

# تحلیل رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی و اجتماعی

دکتر جعفر هزار جریبی\*

اسدالله مهری\*\*

تاریخ دریافت: ۹۰/۱۱/۱۵

تاریخ پذیرش: ۹۱/۶/۲۰

## چکیده

هدف از این پژوهش شناخت میزان تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت روانی و اجتماعی معلمان شهر همدان می‌باشد. روش تحقیق از نوع مقطعی به صورت پیمایشی و از نوع توصیفی بوده است. جامعه آماری پژوهش را تمام معلمان شهر همدان در سال ۱۳۹۰ تشکیل می‌دهند. نمونه مطالعه شامل ۳۷۵ نفر می‌باشد، که با روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای انتخاب شدند. در این پژوهش تمام آزمودنی‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های اطلاعات دموگرافیک، سرمایه اجتماعی، سلامت روانی (GHQ-28) و سلامت اجتماعی کبیز مورد سنجش قرار گرفتند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون  $t$ ، ضریب همبستگی، رگرسیون چند متغیره و مدل تحلیل مسیر استفاده شد. نتایج مطالعه حاکی از آن است که بین

jafar\_hezar@yahoo.com

a.mehri57@gmail.com

\* استاد جامعه‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی.

\*\* کارشناس ارشد برنامه‌ریزی رفاه اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی.

تبعاً مشارکت اجتماعی سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی و سلامت روانی به ترتیب (۰/۴۲۹ و ۰/۵۳۴)، تبعاً روابط با دوستان و اقوام و خانواده (۰/۴۷۰، ۰/۳۷۶)، تبعاً اعتماد اجتماعی (۰/۵۹۳، ۰/۳۶۱)، تبعاً روابط همسایگی (۰/۶، ۰/۳۱۰)، تبعاً انسجام اجتماعی (۰/۴۰۶، ۰/۱۷۹)، تبعاً گرایش نسبت به دیگران (۰/۵۳۶، ۰/۲۸۳)، تبعاً ایثار نسبت به غریبه‌ها (۰/۳۶۶، ۰/۱۳۶)، تبعاً حمایت اجتماعی (۰/۵۱۵، ۰/۳۲۹) و تبعاً علاقه به جامعه (۰/۳۲۹، ۰/۲۷۶) همبستگی معناداری دیده شد. همچنین نتایج کلی، رابطه معناداری بین سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی ( $p > ۰/۰۰۱$  و  $r = ۰/۴۹۲$ ) و سلامت روانی ( $p > ۰/۰۰۱$ ) و  $r = ۰/۵۷۲$ ) را نشان داد. طبق یافته‌ها، این پژوهش در راستای مطالعات صورت گرفته در این زمینه می‌باشد. بنابراین پیشنهاد می‌شود که به ارتقاء سلامت معلمان از طریق نظام‌های آموزشی و تربیتی با افزایش سرمایه اجتماعی، استفاده از روش‌های آموزشی گروهی و ایجاد شبکه‌های اجتماعی علمی، آموزشی، دوستی و تفریحی توجه شود.

**واژه‌های کلیدی:** سرمایه اجتماعی، سلامت اجتماعی، سلامت روانی، معلمان.

## بیان مسأله

سلامت را محور توسعه اقتصادی-اجتماعی تلقی می‌کنند. اگر هدف تمام سیاست‌های اجتماعی-اقتصادی، رفاه جامعه باشد، کلید ورود به رفاه جامعه، ابتدا امید به زندگی مناسب و سالم و سپس کیفیت زندگی است که هیچ یک از این‌ها بدون داشتن سلامت امکان پذیر نیست. توسعه بدون وجود انسان سالم قابل درک نیست. همچنین قرن جدید با خود عقاید جدیدی آورده است، یک باور جدی این است که در مورد یک ملت تنها با رشد اقتصادی نمی‌توان قضاوت کرد، بلکه احساس خوشنودی، امنیت و رضایت اجتماعی مردم نیز مهم است. در یک جامعه پایدار، برابری، آموزش، سلامت و

احترام به حقوق انسان‌ها و برخورداری از نیازهای اساسی از ملزومات و شاخص‌های توسعه به شمار می‌رود.

برخی کشورها در سال‌های اخیر تغییر پارادایم نسبت به تفکر پیرامون سلامت را پایه ریزی نموده‌اند. پارادایم قدیم بر بیماری تأکید می‌کرد در حالی که پارادایم جدید بر سلامت، عملکرد و بهزیستی (آسایش) تأکید می‌کند. اختلاف نظر در مورد فضا و مفهوم سلامت رایج است، چرا که سلامت می‌تواند دارای ابعاد پزشکی، اجتماعی، اقتصادی، روانی و ابعاد بسیار دیگری می‌باشد. سلامت ممکن است بعنوان فقدان بیماری، داشتن توانایی، استقامت و کیفیت زندگی بالا تعریف شود.

مطالعات نشان داده که در بین عوامل مؤثر بر ایجاد سلامت سهم هر دسته از عوامل حدوداً به قرار زیر است: سهم سیستم ارائه سلامت (بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها، داروها و...) به میزان ۲۵ درصد، سهم عوامل ژنتیکی و بیولوژی ۱۵ درصد و سهم عوامل فیزیکی، زیست محیطی و عوامل رفتاری ۱۰ درصد، این در حالی است که سهم عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت ۵۰ درصد می‌باشد (مرندی، ۱۳۸۵: ۴۴). در حقیقت تلاش بخش سیستم ارائه سلامت فقط یکی از عوامل مؤثر بر سلامت است. در حالی که عمده‌ترین تأثیر از عوامل اجتماعی و اقتصادی، سرچشمه می‌گیرد، که بر شرایطی که مردم در آن زندگی و کار می‌کنند، اثر می‌گذارد. با مراجعه به نوشتارهای مربوط به عوامل تعیین‌کننده اجتماعی سلامت، واژه سرمایه اجتماعی را خواهیم دید که اکنون به یک گزاره رایج در این نوشتارها تبدیل گشته است. در این پژوهش سرمایه اجتماعی به عنوان یک عامل اجتماعی که می‌تواند بر سلامت مؤثر باشد در نظر گرفته شده است.

تمام اقشار جامعه با مشکلات و مسائل خاص خود روبه‌رو بوده و گاهی عوامل خطر سازی آنها را تهدید می‌کند، معلمان نیز از این امر مستثنا نبوده و در حین فعالیت فرهنگی و آموزشی خود با عواملی دست و پنجه نرم می‌کنند که بی‌تردید می‌تواند برای سلامت آنها مخاطره‌آمیز باشد. آنان فشارهای روحی و جسمی متعددی را متحمل

می‌شوند و بر اثر کار شدید و مشکلاتی که در روابط بین فردی در مدرسه با مدیر، دیگر همکاران و دانش‌آموزان پیدا می‌کند، همچنین انرژی فراوانی که برای کنترل رفتارهای نابهنجار دانش‌آموزان صرف می‌کنند، دائماً در حالت تنش به سر می‌برند.

حسن ضیاءالدینی و عبدالرضا رجایی نژاد (۱۳۸۱) در تحقیقی به این نتیجه رسیده‌اند که اختلال روانی در بین معلمان در سه سطح به شکل زیر شایع است: خفیف ۳۸/۱، متوسط ۳/۳، شدید ۱/۴ درصد. افسردگی شایع‌ترین اختلال در هر دو جنس (۸۶/۱ درصد) بوده و عقاید پارانوئیدی کمترین شیوع (۳۳/۹ درصد) را داشته‌اند. همچنین کیفی (۱۳۷۷) میزان شیوع اختلالات روانی در میان معلمان کرمان را ۲۸/۵ درصد برآورد کرده است. علیرضا رجایی (۱۳۸۴) نیز میزان شیوع اختلالات روانی را بر پایه پرسشنامه  $GHQ=28$  برابر با خفیف ۴۹/۲، متوسط ۶/۳ و شدید ۲/۴ درصد، بیان کرده است. افسردگی و بدعملکردی اجتماعی شایع‌ترین اختلال در هر دو جنس (۶۳/۱ درصد) بوده است. همچنین، کوچکی (۱۳۸۴) به این نتیجه رسید که ۸۱/۱ درصد معلمان به لحاظ روانی سالم بودند و ۱۸/۹ درصد آنها مشکوک به علائم روان پزشکی بودند. شکایات جسمی ۷/۳ درصد، افکار پارانوئیدی ۵/۸ درصد و افسردگی ۴/۹ درصد شایع‌ترین علائم روان‌پزشکی بودند.

اگرچه آمار رسمی در مورد سلامت معلمان وجود ندارد، ولی وضعیت موجود در جامعه نشان می‌دهد که ساختارهای کلان و خرد جامعه به نحوی هستند که توانایی تأمین بهداشت روانی، سلامت جسمی و اجتماعی معلمان را در سطح مطلوبی فراهم نکرده‌اند و بسیاری از معلمان از سلامت جسمی، اجتماعی و به ویژه سلامت روانی رضایت بخشی برخوردار نیستند.

سالم بودن معلمان نه تنها به خودی خود ارزشمند است، بلکه معلمان در صورت احراز سلامتی می‌توانند سایر نیازهای خود را برطرف سازند و به اهداف‌شان نائل شوند. علاوه بر این، برخورداری از تندرستی، احساس امنیتی معلمان را تأمین می‌کند و به آنان اطمینان می‌دهد که قادر به ایفای نقش‌های اجتماعی خود خواهند بود. مسلماً

نتایج حاصل از این تحقیق و پژوهش‌های مشابه می‌تواند به شناسایی میزان سرمایه اجتماعی معلمان، پیش بینی وضعیت سلامت اجتماعی<sup>۱</sup> و روانی<sup>۲</sup> آنها و در نتیجه بالا بردن سطح سلامت و رضایت آنها کمک چشمگیری کند. بر این اساس این پژوهش، با هدف بررسی تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت اجتماعی و روانی معلمان تدوین شده است و همگام با این هدف تأثیر برخی از متغیرهای زمینه‌ای مانند: جنس، سن، سابقه کار و ... هم بررسی می‌گردد.

### پیشینه تحقیق

تحقیقات متعددی در زمینه ارتباط بین سرمایه اجتماعی و سلامت انجام شده است از جمله: کاوواجی و همکاران (Kawachi & et al, 1997) «سرمایه اجتماعی، نابرابری درآمدی و مرگ و میر در آمریکا» را مطالعه نمودند. «رز»<sup>۳</sup> (۱۹۹۹) در بررسی این که «سرمایه اجتماعی چقدر می‌تواند بر سلامتی تأثیر بگذارد»، به بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامتی پرداخت. وینسترا<sup>۴</sup> (۲۰۰۰) با بررسی «سرمایه اجتماعی، پایگاه اقتصادی-اجتماعی (ses)، سلامتی، یک تحلیل سطح فردی» به رابطه بین عناصر سطح فردی سرمایه اجتماعی، اعتماد، تعهد و هویت در بُعد روانی-اجتماعی و سلامتی پرداخته است. هارفام<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۰۳) «سلامتی و سرمایه اجتماعی» را مطالعه نمودند. زان زانگ<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۰۴) به بررسی «رابطه بین شبکه‌های اجتماعی و سلامتی در کانادا» پرداخته‌اند. هیپا<sup>۷</sup> و همکاران (۲۰۰۵) «رابطه سطح فردی بین سرمایه اجتماعی و سلامت در جامعه فنلاندی و سوئدی زبان»، را مورد بررسی قرار دادند.

---

۱. Social Health (Social well being)

۲. Mental Health

۳. Rose

۴. Veenstra

۵. Harpham

۶. Zanzunegui

۷. Hyypa

خیراله پور (۱۳۸۴) «عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روانی با تأکید بر سرمایه اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی» را بررسی نمود. شریفیان ثانی و خواجه دادی (۱۳۸۶) «ارتباط سرمایه اجتماعی و سلامت مادران تهران» را مطالعه نمودند. آراسته (۱۳۸۶) «وضعیت سلامت روان دبیران شهرهای سنندج و بیجار» را بررسی کرد. لهسایی زاده و همکارش (۱۳۸۶) «ارتباط سرمایه اجتماعی و سلامت روان در مهاجران» را با استفاده از پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت روان بررسی نمودند. حاتمی (۱۳۸۹) «عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تأکید بر شبکه‌های اجتماعی» را مطالعه کرد. گیلبرت<sup>۱</sup> (۲۰۰۸) در «فرا تحلیل سرمایه اجتماعی و سلامت»، با استفاده از داده‌های آماری، تحقیقاتی که رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت را بررسی کرده بودند را مورد مطالعه قرار داد. اسمیت<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۸) «شبکه‌های اجتماعی و سلامت» را مطالعه کردند. گروزن<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۹) در مقایسه‌ای در اثر بخشی اعتماد و مشارکت اجتماعی در سلامت خود، گزارشی در بین ده کشور اروپایی با عنوان «سرمایه اجتماعی و سلامت در بین کشورهای اروپایی»، را انجام داده‌اند. ویزنتورا<sup>۴</sup> (۲۰۱۱) با همکاری مرکز ملی همه گیرشناسی و سلامت جمعیت، «سرمایه اجتماعی و سلامت در بین ۸۲۴۸۲ نفر از گروه‌های ملی دانشجویان بزرگسال دانشگاه در تایلند» را انجام داد. سیرون و دبرانند<sup>۵</sup> (۲۰۱۱) «سرمایه اجتماعی و سلامت در بین سالخوردگان اروپایی» را مطالعه نمودند. همه این تحقیقات ارتباط بین ابعاد گوناگون سرمایه اجتماعی و سلامت را نشان می‌دهند.

