

Meta-Analysis of the Relationship between Social Capital and Social Health: Researches in the Period of 2011-2021

Akbar Zolfaghari

Assistant Professor of Political Science-Development, Department of Political Science, Faculty of Law and Social Sciences, Payame Noor University, Tehran, Iran (Corresponding author).

akbarzolfaghari@pnu.ac.ir

Azadeh Ghayumi

M.Sc., Curriculum Planning, Department of Curriculum Planning, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

azadehghayumi1398@gmail.com

Abstract

Introduction: Social health is a multi-dimensional concept that includes community health, physical health, and mental health, which is affected by various factors, including social capital. Therefore, the aim of the current research is to meta-analyze the relationship between social capital and social health, in order to estimate the size of the effect of social capital on social health.

Method: The statistical population of the research is the research conducted in the period of 2011-2021 on the subject of social capital and social health. 12 studies that had suitable characteristics to enter the meta-analysis were selected by purposive sampling. In order to analyze the data, the second edition of comprehensive meta-analysis software has been used. Due to the heterogeneity of the studies, the random effects model was used to combine the results and reach the effect size.

Results: The estimated effect size is 0.497 which is in the medium to high confidence range according to Cohen's interpretation system. Due to the heterogeneity of studies, the variables of "unit of analysis, geographical area and time of studies" were analyzed as a moderating variable. Social capital in the north of the country has been more than other parts of the country, also the results showed that social capital has increased its impact on social health over time.

Discussion: One of the basic preconditions in the social health of individuals in society and, consequently, the all-round growth and development of societies, is to benefit from the basic parameters of social capital.

Keywords: Social Capital, Social Health, Meta-Analysis, Effect Size, Community Development.

فرا تحلیل رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی: پژوهش‌های بازه زمانی ۱۴۰۰-۱۳۹۰^۱

اکبر ذوالفقاری

استادیار علوم سیاسی - توسعه، گروه علوم سیاسی، دانشکده حقوق و علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران (نویسنده مسئول).
akbarzolfaghari@pnu.ac.ir

آزاده قیومی

کارشناس ارشد، گروه برنامه‌ریزی درسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
azadehghayumi1398@gmail.com

چکیده

سلامت اجتماعی، مفهومی چندبُعدی شامل سلامت اجتماع، سلامت جسم و سلامت روان است که متأثر از عوامل گوناگونی از جمله سرمایه اجتماعی است؛ بنابراین، هدف پژوهش حاضر فرا تحلیل رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی، جهت برآورد اندازه اثر سرمایه اجتماعی بر سلامت اجتماعی است. جامعه آماری پژوهش، پژوهش‌های انجام‌شده در بازه زمانی ۱۳۹۰-۱۴۰۰ با موضوع سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی است. ۱۲ پژوهش که دارای ویژگی‌های مناسب برای ورود به فرا تحلیل بودند، با نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. به‌منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات، ویرایش دوم نرم‌افزار جامع فرا تحلیل مورد استفاده قرار گرفته است. با توجه به ناهمگونی مطالعات، از مدل اثرات تصادفی برای ترکیب نتایج و رسیدن به اندازه اثر استفاده شده است. یافته‌های پژوهش نشان داد اندازه اثر برآورد شده ۰,۴۹۷ و معادل سطح متوسط رو به بالا در نظام تفسیر کوهن در محدوده اطمینان است. نظر به ناهمگونی مطالعات؛ متغیرهای «واحد تحلیل، محدوده جغرافیایی و زمان انجام مطالعات» به‌عنوان متغیرهای تعدیل‌گر وارد تحلیل شدند. نتایج نشان داد اندازه اثر مدل در سطح خرد قوی‌تر از سطح کلان است و تأثیرپذیری سلامت اجتماعی از سرمایه اجتماعی در شمال کشور بیشتر از سایر مناطق بوده و تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت اجتماعی در طول زمان بیشتر شده است. بهره‌مندی از پارامترهای اساسی سرمایه اجتماعی و تقویت متغیرهای آن شامل اعتماد اجتماعی، تعهد اجتماعی، مسئولیت اجتماعی و... از پیش‌شرط‌های اساسی در سلامت اجتماعی افراد و توسعه همه‌جانبه و پایدار جوامع است.

کلیدواژه‌ها: سرمایه اجتماعی، سلامت اجتماعی، فرا تحلیل، اندازه اثر، متغیر تعدیل‌کننده.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۲/۲۲ تاریخ بازبینی: ۱۴۰۱/۱۰/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۰/۱۲
فصلنامه راهبرد اجتماعی فرهنگی، سال ۱۲، شماره ۲، پیاپی ۴۷، تابستان ۱۴۰۲، صص ۴۲۳-۴۵۴

۱. این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد برنامه‌ریزی درسی دانشگاه پیام نور است که به‌وسیله دانشجوی آزاد قیومی و با راهنمایی دکتر اکبر ذوالفقاری در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ نگارش شده است.

مقدمه و بیان مسئله

سلامت؛ از متغیرهایی است که همواره در تعیین سطح توسعه مدنظر بوده و نقش مهمی در ارزیابی پویایی و کارآمدی منابع انسانی بازی کرده است. به گونه‌ای که آن را محور توسعه اقتصادی - اجتماعی معرفی کرده‌اند. بدین صورت که اگر هدف تمام سیاست‌های اجتماعی و اقتصادی، رفاه باشد، کلید بهبود رفاه، امید به زندگی مناسب و سالم است و هیچ‌یک از اینها بدون سلامت ممکن نیست. بدین لحاظ، توسعه بدون سلامتی قابل درک نیست (هزارجریبی و مهری، ۱۳۹۱، ص. ۴۳). سلامت، پدیده‌ای چندبُعدی، در زمره حقوق اولیه بشر و شرط لازم برای ایفای نقش‌های اجتماعی است. فعالیت روزمره انسان‌ها در گروه سلامتی بشر و سلامتی اجتماع‌های بشری است. در چنین شرایطی؛ سلامت در ردیف ارزش‌های اجتماعی قرار می‌گیرد و متغیرهای منحصراً زیستی برای ارائه تعریف جامع از سلامت کفایت نمی‌کند. به عبارتی، توجه صرف به ابعاد زیستی و جسمانی در سلامت، ساده‌اندیشی است. برخورداری از سلامت و سلامتی از محورهای اساسی و مهم ارزیابی سلامت جوامع مختلف است که در تضمین پویایی و کارآمدی جامعه نقش مهمی دارد و تابع عوامل مختلف اجتماعی، فرهنگی، و... است. اگر جامعه سالم نباشد، شهروندان سالم نخواهد داشت. بدون توجه به سلامت اجتماعی، با توجه صرف به سلامت جسمی و روانی؛ نمی‌تواند راهگشا باشد (راد؛ محمدزاده و محمدزاده، ۱۳۹۵، ص. ۱۳۸). توجه به سلامت اجتماعی، نشاط اجتماعی را تقویت می‌کند؛ وفاق، تعامل و همبستگی اجتماعی را غنا می‌بخشد؛ رضایت اجتماعی را گسترش می‌دهد، مسئولیت‌پذیری، مشارکت و کارآمدی را اهمیت می‌بخشد؛ آسیب‌های اجتماعی را می‌کند؛ هزینه‌ها را کاهش می‌دهد و در نهایت تقویت هویت فرهنگی را به همراه دارد. به تعبیری؛ اهمیت دادن به سلامت اجتماعی؛ به شهروندان کمک می‌کند، جامعه سالمی داشته باشند. هر گاه از سلامت اجتماعی صحبت می‌شود، بیشتر به ابعاد جسمانی و مادی پرداخته شده و ابعاد اجتماعی و روانی آن مغفول مانده است. بدین سبب؛ سازمان بهداشت جهانی (Larson, 1996)، سلامت را به معنای رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی تعریف و تصریح کرده است. سلامت تنها به معنای نبود بیماری یا معلولیت نیست. از نظر این سازمان، سلامت بیش از آنکه مفهوم فقدان بیماری داشته باشد،



مفهوم مثبت دارد. در این معنا؛ افراد هم در شرایط فیزیکی و هم در شرایط روانی و اجتماعی مورد توجه قرار می‌گیرند. این تعریف؛ نقطه آغاز مناسبی برای تفکر و اندیشیدن درباره اجزاء و عناصر ارتقاء سلامت است؛ بنابراین، سلامت ضمن توجه به ظرفیت‌های جسمی، به ظرفیت‌های اجتماعی و روانی هم توجه دارد (یحیی‌زاده و رضانی، ۱۳۹۳، ص. ۷۳). نبود فقر، فقدان خشونت، رشد کنترل‌شده جمعیت، عدالت قضائی (برابری در پیشگاه قانون)، حقوق بشر، آموزش همگانی رایگان، دسترسی همگانی به خدمات سلامت، امنیت، آزادی عقیده، احساس رضایت از زندگی، پوشش بیمه، توزیع عادلانه درآمد، اشتغال و فقدان بیکاری، عدم تبعیض قومی - نژادی و منطقه‌ای، مردم‌سالاری، مشروعیت دولت و نظارت مردم‌سالارانه بر حکومت از شاخصه‌ها و ابعاد سلامت اجتماعی به‌شمار می‌رود (توکل، ۱۳۹۳). اخلاق اجتماعی، عرف اجتماعی، آموزه‌های اخلاقی، اخلاق عملی، ادغام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، انسجام اجتماعی، قلمروهای ارتباطی، مهارت‌های زندگی و اجتماعی شدن نیز از دیگر مفاهیم مرتبط با سلامت اجتماعی محسوب می‌شوند (توکل، ۱۳۹۳). پنج مؤلفه اصلی سلامت اجتماعی شامل ادغام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انسجام اجتماعی است (سخایی، ۱۳۹۷)، که در اکثریت پژوهش‌ها در ایران استفاده شده است. امینی رارانی؛ موسوی و رفیعی (۱۳۹۰)، معرف‌های هفت‌گانه سلامت اجتماعی در ایران را به شرح ذیل اعلام کرده‌اند:

- ۱- کسی که زیر خط فقر نباشد،
- ۲- خشونت در جامعه وجود نداشته باشد،
- ۳- رشد جمعیت کنترل شده باشد،
- ۴- آموزش تا پایان دوره راهنمایی اجباری و رایگان و سپس رایگان باشد،
- ۵- توزیع درآمدها عادلانه باشد،
- ۶- همه مردم تحت پوشش بیمه باشند،
- ۷- بیکاری وجود نداشته باشد.

در هر صورت؛ سلامت اجتماعی، بخشی از سلامت فرد است که در اجتماع نمایان می‌شود و زمانی فرد، سلامت اجتماعی دارد که بتواند نقش‌های خود در جامعه را به‌خوبی انجام دهد و با جامعه و هنجارهای اجتماعی، پیوند برقرار کند. سلامت اجتماعی را رفاه اجتماعی در روابط اجتماعی خانواده، اجتماع و ملت است.





