دوماهنامه طبّ جنوب
پژوهشکده زیست-پزشکی خلیج فارس
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
سال هجدهم، شماره ۴، صفحه ۷۹۹ – ۷۸۶ (مهر و آبان ۱۳۹۴)

ISMJ 2015;18(4): 786-799

فراتحلیل رابطه شاخصه‌های روانی– اجتماعی با سلامت روانی

ایوب فیضی [۱*]، جواد مصرآبادی [۲]، کویستان محمدیان [۱]، آمنه آق‌آتابای [۱]

[۱] گروه تحقیقات آموزشی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان
[۲] گروه روانشناسی تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان

(دریافت مقاله: ۹۳/۴/۴- پذیرش مقاله: ۹۳/۶/۲)

چکیده

زمینه: گسترش پژوهش‌های انجام گرفته در حوزه عوامل مؤثر بر سلامت روانی از جمله عوامل اجتماعی زمینه را برای ترکیب این پژوهش‌ها فراهم می‌کند. بنابراین این پژوهش با هدف محاسبه اندازه اثر ترکیبی پژوهش‌های انجام شده در حوزه شاخصه‌های اجتماعی با سلامت روانی انجام گرفته است.

مواد و روش‌ها: روش مورد استفاده در این پژوهش فراتحلیل می‌باشد. جهت نیل به این هدف در پژوهش حاضر از یافته‌های کمّی ۴۶ پژوهش استفاده شد که از این مطالعات ۷۷ اندازه اثر محاسبه گردید. مطالعاتی که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفتند از بانک‌های اطلاعاتی سایت خصوصی بانک مجلات ایران، پایگاه مجلات تخصصی نور، پایگاه جهاد دانشگاهی کشور و مجموعه مقالات منتشر شده در همایش‌های سلامت روانی دانشجویان جمع‌آوری شدند و بعد از بررسی ملاک‌های ورود و خروج مطالعات، اندازه اثرهای همبستگی پژوهش‌های منتخب با نرم‌افزار **CMA2** مورد تحلیل قرار گرفت. همچنین در این پژوهش دو مدل تصادفی و ثابت محاسبه شدند که با توجه به نتایج تحلیل ناهمگنی از طریق شاخص‌های **Q** و مجذور **I**، مدل تصادفی انتخاب شد.

یافته‌ها: نتایج نشان دادند که اندازه اثر ترکیبی پژوهش‌های مورد بررسی پس از حذف ۱۰ اندازه اثر ۰/۱۳۹ به‌دست آمد. مقدار اندازه اثر ترکیبی پژوهش‌ها بر اساس شاخص کوهن کم محاسبه شد. همچنین، نتایج مربوط به تحلیل ناهمگنی حاکی از وجود متغیرهای تعدیل کننده در پژوهش‌ها بود. شواهد این فراتحلیل در ارتباط با مبانی نظری و تجربی قبلی نشانگر روابط بین دو متغیر سلامت روانی و شاخص‌های اجتماعی است.

نتیجه‌گیری: باتوجه به نتایج فراتحلیل می‌توان گفت برای موفقیت در برنامه‌های بهداشت و روان توجه به مسائل فرهنگی و اجتماعی ضروری خواهد بود.

واژگان کلیدی: شاخصه‌های اجتماعی، سلامت روانی، فراتحلیل، اندازه اثر

* تبریز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان

Email:Faizy.edu@gmail.com

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-10-30]

مقدمه

در قرن بیست و یکم شیوه‌های زندگی و روابط اجتماعی و مسایل مربوط به سلامتی دست خوش تغییر و دگرگونی شده است و از طرفی فرایند صنعتی شدن و گسترش سریع شهرنشینی، سبک زندگی افراد را به شدت متأثر ساخته، تأثیر زیادی بر سلامت روانی و جسمانی افراد گذاشته است (۱).

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی[1] سلامتی عبارت است از: حالت سلامتی کامل جسمی، روانی و اجتماعی، معنوی و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی، که در آن فرد به توانایی‌های خودش پی می‌برد، می‌تواند با استرس‌های معمول زندگی کنار آید، به صورت ثمربخش و مولد کار کند و قادر به کمک به جامعه باشد (۲). بنابراین، با در نظر گرفتن سلامتی به عنوان مفهومی متأثر از مجموعه‌ی پیچیده از عوامل زیستی، روانی- اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، مذهبی، و محیطی باید اذعان داشت که در این معنا، سلامتی دیگر تنها دغدغه دست‌اندرکاران علوم پزشکی نیست، بلکه تمامی دانشمندان علوم اجتماعی، به ویژه جامعه‌شناسان و روان‌شناسان، به بررسی آن علاقه‌مند می‌گردند (۳).

جامعه‌شناسان براین باورند که سلامتی و بیماری روانی، صرفاً واقعیتی زیست‌شناختی و یا روان‌شناختی نیستند، بلکه به طور هم‌زمان، دارای ابعاد و ماهیت اجتماعی نیز می‌باشند. عوامل اجتماعی، همان‌گونه که می‌توانند نقش مهمی در ایجاد، حفظ و ارتقای سلامتی ایفا نمایند در بروز، شیوع و تداوم بیماری نیز دارای سهم اساسی‌اند. به دیگر سخن، گرچه تردیدی نیست که افراد در میزان آسیب‌پذیری نسبت به بیماری‌های روانی با یکدیگر تفاوت‌های زیستی و فردی دارند، اما مسئله این است که میزان این تفاوت‌ها تحت تأثیر موقعیت اجتماعی و حتی مهم‌تر از آن، برداشتی که افراد از آن موقعیت دارند به مراتب بیش‌تر می‌شود. از آن‌جا که گروه‌های مختلف اجتماعی به دلیل ویژگی‌ها و مشخصه‌های اجتماعی خود نسبت به ابتلا به بیماری‌های روانی با یکدیگر تفاوت دارند و برخی اقشار اجتماعی آسیب‌پذیری کم‌تری دارند، و نیز این ویژگی‌های اجتماعی تا حد زیادی تعیین‌کننده شیوه پاسخ‌دهی مردم به نارحتی‌ها و مشکلات روانی است و سرانجام این‌که اثر روش‌های گوناگون مواجهه و مقابله با عوارض ناشی از مشکلات روانی نیز تحت تأثیر ویژگی‌ها و مشخصه‌های اجتماعی افراد و اقشار مختلف خواهد بود، توجه به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روانی بسیار مهم است (۵-۳). در واقع، باتوجه به نظریه «تولید اجتماعی بیماری روانی» که بیماری روانی را تولید اجتماعی می‌داند و وضعیت اجتماعی- اقتصادی نامطلوب آن‌ها، نقش‌های اجتماعی، روابط در خانواده، میزان فعالیت‌های روزمره، سطح تحصیلات و درآمد پایین، قومیت و غیره عوامل مهم مؤثر بر بیماری روانی، می‌توان پی‌برد که بهداشت‌روانی و بیماری‌روانی، به طور گسترده‌ای نتیجه آثار اجتماعی است (۶ و ۷).

