

Social Capital and its Relationship with Quality of Life and Happiness in 18-65 Years Iranian Population: A National Survey

Fatemeh Saadati

Department of Geriatric Health, Faculty of Health, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

Haidar Nadrian

* Department of Health Education & Promotion, Faculty of Health, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran. (Corresponding Author):
haidarnadrian@gmail.com

Nead Gilani

Department of Statistics and Epidemiology, Faculty of Health, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

MohammadHossin Taghdisi

Department of Public Health, School of Health and Medical Engineering, Tehran Islamic Azad University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 2024/03/10

Accepted: 2024/08/20

Doi:10.22034/12.3.3

ABSTRACT

Background and Objectives: Social capital is one the most important social determinants of health. In this study we aimed to measure the social capital and investigate its relationship with quality of life and happiness in 18-65 years Iranians.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted on 2375 18-65 years Iranians. The Tucsca social capital questionnaire was used for data collection after assessing the psychometric properties of the tool. The final version of the tool included eight items with a score range from 0 to 16. The quality of life and happiness of each was measured using one question. Data analysis was conducted using T-test, Pearson correlation coefficient, one-way analysis of variance and multiple linear regression.

Results: The mean score of the social capital was 7.75. Among the domains of social capital, the lowest mean score was related to the "social networks" dimension 2.91(1.06). The highest mean score was related to the dimension of altruism 3.78(1.42). The social capital and its "social networks", "trust" and "altruism" domains, significantly determine quality of life ($R^2 = 0.47$, $p = 0.001$) and happiness ($R^2 = 0.44$, $p = 0.001$). The predictive role of altruism component was higher than other components.

Conclusion: The study results show the important role of social capital and its domains of "social networks, trust and altruism" in the quality of life and happiness of the Iranian society.

Keywords: Social Capital, Quality of Life, Happiness

Open Access Policy: This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. To view a copy of this license, visit <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Paper Type: Research Article.

► **Citation (Vancouver):** Saadati F, Nadrian H, Gilani N, Taghdisi M. Social Capital and its Relationship with Quality of Life and Happiness in 18-65 Years Iranian Population: A National Survey. *Iran J Health Educ Health Promot.* (Autumn 2024); 12(3): 273-285.

► **Citation (APA):** Saadati F., Nadrian H., Gilani N., Taghdisi M. (Autumn 2024). Social Capital and its Relationship with Quality of Life and Happiness in 18-65 Years Iranian Population: A National Survey. *Iranian Journal of Health Education & Health Promotion.*, 12(3), 273-285.

سرمایه‌ی اجتماعی و ارتباط آن با کیفیت زندگی و شادمانی در جمعیت ۱۸-۶۵ ساله ایرانی: یک پیمایش ملی

چکیده

زمینه و هدف: سرمایه‌ی اجتماعی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، از دلایل مهم توزیع نامتعادل سلامت در بین افراد و جوامع می‌باشد. از این‌رو در این پژوهش به سنجش سرمایه‌ی اجتماعی و ارتباط آن با کیفیت زندگی و شادمانی در جامعه‌ی بزرگسال ایرانی پرداخته شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه‌ی مقطعی توصیفی-تحلیلی به‌صورت آنلاین با حجم نمونه ۲۳۷۵ نفر از جمعیت ۱۸-۶۵ سال ایرانی در سطح کشور انجام گرفت. از پرسشنامه‌ی استفاده‌شده برای سنجش سرمایه‌ی اجتماعی Tunesca-Molina بعد از طی مراحل روانسنجی ابزار استفاده شد. نسخه‌ی نهایی ابزار شامل هشت آیتم با دامنه‌ی امتیاز از ۰ تا ۱۶ بود. کیفیت زندگی و شادمانی هر کدام با استفاده از یک سوال سنجیده شد. دستیابی به گروه هدف به‌صورت دردسترس بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تی‌تست، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل واریانس یک‌طرفه و رگرسیون خطی چندگانه انجام پذیرفت.

یافته‌ها: اکثریت شرکت‌کنندگان مرد (۶۷٪، ۱۶۱۰ نفر)، ۳۱-۵۹ ساله (۶۰٪، ۱۶۷۲ نفر) و همسر دار (۶۷٪، ۱۶۱۰) بودند. میانگین نمره‌ی کل سرمایه‌ی اجتماعی در کشور ۷/۷۵ از نمره‌ی کل ۱۶ بود. بین مولفه‌های سرمایه‌ی اجتماعی، کم‌ترین میانگین نمره مربوط به بعد "شبکه‌های اجتماعی" (۲/۹۱ (۱/۰۶) از نمره‌ی کل هشت بود و بیشترین میانگین نمره مربوط به بعد نوع دوستی (۳/۷۸ (۱/۴۲) از نمره‌ی کل ۶ بود. سرمایه‌ی اجتماعی کل و مولفه‌های "شبکه‌های اجتماعی"، "اعتماد" و "نوع دوستی" آن با قدرت پیش‌بینی‌کنندگی بالا تعیین‌کننده‌ی معنی‌دار کیفیت زندگی (۰/۰۱ < p < ۰/۲۲) و شادمانی (۰/۰۱ < p < ۰/۲۲) بودند که نقش پیش‌بینی‌کنندگی مولفه‌ی نوع دوستی از بقیه‌ی مولفه‌ها بیشتر بود.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه بیانگر نقش مهم سرمایه‌ی اجتماعی و مولفه‌های "شبکه‌های اجتماعی، اعتماد و نوع دوستی" آن در وضعیت کیفیت زندگی و شادمانی جامعه‌ی ایرانی است.

کلیدواژه‌ها: سرمایه‌ی اجتماعی، کیفیت زندگی، شادمانی
نوع مقاله: مطالعه پژوهشی.

فاطمه سعادت

دکترای تخصصی آموزش و ارتقای سلامت، معاونت بهداشت استان، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران.

حیدر ندریان

* دانشیار آموزش و ارتقاء سلامت، دپارتمان آموزش و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران. (نویسنده مسئول):
 haidarnadrian@gmail.com

ندا گیلانی

استادیار آمار زیستی، دپارتمان آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران.

محمد حسین تقدیسی

استاد آموزش و ارتقاء سلامت، دپارتمان بهداشت عمومی و مهندسی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۲/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۵/۳۰

◀ **استناد (ونکوور):** سعادت، ف. ندریان، ح. گیلانی، ن. تقدیسی، م. ح. سرمایه‌ی اجتماعی و ارتباط آن با کیفیت زندگی و شادمانی در جمعیت ۱۸-۶۵ ساله ایرانی: یک پیمایش ملی. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*. پاییز ۱۴۰۳؛ ۱۲(۳): ۲۷۳-۲۸۵.

◀ **استناد (APA):** سعادت، فاطمه؛ ندریان، حیدر؛ گیلانی، ندا؛ تقدیسی، محمد حسین. (پاییز ۱۴۰۳). سرمایه‌ی اجتماعی و ارتباط آن با کیفیت زندگی و شادمانی در جمعیت ۱۸-۶۵ ساله ایرانی: یک پیمایش ملی. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*، ۱۲(۳): ۲۷۳-۲۸۵.

مقدمه

دسترسی به خدمات و فرآیندهای روانی که حمایت عاطفی و احترام متقابل را فراهم می‌کند (۷). هان (۲۰۱۳) معتقد است که شبکه‌های اجتماعی عمدتاً از طریق سه جنبه‌ی حمایت اجتماعی، از جمله حمایت عاطفی، حمایت ابزاری و حمایت اطلاعاتی، بر سلامت تأثیر می‌گذارند (۸). سرمایه‌ی اجتماعی هم‌چنین به‌عنوان یکی از مهم‌ترین شاخص‌های حاکمیت رویکرد ارتقای سلامت در نظام سلامت شناخته شده است (۹).

در یک مطالعه بر روی جمعیت بزرگسال انگلیسی ۱۶ سال و بالاتر، اعتماد، مشارکت مدنی و حمایت با سطوح متوسط مصرف الکل مرتبط بود (۱۰). در مطالعه‌ای دیگر در میان بزرگسالان در جنوب سوئد، مصرف زیاد الکل با اعتماد عمومی پایین به افراد دیگر مرتبط بوده و مشارکت اجتماعی بالا یا متوسط به همراه اعتماد کم با مصرف زیاد الکل در ارتباط بود (۱۱). هم‌چنین نتایج مطالعه‌ای مروری، نقش سرمایه‌ی اجتماعی در ارتقای وضعیت سلامت افراد و ایفای نقش محافظتی آن در برابر مرگ‌ومیر را نشان داده است (۱۲). یافته‌های مطالعات دیگر نیز تاثیر سرمایه‌ی اجتماعی بر سلامت روان و سلامت اجتماعی افراد را تایید می‌کنند (۱۳-۱۴).

