ISSN: 2645-3940 DOI: 10.29252/npwjm.10.35.16

Predicting mental health through the dimensions of social capital in health care network employees

Abstract

Introduction: Mental health of employees of health systems that guarantee the health of people in the community has an important role in the performance and quality of services provided by the organization. Meanwhile, the role of employees' social capital as an influential factor on all aspects of the organization can affect the mental health of individuals. Therefore, the present study was conducted to determine the relationship between social capital and mental health of health care personnel in Borujen.

Methods: The present study was a descriptive correlational study that was conducted in Shahrekord University of Medical Sciences in 2019. The statistical population was 1500 employees of health and treatment centers in Borujen city, out of which 389 people were selected in a stratified method and were examined using a demographic, social capital and public health standard questionnaire.

Results: Regression analysis showed that social capital in the dimensions of interaction, ethics and social responsibility can predict the mental health of employees ($P < 0.001$, $R2 = 0.023$). However, there was no statistically significant relationship with mental health in the dimensions of social trust, social participation and public awareness ($P < 0.05$). The average of the total dimensions of social capital of the staff was 75± 8.40 and the average of the total mental health of the staff was 75.54±13.42. Social capital and mental health were not significantly associated with demographic variables ($P > 0.05$).

Conclusion: Considering the predictive role of social capital in the mental health of employees, managers of health organizations should be advised to continuously review the level of mental health and social capital of employees and using training and counseling sessions to Increase the dimensions of social capital and thus increase the mental health of employees.

Keywords: Social Capital, Mental Health, Healthcare network employees

Article Info

Authors:

Mina Shirvani [1]
Mostafa Roshanzadeh[2]
Mahdi Poornazari [1]
Ali Tajabadi[3]
Firouz Khaledi[1*]

Affiliations

1- Instructor, Borujen School of Nursing, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran. ORCID: 0000-0002-8515-146X

2- Assistant Professor, Borujen School of Nursing, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran. ORCID: 0000-0002-4982-4364

1Instructor, Borujen School of Nursing, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran. ORCID: 0000-0002-9042-2789

3- Assistant Professor, School of Paramedical Sciences, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran. ORCID: 0000-0001-7859-0934

*1Corresponding author: Instructor, Borujen School of Nursing, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran. Tel: 09132819265.Email: khaledi.f@skums.ac.ir. ORCID: 0000-0002-7093-5317

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/npwjm.10.35.16]

سخن آغازین DOI: 10.29252/npwjm.10.35.16 ISSN: 2645-3940

پیش بینی سلامت روان از طریق ابعاد سرمایه اجتماعی در کارکنان شبکه بهداشت و درمان

چکیده **اطلاعات مقاله**

مینا شیروانی [۱]
مصطفی روشن‌زاده [۲]
مهدی پورنظری [۱]
علی تاج آبادیی [۳]
فیروز خالدی[۵]خالدی*[۱]

مقدمه: سلامت روان کارکنان سیستمهای بهداشتی نقش مهمی در عملکرد و کیفیت خدمات ارائه شده توسط سازمان دارد. سرمایهٔ اجتماعی کارکنان بهعنوان عامل تاثیرگذار بر تمامی جنبههای سازمان میتواند بر سلامت روان افراد تاثیرگذار باشد. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین سرمایه اجتماعی با سلامت روان پرسنل شبکه بهداشت و درمان شهرستان بروجن انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی از نوع همبستگی بود که در سال ۱۳۹۹ در دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد انجام شد. جامعه آماری ۱۵۰۰ نفر از کارکنان مراکز بهداشت و درمان شهرستان بروجن بودند که از بین آنها ۳۸۹ نفر به بهروش طبقهای انتخاب و با استفاده از پرسشنامه دموگرافیک، سرمایه اجتماعی و استاندارد سلامت عمومی مورد بررسی قرار گرفتند.

یافتهها: تحلیل رگرسیون نشان داد سرمایه اجتماعی در ابعاد روابط متقابل، اخلاقیات و مسئولیت اجتماعی میتواند سلامت روان کارکنان را پیشبینی کند($P< ۰/۰۰۱$, $R^۲$=۰/۰۲۳). ولی در ابعاد اعتماد اجتماعی، مشارکت اجتماعی و آگاهی عمومی با سلامت روان رابطه آماری معناداری وجود نداشت($P >۰/۰۵$). میانگین کل ابعاد سرمایه اجتماعی پرسنل ۸±۷۵/۴۰ و میانگین کل سلامت روان در پرسنل ۱۳/۴۲ ± ۷۵/۵۴ بود. سرمایه اجتماعی و سلامت روان با متغیرهای دموگرافیک رابطه معنیداری نداشتند($P >۰/۰۵$).

بحث و نتیجهگیری: با توجه به نقش پیشبینی کننده سرمایه اجتماعی در سلامت روان کارکنان بایستی به مدیران سازمانهای بهداشتی توصیه شود که بطور مداوم به بررسی سطح سلامت روان و سرمایه اجتماعی کارکنان پرداخته و با استفاده از آموزش و جلسات مشاوره در جهت افزایش ابعاد سرمایه اجتماعی و در نتیجه افزایش سلامت روان کارکنان اقدام کنند.

کلید واژگان: سرمایه اجتماعی، سلامت روان، کارکنان شبکه بهداشت و درمان

وابستگی سازمانی نویسندگان

۱- مربی، دانشکده پرستاری بروجن، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد. ایران.
۲- استادیار، دانشکده پرستاری بروجن، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد. ایران.
۳- استادیار، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران.
۱*نویسنده مسوول: فیروز خالدی۵خالدی. مربی، دانشکده پرستاری بروجن، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد. ایران.
تلفن: ۰۹۱۳۲۸۱۹۲۶۵ ایمیل: khaledi.f@skums.ac.ir کد ارکید: ۰۰۰۰-۰۰۰۲-۷۰۹۳-۵۳۱۷

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/npwjm.10.35.16]

مقدمه

سلامت روان[1] کارکنان امروزه یکی از مهمترین مفاهیمی است که تأثیرات فراوانی بر تمامی جنبه‌های سازمانها دارد (۱،۲) و به طور وسیعی به عنوان یک دارایی مهم برای حفظ و نگهداری سلامت جامعه و توانمندی سازمان پذیرفته شده است (۳). نتایج تحقیقات و پژوهشهای سازمان بهداشت جهانی نشان میدهد که امروزه بیش از ۴۵۰ میلیون نفر از مردم دنیا مشکلات روانی دارند و پیشبینی میشود که این رقم تا ۲۰ سال آینده بیشتر خواهد شد (۴،۵). همچنین مطالعات نیز نشان میدهد که ۲۰ درصد جمعیت ایران دچار اختلالات اعصاب و روان میباشند. که این امر میتواند بر بسیاری از جنبه زندگی شغلی و خانوادگی افراد تاثیرات چشمگیری داشته باشد (۶).

