

بررسی تأثیرات جمعی سرمایه اجتماعی، شادابی اجتماعی و حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی

منصور وثوقی^۱، سید محمدصادق مهدوی^۲، احسان رحمانی خلیلی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۰/۹ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۴/۸

چکیده

سلامت اجتماعی افراد به چگونگی تعامل فرد با دیگران، عکس العمل مردم نسبت به او و چگونگی تعامل او با مؤسسات اجتماعی و آداب و رسوم اجتماعی مربوط می‌شود. سؤال اصلی پژوهش این‌گونه شکل می‌گیرد که: بنا به اهمیت و جایگاه سرمایه اجتماعی در توسعه، آیا می‌توان از آن به‌منزله عاملی اثرگذار بر سلامت اجتماعی سود جست؟ و تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت اجتماعی در حضور متغیرهای حمایت اجتماعی و شادابی اجتماعی چگونه است؟

این پژوهش با رویکرد اثبات‌گرایی و از نوع توصیفی-تبیینی است و در آن از روش پیمایش استفاده شده است. در اندازه‌گیری متغیرها، سلامت اجتماعی براساس شاخص‌های کیبیز، سرمایه اجتماعی براساس شاخص‌های بانک جهانی سرمایه اجتماعی، شادابی اجتماعی براساس شاخص‌های لیندنبرگ و حمایت اجتماعی با تلفیق شاخص‌های فیشر و ولمن عملیاتی شده‌اند. پرسشنامه پس از بررسی روایی و پایایی، با تلفیق روش نمونه‌گیری طبقه‌بندی و خوشه‌ای چندمرحله‌ای، با برآورد حجم نمونه از طریق فرمول کوکران، در بین ۸۱۰ خانوار در پنج منطقه شهر تهران در سال ۱۳۹۲ اجرا شد. یافته‌های پژوهش بیانگر آن است که سه متغیر سرمایه اجتماعی، شادابی اجتماعی و حمایت اجتماعی با میزان $R^2 = 0/29$ بر سلامت اجتماعی مؤثرند که بیشترین تأثیر از سوی سرمایه اجتماعی است. متغیرهای شادابی اجتماعی و حمایت اجتماعی بر سرمایه اجتماعی نیز مؤثرند و درنهایت متغیر حمایت اجتماعی موجب افزایش شادابی اجتماعی می‌شود.

کلیدواژگان

حمایت اجتماعی، سرمایه اجتماعی، سلامت اجتماعی، شادابی اجتماعی، شهروندان تهرانی

۱. نویسنده مسئول، استاد تمام وقت گروه جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران voosooghi_mn@yahoo.com
۲. استاد تمام وقت گروه جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران sms_mahdavi@yahoo.com
۳. جامعه‌شناسی اقتصادی و توسعه، عضو استعدادهای درخشان باشگاه پژوهشگران جوان و دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال، تهران، ایران ehsan5171@gmail.com

مقدمه

تا اوایل دهه ۱۹۷۰ «توسعه»^۱ معادل «رشد»^۲ و «توسعه اقتصادی»^۳ قلمداد می‌شد و با این برداشت یک‌بعدی از توسعه، سایر ابعاد توسعه (اجتماعی، فرهنگی، محیطی و...) تا آنجا مورد توجه قرار می‌گرفت که در راستای رشد و توسعه اقتصادی باشند. بعد از جنگ جهانی دوم و در سایه توسعه ارتباطات، بسیاری از دانشمندان متوجه شدند که شاخص‌های اقتصادی به‌تنهایی نمی‌تواند گویای میزان مقبولیت و حتی توسعه کشورهای باشند. بسیاری از مطالعات نشان می‌داد که برخی کشورها به‌رغم دستیابی به درآمد ناخالص سرانه رو به تزاید، از مشکلات اجتماعی پیچیده روزافزون رنج می‌برند. به این ترتیب کم‌کم معرفی شاخص‌هایی جامع‌تر که از شاخص‌های صرف اقتصادی ناگزیر می‌نمود، ضرورت پیدا کرد. از سوی دیگر توسعه بینش سیستمی و کاربرد آن در نظام‌های اجتماعی نشان می‌داد که مشکلات و مسائل اجتماعی هرگز به صورت تک‌بعدی، آن گونه که تقسیم‌بندی‌های علوم القامی‌کنند در عالم واقع رخ نمی‌نمایند. هیچ مسئله‌ای را در نظام اجتماعی نمی‌توان سراغ کرد که صرفاً ماهیتی اقتصادی یا سیاسی یا فرهنگی داشته باشد. بلکه هر پدیده اجتماعی جلوه‌هایی از این مقوله‌ها را داراست. به بیان دیگر پدیده‌های اجتماعی ماهیتی چندبعدی دارند.

توسعه پایدار، پارادایم نوینی از رشد اقتصادی است که در سمپوزیمی در سال ۱۹۹۱ در لاهه مطرح شد (ازکیا، ۱۳۸۱: ۲۵) و راه‌هایی را فراروی انسان باز کرد و از آن جهت که در آن محوریت با انسان و نقاط ضعف توسعه‌نیافتگی است (مثلاً زنان، کودکان، فقر و آموزش) و محوریت را در بقای انسان، مجموعه حیات و تداوم آن در نسل‌های بعد می‌بیند، پس از طرح و عرضه، سریعاً عالمگیر شد و کشورها- اعم از توسعه‌یافته و کم‌توسعه - موظف شدند که در پروژه‌های توسعه‌ای، جنبه پایداری را با تمام دقت در نظر بگیرند (ازکیا، ۱۳۸۷: ۳۹).

«رویکرد توسعه انسانی در هسته اولیه خود بر این نکته تأکید داشت که اندیشه‌ها و رویکردهای توسعه بیش از آنکه اقتصاد کلان را محور توسعه قرار دهند، می‌بایست رفاه افراد را به‌منزله هدف غایی در نظر گیرند» (باجپایی، ۱۳۸۴: ۳۰). در واقع ایده اصلی این رویکرد عبارت است از اینکه سلامت اجتماعی انسان هدف اصلی توسعه است و انسان‌ها فاعل و منبع اصلی توسعه به شمار می‌آیند. از این منظر «مردم ثروت واقعی یک کشور هستند و هدف عمده توسعه، ایجاد محیطی مناسب و مستعد برای مردم به‌منظور برخورداری از یک زندگی

-
1. Development
 2. Growth
 3. Economic development

طولانی‌خلاقانه توأم با سلامتی است. از این‌رو توسعه انسانی، فرایند غنابخشیدن به گزینش‌های مردم است و عوامل اساسی آن بهره‌مندی از زندگی طولانی و سالم برای آموزش، یادگیری و برخورداری از استانداردهای مناسب زندگی است. گزینه‌های بیشتر عواملی چون آزادی، تأمین حقوق انسانی و عزت نفس را شامل می‌شود» (UNDP, ۱۹۹۰:۱۰). به بیان دیگر برنامه توسعه سازمان ملل، توسعه انسانی را فرایند گسترش دامنه انتخاب مردم و بالابردن سطح رفاه و سلامت اجتماعی از طریق بسط قابلیت‌ها و کارکردهای آنها می‌داند. بر این اساس می‌توان به تغییرات همسوی توسعه و سلامت اجتماعی نیز اشاره کرد.

از مقوله‌های مهم توسعه پایدار، سلامت اجتماعی و سرمایه اجتماعی است که دگرگونی و تغییرات تعاریف توسعه نیز در شناسایی و سنجش این دو متغیر تأثیرگذار بوده است. سلامت محور توسعه اجتماعی اقتصادی و اساسی‌ترین جزء رفاه جامعه به شمار می‌رود. همچنین امروزه سرمایه اجتماعی نقشی بسیار مهم‌تر از سرمایه فیزیکی و انسانی در جوامع ایفا می‌کند و شبکه‌های روابط جمعی و گروهی انسجام‌بخش میان انسان‌ها و سازمان‌هاست. از این‌رو بدون سرمایه اجتماعی، پیمودن راه‌های توسعه و تکامل فرهنگی و اقتصادی ناهموار و دشوار می‌شود (ازکیا و همکاران، ۱۳۸۹: ۲۱۶).

سلامت اجتماعی^۱ به منزله یکی از ابعاد سلامت همگانی و عمومی در جامعه همپای سایر ابعاد روانی، معنوی، پزشکی و... نقش بارزی در توسعه پایدار جامعه در راستای پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و بسترسازی مشارکت آنان در تمام عرصه‌های جامعه را به همراه خواهد داشت. از سال ۲۰۰۰ که شاخص‌های سلامت اجتماعی در دنیا مطرح شد، دیگر برای مسائل اجتماعی، سراغ بحث بیماری‌های روانی نمی‌رویم و از بعد بیماری اجتماعی بررسی می‌کنیم؛ مثلاً فردی که اعتیاد دارد به علت این است که سلامت اجتماعی او دچار مشکل شده است، یا اگر طلاق می‌افتد، سلامت اجتماعی زن و شوهر مشکل دارد (سام آرام، ۱۳۸۷).

از نظر تجربی مفهوم سلامت اجتماعی ریشه در ادبیات جامعه‌شناسی مربوط به ناهنجاری و بیگانگی اجتماعی دارد. سلامت اجتماعی به چگونگی وضعیت ارتباط بین فرد و جامعه اشاره دارد به گونه‌ای که اگر افراد در چارچوب‌های اجتماعی جذب نشوند، زمینه‌ای آنومیک و مساعد برای رشد انحرافات اجتماعی است. در چنین حالتی یک نوع فردگرایی افراطی، خواسته‌های فردی را در مقابل حیات اجتماعی قرار می‌دهد (اکبریان و همکاران، ۱۳۸۹: ۹۷).

نتایج بسیاری از پژوهش‌ها نشانگر آن است که میزان سلامت اجتماعی در ایران روند

1. Social Health

نزولی طی می‌کند. در بررسی سلامت روانی شهر تهران، شیوع اختلال روانی را ۳۴/۲ درصد برآورد کرده‌اند (Noorbala et al. 2011). این آمارها در حالی است که برپایه آمار سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۸) میزان شیوع اختلال روانی در ۱۴ کشور دنیا، بین ۴/۳ درصد در شانگهای چین تا ۲۶/۴ درصد در ایالات متحده آمریکا متغیر بوده است.