در سال‌های اخیر توجه به پیامدهای سرمایه‌ی اجتماعی بر رفاه اجتماعی توسعه یافته است. با این وجود علی‌رغم اهمیت سرمایه‌ی اجتماعی در جامعه و نقش آن در سلامت و رفاه افراد، توافق کمی در مورد بهترین راه برای تعریف و اندازه‌گیری آن وجود دارد (۱۵). سنجش سرمایه‌ی اجتماعی به‌عنوان مقوله‌ای کیفی در سطح جهانی و ملی همواره با مشکلاتی مواجه بوده است. روش‌های مختلفی برای سنجش سرمایه‌ی اجتماعی به کار رفته است که کاملاً متفاوت و گاهی متناقض هم بوده‌اند (۱۶). از آنجایی که سرمایه‌ی اجتماعی شامل دامنه کاربرد و تاثیرگذاری و تاثیرپذیری بالقوه و بالفعل گسترده‌ای در صحنه روابط جامعه و حکومت است، شاخص‌ها و سنجه‌هایی که برای سنجش آن در مطالعات مختلف معرفی شده‌اند بسیار متنوع می‌باشد. به‌علاوه در مطالعات مختلف ابعاد مختلفی از سرمایه‌ی اجتماعی مورد سنجش قرار گرفته است (۱۷).

طبق تعریف پاتنام، سرمایه‌ی اجتماعی عبارت است از: "ارتباطات بین افراد، شبکه‌های اجتماعی و هنجارهای متقابل و قابل اعتمادی که از آن‌ها ناشی می‌شود. در حالت کلی، سرمایه‌ی اجتماعی شامل منابعی است که افراد در جامعه از طریق روابط اجتماعی کسب می‌کنند (۱). این منابع (اطلاعات، ارتباطات، حمایت‌ها و ...) علاوه بر ارتقا سطح زندگی افراد، توسعه و رفاه جامعه را تسهیل می‌کنند (۲). در کنار سایر سرمایه‌ها چون سرمایه‌های انسانی و اقتصادی، سرمایه‌ی اجتماعی را می‌توان به‌عنوان بخشی از سرمایه‌ی ملی به حساب آورد که زمینه را جهت بهره‌مندی مناسب از سرمایه‌های دیگر در جامعه فراهم می‌کند. هیچ جامعه‌ای بدون سرمایه‌ی اجتماعی قادر به توسعه و شکوفایی نخواهد بود. محققین حوزه جامعه‌شناسی قاطعانه بر این باورند که روابط/ شبکه‌های اجتماعی، هنجارها و اعتماد سه مؤلفه‌ی اصلی و حیاتی هستند که با هم سرمایه‌ی اجتماعی را تشکیل می‌دهند (۳). براساس تعریف پاتنام، عناصر اصلی سرمایه‌ی اجتماعی عبارتند از: مشارکت اجتماعی، شبکه‌ها، اعتماد و ارزش‌های مشترک (۴).

سرمایه‌ی اجتماعی روابط و تعاملات بین افراد و گروه‌ها را مشخص می‌کند و می‌توان آن را در سطح جمعی یا فردی مفهوم‌سازی و اندازه‌گیری کرد (۵).

سرمایه‌ی اجتماعی و سلامت

سرمایه‌ی اجتماعی می‌تواند از جمله دلایلی باشد که توزیع سلامت با عدم تعادل فزاینده‌ای مواجه است و محققان بسیاری از حوزه‌های مختلف تلاش کرده‌اند تا دریابند چرا برخی افراد بیش از دیگران در معرض بیماری و مرگ‌ومیر هستند (۶). مکانیسم‌هایی که از طریق آن‌ها سرمایه‌ی اجتماعی بر سلامت تأثیر می‌گذارد، هنوز به‌طور کامل شناخته نشده است. برخی از محققان مکانیسمی را که سرمایه‌ی اجتماعی بر سلامت تأثیر می‌گذارد، تحلیل کرده‌اند. کاواچی و برکمن (۲۰۰۰) چهار مسیر قابل قبول را مورد بحث قرار داده‌اند که از طریق آن‌ها سرمایه‌ی اجتماعی بر سلامت فردی تأثیر می‌گذارد، از جمله انتشار دانش در مورد ارتقای سلامت، حفظ هنجارهای رفتاری سالم از طریق کنترل اجتماعی غیررسمی، ارتقای

اکثر مطالعات تاثیر سرمایه‌ی اجتماعی بر برخی شاخص‌های مهم رفاه مانند درآمد، فقر، آموزش و سلامت را بررسی کرده‌اند با وجود این که این شاخص‌ها از اهداف مهم توسعه در جوامع هستند اما فقط بر جنبه مادی رفاه تمرکز می‌کنند. بنابراین، واقعا روشن نمی‌کنند که آیا سرمایه‌ی اجتماعی با شادمانی و کیفیت زندگی که جنبه‌های ذهنی رفاه می‌باشند مرتبط است؟ (۱۸). ما در این مطالعه قصد داشتیم به سنجش سرمایه‌ی اجتماعی در جمعیت بزرگسال ایرانی و ارتباط آن با شادمانی و کیفیت زندگی بپردازیم. در مطالعه پیش‌رو ما از مولفه‌های شبکه‌های اجتماعی حقیقی، اعتماد و نوع دوستی جهت سنجش سرمایه‌ی اجتماعی استفاده کردیم.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مقطعی توصیفی-تحلیلی به‌عنوان بخشی از مطالعه‌ی آینده‌پژوهی گسترده با عنوان "آینده‌پژوهی حاکمیت رویکرد ارتقای سلامت در نظام سلامت ایران، یک مطالعه چندمرحله‌ای" با هدف جمع‌آوری اطلاعات در زمینه‌ی شاخص سرمایه‌ی اجتماعی و ارتباط آن با کیفیت زندگی و شادمانی انجام گرفت. به دلیل مقارن شدن زمان انجام مطالعه با ایام همه‌گیری بیماری کووید ۱۹، تمام مراحل این پیمایش به صورت آنلاین انجام گرفت.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها

برای سنجش سرمایه‌ی اجتماعی در سطح ملی، از پرسشنامه استفاده‌شده برای سنجش سرمایه‌ی اجتماعی در جمعیت ۶ تا ۶۵ ساله مولینا تواسکا^۱ (۱۹)، به دلیل ساده و کوتاه بودن در عین جامع بودن بعد از طی مراحل روانسنجی ابزار استفاده شد. مشخصات روانسنجی این پرسشنامه قبل از استفاده در پیمایش ملی در کلمبیا توسط نویسندگان تایید شده بود. نتایج روانسنجی پرسشنامه در ایران سه فاکتور: شبکه‌های اجتماعی، اعتماد و نوع دوستی را به دست داده بود. نسخه‌ی اصلی ابزار شامل شانزده گویه بود. تعدادی از سوالات نسخه‌ی اصلی پاسخ‌های دو گزینه‌ای داشت. با ادغام این سوالات و تبدیل آن‌ها به سوالات چندگزینه‌ای تعداد سوالات پرسشنامه به

۸ عدد کاهش یافته و روانسنجی آن تایید شده بود. نسخه نهایی شامل هشت آیتم با دامنه امتیاز از ۰ تا ۱۶ بود.

کیفیت زندگی و شادمانی هر کدام با استفاده از یک سوال سنجیده شد. استفاده از یک سوال برای ارزیابی این گونه شاخص‌ها توسط WHO^۲ و Euro-REVES^۳ به‌عنوان ابزاری ارزشمند با روانسنجی قابل قبول توصیه شده است (۲۱). شادمانی با استفاده از یک آیتم اندازه‌گیری شد: "آیا به‌طور کلی احساس خوشبختی و شادمانی می‌کنید؟" با پاسخ دو گزینه‌ای "بله" و "خیر". کیفیت زندگی نیز با استفاده از یک آیتم اندازه‌گیری شد با گزینه‌های پاسخ: ۱. زندگی بسیار ملال‌آور است، ۲. زندگی خیلی بد است، ۳. زندگی بد است، ۴. زندگی نه خوب است نه بد، ۵. زندگی خوب است، ۶. زندگی خیلی خوب است، ۷. زندگی بسیار عالی است و زندگی بهتر از این نمی‌شود. کسب نمره‌ی بیشتر نشان‌دهنده‌ی کیفیت زندگی بهتر بود (۲۲).

