

بررسی رابطه سرمایه‌های روان‌شناختی و اجتماعی با سلامت اجتماعی با توجه به

متغیر میانجی حمایت اجتماعی

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۶/۱۷ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۲/۲۳

سارا قربانی^۱

محمد رضا جهانی زاده^{*۲}

سید مهران میربد^۳

لیلا امیدی^۴

چکیده

مقدمه: سلامت اجتماعی از اساسی‌ترین معیارهای رفاه اجتماعی هر جامعه‌ای است و در ارتقای کیفیت زندگی هر جامعه‌ای مؤثر است و به نوعی بهزیستی و خوب‌نگریستن به زندگی و حیات جمعی را برای فرد فراهم می‌کند. پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه سرمایه‌های روان‌شناختی و اجتماعی با سلامت اجتماعی با توجه به متغیر میانجی حمایت اجتماعی انجام شده است.

روش: روش تحقیق توصیفی از نوع همبستگی و جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دانشگاه‌های پیام نور حسن آباد و ورزنه در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بودند که از میان آنها نمونه‌ای به حجم ۱۵۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و وارد تحلیل شدند. داده‌ها از طریق پرسشنامه‌های سرمایه روان‌شناختی لوتانز (۲۰۰۷)، سرمایه اجتماعی بولن و اونیکس (۲۰۰۵)، پرسشنامه حمایت اجتماعی فیلیپس (۱۹۸۶) و پرسشنامه استاندارد سلامت اجتماعی کیز (۲۰۰۴) جمع‌آوری گردید. به منظور ارزیابی روابط بین متغیرها از روش تحلیل مسیر در معادلات ساختاری استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل مسیر نشان داد که تنها ضرایب مسیرهای سرمایه اجتماعی به حمایت اجتماعی، سرمایه روان‌شناختی به سلامت اجتماعی و مسیر حمایت اجتماعی به سلامت اجتماعی مثبت و معنادار است ($P < 0/05$). همچنین نتایج نشان داد که متغیر حمایت اجتماعی نتوانسته است نقش میانجی‌گر در رابطه بین سرمایه روان‌شناختی و سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی ایفا نماید ($P > 0/05$).

نتیجه‌گیری: دانشجویانی که سرمایه روان‌شناختی و حمایت اجتماعی مطلوب‌تری داشته باشند از سلامت اجتماعی مناسبی برخوردار خواهند بود.

کلمات کلیدی: سرمایه‌های روان‌شناختی، سرمایه‌های اجتماعی، حمایت اجتماعی، سلامت اجتماعی

۱. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۲. کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول: M.jahanizade@gmail.com

۳. کارشناسی ارشد روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

۴. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان، اصفهان، ایران.

Investigation the relation of psychological and social capitals with social health, with regards to the, mediator variable of social support

Sarah Ghorbani¹

Mohammad Reza Jahanizadeh^{2*}

Sayed Mehran Mirbod³

Leila Omidi⁴

Abstract

Introduction: Social health is one of the most basic measures of social well-being in any society and it is effective in improving the quality of life of every society and in a way provides for the well-being and well-being of one's life and collective life. The purpose of this study was to investigate the relationship between psychological and social capital and social health concerning the mediator variable of social support .

Method: The method of research was descriptive – correlational and the statistical population included all students of Payame Noor University of Hassanabad and Varzane in the academic year of 2017-18, that among the samples, 150 students are entered to the analysis by available sampling procedures. The data are collected by psychological capital questionnaires Luthans (2007), Bullen & Onyx social capital scale (2005), Phillips social support questionnaire (1986), and Keyes Social well-being questionnaire (2004). the path analysis method was used to evaluate the relationships between variables .

Results: The results of path analysis showed that only coefficients of social capital paths to social support, psychological capital to social health and social support path to social health were positive and significant ($P < 0.05$). The results also showed that the social support variable could not mediate the relationship between psychological capital and social capital with social health ($P > 0.05$) .

Conclusion: Students with better psychological capital and better social support will enjoy better social health .

1. Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

2 Master of General Psychology, Department of Psychology, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran.

**** Responsible author: M.jahanizade@gmail.com***

3 Master of Psychiatry, Department of Psychology, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran.

4 Master of Clinical Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University of Khorasgan, Isfahan, Iran.

Keywords: psychological capital, social capital, social support, social health .

مقدمه

موضوع سلامت^۱ از بدو پیدایش بشر و در قرون و اعصار متمادی مطرح بوده است. اما هر گاه از آن سخنی به میان آمده، عموماً بعد جسمی آن مدنظر قرار گرفته و کمتر به سایر ابعاد سلامت به خصوص بعد اجتماعی آن توجه شده است. از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی، سلامت یکی از حقوق عمده انسانی است و در نتیجه همه انسان‌ها باید به منابع اساسی برای تامین سلامت دسترسی داشته باشند (مروتی، فتحی و مروتی، ۱۳۹۶). موضوع بهداشت و سلامت جوانان، محصول پدید آمدن دوره جوانی و آن نیز نتیجه مدرنیته و گسترش جامعه‌ی جدید شهری است. هر چند موضوع سلامت و رفتارهای بهداشتی جوانان با تمرکز بر رفتارهای پرخطر به افکار عمومی راه یافت، اما بعدها تقریباً هر رفتاری که به سلامت مربوط می‌شد، جزیی از مبحث عمومی‌تر سلامت جوانان شد (بنی جمالی، ۱۳۹۵).

از این رو مبحث سلامت اجتماعی^۲ طی دو دهه اخیر از جمله مفاهیم نسبتاً جدیدی است که هنوز اجماع کامل و جهان شمول بر مؤلفه‌ها، ابعاد، محورها و شاخص‌های آن به وجود نیامده است. علاوه بر جذابیت مفهومی یکی از دلایل اقبال زیاد به سلامت اجتماعی در ایران و جهان این است که نوعی جمع‌بندی از شرایط اجتماعی جامعه ارایه می‌دهد که می‌تواند شاخص و ابزار تحلیلی خوبی برای جامعه‌شناسان کاربردی، آسیب‌شناسان مسایل اجتماعی و برنامه‌ریزان توسعه باشد (توکل، ۱۳۹۳). در واقع سلامت اجتماعی به نوعی بهداشت روانی، فردی و اجتماعی در نظر گرفته شده است (کعبه، خاقانی فرد و حکمی، ۱۳۹۶). افرادی که از سلامت اجتماعی لازم برخوردار باشند می‌توانند نقش مهمی در پیشگیری از انحراف که ابعادی فراتر از قلمرو و رفتارهای فردی دارد، داشته باشد (محمد نبی، ۱۳۸۶). گلداسمیت^۳ شاخص‌های سلامت اجتماعی را یکی از اساسی‌ترین شاخص‌های سلامت هر کشوری معرفی می‌کند و سلامت اجتماعی را ارزیابی رفتارهای معنی‌دار مثبت و منفی فرد در ارتباط با دیگران تعریف می‌نماید (حائری، طهرانی، اولیایی منش و نجات، ۱۳۹۴). همچنین شاخص‌های سلامت اجتماعی شامل اعتماد و حمایت اجتماعی است که دو جز سرمایه‌های روانی و اجتماعی را در بر می‌گیرد که با تعاملات بین گروهی و بین فردی می‌تواند از آسیب‌های اجتماعی جلوگیری کند (ماهفود، بروری تریونو، سادیرا و مولیانی^۴، ۲۰۱۹). در واقع زمانی شخص را واجد سلامت اجتماعی بر می‌شمیریم که بتواند فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی خود را در حد متعارف بروز و ظهور دهد و با جامعه و هنجارهای اجتماعی احساس پیوند و اتصال نماید (فدایی مهربانی، ۱۳۸۶) از آنجا که موتور اصلی حرکات، رفتار و

