بررسی رابطه‌ی سرمایه اجتماعی خانواده با سلامت اجتماعی جوانان

خدیجه سفیری: استاد، پژوهشگر و عضو هیئت علمی گروه علوم اجتماعی دانشگاه الزهرا، m_safari@yahoo.com
سولماز شایسته*: کارشناس ارشد جامعه شناسی دانشگاه الزهرا، paradiselost_1400@yahoo.com

واژگان کلیدی

سرمایه اجتماعی

سلامت اجتماعی

کیفیت زندگی

چکیده

مقدمه: سلامت اجتماعی به عنوان تلقی افراد از کیفیت رابطه‌شان با دیگران، همنوعان و اجتماع اطراف تعریف و از شاخص‌های کیفیت زندگی محسوب می‌شود. این مطالعه بر آن است تا ضمن تعیین وضعیت سلامت اجتماعی زنان و مردان جوان، به بررسی نقش سرمایه اجتماعی خانواده در این زمینه بپردازد.

روش: پژوهش حاضر، بر روی نمونه‌ی جامعه‌آماری به حجم ۳۸۴ نفراز جوانان هیجده تا بیست و نه ساله‌ی شهر تبریز با روش پیمایش، تکنیک پرسشنامه و روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انجام شده است.

نتایج: یافته‌ها حاکی از آن است که سلامت اجتماعی پاسخگویان با میانگین ۵۸/۶۵ (در دامنه ۱۰۰-۰) بالاتر از حد متوسط می‌باشد. بین سرمایه اجتماعی خانواده (سرمایه اجتماعی درونی، بیرونی) با سلامت اجتماعی جوانان رابطه معنادار و مستقیم وجود دارد. همچنین، از میان متغیرهای زمینه‌ای نیز بین مقطع تحصیلی با سلامت اجتماعی فرد رابطه معنادار وجود دارد. در نهایت، بر اساس نتایج تحلیل رگرسیون متغیرهای این پژوهش، ۳۵/۹ درصد از واریانس سلامت اجتماعی جوانان را تبیین می‌کنند.

بحث و نتیجه‌گیری: می‌توان گفت سرمایه اجتماعی خانواده باعث ارتقای سلامت اجتماعی جوانان می‌شود.

* نویسنده مسئول
نوع مطالعه: پژوهشی
تاریخ دریافت: ۱۳۹٤/۰۶/۰۵
تاریخ پذیرش: ۱۳۹٤/۰۸/۱۹

نحوه استناد به مقاله: خدیجه سفیری و سولماز شایسته. بررسی رابطه‌ی سرمایه اجتماعی خانواده با سلامت اجتماعی جوانان. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۳۹٤؛ ٤ (۳): ۱۷-۰۵

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-12]

Study of Relationships Between Family Social Capital and Youth's Social Well-Being

Khadije Safari: Faculty member of social science department of Alzahra university, m_safari@yahoo.com
Solmaz Shayeste*: M.A. of sociology, Alzahra University, paradiselost_1400@yahoo.com

Abstract

Introduction: well-being defines as the assessment of the one's relationship with others, fellows and his/her community around and as such it can be considered as an important measure of life quality.This study tries it assess the social well-being of youth women and men to explore the role of family social capital in the form of this deal.

Method: This study, basedona validsamplepopulation of384individualsyouth18-29 years oldin Tabrizby surveyquestionnaire andcluster samplingtechniquewas conducted.

Results: The results indicate that social well-being of participants with an average 58/65,(0-100 range),percent is above average. The results show that there is a meaningful and direct relation between family social capital and its dimensions (social capital within and beyond the family) whit youth's social well-being.Also, among field variables, there is a meaningful relation between one's education and social well-being. Finally, According to the regression analysis, the variables of this dissertation specify 35/9 percent of the youth's social well-being variance.

Conclusion: As predicted , family social capital improves youth's social wellbeing.

Keywords

Social Capital

Social Well-Being

Quality of Life

*Corresponding Author
Study Type: Original
Received: 27 Aug 2015
Accepted: 10 Nov 2015

Please cite this article as follows: Safari K and Shayeste S. Family Social Capital and Youth's Social Well-being. Quarterly journal of social work. 2015; 4 (3); 05-17

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-12]

مقدمه

آرامش و سلامت ، گمشده‌ای که بشر به دنبال آن می‌گردد، ولی هرگاه از آن سخنی به میان آمده، بعد جسمانی آن بیش‌تر مورد توجه بوده و جنبه‌های روانی، اجتماعی و معنوی آن کم‌تر به بحث گذاشته شده است. اما به‌تدریج، مفهوم سلامتی از حالت یک بعدی خارج شد و بر پایه سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی استقرار یافت به این معنا که سلامتی دیگر تنها دغدغه‌ی حوزه‌ی پزشکی نیست، بلکه متخصصان دیگر از جمله روان‌شناسان و جامعه‌شناسان و مددکاران اجتماعی به بررسی و مطالعه آن می‌پردازند. سازمان بهداشت جهانی هم ضمن توجه دادن کشورها به تامین هر یک از ابعاد سلامتی اعضا جامعه، بر این نکته تاکید دارد که هیچ کدام از ابعاد سلامتی بر دیگری برتری ندارد. مفهوم سلامت اجتماعی به عنوان بعد مهمی از سلامت، که توسط سازمان بهداشت جهانی مطرح شده، به این‌معناست که برای دسترسی به سلامت کامل، تنها سلامت جسمی و روانی کافی نیست بلکه از آن‌جا که انسان در محیط جمعی زندگی می‌کند، سلامت اجتماعی نیز ضروری است. تنظیم یک برنامه بهبود سلامت، بدون توجه به زمینه‌ی اجتماعی و فرهنگی جامعه مورد نظر به راه کارهایی کارآمدی نمی‌انجامد.

تا اوایل دهه‌ی ۱۹۷۰، توسعه معادل رشد اقتصادی قلمداد می‌شد و با این برداشت از توسعه، سایر ابعاد توسعه (اجتماعی، فرهنگی، محیطی و ...) تا آن‌جا مورد توجه قرار می‌گرفت که در جهت توسعه‌ی اقتصادی باشد.

بعد از جنگ جهانی دوم و در سایه‌ی توسعه ارتباطات، بسیاری ازمتخصصان متوجه شدند که شاخص‌های اقتصادی به تنهایی نمی‌توانند گویای میزان مقبولیت و حتی توسعه‌ی کشورها باشد. بسیاری از مطالعات نشان می‌داد که برخی کشورها به رغم دستیابی به درآمد ناخالص سرانه‌ی رو به تزاید، از مشکلات اجتماعی پیچیده‌ی روز افزون رنج می‌برند. به این ترتیب کم‌کم معرفی شاخص‌هایی جامع‌تر، ضرورت پیدا کرد. از سوی دیگر، تحقیقات نشان می‌داد که مشکلات و مسائل اجتماعی به صورت یک بعدی، آن‌گونه که تقسیم بندی‌های علوم القا می‌کنند در عالم واقع رخ نمی دهد.. به بیان دیگر، پدیده‌های اجتماعی ماهیتی چند بعدی دارند (وثوقی و همکاران، ۱۳۹۲).

توسعه‌ی پایدار ، پارادیم نوینی را از رشد اقتصادی ارائه داد که در سمپوزیمی در سال ۱۹۹۱ در لاهه مطرح شد و راه‌کارهایی را فرا روی انسان قرارداد. زیرا محوریت آن را انسان، نقاط توسعه نیافتگی (مثلا زنان، کودکان، فقر و آموزش) بقای انسان، مجموعه‌ی حیات و تداوم آن در نسل‌های بعدی می بیند، که پس از طرح و عرضه، به سرعتً جهانی شد و کشورها، اعم از توسعه یافته‌ها و کم توسعه، موظف شدند که در پروژه‌های توسعه‌ای، جنبه‌ی پایداری را با تمام دقت درنظر بگیرند (ازکیا، ۱۳۸۱).