در ایران سیر فزاینده آمار طلاق، در شهر و روستا نگران‌کننده و نشانگر وجود مشکل و آسیب در خانواده و دست‌کم اختلال در روابط میان‌فردی است. مهارنشدن، بلکه رشد سیر شیوع پدیده اعتیاد در ایران، با وجود همه مقابله‌های جدی انجام‌شده، نشانگر ناموفق بودن اقدامات انجام‌شده بوده و آن‌را به مقوله مهم آسیب‌زای روانی-اجتماعی کشور تبدیل کرده است. نکته شایان ذکر این است که باینکه نتایج برخی پژوهش‌ها را در بالا آورده‌ایم و از مسئله‌دار بودن سلامت اجتماعی بحث کرده‌ایم، اما خلاً اساسی در مرور ادبیات و پیشینه‌های قبلی این بوده است که بررسی هم‌زمانی متغیرهای پژوهش‌های حاضر در کارهای قبلی نبوده است و این موضوع بیشتر در گروه‌های آسیب‌دیده، معلولان و اقشار ضعیف بررسی شده است و تمرکز جامعه آماری مطالعات بیشتر در شهرهای کوچک و سازمان‌ها بوده و به تهران به‌منزله کلان‌شهری که مرکز اکثر تبادلات فرهنگی و اجتماعی است، توجهی نشده است. بنابراین، برای آینده سلامت اجتماعی ایران و نیز شهر تهران احساس نگرانی می‌شود. لذا در پژوهش حاضر تلاش می‌کنیم با بررسی تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت اجتماعی شهروندان تهرانی به خلاً مطالعات در این حوزه بپردازیم.

لذا توجه به سلامت اجتماعی شهروندان برای رسیدن به جامعه‌ای سالم و پویا و توسعه‌یافته ضروری است و برنامه‌ریزان جوامع در حال توسعه باید تلاش کنند تا میزان سلامت اجتماعی افراد جامعه خود را ارتقا بخشند. بنابراین، توجه به پدیده‌های فرهنگی-اجتماعی که به پیشرفت و افزایش سلامت اجتماعی کمک می‌کند، امری الزامی است. بر این اساس مهم‌ترین سؤال مقاله حاضر این است که:

- بنا به اهمیت و جایگاه سرمایه اجتماعی در توسعه آیا می‌توان از آن به‌منزله عاملی اثرگذار بر سلامت اجتماعی سود جست؟

و اینکه

- تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت اجتماعی در حضور متغیرهای حمایت اجتماعی و شادابی اجتماعی چگونه است؟

- میزان سلامت اجتماعی، سرمایه اجتماعی، شادابی اجتماعی و حمایت اجتماعی در بین شهروندان تهرانی چقدر است؟

مطالعات پیشین

در بررسی پیشینه سلامت اجتماعی ضعف عمده در بحث نظری و یا کار تجربی تأثیرات سلامت اجتماعی نیست، بلکه ضعف عمده در کمبود کار نظری و تجربی بر روی عوامل مؤثر بر شکل‌گیری سلامت اجتماعی است. در زیر به نتایج مرتبط برخی پژوهش‌ها اشاره می‌شود.

حاتمی در پایان‌نامه‌اش به این نتیجه رسید که بین شبکه‌های اجتماعی، منابع حمایت اجتماعی شبکه‌ها، ارتباط شبکه‌ای دانشجویان با میزان سلامت اجتماعی او ارتباط معنادار وجود دارد (حاتمی، ۱۳۸۹). تقی‌پور به این یافته رسید که زنان سرپرست خانواری که از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار بوده‌اند، متناسب با آن از سلامت اجتماعی بالاتری نیز برخوردار بوده‌اند و به‌عکس (تقی‌پور، ۱۳۸۹). صالح در پایان‌نامه خود به این نتیجه رسید که هرچه همسران جانبازان از میزان حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار بوده‌اند، سلامت اجتماعی بالاتری داشته‌اند (صالح، ۱۳۸۸). نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش دیگری بیانگر این مطلب است که سرمایه اجتماعی بر سلامت شهروندان اصفهانی تأثیر دارد (مبارک بخشایش، ۱۳۸۹). لاکسی در پژوهش خود به این نتیجه رسید که، روابط دوستانه، نقش فعال‌تری در حمایت اجتماعی و به‌خصوص در حمایت عاطفی به‌عهده دارد. نتایج بر این امر تأکید دارد که حمایت عاطفی یکی از مهم‌ترین عواملی است که می‌تواند مانع فرار دختران شود. این حمایت تأثیر زیادی در همدلی و همراهی با اعضای شبکه و پیروی از هنجارهای اجتماعی به‌عهده دارد (لاکسی، ۱۳۸۵). به تعبیر دیگر موجب افزایش سلامت اجتماعی می‌شود و نتایج گودرزی هم اشاره به رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی دارد (گودرزی، ۱۳۹۰). سخاوتی به این نتیجه رسید که شرکت در ورزش همگانی، در ارتباط بین فردی (افزایش تعاملات) پاسخ‌گویان مؤثر است و موجب افزایش سلامت اجتماعی می‌شود (سخاوتی، ۱۳۹۰). یافته‌های ابراهیم نجف‌آبادی نشان می‌دهد زنان جوانی که از میزان حمایت اجتماعی بالایی برخوردار بوده‌اند، متناسب با آن سلامت اجتماعی بالایی نیز داشته‌اند و به‌عکس (ابراهیم نجف‌آبادی، ۱۳۸۹).

نتایج تحلیل رگرسیون شرف‌الدین نشان داد که امیدواری و حمایت اجتماعی پیش‌بینی‌کننده احساس ذهنی خوشبختی (شادابی) اند (شرف‌الدین، ۱۳۸۹). همچنین در پژوهش موسوی مشخص شد که انزوای اجتماعی در سطح خرد و سرمایه اجتماعی در سطح کلان، تأثیرات مستقیم و قابل توجهی بر شادمانی دارند (موسوی، ۱۳۸۷). چین‌آوه و همکاران به این نتیجه رسیدند که هرچه شادکامی فرد بالاتر باشد، نشان‌دهنده این است که از حمایت اجتماعی بالایی برخوردار است (چین‌آوه و همکاران، ۱۳۸۳).

نتایج پژوهش زان زانگ و همکارانش بیانگر این امر بود که وضعیت سلامت افرادی که از انسجام اجتماعی بالا و شبکه‌های اجتماعی بیشتری برخوردار بودند در مقایسه با بقیه پاسخ‌گویان در حد مطلوبی قرار داشته است (Zunzunegui et al. 2003: 230). نتایج هیپا و همکارانش بیانگر این بود که سوئدی‌ها سرمایه اجتماعی کمی بیشتر از فنلاندی‌ها داشتند و در مقایسه با آنها از نظر سلامتی در وضعیت بهتری قرار داشتند (Hyypa & Maeki, 2005).

در جمع‌بندی مطالعات پیشین نیاز به ذکر چند یافته است که در زیر آورده‌ایم:
 - بیشتر پژوهش‌های سلامت در حوزه‌های سلامت روانی، جسمی، محیطی، عمومی و... بررسی شده است و اخیراً نیز در پژوهش‌ها به‌منزله جامعی از آن یعنی «سلامت اجتماعی» نیز اشاره می‌شود.

- هنوز «ایده آل تایپ» در حوزه سلامت اجتماعی برای سنجش آن ارائه نشده است که در بررسی‌های مختلف بتوانیم آن را ملاک قرار دهیم یا با آن دست به مقایسه وضع موجود و خوب بزنیم. در بخش تجزیه و تحلیل فرضیات از آزمون‌های یکسان استفاده نشده است.

- نکته مسرت‌بخش در بررسی حاضر این است که در بیشتر پژوهش‌های داخلی، سلامت اجتماعی براساس مدل کیز سنجدیده شده است؛ و تکرار این موضوع نیز می‌تواند در آینده امکان پژوهش‌های به روش «فرا تحلیل» را ایجاد کند و همچنین می‌توان نتایج در سال‌ها و جاهای مختلف را با هم مقایسه کرد. در صورتی که درباره متغیرهای دیگر این‌گونه نبوده است و اندازه‌گیری‌ها توسط مؤسسه یا نهادی سالیانه تکرار نمی‌شود.

- جامعه آماری این پژوهش‌ها نشان می‌دهد که در بیشتر موارد، سلامت اجتماعی در اقصای آسیب‌پذیر بررسی شده است و در هیچ پژوهشی هم‌زمانی متغیرهای مدل این مقاله نبوده است.

ادبیات نظری پژوهش

مفهوم سلامت اجتماعی کمتر از سلامت روانی و فیزیکی شناخته شده است و درعین حال، به همراه سلامت روانی و فیزیکی یکی از سه پایه بسیاری از تعاریف سلامت را تشکیل می‌دهد. تا اندازه‌ای دلیل آن این است که سلامت اجتماعی می‌تواند به هر دو ویژگی جامعه و افراد آن اشاره کند. سلامت اجتماعی افراد به «آن بعد از رفاه یک فرد اشاره می‌کند که به چگونگی تعامل آن فرد با دیگران، عکس‌العمل مردم نسبت به او و چگونگی تعامل آن فرد با مؤسسات اجتماعی و آداب و رسوم اجتماعی» مربوط می‌شود (Russell, 1975: 75). نکته مهم این است که ما نباید «سلامت اجتماعی» را با «اجتماع سالم» یا «جامعه سالم» اشتباه بگیریم، چراکه

«سلامت اجتماعى» در کنار سلامت جسمانى و سلامت روان، به منزله جزء لاينفك سلامت افراد تعريف شده است نه سلامت گروه‌ها و اشخاص. اينجاست كه مقدارى در تعريف «سلامت اجتماعى» اشكالات و ابهامات رخ مى‌نمايد.

به نظر كيبز^۱ سلامت اجتماعى «ارزيابى شناخت افراد از چگونگى عملكردش در اجتماع و كيفيت روابطش با ديگران، نزديكان و گروه‌هاى اجتماعى مى‌داند كه او عضو آنهاست.» (Keyes, 2004: 83) و به اعتقاد او و شاپيرو آنچه بيشتر به زندگى غنا و معنا مى‌بخشد، خويشاوندان، روابط و تجارب مشترك است. لذا او به توانايى فرد در تعامل مؤثر با ديگران و اجتماع به منظور ايجاد روابط ارضاكنده شخصى و به انجام رساندن نقش‌هاى اجتماعى، عنوان سلامت اجتماعى مى‌دهد (Keyes & Shapiro, 2004: 29).

سلامت اجتماعى از ديرباز به منزله فارغ‌بودن از حالت‌هاى اجتماعى منفى مثل از خود بيگانگى يا هرج و مرج تعريف شده است و نه الزاماً اينكه وجود شرايط روان‌شناختى اساس سلامت اجتماعى باشد (Keyes, 1998: 133). به‌رغم آنكه به سلامت اجتماعى در جنبه فردى توجه زيادى شده است مثلاً (Ryff, 1989)؛ اين عقيدة هم مطرح شده است كه مى‌بايست توجه همسانى به ماهيت اجتماعى مقوله سلامت اجتماعى شود. كيبز در ادامه چالش‌هاى اجتماعى كه ابعاد سلامت اجتماعى را تشكيل مى‌دهند، سلامت اجتماعى را اين‌گونه تعريف مى‌كند: «ارزشگذارى شرايط يك فرد و كارايى او در جامعه» كه اين بازتابى از «سلامت اجتماعى مثبت» است. (Keyes, 1998: 122).