1. Health

2. social Health

3. Goldsmith

4. Mahfud, Bruri, Triyono, Sudira, Mulyani

نگرش‌های ما در جهت کیفی، تفکر ماست و انسان می‌تواند با اتکا به آن مسایل و پدیده‌های پیرامون خود را تجزیه و تحلیل کند و به عملکرد خود جهت دهد، داشتن تفکرات اجتماعی صحیح و برخورداری فرد از ذهنیت مثبت نسبت به جامعه برای داشتن زندگی اجتماعی بهتر، اولین و مهم‌ترین مرحله از سلامت اجتماعی است (سام‌آرام، ۱۳۸۸)؛ بنابراین با توجه به ماهیت اجتماعی زندگی بشر و چالش‌هایی که این امر می‌تواند به وجود آورد، نمی‌توان از توجه به جنبه‌های اجتماعی سلامت در کنار جنبه‌های عینی، عاطفی و روان‌شناختی آن غافل شد.

از طرفی، دانشگاه‌ها سازمان‌هایی هستند که هر سال تعداد قابل توجهی از جمعیت جوان را جذب می‌کنند و طی زمان معینی توانمندی‌های علمی و عملی این اشخاص را پرورش می‌دهند و در نهایت نیروهای آموزش دیده و متخصص را در اختیار جامعه وسیع‌تر می‌گذارند. بنابراین تجهیز دانشجویان به سلامت اجتماعی سبب ایمنی آنها در برابر مشکلات می‌شود و آنان به راحتی می‌توانند با شرایط متغیر زندگی و رو به تکامل فناوری، انطباق یابند و نقشی مفید در جامعه داشته باشند.

یکی از متغیرهایی است که در کنار سلامت از دیدگاه‌های مختلفی مورد بررسی قرار گرفته است سرمایه اجتماعی^۱ می‌باشد. سرمایه اجتماعی بالا می‌تواند با پیامدهای سلامتی بهتر مرتبط باشد (احسان، کلاز، باستانی و اسپینی^۲، ۲۰۱۹). از این رو، سرمایه اجتماعی عبارتست از قدرت و توانایی مردم برای برقراری ارتباط با هم (سیمی، آقاییوسفی، مخلوق و محمدی، ۱۳۹۶). همچنین سرمایه‌ی اجتماعی به عنوان منابع ابزاری و اخلاقی تعریف شده که افراد می‌توانند از طریق شبکه‌های اجتماعی خود به آن دسترسی داشته باشند (نواک و کاواشی^۳، ۲۰۱۵). حقیقت این مفهوم از آمادگی روانی افراد یک جامعه برای صرف نظر کردن از منافع شخصی و درگیر شدن در عمل جمعی پدید می‌آید (گنجی و ستوده، ۱۳۹۰) مورنو، لارا و تورس^۴ (۲۰۱۹) بر این باورند که روابط اجتماعی از مولفه‌های سرمایه اجتماعی و اساس شکل‌گیری روابط اجتماعی و عضویت در اجتماع است. گراهام^۵ (۲۰۱۸) در تلاش برای درک توانایی شخص در کنار آمدن با استرس و موقعیت‌های دشوار به سه منبع، حمایت بیرونی موجود به ویژه شبکه‌ای از حمایت اجتماعی، سپر بلا در برابر استرس منابع فردی و منبع هوش، آموزش و عوامل شخصیتی اشاره می‌نماید. طبق پژوهش بی^۶ (۲۰۱۹) سطوح بالاتر سرمایه اجتماعی در جوانان به نمرات بالاتری در بهزیستی روان‌شناختی آنان می‌انجامد که بیانگر رابطه معنادار بین سلامت اجتماعی و سرمایه اجتماعی است.

1. Social capital
2. Ehsan, Klaas, Bastianen & Spini
3. Novak & Kawachi
4. Moreno, Lara, Torres
5. Graham
6. Bae

سرمایه روانشناختی^۱ می‌تواند به عنوان نگرش مثبت، بازخورد، بهبود عملکرد و توسعه فرد و گروه و سازمان تعریف شود که به عنوان متغیر دیگر مورد بررسی در پژوهش حاضر مطرح گردیده است، که این مفهوم در حوزه رفتار سازمانی و رفتار آموزشی بر پایه روانشناسی مثبت می‌باشد. دورا و ازیم^۲ (۲۰۱۶) بیان نمودند که سرمایه روانشناختی نقش مهم حیاتی در کاهش تنبلی اجتماعی و دستیابی به اثربخشی و کارایی سازمان‌ها به خصوص سازمان‌های آموزشی را دارا می‌باشد. سرمایه یک حالت روانشناختی مثبت و رویکرد واقع‌گرا و انعطاف‌پذیر نسبت به زندگی است که از چهارسازه امید^۳، خوش بینی^۴، تاب آوری^۵ و خودکارآمدی^۶ تشکیل می‌شود و هرکدام از آنها بعنوان یک ظرفیت روانشناختی مثبت در نظر گرفته می‌شود. در واقع اصطلاح سرمایه روانشناختی: مفهوم این که "چه کسی هستتید (خودواقعی) و "چه کسی می‌خواهید بشوید" (خودممکن) اشاره دارد و چیزی ورای سرمایه انسانی "چه چیزی می‌دانم" و سرمایه اجتماعی "چه کسانی را می‌شناسم" است. به سخن دیگر، سرمایه روانشناختی افراد را به چالش می‌کشد تا در جستجوی این سوال برآیند که چه کسی هستند و در نتیجه به خودآگاهی بهتر که لازمه دستیابی به هدف‌ها و موفقیت است دست یابند. (نورمن، آوی، نیمنیچت و پیژن، ۲۰۱۰).

اسنایدر^۸ (۲۰۰۲) امید را یک حالت انگیزشی مثبت که بر پایه نوع احساس موفقیت متقابل، انرژی هدفمند و برنامه‌ریزی در جهت تحقق اهداف که شامل اراده و عزم راسخ (دستیابی به اهداف) و مسیر حرکت (مسیر برنامه‌ریزی شده برای دستیابی به اهداف) است تعریف می‌کند. خوش بینی مشتمل بر نوعی انتظار تعمیم یافته از نتایج مثبت است که با یک شیوه تخصصی ترکیب می‌شود که با استفاده از آن افراد ناملایمات را به عنوان یک حالت بیرونی، چالش برانگیز و گذرا می‌بینند (پروست و گایلی^۹، ۲۰۱۷). همچنین خوش‌بینی اسناد علی مثبت و منفی را تبیین می‌کند و انتظار نتیجه مثبت دارند (لوتانز و همکاران^{۱۰}، ۲۰۰۷). تاب‌آوری عبارت است از ظرفیت روانشناختی مثبت برای برگشتن از حالت تضاد و شکست به کارکنان کمک می‌کند تا بهتر بتوانند با تهدیدهای ناامنی مقابله نمایند (پروست و همکاران، ۲۰۱۶). خودکارآمدی اطمینانی که افراد از توانایی‌های خود برای انجام یک تکلیف خاص دارند اشاره می‌کند (لوتانز و همکاران، ۲۰۰۷). همچنین تاهیرام و همکاران (۲۰۱۷) خودکارآمدی را اعتقاد به توانایی در جهت سازماندهی موفقیت آمیز و اجرای فعالیت‌های مورد نیاز برای حفظ عملکرد مطلوب تعریف می‌نمایند. پوتر و

1. *Psychological capital*

2. *Dora & Azim*

3. *Hope*

4. *optimism*

5. *resiliency*

6. *self-efficacy*

7. *Norman, S. M.; Avey, J.B.; Nunnicht, J.L. and Pigeon*

8. *Snyder*

9. *proset, Gailly*

10. *Lutans*

کسیدی (۲۰۲۰) بیان نمودند، افراد امیدوار، خوش بین، تاب آور و کارآمد منابع مقابله‌ای خوبی برای شرایط استرس‌زا دارند و دانشجویانی که سرمایه روانشناختی زیادی دارند، با شرایط استرس دانشگاهی بهتر مقابله می‌کنند و بهزیستی روانی و اجتماعی آنها افزایش می‌یابد.

