Iranian Journal of Health Education & Promotion

Volume 13, Issue 4, Autum 2025

Prediction of Health based on the Social Support and Social Capital among Patients Visiting a Public Hospital in Afghanistan

Elham Ghawsi
MSc Student, Department of Management Sciences and Health Economics, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Vahid Ghavami
Associate Professor, Department of Biostatics, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran .

Mehdi Varmaghani
*Associate Professor, Department of Management Sciences and Health Economics, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran. Social Determinants of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran. (Corresponding Author) VarmaghaniM@mums.ac.ir.

Sahar Mohammadnabizadeh
*PhD, Social Determinants of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran. (Corresponding Author) mohammadnabizadehs@mums.ac.ir.

Received: 2025/03/22
Accepted: 2025/07/11
Doi: 10.22034/13.4.7

Abstract

Background and Purpose: With the development of human societies and the emergence of social diseases, and considering that a healthy person is the cornerstone of sustainable development, examining the factors influencing health becomes particularly important. The aim of this research is to assess the health status of individuals visiting the Hozavi Hospital in Herat, Afghanistan, and to identify the social factors affecting it, with an emphasis on the roles of social support and social capital.

Materials and Methods: In this cross-sectional study (year 1403), 262 individuals visiting Herat Hospital were selected based on a convenience sampling method. Data were collected using demographic and background questionnaires, as well as standardized questionnaires related to health status, social support, and social capital. The Mann-Whitney U test was used to compare the distribution of health variables across different levels, and one-way ANOVA was employed for variables with more than two levels. Additionally, the impact of social support and social capital on health was analyzed using multiple linear regression models in SPSS software, with a significance level set at 0.05.

Results: The mean and standard deviation of the participants' age were 39.79±18.91 years. In terms of gender, 60.6% were male and 35% female. No significant differences were observed in social capital and social support based on gender (P>0.05). Regarding health status, women had significantly higher health scores compared to men (P=0.04). Based on marital status, no significant differences were found in health, social capital, or social support (P>0.05).

Conclusion: The results showed that social support and social capital are significantly associated with health, with social support being the strongest predictor. Therefore, strengthening these factors in health policies can have a substantial impact on improving community health. Additionally, focusing on the development of social support networks and social relationships in health programs is of great importance.

Keywords: Social Support, Social Capital, Health.

Open Access Policy: This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. To view a copy ofthis licence, visit https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

Citation: Ghawsi E, Ghavami V, Varmaghani M, Mohammadnabizadeh S. Prediction of Health based on the Social Support and Social Capital among Patients Visiting a Public Hospital in Afghanistan. *Iran J Health Educ Health Promot*. Autum 2025; 13(4):70-79.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-09-11]

[DOI: 10.22034/13.4.7]

پیشبینی سلامت بر اساس حمایت اجتماعی و سرمایه‌ی اجتماعی در میان افراد مراجعه‌کننده به بیمارستان عمومی در افغانستان

الهام غوثی
دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
وحید قوامی
دانشیار، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
مهدی ورمقانی
* دانشیار، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. (نویسنده مسئول)
.VarmaghaniM@mums.ac.ir
سحر محمدنبی زاده
* دکتری، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. (نویسنده مسئول)
mohammadnabizadehs@mums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۱/۰۲
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۴/۲۰
نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: در دنیای امروز، عوامل متعددی بر سلامت افراد تأثیرگذار هستند که ازجمله مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به عوامل اجتماعی اشاره کرد. در این میان، مولفه‌های حمایت اجتماعی و سرمایه‌ی اجتماعی نقش کلیدی در بهبود وضعیت سلامت دارند. هدف از این تحقیق، سنجش وضعیت سلامت افراد مراجعه‌کننده به بیمارستان حوزوی هرات در افغانستان و شناخت عوامل اجتماعی مؤثر بر آن، با تأکید بر نقش حمایت اجتماعی و سرمایه‌ی اجتماعی می‌باشد.

مواد و روش‌ها: : در این مطالعه‌ی مقطعی (سال ۱۴۰۳) ۲۶۲ نفر از افراد مراجعه‌کننده به بیمارستان بر اساس نمونه‌گیری دسترسی آسان مورد بررسی قرار گرفتند. جهت جمع‌آوری داده‌ها، از پرسشنامه‌های اطلاعات جمعیتی و زمینه‌ای، پرسشنامه‌های استاندارد مربوط به وضعیت سلامت، حمایت اجتماعی و سرمایه‌ی اجتماعی استفاده شد. جهت مقایسه توزیع متغیر سلامت در سطوح مختلف، از آزمون من-ویتنی استفاده شد و در موارد با بیش از دو سطح، آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه به کار رفت. هم‌چنین، بررسی تأثیر حمایت اجتماعی و سرمایه‌ی اجتماعی بر سلامت با مدل‌های رگرسیون خطی چندگانه در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ صورت گرفت و سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: : میانگین و انحراف‌معیار سن شرکت‌کنندگان ۳۹/۱۸±۷۹/۹۱ سال بود. از نظر جنسیت، ۶۰/۶٪ مرد و ۳۵٪ زن بودند. در ارتباط با سرمایه‌ی اجتماعی و حمایت اجتماعی، تفاوت معناداری بر حسب جنسیت مشاهده نشد (P>۰/۰۵) اما در مورد سلامت، زنان نمره‌ی سلامت بالاتری نسبت به مردان داشتند (P=۰/۰۴). بر اساس وضعیت تاهل، تفاوت معناداری در سلامت، سرمایه‌ی اجتماعی و حمایت اجتماعی دیده نشد (P>۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که حمایت اجتماعی و سرمایه‌ی اجتماعی ارتباط معناداری با سلامت دارند و حمایت اجتماعی قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌ی آن است؛ بنابراین، تقویت این عوامل در سیاست‌گذاری‌های سلامت می‌تواند تأثیر قابل توجهی بر بهبود سلامت جامعه داشته باشد. هم‌چنین، تمرکز بر توسعه شبکه‌های حمایت اجتماعی و روابط اجتماعی در برنامه‌های سلامت اهمیت بالایی دارد.

