



## Investigating the relationship between social capital and social well-being among Shiraz University students

Asghar Mirfardi<sup>1</sup> | Serajeddin Mahmoudiani<sup>2</sup> | Sanaz Sedighi<sup>3</sup>

1. Corresponsing Author; Associate Prof. of Sociology, Sociology and Social Planning Department, College of Economics, Management and Social Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran. [Amirfardi@shirazu.ac.ir](mailto:Amirfardi@shirazu.ac.ir).
2. Associate Prof. of Demography, Sociology and Social Planning Department, College of Economics, Management and Social Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran. [serajmahmoudiani@gmail.com](mailto:serajmahmoudiani@gmail.com)
3. M.A. student of Sociology, Sociology and Social Planning Department, College of Economics, Management and Social Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran. [sedighisana09@gmail.com](mailto:sedighisana09@gmail.com).

### Article Info

#### Article type:

Research Article

#### Article history:

Received: 2024 - 9 - 17

Received in revised form:  
2025 - 3 - 8

Accepted: 2025 - 3 - 25

Published online: 2025-5-10

#### Keywords:

social well-being, social capital, students, Shiraz University.

### ABSTRACT

**Objectives:** Health is of great importance in every society and culture and is defined based on cultural commonalities and social, and emotional relationships among people. Health has various dimensions. Social well-being is one of the important aspects of health and its existence in the society causes social development. This research has investigated the relationship between social capital and social well-being among Shiraz University in the academic year 2022-2023. The theoretical framework of this research was chosen based on Keyes' theory on social well-being.

**Methods:** Using survey method, the statistical population of the study was all students of Shiraz University. Sampling method in this research was cluster random sampling method and the sample size was 376 people based on Cochran's formula. To collect data, a structured questionnaire tool was used, including Keyes and Shapiro's social well-being scales and Mirfardi's and Valinezhad's social capital questionnaire. The face validity and Cronbach's alpha coefficient were used to evaluate validity and reliability of questionnaire, respectively. The data were analyzed using SPSS software, version 26.

**Results:** The findings of the research showed that the level of social well-being and social capital of students is at an average level. There was no significant difference between the social well-being of male and female students. There was no significant difference between social well-being according to educational level, field of study, age group, and ethnicity. The level of social well-being of students was different according to the socio-economic status, and the upper class had the highest social well-being. There was a positive and significant relationship between social capital and social well-being variables ( $p$ . value= 0.000). In total, the variables of social capital and socio-economic status explained 12% of the variance of the dependent variable.

**Conclusion:** The alignment between social capital and social well-being indicates their social functions for the general goals of society.

**Cite this article:** Mirfardi,A.; Mohmoudiani, S.& Sedighi, S (2024), Investigating the relationship between social capital and social well-being among Shiraz University students; *Journal of Social Problems of Iran*, 15 (2),41-59. <https://doi.org/10.22059/IJSP.2025.380500.671252>



© The Author(s).

Publisher: University of Tehran Press.

DOI: <https://doi.org/10.22059/IJSP.2025.380500.671252>

## بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه شیراز

اصغر میرفردی<sup>۱</sup> | سراج‌الدین محمودیانی<sup>۲</sup> | ساناز صدیقی<sup>۳</sup>

۱. نویسنده مسئول، دانشیار جامعه‌شناسی، بخش جامعه‌شناسی و برنامه‌ریزی اجتماعی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران. رایانامه: [Amirfardi@shirazu.ac.ir](mailto:Amirfardi@shirazu.ac.ir)
۲. دانشیار جمعیت‌شناسی، بخش جامعه‌شناسی و برنامه‌ریزی اجتماعی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران. رایانامه: [serajmahmoudiani@gmail.com](mailto:serajmahmoudiani@gmail.com)
۳. دانشجوی کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، بخش جامعه‌شناسی و برنامه‌ریزی اجتماعی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران. رایانامه: [sedighisana09@gmail.com](mailto:sedighisana09@gmail.com)

اطلاعات مقاله	چکیده
<b>نوع مقاله:</b> مقاله پژوهشی	<b>اهداف:</b> سلامت در هر جامعه و با هر فرهنگی از اهمیت بالایی برخوردار است و بر اساس اشتراکات فرهنگی و روابط اجتماعی و احساسی در بین افراد تعریف می‌شود. سلامت دارای ابعاد متنوعی است. سلامت اجتماعی یکی از ابعاد مهم سلامت محسوب می‌شود و وجود آن در جامعه باعث توسعه‌ی اجتماعی است. این پژوهش، در پی بررسی سلامت اجتماعی و سرمایه اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه شیراز در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ بوده است. چارچوب نظری این پژوهش بر اساس نظریه سلامت اجتماعی کبیز بود.
<b>تاریخ دریافت:</b> ۱۴۰۳/۰۶/۲۷	<b>روش پژوهش:</b> روش پژوهش کمی و از نوع پیمایشی بود. جامعه آماری مورد مطالعه کلیه دانشجویان دانشگاه شیراز بودند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش روش نمونه‌گیری تصادفی از نوع خوشه‌ای و حجم نمونه مورد مطالعه بر اساس فرمول کوکران ۳۷۶ نفر بود. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزار پرسشنامه ساختارمند شامل مقیاس‌های سلامت اجتماعی کبیز و شاپرو (۲۰۰۵) و سرمایه اجتماعی میرفردی و ولی نژاد (۱۳۹۴)، استفاده شد. اعتبار ابزار به روش اعتبار صوری مورد تأیید قرار گرفت و برای سنجش پایایی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد و داده‌ها به کمک نرم افزار Spss نسخه ۲۶ مورد تحلیل قرار گرفتند.
<b>تاریخ بازنگری:</b> ۱۴۰۳/۱۲/۱۸	<b>یافته‌ها:</b> یافته‌های پژوهش نشان داد که میزان سلامت اجتماعی و سرمایه اجتماعی دانشجویان در سطح متوسطی است. تفاوت معناداری بین سلامت اجتماعی دانشجویان زن و مرد وجود نداشت. بین سلامت اجتماعی با توجه به مقطع تحصیلی، رشته تحصیلی، گروه سنی و قومیت تفاوت معناداری وجود نداشت. میزان سلامت اجتماعی دانشجویان برحسب پایگاه اقتصادی- اجتماعی متفاوت بود و طبقه بالا، بیشترین سلامت اجتماعی را داشت. بین متغیرهای سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی رابطه مثبت و معناداری در سطح ۹۹ درصد وجود داشت. در مجموع، متغیرهای سرمایه اجتماعی و پایگاه اقتصادی- اجتماعی، ۱۲ درصد از واریانس متغیر وابسته را تبیین کردند.
<b>تاریخ پذیرش:</b> ۱۴۰۴/۰۱/۰۵	<b>نتیجه:</b> همراستایی بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی، نشانگر کارکردهای اجتماعی آنها برای اهداف عمومی جامعه است.
<b>تاریخ انتشار:</b> ۱۴۰۴/۰۲/۲۰	

### کلیدواژه‌ها:

سلامت اجتماعی، سرمایه اجتماعی، دانشجویان، دانشگاه شیراز..

**استناد:** : میرفردی، اصغر؛ محمودیانی، سراج‌الدین و صدیقی، ساناز؛ (۱۴۰۳) بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه شیراز،

بررسی مسائل اجتماعی ایران، ۱۵(۲)، ۴۱-۵۹. <https://doi.org/10.22059/IJSP.2025.380500.671252>



ناشر: مؤسسه انتشارات دانشگاه تهران. © نویسندگان.

DOI: <https://doi.org/10.22059/IJSP.2025.380500.671252>

## ۱- مقدمه و بیان مسئله

سلامت فرد، پایه و بنیان سلامت جامعه است و این دو کاملاً به هم وابسته‌اند و نمی‌توان بین آن‌ها حد و مرزی قائل شد. سلامت در جوامع بشری از اهمیت بالایی برخوردار است. سلامت ابعاد مختلفی دارد که سلامت اجتماعی یکی از ابعاد مهم آن محسوب می‌شود و وجود آن در جامعه باعث توسعه‌ی اجتماعی است. امروزه سلامتی فقط نداشتن بیماری نیست؛ عملکرد انسان در جامعه و نوع فکر او نیز دارای اهمیت است و یک نوع سلامتی اجتماعی محسوب می‌شود. با وجودی که گاهی افراد فقط بعد جسمانی را در نظر می‌گیرند، توسعه یک جامعه بر پایه همه ابعاد سلامت است. به باور سرگین و الیتون<sup>۱</sup> (۲۰۰۰) نخستین و مهم‌ترین بخش سلامت اجتماعی تفکر و ذهن مثبت و درست در زمینه‌ی اجتماعی است که به آن توجه کافی نمی‌شود. وضعیت سلامت افراد جامعه به روش‌های گوناگون بر سلامت دیگران و شاخص‌های اقتصادی- اجتماعی جامعه اثر می‌گذارد. سلامت جوانان یکی از اولویت‌های اصلی در همه‌ی کشورها است. زندگی سالم‌تر، محصول تعامل اجتماعی بین فردی و محیط اجتماعی- اقتصادی افراد است.

