

رابطه سرمایه اجتماعی با ارتقای سلامت شهروندان شهر مشهد

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۹/۶

سال سیزدهم، شماره اول، پاییز ۱۳۹۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱/۱۹

شماره صفحه: ۷-۳۴

پژمان ابراهیمی^۱

غلامرضا حسنی درمیان^۲

علیرضا افشانی^۳

چکیده

سلامت، به عنوان یکی از شاخص‌های اصلی توسعه یافتگی جوامع و حقوق جهانی بشر، از موارد مورد تأکید اکثر کشورهاست. یکی از عواملی که بر سلامت اعضای جامعه مؤثر است، سرمایه اجتماعی است. از این رو، هدف اصلی این مقاله، بررسی رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت شهروندان جامعه مورد بررسی است. جامعه آماری این تحقیق شهروندان سی سال و بالاتر شهر مشهد بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای تعداد ۳۸۴ نفر از آنها انتخاب شدند. جهت انجام تحقیق و گردآوری داده‌ها نیز از روش پیمایش و ابزار پرسشنامه استاندارد سلامت SF-۳۶ و پرسشنامه محقق ساخته سرمایه اجتماعی استفاده شده است. نتایج به دست آمده نشان داد افراد شاغل در مقایسه با غیرشاغلین و مردان در مقایسه با زنان، از میانگین نمره سلامت بالاتری برخوردار بوده‌اند. همچنین میزان همبستگی بین سرمایه اجتماعی و سلامت برابر با ۰/۶۱۸ بود. در مورد ابعاد سرمایه اجتماعی نیز نتایج بیانگر آن است که هنجار اجتماعی دارای بیشترین ضریب همبستگی (۰/۶۰۳) با سلامت است و در اولویت‌های بعدی نیز به ترتیب متغیرهای شبکه اجتماعی و اعتماد اجتماعی قرار دارند. نتایج مدل معادلات ساختاری تحقیق نشان داد که ۲۹٪ از تغییرات متغیر وابسته (سلامت)، توسط ابعاد سرمایه اجتماعی تبیین می‌شود.

واژگان کلیدی: سلامت، سرمایه اجتماعی، هنجار اجتماعی، شهروندان مشهد

pezhman.ebrahimi@yahoo.com

gh-hassani@um.ac.ir

afshanalireza@yazduni.ac.ir

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد دانشگاه فردوسی مشهد

۲. استادیار جمعیت‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد

۳. دانشیار جامعه‌شناسی دانشگاه یزد

مقدمه و بیان مسأله

سلامت را محور توسعه اقتصادی اجتماعی تلقی می‌کنند. اگر هدف کلیه‌ی سیاست‌های اجتماعی، رفاه جامعه باشد، کلید ورود به رفاه جامعه، ابتدا امید به زندگی مناسب و سالم و سپس کیفیت زندگی است که هیچ‌یک بدون داشتن سلامت امکان‌پذیر نیست. توسعه بدون وجود انسان سالم، قابل درک نیست. به گفته ماehler^۱، رئیس پیشین سازمان جهانی بهداشت، سلامت اگر همه‌چیز نیست، همه‌چیز بدون سلامت هیچ است (هزارجریبی و مهری، ۱۳۹۱: ۴۲).

سلامت مفهومی انتزاعی و چندبعدی است. سازمان جهانی بهداشت سلامتی را چنین تعریف کرده است: «حالتی از بهزیستی کامل فیزیکی، روانی و اجتماعی، نه فقط فقدان بیماری و ناراحتی» (WHO, 2007: 7). بنابراین مفهوم سلامتی از حالت یک‌بعدی خارج شد و بر پایه سلامت روانی، جسمانی و اجتماعی استقرار یافت که متخصصانی چون جامعه‌شناسان، مددکاران اجتماعی و روان‌شناسان به مطالعه آن می‌پردازند (افشانی و شیرینی محمدآباد، ۱۳۹۶: ۲).

در بهداشت عمومی، پذیرش و تأیید فزاینده‌ای بر این اعتقاد به وجود آمده که سلامت نه تنها توسط عوامل رفتاری، زیستی و ژنتیکی، بلکه توسط گستره‌ای از عوامل اقتصادی، محیطی و اجتماعی تعیین کننده، تعیین می‌گردد. برخی مطالعات نشان داده که در بین عوامل مؤثر بر ایجاد سلامت، سهم هر دسته از عوامل حدوداً به قرار زیر است: سهم سیستم ارائه سلامت (بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها، ...) به میزان ۲۵٪، سهم عوامل ژنتیکی و بیولوژیک ۱۵٪ و سهم عوامل فیزیکی، زیست‌محیطی و عوامل رفتاری، ۱۰٪ است. این در حالی است که سهم عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، ۵۰٪ است (مرندی، ۱۳۸۵: ۴۴).

رشد و گسترش عوامل روانی، جسمانی، اجتماعی و معنوی و نقش آنها در سلامت کشورهای جهان سوم، به‌خصوص در کشور ایران، هم‌زمان با رشد و توسعه سرمایه اجتماعی بوده است (ساعی، ۱۳۸۸: ۱). سرمایه اجتماعی، یکی از مفاهیمی است

1. Mohler

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 صاحب‌نظران بوده است. سرمایه اجتماعی، موضوعاتی اعم از شدت و کیفیت روابط و تعاملات بین افراد و گروه‌ها، احساس تعهد و اعتماد دوجانبه نسبت به هنجارها و ارزش‌های مشترک را شامل می‌گردد که می‌تواند افراد و گروه‌ها را به یکدیگر پیوند دهد و به‌عنوان پایه مهم پیوستگی اجتماعی در نظر گرفته شود.

السینا و لافارا (Alesina & LaFerrara, 2000) اشاره می‌کنند که سرمایه اجتماعی مجموعه‌ای از منابع واقعی یا بالقوه‌ای است که در ارتباط با شبکه‌ای منسجم از روابط بیشتر یا کمتر نهادینه شده از آشنایی و شناخت متقابل است که حتی همیاری و هماهنگی افراد را برای دستیابی به منافع مشترک تسهیل می‌کند و سود سرمایه‌گذاری در زمینه سرمایه فیزیکی و سرمایه انسانی را افزایش می‌دهد (پاتنام^۱، ۱۳۸۴: ۹۵). علاوه بر این، سرمایه اجتماعی پدیده‌ای است که حاصل تأثیر نهادهای اجتماعی، روابط انسانی و هنجارها بر روی کیفیت تعاملات اجتماعی است و تجارب بانک جهانی نشان می‌دهد که این پدیده، تأثیر قابل توجهی بر اقتصاد و توسعه کشورهای مختلف دارد و در چند دهه‌ی اخیر، در تمام مسائل و پدیده‌های اجتماعی و فرهنگی ریشه دوانیده است که این مفهوم، با هر موضوع اجتماعی می‌تواند پیوند معنادار داشته باشد و اخیراً به‌عنوان یک عامل اجتماعی مؤثر بر سلامت عمومی و اجتماعی جامعه اثرگذار است (تاجبخش، ۱۳۸۴: ۱۰).

سرمایه اجتماعی از عناصری چون شبکه اجتماعی، هنجارهای اجتماعی و اعتماد اجتماعی مشتق شده است. شبکه اجتماعی، یکی از عناصر کلیدی سرمایه اجتماعی است که از طریق ایجاد نوعی شبکه حمایتی رسمی و غیررسمی بر سلامت تأثیر مثبت دارد، زیرا که به‌واسطه ایجاد ارتباط هدفمند و تقویت روابط اجتماعی، افراد را از انزوای اجتماعی رهانیده و آثار سودمندی بر سلامتی آنان دارد. هم‌چنین شبکه اجتماعی قوی، خدمات بهداشتی مناسب‌تری را تقاضا می‌کند و بدین‌واسطه زمینه ارتقای سلامت افراد

را فراهم می‌آورد.

سرمایه اجتماعی موجب رشد اعتماد نیز می‌گردد و این در حالی است که نوعی رابطه متقابل بین اعتماد اجتماعی و سلامت وجود دارد، به گونه‌ای که به همراه اعتماد، مفاهیمی مانند همکاری، امید و دگرخواهی مطرح می‌شود و در جامعه‌ای که اعتماد هست، نوعی همدلی، همبستگی و وفاق وجود دارد که این همدلی، موجب افزایش آرامش و در نهایت، بهبودی در سلامت می‌گردد. هنجارهای اجتماعی نیز از طریق سازوکار کنترل و نظارت بر رفتارهای زیان‌مند و افزایش احتمال پذیرش هنجارهای رفتار سالم بر ارتقاء سلامت کمک می‌کند (افشانی و شیرینی محمدآباد، ۱۳۹۶: ۳).