کلیدواژه‌ها: سلامت، حمایت اجتماعی، سرمایه‌ی اجتماعی

استناد: غوثی الف، قوامی و ، ورقامی م، محمدنبی زاده س. پیشبینی سلامت بر اساس حمایت اجتماعی و سرمایه‌ی اجتماعی در میان افراد مراجعه‌کننده به بیمارستان عمومی در افغانستان. *فصلنامه ی آموزش بهداشت و ارتقا سلامت*. پاییز ۱۴۰۴؛۱۳(۴): ۷۰- ۷۹.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-09-11]

[DOI: 10.22034/13.4.7]

مقدمه

سلامت، ازجمله مهم‌ترین شاخص‌های توسعه‌ی پایدار و مؤلفه‌ای حیاتی در ارتقاء سطح کیفیت زندگی افراد و جوامع است. بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت صرفاً نبود بیماری نیست، بلکه حالت کامل رفاه جسمی، روانی و اجتماعی است که نیازمند محافظت و ارتقاء مستمر در تمامی ابعاد آن می‌باشد (۱). در دنیای امروز، عوامل متعددی بر سلامت افراد تأثیرگذار هستند که ازجمله مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به عوامل اجتماعی اشاره کرد. در این میان، مولفه‌های حمایت اجتماعی و سرمایه‌ی اجتماعی نقش کلیدی در بهبود وضعیت سلامت دارند (۳, ۲)

حمایت اجتماعی به‌عنوان یکی از عوامل حیاتی در حفظ و تقویت سلامت جسمانی و روانی شناخته شده است؛ این حمایت‌ها شامل ابعاد عاطفی، اطلاعاتی، ابزاری و ارزیابی بوده و از روابط بین‌فردی منشأ می‌گیرند، که منجر به احساس امنیت، تعلق‌پذیری و کفایت در فرد می‌شوند (۴, ۵). شواهد متعدد نشان می‌دهند که حمایت اجتماعی با ترغیب رفتارهای سالم، مانند پیروی از دستورات پزشکی، تغذیه مناسب و فعالیت بدنی، نقش موثری در ارتقاء سلامت ایفا می‌کند و کاهش آن، با افزایش خطر ابتلاء به بیماری‌ها و اختلالات جسمانی و روانی همراه است (۵, ۶). سرمایه‌ی اجتماعی، شامل شبکه‌های ارتباطی، هنجارها و اعتماد است که اثرات مثبت متعددی بر بهبود سلامت و توسعه اجتماعی دارند (۷). این مجموعه، با ایجاد حس امنیت، حمایت اجتماعی و همبستگی، انگیزه لازم برای رفتارهای سالم را تقویت می‌کند (۸). در جوامع با سرمایه‌ی اجتماعی قوی، میزان رضایت و دسترسی به خدمات بهداشتی بهتر است؛ اما کاهش آن می‌تواند منجر به افزایش آسیب‌ها، جرایم و نابرابری‌های اجتماعی گردد (۹).

حمایت اجتماعی و سرمایه‌ی اجتماعی به‌عنوان عوامل چندبعدی و مکمل یکدیگر، نقش اساسی در ارتقاء سلامت فردی و جمعی داشته و ترویج سیاست‌هایی که به تقویت این عوامل می‌پردازند، راهکاری کلیدی در توسعه پایدار سلامت و کیفیت زندگی محسوب می‌شود (۱۰). پژوهش‌های انجام شده نشان داده‌اند که مهم‌ترین انواع اختلالات جسمی و فیزیولوژیکی ناشی از کمبود یا فقدان حمایت اجتماعی عبارتند از: سردردهای عصبی و تنشی، ناراحتی‌های گوارشی، از بین رفتن اشتها، افزایش سطح کلسترول و اوره‌ی خون، بالارفتن فشار خون، ناراحتی‌های قلبی ـ عروقی و افزایش احتمال مرگ‌ومیر عمومی (۱۱, ۱۲). علاوه بر سلامت جسمی، اکثر پژوهش‌های انجام شده به بررسی ارتباط حمایت اجتماعی با سلامت روان پرداخته و تأثیر حمایت اجتماعی ادارک شده بر سلامتی و آسایش روانی را تأیید نموده‌اند (۱۲, ۱۳). هم‌چنین، مطالعات نشان داده‌اند که سرمایه‌ی اجتماعی با تقویت اعتماد در روابط بین‌فردی و شکل‌گیری هنجارهای متقابل، به توسعه روابط عمیق و حمایت‌های اجتماعی کمک کرده و در نتیجه باعث بهبود سلامت جسمی و روانی افراد می‌شود (۱۳, ۱۱).

با توجه به این‌که بر طبق جستجوهای صورت گرفته، مطالعه‌ای در افغانستان جهت بررسی ارتباط سلامت با مولفه‌های تاثیرگذار اجتماعی حمایت اجتماعی و سرمایه‌ی اجتماعی مشاهده نشد، در این مطالعه، هدف پیش‌بینی سلامت بر اساس حمایت اجتماعی و سرمایه‌ی اجتماعی در میان افراد مراجعه‌کننده به بیمارستان عمومی افغانستان بود. شناخت عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت می‌تواند مبنای توسعه سیاست‌ها و برنامه‌های متمرکز بر تقویت شبکه‌های حمایتی و اعتماد در جامعه باشد و در نهایت منجر به ارتقاء سطح سلامت، کاهش نابرابری‌های سلامت و افزایش کیفیت زندگی گردد. بنابراین، ضرورت و اهمیت این پژوهش در بسترسازی برای سیاست‌گذاری‌های موثر، عملیاتی کردن برنامه‌های توسعه سلامت و ارتقاء شاخص‌های اجتماعی– سلامتی در قالب یک نیاز بنیادی احساس می‌شود. ارتقاء سلامت عمومی و توسعه‌ی سیاست‌های بهبود سلامت جامعه‌ها، به‌ویژه در مناطق با ساختار اجتماعی و فرهنگی خاص مانند هرات، برای تدوین استراتژی‌های موثر و مبتنی بر شواهد است.