دسترسی به گروه هدف به صورت در دسترس بود. به این صورت که پرسشنامه در پرس‌لاین^۴ طراحی شد و لینک مربوطه در شبکه‌های اجتماعی مختلف از جمله واتساپ و تلگرام در کانال‌های مختلف توزیع شد. در توزیع لینک پرسشنامه سعی شده حجم نمونه محاسبه‌شده برای هر کدام از استان‌ها مدنظر قرار گیرد.

چک‌لیست اطلاعات دموگرافیک حاوی پنج سوال بود که توسط محققین برای جمع‌آوری داده‌های مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی پاسخ‌دهندگان ایجاد شد. سوالات در زمینه‌ی سن (۱۸-۳۰، ۳۱ تا ۵۹، ۶۰ و بالاتر)، جنس (زن، مرد)، وضعیت تاهل (مجرد، همسر دار)، استان محل سکونت (۳۱ استان کشور) و شغل (کارمند، خانه‌دار، بازنشسته، آزاد و دانشجو) بود.

حجم نمونه

برای تعیین حجم نمونه، کشور به ۵ خوشه تقسیم شد. خوشه‌بندی استان‌ها بر اساس تقسیم‌بندی مناطق کشور انجام گرفت (۲۳). در تقسیم‌بندی استان‌های کشور، به هم‌جواری، محل جغرافیایی و اشتراکات توجه شده بود.

2. World Health Organization

3. European Reviews

4. porsline.ir

1. Tuesca -Molina

یافته‌ها

تعداد ۲۳۷۵ نفر در این پیمایش ملی آنلاین شرکت کردند که اکثریت آن‌ها مرد (۸/۶۷٪، ۱۶۱۰ نفر)، ۳۱-۵۹ ساله (۴/۶۰٪، ۱۶۷۲ نفر) و همسر دار (۸/۶۷٪، ۱۶۱۰) بودند (جدول ۱). میانگین نمره‌ی کل سرمایه‌ی اجتماعی فقط بین گروه‌های مختلف شغلی از لحاظ آماری معنادار بود ($P < ۰/۰۰۱$). میانگین نمره در کارمندان دولت کم‌ترین و در دانشجویان بیشترین بود. میانگین نمره‌ی بعد "شبکه‌های اجتماعی" بین تمام گروه‌ها از لحاظ آماری معنادار بود. ($P < ۰/۰۰۱$) به طوری که میانگین نمره در مردان نسبت به زنان و در افراد همسر دار نسبت به افراد مجرد بیشتر بود. در بین گروه‌های سنی میانگین نمره‌ی "شبکه‌های اجتماعی" در گروه سنی ۳۰-۱۸ سال از سایر گروه‌ها کمتر بود. و در بین گروه‌های شغلی، میانگین نمره "شبکه‌های اجتماعی" در بین کارمندان دولت از سایر گروه‌ها کمتر بود.

همسر داران نسبت به مجردین نمره‌ی "اعتماد" بالایی را گزارش کردند. در بین گروه‌های سنی، میانگین نمره‌ی بعد "اعتماد" در بین افراد ۶۰ سال و بالاتر از سایر گروه‌ها کمتر بود. میانگین نمره‌ی بعد "نوع دوستی" فقط در بین گروه‌های شغلی از لحاظ آماری معنادار بود. به طوری که میانگین نمره در بین کارمندان از سایر گروه‌های شغلی بیشتر بود ($P < ۰/۰۰۱$).

میانگین نمره‌ی کل سرمایه‌ی اجتماعی در تعداد نمونه‌ی کشوری ۲۳۷۵ نفر برابر (۲/۲۲) ۷/۷۵ از نمره کل ۱۶ بود. بین استان‌های کشور بیشترین میانگین نمره‌ی سرمایه‌ی اجتماعی به ترتیب متعلق به استان‌های سیستان و بلوچستان (۲/۰۷، ۸/۶۲)، قم (۲/۳۰، ۸/۳۹)، چهارمحال و بختیاری (۲/۱۹، ۸/۴۱)، کردستان (۲/۳۰، ۸/۳۹)، بوشهر (۲/۰۶، ۸/۲۵) و خراسان جنوبی (۳/۱۳، ۸/۲۰) بود. کم‌ترین میانگین نمره‌ی سرمایه‌ی اجتماعی به ترتیب مربوط به استان‌های قزوین (۱/۶۳، ۶/۸۰) و هرمزگان (۱/۹۰، ۷/۰۰) بود (جدول ۲).

در بین ابعاد سرمایه‌ی اجتماعی، میانگین نمره‌ی بعد "شبکه‌های اجتماعی" در بین استان‌های کشور از لحاظ آماری معنادار بود. به طوری که بیشترین میانگین نمره مربوط به استان سیستان و بلوچستان

در تاریخ ۸/۷/۱۴۰۰، جمعیت کشور ۸۴۹۰۹۲۲۷ نفر بر اساس گزارش مرکز آمار ایران بود.

منطقه ۱: شامل استان‌های تهران، قزوین، گلستان، مازندران، سمنان، البرز و قم
منطقه ۲: اصفهان، فارس، بوشهر، چهارمحال و بختیاری، هرمزگان و کهگیلویه و بویراحمد
منطقه ۳: آذربایجان شرقی، آذربایجان غربی، اردبیل، زنجان، گیلان و کردستان،

منطقه ۴: کرمانشاه، ایلام، لرستان، همدان، مرکزی و خوزستان
منطقه ۵: خراسان رضوی، جنوبی و شمالی، کرمان، یزد و سیستان و بلوچستان بود.

هر منطقه از کشور به عنوان یک خوشه در نظر گرفته شد. طبق جدول مورگان برای هر خوشه ۳۸۴ نفر حجم نمونه در نظر گرفته شد. (خطای حاشیه‌ای ۵٪، اطمینان ۹۵٪). ۱/۲٪ به عنوان ضریب اثر طرح به حجم نمونه خوشه‌ها اضافه شد. چون سوالات در پرس‌لاین ستاره‌دار شده بودند، امکان ریزش نمونه‌ها وجود نداشت. یعنی تعداد حجم نمونه‌ی مورد نظر برای هر خوشه ۴۶۱ نفر شد. به این ترتیب کل نمونه مورد نظر برای کل کشور ۲۳۰۵ نفر شد. با توجه به آنلاین بودن مطالعه، سعی شد که حداکثر تنوع در پاسخ‌دهندگان و وارد کردن افراد از تخصص‌ها و مشاغل مختلف مدنظر قرار گیرد.

درصد جمعیتی هر استان نسبت به جمعیت خوشه‌ی مربوطه محاسبه شد و به همان میزان از حجم نمونه‌ی انتخابی به هر استان اختصاص داده شد.

تحلیل داده‌ها

برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری IBM SPSS Statistics نسخه‌ی ۲۴ (version 24, SPSS Inc, Chicago, IL) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو بخش تجزیه و تحلیل دو متغیره با استفاده از آزمون‌های آماری تی تست، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل واریانس یک طرفه و تجزیه و تحلیل چندمتغیره با استفاده از رگرسیون خطی چندگانه انجام پذیرفت. سطح معناداری در تحلیل یافته‌ها $P < ۰/۰۵$ در نظر گرفته شد.

۳/۳۹(۰/۸۹) و کم‌ترین میانگین نمره به ترتیب مربوط به استان‌های آذربایجان غربی (۲/۱۹(۱/۲۶) و قزوین (۲/۴۲(۰/۶۷) بود. میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی در تعداد نمونه‌ی کشوری ۲۷۳۵ نفر برابر (۴/۷۱(۰/۹۸۵) از نمره‌ی کل ۷ بود. بیشترین میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی به ترتیب مربوط به استان‌های قم (۵/۲۲(۰/۱۳)، اردبیل (۵/۱۸(۱/۴۴۱)، خراسان رضوی (۵/۱۵(۰/۸۴۴) و گلستان (۵/۱۵(۰/۸۸۴) و گیلان (۵/۰۷(۱/۰۲۲) بود. کم‌ترین میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی در نمونه‌ی کشوری مربوط به استان