با توجه به مطالب فوق، از آنجا كه مشاركت يكى از ابعاد مهم سرمايه اجتماعى است، پس سرمايه اجتماعى افراد مى‌تواند نقش كليدى در افزايش سلامت اجتماعى داشته باشد (Nakhaie et al, 2007: 565)؛ به شكلى كه امروزه سرمايه اجتماعى، مفهومى كليدى و بااهميت در زمينه مطالعات مربوط به ارتقاى سلامت و رفاه عمومى محسوب مى‌شود (سليمانى، ۱۳۸۷: ۱۷۵). كه در اين راستا افراى نظير ايچيرو كاواچى و همكاران (۱۹۹۷/۲۰۰۸) مطالعات گسترده‌اى را در دو دهه گذشته براى فهم بيشتر و روشن‌تر رابطه سلامت با عوامل نظير نابرابرى اجتماعى و سرمايه اجتماعى طراحى و اجرا کرده‌اند.

براي دستيابى به دقت نظرى؛ پي‌ريزى يك چارچوب تجربى ضرورى است. مطابق با نظريات بورديو (۱۹۹۲)، پاتنام (۱۹۹۳) و كلمن (۱۹۸۸) - نظريه‌پردازان اصلى سرمايه

اجتماعی - مفهوم سرمایه اجتماعی را می توان این گونه تعریف کرد که: «شبکه های روابط اجتماعی، که با هنجارهای اعتماد و بدهبستان مشخص شده است و به نتایج حاوی منفعت متقابل منجر می شوند». به این شیوه، سرمایه اجتماعی را می توان همانند منبع کنش در نظر گرفت که نتایج گسترده و متعددی در بر دارد. این منبع کنش بر بسیاری از عوامل اجتماعی از جمله سلامت اجتماعی تأثیر چشمگیری دارد.

سطوح بالای سرمایه اجتماعی در جامعه می تواند قدرت و مسئولیت افراد را توسعه دهد. در سال های اخیر نشان داده شده است که سرمایه اجتماعی با ایجاد حمایت و فراهم آوردن منبع مؤثری برای اعتماد به نفس و احترام متقابل، افزایش دسترسی به خدمات بهداشت محلی، تسهیل فرایند جلوگیری از جرم، ارتقای امکان انتقال سریع اطلاعات پزشکی، ارتقای امکان الگوبرداری از هنجارهای رفتاری مرتبط با سلامت و ارتقای امکان کنترل اجتماعی بر رفتارهای انحرافی مرتبط با بهداشت، اهمیت بسزایی در سلامت مردم داشته است (Lindstrom et al., 2006). ترنر معتقد است در جوامعی که بنا به دلایل مختلف روابط و پیوندهای اجتماعی در سطح مطلوبی قرار ندارد و افراد از تعاملات اجتماعی عقلایی اجتناب می کنند، شکل گیری و رشد سرمایه اجتماعی به کندی انجام می شود و در نتیجه در این گونه جوامع پدیده فردگرایی خودخواهانه رشد می کند و متعاقب آن همبستگی اجتماعی کاهش می یابد. کاهش سطح تمایلات اجتماعی (سرمایه اجتماعی) افراد را دچار انزوای اجتماعی می کند و احساس انزوا و احساس تنهایی در سطح جامعه گسترش می یابد و تقویت چنین وضعیتی، حالات روانی منفی را در افراد ایجاد می کند و سلامت روانی و اجتماعی آنان را کاهش می دهد. همچنین وی مطرح می کند که سرمایه اجتماعی بالا وسیله ای است که از طریق آن افراد در مقابل بیماری های روانی محافظت می شوند، آن هم به این دلیل که سرمایه گذاری های اجتماعی یک محیط اجتماعی حمایت کننده برایشان فراهم می کند (Turner, 2003: 619-629). به نظر کوهن، انزوای اجتماعی به نوبه خود سبب افزایش آسیب ها می شود. منزوی شدن و کاستن از روابط اجتماعی سبب افزایش احساس بیگانگی در فرد می شود و از طرف دیگر احساس کنترل و اعتماد اجتماعی فرد را کاهش می دهد. افرادی که روابط اجتماعی گسترده تری دارند می توانند به منابع اجتماعی سطح وسیعی دسترسی پیدا کنند و دسترسی به این منابع، آنها را در موقعیت های ضروری مورد حمایت قرار می دهد (Cohen et al, 2003: 468). هارفام مطرح می کند که سرمایه اجتماعی می تواند تأثیرات مخرب مشکلات درازمدت زندگی، حوادث منفی زندگی و فقدان حمایت اجتماعی بر سلامتی فرد را کاهش دهد (Harpham, 2008: 2269).

به باور برخی از جمله کاواچی هنوز مکانیسم‌های دقیق تعیین‌کننده رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی به‌طور کامل شناخته و بررسی نشده است (Kawachi, 2001: 34) اما دسترسی به حمایت اجتماعی می‌تواند آسایش و سلامت فرد را از طریق توانایی قرض گرفتن پول و فراهم کردن امکان مراقبت از فرزندان در مواقع اضطراری افزایش دهد. جامعه‌ای که از نظر ذخیره سرمایه اجتماعی غنی است. می‌تواند با تأمین حمایت اجتماعی بیشتر برای اعضای خود، سطح بالاتری از دستاوردهای بهداشتی و سلامتی را برای افراد فراهم کند (Kawachi & Berkman, 2000: 134).

مطالعات انجام‌شده پیرامون حمایت‌های اجتماعی موجود در شبکه‌های اجتماعی بر این مطلب تمرکز داشته‌اند که هرچه شبکه شخصی وسیع‌تر و متنوع‌تر باشد، فرد قدرت مقابله با مشکلات را بیشتر دارد و کمتر در مقابل مشکلات آسیب‌پذیر است (Wellman, 1999: 21).

به نظر آرمسترانگ^۱ (حمایت اجتماعی یعنی احساس تعلق داشتن، پذیرفته شدن و مورد عشق و محبت قرار گرفتن)؛ در واقع به این طریق برای هر فرد یک ارتباط امن به وجود می‌آورد که احساس محبت و نزدیکی از ویژگی‌های اصلی این روابط است. (آرامسترانگ، ۱۳۷۲: ۸۷) در واقع حمایت‌های اجتماعی از شهروندان، افراد جامعه را قادر می‌سازد تا توانمندی رویارویی با مشکلات روزمره زندگی و بحران‌های زندگی را داشته باشند و به‌خوبی آنها را سپری کنند. کوب (۱۹۷۶) حمایت‌های اجتماعی را برحسب سودمندی‌های آن یعنی احساس محبوبیت و ارزشمندی و تعلق به یک شبکه ارتباطی و پیوندهای دوجانبه با دیگران تشریح کرده است و این موضوع نیز به تولید و بازتولید سرمایه اجتماعی نیز کمک خواهد کرد. لو معتقد است حمایت اجتماعی تأثیرات رویدادهای استرس‌زا را تعدیل می‌کند و به تجربه عواطف مثبت می‌انجامد. حمایت اجتماعی با شادابی و سلامت روانی- اجتماعی رابطه مثبت دارد (Lu, 1997). اهمیت حمایت اجتماعی تا بدان‌جاست که، یافته‌های بین فرهنگی لین (۱۹۹۵) نشان می‌دهد که، منبع اصلی شادابی در ایالات متحده و اروپا را به جای درآمد، حمایت اجتماعی می‌دانند و معتقد است که یک کالای رقابتی وجود دارد به نام همیاری. شواهد نشان می‌دهند که همیاری و مصاحبت (نمادهای حمایت اجتماعی)، سهم بیشتری نسبت به درآمد در خوشبختی افراد دارد (Lane, 2000: 104).

1. Armstrong

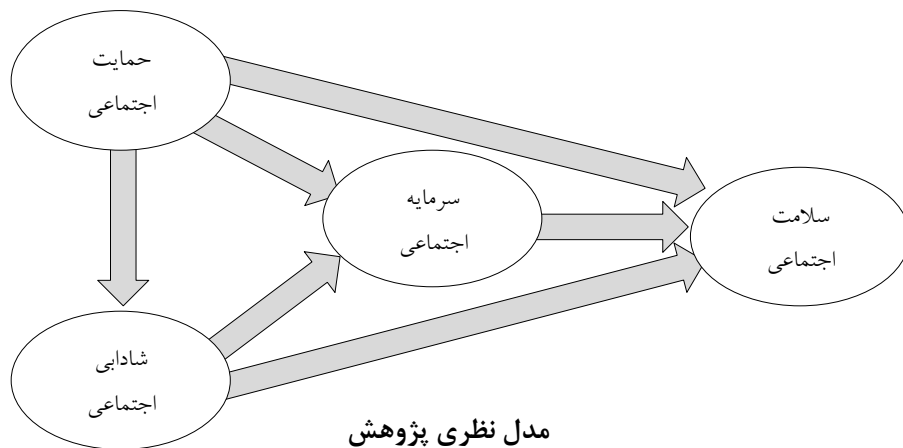
هندرسون^۱ مطرح کرد که حمایت نیاز اصلی انسان است و افراد باید از حمایت دریافتی رضایت کامل داشته باشند (در آنها شادابی ایجاد کند) تا سبب ایجاد سلامت و ارتقای آن و لذت بردن از سلامت شود (حیدری، ۱۳۸۵). همچنین وینهون معتقد است که در سطح خرد، نشاط وابسته به توانایی‌های شخصی مانند کارآمدی، استقلال و مهارت و حمایت‌های اجتماعی است (Veenhoven, 1991: 2).

با توجه به تعاریفی که از سرمایه اجتماعی شده است اگر داشتن ارتباطات را مصداق آن بدانیم می‌توان به نظریه لین اشاره کرد که زمان صرف‌شده با دوستان شادی‌آفرین است و اینکه چرا مردم مدت‌زمان این تعاملات را بالا نمی‌برند؟ پاسخ اظهار می‌کند که مردم و فرهنگ‌ها همیشه تا حد زیادی از سنت‌های قدیمی پیروی می‌کنند. رشد اقتصادی به‌طور آشکارا سهمی دیرپا در شادابی داشته است.

