

نقش سرمایه‌ی اجتماعی و شاخص‌های سلامت اجتماعی در پیش‌بینی نگرش به بزهکاری فرزندان

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۶/۳/۴

تاریخ دریافت مقاله: ۹۵/۱۱/۶

زهرا سیمی^۱، علیرضا آقا یوسفی^۲، محسن مخلوق^{۳*}، مهدیه محمدی^۴

چکیده:

مقدمه: هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی و شاخص‌های سلامت اجتماعی خانواده با نگرش به بزهکاری فرزندان است.

روش: پژوهش از نظر هدف توصیفی و از نظر نوع تحقیق، همبستگی است. جامعه‌ی آماری این پژوهش کلیه‌ی دانش‌آموزان دختر سه‌گانه دبیرستان‌های شهرستان ممسنی است که تعداد ۱۳۰ نفر به شیوه‌ی نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند و با استفاده از پرسشنامه‌های سلامت اجتماعی کیبیز (۱۹۹۸)، سرمایه‌ی اجتماعی بولن (۲۰۰۵) و سنجش نگرش به بزهکاری فضلی (۱۳۸۹)، مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها در سطح توصیفی و استنباطی به روش ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه و با استفاده از نرم‌افزار spss-19 تحلیل شده‌اند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین سرمایه‌ی اجتماعی و مؤلفه‌های سلامت اجتماعی با نگرش به بزهکاری فرزندان رابطه‌ی معناداری در سطح ۹۹٪ اطمینان وجود دارد؛ نقش مؤلفه‌ی پذیرش اجتماعی در تبیین نگرش بزهکاری فرزندان بیش از دیگر متغیرها است و بعد از آن به ترتیب سرمایه‌ی اجتماعی و شکوفایی اجتماعی در تبیین نگرش بزهکاری فرزندان بیشترین نقش را داشته‌اند.

نتیجه‌گیری: پیوند شاخص‌های سلامت اجتماعی با مجموعه‌ی عناصر اساسی سرمایه‌های اجتماعی در حوزه‌ی نهاد خانواده باعث کاهش نگرش منفی فرزندان به بزهکاری و شکل‌گیری بینش‌های تازه‌ای بر زندگی اعضای خانواده جهت حل چالش‌ها و آسیب‌ها می‌شود.

واژه‌های کلیدی: سرمایه‌ی اجتماعی، سلامت اجتماعی، نگرش به بزهکاری

^۱ کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه علامه طباطبائی

^۲ دکترا روان‌شناسی، دانشیار دانشگاه پیام نور

^۳ کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک، نویسنده‌ی مسئول:

PsychoRavan@yahoo.com

^۴ کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد یاسوج

The Role of Social Capital and Social Health Indicators in Prediction of Attitude to Child Delinquency

Simi, Z.; Aghayousefi, A.; Makhloogh, M.; Mohammadi, M.

Abstract:

Introduction: the present study aims at investigating the relationship between social capital and social health indicators in child delinquency.

Method: the participants in this descriptive correlational study were all female students in high schools in Noor Abad including 130 girls who were selected randomly through multistage clustering sampling. They were, then, evaluated through Keyes social health (1998), Bullen social capital (2005) and Fazli attitude to delinquency (1389).

The data were analyzed using person correlation, multiple regression and SPSS-19 software.

Findings: The results indicated that there is a meaning full relationship between social capital and social health components with attitude to child delinquency. In this study Social acceptance had the most role in explanation of attitude to child delinquency and social capital and social development had second rate influence.

Conclusion: The integration of social health indicators with social capital elements in family unit leads to the reduction of negative attitude in children towards delinquency. It also helps form new insights into responding to challenges and in conveniences among family members.

Keywords: attitude to delinquency, social capital, social health.

مقدمه

تلاش‌های زیادی در کشورهای جهان به منظور شناخت عوامل محیطی و فردی زمینه‌ساز خطرپذیری و نگرش‌های بزهکارانه انجام گرفته است. از جمله‌ی این تلاش‌ها، توجه به بعد اجتماعی سلامت است که با مطالعه‌ی «سرمایه‌ی اجتماعی» امکان‌پذیر است (ولکووک^۱، ۲۰۱۱). از سوی سلامت اجتماعی^۲ و رابطه‌ی آن با سرمایه‌ی اجتماعی^۳ از مهم‌ترین مفاهیمی است که در هر حیطه‌ی از جمله نهاد خانواده مورد توجه قرار گرفته است (سعادت، ۱۳۸۵). در واقع سلامت اجتماعی در کنار سلامت جسمانی و روانی یکی از سه ارکان تشکیل‌دهنده سلامت عمومی جامعه و خانواده است (فدایی مهربان، ۱۳۸۶). انسان سالم، محور توسعه است و در سایه‌ی سلامت پایدار، تمام آحاد جامعه از ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی برخوردارند. بر این اساس توسعه‌ی انسانی از مهم‌ترین

