



دانشگاه الزهراء (س)

دانشکده علوم اجتماعی

پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد

رشته مطالعات زنان (گرایش زن و خانواده)

سنجش رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی در بین زنان و مردان ساکن شهر تهران

استاد راهنما

دکتر فریبا سیدان

دانشجو

پیمانہ کامیارفر

اسفند ماه ۱۳۹۰

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ
وَأَشْرِكُوا بِرَبِّكَ
الَّذِي خَلَقَ

بسمه تعالی

به موجب نامه شماره مورخ جلسه دفاع از پایان نامه خانم دانشجوی رشته دانشکده شماره دانشجویی درروز مورخ تحت عنوان در اتاق برگزار گردید.

ابتدا خانم گزارشی از کار پژوهشی خود را ارائه کردند و سپس به سؤالات اعضاء حاضر در جلسه پاسخ دادند. در پایان هیأت داوران رساله دانشجو را بانمره و با امتیاز مورد قبول قرار دادند/ قرار ندادند.

هیأت داوران:

۱- استاد راهنمای عملی

۲- استاد راهنمای نظری

۳- استاد مشاور

۴- داور نظری

۵- داور عملی

نام و نام خانوادگی مدیر گروه امضاء

نام و نام خانوادگی رئیس دانشکده امضاء

یا نماینده دانشکده در شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه

کلیه دستاوردهای این تحقیق متعلق به دانشگاه الزهراء است.

تقدیم به

مادرم که چگونه دیدن و خواندن و اندیشیدن را به من آموخت.

سنجش رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی در بین زنان و مردان ساکن شهر تهران

چکیده

طرح مسئله : حفظ و ارتقاء سلامتی یکی از نیازهای اساسی در تحقق توسعه پایدار می باشد. در تعریف اخیر سازمان جهانی بهداشت توجه به بعد اجتماعی سلامت به چشم می خورد. هدف از این پژوهش سنجش ارتباط سرمایه اجتماعی و برخی از شاخصهای آن با سلامت اجتماعی افراد می باشد .

روش: روش این پژوهش پیمایشی است و ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه بوده است که از طریق روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای ، با حجم نمونه ای برابر با ۴۰۰ نفر، از مناطق یک ، هشت و شانزده شهر تهران انتخاب شده اند. تجزیه و تحلیل داده ها از طریق آماره های مختلفی چون ضرایب رگرسیون و همبستگی جزئی و تحلیل چندگانه انجام گرفته است.

یافته ها: یافته های تحقیق نشان می دهد همبستگی مستقیم و معناداری بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی وجود دارد ($r=0/29$ و $p=0/000$). همچنین به غیر از اعتماد شخصی، بین سایر شاخصهای سرمایه اجتماعی (اعتماد نهادی، اعتماد تعمیم یافته، حمایت اجتماعی و مشارکت اجتماعی) و سلامت اجتماعی ارتباط معنادار وجود دارد. همچنین از میان متغیرهای زمینه ای، متغیر جنس با سلامت اجتماعی همبستگی معنادار دارد .

نتایج : تحقیق حاضر موید دیدگاه های پاتنام و کییز بوده و با توجه به تاثیر متغیر جنس بر سلامت اجتماعی به نظر می رسد در دیدگاه های مذکور می بایست جنسیت لحاظ شود.

کلید واژه ها : سرمایه اجتماعی ، سلامت اجتماعی، جنس

فهرست مطالب

۱- فصل اول: کلیات پژوهش

۲	۱-۱ - مقدمه
۴	۲-۱ - طرح مسئله
۷	۳-۱ - پرسشهای پژوهش
۸	۴-۱ - ضرورت تحقیق
۸	۵-۱ - اهداف تحقیق

۲- فصل دوم: ادبیات پژوهش

۱۱	۱-۲ - مقدمه
۱۲	۲-۲ - مفهوم سرمایه اجتماعی در آراء و نظریات کلاسیک
۱۲	۲-۲-۱ - کارل مارکس
۱۳	۲-۲-۲ - امیل دورکیم
۱۳	۲-۲-۳ - جورج زیمل
۱۴	۲-۲-۴ - ماکس وبر
۱۵	۲-۲-۵ - هربرت اسپنسر
۱۷	۳-۲ - مفهوم سرمایه اجتماعی در آراء و نظریات اندیشمندان معاصر
۱۷	۲-۳-۱ - هانی فان