یافته‌های آهوویا نشان می‌دهند که در کشورهای فقیر، شادابی با فردگرایی پیوند منفی داشته است (Ahuvia, 2002: 25). و ترنر نیز بر این باور است که فردگرایی فایده‌گرایانه و فردگرایی اقتصادی، نه تنها سبب شادابی و خوشحالی افراد نمی‌شود بلکه به‌عکس سبب کاهش انسجام اجتماعی می‌شود. درحالی‌که انسجام اجتماعی افراد را در مقابل دوره‌های حاد افسردگی و استرس حمایت می‌کند و کاهش آن افراد را در برابر حالات روانی منفی آسیب‌پذیرتر و موجب کاهش سلامت اجتماعی آنان نیز می‌شود (Turner, 2003: 619-629).

درنهایت می‌توان گفت که، شادابی افراد نوعی ارتباط با جمع‌گرایی آنها دارد و از این طریق می‌تواند موجب تقویت سرمایه اجتماعی آنها شود. همچنین بنا به نظر آلان کار، سلامت روانی، سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، سازه‌هایی مربوط ولی مجزا از سلامت ذهنی یا همان شادابی‌اند که شادابی می‌تواند موجب تقویت آنها شود (کار، ۱۳۸۵: ۹۲).

با توجه به ادبیات نظری فوق، ساختار منطقی چارچوب نظری پژوهش حاضر به‌صورت زیر فرموله شده است که متغیر مستقل سرمایه اجتماعی به شکل مستقیم و متغیرهای مستقل ثانویه، حمایت اجتماعی و شادابی اجتماعی هم به‌صورت مستقیم و هم به‌صورت غیرمستقیم بر سلامت اجتماعی مؤثر است.



فرضیات پژوهش

۱. به نظر می‌رسد حمایت اجتماعی با شادابی اجتماعی رابطه معناداری دارد، به طوری که با افزایش حمایت اجتماعی نیز شادابی اجتماعی افزایش می‌یابد.
۲. به نظر می‌رسد حمایت اجتماعی با سرمایه اجتماعی رابطه معناداری دارد، به طوری که با افزایش حمایت اجتماعی نیز سرمایه اجتماعی افزایش می‌یابد.
۳. به نظر می‌رسد حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی رابطه معناداری دارد، به طوری که با افزایش حمایت اجتماعی نیز سلامت اجتماعی افزایش می‌یابد.
۴. به نظر می‌رسد شادابی اجتماعی با سرمایه اجتماعی رابطه معناداری دارد، به طوری که با افزایش شادابی اجتماعی نیز سرمایه اجتماعی افزایش می‌یابد.
۵. به نظر می‌رسد شادابی اجتماعی با سلامت اجتماعی رابطه معناداری دارد، به طوری که با افزایش شادابی اجتماعی نیز سلامت اجتماعی افزایش می‌یابد.
۶. به نظر می‌رسد سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی رابطه معناداری دارد، به طوری که با افزایش سرمایه اجتماعی نیز سلامت اجتماعی افزایش می‌یابد.
۷. به نظر می‌رسد وجود هم‌زمان متغیرهای حمایت اجتماعی، شادابی اجتماعی و سرمایه اجتماعی بر تقویت سلامت اجتماعی مؤثر است.

روش پژوهش

این پژوهش با رویکرد اثبات‌گرایی و از نوع توصیفی-تبیینی است که به دنبال شناسایی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی است. با توجه به نوع جمع‌آوری اطلاعات، پژوهش حاضر یک پژوهش پیمایشی و واحد تحلیل آن شهروندان تهرانی (سطح خرد) است. از لحاظ معیار زمان نیز یک پژوهش مقطعی محسوب می‌شود، که در یک زمان صورت گرفته و واقعیت را در یک برهه از زمان یعنی در اردیبهشت‌ماه سال ۱۳۹۲ بررسی می‌کند و در نهایت با توجه به اینکه به دنبال شناخت و کمک به حل یک مسئله اجتماعی است در دسته پژوهش‌های کاربردی قرار می‌گیرد.

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه شهروندان بالغی است که در سال ۱۳۹۲ ساکن شهر تهران هستند. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش پرسشنامه است. برای محاسبه حجم نمونه از فرمول کوکران استفاده شده است. در این پژوهش برای اطمینان، حجم نمونه ۱۰ درصد بیش از میزان برآورد شده انتخاب شده است که پس از حذف پرسشنامه‌های ناقص و داده‌های پرت این تعداد به ۸۱۰ پرسشنامه رسید. انتخاب نمونه با تلفیق نمونه‌گیری طبقه‌بندی متناسب و خوشه‌ای چندمرحله‌ای انجام شده است. در نمونه‌گیری حاضر پنج منطقه شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز شهر تهران به‌عنوان طبقه در نظر گرفته شده‌اند که به ترتیب مناطق ۳، ۱۶، ۸، ۵، ۶ را به‌عنوان نمونه انتخاب شده در بر می‌گیرد. لذا سهم هر منطقه در نمونه، متناسب با سهم آن در جامعه آماری است.

تعریف عملیاتی سلامت اجتماعی

از نظر تجربی، مفهوم سلامت اجتماعی ریشه در ادبیات جامعه‌شناسی ناهنجاری و بیگانگی اجتماعی دارد؛ اما مطابق مدل سلامت، فقدان ناهنجاری و بیگانگی اجتماعی، دلیلی کافی برای وجود سلامت اجتماعی جامعه نیست. کپیاز در یک تحلیل عامل گسترده با توجه به مفهوم‌پردازی‌های نظری از سلامت اجتماعی یک مدل پنج‌بعدی قابل سنجش ارائه داد. براساس این ابعاد فرد سالم از نظر اجتماعی زمانی عملکرد خوب دارد که اجتماع را به‌صورت یک مجموعه معنادار و قابل فهم و دارای استعدادهای بالقوه برای رشد و شکوفایی بداند و احساس کند که متعلق به گروه‌های اجتماعی خود است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهیم بداند. محتوای مقیاس سلامت اجتماعی، طیف مثبتی از ارزیابی تجارب فرد در جامعه است. این مقیاس جدید با مقیاس‌های سلامت اجتماعی بین فردی (مثل پرخاشگری و حمایت

اجتماعی) و سطح اجتماعی (مثل فقر و جایگاه اجتماعی) تفاوت دارد (Keyes & Shapiro, 2004: 29). این مقیاس حاوی ۱۵ گویه است: ۳ گویه مربوط به عامل انسجام یا یگانگی اجتماعی^۱، ۳ گویه عامل پذیرش اجتماعی^۲، ۳ گویه عامل شکوفایی اجتماعی^۳، ۳ گویه عامل سهم داشت اجتماعی^۴ و ۳ گویه مربوط به عامل انطباق اجتماعی^۵ است (Keyes & Shapiro, 2004: 10).

جدول ۱. ابعاد محوری عناصر مفهومی متغیر سلامت اجتماعی

مفهوم	ابعاد	شاخص‌ها
یگانگی یا انسجام اجتماعی	احساس می‌کنم به گروه و جماعتی تعلق دارم.	
	نسبت به افرادی که در سطح اجتماع با آنها در تماس هستم، احساس نزدیکی و صمیمیت می‌کنم.	
پذیرش اجتماعی	اجتماع و اطرافیانم را منشأ تسلی خاطر و راحتی خود می‌دانم.	
	معمولاً مردم در ازای کمکی که به هم می‌کنند چشم‌داشت و انتظاری ندارند. مردم به مشکلات همدیگر اهمیت می‌دهند. معتقدم که مردم خوب و مهربان هستند.	
سهم داشت اجتماعی	چیزهای ارزشمندی دارم که می‌توانم به دنیا بدهم.	
	فعالیت‌های روزانه‌ام ثمرات ارزشمندی برای جامعه در بر دارد. احساس می‌کنم، چیز مهمی برای عرضه به جامعه دارم.	
انطباق اجتماعی	دنیا برای من بسیار پیچیده و مبهم نیست (سر از کار دنیا در می‌آورم). قادر به درک معنای اتفاقاتی که در دنیا روی می‌دهد، هستم.	
	سعی می‌کنم فکر کنم و بفهمم که چه اتفاقاتی قرار است در کشور روی دهد.	
شکوفایی اجتماعی	دنیا در حال تبدیل شدن به مکانی بهتر برای همه افراد است. جامعه از ترقی و پیشرفت باز ایستاده نایستاده است.	
	در نظر افرادی مثل من، جامعه در حال پیشرفت است.	

سلامت اجتماعی

1. Social Integration
2. Social Acceptance
3. Social Actualization
4. Social Participation
5. Social Cohesion

تعریف عملیاتی متغیر سرمایه اجتماعی

بانک جهانی سرمایه اجتماعی^۱ را پدیده‌ای می‌داند که حاصل تأثیر نهادهای اجتماعی، روابط انسانی و هنجارها بر کمیت و کیفیت تعاملات اجتماعی است و تجارب این سازمان نشان داده است که این پدیده تأثیر زیادی بر اقتصاد و توسعه کشورهای مختلف دارد (World Bank, 2003). ابعاد سرمایه اجتماعی که در این پژوهش با استفاده از ابعاد بانک جهانی استفاده کرده‌ایم عبارت‌اند از گروه‌ها و شبکه‌ها^۲، اعتماد^۳، اطلاعات و ارتباطات^۴، جامعه‌پذیری و امنیت^۵، و فعالیت‌های سیاسی و اقدامات توانمندسازی^۶ (Grootaert, et al., 2003).

تعریف عملیاتی متغیر حمایت اجتماعی

حمایت اجتماعی میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف شده است. برخی حمایت اجتماعی را واقعیتی اجتماعی و برخی دیگر آن را ناشی از ادراک فرد می‌دانند (علی‌پور، ۱۳۸۵: ۱۳۴). حمایت اجتماعی شکل‌های مختلفی دارد مانند حمایت‌های اطلاعاتی، مبادله‌ای، عاطفی، ابزاری، مادی و اجتماعی (Ferlander, 2003: 76).

حمایت‌های اجتماعی از نظر ولمن انواع متفاوتی دارند که عبارت‌اند از: حمایت مصاحبتی، حمایت عاطفی، حمایت خدماتی، حمایت مالی، حمایت اطلاعاتی و حمایت مشورتی (Wellman, 1992: 210). فیشر نیز بر سه نوع حمایت تأکید می‌کند که عبارت‌اند از: حمایت مشورتی، حمایت مصاحبتی و حمایت عملی (Fischer, 1982: 128). در پژوهش حاضر برای سنجش حمایت اجتماعی، ترکیبی از نظر ولمن و فیشر در سه بعد در نظر گرفته شد. یعنی حمایت عملی (حمایت مالی و اقتصادی)، حمایت عاطفی و مشورتی (بحث درباره مشکلات و مسائل، مشاوره و نصیحت)، حمایت کسب اطلاع و آگاهی (مبادله اطلاعات در زمینه‌های علمی، آموزشی و تحصیلی).

