

روستا و توسعه، سال ۲۵، شماره ۹۸، تابستان ۱۴۰۱

DOI: 10.30490/RVT.2021.351445.1254

### مقاله پژوهشی

## واکاوی اثر سرمایه اجتماعی بر سلامت اجتماعی در خانوارهای روستایی

راضیه نامدار<sup>۱</sup>، زهرا حقیقی<sup>۲</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۳/۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۵/۲۰

### چکیده

یکی از پیش شرط‌های اساسی برای رسیدن به توسعه پایدار و از اساسی‌ترین معیارهای رفاه در هر جامعه، حفظ و ارتقاء سلامت اجتماعی است. هدف این پژوهش بررسی اثرات سرمایه اجتماعی به‌عنوان یکی از مهمترین عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی در خانوارهای روستایی است که از یک سو ابعاد مختلف سلامت اجتماعی را می‌سجد و از سوی دیگر رابطه این پدیده با سرمایه اجتماعی و ابعاد آن را تحلیل می‌کند. این پژوهش یک مطالعه توصیفی-پیمایشی است که تحلیل روابط ساختاری سلامت اجتماعی با ابعاد پنج‌گانه بر اساس مبانی نظری تئوری کبیز و سرمایه اجتماعی با ابعاد سه‌گانه ناهایت و گوشال را مورد مطالعه قرار داده است. حجم نمونه آماری مورد مطالعه شامل ۳۸۴ نفر از بین خانوارهای روستایی شهرستان شیراز است. جهت برآورد پایایی شاخص‌ها علاوه بر اندازه‌گیری اعتماد و پایایی تک‌تک شاخص‌ها با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ، شاخص پایایی ترکیبی سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی در حد مطلوبی محاسبه شد (۰/۷۲).

۱- نویسنده مسئول و استادیار بخش ترویج و آموزش کشاورزی، دانشکده کشاورزی دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.  
(r.namdar@shirazu.ac.ir)

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد، ترویج و آموزش کشاورزی، دانشکده کشاورزی دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

و  $CR=0/۸۲$ ). نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد عواملی چون سن، میزان تحصیلات، تعداد اعضای خانوار، میزان زمین زراعی و تعداد دوره‌های آموزشی با متغیر سلامت اجتماعی ارتباط معناداری داشتند و روابط علی بین مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی با شاخص‌های مطلوبی برازش داشت ( $RMSEA= 0.07$ ). بر اساس یافته‌های تحقیق، ارتقاء شاخص‌های ساختاری، ارتباطی و شناختی سرمایه اجتماعی جامعه در توسعه شاخص‌های سلامت اجتماعی اثرگذار است.

**کلیدواژه‌ها:** سرمایه اجتماعی، سلامت اجتماعی، خانوارهای روستایی، شهرستان شیراز.

### مقدمه

سلامتی مفهومی انتزاعی و چندبعدی است ( Afshani and Shiri Mohammadabad, 2018). سازمان جهانی بهداشت، سلامتی را چنین تعریف کرده است: حالتی از بهزیستی کامل جسمانی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً فقدان بیماری یا آسیب (WHO, 1948). مفهوم سلامت اجتماعی به معنای توانایی برقراری روابط مثبت با دیگران است. افرادی که در این جنبه عملکرد خوبی را دارا هستند همیشه نگران سلامت اجتماعی دیگران هستند و با آن‌ها احساس همدردی می‌کنند (Ryff and Keyes, 1995). این مفهوم شامل دو بخش اجتماع-سلامت بوده و در اغلب موارد تحت عنوان خوشحالی و رضایت معنا می‌شود و بر روی مفهوم مثبت از سلامتی تأکید می‌کند (Afshani and Shiri Mohammadabad, 2018).

سرمایه اجتماعی نیز یک مفهوم پیچیده است (Gilbert, 2009) که ریشه در روابط نوع بشر دارد (Amini Rarani et al., 2011). محققان در طول دو دهه گذشته به مقوله سرمایه اجتماعی به‌عنوان یکی از شاخص‌ترین مفاهیم در علوم اجتماعی توجه نموده‌اند ( Nateghpour and Pirahari, 2010; Andishmand, 2009; Firoozabadi, 2006). از این رو روابط اجتماعی بستر اصلی مفهوم سرمایه اجتماعی محسوب می‌شود (Solhi et al, 2020).

سرمایه اجتماعی همیاری و هماهنگی افراد را برای دستیابی به منافع مشترک تسهیل می‌کند (Putnam, 2001) و سود سرمایه‌گذاری در زمینه سرمایه فیزیکی و سرمایه انسانی را افزایش می‌دهد (Putnam, 2005). وجود سرمایه اجتماعی، بستر مناسبی برای بهره‌وری سرمایه انسانی، اقتصادی و فیزیکی است و برعکس نبود سرمایه اجتماعی، اثربخشی سایر سرمایه‌ها را در دستیابی به توسعه کاهش می‌دهد. طی کردن راه‌های توسعه و تکامل فرهنگی و اقتصادی بدون سرمایه اجتماعی، ناهموار و مشکل می‌شود (Tale Zari and Saeedi, 2019). این در حالی است که روند سرمایه اجتماعی در ایران نزولی است (Alvani and Shirvani, 2006; Pakseresht, 2014; Nateghpour and Firoozabadi, 2006).

سرمایه اجتماعی به عنوان یکی از تعیین کننده‌های سلامت مطرح است (Amini Rarani et al., 2011). سرمایه اجتماعی در چند دهه اخیر در تمام مسائل و پدیده‌های اجتماعی و فرهنگی ریشه دوانیده است و اخیراً به عنوان یک عامل اجتماعی مؤثر بر سلامت عمومی و اجتماعی جامعه اثرگذار است. سرمایه اجتماعی به طور کلی و نیز سازه‌های آن، به شیوه‌های مختلفی بر سلامت اثر می‌گذارند. از نگاه برکمن و همکاران، روابط اجتماعی صمیمانه و ارتباطات اجتماعی هدفمند، آثار سودمندی بر سلامتی دارند (Berkman, et al., 2000). ریدپات معتقد است که سرمایه اجتماعی راه حفظ انسجام اجتماعی در مواجهه با تغییرات اجتماعی، اقتصادی و فن‌شناختی، از سلامتی محافظت می‌کند (Ridpath, 2003). واکفیلد و پولاند اظهار داشتند که سرمایه اجتماعی، خودیاری اجتماعی را در جامعه تقویت می‌کند و به اجتماعات امکان می‌دهد تا به آسانی با یکدیگر در جهت حل مسائل جمعی نظیر سلامت کار کنند (Wakefield and Poland, 2005).

به عقیده ناهاپیت و گوشال، سرمایه اجتماعی از سه بعد ساختاری، شناختی و ارتباطی تشکیل می‌شود (جدول ۱)، که به ترتیب شامل پیوندهای موجود در شبکه، شکل و ترکیب شبکه، تناسب سازمانی، زبان و روایت‌های مشترک، اعتماد، هنجارها، روابط متقابل و تعیین هویت مشترک هستند (Nahapiet and Ghoshal, 1998).