جدول ۱. میانگین نمره سرمایه‌ی اجتماعی و ابعاد آن بر حسب مشخصات جمعیت شناختی

متغیر	سرمایه‌ی اجتماعی		شبکه‌های اجتماعی		اعتماد		نوع دوستی	
	تعداد (درصد)	P	میانگین (۰-۱۶) (انحراف معیار)	P	میانگین (۰-۲) (انحراف معیار)	P	میانگین (۰-۶) (انحراف معیار)	
جنس	مرد	۷۶۵(۳۲/۲)	۸/۱۸(۲/۱۶)	۰/۶۴	۳/۲۱(۰/۸۷)	</۰۰۱	۱/۱۸(۰/۷۲)	۳/۷۷(۱/۴۴)
	زن	۱۶۱۰(۶۷/۸)	۷/۵۴(۲/۲۲)	۲/۷۷(۱/۱۱)	۰/۷۹	۰/۹۹(۰/۷۵)	۳/۷۷(۱/۴۱)	
وضعیت تاهل	مجرد	۷۶۵(۳۲/۲)	۷/۵۳(۲/۲۲)	۰/۸۹	۲/۸۳(۱/۱۱)	</۰۰۱	۱(۰/۷۴)	۳/۷۰(۱/۴۲)
	متاهل	۱۶۱۰(۶۷/۸)	۷/۵۸(۲/۲۱)	۲/۹۵(۱/۰۳)	۰/۲۶	۱/۰۸(۰/۵۸)	۳/۸۱(۱/۴۲)	
سن	۱۸-۳۰	۶۲۸(۲۶/۴)	۷/۷۷(۲/۰۷)	۰/۷۹	۳/۰۳(۱/۰۴)	</۰۰۱	۱/۰۳(۰/۷۲)	۳/۷۰(۱/۳۹)
	۳۱-۵۹	۱۶۷۲(۶۰/۴)	۷/۷۴(۲/۲۷)	۲/۸۵(۱/۰۵)	۰/۳۴	۱/۰۶(۰/۷۵)	۳/۷۱(۱/۴۴)	
وضعیت اشتغال	کارمند	۱۰۱۷(۴۲/۸)	۷/۳۳(۲/۲۵)	۲/۲۳(۱/۰۵)	</۰۰۱	۲/۰(۱/۱۱)	۳/۶۹(۱/۳۶)	
	آزاد	۳۰۶(۱۲/۹)	۸/۱۲(۲/۰۹)	۳/۴۷(۰/۷۲)	۰/۳۰۵	۲/۰(۱/۰۱)	۳/۶۳(۱/۳۷)	
خانه دار	دانشجو	۶۶۳(۲۷/۹)	(۲/۱۷)۸/۷۵	۳/۴۳(۰/۷۳)	</۰۰۱	۲/۰(۱/۰۳)	۳/۶۹(۱/۰۴)	
	خانواده	۳۸۹(۱۶/۱۶)	(۲/۱۵)۸/۱۶	۳/۳۹(۰/۷۳)		۲/۰(۰/۹۶)	۳/۴۸(۱/۴۴)	

$P < 0.05$

جدول ۲. میانگین نمره سرمایه‌ی اجتماعی و ابعاد آن بر حسب استان محل سکونت

ردیف استان محل سکونت	سرمایه‌ی اجتماعی		شبکه‌های اجتماعی		اعتماد		نوع دوستی		کیفیت زندگی		شادمانی (درصد) فراوانی
	می-نیمم-ماکزیمم (۰-۱۶)	می-نیمم-ماکزیمم (۰-۸)	می-نیمم-ماکزیمم (۰-۲)	می-نیمم-ماکزیمم (۰-۶)	می-نیمم-ماکزیمم (۰-۷)	می-نیمم-ماکزیمم (۰-۶)	می-نیمم-ماکزیمم (۰-۷)				
۱ آذربایجان شرقی	۷/۴۳(۲/۲۹)	۲/۵۸(۱/۱۱)	۲/۰(۰/۹۹)	۳/۵۸(۱/۴۳)	۴/۸۶(۱/۲۷۶)	۷۶(۶۱/۹)	۲۴(۳۸/۱)				
۲ آذربایجان غربی	۷/۴۲(۲/۲۴)	۲/۱۹(۱/۲۶)	۱/۱۴(۰/۷۷)	۴/۰۷(۱/۳۴)	۴/۹۳(۰/۷۷۲)	۵۹(۵۷/۹)	۴۱(۴۲/۱)				
۳ اردبیل	۷/۳۲(۲/۴۶)	۲/۴۴(۱/۱۸)	۱/۰۰(۰/۷۳)	۳/۸۷(۱/۴۵)	۵/۱۸(۱/۴۴۱)	۴۱(۷۳/۲)	۵۹(۲۶/۸)				
۴ اصفهان	۷/۴۰(۲/۲۵)	۲/۶۸(۱/۱۴)	۱/۰۸(۰/۸۱)	۲/۶۸(۱/۱۴)	۴/۸۱(۱/۱۲۷)	۸۲(۵۱/۲)	۷۸(۴۸/۸)				
۵ البرز	۷/۵۴(۲/۳۹)	۲/۸۶(۱/۰۸)	۰/۹۸(۰/۷۸)	۳/۶۸(۱/۴۲)	۴/۸۰(۱/۲۶۳)	۶۱(۷۲/۱)	۳۹(۲۷/۹)				
۶ ایلام	۷/۵۱(۲/۳۲)	۳/۰۶(۰/۹۶)	۰/۸۹(۰/۸۱)	۳/۵۵(۱/۷۰)	۴/۲۴(۱/۵۰۴)	۷(۴۱/۴)	۱۱(۵۸/۶)				
۷ بوشهر	۸/۲۵(۲/۰۶)	۲/۷۵(۱/۳۲)	۱/۳۹(۰/۷۳)	۴/۱۰(۱/۱۶)	۵/۰۷(۱/۵۱۴)	۲۳(۳۰/۷)	۱۵(۳۹/۳)				
۸ تهران	۷/۷۴(۲/۲۴)	۳/۱۷(۱/۰۱)	۱/۱۳(۰/۷۲)	۳/۴۲(۱/۳۷)	۴/۸۹(۱/۱۷۲)	۲۵۳(۶۱/۲)	۱۶۲(۳۸/۸)				