افراد با توانمندی‌های متفاوت می‌توانند موفقیت شغلی و تحصیلی فراوانی کسب کنند. حمایت اجتماعی یکی از مهم‌ترین عوامل موثر در برابر استرس است زیرا توانمندی‌های روانشناختی و مادی افراد را برای کنار آمدن با استرس فراهم می‌کند. حمایت اجتماعی دو منبع دارد یکی خانواده و یکی اعضای گروه اجتماعی که فرد عضو آن است مثل گروه‌های مذهبی است که حمایت رسمی از جانب ارگان‌ها و حمایت غیررسمی از جانب خانواده و دوستان فراهم می‌شود (بلانگر و همکاران^۲، ۲۰۱۶) حمایت اجتماعی مفهومی چند بعدی است، برخی آن را منبعی فراهم شده از سوی دیگران و نیز امکانی برای مقابله با تنیدگی یا مبادله منابع تعریف کرده‌اند (شولتز و شوارتز^۳، ۲۰۰۷). شین و لی^۴ (۲۰۱۱) حمایت اجتماعی را ابزاری مناسب و تقریباً در دسترس در برنامه‌های مداخله‌هایی در نظر می‌گیرند که برای افزایش سطح رفاه بخصوص رفاه روانی طراحی می‌شود. بنابراین حمایت اجتماعی به عنوان سپری در برابر آشفتگی‌های زندگی در دنیای پیچیده عمل می‌کند؛ در نهایت به ما امنیت و اعتماد می‌دهد و موج کاهش فشارهای روان شناختی در دوره‌های بحران، بخصوص برای افرادی که در مقابله فشارهای شکننده قرار دارند و به ویژه جوانان و دانشجویان می‌شود.

تاکنون پژوهش‌های بی‌شماری در باب عوامل موثر بر سلامت اجتماعی انجام شده است. برای مثال زمانی زاد، باباپور و صبوری (۱۳۹۵) دریافتند که بین سلامت اجتماعی با تمامی ابعاد سرمایه روانشناختی رابطه معنی‌دار وجود دارد و نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه گویای این است که از بین چهار بعد سرمایه روان شناختی، دو بعد خودکارآمدی و امیدواری با سلامت اجتماعی رابطه دارد. بهادری، هاشمی نصرت آباد و باباپور (۱۳۹۱) در پژوهشی نشان دادند که سرمایه روانشناختی و مولفه‌های آن با سرمایه اجتماعی رابطه مثبت و معنی‌داری دارد. از سویی، سرمایه روانشناختی و مولفه‌های آن قادرند تغییرات بهزیستی روانشناختی را به طور معنی‌داری پیش‌بینی کنند. هزار جریبی و مهری (۱۳۹۱) دریافتند که بین ابعاد هشت‌گانه سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد و رابطه معناداری بین سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی ($F=0/42$) و سلامت روانی ($F=0/57$) وجود دارد. امینی، موسوی و رفیعی (۱۳۹۰) در پژوهشی با عنوان رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی در ایران دریافتند که ۳۰ درصد تغییرات سلامت اجتماعی با تغییرات سرمایه اجتماعی قابل توضیح است. حق‌شناس، سوداگر و بهرامی (۱۳۹۶) در پژوهشی

1. Poots, Cassidy
2. Bélanger
3. Schulz, & Schwarzer
4. Shin & Lee

دریافتند که حمایت ادراک شده نقش میانجیگری در پیش بینی درماندگی روانشناختی بر اساس سبک‌های مقابله‌ای مادران کودکان مبتلا به تالاسمی را داشت. رزمجوئی و زارعی (۱۳۹۷) دریافتند که حمایت سازمانی ادراک شده و بعد خانواده‌ی حمایت اجتماعی ادراک شده با کیفیت زندگی کاری و توانمندسازی روانشناختی رابطه دارد. لندن پیترز و همکاران^۱ (۲۰۱۵) نشان داد که سطوح بالاتر حمایت اجتماعی با سطوح پایین‌تر افسردگی و اضطراب، مرتبط است و تصور می‌شود که حمایت اجتماعی، به عنوان سپری ضربه‌گیر در مقابل استرس عمل می‌کند. کارادیماس و روسی^۲ (2017) در مطالعه خود نشان داد افرادی که از حمایت اجتماعی برخوردارند در مقایسه با افرادی که از این موقعیت برخوردار نیستند، سلامت روانی بهتری دارند و در مشکلات روانی سریعتر بهبود می‌یابند. شین و لی (۲۰۱۱) در پژوهشی بیان نمودند حمایت اجتماعی به عنوان سپری در برابر آشفتگی‌های زندگی در دنیای پیچیده عمل می‌کند؛ در نهایت موج کاهش فشارهای روان شناختی در دوره‌های بحران زندگی را فراهم می‌نماید. از آنجاکه بر اساس جستجوهای انجام گرفته در منابع معتبر علمی موجود، هیچ پژوهشی تاکنون در ایران، به بررسی همزمان مجموعه این متغیرها بر سلامت پرداخته باشد، یافت نگردید، لذا وجود خلاء دانش در این زمینه، ضرورت و انجام پژوهش را بیش از پیش آشکار می‌کند. بر این اساس هدف پژوهش حاضر پاسخگویی به این سوالات است که آیا متغیر حمایت اجتماعی می‌تواند در رابطه سرمایه‌های روانشناختی و اجتماعی با سلامت اجتماعی نقش یک متغیر میانجی را ایفا نماید؟

روش پژوهش

جامعه آماری این پژوهش عبارتند از کلیه دانشجویان دانشگاه پیام نور حسن آباد و ورزش که در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۷ مشغول به تحصیل می‌باشند. به منظور برآورد حجم نمونه از فرمول پیشنهادی تاباخنیک و فیدل^۳ (۲۰۰۷) استفاده شد. بر اساس فرمول پیشنهادی آنان در مطالعات همبستگی از فرمول $N \geq 50 + 8M$ جهت تعیین حداقل حجم نمونه استفاده می‌شود. در این فرمول N حجم نمونه و M تعداد متغیرهای مستقل است. در این مطالعه ۱۲ متغیر مستقل وجود دارد اما برای اطمینان از حجم نمونه، ۱۵۰ دانشجو به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و پرسشنامه‌های آنان وارد فرایند تحلیل شد. میانگین سن دانشجویان شرکت کننده در پژوهش برابر با ۲۱/۶۵ می‌باشد. همچنین ۴۰ درصد دانشجویان را پسران (برابر با ۶۰ نفر) و ۶۰ درصد (برابر با ۹۰ نفر) را دختران تشکیل داده‌اند. همچنین جهت تجزیه و تحلیل داده؛ در سطح توصیفی از شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی و در سطح استنباطی نیز از آزمون‌های ضریب همبستگی

1. Landman-Peeters

2. Karademas & Roussi

3. Tabachnick & Fidell

پیرسون و تحلیل مسیر در معادلات ساختاری با استفاده از دو نرم افزار *SPSS* و *AMOS* نسخه ۲۲ انجام شد.

