

تحلیل رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روانی (دانشجویان دانشگاه پیام نور تربت حیدریه)

محمدحسن شربتیان^۱
مرضیه رضازاده^۲

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی بر سلامت روانی انجام شده است. در این تحقیق بر نظریه پاتنام (سرمایه اجتماعی) و نظریه آدلر (سلامت روانی) تأکید شده است. روش‌شناسی بر اساس هدف کاربردی و پیمایشی بوده و از پرسشنامه استاندارد شده گلدبرگ (سلامت روانی) و محقق ساخته (سرمایه اجتماعی) استفاده شده است. حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران برابر با ۳۸۴ نفر بدست آمده است که بر اساس خطای ۰/۰۵ سعی شده حجم نمونه بالغ بر ۴۰۰ نفر در نظر گرفته شود. روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای و میزان آلفای کرونباخ پرسشنامه برابر (۰/۸۱۱) و ضریب پایایی متغیر مستقل (۰/۷۳۰) و متغیر وابسته برابر با (۰/۷۵۶) بدست آمده است. نتایج نشان داد که میانگین سرمایه اجتماعی دانشجویان برابر ۲/۸۹ کمی بالاتر از حد متوسط برابر با (۵۹ درصد) و سلامت روانی برابر با ۳/۳۴ بالاتر از حد متوسط در حدود (۷۴ درصد) بوده است. در بین میانگین مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی به ترتیب شاخص‌های (ارتباط، اعتماد، حمایت، مشارکت) و برای میانگین مؤلفه‌های متغیر وابسته شاخص‌های (بهداشت روانی و سلامت جسمانی) بیشترین اهمیت را داشته است. نتایج ضریب همبستگی بین سرمایه اجتماعی و مؤلفه‌های آن با سلامت روانی در سطح معناداری ۰/۰۱ مثبت و از نظر شدت نسبتاً ضعیف بوده است. نتایج نشان داده که جنسیت و وضعیت تأهل با متغیر سلامت روانی ارتباط معنادار و میانگین زنان و افراد متأهل بیشتر از مردان و دیگر گروه‌های وضعیت تأهل بوده است. متغیرهای مستقل و وابسته با رشته تحصیلی دانشجویان و میزان درآمد شخصی‌شان رابطه معنادار نداشته است. نتایج رگرسیون حاکی از آن است که مؤلفه‌های ارتباط، مشارکت، اعتماد، حمایت با بیشترین بتا در تبیین متغیر وابسته اثر داشته و در حدود (۰/۴۰۶) سرمایه اجتماعی بر سلامت روانی اثر متوسطی داشته و نتایج تحلیل مسیر بیانگر اثر غیر مستقیم مؤلفه‌های حمایت، اعتماد، ارتباط و مشارکت بر سلامت روانی به ترتیب بدست آمده است.

کلیدواژه‌گان: ارتباط اجتماعی، اعتماد اجتماعی، حمایت اجتماعی، سرمایه اجتماعی، سلامت روانی، دانشجویان، تربت حیدریه.

۱. دکتری جامعه‌شناسی (مسائل اجتماعی ایران) پژوهشگر مسائل اجتماعی و مدرس دانشگاه (نویسنده مسئول)

sharbatian@yahoo.com
marziey_rezazadeh@yahoo.com

۲. دانش‌آموخته ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه پیام نور، پژوهشگر اجتماعی

مقدمه

پژوهش‌های سازمان جهانی بهداشت^۱ نشان می‌دهد که امروزه بیش از ۴۵۰ میلیون نفر از مردم دنیا مشکلات روحی و روانی دارند و این رقم تا ۲۰ سال آینده بیشتر و چشمگیرتر خواهد شد. با رویکردی به درون جامعه ایران درمی‌یابیم که متأسفانه جامعه ما آمار و ارقام جامعی درباره وضعیت اختلالات روانی نداشته و برنامه جامعی هم برای مقابله با آن به صورت مدون و یکپارچه نداشته است و هر سازمان و دستگاهی به صورت جزیره‌ای برای مسائل روانی برنامه‌ریزی‌هایی داشته است. آنچه در دسترس است پژوهش‌های صورت گرفته از طرف سازمان جهانی بهداشت است که نشان می‌دهد ۳۰ درصد جمعیت ایران دچار مشکلات روحی و روانی هستند (مقصودی و همکاران، ۱۳۹۰: ۱۲۷) بر همین اساس گسترش آسیب‌ها و ناهنجاری‌های اجتماعی، رشد فردگرایی، کاهش وجدان جمعی، تضاد ارزشی، افزایش سرسام‌آور طلاق، گسست پیوندهای عاطفی، کم‌رنگ شدن ازدواج، فقدان بیکاری، افزایش انواع خشونت‌های فردی و جمعی، پوچ‌گرایی و غیره از جمله مسائلی هستند که منشأ بروز بسیاری از بیماری‌های روانی از جمله افسردگی، اضطراب و... بالاختص برای جامعه جوان از جمله دانشجویان دانشگاه‌های حال حاضر جامعه ما می‌تواند باشد. بر اساس یافته‌های موجود مشکلات روحی و روانی سهم عمده‌ای از بیماری‌ها را به خود اختصاص داده و پیش‌بینی می‌شود که در سال ۲۰۲۰ سهم اختلالات روانی و روحی حدود ۵۰ درصد از بار کلی بیماری‌ها، را تحت پوشش قرار دهد (اکبرپور زنگولایی و همکاران، ۱۳۹۵: ۱۵) از منظر دیگر باید اشاره به این کرد که بخش مرکزی سلامت، سلامت روان^۲ است زیرا تمامی تعاملات مربوط به سلامتی به وسیله

1 . World Health Organization (WHO)

2 . Mental Health

روان انجام می‌شود. سلامت روان ظرفیت کامل زندگی کردن به شیوه‌های است که ما را قادر به درک ظرفیت‌های طبیعی خود می‌کند و به جای جدا کردن ما از سایر انسان‌هایی که دنیای ما را می‌سازند، نوعی وحدت بین ما و دیگران بوجود می‌آورد. سلامت روان، توانایی عشق ورزیدن و خلق کردن است، نوعی حس هویت بر تجربه خود به عنوان موضوع و عامل قدرت فرد، که همراه است با درک واقعیت درون و بیرون از خود و رشد واقع‌بینی و استدلال (احمدی، و همکاران، ۱۳۹۰: ۱۳).

سلامت روانی جامعه دانشجویی جامعه ما به عنوان جمعیت فعال آینده دار جامعه حائز اهمیت است و سهم بزرگی در پیشرفت این جامعه خواهد داشت، بر این اساس ضرورت پژوهش در حوزه سلامت روان جامعه دانشجویی در زندگی فردی می‌تواند بر کیفیت و کارایی عملکرد حرفه‌ای، روابط خانوادگی، رفتارها، تعاملات اجتماعی و... اثر گذارد؛ بنابراین زمانی که دانشجویان جامعه ما مشغول به تحصیل هستند از طریق بر خوردار بودن از یک آرامش روانی بهتر می‌توانند توانمندی‌های‌شان و کارکردهای‌شان را بشناسند و بهتر می‌توانند برای زندگی فردی و اجتماعی خود تصمیمات مهمی بگیرند؛ لذا مطالعه سلامت روان جامعه دانشجویی که می‌تواند متأثر از مفاهیم و حوزه‌های مختلف از جمله پدیده‌های اجتماعی بالاخص سرمایه اجتماعی^۱ باشد در دهه‌های اخیر برای پژوهشگران و صاحب‌نظران حائز اهمیت بوده است.

چنانکه تحقیقات انجام شده در خصوص ابعاد سلامت جامعه دانشجویی از سوی سازمان‌های متولی انجام شده حاکی از آن است که جامعه دانشجویی ما به مشکلات روان‌شناختی دچار هستند و موارد مشکوک به اختلالات روان درمانی در بین

گروه‌های دانشجویی در حال افزایش است و چون آمارهای مختلفی در این حوزه پژوهشگران ارائه داده‌اند و آمار دقیقی در این خصوص سازمان‌ها و نهادهای متولی ارائه نداده‌اند لذا به این نکته باید اکتفاء کرد که همه این آمارها بیانگر این است که اختلالات روان‌شناختی در جامعه دانشجویی از یک روند صعودی برخوردار است (رضوی زاده و همکاران، ۱۳۹۱: ۲۷). این اختلالات باعث شده که سلامت روان جامعه دانشجویی متأثر از دیگر عوامل بالاخص عوامل اجتماعی از جمله کاهش و یا فقدان سرمایه اجتماعی شکل گیرد. بر این اساس سرمایه اجتماعی در دو دهه اخیر در ادبیات جامعه‌شناختی و علوم اجتماعی ایران کاربرد قابل توجهی به خود اختصاص داده است. این مفهوم به دلیل ارتباط تنگاتنگی که با حوزه سلامت در داشته است اهمیت اساسی با حوزه سلامت روانی گروه‌های اجتماعی جامعه از جمله، جوانان، دانشجویان زنان، سالمندان و... را به خود اختصاص داده است. از منظر دیگر تغییرات اجتماعی به صورت به هم پیوسته در دهه‌های اخیر تحولات اساسی را در ساختار اجتماعی و فرهنگی جامعه به وجود آورده است، از آنجا که این ساختارهای اجتماعی از عوامل مهم و تأثیرگذار بر میزان سلامت روانی هستند، بهبود درک ما از سلامت روانی گروه‌های اجتماعی از جمله دانشجویان می‌تواند سهم مهمی در آینده جامعه داشته باشند. از منظر دیگر با توجه به اینکه زمینه‌های اجتماعی حوزه سلامت و ابعاد آن را تحت تأثیر قرار می‌دهد، می‌توان به این نکته اشاره کرد که در بین جامعه‌شناسان، دورکیم از اولین صاحب‌نظرانی بوده است که اشاره می‌کند ساختارهای اجتماعی تأثیر قوی بر سلامت روانی افراد دارند (کاوچی و برکمن^۱، ۲۰۰۲، مک

1. Kawachi, & Berkman,

کنزی^۱ و همکاران، ۲۰۰۲) از این رو مدل‌های اجتماعی سلامت روان در برابر مدل‌های بیولوژیکی بیشتر حائز اهمیت در پژوهش‌های مختلف باید قرار گیرد. لذا در دهه‌های اخیر توجه به این مدل باعث شده که مداخلات مؤثری برای ارتقاء سلامت روانی افراد جامعه صورت گیرد (هارفام^۲ و همکاران، ۲۰۱۳). این مبحث در کشورهای جهان سوم به دلیل عدم تخصیص بودجه‌های لازم و مسائل ساختاری جامعه باعث شده است که عوامل اجتماعی تهدیدکننده سلامت روان جامعه سیر فزاینده به خود گیرد و گروه‌های اجتماعی با مشکلات بسیار زیادی در حوزه سلامت روان روبرو شوند، لذا از نظر صاحب‌نظران و پژوهشگران اجتماعی در چند دهه اخیر مبحث سرمایه اجتماعی که به صورت نظری و تجربی مورد محک خورده است توانسته است به صورت بین رشته‌ای وارد حوزه سلامت و ابعاد آن شود و به تحلیل و اثرگذاری تأثیر این پدیده اجتماعی بر حوزه سلامت و بهزیستی بپردازد. بنابراین با توجه به آمار اختلالات روانی که از سوی وزارت بهداشت براساس آخرین پیمایش‌ها بیان شده نشان می‌دهد که، ۲۳/۶ درصد مردم در گروه سنی ۱۵ تا ۶۴ سال مبتلا به اختلالات روانی هستند که از این تعداد ۱۲/۷ درصد مبتلا به اختلالات افسردگی و ۱۴/۶ درصد دارای اختلالات اضطرابی هستند این میزان در میان زنان ۲۷/۶ درصد زنان و در میان مردان ۱۹/۴ درصد است؛ یعنی از هر چهار نفر در گروه سنی بالای ۱۵ سال، یک نفر از اختلال روانی ضعیف تا متوسط و در موارد کمتری شدید رنج می‌برد (سایت سلامت نیوز، ۱۳۹۸). با توجه به این آمار جامعه دانشجویی هم جزء جمعیت فعال جامعه می‌باشند و تأثیرگذار بر آینده جامعه خواهند می‌تواند به عنوان یک مسأله به این اشاره کرد که

1 . McKenzie &etal

2 . Harpham & etal

سلامت روان جامعه جوان دانشجویی حائز اهمیت است و ناشی از عوامل اجتماعی می‌تواند مورد مطالعه قرار گیرد. لذا نوشتار حاضر در صدد هست تا ضمن ارائه تصویری واقعی از وضعیت سرمایه اجتماعی و سلامت روان دانشجویان به ارائه فرایندهای اثرگذاری مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی بر سلامت روان پردازد بر این اساس در این تحقیق مهمترین سوالات ما این است که

- میزان سرمایه اجتماعی و سلامت روانی جامعه دانشجویی در این تحقیق چقدر است؟
- سرمایه اجتماعی و مؤلفه‌های آن را با سلامت روانی چه رابطه‌ای دارند؟
- پیشنهادهای کاربردی و عملیاتی سرمایه اجتماعی سلامت اجتماعی بر ارتقاء سلامت روانی دانشجویی چه خواهد بود؟

مبانی نظری پژوهش

در رویکرد سلامت‌محور: سلامت به‌عنوان حالت برخوردارگی از درجه بالایی از بهزیستی تعریف می‌کنند. طبق نظریه سلامتی، فردی سالم فرض می‌شود که درجات عالی شاخص‌های سلامت را دارا باشد (بلانکو و دیاز، ۲۰۰۷: ۶۳). در این رویکرد که در حیطه روان‌شناسان مثبت‌نگر قرار دارد به استعدادها و توانمندی‌های انسان به‌جای پرداختن به ناهنجاری‌ها و اختلال‌ها توجه می‌کند و هدف نهایی خود را شناسایی سازه‌ها و شیوه‌هایی می‌داند که بهزیستی و شادکامی انسان را به دنبال دارند (جوکار، ۱۳۸۶: ۴). با توجه به این محور سلامت روانی شامل توانایی زندگی کردن همراه با شادی، بهره‌وری و بدون وجود دردسر است. به عبارت دیگر سلامت روان

یعنی هماهنگی بین ارزش‌ها، علایق‌ها و نگرش‌ها در حوزه عمل افراد و در نتیجه برنامه‌ریزی واقع‌بینانه برای زندگی و تحقق هدفمند مفاهیم زندگی است. این مفهوم به به دیدگاه و سطح روانشناختی ارتباطات فرد، محیط اشاره می‌کند (اسنایدر و لوپز^۱، ۲۰۰۵: ۱۵).

