

نقش سرمایه اجتماعی در ارتقای سلامت اجتماعی زنان شهر یزد

سید علیرضا افشانی*

حمیده شیرینی محمدآباد**

چکیده

یکی از عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت اجتماعی، سرمایه اجتماعی است که کنش جمعی و روابط میان افراد جامعه را ترویج و تشویق می‌کند. پژوهش حاضر به بررسی ارتباط سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی می‌پردازد. این تحقیق یک مطالعه مقطعی به شیوه پیمایشی است و جامعه آماری آن شامل کلیه زنان ۶۰-۱۸ ساله شهر یزد است. با استفاده از فرمول کوکران ۲۸۸ نفر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای متناسب (PPS) انتخاب شدند و توسط پرسشنامه استاندارد سلامت اجتماعی کییز (۱۹۹۸) و پرسشنامه محقق‌ساخته سرمایه اجتماعی مورد بررسی قرار گرفتند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل توصیفی (میانگین، انحراف معیار، حداقل نمره، حداکثر نمره) و تحلیل استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام) استفاده شد و نتایج تحلیل همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام نشان داد که ارتباط معنادار و مستقیمی بین سرمایه اجتماعی و ابعاد آن با سلامت اجتماعی وجود دارد.

کلیدواژه‌ها: سلامت اجتماعی، سرمایه اجتماعی، اعتماد اجتماعی، شبکه اجتماعی زنان.

۱. مقدمه

سلامتی مفهومی انتزاعی و چند بعدی است (مهری، ۱۳۹۰: ۴) و سازمان جهانی بهداشت سلامتی را چنین تعریف کرده است: «حالتی از بهزیستی کامل جسمانی، روانی و اجتماعی

* دکترای تخصصی جامعه‌شناسی، دانشیار دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه یزد (نویسنده مسئول)
afshanalireza@yazd.ac.ir

** کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه یزد، hamideh_shiri70@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۵/۳۱، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۹/۴

و نه صرفاً فقدان بیماری یا آسیب» (WHO, 1948). بنابراین مفهوم سلامتی از حالت یک بعدی خارج شد و بر پایه سلامت روانی، جسمانی و اجتماعی استقرار یافت که متخصصانی چون جامعه‌شناسان، مددکاران اجتماعی و روان‌شناسان به مطالعه آن می‌پردازند.

مفهوم سلامت اجتماعی به عنوان بعد مهمی از سلامت به معنای توانایی برقراری روابطی مثبت با دیگران است. کسانی که در این زمینه عملکرد خوبی دارند همیشه نگران سلامت اجتماعی دیگران هستند و می‌توانند با آنها احساس همدردی کنند (Ryff and Keyes, 1995: 727) علاوه بر این سلامت اجتماعی شامل دو بخش "اجتماع+سلامت" بوده که در اغلب موارد نیز تحت عنوان خوشحالی و رضایت معنا می‌گردد و بر روی مفهوم مثبت از سلامتی (تندرستی) تأکید می‌کند (نبوی، ۱۳۹۲: ۱۰۹۷).

بطور کلاسیک سلامت اجتماعی معادل تولید ناخالص داخلی یا شاخص توسعه انسانی قلمداد می‌شد و با این برداشت از توسعه خطر نادیده گرفته شدن سلامت اجتماعی از دیدگاه شخصی-روانی همواره وجود داشت. بنابراین بسیاری از متخصصان متوجه شدند که شاخص‌های اقتصادی به تنهایی نمی‌توانند گویای سلامت اجتماعی باشند. همچنین بسیاری از مطالعات نشان می‌دهند که برخی از کشورها علی‌رغم دستیابی به شکوفایی اقتصادی از مشکلات اجتماعی روز افزون رنج می‌برند. به این ترتیب کم‌کم معرفی شاخص‌های جامع‌تری نظیر سرمایه اجتماعی ضرورت پیدا کرد.

سرمایه اجتماعی نیز یک مفهوم پیچیده است (Gilbert, 2008: 1) که ریشه در روابط نوع بشر دارد (امینی‌رانی و همکاران، ۱۳۹۰: ۲۰۴) بحث سرمایه اجتماعی قبل از سال ۱۹۱۶ برای نخستین بار در مقاله‌ای توسط هانی فان مطرح گردید (الوانی و سید نقوی، ۱۳۸۱: ۳) و محققان در طول دو دهه گذشته به مقوله سرمایه اجتماعی به عنوان یکی از شاخص‌ترین مفاهیم در علوم اجتماعی توجه نموده‌اند (ناطق‌پور و فیروزآبادی، ۱۳۸۵؛ صیدایی و همکاران، ۱۳۸۸؛ پیراهری، ۱۳۸۸؛ اندیشمند، ۱۳۸۸). سرمایه اجتماعی مجموعه‌ای از منابع واقعی یا بالقوه‌ای است که در ارتباط با شبکه‌ای منسجم از روابط بیشتر یا کمتر نهادینه شده از آشنایی و شناخت متقابل است (Bourdieu, 1985: 298) حتی همیاری و هماهنگی افراد را برای دستیابی به منافع مشترک تسهیل می‌کند (پاتنام، ۱۳۸۰: ۵) و سود سرمایه‌گذاری در زمینه سرمایه فیزیکی و سرمایه انسانی را افزایش می‌دهد (پاتنام، ۱۳۸۴: ۹۵) علاوه بر این سرمایه اجتماعی پدیده‌ای است که حاصل تأثیر نهادهای اجتماعی، روابط انسانی و هنجارها

بر روی کیفیت تعاملات اجتماعی است و تجارب بانک جهانی نشان می‌دهد که این پدیده تأثیر قابل توجهی بر اقتصاد و توسعه کشورهای مختلف دارد (World Bank, 1998) و در چند دهه اخیر در تمام مسائل و پدیده‌های اجتماعی و فرهنگی ریشه داونیده است و این مفهوم با هر موضوع اجتماعی می‌تواند پیوندی معنادار داشته باشد و اخیراً به عنوان یک عامل اجتماعی مؤثر بر سلامت عمومی و اجتماعی جامعه اثرگذار است (تاجبخش، ۱۳۸۴: ۱۰) در حالی که مطالعات اخیر در جامعه ایران حاکی از روند نزولی سرمایه اجتماعی است (الوانی و شیروانی، ۱۳۸۵؛ صیدایی، ۱۳۸۸؛ دینی‌ترکمانی، ۱۳۸۵؛ ناطق‌پور و فیروزآبادی، ۱۳۸۵).

سرمایه اجتماعی از عناصری چون (شبکه اجتماعی، هنجارهای اجتماعی و اعتماد اجتماعی) مشتق شده است. شبکه اجتماعی یکی از عناصر کلیدی سرمایه اجتماعی است که از طریق ایجاد نوعی شبکه حمایتی رسمی و غیررسمی بر سلامت اجتماعی تأثیر مثبت دارد زیرا که به واسطه ایجاد ارتباط هدفمند و تقویت روابط اجتماعی، افراد را از انزوای اجتماعی رهانیده و آثار سودمندی بر سلامتی آنان دارد همچنین شبکه اجتماعی قوی خدمات بهداشتی مناسب‌تری را تقاضا می‌کند و بدین واسطه زمینه ارتقای سلامت افراد را فراهم می‌آورد.