ابزارهای پژوهش

الف) پرسشنامه سرمایه روانشناختی لوتانز: جهت سنجش سرمایه روانشناختی از پرسشنامه سرمایه روانشناختی لوتانز (۲۰۰۷) استفاده شد. این مقیاس از مقادیر استاندارد شده که به طور وسیعی برای ساختارهایی که خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوشبینی را می‌سنجند، مورد استفاده قرار گرفته است و قابلیت اعتبار و پایایی این خرده مقیاس‌ها نیز تایید شده است. این پرسشنامه شامل ۲۴ سوال است که هر خرده مقیاس شامل ۶ گویه است و آزمودنی به هر گویه در مقیاس ۶ درجه‌ای (کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۶) لیکرت پاسخ می‌دهد. برای بدست آوردن نمره سرمایه روانشناختی ابتدا نمره هر خرده مقیاس به صورت جداگانه بدست می‌آید و سپس مجموع آنها به عنوان نمره کل سرمایه روانشناختی محسوب می‌شود. نتایج تحلیل عاملی تأییدی حاکی از این بود که این آزمون دارای عوامل و سازه‌های مورد نظر سازندگان آزمون است. در حقیقت نتایج تحلیل عاملی روایی سازه آزمون را تایید کردند. نسبت خی دو این آزمون برابر با ۲۴/۶ است و آماره‌های *CFI* و *RMSEA* در این مدل به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۰۸ هستند که نشان دهنده برازش کامل مدل ۴ عاملی است (لوتانز و اولیو، ۲۰۰۷). در پژوهش نصرت آباد، خیرالدین و خسروشاهی (۱۳۹۳)، میزان پایایی این پرسشنامه بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

ب) پرسشنامه سرمایه اجتماعی بولن و اونیکس^۳: مقیاس سرمایه اجتماعی توسط بولن و اونیکس در سال ۲۰۰۵ ساخته شد و دارای ۳۶ می باشد. این پرسشنامه شامل هشت حیطه یا عامل می‌باشد، که هر مورد دارای سوالات مشخصی است. عوامل عبارتند از: مشارکت در اجتماعات محلی شامل ۷ سوال، ارتباط با همسایگان شامل ۶ سوال، روابط اجتماعی با دوستان و بستگان شامل ۳ سوال، زمینه‌های کاری و شغلی شامل ۳ سوال، فعال بودن در متن اجتماع شامل ۸ سوال، احساس اعتماد و امنیت اجتماعی شامل ۵ سوال، مدارای فرهنگی شامل ۲ سوال، ارزشمندی و مفید بودن زندگی شامل ۲ سوال، ارتباطات کاری شامل ۳ سوال می‌باشد. سوالات این پرسشنامه، دارای چهار گزینه بوده و نمره تعلق گرفته بین ۱ تا ۴ می‌باشد که حداکثر نمره برابر با ۱۴۴ و حداقل نمره برابر با ۳۶ می‌باشد که نمره‌ی بیشتر نشانه‌ی سرمایه اجتماعی بالاتر می‌باشد. زکی (۱۳۹۴) در پژوهش خود روایی محتوایی پرسشنامه را مطلوب و ضریب آلفای

1. *Psychological Capital Questionnaires Luthans*
2. *Avolio*
3. *Social Capital Questioner Bullen & Onyx*

کرونباخ در بین دانشجویان رشته علوم انسانی و علوم پایه به ترتیب برابر با ۰/۸۲ و ۰/۸۴ گزارش کرده است.

ج) پرسشنامه حمایت اجتماعی^۱: این پرسشنامه توسط واکس، فیلیپس، مالی تامپسون، ویلیامز و استوارت^۲، در سال ۱۹۸۶ بر مبنای تعریف گوپ از حمایت اجتماعی و به منظور ارزیابی فرد از میزان برخورداری از محبت، مساعدت و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۲۳ ماده است که سه خرده مقیاس حمایت خانواده (۸)، حمایت دوستان (۷ ماده) و حمایت دیگران (۸ ماده) را می‌سنجد. سوالات پرسشنامه بر اساس مقیاس چهار درجه‌ای لیکرتی از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۴) درجه‌بندی شده‌اند. این مقیاس برای اولین بار در ایران توسط ابراهیمی قوام (۱۳۷۱، به نقل از ابراهیمی قوام، ۱۳۸۰) مورد استفاده قرار گرفت. وی پژوهشی را بر روی ۱۰۰ دانشجو و ۲۰۰ دانش آموز ایرانی اجرا کرد و پایایی و روایی این ابزار را محاسبه کرد. ضریب پایایی در نمونه دانشجویی در کل مقیاس ۰/۹۰ و در نمونه دانش‌آموزی ۰/۷۰ به دست آورد.

د) پرسشنامه سلامت اجتماعی کبیز^۳: پرسش‌نامه سلامت اجتماعی را کبیز در سال ۲۰۰۴ بر اساس مدل نظری خود از سلامت اجتماعی، طراحی کرد. وی با استفاده از تحلیل عوامل تاییدی مدل ۵ بعدی به کار رفته در پرسش‌نامه خود را از نظر تجربی مورد تایید قرار داد که شامل ۵ عامل انسجام اجتماعی، پذیرش، شکوفایی، مشارکت و همبستگی اجتماعی است. در ایران، جوشن لو، نصرت آبادی و رستمی (۱۳۸۵) در مطالعه‌ای با عنوان بررسی ساختار عاملی مقیاس سلامت جامع، روایی و اعتبار پرسش‌نامه سلامت جامع کبیز را با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی استاندارد نمود و نشان داد که مدل پنج عاملی بهترین برازش از تبیین داده‌های حاضر است. همچنین فرزی، زردشتیان و عیدی پور (۱۳۹۴) در پژوهشی همسانی درونی مولفه‌های پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ را در مقیاس شکوفایی برابر با ۰/۸۰، انسجام برابر با ۰/۷۹، یکپارچگی برابر با ۰/۷۵، پذیرش برابر با ۰/۷۸ و مشارکت برابر با ۰/۷۲ گزارش شده است.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر، پس از جمع‌آوری داده‌ها، برای تجزیه تحلیل اطلاعات از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. جدول ۱ آماره توصیفی و ضرایب همبستگی برای متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

