

تحلیل جامعه‌شناختی رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی زنان

(مورد مطالعه: زنان منطقه چهار شهری تهران)

محمدحسن شربتیان* ، نفیسه ایمنی**

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۳/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۲/۱۰

چکیده

نوشتار حاضر بر آن است تا ضمن سنجش ابعاد مختلف سلامت اجتماعی زنان، رابطه این پدیده را با سرمایه اجتماعی مورد مطالعه و تحلیل قرار دهد. چارچوب نظری این تحقیق در بعد سلامت اجتماعی شاخص‌های استاندارد شده کبیز است و در بحث سرمایه اجتماعی متأثر از اندیشه بوردیو است. این پژوهش پیمایشی و از نوع همبستگی و تحلیلی است، جامعه آماری این پژوهش زنان ۱۸-۵۵ ساله ساکن در منطقه چهار شهری تهران بوده‌اند که از میان آنها ۳۸۵ نفر با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی به عنوان نمونه انتخاب شده‌اند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه مصاحبه‌ای بوده است که مقدار پایایی آن برابر با ۰/۸۰ است. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم

sharbatian@pnu.ac.ir
nafisehimani@yahoo.com

* عضو هیئت علمی گروه جامعه‌شناسی دانشگاه پیام نور.
** کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی پیام نور. (نویسنده مسئول)

افزار *spss 22* استفاده شده است. یافته‌های پژوهش بیانگر آن است که میزان سلامت اجتماعی زنان در حد متوسط روبه بالا است که بالاترین مقدار میانگین مربوط به بعد پذیرش اجتماعی و کمترین مقدار، مربوط به بعد شکوفایی اجتماعی است. همچنین سرمایه اجتماعی از طریق (مشارکت اجتماعی + اعتماد اجتماعی) توانسته است ۰/۵۹ درصد از سلامت اجتماعی را تبیین کند و با توجه به نتایج تحلیل مسیر سرمایه اجتماعی به طور مستقیم با ۰/۷۲۴ واحد بر سلامت اجتماعی اثر گذار است.

مفاهیم کلیدی: اعتماد اجتماعی، تهران، زنان، حمایت اجتماعی، سرمایه اجتماعی، سلامت اجتماعی، مشارکت اجتماعی.

مسأله پژوهش

بیش از شصت سال از هنگامی که سازمان جهانی بهداشت^۱ (۱۹۴۶) برای نخستین بار برای سلامت^۲ انسان سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی را برمی‌شمارد، می‌گذرد. برای دسترسی به سلامت کامل، تنها سلامت جسمی و روانی کافی نیست، بلکه از آنجا که انسان در محیطی جمعی زندگی می‌کند، سلامت اجتماعی^۳ نیز ضروری است (امینی رارانی و همکاران، ۱۳۹۰: ۲۰۴). سلامت اجتماعی گاه یک ویژگی فردی و بخشی از سلامت فرد و زمانی ویژگی جامعه و مترادف با جامعه سالم شمرده می‌شود؛ بنابراین می‌توان گفت فرد سالم کسی است که از نظر اجتماعی، جامعه را به صورت یک مجموعه معنادار، قابل فهم و بالقوه برای رشد و شکوفایی دانسته و احساس می‌کند که به جامعه تعلق دارد، از طرف جامعه پذیرفته می‌شود و در پیشرفت آن سهیم است. (negovan, 2013: 89)

-
1. World Health Organization
 2. Health
 3. Social Health

یکی از عواملی که به‌طور مستقیم و غیرمستقیم بر میزان سلامت اجتماعی افراد، مؤثر است، سرمایه اجتماعی^۱ است. سلامت اجتماعی، از مهم‌ترین شاخص‌های توسعه و یکی از مهم‌ترین وجوه ارتباطی بین سرمایه اجتماعی، رشد و پیشرفت جوامع محسوب می‌شود. لذا جوامعی که از نظام سلامت قوی، همچنین سطح سلامت اجتماعی بالای شهروندان برخوردارند غالباً جزو جوامع پیشرفته و توسعه‌یافته محسوب می‌شوند. به همین دلیل به دنبال هرگونه طرح و برنامه‌ریزی که منجر به افزایش سرمایه اجتماعی شود سطح سلامت و توسعه‌ی جامعه نیز افزایش می‌یابد و این تازه یک روی قضیه است. روی دیگر، همبستگی و سازگاری بالای سرمایه اجتماعی و سلامت در سطح فردی است؛ به‌عبارت‌دیگر، سلامت اجتماعی فرد، یک ظرفیت روان‌شناختی است که قابلیت‌های فردی را برای ایجاد تعاملات، افزایش می‌دهد و به عنوان بعدی شناختی-ذهنی در کنار ابعاد ساختاری سلامت اجتماعی قرار می‌گیرد (موسوی و شیانی، ۱۳۹۴:۱۴)؛ بنابراین سرمایه اجتماعی در حوزه سلامت مشخصه‌ای خاص دارد که به توانمندی اجتماعی، سازمان‌دهی جمعی، مشارکت داوطلبانه برای حل مشکلات گروهی یا عمومی در حد اکثریت اشاره می‌کند. بر این اساس در شرایطی که سرمایه اجتماعی، یعنی توانایی استفاده جمعی توأم با همکاری از منابع، برای اهداف عمومی وجود نداشته باشد، بعید است که فقط سرمایه مالی و افزایش سرمایه انسانی بتواند نتایج مثبتی را به دنبال داشته باشد (تاج‌بخش، ۱۳۸۴:۱۰).

تحقیقات نشان می‌دهند روابط اجتماعی ناشی از سرمایه اجتماعی تأثیرات چندگانه و مرتبطی با پیامدهای سلامتی دارند که شامل رفتارهای سلامتی، سلامت روانی، سلامت فیزیکی، سلامت اجتماعی و خطرات مرگ و میر است (دبرا^۲، آمبرسونند^۳ و کاراس^۴ ۲۰۱۰). از آنجایی که شخصیت‌های فردی تحت تأثیر کیفیت و

1. Social capital
2. Debra
3. Umberson and
4. Karas

کمیت روابط میان فردی قرار می‌گیرند، فقدان حمایت‌های اجتماعی ممکن است منابع فردی را برای مقابله با چالش‌ها تقلیل دهد و احتمالاً به اختلالات فراوانی منجر شود؛ زیرا حمایت‌هایی را که فرد از خانواده، دوستان و یا جامعه دریافت می‌کند مستقیماً سلامت اجتماعی او را تحت تأثیر قرار می‌دهند. به اعتبار این مسأله حمایت اجتماعی و مشارکت اجتماعی در پژوهش سلامت اجتماعی یک مفهوم کلیدی تلقی می‌گردد.

جامعه ایران با حجم نسبت انبوه جمعیت و تنوع گستردگی قومی- فرهنگی که در جغرافیایی نسبتاً ناموزون و بسیار متنوع توزیع شده است، با موضوع سلامت در تمام ابعاد آن روبه‌رو است. از سوی دیگر، شرایط جامعه که نشانگر جامعه‌ای در حال گذار و انتقال از وضعیت نسبتاً سنتی به وضعیت نسبتاً مدرن است، همراه با خود فرصت‌ها و تهدیدهایی به ارمغان می‌آورد؛ فرصت‌هایی برای یافتن راهکارها و مدل‌های ارتقاء و گسترش سلامت اجتماعی و تهدیدهایی در از دست رفتن سلامت اجتماعی موجود یا کم‌رنگ شدن آن به قیمت انتقال به دوره‌ی مدرن (موسوی و شیانی، ۱۳۹۴: ۱۴). در این راستا سلامت زنان پیوستاری در نظر گرفته می‌شود که در طی چرخه زندگی وی گسترده می‌شود و ارتباط بسیار نزدیکی با وضعیت زندگی آن‌ها دارد. به نظر می‌رسد سلامت زنان به تعاملات پیچیده‌ی بیولوژی فردی، رفتار بهداشتی، زمینه‌ی تاریخی، اجتماعی، امنیتی و سیاسی زندگی آن‌ها بستگی دارد (Kolander, 2012: 122). پارپارت^۱ (۱۹۹۳) معتقد است که در ایجاد نابرابری‌ها، هنجارهای اجتماعی اصلی‌ترین نقش را نادیده گرفتن جایگاه زنان ایفا می‌کنند. این هنجارها عبارتند از ساختارهای کلیشه‌ای خانوادگی مردسالار و نابرابری‌های جنسیتی نهادینه شده در سطح اجتماع است (قدیمی و همکاران، ۱۳۹۰: ۱۰). مشکلات ناشی از فقر زنان در ادبیات توسعه اجتماعی و سلامت زنان موضوع قابل توجه و با اهمیتی بوده است. نادیده گرفتن زنان به عنوان نیمی از منابع انسانی جامعه از حضور در فرایند توسعه به مفهوم کند کردن چرخ توسعه جامعه است (همان: ۶). فقر زنان به شکل

1. Parpart

مصرف غذای ناکافی، زندگی در مسکن نامناسب، دسترسی نداشتن به خدمات و مراکز درمانی و نداشتن قدرت تصمیم‌گیری در مورد شرایط اولیه زندگی نشان داده شده است. بیشتر زنان در کارهای کم درآمد و سطح پایین مشغولند و به دلیل مشکلات اشتغال، در تمام جهان با خطراتی مواجهند که سلامت، زندگی و رفاه آنان را تهدید می‌کند (پرویزی و همکاران، ۱۳۸۸: ۷)؛ بنابراین تجهیز زنان به سلامت اجتماعی باعث ایمنی آن‌ها در برابر آسیب‌ها و مشکلات می‌شود و آن‌ها به راحتی می‌توانند با شرایط متغیر زندگی انطباق یابند؛ زیرا سلامت زنان شرط لازم سلامت آحاد جامعه است. زنانی که از سلامت اجتماعی برخوردارند، با موفقیت بیشتری می‌توانند با چالش‌های ناشی از ایفای نقش‌های اصلی اجتماعی کنار بیایند و احتمالاً می‌توانند مشارکت بیشتری در فعالیتهای جمعی داشته باشند در نتیجه باید انتظار داشت تطابق آنان با هنجارهای اجتماعی بیشتر خواهد شد. شرایطی که می‌تواند نقش مهمی در پیشگیری از انحراف که ابعادی فراتر از قلمرو رفتارهای فردی دارد، داشته باشند (فتحی و همکاران، ۱۳۸۹: ۲۲۸-۲۲۷).

