

سرمایه اجتماعی، احساس نابرابری و سلامت عمومی

اکبر خیرالله پور^۱

رضا همتی^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۱۱/۲۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۵/۲۳

چکیده

مفاهیم نابرابری و سرمایه‌های اجتماعی به دلیل ماهیت و محتوایی که دارند با بسیاری از موضوعات و مسائل مطرح در حوزه علوم انسانی و اجتماعی به ویژه سلامت ارتباط دارند. با توجه به این تأثیرات متقابل، تحقیق حاضر به تحلیل رابطه بین نابرابری، سرمایه‌های اجتماعی و سلامتی می‌پردازد. این تحقیق از نوع پیمایشی است که طی آن از طریق پرسشنامه با ۴۷۸ نفر از دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی مصاحبه شده است. برای تحلیل داده‌ها از رگرسیون چند متغیره و مدل سازی معادلات ساختاری استفاده شده است.

نتایج نشان می‌دهد که میانگین سرمایه‌های اجتماعی در سطح متوسط می‌باشد و میانگین احساس نابرابری در سطح بالایی قرار دارد. همچنین میانگین سلامت عمومی افراد نسبتاً پایین است.

یافته‌ها نشان می‌دهد که بین احساس نابرابری و سرمایه‌های اجتماعی رابطه منفی وجود دارد یعنی با افزایش احساس نابرابری، میزان سرمایه‌های اجتماعی کاهش می‌یابد. همچنین بین نابرابری و سلامتی نیز رابطه منفی وجود دارد اما بین سرمایه اجتماعی و نابرابری رابطه‌ی مثبت وجود دارد.

واژگان کلیدی: سرمایه‌های اجتماعی، نابرابری اجتماعی، سلامت

^۱ - دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی دانشگاه پیام نور

^۲ - عضو هیأت علمی گروه علوم اجتماعی دانشگاه اصفهان

مقدمه

چه عواملی سبب بروز بیماری‌های جسمی و روانی می‌شوند؟ برای پاسخ به این سؤال سه دیدگاه زیست‌شناختی، روان‌شناختی و جامعه‌شناختی در طول دهه‌های گذشته شکل گرفته‌اند. در رهیافت جامعه‌شناختی، شیوه سازمان‌یافتگی جوامع و نه خصوصیات زیست‌شناختی و روان‌شناختی فرد هستند که علل بیماری‌های روانی تلقی می‌شوند. از نظر جامعه‌شناسان، بخش عظیمی از اشکال بیماری‌های جسمی و روانی در ارتباط شدید با عوامل و پدیده‌های اجتماعی است. مسائل و مشکلاتی مانند توزیع نابرابر درآمد، فقر، سطح پایین تحصیلات، زندگی در محیط‌های نامناسب و سطوح بالای عدم امنیت در جامعه، ضعف نظام بیمه درمانی، طلاق، بیکاری و ... از عوامل اجتماعی مهمی هستند که تأثیر زیادی بر سلامت روانی افراد می‌گذارند.

از جمله عوامل اجتماعی تأثیر گذار بر سلامت روانی افراد که در سال‌های اخیر توجه بسیاری از جامعه‌شناسان و اپیدمیولوژیست‌ها را به خود جلب کرده است، مفهوم سرمایه‌ی اجتماعی می‌باشد. این مطالعات اغلب به اثر دورکیم در زمینه‌ی بررسی رابطه بین همبستگی اجتماعی و خودکشی بر می‌گردد. از آن زمان به بعد، سرمایه‌ی اجتماعی با سلامت جسمی و روانی پیوند خورده و در هر دو سطح تحلیل فردی و اجتماعی مورد آزمون قرار گرفته است (فرلاندر، ۲۰۰۷: ۱۱۷).

نتایج پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که سرمایه‌ی اجتماعی با انواع رفتارهای مرتبط با سلامتی نظیر استعمال دخانیات، فعالیت‌های اوقات فراغت و عادات غذایی (تربیسر ۱۹۹۱، لیندستورم ۲۰۰۰، پورتینگا ۲۰۰۶) و گسترش انواع بیماری‌ها از قبیل ایدز، افسردگی، جنون و بیماری‌های قلبی مرتبط می‌باشد (ویلیامز ۱۹۹۹، لین ۱۹۹۹، فراتیگیونی ۲۰۰۰).

بیان مسأله

سرمایه‌ی اجتماعی از جمله مفاهیمی است که در سال‌های اخیر مورد قرار گرفته همانند بسیاری از مفاهیم علوم اجتماعی یک مفهوم چندوجهی است که تعاریف متعددی از آن ارائه شده است. از نظر بوردیو سرمایه اجتماعی به ارتباطات و مشارکت اعضای یک سازمان توجه دارد و می‌تواند ابزاری

برای رسیدن به سرمایه اقتصادی به شمار رود. سرمایه اجتماعی عبارت است از روابط بین شخصی و اجتماعی مثبت و در عین حال مبتنی بر اعتماد (ویتز، ۲۰۰۰).

لوری، سرمایه‌ی اجتماعی را مجموعه‌ای از منابع تعریف می‌کند که جزو ذاتی روابط خانوادگی و سازمان‌های اجتماعی بوده و برای رشد شناختی، شخصیتی و اجتماعی فرزندان و افراد جوان مفید می‌باشد (مکنزی و دیگران، ۲۰۰۰: ۲۸۱).

به نظر کلمن، سرمایه‌ی اجتماعی را باید با کارکردش تعریف کرد. سرمایه اجتماعی به نوبه خود زمانی به وجود می‌آید که روابط میان افراد به شیوه‌ای دگرگون شود که کنش را تسهیل کند (کلمن، ۱۹۹۸: ۹۸). پاتنام، سرمایه‌ی اجتماعی را مجموعه‌ای از مفاهیمی مانند اعتماد، هنجارها و شبکه‌ها می‌داند که موجب ایجاد ارتباط و مشارکت بهینه اعضای یک اجتماع شده و در نهایت منافع متقابل آنان را تأمین خواهد کرد. به باور پاتنام سرمایه اجتماعی مجموعه‌ای از ویژگی‌های زیر می‌باشد:

- وجود شبکه‌های اجتماعی: تعاملات انسانی در اجتماعاتی نظیر کلوپ‌ها، انجمن‌ها، کلیسا و ...
- فعالیت مدنی: مشارکت افراد در فرآیندهای محلی و استفاده از شبکه‌های بالا
- هویت مدنی: احساس مشارکت برابر در درون محله‌ها.
- روابط متقابل: کمک و مساعدت متقابل میان اعضای محله‌ها.
- اعتماد: نقطه مقابل ترس (کریستاکیس و گامارنیکف، ۲۰۰۴: ۴۴).