برزونسکی^۱، تأکید کرده است افراد کم‌تعهد از سلامت اجتماعی پایینی برخوردارند؛ زیرا دیدگاه واضح و ثابتی درباره خودشان ندارند و اجتماع را مجموعه‌ای پُره‌رج‌ومرج، غیرقابل پیش‌بینی و غیرقابل مدیریت می‌دانند. بدین ترتیب، بُعد اجتماعی سلامت؛ مهارت، عملکرد و توانمندی‌های اجتماعی فرد را دربرمی‌گیرد. از منظر سلامت اجتماعی، هر فرد عضوی از خانواده و یک جامعه است و ضرورت دارد بر شرایط اقتصادی، اجتماعی و رفاهی او توجه و نظارت شود. سلامت اجتماعی ریشه در محیط زیست مادی و انسانی دارد و مخصوص شبکه اجتماعی معین است (پارک، ۱۳۹۰، ص. ۳۸؛ یحیی‌زاده و رضائی، ۱۳۹۳، صص. ۷۴-۷۵). سلامت اجتماعی درحقیقت، رابطه شبکه ارتباطات اجتماعی و تعادل فرد و محیط را تبیین می‌کند و ضمن اینکه، در زندگی شهروندان، نقش تعیین‌کننده‌ای دارد، خود نیز تحت تأثیر عوامل متعددی از جمله سرمایه اجتماعی و موضوع پژوهش حاضر است. آثار سرمایه اجتماعی بر سلامت اجتماعی در مطالعات متعددی بررسی شده است (Campbell; Wood & Kelly, 1999; Ferlander, 2007; Pope, 2003 و امینی‌رانی و دیگران، ۱۳۹۰). سرمایه اجتماعی و نقش آن در سلامت از قرن نوزدهم مورد توجه قرار گرفته است. دورکیم نشان داد میزان خودکشی در جوامع با انسجام پایین اجتماعی، بیشتر و در جوامع به‌هم‌پیوسته، کمتر است؛ بنابراین، سرمایه اجتماعی در پژوهش‌های سلامت اجتماعی، مفهومی کلیدی است. به‌همین دلیل در سال‌های اخیر درباره رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی؛ مطالعات متعددی اجرا شده؛ اما پراکندگی و گستردگی این مطالعات؛ نتایج متفاوتی را در پی داشته است و ضرورت اجرای یک مطالعه فراتحلیل را نمایان می‌سازد. فراتحلیل؛ گزارش‌های متنوع پژوهشی، نوشته‌های بلا تکلیف و بدون استفاده در آرشیو کتابخانه‌ها، مراکز پژوهشی، سازمان‌ها و دانشگاه‌ها را بررسی، ترکیب و منسجم می‌کند. ترکیب نتایج پژوهش‌های پیشین، به‌عنوان واحد تحلیل، برای ایجاد تصویری کلی و شفاف از موضوع، به‌مراتب مؤثرتر و مفیدتر از تعریف پژوهشی جدید است. با ارتباط نتایج پراکنده طرح‌های مطالعاتی، شبکه دائمی دانش به جریان می‌افتد و حل یک مشکل و مسئله را در پی دارد. مطالعات فراتحلیل، نقایص و کاستی‌های حوزه پژوهش را تبیین و چشم‌انداز جامعی از یافته‌های علمی را ارائه می‌کند؛ بنابراین، اهداف و پرسش‌های پژوهش حاضر عبارت‌اند از:

1. Berzonski



پژوهش‌های سلامت راهبردی

راهنمای اجتماعی فرا تحلیل

۱. اهداف پژوهش

- ۱- برآورد اندازه اثر کلی سرمایه اجتماعی بر سلامت اجتماعی به روش فراتحلیل کمی.
- ۲- بررسی همگونی یا ناهمگونی مطالعات تحت بررسی سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی.
- ۳- برآورد اندازه اثر متغیرهای تعدیل‌گر -زمینه‌ای بر سلامت اجتماعی به روش فراتحلیل کمی.

۲. سؤال‌های پژوهش

- ۱- اندازه اثر کلی سرمایه اجتماعی بر سلامت اجتماعی به روش فراتحلیل کمی چقدر است؟
- ۲- مطالعات تحت بررسی سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی همگون است یا ناهمگون؟
- ۳- اندازه اثر متغیرهای تعدیل‌گر - زمینه‌ای بر سلامت اجتماعی به روش فراتحلیل کمی چقدر است؟

۳. پیشینه پژوهش

۳-۱. نظری

تاکنون پژوهشی پیرامون فراتحلیل رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی در ایران انجام نشده است؛ که همین موضوع مبین نو بودن پژوهش حاضر و مهم‌ترین وجه تمایز آن با سایر مطالعات موجود، پیرامون ارتباط بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی است. از این رو، در پیشینه به پژوهش‌هایی اشاره شده که نزدیک به موضوع پژوهش حاضر است. نیازی و همکاران (۱۳۹۷)، در پژوهشی به فراتحلیل تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت روان طی سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۵ پرداخته و نشان دادند اندازه اثر ترکیبی تصادفی سرمایه اجتماعی بر سلامت روان در حد متوسط یعنی به میزان ۰,۳۳۷ می‌باشد؛ ولی با وارد کردن دو متغیر کیفی «توع جامعه آماری» و «زمان انجام پژوهش» به عنوان متغیرهای تعدیل‌گر در محاسبات، میزان اندازه اثر ترکیبی به دست آمده به ترتیب تا حد ۰,۲۸۷ و ۰,۲۲ کاهش پیدا می‌کند که اندازه اثراتی ضعیف ارزیابی می‌شوند. نیازی و همکاران (۱۳۹۵)، در مطالعه دیگری مطالعات سرمایه اجتماعی و امنیت اجتماعی را فراتحلیل و ۲۹ پژوهش انجام‌شده طی سال ۱۳۹۰ تا



۱۳۹۴ را بررسی و نشان دادند ضریب تأثیر سرمایه اجتماعی بر احساس امنیت اجتماعی معادل ۰,۵۱، معادل اندازه اثر قوی در نظام تفسیری کوهن است. در این پژوهش با در نظر گرفتن جنس به عنوان متغیر تعدیل گر مشخص شد میزان احساس امنیت در مردان (با ضریب اندازه اثر ۰,۵۲) تا حدودی بیشتر از زنان (با ضریب اندازه اثر ۰,۴۰) متأثر از سرمایه اجتماعی است. خامه چی و رنگریز (۱۳۹۸)، با فراتحلیل پیامدها و نتایج سرمایه اجتماعی در بازه سال ۱۳۹۳ تا سال ۱۳۹۷، ۶۸ سند را از طریق نمونه گیری غیرتصادفی هدمند بررسی و نتیجه گرفته اند از میان پیامدها و نتایج سرمایه اجتماعی در سطح و طبقه سازمان، به ترتیب، متغیرهای قسمت بندی دانش (۰,۷۰۶)، عملکرد سازمانی (۰,۶۳۵)، تعهد سازمانی (۰,۶۲۰)، تعالی سازمانی (۰,۵۸۹)، رضایت شغلی (۰,۵۱۲)، مدیریت دانش (۰,۵۱۱)، حمایت سازمانی (۰,۵۰۱) و سلامت سازمانی (۰,۵۰۰) دارای اندازه اثر بالا (۰,۵۰) است. گیلبرت و همکاران (۲۰۱۳)، با فراتحلیل سرمایه اجتماعی و سلامت، رابطه بین سرمایه اجتماعی، سلامت خود گزارش شده و مرگومیر ناشی از همه علل را روی ۳۹ مطالعه بررسی و نشان داده اند سرمایه اجتماعی احتمال سلامتی را ۲۷ درصد افزایش می دهد.

ایگزو و همکاران (۲۰۲۰) نیز رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت را فراتحلیل کرده و نتیجه گرفته اند سرمایه اجتماعی به طور قابل توجهی با انواع نتایج مثبت سلامت مرتبط است؛ بنابراین این ادبیات، تاکنون در ایران درباره رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی کار فراتحلیلی انجام نشده و این پژوهش درصدد است با فراتحلیل تعامل دو مفهوم مشخص کند درمجموع مطالعات انجام شده، سلامت اجتماعی تا چه حد متأثر از سرمایه اجتماعی بوده است.

۲-۳. پیشینه پژوهش جهت اجرای فراتحلیل

جدول (۱): پیشینه پژوهش جهت فراتحلیل

عنوان اثر	محقق و سال	حجم نمونه	شیوه نمونه گیری
رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی در ایران	امینی رارانی و دیگران (۱۳۹۰)	۱۲۰۰۰	خوشه ای
بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی با امنیت خانواده	فقهی فرهمند و زنجانی (۱۳۹۰)	۳۷۵	طبقه بندی
تحلیل رابطه سرمایه اجتماعی و	هزار جریبی و مهری (۱۳۹۱)	۳۷۵	سه میه ای



عنوان اثر	محقق و سال	حجم نمونه	شبهه نمونه گیری
سلامت روانی و اجتماعی			
تأملی بر پیوند مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و میزان بهره‌مندی از سلامت اجتماعی	شربتیان (۱۳۹۱)	۳۷۵	طبقه‌بندی
رابطه عوامل اجتماعی با سلامت اجتماعی	نیک‌ورز و یزدان‌پناه (۱۳۹۴)	۳۷۵	طبقه‌بندی
سنجش میزان بهره‌مندی از شاخص‌های سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن	شربتیان (۱۳۹۴)	۴۰۰	خوشه‌ای
تحلیل جامعه‌شناختی رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی زنان	شربتیان و امینی (۱۳۹۶)	۳۸۵	خوشه‌ای
نقش سرمایه اجتماعی در ارتقای سلامت اجتماعی	افشانی و شیرینی محمدآباد (۱۳۹۶)	۲۸۸	خوشه‌ای
رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی	همتی‌راد و دیگران (۱۳۹۷)	۴۰۰	خوشه‌ای
تعیین جامعه‌شناختی سلامت اجتماعی	سخایی (۱۳۹۷)	۵۲۰	خوشه‌ای
رابطه سرمایه اجتماعی با ارتقای سلامت	ابراهیمی؛ حسنی‌درمیان و افشانی (۱۳۹۷)	۳۸۴	خوشه‌ای
بررسی جامعه‌شناختی رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی	مطلبی و دیگران (۱۳۹۹)	۲۵۰	خوشه‌ای

۴. نقد و نوآوری پژوهش

سرمایه اجتماعی و رابطه آن با سلامت اجتماعی از موضوع‌های روز و مهم است که به واکاوی بیشتری نیاز دارد و به همین سبب تاکنون مقالات و مطالعاتی در این خصوص با شرایط جغرافیایی، قومی، فرهنگی و جامعه آماری متفاوت نگارش و چاپ شده؛ که ۱۵ مورد آن درباره رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی بوده است. از این ۱۵ سند پژوهشی، ۱۲ سند، پیمایشی و حائز معیارهای ورود به نرم‌افزار

فرا تحلیل بوده که در جدول ۱ این پژوهش، به آنها اشاره شده است. از آنجایی که نتایج این پژوهش‌ها نیز به لحاظ جغرافیایی، قومی، فرهنگی و جامعه آماری متفاوت بوده، این پژوهش تلاش دارد با استفاده از شیوه فراتحلیل این نتایج را تجمیع و اندازه اثر نهایی آنها و اندازه اثر متغیرهای تعدیل‌گر را برآورد و تبیین نماید.

۵. ملاحظه‌های نظری

در این بخش، متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) و متغیر مستقل (سرمایه اجتماعی)، به لحاظ مفهومی بررسی شده و رویکردهای نظری مرتبط با این مفاهیم تشریح شده است.