سلامت روان به معنی سلامت هیجانی و روانشناختی است، به شکلی که فرد بتواند از تفکر و تواناییهای خود استفاده کند، در جامعه عملکرد داشته باشد و نیازهای معمول زندگی روزمره را برآورده سازد (۷). در سیستمهای بهداشتی که ضامن سلامتی اقشار مختلف جامعه است سلامت روان کارکنان یکی از مفاهیم محوری توسعه پایدار و اساسیترین جزء در رفاه و بهزیستی جامعه به شمار میرود و پیش از مداخلات پزشکی، به عوامل اجتماعی و اقتصادی وابسته است (۸). در یک سازمان عوامل مختلفی میتوانند بر سلامت روان کارکنان تاثیرگذار بوده و آن را تضمین کنند. در این میان یکی از عواملی که نقش محوری در سلامت روانی کارکنان سازمان دارد میزان سرمایه اجتماعی[2] است (۹).

سرمایهٔ اجتماعی از مهمترین مفاهیمی است که امروزه تأثیر فراوانی بر تمامی جنبه‌های اجتماعی، اقتصادی و سیاسی جوامع دارد (۱۱،۱۰). سرمایه اجتماعی با فراهم آوردن حمایتهای عاطفی و روانی نقش موثری در ارتقای سلامت روان و رفاه اجتماعی ایفا میکند (۱۲). سرمایه اجتماعی متشکل از ارتباطات فعال بین افراد است که شامل اعتماد، درک متقابل و ارزشهای مشترک و رفتارهایی است که اعضای شبکههای انسانی را به هم پیوند میدهد و همکاری را ممکن می‌سازد. همچنین مشارکت حقیقی را در سازمان ارتقا میدهد که منجر به موفقیت و اثربخشی سازمان میشود (۱۳).

سیستمهای بهداشتی به دلیل ماهیت کاریشان و همچنین ارتباطات با سایر افراد اجتماع بایستی در جهت افزایش سرمایه اجتماعی و سلامت روان کارکنانشان حساس بوده و عوامل موثر بر آن را شناسایی کنند (۱۴). کارکنان آموزش دیده و تحصیل کرده نیازمند محیطی هستند که به آنها انگیزه رشد و توسعه را بدهد، چنین محیطی تنها از راه سرمایه‌گذاری روی سرمایه اجتماعی محقق خواهد شد (۱۵). همچنین بایستی به این امر توجه کرد که دیگر نمیتوان رفاه اجتماعی را صرفاً توسط مولفههای مستقیم اقتصادی و مادی تضمین کرد و علاوه بر آن باید منابع جامعه مدنی از جمله سرمایههای اجتماعی کارکنان را فعال و بسیج کرد (۱۶). از طرف دیگر، مزایای زیادی برای سازمانهای با سطح بالایی از سرمایه اجتماعی وجود دارد به عنوان مثال روابط اعتماد گونه، کاهش هزینههای مبادله به خاطر سطح بالای اعتماد و روحیه همکاری، کاهش نرخ جابجایی در سازمان و کاهش هزینههای تفکیک، آموزش و استخدام، اجتناب از گسیختگیهای مرتبط با تغییرات دائمی کارکنان، حفظ اطلاعات با ارزش سازمان (۱۷، ۱۸).

آنچه به عنوان چالش در مطالعات مختلف در زمینه سلامت روان و سرمایه اجتماعی مطرح است جنبههای مختلف و متعدد این پدیدهها است که امروزه با توجه به ماهیت حرفهها و سازمانهای مختلف نیازمند مطالعات بیشتری است (۱۹، ۲۰). در سیستمهای بهداشتی نیز با وسعت مشاغل و حرفههای موجود بایستی این امر مدنظر قرار بگیرد که کارکنان سیستمهای بهداشتی به دلیل شرایط خاص شغلیشان نیازمند برخورداری از سلامت روان هستند و سلامت روان در محیطهای شغلی مختلف تحت تاثیر عوامل و شرایط مختلفی است که میتواند سلامت روان کارکنان را متاثر سازد (۲۱، ۲۲). همچنین بررسی سرمایه اجتماعی کارکنان به عنوان یک متغیر که در محیطهای بهداشتی میتواند بر سلامت افراد تاثیرگذار باشد نیازمند توجه بیشتری است (۱۵). درست است که مطالعات مختلف به بررسی مفهوم سلامت روان و سرمایه اجتماعی در حرفههای مختلف پرداختهاند ولی بسیاری از جنبههای این مفاهیم خصوصاً در محیط سیستم بهداشتی نیازمند مطالعه بیشتری است (۲۳، ۲۴، ۲۵).

مطالعاتی مختلفی به بررسی سرمایه اجتماعی و ارتباط آن با سلامت روان پرداختهاند. بررسی نتایج مطالعات مختلف در این زمینه نشان میدهد که سرمایه اجتماعی میتواند تاثیرات گوناگونی را بر متغیرهای مختلف سازمانی در گروههای مختلف داشته باشد. دای و گیون[3] (۲۰۲۱) تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت روان خانوادههای چین را مفید دانسته است (۳). احسان و دیسیلوا[4] (۲۰۱۵) سرمایه اجتماعی را یک عامل محافظت کننده در زمینه اختلالات روان افراد بیان کرده است (۹). فیروزبخت و همکاران (۲۰۱۸) نیز رابطه بین سلامت روان و سرمایه اجتماعی فردی و کل محیط کار را معنیدار گزارش کرده است (۱۱).