#### جدول ۱. مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی

شرح	شاخص
در ارتباط با جایگاه بروز و آشکار شدن سرمایه اجتماعی است و بدون آن سایر مؤلفه‌ها پنهان باقی می‌ماند (Mehregan and Daliri, 2015). همچنین به عنوان الگوهای کلی تماس و ارتباط بین افراد نیز یاد شده است (Harandi, 2014).	مؤلفه ساختاری <sup>۱</sup>
این مؤلفه ناظر به شناختی است که افراد از یکدیگر دارند. تمرکز این شناخت بر اشتراکاتی است که عامل پیوند اولیه و قوام‌بخش به روابط طرفینی هستند. این مؤلفه شامل زبان، علایم مشترک و روایت‌های مشترک است (Nahapiet and Ghoshal, 1998).	مؤلفه شناختی <sup>۲</sup>
ایده اصلی و محوری سرمایه اجتماعی بر روابط قرار گرفته است، زمانی می‌توان انتظار تولید سرمایه - اجتماعی را داشت که ارتباط بین افراد شکل بگیرد. مبادرت افراد به ارتباط بر مبنای اشتراکات طرفینی است. این مؤلفه شامل: اعتماد، هنجارها، تعهدات و روابط متقابل و تعیین هویت مشترک است (Nahapiet and Ghoshal, 1998).	مؤلفه ارتباطی <sup>۳</sup>

1. Structural dimension
2. Congestive dimension
3. Relational dimension

## سلامت اجتماعی

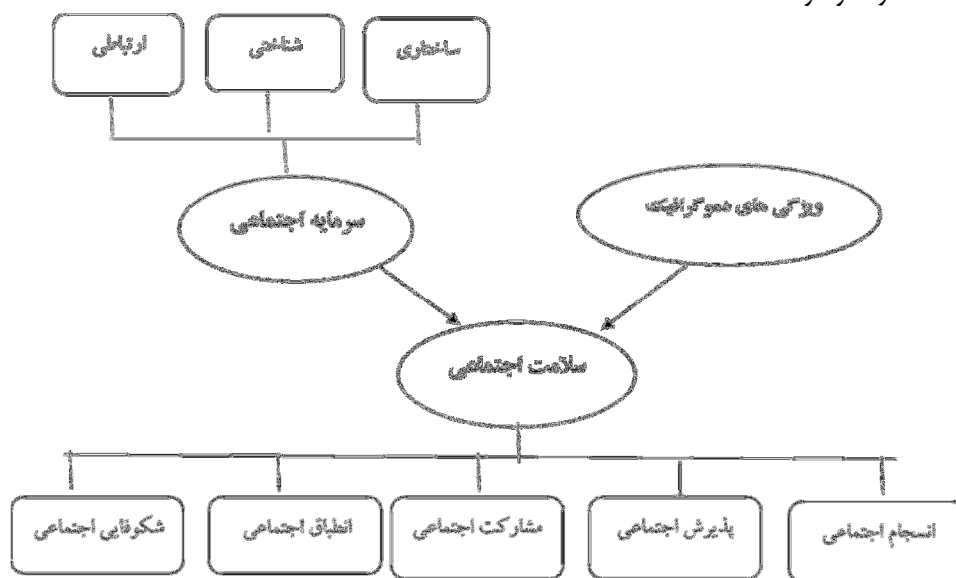
واژه سلامت اجتماعی برگردان کلمه social wellbeing است، این واژه از دو کلمه social به معنی "اجتماع" و wellbeing به معنی "زندگی خوب داشتن" است. واژه سلامت اجتماعی در واقع شامل پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر، رفتار) است (Abdollah Tabar et al., 2008) که هم چگونگی احساس مردم و هم نحوه عملکرد آنها را در برمی‌گیرد (Keyes, 1998).

کبیز ابعاد سلامت اجتماعی را با در نظر گرفتن الگوی سلامت مطرح می‌کند (Aghayari Hir and Vafaei Aghadam, 2016; Safari et al., 2018). کبیز معتقد است بهزیستی یک اساس و بنیان اجتماعی دارد و بدین ترتیب سلامت اجتماعی را ارزیابی شرایط و عملکرد فرد در جامعه تعریف می‌کند (Callaghan, 2008). همچنین وی معتقد است که بین سلامت اجتماعی با رفتارهای اجتماع‌پسند و مسئولیت‌پذیری در جامعه و جایگاه اجتماعی رابطه مثبتی وجود دارد (Samaram, 2010). در تبیین چگونگی ارتباط سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی باید اذعان داشت که یکی از وجوه سلامت اجتماعی، رابطه اجتماعی است و سرمایه اجتماعی از طریق ایجاد احساس اعتماد، امید به زندگی، مشارکت‌پذیری و تسهیل کنشگری جمعی و کنش بر اساس اعتماد متقابل و همدردی مشترک به سلامت اجتماعی به‌عنوان یکی از شقوق توسعه پایدار کمک می‌نماید (Afshani and Shiri Mohammadabad, 2018). شبکه اجتماعی از طریق ایجاد نوعی شبکه حمایتی رسمی و غیررسمی بر سلامت اجتماعی تأثیر مثبت دارد (Parvizi et al., 2010).

تمامی ابعاد سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی رابطه معناداری دارند (Sharbatian, 2012); مطابق یافته‌های وثوقی و همکاران، سه متغیر سرمایه اجتماعی، شادابی اجتماعی و حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی همبستگی معنادار دارند و بیشترین تأثیر از سوی سرمایه اجتماعی است (Vosoughi et al., 2013). با استدلال بر مطالعات فوق و به دلیل اهمیت موضوع و نقش آن در توسعه اجتماعی و ضعف موجود در ادبیات مرتبط با شاخص‌های سلامت و سرمایه اجتماعی در مناطق روستایی ایران، جامعه روستایی شهرستان شیراز به‌عنوان جامعه نمونه انتخاب شد و بررسی روابط دقیق‌تر ابعاد متفاوت سرمایه اجتماعی بر اساس نظریه ناهاپیت و گوشال (Nahapiet and

واکاوی اثر سرمایه اجتماعی بر.....

(Ghoshal, 1998) و سلامت اجتماعی بر اساس نظریه کبیز (Keyes, 1998) به عنوان هدف این مطالعه در نظر گرفته شد.



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

### روش شناسی تحقیق

روش مورد استفاده در این پژوهش، پیمایشی، به لحاظ معیار زمانی، مقطعی و ابزار گردآوری اطلاعات مورد نیاز پرسشنامه است. برای تدوین مبانی نظری از روش کتابخانه‌ای (اسنادی) نیز بهره گرفته شده است. جامعه آماری این پژوهش شامل خانوارهای روستایی شهرستان شیراز است. این شهر از سه بخش اصلی مرکزی، دشت ارژن و زرقان تشکیل شده است. از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای برای انتخاب نمونه‌ها اقدام شد. با توجه به جدول مورگان و بر اساس تعداد خانوارهای روستایی موجود در شهرستان شیراز، تعداد نمونه منتخب این جامعه ۳۸۴ خانوار محاسبه شد. پس از تعیین حجم نمونه متناسب با هر روستا و جمعیت هر روستا بر اساس وضعیت کشاورزی و تأثیر تغییر اقلیم بر آن روستا نمونه‌گیری انجام گرفت. تعداد نمونه‌های هر روستا در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. تعداد نمونه به تفکیک دهستان‌های مورد مطالعه

شهرستان	بخش	دهستان	روستا	خانوار	نمونه
	(۱) مرکزی	(۱) داریون	(۱) کوشک مولا	۲۴۶	۳۸
			(۲) دودج	۳۷۴	۵۸
شیراز	(۲) زرقان	(۱) بندامیر	(۱) بندامیر	۳۶۰	۵۵
			(۲) دژآباد	۸۴	۱۳
			(۳) دولت‌آباد	۳۸	۶
	(۲) رحمت‌آباد	(۱) رحمت‌آباد	(۱) رحمت‌آباد	۱۰۲۰	۱۵۷
			(۲) مقرب ۱	۱۱۱	۱۷
			(۳) مقرب ۲	۴۰	۶
(۳) ارژن	(۱) قره‌چمن	(۱) همت‌آباد	۲۱۹	۳۴	
		حجم نمونه		۳۸۴	

مأخذ: یافته‌های پژوهش

پرسشنامه‌ها نیز به صورت حضوری و با مراجعه به خانوارهای روستایی شهرستان شیراز تکمیل شد. متغیر سرمایه اجتماعی با استفاده از مؤلفه‌های ساختاری، شناختی و ارتباطی و متغیر سلامت اجتماعی با استفاده از مؤلفه‌های انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انطباق اجتماعی و شکوفایی اجتماعی با استفاده از طیف پنج سطحی لیکرت (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم، کاملاً مخالفم) سنجیده شدند. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری همبستگی، تحلیل واریانس یک‌طرفه و معادلات ساختاری با نرم‌افزارهای SPSS و لیزرل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. مدل سازی معادلات ساختاری روشی است که برای نشان دادن، برآورد و آزمون فرضیه‌ها درباره رابطه علی بین متغیرهای پنهان و آشکار به کار می‌رود.