از مقوله‌های مهم توسعه‌ی پایدار، سلامت اجتماعی و سرمایه‌ی اجتماعی است. سلامت، محور توسعه‌ی اجتماعی-اقتصادی و اساسی‌ترین جز رفاه جامعه به شمار می‌رود. در ارزیابی جدید بین المللی، سلامت اجتماعی یکی از شاخص‌های مهم توسعه است. سلامت از اساسی‌ترین اجزای رفاه جامعه به شمار می‌رود. سلامت فرد و جامعه آن‌چنان به هم وابسته‌اند که نمی‌توان بین آن‌ها حد و مرزی قایل شد. وضعیت سلامت افراد جامعه به روش‌های گوناگون بر سلامت دیگران و عواطف آن‌ها و همچنین شاخص‌های اقتصادی- اجتماعی جامعه اثر می‌گذارد. از این رو تامین سلامت افراد جامعه به معنای یک هویت وابسته به اعضای خود امری مهم و حائز اهمیت تلقی می‌شود.

به نظر می‌رسد اگرچه برخورداری از سلامت اجتماعی برای همه اقشار جوامع دارای اهمیت است، اما برای قشر جوان واجد اهمیت بیشتری است .اهمیت آن بخاطر نقش محوری جوانان در جریان رشد و توسعه ملی و تحقق اهداف کمی و کیفی آن می‌باشند. درواقع می‌توان گفت برخورداری جوانان از سلامت اجتماعی موجب به حداکثر رسیدن کارکردها و پیامدهای مثبت اجتماعی آن نظیر مشارکت سیاسی، اقتصادی و مدنی می‌شود و عدم برخورداری آنان، آسیب‌ها و پیامدهای منفی آن را به همراه خواهد داشت. اِکر معتقد است زمانی که پیوند اجتماعی فرد با جامعه گسسته شود، عدم برخورداری از سلامت اجتماعی، فرد را مستعدِ کجرفتاری خواهد کرد (وحید فاضل،۱۳۹۱).

می‌توان گفت سلامت اجتماعی فرد، از جهاتی مهم‌تر و حساس‌تر از سلامت جسمانی و روانی است، عواملی که سلامت اجتماعی را تهدید می‌کنند بطور مستمر بر روابط او با دیگران تاثیر می‌گذارد و همواره بیش از یک نفر را دچار اختلال می کند.آنچه مسئله را پیچیده‌تر می‌سازد آن است که سلامت اجتماعی پنهان‌تر و مخفی‌تر از بیماری

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-12]

جسمی و روانی بروزپیدا می کند، زیرا در گستره‌ی فراخ دامنه‌ی روابط اجتماعی تحقق می‌پذیرد که به آسانی نمی‌تواند تحت نظر یا کنترل قرار گیرد (هاشمی اصفهانی، ۱۳۸۹). توجه به سلامتی به‌ویژه سلامت اجتماعی در مورد جامعه ما، که به عنوان یک جامعه جوان شناخته می‌شود از اهمیت خاصی برخوردار است.

برای اولین بار در یک مطالعه ملی، وضعیت سرمایه اجتماعی جوانان کشوردر سال ۱۳۸۶، توسط گروهی از اساتید و اعضای هیات علمی مطرح دانشگاه‌های کشور(مجری تحقیق، دکتر میرطاهر موسوی) مورد مطالعه و بررسی قرار گرفت. نتایج این بررسی توسط خبرگزاری دانشجویان ایران (ایسنا) منتشر شد. در این بررسی ۴۵۰۰ نفر از افراد ۱۵ تا ۲۹ ساله در ۳۰ مرکز استان، شهر و روستای کشورمورد مطالعه قرار گرفتند. بر اساس یافته‌های این مطالعه میزان سرمایه اجتماعی جوانان کشور به طور کلی، کم و رو به متوسط براورد شده است. ارتباط جوانان با نهادها و سازمان‌های دولتی و غیردولتی کم است. نتایج نشان می‌دهد در شاخص‌های اصلی سرمایه اجتماعی، میزان روابط انجمنی با ۴۹ درصد کم، ۳۵ درصد متوسط و ۱۶ درصد زیاد توصیف شده است. در شاخص هنجارها و اعتماد اجتماعی، ۳۷ درصد آن را کم، ۳۴ درصد متوسط و ۲۹ درصد زیاد اعلام کرده‌اند. پیوند و اعتماد بین‌فردی نیز به عنوان یکی دیگر از شاخص‌های سرمایه اجتماعی با ۴۵ درصد کم، ۲۷ درصد متوسط و ۲۸ درصد زیادتوصیف شده است. همچنین در این بررسی میزان شاخص همبستگی و انسجام اجتماعی، ۴۱ درصد کم، ۳۳ درصد متوسط و ۲۶ درصد زیاد و شاخص حمایت اجتماعی ۲۴ درصد کم، ۷ درصد متوسط و ۶۹ درصد زیاد به دست آمده است. بنابراین با در نظر گرفتن میزان این شاخص‌ها، میزان سرمایه اجتماعی جوانان کشور با آمار ۳۵ درصدکم،۳۳ درصد متوسط و ۳۲درصد زیاد، به‌طور کلی کم رو به متوسط توصیف می‌شود (خبرگزاری ایران خبر، ۱۳۸۸/۵/۱۲: ۵۰۸).

قائم مقام وزیر کشور در امور اجتماعی و فرهنگی، در نشست ملی مشترک مدیران کل دفاتر امور اجتماعی استانداری‌های سراسر کشور، فرمانداران مراکز استان‌ها و مدیران حوزه مشارکت‌های مردمی دستگاه‌های اجرایی ستادی کشور در یزد، اظهارداشت، اجرای طرح ملی سرمایه اجتماعی نشان داد، سرمایه اجتماعی در ایران از وضعیت مناسبی برخوردار نیست. به‌عبارتی، سرمایه اجتماعی کشور دچار افت شده لازم است با تکنیک و شیوه‌هایی چون فعال کردن تشکل‌های مردم‌نهاد و افزایش فعالیت‌های آن‌ها، این سرمایه را بالا ببریم (خبرگزاری جمهوری اسلامی، ۱۳۹۳/۱۰/۱۰: ۸۱۴۴۵۹۳۶ (۴۴۲۳۳۲۲)).

معاون ساماندهی امور جوانان وزارت ورزش و جوانان، در بیست و ششمین جلسه ستاد ساماندهی امورجوانان، اظهار داشت، وضعیت جوانان در شرایط کنونی نگران کننده است و وضعیت فرهنگی جوانان مطلوب نیست. وی سن درگیری با آسیب های اجتماعی را بین ۱۵ تا ۳۵ سال عنوان کرد و خواستار توجه بیشتر به جوانان شد(خبرگزاری تابناک، ۱۳۹۳/۳/۱۵: ۴۰۵۵۵۲).

مدیر کل مشارکت‌های اجتماعی وزارت ورزش و جوانان اظهار کرد: اکنون وضع مشارکت اجتماعی جوانان مطلوب نیست. تعداد تشکل‌های جوانان تا سال ۱۳۹۲ بسیار پایین بود، به گونه‌ای که کمتر از ۲۰۰ سازمان مردم نهاد فعال در این حوزه وجود داشت. در برخی کشورهای پیشرفته برای هر ۱۰۰ نفر جوان یک تشکل وجود دارد، اما در کشور ما برای هر ۵۰ هزار نفر جوان، یک سمن فعالیت می‌کند. این آمارها مناسب جامعه نیست و با استانداردهای توسعه اجتماعی همخوانی ندارد. متاسفانه نرخ طلاق در کشور صعودی است. آمار ناخوشایندی از بروز برخی از آسیب‌های اجتماعی نظیر درگیری و نزاع‌های جمعی و اجتماعی در سطح جامعه منعکس می‌شود و روز به روز درحال افزایش است. وی به وجود ۲۵ میلیون جوان در کشور به عنوان مستعدترین و آماده‌ترین نیروهای انسانی برای مشارکت اجتماعی اشاره کرد (خبرگزاری جام‌جم، ۱۳۹۳/۱۱/۸:۰۴۳۷۲).

یکی از محورهای ارزیابی سلامتی جوامع مختلف، سلامت اجتماعی افراد آن جامعه است. سلامت اجتماعی نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفا می‌کند. از آنجایی که شرط مهم برای رشد و شکوفایی هر جامعه‌ای، وجود افراد آگاه، کارآمد و خلاق است وسلامت اجتماعی نقش عمده‌ای این زمینه دارد، بدیهی است که برنامه‌ریزی مناسب و جامع در تامین سلامت اجتماعی جوانان کاملا ضروری به نظر می‌رسد.