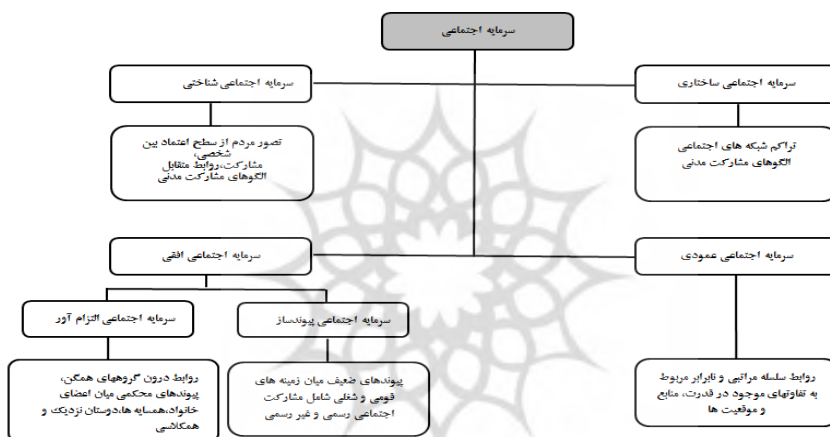
نظریه پردازان سرمایه‌ی اجتماعی بر ابعاد مختلف این مفهوم تأکید کرده‌اند. برخی بر جنبه‌های کلان و خرد تمرکز کرده‌اند برخی بر ابعاد شناختی و ساختاری، عده‌ای بر جنبه‌ی رابطه‌ی ای و نهادی و کسانی هم بر بعد کمی و کیفی.

کریشنا (۱۹۹۹) و هارفام (۲۰۰۲)، سرمایه‌ی اجتماعی را به دو نوع عمده تقسیم کرده‌اند:

(۱) سرمایه‌ی اجتماعی شناختی یا رابطه‌ی ای: شامل هنجارها، ارزش‌ها، نگرش‌ها و باورها که در کنش‌های متقابل میان اعضای جامعه تجلی می‌یابند و باعث شکل‌گیری روابط افقی می‌گردد.

(۲) سرمایه‌ی اجتماعی ساختاری یا نهادی: شامل جنبه‌های قابل مشاهده سازمان‌های اجتماعی از قبیل تراکم شبکه‌های اجتماعی یا الگوهای مشارکت مدنی که باعث شکل‌گیری روابط عمودی در جامعه می‌گردند.

با توجه به این واقعیت که سرمایه‌ی اجتماعی می‌تواند در ابعاد مختلف وجود داشته باشد، در صورتی می‌تواند برای افراد جامعه پیامدهای مثبت باشد که هم سرمایه‌ی شناختی و هم سرمایه‌ی ساختاری هر دو به میزان بالایی در جامعه وجود داشته باشد.



شکل ۱- ابعاد مختلف سرمایه اجتماعی

پیشینه تحقیق

هیپیا و همکارانش، در تحقیقی با عنوان «رابطه سطح فردی بین سرمایه اجتماعی و سلامتی در جامعه فنلاندی زبان و سوئدی زبان» به این نتیجه رسیدند که سطح سرمایه‌ی اجتماعی در جامعه سوئدی زبان کمی بیشتر از جامعه فنلاندی زبان است و همین امر باعث شده که سوئدی زبان‌ها در مقایسه با فنلاندی زبان‌ها از سلامت مطلوبی برخوردار باشند (هیپیا و همکاران، ۲۰۰۱: ۱۴۸).

زان زانگ و همکارانش، در سال ۲۰۰۳ به بررسی رابطه بین وضعیت سلامتی افراد بزرگ سال، انسجام اجتماعی و شبکه های اجتماعی (خانواده، فرزندان، دوستان و اجتماع) در کانادا پرداخته‌اند. نتایج نشان داد که وضعیت سلامتی افرادی که از انسجام اجتماعی بالا و شبکه های اجتماعی بیشتری برخوردار بودند در مقایسه با بقیه پاسخگویان در حد مطلوبی قرار داشته است (زان زانگو همکاران، ۲۰۰۳: ۲۳۰).

ریچارد رُز، در تحقیقی با عنوان «سرمایه اجتماعی چقدر می‌تواند بر سلامتی تأثیر بگذارد» به بررسی رابطه‌ی بین سرمایه‌ی اجتماعی و سلامتی پرداخته است. رُز بر اساس نتایج به دست آمده مطرح می‌کند که سرمایه اجتماعی (درگیر شدن یا خروج افراد از شبکه های اجتماعی رسمی و غیر رسمی، وجود دوستان و افرادی که فرد در هنگام بیماری به آن‌ها اتکا می‌کند، داشتن کنترل بر زندگی و اعتماد) بیشتر از سرمایه انسانی (پایگاه اجتماعی، سن، جنس، درآمد) بر سلامتی افراد تأثیر می‌گذارد (رُز، ۲۰۰۱: ۱۴۱).

چارچوب نظری

در مورد این که آیا سرمایه‌ی اجتماعی می‌تواند نابرابری‌های موجود در زمینه سلامت افراد را کاهش دهد، تبیین‌های مختلفی از سوی محققان مطرح شده است. دیدگاه *نو ماتریالیستی* معتقد است که حتی در جوامع بسیار ثروتمند نیز فقرا هنوز از محرومیت‌های مادی رنج می‌برند که اثر مستقیمی بر سلامت آن‌ها دارد. طرفداران دیدگاه *مکانیسم‌های روان شناختی* بر این موضوع تأکید می‌کنند که تجارب زندگی در یک جامعه نابرابر باعث تخریب روابط اجتماعی می‌شود و این امر پیامدهای ملموسی بر سلامت افراد آن جامعه می‌تواند داشته باشد. شواهد نشان می‌دهد سطح بالای سرمایه اجتماعی با سلامت جسمی و روانی مطلوب مرتبط است. برخی از محققان برای تبیین این رابطه، سه مکانیسم را مطرح کرده‌اند: (۱) تأثیر بر رفتارهای مرتبط با سلامتی، (۲) تأثیر بر میزان دسترسی به خدمات و امکانات رفاهی، (۳) فرآیندهای روانی - اجتماعی (سان و دیگران، ۲۰۰۹: ۵۴).