^۱ Woolcock

^۲ social wellbeing

^۳ social capital

پارامترهای مطالعات توسعه از دهه ۸۰ قرن بیستم به این سمت تا به امروز بوده است که می‌تواند از طریق ارتقای سلامت اجتماعی خانواده مورد اهتمام قرار گیرد. پرورش تفکرات اجتماعی صحیح در خانواده و برخورداری فرد از ذهنیت مثبت نسبت به مسائل خانوادگی و جامعه، برای داشتن زندگی اجتماعی بهتر، اولین و مهم‌ترین مرحله از سلامت اجتماعی خانواده است؛ «درواقع زمانی شخص را واجد سلامت اجتماعی بر می‌شمیریم که بتواند فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی خود را در حد متعارف در خانواده و اجتماع بروز دهد و با خانواده و جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند و هنجارهای اجتماعی موجود، احساس پیوند، اتصال و ارتباط برقرار نماید. گلداسمیت^۳ سلامت اجتماعی را «ارزیابی رفتارهای معنادار مثبت و منفی فرد در ارتباط با دیگران» تعریف می‌کند و آن را یکی از اساسی‌ترین شاخص‌های سلامت هر جامعه‌ای از جمله خانواده معرفی می‌نماید که منجر به کارایی فرد در خانواده و جامعه خواهد شد. بر اساس تئوری کبیز^۴، پنج بُعد یکپارچگی اجتماعی، پذیرش، مشارکت داشتن، شکوفایی و پیوستگی اجتماعی را باید مهم‌ترین شاخص سلامت اجتماعی خانواده در جامعه قرار داد (لارسون^۵، ۱۹۹۳)؛ از سویی خانواده به‌عنوان کوچک‌ترین واحد اجتماعی اساس تشکیل جامعه و حفظ روابط انسانی را بر عهده دارد. پیوندهای درون خانواده‌ها مکان‌هایی برای شکل‌گیری الگوهای رفتاری فرزندان است که آنان را در بسیاری تصمیمات رفتاری و روابط اجتماعی راهنمایی می‌کند. الگوهای رفتاری نهادها دربرگیرنده‌ی راه‌هایی برای مدیریت رفتار و حل تعارضات رفتاری است (کورن^۴، ۲۰۱۳)؛ در بین بسیاری از صاحب‌نظران در این زمینه توافق کلی وجود دارد که فرزندان بزهکار غالباً در معرض آن‌گونه از روابط قرار دارند که از ویژگی‌های آن، نبود رابطه و پیوند نزدیک و صمیمانه بین پدر و فرزند و مادر و فرزند است که به‌تدریج کیفیت این رابطه در رفتار آنان نسبت به دیگران به‌ویژه بزرگسالان اثر می‌گذارد (استون و وندی^۵، ۲۰۱۳)؛ شکل کار و طرز ارتباط اعضای خانواده به‌گونه‌ای است که محیط خانواده را برای تأمین احتیاجات اساسی فرزندان مساعد می‌سازد. هرگونه نارسایی در عملکرد خانواده تأثیر نامطلوبی در بهنجار نمودن فرزندان می‌گذارد؛ بنابراین از ترکیب کمیت و کیفیت روابط بین والدین و فرزندان، سرمایه‌ی اجتماعی خانواده ایجاد می‌شود؛ و از آنجایی که شخصیت‌های فردی تحت تأثیر کمیت و کیفیت روابط میان فردی است فقدان حمایت اجتماعی ممکن است منابع فردی را برای مقابله با چالش‌ها تقلیل دهد و احتمالاً به اختلالات رفتاری منجر شود زیرا حمایت‌هایی که فرد از خانواده و دوستان و جامعه دریافت می‌کند سلامت او را تحت تأثیر قرار می‌دهد. پژوهش‌های اجتماعی تأثیر سلامت و میزان سرمایه‌ی اجتماعی را به‌عنوان عامل تعیین‌کننده در سلامت رفتاری و امنیت خانواده مورد توجه قرار می‌دهند (فرهمند، ۱۳۹۰).

³ Goldsmith

⁴ Keyes

^۲ Larsen

^۴ Curran

^۵ Stone & Wandy

مفهوم سرمایه‌ی اجتماعی به دلیل ماهیت و محتوایی که دارد تقریباً با تمامی موضوعات و مسائل مطرح در حوزه انسانی و اجتماعی ارتباط پیدا می‌کند (کالاگن^۱، ۲۰۰۸) و از دهه ۱۹۷۰ میلادی به‌طور جدی در مباحث علوم اجتماعی و اقتصادی مطرح گردید و در تمام مسائل و پدیده‌های اجتماعی و فرهنگی از جمله مباحث و مسائل حوزه‌ی خانواده ریشه دوانیده است و این مفهوم با هر حوزه‌ی اجتماعی می‌تواند پیوندی معنادار داشته باشد؛ و می‌تواند به‌عنوان یک عامل اجتماعی مؤثر بر سلامت عمومی و اجتماعی خانواده اثرگذار باشد (قاسمی، اسماعیلی و ربیعی، ۱۳۸۵).

جیمز کلمن^۲، سرمایه‌ی اجتماعی را به‌وسیله‌ی کارکردش تعریف نموده است؛ به نظر او سرمایه‌ی اجتماعی هنگامی ایجاد می‌شود که روابط، میان افراد به شیوه‌ای تغییر یابد که کنش را آسان سازد؛ بنابراین سرمایه‌ی اجتماعی عبارت است از: «قدرت و توانایی مردم برای برقراری ارتباط با هم».

این تعریف از سرمایه‌ی اجتماعی هم روابط بین افراد را در برمی‌گیرد که کلمن بر آن تأکید نموده بود و هم اینکه این روابط باید مبتنی بر اعتماد و مثبت باشد. به‌طور کلی عناصری که از مجموع تعاریف و نظریات ذکر شده می‌توان به‌عنوان شاخص‌های سرمایه‌های اجتماعی استخراج کرد شامل: اعتماد و حمایت اجتماعی (سرمایه‌های اجتماعی، شناختی) و مشارکت‌های اجتماعی (سرمایه‌ی اجتماعی، ساختاری) است که این شاخص‌های با تعاملات مؤثر بین فردی و گروهی، می‌تواند زمینه‌ی پیشگیری از گرایش‌های بزهکارانه و بسیاری از آسیب‌های اجتماعی همچون خشونت، مصرف مواد، الکل و رفتارهای جنسی پرخطر را فراهم آورد (کولن و وایت‌فورد^۳، ۲۰۱۲).

از آنجا که خانواده یکی از اساسی‌ترین نهادهای هر جامعه‌ای است که تمامی صاحب‌نظران در مورد آن اندیشیده‌اند و ریشه‌ی تمام ناهنجاری‌ها و کج‌روی‌ها را در خانواده جستجو کرده‌اند در صورت مجهز نبودن به سلامت اجتماعی، موجبات عدم امنیت آن‌ها در برابر مشکلات از جمله مسائل خانوادگی می‌شود و آنان به‌راحتی نمی‌توانند با شرایط متغیر زندگی و رو به تکامل فناوری، با شیوه‌هایی که خانواده و جامعه آن را مثبت می‌داند انطباق یابند و به زعمش نقش مفیدی در جامعه داشته باشند و این زمینه‌ساز گرایش به سمت نگرش و رفتارهای بزهکارانه و آسیب‌های اجتماعی و خانوادگی می‌شود (کینز و شاپیرو، ۱۹۹۸). از سویی مک‌کارتی معتقد است که مفهوم سرمایه‌ی اجتماعی هم نگرشی را ارائه می‌دهد که باعث ایجاد دید عمیق‌تر و درک بهتر از میزان سلامت اجتماعی خانواده و علل جرم و بزهکاری می‌شود (سجادی و صدرالسادات، ۱۳۸۴، ص ۲۴۴). رایت و فیتزپاتریک^۴ (۲۰۰۶) رابطه‌ی بین سرمایه‌ی اجتماعی خانواده و رفتارهای بزهکارانه را بررسی کرده‌اند؛ با استناد به نظریه‌ی کلمن یافته‌های آنان نشان می‌دهد که سرمایه‌ی اجتماعی خانواده در طول

^۱ Callaghan

^۲ Coleman

^۳ Cullen, M., & Whiteford, H.