ادامه جدول ۲: میانگین نمره سرمایه‌ی اجتماعی و ابعاد آن بر حسب استان محل سکونت

ردیف استان محل سکونت	سرمایه‌ی اجتماعی		شبکه‌های اجتماعی		اعتماد		نوع دوستی		کیفیت زندگی		شادمانی				
	می نیمم- ماکزیمم (۰-۱۶)	می نیمم- ماکزیمم (۰-۸)	می نیمم- ماکزیمم (۰-۶۳)	می نیمم- ماکزیمم (۰-۲۴)	می نیمم- ماکزیمم (۰-۲)	می نیمم- ماکزیمم (۰-۶)	می نیمم- ماکزیمم (۰-۷)	می نیمم- ماکزیمم (۰-۷)	می نیمم- ماکزیمم (۰-۷)	می نیمم- ماکزیمم (۰-۷)	می نیمم- ماکزیمم (۰-۷)	می نیمم- ماکزیمم (۰-۷)			
۱۱ خراسان رضوی	۷/۹۷(۲/۲۰)	۳/۰۲(۰/۹۴)	۱/۰۹(۰/۷۵)	۳/۸۵(۱/۴۷)	۵/۰۳(۱/۰۶۲)	۱۴(۶۴/۹)	۸(۳۵/۱)	۱۲ خراسان شمالی	۷/۵۳(۱/۵۷)	۳/۰۳(۰/۹۹)	۰/۵۷(۰/۶۳)	۳/۹۲(۱/۳۰)	۴/۶۱(۱/۰۳۱)	۱۳(۴۶/۴)	۱۵(۵۳/۶)
۱۳ خوزستان	۷/۰۵(۱/۹۶)	۲/۹۲(۱/۰۵)	۱/۱۲(۰/۷۸)	۴/۱۱(۱/۴۰)	۴/۷۵(۱/۲۵۰)	۱۱۳(۷۶/۱)	۳۵(۳۳/۹)	۱۴ سمنان	۷/۵۰(۲/۲۵)	۲/۸۳(۰/۸۵)	۱/۱۱(۰/۷۵)	۳/۵۵(۱/۴۶)	۴/۸۲(۰/۷۰۷)	۱۵(۶۶/۷)	۸(۳۳/۳)
۱۵ همدان	۷/۰۵(۱/۹۰)	۲/۷۷(۱/۰۳)	۱/۰۸(۰/۸۴)	۳/۶۴(۱/۰۶)	۴/۸۸(۱/۰۴)	۳۰(۵۴/۹)	۲۵(۴۵/۱)	۱۶ سیستان و بلوچستان	۸/۵۹(۱/۹۴)	۳/۳۹(۰/۸۹)	۱/۱۵(۰/۷۶)	۴/۰۴(۱/۲۱)	۴/۷۰(۱/۳۴۰)	۳۱(۳۰/۱)	۵۷(۶۹/۹)
۱۷ فارس	۷/۶۳(۲/۳۵)	۳/۱۹(۰/۹۵)	۰/۸۸(۰/۷۶)	۳/۵۵(۱/۵۵)	۴/۶۵(۰/۷۴۰)	۸۵(۵۵/۶)	۶۸(۴۴/۴)	۱۸ قزوین	۶/۸۰(۱/۶۳)	۲/۴۲(۰/۶۷)	۱/۰۰(۰/۸۶)	۳/۳۸(۱/۰۷)	۴/۹۵(۰/۷۴۰)	۲۹(۷۱/۴)	۱۱(۲۸/۶)
۱۹ قم	۸/۶۲(۲/۰۷)	۳/۲۲(۰/۹۳)	۱/۲۵(۰/۸۵)	۴/۱۴(۱/۱۶)	۵/۲۲(۱/۰۳)	۲۵(۶۳)	۱۵(۳۷)	۲۰ کردستان	۸/۳۹(۲/۳۰)	۳/۰۵(۱/۰۱)	۱/۲۰(۰/۷۳)	۴/۱۲(۱/۴۲)	۴/۷۳(۱/۱۷۲)	۳۴(۶۸/۶)	۱۶(۳۱/۴)
۲۱ کرمان	۷/۶۱(۲/۳۹)	۲/۹۲(۰/۹۳)	۱/۱۱(۰/۷۱)	۳/۵۳(۱/۵۶)	۴/۸۸(۱/۳۸۰)	۶۰(۶۰/۴)	۴۰(۳۹/۶)	۲۲ کرمانشاه	۸/۳۰(۲/۰۳)	۲/۹۴(۰/۹۱)	۱/۲۲(۰/۶۴)	۴/۱۳(۱/۴۱)	۴/۹۷(۱/۱۱۴)	۳۶(۶۱)	۲۴(۳۹)
۲۳ کهگیلویه و بویر احمد	۸/۳۴(۱/۷۱)	۳/۲۸(۰/۸۶)	۱/۹۱۵(۰/۷۲)	۳/۹۰(۱/۲۸)	۴/۳۷(۱/۳۸۷)	۱۰(۴۲/۳)	۱۳(۵۷/۷)	۲۴ گلستان	۷/۱۰(۲/۲۳)	۲/۸۲(۱/۱۲)	۰/۷۶(۰/۶۳)	۳/۵۳(۱/۴۲)	۵/۱۵(۰/۸۸۴)	۳۹(۶۸/۱)	۱۹(۳۱/۹)
۲۵ گیلان	۷/۷۸(۱/۹۹)	۳/۱۴(۰/۹۵)	۰/۹۰(۰/۷۵)	۳/۷۳(۱/۴۳)	۵/۰۷(۱/۰۲۲)	۵۱(۶۴/۳)	۲۹(۳۵/۷)	۲۶ لرستان	۷/۶۴(۲/۰۴)	۲/۹۳(۰/۹۶)	۱/۰۶(۰/۶۷)	۳/۶۴(۱/۴۵)	۴/۵۲(۱/۵۲۵)	۳۲(۵۸/۱)	۲۳(۴۱/۹)
۲۷ مازندران	۸/۲۹(۲/۱۰)	۳/۲۶(۰/۹۳)	۱/۰۷(۰/۷۵)	۳/۹۶(۱/۳۴)	۴/۲۹(۱/۱۳۱)	۶۱(۶۴/۳)	۳۹(۳۵/۷)	۲۸ مرکزی	۷/۰۸(۱/۷۴)	۲/۶۳(۱/۰۷)	۰/۸۵(۰/۵۸)	۳/۵۹(۱/۶۳)	۴/۷۴(۱/۶۷۵)	۲۵(۵۴/۹)	۲۰(۴۵/۱)
۲۹ هرمزگان	۷/۰۰(۱/۹۰)	۳/۲۱(۱/۱۲)	۰/۷۳(۰/۶۱)	۳/۰۴(۱/۰۵)	۴/۶۱(۱/۳۷۳)	۱۴(۶۰/۷)	۹(۳۹/۳)	۳۰ یزد	۸/۰۴(۲/۰۲)	۳/۰۴(۱/۰۹)	۱/۰۷(۰/۷۱)	۳/۹۲(۱/۳۶)	۴/۹۳(۱/۰۹۱)	۲۱(۶۰/۴)	۱۴(۳۹/۶)
کل کشور	۷/۷۵(۲/۲۲)	۲/۹۱(۱/۰۶)	۱/۰۵(۰/۷۵)	۳/۷۸(۱/۴۲)	۴/۷۱(۰/۹۸۵)	۱۴۴۲(۶۱)	۹۳۳(۳۹)	Pvalue	</۰۰۱	p /۰۰۱	۰/۸۴	۰/۵۴	</۰۰۱		

P</۰۰۵

همان گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود سرمایه‌ی اجتماعی آن مشخص می‌شود. و حیطه‌های آن به‌طور معنی‌داری متغیر کیفیت زندگی را پیش‌بینی می‌کنند. به‌طوری‌که ۴۳/۲ درصد از تغییرات متغیر کیفیت زندگی در این مدل به‌وسیله‌ی متغیرهای سرمایه‌ی اجتماعی و حیطه‌های آن مشخص می‌شود. که در این بین قدرت پیش‌بینی‌کنندگی حیطه‌ی نوع دوستی در وضعیت متغیر کیفیت زندگی از بقیه حیطه‌ها بیشتر بود (P</۰۰۱).

جدول ۳. نتایج رگرسیون خطی چندگانه در ارتباط سرمایه‌ی اجتماعی و حیطه‌های آن با متغیر کیفیت زندگی

متغیر پیش بین	B	SE	آماره t	p-value	مشخصات مدل رگرسیونی
سرمایه‌ی اجتماعی	۰/۱۴۱	۰/۰۱۱	۱۳/۲۰۶	<۰/۰۰۱	R2 = ۰/۴۷ Adjusted R2 = ۰/۴۳۲ P < ۰/۰۰۱
شبکه‌های اجتماعی	۰/۰۵۹	۰/۰۲۲	۲/۶۳۶	۰/۰۰۸	
اعتماد	۰/۱۶۸	۰/۰۳۴	۴/۹۹۴	<۰/۰۰۱	
نوع دوستی	۰/۱۷۳	۰/۰۱۸	۹/۷۴۷	<۰/۰۰۱	

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود سرمایه‌ی اجتماعی و حیطه‌های آن به‌وسیله‌ی متغیر سرمایه‌ی اجتماعی و حیطه‌های آن مشخص می‌شود که در این بین قدرت پیش‌بینی‌کنندگی حیطه‌ی نوع دوستی در وضعیت متغیر شادمانی از بقیه حیطه‌ها بیشتر بود (P < ۰/۰۰۱).

جدول ۴. نتایج رگرسیون خطی چندگانه در ارتباط سرمایه‌ی اجتماعی و حیطه‌های آن با متغیر شادمانی

متغیر پیش بین	B	SE	آماره t	p-value	مشخصات مدل رگرسیونی
سرمایه‌ی اجتماعی	۲/۱۷۱	۰/۰۶۱	۳۵/۷۵۲	<۰/۰۰۱	R2 = ۰/۴۴ Adjusted R2 = ۰/۳۵۳ P < ۰/۰۰۱
شبکه‌های اجتماعی	۰/۰۵۰	۰/۰۱۵	۳/۳۱۵	۰/۰۰۱	
اعتماد	۰/۰۹۴	۰/۰۲۳	۴/۱۳۷	<۰/۰۰۱	
نوع دوستی	۰/۰۹۲	۰/۰۱۲	۷/۶۹۹	<۰/۰۰۱	

بحث

در مطالعه‌ی حاضر میانگین نمره‌ی کل سرمایه‌ی اجتماعی در کشور ۷/۷۵ از نمره‌ی کل ۱۶ بود که دلالت بر مطلوب نبودن سطح سرمایه‌ی اجتماعی در کشور دارد. پویش‌های ملی گذشته در کشور نیز بر سطح کم سرمایه‌ی اجتماعی تاکید داشته‌اند (۲۴-۲۷). مطالعاتی که به روند سرمایه‌ی اجتماعی در ایران پرداخته‌اند نیز روند کاهش سرمایه‌ی اجتماعی را تایید کرده‌اند (۲۸-۳۱). در مطالعه‌ی پیش‌رو، میانگین نمره‌ی سه مولفه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی (شبکه‌های اجتماعی، اعتماد و نوع دوستی) نیز محاسبه شد. میانگین نمره‌ی مولفه‌های سرمایه‌ی اجتماعی در بعد "شبکه‌های اجتماعی" (۲/۹۱ (۱/۰۶) از نمره‌ی کل هشت بود که بسیار نامطلوب به نظر می‌رسد. نتایج مطالعه‌ی نوغانی و همکاران که با هدف سنجش فراوانی روابط اجتماعی در شبکه‌های اجتماعی و هم‌چنین اندازه شبکه‌های اجتماعی انجام گرفته بود، نشان داد که میزان ارتباطات و رفت‌وآمد با خویشاوندان بیش از متوسط، با دوستان در حد متوسط و با همسایگان کمتر از متوسط بود. در مورد اندازه‌ی شبکه‌ها هم بیش‌ترین میانگین مربوط به اموری مثل نگهداری فرزندان و