طی چند دهه اخیر پژوهش در حوزه‌ی رابطه بین شاخص‌های اجتماعی و سلامت روانی مورد توجه و علاقه بسیاری از پژوهشگران داخل و خارج کشور بوده است. از جمله‌ی این شاخص‌ها می‌توان به رضایت از زندگی، حمایت اجتماعی، مهارت اجتماعی، خانواده، شیوه‌های فرزندپروری، سرمایه اجتماعی، کیفیت زندگی، مسائل زناشویی و غیره

[1] World Health Organization(WHO)

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-10-30]

اشاره کرد. به طوری که پژوهشگران در این پژوهش‌ها به نتایج متفاوتی دست یافته‌اند. برای مثال، در ارتباط با سلامت روانی و حمایت اجتماعی (۱۳–۸)، کیفیت زندگی (۱۶–۱۴)، سرمایه اجتماعی (۱۹–۱۷)، رضایت (۲۲–۲۰) کارایی خانواده (۲۳ و ۲۴) روابط مثبتی به دست آوردند. این در حالی است که در ارتباط با سلامت روان و کیفیت زندگی (۱۴ و ۲۵)، سرمایه اجتماعی (۲۶ و ۲۷) و حمایت اجتماعی (۳۲–۲۸) به نتایج منفی یا غیرمعنادار دست یافتند. وجود این گونه تناقضات در پژوهش‌های انجام شده در داخل کشور ضرورت انجام فراتحلیل را به منظور ترکیب نتایج عددی حاصل از چند مطالعه فراهم می‌کند.

پژوهش‌هایی با رویکرد فراتحلیلی در مورد برخی از این شاخص‌ها، از جمله حمایت و سرمایه‌ی اجتماعی انجام شده است. برای مثال، گیلبرت (Gilbert) و همکاران در فراتحلیلی به بررسی مطالعات انجام شده در حوزه سرمایه اجتماعی و سلامت پرداختند. آن‌ها با مرور ۳۹ مطالعه در ارتباط با موضوع نشان دادند که سرمایه اجتماعی ۲۷ درصد سلامت را افزایش می‌دهد (۳۳). داسیلوا (De Silva) و همکاران به مرور ۲۱ پژوهش انجام شده در مورد رابطه سرمایه اجتماعی و بیماری روانی پرداختند. از بین این پژوهش‌ها ۱۴ مطالعه سرمایه اجتماعی را در سطح فردی و ۷ مطالعه در سطح بوم شناختی اندازه‌گیری کرده بودند.

پژوهش‌های قبلی رابطه‌ی معکوسی را بین سرمایه‌ی اجتماعی شناختی و بیماری‌های روانی عمومی پیشنهاد کرده بودند، در حالی که در این پژوهش شواهد متوسطی برای رابطه‌ی معکوس سرمایه اجتماعی شناختی و بیماری روانی کودکان، و اندازه‌های ترکیبی سرمایه اجتماعی و بیماری‌های روانی عمومی وجود داشت. هفت مطالعه‌ای که سرمایه اجتماعی را در سطح اکولوژیکی بررسی کرده بودند به دلیل تفاوت در روش‌شناسی، جامعه مورد بررسی و نتایج بیماری روانی قابل خلاصه شدن نبودند (۳۴). دی‌ماتِو (Di Mateo) با مروری بر ۱۲۲ مطالعه که در فاصله سال‌های ۱۹۴۸ تا ۲۰۰۱ به بررسی حمایت اجتماعی و پایبندی بیماران به درمان پزشکی انجام شده بودند به این نتیجه دست یافت که حمایت اجتماعی ساختاری یا کارکردی با پایبندی بیمار به رژیم‌های درمانی مرتبط است. همچنین، نتایج فراتحلیل آن‌ها نشان داد که اندازه اثرهای متوسط و معناداری بین پایبندی و حمایت اجتماعی عملی، عاطفی و تک بعدی؛ انسجام و تعارض خانواده؛ وضعیت تأهل؛ و تنظیم زندگی بزرگسالان وجود دارد (۳۵).

وانگ (Wang) و همکاران در فراتحلیلی به بررسی رابطه مطالعات انجام شده در حوزه حمایت اجتماعی و بازده‌های سلامت در تایوان پرداختند. آن‌ها براساس حالت‌های چهارگانه اسمیز (Smith) از سلامت، ۱۶ متغیر پیامدهای سلامتی را مورد استفاده قرار دادند. نتایج فراتحلیل آن‌ها نشان داد که به جز سازگاری فیزیکی، حمایت اجتماعی می‌تواند همه‌ی بازده‌های سلامتی را به طور معنی‌داری پیش‌بینی کند (۳۶).

یوچینو (Uchino) و همکاران با مروری بر ۸۱ مطالعه که به بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و فرایندهای فیزیولوژیکی پرداخته بودند، نشان دادند که حمایت اجتماعی به شکل قابل اعتمادی به اثرات سودمند مرتبط با جنبه‌های قلب و عروق، غدد درون‌ریز و سیستم ایمنی بدن منجر می‌شود (۳۷).

مرادی و همکاران در پژوهشی به فراتحلیل تحقیقات انجام شده درباره میزان رابطه سلامت روانی و حمایت اجتماعی در ایران پرداختند. آن‌ها از مجموعه پژوهش‌های انجام شده درباره رابطه سلامت روانی و

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-10-30]

حمایت اجتماعی ۸ پژوهش که از لحاظ روش‌شناختی مورد قبول بودند را انتخاب کردند. نتایج نشان داد که اندازه اثر مربوط به میزان رابطه سلامت روانی و حمایت اجتماعی در ایران ۰/۳۶۹ می‌باشد (۱).

بر این اساس و با توجه به آن که در سال‌های اخیر انجام پژوهش‌هایی در راستای بررسی رابطه‌ی شاخص‌های اجتماعی و سلامت روان در داخل کشور رو به افزایش می‌باشد، در کنار این پژوهش‌ها انجام بررسی‌های فراتحلیلی نیز می‌تواند ضمن بازنگری پژوهش‌های پیشین، نتایج آن‌ها را ترکیب و به برآورد دقیق‌تر و نتایج واحدی بیانجامد. طبق نظر دلاور فراتحلیل به حل تناقض‌ها در پژوهش‌های روانشناختی و تربیتی و دیگر علوم رفتاری و رسیدن به نتایج دقیق‌تر کمک می‌کند. در واقع فراتحلیل از تکنیک‌های آماری به منظور برآورد اندازه اثر، شدت و جهت رابطه بین متغیرها استفاده می‌کند (۳۸). باتوجه به آن‌چه گفته شد، پژوهش حاضر در نظر دارد با انجام فراتحلیل به ترکیب نتایج عددی پژوهش‌هایی که در حوزه رابطه شاخص‌های اجتماعی با سلامت روانی در جامعه ایرانی انجام گرفته است، بپردازد.

مواد و روش‌ها

در این پژوهش از روش فراتحلیل استفاده شد. با توجه به اینکه فراتحلیل حاضر در برگیرنده‌ی پژوهش‌های اولیه‌ای از نوع روش تحقیق همبستگی بودند؛ از ضریب همبستگی پیرسون به عنوان شاخص r استفاده شد. کوهن (Cohen) (۳۹) یک طبقه‌بندی کلی تفسیری برای اهمیت نسبی اندازه‌های اثر ارائه داده است که برای اندازه اثرهای خانوده r، مقادیر ۰/۱، ۰/۳ و ۰/۵ به ترتیب نشانگر اندازه‌های اثر کوچک، متوسط و بزرگ هستند.

جامعه و نمونه آماری

واحد تحلیل در فراتحلیل یافته‌های کمّی پژوهش‌های دیگر است؛ بنابراین جامعه آماری این فراتحلیل به تحقیقات در دسترس مرتبط با رابطه شاخص‌های اجتماعی و سلامت روانی در داخل کشور مربوط می‌شود که در بین سال‌های ۱۳۶۹ تا ۱۳۹۱ منتشر شده بودند. بر این اساس جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه پژوهش‌های چاپ شده در مجلات علمی- پژوهشی معتبر (مقالات پژوهشی تمام متنی که در بانک های اطلاعاتی رایانه‌ای) قابل دستیابی بودند. این بانک‌های اطلاعاتی شامل پایگاه جهاد دانشگاهی کشور (SID)، سایت خصوصی بانک مجلات ایران (Magiran) و پایگاه مجلات تخصصی نور (Noormags) و مجموعه مقالات چاپ شده در همایش‌های سراسری بهداشت روانی دانشجویان (دو، سه، پنج و شش) بود که با روش همبستگی به بررسی روابط بین شاخص‌های اجتماعی و سلامت روانی پرداخته بودند.