^۴ Wriht & Fitzpatrick

زمان، میزان و اشتیاق به بزهکاری را کاهش می‌دهد، تأثیرات بدرفتاری را تعدیل می‌کند و میزان توجه آنان احتمال ارتکاب نگرش‌ها و رفتارهای بزهکارانه و جامعه‌پذیری توسط همسالان بزهکار را کاهش می‌دهد. در همین راستا پژوهش نقیب ساعت، فاتحی دهقان و فروغیان (۱۳۹۱) نشان داده که بین میزان انحرافات اخلاقی و اجتماعی با متغیرهای تعامل اجتماعی، احساس هویت جمعی، اعتماد بنیادین و احساس رضایت و پذیرش، رابطه‌ی مثبت و مستقیم وجود دارد.

با توجه به اینکه پرورش تفکرات اجتماعی صحیح در خانواده و برخورداری فرد از ذهنیت مثبت نسبت به مسائل خانوادگی و جامعه برای داشتن زندگی اجتماعی بهتر، مهم‌ترین مرحله از سلامت اجتماعی خانواده است و با در نظر گرفتن ماهیت اجتماعی زندگی خانوادگی و چالش‌هایی که این جنبه از زندگی می‌تواند با خود برای فرد و حتی جامعه به وجود آورد و ارتباط تنگاتنگ رفتارهای نابهنجار نوجوانان با چگونگی روش‌های اجتماعی کردن خانواده‌ها، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش سرمایه‌ی اجتماعی در ارتقای شاخص‌های سلامت اجتماعی خانواده، با نگرش به بزهکاری فرزندان پرداخته تا بتواند توجه لازم را به جنبه‌های اجتماعی سلامت، در کنار جنبه‌های عینی، عاطفی، روان‌شناختی و معنوی آن در خانواده اعمال کند. از سویی علی‌رغم پژوهش‌های صورت گرفته در زمینه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی و سلامت اجتماعی، در نظر گرفتن این متغیرها در شکل‌گیری نگرش به رفتار بزهکارانه جای بحث دارد.

روش

پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر کلیه‌ی دانش‌آموزان دخترانه سه‌گانه دبیرستان‌های شهرستان ممسنی مشغول به تحصیل در سال ۹۳-۹۴ بودند. با توجه به وجود دو متغیر ملاک و همچنین نوع تحقیق و افزایش اعتبار تحقیق در این پژوهش، حداقل تعداد ۱۰۰ نمونه مورد نیاز بود که تعداد ۱۳۰ نفر از دانش‌آموزان به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای بر اساس مدرسه و پایه انتخاب شدند و سپس پرسشنامه‌های سرمایه‌ی اجتماعی، سلامت اجتماعی و پرسشنامه‌ی سنجش نگرش به بزهکاری، بر روی آن‌ها اجرا گردید.

ابزار

پرسشنامه‌ی سلامت اجتماعی: پرسشنامه‌ی سلامت اجتماعی توسط کبیز در بنیاد علمی مک‌آرتور ایالات متحده آمریکا در سال ۲۰۰۴ ساخته شده است. این پرسشنامه شامل ۱۵ گویه بوده و ۵ زیر مقیاس (شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی) را مورد بررسی قرار می‌دهد. نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت انجام شده است. برای بررسی ملاک آزمون سلامت اجتماعی، کبیز (۱۹۹۸) مقیاس خود را با

اندازه‌های مربوط به ناهنجاری‌های اجتماعی، فعالیت‌های گروهی، شادی و رضایت در زندگی و میزان خودکشی همبسته کرد و به ضریب معناداری دست یافت. کبیز در این مطالعات ضریب آلفای کرونباخ را برای خرده‌مقیاس‌های انسجام، پذیرش، مشارکت، شکوفایی و انطباق، به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۷، ۰/۷۵، ۰/۶۹، ۰/۷۵ و ضریب آلفای کل آزمون را ۰/۸۰ گزارش کرده است (باباپور، ۱۳۸۸، صص ۹-۱). باباپور و همکاران (۱۳۸۸) برای بررسی پایایی این ابزار از همسانی درونی استفاده نموده و گزارش کردند که آلفای به‌دست‌آمده برای کل مقیاس ۰/۷۸ و برای هریک از خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب عبارت از ۰/۷۱ برای یکپارچگی، ۰/۷۴ برای پذیرش اجتماعی، ۰/۷۴ برای مشارکت اجتماعی، ۰/۷۰ برای خودشکوفایی، ۰/۷۷ برای چسبندگی، بوده است که نشان می‌دهد این ابزار از پایایی مطلوبی برخوردار است. روایی پرسشنامه حاضر از طریق روایی صوری به دست آمد، بدین صورت که از نظر اساتید راهنما و مشاور استفاده گردید و بعد از اعمال نظر ایشان، پرسشنامه برای پژوهش آماده گردید (حاتمی، ۱۳۸۸).

پرسشنامه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی: پرسشنامه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی توسط بولن در سال ۲۰۰۵ تهیه شده است. این پرسشنامه دارای ۳۶ سؤال است که برای سنجش سرمایه‌ی اجتماعی افراد به کار می‌رود. این پرسشنامه شامل هشت حیطه است که هر مورد دارای سؤالات مشخصی است. حیطه‌ها عبارت‌اند از: حیطه‌ی مشارکت در اجتماعات محلی شامل ۷ سؤال، حیطه‌ی پیشگامی در فعالیت اجتماعی شامل ۵ سؤال، حیطه‌ی اعتماد و امنیت شامل ۵ سؤال، حیطه‌ی ارتباط با همسایگان شامل ۴ سؤال، حیطه‌ی ارتباط با دوستان و خانواده شامل ۳ سؤال، حیطه‌ی ارزش زندگی شامل ۲ سؤال و حیطه‌ی ارتباطات کاری که شامل ۳ سؤال است و دو سؤال نیز به دلیل اینکه در بیش از یک حیطه می‌توانست قرار بگیرند، به‌صورت جداگانه مورد بررسی قرار گرفتند. نمره‌گذاری هر سؤال بر روی یک پیوستار از ۱ (کاملاً موافقم) تا ۵ (کاملاً مخالفم) است. روایی و اعتبار ابزار تحقیق به‌وسیله‌ی پنج نفر متشکل از استادان علوم سیاسی و اجتماعی (با مرتبه‌ی حداقل استادیار) روی یک گروه ۴۰ نفری (دانشجو) به‌صورت آزمایشی اجرا شد و پس از بحث و بررسی‌های لازم بر اعتبار آن صحنه گذاشته شد (سرخکلایی و همکاران، ۱۳۹۰)؛ ضرایب پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ برای ابعاد اجتماعی، انجمن داوطلبانه و شبکه‌های اجتماعی به ترتیب برابر ۰/۷۵، ۰/۶۸، ۰/۷۱ و برای کل پرسشنامه ۰/۷۷ به‌دست آمد. همچنین اعتبار پرسشنامه از طریق اعتبار صوری برآورده شده است؛ یعنی پرسشنامه بعد از طراحی در اختیار استادان و متخصصان قرار گرفت و بعد از گردآوری دیدگاه آن‌ها پرسشنامه نهایی طراحی شد (سرخکلایی و همکاران، ۱۳۹۰).