۵-۱. تعریف مفاهیم

۵-۱-۱. سلامت اجتماعی

سلامت اجتماعی، مفهومی چندبُعدی شامل سلامتی اجتماع در کنار سلامتی جسمی و روانی است. سلامت اجتماعی، برگردان کلمه Social Wellbeing به معنی «زندگی خوب داشتن»، ناظر بر شادی و رضایت بوده و بر ابعاد مثبت سلامت تأکید دارد (Keyes & Shapiro, 2004, p. 5). این واژه دربرگیرنده پاسخ‌های درونی فرد مانند احساس، تفکر و رفتار است (عبدالله‌تبار و دیگران، ۱۳۸۷، ص. ۱۷۳)، که هم چگونگی احساس مردم و هم نحوه عملکرد آنان را تبیین می‌کند (راد؛ محمدزاده و محمدزاده، ۱۳۹۵، ص. ۱۴۶). برگمن (Bergman, 2007)، با اشاره به تأثیر شبکه‌های اجتماعی در سلامت اجتماعی تصریح کرده است شبکه‌های اجتماعی عامل پرورش روحیه مشارکت، درگیری افراد در فرایندهای اجتماعی، سپری کردن اوقات فراغت، مشارکت در نقش‌های اجتماعی و شغلی و گرایش به فعالیت‌های مذهبی به حساب می‌آیند. با ایجاد فرصت مشارکت افراد در رویدادهای اجتماعی، نقش‌هایی شغلی و خانوادگی برای شهروندان تعریف و موجب می‌شود، سلامت اجتماعی آنان بهبود یابد (حاتمی، ۱۳۸۹ و راد؛ محمدزاده و محمدزاده، ۱۳۹۵، ص. ۱۴۸). سلامت اجتماعی؛ با سلامتی انفرادی عجین شده؛ بدین معنی که، افرادی سلامت اجتماعی دارند؛ که نقش‌های اجتماعی را خوب ایفا نموده و با جامعه و هنجارهای اجتماعی، احساس پیوند کنند (همتی؛ مهدوی و بقایی‌سرابی، ۱۳۹۲، ص. ۴۶). سلامت اجتماعی در گرو شناخت افراد از چگونگی عملکردشان در اجتماع و کیفیت روابطشان با دیگران، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی است (Larson, 1993; Larson, 1996). به اعتقاد کیبیز و شاپیرو (۲۰۰۴)، خویشاوندان، روابط و تجارب



مشترکند؛ که به زندگی غنا و معنا می‌بخشند. از این رو، توانایی فرد در تعامل با دیگران و اجتماع برای ایجاد روابط رضایت‌بخش و تحقق نقش‌های اجتماعی، سلامت اجتماعی، نام گرفته است. کییز و شاپیرو (۲۰۰۴)، با بیان اینکه بهزیستی، اساس و بنیان اجتماعی دارد، سلامت اجتماعی را ارزیابی شرایط و عملکرد فرد در جامعه دانسته و تأکید کرده است عملکرد اجتماعی خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت جسمی و روانی است. به گفته وی؛ بین سلامت اجتماعی با رفتارهای اجتماع پسند، مسئولیت‌پذیری و جایگاه اجتماعی رابطه مثبتی وجود دارد (سام آرام، ۱۳۸۸). به پیشنهاد وی؛ سلامت اجتماعی از پنج جزء شکوفایی اجتماعی، مشارکت، پیوستگی، انسجام و پذیرش اجتماعی تشکیل شده و منشأ آن؛ ارزیابی فرد از نحوه نگرش و ارتباطش با جامعه است. سلامت اجتماعی؛ هنگامی محقق می‌شود که خانواده‌ها و افراد از سلامت نسبی برخوردار باشند، احساس مسئولیت کنند و سعادت خود را در سلامت اجتماع ببینند. به عبارتی، از نظر اجتماعی، فرد سالم زمانی عملکرد خوبی دارد که اجتماع را مجموعه‌ای معنادار، قابل فهم و بالقوه برای شکوفایی بداند، احساس کند متعلق به گروه‌های اجتماعی خودی است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهیم بداند (Keyes & Shapiro, 2004, p. 352). سلامت اجتماعی به معنای زندگی کردن برای درک ظرفیت‌های طبیعی و ایجاد نوعی وحدت و انسجام اجتماعی است که در مقابله با فشارهای روانی نقش محافظتی دارد و از افراد در مقابل فشارهای زندگی اجتماعی حمایت می‌کند (زکی و خشوعی، ۱۳۹۲؛ صبوری، ۱۳۹۰، صص. ۱۹ و ۲۰). مجموع آراء یادشده درباره سلامت اجتماعی در قالب سه رویکرد قابل طرح است:

- ۱- سلامت اجتماعی؛ شامل سلامت فردی همراه با سلامت جسمی و روانی است: مانند: تعاریف لارسن (۱۹۹۳)، کییز و شاپیرو (۲۰۰۴)، اوستون و جیکوب (ابراهیم‌پور؛ پورجیلی و رضانی‌مقانی، ۱۳۹۱).
- ۲- سلامت اجتماعی مبین شرایط اجتماعی سلامت‌بخش است.
- ۳- سلامت اجتماعی مبین جامعه سالم شامل تعاریف راسل (۱۹۷۳) و ائتلاف جماعت‌های سالم انتاریو (۲۰۰۳) است (سمیعی و دیگران، ۱۳۸۹، صص. ۳۳-۳۹).

۵-۱-۲. سرمایه اجتماعی

کلمن (Carrillo Álvarez & Riera Romani, 2017; Josten, 2004; Schnur,)



2005)؛ سرمایه اجتماعی^۱ را منبع اجتماعی و ساختاری می‌داند که دارایی و سرمایه افراد محسوب می‌شود. به اعتقاد وی (Portes, 1998)، سرمایه اجتماعی با کارکردش تعریف می‌شود. سرمایه اجتماعی شیء واحدی نیست؛ بلکه، چیزیست که دو ویژگی مشترک شامل جنبه‌ای از ساخت اجتماعی و تسهیل کنش‌های خاص کنشگران را دارد (Coleman, 1988, p. 409). سرمایه اجتماعی؛ نه در افراد و نه در ابزار فیزیکی تولید؛ بلکه در بین و درون ساختار روابط کنشگران وجود دارد. بیشتر در نظر کلمن سرمایه اجتماعی به‌عنوان منبعی برای اشخاص معرفی می‌شود (پاتنام و دیگران، ۱۳۸۹، صص. ۴۹ و ۵۰). فوکویاما (Fukuyama, 2000; Fukuyama, 2002)، سرمایه اجتماعی را مجموعه‌ای از هنجارها و ارزش‌های غیررسمی می‌داند که اعضای گروهی در آن سهیمند؛ اما، پاتنام (۲۰۰۱ و ۱۹۹۴)، سرمایه اجتماعی را ویژگی اجتماعی نهادها مانند اعتماد، هنجارها و شبکه‌های اجتماعی تعریف کرده و معتقد است سرمایه اجتماعی محصول دیگر فعالیت‌های اجتماعی است؛ که در پیوندها، هنجارها و اعتمادها شکل می‌گیرد و از شرایطی به شرایط دیگر منتقل می‌شود (پاتنام، ۱۳۹۲). بوردیو^۲ (کاظمی و ملکان، ۱۳۹۵، به نقل از: وینتر، ۲۰۰۰)، سرمایه‌های اجتماعی فیزیکی و انسانی را از انواع سرمایه‌های جامعه دانسته و تأکید کرده است برخی از سرمایه‌ها، با فراهم شدن شرایط به سرمایه فیزیکی تبدیل می‌شوند. وی (Bourdieu, 1986, p. 249) سرمایه اجتماعی؛ منابع واقعی و بالقوه حاصل شبکه‌های بادوام از روابط کم‌وبیش نهادینه شده است. نگرش بوردیو به سرمایه اجتماعی، نگاه ابزاری است که به هر نوع قابلیت، مهارت و توانایی گفته می‌شود؛ که فرد می‌تواند به‌صورت انتسابی و اکتسابی به آن دست یابد و در روابطش با گروه‌ها و افراد برای پیشبرد موقعیت خود استفاده کند (Turner & Turner, 1978, p. 495).

۵-۲. مبانی نظری

سرمایه اجتماعی در توسعه جوامع نقش مؤثری دارد و از عوامل زیربنایی حرکت جامعه به سمت توسعه از جمله رشد سلامت اجتماعی است. ویلکنسون (Wilkinson, 2020)، در سال ۱۹۹۶، مفهوم سرمایه اجتماعی را وارد حوزه سلامت عمومی کرد. وی اعتقاد داشت بین اعتماد اجتماعی و مرگ‌ومیر در ایالات متحده ارتباط تنگاتنگی برقرار است (امینی‌ارانی؛ موسوی و رفیعی، ۱۳۹۰، ص. ۲۰۸). اعتماد؛ از

1. James Coleman
2. Bourdieu



شاخصه‌های سرمایه اجتماعی است که به‌طور عینی در محدوده کوچک‌تری قابل اندازه‌گیری است. اعتماد؛ پدیده‌ای ارتباطی و به‌معنای امید فرد یا نهاد به کارآمدی و انصاف است که می‌تواند همکاری‌ها را افزایش و میل به همکاری را گسترش دهد؛ اعتماد و وابستگی اجتماعی را تقویت کند و به دو نوع اعتماد عمودی و افقی در سطوح نهادی و مردمی تقسیم شود. در حوزه سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی؛ اعتماد، عنصر مرکزی برای کنش متقابل بیماران و کارکنان است؛ به‌گونه‌ای که، بیمار تمایل دارد کارکنان بهداشتی از نظر تکنیکی، کلینکی و کیفیت روابط بین شخصی شایسته باشند و او به‌عنوان یک شخص مورد توجه باشد، نه بیمار. بر خورد چهره‌به‌چهره با کارکنان حوزه بهداشتی این رابطه اعتمادآمیز را ایجاد یا مختل می‌کند (نامور، ۱۳۸۸). بررسی‌ها نشان می‌دهد سرمایه اجتماعی به‌عنوان یکی از تعیین‌کننده‌های سلامت اجتماعی مطرح است. بر اساس یافته‌های محققان (فقهی فرهمند و زنجانی، ۱۳۹۰)، تمامی ابعاد سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی رابطه معنادار دارد. بین سلامت اجتماعی و متغیرهای اعتماد اجتماعی، تعهد اجتماعی، مسئولیت اجتماعی رابطه مستقیم وجود دارد (زکی و خشوعی، ۱۳۹۲). در این خصوص امینی‌رانی؛ موسوی و رفیعی (۱۳۹۰)، گفته‌اند رابطه معنی‌داری بین سرمایه اجتماعی و متغیرهای فقر، رشد جمعیت، خشونت، باسواد، بیکاری و پوشش بیمه‌ای به‌عنوان شاخص‌های سلامت اجتماعی وجود دارد. در یک بررسی دیگر، کاواچی و همکارانش (۲۰۰۸)، به نتیجه رسیدند افرادی که در جوامعی با سرمایه اجتماعی پایین زندگی می‌کنند، به احتمال زیاد، رتبه پایین‌تر از لحاظ شاخص تندرستی دارند؛ حتی پس از کنترل عوامل خطر ساز فردی مانند درآمد و آموزش پایین، عدم دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی، استعمال دخانیات و چاقی. همچنین، ریچارد ویلکینسون (کراهی‌مقدم، ۱۳۸۵)، بر آن است جوامع برخوردار از مراقبت‌های بهداشتی برابر، از سرمایه اجتماعی بیشتری بهره‌مندند. به‌عبارت‌دیگر، سرمایه اجتماعی با میزان جرائم خشونت‌آمیز نسبت معکوس دارد. هر اندازه سرمایه اجتماعی پایین‌تر باشد، جرایم بیشتر است (زنجانی‌زاده؛ صالح‌آبادی و جعفریان یزدی، ۱۳۹۴). خلاصه اینکه، رابطه سرمایه اجتماعی و پیامدهای سلامتی به‌شدت مورد توجه محققان بوده است. پژوهش‌های متعددی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی شامل میزان مرگ‌ومیر، اختلال‌های روانی، رفتارهای بهداشتی، امنیت غذایی و احساس رضایتمندی و رفاه را نشان می‌دهد.