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-12]

با توجه به جوان بودن جامعه‌ی ایران و نقش جمعیت جوان به عنوان سرمایه‌ای برای توسعه، نیازمند توجه بیشتربه سلامتی به خصوص سلامت اجتماعی می‌باشد. جوان بدون سلامت روانی و اجتماعیِ کامل و مناسب، نمی‌تواند با چالش‌های ناشی از ایفای نقش‌هایَ اجتماعی روبرو شود و خود را با هنجارهای اجتماعی تطبیق دهد. بنابراین توجه به سلامت اجتماعی قشر جوان در نقش نخبگان و آینده سازان جامعه برای رسیدن به جامعه‌ای سالم و پویا و توسعه یافته ضروری می‌نماید. براین اساس، برنامه‌ریزان جوامع درحال توسعه، تلاش می کنند تا میزان سلامت اجتماعی افراد جامعه خود را ارتقا دهند (حسینی، ۱۳۸۸).سازمان بهداشت جهانی شناسایی عوامل تعیین کننده و مرتبط با سلامت اجتماعی را در جهت سیاستگذاری و برنامه‌ریزی در سِطوح خرد و کلان جامعه را از مسائل اساسی هر کشوری می‌داند.کُری کییز ابعاد سلامت اجتماعی را با نظر به مدل سلامت و آموزه‌های جنبش روانشناسی مثبت‌گرا مطرح می کند. این ابعاد که هر یک منعکس کننده‌ی چالش‌هایی‌اند که انسان به عنوان موجودی اجتماعی با آن مواجه است و معرف ارزیابی فرد از کیفیت عملکردش در محیط اجتماعی است، پنج بعد دارد. **یکپارچگی اجتماعی:** فرد سالم احساس می‌کند که بخشی از اجتماع است و خود را با دیگرانی سهیم می‌داند که واقعیت اجتماعی او را می‌سازند. **سهم‌داشت اجتماعی:** باوری است که طبق آن فرد خود را عضو حیاتی اجتماع می‌داند و فکر می‌کند چیزهای ارزشمندی برای عرضه به جامعه دارد. **انطباق اجتماعی:** انطباق اجتماعی معادل مفهوم تسلط بر محیط است و در مجموع، دیدن دنیا به صورت منطقی و هوشمند و قابل درک و پیش‌بینی است. **شکوفایی اجتماعی:** افراد سالم درباره‌ی وضعیت آینده‌ی جامعه امیدوار و قادر به شناسایی نیروهای جمعی هستند و معتقدند که خود و سایر افراد از این نیروها و تکامل اجتماعی سود می‌برند. **پذیرش اجتماعی:** افراد برخوردار از این بعد از سلامت، اجتماع را به صورت مجموعه‌ای کلی و عمومی درک می‌کنند که از افراد مختلف تشکیل شده است و به دیگران به‌عنوان افراد با ظرفیت و مهربان، اعتماد ، اطمینان و باور دارند که مردم می‌توانند ساعی و موثر باشند. (فتحی و همکاران، ۱۳۸۹).

از مهم‌ترین نظریات مربوط به سرمایه اجتماعی و به طور خاص سرمایه اجتماعی خانواده، نظریه جیمز کلمن است. کلمن خانواده را کلاف قدیمی سرمایه اجتماعی می‌دانست و اصلی‌ترین تعریف او بر حسب اهمیت آن برای رشد شناختی فرزندان است. هنجارها، شبکه‌های اجتماعی و روابط بین بزرگسالان و کودکان که برای رشد شناختی و اجتماعی آنان ارزشمند است. سرمایه اجتماعی هم در خانواده و هم در خارج از خانواده و در داخل اجتماع وجود دارد (کلمن، ۱۳۷۷). بدین ترتیب کلمن سرمایه اجتماعی خانواده را در دو بعد درونی و بیرونی در نظر می‌گیرد. سرمایه‌ی اجتماعی درونی خانواده را روابطی می‌داند که بین کودکان و والدین آن‌ها برقرار است و آن را با چند عامل در رابطه می‌داند. حضور والدین در خانه، تعداد فرزندان، ترکیب اعضا متفاوت والدین، رابطه قوی بین والدین و فرزندان. وقتی رابطه والدین یا فرزند قوی باشد، والدین می‌توانند علاقه، احساس و تعهدشان را به فرزند منتقل کنند. رابطه مثبت و قوی در اجتماعی شدن کودک بسیارموثر است بطوریکه باعث می شود کودک اهداف والدین را درونی کند. کلمن رابطه قوی بین والدین و فرزند را به‌عنوان سرمایه اجتماعی برای رشد کودک بسیار مهم می داند (مصلح،۱۳۹۲). کلمن، سرمایه اجتماعی بیرونی خانواده را نیز مهم می‌داند و آن را شامل شبکه روابط اجتماعی خانواده در اجتماع و روابط با خویشان، دوستان و ... و نیز در رابطه با نهادها و مشارکت در آن‌ها می‌داند. آنچه بدیهی است نهاد خانواده به‌عنوان یک مجموعه بسته عمل نمی‌کند و نمی‌تواند بدون تاثیر از منابع و نهادهای اجتماعی اطراف خود باشد. بدین ترتیب، خانواده پس از تحت تاثیر قرار گرفتن توسط نهادهای مختلف اجتماعی و افرادی که با آن‌ها در ارتباط است این تاثیرات را به درون خانواده برده و فرزندان را نیز متاثر خواهد کرد (منادی،۱۳۸۵).

به بیان رابرت پاتنام سرمایه اجتماعی به خصوصیاتی از سازمان اجتماعی نظیر شبکه‌ها، هنجارها و اعتماد اشاره دارد که همکاری و هماهنگی برای منافع متقابل را تسهیل می‌کند (پاتنام، ۱۳۷۷). وی سرمایه اجتماعی را در برگیرنده سه مولفه می‌داند که عبارتند از: **۱-شبکه‌ها:** پاتنام مانند دیگر نظریه‌پردازان سرمایه اجتماعی، روابط اجتماعی افراد و تعاملات آنان با یکدیگر را بنیادی‌ترین جز سرمایه اجتماعی معرفی

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-12]

می‌کنـد و شـبکه‌ها را به‌عنـوان خاسـتگاه دو مولفـه دیگـر سـرمایه اجتماعـی یعنی هنجارهای اعتماد و همیاری مطرح می‌سازد (همـان). **۲-هنجارهای همیاری:** پاتنام نـوع خاصـی از هنجارهـای همیـاری را مولدتریـن جز سـرمایه اجتماعی می‌داند و حتی آن را ملاک سرمایه اجتماعی می‌نامد. او به دو نوع هنجارهـای همیاری متوازن و تعمیم یافته اشاره می‌نماید. در نوع متوازن با مبادله هم زمان چیزهایی با ارزش برابر، مانند موقعی که همکاران روزهای تعطیل‌شان را با هـم عوض می‌کننـد، مواجه هسـتیم. اما همان‌گونه که اشـاره شـد، در نـوع تعمیم یافته رابطه تبادلی مداومی در جریان اسـت کـه در همه حال یک طرفـه و غیر متوازن اسـت اما انتظارات متقابلی ایجـاد می‌کند، مبنی بر این‌کـه اکنون اعطا شـده، باید در آینده بازپرداخت گردد (توسلی و موسوی، ۱۳۸۴). **۳-اعتماد:** پاتنام در بحث اعتماد با توجه به شـعاع اعتماد بـه دو نوع اعتماد شخصی و اعتماد اجتماعی اشاره دارد و نوع دوم را که در ادبیات سرمایه اجتماعی بعضا اعتماد تعمیم‌یافته نیز نامیده می‌شـود، برای جامعه سودمندتر می‌داند. (همان).

زهرا علوی حکمت (۱۳۹۳)، پژوهشـی با عنوان "بررسـی اشکال سـرمایه و سلامت اجتماعـی: بررسـی رابطه انواع سـرمایه با سـلامت اجتماعی افـراد در شـهر تهران" انجام داده است.یافته‌ها نشان می‌دهد که بین سرمایه اجتماعی، سرمایه فرهنگی و سرمایه اقتصادی با سـلامت اجتماعی همبسـتگی معنـاداری وجود دارد. بیـن میزان حمایت اجتماعـی، میـزان جمعیت و اندازه شـبکه (مولفه‌های سـرمایه اجتماعی) و سـلامت اجتماعی، بین باورهای دینی(مولفه سرمایه فرهنگـی) و سـلامت اجتماعـی، همچنین درآمـد (مولفه سـرمایه اقتصـادی) رابطه معنادار وجود دارد.