به اعتقاد کاواشی، سرمایه‌ی اجتماعی را می‌توان در حوزه‌ی سلامتی و بهداشت جمعیت نیز مطرح کرد و برای تبیین دستاوردهای سلامتی جوامع از آن بهره برد. از نظر وی دسترسی به حمایت اجتماعی

می‌تواند آسایش 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 سرمایه‌ی اجتماعی غنی می‌باشد می‌تواند با تأمین حمایت اجتماعی بیشتر برای اعضای خود، سطح بالاتری از دستاوردهای بهداشتی و سلامتی را برای افراد فراهم کند (کاوشی، ۲۰۰۱: ۳۱).

از جمله این مسیرها عبارت است از: ارتباط بین سرمایه‌ی اجتماعی و مشارکت سیاسی و مدنی در انجمن‌های داوطلبانه که یکی از مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های فعالیت سیاسی می‌باشد. مشارکت مدنی نه فقط شامل رأی دادن بلکه در برگیرنده شرکت داوطلبانه در فعالیت‌های مبارزاتی، اعتراضات سازمان یافته، برخورد با مأموران و... می‌باشد. افراد از طریق مشارکت مدنی در حفظ منافع کلان خود و جامعه از قبیل دستیابی مراقبت‌های بهداشتی، تحصیلات پایه‌ای و شبکه‌های امنیت اجتماعی نقش ایفا می‌کنند. از آنجا که تغییرات به وجود آمد در زمینه اعتماد اجتماعی به طور معنی‌دار فعالیت رأی دهندگان را تحت تأثیر قرار می‌دهد لذا توجه به میزان اعتماد اجتماعی موجود در جامعه از اهمیت خاصی برخوردار است. 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 (کاوشی، ۲۰۰۶: ۹۹۱).

هنگامی که جامعه مدنی ضعیف است، ترکیب سطح بالای بی‌اعتمادی با شبکه‌های امنیت اجتماعی، پیامدهای مصیبت‌باری را برای سلامتی و بهداشت افراد جامعه به ارمغان می‌آورد. وقتی حکومتی توسعه جامعه مدنی را به عنوان تهدیدی برای خود بنگرد و از رشد آن جلوگیری کند، حالتی در جامعه پیش می‌آید که ریچارد رُز آن را «جامعه ساعت شنی^۳» می‌نامد. جامعه‌ای با زندگی اجتماعی متراکم در پایین که با تعامل شبکه اطلاعاتی قوی بین دوستان، خویشاوندان و دیگر گروه‌های چهره به چهره مشخص می‌شود و در قسمت بالایی ساعت ریگی، یک زندگی سیاسی جداگانه که در آن نخبگان برای رسیدن به قدرت، ثروت و پرستیژ باهم رقابت می‌کنند. در چنین جامعه‌ای اکثر افراد

³ hour-glass society

برای رفع مشکلات خود به سرمایه اجتماعی غیر رسمی متکی می‌شوند تا نهادهای رسمی دولت. عده قلیلی از افراد برای کمک به سازمان‌های رسمی (اتحادیه‌های کارگری، کلیساها و مؤسسه‌های خیریه) مراجعه می‌کنند و بیشتر افراد به تعاملات خصوصی روی می‌آورند و افراد فاقد تعاملات صمیمی فقط به خودشان متکی می‌شوند. به عنوان یکی از پیامدهای این وضعیت، هنگامی که تشکیلات حکومت در معرض فروپاشی قرار می‌گیرد، شهروندانی که فاقد منابع حمایت اجتماعی هستند بیشترین آسیب را می‌بینند. در منطقه‌ای که شهروندان آنجا درجه بالایی از بی‌اعتمادی را تجربه می‌کنند، عوامل خطرآفرین برای سلامتی بر مردان مجرد و آن‌هایی که طلاق گرفته‌اند- کسانی که در پایین ساعت شنی بدون دسترسی به حمایت اجتماعی قرار دارند- بیشتر از سایر افراد تأثیر می‌گذارد. وی مطرح می‌کند که هرچند رابطه بین سرمایه‌ی اجتماعی و سلامتی در آغاز در سطح ایالت‌ها و مناطق بزرگ مورد بررسی قرار می‌گرفت ولی سرمایه‌ی اجتماعی می‌تواند بر سلامتی و بهداشت افراد در محله‌ها و اجتماعات نیز تأثیر بگذارد. در سطح محله‌ها، هنجارهای بهداشتی مانند نظارت اجتماعی غیر رسمی بر رفتارهای مخرب سلامتی (از قبیل استعمال دخانیات در سنین پایین و مصرف افراطی مشروبات الکلی) می‌تواند در پرورش افراد سالم مؤثر واقع شود. همچنین از طریق افزایش کار آیی 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 دهند (رز، ۲۰۰۰: ۱۴۲۴).

با وجود این صحبت کردن از سرمایه‌ی اجتماعی به عنوان ابزاری برای بهبود سلامتی گمراه کننده می‌باشد و به همین دلیل، بهتر است که سرمایه اجتماعی را پیامد ساختارهای اجتماعی قلمداد کنیم و به جای بررسی نتایج این ساختارها به چینه‌های اجتماعی زیربنایی فکر کنیم. از این نقطه نظر، تفکر درباره چهار سطح متفاوت مداخله کننده‌ها برای تقویت سرمایه‌ی اجتماعی که هم جنبه عرضه و هم جنبه تقاضا را دنبال می‌کند مفید خواهد بود. این چهار سطح از خرد به کلان عبارت است از:

۱- تقویت شبکه‌های اجتماعی ۲- ایجاد سازمان‌های اجتماعی ۳- تقویت پیوندهای محلی ۴- تقویت