۶. روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع فراتحلیل کمی (CMA2) است که در سال ۱۴۰۰ اجرا شده است. فراتحلیل با مرور نظام‌مند بر پژوهش‌های قبلی، درصد برآورد میزان اندازه اثر متغیرهای مستقل بر وابسته است. روش پژوهش حاضر مراحل: ۱- سرچ کلیدواژه «سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی»؛ ۲- گردآوری مقالات از پایگاه نورمگز، مگ‌ایران؛ علم‌نت و پایگاه جهاد دانشگاهی؛ ۳- غربالگری و گزینش مقالات دارای شرایط ملاک ورود (وجود ضریب همبستگی، حجم نمونه، سطح معنی‌داری، روایی و پایایی پژوهش، پیمایش و استفاده از ابزار پرسشنامه)؛ ۴- ورود به نرم‌افزار و ۵- برآورد اندازه اثر پژوهش؛ سوگیری انتشار و متغیرهای میانجی (تعدیل‌گر) را طی کرده است. جامعه آماری پژوهش ۱۵ مورد که ۱۲ پژوهش بعد از کنترل روشی و غربالگری (دارا بودن ملاک‌های ورود) به روش هدفمند انتخاب شدند. درنهایت با استفاده از فرمول فیشر و کوهن در نرم‌افزار فراتحلیل اندازه اثر نهایی هر پژوهش و اثر نهایی کل (Effect Size) برآورد شده است. برای تشخیص همگنی یا ناهمگنی، از نمودار کیفی و آزمون Q استفاده شده و بعد از اثبات فرض ناهمگونی بین مطالعات از متغیر تعدیل‌گر (زمینه‌ای) برای سنجش میزان اثر سرمایه اجتماعی بر سلامت اجتماعی استفاده شده است؛ بنابراین، فراتحلیل پژوهش حاضر شامل مراحل زیر است:

مرحله اول: تعریف موضوع پژوهش: موضوع این پژوهش تبیین رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی با استفاده از رویکرد فراتحلیل است.

مرحله دوم: جمع‌آوری نظام‌مند مطالعات قبلی درباره موضوع پژوهش. در این مرحله، مطالعات پیشین درباره موضوع گردآوری شد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه پژوهش‌های انجام‌شده در ایران درباره رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی تا پایان سال ۱۴۰۰ تشکیل می‌دادند؛ که در یکی از پایگاه‌های اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (SID)، مجلات تخصصی نور (Noormags)، مرکز اسناد و مدارک علمی ایران (Irاندو)، بانک اطلاعات نشریات کشور (Magiran)، نمایه شده باشند. این تعداد؛ قبل از غربالگری، ۱۵ مطالعه را شامل می‌شده است.

مرحله سوم: غربال مطالعات و گزینش مطالعات مناسب. جهت غربال‌گیری مطالعات، ۱۲ سند پژوهشی؛ که ملاک‌های انتخاب مانند ضریب همبستگی و حجم نمونه را داشتند، گزینش و برای ترکیب کمی نتایج و به‌دست آوردن نتیجه واحد احصا شدند.



مرحله چهارم: گردآوری اطلاعات. فهرست اطلاعات مطالعات استخراجی؛ شامل موارد زیر است؛

- ۱- اطلاعات عمومی شامل: نام نویسنده(ها)، سال انتشار و جامعه آماری،
 - ۲- اطلاعات مربوط به متغیرهای پژوهش شامل ضریب همبستگی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی،
 - ۳- حجم نمونه و شیوه نمونه‌گیری. در این مرحله، علاوه بر گردآوری، داده‌ها کدبندی و برای مرحله بعدی در نرم‌افزار CMA وارد گردیده است.
- مرحله پنجم: محاسبه اندازه اثر^۱. روش اصلی فراتحلیل مبتنی بر ترکیب نتایج است؛ که پس از تبدیل داده‌ها به شاخص^۲ و برآورد اندازه اثر، مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این پژوهش، داده‌ها با استفاده از رویکرد هانتز و اشمیت^۳، به شاخص^۴ تبدیل شد. برای تحلیل داده‌ها، مفروضات فراتحلیل بررسی گردید؛ به نحوی که با نمودار کیفی^۵ و همبستگی رتبه‌ای بگ و مزومدار^۶؛ خطای انتشار^۷ و با آزمون^۸؛ ناهمگونی^۹ مطالعات بررسی شد. با توجه به ناهمگونی مطالعات، از مدل اثرات تصادفی^{۱۰}، برای ترکیب نتایج و اخذ اندازه اثر استفاده شد. در محاسبات این مدل، تغییرهای مؤلفه در مطالعات نیز در نظر گرفته شد؛ بنابراین، نتایج حاصل از مدل اثرات تصادفی در شرایط ناهمگنی؛ قابلیت تعمیم بیشتر نسبت به مدل اثرات ثابت دارد. برای تفسیر نتایج، از نظام تفسیری کوهن^{۱۱} استفاده گردید. همه این عملیات با استفاده از نسخه دوم نرم‌افزار جامع فراتحلیل^{۱۲} و به روش ترکیب تصادفی اندازه اثر انجام شد. در جدول ۲، خلاصه مطالعات پیرامون رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی دیده می‌شود.



-
1. Effect size
 2. Hunter&Schmidt
 3. Funnel plot
 4. Begg and Mazumdar rank correlation
 5. Publication bias
 6. Q tset for heterogeneity
 7. Random effect model
 8. Cohen
 9. Comperhensive Meta-Analysis-V2

جدول (۲): خلاصه اطلاعات جمع آوری شده

ضریب همبستگی	نوع پژوهش	جامعه آماری	محقق و سال
-۰,۵۴	پیمایش	۳۰ استان کشور	امینی رارانی؛ موسوی و رفیعی (۱۳۹۰)
۰,۶۶	پیمایش	تبریز	فقهی فرهمند و زنجانی (۱۳۹۰)
۰,۴۹۲	پیمایش	معلمان همدان	هزارجریبی و مهری (۱۳۹۱)
۰,۶۶	پیمایش	دانشجویان دانشگاه پیام نور مشهد	شربتیان (۱۳۹۱)
۰,۴۳۰	پیمایش	دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان	نیکورز و یزدان پناه (۱۳۹۴)
۰,۳۶	پیمایش	جوانان ۱۸ تا ۳۰ ساله شهر قائن	شربتیان (۱۳۹۴)
۰,۶۶۰	پیمایش	زنان منطقه چهار تهران	شربتیان و امینی (۱۳۹۶)
۰,۵۹۹	پیمایش	زنان شهر یزد	افشانی و شیرینی محمدآباد (۱۳۹۶)
۰,۷۴۰	پیمایش	دانش آموزان متوسطه دوم بابلسر	همتی راد و دیگران (۱۳۹۷)
۰,۳۹۰	پیمایش	شهروندان شهر کاشان	سخایی (۱۳۹۷)
۰,۶۱۸	پیمایش	شهروندان شهر مشهد	ابراهیمی؛ حسنی درمیان و افشانی (۱۳۹۷)
۰,۵۵۰	پیمایش	دانش آموزان منطقه پنج تهران	مطلبی و دیگران (۱۳۹۹)

۷. یافته‌های پژوهش

۷-۱. اندازه اثر کلی سرمایه اجتماعی بر سلامت اجتماعی

پس از ورود اطلاعات مرتبط به جدول چک‌لیست، ابتدا اقدام به محاسبه اندازه اثر



برای تک تک مطالعات به صورت تفکیکی شده است. در جدول (۳)، اندازه اثر تفکیکی پژوهش‌ها مبتنی بر یک مقیاس مشترک برآورد شده است.

جدول (۳): خلاصه اطلاعات مربوط به فرا تحلیل بر روی پژوهش‌های نمونه

ردیف	محقق و سال	اندازه اثر	حد پایین	حد بالا	Z-Value	P-Value
۱	امینی‌رانی؛ موسوی و رفیعی (۱۳۹۰)	۰,۵۴-	۰,۵۵۳-	۰,۵۲۷-	-۶۶,۱۷۴	۰,۰۰۱
۲	فقهی فرهمند و زنجانی (۱۳۹۰)	۰,۶۶	۰,۵۹۹	۰,۷۱۴	۱۵,۲۹۱	۰,۰۰۱
۳	جعفر هزارجریبی و مهری (۱۳۹۱)	۰,۴۹۲	۰,۴۱۱	۰,۵۶۵	۱۰,۳۹۰	۰,۰۰۱
۴	شربتیان (۱۳۹۱)	۰,۶۶۰	۰,۵۹۹	۰,۷۱۴	۱۵,۲۹۱	۰,۰۰۱
۵	شربتیان (۱۳۹۴)	۰,۳۶۰	۰,۲۷۲	۰,۴۴۲	۷,۵۰۹	۰,۰۰۱
۶	نیک‌ورز و یزدان‌پناه (۱۳۹۴)	۰,۴۳۰	۰,۳۴۴	۰,۵۰۹	۸,۸۷۰	۰,۰۰۱
۷	شربتیان و امینی (۱۳۹۶)	۰,۶۶۰	۰,۶۰۰	۰,۷۱۳	۱۵,۴۹۵	۰,۰۰۱
۸	افشانی و شیرینی محمدآباد (۱۳۹۶)	۰,۵۹۹	۰,۵۱۹	۰,۶۶۸	۱۱,۶۷۵	۰,۰۰۱
۹	همتی‌راد و دیگران (۱۳۹۷)	۰,۷۴۰	۰,۶۹۲	۰,۷۸۱	۱۸,۹۳۸	۰,۰۰۱
۱۰	سختانی (۱۳۹۷)	۰,۳۹۰	۰,۳۱۵	۰,۴۶۱	۹,۳۶۳	۰,۰۰۱
۱۱	ابراهیمی؛ حسینی‌درمیان و افشانی (۱۳۹۷)	۰,۶۱۸	۰,۵۵۲	۰,۶۷۶	۱۴,۰۸۸	۰,۰۰۱
۱۲	مطلبی و دیگران (۱۳۹۹)	۰,۵۵۰	۰,۴۵۷	۰,۶۳۱	۹,۷۱۹	۰,۰۰۱

طبق جدول (۳)، در همه مطالعات مورد بررسی، ارتباط سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی با اطمینان درصد معنادار بوده و بزرگترین مقدار اندازه اثر مربوط به مطالعه (همتی‌راد و دیگران، ۱۳۹۷) و کوچکترین مقدار اندازه اثر مربوط به مطالعه (شربتیان، ۱۳۹۴) است.

۲-۷. بررسی همگونی یا ناهمگونی مطالعات تحت بررسی سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی

یکی از مفروضات اصلی فرا تحلیل، آزمون همگنی مطالعات می‌باشد که به منظور بررسی این مفروضه آزمون Q به کار گرفته می‌شود. نتایج حاصل از بررسی این آزمون در جدول ذیل ارائه شده است.



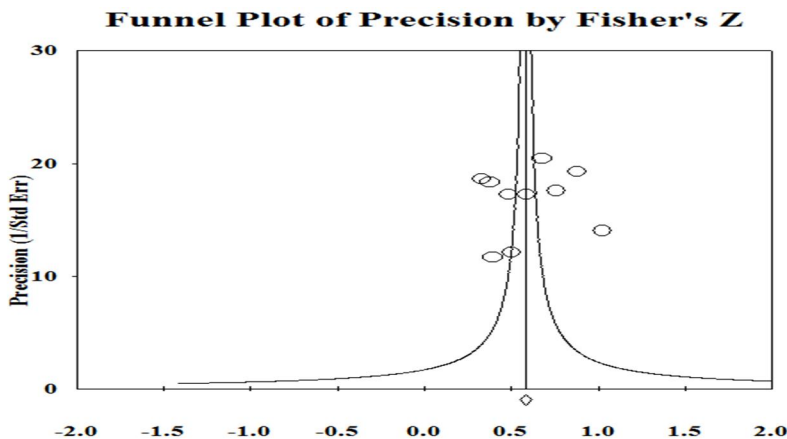
جدول (۴): نتایج حاصل از آزمون Q

شاخص آماری	مقدار آزمون (Q)	درجه آزادی (Df)	سطح معنی‌داری (P-Value)	(I ²)I-Squared
نتایج	۴۸۷۹,۲۹۲	۱۱	۰,۰۰۱	۹۹,۷۷۵

با توجه به نتایج حاصل از آزمون ($Q = 4879.292, P < 0.01$)، با اطمینان ۹۹٪، فرض ناهمگونی پژوهش‌ها تأیید می‌شود. نتایج ضریب مجذور I نیز مؤید این مطلب است حدوداً ۹۳ درصد از تغییرهای کل مطالعات به ناهمگنی مطالعات مربوط است؛ بنابراین، ترکیب نتایج پژوهش با مدل آثار ثابت موجه نیست و باید از مدل اثرات تصادفی استفاده کرد. این آزمون نشان می‌دهد رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی، به لحاظ ویژگی‌ها و مشخصات مطالعات متفاوت‌اند و در این وضعیت، باید از متغیرهای تعدیل‌گر برای تعیین واریانس و محل تفاوت‌ها استفاده کرد.