هاجر سنگری سلیمانی (۱۳۹۳)، پژوهشی با عنوان "بررسـی رابطه بین سـلامت اجتماعی و اشتغال دانشجویان دختر" انجام داده اسـت. یافته‌ها نشـان می‌دهد که متغیرهای شـغلی (وضعیت اشـتغال، نوع اشتغال و شرایط شـغلی) از طریق متغیرهای واسـط (پیامدهای اشتغال) برسلامت اجتماعی دانشجویان دختر تاثیر می‌گذارد. داشـتن یا نداشتن شغل تفاوتی در میزان سلامت اجتماعی دانشجویان دختر ایجاد نکرده است. شرایط شغلی بیشترین تاثیر را بر سلامت اجتماعی داشته است. میزان درآمد ماهیانه و اشتغال در بخش دولتی، بیشـترین تاثیر بر سلامت اجتماعی دانشجویان داشته است. از میان متغیرهای زمینه‌ای سـن، وضعیت تاهل و نوع منزل مسـکونی با سلامت اجتماعی رابطه معنادار داشتند.

منصـور وثوقـی، سـید محمد صادق مهـدوی و احسـان رحمانی خلیلی(۱۳۹۲)، پژوهشـی با عنوان "بررسـی تاثیرات جمعی سرمایه اجتماعی، شادابی اجتماعی و حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی" انجـام داده‌انـد. یافته‌هـای پژوهش بیانگر آن اسـت که سـه متغییر سـرمایه‌ی اجتماعی، شادابی اجتماعی و حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی همبسـتگی معنادار دارند و بیشـترین تاثیر از سوی سرمایه اجتماعی است.

جعفـر هزارجریبـی و مهری اسـدالله (۱۳۹۰)، پژوهشـی با عنوان "بررسـی تحلیل رابطه‌ی سرمایه اجتماعی و سلامت روانی-اجتماعی معلمان در شـهر همدان" انجام داده است. نتایج مطالعه حاکی از آن است که بین مشـارکت اجتماعی، روابط با دوستان، اقوام و خانواده، اعتماد اجتماعی، روابط همسایگی، انسجام اجتماعی، گرایش نسبت به دیگران، ایثار نسبت به غریبه‌ها، حمایت اجتماعی، علاقه به جامعه و سلامت روانی-اجتماعی رابطه معناداری دیده شده است. بطورکلی، رابطه معناداری بین سرمایه اجتماعی و سرمایه روانی-اجتماعی وجود دارد.

روی پی و همکاران (۲۰۱۰)، پژوهشـی با عنوان "رسانه، ارتباطات رو در رو، وسـایل چندرسانه‌ای و سـلامت اجتماعی دختران" انجام داده‌اند. نتایج رابطه منفی بین اسـتفاده از سـطوح مختلف رسـانه و سـلامت اجتماعی را نشـان می‌دهد که رسانه وسـیله ارتباطی عمده پاسـخگویان می‌باشـد. اسـتفاده از ویدیو و ابزارهای چند رسانه‌ای رابطه منفی با سـلامت اجتماعی داشته است. در مقابل، ارتباطات رو در رو ارتباط قوی و مثبت با سـلامت اجتماعی داشـته است. داشتن تلفـن همراه، کامپیوتر و یا تلویزیون در اتـاق افراد ارتباط ضعیف با سلامت اجتماعی پاسخگویان داشته است.

بورک و همکاران (۲۰۱۰)، پژوهشی با عنوان "بررسی رابطه فعالیت در شبکه‌های اجتماعی و سلامت اجتماعی" انجام داده‌اند. این مطالعه با تاکید بر شـبکه اجتماعی فیس بوک انجام شـده است. نتایج نشان می‌دهد که فعالیت در شـبکه‌ها از طریق افزایش سرمایه اجتماعی به

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-12]

افزایش سلامت اجتماعی می‌انجامد. بعلاوه، هر چند فعالیت‌های افراد در این شبکه اجتماعی مثل اشتراک گذاشتن مطالب، تصاویر، گذاشتن نظرات برای دیگران بیشتر باشد، افراد کمتر احساس تنهایی کرده و بیشتر احساس پیوستگی با دیگران می‌کنند.

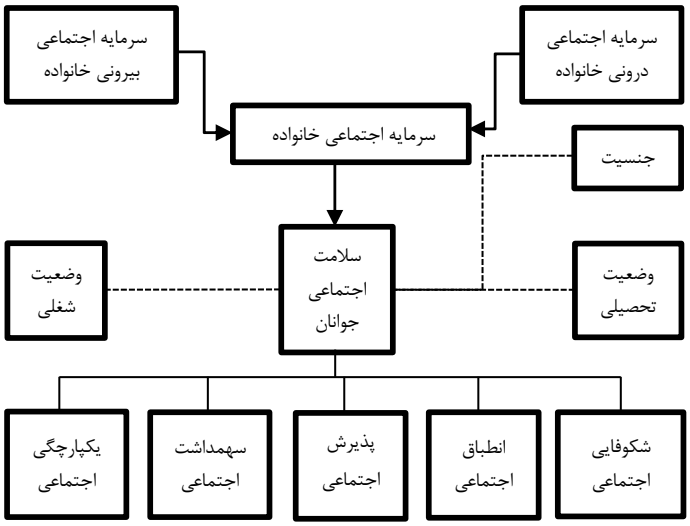
کییز و شاپیرو (۲۰۰۴)، در مقاله‌ای تحت عنوان "سلامت اجتماعی در ایالات متحده آمریکا" به بررسی دو سوال توصیفی پرداخته‌اند: اول اینکه، چه نسبتی از بزرگسالان در ایالات متحده از دیدگاه سلامت اجتماعی سالم و ناسالم هستند؟ ثانیا، آیا امکان توزیع نابرابر سلامت و رفاه اجتماعی در میان جمعیت یک جامعه وجود دارد؟ نتایج نشان داده است که اکثریت بزرگسالانِ ایالات متحده، سلامت اجتماعی متوسط به بالا دارند. با این حال نسَبت مهمی از جمعیت هم هستند که سطح سلامت اجتماعی پایینی دارند و از نظر سلامت ذهنی، در بعد اجتماعی، ناسالم تلقی می‌شوند. سطح سلامت در ایالات متحده آمریکا توزیع نابرابری دارد. سلامت اجتماعی در میان افرادی که موقعیت شغلی مناسبی دارند، مردها و کسانی که متاهل‌اند یا هرگز ازدواج نکرده‌اند بالاترین مقدار را دارند. برعکس زنان، افرادی که قبلا متاهل بوده‌اند و کسانی که موقعیت شغلی پایینی دارند، پایین‌ترین سطح سلامت اجتماعی را دارند.

مک آرتور (۱۹۹۵)، در تحقیقی با عنوان "بررسی اپیدمولوژیک سلامت اجتماعی در ایالات متحده" نتیجه گرفت، که اکثریت افراد بزرگسال در ایالات متحده سلامت اجتماعی سطح متوسط تا بالا دارند. نسبت قابل توجهی از جمعیت، سلامت اجتماعی پایینی دارند که به تعبیر مک آرتور آن را می‌توان ناسالمی اجتماعی تعبیر کرد (کنگرلو، ۱۳۸۷).

فرضیه‌های تحقیق: ۱- بین سرمایه اجتماعی والدین و سلامت اجتماعی جوانان رابطه معنادار وجود دارد. ۱-۱- بین سرمایه اجتماعی دورنی والدین و سلامت اجتماعی جوانان رابطه معنادار وجود دارد. ۱-۲- بین سرمایه اجتماعی بیرونی والدین و سلامت اجتماعی جوانان رابطه معنادار وجود دارد.

۲- بین جنسیت و سلامت اجتماعی جوانان رابطه معنادار وجود دارد. ۳- بین وضعیت فعالیت و سلامت اجتماعی جوانان رابطه معنادار وجود دارد. ۴- بین تحصیلات و سلامت اجتماعی جوانان رابطه معنادار وجود دارد.