جامعه مدنی

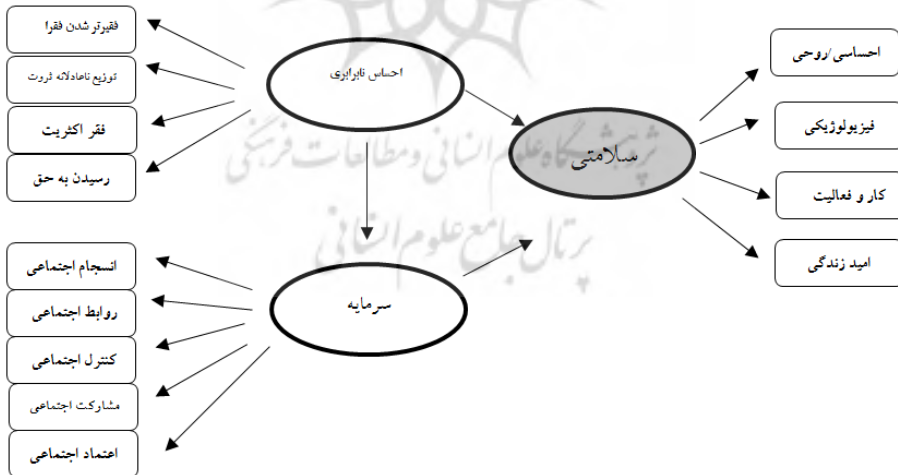
بنابراین خود سرمایه‌ی اجتماعی نیز تحت تأثیر شرایط ساختارهای کلان جامعه قرار دارد که از جمله آن می‌توان به میزان نابرابری‌های اقتصادی جامعه اشاره کرد. نابرابری درآمد در یک جامعه باعث افزایش میزان یأس و ناامیدی در بین افراد می‌شود و احساس یأس و ناامیدی به بروز حالات روانی منفی (افسردگی و استرس) در افراد منجر می‌شود که همه این موارد به احتمال زیاد پیامدهای زیان بار و مخربی برای سلامتی به ارمغان می‌آورند. جوامعی که نابرابری درآمد در آن‌ها در سطح بالایی قرار دارد، تقریباً در زمینه‌ی سرمایه‌ی انسانی، آموزش و پرورش، مراقبت‌های بهداشتی و دیگر عواملی که سلامت افراد را بهبود می‌بخشند، سرمایه‌گذاری کمتری خواهند کرد و این امر به نوبه خود کاهش سرمایه‌ی اجتماعی را به دنبال خواهد داشت و از آن طریق سلامتی افراد را در وضعیت نامطلوبی قرار خواهد داد (کاوآشی، ۱۹۹۷: ۱۴۹۱).

افزایش شکاف بین فقیر و غنی منجر به کاهش سطح اعتماد و همبستگی اجتماعی و همچنین نبود سرمایه‌گذاری در سرمایه اجتماعی می‌شود و چنین وضعیتی بیانگر این واقعیت می‌باشد که در این شرایط روابط بین شخصی دچار تزلزل شده و پیوندهای اجتماعی سست می‌شوند. وقتی که در روابط بین افراد بی اعتمادی حاکم شود، فشار روانی زیادی بر افراد وارد می‌گردد و باعث می‌شود که وضعیت سلامتی آن‌ها تنزل پیدا کند و بالعکس با بالا رفتن میزان اعتماد عمومی، نرخ مرگ و میر نیز کاهش می‌یابد (همان).

هارفام، معتقد است که سرمایه اجتماعی می‌تواند تأثیرات مخرب مشکلات دراز مدت زندگی، حوادث منفی زندگی و فقدان حمایت اجتماعی بر سلامتی فرد را کاهش دهد. وی سرمایه اجتماعی را ذخیره سرمایه‌گذاری در منابع و شبکه‌هایی که باعث ایجاد انسجام اجتماعی، اعتماد و تمایل به درگیر شدن در فعالیت‌های محلی می‌شوند، در نظر می‌گیرد. همچنین 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 مشارکت مدنی دریافت شده) می‌باشد. هارفام، سپس مطرح می‌کند که سرمایه‌ی اجتماعی می‌تواند عوامل استرس‌زا و عوامل خطر را در رابطه با سلامتی کاهش دهد. افرادی که از سرمایه‌ی اجتماعی بالایی برخوردار می‌باشند به سختی و بندرت شغل خود را از دست می‌دهند

و همچنین این افراد کمتر محل زندگی خود را تغییر می‌دهند و بنابراین از تأثیرات حوادث منفی زندگی بر سلامتی خود جلوگیری می‌کنند.

اجزای ساختاری و شناختی سرمایه اجتماعی به شیوه‌های متفاوتی بر سلامتی فرد تأثیر می‌گذارند. جنبه ساختاری امکان دسترسی فرد به نهادهای رسمی و غیر رسمی را فراهم می‌نماید و از آن طریق تأثیرات منفی رویدادهای زندگی را از طریق تأمین 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 شاداب‌تری برخوردار می‌باشند و همین امر در برابر حوادث زندگی به عنوان سپر دفاعی عمل می‌کند و آسیب‌های چنین حوادثی را کاهش می‌دهد. مدل مفهومی زیر رابطه بین سرمایه اجتماعی و وضعیت سلامتی را نشان می‌دهد.



شکل ۲- مدل مفهومی رابطه احساس نابرابری، سرمایه اجتماعی و سلامت

فرضیه های تحقیق

- ۱- بین احساس نابرابری و سلامت عمومی رابطه وجود دارد.
- ۲- بین سرمایه اجتماعی و سلامت عمومی رابطه وجود دارد.
- ۳- بین انسجام اجتماعی و سلامت عمومی رابطه وجود دارد.
- ۴- بین اعتماد اجتماعی و سلامت عمومی رابطه وجود دارد.
- ۵- بین روابط متقابل و سلامت عمومی رابطه وجود دارد.
- ۶- بین کنترل اجتماعی و سلامت عمومی رابطه وجود دارد.
- ۷- بین مشارکت اجتماعی و سلامت عمومی رابطه وجود دارد.

روش تحقیق

روش مورد استفاده در این تحقیق، کمی و با توجه به چارچوب نظری و فرضیه های تحقیق از تکنیک پیمایشی استفاده شده است.

جامعه آماری

جامعه آماری این تحقیق تمامی دانشجویان دوره کارشناسی دانشگاه شهید بهشتی می باشد که بر اساس آمار اداره کل آموزش تعداد ۷۰۳۹ نفر می باشند.

نمونه آماری و روش برآورد حجم نمونه

نمونه های تحقیق حاضر از مسیر نمونه گیری طبقه ای چند مرحله ای انتخاب شده اند. برای اینکه پوشش مناسبی از جامعه آماری داشته باشیم، چند کار صورت گرفت؛

- سعی شد که حجم کل نمونه در میان طبقات (دانشکده ها) به نسبت مساوی تقسیم شود
- در هر کدام از دانشکده ها سعی شد که تمامی رشته های تحصیلی مشخص شوند
- از هر رشته، پاسخگویان به صورت تصادفی ساده برگزیده شدند.

