

فرا تحلیل تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت روان

محسن نیازی^۱ * داریوش یعقوبی^۲ * ایوب سخایی^۳ * سید سعید حسینی زاده آرائی^۴

چکیده

پژوهش‌های مختلفی در مورد تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت روانی افراد انجام شده و نتایج متفاوتی در پی داشته است؛ به گونه‌ای که دامنه تغییر اندازه اثرهای به‌دست آمده از این مطالعات بسیار زیاد است. از این رو هدف پژوهش حاضر ترکیب کمی نتایج این پژوهش‌ها با استفاده از تکنیک فراتحلیل است. در این فراتحلیل، یازده پژوهش واجد شرایط که طی سال‌های ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۵ انجام و در قالب مقاله در نشریات معتبر علمی داخل کشور به چاپ رسیده بود گزینش شدند.

یافته‌ها نشان می‌دهد که اندازه اثر ترکیبی تصادفی سرمایه اجتماعی بر سلامت روان در حد متوسط یعنی به میزان ۰/۳۳۷ است. البته با وارد کردن دو متغیر کیفی «نوع جامعه آماری» و «زمان انجام پژوهش» به‌عنوان متغیرهای تعدیل‌گر در محاسبات، میزان اندازه اثر ترکیبی به‌دست آمده به ترتیب تا حد ۰/۲۸۷ و ۰/۲۲ کاهش پیدا می‌کند که اندازه اثراتی ضعیف، ارزیابی می‌شوند. بنابراین ضروری است مطالعات آینده، هنگام داوری درخصوص یافته‌های خود به این دو متغیر توجه خاصی داشته باشند. همچنین یافته‌های راهبردی حاکی از آن است که توجه به سرمایه اجتماعی مهاجران، حاشیه‌نشینان، دانشجویان و معلمان، دارای اهمیت بسیاری است. زیرا با کاهش سرمایه اجتماعی در میان این گروه‌ها سلامت روانی آنها بسیار کاهش می‌یابد.

واژگان کلیدی: فراتحلیل، سرمایه اجتماعی، سلامت روان، اندازه اثر، مدل اثرات تصادفی.

فصلنامه راهبرد اجتماعی فرهنگی • سال ششم • شماره بیست و پنجم • زمستان ۹۶ • صص ۱۷۶-۱۴۱

تاریخ دریافت مقاله: ۹۵/۱۱/۶ تاریخ پذیرش مقاله: ۹۶/۸/۱۴

۱. استاد جامعه‌شناسی دانشگاه کاشان (نویسنده مسئول) (niazim@kashanu.ac.ir)
۲. دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی مسائل اجتماعی ایران، دانشگاه کاشان (yaghoubi09@gmail.com)
۳. دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی مسائل اجتماعی ایران، دانشگاه کاشان (sakhaei84@yahoo.com)
۴. دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی مسائل اجتماعی ایران، دانشگاه کاشان (hoseynizadeh69@ut.ac.ir)

مقدمه

جامعه ما چند دهه است تحولات اجتماعی و فرهنگی عظیمی را به ویژه در کلان شهرها تجربه می کند. ایجاد شهرهای جدید، گسترش روزافزون شهرنشینی، جابجایی جمعیت، مهاجرت گسترده به شهرها و اشاعه فرهنگ جهانی، پیچیدگی روزافزون زندگی شهری، فشارهای ناشی از نابرابری های شدید اقتصادی، تنها بخشی از مسائل متعددی است که اکنون افراد جامعه با آن درگیر هستند. این مشکلات که در حال حاضر به عنوان واقعیت های روزمره خودنمایی کرده است، بستر مساعدی برای ظهور و افزایش بیماری های روانی گوناگون فراهم ساخته است. شواهد نیز حاکی از آن است که مشکلاتی مانند فقر مزمن، تحصیلات ناکافی، نداشتن حمایت برای کاهش فشارها و زندگی در مناطق پرخطر یا نا امن و همچنین، رویدادهای ناخوشایند و ناگوار در زندگی مانند طلاق، مرگ نابهنگام نزدیکان و از دست دادن شغل تأثیر به سزایی بر سلامت روانی افراد دارد (هارفام^۱ و دیگران، ۲۰۰۴؛ هارالامبوس و هالبورن،^۲ ۲۰۰۸؛ به نقل از حقیقتیان و جعفری، ۱۳۹۲). این در حالی است که موضوع سلامت با وجودی که از بدو پیدایش بشر و در قرون و اعصار مختلف مطرح بوده است، اما هرگاه از آن سخنی به میان آمده، عموماً بعد جسمی آن مد نظر قرار گرفته و کمتر به سایر ابعاد سلامت، به خصوص به بعد روانی آن توجه شده است.

از سوی دیگر، تجربه تلاش هایی که در دهه های اخیر در زمینه ارتقای سلامت صورت گرفته، نشان می دهد که سلامت افراد یک جامعه تنها از طریق امکانات و مراقبت های بهداشتی تأمین نمی شود، بلکه عوامل محیطی و اجتماعی نیز نقش تعیین کننده ای بازی می کنند؛ به گونه ای که تأثیر وضعیت اجتماعی بر سلامت در تعیین اهداف توسعه به رسمیت شناخته شده است و از میانه دهه ۱۹۹۰، عبارت «تعیین کننده های

1. Harpham

2. Haralambos and halbhorn

اجتماعی سلامت» به طور فزاینده‌ای در ادبیات علمی و سیاست گذاری‌ها به چشم می‌خورد. این چرخش مهم در نگرش به سلامت، باعث گسترش هرچه بیشتر مطالعات مربوط به اهمیت تأثیر محیط اجتماعی بر سلامت شده است (فاضلی و همکاران، ۱۳۹۲). در این تغییر نگرش به طور فزاینده‌ای تأکید بر این است که سلامت نه تنها توسط عوامل رفتاری، زیستی و ژنتیکی، بلکه توسط گستره‌ای از عوامل اقتصادی، محیطی و اجتماعی، تعیین می‌شود (پیلکینگتون، ۲۰۰۲؛ به نقل از خواجه دادی و همکاران، ۱۳۸۷).

با توجه به اینکه در جوامع در حال تحول، از جمله کشور ما، نوگرایی سریع و ناموزون در همه حوزه‌ها افراد را در ساختارهای تازه قرار داده و به سوی فردگرایی افراطی سوق می‌دهد، یکی از راه‌های مراقبت از سلامت آنها، بازسازی سرمایه اجتماعی و افزایش آن در سطوح مختلف است. نتایج پژوهش‌های مختلف (به‌عنوان مثال: عنایت و آفاپور، ۱۳۸۹؛ توکل و مقصودی، ۱۳۹۰؛ هزار جریبی و مهری، ۱۳۹۱؛ شارع‌پور، ریاحی و آرمان، ۱۳۹۳) نشان می‌دهند که هر اندازه افراد در این ساختارها دارای سرمایه اجتماعی (اعتماد متقابل، حمایت‌های اجتماعی، روانی و مالی، عضویت در شبکه‌های خویشاوندی و حس تعلق و وابستگی به دیگران) بالاتری باشند، سلامت روانی بیشتری خواهند داشت. بنابراین یکی از مفاهیمی که بازگوکننده وضعیت اجتماعی بهینه‌ای برای افراد بوده و به نظر پژوهشگران می‌تواند از سلامت روانی افراد در برابر فشارهای زندگی مراقبت کند، سرمایه اجتماعی است.

در ادبیات علوم اجتماعی، اکثریت تعاریف مربوط به مفهوم سرمایه اجتماعی حول سه محور تمرکز یافته‌اند: شبکه‌های اجتماعی، هنجارهای متقابل و اعتماد اجتماعی. شبکه اجتماعی به‌عنوان جنبه ساختاری سرمایه اجتماعی درک می‌شود و مشارکت در این شبکه‌ها مشخصه ویژگی‌های رفتاری است. هنجارهای متقابل و اعتماد اجتماعی نیز بیشتر جنبه شناختی سرمایه اجتماعی هستند و با ارزش‌ها و عقاید مشخص می‌شوند (موسوی و شیبانی، ۱۳۹۴: ۵۲).

مطابق نتایج پژوهش‌ها، داشتن روابط اجتماعی قوی و شبکه‌های حمایتی می‌تواند به افراد در رو به روشن شدن و غلبه بر بسیاری از مشکلات کمک کند (ریاحی و دیگران، ۱۳۸۹). افراد جامعه یا گروه‌های اجتماعی با ایجاد رابطه با یکدیگر و نگهداری این روابط،

دارای میزانی از سرمایه اجتماعی می شوند که در مواقع ضروری می تواند در حل مشکلات زندگی به آنها کمک کند. تداوم و استمرار روابط اجتماعی سالم، سودمند و مبتنی بر هنجارها و ارزش های مشترک موجب فزونی اعتماد اجتماعی شده و این مؤلفه اجتماعی نیز در صحنه های مختلف زندگی از آسیب های روانی افراد پیشگیری می کند. وایتفورد^۱ بر این باور است که هرچه افراد به لحاظ اجتماعی منزوی تر باشند، از سلامت روانی کمتری بهره خواهند برد و برعکس، هرچه پیوستگی اجتماعی در جامعه بیشتر باشد، آن جامعه و افرادش سالم تر خواهند بود. زیرا کاهش بیماری های روانی و بهبود سلامت روانی ویژگی هایی را که برای پذیرش نقش های اجتماعی افراد لازم است، افزایش می دهد (ایمان و همکاران، ۱۳۸۷).

توجه جدی به بیماری های روانی از آن جهت مهم است که هزینه اجتماعی این بیماری ها، به خصوص در جامعه ما بسیار زیاد است. بیماری روانی بر بهره وری فرد، عملکرد شغلی، تداوم و پایداری ازدواج و خانواده، پرورش صحیح فرزندان و رفاه اقتصادی و اجتماعی تأثیر می گذارد و زندگی فرد و اجتماع را مختل می سازد (توکل و مقصودی، ۱۳۹۰). افزون بر این، متخصصان، سلامت را محور توسعه اقتصادی - اجتماعی تلقی می کنند. زیرا دستیابی به رفاه جامعه، افزایش امید به زندگی و بهبود کیفیت زندگی به عنوان اهداف توسعه، بدون داشتن جامعه ای سالم امکان پذیر نیست. این در حالی است که پژوهش های انجام شده در کشور ما (به عنوان مثال: نوربالا و همکاران، ۱۳۸۹؛ نوربالا، ۱۳۹۰) نشان می دهد میزان سلامت روان در جامعه نسبتاً پایین است؛ به گونه ای که درصد قابل توجهی از افراد ۱۵ سال به بالای ساکن مناطق شهری و روستایی مشکوک به اختلال روانی هستند. این امر، اهمیت توجه به سلامت روانی جامعه و نقش سرمایه اجتماعی در بهبود آن را برای پژوهشگران و برنامه ریزان اجتماعی دوچندان ساخته و منجر به انجام پژوهش های متعدد شده است.

همچنین افزایش پژوهش ها و نیاز به تلخیص و ترکیب نتایج آنها و ارائه یک اندازه اثر کلی از یک سو و وجود تعارض و تناقض بین نتایج پژوهش های انجام شده و ضرورت حل این مسئله از سوی دیگر (زاهدی و محمدی، ۱۳۸۴)، نیاز به فراتحلیل را مطرح می سازد. این در حالی است که یکی از مزیت های مهم فراتحلیل، ارائه مقیاس مشترکی

است که قابل استفاده برای همه آماره‌هاست (ودادهیر و هانی ساداتی، ۱۳۹۰: ۳۸-۳۷). این امر از این نظر دارای اهمیت است که ممکن است مطالعات مورد بررسی از آماره‌های مختلف برای سنجش استفاده کنند. افزون بر اینها، استفاده از برآیند یافته‌های پژوهش‌های مختلف جهت برنامه‌ریزی و اداره جامعه نیز عامل مهم دیگری است که موجب اهمیت این نوع مطالعات شده است (صدیق سروستانی، ۱۳۷۹).

بنابراین در اینجا با توجه به تنوع پژوهش‌های انجام گرفته در مورد تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت روان و وجود ناسازگاری، تعارض و تفاوت در یافته‌ها و عدم وجود فرا تحلیل در این خصوص، ضرورت انجام چنین پژوهشی را به میان آمد، تا به این ترتیب به جای اعتماد به یک پژوهش به تحلیلی از کل پژوهش‌ها استناد شود.

با این توضیح می‌توان گفت که هدف از پژوهش حاضر پاسخ به این پرسش‌هاست که با توجه به یافته‌ها، اندازه اثر ترکیبی و کلی سرمایه اجتماعی بر سلامت روان تا چه حد است؟ کدام عامل یا عوامل می‌تواند تفاوت در نتایج پژوهش‌های مورد مطالعه را توضیح دهند؟

۱. ادبیات نظری

پژوهش‌هایی که رابطه بین سازه سرمایه اجتماعی به‌عنوان متغیر مستقل و سازه سلامت روانی به‌عنوان متغیر وابسته را بررسی کرده‌اند، با توجه به ویژگی‌هایی که داشتند، برای این فرا تحلیل برگزیده شده‌اند و در تشریح مبانی نظری خود، نخست هر دو مفهوم سرمایه اجتماعی و سلامت روانی را با استناد به شواهد نظری و تجربی مورد بررسی قرار داده و ابعاد آنها را تعیین نموده‌اند. بدین لحاظ در اینجا ضروری است برای آگاهی از مفهوم‌شناسی، تعاریف و ابعادی که مطرح شده است، مباحث نظری مورد اشاره به طور فشرده مرور شود تا به این وسیله با تجمیع و تلخیص دیدگاه‌ها و مبانی نظری پژوهش‌ها، در یک جا، این امکان برای کاربران فرا تحلیل حاضر و برنامه‌ریزان اجتماعی فراهم شود که با اطلاعات نسبی بسنده، وارد بحث شوند و در پایان با سهولت بیشتری به داوری پرداخته و تصمیم‌گیری کنند.