مدل نظری پژوهش



wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-12]

روش

روش تحقیق، پیمایش مقطعی است. جامعه آماری، زنان و مردان مجرد ۱۸- ۲۹ ساله شهر تبریز هستند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه است. اعتبار ابزارها به وسیله اعتبار صوری، توسط چند تن از اساتید جامعه‌شناسی بررسی و پایایی آن‌ها نیز به وسیله آلفای کرونباخ تعیین شده است که ضریب آلفای کرونباخ برای متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) برابر با ۰/۸۳ و برای متغیرمستقل(سرمایه اجتماعی خانواده) ۰/۹۰ می‌باشد که بیانگر روایی مناسب شاخص‌های پژوهش است. برای تعیین حجم نمونه از فرمول کوکران استفاده شده است. حجم نمونه در جامعه‌آماری مورد نظر، ۳۸۴ نفر از جوانان دختر و پسر ۱۸ الی ۲۹ ساله تعیین گردید. بر اساس نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای، ابتدا مناطق دهگانه شهرداری تبریز به سه خوشه تقسیم شدند. مناطق ۱ تا ۳ در گروه اول، مناطق ۴ تا ۶ در گروه دوم و مناطق ۷ تا ۱۰ در گروه سوم. سپس از هر خوشه یک منطقه به تصادف انتخاب شد. جهت تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS استفاده شده است. در بخش یافته‌های توصیفی آماره‌هایی چون میانگین و انحراف معیار به‌کار رفته‌اند و در بخش یافته‌های تبیینی آماره‌هایی چون پیرسون، تحلیل واریانس یک طرفه، رگرسیون و تحلیل مسیر استفاده شده است.

جدول (۱) تعریف عملیاتی متغیر وابسته و مستقل

مفهوم	ابعاد	مولفه‌ها
سلامت اجتماعی (متغیر وابسته)	یکپارچگی اجتماعی	احساس بخشی از جامعه بودن
	پذیرش اجتماعی	گرایش مثبت به افراد جامعه
	سهم‌داشت اجتماعی	داشتن چیزهای با ارزش برای ارائه به جامعه
	شکوفایی اجتماعی	اعتقاد داشتن به رشد جامعه به شکل مثبت
	انطباق اجتماعی	قابل فهم و پیش‌بینی بودن جامعه
سرمایه اجتماعی (متغیر مستقل)	درونی	ساختار ارتباطات هنجارها و ارزش‌ها(اعتماد- حمایت)
	بیرونی	ارتباطات مشارکت اجتماعی هنجارها و ارزش‌ها(اعتماد- همیاری)

یافته‌ها

۵۷ درصد از پاسخگویان را زنان و ۴۳ درصد را مردان تشکیل می‌دهند. ۱۴/۲ درصدمردان در سن ۲۴ و ۳ درصد در سن ۱۸ هستند. ۱۴/۲ درصد پاسخگویان زن در سن۲۴ سال و ۳/۷ درصد در سن ۲۷ سال هستند. میانگین سنی پاسخگویان زن و مرد ۲۴ می‌باشد. ۲۴ درصد از پاسخگویان دارای تحصیلات دیپلم، ۱۲/۲ درصد دارای تحصیلات فوق دیپلم، ۴۲/۲ درصد تحصیلات لیسانس، ۱۹/۵ درصد دارای تحصیلات فوق لیسانس و ۲/۱ درصد دارای تحصیلات دکتری بوده‌اند. با توجه به نتایج، اکثر پاسخگویان زن و مرد دارای تحصیلات لیسانس بوده‌اند. پاسخگویان بر اساس وضعیت اشتغال، در هشت مقوله موردبررسی قرارگرفتند. ۴/۲ درصد در بخش دولتی، ۱۸/۸ درصد در بخش خصوصی، ۱۱/۷ درصد کار مستقل، ۱/۰ درصد کارفرما، ۵۳/۴ درصد در حال تحصیل، ۲/۶ درصد خانه‌دار و ۸/۳ درصد بیکار بوده‌اند. بیشترین پاسخگویان زن و مرد با ۵۳/۴ درصد درحال تحصیل هستند. ۲۳/۳ درصد ساکن منطقه یک تبریز، ۴۶/۴ درصد ساکن منطقه چهار تبریز، ۲۱/۴ درصد ساکن منطقه هفت تبریز بوده‌اند. بیشترین پاسخگویان زن مرد در منطقه چهار سکونت داشته‌اند.

جدول (۲) توصیف مفهوم و ابعاد سلامت اجتماعی (متغیر وابسته)

متغیر	میانگین	انحراف معیار
بعد سهمداشت اجتماعی	۶۹/۴۸	۱۶/۰۵
بعد یکپارچگی اجتماعی	۶۱/۴۷	۱۵/۶۲
بعد شکوفایی اجتماعی	۵۸/۵۱	۱۴/۳۵
بعد پذیرش اجتماعی	۵۰/۷۰	۱۲/۴۳
بعد انطباق اجتماعی	۴۹/۵۷	۱۵/۲۹
مفهوم سلامت اجتماعی	۵۸/۶۵	۱۱/۱۰
بعد سرمایه اجتماعی درونی خانواده	۵۶/۱۱	۱۹/۵۹
بعد سرمایه اجتماعی بیرونی خانواده	۴۸/۵۳	۲۱/۶۲
مفهوم سرمایه اجتماعی خانواده	۴۸/۴۰	۱۷/۷۹

با توجه به جدول شماره (۲)، میانگین بعد سهم‌داشت برابر با ۶۹/۴۸، بعد یکپارچگی برابر با ۶۱/۴۷ و بعد شکوفایی اجتماعی برابر با ۵۸/۵۱ از حد متوسط بالا تر می‌باشند. میانگین بعد پذیرش اجتماعی برابر با ۵۰/۷۰ در حد متوسط است. میانگین بعد انطباق اجتماعی برابر با ۴۹/۵۷ از حد متوسط پایین‌تر است. بطورکلی، میانگین سلامت اجتماعی

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-12]

جوانـان برابر با ۵۸/۶۵ از حد متوسـط بالا تر اسـت. همچنین نتایج جدول شـماره (۲)، بیانگر آن اسـت که میانگین سـرمایه اجتماعی درونی خانواده برابر با ۵۶/۱۱ از حد متوسـط بالا تر اسـت. میانگین سـرمایه اجتماعی بیرونی خانواده برابر با ۴۸/۵۳ از حد متوسط پایین تراسـت. در نهایت، میانگین کل سـرمایه اجتماعی خانـواده برابر با ۴۸/۴۰ از حد متوسط پایین تر است.

در ایـن بخش، ابتدا رابطه سـلامت اجتماعی جوانـان با متغیرهای زمینه‌ای بررسـی و سپس از طریق ضریب همبسـتگی پیرسون رابطه هر یک از ابعاد سرمایه اجتماعی خانواده و سلامت اجتماعی جوانان سـنجیده می شود سپس با استفاده از آزمون تحلیل رگرسیون، ابعادی از سـرمایه اجتماعی خانـواده و متغیرهای زمینه‌ای کـه قادر به تبیین و پیش‌بینـی تغییرات متغیر سـلامت اجتماعی جوانان هسـتند، ارائه می گردد.

با توجه به نتایج جدول شـماره (۳)، چون سطح معنی داری آزمون لـون از ۰/۰۵ بزرگتر اسـت، فرض برابری واریانـس دو گروه مرد و زن پذیرفته می‌شـود. نتایج آزمون t که سطح معناداری آن بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد گویای آن است که میانگین‌های سلامت اجتماهی دو گـروه زن و مرد تفاوت معناداری با یگدیگر نداشـته و دو گروه در میانگین سلامت اجتماعی مشابه هستند.