1. Integrated Questionnaire for the Measurement of Social Capital(SC-IQ)
2. Groups and Networks
3. Trust
4. Information and Communication
5. Social acceptance and Inclusion
6. Empowerment and Political Action

تعریف عملیاتی متغیر شادابی اجتماعی

نظریه‌ای که ما از آن استفاده می‌کنیم با نام نظریه تولید عملکرد اجتماعی شناخته شده است و خواستار این است که مردم تلاش کنند از طریق بهینه‌سازی دو هدف جهانی (بهبود فردی و جمعی) و پنج هدف راهگشایی که از طریق آنها این دو هدف نیز به دست می‌آید (راحتی، انگیزش برای رفاه فردی، شأن، تصدیق‌های رفتاری و عطفوت برای بهبود جمعی)، شرایط زندگی‌شان را بهبود بخشند و شادابی‌شان نیز افزایش یابد (Lindenberg, 2000: 649 and Lindenberg, 1993: 20). بر این اساس از سنجش لیندنبرگ که شامل دو بعد بهبود اجتماعی (عواطف، بهبود رفتاری و شأن) و بهبود فیزیکی (آسایش و انگیزش) است نیز استفاده شده است.

تعریف عملیاتی شادابی اجتماعی در پژوهش حاضر همان پرسشنامه‌ای است که به دو صورت بلند و کوتاه توسط لیندنبرگ تدوین شده است (Nieboer et al, 2005).

روایی^۱ و پایایی^۲

برای بررسی روایی پرسشنامه، از اعتبار محتوایی^۳ استفاده شده است که بر این نکته تأکید دارد که آیا تعاریفی که برای مفاهیم ارائه شده است، مفاهیم مورد نظر را می‌سنجد یا نه. برای تأمین روایی محتوایی مفاهیم پژوهش از شیوه توافق داوران استفاده شد و ضمن مشورت با استادان مجرب از پیشنهادهای ایشان در جهت رفع ایرادهای مربوط به تعاریف مفاهیم اصلی پژوهش و سؤالات مربوط به سنجش آنها استفاده شد. برای سنجش پایایی از روش آزمون آلفای کرونباخ استفاده شده است، که پرسشنامه در یک پژوهش مقدماتی با حجم نمونه‌ای معادل ۳۵ نفر از شهروندان تهرانی که به صورت تصادفی انتخاب شدند، اجرا شد. نتایج آزمون آلفای کرونباخ گویای این مطلب بود که پرسشنامه سنجش میزان سلامت اجتماعی و متغیرهای مستقل از پایایی مطلوبی برخوردارند، به طوری که متغیر سلامت اجتماعی با میزان آلفا ۰/۷۰، سرمایه اجتماعی ۰/۷۷، حمایت اجتماعی با ۰/۸۲ و شادابی اجتماعی ۰/۸۹ هستند. در مجموع آلفای تمام متغیرها مقدار مناسبی است.

-
1. Validity
 2. Reliability
 3. Content Validity

یافته‌های پژوهش

در این قسمت با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی به توصیف متغیرها و آزمون فرضیه‌های پژوهش می‌پردازیم:

جدول ۲. توزیع فراوانی و درصدی متغیرهای مستقل و وابسته

سلامت اجتماعی		سرمایه اجتماعی		شادابی اجتماعی		حمایت اجتماعی	
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
۵/۷	۴۶	۱۰/۵	۱۲	۰/۷	۶	۱۳/۷	۱۱۱
۱۵/۲	۱۲۳	۲۳/۱	۱۸۷	۴/۹	۴۰	۴۴/۷	۳۶۲
۴۵/۱	۳۶۵	۴۷/۲	۳۸۲	۱۹/۸	۱۶۰	۲۹/۵	۲۳۹
۲۸/۶	۲۳۲	۲۴/۶	۱۹۹	۴۴/۸	۳۶۳	۱۰/۱	۸۲
۵/۴	۴۴	۳/۷	۳۰	۲۹/۸	۲۴۱	۲/۰	۱۶
۱۰۰/۰	۸۱۰	۱۰۰/۰	۸۱۰	۱۰۰/۰	۸۱۰	۱۰۰/۰	۸۱۰

با توجه به اطلاعات جدول فوق، سلامت اجتماعی ۴۵/۱ درصد پاسخ‌گویان متوسط است که بیشترین میزان را به خود اختصاص داده‌اند و ۲۰/۹ درصد سلامت اجتماعیشان کم و خیلی کم، ۳۴ درصد زیاد و خیلی زیاد است نتایج نشان می‌دهد که میزان سلامت اجتماعی مطلوب نیست. همچنین در متغیر سرمایه اجتماعی هم می‌توان چنین قضاوتی کرد. در متغیر شادابی اجتماعی ۶۵/۶ درصد افراد زیاد و خیلی زیاد است و میزان قابل توجهی است و اما در مقابل متغیر حمایت اجتماعی ۵۸/۴ درصد افراد حمایت اجتماعی خیلی کم یا کم می‌شوند که این میزان جای بررسی و تأمل دارد.

جدول ۳. آماره‌های توصیفی مربوط به سلامت اجتماعی

بیشترین میزان	کمترین میزان	انحراف استاندارد از کسب‌کردگی	کسب‌کردگی	انحراف استاندارد از بولگاری	بولگاری	واریانس	انحراف استاندارد	ف	میانگین	پهنای پیکر	آماره‌های توصیفی متغیر
۷۵	۴	۰/۱۲۵	۰/۹۹	۰/۸۸	-/۱۵۹	۱۷۳/۱۰۶	۱۳/۱۵۶۹۷	۴۳	۴۱	۴۰/۲۹۵۰	سلامت اجتماعی

متغیر سلامت اجتماعی با استفاده از تکنیک‌های آماری یک بار در سطح سنجش فاصله‌ای و یک بار در سطح سنجش رتبه‌ای سنجیده شده است که اطلاعات جدول فوق مربوط به سطح سنجش فاصله‌ای است.

میانگین سلامت اجتماعی ۴۰/۲۹ است. با توجه به اینکه کمترین میزان سلامت اجتماعی ۴ و بیشترین میزان آن ۷۵ است، می‌توان گفت که میانگین سلامت اجتماعی، متوسط است. میانه آن ۴۱ است یعنی نیمی از پاسخ‌گویان نمره کمتر از ۴۱ و نیمی دیگر بیشتر از ۴۱ گرفته‌اند. نما برابر است با ۴۳ که بیشترین تکرار میزان سلامت اجتماعی است. از طرفی نزدیک‌بودن میزان میانگین، میانه و نما با هم نشان از نرمال‌بودن متغیر سلامت اجتماعی دارد. شاخص‌های پراکندگی شامل واریانس برابر است با ۱۷۳/۱۰ و انحراف معیار ۱۳/۱۵ است. نسبت میزان چولگی به خطای استاندارد از چولگی آن کمتر از ۲ است و کجی نداشته و همچنین نسبت کشیدگی به خطای استاندارد از کشیدگی کمتر از ۲ است که نشانه نبودن کشیدگی و این نتایج بیانگر آن است که متغیر سلامت اجتماعی نرمال است.

بررسی نرمال‌بودن متغیر وابسته

جدول ۴. آزمون کولموگروف-اسمیرنوف

Shapiro-Wilk			Kolmogorov-Smirnova			
Sig.	df	Statistic	Sig.	df	Statistic	سلامت اجتماعی
۰/۵۸	۸/۶	۰/۹۹۱	۰/۱۲۴	۸/۶	۰/۰۴۰	

نتایج آزمون ویلک و اسمیرنوف نیز در فاصله اطمینان ۹۵ درصد به ترتیب دارای سطح معناداری Sig=۰/۰۵۸ و Sig=۰/۱۲۴ را نشان می‌دهند که به علت بالاتر بودن سطح معناداری از ۰/۰۵ توزیع متقارن و نرمال متغیر سلامت اجتماعی را تأیید می‌شود.

بررسی فرضیات اصلی

جدول ۵. ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای اصلی پژوهش

شادابی اجتماعی	حمایت اجتماعی	سرمایه اجتماعی	سلامت اجتماعی		
**۳۷۲	**/۳۰۱	**/۵۰۷	۱	R	سلامت
۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰		Sig. (2-tailed)	اجتماعی
۸۱۰	۸۱۰	۸۱۰	۸۱۰	N	
**/۴۸۴	**/۳۶۷	۱	**/۵۰۷	R	سرمایه
۰/۰۰۰	۰/۰۰۰		۰/۰۰۰	Sig. (2-tailed)	اجتماعی
۸۱۰	۸۱۰	۸۱۰	۸۱۰	N	
**/۱۳۶	۱	**/۳۶۷	**/۳۷۲	R	حمایت
۰/۰۰۰		۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	Sig. (2-tailed)	اجتماعی
۸۱۰	۸۱۰	۸۱۰	۸۱۰	N	
۱	**/۱۳۶	/۴۸۴	**/۳۷۲	R	شادابی
	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	Sig. (2-tailed)	اجتماعی
۸۱۰	۸۱۰	۸۱۰	۸۱۰	N	

نتایج شش فرضیه اصلی که مربوط به بررسی روابط بین متغیرهای اصلی مدل پژوهش است، در جدول فوق با هم آمده است که تفاسیر هر یک از فرضیات به صورت جداگانه در زیر آمده است.

به طور خلاصه می توان اشاره که در هر شش فرضیه میزان $\text{Sig}=0/00$ است به عبارت دیگر در هر شش فرضیه رابطه همبستگی معنادار وجود دارد، به طوری که شدت رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی بیشتر از موارد دیگر است.

حال با توجه به رابطه همبستگی بین متغیرهای مدل که در آزمون های پیرسون تفکیکی در جدول فوق بررسی شد در اینجا برای بررسی رابطه علی متغیرها از رگرسیون خطی به روش ایتر استفاده می کنیم.

فرضیه علی پژوهش (۷) : به نظر می رسد وجود هم زمان متغیرهای حمایت اجتماعی، شادابی اجتماعی و سرمایه اجتماعی بر تقویت سلامت اجتماعی مؤثر است.