در سال‌های اخیر، ترکیبی از تحولات اجتماعی و اقتصادی اغلب جوامع توسعه‌یافته و در حال توسعه از جمله ایران، ما را ترغیب به پژوهش درباره‌ی سلامت اجتماعی زنان کرده است. هرچند در ایران از جنبه‌های مختلف در مورد سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی تحقیق شده است؛ اما به‌طور خاص بر روی زنان در ارتباط با موضوع مورد نظر، پژوهش خاصی انجام نشده که بتوان از دستاوردهای آن استفاده کرد؛ بنابراین با حصول نتایج این پژوهش می‌توان حساسیت و نگرانی مسئولان و قانون‌گذاران را در قبال سلامت و سلامت اجتماعی زنان بیشتر کرد؛ همچنین سازمان‌ها و ارگان‌های ذیربط از جمله بهزیستی و تأمین و رفاه اجتماعی و... نیز می‌توانند در جهت حفظ و ارتقای سلامت که در نهایت منجر به عملکرد بهتر فرد و ارتقای سلامت جمعی در جامعه می‌شود گام‌های مؤثری را بردارند و به مداخله‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی مناسب دست زنند تا در سایه سلامت اجتماعی،

ناهنجاری و مشکلات اجتماعی کاهش یافته و روابط در لوای تصحیح شیوه‌های رفتاری بهبود یابد (شربتیان، ۱۳۹۱:۴)؛ بنابراین ضرورت می‌یابد که سلامت اجتماعی زنان به عنوان یکی از مسائل اجتماعی، مورد بررسی علمی قرار گیرد تا جنبه‌های مختلف آن شناسایی شده و گام‌های مفیدی در راستای ارتقای سلامت اجتماعی آن‌ها برداشته شود. پژوهش حاضر در پی مطالعه و تحلیل جامعه‌شناختی سلامت اجتماعی و به دنبال تبیین ارتباط و همچنین شناخت تأثیر سرمایه اجتماعی و مؤلفه‌های آن بر سلامت اجتماعی زنان منطقه چهار شهری تهران است. در این پژوهش تلاش می‌شود تا سؤالات زیر مورد بررسی و تحقیق قرار گیرد

(۱) میزان سلامت اجتماعی زنان چقدر است؟

(۲) سرمایه اجتماعی و ابعاد آن چه تاثیری بر سلامت اجتماعی زنان دارد؟

(۳) مهمترین راهبردها و راهکارهای نقش تأثیر گذار سرمایه اجتماعی بر سلامت

اجتماعی زنان چه می‌باشد؟

پیشینه پژوهش

در بین پژوهش‌های انجام شده، پژوهشی که مستقیماً رابطه دو متغیر سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی را بررسی کند، کمتر مشاهده شده که این مسأله یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود ولی لزوم ارتباط این دو متغیر احساس می‌شود. بنابراین مطالعاتی که ارتباط نزدیک‌تری با موضوع داشت به عنوان سوابق پژوهش انتخاب شد.

مردانی (۱۳۹۳) در بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه یزد با حجم نمونه ۳۸۴ نفر نشان داده است که متغیرهای پیشرفت تحصیلی، سلامت جامعه، شبکه‌های اجتماعی، سن، حمایت اجتماعی و معدل و گرایش به اعتیاد در تبیین تغییرات و پیش‌بینی سلامت اجتماعی دانشجویان نقش داشته و در مجموع ۸/۳۸ درصد

از تغییرات سلامت اجتماعی را تبیین می‌کند. این تحقیق از نظر بررسی ارتباط بین حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی همسو است.

رضایی (۱۳۹۲) در بررسی میزان سلامت اجتماعی شهروندان شهر مشهد و شناخت برخی از عوامل تأثیرگذار بر آن با حجم نمونه ۲۶۷ نفر از ۱۰ ناحیه مختلف شهر مشهد نشان داد که مهم‌ترین متغیرهای تأثیرگذار بر سلامت اجتماعی به ترتیب عبارت‌اند از احساس امنیت اجتماعی، اعتماد اجتماعی، حمایت اجتماعی و سن است که این چهار متغیر، حدود ۳۰ درصد تغییرات متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) را تبیین کرده است. همچنین این تحقیق از نظر ارتباط بین متغیرهای حمایت اجتماعی و اعتماد اجتماعی با سلامت اجتماعی با تحقیق حاضر هم‌راستا است.

شربتیان (۱۳۹۱) در مقاله‌ای با عنوان تأملی بر پیوند معنایی مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و میزان بهره‌مندی از سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه پیام نور مشهد نشان داده است که ابعاد اعتماد و مشارکت اجتماعی بیشترین اهمیت را در تعیین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان دارند. این تحقیق از نظر ارتباط بین متغیرهای سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی با تحقیق حاضر هم‌راستا است.

نیک و رز (۱۳۸۸) در بررسی رابطه سرمایه اجتماعی با میزان سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان با حجم نمونه ۳۷۵ نفر نشان داده است که تمامی ابعاد سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی رابطه معناداری دارند و از بین متغیرهای پیشنهادی وضعیت تأهل، جنسیت و نوع دانشکده با سلامت اجتماعی رابطه داشتند. نتایج به‌دست‌آمده از تحلیل رگرسیون نشان داد که ۶۵ درصد از تغییرات واریانس سلامت اجتماعی به‌وسیله متغیرهای پیوند، اعتماد و مشارکت اجتماعی تبیین می‌شود. در این تحقیق همچون تحقیق حاضر به بررسی سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی پرداخته شده است با این تفاوت که در این تحقیق بعد حمایت اجتماعی نادیده گرفته شده است و به دو جنس توجه شده است.

آباچی‌زاده و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهشی با عنوان اندازه‌گیری سلامت اجتماعی خود امتیاز از ایرانیان (یک بررسی مبتنی بر جمعیت سه شهرستان) نشان داده‌اند که میانگین نمره سلامت اجتماعی نمونه مورد بررسی، برابر با ۱۰۵ بوده است و ۵۰ درصد شرکت‌کنندگان در سطح متوسط از سلامت اجتماعی برخوردار بوده‌اند. نمره سلامت اجتماعی در ارومیه بالاتر از تهران برآورد شده است. (Abachizadeh&Etal, 2014: 79) در این مقاله صرفاً سنجش شاخص‌های سلامت اجتماعی به‌اختصار بیان شده است و رابطه آن با متغیرهای زمینه‌ای مورد مطالعه قرار گرفته است.

فوجیساوا و تاکاگاوا (۲۰۰۹) در مطالعه‌ای در ژاپن نشان داده‌اند که پس از تعدیل متغیر سرمایه اجتماعی فردی ادراک‌شده، دو متغیر به پیوست سرمایه اجتماعی جامعه (مهربانی و صمیمیت) رابطه معناداری با سلامت عمومی دارد (Fujisawa&Takegawa, 2009: 503). در این تحقیق همسو با تحقیق حاضر به بررسی سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی پرداخته است و بر خلاف تحقیق حاضر به بعد مهربانی و صمیمیت توجه شده است. کیکوگنانی^۱ و همکار (۲۰۰۷) در پژوهشی سعی کردند «تا به ارزیابی ارتباط بین مشارکت اجتماعی، درک از اجتماع در میان جوانان دانشجویان ایتالیایی، آمریکایی و ایرانی و تأثیر این دو متغیر بر سلامت اجتماعی پردازند» در این تحقیق تنها به بعد مشارکت اجتماعی در رابطه با سلامت اجتماعی توجه شده است و سایر ابعاد نادیده گرفته شده است.

با مرور تحقیقات خارجی مشخص شد که اکثر این تحقیقات با استفاده از روش تحلیل داده‌های آماده انجام شده است و بیشتر مطالعات از نوع پیمایشی و بیشتر در کشور آمریکا و از جنبه روان‌شناختی مورد تحلیل قرار گرفته است. به طوری که اکثراً سلامت را معادل سلامت روانی و جسمانی قرار داده و به جنبه اجتماعی سلامت توجه خاصی نشده است. از سوی دیگر مرور تحقیقات داخلی نیز نشان داد که مدت زیادی از ورود این مفهوم (سلامت اجتماعی) به عرصه تحقیقات کشور نمی‌گذرد و فراوانی

1. Cicognani& etal

مقالات در حوزه سلامت اجتماعی بسیار پایین است. همچنین قریب به اتفاق تحقیقاتی که پیرامون سلامت اجتماعی در ایران انجام شده است، بر روی نمونه دانشجویان، مورد بررسی قرار گرفته است. پس آنچه که باعث تفاوت این تحقیق از سایر تحقیقات این است که به بررسی ابعاد مهم سرمایه اجتماعی (اعتماد اجتماعی، مشارکت اجتماعی و حمایت اجتماعی) پرداخته است و وجه تمایز آن با بسیاری از تحقیقات توجه به زنان است.

چارچوب نظری پژوهش

عموماً دو رویکرد متفاوت در تعریف سلامت وجود دارد که عبارت‌اند از:
(۱) رویکرد بیماری محور: این رویکرد با حضور و عدم حضور بیماری در مقوله‌های مختلف جسمانی و روانی محدود شده است (بلانکو و دیاز، ۲۰۰۷: ۶۱). از این منظر سلامت حالتی است که علائم بیماری در فرد وجود نداشته باشد و سلامت هدف نهایی پزشکی بود. در این دیدگاه نقش عوامل تعیین‌کننده زیست‌محیطی، اجتماعی و روان‌شناختی نادیده گرفته می‌شود. همچنین این الگو در حل بسیاری از مسائل اساسی بهداشتی انسان از جمله اعتیاد، بیماری‌های روانی و... نارسا بوده است (سجادی و صدرالسادات، ۱۳۸۴: ۲۴۷).