مواد و روش ها

جمعیت مورد مطالعه

این مطالعه‌ی مقطعی (توصیفی-تحلیلی) با هدف بررسی سلامت افراد مراجعه‌کننده به بیمارستان حوزوی هرات و عوامل اجتماعی موثر بر آن در سال ۱۴۰۳ انجام شد. بر

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-09-11]
[DOI: 10.22034/13.4.7]

اساس مدل رگرسیون خطی چندگانه که روش تحلیل اصلی داده‌ها است، حجم نمونه با بهره‌گیری از فرمول گرین تعیین گردید، که طبق آن حداقل نمونه مورد نیاز برابر با $N \geqslant 50+8\times k$ است، که در آن k تعداد پیش‌بین‌ها یا متغیرهای مدل است. با در نظر گرفتن ابعاد پرسشنامه‌ها و نیاز به تعدیل بر اساس متغیرهای دموگرافیک در فرآیند مدل‌سازی، فرض بر تعداد ۲۰ متغیر پیش‌بین در نظر گرفته شد؛ بنابراین، حداقل حجم نمونه محاسبه‌شده برابر با ۲۱۰ به‌دست آمد. جهت ارتقاء صحت نتایج و جبران احتمالی ریزش ۲۰ درصدی ناشی از پاسخ‌دهی ناقص، حجم نمونه نهایی به ۲۶۲ نفر افزایش یافت. از آن جایی که افراد شرکت کننده در مطالعه از همه گروه های سنی و جنسی بودند از افراد بی سواد شرکت کننده در مطالعه، محققین شخصا به صورت مصاحبه پرسش ها را از آن‌ها پرسیدند. برای افراد کمتر از ۱۸ سال نیز رضایت کتبی از والدین آن‌ها اخذ گردید. لازم به ذکر است که به دلیل محدودیت‌های ساختاری و سیاسی کشور افغانستان و عدم صدور مجوزهای رسمی برای نمونه‌گیری تصادفی، در این مطالعه نمونه‌گیری بر اساس روش دسترسی آسان انجام شد. معیار ورود افراد به مطالعه رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه و معیار خروج از مطالعه شامل تکمیل ناقص پرسشنامه ها بود.

روش گردآوری داده‌ها

برای جمع‌آوری داده‌ها، از پرسشنامه‌های اطلاعات جمعیتی و زمینه‌ای شامل سن، جنسیت، وضعیت تاهل و سابقه کار، پرسشنامه‌های مربوط به وضعیت سلامت، حمایت اجتماعی و سرمایه‌ی اجتماعی استفاده شد که به صورت چاپی در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت.

به منظور ارزیابی سرمایه‌ی اجتماعی، از پرسشنامه سرمایه‌ی اجتماعی اونیکس و بولن، استفاده گردید (۱۴). در این پرسشنامه ۸ عامل بنیادین (۳۶ سوال) تشکیل دهنده‌ی سرمایه‌ی اجتماعی مورد بررسی قرار گرفته، که عبارت‌اند از: ۱- مشارکت در اجتماع محلی، ۲- فعالیت در متن اجتماع، ۳- احساس اعتماد و امنیت، ۴- ارتباطات همسایگی ، ۵- مراودات و رابطه با دوستان و فامیل، ۶- مدارا کردن با تنوع، ۷- ارزش زندگی، و ۸- روابط و پیوند کاری. سؤالات این پرسشنامه دارای پنج گزینه بوده و نمره‌ی تعلق‌گرفته به هر سؤال بین ۱ تا ۵ (خیلی کم تا خیلی زیاد) متغیر است؛ به عنوان مثال "آیا در جامعه احساس ارزشمندبودن می کنید؟". در هر حیطه نمرات محاسبه و با هم جمع می‌گردد و به دلیل این‌که تعداد سؤالات حیطه‌ها، با هم متفاوت است، پس از محاسبه میانگین هر حیطه، تمامی حیطه‌ها به مقیاس ۱۰۰ رسانده شده، تا امکان مقایسه حیطه‌ها وجود داشته باشد. بنابراین دامنه نمرات بین صفر (کمترین سطح سرمایه‌ی اجتماعی) تا ۱۰۰ (بالاترین سطح سرمایه‌ی اجتماعی) است. افتخاریان و همکاران مقاله‌ای با عنوان «روایی پایایی نسخه فارسی پرسشنامه سرمایه‌ی اجتماعی اونیکس» ارائه کرده‌اند. در مطالعه ی مذکور در زمینه‌ی کیفیت ترجمه (وضوح ترجمه، زبان مشترک، یکسانی مفهومی و کیفیت کلی ترجمه) نتایج نشان داد که از دیدگاه مترجمان ۳ و ۴ بیشتر گزینه ها دارای وضوح ترجمه ۸۶/۶ درصد، کاربرد زبان مشترک ۷۶/۳ درصد، یکسانی مفهوم ۷۶/۳ درصد و کیفیت کلی ترجمه ۷۸/۹ درصد، در حد مطلوب بوده است. هم‌چنین از دید متخصصان در حوزه ی مناسب بودن ترجمه، پرسشنامه ی نسخه ی فارسی مطلوب در بقیه‌ی حوزه‌ها مطلوب و قابل قبول بوده و در هیچ یک از حوزه‌ها غیرقابل قبول نبوده است. ضریب همبستگی درون رده‌ای برای نمره‌ی خرده مقیاس‌ها بیش از ۰/۷۰ به‌دست آمد. هم‌خوانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) برای پرسشنامه ۰/۹۶ بوده است (۱۵). در این مطالعه بررسی روایی ابزار اندازه‌گیری از طریق اجماع متخصصان (اعتبار صوری) صورت گرفت. هم‌چنین جهت تعیین پایایی ابزار، ۳۰ نفر از اعضای جامعه مورد پژوهش، پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند که در این مورد از آزمون آلفا کرونباخ استفاده شد.

به‌منظور ارزیابی حمایت اجتماعی، از پرسشنامه‌ی حمایت اجتماعی واکس و همکاران، استفاده گردید (۱۶). این پرسشنامه دارای ۲۳ ماده و سه خرده مولفه است: حمایت خانواده، حمایت دوستان، و حمایت دیگران؛ به‌عنوان مثال "دوستانم به من احترام می‌گذارند". نمره‌گذاری به‌صورت طیف لیکرتی ۵ امتیازی است که نمره‌ی یک برابر با کاملاً مخالف و نمره‌ی پنج برابر با کاملاً موافق است. در هر حیطه نمرات محاسبه و با هم جمع می‌گردد. روایی این پرسشنامه توسط پورسید و همکاران مورد تایید قرار گرفته است (۱۷). در این مطالعه بررسی روایی ابزار اندازه‌گیری از طریق اجماع متخصصان (اعتبار صوری)

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-09-11]

[DOI: 10.22034/13.4.7]

صورت گرفت. هم‌چنین جهت تعیین پایایی ابزار، ۳۰ نفر از اعضای جامعه مورد پژوهش، پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند که در این مورد از آزمون آلفا کرونباخ استفاده شد.

جهت ارزیابی سطح سلامت، از پرسشنامه استاندارد SF-36بهره گرفته شد، که توسط ویر و شربون ساخته شده است (۱۸). این ابزار شامل ۳۶ عبارت است و هشت حوزه مختلف سلامت را مورد ارزیابی قرار می‌دهد: عملکرد جسمانی، محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی، محدودیت‌های ایفای نقش بر اثر مشکلات هیجانی، میزان انرژی و نشاط، سلامت عاطفی، عملکرد اجتماعی، میزان درد و سلامت عمومی. دامنه‌ی نمرات بین صفر تا ۱۰۰ است و نمره‌ی بالاتر نشان‌دهنده‌ی سلامت بهتر است. روایی نسخه‌ی ترجمه‌شده‌ی فارسی این پرسشنامه در ایران در مطالعه‌ی منتظری و همکاران تأیید شده است (۱۹). در این مطالعه بررسی روایی ابزار اندازه‌گیری از طریق اجماع متخصصان (اعتبار صوری) صورت گرفت. هم‌چنین جهت تعیین پایایی ابزار، ۳۰ نفر از اعضای جامعه‌ی مورد پژوهش، پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند که در این مورد از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد.

تجزیه‌وتحلیل آماری

در این مطالعه به‌منظور توصیف مشخصات کلی داده‌ها، در اولین مرحله از شاخص‌های مرکزی (مانند میانگین و میانه) و شاخص‌های پراکندگی (ازجمله انحراف‌معیار و دامنه ی میان‌چارکی) استفاده گردید. جهت مقایسه‌ی توزیع متغیر سلامت در سطوح مختلف متغیرهای دو سطحی، آزمون ناپارامتریک من-ویتنی به کار گرفته شد. هم‌چنین، در خصوص متغیرهای رسته‌ای با بیش از دو سطح، از آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه استفاده گردید. به منظور بررسی میزان تأثیر متغیرهای حمایت اجتماعی و سرمایه‌ی اجتماعی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت مراجعه‌کنندگان، مدل‌های رگرسیون خطی چندگانه به‌کار گرفته شدند. تمامی تحلیل‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام گرفت و سطح معناداری در تمام آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این مطالعه میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان ۳۹/۱۸±۷۹/۹۱ سال بود. از نظر جنسیت، ۶۰/۶٪ مرد (۱۵۴ نفر) و ۳۵٪ زن (۹۰ نفر) بودند. میانگین و انحراف معیار سابقه‌کار در نمونه، ۱۰/۶۵±۹/۷۹ سال محاسبه شد. در رابطه با وضعیت تاهل، ۴۶/۵٪ مجرد (۱۱۸ نفر) و ۴۱/۱٪ متاهل (۱۱۲ نفر) بودند.

در تحقیق حاضر، نمره‌ی سلامت با میانگین ۹۳/۷۸ و انحراف‌معیار ۵۹/۹۳ گزارش شد (جدول ۱). میانگین نمره ی حمایت اجتماعی ۶۴/۸۴ و سرمایه‌ی اجتماعی ۶۵/۸۸ به دست آمد.

بر اساس نتایج، در ارتباط با سرمایه‌ی اجتماعی و حمایت اجتماعی، تفاوت معناداری بر حسب جنسیت مشاهده نشد ($P>0/05$) اما در مورد سلامت، زنان نمره ی سلامت بالاتری نسبت به مردان داشتند ($P=0/04$). هم‌چنین، بر اساس وضعیت تاهل، نتایج جدول ۲ نشان می دهد که تفاوت معناداری در سلامت، سرمایه‌ی اجتماعی و حمایت اجتماعی وجود ندارد ($P>0/05$).

با توجه به نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون، متغیرهای حمایت اجتماعی ($P=0/001$) و جنسیت ($P=0/005$) ارتباط معنادار آماری با متغیر وابسته سلامت داشتند و حمایت اجتماعی قوی ترین پیش بینی کننده ی سلامت بود (جدول ۳).