جدول ۶. ضرایب رگرسیونی مربوط به مدل‌های پیش‌بینی شده

Sig	t	ضرایب رگرسیونی		میزان و معناداری F (ANOVA)	ضریب تعیین (R ²)
		Beta	Std. Error		
۰/۱۰۸	۱/۶۰۹		۲/۱۰۳	۳/۳۸۳	مقدار ثابت F=112.56 Sig=0.00 R ² =0.29
۰/۰۰۰	۱۰/۲۹۳	۰/۳۷۱	۰/۰۲۴	۰/۲۵۱	سرمایۀ اجتماعی
۰/۰۰۰	۵/۱۲۶	۰/۱۷۳	۰/۰۶۰	۰/۳۰۶	شادابی اجتماعی
۰/۰۰۰	۴/۴۴۶	۰/۱۴۲	۰/۰۶۱	۰/۲۷۳	حمایت اجتماعی

با توجه به نتایج جدول بالا، مقدار ضریب تبیین به دست آمده برای تبیین سلامت اجتماعی $R^2=0/29$ است. و متغیرهای سرمایۀ اجتماعی، حمایت اجتماعی و شادابی اجتماعی بر سلامت اجتماعی تأثیر می‌گذارند که معادله خط رگرسیونی پیش‌بینی آن به شرح ذیل است:

$$y = a + b_1 \cdot x_1 + b_2 \cdot x_2 + b_3 \cdot x_3$$

$$Y = 3/38 + 0/25(\text{شادابی اجتماعی}) + 27/0(\text{حمایت اجتماعی}) + 0/37(\text{سرمایۀ اجتماعی})$$

مقدار ثابت یا عرض از مبدأ برابر است با ۳/۳۸ و ضریب تأثیر متغیر سرمایۀ اجتماعی برابر است با ۰/۲۵، ضریب تأثیر متغیر شادابی اجتماعی برابر است با ۰/۳۰ و ضریب تأثیر متغیر حمایت اجتماعی برابر است با ۰/۲۷ به عبارت دیگر در ازای تغییر متغیر سرمایۀ اجتماعی به میزان ۰/۲۵، تغییر متغیر شادابی اجتماعی به میزان ۰/۳۰ و تغییر متغیر حمایت اجتماعی به میزان ۰/۲۷ متغیر سلامت اجتماعی به میزان یک انحراف معیار افزایش می‌یابد.

در پی پاسخ به این سؤال که بین این سه متغیر مستقل بیشترین تأثیر مربوط به کدام متغیر است، از معادله رگرسیونی استاندارد شده استفاده می‌کنیم.

فرمول ضریب رگرسیونی استاندارد شده به صورت زیر است:

$$Z_y = B_1 \cdot Z_1 + B_2 \cdot Z_2 + B_3 \cdot Z_3$$

$$Y = 0/37(\text{سرمایۀ اجتماعی}) + 0/17(\text{شادابی اجتماعی}) + 0/14(\text{حمایت اجتماعی})$$

با توجه به معادله فوق، بیشترین تأثیر مربوط به متغیر سرمایۀ اجتماعی است.

بررسی مدل پژوهش (تحلیل مسیر)^۱

در حوزه مطالعات اجتماعی و اقتصادی روش‌های تحلیل چندمتغیره زیادی وجود دارند که به بررسی تأثیرات و روابط بین متغیرهای مطالعه شده می‌پردازند. این روش‌ها عمدتاً تأثیرات مستقیم یک متغیر بر متغیر دیگر را بررسی می‌کنند. اما در این میان تحلیل مسیر از جمله تکنیک‌های چندمتغیره است که علاوه بر بررسی تأثیرات مستقیم متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته، تأثیرات غیرمستقیم این متغیرها را مد نظر قرار می‌دهد و روابط بین متغیرها را مطابق با واقعیت‌های موجود، در تحلیل وارد می‌کند (ادریسی، ۱۳۸۶).

جدول ۷. محاسبه تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم

متغیر مستقل	مسیرهای مستقیم	ضرایب مسیرهای غیرمستقیم	تأثیرات غیرمستقیم	تأثیرات مستقیم	مجموع تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم
سرمایه اجتماعی	$X_1 \rightarrow y$	-	-	۰/۳۷	۰/۳۷
شادابی اجتماعی	$X_2 \rightarrow y$	$\rightarrow y_1 \rightarrow X_2 X$	۰/۱۶	۰/۱۷	۰/۳۳
حمایت اجتماعی	$X_3 \rightarrow y$	$\rightarrow y_1 \rightarrow X_3 X$ $\rightarrow y_2 \rightarrow X_3 X$ $\rightarrow y_2 \rightarrow X_3 X$	۰/۱۵	۰/۱۴	۰/۲۹
		$X_1 \rightarrow y$			

در پژوهش‌های اجتماعی - اقتصادی معمولاً شناسایی کلیه عوامل تأثیرگذار بر متغیر وابسته برای پژوهشگر امکان‌پذیر نیست. بنابراین، متغیرهای تحلیل مسیر همواره می‌توانند تنها بخشی از واریانس متغیر وابسته را تبیین کنند. چنان که مقدار e^2 از عدد ۱ کم شود مقدار واریانس تبیین شده (که آن را با R^2 نشان می‌دهند) به دست می‌آید (کرلینجر و پدهازر، ۱۳۸۴: ۴۲۳). به عبارت دیگر:

$$R^2 = 1 - e^2$$

1. Patch Analysis

R^2 به دست آمده در رگرسیون چندمتغیره (که به طور همزمان همه متغیرها) ارائه شده است که مقدار ضریب تعیین برابر با ۰/۲۹ است. یعنی ۰/۲۹ درصد از مجموع تغییرات متغیر وابسته توسط مدل تحلیلی فوق تبیین می شود. از طریق R^2 می توان ضریب خطا یا مقدار e را نیز محاسبه کرد.

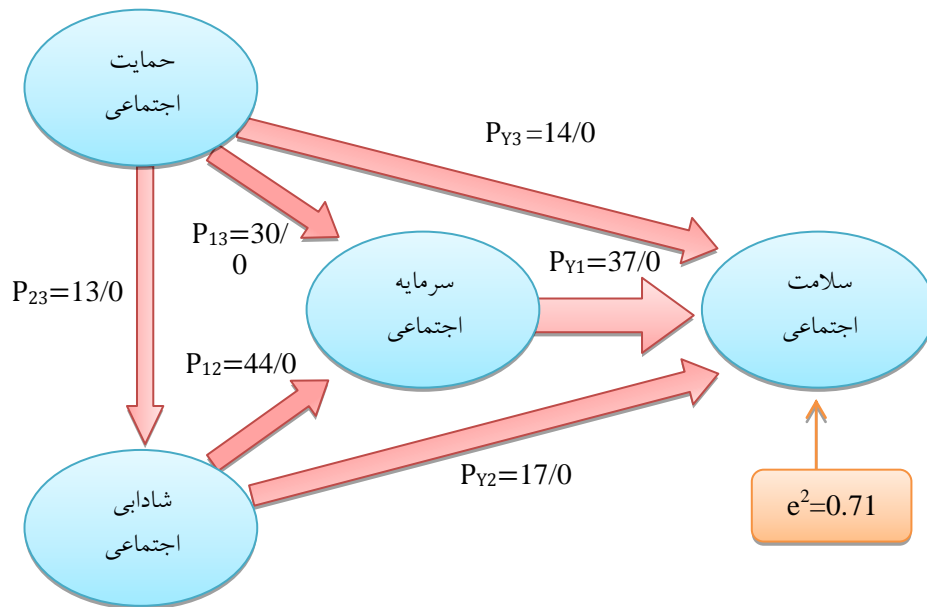
$$R^2 = 1 - e^2$$

$$0.29 = 1 - e^2$$

$$1 - 0.29 = e^2 = 0.71$$

بنابراین، می توان گفت، مدل علی به دست آمده ۷۱ درصد واریانس متغیر وابسته را تبیین نمی کند.

ضرایب رگرسیونی مدل مفهومی پژوهش به صورت زیرند:



بحث و نتیجه گیری

با توجه به اینکه تهران از کلان شهرهای پرجمعیت و شلوغ است، نتایج توصیفی مربوط به متغیر سلامت اجتماعی بیانگر آن است که، میزان سلامت اجتماعی شهروندان باید بیشتر تقویت شود. سلامت اجتماعی می تواند در راستای پیشگیری از آسیب های اجتماعی یکی از

ملاک‌های اساسی گذار از جوامع سنتی به مدرن باشد. ارتقای این پدیده در سطح کلان‌شهرها همراه با بهره‌وری، آگاهی‌بخشی، رشد سرمایه‌های انسانی و اجتماعی، تقویت اطلاع‌رسانی، و افزایش مهارت‌های اساسی و اجتماعی شهروندان همراه است. رشد خودباوری و توانمندسازی که به نوعی شکوفایی اجتماعی است، همراه با شیوه‌های سازگاری اجتماعی در شهرها، در کنار برخورداری از نگرش مثبت رفتاری و عملکردی، تقویت رفتارهای مسئولیت‌پذیرانه، خودکارآمدی و اجرای تعهدات و پیمان‌ها در میان شهروندان، گسترش احساس تعلق به هویت شهری و انسجام اجتماعی از مهم‌ترین ابعاد شاخص‌های سلامت اجتماعی در مدیریت شهرها محسوب می‌شود. در ضمن ایجاد احساس یکپارچگی در میان شهروندان از نکات بارز در حوزه مطالعه سلامت اجتماعی در مدیریت شهری کلان‌شهرهای جامعه ایران از جمله تهران است.

همچنین با توجه به ضرورت سرمایه اجتماعی در روابط بین شهروندان، ضعیف به نظر می‌رسد. سرمایه اجتماعی می‌تواند نقش مهمی در توسعه اجتماعی و اقتصادی و توسعه‌ای پایدار داشته باشد و از هزینه‌ها و عواقب نامطلوب توسعه تا حد زیادی بکاهد. مهم‌ترین نقش سرمایه اجتماعی در توسعه، نقشی است که این سرمایه در کاهش هزینه‌های معاملاتی دارد. سرمایه اجتماعی به منزله منبعی برای «کنش جمعی» یاد شده است و این منبع علاوه بر آگاهی و توجه نسبت به امور عمومی اجتماعی - سیاسی (شناخت) موجب علاقمندی و جمع‌گرایی می‌شود.

در این قسمت به یافته‌های مربوط به فرضیات اصلی پژوهش می‌پردازیم که، حمایت اجتماعی به منزله بیرونی‌ترین متغیر مدل پژوهش که بر متغیر وابسته و دو متغیر مستقل پژوهش (شادابی اجتماعی و سرمایه اجتماعی) مؤثر بوده است. برخی حمایت اجتماعی را واقعیتی اجتماعی و برخی دیگر آن را ناشی از ادراک فرد می‌دانند (علی‌پور، ۱۳۸۵: ۱۳۴). ادراک حمایت اجتماعی و احساس ارزشمندی منجر به سلامتی افراد و ایفای وظایف متقابل آنها در مقابل جامعه خواهد شد. هرچه 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. یافته‌های تقی‌پور (۱۳۸۹)، ابراهیم نجف‌آبادی (۱۳۸۹) و صالح (۱۳۸۸) نیز این موضوع را تأیید می‌کند. یافته‌های لاکسی (۱۳۸۵) مبنی بر اثربخش بودن ساختار و شرایط خانواده بر پدیدار فرار نیز تأکید دارد که علاوه بر خانواده، ضعف ویژگی‌های تعاملی و کارکردی سایر اعضای شبکه نیز بر فرار مؤثر بوده و آن را تسریع

می‌کند که این موجب کاهش سلامت اجتماعی می‌شود. پژوهش مبارک بخشایش (۱۳۸۹) نیز نشان می‌دهد که احساس محرومیت رابطه معناداری با سلامت دارد. همچنین نتایج تحلیل چندمتغیره رگرسیونی افروز (۱۳۸۸) نیز نشان داد که متغیرهای ارتباطات شبکه‌ای و حمایت شبکه‌ای به ترتیب بیشترین تأثیر را در سازگاری اجتماعی داشته‌اند. همچنین مطالعات کینگ سیوفیلیس در سال ۲۰۰۲ نشان داد که کیفیت حمایت خانواده و ادراک حمایت دوستان، پیش‌بینی کننده‌های مهم بهداشت روان‌اند (به نقل از محسنی تبریزی، ۱۳۸۶).