سلامت روان با تأکید بر نظریه آدلر اشاره به انتخاب مسئولیت و معناداری مفاهیم در شیوه زندگی می‌کند. به نظر وی فرد دارای سلامت روان از روابط خانوادگی صمیمی و مطلوب برخوردار است، و جایگاه خودش را در خانواده و گروه‌های اجتماعی به درستی می‌شناسد و برای دستیابی به زندگی هدفمند و غایتمدارانه خود با دیگران مشارکت خواهد داشت و اعمالش را مبتنی بر تعقیب اهدافش تنظیم می‌کند که این امر به تحقق خویشتن وی کمک شایانی می‌نماید از طرف دیگر در ارتباط با دیگری فرد سالم دائماً به بررسی اهداف و ادراکات خودش می‌پردازد و اشتباهاتش را برطرف می‌کند (نجات و ایروانی، ۱۳۸۷: ۱۶۲). بنابراین وی خالق عواطف خودش بوده و آفرینشگری و ابتکار فیزیکی از ویژگی‌های این فرد می‌باشد. به نظر وی فرد سالم دارای علاقه اجتماعی، و میل به مشارکت اجتماعی می‌باشد. این افراد تلاش می‌کنند تا برای هموعان خود مفید واقع شوند. چنین افرادی سعی در کاهش عقده حقارت و غلبه بر بی‌جراتی خود داشته و برای رسیدن به کمال تلاش می‌کنند (هزار جریبی و صفری شالی، ۱۳۹۱: ۳۰۶). با توجه به این نکات بخشی از مؤلفه‌های این متغیر در ارتباط با بهداشت جسمانی افراد مورد نظر است. در مجموع سلامت جسمانی دال بر اعمال کامل بدن است. نشانه‌های سلامت جسمی در یک عبارت است از

1. Snyder & Lopez

سیمای خوب، پوست تمیز، چشمان درخشان، موهای براق و اندام متناسب. به طور کلی همه مواردی که به سلامتی بدنی (فیزیکی) مربوط می‌شود باید در حد متناسب نسبت به سن و جنس باشند (محقق کی‌کمال و عبدالله تباردرزی، ۱۳۹۱: ۱۸). این مؤلفه به عنوان بخشی از متغیر سلامت روانی معطوف به برخورداری از احساس خوب ناشی از سلامت جسمی، وجود یک داروی نیروی اثر بخش، فقدان احساس نبود حال خوش جسمانی، احساس بیماری کردن و داشتن سردردهای شدید و احساس فشارهای سنگین و... بخشی از مؤلفه‌های سلامت جسمی را در ارتباط با متغیر سلامت روانی تحت پوشش قرار می‌دهد (محسنی، ۱۳۹۳: ۹۵). بخش دیگری از ابعاد سلامت روانی را می‌توان به بهداشت روانی اختصاص داد. بهداشت روانی از پذیرش خود شروع شده تا به رشد فردی می‌رسد. قاعدتاً این رشد، یک جنبه همگانی دارد علاوه بر رشد جسمانی همراه با استقلال شخصیتی، داشتن تسلط بر محیط و... می‌شود و همراه با عواطف مثبت و منفی در حوزه‌های شناختی و عاطفی است (هزار جریبی و صفری شالی، ۱۳۹۱: ۳۰۱). بهداشت روانی با به عبارت دیگر سلامت روانی حالت توازن بین شخص و دنیای اطراف او و سازگاری شخص با خود و دیگران و همزیستی بین واقعیت‌های خود، مردم و محیط زیست که شامل کلیه صفاتی است که روان‌شناسان آن‌ها ملاک سالم بودن شخص از نظر روانی می‌دانند (ارفعی عین‌الدین، ۱۳۸۸: ۱۹). در نهایت سلامت روانی نوعی توان واکنش در برابر انواع گوناگون تجربه‌های زندگی به صورت قابل انعطاف و معنادار می‌تواند تعریف شود.

یکی از عواملی که به طور مستقیم و غیرمستقیم بر میزان سلامت افراد، مؤثر است، سرمایه اجتماعی است. جوامعی که از نظام سلامت قوی، همچنین سطح سلامت روانی

بالای شهروندان برخوردارند غالباً جزو جوامع پیشرفته و توسعه یافته محسوب می شوند. به همین دلیل به دنبال هرگونه طرح و برنامه ریزی که منجر به افزایش سرمایه اجتماعی شود سطح سلامت و توسعه‌ی جامعه نیز افزایش می یابد و این تازه یک روی قضیه است. روی دیگر، همبستگی و سازگاری بالای سرمایه اجتماعی و سلامت در سطح فردی است؛ به عبارت دیگر، سلامت روانی فرد، یک ظرفیت روان شناختی است که قابلیت های فردی را برای ایجاد تعاملات، افزایش می دهد و به عنوان بعدی شناختی - ذهنی در کنار ابعاد ساختاری سلامت قرار می گیرد (موسوی و شیانی، ۱۴:۱۳۹۴)؛ سرمایه اجتماعی بعدی است که می تواند کارآیی اجتماعی را، از طریق سهولت بخشیدن به کنش های هماهنگ، بهبود بخشد و به عنوان مفهومی چند بعدی دربردارنده شاخص هایی چون شبکه حمایت اجتماعی^۱، اعتماد^۲ و مشارکت اجتماعی^۳ و روابط اجتماعی^۴ بوده و پایه اصلی حیات اجتماعی است (به نقل از سیدان و عبدالصمدی، ۲۳۴: ۱۳۹۰).

در اندیشه پاتنام سرمایه اجتماعی به یکسری از ویژگی های سازمان اجتماعی چون شبکه ها، هنجارها و اعتماد اشاره می کند، هنگامی که این ویژگی ها در یک سازمان اجتماعی اجرا می گردد، همکاری و هماهنگی برای منافع متقابل تسهیل می گردد. وی در اندیشه های خود به تأثیرات سرمایه اجتماعی در تقویت جامعه مدنی و کارآمدی دموکراسی، توسعه اقتصادی اشاره می کند. وی در اندیشه های خود اشاره به منافع عمومی و خصوصی سرمایه اجتماعی کرده و به اشکال عمومی و خصوصی و جهات

1 . Social Support

2 . Trust

3 . Social Participation

4 . Social Relationship

فردی و جمعی سرمایه اجتماعی توجه می‌کند. ولی بیشتر تمرکز به علاقه‌مندی خاص به منافع خارجی و بهره‌های عمومی می‌کند. در اندیشه پاتنام سرمایه اجتماعی پدیده فرهنگی تعریف می‌شود؛ که نشان‌دهنده میزان اهمیت و توجه اعضای جامعه نسبت به امور مدنی بوده و بیانگر وجود هنجارهای اجتماعی مروج کنش جمعی و میزان اعتماد به نهادهای عمومی است (شارع پور، ۱۳۸۳: ۷۱). به نظر پاتنام سرمایه اجتماعی کمک‌دهنده رفتار جمعی است، یعنی هزینه‌ها را برای نقض‌کننده‌ها افزایش، معیارهای خوب دوطرفه را تقویت، جریان گردش اطلاعات مربوط به خوش‌نامی فعالان را تسریع، موفقیت‌های گذشته فعالیت‌های جمعی را نمایان همانند چارچوبی برای همکاری‌های بیشتر آینده عمل می‌کند (فیلد، ۱۳۸۵: ۴۸).

با توجه به این مبحث یکی از مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی مشارکت اجتماعی است این مفهوم عبارت است از ارزیابی ارزش اجتماعی که فرد دارد و شامل این عقیده است که آیا فرد جزئی مهم از جامعه است و چه ارزشی را به جهان خود اضافه می‌کند مشارکت اجتماعی باوری است که طبق آن فرد خود را عضو حیاتی اجتماع می‌داند و فکر می‌کند چیز ارزشمندی برای عرضه به دنیا و اجتماع خود دارد. این افراد تلاش می‌کنند که احساس دوست داشته شدن کنند و در دنیایی که صرفاً بدلیل انسان بودن برای آنها ارزش قائل است، سهیم باشند (حسینی، ۱۳۸۷: ۳۴). فلورین و واندرمن^۱ (۲۰۰۰) معتقدند شرکت کردن در جامعه از طریق مشارکت این مفهوم را می‌رساند که افراد برای زندگی آرمان دارند و نشان‌دهنده سلامت افراد است (به نقل شربتیان، ۱۳۹۱: ۶). گامسون^۲ نیز استدلال می‌کند که مشارکت در جنبش‌های اجتماعی، رشد هویت شخصی را در برمی‌گیرد و نشان‌دهنده‌ی فرصتی برای درک خود است. هر

1 . Florin & Wandersman

2 . Gamson

ارتباطی که فرد در زندگی خود برقرار می‌کند شامل حمایت‌هایی است که از خانواده، دوستان و یا جامعه دریافت می‌کند و همه این‌ها مستقیماً سلامت او را تحت تأثیر قرار می‌دهند (به نقل از نیک و رز و یزدان پناه، ۱۳۹۴).

از دیگر مؤلفه‌های مورد بررسی حمایت اجتماعی است، مطالعات نشان داده‌اند که مشارکت اجتماعی پایین و فقدان حمایت اجتماعی اثرات منفی روی سلامت افراد دارد (Herzogt & etal, 2002). هاووس^۱ (۱۹۸۱) حمایت اجتماعی را نوعی مبادله بین فردی می‌داند که پیوندهای عاطفی، کمک‌های مؤثر ابزاری، ارائه اطلاعات، اظهار نظر و ارزیابی دیگران را در برمی‌گیرد شافر، و همکاران^۲ (۱۹۸۱) هم با تأکید بر ادراکات ذهنی فرد، حمایت اجتماعی را عبارت می‌دانند از ارزشیابی‌ها یا ارزیابی‌های فرد از اینکه تا چه حد یک تعامل یا الگوی تعاملاتی برای وی سودمند است (رستگار خالد، ۱۳۸۴: ۱۳۶).

اعتماد به عنوان یکی از ابعاد و مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی، یکی از مهم‌ترین شاخص‌ها و نشانگرهای مؤثر سلامت است. ایده اساسی این است که اعتماد افراد به یکدیگر و اعتماد آن‌ها به نهادهای اجتماعی همراه با شکل‌گیری شبکه‌های اجتماعی سودمند می‌تواند اثرات مثبتی بر سلامت جسمی و روانی افراد و همچنین بر کارایی نظام داشته باشد (شارع‌پور، ۱۳۸۵: ۵).

روابط اجتماعی هم دیگر مؤلفه مورد بحث و بررسی است. این مفهوم اشاره به تعاملات غیررسمی، چهره به چهره و بادوام و شدید می‌کند که در خانواده و دیگران وجود دارد. همچنین به روابط عینی و پیوندهای خارج از خانه اشاره می‌کند

1 . Hawes

2 . Shaffer&etal

که می‌توان به میزان رفت و آمد خانوادگی، بین نسلی، ارتباط با اقوام و آشنایان و ارتباط با همسایگان و... معنا پیدا کند.

در این تحقیق چارچوب نظری تحقیق که مبتنی بر رابطه سرمایه اجتماعی (اندیشه پاتنام) بر سلامت روانی (اندیشه آدلر) است سرمایه اجتماعی به عنوان منابع واقعی یا بالقوه‌ای از شبکه‌ای بادوام از روابط کم‌و بیش نهادینه‌شده، شناخت متقابل و عضویت در یک گروه حاصل می‌گردد. به عبارت دیگر شبکه روابط، محصول راهبردهای سرمایه‌گذاری فردی یا جمعی آگاهانه یا ناخودآگاه است که هدفش ایجاد یا بازتولید روابط اجتماعی است که مستقیماً در کوتاه‌مدت یا بلندمدت قابل استفاده هستند. به نظری از کارکردهای مثبت سرمایه اجتماعی، افزایش سلامت افراد است که از طریق فراهم آوردن حمایت‌های عاطفی و روانی، کاهش عوامل استرس‌زا، کاهش حوادث زندگی (مانند از دست دادن شغل) را به همراه دارد (شریتیان و ایمنی، ۱۳۹۷). با توجه به مبانی نظری مطرح شده، مدل مفهومی تحقیق به شکل زیر است.