و برای برآورد حجم نمونه از فرمول زیر استفاده شد که پس از جایگذاری، حجم نمونه برابر ۴۷۸ نفر به دست آمد.

$$n = \frac{Nt^2s^2}{Nd^2 + t^2s^2}$$

به دنبال آن از هر طبقه یک نمونه به تناسب آن طبقه در کل جامعه آماری انتخاب شد.

سنجش متغیرها

در این پژوهش، سنجش متغیرها از طریق پرسشنامه و مصاحبه صورت گرفته و برای به دست آوردن روایی از روایی صوری و ملاک استفاده شده است. برای به دست آوردن پایایی از آلفای کرونباخ بهره گرفته شده است که نتایج آن در جدول (۱) مشاهده می‌شود. برای سنجش سه سازه سرمایه اجتماعی، احساس نابرابری و سلامت عمومی به صورت زیر عمل شد:

- **سلامت عمومی:** عبارت است از: ثبات حیات و تحرک و جنبش در جهان.

سلامت عمومی عبارت است از: احساس شادابی جسمی، فکری و روحی همراه با ذخیره قدرت بر اساس عملکرد عادی بافت‌ها و همگنی و تطابق جسمی و روحی که موجب فراهم گردیدن وسایل زندگی سرشار از نشاط برای انجام خدمات و کارهای عادی باشد و برخورداری از استعداد روانی برای هماهنگی، خوشایندی و مؤثر کار کردن، انعطاف پذیر بودن در موقعیت‌های دشوار و داشتن توانایی برای بازیابی تعادل خود. در این تحقیق برای سنجش سلامت عمومی افراد از مقیاس^۴ (GHQ) استفاده شده است که با استفاده از ۲۰ گویه در چهار بعد احساسی/ روحی، فیزیولوژیکی، کار و فعالیت، امید زندگی بر مبنای طیف لیکرت سنجیده می‌شود.

- **سرمایه اجتماعی:** به تعاملات بین افراد، شبکه‌های اجتماعی و هنجارهای روابط متقابل و اعتمادسازی حاصل از آن‌ها و نیز کنترل رسمی اشاره دارد. منظور از سرمایه اجتماعی عبارت است از شبکه‌ها، هنجارها و اعتمادی که افراد را قادر می‌سازد تا برای رسیدن به اهداف مشترک خود به طور

⁴ -General Health Questionnaire

کارآمد با همدیگر عمل کنند. به طور کلی سرمایه اجتماعی در پنج بعد انسجام اجتماعی، اعتماد اجتماعی، روابط متقابل، کنترل اجتماعی و مشارکت اجتماعی اندازه گیری شده است.

- احساس نابرابری: یعنی باور به اینکه منابع و مزایای اجتماعی کمیاب از قبیل قدرت، ثروت و منزلت به طور نابرابر در سطح جامعه توزیع می شود و این امر باعث دسترسی عده کمی از افراد و گروه ها به منابع مزبور شده و در مقابل اکثر افراد و گروه های جامعه از دسترسی به آنها محروم می ماند. این متغیر نیز با استفاده از ۱۶ گویه در چهار بعد (فقیرتر شدن فقرا، توزیع ناعادلانه ثروت، فقر اکثریت، رسیدن به حق خود) مورد سنجش قرار گرفته است.

جدول ۱- ضرایب روایی متغیرهای اصلی تحقیق

متغیرها	پرسشنامه نهایی		متغیرها	پرسشنامه نهایی	
	تعداد گویه ها	ضریب روایی		تعداد گویه ها	ضریب روایی
انجام اجتماعی	۵	۰/۶۵۱	فقر اکثریت	۴	۰/۵۹۸
اعتماد اجتماعی	۷	۰/۷۰۶	رسیدن به حق خود	۴	۰/۶۲۳
روابط متقابل	۴	۰/۵۰۷	سلامت (احساسی/روحي)	۵	۰/۷۲۱
کنترل اجتماعی	۵	۰/۶۳۶	سلامت (فیزیولوژیکی)	۵	۰/۶۸۶
مشارکت اجتماعی	۶	۰/۷۱۲	سلامت (کار و فعالیت)	۵	۰/۶۲۹
فقیرتر شدن فقرا	۴	۰/۵۲۳	سلامت (امید زندگی)	۵	۰/۵۷۷
توزیع ناعادلانه ثروت	۴	۰/۶۰۲			

یافته های تحقیق

از کل پاسخگویان، تعداد ۱۹۳ نفر دانشجوی پسر و ۲۸۵ نفر دانشجوی دختر می باشند. میانگین سن دانشجویان پسر ۲۱/۶۵ و دانشجویان دختر ۲۱/۶۲ سال می باشد. حداقل سن دانشجویان پسر ۱۸ سال و حداکثر ۲۷ سال و حداقل سن دانشجویان دختر ۱۸ و حداکثر ۲۶ سال می باشد. از کل پاسخگویان تعداد ۳۱۹ نفر (۶۶/۷ درصد) در شهرها زندگی می کنند و ۱۵۷ نفر (۳۲/۸ درصد) ساکن روستا می باشند.

جدول (۲) میانگین و انحراف معیار ابعاد سرمایه اجتماعی و احساس نابرابری و نیز ابعاد سلامت عمومی پاسخگویان را نشان می دهد. از آنجا که گویه بر اساس طیف لیکرت دارای شش گزینه بودن

لذا نمرات پاسخگویان پس از جمع شدن بر عدد ۶ تقسیم شده است لذا دامنه تغییرات متغیرهای زیر از ۱ تا ۶ می‌باشد.

نتایج بیانگر آن است که میزان انسجام اجتماعی در حد متوسط (۲/۹۸) قرار دارد. میزان اعتماد اجتماعی پایین‌تر از حد متوسط و برابر با (۲/۱۹) روابط متقابل برابر با (۳/۶۵) و کنترل اجتماعی در حد نسبتاً پایین (۲/۵۱) قرار دارد، مشارکت اجتماعی برابر با (۴/۰۱) بالاتر از حد متوسط و متغیر احساس نابرابری با مقدار (۵/۰۶) در سطح بسیار بالایی قرار دارد. در کل شاخص سرمایه‌ی اجتماعی که از ترکیب ابعاد پنج‌گانه آن به دست آمد برابر (۳/۰۶) می‌باشد که در حد پایین قرار دارد. مقادیر مربوط به ابعاد سلامت عمومی نیز در کل در حد متوسط می‌باشد که با ترکیب این چهار بعد، شاخص سلامت عمومی برای پاسخگویان برابر با (۲/۸۸) به دست آمد که در حد پایینی قرار دارد.

