

بررسی تأثیر سرمایه اجتماعی و احساس محرومیت
بر سلامت شهروندان
(مطالعه موردی شهر اصفهان)

دکتر محمد باقرعلیزاده اقدام*

دکتر رسول ربانی**

مرتضی مبارک بخشایش***

تاریخ دریافت: ۹۰/۱۲/۸

تاریخ پذیرش: ۹۱/۵/۲۰

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

چکیده

سلامت یکی از نیازهای اساسی جامعه برای رشد و بالندگی آن می باشد که با تغییر سبک زندگی و نوع بیماری های مسری به مزمن نقش عوامل اجتماعی در تعیین سطح آن بیشتر نمایان شده و جامعه شناسی سلامت را به محور بحث های جامعه شناختی تبدیل کرده است. هدف از انجام تحقیق حاضر بررسی تأثیر

aghdam @yahoo.com

m.mobarak@ tabrizu.ac.ir

* دانشیار جامعه شناسی دانشگاه تبریز

** استاد جامعه شناسی دانشگاه اصفهان

*** مربی جامعه شناسی دانشگاه تبریز

سرمایه اجتماعی و احساس محرومیت نسبی و تبعیض بر سلامت شهروندان می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش را شهروندان اصفهانی تشکیل می‌دهند. نمونه آماری مشتمل بر ۳۸۴ نفر می‌باشد که از طریق فرمول کوکران بدست آمده است. روش نمونه‌گیری تحقیق به صورت خوشه‌ای دو مرحله‌ای بوده، اطلاعات بدست آمده با تکنیک پیمایش، به صورت مقطعی و از طریق ابزار پرسشنامه گردآوری شده که روایی و اعتبار آن مورد تایید قرار گرفت. طبق نتایج بدست آمده فرض اساسی تحقیق مبنی بر تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت شهروندان اصفهانی مورد تایید قرار گرفت. همچنین هر چهار بعد سرمایه اجتماعی اندازه‌گیری شده در تحقیق رابطه معناداری با سلامت دارند، علاوه بر آن متغیرهای احساس تبعیض و احساس محرومیت رابطه معناداری را با سلامت نشان دادند. نتایج تحلیل‌های چند متغیره نشان داد از میان متغیرهای مورد بررسی، متغیرهای اعتماد، حمایت، پیوستگی و همبستگی اجتماعی در مجموع ۰/۲۰۴ از متغیر وابسته را مورد تبیین قرار می‌دهند.

واژه‌های کلیدی: اعتماد اجتماعی، به هم پیوستگی اجتماعی، حمایت اجتماعی، سرمایه اجتماعی، سلامت، همبستگی اجتماعی

مقدمه

در کنار شاخص‌های متعددی که نشانگر رشد و بالندگی، و توسعه یک جامعه است، شاخص سلامت یکی از مهمترین این شاخص‌هاست. سلامت جسم در کنار سلامت روحی و روانی، از ویژگی‌های یک انسان سالم و به تبع آن از مختصات یک جامعه برومند و بالنده است. سلامت جسمی و روانی به طور مستقیم و به نحو چشمگیری با این ویژگی‌ها رابطه دارد و این قاعده منطقی حاکم خواهد بود که هر چه سطح کیفی و کمی سلامت جسمی و روانی بالا باشد سطح سلامت آحاد جامعه بالا خواهد بود. امروزه بخش عظیمی از اشکال بیماری (اعم از روانی و جسمانی) در کشورهای در

حال توسعه در ارتباط شدید با عوامل اجتماعی است. اثرات این عوامل در دراز مدت کارایی خود را نشان می‌دهند. مشکلاتی چون فقر، شکست در تحصیلات، زندگی در محیط فیزیکی نامناسب و سطح بالای عدم امنیت در جامعه مثل (خشونت‌ها و تضادها) و عواملی چون حوادث منفی زندگی از جمله جدایی از والدین، از دست دادن کار و یا مهاجرت اجباری از عوامل اجتماعی هستند که تأثیرات زیادی بر سلامت افراد می‌گذارند (Harphom, ۲۰۰۹: ۲۳۴).

رشد و گسترش عوامل روانی، جسمانی، اجتماعی و معنوی و نقش آنها در سلامت در کشورهای جهان سوم بخصوص در کشور ایران هم زمان با رشد و توسعه سرمایه اجتماعی بوده است (ساعی، ۱۳۸۸: ۱). سرمایه اجتماعی یکی از مفاهیمی است که در سال‌های اخیر در مباحث توسعه بسیار مطرح شده است و توجه به سرمایه اجتماعی و نقش آن در سلامت افراد در سطوح گوناگون، مورد توجه صاحب نظران بوده است. پاتل بر این باور است که نقش عوامل اجتماعی در سلامت به طور قابل توجهی مشخص شده است. رشد و گسترش توجه به عوامل اجتماعی و نقش آن در سلامت در کشورهای جهان سوم هم زمان با رشد و توسعه سرمایه اجتماعی بوده است و ممکن است در آینده شکل‌های اجتماعی سلامت را شکل دهد (Harphom, ۲۰۰۹: ۲۳۵). کاپلان و لینچ^۱ سرمایه اجتماعی را نوعی انباشت سرمایه و شبکه‌هایی معرفی کرده‌اند که همبستگی اجتماعی، تعهد اجتماعی، و در نتیجه نوعی عزت نفس و سلامتی را در افراد بوجود می‌آورد (Lynch&Kaplan, ۱۹۹۷: ۲۹۸).

سلامت محور توسعه اجتماعی و اقتصادی و اساسی ترین جزء رفاه جامعه به شمار می‌رود. در جامعه ایران نیز وضعیت سلامت شهروندان از اهمیت بالایی برخوردار است. از طرفی شواهد نشان می‌دهد که سلامت بیش از مداخلات پزشکی و پرستاری به عوامل اجتماعی و اقتصادی وابسته است. چنین به نظر می‌رسد که سرمایه اجتماعی

. Lynch & Kaplan

سد محافظی در برابر بیماری‌های اجتماعی باشد. برای مثال، چنین گفته شده که جوامعی که در آنها میزان سرمایه اجتماعی بالاست از سلامت روانی بیشتری برخوردارند و میزان جرم و جنایت در آنها کمتر از دیگران است. علاوه بر این ظاهراً رابطه محکمی میان سرمایه اجتماعی و اندازه‌های سلامت، نظیر میزان مرگ و میر وجود دارد (آرمسترانگ، ۱۳۸۷: ۱۱۳).

سرمایه اجتماعی را می‌توان بطور خلاصه شامل سرمایه و منابع حاصل از نهادها، روابط و هنجارهایی دانست که کنش متقابل اجتماعی جامعه را به لحاظ کمی و کیفی شکل می‌دهند (چلبی، ۱۳۸۴: ۳). پونتام^۱ در تحقیقی که در مناطق گوناگون ایتالیا انجام داد بطور آشکار اثرات سرمایه اجتماعی را در رشد و توسعه نشان داد. به همین دلیل در رویکردهای جدید توسعه، برای سنجش فقر یا رفاه اجتماعی معرف‌هایی از قبیل روحیه اجتماعی، همبستگی اجتماعی، مشارکت اجتماعی و سرمایه اجتماعی مورد بحث قرار گرفته است (قانع‌ی راد، ۱۳۸۴: ۲۳۵). امروزه با تغییر الگوی همه‌گیر شناختی بیماری‌ها از بیماری‌های عفونی به بیماری‌های مزمن و نیز از علل بالینی به علل روانی و اجتماعی، نقش تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت بیش از پیش مورد توجه قرار گرفته است. از جمله تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در هر جامعه‌ای درآمد افراد جامعه و چگونگی توزیع این درآمد می‌باشد (باباخانی، ۱۳۸۷: ۲۳۹).

از حدود یک دهه پیش برخی صاحب‌نظران ویژگی‌های اجتماعی از قبیل همبستگی اجتماعی، اعتماد، روابط اجتماعی و... را با عنوان سرمایه اجتماعی مطرح کردند که با سلامتی افراد در ارتباط می‌باشد (Kawachiet al, ۱۹۹۹). محیط‌های اجتماعی در سطح محله تأثیرات مهمی را بر سلامتی و کیفیت زندگی افرادی که در آن محل، زندگی می‌کنند مستقل از عوامل خطر سطح فردی، می‌گذارد محیط‌های اجتماعی

نامطلوب و از لحاظ اجتماعی فقیر در طولانی مدت، تأثیرات نامطلوبی را بر سلامتی ساکنان آن محل خواهد گذاشت (Deis Roux et al. ۱۹۹۷).

شواهدی در دست است که هر چه افراد به لحاظ اجتماعی منزوی تر باشند، از سلامت کمتری برخوردارند و به عکس هر چه پیوستگی اجتماعی در جامعه بیشتر باشد آن جامعه سالم تر خواهد بود. کاهش بیماری‌های روانی و پرورش سلامت در ابعاد زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی ویژگی‌هایی را که برای قبول نقش‌های اجتماعی لازم است افزایش می‌دهد. سلامت روانی به همراه سلامت جسمی، اجتماعی و معنوی بر صلاحیت‌های مورد نیاز برای مشارکت افراد در جامعه می‌افزاید و سرمایه اجتماعی را در سطح ملی فراهم می‌آورد (hiteford: ۲۰۰۰).

با گذار جوامع از حالت سنتی به صنعتی بحث مربوط به سلامت افراد جامعه اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. قرن جدید با خود عقاید جدیدی پدید آورده است، یک باور جدی این است که در مورد یک ملت صرفاً با رشد اقتصادی نمی‌توان قضاوت کرد بلکه احساس خوشنودی، امنیت روانی و سلامت در ابعاد گوناگون (زیستی، روانی، اجتماعی، معنوی) نیز مهم است (بهزاد، ۱۳۸۳: ۳).

یکی از مهمترین شاخصه‌های توسعه اجتماعی، همانا شاخص بهداشت و خدمات درمانی می‌باشد. پیشرفت علوم اجتماعی و بویژه جامعه‌شناسی پزشکی در دوران کنونی نشان می‌دهد که سلامت و سلامتی تنها پدیده بیولوژیکی و پزشکی نیست، بلکه عوامل اجتماعی، روانشناختی، فرهنگی، اقتصادی و سیاسی مردم بر آن تأثیرگذار است و به هنگام مطالعه سلامت بایستی به آنها توجه نمود (علیزاده، ۱۳۸۸: ۲). هدف از تحقیق حاضر بررسی میزان سلامت شهروندان اصفهانی و عوامل تأثیرگذار بر آن با تأکید بر سرمایه اجتماعی و ابعاد آن می‌باشد.

سرمایه:^۱ سرمایه ثروتی است مولد، یا منبعی که شخص می‌تواند جهت ایجاد درآمد یا منابع اضافی دیگر بکار برد (Vogt, ۱۹۹۳: ۲۹). سرمایه همیشه در اقتصاد سیاسی مارکس، کار مجسم یا انباشته تعریف می‌شود، در یک مناسبت اجتماعی قرار می‌گیرد، که در آن، کار مولد برای انباشت بیشتر سرمایه به کار گرفته می‌شود. بوردیو^۲ سرمایه را کار انباشته، تعریف می‌کند (Guillory, ۱۹۹۷: ۸). دریافت بوردیو از سرمایه وسیع تر از معنای پولی سرمایه در اقتصاد است، سرمایه یک منبع عام است، که می‌تواند شکل پولی و غیرپولی و همچنین ملموس و غیرملموس به خود گیرد (stones, ۲۲۱: ۱۹۹۸).