بررسی مفروضه خطای (تورش) انتشار

بررسی خطای انتشار، از دیگر بخش‌های فراتحلیل است که ناشی از انتشار پژوهش‌های چاپ‌شده و عدم انتشار پژوهش‌های چاپ‌شده و انواع خطاها است. به عبارتی، یکی از مشکلاتی که موجب مخدوش شدن اعتبار نتایج فراتحلیل می‌شود عدم دسترسی محقق به تمام مطالعاتی است که در فاصله زمانی خاص در موضوع مورد بررسی انجام شده است. برای بررسی این مفروضه؛ از نمودار کیفی، روش رگرسیون و اگر روش همبستگی رتبه‌ای بگ و مزومدار استفاده شده و نتایج در ادامه ارائه شده است. نمودار کیفی از رایج‌ترین روش‌ها برای بررسی خطای انتشار است.



نمودار (۱): نمودار کیفی به منظور بررسی خطای انتشار



نتایج نمودار کیفی وارونه، تداعی کننده تقارن نسبی مطالعات انجام شده است؛ اما، در این باره نمی‌توان به‌صراحت قضاوت کرد و باید، از روش رگرسیونی خطی اگر، آزمون همبستگی بگ و مزومدار و N ایمن از خطا استفاده کرد. در این شیوه، فرض صفر (H_0)، مبین متقارن بودن نمودار و عدم سوگیری انتشار است؛ درحالی‌که فرض خلاف (H_1)، مبین عدم تقارن نمودار کیفی و سوگیری انتشار است. نتایج این روش‌ها در جدول (۵)، نشان داده شده است.

جدول (۵): نتایج بررسی روش‌های همبستگی رتبه‌ای بگ و مزومدار و رگرسیون اگر

آزمون	مقدار ضریب کندال (τ)	Z-Value	(P-Value)
همبستگی بگ و مزومدار	-۰,۰۱۵	۰,۰۶۸	۰,۹۴۵
رگرسیون اگر	برش (B)	t-Value	(P-Value)
	۲,۰۳۷	۱,۲۷۳	۰,۰۶۲

طبق جدول فوق، مقدار ضریب کندال با $-۰,۰۱۵$ برابر شده؛ که با توجه به مقدار معناداری ($P = ۰,۹۴۵$)، فرض صفر مبنی بر متقارن بودن نمودار کیفی و عدم سوگیری انتشار تأیید می‌گردد؛ همچنین، بر اساس نتایج رگرسیون خطی اگر، برش با ($۲,۰۳۷$) و فاصله اطمینان ۹۵ درصد با $۱,۲۷۳$ ، برابر است. سطح معنی‌داری این آزمون نیز بزرگ‌تر از $۰,۰۵$ است؛ بنابراین، فرض صفر مبنی بر متقارن بودن نمودار کیفی و عدم سوگیری انتشار هم تأیید می‌شود. پس از بررسی مفروضات فرا تحلیل و تعیین مدل اثر تصادفی برای ترکیب نتایج و گزارش اندازه اثر، در جدول (۶)، گزارش اندازه اثر مطالعات انجام شده در مدل تصادفی ارائه شده است.

جدول (۶): نتایج حاصل از اندازه اثر مطالعات رابطه بین سرمایه با سلامت اجتماعی

متغیرها	تعداد مطالعات	اندازه اثر (r)	حد پائین	حد بالا	Z-Value	P-Value
رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی	۱۲	۰,۴۹۷	۰,۰۷۴	۰,۷۶۸	۲,۲۶۷	۰,۰۲۳

داده‌های جدول (۶)، نشان می‌دهد میانگین اندازه اثر سرمایه اجتماعی (اثرات ترکیبی تصادفی)، بر سلامت اجتماعی در نمونه مورد پژوهش معادل $۰,۴۹۷$ است. چون این اندازه اثر در محدوده اطمینان است، باید گفت سرمایه اجتماعی بر سلامت اجتماعی اثرگذار است. برآورد نقطه‌ای به‌دست آمده ($۰,۴۹۷$)، بر مبنای معیار کوهن از اثر در حد متوسط رو به بالا حکایت دارد. در مجموع باید گفت: سرمایه اجتماعی در سطح متوسط



رو به بالایی بر سلامت اجتماعی مؤثر است. با توجه به ناهمگونی مطالعات و تصدیق مفروضات فراتحلیل؛ برای تعیین این ناهمگنی، از متغیر تعدیل‌گر استفاده شد، تا بتوان به تعیین واریانس مطالعات پرداخت. در این پژوهش، واحد تحلیل، محدوده جغرافیایی مطالعات و سال انجام مطالعات به‌عنوان متغیر تعدیل‌گر در نظر گرفته شد.

۳-۷. برآورد اندازه اثر متغیرهای تعدیل‌گر - زمینه‌ای بر سلامت اجتماعی به روش فراتحلیل کمی

۱-۳-۷. بررسی نقش تعدیل‌کنندگی متغیرهای واحد تحلیل و محدوده جغرافیایی

نتایج بررسی نقش تعدیل‌کنندگی واحد تحلیل و محدوده جغرافیایی به شرح جدول (۷) است.

جدول (۷): بررسی نقش تعدیل‌کنندگی متغیرهای واحد تحلیل و محدوده جغرافیایی

مدل اثرات تصادفی			تعداد اندازه اثر	واحد تحلیل	متغیر تعدیل‌گر
P-Value	Z-Value	اندازه ترکیبی			
۰,۸۹۴	۰,۱۳۴	۰,۰۹۳	۲	کلان	واحد تحلیل
۰,۰۰۱	۱۰,۲۰۶	۰,۵۶۲	۱۰	خرد	
۰,۰۰۱	-۶۶,۱۷۴	-۰,۵۴۰	۱	کل کشور (ملی)	محدوده جغرافیایی
۰,۰۰۱	۱۸,۹۳۸	۰,۷۴۰	۱	شمال	
۰,۰۰۱	۶,۵۲۳	۰,۵۷۷	۳	شرق	
۰,۰۰۱	۶,۸۳۸	۰,۵۵۶	۴	مرکز	
۰,۰۰۱	۵,۲۴۰	۰,۵۸۲	۲	غرب	
۰,۰۰۱	۷,۵۰۹	۰,۳۶۰	۱	جنوب	

نتایج بررسی متغیر واحد تحلیل به‌عنوان متغیر تعدیل‌گر حاکی است: در سطح خرد اندازه اثر در مدل تصادفی ۵۶۲ و در سطح کلان ۰,۰۹۳ است؛ که اندازه اثر در سطح کلان معنادار نیست؛ اما در سطح خرد معنادار است. به‌عبارت‌دیگر، در دو مطالعه‌ای که واحد تحلیل آن فرد نبوده، اثر سرمایه اجتماعی بر سلامت اجتماعی معنادار نشده و سلامت اجتماعی متأثر از سرمایه اجتماعی نبوده؛ اما در پژوهش‌هایی

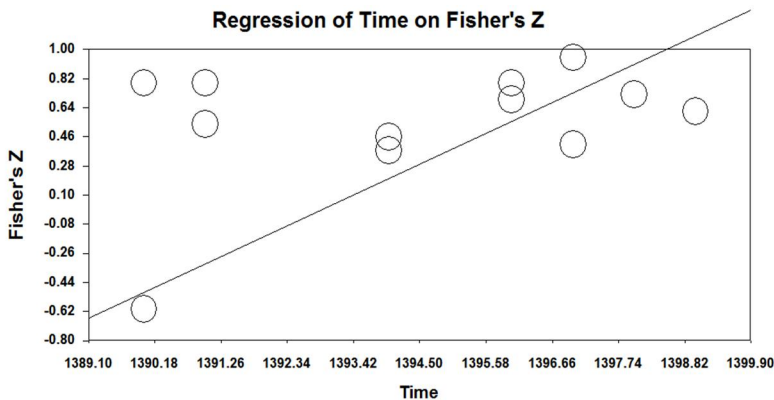




که واحد تحلیل فرد بوده، سرمایه اجتماعی بر سلامت اجتماعی تأثیر معناداری داشته است. همچنین نتایج بررسی نقش متغیر محدوده جغرافیایی به عنوان متغیر تعدیل گر گواهدست: تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت اجتماعی در همه محدوده های جغرافیایی معنادار است. همان طور که ملاحظه می شود؛ تأثیر پذیری سلامت اجتماعی از سرمایه اجتماعی در شمال کشور بیشتر از سایر مناطق بوده و در مقابل؛ در جنوب کشور، سلامت اجتماعی کمتر از سرمایه اجتماعی متأثر بوده است. نکته جالب توجه اینکه، در پژوهشی که در کل کشور انجام شده، سرمایه اجتماعی بر سلامت اجتماعی تأثیر کاهنده ای دارد.

۷-۳-۲. بررسی نقش تعدیل کنندگی متغیر سال انجام مطالعات

برای بررسی نقش تعدیل کنندگی متغیر سال انجام مطالعات از فرارگرسیون استفاده شده است.



نمودار (۲): فرارگرسیون برای بررسی نقش تعدیل کنندگی سال انجام مطالعات

با توجه به مثبت بودن شیب خط رگرسیونی در نمودار پراکنش؛ متغیر سال انجام مطالعات، در رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی نقش تعدیل کنندگی دارد. به عبارتی، به موازات گذر زمان، شدت رابطه مستقیم بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی بیشتر می شود. به موازات گذر زمان، تأثیر پذیری سلامت اجتماعی از سرمایه اجتماعی بیشتر شده است.