روایی صوری پرسشنامه توسط اساتید بخش ترویج و آموزش کشاورزی دانشکده کشاورزی دانشگاه شیراز مورد تأیید قرار گرفت. در این پژوهش برای بررسی پایایی ابزار سنجش از یک مطالعه راهنما استفاده شد. برای انجام مطالعه راهنما تعداد ۳۰ خانوار خارج از نمونه مورد مطالعه در منطقه بیضاء واقع در شهرستان سپیدان که شرایطی مشابه منطقه مورد مطالعه دارد، انتخاب و به تکمیل پرسشنامه اقدام شد. به منظور سنجش پایایی پرسشنامه از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد. جدول زیر نشان‌دهنده میزان پارامتر آلفا برای مقیاس‌های سنجش در این مطالعه است (جدول ۳).

جدول ۳. مقادیر آلفای کرونباخ متغیرهای تحقیق

متغیرها	مؤلفه	ضریب آلفای هر مؤلفه	ضریب آلفای هر متغیر
سرمایه اجتماعی	ساختاری	۰/۸۱	۰/۷۲
	شناختی	۰/۷۳	
	ارتباطی	۰/۸۱	
سلامت اجتماعی	انسجام اجتماعی	۰/۸۳	۰/۷۹
	پذیرش اجتماعی	۰/۶۵	
	مشارکت اجتماعی	۰/۷۶	
	انطباق اجتماعی	۰/۶۵	
	شکوفایی اجتماعی	۰/۷۸	

مأخذ: یافته‌های پژوهش

### نتایج و بحث

#### آمار توصیفی خانوارهای روستایی شهرستان شیراز

توزیع فراوانی سن نمونه مورد مطالعه نشان داد که میانگین سن افراد مورد مطالعه تقریباً ۴۵ سال با انحراف استاندارد ۱۲/۵۳ است. بیشترین فراوانی (۳۸ درصد) مربوط به گروه ۴۰ سال و کمتر است. جوان‌ترین و مسن‌ترین فرد نیز به ترتیب ۱۹ و ۷۸ سال سن داشتند. افراد مورد مطالعه به لحاظ سطح تحصیلات به ۶ گروه بی‌سواد، راهنمایی و پایین‌تر، دبیرستان، دیپلم و فوق دیپلم، کارشناسی و کارشناسی ارشد طبقه‌بندی شده‌اند که بیشترین فراوانی مربوط به گروه راهنمایی و پایین‌تر (۴۸/۴ درصد) و کمترین فراوانی مربوط به مقطع کارشناسی ارشد (۱/۰ درصد) بوده است.

بیشترین فراوانی در بررسی توزیع فراوانی افراد خانوارها مربوط به خانوارهای ۷-۶ نفره با کمینه ۱، بیشینه ۹ و میانگین ۴/۳۱ است. همچنین نمونه مورد مطالعه از لحاظ وضعیت اشتغال سرپرست خانوار به ۳ دسته (کشاورز، غیر کشاورز، کشاورز و غیر کشاورز) تقسیم شده است. بیشترین فراوانی مربوط به گروه کشاورزی ۴۲/۲ درصد (۱۶۲ نفر) بوده است. کمینه و بیشینه زمین‌های زراعی افراد مورد مطالعه به ترتیب ۰ و ۱۶ هکتار و با میانگین ۳/۳۲ هکتار است.

#### سرمایه اجتماعی

سرمایه اجتماعی از سه مؤلفه ساختاری، شناختی و ارتباطی تشکیل شده است. این متغیر با میانگین ۷۲/۰۹ و انحراف معیار ۵/۳۳ (طیف ۸۰-۱۶) شناسایی شده است (جدول ۴). به منظور

توصیف وضعیت سرمایه اجتماعی خانوارهای مورد مطالعه، سرمایه اجتماعی به ۵ سطح بسیار بالا، بالا، متوسط، پایین و بسیار پایین تقسیم شد. یافته‌ها نشان داد که در جامعه مورد مطالعه سرمایه اجتماعی ۲۳/۷ درصد در سطح بسیار بالا، ۱۸/۸ درصد در سطح بالا، ۳۲/۳ درصد در سطح متوسط، ۱۳/۸ درصد در سطح پایین و ۱۱/۵ درصد در سطح بسیار پایین قرار داشتند. جزئیات نحوه سنجش و آمارهای توصیفی مرتبط در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. آماره‌های توصیفی ابعاد سرمایه اجتماعی

رتبه	انحراف معیار	میانگین	مؤلفه ساختاری
۱	-/۴۲	۴/۷۶	۱) روستا را مثل خانه خود دانستن
۲	-/۴۷	۴/۶۹	۲) پیشقدمی در حل مشکلات دیگران
۳	-/۵۲	۴/۶۳	۳) مشورت با همسایگان و سایر اهالی
۴	-/۵۵	۴/۵۹	۴) احساس نزدیکی با همسایگان
۵	۱/۲۸	۳/۲۸	۵) آمادگی برای مشارکت مالی در روستا
<b>میانگین کل: ۲۱/۹۷ دامنه: ۲۵-۵</b>			
رتبه	انحراف معیار	میانگین	مؤلفه شناختی
۱	-/۴۹	۴/۶۷	۱) احساس نزدیکی و همدلی با سایر اهالی محله
۲	-/۹۴	۴/۶۵	۲) مشکل دیگران را مانند مشکل خود دانستن
۳	-/۵۴	۴/۵۷	۳) کمک به یکدیگر در مواقع مورد نیاز
۴	-/۵۱	۴/۲۶	۴) دلگرم بودن به حمایت‌های اهالی روستا
۵	-/۹۶	۴/۲۲	۵) همکاری در جهت ایجاد امکانات روستا بدون دریافت دستمزد
<b>میانگین کل: ۲۲/۳۹ دامنه: ۲۵-۵</b>			
رتبه	انحراف معیار	میانگین	مؤلفه ارتباطی
۱	-/۴۸	۴/۶۷	۱) روی کمک دیگران حساب کردن
۲	-/۴۹	۴/۶۴	۲) احساس مسئولیت داشتن افراد روستا نسبت به یکدیگر
۳	-/۴۸	۴/۶۳	۳) اهمیت دادن همسایگان به نظرات یکدیگر
۴	-/۶۳	۴/۶۱	۴) اعتماد به عملکرد شورای روستا
۵	-/۴۸	۴/۶۰	۵) اعتماد کردن به قول و قرارهای اهالی روستا
۶	-/۴۹	۴/۵۵	۶) اعتماد داشتن به بیشتر مردم روستا
<b>میانگین کل: ۲۷/۷۲ دامنه: ۳۰-۶</b>			

مأخذ: یافته‌های پژوهش



واکاوی اثر سرمایه اجتماعی بر.....