سرمایه اجتماعی:^۳ منظور از سرمایه اجتماعی گزینه‌ای رابطه‌ای است در ابعاد سیاسی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی برای یک موضع یا پایگاه اجتماعی در شبکه تعاملی جامعه برای اشتغال کننده یک موضع اجتماعی گزینه‌ای رابطه‌ای، آن موضع می‌تواند سرمایه بالقوه‌ای باشد که در روابط اجتماعی تبدیل به ذخایر قدرت، ثروت، نفوذ و معرفت شود (چلبی، ۱۳۷۵: ۳۸). مجموعه هنجارهای موجود در سیستم‌های اجتماعی است که موجب ارتقای سطح همکاری اعضای آن جامعه گردیده و موجب پایین آمدن سطح هزینه‌های تبادلات و ارتباطات می‌گردد (فوکویاما، ۱۳۷۹: ۵). منظور از سرمایه اجتماعی سرمایه و منابعی است که افراد و گروه‌ها از طریق پیوند با یکدیگر می‌توانند به دست آورند. (Bourdieu, ۱۹۸۵; Coleman, ۱۹۸۸; Putnam, ۱۹۹۳) کلمن سرمایه اجتماعی را این گونه تعریف کرده است: سرمایه و منابعی که افراد و گروه‌ها از طریق پیوند با یکدیگر و با توجه به نوع ارتباطات می‌توانند بدست آورند (Coleman, ۱۹۸۸: ۹۶). از دیدگاه بوردیو سرمایه اجتماعی عبارت است از موقعیت‌ها و روابطی که در درون گروه‌ها و شبکه‌های اجتماعی برای افراد دسترسی به فرصت‌ها،

. Capital
. Bourdieu
. social capital

اطلاعات، منابع مادی و موقعیت اجتماعی را افزایش می‌دهد (علوی راد ۱۳۸۰: ۲۱). به نظر کلمن سرمایه اجتماعی قدرت و توانایی مردم برای برقراری ارتباط با یکدیگر است. کلمن سرمایه اجتماعی را بر حسب کارکردی که دارد تعریف می‌کند و در واقع تعریفی کارکردی از سرمایه اجتماعی ارائه می‌دهد (کلمن، ۱۳۷۷: ۴۶۱). پاتنام «سرمایه اجتماعی» را مجموعه‌ای از مفاهیم مانند اعتماد، هنجارها و شبکه‌ها می‌داند که موجب ارتباط و مشارکت بهینه اعضای یک اجتماع شده و در نهایت منافع متقابل آنان را تامین خواهد کرد (پاتنام، ۱۳۸۰: ۲۹۶). لوری سرمایه اجتماعی را مجموعه‌ای از منابع تعریف می‌کند که جز ذاتی روابط خانوادگی و سازمان‌های اجتماعی بوده و برای رشد شناختی، شخصیتی و اجتماعی بچه‌ها و افراد جوان مفید می‌باشد (Krisotakis & Gamarnikow, ۲۰۰۴: ۴۴).

نان لین:^۱ از نظر لین سرمایه اجتماعی از سه جزء تشکیل شده است؛ منابع نهفته در ساختار اجتماعی، قابلیت دسترسی افراد به این گونه منابع اجتماعی و استفاده و یا گردآوری این گونه منابع اجتماعی در کنش‌های هدفمند. او منابع نهفته و موقعیت‌های شبکه‌ای را دو عنصر مفهومی مهم سرمایه اجتماعی قلمداد می‌کند و نتایج سرمایه‌گذاری افراد در روابط و شبکه‌های اجتماعی را در ارتباط با دو نوع کنش ابزاری و کنش اظهاری طبقه‌بندی می‌نماید. برای کنش ابزاری سه گونه بازگشت سرمایه (بازدهی) را مطرح می‌کند: بازدهی اقتصادی (ثروت)، بازدهی سیاسی (قدرت)، بازدهی اجتماعی (شهرت) در کنش اظهاری سرمایه اجتماعی ابزاری است برای تحکیم منابع و دفاع در برابر از دست دادن احتمالی منابع. او سه نوع بازدهی را در این رابطه ذکر می‌کند:

- (۱) سلامت جسمانی (مستلزم حفظ قرار کارکردی جسمانی و رهایی از بیماری‌ها است)
- (۲) سلامت روانی (توانایی پایداری در برابر تنش‌ها و حفظ تعادل عقلی و

احساس را منعکس می‌کند) ۳) سلامت معنوی (رضایت از زندگی: نشانگر خوش بینی و رضایت از عرصه‌های گوناگون زندگی مانند خانواده، کار، جامعه و محیط زیست است) او معتقد است که اغلب اوقات کنش‌های ابزاری و کنش‌های اظهاری یکدیگر را تقویت می‌کنند (جعفری نیا، ۱۳۸۷: ۲).

کاواچی^۱: سرمایه اجتماعی محصول فرعی روابط اجتماعی و درگیری مدنی است که در سازمان‌های رسمی و غیررسمی ظهور می‌کند. سرمایه اجتماعی با توسعه اقتصادی و عملکرد بطنی دموکراسی‌ها ممانعت از جرم و جنایت ارتباط تنگاتنگی دارد ولی مفهوم سرمایه اجتماعی را می‌توان در حوزه سلامتی و بهداشت جمعیت نیز مطرح کرد و برای تبیین دستاوردهای بهداشتی جوامع از آن بهره برد. (Kawachi, ۲۰۰۱: ۳۱) وی مطرح می‌کند، تعریف‌های سرمایه اجتماعی از قبیل تراکم عضویت در انجمن‌ها، اعتماد بین شخصی و برداشت‌ها از روابط متقابل^۲ زمانی برای تحلیل داده‌های سلامتی بکار برده شوند، می‌توانند بخش عمده‌ای از واریانس تغییرات مرگ و میر جامعه را تبیین کنند. سطح اعتماد میان ساکنین یک محله با مرگ و میر یک محله رابطه معنادار دارد و بر عکس، سطوح پایین اعتماد با نرخ‌های بالای مرگ و میر و بیماری‌های قلبی، عصبی، سرطانها، مرگ و میر کودکان و مرگ و میرهای خشونت آمیز همچون قتل و خودکشی رابطه نزدیکی دارد. یک واحد افزایش در شاخص اعتماد برابر است با ۹٪ کاهش مرگ و میر کل. مرگ و میر با دیگر شاخص‌های سرمایه اجتماعی نیز رابطه نزدیکی دارد. هنجارهای روابط متقابل نیز بر سطح سلامتی افراد جامعه تأثیر می‌گذارد. با وجود این، به باور کاواچی، هنوز مکانیسم‌های دقیق تعیین کننده روابط بین سرمایه اجتماعی و سلامتی بطور کامل مورد شناخت و بررسی قرار نگرفته‌اند. اما تلاش‌های صورت گرفته توسط اپیدمیولوژیست‌ها نشان داده که حمایت اجتماعی که یکی از

۱. Kawachi
۲. perceptions of reciprocity

محصولات عمده سرمایه اجتماعی است از جمله تعیین کننده‌های عمده طول عمر و کیفیت بهتر زندگی است.

دسترسی به حمایت اجتماعی می‌تواند آسایش^۱ و سلامتی فرد را از طریق توانایی قرض گرفتن پول و فراهم کردن امکان مراقبت از فرزندان در مواقع اضطراری افزایش دهد. جامعه‌ای که از نظر ذخیره سرمایه اجتماعی غنی می‌باشد می‌تواند با تامین حمایت اجتماعی بیشتر برای اعضای خود، سطح بالاتری از دست آوردهای بهداشتی و سلامتی را برای افراد فراهم کند (Kawachi, ۲۰۰۱: ۳۱).

اگر اعتماد اجتماعی در جامعه در حد مطلوبی باشد باعث می‌شود که افراد در فعالیت‌های سیاسی و مدنی مشارکت بیشتری بکنند و مشارکت بیشتر منجر به دستیابی به امکانات رفاهی، بهداشتی و آموزشی بیشتر می‌شود و از آن طریق سطح سلامتی جسمی و روانی افراد بهبود می‌یابد (Kawachi, ۲۰۰۱: ۳۱). وی مطرح می‌کند که هر چند رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامتی در آغاز در سطح ایالت‌ها و مناطق بزرگ مورد بررسی قرار می‌گرفت ولی سرمایه اجتماعی می‌تواند بر سلامتی و بهداشت افراد در محله‌ها^۲ و اجتماعات^۳ نیز اثر بگذارد. در سطح محله‌ها، هنجارهای بهداشتی برای مثال کنترل اجتماعی غیررسمی بر رفتارهای مخرب سلامتی (از قبیل استعمال دخانیات در سنین پایین و مصرف افراطی مشروبات الکلی) می‌تواند در پرورش سلامتی افراد موثر واقع شود. همچنین از طریق افزایش کارایی ساکنان محله برای سازماندهی و وضع و اجرای مقررات محلی (از قبیل جلوگیری از استعمال دخانیات در محافل عمومی) سطح سلامتی افراد جامعه را افزایش دهد. به باور کاواچی، درجه همبستگی^۴ در محله‌ها (برای نمونه وقتی ساکنان محل بیان می‌کنند که همسایگان‌شان می‌توانند

. well- being
 . neighbourbood
 . communiyies
 . social cohesion

مورد اعتماد واقع شوند) می‌توانند در کنترل رفتارهای خطر آفرین برای سلامتی نقش مهمی داشته باشد (Kawachi, ۲۰۰۱: ۴۴).

تردی هارفام^۱: هارفام و همکارانش مطرح می‌کنند که شکل اجتماعی سلامتی روانی (بعنوان نقطه مقابل شکل زیست شناختی) بصیرت‌های بیشتری را درباره عوامل تأثیرگذار بر سلامتی می‌تواند ارائه دهد. به باور این افراد عوامل خطر آفرین برای سلامتی عبارتند از: مشکلات دراز مدت در طول زندگی یک فرد، حوادث منفی زندگی و فقدان حمایت اجتماعی جهت تعدیل و یا کاهش تأثیرات منفی مشکلات دراز مدت و حوادث منفی.

برخی از مشکلات دراز مدت عبارتند از فقر، تحصیلات ناکافی، زندگی در محیط‌های خطرناک با سطوح بالایی از ناامنی اجتماعی (از قبیل خشونت و تصادف) که همه این عوامل به نوبه خود سلامتی جسمی روانی افراد جامعه را تهدید می‌کنند. افراد فقیر در مقایسه با ثروتمندان دسترسی کمتری به امکانات و مراقبت‌های بهداشتی می‌توانند داشته باشند و این امر باعث می‌شود که در طولانی مدت، این افراد از بیماری‌های جسمی (بیماری‌های قلبی، عصبی، سرطان و...) و ناراحتی‌های روحی (افسردگی، تنهایی، استرس و...) در رنج باشند. نهایتاً این که زندگی در محیط‌ها و محله‌های نامناسب که رفتارهای انحرافی متعددی (استعمال دخانیات و مواد مخدر، مصرف مشروبات الکلی، ایدز و...) در آنها رایج است سلامتی ساکنان آن محله‌ها را در معرض خطر قرار می‌دهند.

حوادث منفی زندگی شامل جدایی از والدین، از دست دادن شغل و مهاجرت اجباری نیز سلامتی روانی فرد را تضعیف می‌کند. فردی که به نحوی از انحا از والدین خود جدا می‌شود بسیاری از منابع تامین سلامتی (حمایت اجتماعی، پیوندهای عاطفی و...) خود را از دست می‌دهد. افرادی هم که به علت طلاق، والدین خود را از دست

می‌دهند در طول زندگی خود از لحاظ روانی با مشکلات عدیده‌ای رو به رو می‌شوند. از دست دادن شغل نیز عواقب منفی (افسردگی، یاس) زیادی برای سلامتی افراد به بار می‌آورد. مهاجرت‌های اجباری باعث از بین رفتن شبکه‌های ارتباطی فرد و خانواده می‌شود و این نیز به نوبه خود سلامتی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

هارفام همچنین مطرح می‌کند که تغییرات در حمایت اجتماعی می‌تواند با پدیده‌هایی از قبیل رشد شهرنشینی که به احتمال زیاد منجر به کاهش خانواده‌های گسترده، افزایش خانواده‌های تک والدینی، کاهش باروری، مهاجرت گروه‌های سنی خاص از شهر به روستا می‌شود افزایش مشارکت زنان در نیروی کار و بیکاری رخ می‌دهد که این تغییرات در حمایت اجتماعی در دوره‌های زمانی و مکانی گوناگون، تأثیرات گوناگونی بر سلامتی افراد می‌گذارد. همچنین به نظرها فام سرمایه اجتماعی می‌تواند عوامل استرس‌زا و عوامل خطرزا را در رابطه با سلامتی کاهش دهد.

