

رابطه سرمایه اجتماعی درون‌گروهی با سلامت روان حاشیه‌نشینان

منصور حقیقتیان*، الهه جعفری**

مقدمه: مقاله حاضر، تأثیر سرمایه اجتماعی را بر سلامت روانی حاشیه‌نشینان شهر اصفهان بررسی می‌کند.

روش: جامعه آماری این پیمایش، از افراد بیش از ۱۶ سال ساکن در منطقه ارزنان و زینبیه تشکیل شد. از بین این افراد، ۳۵۷ نفر به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. برای سنجش سلامت روان، از پرسش‌نامه استاندارد ۲۸ سؤالی سلامت سازمان جهانی بهداشت و برای ارزیابی سرمایه اجتماعی، از آرای پوتنام و کلمن و پرسش‌نامه سرمایه اجتماعی شامل مؤلفه‌های اعتماد، عضویت در شبکه‌ها، انسجام، و هنجارهای غیررسمی استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین اعتماد اجتماعی، ۲/۶۲ و میانگین عضویت در شبکه‌ها، ۲/۶۳ بود که هر دو از حد متوسط کم‌تر بود. همچنین، میانگین انسجام اجتماعی، ۳/۲۱ و هنجارهای اجتماعی، ۳/۰۶ بود که هر دو از حد متوسط بیش‌تر بود. میانگین سلامت روان نیز ۳/۰۶ بود. بین اعتماد و سلامت روان ($r=0/115$) و بین انسجام و سلامت روان ($r=0/187$) و بین هنجارهای اجتماعی و سلامت روان ($r=0/289$)، رابطه مثبت و معنی‌دار وجود داشت، اما بین عضویت در شبکه‌ها و سن با سلامت روان رابطه وجود نداشت. در کل، سرمایه اجتماعی، ۱۳/۵ درصد از پراکنش سلامت روان را تبیین می‌کند.

بحث: براساس نتایج: ۱. از بین مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی، هنجارهای غیررسمی قوی‌ترین هم‌بستگی را با سلامت روان داشت؛ ۲. سطح اعتماد حاشیه‌نشینان پایین است و نسبت به نهادهای رسمی چندان خوش‌بین نیستند. پیشنهاد می‌شود مسئولان شهرداری‌ها، از طریق برگزاری فعالیت‌های فرهنگی ورزشی، در بهبود این مسئله کوشا باشند.

کلیدواژه‌ها: انسجام، حاشیه‌نشینی، سرمایه اجتماعی، سلامت روان، هنجارهای غیررسمی.

تاریخ دریافت: ۹۱/۰۴/۰۵ تاریخ پذیرش: ۹۱/۱۰/۲۶

* دکتر جامعه‌شناس، دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهقان، رایانامه: Mansour_haghighatian@yahoo.com (نویسنده مسئول)

** کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهقان.

مقدمه

امروزه، عوامل مختلفی بر سلامت جسمی و روانی انسان اثر دارد که عبارت است از: ۱. پیچیدگی‌های روزافزون زندگی شهری؛ ۲. نابرابری‌های شدید اقتصادی؛ ۳. فشارها و تناقض‌های گوناگونی که انسان شهری هر روز با آن‌ها سروکار دارد. ازجمله عوامل اجتماعی که تأثیر بسزایی بر سلامت روانی افراد دارد نیز، می‌توان به مشکلات دائم مانند فقر مزمن، تحصیلات ناکافی، نداشتن حمایت برای کاهش فشارها و زندگی در مناطق پرخطر یا ناامن و همچنین، حوادث غیرمترقبه و ناگوار در زندگی مانند طلاق، مرگ نابهنگام عزیزان و از دست‌دادن شغل اشاره کرد (هارفام و دیگران، ۲۰۰۴؛ هارالامبوس و هالبورن، ۲۰۰۸). از بین گروه‌های مختلف ساکن در شهرها، حاشیه‌نشینان احتمالاً بیش‌تر در معرض این گونه مشکلات قرار دارند (ربانی و طاهری، ۱۳۸۶؛ برغم‌دی، ۱۳۸۷). برخی متخصصان سلامت، میزان ابتلا به این گونه بیماری‌ها در ایران را بین ۲۱ (خسرونی، ۱۳۹۰) تا ۳۵ درصد (دماری، ۱۳۹۰) گزارش کرده‌اند. نتایج برخی تحقیقات نیز حاکی از آن است که افراد طبقات پایین‌تر جامعه، معمولاً بیش‌تر دچار مشکلات روانی می‌شوند (گروبنر و همکاران، ۲۰۱۲؛ پلاهنگ و دیگران، ۱۳۷۵؛ ریاحی و دیگران، ۱۳۸۹).

ازطرف‌دیگر، داشتن روابط اجتماعی قوی و شبکه‌های حمایتی، می‌تواند به افراد در روبه‌روشدن و غلبه‌کردن بر بسیاری از مشکلات کمک کند (ریاحی و دیگران، ۱۳۸۹). افراد جامعه یا گروه، با ایجاد رابطه با یکدیگر و استمرار در این رابطه‌ها، دارای میزانی از سرمایه اجتماعی می‌شوند که در مواقع ضروری، در حل مشکلات خود از آن استفاده می‌کنند. نتایج تحقیقات در ارتباط با میزان برخورداری حاشیه‌نشینان از سرمایه اجتماعی، یکسان نیست. ازطرفی، از آنجایی که بیش‌تر افراد محله‌های حاشیه‌نشین، فقیر و کم‌سواد و مهاجر هستند (قجاوند و نوابخش، ۱۳۸۶؛ بنی فاطمه و کوهی، ۱۳۸۶)، احتمالاً امکان ایجاد روابط مستمر و طولانی که به اعتمادسازی منجر شود را ندارند (توجه شود که این مناطق، عموماً دارای نرخ‌های بالای جرم و بزهکاری نیز هستند)؛ بنابراین، عموماً دارای سرمایه اجتماعی بالا نیستند (زاهدی و دیگران، ۱۳۸۷؛ هارفام و دیگران، ۲۰۰۴). ازطرف‌دیگر، نتایج برخی تحقیقات، حاکی