علت انتخاب شهر مشهد بر اساس تجارب زیسته و علمی محقق به چند دلیل بوده است. یکی این که شهر مشهد به عنوان دومین کلانشهر ایران، یکی از شهرهای مهم مذهبی کشور محسوب می‌شود که بیش از ۵۰٪ جمعیت استان خراسان را در خود جای داده و حاشیه‌نشینان این شهر، ۱/۳ جمعیت سه میلیونی آن را تشکیل می‌دهند. دوم این که آثار سوء حاصل از رشد روزافزون جمعیت، شیوه‌های زندگی شهرنشینی، منابع طبیعی محدود، گسترده‌تر شدن ابعاد تخریب‌ها و آلودگی‌های زیست‌محیطی، ناکافی بودن خدمات و زیرساخت‌ها، بیکاری و فقر، بافت‌های فرسوده شهری، سکونت غیررسمی و ... زمینه‌ی وسیعی از عوامل تهدید کننده‌ی سلامت و کیفیات زندگی شهروندان را در شهر مشهد فراهم کرده است (تاجدار، رفیعیان و تقوایی، ۱۳۸۹: ۱۰۲). از این‌رو، بررسی سلامت شهروندان به یک ضرورت تبدیل شده است. بنابراین از جمله اهداف اصلی پژوهش حاضر پاسخگویی به سؤالات ذیل است:

۱- وضعیت سرمایه اجتماعی و سلامت شهروندان سی سال و بالاتر شهر مشهد چگونه است؟

۲- چه ارتباطی میان سرمایه اجتماعی با سلامت شهروندان سی سال و بالاتر شهر مشهد وجود دارد؟

مروری بر تحقیقات پیشین

امینی رارانی، موسوی و رفیعی (۱۳۹۰) تحقیقی با عنوان "رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی در ایران" انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که بین سرمایه اجتماعی و متغیرهای فقر، رشد طبیعی جمعیت، خشونت، میزان باسوادی، میزان بیکاری و پوشش بیمه، به عنوان بیان‌گرهای سلامت اجتماعی، رابطه آماری معنی‌داری وجود دارد. در مجموع، پس از انجام تحلیل عاملی اکتشافی و محاسبه نمره سلامت اجتماعی کل، رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی کل در ایران با مقدار همبستگی ۰/۵۴ تأیید شد.

سیدان و عبدالصمدی (۱۳۹۰) مطالعه‌ای تحت عنوان "رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان زنان و مردان" انجام دادند. یافته‌های پژوهش حاکی از روابط معنادار و همبستگی بین متغیر سرمایه اجتماعی و شاخص‌های آن شامل مشارکت اجتماعی، شبکه حمایت اجتماعی، اعتماد اجتماعی، اعتماد شخصی و اعتماد تعمیم یافته با سلامت روان است.

شربتیان (۱۳۹۱) پژوهشی را با عنوان "تأملی بر پیوند معنایی مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و میزان بهره‌مندی از سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه پیام‌نور مشهد" مورد بررسی قرار داد. نتایج نشان داد که تمامی ابعاد سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی رابطه معناداری دارند و از بین متغیرهای زمینه‌ای، وضعیت تأهل و جنسیت با سلامت اجتماعی رابطه دارد. همچنین نتایج به دست آمده از تحلیل رگرسیون نشان داد که ۵۹٪ از تغییرات واریانس سلامت اجتماعی، به وسیله دو متغیر اعتماد و مشارکت اجتماعی تبیین می‌شود.

کوششی و دیگران (۱۳۹۵) به بررسی تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت سالمندان ۶۰ سال و بالاتر در مناطق شهری مشهد پرداختند. نتایج تحقیق نشان داد که سلامت سالمندان در شهر مشهد در حد متوسط است، اما سلامت مردان بیشتر از زنان است. تحصیلات بالاتر، دارای همسر بودن، وضعیت اقتصادی مطلوب بر سلامت تأثیر مثبتی دارد. سرمایه اجتماعی به عنوان مؤثرترین متغیر، ۲۰٪ از تغییرات سلامت سالمندان را

تبیین کرده و در مجموع، ۳۷٪ تغییرات سلامت توسط متغیرهای تحقیق تبیین شده است.

شربتیان (۱۳۹۵) به مطالعه جامعه‌شناختی تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت روانی زوج‌های جوان بیرجند پرداخت. یافته‌های تحقیق نشان داد که رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روانی زوجین، معنادار است. در این پژوهش، سرمایه اجتماعی درون‌گروهی شناختی، بیشترین ضریب همبستگی را بر سلامت روانی زوجین داشته و رابطه بین این دو متغیر نیز براساس تحلیل رگرسیونی و تحلیل مسیر، معنادار و مستقیم به‌دست آمده است.

افشانی و شیری محمدآباد (۱۳۹۶) نقش سرمایه اجتماعی در ارتقای سلامت اجتماعی زنان شهر یزد را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه دست یافتند که ارتباط معنادار و مستقیمی بین سرمایه اجتماعی و ابعاد آن با سلامت اجتماعی وجود دارد. در خارج از ایران کاواچی، کیندی و گلس (Kawachi, Kennedy & Glass, 1999) از جمله کسانی بودند که یکی از اولین تحقیقات را در مورد رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت انجام دادند. آنها با استفاده از داده‌های "سامانه پایش عامل خطر رفتاری" در ۳۹ ایالت آمریکا مشاهده کردند که عوامل سطح فردی، از قبیل درآمد پایین، کم‌سواد و مصرف دخانیات، شدیداً با وضع نامناسب سلامت هم‌بسته است، اما حتی پس از کنترل این متغیرها، اثر زمینه‌ای سرمایه اجتماعی بر وضع سلامت مشاهده می‌شد. نتایج تحقیقات وینسنس، املن و استافستروم (Vincens, Emmelin & Stafstrom, 2018) نتایج نشان داد که سرمایه اجتماعی بر سلامت اثرگذار است و نابرابری‌های بهداشتی را توضیح می‌دهد.

فیوریلو و ساباتینی (Fiorillo & Sabatini, 2015) به بررسی ساختار سرمایه اجتماعی و سلامت در ایتالیا پرداختند. نتایج تحقیق بیانگر این بود افرادی که هر روز یا حداقل دو بار در هفته با دوستان‌شان ملاقات می‌کنند، احتمال بیشتری وجود دارد که سلامت خود را بهتر گزارش دهند.

لی و ژانگ (Li & Zhang, 2015) به بررسی انواع شبکه اجتماعی و سلامت سالخوردگان به بررسی ارتباط بین شبکه اجتماعی (خانواده، دوستان و ...) و تأثیر آن بر روی سلامتی (جسمی، روان‌شناختی و به‌طور کلی سلامتی) پرداختند. تحلیل‌ها حاکی از آن است که رابطه‌ی قوی بین انواع شبکه اجتماعی و سلامتی وجود دارد. در پژوهشی که توسط استوری (Story, 2013) درباره سرمایه اجتماعی و سلامتی در کشورهای کمتر توسعه یافته صورت گرفته یافته‌ها حاکی از آن بود که تحقیق در ارتباط با رابطه سلامت و سرمایه اجتماعی به طرز چشمگیری در حال افزایش است. علاوه بر این، بررسی‌ها نشان می‌دهد که سرمایه اجتماعی یک عامل مهم در بهبود سلامتی است. مومن و دیگران (Mohnen & et al., 2011) در تحقیقی به بررسی سرمایه اجتماعی و سلامت فردی در کشور هلند پرداختند. نتایج تحقیق نشان داد که بین سرمایه اجتماعی با سلامت رابطه مثبت وجود دارد و سرمایه اجتماعی، مهم‌ترین تعیین‌کننده سلامت فردی است.

هرتادو، کاواچی و سودارسکی (Hurtado, Kawachi & Sudarsky, 2011) در پژوهشی به بررسی سرمایه اجتماعی و سلامت در کلمبیا پرداختند. هدف تحقیق بررسی ارتباط اجزای مختلف سرمایه اجتماعی با سلامت شهروندان کلمبیایی بود. نتیجه تحقیق نشان داد که از بین ابعاد سرمایه اجتماعی، بعد شناختی (اعتماد و روابط متقابل بین فردی) نقش مؤثری در ارتقای سلامت دارد.

چارچوب نظری

عموماً دو رویکرد متفاوت در تعریف سلامت وجود دارد که عبارتند از: (۱) رویکرد بیماری‌محور: این رویکرد با حضور و عدم حضور بیماری در مقوله‌های مختلف جسمانی و روانی محدود شده است. از این منظر سلامتی حالتی است که علائم بیماری در فرد وجود نداشته باشد و سلامت هدف نهایی پزشکی باشد. در این دیدگاه، نقش عوامل تعیین‌کننده زیست‌محیطی، اجتماعی و روان‌شناختی نادیده گرفته می‌شود. هم‌چنین این الگو در حل بسیاری از مسائل اساسی بهداشتی انسان از

جمله اعتیاد، بیماری‌های روانی و ... نارسا بوده است.