(۲) رویکرد سلامت‌محور: که در آن سلامت را به‌عنوان حالت برخوردارگی از درجه بالایی از بهزیستی تعریف می‌کنند. طبق نظریه سلامتی، فردی سالم فرض می‌شود که درجات عالی شاخص‌های سلامت را دارا باشد (بلانکو و دیاز، ۲۰۰۷: ۶۳). داوانی و همکاران عقیده دارند که سلامت حقیقی، فرایند نیرومند شدن و قادر بودن توأم با داشتن یک زندگی خوب را منعکس می‌کند (کرتیس^۱، ۲۲: ۱۳۸۲). این رویکرد که در حیطه‌ی روانشناسان مثبت‌نگر قرار دارد به استعدادها و توانمندی‌های انسان به‌جای

پرداختن به ناهنجاری‌ها و اختلال‌ها توجه می‌کند و هدف نهایی خود را شناسایی سازه‌ها و شیوه‌هایی می‌داند که بهزیستی و شادکامی انسان را به دنبال دارند (جوکار، ۱۳۸۶: ۴).

لارسون و کیز با توجه به رویکرد سلامت‌محور یک چارچوب مفهومی و نظری برای سلامت اجتماعی ارائه داده‌اند. از نظر لارسون (۱۹۹۳) «سلامت اجتماعی ارزیابی فرد از کیفیت روابطش با خانواده، دیگران و گروه‌های اجتماعی است و در واقع شامل پاسخ‌های درونی فرد نسبت به محرک‌ها و احساسات، تفکرات و رفتارهایی است که نشانگر رضایت یا عدم رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی است.» (Larson, 1993: 285). طبق نظر کیز «حلقه مفقوده در تاریخچه مطالعات مربوط به سلامت و خصوصاً سلامت ذهن پاسخ به این سؤال است که آیا ممکن است کیفیت زندگی و عملکرد شخصی افراد را بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد. سلامت اجتماعی ترکیبی از چند عامل است که در مجموع نشان می‌دهند چقدر یک شخص در زندگی اجتماعی‌اش مثلاً به‌عنوان همسایه، همکار و شهروند عملکرد خوبی دارد (Keyes & Shapiro, 2004: 5). کیز معتقد است «بهزیستی یک اساس و بنیان اجتماعی دارد و بدین ترتیب سلامت اجتماعی را ارزیابی شرایط و عملکرد فرد در جامعه تعریف می‌کند» (Ibid: 8) و «عملکرد اجتماعی خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت جسمی و روانی است و چالش‌های اجتماعی را در بر می‌گیرد. همچنین وی معتقد است «که بین سلامت اجتماعی با رفتارهای اجتماع پسند و مسئولیت‌پذیری در جامعه و جایگاه اجتماعی رابطه مثبتی وجود دارد از نظر کیز هیچ ادبیات پژوهشی روی سلامت اجتماعی در بُعد فردی وجود ندارد.» (سام آرام، ۱۳۸۸: ۱۲). کیز سلامت اجتماعی را ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که وی به‌عنوان عضوی از آنهاست، تعریف می‌کند. وی بر این اساس مدل پنج عاملی خویش را مطرح می‌کند

که در آن پنج عامل انسجام، پذیرش، شکوفایی، مشارکت و انطباق اجتماعی شاخص‌های سلامت را تشکیل می‌دهند.

یکپارچگی اجتماعی: معنی ارزیابی فرد از کیفیت روابط متقابلش در جامعه و گروه‌های اجتماعی است، افراد سالم احساس می‌کنند که بخشی از جامعه هستند، بنابراین یکپارچگی اجتماعی گستره‌ای است که مردم احساس می‌کنند با دیگران وجه مشترکی دارند و به جامعه و گروه‌های اجتماعی تعلق دارند. این مفهوم در برابر بیگانگی و انزوای اجتماعی سیمن و آگاهی طبقاتی مارکس قرار می‌گیرد (Keyes, 1998: 122).

سهم داشت اجتماعی: بیانگر ارزیابی فرد از ارزش اجتماعی خود است. کسانی که سطح مطلوبی از این بعد را دارا هستند، اعتقاد دارند که عضو مهمی در اجتماع هستند و چیزهای ارزشمندی برای ارائه به دیگران دارند. سهم‌داشت اجتماعی نشان‌دهنده آن است که چگونه و تا چه حد مردم احساس می‌کنند که آنچه آن‌ها در جهان انجام می‌دهند برای جامعه مهم و ارزشمند است و به عنوان کمک اجتماعی تلقی می‌شوند (Keyes & Shapiro, 2004: 5).

پذیرش اجتماعی: تفسیر فرد از جامعه و ویژگی‌های دیگران است. افرادی که دارای این بعد از سلامت اجتماعی هستند، اجتماع را به صورت مجموعه‌ای از افراد مختلف درک می‌کنند و دیگران را با همه نقض‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی‌ای که دارند، می‌پذیرد و به دیگران به‌عنوان افراد با ظرفیت و مهربان، اعتماد و اطمینان دارند. پیوستگی اجتماعی: اعتقاد به اینکه اجتماع قابل فهم، منطقی و قابل پیش‌بینی است. افرادی که از نظر اجتماعی سالم‌اند نه تنها درباره نوع جهانی که در آن زندگی می‌کنند، بلکه همچنین راجع به آنچه اطرافشان رخ می‌دهد علاقه‌مند بوده و احساس می‌کنند قادر به فهم وقایع اطرافشان هستند. این مفهوم در مقابل بی‌معنایی در زندگی است و در حقیقت درکی که فرد نسبت به کیفیت، سازمان‌دهی و اداره دنیای اجتماعی اطراف خود دارد.

شکوفایی اجتماعی: عبارت است از ارزیابی پتانسیل‌ها و مسیر تکامل جامعه و باور به اینکه اجتماع در حال یک تکامل تدریجی است و توانمندی‌های بالقوه‌ای برای تحول مثبت دارد. این افراد به آینده جامعه امیدوارند و معتقدند که خود و دیگران از پتانسیل‌هایی برای رشد اجتماعی بهره‌مند هستند و جهان می‌تواند برای آن‌ها و دیگران بهتر شود.

کیز بعد سلامت روانی و اجتماعی را نشانه کارکرد مثبت می‌خواند و می‌گوید اگر فرد شرایط دو بعد سلامت احساسی (احساس خوب و رضایت از زندگی) و بعد کارکرد مثبت را داشته باشد، از سلامت روانی برخوردار است. وی این وضعیت را بالندگی می‌نامد. افراد بالنده احساس خوبی به زندگی دارند و در رابطه با دیگران و در جامعه، فعال و سازنده‌اند. کیز نبود سلامت روانی را پژمردگی می‌خواند. افراد پژمرده، احساس خوبی به زندگی ندارند و کارکرد روانی و اجتماعی‌شان مشکل دارد. این افراد دچار یاس و نومیدی بوده و زندگی خود را پوچ و خالی می‌بینند. این وضعیت با افسردگی تفاوت دارد. کیز در یک تحلیل عامل گسترده نشان داد که بهداشت روانی دارای ابعاد هیجانی، روانی و اجتماعی است و با توجه به مفهوم‌پردازی‌های نظری از سلامت اجتماعی یک مدل پنج بعدی قابل‌سنجش ارائه داد. طبق این ابعاد فرد سالم از نظر اجتماعی زمانی عملکرد خوبی دارد که اجتماعی را به صورت یک مجموعه معنادار، قابل‌فهم و بالقوه‌ای برای رشد و شکوفایی بداند. احساس کند که متعلق به گروه‌های اجتماعی متعلق به خود است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن شریک بداند. محتوای مقیاس سلامت اجتماعی وی طیف مثبتی از ارزیابی فرد از تجاربش در جامعه است. این مقیاس جدید با مقیاس‌های سلامت اجتماعی در سطح بین فردی (مثل پرخاشگری) و سطح اجتماعی (مثل فقر و جایگاه اجتماعی) تفاوت دارد.

پس از بررسی و توصیف مفهوم سلامت اجتماعی به بررسی و تعریف سرمایه

اجتماعی و ابعاد آن به‌عنوان متغیر دیگر تحقیق حاضر می‌پردازیم:

جیمز کلمن سرمایه اجتماعی را به وسیله کارکردش تعریف نموده است. به نظر او سرمایه اجتماعی هنگامی ایجاد می‌شود که روابط میان اشخاص به شیوهایی تغییر یابد که کنش را آسان سازد؛ بنابراین سرمایه اجتماعی عبارت است از قدرت و توانایی مردم برای برقراری ارتباط باهم (سعادت، ۱۳۸۵: ۱۷۶). از دیدگاه بوردیو سرمایه اجتماعی حاصل جمع منابع بالقوه و بالفعلی است که نتیجه مالکیت شبکه بادوامی از روابط نهادی شده بین افراد و به عبارت ساده‌تر عضویت در یک گروه است (Fild, 2003: 15). بوردیو (۲۰۰۱) و کلمن (۱۹۸۸) بیان کرده‌اند که سرمایه اجتماعی بعدی از سازمان اجتماعی است که می‌تواند کارآیی اجتماعی را، از طریق سهولت بخشیدن به کنش‌های هماهنگ، بهبود بخشد و به عنوان مفهومی چند بعدی دربردارنده شاخص‌هایی چون شبکه حمایت اجتماعی، اعتماد و مشارکت اجتماعی بوده و پایه اصلی حیات اجتماعی است (به نقل از سیدان و عبدالصمدی، ۱۳۹۰: ۲۳۴).

اعتماد به عنوان یکی از ابعاد و مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی، یکی از مهم‌ترین شاخص‌ها و نشانگرهای مؤثر سلامت و بهزیستی اجتماعی است. ایده اساسی این است که اعتماد افراد به یکدیگر و اعتماد آن‌ها به نهادهای اجتماعی همراه با شکل‌گیری شبکه‌های اجتماعی سودمند می‌تواند اثرات مثبتی بر سلامت جسمی و روانی افراد و همچنین بر کارایی نظام داشته باشد (شارع پور، ۱۳۸۸: ۵). فلورین و واندرمن^۱ (۲۰۰۰) معتقدند شرکت کردن در جامعه از طریق مشارکت این مفهوم را می‌رساند که افراد برای زندگی آرمان دارند و نشان‌دهنده سلامت و بهزیستی افراد است. گامسون^۲ نیز استدلال می‌کند که مشارکت در جنبش‌های اجتماعی، رشد هویت شخصی را در برمی‌گیرد و نشان‌دهنده فرصتی برای درک خود است. هر ارتباطی که فرد در زندگی خود برقرار می‌کند شامل حمایت‌هایی است که از خانواده، دوستان و یا جامعه دریافت

1. Florin & Wandersman
2. Gamson

می‌کند و همه این‌ها مستقیماً سلامت او را تحت تأثیر قرار می‌دهند. مطالعات نشان داده‌اند که مشارکت اجتماعی پایین و فقدان حمایت اجتماعی اثرات منفی روی سلامت افراد دارد (Herzogat, 2002: 606). هاووس^۱ (۱۹۸۱) حمایت اجتماعی را نوعی مبادله بین فردی می‌داند که پیوندهای عاطفی، کمک‌های مؤثر ابزاری، ارائه اطلاعات، اظهارنظر و ارزیابی دیگران را در برمی‌گیرد شافر، کوین و لازاروس^۲ (۱۹۸۱) هم با تأکید بر ادراکات ذهنی فرد، حمایت اجتماعی را عبارت می‌داند از ارزشیابی‌ها یا ارزیابی‌های فرد از اینکه تا چه حد یک تعامل یا الگوی تعاملاتی برای وی سودمند است (رستگار خالد، ۱۳۸۴: ۱۳۶).