یا اسباب‌کشی بود و کم‌ترین میانگین مربوط به اموری مثل مشاور خانوادگی یا مشاور در زمینه‌ی قانون بود (۲۴). نمی‌توان نوعی خاص از شبکه‌های اجتماعی را در مفهوم سرمایه‌ی اجتماعی گنجانده، بلکه در متن انواع شبکه‌های اجتماعی در سطوح دولت، ملت و سطح محلی و درون خانواده‌ها و دیگر شبکه‌های خانوادگی می‌توان سرمایه‌ی اجتماعی را جستجو کرد (۳۲). منظور از شبکه‌های اجتماعی در مطالعه‌ی پیش‌رو، شبکه‌های اجتماعی حقیقی (خانواده، گروه‌های شغلی، هنری و ...) بود. امروزه بحران هویت اجتماعی به دلیل کاهش تاثیر دامنه‌ی شبکه‌های اجتماعی حقیقی گریبان‌گیر جوامع شده است که کشور ما هم از این قاعده مستثنی نیست. شبکه‌های اجتماعی حقیقی، اعتماد، حمایت و روابط عاطفی افراد با همدیگر را تسهیل می‌کنند. روابط افقی و عمودی بین مردم در قالب گروه‌ها و انجمن‌های اجتماعی از مهم‌ترین دستاوردهای شبکه‌های اجتماعی بوده و نقش مهمی در افزایش سرمایه‌ی اجتماعی در جامعه دارد (۳۳). فرآیندها و کنش‌های اجتماعی را نمی‌توان صرفاً با ویژگی‌های خاص کنش‌گر مانند ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

مختلف اقتصاد کلان مرتبط است: رشد اقتصادی، حاکمیت قانون و کیفیت کلی حکومت، فساد، آموزش، میزان جرایم خشونت‌آمیز و رفاه ذهنی، همگی تحت تاثیر تمایل افراد در هر کشور به اعتماد به یکدیگر می‌باشند (۳۹). اعتماد اساسی‌ترین بخش سرمایه‌ی اجتماعی است (۴۰). اینگلهارت و کلینگمن (۲۰۰۰) شواهدی مبنی بر ارتباط مثبت سرمایه‌ی اجتماعی (که با اعتماد تعمیم‌یافته سنجیده می‌شود)، با شادی ملی یافتند (۴۱). برای پیشگیری از کاهش اعتماد عمومی در جامعه بایستی موضوع مورد توجه مسئولین و سیاست‌گذاران قرار گیرد تا راهکارهایی را جهت افزایش اعتماد عمومی در جامعه به اجرا درآورند.

آخرین مولفه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی که در این مطالعه بررسی شد نوع‌دوستی بود. میانگین نمره‌ی بعد نوع‌دوستی در کل کشور (۱/۴۲) از ۳/۷۸ نمره‌ی کل ۶ بود. که در حد متوسط می‌باشد. علاقه فزاینده‌ای به مطالعه‌ی تاثیر کمک به دیگران در رفاه و رضایت از زندگی در میان محققین وجود داشته است. نشان داده شده است که کمک به دیگران تاثیر مثبتی بر وضعیت عاطفی فرد و افزایش رضایت از زندگی دارد (۴۲). نتایج مطالعه‌ای که با هدف بررسی بی‌تفاوتی و نوع‌دوستی جامعه‌ی شهری ایرانی و عوامل موثر بر آن انجام گرفته بود، نشان داد که در مواجهه با وضعیت‌های اضطراری، نسبت نوع‌دوستی در جامعه‌ی شهری ایرانی ۷۵/۳ درصد و نسبت بی‌تفاوتی ۲۴/۷ درصد بود که تا حدودی با نتایج مطالعه ما هم‌خوانی دارد (۴۳). در مطالعه‌ی دیگر که به‌عنوان مطالعه فراتحلیل نوع‌دوستی در ایران توسط عشایری و همکاران انجام گرفت سطح نوع‌دوستی در جامعه‌ی ایرانی در سه سطح بالا با ۶۸/۷۴ درصد فراوانی، متوسط با ۲۹/۹۷ درصد فراوانی، و پایین با ۱/۲۷ درصد فراوانی قرار داشت (۴۴).

نظرسنجی ارزشهای جهانی در یکی از بررسی‌های خود به ارزیابی سطح اعتماد عمومی و پذیرش تفاوت‌های موجود بین افرادی که در کنار هم زندگی می‌کنند، پرداخته است. این بررسی با توزیع پرسشنامه‌هایی در میان نمونه‌هایی شامل افراد بالای ۱۸ سال در ۲۴ کشور مختلف از جمله ایران در فاصله سال‌های ۲۰۱۷ تا ۲۰۲۲

افراد (به‌عنوان مثال سن، جنسیت، قومیت، و سطح تحصیلات) توضیح داد. بلکه می‌توان آن‌ها را در تعامل با محیط اجتماعی از طریق خانواده، دوستان، اقوام یا آشنایان توضیح داد (۳۴). به‌نظر می‌رسد تقویت مهارت‌های اجتماعی در برقراری ارتباط توسط نهادهای آموزشی در کشور و استفاده از ظرفیت رسانه‌ها در ارتقای فرهنگ بومی کشور بتواند در این زمینه نقش موثری را ایفا کند. دومین مولفه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی که در این مطالعه به آن پرداخته شد "اعتماد" بود. میانگین نمره‌ی "اعتماد" در کل کشور (۰/۷۵) از ۱/۰۵ نمره‌ی کل ۲ بود. در مطالعه‌ی تبریزی و همکاران که جهت بررسی اعتماد عمومی ایرانیان به خدمات سلامت انجام دادند بیشترین سطح اعتماد مردم به متخصصین سلامت و پایین‌ترین سطح اعتماد آن‌ها به سیاست‌گذاران در سطح کلان بود (۳۵). سرمایه‌ی اجتماعی به‌طور مثبت با اعتماد مرتبط است. اعتماد نه تنها در تعاملات اجتماعی با خانواده، دوستان، همسایگان و ... بلکه در بیشتر معاملات اقتصادی و تصمیم‌گیری‌های سیاسی اهمیت دارد. از هم‌گسیختگی روابط اجتماعی، رشد فردیت، انزواطلبی، افسردگی، غلبه ابهام و تردید بر پیوندهای اجتماعی و فردی و بسیاری عادت‌های ناپسند دیگر از پیامدهای کاهش اعتماد در جامعه به شمار می‌رود (۳۶). در نبود اعتماد، ضمانت‌های جابگزین بسیار پرهزینه خواهد بود و بسیاری از فرصت‌ها برای همکاری‌های سودمند دوجانبه نادیده گرفته خواهد شد. علاوه بر مبادلات مختلف اجتماعی، اقتصادی و سیاسی در سطح خرد، اعتماد همچنین ارتباط قابل توجهی با پیامدهای سطح کلان مانند رشد اقتصادی دارد (۳۷).

در مطالعه‌ای که در شهر تهران با بیشترین تنوع فرهنگی در جمعیت با هدف بررسی میزان اعتماد عمومی و آمادگی برای همه‌گیری کووید-۱۹ و عوامل موثر انجام شد، فقط حدود یک‌چهارم افراد اعتماد عمومی بالایی داشتند (۳۸). نتایج نظرسنجی ارزش‌های جهانی که یک برنامه‌ی تحقیقاتی بین‌المللی برای مطالعه‌ی ارزش‌های اجتماعی، سیاسی، اقتصادی، مذهبی و فرهنگی مردم سراسر دنیا است در پلاسخ به این سوال "به‌طور کلی، آیا فکر می‌کنید به اکثر مردم می‌توان اعتماد کرد؟" نشان داده است که اعتماد اجتماعی با مجموعه‌ای از نتایج

انجام شده است. نتایج این بررسی که در سال ۲۰۲۲ منتشر شد، نشان می‌دهد که نرخ اعتماد عمومی به همسایگان در ایران ۷۹ درصد است که در میان ۲۴ کشور مورد بررسی در رتبه دهم قرار می‌گیرد (۴۵).