در راستای رابطه حمایت اجتماعی و شادابی اجتماعی می‌توان اشاره کرد که، لو معتقد است حمایت اجتماعی تأثیرات رویدادهای استرس‌زا را تعدیل می‌کند و به تجربه عواطف مثبت می‌انجامد. حمایت اجتماعی با شادکامی و سلامت روانی رابطه مثبت دارد (Lu, 1997). یافته‌های چین‌آوه و همکاران (۱۳۸۳) نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی به منزله یک حائل یا میانجی بین استرس‌های زندگی و اختلال در تندرستی عمل می‌کند و هرچه شادکامی فرد بالاتر باشد، نشان‌دهنده این است که از حمایت اجتماعی بالایی برخوردار است.

تئوری داغ‌دیدگی گافمن، بیان این موضوع است که افرادی که به لحاظی داغ دیده‌اند مخصوصاً آنهایی که از داغ بی‌اعتباری رنج می‌برند روابط اجتماعیشان دچار اختلال و پیچیدگی می‌شود. افراد داغ‌خورده معمولاً احساس انزوا، تنهایی، طردشدگی و درک‌نشدن از سوی دیگران را حداقل در کوتاه‌مدت تجربه می‌کنند فقدان حمایت‌های اجتماعی مهم‌ترین عامل برای پیش‌بینی نتایج منفی در داغ‌دیدگان است (خسروی، ۱۳۷۴: ۲۹).

نتیجه پژوهش موسوی (۱۳۸۷) نشان می‌دهد «روابط همراه با اعتماد» (به منزله یکی از شاخص‌های مهم سرمایه اجتماعی) را می‌توان به منزله یکی از تعیین‌کننده‌های مهم شادمانی بازشناخت. بررسی‌های بیشتر در این رابطه نشان داد خانواده و دوستان به منزله عمده‌ترین منبع تأمین‌کننده شادمانی مورد نیاز به افراد به شمار آمده است که در شرایط فعلی، اغلب به منزله پناهگاهی در مقابل ناامنی، آنومی، ناملایمات ناشی از محیط‌های خارجی را ایفا می‌کنند.

در راستای درونی‌ترین متغیر مدل پژوهش یعنی سرمایه اجتماعی می‌توان این‌گونه گفت که، سرمایه اجتماعی به منزله عامل تسهیل همکاری و هماهنگی که دستیابی به اهداف را با هزینه کمتر امکان‌پذیر می‌سازد. پاتنام (۱۹۹۵) در تشریح پژوهش خود اظهار می‌دارد که در آمریکا، هر کجا که اجتماعات شهروندان، فعالانه‌تر و یکپارچه‌تر عمل کرده‌اند، موفقیت آنها در کاهش فقر، بیکاری، بزهکاری و گسترش آموزش و بهداشت بیشتر بوده است (سلیمانی، ۱۳۸۷: ۱۷۵). نتایج زانگانگ و همکارانش در آمریکا بیانگر این امر بود که وضعیت سلامتی افرادی

که از انسجام اجتماعی بالا و شبکه‌های اجتماعی بیشتری برخوردار بودند در مقایسه با بقیه پاسخ‌گویان در حد مطلوبی قرار داشته است (Zunzunegui, et. al, 2003:230).

ریچارد ویلکینسون در مطالعه‌ای در ۱۹۹۸ نشان داده است که سرمایه اجتماعی با میزان جرایم خشونت‌آمیز نسبت معکوس دارد. یعنی هراندازه سرمایه اجتماعی در جامعه پایین‌تر باشد، جرایم خشونت‌آمیز بیشتر است (به نقل از کراهی مقدم، ۱۳۸۵). هلی ول رابطه عمومی بین سرمایه اجتماعی و وضعیت سلامتی را مورد بررسی قرار داده و به این نتیجه دست یافته است که بالا بودن سطوح سرمایه اجتماعی با وضعیت مناسب‌تر سلامت فردی و عمومی دارای همبستگی و همخوانی بوده است (HelliWell, 2003؛ به نقل از سلیمانی، ۱۳۸۷).

دورکیم نیز چنین استدلال می‌کند که وجه بارز جوامع ماقبل صنعتی، ادغام اجتماعی آنچنان شدیدی است که فردیت در آن مستحیل می‌شود. با پیدایش جوامع صنعتی و رشد تقسیم کار، شکل ادغام اجتماعی تضعیف شد و تغییر کرد. همبستگی اجتماعی از آن پس مبتنی بر کیش فردیت بوده و وابستگی متقابل افراد جامعه را هم پیوند می‌بخشیده است. اما این تحول از جامعه منسجم که مبتنی بر ادغام اجتماعی شدید بود به جامعه با نوع دیگر همبستگی، ضرورتاً آسان و راحت صورت نگرفت. چنین استدلال می‌شود که همبستگی را تهدید می‌کند، موجب ایجاد سطح نازل‌تر سلامت برای همه می‌شوند و یک روش تأمل درباره ماهیت همبسته یک اجتماع، براساس «سرمایه اجتماعی» آن استوار است (آرمسترانگ، ۱۳۷۸: ۱۰۶).

درمجموع نظریات و پژوهش‌های زیادی تأیید می‌کنند که سرمایه اجتماعی بر سلامت اجتماعی افراد مؤثر است. امینی رارانی (۱۳۸۹) به این نتیجه رسید که بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی در ایران رابطه آماری معناداری وجود دارد. نتایج نیک‌ورز (۱۳۸۹) نشان می‌دهد که ۵۹ درصد تغییرات واریانس سلامت اجتماعی به وسیله سه متغیر اعتماد (از ابعاد مهم سرمایه اجتماعی)، رضایت از زندگی و مشارکت اجتماعی تبیین می‌شود. نتایج مبارک بخشایش (۱۳۸۹) بیانگر این مطلب است که سرمایه اجتماعی بر سلامت شهروندان اصفهانی تأثیر دارد.

به اعتقاد کاواچی، سرمایه اجتماعی به منابع قابل دسترس در درون ساختارهای اجتماعی از قبیل اعتماد، هنجارهای روابط متقابل، اهداف مشترک که افراد را برای انجام کنش‌های جمعی آماده می‌کند، اشاره دارد. سرمایه اجتماعی محصول فرعی روابط اجتماعی و درگیری مدنی است که در سازمان‌های رسمی و غیررسمی ظهور می‌کند. سرمایه اجتماعی با توسعه اقتصادی

و عملکرد بطنی دموکراسی‌ها و ممانعت از جرم و جنایات ارتباط تنگاتنگ دارد (Kawachi, 2001: 31).

هارفام و همکارانش مطرح می‌کنند که مدل اجتماعی سلامت روانی (به‌منزله نقطه مقابل مدل زیست‌شناختی) بصیرت‌های بیشتری را درباره عوامل تأثیرگذار بر سلامتی می‌تواند ارائه دهد. حوادث منفی زندگی شامل جدایی از والدین، از دست دادن شغل و مهاجرت اجباری نیز سلامت روانی افراد را نیز تضعیف می‌کند. فردی که به نحوی از انحاء از والدین خود جدا می‌شود بسیاری از منابع تأمین سلامت (حمایت اجتماعی، پیوندهای عاطفی) خود را از دست می‌دهد. همه اینها می‌توانند سبب از بین رفتن شبکه‌های ارتباطی فرد می‌شود (Harpham, 2008: 2269).

در آخر نیاز به تأکید این موضوع است که، حمایت اجتماعی یک عنصر بسیار مهم در آرامش انسان‌هاست. حمایت اجتماعی در دو بعد رسمی و غیررسمی شکل می‌گیرد. متأسفانه در جامعه ایران حمایت‌های اجتماعی رسمی بسیار ضعیف است، بنابراین باید تلاش کرد که حمایت‌های اجتماعی غیررسمی حفظ شود. یکی از منابع مهم حمایت‌های اجتماعی غیررسمی خانواده است. اعضای خانواده باید در مقابل یکدیگر احساس مسئولیت کنند و یکدیگر را مورد حمایت قرار دهند. بنابراین، حفظ تحکیم خانواده و آموزش آن مبنی بر حمایت‌های عمیق و دلسوزانه از یکدیگر باید از برنامه‌های اساسی برنامه‌ریزان اجتماعی باشد.

حمایت‌های غیررسمی دوستان در شهرهای بزرگ اغلب قوی‌تر از حمایت‌های خانواده است. افراد معمولاً با دوستان خود اشتراکات بیشتری دارند و یکدیگر را بهتر درک می‌کنند و همین امر موجب حمایت‌های عاطفی و روانی در افراد می‌شود. ایجاد حس اعتماد به دوستان موجب افزایش درد و دل کردن و حمایت‌طلبیدن می‌شود. پس با آموزش شاخص‌های اعتماد مانند صداقت و صراحت و همکاری باید زمینه‌های ایجاد حمایت‌های اجتماعی غیررسمی دوستانه را افزایش داد تا سلامت اجتماعی افراد تقویت شود.

منابع

۱. ابراهیم نجف‌آبادی، اعظم (۱۳۸۹). عوامل مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی زنان جوان ۱۵-۲۴ ساله شهر اصفهان (با تأکید بر میزان حمایت اجتماعی). پایان‌نامه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی، چاپ نشده.