در حالی که تفکیک‌های جنسیتی که نتیجه یک نظام نابرابر جنسیتی است موجب خواهد شد که زنان و مردان به شبکه‌های خاصی سوق پیدا کرده و سرمایه اجتماعی متفاوتی داشته باشند (باستانی و هیکویی، ۱۳۸۶: ۶۵). اصطلاح جنس بر تفاوت‌های بیولوژیک و فیزیکی میان مردان و زنان دلالت دارد، حال آنکه جنسیت ناظر بر ویژگی‌های شخصی و روانی و تفاوت‌های اکتسابی فرهنگی، اجتماعی و روان شناختی میان زنان و مردان می‌باشد که جامعه آن را تأمین می‌کند (گیدنز، ۱۳۸۶: ۷۵). ابعاد مختلف جامعه و حوزه‌های آن، از قبیل نهادها و مؤسسات کاری، سازمان‌های اقتصادی، احزاب و حتی فعالیت‌های ارتباطی و مشارکت اجتماعی و عضویت در برخی گروه‌ها و شبکه‌ها، بر مبنای جنسیت طبقه‌بندی شده‌اند و نابرابری‌ها و تفاوت‌های جنسیتی میان زنان و مردان را گسترش می‌دهد. از دیدگاه شبکه منشا بسیاری از تفاوت‌های جنسیتی در سرمایه اجتماعی و عضویت ارتباطی زنان و مردان، در ساختار اجتماعی ریشه داشته و ناشی از زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی می‌باشد که تبعیضات گسترده‌ای را به دنبال داشته است. امروزه با توجه به گسترش ارتباطات و تماس‌های فردی در جوامع، که علاوه بر نفع فردی به نفع جمعی نیز

1. Hawes

2. Shaffer, Cohen & Lazarus

می‌انجامد، میزان این ارتباطات و تنوع منابع و حمایت‌هایی که در دسترس افراد قرار می‌گیرد از اهمیت خاصی برخوردار می‌باشد. با این وجود نوعی تفکیک و نابرابری در عضویت ارتباطی زنان و مردان وجود دارد. نظام‌های متفاوت اشکال گوناگونی از دستیابی به موقعیت اجتماعی و منابع را در اختیار زنان و مردان قرار می‌دهند که از طریق آن شبکه‌های متفاوت، ارتباطات مختلف و اشکال مختلفی از مشارکت شکل می‌گیرد (Erickson & Miata, 2005) وقتی مردان و زنان به شبکه‌های روابط متفاوتی راه یابند، منابع و حمایت‌های متفاوتی را نیز دریافت می‌کنند، در نتیجه سرمایه‌های اجتماعی‌شان از هم متفاوت می‌گردد. به طوری که تماس و ارتباط با مردان شکل متفاوتی از سرمایه اجتماعی را نسبت به تماس با زنان فراهم می‌کند. این به آن معنی نیست که پیوند و ارتباط با مردان، سرمایه اجتماعی بهتر یا بدتری را فراهم می‌کند، بلکه به آن معناست که پیوند با مردان، سرمایه اجتماعی مفیدی را از جهت انواع منابع و حمایت‌هایی که مردان تمایل به داشتن آن‌ها دارند فراهم می‌کند و پیوند با زنان، سرمایه اجتماعی مفیدی را از جهت انواع حمایت‌ها و دارایی‌هایی که زنان تمایل به دارا بودن آن دارند فراهم می‌نماید (Erickson, 2004: 28-29)

در این تحقیق چارچوب نظری تحقیق که مبتنی بر بررسی رابطه سرمایه اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان است از نظریات بوردیو بهره گرفتیم. به نظر بوردیو، سرمایه اجتماعی جمع منابع واقعی یا بالقوه‌ای است که حاصل از شبکه‌ای بادوام از روابط کم‌و بیش نهادینه‌شده، آشنایی و شناخت متقابل یا به بیان دیگر عضویت در یک گروه است. شبکه‌ای که هر یک از اعضای خود را از پشتیبانی سرمایه جمعی برخوردار می‌کند و آنان را مستحق اعتبار می‌سازد. به نظر وی سرمایه اجتماعی، به عنوان شبکه‌ای از روابط، یک ودیعه طبیعی یا حتی یک ودیعه اجتماعی نیست، بلکه چیزی است که در طول زمان و با تلاش بی‌وقفه به دست می‌آید؛ به عبارت دیگر شبکه روابط، محصول راهبردهای سرمایه‌گذاری فردی یا جمعی آگاهانه یا ناخودآگاه است که هدفش ایجاد یا بازتولید روابط اجتماعی است که مستقیماً در کوتاه‌مدت یا بلندمدت قابل استفاده

هستند. به نظر وی از کارکردهای مثبت سرمایه اجتماعی، افزایش سلامت افراد است که از طریق فراهم آوردن حمایت‌های عاطفی و روانی، کاهش عوامل استرس‌زا، کاهش حوادث زندگی (مانند از دست دادن شغل) را به همراه دارد. با توجه به آنچه در سطور قبل اشاره کرده ایم مدل پژوهش را اینگونه ترسیم کرده‌ایم.

با توجه به چارچوب نظری در این پژوهش مهم‌ترین فرضیه‌هایی که مورد مطالعه قرار می‌گیرد به شرح زیر است.

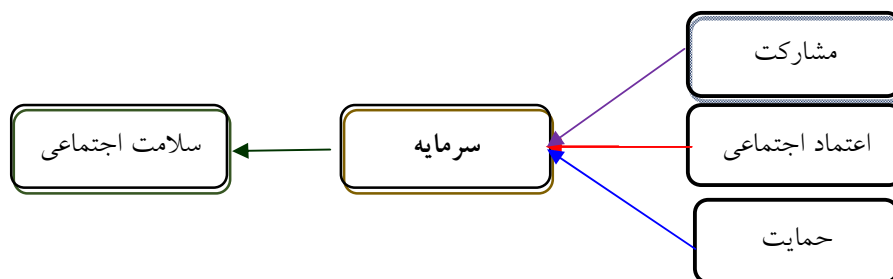
فرضیه اصلی: به نظر می‌رسد بین سرمایه اجتماعی زنان و سلامت اجتماعی آن‌ها رابطه وجود دارد.

فرضیه‌های فرعی:

۱. به نظر می‌رسد بین مشارکت اجتماعی زنان و سلامت اجتماعی آن‌ها رابطه وجود دارد.

۲. به نظر می‌رسد بین میزان اعتماد اجتماعی زنان و سلامت اجتماعی آن‌ها رابطه وجود دارد.

۳. به نظر می‌رسد بین حمایت اجتماعی زنان و سلامت اجتماعی آن‌ها رابطه وجود دارد.



شکل ۱- مدل پژوهش (نگارنده)

روش پژوهش

در این تحقیق، از روش پیمایش استفاده شده است. جامعه آماری شامل کلیه زنان ۱۸ تا ۵۵ سال، ساکن در منطقه چهار شهری تهران است؛ که طبق آخرین سرشماری نفوس و مسکن (۱۳۹۰)، تعداد کل افراد جامعه مورد مطالعه ۴۳۱۳۷۷ نفر بوده و حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران، برابر با ۳۸۵ نفر انتخاب شده‌اند. شیوه‌های گوناگونی برای نمونه‌گیری وجود دارد که هرکدام از آن‌ها با توجه به جامعه آماری پژوهش کاربرد بخصوصی دارد. البته می‌توان در یک پژوهش از چند شیوه استفاده کرد. در اینجا به دلیل وسعت جغرافیایی و ناهمگونی جامعه آماری ابتدا از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده شد. به طوری که خوشه‌ها معرف جامعه آماری شدند. خوشه‌های این پژوهش همان محله‌های مختلف منطقه چهار شهری تهران است که طبق نقشه شهرداری دارای بیست محله است؛ که از میان این بیست محله، ده محله به صورت تصادفی انتخاب شدند و در مرحله بعد محله‌های انتخاب شده را بلوک‌بندی کردیم و در هر بلوک کلیه خانه‌ها تا تکمیل همه پرسشنامه‌ها مورد مراجعه قرار گرفتند؛ یافته‌های پاسخگویان بر اساس آمار توصیفی و استنباطی و با به‌کارگیری از نرم‌افزار Spss22 و با استفاده از آماره‌هایی چون: ضریب پیرسون، رگرسیون چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. پایایی پژوهش بر اساس استفاده از تکنیک آلفای کرونباخ در نرم‌افزار Spss22 برای تمامی شاخص‌ها در حد مطلوبی بوده است. این روش بستگی به هماهنگی کارکرد آزمودنی از یک سؤال به سؤال دیگر داشته است و محاسبه آن مبنی بر انحراف استاندارد سؤالات است؛ بنابراین بر اساس همبستگی درونی سؤالات مقدار آلفای استخراج شده است. با توجه به اینکه پایایی همه متغیرها و همچنین پایایی کل برابر با ۰/۸۰ است می‌توان گفت ابزار پایایی بالایی دارد. به عبارتی گویه‌های موجود در پرسشنامه از همسازي بالایی جهت سنجش برخوردارند.