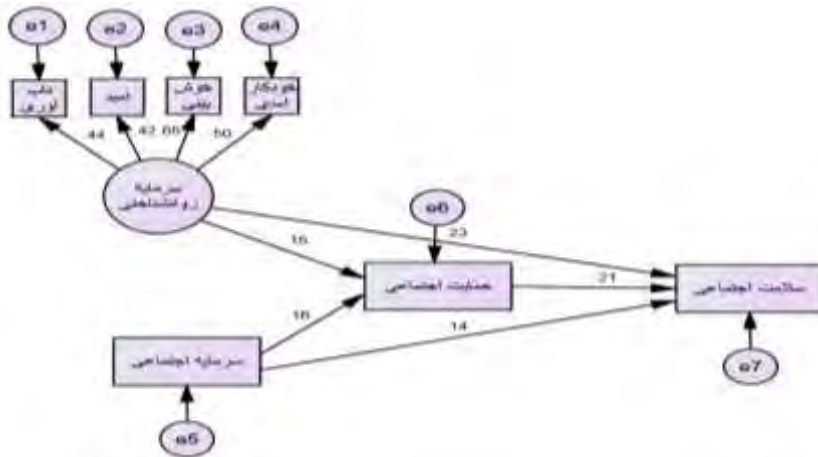
1. Social Health Questionnaire keys
2. Phillips, Vaux, Holly, Thomson, Williams & Stewart
3. Keys Social well-being

جدول ۱. آماره توصیفی و ماتریس ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

| متغیرها | M | SD | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ | ۸ |
|----------------------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|--------|---|
| ۱. خودکارآمدی | ۲۱/۲۴ | ۴/۰۱ | | | | | | | | |
| ۲. امیدواری | ۲۱/۴۴ | ۴/۵۳ | ۰/۱۵ | | | | | | | |
| ۳. تاب آوری | ۲۱/۳۸ | ۴/۱۲ | ۰/۴۲** | ۰/۳۲** | I | | | | | |
| ۴. خوش بینی | ۱۹/۵۸ | ۴/۱۱ | ۰/۳۵** | ۰/۲۸** | ۰/۲۵** | | | | | |
| ۵. سرمایه-روانشناختی | ۸۲/۸۲ | ۱۳/۱۴ | ۰/۵۴** | ۰/۵۵** | ۰/۵۳** | ۰/۵۵** | | | | |
| ۶. سرمایه اجتماعی | ۳۳/۸۰ | ۵/۴۵ | ۰/۱۷ | ۰/۳۲- | ۰/۰۵- | ۰/۲۰ | ۰/۱۰ | | | |
| ۷. حمایت اجتماعی | ۴۸/۲۲ | ۱۱/۰۷ | ۰/۰۸۵ | ۰/۰۴- | ۰/۰۴۷ | ۰/۱۶ | ۰/۲۴** | ۰/۱۶* | | |
| ۸. سلامت اجتماعی | ۷۸/۸۸ | ۲۴/۱۸ | ۰/۰۸۳ | ۰/۱۱ | ۰/۱۶* | ۰/۱۹* | ۰/۲۹ | ۰/۱۸* | ۰/۲۶** | |

** $P < 0.01$ * $P < 0.05$

همانطور که جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین نمرات دانشجویان در متغیرهای سرمایه روانشناختی، سرمایه اجتماعی، حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی به ترتیب برابر با ۸۳/۴۷، ۳۳/۸۰، ۴۸/۶۵ و ۷۸/۸۸ می‌باشد. نتایج ضرایب همبستگی نشان داد که بین سلامت اجتماعی با متغیرهای تاب آوری (۰/۱۶)، خوش بینی (۰/۱۹)، سرمایه روانشناختی (۰/۲۹)، سرمایه اجتماعی (۰/۱۸) و حمایت اجتماعی (۰/۲۶) رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($P < 0.05$). همچنین نتایج نشان داد که بین حمایت اجتماعی با خوش بینی (۰/۱۶)، سرمایه روانشناختی (۰/۲۴) و سرمایه اجتماعی (۰/۱۶) رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($P < 0.05$). در ادامه مدل پیشنهادی پژوهش که در آن سرمایه روانشناختی و سرمایه اجتماعی در نقش متغیر مستقل، حمایت اجتماعی به عنوان متغیر میانجی و متغیر سلامت اجتماعی در نقش متغیر وابسته آورده شده‌اند، همچنین ضرایب رگرسیونی در بالای پیکان‌ها و مقادیر خطا با نماد e آورده شده است.



شکل ۱. مدل برازش شده‌ی نقش میانجی حمایت اجتماعی در رابطه سرمایه روانشناختی و اجتماعی با سلامت اجتماعی

جدول ۲. شاخص‌های برازش مربوط به الگوی پژوهش

| شاخص‌های برازش | مقدار قابل قبول | مقدار محاسبه شده | وضعیت مدل |
|---|-----------------|------------------|-----------|
| خی‌دو بهنجار شده ($CMIN/df$) | کمتر از ۵ | ۲/۱۶ | مطلوب |
| نیکویی برازش (GFI) | $NFI > 0.90$ | ۰/۹۵ | مطلوب |
| برازش اصلاح شده ($AGFI$) | $RFI > 0.90$ | ۰/۹۰ | مطلوب |
| برازش افزایشی (IFI) | $IFI > 0.90$ | ۰/۸۴ | مطلوب |
| برازش تطبیقی (CFI) | $CFI > 0.90$ | ۰/۸۲ | مطلوب |
| ریشه دوم میانگین مربعات خطای برآورد ($RMSEA$) | $RMSEA < 0.10$ | ۰/۸۹ | مطلوب |

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که خی‌دو بهنجار شده برابر با ۲/۱۶ و کمتر از ۵ است. همچنین مقادیر محاسبه شده در شاخص‌های نیکویی برازش، نیکویی برازش اصلاح شده، برازش افزایشی، برازش تطبیقی و ریشه دوم میانگین مربعات خطای برآورد در حد مطلوب قرار دارد و الگوی پژوهش را تایید می‌نماید. در ادامه ضرایب اثر کل، مستقیم و غیرمستقیم استاندارد شده در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۳. ضرایب اثر کل، مستقیم و غیر مستقیم مسیر در مدل پژوهش

| مسیر | اثر کل | اثر مستقیم | اثر غیر مستقیم |
|------------------------------------|--------|------------|----------------|
| تاب‌آوری--> سرمایه روانشناختی | ۰/۴۴ | ۰/۴۴ | --- |
| امید--> سرمایه روانشناختی | ۰/۴۲ | ۰/۴۲ | --- |
| خوش بینی--> سرمایه روانشناختی | ۰/۶۵ | ۰/۶۵ | --- |
| خودکارآمدی--> سرمایه روانشناختی | ۰/۴۹ | ۰/۴۹ | --- |
| سرمایه روانشناختی--> حمایت اجتماعی | ۰/۱۵ | ۰/۱۵ | --- |
| سرمایه اجتماعی--> حمایت اجتماعی | ۰/۱۶ | ۰/۱۶ | --- |
| سرمایه روانشناختی--> سلامت اجتماعی | ۰/۱۷ | ۰/۲۳ | ۰/۰۳۱ |
| سرمایه اجتماعی--> سلامت اجتماعی | ۰/۱۷ | ۰/۱۴ | ۰/۰۳۲ |
| حمایت اجتماعی--> سلامت اجتماعی | ۰/۲۰ | ۰/۲۰ | --- |

