social Capital: a learning agenda for the twenty – first century. Urban studies, 34,745-760.

Winter, J (2000)" , Towards a Theorised Understanding of Family Life and Social Capital. working paper NO.21 April.

Wood R, Sutton M, Clark D, McKeon A, Bain M. (2006) Measuring inequalities in health: the case for healthy life expectancy. J Epidemiol Community Health; 60: 1089–1092.

Young Ho kim .Correlation of mental health problems with psychological constructs in adolesc

ence: final result from a 2- years study. International journal of Nursing studies .v(40) Issue 2 , February 2003,pages115-124.

Zarrabi H,Koosha M,Mohtashame Amiri Z.Prevalence of Psychopatology in High School Students in Rasht.J of Guilan University of Medical Sciences 2000 Fall,Winter;10(39,40) :50-54.

Archive of SID