### سلامت اجتماعی

برای سنجش سلامت اجتماعی در این پژوهش از پنج مؤلفه انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انطباق اجتماعی و شکوفایی اجتماعی استفاده شده است. این متغیر دارای میانگین ۱۱۲/۳۴ و انحراف معیار ۷/۰۳ بود (جدول ۵).

جدول ۵. آمار توصیفی سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کمترین مقدار	بیشترین مقدار
سلامت اجتماعی	۱۱۲/۳۴	۷/۰۳	۹۷	۱۲۵
سرمایه اجتماعی	۷۲/۰۹	۵/۳۳	۵۶	۸۰

مأخذ: یافته‌های پژوهش

به منظور توصیف وضعیت سلامت اجتماعی خانوارهای مورد مطالعه، سلامت اجتماعی به ۵ سطح بسیار بالا، بالا، متوسط، پایین و بسیار پایین تقسیم شد. یافته‌ها نشان داد که سلامت اجتماعی در جامعه مورد مطالعه، ۲۶/۰ درصد در سطح بسیار بالا، ۱۹/۵ درصد در سطح بالا، ۲۲/۹ درصد در سطح متوسط، ۱۲/۸ درصد پایین و ۱۸/۸ درصد در وضعیت بسیار پایین قرار داشتند. جزئیات نحوه سنجش این متغیر و آمارهای توصیفی مرتبط در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶. آماره‌های توصیفی ابعاد سلامت اجتماعی

رتبه	انحراف معیار	میانگین	انسجام اجتماعی
۱	۰/۴۲	۴/۷۶	۱) احساس تعلق به مجموعه‌ای به نام جامعه
۲	۰/۴۳	۴/۷۵	۲) روستا به‌عنوان محلی برای آسودگی و آرامش
۳	۰/۴۶	۴/۶۹	۳) کمک به دیگران در فعالیت‌ها و کارهایی که وظیفه فرد نیست
۴	۰/۴۶	۴/۶۷	۴) لذت بردن از معاشرت با افرادی با آداب و رسوم مختلف
۵	۰/۴۸	۴/۶۶	۵) خود را بخش مهمی از جامعه دانستن
۶	۰/۴۸	۴/۶۱	۶) اهل سازش و مصالحه‌بودن با افراد محلی
<b>میانگین کل: ۲۸/۱۷ دامنه: ۳۰-۶</b>			
رتبه	انحراف معیار	میانگین	پذیرش اجتماعی
۱	۰/۶۲	۴/۴۲	۱) اثرگذاری رفتار فرد بر رفتار سایر افراد اجتماع
۲	۰/۹۸	۴/۲۶	۲) بی‌تفاوت بودن در برابر مشکلات دیگران
۳	۰/۸۶	۴/۱۹	۳) معتقد به قابل اعتماد نبودن مردم
۴	۱/۲۶	۲/۶۵	۴) انتظار جبران نیکی‌ها توسط افراد روستا
۵	۱/۳۱	۲/۴۵	۵) زندگی کردن مردم فقط برای خودشان
<b>میانگین کل: ۱۸/۰۰ دامنه: ۲۵-۵</b>			
رتبه	انحراف معیار	میانگین	مشارکت اجتماعی
۱	۰/۳۸	۴/۸۲	۱) شرکت در مراسم عمومی برگزار شده در روستا
۲	۰/۴۷	۴/۷۰	۲) رفت‌وآمد با مردم روستا و همسایگان
۳	۰/۴۸	۴/۶۳	۳) تلاش برای حل مشکلات پیش آمده برای اهالی روستا
۴	۰/۴۹	۴/۶۰	۴) داشتن فعالیت‌های ارزشمند برای روستا
۵	۰/۵۵	۴/۵۹	۵) مراجعه به سازمان‌های اداری خارج از روستا برای انجام امور مربوط به روستا
<b>میانگین کل: ۲۲/۳۶ دامنه: ۲۵-۵</b>			
رتبه	انحراف معیار	میانگین	انطباق اجتماعی
۱	۰/۴۷	۴/۶۶	۱) احساس وابستگی به جامعه
۲	۰/۵۰	۴/۵۷	۲) اثرگذاری رفتار فرد بر رفتار سایر افراد جامعه
۳	۰/۵۲	۴/۵۴	۳) روستا را محیطی اجتماعی منسجم، هماهنگ و باثبات دانستن
۴	۰/۵۰	۴/۵۱	۴) مراجعه به سازمان‌های مرتبط در صورت نیاز
۵	۰/۵۵	۴/۴۸	۵) کمک به جامعه به اندازه کافی
<b>میانگین کل: ۲۲/۷۸ دامنه: ۲۵-۵</b>			
رتبه	انحراف معیار	میانگین	شکوفایی اجتماعی
۱	۰/۴۶	۴/۶۸	۱) اعتقاد به تغییر و تحول مداوم جامعه
۲	۰/۴۷	۴/۶۵	۲) اعتقاد به پربار و مفید بودن جامعه برای افراد آن
۳	۰/۵۱	۴/۵۹	۳) مفهوم نداشتن پیشرفت اجتماعی از نظر فرد
۴	۰/۵۷	۲/۶۹	۴) اعتقاد به تغییر نکردن اجتماع در جهت تحقق خواسته‌های فرد
<b>میانگین کل: ۱۵/۶۲ دامنه: ۲۰-۴</b>			

مأخذ: یافته‌های پژوهش

### نتایج آزمون همبستگی بین متغیرهای پژوهش

داده‌های حاصل از آزمون همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش بیانگر آن است که بین سن، میزان تحصیلات، تعداد اعضای خانوار و تعداد حضور در دوره‌های آموزشی با سلامت اجتماعی ارتباط معناداری وجود دارد. داده‌های حاصل از همبستگی بین مؤلفه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی نیز همبستگی معناداری نشان داد ( $r=0/68$ ) که از بین مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی نیز قوی‌ترین همبستگی مربوط به مؤلفه ارتباطی ( $r=0/62$ ) است (جدول ۷).

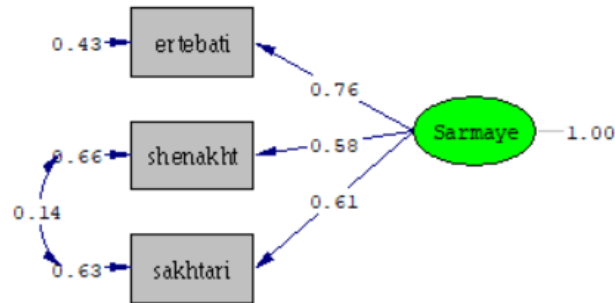
جدول ۷. ضرایب همبستگی پیرسون متغیرهای تحقیق با سلامت اجتماعی

متغیر	مقدار ضریب همبستگی (r)	سطح معنی‌داری
سن	-0/14	0/004
میزان تحصیلات	0/09	0/049
تعداد اعضای خانوار	-0/42	0/001
میزان زمین زراعی (هکتار)	-0/06	0/19
تعداد حضور در دوره‌های آموزشی	-0/09	0/05
سرمایه اجتماعی ساختاری	0/55	0/0001
سرمایه اجتماعی شناختی	0/46	0/0001
سرمایه اجتماعی ارتباطی	0/62	0/0001