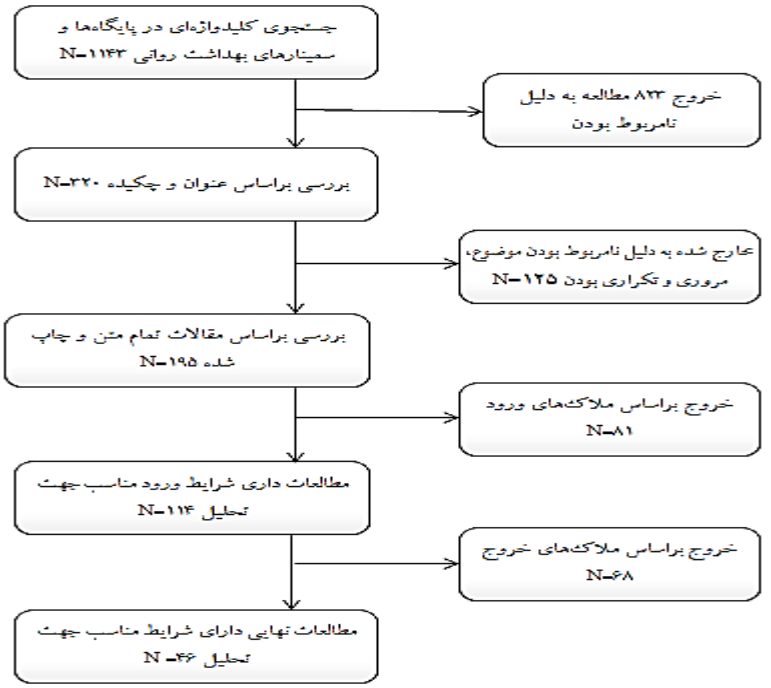
برای انتخاب تحقیقات اولیه از دو چارچوب نمونه گیری بالا، ابتدا کلید واژه‌های معتبر– بر اساس مرور پیشینه پژوهشی به منظور استفاده در جستجوی پژوهش‌های اولیه- تعیین شدند. برای این فراتحلیل کلید واژه‌ها عبارت بودند از: رضایت، حمایت اجتماعی، مهارت اجتماعی، خانواده، فرزندپروری، سرمایه‌ی اجتماعی، کیفیت زندگی، روابط زناشویی، بهداشت روانی، سلامت عمومی، سلامت روان، بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روان‌شناختی. پس از مشخص شدن کلیدواژه‌ها برای انتخاب پژوهش‌های اولیه براساس یک سری ملاک‌های ورود و خروج، تحقیقات انتخاب شدند. ملاک‌های ورود تحقیقات به فراتحلیل عبارت بودند از:

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-10-30]

– در عنوان یا کلیدواژه‌های اثر یکی از کلید واژه‌های تحقیق یا مرتبط به آن‌ها وجود داشته باشد.
– تحقیقات بایستی داده‌های کافی را برای محاسبه اندازه اثر گزارش کرده باشند (تحقیقات مروری نباشند).
– تحقیقات بایستی به‌طور عمومی به صورت مقاله کامل از طریق آن لاین یا به طور کامل چاپ شده قابل دسترس باشند.

جستجوهای دستی طبق ملاک‌های ورود بالا بر اساس کلید واژه‌های ذکر شده از دو چارچوب نمونه‌گیری منجر به شناسایی ۱۱۴ مطالعه گردید که به اشکال مختلف دارای عناوینی بودند که به بررسی روابط شاخص‌های اجتماعی با سلامت روانی پرداخته بودند. با توجه به اینکه تعدادی از این مطالعات برای ورود به تحلیل نهایی مناسب نبودند، با توجه به ملاک‌های خروج زیر تعدادی از این تحقیقات از فرایند تحلیل خارج شدند:

– پژوهش‌هایی که شاخصه‌های دقیق‌تر و جزئی‌تر سلامت روانی (همچون افسردگی، بزهکاری و غیره) را بررسی کرده بودند.
– پژوهش‌هایی که به بررسی رابطه متغیرهای پیش بین با متغیرهای ملاک بی‌ربط پرداخته بودند.
– پژوهش‌هایی که یکی از اطلاعات لازم برای محاسبه اندازه اثر را گزارش نداده بودند.
– پژوهش‌هایی که به گونه تکرار کامل دیگر پژوهش‌ها یا مقالات بودند.



شکل ۱) مراحل انتخاب مطالعات به فراتحلیل

براساس ملاک‌های خروج بالا تعداد ۶۸ پژوهش حذف و در مجموع ۴۶ مطالعه که دارای شرایط علمی و روش‌شناختی مناسب بودند، برای ورود به فراتحلیل انتخاب شدند. لازم به ذکر است از آنجا که بعضی پژوهش‌ها دو یا چند متغیر مستقل یا وابسته و یا مداخله کننده را به کار گرفته بودند، در بعضی موارد

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-10-30]

چند اندازه اثر متفاوت از یک مطالعه در فراتحلیل وارد شد که با این حساب ۷۷ اندازه اثر از این ۴۶ مطالعه به دست آمد. مراحل انجام انتخاب این مطالعات در شکل ۱ و اطلاعات مربوط به پژوهش‌ها در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱) اطلاعات مربوط به پژوهش‌های اولیه

ردیف	پژوهشگران	سال نشر	محل اجرا	نمونه	ردیف	پژوهشگران	سال نشر	محل اجرا	نمونه
۱	بخشی پور	۱۳۸۳	تهران	۳۲۶۱	۲۴	عراقی	۱۳۸۷	شبستر	۴۷۰
۲	چین آوه	۱۳۸۳	تهران	۱۸۰	۲۵	جزایری	۱۳۸۶	آذربایجان غربی-اصفهان	۱۲۰
۳	احمدی	۱۳۸۵	تهران	۱۰۰	۲۶	حسینیان	۱۳۸۴	تهران	۱۰۰
۴	شایان	۱۳۸۹	دامغان	۳۹۱	۲۷	حاجبی	۱۳۸۸	بوشهر	۱۴۹
۵	کارگر یزدی	۱۳۸۹	تهران	۹۷۲	۲۸	پیمان پاک	۱۳۹۱	تهران	۳۰۰
۶	معینی کیا	۱۳۸۹	اردبیل	۳۹۲	۲۹	عفتی دیوشلی	۱۳۹۱	رشت	۱۵۰
۷	رحیمی	۱۳۹۱	شیراز	۶۰۰	۳۰	قاسمی پور	۱۳۸۹	خرم آباد	۱۵۰
۸	زارع	۱۳۹۱	زاهدان	۴۷۱	۳۱	رضاپور	۱۳۹۰	تبریز	۱۰۰
۹	عاشوری	۱۳۹۱	ورامین	۱۸۰	۳۲	اکبری نژاد	۱۳۸۸	تبریز	۱۳۷
۱۰	کمیاز	۱۳۹۱	کرج	۱۲۰	۳۳	شجاع	۱۳۹۰	تهران	۳۲۰
۱۱	نوروزی	۱۳۹۱	شیراز	۳۹۷	۳۴	بخشایش	۱۳۸۸	یزد	۱۰۰
۱۲	نبوی	۱۳۸۸	دزفول	۳۰۰	۳۵	کامران	۱۳۸۸	ساری	۳۰۰
۱۳	تقی ایمان	۱۳۸۷	**شیراز-تهران**	۵۰۰	۳۶	شاکری نیا	۱۳۸۹	رشت	۱۰۰
۱۴	نصری	۱۳۸۵	کشوری	۱۱۲۲	۳۷	گروسی شبستری	۱۳۹۰	کرمان	۳۲۵
۱۵	عنایت	۱۳۸۹	شیراز	۳۸۶	۳۸	معتمدی شلمزاری	۱۳۸۱	شهر کرد	۲۰۰
۱۶	محسنی تبریزی	۱۳۸۶	تهران	۱۳۶	۳۹	سیدان	۱۳۹۰	تهران	۳۰۰
۱۷	خواجه داوودی	۱۳۸۷	عبدل اباد	۸۰	۴۰	حمیدی	۱۳۸۹	-	۶۰
۱۸	میر سمیعی	۱۳۸۶	تهران	۳۰۰	۴۱	ویسی	۱۳۷۹	تهران	۲۰۰
۱۹	پیروی	۱۳۸۶	تهران	۲۷۷۶	۴۲	آزادی	۱۳۹۰	ایلام	۳۳۸
۲۰	بابایی نادنیلویی	۱۳۹۱	اردبیل	۱۰۰	۴۳	دل‌آذر	۱۳۹۱	گیلان	۸۷
۲۱	سلطانی	۱۳۸۷	شیراز	۲۷۳	۴۴	پناغی	۱۳۸۷	تهران	-
۲۲	نیسی	۱۳۸۰	اهواز	۲۰۰	۴۵	میکائیلی	۱۳۹۱	ساری	۱۰۰
۲۳	پور سردار	۱۳۹۰	آبدانان	۱۹۸	۴۶	علی‌پور	۱۳۹۰	تهران	۸۳