نتیجه گیری

هدف این پژوهش تبیین رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی با رویکرد

فرا تحلیل است. با فراتحلیل رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی مشخص شد اندازه اثر سازه سرمایه اجتماعی بر سلامت اجتماعی، معادل ۰,۴۹۷ درصد است که بر مبنای نظام تفسیری کوهن، مبین اندازه اثری در سطح متوسط رو به بالا و در محدوده اطمینان است. به عبارتی، متغیر سرمایه اجتماعی عامل مؤثری در توسعه سلامت اجتماعی محسوب می‌شود. در مقایسه با اندازه اثر به دست آمده، ۸ مطالعه؛ اندازه اثر بالاتر از ضریب و ۴ پژوهش اندازه اثری پایین‌تر از آن کسب کرده‌اند. بر آورد اندازه اثر ترکیبی در پژوهش‌های برگزیده، نشان داد سرمایه اجتماعی؛ چه میزان، بر سلامت اجتماعی اثر دارد؛ اما، امکان تبیین تفاوت در اندازه اثر پژوهش‌های مختلف وجود ندارد. به این خاطر؛ برای شناسایی منابع واریانس بین مطالعات و میزان اثرگذاری احتمالی آنها بر بر آورد اولیه اندازه اثر ترکیبی؛ سه متغیر «واحد تحلیل»، «محدوده جغرافیایی» و «سال انجام مطالعات» به عنوان متغیرهای تعدیل‌گر انتخاب شدند. نتایج بررسی واحد تحلیل به عنوان متغیر تعدیل‌گر نشان داد در دو مطالعه‌ای که واحد تحلیل فرد نبوده، تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت اجتماعی معنادار نشده و سلامت اجتماعی متأثر از سرمایه اجتماعی نبوده است؛ اما، در دیگر مطالعات که واحد تحلیل فرد بوده، سرمایه اجتماعی تأثیر معناداری بر سلامت اجتماعی داشته است. نتایج محدوده جغرافیایی به عنوان متغیر تعدیل‌گر نشان داد تأثیرپذیری سلامت اجتماعی از سرمایه اجتماعی در شمال کشور بیشتر از سایر مناطق بوده و در مقابل، در جنوب کشور، سلامت اجتماعی کمتر از سرمایه اجتماعی متأثر بوده است. نتایج زمان انجام مطالعات به عنوان متغیر تعدیل‌گر نشان داد با طولانی شدن زمان، رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی تعمیق می‌یابد. به موازات گذر زمان، تأثیرپذیری سلامت اجتماعی از سرمایه اجتماعی بیشتر می‌شود. یافته‌ها نشان داد میزان اثر سرمایه اجتماعی بر سلامت اجتماعی تحت تأثیر شرایط اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی هر دوره زمانی متفاوت است. بنابراین؛ شرایط اجتماعی به سرمایه اجتماعی وزن می‌دهد تا بر سلامت، بیشتر یا کمتر اثر گذارد. بر اساس نتایج این پژوهش؛ بهره‌مندی از پارامترهای اساسی سرمایه اجتماعی و تقویت متغیرهای آن شامل اعتماد اجتماعی، تعهد اجتماعی، مسئولیت اجتماعی از پیش شرط‌های اساسی در سلامت اجتماعی افراد و توسعه همه‌جانبه و پایدار جوامع است. نتایج پژوهش حاکیست در مجموع مطالعات؛ بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی با شدت نسبتاً قوی رابطه معنادار و مثبت وجود دارد؛ بنابراین می‌توان گفت، سرمایه اجتماعی به عنوان منبعی برای دستیابی به اهداف، اجرای طرح‌های



اجتماعی را تسهیل می‌کند. این پدیده، از تأثیر نهادهای اجتماعی، روابط انسانی، هنجارهای کمی و کیفی تعاملات اجتماعی جامعه نشئت گرفته است. در نتیجه این تعاملات، بهره‌مندی از پارامترهای اساسی سرمایه اجتماعی، یکی از پیش شرط‌های سلامت اجتماعی و رشد و توسعه همه‌جانبه است و مسائل بهداشتی و خود اثربخشی بهداشتی، فارغ از ویژگی‌های بافت اجتماعی فرد، رخ نمی‌دهد. به عبارت بهتر، سلامت اجتماعی در خلأ اجتماعی - فرهنگی، سیاسی و اقتصادی محقق نمی‌شود و یکی از این تعیین‌کننده‌های اجتماعی، سرمایه اجتماعی است. سرمایه بالای اجتماعی، قدرت و مسئولیت افراد را توسعه می‌دهد.

کلمن (Carrillo Álvarez & Riera Romaní, 2017; Josten, 2004; Schnur, 2005)، در تأیید یافته‌های پژوهش حاضر، از سرمایه اجتماعی به عنوان منبع دارایی و سرمایه افراد یاد و تأکید می‌کند سرمایه اجتماعی، نه در افراد و نه در ابزار فیزیکی تولید، که در بین و درون ساختار نیز وجود دارد. فوکویاما (۲۰۰۰، ۲۰۰۱)، نیز سرمایه اجتماعی را مجموعه‌ای از هنجارها و ارزش‌های غیررسمی می‌داند که اعضای گروهی در آن سهیم هستند. پاتنام (۲۰۰۱؛ ۱۹۹۴)، سرمایه اجتماعی را ویژگی اجتماعی نهادها تعریف و تصریح کرده است سرمایه اجتماعی محصول فعالیت‌های اجتماعی است؛ که در پیوندها، هنجارها و اعتمادها شکل می‌گیرد و از شرایطی به شرایط دیگر منتقل می‌شود. ویلکنسون (۲۰۲۰)، در سال ۱۹۹۶، با طرح مفهوم سرمایه اجتماعی در حوزه سلامت عمومی اعتقاد داشت بین اعتماد اجتماعی و مرگومیر در ایالات متحده ارتباط تنگاتنگی وجود دارد. به اعتقاد وی (کرراهی مقدم، ۱۳۸۵)، جوامع برخوردار از مراقبت‌های بهداشتی برابر، از سرمایه اجتماعی بیشتری بهره‌مندند. به عبارت دیگر، سرمایه اجتماعی با میزان جرایم خشونت‌آمیز نسبت معکوس دارد. هر اندازه سرمایه اجتماعی پایین‌تر باشد، جرایم بیشتر است (زنجانی‌زاده؛ صالح‌آبادی و جعفریان یزدی، ۱۳۹۴). فقهی‌فرهمند و زنجانی (۱۳۹۰) نیز رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی را معنادار خوانده و تأکید کرده‌اند همه ابعاد سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی رابطه معناداری دارند. به زعم زکی و خشوعی (۱۳۹۲)، بین سلامت اجتماعی و متغیرهای اعتماد اجتماعی، تعهد اجتماعی، مسئولیت اجتماعی رابطه مستقیمی وجود دارد. امینی‌رانی؛ موسوی و رفیعی (۱۳۹۰)، هم در مطالعه‌ای سرمایه اجتماعی در ۳۰ استان کشور را بررسی و نتیجه گرفته‌اند بین سرمایه اجتماعی و متغیرهای فقر، رشد جمعیت، خشونت، باسواد، بیکاری و پوشش بیمه‌ای به عنوان شاخص‌های سلامت اجتماعی رابطه معنی‌داری وجود دارد. به گفته آنان، ۳۰ درصد تغییرهای سلامت



اجتماعی با تغییرهای سرمایه اجتماعی قابل تبیین است. کواچی و همکارانش (۲۰۰۸)، نتیجه‌گیری کرده‌اند افرادی که در جوامعی با سرمایه اجتماعی پایین زندگی می‌کنند، به احتمال زیاد، رتبه پایین‌تر از لحاظ شاخص تندرستی دارند. به‌هرحال در دهه‌های اخیر، سرمایه اجتماعی با ایجاد حمایت و بسترسازی برای اعتمادبه‌نفس و احترام متقابل، دسترسی به خدمات بهداشتی را افزایش داده، فرایند جلوگیری از جرم را تسهیل کرده، امکان انتقال سریع اطلاعات پزشکی، الگوبرداری از هنجارهای رفتاری سلامت و کنترل اجتماعی بر رفتارهای انحرافی بهداشتی را ارتقاء بخشیده و در سلامت اجتماعی شهروندان نقش بسزایی ایفا کرده است؛ به‌گونه‌ای که مشارکت و اعتماد، دو وجه به‌هم‌پیوسته سرمایه اجتماعی‌اند که سلامتی و باورهای بهداشتی افراد را تحت تأثیر قرار داده‌اند. علاوه‌براین، سرمایه اجتماعی عموماً در سطح فردی نیز برای سلامت اجتماعی آثاری را به همراه دارد؛ به‌عنوان مثال، سرمایه اجتماعی با اثرگذاری بر نظام سیاسی و خط‌مشی عمومی، در وضع خط‌مشی‌های رفاهی و سلامتی نقش مؤثری دارد و بالعکس، نظام سیاسی با تأثیر بر اشکال و مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی، بر سلامت و رفاه عمومی اثر می‌گذارد. به‌علاوه، نظام سیاسی مستقیم و جداگانه از طریق وضع خط-مشی سلامت عمومی بر سلامت اجتماعی اثرگذار است. همچنین نابرابری اجتماعی و شکاف درآمدی به‌عنوان تعیین‌کننده‌های زمینه‌ای، مستقیم و غیرمستقیم بر سلامت اثرگذارند. نابرابری‌های اجتماعی؛ مستقیماً، بر دستیابی گروه‌های اجتماعی به خدمات سلامتی و غیرمستقیم، با میانجی‌گری سرمایه اجتماعی بر سلامت اجتماعی اثرگذارند. براین‌اساس، از یک‌سو، گسترش نابرابری اجتماعی با فرسایش سرمایه اجتماعی، کاهش اعتماد و انسجام اجتماعی بر سلامت اثر سو دارد و از سوی دیگر، سرمایه اجتماعی با کاهش فقر و نابرابری اجتماعی به ارتقاء سلامت می‌انجامد.

پیشنهادها

بررسی اسناد پژوهشی حاکی از کاربردی بودن همه پژوهش‌ها است؛ از این‌رو، سعی شده است راهکارها و پیشنهادهایی بر اساس یافته‌های پژوهش ارائه شود که مهمترین این پیشنهادها عبارت‌اند از:

- ❖ توجه به سرمایه اجتماعی با تأکید بر مؤلفه‌های مشارکت و اعتماد در برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های سلامت.
- ❖ استفاده از شبکه‌های اجتماعی برای سازگاری اجتماعی افراد و گروه‌ها با مشکلات سلامتی.



- ❖ بهبود سلامت اجتماعی با افزایش سرمایه اجتماعی و کمک نظام‌های آموزشی و تربیتی و آموزش‌های گروهی.
- ❖ توسعه اعتماد اجتماعی پایدار در جامعه به‌ویژه در میان نسل جوان و نوجوان نسبت به زندگی اجتماعی و جامعه.
- ❖ افزایش مشارکت پایدار اجتماعی با تدوین سیاست‌های اجتماعی و فرهنگی در دستگاه‌های دولتی و غیردولتی.
- ❖ ایجاد، تقویت و گسترش تعاملات اجتماعی با تدوین راهکارهای آموزشی، فرهنگی و اجتماعی در جامعه.
- ❖ نهادینه کردن ارزش‌های اجتماعی جهت تبیین بایددها و نبایدهای رفتاری در خانواده و جامعه و تقویت شاخص‌های سلامت اجتماعی.
- ❖ ایجاد و توسعه همکاری‌ها و مشارکت‌های بین‌بخشی برای ارتقا سلامت اجتماعی از سوی دستگاه‌های مربوط با اولویت وزارت بهداشت.
- ❖ مهندسی و هدفمندی برنامه‌های اجتماعی در سازمان‌ها برای پیشبرد اهداف و ارتقای سلامت اجتماعی.
- ❖ تلاش برای اجرای آزادی مطبوعات و قانون شفافیت اطلاعات برای تقویت سرمایه اجتماعی.
- ❖ تلاش در جهت کاهش هر گونه سوءاستفاده از بیت‌المال جهت ارتقا نقش سرمایه اجتماعی و اعتماد سازمانی.
- ❖ کاهش شکاف‌های دولت و مردم برای پُررنگ کردن نقش سرمایه اجتماعی در فرایند توسعه.
- ❖ تقلیل تصدی‌گری دولت و تفویض اختیارات در بخش‌های مختلف برای جلب مشارکت‌های مردمی.
- ❖ ایجاد و تقویت نهادهای اجتماعی و اعتماد بین مردم برای گسترش و تقویت نقش سرمایه اجتماعی در سلامت اجتماعی.
- ❖ گسترش نهادهای مدنی برای آگاهی‌بخشی از خدمات و کارهای ویژه دولتی جهت نهادینه‌سازی و تنظیم خواسته‌ها، امیدبخشی، جلوگیری از تنش، رواج الگوهای رقابت سالم سیاسی، اصلاح‌گری و وحدت‌بخشی برای ایجاد احساس تعلق خاطر مردم به حکومت برای تقویت نقش سرمایه اجتماعی در سلامت اجتماعی.
- ❖ رواج صداقت و صراحت در روابط اجتماعی برای تقویت مسئولیت‌پذیری و رفتارهای مبتنی بر اعتماد.