سرمایه اجتماعی موجب رشد اعتماد نیز می‌گردد و این در حالی است که نوعی رابطه متقابل بین اعتماد اجتماعی و سلامت وجود دارد به گونه‌ای که به همراه اعتماد مفاهیمی مانند همکاری، امید و دگرخواهی مطرح می‌شود و در جامعه‌ای که اعتماد هست نوعی همدلی، همبستگی و وفاق وجود دارد که این همدلی موجب افزایش آرامش و در نهایت بهبودی در سلامت اجتماعی می‌گردد. هنجارهای اجتماعی نیز از طریق مکانیسم کنترل و نظارت بر رفتارهای زیانمند و افزایش احتمال پذیرش هنجارهای رفتار سالم بر ارتقا سلامت اجتماعی کمک می‌کند. بنابراین با توجه به اهمیت موضوع مقاله حاضر قصد دارد با ارائه یک مطالعه موردی از شهر یزد به بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی بپردازد و به دلیل اینکه زنان با نابرابری‌ها، مشکلات اجتماعی و رفتارهای پرخطر بیشتری رو به رو هستند که سلامت آنان را به مخاطره خواهد انداخت و از این رو بر سلامت خانواده و جامعه نیز تأثیر خواهد گذاشت (پرویزی، ۱۳۸۷: ۲۹۴) این قشر به عنوان جمعیت مورد مطالعه انتخاب شدند.

اما در ارتباط با اینکه چرا شهر یزد برای مطالعه انتخاب گردید باید متذکر شد در چند سال اخیر بویژه از سال ۱۳۹۰، بحث سلامت و بویژه سلامت زنان به یکی از موضوعات کلیدی در استان یزد تبدیل شده است. برخی پژوهش‌ها، هشدارهایی در مورد وضعیت سلامتی در استان یزد منتشر کرده اند. یک پژوهش نشان می‌داد میزان اهمیت سلامتی در بین مردم شهر یزد بسیار پایین است (طاووسی و همکاران، ۱۳۹۱). پژوهش دیگری نشان داد ارزیابی شهروندان یزدی از روابط اجتماعی خود - که یکی از مقولات مهم و اثرگذار بر سلامت به طور عام و سلامت اجتماعی به طور خاص است - بسیار پایین است (وامقی و همکاران، ۱۳۹۲). شادکامی یکی از متغیرهایی است که با بسیاری از مؤلفه‌های سلامت رابطه‌ای نزدیک دارد و برخی محققین آن را یکی از مهم‌ترین نمادهای وجود سلامت در جامعه می‌دانند. استان یزد از این لحاظ نیز پایین‌ترین میانگین امتیاز شادکامی را در بین سایر استان‌ها دارا بوده است (منتظری و همکاران، ۱۳۹۱) با توجه به شواهد لازم در این زمینه می‌توان دلایلی چند از جمله عدم توجه به سبک زندگی سلامت محور و سطوح پایین آگاهی را به عنوان مهم‌ترین عوامل اثرگذار بر سطح سلامتی شهروندان یزد عنوان داشت. همچنین توجه به فرهنگ سلامت حائز اهمیت فراوان است به گونه‌ای که در رابطه با شهر یزد تحقیقات نشان داده‌اند که خوشبینی و سلامت رابطه قوی و نزدیکی با یکدیگر دارند (باقیانی مقدم و همکاران، ۱۳۹۲). بنابراین با سرمایه‌گذاری بر روی عوامل زمینه‌ساز و ارتقا دهنده سلامتی می‌توان به تقویت سلامت به طور کلی و سلامت اجتماعی به طور ویژه کمک کرد زیرا بسیاری از محققان معتقدند سلامت اجتماعی از جهاتی مهم‌تر و حساس‌تر از سلامت جسمانی و روانی است و عواملی که سلامت اجتماعی را تهدید می‌کنند بر رابطه فرد با دیگران نیز تأثیر منفی می‌گذارند علاوه بر این دارای آثار مخربی نیز هستند که به آسانی نمی‌توان آنها را تحت کنترل درآورد.

بنابراین با توجه به شواهد فوق و اهمیتی که سلامت اجتماعی برای افراد جامعه دارد و به نوعی نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفا می‌کند بدیهی است که مطالعه و بررسی مناسب و جامع در تأمین سلامت اجتماعی کاملاً ضروری به نظر می‌رسد آن هم در استانی که نتایج پژوهش‌های متعدد دلالت بر کاهش چشمگیر توجه به امر سلامتی در بین ساکنان آن را داشته‌اند. بنابراین در این پژوهش قصد داریم تا به بررسی یکی از ابعاد مهم سلامتی (سلامت اجتماعی) در شهر یزد بپردازیم.

۲. پیشینه پژوهش

مطالعات مربوط به سرمایه اجتماعی و سلامت نیز اغلب با کار امیل دورکیم در سال ۱۸۹۷ مرتبط هستند که نشان دادند همبستگی اجتماعی به طور معکوسی با خودکشی مرتبط است و از دهه ۱۹۹۰ به این سو، به طور گسترده‌ای به اهمیت و تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت پرداخته شده است. بحث محوری دورکیم در این مطالعه این است که نیروی تعیین کننده خودکشی روانشناختی نیست، بلکه نیروی اجتماعی می‌باشد. وی نتیجه می‌گیرد به هر اندازه همبستگی اجتماعی سست گردد و ارتباط و تعلق سستی فرد به گروه کاسته شود او آمادگی بیش‌تری برای پایان دادن به حیات خود پیدا می‌کند، (امینی رارانی و همکاران، ۱۳۹۰).

داده‌های حمایت‌کننده از این ادعا، عمدتاً داده‌های پیمایشی هستند به عنوان مثال: لی و ژانگ (Li and Zhang, 2015) در پژوهشی که با عنوان انواع شبکه اجتماعی و سلامت سالخورده‌گان: بررسی ارتباطات متقابل انجام دادند. به بررسی ارتباط بین شبکه اجتماعی (خانواده، دوستان، و ...) و تأثیر آن بر روی سلامتی (جسمی، روانی، شناختی و به طور کلی سلامتی) پرداختند. تحلیل‌ها حاکی از آن است که رابطه قوی بین انواع شبکه اجتماعی و سلامتی وجود دارد.

در پژوهشی که توسط استوری (Story, 2013) درباره سرمایه اجتماعی و سلامتی در کشورهای کمتر توسعه‌یافته صورت گرفته است یافته‌ها حاکی از آن بود که تحقیق در ارتباط با رابطه سلامت و سرمایه اجتماعی به طرز چشمگیری در حال افزایش است. علاوه بر این بررسی‌ها نشان می‌دهد که سرمایه اجتماعی یک عامل مهم در بهبود سلامتی است. با وجود این نیاز به تحقیقات بیشتری به منظور تعیین بهترین ابزار اندازه‌گیری سرمایه اجتماعی و روشن ساختن مکانیسم‌هایی که به واسطه آن سرمایه اجتماعی سلامتی مردم جهان در کشورهای در حال توسعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد وجود دارد. سیرون و دبراندر (Sirven and Debrand, 2011) در پژوهشی که بر روی سالخورده‌گان اروپایی انجام دادند به بررسی ارتباط سرمایه اجتماعی و سلامت پرداختند و به این نتیجه دست یافتند که بین سرمایه اجتماعی و سلامتی همبستگی وجود دارد. علاوه بر این مرکز ملی همه‌گیرشناسی و سلامت جمعیت به بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت در بین دانشجویان تایلندی پرداختند و به این نتیجه دست یافتند که بین ابعاد گوناگون سرمایه اجتماعی و سلامت رابطه وجود دارد (Yiengprugsawan et al, 2011). کیکوگنانی و همکاران (Cicognani,)

2008) نیز به بررسی تأثیر مشارکت اجتماعی بر سلامت اجتماعی پرداختند. نمونه مورد استفاده در این پژوهش شامل ۲۰۰ ایتالیایی، ۱۲۵ آمریکایی و ۲۱۴ دانشجوی زن و مرد ایرانی بود که از بین آنها تنها در بین دانشجویان ایتالیایی مشارکت اجتماعی به طور مثبت سلامت اجتماعی را پیش‌بینی می‌کرد.