نتایج تحلیـل واریانس بین وضعیت تحصیلی و سـلامت اجتماعی نشان داد (با توجه به سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵) تفاوت معناداری در وضعیـت سـلامت اجتماعی بر مبنـای وضعیـت تحصیلی دیده می‌شود. (جدول ۴)

نتایج آزمون توکی نشـان می‌دهد که تنها تفاوت میانگین سـلامت اجتماعـی در بین مقاطع تحصیلی لیسـانس و فوق لیسـانس معنادار می‌باشـد. بر مبنای تفاوت میانگین مشاهده شـده می‌توان گفت که سطح سلامت اجتماعی در بین جوانان که سطح تحصیلات‌شان فوق لیسانس می‌باشـد نسبت به جوانانی که سطح تحصیلات‌شان لیسانس می‌باشد، بالاتر است. (جدول ۵)

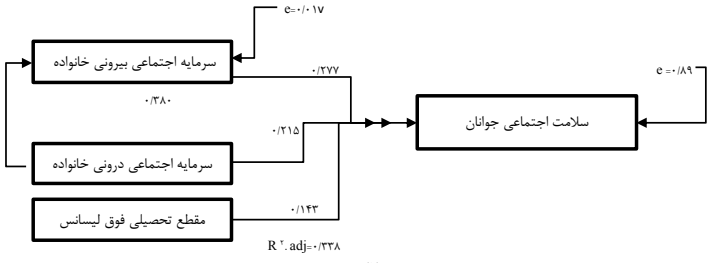
نتایج تحلیل واریانس بین وضعیت شـغلی و سلامت اجتماعی نشان می‌دهد(با توجه به سـطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵) تفاوت معناداری در وضعیـت سـلامت اجتماعی بـر مبنای وضعیت شغلی دیده نمی‌شود. (جدول ۶)

با توجه به نتایج بدسـت آمـده از جدول شـماره(۷)، می‌تـوان گفت که بـا اطمینان ۰/۹۹ و سـطح خطای کوچکتـر ۰/۰۱ بین سـرمایه اجتماعی خانواده و ابعاد درونی و بیرونی آن با سـلامت اجتماعی جوانان در سـطح معناداری ۰/۰۰۰ رابطه وجود دارد. این رابطه مستقیم و درحد متوسط می‌باشد. بدین معنی که، با بالا رفتن سرمایه اجتماعی خانواده و ابعاد آن میزان سـلامت اجتماعی جوانان نیز افزایش می‌یابد.

به منظور بررسـی میزان تاثیـر هر یک از ابعاد سـرمایه اجتماعی خانواده و متغیرهای زمینـه‌ای بر سـلامت اجتماعـی جوانان از تحلیل رگرسـیون گام به گام اسـتفاده شده اسـت و دو بعد سـرمایه اجتماعی درونی و بیرونی خانواده، تحصیلات پاسـخگو(فوق لیسانس) در مدل نهایی باقی مانده‌اند.

بـر اسـاس جـدول شـماره (۸)، می‌توان گفت بعد سـرمایه اجتماعی بیرونی خانواده با ضریـب بتـای ۰/۲۷۷ مهمترین پیش‌بینی کننده متغیر وابسـته سلامت اجتماعی است و بعد سـرمایه اجتماعی درونـی خانواده و مقطـع تحصیلی فوق لیسـانس به ترتیب در رده دوم و سـوم قرار دارنـد. بنابراین، مدل رگرسـیونی، مدل نظری را تایید می‌کند. در نهایـت، از روی متغیرهـای ارائه شـده در مدل می‌توان ۳۵/۹ درصد از تغییرات متغیر وابسته سلامت اجتماعی جوانان را پیش‌بینی کرد.

بر اسـاس تحلیـل مسـیر، ۳۳/۸ درصد از تغییرات مربوط به سلامت اجتماعی جوانان توسـط متغیرهای سـرمایه اجتماعی درونی و بیرونـی خانـواده و مقطـع تحصیلی فوق لیسـانس تبیین می‌شود. بیشـترین میزان اثر خالص متعلـق به سـرمایه اجتماعی بیرونی خانواده اسـت. سـرمایه اجتماعـی درونی خانـواده عـلاوه بر اثـر مسـتقیم، همچنین



نمودار (۱) تحلیل مسیر سلامت اجتماعی جوانان

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-12]

دارای اثر غیر مستقیم می‌باشد که بواسطه تاثیر بر سرمایه اجتماعی بیرونی خانواده باعث افزایش سلامت اجتماعی جوانان می‌شود و سومین متغیر مقطع تحصیلی فوق لیسانس می‌باشد که باعث افزایش سلامت اجتماعی جوانان می‌شود.

جدول (۳) نتایج آزمون مقایسه میانگین بین جنسیت و سلامت اجتماعی جوانان

متغیر	میانگین(جنسیت)		آزمون leven		آزمون T		
	زن	مرد	F	Sig.	t	d_f	Sig.
سلامت اجتماعی	۱۰۵/۹۳	۱۰۶/۹۸	۰/۶۸	۰/۷۹۴	۰/۷۶۵	۳۸۲	۰/۴۴۴

جدول (٤) نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه بین وضعیت تحصیلی و سلامت اجتماعی جوانان

متغیر	میانگین(وضعیت تحصیلی)				F	Sig.
	دیپلم	فوق دیپلم	لیسانس	فوق لیسانس	دکتری		
سلامت اجتماعی	۱۰۶/۵۷	۱۰۴/۰۸	۱۰۴/۹۸	۱۱۰/۲۵	۱۰۹/۸۷	۲/۵۶۰	۰/۰۳۸

جدول (۵) نتایج آزمون توکی میان مقاطع تحصیلی و سلامت اجتماعی

متغیر		اختلاف میانگین				
		دیپلم	فوق دیپلم	لیسانس	فوق لیسانس	دکتری
سلامت اجتماعی	دیپلم					
	فوق دیپلم	-				
	لیسانس	-	-			
	فوق لیسانس	-	-	+		
	دکتری	-	-	-	-	

جدول (۶) نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه بین وضعیت شغلی و سلامت اجتماعی جوانان

متغیر	میانگین(وضعیت شغلی)							F	Sig.
	کار دولتی	کار خصوصی	کارکن مستقل	کارفرما	درحال تحصیل	خانه دار	بیکار		
سلامت اجتماعی	۱۱۰/۱۲	۱۰۷/۹۷	۱۰۶/۰۶	۱۱۵/۵۰	۱۰۶/۲۸	۱۰۶/۳۰	۱۰۰/۹۶	۱/۵۹۵	۰/۱۴۷

جدول (۷) رابطه ابعاد و مفهوم سرمایه اجتماعی خانواده با سلامت اجتماعی جوانان

متغیر وابسته	متغیر مستقل	ضریب همبستگی پیرسون	سطح معناداری	تعداد
سلامت اجتماعی جوانان	سرمایه اجتماعی درونی خانواده	۰/۳۱۰**	۰/۰۰۰	۳۸۴
	سرمایه اجتماعی بیرونی خانواده	۰/۳۵۳**	۰/۰۰۰	۳۸۴
	سرمایه اجتماعی خانواده	۰/۳۸۶**	۰/۰۰۰	۳۸۴

جدول (۸) تحلیل رگرسیون سلامت اجتماعی از طریق متغیرهای مستقل و زمینه‌ای

مدل	متغیرهای وارد شده	ضرایب غیر استاندارد	ضرایب استاندارد	مقدار T	سطح معناداری
		B	Beta		
مدل سوم(نهایی)	مقدارثابت	۱۰۵/۴۵۰	-----	۱۴۰/۴۰۳	۰/۰۰۰
	سرمایه اجتماعی بیرونی خانواده	۰/۰۹۶	۰/۲۷۷	۵/۲۳۱	۰/۰۰۰
	سرمایه اجتماعی درونی خانواده	۰/۲۵۵	۰/۲۱۵	۴/۰۵۶	۰/۰۰۰
	مقطع تحصیلی فوق لیسانس	۴/۸۰۳	۰/۱۴۳	۲/۸۲۷	۰/۰۰۵
	ضریب همبستگی چندگانه	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل شده	آزمون F	سطح معناداری
	۰/۵۰۸	۰/۳۵۹	۰/۲۴۶	۲۵/۳۲۲	۰/۰۰۰