ابزار گردآوری اطلاعات

در این پژوهش جهت فراهم آوردن اطلاعات مورد نیاز، فرم کاربرگ فراتحلیل توسط محقق به اقتباس از مصرآبادی (۴۰) طراحی شد و گزارش پژوهش‌های اولیه در این فرم‌ها ثبت گردید. این ابزار با توجه به اطلاعات مورد نیاز از تحقیقات اولیه از سه بخش اطلاعات کتاب‌شناسی، اطلاعات روش‌شناسی و اطلاعات لازم برای محاسبه اندازه اثر تهیه شد. در بعد کتاب‌شناسی اطلاعاتی چون عنوان کار، نوع اثر، نویسنده، محل و تاریخ چاپ، مقطع و غیره تدارک دیده شد. از لحاظ روش‌شناسی فضاهایی برای ثبت اطلاعاتی چون ویژگی‌های نمونه و روش‌های نمونه‌گیری، اطلاعات ابزار، نوع روش تحقیق و تعداد گروه‌ها، روش‌های آماری مورد استفاده و غیره در نظر گرفته شد. همچنین در این فرم فرضیه‌ها یا سؤالات پژوهشی، مقادیر توصیفی و استنباطی یافته‌ها و سطوح معناداری ثبت شدند.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-10-30]

جدول ۲) اندازه‌های اثر پژوهش‌های مربوط به شاخص‌های اجتماعی و سلامت روان

مطالعات	شاخص	اندازه‌ی اثر	مطالعات	شاخص	اندازه‌ی اثر	مطالعات	شاخص	اندازه‌ی اثر
شایان(۱۳۸۹)	حمایت اجتماعی	۰/۲۹	•اکبری نژاد(۱۳۸۹)	حمایت اجتماعی	-۰/۷۶۲	کل		۰/۲۱۹
ظفرگارگر یزدی(۱۳۸۹)	حمایت اجتماعی	۰/۳۴۱	کامران(۱۳۸۸)	حمایت اجتماعی	۰/۶۶۰	زارع(۱۳۹۱)	کیفیت زندگی	*۰/۰۳۳
رحیمی(۱۳۹۱)	حمایت اجتماعی	۰/۴۳۵	کامران(۱۳۸۸)	حمایت اجتماعی	۰/۵۱۰	•زارع(۱۳۹۱)	کیفیت زندگی	۰/۷۸۷
کم یاز(۱۳۹۱)	حمایت اجتماعی	۰/۳۰۸	معتمدی(۱۳۸۱)	حمایت اجتماعی	۰/۷۳۱	•عفتی(۱۳۹۱)	کیفیت زندگی	-۰/۵۶۵
نبوی(۱۳۸۸)	حمایت اجتماعی	*۰/۰۰۱	حمیدی(۱۳۸۹)	حمایت اجتماعی	۰/۳۳۰	زارع(۱۳۹۱)	کیفیت زندگی	*-۰/۰۲۹
نبوی(۱۳۸۸)	حمایت اجتماعی	۰/۳۶۴	حمیدی(۱۳۸۹)	حمایت اجتماعی	-۰/۳۹۱	زارع(۱۳۹۱)	کیفیت زندگی	*۰/۰۶۴
نبوی(۱۳۸۸)	حمایت اجتماعی	۰/۴۸۳	حمیدی(۱۳۸۹)	حمایت اجتماعی	*-۰/۲۰۳	نصری(۱۳۸۵)	کیفیت زندگی	-۰/۴۳۴
نبوی(۱۳۸۸)	حمایت اجتماعی	۰/۱۷۹	بابایی نادنیلویی(۱۳۹۱)	حمایت اجتماعی	۰/۲۶	•معینی کیا(۱۳۸۹)	کیفیت زندگی	۰/۸۰
نبوی(۱۳۸۸)	حمایت اجتماعی	۰/۲۷۸	آزادی(۱۳۹۰)	حمایت اجتماعی	۰/۳۳۸	•پور سردار(۱۳۹۰)	کیفیت زندگی	۰/۹۲۷
نبوی(۱۳۸۸)	حمایت اجتماعی	۰/۴۴۶	بخشی پور(۱۳۸۳)	حمایت اجتماعی	-۰/۴۴	•پور سردار(۱۳۹۰)	کیفیت زندگی	۰/۹۵۳
علی‌پور(۱۳۹۰)	حمایت اجتماعی	*-۰/۱۷۶	•چین‌آوه(۱۳۸۳)	حمایت اجتماعی	۰/۸۱	زارع(۱۳۹۱)	کیفیت زندگی	*۰/۰۸۴
محسنی(۱۳۸۶)	حمایت اجتماعی	۰/۳۲۶	دل آذر(۱۳۹۱)	حمایت اجتماعی	*-۰/۱۶۲	کل		-۰/۰۶۴
محسنی(۱۳۸۶)	حمایت اجتماعی	۰/۴۰۵	کل			میکائیلی(۱۳۹۱)	رضایت زناشویی	-۰/۵۳۹
محسنی(۱۳۸۶)	حمایت اجتماعی	۰/۱۹۳	سلطانی(۱۳۸۷)	سرمایه اجتماعی	۰/۱۸	•میکائیلی(۱۳۹۱)	رضایت زناشویی	۰/۹۴۷
محسنی(۱۳۸۶)	حمایت اجتماعی	۰/۲۵۴	سلطانی(۱۳۸۷)	سرمایه اجتماعی	۰/۱۶	عاشوری(۱۳۹۱)	رضایت زندگی	-۰/۴۷
حاجبی(۱۳۸۸)	حمایت اجتماعی	۰/۵۶	سلطانی(۱۳۸۷)	سرمایه اجتماعی	*۰/۱۰	احمدی(۱۳۸۵)	رضایت زناشویی	-۰/۴۳۲
ویسی(۱۳۷۹)	حمایت اجتماعی	۰/۱۴	سلطانی(۱۳۸۷)	سرمایه اجتماعی	۰/۱۳	نوروزی(۱۳۹۱)	رضایت	۰/۶۵
پناغی(۱۳۸۷)	حمایت اجتماعی	۰/۳۹	خواجه داودی(۱۳۸۷)	سرمایه اجتماعی	۰/۲۶	بخشایش(۱۳۸۸)	رضایت زناشویی	*-۰/۱۳۸
پیروی(۱۳۸۶)	حمایت اجتماعی	۰/۲۵۵	خواجه داودی(۱۳۸۷)	سرمایه اجتماعی	۰/۳۷	رضاپور(۱۳۹۰)	رضایت شغلی	۰/۵۲
نیسی(۱۳۸۰)	حمایت اجتماعی	۰/۲۲۵	سیدان(۱۳۹۱)	سرمایه اجتماعی	۰/۳۹۸	بخشی پور(۱۳۸۳)	رضایت از زندگی	۰/۴۷
میرسمیعی(۱۳۸۶)	حمایت اجتماعی	۰/۲۲	گروسی(۱۳۹۰)	سرمایه اجتماعی	-۰/۴۲۹	نوروزی(۱۳۹۱)	رضایت	۰/۶۲
قاسمی پور(۱۳۸۹)	حمایت اجتماعی	*-۰/۰۹۶	عنایت(۱۳۸۹)	سرمایه اجتماعی	۰/۳۲	پیمان پاک(۱۳۹۱)	رضایت زناشویی	-۰/۳۹
قاسمی پور(۱۳۸۹)	حمایت اجتماعی	-۰/۲۸۷	شجاع(۱۳۹۰)	سرمایه اجتماعی	-۰/۱۹۰	کل		۰/۰۵۵
•قاسمی پور(۱۳۸۹)	حمایت اجتماعی	-۰/۸۶۶	شجاع(۱۳۹۰)	سرمایه اجتماعی	-۰/۱۹۷	جزایری(۱۳۸۶)	ارتباط زناشویی	۰/۲۵
قاسمی پور(۱۳۸۹)	حمایت اجتماعی	-۰/۳۵	شجاع(۱۳۹۰)	سرمایه اجتماعی	۰/۱۱۱	عراقی(۱۳۸۷)	کارایی خانواده	۰/۲۴۴
قاسمی پور(۱۳۸۹)	حمایت اجتماعی	*۰/۱۱۹	تقی ایمان(۱۳۸۷)	سرمایه اجتماعی	۰/۴۸	حسینیان(۱۳۸۴)	عملکرد خانواده	-۰/۴۳۷
قاسمی پور(۱۳۸۹)	حمایت اجتماعی	-۰/۱۶۶	تقی ایمان(۱۳۸۷)	سرمایه اجتماعی	۰/۵۹	کل		۰/۰۱۸