به نظر وی سرمایه اجتماعی دارای یک بعد ساختاری (شبکه‌ها، معاشرت، زندگی انجمنی و مشارکت مدنی) و یک بعد شناختی (حمایت درک شده، اعتماد، انسجام اجتماعی و درگیری مدنی دریافت شده) می‌باشد. اجزای ساختاری و شناختی سرمایه اجتماعی به شیوه‌های متفاوتی بر سلامتی فرد تأثیر می‌گذارند. جنبه ساختاری امکان دسترسی فرد به نهادهای رسمی و غیررسمی را فراهم می‌نماید و از آن طریق تأثیرات منفی رویدادهای زندگی را از طریق تامین حمایت اجتماعی کاهش می‌دهد. جنبه شناختی سرمایه اجتماعی (اعتماد، احساس تعلق و ارزش‌های مشترک) احساس امنیت و اعتماد به نفس فرد را افزایش می‌دهد و از آن طریق توانایی وی برای سازگاری با حوادث ناگوار زندگی، استرس، افسردگی و... را بالا می‌برد. چنین افرادی در مقابل عوامل استرس‌زا و مخرب اجتماعی و محیطی مقاومت بیشتری از خود نشان می‌دهند و سعی می‌کنند که به طور منطقی با آنها مقابله کنند. این افراد همچنین به دلیل معاشرت با اطرافیان خود از روحیه شاداب تری برخوردار می‌باشند و همین امر در

برابر حوادث زندگی بعنوان سپر دفاعی عمل می‌کند و آسیب‌های چنین حوادثی را کاهش می‌دهد.

الستاد:^۱ وی ابتدا این موضوع را مطرح می‌کند که بحث‌های موجود در عوامل ژنتیکی، انتخاب اجتماعی^۲ و همچنین میزان دسترسی به خدمات بهداشتی، بخش اندکی از نابرابری‌های اجتماعی در سلامتی را تبیین می‌کنند و همچنین امر تبیین مبتنی بر علیت اجتماعی را ضروری می‌نماید. و به دنبال آن عنوان می‌کند که حتی دو رهیافت اصلی در درون علیت اجتماعی که یکی بر رفتارهای مرتبط با سلامتی^۳ و دیگری بر استانداردهای زندگی مادی^۴ تمرکز می‌کنند نیز تا حدودی ناکارآمد بنظر می‌رسند. (Elstad, ۱۹۹۸: ۵۹۹). به نظر الستاد، رفتارهای مدلیله آمیز برای سلامتی از قبیل استعمال دخانیات، رژیم غذایی نامناسب، افراط در مصرف مشروبات الکلی و رفتارهای "مستعد آسیب رساندن"^۵ به سلامتی که معمولاً در طبقات اجتماعی پایین مشاهده می‌شود هم تنها قسمت کمی از تفاوت‌های رایج در سلامتی را تبیین می‌کنند. البته از ذکر این نکته نباید غافل شد که رفتارهای مرتبط با سلامتی به شدت تحت تأثیر پایگاه اجتماعی و محیط‌های اجتماعی و فرهنگی قرار دارند و می‌توانند به عنوان علت اساسی نابرابری‌های موجود در سلامتی در نظر گرفته شوند. پزشکی اجتماعی نیز که تفاوت‌های موجود در سلامتی را به وسیله عوامل فیزیکی مخرب در محیط مانند محل‌های کاری پرخطر و آلوده بررسی می‌کند هم از قدرت تبیین بالایی برخوردار نیست. وی پس از نشان دادن ناتوانی عوامل یاد شده در تبیین سلامتی مطرح می‌کند که باید به تبیین‌های آلترناتیو روی آورد. یکی از این موارد، نوعی از تبیین علیت اجتماعی می‌باشد که فرض می‌کند ریشه‌های نابرابری‌های اجتماعی در زمینه سلامتی در تغییر

. Elstad.J
. social selection
. health- related behaviours
. material standard if jiving
. accident- prone behaviour

محیط موقعیت‌های اجتماعی^۱ قرار دارند. اما بر خلاف کمبودهای مبتنی بر کمبودهای مادی^۲ و رفتارهای سهل‌انگارانه^۳، در این دیدگاه تمرکز بر روی استرس روانی، محرومیت نسبی و صدمات روانی اجتماعی حاصل از ساختارهای اجتماعی می‌باشد. استاد برای بررسی عوامل تأثیرگذار بر سلامت افراد از دیدگاه روانی اجتماعی استفاده می‌کند و عنوان می‌کند که واژه دیدگاه^۴ را به این دلیل برگزیده است که مجموعه‌ای از رهیافت‌های مرتبط به هم را شامل می‌شود. وی برای تشریح نکته نظرات خود سه فرضیه اصلی را مطرح می‌کند؛

(۱) توزیع استرس روانی یکی از تعیین‌کننده‌های مهم نابرابری‌های موجود در زمینه سلامتی افراد جامعه می‌باشد. (۲) استرس روانی بشدت تحت تأثیر کیفیت روابط اجتماعی و روابط بین شخصی^۵ می‌باشد. (۳) کیفیت روابط اجتماعی و روابط و پیوندهای بین شخصی در زمینه و بستر بزرگتری بوسیله نابرابری‌های موجود در جامعه تعیین می‌شوند.

استاد بعد از مطرح کردن فرضیه‌های سه گانه خود، ابتدا به یک اساس علت شناختی^۶ اشاره می‌کند و سپس به چهار منبع اصلی دیدگاه خودش یعنی رهیافت استرس اجتماعی، رهیافت خود اثر بخشی، جامعه‌شناسی هیجان و رهیافت همبستگی اجتماعی می‌پردازد. در مورد علت شناسی، بر این باور است که هر تبیینی در مورد نابرابری‌های اجتماعی و سلامتی باید فهم جامعی از علل سلامتی و بیماری را همراه با تحلیل جوامع خاص با هم ترکیب کند. چرا که این ترکیب، مطالعه هر چه بهتر نابرابری‌های موجود در زمینه سلامتی را هم برای پزشکی و هم برای جامعه‌شناسی فراهم می‌کند.

-
- . environment of social positions
 - . material shortages
 - . negligent behaviours
 - . perspective
 - . interpersonal relations
 - . Aetiological basis

برایان ترنر^۱ به اعتقاد ترنر، سرمایه اجتماعی را می‌توان به عنوان پارادایمی برای تبیین تفاوت‌ها در سلامتی و بیماری در بین گروه‌های اجتماعی در حوزه بهداشت عمومی در نظر گرفت. این تئوری، انتقادگرایی^۲ محکمی از پیامدهای اجتماعی نئولیبرالیزم فراهم می‌کند و از آن طریق بنیانی را برای انتقاد جامعه‌شناختی از تأثیرات منفی فردگرایی مدرن^۳ فراهم می‌سازد. (Turner; ۲۰۰۳: ۴). ترنر مطرح می‌کند که هر چند نظریه سرمایه اجتماعی در دهه‌های اخیر مورد توجه بیشتری قرار گرفته است اما نیازمند این است در مورد برخی مسائل روش‌شناختی و تئوریک‌تری مورد تجدید نظر قرار گیرد. برای مثال ما مجبور هستیم رابطه بین سلامتی، عضویت اجتماعی و شادابی روانی را بطور دقیق تشریح کنیم و همچنین نیازمند این هستیم که ارزیابی روشنی از روابط اجتماعی ارائه دهیم، چرا که در این صورت نظریه سرمایه اجتماعی خواهد توانست خدمت مهمی به بررسی جامعه‌شناختی سلامتی کند.

وی نیز سرمایه اجتماعی را به معنی عضویت افراد در گروه‌های رسمی و غیررسمی و همچنین نهادهای رسمی و غیررسمی، درجه انسجام اجتماعی، همبستگی اجتماعی، تراکم عضویت اجتماعی در گروه‌های محلی، کلیسا، انجمن‌های داوطلبانه، روابط و پیوندهای اجتماعی متقابل و اعتماد اجتماعی در نظر می‌گیرد و مطرح می‌کند که نظام پیوندهای اجتماعی^۴ که به طور مستقیم بر علایق و آگاهی افراد تأثیر می‌گذارد، می‌گذارد، نقطه شروع مهمی برای تصور سرمایه اجتماعی بعنوان سرمایه‌گذاری‌های اجتماعی می‌تواند به شمار رود. در جوامعی که بنا به دلایل گوناگون روابط و پیوندهای اجتماعی در سطح مطلوبی قرار ندارند و افراد از تعاملات اجتماعی عقلایی اجتناب می‌کنند، شکل‌گیری و رشد سرمایه اجتماعی به کندی صورت می‌گیرد و در نتیجه در

. Turner.B
. criticism
. modern individualism
. system of social interconnection

این گونه جوامع پدیده فردگرایی خودخواهانه^۱ رشد می‌کنند و متعاقب آن همبستگی اجتماعی کاهش می‌یابد. کاهش سطح تعاملات اجتماعی (سرمایه اجتماعی) افراد را دچار انزوای اجتماعی می‌کند و احساس انزوا و احساس تنهایی در سطح جامعه گسترش می‌یابد و تقویت چنین وضعیتی، حالات روانی منفی را در افراد جامعه ایجاد می‌کند و سلامت روانی آنان را کاهش می‌دهد.

ترنر در نهایت مطرح می‌کند که تئوری سرمایه اجتماعی می‌تواند بعنوان وسیله‌ای برای بازنگری تئوری‌های موجود در زمینه رابطه نابرابری درآمد و مرگ و بیماری‌های روانی بکار رود. نابرابری درآمد باعث کاهش انسجام و اعتماد اجتماعی (هر دو از مولفه‌های اصلی سرمایه اجتماعی هستند) در سطح جامعه می‌شود. سطح بالای نابرابری درآمد باعث کاهش اعتماد در جامعه می‌شود و سطح پایین اعتماد منجر بروز محیط اجتماعی نامناسب (از نقطه نظر روابط بین شخصی) می‌گردد. و آن هم به نوبه خود سلامتی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. به اعتقاد ترنر، ویژگی دیگر بحث سرمایه اجتماعی به بعد سیاسی سلامتی و نابرابری مربوط می‌شود و از آن با عنوان قدرت^۲ نام می‌برد. ترنر این گونه مطرح می‌کند که احساس بی‌قدرتی و بیگانگی هم در سطح فردی و هم در سطح اجتماعی، از لحاظ روانی و جسمی به فرد آسیب خواهد رساند. اینجاست که سرمایه اجتماعی بعنوان قدرت، پیامدهای مهمی در سیاست‌گذاری‌های اجتماعی می‌تواند به دنبال داشته باشد چرا که سرمایه اجتماعی به عنوان حوزه کشمکش‌های اجتماعی بر سر ارتباطات متنفذ^۳ در نظر گرفته می‌شود. در صحبت از اجتماع^۴ به عنوان منبع حمایت‌کننده از فرد در برابر خطرات، اجتماعات بعنوان "ظرف‌های قدرت"^۵ بشمار می‌روند که به وسیله سرمایه اجتماعی و فرهنگی طبقه‌بندی

-
- . egoistic individualism
 - . power
 - . influential connections
 - . community
 - . receptacles of power

می‌شوند. سرمایه اجتماعی هم می‌تواند بعنوان پلی بین اجتماعات باشد و هم به عنوان سدی در بین آنها قرار گیرد. و دلیل آن عبارت است از این که سلامتی و شهروندی از لحاظ سیاسی و جامعه‌شناختی به همدیگر مرتبط هستند.