بحث و نتیجه گیری

همانطور که بیان شد، سلامت اجتماعی به معنای ارزیابی فرد از عملکردش در برابر اجتماع به عنوان یکی از ابعاد مهم سلامتی مطرح شده است. بنا بر نظر کییز، کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی‌توان بدون معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد. از سوی دیگر، خانواده واحد اساسی هر جامعه است ساختار آن با فرزندانی که در آن بزرگ می‌شوند شامل ارزش‌ها، روحیه‌ها و اصول اخلاقی، اعتقادات مذهبی، تجربه و رفتارهای است که از نسلی به نسل دیگر منتقل می‌شود. همچنین خانواده واحد اساسی سلامت اجتماعی می‌باشد، جائی که اولین ارتباطات تجربه می‌شود. در میان این ارتباطات یک کودک احترام گذاشتن، عشق، اعتماد، حمایت و... را یاد می‌گیرد که مولفه‌های دوام هر ارتباطی است. خانواده فرزندان خود را در رسیدن به سلامت اجتماعی مطلوب یاری می‌رساند. مطالعات نشان داده است که در بین تعیین کننده‌های سلامت، سهم هر دسته از عوامل حدوداً به قرار زیر است: سهم نظام ارائه خدمات سلامت ۲۵ درصد، سهم عوامل ارثی و زیستی ۱۵ درصد، سهم عوامل مادی محیط زیست و عوامل رفتاری ۱۰ درصد و سهم عوامل اجتماعی ۵۰ درصد، منظور از عوامل اجتماعی، شرایطی است که انسان در آن متولد شده، رشد، زندگی و کار

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-12]

می‌کند و یا پا به سن می‌گذارد (مرندی، ۱۳۸۵).

همانطور که جدول شماره دو نشان می دهد سرمایه اجتماعی درونی خانواده بیشتر از بیرونی است. سرمایه اجتماعی درونی والدین بیشتر از حد متوسط و سرمایه اجتماعی بیرونی کمتر از حد متوسط است. مارک گرانووتر میان پیوندهای قوی (یعنی پیوند میان دوستان نزدیک و صمیمی) و پیوندهای ضعیف (یعنی پیوند میان آشنایان دورتر) تمایز قائل می‌شود. او معتقد است که انسجام گروه‌های مختلف در یک نظام اجتماعی به پیوندهای ضعیف آن‌ها بستگی دارد نه پیوندهای قوی. زیرا پیوندهای اجتماعی ضعیف، حلقه‌های آشنایی را در جامعه گسترش داده و موجبات تعامل گروه‌های مختلف با یکدیگر را فراهم می‌آورند. او استدلال می‌کند که پیوندهای ضعیف برای انسجام افراد در جامعه‌ی مدرن اهمیت حیاتی دارند. وجود پیوندهای ضعیف، هم در سطح خرد و هم در سطح کلان، تاثیرات عمده‌ای به دنبال دارد. از نقطه نظر فردی، این پیوندها منبع مهمی برای تحرک اجتماعی هستند، و اما از جنبه‌ی کلان بینانه می‌توان چنین استنباط کرد که نظام‌های فاقد پیوندهای ضعیف گرایش به تجزیه و از هم گسختگی دارند. از این نظر، پیوندهای ضعیف برای ایجاد انسجام و همبستگی اجتماعی مهم هستند (ادیبی‌سده و همکاران، ۱۳۸۷).

بین سرمایه اجتماعی خانواده و سلامت اجتماعی جوانان رابطه معنادار و مثبت با همبستگی متوسط وجود دارد. به این معنا که با افزایش تعاملات میان والدین و فرزندان همراه با اعتماد درون خانوادگی و حمایت عاطفی و مشورتی والدین، همچنین تعاملات با گروه‌ها، مشارکت، اعتماد، و همیاری اجتماعی ، افزایش در سلامت اجتماعی جوانان را در پی خواهد داشت. این نتیجه تایید‌کننده نظر کلمن است که اصلی‌ترین تعریفش از سرمایه اجتماعی بدین صورت می‌باشد "هنجارها، شبکه‌های اجتماعی و روابط بین بزرگسالان و کودکان که برای رشد شناختی و اجتماعی بچه‌ها ارزشمند است" (کلمن،۱۳۷۷). همچنین، در پژوهش‌های علوی حکمت (۱۳۹۳)، وثوقی و همکاران (۱۳۹۲) وهزارجریبی و اسدالله (۱۳۹۰) نیز مانند این تحقیق رابطه مثبت و معنادار بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی تایید شده بود.

درمجموع رابطه مثبت بین سرمایه اجتماعی خانواده و سلامت اجتماعی فرزندان، همخوان با نظر جامعه‌شناسان و روانشناسان اجتماعی، که بر نقش خانواده در جریان فرایند جامعه‌پذیری و تاثیر آن بر عملکرد و ارتباط فرزندان با جامعه تاکید دارند. چرا که خانواده نخستین گروهی است که فرد در آن عضویت می‌یابد و در فرایند جامعه‌پذیری نقشی اساسی ایفا می کند.

بین سرمایه اجتماعی درونی خانواده و سلامت اجتماعی جوانان رابطه معنادار و مثبت با همبستگی متوسط وجود دارد. بدین ترتیب افزایش سرمایه درونی خانواده، میزان صمیمت، گفتگو، باهم بودن اعضا و میزان اعتماد و حمایت خانوادگی با افزایش سلامت اجتماعی همراه خواهد بود. کلمن معتقد است که رابطه قوی بین والدین و فرزندان باعث می‌شود تا علاقه، احساس و تعهد والدین به فرزند انتقال یابد و آنقدر در اجتماعی شدن فرزند موثر است بطوریکه فرزندان اهداف والدین را درونی می‌کنند (کلمن، ۱۳۷۷). فضای تعاملاتی در خانواده و ارتباط قوی بین اعضا، اعتماد، صمیمیت و حمایت بین آن‌ها در ساخت‌یابی هویت فرزندان موثر است و عدم نفوذ خانواده و ارتباط قوی بین آن‌ها زمینه‌ی بی اعتمادی و فقدان انسجام است، چرا که هنجارهای دوستی، اعتماد، حمایت و کمک به دیگران در خانواده دورنی می‌شود (چلبی، ۱۳۷۸).

با توجه به این که سرمایه درونی خانواده با سلامت اجتماعی همبستگی دارد و از آنجایی که در بین ابعاد سرمایه درونی خانواده، میانگین سرمایه ارتباطی کمتر از سایر انواع سرمایه می باشد، لازم است به تقویت و تحکیم ارتباطات و تعاملات خانوادگی پرداخت. توجه به میزان گذراندن اوقات فراغت مهم و ضروری به نظر می‌رسد و برنامه‌ریزی برای افزایش سرمایه درونی خانواده و تحکیم روابط خانوادگی می‌تواند بر سلامت اجتماعی موثر باشد.

بین سرمایه اجتماعی بیرونی خانواده و سلامت اجتماعی جوانان رابطه معنادار و مثبت با همبستگی متوسط وجود دارد. طبق نظر کلمن، سرمایه اجتماعی بیرونی خانواده که مربوط به شبکه خانواده در اجتماع و رابطه آن با سایر نهادها و اعضای اجتماع است و اهمیت آن را در فرو بستگی بین نسلی می‌باشد که به وسیله این ساختار روابط ایجاد می‌شود. این فرو بستگی بین نسلی، سرمایه مهم والدین برای رشد شناختی فرزندان محسوب می‌شود (کلمن، ۱۳۷۷). این بدان معناست که خانواده به عنوان یک مجموعه بسته عمل نمی کند و نمی‌تواند بدون تاثیر از روابط بیرونی و نهادهای اجتماعی

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-12]

باشد. می‌توان گفت که ارتباط با انجمن‌ها، مشارکت، اعتماد و همیاری بیرونی خانواده بـر عملکرد فرزندان در سـطح جامعه موثر می‌باشد. بدین ترتیب با توجه به این که بین سـرمایه اجتماعی بیرونی خانواده و سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد و بر اساس نتایج توصیفی میزان سـرمایه ارتباطـات بیرونی خانواده از حد متوسط خیلی کم است لازم است که به این موضوع پرداخته شود.

وضعیـت سـلامت اجتماعی جوانـان بر حسب جنسیت آن‌ها تفاوت معناداری ندارد و نتایج آزمون نشـان می‌دهـد که میانگین سـلامت اجتماعی مـردان اندکی بیشـتر از زنان می‌باشـد ولی این تفاوت معنادار نبوده و تصادفی اسـت. درنتیجـه فرضیه تحقیق مبنی بر وجود تفاوت در سـلامت اجتماعی بر حسـب جنس رد شـد. نتیجه این فرضیه با نتیجـه تحقیق علوی حکمـت (۱۳۹۳) و فتحی و همـکاران (۱۳۸۹) همخوانی دارد، در حالی کـه در تحقیق منصوریان راوندی (۱۳۹۲) سـلامت اجتماعی بر حسب جنس متفاوت و سـلامت اجتماعی زنان بیشتر از مردان است.