یزدان‌پناه و نیک‌ورز (۱۳۹۴) در مطالعه‌شان با استفاده از روش پیمایشی در میان دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان نشان دادند که سلامت اجتماعی دانشجویان در حد متوسط بوده است به طوری که سلامت اجتماعی دانشجویان پسر بیشتر از سلامت اجتماعی دانشجویان دختر است و اعتماد اجتماعی به عنوان یکی از متغیرهای مؤثر قلمداد شده است که همبستگی معناداری با سلامت اجتماعی دانشجویان داشته است.

نبوی و همکاران (۱۳۹۲) نیز در پژوهشی که بر روی تاجران استان سمنان انجام دادند به این نتیجه دست یافتند که همه ابعاد سرمایه اجتماعی رابطه معناداری با سلامت اجتماعی داشته است. همچنین هزارجریبی و مهري (۱۳۹۱) نیز مطالعه‌ای را در زمینه بررسی تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت اجتماعی انجام دادند، نتایج حاکی از آن بود که رابطه مثبت و معناداری بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی و روانی وجود دارد. خوجه‌دادی و همکارانش (۱۳۸۷) نیز در بررسی که بر روی سلامت مادران انجام داد به این نتیجه دست یافتند که بین سرمایه اجتماعی با هر دو بعد سلامت جسمی و روانی رابطه معناداری وجود دارد.

مرور مباحث تجربی حکایت از این دارد که مکانیسم تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت اجتماعی بسیار پیچیده است. در برخی از تحقیقات انجام شده، سلامت اجتماعی به شکل ویژه بر روی زنان صورت نگرفته است و در بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی فقط به یک یا دو بعد از مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی توجه شده است. علاوه بر این در بسیاری از تحقیقات صورت گرفته فقط به بررسی رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت به طور کلی یا سلامت جسمی و روانی اکتفا شده است و سلامت اجتماعی که یکی از ابعاد مهم سلامت است مورد کم‌توجهی قرار گرفته است. اما در این تحقیق هدف آن است که پژوهش به صورت جامع‌تری انجام شود و به طور ویژه رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی را بر روی زنان مورد بررسی قرار دهد.

۳. ادبیات نظری

در مورد سرمایه اجتماعی که از مفاهیم جالب توجه در حوزه‌ی علوم اجتماعی است تعاریف متعددی ارائه شده است. به‌طور کلی اکثریت نظریه‌پردازان در حوزه سرمایه اجتماعی در مورد چندین شاخص اتفاق نظر دارند که از آن جمله‌اند: اعتماد و سطوح مختلف آن (عام، بنیادی و بیناشخصی)، احساس دلبستگی، احساس هویت، افزایش توانایی‌های فردی برای کنش، ارتباطات آزاد و مشارکتی، تعهدات و انتظارات، هنجارها و ضمانت‌های اجرایی موثر، ظرفیت بالقوه اطلاعات، پیوندهای اجتماعی، توسعه شبکه‌های اجتماعی و ... (ذاکری‌هامانه، ۱۳۹۰: ۲۰۷).

سرمایه اجتماعی را می‌توان به عنوان سرمایه‌گذاری و استفاده از منابع نهفته در دل روابط اجتماعی برای نیل به مافع مورد انتظار تعریف نمود (Lin, 2000: 786). به عبارت دیگر سرمایه اجتماعی مجموعه هنجارهای موجود در سیستم‌های اجتماعی است که موجب ارتقای سطح همکاری اعضای آن جامعه شده است و موجب پایین آمدن سطح هزینه‌های تبادلات و ارتباطات می‌گردد (Fukuyama, 1995: 5).

سرمایه اجتماعی کلیت روابط اجتماعی در درون سازمان یا بدون وجود سازمان است که سطوحی از اعتماد لازم است تا بافت اجتماعی سازمان را حفظ نماید. برخی از محققان نیز این عبارت را به‌عنوان منبعی تعریف می‌کنند که کنشگران به‌واسطه ارتباط با دیگر اعضای در گروه‌ها، شبکه‌ها و یا سازمان‌ها به‌دست می‌آورند (Smith, 2005: 4) و کلمن بر سودمندی سرمایه اجتماعی به عنوان همکاری، روابط دوجانبه و توسعه اجتماعی تأکید می‌ورزد. به نظر کلمن عواملی چون کمک، ایدئولوژی اطلاعات و هنجارها به ایجاد و گسترش سرمایه اجتماعی کمک می‌نمایند (Coleman, 1990: 307).

از طرف دیگر لارسون معتقد است سلامت اجتماعی شامل آن دسته از پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر و رفتار) است که نشان دهنده رضایت یا نارضایتی فرد از زندگی و محیط اجتماعی‌اش هستند (Larson, 1996: 183).

علاوه بر این کبیز مقیاسی پنج‌گانه از سلامت اجتماعی ارائه داده است که طیف مثبتی از ارزیابی‌های ذهنی افراد نسبت به تجربایشان در جامعه است. کبیز برای اندازه‌گیری عینی هر یک از این ابعاد نیز فاکتورهایی را پیشنهاد می‌کند. وی معتقد است که این شاخص‌ها معمولاً به عنوان شاخص‌های سرانه برای یک منطقه جغرافیایی می‌تواند مدنظر قرار گیرد.

یکپارچگی اجتماعی: تعداد گروه‌های اجتماعی، عضویت در گروه‌های اجتماعی، تعداد کلیساها و مساجد، سالن‌های اجتماعات، میزان کمک‌های همسایه‌ها.

پذیرش اجتماعی: تعداد خانه‌ها با سیستم امنیتی، تعداد دعوت در پارک‌ها و مکان‌های عمومیف میزان جدایی، تعداد خانواده‌های فقیر.

شکوفایی اجتماعی: تعداد خانه‌های جدید در حال ساخت، میزان استخدام، تعداد نوسازی کارخانه‌ها، درصد بودجه شهری جهت خدمات عمومی.

مشارکت اجتماعی: عضویت در انجمن‌ها یا واحدهای شغلی، میزان استخدام، تعداد مؤسسات خیریه، تعداد وقایع داوطلبانه مربوط به شغل (مثل لغو گردش برای کمک به آتش‌نشانان).

پیوستگی اجتماعی: تعداد رسانه‌ها (مثل تلویزیون، تعداد تابلوهای تبلیغاتی، تعداد سرمایه برگشتی در محله و حکومت شهری (نیک‌ورز، ۱۳۸۹: ۳۴).

سرمایه اجتماعی به طور کلی و نیز سازه‌های آن، به شیوه‌های مختلفی بر سلامت اثر می‌گذارند. نخست از نگاه برکمن و همکاران مجموعه بزرگی از آثار و پژوهش‌ها نشان داده‌اند که روابط اجتماعی صمیمانه و ارتباطات اجتماعی هدفمند، آثار سودمندی بر سلامت می‌دارند (Berkman, 2000: 853-854). دوم ریدپات معتقد است که سرمایه اجتماعی از راه حفظ انسجام اجتماعی در مواجهه با تغییرات اجتماعی، اقتصادی و فن شناختی، از سلامتی محافظت می‌کند (Ridpath, 2003) و سوم واکفیلد و پولاند اظهار داشتند که سرمایه اجتماعی خودیاری اجتماعی را در جامعه تقویت می‌کند و به اجتماعات امکان می‌دهد تا به آسانی با یکدیگر در جهت حل مسائل جمعی نظیر سلامت کار کنند (Wakefield and Poland, 2005: 2822).