فهرست منابع

- ابراهیم‌پور، داود؛ پورجبللی، ربابه و رضانی‌ممقانی، روح‌انگیز (۱۳۹۱). بررسی رابطه عوامل اجتماعی - اقتصادی با سلامت اجتماعی دبیران مقطع راهنمایی و متوسطه شهرستان. *مطالعات جامعه‌شناسی*، ۵(۱۴)، ۴۷-۶۷.
- ابراهیمی، پژمان؛ حسنی‌درمیان، غلامرضا و افشانی، علیرضا (۱۳۹۷). رابطه سرمایه اجتماعی با ارتقای سلامت شهروندان شهر مشهد. *مطالعات فرهنگی/اجتماعی خراسان*، ۴۹(۱۳)، ۷-۳۴.
- افشانی، سیدعلیرضا و شیرمحمدآباد، حمیده (۱۳۹۶). نقش سرمایه اجتماعی در ارتقای سلامت اجتماعی زنان شهر یزد. *پژوهش‌نامه زنان*، ۲۲(۸)، ۱-۲۰.
- امینی‌رارانی، مصطفی؛ موسوی، میرطاهر و رفیعی، حسن (۱۳۹۰). رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی در ایران. *رفاه اجتماعی*، ۴۲(۱۱)، ۲۰۳-۲۲۸.
- پاتنام، رابرت؛ کلمن، جیمزسمیوئل؛ افه، کلاوس؛ بوردیو، پیر؛ فوکویاما، فرانسیس؛ پورتس، آلهندرو و ولکاک، مایکل (۱۳۸۹). *سرمایه اجتماعی: اعتماد، دموکراسی و توسعه*. ترجمه افشین خاکباز و حسن پویان، مصحح کیان تاج‌بخش، تهران: شیرازه.
- پاتنام، روبرت (۱۳۹۲). *دموکراسی و سنت‌های مدنی (سرمایه اجتماعی و سنت‌های مدنی در ایتالیای مدرن)*. ترجمه محمدتقی دلفروز، تهران: جامعه‌شناسان.
- پارک، جان‌اورت (۱۳۹۰). *درسنامه پزشکی پیشگیری و اجتماعی: کلیات خدمات بهداشتی (بخش نخست)*. ترجمه حسین شجاعی‌تهرانی، تهران: سماط.
- توکل، محمد (۱۳۹۳). *سلامت اجتماعی: ابعاد، محورها و شاخص‌ها در مطالعات جهانی و ایرانی*. اخلاق زیستی، ۱۴(۴)، ۱۱۵-۱۳۶.
- حاتمی، پریسا (۱۳۸۹). *بررسی عوامل موثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تأکید بر شبکه‌های اجتماعی*. (پایان‌نامه کارشناسی ارشد). دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.
- خامه‌چی، حامد و رنگریز، حسن (۱۳۹۸). *فراتحلیل پیامدهای سرمایه اجتماعی*. مدیریت سرمایه اجتماعی، ۶(۴)، ۶۰۳-۶۲۴.
- راد، فیروز؛ محمدزاده، فاطمه و محمدزاده، حمیده (۱۳۹۵). *دین و سلامت اجتماعی: بررسی رابطه دین‌داری با سلامت اجتماعی (مطالعه موردی: دانشجویان دانشگاه*



پژوهش‌های سلامت، ایمنی و محیط زیست

پیام نور مرند). علوم اجتماعی دانشگاه فردوسی مشهد، ۱۲(۲)، ۱۳۷-۱۶۸.

زکی، محمدعلی و خشوعی، مریم‌السادات (۱۳۹۲). سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن

در بین شهروندان شهر اصفهان. مطالعات جامعه‌شناختی شهری، ۳(۸)، ۷۹-۱۰۸.

زنجانی‌زاده، هما؛ صالح‌آبادی، ابراهیم و جعفریان یزدی، ندا (۱۳۹۴). بررسی تأثیر سرمایه

اجتماعی بر خشونت خانگی علیه زنان در مشهد. توسعه اجتماعی، ۹(۲)، ۷-۴۶.

سام آرام، عزت‌الله (۱۳۸۸). بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تأکید

بر رهیافت پلیس جامعه محور. فصلنامه انتظام اجتماعی، ۱۱(۱).

سختی، ایوب (۱۳۹۷). تبیین جامعه‌شناختی سلامت اجتماعی در بین شهروندان شهر

کاشان. (پایان‌نامه دکتری مسائل اجتماعی ایران). دانشگاه کاشان، کاشان، ایران.

سمیعی، مرصده؛ رفیعی، حسن؛ امینی رارانی، مصطفی و اکبریان، مهدی (۱۳۸۹).

سلامت اجتماعی ایران: از تعریف اجماع‌مدار تا شاخص شواهدمدار. مسائل

اجتماعی ایران (دانشگاه خوارزمی)، ۱(۲)، ۳۱-۵۱. بازیابی از SID.

شربتیان، محمدحسن (۱۳۹۴). سنجش میزان بهره‌مندی از شاخص‌های سلامت

اجتماعی جوانان ۱۸ تا ۳۰ ساله شهر قائن و عوامل مؤثر بر آن. تهران: دانشگاه

پیام نور.

شربتیان، محمدحسن (۱۳۹۱). تأملی بر پیوند معنایی مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و

میزان بهره‌مندی از سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه پیام نور مشهد.

مطالعات جامعه‌شناختی، ۵(۲)، ۱۴۹-۱۷۴.

شربتیان، محمدحسن و امینی، نفیسه (۱۳۹۶). تحلیل جامعه‌شناختی رابطه سرمایه

اجتماعی با سلامت اجتماعی زنان (مورد مطالعه: زنان منطقه چهار شهری تهران).

برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، ۹(۳۰)، ۱۰۵-۱۴۱.

صبوری، سمیه (۱۳۹۰). بررسی میزان سلامت اجتماعی در بین کارمندان آموزش و

پرورش منطقه ۱۱ شهر تهران. (پایان‌نامه کارشناسی ارشد). دانشگاه پیام نور،

تهران، ایران.

عبدالله تبار، هادی؛ کلدی، علیرضا؛ محقق‌کی‌کمال، سید حسین؛ فروزان، آمنه و

صالحی، مسعود. (۱۳۸۷). بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان. رفاه اجتماعی،

سال هشتم، (۳۰-۳۱)، ۱۷۱-۱۸۹.

فقهی فرهمند، ناصر و زنجانی، سعید (۱۳۹۰). بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و

سلامت اجتماعی با امنیت خانواده. مطالعات جامعه‌شناسی، ۴(۱۰)، ۹۹-۱۱۲.



- کاظمی، سعید و ملکان، عمران (۱۳۹۵). سرمایه اجتماعی و نقش آن در سازمان. در دومین همایش ملی پژوهش‌های مدیریت و علوم انسانی در ایران. کرراهی‌مقدم، سیروس (۱۳۸۵). سرمایه اجتماعی و تندرستی. *اطلاعات سیاسی - اقتصادی*، ۲۲۵-۲۲۶ (۲۰)، ۲۲۸-۲۳۱.
- مطلبی، منیژه؛ حیدرآبادی، ابوالقاسم؛ رحمانی‌فیروزجاه، علی و عباسی‌اسفجیر، علی‌اصغر (۱۳۹۹). بررسی جامعه‌شناختی رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی (مطالعه موردی دانش‌آموزان منطقه پنج تهران). *مطالعات جامعه‌شناسی*، ۴۷ (۱۳)، ۵۹-۷۰.
- نامور، اکبر (۱۳۸۸). *تحلیل جامعه‌شناختی بیماری قلبی و عروقی: مطالعه موردی شهر بوشهر*. (پایان‌نامه کارشناسی ارشد). دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.
- نیازی، محسن؛ حسینی‌زاده‌آرانی، سیدسعید؛ سخایی، ایوب و امام‌علیزاده، حسین (۱۳۹۵). فراتحلیل مطالعات و تحقیقات سرمایه اجتماعی و احساس امنیت اجتماعی. *انتظام اجتماعی*، ۱۷ (۸)، ۱-۳۴.
- نیازی، محسن؛ یعقوبی، داریوش؛ سخایی، ایوب و حسینی‌زاده‌آرانی، سیدسعید (۱۳۹۷). فراتحلیل تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت روان. *راهبرد اجتماعی فرهنگی*، ۶ (۴)، ۱۴۱-۱۷۶.
- نیک‌ورز، طیبه و یزدان‌پناه، لیلا (۱۳۹۴). رابطه عوامل اجتماعی با سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان. *جامعه‌شناسی کاربردی*، ۲۶ (۳)، ۹۹-۱۱۶.
- هزارجریبی، جعفر و مهری، اسدالله (۱۳۹۱). تحلیل رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی و اجتماعی. *علوم اجتماعی (دانشگاه علامه طباطبائی)*، ۵۹ (۰)، ۴۱-۸۸.
- همتی، الهام؛ مهدوی، محمدصادق و بقایی‌سرابی، علی (۱۳۹۲). تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار شهر رودهن. *پژوهش اجتماعی*، ۱۸ (۶)، ۴۵-۶۱.
- همتی‌راد؛ فرزانه؛ کشاورز، امراله و مؤمنی (۱۳۹۷). رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی در دانش‌آموزان متوسطه دوم. *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، ۷ (۲)، ۷-۱۴.
- یحیی‌زاده، حسین و رمضان، محمود (۱۳۹۳). سلامت اجتماعی و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن مطالعه موردی: زنان سرپرست خانوار شهر قروه. *برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، ۵ (۱۶)، ۶۸-۱۰۲.





- Bergman, Nicole UH (2007). Understanding space, place and leisure of women over 85 living in the community.
- Bourdieu, P. (1986). The Forms of Capital, in JG Richardson (ed.) *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. NY: Greenwood.
- Campbell, Catherine; Wood, Rachel & Kelly, Moira (1999). *Social capital and health*. Health Education Authority.
- Carrillo Álvarez, Elena & Riera Romani, Jordi (2017). Measuring social capital: further insights. *Gaceta sanitaria*, (31), 57-61.
- Coleman, James S. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American journal of sociology*, (94), S95-S120
- Ferlander, Sara (2007). The importance of different forms of social capital for health. *Acta sociologica*, 50(2), 115-128.
- Fukuyama, Francis (2000). Social capital and civil society. Available at SSRN 879582.
- Fukuyama, Francis (2002). Social capital and development. *SAIS Review (1989-2003)*, 22(1), 23-37.
- Gilbert, Keon L.; Quinn, Sandra C.; Goodman, Robert M.; Butler, James & Wallace, John (2013). A meta-analysis of social capital and health: a case for needed research. *Journal of health psychology*, 18(11), 1385-1399.
- Josten, Stefan Dietrich (2004). Social capital, inequality, and economic growth. *Journal of Institutional and Theoretical Economics (JITE)/Zeitschrift Für Die Gesamte Staatswissenschaft*, 663-680.
- Kawachi, Ichiro; Subramanian, Sankaran Venkata & Kim, Daniel (2008). Social capital and health. In *Social capital and health*, (1-26). Springer.
- Keyes, Corey LM. & Shapiro, Adam D. (2004). Social well-being in the United States: A descriptive epidemiology. *How healthy are we*, 15(3), 350-72.
- Larson, James S. (1993). The measurement of social well-being. *Social indicators research*, 28(3), 285-296.
- Larson, James S. (1996). The World Health Organization's definition of health: Social versus spiritual health. *Social indicators research*, 38(2), 181-192.
- Pope, Jeanette (2003). *Social capital and social capital indicators: A reading list*. Public Health Information Development Unit [for the] Commonwealth Department...
- Portes, Alejandro (1998). Social capital: Its origins and applications in modern sociology. *Annual review of sociology*, 24(1), 1-24.
- Putnam, Robert D (1994). Social capital and public affairs. *Bulletin of the American Academy of Arts and Sciences*, 5-19.
- Putnam, Robert (2001). Social capital: Measurement and consequences. *Canadian journal of policy research*, 2(1), 41-51.
- Schnur, Olaf (2005). Exploring Social Capital As An Urban Neighbourhood Resource: Empirical Findings And Strategic Conclusions Of A Case Study In Berlin-Moabit. *Tijdschrift voor economische en Sociale Geografie*, 96(5), 488-505.