۲. ادریسی، افسانه (۱۳۸۶). آمار پیشرفته با تأکید بر نرم‌افزار SPSS. جزوه درسی دوره کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد واحد تهران شمال.
۳. ازکیا، مصطفی (۱۳۸۱). *جامعه‌شناسی توسعه* (چاپ چهارم). تهران: موسسه نشر کلمه.
۴. ازکیا، مصطفی و ایمانی، علی (۱۳۸۷). *توسعه پایدار روستایی*. تهران: انتشارات اطلاعات.
۵. ازکیا، مصطفی؛ غفاری، غلامرضا؛ ایمانی، علی و احمد رش، رشید (۱۳۸۹). *نظریه‌های اجتماعی معاصر با رویکرد توسعه*. تهران: نشر علم.
۶. اکبریان، مهدی، تباردرزی، عبدالله و خاکی، محمدابراهیم (۱۳۸۹). «سلامت اجتماعی، پلیس و احساس امنیت». در مجموعه مقالات نخستین هم‌اندیشی ملی سلامت اجتماعی (ص ۹۲-۱۰۹)، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد.
۷. افروز، زبیده (۱۳۸۸). عوامل مؤثر بر میزان سازگاری اجتماعی سالمندان با تأکید بر شبکه اجتماعی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده
۸. امینی رارانی، مصطفی (۱۳۸۹). بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی در ایران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، چاپ نشده
۹. آرمسترانگ، دیوید (۱۳۷۸). *جامعه‌شناسی پزشکی*. ترجمه: محمد توکل. تهران: نشر حقوقی.
۱۰. باجپایی، کانتی و شیبانی، صابر (۱۳۸۴). *امنیت انسانی: مفهوم و سنجش*. تهران: سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور.
۱۱. تقی‌پور، ملیحه (۱۳۸۹). بررسی تأثیر حمایت اجتماعی زنان سرپرست خانوار در شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، چاپ نشده.
۱۲. چین‌آوه، محبوبه و الهام روستایی (۱۳۸۳). «رابطه بین حمایت اجتماعی و شادکامی و تأثیر آن بر سلامت روان دانشجویان»، طرح پژوهشی مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان، چاپ نشده.
۱۳. حاتمی، پریسا (۱۳۸۸-۸۹). بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تأکید بر شبکه‌های اجتماعی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی، چاپ نشده.
۱۴. حیدری، سعیده (۱۳۸۵). بررسی ارتباط حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های منتخب دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران و تهران در سال ۱۳۸۴. پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، چاپ نشده.
۱۵. خسروی، زهره (۱۳۷۴). *روان‌درمانی/دغدیدیگی*. تهران: نقش هستی.
۱۶. سام آرام، عزت‌الله (۱۳۷۸). *جزوه سلامت اجتماعی*. دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.
۱۷. سخاوتی، هاجر (۱۳۹۰). بررسی تأثیر ورزش همگانی بر سلامت اجتماعی زنان خانه‌دار در منطقه ۱۶ تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی (پردیس نیمه حضوری)، چاپ نشده.
۱۸. سلیمانی، محمد (۱۳۸۷). «نقش سرمایه اجتماعی در توسعه اقتصادی، مروری بر مطالعات انجام‌شده». *مجله راهبرد، شماره ۱۵، پاییز، ص ۱۶۳-۱۷۹*.

۱۹. شرفالدین، هدا (۱۳۸۹). رابطه اضطراب اجتماعی، امیدواری و حمایت اجتماعی با خوشبختی ذهنی در دانشجویان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی اهواز، چاپ نشده.
۲۰. صالح، صلاح‌الدین (۱۳۸۸). بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر میزان سلامت اجتماعی همسران جانبازان اعصاب و روان شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی تهران، چاپ نشده.
۲۱. علی‌پور، احمد (۱۳۸۵). «ارتباط حمایت اجتماعی با شاخص‌های ایمنی بدن در افراد سالم: بررسی مدل تأثیر کلی». *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)* تابستان، ۱۲ (پیاپی ۴۵)، ص ۱۳۴-۱۳۹.
۲۲. کار، آلن (۱۳۸۷). *روانشناسی مثبت: علم شادمانی و نیرومندهای انسان* (چاپ سوم). ترجمه: حسن پاشا شریفی، جعفر نجفی زند، باقر ثنائی. تهران: نشر سخن.
۲۳. کرراهی مقدم، سیروس (۱۳۸۵). «سرمایه اجتماعی و تندرستی». *ماهنامه سیاسی اقتصادی*، شماره ۲۲۶-۲۲۸، ص ۲۲۸-۲۳۱.
۲۴. کرلینجر، فردریک نیکلز و پدهازر، الازار (۱۳۸۴). *رگرسیون چندمتغیره در پژوهش رفتاری (با اضافه و تجدید نظر)*. ترجمه: حسن سرایی. تهران: انتشارات سمت.
۲۵. گودرزی، الهام (۱۳۹۰). بررسی وضعیت سلامت اجتماعی زنان شاغل در سازمان ملی جوانان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مطالعات زنان (گرایش زن و خانواده)، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، چاپ نشده.
۲۶. لاکي، مریم (۱۳۸۵). تحلیل شبکه دختران فراری شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهراء (س)، چاپ نشده.
۲۷. مبارک بخشایش، مرتضی (۱۳۸۹). بررسی تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت شهروندان اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه اصفهان، چاپ نشده.
۲۸. محسنی تبریزی، علی‌رضا (۱۳۸۶). «رابطه حمایت اجتماعی و سلامت روانی در میان دانشجویان دانشگاه تهران». *فصلنامه مطالعات جوانان*، شماره ۱۰ و ۱۱، پاییز و زمستان.
۲۹. موسوی، سید محسن (۱۳۸۷). بررسی جامعه‌شناختی عوامل مؤثر بر شادمانی در سطوح خرد و کلان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، چاپ نشده.
۳۰. نیک ورز، طیبه (۱۳۸۹). بررسی عوامل مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی دانشجویان دختر و پسر دانشگاه شهید باهنر کرمان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر کرمان

31. Ahuvia, Aaron. C. (2002). "Materialistic values and well-being in business students". *European journal of social psychology*, Vol. 32, No. 1, pp. 137-146.
32. Bourdieu, P. (1992). *Language and Symbolic Power*, Cambridge: Polity Press.
33. Cobb, C., Halstead T., Rowe, J. (1976). "If the GDP is up why is America down?". *The Atlantic monthly*.
34. Cohen, D. A., Karen M., Thomas A. F., & et.al. (2003), "Neighborhood Physical condition and health". *American Journal of public health*, Vol. 13, No. 3, pp. 467-471.

35. Coleman, J. (1988). "Social capital in the creation of human capital". *American Journal of Sociology*, No. 94, pp. 95-120
36. Ferlander, S. (2003). *The internet, social capita and local community*, (Unpublished doctoral dissertation of philosophy). University of stirling
37. Fischer, C. (1982). *To Dowell among Friends*. Berkeley: University of California Press.
38. Grootaert, C., & Bastelaer, T. (2002). *The Role of Social Capital in development*. Cambridge: Univ. Press.
39. Harpham, T. (2008). *The Measurement of Community Social Capital through Surveys*. In *Social Capital and Health*. New York: Springer.
40. Hyypya E., M.T & MaEki, J. (2005). "Why do Swedish-Speaking Finns Have Longer Active Life?". *An Area for Social capital Research, Health Promotion International*, Vol. 16, No.1, pp. 55-64.
41. Kawachi, I., & Berkman, L. F. (2000). *Social Cohesion, social capital, and health*. In L. F. Berkman & I. Kawachi (Eds.), *Social Epidemiology* (pp. 174-190). New York: Oxford University Press.
42. Kawachi, I., & et.al (2001). *Social capital for health and human development the society for internatioan development*.
43. Keyes, C. L. M. (1998). "Social well-being". *Social psychology quarterly*, No. 2, pp.121-140.
44. Keyes, C. L. M., & Shapiro, A. (2004). *Social well-being in the U.S.: A descriptive epidemiology*. in orville Brim, Carol, D., Ryff & Ronald, C. Kessler (eds.), *How healthy are you? A national study of well-being of Midlife*. Chicago: University of Chicago Press.
45. Lane, R. (2000). "Diminishing Returns to income; Companionship and happiness". *Journal of happiness studies*, No. 1, pp. 103-119.
46. Lindenberg, S. (1993). *Framing, empirical, evidence and applications* (pp. 11-38). Tubingen: Mohr (siebeck).
47. Lindenberg, S. (2000). "It takes both trust and lack of mistrust: the workings of solidarity and relational signaling in contractual relationships". *Journal of Management and Governance*, No. 4, pp. 11-33
48. Lindstrom, M. (2006). "Social capital and lack of belief in the possibility to influence one's own health: A population-based study". *Scandinavian Journal of Public Health*, No. 34, pp. 69-75.
49. Lu, L. (1997). "Social Support, reciprocity and well-being". *The Journal of Social Psychology*, Vol. 137, No. 5, pp. 618-628.
50. Nakhaie, M.R., & et.al. (2007). "Social Inequalities, Social Capital, and Health of Canadians".
51. Nieboer, A., Lindenberg, S., Boomsma, A., Van Bruggen, A.C. (2005). "Dimensions of well-being and their measurement: The SPF-IL Scale". *Social Indicators Research*, No. 73, pp. 313-353.
52. Noorbala, A. A., Bagheri Yazdi, S. A., Asadi Lari, M., Vaez Mahdavi, M. R. (2011). "Survey of mental health of adult population in Tehran in 2009". *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, Vol. 16, No. 4, pp. 479-483. (Persian)
53. Putnam, R. (1995). "Bowling Alone: America s Declining Social Capital". *Journal of Democracy*, No. 6, pp. 65-78.
54. Putnam, R., with, D., Leonardi, R., Nanetti, R. Y. (1993). *Making Democracy Work, Civic traditions in modern Italy*. Princeton, New Jersey: Princeton Universiry Press.

55. Russell, R.D. (1975). "Social Health: An attempt to clarify this dimension of Well-being". *International Journal of health Education*, No. 16, pp. 74-82.
56. Ryff, C.E., & Wu C-L. (1989). *Psychiatric disorders in America: The Epidemiological catchment are study*. New York: Free Press.
57. Turner, B. (2003). "Social Capital, SES and health: an individual- level analysis *Social science & medicine*". No. 50, pp. 619-639, *Social Theory & Health* No. 1, pp. 20-4.
58. UNDP (1990). *Human development Report*. Oxford: Oxford university press.
59. Veenhoven, R. (1998). *Happiness in Nation, Introductory text, Chapter 2: Criteria for the Evaluation of Human Societies*.
60. Wellman, B. (1992). "Which Type of Ties and Networks Provide What kinds of Social Support?". *Advances in Group Processes*, Vol. 9, pp. 207-235.
61. Wellman, B. (1999). *The Network Community: An Introduction*, 1-48 in *Networks in the Global Village*, B. Wellman (ed). Boulder, Co: Westwood.
62. Zunzunegui, M. V., Beatriz E. A., Teodoro D. S., Angel, O. (2003). "Social networks, social integration, and social engagement determine cognitive decline in community-dwelling Spanish older adults". *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*. 58 No. 2.