۲) رویکرد سلامتی‌محور: این رویکرد سلامت را به‌عنوان حالت برخوردارگی از درجه بالایی از بهزیستی تعریف می‌کنند. طبق نظریه سلامتی، فردی سالم فرض می‌شود که درجات عالی شاخص‌های سلامت را دارا باشد (زارع شاه‌آبادی و کاظمی، ۱۳۹۴: ۵۱). داوانی و دیگران عقیده دارند که سلامت حقیقی، فرایند نیرومند شدن و قادر بودن توأم با داشتن یک زندگی خوب را منعکس می‌کند. این رویکرد که در حیطه‌ی روان‌شناسان مثبت‌نگر قرار دارد به استعدادها و توانمندی‌های انسان، به‌جای پرداختن به ناهنجاری‌ها و اختلال‌ها توجه می‌کند و هدف نهایی خود را شناسایی سازه‌ها و شیوه‌هایی می‌داند که بهزیستی و شادکامی انسان را به‌دنبال دارد (شربتیان، ۱۳۹۱: ۱۵۶).

یکی از متفکران حوزه سلامت که اشارات جامعه‌شناختی و روان‌شناختی در کار او کاملاً به چشم می‌خورد، کییز^۱ است. طبق نظر وی، حلقه مفقوده در تاریخچه مطالعات مربوط به سلامت و خصوصاً سلامت ذهن، پاسخ به این سؤال است که آیا ممکن است کیفیت زندگی و عملکرد شخصی افراد را بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد. کییز نیز مثل لارسن^۲ معتقد است سلامت روانی، کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد است که نمی‌توان آن را بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد و عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت روانی و هیجانی است و شامل تکالیف و درگیری‌های اجتماعی است. از این‌رو، او سلامت اجتماعی را ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که عضو آنها است، معرفی می‌کند. وی بر این اساس، مدل پنج‌عاملی خویش را مطرح می‌کند که در آن پنج عامل انسجام، پذیرش، شکوفایی، مشارکت و انطباق اجتماعی شاخص‌های سلامت را تشکیل می‌دهند (همان: ۱۵۷).

کییز بُعد سلامت روانی و اجتماعی را نشانه کارکرد مثبت می‌خواند و می‌گوید اگر فرد شرایط دو بعد سلامت احساسی (احساس خوب و رضایت از زندگی) و بعد کارکرد مثبت را داشته باشد، از سلامت روانی برخوردار است. وی این وضعیت را بالندگی می‌نامد.

1. Keyes

2. Larsen

افراد بالنده، احساس خوبی به زندگی دارند و در رابطه با دیگران و در جامعه، فعال و سازنده‌اند. کیبیز، نبود سلامت روانی را پژمردگی می‌خواند. افراد پژمرده، احساس خوبی به زندگی ندارند و کارکرد روانی و اجتماعی شان مشکل دارد. این افراد دچار یأس و نومییدی بوده و زندگی خود را پوچ و خالی می‌بینند (شربتیان و ایمنی، ۱۳۹۶: ۱۱۶).

پس از بررسی و توصیف سلامت به بررسی و تعریف سرمایه اجتماعی و ابعاد آن به‌عنوان متغیر دیگر تحقیق می‌پردازیم. اصطلاح سرمایه اجتماعی را اولین بار یک معلم آمریکایی به نام هانیفن^۱، جهت تبیین دگرگونی‌هایی که در روابط اجتماعی دانش‌آموزان مشاهده کرده بود، به کار گرفت. بعد از هانیفن، مفهوم سرمایه اجتماعی برای مدتی به حاشیه رفت تا این که جین جاکوب^۲ در دهه ۱۹۶۰ میلادی این مفهوم را در حیطه برنامه‌ریزی شهری مورد استفاده قرار داد. بعد از جین جاکوب، گلن لوری و ایوان لایت^۳ در دهه ۱۹۷۰ میلادی مفهوم سرمایه اجتماعی را به منظور شناسایی منابع اجتماعی و توسعه انسانی به کار بردند، اما گسترش نظری و تجربی مفهوم سرمایه اجتماعی، مرهون تلاش اندیشمندانی نظیر پی‌یر بوردیو، جیمز کلمن و رابرت پاتنام^۴ است (مجدی و محمدی، ۱۳۹۵: ۱۶۶).

بوردیو، سرمایه اجتماعی را در بستر شبکه‌های اجتماعی و ارتباطات تعریف می‌کند. او بیان می‌کند که ارتباطات یک فرد در شبکه، در نتیجه‌ی تجمع مبادلات، تعهدات و هویت به اشتراک گذاشته می‌شود که موجبات ارائه پشتیبانی بالقوه و دسترسی به منابع را برای افراد فراهم می‌آورد (کوششی و دیگران، ۱۳۹۵: ۱۱۵).

به نظر جیمز کلمن، کنشگران به رویدادهایی که تحت کنترل کنشگران دیگر است علاقه دارند و همین مسأله، باعث ایجاد روابط اجتماعی می‌گردد که در طول زمان تا اندازه‌ای پایدار می‌ماند (کلمن، ۱۳۷۲).

از نظر پاتنام سرمایه اجتماعی، شبکه‌ها و هنجارها و اعتمادی است که مشارکت کنندگان را قادر می‌سازد تا به‌طور مؤثری با همدیگر کنش داشته باشند و اهداف مشترک‌شان را پیگیری کنند. او با تأکید روی هنجارهای مشارکت مدنی اضافه می‌کند که این منابع

1. Hanifen

2. Jane Jacob

3. Glen Laurie & Ivan Lite

4. Pierre Bourdieu, James Coleman & Robert Putnam

(شبکه‌ها، هنجارها و اعتماد) در جوامع مدنی، خود خصلتی تقویت کننده دارند و باعث ارتقای همکاری، مشارکت مدنی، اعتماد متقابل و رفاه اجتماعی می‌گردند (پاتنام، ۱۳۸۰: ۳۰۰).

با جمع‌بندی نظرات ارائه شده توسط صاحب‌نظران این حوزه می‌توان سرمایه اجتماعی را مجموعه‌ای از شبکه‌ها، هنجارها و ارزش‌هایی دانست که موجب تسهیل همکاری درون‌گروهی و برون‌گروهی افراد جامعه به منظور دستیابی به منافع متقابل و رسیدن به اهداف مشترک به شیوه‌ای موفقیت‌آمیزتر می‌گردد. در واقع سرمایه اجتماعی، شبکه‌ها و هنجارها و ارزش‌هایی است که به اعضای واحد اجتماعی (گروه، محله، اجتماع سازمان و جامعه) امکان می‌دهد تا در یک نوع اقدام جمعی مشارکت نمایند که حاصل آن، کسب منافع متقابل است.

بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامتی را می‌توان به زمانی نسبت داد که امیل دورکیم^۱ جامعه‌شناس کلاسیک فرانسوی قرن نوزدهم توانست بین میزان خودکشی (به‌عنوان آشکارترین شکل ناسلامتی) با سطوح یکپارچگی و همبستگی اجتماعی و تنظیم اجتماعی، رابطه‌ای را اثبات نماید. از آن زمان تاکنون پژوهش‌های متعددی متأثر از مفهوم یکپارچگی یا ادغام اجتماعی دورکیم، تحت عناوینی نظیر شبکه‌های روابط اجتماعی، حمایت اجتماعی و هم‌اکنون تحت عنوان سرمایه اجتماعی به منظور کشف روابط همبستگی و علی بین عوامل اجتماعی و سلامتی صورت گرفته است (ریاحی، ۱۳۸۷: ۷۴).

ورود مفهوم سرمایه اجتماعی به حوزه سلامتی را شاید بتوان به نوشته‌ها و پژوهش‌های دو تن از صاحب‌نظران یعنی رابرت پاتنام (بویژه کتاب دموکراسی و سنت‌های مدنی) و ویلکنیسون^۲ نسبت داد.

در چند دهه اخیر، تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت به‌طور وسیع بررسی شده است. نتایج حاصل از تحقیقات اولیه نشان داد که ابعاد سرمایه اجتماعی (شبکه‌ها، اعتماد، هنجارها و روابط متقابل) به‌طور مثبت و چشم‌گیری در حفظ و بهبود سلامت تأثیر دارد.

نظریه پردازانی هم‌چون لینچ و کاپلان (Lynch & Kaplan, 1997)، سرمایه اجتماعی

1. Emile Durkheim

2. Wilkinson

را نوعی انباشت سرمایه و شبکه‌هایی معرفی کرده‌اند که همبستگی اجتماعی، تعهد اجتماعی و در نتیجه نوعی عزت نفس و سلامت را در افراد به وجود می‌آورد. هارفام^۱ نیز معتقد است 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 را در زندگی کاهش دهد (موسوی و دیگران، ۱۳۹۴: ۱۱۴ - ۱۱۵).

ویلکنیسون نیز معتقد است جوامعی که توزیع درآمد در آنها شدیداً ناعادلانه است، از میزان اندکی از انسجام و یکپارچگی اجتماعی برخوردارند که یکی از راه‌های تأثیرگذاری درآمد بر سلامتی، وجود یا فقدان این منبع اجتماعی (انسجام اجتماعی) است. به عقیده وی، محرومیت‌های مادی و نابرابری درآمد صرفاً در پایین‌ترین سطوح توسعه اقتصادی، بر سلامتی تأثیر منفی دارند، اما با کاهش فقر در جوامع غنی، تنها علل روانی-اجتماعی‌اند که به‌عنوان عوامل مهم ایجاد کننده نابرابری‌ها در سلامتی نقش ایفاء می‌کنند (ریاحی، ۱۳۸۷: ۸۷).

پاتنام چهار دلیل عمده برای رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت برشمرده است:

- ۱- شبکه‌های اجتماعی می‌توانند کمک‌های مالی محسوسی به نیازمندان افراد شبکه خود کنند که این امر، باعث کاهش فشار روحی-روانی افراد عضو می‌شود.
- ۲- شبکه‌ها می‌توانند هنجارهای سالم را تقویت کنند.
- ۳- افراد شبکه برای دستیابی به خدمات بهداشتی و بهزیستی می‌توانند چانه‌زنی کنند.
- ۴- دادوستد و تعامل افراد در شبکه روابط اجتماعی، می‌تواند به تقویت سیستم ایمنی و دفاعی بدن فرد کمک کند (بهبودی و باستان، ۱۳۹۱: ۳۱).

بنابراین، مفروض است که فضاهای اجتماعی که دارای برخی از انواع مشارکت و اعتماد هستند، بهداشت مناسب را ایجاد و یا تسهیل می‌کنند. در حقیقت روابطی چون تعاون، رابطه متقابل و پذیرش این که نیازهای دیگران، نیازهای ما هستند، تأثیر عمیقی بر سلامتی و تندرستی دارند.

سرمایه اجتماعی از عناصری چون (اعتماد اجتماعی، شبکه اجتماعی و هنجار اجتماعی) مشتق شده است.

اعتماد به عنوان یکی از ابعاد و مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی، یکی از مهمترین شاخص‌ها و نشانگرهای مؤثر سلامت و بهزیستی است. عقیده اساسی این است که اعتماد افراد به یکدیگر و اعتماد آنها به نهادهای اجتماعی همراه با شکل‌گیری شبکه‌های اجتماعی سودمند می‌تواند اثرات مثبتی بر سلامت جسمی و روانی افراد و همچنین بر کارایی نظام داشته باشد (شارع‌پور، ۱۳۸۸: ۵). فلورین و اندرمن^۱ معتقدند شرکت کردن در جامعه از طریق مشارکت، این مفهوم را می‌رساند که افراد برای زندگی آرمان دارند و نشان دهنده سلامت و بهزیستی افراد است. گامسون^۲ نیز استدلال می‌کند که مشارکت در جنبش‌های اجتماعی، رشد هویت شخصی را در برمی‌گیرد و نشان دهنده فرصتی برای درک خود است (شربتیان و ایمنی، ۱۳۹۶: ۱۱۷). آلمدوم (Almedom, 2005) معتقد است که عضویت در یک سازمان و اعتماد به گروه‌ها و انجمن‌های شهری با سلامتی، همبستگی بالایی دارد. سطح بی‌اعتمادی نیز به‌طور معناداری با نرخ مرگ‌ومیر رابطه دارد، به طوری که یک فرد در اجتماعی با سطح پایین اعتماد، میزان بیشتری از بیماری‌های جسمانی و روانی را تجربه می‌کند. مطالعاتی که در حوزه سرمایه اجتماعی و سلامت به انجام رسیده است، گویای یک رابطه معنادار بین سرمایه اجتماعی و سلامت است. افرادی که از سرمایه اجتماعی فردی بالاتری برخوردارند، ناهنجاری‌های روانی کمتری را تجربه می‌کنند و کمتر دچار اختلالات ذهنی می‌شوند.

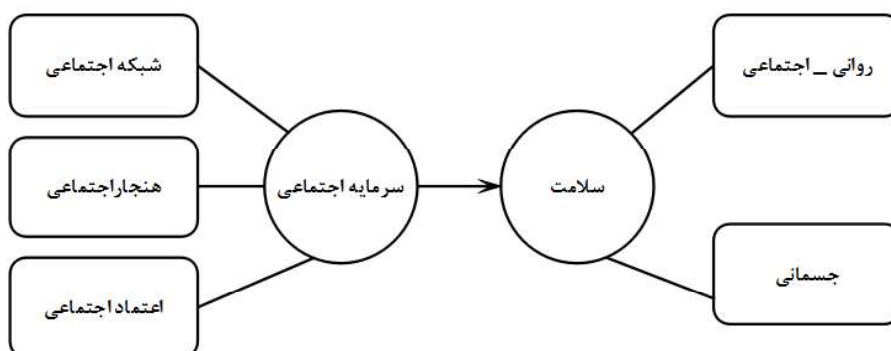
بر این اساس تأثیرات بالقوه سرمایه اجتماعی بر سلامت دست کم به دو شیوه است: اول این که تأثیر سرمایه اجتماعی ممکن است به صورت نتیجه مستقیم ویژگی‌های فردی و فعالیت‌هایی باشد که در سرمایه اجتماعی موجود در محلات دخیل است. به عنوان مثال، مشارکت در انواع مشخصی از شبکه‌ها یا ابراز اعتماد به صورت فردی ممکن است به سلامت اعضای شبکه و آنهایی که ابراز اعتماد می‌کنند به صورت مستقیم و صرفاً به خاطر عضو بودن در یک شبکه یا ابراز اعتماد کردن تأثیر داشته باشد. درگیر شدن (مسئولیت) انجمنی و یا

1. Florin & Andermann

2. Gamson

اعتماد بین فردی در برخی بافت‌ها و در همه آنها بر سلامت تأثیر داشته است. دوم این که سرمایه اجتماعی ممکن است از طریق تأثیر بر محیط‌های اجتماعی - سیاسی به طور غیرمستقیم بر سلامت مؤثر باشد. ممکن است برخی محله‌ها در بسیج منابع جمعی برای حل مشکلات محله‌ای با دلالت‌هایی بر بهداشت عمومی از سایر محله‌ها مجهزتر باشند. به عنوان مثال، اعتماد اجتماعی و سیاسی منظم و مشارکت در انجمن‌های داوطلبانه یا تعداد یا تراکم چنین شبکه‌های انجمنی ممکن است بر توانایی یک محله جهت توجه به مشکلات عمومی یا کاهش جرائم خشونت‌آمیز با دلالت‌هایی بر بهداشت و سلامت تأثیر داشته باشد (سلطانی بهرام و بهارلویی، ۱۳۸۹: ۵-۶).

مطالعات و پژوهش‌های مرتبط سرمایه اجتماعی با بخش‌های حوزه سلامتی بیانگر این است که این دو پدیده اجتماعی دارای نوسانات و تغییرات بسیاری در زمان‌های مختلفی در یک جامعه می‌باشند. سلامت شهروندان در سطوح فردی و عمومی با تغییر در میزان سرمایه اجتماعی، رابطه و همخوانی داشته است. به عبارت واضح‌تر، بالا بودن میزان سرمایه اجتماعی به دنبال خود، افزایش سطح سلامت فردی و عمومی، افزایش امید به زندگی، رفاه و رضایت‌مندی بیشتر و ... را به همراه داشته است. در حالی که سرمایه اجتماعی اندک، با افزایش میزان مرگ‌ومیر عمومی، مرگ‌ومیر حاصل از انواع سرطان‌ها، افزایش بیماری‌های قلبی، اختلالات روانی، خودکشی و ... همراه بوده است (ریاحی، ۱۳۸۷: ۸۳). براساس چارچوب نظری فوق، مدل نظری پژوهش به شکل ۱ ارائه می‌شود و مورد آزمون قرار می‌گیرد.



شکل ۱) مدل نظری پژوهش

فرضیات پژوهش

- بین سرمایه اجتماعی و سلامت شهروندان، رابطه مستقیم وجود دارد.
- بین شبکه اجتماعی و سلامت شهروندان، رابطه وجود دارد.
- بین هنجار اجتماعی و سلامت شهروندان، رابطه وجود دارد.
- بین اعتماد اجتماعی و سلامت شهروندان، رابطه وجود دارد.
- بین سن و سطح سلامت شهروندان، رابطه وجود دارد.
- بین متغیرهای جمعیت‌شناختی (جنسیت، وضعیت تأهل و وضعیت اشتغال) و سطح سلامت شهروندان، رابطه معناداری وجود دارد.

روش‌شناسی پژوهش

مطالعه حاضر به لحاظ اجرا از نوع پیمایشی، به لحاظ معیار زمان مقطعی، به لحاظ هدف کاربردی و از لحاظ میزان ژرفایی، پهنانگر است. جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش را جمعیت سی سال و بالاتر شهر مشهد تشکیل می‌دهند که تعداد آنها بر اساس سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۵، ۸۸۰۶۷۳ نفر مرد و ۸۷۰۳۳۸ نفر زن را شامل شده است. برای برآورد حجم نمونه ابتدا یک مطالعه مقدماتی روی ۳۰ نفر از افراد جامعه آماری انجام گردید، تا پراکندگی صفت مورد مطالعه (سلامت) مشخص گردد و سپس با استفاده از فرمول نمونه‌گیری کوکران با سطح اطمینان ۹۵٪ و دقت احتمالی ۵٪، حجم نمونه ۳۸۴ نفر تعیین گردید. روش نمونه‌گیری در این تحقیق، خوشه‌ای چندمرحله‌ای بوده است، به این صورت که ابتدا شهر مشهد را به دو خوشه بالا و پایین تقسیم کرده و در هر خوشه، تعدادی پرسشنامه توزیع شد. یافته‌های پاسخگویان بر اساس آمار توصیفی و استنباطی و با استفاده از آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و تی مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. برای بررسی اعتبار وسیله اندازه‌گیری، اعتبار محتوایی مد نظر بوده است که براساس آن ابزار گردآوری اطلاعات به رؤیت تعدادی از متخصصان رسید و براساس مشورت آنها در عین وفاداری به چارچوب اصلی مقیاس‌های استاندارد مورد نظر، برخی گویه‌ها اصلاح و بازنگری شد. برای سنجش

پایایی متغیرهای تحقیق نیز از آلفای کرونباخ استفاده شد. میزان آلفا برای گویه‌های میزان سرمایه اجتماعی برابر ۰/۸۳ و برای گویه‌های سطح سلامت برابر ۰/۸۲ بوده است که با توجه به این که میزان آنها از ۰/۷ بیشتر است، نشان از همبستگی درونی بالای گویه‌ها و مطلوب بودن پایایی ابزار پژوهش دارد.

تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرهای تحقیق

متغیر مستقل: سرمایه اجتماعی

از نظر کلمن، سرمایه اجتماعی برابند روابط میان افراد، گروه‌ها و اجتماع است که اعتماد می‌آفریند و این روابط و اعتماد در جای خود کنش جمعی را در رسیدن به هدف یا اهداف جمعی یاری می‌رساند (مجدی و محمدی، ۱۳۹۵: ۱۷۱). صاحب‌نظران و محققین مختلفی که به سنجش سرمایه اجتماعی پرداخته‌اند و یا در مورد آنها اظهار نظر کرده‌اند، با توجه به رویکرد و یا نوع تحقیق خود به تقسیم‌بندی خاصی از سرمایه اجتماعی پرداخته‌اند. با توجه به تعاریف نظریات و تحقیقاتی که در این زمینه انجام گرفته می‌توان ابعاد مختلفی را برای سرمایه اجتماعی در نظر گرفت. در این تحقیق سرمایه اجتماعی به دو بُعد ساختاری و شناختی (هنجاری) تقسیم شده است. شاخص شبکه‌های اجتماعی برای بعد ساختاری و برای بعد شناختی، شاخص‌های اعتماد اجتماعی و هنجارهای اجتماعی در نظر گرفته شد. به منظور سنجش میزان سرمایه اجتماعی پاسخگویان، این متغیر در سه بعد اعتماد اجتماعی (شامل چهار زیربعد اعتماد بین‌شخصی، اعتماد نهادی، اعتماد به محیط و اعتماد تعمیم یافته) هنجار اجتماعی و شبکه اجتماعی (شامل سه زیربعد مشارکت اجتماعی، مشارکت مدنی و کیفیت شبکه) سنجیده شد.

متغیر وابسته: سلامت

سلامت، بنا بر تعریف سازمان بهداشت جهانی وضعیت کاملاً مناسب جسمانی، روانی و اجتماعی و نه فقط نبود بیماری، معلولیت و ناتوانی در نظر گرفته شده است (WHO, 1948: 100).

برای سنجش سطح سلامت شهروندان از پرسشنامه استاندارد SF-۳۶^۱ استفاده شده است که به وسیله ویر و شربورن^۲ ساخته شده و از طریق ۳۶ سؤال، سلامت را از ابعاد مختلف مورد ارزیابی قرار می‌دهد. مقیاس سنجش سلامت شهروندان در دو بعد شامل سلامت فیزیکی^۳ و روانی-اجتماعی^۴ سنجش شده که نمرات بین ۰ تا ۱۰۰ را در بر گرفته است و نمره بالاتر، به منزله سلامت بالاتر است. اعتبار و پایایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی تأیید شده است و ضرایب همسانی درونی خرده‌مقیاس‌های هشت‌گانه آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ و ضرایب بازآزمایی آنها با فاصله زمانی یک هفته بین ۰/۴۳ تا ۰/۷۹ گزارش شده است. همچنین این پرسشنامه می‌تواند در تمام شاخص‌ها، افراد سالم را از بیمار تفکیک کند.

یافته‌های پژوهش

الف) یافته‌های توصیفی

اطلاعات توصیفی مرتبط با پاسخگویان پژوهش نشان می‌دهد که میانگین سن پاسخگویان ۴۱/۳۹ سال بوده، ۳۲٪ را زنان و ۶۸٪ از جمعیت نمونه را مردان تشکیل داده‌اند. میانگین تعداد اعضاء خانواده‌های نمونه‌ی مورد بررسی ۴/۱۵ فرزند بوده است. بیش از نیمی از پاسخگویان ۵۱/۷٪ شاغل تمام‌وقت، ۲۱٪ شاغل نیمه‌وقت، ۱۴/۳٪ شاغل پاره‌وقت و ۱۳٪ نیز بیکار می‌باشند. از نظر نوع شغل، ۳۹/۳٪ از پاسخگویان دارای شغل دولتی می‌باشند. همچنین ۴۸/۷٪ نیز شغل آزاد دارند. ضمن آن که ۱۲٪

-
1. Short form
 2. Ware & Sherbourne
 3. Physical health
 4. Mental health, social functioning

از پاسخگویان شغل خود را اظهار نکرده‌اند. اکثر پاسخگویان، یعنی ۷۹٪ ازدواج کرده و دارای همسر می‌باشند و گروه‌های ازدواج کرده فاقد همسر در اثر طلاق و ازدواج کرده فاقد همسر در اثر فوت، هر کدام ۱٪ و ۱۹٪ از پاسخگویان هرگز ازدواج نکرده‌اند.

جدول زیر آماره‌های توصیفی متغیرهای تحقیق نشان می‌دهد در میان ابعاد سرمایه اجتماعی، بعد هنجار اجتماعی با میانگین ۷۱/۹۴ بیشترین و بعد شبکه اجتماعی با میانگین ۶۳/۱۷، کمترین میزان را به خود اختصاص داده است. به‌طور کلی میانگین سرمایه اجتماعی در میان شهروندان مشهدی، بیشتر از حد متوسط است. همچنین میانگین شاخص کلی سلامت ۷۷/۱۷ و بعد سلامت جسمانی با میانگین ۷۹/۳۹ بیشترین و بعد روانی - اجتماعی با میانگین ۷۳/۶۹ کمترین میزان را به خود اختصاص داده است. بنابراین به‌طور کلی میانگین سلامت در میان شهروندان مشهدی، بیشتر از حد متوسط است.

جدول (۱) آماره‌های توصیفی متغیرهای تحقیق

متغیر	دامنه امتیازات	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره
سرمایه اجتماعی	۰ - ۱۰۰	۶۶/۵۱	۱۴/۷۷	۳۵/۳۳	۹۱/۳۳
اعتماد اجتماعی	۰ - ۱۰۰	۶۶/۸۰	۱۶/۴۷	۳۰	۹۲
شبکه اجتماعی	۰ - ۱۰۰	۶۳/۱۷	۱۶/۳۵	۲۹/۲۳	۹۲/۳۱
هنجار اجتماعی	۰ - ۱۰۰	۷۱/۹۴	۱۵/۹۳	۳۴/۲۹	۹۷/۱۴
سلامت	۰ - ۱۰۰	۷۷/۱۷	۱۶/۳۰	۲۲/۶۴	۱۰۰
سلامت روانی اجتماعی	۰ - ۱۰۰	۷۳/۶۹	۱۸/۳۷	۲۱/۰۷	۱۰۰
سلامت جسمانی	۰ - ۱۰۰	۷۹/۳۹	۱۶/۴۹	۱۹/۳۲	۱۰۰

ب) یافته‌های استنباطی

آزمون فرضیات

جدول ۲ با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون، رابطه بین متغیرهای مستقل را با متغیر وابسته (سلامت) نشان می‌دهد. با استناد به نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها که در این

جدول منعکس شده است، رابطه آماری مثبت و معناداری بین متغیرهای مستقل (سرمایه اجتماعی، شبکه اجتماعی، هنجار اجتماعی و اعتماد اجتماعی) وجود دارد، یعنی با افزایش این متغیرها، شهروندان نیز از سطح سلامت بالاتری برخوردار خواهند بود. هم‌چنین میزان همبستگی متغیر سن شهروندان با میزان سلامت آنها $0/013$ است که همبستگی ضعیفی را نشان می‌دهد و از نظر آماری نیز تأیید نشده است ($P > 0/05$).