به باور ترنر تئوری سرمایه اجتماعی در کل به دو صورت، نابرابری را به سلامتی مرتبط می‌سازد. اولین روش تلاش می‌کند تا پاسخ‌های روانی افراد از نقطه نظر اعتماد و همبستگی اجتماعی به جوامعی که برابری اجتماعی در آنها رایج است را به هم مرتبط کند. دومین روش بحث می‌کند که نابرابری درآمد با سرمایه‌گذاری عمومی در زیر ساخت‌های اجتماعی از قبیل ساخت مسکن، آموزش و پرورش و بهداشت مرتبط است. این شرایط مادی پیامدهای مستقیمی برای سلامتی افراد بویژه گروه‌های کم درآمد دارد. به عبارت دیگر سرمایه اجتماعی به عنوان سرمایه‌گذاری مادی در جامعه می‌تواند در سطح سلامتی افراد مؤثر واقع شود.

پاتل^۱ بر این باور است که نقش عوامل اجتماعی در سلامت به طور قابل توجهی مشخص شده است. رشد و گسترش توجه به عوامل اجتماعی و نقش آن در سلامت به ویژه سلامت روانی در کشورهای جهان سوم همزمان با رشد و توسعه سرمایه اجتماعی بوده ممکن است در آینده شکل‌های اجتماعی سلامت را تشکیل دهد. (Harpham, ۲۰۰۳: ۲۳۵)

کاهش بیماری‌های روانی و پرورش سلامت در ابعاد زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی ویژگی‌هایی را که برای قبول نقش‌های اجتماعی لازم است افزایش می‌دهد. سلامت روانی به همراه سلامت جسمی، اجتماعی و معنوی بر صلاحیت‌های مورد نیاز برای مشارکت افراد در انزوای اجتماعی و کافی نبودن سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی جامعه می‌افزاید و سرمایه اجتماعی را در سطح ملی فراهم می‌آورد (Whiteford, ۲۰۰۰). پایین بودن سرمایه اجتماعی ممکن است استرس روانی ایجاد

کند و استرس روانی باعث مریضی، افسردگی، قند و فشار خون بالا می‌شود. گرانت و توماس^۱ بر این باورند که سرمایه اجتماعی عوامل استرس‌زا را در زندگی کاهش داده و خطر این عوامل را کم می‌کند. همچنین سرمایه اجتماعی می‌تواند حوادث منفی زندگی چون از دست دادن شغل در زندگی را کاهش دهد (Harpham, ۲۰۰۳: ۲۱۳۵).

پیشینه تجربی تحقیق

تحقیقی توسط مارکوتی هیپیا^۲ و همکارانش با عنوان «رابطه سطح فردی^۳ بین سرمایه اجتماعی و سلامتی در جامعه فنلاندی و سوئدی زبان» صورت گرفته است. آنها بر اساس نتایج تحقیقات پیشین این سوال را مطرح کردند که آیا سطح سرمایه اجتماعی در جامعه سوئدی زبان بیشتر از فنلاندی زبان است یا نه و در صورت بیشتر بودن آیا سرمایه اجتماعی با سلامتی آنها در سطح فردی رابطه دارد یا نه؟ برونداد^۴ داده‌ها نشان دادند که فنلاندی‌ها بیشتر مهاجرت کرده‌اند، از لحاظ اعتماد اجتماعی در سطح پایینی قرار دارند و در رویدادهای اجتماعی کمتر فعال هستند. همچنین در هر دو نمونه آماری، گرایش به کمک به دوستان، بی‌اعتمادی، عضویت در انجمن‌های مذهبی، آوازه‌خوانی با گروه کر بطور معناداری با سلامتی افراد مرتبط بودند. در کل نتایج این پژوهش نشان داد که سطح سرمایه اجتماعی در جامعه سوئدی زبان کمی بیشتر از جامعه فنلاندی زبان‌ها از نقطه نظر سلامتی در وضعیت بهتری قرار می‌گیرند (Marku, T, hyypa et, al, ۲۰۰۱: ۱۴۸).

زان زانگ^۵ و همکارانش در سال ۲۰۰۳ به بررسی رابطه بین شبکه‌های اجتماعی و سلامتی در کانادا پرداخته‌اند. هدف آنها از این پژوهش عبارت بود از ارزیابی رابطه

-
- . Grant & Thomas
 - . MarkuT,HYYppa et al
 - . Individual- level
 - . Outpot
 - . M,Zunzunegui

بین وضعیت سلامتی افراد بزرگسال و انسجام اجتماعی^۱ و شبکه‌های اجتماعی (خانواده، فرزندان، دوستان و اجتماع). نتایج حاکی از این امر بود که وضعیت سلامتی افرادی که از انسجام اجتماعی بالا و شبکه‌های اجتماعی بیشتری برخوردارند در مقایسه با بقیه پاسخگویان در حد مطلوبی قرار داشته است.

رز^۲ در سال ۲۰۰۰ در تحقیقی با عنوان «سرمایه اجتماعی چقدر می‌تواند بر سلامتی تأثیر بگذارد؟» به بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامتی پرداخته است. وی در این تحقیق با تأکید بر این نکته که هم سرمایه انسانی و هم سرمایه اجتماعی از تعیین‌کننده‌های اصلی سلامتی افراد می‌باشند، تأثیر این دو را بر سلامتی با هم مقایسه می‌کند. رز با تحلیل داده‌های خود و نتایج بدست آمده مطرح می‌کند که سرمایه اجتماعی (درگیر شدن یا خروج از شبکه‌های اجتماعی رسمی و غیررسمی، وجود دوستان و افرادی که در هنگام بیماری به آنها اتکا می‌کند، داشتن کنترل بر زندگی و اعتماد) بیشتر از سرمایه انسانی (پایگاه اجتماعی، سن، جنس، در آمد) بر سلامتی افراد تأثیر می‌گذارد (Rose, 1991: 42).

در تحقیقی مشابه با عنوان سرمایه اجتماعی و سلامت که توسط خانم سجادی در سال ۱۳۸۲ در علوم بهزیستی و توان بخشی انجام شد مشاهده می‌شود که بین سطح سرمایه اجتماعی پایین و سلامت، رابطه ضعیف وجود دارد. افرادی که از نظر اجتماعی ایزوله‌اند در مناطق با سرمایه اجتماعی پایین زندگی می‌کنند و پیامدهای بهداشتی در آنها ضعیف‌تر است و عمر کوتاه‌تری دارند. هر چه سرمایه اجتماعی بالاتر باشد، هنگام بحران کمک به یکدیگر و همکاری بیشتر می‌شود و سطح سلامت روان بالاتر است. همچنین در جوامع با سطح همبستگی بالاتر، رفتارهای خودکشی و ضد اجتماعی کمتر است (سجادی، ۱۳۸۲).

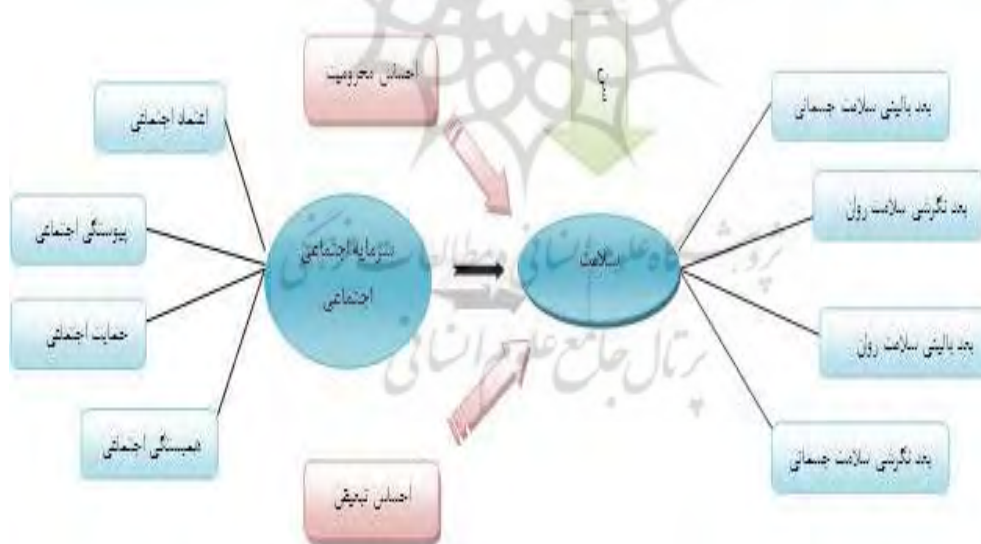
تحقیقی با عنوان رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در مهاجران توسط آقای دکتر عبدالعلی لهسایی زاده و گلرمد مرادی در شهر کرمانشاه در سال ۱۳۸۶ انجام گرفته است. در این پژوهش برای سنجش سرمایه اجتماعی از سه شاخص اعتماد اجتماعی، حمایت اجتماعی و مشارکت اجتماعی استفاده شده است نتایج بدست آمده از این تحقیق نشان می‌دهد که بین دو سازه سرمایه اجتماعی و سلامت روان افراد مهاجر رابطه معناداری وجود دارد و هر اندازه افراد در ساختار اجتماعی دارای سرمایه اجتماعی بالایی باشند سلامت روان آنها در جامعه جدید در وضعیت بهتری قرار خواهد گرفت.

سیورار آلبک^۱ تحقیقی با عنوان، مهاجرت، سالخوردگی و سلامت روان بزرگسالان اهل سومالی که به شرق لندن مهاجرت کرده بودند انجام دادند. نتایج نشان می‌دهد که عوامل مهمی چون حمایت خانوادگی پایین و بطور خاص تنهایی، دسترسی محدود و نامناسب به خدمات جمعی، ناتوانی در برگشت به خانه و تحقیر اجتماعی در مختل شدن سلامت روانی مهاجران موثر می‌باشند. همچنین دسترسی نامناسب به خدمات، آشفته‌گی در حمایت‌های اجتماعی، از دست دادن خویشاوندان و دوستان و فاصله جغرافیایی از خانواده و بستگان در آشفته‌گی روان مهاجران نقشی موثر دارند (لهسایی زاده، ۱۳۸۲: ۱۶۴).

تحقیقی با عنوان بررسی ارتباط سرمایه اجتماعی و سلامت مادران دارای کودک زیر ۷ ساله مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی شمال و جنوب تهران در سال ۱۳۸۶ توسط آقای اشکان خواجه دادی انجام گرفته است. یافته‌های پژوهش ارتباط معناداری بین سرمایه اجتماعی و سلامت روان نشان نداد فرضیه پژوهش مبنی بر ارتباط این دو متغیر در کل نمونه‌های پژوهش مورد تایید قرار نگرفت.

در تحقیقی رابطه سرمایه اجتماعی با بیماری‌های قلبی عروقی حاد منتشر شده است. در این مطالعه که در آمریکا بر روی ۳۴ هزار نفر از مردان و زنان بین ۳۰ تا ۸۰ سال صورت گرفت عنوان شده که سرمایه اجتماعی در سطح جامعه باید از سرمایه اجتماعی افراد تفکیک شود. بر اساس این مطالعه، افرادی که در مناطق متوسط زندگی می‌کنند، میزان خطر بازگشت این علائم بیماری قلبی عروقی حاد در آنها کاهش پیدا می‌کند و این در حالی است که میزان خطر و ریسک بازگشت این بیماری در افرادی که در مناطق مرفه زندگی می‌کنند افزایش پیدا می‌کند (منتظری، ۱۳۸۸: ۱۵۱).

وینسترا^۱ در تحقیقی با عنوان «سرمایه اجتماعی، سلامتی: یک تحلیل سطح فردی» به بررسی سطح رابطه فردی سرمایه اجتماعی - اعتماد، تعهد و هویت در بعد روانی اجتماعی - سلامتی پرداخته است. نتیجه اصلی و مرکزی وینسترا این بود که با وجود تحقیقات گسترده هنوز شواهد کمتری درباره تأثیرات ترکیبی سرمایه اجتماعی بر سلامتی وجود دارد (خیرالله پور؛ ۱۳۸۳، ۱۱).