سلامت اجتماعی می‌تواند کارکردهایی برای کاهش مشکلات و مسائل اجتماعی داشته باشد. پرداختن به موضوع سلامت اجتماعی می‌تواند برای شهروندان انگیزه و شادابی را به وجود آورد و از شکل‌گیری کج‌رفتاری‌های اجتماعی و انحرافات جلوگیری کند. وجود سلامت اجتماعی، امنیت، احساس مسئولیت، هنجارمندی، ارتباطات اجتماعی سالم و حس اعتماد به دیگران را در پی دارد. توسعه سلامت اجتماعی می‌تواند در جوامع شهری و سرمایه اجتماعی افراد نقش داشته باشد. در برداشتی، فرد سالم کسی است که جامعه را مجموعه‌ای معنادار و قابل فهم برای پیشرفت در نظر بگیرد، نسبت به جامعه حس تعلق داشته باشد و جامعه نیز او را بپذیرد (شیری محمدآباد، ۱۳۹۴). جامعه‌ای که برابری، عدالت، آموزش، احترام به حقوق هم‌دیگر در آن وجود داشته باشد، جامعه‌ای سالم است. در تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت اجتماعی برای نخستین بار در کنار دیگر بُعدهای سلامت قرار گرفت. تعریفی قدیمی از سلامت، بیمار نبودن است. بر پایه تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت بیانگر سه بعد اجتماعی، جسمی و روانی سلامت است. بعد اجتماعی سلامت نیز شامل سطوح مهارت‌های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی هر فرد در شناخت خود به‌عنوان عضوی از جامعه بزرگ‌تر است و به شرایط اقتصادی و اجتماعی، رفاه و سلامت فرد در جامعه توجه می‌کند (صادقی سرچشمه، ۱۳۹۳). گلداسمیت<sup>۲</sup> شاخص‌های سلامت اجتماعی را یکی از اساسی‌ترین شاخص‌های سلامت هر کشوری معرفی می‌کند و سلامت اجتماعی را ارزیابی رفتارهای معنادار مثبت و منفی فرد در ارتباط با دیگران تعریف می‌کند که به مفید بودن فرد در جامعه منجر می‌شود. در واقع، زمانی شخص دارای سلامتی است که بتواند فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی خود را در حد متعارف انجام دهد و با جامعه و هنجارهای اجتماعی احساس پیوند کند (لارسون<sup>۳</sup>، ۱۹۹۳: ۲۸۵). کییز<sup>۴</sup>، پنج بعد را برای سلامت اجتماعی در نظر می‌گیرد که شامل؛ شکوفایی اجتماعی، انطباق اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی و انسجام اجتماعی است. شکوفایی اجتماعی یعنی باور به رشد مثبت جامعه و تصور این که جامعه پتانسیل رشد مثبت را دارد و می‌تواند این پتانسیل را به واقعیت تبدیل کند. انطباق اجتماعی باور به قابل درک و قابل پیش‌بینی جامعه است. پذیرش اجتماعی نگرش مثبت نسبت به مردم داشتن و به طور کلی پذیرفتن افراد با وجود برخی رفتارهای پیچیده است. مشارکت اجتماعی باوری است که طبق آن فرد خود را عضو حیاتی جامعه می‌داند و در انتها انسجام اجتماعی مستلزم ارزیابی کیفیت روابط فرد در درون گروه‌های اجتماعی و احساس تعلق آنها به جامعه است (کییز، ۱۹۹۸: ۱۲۲).

<sup>1</sup> Sergin & Eliton

<sup>2</sup> Goldschmidt

<sup>3</sup> Larson

<sup>4</sup> Keyes

در هر جامعه‌ای، سلامت اجتماعی بر اساس ارزشهای آن جامعه تعریف می‌شود. به طور کلی، جامعه‌ای سالم است که در آن فقر و خشونت وجود نداشته باشد، رشد جمعیت کنترل شده باشد و عدم تبعیض جنسی، یکسان بودن کیفیت قانون برای همه، رعایت پیمان حقوق بشر، آموزش‌های رایگان، دسترسی همگان به خدمات سلامت، وجود امنیت، آزادی عقیده، احساس رضایت، پوشش همگانی بیمه، توزیع عادلانه درآمد، عدم تبعیض قومی و نژادی، مشروعیت حکومت نزد مردم و مردم سالاری وجود داشته باشد (سمیعی و همکاران، ۱۳۸۹: ۵۱-۳۲). بر اساس پژوهش صباغ، معینان و صباغ (۱۳۹۰) در ایران بین میزان سلامت اجتماعی و اعتقادات دینی، میزان اعتماد اجتماعی شهروندان و گذران اوقات فراغت همبستگی معنادار مستقیمی وجود دارد و سلامت اجتماعی با ناامیدی همبستگی معنادار معکوسی دارد. از آنجائی که پدیده‌های اجتماعی چندبعدی‌اند، سلامت اجتماعی، به سان یک پدیده اجتماعی، در پیوند عوامل گوناگون زیستی، اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی می‌تواند مورد تحلیل قرار گیرد. سرمایه اجتماعی، از متغیرهایی است که در زندگی اجتماعی نقش محوری دارد و به تعبیر بوردیو<sup>۱</sup> (۱۹۹۷) و کلمن<sup>۲</sup> (۱۳۷۷)، راه را برای دستیابی به موقعیت‌های اقتصادی و اجتماعی هموار می‌سازد. میزان سرمایه اجتماعی، نقش زمینه‌ای و تعیین‌کنندگی برای بسیاری از کنش‌های اجتماعی دارد و خود نیز از زمینه‌های گوناگون اجتماعی تاثیر می‌پذیرد. بنا به پژوهش‌های ملی و منطقه‌ای، میزان سرمایه اجتماعی و ابعاد آن همچون اعتماد اجتماعی در سالیان اخیر در ایران روبه کاهش نهاده است (غفاری، ۱۳۸۳؛ میرفردی و ولی نژاد، ۱۳۹۴؛ بشارتی و همکاران، ۱۴۰۱؛ میرفردی، کاظمی و ولی نژاد، ۲۰۲۲). بر اساس پژوهش سام آرام (۱۳۸۸) و تباری هادی و همکاران (۱۳۸۷) سرمایه اجتماعی در بین دانشجویان در ایران در حد متوسط است.

دانشگاه شیراز یکی از دانشگاه‌های اصلی کشور است. در نخستین گزارش رتبه‌بندی دانشگاه‌های دولتی، در سطح یک رتبه-بندی شده است و نخستین دانشگاه دارای هیئت مدیره در ایران است. این دانشگاه در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ دارای ۱۶،۶۴۳ نفر دانشجو و ۶۳۰ رشته تحصیلی بود (گزارش دانشگاه شیراز، ۱۴۰۲). دانشکده‌های این دانشگاه شامل دانشکده ادبیات و علوم انسانی، اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، الهیات و معارف اسلامی، حقوق و علوم سیاسی، علوم تربیتی و روان‌شناسی، دام‌پزشکی، فناوریهای نوین، پردیس علوم، کشاورزی، مهندسی، هنر و معماری و پردیس بین الملل است. از آنجا که توجه به سلامت اجتماعی جوانان از ضرورت‌های هر جامعه‌ای است، شناخت وضعیت سلامت اجتماعی دانشجویان به سان بخشی از جوانان جامعه از اهمیت بالایی برخوردار است. با وجود مطالعاتی که درباره سلامت اجتماعی در کشور انجام شده است (حسینی، ۱۳۸۷؛ سام آرام، ۱۳۸۸؛ امینی رارانی، ۱۳۸۹؛ شربتیان و ایمنی، ۱۳۹۷؛ حیدرآبادی و همکاران، ۱۳۹۹)، شناخت علمی کافی درباره میزان سلامت اجتماعی دانشجویان و ارتباط آن با سرمایه اجتماعی، به سان یک متغیر مهم، در کشور وجود ندارد. از این‌رو، پژوهش کنونی به بررسی سلامت اجتماعی و سرمایه اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه شیراز می‌پردازد و درصدد پاسخ به این سوال است که سلامت اجتماعی و سرمایه اجتماعی دانشجویان دانشگاه شیراز چه ارتباطی با یکدیگر دارند؟ با توجه به نقش دانشجویان به سان آینده‌سازان جامعه و اهمیت سلامت اجتماعی و سرمایه اجتماعی آنها برای این نقش‌آفرینی، انجام چنین پژوهش‌هایی برای پویایی جامعه ضرورت دارد.

<sup>1</sup> Bourdieu.

<sup>2</sup> Coleman.

## ۲- پیشینه و چارچوب نظری پژوهش

### ۲-۱- پژوهش‌های تجربی

در زمینه سلامت اجتماعی، در داخل و خارج از کشور، پژوهش‌هایی انجام شده است که در این بخش، به برخی از آن‌ها پرداخته می‌شود. نتایج پژوهش امینی رارانی، موسوی و رفیعی (۱۳۹۰) نشان داد که بین سرمایه اجتماعی و متغیرهای فقر، رشد طبیعی جمعیت، خشونت، میزان باسودای، میزان بیکاری و پوشش بیمه به عنوان بیان‌گرهای سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد و جهت رابطه در مورد متغیرهای فقر، رشد جمعیت و میزان بیکاری مثبت بود و همچنین رابطه معناداری بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی کل در ایران وجود داشت. نتایج پژوهش علیزاده اقدم و همکاران (۱۳۹۲) نشان داد که بین سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین کیفیت زندگی دانشجویان برحسب نوع سکونت آن‌ها تفاوت معناداری داشت، ولی کیفیت زندگی دانشجویان برحسب جنس، رشته تحصیلی و سال ورود آن‌ها متفاوت نبود. همچنین ارتباط بین سن و کیفیت زندگی دانشجویان معنادار نبود. نتایج پژوهش شربتیان و امینی (۱۳۹۷) نشان داد که متغیرهای اجتماعی همچون سرمایه اجتماعی، امنیت اجتماعی، نشاط اجتماعی، کیفیت زندگی و رضایت از زندگی بر سلامت اجتماعی جوانان تاثیر می‌گذارد و رضایت از زندگی به طور مستقیم بیش‌ترین تاثیر را داشته است.

نتایج پژوهش حیدرآبادی و همکاران (۱۳۹۹) نشان داد که میزان سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی دانش‌آموزان منطقه پنج تهران کمتر از حد متوسط بوده است و بین سرمایه اجتماعی و ابعاد آن (سرمایه اجتماعی ساختاری و سرمایه اجتماعی شناختی) با سلامت اجتماعی رابطه مثبت و معناداری وجود داشت قیومی (۱۴۰۰) پژوهشی با عنوان «فرا تحلیل رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی» انجام داد. نتایج این پژوهش نشان داد که سرمایه اجتماعی بر میزان سلامت اجتماعی اثرگذار است؛ اگرچه این میزان در بین مردان بیشتر از زنان است. همچنین سرمایه اجتماعی در استان‌های کمتر توسعه یافته سنتی و مبتنی بر اعتماد خاص است و در استان‌های توسعه یافته سرمایه سنتی فرسایش یافته است. پژوهش احمدآبادی و رضانی (۱۴۰۰) نشان داد که تفاوت معناداری بین سلامت عمومی-اجتماعی زنان و مردان دانشجو در دانشگاه فرهنگیان مشهود وجود ندارد. حاتمی (۱۴۰۱) پژوهشی با عنوان «بررسی رابطه سرمایه‌های اجتماعی و شبکه‌های اجتماعی با سلامت اجتماعی دانشجویان» کارشناسی دانشگاه علامه طباطبائی انجام داد. نتایج پژوهش نشان داد، که متغیرهای سرمایه اجتماعی و شبکه‌های اجتماعی با سلامت اجتماعی دانشجویان رابطه معنادار دارند.