سلامت روان

در حال حاضر، رشد، توسعه، شهری شدن و صنعتی شدن فزاینده در همه جوامع اگرچه در

مقایسه با گذشته برای انسان‌ها رفاه نسبی به همراه آورده، اما در زندگی روزمره آنها را تحت فشار ناشی از فعالیت‌های متنوع قرار داده است. بحث سلامت، به‌ویژه سلامت روان در ارتباط با چنین فشارهایی مطرح است.

پیش‌تر گفته شد که در گذشته بیشتر به سلامت جسمانی افراد توجه می‌شد و اکنون سلامت روانی افراد نیز مورد توجه پژوهشگران، برنامه‌ریزان اجتماعی و نهادهای بین‌المللی قرار گرفته است. زیرا شواهد حاکی از آن است که سلامت روان با کیفیت زندگی و عملکرد افراد در همه حوزه‌های اجتماعی مرتبط است. برای انسان امروزی سازگاری با محیط، حل تضادهای گوناگون، ایفای درست نقش‌های متنوع، بدون برخورداری کافی از سلامت روان ممکن نیست. این نیاز انسان امروزی و ضرورت توجه به این بعد از مفهوم سلامت در تعاریف مختلف پژوهشگران از سلامت روان بازتاب یافته است.

یکی از پژوهش‌ها تأکید می‌کند که سلامت روان، یکی از جنبه‌های مفهوم کلی سلامت بوده و عبارت است از قدرت آرام زیستن و با خود و دیگران در آرامش بودن، آگاهی از درون و احساسات خویش، قدرت تصمیم‌گیری در بحران‌ها و مقابله موفق با فشارهای روانی (مهرآیین و همکاران، ۱۳۹۵). از نظر هو، سلامت روانی عبارت است از استعداد روان برای هماهنگی، خوشایند و مؤثر کار کردن در موقعیت‌های دشوار، انعطاف‌پذیری، داشتن توانایی برای بازبانی تعادل خود (ایمان و همکاران، ۱۳۸۷). به نظر می‌رسد که هو در تعریف خود، بیشتر بر توانایی در انطباق با محیط و همچنین حفظ تعادل روانی تأکید می‌ورزد. سعادت با استناد به تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت روانی را حالتی از سلامتی می‌داند که در آن فرد، توانایی خود را می‌شناسد، می‌تواند با فشارهای طبیعی زندگی مقابله کند، برای جامعه سودمند بوده و قادر به تصمیم‌گیری و مشارکت اجتماعی است. براین اساس، سلامت روانی مبنای رفاه و سلامتی برای افراد و جامعه است (پیشین). چنانکه ملاحظه می‌شود، در این تعریف نیز جنبه‌های اجتماعی سلامت روانی مورد اشاره قرار گرفته است که می‌توان آنها را نوعی توانایی سازگاری با محیط تلقی کرد. پژوهشی دیگر سلامت روانی را یکی از عناصر کیفیت زندگی می‌داند که عمیقاً با توان فرد برای توازن و هماهنگی با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی، حل منطقی، عادلانه و مناسب تضادها و تمایلات شخصی ارتباط دارد (سلطانی و جمالی،

از نظر گیلبرت، مفهوم سلامت روانی شامل تندرستی ذهنی، درک خود اثربخشی (کارایی)، استقلال، شایستگی، وابستگی بین نسلی و شناخت توانایی برای درک منطقی و پتانسیل عاطفی است. همچنین در شرایط سلامت روانی، افراد توانایی‌های خود را می‌شناسند و می‌توانند با اضطراب‌های معمول زندگی مقابله کرده و به طور مؤثر در ساختن جامعه خود همکاری کنند (هزارجریبی و مهری، ۱۳۹۱). بر خلاف تعاریف پیشین، آنچه از این تعریف بر می‌آید، تأکید بیشتر بر حالات درونی و روانشناختی است. موسوی و شبیانی نیز در بررسی جامع خود در ارتباط با مفهوم سلامت روان به پارامترهایی مانند عدم وجود درگیری درونی (احساس ترحم به خود و سرزنش خود)، توانایی تطبیق با دیگران، کنترل شخصی (تسلط بر احساسات و تلاش برای حل مشکلات به روش منطقی) اشاره می‌کنند (موسوی و شبیانی، ۱۳۹۴: ۱۲۴-۱۲۳).

با توجه به این تعاریف و سایر تعاریف مشابهی که پژوهش‌های مورد بررسی در فرا تحلیل حاضر از مفهوم سلامت روانی ارائه کرده‌اند و همچنین متغیرهایی که در پرسشنامه‌های استاندارد خود برای سنجش این مفهوم به کار برده‌اند، در مجموع می‌توان گفت این پژوهش‌ها ابعاد زیر را برای مفهوم سلامت روان در نظر گرفته‌اند:

- علائم افسردگی؛
- اختلالات شبه جسمانی،
- اضطراب و اختلال در خواب؛
- اختلال در کارکرد اجتماعی.

حال با در نظر گرفتن تعاریف موجود و ابعاد شناسایی شده مفهوم سلامت روان، به‌طور کلی می‌توان این نوع از سلامت را در قدرت انطباق و سازگاری افراد با جامعه، پذیرش واقعیت‌های اجتماعی، دارا بودن تندرستی ذهنی (نداشتن اضطراب و افسردگی)، تمایل به ارضای متعادل نیازها، توانایی برای ایفای نقش‌های اجتماعی، برقراری تعادل بین ابعاد مختلف زندگی شخصی و اجتماعی و توانایی در حل مشکلات، تضادها و مدیریت محیط پیرامون توسط فرد مشاهده کرد. بنابراین سلامت روان بخشی مهم از مفهوم کلی سلامت به شمار می‌رود؛ به گونه‌ای که اکنون ضرورت بهبود وضعیت آن در میان جمعیت

به منظور افزایش نشاط و سلامت اجتماعی و دستیابی به اهداف رشد و توسعه اقتصادی بر کسی پوشیده نیست.

سرمایه اجتماعی

یکی از مباحثی که در دوران اخیر وارد علوم اجتماعی شده است، کاربرد مفهوم سرمایه در حوزه‌های مختلف علمی و سنخ‌شناسی آن است. در چهارچوب این بحث یکی از مفاهیمی که پژوهشگران و نظریه‌پردازان به آن پرداخته‌اند و در پژوهش‌های برگزیده ما برای فراتحلیل نیز به طور مکرر بازتاب یافته است، مفهوم سرمایه اجتماعی است. در ادامه، نخست به برخی تعاریف این مفهوم اشاره کرده و سپس ارتباط آن با سلامت روان به طور خلاصه بررسی می‌شود.

پایه و اساس نظریه سرمایه اجتماعی را می‌توان در یک عبارت خلاصه کرد: «اهمیت روابط». انسان‌ها از طریق برقراری ارتباط با یکدیگر و نگهداری آن در طول زمان می‌توانند با هم برای به دست آوردن چیزهایی که به تنهایی قادر به کسب آنها نیستند و یا ممکن است با دشواری زیاد به دست آورند، تلاش کنند. انسان‌ها از طریق مجموعه‌ای از شبکه‌های اجتماعی به هم وصل می‌شوند و این تمایل در آنها ایجاد می‌شود که در ارزش‌های مشترک با دیگر اعضای این شبکه‌ها شریک شوند. از آنجایی که این شبکه‌ها تشکیل‌دهنده یک منبع هستند، می‌توان آنها را سازنده نوعی سرمایه دانست. بنابراین از دید فیلد، مکان تولید و انتشار سرمایه اجتماعی در درون شبکه‌هایی قرار دارد که از طریق روابط اجتماعی شکل می‌گیرد.

به نظر تاجبخش، سرمایه اجتماعی با برخی متغیرهای شناخته‌شده جامعه‌شناسی مانند اعتماد، نگرانی درباره دیگران و مسائل عمومی، مشارکت در مسائل عمومی، انسجام و همبستگی گروهی و همکاری، ارتباط دارد (پورافکاری و شگری، ۱۳۹۱). دقت در معانی تک تک این متغیرها نشان می‌دهد که روابط اجتماعی نقطه مشترک آنهاست؛ همان عنصری که سرمایه اجتماعی نیز بر آن تأکید دارد. از نگاه کلمن، سرمایه اجتماعی نه یک جوهر واحد بلکه ذات‌های متکثر است و همه آنها از خصلت ساختمان اجتماعی و تسهیل‌کنندگی کنش‌های کنشگران در داخل ساختارها برخوردارند (کلمن، ۱۳۷۷: ۴۶۲). از این نگاه، سرمایه اجتماعی عنصری است که موجب آسانی و راحتی انجام کنش برای فرد و در نتیجه سهولت روابط اجتماعی می‌شود.

پاتنام تأکید می‌کند که منظور از سرمایه اجتماعی وجوه گوناگونی از سازمان اجتماعی نظیر اعتماد، هنجارها و شبکه‌هاست که می‌توانند با تسهیل اقدامات هماهنگ، کارایی جامعه را بهبود بخشند (پاتنام، ۱۳۷۹: ۲۸۵). البته در تعریفی دیگر می‌گوید سرمایه اجتماعی به ویژگی‌های سازمان اجتماعی از قبیل شبکه‌ها، هنجارها و اعتماد اشاره دارد که هماهنگی و همکاری برای کسب سود متقابل را تسهیل می‌کند. به بیان دیگر، سرمایه اجتماعی می‌تواند بازگوکننده ظرفیت افراد و گروه‌های مختلف اجتماعی برای با هم بودن به منظور حل جمعی مشکلات باشد که حاصل آن دست آوردهایی سودمند برای آنها است.

فوکویاما سرمایه اجتماعی را به عنوان وجود مجموعه معینی از هنجارها یا ارزش‌های غیررسمی تعریف می‌کند که اعضای گروهی که همکاری و تعاون میان‌شان مجاز است، در آن سهم هستند. البته از دید او، مشارکت در این ارزش‌ها و هنجارها به خودی خود باعث تولید سرمایه اجتماعی نمی‌شود؛ چرا که این ارزش‌ها ممکن است ارزش‌های منفی باشند (فوکویاما، ۱۳۷۹: ۱۱-۱۰). ملاحظه می‌شود که فوکویاما نیز در این تعریف با تأکید بر هنجارها و ارزش‌های غیررسمی در واقع مشارکت انسان‌ها در روابط اجتماعی را مد نظر قرار داده و آن را منبع مهم سرمایه اجتماعی می‌داند، زیرا هنجارها و ارزش‌ها تنها با شکل‌گیری روابط پایدار و منسجم معنا پیدا می‌کنند.

به نظر بوردیو، سرمایه اجتماعی انباشت منابع واقعی و بالقوه‌ای است که از شبکه‌ای با دوام از روابط کمابیش نهادینه شده آشنایی و شناخت متقابل حاصل می‌شود. شبکه‌ای که هر یک از اعضای خود را از پشتیبانی سرمایه اجتماعی برخوردار می‌کند و آنان را مستحق اعتبار می‌سازد. این روابط ممکن است تنها در حالت عملی در مبادلات مادی و نمادینی که آنان را در حفظ آن روابط کمک می‌کند وجود داشته باشد (بوردیو، ۱۳۸۴: ۱۴۷). به نظر می‌آید بوردیو نگاه ابزاری به این مفهوم داشته و به دو جنبه توجه کرده است:

- سود مشارکت فرد در گروه؛ و
 - برقراری ارتباط اجتماعی و دسترسی هرچه بیشتر به این منابع و سود فردی.
- در واقع از نظر او دو چیز عناصر اصلی سرمایه اجتماعی را تشکیل می‌دهند:
- ذات روابط اجتماعی که به افراد اجازه می‌دهد مدعی دستیابی به منابع متعلق به معاشران خویش شوند؛
 - کمیت و کیفیت آن منابع. منظور از کمیت، تعداد افرادی است که در درون شبکه

قرار دارند. به میزانی که این شبکه گستره بیشتری داشته باشد، میزان سرمایه اجتماعی نیز افزایش می‌یابد. مقصود وی از کیفیت، حجم سرمایه اقتصادی، فرهنگی و نمادین افرادی است که کنشگر با آنها در ارتباط است. یعنی میزان بهره‌مندی اعضای گروه از سرمایه‌های مذکور (فصیحی، ۱۳۸۹: ۸۲). از این منظر، روابط نهادینه‌شده و درگیری افراد در مبادلاتی که در بستر آن انجام می‌گیرد آنها را از سود متقابل بهره‌مند می‌سازد.

لین^۱ هم از جمله نظریه‌پردازانی است که مفهوم سرمایه اجتماعی را مد نظر قراردادده است. در آرای او، سرمایه اجتماعی به منابع نهفته در ساختارهای اجتماعی و موقعیت‌های شبکه‌ای گفته می‌شود که از طریق کنش هدفمند قابل دسترسی یا گردآوری است. در تعریفی دیگر، وی سرمایه اجتماعی را دارایی ارتباطی می‌داند؛ یعنی سرمایه اجتماعی منبعی است که از طریق ارتباط با دیگران به دست می‌آید (همان: ۹۱). لذا از نظر لین منابعی که در ساختارها، موقعیت‌های موجود در شبکه‌ها و کنش هدفمند نهفته هستند، عناصر اصلی سرمایه اجتماعی را تشکیل می‌دهند و منظور از منابع نهفته در ساختارها، ثروت، قدرت و پایگاه اجتماعی است.

نظریه‌پردازان و پژوهشگرانی که در مورد سرمایه اجتماعی اندیشیده‌اند، افزون بر تعریف، تلاش کرده‌اند با توجه به ابعاد متنوع این سازه، آن را دسته‌بندی کنند. در یکی از این دسته‌بندی‌ها از دو نوع سرمایه اجتماعی درون‌گروهی و برون‌گروهی یاد می‌شود. به گمان شماری از پژوهشگران، سرمایه اجتماعی در جوامع سنتی (ماقبل مدرن) بیشتر جنبه درون‌گروهی همراه با اعتماد اجتماعی محدود و خاص داشته است که امروز آن را به نام «سرمایه اجتماعی قدیم» می‌شناسند. در جوامع امروزی، با نوع دیگری از سرمایه اجتماعی سر و کار داریم که بیشتر جنبه بین‌گروهی همراه با اعتماد اجتماعی تعمیم یافته و عام دارد که از آن با عنوان «سرمایه اجتماعی جدید» نام می‌برند (عبداللهی و موسوی، ۱۳۸۵: ۱۹۶). هرچند سرمایه اجتماعی درون‌گروهی باعث همبستگی و انسجام بین‌گروهی می‌شود، اما این شکل از سرمایه محدود به شبکه‌ها و اجتماعات کوچک است و در برخی موارد حتی می‌تواند آنها را در برابر گروه‌های بزرگتر قرار دهد. در حالی که در سرمایه اجتماعی برون‌گروهی که در شبکه‌ای گسترده‌تر جریان دارد، امکان بهبود وضعیت گروه‌ها از طریق

1. Lin

ایجاد ارتباطات و اتصالات عام‌تر را فراهم می‌سازد.

بسیاری از پژوهشگران نیز به این جمع‌بندی رسیده‌اند که سرمایه اجتماعی دو بعد ساختاری (شبکه‌ها و عضویت گروهی و مشارکت اجتماعی) و شناختی (اعتماد و همبستگی و...) دارد (حقیقتیان و جعفری، ۱۳۹۲). به گمان آنها، اکثریت تعاریف حول سه محور قرار می‌گیرند که عبارتند از: شبکه‌های اجتماعی، هنجارهای متقابل و اعتماد. شبکه اجتماعی به‌عنوان جنبه ساختاری مفهوم سرمایه اجتماعی درک می‌شود و مشارکت در این شبکه‌ها مشخصه ویژگی‌های رفتاری است. هنجارها و اعتماد بیشتر جنبه شناختی سرمایه اجتماعی هستند که با ارزش‌ها و عقاید مشخص می‌شوند (موسوی و شبانی، ۱۳۹۴: ۵۲). کاواچی و برکمن^۱ تأکید می‌کنند که شکل شناختی سرمایه اجتماعی موجب اعتماد بیشتر در روابط بین شخصی، شکل‌گیری روابط صمیمانه و هنجارهای متقابل شده و از این طریق فرد را حمایت می‌کند. سرمایه اجتماعی ساختاری نیز در مشارکت افراد در سازمان‌ها و شبکه‌های اجتماعی نمود پیدا می‌کند (رضوی‌زاده، ۱۳۹۱).

گذشته از تقسیم‌بندی‌هایی که به آنها اشاره شد، پژوهشگران با توجه به تعاریف و دسته‌بندی‌ها درباره مفهوم سرمایه اجتماعی در یک جمع‌بندی، آن را در سه سطح مورد توجه قرار داده‌اند:

الف) سطح خرد: در این سطح، سرمایه اجتماعی در قالب روابط فردی و شبکه‌های ارتباطی بین افراد، هنجارها و ارزش‌های مشترک را شامل شده و شکلی از حس تعلق و پیوستگی اجتماعی را بازنمایی می‌کند (ازکیا و غفاری، ۱۳۸۰). در این معنا، سرمایه اجتماعی به‌عنوان ابزار دسترسی افراد، خانواده‌ها یا گروه‌های کوچک به منافع‌شان در نظر گرفته می‌شود. از این نگاه افراد، خانواده‌ها و گروه‌هایی که به منابع مهم دسترسی دارند یا آنهایی که جایگاه راهبردی مهمی در شبکه تصرف کرده‌اند، از سرمایه اجتماعی بیشتری برخوردار خواهند بود (فصیحی، ۱۳۸۹: ۴۴). در این سطح می‌توان به نظریات افرادی مانند کلمن و بوردیو اشاره کرد.

ب) سطح میانه: در این سطح، سرمایه اجتماعی جنبه‌هایی از ساخت اجتماعی را دارا بوده و کنش‌های خاص کنشگران را در درون سیستم یا ساختار اجتماعی تسهیل می‌کند. این مفهوم، ارتباطات افقی و عمودی را شامل می‌شود و سازمان‌ها و روابط بینابینی آنها،

اعم از انجمن‌ها، شرکت‌ها و... در زمره آن قرار می‌گیرند. سرمایه اجتماعی می‌تواند در کنار منفعی که برای افراد دارد، در صورت تکرار و پابندی همه اعضا به تعهدات خود، منافع جمعی پدید آورد (موسوی و شبیانی، ۱۳۹۴: ۱۰۹-۱۰۷).

ج) سطح کلان: در سطح کلان، سرمایه اجتماعی به‌عنوان روابط قراردادی و ساختاری نهادهای کلان در نظر گرفته می‌شود. روابط ساختاری رسمی مانند قوانین و مقررات، حکومت، سطح مشارکت، سطح تمرکز و فرایند شکل‌گیری نهادهای سیاسی، سطح کلان سرمایه اجتماعی را شامل می‌شود. از این منظر، سرمایه اجتماعی مجموعه نهادهایی که جامعه را پی‌بندی می‌کنند نیست، بلکه عامل نگهداری آنهاست.

پژوهش‌های برگزیده فراتحلیل حاضر، گذشته از مفهوم‌پردازی پیرامون سرمایه اجتماعی، که به صورت فشرده مرور شد، تلاش کرده‌اند ابعاد مفهوم سرمایه اجتماعی را از تعاریف استخراج و بر اساس آن به سنجش پردازند. این ابعاد عبارتند از: اعتماد اجتماعی (در ابعاد مختلف)، مشارکت اجتماعی (عضویت در شبکه‌ها، کمک به دیگران، همکاری داوطلبانه با افراد، گروه‌ها و نهادها)، حمایت (اجتماعی، مالی و روانی)، احساس تعلق، یگانگی، وابستگی و دوستی (روابط همسایگی، خانوادگی، روابط با دوستان).

۲. سازوکار اثرگذاری سرمایه اجتماعی بر سلامت روانی

پژوهش‌های مورد بررسی در فراتحلیل حاضر، افزون بر پرداختن به مفاهیم سرمایه اجتماعی و سلامت روان، در بحث‌های نظری خود با استناد به پژوهش‌های تجربی، چگونگی ارتباط بین این دو مفهوم را به طور مفصل به بحث گذاشته‌اند که در ادامه به طور مختصر مرور می‌شود تا مبنای نظری و تجربی اثرگذاری سرمایه اجتماعی بر سلامت روانی در فراتحلیل نیز مورد اشاره قرار گیرد.

مطالعه‌ای در ایران نشان داده است که در بین عوامل مؤثر بر ایجاد سلامت، سهم هر دسته از عوامل تقریباً به شرح زیر است: سهم نظام ارائه سلامت ۲۵ درصد، سهم عوامل ژنتیکی و بیولوژیک ۱۵ درصد و عوامل فیزیکی، زیست‌محیطی و رفتاری ۱۰ درصد است. این در حالی است که سهم عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت ۵۰ درصد است (مرندی، ۱۳۸۵: ۲۰۴۴؛ به نقل از خواجه دادی، ۱۳۸۷). همچنین نتایج پژوهشی که در سوئد انجام گرفته است، نشان می‌دهد میان سرمایه اجتماعی و بیماری روانی همبستگی قوی وجود دارد. بر اساس این یافته‌ها، پایین بودن سرمایه اجتماعی به‌عنوان عاملی تأثیرگذار در بی‌نظمی

روانی محسوب می‌شود (Lofords & Sundquist, 2007). افزون بر اینها، پژوهشگرانی مانند هارفام، دسیلوا، کواچی، رایت، رز^۳ و... با رویکردهای جامعه‌شناختی، ساختارهای اجتماعی نابرابر، نقش‌های اجتماعی، عدم وجود منابع حمایت اجتماعی و سرمایه اجتماعی را عامل اصلی بیماری‌های روانی معرفی می‌کنند (توکل و مقصودی، ۱۳۹۰). در این تحقیقات نشان داده شده که افزایش سطح بی‌اعتمادی در جامعه موجب کاهش تعهد اجتماعی، کاهش همکاری و مشارکت اجتماعی و افزایش آسیب‌های اجتماعی می‌شود. به نظر می‌رسد سرمایه اجتماعی تأثیر وقایع منفی زندگی را کاهش می‌دهد و مشکلات طولانی مدت را قابل تحمل می‌سازد. افزون بر این، اعتماد ممکن است اضطراب در مورد رفتار دیگران را کاهش دهد. همچنین اعتماد می‌تواند ادراک ما از پیش‌بینی وقایع را تحت تأثیر قرار داده و حس کنترل را القا کند که همه این عوامل به سلامت روانی می‌انجامد. حمایت اجتماعی مؤلفه دیگر سرمایه اجتماعی است که می‌تواند رابطه این سازه و سلامت روان را توضیح دهد. به گمان پژوهشگران، این حمایت که شامل تهیه و مبادله منابع و کمک‌های عاطفی و اطلاعاتی و ابزاری می‌شود، می‌تواند فشارهای روانی و اضطراب‌های ناشی از حوادث ناگوار زندگی روزمره را تعدیل کند (حقیقتیان و جعفری، ۱۳۹۲). در تأیید آن، پژوهشگران دیگر معتقدند عضویت در شبکه‌ها با افزایش دسترسی به حمایت اجتماعی و بر عهده گرفتن نقش‌های اجتماعی در این شبکه‌ها، عزت نفس و خود ارزشمندی را تقویت می‌کند، که به تأثیر مثبت بر سلامت روان می‌انجامد (رضوی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۱). بخشی از این حمایت‌ها، حمایت عاطفی است که به نوبه خود سلامت روان را تقویت می‌کند. کارولین^۴ در این ارتباط، و در چارچوب نظریه شبکه توضیح می‌دهد که شبکه‌ها با فراهم کردن حمایت‌های عاطفی، دوستی‌ها و فرصت‌هایی برای اعمال اجتماعی معنادار در قالب سرمایه اجتماعی، تأثیر بسیار مهم و مؤثری بر عزت نفس افراد، افزایش توان آنها برای مقابله با مشکلات زندگی و افسردگی‌ها دارند و از این طریق موجب افزایش احساس سلامت روانی می‌شوند. این ارتباط بین حمایت (به عنوان یکی از ابعاد سرمایه اجتماعی) و سلامت روان در پژوهشی دیگر توسط تامپسون^۵ و همکارانش نیز مورد بررسی قرار گرفت.

-
1. De silva
 2. Wright
 3. Rose
 4. Caroline
 5. Thampson

نتایج نشان داد که مهاجران در گذر از یک جامعه جمع‌گرا به یک جامعه فردگرا دچار مشکلات و فشارهای روانی و عاطفی می‌شوند و حمایت‌های اجتماعی می‌تواند در سلامت روان آنها نقش مهمی داشته باشد (لهسایی زاده و مرادی، ۱۳۸۶).

ایمان و همکارانش نیز در تبیین سازوکار رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی توضیح می‌دهند که سرمایه اجتماعی از دوجنبه ساختاری و شناختی بر سلامت روان تأثیر می‌گذارد. از جنبه ساختاری می‌تواند به طور رسمی و غیررسمی اثرات حوادث منفی زندگی مانند از دست شغل را با افزایش حمایت‌های اجتماعی، عاطفی و روانی کاهش دهد و از جنبه شناختی ممکن است از طریق افزایش احساس امنیت، عزت نفس و سلامت روانی را بهبود ببخشد (ایمان و همکاران، ۱۳۸۷).

هامانو^۱ و همکارانش در پژوهشی با استفاده از رویکرد چندسطحی، به بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روان پرداخته‌اند. آنها دریافتند که هر دو نوع سرمایه اجتماعی شناختی و ساختاری در سطح محله می‌تواند بر سلامت روان تأثیر بگذارد. همچنین تامپابلون^۲ در پژوهشی دیگر نشان می‌داد که زندگی در محله قابل اعتماد در مقایسه با محله کمتر قابل اعتماد، سلامت روان را افزایش می‌دهد. افزون بر این، احساس تعلق نیز بهداشت روان را بهبود می‌بخشد (شارع‌پور و همکاران: ۱۳۹۳). بنابراین سرمایه اجتماعی نه تنها از طریق روابط بین فردی بلکه از طریق جاری شدن و گسترش در سطح اجتماعات هم می‌تواند سلامت روان را تحت تأثیر قرار دهد.

رز، در مطالعه‌ای در روسیه نشان داد که میان سلامت عاطفی افراد با مشارکت در شبکه‌های اجتماعی رسمی و غیررسمی و برخورداری از حمایت و اعتماد اجتماعی، همبستگی معنی‌داری وجود دارد و معتقد بود سرمایه اجتماعی و یگانگی اجتماعی در سلامت روانی افراد مؤثر هستند (Rose, 2000). مک کالوک^۳ در بریتانیا در تحقیقی که در بین مهاجران انجام داد، اثبات کرد که سطوح بالای مشارکت اجتماعی خطر مرگ و میر ناشی از بیماری‌های روانی را کاهش و رفاه و سلامت عاطفی را افزایش می‌دهد (توکل و مقصودی: ۱۳۹۰).

با وجود این یافته‌ها و تأکید بر سازوکار رابطه مثبت بین سرمایه اجتماعی و سلامت

-
1. Hamano
 2. tampublton
 3. Mc culloch

روانی، برخی شواهد حاکی از وجود ارتباط منفی میان این دو متغیر و یا عدم وجود رابطه است. برای مثال، دسیلوا و همکاران در یک مرور سیستماتیک بر تحقیقات انجام شده در مورد رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان دریافتند که سرمایه اجتماعی در ابعاد شناختی و ساختاری، هم رابطه مثبت، هم رابطه منفی و همچنین عدم ارتباط را نشان می‌دهد (رضوی زاده و همکاران، ۱۳۹۱). فاضلی و همکارانش با اینکه شواهد تجربی در خصوص تأثیر مثبت سرمایه اجتماعی بر سلامت روان را نشان می‌دهند ولی با استناد به برخی پژوهش‌ها، رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روان را همچنان در حد فرضیه تلقی می‌کنند. آنها با اشاره به مطالعات انجام گرفته تأکید می‌کنند که تأثیر سرمایه اجتماعی فردی بر سلامت روانی در همه موارد تأیید نمی‌شود. برای مثال، در حالی که مطالعه‌ای در بریتانیا رابطه بین سرمایه اجتماعی پایین و اختلالات روانی را نشان می‌دهد، در مقابل، در مطالعه کاترونا^۱ و همکارانش درباره ۷۰۰ زن آفریقایی - آمریکایی رابطه بین سرمایه اجتماعی با اضطراب و افسردگی تأیید نمی‌شود (فاضلی و همکاران، ۱۳۹۲).

با همه اینها، در یک ارزیابی کلی ملاحظه می‌شود که سرمایه اجتماعی می‌تواند به شیوه‌های زیر سلامت روان را بهبود ببخشد:

- سرمایه اجتماعی روابطی را بین افراد تعریف می‌کند که می‌تواند با جلوگیری از مزوی شدن، ناامیدی، اضطراب و افسردگی را کاهش دهد؛
- سرمایه اجتماعی فرصت‌های بیشتری برای دریافت و اهدای حمایت اجتماعی در اختیار افراد قرار می‌دهد؛
- سرمایه اجتماعی می‌تواند هنجارها و ارزش‌های مرتبط با سلامتی را بیان، اجرا و کنترل کند؛
- سرمایه اجتماعی از طریق مشارکت اجتماعی باعث پیوستگی و تعلق اجتماعی می‌شود.

در اینجا به همین مقدار مرور تعاریف، مفهوم‌پردازی و ابعاد دو سازه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی و چگونگی ارتباط میان آنها بسنده می‌شود، زیرا همان طور که گفته شد، هدف مقاله حاضر فرا تحلیل تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت روانی بر اساس پژوهش‌های موجود است. افزون بر این، فرض بر این است که پژوهش‌های انجام شده در حد توان خود

به صورت مفصل به مفاهیم سرمایه اجتماعی و سلامت روانی پرداخته‌اند.

۳. روش تحقیق

روش پژوهش حاضر از نوع کمی است که در آن از فراتحلیل استفاده شده است. ولف^۱ به نقل از گلاس^۲ میان سه نوع تحقیق تفکیک قائل می‌شود؛ تحلیل اولیه، تحلیل ثانویه و فراتحلیل. تحلیل اولیه، تحلیل اصلی داده‌ها در یک مطالعه پژوهشی است. تحلیل ثانویه، تحلیل مجدد داده‌ها با هدف پاسخگویی به سؤال اصلی پژوهش با استفاده از تکنیک‌های آماری بهتر یا پاسخگویی به سؤالات جدید با داده‌های قبلی است. فراتحلیل، تحلیل تحلیل‌هاست. یعنی تحلیل آماری دسته‌ای از نتایج تحلیلی که از پژوهش‌های منفرد به دست آمده است و هدف آن یکپارچه کردن نتایج (ولف، ۱۳۸۵: ۸). کولیک و همکارش به تعریفی از جانسون^۳ اشاره می‌کنند که در آن فراتحلیل نوعی روش آماری تلقی می‌شود که برای ترکیب نتایج مجموعه‌ای از پژوهش‌های مستقل از یکدیگر مورد استفاده قرار می‌گیرد؛ مجموعه پژوهش‌هایی که همه آنها به آزمون یک فرضیه مشترک می‌پردازند و از آمار استنباطی برای نتیجه‌گیری‌هایی در باره نتیجه کلی مطالعات و پژوهش‌های قبلی استفاده می‌کنند (Kulik & Kulik, 1989). با توجه به این تعاریف می‌توان گفت هنگامی که درباره یک موضوع خاص پژوهش‌های متعددی صورت گرفته باشد، امکان مطالعه مجدد و مقایسه این پژوهش‌ها وجود دارد. همچنین می‌توان با استفاده از فنون آماری خاص، نتایج آنها را با یکدیگر تلفیق و ترکیب کرد و به یک نتیجه واحد رسید؛ چنین کاری خود یک پژوهش مستقل است (زاهدی و محمدی، ۱۳۸۴) که از آن به فراتحلیل یاد می‌شود. بنابراین آنچه فراتحلیل بر آن تکیه دارد عبارت است از جمع‌آوری یافته‌ها از مطالعات منفرد و پراکنده به منظور ترکیب آنها برای استفاده علمی و کاربردی و می‌تواند نقاط ضعف و قوت کارهای پژوهشی را نیز نشان دهد (صدیق سروستانی، ۱۳۷۹). در واقع اگر علم را انباشت و پالایش اطلاعات و شناخت در نظر بگیریم، آنگاه بسیار مهم خواهد بود رهنمودهایی برای مرور و یکپارچه کردن قابل اعتماد و معتبر پژوهش‌هایی که سؤالات یکسانی دارند، وجود داشته باشد و رویه‌های موجود در فراتحلیل این امکان را فراهم

-
1. Wolf
 2. Glass
 3. Johnson

می‌سازد (ولف، ۱۳۸۵: ۷-۶). فراتحلیل را می‌توان به دو شیوه کمی و کیفی انجام داد. در فراتحلیل کمی که در واقع نوعی روش آماری است، پژوهشگر به دنبال یافتن مقداری به نام اندازه اثر است تا به کمک آن بتواند هم معیار مشترکی برای قضاوت درباره اندازه اثرها و یافته‌های پژوهش‌های مورد بررسی ارائه دهد و هم آنها را تلفیق کند. واحد تحلیل در فراتحلیل یک پژوهش است. به عبارت دیگر، جامعه آماری در این نوع تحقیق، پژوهش‌های انجام شده در یک موضوع خاص است.

براین اساس، جامعه آماری این فراتحلیل را کلیه پژوهش‌هایی تشکیل می‌دهد که به بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روانی پرداخته و تا آذر ماه سال ۱۳۹۵ در قالب مقاله منتشر شده‌اند؛ واحد تحلیل نیز هر کدام از این پژوهش‌هاست.

به طور خلاصه در اینجا برای انجام فراتحلیل کمی حاضر مراحل زیر طی شده است:

۱. جستجو در میان پژوهش‌ها: با توجه به موضوع که بررسی رابطه سرمایه اجتماعی به عنوان متغیر مستقل و سلامت روانی به عنوان متغیر وابسته است و با در نظر گرفتن جامعه آماری، تمامی مقالات علمی پژوهشی داخلی که این عنوان یا عناوینی نزدیک به آن را داشتند، در پایگاه‌های معتبر اینترنتی شامل پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی، پایگاه مجلات تخصصی نور، پایگاه بانک اطلاعات نشریات کشور و پایگاه‌های برخی مجلات داخلی که احتمال می‌رفت با توجه به حوزه فعالیت‌شان، مقالاتی در این ارتباط به چاپ رسانده باشند، جستجو و پس از شناسایی تهیه شدند. حاصل تلاش این مرحله گردآوری ۱۷ مقاله مرتبط بوده است.

۲. مرور متون مقالات و گزینش مقالات مناسب و واجد شرایط (غربال‌گری): در این مرحله بر اساس معیارهای گزارش ضریب همبستگی رابطه بین دو سازه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی، سطح معنی‌داری و مشخص بودن جامعه آماری، ۱۱ مقاله مرتبط گزینش شدند. لازم به توضیح است که در همه پژوهش‌های برگزیده، مفهوم سلامت روان به وسیله پرسشنامه‌های استاندارد و در دسترس مانند پرسشنامه سازمان جهانی بهداشت و مفهوم سرمایه اجتماعی توسط پرسشنامه‌های محقق ساخته سنجیده شدند.

۳. گردآوری اطلاعات لازم از پژوهش‌های مورد بررسی: برای تحقق این هدف کاربرگی تهیه شد که در آن فهرست اطلاعاتی که باید استخراج شود شامل نام نویسنده(ها)، سال انتشار، جامعه آماری، نوع و میزان ضریب همبستگی بین دو سازه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی، سطح معنی‌داری، حجم نمونه و شیوه نمونه‌گیری قید شده بود

که به کمک آن، اطلاعات و داده‌های مورد نظر از مقالات جمع‌آوری شد. ۴. ورود اطلاعات و داده‌ها به نرم‌افزار: در این مرحله اطلاعات استخراج شده از پژوهش‌ها در نرم‌افزار CMA (نسخه دوم) وارد شد. نخستین برونداد این فرایند، اطلاعاتی است که از پژوهش‌های مورد بررسی استخراج شده و در قالب جدول شماره (۱) آمده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، ضرایب همبستگی بین سرمایه اجتماعی و سلامت روانی از حداقل ۰/۱۶۴ تا حداکثر ۰/۵۷۹ تغییر می‌کند.

جدول ۱. خلاصه اطلاعات جمع‌آوری شده

ردیف	محقق و سال	حجم نمونه	جامعه آماری	ضریب همبستگی	نمونه‌گیری
۱	لهسایی زاده و مردای (۱۳۸۶)	۶۰۰	مهاجران	۰/۵۵	تصادفی سیستماتیک
۲	ایمان، مردای و حسینی رودبارکی (۱۳۸۷)	۵۰۰	دانشجویان	۰/۵۳۵	تصادفی سیستماتیک
۳	سلطانی و جمالی (۱۳۸۷)	۲۷۳	دانشجویان	۰/۱۷	سهمیه‌ای
۴	عنایت و آقاپور (۱۳۸۹)	۳۸۶	اعضای خانواده‌ها	۰/۳۲	تصادفی طبقه‌ای
۵	سیدان و عبدالصمدی (۱۳۹۰)	۳۰۰	معلمان و کارکنان	۰/۲۱۴	سهمیه‌ای
۶	پورافکاری و شکری (۱۳۹۱)	۳۷۰	دانشجویان	۰/۴۲۹	تصادفی طبقه‌ای
۷	رضوی زاده، نوغانی و یوسفی (۱۳۹۱)	۳۰۳	دانشجویان	۰/۲۰	طبقه‌ای
۸	هزار جریبی و مهری (۱۳۹۱)	۳۷۵	معلمان	۰/۵۷۹	سهمیه‌ای
۹	حقیقتیان و جعفری (۱۳۹۲)	۳۵۷	حاشیه‌نشینان بالای ۱۶ سال	۰/۱۹	خوشه‌ای
۱۰	فاضلی، جنادله و طالبیان (۱۳۹۲)	۲۱۷۹۲	شهروندان	۰/۲۲	خوشه‌ای چند مرحله‌ای
۱۱	مهرآیین، سعادت، عباسی، نریمانی و محمدی (۱۳۹۵)	۳۲۰	دبیران سطح متوسطه	۰/۱۶۴	تصادفی طبقه‌ای

۴. بررسی مفروضات فراتحلیل

پیش از اعلام اندازه اثر نهایی فراتحلیل کمی مجموعه‌ای از پژوهش‌ها، نخست، پیش‌فرض‌های فراتحلیل در مورد همگنی این پژوهش‌ها و سوگیری در انتشار آنها مورد بررسی قرار گرفت.

۴-۱. فرض همگنی پژوهش‌های مورد بررسی

در اینجا برای بررسی همگنی یا عدم همگنی پژوهش‌های برگزیده، به منظور گزینش مدل

مناسب برای برآورد اندازه اثر ترکیبی از آزمون Q استفاده شده است که نتایج آن در جدول (۲) نمایش داده می‌شود. با توجه به اینکه مقدار Q حاصل از آزمون (۲۴۳/۴۶۰) که با درجه آزادی ۱۰ در سطح ($P < ۰/۰۰۱$) معنی داری است، می‌توان گفت با اطمینان بسیار زیاد (۹۹۹٪) فرضیه ناهمگن بودن پژوهش‌های مورد بررسی، تأیید و فرضیه صفر یعنی همگنی این پژوهش‌ها رد می‌شود. با این وجود، با توجه به اینکه این آماره (Q) نسبت به تعداد اندازه اثرها حساس بوده و با افزایش شمار اندازه اثرها، توانایی آزمون برای پذیرش ناهمگنی افزایش پیدا می‌کند، آماره دیگری به نام مجذور I نیز در این آزمون به کار گرفته می‌شود. دامنه مقدار مجذور I از ۰ تا ۱۰۰٪ تغییر می‌کند. در واقع، این آماره مقدار ناهمگنی را به صورت درصد بازنمایی می‌کند. هر چه مقدار آماره به ۱۰۰ نزدیکتر باشد، نشان‌دهنده این است که میان اندازه اثرها ناهمگنی بیشتری وجود دارد. حال با توجه به مقدار مجذور I که در جدول (۲) آمده است، می‌توان اینگونه استدلال کرد که نزدیک به ۹۶ درصد از تفاوت‌های موجود میان اندازه اثرها یا نتایج حاصل از پژوهش‌ها، ناشی از ناهمگون بودن آنها است. بنابراین ضروری است برای دستیابی به اندازه اثر ترکیبی در میان پژوهش‌های مورد بررسی از مدل اثرات تصادفی استفاده شود.

جدول ۲. نتایج آزمون همگنی مطالعات (آزمون Q)

شاخص آماری	مقدار Q	درجه آزادی (Df)	سطح معنی‌داری (P-Value)	I-Squared
نتایج	۲۴۳/۴۶۰	۱۰	۰۰۰/۰	۹۵/۸۹۳

۲-۴. فرض سوگیری انتشار

یکی دیگر از تحلیل‌هایی که در فرا تحلیل انجام می‌شود، بررسی سوگیری انتشار است. برای اینکه فرا تحلیل بتواند یک اندازه اثر ترکیبی عاری از خطا برآورد کند، باید به همه مطالعاتی که در خصوص رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی در داخل کشور انجام گرفته، دسترسی داشته باشد و بتواند آنها را ارزیابی کند. عدم بررسی تمامی این مطالعات و همچنین بروز برخی دیگر از خطاهای خاص، می‌تواند منجر به پدید آمدن مسئله‌ای شود که به آن خطای انتشار می‌گویند.

هر یک از این موارد دشواری‌هایی را برای انجام دقیق فرا تحلیل به وجود می‌آورد که برای حل آنها نیز روش‌ها و راه‌های مختلفی پیشنهاد شده است. در اینجا برای بررسی فرض

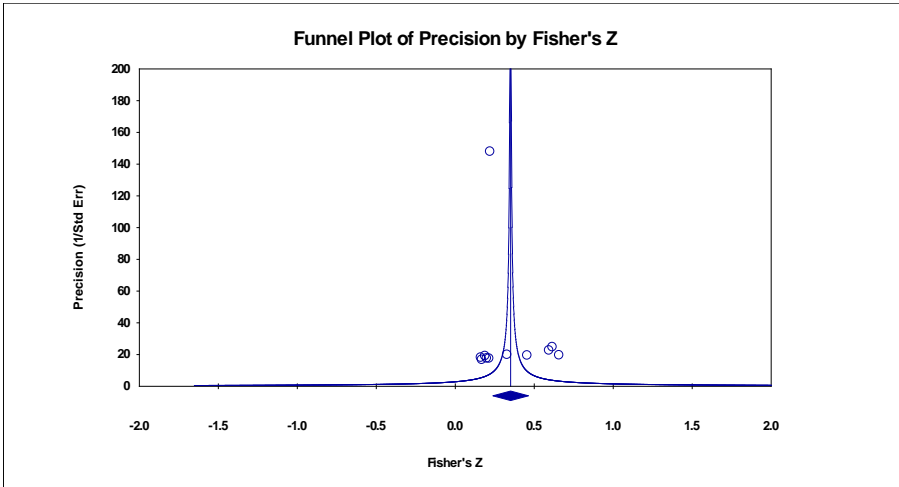
نمودار سوزگی انتشار در فراتحلیل حاضر از ترسیم نمودار قیفی^۱ و روش همبستگی رتبه‌ای بگ و مزومدار^۲ استفاده شده است. به منظور افزایش دقت در نتایج آزمون‌ها همه آنها در سطح معنی‌داری دو دامنه محاسبه شده است.

۱-۲-۴. نمودار قیفی

یکی از روش‌هایی که برای تشخیص سوزگی یا خطای انتشار ابداع شده، ترسیم نمودار قیفی است. لایت و پیلمر^۳ این نمودار را در سال ۱۹۸۴ به عنوان بخشی از فراتحلیل معرفی کردند (سیدابیشمی، ۱۳۹۱). نمودار قیفی مبتنی بر این اصل است که وزن آماری پژوهش‌ها با افزایش اندازه نمونه آنها افزایش پیدا می‌کند. بنابراین در ترسیم این نمودار، پژوهش‌هایی که اندازه نمونه آنها کوچک است، در پایین نمودار پراکنده شده و برعکس، پژوهش‌هایی که دارای اندازه نمونه بزرگ‌تر هستند، در بالای نمودار نمایان می‌شوند. در صورتی که هیچ خطایی وجود نداشته باشد، نمودار به شکل یک قیف وارونه درخواهد آمد، اما در صورت وجود خطا، نمودار قیفی، شکلی نامنتظران به خود می‌گیرد.

در اینجا برای بررسی سوزگی انتشار، از نمودار آماره دقت (وارونه خطای استاندارد) برحسب Z فیشر استفاده شده است. همان‌گونه که نمودار ۱ نشان می‌دهد، شکل قیف وارونه بوده و بازگوکننده این واقعیت است که توزیع داده‌های فراتحلیل یا پژوهش‌های مورد بررسی به طور نسبی متقارن است. به بیان دیگر در انتشار پژوهش‌های مورد بررسی سوزگی رخ نداده است. با این وجود تنها بر اساس نمودار قیفی نمی‌توان در مورد نبود تورش انتشار داوری کرد، بلکه باید از تکنیک‌های آماری دیگر هم بهره برد.

1. Funnel plot
2. Begg and Mazumdar rank correlation
3. Light and Pillemer (1984)



نمودار ۱. نمودار کیفی دقت بر حسب Z فیشر برای بررسی سوگیری انتشار

۲-۲-۴. همبستگی رتبه‌ای بگ و مزومدار

روش همبستگی بگ و مزومدار از جمله آزمون‌های آماری است که در این پژوهش برای بررسی تقارن نمودار کیفی یا به عبارتی عدم وجود خطای انتشار در فراتحلیل اثرات سرمایه اجتماعی بر روی سلامت روانی استفاده شده است. در واقع در آزمون دو فرضیه زیر مطرح است:

- فرضیه صفر: وجود تقارن در نمودار کیفی (عدم وجود خطای انتشار) و
- فرضیه یک: عدم وجود تقارن در نمودار کیفی (وجود خطای انتشار).

رد یا پذیرش این فرضیات با واسطه محاسبه و آزمون ضریب همبستگی رتبه‌ای انجام می‌گیرد. اگر مقدار این ضریب، که میزان وابستگی بین اندازه‌های اثر و واریانس این اثرات را نشان می‌دهد، صفر باشد یا به لحاظ آماری معنی‌دار نشود، آنگاه معلوم می‌شود که بین اندازه اثرات پژوهش‌ها و واریانس آنها رابطه‌ای وجود ندارد (نیازی و همکاران، ۱۳۹۵). حال در اینجا اگر رابطه وجود داشت یا به بیان دیگر عدم تقارن خودنمایی می‌کرد، در آن صورت انتظار می‌رفت به گونه‌ای منظم در ارتباط با اندازه‌های اثر بزرگتر، دقت یا وارونه خطای استاندارد بیشتر مشاهده شود، در حالی که این گونه نشده است. مطابق جدول (۳)، مقدار ضریب همبستگی رتبه‌ای (۰/۳۰۹-) که در سطح معنی‌داری دودامنه مورد آزمون قرار گرفته است، به لحاظ آماری معنی‌دار نیست (P=۰/۱۸۵). بنابراین فرضیه صفر که دال

بر وجود تقارن در نمودار کیفی یا عدم وجود خطای انتشار است، پذیرفته می‌شود.

جدول ۳. نتایج حاصل از آزمون همبستگی رتبه‌ای بگ و مازومدار

شاخص آماری	مقدار ضریب همبستگی	Z-Value	سطح معنی‌داری (P-Value)
نتایج	-۰/۳۰۹	۱/۳۳۳	دو دامنه
			۰/۱۸۵

۵. یافته‌های فراتحلیل

الف) محاسبه اندازه اثر تفکیکی پژوهش‌های نمونه

در گام نخست، اندازه اثرها به تفکیک هر پژوهش محاسبه و در جدول (۴) ارائه شده است. لازم به توضیح است، با توجه به اینکه در بررسی ما همه پژوهش‌های واجد شرایط از ضریب همبستگی r به عنوان اندازه اثر سرمایه اجتماعی بر سلامت روان استفاده کرده‌اند، بنابراین دیگر نیازی نیست با به کارگیری یک مقیاس مشترک، این ضرایب به شاخص r تبدیل شوند. به بیان دیگر، اندازه اثرها همان ضرایب همبستگی مطالعات هستند. آنچه که در جدول (۴) تازگی دارد، برآورد کمینه و بیشینه اندازه اثرها، محاسبه مقادیر Z و سطح معنی‌داری است. همانطور که جدول نمایش می‌دهد و انتظار هم می‌رفت، اندازه اثر همه پژوهش‌ها در سطح ۰/۹۹ معنی‌دار هستند. افزون بر این، کمترین اندازه اثر به میزان ۰/۱۶۴، متعلق به مطالعه مهرآیین و همکارانش است که در میان معلمان شهر اراک انجام پذیرفته است. همچنین بیشترین اندازه اثر به میزان ۰/۵۷۹، متعلق به پژوهش هزار جریبی و مهری است که باز در میان معلمان، اما این بار در شهر همدان به دست آمده است. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، میان نتایج این دو پژوهش تناقض و تفاوت وجود دارد. در این گونه موارد است که امتیاز فراتحلیل خودنمایی می‌کند، زیرا می‌تواند اندازه اثرها را به شیوه علمی ترکیب نموده و نتیجه کلی گزارش کرد.

جدول ۴. خلاصه اطلاعات مربوط به محاسبه اندازه اثرات تفکیکی فراتحلیل

ردیف	محقق و سال	اندازه اثر	حد پای ن	حد بالا	Z-Value	P-Value
۱	لهسایی زاده و مردای (۱۳۸۶)	۰/۵۵۰	۰/۴۹۲	۰/۶۰۳	۱۵/۱۰۹	۰/۰۰۰
۲	ایمان، مردای و حسینی رودبارکی (۱۳۸۷)	۰/۵۲۵	۰/۴۶۹	۰/۵۹۵	۱۳/۳۱۲	۰/۰۰۰
۳	سلطانی و جمالی (۱۳۸۷)	۰/۱۷۰	۰/۰۵۲	۰/۲۸۳	۲/۸۲۱	۰/۰۰۵
۴	عنایت و آقاپور (۱۳۸۹)	۰/۳۲۰	۰/۲۳۷	۰/۴۰۷	۶/۴۹۰	۰/۰۰۰
۵	سیدان و عبدالصمدی (۱۳۹۰)	۰/۲۱۴	۰/۱۰۳	۰/۳۱۹	۳/۷۴۶	۰/۰۰۰
۶	پورافکاری و شکری (۱۳۹۱)	۰/۴۲۹	۰/۳۴۲	۰/۵۰۹	۸/۷۸۷	۰/۰۰۰
۷	رضوی زاده، نوغانی و یوسفی (۱۳۹۱)	۰/۲۰۰	۰/۰۸۹	۰/۳۰۶	۳/۵۱۱	۰/۰۰۰
۸	هزار جریبی و مهری (۱۳۹۱)	۰/۵۷۹	۰/۵۰۷	۰/۶۴۳	۱۲/۷۴۸	۰/۰۰۰
۹	حقیقتیان و جعفری (۱۳۹۲)	۰/۱۹۰	۰/۰۸۸	۰/۲۸۸	۳/۶۱۹	۰/۰۰۰
۱۰	فاصلی، چنادله و طالبیان (۱۳۹۲)	۰/۲۲۰	۰/۲۰۷	۰/۲۳۳	۳۲/۹۶۶	۰/۰۰۰
۱۱	مهرآیین، سعادت، عباسی، نریمانی و محمدی (۱۳۹۵)	۰/۱۶۴	۰/۰۵۵	۰/۲۶۹	۲/۹۴۷	۰/۰۰۳

ب) محاسبه اندازه اثر ترکیبی فراتحلیل

برای محاسبه این اندازه اثر ترکیبی دو روش وجود دارد که شامل مدل اثرات ثابت^۱ و مدل اثرات تصادفی^۲ است. در مدل اثرات ثابت، فرض بر این است که واریانس موجود بین اندازه اثرها تنها می تواند ناشی از خطای نمونه گیری بوده و دارای انحراف نظام مند نباشند. در این حالت فراتحلیلگر می تواند تنها بر پایه پژوهش های جمع آوری شده دست به استنتاج بزند. در مدل اثرات تصادفی فرض می شود که اندازه اثر، یک متغیر تصادفی دارای توزیع نرمال با میانگین و واریانس مشخص است. بنابراین واریانس مدل اثرات تصادفی از دو جزء شامل واریانس نمونه گیری و واریانس بین مطالعات تشکیل شده است (سیدابریشمی، ۱۳۹۱). در اینجا با توجه به نتایج آزمون Q (آزمون همگنی پژوهش ها)، از مدل اثرات تصادفی استفاده شده است.

نتایج مربوط به محاسبه اندازه اثر کلی در جدول (۵) ارائه شده است. آماره ها و ارقام مربوط نشان می دهند که اندازه اثر ترکیبی تصادفی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی ۰/۳۳۷ است که بین حد پایین (۰/۲۳۳) و حد بالای (۰/۴۳۳) فاصله اطمینان قرار داشته و در سطح بسیار زیاد معنی دار است. بنابراین باید گفت که در کل، سرمایه اجتماعی به میزان

1. Fixed effects model
2. Random effects model

۰/۳۳۷ بر سلامت روانی افراد تأثیر می‌گذارد. به سخن دیگر، با استفاده از معیار کوهن (مراجعه شود به جدول ۶) می‌توان گفت که در کل، متغیر سرمایه اجتماعی در حد متوسط بر سلامت روان اثر گذار است. با این توصیف مشخص می‌شود که انحراف اندازه اثرهای مطالعات مورد بررسی از میزان اندازه اثر ترکیبی یا به عبارتی واگرایی میان نتایج این مطالعات یا باید ناشی از خطای پژوهش‌ها باشد یا تحت تأثیر عوامل خاصی به وجود آمده باشد که در ادامه بحث، این مسئله نیز واکاوی می‌شود.

جدول ۵. نتایج حاصل از محاسبه اندازه اثر ترکیبی (تصادفی) فراتحلیل پژوهش‌های مورد بررسی

P-Value	Z-Value	حد بالا	حد پایین	اندازه اثر (r)	تعداد مطالعات	پرسش
۰/۰۰۰	۶/۰۹۴	۰/۴۳۳	۰/۲۳۳	۰/۳۳۷	۱۱	رابطه بین سرمایه اجتماعی با سلامت روانی

جدول ۶. معیار کوهن، برای تفسیر اندازه اثر به دست آمده از فراتحلیل

d	r	اندازه اثر
۰/۲	۰/۱	کم
۰/۵	۰/۳	متوسط
۰/۸	۰/۵	زیاد

ج) یافته‌های مربوط به نقش عوامل و متغیرهای تعدیل‌گر

همان‌طور که نتیجه آزمون Q نشان داد (نگاه کنید به جدول ۲)، پژوهش‌های مورد بررسی در این فراتحلیل ناهمگون هستند. به بیان دیگر، رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روانی، تحت تأثیر ویژگی پژوهش‌های برگزیده قرار دارد. با چنین نتیجه‌ای، فراتحلیل باید مشخص سازد کدام متغیر (های) تعدیل‌گر می‌تواند واریانس موجود و تفاوت‌ها را تبیین کند. بدین منظور تلاش گسترده و پر زحمتی صورت گرفت تا دوباره تمامی مشخصات، فرضیات و متغیرها در پژوهش‌های برگزیده مورد بازبینی قرار گیرد. در این تلاش، آشکار شد برخی از متغیرهای مهمی که به احتمال زیاد و بر حسب شواهد نظری و تجربی می‌توانستند به عنوان متغیرهای تعدیل‌گر به کار گرفته شوند، توسط مقالات برگزیده، گزارش نشده‌اند. برای مثال، به طرز تعجب‌برانگیزی بسیاری از مقالات مورد بررسی،

میانگین سنی و حتی جنسیت جامعه آماری خود را گزارش نکرده‌اند. همچنین هیچ مطالعه‌ای هم به طور جداگانه در میان زنان و مردان انجام نگرفته است. بنابراین در عمل، این فراتحلیل نتوانست از دو متغیر مهم سن و جنس به عنوان متغیر تعدیل‌گر بهره‌بردارد. در واریس پژوهش‌ها تنها دو متغیر مهم یعنی «نوع جامعه آماری» و «زمان انجام پژوهش» که در همه مقالات موجود بود، به عنوان متغیرهای کیفی تعدیل‌گر انتخاب شدند که در ادامه به نقش آنها در توضیح واریانس موجود اشاره می‌شود.

۱. بررسی نقش تعدیل‌کنندگی متغیر «نوع جامعه آماری»

یکی از متغیرهایی که اطلاعات مربوط به آن در همه مطالعات موجود بوده و منطقی هم به نظر می‌رسید که به عنوان متغیر تعدیل‌گر در نظر گرفته شود، «نوع جامعه آماری» است. در واقع پرسش این است که با توجه به اینکه پژوهش‌های گردآوری شده در میان گروه‌های اجتماعی و جمعیت‌های مختلفی به انجام رسیده، آیا ممکن است اختلاف در نتایج پژوهش‌ها ناشی از این همین امر باشد؟ محاسبه اندازه اثرها بر حسب متغیر «نوع جامعه آماری» در جدول (۷) نمایش داده شده است. محاسبه اندازه اثرات ترکیبی به تفکیک هر دسته از جامعه آماری چند نکته را آشکار می‌سازد: نخست اینکه همه اندازه اثرها در فاصله بین حد پایین و حد بالا قرار گرفته و به لحاظ آماری معنی‌دار هستند. دوم، اندازه اثر ترکیبی در میان دانشجویان (۰/۳۴۵) و معلمان (۰/۳۳۵) در حد متوسط و تقریباً همانند هستند. به بیان دیگر، در میان این دو گروه میزان اثرگذاری سرمایه اجتماعی بر سلامت روان یکسان است. سوم، اندازه اثر ترکیبی مربوط به گروه مهاجران و حاشیه‌نشینان (۰/۳۸۶) در حد متوسط و اندکی بیشتر از دو گروه پیشین است. با اینکه گمان می‌رفت که سلامت روان مهاجران و حاشیه‌نشینان بیش از سایر گروه‌های اجتماعی تحت تأثیر سرمایه اجتماعی شان باشد ولی محاسبات فراتحلیل تنها اندکی تفاوت را نمایش می‌دهد. چهارم، هنگامی که شهروندان و خانوارها به عنوان جامعه آماری انتخاب می‌شوند، سرمایه اجتماعی تأثیر ضعیفی (۰/۲۶) را بر روی سلامت روان نشان می‌دهد.

مهم‌ترین یافته جدول (۷) اندازه اثر ترکیبی کلی (۰/۲۸۷) است. زیرا همان‌گونه که پیش از این در جدول (۵) اشاره شد، میانگین کلی تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت روان افراد در حد متوسط و ۰/۳۳۷ است که در اینجا به رقم ۰/۲۸۷ (حد ضعیف) کاهش یافته است. به عبارت دیگر، هنگامی که اندازه اثر ترکیبی نهایی بر اساس اندازه اثرهای ترکیبی

هر دسته از جامعه آماری محاسبه می شود، آنگاه میزان اندازه اثر تصادفی ترکیبی کلی پیشین تا حد قابل ملاحظه‌ای کاهش پیدا می کند. بنابراین می توان نتیجه گرفت که یکی از عوامل مهم تبیین کننده واریانس بین مطالعات مورد بررسی در این فراتحلیل و به وجود آمدن اندازه اثر کلی به میزان $0/۳۳۷$ (به میزان متوسط) متغیر تعدیل گر نوع جامعه آماری است. حال با توجه به اندازه اثر ترکیبی تازه ($0/۲۸۷$)، و در یک ارزیابی کلی باید گفت که میزان تأثیر سازه سرمایه اجتماعی بر سلامت روان افراد در حد ضعیف است؛ هر چند ممکن است این اثرگذاری در گروه‌های اجتماعی مختلف بالاتر از این مقدار را نشان دهد.

جدول ۷. اندازه اثر ترکیبی رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت روان بر حسب «نوع جامعه آماری»

P-Value	Z-Value	مدل اثرات تصادفی			تعداد مطالعات	نوع جامعه آماری
		حد بالا	حد پایین	اندازه اثر ترکیبی		
$0/001$	$۳/۴۳۲$	$0/۵۱۲$	$0/۱۵۳$	$0/۳۴۵$	۴	دانشجو
$0/032$	$۲/۱۴۹$	$0/۵۸۳$	$0/031$	$0/۳۳۵$	۳	معلم
$0/05$	$۱/۹09$	$0/۶۷۷$	$0/011$	$0/۳۸۶$	۲	مهاجر و حاشیه‌ای
$0/000$	$۵/045$	$0/۳۵۳$	$0/۱۶۱$	$0/۴۶$	۲	شهروند
$0/000$	$۶/۶۶۵$	$0/۳۶۴$	$0/۲05$	$0/۲۸۷$	۱۱	کل

۲. بررسی نقش تعدیل کنندگی متغیر «زمان انجام پژوهش»

با توجه به اینکه پژوهش‌های مورد بررسی در این فراتحلیل در یک بازه زمانی ده‌ساله، یعنی از سال ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۵ انجام شده‌اند و در این مدت جامعه ما رویدادها و دگرگونی‌های مهمی را تجربه نموده است، پس این احتمال وجود دارد که رابطه میان سرمایه اجتماعی و سلامت روانی تحت تأثیر شرایط زمانی و تحولات ساختاری و اجتماعی قرار گرفته باشد. لذا «زمان انجام پژوهش» نیز به عنوان یک متغیر تعدیل گر طبقه‌ای در نظر گرفته شد تا نقش احتمالی آن در توضیح واریانس میان مطالعات و تعیین اندازه اثر ترکیبی مشخص شود. محاسبه اندازه اثرهای ترکیبی بر حسب «زمان انجام پژوهش» (مراجعه شود به جدول ۸) نشان می دهد که همه اندازه اثرات میان حد پایین و بالای فاصله اطمینان قرار گرفته و در سطح بسیار زیاد ($0/000$) معنی دار هستند. افزون بر این، مرور این ضریب اثرها در دوره‌های زمانی مختلف تغییرات قابل تاملی را بازگو می کند؛ به این ترتیب که پژوهش‌های انجام شده در بازه زمانی مورد نظر (۱۳۸۶-۱۳۸۹) آشکار می سازند که به طور متوسط اندازه اثر سرمایه اجتماعی بر سلامت روانی، $0/۴08$ است که با معیار کوهن،

اندازه‌ای متوسط ارزیابی می‌شود. یعنی پژوهش‌های این دوره ادعا می‌کنند که سرمایه اجتماعی تأثیر متوسط بر سلامت روان افراد دارد. در بازه زمانی (۱۳۹۱-۱۳۹۰) نیز پژوهش‌ها تأکید می‌کنند که سلامت روان افراد به میزان ۰/۳۶۸ (در حد متوسط) تحت تأثیر سرمایه اجتماعی قرار دارد. به بیان دیگر، هرچند که این اندازه اثر، کمی پایین‌تر از اندازه اثر دوره قبلی است ولی در یک ارزیابی کلی می‌توان گفت که از سال ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۱، سرمایه اجتماعی در حد متوسط بر سلامت روانی افراد مؤثر بوده است. با این وجود پژوهش‌های تازه‌تر (۱۳۹۵-۱۳۹۲)، روایت دیگری را بازگو می‌کنند و اینها نشان می‌دهند که سازه سرمایه اجتماعی در کل به میزان ۰/۲۱۹ (در حد ضعیف) بر سلامت روان افراد تأثیر می‌گذارد. این اختلاف اندازه اثرها می‌تواند گویای این باشد که در دوره زمانی ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۱، وضعیت و چگونگی تغییرات سرمایه اجتماعی و به تبع آن سلامت روانی افراد متفاوت از وضعیت و تغییرات این دو متغیر در بازه زمانی ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۵ است.

گذشته از این، اندازه اثر ترکیبی کلی نیز که بر حسب متغیر «زمان انجام پژوهش» به میزان ۰/۲۲ به دست آمده است، در مقایسه با اندازه اثر ترکیبی کلی که پیش از این و بدون دخالت متغیر تعدیل‌گر به میزان ۰/۳۳۷ محاسبه شده بود، کاهش قابل ملاحظه‌ای را نشان می‌دهد، که تأکید می‌کند یکی دیگر از عوامل توضیح‌دهنده واریانس بین مطالعات متغیر «زمان انجام پژوهش» است. بنابراین با توجه به این یافته مهم فرا تحلیل و در یک ارزیابی کلی بر حسب زمان، باید گفت که سرمایه اجتماعی به میزان ضعیف (۰/۲۲) بر روی سلامت روان افراد تأثیر گذار است.

جدول ۸. اندازه اثر ترکیبی رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت روان بر حسب زمان انجام پژوهش

P-Value	Z-Value	مدل اثرات تصادفی			تعداد مطالعات	زمان انجام پژوهش
		حد بالا	حد پایین	اندازه اثر ترکیبی		
۰/۰۰۰	۴/۲۶۹	۰/۵۵۹	۰/۲۳۰	۰/۴۰۸	۴	۸۶-۸۹
۰/۰۰۰	۳/۵۱۵	۰/۵۲۸	۰/۱۶۹	۰/۳۶۸	۴	۹۰-۹۱
۰/۰۰۰	۲۳/۲۷۴	۰/۲۳۱	۰/۲۰۶	۰/۲۱۹	۳	۹۲-۹۵
۰/۰۰۰	۳۳/۶۳۴	۰/۲۳۳	۰/۲۰۸	۰/۲۲	۱۱	کل

(د) یافته‌های راهبردی فرا تحلیل

بررسی، محاسبه و مقایسه اندازه اثرات تفکیکی و ترکیبی سرمایه اجتماعی بر سلامت روان

در میان گروه‌های مختلف اجتماعی که مورد مطالعه قرار گرفته‌اند (مراجعه شود به جداول ۷ و ۴) حاکی از آن است که با افزایش یا کاهش سرمایه اجتماعی در میان حاشیه نشینان (همراه با مهاجران)، دانشجویان و معلمان، سلامت روان آنها نیز در حد قابل توجهی (به طور متوسط و به ترتیب، ۰/۳۸۶، ۰/۳۴۵ و ۰/۳۳۵) افزایش یا کاهش می‌یابد. این یافته از آن لحاظ مهم و راهبردی است که گروه‌های اجتماعی فوق دارای ویژگی‌های خاص بوده و جایگاهی ویژه‌ای در برنامه‌ریزی اجتماعی دارند، از جمله:

- طی سال‌های اخیر با گسترش سریع شهرنشینی و به دنبال افزایش افسار گسیخته موج مهاجرت به شهرها، به خصوص کلان شهرها، جمعیت حاشیه‌نشین به شدت افزایش یافته، به گونه‌ای که اکنون تعداد تقریبی آن را تا ۱۳ میلیون نفر برآورد می‌کنند؛ جمعیتی که اکثراً در معرض خطر فقر، بیکاری و انواع بزهکاری هستند. بنابراین کاهش سرمایه اجتماعی و به دنبال آن کاهش سلامت روان در میان چنین جمعیت عظیمی می‌تواند به یک بحران اجتماعی تبدیل شود.

- طی دهه اخیر، با گسترش بی‌رویه آموزش عالی، تعداد دانشجویان به طرز باورنکردنی افزایش یافته، به گونه‌ای که اکنون میلیون‌ها نفر از جوانان کشور در دانشگاه‌های مختلف (دولتی، آزاد، غیرانتفاعی، پردیس و سایر مؤسسات) مشغول تحصیل هستند. لذا کاهش سرمایه اجتماعی و در نتیجه، کاهش سلامت روان در میان میلیون‌ها جوان تحصیل کرده می‌تواند نشانگر وخامت اوضاع اجتماعی در آینده باشد. زیرا این جوانان در واقع نیروی انسانی ماهر و مورد نیاز برای دستیابی کشور به اهداف توسعه هستند.

- سلامت روانی معلمان نیز با توجه به حجم جمعیت و وظیفه سنگین آنها در آموزش و پرورش و ارتباط مداوم آنها با کودکان و نوجوانان بسیار مهم است. لذا تأثیر قابل توجه سرمایه اجتماعی بر افزایش و کاهش سلامت روانی این جمعیت می‌تواند دارای اهمیت راهبردی باشد.

یافته مهم‌تر دیگر این فراتحلیل که می‌توان از آن به‌عنوان یافته راهبردی یاد کرد، نقش دوره زمانی در افزایش میزان تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت روان است (نگاه کنید به جدول ۸). مطابق این یافته می‌توان چنین استنباط کرد که در دوره‌های زمانی خاص مانند بحران‌های سیاسی، اجتماعی و اقتصادی، اثرگذاری سرمایه اجتماعی بر سلامت روان بیشتر می‌شود. زیرا در چنین بحران‌هایی سرمایه اجتماعی، به‌ویژه در میان اقشار اجتماعی خاص

(برای مثال مهاجران، حاشیه نشینان، دانشجویان و معلمان) با سرعت بیشتری کاهش یافته و در نتیجه سطح سلامت روانی آنها نیز به طرز قابل ملاحظه‌ای پایین می‌آید.

جمع بندی و نتیجه گیری

بحث در خصوص سرمایه اجتماعی و پیامدهای آن از جمله مباحثی است که در سال‌های اخیر وارد گفتمان علوم اجتماعی شده و مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. یکی از بحث‌هایی که در این ارتباط مطرح شده، رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی است. در کشور ما نیز این رابطه مورد توجه پژوهشگران علوم اجتماعی بوده و شماری از پژوهش‌ها به آن پرداخته‌اند. یافته‌ها نشان می‌دهند که میزان تأثیر سازه سرمایه اجتماعی بر سلامت روان بسیار متفاوت است. به گونه‌ای که حتی در میان یک سنخ از جمعیت تحقیق مانند دانشجویان یا معلمان نیز اندازه اثرهای متفاوتی به دست آمده است. حال این پرسش به میان می‌آید که سرانجام به طور متوسط میزان تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت روان چقدر است؟ کدام متغیر یا عوامل می‌تواند واریانس بین مطالعات را توضیح دهد؟ فراتحلیل کمی حاضر تلاشی برای پاسخ به این پرسش‌هاست. یافته‌های توصیفی این فراتحلیل بیانگر آن است که در میان پژوهش‌های مورد بررسی، کمترین اندازه اثر به میزان $0/164$ (متعلق به پژوهش مهرآیین و همکاران، ۱۳۹۵) و بیشترین آن $0/579$ (متعلق به پژوهش هزارجریبی و مهری، ۱۳۹۱) است. نتایج آزمون همگنی گویای این است که مقدار Q به دست آمده معنی‌دار بوده و بنابراین فرضیه ناهمگن بودن پژوهش‌ها تأیید می‌شود. همچنین مشخص می‌شود که حدود ۹۶ درصد از تفاوت بین اندازه اثرها به این ناهمگنی بازمی‌گردد. با توجه به این یافته‌ها، فراتحلیل حاضر از مدل اثرات تصادفی برای برآورد اولیه اندازه اثر ترکیبی استفاده نموده و آن را بدون مداخله متغیر تعدیل‌گر به میزان $0/337$ محاسبه کرده است که بیانگر تأثیر متوسط سرمایه اجتماعی بر سلامت روان است. برای اطمینان از اینکه این میزان برآورد اولیه اندازه اثر، تحت تأثیر خطای انتشار مطالعات قرار ندارد، نمودار کیفی ترسیم شده و تقارن آن توسط همبستگی رتبه‌ای بگک و مزومدار مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج بازگوکننده آن است که نمودار کیفی متقارن بوده و بنابراین سوگیری انتشار وجود ندارد. با توجه به این یافته می‌توان تأکید کرد که برآورد اندازه اثر ترکیبی تصادفی اولیه قابل اطمینان بوده و از درستی و دقت بالایی برخوردار است.

همچنین برای شناسایی منابع واریانس بین مطالعات و میزان اثرگذاری احتمالی آن بر

برآورد اولیه، اندازه اثر ترکیبی دو متغیر «نوع جامعه آماری» و «زمان انجام پژوهش» به عنوان متغیرهای تعدیل گر انتخاب شده است.

وارد کردن نخستین متغیر، یعنی نوع جامعه آماری در محاسبات آشکار می‌سازد که اندازه اثر ترکیبی به تفکیک نوع جامعه آماری به طور نسبی متفاوت از یکدیگر بوده و بنابراین میزان اثرپذیری سلامت روانی افراد از سرمایه اجتماعی در میان جامعه‌های آماری و گروه‌های اجتماعی گوناگون متفاوت است. گذشته از این، میزان اندازه اثر ترکیبی کلی از ۰/۳۳۷ به ۰/۲۸۷، یعنی از اثرپذیری متوسط به اثرپذیری ضعیف کاهش پیدا می‌کند. پس در محاسبه اندازه اثر سرمایه اجتماعی بر سلامت روان و داوری در این باره نقش نوع جامعه آماری بسیار اهمیت دارد. مبتنی بر این یافته جدید فراتحلیل می‌توان ادعا کرد که اگر نمونه جامع‌ای گزینش شود که بتواند تأثیر محدود بودن نتیجه مطالعه به یک یا چند نمونه خاص را بر طرف سازد، آنگاه سرمایه اجتماعی به میزان ۰/۲۸۷ سلامت روان افراد را تحت تأثیر قرار خواهد داد. با این وجود، محاسبه نشان می‌دهد که تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت روان در میان مهاجران (به همراه حاشیه نشینان)، معلمان و دانشجویان به صورت تفکیکی نمود بارزتری دارد که می‌توان این یافته را به خاطر ویژگی‌ها و اهمیت اجتماعی جمعیت‌های مورد اشاره، یافته‌ای مهم و راهبردی تلقی کرد.

متغیر تعدیل گر دیگر، «زمان انجام پژوهش» است. وارد کردن این متغیر در محاسبات نشان می‌دهد که میزان اثرگذاری سازه سرمایه اجتماعی بر سلامت روان بر حسب دوره‌های زمانی، می‌تواند متفاوت باشد. در برآوردها معلوم می‌شود که اندازه اثر ترکیبی سرمایه اجتماعی در دوره‌های زمانی (۸۹-۱۳۸۶) و (۹۱-۱۳۹۰) بالاترین میزان و در دوره زمانی (۹۵-۱۳۹۲) کمترین میزان را دارد. محاسبه اندازه اثر ترکیبی کلی نیز گویای آن است که این متغیر تعدیل گر موجب می‌شود تا ضریب کلی پیشین از مقدار ۰/۳۳۷ به ۰/۲۲ (اثرگذاری ضعیف) کاهش یابد، که نشان از اهمیت آن دارد. با توجه به این یافته‌ها و با آگاهی از اینکه در هر دوره زمانی، جامعه‌های آماری مختلفی مورد بررسی قرار گرفته است، پس می‌توان تأیید کرد که میزان مؤثر بودن سرمایه اجتماعی بر سلامت روان تحت تأثیر شرایط اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی هر دوره زمانی قرار می‌گیرد. که از این یافته نیز به خاطر اهمیت قابل توجه آن، باید به عنوان یافته‌ای راهبردی یاد کرد. با این حال، مطالعات بعدی باید معلوم کنند که سلامت روانی افراد تحت چه شرایطی یا در حضور کدام متغیرهای اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی تأثیر بیشتر یا کمتری بر

سلامت روان می گذارند.

حال با توجه به آنچه که بیان شد و در یک داوری و نتیجه گیری کلی می توان به چند نکته اشاره کرد:

- فراتحلیل حاضر توانست به تناقض و ناسازگاری‌ها بین نتایج مطالعات مربوط به تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت روان پایان داده و شدت این رابطه را در کل (یا در نمونه ملی) در حد متوسط تعیین کند. بر این اساس می توان ادعا کرد که سرمایه اجتماعی یکی از منابع مهم سلامت روان جامعه است. لذا هرگونه آسیب به این نوع سرمایه و کم توجهی به آن در نزد مدیران و برنامه ریزان اجتماعی، به طور نسبی به منزله به خطر انداختن سلامت روان افراد جامعه خواهد بود؛
- یکی از دلایل ناسازگاری در نتایج مطالعات مورد بررسی، نادیده گرفتن نقش زمان انجام تحقیق و نوع جمعیت تحقیق است. زیرا این فرا تحلیل اثبات کرد که تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت روان بر حسب شرایط زمانی و ویژگی های جمعیت تحقیق، تعدیل می شود؛
- با توجه به این نتایج، تحلیل ها و یافته هایی که پیش از این مورد اشاره قرار گرفت، می توان استدلال کرد که با گسترش روزافزون شهرسازی و شهرنشینی طی سال های اخیر و به تبع آن، افزایش غیرعادی مهاجرت از روستاها و شهرهای کوچک به کلان شهرها و در نتیجه افزایش حاشیه نشینی (بنا به اظهارات تا ۱۳ میلیون نفر)، بیگانگی، جدایی از اجتماعات سنتی و تغییرات ارزشی، شاهد کاهش فزاینده سرمایه اجتماعی در میان مهاجران و حاشیه نشینان و جمعیت سیال در شهرک های اقماری پیرامون کلان شهرها هستیم که به نوبه خود می تواند موجب گسترش انواع اختلالات روانی در این مناطق شود (مراجعه شود به تحقیقات نور بالا و همکاران، ۱۳۷۸ و ۱۳۸۷ و سایر تحقیقات مشابه) که این مسئله پیامدهای زیانبار اجتماعی خاص خود را به دنبال دارد (در این ارتباط می توان به آمارهای رسمی انحرافات اجتماعی مراجعه کرد)؛
- به نظر می رسد دوره های زمانی با توجه به شرایط نامطلوب اجتماعی، سیاسی و اقتصادی (برای مثال وجود بحران)، می تواند موجب کاهش انسجام، اعتماد، مشارکت، پیوندها و حمایت اجتماعی (سرمایه اجتماعی) یا برعکس به خاطر شرایط مطلوب خود باعث بهبود سرمایه اجتماعی شده و از این طریق سلامت

روانی جامعه را تحت تأثیر قرار دهد. در این میان، سلامت روانی هر گروه اجتماعی تا حدی بستگی به وضعیت و ویژگی آن در شرایط زمانی موجود یا به عبارتی، بستگی به میزان بهره‌مندی از سرمایه اجتماعی خواهد داشت. در این چهارچوب، به نظر می‌آید که سرمایه اجتماعی در میان برخی از گروه‌های اجتماعی از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است، به همین دلیل آسیب‌پذیری روانی آنها ناشی از این امر نیز نمود بیشتری دارد.

پیشنهادات راهبردی

همچنان که نتایج نشان داد، هرچند در مجموع و بدون در نظر گرفتن متغیرهای تعدل‌گر، می‌توان گفت که میزان اثرگذاری سرمایه اجتماعی بر سلامت روان در حد متوسط و با در نظر گرفتن این متغیرها به طور نسبی ضعیف است، اما این تأثیر در میان برخی گروه‌ها و همچنین در دوره‌های زمانی خاص ممکن است قابل توجه و حتی نگران‌کننده باشد. براساس پژوهش‌ها سه مورد از گروه‌های اجتماعی که سلامت روان آنها به شدت متأثر از سرمایه اجتماعی است دانشجویان، معلمان و حاشیه‌نشینان (به همراه مهاجران) هستند. بر این اساس می‌توان به راهبردهای زیر اشاره کرد:

۱. بهبود سرمایه اجتماعی در میان دانشجویان

- با توجه به موقعیت اجتماعی ممتاز و نقش مهم دانشجویان در حال و آینده جامعه و همچنین متأثر بودن سلامت روان آنان از سرمایه اجتماعی، ضروری است:
 - برنامه‌های فرهنگی دانشگاه‌ها مورد بازبینی و ارزیابی قرار گیرد. زیرا به نظر می‌آید که یا این برنامه‌ها موفق نبوده یا سرمایه اجتماعی و سلامت روان دانشجویان در آنها جایگاهی نداشته است؛
 - تلاش شود تا با تهیه و اجرای برنامه‌های تکمیلی مناسب، اعتماد بین فردی، اعتماد اجتماعی تعمیم‌یافته، اعتماد سیاسی و مشارکت اجتماعی در میان دانشجویان بهبود پیدا کند، زیرا اعتماد و مشارکت مهم‌ترین مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی هستند.

۲. توجه به بازسازی سرمایه اجتماعی در میان معلمان

از دیر باز معلمان از منزلت و سرمایه اجتماعی بالایی در جامعه برخوردار بودند، ولی

شواهد، گویای آن است که این وضعیت طی سال‌های اخیر به شکل نامطلوبی تغییر یافته است. لذا به منظور بازسازی سرمایه اجتماعی و به دنبال آن افزایش سلامت روان در میان این جمعیت تحصیل کرده و مهم لازم است:

- در ابعاد مختلف (مادی و معنوی) مورد حمایت اجتماعی قرار گیرند، زیرا به نظر می‌رسد که اقدامات انجام شده، کافی یا مناسب نبوده است (برای مثال، ارائه امتیازات ویژه برای استفاده از خدمات رفاهی در شهرها و مسافرت‌ها، فعال کردن صندوق ذخیره فرهنگیان یا هر صندوق دیگر در راستای اعطای وام‌های ضروری قرض الحسنه و...)
- تلاشی گسترده و منظم صورت گیرد تا اعتماد اجتماعی و سیاسی در میان آنان افزایش پیدا کند (برای مثال، تلاش برای افزایش مشارکت معلمان در برنامه‌ریزی‌های آموزشی و بهبود شرایط کاری؛ به گونه‌ای که احساس کنند مورد توجه مراجع تصمیم‌گیری قرار دارند).

۳. افزایش حمایت اجتماعی از حاشیه‌نشینان

- حاشیه‌نشینان از جمله آسیب‌پذیرترین اقشار اجتماعی هستند. حمایت اجتماعی (در ابعاد مختلف) از آنها، به‌ویژه در دوره‌هایی که جامعه دچار بحران اقتصادی است، امری فوری و ضروری است. در این راستا می‌توان برای مثال اقدامات کوتاه‌مدت زیر را مد نظر قرار داد:
- ارائه خدمات مشاوره‌ای رایگان در حوزه خانواده، ازدواج، کاریابی و...؛
 - ارائه آموزش‌های فنی و حرفه‌ای رایگان برای کسب مهارت‌های شغلی؛
 - ایجاد صندوق‌های قرض‌الحسنه ویژه در مناطق خاص برای حمایت‌های فوری؛
 - ارائه خدمات بهداشتی ارزان و مناسب؛
 - البته موفقیت این نوع از برنامه‌ها، منوط به آن است که سیاست‌های کاهش مهاجرت از طریق بهبود اوضاع و افزایش جذابیت در مبادی حرکت مهاجرین به حاشیه شهرها با موفقیت به پیش برود.

فهرست منابع

الف) منابع فارسی

۱. ازکیا، مصطفی و غلامرضا غفاری (۱۳۸۰). بررسی رابطه بین اعتماد و مشارکت اجتماعی در نواحی روستایی کاشان، مطالعات جامعه‌شناختی، شماره ۱۷.
۲. ایمان، محمدتقی، گلمراد مرادی و سکینه حسینی رودبارکی (۱۳۸۷). بررسی تطبیقی سرمایه اجتماعی و سلامت روانی دانشجویان غیربومی تهران و شیراز، فصلنامه رفاه اجتماعی، شماره ۳۰ و ۳۱.
۳. بوردیو، پیر (۱۳۸۴). شکل‌های سرمایه اجتماعی، ترجمه افشین خاکباز و حسین پویان در: سرمایه اجتماعی به کوشش کیان تاجبخش، تهران: شیرازه.
۴. پاتنام، رابرت (۱۳۷۹). دموکراسی و سنت‌های مدنی ترجمه محمدتقی دلفروز، دفتر مطالعات و تحقیقات سیاسی کشور.
۵. پورافکاری، نصراله و کبری شکری (۱۳۹۱). بررسی تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت روانی دانشجویان (مطالعه‌ای در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد شوشتر)، فصلنامه تخصصی علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی - واحد شوشتر، سال ششم، شماره ۱۶.
۶. توکل، محمد و سوده مقصودی (۱۳۹۰). سرمایه اجتماعی و سلامت روانی؛ مکانیسم‌ها و مدل‌های علی و تعاملی، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال یازدهم، شماره ۱۷۳.
۷. حقیقتیان، منصور و الهه جعفری (۱۳۹۲). رابطه سرمایه اجتماعی درون‌گروهی با سلامت روان حاشیه‌نشینان، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال سیزدهم، شماره ۱۲۹.
۸. رضوی‌زاده، ندا، محسن نوغانی و علی یوسفی (۱۳۹۱). رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در بین دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد، مجله علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد، پاییز و زمستان.
۹. ریاحی، محمداسماعیل، اکبر علی‌وردی نیا و سیده زینب پورحسین (۱۳۸۹). بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روانی، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال دهم، شماره ۸۰.
۱۰. زاهدی، شمس‌السادات و ابوالفضل محمدی (۱۳۸۴). راهی به سوی شناسایی، ارزشیابی، ترکیب و تلخیص پژوهش‌های گذشته، فصلنامه مطالعات مدیریت، شماره ۴۷.
۱۱. سلطانی، طاهره و مژده جمالی (۱۳۸۷). بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روانی، (مورد مطالعه: دانشجویان دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه شیراز)، مدیریت و توسعه، شماره ۶۸-۶۹.
۱۲. سیدابریشمی، سیداحسان (۱۳۹۱). کاربرد آزمون‌های آماری در تشخیص خطای انتشار در فراتحلیل اثرات ایمنی، نمونه موردی: فراتحلیل اثرات طرح‌های آرام‌سازی ترافیک شهری، مهندسی حمل و نقل، سال سوم، شماره سوم.
۱۳. سیدان، فریبا و محبوبه عبدالصمدی (۱۳۹۰). رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان زنان و مردان، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال یازدهم، شماره ۴۲.
۱۴. شارخ‌پور، محمود، محمد اسماعیل ریاحی و فاطمه آرمان (۱۳۹۳). بررسی تأثیر مؤلفه‌های

- سرمایه اجتماعی بر سلامت روان؛ مطالعه شهروندان ساکن تهران، دوفصلنامه مسائل اجتماعی ایران، سال پنجم، شماره ۱.
۱۵. صدیق سروسستانی (۱۳۷۹). فرا تحلیل مطالعات انجام شده در حوزه آسیب‌شناسی اجتماعی ایران، نامه علوم اجتماعی، دوره ۱۵، شماره ۱۵.
۱۶. عبدالهی، محمد و میرطاهر موسوی (۱۳۸۵). سرمایه اجتماعی در شرایط ایران، وضعیت موجود، دورنمای آینده و امکان‌شناسی گذار، فصلنامه رفاه اجتماعی سال ششم، شماره ۲۵.
۱۷. عنایت، حلیمه و اسلام آقاپور (۱۳۸۹). بررسی عامل‌های اجتماعی - فرهنگی مرتبط با کیفیت سلامت روانی خانواده‌ها (نمونه مورد مطالعه: خانواده‌های ساکن شهر شیراز)، فصلنامه زن و جامعه، سال اول، شماره دوم.
۱۸. فاضلی، محمد، علی جنادله و امیر طالبیان (۱۳۹۲). پارادکس ایسترلین در سلامت روان: مطالعه تأثیر رفاه مادی و سرمایه اجتماعی بر سلامت روانی، مسائل اجتماعی ایران، سال چهارم، شماره ۱.
۱۹. فصیحی، امان‌اله (۱۳۸۹). اسلام و سرمایه اجتماعی: با تأکید بر رویکرد فرهنگی، پژوهشگاه فرهنگ هنر و ارتباطات.
۲۰. فوکویاما، فرانسیس (۱۳۷۹). پایان نظم - سرمایه اجتماعی و حفظ آن، ترجمه غلام عباس توسلی، تهران: انتشارات جامعه ایرانیان.
۲۱. قربانی‌زاده، وجه‌الله، سید طه حسن نانگیر و حبیب رودساز (۱۳۹۲). فرا تحلیل عوامل مؤثر بر پذیرش فناوری اطلاعات در ایران، پژوهش‌های مدیریت در ایران، دوره ۱۷، شماره ۲.
۲۲. کلمن، جیمز (۱۳۷۷). بنیادهای نظریه اجتماعی، ترجمه منوچهر صبوری، تهران: نشر نی.
۲۳. لهسایی‌زاده، عبدالعلی و گلمراد مرادی (۱۳۸۶). رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در مهاجران، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال هفتم، شماره ۲۶.
۲۴. مرنندی، سید علیرضا (۱۳۸۵). عوامل اجتماعی سلامت: کتاب جامع بهداشت عمومی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت تحقیقات و فناوری، کمیته رایانه‌ای کردن طب و بهداشت، چاپ دوم.
۲۵. موسوی، میرطاهر و ملیحه شببانی (۱۳۹۴). سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی، مفاهیم و رویکردها، تهران: انتشارات آگاه.
۲۶. مهرآیین، محمدرضا، موسی سعادت‌تی، الهام عباسی، سعید نریمانی و صفرعلی محمدی (۱۳۹۵). بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روان (مورد مطالعه: دبیران مقطع متوسطه اول و دوم ناحیه یک شهراراک)، جامعه پژوهی فرهنگی، سال هفتم، شماره اول.
۲۷. نوربالا، احمدعلی (۱۳۹۰). سلامت روانی - اجتماعی و راهکارهای بهبود آن، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال هفدهم، شماره ۲.
۲۸. نوربالا، احمدعلی، سید عباس باقری یزدی، محسن اسدی لاری و محمدرضا واعظ مهدوی (۱۳۸۹). وضعیت سلامت روان در افراد ۱۵ سال و بالاتر شهر تهران در سال ۱۳۸۷، مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، سال شانزدهم، شماره ۴.
۲۹. نیازی، محسن، سیدسعید حسینی‌زاده آران‌ی، ایوب سخایی و حسین امامعلی‌زاده (۱۳۹۵).

- فرا تحلیل مطالعات و تحقیقات سرمایه اجتماعی و احساس امنیت اجتماعی، فصلنامه انتظام اجتماعی، سال هشتم، شماره اول.
۳۰. ودادهیر، ابوعلی و سید محمد هانی ساداتی (۱۳۹۰). سلامت در زندگی اجتماعی - فرهنگی شهر (بازنگری در آراء و مطالعات اجتماعی - فرهنگی مرتبط با سلامت در کلان شهر تهران)، معاونت امور اجتماعی و فرهنگی شهرداری تهران، اداره کل مطالعات اجتماعی و فرهنگی، تهران: انتشارات جامعه و فرهنگ،
۳۱. ولف، فردریک (۱۳۸۵). فرا تحلیل: روش های کمی ترکیب پژوهش ها، ترجمه احمد رضا اصغریور، دانشگاه فردوسی مشهد، نشر الکترونیکی.
۳۲. هاشم زهی، نوروز (۱۳۹۰). آسیب های اجتماعی در کلانشهر تهران (فرا تحلیل پژوهش های طلاق و حاشیه نشینی)، معاونت امور اجتماعی و فرهنگی شهرداری تهران، اداره کل مطالعات اجتماعی و فرهنگی، تهران، انتشارات جامعه و فرهنگ،
۳۳. هزارگری، جعفر و اسداله مهری (۱۳۹۱). تحلیل رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی و اجتماعی، فصلنامه علمی - پژوهشی علوم اجتماعی، شماره ۵۹.

ب) منابع لاتین

1. Kulik, J. A. and kulik, C. C. (1989). The concept of meta-analysis, international Journal of education research, Vol. 13. no, 3.
2. Lofords J. & Sundquist, K. (2007). "Low-linking social capital as a predictor of mental disorder: A cohort study of 4. 5 million Swedens. " Journal of social science and Medicine, 64.
3. Queensland Health. (2006). "Social Determinants of Health: What's It All About?", Fact Sheet, available at <http://www.health.qld.gov.au/phs/Documents/sphun/20493.pdf> 12/12/2006.
4. Rose, R (2000). "How much does social capital add to individual health? A survey study of Russians", journal of social science & Medicine, 51.