متغیر وابسته این تحقیق سلامت اجتماعی است که بر اساس تئوری کیز پنج بعد یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، سهم‌داشت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پیوستگی اجتماعی را در بر می‌گیرد. در اینجا میزان سلامت اجتماعی زنان به وسیله مقیاس ۳۳ گویه‌ای که توسط کیز در سال ۱۹۹۸ طراحی شده است در قالب طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت ارزیابی شد. سرمایه اجتماعی نیز به عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته شده است که برای سنجش آن در دو بعد اول بعد شناختی شامل انواع اعتماد: اعتماد شخصی، اعتماد تعمیم‌یافته و اعتماد نهادی و حمایت اجتماعی ادراک شده از سوی خانواده، دوستان و دیگران و دوم بعد ساختاری شامل مشارکت‌های اجتماعی تأکید شده است.

جدول ۱- ضریب آلفای کرونباخ متغیرهای مستقل و متغیرهای وابسته

| مقدار آلفای کرونباخ | نام متغیر |
|---------------------|----------------|
| ۰/۷۶ | سلامت اجتماعی |
| ۰/۸۵ | سرمایه اجتماعی |
| ۰/۸۶ | اعتماد اجتماعی |
| ۰/۶۶ | مشارکت اجتماعی |
| ۰/۸۸ | حمایت اجتماعی |
| ۰/۸۰ | کل |

تعاریف مفاهیم

سلامت اجتماعی (متغیر وابسته)

تعریف مفهومی: سلامت اجتماعی «ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که وی عضوی از آنهاست. طبق این تعریف شاخص‌های سلامت اجتماعی عبارت‌اند از: مشارکت

تحلیل جامعه‌شناختی رابطه سرمایه اجتماعی با ... ۱۲۳

اجتماعی (باوری که طبق آن فرد خود را عنصر حیاتی جامعه می‌داند)، انسجام اجتماعی (کیفیت روابط در گروه اجتماعی که به آن تعلق دارد)، پذیرش اجتماعی (دیدگاه مطلوب نسبت به دیگران)، شکوفایی اجتماعی (اعتقاد به توانایی‌های بالقوه اجتماع) و انطباق اجتماعی (درک اجتماع به صورت هوشمند، قابل فهم و قابل پیش‌بینی)» (کیز، ۱۹۹۸: ۱۲۲).

تعریف عملیاتی: در پژوهش حاضر جهت اندازه‌گیری سلامت اجتماعی و مؤلفه‌های آن از مقیاس ۳۳ ماده‌ای سلامت اجتماعی که ۵ مؤلفه آن شامل انسجام، پذیرش، شکوفایی، مشارکت و انطباق اجتماعی است و توسط کیز (۱۹۹۸) ساخته شده است، استفاده می‌گردد.

سرمایه اجتماعی (متغیر مستقل)

تعریف مفهومی: امروزه تعاریف متعددی در ارتباط با مفهوم سرمایه اجتماعی مطرح شده که باعث ایجاد سردرگمی نسبت به این مفهوم شده است. از دیدگاه کلمن، «سرمایه اجتماعی با کارایی خود تعریف می‌شود که یک هویت صرف نیست بلکه دارای ویژگی‌های مختلف است» (کلمن^۱، ۱۹۹۰: ۳۰۲).

بورديو^۲ سرمایه اجتماعی را «مجموعه‌ای از مفاهیمی مانند اعتماد، هنجارها و شبکه‌ها می‌داند که منافع متقابل اعضای یک اجتماع را تأمین خواهد کرد، تأکید ویژه وی بر مفهوم اعتماد است». در مفهوم کلی «سرمایه اجتماعی حاصل انباشت منافع بالقوه و یا بالفعلی است که مربوط به مالکیت یک شبکه بادوام از روابط کم‌وبیش نهادینه شده در بین افرادی است که با عضویت در یک گروه ایجاد می‌شود (بورديو، ۱۹۸۶: ۲۴۳).

1. Colman
2. Bourdieu

تعریف عملیاتی: در پژوهش حاضر برای عملیاتی کردن این مفهوم از پرسشنامه‌ای خود محقق ساخته استفاده کردیم که به کیفیت و کمیت روابط اجتماعی به سه بعد اعتماد اجتماعی، مشارکت اجتماعی و انسجام اجتماعی به صورت تفکیک یافته اشاره می‌کند. همچنین از نظر محتوایی چهار نوع رابطه اجتماعی (سیاسی، فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی) در نظر گرفته شده است.

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل داده‌ها

در تحقیق حاضر از بین شاخص‌های آمار توصیفی به یاری شاخص‌های فراوانی، درصد نسبی، میانگین متغیرها، نتایج قابل توجهی به دست آمده است.

۵/۲۵ درصد از پاسخگویان در گروه سنی ۱۸-۲۵ سال، ۲۰/۳ درصد پاسخگویان ۲۶-۳۰ سال، ۱۴/۲ درصد ۳۱-۳۵ سال، ۹/۶ درصد ۳۶-۴۰ سال، ۱۳ درصد ۴۱-۴۵ سال، ۱۲/۷ درصد ۴۶-۵۰ سال و ۴/۷ درصد ۵۱-۵۵ سال قرار داشتند. بیشترین پاسخگویان یعنی ۲۵/۵ درصد، در گروه سنی ۱۸-۲۵ سال و کمترین پاسخگویان با ۴/۷ درصد در گروه سنی ۵۱-۵۵ سال قرار داشتند.

همچنین یافته‌ها نشان داد که از بین مجموع پاسخگویان، ۱۵۳ نفر یعنی معادل ۳۹/۷ درصد پاسخگویان مجرد و ۶۰/۳ درصد (۲۳۲ نفر)، یعنی بیش از نیمی از پاسخگویان متأهل بوده‌اند. در زمینه تحصیلات، ۳/۱ درصد زنان تحصیلات خود را بی‌سواد، ۱۰/۴ درصد ابتدایی، ۹/۴ درصد راهنمایی، ۲۶/۵ درصد دیپلم، ۱۵/۱ درصد فوق‌دیپلم، ۲۹/۵ درصد لیسانس و ۶ درصد فوق لیسانس به بالا گزارش کردند. بیشترین پاسخگویان یعنی ۲۹/۵ درصد دارای تحصیلات لیسانس و کمترین تعداد پاسخگویان یعنی ۳/۱ درصد بی‌سواد بودند. همچنین نیمی از پاسخگویان (۵۰/۶ درصد) دارای تحصیلات دانشگاهی بوده‌اند. در زمینه اشتغال نیز بیشتر پاسخگویان با ۵۳/۸ درصد خانه‌دار و ۴۶/۲ درصد نیز شاغل بودند.

تحلیل جامعه‌شناختی رابطه سرمایه اجتماعی با ... ۱۲۵

در زمینه میزان درآمد، ۷/۴ درصد پاسخگویان مجموع درآمد ماهیانه خانواده خود را ۶۰۰ هزار و کمتر از ۶۰۰ هزار تومان، ۱۰/۱ درصد ۶۰۰ هزار تا یک میلیون تومان، ۲۳/۱ درصد یک میلیون تا یک میلیون و پانصد هزار تومان، ۱۶/۱ درصد یک میلیون و پانصد هزار تا دو میلیون تومان، ۲۰/۳ درصد دو میلیون تا دو میلیون و پانصد هزار تومان، ۹ درصد دو میلیون و پانصد هزار تا سه میلیون تومان و ۱۴ درصد بالاتر از سه میلیون تومان گزارش کردند. اکثر پاسخگویان درآمد ماهیانه افراد خانواده خود را بین یک تا یک میلیون و پانصد هزار تومان (۲۳/۱ درصد) اعلام داشته‌اند؛ و تنها ۷/۴ درصد زنان گفته‌اند که درآمد ماهیانه افراد خانواده‌شان ۶۰۰ هزار تومان و کمتر از آن است.

جدول ۲- توزیع فراوانی پاسخگویان در گویه های سلامت اجتماعی (کل)

| درصد | فراوانی | سلامت اجتماعی |
|------|---------|---------------|
| ۳۷/۲ | ۱۴۳ | بالا |
| ۲۹/۰ | ۱۱۲ | متوسط |
| ۳۳/۸ | ۱۳۰ | پایین |
| ۳۷/۲ | ۳۸۵ | جمع |

جدول بالا، نشان می‌دهد که ۳۳/۸ درصد پاسخگویان دارای سلامت اجتماعی پایین، ۲۹ درصد دارای سلامت اجتماعی در حد متوسط و ۳۷/۲ درصد سلامت اجتماعی بالایی دارند.

جدول ۳- توزیع فراوانی پاسخگویان در گویه‌های شاخص‌های سلامت اجتماعی

| انحراف معیار | میانگین | خیلی کم | کم | تا حدودی | زیاد | خیلی زیاد | شاخص سلامت اجتماعی | |
|-----------------|---------|------------|------|-------------|------|--------------|-----------------------|--------------------|
| ۰/۶۴ | ۳/۴۲ | ۱/۶ | ۳/۴ | ۶۰/۵ | ۳۳/۲ | ۱/۳ | درصد | سلامت اجتماعی |
| ۱/۴۱ | ۳/۶۴ | ۴۹ | ۷۲ | ۸۱ | ۶۱ | ۱۲۲ | فراوانی | انسجام اجتماعی |
| | | ۱۲/۷ | ۱۸/۷ | ۲۱ | ۱۵/۸ | ۳۱/۷ | درصد | |
| ۱/۴۹ | ۳/۹۶ | ۹۰ | ۶۴ | ۵۸ | ۸۷ | ۸۶ | فراوانی | پذیرش اجتماعی |
| | | ۲۳/۴ | ۱۶/۶ | ۱۵/۱ | ۲۲/۶ | ۲۲/۳ | درصد | |
| ۱/۱۴ | ۳/۴۷ | ۲۵ | ۴۵ | ۱۰۱ | ۱۳۱ | ۸۳ | فراوانی | مشارکت اجتماعی |
| | | ۶/۵ | ۱۱/۷ | ۲۶/۲ | ۳۴ | ۲۱/۶ | درصد | |
| ۱/۲۵ | ۳/۶۵ | ۴۴ | ۴۷ | ۱۰۷ | ۱۰۶ | ۸۱ | فراوانی | انطباق اجتماعی |
| | | ۱۱/۴ | ۱۲/۲ | ۲۷/۸ | ۲۷/۵ | ۲۱ | درصد | |
| ۱/۲۱ | ۳/۴۳ | ۲۴ | ۵۶ | ۸۹ | ۱۱۰ | ۱۰۶ | فراوانی | شکوفایی اجتماعی |
| | | ۶/۲ | ۱۴/۵ | ۲۳/۱ | ۲۸/۶ | ۲۷/۵ | درصد | |