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای سرمایه‌ی اجتماعی، حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی

متغیر	میانگین± انحراف معیار	تعداد	کمترین	بیشترین
سلامت	۵۹/۹۳±۹۳/۷۸	۲۴۹	۴۷/۶۵	۷۴/۵۰
حمایت اجتماعی	۴۹/۶۴±۷۱/۸۴	۲۴۳	۲۹/۵۷	۷۴/۷۸
سرمایه ی اجتماعی	۶۶/۶۵±۱۰/۸۸	۲۴۷	۳۵	۸۹/۴۴

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-09-11]
[DOI: 10.22034/13.4.7]

جدول ۲. آزمون تفاوت میانگین سرمایه‌ی اجتماعی، حمایت اجتماعی و سلامت بر حسب متغیرهای جنسیت و تاهل

متغیر		سرمایه‌ی اجتماعی میانگین± انحراف‌معیار	حمایت اجتماعی میانگین± انحراف‌معیار	سلامت میانگین± انحراف‌معیار
جنسیت	زن	۶۱/۸ ± ۱۰/۶۸	۵۰/۱۰ ± ۷/۵۰	۵۸/۸۸ ± ۴/۴۳
	مرد	۶۱/۹۲ ± ۱۰/۹۵	۴۹/۱۰ ± ۸/۰۱	۶۰/۳۶ ± ۴/۸۶
Z		-۰/۱۷	-۰/۹۲	-۲/۰۵
P-value		۰/۸۶۰	۰/۳۲۷	۰/۰۴
وضعیت تاهل	مجرد	۶۲/۸۳ ± ۱۰/۵۵	۴۸/۳۴ ± ۷/۸۷	۵۹/۰۸ ± ۴/۱۷
	متاهل	۶۰/۳۷ ± ۱۱/۱۴	۵۰/۲۵ ± ۷/۹۹	۶۰/۲۸ ± ۵/۰۲
Z		-۱/۸۰	-۱/۸۰	-۱/۸۹
P-value		۰/۰۷	۰/۰۷	۰/۰۶

جدول ۳. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون برای پیش بینی متغیر وابسته سلامت

متغییر مستقل	Betaضریب استانداردشده	ضریب رگرسیونی غیراستاندارد	SE	P-value	t
سرمایه‌ی اجتماعی	-۰/۱۳	-۰/۰۵	۰/۰۳	۰/۰۶	-۱/۹۱
حمایت اجتماعی	۰/۲۹	۰/۱۷	۰/۰۴	۰/۰۰۱	۴/۲۴
جنسیت	-۰/۱۸	-۱/۷۳	۰/۶۱	۰/۰۰۵	-۲/۸۰
وضعیت تاهل	۰/۱۲	۱/۱۲	۰/۵۹	۰/۶۲	۱/۸۳

بحث

شناخت عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، بسترساز توسعه ی سیاست‌ها و برنامه‌های تقویت شبکه‌های حمایتی و اعتماد جامعه است که می‌تواند منجر به بهبود سطح سلامت، کاهش نابرابری‌ها و ارتقاء کیفیت زندگی شود. این پژوهش با هدف تحلیل نقش حمایت و سرمایه‌ی اجتماعی در سلامت افراد مراجعه‌کننده به بیمارستان هرات، قصد دارد راهکارهای سلامت‌محور و سیاست‌های اثربخش را توسعه داده و به بهبود سلامت در مناطق با ساختار فرهنگی و اجتماعی خاص مانند هرات کمک کند. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین سرمایه‌ی اجتماعی با سلامت رابطه معکوس و منفی وجود دارد و هرچه سرمایه‌ی اجتماعی بیشتر باشد، نمره ی سلامت کاهش می یابد و بالعکس. رابطه ی منفی غیرمنتظره بین سرمایه‌ی اجتماعی و نتایج سلامت در مطالعه حاضر می‌تواند به چند عامل مختلف نسبت داده شود. اول آن که، ماهیت سرمایه‌ی اجتماعی ممکن است پیامدهای منفی هم داشته باشد؛ در حالی‌که روابط قوی و حمایت‌گر ممکن است منابع و حمایت‌هایی فراهم کنند که گاهی اوقات منجر به فشار گروهی، رفتارهای ناسالم یا طرد غیرعضو شود که این عوامل می‌تواند بر سلامت فرد تأثیر منفی بگذارد. هم‌چنین، عوامل زمینه‌ای نظیر محیط فرهنگی و اجتماعی می‌توانند بر این رابطه تأثیر گذارند؛ برای مثال، در برخی جوامع، فشار برای تطابق با هنجارهای گروهی ممکن است افراد را به سمت رفتارهای ناسالم سوق دهد، حتی اگر سطح سرمایه‌ی اجتماعی بالا باشد. به علاوه، خطرات بهداشتی در شبکه‌های اجتماعی می‌تواند منجر به عادی‌سازی رفتارهای پرخطر هم‌چون مصرف موادمخدر یا رژیم غذایی ناسالم شود، بنابراین فرد با وجود شبکه قوی ممکن است سلامت خود را به خطر اندازد. علاوه بر این، ابزار اندازه‌گیری مورد استفاده در مطالعات مختلف ممکن است حساسیت کافی نداشته باشد و به همین دلیل رابطه ی واقعی را به‌درستی نشان ندهد. عوامل جمعیتی نیز در این زمینه نقش دارند. هم‌چنین، اثرات سرمایه‌ی اجتماعی ممکن است در طول زمان ظاهر شوند؛ یعنی، مزایای آن ممکن است پس از گذر زمان، به‌طور ملموس تری آشکار شود. در دوره‌های انتقالی یا سازگاری، ممکن است اثرات کوتاه‌مدت منفی بر سلامت همزمان با شکل‌گیری شبکه‌های اجتماعی مشاهده گردد که در بلندمدت به نتایج مثبت منجر می‌شود (۲۰, ۲۱). در صورتی که نتایج یافته‌های قبلی نشان می‌دهند که سرمایه‌ی اجتماعی می‌تواند در ترویج

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-09-11]
[DOI: 10.22034/13.4.7]

سبک‌های زندگی سالم، رفتارهای بهداشتی و روندهای سلامت‌محور نقش مؤثری ایفا کند (۱۳, ۲۲). روابط نزدیک و اعتماد متقابل در درون جوامع، منجر به افزایش نظارت بر اعضا و فعال‌سازی مکانیزم‌های کنترل اجتماعی می‌شود که در پیشگیری از رفتارهای ناسازگار با هنجارهای سلامت‌محور مؤثر است (۹). هم‌چنین، سرمایه‌ی اجتماعی با تقویت اعتماد در روابط بین‌فردی و شکل‌گیری هنجارهای متقابل، توسعه روابط عمیق و حمایت‌های اجتماعی را تسهیل می‌کند، که این عوامل به نوبه خود سلامت جسمی و روانی افراد را بهبود می بخشند (۱۳). بنابراین، نیاز است تحقیقات بیشتری صورت گیرد تا جزئیات ارتباط پیچیده بین سرمایه‌ی اجتماعی و سلامت در بافت خاص مورد مطالعه، بررسی شود.