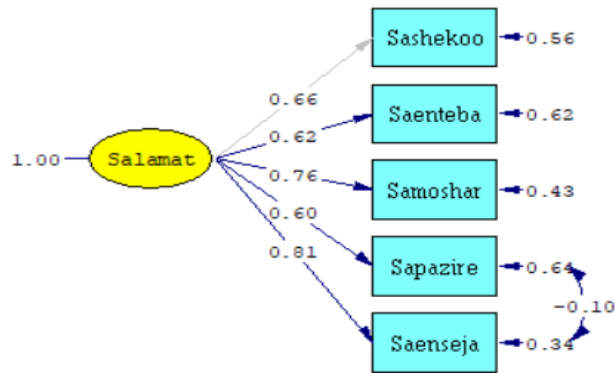
مأخذ: یافته‌های پژوهش

### نتایج تحلیل معادلات ساختاری

به منظور ارائه تحلیل کامل‌تر، روش مدل‌سازی معادلات ساختاری نیز استفاده شد که نتایج در این بخش ارائه می‌شود. شکل‌های ۲ و ۳ به ترتیب مقادیر ضرایب مسیر X-Model شامل مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی (مؤلفه ساختاری، شناختی، ارتباطی) Y-Model شامل مؤلفه‌های سلامت اجتماعی (انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انطباق اجتماعی و شکوفایی اجتماعی) در مدل را نشان می‌دهد.



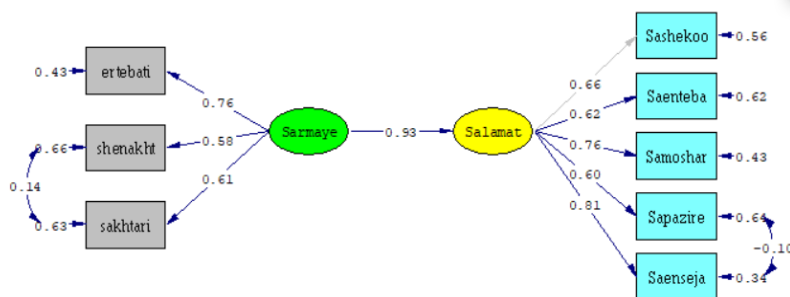
شکل ۲. مقادیر X-Model متغیرهای پژوهش (ضرایب استاندارد)



شکل ۳. مقادیر Y-Model متغیرهای پژوهش (ضرایب استاندارد)

شکل ۴ مسیر مدل روابط ساختاری مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی (مؤلفه‌های ساختاری، شناختی، ارتباطی) با سلامت اجتماعی (مؤلفه‌های انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انطباق اجتماعی و شکوفایی اجتماعی) را نشان می‌دهد.

واکاوی اثر سرمایه اجتماعی بر.....



Chi-Square=57.21, df=17, P-value=0.00000, RMSEA=0.079

شکل ۴. مسیر مدل روابط ساختاری مؤلفه های سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی (ضرایب استاندارد)

تحلیل یافته‌ها نشان داد که متغیر سرمایه اجتماعی به صورت مستقیم بر متغیر سلامت اجتماعی اثرگذار است و رابطه معناداری بین آن‌ها مشاهده می‌شود ( $\gamma = 0/93$  و  $t = 12/19$ ). خلاصه نتایج معادلات ساختاری مدل اندازه‌گیری سلامت اجتماعی و سرمایه اجتماعی در جدول ۸ ارائه شده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، ضریب تمامی متغیرها بزرگتر از  $0/5$  و مقدار آماره  $t$  بزرگتر از  $1/96$  به دست آمده است.

جدول ۸. خلاصه نتایج برآورد مدل اندازه‌گیری

متغیر	سازه	نشانگر در مدل	ضریب استاندارد	خطای استاندارد	آماره t
سرمایه اجتماعی	ساختاری	sakhtari	0/61	0/63	11/85
	شناختی	shenakht	0/58	0/66	11/22
	ارتباطی	ertebati	0/76	0/43	15/39
سلامت اجتماعی	انسجام اجتماعی	Saenseja	0/81	0/34	13/06
	پذیرش اجتماعی	S.pazire	0/60	0/64	10/07
	مشارکت اجتماعی	Samoshar	0/76	0/43	12/59
	انطباق اجتماعی	Saenteba	0/62	0/62	10/61
	شکوفایی اجتماعی	SaShekoo	0/66	0/56	--

مأخذ: یافته‌های پژوهش

جهت ارزیابی برازش مدل معادله‌های ساختاری از شاخص‌هایی نظیر شاخص برازندگی متعددی استفاده شد. مقدار معیار (حد مطلوب) و مقدار گزارش شده هر یک از شاخص‌های بالا برای مدل معادله‌های ساختاری تحقیق در جدول ۹ آورده شده است.

جدول ۹. مقدار استاندارد و شاخص‌های برازش مدل

شاخص	مقادیر استاندارد	مقادیر به دست آمده مدل
کای اسکوتر/ درجه آزادی ( $X^2/df$ )	$\leq 3$	۳/۳۶
شاخص نرم‌شده برازندگی (NFI)	$\geq 90$	۰/۹۷
شاخص نرم‌نشده برازندگی (NNFI)	$\geq 90$	۰/۹۷
شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)	$\geq 90$	۰/۹۸
شاخص برازندگی (GFI)	$\geq 90$	۰/۹۶
شاخص تعدیل برازندگی (AGFI)	$\geq 90$	۰/۹۲
شاخص برازندگی فزاینده (IFI)	$\geq 90$	۰/۹۸
شاخص میانگین مجذور پس‌مانده‌ها (RMR)	$\leq 0/05$	۰/۰۳۶
شاخص جذر برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA)	$\leq 0/08$	۰/۰۷

مأخذ: یافته‌های پژوهش

با توجه به مقدار گزارش شده شاخص‌های برازندگی در جدول بالا مشاهده می‌شود که مدل معادله ساختاری متغیرهای تحقیق دارای برازش مناسب و قابل پذیرش است. بنابراین بر اساس مدل برازش یافته تحقیق می‌توان گفت که سازه مورد استفاده برای بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی سازگاری قابل پذیرشی را نشان می‌دهد. همچنین می‌توان گفت که داده‌ها با مدل پیشنهادی منطبق هستند و شاخص‌های ارائه شده، نشان‌دهنده این موضوع است که در مجموع مدل پیشنهادی قابلیت مورد نیاز جهت تبیین متغیرها را دارا بوده و از لحاظ مجموع شاخص‌های برازش مدل مطلوب است.