۴. روش پژوهش

تحقیق حاضر در رویکرد کمی انجام شده و از نظر روش پیمایشی است. جامعه آماری تحقیق حاضر زنان (گروه سنی ۱۸ تا ۶۰ سال) شهر یزد می‌باشد. براساس داده‌های سرشماری سال ۱۳۹۰ مرکز آمار ایران، تعداد ۱۷۲۲۵۶ نفر از زنان ۶۰-۱۸ سال ساکن شهر یزد می‌باشند که با استفاده از فرمول نمونه‌گیری کوکران با سطح اطمینان ۹۵ درصد و دقت احتمالی ۵ درصد تعداد ۲۸۸ نفر از جامعه به عنوان نمونه آماری به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای متناسب (PPS) انتخاب شدند.

در این پژوهش جهت گردآوری اطلاعات برای تدوین چارچوب نظری تحقیق و مروری بر تحقیقات پیشین از روش کتابخانه‌ای (اسنادی) بهره گرفته شده است. سپس جهت جمع‌آوری اطلاعات برای آزمون فرضیه‌های تحقیق از پرسشنامه محقق‌ساخته سرمایه اجتماعی استفاده شد که شامل ۳۴ سؤال است و به منظور سنجش سلامت اجتماعی از پرسشنامه استاندارد سلامت اجتماعی کیز (۱۹۹۸) استفاده گردید. در این تحقیق، از اعتبار محتوایی استفاده شده است. به همین منظور، اولاً سعی شد گویه‌هایی که متغیرهای تحقیق را می‌سنجند را یا از گویه‌های تحقیقات پیشین که زیر نظر اساتید مجرب، استفاده و اجرا شده‌اند، استفاده شود و یا برای انتخاب بهترین گویه‌ها برای متغیرهای جدید از نظرات محققین و اساتید دیگر استفاده گردد. و پایایی آنها نیز به وسیله آلفای کرونباخ تعیین شده است.

جدول ۲. ضرایب پایایی ابعاد مختلف سلامت اجتماعی و سرمایه اجتماعی

شاخص	ضریب پایایی (آلفای کرونباخ)
انطباق اجتماعی	۰/۷۲
انسجام اجتماعی	۰/۷۳
شکوفایی اجتماعی	۰/۷۱
پذیرش اجتماعی	۰/۷۵
مشارکت اجتماعی	۰/۷۴
سلامت اجتماعی (شاخص کل)	۰/۷۵
هنجار اجتماعی	۰/۷۲
شبکه اجتماعی	۰/۷۱
اعتماد اجتماعی	۰/۷۰
سرمایه اجتماعی (شاخص کل)	۰/۸۰

۱.۴ تعاریف نظری و عملیاتی مفاهیم

سلامت اجتماعی عبارتند از ارزشگذاری شرایط یک فرد و کارایی او در جامعه که این بازتابی از سلامت اجتماعی مثبت می‌باشد (Keyse, 1998: 122). در اینجا میزان سلامت اجتماعی زنان توسط مقیاس ۲۰ گویه‌ای که توسط کیز ۱۹۹۸ طراحی شده است در قالب طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای ارزیابی شد که شامل ۵ بُعد انسجام اجتماعی (Social coherence)

(من متعلق به مجموعه‌ای به نام جامعه هستم، افراد جامعه برای من به عنوان یک شخص ارزش قائلند و ...)، پذیرش اجتماعی (Social acceptance) (افراد قابل اعتماد هستند، به نظر من مردم مهربانند و ...)، مشارکت اجتماعی (Social contribution) (من می‌توانم کارهای ارزشمندی به دنیا عرضه کنم، فعالیت‌های روزمره من هیچ نتیجه ارزنده‌ای برای جامعه ندارد و ...)، انطباق اجتماعی (Social integration) (درک اینکه در دنیا چه چیزی پیش خواهد آمد برایم دشوار است، پیش‌بینی آنچه در آینده اتفاق می‌افتد کار دشواری است و ...) و شکوفایی اجتماعی (Social actualization) (جامعه دائماً در حال تغییر است، پیشرفت اجتماعی مفهومی ندارد و ...) می‌باشد (Keyes and Shapiro, 2004: 358).

یکی دیگر از متغیرهای اصلی تحقیق، میزان سرمایه اجتماعی (social capital) است. در این تحقیق منظور از سرمایه اجتماعی را مجموعه‌ای از شبکه‌ها، هنجارها، ارزش‌ها و درکی دانست که همکاری در درون گروه‌ها و بین گروه‌ها را در جهت کسب منافع متقابل تسهیل می‌کند و این نوع از سرمایه را معمولاً با نرخ مشارکت افراد در زندگی جمعی و وجود عامل اعتماد در بین آنان بیان می‌کنند (افشانی و همکاران، ۱۳۹۰: ۱۶۸). پیش از پرداختن به شاخص‌سازی سرمایه اجتماعی جهت سنجش آن در بین زنان شهر یزد تحقیقات مختلفی که در داخل صورت گرفته بود مورد مطالعه قرار گرفت (پیران و دیگران، ۱۳۸۶؛ افشانی و همکاران، ۱۳۸۹). صاحب‌نظران و محققین مختلفی که به سنجش سرمایه اجتماعی پرداخته‌اند و یا در مورد آنها اظهار نظر کرده‌اند با توجه به رویکرد و یا نوع تحقیق خود به تقسیم بندی خاصی از سرمایه اجتماعی پرداخته‌اند. با توجه به تعاریف، نظریات و تحقیقاتی که در این زمینه انجام گرفته است می‌توان ابعاد مختلفی را برای سرمایه اجتماعی در نظر گرفت. در این تحقیق با مطالعه منابع داخلی و خارجی، سرمایه اجتماعی به دو بعد ساختاری و شناختی (هنجاری) تقسیم شده است، شاخص شبکه‌های اجتماعی (social network) برای بعد ساختاری و برای بعد شناختی، شاخص‌های اعتماد اجتماعی (Social Trust) و هنجارهای اجتماعی (social norm) در نظر گرفته شد. بعد اول عینی و ملموس است و بعد دوم ذهنی و نامحسوس است.

شبکه‌های اجتماعی در این تحقیق از سه زیر بعد مشارکت اجتماعی، مشارکت مدنی و کیفیت شبکه و بعد اعتماد اجتماعی از چهار زیر بعد، اعتماد بین شخصی، اعتماد نهادی، اعتماد به محیط و اعتماد تعمیم‌یافته تشکیل شده است (افشانی و همکاران، ۱۳۹۰: ۱۶۹).