۱۷	۲-۳-۲- جیمز کلین
۱۸	۲-۳-۳- پیر بوردیو
۱۹	۲-۳-۴- فرانسیس فوکویاما
۲۰	۲-۳-۵- رابرت پاتنام
۲۷	۲-۴- مفهوم و ماهیت سلامت اجتماعی
۲۹	۲-۴-۱- سلامت اجتماعی به مثابه جنبه ای از سلامت فرد
۳۰	۲-۴-۲- سلامت اجتماع به مثابه شرایط اجتماعی سلامت بخش
۳۰	۲-۴-۳- سلامت اجتماعی به مثابه جامعه سالم
۳۸	۲-۵- ابعاد پنجگانه مقیاس سلامت اجتماعی مبتنی بر نظریه کییز
۴۱	۲-۶- جنسیست، سرمایه اجتماعی و سلامت
۴۱	۲-۶-۱- جنسیت و سرمایه اجتماعی
۴۴	۲-۶-۲- جنسیت و سلامت اجتماعی
۴۶	۲-۷- ادبیات تجربی
۴۶	۲-۷-۱- مطالعات داخلی
۵۰	۲-۷-۲- مطالعات خارجی
۵۶	۲-۸- چارچوب نظری پژوهش
۶۱	۲-۹- فرضیات پژوهش
۶۲	۲-۹-۱- فرضیات اصلی

۶۲	۲-۹-۲- فرضیات فرعی
۶۳	۲-۱۰- مدل نظری تحقیق
	۳- فصل سوم: روش پژوهش
۶۵	۳-۱- مقدمه
۶۵	۳-۲- روش پژوهش
۶۶	۳-۳- ابزار جمع آوری اطلاعات
۶۷	۳-۴- جامعه آماری
۶۷	۳-۵- روش نمونه گیری
۶۸	۳-۶- شیوه تعیین حجم نمونه
۶۸	۳-۷- واحد تحلیل و سطح تحلیل
۶۹	۳-۸- متغیرهای تحقیق
۶۹	۳-۹- سطوح اندازه گیری متغیرها
۶۹	۳-۱۰- مقیاس ها و طیف ها
۷۰	۳-۱۱- تعاریف نظری متغیرهای پژوهش
۷۲	۳-۱۲- تعاریف عملیاتی متغیرهای پژوهش
۷۳	۳-۱۳- اعتبار و پایایی تحقیق
	۴- فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده ها
۷۶	۴-۱- مقدمه

۷۶	۲-۴- توصیف متغیرهای جمعیت شناختی
۷۹	۳-۴- توصیف متغیر سرمایه اجتماعی و شاخصهای آن
۸۵	۴-۴- توصیف متغیر سلامت اجتماعی و شاخصهای آن
۹۰	۴-۵- آزمون فرضیات اصلی
۹۴	۴-۶- آزمون فرضیات فرعی
۹۷	۴-۷- تحلیل چندگانه
۵- فصل پنجم : نتیجه گیری	
۱۰۱	۵-۱- مقدمه
۱۰۱	۵-۲- خلاصه از یافته های تحقیق
۱۰۳	۵-۳- بحث
۱۰۶	۵-۴- پیشنهادات
۱۰۸	فهرست منابع
۱۱۹	پرسشنامه

فهرست جداول

- ۷۶ جدول ۴-۱- توزیع و درصد فراوانی سنی پاسخگویان
- ۷۷ جدول ۴-۲- توزیع و درصد فراوانی تحصیلات پاسخگویان
- ۷۷ جدول ۴-۳- توزیع و درصد فراوانی قومیت پاسخگویان
- ۷۷ جدول ۴-۴- توزیع و درصد فراوانی وضعیت تاهل پاسخگویان
- ۷۸ جدول ۴-۵- توزیع و درصد فراوانی نوع منزل مسکونی پاسخگویان
- ۷۸ جدول ۴-۶- توزیع و درصد فراوانی منطقه مسکونی پاسخگویان
- ۷۸ جدول ۴-۷- توزیع و درصد فراوانی شغل پاسخگویان
- ۷۹ جدول ۴-۸- توزیع و درصد فراوانی سرمایه اجتماعی پاسخگویان
- ۷۹ جدول ۴-۹- توزیع و درصد فراوانی اعتماد اجتماعی
- ۸۰ جدول ۴-۱۰- توزیع و درصد فراوانی اعتماد نهادی
- ۸۰ جدول ۴-۱۱- توزیع و درصد فراوانی اعتماد شخصی
- ۸۱ جدول ۴-۱۲- توزیع و درصد فراوانی اعتماد تعمیم یافته
- ۸۱ جدول ۴-۱۳- توزیع و درصد فراوانی مشارکت اجتماعی
- ۸۲ جدول ۴-۱۴- توزیع و درصد فراوانی حمایت اجتماعی
- ۸۲ جدول ۴-۱۵- توزیع و درصد فراوانی حمایت مالی
- ۸۳ جدول ۴-۱۶- توزیع و درصد فراوانی حمایت احساسی
- ۸۳ جدول ۴-۱۷- توزیع و درصد فراوانی حمایت فکری
- ۸۴ جدول ۴-۱۸- میانگین و توزیع پراکندگی سرمایه اجتماعی و ابعاد آن
- ۸۵ جدول ۴-۱۹- توزیع و درصد فراوانی سلامت اجتماعی

- جدول ۲۰-۴- توزیع و درصد فراوانی انسجام اجتماعی ۸۶
- جدول ۲۱-۴- توزیع و درصد فراوانی پذیرش اجتماعی ۸۶
- جدول ۲۲-۴- توزیع و درصد فراوانی سهم داشت اجتماعی ۸۷
- جدول ۲۳-۴- توزیع و درصد فراوانی شکوفایی اجتماعی ۸۷
- جدول ۲۴-۴- توزیع و درصد فراوانی انطباق اجتماعی ۸۷
- جدول ۲۵-۴- میانگین و توزیع پراکندگی سلامت اجتماعی و ابعاد آن ۸۸
- جدول ۲۶-۴- رگرسیون بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی ۹۰
- جدول ۲۷-۴- ضریب همبستگی جزئی بین سرمایه اجتماعی و مولفه های آن با سلامت اجتماعی با کنترل جنس ۹۱
- جدول ۲۸-۴- ضریب همبستگی جزئی بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی و مولفه های آن ۹۲
- جدول ۲۹-۴- رگرسیون بین متغیرهای زمینه ای و سرمایه اجتماعی ۹۳
- جدول ۳۰-۴- رگرسیون بین متغیرهای زمینه ای و سلامت اجتماعی ۹۳
- جدول ۳۱-۴- رگرسیون بین اعتماد شخصی و سلامت اجتماعی ۹۴
- جدول ۳۲-۴- رگرسیون بین اعتماد نهادی و سلامت اجتماعی ۹۴
- جدول ۳۳-۴- رگرسیون بین اعتماد تعمیم یافته و سلامت اجتماعی ۹۵
- جدول ۳۴-۴- رگرسیون بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی ۹۶
- جدول ۳۵-۴- رگرسیون بین مشارکت اجتماعی و سلامت اجتماعی ۹۶
- جدول ۳۶-۴- برآورد رگرسیون چند متغیره ۹۷

فصل اول

کلیات پژوهش

۱-۱ مقدمه

حفظ و ارتقاء سلامتی یکی از پیش شرطهای اساسی در رسیدن به توسعه پایدار می باشد. هرگاه سخن از سلامتی به میان آمده اغلب به بعد سلامت جسمانی اشاره شده و جنبه های اجتماعی و روانی آن کمتر به بحث گذاشته شده است. فعالیتهای بهداشتی قرن نوزدهم و بیشتر اقدامات زیر بنایی بهداشت عمومی، همگی نشان دهنده، آگاهی از وابستگی بین موقعیتهای اجتماعی شرایط زندگی و پیامدهای سلامتی مردم است. برخی از مطالعات آشکار ساخته اند در اغلب موارد کاهش اساسی در مرگ و میر ناشی از تغییرات حاصله در شرایط زندگی اجتماعی و سبب غذایی افراد بوده است (ایروین و اسکالی، ۱۳۸۴). در بین عوامل موثر در ایجاد سلامت سهم سیستم ارائه خدمات به میزان ۲۵ درصد، سهم عوامل ژنتیکی و بیولوژی ۱۵ درصد، عوامل فیزیکی و محیط زیست و عوامل رفتاری ۱۰ درصد و بالاخره سهم عوامل اجتماعی موثر بر سلامت ۵۰ درصد می باشد (مروندی، ۱۳۸۵: ۲۰۴۴).