بر طبق جدول شماره سه، ۴۷/۵ درصد از پاسخگویان میزان انسجام اجتماعی خود را در حد زیاد و خیلی زیاد و تنها ۳۱/۴ درصد میزان انسجام اجتماعی خود را در حد کم و خیلی کم دانسته‌اند. ۴۴/۹ درصد از پاسخگویان میزان پذیرش اجتماعی خود را در حد زیاد و خیلی زیاد و تنها ۴۰ درصد میزان پذیرش اجتماعی خود را در حد کم و خیلی کم دانسته‌اند. همچنین بیش از نیمی از پاسخگویان (۵۵/۶ درصد) میزان مشارکت اجتماعی خود را در حد زیاد و خیلی زیاد و تنها ۱۸/۲ درصد میزان مشارکت اجتماعی خود را در حد کم و خیلی کم دانسته‌اند. ۴۸/۵ درصد از پاسخگویان میزان انطباق اجتماعی خود را در حد زیاد و خیلی زیاد و تنها ۲۳/۶ درصد میزان انطباق اجتماعی خود را در حد کم و خیلی کم دانسته‌اند. ۵۶/۱ درصد یعنی بیش از نیمی از

پاسخگویان شکوفایی اجتماعی خود را در حد زیاد و خیلی زیاد و تنها ۲۰/۷ درصد میزان شکوفایی اجتماعی خود را در حد کم و خیلی کم دانسته‌اند. از سوی دیگر بالاترین مقدار میانگین در مقیاس ۱ تا ۵، مربوط به بعد پذیرش اجتماعی با میانگین ۳/۹۶ درصد است. منظور از پذیرش اجتماعی داشتن گرایش‌ها مثبت نسبت به افراد و به‌طورکلی پذیرش افراد علیرغم برخی رفتارهای سردرگم‌کننده و پیچیده آن‌ها است. جدول نشان داد که پاسخگویان دیدگاه مطلوبی نسبت به ماهیت انسان دارند و اجتماع و مردم آن را با همه‌ی نقص‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی باور دارند و می‌پذیرند. همچنین کمترین مقدار میانگین در مقیاس ۱ تا ۵، مربوط به بعد شکوفایی اجتماعی است. شکوفایی اجتماعی به معنای دانستن و اعتقاد داشتن به این است که جامعه به شکل مثبتی در حال رشد است. جدول نشان داد که پاسخگویان ارزیابی مثبتی نسبت به اینکه اجتماع سرنوشت خود را در دست دارد ندارند؛ یعنی بر این باورند که جامعه پتانسیل رشد به شکل مثبت را ندارد و نمی‌تواند این پتانسیل را به شکل بالفعل درآورد. نتایج جدول حکایت از یک نگاه جنسیتی به جامعه دارد و تأثیری که جنسیت بر این باور گذاشته است.

جدول ۴- توزیع فراوانی پاسخگویان برحسب متغیرهای مستقل و وابسته

| متغیرها | میانگین |
|----------------|---------|
| سلامت اجتماعی | ۹۹/۲۸ |
| سرمایه اجتماعی | ۱۰۵/۶۱ |
| اعتماد اجتماعی | ۴۷/۸ |
| حمایت اجتماعی | ۵۷/۶۶ |
| مشارکت اجتماعی | ۱۴/۹ |

میانگین ۹۹/۲۸ برای شاخص سلامت اجتماعی، نشانگر میزان متوسط آماری است؛ و شاخص سرمایه اجتماعی و اعتماد اجتماعی به ترتیب با میانگین ۱۰۵/۶۱ و ۴۷/۸ به معنای وجود سرمایه اجتماعی و اعتماد اجتماعی در حد متوسط به بالا است. میانگین اعتماد بین فردی، اعتماد اجتماعی و اعتماد نهادی به ترتیب در بین زنان عبارت است از ۲۱/۱۷، ۹/۷ و ۴۷/۸ که می‌توان گفت اعتماد بین فردی و اجتماعی زنان در حد متوسط به بالا است ولی اعتماد نهادی آن‌ها پایین‌تر از حد متوسط قرار دارد. میانگین اعتماد به‌طورکلی در بین زنان ۴۷/۸ است که با توجه به دامنه نمرات بیش‌ازحد متوسط ارزیابی می‌شود. حمایت اجتماعی ادراک‌شده اکثر زنان در حد متوسط و زیاد بوده، به‌طوری‌که ۴۷/۷ آن‌ها از حمایت اجتماعی متوسط و ۴۳/۹ درصد از حمایت اجتماعی زیادی برخوردارند. میانگین مشارکت اجتماعی زنان ۱۴/۹ درصد به دست آمد که نشان‌دهنده‌ی پایین بودن میزان مشارکت اجتماعی است به‌طوری‌که ۶۱/۵ درصد از زنان مشارکت اجتماعی کم، ۳۱ درصد متوسط و ۷/۵ درصد مشارکت اجتماعی زیادی دارند.

آزمون فرضیه‌های پژوهش

برای تعیین رابطه بین سرمایه اجتماعی و ابعاد آن شامل اعتماد، مشارکت اجتماعی و حمایت اجتماعی با میزان سلامت اجتماعی (متغیر وابسته) از ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید.

جدول ۵- ضریب همبستگی پیرسون بین سرمایه اجتماعی زنان و سلامت اجتماعی

| متغیر مستقل | میزان همبستگی | سطح معناداری | نوع آزمون |
|----------------|---------------|--------------|-----------|
| سرمایه اجتماعی | ۰/۶۶ | ۰/۰۰۰ | پیرسون |

نتایج جدول شماره پنج حاکی از آن است که بین سرمایه اجتماعی زنان در سطح $\text{sig}=0/000$ با میزان سلامت اجتماعی رابطه معناداری داشت. نتایج به دست آمده نشان‌دهنده همبستگی مثبت این متغیر با متغیر وابسته است به‌گونه‌ای که با افزایش سرمایه اجتماعی می‌توان شاهد افزایش میزان سلامت اجتماعی زنان بود.

جدول ۶- ضریب همبستگی پیرسون بین اعتماد اجتماعی زنان و سلامت اجتماعی

| متغیر مستقل | میزان همبستگی | سطح معناداری | نوع آزمون |
|----------------|---------------|--------------|-----------|
| اعتماد اجتماعی | ۰/۵۱ | ۰/۰۰۰ | پیرسون |

نتایج جدول شماره شش حاکی از آن است که بین اعتماد اجتماعی زنان در سطح $\text{sig}=0/000$ با میزان سلامت اجتماعی رابطه معناداری داشت. نتایج به دست آمده نشان‌دهنده همبستگی مثبت این متغیر با متغیر وابسته است به‌گونه‌ای که با افزایش اعتماد اجتماعی می‌توان شاهد افزایش میزان سلامت اجتماعی زنان بود.

جدول ۷- ضریب همبستگی پیرسون بین مشارکت اجتماعی زنان و سلامت اجتماعی

| متغیر مستقل | میزان همبستگی | سطح معناداری | نوع آزمون |
|----------------|---------------|--------------|-----------|
| مشارکت اجتماعی | ۰/۳۵ | ۰/۰۰۰ | پیرسون |

نتایج جدول شماره هفت حاکی از آن است که بین مشارکت اجتماعی زنان در سطح $\text{sig}=0/000$ با میزان سلامت اجتماعی رابطه معناداری داشت. نتایج به دست آمده نشان‌دهنده همبستگی مثبت این متغیر با متغیر وابسته است به‌گونه‌ای که با افزایش مشارکت اجتماعی می‌توان شاهد افزایش میزان سلامت اجتماعی زنان بود.

جدول ۸- ضریب همبستگی پیرسون بین حمایت اجتماعی زنان و سلامت اجتماعی

| متغیر مستقل | میزان همبستگی | سطح معناداری | نوع آزمون |
|---------------|---------------|--------------|-----------|
| حمایت اجتماعی | ۰/۳۴ | ۰/۰۰۰ | پیرسون |

نتایج جدول شماره هشت حاکی از آن است که بین حمایت اجتماعی زنان در سطح $\text{sig}=0/000$ با میزان سلامت اجتماعی رابطه معناداری داشت. نتایج به دست آمده نشان‌دهنده‌ی همبستگی مثبت این متغیر با متغیر وابسته است به گونه‌ای که با افزایش حمایت اجتماعی می‌توان شاهد افزایش میزان سلامت اجتماعی زنان بود. در ادامه و برای نشان دادن ارتباط هم‌زمان همه متغیرهای مستقل با متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) و تحلیل روابط بین آن‌ها از رگرسیون چندمتغیره به روش گام‌به‌گام استفاده شد. ویژگی روش مذکور این است که در آغاز با مقایسه تمام متغیرهای مستقل، مهم‌ترین عامل وارد معادله شده و به عنوان عاملی که بیشترین قدرت تبیین متغیر وابسته دارد در نظر گرفته می‌شود. این روند در گام‌های دیگر تکرار می‌شود تا وقتی که هیچ متغیر مستقلی توانایی ورود به معادله رگرسیون را نداشته باشد. جهت هم خط نبودن متغیرهای مستقل آماره تولرانس مورد توجه قرار گرفت. این میزان برای همه متغیرهای مستقل این تحقیق بالاتر از $0/7$ است (هر چه میزان تولرانس بیشتر باشد هم خطی کمتری وجود دارد).