آنچه که نتایج مطالعه‌ی پیش‌رو نشان داد حاکی از آن است که سرمایه‌ی اجتماعی در ایران به‌ویژه در ابعاد شبکه‌های اجتماعی حقیقی در حد مطلوب نمی‌باشد. با توجه به نتایج به‌دست آمده در این زمینه در سطح استان‌ها لازم است مداخلات لازم توسط مسئولین و دست‌اندرکاران انجام گیرد. با توجه به فرهنگ اصیل ایرانی، زیرمؤلفه‌ی نوع‌دوستی در این مطالعه در حد مطلوب بود.

در زمینه‌ی ارتباط با شادمانی و کیفیت زندگی نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که سرمایه‌ی اجتماعی و مؤلفه‌های "شبکه‌های اجتماعی"، "اعتماد" و "نوع‌دوستی" آن، با قدرت پیش‌بینی‌کنندگی بالا با کیفیت زندگی و شادمانی افراد در جامعه ارتباط مثبت دارند.

در مطالعه‌ی آقاملایی و همکاران، در جوامع روستایی، تعاون و همکاری، انسجام و مشارکت اجتماعی بیشترین تاثیر را در کیفیت زندگی داشت. در میان دانشجویان، ارتباطات اجتماعی و در میان سالمندان انسجام و همبستگی رابطه‌ی قوی با کیفیت زندگی داشت (۴۶). در یک نظرسنجی در مقیاس بزرگ که با حجم نمونه ۱۰۰۹۵۶ شرکت‌کننده در ۳۷ کشور، از جمله کشورهای توسعه‌یافته و کمتر

توسعه‌یافته انجام گرفت، نتایج نشان داد که افزایش سرمایه‌ی اجتماعی قویا باعث بهبود رفاه ذهنی و رضایت از زندگی می‌گردد. طبق نتایج مطالعات فوق، افزایش سرمایه‌ی اجتماعی منجر به بهبود کیفیت زندگی در اکثر کشورهای کم‌درآمد شده بود (۴۷). در

مطالعه‌ای که جهت پیش‌بینی شادی در میان نمونه‌ای از بزرگسالان آفریقای جنوبی انجام گرفت. همه‌ی مؤلفه‌های سرمایه‌ی اجتماعی با شادمانی همبستگی معناداری داشت (۴۸).

بر اساس نتایج مطالعه‌ی حاضر، سرمایه‌ی اجتماعی و ابعاد مورد مطالعه آن در این مطالعه که شامل شبکه‌های اجتماعی، اعتماد و نوع‌دوستی بود به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده‌ی خوبی برای تبیین شادمانی و کیفیت زندگی در جامعه بزرگسال ایرانی می‌تواند در نظر گرفته

شود. بنابراین توجه به عوامل پیش‌بینی‌کننده سرمایه‌ی اجتماعی در کل کشور و در استان‌ها با توجه به فرهنگ بومی هرکدام از استان‌ها و تلاش برای بهبود وضعیت آن در استان‌هایی که میانگین نمره‌ی سرمایه‌ی اجتماعی در آن‌ها پایین‌تر از میانگین کشوری می‌باشد یک ضرورت انکارناپذیر می‌باشد. در این راستا، ارتقای سرمایه‌ی اجتماعی در کشور بایستی در دستور کار سیاستگذاران قرار گیرد و منابع مالی لازم برای این امر مهم، اختصاص یابد. به‌زعم نویسندگان، همکاری و توافق محققین علوم انسانی بالاخص جامعه‌شناسان با محققین حوزه‌ی سلامت در زمینه‌ی اتخاذ وحدت رویه در زمینه‌ی انتخاب و معرفی شاخص‌های سنجش سرمایه‌ی اجتماعی در کشور بر اساس مشخصات قومی و فرهنگی و بومی ایران نیز از اهم موضوعات در زمینه‌ی مطالعات سرمایه‌ی اجتماعی در کشور می‌باشد.

محدودیت‌های مطالعه: این مطالعه به‌دلیل شیوع کووید ۱۹، به‌صورت آنلاین انجام گرفت. لاجرم صرفاً افرادی که دسترسی به شبکه‌های مجازی داشتند و توانایی استفاده از این شبکه‌ها و پیام‌رسان‌ها را داشتند در مطالعه شرکت کردند و افرادی که قادر به استفاده از شبکه‌های مجازی نبودند در این مطالعه شرکت نکرده‌اند که می‌تواند تعداد قابل توجهی از جامعه ایرانی را در برگیرد.

محدودیت‌های مفهومی و روش‌شناختی در این مطالعه باعث شد که سرمایه‌ی اجتماعی، کیفیت زندگی و شادمانی در محدوده‌ی خاصی تفسیر شوند. مؤلفه‌های سرمایه‌ی اجتماعی به‌کار رفته در این مطالعه ممکن است سایر مؤلفه‌هایی را که در نهایت بر کیفیت زندگی و شادی افراد تاثیر می‌گذارند، نادیده بگیرد.

نتیجه‌گیری

براساس نتایج مطالعه‌ی حاضر، سطح سرمایه‌ی اجتماعی در کشور به‌ویژه در برخی استانها مطلوب نمی‌باشد. در این راستا، برنامه‌ریزی برای اجرای مداخلات جهت بهبود سرمایه‌ی اجتماعی به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های سلامت اجتماعی باید از اولویتهای مسئولین امر باشد.

تشکر و قدردانی: این مقاله برگرفته از رساله‌ی دکترای آموزش و ارتقای سلامت بود. نویسندگان از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم

مطالعه، موارد اخلاقی از جمله کسب مجوز از مدیران گروه‌ها و کانال‌های مجازی برای توزیع لینک پرسشنامه در فضای مجازی، بیان اهداف مطالعه در ابتدای پرسشنامه و درخواست از شرکت‌کنندگان برای شرکت در مطالعه فقط در صورت داشتن رضایت، رعایت شد. **سهم نویسندگان:** فاطمه سعادت‌تی: مجری اصلی مطالعه، جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها، تدوین مقاله، حیدر ندریان: نظارت علمی بر اجرای مطالعه، ویرایش نهایی مقاله، ندا گیلانی: مشاور اجرایی مطالعه، دکتر محمدحسین تقدیسی: نظارت علمی، کمک در ویرایش نهایی مقاله.

References

1. Siisiainen M. Two concepts of social capital: Bourdieu vs. Putnam. *Int J Contemp Sociol*. 2003; 40(2):183-204.
2. Bhandari H, Yasunobu k. What is Social Capital? A Comprehensive Review of the Concept. *Asian J Psychiatr*. 2009; 37(3):480-510. <https://doi.org/10.1163/156853109X436847>
3. Grootaert C, Deepa N, Veronica N.J, Michael W. Measuring Social Capital. An Integrated Questionnaire. World Bank Working Paper: Washington: 2004. <https://doi.org/10.1596/0-8213-5661-5> PMID:15108005
4. Siisiainen, M. Two concepts of social capital: Bourdieu vs. Putnam. *Int J Contemp Sociol*. 2003; 40(2): 183-204.
5. De Silva M.J, McKenzie K, Harpham T, Huttly S. Social capital and mental illness: a systematic review. *J Epidemiol Popul Health* 2005; 59(8): 619-27. <https://doi.org/10.1136/jech.2004.029678> PMID:16020636 PMID:17433512
6. Folland, S. Does "community social capital" contribute to population health? *Soc Sci Med*. 2007; 64: 2342-54. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.03.003> PMID:17433512
7. Kawachi I, Berkman L. Social cohesion, social capital, and health. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2000; 174(7): 190-195 <https://doi.org/10.1093/oso/9780195083316.003.0008>
8. Han, S. Compositional and contextual associations of social capital and self-rated health in Seoul, South Korea: a multilevel analysis of longitudinal evidence. *Soc Sci Med* .2013; 80: 113-120. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.12.005> PMID:23261256
9. Saadati F, Nadrian H. "Health promotion governance": A framework for operationalizing the Ottawa charter mechanisms in health system governance. *World Med Health Policy*. 2023. <https://doi.org/10.1002/wmh3.583>
10. Poortinga W. Do health behaviors mediate the association between social capital and health? *J. Prev. Med.* 2006; 43: 488-93 <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2006.06.004> PMID:16860857
11. Lindström M. Social capital, the miniaturization of community and high alcohol consumption: a population-based study. *Alcohol Res Health*. 2005; 4: 556-62 <https://doi.org/10.1093/alcalc/agh190> PMID:16087659
12. Ehsan A, Klaas HS, Bastianen A, Spini D. Social capital and health: a systematic review of systematic reviews. *Popul Health*. 2019; 8:100425 <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2019.100425> PMID:31431915 PMID:PMC6580321
13. Khosravi P, Choobin M, Haji Esfandiari A. The relationship between social capital and social health and organizational health of personnel working in a military hospital. *J. Mar. Med*. 2019; 1(2): 110-17.
14. Gong, S, Nagayoshi K. Social capital and psychological well-being of Chinese immigrants in Japan. *Int. J. Environ. Res*. 2021; 18(2): 547. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020547> PMID:33440737 PMID:PMC7826720
15. Song, L. Social capital and health. 1st ed. Springer: London: 2013 https://doi.org/10.1007/978-94-007-6193-3_12 PMID:PMC3915908

پزشکی تبریز به خاطر تایید علمی - اخلاقی و حمایت مالی و هم‌چنین از تمام کسانی که در این طرح ملی شرکت کردند تشکر و قدردانی می‌کنند.