جدول ۲) همبستگی متغیرهای تحقیق با سلامت

نتیجه	سطح معناداری	ضریب همبستگی پیرسون	فرضیات
تأیید	$0/001$	$0/618$	رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت
تأیید	$0/001$	$0/580$	رابطه شبکه اجتماعی با سلامت
تأیید	$0/001$	$0/603$	رابطه هنجار اجتماعی با سلامت
تأیید	$0/001$	$0/499$	رابطه اعتماد اجتماعی با سلامت
عدم تأیید	$0/822$	$0/013$	رابطه سن با سلامت

بررسی رابطه بین متغیرهای جمعیت‌شناختی و سلامت

همان‌گونه که در جدول ۳ ملاحظه می‌گردد، نتایج حاصل از مقایسه میانگین سلامت شهروندان زن و مرد به دلیل آن که متغیر جنسیت دارای سطح سنجش اسمی دو وجهی (زن و مرد) است و متغیر سلامت دارای سطح سنجش در حد فاصله‌ای است، از آزمون پارامتریک جهت مقایسه میانگین‌ها استفاده شد. نتایج بیانگر آن است که میانگین نمره سلامت شهروندان مرد برابر با $81/6$ و میانگین نمره سلامت شهروندان زن برابر با $67/7$ است. بنابراین در میان شهروندان ۳۰ سال و بالاتر شهر مشهد، مردان به‌طور معناداری سلامت خود را بالاتر از زنان ارزیابی کرده‌اند ($P < 0/001$).

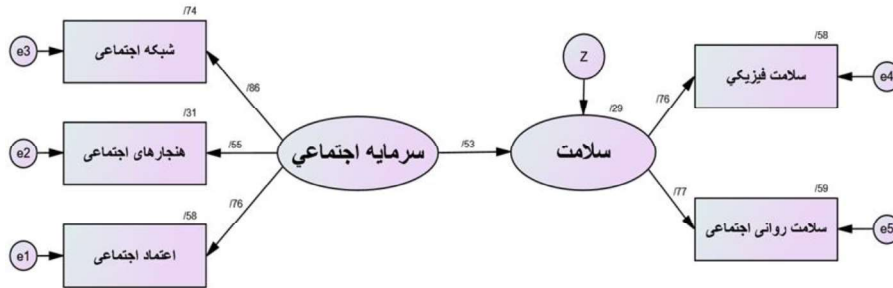
میانگین نمره سلامت شهروندان متأهل برابر با $76/82$ و میانگین نمره سلامت شهروندان مجرد برابر با $80/59$ است. این نتیجه نشان دهنده آن است که در نمونه آماری، میانگین این دو گروه با همدیگر متفاوت است، اما سطح معناداری این آزمون بیانگر آن است که هر چند در جامعه آماری مورد نظر، مجردین سطح سلامت خود را

بیش از متاهلین ارزیابی کرده‌اند، اما این تفاوت از نظر آماری معنادار نیست. میانگین نمره سلامت شهروندان شاغل برابر با ۷۸/۷۵ و میانگین نمره سلامت شهروندان غیرشاغل برابر با ۶۶/۲ است. بنابراین شاغلین از سطح سلامت بالاتری از افراد غیرشاغل برخوردار هستند. بنابراین در میان شهروندان مشهدی، سلامت شاغلین بیشتر از غیرشاغلین ارزیابی می‌گردد ($P < 0/001$).

جدول ۳) آزمون مقایسه میانگین میزان سلامت شهروندان با متغیرهای جمعیت‌شناختی

نتیجه	سطح معنی‌داری	T	انحراف معیار	میانگین	گروه‌ها	متغیر
تأیید	۰/۰۰۱	۷/۴۵	۱۲/۸	۸۱/۶	مرد	جنسیت
			۱۸/۸	۶۷/۷	زن	
عدم تأیید	۰/۰۷۵	-۱/۷۹۹	۱۶/۷۶	۷۶/۸۲	متاهل	وضعیت تأهل
			۱۳/۳۷	۸۰/۵۹	مجرد	
تأیید	۰/۰۰۱	۴/۲۵	۱۶/۰۱	۷۸/۷۵	شاغل	وضعیت اشتغال
			۱۸/۱۴	۶۶/۲	غیرشاغل	

جهت بررسی فرضیه اصلی تحقیق از رویکرد مدل‌سازی معادله ساختاری کوواریانس محور استفاده گردید. متغیر مستقل (سرمایه اجتماعی) و متغیر وابسته (سلامت) به‌صورت متغیرهای مکنون و در قالب مدل‌های عاملی مرتبه اول وارد مدل معادله ساختاری گردیدند. برآوردهای مربوط به شاخص‌های ارزیابی کلیت مدل معادله ساختاری و پارامتر اصلی این مدل (اثر سرمایه اجتماعی بر سلامت) در شکل ۲ و جدول ۴ زیر گزارش شده است.



شکل ۲) مدل معادله ساختاری رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت

جدول ۴) برآورد مقادیر مربوط به مدل‌های عاملی مدل معادله ساختاری

متغیر	خرده‌مقیاس	بارعاملی	مقدار بحرانی*	سطح معناداری
سرمایه اجتماعی	اعتماد اجتماعی	۰/۷۶	-	-
	شبکه اجتماعی	۰/۸۶	۱۰/۹۰۸	۰/۰۰۱
	هنجارهای اجتماعی	۰/۵۵	۸/۸۰۹	۰/۰۰۱
سلامت	سلامت فیزیکی	۰/۷۶	-	-
	سلامت اجتماعی روانی	۰/۷۷	۷/۰۴۴	۰/۰۰۱

*T Value (C.R.)

برحسب مقادیر برآورد شده در جدول ۴، بارهای عاملی مربوط به همه خرده‌مقیاس‌های متغیر سرمایه اجتماعی و همچنین متغیر سلامت در وضعیت مطلوبی قرار دارند. به عبارت دیگر، همبستگی متغیرهای سرمایه اجتماعی و سلامت با خرده‌مقیاس‌های مربوط به این متغیرها در حد متوسط به بالا برآورد می‌شوند. در نتیجه، ابزار سنجش این متغیرها از اعتبار عاملی برخوردار است.

جدول ۵) برآورد مقادیر شاخص‌های ارزیابی کلیت مدل معادله ساختاری

شاخص	برآزش مطلق		برآزش تطبیقی			برآزش مقتصد	
	GFI	CMIN	DF	CFI	TLI	RMSEA	CMIN/DF
مقدار	۰/۹۹۳	۵/۵۳۷	۴	۰/۹۹۸	۰/۹۹۵	۰/۰۳۶	۱/۳۸۴

شاخص‌های ارزیابی کلیت مدل معادله ساختاری با توجه به دامنه مطلوب این شاخص‌ها، در مجموع بیانگر این است که مدل مفروض تدوین شده توسط داده‌های پژوهش حمایت می‌شوند. به عبارت دیگر، برازش داده‌ها به مدل برقرار است و همگی شاخص‌ها دلالت بر مطلوبیت مدل معادله ساختاری دارند.

جدول ۶) برآورد مقادیر اثر متغیر سرمایه اجتماعی بر سلامت

سطح معناداری	مقدار بحرانی	خطای معیار	برآورد		ضریب تعیین	متغیر وابسته	مسیر	متغیر مستقل
			استاندارد	غیراستاندارد				
۰/۰۰۱	۶/۴۵۹	۰/۱۴۹	۰/۵۳۵	۰/۹۶۴	۰/۲۸۶	سلامت	<---	سرمایه اجتماعی

مقادیر برآورد شده در جدول ۶ بیانگر این است که متغیر سرمایه اجتماعی ۲۸/۶٪ از واریانس متغیر سلامت را تبیین می‌کند. با در نظر گرفتن مقادیر مربوط به حجم اثر شاخص ضریب تعیین، این مقدار نسبتاً بزرگ برآورد می‌شود. به عبارت دیگر، متغیر سرمایه اجتماعی در حد نسبتاً بالایی توان تبیین واریانس متغیر سلامت را دارد. از دیگر سو، اثر متغیر سرمایه اجتماعی بر متغیر سلامت به لحاظ آماری معنادار است ($p < 0/001$). بنابراین فرض پژوهش مبنی بر این که متغیر سرمایه اجتماعی بر متغیر سلامت تأثیر دارد، تأیید می‌شود. با توجه به مقدار ضریب تأثیر (۰/۵۳)، می‌توان گفت این اثر مستقیم و نسبتاً قوی برآورد می‌شود. به این معنا که افزایش سرمایه اجتماعی می‌تواند در حد نسبتاً بالایی منجر به تقویت یا افزایش سلامت شود و برعکس، کاهش سرمایه اجتماعی منجر به تضعیف و یا کاهش سلامت گردد.