همانطور که ضرایب استاندارد مستقیم نشان می‌دهد مسیرهای سرمایه اجتماعی به حمایت اجتماعی برابر با ۰/۱۶، سرمایه روانشناختی به سلامت اجتماعی برابر با ۰/۲۳ و مسیر حمایت اجتماعی به سلامت اجتماعی با ضریب برابر با ۰/۲۰ که این ضرایب در سطح ۰/۰۵ معنادار است. در حالی که مسیرهای سرمایه روانشناختی به حمایت اجتماعی (ضریب برابر با ۰/۱۵) و سرمایه اجتماعی به سلامت اجتماعی (ضریب برابر با ۰/۱۴) غیر معنادار است ($P > ۰/۰۵$). نتایج نشان داد که سهم مسیرهای غیر مستقیم سرمایه روانشناختی و سرمایه اجتماعی به سلامت اجتماعی به ترتیب برابر با ۰/۰۳۱ و ۰/۰۳۲ می‌باشد که در سطح ۰/۰۵ معنادار نمی‌باشد. بدین معنا که متغیر حمایت اجتماعی نتوانسته است نقش میانجی‌گر در رابطه بین سرمایه روانشناختی و سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی ایفا نماید.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به بررسی رابطه سرمایه‌های روانشناختی و اجتماعی با سلامت اجتماعی با توجه به متغیر میانجی حمایت اجتماعی پرداخته است. نتایج ضرایب همبستگی نشان داد که بین سلامت اجتماعی با متغیرهای تاب‌آوری، خوش بینی به عنوان مولفه‌های سرمایه روانشناختی، سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۵$). همچنین نتایج حاصل از تحلیل مسیر نشان داد که مسیرهای مستقیم سرمایه اجتماعی به حمایت اجتماعی، سرمایه روانشناختی به سلامت اجتماعی و مسیر حمایت اجتماعی به سلامت اجتماعی معنادار است. این یافته‌ها با یافته‌های زمانی‌زاد و همکاران (۱۳۹۵)، بهادری و همکاران (۱۳۹۱) و هزار جریبی و مهری (۱۳۹۱)، امینی و همکاران (۱۳۹۰)، رزمجوئی و زارعی (۱۳۹۷) و کارادیماس و روسی (۲۰۱۷) همسو می‌باشد. در تبیین احتمالی این یافته می‌توان گفت که سرمایه روان شناختی

جنبه مثبت زندگی انسان‌ها بوده و مبتنی بر درک شخصی خود، داشتن هدف برای رسیدن به موفقیت و پایداری در برابر مشکلات تعریف می‌شود (اوی و همکاران^۱، ۲۰۰۹). سرمایه روانشناختی به صورت باور فرد به توانایی‌هایش برای دستیابی به موفقیت، داشتن پشتکار در دنبال کردن اهداف، ایجاد اسنادهای مثبت درباره‌ی خود و تحمل کردن مشکلات تعریف شده (دیانت نسب، جاویدی و بتولی، ۱۳۹۳) و با ایجاد اسنادی مثبت در مورد موفقیت در زمان حال و در آینده (خوش بینی)، پافشاری در رسیدن به اهداف و به هنگام لزوم تغییر دادن مسیرهای رسیدن به اهداف (امید)، و هنگام مواجهه با مشکلات و سختی‌ها، تحمل کردن (تاب آوری) و بازگشت به جای اول برای دستیابی به موفقیت مشخص می‌شود که این امر تحمل مشکلات و سختی‌های شرایط استرس آور اجتماعی را آسان و به سلامت اجتماعی می‌انجامد. بنابراین افرادی که از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردارند، مشارکت اجتماعی بالاتری نیز دارند. در تبیینی دیگر دانشجویان در برخورد با تنیدگی‌های دوره‌های تحصیلی، تضاد قومی فرهنگی و عوامل مختلف دیگر از ویژگی‌های روانشناختی مثبت‌نگر دال بر اینکه افراد می‌توانند با داشتن مهارت‌های حل تعارض و شرایط روانی مناسب از این موانع تحصیلی، زندگی عبور کرده و موفقیت بیشتری را بدست آورند بهره‌مند می‌گردند (زمانی زاد، باباپور، صبوری، ۱۳۹۷). زیرا سرمایه روانشناختی یکی از شاخص‌های روان‌شناسی مثبت‌گرایی بوده که با ویژگی‌هایی از قبیل باور فرد به توانایی‌هایش برای دستیابی به موفقیت، داشتن پشتکار در دنبال کردن اهداف، ایجاد اسنادهای مثبت درباره خود و تحمل کردن مشکلات تعریف می‌شود (لوتانز و یوسف، ۲۰۰۴). همچنین برقراری روابط اجتماعی نزدیک با همکاران و کسانی که مورد اعتماد فرد هستند و از او حمایت و پشتیبانی می‌کنند، می‌تواند به کاهش استرس یا دست کم مقابله با پیامدهای آن منجر شود. افرادی که حمایت اجتماعی و عاطفی کمتری نسبت به دیگران دارند، بیشتر در معرض بیماری افسردگی و... قرار می‌گیرند. از طرفی روابط نزدیک ولی نامناسب می‌تواند منجر به ضعف سلامت روانی و جسمی گردد. هزار جریبی و مهری (۱۳۹۱) براین باورند که شبکه گسترده دوستان یا آشنایان گاه از فرد حمایت مالی می‌کنند، ولی از حمایت اطلاعاتی معمولی و عاطفی او نیز دریغ نمی‌ورزند. در این میان پشتیبان‌های عاطفی به طور آشکارتری به سلامتی فرد کمک می‌کند. روابط و پیوندهای اجتماعی، عامل بده بستان‌های عاطفی در بین افراد می‌باشند، که در نتیجه آن جوانان با احساس امنیت در کنار دیگر اعضای جامعه زندگی می‌کنند و از این طریق سلامت اجتماعی‌شان ارتقاء می‌یابد. در نگاهی دیگر شرایط اجتماعی ساختاری در سطوح پایین از قبیل فرهنگ، سیاست عمومی و اندازه شرایط تغییرات اجتماعی، شکل و ماهیت شبکه‌های اجتماعی (فراوانی تماس با دیگران) را مشخص می‌کند. این فرصت مکانیسم‌های روانشناختی در سطوح پایین شامل حمایت اجتماعی، تاثیر اجتماعی، درگیری (تعهد) اجتماعی و دسترسی به منابع مادی را فراهم می‌کند (بس ون گروزن^۲،

1. Avey et al

2. Bas van Groezen

۲۰۰۹). برای نمونه سلامت می‌تواند تحت تاثیر مستقیم حمایت عاطفی (جلوگیری از افسردگی، استرس و ناخوشی) بلکه همچنین غیرمستقیم قابلیت دسترسی به اطلاعات پیشگیرانه، بهبود یافتن و چگونگی یافتن مراقبت کننده خوب باشد. از این گذشته از طریق تماس‌های اجتماعی افراد (دانشجویان) می‌توانند نگرش‌ها و رفتارهای دیگران را تحت تاثیر قرار دهند و این تاثیر بویژه زمانی قوی‌تر خواهد بود که اعتماد افراد به یکدیگر بیشتر باشد. در نهایت فردی با داشتن سرمایه اجتماعی بالا احتمالاً بهتر بتواند به سلامتی دست یابد. از سویی جامعه‌ای که در آن اعتماد باشد و سطح سرمایه اجتماعی بالا باشد قاعدتاً نوعی همبستگی و همدلی و وفاق در آن وجود دارد که موجب می‌شود آرامش و هم عدالت در توزیع منابع سلامت وجود داشته باشد.