تعریف عملیاتی آن بدین شرح است: سرمایه اجتماعی در سه بعد اعتماد اجتماعی (وسایلم را بدون هیچ نگرانی به دوستانم قرض می‌دهم، پزشکان در جامعه ما چقدر قابل

اعتمادند، مدیران در جامعه ما چقدر به وعده‌هایشان عمل می‌کنند، امروزه روی قول و حرف کسی نمی‌توان حساب کرد و ...، شبکه اجتماعی (چقدر به برپایی مراسم مذهبی در محله خود علاقه دارید؟، چقدر تمایل دارید در انجمن‌های خیریه عضو شوید؟، دوستانتان چقدر با شما روراست هستند؟ و ...) و هنجار اجتماعی (چقدر جامعه برای افراد ارزش قائل است؟، این روزها هر کس فقط باید به فکر خودش و خانواده اش باشد، چقدر حاضرید با مسئولین شهر در جهت کاهش مشکلات شهر همکاری کنید؟ و...) سنجیده شد.

۵. یافته‌های پژوهش

۱.۵ یافته‌های توصیفی

اطلاعات توصیفی مرتبط با پاسخگویان پژوهش نشان می‌دهد که ۵۴/۹ درصد نمونه مورد مطالعه را زنان متأهل و بقیه را زنان مجرد تشکیل می‌دهند. اکثر پاسخگویان از نظر وضعیت اشتغال (بیش از ۵۳ درصد) غیرشاغل هستند و میانگین سنی جمعیت نمونه ۲۸ سال است.

سرمایه اجتماعی پاسخگویان در این پژوهش در ۳ بعد اعتماد اجتماعی (که خود مشتمل بر ۴ بعد اعتماد اجتماعی تعمیم‌یافته، اعتماد نهادی، اعتماد به محیط و اعتماد بین شخصی می‌باشد)، هنجار اجتماعی و شبکه اجتماعی (که خود شامل ۳ بعد کیفیت، مشارکت اجتماعی و مشارکت مدنی می‌باشد) سنجیده شده است که در جدول صفحه بعد، حداقل و حداکثر نمره و میانگین آنها آورده شده است.

در میان ابعاد اعتماد اجتماعی، اعتماد بین شخصی با میانگین ۱۰/۰۳ درصد بیشترین و بعد قابلیت اعتماد به محیط با میانگین ۶/۸۷ درصد کمترین میزان را به خود اختصاص داده‌اند. در بین ابعاد شبکه اجتماعی نیز مشارکت مدنی با میانگین ۱۱/۱۲ درصد کمترین میزان و کیفیت با ۱۵/۷۲ درصد بیشترین میزان را به خود اختصاص داده است. سلامت اجتماعی نیز مشتمل بر پنج بعد می‌باشد که در جدول شماره ۳ آورده شده است. یافته‌ها نشان می‌دهد میانگین شاخص کلی سلامت اجتماعی، ۶۱/۶۲ و کمترین و بیشترین مقدار آن ۲۴ و ۸۳ می‌باشد. بنابراین به طور کلی میانگین سلامت اجتماعی در میان زنان در شهر یزد بیشتر از حد متوسط می‌باشد.

جدول ۳. آماره‌های توصیفی ابعاد سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی

حداکثر نمره	حداقل نمره	انحراف معیار	میانگین	ابعاد
۵۱	۱۲	۶/۲۹۰۸	۳۲/۸۰۱	اعتماد اجتماعی
۱۵	۳	۲/۱۴۸	۱۰/۰۳	اعتماد بین شخصی
۱۵	۳	۲/۴۱۲۷	۸/۹۳۰	اعتماد تعمیم یافته
۱۳	۳	۲/۳۳۶	۶/۹۵	اعتماد نهادی
۱۵	۳	۲/۸۳۵	۶/۸۷	قابلیت اعتماد به محیط
۴۴	۱۴	۶/۱۲۴	۳۰/۴۸	هنگام اجتماعی
۵۹	۲۵	۵/۶۳۶۴	۳۹/۶۸۵	شبکه اجتماعی
۲۲	۱۰	۲/۳۵	۱۵/۷۲۷۴	کیفیت
۲۰	۴	۲/۸۸۰۴۲	۱۱/۱۱۵۴	مشارکت مدنی
۲۰	۵	۳/۰۵۴۶۷	۱۲/۸۳۳۳	مشارکت اجتماعی
۱۴۰	۶۲	۱۳/۷۵۸۶	۱۰۲/۹۸۶	سرمایه اجتماعی (شاخص کل)
۱۵	۳	۲/۲۷۳	۷/۷۴	انطباق اجتماعی
۱۵	۳	۲/۳۶۵	۱۲/۱۴	انسجام اجتماعی
۱۷	۴	۲/۱۴۰	۱۱/۷۵	شکوفایی اجتماعی
۲۱	۵	۲/۹۷۳	۱۳/۲۸	پذیرش اجتماعی
۲۵	۵	۴/۱۶۶	۱۶/۷۱	مشارکت اجتماعی
۸۳	۲۴	۸/۹۰۲	۶۱/۶۲	سلامت اجتماعی (شاخص کل)

۲.۵ یافته‌های استنباطی

سرمایه اجتماعی به عنوان یکی از مفاهیم مهم در حوزه علوم اجتماعی از متغیرهایی است که انتظار می‌رود نقش قابل توجهی بر میزان سلامت اجتماعی پاسخگویان داشته باشد. بنابراین به منظور بررسی رابطه میزان سرمایه اجتماعی و میزان سلامت اجتماعی پاسخگویان از ماتریس همبستگی بهره گرفته شده که نتایج آن در جدول شماره ۴ آمده است.

یافته‌های جدول نشان می‌دهد که بین میزان سلامت اجتماعی و میزان سرمایه اجتماعی رابطه مثبت و معنادار با شدت متوسط وجود دارد. به عبارت روشن‌تر هرچه میزان سرمایه اجتماعی افراد یک جامعه بالاتر رود میزان سلامت اجتماعی آنان افزایش می‌یابد. همچنین نتایج آزمون پیرسون بین ابعاد سرمایه اجتماعی و ابعاد سلامت اجتماعی حکایت از رابطه

مثبت معنادار بین اعتماد اجتماعی، هنجار اجتماعی و شبکه اجتماعی با سلامت اجتماعی دارد. از دیگر سو نیز تمامی ابعاد سلامت اجتماعی با متغیر سرمایه اجتماعی دارای رابطه مستقیم معنادار می‌باشند. پس هرچه میزان سرمایه اجتماعی در افراد افزایش یابد میزان انطباق، انسجام، شکوفایی، پذیرش و مشارکت اجتماعی بیشتر خواهد بود. همبستگی نسبتاً بالا بین متغیر سرمایه اجتماعی و ابعاد آن با میزان سلامت اجتماعی و ابعاد پنج‌گانه آن در جهت تأیید نظریات کاواچی، واکیلد و پولاند، ریدپات و برکمن عمل نموده است. بنابراین همانطور که در بخش ملاحظات نظری تأکید شد یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که مقوله سرمایه اجتماعی به درستی به عنوان یکی از تبیین‌کننده‌های اصلی میزان سلامت اجتماعی تعیین شده است.

جدول ۴. ماتریس همبستگی مرتبه صفر بین ابعاد سرمایه اجتماعی و ابعاد مختلف سلامت اجتماعی

متغیر	بعد اعتماد	بعد هنجار	بعد شبکه	سرمایه اجتماعی
بعد انطباق	۰/۲۴۴***	۰/۳۲۵***	۰/۲۵۲***	۰/۳۶۰***
بعد انسجام	۰/۱۷۶**	۰/۱۸۵**	۰/۲۱۰***	۰/۲۴۸***
بعد پذیرش	۰/۴۵۸***	۰/۲۵۷***	۰/۲۶۹***	۰/۴۳۴***
بعد شکوفایی	۰/۳۵۹***	۰/۲۳۰***	۰/۰۹۵	۰/۳۰۸***
بعد مشارکت	۰/۲۸۶***	۰/۴۸۹***	۰/۳۱۱***	۰/۴۷۷***
سلامت اجتماعی	۰/۴۸۱***	۰/۵۰۲***	۰/۳۷۸***	۰/۵۹۹***
	***p<0.001			**p<0.01

از رگرسیون چندگانه با روش گام به گام برای بررسی تأثیر متغیرهای مستقل معنی‌دار بر سرمایه اجتماعی استفاده شده است.

جدول ۵. رگرسیون چندگانه برای سنجش اثر متغیرهای مستقل بر میزان سلامت اجتماعی

سلامت اجتماعی		متغیرهای مستقل
sig	بتا	
۰/۰۰۰	۰/۳۱۱	اعتماد اجتماعی
۰/۰۰۰	۰/۲۹۸	هنجار اجتماعی

۰/۰۰۱	۰/۱۷۰	شبکه اجتماعی
۰/۶۰۴		R
۰/۳۶۴		R square

نتایج مندرج در جدول ۵ نشان می‌دهد که در مقیاس سلامت اجتماعی همبستگی چندگانه (R) معادل ۶۰ درصد محاسبه شده است. این مطلب گویای این است که سه متغیر مستقل (اعتماد اجتماعی، هنجار اجتماعی و شبکه اجتماعی)، به طور همزمان ۶۰ درصد با سلامت اجتماعی در ارتباط می‌باشند. ضریب تعیین (R^2) نیز ۳۶ درصد محاسبه شده است. به این معنی که حدود ۳۶ درصد از تغییرات سلامت اجتماعی توسط این سه متغیر تبیین می‌شود. همچنین ضرایب تاثیر استاندارد حاکی از آن است که متغیرهای اعتماد اجتماعی ($Beta=0/311$)، هنجار اجتماعی ($Beta=0/298$) و شبکه اجتماعی ($Beta=0/170$) به ترتیب مهمترین پیش‌بینی‌کننده‌های متغیر سلامت اجتماعی می‌باشند.

۶. نتیجه‌گیری

حفظ و ارتقای سلامت اجتماعی یکی از پیش شرطهای اساسی در رسیدن به توسعه پایدار می‌باشد. انسان زمانی می‌تواند در راستای محور توسعه نقش‌آفرینی کند که از سلامت و تندرستی برخوردار باشد. امروزه سلامت اجتماعی از ابعاد مهم سلامت فردی محسوب می‌شود و به عنوان ملاک و معیار توسعه انسانی و اجتماعی یکی از محورهای اصلی بحث و گفتگو در مجامع و محافل علمی و سیاست‌گذاری جهانی می‌باشد. مطالعات بسیاری در ایران پدیده سلامت به ویژه سلامت اجتماعی را بررسی کرده‌اند و متخصصان علوم اجتماعی و مددکاران اجتماعی از ابعاد گوناگون به این موضوع پرداخته‌اند. با این حال درباره رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان و مکانیسم تأثیرگذاری آن کم‌تر مطالعه عمیقی صورت گرفته است. از این رو هدف در این مقاله درک چگونگی رابطه سرمایه اجتماعی بر سلامت اجتماعی در بین زنان شهر یزد بوده است. یافته‌های این مقاله بخشی از نتایج یک مطالعه کمی است که با استفاده از پرسش‌نامه و نظرخواهی از ۲۸۸ نفر از زنان ۶۰-۱۸ سال شهر یزد به دست آمده است.

در این مقاله سعی شد رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان مورد بررسی قرار گیرد. یافته‌های مطالعه نشان داد که سرمایه اجتماعی بر ارتقا سلامت اجتماعی مؤثر بوده است این یافته‌ها با نتایج برخی از مطالعات هم‌خوانی دارد (یزدان‌پناه و نیک‌ورز،

۱۳۹۴؛ نبوی و همکاران، ۱۳۹۲؛ هزارجریبی و مه‌ری، ۱۳۹۱؛ Kim et al, 2006; Kim and
(Kawachi, 2006; Sirven and Debrand 2011; Yiengprugsawan et al, 2011).

یافته‌ها نشان داد یکی از اصلی‌ترین مؤلفه‌هایی که سلامت را ارتقا می‌دهد، سرمایه اجتماعی است و نتایج تحقیق حاضر از رابطه دو متغیر فوق با یکدیگر حمایت می‌نماید؛ به عبارت روشن‌تر هر چه میزان سرمایه اجتماعی زنان بالاتر رود میزان سلامت اجتماعی آنان افزایش می‌یابد. همچنین نتایج آزمون پیرسون بین ابعاد سرمایه اجتماعی و ابعاد سلامت اجتماعی حکایت از رابطه مثبت و معنادار بین شبکه اجتماعی، اعتماد اجتماعی و هنجار اجتماعی با سلامت اجتماعی دارد. از دیگر سو نیز تمامی ابعاد سلامت اجتماعی با متغیر سرمایه اجتماعی دارای رابطه مستقیم و معنادار می‌باشند. پس هر چه میزان سرمایه اجتماعی در افراد افزایش یابد میزان انطباق، انسجام، شکوفایی، پذیرش و مشارکت اجتماعی بیشتر خواهد شد.

در تبیین چگونگی ارتباط سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی باید اذعان داشت که یکی از وجوه سلامت اجتماعی، رابطه اجتماعی است و سرمایه اجتماعی از طریق ایجاد احساس اعتماد، امید به زندگی، مشارکت‌پذیری و تسهیل کنشگری جمعی و کنش بر اساس اعتماد متقابل و همدردی مشترک به سلامت اجتماعی به عنوان یکی از شقوق توسعه پایدار کمک می‌نماید. علاوه بر این سرمایه اجتماعی از طریق ایجاد حس اعتماد در جامعه منجر به بروز محیط اجتماعی مناسب شده و احساس بی‌قدرتی و بیگانگی در زنان را کاهش می‌دهد و از این طریق سلامت اجتماعی آنان را ارتقا خواهد داد.

سرمایه اجتماعی با ایجاد اشکال متنوعی از حمایت اجتماعی که به عنوان عامل میانجی در برابر فشار و استرس‌های روزمره عمل می‌کند بر سطح سلامت اجتماعی زنان تأثیر می‌گذارد علاوه بر این سرمایه اجتماعی زمینه‌یادگیری مهارت‌های اجتماعی را در زنان فراهم آورده و احساس تعلق به جامعه را در آنان تقویت می‌کند که همین عامل منجر به نوعی حس تأثیرگذاری و معنابخشی در فرد شده و به صورت غیرمستقیم مشارکت اجتماعی و خودشکوفایی اجتماعی را در آنان ارتقا می‌دهد.

سرمایه اجتماعی یکی از منابع ارزشمندی است که امکان دسترسی به سایر منابع را تسهیل می‌کند. به عنوان نمونه سرمایه اجتماعی نقش مهمی در کاهش گرایش به جرم و خرابکاری در نوجوانان و جوانان دارد همچنین به واسطه ایجاد شرایط مناسب آموزشی زمینه موفقیت زنان را فراهم می‌آورد و در آنان نوعی حس خودباوری ایجاد می‌کند و بدین واسطه سلامت اجتماعی آنها را ارتقا می‌دهد.

برکمن و همکاران (Berkman et al, 2000) نیز در مطالعه خود نشان دادند که سرمایه اجتماعی از طریق روابط اجتماعی صمیمانه و ارتباطات اجتماعی هدفمند، آثار سودمندی بر سلامت اجتماعی دارد علاوه بر این ریدپات (Ridpath, 2003) معتقد است سرمایه اجتماعی قابلیت حفظ انسجام اجتماعی در مواجهه افراد با تغییرات اجتماعی، اقتصادی و فن‌شناختی را دارد و بدین وسیله از سلامت اجتماعی افراد محافظت می‌کند.

کاواچی و برکمن (Kawachi and Berkman, 2000) نیز از مکانیسم‌هایی یاد می‌کنند که از طریق آن سرمایه اجتماعی بر سلامتی اثر می‌گذارد. نخست در سطح ملی سرمایه اجتماعی با تقویت انتشار سریع اطلاعات مرتبط با سلامت و نیز افزایش احتمال پذیرش هنجارهای رفتار سالم و نیز اعمال کنترل و نظارت بر رفتار زیانمند، بر سلامتی تأثیر می‌گذارد. دوم سرمایه اجتماعی می‌تواند از راه افزایش دستیابی به خدمات و تسهیلات بر سلامتی اثر بگذارد، سرانجام سرمایه اجتماعی می‌تواند از راه مسیرهای مستقیم روانی-اجتماعی بر سلامت اثر بگذارد. به ویژه سرمایه اجتماعی می‌تواند با تأمین حمایت اجتماعی و نیز عزت نفس و احترام متقابل سلامتی افراد را تقویت می‌کند.

یکی دیگر از ابعاد سرمایه اجتماعی، شبکه اجتماعی است. در یزد که به دارالعباده نیز معروف است مراسم مذهبی نظیر روضه و عزاداری به وفور و در طول سال برگزار می‌گردد. برگزاری این مراسم می‌تواند شبکه اجتماعی قابل توجهی را بوجود بیاورد و در صورتی که به نحو مطلوبی از آن بهره‌برداری شود هم به ارتقای سرمایه اجتماعی کمک می‌کند هم به سلامت اجتماعی بویژه سلامت اجتماعی زنان که مشارکت بیشتری در این زمینه دارند کمک مؤثری خواهد نمود.

بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که سرمایه اجتماعی به واسطه ایجاد شبکه حمایتی، تقویت هنجارهای کنترلی و نشر اعتماد در بین افراد جامعه، سلامت اجتماعی زنان را ارتقا می‌دهد.

بنابراین نتایج حاصل از پژوهش حاضر همسو با پیشینه نظری و تجربی تحقیق بوده و بر همین مبنا پیشنهاد می‌شود به منظور ارتقای سلامت اجتماعی و بهبود وضعیت فعلی زنان صرفاً به اقدامات صورت گرفته از سوی وزارت بهداشت بسنده نکرده و برنامه‌ریزان اجتماعی و مدیران سازمان‌ها و نهادهای گوناگون در سطح جامعه برنامه‌های خود را هدفمند دنبال کرده و استراتژی سابق خود در جهت پیشبرد اهداف جامعه و ارتقاء سلامت اجتماعی زنان را مجدداً مهندسی نماید.

پی‌نوشت‌ها

۱. سازمان جهانی بهداشت که به اختصار WHO نامیده می‌شود یکی از آژانس‌های سازمان ملل متحد است که مهمترین هدف آن هماهنگی و ارتقاء وضعیت بهداشت عمومی در سطح جهان است.
۲. تولید ناخالص داخلی یا GDP ارزش کل کالاها و خدمات نهایی تولید شده در کشور در یک بازه زمانی معین است که با واحد پول جاری آن کشور اندازه‌گیری می‌شود.
۳. شاخص توسعه انسانی یا HDI به عنوان مقیاس اندازه‌گیری توسعه معرفی می‌گردد. اساس معرفی این شاخص بر این ایده استوار است که لازمه پیشرفت جوامع علاوه بر رسیدن به رفاه اقتصادی پرورش و بسط استعدادها و ظرفیت‌های انسانی چون کسب دانش، دسترسی به امکانات مادی لازم برای زندگی و برخورداری از عمری طولانی توأم با سلامتی است.

کتاب‌نامه

- اختر محقی، مهدی (۱۳۸۵). *سرمایه اجتماعی*، تهران: مؤسسه سرمایه اجتماعی.
- افشانی، سیدعلیرضا، عباس عسکری ندوشن، محمد حیدری و محمد نوریان نجف‌آبادی (۱۳۹۰). «رابطه دینداری با سرمایه اجتماعی در شهر نجف‌آباد»، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، س ۱۲، ش ۴۴.
- افشانی، سیدعلیرضا، سمیه فاضل‌نجف‌آبادی، محمد حیدری و محمد نوریان نجف‌آبادی (۱۳۸۹). «پژوهشی در باب رابطه دینداری و اعتماد اجتماعی»، *فصلنامه علوم اجتماعی*، ش ۴۹.
- الوانی، سیدمهدی و علیرضا شیروانی (۱۳۸۵). *سرمایه اجتماعی (مفاهیم، نظریه‌ها و کاربردها)*، اصفهان: انتشارات مانی.
- الوانی، سید مهدی و میرعلی سید نقوی (۱۳۸۱). «سرمایه اجتماعی: مفاهیم و نظریه‌ها»، *مجله مطالعات مدیریت بهبود و تحول*، ش ۳۳-۳۴.
- امیرکافی، مهدی (۱۳۸۰). «بررسی احساس امنیت و عوامل مؤثر بر آن (مطالعه موردی: شهر تهران)»، *تحقیقات علوم اجتماعی ایران*، ش ۱.
- امینی‌رانی، مصطفی، میرطاهر موسوی و حسن رفیعی (۱۳۹۰). «رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی در ایران»، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، س ۱۱، ش ۴۲.
- اندیشمند، ویدا (۱۳۸۸). «شناسایی مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی در دانشگاه‌ها به منظور ارائه مدلی جهت ارتقاء آن»، *فصلنامه رهبری و مدیریت آموزشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار*، س ۳، ش ۲.
- باقیانی‌مقدم، محمد حسین و همکاران (۱۳۹۲). «بررسی رابطه خوشبینی با سلامت عمومی دانشجویان دانشگاه‌های شهر یزد»، *طلوع بهداشت*، س ۱۲، ش ۲.