جدول ۹- نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی سلامت اجتماعی

| عنوان متغیر | Beta | T | SIG |
|--|-------|------|-----|
| میزان اعتماد | ۰/۶۰۶ | ۲/۵ | ۲/۵ |
| مشارکت اجتماعی | ۰/۱۱۸ | ۹۵/۵ | ۹۷ |
| Adjusted R square=0/590 R square=0/594 | | | |

همان‌طور که جدول شماره ۹ نشان می‌دهد از میان متغیرهای وارد شده به معادله رگرسیون دو متغیر به شرح زیر متغیر وابسته را تبیین می‌کنند. اولین متغیر میزان اعتماد است که بر اساس ضریب بتا به دست آمده $۰/۶۰۶$ درصد تغییر در میزان سلامت اجتماعی به دست می‌آید. بعد از آن متغیر مشارکت اجتماعی است که ۱۲ درصد تغییرات سلامت اجتماعی را تبیین می‌کند. ضریب همبستگی سلامت اجتماعی با این دو متغیر مستقل به‌طور هم‌زمان $۰/۷۷۰$ و ضریب تعیین $۰/۵۹$ است. در واقع به وسیله متغیرهایی که وارد معامله شده‌اند ۵۹ درصد واریانس متغیر وابسته تبیین شده است. بدین معنی که ۵۹ درصد از تغییرات حاصل در متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) توسط متغیرهای میزان اعتماد و مشارکت اجتماعی تفسیر می‌شود.

بر اساس مقادیر بتا محاسبه شده معادله رگرسیونی چندمتغیره در تحقیق حاضر را می‌توان به شرح زیر ترسیم کرد:

$$\text{میزان تاثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت اجتماعی} = \text{میزان اعتماد} (۰/۶۰۶) + \text{مشارکت اجتماعی} (۰/۱۱۸)$$



بحث و نتیجه‌گیری

از نظر کلمن (۱۹۹۰) و بوردیو (۲۰۰۱)، سرمایه اجتماعی بعدی از سازمان اجتماعی است که می‌تواند کارایی اجتماعی را، از طریق سهولت بخشیدن به کنش‌های هماهنگ، بهبود بخشد و به عنوان مفهومی چند بعدی در بردارنده شاخص‌هایی چون شبکه حمایت اجتماعی، اعتماد و مشارکت اجتماعی بوده و پایه اصلی حیات اجتماعی است. این پدیده در شبکه نسبتاً با دوامی از روابط

کماییش نهادینه شده، توأم با شناخت، تعهدات و اعتماد می باشد که به عنوان منابعی بالقوه، موجب تسهیل کنش های فردی و جمعی می شود. به نظر بوردیو از کارکردهای مثبت سرمایه اجتماعی، افزایش سلامت افراد است که از طریق فراهم آوردن حمایت های عاطفی و روانی، کاهش عوامل استرس‌زا، کاهش حوادث زندگی (مانند از دست دادن شغل) را به همراه دارد که نتایج تحقیق همسو با نظریات بوردیو، شربتیان (۱۳۹۱)، نیک ورز (۱۳۸۸)، آباچی‌زاده و همکاران (۲۰۱۴) و فوجیسوا و تاکاگاو (۲۰۰۹) نشان داده است که سرمایه اجتماعی به عنوان یک عامل مؤثر بر سلامت اجتماعی مطرح می شود.

ریشه اعتماد در وثوق و اطمینان به اشخاص صالح و معتبر است، که معمولاً حاصل نخستین تجربیات فرد در زندگی است. از این رو به اعتقاد گیدنز (۱۳۸۶) اعتماد نوعی احساس تداوم و نظم در رویدادها و امنیت وجودی را در فرد به وجود می آورد. این شکل از اعتماد، موانع ارتباطی را برطرف ساخته و بهزیستی را از طریق تسهیل بسیاری از تعاملات موجب می شود. در این تحقیق همسو با یافته های رضایی (۱۳۹۲) و نیکورز (۱۳۸۸) مشخص شده است که اعتماد اجتماعی با سلامت اجتماعی زنان رابطه مثبت معناداری دارد. در حالی که اعتماد نهادی زنان پایین تر از حد متوسط ارزیابی شده است.

مشارکت نداشتن در فعالیت های اجتماعی و عدم اعتماد مانع جذب فرد در چارچوب های اجتماعی می گردد، در این صورت فرد احساس می کند که هیچ فصل مشترکی بی ارزش های فردی و اجتماعی اش وجود ندارد و نسبت به ارزش ها و هنجارهای اجتماعی بی تفاوت و بی اعتماد می شود (کاهش یکپارچگی اجتماعی)، بنابراین احساس می کند که سرنوشت اجتماع به نیروها یا ساختارهای خارجی مربوط است نه به اجزای تشکیل دهنده اجتماع و برای اجتماع توان بالقوه ای در مسیر تکاملی خود قائل نیست (کاهش شکوفایی اجتماعی)، با این تفکر شخص احساس می کند که جامعه آن قدر پیچیده است که نمی توان آن را فهمید و آینده را پیش بینی کرد (کاهش

پیوستگی اجتماعی) و بنابراین نگرش مثبت خود را نسبت به اجتماع و حتی افراد آن جامعه از دست می‌دهد (کاهش پذیرش اجتماعی) وقتی که نگرش‌های فوق در فرد ایجاد شد فرد کار آیی خود را از دست می‌دهد و احساس می‌کند که نقش مهمی در پیشرفت و آینده جامعه نمی‌تواند داشته باشد (کاهش سهم‌داشت اجتماعی) و در نهایت سلامت اجتماعی فرد کاهش می‌یابد و نتیجه‌ی آن تعارض شخصیت، اختلال در رفتارهای اجتماعی و گسترش فساد و ناهنجاری‌های اجتماعی، بزهکاری و ... می‌شود؛ بنابراین سلامت اجتماعی عامل مهمی در پذیرش هنجارهای اجتماعی است که فرد را قادر به تعادل مثبت و اجتناب از پاسخ‌های نامطلوب می‌کند. افرادی که از سلامت اجتماعی برخوردارند می‌توانند با چالش‌های زندگی اجتماعی روبرو شوند و با آن‌ها مقابله نمایند و عملکرد بهتری در جامعه داشته باشند. در این تحقیق نیز همسو با کیوگنانی (۲۰۰۷) نشان داده شده است که با افزایش مشارکت اجتماعی زنان، سلامت اجتماعی آنان افزایش می‌یابد. در حالی که مشارکت اجتماعی زنان پایین‌تر از حد متوسط ارزیابی شده است. این نتیجه بیانگر آن است که با افزایش مشارکت اجتماعی زنان، جامعه به توانمندی‌های آنان پی خواهد برد و زنان به راحتی می‌توانند جامعه را درک کنند و نیز نگرش مثبتی نسبت به اجتماع و جامعه پیدا می‌کنند و از این رو نقش مهمی را در پیشرفت جامعه ایفا می‌کنند و در نتیجه سلامت اجتماعی افزایش می‌یابد.

حمایت اجتماعی میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف شده است. ادراک حمایت اجتماعی و احساس ارزشمندی منجر به سلامتی افراد و ایفای وظایف متقابل آنها در مقابل جامعه خواهد شد. هر چه یگانگی و پیوند فرد با اطرافیانش بیشتر باشد، حمایت اجتماعی بیشتری از او صورت می‌گیرد و به همین دلیل فرد کمتر در آسیب‌ها قرار می‌گیرد و موجب افزایش سلامت اجتماعی فرد می‌شود و یافته‌های تحقیق همسو با یافته‌های رضایی (۱۳۹۲) صحت این موضوع را تأیید می‌کند که با افزایش حمایت اجتماعی زنان، سلامت اجتماعی آنان نیز ارتقاء می‌یابد.

با توجه به اهمیت اعتماد و مشارکت اجتماعی بر سلامت اجتماعی در بین زنان باید در جستجوی راهکارهایی بود که موجبات افزایش آن فراهم آید. لذا با توجه به چارچوب نظری تحقیق و نتایج حاصله پیشنهادهای زیر ارائه می‌گردد:

پیشنهاها

- بسترسازی در حوزه ارتقاء اعتماد پایدار در میان زنان نسبت به زندگی اجتماعی و جامعه.
- برنامه‌ریزی در راستای تقویت اعتماد اجتماعی مستمر و پایدار در بین زنان.
- تدوین سیاست‌های اجتماعی و فرهنگی در حوزه تقویت عرصه‌های مختلف مشارکت پایدار در بین زنان از سوی دستگاه‌های دولتی و غیردولتی.
- اتخاذ تدابیر اجتماعی، اقتصادی، سیاسی در حوزه تقویت رضایت از زندگی و ارتقاء کیفیت زندگی تمام اقشار جامعه به‌خصوص در میان زنان.
- بسترسازی پایدار فرهنگی در حوزه تقویت باورهای معنوی جهت نظارت بر رفتارهای اجتماعی و پیشگیری از رفتارهای آسیب‌زا در بین تمام اقشار جامعه به‌خصوص در میان زنان.
- آموزش شاخص‌های اعتماد مانند صداقت، صراحت و همکاری در جهت ایجاد حمایت اجتماعی زنان
- برنامه‌های مبتنی بر مشارکت اجتماعی نیازمند اعتماد دوجانبه بین مردم و مسئولین است که این خود نیازمند برگزاری جلسات مکرر بین طرفین می‌باشد.
- به پژوهشگران پیشنهاد می‌گردد که به سایر ابعاد سرمایه اجتماعی چون آگاهی، روابط اجتماعی و... توجه گردد.

تحلیل جامعه‌شناختی رابطه سرمایه اجتماعی با ... ۱۳۵

- آرون، ریمون. (۱۳۸۱)، *مراحل اساسی سیر اندیشه در جامعه‌شناسی*، ترجمه: باقر پرهام، تهران: انتشارات علمی.
- ازکیا، مصطفی؛ غفاری، غلامرضا. (۱۳۸۰)، «بررسی رابطه اعتماد و مشارکت اجتماعی در نواحی روستایی کاشان»، *فصلنامه علوم اجتماعی*، سال نهم، شماره ۱۷.
- اکبری بیاتیانی، عبدالرضا؛ پور محمدرضای تجریشی، معصومه. (۱۳۹۰)، «ارتباط شبکه اجتماعی با کیفیت زندگی در والدین دانش آموزان کم توان ذهنی آموزش پذیر»، *فصلنامه ایرانی کودکان استثنایی*، سال یازدهم، شماره ۲ (پیاپی ۴۰).
- امینی رارانی، مصطفی؛ موسوی، میرطاهر؛ رفیعی، حسن. (۱۳۹۰)، «رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی در ایران»، *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، دوره یازدهم، شماره ۴۲.
- باستانی، سوسن؛ صالحی هیکویی، مریم. (۱۳۸۶)، «سرمایه اجتماعی شبکه و جنسیت: بررسی ویژگی‌های ساختی، تعاملی و کارکردی شبکه اجتماعی زنان و مردان در تهران»، *نامه علوم اجتماعی*، دوره جدید، شماره ۳۰.
- پرویزی، سرور؛ قاسم‌زاده کاکرودی، فرزانه، سیدفاطمی، نعیمه؛ ناصری فروغ. (۱۳۸۸)، «عوامل اجتماعی سلامت زنان ساکن در شهر تهران: یک پژوهش کیفی»، *پژوهش پرستاری*، دوره چهارم، شماره ۱۵.
- تاج‌بخش، کیان. (۱۳۸۴)، *سرمایه اجتماعی، اعتماد و دموکراسی*، تهران: نشر شیرازه.
- چلبی، مسعود؛ مبارکی، محمد. (۱۳۸۴)، «تحلیل رابطه سرمایه اجتماعی و جرم در سطوح خرد و کلان»، *مجله جامعه‌شناسی ایران*، دوره ششم، شماره ۲.
- رستگارخالد، امیر. (۱۳۸۴)، «گسترش نقش زنان در جهت حمایت‌های شغلی و اجتماعی»، *مجله جامعه‌شناسی ایران*، دوره ۶، شماره ۴.