همچنین نتایج نشان داد که متغیر حمایت اجتماعی توانسته است نقش میانجی‌گر در رابطه بین سرمایه روانشناختی و سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی ایفا نماید و تنها به طور مستقیم می‌تواند بر سلامت اجتماعی دانشجویان تاثیر گذارد. اگر چه پژوهشی که دقیقاً منطبق با یافته‌های پژوهش حاضر باشد یافت نشد اما این یافته‌ها با یافته‌های حق‌شناس و همکاران (۱۳۹۶) همسو نمی‌باشد. به نظر می‌رسد که دانشجویانی که دارای سلامت اجتماعی بالایی هستند در مولفه پذیرش نیز نمرات بالایی کسب می‌کنند که این افراد اجتماع را به صورت مجموعه‌ای از افراد مختلف درک می‌کنند و به دیگران به عنوان افراد با ظرفیت و مهربان، اعتماد و اطمینان دارند. این افراد دیدگاه مطلوبی نسبت به ماهیت انسان دارند و با دیگران احساس راحتی می‌کنند. پذیرش اجتماعی مصداق اجتماعی پذیرش خود، است. در پذیرش خود؛ فرد نگرش مثبت و احساس خوبی در مورد خود و زندگی گذشته‌اش دارد و با وجود ضعف‌ها و ناتوانی‌هایی که دارد، همه‌ی جنبه‌های خود را می‌پذیرد. در پذیرش اجتماعی، فرد، اجتماع و مردم آن را با همه‌ی نقص‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی باور دارد و می‌پذیرد. بنابراین این دسته از افراد به خوبی قادرند با دوستان، خانواده و سایر نزدیکان ارتباط نزدیک و تنگاتنگی برقرار نمایند و می‌توانند حمایت اجتماعی این سه منبع از حمایت را به خود جلب نمایند. سرمایه اجتماعی و شبکه‌های اجتماعی مفاهیمی هستند که ساختار، فرایند و کارکرد روابط اجتماعی را توصیف می‌کنند. افزایش شبکه‌های اجتماعی و مبادله حمایت اجتماعی می‌تواند باعث افزایش قابلیت منابع جامعه برای حل مشکلات باشد. به طور کلی به نظر می‌رسد که سرمایه‌های روانشناختی و اجتماعی منجر به سازگاری یا اجتماعی فرد با محیط می‌گردد. یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر آن است که تحقیق حاضر بر روی دانشجویان انجام شد و تعمیم نتایج آن به سایر گروه‌های سنی مانند بزرگسالان و یا دانش‌آموزان با احتیاط صورت گیرد. علاوه بر این، متغیرهای دیگری از جمله سن، جنس و وضعیت جغرافیایی و اقتصادی در رابطه با حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی وجود دارد که در تحقیق حاضر بررسی نشد. در راستای بهبود متغیرهای مورد بررسی به مسئولان نظام آموزشی پیشنهاد می‌شود که دانشگاه باید به کیفیت محیط زیست اجتماعی که ایجاد می‌کند بیندیشد و بهبود محیط اجتماعی دانشگاه،

محل‌های کار و جامعه کمک خواهد کرد تا افراد احساس با ارزش بودن نمایند و از جنبه‌های متعدد زندگی مورد حمایت قرار گیرند. همچنین توجه به ارتقای سلامت از طریق نظام‌های آموزشی و تربیتی و آموزش‌های گروهی و ایجاد شبکه‌های اجتماعی علمی، آموزشی و دوستی-تفریحی از دیگر راه‌های افزایش سرمایه اجتماعی است.

منابع

- ابراهیمی‌قوام، صغری (۱۳۸۰). نقش حمایت اجتماعی در حفظ سلامت جسمانی و روانی. نشریه تربیت، ۱ (۱۱): ۴۲-۴۹.
- امینی، مصطفی، موسوی، میر طاهر، رفیعی، حسن (۱۳۹۰). رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی در ایران. رفاه اجتماعی، ۱۱ (۴۲): ۲۰۳ - ۲۲۸.
- بنی جمالی، محسن (۱۳۹۵). بهداشت و سلامت جوانان؛ بررسی وضعیت و چالش‌ها. مطالعات راهبردی ورزش و نوجوانان، ۳۱، ۳۳-۵۴.
- بهادری خسروشاهی، جعفر؛ هاشمی نصرت آباد، تورج و باباپور خیرالدین، جلیل (۱۳۹۳). رابطه سرمایه اجتماعی با بهزیستی روان شناختی در دانشجویان دانشگاه تبریز. دو فصلنامه شناخت اجتماعی، ۳ (۲)، ۴۴-۵۴.
- توکل، محمد (۱۳۹۳). سلامت اجتماعی: ابعاد، محورها، شاخص‌ها در مطالعات جهانی و ایرانی. فصلنامه اخلاق زیستی. ۴ (۱۴): ۱۱۵-۱۳.
- جوشن لو، محسن؛ نصرت آبادی، مسعود؛ رستمی، رضا (۱۳۸۵). بررسی ساختار عاملی مقیاس بهزیستی جامع. روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)، ۳ (۹): ۳۵ - ۵۱.
- حائری، سیده مریم؛ طهرانی، هادی؛ اولیایی مثنی، علیرضا و نجات، سحرناز (۱۳۹۴). عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی کارکنان شاغل در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت. ۳ (۴): ۳۱۱-۳۱۸.
- حق شناس، مریم؛ سوداگر، شیدا و بهرامی، مریم (۱۳۹۶). نقش میانجیگری حمایت ادراک شده در پیش بینی درماندگی روانشناختی بر اساس کنترل هیجانی و سبک های مقابله ای در مادران کودکان مبتلا به تالاسمی. فصلنامه روانشناسی سلامت، ۶ (۲۳): ۹۲-۱۱۷.
- دیانت نسب، مدینه؛ جاویدی، حجت الله و بقولی، حسین (۱۳۹۳). نقش واسطه گری استرس شغلی در رابطه بین سرمایه روانشناختی با عملکرد شغلی کارکنان روش‌ها و مدل‌های روان شناختی، ۴ (۱۵): ۷۱-۸۴.
- رزمجوئی، پروین و زارعی، رضا (۱۳۹۷). نقش میانجی توانمندسازی روانشناختی در رابطه حمایت سازمانی ادراک شده و حمایت اجتماعی ادراک شده با کیفیت زندگی کاری. فصلنامه روش‌ها و مدل‌های روانشناختی، ۹ (۳۳): ۷۱-۸۶.