اندازه اثرهایی که با * مشخص شده‌اند اندازه اثرهای غیرمعنادار و اندازه اثرهایی که با ● مشخص شده‌اند از تحلیل حذف شده‌اند.

آنالیز آماری

در این فراتحلیل برای بررسی تورش انتشار[2] از دو شیوه گرافیکی (نمودار قیفی[3]) و یک شاخص آماری (تعداد امن از تخریب[4]) استفاده شد. غالب فراتحلیل‌ها بر دو مدل آماری مدل اثر ثابت[5] و مدل اثرات تصادفی[6] مبتنی هستند. برای این که مدل نهایی فراتحلیل مشخص شود بایستی یک مجموعه تحلیل‌های ناهمگنی[7] برای اطمینان از وجود متغیرهای تعدیل کننده انجام گیرد. به منظور مشخص کردن ناهمگنی از دو شاخص Q کوکران و مجذور I استفاده شد. بر اساس هر دو شاخص ناهمگنی مشخص شد که متغیرهای تعدیل کننده در روابط بین متغیرهای شاخص‌های اجتماعی و سلامت روانی نقش معناداری دارند و بنابراین مدل تصادفی به عنوان مدل فراتحلیل انتخاب شد. برای محاسبه اندازه‌های اثر و نیز فعالیت‌های آماری بعدی در ارتباط با ترکیب نتایج از نرم‌افزار CMA[8] ویرایش ۲ استفاده شد.

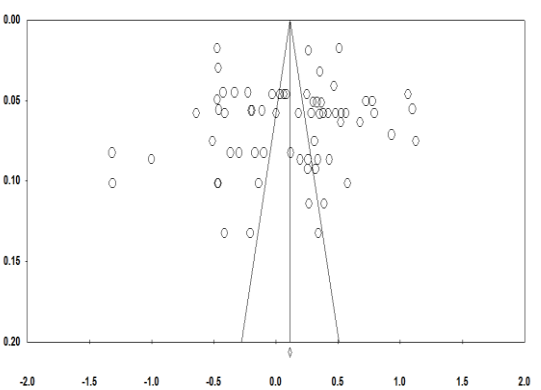
2.Publication Bias
3.funnel plot
4.Number of missing studies that would bring p-value to > alpha
5.fixed-effects model
6.random-effects model
7.heterogeneity
8.Comprehensive meta-Analysis

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-10-30]

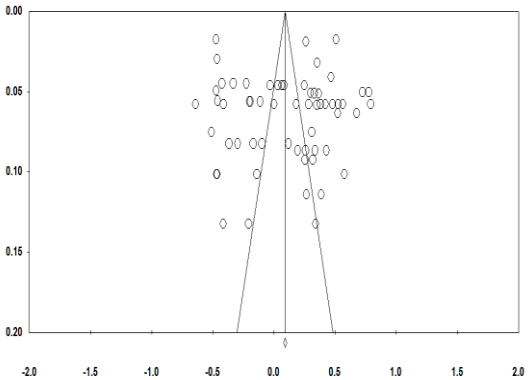
یافته‌ها

همان‌طور که اشاره شد، از تحقیقاتی که بر روی شاخص‌های اجتماعی و سلامت روانی انجام شده ۷۷ اندازه اثر به دست آمد که اندازه‌های اثر این تحقیقات در جدول ۲ ارائه شده است.

همان‌طور که در شکل ۲ مشخص است، تعدادی از تحقیقات دارای اندازه‌های اثر نامتعارف و پرت هستند که این‌ها نمودار را نامتقارن ساخته‌اند. با حذف ۱۰ اندازه اثر بالای قدر مطلق ۱ نمودار قیفی شکل ۳ حاصل شد که نسبت به نمودار ۲ متقارن‌تر است. همچنین براساس شاخص تعداد امن از تخریب پس از ورود ۷۲۵۵ اندازه اثر غیرمعنادار به فراتحلیل اندازه اثر ترکیبی محاسبه شده غیرمعنادار می‌شود. بنابراین با حذف ۱۰ اندازه اثر افراطی از ۷۷ اندازه اثر اولیه تعداد ۶۷ اندازه اثر باقی ماند و در تحلیل‌های بعدی فقط از این اندازه اثر استفاده شد.



شکل ۲) نمودار قیفی تورش انتشار پژوهش‌های اولیه قبل از تحلیل حساسیت



شکل ۳) نمودار قیفی تورش انتشار پژوهش‌های اولیه بعد از تحلیل حساسیت

با توجه به این که هدف اصلی هر فراتحلیل ترکیب شاخص‌های عددی پژوهش‌های اولیه در قالب یک شاخص کلی است، در جدول ۳ اندازه اثر ترکیبی یا خلاصه برای مدل تصادفی مربوط به ۶۷ اندازه اثر ارائه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، مقدار اندازه اثر ترکیبی ۰/۱۳۹ به‌دست آمده است که از لحاظ آماری معنادار می‌باشد (P≤۰/۰۱). براین اساس می‌توان گفت که بین شاخص‌های اجتماعی و سلامت روانی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد به طوری که شاخص‌های اجتماعی سلامت روانی را افزایش می‌دهند. هم‌چنین، براساس معیار کوهن این اندازه اثر پایین ارزیابی می‌شود.