پژوهش گروزن<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۹) که به مقایسه تأثیر اعتماد و مشارکت مدنی بر سلامت افراد در ده کشور اروپایی پرداخته است، نشان داد که اعتماد تأثیر مثبت قابل توجهی بر سلامت درک شده سوئدی‌ها و آلمانی‌ها دارد. با این حال، این نتیجه قابل تعمیم به سایر کشورهای اروپایی نبود. در مقابل، مشارکت مدنی تأثیر مثبتی بر سلامت افراد در تمام کشورهای اروپایی داشت. نتایج پژوهش نشان داد که بین ابعاد سرمایه اجتماعی و سلامت رابطه معناداری وجود دارد. پژوهش الگار<sup>۲</sup> (۲۰۱۱) که رابطه بین سرمایه اجتماعی و میزان سلامت فردی و رضایت از زندگی را در نمونه‌های متنوعی از کشورهای ثروتمند و در حال توسعه بررسی نمود، نشان داد که بین سرمایه اجتماعی، سلامت و رضایت از زندگی رابطه معناداری وجود دارد. نتایج پژوهش استوری<sup>۳</sup> (۲۰۱۳) نشان داد که پژوهش‌های مربوط به رابطه بین سلامت و سرمایه اجتماعی به طور قابل توجهی در حال افزایش است. افزون بر این، این پژوهش‌ها

<sup>1</sup> Groezen

<sup>2</sup> Elgar

<sup>3</sup> Story

نشان دادند که سرمایه اجتماعی عامل مهمی در بهبود سلامت است. نتایج پژوهش هونگ و لائو<sup>۱</sup> (۲۰۱۹) نشان داد که سلامت ضعیف هم علت و هم پیامد فقر است و شواهد فزاینده‌ای وجود دارد که نشان می‌دهد سرمایه اجتماعی عامل مهمی برای بهبود سلامت در محیط‌های دچار فقر منابع است. نتایج پژوهش نشان داد که ایجاد سرمایه اجتماعی می‌تواند بر نحوه درک افراد از سلامتی خود تأثیر بگذارد که می‌تواند با برنامه‌های مداخله‌ای که به دنبال ایجاد روابط پیوندی و پل زدنی هستند، تسهیل شود. ایگزو، رید و منکلووا<sup>۲</sup> (۲۰۲۰) پژوهشی با عنوان «سرمایه اجتماعی و سلامت: یک فراتحلیل» انجام دادند. از میان ۱۲۷۷۸ پژوهش انجام شده در این حوزه، به تجزیه و تحلیل ۴۷۰ پژوهش پرداختند. رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت در زمینه‌هایی مانند بهداشت عمومی، پزشکی، اپیدمیولوژی، پیری شناسی و سایر رشته‌های مرتبط با سلامت مورد توجه گسترده قرار گرفته است. صدها پژوهش گزارش کرده‌اند که سرمایه اجتماعی به طور قابل توجهی با انواع پیامدهای مثبت سلامت مرتبط است. در مقابل، ادبیات اقتصادی در مورد این موضوع نسبتاً اندک است. از روش متانالیز و مدل خطی برای جمع‌آوری یافته‌های تجربی در ادبیات بین رشته‌ای در مورد سرمایه اجتماعی و سلامت استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که سرمایه اجتماعی به طور قابل توجهی با انواع پیامدهای مثبت سلامت ارتباط دارد. نتایج مطالعه مروری هوانگ و لین<sup>۳</sup> (۲۰۲۳) بر روی مطالعات سالهای ۱۹۹۸ تا ۲۰۲۲ نشان داد که انواع مختلف فضای سبز شهری به طور معناداری بر سلامت اجتماعی افراد تأثیر می‌گذارد. ابعاد سلامت اجتماعی افراد بر اساس فضای سبز شهری را می‌توان به چهار گروه تماس‌های اجتماعی، روابط اجتماعی، حمایت اجتماعی و ارتباطات اجتماعی تقسیم کرد که عمدتاً تحت تأثیر ویژگی‌های کالبدی، ادراکات و کاربری‌های فضای سبز شهری به درجات مختلف قرار داشتند. ویژگی‌های اجتماعی - جمعیتی می‌تواند استحکام و جهت‌گیری رابطه بین فضای سبز شهری و سلامت اجتماعی افراد را تعدیل کند. مرور مطالعات انجام شده نشان داد که سلامت اجتماعی از موضوعات مورد توجه پژوهشگران اجتماعی است و در برخی از پژوهش‌ها به رابطه آن با سرمایه اجتماعی نیز پرداخته شده است. با وجود این مطالعات، سلامت اجتماعی و ارتباط آن با سرمایه اجتماعی در بین دانشجویان کمتر مورد توجه قرار گرفته است. در این راستا، این پژوهش با بهره‌گیری از تجربیات مطالعات پیشین، سلامت اجتماعی و رابطه آن با سرمایه اجتماعی دانشجویان دانشگاه شیراز را مورد بررسی قرار داده است.

## ۲-۲- چارچوب نظری

### نظریه های سلامت اجتماعی

یکی از نظریه‌های برجسته در زمینه سلامت اجتماعی توسط کیزز ارائه شده است. به باور وی، مقیاس سلامت اجتماعی شامل پاسخ-های درونی فرد (احساسات، افکار و رفتار) است، که نشان‌دهنده رضایت یا عدم رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی خود است. کیزز بر این باور است که سلامت اجتماعی شامل چندین عنصر است و در مجموع نشان می‌دهد که افراد چگونه و تا چه اندازه در زندگی اجتماعی خود عملکرد خوبی دارند. برای نمونه، به‌عنوان یک همسایه، همکار و همشهری. زندگی و عملکرد شخصی یک فرد بدون در نظر گرفتن معیارهای اجتماعی قابل‌ارزیابی نیست. عملکرد خوب در زندگی فراتر از سلامت روان است و وظایف و چالش‌های اجتماعی را نیز در نظر می‌گیرد. کیزز پنج بعد و شاخص اساسی برای سلامت اجتماعی بر اساس بعد اجتماعی و سطح تحلیل فردی ارائه کرده است که عبارت‌اند از: ۱) شکوفایی اجتماعی یعنی دانستن و باور به رشد مثبت جامعه و تصور این‌که جامعه پتانسیل رشد

<sup>1</sup> Hung & Lau.

<sup>2</sup> Xue, Reed, & Menclova.

<sup>3</sup> Huang & Lin.

مثبت را دارد و می‌تواند این پتانسیل را به واقعیت تبدیل کند. به عبارت دیگر، اعتقاد به این که جامعه بر سرنوشت خود مسلط است و مسیر تکاملی خود را به کمک پتانسیل خود کنترل می‌کند. فردی که از رشد شخصی لذت می‌برد، معتقد است که خود خالق سرنوشت خود است. او خود را در حال تکامل مداوم می‌داند و با باور به اینکه نیروهای بالقوه‌ای دارد، سعی می‌کند این نیروها را توسعه دهد (کیزی و شاپیرو<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵). ۲) انطباق یا همبستگی اجتماعی یعنی باور به این که جامعه منطقی و قابل‌پیش‌بینی است. افراد سالم به پروژه‌های اجتماعی علاقه‌مند هستند و احساس می‌کنند که قادر به درک وقایع پیرامون خود هستند. آن‌ها درک خود را از زندگی بهبود می‌بخشند. سازگاری اجتماعی معادل تسلط بر محیط در مقیاس روان‌شناختی است، تسلط به معنای احساس شایستگی و توانایی در مدیریت محیط پیچیده و انتخاب یا ایجاد زمینه‌های شخصی مناسب است. انطباق اجتماعی نقطه مقابل پوچی و بی‌معنی است و جهان را به‌گونه‌ای منطقی، هوشمندانه، قابل‌درک و قابل‌پیش‌بینی دیده است (کیزی، ۱۹۹۸). ۳) پذیرش اجتماعی، داشتن نگرش مثبت نسبت به مردم و به‌طور کلی پذیرفتن افراد با وجود برخی رفتارهای گیج‌کننده و پیچیده آن‌ها است. پذیرش اجتماعی یک نمونه اجتماعی از خودپذیری است. در پذیرش خود، فرد نگرش مثبت و احساس خوبی نسبت به خود و زندگی گذشته خود دارد و با وجود ضعف‌ها و ناتوانی‌ها، جنبه شخصی خود را می‌پذیرد. جامعه را به‌عنوان یک گروه عام و متشکل از افراد مختلف درک می‌کند و به دیگران به‌عنوان افرادی توانمند و مهربان اعتماد دارد. مردم بر این باورند که افراد می‌توانند کارآمد و مؤثر باشند. این افراد دیدگاه مطلوبی نسبت به طبیعت انسان دارند و با دیگران احساس راحتی می‌کنند. ۴) مشارکت اجتماعی یعنی فرد معتقد است که بر اساس مشارکت می‌تواند خود را فردی حیاتی از جامعه بداند و فکر می‌کند چیزی ارزشمند برای ارائه به جامعه و جهان خود دارد. مشارکت اجتماعی موازی با بعد هدف در زندگی از مقیاس سلامت روان است. مشارکت اجتماعی به‌طور کلی به این معناست که به چه میزان فرد احساس می‌کند آنچه در جهان انجام می‌دهد از نظر جامعه ارزشمند است و در رفاه عمومی مؤثر است (کیزی و شاپیرو، ۲۰۰۵). ۵) انسجام یا انسجام اجتماعی به معنای بخشی از جامعه بودن افراد و گروه‌ها است و بر این پایه استوار است که یک فرد به جامعه تعلق دارد. انسجام اجتماعی ارزیابی فرد از کیفیت روابط خود در گروه‌های اجتماعی و احساس حمایت از جامعه و مشارکت در آن است.