## مبانی نظری تحقیق

---

۱. Gilbert

۲. Smith

۳. Groezen

۴. Vasoontara

۵. Sirven & Debrand

تعاریف ارائه شده از سلامتی، عموماً در سطح فردی و اجتماعی قابل طرح هستند و یکی از مهمترین و پذیرفته شده ترین آن، تعریف سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۴۸ است: سلامتی حالت رفاه و آسایش کامل روانی، جسمی و اجتماعی است و نه فقط فقدان بیماری و یا نقص عضو (WHO, 1998: 1).

مفهوم سلامت روانی شامل: تندرستی ذهنی، درک خود اثر بخشی (کارایی)، استقلال، شایستگی، وابستگی بین نسلی و شناخت توانایی برای درک منطقی و پتانسیل عاطفی می باشد. همچنین در شرایط سلامت، زمانی که افراد توانایی های خود را می شناسند و توانایی مقابله با استرس های معمول زندگی را دارند و می توانند به طور مؤثری در ساختن جامعه خود عمل کنند هم سلامت روانی تعریف می شود (گزارش سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۸: به نقل از Gilbert, 2008: 5).

به عقیده فروید انسان متعارف، کسی است که مراحل رشد جنسی را با موفقیت گذرانیده باشد و در هیچ یک از مراحل پیش از حد تثبیت نشده باشد. وی انسان نامتعارف را به دو گروه روان نژند<sup>۱</sup> و روان پریش<sup>۲</sup> تقسیم می کند و هسته مرکزی بیماری روانی را اضطراب می داند (شفیع آبادی و همکاران، ۱۳۸۵: ۵۲).

از نظر یونگ<sup>۳</sup> فرایندی که موجب یکپارچگی شخصیت انسان می شود، فردیت یافتن<sup>۴</sup> یا تحقق خود است. در انسان فردیت یافته هیچ یک از وجوه شخصیت، مسلط نیست نه هشیار و نه ناهشیار، نه یک کنش یا گرایش خاص و نه هیچ یک از الگوهای کهن<sup>۵</sup> همه آنها به توازنی هماهنگ رسیده اند (بیانی، ۱۳۸۴: ۱۴۴).

---

۱. Freud  
 ۲. Nerusis  
 ۳. Psychosis  
 ۴. ung  
 ۵. Individualization  
 ۶. Architype

آدلر<sup>۱</sup> «تلاش برای برتری» را واقعیت اساسی زندگی به شمار می‌آورد. این برتری به معنای کمال است و نه احساس خود پسندانه و یا سلطه جویانه نسبت به دیگران (شولتز و شولتز، ۱۳۸۱: ۹۸). البته افراد دیگری چون فروم و هنری، مورای کارن هورنای و... با رویکردهای روانکاوی جدید به بهداشت و سلامت روان به شکل مستقیم و غیر مستقیم پرداخته‌اند. اریکسون<sup>۲</sup> مراحل رشد شخصیت انسان را به هشت مرحله تقسیم می‌کند. هر مرحله که با دو مفهوم کاملاً متضاد مشخص شده است، موجب به وجود آمدن تعارضاتی در فرد می‌شود و فرد در هر مرحله از تحول، مابین دو شیوه پاسخ دهی به بحران، شیوه ناسازگارانه یا منفی و شیوه سازگارانه یا مثبت حق انتخاب دارد: (شولتز و شولتز، ۱۳۸۱: ۱۴۵). هنگامی که رشد انسان و سازمان‌های اجتماعی به نحو متناسب هماهنگ می‌شود، در هر کدام از مراحل رشد روانی-اجتماعی، توانایی‌ها و استعدادها مشخصی ظهور می‌نماید. سلامت روان شناختی را می‌توان در قبال این توانایی‌ها و در هر مرحله از رشد روانی-اجتماعی تعریف کرد (خدا رحیمی، ۱۳۷۴: ۷۸).

به عقیده راجرز<sup>۳</sup> «آفرینندگی»<sup>۴</sup> مهمترین میل ذاتی انسان سالم است، «همچنین شیوه خاصی که موجب تکامل و سلامت خود می‌شود، به میزان محبتی بستگی دارد که کودک در شیرخوارگی دریافت کرده است. ارضای «توجه مثبت غیر مشروط»<sup>۵</sup> و دریافت غیر مشروط محبت و تأیید دیگران، برای رشد و تکامل سلامت روانی فرد با اهمیت است» (خدا رحیمی، ۱۳۷۴: ۷۵). این نوع نگرش به سلامت روان ریشه در فلسفه اگزیستانسیالیستی (اصالت وجود) دارد و بر فرضیه تمایل بنیادین انسان به خود

---

۱. Addler

۲. Erikson

۳. Rogers

۴. Creativity

۵. Unconditioned Positive Regard



شکوفایی استوار است (گنجی، ۱۳۸۶: ۱۸۷). نگرش فرانکل<sup>۱</sup> به سلامت روان، تأکید عمده را بر اراده معطوف به معنا می‌گذارد. جستجوی معنا مستلزم پذیرفتن مسئولیت شخصی است. هیچ کس و هیچ چیز به زندگی انسان معنا نمی‌دهد مگر خودش. انسان بایستی با احساس مسئولیت آزادانه با شرایط هستی و زندگی روبرو شود و معنایی در آن بیابد. به نظر فرانکل ماهیت وجودی انسان از سه عنصر «معنویت»، «آزادی» و «مسئولیت» تشکیل شده است و سلامت روان مستلزم تجربه شخصی این سه عامل است (فرانکل، ۱۳۷۵: ۵۵).

«به نظر گلاسر<sup>۲</sup> انسان سالم کسی است که دارای ویژگی قبول واقعیت، قضاوت در درستی یا نادرستی رفتار و پذیرش مسئولیت رفتار و اعمال باشد و چنانچه در شخصی این سه اصل تحقق یابد، نشانگر سلامت روانی او است (خدا رحیمی، ۱۳۷۴: ۴۴).

سلامت اجتماعی را با سه تلقی می‌توان تعریف کرد:

۱- سلامت اجتماعی به مثابه بُعد اجتماعی سلامت فرد، که در کنار دو بُعد جسمی و روانی سلامت فرد، به رابطه او با جامعه نظر دارد، ۲- جامعه سالم به مثابه «شرایط اجتماعی سلامت بخش»، ۳- سلامت اجتماعی به مثابه وضعیت اجتماعی بهتر به طوری که بسته به اوضاع فعلی هر جامعه یا جماعت، مصادیق و معناها عینی متفاوت می‌یابد (Veenstra, 2000: 84).

«بلوک و برسلو<sup>۳</sup>، سلامت اجتماعی را با «درجه عملکرد اعضای جامعه» مترادف کردند (به نقل از فروم، ۱۳۸۵: ۳۴۲). از نظر دونالد<sup>۴</sup> و همکارانش (۱۹۷۸) «سلامت اجتماعی یعنی:

---

۱. Frankl  
 ۲. Glasser  
 ۳. Belloc & Breslov  
 ۴. Donald

- ۱- عمل کردن فرد با سازگاری کامل که در آن شرایط، هماهنگی و تعادل کامل برقرار است.
  - ۲- یک نوع سازگاری که در آن فرایند تعادل بیش از آنکه تعارض باشد، موافقت و همراهی است.
  - ۳- وجود شبکه‌ای از دوستان که فرد با آنها احساس راحتی می‌کند و می‌تواند از عهده مسئولیت‌های اجتماعی خود برآید» (به نقل از کوکرین، ۱۳۷۶: ۱۹۲).
- از طرف دیگر کیز سلامت اجتماعی را ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با دیگران، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی است که او عضو آنهاست (Keyes, 2004: 83). وی با توجه به مفهوم پردازی‌های نظری از سلامت اجتماعی، یک مدل پنج بُعدی قابل سنجش ارائه داد که طبق این ابعاد، فرد سالم زمانی عملکرد خوبی دارد که اجتماع را به صورت یک مجموعه معنادار و قابل فهم و 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 فرد از تجربیاتش در جامعه است. این مقیاس جدید با مقیاس‌های سلامت اجتماعی در سطح بین فردی (مثل پرخاشگری و حمایت اجتماعی) و در سطح اجتماعی (مثل فقر و جایگاه اجتماعی) تفاوت دارد (Keyes & Shapiro, 2001: 30) کیز، سلامت اجتماعی را به عنوان گزارش فرد از کیفیت روابطش با افراد، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که وی عضوی از آنهاست تعریف می‌کند. کیز و همکارش از سه منظر به سلامت اجتماعی نگاه کرده و در سطح فردی آن را ساخته و پرداخته‌اند. جدول ۱ سطح تحلیل و بررسی سلامت اجتماعی را نشان می‌دهد.

جدول ۱- سطح تحلیل سلامت اجتماعی

سطوح تحلیل			پیوستار
فردی	میان فردی	اجتماعی	*
از خود بیگانگی، و بی هنجاری	پرخاشگری و خشونت	میزان قدرت، خودکشی، بزهکاری	منفی
ابعاد سلامت اجتماعی کبیز	مبادله انواع حمایت اجتماعی، اعتماد	سرمایه اجتماعی، تأثیر اجتماعی	مثبت

منبع: (Keyes &amp; Shapiro, 2001: 33)

کبیز در بررسی سلامت اجتماعی به عنوان بُعد مهمی از سلامت فرد، آن را در چند بُعد بررسی کرده است: انسجام و یکپارچگی، آشکوفایی اجتماعی، پذیرش اجتماعی،<sup>۳</sup> مشارکت اجتماعی، انطباق اجتماعی<sup>۵</sup> (Keyes & Shapiro, 2001: 123-145). (Felicia Huppert & et al 2005).

لایکوک سلامت اجتماعی را به صورت شرایط رفاه افراد در شبکه روابط اجتماعی شامل خانواده، اجتماع و ملت تعریف می‌کند (به نقل از کنگرلو، همان، ۴۳). لارسون بیان می‌کند که سلامت اجتماعی قسمتی از سلامت فردی است و این سلامت فردی میزان واکنش درونی افراد است که به صورت احساسات، افکار، رفتار رضایت و یا عدم رضایت از محیط اجتماعی شان نشان داده می‌شود (Larson. J. S. 1996: 148). مدل سلامت اجتماعی که توسط ریف<sup>۶</sup> مطرح شده است، مفهوم سلامت اجتماعی را شامل ابعاد عملکرد مثبت ذهن و روان می‌داند. این ابعاد عبارتند از: پذیرش خود، رشد

---

۱. Social Cohesion

۲. Social Efflorescence

۳. Social Acceptance

۴. Social Participation

۵. Social Adaptation

۶. Larson

۷. Ryff

شخصی، روابط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط، هدفمند بودن در زندگی و استقلال (Ryff, 1996: 57).

### سرمایه اجتماعی

هر چند پس از هانیفان اندیشه سرمایه اجتماعی تا چندین دهه ناپدید شد، ولی در دهه ۱۹۵۰، گروهی از جامعه شناسان شهری کانادایی، سیلی،<sup>۱</sup> سیم<sup>۲</sup> و لوزلی<sup>۳</sup> در دهه ۱۹۶۰ یک نظریه پرداز مبادله به نام هومنز<sup>۴</sup> ۱۹۶۱ و یک استاد مسائل شهری به نام جین جاکوب<sup>۵</sup> ۱۹۶۱ و در دهه ۱۹۷۰ لوری<sup>۶</sup> اقتصاددان ۱۹۷۹ و ایوان لایت<sup>۷</sup> جامعه شناس با بررسی مشکل توسعه اقتصادی درون شهری این مفهوم را به شکل تلویحی به کار بردند.

سرمایه اجتماعی زاده کنش و واکنش افراد می باشد و محصول آشنا بودن، آشنا شدن و آشنا ماندن آدمیان با یکدیگر است، بر چشم داشت هایی استوار است که از آشنایی جان می گیرد، در بیشتر مواقع با گذر زمان می بالد و گسترده می شود. ویژگی ذاتی سرمایه اجتماعی این است که در روابط اجتماعی شکل می گیرد، به تعبیری سرمایه اجتماعی در درون ساختار روابط افراد یافت می شود، برای برخورداری از آن، فرد باید با دیگران رابطه داشته باشد و در واقع همین دیگران هستند که منبع واقعی برخورداری فرد از مزایا و امتیازات محسوب می شوند. سرمایه، یک منبع کلی است که اجتماع، افراد و گروه های اجتماعی و سرانجام کل جامعه از آن استفاده می کنند، تا هدف های خود را تحقق بخشند؛ یعنی ابزارهایی که فرد، گروه ها یا جامعه ای برای

---

۱. Seely

۲. Sim

۳. Loosely

۴. Homans

۵. Jacobs

۶. Loury

۷. Lith

رسیدن به هدف‌هایشان از آن استفاده می‌کنند. «سرمایه اجتماعی اصطلاحی است که گاه در معنای وسیع به کار می‌رود و مفهوم ثروت اجتماعی<sup>۱</sup> و یا حتی درآمد اجتماعی از آن برمی‌آید و گاه در فضای محدود، منابع و تجهیزات غیرفردی و غیرخصوصی را شامل می‌شود. بدین معنی، سرمایه اجتماعی آن چیزی است که با سرمایه جامعه پدید آمده و مورد استفاده همگان است، به شکل عینی و فیزیکی وجود ندارد، هر چه بیشتر مصرف شود افزایش خواهد یافت و در صورتی که مصرف نشود، رو به کاهش و نابودی خواهد گذارد» (اختر محقق، ۱۳۸۵: ۱۳).

روابط اجتماعی، بنیاد سرمایه اجتماعی است که می‌توان آن را به شکل فردی، محیطی یا چند سطحی تحلیل کرد و به کار برد. هر کدام از این سطوح تحلیل، سرمایه اجتماعی را تقویت می‌کنند، اما می‌توانند مسأله ساز و بغرنج باشند. در مقابل سرمایه اجتماعی می‌تواند این سه زمینه یکپارچگی اجتماعی، مشارکت عمومی و روابط قدرت را به آزمون بکشد (Gilbert, 2008: 2-1).

از نظرهانیان (۱۹۲۰)، سرمایه اجتماعی بیشتر به آن جوهره‌های ملموس که افراد در زندگی واقعی می‌سازند، متمایل می‌باشند. از قبیل: نیت خیر، معاشرت کردن، همدلی، روابط متقابل بین افراد و خانواده‌ها که جامعه واحد را می‌سازند. بیکر (۱۹۹۰) آن را منبعی می‌داند که کنشگران آن را از ساختارهای خاص اجتماعی برمی‌گیرند، سپس در پی گیری منافع خود به کارش می‌برند و به واسطه تغییر در روابط کنشگران به وجود می‌آید (به نقل از توسلی و موسوی، ۱۳۸۴: ۱۴). بانک جهانی نیز سرمایه اجتماعی را پدیده‌ای می‌داند که حاصل تأثیر نهادهای اجتماعی، روابط انسانی و هنجارها بر روی کمیت و کیفیت تعاملات اجتماعی است و سرمایه اجتماعی تنها مجموعه نهادهایی که یک جامعه را پشتیبانی می‌کنند، نیست. بلکه چسب و سریشی<sup>۲</sup> است که آنها را در کنار هم نگاه می‌دارد (وب سایت بانک جهانی ۲۰۰۱ به نقل از هارپر

---

<sup>۱</sup> Social Wealth

<sup>۲</sup> Glue

و کلی (Harper, & Kelly, 2003:2)، به نظر اسپلبرگ، منبعی اجتماعی است که متضمن روابط بین افراد است و از تماسها، روابط، اشتراکات، همکاری و اعتماد ذاتی در روابط جاری منشاء می‌گیرد و رشد می‌کند (Spellerberg, A. 2001: 43). در یک دسته بندی دیگر مالین پریدمور، اجزاء سرمایه اجتماعی را چنین دسته بندی کرده است:

جدول ۲- اجزاء سرمایه اجتماعی مالین و پریدمور

سرمایه اجتماعی ساختاری	سرمایه اجتماعی شناختی
پیوند <sup>۵</sup> داشتن روابط خوب با همسایه، خانواده، دوستان و آشنایان.	اعتماد <sup>۴</sup> تعمیم یافته، شخصی، نهادی
اتصال برقرار کردن <sup>۷</sup> داشتن شبکه اجتماعی	هنجارهای متقابل <sup>۶</sup> هنجارهای همیاری
ارتباط برقرار کردن <sup>۹</sup> تماس با مقامات و سیاستمداران، شرکت در نشست‌های محلی، اشتغال در احزاب سیاسی	احساس امنیت <sup>۸</sup>

منبع: (Malin , 2010: 5) و (Pridmore & et al, 2008: 7)

یافته‌ها و تبیین‌های دورکیم در مورد تنوع و گوناگونی خودکشی امروز نیز درست می‌نماید. اما مهم تر از همه، بسط نظریه او به دیگر شکل‌های بیماری و تأثیر وسیع‌تر بیگانگی اجتماعی است. چنین استدلال می‌شود که همبستگی اجتماعی تأثیر قابل

۱ Spellerberg

۲ Malin

۳ Pridmore

۴ Trust

۵ Bonding

۶ Reciprocity norms

۷ Bridging

۸ Sense of security

۹ Linking

ملاحظه‌ای بر سلامت یک جمعیت دارد، مخاطراتی که این همبستگی را تهدید می‌کنند، موجب ایجاد سطح نازل تر سلامت برای همه می‌شوند و یک روش تامل درباره ماهیت همبسته یک اجتماع، براساس «سرمایه اجتماعی» آن استوار است (آرمسترانگ، ۱۳۷۸: ۱۰۶).

ادیات سرمایه اجتماعی شامل تعاریف متعددی از خیر جمعی است. خیر همگانی ریشه در روانشناسی اجتماعی دارد و تعاریف زیادی که اعضای موفق گروه اعتقاد به توانایی و ظرفیت برای جمع آوری اعمال مؤثر را ایجاد می‌کند (Gilbert, ۲۹-۲۲: ۲۰۰۸). این مفهوم ترکیبی از اعتماد متقابل، انسجام و ارزشهای مشترک بین اعضای اجتماع (انسجام اجتماعی) و انتظارات مشترک برای کنش‌های اجتماعی به منظور دست یابی به اهداف جمعی (کنترل اجتماعی غیررسمی) است. از این دیدگاه اجتماعاتی که دارای سطح بالایی از ثمربخشی جمعی هستند، ممکن است به صورت بهتری قادر به نظارت و قاعده مند کردن رفتارهای عمومی و خصوصی همچون سلامت باشند. ثمربخشی جمعی، سازوکاری تسهیل کننده برای کنترل اجتماعی است و نیازی به پیوندها، روابط و اشتراکات مستحکم ندارد و بر ترکیب اعتماد و درخواست مشترک افراد برای مداخله در کنترل اجتماعی تأکید دارد. براونینگ<sup>۲</sup> با توسعه مفهوم اثربخشی جمعی، به چهار سازوکار که از طریق آن ثمربخشی جمعی بر سلامت تأثیر می‌گذارد، اشاره کرده که عبارتند از: کنترل رفتارهای پرخطر، دسترسی به خدمات بهداشتی، مدیریت آسیب‌های فیزیکی و کالبدی و فرایندهای اجتماعی - روانی (Browning & et al, 2008: 270-272).

سرمایه اجتماعی از نظر بوردیو<sup>۳</sup> (۱۹۸۵) بر تعهدات و ارتباطات اجتماعی مبتنی است. او تعریف خود را چنین تکمیل می‌کند: «سرمایه اجتماعی انباشت منابع بالفعل و

۱. collective efficacy

۲. Browning

۳. Bourdieu

بالقوه‌ای است که مربوط به داشتن شبکه‌ای نسبتاً پایدار از روابط کم و بیش نهادی شده از آشنایی و شناخت متقابل است یا به عبارت دیگر عضویت در یک گروه برای هر یک از اعضایش از طریق حمایت یک سرمایه جمعی،<sup>۱</sup> صلاحیتی فراهم می‌کند که آنان را مستحق «اعتبار»<sup>۲</sup> به معانی گوناگون کلمه می‌کند. جایگاهی که بورديو برای سرمایه اجتماعی در نظر می‌گیرد برگستره پیوندها یا شبکه‌های اجتماعی متمرکز شده است. خانواده یکی از نمونه‌های برجسته این پیوندهاست. بر این اساس، شبکه‌ای از روابط خانوادگی می‌تواند جایگاه یک گردش غیر رسمی سرمایه باشد (بورديو، به نقل از بن فاین: ۱۰۳).

پاتنام<sup>۳</sup> (۱۹۹۵) معتقد است که جنبه‌هایی از سرمایه اجتماعی از قبیل؛ هنجارها، شبکه‌ها و اعتماد متقابل است که همبازی و هماهنگی افراد را برای دستیابی به منافع مشترک، تسهیل می‌کند (پاتنام، ۱۳۸۰: ۵). سه مفهوم اساسی شبکه‌ها، هنجارها و اعتماد، سه پایه اصلی اجتماعی نزد پاتنام را تشکیل می‌دهند. شبکه‌ها دو نوع افقی و عمودی هستند، در شبکه‌های افقی، شهروندانی عضویت دارند که از قدرت و وضعیت برابری برخوردارند. در شبکه‌های عمودی هم شهروندانی عضوند که در وضعیتی نابرابر نسبت به هم به سر می‌برند. شبکه‌های افقی انبوه، اما جدا از هم، تقویت همکاری درون گروهی را سبب می‌شوند. آنها با دور زدن شکاف‌های طبقاتی، همکاری گسترده تری را پدید می‌آورند. از نظر او شبکه مشارکت مدنی یکی از اشکال ضروری سرمایه اجتماعی است. هر چه این شبکه‌ها در جامعه بیشتر باشند، احتمال بیشتری وجود دارد که شهروندان بتوانند در جهت منافع متقابل همکاری کنند.

شبکه‌های عمودی: که در آن کنشگران در وضعیت نابرابر و سلسله مراتبی قرار گرفته‌اند، در این حالت کنشگران با هم ارتباطی ندارند، به این معنا که رابطه کنشگران

---

۱. Collective Capital  
۲. Prestige  
۳. Putnam



منقطع بوده و ایشان تنها اطلاعاتی را بدست خواهند آورد که منافع افراد در موقعیت بالاتر را به خطر نیندازند و اطلاعات به صورت شفاف رد و بدل نمی‌شود، در این نوع کنش‌ها اعتماد کمتر دیده می‌شود (شریفیان ثانی، ۱۳۸۴: ۱۹۲).

در هر گروه اجتماعی، هنجارهایی هست که مهم‌ترین سودمندی آنها تقویت اعتماد، کاهش هزینه معاملات و تسهیل همکاری است. پاتنام نوع خاصی از هنجارهای همیاری را مولدترین جزء سرمایه اجتماعی می‌داند و حتی آن را ملاک سرمایه اجتماعی می‌نامد: «ملاک سرمایه اجتماعی اصل همیاری تعمیم یافته است. من اکنون این کار را برای شما انجام می‌دهم بی آنکه چیزی فوراً در مقابل انتظار داشته باشم و شاید حتی بی آنکه شما را بشناسم، با این اطمینان که در طول راه، شما یا دیگری لطف مرا پاسخ خواهید داد» (توسلی، ۱۳۸۴: ۱۶).

او از دو نوع اعتماد که هر کدام مختص به نظم و ساختار اجتماعی خاص است، سخن می‌گوید: اعتماد شخصی، یعنی اعتمادی که به آشنایی نزدیک با «فرد» و اعتماد تعمیم یافته یا اجتماعی بستگی دارد. به نظر پاتنام اعتماد به همان اندازه که یک نگرش شخصی است یک دارایی ضروری نظام اجتماعی نیز هست. افراد قادرند که به یکدیگر اعتماد کنند «و نه صرفاً خوش باوری» و این به دلیل هنجارها و شبکه‌های اجتماعی است که عمل‌شان در چارچوب آنها قرار می‌گیرد (شریفیان ثانی، ۱۳۸۴: ۱۳۹). همچنین وی تمایزی بین دو شکل اولیه سرمایه اجتماعی که عبارتند از: سرمایه اجتماعی ارتباط دهنده<sup>۱</sup> (جامع) و درون گروهی<sup>۲</sup> (انحصاری) طرح می‌نماید (فیلد، ۱۳۸۸: ۵۶).

پاتنام نیز در مطالعاتش رابطه شاخص‌های بهداشت و شاخص سرمایه اجتماعی را نشان داد، وی چهار دلیل برای این امر برشمرده است: ۱- شبکه‌های اجتماعی بوسیله ایجاد مساعدت مالی، سبب کاهش اضطراب می‌شوند. ۲- شبکه‌های اجتماعی

۱ Bridging Social Capital

۲ Exclusive Social Capital

هنجارهای بهداشت را می‌توانند تقویت کنند. ۳- شبکه‌های اجتماعی می‌توانند در استفاده از خدمات درمانی، اعمال نفوذ کنند. ۴- روابط اجتماعی میان افراد شبکه‌های اجتماعی می‌توانند سبب تقویت سیستم ایمنی بدن شود (فیلد، ۱۳۸۸: ۹۷).

به اعتقاد کلمن<sup>۱</sup> سرمایه اجتماعی، بخشی از ساختار اجتماعی است که به کنشگر اجازه می‌دهد تا با استفاده از آن به منافع خود دست یابد: «روابط اجتماعی هنگامی به وجود می‌آیند که افراد کوشش می‌کنند از منابع فردی خود بهترین استفاده را به عمل آورند و نباید تنها به عنوان اجزاء ساختارهای اجتماعی در نظر گرفته شوند. آنها را می‌توان منابعی برای افراد نیز در نظر گرفت. من این منابع اجتماعی - ساختاری را دارایی سرمایه‌ای برای فرد، یعنی سرمایه اجتماعی در نظر می‌گیرم» (کلمن، ۱۳۷۷: ۴۶۲). او یک کارکرد توصیفی از سرمایه اجتماعی ارائه داده است، به این ترتیب که سرمایه اجتماعی یک جوهره مجرد ندارد، بلکه یک گستره متفاوتی از وجودهاست که دو ویژگی عام دارد، اولی جوهره ساختاری<sup>۲</sup> و دومی جوهره کنش‌مندی<sup>۳</sup> آن است که دو بُعد ساختاری و کنشی را به هم متصل می‌کند (کلمن، ۱۳۷۷: ۳۲۵). کلمن در تعریف خود می‌گوید: سرمایه اجتماعی شیئی واحد نیست، بلکه انواع چیزهای گوناگونی است که دو ویژگی مشترک دارند: همه آنها شامل جنبه‌ای از یک ساخت اجتماعی هستند و کنش‌های معین افرادی را که در درون ساختار هستند، را تسهیل می‌کنند. سرمایه اجتماعی، مانند شکل‌های دیگر سرمایه، مولد است و دستیابی به هدف‌های معین که در نبودن آن دست یافتنی نخواهند بود، را امکان پذیر می‌سازد. سرمایه اجتماعی مانند سرمایه فیزیکی و سرمایه انسانی کاملاً تعویض پذیر نیست، اما نسبت به فعالیت‌های عمومی تعویض پذیر است. شکل معینی از سرمایه اجتماعی که در تسهیل کنش‌های

---

۱. Colman

۲. Structure Essence

۳. Action Essence

معین ارزشمند است ممکن است برای کنش‌های دیگری بی فایده یا حتی زیان‌مند باشد (فیلد، ۱۳۸۸: ۷۴).

فوکویاما معتقد است که «سرمایه اجتماعی را به سادگی می‌توان به عنوان وجود مجموعه‌ای از هنجارها یا ارزش‌های غیررسمی تعریف کرد که اعضای گروهی که همکاری و تعاون میانشان مجاز است در آن سهیم هستند. هنجارهایی که تولید سرمایه اجتماعی می‌کنند، اساساً باید شامل سجایایی از قبیل صداقت، ادای تعهدات و ارتباطات دو جانبه باشند» (فوکویاما، ۱۳۷۹: ۱۲-۱۱).

نظریه پردازان شبکه‌های اجتماعی بر الگوهای عینی پیوندهایی تأکید می‌کنند که اعضای یک جامعه را به یکدیگر مرتبط می‌سازند. ولمن تأکید نظریه پردازان شبکه را چنین شرح می‌دهد: یکی از جنبه‌های اساسی تحلیل شبکه‌ای، این است که گرایش به آن دارد تا جامعه شناسان را از بررسی گروه‌ها و رده‌های اجتماعی به بررسی پیوندهای میان کنشگران سوق دهد، کنشگرانی که «چندان در همبافته و به هم بسته نیستند که بتوان آنها را گروه قلمداد کرد» یکی از نمونه‌های خوب در این زمینه، کار گرانووتور<sup>۱</sup> درباره «قدرت پیوندهای سست»<sup>۲</sup> است. گرانووتور میان «پیوندهای نیرومند»<sup>۳</sup> مانند پیوندهای میان آدمها و دوستان نزدیک‌شان و «پیوندهای سست» مانند آدمها و آشنایان شان، تمایز قائل می‌شود (ریتزر، ۱۳۸۰<sup>۴</sup>: ۵۵۷-۵۷۸). مفهومی که پاتنام از آن به عنوان سرمایه اجتماعی درون گروهی و خطراتی که از این ناحیه متوجه افراد عضو شبکه‌های اجتماعی می‌شود، یاد می‌کند. از این رو، پیوندهای سست از انزوای یک گروه جلوگیری می‌کنند و به افراد گروه اجازه می‌دهند تا در جامعه گسترده‌تر بهتر ادغام شوند (مقایسه انطباق با جامعه یک جنبه از سلامت اجتماعی).

---

۱. Granovetter  
 ۲. Feeble Link  
 ۳. Powerful Link  
 ۴. Ritzer

شبکه‌های اجتماعی ممکن است بر سلامتی تأثیرگذار باشند. یکی از این موارد که اغلب نادیده گرفته می‌شود، عبارت است از: نفوذ اجتماعی، نزدیکی دو کنشگر در شبکه اجتماعی با میزان نفوذ بین شخصی در میان آن دو کنشگر مرتبط است، که در بیشتر مواقع نیازمند روابط چهره به چهره می‌باشد. از آنجا که در شرایط و وضعیت‌های مبهم، افراد راهنمایی مورد نظر خود را از طریق مقایسه نگرش‌ها و دیدگاه‌های خود با گروه‌ها مرجع به دست می‌آورند، هنگامی که نگرش‌ها با گروه‌های مورد مقایسه مشترک باشند، تثبیت و تقویت می‌شوند و در صورت مغایرت با آنها تضعیف می‌شوند. به عبارت دیگر اگر افرادی که به عنوان گروه‌های مرجع فرد به شمار می‌روند، رفتارهای سالم را دنبال کنند این افراد نیز به تبعیت از آنها این رفتارها را دنبال خواهند کرد و همین امر سلامتی آنها را ارتقاء خواهد داد و برعکس اگر آنهایی که به عنوان گروه‌های مرجع فرد قلمداد می‌شوند، رفتارهای مخاطره آمیز برای سلامتی (از قبیل مصرف مشروبات و کشیدن سیگار) را دنبال کنند، افراد زیر نفوذ آنها نیز این رفتارها را انجام خواهند داد (Berkman & Glass, 2000: 139). شبکه‌های رسمی و غیررسمی در مفهوم سرمایه اجتماعی بسیار مهم و کلیدی هستند. آنها به عنوان روابط شخصی که در هنگام تقابل افراد با یکدیگر در خانواده‌ها، محل‌های کار، همسایگی‌ها، انجمن‌های محلی و یک محدوده از محله‌ای ملاقات رسمی و غیررسمی تجمع می‌یابند، تعریف می‌شوند و انواع گوناگون سرمایه اجتماعی در انواع گوناگون شبکه‌ها می‌تواند شرح داده شود (Harper & Kelly, 2003: 3).

برکمن و کاواچی مطرح می‌کنند، تعریف‌های سرمایه اجتماعی از قبیل تراکم عضویت در انجمن‌ها، اعتماد بین شخصی و برداشت‌ها از روابط متقابل زمانی که برای تحلیل داده‌های سلامت بکار برده شوند، می‌توانند بخش عمده‌ای از واریانس تغییرات مرگ و میر جامعه را تبیین کنند. سطح اعتماد در میان ساکنان یک محله با مرگ و میر

آن محله رابطه معناداری دارد و بر عکس سطوح پایین اعتماد با نرخ‌های بالای مرگ و میر، بیماری‌های قلبی و عصبی و سرطان‌ها، مرگ و میر کودکان و مرگ و میرهای خشونت آمیز همچون قتل و خودکشی رابطه نزدیکی دارد. یک واحد افزایش در شاخص‌های اعتماد برابر با ۹٪ کاهش در مرگ و میر کل می‌باشد (Kawachi & et al ۲۰۰۱: ۴۴۸). آنها مطرح می‌کنند که پیوندهای اجتماعی، نقش به‌سزایی در حفظ سلامتی روانی و شادابی افراد دارند. افرادی که از لحاظ اجتماعی منزوی هستند، از نظر سلامتی روانی در وضعیت مطلوبی بسر نمی‌برند. شبکه‌های اجتماعی کوچک‌تر، روابط خویشاوندی کم رنگ‌تر و دریافت حمایت اجتماعی اندک باعث ایجاد حالت افسردگی و یأس در افراد می‌شود (Kawachi & et al 2001: 459). ایشان برای مشخص کردن مکانیسم‌هایی که پیوندهای اجتماعی را به سلامتی ربط می‌دهند، مدل تأثیر اصلی و مدل تعدیل کننده استرس را توسعه داده‌اند. به باور آنها، جنبه‌های ساختاری روابط اجتماعی (شبکه‌های اجتماعی، انسجام اجتماعی) از طریق مدل تأثیر اصلی بر سلامت تأثیر می‌گذارند و جنبه‌های کارکردی روابط اجتماعی (حمایت درک شده) از طریق مکانیسم‌های تعدیل کننده استرس عمل می‌کنند. آنها همچنین در تشریح مدل، مطرح می‌کنند که همبستگی در شبکه اجتماعی ممکن است به طور مستقیم حالات روانی مثبت از قبیل احساس هدفمند بودن، شناخت ارزش خود، احساس امنیت و احساس تعلق را بوجود آورد و این حالات روانی مثبت نیز به نوبه خود سلامت روانی افراد را بهبود می‌بخشند، زیرا تقویت چنین حالات روانی در شخص، انگیزه وی برای مواظبت از خود را افزایش می‌دهد (Kawachi & Berkman, 2000: 428).

به اعتقاد ترنر، سرمایه اجتماعی را می‌توان به عنوان پارادایمی برای تبیین تفاوت‌ها در سلامتی و بیماری در بین گروه‌های اجتماعی در حوزه بهداشت عمومی در نظر گرفت. به نظر ترنر این حوزه از بحث در مورد سرمایه اجتماعی ریشه در نظریه

کلاسیک به ویژه در جامعه شناسی دورکیم دارد. وی سرمایه اجتماعی را به معنای عضویت افراد در گروه‌های رسمی و غیررسمی و همچنین نهادهای رسمی و غیررسمی، درجه انسجام اجتماعی، همبستگی اجتماعی، تراکم عضویت اجتماعی در گروه‌های محلی، انجمن‌های داوطلبانه، روابط و پیوندهای اجتماعی متقابل و اعتماد اجتماعی در نظر می‌گیرد و مطرح می‌کند که نظام پیوند اجتماعی که به طور مستقیم بر علایق و آگاهی افراد تأثیر می‌گذارد، می‌تواند نقطه شروع مهمی برای سرمایه اجتماعی به عنوان سرمایه گذاری‌های اجتماعی به شمار رود. در جوامعی که بنا به دلایل گوناگون روابط و پیوندهای اجتماعی در سطح مطلوبی قرار ندارد و افراد از تعاملات اجتماعی عقلایی اجتناب می‌کنند، شکل‌گیری و رشد سرمایه اجتماعی به کندی صورت می‌گیرد. در نتیجه در این گونه جوامع پدیده فرد گرایی خودخواهانه رشد می‌کند و در پی آن همبستگی اجتماعی کاهش می‌یابد. کاهش سطح تعاملات اجتماعی (سرمایه اجتماعی) افراد را دچار انزوای اجتماعی می‌کند، احساس انزوا و احساس تنهایی در سطح جامعه گسترش می‌یابد، تقویت چنین وضعیتی، حالات روانی منفی را در افراد ایجاد می‌کند و میزان سلامت روان آنان را کاهش می‌دهد. همچنین وی مطرح می‌کند که سرمایه اجتماعی بالا وسیله‌ای است که از طریق آن افراد در مقابل بیماری‌های روانی محافظت می‌شوند، آن هم به این دلیل که سرمایه گذاری‌های اجتماعی، یک محیط اجتماعی حمایت‌کننده برایشان فراهم می‌کند (Turner ۲۰۰۳: ۶۱۹-۶۲۹).

کارپیانو آشکارا از آرای بوردیو برای ساختن یک مدل نظری در مورد سرمایه اجتماعی استفاده می‌کند، که در آن سرمایه اجتماعی به طور مفهومی از علل آن مجزا و متمایز است. این علل عبارتند از: مقدمات ساختاری (همچون وضعیت اقتصادی-اجتماعی) و انسجام اجتماعی (که از دید جامعه‌شناختی بیشتر به مفهوم سازی پاتنام از

سرمایه اجتماعی نزدیک است). این نظریه دارای دو عنصر مهم است که با مفهوم سازی بورديو از سرمایه اجتماعی سازگاری و نزدیکی دارد. منابع مبتنی بر شبکه و منابعی که در شبکه موحود بوده و دسترسی متفاوت افراد به این منابع برای استفاده از آنها در جهت دستیابی به اهداف و نیازهای متفاوت وجود دارد (Carpiano, 2008: ۸۳).

هارفام سرمایه اجتماعی را ذخیره سرمایه گذاری‌ها منابع و شبکه‌هایی که باعث ایجاد انسجام اجتماعی، اعتماد و تمایل به درگیر شدن در فعالیت‌های محلی می‌شوند، در نظر می‌گیرد. همچنین به نظر وی سرمایه اجتماعی می‌تواند عوامل استرس زا و خطرزا در رابطه با سلامت را کاهش دهد (Harpham, 2008: 226).

### چارچوب نظری

چارچوب نظری، الگویی است که این پژوهش بر اساس آن درباره روابط بین عواملی که در ایجاد مسأله مهم تشخیص داده شده‌اند، نظریه پردازی می‌کند. این نظریه ظروراً سخن پژوهشگر نیست و به طور منطقی از نتایج قبلی پیرامون مسأله سرچشمه گرفته است. به طور خلاصه چارچوب نظری به روابط بین متغیرهای مستقل، وابسته مداخله گر و تعدیل گر که تصور می‌شود در دگرگونی شرایط مورد بررسی نقش دارند، می‌پردازد و پایه‌ای است که تمام پژوهش بر روی آن قرار داده شده است. یک شبکه منطقی، توسعه یافته، توصیف شده و کامل بین متغیرهاست. این متغیرها با مسأله ارتباط دارند و به صورت یک شبکه تقریباً پیچیده موضوع را بررسی می‌کنند.

سرمایه اجتماعی، به ویژه در ارتباط با سلامت به عنوان یک مفهوم چند بُعدی شناخته می‌شود و سنجش تک بُعدی نمی‌تواند یک تصویر کامل از آن به ما ارائه دهد.

---

۱. Network Based- Resources

۲. Harpham

۳. Stock Of Investments

تمایز قائل شدن بین چارچوب‌های گوناگون ساخته شده بر روی تعریفی که مورد توافق همه باشد، در این مقال نمی‌گنجد، اما به حساب آوردن دیدگاه‌های گوناگون و پوشش مرتبط ترین ابعاد آن با مسأله و همچنین جامعه آماری بسیار مهم است.

نخست جستجو و تحقیق، برای یافتن شاخص‌ها و ابعادی از سرمایه اجتماعی است که در مرتبط ترین حالت با ابعاد سلامت اجتماعی و روانی قرار گیرند. در راستای این هدف نظریات و چارچوب‌های بسیاری بررسی شده‌اند. از بین آنها نظریاتی که به جامعه آماری و مسأله تحقیق «سلامت اجتماعی و روانی» نزدیک‌تر بودند انتخاب شدند تا با رویکردی ترکیبی و یکپارچه بتوانند تحلیل رابطه‌ای از مسأله ارائه دهند. این ابعاد با در نظر گرفتن نظریه پردازان عبارتند از:

از روش پاتنام در سنجش سرمایه اجتماعی که پنج مقیاس کلی را به عنوان شاخص‌های اساسی مطرح می‌کند، در این پژوهش سود برده شده است، البته گویه‌هایی که با توجه به این شاخص‌ها مطرح شده‌اند، همان‌هایی نیستند که پاتنام به کار برده است؛ زیرا که شاخص‌های پاتنام بیشتر در جهت سنجش سرمایه اجتماعی در سطح کلان می‌باشند و در مقایسه جوامع با یکدیگر قابل استفاده نیستند. ما شاخص‌هایی را از منابع گوناگون از قبیل مبارکی، ۱۳۸۴ و... و همچنین شاخص‌هایی را خود ساخته‌ایم که با توجه به شرایط اجتماعی و فرهنگی و... جامعه آماری و افراد نمونه قابل آزمون بودند، این ابعاد عبارتند از:

الف. مقیاس‌های زندگی تشکلاتی در گروه یا اجتماع. ب. مقیاس‌های مشارکت در امور عمومی. ج. مقیاس‌های کار داوطلبانه در گروه یا اجتماع. د. مقیاس‌های معاشرت غیر رسمی. ه. مقیاس‌های اعتماد اجتماعی.

به اعتقاد کاواچی، سرمایه اجتماعی، به منابع قابل دسترس در درون ساختارهای اجتماعی از قبیل اعتماد، هنجارهای روابط متقابل و اهداف مشترک گفته می‌شود. در این مطالعه از تراکم عضویت در انجمن‌ها، اعتماد بین شخصی و برداشت‌ها از روابط متقابل از نظریه وی برای تحلیل داده‌های سلامت سود برده شده است.



برکمن: شبکه‌های اجتماعی را به عنوان «تارهای در هم تنیده‌ای از روابط اجتماعی» که افراد را احاطه کرده‌اند و همچنین ویژگی‌های این روابط و یا به عنوان روابط میان کنشگران در درون یک سیستم، تعریف می‌کند. وی سپس مطرح می‌کند که عضویت در شبکه‌های اجتماعی در سطح رفتاری و مشارکت در انجمن‌ها و سازمان‌های غیررسمی و رسمی از طریق چهار مسیر اصلی عمل می‌کنند ۱- تأثیر حمایت اجتماعی ۲- نفوذ اجتماعی ۳- درگیری اجتماعی و وابستگی اجتماعی ۴- دسترسی به کالاها و منابع مادی. در این پژوهش عضویت در شبکه‌های اجتماعی و تأثیر حمایت‌های آن مد نظر بوده است.

بعد انسجام اجتماعی نیز یکی از ابعادی است که خیلی از نظریه پردازان حوزه سرمایه اجتماعی - دورکیم، ترنر، پاتنام، کاواچی، برکمن - و همچنین تئوری خیر جمعی به آن پرداخته‌اند که در تحقیق ما نیز لحاظ شده است. ریچارد کاریانو در ارتباط بین سرمایه اجتماعی و سلامت چهار بُعد برای سرمایه اجتماعی بیان می‌کند که با توجه به شرایط تحقیق، ما از یک بُعد آن (حمایت اجتماعی) بهره می‌بریم؛ هر چند برخی معتقدند که حمایت اجتماعی به دو شکل: مستقیم (یک بُعد از سرمایه اجتماعی) و غیرمستقیم (نتیجه عضویت در شبکه‌ها) بر سلامت مؤثر است.

از شاخص‌های سرمایه اجتماعی اسپلبرگ دو بُعد برای ساخت مدل تحقیق استفاده شده است این ابعاد بیشتر در حیطه رفتاری است: الف) کمک یا ایثار نسبت به غریبه‌ها، ب) علاقه فراوان به جامعه. حال جامع علوم انسانی

دیدگاه‌های کلی: به طور کلی، عناصری که از مجموع تعاریف و نظریات یاد شده می‌توانند به عنوان شاخص‌های سرمایه اجتماعی استخراج شوند عبارتند از: اعتماد اجتماعی، روابط همسایگی<sup>۱</sup>، روابط و پیوندهای خانوادگی و دوستانه، انسجام

---

۱ Neighborhood Connection

اجتماعی، کمک یا ایثار نسبت به غریبه‌ها، علاقه فراوان به جامعه،<sup>۱</sup> حمایت اجتماعی، مشارکت اجتماعی و عضویت در انجمن‌ها و گرایش نسبت به دیگران.<sup>۲</sup> برای بررسی سلامت اجتماعی از نظریه سلامت اجتماعی کیز با ابعاد پنج گانه زیر استفاده شده است:

- ۱- انسجام و یکپارچگی
  - ۲- مشارکت اجتماعی
  - ۳- شکوفایی اجتماعی
  - ۴- انطباق اجتماعی
  - ۵- پذیرش اجتماعی
- در بررسی سلامت روانی از آنجا که بیشتر روانشناسان (فروید، آدلر، یونگ، راجرز و...) به مهمترین اختلالات روانی از قبیل اضطراب، افسردگی و اختلال در عملکرد اجتماعی و ارتباط با دیگر افراد جامعه، تأکید داشته‌اند، بهره برده‌ایم.

### فرضیه‌های تحقیق

**فرضیه کلی:** بین سرمایه اجتماعی و میزان سلامت روانی-اجتماعی رابطه وجود دارد.

### فرضیه‌های فرعی:

۱. هرچه قدر میزان مشارکت اجتماعی فرد بیشتر باشد، سلامت روانی-اجتماعی او بیشتر است.
۲. هرچه قدر میزان روابط خانوادگی و دوستان در فرد بیشتر باشد، سلامت روانی-اجتماعی او بیشتر است.
۳. هرچه قدر میزان اعتماد اجتماعی فرد بیشتر باشد، سلامت روانی-اجتماعی او بیشتر است.

---

<sup>۱</sup> Wider Interest In society  
<sup>۲</sup> Attitudes Towards Others

۴. هرچقدر میزان روابط همسایگی فرد بیشتر باشد، سلامت روانی - اجتماعی او بیشتر است.
۵. هرچقدر میزان انسجام اجتماعی فرد بیشتر باشد، سلامت روانی - اجتماعی او بیشتر است.
۶. هرچقدر میزان گرایش نسبت به دیگران در فرد بیشتر باشد، سلامت روانی - اجتماعی او بیشتر است.
۷. هرچقدر میزان ایثار نسبت به غریبه‌ها در فرد بیشتر باشد، سلامت روانی - اجتماعی او بیشتر است.
۸. هرچقدر میزان حمایت اجتماعی فرد بیشتر باشد، سلامت روانی - اجتماعی او بیشتر است.
۹. هرچقدر میزان علاقه فرد به جامعه بیشتر باشد، سلامت روانی - اجتماعی او بیشتر است.

### روش تحقیق

این تحقیق نوعی مطالعه مقطعی است که میزان تأثیر سرمایه اجتماعی را بر سلامت اجتماعی و روانی در بین معلمان شهر همدان در سال ۹۰-۱۳۸۹ به صورت پیمایشی از نوع توصیفی بررسی می‌کند. واحد تحلیل فرد بوده و در سطح خرد تحلیل شده است. حجم نمونه شامل ۳۷۵ نفر از معلمان شهر همدان است که با استفاده از شیوه نمونه‌گیری سهمیه‌ای انتخاب شده‌اند.

### اندازه‌گیری متغیرهای وابسته و مستقل

متغیرهای وابسته

مقیاس‌های سنجش سلامت روان عبارتند از: نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بیخوابی، نارسا کنش وری اجتماعی (اختلال در عملکرد اجتماعی)<sup>۳</sup> و افسردگی.<sup>۴</sup> در سنجش سلامت اجتماعی هم از خرده مقیاس‌های پنج گانه کییز استفاده شد. (۱- انسجام و یکپارچگی ۲- مشارکت اجتماعی ۳- شکوفایی اجتماعی ۴- انطباق اجتماعی ۵- پذیرش اجتماعی).

### متغیرهای مستقل

شاخص‌های سرمایه اجتماعی معرف سازی و در قالب گویه‌ها و سؤالات متفاوت در سطوح گوناگون سنجش (اسمی، رتبه‌ای، فاصله‌ای و نسبی) تدوین شد و به صورت پرسشنامه در اختیار پاسخگویان قرار گرفت. در جدول ۳ تعداد گویه‌ها و ضریب روایی متغیرها مشخص شده است.

جدول ۳- گویه‌ها و ضریب روایی متغیرهای سرمایه اجتماعی

پرسشنامه نهایی	متغیرهای سرمایه اجتماعی	پرسشنامه نهایی		متغیرهای سرمایه اجتماعی	
		تعداد گویه	ضریب روایی		
ضریب روایی	مداد گوی				
۰/۶۷۲	۳	گرایش نسبت به دیگران	۰/۶۸۱	۱۷	مشارکت اجتماعی
۰/۷۴۲	۳	کمک یا ایثار نسبت به غریبه‌ها	۰/۷۱۱	۲	علاقه فراوان به جامعه
۰/۸۲۱	۴	انسجام اجتماعی	۰/۸۷۱	۱۶	اعتماد اجتماعی
۰/۸۸۹	۶	حمایت اجتماعی	۰/۷۵۱	۷	روابط همسایگی
۰/۸۸۸	۶۵	جمع نمرات سرمایه اجتماعی	۰/۸۱۲	۷	روابط خانوادگی و دوستان

۱. Somatic Symptoms

۲. Anxiety

۳. Social Withdrawal

۴. Depression

جدول ۴- گویه‌ها و ضریب روایی متغیرهای سلامت روانی

پرسشنامه نهایی		متغیرهای سلامت روانی	پرسشنامه نهایی		متغیرهای سلامت روانی
ضریب روایی	تعداد گویه		ضریب روایی	تعداد گویه	
۰/۹۰۱	۶	افسردگی	۰/۸۵۱	۷	نشانه‌های جسمانی
۰/۷۹۴	۷	نارسا کنش وری اجتماعی (اختلال در عملکرد اجتماعی)	۰/۷۸۱	۷	اضطراب و بیخوابی
			۰/۸۶۱	۲۸	جمع نمرات سلامت روانی

جدول ۵- گویه‌ها و ضریب روایی متغیرهای سلامت اجتماعی

پرسشنامه نهایی		متغیرهای سلامت اجتماعی	پرسشنامه نهایی		متغیرهای سلامت اجتماعی
ضریب روایی	تعداد گویه		ضریب روایی	تعداد گویه	
۰/۷۵	۷	مشارکت اجتماعی	۰/۶۹	۶	شکوفایی اجتماعی
۰/۷۷	۷	پذیرش اجتماعی	۰/۸۱	۷	انسجام اجتماعی
۰/۷۵۱	۳۳	جمع نمرات سلامت اجتماعی	۰/۷۵	۷	انطباق اجتماعی

### آزمون‌های آماری مورد استفاده در تحقیق

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در این تحقیق از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ استفاده شده است. در این تحقیق برای اطلاعات گردآوری شده در سطح توصیفی، تبیینی و تحلیل چند متغیری با تکنیک‌های آمار توصیفی و استنباطی به ویژه جداول همبستگی و آزمونهای آماری ضریب همبستگی R پیرسون، با توجه به سطح سنجش متغیرها و از

تحلیل رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت ... ۷۱

رگرسیون برای تعیین ضریب BETA و ضریب تعیین و در نهایت با توجه به آن، مدل‌های گوناگون، تحلیل مسیر شد.

### تجزیه و تحلیل داده‌ها

#### الف - توصیف متغیرها

##### - سرمایه اجتماعی

جدول ۶- سرمایه اجتماعی

جمع	خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	سرمایه اجتماعی شاخص
۳۷۵	۱	۲۰	۲۱۴	۱۳۱	۹	فراوانی مطلق
۱۰۰	۳	۵/۳	۵۷/۱	۳۴/۹	۲/۴	فراوانی نسبی

با توجه به جدول ۶، ۵۷/۱ درصد معلمان نمونه تحقیق دارای سرمایه اجتماعی متوسط، ۳۴/۳ درصد دارای سرمایه اجتماعی کم و خیلی کم و ۸/۳ درصد دارای سرمایه اجتماعی زیاد و خیلی زیاد بوده‌اند.

##### - سلامت اجتماعی:

جدول ۷- وضعیت سلامت اجتماعی

جمع	خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	سلامت اجتماعی شاخص
۳۷۵	۱۱	۲۰۲	۱۵۲	۳	۷	فراوانی مطلق
۱۰۰	۲/۹	۵۳/۹	۴۰/۵	۸	۱/۹	فراوانی نسبی

اطلاعات جدول ۷ بیانگر آن است که ۵۶/۸ درصد معلمان از سلامت اجتماعی زیاد و خیلی زیاد، ۴۰/۵ درصد از سلامت اجتماعی متوسط و ۹/۹ درصد نیز از سلامت اجتماعی کمتری برخوردار بوده‌اند.

### - سلامت روانی:

جدول ۸- وضعیت سلامت روانی و خرده مقیاس‌های آن به درصد

مقیاس	هیچ یا کمترین حد	خفیف	متوسط	شدید	جمع
نشانه‌های جسمانی	۵۱/۸	۳۳	۱۲/۳	۲/۹	۱۰۰
اضطراب و بی خوابی	۵۳	۴۰	۴	۳	۱۰۰
نارسا کنش وری اجتماعی	۳۶	۵۱/۷	۱۱/۵	۰/۸	۱۰۰
افسردگی	۸۰/۳	۱۴/۴	۴	۱/۳	۱۰۰
سلامت روانی (شاخص کلی)	۵۰/۱	۳۵/۲	۱۳/۴	۱/۳	۱۰۰

جدول ۸ نشان می‌دهد که سلامت روان نیمی از معلمان هیچ یا به میزان کم، ۳۵/۲ درصد خفیف، ۱۳/۴ درصد متوسط و ۱/۳ درصد نیز به میزان شدید دچار اختلال شده است. البته در هر کدام از خرده مقیاس‌ها این میزان اختلال متفاوت است.

### ب- تحلیل داده‌ها

۱- ارتباط شاخص‌های سرمایه اجتماعی با سلامت روانی و اجتماعی

جدول ۹- میزان همبستگی بین متغیرهای سرمایه اجتماعی و سلامت

متغیرهای وابسته				متغیرهای مستقل
سلامت اجتماعی		سلامت روانی		
معناداری	ضریب همبستگی پیرسون	معناداری	ضریب همبستگی پیرسون	
۰۰۰	۰/۴۲۹	۰۰۰	۰/۵۳۴	مشارکت اجتماعی
۰۰۰	۰/۴۷۰	۰۰۰	۰/۳۷۶	روابط با دوستان و اقوام و خانواده
۰۰۰	۰/۵۹۳	۰/۰۰۱	۰/۳۶۱	اعتماد اجتماعی
۰۰۰	۰/۶	۰/۰۰۱	۰/۳۱۰	روابط همسایگی
۰۰۰	۰/۴۰۶	۰/۰۰۱	۰/۱۷۹	انسجام اجتماعی
۰۰۰	۰/۵۳۶	۰۰۰	۰/۲۸۳	گرایش نسبت به دیگران
۰۰۰	۰/۳۶۶	۰/۰۰۱	۰/۱۳۶	ایثار نسبت به غریبه‌ها
۰۰۰	۰/۵۱۵	۰۰۰	۰/۳۲۹	حمایت اجتماعی
۰۰۰	۰/۳۲۹	۰/۰۰۱	۰/۲۷۶	علاقه به جامعه

نتایج به دست آمده از این پژوهش نشان می‌دهد که بین مشارکت اجتماعی و عضویت در شبکه‌های اجتماعی و سلامت اجتماعی ( $p=۰/۰۰۰, r=۰/۴۲۹$ ) و سلامت روانی ( $p=۰/۰۰۱, r=۰/۵۳۴$ ) رابطه معناداری وجود دارد. این یافته پژوهش همسو با یافته گیلبرت (Gilbert, 2008) هارفام و همکارانش (Harpham & et al 2005) و هاپیا و همکاران (Hyypa & et al, 2003) می‌باشد در حالی که این نتیجه با تحقیق خواجه دادی (۱۳۸۶) و گروزن و همکارانش (Groezen & et al: 2009) همسو نبوده است.



بین روابط خانوادگی و سلامت اجتماعی ( $p=0/000$ ,  $r=0/470$ ) و سلامت روانی ( $p=0/001$ ,  $r=0/376$ ) رابطه معناداری وجود دارد. این نتیجه همسو با یافته تیلیون (Tiliouine, 2009)، گیلبرت (Gilbert, 2008) و هارفام و همکارانش (Harpham & et al, 2005) می باشد.

بین اعتماد اجتماعی و سلامت اجتماعی ( $p=0/000$ ,  $r=0/593$ ) و سلامت روانی ( $p=0/001$ ,  $r=0/361$ ) رابطه معناداری وجود دارد. این یافته پژوهش همسو با یافته گیلبرت (Gilbert, 2008) هارفام و همکارانش (Harpham & et al 2005) کاواچی و همکاران (Kawachi & et al, 1999) خواجه دادی (۱۳۸۶) استفنز و همکاران (Stephens & et al, 2008) می باشد.

بین روابط همسایگی و سلامت اجتماعی ( $p=0/000$ ,  $r=0/358$ ) و سلامت روانی ( $p=0/001$ ,  $r=0/310$ ) رابطه معناداری وجود دارد. این نتیجه همسو با یافته لوماس (Lomas 1998) و تیلیون (Tiliouine, 2009) می باشد.

بین انسجام اجتماعی و سلامت اجتماعی ( $p=0/000$ ,  $r=0/406$ ) و سلامت روانی ( $p=0/001$ ,  $r=0/179$ ) رابطه معناداری وجود دارد. این یافته پژوهش همسو با یافته استفنز (Stephens & Noone 2008) و گیلبرت (Gilbert, 2008) می باشد.

بین گرایش نسبت به دیگران و سلامت اجتماعی ( $p=0/000$ ,  $r=0/536$ ) و سلامت روانی ( $p=0/001$ ,  $r=-0/283$ ) رابطه معناداری وجود دارد.

بین ایثار نسبت به غریبه ها و سلامت اجتماعی ( $p=0/000$ ,  $r=0/366$ ) و سلامت روانی ( $p=0/001$ ,  $r=0/136$ ) رابطه معناداری وجود دارد.

بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی ( $p=0/000$ ,  $r=0/515$ ) و سلامت روانی ( $p=0/001$ ,  $r=0/329$ ) رابطه معناداری وجود دارد. این نتیجه همسو با یافته کریستن و همکاران (Kirsten & et al, 2008)، گیلبرت (Gilbert, 2008) کییز (Keyes, 2005)، بخشی پور رودسری (۱۳۸۴) و هارفام و همکاران (Harpham & et al 2005) می باشد.

بین علاقه فراوان به جامعه و سلامت اجتماعی ( $p=0/000$  ,  $r=0/329$ ) و سلامت روانی ( $p=0/001$  ,  $r=0/276$ ) رابطه معناداری وجود دارد. این یافته پژوهش همسو با یافته هارفام (۲۰۰۸) می باشد که احساس علاقه به جامعه یا به ویژه «احساس تعلق» را به عنوان یک متغیر میانجی بین سرمایه اجتماعی و سلامت قرار داده است. شناخت ارتباط بین سلامت اجتماعی و سلامت روانی یکی از اهداف این پژوهش بوده است. نتایج به دست آمده از این پژوهش نشان می دهد که بین سلامت اجتماعی و سلامت روانی ( $p=0/000$  ,  $r=0/454$ ) رابطه معناداری وجود دارد. یافته این پژوهش همسو با یافته نگوون (Negovan 2010) می باشد که در تحقیقی بین سلامت اجتماعی و سلامت روانی همبستگی پیرسون ( $\text{sig} = 0/01$  ,  $r=0/51$ ) معنادار به دست آورد.

### ارتباط جمع نمرات سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی - روانی

ارتباط متغیر سرمایه اجتماعی را به صورت کلی (جمع نمرات همه گویه های مربوط به سرمایه اجتماعی) با سلامت اجتماعی و روانی بررسی می نمایم.

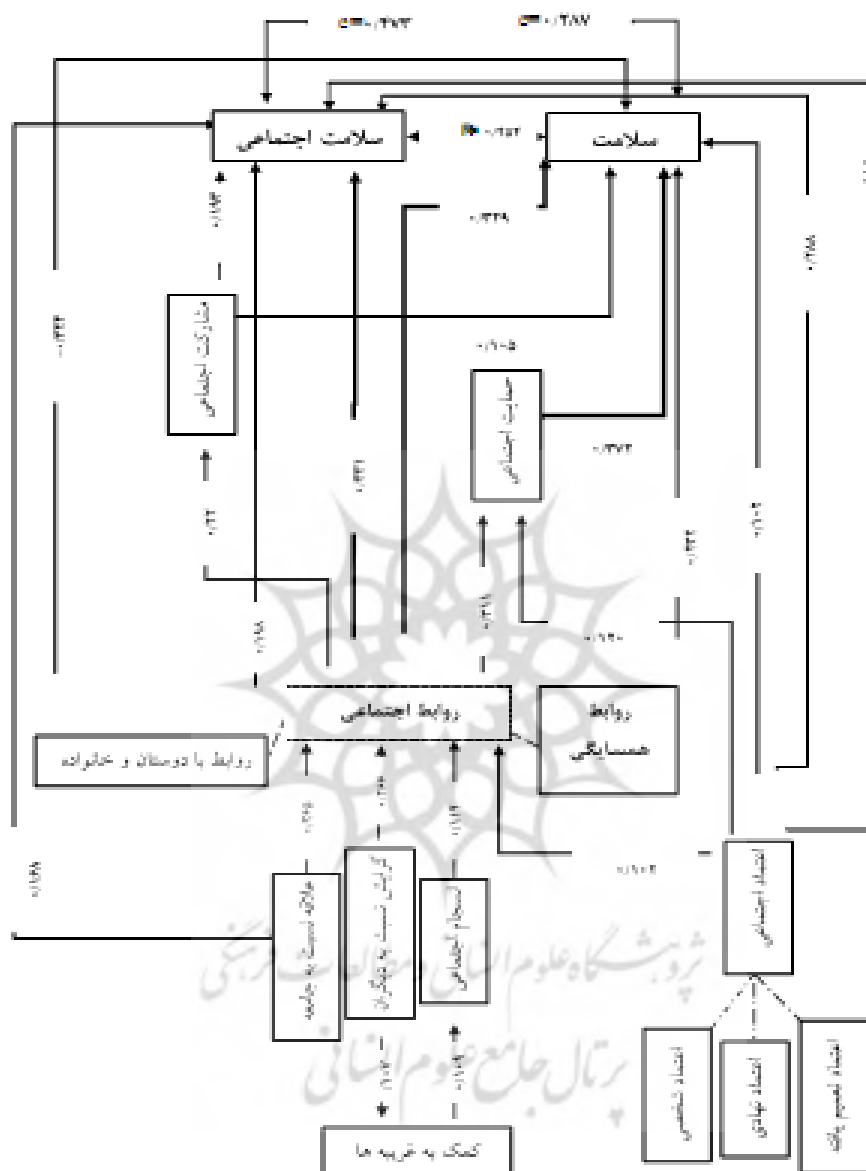
جدول ۱۰- ارتباط بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی و روانی

متغیر مستقل	متغیرهای وابسته
سرمایه اجتماعی	سلامت اجتماعی
سرمایه اجتماعی	سلامت روانی
همبستگی معنادار با اطمینان ۰/۰۱	

جدول ۱۰ نشانگر ضریب همبستگی بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی برابر با ۰/۴۹۲ است، بیانگر آن است که بین این دو متغیر همبستگی مثبت و متوسطی برقرار

است و این رابطه با اطمینان ۹۹٪ معنادار می‌باشد. رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روانی برابر ۰/۵۷۹ است که بین آن دو همبستگی مثبت و متوسطی برقرار است و البته این میزان رابطه با ۹۹٪ اطمینان معنادار است. به طوری که هر چه قدر میزان سرمایه اجتماعی بیشتر شود سلامت روانی او نیز بیشتر می‌شود. البته این رابطه در حد متوسط است.

در این پژوهش بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی و روانی ارتباط معناداری وجود دارد. تحقیقات پیشین ارتباط سرمایه اجتماعی را با مفهوم سلامت چه به صورت خاص - سلامت اجتماعی و روانی - و چه به صورت عام - سلامت - تایید و تأکید کرده‌اند. نتایج پژوهش ما با نتایج تحقیقات گذشته هاپیا و همکارانش (Hyypa & et al, 2003)؛ کاواچی و همکارش (Kawachi & et al 1997) زانگ و همکارانش (Zanzunegui & et al, 2004) هارفام و همکارانش (Harpham & et al) (۲۰۰۳)، رز (Rose, 2000) وینسترا (Veenstra, 2000)، شریفیان ثانی و همکارانش (۱۳۸۶)، حاتمی ۱۳۸۹؛ خیرالله پور (۱۳۸۴)، گیلبرت (Gilbert, 2008)؛ گروزن و همکارانش (Groezen & et al: 2009)؛ کریستن و همکاران (Kirsten & et al, ) (۲۰۰۸)؛ استفنر و همکاران (Stephens & et al, 2008) و لهسایی زاده و همکارش (۱۳۸۶) همسویی دارد.



شکل ۱- مدل تحلیل مسیر

در حوزه مطالعات اجتماعی روش‌های تحلیل چند متغیره زیادی وجود دارند که به بررسی اثرات و روابط بین متغیرهای مورد مطالعه می‌پردازند. این روش‌ها عمدتاً اثرات مستقیم یک متغیر بر متغیر دیگر را مورد بررسی قرار می‌دهند. اما در این میان تحلیل مسیر از جمله تکنیک‌های چند متغیره می‌باشد که علاوه بر بررسی اثرات مستقیم متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته، اثرات غیر مستقیم این متغیرها را نیز مورد نظر قرار می‌دهد و روابط بین متغیرها را مطابق با واقعیت‌های موجود، در تحلیل وارد می‌کند، و هدف آن بدست آوردن برآوردهای کمی روابط علی بین مجموعه‌ای از متغیرها می‌باشد. لازم به توضیح است از آنجا که تأکید این تحقیق بر روی بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت می‌باشد، پس در تحلیل مسیر اگرچه همه متغیرها مورد بررسی قرار گرفته‌اند اما به ارزیابی روابط متغیرهایی پرداخته شده است که از پشتوانه تئوریکی برخوردار بوده‌اند. تأثیر کلی مدل ( $Y$  و  $X$ ) بر روی سلامت اجتماعی و روانی تعدادی از مدل‌های رگرسیونی با یکدیگر ترکیب شده‌اند و نتایج رگرسیونی هر یک از مسیرها را نشان می‌دهند.

دیاگرام مسیر به منظور بیان تصویری روابط بین مجموعه متغیرهای مورد نظر در تحلیل مسیر بکار می‌رود. این دیاگرام معمولاً ترکیبی از متغیرهای بیرونی و درونی است که از مدل‌های گوناگون تحلیل مسیر تشکیل شده است و سهم هر کدام از عوامل در تعیین کنندگی آن مشخص شده است. شکل ۱ مسیر تأثیرگذاری هر کدام از عوامل را نشان می‌دهد.

### نتیجه‌گیری

برقراری روابط اجتماعی نزدیک با همکاران و کسانی که مورد اعتماد فرد هستند و دردش را می‌فهمند 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. توجه افراد شبکه به امر «پشتوانه اجتماعی» که در نتیجه ورود فرد به شبکه‌های گوناگون حاصل می‌شود، معطوف می‌گردد. شبکه‌ها گاه از فرد حمایت مالی می‌کنند، ولی از حمایت اطلاعاتی معمولی و عاطفی او نیز دریغ نمی‌ورزند. در این میان پشتوانه عاطفی به طور آشکارتری به سلامتی فرد کمک می‌کند. روابط و پیوندهای اجتماعی که در این پژوهش از آنها به عنوان سرمایه اجتماعی نام برده شده است، عامل بده بستان‌های عاطفی در بین افراد می‌باشند، که در نتیجه آن معلمان با احساس امنیت در کنار دیگر اعضای جامعه زندگی می‌کنند و از این طریق سلامت روانی شان ارتقاء می‌یابد.

با توجه به دیاگرام تحلیل مسیر، حمایت اجتماعی هم - یکی از متغیرهای مستقل - به عنوان بُعدی از سرمایه اجتماعی و هم به عنوان متغیر واسطه بین روابط افراد بر روی سلامت عمل می‌کند، در این شرایط، احساس این که شخص مورد توجه دیگران است و دیگران برای او ارزش قائلند مهم است. در نتیجه ارتباطات بین فردی به نحوی می‌تواند فرد را از بسیاری بیماری‌ها حفظ کند. در این مورد دو مکانیزم وجود دارد: یکی این که حمایت اجتماعی بدون توجه به این که آیا ما دچار فشار روانی هستیم یا نه مفید است و این که نداشتن حمایت اجتماعی خود فشار را است. (فرضیه مستقیم و اصلی) فرضیه دوم می‌تواند سپر محافظ فشار روانی (کاهش استرس) نامیده شود که حاکی از آن است که حمایت اجتماعی به این دلیل که سپر فشار روانی شده و یا ما را در مقابله با آن کمک می‌کند مفید است. حمایت 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. افراد و سازمان‌ها می‌توانند برای حمایت از منافع یک طرف یا منافع متقابل افراد همکاری کنند. پیوندهای اجتماعی در موقعیت‌های

گوناگون مهم هستند. حمایت اجتماعی که خانواده از فرد به عمل می‌آورد، تأثیر استرس را تعدیل می‌کند و به سازگاری یافتن افراد کمک می‌کند. حمایت اجتماعی به مراقبت، محبت، عزت، تسلی و کمکی که سایر افراد یا گروه‌ها به افراد ارزانی می‌دارند، گفته می‌شود. این حمایت را ممکن است منابع گوناگونی مانند: همسر، نامزد، خانواده، اقوام، دوستان یا همکاران و سازمان‌های اجتماعی به عمل آورند. بنابراین کسانی که از حمایت اجتماعی برخوردارند، احساس می‌کنند کسی دوست‌شان دارد، به آنها اهمیت داده می‌شود، دیگران آنان را افرادی محترم، با عزت و باارزش به شمار می‌آورند و خود اثربخشی از شبکه‌های اجتماعی، مانند خانواده یا سازمان‌های اجتماعی می‌دانند که می‌تواند منبع کمک‌های مادی و معنوی و خدمات دو جانبه در هنگام نیاز باشد.

انسجام اجتماعی نیز از طریق مسیرهای روانی اجتماعی بر سلامت تأثیر می‌گذارد. انسجام اجتماعی بالا در یک اجتماع یا جامعه، بدین معنی است که افراد آن جامعه، روابط اجتماعی مستحکمی با هم دارند و در مواقع گوناگون به یاری و مساعدت همدیگر می‌شتابند. در نتیجه حمایت حاصل از انسجام، شیوه‌های سازگاری با وضعیت‌ها و شرایط گوناگون را در فرد توسعه می‌دهد و همین شیوه‌های گوناگون سازگاری برای فرد این امکان را فراهم می‌آورد تا در مقابل حوادث و رویدادهای استرس‌زای زندگی مقاومت کند. حمایت حاصل از انسجام اجتماعی از طریق نفوذ بر عواطف، روحیه و کامیابی فرد، سلامتی وی را بهبود می‌بخشد. حمایت اجتماعی به ویژه حمایت عاطفی کسب شده تأثیرات مخرب حوادث استرس‌زا را بر سلامتی کاهش می‌دهد و بروز افسردگی در افراد را تعدیل می‌کند. افرادی که از لحاظ اجتماعی منزوی هستند و احساس تنهایی در آنها در سطح بالایی قرار دارد، احتمال این که دچار افسردگی شوند بسیار زیاد است.

ابعاد شناختی سرمایه اجتماعی از قبیل اعتماد و حمایت در سلامت روانی موثرتر هستند و درعین حال ابعاد ساختاری سرمایه اجتماعی چون روابط اجتماعی افراد، با سلامت اجتماعی افراد درگیر می‌باشد. سرمایه اجتماعی با مکانیسم‌های گوناگونی در

سلامت مؤثر است. 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، تأثیر اجتماعی، درگیری (تعهد) اجتماعی و دسترسی به منابع مادی را فراهم می‌کند (بَس و نِ گروزن، همان: ۳). برای نمونه سلامت می‌تواند تحت تأثیر مستقیم حمایت عاطفی (جلوگیری از افسردگی، استرس و ناخوشی) بلکه همچنین غیرمستقیم قابلیت دسترسی به اطلاعات پیشگیرانه، بهبود یافتن، و چگونگی یافتن مراقبت‌کننده خوب باشد. از این گذشته از طریق تماس‌های اجتماعی، افراد می‌توانند نگرش‌ها و رفتارهای دیگران را تحت تأثیر قرار دهند. این تأثیر 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. همبستگی و وفاق موجب می‌شود هم جامعه آرامش داشته باشد و هم عدالت در توزیع منابع سلامت وجود داشته باشد.

سازوکارهای دقیق‌تر زیربنای پیوند بین سرمایه اجتماعی و تندرستی شاید بررسی نشده باقی بمانند، اما انبوه شواهد بیماری‌ها و سلامتی، نمایان می‌کنند که روابط اجتماعی همراه با اعتماد و حمایت، عامل تعیین‌کننده و مهم در ابعاد گوناگون سلامت است.

صحبت کردن از اعتماد سازی به عنوان ابزاری برای بهبود سلامتی گمراه‌کننده است و به همین دلیل تصور بهتر این است که اعتماد اجتماعی را پیامد ساختارهای



اجتماعی قلمداد کنیم و به جای بررسی نتایج این ساختارها به چینش‌های اجتماعی زیر بنایی فکر کنیم.

- همچنین جامعه باید به کیفیت محیط زیست اجتماعی که ایجاد می‌کند بباندیشد. بهبود محیط اجتماعی مدارس، محل‌های کاری و جامعه کمک خواهد کرد تا افراد احساس با ارزش بودن نمایند و از جنبه‌های متعدد زندگی مورد حمایت قرار گیرند.

- همین طور ضروری است تا در زمینه کلاس‌های ضمن خدمت سلامت و یا شاخص‌های سرمایه اجتماعی برای معلمان اقداماتی صورت گیرد.

- شبکه‌های اجتماعی به فرد امکان دستیابی به دیگر افراد و خانواده‌ها یا گروه‌هایی را می‌دهند که می‌توانند به آنها کمک کنند تا با مشکلات سلامتی سازگاری پیدا کنند یا از ناخوشی شدید بهبود یابند. در نهایت توجه به ارتقاء سلامت از طریق نظام‌های آموزشی و تربیتی و از راه‌های افزایش سرمایه اجتماعی، استفاده از روش‌های آموزشی گروهی و ایجاد شبکه‌های اجتماعی علمی، آموزشی و دوستی و تفریحی مهم می‌باشند.

**سپاسگزاری:** از همکاری و هماهنگی مسئولین اداره آموزش و پرورش شهر همدان، مدیران و معلمان شرکت کننده در پژوهش کمال تشکر و قدردانی می‌نمایم.

## منابع

- آراسته، مدبر. (۱۳۸۶)، «بررسی وضعیت سلامت روان و عوامل مرتبط با آن در میان دبیران دبیرستان‌های شهرهای سنندج و بیجار»، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان*، شماره ۱۲ سال ۴.
- آرمسترانگ، دیوید. (۱۳۷۸)، *جامعه‌شناسی پزشکی*، ترجمه: محمد توکل، تهران: نشر حقوقی.

- بخشی پور رودسری، عباس؛ پیروی، حمید؛ عابدیان، احمد. (۱۳۸۴)، «بررسی رابطه میان رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی با سلامت روان دانشجویان»، فصلنامه اصول بهداشتی روانی، سال هفتم، شماره ۲۷ و ۲۸.
- بن فاین. (۱۳۸۵)، سرمایه اجتماعی و نظریه اجتماعی، اقتصاد سیاسی و دانش اجتماعی در طلیعه هزاره سوم، ترجمه: سیدکمال سروریان، تهران: نشر انتشارات پژوهشکده مطالعات راهبردی.
- پاتنام، رابرت. (۱۳۸۰)، دموکراسی و سنتهای مدنی. (تجربه ایتالیا و درس‌هایی برای کشورهای در حال گذار)، ترجمه: محمد تقی دلفروز، تهران: دفتر مطالعات و تحقیقات سیاسی وزارت کشور.
- توسلی، غلامعباس و موسوی، مرضیه. (۱۳۸۴)، مفهوم سرمایه اجتماعی در نظریات کلاسیک و جدید، فصلنامه علمی- پژوهشی نامه علوم اجتماعی، شماره ۲۶.
- حاتمی، پریسا. (۱۳۸۹)، «بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تاکید بر شبکه‌های اجتماعی»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی.
- خدا رحیمی، سیامک و قریب، عباس. (۱۳۷۴)، مفهوم سلامت روانشناختی، تهران: نشر جاودان خرد.
- خواجه دادی، اشکان و شریفیان ثانی، مریم. (۱۳۸۶)، «ارتباط سرمایه اجتماعی و سلامت مادران دارای کودک زیر ۷ سال مراجعه کننده به پایگاه بهداشتی عبدل آباد در جنوب شهر تهران»، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی.
- خیرالله پور، اکبر. (۱۳۸۳)، «بررسی عوامل مؤثر بر سلامت روانی با تاکید بر سرمایه اجتماعی: مطالعه موردی دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی» پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، تهران: گروه جامعه شناسی دانشگاه شهید بهشتی.

- رجایی، علیرضا. (۱۳۸۴)، «رابطه بین هوش هیجانی با سلامت روان در معلمان مدارس ابتدایی شهر تربت جام»، **پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی** دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام.
- ریتزر، جرج. (۱۳۸۰)، **نظریه‌های جامعه‌شناسی در دوران معاصر**، ترجمه: محسن ثلاثی، تهران: انتشارات علمی، چاپ پنجم.
- شریفیان ثانی، مریم. (۱۳۸۴)، **مجموعه مقاله‌های نخستین سمپوزیوم سرمایه اجتماعی و رفاه اجتماعی**، تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- شفیع‌آبادی، عبدالله و ناصری، غلامرضا. (۱۳۸۵)، **نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی**، تهران: مرکز نشر دانشگاهی.
- شولتز، دوان؛ شولتز، سیدنی ال. (۱۳۸۱)، **نظریه‌های شخصیت**، ترجمه: یحیی سیدمحمدی، تهران: ویرایش.
- ضیاء‌الدینی، حسن؛ رجایی نژاد، عبدالرضا. (۱۳۸۰)، «همه‌گیر شناسی اختلالات روانی در معلمان آموزش و پرورش استثنایی شهر کرمان»، **مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان**، جلد چهارم، شماره ۲.
- فرانکل، ویکتور امیل. (۱۳۷۵)، **انسان در جستجوی معنی**، ترجمه: اکبر معارفی، تهران: موسسه انتشارات و چاپ دانشگاه تهران.
- فروم، اریک. (۱۳۸۵)، **جامعه سالم**، ترجمه: اکبر تبریزی، تهران: چاپ چهارم، نشر بهجت.
- فیلد، جان. (۱۳۸۸)، **سرمایه اجتماعی**، ترجمه: غلامرضا غفاری و حسین رمضانی، تهران: انتشارت کویر..
- فوکویاما، فرانسیس. (۱۳۷۹)، **پایان نظم**، ترجمه: غلامعباس توسلی، تهران: جامعه ایرانیان.
- کلمن، جیمز. (۱۳۷۷)، **بنیادهای نظریه اجتماعی**، ترجمه: منوچهر صبوری، تهران: نشر نی.

- کوچکی، عاشور محمد. (۱۳۸۴)، «تعیین وضعیت سلامت روانی معلمان استان گلستان با استفاده از چک لیست نشانگان روانی. (r.۹۰.sci) در سال ۱۳۸۳-۸۴»؛ مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان، دوره ۹ شماره ۲ ۳۹-۴۴.
- کوکرین، ریموند. (۱۳۷۶)، مبانی اجتماعی بیماری‌های روانی، ترجمه: بهمن نجاریان و فرید براتی، تهران: نشر رشد..
- کیافر فرهاد، خردمند حسین. (۱۳۷۷)، «بررسی میزان شیوع اختلالات روانی در معلمان شهر کرمان»، پایان‌نامه دکتری عمومی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان.
- کنگرلو، مریم. (۱۳۸۷)، «بررسی میزان سلامت اجتماعی در دانشجویان شاهد و غیر شاهد دانشگاه علامه طباطبائی»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مدد کاری اجتماعی، استاد راهنما عزت ا... سام آرام، تهران: دانشگاه علامه طباطبائی.
- گنجی، حمزه. (۱۳۸۶)، روانشناسی عمومی، تهران: نشر دانا.
- لهسایی زاده، عبدالعلی و مرادی، گلمراد. (۱۳۸۸)، «سرمایه اجتماعی و سلامت روان در مهاجران استان کرمانشاه»، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال هفتم، شماره ۲۶.
- مبارکی، محمد و چلبی، مسعود، تحلیل رابطه سرمایه اجتماعی و جرم در سطوح خرد و کلان، مجله جامعه‌شناسی ایران، دوره ششم، شماره ۲، ۱۳۸۴.
- مرنندی، سید علیرضا. (۱۳۸۵)، عوامل اجتماعی سلامت در کتاب جامع بهداشت عمومی، تهران: وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، معاونت تحقیقات و فن آوری، کمیته رایانه‌ای طب و بهداشت، چاپ دوم.
- اختر محقق، مهدی. (۱۳۸۵)، سرمایه اجتماعی، تهران: نشر اختر محقق.
- 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.

- Berkman, L. and T. Glass. (2000). **Social Integration, Social Networks, Social Support & Health. Chapter 7.** Social Epidemiology. L. Berkman and I. Kawachi. New York, Oxford University Press.
- Browing C., R. Lori, A. Burrington, Tama levental. (2008) Neighborhood structural inequality, collective efficacy and sexual risk behavior among urban youth. **Journal of health and social behavior.** Vol. 49. No 3. Supplement (summer).
- Carpiano, Richard M. (2008). **Actual or potential neighborhood resources for health: what can Bourdieo offer for understanding mechanism linking's social capital to health?** Social capital and health, New York Springer.
- Gilbert, K.L. (2008). **A Meta -Analysis of social capital and health B.A.,** Wabash college, M.A.in African–American and African Diaspora Studies, Indian university, (Bloomington, IN), 2008 M.P.A., in public Affairs, submitted to the Graduate Faculty of Graduate school of public health in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of public health university of Pittsburgh.
- Harper, K. R & Kelly M. (2003). **Measuring Social Capital in the United Office for National Statistics.**
- Harpham, T. (2008). **The Measurement of Community Social Capital through Surveys.** In Social Capital and Health. New York: Springer.
- Harpham, T., Tuan, T., Silva, M.J. D., Huong, N.T., Tod, B., Lan, P.T., Thach, T.D., Abeyasekera, S., (2005). **Maternal Social Capital and Child Health in Vietnam First Published.**
- Harpham t. & et.al (2003). **mental health and social capital in Cali,** Colombia. Social science and medicine. 53.

- Huppert, F., Marks, N., Clark, A., Siegrist, J., Stutzer, A., Vitters, J. (2005). **Personal and social well-being module for the European Social Survey**, Round 3 Questionnaire.
- Hyypä, M.T., & Mäki, J. (2005). **Why do Swedish-Speaking Finns Have Longer Active Life?** An Area for Social Capital Research', Health Promotion International, 16 (1).
- Hyypä, M.T., & Mäki, J. (2003). **Social participation and health in a community rich in stock of social capital.** Health Education Research Vol.18 no.6 Theory.
- Kawachi I & et al. (2001). **Social capital for health and human development the society for international, development.**
- Kawachi, I., & Berkman, L. F. (2000). **Social Cohesion, social capital, and health.** In L. F. Berkman & I. Kawachi (Eds.), Social Epidemiology (pp. 174-190). Boston: Harvard University Press.
- Kawachi, I., Kennedy, P., Lochner, K and D. Prothrow-Smith. (1997). **Social Capital, Income Inequality, and Mortality American Journal of Public Health 87 (9).**
- Keyes .C.L.M. (2004). **Complete mental health: an agenda for the 21 century Washington.**
- Keyes, C. L. M., & Shapiro, A. D. (2001). **Disadvantage in social well-being: Profiles by sex, age, and socioeconomic index.** Unpublished manuscript, Emory University.

- Kirsten P. Smith and Nicholas A. Christakis, A. (2008). **Social Networks and Health**. First published online as a Review in Advance on March ۲۴, ۲۰۰۸.
- Larson. J. S. (1996). **the world health organization's definition of health, social versos**. Spiritual health.
- Lomas, J. (1998). **Social capital and health** : Implications for public health and epidemiology Canadian Health Services Research Foundation, 11 Holland Avenue, Suite 703, Ottawa, Ont., Canada Sci. Med. Vol., No.9, pp. 1181±1188, 1998 Elsevier Science Ltd.
- Malin Eriksson. (2010). **Epidemiology and Global Health Department of Public Health and Clinical Medicine Umea University, SE-۹۰۱ ۸۷** Umea Social Capital, Health and Community Action - Implications for Health Promotion Umea, Sweden 2010.
- Negovan Valeria. (2010). Dimensions of students' psychosocial well-being and their measurement: Validation of a students' Psychosocial Well Being Inventory University of Bucharest, Faculty of Psychology and Educational Sciences **Europe's Journal of Psychology 2/2010**.
- Nicolas Sirven. (2011). **Thierry Debrand Social Capital and Health of Older Europeans From Reverse Causality to Health Inequalities Revised Draft**.
- Pridmore, Pat., Thomas, Liz., Havemann, Kirsten., Sapag, Jaime., Wood , Lisa,. (۲۰۰۸). **globalized world Knowledge Network on Urban Settings Thematic Paper 9** WHO Centre for Health Development.
- Rosalyn Harper and Maryanne Kelly (2003). **Measuring Social Capital in the United Kingdom Office for National Statistics December**.

- Rose, R. (2000). **How much does social capital add to individual health?** A survey study of Russians. *Social Science & Medicine*, 51.
- Rose, Richard. (1999). **What dose social capital add to individual welfare?** An empirical analysis of Russia.
- Ryff, c. e. & WU, C.L. (1996). **Psychiatric disorder in America;** the epidemiological catchment area study New York. Free press .
- Spellerberg, A. (2001). **Framework for the Measurement of Social Capital in New Zealand.** Social Capital Programme team, Statistics New Zealand.
- Stephens, Christine, and Noone, Jack. (2008). **Health, Work, and Retirement Survey Summary report for the 2006 data wave. - Social Support, Social Networks, and Well-Being.** Massey University
- Tiliouine, H., (2009). **Health and Subjective Wellbeing in Algeria: A Developing Country in Transition Published online:** 25 June 2009 Springer Science Business Media B.V. / The International Society for Quality-of-Life Studies (ISQOLS) 2009 Applied Research Quality Life (2009) 4:223–238 □□□ ١٠.١٠٠٧/□١١٤٨٢-٠٠٩-٩٠٧٣-□.
- Turner Bryan. (2003). **Social Capital, SES and Health: an individual – level analysis** *Social science & medicine*.50; 619-٦٣٩ □□□□□□ □□eory & Health 1, 4□20.
- Vasoontara Yieng prugsawan (2011); **Social capital and health in a national cohort of 82,482 Open University adults in Thailand** National Centre for Epidemiology and Population Health, The Australian National University, Canberra, Australia May, 16 (4). **Journal Health Psychology.**
- Veenstra, G. (2000). **Social capital, SES and health: an individual-level analysis.** *Social Science & Medicine*, 50.



- **World Health Organization**, Health Promotion Glossary, Geneva, January, 1998: 1.
- Zunzunegui MV, Koné A, Johri M, Béland F, Wolfson C, Bergman H. (2004). **Social networks and self-rated health in two French-speaking Canadian community dwelling populations over 65**. Soc Sci Med. May; 58 (10).