مدل فرضی تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت شهروندان

فرضیات

- ۱) بین سرمایه اجتماعی و سلامت شهروندان اصفهانی رابطه معنادار وجود دارد.
- ۲) بین معرف‌های سرمایه اجتماعی (همبستگی اجتماعی، حمایت اجتماعی، پیوستگی اجتماعی و اعتماد اجتماعی) و سلامت شهروندان اصفهانی رابطه معنادار وجود دارد.
- ۳) بین احساس محرومیت و سلامت شهروندان اصفهانی رابطه معنادار وجود دارد.
- ۴) بین احساس تبعیض و سلامت شهروندان اصفهانی رابطه معنادار وجود دارد.
- ۵) بین سن پاسخگویان و سلامت شهروندان اصفهانی رابطه معنادار وجود دارد.

روش تحقیق

این تحقیق از نظر کنترل شرایط پژوهشی یک تحقیق پیمایشی است، تحقیق پیمایشی بر اساس تعمیم اطلاعات حاصل از بخش کوچکی از جامعه (نمونه) به کل جامعه آماری انجام می‌شود. از نظر زمانی به صورت مقطعی انجام گرفته و به لحاظ هدف کاربردی می‌باشد.

جامعه آماری، نمونه آماری، روش نمونه‌گیری

جامعه آماری تحقیق، شهروندان بالای ۱۵ سال اصفهان اعم از مرد و زن که ۱۲۷۰۴۹۱ نفر می‌باشد. طبق فرمول کوکران نمونه آماری ۳۸۴ واحد برآورده شده است.

در این فرمول P احتمال وجود صفت و q احتمال عدم وجود صفتی را که هر دو را مساوی $0/5$ می‌گیریم، d دقت احتمالی یا درصد خطا را می‌رساند که $0/05$ گرفته شده است، t هم سطح اطمینان است که با سطح اطمینان $0/95$ مساوی $1/96$ محاسبه می‌شود. پس طبق محاسبه با فرمول کوکران تعداد نمونه

۳۸۴ نفر می‌باشد. در این تحقیق از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای دو مرحله‌ای استفاده شده است، در این نوع روش نمونه‌گیری «کار اصلی این است که ابتدا از میان مناطق، نمونه‌ای انتخاب گردد در آغاز از میان مناطق بزرگ نمونه‌گیری می‌شود و رفته رفته از هر منطقه بزرگ مناطق کوچکتری نمونه‌گیری می‌شوند سرانجام کار به انتخاب نمونه‌ای از خانوارها و استفاده از روشی برای افراد در خانوارهای برگزیده ختم می‌شود». شهر اصفهان هم دارای ۱۴ منطقه یا ناحیه شهرداری است که بر این اساس شهر به ۱۴ قسمت تقسیم می‌شود از این مناطق چهارده گانه ۶ منطقه انتخاب شد که ۲ منطقه از آن معرف مناطق بالاشهری ۲ منطقه معرف مناطق پایین شهری و ۲ منطقه نیز معرف مناطق مرکزی بود لزوم تقسیم شهر به سه منطقه بدان جهت است که نمونه ما معرف باشد و نتایج حاصله قابلیت تعمیم داشته باشد. انتخاب این مناطق با نظر اساتید و کارشناسان امر صورت گرفت. پاسخگو درون خوشه‌ها نیز بدین صورت انتخاب شد که از هر خوشه با توجه به جمعیت آماری اش مقدار نمونه انتخاب شد و بعد از آن پرسشگران وقتی وارد خوشه شدند با هر فردی که روبرو می‌شدند مصاحبه کردند.

اعتبار و روایی وسیله اندازه‌گیری

برای بررسی اعتبار مقیاس‌های تحقیق حاضر از اعتبار صوری و سازه‌ای استفاده شده است اعتبار صوری^۱ مبتنی بر قضاوت و داوری متخصصان می‌باشد. یعنی اعتبار وسیله اندازه‌گیری با ارجاع به ششم عام صورت می‌گیرد. برای حصول اعتبار سازه‌ای نیز از روش تحلیل عاملی استفاده شده است.

در این پژوهش، متغیر وابسته سلامت شهروندان با استفاده از پرسشنامه استاندارد ۲۸ گویه‌ای گیلبرگ مورد اندازه‌گیری قرار گرفته است، همچنین برای مشخص کردن ابعاد متغیرهای مستقل موثر بر سلامت شهروندان اصفهانی از تحلیل عاملی اکتشافی^۲

۱. face validity
۲. Exploratory factor analysis

استفاده شده است. قبل از انجام تحلیل عاملی باید معناداری اطلاعات موجود در یک ماتریس از طریق مربع کای بارتلت^۱ صورت گیرد. معنادار بودن آزمون بارتلت کمترین شرط لازم برای انجام دادن تحلیل عاملی است. بنابراین زمانی می‌توان از تحلیل عاملی استفاده کرد که دو پیش فرض فوق درباره عامل‌های استخراج شده صدق داشته باشد، در غیر این صورت نتایج بدست آمده از تحلیل عاملی گویای واقعیت نخواهد بود. نتایج هر دو آزمون بارتلت و کایزر بیانگر این واقعیت است که ایده تحلیل عاملی برای گویه‌ها، ایده مطلوبی است، تحلیل عاملی گویه‌های مربوط به متغیرهای مستقل پژوهش نشان دهنده این واقعیت است که این گویه‌ها دارای چهار بعد یا عامل هستند.

تحلیل عاملی گویه‌های مربوط به متغیرهای مستقل و وابسته تحقیق حاضر در جداول زیر آمده است. گفتنی است که انجام تحلیل عاملی با استفاده از روش مولفه‌های اصلی صورت گرفته است و از میان روش‌های گوناگون چرخش واریمکس بکار رفته است. عامل‌ها و اطلاعات مربوط به هر یک از متغیرها به شرح زیر است.

طبق نتایج آزمون تحلیل عاملی مقدار $KMO = 0/675$ بدست آمده و چون این مقدار از $0/5$ بزرگتر است بنابراین نتیجه گرفته می‌شود تعداد نمونه‌ها برای اجرای تحلیل عاملی بسیار مناسب است. زیرا مقدار KMO بین صفر تا یک است و هر چه قدر به یک نزدیکتر باشد به همان مقدار روایی نمونه بالاتر است. همچنان بر اساس نتایج مقدار آزمون بارتلت برابر با $3100/821$ با سطح معناداری $0/000$ بدست آمده و چون این مقدار معنادار است نتیجه می‌شود، تفکیک عامل‌ها به درستی انجام شده است و سوالات مندرج در هر عامل همبستگی ریشه‌ای بالایی با همدیگر دارند.

همچنین نتایج حاصله از جداول زیر نشان می‌دهد که بعد بالینی سلامت جسمانی با بیشترین مقدار ویژه یعنی $4/083$ و بعد نگرشی سلامت جسمانی با مقدار ویژه $1/426$ به ترتیب بیشترین و کمترین مقدار ویژه را خود اختصاص داده‌اند. همچنین برای متغیر مستقل سرمایه اجتماعی بعد پیوستگی اجتماعی با مقدار ویژه $7/794$ و بعد

۱. Bartlett

اعتماد اجتماعی با مقدار ویژه ۱/۱۸۸ به ترتیب بیشترین و کمترین مقدار ویژه را به خود اختصاص داده‌اند.

جدول ۱- تحلیل عاملی متغیر وابسته سلامت

| نتایج تحلیل عاملی برای گویه‌های متغیر وابسته سلامت شهروندان | | | | | |
|---|--|-----------|-------------|-------------------|----------------|
| عناوین عامل‌ها | گویه‌ها و سوالات | بار عاملی | مقادیر ویژه | واریانس تبیین شده | درصد تبیین شده |
| بعد بالینی سلامت جسمانی عامل (۱) | آیا از یکماه گذشته تا به امروز سردرد داشته‌اید؟ | ۰/۰۸۹۹ | ۴/۰۸۳ | ۱۴/۵۸۳ | ۳۳/۳۹۹ |
| | آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که سرتان را محکم با چیزی مثل دستمال بسته‌اید یا این که فشاری به سرتان وارد می‌شود؟ | ۰/۸۹۵ | | | |
| | آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که به داروهای تقویتی نیاز دارید؟ | ۰/۶۲۲ | | | |
| | آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس ضعف و سستی کرده‌اید؟ | ۰/۴۴۱ | | | |
| | آیا از یکماه گذشته تا به امروز اتفاق افتاده که وقت بیشتری را صرف انجام کارها نمائید؟ | ۰/۳۸۱ | | | |
| | آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که بیمار هستید؟ | ۰/۳۶۴ | | | |
| بعد بالینی سلامت روان عامل (۲) | آیا از یکماه گذشته تا به امروز به‌این نتیجه رسیده‌اید که کاش مرده بودید و کلاً از زندگی خلاص می‌شدید؟ | ۰/۷۲۹ | ۱/۸۰۴ | ۶/۴۴۳ | |
| | آیا از یکماه گذشته تا به امروز به‌این مسئله فکر کرده‌اید که ممکن است دست به خودکشی بزنید؟ | ۰/۴۹۷ | | | |
| | آیا از یکماه گذشته تا به امروز توانایی تصمیم‌گیری درباره مسائل را داشته‌اید؟ | ۰/۴۸۳ | | | |
| | آیا از یکماه گذشته تا به امروز بطور کلی احساس کرده‌اید که کارها را بخوبی انجام می‌دهید؟ | ۰/۴۱۳ | | | |

| | | | | |
|-------|---|--|--|-----------------------------------|
| ۷/۲۷۹ | ۲/۰۳۸ | ۰/۴۰۸ | آیا از یکماه گذشته تا به امروز فکر کرده‌اید که شخصی بی ارزش هستید؟ | بعد نگرینی سلامت روان عامل (۳) |
| | | ۰/۳۷۲ | آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که زندگی ارزش زنده بودن را ندارد؟ | |
| | | ۰/۳۰۱ | آیا از یکماه گذشته تا به امروز از نحوه انجام کارهایتان احساس رضایت کرده‌اید؟ | |
| | | ۰/۲۸۰ | آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که زندگی کاملاً نا امید کننده است؟ | |
| | ۰/۵۴۶ | آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که در تمامی مدت مدتی عصبی هستید و دلشوره دارید؟ | | |
| | ۰/۵۱۵ | آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که چون اعصابتان خراب است نمی‌توانید کاری انجام دهید؟ | | |
| | ۰/۴۷۸ | آیا از یکماه گذشته تا به امروز عصبانی و بدخلق شده‌اید؟ | | |
| | ۰/۴۵۸ | آیا از یکماه گذشته تا به امروز اتفاق که بر اثر نگرانی دچار بی خوابی شده باشید؟ | | |
| | ۰/۳۹۸ | آیا از یکماه گذشته تا به امروز بدون هیچ دلیل قانع کننده‌ای هراسان و یا وحشت زده شده‌اید؟ | | |
| | ۰/۳۹۷ | آیا از یکماه گذشته تا به امروز شب‌ها وسط خواب بیدار می‌شوید؟ | | |
| | ۰/۳۸۶ | آیا از یکماه گذشته تا به امروز این فکر به ذهنتان رسیده است که بخواهید به زندگیتان خاتمه دهید؟ | | |
| | ۰/۳۲۵ | آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که بعضی وقت‌ها بدنتان داغ و سرد میشود؟ | | |
| | ۰/۲۸۵ | آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که نقش مفیدی در انجام کارها به عهده دارید؟ | | |
| ۰/۲۳۷ | آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که دائماً تحت فشار هستید؟ | | | |
| ۰/۲۲۷ | آیا از یکماه گذشته تا به امروز کاملاً احساس کرده‌اید که خوب و سالم هستید؟ | | | |

۷۱ بررسی تأثیر سرمایه اجتماعی و احساس محرومیت ...