- Turner, Jonathan H. & Turner, Peter R. (1978). *The structure of sociological theory*. Dorsey Press Homewood, IL.
- Wilkinson, Richard G. (2020). Income inequality, social cohesion, and health: clarifying the theory-a reply to Muntaner and Lynch. In *The Political Economy of Social Inequalities* (347-365). Routledge.
- Xue, Xindong; Reed, W. Robert & Menclova, Andrea (2020). Social capital and health: A meta-analysis. *Journal of Health Economics*, (72), 102317.

References

- Abdollah Tabar, Hadi; Kaldi, Alireza; Mohagheghi Kamal, hossein & setare forouzan, Amene; Salehi, Masood and. (2008). A Study of Social Well-being among Students. *Social Welfare*, 8(30).
- Afshani, Alireza & Shiri Mohamdabadi, Hamideh (2018). The role of social capital in promoting social health of women in Yazd. *Women Studies*, 8(22), 1-20. (In Persian)
- Amini Rarani, Mostafa; Mousavi, Mir Taher & Rafiey, Hassan (2011). Correlation of Social Capital with Social Health in Iran. *Social Welfare Quarterly*, 11(42), 203-228. (In Persian)
- Bergman, Nicole UH. (2007). Understanding space, place and leisure of women over 85 living in the community.
- Bourdieu, Pierre (1986). The forms of capital. *Cultural theory: An anthology. Handbook of theory and research for the sociology of education*, 241-258.
- Campbell, Catherine; Wood, Rachel & Kelly, Moira (1999). *Social capital and health*. Health Education Authority.
- Carrillo Álvarez, Elena & Riera Romani, Jordi (2017). Measuring social capital: further insights. *Gaceta sanitaria*, (31), 57-61.
- Coleman, James S. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American journal of sociology*, (94), S95-S120
- Ebrahimi, Pezhman; Hasani, Gholam Reza & Afshani, Alireza (2018). The relationship between social capital and improving the well-being of citizens in Mashhad. *Khorasan Social Cultural Studies Quarterly*, 13(1), 7-34. (In Persian)
- Ebrahimipoor, Davood; Poorjebeli, Robabeh & Ramazani Mamaghani, Roohangiz (2012). The relation of socio-economic factors with social health of guidance and high school teachers of Azarshahr city. *Sociological studies*, 5(14), 47-67. (In Persian)
- Fegh-hi Farahmand, Nasser & Zanjani, Saied (2011). The examination of the relationship between social capital and health and social security. *Sociological studies*, 4(10), 99-112. (In Persian)
- Ferlander, Sara (2007). The importance of different forms of social capital for health. *Acta sociologica*, 50(2), 115-128.
- Fukuyama, Francis (2000). *Social capital and civil society*. Available at SSRN 879582.
- Fukuyama, Francis (2002). *Social capital and development*. SAIS Review





- (1989-2003), 22(1), 23-37.
- Gilbert, Keon L.; Quinn, Sandra C.; Goodman, Robert M.; Butler, James & Wallace, John (2013). A meta-analysis of social capital and health: a case for needed research. *Journal of health psychology*, 18(11), 1385-1399.
- Hamati, Elham; Mahdavi, Mohammad Sageq & Baghaei Saraei, Ali (2013). The effect of social support on the social health of female heads of households in Rodhen city. *Social Research*, 18(6), 45-61. (In Persian)
- Hamatyrad, Fazaneh; Keshavarz, Amrolah & Momeni, Hasan and (2018). The Relationship Between Social Capital on Social Health of High School Students. *Quarterly Journal of Social Work*, 7(2), (In Persian)
- Hatami, Parisa (2010). Investigating factors affecting the social health of students with an emphasis on social networks. Allameh Tabatabai University. (In Persian)
- Hezar Jaribi, Jafar & Mehri, Asadollah (2012). An Analysis of the Relationship between Social Capital and Mental and Social Health. *Journal of Social Sciences*, 59(59), 41. (In Persian)
- Josten, Stefan Dietrich (2004). Social capital, inequality, and economic growth. *Journal of Institutional and Theoretical Economics (JITE)/Zeitschrift Für Die Gesamte Staatswissenschaft*, 663-680.
- Karahimoghadam, Sirous (2006). Social capital and well-being. *Political-economic information*, 225-226(20), 228-231. (In Persian)
- Kawachi, Ichiro; Subramanian, Sankaran Venkata & Kim, Daniel (2008). *Social capital and health: a decade of progress and beyond*. Springer.
- Kazemi, Saeid & Malekan, Omran (2016). Social capital and its role in the organization. In *The second national conference of management and humanities researches in Iran*. Azad University of Ghazvin. (In Persian)
- Keyes, Corey LM & Shapiro, Adam D. (2004). Social well-being in the United States: A descriptive epidemiology, 15(3), 350-72.
- Khamehchi, Hamed & Rangriz, Hassan (2019). A Meta-Analysis of Social Capital Consequences. *Social Capital Management*, 6(4), 603-624. <https://doi.org/10.22059/jscm.2019.290118.1920>. (In Persian)
- Larson, James S. (1993). The measurement of social well-being. *Social indicators research*, 28(3), 285-296.
- Larson, James S. (1996). The World Health Organization's definition of health: Social versus spiritual health. *Social indicators research*, (38), 181-192.
- Motalebi, Manijeh; Heidarabadi, Abolghasem; Rahmani, Ali & Abassi, Ali asghar (2020). A Sociological Study of the Relationship between Social Capital and Social Health (Case Study of Five Students of Tehran Region). *Sociological studies*, 13(47), 59-70. <https://doi.org/10.30495/jss.2020.1900466.1219>. (In Persian)
- Namvar, Akbar (2009). Sociological analysis of cardiovascular disease: a case study in Bushehr city. *Tabiyat Modares*. (In Persian)
- Niazi, Mohsen; Housini Zadeh, Saeid; Sakhaei, Aioub & Alizadeh, Housein



- Emam (2016). Meta-analysis of studies and research of social capital and sense of social security. *Entezam-e-Ejtemaei*, 8(1), 1-25. (In Persian)
- Niazi, Mohsen; Yaghoubi, Dariush; Sakhaei, Ayoob & Hosseinizadeh Arani, Seyed Saeed (2018). Meta-analysis of the Effect of Social Capital on Mental Health. *Socio-Cultural Strategy*, 6(4), 141-176. (In Persian)
- Park, John Ort. (2011). Textbook of preventive and social medicine: general health services (first part). (H. Shojaei Tehrani, tran.). Samat.
- Pope, Jeanette (2003). Social capital and social capital indicators: A reading list. Public Health Information Development Unit [for the] Commonwealth Department
- Portes, Alejandro (1998). Social capital: Its origins and applications in modern sociology. *Annual review of sociology*, 24(1), 1-24.
- Putnam, Robert D. (1994). Social capital and public affairs. *Bulletin of the American Academy of Arts and Sciences*, 5-19.
- Putnam, Robert D. (2013). Making democracy work: Civic traditions in modern Italy. (M. T. Delforouz, tran.). Jameshenasan. (In Persian)
- Putnam, Robert (2001). Social capital: Measurement and consequences. *Canadian journal of policy research*, 2(1), 41-51.
- Putnam, Roubert; Colmen, Jamez; Ofeh, Cllavs; Bourdiou, Pirre; Fukuyama, Fransis; Purts, Alhandrou & Wolkak, Maikel (2010). Social Capital: Trust, Democracy and Development. (A. Khakbaz, H. Poyan, & K. Tajbakhsh, trans.). Shirazeh. (In Persian)
- Rad, Firooz; Mohammadzadeh, Fatemeh & Mohammadzadeh, Hamideh (2016). Religion and Social Health: The Relationship between Religiosity and Social Health (A Case study of the Students of Payam-e Noor University, Marand). *Journal of Social Sciences Ferdowsi University of Mashhad*, 12(2), 137-168. <https://doi.org/10.22067/jss.v12i2.35605>. (In Persian)
- Sabouri, Somayeh (2011). Investigating the level of social health among education employees in the 11th district of Tehran. *Payame Noor University*. (In Persian)
- Sakhaei, Ayoob (2018). Sociological explanation of social health among the citizens of Kashan city. *Kashan University*. (In Persian)
- Samaram, Ezatollah (2009). Investigating the relationship between social health and social security with an emphasis on the community-oriented police approach. *Social Discipline Quarterly*, 1(1).
- Samei, Morsadeh; Rafei, Hasan; Amini Rarani, Mostafa & Akbariyan, Mahdi (2010). Iran's social health: from consensus-based definition to evidence-based index. *Journal of social issues of Iran*, 1(2), 31-51. (In Persian)
- Schnur, Olaf (2005). Exploring Social Capital As An Urban Neighbourhood Resource: Empirical Findings And Strategic Conclusions Of A Case Study In Berlin-Moabit. *Tijdschrift voor economische en Sociale Geografie*, 96(5), 488-505.
- Sharbatian, Mohammad Hasan (2005). Measuring the level of benefit from social health indicators of youth aged 18 to 30 in Qain city and the factors affecting it. *Payame Noor University*. (In Persian)





- Sharbatiyan, Mohammad Hassan (2012). The Semantic Components Reflecting the link between Social Capital and the Rate Social health of the Benefit of Students of Payam Noor University, Mashhad. *Sociological Studies of Youth Journal*, 2(5), 149. (In Persian)
- Sharbatiyan, Mohammadhassan & Amini, Nafeseh (2017). A Sociological Analysis of the Relationship between Social Capital and Women's Social Health (Case Study: The Women Living in Tehran's Fourth Municipal District). *Social Development & Welfare Planning*, 9(30), 105-141. <https://doi.org/10.22054/qjsd.2017.8011>. (In Persian)
- Tavakol, Mohammad (2015). Social Health: Dimensions, Components, and Indicators in Iranian and World Studies. *Bioethics Journal*, 4(14), 115. (In Persian)
- Turner, Jonathan H. & Turner, Peter R. (1978). The structure of sociological theory. Dorsey Press Homewood, IL.
- Wilkinson, Richard G. (1999). Income inequality, social cohesion, and health: clarifying the theory-a reply to Muntaner and Lynch. *International Journal of health services*, 29(3), 525-543.
- Xue, Xindong; Reed, W. Robert & Menclova, Andrea (2020). Social capital and health: a meta-analysis. *Journal of Health Economics*, (72), 102317.
- Yahyazadeh, Hossein & Ramazani, Mhmvd (2013). The Study of the Social Health Rate and The Social Factors Effective on it: A Case Study of Women Heading Households in Qurveh. *Social Development & Welfare Planning*, 4(16), 68-102. <https://doi.org/10.22054/qjsd.2013.839>. (In Persian)
- Yazdanpanah, Leila & Nikvarz, Tayebah (2015). The relationship between social factors and the social health of Shahid Bahonar University students in Kerman. *Applied Sociology*, 59(26), 99-116. (In Persian)
- Zaki, Mohammad Ali & Khoshouie, Maryamolsadat (2013). Social health and factors affecting it among the citizens of Isfahan city. *Urban Sociological Studies*, 3(8), 79-108.
- Zanjanizadeh, homa; Salehabadi, ebrahim & jafarian yazdi, neda (2015). Effect of Social Capital on Domestic Violence against Women in Mashhad. *Quarterly Journal of Social Development (Previously Human Development)*, 9(2), 7-46. (In Persian)