برتالنفی<sup>۲</sup> با رویکرد سیستمی به سلامت اجتماعی پرداخته است. سیستم مجموعه‌ای از اجزا و روابط میان آن‌هاست که توسط ویژگی‌های معین، به هم وابسته یا مرتبط می‌شوند و این اجزا با محیط‌شان یک کل را تشکیل می‌دهند. سیستم‌ها ویژگی‌هایی چون تعامل اجزاء، ارتباط با محیط، گرایش به نظم و گرایش به تعادل دارند. نظریه تفکر سیستمی برتالنفی، یک چارچوب مفهومی برای درک رفتارهای اجتماعی و ارتباطات درون‌گروهی است. این نظریه با فرض این که هر سیستمی، از جمله گروه‌های اجتماعی، به‌صورت یک سیستم پیچیده و تعاملی عمل می‌کند، به بررسی این تعاملات می‌پردازد. در زمینه سلامت اجتماعی، این نظریه می‌تواند به‌عنوان یک الگوی تفکری برای بهبود سلامت جامعه مورداستفاده قرار گیرد. طبق این نظریه، سلامت اجتماعی نه تنها به دلیل عوامل فردی، بلکه به دلیل عوامل سیستمی و اجتماعی ایجاد می‌شود. فرد و جامعه به‌طور هم‌زمان در تعامل با یکدیگر هستند و به‌طور منظم با یکدیگر ارتباط دارند و این تعاملات می‌تواند تأثیر بسزایی بر سلامت جامعه داشته باشند. برای نمونه، ارتباطات خوب و روابط اجتماعی قوی، می‌تواند به بهبود سلامت روانی و افزایش احساس رضایت‌مندی اجتماعی منجر شود. برای نمونه دیگر، وجود فقر و عدم دسترسی به خدمات بهداشتی، می‌تواند بر سلامت جامعه تأثیر منفی بگذارد. به‌طور کلی، نظریه تفکر سیستمی برتالنفی می‌تواند به‌عنوان یک چارچوب رویکردی در زمینه سلامت اجتماعی مورداستفاده قرار گیرد که تأکید بر تعاملات اجتماعی و عوامل

<sup>1</sup> Shapiro

<sup>2</sup> Bertalanffy

سیستمی بهبود سلامت جامعه و بهبود کیفیت زندگی افراد را به دنبال دارد (برتالنفی، ۱۳۷۴). می توان گفت که در این نظریه، سلامت اجتماعی یک ویژگی جدا از ساختارهای اجتماعی نیست، بلکه کیفیت عملکردی بخشهای گوناگون جامعه و همچنین مناسبات بین آنها در بهبود و یا کاهش سلامت اجتماعی نقش دارند.

### نظریه های سرمایه اجتماعی

اندیشمندان اجتماعی، سرمایه اجتماعی را به سان عامل آسان کننده تعاملات اجتماعی و چرخه زندگی اجتماعی می دانند. کلمن<sup>۱</sup> بر این باور است که سرمایه اجتماعی بخشی جدایی ناپذیر از ساختار اجتماعی را تشکیل می دهد و به افراد کمک می کند تا به منابع خود دسترسی پیدا کنند. این بعد خاص از ساختار اجتماعی شامل انتظارات، هنجارها، روش های ارتباطی و مکانیسم هایی برای اطمینان از عملکرد است که همه آنها رفتارهای خاصی را تشویق یا مهار می کنند. کلمن منابع ساختاری اجتماعی را به عنوان دارایی های ارزشمند می داند، که او آن را سرمایه اجتماعی می داند. از نظر کلمن، سرمایه اجتماعی را می توان به سه شکل طبقه بندی کرد: اول، وظایف و انتظاراتی که بر اساس میزان اعتماد موجود در محیط اجتماعی است؛ دوم، وجود هنجارهایی که در حمایت از تضمین های اجرایی موثر هستند؛ و سوم، توانایی انتقال اطلاعات و بسیج عمل در ساختار اجتماعی به گونه ای که آن را تسهیل کند (کلمن، ۱۳۷۷: ۲۳۵). در مجموع، کلمن سرمایه اجتماعی را منبعی ارزشمند برای دستیابی به همگرایی و اهداف مشترک اجتماعی می داند. برداشت رابرت پاتنام<sup>۲</sup> از سرمایه اجتماعی، نموده های سازمان اجتماعی مانند شبکه های ارتباطی، اعتماد و هنجارهایی را در بر می گیرد که هماهنگی اجتماعی کارآمد را ارتقا می بخشد. وی بر این باور است که شبکه های اجتماعی برای افراد ارزشمند هستند. افزون بر این، ارتباطات اجتماعی، از جمله سرمایه انسانی و سرمایه فیزیکی، تأثیر قابل توجهی بر بهره وری افراد و گروه ها دارد. پاتنام در برداشت خود از سرمایه اجتماعی سه ویژگی کلیدی یعنی شبکه های افقی، شبکه های عمومی و فشرده گی را در نظر می گیرد. او استدلال می کند که شبکه های عمومی توانایی ایجاد اعتماد و هنجارهای تعاونی را ندارند. اعتماد اجتماعی برای جامعه سودمندتر در نظر گرفته می شود. پاتنام سرمایه اجتماعی را به فضیلت مدنی تشبیه می کند و ادعا می کند که همبستگی قوی با مشارکت سیاسی دارد. او معتقد است که وجود یک شبکه قوی از روابط اجتماعی منجر به کیفیت بالاتر زندگی اجتماعی می شود. سرمایه اجتماعی از ارتباطات افقی بین افراد تشکیل شده است که همکاری را برای منافع متقابل در جامعه ترویج می کند. سرمایه اجتماعی از ویژگی های زندگی اجتماعی از جمله شبکه ها، هنجارها و اعتماد ناشی می شود که دستیابی به اهداف و آرزوهای مشترک را به شیوه ای موثرتر تسهیل می کند. پاتنام به طور گسترده سرمایه اجتماعی را به عنوان اعتماد، هنجارها، و شبکه هایی تعریف می کند که همکاری و مشارکت را برای منفعت متقابل تسهیل می کنند. سطح تجزیه و تحلیل او با هدف دستیابی به توسعه سیاسی و دموکراسی گروه محور است (پاتنام، ۲۰۰۰، ۲۰-۱۸).

در مجموع، مرور مفاهیم و نظریه ها نشان می دهد که سلامت اجتماعی به میزان عملکرد سازنده افراد در زندگی اجتماعی و حوزه تعاملی و نقش آفرینی آنها مرتبط است و نشانگر، پویایی اجتماعی از رهگذر کارآمدی و پیوند اثربخش افراد در جامعه است. چنین مفهومی، نشاط و زیست پذیری اجتماعی و فرهنگی را نشان می دهد. سرمایه اجتماعی نیز که به گونه ای هم افزایی در پیگیری و دستیابی اهداف مشترک اجتماعی می انجامد، گونه ای همجواری و همراستایی با سلامت اجتماعی دارد زیرا سلامت اجتماعی به کیفیت عملکردی افراد در جامعه می انجامد. به نظر می رسد، سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی می توانند به تقویت

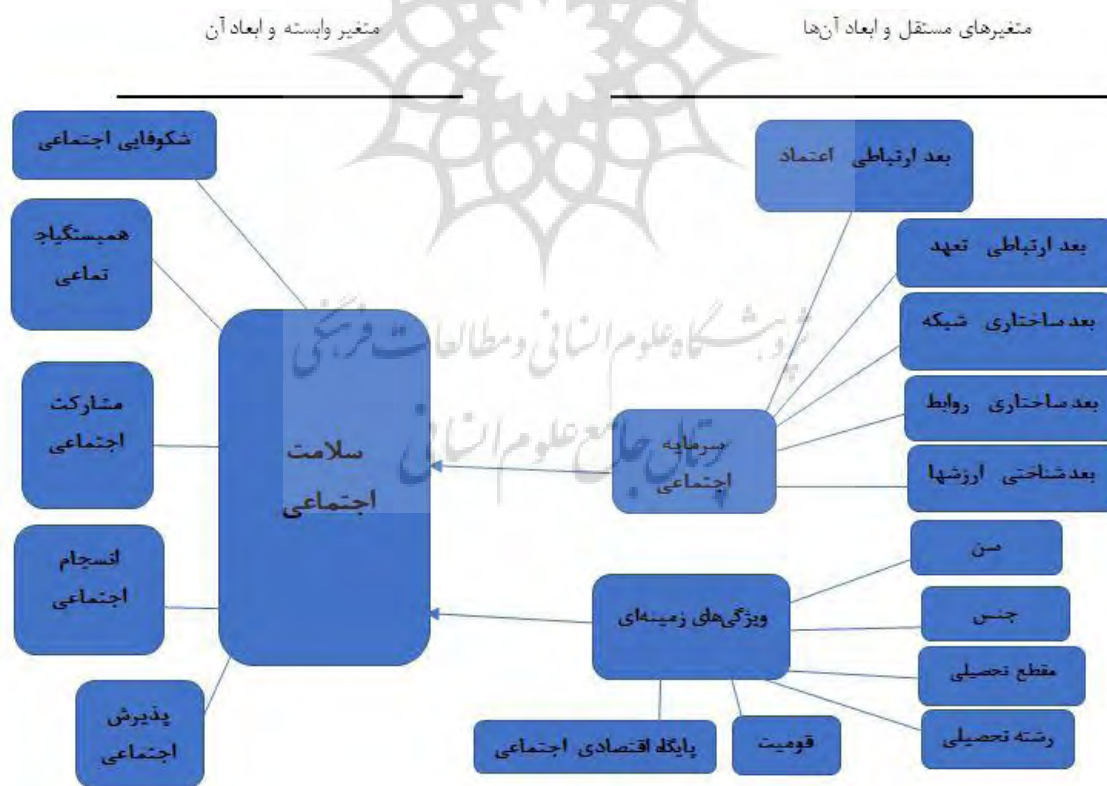
<sup>1</sup> Coleman

<sup>2</sup> Putnam



یکدیگر بیانجامند. منابع نهفته در سرمایه اجتماعی و کردارهای اجتماعی پدیدار شده از رهگذر شبکه های هنجاری، ارتباطی، تعاملی و همکاری به عنوان عناصر سرمایه اجتماعی می توانند زمینه تقویت سلامت اجتماعی به ویژه پذیرش، تعهد و شکوفایی اجتماعی افراد را در جامعه در پی داشته باشند. در این راستا، چارچوب نظری ترکیبی شامل نظریه کپیز (کپیز و شاپیرو، ۲۰۰۵) در زمینه سلامت اجتماعی و نظریه سرمایه اجتماعی به ویژه نظریه پاتنام (۲۰۰۰) درباره سرمایه اجتماعی به عنوان چارچوب نظری بکار گرفته شدند. از یک سو، کپیز، سلامت اجتماعی را همجوار و همراستا با ویژگی‌هایی می‌داند که به همگرایی اجتماعی یاری می‌رسانند و از سوی دیگر، پاتنام، سرمایه اجتماعی را در پیوند نزدیک با کیفیت زندگی می‌داند. همجوار با پاتنام، بورديو (۱۹۹۷) و کلمن (۱۳۷۷)، نیز سرمایه اجتماعی را زمینه و منبعی برای دستیابی به فرصت‌های مطلوب در جامعه می‌دانند. در این راستا، پیوند بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی با بهره‌گیری از نظریه‌های توسعه اجتماعی کپیز و سرمایه اجتماعی پاتنام، کلمن و بورديو مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. نظریه‌های پاتنام، کلمن و بورديو که بر منابع اجتماعی همچون پایگاه اقتصادی- اجتماعی، تحصیلات و مهارت‌های فرهنگی و تخصصی تأکید نموده‌اند برای طرح فرضیه‌های مربوط به سرمایه اجتماعی، پایگاه اقتصادی- اجتماعی، مقطع تحصیلی و رشته تحصیلی استفاده شدند.