| | | | | | |
|--------------|-------|-----------|-------|--|---------------------------------|
| | ۵/۰۹۳ | ۱/۴۲۶ | ۰/۹۵۵ | آیا از یکماه گذشته تا به امروز متوجه شده‌اید که انجام هر کاری از توانایی شما خارج است؟ | بعد نگرشی سلامت جسمانی عامل (۴) |
| | | | ۰/۹۵۲ | آیا از یکماه گذشته تا به امروز توانسته‌اید خودتان را سرگرم نگه دارید؟ | |
| | | | ۰/۱۴۹ | آیا از یکماه گذشته تا به امروز قادر بوده‌اید از فعالیت‌های روزمره زندگی لذت ببرید؟ | |
| BTS=۳۱۰۰۸۸۲۱ | | kmo=۷/۶۷۵ | | sig=۰/۰۰۰ | |

جدول ۲- تحلیل عاملی متغیر مستقل سرمایه اجتماعی

| نتایج تحلیل عاملی برای گویه‌های متغیر مستقل سرمایه اجتماعی شهروندان | | | | | |
|---|---|-----------|-------------|-------------------|----------------|
| عناوین عامل‌ها | گویه‌ها و سوالات | بار عاملی | مقادیر ویژه | واریانس تبیین شده | درصد تبیین شده |
| پیوستگی اجتماعی عامل (۱) | چقدر احتمال دارد مسائل و مشکلات خانواده تان را به قصد کمک گرفتن از همسایه‌ها با آنها در میان بگذارید؟ | ۰/۹۰۱ | ۷/۷۹۴ | ۴۸/۷۱۴ | ۸۹/۵۸۲ |
| | فرد خاصی در زندگی‌ام هست که شادی‌ها و غصه‌هایم را با او در میان می‌گذارم. | ۰/۸۹۴ | | | |
| | تا حالا شده که شما بدلیل اینکه این عده میدان دار شده‌اند، خیلی تو برگزاری مراسم دخالت نکرده باشید | ۰/۸۶۵ | | | |
| | آیا در مراسم مذهبی و عزاداری‌هایی که در مسجد محل برگزار می‌شود شرکت می‌کنید؟ | ۰/۸۵۴ | | | |
| | حالا اگر این عده یک حرف حساسی بزنند که به ضرر شما باشد، شما چقدر حرف آنها را قبول می‌کنید. | ۰/۸۱۲ | | | |
| حمایت اجتماعی عامل (۲) | من دوستانی دارم که واقعاً سعی می‌کنند به من کمک کنند. | ۰/۸۸۳ | ۴/۰۲۸ | ۲۵/۱۷۷ | |

| | | | | |
|-------------|-------|-----------|--|-----------------------------|
| | | ۰/۸۵۶ | در مواقع نیاز چقدر اقوام و خویشان شما از شما حمایت می‌کنند؟ | |
| | | ۰/۷۸۳ | در زندگی‌ام فرد خاصی است که به عواطف و احساساتم توجه می‌کند. | |
| | | ۰/۷۸۱ | فرد خاصی در زندگی‌ام هست که به هنگام نیاز همیشه در کنار من است. | |
| ۸/۲۶۷ | ۱/۳۲۳ | ۰/۹۲۱ | همسایه‌هایی وجود دارند که می‌توانند در مواقع از دست دادن درآمدها از لحاظ مالی به شما کمک کنند. | همبستگی اجتماعی عامل (۳) |
| | | ۰/۸۱۹ | می‌توانم درباره مشکلات خود با دوستانم صحبت کنم. | |
| | | ۰/۵۳۶ | مردم جامعه ما بسیار باهم صمیمی هستند. | |
| | | ۰/۲۷۰ | مردم جامعه ما اگر فرصت کاری مناسبی را سراغ داشته باشند آن را با شما در میان می‌گذارند. | |
| ۷/۴۲۵ | ۱/۱۸۸ | ۰/۸۷۴ | اگر یکی از آشنایان بخواهد که کمی پول به او قرض بدهد چقدر مایل هستید این کار را انجام دهید؟ | اعتماد اجتماعی عامل (۴) |
| | | ۰/۴۲۰ | آدم تا از کسی بدی ندیده است، باید به او اعتماد کند. | |
| | | -۰/۳۱۹ | افراد جامعه به سختی به همدیگر اعتماد می‌کنند. | |
| BTS=۶۵۹/۱۰۷ | | kmo=۰/۵۹۷ | | sig=۰/۰۰۰ |

در تحقیق حاضر برای به دست آوردن روایی گویه‌های پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است. با توجه به نتایج به دست آمده برای آزمون روایی متغیرهای تحقیق که از طریق آزمون آلفای کرونباخ بدست آمده است، نتایج حاکی از آن است که هم متغیر وابسته با ابعادهای هم متغیرهای مستقل با ابعادهای دارای روایی بالایی می‌باشند زیرا که مقدار آلفای کرونباخ برای همه آنها در حد قابل قبولی است و این بدان معناست که همسانی و همخوانی گویه‌ها در حد قابل قبول می‌باشد.

جدول ۳- آلفای کرونباخ متغیر مستقل احساس تبعیض

| جدول ضرایب همبستگی و آلفای کرونباخ متغیر احساس تبعیض | |
|--|---|
| آلفای کرونباخ | گویه‌ها |
| ۰/۸۴ | در جامعه ما ثروتمندان هر روز ثروتمندتر و فقرا روز به روز فقیرتر می‌شوند. |
| | درآمد جامعه بطور ناعادلانه در بین مردم توزیع می‌شود. |
| | عده قلیلی از افراد به منابع عظیمی از جامعه دسترسی دارند و بقیه از آن محرومند. |
| | در جامعه ما افراد به راحتی می‌توانند به حقوق خود دست پیدا کنند. |

جدول ۴- آلفای کرونباخ متغیر مستقل احساس محرومیت نسبی

| ضرایب همبستگی و آلفای کرونباخ متغیر احساس محرومیت نسبی | |
|--|---|
| آلفای کرونباخ | گویه‌ها |
| ۰/۸۶ | در زیر مواردی برای شما ذکر می‌گردد، لطفاً بگویید که وضعیت شما در هر مورد در مقایسه با اطرافیان‌تان چگونه است. |
| | درآمد خانوار |
| | وضع زندگی |
| | مسکن |
| | تفریحات |
| | تحصیلات |
| | محل زندگی |

متغیر وابسته سلامت در مقیاس فاصله‌ای و بر اساس طیف لیکرت سنجیده شده است برای سنجش این سازه از ۲۸ گویه که هر کدام در مقیاس رتبه‌ای ۴ گزینه‌ای طراحی شده بود استفاده شد. برای سنجش همسانی و هم‌نوایی درونی گویه‌ها از آزمون

آلفای کرونباخ استفاده شد که با آلفای $0/76$ نشان می‌دهد روایی گویه‌ها در حد قابل قبول می‌باشد. همچنین متغیر مستقل سرمایه اجتماعی در مقیاس فاصله‌ای و بر اساس طیف لیکرت سنجیده شده است برای سنجش این سازه از ۱۶ گویه که هر کدام در مقیاس رتبه‌ای ۵ گزینه‌ای طراحی شده بود استفاده شد. برای سنجش همسانی و هم‌نمایی درونی گویه‌ها از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد که با آلفای $0/89$ نشان می‌دهد روایی گویه‌ها در حد قابل قبول می‌باشد.

نتایج تحلیل توصیفی

نتایج حاصل از تحلیل توصیفی نشان می‌دهد میزان سلامت، سرمایه اجتماعی و ابعاد اعتماد اجتماعی، همبستگی اجتماعی، حمایت اجتماعی و پیوستگی اجتماعی در وضعیت مطلوبی قرار دارند. همچنین آماره‌های بدست آمده حاکی از آن است که میزان احساس محرومیت در میان پاسخگویان کمتر از حد متوسط می‌باشد در حالی که نمره بدست آمده برای احساس تبعیض بیشتر از میانگین آن می‌باشد. از نظر سنی در میان پاسخگویان جوانترین فرد ۱۸ ساله و مسن‌ترین فرد ۷۲ ساله می‌باشد که بطور متوسط پاسخگویان در رده سنی ۴۰ سال قرار دارند. همچنین متوسط تحصیلات پاسخگویان در حد اول دبیرستان بود ولی دامنه تغییرات آن شامل بی‌سواد تا فوق لیسانس می‌شود.

جدول ۵- نتایج تحلیل توصیفی

| نتایج تحلیل توصیفی | | | | | |
|--------------------|--------|-------|--------------|---------|----------------|
| تعداد | حداکثر | حداقل | انحراف معیار | میانگین | |
| ۳۸۴ | ۱۱۲ | ۲۸ | ۸/۴۰۳۱۲ | ۹۰/۰۳۳۹ | سلامت |
| ۳۸۴ | ۸۰ | ۱۶ | ۶/۳۲۳۹۴ | ۵۶/۸۹۸۴ | سرمایه اجتماعی |

| | | | | | |
|-----|----|----|----------|---------|-----------------|
| ۳۸۴ | ۱۵ | ۳ | ۲/۳۰۵۴۵ | ۱۰/۱۳۸۰ | اعتماد اجتماعی |
| ۳۸۴ | ۲۰ | ۴ | ۲/۶۰۰۴۰ | ۱۴/۱۸۴۹ | همبستگی اجتماعی |
| ۳۸۴ | ۲۰ | ۴ | ۲/۵۳۵۵۲ | ۱۴/۶۲۲۴ | حمایت اجتماعی |
| ۳۸۴ | ۲۵ | ۵ | ۳/۰۱۹۱۵ | ۱۷/۹۵۳۱ | پیوستگی اجتماعی |
| ۳۸۴ | ۴۲ | ۷ | ۳/۲۰۸۱۵ | ۱۳/۵۱۳۰ | احساس محرومیت |
| ۳۸۴ | ۲۰ | ۴ | ۳/۲۰۸۱۵ | ۱۳/۵۱۳۰ | احساس تبعیض |
| ۳۸۴ | ۷۴ | ۱۸ | ۱۴/۸۹۴۳۴ | ۳۹/۱۸۲۳ | سن |
| ۳۸۴ | ۱۸ | ۰ | ۵/۲۲۰۹۰ | ۹/۸۸۲۸ | میزان تحصیلات |

تحلیل آماراستنباطی

اطلاعات حاصل از تحلیل رابطه بین متغیرهای اصلی تحقیق به ما نشان می‌دهد که فرضیه اصلی تحقیق پذیرفته شده و سرمایه اجتماعی با سلامت شهروندان اصفهانی رابطه معنادار دارد و از آنجا که این رابطه مستقیم می‌باشد بنابراین افزایش در سرمایه اجتماعی باعث بهبود سلامت شهروندان می‌شود و کاهش سرمایه اجتماعی باعث کاهش میزان سلامتی شهروندان اصفهانی می‌شود. همچنین اطلاعات حاصله بیانگر این مطلب است که هر چهار بعد سرمایه اجتماعی (اعتماد اجتماعی، همبستگی اجتماعی، حمایت اجتماعی و پیوستگی اجتماعی) رابطه معنادار و مثبتی با سلامت شهروندان دارند هرچند مقدار این همبستگی ضعیف است ولی با سطح اطمینان ۰/۹۹ روابط بدست آمده معنادار می‌باشند، بنابراین با توجه به نتایج بدست آمده می‌توان گفت افزایش در میزان اعتماد اجتماعی، همبستگی اجتماعی، حمایت اجتماعی و پیوستگی اجتماعی شهروندان اصفهانی موجب بهبود میزان سلامتی آنان خواهد شد و به هر میزان کاهش در مولفه‌های ذکر شده باعث کاهش میزان سلامتی شهروندان اصفهانی

خواهد شد. نتایج حاصله از بررسی فرضیه‌های احساس محرومیت و احساس تبعیض نشان می‌دهد که رابطه معناداری با سلامت شهروندان اصفهانی دارند و این به معنی آن است که هر چه شهروندان احساس محرومیت و احساس تبعیض بالایی داشته باشند میزان سلامتی آنان بیشتر در معرض خطر قرار می‌گیرد و هر چه احساس محرومیت و احساس تبعیض پایین باشد سلامتی شهروندان بهبود می‌یابد. نتایج مربوط به تحلیل فرضیه سن نشان می‌دهد که رابطه معناداری بین سن و سلامتی شهروندان وجود ندارد. از آنجا که در حوزه پزشکی متغیرهای زمینه‌ای اهمیت زیادی دارند بنابراین باید به نتایج حاصله با دقت بیشتری نگریست. در این تحقیق با تایید تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت شهروندان اصفهانی یکبار دیگر نظریات پاتل و دیگر اندیشمندان مطرح در این حوزه مبنی بر تأکید بر نقش عوامل اجتماعی در سلامت مورد تایید قرار گرفت. همچنین تأکید پاتل بر پررنگ بودن این نقش در کشورهای در حال توسعه یکبار دیگر مورد تایید قرار گرفت. تأثیر اعتماد اجتماعی، حمایت اجتماعی که به عنوان یکی از تعیین کننده‌های اصلی سلامت در نظریات کاواچی وهاری فام می‌باشند دوباره مورد تایید قرار گرفت. همبستگی اجتماعی و پیوستگی اجتماعی که در نظریات کاواچی وهاری فام مطرح شده بود و در تحقیقات آنها مورد تایید قرار گرفته بود دوباره در اینجا مورد تایید قرار گرفت و نشان داد که در جامعه آماری ما نیز این عوامل به عنوان یکی از مولفه‌های اصلی تأثیرگذار در سلامتی می‌باشند. همچنین نظر ترنر مبنی بر این که سرمایه اجتماعی می‌تواند نابرابری را به سلامتی مرتبط سازد با نتایج بدست آمده از تحقیق تبیین شد. بنابراین می‌توان دوباره با ترنر هم صدا شد که سرمایه اجتماعی به عنوان نوعی سرمایه‌گذاری در جامعه می‌تواند در سطح سلامتی افراد مؤثر واقع شود.