- زکی، محمدعلی (۱۳۹۴). بررسی سرمایه اجتماعی زنان و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن (مورد دانشجویان دختر دانشگاه پیام نور اصفهان). فصلنامه فرهنگی تربیتی زنان و خانواده، ۹ (۳۰): ۵۴-۷۸.
- زمانی زاد، نسرین؛ باباپور، جلیل و صبوری، حسن (۱۳۹۵). رابطه سرمایه روانشناختی و سلامت اجتماعی دانشجویان. فصلنامه روانشناسی، علوم تربیتی و علوم اجتماعی، ۳ (۴): ۱۲-۲۳.
- زمانی زاد، نسرین؛ باباپور، جلیل و صبوری، حسن (۱۳۹۷). رابطه سرمایه روانشناختی و سلامت اجتماعی دانشجویان. فصلنامه علمی تخصصی روانشناسی، علوم اجتماعی و علوم تربیتی، ۲ (۱): ۵۸-۶۷.
- سام آرا، عزت الله (۱۳۸۸). بررسی رابطه سلامت اجتماعی با تاکید بر رهیافت پلیس جامعه محور. فصلنامه علمی- پژوهشی انتظام اجتماعی، ۱ (۱): ۲۹-۹.
- سیمی، زهرا؛ آقا یوسفی، علیرضا؛ مخلوق، محسن و محمدی، مهدیه (۱۳۹۶). نقش سرمایه اجتماعی و شاخص های سلامت اجتماعی خانواده در پیش‌بینی نگرش به بزهکاری فرزندان. پژوهش های روانشناسی اجتماعی، ۷ (۲۵): ۲۳-۳۶.
- فدایی مهربانی، مهدی (۱۳۸۶). شهرنشینی، رسانه و سلامت اجتماعی. نشریه پژوهش و سنجش، ۴ (۱۴۹): ۶۷-۸۶.
- فرزی، حامد؛ زردشتیان، شیرین و عیدی پور، کامران (۱۳۹۴). تبیین نقش میزان فعالیت‌های بدنی در سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه‌های شهر کرمانشاه. نشریه مدیریت ورزشی، ۷ (۱): ۱۷-۳۰.
- کعبه، نسرین؛ خاقانی فرد، میترا و حکمی، محمد (۱۳۹۶). رابطه سلامت اجتماعی با ارزش‌های فرهنگی فردگرایی و جمع‌گرایی و جامعه‌پذیری جنسیتی در دانشجویان زن و مرد. فصلنامه پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی، ۷ (۲۵): ۱۱۸-۱۴۰.
- گنجی، محمد و هلالی ستوده، مینا (۱۳۹۰). رابطه‌ی گونه‌های دینداری و سرمایه‌ی اجتماعی (رویکردی نظری و تجربی در بین مردم شهرستان کاشان). جامعه‌شناسی کاربردی دانشگاه اصفهان، ۲۲ (۲): ۹۵-۱۲۰.
- محمدنبی، مریم (۱۳۸۶). سلامت اجتماعی و قلمرو آن (سلامت اجتماعی با محور قرار دادن فرد در جامعه). موسسه تحقیقات بهبود زندگی زنان.
- مرتوی، نسرین؛ فتحی، منصور و مروتی، نادر (۱۳۹۶). رابطه بین سطح پایگاه اقتصادی- اجتماعی و سلامت اجتماعی جوانان شهر قروه. مطالعات راهبردی ورزش و نوجوانان، ۳۸، ۱۶۹-۱۸۴.

- نصرت آباد، تورج؛ باباپور خیرالدین، جلیل و بهادری خسروشاهی، جعفر (۱۳۹۳). رابطه سرمایه اجتماعی با بهزیستی روان شناختی در دانشجویان دانشگاه تبریز. *مجله علوم تربیتی و روانشناسی (شناخت اجتماعی)*. ۳(۲): ۴۴-۵۴.
- هاشمی نصرت آباد، تورج؛ باباپور خیرالدین، جلیل و بهادری خسروشاهی، جعفر (۱۳۹۱). نقش سرمایه روان شناختی در بهزیستی روانی با توجه به اثرات تعدیلی سرمایه اجتماعی. *پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی*. ۴(۱): ۱۴۴-۱۲۳.
- هزارجریبی، جعفر و مه‌ری، اسدالله (۱۳۹۱). تحلیل رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی و اجتماعی. *فصلنامه علوم اجتماعی*، ۱۹(۵۹): ۴۲-۹۰.
- Avey, J. B. , Luthans, F. , & Jensen, J. B. (2009). *Psychological capital: A positive resource for combating employee stress and turnover. Human Resource Management*, 48(5): 677-93.
- Bas van Groezen Rashmi Jadoenandansing Giacomo Pasini (2009). *Social capital and health across European countries April 2009 Utrecht School of Economics Tjalling C. Koopmans Research Institute Discussion Paper Series 09-04*
- Bae, S. M. (2019). *The relationship between smartphone uses for communication, social capital well-being in Korean adolescents: Verification using multiple latent growth modeling. Children and Youth Services Review*, 96, 93-99
- Bélanger, E. , Ahmed, T. , Vafaei, A. , Curcio, C. L. , Phillips, S. P. , & Zunzunegui, M. V. (2016). *Sources of social support associated with health and quality of life: a cross-sectional study among Canadian and Latin American older adults. BMJ open*, 6(6), e011503.
- Bullen P, Onyx J. (2005). *Measuring social capital in five communities in NSW. 2nd ed. Australia: Management Alternatives Pty Ltd.*
- Dora, M. T. , Azim, A. M. M. (2016). *Perceived organizational support and organizational citizenship behavior: The mediating role of psychological capital. Journal of Human Capital Development*, 9(2), 99-118.
- Ehsan, A. , Klaas, H. S. , Bastianen, A. , & Spini, D. (2019). *Social capital and health: A systematic review of systematic reviews. SSM - population health*, 8, 100425.
- Graham, L. (2018). *Resilience. New World Library. Novato, California*
- Karademas, EC. , & Roussi, P. (2017). *Financial strain, dyadic coping, relationship satisfaction, and psychological distress: A dyadic mediation study in Greek couples. Stress and Health*;33:508-517.
- Landman-Peeters KMI, Hartman CA, van der Pompe G, den Boer JA, Minderaa RB, Ormel J. (2015). *Gender differences in the relation between social support, problems in parent-offspring communication, and depression and anxiety. Soc Sci Me*;60(11):2549-59.

- Luthans, F. , & Avolio, B. J. (2007). *Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. Personnel Psychology*, 6, 138-146.
- Luthans F, Youssef CM. (2004). *Human, social, and now positive psychological capital manages-ment. Organizational Dynamics*, 33,143–160.
- Mahfud , T. , Bruri Triyono , M. , Sudira , M. , Mulyani ,Y. (2019). *The influence of social capital and entrepreneurial attitude orientation on entrepreneurial intentions: the mediating role of psychological capital. European Research on Management and Business Economics*. 1(7): 1-7.
- Moreno, J. , Lara, A. , Torres, C (2019). *Community resilience in response to the 2010 tsunami in Chile: The survival of a small-scale fishing community. International Journal of Disaster Risk Reduction*, (39) 379-384.
- Norman, S. M. ;Avey, J. B. ;Nimnicht, J. L. andPigeon, N. G. (2010). “*The interactive effects of psychological capital and organizational identity on employee organizational citizenship and deviance behavior*”. *Journal of Leadership and Organizational Studies*, 17(4),380-391
- Novak, D. , & Kawachi, I. (2015). *Influence of different domains of social capital on psychological distress among Croatian high school students. International journal of mental health systems*, 9(1), 1.
- Poots, A. , Cassidy, T. (2020). *Academic expectation, self-compassion, psychological capital, social support and student wellbeing. International Journal of Educational Research*. 2(99): 1-9.
- Probst, T. M. , Gailey, N. J. , Jiang, L. , & Bohle, S. L. (2017). *Psychological capital: Buffering the longitudinal curvilinear effects of job insecurity on performance. Safety Science*, 100(Part A), 74–82. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2017.02.002>.
- Schulz, U. & Schwarzer, R. (2007). *Long-term effects of spousal support on coping with cancer after surgery. Journal of Social and Clinical Psychology*,23(5), 716
- Shin, SH. & Lee, S. (2011). *Caregiver social support for children involved with child welfare: correlates and racial/ethnic variations. J Public Child Welfare*;5(4):349-368.
- Snyder, C. R. (2002). *Hope theory: rainbows in the mind, Psychological Inquiry*, 13(4), 249–276.
- Vaux A, Phillips J, Holly L, Thomson B, Williams D, Stewart D. *The Social Support Appraisals (SS-A) scale: Studies of reliability and validity. American Journal of Community Psychology*. 1986; 14(2):195–218. doi: 10.1007/bf00911821 [DOI:10.1007/BF00911821