شکل ۱: مدل مفهومی تحقیق

پیشینه تجربی پژوهش

پیرامون دو متغیر سرمایه اجتماعی و سلامت روانی پژوهش‌هایی بسیاری در سال‌ها و دهه اخیر انجام شده است، با توجه به اینکه این پژوهش‌ها بر روی گروه‌های اجتماعی متنوعی صورت گرفته است لذا بر اساس جامعه موضوع تحقیق که

دانشجویان بوده در این نوشتار در سطور ادبیات تجربی را در بخش تحقیقات داخلی بیشتر معطوف به موضوع تحقیق جامعه دانشجویی کرده همچنین در منابع ادبیات خارجی هم سعی کرده به این امر توجه کنیم. لذا به منظور سهولت در فهم و مقایسه‌ی داده‌ها و نتایج به دست آمده، جدولی به طور خلاصه در سطور ذیل تدوین شده است تا یافته‌های حاصل شده به شکل مدون در اختیار مخاطبان قرار گیرد.

جدول ۱: ادبیات تجربی داخلی و خارجی

عمده‌ترین نتایج	روش تحقیق	جامعه مورد مطالعه	محققین
نتایج پژوهش نشان داد که رابطه معناداری بین سرمایه اجتماعی (درون گروهی (۰/۳۷۹) و سطح معناداری (۰/۰۰۰) رابطه معنادار و با مؤلفه برون گروهی (۰/۳۷-) و سطح معناداری (۰/۰۷۹) رابطه معنادار نداشته سرمایه اجتماعی (درون گروهی و برون گروهی) با علائم جسمانی رابطه معناداری وجود ندارد. ضریب همبستگی سرمایه اجتماعی درون گروهی با مؤلفه‌های سلامت روانی در این تحقیق رابطه معکوس در سطح معناداری داشته است. و ضریب همبستگی سرمایه اجتماعی برون گروهی با مؤلفه‌های سلامت روانی در این تحقیق رابطه نداشته و یا رابطه معکوس در سطح معناداری داشته است.	روانشناسی	بررسی تأثیر سرمایه اجتماعی (درون گروهی و برون گروهی) بر سلامت روان دانشجویان (مورد مطالعه: دانشجویان دانشگاه تبریز)	نکونام و همکاران (۱۳۹۴)

عمده‌ترین نتایج	روش تحقیق	جامعه مورد مطالعه	محققین
<p>میانگین سازه سرمایه اجتماعی با مقدار ۳/۱۳ متوسط از ۳ بوده است و میانگین هنجار اجتماعی، تعلق اجتماعی، مشارکت اجتماعی، اعتماد اجتماعی به ترتیب برای دانشجویان حائز اهمیت بوده است و میانگین سلامت روانی با مقدار ۳/۴۳ متوسط از ۳ بوده است و از بین مؤلفه‌های این متغیر پرخاشگری، اضطراب، نشانگان جمعی و افسردگی به ترتیب همه بالاتر از حد متوسط گزارش شده است. بین سرمایه اجتماعی و سلامت روانی با مقدار (۰/۱۹۹) رابطه معنادار ضعیفی وجود داشته است. و در حدود ۲۱ درصد سرمایه اجتماعی می‌تواند به تبیین سلامت روانی بپردازد و بر اساس میزان (P Value) نتایج رگرسیون مؤلفه‌های تعلق اجتماعی، تحصیلات و وضعیت فعال اثرگذار بر سلامت روانی نبوده‌اند در حالیکه میزان (P Value) مشارکت اجتماعی، هنجار اجتماعی، اعتماد اجتماعی، جنسیت و سن به ترتیب اثرگذار بر سلامت روانی دانشجویان این دانشگاه در زمان تحقیق بوده است.</p>	<p>روابط اجتماعی</p>	<p>بررسی رابطه سرمایه اجتماعی سلامت روانی در بین دانشجویان شهر کرد.</p>	<p>کیوان آراء و همکاران (۱۳۹۳)</p>

عمده‌ترین نتایج	روش تحقیق	جامعه مورد مطالعه	محققین
<p>بعد مشارکت اجتماعی، بعد روابط اجتماعی، بعد اعتماد، بعد روابط همسایگی، بعد گرایش نسبت به دیگران، بعد ایثار نسبت به غریبه‌ها، بعد حمایت اجتماعی، بعد علاقه به جامعه با سلامت روانی و اجتماعی رابطه معنادار به ترتیب در بین معلمان داشته است و رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی و سپس با سلامت روانی در بین جامعه مورد مطالعه به ترتیب معنادار و حائز اهمیت بوده است.</p>	<p>رابطه سرمایه اجتماعی</p>	<p>تحلیل رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی و اجتماعی معلمان شهر همدان</p>	<p>هزار جریبی و مهری (۱۳۹۱)</p>
<p>میزان مشارکت، مورد اعتماد بودن دانشجویان، با گروه نهادهای اجتماعی کمتر از سطح متوسط بوده است و مقدار t مشاهده شده از مقدار بحرانی جدول در سطح خطای ۵ درصد برای میزان احساس تعلق و علاقه دانشجویان به گروه‌ها و نهادهای اجتماعی بیشتر از سطح متوسط بوده، بین جنسیت و بهداشت روانی دانشجویان تفاوت معنادار مشاهده شده و وضعیت تأهل با بهداشت روانی تفاوت معنادار داشته است. وضعیت دانشجویان مجرد و متأهل با مؤلفه اعتماد رابطه معنادار داشته است در حالی که سایر مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی با وضعیت تأهل رابطه معناداری نداشته است. ضریب همبستگی بین مؤلفه‌های اعتماد، احساس تعلق، علاقه، و معتمد بودن با بهداشت روانی معنادار بوده.</p>	<p>رابطه سرمایه اجتماعی</p>	<p>رابطه سرمایه اجتماعی با سطح بهداشت روانی دانشجویان علوم پزشکی دانشگاه اصفهان</p>	<p>کیوان آراء و همکاران (۱۳۹۱)</p>

محققین	جامعه مورد مطالعه	روش تحقیق	عمده‌ترین نتایج
پورافکاری و شکری (۱۳۹۱)	بررسی تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت روانی دانشجویان (مطالعه در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد شوشتر)	روابط	میانگین نمره دانشجویان براساس مقیاس صفر تا ۱۰۰ برای سلامت روانی برابر با ۳۳/۷۷ بدست آمده است. ضریب همبستگی پیرسون بین سرمایه اجتماعی و سلامت روانی برابر با ۰/۴۲۹ با اختلافات شبه جسمانی برابر با ۰/۱۵۸ با اختلافات اضطرابی برابر با ۰/۱۴۸- با اختلافات در کارکرد اجتماعی ۰/۵۹۰- و با خرده مقیاس افسردگی ۰/۵۰۱- بوده است در نهایت میزان رابطه معنادار بین تأثیر سرمایه اجتماعی با سلامت روان دانشجویان معنادار اما در حد نسبتاً ضعیف بوده است.
رضوی زاده و همکاران (۱۳۹۱)	رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در بین دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد	روابط	نتایج نشان داد که اگرچه متغیرهای مستقل اعتماد، حمایت، روابط اجتماعی، عزت نفس، رفتار پشتیبان سلامت روان هر یک به تنهایی بر اضطراب و افسردگی شدید به طور همزمان اثر معنادار ندارند، اما اثر متقابل اعتماد، حمایت و روابط اجتماعی بر این دو متغیر معنادار است. تحلیل‌های جداگانه نشان داد اثر عزت نفس بر افسردگی منفی و معنادار بوده و درآمد خانوار، اعتماد اجتماعی و رفتار پشتیبان سلامت روان تأثیر منفی معنادار بر اضطراب داشته است.

محققین	جامعه مورد مطالعه	روش تحقیق	عمده ترین نتایج
شجاع و همکاران (۱۳۹۰)	تحلیل عاملی سرمایه اجتماعی و رابطه آن با سلامت روان سالمندان منطقه ۹ شهر تهران	رابطه همبستگی	در این پژوهش مؤلفه های اعتماد فردی، همبستگی و حمایت اجتماعی، اعتماد اجتماعی و روابط انجمنی مورد ارزیابی قرار گرفته اند که در حدود ۶۸ درصد توانسته اند به تبیین سلامت روانی بپردازند؛ و مؤلفه های اعتماد فردی، و همبستگی و حمایت اجتماعی با سلامت روانی سالمندان رابطه معنادار داشته است.
سیدان و عبدالصمدی (۱۳۹۰)	رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان زنان و مردان آموزش دیده های فنی و حرفه ای استان تهران	رابطه همبستگی	در این پژوهش متغیر سرمایه اجتماعی ($R=0/214$)، اعتماد اجتماعی ($R=0/185$)، اعتماد شخصی ($R=0/169$)، سن ($R=0/26$)، اعتماد تعمیم یافته ($R=0/158$)، حمایت اجتماعی ($R=0/121$)، مشارکت اجتماعی ($R=0/48$)، میانگین اعتماد مردان به نسبت زنان بیشتر و معنادار بوده است. اعتماد نهادی و تعمیم یافته زنان و مردان تفاوت معناداری نیست. سطح میانگین حمایت اجتماعی و مشارکت اجتماعی زنان کم تر از مردان بوده است و معنادار است. به ترتیب بیانگر رابطه شدت با سلامت روانی بوده اند، در نهایت مؤلفه های سرمایه اجتماعی به ترتیب مشارکت اجتماعی، اعتماد شخصی، اعتماد تعمیمی یافته و حمایت اجتماعی، سن و جنس با ضریب تبیین ($0/394$) در مجموع در حدود ۴۰ درصد از پراکنش متغیر سلامت روانی را تبیین می کنند.

محققین	جامعه مورد مطالعه	روش تحقیق	عمده‌ترین نتایج
کامران و ارشادی (۱۳۸۸)	بررسی رابطه سرمایه اجتماعی شبکه و سلامت روان کارکنان سازمان آموزش و پرورش شهر ساری	روش آماری کمی	در این تحقیق بعد کارکردی حمایت متقابل در بین جامعه مورد مطالعه با متغیر سلامت روانی سنجیده شده است. هر چقدر حمایت اجتماعی افزایش یابد سلامت روانی بیشتر خواهد بود، افراد شاغل و متأهل از سرمایه اجتماعی و سلامت روانی بالاتر برخوردار بوده‌اند، زنان به ابعاد حمایت عاطفی و مردان به ابعاد حمایت (مالی، عملی، اطلاع‌رسانی) تمایل بیشتری داشته‌اند.
سلطانی و جمالی (۱۳۸۷)	بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روانی، مورد مطالعه دانشجویان دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه شیراز	روش آماری کمی	میزان سرمایه اجتماعی درون گروهی و ارتباطی بیشتری بین دانشجویان بیشتر باشد از سلامت روانی بیشتری برخوردارند. سرمایه اجتماعی برون گروهی با سلامت روانی در این تحقیق رابطه معناداری نداشته است. در حدود ۱۷ درصد سرمایه اجتماعی در سطح معناداری (۰/۰۰۰) رابطه با سلامت روانی داشته است، سرمایه اجتماعی درون گروهی در حدود ۱۶ درصد در سطح معناداری (۰/۰۱) سرمایه اجتماعی ارتباطی در حدود ۱۷ درصد در سطح معناداری (۰/۰۵) رابطه داشته است.

محققین	جامعه مورد مطالعه	روش تحقیق	عمده ترین نتایج
ایمان و همکاران (۱۳۸۷)	بررسی تطبیقی سرمایه اجتماعی و سلامت روانی دانشجویان غیربومی دانشگاه‌های تهران و شیراز	روش پیمایشی	میانگین نمرات سرمایه اجتماعی و سلامت روانی دانشجویان دو دانشگاه با هم متفاوت بوده است. نتایج حاصل از تحلیل ممیزی نشان می‌دهد که احتمال ارتقاء سلامت روانی دانشجویان تحت تأثیر متغیرهایی چون سرمایه اجتماعی، سن افراد، میزان درآمد خانوادگی و قومیت آنها بوده است. این متغیرها ۵۹ درصد صحت این احتمال را مشخص نمایند. اما روی هم رفته توانسته‌اند ۶ پیش‌بینی سرمایه اجتماعی متغیرهایی چون سلامت روان، مقطع تحصیلی، سن و وضعیت تأهل وارد معادله شده و رویهم رفته مقدار ۶۰ درصد صحت احتمال سرمایه اجتماعی را مشخص کرده‌اند. نتایج: نتایج این تحقیق نشان می‌دهد هر اندازه افراد در ساختار اجتماعی موجود دارای سرمایه اجتماعی بالاتری باشند، سلامت روانی آنها در وضعیت بهتری قرار خواهد گرفت.
لهسایی زاده و مرادی (۱۳۸۶)	رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در بین مهاجران شهر کرمانشاه	روش پیمایشی	در این پژوهش متغیر اعتماد اجتماعی ($R=0/66$)، حمایت اجتماعی ($R=0/51$)، مشارکت اجتماعی ($R=0/48$)، مدت اقامت ($R=0/41$)، سن ($R=0/26$)، تحصیلات ($R=0/14$)، به ترتیب بیانگر رابطه شدت با سلامت روانی بوده‌اند، همچنین، مؤلفه‌های اعتماد اجتماعی، مشارکت اجتماعی، نوع مهاجرت، وضعیت تأهل، حمایت اجتماعی و مدت اقامت به ترتیب بیشترین اهمیت را برای تبیین متغیر سلامت روانی داشته‌اند و در نهایت این مؤلفه‌ها در حدود ۵۷ درصد سلامت روانی را تبیین کرده‌اند.