پرسشنامه‌ی سنجش نگرش بر بزهکاری: این پرسشنامه با هدف سنجش نگرش بر رفتارهای بزهکارانه توسط وحید فضلی در سال ۱۳۸۹ برای نوجوانان ۱۵ الی ۱۸ تهیه شده است که ۲۸ ماده دارد. شیوه‌ی نمره‌گذاری پرسشنامه به‌صورت لیکرت است: ۱ (کاملاً مخالفم)، ۲ (مخالفم)، ۳ (موافقم) و ۴ (کاملاً موافقم). جهت حصول اطمینان از اعتبار یا روایی پرسشنامه،

عبارت و طیف مورد استفاده برای پاسخ، به افراد صاحب‌نظر در رابطه با موضوع مورد مطالعه (اساتید رشته‌های روان‌شناسی و جامعه‌شناسی و جرم‌شناسی) ارائه گردید و بر اعتبار آن صحت گذاشته شد. این ابزار جهت مشخص کردن نگرش مثبت یا منفی به رفتارهای بزهکارانه در نظر گرفته شده است. بررسی سؤالات به صورت پایلوت بر روی ۲۰۰ نفر از نوجوانان (۱۵-۱۸ سال) مدارس دولتی شهر تهران انجام گرفت و با استفاده از روش آلفای کرونباخ، میزان پایایی برای نگرش مثبت به رفتارهای بزهکارانه ۰/۷۱ و برای نگرش منفی به رفتارهای بزهکارانه ۰/۷۷ به دست آمد. همچنین نتایج پایانی برای کل نمونه (۶۸۶ نفر)، برای نگرش مثبت به رفتار بزهکارانه ۰/۷۱ و برای نگرش منفی ۰/۷۹ به دست آمد (سعادت و خدایاری، ۱۳۹۱). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای نگرش مثبت به بزهکاری ۰/۸۶ و برای نگرش منفی به بزهکاری ۰/۸۳ به دست آمده است.

روش اجرا

پس از انجام مطالعات لازم در زمینه مبانی علمی، سه پرسشنامه تدوین گردید و اعتبار روایی آن محاسبه شد و پس از آن جامعه آماری انتخاب و به هر یک از افراد نمونه، پرسشنامه‌ها ارائه گردید. پس از پر شدن پرسشنامه‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و کدگذاری پرسشنامه، اطلاعات آماری استخراج گردیده و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند که ابتدا با استفاده از روش‌های آمار توصیفی، داده‌ها توصیف شدند، سپس با استفاده از روش‌های آماری استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام) روابط موجود بین متغیرهای پژوهش بررسی گردید.

یافته‌ها

از بین نمونه‌های مورد بررسی ۵/۶ درصد سنشان ۱۵ سال، ۱۴/۱ درصد ۱۶ سال، ۱۳/۸ درصد ۱۷ سال، ۴۰/۵ درصد ۱۸ سال، ۲۲/۰ درصد ۱۹ سال و ۴/۱ درصد سنشان ۲۰ سال بوده است. ۸۸/۶ درصد میزان درآمد خانواده‌شان کمتر از یک میلیون، ۵/۶ درصد بین یک میلیون تا دو میلیون و ۵/۹ درصد میزان درآمد خانواده‌شان بیشتر از دو میلیون تومان بوده است. ۱۴/۰ درصد تحصیلات پدرشان زیر دیپلم بوده، ۳۸/۴ درصد دیپلم، ۱۸/۹ درصد فوق‌دیپلم، ۲۱/۷ درصد لیسانس و ۷/۰ درصد فوق‌لیسانس و بالاتر بوده است. ۵۰/۷ درصد تحصیلات مادرشان زیر دیپلم بوده، ۳۴/۶ درصد دیپلم، ۳/۵ درصد فوق‌دیپلم، ۵/۶ درصد لیسانس و ۵/۶ درصد فوق‌لیسانس و بالاتر بوده است.

داده‌های به دست آمده از طریق آمار توصیفی (میانگین، واریانس و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (همبستگی پیرسون و رگرسیون) در نرم‌افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفتند. شاخص‌های

توصیفی میانگین و انحراف استاندارد نمرات اعضا در متغیرهای سلامت اجتماعی، سرمایه‌ی اجتماعی و نگرش به بزهکاری در جدول (۱) آورده شده است.

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی متغیرهای سرمایه‌ی اجتماعی، سلامت اجتماعی و مؤلفه‌های آن و نگرش به بزهکاری

شاخص‌های توصیفی			متغیر
انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	
۱۵/۴۶	۱۱۹/۹۳	۱۳۰	سرمایه‌ی اجتماعی
۱۰/۲۹	۷۹/۹۸	۱۳۰	سلامت اجتماعی
۳/۷۱	۲۰/۸۷	۱۳۰	پیوستگی اجتماعی
۳/۲۹	۱۷/۰۱	۱۳۰	یکپارچگی اجتماعی
۲/۸۲	۱۷/۹۱	۱۳۰	شکوفایی اجتماعی
۳/۲۳	۱۶/۸۰	۱۳۰	پذیرش اجتماعی
۴/۷۱	۲۴/۳۹	۱۳۰	مشارکت اجتماعی
۱۰/۱۹	۵۲/۷۸	۱۳۰	نگرش به بزهکاری

فرضیه ۱: بین سرمایه‌ی اجتماعی و سلامت اجتماعی خانواده و نگرش به بزهکاری فرزندان رابطه وجود دارد.