نتیجه‌گیری

حفظ و ارتقای سلامت، یکی از پیش‌شرط‌های اساسی در رسیدن به توسعه پایدار است. انسان زمانی می‌تواند در راستای محور توسعه نقش‌آفرینی کند که از سلامت و تندرستی برخوردار باشد. مطالعات بسیاری در ایران پدیده سلامت را بررسی کرده‌اند و متخصصان علوم اجتماعی و مددکاران اجتماعی از ابعاد گوناگون به این موضوع پرداخته‌اند. در این

پژوهش، با رجوع به اغلب دیدگاه‌های نظری و منابع تجربی موجود و بهره‌گیری از نتایج به‌دست آمده از مرور آنها برای تحلیل رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت شهروندان، چارچوب نظری تحقیق تنظیم و در قالب آن فرضیه‌های تحقیق ارائه شد و مورد آزمون قرار گرفت. فرضیه اصلی پژوهش حاضر مبنی بر وجود رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت شهروندان ۳۰ سال و بالاتر شهر مشهد بود که یافته‌های تحقیق نشان داد که میزان همبستگی متغیر مستقل سرمایه اجتماعی با میزان سلامت شهروندان برابر با ۰/۶۱۸ است. این نتیجه بیانگر وجود همبستگی مثبت (مستقیم) بین سرمایه اجتماعی و سلامت است. به عبارت دیگر، نتایج آزمون حاکی از آن است که با افزایش میزان سرمایه اجتماعی شهروندان، میزان سلامت آنها نیز افزایش می‌یابد. نکته قابل توجه در مورد ابعاد سرمایه اجتماعی نیز آن است که هنجار اجتماعی، دارای بیشترین ضریب همبستگی با سلامت (با میزان همبستگی ۰/۶۰۳) است و در اولویت‌های بعدی نیز به ترتیب متغیرهای شبکه اجتماعی و اعتماد اجتماعی، دارای بیشترین رابطه و همبستگی با سلامت شهروندان می‌باشند. هم‌چنین نتایج مدل معادلات ساختاری تحقیق نشان داد که ۰/۲۹٪ از تغییرات متغیر وابسته (سلامت)، توسط متغیر مستقل یعنی سرمایه اجتماعی، تبیین می‌شود و با توجه به مقدار ضریب تأثیر ۰/۵۳، اثر سرمایه اجتماعی بر سلامت، اثری مستقیم و نسبتاً قوی برآورد می‌شود. این یافته با نتایج برخی از مطالعات نظیر (علیزاده اقدم، ربانیو مبارک بخشایش، ۱۳۹۱؛ صابری فر، ۱۳۹۵؛ کیوان آرا، حقیقتیان و علی‌بابایی، ۱۳۹۳؛ موریاما، فوجیوارا و کاواچی (Murayama, Fujiwara & Kawachi, 2012)، رونکانی، براون و شفلر (Ronconi, Brown & Scheffler, 2012) همخوانی دارد. در واقع، این نتیجه تأیید کننده دیدگاه‌های بوردیو، پاتنام و کلمن در رابطه با تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت است که در چارچوب نظری تحقیق بدان اشاره گردید.

همان‌گونه که کلمن مطرح کرده و در این تحقیق نیز نشان داده شد، سرمایه اجتماعی منبعی از روابط اجتماعی میان اجتماع است. از طرف دیگر، به قول پاتنام، سرمایه اجتماعی فراتر از آن که منبعی از احساس تعلق افراد به اجتماع، همکاری اجتماعی، روابط متقابل، اعتماد و نگرش مثبت به نهادها باشد، دربرگیرنده مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی و یا

مشارکت مدنی است که با افزایش آن، همسو با نتایج این پژوهش می‌تواند سلامت را بهبود بخشد. هم‌چنین نتایج تحقیق نشان داد که بین متغیرهای جمعیت‌شناختی جنسیت و وضعیت اشتغال با سلامت شهروندان، تفاوت معناداری مشاهده گردید. بدین معنا، مردان در مقایسه با زنان و افراد شاغل نسبت به غیرشاغلین، از سطح سلامت بالاتری برخوردار بودند. در تبیین چگونگی ارتباط سرمایه اجتماعی و سلامت باید اذعان داشت که یکی از وجوه سلامت، رابطه اجتماعی است و سرمایه اجتماعی از طریق ایجاد احساس اعتماد، امید به زندگی، مشارکت‌پذیری و تسهیل کنشگری جمعی و کنش بر اساس اعتماد متقابل و همدردی مشترک، به سلامت به‌عنوان یکی از شقوق توسعه پایدار کمک می‌نماید. علاوه بر این، سرمایه اجتماعی از طریق ایجاد حس اعتماد در جامعه، منجر به بروز محیط اجتماعی مناسب شده و احساس بی‌قدرتی و بیگانگی در شهروندان را کاهش می‌دهد و از این طریق، سلامت آنان را ارتقاء خواهد داد.

سرمایه اجتماعی با ایجاد اشکال متنوعی از حمایت اجتماعی، به‌عنوان عامل میانجی در برابر فشار و استرس‌های روزمره عمل می‌کند. علاوه بر این، سرمایه اجتماعی زمینه‌یادگیری مهارت‌های اجتماعی را در شهروندان فراهم آورده و احساس تعلق به جامعه را در آنان تقویت می‌کند که همین عامل، منجر به نوعی حس تأثیرگذاری و معنابخشی در فرد شده و به‌صورت غیرمستقیم مشارکت اجتماعی و خودشکوفایی اجتماعی را در آنان ارتقاء می‌دهد.

کاواچی و برکمن نیز از ساز و کارهایی یاد می‌کنند که از طریق آن، سرمایه اجتماعی بر سلامتی اثر می‌گذارد. نخست در سطح ملی، سرمایه اجتماعی با تقویت انتشار سریع اطلاعات مرتبط با سلامت و نیز افزایش احتمال پذیرش هنجارهای رفتار سالم و نیز اعمال کنترل و نظارت بر رفتار زیان‌مند، بر سلامتی تأثیر می‌گذارد. دوم، سرمایه اجتماعی می‌تواند از راه افزایش دستیابی به خدمات و تسهیلات، بر سلامتی اثر بگذارد. سرانجام، سرمایه اجتماعی می‌تواند از راه مسیرهای مستقیم روانی-اجتماعی، بر سلامت اثر بگذارد. بویژه آن که سرمایه اجتماعی می‌تواند با تأمین حمایت اجتماعی و نیز عزت نفس و احترام متقابل، سلامتی افراد را تقویت کند (افشانی و شیرینی محمدآباد، ۱۳۹۶: ۱۶).

بنابراین، نتایج حاصل از پژوهش حاضر، همسو با پیشینه نظری و تجربی تحقیق بوده و بر همین مبنا، پیشنهاد می‌شود به منظور ارتقای سلامت و بهبود وضعیت فعلی شهروندان، صرفاً به اقدامات صورت گرفته از سوی وزارت بهداشت بسنده نکرده و برنامه‌ریزان اجتماعی و مدیران سازمان‌ها و نهادهای گوناگون در سطح جامعه، برنامه‌های خود را هدفمند دنبال کرده و راهکار سابق خود در جهت پیشبرد اهداف جامعه و ارتقاء سلامت شهروندان را مجدداً مهندسی نمایند.

محدودیت‌ها و تنگناهای تحقیق

- در فرایند اجرای هر پژوهش، همواره مسائل و مشکلاتی پیش روی محققین است که تحقیق حاضر نیز از این قاعده مستثنی نیست.
- بسیاری از افراد به دلیل تعداد بالای سؤالات و هم‌چنین عدم آشنایی با پرسشنامه و تحقیقات پیمایشی، از پاسخ دادن به آن امتناع کردند.
 - از لحاظ علمی در این حوزه، تحقیقاتی که دو متغیر سرمایه اجتماعی و سلامت را با هم مورد سنجش و بررسی قرار دهند، اندک بود.
 - محدود بودن ابزارهای سنجش سرمایه اجتماعی و سلامت، متناسب با جامعه ایران.

منابع

- افشانی، علیرضا؛ شیری محمدآباد، حمیده (۱۳۹۶). "نقش سرمایه اجتماعی در ارتقای سلامت اجتماعی زنان شهر یزد". *پژوهش‌نامه زنان*، دوره هشتم، ش ۴ (زمستان): ۱-۲۰.
- امینی رارانی، مصطفی؛ موسوی، میرطاهر؛ رفیعی، حسن (۱۳۹۰). "رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی در ایران". *فصلنامه علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی*، دوره یازدهم، ش ۴۲ (پاییز): ۲۰۳-۲۲۸.
- بهبودی، داود؛ باستان، فرانک (۱۳۹۱). "تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت عمومی در ایران". *جامعه‌شناسی اقتصادی و توسعه*، دوره اول، ش ۱ (تابستان): ۲۷-۴۶.