از وجود میزان نسبتاً خوب سرمایه اجتماعی بین حاشیه‌نشینان است (ماتوس، ۲۰۰۷؛ برغم‌دی، ۱۳۸۷). به‌نظر نویسندگان مقاله حاضر، باید از تمایزی بهره گرفت که برخی پژوهشگران (ناریان، ۱۹۹۹) بین سرمایه اجتماعی درون‌گروهی و برون‌گروهی قایل شده‌اند؛ زیرا حاشیه‌نشینان امکانات و لوازم مشارکت در نهادهای جامعه بزرگ‌تر را ندارند، ولی می‌توانند با یکدیگر روابط خوب و پایدار برقرار کنند (ماتوس، ۲۰۰۷). از این جهت، پژوهش حاضر به بررسی تأثیر روابط اجتماعی بر سلامت روانی حاشیه‌نشینان در دو منطقه زینیه و ارزنان واقع در شهر اصفهان پرداخته است. برخی این روابط را تحت عنوان سرمایه اجتماعی درون‌گروهی مطرح می‌کنند.

پیشینه تحقیق

تحقیقات درباره سرمایه اجتماعی و سلامت روان، عموماً حاکی از تأثیر مثبت سرمایه اجتماعی بر سلامت روان است، ولی این تحقیقات: ۱. تمایزی بین سرمایه اجتماعی درون‌گروهی و برون‌گروهی قایل نشده است؛ ۲. کم‌تر بین حاشیه‌نشینان صورت گرفته است. با این حال، در زیر به نتایج برخی از آن‌ها اشاره می‌شود.

ایمان و دیگران (۱۳۸۷)، در «بررسی تطبیقی سرمایه اجتماعی بر سلامت روانی دانشجویان غیربومی دانشگاه‌های تهران و شیراز» به این نتیجه رسیدند که متغیرهای سرمایه اجتماعی، سن، میزان درآمد خانواده و قومیت دانشجویان، بر سلامت روانی آن‌ها تأثیر معنی‌دار دارد. سلامت روانی، مقطع تحصیلی، سن و وضعیت تأهل آن‌ها نیز، بر سرمایه اجتماعی شان اثرگذار بود.

لهسایی‌زاده و مرادی (۱۳۸۶) در شهر کرمانشاه، در مطالعه «رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی در بین مهاجران»، به شاخص‌های اعتماد اجتماعی و حمایت اجتماعی و مشارکت اجتماعی تکیه داشتند. نتایج این تحقیق نشان داد بین دو سازه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی مهاجران، رابطه مثبت و معنی‌دار قوی وجود دارد.

هارفام و دیگران (۲۰۰۴)، به بررسی «سلامت روانی و سرمایه اجتماعی در کلمبیا» پرداختند. در این مطالعه، متغیر سرمایه اجتماعی در دو بُعد ساختاری و شناختی اندازه‌گیری شد. سرمایه اجتماعی هشت مؤلفه دارد که عبارت است از: ۱. اعتماد به نهادهای دولتی؛ ۲. اعتماد به سازمان‌های محلی؛ ۳. اعتماد عمیق، یعنی اعتماد بین‌شخصی؛ ۴. اعتماد منتشر یا رقیق، یعنی اعتماد به افراد محله؛ ۵. انسجام و یکپارچگی؛ ۶. کنترل اجتماعی؛ ۷. مشارکت اجتماعی؛ ۸. مشارکت مدنی فرد. براساس یافته‌های این پژوهش، از این هشت مؤلفه سرمایه اجتماعی، تنها اعتماد رقیق با سلامت روانی افراد رابطه معنی‌دار داشت (هارفام و دیگران، ۲۰۰۴). آن‌ها معتقد بودند متغیرهای مرتبط با نابرابری اجتماعی اقتصادی، مانند کم‌سوادی و شاغل بودن در اقتصاد غیررسمی و مهاجر بودن، رابطه قوی‌تری با سلامت روانی دارند.

ولش و بری (۲۰۰۹) در پژوهشی، بین بهداشت روانی به‌عنوان نداشتن بیماری روانی و سلامتی [روانی]، به‌عنوان حالت کلی رضایت از زندگی، تمایز قایل شدند. آن‌ها در این مطالعه، تأثیر مشارکت اجتماعی در حوزه‌های گوناگون، احساس تعلق داشتن، اعتماد و کمک متقابل و داشتن حمایت‌های ملموس را بر بهداشت روانی و سلامتی [روانی] در استرالیا بررسی کردند. براساس نتایج این مطالعه، سرمایه اجتماعی برای مردان، بیش‌تر با بهداشت روانی، رضایت از فرصت‌های شغلی، موقعیت مالی، احساس امنیت و میزان اوقات فراغت آن‌ها رابطه معنی‌دار دارد؛ درحالی‌که سرمایه اجتماعی برای زنان، بیش‌تر با رضایت کلی از زندگی و رضایت از همسایه‌ها رابطه دارد. آن‌ها معتقدند تأثیر سرمایه اجتماعی، مستقل از تأثیر سن، فقر، تنها زندگی کردن، بومی بودن، مسئولیت خانواده داشتن، خانه‌دار بودن و میزان تحصیلات است (ولش و بری، ۲۰۰۹).

در بررسی تحقیقات پیشین، این نتیجه به دست می‌آید که بیش‌تر آن‌ها تأثیر مثبت بین سرمایه اجتماعی و سلامت روانی را نشان می‌دهند، ولی این تحقیقات عموماً به افراد و گروه‌های خاص، خصوصاً دانشجویان غیربومی و مهاجران پرداخته است. در تحقیق حاضر، به‌طور ویژه به سرمایه اجتماعی بین حاشیه‌نشینان تکیه شد که تاکنون

در این خصوص کم‌تر کار شده است. به‌علاوه اینکه نتایج تحقیقات دیگر نیز، متفاوت و بعضاً متناقض است.

