

بررسی تأثیر مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی بر سلامت روان مطالعه شهروندان ساکن تهران

محمود شارع پور،* محمداسماعیل ریاحی،** فاطمه آرمان***

چکیده

امروزه سرمایه اجتماعی مفهومی پراهمیت در حوزه سلامت است. این پژوهش با هدف ارزیابی تأثیر سرمایه اجتماعی و شاخص‌های آن بر سلامت روان شهروندان تهرانی انجام شده است. به این منظور با استفاده از تحلیل ثانویه داده‌هایی که دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۱۳۸۷ جمع‌آوری کرده است، نیز داده‌های سازمان بهداشت جهانی و شهرداری تهران، به بررسی سلامت روانی ۲۰۶۷۰ نفر از شهروندان بالای ۱۸ سال ساکن شهر تهران پرداخته‌ایم. براساس یافته‌های توصیفی این پژوهش، ۷۵/۳ درصد پاسخگویانی که میزان سرمایه اجتماعی آنها خیلی زیاد گزارش شده است، دارای سلامت روانی ارزیابی شده‌اند. در مقابل، بیش از ۶۲ درصد پاسخگویانی که سرمایه اجتماعی آنان خیلی کم گزارش شده است مشکوک به اختلال روانی هستند. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که متغیرهای اعتماد اجتماعی، احساس تعلق، روابط اجتماعی، تحصیلات، مشارکت رسمی، ارزش‌ها و هنجارها و نوع دوستی تأثیر معنی‌داری بر سلامت روانی شهروندان دارند. براساس یافته‌ها، بین متغیرهای مزبور اعتماد اجتماعی ($\beta = 0/177$) بیشترین نقش را در پیش‌بینی متغیر وابسته یعنی سلامت روانی داشته است.

کلیدواژه‌ها: سلامت روان، سرمایه اجتماعی، اعتماد، احساس تعلق، شبکه روابط.

* استاد علوم اجتماعی دانشگاه مازندران sharepour@yahoo.com

** دانشیار علوم اجتماعی دانشگاه مازندران m.riahi@umz.ac.ir

*** کارشناس ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه مازندران arbon_f@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۰/۸/۱۵ تاریخ پذیرش: ۹۲/۸/۱۵

دوفصلنامه مسائل اجتماعی ایران، سال پنجم، شماره ۱، تابستان ۱۳۹۳، صص ۷۹-۱۰۰

مقدمه

تغییرات به‌وقوع‌پیوسته در دهه‌های اخیر از تحولی اساسی در ساختار جمعیتی جوامع خبر می‌دهد که در آن تعداد افرادی که در سراسر جهان در حال حرکت از مناطق روستایی به مناطق شهری هستند، روبه‌افزایش است. در اواسط دهه ۱۹۷۰، کمتر از ۴۰ درصد جمعیت جهان در شهر زندگی می‌کردند؛ پیش‌بینی شده که در سال ۲۰۲۵ این رقم به ۶۰ درصد برسد. تغییرات جمعیت شهری به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه درخور توجه است. در آینده نزدیک ۹۰ درصد ساکنان شهری در کشورهای در حال توسعه زندگی خواهند کرد. در سال ۱۹۵۰، ۴۱ شهر از ۱۰۰ شهر بزرگ جهان در کشورهای در حال توسعه بودند. این رقم برای سال ۱۹۹۵ به ۶۴ شهر افزایش یافته است و این نسبت همچنان در حال افزایش است (بانک جهانی، ۲۰۰۰: ۹ به نقل از آرمان، ۱۳۹۰: ۱۵۰). شهرنشینی سریع تأثیر ناگواری بر ساختار و فرهنگ اجتماعی جوامع برجای می‌گذارد. منابع موجود در جامعه مانند شبکه‌های اجتماعی، حمایت اجتماعی و آداب و رسوم ممکن است در نتیجه این تغییرات تضعیف شوند. از آنجا که این ساختارهای اجتماعی از عوامل مهم و تأثیرگذار بر میزان بیماری‌های روانی در منطقه شهری هستند، بهبود درک ما از محیط اجتماعی بسیار مهم است. یکی از مفاهیمی که سازوکار درک چنین ساختارهای اجتماعی دانسته شده است سرمایه اجتماعی است.

بیان مسئله

امروزه مشکلات بهداشت روانی یکی از گرفتاری‌های مهم روبه‌افزایش خانواده‌ها، سازمان‌ها و جوامع است. کارشناسان سازمان بهداشت جهانی بر این باورند که سلامت روان نیازی اساسی و حیاتی برای بهبود کیفیت زندگی انسان، قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به‌طور منطقی، عادلانه و مناسب است. سلامت روان صرفاً نداشتن بیماری روانی نیست، بلکه توان واکنش در برابر انواع گوناگون تجربه‌های زندگی به‌صورت انعطاف‌پذیر و معنی‌دار است. نتایج تحقیقات و پژوهش‌های سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد که امروزه بیش از ۴۵۰ میلیون نفر از مردم دنیا مشکلات روحی و روانی دارند؛ حال آنکه محققان پیش‌بینی کرده‌اند این رقم تا ۲۰ سال آینده بیشتر و چشم‌گیرتر خواهد شد (هو، ۲۰۰۴: ۱۰). متأسفانه در کشور ما آمار و ارقامی جامع درباره وضعیت اختلالات روانی وجود ندارد؛ آنچه در دسترس است پژوهش‌های سازمان بهداشت جهانی است که نشان می‌دهد حدود ۲۰ درصد جمعیت ایران دچار اختلالات روانی هستند (لهسایی‌زاده و مرادی، ۱۳۸۶).

از نظر بسیاری از محققان بزرگ‌ترین پیشرفت‌ها برای تبیین و تشریح عوامل تعیین‌کننده بیماری در طول چند دهه گذشته شناسایی اوضاع و احوال اجتماعی بوده است که به طور مستقیم از راه فرایندهای فیزیولوژیک و به طور غیرمستقیم از طریق مسیرهای رفتاری بر سلامت و بیماری اثر می‌گذارند. پیش از این، باور بر این بود که برخی بیماری‌ها از حالت‌های روان‌شناختی که کمتر پایه زیستی دارند ناشی می‌شوند و برخی دیگر از بیماری‌ها به طور کامل جسمانی هستند، اما اکنون اعتقاد بیشتر محققان این است که چنین تفکیکی نمی‌تواند صحیح باشد. بیشتر بیماری‌های روان‌تنی^۱ متضمن عوامل تعیین‌کننده محیطی و ژنتیک هستند و به تقریب همه حالت‌های سلامتی و بیماری تا حد زیادی تحت تأثیر وضعیت اجتماعی و روانی قرار دارند. مجموعه‌ای از عوامل اجتماعی و نیز روانی وجود دارند که اثر آنها بر سلامتی تأیید شده است (مسعودنیا، ۱۳۸۹: ۱۱۵). در سال‌های اخیر سرمایه اجتماعی به منزله یکی از این عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت روانی توجه شایانی را به خود جلب کرده است.

نظریه سرمایه اجتماعی که به جای تأکید بر متغیرهای فردی از قبیل شخصیت بر نحوه تأثیر کیفیت، محتوا و ساختار روابط اجتماعی بر انتقال منابع تمرکز می‌کند، بیان‌کننده این موضوع است که روابط اجتماعی ابزاری هستند که از طریق آنها سرمایه‌گذاری‌های اجتماعی شکل می‌گیرند. سرمایه اجتماعی، از سوی دیگر، بر منابع نهادی از قبیل کار، خانواده، مدرسه، همسایه‌ها و محله-تمرکز و مطرح می‌کند روابطی که از طریق سرمایه اجتماعی ایجاد می‌شود، برای افراد بسیار مهم تلقی می‌شوند و باعث عمیق‌تر شدن تعهدات و احترام متقابل بین افراد می‌شود که آن هم بنیان و اساس کنترل اجتماعی غیررسمی را تشدید می‌کند (رایت و همکاران، ۲۰۰۱: ۲ به نقل از خیراله‌پور، ۱۳۸۳: ۵۱).

شواهد زیادی وجود دارد که سرمایه اجتماعی تأثیر مثبتی بر جنبه‌های مختلفی از سلامت فیزیکی و روانی افراد دارد. حضور سرمایه اجتماعی می‌تواند اعتماد به نفس را بالا ببرد، حمایت اجتماعی فراهم کند، افراد را در دست‌یابی به منابع کمک‌کننده و سپری در مقابل وقایع پردغدغه زندگی باشد (کمپبل و ود، ۱۹۹۹). رز بر این باور است که سرمایه اجتماعی صرفاً از طریق عضویت در نهادها به دست می‌آید و شبکه‌های سرمایه اجتماعی به طور خاص در فراهم‌آوردن حمایت‌های عاطفی و روانی نقش مؤثری دارند (رز، ۲۰۰۰: ۱۴۲۳).

پژوهش‌های انجام‌شده در کشور و به‌ویژه شهر تهران حاکی از وجود میزان نسبتاً پایین سلامت روان است؛ به‌گونه‌ای که مطابق نتایج پژوهش نوربالا و همکاران (۱۳۸۹) در سال

^۱ Psychosomatic

۱۳۸۷، درصد بالایی از افراد ۱۵ سال به بالای ساکن در مناطق شهری و روستایی کشور مشکوک به اختلال روانی بوده‌اند. احسان‌بخش (۱۳۸۰) نیز نشان داده است که بین ۱۸ تا ۲۳ درصد از جمعیت کشور از اختلال روانی رنج می‌برند. این درحالی است که براساس نتایج پژوهش نوربالا و همکاران (۱۳۸۹) در سطح شهر تهران در سال ۱۳۸۷ در بین افراد ۱۵ سال و بالاتر، ۳۴/۲ درصد از شهروندان تهرانی مشکوک به اختلال روانی بوده‌اند. این ارقام شیوع زیاد مشکلات سلامت روان در کشور و به‌ویژه شهر تهران را نشان می‌دهد. با عنایت به اینکه پژوهش‌ها و نظریه‌ها (دسیلوا و همکاران، ۲۰۰۷؛ لوفرس و همکاران، ۲۰۰۷؛ آرایا و همکاران، ۲۰۰۶) نشان می‌دهند سلامت روان می‌تواند تابعی از گسترش کمی و کیفی سرمایه اجتماعی باشد و با وجود اینکه در کشورهای دیگر دنیا به رابطه دو مفهوم سرمایه اجتماعی و سلامت روانی توجه زیادی شده است، در ایران و به‌خصوص در سطح شهر تهران کمتر پژوهشی به بررسی اثر سرمایه اجتماعی بر سلامت روان در سطح کلان با به‌کارگیری داده‌های ثانویه پرداخته است. در پژوهش‌های قبلی در زمینه سرمایه اجتماعی و سلامت روان، پژوهشگران کل سازه سرمایه اجتماعی را مدنظر قرار داده‌اند و درخصوص تأثیر مؤلفه‌های مختلف آن (اعتماد، تعلق و دوستی، مشارکت اجتماعی، و...) بر سلامت روان خلأ تحقیقی وجود دارد. از این‌رو، نظر به اهمیت نقش سرمایه اجتماعی در سلامت روان، بالابودن میزان اختلالات روانی در شهر تهران، و نیز خلأ پژوهشی در این زمینه، پژوهش حاضر برآن است تا به بررسی جامعه‌شناختی رابطه بین مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و سلامت روان در بین شهروندان ساکن در شهر تهران بپردازد.

پیشینه تحقیق

هامانو^۱ و همکارانش (۲۰۱۰) در پژوهشی با استفاده از رویکردی چندسطحی به بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روان پرداخته‌اند. محققان دریافته‌اند که هر دو نوع سرمایه اجتماعی شناختی و ساختاری در سطح محله می‌توانند بر سلامت روان تأثیرگذار باشند. به‌علاوه، یافته‌های این پژوهش نشان دادند که با کنترل اثر عوامل مداخله‌گری همچون سن، جنس، درآمد خانوار و آموزش، همچنان رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روان معنی‌دار است.

یکی دیگر از تحقیقات انجام‌شده در این زمینه، پژوهشی است که کیم^۲ (۲۰۱۰) با عنوان «توسعه نیافتگی محله و بهداشت روان: نقش به‌هم‌ریختگی نظام همسایگی و روابط اجتماعی» صورت گرفته است. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد ساکنان محله‌هایی که

¹ Hamano

² Kim

روابط اجتماعی ضعیف و اختلال محله بیشتری دارند، سطوح بالاتری از پریشانی روانی دارند، نسبت به ساکنان محله‌هایی که روابط اجتماعی بهتر و اختلال محله کمتری دارند. کیم برپایه یافته‌های این پژوهش استدلال می‌کند که محله از سه طریق با افسردگی ارتباط دارد: ۱. وضع نامساعد محله به‌طور مستقیم افسردگی را افزایش می‌دهد. ۲. وضع نامساعد محله به‌طور غیرمستقیم از طریق بی‌نظمی در نظام همسایگی بر سلامت روان تأثیر می‌گذارد. ۳. وضع نامساعد محله به‌طور غیرمستقیم از طریق روابط اجتماعی بر سلامت روان تأثیرگذار است.

مالمبرگ-هیمونن^۱ (۲۰۱۰) در پژوهشی به بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روان در بین مددجویان اجتماعی نروژی پرداخته است. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد درحالی که تماس با دوستان رابطه معنی‌دار مثبتی با سلامت روان دارد، بین فراوانی تماس با بستگان و اقوام و سلامت روان رابطه منفی وجود دارد که نشان می‌دهد روابط نزدیک نیز ممکن است منبع پریشانی باشند. نتایج نشان می‌دهند همبستگی مثبتی بین عناصر سرمایه اجتماعی پیوندی مانند اعتماد اجتماعی، اعتماد به مددکار اجتماعی و سلامت روان وجود دارد.

استافورد^۲ و همکارانش (۲۰۰۸) به بررسی تأثیر سرمایه اجتماعی بر اختلالات روانی مشترک در انگلستان و اسکاتلند پرداختند. یافته‌های این پژوهش حاکی از آن است که درمیان افراد محروم بین سرمایه اجتماعی محله و اختلالات روانی همبستگی دیده می‌شود. براساس یافته‌های این پژوهش، عناصری از سرمایه اجتماعی ارتباطی (تماس با دوستان در محله) با سطوح پایین‌تری از اختلالات روانی همبستگی دارد و عناصری از سرمایه اجتماعی پیوندی (وابستگی به محله) با سطوح بالاتری از اختلالات روانی دارای همبستگی است. تامپابلون^۳ نیز در پژوهشی با عنوان «سرمایه اجتماعی همسایگی و سلامت روانی فردی» (۲۰۰۹) نشان می‌دهد که زندگی در محله قابل اعتماد در مقایسه با محله کمتر قابل اعتماد، سلامت روان را افزایش می‌دهد. نتایج همچنین نشان می‌دهد که احساس تعلق بهداشت روان را بهبود می‌بخشد.

ازجمله پژوهش‌هایی که در زمینه رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در ایران انجام شده است، می‌توان به پژوهش‌های عنایت و آقاپور (۱۳۸۹)، رضوی‌زاده هروی (۱۳۸۸) و خیراله‌پور (۱۳۸۳) اشاره کرد. عنایت و آقاپور (۱۳۸۹) در تحقیقی به بررسی عوامل اجتماعی - فرهنگی مرتبط با کیفیت سلامت روانی خانواده پرداخته‌اند. نتایج مطالعه آنها

¹ Malmberg-Heimonen

² Stafford

³ Tampubolon

نشان می‌دهد که رابطه معنی‌داری بین متغیرهای سن، جنس، درآمد، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، بعد خانوار، سرمایه اجتماعی، جهت‌گیری مذهبی و عزت نفس با کیفیت سلامت روانی خانواده وجود دارد. براساس نتایج معادله رگرسیونی چندمتغیره، از بین کل متغیرهای تحت بررسی، متغیرهای جهت‌گیری دینی، سرمایه اجتماعی، سن پاسخگویان، عزت نفس، درآمد خانواده و میزان تحصیلات ۳۰ درصد از تغییرات متغیر وابسته را تبیین می‌کنند. رضوی‌زاده هروی (۱۳۸۸) در پژوهشی به بررسی «رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان» پرداخته است. براساس یافته‌های این پژوهش ۴۸/۷ درصد دانشجویان سالم تشخیص داده شدند. میانگین نمره سرمایه اجتماعی نمونه (۲/۳۳) کمتر از متوسط بود. براساس یافته‌های تحلیل رگرسیونی، سرمایه اجتماعی حتی پس از کنترل دیگر متغیرهای مستقل همچنان با سلامت روانی رابطه مثبت و معنادار نشان داد. پژوهش خیراله‌پور (۱۳۸۳) در بین دانشجویان نیز نشان داد که متغیرهای تحصیلات والدین، جنسیت، پایگاه اقتصادی-اجتماعی و وضعیت تأهل با سلامت روان رابطه معنی‌داری دارند. به این معنا که دانشجویان دارای والدین با تحصیلات بالاتر، دانشجویان دختر، دانشجویان با پایگاه اقتصادی-اجتماعی بالاتر، و دانشجویان متأهل سلامت روان مطلوب‌تری را گزارش کردند. نتایج نشان می‌دهد که متغیرهای اعتماد بین‌شخصی، اعتماد اجتماعی، مشارکت اجتماعی، روابط اجتماعی، کنترل اجتماعی، عزت نفس و حمایت اجتماعی با سلامت روان رابطه مثبت و معنی‌داری دارند. یافته‌های این پژوهش حاکی از آن است که بهبود روابط اجتماعی به افزایش میزان عزت نفس می‌انجامد و برخوردار از حمایت اجتماعی نیز باعث افزایش عزت نفس در افراد می‌شود و نهایتاً سلامت روانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

بررسی و جمع‌بندی تحقیقات پیشین نشان می‌دهد که:

- ۱) پژوهش‌های مهمی در زمینه رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در خارج از کشور انجام شده است، اما با توجه به تفاوت‌های آشکار در فضای فرهنگی و اجتماعی ایران با آن کشورها، نتایج این دسته از پژوهش‌ها را نمی‌توان به‌طور کامل در کشور به‌کار گرفت.
- ۲) اکثر پژوهش‌های انجام‌شده در داخل کشور در زمینه سلامت روان، با نگاهی روان‌شناختی یا پزشکی و بنابر ماهیت این رشته‌های علمی، از توجه به ابعاد ساختاری و کلان اجتماعی غفلت ورزیده‌اند. بنابراین، پژوهش‌های اندکی با نگاهی جامعه‌شناختی به بررسی رابطه عوامل اجتماعی و از جمله سرمایه اجتماعی بر سلامت روان در کشور پرداخته‌اند و نیاز به پژوهش‌های بیشتر در این زمینه کاملاً احساس می‌شود.
- ۳) پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در کشور اغلب در بین نمونه‌های کوچک از جامعه آماری انجام شده‌اند. درحالی‌که برای فهم دقیق‌تر

سازوکارهای تأثیرگذاری و نیز ماهیت این رابطه، به انجام پژوهش‌هایی در مقیاس کلان‌تر نیاز داریم.

۴) بخش درخور توجهی از پژوهش‌های انجام‌شده، در بین نمونه‌های خاص نظیر دانشجویان یا دانش‌آموزان صورت گرفته است. این درحالی است که الگوهای توزیع اختلالات روانی در جامعه، به شدت به جایگاه اجتماعی افراد وابسته‌اند و این موضوع انجام پژوهش‌های بیشتر در بین کل جمعیت را ضروری می‌سازد.

۵) نهایت آنکه در پژوهش‌های داخلی، پژوهشگران به اثر سرمایه اجتماعی به مثابه یک سازه کل پرداخته‌اند و کمتر پژوهشی بر شناسایی اثر تفکیکی هر یک از ابعاد و مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی (نظیر اعتماد اجتماعی، مشارکت اجتماعی، و...) متمرکز شده است. از این رو، ضروری به نظر می‌رسد پژوهشی مستقل، با نگاهی جامعه‌شناختی، در نمونه‌ای کلان از کل جمعیت شهر تهران به شناسایی ارتباط بین سرمایه اجتماعی و مؤلفه‌های آن با سلامت روان شهروندان تهرانی بپردازد.

مبانی نظری تحقیق

در جمع‌بندی کلی می‌توان سازوکارهای تأثیرگذاری سرمایه اجتماعی بر سلامت روان را در سه سطح فردی، میانه و کلان دسته‌بندی کرد. سرمایه اجتماعی در هر یک از این سطوح با استفاده از سازوکارهای متنوعی می‌تواند مستقیم یا غیرمستقیم بر سلامت روان افراد تأثیرگذار باشد.

در سطح فردی سرمایه اجتماعی به‌طور مستقیم و با ایجاد حالات روانی مثبت بر بهداشت روانی افراد تأثیر می‌گذارد. بدین ترتیب که عضویت در یک گروه یا شبکه اجتماعی باعث ایجاد حالات روانی مثبتی همچون اعتماد به نفس، هدفمندی، احساس تعلق، احساس امنیت و ارزش‌قائل شدن برای خود می‌شود که این حالات روانی مثبت از طریق سازوکارهایی همچون کاهش ناامیدی روانی، انگیزه بیشتر برای مواظبت از خود، کاهش پاسخ‌های عصبی ناپایداری و افزایش عملکرد ایمنی بدن می‌تواند بر سلامت روان افراد مؤثر واقع شود. بیشتر نظریه‌هایی که در زمینه تأثیرگذاری سرمایه اجتماعی بر سلامت روان سخن گفته‌اند به مسیرهای تأثیرگذاری سرمایه اجتماعی در سطح خرد اشاره می‌کنند (از جمله کوهن و همکاران، ۲۰۰۰؛ کاواچی و برکمن، ۲۰۰۱؛ هارفام و همکاران، ۲۰۰۴؛ دوسیلوا، ۲۰۰۵).

در سطح میانه نیز می‌توان بین دو دسته از عوامل تأثیرگذار بر سرمایه اجتماعی تفاوت قائل شد. دسته اول شامل عواملی می‌شود که از طریق سازوکار کاهش فشار روانی بر سلامت روان افراد تأثیر می‌گذارند؛ مثلاً سرمایه اجتماعی می‌تواند حمایت روانی برای افراد

فراهم کند، بدین ترتیب که حمایت روانی، با کاهش فشار، سلامت روان افراد را بهبود می‌بخشد. درحالی‌که دسته دوم شامل مسیرهایی است که با ایجاد و تقویت رفتارهای پرورش‌دهنده سلامتی (مانند ورزش کردن، سیگار نکشیدن، رژیم گرفتن و...) بر سلامت روان تأثیر می‌گذارند. فراهم آوردن اطلاعات، خدمات و منابع اجتماعی، کنترل اجتماعی و نفوذ اجتماعی از جمله مسیرهایی هستند که در دسته دوم قرار می‌گیرند. بدین ترتیب که داشتن پیوندهای اجتماعی گسترده منابع متعددی از اطلاعات را برای فرد فراهم می‌کند که رفتارهای مرتبط با سلامتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ مثلاً اعضای یک شبکه می‌توانند از اطلاعات مربوط به سود یا زیان رفتارهایی که به‌طور اساسی بر سلامتی تأثیر می‌گذارند آگاه شوند و از عوامل خطرآفرین برای سلامتی اجتناب کنند یا آنها را به حداقل برسانند. به‌علاوه، شبکه اجتماعی می‌تواند از طریق فراهم آوردن خدمات اقتصادی و اجتماعی به اعضای شبکه کمک کند تا بر مشکلات زندگی غلبه کنند و از این طریق از بروز بسیاری بیماری‌ها جلوگیری کند.

افرادی که در یک شبکه اجتماعی به فعالیت و مشارکت می‌پردازند، در درون آن شبکه تحت کنترل غیررسمی قرار دارند که رفتارهای مرتبط با سلامتی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ برای مثال شبکه اجتماعی ممکن است بر اعضای فشار بیاورد تا سیگار نکشند و نهایتاً نفوذ اجتماعی نیز ممکن است بر رفتارهای مرتبط با سلامتی تأثیر بگذارد؛ به این صورت که اگر افرادی که گروه مرجع فرد به‌شمار می‌روند رفتارهای سالم (از قبیل ورزش کردن، رعایت رژیم غذایی و...) را دنبال کنند، فرد نیز به تبعیت از آنها این رفتارها را دنبال خواهد کرد و همین سلامتی او را ارتقا خواهد داد و برعکس، اگر گروه مرجع فرد رفتارهای مخاطره‌آمیز برای سلامتی (از قبیل مصرف دخانیات، مشروبات الکلی و...) را دنبال کنند، فرد نیز این رفتارها را انجام خواهد داد که این وضعیت سلامتی او را به خطر خواهد انداخت. سازوکارهای تأثیرگذار سرمایه اجتماعی در سطح میانه نیز در نظریه کوهن و همکاران (۲۰۰۱)، کاواچی و برکمن (۲۰۰۱)، هارفام و همکاران (۲۰۰۴)، دوسیلوا (۲۰۰۵) و شفلر و همکاران (۲۰۰۷) به بحث گذاشته شده‌اند.

این درحالی است که نظریه دوسیلوا (۲۰۰۵) درباره سازوکارهای تأثیرگذار سطح کلان بحث می‌کند. همان‌طور که دوسیلوا نیز اشاره می‌کند، سرمایه اجتماعی در سطح کلان از طریق دو سازوکار توسعه اقتصادی پایدار و ظرفیت و کارایی بالای محلی می‌تواند بر سلامتی تأثیر بگذارد. بدین ترتیب که جوامعی که سرمایه اجتماعی بالاتری دارند، از توسعه اقتصادی بیشتری هم برخوردارند، توسعه اقتصادی نیز با کاهش فقر بر سلامت روان شهروندان تأثیر می‌گذارد. این جوامع از ظرفیت و کارایی بالای محلی نیز بهره‌مند هستند

که با جذب خدمات و امکانات بهداشتی بیشتر بهداشت روان شهروندان را بهبود می‌بخشد. البته به غیر از این دو سازوکار مدنظر دوسیلوا، در سطح کلان می‌توان به انسجام یا انتظام اجتماعی در نظریه دورکیم نیز اشاره کرد. بدین ترتیب که جوامعی که از انسجام بیشتری برخوردارند، عوامل فشارزای اجتماعی کمتری را نیز تجربه می‌کنند.

روش‌شناسی

روش این پژوهش تحلیل ثانویه داده‌های پیمایشی است. پیمایش مجموعه‌ای از روش‌های منظم و استاندارد است که برای جمع‌آوری اطلاعات درباره افراد، خانواده‌ها یا مجموعه‌های بزرگ‌تر به کار می‌رود. روش تحلیل نیز از نوع تحلیل ثانویه است. برای بسیاری از محققان به دست آوردن نمونه‌هایی که برای تحلیل مناسب به حد کافی بزرگ و معرف باشد بسیار دشوار است. اغلب محققان با کمبود زمان و منابع مالی برای کسب نمونه مناسب روبه‌رو می‌شوند. اصولاً در سه حالت محقق با مشکل تهیه نمونه مناسب مواجه می‌شود: ۱. وقتی لازم باشد اطلاعات لازم از سراسر کشور یا یک شهر بزرگ جمع‌آوری شود. ۲. هنگامی که ضرورت دارد در یک دوره زمانی طولانی به گردآوری داده‌ها برای مطالعه طولی پردازیم. ۳. زمانی که برای تحلیل مقایسه‌ای به گردآوری اطلاعات از کشورهای مختلف نیاز داریم. در چنین مواردی لازم است از داده‌هایی که مؤسسه‌ها یا محققان دیگر جمع‌آوری کرده‌اند به اقتضای مسئله استفاده کنیم. به چنین تحلیلی تحلیل ثانویه^۱ می‌گویند.

این پژوهش به تحلیل ثانویه داده‌های جمع‌آوری شده در شهر تهران پرداخته است. این داده‌ها در مرداد و شهریور ۱۳۸۷ به همت دانشگاه علوم پزشکی ایران، سازمان بهداشت جهانی، شهرداری تهران و جهاد دانشگاهی در سطح کلیه محلات شهر تهران در قالب پروژه «بازار ارزیابی و پاسخگویی عدالت در حوزه سلامت شهری^۲» جمع‌آوری شده است. جامعه آماری تحقیق حاضر را کلیه شهروندان بالای ۱۸ سال ساکن شهر تهران تشکیل می‌دهند. تعداد نمونه این پژوهش بالغ بر ۲۰۶۷۰ نفر از شهروندان بالای ۱۸ سال ساکن شهر تهران بوده‌اند.

معرفی پرسش‌نامه: پرسش‌نامه اصلی شامل سیزده بخش اصلی است: فرم شناسایی خانوار، مشخصات عمومی اعضای خانوار، فرم اطلاعات محل سکونت، تسهیلات مسکن و لوازم زندگی خانوار، فرم اطلاعات سلامت کودکان زیر پنج سال، تولد و مرگ، فرم اطلاعات مربوط به حوادث، فرم اطلاعات مربوط به خشونت خانگی، فرم اطلاعات ارزیابی معلولیت،

¹ Secondary analysis

² Urban Health Equity Assessment and Response Tool

فرم اطلاعات مربوط به رضایتمندی و پاسخگویی، پرسش‌نامه سلامت عمومی^۱، پرسش‌نامه کیفیت زندگی^۲، فرم اطلاعات هزینه‌های خانوار، فرم اطلاعاتی مصرف دخانیات و اعتیاد، و پرسش‌نامه سرمایه اجتماعی.

حجم نمونه و شیوه نمونه‌گیری: شهر تهران ۲۲ منطقه دارد. در تحقیق حاضر این مناطق ۲۲ طبقه در نظر گرفته شد. تعداد خانوارها در هر منطقه ۸۸۰ خانوار محاسبه شد که با ۱۰ درصد افزایش به ۹۶۰ خانوار در هر منطقه و در مجموع ۲۱۱۲۰ خانوار در تهران می‌رسد که در نهایت از این تعداد ۲۰۶۷۰ پرسش‌نامه جمع‌آوری شده است. برای محاسبه تعداد نمونه از نمونه‌گیری نظام مند دوبعدی طبقه‌بندی‌شده به منظور جلوگیری از همبستگی درون خوشه‌ای استفاده شد. حجم نمونه نیز با کمک فرمول
$$n = \frac{z^2 p(1-p)}{d^2}$$
 محاسبه شد.

در این پژوهش اعتبار صوری و محتوایی پرسش‌نامه را تعدادی از کارشناسان ملی از سازمان‌های مختلف بررسی کردند. علاوه‌براین، پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ) از پرسش‌نامه‌های معتبر جهانی است که بارها نیز در ایران به کار رفته است. بنابراین، اعتبار تجربی آنها تأیید شده بود. اعتبار و پایایی این مقیاس در ایران ارزیابی و تأیید شده است (تقوی، ۱۳۸۰). با وجود این، پایایی و اعتبار ابزار از طریق مطالعه مقدماتی نیز بررسی شد. پرسش‌نامه سرمایه اجتماعی شامل ۷ هفت م

وُلفه است که اعتماد اجتماعی، مشارکت رسمی، مشارکت غیررسمی، نوع دوستی، وحدت و ارزش‌ها، احساس تعلق و روابط اجتماعی را می‌سنجد. همبستگی درونی تمام ابعاد در سطح بالایی قرار داشت. برای سنجش پایایی گویه‌ها از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است. هرچه مقدار ضریب آلفای کرونباخ به یک نزدیک‌تر باشد، همبستگی درونی بین سؤالات بیشتر و در نتیجه پرسش‌ها همگن‌تر خواهند بود. جدول ۱ مبین میزان آلفای کرونباخ برای هر یک از ابعاد سرمایه اجتماعی است.

جدول ۱. نتایج مربوط به تحلیل پایایی ابعاد سرمایه اجتماعی

مفاهیم	تعداد گویه‌ها	ضریب آلفای کرونباخ
نوع دوستی	۹	۰/۹۴
مشارکت غیررسمی	۹	۰/۹۱
اعتماد	۹	۰/۸۹
احساس تعلق	۹	۰/۸۹
ارزش‌ها و هنجارها	۶	۰/۹۱
مشارکت رسمی	۱۰	۰/۶۵
روابط اجتماعی	۴	۰/۵۵

^۱ GHQ

^۲ SF-12

تعریف مفاهیم و سنجش متغیرها

متغیر وابسته این پژوهش سلامت روان شهروندان و متغیر مستقل سرمایه اجتماعی است که در زیر تعاریف نظری و عملیاتی هر کدام ارائه شده است:

سلامت روان: در این مطالعه متغیر سلامت روانی عبارت است از توانایی اخذ تصمیم‌های درست، احساس مسئولیت در برابر محیط انسانی و مالی، کنترل هیجان و اضطراب، عدم اختلال در نقش‌های اجتماعی و نداشتن نقض جسمانی (هو، ۱۹۹۹؛ به نقل از عنایت و آقاپور، ۱۳۸۹: ۳۴). برای اندازه‌گیری آن از پرسش‌نامه استاندارد سلامت عمومی^۱ استفاده شده است. این مقیاس که گلدبرگ^۲ در سال ۱۹۷۲ طراحی کرده است، در قالب طیف لیکرت (با دامنه نمرات صفر تا ۳) و متشکل از ۲۸ گویه است که سلامت روان را در چهاربعد نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، نارسایی کنشوری اجتماعی^۳ و افسردگی می‌سنجد. در مجموع دامنه نمره‌های این مقیاس از صفر تا ۸۴ است. در این مقیاس هرچه نمره فرد بیشتر باشد، از سلامت روانی پایین‌تری برخوردار است. در این پژوهش افرادی که نمره آنها کمتر از ۲۳ باشد، دارای سلامت روانی ارزیابی می‌شوند و افراد با نمره بالاتر از ۲۳ مشکوک به اختلال روانی تشخیص داده می‌شوند. اعتبار و پایایی این مقیاس در ایران ارزیابی و تأیید شده است.

سرمایه اجتماعی: برای سنجش و تعریف عملیاتی متغیر سرمایه اجتماعی از تعریف پاتنام استفاده کرده‌ایم. سرمایه اجتماعی در نظر پاتنام وجوه گوناگون سازمان اجتماعی نظیر اعتماد، هنجارهای جمعی و شبکه‌های انسانی را در برمی‌گیرد که با تسهیل اقدامات هماهنگ موجب بهبود کارایی جامعه می‌شود (پاتنام، ۱۹۹۵). این کارایی از طریق کنشگران حاصل می‌شود. از نظر او، اعتماد و ارتباط متقابل اعضای شبکه منابعی هستند که در کنش‌های اعضای جامعه موجود است (خوش‌فر، ۱۳۸۷: ۱۵۸). در این پژوهش با توجه به تعریف پاتنام از سرمایه اجتماعی برای سنجش و اندازه‌گیری سازه سرمایه اجتماعی از هفت مؤلفه (اعتماد اجتماعی، احساس تعلق، شبکه روابط، نوع‌دوستی، مشارکت رسمی، مشارکت غیررسمی و هنجارهای فردی) استفاده کرده‌ایم:

اعتماد اجتماعی: آنتونی گیدنز اعتماد را عامل احساس امنیت می‌داند که موجود انسانی منفرد را در نقل و انتقال‌ها، در بحران‌ها و در حال‌وهوایی آکنده از خطرهای احتمالی قوت قلب می‌بخشد (گیدنز، ۱۳۸۷: ۶۳). در واقع اعتماد اجتماعی نوعی حسن‌ظن شخصی

¹ GHQ

² Goldberg

³ Social dysfunction

(حقیقی یا حقوقی) به اشخاص (حقیقی یا حقوقی) دیگر است که در عمل یا نظر، شخص اعتمادکننده در مواجهه با دیگران درمقابل گفتار و کردار آنها احساس اطمینان، پشت‌گرمی، خاطرجمعی، امیدواری و آسودگی خاطر می‌کند (خیراله‌پور، ۱۳۸۳: ۹۱). تعریف عملیاتی اعتماد اجتماعی، همان میزان اعتماد فرد به خانواده، دوستان، همسایگان و... است. برای سنجش اعتماد اجتماعی از هشت گویه با طیف لیکرت (با دامنه نمرات ۱-۵) استفاده شده است و دامنه این متغیر بین ۸ تا ۴۰ بوده است.

مشارکت رسمی: شبکه‌های رسمی شامل آن دسته از روابط و پیوندهایی است که افراد را به مؤسسه‌ها و نهادهای رسمی مانند سازمان‌های داوطلبانه و نظایر آن مرتبط می‌کند (خوش‌فر، ۱۳۸۷: ۱۶۲). بدین ترتیب برای سنجش مشارکت رسمی از طریق طرح سؤالاتی درباره فعالیت‌های فرد در گروه‌ها و نهادهای تشکلیافته رسمی اقدام کرده‌ایم. این متغیر با استفاده از ده‌گویه سنجیده شده و دامنه‌اش بین ۱۰ تا ۲۰ بوده است.

مشارکت غیررسمی: شبکه‌های غیررسمی شامل پیوندها و روابطی است که افراد جامعه را به نهادهای غیررسمی مانند خانواده، خویشاوندان و... جهت مشارکت در فعالیت‌های جمعی مرتبط می‌کند (همان، ۱۶۴). برای سنجش مشارکت غیررسمی افراد از شاخص میزان مشارکت فرد در فعالیت‌های جمعی مرتبط با اعضای خانواده، دوستان، خویشاوندان و... استفاده شده است. برای سنجش این متغیر هشت گویه با طیف لیکرت (با دامنه نمرات ۱ تا ۵) به کار رفته‌اند و دامنه این متغیر بین ۸ تا ۴۰ بوده است.

ارزش‌های اجتماعی: ارزش‌های اجتماعی عبارت است از هرآنچه اعضای جامعه گرامی می‌دارند و در این گرامی‌داشت وفاق نسبی حاصل است، هنجارهای اجتماعی، مدل‌ها و الگوهای اجتماعی و... حائز ارزش‌های اجتماعی هستند که از ویژگی‌های آن ژرفایی، نسبییت و تغییرناپذیری است (ساروخانی، ۱۳۷۰: ۸۴۵). در این پژوهش برای سنجش از سؤالاتی مانند میزان رعایت ارزش‌های فردی (راست‌گویی، امانت‌داری و...) استفاده شده است. برای سنجش این متغیر از شش گویه با طیف لیکرت (با دامنه نمرات ۱ تا ۵) استفاده شده است و دامنه این متغیر بین ۶ تا ۳۰ بوده است.

احساس تعلق و دوستی: این مفهوم مبین احساسات محبت‌آمیز و دل بستگی فرد به افراد مختلف محیط پیرامونی خود است (آرمان، ۱۳۹۰: ۸۷). برای سنجش احساس تعلق و دوستی از هشت گویه درباره میزان احساس تعلق فرد به اعضای خانواده، خویشاوندان، دوستان، همسایگان و... استفاده شده است. دامنه نمرات این متغیر بین ۸ تا ۴۰ بوده است.

نوع دوستی: نوع دوستی هر عملی است که برای دیگران سودمند باشد، با این انگیزه که دیگران در آسایش باشند (همان). برای سنجش مفهوم نوع‌دوستی از هشت گویه درباره

همکاری و مشارکت داوطلبانه برای حل مشکل افراد و گروه‌های اجتماعی استفاده شده است. دامنه نمرات این متغیر بین ۸ تا ۴۰ بوده است.

روابط اجتماعی: مبین میزان تماس فرد با افراد مختلف محیط پیرامونی خود است که به منظور رفع نیازهای مختلف صورت می‌گیرد. در واقع روابط اجتماعی فرد را مستقیم و غیرمستقیم با مردم پیوند می‌دهد. برای سنجش روابط اجتماعی از پاسخگو خواسته شد دفعات رفت‌وآمد خود را با افراد و گروه‌ها شامل اعضای خانواده، فامیل و خویشاوندان، دوستان و همسایگان براساس گویه‌های در نظر گرفته شده مشخص کند. دامنه تغییرات این متغیر بین ۴ تا ۲۰ بوده است.

یافته‌ها

الف. ویژگی‌های اقتصادی-اجتماعی نمونه آماری

براساس نتایج به دست آمده ۶۰/۹ درصد (۱۲۵۸۵ نفر) پاسخگویان را زنان و ۳۹ درصد (۸۰۷۰ نفر) از آنها را مردان تشکیل می‌دهند.

براساس یافته‌های توصیفی پژوهش، ۱۹/۸ درصد پاسخگویان در گروه ۱۵-۲۴ سال، ۴۶/۲ درصد در گروه ۲۵-۴۴ سال، ۲۴/۱ درصد در گروه ۴۵-۶۴ سال و ۹/۸ درصد پاسخگویان در گروه ۶۵ سال به بالا قرار دارند. داده‌ها نشان می‌دهد که ۰/۱ درصد (۲۵ نفر) پاسخگویان گروه سنی خود را گزارش نکرده‌اند.

دامنه تحصیلات در این تحقیق از بی‌سواد تا دکتری در نظر گرفته شده است. براساس یافته‌ها بیشترین فراوانی در بین پاسخگویان (۵۰/۸ درصد) مربوط به کسانی بوده است که میزان تحصیلات خود را سیکل و دیپلم گزارش کرده‌اند. کمترین فراوانی نیز در بین پاسخگویان (۳/۱ درصد) مربوط به کسانی بوده است که از میزان تحصیلات کارشناسی ارشد و بالاتر برخوردار بودند. براساس داده‌ها ۷/۱ درصد پاسخگویان بی‌سواد، ۱۷/۱۴ درصد دارای تحصیلات ابتدایی و ۲۱/۵ درصد دارای تحصیلات کاردانی و کارشناسی هستند.

براساس یافته‌ها از بین ۲۰۶۵۸ نفر پاسخگویی که وضعیت تأهل خود را مشخص کرده‌اند، به ترتیب ۶۶ درصد متأهل، ۲۵/۵ درصد مجرد و ۸/۴ درصد بدون همسر (بر اثر فوت و طلاق) هستند. مقایسه درصدها نشان می‌دهد که افراد متأهل با ۶۶ درصد بیشترین تعداد و افراد مطلقه با ۱/۷ درصد کمترین تعداد را به خود اختصاص داده‌اند.

براساس داده‌ها، به ترتیب ۲۸ درصد شاغل، ۶/۲ درصد بیکار در جست‌وجوی کار، ۰/۹ درصد دارای درآمد بدون کار، ۱۰/۸ درصد محصل، ۴۲/۳ درصد خانه‌دار، و ۱۰/۲ درصد بازنشسته هستند و ۱/۲ درصد سایر را انتخاب کرده‌اند. مقایسه درصدها نشان می‌دهد که

افراد خانه‌دار با ۴۲/۳ درصد بیشترین تعداد را دارند و پس از آن افراد شاغل با ۲۸ درصد قرار دارند.

نتایج مربوط به وضعیت ثبات سکونتی پاسخگویان نشان می‌دهند که به ترتیب ۸/۴ درصد کمتر از ۱ سال، ۲۶/۴ درصد بین ۱ تا ۳ سال، ۲۲/۵ درصد بین ۴ تا ۹ سال، ۱۲/۷ درصد بین ۱۰ تا ۱۵ سال و ۳۰/۱ درصد بیشتر از ۱۵ سال است که در محل سکونت فعلی زندگی می‌کنند. میانگین مدت سکونت نمونه مطالعه نیز ۱۲/۳۷ سال بوده است.

ب. سرمایه اجتماعی و ابعاد آن

برای سنجش میزان سرمایه اجتماعی از هفت شاخص نوع دوستی، اعتماد اجتماعی، مشارکت رسمی و غیررسمی، احساس تعلق، ارزش‌ها و هنجارها و شبکه روابط استفاده شده است. جدول ۲ آماره‌های توصیفی مربوط به مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی را نشان می‌دهد. میانگین نمره سرمایه اجتماعی ۲۵۴/۲۳ است که با توجه به مقدار میانه (۲۵۳/۱۲) حاکی از بالای بودن مقدار این متغیر نسبت به حد وسط این مقیاس است.

جدول ۲. آماره‌های توصیفی سرمایه اجتماعی و ابعاد آن

متغیر (دامنه نمرات)	میانگین	انحراف	جولگی	کشیدگی	میانه	نما
اعتماد اجتماعی (۸-۴۰)	۲۱/۵۶	۵/۷۷	۰/۳۰۶	۰/۲۵۲	۲۱	۲۲
نوع دوستی (۸-۴۰)	۲۴/۸۰	۷/۴۳	۰/۱۰۰	-۰/۱۹۷	۲۵	۲۴
احساس تعلق و دوستی (۸-۴۰)	۲۱/۶۲	۰/۴۱۵	۰/۰۱۸	۰/۱۸۴	۲۱	۲۲
مشارکت غیر رسمی (۸-۴۰)	۱۶/۹۷	۵/۷۷	۰/۳۰۶	۰/۶۲۲	۱۶	۱۰
مشارکت رسمی (۱۰-۲۰)	۱۱/۲۹	۱/۵۷	۱/۶۳	۳/۵۹	۱۱	۱۰
روابط اجتماعی (۴-۲۰)	۱۲/۳۲	۳/۰۴	۰/۰۲۳	-۰/۴۵۵	۱۲	۱۲
ارزش‌ها و هنجارها (۶-۳۰)	۱۳	۴/۴۶	۰/۴۸۹	۰/۴۹۰	۱۳	۱۲
سرمایه اجتماعی (۰-۶۰۳/۷۵)	۲۵۴/۲۳	۷۵/۱۶	۰/۱۷۸	-۰/۲۲۸	۲۵۳/۱۲	۱۹۶/۸۸

جدول ۳ توزیع فراوانی پاسخگویان را برحسب میزان سرمایه اجتماعی در سطح تربیتی نشان می‌دهد. از مجموع ۲۰۶۷۰ پاسخ بررسی شده، میزان سرمایه اجتماعی ۳/۵ درصد پاسخگویان در حد خیلی کم، ۳۹/۷ درصد در حد کم، ۴۹ درصد در حد متوسط، ۷/۵ درصد در حد زیاد و ۰/۴ درصد در حد خیلی زیاد گزارش شده است.

جدول ۳. توزیع فراوانی پاسخگویان برحسب میزان سرمایه اجتماعی

میزان سرمایه اجتماعی	فراوانی	درصد	درصد معتبر
خیلی کم	۴۹۷	۲/۴	۳/۵
کم	۵۷۰۰	۲۷/۶	۳۹/۷
متوسط	۷۰۲۲	۳۴	۴۹
زیاد	۱۰۷۴	۵/۲	۷/۵
خیلی زیاد	۵۲	۰/۳	۰/۴
اظهاری نشده*	۶۳۲۵	۳۰/۶	-
جمع کل	۲۰۶۷۰	۱۰۰	۱۰۰

* نکته: به توجه به اینکه از تعداد گویه‌های زیاد (۵۲ گویه) برای ساختن متغیر سرمایه اجتماعی استفاده شده است، عدد اظهارنشده عددی نسبتاً بالا به دست آمده است.

ج. سلامت روانی

در پژوهش حاضر سلامت روانی با استفاده از پرسش‌نامه ۲۸ گویه‌ای سلامت عمومی سنجیده شده است. در این مقیاس افرادی که نمره سلامت آنها کمتر از ۲۳ باشد، دارای سلامت روانی ارزیابی می‌شوند و افراد با نمره بالاتر از ۲۳، مشکوک به اختلال روانی تشخیص داده می‌شوند.

جدول ۴. توزیع فراوانی پاسخگویان برحسب میزان سلامت روان

میزان سلامت روان	فراوانی	درصد	درصد معتبر
دارای سلامت روان	۱۱۵۶۹	۵۶	۶۳/۱
مشکوک به اختلال روانی	۶۷۶۴	۳۲/۷	۳۶/۹
اظهاری نشده	۲۳۳۷	۱۱/۳	-
جمع کل	۲۰۶۷۰	۱۰۰	۱۰۰
میانگین (از ۸۴)		۲۱/۰۱	

بر اساس داده‌های جدول ۴، از مجموع ۲۰۶۷۰ پاسخگو، ۶۳/۱ درصد دارای سلامت روانی و ۳۶/۹ درصد مشکوک به اختلال روانی ارزیابی شده‌اند. جدول ۵ آماره‌های توصیفی مربوط به مقیاس سلامت روانی را نشان می‌دهد. میانگین و میانه به ترتیب ۲۱/۰۱ و ۱۸ است.

جدول ۵. آماره‌های توصیفی سلامت روانی

نما	میانه	کشیدگی	چولگی	انحراف	میانگین	متغیر (دامنه نمرات)
۰	۱۸	۰/۴۸۲	۰/۹۱۵	۱۵/۵۲	۲۱/۰۱	سلامت روانی (۰-۸۴)

د. سرمایه اجتماعی و سلامت روانی

جدول ۶ توزیع فراوانی وضعیت سلامت روان را برحسب میزان سرمایه اجتماعی پاسخگویان نشان می‌دهد. براساس یافته‌های این جدول، ۷۵/۳ درصد پاسخگویانی که میزان سرمایه اجتماعی آنها خیلی زیاد گزارش شده است، دارای سلامت روانی ارزیابی شده‌اند. ۲۴/۷ درصد پاسخگویان مزبور نیز مشکوک به اختلال روانی هستند. درمقابل نیز بیش از ۶۲ درصد پاسخگویانی که سرمایه اجتماعی آنان در حد خیلی کم گزارش شده است، مشکوک به

اختلال روانی هستند. از طرفی، ۳۷/۶ درصد پاسخگویان دارای سلامت روانی ارزیابی شده‌اند.

جدول ۶. توزیع وضعیت سلامت روانی برحسب میزان سرمایه اجتماعی پاسخگویان (درصدگیری سطری)

وضعیت سلامتی روان	کل		مشکوک به اختلال روانی		دارای سلامت روانی	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
خیلی کم	۶۵۹	۶۲/۴	۴۱۱	۳۷/۶	۲۴۸	۲۴۸
کم	۵۰۸۳	۴۲/۲	۲۱۴۳	۵۷/۸	۲۹۴۰	۲۹۴۰
متوسط	۶۱۶۲	۳۰	۱۸۴۸	۷۰	۴۳۱۴	۴۳۱۴
زیاد	۱۲۲۸	۲۶/۳	۳۲۳	۷۳/۷	۹۰۵	۹۰۵
خیلی زیاد	۸۱	۲۴/۷	۲۰	۷۵/۳	۶۱	۶۱

جدول ۷ تفاوت میانگین سلامت روانی در بین طبقات مختلف سرمایه اجتماعی را نشان می‌دهد. با توجه به اینکه متغیر وابسته توزیع نرمال ندارد، از آزمون ناپارامتریک کراسکال والیس جهت سنجش تفاوت میانگین‌ها استفاده شد. براساس یافته‌های جدول می‌توان گفت بین میانگین سلامت روانی در بین طبقات مختلف سرمایه اجتماعی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بدین معنی که پاسخگویان دارای سرمایه اجتماعی خیلی کم دارای بیشترین میانگین (۳۲/۵۳) و پاسخگویان دارای سرمایه اجتماعی زیاد دارای کمترین میانگین (۱۲/۶۳) بوده‌اند. به بیانی دیگر، پاسخگویان دارای سرمایه اجتماعی بیشتر از سلامت روانی بهتری نیز برخوردارند.

جدول ۷. آزمون تفاوت میانگین سلامت روانی در بین طبقات مختلف سرمایه اجتماعی

متغیر	طبقات سرمایه اجتماعی	میانگین سلامت روانی	مقدار آزمون کای اسکوئر	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
میزان سرمایه اجتماعی	خیلی کم	۳۲/۵۳	۵۰۴/۲۱۲	۴	۰/۰۰۰
	کم	۲۲/۹۳			
	متوسط	۱۸/۳۲			
	زیاد	۱۶/۹۱			
	خیلی زیاد	۱۲/۶۳			

تحلیل رگرسیونی سلامت روانی

جدول ۸ تحلیل رگرسیونی چندمتغیره مشتمل بر ابعاد متغیر سرمایه اجتماعی و متغیرهای زمینه‌ای (تحصیلات، وضع اشتغال، جنسیت و وضع تأهل) است. براساس یافته‌های جدول، متغیرهای مستقلی که در معادله باقی مانده است به‌طور هم‌زمان ۰/۳۴۱ با متغیر وابسته همبستگی دارند. براساس ضریب تعیین، این متغیرها توانسته‌اند ۱۱/۶ درصد از تغییرات متغیر وابسته را تبیین کنند. به‌علاوه، براساس یافته‌ها، از بین متغیرهای موجود در معادله (اعتماد اجتماعی، احساس تعلق، روابط اجتماعی، مشارکت غیررسمی، مشارکت رسمی، نوع‌دوستی، تحصیلات، وضع اشتغال، جنسیت و وضع تأهل) به‌جز متغیر مشارکت

غیررسمی ($=0/268$ مقدار معناداری)، متغیرهای دیگر بر متغیر وابسته تأثیر معنی‌دار دارند ($=0/000$ مقدار معناداری). ضرایب بتا نشان داده است که قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده سلامت روان در بین پاسخگویان به ترتیب متغیر اعتماد اجتماعی ($=0/177$ بتا)، احساس تعلق و دوستی ($=0/130$ بتا)، روابط اجتماعی ($=0/098$ بتا) و تحصیلات ($=0/094$ بتا) بوده‌اند. بررسی جهت تأثیر متغیرها نشان می‌دهد که متغیرهای اعتماد اجتماعی، احساس تعلق و دوستی، روابط اجتماعی، ارزش‌ها و هنجارها و تحصیلات بر نمره مقیاس سلامت عمومی تأثیر منفی دارند؛ یعنی افرادی که از اعتماد اجتماعی، احساس تعلق و دوستی، روابط اجتماعی، تحصیلات و اعتقاد به ارزش‌ها و هنجارهای بیشتری برخوردارند از سلامت روانی بهتری نیز بهره‌مندند (نمره کمتر در مقیاس سلامت عمومی به منزله سلامت روانی بالاتر است). این درحالی است که دو متغیر مشارکت رسمی و نوع دوستی بر نمره این مقیاس تأثیر مثبت دارند.

جدول ۸. ضرایب رگرسیونی متغیرهای مستقل در پیش‌بینی سلامت روان

متغیرهای مستقل	متغیر وابسته: سلامت روانی			سطح معناداری
	ضریب تأثیر غیراستاندارد	خطای استاندارد	ضریب تأثیر استاندارد	
اعتماد اجتماعی	-0/488	0/39	-0/177	0/000
احساس تعلق و دوستی	-0/348	0/38	-0/130	0/000
روابط اجتماعی	-0/501	0/55	-0/098	0/000
تحصیلات	-0/992	0/110	-0/094	0/000
وضع فعالیت	-2/482	0/342	-0/077	0/000
مشارکت رسمی	0/710	0/99	0/075	0/000
ارزش‌ها و هنجارها	-0/244	0/38	-0/069	0/000
نوع دوستی	0/137	0/25	0/064	0/000
وضع تأهل	-1/420	0/375	-0/046	0/000
جنسیت	1/352	0/402	0/041	0/001
مقدار ثابت	41/254	1/499	-	0/000
ضریب همبستگی	0/341			
ضریب تعیین	0/116			
سطح معنی‌داری	0/000			

نتیجه‌گیری

شبکه‌های اجتماعی از طریق فراهم کردن حمایت‌های اجتماعی به کاهش تأثیر فشارهای روانی منجر می‌شوند. سرمایه اجتماعی از طریق ایجاد تعهدات و الزامات اجتماعی، کنترل غیررسمی، ارزش‌های اخلاقی متعارف را در بین افراد گسترش می‌دهد و از آن طریق بر رفتارها و کنش‌های افراد نظارت می‌کند و در پی آن می‌تواند بر رفتارهای مخاطره‌آمیز افراد در زمینه سلامت نیز تأثیر بگذارد و سلامتی آنها را بهبود بخشد. هدف اصلی این مقاله

بررسی تأثیر ابعاد مختلف سرمایه اجتماعی بر سلامت روان شهروندان تهرانی بوده است. یافته‌ها براساس ضرایب همبستگی و معادله‌های رگرسیونی حکایت از آن داشت که بین متغیرهای اعتماد اجتماعی، احساس تعلق، روابط اجتماعی، تحصیلات، مشارکت رسمی، ارزش‌ها و هنجارها و نوع دوستی با سلامت روانی شهروندان رابطه معنی‌دار وجود دارد. نتایج تقریباً با نتایجی که در پژوهش‌های محققانی نظیر کیم (۲۰۱۰)، تامپابلون (۲۰۰۹)، هامانو و همکارانش (۲۰۱۰)، عنایت و آقاپور (۱۳۸۹) و خیراله‌پور (۱۳۸۳) به‌دست آمده است هم‌خوانی دارد.

تحقیق تامپابلون (۲۰۰۹) نشان داده بود که سه شاخص سرمایه اجتماعی در سطح محله شامل اعتماد، احساس تعلق و شبکه ارتباطی در بهبود سلامت روان افراد تأثیرگذار هستند. نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر نیز تأیید می‌کند که سه شاخص سرمایه اجتماعی بر بهبود سلامت روان افراد مؤثر هستند. هارفام و همکارانش استدلال کرده‌اند اعتماد و احساس تعلق (بعد شناختی سرمایه اجتماعی) احساس امنیت و اعتماد به نفس فرد و توانایی او را برای سازگاری با حوادث منفی و فشارزای زندگی ارتقا می‌دهد. چنین افرادی در مقابل مشکلات مقاومت بیشتری از خود نشان می‌دهند و سعی می‌کنند به‌طور منطقی با مشکلات مقابله کنند. این افراد به‌دلیل معاشرت زیاد از روحیه شاداب‌تری برخوردارند و همین در برابر مشکلات زندگی مثل سپر دفاعی عمل می‌کند. دوسیلوا نیز مطرح می‌کند که شبکه‌های اجتماعی با فراهم‌آوردن حمایت اجتماعی برای افراد از آنان در هنگام بحران محافظت می‌کند. شبکه‌های اجتماعی دسترسی به منابع دیگر را تسهیل می‌کند که این نیز ممکن است تأثیر بحران را کاهش دهد. این شبکه‌ها سازوکارهای محافظ روانی مانند حس تعلق، هدف‌داشتن یا محترم‌شمردن خود را نیز ترویج می‌کنند.

نتایج حاصل از تحلیل‌های رگرسیونی در تحقیق حاضر نشان می‌دهند که از بین متغیرهای موجود در معادله، اعتماد اجتماعی بیشترین تأثیر را بر سلامت روان دارد (۰/۱۷۶- = بتا). این یافته مؤید نظریه پاتنام است. از دیدگاه پاتنام، اعتماد مهم‌ترین عنصر و هسته تشکیل‌دهنده سرمایه اجتماعی است که زمینه را برای همکاری و توسعه اجتماعی فراهم می‌سازد. هر اندازه اعتماد بین اعضای جامعه بیشتر باشد، همکاری آنها بیشتر خواهد شد و همین با فراهم‌آوردن حمایت اجتماعی برای اعضای جامعه، از آنان در هنگام بحران و فشارهای محیطی محافظت می‌کند. علاوه‌براین، زندگی در جامعه‌ای که در آن مردم به یکدیگر اعتماد دارند احساس امنیت و اعتماد ایجاد می‌کند که به کاهش فشار روانی منجر می‌شود. از طرفی، این حالات مثبت روانی به افزایش توانایی کنارآمدن با وقایع منفی زندگی و کاهش فشارهای مزمن می‌انجامد.

یافته‌های این پژوهش نشان دادند که برخلاف دیگر متغیرهای سرمایه اجتماعی، متغیر نوع دوستی و مشارکت رسمی بر سلامت روان تأثیر منفی دارند. یکی از دلایل احتمالی این یافته می‌تواند این باشد که از آنجاکه این افراد بیشتر در برابر سرنوشت دیگران احساس مسئولیت می‌کنند و با مسائل و مشکلات دیگران درگیرند، از نظر روانی نیز بیشتر در معرض فشارهای روانی قرار دارند.

بررسی تأثیر متغیرهای زمینه‌ای نتایج درخور توجهی به دنبال داشت. از مجموع متغیرهای وضعیت تحصیلات، وضع اشتغال، جنسیت، و وضع تأهل؛ متغیر تحصیلات بیشترین تأثیر را بر متغیر وابسته داشته است (۰/۰۹۴=بتا). تحقیقات در زمینه تحصیلات از رابطه نزدیک آن با سلامت روانی افراد حکایت دارد (هارفام و همکاران، ۲۰۰۴؛ عنایت و آقاپور، ۱۳۸۹). کسانی که از تحصیلات بالاتری برخوردارند سلامت روانی مطلوبی نیز دارند که نتایج تحقیق حاضر نیز نشان می‌دهد پاسخگوییانی که از تحصیلات بالایی برخوردارند، سلامت روانی خود را نیز مطلوب توصیف کرده‌اند؛ بدین ترتیب که هرچه بر میزان تحصیلات افراد افزوده می‌شود، اولاً بهتر می‌توانند با مشکلات مقابله کنند و ثانیاً میزان تحصیلات بر میزان درآمد افراد تأثیر مستقیم دارد و از این طریق نیز (از نظر اقتصادی) به صورت غیرمستقیم می‌تواند تأثیرگذار باشد. در خصوص وضعیت اشتغال نیز که پیش‌بینی می‌شد در بالابردن سلامت روانی نقش مثبتی داشته باشد، نتایج نشان می‌دهد که اشتغال تأثیر مثبت و معنی‌داری بر سلامت روان دارد؛ بدین معنی که شاغلان در مقایسه با دیگر گروه‌ها از سلامت روانی بهتری برخوردار هستند. این یافته نیز در پژوهش هارفام و همکاران (۲۰۰۴) تأیید شده است. همچنان که محققان و صاحب‌نظران در باب رابطه وضعیت تأهل با سلامت روانی معتقد بودند که افراد ازدواج کرده در مقایسه با افراد مجرد، مطلقه و همسرفوت کرده از سلامت روانی مطلوب‌تری برخوردارند، نتایج این تحقیق نیز مؤید همین مطلب بود که تأهل تأثیر مثبتی بر سلامت روانی دارد. یافته‌های پژوهش خیراله‌پور (۱۳۸۳) این یافته را تأیید می‌کنند.

کلمن بر این باور است که سرمایه اجتماعی می‌تواند موجب تقویت سرمایه انسانی (تحصیلات) شود. یافته‌های این پژوهش نیز مؤید این نکته است که سرمایه اجتماعی نه تنها با تأثیرگذاری بر سرمایه انسانی بهداشت روانی افراد را بهبود می‌بخشد، بلکه می‌تواند به صورت مستقیم و بی‌واسطه نیز بر سلامت روان افراد مؤثر واقع شود. از این رو ضروری است با تأکید بر منابعی نظیر دولت، دین، آموزش و رسانه‌های گروهی به افزایش میزان سرمایه اجتماعی در سطح جامعه کمک کنیم تا همراه با بهره‌مندی از آثار مثبت آن در دیگر

حوزه‌های زندگی اجتماعی، سلامت جسمی و روانی را در سطوح فردی و عمومی ارتقا دهیم (ریاحی، ۱۳۸۷).

منابع

- آرمان، فاطمه (۱۳۹۰) بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روان در شهر تهران، پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه مازندران.
- احسان‌منش، مجتبی (۱۳۸۰) «همه‌گیرشناسی بیماری‌های روانی در ایران: بازنگری برخی بررسی‌های انجام‌شده»، *اندیشه و رفتار*، سال ششم، شماره ۴: ۵۴-۶۹.
- تقوی، سیدمحمد رضا (۱۳۸۰) «بررسی روایی و اعتبار پرسش‌نامه سلامت عمومی (G.H.Q)»، *مجله روان‌شناسی*، دوره پنجم، شماره ۴: ۳۸۱-۳۹۸.
- خوش‌فر، غلامرضا (۱۳۸۷) تأثیر سرمایه اجتماعی بر مشارکت سیاسی؛ مطالعه موردی: استان گلستان، رساله دکتری جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی.
- خیراله‌پور، اکبر (۱۳۸۳) بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روانی با تأکید بر سرمایه اجتماعی: مطالعه موردی دانشجویان دانشگاه شهیدبهشتی»، پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد جامعه‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه شهیدبهشتی.
- رضوی‌زاده هروی، ندا (۱۳۸۸) بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان، پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه فردوسی مشهد.
- ریاحی، محمداسماعیل (۱۳۸۷) «سرمایه اجتماعی و سلامت»، *فصلنامه توسعه انسانی*، دوره سوم، شماره ۱: ۶۷-۹۴.
- ساروخانی، باقر (۱۳۷۰) *دایرةالمعارف علوم اجتماعی*، تهران: کیهان.
- عنایت، حلیمه و اسلام آقاپور (۱۳۸۹) «بررسی عامل‌های اجتماعی - فرهنگی مرتبط با کیفیت سلامت روانی خانواده (نمونه مورد مطالعه: خانواده‌های ساکن شهر شیراز)»، *فصلنامه زن و جامعه*، سال اول، شماره ۲: ۲۷-۴۶.
- کرلینجر، فردان. (۱۳۷۷) *مبانی پژوهش در علوم رفتاری*، ترجمه حسن پاشا شریفی و حسین نجفی زند، جلد اول، چاپ دوم، تهران: آوای نور.
- گیدنز، آنتونی (۱۳۸۷) *تجدد و تشخیص*، ترجمه ناصر موفقیان، تهران: نی.
- لهسایی‌زاده، عبدالعلی و گلمراد مرادی (۱۳۸۶) «رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در مهاجران»، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، سال هفتم، شماره ۲۶: ۱۶۱-۱۸۰.
- مسعودنیا، ابراهیم (۱۳۸۹) *جامعه‌شناسی پزشکی*، تهران: دانشگاه تهران.
- نوربالا، احمدعلی و همکاران (۱۳۸۹) «وضعیت سلامت روان افراد ۱۵ سال و بالاتر شهر تهران در سال ۱۳۸۷»، *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، سال ۱۶، شماره ۴: ۴۷۹-۴۸۳.
- نوربالا، احمدعلی و همکاران (۱۳۸۱) «بررسی وضعیت سلامت روان در افراد ۱۵ سال و بالاتر در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۸»، *حکیم*، سال پنجم، شماره ۱: ۱-۱۰.

- Araya Ricardo & et al. (2006) "Perceptions of Social Capital and the Built Environment and Mental Health", *Social Science & Medicine*, 62: 3072-3083.
- Campbell, C. & Wood, R. (1999) *Social Capital and Health*, London: Health Education Authority.
- Cohen S., Gottlieb B. H., Underwood L. G. (2000) Social Relationships And Health, in Cohen S., Underwood L. G., Gottlieb B. H. (Eds), *Social Support Measurement and Intervention: A Guide For Health And Social Scientists*, New York: Oxford University Press: 3-25.
- Cohen, A. (2004) "Effects of Stress and Social Support or Recurrence in Bipolar Disorder", *Journal Affective Disorders*, 85: 620-631.
- DeSilva, Mary (2005) *Context and Composition? Social Capital and Maternal Mental Health in Low Income Countries*, PHD Thesis, University of London.
- Desilva, Mary J. et al. (2007) "Social Capital and Mental Health: A Comparative Analysis of Four Low Income Countries", *Social Science & Medicine*, 64: 5-20.
- Hamano, Tsuyoshi & et al. (2010) "Social Capital and Mental Health in Japan: A Multilevel Analysis", *Plos One*, 5: e13214, 1-6.
- Harpham, Trudy & et al. (2004) "Mental Health and Social Capital in Cali, Colombia", *Social Science & Medicine*, 58: 2267-2277.
- Kawachi, L. , Berkman, L. (2001) "Social Ties and Mental Health", *Journal Of Urban Health*, 78: 458-467.
- Kim, Joongbaeck (2010) "Neighborhood Disadvantage and Mental Health: The Role Of Neighborhood Disorder and Social Relationships", *Social Science Research*, 39: 260-271.
- Lofors, Janas & Sundquist, Kristina (2007) "Low-Linking Social Capital As a Predictor of Mental Disorders: A Cohort Study of 4/5 Million Swedes", *Social Science & Medicine*, 64: 21-34.
- Malmberg-Heimonen, Ira (2010) "The Social Capital and Mental Health Of Long-term Social Assistance Recipients in Norway", *European Journal of Social Work*, 13: 91-107.
- Putnam, R. & et at (1995) *Making Democracy Work. Civic Traditions in Modern Italy*, Princeton: Princeton University Press.
- Rose, R. (2000) "How Much Does Social Capital Add to Individual Health?", *Social Science & Medicine*, 51: 1421-1435.
- Scheffler, Richard M. & et at. (2007) "The Role of Social Capital in Reducing Non-Specific Psychological Distress: The Importance of Controlling For Omitted Variable Bias", *Social Science & Medicine*, 65: 842-854.

- Stafford, Mai & et al. (2008) "Neighbourhood Social Capital and Common Mental Disorder: Testing The Link in a General Population Sample", *Health & Place*, 14: 394-405.
- Tampubolon, Gindo (2009) "Neighbourhood Social Capital and Individual Mental Health", Prepared for the Economic Journal, D71, Z13, 112-118.
- WHO (2004) *Promoting Mental Health: A Report of the World Health Organization*, Department of Mental Health, University of Melbourn.