محققین	جامعه مورد مطالعه	روش تحقیق	عمده‌ترین نتایج
کاوچی، و همکاران (۲۰۱۷)	سامانه پایش عامل خطر رفتاری در ۳۹ ایالت آمریکا	کمی از نوع توصیفی	عوامل سطح فردی از قبیل درآمد پایین، کم‌سوادی، مصرف دخانیات با وضع نامناسب سلامت همبستگی دارد. بعد از کنترل این عوامل اثر زمینه‌ای سرمایه اجتماعی بر وضع سلامت مشاهده شده است.
داگلاس ^۱ و همکاران، (۲۰۱۵)	رابطه سرمایه اجتماعی و سلامتی در اندونزی	کمی پیمایش طولی بین سال‌های ۲۰۰۷ الی ۲۰۱۲	به نقش اجتماعی سلامت فیزیکی و روانی ده هزار نفر از افراد بزرگسال اندونزیایی پرداخته است. نتایج نشان داده که در راستای تعیین نقش سرمایه اجتماعی، در ایجاد سلامتی، ابتدا روابط درونی سرمایه اجتماعی و سرمایه انسانی در ایجاد سلامتی اثر مثبت داشته است، اما این شواهد محکمی برای اثبات رابطه بین سرمایه اجتماعی و انسانی با سلامت روانی دیده نشده است.
هارفام ^۲ و همکاران (۲۰۱۳)	رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روانی جوانان ۱۵ تا ۲۵ ساله در شهر کالی کلمبیا	کمی از نوع توصیفی	نتایج بیانگر این است که بعد شناختی سرمایه اجتماعی (هنجارها و جنبه‌های ذهنی) به نسبت بعد ساختاری سرمایه اجتماعی (شبکه روابط اجتماعی) تأثیر بیشتری بر سلامت روانی دارد.

1 . Douglas
2 . Harpham

عمده‌ترین نتایج	روش تحقیق	جامعه مورد مطالعه	محققین
نتایج پژوهش نشان دادند که بین سرمایه اجتماعی و سلامت افراد رابطه معناداری وجود دارد. به طوری که افراد ساکن در دو منطقه کیل برن و بلایراتول که از اعتماد و مشارکت اجتماعی پایین‌تری برخوردار بودند در مقایسه با ساکنان جنوب استرالیا و شهر آدلاید در سطح پائین‌تری از سلامت قرار گرفتند.	روابط اجتماعی	تطبیقی، رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت در منطقه کیل برن ^۲ و بلایراتول ^۳ و منطقه در شهر آدلاید، استرالیا	تایلر ^۱ و همکاران (۲۰۱۲)

با توجه به این ادبیات می‌توان به اختصار به این اشاره کرد که مشارکت، اعتماد، حمایت و روابط اجتماعی به عنوان مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی تأثیرات چندگانه و مرتبطی با پیامدهای سلامت از جمله رفتارهای سلامت و کاهش اختلالات روانی دارد. با توجه به این ادبیات در نوشتار حاضر مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی برای جامعه مورد مطالعه دانشجویی مورد اهتمام قرار می‌گیرد که از چه وضعیتی برخوردار است. همچنین تأثیر مؤلفه‌ها بر کیفیت و کمیت روابط میان فردی مورد مطالعه قرار می‌گیرد. بنابراین فقدان این مؤلفه‌ها در زندگی اجتماعی جامعه دانشجویی ممکن است منابع فردی را برای مقابله با چالش‌ها تقلیل دهد و احتمالاً اختلالات فراوانی را بوجود آورد؛ زیرا این مؤلفه‌ها ناشی از ارتباط با خانواده، دوستان و یا جامعه دریافت می‌شود و مستقیماً سلامت روانی و سایر ابعاد حوزه سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهند؛ به

1. Taylor

2. Kilburn

3. Blair Athol

اعتبار این مبحث مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی در پژوهش‌های سلامت و ابعاد آن به عنوان یک مفهوم کلیدی تلقی می‌گردد.

فرضیه‌های پژوهش

با توجه به آنچه که در سطور قبل و مباحث نظری و تدوین مدل مفهومی بیان شد فرضیه‌های این تحقیق اینگونه بیان می‌گردد.

فرضیه اصلی: به نظر می‌رسد بین میزان برخورداری دانشجویان از سرمایه اجتماعی با سلامت روانی آن‌ها رابطه وجود دارد.

فرضیه‌های فرعی

- به نظر می‌رسد بین میزان مشارکت اجتماعی و سلامت روانی دانشجویان رابطه معناداری وجود دارد.
- به نظر می‌رسد بین میزان ارتباط اجتماعی و سلامت روانی جامعه مورد مطالعه رابطه معناداری وجود دارد.
- به نظر می‌رسد بین میزان اعتماد اجتماعی و سلامت روانی دانشجویان رابطه معناداری وجود دارد.
- به نظر می‌رسد بین متغیرهای زمینه‌ای و جمعیتی (سن - جنسیت - رشته تحصیلی - میزان درآمد) و سرمایه اجتماعی و سلامت روانی دانشجویان رابطه معناداری وجود دارد.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از حیث هدف کاربردی و از نظر گردآوری داده‌ها، پیمایشی

است. جامعه آماری این تحقیق شامل دانشجویان دانشگاه پیام نور شهر تربت حیدریه در سال تحصیلی ۹۶-۹۷ بوده است. حجم نمونه این پژوهش با استفاده از فرمول کوکران برابر با ۳۸۴ نفر به روش نمونه گیری تصادفی طبقه‌ای در بین رشته‌های دایر در دانشگاه مورد سنجش قرار گرفته است. اطلاعات مورد نیاز تحقیق با استفاده از ابزار پرسشنامه استاندارد شده گلدبرگ (سلامت روانی) و محقق ساخته (سرمایه اجتماعی) جمع آوری شده است. گویه‌های سوالات پرسشنامه استاندارد شده و محقق ساخته بر اساس طیف لیکرت مبتنی بر مقیاس رتبه‌ای بر بازه دامنه (۱ تا ۵) (بسیار کم تا بسیار زیاد) در بین پاسخگویان جامعه مورد مطالعه جمع آوری شده است^۱. جدول ذیل به اجمال تعاریف مفهومی و عملیاتی این تحقیق را بیان می‌کند.

جدول ۲: تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرها

متغیر وابسته	تعریف مفهومی	تعریف عملیاتی	گویه
سلامت روانی بهداشت روان	توانایی کامل برای ایفای نقش‌های روانی و جسمانی (معسنی تبریزی و راضی، ۱۳۸۶: ۸۷)	میزان رفتارهای شادابی، بدخلقی، بی‌ارزشی، به همراه کنترل رفتارهای عصبی در زندگی روزمره	۱- تا چه اندازه شاداب هستید
			۲- تا چه اندازه بدخلق و عصبانی هستید
			۳- فکر می‌کنید در زندگی شخص بی‌ارزشی هستید
			۴- در هنگام عصبانیت تا چه حد رفتارهای خود را کنترل می‌کنید
			۵- تا چقدر احساس کرده‌اید زود پرخاشگری می‌کنید

۱. بر اساس طیف لیکرت به ترتیب بیشترین صفت به گزینه، بسیار زیاد (۵)، زیاد (۴)، متوسط (۳)، کم (۲)، بسیار کم (۱)، به عنوان کمترین صفت گزینه‌های مربوطه اختصاص داده شده است. بر اساس سوالات پرسشنامه بر مبنای تبدیل مقیاس رتبه‌ای به شبه فاصله‌ای در این تحقیق تلاش کرده‌ایم که شاخص‌های طیف لیکرت مذکور را در سطح فاصله‌ای مورد سنجش قرار دهیم.

متغیر وابسته	تعریف مفهومی	تعریف عملیاتی	گویه
سلامت جسمانی	سلامت جسمی به معنای توانمند بودن بدن برای فعالیت روزانه و حفظ انرژی برای موارد اضطراری و دوری از بیماری‌ها و تناسب کلی جسمی است. (گنجی، ۱۳۹۳: ۱۰)	سنجش میزان احساس مریض بودن، ضعف و کاشتی داشتن در فعالیت‌ها به همراه وجود افسردگی ناشی از بیماری جسمانی در کنار رضایت از وضعیت جسمانی	۶- بعد از مرتب کردن منزل چقدر احساس کرده هنوز خانه نامرتب است ۷- احساس کرده‌اید بعد از قفل کردن درب منزل دوباره برگشته و آن را چک کنید
			۱- فکر می‌کنید بیماری جسمانی تان تا چه حد شما را افسرده کرده ۲- اکثر اوقات احساس می‌کنم مریض هستم ۳- احساس ضعف و سستی می‌کنم ۴- میزان نیاز شما به داروهای تقویتی ۵- تا چه حد احساس کرده که نیروی کافی برای فعالیت ندارید ۶- میزان رضایت شما از وضعیت جسمانی تان
مشارکت اجتماعی	شرکت آگاهانه، ارادی، خودانگیخته و هدفمند گروه‌ها و افراد در فرآیندها و امور اجتماعی جامعه (انصاری، ۱۳۸۳: ۶۲)	میزان شرکت آگاهانه افراد در انجمن‌های علمی، گروه‌های هنری، ورزشی، و فعالیت در گروه‌های مدنی مورد نظر بوده است	۱- مشارکت در انجمن‌های علمی ۲- مشارکت در گروه‌های هنری (نظیر موسیقی، تئاتر و...) ۳- شرکت در گروه‌های ورزشی (فوتبال، والیبال و...) ۴- تمایل به فعالیت در گروه‌های مردمی (خیریه، بسیج، هلال احمر و...)
			۱- با اعضای خانواده خود تا چه حد صمیمی هستید ۲- با دوستان خود چقدر صمیمیت دارید ۳- با خویشاوندان و آشنایان خود چقدر صمیمی هستید ۴- تمایل صمیمیت شما با همسایگان تا چقدر است
ارتباط اجتماعی	پیوند و ارتباطی صمیمانه‌ای که افراد با طبقات و گروه‌های اجتماعی داشته رابطه دوستی برقرار کرده است (الوانی و شیروانی، ۱۳۸۵: ۵۷)	تعاملات صمیمی که فرد با اعضای خانواده، خویشاوندان دوستان، و دیگران دارد	

سرمایه اجتماعی

متغیر وابسته	تعریف مفهومی	تعریف عملیاتی	گویه
اعتماد اجتماعی	حُسن ظن فرد نسبت به سایر افراد و نهادهای جامعه را اعتماد اجتماعی گفته می‌شود. (امیر کافی، ۱۳۸۰)	اطمینان و صداقتی که فرد در روابط اجتماعی و زندگی روزمره خود به صورت بین فردی و ساختاری از افراد و نهادهای اجتماعی دارد	۱- میزان اعتماد به خانواده
			۲- میزان اطمینان به دوستان
حمایت اجتماعی	مساعدت و توجه‌ای که ناشی از احساس صمیمیت و ارتباط نزدیک که فرد از سوی دیگران (خانواده، دوستان، اقوام و آشنایان، همکاران و...) دریافت می‌کند (صالح صدق پور و همکاران، ۱۳۸۹)	میزان توجه و کمکی که فرد در هنگام بروز مشکلات مالی، عاطفی، و دیگر مسائل از سوی خانواده، دوستان و ... دریافت می‌کند.	۳- میزان اعتماد به خویشاوندان
			۴- میزان اطمینان به محله‌ای‌ها و همسایگان
			۵- میزان اعتماد به همشهریان
			۶- میزان اطمینان به حکومت
			۷- میزان اطمینان به پلیس
			۸- میزان اعتماد دستگاه قضایی
			۱- در هنگام بروز مشکلات روی کمک دیگران حساب باز می‌کنم
			۲- میزان احساس حمایت از سوی خانواده
			۳- میزان احساس حمایت از سوی دوستان
			۴- میزان احساس حمایت از سوی دولت و حکومت

با توجه به مباحث روش‌شناختی در این تحقیق از روایی صوری (توافق داوران) بهره برده شده است. همچنین از آلفای کرونباخ جهت پایایی سؤالات در بین جامعه مورد مطالعه استفاده شده است که مقدار نهایی مؤلفه‌های مورد سنجش در این تحقیق برابر با (۰/۸۱۱) بدست آمده است مقدار آلفای سازه سرمایه اجتماعی برابر ۰/۷۳۰ و برای سلامت روانی برابر ۰/۷۵۶ بدست آمده است. همچنین یافته‌های پاسخگویان براساس آمار توصیفی و استنباطی و با به کارگیری از نرم افزار Spss22 و با استفاده از آماره‌هایی چون: رگرسیون، ضریب پیرسون، آزمون T و... مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. جدول ذیل به صورت تفکیک شده میزان ضرایب پایایی و همسازی درونی متغیرهای مورد سنجش در این نوشتار را نشان می‌دهد.