جدول ۶- نتایج تحلیل استنباطی

| سن | احساس تبعیض | احساس محرومیت | پیوستگی اجتماعی | حمایت اجتماعی | همبستگی اجتماعی | اعتماد اجتماعی | سرمایه اجتماعی | | |
|--------|-------------|---------------|-----------------|---------------|-----------------|----------------|----------------|--------------|-------|
| -۰/۰۰۶ | ۰/۱۴۷ | ۰/۱۶۰ | ۰/۲۵۴ | ۰/۳۵۴ | ۰/۲۸۶ | ۰/۱۸۶ | ۰/۴۹۹ | ضریب همبستگی | سلامت |
| ۰/۹۰۹ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۲ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | سطح معناداری | |
| ۳۸۴ | ۳۸۴ | ۳۸۴ | ۳۸۴ | ۳۸۴ | ۳۸۴ | ۳۸۴ | ۳۸۴ | تعداد | |

نتایج مربوط به برآزش شکل‌های تحلیل رگرسیونی چند متغیره

هدف از کاربرد تحلیل رگرسیون چند متغیره، پیش بینی و تبیین تغییرات و واریانس متغیر وابسته از طریق متغیرهای مستقل است. به عبارت دیگر، تغییر در متغیر وابسته معمولاً نتیجه اثرات متغیرهای مستقل متعددی است که همزمان عمل می‌کنند. در این تحقیق نیز سلامت شهروندان خود از عوامل متعددی تأثیر می‌پذیرد، هر یک از این متغیرهای مستقل عاملی برای برآورد جنبه‌های متفاوتی از متغیر وابسته بشمار می‌رود، و می‌توان انتظار داشت که هر یک از عوامل و متغیرها، سهمی در شکل‌گیری سلامت شهروندان اصفهانی داشته باشد. در تحلیل رگرسیون چند متغیره، برای پیش بینی متغیر وابسته از متغیرهای مستقل استفاده می‌شود.

برای پردازش شکل‌های تبیین کننده تأثیر سرمایه اجتماعی در سلامت شهروندان اصفهانی از شکل رگرسیونی به روش گام به گام (Stepwise) اجرا شده است.

در روش رگرسیون گام به گام، متغیرهای مستقلی که در رگرسیون دارای سطح معناداری نزدیک به صفر باشند، برای شکل‌های بعدی انتخاب می‌شوند. سرانجام بعد از چندین مرحله دو نوع شکل استخراج می‌شود (۱) شکلی از متغیرهایی که را که می‌توانند در تبیین واریانس متغیر وابسته نقش داشته باشند (۲) شکل دیگر شامل

متغیرهای حذف شده از شکل نهایی را به نمایش می‌گذارند. متغیرهای خارج شده از شکل نهایی تأثیری معنادار در تبیین تغییرات متغیر وابسته ایفا نمی‌کنند. نتایج حاصل از جدول حاکی از آن است که ۴ متغیر (حمایت، پیوستگی، همبستگی، اعتماد) در مجموع ۰/۲۳۱ از واریانس سلامت شهروندان اصفهانی را تبیین می‌کنند بعبارت دیگر اینگونه می‌توان مطرح کرد که از کل واریانس سلامت ۰/۲۳۱ آن توسط این چهار متغیر تبیین می‌شود و بقیه به عوامل دیگری بر می‌گردد که در اینجا مورد سنجش قرار نگرفته‌اند.

جدول ۷- پیش بینی و تبیین تغییرات و واریانس متغیر وابسته از طریق متغیر مستقل

| Model Summary | | | | |
|------------------------------------|-------------------|---------------|-------------------------|-----------------|
| model | ضریب همبستگی R | ضریب تبیین | ضریب تبیین تصحیح شده | اشتباه معیار |
| حمایت، پیوستگی، همبستگی، اعتماد | ۰/۴۶۱ | ۰/۲۳۱ | ۰/۲۰۴ | ۷/۴۹۶۱۱ |

خروجی جدول حاوی تحلیل واریانس رگرسیون، به منظور بررسی قطعیت وجود رابطه خطی بین متغیرهاست. در جدول زیر از آنجا که سطح معناداری بدست آمده ۰/۰۰۰ کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد پس فرض خطی بودن شکل تایید می‌شود. از آنجا که آماره F فرض می‌گیرد که شیب بتا صفر است این امر با توجه به یافته‌های جدول شدیداً رد می‌شود. هر چه متغیرهای مستقل میزان واریانس بیشتری از متغیر وابسته را تبیین کنند به همان صورت آماره F بزرگتر می‌شود. جدول مزبور همچنین نشان می‌دهد که روابط خطی بین متغیرهای وارد شده به شکل و متغیر سلامت شدیداً معنادار است.

جدول ۸- تحلیل واریانس رگرسیون، به منظور بررسی قطعیت وجود رابطه خطی بین




متغیرها

| ANOVA | | | | | |
|--------------|-----------------|---------------|-------------------|--------|--------------|
| model | مجموع مربعات | درجه آزادی | میانگین مربعات | F | سطح معناداری |
| اثر رگرسیونی | ۵۷۴۷/۹۱۷ | ۴ | ۱۴۳۶/۹۷۹ | ۲۵/۵۷۳ | ۰/۰۰۰ |
| باقیمانده | ۲۱۲۹۶/۶۴۳ | ۳۷۹ | ۵۶/۱۹۲ | | |
| کل | ۲۷۰۴۴/۵۶۰ | ۳۸۳ | | | |

جدول بیانگر ضرایب b و بتا متغیرهای مستقل بر روی متغیر وابسته است و نشان می‌دهد که ورود هر یک از متغیرهای جدید چه تأثیری بر ضرایب سایر متغیرها دارد. با توجه به جدول زیر به این نتیجه می‌توان رسید که متغیر حمایت اجتماعی با $Beta=0/916$ بیشترین و متغیر اعتماد اجتماعی با $Beta=0/393$ کمترین مقدار واریانس سلامت شهروندان اصفهانی را تبیین کرده است.

جدول ۹- تأثیر آماره متغیرهایی که وارد شکل رگرسیونی شده‌اند

| آماره متغیرهایی که وارد شکل رگرسیونی شده‌اند | | | | | |
|--|---------------------|-------------------|--------------------|---------|---|
| Model | ضرایب غیر استاندارد | | ضرایب استاندارد | t | sig |
| | B | خطای استاندارد | Beta | | |
| (Constant) | ۵۵/۶۶۵ | ۳/۴۹۰ | | ۰۱۵/۹۴۹ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| حمایت | ۰/۹۱۶ | ۰/۱۵۸ | ۰/۲۷۶ | ۵/۷۹۵ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|---------|-------|-------|-------|-------|---|
| پیوستگی | ۰/۵۵۱ | ۰/۱۲۹ | ۰/۱۹۸ | ۴/۲۷۵ |  |
| همبستگی | ۰/۵۰۱ | ۰/۱۵۷ | ۰/۱۵۵ | ۳/۱۸۴ |  |
| اعتماد | ۰/۳۹۳ | ۰/۱۷۰ | ۰/۱۰۸ | ۲/۳۰۴ |  |

مقدار معناداری بدست آمده برای سن و تبعیض نشان می‌دهد که این مقادیر از

۰/۰۵ بیشتر می‌باشند بنابراین تأثیری در تبیین سرمایه اجتماعی ندارند و از شکل

رگرسیونی خارج می‌شوند.

جدول ۱۰- آماره متغیرهایی که وارد شکل رگرسیونی نشده‌اند

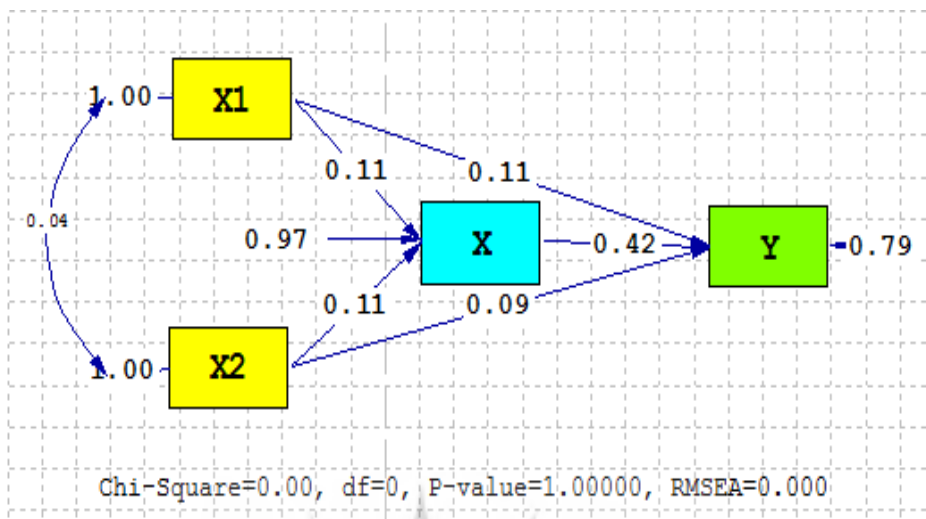
| آماره متغیرهایی که وارد شکل رگرسیونی نشده‌اند | | | | | |
|---|-----------------|-------|-------|---------------------|-----------|
| Model | آماره‌های همخطی | | | | |
| | Beta In | t | Sig | Partial Correlation | Tolerance |
| سن | ۰/۰۱۲ | ۰/۲۵۲ | ۰/۸۰۱ | ۰/۰۱۳ | ۰/۹۶۹ |
| تبعیض | ۰/۰۸۱ | ۱/۷۷۳ | ۰/۰۷۷ | ۰/۰۹۱ | ۰/۹۶۹ |

تحلیل رگرسیونی مدل سازی معادلات ساختاری

تحلیل رگرسیونی شکل سازی معادلات ساختاری به عنوان یکی از تکنیکهای چند متغیره و پیشرفته کمی به پژوهشگر این امکان را می‌دهد که نسبت به برازش شکل رگرسیونی و شکل‌های علی با دقت و سطح اطمینان بالا اقدام کند. بنابراین تحلیل رگرسیونی شکل سازی معادلات ساختاری بر پایه تحلیل رگرسیونی انجام می‌گیرد. برای انجام تحلیل رگرسیونی شکل سازی معادلات ساختاری و محاسبه اثرات مستقیم و غیر مستقیم متغیرها از شکل سازی معادلات ساختاری استفاده شده است.