وضعیت سـلامت اجتماعی جوانان بر حسب مقطع تحصیلی تفاوت معناداری دارد. این تفاوت معنادار بین مقطع تحصیلی لیسانس و فوق لیسـانس می‌باشـد. به این معنا که میانگین سلامت اجتماعی جوانانی که دارای تحصیلات فوق لیسانس هستند، نسبت به جوانانی که مقطع تحصیلی آن‌ها لیسانس می‌باشد، بیشـتر است. فرضیه تحقیق مبنی بر وجود تفاوت در سـلامت اجتماعی بر حسـب مقطع تحصیلی تایید شـد. موراگ فار، در پژوهشی نشـان داد که افرادی که از نظر سطح تحصیلات بالاتر بودند در حیطه‌های سلامت عمومی، سلامت روحی و توانایـی انجام وظیفه وضعیت بهتری نسـبت به سـایرین داشـتند. همچنین عبدالله تبار و همکاران (۱۳۸۶) در مطالعه خودنشـان دادند که میانگین نمرات سـلامت اجتماعی دانشـجویان مقطع کارشناسی ارشد بالاتر از دانشـجویان مقطع کارشناسی می‌باشد. به نظر می‌رسد که بلوغ جسـمی-روانی و افزایش آگاهی‌هـا و مهارت‌های زندگی دانشجویان کارشناسی ارشد در این امر دخیل بوده است.

وضعیت سلامت اجتماعی بر حسب وضعیت شغلی تفاوت معناداری ندارد. میانگین سـلامت اجتماعی افرادی که کارفرما می‌باشند یعنی موقعیت بالاتری دارند اندکی بیشـتر از بقیه گروه‌های شغلی می‌باشد ولی این تفاوت معنادار نبوده و تصادفی است. در نتیجه فرضیه تحقیق مبنی بر وجود تفاوت در سـلامت اجتماعی بر حسب وضعیت شغلی رد شد. نتیجه این تحقیق با نتیجه تحقیق منصوریان(۱۳۹۲) همخوانی دارد.

پیشنهادات

سیاست‌های سلامتی نباید فقط منحصر به گسترش فنون جدید پزشکی باشد و به افراد توصیه کند که رفتارهای سالم داشته باشند، بلکه باید به طور گسترده‌تر در بهبود پیوندهای اجتماعی سرمایه گذاری کند.

توجه بیشـتر مسولان آموزشـی در تمام حوزه‌ها، در جهت آموزش مهارت‌های زندگی در سنین اولیه جوانی و توجه به رویکرد پیشـگیری سـطح اول (اطلاع رسـانی) در زمینه حوزه سـلامت با تاکید بر سـلامت اجتماعی برای داشتن شهروندانی با سلامت اجتماعی بالا و بالطبع جامعه‌ای سالم‌تر.

با توجه به داده‌های به دست آمده در بخش سرمایه اجتماعی درونی خانواده، لازم است بر افزایش تعاملات والدین با فرزندان و علی الخصوص بر نقش پدران تاکید بیشتر شود.

با توجه به داده‌های به دست آمده در بخش سرمایه اجتماعی بیرونی خانواده، به نظر می‌رسد به بررسی میزان تعاملات بیرونی بسیار پایین خانواده‌ها (ارتباط با انجمن‌ها) پرداخته شود، زیرا باعث کاهش سرمایه اجتماعی خانواده می‌شود.

با بهره‌گیری از این دستاوردها پیشنهاد می‌شود با تصمیم‌گیری‌های متناسب با مسائل جوانان، آنان را در جهت مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی و پیشرفت جامعه سوقی دهیم. بنابراین باید با تأمل در این نتایج و تحقیقاتی از این دست، سعی کنیم سرمایه اجتماعی درونی و بیرونی را تقویت کنیم تا به سلامت اجتماعی دست یابیم.

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-12]

منابع

References:

Adibi Sade, Mahdi, Yazkhasti, behjat, Rabbani khorasgani, Ali, & Lotfizade, Abbas.(1387). Measure Social Capital in between Groups. Social Welfare Quarterly, No.38. 193-220. (Persian).

Burke, Moire, Marlow, Cameron, and Lento, Thomas. 2010. Social Network Activity and Social Well-Being. Springer, 101: 44-89.

Coleman, James. (1377). Foundations of Social Theory. Translated by Manochehr Sabouri. Tehran : Ney Publication. (Persian).

Field, Hohn.(1388). Social capital. Translated by GholamReza Ghaffari & Hossein Ramezani. Kavir Publication. (Persian).

Hashemi Esfahani, Shahla. (1389). Reflections on Social Wellbeing. Hadith Zendegi Journal. No 7, 1-10. (Persian).

Kankarlo. Maryam. (Dissertation). Social wellbeing of shahed and nonshahed Students. Tehran. Allameh Tabatabai University. 1387.page:106. (Persian).

Keyes, Corey, L, M, and Shapiro, Adam. 2004. Social Well-Being in The United States: A Descriptive Epidemiology. University of Chicago Press, 350-372.

Kharazmi, Shahindokht.(1388).Life Quality and Fortunate Index. Tehran: haft Tabligh Publication.(Persian).

Marandi, Seyed Alireza.(1385). Social elements of Health. Tehran:Ministry of Health and Medical Education. (Persian).

Massoudniya, Ebrahim.(1389). Sociology of Medical.Tehran: Tehran University Publication. (Persian).

Mosleh, Narjes Khaton. (Dissertation). Family Social Capital and Religious Identity.Tehran. Alzahra University.392.page:109. (Persian).

Pea, Roy D, Nass, Clifford, Kumer, Aman, and Simha, Aneesh. 2012. Media use, face- to- face Communication, media multitasking, and Social Well-Being among 8 to 12-years- old girls. Research Gate,540: 1-12.

Rafipor, Faramarz.(1384). Explored and Considered. Enteshar Co. Publication. (Persian).

Shagagi shahri, Vahid & Pahlavanzade, Farhad.(1390). Report Analysis of the Future position of Social capital in Iran. Expendiency Counciel. (Persian).

Sharepour, Mahmoud.(1384). Social Capital and Its Role in economic and social Life. Rosh Mag. No. 2. 10-16. (Persian).

Tavassoli, Gholamabbas & Mousavi, Marziyeh.(1384). Capital Concept in Classic and New Social Capital Theories. Journal of Social Science Letter, No. 26. 1-23. (Persian).

Vahid Fazel, Farideh. (Dissertation). Social Capital of Youths from Tehran and effective elements on issue. Tehran. Alzahra University. (1391). (Persian).

Vosoughi, Mansour, Mahdavi, Seyed Mohammad Sadegh & Rahmani Khalili, Ehsan. (1392).Examine the collective impact of social capital , social vitality and social support on public health. Iranian Journal of Social Problems.. Vol.4 , No.2. pages 235-263. (Persian).

Azkiya - , Mostafa.(1381). Sociology of Development. Tehran: Kalameh Publication.(Persian).

Chalabi -, Masoud.(1378). Sociology of Order. Tehran: Ney Publication. .(Persian).

F- athi, Mansour, Ajamnezhad, Reza & khakrangin,Maryam.(1389). Factors relateed to teachers social wellbeing in Maragheh. Social Welfare Quarterly, No. 47. 225-243. (Persian).

Hossini- , Fatemeh. (Dissertation). Social health status and influencing factors in students. Tehran. Allameh Tabatabai University.1388.page:9. (Persian).

Moh -seni, Manochehr(1379). Survey about Consciousness, Attitudes and Social and Cultural Behaviors in Iran. Tehran: General Culture Conncil of Iran.(Persian).

Monadi -, Morteza.(1385). Sociology of the family analysis of routine and within the family space. Tehran: Danjeh Publication. (Persian).

Putnam, Robert.(1377). Democracy and Civic Traditions. Translated by M.T. Delfroz. Tehran: Ney Puplication. (Persian).

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-12]