مبانی نظری تحقیق: روابط اجتماعی مثبت و پایدار مانند اعتماد و هم‌بستگی و مانند آن که در یکی دو دهه گذشته، تحت عنوان سرمایه اجتماعی مورد توجه بسیار قرار گرفته است، این ایده کلی را می‌رساند که این گونه روابط، مانند سرمایه‌ای مشترک است که افراد و گروه‌های درگیر می‌توانند هنگام نیاز، به نفع خود از آن استفاده کنند (کلمن، ۱۹۹۰).

هرچند تحقیقات زیادی در چند سال گذشته، تأثیر مثبت سرمایه اجتماعی را بر بسیاری از روابط و پدیده‌های اجتماعی (مسئور و همکاران، ۲۰۰۴؛ پورتس، ۱۹۹۸) و بهداشتی (کاوچی و دیگران، ۲۰۰۸؛ ولش و بری، ۲۰۰۹) نشان داده است، ولی از آنجایی که این مفهوم چندبعدی و بین‌رشته‌ای است، هم‌اکنون تعریف و هم‌اکنون سنجش، دقیق نبوده و مناقشه‌برانگیز است. کلمن (۱۹۹۰) و پوتنام (۱۹۹۵)، سرمایه اجتماعی را اساساً پدیده‌ای جمعی می‌دانند، ولی استون و دیگران (۱۹۹۹) و هارفام و دیگران (۲۰۰۴)، آن را بیش‌تر پدیده‌ای فردی و شخصی می‌پندارند. برخی مانند کلمن (۱۹۹۰) و پوتنام (۱۹۹۵)، آن را اساساً مثبت و مفید می‌دانند، در حالی که برخی دیگر مانند پورتس (۱۹۹۸)، جنبه‌های منفی نیز برای آن قایل‌اند. سرمایه اجتماعی از نظر سنجش و اندازه‌گیری نیز مشکلاتی دارد. کلمن (۱۹۹۰) و رز (۲۰۰۰) معتقدند اعتماد را نباید یکی از مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی دانست، ولی پوتنام (۱۹۹۵) اعتماد را یکی از سه مؤلفه سرمایه اجتماعی می‌داند. رز (۲۰۰۰) سرمایه اجتماعی را فقط به شبکه‌های روابط محدود می‌کند، اما بسیاری دیگر، اعتماد و احساس تعلق داشتن و... را نیز از اجزای سرمایه اجتماعی می‌دانند. با این حال، بسیاری از پژوهشگران (هارفام و دیگران، ۲۰۰۴؛ پاکستون، ۱۹۹۹) به این جمع‌بندی رسیده‌اند که سرمایه اجتماعی، دو بُعد ساختاری (شبکه‌ها و عضویت گروهی و مشارکت اجتماعی) و شناختی ذهنی (اعتماد و هم‌بستگی و...) دارد. تمایز مهم دیگر در این باره، تمایز بین سرمایه اجتماعی درون‌گروهی^۱ و برون‌گروهی^۲ است (نارایان، ۱۹۹۱). سرمایه

1- Bonding social capital 2- Bridging social capital

اجتماعی درون‌گروهی که ناشی از روابط فشرده و تنگاتنگ و اعتماد زیاد، ولی محدود به اندکی از افراد به وجود می‌آید، باعث هم‌بستگی و انسجام گروه می‌شود و آن را در برابر گروه‌های دیگر، مقاوم‌تر و قدرتمندتر می‌کند؛ درحالی‌که سرمایه اجتماعی برون‌گروهی که از اعتماد و روابط کم‌تر فشرده و ابزاری، ولی در شبکه‌ای گسترده‌تر حاصل می‌شود، امکان توسعه و ارتقای وضعیت گروه را فراهم می‌کند. نوع خاصی از سرمایه برون‌گروهی، سرمایه اجتماعی اتصالی یا ارتباطی^۱ است که حاکی از امکان ایجاد ارتباط با افراد و نهادهای قدرتمند و بانفوذ، خصوصاً از نظر سیاسی و اقتصادی است.

در ارتباط با سازوکار تأثیرگذاری سرمایه اجتماعی بر بهداشت روانی افراد، دیدگاه بوم‌شناسی انسانی در جامعه‌شناسی شهری ادعا می‌کند در شهرها، افراد برای مسائل اقتصادی، خصوصاً برای شغل و زمین با یکدیگر به رقابت می‌پردازند و این امر باعث می‌شود افراد ضعیف‌تر، به طرف زمین‌ها و مشاغل با مرغوبیت کم‌تر فرستاده شوند. علاوه‌بر آن در شهرها، تفاوت‌ها و تناقض‌های اجتماعی به تخریب روابط نزدیک منجر می‌شود و در عوض، روابط کاری و ابزاری و موقت غالب می‌شود (فکوهی، ۱۳۸۵؛ پالن، ۱۹۹۲). روابط نزدیک و مثبت اجتماعی به افراد در رویارویی با این شرایط سخت کمک می‌کند. درباره اینکه آیا این روابط، به‌خودی‌خود دارای تأثیر روانی مثبت است یا اینکه فقط هنگام بروز مشکل، نقش حائل را بازی می‌کند، اختلاف‌نظر وجود دارد (به نقل از کاواچی و برکمن، ۲۰۰۱)، ولی نتایج، عموماً حاکی از نقش مثبت این گونه روابط است. اعتماد به افراد کمک می‌کند، بیش‌تر با دیگران تعامل داشته و در شبکه‌های ارتباطی بیش‌تری وارد شوند و از این طریق، به اطلاعات و امکانات بهداشتی و آموزشی بیش‌تری دسترسی یابند.