علاوه بر اندازه‌گیری اعتماد و پایایی تک‌تک شاخص‌ها، محقق می‌تواند به محاسبه پایایی ترکیبی برای هر متغیر نهفته نیز بپردازد. برای محاسبه این موضوع از طریق فرمول زیر اقدام می‌شود (Kalantari, 2009). بر اساس محاسبه صورت گرفته همان‌طور که مشاهده می‌شود مقدار پایایی هر

دو متغیر در سطح مطلوب و بالاتر از ۰/۷ قرار دارد (جدول ۱۰).

$$P_C = \frac{(\sum \lambda)^2}{[(\sum \lambda)^2 + \sum (\theta)]} \quad \text{فرمول:}$$

راهنمای فرمول:

$$P_C = \text{پایایی ترکیبی}$$

$$\lambda = \text{بارهای مربوط به شاخص‌ها}$$

$$\theta = \text{واریانس خطای شاخص‌ها}$$

$$\Sigma = \text{مجموع شاخص‌های هر متغیر نهفته}$$

جدول ۱۰. نتایج پایایی ترکیبی به دست آمده برای متغیرهای نهفته مدل

متغیرهای نهفته	پایایی ترکیبی ( $P_c$ )
سرمایه اجتماعی	۰/۷۲
سلامت اجتماعی	۰/۸۲

مأخذ: یافته‌های پژوهش

### نتیجه گیری و پیشنهادها

سلامت اجتماعی و سرمایه اجتماعی به‌عنوان دو مقوله مهم توسعه پایدار مطرح می‌شوند و از طرفی پیوند شاخص‌های سلامت اجتماعی با مجموعه عناصر اساسی سرمایه اجتماعی از بعد جامعه شناختی در دهه‌های اخیر مورد توجه سیاست‌گذاران، برنامه‌ریزان و مجریان اجتماعی قرار گرفته است. بر اساس کاستی‌های موجود در بررسی مطالعات پیشین حوزه سلامت و سرمایه این پژوهش با هدف واکاوی ارتباط سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی در خانوارهای روستایی انجام شد. برای سنجش سرمایه اجتماعی ابعاد سه‌گانه ساختاری، ارتباطی و شناختی مورد استفاده قرار گرفت. یافته‌های بخش توصیفی نشان داد که در مجموع بیش از نیمی از پاسخگویان از لحاظ سرمایه اجتماعی در سطح متوسط و پایین قرار داشتند.

همچنین برای سنجش سلامت اجتماعی از پنج مؤلفه انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انطباق اجتماعی و شکوفایی اجتماعی استفاده شد. به‌منظور توصیف وضعیت سلامت اجتماعی خانوارهای مورد مطالعه، سلامت اجتماعی به ۵ سطح بسیار بالا، بالا، متوسط، پایین و بسیار پایین تقسیم شد. یافته‌ها نشان داد که کمی بیش از نیمی از افراد مورد مطالعه از لحاظ سلامت اجتماعی در وضعیت نامطلوبی قرار دارند. این یافته‌ها مؤید این است که جامعه روستایی مورد مطالعه در زمینه‌های سلامت و سرمایه اجتماعی که از جمله شاخص‌های مهم توسعه پایدار هستند، در وضعیت چندان مساعدی قرار ندارد. این میزان از ضعف با توجه به پیشینه فرهنگی جامعه روستایی

ایران از لحاظ مؤلفه‌های مهمی از جمله ارتباطی، مشارکت و انسجام در وضعیت نامطلوبی ارزیابی می‌شود و به نظر می‌رسد باید توسط برنامه‌ریزان روستایی مورد توجه بیشتر قرار گیرد. نتایج آزمون‌های آمار استنباطی نشان داد بین سن و میزان سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد و افزایش سن منجر به افزایش سرمایه اجتماعی افراد می‌شود. این نتیجه با یافته‌های زاهدی‌اصل و پیلهوری (Zahediasl and Pilevari, 2013)، زکی و خشوعی (Zaki and Khoshuie, 2012) مطابق است. اما بر اساس یافته‌های تحقیق، بین میزان تحصیلات و سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود نداشت. این نتایج هم‌راستا با پژوهش‌های متعددی در این ارتباط از جمله یافته‌های پورافکاری (Poorafkari, 2012)، حائری و همکاران (Haery et al., 2016) یزدان‌پناه و نیک‌ورز (Yazdanpanah and Nikvarz, 2015) و سفیری و شایسته (Safiri and Shayesteh, 2015) است. در ارتباط با نقش مهم تحصیلات و شاخص سلامت اجتماعی می‌توان این‌گونه استدلال کرد که به طور کلی فضای آموزشی، عرصه را برای شکوفا شدن و رشد استعدادها در گرایش‌های مختلف اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی برای افراد، فراهم می‌سازد و نیروی سازندگی و ابداع را در آنها پرورش می‌دهد و به دنبال آن سلامت روانی و اجتماعی را تقویت می‌کند. همچنین افراد تحصیل کرده کمتر احتمال دارد بیکار بمانند و به احتمال زیاد در شغل‌های تمام‌وقت با درآمد بالا مشغول به کار می‌شوند. از طرف دیگر در میان متغیرهای دموگرافیک مورد مطالعه، بین تعداد اعضای خانوار و سلامت اجتماعی رابطه معناداری مشاهده نشد. این یافته با نتایج تحقیقات کنگرلو (Kangarloo, 2008) همسو است. بر این اساس اگر تعداد اعضای خانوار افزایش یابد و افراد خانوار شغل داشته باشند موجب تداوم پیوند فرد با جامعه و تأمین نیازهای اقتصادی، اجتماعی و روانی او می‌شود و در کنار آن سلامت اجتماعی فرد افزایش می‌یابد که این نتایج هم‌راستا با پژوهش یزدان‌پناه و نیک‌ورز (Yazdanpanah and Nikvarz, 2015) است.

بر اساس مطالعات پیشین، یکی از مهمترین مؤلفه‌هایی که سلامت اجتماعی را ارتقا می‌دهد، سرمایه اجتماعی است و نتایج تحقیق حاضر وجود رابطه بین این دو متغیر را تأیید می‌نماید. ابعاد سه‌گانه ساختاری، ارتباطی و شناختی سرمایه اجتماعی با سطح معناداری بالایی بر سلامت اجتماعی اثرگذار هستند. بر اساس یافته‌های حاصل از آزمون همبستگی، سرمایه اجتماعی بر ارتقاء سلامت اجتماعی مؤثر بوده است، این یافته‌ها با نتایج مطالعات محققان متعددی در این زمینه تطابق دارد Afshani and Shiri Mohammadabad, 2018; Hezarjaribi and Mehri, 2013; Kim and kawachi, 2006; Yiengprugsawan et al, 2011; Sirven and Debrand, 2011;



(Berkman et al., 2000). به عبارت روشن‌تر بر اساس یافته‌ها هرچه میزان سرمایه اجتماعی در ابعاد سه‌گانه بررسی شده در خانوارهای روستایی بالاتر رود میزان سلامت اجتماعی آنان افزایش می‌یابد. یافته‌های پژوهش در بخش تحلیل معادلات ساختاری تحقیق نیز حاکی از آن بود که بین این دو متغیر رابطه علی قابل قبولی وجود دارد. با کاربرد آزمون تحلیل عامل تأییدی و ارائه نتایج آن می‌توان این‌گونه اظهار داشت که ابزار تحقیق مشتمل بر سوالات ارائه شده در پرسشنامه جهت سنجش دو سازه سلامت و سرمایه اجتماعی از اعتماد و پایایی مناسبی برخوردار بوده است. همچنین متغیر سرمایه اجتماعی به صورت مستقیم بر متغیر سلامت اجتماعی اثرگذار است و رابطه معناداری بین آن‌ها مشاهده می‌شود. با توجه به مقدار گزارش شده شاخص‌های خوبی برآزش نیز مشخص شد که مدل معادلات ساختاری قابل قبول و ساختار کلی مدل مفهومی تحقیق مورد تأیید است. بنابراین بر پایه مدل برآزش یافته تحقیق می‌توان گفت که مؤلفه‌های مورد استفاده تحقیق که بر پایه مطالعات پیشین گردآوری شده بودند، توان برآورد اثرات ساختاری سرمایه اجتماعی بر سلامت اجتماعی را دارند و تمامی ابعاد سلامت اجتماعی با متغیر سرمایه اجتماعی دارای رابطه علی هستند. در تبیین چگونگی ارتباط سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی باید اذعان داشت که یکی از وجوه سلامت اجتماعی، رابطه اجتماعی است و سرمایه اجتماعی از طریق ایجاد احساس اعتماد، امید به زندگی، مشارکت‌پذیری و تسهیل کنشگری جمعی و کنش بر اساس اعتماد متقابل و همدردی مشترک به سلامت اجتماعی به‌عنوان یکی از شقوق توسعه پایدار کمک می‌نماید. علاوه بر این سرمایه اجتماعی از طریق ایجاد حس اعتماد در جامعه منجر به بروز محیط اجتماعی مناسب شده و احساس بی‌قدرتی و بیگانگی در زنان را کاهش می‌دهد و از این طریق سلامت اجتماعی آنان را ارتقا خواهد داد. برکمن و همکاران (Berkman et al., 2000) نیز در مطالعه خود نشان دادند که سرمایه اجتماعی از طریق روابط اجتماعی صمیمانه و ارتباطات اجتماعی هدفمند، آثار سومندی بر سلامت اجتماعی دارد علاوه بر این، ریدپات (Ridpath, 2003) معتقد است سرمایه اجتماعی قابلیت حفظ انسجام اجتماعی در مواجهه افراد با تغییرات اجتماعی، اقتصادی و فن‌شناختی را دارد و بدین وسیله از سلامت اجتماعی افراد محافظت می‌کند. در استدلال اهمیت و چگونگی ارتباط این دو متغیر، کاواچی و برکمن (Kawachi and Berkman, 2000) نیز از مکانیسم‌هایی یاد می‌کنند که از طریق آن سرمایه اجتماعی بر سلامتی اثر می‌گذارد. انتشار سریع اطلاعات مرتبط با سلامت و نیز افزایش احتمال پذیرش هنجارهای رفتار سالم و نیز اعمال کنترل و نظارت بر رفتار زیانمند، افزایش دستیابی به