جدول ۲- میانگین‌های و انحراف معیار معرف‌های متغیرهای مورد سنجش

متغیر	مؤلفه‌ها	میانگین	انحراف معیار	میانگین کل	انحراف معیار کل
سرمایه اجتماعی	انسجام اجتماعی	۲/۹۸	۰/۶۸	۳/۰۶	۰/۶۵
	اعتماد اجتماعی	۲/۱۹	۰/۵۹		
	روابط متقابل	۳/۶۵	۰/۶۹		
	کنترل اجتماعی	۲/۵۱	۰/۷۷		
	مشارکت اجتماعی	۴/۰۱	۰/۶۹		
احساس نابرابری	فقرتر شدن فقرا	۵/۴۲	۰/۷۱	۵/۰۶	۰/۶۲
	توزیع ناعادلانه ثروت	۵/۰۴	۰/۶۳		
	فقر اکثریت	۴/۹۹	۰/۵۱		
	رسیدن به حق خود	۵/۰۲	۰/۷۱		
سلامت عمومی	احساسی‌لذوحی	۲/۰۴	۰/۷۷	۲/۸۸	۰/۶۷
	فیزیولوژیکی	۳/۲۶	۰/۶۱		
	سکار و فعالیت	۳/۰۲	۰/۵۹		
	امید زندگی	۳/۲۱	۰/۷۴		

نتایج تحلیل رگرسیون نشان می‌دهد که از بین تمام متغیرهایی که وارد معادله شده‌اند، در نهایت به غیر از متغیر کنترل اجتماعی، پنج متغیر دیگر معنی دار بوده‌اند و توانسته‌اند خود را در معادله حفظ و حدود ۵۱ درصد کل واریانس متغیر وابسته را تبیین کنند. جدول شماره (۳) بیانگر ضرایب معمولی (B)، و ضرایب استاندارد (Beta) متغیرهای مستقل بر روی متغیر وابسته می‌باشد. متغیر احساس نابرابری دارای تأثیر منفی (۰/۳۳۶-) و متغیر روابط متقابل بیشترین تأثیر مثبت (۰/۳۰۳) را از خود

نشان می‌دهد. به دنبال آن متغیر مشارکت اجتماعی (۰/۲۷۳)، اعتماد اجتماعی (۰/۲۱۶) و انسجام اجتماعی (۰/۱۷۹) دارای آثار معنی دار بر سلامت عمومی می‌باشند.

جدول ۳- عناصر متغیرهای مستقل درون معادله برای پیش بینی سلامت عمومی

متغیرهای مستقل	ضرایب غیر استاندارد	خطای استاندارد	ضرایب استاندارد	ارزش تی	معنی داری
	B	Std. Error	Beta	T	Sig.
عدد ثابت	۱/۵۸۶	۰/۳۱۱		۵/۰۹	۰/۰۰۰
احساس نابرابری	-۱/۸۵۱	۰/۰۴۹	-۰/۳۶۶	-۳/۳۵	۰/۰۱۹
روابط متقابل	۰/۹۸۴	۰/۰۴۴	۰/۳۰۳	۱۰/۷۸	۰/۰۱۱
مشارکت اجتماعی	۰/۷۷۱	۰/۰۳۸	۰/۲۷۳	۷/۶۷	۰/۰۱۷
اعتماد اجتماعی	۰/۵۲۲	۰/۰۵۵	۰/۲۱۶	۳/۵۵	۰/۰۰۰
انسجام اجتماعی	۰/۴۷۸	۰/۰۷۰	۰/۱۷۹	۴/۱۲	۰/۰۲۱
آماره های تحلیل رگرسیونی سلامت عمومی	ضریب همبستگی چندگانه				
	ضریب تعیین مدل				
	ضریب تعیین تصحیح شده				
	اشتباه استاندارد برآورد				
	آماره دوربین - واتسون				
	انحراف معیار سلامت عمومی				

احساس نابرابری، سرمایه‌ی اجتماعی و سلامت عمومی

الگوسازی معادلات ساختاری این امکان را فراهم می‌سازد تا به طور همزمان به تحلیل علی متغیرهای مکنون و متغیرهای مشاهده شده بپردازد. با استفاده از مزیت الگوسازی معادلات ساختاری در پایان سعی شده است تا ارتباط علی سه متغیر مکنون با یکدیگر و روابط هر یک از آن‌ها با معرف‌های مربوطشان (متغیرهای آشکار) بررسی شود.

سه متغیر مکنون پژوهش حاضر شامل احساس نابرابری، سرمایه‌ی اجتماعی و سلامت عمومی می‌باشند. نتایج تحلیل معادلات ساختاری در جدول (۴) و نمودار (۱) منعکس شده‌اند. نتایج حاصل از مدل اندازه گیری در جدول (۴) نشان می‌دهد که اکثر بار گویه‌ها به استثنای چند مورد بالای ۰/۶۵ می‌باشند، یعنی معرف‌های متغیرهای نهفته به خوبی روی آن‌ها بار شده‌اند. همچنین روایی سازه ای و اعتبار نظری متغیرهای نهفته نیز در حد بالایی هستند (برای مثال روایی سازه ای و اعتبار نظری متغیر احساس نابرابری به ترتیب برابر ۰/۶۸ و ۰/۵۹ می‌باشد) که نشان دهنده متناسب و دقیق بودن وسیله اندازه گیری می‌باشد.