### ۳-۲- مدل و فرضیه‌های پژوهش



شکل ۱: مدل تحلیلی- عملیاتی سلامت اجتماعی و رابطه آن با سرمایه اجتماعی

## فرضیه‌ها

۱. بین میزان سلامت اجتماعی و سرمایه اجتماعی دانشجویان دانشگاه شیراز رابطه وجود دارد.
۲. بین میزان سلامت اجتماعی و سن دانشجویان دانشگاه شیراز رابطه وجود دارد.
۳. میزان سلامت اجتماعی دانشجویان دختر و پسر دانشگاه شیراز متفاوت است.
۴. میزان سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه شیراز با توجه به رشته تحصیلی آن‌ها متفاوت است.
۵. میزان سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه شیراز با توجه به مقطع تحصیلی آن‌ها متفاوت است.
۶. میزان سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه شیراز با توجه به پایگاه اقتصادی - اجتماعی آن‌ها متفاوت است.
۷. میزان سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه شیراز با توجه به قومیت آن‌ها متفاوت است.

## ۳- روش پژوهش

پژوهش حاضر با رویکرد کمی و با استفاده از روش پیمایشی انجام شد. جامعه آماری در این پژوهش کلیه دانشجویان در حال تحصیل دانشگاه شیراز در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۱ بود که بر اساس آمار دانشگاه، تعداد آن‌ها برابر با ۱۶۶۴۳ نفر بودند (دانشگاه شیراز، ۱۴۰۱). حجم نمونه مورد بررسی در این پژوهش، بر اساس فرمول کوکران با ضریب اطمینان ۹۵ درصد و ضریب خطای ۵ درصد، ۳۷۶ نفر برآورد شد. روش نمونه‌گیری در این پژوهش از نوع نمونه‌گیری احتمالی خوشه‌ای چندمرحله‌ای بود؛ بدین گونه که دانشگاه شیراز به عنوان خوشه اصلی در نظر گرفته شد. سپس، دانشکده‌ها به عنوان خوشه‌های بعدی انتخاب شدند، پس از گردآوری داده‌ها، با بسته نرم افزاری آمار در علوم اجتماعی نسخه ۲۶ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزار پرسش‌نامه ساختاریافته استفاده شد. از پرسش‌نامه سلامت اجتماعی کبیز و شاپیرو (۲۰۰۵) که توسط کیانی زاخاردی (۱۴۰۰) به کار برده شده بود، برای سنجش سلامت اجتماعی استفاده شد. این پرسش‌نامه براساس طیف لیکرت شامل ۲۰ سوال و پنج بعد است. برای سنجش متغیر سرمایه اجتماعی از پرسش‌نامه سرمایه اجتماعی بکار گرفته شده توسط میرفردی و ولی نژاد (۱۳۹۴) استفاده شد که براساس طیف لیکرت شامل ۳۳ سوال و پنج بعد است. برای سنجش روایی ابزار پژوهش از اعتبار صوری و برای سنجش پایایی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. در این پژوهش، پس از تهیه و تدوین شاخص‌ها و طراحی اولیه پرسش‌نامه، پژوهش‌مقدماتی انجام گرفت. مطالعه مقدماتی روی یک نمونه ۳۰ نفری از دانشجویان دانشگاه شیراز به اجرا درآمد. در جدول زیر، پایایی متغیرهای اصلی آمده است.

جدول ۱. میزان ضریب پایایی متغیر وابسته و مستقل

نام متغیر	ضریب آلفای کرونباخ
سلامت اجتماعی	۰/۷۱
سرمایه اجتماعی	۰/۸۷۲

## ۴- یافته‌های پژوهش

### ۴-۱- یافته‌های توصیفی

بر اساس نتایج توصیفی، بیش‌ترین تعداد پاسخ‌گویان در گروه سنی ۱۸-۲۲ سال و کم‌ترین تعداد پاسخ‌گویان در گروه سنی ۲۸ سال به بالا بود. بیش‌ترین تعداد افراد مورد پژوهش را مردان تشکیل داده است. بیش‌تر پاسخ‌گویان در مقطع کارشناسی و کم‌ترین سهم از

آنها در مقطع کارشناسی ارشد و دکترا قرار داشتند. بیش تر پاسخ گویان در گروه رشته های تحصیلی علوم انسانی و کم ترین تعداد پاسخ گویان در گروه رشته های تحصیلی علوم پایه، کشاورزی، منابع طبیعی و دام پزشکی قرار داشتند. بیش ترین تعداد پاسخ گویان در طبقه متوسط رو به بالا و کم ترین تعداد پاسخ گویان در طبقه بالا بودند. بیشتر پاسخ گویان از گروه قومی فارس بودند.

جدول ۲. توزیع فراوانی و درصدی پاسخ گویان با توجه به سن و جنسیت

متغیر	رد	فراوانی	درصد
سن	۲۲-۱۸	۲۰۶	۵۴/۸
	۲۷-۲۳	۱۳۲	۳۵/۱
	۲۸ به بالا	۳۸	۱۰/۱
	مجموع	۳۷۶	۱۰۰/۰
جنسیت	زن	۱۸۴	۴۸/۹
	مرد	۱۹۲	۵۱/۱
	کل	۳۷۶	۱۰۰/۰
مقطع تحصیلی	کارشناسی	۲۳۵	۶۲/۵
	کارشناسی ارشد و دکترا	۱۴۱	۳۷/۵
	کل	۳۷۶	۱۰۰/۰
رشته تحصیلی	علوم انسانی	۲۰۲	۵۳/۷
	علوم پایه	۳۶	۹/۶
	فنی و مهندسی	۱۰۴	۲۷/۷
	کشاورزی، منبع طبیعی و دام پزشکی	۳۴	۹/۰
	کل	۳۷۶	۱۰۰/۰
پایگاه اقتصادی- اجتماعی	طبقه پایین	۲۶	۶/۹
	متوسط رو به پایین	۱۱۸	۳۱/۴
	متوسط رو به بالا	۲۲۱	۵۸/۸
	بالا	۱۱	۲/۹
	کل	۳۷۶	۱۰۰/۰
قومیت	فارس	۲۴۷	۶۵/۶
	لر	۶۱	۱۶/۳
	ترک	۳۶	۹/۶
	دیگر قومیت ها	۳۲	۸/۵
	کل	۳۷۶	۱۰۰

افرادی که سلامت اجتماعی در حد متوسط داشتند، بیشترین سهم از پاسخ گویان را به خود اختصاص دادند. میزان سلامت اجتماعی پاسخ گویان، از میانگین مورد انتظار کمتر بود. در بعد شکوفایی اجتماعی، سلامت اجتماعی نیز چنین وضعیتی وجود داشت و پاسخ گویان نمره ای کمتر از میانگین مورد انتظار را بدست آوردند. با این وجود، در ابعاد همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی میانگین نمرات بالاتر از میانگین مورد انتظار بود و بیشتر پاسخ گویان در حد متوسط قرار داشتند. بیش تر افراد مورد پژوهش، سرمایه اجتماعی متوسطی داشتند و میزان سرمایه اجتماعی پاسخ گویان و همچنین ابعاد سرمایه اجتماعی آنان، از میانگین مورد انتظار کمتر بود.

جدول ۳. توزیع فراوانی پاسخگویان با توجه به سطح متغیرهای سلامت اجتماعی و سرمایه اجتماعی به تفکیک ابعاد (به درصد)

متغیر	رده	سطح			میانگین (۵-۱)
		پایین	متوسط	بالا	
سلامت اجتماعی	سلامت اجتماعی	۱۶/۰	۶۷/۰	۱۷/۰	۲/۹۵
	بعد شکوفایی اجتماعی	۸/۰	۷۲/۶	۱۹/۴	۲/۵۶
	بعد همبستگی اجتماعی	۱۹/۷	۶۹/۹	۱۰/۴	۳/۷
	بعد انسجام اجتماعی	۱۷/۸	۶۹/۹	۱۲/۲	۳/۷
	بعد پذیرش اجتماعی	۱۱/۴	۷۲/۳	۱۶/۲	۳/۴۵
	بعد مشارکت اجتماعی	۱۹/۱	۶۴/۶	۱۶/۲	۳/۸
	سرمایه اجتماعی	۱۶/۰	۶۹/۹	۱۴/۱	۲/۶۷
سرمایه اجتماعی	بعد ارتباطی - اعتماد	۱۷/۸	۶۹/۷	۱۲/۵	۲/۷۷
	بعد ساختاری - شبکه	۱۴/۹	۶۴/۹	۲۰/۲	۲/۷
	بعد ساختاری - روابط	۱۶/۸	۶۲/۲	۲۱/۰	۲/۸
	بعد شناختی - ارزش‌ها	۱۳/۳	۴۷/۷	۱۲/۰	۲/۶۳
	بعد ارتباطی - تعهد	۲۰/۷	۶۶/۵	۱۲/۸	۲/۲۳
	کل				۱۰۰/۰

## ۲-۴ - یافته‌های تحلیلی

باتوجه به آماره تی (۰/۸۶۳) و سطح معناداری (۰/۳۸۸) تفاوت معناداری بین سلامت اجتماعی دانشجویان زن و مرد وجود ندارد، با این وجود، میانگین سلامت اجتماعی دانشجویان زن کمی بیش از مردان است.