1. Mental health
2. Social capital
3- Dai & Gun
4- Ehsan & De Silva

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-09]
[DOI: 10.29252/npwjm.10.35.16]

روش کار

این پژوهش یک مطالعه توصیفی از نوع همبستگی است که در سال ۱۳۹۹ در دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد انجام شد. جامعه آماری این پژوهش کلیه پرسنل شبکه بهداشت و درمان شهرستان بروجن بودند. تعداد حجم نمونه مطابق فرمول حجم نمونه و بر اساس مطالعه دیا و گیون (۲۰۲۱) (۳) و با توجه به حداقل حجم نمونه برای انجام مطالعات رگرسیون تعداد ۴۱۵ نفر تعیین شد. نمونه‌گیری به روش طبقه‌ای انجام شد به طوری که ابتدا کل مراکز بهداشت و درمان شهرستان که ۵۴ مرکز بودند بر اساس نوع مرکز، به سه طبقه مراکز خدمات جامع سلامت شهری (۱۳ مرکز)، مراکز خدمات جامع سلامت روستایی (۱۶ مرکز) و خانههای بهداشت (۲۵ مرکز) تقسیم شده و سپس نمونه‌گیری از تمامی مراکز بهداشتی و درمانی هر طبقه به صورت تصادفی انجام شد. جهت انجام نمونه‌گیری تصادفی ابتدا با استخراج لیست کارکنان مرکز بهداشت یک شماره به آنها اختصاص یافته و سپس به صورت قرعه‌کشی نسبت به انتخاب آنها در هر طبقه اقدام شد. معیار ورود به مطالعه شامل حداقل ۶ ماه سابقه خدمت در مرکز بهداشت و درمان و عدم داشتن بیماری روانی شناخته شده بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل کارکنان دارای تحصیلات غیرمرتبط و همچنین مدرک تحصیلی زیر دیپلم بود.

در این مطالعه به منظور اندازه‌گیری متغیرهای مورد نظر از ابزار زیر استفاده شد.

۱) پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی محقق ساخته: این پرسشنامه برای جمع‌آوری متغیرهای جنس، سن، وضعیت تأهل، رشته تحصیلی و مقطع تحصیلی طراحی شده است.

۲) پرسشنامه سرمایه اجتماعی: این پرسشنامه توسط محققین طراحی شد و شامل ۲۸ سوال در ۶ زیرمقیاس اعتماد اجتماعی[1] (۴ سوال)، روابط متقابل[2] (۶)، مشارکت اجتماعی[3] (۳)، اخلاقیات[4] (۴)، آگاهی عمومی[5] (۴) و مسئولیت اجتماعی[6] (۷) است. گزینه‌های این پرسشنامه مطابق لیکرت از سطح ضعیف (۱) تا عالی (۵) بود. نحوه نمره‌گذاری در این پرسشنامه از ۲۸ تا ۱۴۰ منظور گردید. که نمره بالاتر نشانگر سطح سرمایه اجتماعی بالاتر بود. دامنه نمرات پرسشنامه نیز شامل نمرات ۲۸-۵۶ (سطح ضعیف سرمایه اجتماعی)، نمرات ۸۴-۵۷ (سطح متوسط سرمایه اجتماعی)، نمرات ۱۱۲-۸۵ (سطح خوب سرمایه اجتماعی) و نمرات ۱۴۰-۱۱۳ (سطح عالی سرمایه اجتماعی)، بود. پایایی این پرسشنامه نیز با روش آلفای کرونباخ و با حجم نمونه ۳۰ نفری از واحدهای پژوهش ۰/۷۸ محاسبه شد.

۳)پرسشنامه استاندارد سلامت روان[7]: این پرسشنامه توسط گلدبرگ[8] (۱۹۷۹) جهت اندازه گیری سلامت روان عمومی ساخته شده است (۲۸). در این مطالعه فرم ۲۸ سوالی آن مورد استفاده قرار گرفته است که سئوالات آن در بر گیرندهٔ چهار زیرمقیاس علائم جسمانی و وضعیت سلامت عمومی (سوال ۱-۷)، اضطراب (سوال ۸-۱۴)، اختلال عملکرد اجتماعی (سوال ۱۵-۲۱) و افسردگی (۲۲-۲۸) می‌باشد. روش نمرهگذاری مطابق لیکرت (۰-۱-۲-۳) است. حداقل نمره در این پرسشنامه صفر و حداکثر نمره آزمودنی ۸۴ بود. دامنه نمرات این پرسشنامه نیز شامل نمرات صفر تا ۲۸(سلامت روان ضعیف)، ۲۹-۵۶ (سطح متوسط سلامت روان) و نمره ۵۷-۸۴ (سطح خوب سلامت روان) است. نمره بالاتر نشانگر سلامت روانی بیشتر میباشد (۳۰، ۲۹). در ایران نظیفی و همکاران (۱۳۹۲) این پرسشنامه (۲۸ سوالی) را در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان مورد روایی و پایایی قرار داد. روایی آن با استفاده از روش تحلیل عاملی با استفاده از روش تحلیل مولفه‌های اصلی با یک راه حل ۴ عاملی نشان داد که این ۴ عامل ۰/۶۰ از واریانس کلی را تایید میکنند. پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ درصد گزارش شد (۳۱). پایایی این پرسشنامه نیز به روش آلفای کرونباخ و با حجم نمونه ۳۰ نفری از واحدهای پژوهش ۰/۸۳ محاسبه شد.

پس از کسب مجوزهای لازم از دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد و شبکه بهداشت و درمان شهرستان بروجن، محقق به مراکز بهداشت و درمان در سطح شهر و روستا مراجعه و پس از کسب رضایت آگاهانه کتبی، پرسشنامه به آنها تحویل و در زمینه هدف مطالعه و روش تکمیل پرسشنامه اطلاعاتی داده شد. به واحدهای پژوهش جهت ورود و خروج از مطالعه آزادی کامل داده شده و در زمینه محرمانه بودن اطلاعاتشان در روند تجزیه و تحلیل و همچنین انتشار نتایج اطمینان داده شد. جهت تکمیل پرسشنامه به کارکنان فرصت کافی داده شده و یک هفته بعد محقق با مراجعه به مراکز مورد نظر پرسشنامه‌ها را جمع‌آوری کرد. کل روند جمع‌آوری پرسشنامه یک ماه (تیر تا مرداد ۱۳۹۹) طول کشید. دادهها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی (میانگین و انحراف معیار، درصد و فراوانی) و تحلیلی (تیتست، آنالیز واریانس و ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون) و در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