جدول ۳) اندازه‌های اثرترکیبی اثرات ثابت و تصادفی مربوط به رابطه شاخص‌های اجتماعی با سلامت روانی

مدل	تعداد اندازه اثر	اندازه اثر ترکیبی	خطای معیار	فاصله اطمینان ۹۵ درصد		Z	P	Q کوکران	سطح معناداری	مجذور I
				حد پایین	حد بالا					
تصادفی	۶۷	۰/۱۳۹	۰/۰۴۸	۰/۰۴۵	۰/۲۳۰	۲/۸۹۸	۰/۰۰۴	۳۷۵۵/۲۰۵	۰/۰۰۱	۹۸/۲۴۲

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-10-30]

جدول ۴) تفاوت اندازه‌های اثر ترکیبی رابطه انواع شاخص‌های اجتماعی با سلامت روان

نوع شاخص	تعداد	اندازه اثر	خطای معیار	فاصله اطمینان۹۵٪		مقدار Z	مقدار P
				حد پایین	حد بالا		
حمایت اجتماعی	۳۶	۰/۱۸	۰/۰۶۶	۰/۰۴۸	۰/۳۰۶	۲/۶۵۵	۰/۰۰۸
سرمایه اجتماعی	۱۴	۰/۲۱۹	۰/۰۱۵	۰/۰۴۴	۰/۳۸	۲/۴۴۴	۰/۰۱۵
کیفیت زندگی	۵	-۰/۰۶۴	۰/۰۲۱	-۰/۳۰۱	۰/۱۸۱	-۰/۵۰۶	۰/۶۱۳
رضایت	۹	۰/۰۵۵	۰/۰۱۴	-۰/۲۷۴	۰/۳۷۲	۰/۳۲۰	۰/۷۴۹
عملکرد خانواده	۳	۰/۰۱۸	۰/۰۳۸	-۰/۳۷۵	۰/۴۰۵	۰/۰۸۵	۰/۹۳۲

جدول ۵) اندازه اثرهای ترکیبی رابطه شاخص‌های اجتماعی و سلامت روانی بر اساس نوع آزمودنی‌ها

نوع آزمودنی‌ها	تعداد	اندازه اثر	خطای معیار	فاصله اطمینان۹۵٪		مقدار Z	مقدار P
				حد پایین	حد بالا		
دانشجویان	۳۶	۰/۱۶۵	۰/۰۲۳	۰/۰۳۵	۰/۲۸۴	۲/۵۷۱	۰/۰۱
بیماران و سالمندان	۱۱	۰/۱۴۷	۰/۰۱۷	۰/۱۱۲	۰/۱۸۲	۸/۱۴۸	۰/۰۰۱
سایر	۲۰	۰/۰۱۴	۰/۰۱۱	-۰/۰۱۵	۰/۰۴۳	۰/۹۵	۰/۳۴۲

همچنین، نتایج بررسی ناهمگنی اندازه‌های اثر در بین تحقیقات اولیه براساس مقدار شاخص Q برابر با ۳۷۵۵/۲۰۵ است که از لحاظ آماری معنادار است (P≤۰/۰۰۱) که نشانگر تفاوت واقعی بین اندازه‌های اثر تحقیقات اولیه است. نتایج مجذور I نشان می‌دهد که بالای ۹۸ درصد از پراکنش موجود در نتایج تحقیقات اولیه واقعی و ناشی از وجود متغیرهای تعدیل کننده است که بر طبق معیار هیگنز (Higgins) و همکاران (۴۱) نشان دهنده ناهمگنی بالا در تحقیقات اولیه است. براساس هر دو شاخص ناهمگنی مشخص شد که متغیرهای تعدیل کننده در روابط بین متغیرهای شاخص‌های اجتماعی و سلامت روانی نقش معناداری دارند و همان‌طور که اشاره شد مدل تصادفی به‌عنوان مدل فراتحلیل انتخاب شد و اندازه اثر ترکیبی همان مقدار ۰/۱۳۹ در نظر گرفته شد.

با مسلم شدن نقش متغیرهای تعدیل کننده، در ادامه به تحلیل‌های بیش‌تر در مورد نقش و شدت تعامل متغیرهای تعدیل کننده‌ای چون نوع شاخص‌های اجتماعی (حمایت اجتماعی، سرمایه اجتماعی، کیفیت زندگی، رضایت، خانواده) پرداخته شد.

در جدول ۴ تفاوت اندازه‌های اثر ترکیبی رابطه انواع شاخص‌های اجتماعی (حمایت اجتماعی، سرمایه اجتماعی، کیفیت زندگی، رضایت، و خانواده) با سلامت روان ارائه شده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، از بین این اندازه اثرها تنها اندازه اثرهای مربوط به حمایت اجتماعی و سرمایه اجتماعی از لحاظ آماری معنادار هستند (P<۰/۰۵).

جدول ۵، اندازه اثرهای ترکیبی رابطه شاخص‌های اجتماعی و سلامت روانی براساس نوع آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، اندازه اثرهای مربوط به رابطه شاخص‌های اجتماعی و سلامت روانی مربوط به آزمودنی‌هایی که دانشجو و بیمار یا سالمند بوده‌اند از لحاظ آماری معنادار می‌باشند (p<۰/۰۱).

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-10-30]

بحث

پژوهش حاضر با هدف فراتحلیل پژوهش‌های انجام گرفته در حوزه رابطه شاخص‌های اجتماعی با سلامت روانی در جامعه ایرانی انجام گرفت، تا از این رهگذر ضمن ترکیب یافته‌های متفاوت پژوهش‌های موجود، امکان نتیجه‌گیری دقیق‌تر در این زمینه فراهم شود. نتایج نشان داد که اندازه اثر ترکیبی شاخص‌های اجتماعی با سلامت روانی برای مدل اثرات تصادفی برابر با ۰/۱۳۹ است. براساس یافته‌های پژوهش‌های اولیه و با توجه به معیار کوهن شاخص‌های اجتماعی دارای اندازه اثر پایین با سلامت روانی است. در واقع می‌توان گفت که طبق نتایج پژوهش‌های اولیه شاخص‌های اجتماعی نقش پایینی را در تبیین واریانس سلامت روانی ایفا می‌نمایند.

نتایج مربوط به تحلیل اندازه‌های اثر ترکیبی انواع شاخص‌های اجتماعی با سلامت روانی نشان داد که بیش‌ترین اندازه اثر به ترتیب مربوط به شاخص‌های سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی می‌باشد. این نتایج نشان می‌دهند که متغیرهای سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی پیش‌بینی کننده‌های بهتری برای سلامت روانی در پژوهش‌های انجام گرفته در داخل کشور می‌باشند. براین اساس می‌توان گفت افرادی که دارای حمایت اجتماعی، سرمایه اجتماعی بالاتری باشند از سلامت روانی بالاتری در زندگی خود برخوردارند. این نتایج را می‌توان در راستای فراتحلیل‌های انجام شده در رابطه حمایت و سرمایه اجتماعی در پژوهش‌های (۱، ۳۳ و ۳۷-۳۵) قرار داد. همچنین، اندازه‌های اثر مربوط به متغیرهای رضایت، کیفیت زندگی و عملکرد خانواده غیرمعنادار بود. این در حالی بود که اندازه‌های اثر ترکیبی مربوط به کیفیت زندگی در پژوهش‌های انجام شده منفی به دست آمد.

باید اشاره شود که بیش‌تر این پژوهش‌ها رابطه کیفیت زندگی و سلامت روانی را در نمونه‌هایی بررسی کرده‌اند که از کیفیت زندگی پایینی برخوردارند. بنابراین چنانچه بریو و سپایر (Preau & Spire) اشاره می‌کنند بیماری‌ها و اختلالات مزمن مانند ایدز و اعتیاد (و محیط‌های زندگی بدون کیفیت) به تنهایی یا با یکدیگر مدام در زندگی مبتلایان بحران ایجاد می‌کنند و می‌توانند منجر به کاهش کیفیت زندگی آن‌ها در ابعاد مختلف روانی و جسمانی شوند (۴۲).