جدول ۴. آزمون تفاوت معناداری سلامت اجتماعی پاسخگویان برحسب جنسیت

جنسیت (متغیر مستقل)	تعداد	میانگین	انحراف معیار	T	سطح معناداری
زن	۱۸۴	۵۹/۴۱	۷/۵۹	۰/۸۶۳	۰/۳۸۸
مرد	۱۹۲	۵۸/۷۰	۸/۲۰		

باتوجه به مقدار ضریب همبستگی (۰/۲۷۲) و سطح معناداری (۰/۰۰۰) بین سلامت اجتماعی و سرمایه اجتماعی در سطح ۹۹ درصد اطمینان، رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. میزان همبستگی در سطح پایینی قرار دارد.

جدول ۵. بررسی رابطه سلامت اجتماعی با سرمایه اجتماعی پاسخگویان

متغیر مستقل	تعداد دانشجویان	ضریب پیرسون	سطح معناداری
سرمایه اجتماعی	۳۷۶	۰/۲۷۲**	۰/۰۰۰

بین سلامت اجتماعی دانشجویان برحسب سن تفاوت معناداری وجود ندارد. میانگین سلامت اجتماعی افراد ۲۸ سن به بالا قوی تر از دیگر طبقات است. افراد ۲۳-۲۷ کمترین میانگین سلامت اجتماعی را به خود اختصاص داده اند.

جدول ۶. آزمون تفاوت معناداری سلامت اجتماعی پاسخگویان برحسب گروه

Sig.	F	انحراف معیار	میانگین	تعداد	سن
۰/۶۴۱	۰/۴۴۵	۸/۱۶	۵۹/۱۱	۲۰۶	۲۲-۱۸
		۷/۶۵	۵۸/۶۷	۱۳۲	۲۷-۲۳
		۷/۴۶	۶۰/۰۲	۳۸	۲۸ به بالا
		۷/۹۰	۵۹/۰۵	۳۷۶	کل

با توجه به آماره T (-۰/۱۹۵) و سطح معناداری (۰/۸۴۵) تفاوت معناداری بین سلامت اجتماعی دانشجویان برحسب مقطع تحصیلی وجود ندارد.

جدول ۷. آزمون تفاوت معناداری سلامت اجتماعی پاسخگویان برحسب مقطع تحصیلی

سطح معناداری	T	انحراف معیار	میانگین	تعداد	مقطع تحصیلی
۰/۸۴۵	-۰/۱۹۵	۸/۱۸	۵۸/۹۹	۲۳۵	کارشناسی
		۷/۴۵	۵۹/۱۵	۱۴۱	کارشناسی ارشد و دکترا

با توجه به آماره F (۲/۱۵) و سطح معناداری (۰/۰۹۳)، تفاوت معناداری بین سلامت اجتماعی دانشجویان برحسب رشته تحصیلی وجود ندارد. با این وجود، میانگین سلامت اجتماعی رشته علوم انسانی کمی بیش تر از دیگر رشته‌ها است.

جدول ۸. آزمون تفاوت معناداری سلامت اجتماعی پاسخگویان برحسب رشته تحصیلی

Sig.	F	انحراف معیار	میانگین	تعداد	رشته تحصیلی
۰/۰۹۳	۲/۱۵	۷/۹۸	۵۹/۸۳	۲۰۲	علوم انسانی
		۷/۱۸	۵۶/۹۷	۳۶	علوم پایه
		۷/۷۲	۵۸/۰۳	۱۰۴	فنی و مهندسی
		۸/۲۹	۵۹/۷۳	۳۴	کشاورزی، منابع طبیعی و دامپزشکی
		۷/۹۰	۵۹/۰۵	۳۷۶	کل

بین سلامت اجتماعی دانشجویان برحسب پایگاه اقتصادی- اجتماعی در سطح ۹۹ درصد اطمینان، تفاوت معناداری وجود دارد. میانگین سلامت اجتماعی طبقات بالا قوی تر از دیگر طبقات است. افراد متعلق به طبقه متوسط روبه پایین، کمترین و افراد طبقه بالا، بیشترین میانگین سلامت اجتماعی را به خود اختصاص دادند. آزمون تعقیبی توکی نشان داد که بین میزان سلامت اجتماعی طبقه پایین با طبقه متوسط روبه بالا در سطح ۹۹ درصد و با طبقه بالا در سطح ۹۵ درصد تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین، فرضیه وجود تفاوت بین سلامت اجتماعی طبقات گوناگون در سطح ۹۹ درصد تأیید می‌گردد. افراد طبقات گوناگون، سطوح متفاوتی از سلامت اجتماعی دارند.

جدول ۹. آزمون تفاوت معناداری سلامت اجتماعی پاسخگویان برحسب پایگاه اقتصادی- اجتماعی

سطح معناداری	F	انحراف معیار	میانگین	تعداد	پایگاه اجتماعی - اقتصادی
. / . . .	۸ / ۱۱	۱۱ / ۹۵	۵۹ / ۱۱	۲۶	طبقه پایین
		۷ / ۱۵	۵۶ / ۲۹	۱۱۸	طبقه متوسط روبه پایین
		۷ / ۳۴	۶۰ / ۳۰	۲۲۱	طبقه متوسط روبه بالا
		۷ / ۵۳	۶۳ / ۲۷	۱۱	طبقه بالا
		۷ / ۹۰	۵۹ / ۰۵	۳۷۶	کل

بین سلامت اجتماعی دانشجویان قومیت های گوناگون تفاوت معناداری وجود ندارد. با این وجود، میانگین سلامت اجتماعی قومیت ترک بیش از دیگر قومیت ها است.

جدول ۱۰. آزمون تفاوت معناداری سلامت اجتماعی پاسخگویان برحسب قومیت

سطح معناداری	F	انحراف معیار	میانگین	تعداد	قومیت
. / ۱۶۰	۱ / ۷۳۳	۷ / ۲۲	۵۹ / ۴۵	۲۴۷	فارس
		۹ / ۳۲	۵۷ / ۴۴	۶۱	لر
		۸ / ۵۹	۶۰ / ۳۰	۳۶	ترک
		۸ / ۹۹	۵۷ / ۵۹	۳۲	دیگر قومیت ها
		۷ / ۹۰	۵۹ / ۰۵	۳۷۶	کل

متغیر سلامت اجتماعی با تمام ابعاد سرمایه اجتماعی رابطه معنادار داشت. بدهای شکوفایی اجتماعی و مشارکت اجتماعی متغیر سلامت اجتماعی با سرمایه اجتماعی رابطه معنادار داشتند. سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی هم در کل و هم در ابعاد همبستگی دارند و در بیشتر موارد، با اطمینان ۹۹ درصد دارای رابطه مثبت و معنادار هستند.

جدول ۱۱. رابطه متغیرهای سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی و ابعاد آن ها

سطح معناداری	ضریب همبستگی	تعداد پاسخ گویان	متغیر وابسته	متغیر مستقل
. / ۰۰۰	. / ۲۷۲**	۳۷۶	سلامت اجتماعی	سرمایه اجتماعی
. / ۰۰۰	. / ۲۱۷**		سلامت اجتماعی	بعد ارتباطی - اعتماد
. / ۰۰۰	. / ۲۲۳**		سلامت اجتماعی	بعد ساختاری - شبکه
. / ۰۱۷	. / ۱۲۴*		سلامت اجتماعی	بعد ساختاری - روابط
. / ۰۰۲	. / ۱۵۶**		سلامت اجتماعی	بعد شناختی - ارزش ها
. / ۰۰۰	. / ۲۹۰**		سلامت اجتماعی	بعد ارتباطی - تعهد
. / ۰۰۲	. / ۱۶۰**		۳۷۶	بعد شکوفایی اجتماعی
. / ۱۱۶	. / ۰۸۱	بعد همبستگی اجتماعی		سرمایه اجتماعی
. / ۶۶۸	. / ۰۲۲	بعد انسجام اجتماعی		سرمایه اجتماعی
. / ۵۱۵	. / ۰۳۴	بعد پذیرش اجتماعی		سرمایه اجتماعی
. / ۰۰۲	. / ۱۵۷**	بعد مشارکت اجتماعی		سرمایه اجتماعی
. / ۰۶۵	. / ۰۹۵	۳۷۶	بعد شکوفایی اجتماعی	بعد ارتباطی - اعتماد
. / ۷۳۵	- / ۰۱۸		بعد همبستگی اجتماعی	بعد ساختاری - شبکه
. / ۴۹۶	. / ۰۳۵		بعد انسجام اجتماعی	بعد ساختاری - روابط
. / ۸۶۶	. / ۰۰۹		بعد پذیرش اجتماعی	بعد شناختی - ارزش ها
. / ۰۱۱	. / ۱۳۱*		بعد مشارکت اجتماعی	بعد ارتباطی - تعهد

نتیجه رگرسیون چندمتغیره نشان داد که سرمایه اجتماعی تاثیر مثبت و معناداری بر سلامت اجتماعی دارد. مقدار و جهت بتا نشان می‌دهد که به ازاء افزایش یک واحد به سرمایه اجتماعی،  $0/۲۶۴$  به سلامت اجتماعی افزوده می‌شود. با توجه به مقدار و جهت بتا، قرار داشتن در پایگاه متوسط رو به پایین تاثیر منفی و معناداری بر سلامت اجتماعی دارد. متغیرهای وارد شده به مدل رگرسیونی بیش از ۱۲ درصد از تغییرات متغیر وابسته را تبیین کردند. دو متغیر وارد شده به معادله رگرسیونی، نشانگر اهمیت منابع اجتماعی و اقتصادی و تعاملات و شبکه های ارتباطی در سلامت اجتماعی است.

جدول ۱۳. نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره

متغیر	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> تعدیل شده	F	سطح معناداری F	B	Beta استاندارد	مقدار آزمون T	سطح معناداری T
مقدار ثابت						۵۱/۰۰۶	-	۲۸/۸۴۹	۰/۰۰۰
سرمایه اجتماعی						۰/۲۱۷	۰/۲۶۴	۵/۴۵۳	۰/۰۰۰
طبقه متوسط رو به پایین	۰/۳۵۴	۰/۱۲۵	۰/۱۲۱	۲۶/۷۵۲	۰/۰۰۰	-۳/۸۷۱	-۰/۲۲۷	-۴/۶۹۵	۰/۰۰۰

## ۵. بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف، بررسی سلامت اجتماعی و سرمایه اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه شیراز با نمونه‌ای به حجم ۳۷۶ نفر اجرا گردید. یافته‌های پژوهش نشان داد که میزان سلامت اجتماعی و میزان سرمایه اجتماعی پاسخگویان از میانگین مورد انتظار کم‌تر بود. چنین وضعیتی، همراستا با یافته‌های پیمایش ملی ارزشها و نگرش‌های ایرانیان (۱۳۷۹، ۱۳۸۲، ۱۳۹۴) مبنی بر کاهش سرمایه اجتماعی در بین اقشار گوناگون جامعه است.