جدول ۲- آزمون همبستگی بین سرمایه‌ی اجتماعی و سلامت اجتماعی خانواده و نگرش به بزهکاری فرزندان

نگرش به بزهکاری	سلامت اجتماعی	متغیر
-۰/۳۶۵	۰/۵۵۸	سرمایه‌ی اجتماعی
۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	سطح معناداری
۱۳۰	۱۳۰	تعداد

نتایج مندرج در جدول ۲ نشان می‌دهد بین سرمایه‌ی اجتماعی و سلامت اجتماعی رابطه‌ی معنادار و مثبتی در سطح ۹۹٪ اطمینان وجود دارد. بدین معنی که با افزایش سرمایه‌ی اجتماعی، سلامت خانواده افزایش پیدا می‌کند و بالعکس. همچنین بین سرمایه‌ی اجتماعی و نگرش به

بزهکاری نیز رابطه‌ی منفی و معناداری در سطح ۹۹٪ اطمینان وجود دارد. بدین معنی که با افزایش سرمایه‌ی اجتماعی، نگرش به بزهکاری فرزندان کاهش پیدا می‌کند.
فرضیه ۲: بین مؤلفه‌های سلامت اجتماعی خانواده با سرمایه‌ی اجتماعی و نگرش به بزهکاری رابطه وجود دارد.

جدول ۳- همبستگی بین مؤلفه‌های سلامت اجتماعی با سرمایه‌ی اجتماعی و نگرش به بزهکاری

متغیر	اجتماعی	اجتماعی	اجتماعی	اجتماعی	اجتماعی	بزهکاری
پیوستگی اجتماعی	۱					
یکپارچگی اجتماعی	۰/۲۱۲*	۱				
شکوفایی اجتماعی	۰/۳۵۳**	۰/۶۴۷**	۱			
پذیرش اجتماعی	۰/۲۳۲**	۰/۲۷۱**	۰/۴۷۰**	۱		
مشارکت اجتماعی	۰/۲۴۰**	۰/۲۲۷**	۰/۳۱۵**	۰/۴۲۱**	۱	
سرمایه‌ی اجتماعی	۰/۳۳۴**	۰/۴۴۴**	۰/۳۹۶**	۰/۳۷۸**	۰/۴۵۸**	۱
نگرش به بزهکاری	۰/۳۰۴**	۰/۲۰۲*	۰/۳۹۰**	۰/۴۲۵**	۰/۳۰۶**	۰/۳۶۵**

توضیحات: علامت (***) معنادار در سطح ۰/۰۱ و علامت (*) معنادار در سطح ۰/۰۵ است.

نتایج جدول ماتریس همبستگی (جدول ۳) نشان می‌دهد بین سرمایه‌ی اجتماعی و مؤلفه‌های سلامت اجتماعی رابطه‌ی مثبت و معناداری در سطح ۹۹٪ اطمینان وجود دارد. بدین معنی که با افزایش سرمایه‌ی اجتماعی، مؤلفه‌های سلامت اجتماعی (پیوستگی اجتماعی، یکپارچگی اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی) بالا می‌رود.
بین مؤلفه‌های سلامت اجتماعی و نگرش به بزهکاری فرزندان رابطه‌ی معکوس و معناداری در سطح ۹۹٪ اطمینان وجود دارد. به عبارت دیگر با افزایش مؤلفه‌های سلامت اجتماعی (پیوستگی

اجتماعی، یکپارچگی اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی)، نگرش به بزهکاری فرزندان کاهش پیدا می‌کند.

جدول ۴- معادله‌ی رگرسیون چندگانه‌ی نگرش بزهکاری فرزندان برحسب متغیرهای تحقیق

مرحله	نام متغیر	ضریب B	ضریب β	R	R ²	F	d.f	Sig
اول	پذیرش اجتماعی	-۰/۳۴۰	-۰/۴۲۵	۰/۴۲۵	۰/۱۸۱	۲۸/۲۸۴	۱ و ۱۲۸	۰/۰۰۰
دوم	سرمایه‌ی اجتماعی	-۰/۱۵۷	-۰/۲۳۸	۰/۴۷۹	۰/۲۳۰	۱۸/۳۳۵	۲ و ۱۲۷	۰/۰۰۰
سوم	شکوفایی اجتماعی	-۰/۶۸۵	-۰/۱۹۰	۰/۵۰۶	۰/۲۵۶	۱۸/۹۳۸	۳ و ۳۳۳	۰/۰۳۰

نتایج جدول (۴) نشان‌گر آن است که معادله دارای سه مرحله است. اولین متغیری که وارد معادله گردیده پذیرش اجتماعی است که این متغیر به‌تنهایی ۱۸/۱ درصد از تغییرات در متغیر وابسته نگرش به بزهکاری فرزندان را تبیین می‌نماید. بر اساس ضریب B معادله در این مرحله به ازای یک واحد افزایش یا کاهش در پذیرش اجتماعی، ۱/۳۴۰ به نمره‌ی نگرش بزهکاری فرزندان اضافه یا کم می‌گردد. در مرحله دوم، متغیر سرمایه‌ی اجتماعی نیز وارد معادله می‌شود و قدرت تبیین معادله را به ۲۳/۰ درصد افزایش می‌دهد. بر اساس ضریب B معادله، در این مرحله یک واحد افزایش یا کاهش در متغیر سرمایه‌ی اجتماعی، ۰/۱۵۷ به نمره‌ی نگرش بزهکاری فرزندان اضافه و کم می‌گردد. در مرحله سوم، شکوفایی اجتماعی وارد معادله می‌شود و قدرت تبیین معادله را به ۲۵/۶ درصد افزایش می‌دهد. بر اساس ضریب B معادله، در این مرحله یک واحد افزایش یا کاهش در متغیر شکوفایی اجتماعی، ۰/۶۸۵ به نمره‌ی نگرش بزهکاری فرزندان اضافه و کم می‌گردد.

بر اساس ضریب β معادله، نقش پذیرش اجتماعی در تبیین نگرش بزهکاری فرزندان بیش از دیگر متغیرها است و بعد از آن به ترتیب سرمایه‌ی اجتماعی و شکوفایی اجتماعی در تبیین نگرش بزهکاری فرزندان بیشترین نقش را داشته‌اند. به‌طوری‌که ضریب β این تبیین برای پذیرش اجتماعی ۰/۴۲۵، سرمایه‌ی اجتماعی ۰/۲۳۸- و شکوفایی اجتماعی ۰/۱۹۰- است. این نتایج با توجه به میزان F به‌دست‌آمده در هر مرحله، معنادار و نتایج قابل‌تعمیم به کل جامعه آماری است.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش سرمایه‌ی اجتماعی و شاخص‌های سلامت اجتماعی با نگرش به بزهکاری فرزندان انجام شد. یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد که سرمایه‌ی اجتماعی