جدول ۳: ضریب پایایی متغیرهای مستقل و وابسته

متغیر / مؤلفه	تعداد گویه‌ها	آلفای کرونباخ	KMO	آزمون بارتلت	درجه آزادی	سطح معناداری
بهداشت روان	۷	۰/۷۷۱	۰/۶۵۸	۱۲۴۹/۷۷۶	۱۵	۰/۰۰۰
سلامت جسمانی	۶	۰/۷۷۲				
سلامت روانی	۱۳	۰/۷۵۶				
مشارکت اجتماعی	۴	۰/۷۸۰				
ارتباط اجتماعی	۴	۰/۷۹۰	۰/۶۹۰	۱۰۴۴/۲۸۱	۲۳	۰/۰۰۰
اعتماد اجتماعی	۸	۰/۷۶۹				
حمایت اجتماعی	۴	۰/۷۸۶				
سرمایه اجتماعی	۲۰	۰/۷۳۰				

با توجه به نتایج جدول فوق مقدار آزمون KMO برای متغیر سلامت روانی و مؤلفه‌های آن برابر با ۰/۶۵۸ بدست آمده و نتیجه آزمون بارتلت برابر با ۱۲۴۹/۷۷۶ در سطح خطای ۰/۰۵ بدست آمده است بیانگر این است که ۷ عامل از ۱۴ عامل توانسته‌اند در این تحقیق در حدود ۶۰/۱۵ درصد از کل واریانس گویه‌های مرتبط با سلامت روانی را تبیین کنند. برای متغیر سرمایه اجتماعی مقدار آزمون KMO برابر با

۰/۶۹۰ بوده و مقدار آزمون بارتلت برابر با ۱۰۴۴/۲۸۱ در سطح خطای ۰/۰۵ بدست آمده است. در نهایت باید بیان کرد که ۶ عامل از ۱۹ عامل سرمایه اجتماعی توانسته‌اند در این تحقیق در حدود ۶۲/۲۳ درصد از کل واریانس گویه‌های مرتبط با مقیاس سرمایه اجتماعی در این تحقیق را تبیین کنند.

یافته‌های پژوهش

یافته‌های توصیفی

در ارتباط با متغیرهای زمینه‌ای جامعه مورد مطالعه در جدول ذیل اشاره به مهمترین نتایج مؤلفه‌های مورد بررسی متغیرهای زمینه‌ای به اختصار می‌نمائیم.

جدول ۴: خلاصه توزیع فراوانی متغیرهای زمینه‌ای دانشجویان جامعه مورد مطالعه

جنس	مرد ۱۷۶ نفر برابر با (۴۴ درصد) زن برابر با ۲۱۱ نفر برابر با (۵۲/۸ درصد) بی‌پاسخ ۱۳ نفر برابر با (۳/۳ درصد) جمع پاسخگویان ۴۰۰ نفر
رشته تحصیلی	علوم انسانی برابر با (۶۲/۳ درصد) فنی و مهندسی برابر با (۹ درصد) کشاورزی برابر با (۲ درصد) رشته‌های تجربی (۳/۵ درصد) و بی‌پاسخ برابر با (۲۳/۳ درصد) جمع پاسخگویان ۴۰۰ نفر
وضعیت تأهل	مجرد (۱۸۸ نفر) برابر با ۴۷ درصد-متأهل (۱۶۶ نفر) برابر با ۴۱/۵ درصد-مطلقه (۳ نفر) برابر با ۰/۸ درصد- بی‌پاسخ (۴۳ نفر) برابر با ۱۰/۸ درصد- جمع پاسخگویان ۴۰۰ نفر
گروه سن	بین ۱۸ تا ۲۲ سال برابر با ۱۷ نفر (۲۹/۳ درصد) / بین ۲۳ تا ۲۶ سال برابر با ۱۵۷ نفر (۳۳/۹ درصد) / بین ۲۷ تا ۳۰ سال برابر با ۲۱ نفر (۵/۳ درصد) / بین ۳۱ تا ۳۴ سال برابر با ۴۰ نفر (۱ درصد)
درآمد شخصی	تا ۱ میلیون تومان برابر با ۹۱ نفر (۲۲/۸ درصد) بین ۱ تا ۲ میلیون تومان برابر با ۸۹ نفر (۲۲/۳ درصد) بین ۲ تا ۳ میلیون تومان برابر با ۱۰۱ نفر (۲۵/۳ درصد) بیشتر از ۳ میلیون تومان برابر با ۸۳ نفر (۲۰/۸ درصد) بی‌پاسخ ۳۶ نفر برابر با (۴ درصد)

نتایج تحقیق نشان داده است که از نظر جنسیت زنان به نسبت مردان با توجه به جمعیت حاضر دانشجویی در این تحقیق و در دانشگاه مورد مطالعه بیشتر مشغول به تحصیل هستند و گرایش دانشجویان در این دانشگاه که بیشتر بومی هستند به رشته‌های مقطع کارشناسی علوم انسانی به نسبت دیگر رشته‌های دانشگاهی بیشتر بوده است. با توجه به شرایط اجتماعی و تغییرات فرهنگی دانشجویان بیشتر تمایل به مجرد بودن در این تحقیق را داشته‌اند. و گروه سنی ۲۳ تا ۲۶ سال بیشترین دامنه سنی دانشجویان را تشکیل می‌دهد با توجه به موقعیت اجتماعی و اقتصادی شرایط جامعه دانشجویان این دانشگاه میزان درآمد شخصی و خانوادگی خود را در حدود ۲۵ درصد بین ۲ تا ۳ میلیون عنوان کرده‌اند.

با توجه به اینکه در این تحقیق دو متغیر سلامت روانی و سرمایه اجتماعی مورد سنجش قرار گرفته است، جدول ذیل به اختصار به آمار توصیفی مؤلفه‌ها و متغیرهای مذکور را در جامعه مورد مطالعه نشان می‌دهد.

جدول ۵: توزیع درصد فراوانی پاسخگویان برحسب مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و سلامت روانی

		مؤلفه‌ها			مقادیر زیاد تا حدودی کم			میانگین انحراف معیار دامنه حداقل حداکثر ^۱	
بهداشت روان	فراوانی	۳۳	۲۴۳	۱۲۴	۲/۵۹	۰/۶۰۴۸	۳/۳۳	۱۱	۴۱
	درصد	۸/۳	۶۰/۸	۳۱					
سلامت جسمانی	فراوانی	۳۰	۱۵۷	۲۱۳	۲/۳۱	۰/۶۸۵۰	۳/۵۷	۷	۳۲
	درصد	۷/۵	۳۹/۳	۵۳/۳					

۱. نمرات تغییرات حداقل و حداکثری بر اساس مقیاس ۱ تا ۱۰۰ محاسبه شده است.

مؤلفه‌ها		مقادیر زیاد	تا حدودی کم	میانگین	انحراف معیار	دامنه حداقل	حداکثر ^۱
سلامت روانی	فراوانی	۲۴	۲۹۷	۲/۴۵	۰/۵۷۰۳۷	۳/۳۴	۸/۹۰
	درصد	۶	۷۴/۳				۲/۲۲
مشارکت اجتماعی	فراوانی	۶۶	۲۰۳	۲/۷۸	۰/۸۵۴۱	۴	۲۰
	درصد	۱۶/۵	۵۰/۸				۴
ارتباط اجتماعی	فراوانی	۱۰۶	۲۳۲	۳/۹۴	۰/۷۸۱۲	۴	۱۸
	درصد	۲۶/۵	۵۸				۶
اعتماد اجتماعی	فراوانی	۹۲	۲۶۴	۳/۳۳	۰/۶۹۴۲	۴	۳۶
	درصد	۲۳	۶۶				۸
حمایت اجتماعی	فراوانی	۱۰۲	۲۷۳	۳/۳۱	۰/۶۶۰۵	۴	۲۵
	درصد	۲۵/۵	۶۸/۳				۵
سرمایه اجتماعی	فراوانی	۴۱	۲۳۶	۳/۳۴	۰/۵۱۲۷۲	۲/۸۹	۲۰
	درصد	۱۰/۳	۵۹				۸/۴۴

نتایج جدول بیانگر این است که توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب دو متغیر اصلی و ابعاد آن با استفاده از طیف لیکرت نشان می‌دهد که میانگین سلامت روانی دانشجویان به نسبت سرمایه اجتماعی‌شان بیشتر بوده است که برای متغیر سرمایه اجتماعی حداقل نمره ۸/۴۴ و حداکثر نمره ۲۰ بدست آمده است. همچنین برای متغیر میانگین سلامت روانی دانشجویان حداقل نمره ۲/۲۲ و حداکثر نمره ۸/۹۰ بدست آمده است^۱. از منظر دیگر نتایج آمار توصیفی جدول فوق نشان می‌دهد در مجموع در

۱. سعی شده در جدول فوق با توجه به دستورادغام در نرم‌افزار کمی خلاصه توزیع فراوانی یافته‌های این تحقیق به گزینه (زیاد- تا حدودی و کم) تغییر کند.

حدود ۵۹ درصد از مؤلفه‌های سرمایه‌های اجتماعی در حد متوسط در بین دانشجویان بیان شده است، که از بین مؤلفه‌های متغیر مذکور مقدار میانگین بعد ارتباط اجتماعی (۳/۹۴) بعد اعتماد اجتماعی (۳/۳۳) بعد حمایت اجتماعی (۳/۳۱) و مشارکت اجتماعی (۲/۷۸) به ترتیب بین جامعه دانشجویی مورد مطالعه حائز اهمیت بوده است؛ همچنین میزان سلامت روانی دانشجویان در سطح متوسط ۷۴/۳ درصد ارزیابی شده که از بین مؤلفه‌های این متغیر میانگین از آن بهداشت روانی برابر با (۲/۵۹) و مقدار میانگین سلامت جسمانی برابر با (۲/۳۱) بدست آمده است. در نهایت باید اشاره به این کرد که برای جامعه دانشجویی این دانشگاه مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی با مقدار (۲/۸۹) به نسبت مؤلفه‌های سلامت روانی (۳/۳۴) از حد متوسط کمتری برخوردار بوده است. در نهایت براساس آزمون کولموگروف و اسمینروف که به نرمال بودن متغیرهای تحقیق می‌پردازد نتایج حاکی از آن است توزیع داده‌های متغیر سرمایه اجتماعی (۰/۰۳۴) و سلامت روانی (۰/۰۴۹) کمتر از سطح معناداری ۰/۰۵ بوده است بنابراین توزیع مؤلفه‌های مذکور در سطح نرمال قرار دارد و می‌توان از آزمون‌های پارامتریک برای تجزیه و تحلیل استفاده کرد.

یافته‌های استنباطی

نتایج آزمون ضریب همبستگی (پیرسون) در جدول ذیل نشان می‌دهد که در تمامی موارد مذکور فرضیه تحقیق تأیید شده است، به این معنا که هرکدام از شاخص‌های متغیر مستقل با متغیر وابسته ارتباط مستقیم داشته‌اند و نوع رابطه مثبت با شدت نسبتاً ضعیف بوده است.

جدول ۶: ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای اصلی تحقیق

متغیر مستقل	متغیر وابسته	شدت رابطه	سطح معناداری	نوع آزمون همبستگی	نتیجه آزمون	نوع رابطه
مشارکت اجتماعی	سلامت روانی	۰/۲۵۵	۰/۰۱	پیرسون	تأیید	مثبت و نسبتاً ضعیف
		۰/۱۹۶	۰/۰۱	پیرسون	تأیید	مثبت و نسبتاً ضعیف
		۰/۲۶۲	۰/۰۱	پیرسون	تأیید	مثبت و نسبتاً ضعیف
		۰/۱۶۶	۰/۰۱	پیرسون	تأیید	مثبت و نسبتاً ضعیف
		۰/۲۸۶	۰/۰۱	پیرسون	تأیید	مثبت و نسبتاً ضعیف
سرمایه اجتماعی	بهداشت روان	۰/۲۴۷	۰/۰۱	پیرسون	تأیید	مثبت و نسبتاً ضعیف
	سلامت جسمانی	۰/۲۵۹	۰/۰۱	پیرسون	تأیید	مثبت و نسبتاً ضعیف

جدول فوق میزان و شدت رابطه میان متغیرهای تحقیق (سرمایه اجتماعی و ابعاد آن و سلامت روانی و مؤلفه‌های آن) را نشان می‌دهد. در کلیه موارد (رابطه‌ها) فرضیه‌های تحقیق تأیید شده‌اند. مطابق جدول میزان همبستگی بین مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی با متغیر وابسته در سطح معنی‌داری کوچکتر از ۰/۰۱ بوده و شدت رابطه بین مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی با متغیر سلامت روانی و همچنین شدت رابطه سرمایه اجتماعی با مؤلفه‌های سلامت روانی نسبتاً ضعیف بوده است و رابطه معنادار نه چندان قوی بین این

دو مؤلفه در بین دانشجویان این دانشگاه در سطح زندگی اجتماعی وجود دارد. در راستای ارتباط معنادار متغیرهای زمینه‌ای با متغیرهای مستقل و وابسته در این تحقیق جداول ذیل به اختصار نتایج را نشان می‌دهد