از نظر کلمن (۱۹۹۰)، یکی از منابع اساسی و مهم ایجاد روابط اجتماعی مثبت و سرمایه اجتماعی، ارتباطات فشرده و تنگاتنگ است که باعث افزایش انسجام گروهی و اعتماد می‌شود و نوعی کنترل غیررسمی در رفتار افراد به وجود می‌آورد. پوتنام (۱۹۹۵) نیز معتقد است روابط فشرده و مستمر با همسایگان و هم‌محله‌ای‌ها، به شکل‌گیری روحیه جمعی و

1- linking social capital

رفتارهای مدنی کمک می‌کند و کنترل‌های غیررسمی بر رفتارهای منفی و فرصت‌طلبانه مانند سوءاستفاده از اعتماد دیگران را تقویت می‌کند. یکی از مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی، حمایت است که شامل تهیه و مبادله منابع و کمک‌های عاطفی و اطلاعاتی و ابزاری می‌شود. حمایت، فشار روانی و استرس‌های ناشی از حوادث ناگوار روزمره را تعدیل می‌کند. مشارکت و انسجام و نظارت نیز، از مؤلفه‌های دیگر سرمایه اجتماعی است. دورکیم اولین جامعه‌شناسی بود که رابطه این متغیرها را بر سلامت روانی مطالعه کرد. مشارکت افراد با گروه و هم‌گامی آن‌ها با هم، نقش‌های معنی‌داری از قبیل نقش‌های خانوادگی و شغلی و... را برای آن‌ها تعریف می‌کند. تقویت این نقش‌ها نیز به‌نوبه خود، احساس ارزشمندبودن و تعلق‌داشتن و وابستگی در افراد ایجاد می‌کند. در تحقیق حاضر، سرمایه اجتماعی در دو بُعد ساختاری و شناختی و در چارچوب روابط حاشیه‌نشینان در نظر گرفته شده است.

روش

روش تحقیق این مطالعه پیمایش بود. جامعه آماری نیز از افراد بیش از ۱۶ سال ساکن در زینبیه و ارزنان در شهر اصفهان تشکیل شد که طبق برآورد جمعیت در سال ۱۳۸۸، ۱۲۵۰۰۰ نفر بود. از بین این افراد، ۳۵۷ نفر با استفاده از فرمول کوکران ($p=0/5$, $q=0/5$) و بر مبنای مطالعه مقدماتی و از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. متغیر پیش‌بین پژوهش، سرمایه اجتماعی است. شاخص‌ها و بارهای عاملی در جدول ۱ آورده شده است. یادآوری می‌شود پایایی سازگاری درونی اعتماد اجتماعی برحسب آلفای کرونباخ، برابر با ۰/۸۲، انسجام اجتماعی برابر با ۰/۸۳، عضویت در شبکه‌ها برابر با ۰/۷۸ و هنجارهای غیررسمی برابر با ۰/۷۵ بود.

جدول ۱. شاخص‌ها و بارهای عاملی متغیر سرمایه اجتماعی

متغیر پیش‌بین	شاخص‌ها	گویه (Item)	بارهای عاملی	ضرایب تیین
سرمایه اجتماعی	عضویت در شبکه‌ها	انجمن‌های خیریه و کمک به بیماران خاص	۰/۸۳	۰/۶۹
		انجمن اولیا و مربیان مدارس	۰/۶۹	۰/۴۸
		فراخوان‌های عمومی (درخت‌کاری و جشن نیکوکاری)	۰/۸۴	۰/۷۰
		شرکت در (هلال‌احمر و بسیج و باشگاه‌های ورزشی محلی)	۰/۷۱	۰/۵۰
		شرکت در جشن‌های مذهبی (نیمه شعبان و عید فطر)	۰/۳۵	۰/۱۲
اعتماد اجتماعی		در اجتماع محلی، احساس خانه خودم را دارم.	۰/۲۸	۰/۰۸
		من معتقدم بیش‌تر مردم قابل اعتمادند.	۰/۴۰	۰/۱۶
		همه به فکر خودشان هستند.	۰/۸۳	۰/۶۹
		اگر مجبور باشم فرزند کوچک خود را در منزل تنها بگذارم، می‌توانم از همسایه‌ها کمک بگیرم.	۰/۶۸	۰/۰۸
		ظاهر و باطن بیش‌تر افراد جامعه یکی نیست.	۰/۶۱	۰/۳۷
		در این شهر، معمولاً آدم‌ها چشم‌دین یکدیگر را ندارند.	۰/۹۰	۰/۸۱
هنجارهای غیررسمی		امروزه، مردم زیاد بر سر قول و قرارشان نمی‌مانند.	۰/۹۳	۰/۸۶
		اگر مردم بتوانند، سر همدیگر را کلاه می‌گذارند.	۰/۸۷	۰/۷۶
		مردم معمولاً از یکدیگر سوءاستفاده نمی‌کنند و به حق خود راضی‌اند.	۰/۶۵	۰/۴۲
		افراد معمولاً احترام بزرگ‌تر و کوچک‌تر را نگه نمی‌دارند.	۰/۱۹۰	۰/۰۱
		نمی‌توانیم از هر راهی، برای رسیدن به چیزی که می‌خواهیم، استفاده کنیم.	۰/۵۳	۰/۲۸
		رعایت قوانین و مقررات، باعث عقب‌افتادن در زندگی می‌شود.	۰/۲۶	۰/۰۷
		آدم‌ها فقط به فکر سود نیستند و حرام و حلال هم سرشان می‌شود.	۰/۵۷	۰/۳۲

متغیر پیش‌بین	شاخص‌ها	گویه (Item)	بارهای عاملی	ضرایب تیین
انسجام اجتماعی		وقتی به کمک نیاز دارم، می‌توانم از دوستان خود کمک بگیرم.	۰/۰۵	۰/۰۲۵
		از زندگی کردن بین افغانی‌ها یا افرادی از اقوام دیگر در محله‌ام لذت نمی‌برم.	۰/۳۸	۰/۱۴
		اگر غریبه‌ای به کوچۀ ما اسباب‌کشی کند، همسایگان از او استقبال نمی‌کنند.	۰/۱۹	۰/۰۴
		همکارانم دوستانم نیستند.	۰/۲۹	۰/۰۸
		در محل کار، خود را عضوی از گروه احساس می‌کنم.	۰/۱۷	۰/۰۳
		در محیط کار سعی می‌کنم ابتکاراتی برای انجام کارها ارائه کنم، بدون آنکه از من خواسته باشند.	۰/۳۲	۰/۱۰
		هیچ احساس تعلقی نسبت به افراد ندارم.	۰/۴۸	۰/۲۳
		سعی می‌کنم از حال همسایگان و هم‌محله‌ای‌هایم باخبر شوم.	۰/۳۶	۰/۱۳
		بعضی اوقات برای همکارانم کارهایی انجام می‌دهم، بدون اینکه جزء وظایفم باشد.	۰/۵۹	۰/۳۵
		برای رفع نیازهایم نمی‌توانم روی همسایه‌هایم حساب کنم.	۰/۶۰	۰/۳۶
		احساس می‌کنم برای جامعه ارزش ندارم.	۰/۲۰	۰/۰۴
		تاکنون کمکی به همسایگان و آشنایان بیمار خودم نکرده‌ام.	۰/۲۲	۰/۰۵
		اگر با عقیده کسی موافق نباشم، برای بیان مخالفت خود احساس راحتی نمی‌کنم.	۰/۷۵	۰/۵۶