1. Social trust
2. Interaction
3. Social participation
4. Morality
5. Public awareness
6. Social responsibility
7. Goldberg mental health questionnaire
8. Goldberg

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-09]
[DOI: 10.29252/npwjm.10.35.16]

جدول۱- مقایسه میانگین سرمایه اجتماعی و سلامت روان کارکنان برحسب ویژگی‌های دموگرافیک (n=۳۸۹)

متغیر		تعداد	درصد	سرمایه اجتماعی (انحراف معیار±میانگین)	سلامت روان (انحراف معیار±میانگین)
جنسیت	مرد	۱۱۵	۵/۲۹	۱۱۰/۱۴±۸/۵۶	۵/۶۴±۹۳/۱۷
	زن	۲۷۴	۵/۷۰	۹۶/۷±۴۴/۴	۴/۴۹±۱۲/۳
	سطح معنی‌داری (آماره آزمون)			P=۰/۲۴۳ (t=۳/۲۳)	P=۰/۳۹۸ (t=۲/۶۷)
سن	زیر ۳۰ سال	۶۳	۱۶/۱۹	۱۱۱/۷±۱۵/۵۲	۴/۷۲±۶/۶۵
	۳۱-۴۰	۱۳۹	۳۵/۴۳	۹۱/۷±۴۴/۰۴	۹/۶۷±۴۶/۷۷
	بالاتر از ۴۱	۱۸۷	۴۸/۳۸	۹/۷۹±۰۴/۱۲	۲/۶۶±۰۶/۷۷
	سطح معنی‌داری (آماره آزمون)			P=۶۴۳/۰ (F=۵/۱۸)	P=۰/۰۶۸ (F=۲۳/۳)
وضعیت تاهل	مجرد	۵۹	۱۶/۱۵	۹۰/۸±۰۴/۷۲	۷/۷۷±۰۸/۹۴
	متاهل	۳۳۰	۸۴/۸۴	۹۸/۷±۰۹/۸۷	۱۱/۷۰±۳۸/۶۷
	سطح معنی‌داری (آماره آزمون)			P=۰/۶۰۱ (F=۴/۰۳)	P=۰/۱۳۱ (F=۵/۱۱)
سطح تحصیلات	زیر فوق دیپلم	۳۲	۲۲/۸	۱۰۱/۶±۳۶/۲۷	۸/۴۲±۱۸/۰۲
	فوق دیپلم	۲۲۸	۵۸/۶۱	۸۶/۷±۱۵/۰۷	۵/۶۸±۲۸/۳۵
	لیسانس	۱۲۰	۳۰/۸۴	۶/۸۵±۳۶/۲۷	۵/۶۸±۲۸/۳۵
	فوق لیسانس	۹	۲/۳۳	۱۱۲/۶±۳۶/۲۷	۵/۵۳±۲۸/۳۵
	سطح معنی‌داری (آماره آزمون)			P=۰/۳۲۷ (F=۰۹/۵)	P=۰/۶۵۷ (F=۴/۲۶)
رشته تحصیلی	بهداشت عمومی	۵۲	۱۳/۳۶	۱۳۲/۹±۰۶/۱۹	۱۱/۷۸±۲۸/۲۵
	بهداشت خانواده	۱۲۹	۳۳/۱۶	۶۹/۸±۹۶/۲۸	۶/۶۶±۲۷/۰۱
	بهداشت محیط	۵۴	۱۳/۸۸	۱۲۳/۶±۶۷/۱۷	۷/۵۰±۱۸/۴۵
	بهداشت حرفه‌ای	۴۷	۱۲/۰۸	۹۲/۸±۱۶/۲۲	۶/۵۷±۲۲/۱۸
	مبارزه با بیماری‌ها	۴۸	۱۲/۳۴	۹۹/۷±۹۶/۹۷	۵/۵۸±۰۸/۳۶
	علوم آزمایشگاهی	۲۷	۹۵/۶	۱۱۳/۱۲±۴/۲۸	۷/۵۸±۴۶/۳۵
	مامایی	۳۲	۲۳/۸	۱۰۹/۷±۸۶/۴۷	۹/۶۳±۰۱/۲۵
	سطح معنی‌داری			P=۰/۰۲۷	P=۰/۳۱۷

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/npwjm.10.35.16]

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار ابعاد مختلف سرمایه اجتماعی در کارکنان شبکه بهداشت و درمان(n=۳۸۹)

سرمایه اجتماعی	میانگین و انحراف معیار (M±SD)
اعتماد اجتماعی	۵±۰۲/۸۶
روابط متقابل	۱۱±۶۵/۱۱
مشارکت اجتماعی	۸±۷۰/۶۱
اخلاقیات	۵±۰۱/۸۲
آگاهی عمومی	۷±۹۹/۶۶
مسولیت اجتماعی	۱۲±۷۱/۸۲
کل	۸±۴۰/۷۵

یافته‌ها

از کل ۴۱۵ پرسشنامه توزیع شده، ۳۹۵ پرسشنامه جمع‌آوری و ۶ پرسشنامه به دلیل اطلاعات ناقص از روند مطالعه حذف و در نهایت ۳۸۹ پرسشنامه وارد روند تجزیه و تحلیل آماری شدند. نتایج آزمون اسمیرنوف کولموگروف[1] حاکی از نرمال بودن داده‌ها بود ($P<۰/۰۵$). از نظر ویژگیهای دموگرافیک بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش زن (۷۰/۵) و متاهل (۸۴/۸۴) و در دامنه سنی بیشتر از ۴۰ سال (۴۸/۳۸) قرار داشتند. بیشتر واحدهای مورد پژوهش دارای سطح تحصیلات فوق دیپلم (۵۱/۶۱) و کمترین آنها دارای سطح تحصیلات فوق لیسانس (۲/۳۳) بودند. همچنین آزمون‌های آماری تیتست و آنالیز واریانس نشان داد که میانگین سرمایه اجتماعی و سلامت روان بر حسب ویژگی‌های مختلف دموگرافیک معنی‌دار نبود ($P \leq ۰/۰۵$). نتایج در جدول ۱ بیان شده است.