بخش دیگری از نتایج که مربوط به اندازه‌های اثر متغیرهای تعدیل کننده‌ی موجود در پژوهش‌ها، که براساس نوع آزمودنی‌ها بود، نشان داد پژوهش‌هایی که آزمودنی‌های آن‌ها دانشجویان و افراد سالمند یا بیمار هستند دارای اندازه اثر مثبت و معنادارتری می‌باشند. در حالی که این اندازه اثر برای مطالعاتی که آزمودنی‌های غیر دانشجو- دانش آموز استفاده کرده بودند پایین و غیر معنادار بود. این نتایج را می‌توان با نتایج بیش‌تر پژوهش‌های انجام گرفته در این حوزه همخوان دید. باید اشاره شود که از یک طرف، دانشجویان، به خاطر دوری از جو عاطفی خانواده در محیطی مانند دانشگاه، نیازمندند تا این کمبود را از طریق روابط اجتماعی خود با دیگران جبران کنند. بنا به اعتقاد وایتفورد (Whiteford) هرچه افراد به لحاظ اجتماعی منزوی‌تر باشند از سلامت روانی کم‌تری برخوردارند و برعکس هرچه پیوستگی اجتماعی در جامعه بیش‌تر باشد آن جامعه سالم‌تر خواهد بود.

کاهش بار بیماری روانی و ارتقای سلامت روانی ویژگی‌هایی را که برای قبول نقش‌های اجتماعی افراد لازم است افزایش می‌دهد. بنابراین، از آنجا که در هر جامعه‌ای پویاترین گروه‌های اجتماعی فراگیران آن

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-10-30]

جامعه هستند و سلامت این قشر تا حد زیادی لازمه سلامت بسیاری از آحاد جامعه است، سلامت روانی این قشر از اهمیت زیادی برخوردار است. دانشجویان به عنوان یکی از عناصر اصلی نظام آموزش عالی، در ارتباط با دیگران در محیط‌های مختلف از جمله خوابگاه، نقش اجتماعی را تمرین می‌کنند و در مواقعی به دلیل تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی خانواده خود دچار مشکلات سازگاری با دیگران در این مکان‌ها می‌شوند (۱۹). همچنین، لیانگ و همکاران (Liang) بیان می‌کنند که طی پژوهش‌های طولی و مقطعی انجام شده حجم شبکه اجتماعی و مقدار تعامل اجتماعی، تقریباً در همه سالخوردگان کاهش می‌یابد (۴۳).

طبق پژوهش‌های جداگانه، لانگ و بالتس (Lang & Baltes)، آدکینس (Adkins) و همکاران اظهار می‌دارند که داشتن تماس اجتماعی و مردم آمیز با رضایت از زندگی روزمره و روحیه عالی در سن پیری ارتباط دارد (۴۴ و ۴۵).

بر اساس نتایجی که در این پژوهش به دست آمد به پژوهشگران علاقه‌مند به کار کردن در حوزه شاخص‌های اجتماعی و سلامت روانی و دست‌اندرکاران پیشنهاد می‌گردد که: نتایج تجزیه و تحلیل فرضیه‌های خود را به‌طور کامل و همراه با سطح معنی‌داری در پژوهش‌ها ذکر نمایند و فقط به ذکر نتایج کلی اکتفا نکنند؛ در صورت یافتن رابطه بین متغیرهای مورد بررسی، اندازه اثر آن‌ها را نیز محاسبه و در نتایج خود ذکر کنند؛ از ابزارهایی برای گردآوری داده‌ها در پژوهش خود بهره بگیرند که از روایی و پایایی قابل قبول برخوردار باشند و مقدار آن‌ها را نیز در پژوهش‌های خود ذکر کنند؛ قبل از استفاده از آزمون‌های آماری نسبت به برقراری پیش‌فرض‌های اساسی مطمئن شوند؛ مناسبات اجتماعی، حس مشارکت و همکاری و همبستگی بین افراد جهت جلوگیری از احساس تنهایی و انزواگیری تقویت شود؛ برگزاری کارگاه‌های آموزشی و آگاهی دادن به دانشجویان در ارتباط شاخص‌های اجتماعی مرتبط با سلامت روان؛ انجام پژوهش‌هایی که با نظارت و همکاری اساتید راهنما و ناظران طرح‌های پژوهشی انجام شوند.

علی‌رغم نتایج فوق این فراتحلیل دارای محدودیت‌هایی نیز بوده است که می‌توان به مواردی از قبیل: احتمال گزارش کم‌تر پژوهش‌های غیرمعنادار، تعدد پژوهش‌ها در این زمینه و نبود دسترسی به همه آن‌ها باتوجه به چارچوب نمونه‌گیری. همچنین، لازم است اشاره شود که در این فراتحلیل صرفاً به داده‌های کمی پژوهش‌های اولیه جهت انجام فراتحلیل بسنده شده؛ لذا دقت این داده‌ها برعهده مؤلفین پژوهش‌های اولیه می‌باشد.

References:

1.Moradi A, Taheri S, Javanbakht F, et al. A meta-analysis on the relationship between mental health and social support in Iran. J Res Behav Sci 2012; 10: 565-73. (Persian)
2.World Health Organization. Prevention and promotion of mental health. Geneva, Switzerland 2002.
3.Riahi ME, Aliverdi-nia A, Bani Asadi MR. The impact of religiosity and religious orientation on the mental health of the students of university of Mazandaran. QSSJ 2008; 5: 51-90. (persain)
4.Kawachi I, Berkman LF. Social Ties and Mental Health. J Urban Health 2001; 78: 458-67.
5.McKenzie K, Whitley R, Weich S. Social capital and mental health. Br J Psychiatry 2002; 181: 280-3.
6.Harphama T, Grant E, Rodriguez C. Mental health and social capital in Cali, Colombia. Soc Sci Med 2004; 58: 2267-77.
7.Pahlevanzadeh F, Jarollahi O. Investigating the effect of social factors on mental health of rural elderlies. Rural Dev 2011; 3: 65-84. (Persian)

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-10-30]