به‌عنوان یک عامل مؤثر بر سلامت اجتماعی مطرح می‌شود و با نگرش به بزهکاری، رابطه‌ی معناداری وجود دارد. این یافته با پژوهش شربتیان (۱۳۹۱) و امینی‌رارانی (۱۳۹۰) مبنی بر اینکه تمامی ابعاد سرمایه‌ی اجتماعی با سلامت اجتماعی و کاهش نگرش بزهکارانه رابطه‌ی معناداری دارند، همخوان است. سلامت اجتماعی عامل مهمی در پذیرش هنجارهای اجتماعی است که فرد را قادر به تعادل مثبت و اجتناب از پاسخ‌های نامطلوب می‌کند. افرادی که از سلامت اجتماعی برخوردارند می‌توانند با چالش‌های زندگی اجتماعی روبه‌رو شوند، با آن‌ها مقابله نمایند و عملکرد بهتری در جامعه داشته باشند. سرمایه‌ی اجتماعی به‌عنوان یکی از تعیین‌کننده‌های سلامت اجتماعی از طریق احساس اعتماد، احساس امید به زندگی، مشارکت‌پذیری، تسهیل‌کنندگی جمعی، تسهیل‌کنندگی بر اساس اعتماد متقابل و همدردی مشترک و به‌طور کلی کنش هم‌گرایانه به سلامت اجتماعی می‌تواند زمینه‌ساز کاهش نگرش و اشتیاق به رفتارهای بزهکارانه و کاهش خطرپذیری و دوری از آسیب‌های اجتماعی شود و موجبات پیشرفت تحصیلی و ارتقای سلامت آن‌ها را فراهم آورد (کروتر و لزین^۱، ۲۰۱۲).

یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد که بین سرمایه‌ی اجتماعی و خرده‌مقیاس مشارکت اجتماعی خانواده، رابطه‌ی معنادار و مثبتی (مستقیمی) وجود دارد. این یافته با پژوهش هرزوک^۲ (۲۰۰۶) مبنی بر اینکه مشارکت اجتماعی پایین و فقدان حمایت اجتماعی اثرات منفی روی سلامت اجتماعی افراد دارد و نیز با یافته‌های کبیز و شاپیرو^۳ (۲۰۰۴) همخوان است. مشارکت اجتماعی از معیارهای سلامت اجتماعی است و بیانگر ارزیابی فرد از ارزش‌های اجتماعی فرد است. کسانی که سطح مطلوبی را از این بُعد دارا هستند اعتقاد دارند که عضو مهمی در اجتماع هستند و چیزهای ارزشمندی برای ارائه به دیگران دارند و این ارزش‌های اجتماعی در خانواده و پایداری نسبت به ریشه‌های اجتماعی مشترک، باعث التزام فرزندان به بایدها و نیایدهای رفتاری موجود در اجتماع می‌شود که این مسئله در ارتقای شاخص سلامت اجتماعی خانواده اثرگذار است (هیپا و مکی^۴، ۲۰۱۰).

همچنین این یافته با دیدگاه نظریه‌پردازان جامعه‌شناسی مبنی بر اینکه بُعد ساختاری و شناختی سرمایه‌ی اجتماعی با بُعد معنوی و اجتماعی سلامت یک جامعه، از طریق تشویق افراد به همکاری و مشارکت در تعاملات اجتماعی با استفاده از زبان مشترک، نگرش مناسب و درک بهتر و مشترکی از اهداف و ارزش‌های خانواده و جامعه جهت جلوگیری از میزان خطری‌پذیری و آسیب‌های اجتماعی ایجاد می‌کند (ساباتینی^۵، ۲۰۱۱).

¹ Kreuter & Lezin

² Herzog.

³ Keyes, Corey & Shapiro, Adam

⁴ Hyypä & Mäki

⁵ Sabatini

یافته دیگر این پژوهش نشان داد بین سرمایه‌ی اجتماعی و مؤلفه‌ی پذیرش اجتماعی خانواده رابطه‌ی معناداری وجود دارد که با یافته‌های شربتیان (۱۳۸۸) و شارع‌پور (۱۳۸۸) مبنی بر اینکه سلامت اجتماعی عامل مهمی در پذیرش هنجارهای اجتماعی است همخوان است. افرادی که دارای این بعد از سلامت اجتماعی هستند، اجتماع را به‌صورت مجموعه‌ای از افراد مختلف درک می‌کنند و دیگران را با همه نقص‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی که دارند می‌پذیرند و به دیگران به‌عنوان افراد با ظرفیت و مهربان، اعتماد و اطمینان دارند و در خانواده‌ای که اعضای آن به‌گونه‌ای آموزش یافته باشند که به تمام مسائل زندگی با نگاه مثبت برخورد کنند و با تأکید بر رشد خلاقیت‌ها، استعدادها، حمایت مستمر از این توانمندی‌ها، اعضای خانواده را به پیشرفت در تمام زمینه‌ها تشویق و ترغیب کنند، سلامت اجتماعی‌شان پایدارتر خواهد بود. اعضای خانواده‌ای که با تمام پتانسیل‌های اجتماعی خود و با توجه به این ظرفیت‌ها به تک‌تک اعضای خود این‌گونه اعتماد را انتقال می‌دهد که در راستای هرگونه پیشرفت از آن‌ها حمایت مؤثر و مستمری را می‌کند، در نتیجه سرمایه‌ی اجتماعی و سلامت خانواده پایدارتر خواهد شد (پاکسون^۱، ۲۰۰۹).

این یافته‌ها با دیدگاه لورمن (۱۹۹۹) مبنی بر اینکه اعتماد متقابل و ارتباطات ناشی از سرمایه‌ی اجتماعی در خانواده عامل تثبیت و علاقه‌مندی فرزندان به همنوایی و پذیرش با هنجارهای جامعه می‌شود و موجبات اعتماد و مشارکت بیش‌تر را فراهم می‌آورد همخوان است (منندز^۲، ۲۰۱۲).

سایر یافته‌ها نشان داد که بین سرمایه‌ی اجتماعی و مؤلفه شکوفایی اجتماعی خانواده، رابطه‌ی معناداری وجود دارد که با یافته‌های دسیلوا^۳ (۲۰۱۱)، فلورین و واندرزمن^۴ (۲۰۰۵) مبنی بر اینکه شکوفایی اجتماعی و مشارکت در تشکیل گروه‌ها و انجمن، با احساس مسئولیت افراد در قبال خود و جامعه، علاوه بر رشد فردی، باعث رسیدن به هویت مشترک جمعی و اجتماعی می‌شود و فرد احساس می‌کند که سرنوشت اجتماع به نیروها و اجزای تشکیل‌دهنده‌ی آن مربوط است و برای اجتماع توان بالقوه‌ای در مسیر تکاملی خود قائل است، همخوان می‌باشد (شربتیان، ۱۳۹۱).

شکوفایی اجتماعی به‌عنوان سلامت اجتماعی خانواده، فرزندان را در مسیر ارزیابی پتانسیل‌ها و مسیر تکامل جامعه قرار می‌دهد و فرزندان این خانواده به آینده جامعه امیدوارند و معتقدند که خود و دیگران از پتانسیل‌هایی برای رشد اجتماعی بهره‌مند هستند. با توجه به این شاخص، در خانواده‌ای که پیشرفت جمعی، آموزش در راستای این حرکت به‌عنوان یک روح جمعی قالب بر ساختار خانواده حاکم باشد، هرگونه حمایت، پرورش و تکمیل توانمندی‌های بالقوه و بالفعل فردی و جمعی، می‌تواند بیان‌گر شکوفایی جمعی خانواده که از معیارهای سلامت اجتماعی باشد و با خود تعهد و اعتماد جمعی یا به‌طور کلی تقویت شاخص‌های سرمایه‌ی اجتماعی را به همراه می‌آورد، مورد ارزیابی، ترغیب و تشویق

¹ Paxton

² Menendes

³ De Silva

⁴ Florin, Wandersman

قرار می‌گیرد و این باعث سازگاری در رفتارهای اجتماعی و کاهش ناهنجاری و بزهکاری می‌شود و فرد را به تعادل مثبت و اجتناب از پاسخ‌های نامطلوب رهنمون می‌کند (کینز و شاپیرو، ۲۰۰۴).

یافته دیگر نشان داد بین سرمایه‌ی اجتماعی و مؤلفه‌ی پیوستگی و یکپارچگی اجتماعی خانواده، رابطه‌ی معناداری وجود دارد که با یافته بلانکو و دیاز^۱ (۲۰۰۹) مبنی بر اینکه این چنین تطبیق و یکپارچگی اجتماعی بر نظارت اجتماعی، کنترل آسیب‌های خانوادگی، پیشگیری از افول سرمایه‌های اجتماعی خانواده تأثیرگذار است و باعث تقویت سازگاری اجتماعی در خانواده و جامعه می‌شود، همخوان است. کیفیت روابط اجتماعی در بین اعضای خانواده از اهمیت به سزایی برخوردار است، امروزه هر چه تعاملات خانوادگی از بُعد سطحی به سمت عمق روابط در قالب دوست داشتن واقعی، ابراز محبت عمیق و صمیمی، نشانه‌های عمیق نگرانی نسبت به موضوعات درگیر در خانواده، پیگیری مجدانه نسبت به رفع دغدغه‌های اصلی هر یک از اعضای خانواده از سوی دیگر اعضا و ... شکل گیرد، می‌توان بیان کرد که این شاخص از مهم‌ترین پارامترهای سلامت اجتماعی خانواده در جامعه امروز است که می‌تواند نقش بارزی در ایجاد و بسترسازی صداقت، تعهد و پیمان عمیق خانوادگی، مشارکت‌های اجتماعی و خانوادگی را ایفا کند (رایت و همکاران^۲، ۲۰۱۰).

تقویت شبکه‌ی روابط دانش‌آموزان با معلمان و مسئولان مدارس نیز تأثیر به سزایی در کاهش رفتارهای پرخطر دارد. این امر مستلزم تلاش هر دو طرف یعنی دانش‌آموز و معلم یا مسئولان مدرسه است. تقویت روابط دانش‌آموزان با اعضای خانواده نیز به کاهش رفتارهای خطرناک کمک می‌کند. همبستگی فرد با اعضای خانواده، همچون شبکه‌ای اجتماعی عمل می‌کند که فرد را در برابر خطرها محافظت می‌کند (ریچ و همکاران^۳، ۲۰۰۸).

همچنین این یافته، مؤید دیدگاه نظریه‌پردازان و محققان جامعه‌شناسی همچون ناهاپیت و گوشال (۱۹۹۸) و پونتام (۲۰۰۱) است که سرمایه‌ی اجتماعی را ارتباط و پیوستگی افراد با یکدیگر، اعتماد و قابلیت اطمینان می‌دانند که می‌تواند با ایجاد نگرش و شناخت مناسب، کارکرد افراد را در خانواده و جامعه بهبود ببخشد و موجبات کاهش آسیب‌پذیری افراد در جامعه فراهم آورد (کوران^۴، ۲۰۱۳).

عدم مقایسه در بین دو جنس و توجه به تفاوت‌های اجتماعی، اقتصادی خانواده‌های آزمودنی‌های پژوهش، از محدودیت‌های پژوهش است که پیشنهاد می‌شود تدابیر اجتماعی، اقتصادی، سیاسی در حوزه تقویت رضایت از زندگی و ارتقای کیفیت زندگی تمام اقشار جامعه به‌خصوص بر روی اعضای خانواده و تدوین راهبردها و راهکارهای اجتماعی، روان‌شناختی برای خانواده، جهت بهره‌مندی از آسایش روانی و رفاه اجتماعی در جهت افزایش سلامت اجتماعی از طریق برنامه‌های آموزشی و پرورشی اتخاذ شود.

⁵ Blanco & Diaz.

¹ Wright, Cullen & Miller

² Richter, Leppin & Nic Gabhainn

³ Curran

منابع

- امینی‌رارانی، مصطفی؛ موسوی، میرطاهر؛ رفیعی، حسن (۱۳۹۰). رابطه‌ی سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی در ایران. *رفاه اجتماعی*، ۱۱(۴۲)، ۲۰۳-۲۲۸.
- باباپور، خیرالدین؛ جلیل‌طوسی، فهیمه؛ حکمتی، عیسی (۱۳۸۸). بررسی نقش عوامل جمعیت‌شناختی در سلامت اجتماعی دانشگاه تبریز. *فصلنامه روان‌شناسی دانشگاه تبریز*، ۱۶، ۹-۱.
- باستانی، سوسن؛ کمالی، افسانه؛ صالحی‌هیگویی، مریم (۱۳۸۷). سرمایه‌ی اجتماعی شبکه و اعتماد متقابل بین شخصی. *مجله دانشکده ادبیات و علوم انسانی (دانشگاه خوارزمی)*، ۱۶(۶۱)، ۸۱-۴۰.
- حاتمی، پریسا (۱۳۸۸). بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تأکید بر شبکه‌های اجتماعی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی. دانشگاه علامه طباطبائی: تهران.
- سجادی، حمیرا؛ صدرالسادات، جلال (۱۳۸۳). شاخص‌های سلامت اجتماعی. *اطلاعات سیاسی اقتصادی*، ۳(۲۰۸)، ۲۵۳-۲۴۴.
- سرخکلائی، منور؛ افتخار، حسن؛ نجات، سحر؛ ساعی‌پور، نرگس (۱۳۹۰). سرمایه‌ی اجتماعی دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۱۹(۱۰۲)، ۳۷-۳۰.
- سعادت، رحمان (۱۳۸۵). تخمین سطح و توزیع سرمایه اجتماعی استان‌ها. *رفاه اجتماعی*، ۶(۲۳)، ۱۹۵-۱۷۳.
- سعادت، سجاد؛ خدایاری، هانیه (۱۳۹۱). بررسی ارتباط بین راهبردهای مقابله‌ای و گرایش به بزهکاری. *دانشگاه بابلسر. همایش ملی پیشگیری از جرائم و آسیب‌های اجتماعی*، ۹۰۸-۸۹۵.
- شارع‌پور، محمود (۱۳۸۸). بررسی عوامل مؤثر بر اعتماد اجتماعی به نیروهای انتظامی (مطالعه موردی: استان مازندران). *جامعه‌شناسی کاربردی*، ۲۰(۴)، ۱۶-۱.
- شربتیان، محمدحسین (۱۳۹۱). تأملی بر پیوند معنایی مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و میزان بهره‌مندی از سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه پیام نور مشهد. *مجله مطالعات جامعه‌شناختی جوانان*، ۳(۵)، ۱۷۴-۱۴۹.
- فدایی‌مهربانی (۱۳۸۶). شهرنشینی، رسانه و سلامت اجتماعی (نقش رسانه‌های جوامع در حال گذار در سلامت اجتماعی شهروندان). *پژوهش‌های ارتباطی*، ۱۴(۴۹)، ۸۶-۶۷.
- فقهی‌فرهمند، ناصر (۱۳۹۰). مدیریت پویای سازمان. *تبریز: انتشارات فروزش*. چاپ دوم.
- قاسمی، وحید؛ اسماعیلی، رضا؛ ربیعی، کامران (۱۳۸۵). سطح‌بندی سرمایه اجتماعی در شهرستان‌های استان اصفهان. *رفاه اجتماعی*، ۶(۲۳)، ۲۴۸-۲۲۵.
- نقیب‌ساعت، رضا؛ فاتحی‌دهقان، ابوالقاسم؛ فروغیان، پروین (۱۳۹۱). نقش امنیت اجتماعی در کاهش میزان انحرافات در دختران دبیرستان شهر شوش. *مجله جامعه‌شناسی بزرگ‌سالان*. سال سوم شماره ۷.

Blanco, M., & Diaz. D. (2007). Social order and mental health: a social wellbeing approach. *Psychology in Spain*, 11(1), 61-71.

Bullen, P., & Onyx, J. (2005). *Measuring Social Capital in Five Communities in NSW*. Second Edition .published by management Alternatives Pty Ltd

Callaghan, L (2008). Social well-being in extra care housing: an overview of the literature social well-being in extra care housing: an overview of the literature. retrieved from <http://www.pssru.ac.uk/pdf/dp2528.pdf>

Callaghan, Lisa. (2008). *Social Well-Being in Extra Care Housing: An Overview of the Literature*. Personal social service research unit, established at the University of Kent in Canterbury. www.ukc.ac.uk/PSSRU.

Cicognani, E., Pirini, C., Keyes, C., Joshanloo, M., Rostami, R., & Nosratabadi, M. (2007). Social Participation, Sense of Community and Social Well Being: A Study on American, Italian and Iranian University Students. *Social Indicators Research*, 97-112.

Cullen, M., & Whiteford, H. (2012). The interrelations of social capital with health and mental health. World Bank, Discussion paper. Common wealth of Australia publication. Retrieved from <http://www.mentalhealth.gov.au/>

Curran, EM. (2013), the relationship between social capital and substance use by high school students, *Journal of alcohol & drug education*, 7(2) 59-73.

Elliot, I., (2011), *Social Capital and Health: Literature review*, Health perature. Development Agency, London.

Hyypä, M., & Mäki, J. (2001). Individual-Level Relationships between Social Capital and Self-Rated Health in a Bilingual Community. *Preventive Medicine*, 32(2), 148-155.

Israel, G. D.; BEAULIEU, Lionel J.; Hartless, Glen. (2009) "the Influence of Family and Community Social Capital on Educational Achievement", *Rural Society*, 66(1): 43-68.

Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121-190.

Keyes Corey L & Shapiro Adam D. (2004) *Social Well-Being in the United States: A Descriptive Epidemiology*. In Brim, Orville Gilbert; Ryff, Carol D.; and Kessler, Ronald C. (Eds) *How Healthy Are We? A National Study of Well-Being at Midlife*. U.S. University of Chicago Press.

Kreuter, M.W., & Lezin, N. (2013). *Social Capital Theory: Implications for community-based health promotion, Emerging Theories in Health Promotion Practice and Research*, San Francisco: Jossey Bass, PP288-254.

Larsen, J (1993). The measurement of social well-being. *Social Indicators Research*, 28 (3), 285-296.

Menendes, M. A. (2011), *Violent Crime Does social capital matter*, Available at: [//www.rose-net.com](http://www.rose-net.com)

Paxton, P. (2009). Social capital and democracy: an interdependent relationship. *American Sociological Review*, 67(2), 254-277.

Richter, M., Leppin, A., & Nic Gabhainn, S. (2006). The relationship between parental socio-economic status and episodes of drunkenness among

adolescents: findings from a cross-national survey. *BMC Public Health*, 6, 289. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-6-289>.

Sabatini, F. (2011) "Social Capital, Labour Precariousness and the Economic Performance", An Empirical Assessment of the Strength of Weak These in Italy, Working Paper No.26.

Silva, M. D. (2005). Context and composition? Social capital and maternal mental health in low income countries. Unpublished Doctoral Dissertation. London School of Hygiene and Tropical Medicine. London.

Stone, Wandy (2013) *Measuring Social Capital: Towards a Theoretically Informed Measurement Framework for Researching Social Capital in Family and Community Life.*"

Woolcock, M. (2011), the place of social capital in understanding social and economic outcomes, *ISUMA Canadian Journal of Policy Research*.

Wright, D., & Fitzpatrick, K. (2006). Social Capital and Adolescent Violent Behavior: Correlates of Fighting and Weapon Use among Secondary School Students. *Social Forces*, 18(3), 1435-1453.

Wright, J. P., Cullen, F. T., & Miller, J. M. (2010). Family social capital and delinquent involvement. *Journal of Criminal Justice*, 29(1), 1-9.