متغیر ملاک پژوهش، سلامت روان است که برای سنجش آن از پرسش‌نامه استاندارد سلامت سازمان جهانی بهداشت استفاده شد. این پرسش‌نامه، به زبان‌های مختلف ترجمه شده و اعتبار آن در کشورهای مختلف از جمله ایران مورد تأیید می‌باشد (پالاهنگ و دیگران، ۱۳۷۵؛ تقوی، ۱۳۸۰). شاخص‌ها و بارهای عاملی در جدول ۲ آورده شده است. پایایی سازگاری درونی سلامت روان برحسب آلفای کرونباخ، برابر با ۰/۹۱ بود.

جدول ۲. شاخص‌ها و بارهای عاملی متغیر سلامت روان

متغیر وابسته	شاخص‌ها	گویه (Item)	بارهای عاملی	ضرایب تبیین
سلامت روان	اضطراب و بی‌خوابی	به‌دلیل نگرانی زیاد، خوابم بسیار کم شده است.	۰/۷۵	۰/۵۶
		پس از خوابیدن در شب، از خواب بیدار می‌شوم.	۰/۶۰	۰/۳۶
		وقتی شب به رختخواب می‌روم، زمان زیادی طول می‌کشد تا خوابم ببرد.	۰/۷۴	۰/۵۵
		احساس می‌کنم آدم کم‌رو و خجالتی هستم.	۰/۰۹	۰/۰۰۸
علائم جسمانی		کاملاً خوب و سالم هستم.	۰/۲۴	۰/۰۶
		به داروهای تقویتی نیاز دارم.	۰/۱۵	۰/۰۲
		ضعف دارم و مدام خسته می‌شوم.	۰/۳۷	۰/۱۴
		بیمار هستم.	۰/۳۳	۰/۱۱
		دچار سردردهایی شده‌ام.	۰/۴۵	۰/۲۰
		گاهی فشارهایی به سرم وارد می‌شود.	۰/۷۴	۰/۵۵
علائم افسردگی		گاهی بدنم داغ یا سرد می‌شود.	۰/۷۴	۰/۵۵
		دائم تحت فشار هستم.	۰/۷۱	۰/۵۰
		عصبانی و بدخلق شده‌ام.	۰/۴۹	۰/۲۴
		بدون دلیل، از چیزی می‌ترسم و وحشت‌زده می‌شوم.	۰/۷۸	۰/۶۱
		بیش‌تر مواقع عصبی هستم و دل‌شوره دارم.	۰/۵۰	۰/۲۵
		اعصابم خراب است و توان کاری ندارم.	۰/۹۲	۰/۸۵
		کاش می‌مردم و از همه چیز راحت می‌شدم.	۰/۹۱	۰/۸۳
		فکر از بین بردن خود، ذهنم را مشغول می‌کند.	۰/۹۳	۰/۸۶

متغیر وابسته	شاخص‌ها	گویه (Item)	بارهای عاملی	ضرایب تبیین
کنش اجتماعی		انجام هر کاری از توانایی من خارج است.	۰/۷۹	۰/۶۲
		نمی‌توانم خودم را مشغول و سرگرم نگه دارم.	۰/۴۹	۰/۲۴
		برای انجام کارها، بیش از حد معمول وقت صرف می‌کنم.	۰/۳۱	۰/۱
		کارهایم را به‌خوبی انجام می‌دهم.	۰/۷۱	۰/۵۰
		از نحوه انجام کارهایم احساس رضایت می‌کنم.	۰/۶۵	۰/۴۲
		نقش مفید و مؤثری در انجام کارها برعهده دارم.	۰/۴۸	۰/۲۳
		تصمیم‌گیری در امور مختلف برایم مشکل شده است.	۰/۷۰	۰/۴۹
		به‌سختی می‌توانم از فعالیت‌های روزانه‌ام لذت ببرم.	۰/۸۱	۰/۶۶
		شخص بی‌ارزشی هستم.	۰/۷۱	۰/۵۰
		زندگی کاملاً ناامید کننده است.	۰/۹۶	۰/۹۲
		زندگی ارزش زنده ماندن ندارد.	۰/۸۶	۰/۷۴
		ممکن است بتوانم از شر خودم خلاص شوم.	۰/۶۵	۰/۴۲
		هیچ هدفی برای آینده و زندگی‌ام در نظر ندارم.	۰/۶۱	۰/۳۷
		زود آشفته می‌شوم و عجولانه و شتاب‌زده عمل می‌کنم.	۰/۶۴	۰/۴۱
		به رأی و نظر دیگران اهمیت می‌دهم.	۰/۱۷	۰/۰۳
		زندگی‌ام را دوست دارم و به آن عشق می‌ورزم.	۰/۷۰	۰/۴۹
با افرادی که به آن‌ها نیاز دارم، به‌راحتی رابطه برقرار می‌کنم.	۰/۵۰	۰/۲۵		
می‌توانم هم به امور شخصی و خانه بپردازم، هم به امور اجتماعی.	۰/۶۳	۰/۴		

یافته‌ها

در ابتدا، به شرح اطلاعات توصیفی نمونه آماری پرداخته می‌شود.