- رضایی، امید. (۱۳۹۲)، *بررسی سلامت اجتماعی شهروندان شهر مشهد*، پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد پژوهش علوم اجتماعی، دانشگاه فردوسی مشهد.
- رفیع پور، فرامرز. (۱۳۷۸)، *آنومی یا آشفتگی اجتماعی پژوهشی در زمینه پتانسیل آنومی در شهر تهران*، تهران: انتشارات سروش.
- جوکار، بهرام. (۱۳۸۶)، «نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه بین هوش هیجانی و هوش عمومی در رابطه با رضایت از زندگی»، *مجله روانشناسی معاصر*، دوره دوم، شماره ۴.
- سام آرام، عزت‌الله. (۱۳۸۸)، «بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه محور»، *فصلنامه علمی- پژوهشی انتظام اجتماعی*، سال اول، شماره اول.
- سجادی، حمیرا؛ صدرالسادات، سیدجلال. (۱۳۸۴)، «شاخص‌های سلامت اجتماعی»، *مجله سیاسی- اقتصادی*، دوره ۱۹، شماره ۳۰۴.
- سیدان، فریبا؛ عبدالصمدی، محبوبه. (۱۳۹۰)، «رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان زنان و مردان»، *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، دوره ۱۱، شماره ۴۲.
- سعادت، رحمان. (۱۳۸۵)، «تخمین سطح و توزیع سرمایه اجتماعی استان‌ها»، *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، دوره ۶، شماره ۲۳.
- شارع‌پور، محمود. (۱۳۸۸)، «بررسی عوامل مؤثر بر اعتماد اجتماعی به نیروهای انتظامی مطالعه موردی استان مازندران»، *مجله علمی پژوهشی جامعه‌شناسی کاربردی* دانشگاه اصفهان، دوره ۲۰، شماره ۴ (پیاپی ۳۶).
- شربتیان، محمدحسن. (۱۳۹۱)، «تأملی بر پیوند معنایی مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و میزان بهره‌مندی از سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه پیام نور مشهد»، *فصلنامه جامعه‌شناسی مطالعات جوانان*، سال دوم، شماره پنجم.

تحلیل جامعه‌شناختی رابطه سرمایه اجتماعی با ... ۱۳۷

- علیوردی نیا، اکبر، شارع پور، محمود، ورمزیار، مهدی. (۱۳۸۷)، «سرمایه اجتماعی خانواده و بزهکاری»، *فصلنامه زن در توسعه و سیاست (پژوهش زنان)*، دوره ۶، شماره ۲.

- فتحی، منصور؛ عجم نژاد، رضا و خاک رنگین، مریم. (۱۳۸۹)، «عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی معلمان شهر مراغه»، *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، سال دوازدهم، شماره ۴۷، (سلامت ۱).

- قاسمی، وحید؛ اسماعیلی، رضا؛ ربیعی، کامران. (۱۳۸۵)، «سطح‌بندی سرمایه اجتماعی در شهرستان‌های استان اصفهان»، *مجله علمی پژوهشی جامعه‌شناسی کاربردی*، دانشگاه اصفهان، سال ششم، شماره ۳۲.

- قائدی، غلامحسین؛ یعقوبی، حمید. (۱۳۸۷)، «رابطه بین ابعاد حمایت اجتماعی ادراک‌شده و ابعاد بهزیستی اجتماعی دانشجویان»، *مجله ارمغان دانش*، دوره ۱۳، شماره ۲، (پیاپی ۵۰).

- قدیمی، اکرم؛ قربانی شیخ نشین، ارسلان؛ حریری، رحمان. (۱۳۹۰)، «مقایسه جایگاه زنان در برنامه‌های توسعه و کلان جمهوری اسلامی ایران»، *زن، حقوق و توسعه (تحقیقات زنان)*، سال پنجم، شماره ۳.

- کرتیس، آنتونی جیمز. (۱۳۸۲)، *روانشناسی سلامت*، ترجمه فرامرز سهرابی، نشر تهران: طلوع دانش.

- گیدنز، آنتونی. (۱۳۸۶)، *جامعه‌شناسی*، ترجمه منوچهر صبوری، نشر نی، تهران.
- مردانی، عارفه. (۱۳۹۳)، *بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه یزد*، پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه یزد.

- موسوی، میرطاهر؛ شیانی، ملیحه. (۱۳۹۴)، *سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی مفاهیم و رویکردها*، تهران: انتشارات آگاه.

– محسنی تبریزی، علیرضا؛ شیرعلی، اسماعیل. (۱۳۸۸)، «عوامل مؤثر بر اعتماد اجتماعی دانشجویان ایرانی خارج از کشور مورد پژوهی دانشگاه‌های کشور آلمان»، فصلنامه پژوهش و برنامه‌ریزی در آموزش عالی، دوره پانزدهم، شماره دوم (پیاپی ۵۲).

– نیک وزر، طیبه. (۱۳۸۸)، بررسی سرمایه اجتماعی با میزان سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان، پایان نامه کارشناسی ارشد گروه علوم اجتماعی دانشکده علوم اقتصادی و اجتماعی دانشگاه کرمان.

– یزدان پناه، لیلا. (۱۳۸۲)، بررسی عوامل مؤثر بر مشارکت اجتماعی شهروندان ۱۸ سال به بالای شهر تهران، رساله دکتری رشته جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی.

- Abachizadeh, k; Tayefi, B; Nasehi, A; Memariyan, N; Rassouli, M. Omidian, S. & Bagherzadeh, L. (2014). “Measuring self – rated social health of Iranians apoplation based survey in three cities”, *NBM (novelty in Biomedicine)*. Vol 2, No 3, pp: 79- 84.
- Berekman, L.; Glass, T.; Brissette, I. (2000). “Seeman, Teresa Form social Integration to health: network, support and relational atrain” *Jornal of social Science & Medicine*, Vol 51, pp: 843-857.
- Bourdieu, P. (1986). *The forms of capital, in j Richardson; Handbook of theory and research for the sociology of education, Newyork*, Green wood Press.
- Blanco,A. Diaz. D. (2007). “Social order and mental health: a social well-being approach, Autonomy University of Madrid”, *Jornal of psychology in Spain*, Vol11, No5, PP: 61-71
- Cicognani, E. P. C; Keyes, C. L. M. (2008). “Social Participation, Sense of Community and social well-being: A Study on American, Italian

- and Iranian University Students”, *Social Indicators Research*, Vol 89, No1, PP: 97-112.
- Coleman, J. S. (1990). *Founations of Social Theory*, Cambridge, MA: Belknap Press.
- Erickson, B. H. (2004). **The Distribution of Gendered Social Capital in Canada**, in Creation and Returns of Social Capital. Henk Flap and Beate Volker (eds.), NewYork: Routledge, pp.27-50.
- Erickson, B. H.; Miata, K. (2005). “Macro and Micro Gender Structures: Gender Stratification and Social Network in Japan and Canada”, *Institute for the Global Issues (ISGI seminar)*, March.
- Fild, J.(2003). "*Social capital*".*published by Rout ledge*, London, UK.
- Fujisawa Y, Hamano T, Takegawa S. (2009). “Social capital and perceived health in Japan: an ecological and multilevel analysis”. *Jornal of Social Science Medicine*.No 69,PP: 500-505.
- Hirzong,A.R.; Ofstedal, M.B &Wheeler, L.M. (2002). “Social Engagement and its Relationship to health”, *Jornal of clinical Geriatric Medicine*, Vol 18, No3, ix.
- Keyes, C. L.M & Shapiro, A. (2004). *Social well-being in the United States: A Descriptive Epidemiology*. Chicago LI, The University ofShicago press: 350-372
- Keyes, C. L. M. (1998). “Social Well – being”, *Social Psychology Quarterly*, Vol 61, No2, PP: 121-190.
- Kolander, Ch. A. (2012). “*Contemporary Womens Health, McGraw Hill Press Life Statisfaction Survey (2006-2010)*”, *Turkish Statistical Institute, Printing Division*, Ankara April 2011.

- Larouche R, (1998). “Determinants of college student’s health-promoting life style”. *ClinExell nurse pract; 2(1) p 35-44. Measurement and prediction of risk behaviors among adolescents. Applied Developmental Science*. Vol 2, No4, pp: 209-30.
- Larson, J. (1993). “The measurement of social well-being, social” *Indicators Research*, Vol 28, pp: 285-296.
- Negovan, A. (2013). “Diensions of students Psychosocial Well-being and their measurement: validation of a student’s psychosocial well being Inventory”, *Europes journal of Psychology*, Vol6, No2, pp: 85-104.
- Paxton, P. (2002). “Social capital and democracy: an Interdependent Relationship”, *American sociological review*, Vol67, pp: 254-277.
- Prince-Paul, M. (2012). “Relationships among communicative acts, social well-being, and spiritual well-being on the quality of life at the end of life in patients with cancer enrolled in hospice”, *Journal of Palliative Medicine*, Vol11, No1, pp: 20-25.
- World Health Organization (WHO). (1979). *Health for all*, Sr.No5.