میانگین کل سرمایه اجتماعی کارکنان ۸/۴۰±۷۵ ارزیابی گردید. ۲۷/۲۷ درصد از کارکنان دارای سطح ضعیف سرمایه اجتماعی، ۴۸/۵ درصد از کارکنان دارای سطح متوسط، ۱۵/۷۵ درصد دارای سطح خوب و ۸/۴۸ درصد دارای سطح عالی سرمایه اجتماعی بودند. در این میان بیشتر کارکنان دارای سطح سرمایه اجتماعی متوسط بودند. نتایج مربوط به ابعاد مختلف سرمایه اجتماعی کارکنان در جدول ۲ بیان شد.

میانگین کلی سلامت روان در کارکنان شبکه بهداشت و درمان شهرستان بروجن ۱۳/۴۲ ± ۷۵/۵۴ ارزیابی گردید. ۳۳/۳۴ درصد از کارکنان دارای سطح ضعیف سلامت روان، ۵۰/۳ درصد دارای سطح متوسط و ۱۶/۳۶ درصد دارای سطح سلامت روان خوب بودند. نتایج مربوط به ابعاد مختلف سلامت روان کارکنان در جدول ۳ بیان شد.

آزمون ضریب همبستگی پیرسون در زمینه ارتباط بین متغیرهای سلامت روان و سرمایه اجتماعی حاکی از ارتباط مثبت و معنیداری بین این دو متغیر ($P>۰/۰۰۱$ ، $r=۰/۱۵$) بود. آزمون رگرسیون جهت پیشبینی سلامت روان از طریق ابعاد سرمایه اجتماعی حاکی از آن بود که ۲ صدم درصد از تغییرات سلامت روان کارکنان توسط سرمایه اجتماعی قابل پیش‌بینی است ($R^2=۰/۰۲۳$). از میان ابعاد سرمایه اجتماعی، ابعاد روابط متقابل، اخلاقیات و مسئولیت اجتماعی می‌توانند به‌طور معنی‌داری سلامت روانی را پیش‌بینی کنند ($P>۰/۰۰۱$). مقدار بتای استاندارد نشده نشان داد که سهم بعد روابط متقابل در پیش‌بینی سلامت روانی (۰/۱۴۲) و سهم بعد اخلاقیات در پیش‌بینی سلامت روانی (۰/۱۲۴) و سهم بعد مسئولیت اجتماعی در پیش‌بینی سلامت روانی (۰/۱۴۴) بود. از میان این ابعاد بعد مسئولیت اجتماعی بیشترین سهم را در پیش‌بینی سلامت روانی کارکنان داشته است. مقدار بتای استاندارد شده نشان داد که با افزایش یک واحد در انحراف استاندارد در بعد روابط متقابل، ۰/۰۷ انحراف استاندارد به سلامت روان ($\beta=۰/۰۷۸$ استاندارد شده) و با افزایش یک واحد در انحراف استاندارد در بعد اخلاقیات، ۰/۱۷ انحراف استاندارد به سلامت روانی ($\beta=۰/۱۷۹$ استاندارد شده) و با افزایش یک واحد در انحراف استاندارد در بعد مسئولیت اجتماعی، ۰/۱۰ انحراف استاندارد به سلامت روانی اضافه خواهد شد ($\beta=۰/۱۰۷$ استاندارد شده). نتایج مربوط به آزمون رگرسیون در جدول ۴ بیان شده است.

1. Kolmogorov-Smirnov

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/npwjm.10.35.16]

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار ابعاد مختلف سلامت روان در کارکنان شبکه بهداشت و درمان(n=۳۸۹)

سلامت روان	میانگین و انحراف معیار (M±SD)
علایم جسمانی	۷±۶۵/۱۲
اضطراب	۹±۷۱/۱۲
اختلال عملکرد اجتماعی	۵±۴۸/۴۲
افسردگی	۱۱±۴۱/۰۲
کل	۵۴/۷۵ ۱۳±/۴۲

جدول ۴- پیش‌بینی سلامت روان از طریق ابعاد سرمایه اجتماعی در کارکنان مراکز بهداشت و درمان(n= ۳۸۹)

متغیرهای پیش‌بین	β استاندارد نشده	خطای معیار	β استاندارد شده	مقدار t	p-value	مقدار R	مقدار R^2	R^2 تعدیل شده (ADJ)
مقدار ثابت	۴۹/۶۷	۸۷/۰	-	۱۱/۴۷	<۰/۰۰۱	۰/۱۵۳	۰/۰۲۳	۰/۰۲
اعتماد اجتماعی	۰/۲۵۳	۰/۰۵۴	۰/۱۶۱	۱/۷۵۶	۰/۱۳۱			
روابط متقابل	۰/۱۴۲	۷۳/۲	۰/۰۷۸	۲/۱۵۷	۰/۰۲۰			
مشارکت اجتماعی	۰/۲۰۵	۰/۱۶۳	۰/۰۹۹	۱/۱۷۰	۰/۰۷۳			
اخلاقیات	۰/۱۲۴	۰/۱۰۹	۰/۱۷۹	۲/۶۰۲	۰/۰۰۵			
آگاهی عمومی	۰/۳۰۳	۰/۱۳۹	۰/۱۳۶	۱/۶۵۱	۰/۱۱۲			
مسئولیت اجتماعی	۰/۱۴۴	۰/۱۴۳	۰/۱۰۷	۲/۷۷۰	۰/۰۰۵			

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی مطالعه حاضر بررسی ارتباط بین سرمایه اجتماعی و سلامت روان در کارکنان مراکز بهداشت و درمان بوده است. نتایج آزمون رگرسیون نشان داد که ابعاد روابط متقابل، مسئولیت اجتماعی و اخلاقیات بطور معنی‌داری می‌توانند سلامت روان کارکنان را پیش‌بینی کنند. احسان و اسپانی[1] (۲۰۱۵) بیان کرد که متغیرهای مختلفی همانند ارتباطات آنها با یکدیگر و مسئولیت پذیریشان می‌تواند نقش زمینه‌ساز مهمی در بهبود سلامت روان داشته باشد (۲۱). رضایی‌نسب و فتوحی (۱۳۹۴) بیان کرده‌اند که وجود سرمایه اجتماعی، شبکه‌ها و حمایت‌های اجتماعی موجب احساس آسودگی خیال، کاهش اضطراب، افزایش توان سیستم دفاعی بدن و در نهایت سلامت روانی می‌شود (۱۳). پورتل[2] و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه‌شان بیان کردهاند که روحیه خلاقیت در محیطه‌ای کاری می‌تواند زمینه‌ساز سلامت روانی افراد باشد (۳۲). حسینی و همکاران (۲۰۱۸) نیز در مطالعه‌اش خودکارامدی را به عنوان یک عامل موثر در سلامت روان پرستاران معرفی کردهاند (۳۳).

ایالیس[3] (۲۰۱۹) در مطالعه‌اش بیان کرده است که وجود جو اخلاقی در سازمان‌های بهداشتی می‌تواند بر سلامت روان افراد در سیستم‌های بهداشتی تاثیر داشته باشد (۳۴). گلدریسی[4] و همکاران (۲۰۱۷) در تعریف جدیدی از سلامت روانی به مفهوم رفاه و بهره‌وری اشاره کرده و بیان کردند که نزدیکترین مفهوم متناسب با سلامت روانی، دستیابی افراد به احساس

1.Ehsan & Spini

3.Purtle
3. Eales
4- Galderisi

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-09]
[DOI: 10.29252/npwjm.10.35.16]

رفـاه و بهـره‌وری اسـت (۳۵). لـو و سـان[1] (۲۰۲۰) بیـان کرده‌انـد کـه سـرمایه اجتماعـی تأثیـر میانجیگـری کاملـی بـر ارتبـاط بیـن سـرمایه اجتماعـی و شـاخص‌های سـلامت روان دارد (۱۴). گونـگ[2] و همـکاران(۲۰۲۱) بیـان کردنـد کـه سـرمایه اجتماعی از طریـق بهبود وضعیـت اجتماعـی بـر رفـاه روانـی مهاجـران تاثیـر دارد (۱۹).

در تحلیـل نتایـج مختلـف کـه بـه بررسـی روابـط مختلـف سـرمایه اجتماعـی و سـلامت روانـی پرداخته‌انـد بایسـتی گفـت طیـف متعددی از عوامـل بـه عنـوان میانجی‌گـر می‌توانـد در ایـن ارتبـاط نقـش داشـته باشـد. البتـه بایسـتی گفـت سـرمایه اجتماعـی و مولفه‌هـای آن چـون بـا ظرفیـت هـوش اجتماعـی افـراد و کارکنـان و رابطشـان بـا افـراد جامعـه در ارتبـاط نزدیکـی اسـت لـذا می‌توانـد هـم بـر سـلامت روان موثـر بـوده و هـم از سـلامت روان تاثیـر بپذیـرد.

نتایـج مطالعـه حاکـی از سـطح متوسـط ظرفیـت اجتماعـی کارکنـان بـود. فلوریـس[3] و همـکاران (۲۰۱۸) بیـان کردنـد که سـطح ظرفیت اجتماعـی در گروه‌هـای مختلـف متفـاوت بـوده و تحـت تاثیـر شـرایط مختلفـی اسـت (۲۰). رضایی‌نسـب و همـکاران (۱۳۹۴) نیـز دریافتنـد کـه ابعـاد سـرمایهٔ اجتماعـی، در بیـن دانشـجویان تهرانـی سـطح متوسـطی را داشـته اسـت (۱۳). بامفـورد و همـکاران (۲۰۲۱) سـطح ظرفیـت اجتماعـی را در گـروه اقلیـت پاییـن گـزارش کـرده اسـت (۱۷). فیروزبخـت و همـکاران (۲۰۱۸) نیـز سـطح سـرمایه اجتماعـی در کارکنـان را پاییـن گـزارش کـرده اسـت (۱۱).

تحلیـل نتایـج مطالعـات مختلـف در گروه‌هـای مختلـف افـراد نشـان داد کـه افـراد می‌تواننـد سـطح مختلفـی از سـرمایه اجتماعـی را داشـته باشـند. همچنیـن ابعـاد مختلـف آن در گروه‌هـای مختلـف، متفـاوت گـزارش شـده بـود. در ایـن زمینـه بایسـتی گفـت کـه سـرمایه اجتماعـی، برخـلاف سـرمایه انسـانی یـا سـرمایه فیزیکـی، مفهومـی اسـت کـه بسـیار فراتـر از دارایی‌هایـی اسـت کـه یـک فـرد در اختیـار دارد و منحصـراً نتیجـه روابـط اجتماعـی معنـی‌داری اسـت کـه افـراد در طـول زمـان بـر روی آن سـرمایه‌گذاری می‌کننـد لـذا ویژگی‌هایـی هماننـد ارتباطـات فعـال بیـن افـراد بـه صـورت درک متقابـل، ارزش‌هـای مشـترک در یـک گـروه مشـترک می‌توانـد در سـطح و میـزان سـرمایه اجتماعـی موثـر باشـد.

نتایـج نشـان داد کـه سـطح سـلامت روان نیـز در مطالعـه حاضـر متوسـط بـود. کامیـس[4] (۲۰۲۱) سـطح سـلامت روان والدیـن و تاثیراتـش را بـرروی اختـلالات فرزنـدان در آمریـکا متوسـط بـه بـالا گـزارش کـرده اسـت(۷). آکینیمـی[5] (۲۰۱۶) نیز سـطح سـلامت روانـی افـراد جامعـه نیجریـه در آفریقـا را متغیـر دانسـته و بیـان میکنـد عوامـل مختلفـی می‌توانـد در سـطح سـلامت روانـی افـراد جامعـه موثـر باشـد (۵). کـووس و زانـز دی گالدینـو[6] (۲۰۲۰) در زمینـه بررسـی عوامـل موثـر بـر سـلامت روان در ترکیـه بـه نقـش سـن و درآمـد اشـاره می‌کنـد کـه در برخـی از افـراد شـرایط اختـلال در سـلامت روان را ایجـاد کننـد (۲۵). در تحلیـل نتایـج مطالعـات مختلـف بایسـتی گفـت سـطح سـلامت روان افـراد نیـز می‌تـوان مختلـف باشـد و ایـن سـلامت بـرای کارکنـان سیسـتم بهداشـتی کـه خـود بـا سـلامت افـراد جامعـه سـروکار دارنـد از اهمیـت بیشـتری برخـوردار اسـت.

بطـور کلـی بایسـتی گفـت نتایـج مطالعـه حاضـر نشـان داد کـه برخـی از ابعـاد سـرمایه اجتماعـی می‌تواننـد بطـور معنـی‌داری سـلامت روان کارکنـان در سیسـتم بهداشـتی را پیش‌بینـی کننـد. در زمینـه کاربـرد نتایـج بایسـتی گفـت مدیـران و برنامه‌ریـزان حـوزه بهداشـت و درمـان بایسـتی در زمینـه افزایـش سـرمایه اجتماعـی کارکنـان و در نتیجـه ارتقـای سـلامت روان کارکنـان برنامه‌ریزی‌هـای لازم را انجـام دهنـد. بـا توجـه بـه اینکـه ابعـاد مسـئولیت اجتماعـی، روابـط متقابـل و اخلاقیـات در بیـن سـایر ابعـاد سـرمایه اجتماعـی توانسـتند بطـور معنـی‌داری سـلامت روان را در کارکنـان پیش‌بینـی کننـد بایسـتی برنامه‌ریـزی و اقدامـات عملکـردی در زمینـه ایـن متغیرهـا انجـام شـود. بررسـی مـداوم سیسـتم ارزشـی و اخلاقیـات افـراد و تطابـق آن بـا اهـداف و ارزش‌هـای سـازمان بایسـتی بطـور مـداوم صـورت بگیـرد. همچنیـن آمـوزش کارکنـان در زمینـه ارزشهای اخلاقـی در محیـط کاری میتوانـد در راسـتای ارتقـای سـلامت روان آنهـا موثـر باشـد. بررسـی کلاس‌هـای آموزشـی و همچنیـن جلسـات مشـاوره در زمینـه افزایـش مهارت‌هـای مسـئولیت‌پذیری و ارتباطـات بیـن فـردی و درون گروهـی میتوانـد در کارکنـان سیسـتم بهداشـتی نقـش موثـری در بهبـود سـرمایه اجتماعـی کارکنـان و در نتیجـه سـلامت روان آنهـا داشـته باشـد. بررسـی سـرمایه اجتماعـی و سـلامت روان و ابعـاد آنهـا در کارکنـان بطـور مـداوم توسـط مدیـران سـازمان‌های بهداشـتی می‌توانـد جهـت کنتـرل ایـن متغیرهـا در کارکنـان و اقدامـات موثـر در ایـن زمینـه موثـر باشـد.

از محدودیت‌هـای ایـن مطالعـه می‌تـوان بـه ابـزار پژوهشـگر سـاخته سـرمایه اجتماعـی اشـاره کـرد. هـر چند ایـن ابزار توسـط محققیـن مورد روایـی و پایایـی قـرار گرفتـه اسـت ولـی رونـد استانداردسـازی و انجـام روایـی سـاختاری آن بـه علـت فرصـت انـدک امـکان پذیـر نبـود.

بـرای آشـکار شـدن ابعـاد مختلـف عوامـل موثـر بـر سـلامت روان و نقـش سـرمایه اجتماعـی در آنهـا توصیـه می‌شـود سـایر مطالعـات مختلـف کمـی و کیفـی نیـز در ایـن زمینـه و در سـایر کارکنـان و گروه‌هـای شـغلی مختلـف انجـام شـود. همچنیـن پیشـنهاد می‌شـود کـه ابزارهایـی هماننـد سـرمایه اجتماعـی در بسـتر سیسـتم‌های بهداشـتی بـا ویژگی‌هـای سـازمانی خاصشـان

2- Sun & Lu
2- Gong
3- Flores
4. Kamis
5. Akinyemi
6. Kose & Sanz-de-Galdeano

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-09]
[DOI: 10.29252/npwjm.10.35.16]

طراحـی و مـورد اسـتاندارد سـازی قـرار بگیرنـد.

تقدیر و تشکر

ایـن پژوهـش منتـج از طـرح تحقیقـاتـی بـا کـد اخلـاق IR.SKUMS.REC.1393.9-24 اسـت کـه در دانشـگاه علوم پزشـکی شـهرکرد بـه تصویـب رسـید. بدیـن وسـیله از معاونـت محتـرم بهداشـتی و نیـز معاونـت محتـرم پژوهشـی دانشـگاه علـوم پزشـکی شـهرکرد کـه بـا انجـام ایـن پژوهـش موافقـت نمـوده و نیز کلیـه پرسـنل مراکـز بهداشـتی درمانـی شهرسـتان بروجـن کـه مـا را در انجـام ایـن پژوهـش یـاری نمودنـد سپاسـگزاری می‌نماییـم.

منابع

1) Carr D. Mental health of older widows and widowers: Which coping strategies are most protective? Journal: Aging & Mental Health. 2020; 24(2): 291. doi: 10.1080/13607863.2018.1531381.

2) Xiang M, Xiangli Gu, Jackson A, Zhang T, Wang X and Guo Q. Understanding adolescents' mental health and academic achievement: Does physical fitness matter? Journal: School Psychology International. 2017; 38(6): 647. doi: 10.1177/0143034317717582

3) Dai X, Gu N. The Impact of Social Capital on Mental Health: Evidence from the China Family Panel Survey. Int J Environ Res Public Health. 2021; 19(1):190. doi: 10.3390/ijerph19010190.

4) Andersson AM. Modern Social Hierarchies and the Spaces between: How Are Subjective Status Inconsistencies Linked to Mental Well-Being? Journal: Social Psychology Quarterly. 2018; 81(1): 48. doi: 10.1177/0190272517753687.

5) Akinyemi OO, Owoaje EF and Cadmus EO. In Their Own Words: Mental Health and Quality of Life of West African Refugees in Nigeria. Journal: Journal of International Migration and Integration. 2016; 17(1): 273. doi: 10.1007/s12134-014-0409-6

6)Noorbala AA, Faghihzadeh S, Kamali K, Bagheri Yazdi SA, Hajebi A, Mousavi MT, Akhondzadeh S, Faghihzadeh E, Nouri B. Mental health survey of the adult population of Iran in 2015. Arch Iran Med. 2017; 20(3): 128-124.[Persian]

7) Kamis C. The Long-Term Impact of Parental Mental Health on Children's Distress Trajectories in Adulthood. Journal: Society and Mental Health. 2021; 11(1): 54. doi: 10.1177/2156869320912520

8) Hathi P, Coffey D, Thorat A, Khalid N and Navaneetham K. When women eat last: Discrimination at home and women's mental health. Journal: PLOS ONE. 2021; 16(3): e0247065. doi: 10.1371/journal.pone.0247065.