جدول ۷: آماره‌های توصیفی متغیرهای مستقل و وابسته مبتنی بر مؤلفه جنسیت

متغیر	گروه‌ها	فراوانی	میانگین	انحراف معیار
سرمایه اجتماعی	زن	۲۱۱	۳/۲۹	۰/۶۰۰۳
	مردان	۱۷۶	۳/۳۲	۰/۵۱۷۳
سلامت روانی	زن	۲۱۱	۲/۷۵	۰/۴۷۸۴
	مرد	۱۷۶	۲/۶۵	۰/۴۹۷۳۹

جدول ۸: آزمون معنی‌داری T متغیرهای سرمایه اجتماعی و سلامت روانی مبتنی بر مؤلفه جنسیت

متغیر	آزمون لون برای برابری واریانس‌ها		معنی‌داری T آزمون		
	F	سطح معنی‌داری	T	درجه آزادی	سطح معنی‌داری (دو دامنه)
سرمایه اجتماعی	۰/۶۳۵	۰/۴۲۶	۴/۹۲	۳۸۵	۰/۵۵۷
سلامت روانی	۱/۰۲۴	۰/۳۱۲	-۲/۱۳۷	۳۸۵	۰/۰۳۳

همچنان که نتایج جدول نشان می‌دهد میانگین سرمایه اجتماعی دانشجویان زن برابر ۳/۲۹ و مرد برابر ۳/۳۲ بوده است. برای آزمون این فرضیه از آزمون T با دو نمونه مستقل استفاده شده است و برای آزمون فرض برابری واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شده است. مقدار آزمون لون (آزمون F) برابر با ۰/۶۳۵ و سطح معنی‌داری آن نیز برابر با ۰/۴۲۶ است که از ۰/۰۵ بزرگتر است؛ پس فرض برابری واریانس تأیید

می‌گردد. با توجه به جدول، مقدار T برابر با ۰/۵۵۸ بوده و سطح خطای آن برابر با ۰/۵۵۷ می‌باشد که بیانگر معنی‌دار نبوده است. بنابراین باید اشاره کرد که از نظر آماری تفاوت معناداری در خصوص رابطه جنسیت با متغیر سرمایه اجتماعی وجود ندارد و بین میانگین دو گروه زن و مرد تفاوت قابل مشاهده نیست. نتایج جدول نشان بیانگر این هست که میانگین سلامت روانی دانشجویان زن برابر ۲/۷۵ و مرد برابر ۲/۶۵ بوده است. مقدار آزمون لون (آزمون F) برابر با ۱/۰۲۴ و سطح معنی‌داری آن نیز برابر با ۰/۳۱۲ است که از ۰/۰۵ کوچکتر است؛ پس فرض برابری واریانس تأیید نمی‌گردد. با توجه به جدول، مقدار T برابر با ۲/۱۳۷- بوده و سطح خطای آن برابر با ۰/۰۳۳ می‌باشد که بیانگر معناداری بوده است. بنابراین باید اشاره کرد که از نظر آماری تفاوت معناداری در خصوص رابطه جنسیت با متغیر سلامت روانی وجود دارد و بین میانگین دو گروه زن و مرد تفاوت قابل مشاهده در خصوص متغیر سلامت روانی و مؤلفه‌های آن وجود دارد.

جدول ۹: آماره‌های توصیفی متغیرهای مستقل و وابسته مبتنی بر مؤلفه تأهل

وضعیت تأهل	مجرد			متأهل		مطلقه	جمع
	تعداد	میانگین	تعداد	میانگین			
سرمایه اجتماعی	۱۸۸	۳/۲۳	۱۶۶	۳/۲۹	۳	۳۵۷	
	تعداد	میانگین	تعداد	میانگین	تعداد	جمع	
سلامت روانی	۱۸۸	۲/۶۶	۱۶۶	۲/۸۰	۳	۳۵۷	
	تعداد	میانگین	تعداد	میانگین	تعداد	جمع	

همچنان که در جدول بالا آمده است میانگین سرمایه اجتماعی و سلامت روانی دانشجویان متأهل به نسبت دیگر دانشجویان غیر متأهل بیشتر است، باید در نظر داشت که سعی شده در این جدول مقادیر بی پاسخ مورد سنجش و آزمون قرار نگیرد.

جدول ۱۰: آزمون تحلیل واریانس سرمایه اجتماعی و سلامت روانی مبتنی بر مؤلفه وضعیت تأهل

متغیرهای تحقیق	منبع متغیر	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	Sig	تأیید/رد
سرمایه اجتماعی	بین گروهی	۳	۰/۰۵۷	۰/۱۷۴	۰/۹۱۴	رد می‌شود
	درون گروهی	۳۹۶	۰/۳۲۶			
	کل	۳۹۹				
سلامت روانی	بین گروهی	۳	۰/۹۸۳	۴/۲۸۱	۰/۰۰۵	تأیید می‌شود
	درون گروهی	۳۹۶	۰/۲۳۰			
	کل	۳۹۹				

با توجه به نتایج جدول مشخص است که سطح معناداری (Sig) برای متغیر سرمایه اجتماعی بالاتر از مقدار ۰/۰۵ است؛ از این رو تفاوت میانگین‌ها بین گروه‌های متاهل تأیید نمی‌شود. در حالی که واریانس این متغیر که بالاتر از مقدار ۰/۰۵ نشان می‌دهد که عدم تفاوت بین گروه‌های متاهل در این تحقیق برای سرمایه اجتماعی وجود ندارد. به معنای دیگر بین افراد متاهل، مجرد و مطلقه در بهره‌مندی از مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی در زندگی اجتماعی خودشان چون مشارکت- ارتباط و اعتماد از بعد اجتماعی هیچگونه تفاوتی نداشته‌اند. در خصوص متغیر سلامت روانی باید اشاره به این کرد که سطح معناداری (Sig) کمتر از ۰/۰۵ بوده و بیانگر این هست که تفاوت معناداری از نظر سلامت روانی بین گروه‌های متاهل دانشجویی وجود دارد. به عبارت دیگر برای دانشجویان متاهل به نسبت دانشجویان مجرد و مطلقه در این دانشگاه مؤلفه‌های سلامت روانی در زندگی اهمیت بیشتر داشته است.

جدول ۱۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای مستقل و وابسته مبتنی بر مؤلفه رشته تحصیلی دانشجویان

رشته تحصیلی	ریاضی و فنی و کشاورزی و مهندسی				علوم انسانی	تعداد	سرمایه اجتماعی
	تجربی	جمع	تجربی	جمع			
سلامت روانی	۲/۳۴	۲/۱۶	۲/۴۶	۲/۶۵	۲/۱۴	میانگین	تعداد
	۳/۳۰	۳/۲۷	۳/۱۴	۳/۴۷	۳/۳۰	میانگین	تعداد
سرمایه اجتماعی	۳/۳۰	۳/۲۷	۳/۱۴	۳/۴۷	۳/۳۰	میانگین	تعداد
	۴۰۰	۴۰۰	۴۰۰	۴۰۰	۴۰۰	میانگین	تعداد

همچنان که در جدول بالا آمده است میانگین سرمایه اجتماعی و سلامت روانی دانشجویان دانشجویان رشته تجربی به نسبت دیگر دانشجویان دیگر رشته‌ها بیشتر است.

جدول ۱۲: آزمون تحلیل واریانس سرمایه اجتماعی و سلامت روانی مبتنی بر مؤلفه رشته تحصیلی دانشجویان

متغیرهای تحقیق	منبع متغیر	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	Sig	تأیید/رد می‌شود
سرمایه اجتماعی	بین گروهی	۵	۰/۱۰۲	۰/۳۱۲	۰/۹۱۴	رد می‌شود
	درون گروهی	۳۹۴	۰/۳۲۷			
	کل	۳۹۹				
سلامت روانی	بین گروهی	۵	۰/۷۲۸	۱/۵۶۲	۰/۱۷۰	رد می‌شود
	درون گروهی	۳۹۴	۰/۴۶۶			
	کل	۳۹۹				

با توجه به نتایج جدول مشخص است که سطح معناداری (Sig) برای متغیر سرمایه اجتماعی بالاتر از مقدار ۰/۰۵ است؛ از این رو تفاوت میانگین‌ها بین رشته‌های تحصیلی تأیید نمی‌شود. در حالی که واریانس این متغیر که بالاتر از مقدار ۰/۰۵ است بیانگر این است که عدم تفاوت بین رشته‌های تحصیلی در این تحقیق برای سرمایه اجتماعی وجود ندارد. به معنای دیگر رشته تحصیلی دانشجویان در بهره‌مندی از مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی در زندگی اجتماعی خودشان چون مشارکت- ارتباط و اعتماد از بعد اجتماعی هیچگونه تفاوتی نداشته‌اند. در خصوص متغیر سلامت روانی باید اشاره به این کرد که سطح معناداری (Sig) بالاتر از ۰/۰۵ بوده و بیانگر این هست که تفاوت معناداری از نظر سلامت روانی بین رشته‌های تحصیلی دانشجویان ندارد به عبارت دیگر برای دانشجویان بدون اینکه رشته تحصیلی در نگرش آن‌ها اثر گذار باشد مؤلفه‌های سلامت روانی به صورت برابر و یکسان بوده است.

با توجه به محدودیت‌های فرمت ساختاری به این نکته در این مقاله اکتفاء می‌شود که با توجه به آزمون تحلیل واریانس سرمایه اجتماعی و سلامت روانی با درآمد شخصی می‌توان بیان کرد که میانگین درآمد شخصی آن دسته از دانشجویانی که مبالغ بالاتر از ۳ میلیون را در هنگام جمع‌آوری اطلاعات بیان کرده‌اند به نسبت گروه‌های دیگر درآمدی این تحقیق در خصوص بهره‌مندی میانگین مؤلفه‌های متغیر مستقل (سرمایه اجتماعی) و متغیر وابسته (سلامت روانی) بیشتر بوده است. همچنین نتایج آزمون تحلیل واریانس بیانگر این بوده است که درآمد شخصی دانشجویان هیچگونه تفاوتی را در خصوص بهره‌مندی از سرمایه اجتماعی و مؤلفه‌های آن و سلامت روانی و ابعاد آن به‌طور معناداری مشاهده نشده است و از نظر دانشجویان این

دانشگاه با توجه به مؤلفه زمینه‌ای درآمد شخصی میزان بهره مندی از متغیر مستقل و وابسته یکسان بوده است.

جدول زیر نتایج اصلی رگرسیون خطی چند متغیره بر مبنای روش همزمان^۱ را نشان می‌دهند. برای این که میزان تأثیر شاخص‌های متغیر مستقل بر متغیر وابسته (سلامت روانی) تحلیل شود از این آزمون استفاده شده است. در این جدول، ضریب بتا اهمیت نسبی متغیرها را بیان می‌کند و بزرگ بودن بتا اهمیت و نقش آن را در پیشگویی متغیر وابسته مشخص می‌کند.

جدول ۱۳: رگرسیون خطی چند متغیره شاخص‌های متغیر مستقل و متغیر وابسته

عامل تورم واریانس (vif)	ضریب تولرانس	سطح معناداری	T	ضرایب معیار شده بتا	ضرایب معیار نشده خطای معیار B	متغیرهای مستقل	
۱/۷۵۶	۰/۴۲۵	۰/۰۳۸	۲/۶۱۷	۰/۰۴۳	۰/۷۹۰	۳/۲۳۱	مشارکت اجتماعی
۱/۶۲۳	۰/۳۶۰	۰/۰۳۶	۳/۹۰۱	۰/۰۵۳	۰/۷۲۵	۴/۳۲۵	ارتباط اجتماعی
۱/۶۶۸	۰/۳۷۵	۰/۰۰۵	۲/۰۱۷	۰/۰۷۱	۰/۸۸۳	۲/۲۱۶	اعتماد اجتماعی
۱/۸۸۴	۰/۵۳۱	۰/۰۳۸	۲/۸۷۵	۰/۰۵۷	۰/۶۵۶	۲/۰۴۹	حمایت اجتماعی
۱/۹۷۶	۰/۷۲۵	۰/۰۰۰	۳/۶۳۷	۰/۴۶۶	۰/۵۷۱	۴/۵۱۴	سرمایه اجتماعی

1. Enter

با توجه به نتایج جدول بالا از میان مؤلفه‌های مستقل موجود در مدل رگرسیونی، متغیرهای (ارتباط اجتماعی، مشارکت اجتماعی، اعتماد اجتماعی و حمایت اجتماعی) به ترتیب با مقدار ضریب بتای ۲/۲۱۶، ۳/۲۳۱، ۴/۳۲۵ و ۲/۰۴۹ متغیر وابسته سلامت روانی را تبیین می‌کنند؛ که می‌توان نتیجه گرفت که به ازای افزایش یک انحراف استاندارد در این متغیرها میزان سلامت روانی به افزایش خواهد یافت. مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی در این تحقیق به همراه خود متغیر مذکور حمایت اجتماعی با مقادیر بتای کم در سطح معناداری ۰/۰۵ سهم بسیار اندکی و تأثیر معنادار کمی در تبیین متغیر سلامت روانی داشته‌اند.