- پاتنام، رابرت (۱۳۸۴). *جامعه برخوردار، سرمایه اجتماعی و زندگی عمومی، سرمایه اجتماعی، اعتماد، دموکراسی و توسعه*، ترجمه افشین خاکباز و حسن پویان، تهران: نشر شیرازه.
- پاتنام، رابرت (۱۳۸۰). *دموکراسی و سنت‌های مدنی. تجربه ایتالیا و درس‌هایی برای کشورهای در حال گذار*، ترجمه محمدتقی دلفروز، تهران: دفتر مطالعات و تحقیقات سیاسی وزارت کشور.
- پرویزی، سرور، فرزانه قاسم‌زاده کاکرودی، نعیمه سید فاطمی و ناصری، ——— (۱۳۸۸). «عوامل اجتماعی سلامت زنان ساکن در شهر تهران: یک پژوهش کیفی»، *پژوهش‌پرستاری*، س ۴، ش ۱۵.
- پیراهری، نیر (۱۳۸۸). «سرمایه اجتماعی در نظریات جدید»، *پژوهش‌نامه علوم اجتماعی*، س ۳، ش ۳.
- تاجبخش، کیان (۱۳۸۴). *سرمایه اجتماعی، اعتماد و دموکراسی*، تهران: نشر شیرازه.
- خواجهدادی، اشکان و همکاران (۱۳۸۷). «رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت مادران»، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، س ۸، ش ۳۰ و ۳۱.
- دینی ترکمانی، علی (۱۳۸۵). «تبیین افول سرمایه اجتماعی»، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، س ۶، ش ۲۳.
- ذاکری‌هامانه، راضیه (۱۳۹۰). بررسی میزان احساس امنیت اجتماعی و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن (مطالعه موردی: شهر یزد)، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد.
- سجادی، حمیرا و سید جلال صدرالسادات (۱۳۸۳). «شاخص‌های سلامت اجتماعی»، *مجله اطلاعات سیاسی-اقتصادی*، س ۱۹، ش ۲۰۷ و ۲۰۸.
- صیدایی، سید اسکندر و همکاران (۱۳۸۸). «دیب‌چاه‌ای بر سرمایه اجتماعی و رابطه آن با مؤلفه‌های توسعه اجتماعی در ایران»، *راهبرد توسعه*، ش ۱۹.
- طاووسی، محمود و همکاران (۱۳۹۱). «اهمیت سلامت از دیدگاه مردم ایران»، *فصلنامه پایش*، س ۱۱، ش ۵.
- فوکویاما، فرانسیس (۱۳۷۹). *پایان نظم: سرمایه اجتماعی و حفظ آن*، ترجمه غلام‌عباس توسلی. تهران: انتشارات جامعه ایرانیان.
- مسعودنیا، ابراهیم (۱۳۸۹). *جامعه‌شناسی پزشکی*، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- منتظری، علی و همکاران (۱۳۹۱). «میزان شادکامی مردم ایران و عوامل مؤثر بر آن: مطالعه سلامت از دیدگاه مردم ایران»، *فصلنامه پایش*، س ۱۱، ش ۴.
- ناطق‌پور، محمدجواد و سید احمد فیروزآبادی (۱۳۸۵). «شکل‌گیری سرمایه اجتماعی و فراتحلیل عوامل مؤثر بر آن»، *نامه علوم اجتماعی*، ش ۲.
- نیک‌ورز، طیبه (۱۳۸۹). بررسی عوامل مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی دانشجویان دختر و پسر دانشگاه شهید باهنر کرمان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته جامعه‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه کرمان.

سید علیرضا افشانی و حمیده شبیری محمدآباد ۱۹

وامقی، مروّنه و همکاران (۱۳۹۲). «ارزیابی مردم از روابط اجتماعی و سلامت: مطالعه سلامت از دیدگاه مردم ایران»، فصلنامه پایش، ش ۲.
هزارجریبی، جعفر و اسدالله مهری (۱۳۹۱). «تحلیل رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی و سلامت اجتماعی»، فصلنامه علوم اجتماعی، ش ۵۹.
یزدانپناه، لیلا و طیبه نیک‌ورز (۱۳۹۴). «رابطه عوامل اجتماعی با سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان»، جامعه‌شناسی کاربردی، س ۲۶، ش ۳.

- Berkman, Lisa F, Thomas Glass, Ian Brissette and Teresa E. Seeman (2000) "From social integration to health: Durkheim in the new millennium", *Social Science and Medicine*, Vol. 51, N. 6.
- Bourdieu, Pierre (1985). *The Forms of Capital*. in Richardson, J. (ed), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*, New York: Green Wood Press.
- Cicognani, Elvira, Claudia Pirini, Corey Keyes, Mohsen Joshanloo, Reza Rostami and Masoud Nosratabadi (2008). "Social Participation, Sense of Community and Social Well Being: A Study on American, Italian and Iranian University Students", *Social Indicators Research*, Vol. 89, No. 1.
- Coleman, James (1990). *Foundation of Social Theory*, Cambridge: Harvard University Press.
- Fukuyama, Francis (1995). *Trust: The Social Virtues and the Creation of Prosperity*, New York: Free Press.
- Gilbert, Keon L (2008). "A Meta-Analysis of Social Capital And Health", Phd Thesis, Pittsburgh University.
- Harpham, Trudy (2008). *The Measurement of Community Social Capital through Surveys*. In *Social Capital and Health*, New York: Springer.
- Kawachi, Ichiro and Lisa F Berkman (2000). *Social Integration, Social Networks, Social Support, and Health*, New York: Oxford University Press.
- Keyes, Corey L M and Adam D Shapiro (2004). *Social Well-being IN The U.S.: A Descriptive Epidemiology*, Chicago: University Of Chicago Press.
- Keyes, Corey L M (1998). "Social Well-Being", *Social Psychology Quarterly*, Vol. 61, No. 2 .
- Kim, Daniel, and Ichiro Kawachi (2006). "A Multilevel Analysis of Key Forms of Community and Individual Level Social Capital as Predictors of Self-Rated Health in the United State", *Journal of Urban Health*, Vol. 83, No. 5.
- Kim, Daniel, S. V Subramanian and Ichiro Kawachi (2006). "Bonding versus bridging social capital and their associations with self rated health: a multilevel analysis of 40 US communities", *Journal of Community Health*, Vol. 60, No. 2.
- Larson, James S (1996). "The World Health Organization Definition Of Health: Social Versus Spiritual Health", *Social Indicators Research*, Vol. 38, No. 2.
- Li, Ting and Yanlong Zhang (2015). "Social network types and the health of older adults: Exploring reciprocal associations", *Social Science & Medicine*, Vol 130.
- Lin, Nan. (2000). "Inequality in Social Capital", *Contemporary Sociology*, Vol. 29, No. 6.

- Nabavi, Seyed Razi, Shahin Zoalfagharkhaniya and Hossein Eslami MofidAbadi (2013). "The relationship between social capital and social health of businesses in Iran (Case Study: businesses in Semnan province)", *International Journal of Management and Humanity Sciences*, Vol. 2, No. 2.
- Ridpath, Daniel D (2003). "Love by neighbour, Its good for your health: a study of racial homogeneity, morality, and social cohesion in united state", *Journal of Social Science and Medicine*, Vol. 57, No. 2.
- Ryff, Carol D and Corey L M Keyes (1995). "The structure of psychological well-being revisited", *Journal of personality and psychology*, Vol. 69, No. 4.
- Smith, Sandra Susan (2005). "Don't Put My Name on it: Social Capital Activation and Job Finding Assistance among the Black Urban Poor", *American Journal of Sociology (AJS)*, Vol. 111, No. 1.
- Sirven, Nicolas and Thierry Debrand (2011). "Social Capital and Health of Older Europeans from Reverse Causality to Health Inequalities", *Social Science Medicine*, Vol. 75, No. 5.
- Story, William T (2013). "Social capital and health in the least developed countries: A critical review of the literature and implications for a future research agenda", *Global Public Health*, Vol. 8, No. 9.
- Yiengprugsawan, Vasoontara, Suwanee Khamman, Sam-ang Seubsman, Lynette L-Y Lim and Adrian C. Sleight (2011). "Social capital and health in a national cohort of 82,482 Open University adults in Thailand National Centre for Epidemiology and Population Health", *Journal Health Psychology*, Vol. 16, No. 4.
- Wakefield, Sara E. L and Blake Poland (2005). "Family, friend or foe? Critical reflection on the relevance and role of social capital in health promotion and community development", *Journal of Social Science and Medicine*, Vol. 60, No. 12.
- WHO (1948). Constitution of the World Health Organization, [Online.] World Health Organization. Available from: [http:// www. who. int/governance/eb/who_constitution_en. pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf) [cited on 28 Oct 2012].
- World Bank (1998). Social Capital for Development: What is Social, New York: Oxford University Press.