خدمات و تسهیلات و مسیرهای مستقیم روانی-اجتماعی از جمله شیوه‌های تأثیر سرمایه بر سلامت اجتماعی است.

بر اساس نتایج تحقیقات متعددی بین سرمایه اجتماعی خانواده و سلامت اجتماعی رابطه معنادار و مثبت -با همبستگی متوسط- وجود دارد ( Afshani and Shiri Mohammadabad, 2018; Hezarjaribi and Mehri, 2013; Kim and Kawachi, 2006; Yiengprugsawan et al, 2011; Sirven and Debrand, 2011; Berkman et al., 2000; Heidarabadi, et al., 2020). همچنین یافته‌های این پژوهش این امر را نیز تأیید می‌کند. به این معنا که با افزایش تعاملات میان والدین و فرزندان همراه با اعتماد درون خانوادگی و حمایت عاطفی و مشورتی والدین، همچنین تعاملات با گروه‌ها، مشارکت، اعتماد، و همیاری اجتماعی، سلامت اجتماعی جوانان افزایش خواهد یافت. این نتیجه همسو با یافته‌های کلمن است؛ به طوری که به باور ایشان، هنجارها، شبکه‌های اجتماعی و روابط بین بزرگسالان و کودکان، برای رشد شناختی و اجتماعی بچه‌ها ارزشمند است (Coleman, 1998). همچنین، علاوه بر موارد ذکر شده، در پژوهش‌های وثوقی و همکاران (Vosoughi et al., 2013) و هزارجریبی و مهری (Hezarjaribi and Mehri, 2013) نیز مانند این تحقیق این رابطه مثبت و تأیید شده است.

سلامت اجتماعی در حوزه نظریات اجتماعی سبب می‌شود میزان مشارکت افراد افزایش یابد، در این صورت فرد احساس می‌کند که در سرنوشت اجتماع دخالت دارد (افزایش شکوفایی اجتماعی) و با این تفکر تصور می‌کند که جامعه قابل پیش‌بینی است (افزایش انطباق اجتماعی)؛ بنابراین خود را به جامعه متعلق می‌داند و احساس حمایت شدن و سهیم بودن در جامعه را پیدا می‌کند (افزایش انسجام اجتماعی)؛ و تمامی این عوامل سبب می‌شود فرد در کنار سایر اعضای انسانی احساس آرامش و راحتی کند و نگرش مثبتی نسبت به دیگران داشته باشد (افزایش پذیرش اجتماعی) و در نهایت زمانی که احساس ارزشمند بودن و کارآمدی در فرد به وجود آمد؛ مشارکت اجتماعی نیز افزایش می‌یابد در نتیجه تمامی این عوامل به افزایش سلامت اجتماعی منجر خواهد شد. از بعدی دیگر، بسترسازی و تقویت رفتارهای صادقانه، عملکردهای متعهدانه فردی، تربیت مشارکت پایدار اعضای خانواده در توسعه زندگی و جامعه به صورت مستمر در حوزه‌های مختلف و مورد نیاز اجتماع می‌تواند در رشد سرمایه‌های اجتماعی و اثرگذاری آن بر روی معیارهای سلامت اجتماعی مؤثر باشد. کیفیت روابط اجتماعی در بین اعضای خانواده، وجود ارزش‌های اجتماعی در خانواده، بایدها و نبایدهای رفتاری اجتماعی به صورت نهادینه شده در ارتقاء سلامت اجتماعی و پیوند معنایی مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی خانواده اثرگذار است. تأکید بر رشد خلاقیت‌ها، استعدادها، حمایت مستمر از این توانمندی‌ها،

باعث استمرار سرمایه اجتماعی و سلامت خانواده پایدارتر خواهد بود. در هنگام بروز مشکلات یکدیگر را درک و حمایت کردن، همراهی و مصاحبت عملی و کاربردی، به افزایش میزان اعتماد و صداقت اجتماعی و میزان بهره‌مندی از سلامت اجتماعی اثرگذار است. در خانواده‌ای که پیشرفت و منفعت جمعی به‌عنوان یک روح جمعی قالب بر ساختار خانواده حاکم باشد، این موضوع می‌تواند بیانگر شکوفایی جمعی خانواده تعهد و اعتماد جمعی یا به طور کلی تقویت شاخص‌های سرمایه اجتماعی باشد. به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت زمینه‌های ذهنی هر فرد در خانواده شکل می‌گیرد و این خانواده است که سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی را در اختیار اعضا قرار می‌دهد؛ به‌عبارتی فرایند بازتولید سرمایه اجتماعی، اساساً در خانواده شکل می‌گیرد و وجود این دو عامل تأثیر سبب می‌شود تا خانواده بتواند از سایر سرمایه‌ها و توانمندی‌های خود در جهت ایفای نقش و بازیگری مطلوب در صحنه اجتماعی برخوردار شود و رسالتی را که دین و سایر نهادهای جامعه بر عهده او قرار داده‌اند به نحو احسن به انجام رساند. تدوین راهکارهای آموزشی، فرهنگی و اجتماعی و ارائه خدمات مشاوره، برگزاری کارگاه‌ها و کلاس‌های آموزشی در زمینه تقویت تعاملات اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی مطلوب و تأکید بر شاخص‌های سلامت اجتماعی در میان اقشار جامعه روستایی پیشنهاد می‌شود.