بر اساس یافته‌های جدول بالا، در مبحث رگرسیون خطی در جهت هم خط نبودن متغیرهای مستقل از آماره تولرانس^۱ و عامل تورم واریانس^۲ (vif) استفاده شده است. با توجه به اینکه ضریب تولرانس بین (۰) تا (۱) در نوسان است، و نشان می‌دهد که متغیرهای مستقل تاچه اندازه رابطه هم خطی با یکدیگر دارند، هر چه مقدار تولرانس بیش‌تر (نزدیک به عدد (۱) باشد میزان هم خطی کمتر است، و برعکس هر چه مقدار تولرانس کم‌تر (نزدیک به صفر باشد) نشان می‌دهد که میزان هم خطی بالاست و خطای استاندارد ضرایب رگرسیون از تورم بالایی برخوردار است (حبیب پور گتایی و صفری شالی، ۱۳۹۰: ۵۰۹-۵۱۰) با توجه به نتایج جدول فوق ضرایب تولرانس مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی شامل (حمایت اجتماعی، مشارکت اجتماعی، اعتماد اجتماعی و روابط اجتماعی) چون به ترتیب به مقدار (۱) نزدیک است می‌تواند از هم خطی برخوردار باشند هر چند که ضرایب رگرسیون هم تورم داشته است. به عبارتی می‌توان گفت این مؤلفه‌ها از وضعیت تبیینی حد ضعیفی برای متغیر وابسته (سلامت روانی) در زمان جمع‌آوری اطلاعات از پاسخگویان برخوردار بوده‌اند. همچنین مقدار

1 . Tolerance
2 . Variance Inflation Factor

عامل تورم واریانس به این اشاره می‌کند که هر چه این مقدار از عدد (۲) بزرگتر باشد، میزان هم خطی بیشتر است (همان: ۵۱۰). با توجه به نتایج جدول فوق مؤلفه‌های مورد سنجش در تحقیق حاضر در ارتباط با متغیر وابسته (سلامت روانی) نزدیک به مقدار عامل تورم واریانس (۲) بوده‌اند بنابراین از طریق این شاخص می‌توان احتمال زیادی برای هم خط بودن مؤلفه‌های مستقل بیان کرد.

جدول ۱۴: ضریب همبستگی چندگانه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی اجتماعی

دوربین واتسون ^۱	Sig	آماره F	خطای استاندارد برآورد	ضریب (R ²) تعدیل شده	ضریب همبستگی
۱/۶۹۹	۰/۰۰۰	۱۱/۷۹۵	۴/۵۴۱۸۱	۰/۳۶۷	۰/۴۰۶

با توجه به نتایج جدول بالا مقدار ضریب همبستگی (R) بین متغیرها ۰/۴۰۶ است نتایج نشان می‌دهد بین مجموعه متغیرهای مستقل و متغیر وابسته رابطه همبستگی چندگانه متوسط ضعیفی وجود دارد؛ و مقدار ضریب تعیین تعدیل شده (R²) بیانگر این است که ۳۶ درصد از کل تغییرات، میزان سلامت روانی در بین دانشجویان متأثر از مؤلفه‌های متغیر مستقل در این معادله است. همچنین مقدار آزمون F ۱۱/۷۹۵ که در سطح خطای کوچک‌تر از ۰/۰۱ معنادار است، می‌توان نتیجه گرفت که مدل رگرسیونی تحقیق مرکب از چهار مؤلفه متغیر مستقل و یک متغیر وابسته (سلامت روانی) مدل تاحدی مناسب بوده است و نتایج به دست آمده قابل تعمیم به جامعه آماری است و همه شاخص‌ها در پیش بینی سلامت روانی دانشجویان د نقش دارند. همچنین باید بیان کرد که با توجه به اینکه آماره دوربین واتسون بین ۰ تا ۴ می‌باشد. اگر بین باقیمانده‌ها همبستگی متوالی وجود نداشته باشد، مقدار این آماره باید به ۲

1. Durbin Watson

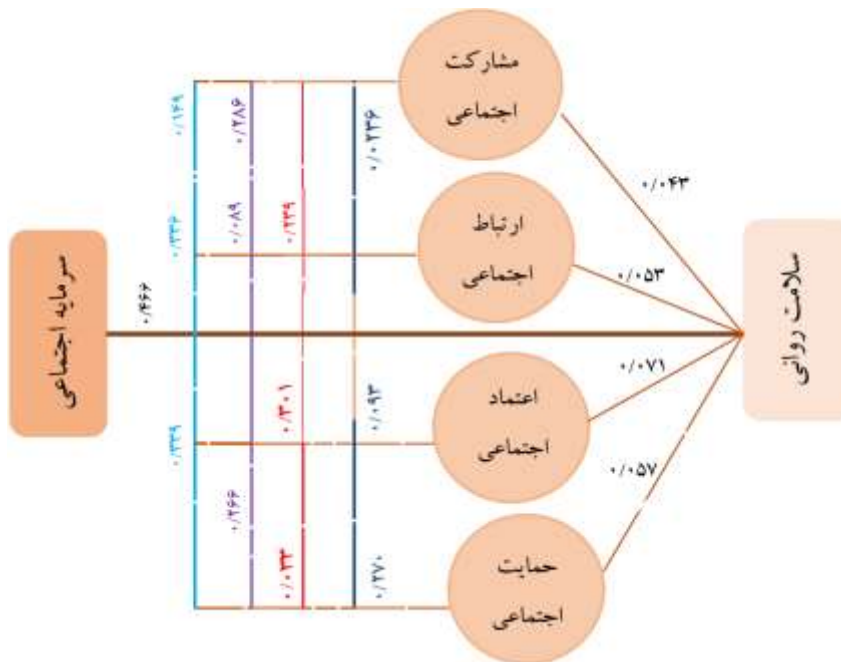
نزدیک باشد. اگر به صفر نزدیک باشد نشان دهنده همبستگی مثبت و اگر به ۴ نزدیک باشد نشان دهنده همبستگی منفی می‌باشد. در مجموع اگر این آماره بین ۱/۵ تا ۲/۵ باشد جای نگرانی نیست (حبیبی، ۱۳۹۷) بر این اساس چون مقدار آزمون مذکور در این تحقیق برابر با (۱/۶۹۹) بدست آمده است بنابراین مفهوم مستقل بودن متغیر این پژوهش اثبات شده و به این معنی است که نتایج مشاهده تأثیری بر دیگر مشاهدات نداشته است.

با توجه نتایج و تحلیل‌های بیان شده در سطور قبل در راستای بیان نتایج مستقیم و غیر مستقیم متغیر مستقل و مؤلفه‌های آن بر متغیر وابسته نتایج تحلیل مسیر و اثرات کلی و جزئی را در جدول ذیل می‌توان مشاهده کرد.

جدول ۱۵: اثر کل متغیر مستقل و مؤلفه‌های آن بر متغیر وابسته (سلامت روانی)

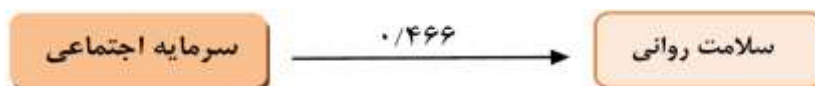
اثر کل	اثر غیر مستقیم	اثر مستقیم	متغیر وابسته	متغیر مستقل
$0/0029 + 0/043 = 0/0459$	$0/239 * 0/301 * 0/033$	۰/۰۴۳	سلامت روانی	مشارکت اجتماعی
$0/0059 + 0/053 = 0/0589$	$0/270 = (0/059)$ $0/236 * 0/093$	۰/۰۵۳		ارتباط اجتماعی
$0/0067 + 0/071 = 0/0777$	$0/067$ $0/286 * 0/089 * 0/266$	۰/۰۷۱		اعتماد اجتماعی
$0/011 + 0/057 = 0/0680$	$0/011$ $0/149 * 0/336 * 0/339$	۰/۰۵۷		حمایت اجتماعی

با توجه به نتایج جدول فوق می‌توان در یک طرح شماتیک نمودار تحلیل مسیر این تحقیق را اینگونه ترسیم کرد.



شکل ۲: نمودار تحلیل مسیر

با توجه به آزمون رگرسیون چند متغیره (همزمان) مشخص شده است که متغیر سرمایه اجتماعی تأثیر مستقیم نزدیک به حد متوسط بر سلامت روانی (۰/۴۶۶) داشته است. نتایج غیرمستقیم هم بیانگر این است که حمایت، اعتماد ارتباط و مشارکت به ترتیب به طور غیر مستقیم بیشترین اثر را بر سلامت روانی دانشجویان داشته‌اند.



بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به شدت جریان مدرنیته در جامعه ایران، می‌توان اشاره به این کرد که سرمایه اجتماعی جامعه ایرانی به شدت در حال دگرگونی است. نتایج به دست آمده در این دهه‌های اخیر در مورد ابعاد مختلف سرمایه اجتماعی حاکی از این است که مؤلفه‌هایی همچون اعتماد، مشارکت، حمایت در این نهاد اجتماعی روبه ضعف است (آزادارمکی، ۱۳۸۶). و به نوعی جامعه ایرانی را دچار ازهم گسیختگی کرده است. در یک نگاه اجمالی به اختصار می‌توان بیان کرد که زندگی دانشجویان جامعه مورد مطالعه دستخوش تغییرات و تحولات اجتماعی و فرهنگی قرار گرفته است؛ و به نسبت گذشته شاخص‌های سرمایه اجتماعی در حال کاهش است. با توجه به آماره‌های این تحقیق هر چقدر دانشجویان در خانواده‌شان از سرمایه اجتماعی بیشتری برخوردار باشند بین معنا که سرمایه‌های بین فردی‌شان (اعتماد متقابل، صمیمیت، احساس امنیت و آرامش، رضایت عاطفی، همکاری، توافق ارزشی، فداکاری و انتظارات متقابل و...) بیشتر خواهد بود، همچنین با افزایش سرمایه اجتماعی، وجود پارامترهای سرمایه اجتماعی بین گروهی، سرمایه نهادی شناختی بیشتر خواهد شد در نتیجه سلامت روانی در وضعیت بهتری در زندگی اجتماعی ایجاد خواهد شد.

با نظر به اینکه سرمایه اجتماعی با شاخص‌هایی چون ارتباطات، مشارکت، اعتماد و حمایت از بعد اجتماعی، در این پژوهش مورد نظر بوده است، و هدف این نوشتار رابطه بین این متغیر با سلامت روانی با دو مؤلفه بهداشت روانی و سلامت جسمانی مورد ارزیابی قرار گرفته است، نتایج بیانگر این است که متغیر سرمایه اجتماعی به نسبت متغیر وابسته (سلامت روانی) از میزان میانگین متوسط پایینی تری برخوردار در

بین دانشجویان بوده است. نتایج مؤلفه‌های این متغیرها در بین جامعه دانشجویی دانشگاه حاکی از آن است که ابعاد اجتماعی سرمایه به ترتیب ارتباطات و تعاملات، اعتماد، حمایت و مشارکت به ترتیب حائز اهمیت بوده و بعد بهداشت روانی به نسبت بعد سلامت جسمانی برای دانشجویان این دانشگاه حائز اهمیت بوده است. شدت رابطه بین متغیرهای مستقل و وابسته مثبت اما نه چندان قوی نبوده است، که با تحقیقات پورافکاری و شکری (۱۳۹۱)، کیوان آراء و همکاران (۱۳۹۱)، سیدان و عبدالصمدی (۱۳۹۰) و تایلر (۲۰۱۸) همخوانی داشته است. متغیرهای زمینه‌ای چون جنسیت و متاهل بودن رابطه معناداری با سلامت روانی داشته است. و تأثیرگذاری و تبیین متغیر سرمایه اجتماعی و مؤلفه‌های آن بر سلامت روانی دانشجویان این دانشگاه در حدود ۴۶ درصد بوده است در نهایت باید بیان کرد که سرمایه اجتماعی و تک تک اجزای مورد بررسی همزمان تأثیر چندان قوی بر سلامت روانی نمی‌توانند داشته باشند، این نتایج با لهسایی زاده و مرادی (۱۳۸۶) و سلطانی و جمالی (۱۳۸۷) همخوانی داشته است. نتایج میزان درآمد دانشجویان این تحقیق با نتایج رضوی زاده و همکاران (۱۳۹۱) که این متغیر اثری بر سرمایه اجتماعی و سلامت روانی دانشجویان نداشته است همخوانی داشته است. در مجموع آزمون فرضیه‌های تحقیق نشان داده است که هرچه دانشجویان در طی زندگی مشترک تعاملات بیشتر، اعتماد، پررنگ‌تر، صداقت، صمیمیت، تعهد، همکاری و انتقادپذیری بیشتری در طی زندگی اجتماعی (عمومی و خصوصی) داشته باشند، از سلامت روانی بالاتر و از شیوع بیماری‌های روانی عمومی‌تر کمتر بهره‌مند خواهند شد. علاوه بر این اعتماد به خویشاوندان و آشنایان، دوستان و همکاران، همسایگان، حساب ویژه روی حمایت‌های اجتماعی (مالی، اطلاعاتی،

عملی و...)، اعتماد به عمومی مردم و سازمان‌های دولتی و انجمن‌های داوطلبانه در سطح زندگی اجتماعی و روزمره‌شان به ارتقاء سلامت روانی آنان کمک خواهد کرد. در نهایت می‌توان بیان کرد که کاهش اعتماد، بی‌انگیزه بودن برای هرگونه مشارکت مدنی، کم‌رنگ بودن حمایت‌های اجتماعی، عاطفی و مالی، فقدان صمیمیت و کاهش فضای تعامل، فقدان محبت‌های اجتماعی و... در کنار مسائل و مشکلات گریبانگیر ساختار جامعه دانشجویی است و همگی دلالت بر این می‌کند که سرمایه اجتماعی و سلامت روانی این گروه اجتماعی در جامعه مورد مطالعه در حال کاهش است در نتیجه می‌توان نشانه‌های کمبود سلامت روانی اعضای و مبتلا شدن به مشکلات روانی شایع از جمله (افسردگی - اضطراب - خشونت و...) را در سطح زندگی مشاهده کرد.