در پژوهش حاضر، رابطه مثبت و معناداری بین حمایت اجتماعی و سلامت افراد مراجعه‌کننده به بیمارستان حوزوی هرات افغانستان مشاهده شد. این نتایج نشان می‌دهند که افزایش سطح حمایت اجتماعی در این جمعیت با بهبود شاخص‌های سلامت جسمی و روانی همراه است. از نظر تئوریکی، حمایت اجتماعی می‌تواند به عنوان منبعی عاطفی و ابزار مقابله‌ای عمل کند که در بهبود سلامت روان نقش اساسی دارد. سطوح بالای حمایت اجتماعی با کاهش اضطراب، افسردگی و استرس مرتبط است، که این عوامل به نوبه خود در ارتقای سلامت کلی و سازگاری بهتر با محیط درمانی مؤثرند (۲۳). مطالعات متعدد نشان می‌دهند که حمایت اجتماعی در ارتقای رفتارهای سلامت‌محور اهمیت دارد. این نقش در تشویق به رعایت دستورات پزشکی، فعالیت‌های فیزیکی، رژیم غذایی سالم و رعایت نکات بهداشتی در جهت ارتقای سلامت جسمانی و روانی مؤثر است (۱۱, ۲۳). هم‌چنین، نقش همسالان و خانواده در حمایت‌های عملی و روانی، به عنوان عناصر کلیدی در ایجاد محیط حمایتی، می‌تواند رفتارهای سالم‌تر را در بیماران توسعه دهد و چرخه‌ای مثبت در گروه‌های اجتماعی و مراکز درمانی ایجاد کند (۱۲). یافته‌های مطالعه حاضر در راستای نتایج مطالعات پیشین قرار دارند. به عنوان مثال در مطالعه‌ی محمدنبی زاده و همکاران با هدف سنجش سلامت دانشجویان و عوامل اجتماعی تاثیرگذار بر آن با تاکید بر حمایت اجتماعی، سرمایه‌ی اجتماعی، انزوای اجتماعی و رضایت از زندگی در میان دانشجویان، رابطه مثبت و معناداری بین حمایت اجتماعی و سلامت مشاهده شد (۱۰). هم‌چنین، یافته‌های مطالعه‌ی کیم و همکاران نشان می‌دهند که نبود حمایت اجتماعی می‌تواند زمینه‌ساز بروز مشکلات روانی مانند افسردگی و کاهش رضایت مندی از خدمات سلامت شود (۹).

نتایج پژوهش حاضر نشان دهنده ی وجود تفاوت معنادار میان سلامت و جنسیت بود، به طوری که سلامت در مردان نسبت به زنان بالاتر گزارش شده است. سازمان بهداشت جهانی نیز تأکید دارد که جنسیت یکی از تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت است و قرار گرفتن در نقش‌های جنسی و هنجارهای مربوطه نقش مهمی در دسترسی زنان و مردان به خدمات بهداشتی و نحوه‌ی پاسخگویی نظام‌های سلامت به نیازهای متفاوت آن‌ها دارد (۲۴, ۲۵). این یافته‌ها نشان می‌دهند که نقش‌های اجتماعی و فرهنگی، ساختارهای تبعیض‌آمیز، و فرصت‌های برابر، تأثیر قابل توجهی بر سلامت زنان و مردان دارند. بنابراین، سیاست‌ها و برنامه‌های سلامت باید با در نظر گرفتن این تفاوت‌ها طراحی شوند تا بتوانند نیازهای خاص هر جنس را برآورده سازند و به کاهش نابرابری‌های سلامت کمک نمایند. شارما و همکاران در مطالعات خود به این نتیجه رسیده‌اند که کلیشه‌های منفی درونی و محدودیت‌های مربوط به منابع روانی و اجتماعی، زنان را نسبت به مردان آسیب‌پذیرتر می‌سازد (۲۶). پژوهش وود و فیکسمر نشان می‌دهد که تقسیم‌کارهای جنسی و تبعیض جنسی در خانواده‌های سنتی، موانع مهمی برای مشارکت فعال زنان در فعالیت‌های خارج از منزل ایجاد می‌کند. در مقابل، در خانواده‌های مدرن، این موانع کاهش یافته است و زنان کمتر با محدودیت‌های تبعیض‌آمیز مواجه هستند (۲۷).

یافته‌های این مطالعه نشان می دهند که بین وضعیت تاهل و سلامت اجتماعی افراد، رابطه معناداری وجود ندارد. در واقع، میانگین نمره ی سلامت اجتماعی در افراد متأهل و مجرد تفاوت قابل توجهی نداشت و این یافته با نتایج مطالعه‌ی مظفری و همکاران مطابقت دارد که نشان می‌دهد وضعیت تاهل تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر سلامت ندارد (۲۸). در صورتی که نتایج مطالعه ی عبدالله‌تبار و همکاران نشان دادند که بین سلامت و وضعیت تاهل رابطه ی معناداری وجود دارد و میانگین نمره‌ی سلامت در دانشجویان متأهل بیشتر از دانشجویان مجرد است

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-09-11]
[DOI: 10.22034/13.4.7]

(۲۹). هم‌چنین، پژوهش راس و میروسکی نیز حاکی از آن است که وضعیت تاهل در
نشان می‌دهند که تأثیر وضعیت تاهل بر سلامت ممکن است به عوامل دیگری مانند عوامل فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و زمینه‌ای وابسته باشد و نیازمند بررسی‌های بیشتر است. تفاوت در نتایج ممکن است به تفاوت در عوامل جمعیت شناختی نمونه‌های مورد مطالعه، سطح تعمیم‌پذیری، و نوع ابزاری که برای سنجش سلامت و وضعیت تاهل استفاده شده است، مرتبط باشد.