میزان برخورداری از سرمایه اجتماعی و شاخصهای آن یکی از متغیرهای اصلی موثر بر کارآمدی نظام سلامت جامعه محسوب می شود. تا پیش از دهه ۹۰ در اکثر مطالعات توسعه، نقش روابط اجتماعی در روند توسعه نادیده انگاشته می شد. اما امروزه این مفهوم یکی از مقولات کلیدی در فرایند توسعه محسوب می شود. بنابراین اگرچه سرمایه اجتماعی مفهومی است که از امر بالینی متفاوت می باشد اما در بسیاری از اوقات بهتر از امکانات و تجهیزات پزشکی عمل کرده و موجبات ارتقای سلامت جامعه را فراهم می نماید. سازمان جهانی بهداشت^۱ (۲۰۰۴) سلامت را به عنوان "حالتی شامل حضور مولفه های مثبت جسمی، ذهنی و اجتماعی و نه صرفاً غیاب بیماری" تعریف می کند. مفهوم سلامت اجتماعی بعنوان بعد مهم دیگر سلامت در سالهای اخیر توسط این سازمان مطرح شد و بدین معناست که برای دسترسی به سلامت کامل تنها سلامت جسمانی و روانی کافی نیست بلکه از آنجا که انسان در محیط جمعی زندگی می کند، برخورداری از سلامت اجتماعی نیز ضروری است.

^۱Wold Health Organization

لارسن^۲ (۱۹۹۶) و کییز^۳ (۲۰۰۴) سلامت اجتماعی را استنباط فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که وی عضوی از آنهاست، تعریف می‌کنند و معتقدند که مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت و پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر و رفتار) را می‌سنجد که نشانگر رضایت یا فقدان رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی‌اش است. به اعتقاد کییز و شاپیرو^۴ (۲۰۰۴) آنچه بیشتر به زندگی غنا و معنا می‌بخشد، ارتباط با خویشاوندان، روابط و تجارب مشترک است. بنابراین آنان به توانایی فرد در تعامل موثر با دیگران و اجتماع به منظور ایجاد روابط ارضاکننده شخصی و به انجام رساندن نقش‌های اجتماعی، عنوان سلامت اجتماعی را می‌دهند.

اگر افراد از سرمایه اجتماعی زیادی برخوردار باشند قادر خواهند بود تا روابط اجتماعی مناسبی با سایر افراد برقرار کند در نتیجه احساس خوبی نسبت به خود و سایر افراد جامعه خواهند داشت. بدین منظور در این مطالعه درصدد هستیم تا رابطه سرمایه اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان و مردان ساکن شهر تهران را بررسی کنیم.

^۲Larson
^۳Keyes
^۴Shapiro

۱-۲ طرح مسئله

سرمایه اجتماعی یکی از مفاهیم است که در سالهای اخیر وارد حوزه مطالعات توسعه شده است. یکی از مسائلی که جامعه کنونی ایران با آن مواجه است افول سرمایه اجتماعی می باشد. مطالعات نشان می دهد توسعه نابرابر و نامتوازن به توزیع ناهمگون سرمایه اجتماعی در استانهای کشور منجر شده است. رتبه بندی سرمایه اجتماعی در مراکز استانها نشان می دهد رابطه معکوسی بین سطح توسعه و سرمایه اجتماعی وجود دارد. سرمایه اجتماعی در استانهای توسعه نیافته بیشتر جنبه درون گروهی توأم با اعتماد محدود داشته است. این نوع از سرمایه اجتماعی که از آن به عنوان سرمایه اجتماعی قدیم یاد می شود در استانهای نظیر ایلام و سیستان و بلوچستان بالا می باشد اما در استانهای توسعه یافته با نوعی دیگر از سرمایه اجتماعی مواجه هستند که بیشتر جنبه بین گروهی توأم با اعتماد تعمیم یافته و عام دارد و از آن با عنوان سرمایه اجتماعی جدید نام می برند. سطح این نوع از سرمایه اجتماعی در استانهای توسعه یافته کشور بسیار پایین می باشد این امر بیانگر این واقعیت باشد که سرمایه اجتماعی قدیم فرسایش داشته ولی همزمان با آن سرمایه اجتماعی جدید آنگونه که باید شکل نگرفته است (عبدالهی، ۱۳۸۶). ربانی و احمدی در تحقیقات جداگانه ای به این نتیجه رسیده اند که سیاستهای توسعه اقتصادی در ایران به تخریب و فرسایش سرمایه اجتماعی منجر شده است (۱۳۸۶: ۱۴۸).