دانشجویان در دانشگاه در تعامل با افراد و گروه‌های گوناگونی همچون دانشجویان، استادان دانشگاه و کارکنان اداری و آموزشی دانشگاه هستند. خود دانشگاه نیز یکی از عناصر نهاد آموزش به سان یکی از نهادهای مهم اجتماعی است. انتظار می‌رود در دانشگاه، حوزه تعاملی و ارتباطی افراد که بخشی از سرمایه اجتماعی آنها است، قوی باشد. با این وجود، یافته‌ها نشان داد که تمام ابعاد سرمایه اجتماعی دانشجویان در سطح کمتر از اندازه متوسط قرار داشتند.

بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان زن و مرد تفاوت معناداری وجود نداشت. این یافته نشان داد که سلامت اجتماعی دانشجویان زن و مرد در سطح همانندی قرار دارد و جنسیت تفاوتی در سلامت اجتماعی افراد ایجاد نمی‌کند. این یافته با نتایج پژوهش احمدآبادی و رمضانی در مورد دانشجویان دانشگاه فرهنگیان مشهد همخوانی دارد. بین میزان سلامت اجتماعی پاسخگویان گروه های سنی تفاوت معناداری وجود نداشت. بین سلامت اجتماعی برحسب مقطع تحصیلی تفاوت معناداری وجود نداشت. این یافته نشان می‌دهد که سلامت اجتماعی در بین دانشجویان با مقاطع تحصیلی گوناگون از همانندی نسبی برخوردار است و مقطع تحصیلی تفاوتی در سلامت اجتماعی ایجاد نمی‌کند. این یافته با نتایج پژوهش عجم (۱۳۹۵) بر روی دانشجویان دانشگاه علوم-پزشکی هم‌سو است.

بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان برحسب رشته تحصیلی آن‌ها تفاوت معناداری وجود نداشت. این یافته با نتایج پژوهش عجم (۱۳۹۵) بر روی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی هم‌سو است. در تعدادی از پژوهش‌ها، سلامت اجتماعی در بین دانشجویان رشته‌های تحصیلی گوناگون، تفاوت معناداری داشته است. بین سلامت اجتماعی برحسب پایگاه اقتصادی-اجتماعی تفاوت معناداری وجود داشت. طبقات بالا، سلامت اجتماعی بالاتری نسبت به دیگر طبقات داشتند. این یافته با نتایج پژوهش‌های حسینی (۱۳۸۷) در

بین دانشجویان دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی، صباغ و همکاران (۱۳۹۰) در بین خانوارهای شهر تبریز، و زاهدی اصل و درویشی فرد (۱۳۹۵) در بین سالمندان شهر کوه‌دشت همخوانی دارد. این یافته با نظریه‌های سرمایه اجتماعی پاتنام (۲۰۰۰)، بورديو (۱۹۹۷) و کلمن (۱۳۷۷) که بر نقش منابع اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در تعاملات اجتماعی تأکید دارند، همراستا است. پایگاه اقتصادی- اجتماعی بالا به دلیل فراهم سازی منابع حمایتی، به تقویت بهزیستی و سلامت اجتماعی یاری می‌رساند. افراد طبقات بالا شبکه‌های ارتباطی و تعاملاتی چندگانه دارند و همین شبکه‌ها، پذیرش اجتماعی و شکوفایی اجتماعی بیشتری برای آنها پدید می‌آورد.

نتیجه پژوهش نشان داد که رابطه مثبت و معناداری بین سلامت اجتماعی و سرمایه اجتماعی وجود دارد. بعد شکوفایی سلامت اجتماعی، قوی‌ترین همبستگی را با سرمایه اجتماعی داشته است. نتایج به‌دست آمده از این فرضیه همراستا با نظریه کیزی (۲۰۰۵) درباره سلامت اجتماعی و نظریه پاتنام (۲۰۰۰)، بورديو (۱۹۹۷) و کلمن (۱۳۷۷) در زمینه سرمایه اجتماعی است. مدل سلامت اجتماعی کیزی (۲۰۰۵)، اعتماد و مشارکت اجتماعی را به عنوان عناصر تقویت کننده سلامت اجتماعی در نظر می‌گیرد. با تسهیل تعاملات موثر بین فردی و گروهی، سلامت اجتماعی ارتقا می‌یابد. از نظر پاتنام، سرمایه اجتماعی زمینه پیوندهای درون‌گروهی و برون‌گروهی را فراهم می‌سازد و از رهگذر این ارتباطها، همگرایی و انسجام در اجتماع و جامعه پدید می‌آید. از نظر کلمن، نیز سرمایه اجتماعی بخش جدایی ناپذیر ساختار اجتماعی است و به افراد کمک می‌کند تا به منابع مورد نیاز برای پیشرفت دسترسی پیدا کنند. وی معتقد است که برای داشتن یک جامعه مطلوب، روابط بین افراد باید مثبت و مبتنی بر اعتماد باشد. وی شاخص‌های سرمایه اجتماعی را شامل اعتماد، حمایت اجتماعی و مشارکت اجتماعی می‌داند. این یافته با نتایج پژوهش‌های الگار (۲۰۱۱) در بین ۵۰ کشور، استوری (۲۰۱۳) در کشورهای کمتر توسعه‌یافته، امینی رارانی و همکاران (۱۳۹۰) در ایران، شربتیان و ایمینی (۱۳۹۷) در بین زنان شهر یزد، و حیدرآبادی و همکاران (۱۳۹۹) که نشان دادند، سلامت اجتماعی با سرمایه اجتماعی رابطه مثبت و معنادار دارد، همخوانی دارد. در مجموع، متغیر سرمایه اجتماعی به عنوان نخستین متغیر مستقل وارد شده به معادله رگرسیونی، در کنار متغیر پایگاه اقتصادی- اجتماعی، اثر مثبتی بر سلامت اجتماعی داشته است. می‌توان گفت که سرمایه اجتماعی و پایگاه اقتصادی- اجتماعی، از منظر منابعی که برای موفقیت‌های افراد فراهم می‌سازند، همراستایی دارند و در پیوند با سلامت اجتماعی نیز، همراستایی خود را نشان داده‌اند.

این پژوهش نشانگر همراستایی و هم‌افزایی سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی در جوامع امروزی است. سلامت اجتماعی، در یک مفهوم به معنای شاخص عملکرد سازنده انسان‌ها تعبیر شده است. با این برداشت، تنها سلامت جسمی در جامعه مورد توجه نیست، بلکه بهروزی و کارآمدی اجتماعی افراد از اهمیت بالایی برخوردار است. جامعه با داشتن چنین سلامت اجتماعی، از پویایی، تلاش و بهره‌وری بالایی در زمینه‌های اقتصادی و اجتماعی برخوردار خواهد بود. سلامت اجتماعی در این معنا، با سرمایه اجتماعی همجواری و هم‌افزایی دارد. به گفتار ساده، می‌توان گفت هر دو متغیر شبکه‌های تعاملی و هم‌افزایی اجتماعی را پدید می‌آورند. سواى نگاه علت و معلولی به این دو متغیر، هر دو برای توسعه جامعه نقش نهادین و بنیانی دارند و تقویت هر کدام به تقویت دیگری می‌انجامد. از دیدگاه پاتنام (۲۰۰۰)، سرمایه اجتماعی به عنوان عاملی در بهبود کیفیت زندگی شناخته می‌شود. همراستایی سلامت اجتماعی و سرمایه اجتماعی در این پژوهش، همراستا با نظریه پاتنام درباره کارایی سرمایه اجتماعی برای بهبود کیفیت زندگی است. سرمایه اجتماعی که در دیدگاه افرادی چون بورديو (۱۹۹۷) و کلمن (۱۳۷۷)، به سان منبعی برای دستیابی به اهداف اقتصادی- اجتماعی شناخته می‌شود، می‌تواند زمینه تعامل سازنده اجتماعی افراد جامعه برای دستیابی به اهداف مشترک و بهروزی و بهزیستی اجتماعی را فراهم سازد. سلامت اجتماعی به سان ویژگی محوری برای کنشگری اجتماعی، از عناصری برخوردار است که می‌تواند



در تعامل با سرمایه اجتماعی به محقق ساختن پویایی و شکوفایی اقتصادی و اجتماعی یاری رسانند. سلامت اجتماعی و سرمایه اجتماعی، دو عامل همگرا هستند که برای بهزیستی فردی و اجتماعی شهروندان جامعه کارساز هستند و تقویت آنها برای انسجام و پویایی جامعه ضروری است.

## توصیه های سیاستی

- ۱- نتایج این پژوهش نشان داد که سلامت اجتماعی دانشجویان، کمتر از اندازه میانگین است. با توجه به اهمیت سلامت اجتماعی برای جامعه و افزایش کارآمدی دانشجویان به سان سرمایه‌های انسانی آینده جامعه، پیشنهاد می‌گردد رابطه دیگر عوامل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی با سلامت اجتماعی جوانان به ویژه دانشجویان مورد کنکاش علمی قرار گیرد.
  - ۲- دانشگاه به سان، بخشی از نهاد آموزش به پرورش سرمایه‌های انسانی مورد نیاز جامعه می‌پردازد. بنابراین، ملاحظه پایش سلامت اجتماعی و سرمایه اجتماعی دانشجویان و ارائه کاربست‌های عملی برای تقویت این دو عامل در جامعه، در سیاستگذاری‌های کلان اجتماعی و آموزشی ضرورت دارد.
  - ۳- پیشنهاد می‌گردد از رهگذر فعالیت‌های علمی و اجرایی نسبت به تقویت سلامت اجتماعی و سرمایه اجتماعی نسل جوان اهتمام شود.
  - ۴- فراهم سازی زمینه نقش آفرینی دانشجویان و دانش‌آموختگان در عرصه های گوناگون جامعه، گامی مهم در بهبود اعتماد و سرمایه اجتماعی آنها خواهد بود. در این زمینه، ضرورت دارد از رویه هایی که به خاص گرای اجرائی و تعمیق شکاف های اجتماعی انجامیده است، پرهیز گردد.
  - ۵- با بهبود سرمایه اجتماعی و اقدامات امیدآفرین برای جامعه به ویژه جوانان و دانشجویان، می توان به تقویت سلامت اجتماعی آنها پرداخت. اولویت دادن به همگرایی سرزمینی و سلامت اجتماعی در سیاست های کلان بلندمدت و میان مدت می تواند به بهبود این دو شاخص محوری یاری رساند.
- ≠ منابع مالی: برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد دانشجو (نویسنده سوم).
- ≠ سهم نویسندگان: نویسنده مسئول (طراحی و اجرای پژوهش، تجزیه و تحلیل داده ها و نگارش نهایی مقاله)، نویسنده سوم: کمک در گردآوری داده ها، کدگذاری و پردازش داده ها به SPSS، همکاری در تدوین پیشینه و مرور نظریه ها، همکاری در نگارش فایل آغازین مقاله). نویسنده دوم: ارائه مشاوره در مرحله تدوین پایان نامه به دانشجو.
- ≠ تعارض منافع: وجود ندارد.