جدول ۳. توزیع فراوانی و درصد پاسخ‌گویان براساس متغیرهای زمینه‌ای

ارزنان		زینبیه		گزینه‌ها	متغیر
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۶۴/۸۹	۸۵	۵۵/۳۱	۱۲۵	زن	جنسیت
۴۱/۹۸	۵	۳۷/۶۱	۸۵	مجرد	تاهل
۵۸/۰۲	۷۶	۶۲/۳۹	۱۴۱	متاهل	
۱۱/۵۸	۲۴	۱۷/۲۵	۳۹	بی‌سواد و تحصیلات ابتدایی	میزان تحصیلات
۱۲/۸۳	۲۹	۱۹/۹۱	۴۵	سیکل	
۷/۶۳	۱۰	۱۱/۵۰	۲۶	دبیرستان	
۳۸/۹۳	۵۱	۳۵/۴۰	۸۰	دیپلم	
۶/۸۷	۹	۵/۷۵	۱۳	فوق دیپلم	
۶/۱۱	۸	۱۰/۱۷	۲۳	لیسانس	
۵۴/۹۶	۷۲	۵۸/۸۵	۱۳۳	شخصی	
۲۲/۱۴	۲۹	۲۶/۱۱	۵۹	اجاره‌ای	
۱/۵۳	۲	۱/۷۷	۴	خانه پدری	
۲۱/۳۷	۲۸	۱۳/۲۷	۳۰	سازمانی	
۹/۹۲	۱۳	۱۲/۳۹	۲۸	کم‌تر از ۱۰۰ هزار تومان	درآمد ماهیانه خانوار
۲۶/۷۲	۳۵	۱۶/۳۷	۳۷	بین ۱۰۱ تا ۲۰۰ هزار تومان	
۳۰/۵۳	۴۰	۳۰/۰۹	۶۸	بین ۲۰۱ تا ۳۰۰ هزار تومان	
۲۴/۴۳	۳۲	۲۷/۴۳	۶۲	بین ۳۰۱ تا ۵۰۰ هزار تومان	
۶/۱۱	۸	۷/۵۲	۱۷	بین ۵۰۱ تا ۷۰۰ هزار تومان	
۲/۲۹	۳	۶/۱۹	۱۴	بین ۷۰۱ هزار تومان و بیش‌تر	
۳۲/۰۶	۴۲	۳۹/۳۸	۸۹	شاغل	وضعیت شغلی
۶۷/۹۴	۸۹	۶۰/۶۲	۱۳۷	بیکار	
۴/۳۰		۴/۱۱		بعد خانوار	
۳۰/۱۲		۳۱/۶۵		میانگین سنی	
۳/۰۵		۳/۰۷		سلامت روان (برحسب منطقه)	

چنان‌که ارقام جدول ۳ نشان می‌دهد، بیش از ۶۰ درصد پاسخ‌گویان متأهل‌اند. نزدیک به نیمی از آن‌ها دارای تحصیلات زیر دیپلم و بیش از ۳۵/۴۰ درصد در مقطع دیپلم هستند، یعنی بیش از ۸۵ درصد آن‌ها دارای تحصیلاتی نیستند که با آن شغل مناسبی به دست بیاورند. درآمد ماهیانه نزدیک به ۶۰ درصد آن‌ها، کم‌تر از ۳۰۰ هزار تومان در ماه است که این مسئله، با توجه به بعد خانوار جالب توجه است. بیش از ۶۰ درصد پاسخ‌گویان نیز بیکار هستند. میانگین سنی پاسخ‌گویان در منطقه زینیه، ۳۱/۶۵ سال و در ارزنان ۳۰/۱۲ سال بود. بعد خانوار در منطقه زینیه، ۴/۱۱ نفر و در ارزنان ۴/۳۰ نفر بود. میانگین سلامت روان در هر دو منطقه، حدود ۳ است که نشان می‌دهد هر دو منطقه، از نظر سلامتی در حد متوسط هستند. میزان سلامتی هر دو جنس نیز در حد متوسط بود.

جدول ۴. میانگین شاخص‌های متغیر مستقل

متغیر	N	میانگین	انحراف معیار	درصد	Sig
اعتماد اجتماعی	۳۵۲	۲/۶۲	۰/۶۰	۳۲	۰/۰۰۱
انسجام اجتماعی	۳۴۹	۳/۲	۰/۳۸	۲۰	۰/۰۰۱
عضویت در شبکه	۳۵۳	۲/۶۳	۰/۸۸	۴۷	۰/۰۰۱
هنجار اجتماعی	۳۵۴	۳/۰۶	۰/۵۱	۲۷	۰/۰۰۱
سرمایه اجتماعی	۳۴۳	۲/۸۸	۰/۴۱	۲۲	۰/۰۰۱

چنان‌که از ارقام جدول ۴ بر می‌آید، سرمایه اجتماعی ساختاری افراد حاشیه‌نشین، از نوع شناختی ذهنی آن کم‌تر است و از ابعاد سرمایه اجتماعی شناختی نیز، اعتماد در سطح پایین‌تری قرار دارد. در مجموع، سرمایه اجتماعی آن‌ها کم‌تر از حد وسط نظری، یعنی ۳ است و حتی، آن جنبه‌هایی هم که کم نیستند، در حد متوسط هستند.

جدول ۵. رابطه ابعاد سرمایه اجتماعی با سلامت روان

مستقل وابسته	اعتماد اجتماعی	انسجام اجتماعی	عضویت در شبکه	هنجار غیررسمی	سرمایه اجتماعی
سلامت روان	$r=۰/۱۱۵$	$r=۰/۱۸۷$	$r=۰/۳۱$	$r=۰/۲۸۹$	$r=۰/۱۸۷$
	$sig=۰/۰۳$	$sig=۰/۰۰۱$	$sig=۰/۵۶$	$sig=۰/۰۱$	$sig=۰/۰۱$

ارقام جدول ۵، حاکی از وجود رابطه مثبت و معنی دار بین اعتماد اجتماعی و سلامت روان ($F=0/11$) و انسجام اجتماعی و سلامت روان ($F=0/19$) است. بین عضویت در شبکه و سلامت روان، ضریب همبستگی ۳۱ درصد و سطح معنی داری ۰/۵۶ است که نبود رابطه بین این دو متغیر را نشان می دهد. بین رعایت هنجارهای غیررسمی و سلامت روان، رابطه قوی تری نسبت به متغیرهای دیگر وجود دارد و ضریب همبستگی آن ۰/۲۹ است. ضریب همبستگی بین سرمایه اجتماعی و سلامت روان ۰/۱۹ و سطح معنی داری ۰/۰۱ است که نشان دهنده رابطه ای مثبت بین این دو متغیر است و می توان نتیجه گرفت هرچه میزان سرمایه اجتماعی افراد افزایش یابد، سلامت روان آن ها نیز افزایش می یابد و برعکس.