تضاد منافع: در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافع بین اعضا تیم تحقیق با منافع اشخاص یا سازمان خاصی وجود ندارد.

حمایت مالی: حمایت مالی این مطالعه را دانشگاه علوم پزشکی تبریز بر عهده داشت.

ملاحظات اخلاقی: این پژوهش با اخذ کد اخلاق از کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز (کد اخلاقی: IR.TBZMED.REC.1399.839) مورد تایید قرار گرفت. با توجه به آنلاین بودن

16. Harpham T, Grant E, Thomas E. Measuring social capital within health surveys: key issues. *Health Policy Plan.* 2002;17(1):106-11. <https://doi.org/10.1093/heapol/17.1.106> PMID:11861592
17. Westlund H, Adam F. Social capital and economic performance: A meta-analysis of 65 studies. *Eur Plan Stud.* 2010; 18(6): 893-919 <https://doi.org/10.1080/09654311003701431>
18. Abdul-Hakim R, Ismail R, Abdul-Razak N.A. The Relationship between Social Capital and Quality of Life Among Rural Households in Terengganu, Malaysia. *Int. J. Sustain. Dev.* 2010; 1(05):99-106.
19. Tuesca-Molina, R, Eustorgio José A.S. Social capital and relationship with self-rated health. *National health survey in Colombia. Colombia Médica.* 2014; 45(1): 7-14. <https://doi.org/10.25100/cm.v45i1.1316>
20. Saadati F, Nadrian H, Zohrabi S. The Psychometric Properties of a Concise Social Capital Instrument (SC-8) in the 18-65-Year-Old Iranian Population: A Tool Designed for Online Surveys. *J Public Hlth Dev.* 2024.(under review) <https://doi.org/10.5812/jhealthscope-132880>
21. Nosikov A, Gudex C. *EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys.* IOS Press: Amsterdam; 2003.
22. Abachizadeh K, Omidnia S, Hajebi A, Shekarriz-Foumani R, Mohseny M. Measuring positive health of Iranians; Finding from Iran social health survey (ISHS.(*Med J Islam Repub Iran.* 2018; 32: 63-9. <https://doi.org/10.14196/mjiri.32.63> PMID:30643738 PMID:PMC6325284
23. Hamshahrionline.ir/x4fj9 22 June 2014. The provinces of the country were divided into 5 regions.
24. Noghaani M, Asgharpor AH, Safa SH, Kermaani M. The quality of life and its relation with social capital in the city of Mashhad. *J. Soc. Sci.* 2008; 5: 111-40.
25. Bakhshi F, Nezam dust F, Leili EK. The relationship between social capital and mental health in individuals living with HIV in North of Iran. *HIV & AIDS Review. Int J STD AIDS.* 2021; 20(1): 38-45 <https://doi.org/10.5114/hivar.2021.105110>
26. Mohseni- Tabrizi A, Agha Mohseni M. The study of the role of social capital in urban development: case study of Mahalat town. *J. Urban Manag.* 2010;8, 147-62. [Persian]
27. Nemati MA, Akbarzadeh- Safooei M, Zangiyan S, Baqersad-Ranani M. The Role of Social Capital, Commitment, and Organizational Citizenship Behavior in Improving Job Performance (Case Study: Khoy Municipality). *J. Urban Econ.* 2017; 5(17): 115-32. [Persian]
28. Siyahpush, A. Meta-Analysis of studies of social capital in Iran. *Strategy for cultur.* 2008;1: 99-124. [Persian]
29. Saadat R. The Estimation of Social Capital in Iran. *J. Econ. Res.* 2008 ; 43 :24-41. [Persian]
30. Mowlaei, M.M, Ghasemi M.H. Iran's social capital foresight in the horizon of 2031 using structural analysis method. *J. soc. Manage.* 2023;10(2): 159-75. [Persian]
31. Mozaffari Z, Amani R. Social Capital and Energy Consumption: an Evidence for Iran. *Environmental Energy and Economic Research.* 2023; 7(2): 1-13. [Persian]
32. White L. Connection matters: Exploring the implications of social capital and social networks for social policy. *Syst. Res. Behav. Sci.* 2002; 19(3): 255-269. <https://doi.org/10.1002/sres.464>
33. Bhandari H, Yasunobu K. What is social capital? A comprehensive review of the concept. *Asian J. Soc. Sci.* 2009;37(3): 480-510. <https://doi.org/10.1163/156853109X436847>
34. Freisthler B, Maguire-Jack K. Understanding the interplay between neighborhood structural factors, social processes, and alcohol outlets on child physical abuse. *Child maltreatment.* 2015;20(4):268-77. <https://doi.org/10.1177/1077559515598000> PMID:26251328 PMID:PMC4618762
35. Tabrizi J, Saadati M, Sadeghi Bazargani H, Abedi L, Alibabayee R. Iranian public trust in health services: evidence from Tabriz, Islamic Republic of Iran. *EMHJ.* 2016;22(10):713-18 <https://doi.org/10.26719/2016.22.10.713> PMID:28134422
36. Stolle, D. Trusting strangers-the concept of generalized trust in perspective. *Oesterr.Z.f.Politikwiss.* 2002; 31(4): 397-412.
37. Dasgupta P. A matter of trust: Social capital and economic development. *The Annual Bank Conference on Development Economics (ABCDE), Seoul.* 2011: 119.
38. Hamidreza K, Pourebrahimi M, Karibozorg MF, Farahani MJ, Ranjbar M, Jenabi M et al. Public trust, preparedness, and the influencing factors regarding COVID-19 pandemic situation in Iran: a population-based cross-sectional study. *Asian J Soc Health Behav.* 2022;5(4): 154-161. https://doi.org/10.4103/shb.shb_155_22
39. Alesina A, La Ferrara E. The determinants of trust (Working Paper Series No7621) Washington 1999. <https://doi.org/10.3386/w7621> PMID:11370544
40. Uslaner, E. M. *The moral foundations of trust.* Cambridge University Press: Cambridge, United Kingdom. 2002.

- <https://doi.org/10.2139/ssrn.824504>
41. Inglehart R, Klingemann H.D. Genes, culture, democracy, and happiness. *Culture and Subjective Well-being*. 2000;4:165-83 <https://doi.org/10.7551/mitpress/2242.003.0012>
 42. Yuen C.Y. Ethnicity, level of study, gender, religious affiliation and life satisfaction of adolescents from diverse cultures in Hong Kong. *J. Youth Stud.* 2013; 16(6): 776-791. <https://doi.org/10.1080/13676261.2012.756973>
 43. Kalantari S. Study of indifference and altruism in the urban society of Iran and its influencing factors. *Bimonthly Shahid University*. 2007;14: 22. [Persian]
 44. Ashayeri T, Jahanparvar T, Abbasi E. Iranian collectivist values: a meta-analysis of altruism. *Human Sciences Elite Discourse*. 2021 Feb 19;4(8):57-82.
 45. Kizilova K, Diez-Medrano J, Welzel c, Haerpfer C . Harmonization in the World Values Survey. *Survey Data Harmonization in the Social Sciences*. 2024: 39-56. <https://doi.org/10.1002/9781119712206.ch3>
 46. Aghamolaei T, Davoodi SH, Moradabadi AS, Dadipoor S. Association between social capital and quality of life in the Iranian population: a systematic review. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2020;26(6):695-707.
 47. The role of social capital in subjective quality of life. *Humanit. soc. sci. commun.* 2023; 10: 31. <https://doi.org/10.1057/s41599-023-01502-7>
 48. Imbulana Arachchi J, Managi S. The role of social capital in subjective quality of life. *Humanit. soc. sci. commun.* 2023; 10(1): 1-10. <https://doi.org/10.1057/s41599-023-01502-7>