## منابع

1. Abdollah Tabar, H., Kaldi, A., Mohagheghi Kamal, H., Setareh Forouzan, A. and Salehi, M. (2008). Assessing students' social health. *Social Welfare Quarterly*, 8(30-31): 171-190. (Persian)
2. Afshani, S.A. and Shiri Mohammadabad, H. (2018). The role of social capital in promoting social health of women in Yazd. *Quarterly Journal Women's Studies*, 8(4): 1-20. (Persian)
3. Aghayari Hir, T. and Vafaie Aghdam, T. (2016). A study of the impact of social health on job satisfaction (The case of Golsan Baft factorys employees in Tabriz city). *Journal of Applied Sociology*, 27(4): 171-190. (Persian)
4. Alvani, M. and Shirvani, A.R. (2006). *Social capital (Concepts, theories and applications)*. Isfahan: Mani Publications. (Persian)
5. Amini Rarani, M., Mousavi, M.T. and Rafiey, H. (2011). Correlation of social capital and social health in Iran. *Social Welfare Quarterly*, 11(42): 203-228. (Persian)

6. Andishmand, V. (2009). Identifying the components of social capital in universities in order to provide a model for its promotion. *Quarterly Journal of Educational Leadership and Administration*, 3(2): 9-34. (Persian)
7. Berkman, L.F., Glass, T., Brissette, I. and Seeman, T.E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social science and medicine*, 51(6): 843-857.
8. Callaghan, L. (2008). Social well-being in extra care housing: An overview of the literature, PSSRU Discussion Paper 2528. Available at: [www.ukc.ac.uk/PSSRU](http://www.ukc.ac.uk/PSSRU).
9. Coleman, J.S. (1998). Foundations of social theory. Harvard university press.
10. Gilbert, K.L. (2009). A meta-analysis of social capital and health. Doctoral Dissertation, University of Pittsburgh.
11. Haery, S.M., Tehrani, H., Olyaeimanesh, A. and Nedjat, S. (2016). Factors influencing the social health of employees of the Ministry of Health and Medical Education. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*, 3(4): 311-318. (Persian)
12. Harandi, A. (2014). Explaining the role of social capital and knowledge transfer in organizational learning of knowledge companies. *Journal of technology development management*, 1(4): 161-182. (Persian)
13. Heidarabadi, A; Matlabi, M; Rahmani Firoozjah, A. and Abbasi Asfjir, A.A. (2020). Sociological study of the relationship between social capital and social health. *Sociological Studies*, 13(47): 59-70. (Persian)
14. Hezarjaribi, J. and Mehri, A. (2013). Analysis of the relationship between social capital and mental health and social. *Social Sciences Quarterly*, 19(59): 42-90. (Persian)
15. Kalantari, Kh. (2009). Structural equation modeling in socio-economic research. Tehran: Farhang Saba Publications. (Persian)
16. Kangarloo, M. (2008). Assessing the social health of control and non-control students of Allameh Tabatabai University. Master Thesis of Social Work, Allameh Tabatabai University. (Persian)
17. Kawachi, I. and Berkman, L. (2000). Social cohesion, social capital, and health. *Social Epidemiology*, 174-190.
18. Keyes, C.L.M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61 (2): 121-140.
19. Kim, D. and Kawachi, I. (2006). A multilevel analysis of key forms of community-and individual-level social capital as predictors of self-rated health in the United States. *Journal of Urban Health*, 83(5): 813-826.

20. Mehregan, N. and Daliri, H. (2015). Investigating the relationship between social capital and human development in the provinces of Iran (2000-2011). *Normex Magazine*, 2(2): 117-136. (Persian)
21. Nahapiet, J., and Ghoshal, S. (1998). Social capital, intellectual capital, and the organizational advantage. *Academy of Management Review*, 23(2): 242-266.
22. Nateghpour, M.J. and Firoozabadi, A. (2006). Formation of social capital and meta-analysis of factors affecting it. *Journal of Social Sciences*, 28(2): 161-190. (Persian)
23. Pakseresht, S. (2014). Considerations and strategies of enhancing social capital. *Culture Strategy*, 7(25): 71-104. (Persian)
24. Parvizi, s., Qasemzadeh Kakroudi, F., Seyed Fatemi, N. and Naseri, F. (2010). Social factors of women's health living in Tehran: a qualitative research. *Nursing Research*, 4(15): 6-15. (Persian)
25. Pirahari, N. (2010). Social capital in new theories. *Journal of Social Sciences*, 3(3): 109-131. (Persian)
26. Poorafkari, N. (2012). Investigating the factors affecting social health in Paveh city. *Journal of Social Sciences*, 6(18): 41-60. (Persian)
27. Putnam, R. (2001). Democracy and civic traditions. The Italian Experience and Lessons for Transition Countries, Translated by Mohammad Taghi Delfruz, Tehran: Ministry of Interior Office of Political Studies and Research. (Persian)
28. Putnam, R. (2005). Enjoyed society, social capital and public life, social capital, trust, democracy and development, Translated by Afshin Khakbaz and Hassan Pouyan, Tehran: Shirazeh Publishing. (Persian)
29. Ridpath, D. D. (2003). "Love thy neighbour"—it's good for your health: a study of racial homogeneity, mortality and social cohesion in the United States. *Social Science and Medicine*, 57(2): 253-261.
30. Ryff, C.D. and Keyes, C.L.M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4): 719-727.
31. Safari, H; Zare, A. and Sepehri, Z. (2018). Comparison of social health dimensions of sports science students with other students of Jahrom University. *Journal of Rehabilitation Research in Nursing*, 5(1): 1-7. (Persian)
32. Safiri, Kh. and Shayesteh, S. (2015). Study of relationship between family social capital and youth social well-being. *Quarterly Journal of Social Work*, 4(3): 5-17. (Persian)

33. Samaram, E. (2010). Community-oriented policing and social health. *Journal of Social Order*, 1(1): 9-29. (Persian)
34. Sharbatian, M.H. (2012). An introduction to the role of social capital in promoting family social health indicators and providing the necessary solutions. National Scientific Conference on Social Work, Khomeini Shahr Azad University. (Persian)
35. Sirven, N. and Debrand, T. (2011). Social capital and health of older Europeans: From reverse causality to health inequalities. Available at: [www.irdes.fr](http://www.irdes.fr).
36. Solhi, M., Yoosefi Labani, J., Khosravi, B., Fattahi, E. and Rostaghi, S. (2020). Investigation the relationship between demographic variables and social capital among Iranian medical students. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 27(1): 113-120. (Persian)
37. Tale Zari, M. and Saeedi, P. (2019). A comprehensive overview of social capital. *Quarterly Journal of New Research Approaches in Management and Accounting*, 3(8): 186-213. (Persian)
38. Vosoughi, M., Mahdavi, S.M.S. and Rahmani Khalili, E. (2013). Investigating the collective effects of social capital, social vitality and social support on social health. *Iranian Social Issues Review Quarterly*, 4 (2): 235-264. (Persian)
39. Wakefield, S.E. and Poland, B. (2005). Family, friend or foe? Critical reflections on the relevance and role of social capital in health promotion and community development. *Social Science and Medicine*, 60(12): 2819-2832.
40. WHO. (1948). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. [http://www.who.int/governance/eb/whoconstitution\\_en.Pdf](http://www.who.int/governance/eb/whoconstitution_en.Pdf)
41. Yazdanpanah, L. and Nikvarz, T. (2015). Relationship between social factors and social health among students of Shahid Bahonar University of Kerman. *Journal of Applied Sociology*, 59(3): 99-116. (Persian)
42. Yiengprugsawan, V., Khamman, S., Seubsman, S. A., Lim, L. L. and Sleight, A. C. (2011). Social capital and health in a national cohort of 82,482 Open University adults in Thailand. *Journal of Health Psychology*, 16(4): 632-642.

43. Zahediasl, M. and Pilevari, A. (2013). Meta-analysis of studies on social health. *Journal of Welfare Planning and Social Development*, 19(2): 72-107. (Persian)
44. Zaki, M.A. and Khoshuie, M.A. (2012). Social health and its effective factors among the citizens of Isfahan. *Urban Sociological Studies*, 3(8): 79-108. (Persian)