جدول ۴- بارگویه‌ها، روایی سازه‌ای و اعتبار نظری متغیرهای مکتون

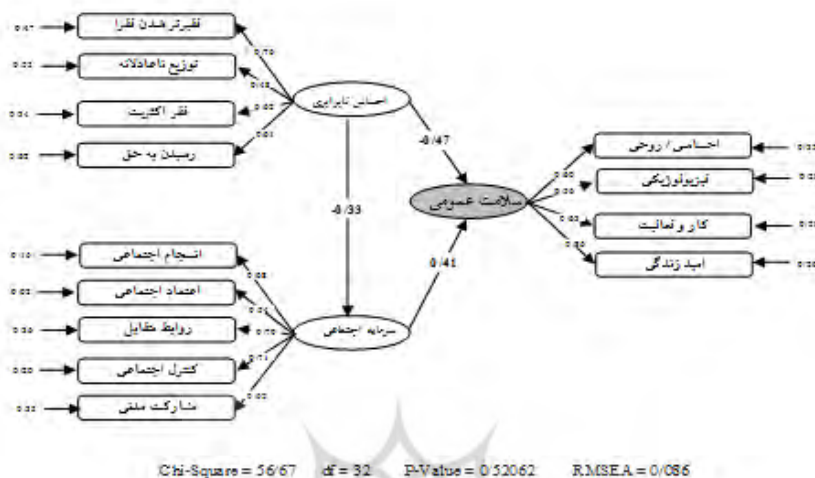
سازه‌ها	معرف‌ها	بارگویه‌های استاندارد شده	روایی	روایی سازه‌ای	برآورد واریانس	اعتبار نظری
سلامت	احساسی/روحي	۰/۸۳	۰/۶۹	۰/۶۷	۰/۶۳	۰/۷۸
	فيزيولوژيکي	۰/۸۸	۰/۷۷			
	کار و فعاليت	۰/۹۰	۰/۸۱			
	اميد به زندگي	۰/۸۷	۰/۸۸			
احساس نابرابری	فقير تر شدن فقرا	۰/۵۸	۰/۳۳	۰/۶۸	۰/۳۴	۰/۵۹
	توزيع نامعادلانه ثروت	۰/۴۷	۰/۲۲			
	فقرا اکثريت	۰/۶۲	۰/۳۸			
	رسيدن به حق خود	۰/۶۸	۰/۴۶			
سرمایه اجتماعی	اسهام اجتماعی	۰/۶۵	۰/۴۲	۰/۷۶	۰/۴۹	۰/۷۲
	اعتماد اجتماعی	۰/۷۴	۰/۵۴			
	روابط متقابل	۰/۸۰	۰/۶۴			
	کنترل اجتماعی	۰/۷۱	۰/۵۰			
	مشارکت اجتماعی	۰/۶۲	۰/۳۸			

در بخش ساختاری همچنان که مشاهده می‌شود متغیر احساس نابرابری تأثیر منفی (۰/۴۴-) بر سرمایه‌ی اجتماعی دارد یعنی با افزایش احساس نابرابری از میزان سرمایه‌ی اجتماعی افراد در جامعه کاسته می‌شود. احساس نابرابری به طور مستقیم سلامت عمومی را نیز تحت تأثیر قرار داده است (۰/۴۷-). در مقابل تأثیر سرمایه‌ی اجتماعی بر سلامت عمومی در بین دانشجویان (۰/۴۱) می‌باشد. یعنی سرمایه‌ی اجتماعی اثر افزایشی و مؤثری روی سلامت افراد دارد.

شاخص‌های نیکویی برازش هم نشان از برازش خوب مدل دارد. میزان کای سکور برابر ۵۶/۳۲ می‌باشد که در حد قابل قبولی است همچنین شاخص RMSEA برابر ۰/۰۸۶ است که بر اساس گفته گارسون بالاتر از میزان مورد قبول (۰/۰۸) می‌باشد.

نهایتاً اینکه ارزش P در این مدل حدود ۰/۵۲۰ می‌باشد که بیشتر از میزان مورد نظر (۰/۰۵) است و حاکی از آن است که مدل توسعه داده شده تفاوت معنی داری با آنچه در واقعیت است، ندارد و به عبارت دیگر مدل توسعه داده شده در حد نسبتاً خوبی با واقعیت «برازش» دارد.

مدل ریزرول



شکل شماره ۳-مدل ریزرول احساس نابرابری، سرمایه اجتماعی و سلامت عمومی

نتیجه گیری

نتایج این پژوهش در مورد هر سه سازه مورد بررسی (احساس نابرابری، سرمایه اجتماعی و سلامت عمومی) نشان می‌دهد که میزان احساس نابرابری در بین پاسخگویان در حد بالایی قرار دارد (۵/۱۲) بدین معنی که افراد شرکت کننده در این پژوهش بر این باور هستند که نابرابری و توزیع ناعادلانه منابع در جامعه در سطح بالایی قرار دارد. در ارتباط با سرمایه اجتماعی، نتایج به دست آمده گویای این امر است که سطح سرمایه اجتماعی در کل (۳/۰۶۸) در حد پایین قرار دارد. در مورد سلامت عمومی نیز مقادیر بیانگر آن است که سطح سلامت عمومی پاسخگویان برابر با (۲/۸۸۲) می‌باشد که در حد پایین قرار دارد.

یافته‌های این پژوهش حاکی از آن است که در مجموع بین سرمایه اجتماعی و سلامت عمومی رابطه‌ی مثبت و معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر هر چقدر میزان سرمایه اجتماعی فرد افزایش یابد، وضعیت سلامت وی نیز ارتقا می‌یابد. همچنین نتایج رگرسیون چند متغیره نشان داد که

ابعاد سرمایه اجتماعی به تنهایی نیز در بهبود سلامت افراد تأثیر معنی داری دارند که در این میان، روابط متقابل با اطرافیان با ضریب (۰/۳۰۳) بیشترین سهم را در تبیین متغیر وابسته (سلامت عمومی) داشته است.

از سوی دیگر یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر این امر است که احساس نابرابری، هم با سلامت عمومی و هم با سرمایه‌ی اجتماعی رابطه‌ی منفی و معنی داری دارد. بدین معنی که وجود احساس نابرابری در جامعه، هر دو پدیده سلامت عمومی و سرمایه اجتماعی را با تهدید جدی روبرو ساخته است.

علاوه بر یافته‌های فوق، نتایج به دست آمده از تحلیل معادلات ساختاری در تحقیق حاضر حاکی از آن است که احساس نابرابری هم بر سرمایه اجتماعی و هم بر سلامت عمومی افراد تأثیر منفی دارد. به عبارت دیگر هر چقدر میزان نابرابری و یا احساس نابرابری در جامعه افزایش یابد، سطح سرمایه اجتماعی افراد کاهش می‌یابد و این امر ارتقای سلامت افراد جامعه را با مشکل مواجه می‌سازد.