9) Ehsan AM, De Silva MJ. Social capital and common mental disorder: a systematic review. J Epidemiol Community Health. 2015; 69(10):1021-8. doi: 10.1136/jech-2015-205868. Epub 2015 Jul 15.

10) Lebenbaum M, Laporte A, de Oliveira C. The effect of mental health on social capital: An instrumental variable analysis. Soc Sci Med. 2021; 272:113693. doi: 10.1016/j.socscimed.2021.113693. Epub 2021 Jan 9.

11) Firouzbakht M, Tirgar A, Oksanen T, Kawachi I, Hajian-Tilaki K, Nikpour M, Mouodi S, Sadeghian R. Workplace social capital and mental health: a cross-sectional study among Iranian workers. BMC Public Health. 2018; 794:(1)18. doi: 10.1186/s12889-018-5659-3.

12) Xue X, Reed WR, Menclova A. Social capital and health: a meta-analysis. J Health Econ. 2020; 72:102317. doi: 10.1016/j.jhealeco.2020.102317. Epub 2020 Jun 1.

13) Rezaei Nasab Z, Fotuhi S. A Study on Gender Differences of Social Capital among Social Sciences Students of Tehran Kharazmi University. Women's Psychological Social Studies. 13(1).33-62 :2015 . [Persian]

14) Sun Q, Lu N. Social Capital and Mental Health among Older Adults Living in Urban China in the Context of COVID-19 Pandemic. Int J Environ Res Public Health. 2020; 17(21):7947. doi: 10.3390/ijerph17217947

15) Morgan A, Svedberg P, Nyholm M, Nygren J. Advancing knowledge on social capital for young people's mental health. Health Promot Int. 2021; 36(2):535-547. doi: 10.1093/heapro/daaa055.

16) Wang C, Zhang T, Xu W, Ruan H, Tang J. Social Capital, Technological Empowerment,

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/npwjm.10.35.16]

doi: 10.1371/journal.pone.0232344.
26) Saeedi Moghadam M, Radpoush R. Assessment of Relationship between Social Capital and Mental Health among Adolescents. 6th International Congress on Child and Adolescent Psychiatry. 2015. Tehran. Iran [Persian].
27) Rotenberg M, Anderson KK, McKenzie K. Social capital and psychosis: a scoping review. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2020; 55(6):659-671. doi: 10.1007/s00127-019-01812-9.
28) Goldberg DP. Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychological Medicine. 1979. 9:139-145.
29) Goldberg DP & Williams P. A users' guide to the General Health Questionnaire. U. K: NFER Nelson. 1988.
30) Parkes KR. Field dependence and the factor structure of the General Health Questionnaire in normal subjects, British Journal of Psychiatry. 1982; 40: 392-400.
31) Nazifi M, Mokarami H, Akbaritabar A, Faraji Kujerdi M, Tabrizi R, Rahi A. Reliability, Validity and Factor Structure of the Persian Translation of General Health Questionnire) GHQ-28 (in Hospitals of Kerman University of Medical Sciences. Journal of Fasa University of Medical Sciences. 2016; 3(4): 336-342. [Persian]
32) Purtle J, Nelson KL, Counts NZ, Yudell M. Population-Based Approaches to Mental Health: History, Strategies, and Evidence. Annu Rev Public Health. 2020; 41:201-221. doi: 10.1146/annurev-publhealth-040119-094247.
33)Hosseni Z, Dadipoor S, Aghamolaei T, Safari-Moradabadi A, Ghanbarnezhad A. Investigating the correlation between self-efficacy and mental health of nurses and head nurses. The J Urmia Nurs Midwifery Fac. 2018; 15(12): 921-930. [Persian]
34) Eales S. A focus on mental health. Br J Nurs. 2019; 28(18):1213. doi: 10.12968/bjon.2019.28.18.1213.
35) Galderisi S, Heinz A, Kastrup M, Beezhold J, Sartorius N. A proposed new definition of mental health. Psychiatr Pol. 2017; 51(3):407-411. doi: 10.12740/PP/74145.
and Resilience in Rural China. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(22):11883. doi: 10.3390/ijerph182211883.
17) Bamford J, Klabbers G, Curran E, Rosato M, Leavey G. Social Capital and Mental Health Among Black and Minority Ethnic Groups in the UK. J Immigr Minor Health. 2021; 23(3):502-510. doi: 10.1007/s10903-020-01043-0.
18) Morgan A, Svedberg P, Nyholm M, Nygren J. Advancing knowledge on social capital for young people's mental health. Health Promot Int. 2021; 36(2):535-547. doi: 10.1093/heapro/daaa055.
19) Gong S, Xu P, Wang S. Social Capital and Psychological Well-Being of Chinese Immigrants in Japan. Int J Environ Res Public Health. 2021; 18(2):547. doi: 10.3390/ijerph18020547.
20) Flores EC, Fuhr DC, Bayer AM, Lescano AG, Thorogood N, Simms V. Mental health impact of social capital interventions: a systematic review. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2018; 53(2):107-119. doi: 10.1007/s00127-017-1469-7.
21) Ehsan A, Spini D. Place, social capital, and mental health: A mixed-methods case study of a community-based intervention. Health Place. 2020; 64:102386. doi: 10.1016/j.healthplace.2020.102386.
22) Drissi N, Ouhbi S, Janati Idrissi MA, Fernandez-Luque L, Ghogho M. Connected Mental Health: Systematic Mapping Study. J Med Internet Res. 2020; 22(8):e19950. doi: 10.2196/19950.
23) Xue X, Reed WR, Menclova A. Social capital and health: a meta-analysis. J Health Econ. 2020; 72:102317. doi: 10.1016/j.jhealeco.2020.102317.
24) Panayiotou M and Humphrey N. Mental health difficulties and academic attainment: Evidence for gender-specific developmental cascades in middle childhood. Journal: Development and Psychopathology. 2018; 30(2): 523. doi: 10.1017/S095457941700102X.
25) Kose T and Sanz-de-Galdeano A. Gender, income and mental health: The Turkish case. Journal: PLOS ONE. 2020; 15 (4): e0232344.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-09]
[DOI: 10.29252/npwjm.10.35.16]