رگرسیون چندگانه: برای سنجش تأثیر هم زمان متغیرهای پیش بین بر متغیر ملاک از رگرسیون چندگانه روش گام به گام^۱ استفاده شد.

جدول ۶. رگرسیون چندگانه اثر متغیرهای پیش بین بر سرمایه اجتماعی

متغیرهای مستقل	بتا	ضریب تعیین	سطح معنی داری
سرمایه اجتماعی	۰/۲۹۲	۰/۰۸۵	۰/۰۰۱
جنس	-۰/۱۳۸	۰/۰۱۹	۰/۰۱۰
سن	۰/۱۱۹	۰/۰۱۴	۰/۰۰۲
پایگاه اقتصادی اجتماعی	۰/۱۷۱	۰/۰۲۹	۰/۰۰۲

متغیرهای جنس، سرمایه اجتماعی، سن و پایگاه اقتصادی اجتماعی، تأثیر معنی داری بر سلامت روان دارد. از بین متغیرهای تحقیق، سرمایه اجتماعی با ۸/۵ درصد، بیش ترین سهم را در تبیین سلامت روان دارد.

ضریب تعیین تعدیل شده	ضریب تعیین	ضریب همبستگی
۰/۱۳۵	۰/۱۱۰	۰/۳۳۲

1- stepwise

با استفاده از پراکنش ترکیب خطی می‌توان بیان داشت که متغیرهای پیش‌بین، روی هم‌رفته تنها ۱۳/۵ درصد از پراکنش سلامت روان را تبیین می‌کنند. بقیه تغییرات متغیر ملاک، به دلیل پیچیدگی و چندبعدی بودن سلامت روان و همچنین، به حساب نیامدن برخی متغیرهایی است که بر این متغیر تأثیرگذار هستند.

بحث

هدف این پژوهش، تعیین تأثیر روابط اجتماعی مثبت بر سلامت روان حاشیه‌نشینان شهر اصفهان بود. براساس این پژوهش، به جز شاخص عضویت در شبکه‌ها، در بقیه موارد بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک هم‌بستگی مثبت و معنی‌داری وجود داشت. از میان شاخص‌های سرمایه اجتماعی، هنجارهای غیررسمی، هم‌بستگی قوی‌تری را نشان می‌دهد. تحقیقات کاوچی و دیگران (۲۰۰۱) نیز نتایج پژوهش حاضر را تأیید می‌کند. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که ایالت‌هایی که سطح بی‌اعتمادی اجتماعی در آن‌ها بالاتر بود، از لحاظ مرگ‌ومیر نیز، سطوح بالاتری را به خود اختصاص دادند. در ارتباط با سطح کم‌تر از حد متوسط اعتماد در بین حاشیه‌نشینان، باید خاطر نشان ساخت که تحقیقاتی که بین جوامع شهری غیرحاشیه‌نشین ایران نیز انجام شده (هزار جریب و صفری شامی، ۱۳۸۸؛ افشانی و دیگران، ۱۳۸۸؛ امیری، ۱۳۸۶)، عموماً بیانگر میزان متوسط یا کم‌تر اعتماد به افراد ناآشناست و در واقع نشان می‌دهد شعاع اعتماد افراد شهری خیلی زیاد نیست. به‌منظور افزایش سلامت روان حاشیه‌نشینان اصفهان، باید اعتماد اجتماعی و انسجام اجتماعی و میزان رعایت هنجارهای اجتماعی را افزایش داد. عوامل یادشده، تنها عواملی نیستند که موجب افزایش سلامت روان می‌شود و قطعاً عوامل دیگری نیز وجود دارد، اما مسئولان فرهنگی کشور و خصوصاً شهرداری‌ها، از طریق فعالیت‌های فرهنگی و ورزشی، این شاخص‌ها را افزایش می‌دهند. از جمله ساخت فیلم‌ها و برگزاری همایش‌های جمعی مثل برنامه‌های کوه‌گشت که بعضی وقت‌ها شهرداری‌ها برگزار می‌کنند. همچنین آموزش و

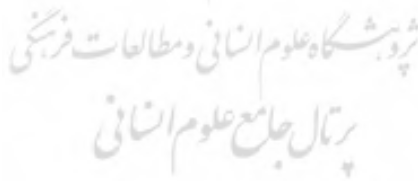
پرورش می‌تواند با گنجاندن مطالبی درخصوص اعتماد افراد به همدیگر و رعایت هنجارها در کتاب‌های درسی و کلاس‌های تربیتی، برای نوجوانان که شخصیت آن‌ها در حال شکل‌گیری است، نقش مؤثری در افزایش سرمایه اجتماعی داشته باشد. در نتیجه با افزایش سرمایه اجتماعی در بین حاشیه‌نشین‌ها، سلامت روان تا حدودی افزایش یافته و می‌تواند نقش مؤثری در ارتقاء زندگی آنها داشته باشد.