با توجه به این که نتایج تحقیق حاضر با بیشتر یافته‌های تحقیقات قبلی (کاولچی و همکاران، ۱۹۹۸، رز، ۲۰۰۰، ویلکینسون، ۱۹۹۷، ویلیامز، ۱۹۹۹، پورتینگا، ۲۰۰۶، هیپا و ماک، ۲۰۰۱) هم خوانی دارد و در واقع از آن‌ها حمایت می‌کند، می‌توان ادعا کرد که تحقیق حاضر از پشتوانه تئوریک قوی و محکمی برخوردار است و نتایج حاصل از آن را با اطمینان می‌توان به جامعه آماری تعمیم داد. بنابراین با در نظر گرفتن این یافته پیشنهادهای زیر را می‌توان مطرح نمود:

انجام مطالعات متناوب در مورد سنجش سطح سلامت عمومی افراد و آگاهی از وضعیت موجود. توزیع عادلانه منابع، نظارت دقیق بر توزیع درآمد، کالاها و خدمات در مناطق مختلف کشور و نیز میان اقشار مختلف مردم و تلاش برای کاهش سطح نابرابری و شکاف طبقاتی.

تقویت اعتماد متقابل بین اعضای جامعه و نیز اعتماد به مسئولان.

با توجه به تأثیر کنترل اجتماعی غیر رسمی بر سلامت افراد، پیشنهاد می‌شود تا با آگاه کردن افراد نسبت به عواقب منفی بی تفاوتی اجتماعی به خصوص در مورد رفتارهای مخاطره آمیز، احساس مسؤولیت افراد جامعه را بالا برده و آن‌ها را به برخورد با مروجان رفتارهای مخاطره آمیز برای سلامتی

(استعمال دخانیات، مصرف مشروبات الکلی، مصرف مواد مخدر، رفتارهای جنسی نامشروع و...) تشویق کند.

فراهم نمودن بستر مناسب برای گسترش گروه‌ها و سازمان‌های غیر دولتی و سپردن برخی وظایف به نهادهای کوچک و کمتر متمرکز.

فراهم نمودن زمینه‌های شکل‌گیری و گسترش احزاب و انجمن‌های گوناگون و سهم کردن آن‌ها در تصمیم‌گیری‌های محلی و منطقه‌ای و فراهم نمودن زمینه‌ی مشارکت مردم در انجمن‌های داوطلبانه.

سیاست‌گذاران حکومت باید تلاش کنند بین نیازها و فرصت‌های موجود تعادل برقراری نمایند تا افراد دغدغه‌خاطر اندکی در زمینه تأمین نیازهای اساسی زندگی احساس کنند. زمانی که فرصت‌های موجود نتوانند نیازهای جامعه را برآورده کنند افراد برای دستیابی به فرصت‌های محدود به انواع رفتارها و کنش‌های منفی (دروغ‌گویی، حيله، زور، پارتی بازی و...) روی می‌آورند که تداوم آن آسیب‌های جبران‌ناپذیری بر سطح اعتمادی اجتماعی وارد می‌کند و سطح سرمایه‌ی اجتماعی را کاهش می‌دهد.

منابع

- Coleman, J.S. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology* 95, 95-120
- Harpfham, T & etal (2003). Mental Health and Social Capital in Cali, Colombia. *social Science and medicine*. 53:1-11.
- Freelander, Sara (2007). The Importance of Different Forms of Social Capital for Health. *Act Sociological*. Vol 50(2):115-128
- Fratiglioni, L., Wang, H.-X., Ericsson, K., Maytan, M. and Win bland, B. (2000) 'Influence of Social Network on Occurrence of Dementia: A Community-Based Longitudinal Study', *The Lancet* 355: 1315-19
- Hyypää, M. T. and Mäki, J. (2001) 'Individual-Level Relationships between Social Capital and Self-Rated Health in Bilingual Community', *Preventive Medicine* 32: 148-55.
- Kawachi, I. (2006). Commentary: social capital and health: Making the Connections One step at the Time. *International Journal of Epidemiology*. 35:989-93.
- Kawachi, I. And Berkman, L (2000). Social Cohesion, Social Capital and Health: in L. Berkman and L. Kawachi (eds) *social epidemiology*, p: 180-4. Oxford University Press.
- Kawachi, I. & et al. (1997). Social capital, Income Inequality and Mortality. *American Journal of Public Health*. 87: 1491-1498
- Kawachi, I. & Brekman, L. (2001). social ties and mental health. *Journal of Urban Health*. 78.no:5. 458-467.
- Kennedy, Bruce P.; Ichiro Kawachi, Roberta Glass and Deborah Prothrow-Stith. 1998. "Income Distribution, Socioeconomic Status and Self-Rated Health in the United States," *B rit. Med. J.* 317, pp. 21-917
- Lindström, M., Hanson, B. S., Östergren, P.-O. And Berglund, G. V. (2000) 'Socioeconomic Differences in Smoking Cessation: The Role of Social Participation', *Scandinavian Journal of Public-Health* 28: 200-8
- Lin, N., -Ye, X. and Ensel, W. M. (1999) 'Social Support and Depressed Mode: A Structural Analysis', *Journal of Health and Social Behavior* 40: 334-59
- Mckenzie, K. & etal (2002). Social Capital and Mental Health. *British Journal of Psychiatry*, 181; 280-283.
- Poortinga, W. (2006) 'Perceptions of the Environment, Physical Activity, and Life Quality', *Social Science and Medicine* 63: 2835-46.

- Rose, r.(2000).How Much dose Social Capital add to Individual Health?Social science and Medicine.Vol:51.1424-1435
- Veenstra.G.(2000 Social capital, SES and health: an individual-level analysis. Social Science & Medicine 50: 619-629.)
- Putnam, R. (1993) Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy. Princeton, NJ: Princeton University Press
- Rose, o.=(2000) 'How Much Does Social Capital Add to Individual Health? A Survey Study of Russians',Social Science and Medicine 51: 1421-35.
- Trieber, F., Batanowski, T., Broden, D., Strong, W., Levy, M. and Knox, W. (1999)'Social Support for Exercise: Relationship to Physical Activity in Young Adults', Preventive Medicine 20: 737-50.
- Williams, B., Campbell, C. and MacPhail, C. (1999) Managing HIV/AIDS in South Africa: Lessons from Industrial Settings. Johannesburg: CSIR
- Wilkinson, R. (1996) Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality.London: Routledge
- Winter,In.(2000).Towards a Theorised Understanding of Family Life and Social Capital.www.aifs.org.au.





پښتونستان ښار علمي او مطالعاتي مرکز
پښتونستان ښار علمي مرکز

==
==
==
==

==
==