نقاط قوت، محدودیت ها و پیشنهادات: این مطالعه از نقاط قوت قابل توجهی برخوردار است، ازجمله تمرکز بر عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت در جامعه‌ی بومی و محلی هرات که تاکنون مورد بررسی قرار نگرفته است، استفاده از ابزارهای استاندارد جهت افزایش اعتبار نتایج، و تحلیل جامع و چند جانبه شامل آزمون‌های مقایسه‌ای و مدل‌های رگرسیون برای بررسی روابط بین عوامل اجتماعی و سلامت. هم‌چنین، شناسایی نقش حمایت اجتماعی به عنوان قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده سلامت، و بررسی تأثیرات جنسیت و تاهل، کمک می‌کند تا درک عمیق‌تری از عوامل موثر در سلامت حاصل شود. در نهایت، نتایج این مطالعه می‌توانند راهکارهای عملی و سیاست‌های مؤثر در توسعه برنامه‌های سلامت، به‌ویژه در مناطق با ساختار فرهنگی و اجتماعی خاص، ارائه دهند ازجمله محدودیت‌های این مطالعه می توان به مواردی از قبیل عدم همکاری بیماران و بیمارستان که با توضیح عنوان طرح و کاربرد طرح برای سیاست گذاران مایل به همکاری شدند، حکومت طالبان و پایین بودن سطح سواد بیماران که با توضیح دادن کامل سوالات و تکمیل پرسشنامه مشکل حل شد، اشاره کرد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه ی حاضر نشان دادند که حمایت اجتماعی و سرمایه‌ی اجتماعی ارتباط معناداری با سلامت داشتند و حمایت اجتماعی قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده سلامت بود، که تاییدی بر اهمیت این عوامل در ارتقاء سلامت روان و اجتماعی افراد است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که هرچند وضعیت تاهل ممکن است در برخی موارد تأثیرگذار باشد، اما عوامل گسترده‌تری مانند حمایت اجتماعی و سرمایه‌ی اجتماعی نقش مؤثرتری در تبیین و پیش‌بینی سلامت افراد دارند. در سیاست‌گذاری‌های سلامت، تمرکز بر توسعه شبکه‌های حمایت اجتماعی و تقویت سرمایه‌ی اجتماعی می‌تواند اثرات مثبت قابل توجهی بر سلامت کلی جامعه داشته باشد. حفظ و ارتقاء روابط اجتماعی و حمایت‌های عاطفی و عملی، باید در برنامه‌های سلامت و بهداشت لحاظ گردد تا سلامت اجتماعی و به تبع آن، سلامت کلی افراد بهبود یابد.

تشکر و قدردانی: بدین‌وسیله از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مشهد و همچنین از کارکنان و بیماران مراجعه کننده به بیمارستان حوزوی هرات که در انجام این پژوهش همکاری کردند، تقدیرو تشکر می گردد.

تعارض منافع: در این مقاله هیچ تضاد منافعی وجود ندارد.

حمایت مالی: حمایت مالی این پژوهش توسط دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد.

ملاحظات اخلاقی: مطالعه‌ی حاضر پس از اخذ کد اخلاق (IR.MUMS.FHMPM.REC.1402.235) از کمیته‌ی اخلاق در پژوهش دانشگاه به اجرا درآمد. قبل از توزیع پرسشنامه به مشارکت‌کنندگان، اطلاعات کاملی در مورد روند اجرا و چگونگی انجام مطالعه ارائه شد و هم‌چنین از آن‌ها رضایت‌نامه کتبی جهت همکاری در مطالعه دریافت گردید. در این فرآیند، به واحدهای پژوهش تضمین داده شد که اطلاعاتشان محرمانه باقی می‌ماند و پرسشنامه‌ها بی‌نام هستند. هم‌چنین شرکت در مطالعه کاملاً داوطلبانه بود. برای افراد زیر ۱۸ سال نیز رضایت کتبی برای شرکت در مطالعه از قیم قانونی آنان دریافت گردید.

سهم نویسندگان: مهدی ورمقانی، سحر محمد نبی زاده و الهام غوثی: طراحی، اجرای پژوهش و نگارش مقاله. وحید قوامی: مشارکت در طراحی پژوهش، تجزیه وتحلیل داده‌ها و نگارش مقاله.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-09-11]

[DOI: 10.22034/13.4.7]