- افشانی، ع. ر و دیگران. (زمستان ۱۳۸۸)، **اعتماد اجتماعی در شهر یزد: تحلیلی از سطوح و عوامل**، جامعه‌شناسی کاربردی دانشگاه اصفهان، شماره پیاپی ۳۶، ش ۴: ۷۴ تا ۵۷.
- امیری سفرجانی، ز. (۱۳۸۶)، **تحلیل جامعه‌شناختی تأثیر دین‌داری بر سرمایه اجتماعی در شهر اصفهان**، پایان‌نامه کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد دهقان.
- ایمان، م. ت و دیگران. (۱۳۸۷)، **بررسی تطبیقی سرمایه اجتماعی و سلامت روانی دانشجویان غیربومی دانشگاه‌های تهران و شیراز، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی**، سال ۸ (۳۰ و ۳۱)، پاییز و زمستان: ۴۳ تا ۱۶۹.
- برغمندی، ه. (۱۳۸۷)، **تأثیر تخریب محله غربت بر سرمایه اجتماعی اهالی محله خاک سفید، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی**، سال ۷ (۲۸): ۲۶۳ تا ۲۸۳.
- بنی‌فاطمه، ح و کوهی، ک. (۱۳۸۶)، **تعیین عوامل، اثرات و پیامدهای حاشیه‌نشینی و ارائه راهکارهای تعدیل آن، فصلنامه علمی پژوهشی علوم اجتماعی**، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شوشتر، سال ۲ (۳): ۲۴ تا ۷.
- پالاهنگ، ح. و دیگران. (۱۳۷۵)، **بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در شهر کاشان، اندیشه و رفتار**، سال ۲ (۴): ۱۹ تا ۲۷.
- تقوی، س. م. ر. (۱۳۸۰)، **بررسی روایی و پایایی پرسش‌نامه سلامت روان، مجله روان‌شناسی**، سال ۵ (۲۰): ۳۸۱ تا ۳۹۴.
- خسرونی، ا. (۱۳۹۰)، **حدود ۲۱ درصد جمعیت ایران به اختلالات روانی دچار هستند، روزنامه آفتاب یزد**، ۲۴ اردیبهشت ۱۳۹۰: ۸.
- ربانی، ر و طاهری، ز. (۱۳۸۶)، **تحلیلی بر علل اجتماعی شکل‌گیری حاشیه‌نشینی در شهر اصفهان (مطالعه موردی: منطقه ارزان و دارک)**، **فصلنامه علمی پژوهشی علوم اجتماعی**، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شوشتر، سال ۲ (۳): ۷۵ تا ۱۱۰.
- ریاحی، م. ا و دیگران. (۱۳۸۹)، **بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روان، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی**، سال ۱۰ (۳۹): ۸۰ تا ۱۲۱.

- زاهدی، م. ج و دیگران. (۱۳۸۷)، فقر و سرمایه اجتماعی، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال ۷ (۲۸): ۱۰۶ تا ۷۹.
- شارع پور، م. (۱۳۸۳)، ابعاد و کارکردهای سرمایه اجتماعی، بررسی مسائل اجتماعی ایران، انجمن جامعه‌شناسی ایران، تهران، آگه.
- فکوهی، ن. (۱۳۸۵)، انسان‌شناسی شهری، تهران، نشر نی.
- جاوند، ک و نوربخش، م. (۱۳۸۶)، نگرشی بر مشکلات حاشیه‌نشینی در اصفهان (منطقه ارزمان)، فصلنامه علمی پژوهشی علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شوشتر، سال ۲ (۳): ۱۲۷ تا ۱۵۰.
- کلمن، ج. (۱۹۹۰)، بنیادهای نظریه اجتماعی، ترجمه صبوری، م. (۱۳۷۷)، تهران، نشر نی.
- لهسانی‌زاده، ع و مرادی، گ. (۱۳۸۶)، رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی در بین مهاجران، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال ۷ (۲۶): ۱۸۰ تا ۱۶۱.
- هزار جریبی، ج و شامی، ر. ج. (۱۳۸۸)، بررسی عوامل مؤثر بر اعتماد اجتماعی شهروندان، جامعه‌شناسی کاربردی، دانشگاه اصفهان، شماره پیاپی ۳۶، شماره ۴: ۱۷ تا ۳۸.
- Astone, N., M.C. Nathanson, R. schoen, and y. kim. (1999), Family Demography, Social theory, and Investment in social capital, *population and Development Review* 25, nol, 1-32.
- Haralambos M. and Holborn M. (2008), *Sociology: Themes and perspectives*. London: Harpor collins publishers.
- Harpham, T; E. carant, and c. Rodriguez. (2004), Mental Health and Social Capital in Cali, Colombia, *Social Science and Medicine*, 58, 2267-2277.
- Gruebner, Oliver; et.al. (2012), Mental Health in the Slums of Dhaka-a geoepidemiological study, *BMC Public Health*, no. 12, 177-189
- Kawachi, I, and L, Berkman. (2001), Social ties and mental Health, *Journal of urban Health*. v. 78 (3) 458-467.
- Kawachi,i., s.v.subramanian, and D.kim. (2008), Social capital and Health: A Decade of progress and Beyond, In Kawachi et.at.(Eds), *Social capital and Health* .N.y: springer.
- Matous, Petr. (2008), Internal and External Measures of Philippine slum dwellers' social capital and their relevance, from:www.ios.sinica.edu.tw/ios/

- seminar/socialcapital2008/15-matous.pdf.
- Messner,S.F, E.p. Baumer and R.Roaedfeld. (2004), Dimensions of Social capital and rates of Criminal homicide: American Sociological Review, v.Gq.n.g, pp.881-903.
 - Narayan, D. (1999), Bonds and Bridges: Social Capital and Poverty, The World Bank: Poverty Group Prem. Jul, pp.1-52.
 - Nooteboom, Bart. (2006), Social Capital, Institutions and Trust, Review of social Economy, vol. 65 (1).
 - Palen., john. (1992), the Urban World, Fourth Edition New York: McGraw-Hill, inc.
 - Paxton, P. (1999), Is Social Capital Declining in the United States? A Multiple Indicator Assessment, American journal of Sociology.v.105, pp.88-127.
 - Portes, A. (1998), Social Capital: Its origins and Application in Modern Sociology, Annual Review of sociology (24).
 - Putnam, R .D. (1995), Bowling Alone: America's declining social capital, Issuma, pp.65-78.
 - Rose,R. (2000), How much does social capital add to individual health?, social science and Medicine,51 (9) 1421-1435.
 - Welsh j.A. and H.L. Berry. (2009), social capital and Mental Health and well-being, from:melbourneinstiute.com/conf/hildaconf 2009/papers/session/207.





پروشکاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی