

پارادوکس ایسترلین در سلامت روان:

مطالعه تأثیر رفاه مادی و سرمایه اجتماعی بر سلامت روانی

محمد فاضلی،* علی جنادله،** امیر طالبیان***

چکیده

سلامت روانی به دلیل اهمیتی که برای زندگی فردی و اجتماعی دارد و مخاطراتی که در عصر مدرن آن را تهدید می‌کند، به یکی از موضوعات پژوهش جامعه‌شناسی تبدیل شده است. سرمایه اجتماعی نیز یکی از کانون‌های توجه جامعه‌شناسی در بحث سلامت روانی بوده است. مقاله حاضر با مرور منابع موجود در زمینه رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی، مناقشات جاری در این حوزه را طرح کرده و سپس با استفاده از داده‌های پیمایشی در سطح شهر تهران، رابطه میان سلامت روانی را با سرمایه اجتماعی و سطح رفاه مادی بررسی می‌کند. این مقاله رابطه پیچیده بیان‌شده بین رفاه مادی، سرمایه اجتماعی و شادی را، که در ادبیات به "پارادوکس ایسترلین" مشهور است، در عرصه رابطه رفاه، سرمایه اجتماعی و سلامت روانی بررسی کرده و نشان می‌دهد رفاه مادی تبیین‌کننده تغییرات سطح سلامت روانی در جامعه ایران نیست، سرمایه اجتماعی روابط نسبتاً ضعیفی دارد و پارادوکس ایسترلین به‌نوعی در خصوص جامعه ایران وضعیت پیچیده‌تری دارد.

کلیدواژه‌ها: سلامت روانی، سرمایه اجتماعی، رفاه مادی، آسایش خاطر، پارادوکس ایسترلین.

* دکتری جامعه‌شناسی fazeli114@yahoo.com

** دکتری جامعه‌شناسی a.janadleh@gmail.com

*** استادیار مؤسسه مطالعات بین‌المللی انرژی talebian@iies.net

تاریخ دریافت: ۹۰/۱۰/۲۰ تاریخ پذیرش: ۹۱/۷/۲۵

مسائل اجتماعی ایران، سال چهارم، شماره ۱، تابستان ۱۳۹۲، صص ۱۸۷-۲۱۲

مقدمه

سلامت یکی از مهم‌ترین ویژگی‌ها و اهداف هر جامعه است و با وجود بی‌توجهی‌های متداول به سلامت روانی، این مقوله در جامعه امروز اهمیت بسیار زیادی دارد. سلامت روانی یکی از عناصر کیفیت زندگی است که عمیقاً با توان فرد برای توازن و هماهنگی با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی، حل تضادها و تمایل‌های شخصی به‌طور منطقی، عادلانه و مناسب ارتباط دارد (سلطانی و جمالی، ۱۳۸۷: ۱۰۷). اهمیت سلامت روانی به حدی است که سازمان بهداشت جهانی از سال ۱۹۹۲ به این سو، روز ۱۰ اکتبر را روز جهانی سلامت روانی نام‌گذاری کرده است (فدراسیون جهانی سلامت روان، ۲۰۱۲).

سرمایه اجتماعی با نوع روابط فرد و دیگران مرتبط است و از این منظر بر کیفیت زندگی (غفاری و اونق، ۱۳۸۵) و در نهایت سلامت روانی مؤثر است. در خصوص تأثیر آن بر سلامت روانی دیدگاه‌های متعارضی وجود دارد. مقاله حاضر نیز رابطه میان سرمایه اجتماعی و سلامت روانی را با دخیل کردن متغیرهای مرتبط با کیفیت مادی زندگی، در نمونه‌ای بزرگ از شهروندان تهرانی، بررسی می‌کند. مقاله با بررسی اصلی‌ترین مناقشات در حوزه رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی آغاز شده و سپس سه فرضیه در خصوص رابطه این دو مطرح می‌شود. در بخش روش‌شناسی چگونگی سنجش سرمایه اجتماعی و متغیرهای مرتبط با سلامت روانی را تشریح کرده‌ایم. در نهایت به کمک مدل‌سازی آماری فرضیه تأثیر سرمایه اجتماعی و رفاه مادی را بر سلامت روانی آزموده‌ایم.

بینش‌های نظری: سرمایه اجتماعی و سلامت روانی

تجربه فعالیت‌های صورت گرفته در دهه‌های اخیر در زمینه ارتقای سلامت نشان می‌دهد که عوامل سلامت تنها منحصر به راهکارهای مبتنی بر فناوری و مراقبت‌های بهداشتی نیست، بلکه عوامل محیطی و اجتماعی نقش تعیین‌کننده‌ای در سلامت افراد دارند؛ به گونه‌ای که تأثیر وضعیت اجتماعی بر سلامت در اهداف توسعه هزاره به رسمیت شناخته شده است و از میانه دهه ۱۹۹۰، عبارت "تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت" به‌طور فزاینده‌ای در ادبیات علمی و سیاست‌گذاری به چشم می‌خورد. این چرخش جامعه‌شناختی در زمینه سلامت، باعث گسترش هرچه بیشتر مطالعات مربوط به اهمیت تأثیر مردم و محیط اجتماعی بر سلامت شده است. علاقه‌مندی به این موضوع در مباحث مربوط به رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت (کاوچی و

برکمن، ۲۰۰۰؛ مانتانر و لینچ، ۲۰۰۲؛ ابرین و همکاران، ۲۰۰۳؛ پیرس و دیوی-اسمیت، ۲۰۰۳؛ سامپسون، ۲۰۰۳؛ تانستال، شاو و دارلینگ، ۲۰۰۴) و بررسی‌های صورت گرفته در خصوص تفاوت سلامت در مناطق جغرافیایی (الوی و همکاران، ۲۰۰۱؛ مک اینتایر و همکاران، ۲۰۰۲؛ مک اینتایر و همکاران، ۱۹۹۳؛ سکینیکس و همکاران، ۲۰۰۵) در حال گسترش است.

اغلب ادبیات موجود اثر مثبت سرمایه اجتماعی بر سلامت را نشان می‌دهد. تعاریف متعددی از سرمایه اجتماعی ارائه شده است، اما بیشتر این تعاریف در نظریات جیمز کلمن و رابرت پاتنام در جامعه‌شناسی ریشه دارد. معمولاً سرمایه اجتماعی را جنبه‌هایی از سازمان‌های اجتماعی همچون شبکه پیوندهای ثانویه، اعتماد بالای بین شخصی و هنجارهای کمک‌های متقابل و دوسویه بودن روابط تعریف کرده‌اند که همچون منابع افراد و تسهیل‌کننده کنش جمعی عمل می‌کنند. شارع‌پور با بررسی و مرور انواع نظریه‌ها و تعاریف سرمایه اجتماعی، اجزای آن را در دو بعد پیوندهای عینی (ساختار شبکه‌ای پیوندهای عینی) و پیوندهای ذهنی (پیوندهای دارای ماهیت متقابل مبتنی بر اعتماد) خلاصه کرده است (شارع‌پور، ۱۳۸۵: ۴۲). به این ترتیب، سرمایه اجتماعی می‌تواند بعد جمعی خارج از افراد یا بخشی از ذهنیت ایشان باشد. یافته‌های تحقیقی در امریکا نشان می‌دهد اعتماد اجتماعی و عضویت گروهی در سطح ایالتی، با میزان مرگ‌ومیر کلی، مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های قلبی، نئوپلاسم بدخیم و مرگ‌ومیر کودکان رابطه منفی دارد (کاوچی و همکاران، ۱۹۹۷). پژوهشی دیگر نشان می‌دهد که در استرالیا معرف‌های سرمایه اجتماعی پایین در سطح ایالتی با امید به زندگی رابطه منفی دارند. این عوامل با مرگ‌ومیر عمومی و مرگ‌ومیر ناشی از خودکشی و بیماری‌های قلبی رابطه مثبت داشته‌اند (سیاهپوش و همکاران، ۲۰۰۶). پژوهشی دیگر نیز نشان می‌دهد که در امریکا اعتماد محلی با سلامت رابطه مثبت دارد (سوبرامانیا و همکاران، ۲۰۰۲).

اخیراً سرمایه اجتماعی به عوامل "مخاطره‌آمیز بیماری‌ها" نیز ربط داده شده است. برای مثال سیاهپوش و همکارانش مجموعه مطالعاتی را ذکر می‌کنند که نشان می‌دهند در امریکا سرمایه اجتماعی در سطح ایالتی در برابر چاقی نقش پیش‌گیرانه داشته، عضویت انجمنی در کانادا خطر افزایش وزن را کاهش داده و در امریکا سرمایه اجتماعی در سطح محلی و خانوار اثر پیش‌گیرانه در برابر "ناامنی غذایی خانوار" دارد (سیاهپوش و همکاران، ۲۰۰۶).

اما مطالعات صورت گرفته در این زمینه منحصراً به تأثیر سرمایه اجتماعی بر ابعاد فیزیولوژیک سلامت نیست، بلکه بخش مهمی از این مطالعات به بررسی تأثیر سرمایه اجتماعی

بر سلامت روانی پرداخته‌اند. با وجود پیشرفت داروهای روان‌پزشکی، تعداد افراد دارای اختلالات روانی در کشورهای صنعتی در حال افزایش است و همین امر باعث توجه تصمیم‌گیران و مسئولان مراکز درمانی به زمینه اجتماعی افراد و رفتارهای آنان شده است. بر همین اساس است که مطالعات مربوط به تأثیر سرمایه اجتماعی و مسائل سلامتی در حال گسترش است (گرین و همکاران، ۲۰۰۰؛ هیبا و مکی، ۲۰۰۱؛ کاواچی و همکاران، ۱۹۹۷؛ ساند کویست و همکاران، ۲۰۰۶).

فرانچسکو ساراجینو با مقایسه یازده کشور اروپایی و با استفاده از داده‌های پیمایش جهانی ارزش‌ها به بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و آسایش خاطر^۱ پرداخته است. بررسی او رابطه بین سرمایه اجتماعی و شادی را به‌مثابه معرف آسایش خاطر تأیید می‌کند. نقطه شروع مطالعه او پارادوکس ایسترلین است. ایسترلین در مطالعه خود با استفاده از داده‌های مقطعی کشف کرد که به صورت میانگین افراد ثروتمند از افراد فقیر شادتر هستند، اما تحلیل چرخه زندگی در همان نمونه نشان داد که به مرور زمان با افزایش ثروت شادی ثابت می‌ماند. این معما اکنون با عنوان پارادوکس ایسترلین شناخته شده است. نظریه‌های مختلفی از حوزه‌های علمی متفاوت در این خصوص ارائه شده است، اما تاکنون نتوانسته‌اند این پارادوکس را کاملاً تبیین کنند (ساراجینو، ۲۰۱۰: ۲). اخیراً استیونسون و ولفرز با بررسی چند بانک اطلاعاتی در کشورهای مختلف کوشیده‌اند این ایده را به نقد بکشند و معتقدند داده‌های ایشان نشان می‌دهد با افزایش ثروت شادی نیز افزایش می‌یابد و به عبارتی با پول می‌توان شادی خرید (استیونسون و ولفرز، ۲۰۰۸). این دو، جامعه آمریکا را استثنای این یافته تلقی می‌کنند.

هلی ول در تلاش‌های اخیر خود (۲۰۰۱، ۲۰۰۲، ۲۰۰۶) برای حل این پارادوکس سرمایه اجتماعی را یکی از مهم‌ترین عوامل آسایش خاطر مطرح کرده و معتقد است پول نمی‌تواند تمام تفاوت‌های موجود در آسایش خاطر افراد را تبیین کند. اما بارتولینی و همکارانش به نحو موفقیت‌آمیزی نشان دادند سرمایه اجتماعی، به‌ویژه کالاهای ارتباطی (کار داوطلبانه بدون مزد در گروه‌های پاتنامی،^۲ عضویت در گروه‌های پاتنامی، اعتماد به دیگران)، نقش مهمی در آسایش خاطر دارد. آن‌ها منکر اهمیت پول در ارتباط با شادی نبودند، اما با استفاده از داده‌های

^۱ Subjective well-being

^۲ Putnamian groups

پیمایش عمومی اجتماعی امریکا^۱ در فاصله زمانی ۱۹۷۵ تا ۲۰۰۴ نشان دادند که آسایش خاطر در امریکا به میزان زیادی با چهار عامل که دارای تأثیرات متفاوتی هستند قابل تبیین است: ۱. رشد درآمد، ۲. کاهش کالاهای ارتباطی، ۳. کاهش اعتماد به نهادها، و ۴. مقایسه‌های اجتماعی. آن‌ها معتقدند شادی در امریکا هم‌زمان با رشد اقتصادی افزایش نمی‌یابد، زیرا اثر مثبت رشد درآمدی به وسیله کاهش سرمایه اجتماعی خنثی می‌شود. بدین ترتیب، آن‌ها تبیین قابل قبولی برای پارادوکس ایسترلین ارائه کردند که در آن نقش جدیدی به سرمایه اجتماعی داده شده است: درآمد بیشتر تا زمانی باعث افزایش شادی می‌شود که موجب تضعیف سرمایه اجتماعی نشود (بارتولینی و همکاران، ۲۰۰۸).

هارفام و همکارانش در مطالعه‌ای دیگر رابطه میان سرمایه اجتماعی و سلامت روانی را با در نظر گرفتن مجموعه‌ای از متغیرهای جمعیت‌شناختی و متغیرهای مربوط به خشونت بررسی کرده‌اند. در این مطالعه ۱۱۶۸ جوان یکی از محلات کم‌درآمد کالی کلمبیا بررسی شده‌اند. در مدل اول، که شامل متغیرهای جمعیت‌شناختی و سرمایه اجتماعی بود، اعتماد پایین به افراد به‌مثابه یکی از مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی از جمله عوامل دارای تأثیر معنی‌دار بر سلامت روانی بود. علاوه بر اعتماد پایین، متغیرهای دیگری همچون تحصیلات پایین، زن‌بودن، اشتغال در بخش غیررسمی و مهاجر بودن نیز همبستگی معنی‌داری با سلامت روانی داشتند. اما آن‌ها در بررسی‌های بیشتر خود به این نتیجه رسیدند که متغیرهای فقر (فقر تحصیلی و فقر اشتغال) از اهمیت بیشتری نسبت به سرمایه اجتماعی برخوردارند، به گونه‌ای که مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده سلامت روانی بودند. زیرا با وارد کردن متغیرهای مربوط به خشونت (قربانی خشونت بودن) اعتماد معنی‌داری خود را از دست داد، اما متغیرهای فقر همچنان رابطه معنی‌دار خود با سلامت روانی را حفظ کرده بودند. آن‌ها بر این اساس نتیجه گرفتند که پایداری رابطه متغیرهای فقر، ارائه سازوکاری تبیینی را در خصوص رابطه نابرابری درآمدی و سلامت روانی ضعیف ضروری می‌سازد (هارفام و همکاران، ۲۰۰۴).

بررسی لافورس و ساند کویست نیز به نتایج مشابهی منتهی شده است. آن‌ها در مطالعه خود به رابطه بین مفهوم نظری نسبتاً جدید سرمایه اجتماعی پیونددهنده، که توصیف‌کننده میزان اعتماد بین افراد و نهادهای اجتماعی است، و بستری شدن به علت افسردگی یا روان‌پریشی

¹ US General Social Survey- GSS

پرداخته‌اند. سرمایه اجتماعی پیونددهنده هنجارهای احترام و شبکه‌های روابط مورد اعتماد در بین افرادی است که در سطوح مختلف و متفاوت قدرت یا اقتدار اجتماعی رسمی یا نهادینه‌شده به کنش متقابل می‌پردازند و باعث تقویت روابط مورد اعتماد بین افراد در سطوح متفاوت عمودی قدرت می‌شود. بدین ترتیب، ماهیت و میزان پیوندهای توأم با احترام و اعتماد به نمایندگان نهادهای رسمی سازنده سرمایه اجتماعی پیونددهنده به شمار می‌آید. براین اساس، لافورس و ساندکویست رأی‌دادن را مؤلفه مهمی از اعتماد افراد به نهادهای رسمی و معرف خوبی برای سرمایه اجتماعی پیونددهنده در نظر گرفته بودند. نتایج وجود رابطه‌ای قوی را بین سرمایه اجتماعی پیونددهنده و بستری شدن به دلیل افسردگی یا روان‌پریشی تأیید می‌کردند. این رابطه با وجود وارد کردن متغیرهای فردی همچون سن، وضعیت مسکن، تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل و محل تولد، در هر دو گروه مردان و زنان، همچنان معنی‌دار بود، هرچند از شدت آن کاسته شده است. با وجود این، با وارد کردن فقر همسایگی، این رابطه (در هر دو گروه زنان و مردان) درخصوص افسردگی معناداری خود را از دست می‌دهد؛ اما درخصوص روان‌پریشی، با وجود کاهش، همچنان معنی‌دار باقی می‌ماند. از نظر این دو پژوهشگر، رابطه بین سطوح پایین مشارکت در رأی‌دهی و بستری شدن به علت افسردگی یا روان‌پریشی ممکن است مبین تفاوت سرمایه اجتماعی پیونددهنده در محدوده‌های همسایگی باشد که می‌تواند به صورت معکوس بر افراد آسیب‌پذیر تأثیر بگذارد. آن‌ها براساس این یافته‌ها نتیجه می‌گیرند که در مطالعات رابطه سرمایه اجتماعی با اختلالات روانی، فقر همسایگی باید مورد توجه قرار گیرد (لافورس و ساندکویست، ۲۰۰۷).

ویر و هاگسلی برای بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و اختلالات روانی از تعریفی از سرمایه استفاده کرده‌اند که از نظریه منابع اجتماعی مشتق شده است. اصل معامله به مثل^۱ در تعاملات اجتماعی، که در بنیان‌های اجتماعی جوامع مدرن و سنتی نهفته است، در کانون این برداشت قرار دارد. در این برداشت سرمایه اجتماعی به مثابه «سرمایه‌گذاری افراد در روابط اجتماعی‌ای تعریف می‌گردد که از طریق آن‌ها دسترسی به منابع نهفته در جهت افزایش بازده مورد انتظار از کنش‌های ابزاری^۲ یا اظهاری^۳ فراهم می‌شود». مطالعات سلامت روان در این سنت به ادبیات

^۱ Reciprocity

^۲ Instrumental

^۳ Expressive

گسترده‌ای در زمینه شبکه‌ها و حمایت اجتماعی منجر شده است. با وجود این، شواهدی قوی دال بر تأثیر ویژگی‌های شبکه همچون اندازه، تراکم و فراوانی ارتباطات بر سلامت روانی وجود ندارد (وبر و هاگسلی، ۲۰۰۷).

مطالعات فوق بیانگر شواهدی تجربی درخصوص تأثیر مثبت سرمایه اجتماعی بر سلامت روانی هستند، اما رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روانی همچنان در حد فرضیه است و به صورت پایدار در همه مطالعات مشاهده نشده است (آرایا و همکاران، ۲۰۰۶؛ لافورس و ساند کویست، ۲۰۰۷؛ وبر و هاگسلی، ۲۰۰۷؛ سیاهپوش و همکاران، ۲۰۰۶). مطالعات صورت گرفته درباره تأثیر سرمایه اجتماعی فردی بر سلامت روانی نیز همگی تأییدکننده این رابطه نیستند. برای مثال، درحالی که مطالعه‌ای در بریتانیا (مک کالک، ۲۰۰۱) رابطه بین سرمایه اجتماعی پایین و اختلالات روانی را نشان داده است، درمقابل، در مطالعه کاترونا و همکارانش درباره ۷۰۰ زن افریقایی-آمریکایی رابطه بین سرمایه اجتماعی و اضطراب و افسردگی تأیید نشده است (کاترونا و همکاران، ۲۰۰۰). مطالعه دراکر و همکارانش (۲۰۰۳) درباره بچه‌های ۱۰ تا ۱۲ ساله در هلند نیز نتوانست رابطه بین سرمایه اجتماعی و اختلالات روانی را نشان دهد. مطالعاتی از این دست در ایران نیز انجام شده است. عنایت و آقاپور نشان داده‌اند که کیفیت سلامت روانی با سرمایه اجتماعی خانواده‌هایی که زن و شوهر در قید حیات بوده‌اند رابطه معناداری داشته است (عنایت و آقاپور، ۱۳۸۹). ماجدی و لهسایی زاده نیز نشان داده‌اند که سرمایه اجتماعی بر کیفیت زندگی و رضایت از زندگی در روستاهای استان فارس تأثیر مثبت دارد (ماجدی و لهسایی زاده، ۱۳۸۵). در ضمن، از بین شاخص‌های سرمایه اجتماعی، اعتماد بالاترین تأثیر را داشته است و علاوه بر آن شاخص‌های دیگر سرمایه اجتماعی نظیر حمایت می‌توانند بر کیفیت زندگی مؤثر باشند (همان، ۱۳۳). پژوهش سلطانی و جمالی (۱۳۸۷) در بین دانشجویان دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه شیراز نیز مؤید رابطه افزایش سرمایه اجتماعی درون‌گروهی - پیوندهای محدود و با گروه‌های کوچک نزدیک نظیر خانواده و دوستان - با میزان سلامت روانی در افراد است.

فرضیات

نتیجه جمع‌بندی مطالعات انجام‌شده در زمینه رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی، که در بخش قبل به آن‌ها اشاره شد، تأیید وجود رابطه میان این دو متغیر است. از سویی دیگر، همین مطالعات از ابتدا تا اندازه‌ای بر پایه نقصان‌های مشاهده‌شده در رابطه میان سلامت روانی و هزینه‌ها یا تکنولوژی‌های مرتبط با سلامت بنا شده‌اند. از سوی دیگر، می‌توان رابطه معناداری میان وضعیت اقتصادی افراد و سطح سلامت آن‌ها (در بعد جسمی و روانی) متصور بود. دست کم می‌توان تصور کرد که کیفیت زندگی مادی افراد در محیط شهر - کیفیت استفاده از خدمات بهداشتی، حمل و نقل، انرژی، آموزش و... - با سلامت روانی ایشان ارتباط دارد. به عبارتی، مقوله سلامت روانی و ارتباط آن با سرمایه اجتماعی را باید در حضور تأثیر کیفیت زندگی مادی بر سلامت روانی تحلیل کرد. وارد کردن رفاه مادی به تحلیل سلامت روانی، امکان بسط ایده ایسترلین به مطالعه سلامت روان را نیز طرح می‌کند. اگر مطابق ایده مندرج در پارادوکس ایسترلین شادی را نمی‌توان با پول خرید، آیا می‌توان سلامت روانی را با پول خرید؟ به این ترتیب، دست کم می‌توان سه فرضیه اولیه را صورت‌بندی کرد:

- توانمندی‌های اقتصادی از مسیر ارتقای کیفیت مادی زندگی بر ارتقای سلامت روانی افراد مؤثر است.

- سرمایه اجتماعی سبب ارتقای سلامت روانی افراد می‌شود.

- وضعیت اقتصادی و سرمایه اجتماعی توأمان تبیین‌کننده سلامت روانی افراد هستند.

این سه فرضیه سلامت روانی را متأثر از وضعیت اقتصادی و سرمایه اجتماعی افراد معرفی می‌کنند و امکان آزمودن پارادوکس ایسترلین را در عرصه سلامت روان فراهم می‌سازند. حضور توأمان متغیرهای مرتبط با سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی مادی به ما امکان می‌دهند تا میزان تأثیر هر کدام را بررسی کنیم. سرمایه اجتماعی از مؤلفه‌های زیادی تشکیل می‌شود که اثر هر کدام بر سلامت روانی نیز درخور بحث است.

روش‌شناسی

در این مقاله از داده‌های ثانویه استفاده شده است. داده‌های پیمایشی طرح سنجش زندگی مطلوب در شهر تهران در مرداد و شهریور ۱۳۸۷ جمع‌آوری شده است. حجم نمونه ۲۱۷۹۲

نفر در مناطق ۲۲ گانه شهر تهران بوده و پرسش نامه‌ها از طریق مراجعه به درب منازل تکمیل شده‌اند. نمونه‌گیری به شیوه خوشه‌ای چندمرحله‌ای بوده و در هر بلوک نمونه‌های مورد نظر به صورت تصادفی انتخاب شده‌اند. در هر بلوک نسبت سنی و جنسی رعایت شده است. در این تحقیق علاوه بر آنکه اطلاعات دقیقی درباره مشخصات اقتصادی، اجتماعی، مسکن، هزینه و درآمد زندگی و جزئیات دیگری از زندگی خانوارها جمع‌آوری شده، سنجش کیفیت زندگی براساس پرسش‌نامه استاندارد اس اف-۱۲^۱ و سنجش سلامت عمومی براساس پرسش‌نامه استاندارد اس اف-۲۸^۲ انجام شده است.

پرسش‌نامه استاندارد اس اف-۱۲ برای سنجش کیفیت زندگی شهروندان به کار می‌رود. این پرسش‌نامه ۱۲ سؤال درباره ابعاد مختلف سلامت - جسمی، عاطفی، فعالیت‌های بدنی و ... - افراد دارد که بر روی هم کیفیت زندگی را از منظر سلامتی جسمی و روانی می‌سنجند. طراحان این پرسش‌نامه الگوریتمی برای محاسبه نمره سلامت روانی و سلامت جسمی فرد ارائه کرده‌اند^۳ که براساس آن، غیر از جداول توصیفی مستخرج از این آزمون، دو نمره در فاصله صفر تا ۱۰۰ نیز برای هر فرد محاسبه می‌شود. این دو نمره با عناوین نمره ترکیبی سلامت جسمی و روانی^۴ خوانده می‌شوند. از آنجا که به طور کلی با افزایش سن از میزان سلامت جسمی افراد کاسته می‌شود و برخی تحقیقات نشان می‌دهد به میزان سلامت روانی افراد افزوده می‌شود، باید سلامت روانی و جسمی افراد را با توجه به گروه‌های سنی نزدیک به خود آن‌ها محاسبه کرد. بنابراین "نمره تفاوت" معیاری برای سنجش نسبی سلامت روانی و جسمی افراد در هر گروه سنی است. نمره‌های تفاوت فاصله نمره‌های سلامت جسمی و روانی فرد تا میانگین همین نمرات در گروه سنی فرد است. به این ترتیب، هر فرد در گروه سنی خود دارای دو نمره تفاوت است که میانگین این نمرات در هر گروه برابر صفر و انحراف استاندارد آن مقدار مشخصی است. اگر سلامت روانی و جسمی را دارای توزیع نرمال تلقی کنیم (توزیع فراوانی‌ها را می‌توان برای آزمون این فرض به کار گرفت) آن‌گاه می‌توان افراد را براساس

¹ SF-12

² GHQ-28

³ این الگوریتم به کمک زبان‌های برنامه‌نویسی نرم‌افزارهای آماری نظیر SPSS یا SAS و توسط شرکت طراحی‌کننده پرسش‌نامه (Quality Metric Incorporated) ارائه شده است.

⁴ Physical and Mental Health Composite Scores (PCS & MCS)

فاصله نمره‌های تفاوتشان با میانگین نمره‌های تفاوت هر گروه سنی به سه دسته تقسیم کرد. این تقسیم‌بندی در بخش یافته‌های توصیفی ارائه شده است.

پرسش‌نامه سنجش سلامت عمومی جی اچ کیو-۲۸ چهار دسته سؤال دارد که به ترتیب مشکلات جسمی، اضطراب و اختلالات خواب، مشکلات کارکرد اجتماعی و افسردگی را می‌سنجند. از چهار روش نمره‌دهی برای محاسبه نمره سلامت عمومی افراد به کمک این پرسش‌نامه استفاده می‌شود که نمره‌دهی لیکرتی معمول‌ترین آن‌هاست. در این روش چهار گزینه مربوط به هر سؤال نمرات صفر تا ۳ دریافت می‌کنند و به این ترتیب، حداقل نمره صفر و حداکثر آن ۸۴ است. در پژوهش‌های متعدد نمره برش این پرسش‌نامه عدد ۲۳ ذکر شده است. براین اساس، افرادی که نمره ۲۴ یا بیشتر به دست آورند بیمار تلقی می‌شوند. نمره برش برای سؤالات مربوط به هر بخش نیز ۶ ذکر شده است (نوربالا و همکاران، ۱۳۸۱). از میان بخش‌های چهارگانه این پرسش‌نامه، دو بخش مربوط به سنجش اضطراب و اختلالات خواب و افسردگی با مسئله مدنظر در این پژوهش ارتباط دارند. آماره آلفای کرونباخ برای طیف سنجش "وضعیت اضطراب و اختلالات خواب" برابر ۰/۸۶ و برای طیف سنجش "افسردگی" ۰/۸۷ است. آزمون تحلیل عاملی نیز تأیید می‌کند که هر دو طیف یک‌بعدی هستند و بارهای عاملی نیز نشان‌دهنده مناسب بودن طیف‌های سنجش است.

استفاده از آزمون همبستگی رتبه‌ای گاما نشان می‌دهد همبستگی میان سطح سلامت روانی اندازه‌گیری شده براساس پرسش‌نامه اس اف-۱۲ و وضعیت اضطراب و اختلالات خواب ۰/۶۹۵- و همبستگی میان سطح سلامت روانی و وضعیت افسردگی ۰/۸۰۳- و معنی‌دار است. به این ترتیب، اعتبار سنجش سلامت روانی نیز تأیید می‌گردد.

ابعاد مختلف سرمایه اجتماعی افراد نمونه به کمک پرسش‌نامه‌ای مجزا سنجش شده است. ۹ دسته سؤال درخصوص مقولات مختلفی که برخی از آن‌ها - نظیر اعتماد؛ کمک‌های داوطلبانه؛ مشارکت اجتماعی در فعالیت‌های عروسی، عزاداری، مذهبی، تفریحی و اقتصادی؛ و همکاری با گروه‌ها و نهادها- با سرمایه اجتماعی ارتباط دارند پرسیده و سنجش شده است. آماره آلفای کرونباخ برای همه ابعاد سرمایه اجتماعی بیش از ۰/۸۸ است و همگی از روایی کافی برخوردارند.

یافته‌های توصیفی

وضعیت سلامت روانی

پرسش‌نامه اس اف-۱۲ دو نمره ترکیبی به کمک الگوریتمی پیچیده برای سلامت روانی و سلامت جسمی فرد محاسبه می‌شود. چنان‌که گفته شد، باید نمره‌های مربوط به سلامت روانی و سلامت جسمی را برحسب گروه‌های سنی ارائه کرد. جدول ۱ نشان می‌دهد با بالا رفتن سن میانگین سلامت روانی تغییر معناداری ندارد.

جدول ۱. میانگین نمره سلامت روانی در گروه‌های سنی

ردیف	گروه سنی (سال)	میانگین نمره سلامت روانی	انحراف استاندارد نمره سلامت روانی
۱	۱۵ تا ۲۴	۴۹/۲۷	۸/۲۶
۲	۲۵ تا ۴۴	۴۸/۴۹	۸/۳
۳	۴۵ تا ۶۴	۴۸/۲۷	۸/۳۱
۴	۶۵ به بالا	۴۸/۰۲	۸/۵۲

بیشتر گفتیم که می‌توان افراد را برحسب نمره ترکیبی سلامت روانی در هر گروه سنی به سه دسته تقسیم کرد. ما برای این تقسیم‌بندی فاصله یک انحراف معیار از میانگین را لحاظ کرده‌ایم. به این ترتیب، دسته اول کسانی هستند که در فاصله‌ای بیشتر از ۱- انحراف معیار از میانگین قرار گرفته‌اند. این گروه کسانی هستند که با توجه به توزیع فراوانی‌ها در منحنی نرمال، از ۸۴ درصد جامعه میانگین سلامت پایین‌تری دارند. گروه دوم کسانی هستند که در فاصله ۱- تا ۱ انحراف معیار از میانگین قرار گرفته‌اند. این گروه ۶۸ درصد نمونه بررسی شده را تشکیل داده‌اند و می‌توانیم تصور کنیم فاصله آن‌ها از میانگین معنادار نیست. این گروه را می‌توان دارای سلامت روانی به اندازه میانگین گروه سنی خودشان تلقی کرد. دسته سوم دارای نمره‌ای بالاتر از ۱ انحراف معیار از میانگین هستند و دارای سلامتی بالاتر از ۸۴ درصد جامعه هستند (جدول ۲).^۱

^۱ نمره‌های برش برای ابزار GHQ-28 باید با توجه به بررسی‌های بالینی قبلی و مطالعات دیگر که سلامت روانی را می‌سنجند و آن را با نمره‌های این ابزار تطبیق می‌دهند در هر کشور به صورت بومی تهیه شود. تلاش نویسندگان برای شناسایی نمرات برش این طیف با توجه به موقعیت ایران بی‌نتیجه ماند؛ بنابراین از تقسیم نمونه بررسی شده براساس معیار یک فاصله انحراف تا میانگین برای طبقه‌بندی نمونه استفاده شده است.

جدول ۲. میانگین نمره سلامت روانی در گروه‌های سنی برحسب میزان سلامت

گروه سنی	سطح سلامت روانی یا جسمی	میانگین نمره سلامت روانی	انحراف معیار نمره سلامت روانی	درصد از کل گروه
گروه سنی ۱۵-۲۴	زیر میانگین	۳۴/۵۳	۵/۸۶	۱۴/۹
	در حد میانگین	۵۰/۰۹	۴/۴۳	۶۸/۸
	بالتر از میانگین	۵۹/۳۲	۱/۶۳	۱۶/۳
گروه سنی ۲۵-۴۴	زیر میانگین	۳۳/۴۶	۵/۷۴	۱۴/۴
	در حد میانگین	۴۹/۳۱	۴/۴۸	۷۰/۵
	بالتر از میانگین	۵۸/۹۷	۱/۷۷	۱۵/۱
گروه سنی ۴۵-۶۴	زیر میانگین	۳۳/۴۶	۵/۵۳	۱۴/۴
	در حد میانگین	۴۸/۸۹	۴/۴۰	۷۰/۲
	بالتر از میانگین	۵۹/۲۷	۱/۹۳	۱۵/۴
گروه سنی ۶۵ سال به بالا	زیر میانگین	۳۳/۲۵	۵/۶۳	۱۵/۲
	در حد میانگین	۴۸/۶۳	۴/۳۳	۶۸/۹
	بالتر از میانگین	۵۹/۴۶	۲/۱۶	۱۵/۹

جدول ۳. وضعیت اضطراب و اختلالات خواب

گونه	خیبر	کمی	زیاد	خیلی زیاد
آیا از یک ماه گذشته تا امروز اتفاق افتاده که بر اثر نگرانی دچار بی خوابی شده باشید؟	۳۱/۷	۳۴/۱	۲۱/۷	۱۲/۵
آیا از یک ماه گذشته تا امروز شب‌ها از خواب بیدار می شوید؟	۳۴/۲	۳۵	۲۱/۳	۹/۶
آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که دائماً تحت فشار هستید؟	۴۰/۵	۲۸/۸	۲۰/۶	۱۰/۱
آیا از یک ماه گذشته تا به امروز عصبانی و بداخلاق شده‌اید؟	۲۳/۸	۳۹/۸	۲۳/۷	۱۲/۷
آیا از یک ماه گذشته تا به امروز بدون هیچ دلیل قانع کننده‌ای هراسان یا وحشت زده شده‌اید؟	۵۹/۸	۲۵/۸	۱۰/۸	۳/۷
آیا از یک ماه گذشته تا به امروز متوجه شده‌اید که انجام کارها از توانایی شما خارج است؟	۴۶/۶	۳۳	۱۵	۵/۴
آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که در	۳۹/۷	۳۴/۷	۱۸	۷/۶

تمامی اوقات عصبی بوده و دلشوره دارید؟			
حجم نمونه = ۲۰۹۲۱؛ میانگین = ۶/۷۳؛ انحراف معیار = ۴/۹۰			

جدول ۴: وضعیت افسردگی

گویه	خیر	کمی	زیاد	خیلی زیاد
آیا از یک ماه گذشته تا به امروز فکر کرده‌اید شخص بی‌ارزشی هستید؟	۷۳/۸	۱۶/۳	۶/۲	۳/۷
آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که زندگی کاملاً ناامیدکننده است؟	۶۲/۱	۲۰/۶	۹/۷	۷/۷
آیا از یک ماه گذشته تا امروز احساس کرده‌اید که زندگی ارزش زنده‌بودن را ندارد؟	۷۱/۵	۱۴/۳	۷/۶	۶/۶
آیا از یک ماه گذشته تا به امروز، به این مسئله فکر کرده‌اید که ممکن است دست به خودکشی بزنید؟	۹۰/۷	۵/۳	۲/۲	۱/۷
آیا از یک ماه گذشته تا امروز احساس کرده‌اید که چون اعصابتان خراب است نمی‌توانید کار کنید؟	۵۷/۳	۲۶/۹	۱۰/۷	۵
آیا از یک ماه گذشته تا به امروز به این نتیجه رسیده‌اید که ای کاش مرده بودید و از شر زندگی خلاص می‌شدید؟	۷۷/۱	۱۱/۵	۵/۲	۶/۳
آیا از یک ماه گذشته تا به امروز این فکر به ذهنتان رسیده است که بخواهید به زندگی‌تان خاتمه دهید؟	۸۸/۹	۵/۸	۲/۶	۲/۶
حجم نمونه = ۲۱۲۳۰؛ میانگین = ۲/۸۴؛ انحراف معیار = ۴/۱۶				

برای سنجش سلامت کلی شهروندان تهرانی از پرسش‌نامه استاندارد جی اچ کیو-۲۸ استفاده شده است. این پرسش‌نامه دارای ۲۸ سؤال است که، چنان‌که گفته شد، سؤالات ۸ تا ۱۴ آن دربارهٔ اضطراب و اختلالات خواب و سؤالات ۲۲ تا ۲۸ آن نیز برای سنجش افسردگی کاربرد دارد.

وضعیت سرمایه اجتماعی

پرسش‌نامه سنجش سرمایه اجتماعی، شامل سؤالاتی برای اندازه‌گیری تمایل به همکاری و مشارکت، میزان مشارکت در مراسم جمعی، سطح اعتماد، احساس تعلق به گروه‌های مختلف و سطح اعتماد به رعایت ارزش‌ها توسط دیگران بوده است. در این پرسش‌نامه دربارهٔ سطح

رضایت افراد از وضعیت فرهنگی، اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و زیست محیطی نیز پرسش شده است. این بخش از اندازه گیری سرمایه اجتماعی را می توان شاخصی برای سنجش سرمایه اجتماعی نهادی به حساب آورد. طراحان پژوهش شش بعد برای سرمایه اجتماعی قائل شده اند. ما نیز از همین شش بعد برای سنجش سرمایه اجتماعی و بررسی فرضیه تحقیق استفاده می کنیم. جدول ۵ میانگین و انحراف استاندارد انواع سرمایه اجتماعی را نشان می دهد. میانگین پنج نوع از آن ها به میانگین نمره طیف نیز نمی رسد.

جدول ۵. وضعیت انواع سرمایه اجتماعی

انحراف استاندارد	میانگین	حداکثر نمره طیف	نوع سرمایه اجتماعی
۶/۴۴	۲۱/۷۷	۴۵	مشارکت در حل مشکلات بقیه
۵/۷۲	۱۵/۰۵	۴۵	شرکت در فعالیتهای جمعی
۴/۹۸	۱۹/۰۳	۴۵	میزان اعتماد به دیگران
۵/۱۹	۱۹/۱۸	۴۵	احساس تعلق، دوستی و یکی بودن با بقیه
۴/۴۷	۱۳/۰۴	۳۰	باور به میزان رعایت شدن ارزش ها توسط مردم
۳/۶	۱۲/۸۷	۲۵	برآورد وضعیت جامعه (شاخصی از اعتماد نهادی)

آزمون فرضیات

چنان که گفتیم، سه فرضیه در خصوص عوامل مؤثر بر سلامت روانی در این مقاله عبارت اند از:

- توانمندی های اقتصادی از مسیر ارتقای کیفیت مادی زندگی بر ارتقای سلامت روانی افراد مؤثر است.

- سرمایه اجتماعی سبب ارتقای سلامت روانی افراد می شود.

- وضعیت اقتصادی و سرمایه اجتماعی توأمان تبیین کننده سلامت روانی افراد هستند.

بررسی اولیه نشان داد مفروضات رگرسیون خطی چندمتغیره در خصوص متغیرهای تحت بررسی صدق نمی کنند؛ بنابراین، از تحلیل واریانس و رگرسیون لجستیک برای آزمون فرضیات استفاده کرده ایم. ستون سوم از جدول ۲ درصد هریک از سه گروه افرادی را نشان می دهد که براساس سطح سلامت روانی در هر گروه سنی دسته بندی شده اند. گروه اول کسانی هستند که سطح نمره سلامت روانی آنها (با استفاده از پرسش نامه SF-12) از منفی ۱ انحراف استاندارد از میانگین کمتر است. گروه دوم در فاصله ۱- تا ۱+ انحراف استاندارد از

میانگین قرار گرفته‌اند و دارای سلامت روانی متوسط تلقی شده‌اند. گروه سوم، بیش از ۱+ انحراف استاندارد از میانگین فاصله داشته‌اند و سلامت‌تر از ۸۴ درصد جامعه (سالم‌ترین گروه) تلقی شده‌اند. اما دو متغیر دیگر مرتبط با سلامت روانی نیز اندازه‌گیری شده است: وضعیت اضطراب و اختلالات خواب (جدول ۳) و وضعیت افسردگی (جدول ۴). افرادی که نمره ۶ یا بیشتر را در هریک از این دو متغیر کسب کرده باشند بیمار تلقی می‌شوند. بر این اساس ۵۲/۸ درصد از افراد بررسی شده دارای وضعیت اضطراب و اختلالات خواب بوده‌اند. ۱۸/۵ درصد نیز در وضعیت افسردگی قرار دارند.

اولین آزمون میزان هزینه‌های زندگی را در بین سه گروه افراد تحت بررسی به کمک تحلیل واریانس مقایسه می‌کند. هفت دسته هزینه‌های زندگی برای خانوار هر فرد محاسبه شده است: هزینه بهداشتی، هزینه حمل و نقل، هزینه ارتباطات، هزینه آموزشی، هزینه فرهنگی، هزینه مسکن و هزینه انرژی. تحلیل عاملی نشان می‌دهد هزینه‌های زندگی فرد در دو عامل دسته‌بندی می‌شوند. هزینه‌های مسکن و انرژی در یک دسته و هزینه حمل و نقل، هزینه ارتباطات، هزینه آموزشی و هزینه فرهنگی در دسته دوم قرار می‌گیرند. هزینه‌های بهداشتی به دلیل بار عاملی کم از این دسته‌بندی حذف شده‌اند.

جدول ۶. تفاوت گروه‌های متناظر سه سطح سلامت روانی از نظر میانگین هزینه‌های زندگی

انواع هزینه‌های زندگی	عدد اف	پی
هزینه بهداشتی	۷/۹۷	۰/۰۰۰
هزینه حمل و نقل	۱/۳۲	۰/۲۶۷
هزینه ارتباطات	۱/۹	۰/۱۵۵
هزینه‌های فرهنگی	۰/۴۵۳	۰/۶۳۶
هزینه‌های آموزشی	۱۱	۰/۰۰۰
هزینه مسکن	۰/۸۵۵	۰/۴۲۵
هزینه انرژی	۰/۰۲	۰/۹۷۶

جدول ۷. رابطه هزینه‌های زندگی و سطح سلامت روانی

سطح سلامت روانی	انواع هزینه‌ها	خوشه‌های هر متغیر مستقل	ضرایب رگرسیون لجستیک	آماره والد	سطح معناداری	Exp (B)	
۱	هزینه مسکن و انرژی	عدد ثابت	۱/۰۸	۰/۶۷	۰/۴۱	-	
		خوشه ۱	-۰/۷۲	۰/۶۷	۰/۵۵	۰/۴۸	
		خوشه ۲	-۱/۷۳	۰/۳۵	۰/۳۰	۰/۱۷	
	هزینه‌های عمومی	خوشه ۳	۰	-	۰	۰	۰
		خوشه ۱	-۰/۳۹	۰/۶۳۳	۰/۴۲	۰/۶۷	۰/۶۷
		خوشه ۲	-۰/۶۵	۱/۷۳	۰/۱۸	۰/۵۱	۰/۵۱
		خوشه ۳	۰	-	-	-	-
۲	هزینه انرژی	عدد ثابت	۱/۲۲	۰/۹۹	۰/۳۲	-	
		خوشه ۱	۰/۴۱	۰/۱۳۱	۰/۷۱	۱/۵۱	۱/۵۱
		خوشه ۲	۰/۴۴	۰/۱۱۶	۰/۷۳	۱/۵۶	۱/۵۶
	هزینه‌های عمومی	خوشه ۳	۰	-	-	-	-
		خوشه ۱	-۰/۱۲	۰/۰۸۷	۰/۷۶	۰/۸۸	۰/۸۸
		خوشه ۲	-۰/۱۵	۰/۱۳۱	۰/۷۱	۰/۸۶	۰/۸۶
		خوشه ۳	-	-	-	-	-

آزمون تحلیل واریانس نشان می‌دهد هیچ تفاوت معناداری در میانگین دو دسته کلی هزینه‌ها در بین سه دسته افراد با سه سطح سلامت روانی متفاوت وجود ندارد. البته بین سه گروه دارای سطوح مختلف سلامت روانی، تنها میانگین هزینه بهداشتی و هزینه‌های آموزشی تفاوت معناداری دارد. میانگین هزینه بهداشتی ناسالم‌ترین افراد ۴۱۱/۴۹ هزار تومان و به طرز معناداری بیش از دو گروه دیگر است. تفاوت معناداری میان هزینه بهداشتی دو گروه دیگر وجود ندارد. از سوی دیگر، هزینه آموزشی دو گروهی که به اندازه میانگین سالم‌اند یا از این حد سالم‌ترند، به طرز معناداری از ناسالم‌ترین گروه بیشتر است. میانگین هزینه آموزشی ناسالم‌ترین گروه ۴۳۶/۲ هزار تومان و در مقابل ۵۵۶/۱ و ۵۴۲/۲ هزار تومان دو گروه دیگر به طرز معناداری کمتر است.

جدول ۷ برآورد دقیق‌تری از رابطه هزینه‌های زندگی و سطح سلامت روانی نشان می‌دهد. هیچ‌کدام از آماره‌های والد مندرج در این جدول معنادار نشده‌اند که نشان می‌دهد افزایش سطح هزینه‌های زندگی تغییر معناداری در سطح سلامت روانی افراد به وجود نمی‌آورد.

برای آزمودن فرضیه دوم، هر یک از انواع سرمایه اجتماعی را که در سطح فاصله‌ای و به کمک طیف‌های لیکرت سنجیده شده‌اند، به کمک تحلیل خوشه به چهار خوشه تقسیم می‌کنیم که با رفتن از هر خوشه به خوشه بالاتر میانگین سرمایه اجتماعی خوشه افزایش می‌یابد. به این ترتیب، می‌توانیم سرمایه اجتماعی را به عنوان متغیر مستقل وارد تحلیل رگرسیون لجستیک کنیم. دلیل دوم برای این کار، برآمده از ماهیت عملکرد رگرسیون لجستیک با متغیرهای فاصله‌ای است. معمولاً رگرسیون لجستیک مقدار $EXP(B)$ متعلق به متغیرهای فاصله‌ای را نزدیک به ۱ برآورد می‌کند. در رگرسیون لجستیک هر قدر این مقدار به ۱ نزدیک‌تر باشد، نشان‌دهنده رابطه یا تأثیر کمتر آن بر تغییرات متغیر وابسته است.

دومین مدل، که نتیجه آن در جدول ۸ نشان داده شده است، رابطه انواع سرمایه اجتماعی با سلامت روانی افراد را بررسی می‌کند. در پایین‌ترین سطح سلامت روانی (سطح ۱) تغییرات پنج نوع از شش نوع سرمایه اجتماعی سبب تغییر بخت سطح سلامت روانی می‌شود. آماره والد معناداری مقادیر ضرایب رگرسیون لجستیک و به تبع آن مقادیر $EXP(B)$ را می‌سنجد. ردیف‌هایی از جدول ۸ که هاشور خورده‌اند، معناداری رابطه بیان شده را نشان می‌دهند. هر قدر مقدار $EXP(B)$ از ۱ دورتر شود، شدت رابطه میان متغیر مستقل و وابسته بیشتر می‌شود. مشاهده می‌شود که مقدار $Exp(B)$ در جدول ۸ کلاً زیاد نیست. هر قدر این مقدار به عدد ۱ نزدیک‌تر می‌شود نشان‌دهنده آن است که تغییرات متغیر مستقل رابطه کمتری با بخت وقوع تغییرات در متغیر وابسته دارد.

در قسمت اول جدول ۸، که به بررسی روابط انواع سرمایه اجتماعی با سلامت روانی در سطح ۱ اختصاص یافته است، مشاهده می‌شود که اعتماد عمومی هیچ رابطه‌ای با ارتقای سلامت روانی در این گروه ندارد. تفسیر همه روابط مشاهده شده (که در ردیف‌های هاشور خورده مشخص است) ضرورتی ندارد. اما مشاهده می‌شود که بیشترین رابطه میان حس تعلق داشتن و اعتماد نهادی با سلامت روانی است. در واقع با ارتقا از خوشه ۱ حس تعلق داشتن به خوشه ۴، بخت رفتن از سلامت روانی سطح ۱ به سلامت روانی سطح ۳ (سالم‌ترین سطح) -

با کنترل کردن سایر متغیرها - ۳/۱۳ برابر می‌شود. به همین ترتیب، رفتن از خوشه ۱ اعتماد نهادی به خوشه ۴، بخت رفتن از سطح سلامت ۱ به سطح سلامت ۳ را ۲/۶ برابر می‌کند. قسمت دوم جدول ۸ نشان می‌دهد که سه نوع سرمایه اجتماعی با بخت ارتقای سطح سلامت روانی افرادی که در سطح ۲ سلامت روانی قرار دارند (افرادی که به اندازه متوسط کل جامعه سلامت‌اند) ارتباط دارند و هیچ کدام از رابطه‌ها منفی نیست. در این سطح از سلامت روانی نیز بیشترین رابطه برآمده از حس تعلق داشتن است. مقادیر EXP (B) نشان می‌دهند هر رتبه ارتقا در سطح احساس تعلق داشتن، بر بخت ارتقا از سطح سلامت روانی ۲ به ۳ مؤثر است. البته شدت رابطه به اندازه رابطه حس تعلق داشتن با ارتقای سطح سلامت روانی در گروه افرادی که در سطح سلامت روانی ۱ قرار دارند نیست.

جدول ۸. رگرسیون لجستیک سطح سلامت روانی و انواع سرمایه اجتماعی

سطح سلامت روانی	انواع سرمایه اجتماعی	خوشه‌های هر متغیر مستقل	ضرایب رگرسیون لجستیک	آماره والد	سطح معناداری	Exp (B)
۱	عدد ثابت		-۱	۱۶/۸۵۴	۰/۰۰	-
	سرمایه اجتماعی- مشارکت اجتماعی	خوشه ۱	۰/۲۵	۳/۷۴	۰/۰۵۳	۱/۲۸
		خوشه ۲	۰/۱۴	۱/۸۲	۰/۱۷	۱/۱۵
		خوشه ۳	۰/۲۵	۶/۱۷	۰/۰۱	۱/۲۹
		خوشه ۴	۰	-	-	-
سرمایه اجتماعی- فعالیت‌های جمعی	سرمایه اجتماعی- مشارکت اجتماعی	خوشه ۱	-۰/۱۰	۰/۵۴	۰/۴۶	۰/۹۰
		خوشه ۲	-۰/۳۱	۵/۰۶	۰/۰۲	۰/۷۳
		خوشه ۳	-۰/۰۶	۰/۲۲	۰/۶۳۷	۰/۹۳
			خوشه ۴	۰	-	-
سرمایه اجتماعی- اعتماد عمومی	سرمایه اجتماعی- مشارکت اجتماعی	خوشه ۱	۰/۳۶۷	۳/۵۴	۰/۰۶	۱/۴۴
		خوشه ۲	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۹۷	۱
		خوشه ۳	-۰/۲۹۴	۲/۴۳	۰/۱۱	۰/۷۴
			خوشه ۴	۰	۰	-
سرمایه اجتماعی- حس تعلق داشتن	سرمایه اجتماعی- مشارکت اجتماعی	خوشه ۱	۱/۱	۴۷/۸	۰/۰۰۰	۳/۱۳
		خوشه ۲	۰/۲۸۶	۳/۶۵	۰/۰۵۶	۱/۳۳
		خوشه ۳	-۰/۰۱	۰/۰۰	۰/۹۴	۰/۹۸

-	-	-	۰	خوشه ۴		
۱/۱	۰/۳	۱/۰۶	۰/۱۸۱	خوشه ۱	سرمایه اجتماعی- احساس رعایت شدن ارزش‌ها	
۰/۹۷	۰/۸۷	۰/۰۲	-۰/۰۲۸	خوشه ۲		
۰/۶۴	۰/۰۱	۶/۱۸	-۰/۴۳۳	خوشه ۳		
-	-	-	۰	خوشه ۴		
۲/۶	۰/۰۰	۵۴/۱۲	۰/۹۸۲	خوشه ۱	سرمایه اجتماعی- اعتماد نهادی	
۱/۹۲	۰/۰۰	۳۱/۴	۰/۶۵۵	خوشه ۲		
۱/۱۶	۰/۱۸	۱/۷۶	۰/۱۵۳	خوشه ۳		
-	-	-	۰	خوشه ۴		
-	۰/۰۰	۱۰/۳۹	۰/۵۲		عدد ثابت	۲
۱/۰۴	۰/۶۸	۰/۱۶	۰/۰۴	خوشه ۱	سرمایه اجتماعی- مشارکت اجتماعی	
۱/۲۲	۰/۰۰	۷/۲	۰/۲	خوشه ۲		
۱/۲	۰/۰۱	۶/۶۶	۰/۱۸	خوشه ۳		
-	-	-	۰	خوشه ۴		
۱	۰/۹۸	۰/۰۰	۰/۰۰	خوشه ۱	سرمایه اجتماعی- فعالیت‌های جمعی	
۱	۰/۵۸	۰/۳۰	۰/۰۵	خوشه ۲		
۱	۰/۲۳	۱/۴۲	۰/۱۲	خوشه ۳		
-	-	-	۰	خوشه ۴		
۱	۰/۶۶	۰/۱۸	۰/۰۵	خوشه ۱	سرمایه اجتماعی- اعتماد عمومی	
۱	۰/۵۵	۰/۳۴	۰/۰۷	خوشه ۲		
۰/۸۳۵	۰/۱۴	۲/۱	-۰/۱۸	خوشه ۳		
-	-	۰	۰	خوشه ۴		
۲/۰۲	۰/۰۰	۳۵	۰/۷	خوشه ۱	سرمایه اجتماعی- حس تعلق داشتن	
۱/۳۹	۰/۰۰	۱۱/۰۶	۰/۳۳	خوشه ۲		
۱/۳۷	۰/۰۰	۱۱/۲۲	۰/۳۱	خوشه ۳		
-	-	-	۰	خوشه ۴		
۱/۰۴	۰/۷	۰/۱۴	۰/۰۴	خوشه ۱	سرمایه اجتماعی- احساس رعایت شدن ارزش‌ها	
۱/۱۱	۰/۳۵	۰/۸۴	۰/۱۱	خوشه ۲		
۰/۹۶۶	۰/۷۷	۰/۰۸	-۰/۰۳	خوشه ۳		
-	-	-	۰	خوشه ۴		
۱/۹۸	۰/۰۰	۴۱/۵۰	۰/۶۸	خوشه ۱	سرمایه اجتماعی-	

۱/۶۲	۰/۰۰	۳۸/۷۶	۰/۴۸	خوشه ۲	اعتماد نهادی
۱/۲۸	۰/۰۰	۱۱/۴۳	۰/۲۴	خوشه ۳	
-	-	-	۰	خوشه ۴	

همان نتیجه در زمینه رابطه اعتماد نهادی و سطح سلامت روانی نیز مشاهده می‌شود. اما با وجود مشاهده روابط تشریح شده در جدول ۸، مقدار شبه‌مجذور آر که با شاخص‌های کاکس-اسنل و مک‌فادن سنجیده شده به ترتیب ۰/۰۶ و ۰/۰۳۸ و حاکی از اندک بودن نقش سرمایه اجتماعی در تبیین سلامت روانی است.

آزمون فرضیه سوم نیز نشان می‌دهد وقتی متغیرهای مربوط به سطح هزینه‌های زندگی (که شاخصی از وضعیت اقتصادی و رفاه مادی افراد است) بر اساس دو شاخص هزینه‌های مسکن و انرژی و هزینه‌های معمولی زندگی، به همراه متغیرهای سرمایه اجتماعی وارد مدل رگرسیون لجستیک می‌شوند، رابطه هر دو متغیر با تغییرات متغیر وابسته غیرمعنادار است و فقط متغیرهای مربوط به سرمایه اجتماعی در مدل باقی می‌مانند.^۱

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این بررسی حاکی از آن است که متغیرهای هزینه‌های اقتصادی، که آن‌ها را شاخصی از سطح رفاه مادی افراد تلقی کرده‌ایم، در تبیین سلامت روانی محاسبه شده بر اساس پرسش‌نامه استاندارد اس اف-۱۲ نقش ندارند. این نتیجه تاحدودی با ایده بارتولینی تناظر دارد که نشان داده است شادی همگام با رشد اقتصادی افزایش نمی‌یابد. به نظر می‌رسد اثر متغیرهای اقتصادی با تأثیر سایر متغیرهایی خنثی می‌شود که برخی از آن‌ها با سرمایه اجتماعی ارتباط داشتند. جالب توجه اینکه در تهران، حتی هزینه‌های صرف شده برای کالاهای ارتباطی نیز با سلامت روان رابطه‌ای نداشته‌اند. بارتولینی و همکارانش نشان داده‌اند سرمایه اجتماعی، به‌ویژه کالاهای ارتباطی (کار داوطلبانه بدون مزد در گروه‌های پاتنامی، عضویت در گروه‌های پاتنامی، اعتماد به دیگران)، نقش مهمی در آسایش خاطر دارند (بارتولینی و همکاران، ۲۰۰۸). در اینجا آشکار است که هزینه‌های معطوف به کارکردهای ارتباطی و حضور اجتماعی با

^۱ از آنجا که نشان دادن نتیجه این آزمون آوردن جدولی بزرگ‌تر از جدول ۸ را ایجاب می‌کرد، برای رعایت اختصار و به دلیل اینکه هیچ نکته جدیدی نسبت به جدول ۸ در آن وجود نداشت، از درج این جدول اجتناب شده است.

بهبود سلامت روانی ارتباط ندارند. تعارض این دو یافته می‌تواند فرضیه‌ای را درباره کیفیت متفاوت ارتباطات در ایران طرح کند. احتمالاً چیزی شبیه به گروه‌های پاتنامی در ایران یا چگالی اندکی دارد یا بر آسایش خاطر مؤثر نیست. به عبارتی، متغیرهای دیگری که در اینجا بررسی نشده‌اند تأثیر آن‌ها را خنثی می‌کنند. با توجه به ضعف جامعه مدنی در ایران، فرضیه چگالی اندک گروه‌های پاتنامی مقبول‌تر است.

اثر پنج متغیر مربوط به سرمایه اجتماعی در تبیین سطح سلامت روانی معنادار است، اما آماره‌های شبه‌مجذور آر نشان دادند که این تأثیر زیاد نیست. این یافته نتایج مطالعات دیگر را تأیید می‌کند که نشان می‌دهند سرمایه اجتماعی عاملی در تبیین سلامت روانی افراد است، اما سلامت روانی از متغیرهای دیگر نیز تأثیر می‌پذیرد. در این خصوص می‌توان به متغیرهایی همچون تحصیلات، وضعیت اشتغال، جنسیت و به‌ویژه نابرابری اشاره کرد (هارفام و همکاران، ۲۰۰۴؛ لافورس و ساندکویست، ۲۰۰۷). مطالعه آرایا و همکارانش (۲۰۰۶) نیز نشان می‌دهد که علاوه بر محیط اجتماعی، محیط فیزیکی و مصنوع نیز بر سلامت روانی تأثیر می‌گذارد، به گونه‌ای که جنبه‌های مختلف محیط مصنوع^۱ ممکن است بر تصور افراد از همسایگان نشان تأثیرگذار باشد و به رفتارهای متناسب با این تصورات منجر شود. برای مثال، خانه‌های وسیع و متروکه ممکن است فعالیت‌های مجرمانه را تسهیل کند و منجر به احساس ناامنی و عدم تمایل به ارتباط با افراد دیگر شود. عزلت (کناره‌گیری) اجتماعی،^۲ انزوا^۳ و ترس نیز ممکن است به ظهور نشانه‌های اختلالات روانی در میان افراد آسیب‌پذیر منجر شود. محیط دلپذیر و مطبوع، امن و حامی و پشتیبان نیز باعث افزایش حس شادمانی و رضایت و منجر به بهبود سلامت روانی خواهد شد.

بررسی‌های انجام شده نشان داد که هزینه‌های بهداشتی و آموزشی در میان گروه‌های دارای سطوح مختلف سلامت روانی تفاوت معناداری دارند. بالاتر بودن هزینه بهداشتی ناسالم‌ترین گروه پیش‌بینی‌پذیر است، اما دو نکته دیگر این است که میانگین انواع هزینه‌هایی که می‌توان آن‌ها را شاخص ثروت به حساب آورد (هزینه مسکن، هزینه انرژی، هزینه حمل و نقل، هزینه ارتباطات) در بین سه گروه دارای سه سطح سلامت روانی تفاوت معناداری ندارد. از سویی

¹ Built environment

² Social withdrawal

³ Isolation

دیگر، همبستگی هزینه آموزشی با بقیه هزینه‌ها حداکثر ۰/۰۹۳ بوده و بدان معناست که هزینه‌های آموزشی همبستگی قابل توجهی با بقیه انواع هزینه‌ها ندارد. با این حال، آزمون رگرسیون لجستیک نشان می‌دهد بالاتر رفتن سطح هزینه‌های آموزشی نیز تأثیری بر احتمال قرار گرفتن افراد در هر یک از سه سطح سلامت روانی ندارد.

آزمون فرضیه سوم نیز نشان داد وقتی متغیرهای مربوط به سطح هزینه‌های زندگی (که شاخصی از وضعیت اقتصادی و رفاه مادی افراد است) بر اساس دو شاخص هزینه‌های مسکن و انرژی و هزینه‌های معمولی زندگی، به همراه متغیرهای سرمایه اجتماعی وارد مدل رگرسیون لجستیک می‌شوند، تأثیری بر تغییرات سطح سلامت روانی ندارند.

بر اساس تحلیل بار تولینی از پارادوکس ایسترلین، افزایش درآمد تنها هنگامی باعث افزایش سلامت روانی می‌شود که فرسایش سرمایه اجتماعی ایجاد نشده باشد یا افزایش رفاه به کاهش سرمایه اجتماعی نینجامیده باشد. یافته‌ها نشان می‌دهد، در درجه اول، سرمایه اجتماعی در شکل گروه‌های پاتنامی و سرمایه اجتماعی نهادی، که کارکردهای مثبتی در سلامت روان دارند، در نمونه بررسی شده زیاد نیست و از سویی دیگر، میانگین سرمایه اجتماعی سنجش شده در اشکالی غیر از گروه‌های پاتنامی نیز پایین تر از میانگین طیف است. بنابراین در وضعیت سرمایه اجتماعی فرسوده شده، و در موقعیتی که تبیین کنندگی متغیرهای سرمایه اجتماعی نیز زیاد نیست، شواهد موجود مؤید پارادوکس ایسترلین در ایران نیز هستند. در حالت تأثیرگذاری متغیرهایی دیگر و سرمایه اجتماعی فرسوده شده، تغییرات سطح رفاه اقتصادی افراد جامعه بر تغییرات سطح سلامت روان آن‌ها بی‌تأثیر است و با پول نمی‌توان سلامت روانی خرید.

در میان ابعاد سرمایه اجتماعی، احساس تعلق داشتن بیشترین رابطه را با سطح سلامت روانی داشته است. اعتماد داشتن به نهادها و باورد داشتن به درستی و کیفیت عملکرد آن‌ها - که بر اساس سطح رضایت آن‌ها از عملکردها سنجش شده است - با سطح سلامت روانی ارتباط دارد. لذا علاوه بر سرمایه اجتماعی در قالب اعتماد بین شخصی و سطح خرد اعتماد، سطح کلان اعتماد اجتماعی از مهم‌ترین عامل‌های ایجاد سلامت روانی است.

این یافته‌ها نتایج حاصل از برخی تحقیقات دیگر در ایران را نیز تأیید می‌کند (کامران و ارشادی، ۱۳۸۸؛ لهسانی زاده و مرادی، ۱۳۸۶). با تأکید مجدد بر پارادوکس ایسترلین و قرائت جدیدی که از این پارادوکس در جامعه ایران می‌توان داشت، این فرضیه طرح می‌شود که

نمی‌توان به‌گشت کلی سلامت روانی افراد جامعه را از بهبود وضع اقتصادی هر فرد انتظار داشت. ظاهراً جامعه در وضعیتی است که بهبود اقتصادی زندگی افراد بر سطح سلامت روانی آن‌ها اثر ندارد. از سوی دیگر، تأیید رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت روانی - هرچند شدت رابطه زیاد نیست- می‌تواند خطر فرسایش سرمایه اجتماعی (دینی ترکمانی، ۱۳۸۵؛ شارع‌پور، ۱۳۸۳؛ عبدلهی و موسوی، ۱۳۸۶) را در تشدید بیماری‌های روانی آشکار سازد. تحقیقات دیگر نشان می‌دهند سرمایه اجتماعی بر رضایت از زندگی نیز مؤثر است (نوغانی و دیگران، ۱۳۸۹). بنابراین کاهش سرمایه اجتماعی در جامعه ایران رضایت از زندگی و سلامت روانی را تهدید می‌کند.

منابع

- دینی ترکمانی، علی (۱۳۸۵) «تبیین افول سرمایه اجتماعی»، *رفاه اجتماعی*، سال ششم، شماره ۲۳: ۱۷۱-۱۴۷.
- عنایت، حلیمه و اسلام آقاپور (۱۳۸۹) «بررسی عامل‌های اجتماعی - فرهنگی مرتبط با کیفیت سلامت روانی خانواده»، *فصلنامه زن و جامعه*، سال اول، شماره دوم: ۲۷-۴۶.
- غفاری، غلامرضا و نازمحمد اونیق (۱۳۸۵) «سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی»، *مجله مطالعات اجتماعی ایران*، دوره اول، شماره ۱: ۱۹۹-۱۵۹.
- سلطانی، طاهره و مژده جمالی (۱۳۸۷) «بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روانی، مورد مطالعه: دانشجویان دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه شیراز»، *فراپند مدیریت و توسعه*، شماره ۶۹-۶۸: ۱۲۱-۱۰۸.
- شارع‌پور، محمود (۱۳۸۳) «ابعاد و کارکردهای سرمایه اجتماعی و پی‌آمدهای حاصل از فرسایش آن»، در: *مسائل اجتماعی ایران*: ۳۲۶-۲۹۲.
- شارع‌پور، محمود (۱۳۸۵) *سرمایه اجتماعی: مفهوم‌سازی، سنجش و دلالت‌های سیاست‌گذاری*، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی مازندران.
- کامران، فریدون و خدیجه ارشادی (۱۳۸۸) «بررسی رابطه سرمایه اجتماعی شبکه و سلامت روان»، *فصلنامه پژوهش اجتماعی*، سال دوم، شماره سوم: ۵۴-۲۹.

- لهسایی زاده، عبدالعلی و گلمراد مرادی (۱۳۸۶) «رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در مهاجران»، *رفاه اجتماعی*، سال هفتم، شماره ۲۶: ۱۸۰-۱۶۱.
- ماجدی، سیدمسعود و عبدالعلی لهسایی زاده (۱۳۸۵) «بررسی رابطه بین متغیرهای زمینه‌ای، سرمایه اجتماعی و رضایت از کیفیت زندگی: مطالعه موردی در روستاهای استان فارس»، *فصلنامه روستا و توسعه*، سال ۹، شماره ۴: ۱۳۶-۹۱.
- نوربالا، احمدعلی و دیگران (۱۳۸۱) «بررسی وضعیت سلامت روان در افراد ۱۵ سال و بالاتر در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۸»، *حکیم*، دوره ۵، شماره ۱: ۱-۱۰.
- عبداللهی، محمد و میرطاهر موسوی (۱۳۸۶) «سرمایه اجتماعی در ایران: وضعیت موجود، دورنمای آینده و امکان‌شناسی گذار»، *رفاه اجتماعی*، سال ششم، شماره ۲۵: ۲۳۳-۱۹۵.
- نوغانی، محسن و دیگران (۱۳۸۹) «بررسی تأثیر سرمایه اجتماعی بر رضایت از زندگی: مطالعه موردی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد»، *جامعه‌شناسی مطالعات جوانان*، سال اول، شماره ۳: ۱۹۳-۱۶۹.

- Araya, Ricardo., Dunstan, Frank., Playle, Rebeca., Thomas, Hollie., Palmer, Stephen., Lewis, Glyn. (2006) "Perceptions of Social Capital and the Built Environment and Mental Health", *Social Science & Medicine*, 62 (12): 3072-83.
- Bartolini, S., Bilancini, E., Pugno, M. (2008) *American Declines in Social Capital and Happiness: Is There Any Linkage?* mimeo, University of Siena.
- Cutrona, C. E., Russell, D. W., Hessling, R. M., Brown, P. A., & Murry, V. (2000) "Direct and Moderating Effects of Community Context on the Psychological Well-being of African American Women", *Journal of Personality and Social Psychology*, 79 (6):1088-1101.
- Drukker, M., Kaplan, C. D., Feron, F. J. M. and Van Os, J. (2003) "Children's Health-Related Quality of Life, Neighbourhood Socio-Economic Deprivation and Social Capital. A Contextual Analysis", *Social Science and Medicine*, 57(5):825-841.
- Ellaway, A., Macintyre, S., & Kearns, A. (2001) "Perceptions of Place and Health in Socially Contrasting Neighbourhoods", *Urban Studies*, 38(12):2299-2316.
- Green, G., Grimsley, M., Suokas, A., Prescott, M., Jowitt, T., & Linacre, R. (2000) *Social Capital, Health and Economy in South Yorkshire Coalfield Communities*, Sheffield: Center for Regional Economic and Social Research.

- Harpham, Trudy, Emma Grant, and Carlos Rodríguez. (2004) "Mental Health and Social Capital in Cali, Colombia", *Social Science & Medicine*, 58(11):2267-2277.
- Helliwell, J. F., (2001) *Social Capital, the Economy and Wellbeing, The Review of Economic Performance: The Longest Decade: Canada in the 1990s*, Centre for the Study of Living Standards, Ottawa, Canada.
- Helliwell, J. F. (2002) *How's life? Combining Individual and National Variables to Explain Subjective Well-being*, National Bureau of Economic Research Working Paper Series.
- Helliwell, J.F. (2006) "Well-being, Social Capital and Public Policy: What's New?", *The Economic Journal*, 116(510): 34-45.
- Hyypa, M. T., & Maki, J. (2001) "Why do Swedish-Speaking Finns Have Longer Active Life? An Area for Social Capital Research", *Health Promotion International*, 16(1): 55-64.
- Kawachi, I., & Berkman, F. (2000) "Social Cohesion, Social Capital, and Health", In F. Berkman, & I. Kawachi (Eds.), *Social Epidemiology* (pp. 174-190), New York: Oxford University Press.
- Kawachi, I., Kennedy, B. P., & Lochner, K. (1997) "Long Live Community: Social Capital as Public Health", *The American Prospect*, 35: 56-59.
- Lofors, J., & Sundquist, K. (2007) "Low Linking Social Capital as a Predictor of Mental Disorders: a Cohort Study of 4.5 Million Swedes", *Social Science & Medicine*, 64(1):21-34.
- Macintyre, S., Ellaway, A., & Cummins, S. (2002) "Place Effects on Health: How Can We Conceptualise, Operationalise and Measure Them?", *Social Science & Medicine*, 55(1):125-139.
- Macintyre, S., Maciver, S., & Sooman, A. (1993) "Area, Class and Health: Should We be Focusing on Places or People?", *Journal of Social Policy*, 22: 213-234.
- McCulloch, A. (2001) "Social Environments and Health: Cross Sectional National Survey", *British Medical Journal*, 323(7306): 208-209.
- Muntaner, C., & Lynch, J. (2002) "Social Capital, Class Gender and Race Conflict, and Population Health: An Essay Review of Bowling Alone's Implications for Social Epidemiology", *International Journal of Epidemiology*, 31: 261-267.
- O'Brien Caughy, M., O'Campo, P., & Muntaner, C. (2003) "When Being Alone Might be Better: Neighbourhood Poverty, Social Capital, and Child Mental health", *Social Science & Medicine*, 57:227-237.
- Pearce, N., & Davey-Smith, G. (2003) "Is Social Capital the Key to Inequalities in Health?", *American Journal of Public Health*, 93:122-129.

- Sampson, R. J. (2003) "Neighborhood-level Context and Health: Lessons from Sociology", In I. Kawachi, & L. Berkman (Eds.), *Neighborhoods and Health* (pp. 132-146). Oxford: Oxford University Press.
- Sarracino, Francesco. (2010) "Social Capital and Subjective Well-being Trends: Comparing 11 Western European Countries", *The Journal of Socio-Economics*, 39(4): 482-517.
- Siahpush, M., Borland, R., Taylor, J., Singh, J. K., Ansari, Z., & Serraglio, A. (2006) "The Association of Smoking with Perception of Income Inequality, Relative Material Well-being, and Social Capital", *Social Science & Medicine*, 63: 2801-2812.
- Skapinakis, P., Lewis, G., Araya, R., Jones, K., & Williams, G. (2005) "Mental Health Inequalities in Wales, United Kingdom: A Multilevel Effect of Area Deprivation", *British Journal of Psychiatry*, 186: 417-422.
- Stevenson, B., Wolfers, J. (2008) Economic Growth and Subjective Well-being: Reassessing the Easterlin Paradox, IZA DP (August (3654)).
- Subramanian, S., Kim, D., & Kawachi, I. (2002) "Social Trust and Self-rated Health in US Communities: A Multilevel Analysis", *Journal of Urban Health*, 79: 21-34.
- Sundquist, J., Johansson, S. E., Yang, M., & Sundquist, K. (2006) "Low Linking Social Capital as a Predictor of Coronary Heart Disease in Sweden: A Cohort Study of 2.8 Million People", *Social Science & Medicine*, 62(4): 954-963.
- Tunstall, H. V. Z., Shaw, M., & Dorling, D. (2004) "Places and Health", *Journal of Epidemiology & Community Health*, 58: 6-10.
- Webber, Martin P. & Huxley Peter J. (2007) "Measuring Access to Social Capital: The Validity and Reliability of the Resource Generator-UK and its Association with Common Mental Disorder", *Social Sciences and Medicine*, 65:481-492.