References

1. Amiri M, Chaman R, Khosravi A. The Relationship Between Health-Promoting Lifestyle and Its Related Factors with Self-Efficacy and Well-Being of Students. Osong Public Health Res Perspect. 2019;10(4):221-7. https://doi.org/10.24171/j.phrp.2019.10.4.04 PMid:31497493 PMCid:PMC6711714
2. Maheri AB, Bahrami M-N, Sadeghi R. The situation of health-promoting lifestyle among the students living in dormitories of Tehran University of Medical Sciences, Iran. Health and Development Journal. 2013;1(4):275-86.
3. Mansouri M, Sharifi F, Varmaghani M, Yaghubi H, Tabrizi YM, Raznahan M, et al. Iranian university students lifestyle and health status survey: study profile. Journal of Diabetes & Metabolic Disorders. 2017;16:1-10. https://doi.org/10.1186/s40200-017-0329-z PMid:29270393 PMCid:PMC5738704
4. Munoz-Laboy M, Severson N, Perry A, Guilamo-Ramos V. Differential impact of types of social support in the mental health of formerly incarcerated Latino men. Am J Mens Health. 2014;8(3):226-39. https://doi.org/10.1177/1557988313508303 PMid:24323767 PMCid:PMC4565496
5. Semmer N, Elfering A, Jacobshagen N, Perrot T, Beehr T, Boos N. The Emotional Meaning of Instrumental Social Support. International Journal of Stress Management. 2008;15:235-251. https://doi.org/10.1037/1072-5245.15.3.235
6. Maan Diong S, Bishop GD, Enkelmann HC, Tong EM, Why YP, Ang JC, et al. Anger, stress, coping, social support and health: Modelling the relationships. Psychology & Health. 2005;20(4):467-95. https://doi.org/10.1080/08870440405123313339 60
7. Agampodi TC, Agampodi SB, Glozier N, Siribaddana S. Measurement of social capital in relation to health in low and middle income countries (LMIC): a systematic review. Soc Sci Med. 2015;128:95-104. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.01.005 PMid:25596373
8. Gilbert KL, Quinn SC, Goodman RM, Butler J, Wallace J. A meta-analysis of social capital and health: a case for needed research. J Health Psychol. 2013;18(11):1385-99. https://doi.org/10.1177/1359105311435983 PMid:23548810 PMCid:PMC4236001
9. Kim D, Subramanian SV, Kawachi I. Social capital and physical health: a systematic review of the literature. Social capital and health. 2008:139-90. https://doi.org/10.1007/978-0-387-71311-3_8
10. Mohammadnabizadeh S, Sharifi F, Varmaghani M. Analysis of the Relationships between Health- Related Quality of Life and the Factors of Social Capital, Social Isolation, Social Support, and Life Satisfaction: A Structural Equation Modeling. Journal of Health Sciences & Surveillance System. 2025;13(2):193-200.
11. Sirgy MJ, Gao T, Young RF. How Does Residents' Satisfaction with Community Services Influence Quality of Life (QOL) Outcomes? Applied Research in Quality of Life. 2008;3(2):81-105. https://doi.org/10.1007/s11482-008-9048-4
12. Mo PK, Mak WW. Application of the PRECEDE model to understanding mental health promoting behaviors in Hong Kong. Health Educ Behav. 2008;35(4):574-87. https://doi.org/10.1177/1090198108317409 PMid:18562578
13. Hashemipour M, Farahaninia M, Kashaninia Z, Haghani H. Relationship between social capital and health-promoting lifestyle in nursing students. Journal of Client-Centered Nursing Care. 2020;6(4):223-30.
14. Onyx J, Bullen P. Measuring social capital in five communities. The journal of applied behavioral science. 2000;36(1):23-42. https://doi.org/10.1177/0021886300361002
15. Eftekharian R, Kaldi A, Sum S, Sahaf R, Fadaei Vatan R. Validity and Reliability of Persian Version of Onyx Social Capital

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-09-11]

[DOI: 10.22034/13.4.7]

Scale in Elderly People. Salmand. 2016;11(1):174-89. https://doi.org/10.21859/sija-1101174
16. Vaux A, Phillips J, Holly L, Thomson B, Williams D, Stewart D. The social support appraisals (SS-A) scale: Studies of reliability and validity. American Journal of Community Psychology. 1986;14(2):195-219. https://doi.org/10.1007/BF00911821
17. Pourseyyed SM, Motevalli MM, Pourseyyed SR, Barahimi Z. Relationship of Perceived Stress, Perfectionism and Social Support with Students' Academic Burnout and -Academic Performance. Bimonthly of Education Strategies in Medical Sciences. 2015;8(3):187-94.
18. Ware JE, Jr. SF-36 health survey update. Spine (Phila Pa 1976). 2000;25(24):3130-9. https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00008 PMid:11124729
19. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. Qual Life Res. 2005;14(3):875-82. https://doi.org/10.1007/s11136-004-1014-5 PMid:16022079
20. Pinxten W, Lievens J. The importance of economic, social and cultural capital in understanding health inequalities: using a Bourdieu-based approach in research on physical and mental health perceptions. Sociol Health Illn. 2014;36(7):1095-1110. https://doi.org/10.1111/1467-9566.12154 PMid:25040507
21. Ehsan A, Klaas HS, Bastianen A, Spini D. Social capital and health: A systematic review of systematic reviews. SSM Popul Health. 2019;8:100425. https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2019.100425 PMid:31431915 PMCid:PMC6580321
22. Szreter S, Woolcock M. Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. Int J Epidemiol. 2004;33(4):650-67. https://doi.org/10.1093/ije/dyh013 PMid:15282219
23. Thoits PA. Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. J Health Soc Behav. 2011;52(2):145-61. https://doi.org/10.1177/0022146510395592 https://doi.org/10.2307/2136511 PMid:21673143
24. Global Recommendations on Physical Activity for Health. Geneva: World Health Organization. 2010; p. 60. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305060/.
25. Varmaghani M, Kebriaeezadeh A, Sharifi F, Sheidaei A, Rashidian A, Moradi-Lakeh M, et al. Death-specific rate due to asthma and chronic obstructive pulmonary disease in Iran. Clin Respir J. 2018;12(6):2075-83. https://doi.org/10.1111/crj.12776 PMid:29405628
26. Sharma S, Sharma M. Self, social identity and psychological well-being. Psychological studies. 2010;55:118-36. https://doi.org/10.1007/s12646-010-0011-8
27. Wood JT, Fixmer-Oraiz N. Gendered lives: Communication, gender, and culture: Cengage. 2019; 312
28. Mozaffari N, Dadkhah B, Shamshiri M, Mohammadi MA, Nayeri ND. The status of social well-being in Iranian nurses: A cross-sectional study. Journal of caring sciences. 2014;3(4):239-246.
29. Abdollah Tabar H, Kaldi A, Salehi M. A study of social well-being among students. Social Welfare Quarterly. 2008;8(30):171-90.
30. Ross CE, Mirowsky J. Sex differences in the effect of education on depression: resource multiplication or resource substitution? Social science & medicine. 2006;63(5):1400-13. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.03.013 PMid:16644077

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-09-11]

[DOI: 10.22034/13.4.7]