منابع

- آزاد ارمکی، تقی (۱۳۸۶) *جامعه‌شناسی خانواده ایرانی*، چاپ اول، تهران: نشر سمت.
- احمدی، حبیب؛ مرزبان مریم؛ روحانی، علی (۱۳۹۰) بررسی عوامل اجتماعی- فرهنگی مرتبط با سلامت روانی دانشجویان دانشگاه شیراز، *جامعه‌شناسی مطالعات جوانان دانشگاه آزاد اسلامی واحد بابل*، دوره ۱، شماره ۱، بهار، صص ۱-۳۵.
- ارفعی عین‌الدین، رضا (۱۳۸۸) بررسی نحوه گذران اوقات فراغت و سلامت اجتماعی، *پایان‌نامه ارشد رشته برنامه‌ریزی رفاه اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی*، استاد راهنما جعفر هزار جریبی، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی.
- اکبرپور زنگلایی، محمدباقر؛ خدایاری شوطی، سعید؛ ملک زاده، اصغر (۱۳۹۵)، بررسی رابطه بین سلامت روانی با انگیزش پیشرفت در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تبریز، *مجله راهبردهای توسعه در آموزش پزشکی*، دوره سوم شماره دوم پاییز و زمستان، صص ۱۴-۲۴.
- الوانی، سیدمهدی؛ شیروانی، علیرضا (۱۳۸۵)، *سرمایه اجتماعی (مفاهیم، نظریه‌ها و کاربردها)*، چاپ اول، اصفهان: انتشارات مانی.
- انصاری، حمید (۱۳۸۳)، *جزوه مشارکت اجتماعی*، گروه تعاون و برنامه‌ریزی رفاه اجتماعی دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران.
- امیرکافی، مهدی (۱۳۸۰)، *اعتماد اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن*، فصلنامه نمایه پژوهش، سال پنجم، شماره ۱۸، صص ۹-۴۲.
- ایمان، محمد تقی؛ مرادی، گل مراد، حسینی رودبارکی، سکینه (۱۳۸۷)، بررسی تطبیقی سرمایه اجتماعی و سلامت روانی دانشجویان غیربومی دانشگاه‌های تهران و شیراز، *مجله علمی و پژوهشی رفاه اجتماعی*، جلد ۸، شماره ۳۰ و ۳۱، پاییز و زمستان، صص ۱۴۳-۱۷۰.

- پورافکاری، نصرالله؛ شکری، کبری (۱۳۹۱)، بررسی تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت روانی دانشجویان (مطالعه‌ای در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد شوشتر)، *فصلنامه علوم اجتماعی آزاد شوشتر*، سال ششم، بهار، شماره ۱۶، صص ۱۶۷-۱۸۶.
- جوکار، بهرام (۱۳۸۶)، نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه بین هوش هیجانی و هوش عمومی در رابطه با رضایت از زندگی، *مجله روانشناسی معاصر*، دوره دوم، شماره ۴، زمستان، صص ۳-۱۲.
- حبیبی، آرش (۱۳۹۷)، *آموزش کامل SPSS و راهنمای تصویری نرم‌افزار SPSS*، ویراست پنجم، تهران، قابل دسترس در [<https://parsmodir.com/db/spss.php>] تاریخ مراجعه ۲۶ / ۵ / ۱۳۹۸.
- حبیب پورگنجانی، کرم؛ صفری شالی، رضا (۱۳۹۰)، *راهنمای جامع کاربردی Spss در تحقیقات پیمایشی*، چاپ سوم، تهران: نشر لویه و انتشارات متفکران.
- حسینی، سیده فاطمه (۱۳۸۷)، بررسی میزان سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در دانشجویان دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد مداخله‌گری اجتماعی*، دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده علوم اجتماعی.
- رستگار خالد، امیر (۱۳۸۴) گسترش نقش زنان در حمایت‌های شغلی - خانوادگی، *مجله جامعه‌شناسی ایران*، دوره ششم، شماره ۴، صص ۱۲۶-۱۵۶.
- رضوی زاده، ندا؛ نوغانی، محسن؛ یوسفی، علی (۱۳۹۱)، رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در بین دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد، *مجله علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد*، پاییز و زمستان، صص ۲۵-۵۱.
- سلطانی، طاهره؛ جمالی، مژده (۱۳۸۷) بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روانی، مورد مطالعه: دانشجویان دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه شیراز، *مدیریت و توسعه*، تابستان و پاییز، شماره ۶۸ و ۶۹، صص ۱۰۷-۱۲۱.

- سیدان، فریبا؛ عبدالصمدی، محبوبه (۱۳۹۰)، رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان زنان و مردان، *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، دوره ۱۱، شماره ۴۲، پاییز، صص ۲۲۹-۲۵۴.
- شارع‌پور، محمود (۱۳۸۳)، ابعاد و کارکردهای سرمایه اجتماعی و پیامدهای حاصل از فرسایش آن در کتاب *بررسی مسائل اجتماعی ایران*، تهران: انتشارات دانشگاه پیام نور، صص ۶۳-۸۸.
- شارع‌پور، محمود (۱۳۸۵)، *سنجش سرمایه اجتماعی در استان مازندران (مناطق شهری و روستایی)*، مازندران: سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی مازندران.
- شجاع، محسن؛ سیدحمید، نبوی؛ کسانی، عزیز؛ باقری یزدی، سیدعباس (۱۳۹۰)، تحلیل عاملی سرمایه اجتماعی و رابطه آن با سلامت روان سالمندان منطقه ۹ شهر تهران، *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی* (ویژه نامه آمار زیستی و اپیدمیولوژی)، دوره ۳، صص ۸۱-۹۱.
- شربتیان، محمد حسن؛ ایمنی، نفیسه (۱۳۹۷)، تحلیل جامعه‌شناختی سلامت اجتماعی جوانان و عوامل مؤثر بر آن (مطالعه موردی: جوانان ۱۸ تا ۳۰ سال در شهرستان قاین) *فصلنامه علمی و پژوهشی جامعه‌شناسی کاربردی دانشگاه اصفهان*، سال بیست نهم، شماره اول، پیاپی (۶۹)، بهار، صص ۱۶۷-۱۸۸.
- شربتیان، محمدحسن (۱۳۹۱) درآمدی بر نقش سرمایه اجتماعی در ارتقاء شاخص‌های سلامت اجتماعی خانواده و ارائه راهکارهای لازم، *دومین همایش سراسری علمی و کاربردی مداخله‌گری اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر- اصفهان* خردادماه.
- صالح صدق‌پور، بهرام؛ اسدی، مسعود؛ میری، میرنادر (۱۳۸۹)، رابطه نیازهای بنیادین و

- حمایت اجتماعی در سازگاری آموزشی، اجتماعی و عاطفی دانش آموزان، *مجله علمی و پژوهشی روانشناسی*، شماره ۵۶، سال چهاردهم، شماره ۴، زمستان، صص ۴۰۱-۴۱۶.
- فیلد، جان (۱۳۸۵)، *سرمایه اجتماعی*، ترجمه احمدرضا اصغر پور، چاپ اول، مشهد: انتشارات دانشگاه فردوسی.
- کامران، فریدون؛ ارشادی، خدیجه (۱۳۸۸)، *بررسی رابطه سرمایه اجتماعی شبکه و سلامت روان*، پژوهش اجتماعی، دوره ۲، شماره ۳، تابستان، صص ۲۹-۵۴.
- کیوان آراء، محمود؛ حقیقتیان، منصور؛ علی بابایی شهرکی، معصومه (۱۳۹۳)، بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در بین شهروندان شهرکرد، *مجله علمی و پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، دوره ۲۲، شماره ۷، بهمن ماه، صص ۴۷-۵۵.
- کیوان آراء، محمود؛ توکلی، ناهید؛ سموعی، راحله؛ توکلی، فاطمه (۱۳۹۱)، *رابطه بین سرمایه اجتماعی و بهداشت روانی*، مجله مدیریت اطلاعات سلامت، سال نهم، شماره ۷، صص ۱۰۵۸-۱۰۶۵.
- گزارش آخرین آمار اختلالات روانی در کشور/اثر منفی مشکلات اقتصادی روی سلامت روان مردم قابل دسترس در <http://www.salamatnews.com/news/270855> [تاریخ مراجعه ۱۳۹۸/۵/۲۶].
- گنجی، حمزه (۱۳۷۶)، *بهداشت روانی*، چاپ اول، تهران: انتشارات ارسباران.
- لهسایی زاده، عبدالعلی؛ مرادی، گل مراد (۱۳۸۶) رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در مهاجران، *مجله علمی و پژوهشی رفاه اجتماعی*، دوره ۷، شماره ۲۶، پاییز، صص ۱۶۱-۱۸۰.
- محسنی، منوچهر (۱۳۹۳)، *مبانی سلامت اجتماعی*، چاپ اول، تهران: نشر دوران.
- محسنی تبریزی، علی رضا؛ راضی، اشرف (۱۳۸۶)، رابطه حمایت اجتماعی و سلامت روانی در میان دانشجویان دانشگاه تهران، *فصلنامه مطالعات راهبردی ورزش و جوانان*، شماره ۱۰ و ۱۱ پاییز و زمستان، صص ۸۳-۹۶.

- محققى کمال، سیدحسین؛ عبدالله تبادرزی، هادی (۱۳۹۵)، *سلامت اجتماعی* (درآمدی بر مبانی نظری، مفاهیم، ابعاد و شاخص‌ها)، چاپ اول، تهران: انتشارات سخنوران.
- مقصودی، سوده؛ معیدفر، سعید؛ توکل، محمد (۱۳۹۰)، بررسی جامعه‌شناختی رابطه سرمایه اجتماعی و رضایت زناشویی در زوجین شهر کرمان، *مجله مطالعات اجتماعی ایران*، دوره پنجم، شماره اول، بهار، صص ۱۵۲-۱۲۴.
- موسوی، میرطاهر؛ شیانی، ملیحه (۱۳۹۴)، *سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی مفاهیم و رویکردها*، تهران: انتشارات آگاه.
- نجات، حمید؛ ایروانی، محمود (۱۳۸۸) مفهوم سلامت روان در مکاتب روانشناسی، *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، شماره سوم، سال اول، پاییز، صص ۱۶۰-۱۶۶.
- نکونام، محمدصدیق؛ احمدی، آرمان؛ عباسی چری، رضا (۱۳۹۴)، بررسی تأثیر سرمایه اجتماعی (درون گروهی و برون گروهی) بر سلامت روان دانشجویان (مورد مطالعه: دانشجویان دانشگاه تبریز)، *جامعه‌شناسی مطالعات جوانان* دانشگاه آزاد اسلامی بابل، دوره ۵، شماره ۱۷، بهار، صص ۱۶۳-۱۸۴.
- نیک وزر، طیبه؛ یزدان پناه، لیلا (۱۳۹۴)، رابطه عوامل اجتماعی با سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان، *فصلنامه علمی و پژوهشی جامعه‌شناسی کاربردی دانشگاه اصفهان*، سال بیست ششم، شماره سوم، پیاپی (۵۹)، بهار، صص ۹۹-۱۱۶.
- هزار جریبی، جعفر؛ صفری شالی، رضا (۱۳۹۱)، *آناتومی رفاه اجتماعی*، چاپ اول، تهران، انتشارات جامعه و فرهنگ.
- هزار جریبی، جعفر؛ مهری، اسدالله (۱۳۹۱)، تحلیل رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی و اجتماعی، *فصلنامه علوم اجتماعی*، دوره ۱۹، شماره ۵۹، زمستان، صص ۴۲-۹۰.
- Blanco, A; Diaz, D. (2007), "Social order and mental health: a social well-being approach, Autonomy University of Madrid", *Jornal of psychology in Spain*, Vol11, No5, PP: 61-71.

- Douglas, Miller, Sheffler, Richard. Lam, Suong. Rosenberg, Rhonda. & Rupp, Agnes (2015), World development. London: Oxford: Vol 34, No 6.
- Harpham, T. Grant, E. & Rodrigues, C. (2013), “Mental health and social capital in Cali, Colombia”, *Social Science & Medicine*, Vol 58, PP: 2267-2277.
- Herzong, A.R. of stedal, M.B. & Wheeler, L.M. (2002), “Social Engagement and Its Relationship to Health, *Clinical Geriatric Medicine*, Vol 18, No3, ix.
- Kawachi, I., Kennedy, B. P., & Glass, R. (2017), Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *American journal of Public Health*, Vol 89, No8, PP: 1187-1193.
- Kawachi, I., & Berkman, L. (2004), “Social ties and mental health”, *Journal of Urban Health*, Vol78, PP: 458-467.
- McKenzie, K., Whitley, R., & Weich, S. (2002), “Social capital and mental health”, *The British Journal of Psychiatry*, Vol 181, PP: 280-283.
- Taylor, Anne & Carmel Williams & Eleonora Dal Grande (2012), “Measuring social capital in a known disadvantaged urban community – health policy implications”.