از آنجا که سرمایه اجتماعی در وجود هنجارهای رفتاری مبتنی بر تشریک مساعی نمود پیدا میکند، انحرافات اجتماعی نیز بالفعل بازتاب فقدان سرمایه اجتماعی خواهد بود (علاقه بند، ۱۳۸۷: ۱۸). بنابراین گسترش شهر نشینی، افزایش جمعیت و پیچیده تر شدن روابط اجتماعی باعث شده است که علقه های انسانی، سطح اعتماد اجتماعی، میل به همکاری و گسترش تعاملات در افراد سیر نزولی پیدا کنند و زمینه لازم برای بروز ناهنجارهای رفتاری و نا امنی فراهم آید.

در این میان سهم سرمایه اجتماعی زنان در برخی از مولفه های سرمایه اجتماعی مانند اعتماد، مشارکت و اندازه شبکه از مردان کمتر بوده است. بعنوان مثال نتایج مطالعه کمالی (۱۳۸۳) نشان می دهد در مورد انواع اعتماد (اعتماد خانوادگی، اعتماد به دیگران نزدیک و اعتماد

به دیگران دورسطح اعتماد در مردان اندکی بیشتر از زنان است. همچنین نتایج مطالعه صالحی هیکویی (۱۳۸۴) حاکی از آن است که شبکه های زنان و مردان از نظر ساخت (اندازه و ترکیب شبکه) تفاوت چشمگیری نداشته اما از نظر ویژگیهای تعاملی و کارکردی متفاوت می باشند. به عبارتی اندازه شبکه مردان بزرگتر از زنان است همچنین میزان اعتماد به دیگران دور در مردان بیشتر از زنان می باشد.

رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت از ۱۹۰۱ در اثر دورکیم به نام خودکشی مطرح شده است وی رابطه بین خودکشی و یکپارچگی اجتماعی را تشخیص داد. تحقیقات نشان داده است که سرمایه اجتماعی بالاتر با انسجام بیشتر به بهبود شرایط بهداشت جامعه کمک می کند همچنین در جوامعی که در آنها سطوح بالای نابرابریهای درآمد مشهود بوده همبستگی اجتماعی کاهش یافته سطح جرم و خشونت افزایش یافته و آمار مرگ و میر رو به فزونی می نهد (کاواچی و دیگران، ۱۹۹۷).

یکی از مسائل کنونی ایران رشد و گسترش اختلالات روانی در میان مردم است. در مطالعه کشوری سلامت روان در سال ۸۰ حدود ۱۰/۱۷ درصد مردم کشورمان از اختلال روانی رنج می برند که این آمار در استان تهران ۱۴ درصد بوده است همچنین آمار سال ۸۷ حکایت از آن داشت که تعداد مبتلایان به اختلالات روانی در استان تهران ۳۴ درصد است که شامل ۳۷/۹ درصد زنان و ۲۸/۶ درصد مردان می باشد این رقم نشان دهنده رشد ۶۰ درصدی مبتلایان به اختلالات روانی طی ۹ سال اخیر می باشد (نوربالا، ۱۳۸۹).

بیشتر مطالعات به بعد جسمانی سلامت توجه کرده اند و کمتر به سایر ابعاد سلامتی به خصوص بعد اجتماعی آن توجه کرده اند. همچنین در اغلب مطالعات سلامتی با تاکید بر فقدان علائم بیمارگون مورد توجه قرار گرفته در حالیکه در تعاریف اخیر، بر عملکرد و بهزیستی افراد تاکید می شود. بیشتر روانشناسان سلامت روانی را در فقدان اختلالات روانی خلاصه کرده اند حال آنکه به لحاظ تجربی سلامت و بیماری روانی دو نقطه پایانی یک پیوستار واحد نیستند (جوشن لوهماکاران، ۱۳۸۹).