تحلیل رگرسیونی مدل سازی معادلات ساختاری سرمایه اجتماعی بر سلامت

بر اساس نتایج تحلیل رگرسیونی، اثر مستقیم سرمایه اجتماعی (X) بر سلامت (Y) به میزان ۰/۴۲ بیشتر از سایر متغیرها بوده، و اثر کلی آن ۰/۵۵ می‌باشد. سرمایه اجتماعی اثر غیر مستقیمی بر روی سلامت ندارد. همچنین بعد از سرمایه اجتماعی متغیر احساس محرومیت (X۱) به میزان ۰/۱۱ اثر مستقیم بر روی سلامت دارد، اثر غیر مستقیم آن ۰/۰۵ می‌باشد و اثر کل آن برابر ۰/۱۵ می‌باشد، احساس تبعیض (X۲) به میزان ۰/۰۹ اثر مستقیم بر روی سلامت دارد اثر غیر مستقیم آن برابر با ۰/۰۵ و اثر کل آن برابر با ۰/۱۴ می‌باشد. با توجه به نتایج بدست آمده متغیر سرمایه اجتماعی بیشترین تأثیر را بر روی سلامت دارد و متغیر احساس تبعیض کمترین تأثیر را بر روی سلامت دارد. همچنین متغیر احساس تبعیض به میزان ۰/۱۱ بر روی متغیر مستقل سرمایه اجتماعی تأثیر مستقیم دارد و اثر کلی آن برابر ۰/۱۱ می‌باشد و متغیر احساس محرومیت به میزان ۰/۱۱ تأثیر مستقیم بر روی سرمایه اجتماعی دارد و تأثیر کلی آن ۰/۱۱ می‌باشد و هر دو متغیر یاد شده تأثیر غیر مستقیمی ندارند. بنابراین متغیر احساس تبعیض و متغیر احساس محرومیت به میزان برابر تأثیر بر روی متغیر سرمایه اجتماعی دارند.



نمودار ۱- تحلیل رگرسیونی مدل سازی معادلات ساختاری سرمایه اجتماعی بر سلامت

پروژه‌گاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

نتیجه‌گیری تحقیق

در بررسی وضعیت سلامتی شهروندان اصفهانی نتایج حاصله از آمار توصیفی نشان داد که شهروندان اصفهانی بطور متوسط از سلامتی بالایی برخوردارند چرا که نمره‌ای نزدیک به حداکثر نمره اختصاص یافته به مقیاس را کسب کرده‌اند. میانگین سنی ۳۹ سال بیانگر میانگین میانسالی در میان پاسخگویان است. متغیر مستقل سرمایه اجتماعی با چهار بعد سنجیده شد و ابعاد پیوستگی اجتماعی، حمایت اجتماعی، همبستگی اجتماعی و اعتماد اجتماعی برای سنجش آن بکار رفتند در میان این ابعاد پیوستگی اجتماعی بالاترین میانگین را دارد و بعد اعتماد اجتماعی پایین‌ترین میانگین را به خود اختصاص داده است. داده‌های حاصل از تحلیل توصیفی داده‌ها نشان می‌دهد که میانگین سرمایه اجتماعی در بین شهروندان بالاست و برای اینکه تأثیر سرمایه اجتماعی در سلامت مشخص شود داده‌های بدست آمده مورد تحلیل استنباطی قرار گرفتند.

نتایج حاصله از تحلیل استنباطی داده‌ها ادعای فرضیه اصلی تحقیق در مورد تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت را تایید کرد. داده‌ها حاکی از این است که بین چهار بعد سرمایه اجتماعی با چهار بعد سلامت که از تحلیل عاملی بدست آمده رابطه معناداری وجود دارد و سرمایه اجتماعی در سلامت شهروندان اصفهانی تأثیر مستقیم دارد. این بدان معناست که با افزایش یا کاهش سرمایه اجتماعی میزان سلامت شهروندان نیز افزایش یا کاهش می‌یابد. پس کسانی که از سرمایه اجتماعی بالاتری برخوردارند طبق یافته‌های تحقیق حاضر از میزان سلامت مطلوب‌تری نیز برخوردارند و کسانی که سرمایه اجتماعی پایین‌تری دارند از وضعیت سلامتی نامطلوبی برخوردارند. در تحقیق حاضر چهار بعد سرمایه اجتماعی که به عنوان فرضیه‌های اصلی تحقیق بودند از چهار نظریه که سرمایه اجتماعی را تبیین می‌کنند گرفته شده‌اند در ضمن بعد پیوستگی اجتماعی بنظر می‌رسد برای اولین بار مورد سنجش قرار گرفته و در مطالعاتی که برای این کار صورت گرفت موردی مشابه مشاهده نشد.

علاوه بر سرمایه اجتماعی متغیرهای احساس تبعیض و احساس محرومیت نیز تأثیرشان مورد سنجش قرار گرفت که در این دو مورد نیز ادعای فرضیات تحقیق تایید شد و داده‌ها نشان داد که احساس تبعیض و احساس محرومیت در سلامت تأثیر دارند یعنی با افزایش احساس تبعیض و احساس محرومیت میزان سلامتی کاهش می‌یابد و با کاهش آن دو میزان سلامتی بهبود می‌یابد. و این بدان معناست که نابرابری‌های اجتماعی در میزان سلامت تأثیر می‌گذارند. یعنی کسانی که کمتر احساس تبعیض و محرومیت می‌کنند میزان سلامتی آنان مطلوب تر است. همچنین رابطه بین سن و سلامت شهروندان معنادار نبود. نتایج حاصل از این تحقیق یکبار دیگر نتایج بدست آمده از تحقیقاتی را که در پیشینه تجربی مانند تحقیقات رز، زان زانگ، سجادی و دیگران مطرح شده بود مورد تایید قرار داد همچنین نظریه‌های نان لین، هارفام، کاواچی، ترنر، الستاد و پاتل را که تأکید بر رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت دارند مورد تایید قرار داد و نشان داد که عوامل اجتماعی تأثیر تعیین کننده‌ای در سلامت دارند که این نتیجه نیز در راستای تحقیقات انجام شده در این حوزه است که بعضی از آنها نیز در این تحقیق مطرح شده است.

با توجه به اینکه تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت مورد تایید قرار گرفت پیشنهاد می‌شود نهادهای مرتبط چه دولتی چه خصوصی نهادهای مردمی مانند هیات‌ها و... و نهادهای دولتی مانند صدا و سیما، آموزش و پرورش و... در جهت افزایش سرمایه اجتماعی تلاش کنند.

با توجه به این که پیوستگی اجتماعی، حمایت اجتماعی، همبستگی اجتماعی و اعتماد اجتماعی با گویه‌هایی که در تحقیق حاضر عملیاتی گشته بودند رابطه معنادارشان با سلامت مورد تایید قرار گرفت پیشنهاد می‌شود نهادهای چه دولتی و چه غیر دولتی در توجه و تقویت آنها بیشتر توجه نمایند.

از آنجا که در تحقیق حاضر تأثیر حوزه اجتماعی در پزشکی مورد تایید قرار گرفت مسئولان حوزه سلامت توجه ویژه‌ای را در جهت سالم سازی حوزه اجتماعی بنمایند.

با توجه به این که تأثیر احساس محرومیت و احساس تبعیض مورد تایید قرار گرفت پیشنهاد می‌شود که دولت جهت کاهش هزینه‌های سلامت در کشور به محرومیت زدایی و ایجاد برابری بیشتر بپردازد چرا که نتایج نشان داد این دو تأثیر مستقیمی بر سلامت دارند.

منابع

- آرمسترانگ، دیوید. (۱۳۸۷)، *جامعه‌شناسی پزشکی*، ترجمه: محمد توکل، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، چاپ دوم.
- باباخانی، محمد. (۱۳۸۷)، *توسعه اقتصادی، نابرابری درآمد و سلامت در ایران ۱۳۸۵-۱۳۵۵*، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال هفتم، شماره ۲۸.
- بهزاد، داود. (۱۳۸۳)، *سرمایه اجتماعی بستری برای ارتقاء سلامت روان*، تهران: فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی.
- پاتنام، روبرت. (۱۳۸۰)، *دموکراسی و سنت‌های مدنی*، ترجمه: دلفروز، تهران: انتشارات روزنامه سلام.
- جعفری نیا، غلامرضا. (۱۳۸۷)، *خلاصه مباحث آزمون دکترا*، تهران: انتشارات جامعه شناسان.
- چلیبی، مسعود. (۱۳۷۵)، *جامعه‌شناسی نظم*، تهران: نشر نی.
- چلیبی، مسعود. (۱۳۸۴)، *تحلیل رابطه سرمایه اجتماعی و جرم در سطوح خرد و کلان*، مجله جامعه‌شناسی ایران، دوره ششم، شماره ۲.

- خیراله پور، اکبر. (۱۳۸۳)، «بررسی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت روانی با تاکید بر سرمایه اجتماعی»، پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه شهید بهشتی.
- ساعی، راحله. (۱۳۸۸)، «بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت شهروندان تبریز»، پایان نامه کارشناسی ارشد، تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی.
- سجادی، حمیرا. (۱۳۸۲)، سنجش سلامت اجتماعی، فصلنامه مددکاری اجتماعی، شماره ۸.
- علوی راد، عباس، نصیری زاده، حمید رضا. (۱۳۸۰)، بررسی رابطه سرمایه انسانی و رشد اقتصادی در اقتصاد ایران، اطلاعات سیاسی-اقتصادی، سال ۱۶، شماره سوم و چهارم، آذر و دی ماه.
- عزیززاده اقدم، محمدباقر. (۱۳۸۸)، «سبک زندگی سلامت محور، امیدها و بیم‌ها» پایان نامه دکتری، اصفهان: دانشگاه اصفهان.
- فوکویاما، فرانسیس. (۱۳۷۹)، پایان نظم سرمایه اجتماعی و حفظ آن، ترجمه: غلام عباس توسلی، تهران: انتشارات جامعه ایرانیان.
- قانع راد، محمد امین. (۱۳۸۴)، رویکرد توسعه اجتماعی به برنامه‌های فقر زدایی در ایران، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال پنجم، شماره ۱۸.
- کلمن، جیمز ساموئل. (۱۳۷۷)، بنیادهای نظریه اجتماعی، ترجمه: منوچهر صبوری، تهران: انتشارات نی.
- لهسایی زاده، عبدالعلی؛ مرادی، گلمراد. (۱۳۸۶)، رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در مهاجران، مجله رفاه اجتماعی.
- منتظری، علی. (۱۳۸۸)، سرمایه اجتماعی به عرصه سلامت پا می‌گذارد، فصلنامه سپیده، شماره ۱۵۱.

- Bourdieu, P. (۱۹۸۵). **The forms of capital** in Hand book of theory and research for the sociology of education. Ed. Jcrichardson, Newyork: Greanwood.
- Coleman, J.S. (۱۹۸۸). **Social Capital in the creation of human capital**. American Journal of sociology s.
- Diez Roux, A. V., Nieto, F. J., Muntaner,C., Tyroler, H. A., Comstock, G.W., Shahar, E., Coorer, L. S., Watson, R.L., &Szklo,M. (۱۹۹۷). **Neighborhood environments and coronaryheart disease: A multilevelanalysis**. American Journal of Epidemiology, ۱۴۶ (۱).
- Elstad, I. J. (۱۹۹۸). **The psycho-social perspective on social inequalities in health**. sociology of health &illness. (۵),۲۰.
- Guillory,j. (۱۹۹۷). **Boutdieo s refusal**. Modern Language Quarterly. Vol.۵۸,no۴.
- Harpham, T. (۲۰۰۹), **Urbanization and Mental Health in Developing Countries: A Research Role Social Scientists, Public Health Professional and Social Psychiatrists, Social Science And Medicine**, Vol, ۳۹
- Harphmam, T & et al (۲۰۰۳). **Mental Health and Social Capital in Cali**, Colombia.Social Science and medicine. ۵۳.