## منابع

- احمدآبادی، سمیه و رضایی، فریبرز. (۱۴۰۰). نقش تفاوت جنسیتی دانشجویان در سلامت عمومی-اجتماعی و اضطراب کرونا در دوران پاندمی کرونا. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۴(۶)، ۴۴۰۰-۴۴۰۸.
- امینی رارانی، مصطفی. (۱۳۸۹). بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی در ایران. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی، گروه مدیریت رفاه اجتماعی.
- برتالنی، لودویگ فون. (۱۳۷۴). *مبانی، تکامل و کاربردهای نظریه عمومی سیستم‌ها*. ترجمه کیومرث پریانی. تهران: نشر تندر.
- بشارتی، مرتضی؛ رضایی، علی اکبر؛ سپهرنیا، رزیتا؛ قیومی، عباسعلی و قدمی، محسن. (۱۴۰۱). شناسایی نیروهای پیشران اعتماد اجتماعی با روش تحلیل ماتریس متقاطع. *آینده پژوهی/ایران*، ۷(۱)، ۸۳-۱۰۸.

- تباری هادی، عبدالله؛ کلدی، علیرضا؛ محققى کمال، سید حسین؛ فروزان آمنه، ستاره و صالحی، مسعود. (۱۳۸۷). بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان. *نشریه رفاه اجتماعی*، ۸ (۳۰-۳۱)، ۱۷۱-۱۸۹.
- حاتمی، منیره. (۱۴۰۱). بررسی رابطه سرمایه های اجتماعی و شبکه های اجتماعی با سلامت اجتماعی دانشجویان. پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش عالی سارویه، گروه علوم انسانی روانشناسی تربیتی.
- حسینی، فاطمه. (۱۳۸۷). بررسی سطح سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در دانشجویان دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی تهران.
- حیدرآبادی، ابوالقاسم؛ مطلبی، منیژه؛ رحمانی فیروزجاه، علی و عباسی اسفجیری، علی اصغر. (۱۳۹۹). بررسی جامعه شناختی رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی مطالعه موردی دانش آموزان منطقه پنج تهران. *مجله مطالعات جامعه‌شناسی*، ۱۳ (۴۷)، ۵۹-۷۰.
- دانشگاه شیراز. (۱۴۰۱). گزارش درون دانشگاهی آمار دانشجویی. شیراز: دانشگاه شیراز، اداره کل امور آموزشی.
- زاهدی اصل، محمد؛ درویشی فرد، علی اصغر. (۱۳۹۵). عوامل اجتماعی مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی سالمندان: مطالعه موردی سالمندان کوه-دشت، *فصلنامه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، ۷ (۲۶)، ۲۴-۲۹.
- سام آرام، عزت الله. (۱۳۸۸). بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تأکید بر رویکرد پلیس جامعه‌محور. *مجله علمی پژوهشی نظم اجتماعی*، ۹، ۱-۲۹.
- سمیعی، مرصده؛ رفیعی، حسن؛ امینی رارانی، مصطفی و اکبریان، مهدی. (۱۳۸۹). سلامت اجتماعی ایران: از تعریف اجماع مدار تا شاخص شواهد مدار. *مسائل اجتماعی ایران*، ۱ (۲)، ۳۲-۵۱.
- شربتیان، محمد حسن و ایمنی، نفیسه. (۱۳۹۷). تحلیل جامعه‌شناختی سلامت اجتماعی جوانان و عوامل مؤثر بر آن مطالعه موردی: جوانان ۱۸ تا ۳۰ سال در شهرستان قاین. *جامعه‌شناسی کاربردی*، ۲۹ (۱)، ۱۶۷-۱۸۸.
- شیری محمدآباد، حمیده. (۱۳۹۴). بررسی عوامل اجتماعی مرتبط با سلامت اجتماعی در بین زنان شهر یزد. پایان نامه کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه یزد.
- صادقی سرچشمه، عباس. (۱۳۹۳). عوامل اجتماعی مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی جوانان شهر یزد. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی تهران.
- صباغ، سارا؛ معینیان، نرمینه و صباغ، صمد. (۱۳۹۰). سنجش سلامت اجتماعی و عوامل اجتماعی مرتبط با آن در بین خانوارهای شهر تبریز، *نشریه مطالعات جامعه‌شناسی*، ۱۰ (۳)، ۲۷-۴۴.
- عجم، علی اکبر. (۱۳۹۵). پیش‌بینی خودکارآمدی تحصیلی از طریق سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی، *دوماهنامه علمی-پژوهشی راهبردهای آموزش در علوم پزشکی*، ۳۵ (۱)، ۷۲-۷۸.
- علیزاده اقدم، محمدباقر؛ سام آرام، عزت الله؛ سلطانی بهرام، سعید و رجایی، خدیجه. (۱۳۹۲). بررسی تأثیر سلامت اجتماعی بر کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه پیام‌نور مشکین‌شهر، *مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران*، ۴ (۲)، ۵۲۶-۵۴۶.
- غفاری، غلامرضا. (۱۳۸۳). اعتماد اجتماعی در ایران. تهران: وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی.
- قیومی، آزاده. (۱۴۰۰). فرا تحلیل رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه پیام نور واحد تفت، دانشکده ادبیات و علوم انسانی رشته برنامه ریزی درسی.
- کلمن، جیمز ساموئل. (۱۳۷۷). بنیادهای نظریه اجتماعی. ترجمه منوچهر صبوری، تهران: نشر نی.
- کیانی زاخاردی، شهرزاد. (۱۴۰۰). مطالعه عوامل اجتماعی - روانی مرتبط با سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار شهر شیراز. پایان نامه کارشناسی ارشد مطالعات زنان - زن و خانواده، شیراز: دانشگاه شیراز، دانشکده اقتصاد مدیریت و علوم اجتماعی.
- میرفردی، اصغر و ولی‌نژاد، عبدالله. (۱۳۹۴). "ارزیابی رابطه بین استفاده از شبکه‌های اجتماعی اینترنتی و سرمایه اجتماعی دانشجویان (مورد مطالعه: دانشجویان دانشگاه یاسوج)"، *مجله جهانی رسانه*، (نسخه فارسی)، ۱۰ (شماره پیاپی ۲۰)، ۲۳۶-۲۵۰.

- میرفردی، اصغر و ولی‌نژاد، عبدالله. (۱۳۹۷). میزان پایبندی عملی به دین و ارتباط آن با نوع و میزان استفاده از رسانه‌ها (مطالعه موردی: معلمان شهرستان دهلران)، *پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی*، ۱۲ (شماره پیاپی ۲۵۵)، ۵۹-۶۶.
- وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی. (۱۳۷۹). یافته‌های پیمایش ملی ارزشها و نگرش‌های ایرانیان، موج نخست، تهران: وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، دفتر طرح های ملی.
- وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی. (۱۳۸۲). یافته‌های پیمایش ملی ارزشها و نگرش‌های ایرانیان، موج دوم، تهران: وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، دفتر طرح های ملی.
- وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی. (۱۳۹۴). یافته‌های پیمایش ملی ارزشها و نگرش‌های ایرانیان، موج سوم، تهران: وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، پژوهشگاه فرهنگ، هنر و ارتباطات.
- Bourdieu, P. (1997). The forms of capital. In: Halsey, A. H., Lauder, H., Brown, P., et al. (eds) (1997). *Education: Culture, Economy, Society*, pp. 46-58. Oxford: Oxford University Press.
- Elgar, F. J.; Davis, Ch. G.; Wohl, M. J.; Trites, S. J.; Zelenski, J. M. and Martin, M.S. (2011). *Social capital, health and life satisfaction in 50 countries*. *Health and place*, 5: 1044-1053.
- Groezen, B., van Ladoenandansing, IR7ahd Pasini, G. (2009). "Social capital and health across European countries". *Koopmans Research Institute*, 4: 1-15.
- Hung, N., & Lau, L. L. (2019). The relationship between social capital and self-rated health: a multilevel analysis based on a poverty alleviation program in the Philippines. *BMC public health*, 19, 1-13.
- Huang, W., & Lin, G. (2023). The relationship between urban green space and social health of individuals: A scoping review. *Urban forestry & urban greening*, 85, 127969.
- Keyes, C. L. M. (1998). Social Well-Being, *Social Psychology Quarterly*, (61) 2, 121-190.
- Keyes, C. L., & Shapiro, A. D. (2005). *Social well-being in the United States: A descriptive epidemiology*. na.
- Larson, J. S. (1993). The measurement of social well-being. *Social indicators research*, 28, 285-296.
- Mirfardi, A.; Kazemi, A.; Valinezhad, A. (2022). National Identity, Ethnicity and Social Capital in Iran, *Comparative Sociology*, 21(6), 751-777. doi: <https://doi.org/10.1163/15691330-bja10067>.
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. New York, NY: Simon and Schuster.
- Segrin, C., & Flora, J. (2000). Poor social skills are a vulnerability factor in the development of psychosocial problems. *Human communication research*, 26(3), 489-514.
- Story, W. T (2013). *Social capital and health in the least developed countries: A critical review of the literature and implications for a future research agenda*. *Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice*, 9: 983-999.
- Xue, X., Reed, W. R., & Menclova, A. (2020). Social capital and health: a meta-analysis. *Journal of Health Economics*, 72, 102317.