در سال ۱۹۴۸ سازمان بهداشت جهانی سلامت اجتماعی را به عنوان یکی از سطوح کلی سلامت فرد شناسایی کرد (اندرسون، ۱۹۹۵، ۴۵۹).

طبق بررسی های به عمل آمده ، تحقیقاتی که در حیطه سلامت اجتماعی صورت گرفته اندک می باشد . سلامت اجتماعی به نوعی بهداشت فردی- اجتماعی گفته می شود که در صورت برخورداری از آن افراد ارزیابی مثبتی از روابطشان با دیگران خواهند داشت و جامعه از شادابی و نشاط بیشتری بهره مند خواهد شد. از آنجا که افراد در درون ساختارهای اجتماعی قرار دارند . روان شناسان اجتماعی معتقدند انسان محصول فرایند اجتماعی است(جیمز ۱۹۸۰ ، مید ۱۹۳۴). بنابراین برای درک بهتر از سلامت روانی افراد باید در کنار جنبه های شخصی سلامت روانی به جنبه های اجتماعی آن نیز توجه کرد . لذا به منظور دستیابی به تعریف جامع تر از سلامت روانی ، مفهوم سلامت اجتماعی مطرح گردید.

سلامت اجتماعی را ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر تعریف می کنند (کییز، ۲۰۰۴). در جوامع امروزی که شهر نشینی وجه غالب آن است ، هر فردی در زندگی روزمره ناگزیر از تعامل با تعداد زیادی از افراد است که آنها را نمی شناسد اما بنا به ضرورت زندگی، نیازمند به تعامل و اعتماد به آنهاست. کسب مهارتهای اجتماعی برای تعامل با سایر مردم جامعه و همچنین نحوه پاسخگویی آنها به چالشهای زندگی ، از عوامل تاثیر گذار بر سلامت اجتماعی افراد به شمار می روند.

بطور کلی کیفیت و کمیت ارتباطات افراد در سطح جامعه یکسان نبوده و اشکال گوناگونی از ارتباط بین آنها دیده می شود . یکی از این تفاوتها ، تفاوتهای جنسیتی است که متاثر از عوامل اجتماعی و ساختاری می باشد . تفکرات قالبی ، تفکیک ها و نابرابریهای جنسیتی موجود در جامعه موجب می شود تا کیفیت روابط زنان و مردان نیز تحت تاثیر قرار بگیرد .

از منظر فمینیستی ، پایگاه و وضعیت بهداشتی و سلامت متاثر از جنسیت افراد است (دیک، ۲۰۰۱: ۴). طبق بیانیه سازمان جهانی بهداشت برخی از مشکلات سلامت توسط بیولوژی

فردی تعیین می شود ولی بسیاری از مشکلات متأثر از عوامل اجتماعی- اقتصادی است و یا بواسطه این عوامل تشدید می گردد (احمدی، ۱۳۸۶ : ۱۵).

بنابراین در این مطالعه به کیفیت پیوندها و تعاملات اجتماعی، عضویت در شبکه های اجتماعی رسمی و غیر رسمی، حمایت های اجتماعی، اعتماد اجتماعی افراد و دریک کلام به تاثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت اجتماعی آنها پردازیم. یکی از سوال های کلیدی این پژوهش رابطه بین سرمایه اجتماعی و مولفه ها آن با میزان سلامت اجتماعی افراد ساکن در مناطق سه گانه (بالا- متوسط - پائین شهر) تهران می باشد.

۱-۳- پرسش های پژوهش

- ۱- سرمایه اجتماعی چیست و چه ابعاد و شاخص هایی دارد؟
- ۲- سلامت اجتماعی چیست و چه ابعاد و شاخص هایی دارد؟
- ۳- سطح سرمایه اجتماعی در میان زنان و مردان تهرانی چقدر است؟
- ۴- سطح سلامت اجتماعی در میان زنان و مردان تهرانی چقدر است؟
- ۵- چه رابطه ای بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی وجود دارد؟
- ۶- آیا بین متغیرهای زمینه ای با سلامت اجتماعی ارتباط وجود دارد؟