- پاتنام، رابرت (۱۳۸۰). *دموکراسی و سنت‌های مدنی*. ترجمه محمدتقی دلفروز. تهران: وزارت کشور، دفتر مطالعات و تحقیقات سیاسی.
- ----- (۱۳۸۴). *جامعه برخوردار، سرمایه اجتماعی و زندگی عمومی، اعتماد، دموکراسی و توسعه*. ترجمه افشین خاکباز و حسن پویان. تهران: شیرازه.
- تاجبخش، کیان (۱۳۸۴). *سرمایه اجتماعی، اعتماد و دموکراسی*. تهران: شیرازه.
- تاجدار، وحید؛ رفیعیان، مجتبی؛ تقوایی، علی‌اکبر (۱۳۸۹). "سنجش مؤلفه سلامت در کلان شهر مشهد از دیدگاه برنامه‌ریزی شهری". *هنرهای زیبا - معماری و شهرسازی*، دوره نهم، ش ۴۱ (بهار): ۱۰۱-۱۱۰.
- ریاحی، محمداسماعیل (۱۳۸۷). "سرمایه اجتماعی و سلامتی (توصیف رابطه و تبیین سازوکارهای اثرگذاری)". *توسعه انسانی*، دوره سوم، ش ۱ (پاییز): ۶۷-۹۴.
- زارع شاه‌آبادی، اکبر؛ کاظمی، سمیه (۱۳۹۴). "بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی معلمان مقطع ابتدایی ناحیه یک شهر یزد". *دوماهنامه علمی- پژوهشی دانشکده بهداشت یزد*، دوره چهارم، ش ۶ (زمستان): ۵۰-۶۷.
- ساعی، راحله (۱۳۸۸). "بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت شهروندان تبریز". پایان‌نامه کارشناسی ارشد علوم اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز.
- سلطانی بهرام، سعید؛ بهارلویی، حمزه (۱۳۸۹). "سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی، یک نگرش جامعه‌شناختی". در: *مجموعه مقالات اولین همایش کشوری دانشجویی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت*. تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران: ۶-۱.
- سیدان، فریبا؛ عبدالصمدی، محبوبه (۱۳۹۰). "رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان زنان و مردان". *فصلنامه علمی- پژوهشی رفاه اجتماعی*، دوره یازدهم، ش ۴۲ (پاییز): ۲۲۹-۲۵۴.
- شارع‌پور، محمود (۱۳۸۸). "بررسی عوامل مؤثر بر اعتماد اجتماعی به نیروهای انتظامی (مطالعه موردی: استان مازندران)". *جامعه‌شناسی کاربردی دانشگاه*

- اصفهان، دوره بیستم، ش ۴ (زمستان): ۱-۱۶.
- شربتیان، محمدحسن (۱۳۹۱). "تأملی بر پیوند معنایی مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و میزان بهره‌مندی از سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه پیام‌نور مشهد". *جامعه‌شناسی مطالعات جوانان*، دوره دوم، ش ۵ (بهار): ۱۴۹-۱۷۴.
- ----- (۱۳۹۵). "مطالعه جامعه‌شناختی تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت روانی زوج‌های جوان". *زن و مطالعات خانواده*، دوره نهم، ش ۳۴ (بهار): ۱۱۵-۱۴۲.
- شربتیان، محمدحسن؛ ایمنی، نفیسه (۱۳۹۶). "تحلیل جامعه‌شناختی رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی زنان (مورد مطالعه: زنان منطقه ۴ شهری تهران)". *برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، دوره هشتم، ش ۳۰ (بهار): ۱۰۵-۱۴۱.
- صابری‌فر، رستم (۱۳۹۵). "بررسی اثر سرمایه اجتماعی بر سلامت روان شهروندان (نمونه موردی: شهر مشهد)". *پژوهش سلامت*، دوره اول، ش ۲ (زمستان): ۱۰۵-۱۱۲.
- علیزاده اقدم، محمدباقر؛ ربانی، رسول؛ مبارک بخشایش، مرتضی (۱۳۹۱). "بررسی تأثیر سرمایه اجتماعی و احساس محرومیت بر سلامت شهروندان (مطالعه موردی: شهر اصفهان)". *برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، دوره چهارم، ش ۱۵ (تابستان): ۴۶-۸۷.
- کلمن، جیمز (۱۳۷۲). *بنیادهای نظریه اجتماعی*. ترجمه منوچهر صبوری. تهران: نشر نی.
- کوششی، مجید، و دیگران (۱۳۹۵). "تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت سالمندان ۶۰ سال و بالاتر در مناطق شهری مشهد". *مجله علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد*، دوره سیزدهم، ش ۱ (بهار و تابستان): ۱۰۹-۱۲۹.
- کیوان‌آرا، محمود؛ حقیقتیان، منصور؛ علی‌بابایی، معصومه (۱۳۹۳). "بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در بین شهروندان شهرکرد". *مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، دوره بیست و دوم، ش ۷ (بهار): ۴۷-۵۵.
- مجدی، علی‌اکبر؛ محمدی، فردین (۱۳۹۵). "بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و

- اثر بخشی فردی کارمندان بانکها (مورد مطالعه: کارمندان بانکهای دولتی شهر سنندج)". *مجله علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد*، دوره سیزدهم، ش ۲ (پاییز و زمستان): ۱۶۱-۱۸۶.
- مرنندی، علیرضا (۱۳۸۵). *عوامل اجتماعی سلامت در کتاب جامع بهداشت عمومی*. تهران: کتاب پردازان.
 - موسوی، میرطاهر، و دیگران (۱۳۹۴). "بسط مفهومی سرمایه اجتماعی با رویکرد سلامت اجتماعی". *رفاه اجتماعی*، دوره پانزدهم، ش ۵۷ (تابستان): ۱۰۹-۱۵۰.
 - هزارجریبی، جعفر؛ مهري، اسدالله (۱۳۹۱). "تحلیل رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی و اجتماعی". *فصلنامه علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی*، ش ۵۹ (زمستان): ۴۱-۸۸.
 - Alesina, A.; La Ferrara, E. (2000). "Participation in heterogeneous communities". *The quarterly journal of economics*, Vol. 115, No. 3: 847-904.
 - Almedom, A. M. (2005). "Social Capital and Mental Health: An Interdisciplinary Review of Primary Evidence". *Social Science & Medicine*, Vol. 61, No. 5: 943- 964.
 - Fiorillo, D.; Sabatini, F. (2015). "Structural social capital and health in Italy". *Economics & Human Biology*, Vol. 17, No. 129-142.
 - Hurtado, D.; Kawachi, I.; Sudarsky, J. (2011). "Social capital and self-rated health in Colombia: the good, the bad and the ugly". *Social Science & Medicine*, Vol. 72, No. 4: 584-590.
 - Kawachi, I.; Kennedy, B. P.; Glass, R. (1999). "Social capital and self-rated health: a contextual analysis". *American journal of public health*, Vol. 89, No. 8: 1187-1193.
 - Li, T.; Zhang, Y. (2015). "Social network types and the health of older adults": *Exploring reciprocal associations*. *Social Science & Medicine*,

Vol. 130, No. 59-68.

- Lynch, J. W.; Kaplan, G. A. (1997). "Understanding how inequality in the distribution of income affects health". *Journal of Health Psychology*, Vol. 2, No. 3: 297-314.
- Mohnen, S. M.; et al. (2011). "Neighborhood social capital and individual health". *Social science & medicine*, Vol. 72, No. 5: 660-667.
- Murayama, H.; Fujiwara, Y.; Kawachi, I. (2012). "Social capital and health: a review of prospective multilevel studies". *Journal of Epidemiology*, Vol. 22, No. 3: 179-187.
- Ronconi, L.; Brown, T. T.; Scheffler, R. M. (2012). "Social capital and self-rated health in Argentina". *Health economics*, Vol. 21, No. 2: 201-208.
- Story, W. T. (2013). "Social capital and health in the least developed countries: a critical review of the literature and implications for a future research agenda". *Global public health*, Vol. 8, No. 9: 983-999.
- Vincens, N.; Emmelin, M.; Stafstrom, M. (2018). "Social capital, income inequality and the social gradient in self-rated health in Latin America: A fixed effects analysis". *Social Science & Medicine*, Vol. 196, No. 115-122.
- WHO (2007). Promoting Mental Health: A report of the world health organization. Melbourne: University of Melbourne, Department of Mental Health.
- World Health Organization (1948). Official records of the world health organization. *Proceedings and Final Acts of the International Health Conference*. New York, 19- 22 June 1946.