8.McDowell TL, Serovich JM. The effect of perceived and actual social support on the mental health of HIV- positive persons. AIDS Care 2007; 19: 1223-9.
9.Landman-Peeters KM, Hartman CA, van der Pompe G, et al. Gender differences in the relation between social support, problems in parent-offspring communication, and depression and anxiety. Soc Sci Med 2005; 60: 2549-59.
10.Kamiaz S, Gharamaleki N, Nekufal H, et al. The role of social support in predicting mental health among students. Proceeding of the 6th Seminar of college student's Mental Health 2012 May 16-17; University of Guilan, Iran. (Persian)
11.Rahimi C, Chitsazi M, Kamranpoor F. Predicting psychological well-being by Religious orientation and social support. Proceeding of the 6th Seminar of college student's Mental Health 2012 May 16-17; University of Guilan, Iran. (Persian)
12.Zafarkaregar Yazdi M, Kihani SH, Bakhshi SH , et al. Compare coping with stress, mental health, social support and the risk of suicide and substance abuse in Indigenous and non-Indigenous students. Proceeding of the 5th Seminar of college student's Mental Health 2010 May 12-13; Shahed University, Iran. (Persian)
13.Shayan N, Torabi SE, Khorasani H, et al. The relationship between perceived social support with mental health in students. Proceeding of the 5th Seminar of college student's Mental Health 2010 May 12-13; Shahed University, Iran. (Persian)
14.Zaree F, Mesgarani M, Ahmadi E, and et al. The quality of life and mental health in new entrants students at Zahedan University of Medical Sciences. Proceeding of the 6th Seminar of college student's Mental Health 2012 May 16-17; University of Guilan, Iran. (Persian)
15.Pursardar F, Amanelahifard A, Bahamin GH, et al. The comparison of mental health, quality of life, intimacy and religious attitudes in forgiving and unforgiving married employees in Abdanan health and therapeutic centers. Sci J Ilam Univ Med Sci 2011; 3: 57-65. (Persian)
16.Moeinikia M, Zahed Babelan A. The relationship between quality of life and spiritual Transcendence with student's mental health. Proceeding of the 5th Seminar of college student's Mental Health 2010 May 12-13; Shahed University, Iran. (Persian)
17.Boneham MA, Sixsmith JA. The voices of older women in a disadvantaged community: Issues of health and social capital. Soc Sci Med 2006; 62: 269-79.
18.Seyyedan F, Abdolsamadi M. The relation of social capital with mental health in women and men. Soc Welfare 2011; 11: 229-54. (Persian)
19.Iman M, Moradi GM, Hosseini Roudbaraki S. Correlation between social capital and mental health among hostel students of tehran and shiraz universities. Soc Welfare 2008; 8:143-69. (Persian)
20.Norozi NA, Norozi A, Asgharian P. The satisfaction of academic life guide training aspects and student's mental health. Proceeding of the 6th Seminar of college student's Mental Health 2012 May 16-17; University of Guilan, Iran. (Persian)
21.Ashuri J, Saffarian MR, Hajiarbabi F, et al. The coping strategies, emotional intelligence, life satisfaction and general health of the students. Proceeding of the 6th Seminar of college student's Mental Health 2012 May 16-17; University of Guilan, Iran. (Persian)
22.Ahmadi T, Shafee Amiri M, Rezaee A. The relationship between reliance on God, marital satisfaction and student's mental health. Proceeding of the 5th Seminar of college student's Mental Health 2010 May 12-13; Shahed University, Iran. (Persian)
23.Araqi Y. The efficiency of family and children's general health. Psycholog Relig 2009; 1: 63-78. (Persian)
24.Jazayeri R, Fatehizade M, Abedi MR, et al. Comparison between marital relationship belief and general health between Esfahan and West Azarbaijan province. Appl Psychol 2008; 4-5: 445-59. (Persian)
25.Nasri S, Vaez Mousavi SMK. Assessment on quality of life and mental health of Iranian coaches. Q Res Sport Sci 2007; 4: 51-79. (Persian)
26.Garousi S, Shabestari SH. The relationship between social capital and mental health among women heads of households in Kerman. Iran Sociol Assoc 2011; 5: 99-122. (Persian)
27.Shoja M, Nabavi SH, Kesaee A, et al. Factor analysis of social capital and its relations with mental health of older people in Tehran 9 district. J North Khorasan Med Sci 2012; 3: 81-92. (Persian)
28.Alipor A, Sahraeian MA, Ali Akbari M, et al. The relationship between perceived social support and hardiness with mental health and disability status among women with Multiple Sclerosis. Soc Psychol Res 2012; 1: 110-33.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-10-30]

(Persian)
29.Esmkhani Akbarinejhad H, Nasirnejhad F. A study of the relation between parental social support & child rearing practices with identity & mental health of children. Woman Stud Fam 2010; 6: 9-27. (Persian)
30.Ghasemipoor M, Jahanbakhsh Ganje S. The relationship between the social support and mental health in Lorestan university students in 2009. Yafteh 2010; 12: 57-64. (Persian)
31.Hamidi F. Relationship between social support and mental health among female- headed households employed a military university. J Mil Psychol 2010; 1: 51-60. (Persian)
32.Bakhshipour Roudsari A, Peyrovi H, Abedian A. Investigating relationship between satisfaction with life and social support with mental health among freshman students of Tehran university. Q J Fundam Ment Health 2005; 27: 145-52. (Persian)
33.Gilbert KL, Quinn SC, Goodman RM, et al. A meta- analysis of social capital and health: A case for needed research. J Health Psychol 2013; 18: 1385-99.
34.De Silva MJ, McKenzie K, Harpham T, et al. Social capital and mental illness: a systematic review. J Epidemiol Community Health 2005; 59: 619-27.
35.DiMatteo MR. Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. Health Psychol 2004; 23: 207-18.
36.Wang HH, Wu SZ, Liu YY. Association between social support and health outcomes: a meta-analysis. Kaohsiung J Med Sci 2003; 19: 345-50.
37.Uchino BN, Cacioppo JT, Kiecolt-Glaser JK. The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. Psychol Bull 1996; 119: 488-531.
38.Delavar A. Fundamental of theoretical and scientific research in the humanities and social sciences. 4th edition. Tehran: Roshd press, 2006, 285-312. (Persian)
39.Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates 1988.
40.Mesrabadi J. Meta-analysis of bilingual studies terms of quality, quantity and content. Project Approved, Tehran: Institute of Education, 2010. (Persian)
41.Higgins, J.P.T., Thompson, S.G, Deeks, J.J, Altman, D.G. Measuring inconsistency in meta-analyses. British Med J 2003: 327: 557-560.
42.Preau M, Protopopescu C, Spire B, et al. Health related quality of life among both current and former injection drug users who are HIV-infected. Drug Alcohol Depend 2007; 86: 175-82.
43.Liang J, Dvorkin L, Kahana E, et al. Social integration and morale: a reexamination. J Gerontol 1980; 35: 746-57.
44.Lang FR, Baltes MM. Being with people and being alone in later life: costs benefits for everyday functioning. Int J Behav Dev 1997; 21: 729-46.
45.Adkins G, Martin P, Poon LW. Personality traits and states as predictors of subjective well-being in centenarians, octogenarians, and sexagenarians. Psychol Aging 1996; 11: 408-16.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-10-30]

ISMJ 2014; 18(4): 786-799

Original Article

Meta-analysis of the relationship between psychosocial indexes with mental health

A. Faizy [1], J. Mesrabadi [2], K. Mohamadian [1], A. Agh Atabay [1]*

[1] Department of Educational Research, Faculty of Education and psychology, Azerbaijan Shahid Madani University, Iran
[2] Department of Educational Psychology, Faculty of Education and psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Iran

(Received 25 Jun, 2014 Accepted 24 Aug, 2014)

Abstract

Background: The expansion of studies that done in the demand of effective factors such as social factors on mental health provides the ground work for the combination of these studies. So, this meta-analysis was implemented to determine the summary effect size of the relationship between social indexes and mental health measures

Material and Methods: The method used in this study is a Meta-Analysis. To achieve above aim used of quantitative findings from 46 studies, that computed 77 effect sizes from these. The studies that were used in this study collected from databases such as magiran, noormags, Scientific Information Database and proceeding articles that published in the Seminars of college student's Mental Health. After reviewing the inclusion and exclusion criteria, the correlation effect sizes in selected studies were analyzed with the CMA2 software. In this study, were calculated both random and fixed models, that selected random model, according to the results of the heterogeneity analysis of the Q and I^2 factors.

Results: The results showed that the combinational effect size of the studies obtained 0.139, after eliminated 10 effect sizes. The combined effect size of studies was calculated low based on Cohen's criteria. Also, the results of heterogeneity analysis indicated that there are moderating variables in the studies. The evidence of this meta-analysis associated with prior theoretical and empirical foundations, indicates the relationship between social support and mental health.

Conclusion: According to the results of this meta-analysis for successful mental health programs due to cultural and social issues will be necessary.

Key words: Social indexes, mental health, Meta-analysis, effect size

*****Address for correspondence*: Tabriz, Faculty of Education and psychology, Azerbaijan Shahid Madani University, IRAN, E-mail: Faizy.edu@gmail.com

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-10-30]