بسط مفهومی سرمایه اجتماعی با رویکرد سلامت اجتماعی

میرطاهر موسوی*، ملیحه شیانی، سیاوش فاطمی‌نیا***، سهیلا امیدنیا ****

مقدمه: *سرمایه اجتماعی از مهم‌ترین مفاهیمی است که در چند دهه اخیر مورد توجه اندیشمندان قرار گرفته است. در این راستا، محققان حوزه سلامت توجه ویژه‌ای به مفهوم سرمایه اجتماعی داشته‌اند. این مطالعه بر آن است با تحلیل نظری، مطالعات و پژوهشهای صورت گرفته درخصوص رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت به چارچوب مفهومی دست یابد. به‌طورکلی دو رویکرد در زمینه ارتباط بین این دو متغیر وجود دارد: رویکرد اول، استقلال مفهومی دو متغیر را مطرح می‌کند که معمولاً سرمایه اجتماعی به‌عنوان متغیر مستقل و سلامت اجتماعی به‌عنوان متغیر وابسته فرض شده است. و دیگری رویکرد تلفیق مفهومی که قائل به فضای مفهومی مشترکی برای این دو است.*

مرور انتقادی: *سه رویکرد متفاوت به سلامت اجتماعی وجود دارد. رویکرد تعیین‌کننده‌های سلامت، سلامت اجتماعی جامعه و سلامت اجتماعی فردی. تعیین‌کننده‌های سلامت در پی شناسایی و تعیین متغیرهایی است که شرایط و زمینه‌های اثرگذار بر سلامت اجتماعی را فراهم می‌کند. سلامت اجتماعی در سطح فردی فرایند درگیر شدن شهروندان در امور اجتماعی است. در واقع هر چه سطح درگیری و مشارکت اجتماعی شهروندان در جامعه بالاتر برود نه تنها سلامت اجتماعی فرد افزایش پیدا می‌کند بلکه این فرآیند، پیامدهایی دارد که شاخص‌های سلامت اجتماعی جامعه را تقویت می‌کند. به عبارت دیگر می‌توان گفت این سه رویکرد یک الگوی کامل سلامت اجتماعی است که از سطح راهبردی، سیاستگذاری، برنامه‌ریزی، اجرا و حصول و ارزیابی نتیجه را در خود دارا می‌باشد. بنابراین به نظر می‌رسد برای ارزیابی دقیق و منصفانه از وضعیت سلامت اجتماعی یک کشور بهتر است به هر سه رویکرد بطور همزمان توجه شود.*

بحث: *افراد دارای پایگاه اجتماعی و اقتصادی یکسان ممکن است از سطح سرمایه اجتماعی متفاوتی برخوردار باشند. لذا ویژگی‌های فردی و روان‌شناختی یکی از عوامل توضیح‌دهنده این تفاوت است. به عبارت دیگر سلامت اجتماعی با توجه به ذهنی بودن آن به‌عنوان بعدی از سرمایه اجتماعی معرفی شده است که بیانگر پتانسیلهای شخصیتی فرد برای توسعه روابط است. دیدگاه تلفیقی در خصوص دو مفهوم سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی دارای ابعاد روان‌شناختی است که در واقع همان ظرفیت شخصی افراد برای درگیر شدن در جامعه است.*

کلید واژه‌ها: ***روابط اجتماعی، سرمایه اجتماعی، سرمایه روان‌شناختی مثبت، سلامت اجتماعی***

تاریخ دریافت: ۹۳/۵/۱۹ تاریخ پذیرش: ۹۴/۲/۲۵

* دکتر جامعه‌شناس، مرکز تحقیقات رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی
** دکتر جامعه‌شناس، گروه برنامه‌ریزی اجتماعی، دانشگاه تهران، (نویسنده مسئول)، <mshiani@ut.ac.ir>
*** دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی، دانشگاه تهران
**** کارشناس ارشد مشاوره، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مقدمه

اغلب مفاهیم علوم انسانی و اجتماعی بعد از تولد در سیر تکوین خود دچار نوعی انبساط مفهومی می‌شوند. تا جایی که حدود و ثغور محتوایی آنها را نمی‌توان به خوبی از هم بازشناخت. سرمایه اجتماعی از جمله مفاهیم چندوجهی در علوم اجتماعی است که در اوایل قرن بیستم به‌صورت علمی و آکادمیک مطرح و از سال ۱۹۸۰ وارد متون علوم سیاسی و جامعه‌شناسی شد و ابتدا توسط جاکوبز، بوردیو، پاسرون و لوری مطرح می‌شود، اما توسط کسانی چون کلمن، بارت، پانتام و پرتز بسط و گسترش داده می‌شود (ازکیا و غفاری، ۱۳۸۳).

کاربرد مفهوم سرمایه اجتماعی به‌صورت آنچه که امروزه مدنظر است به تدریج در دهه ۱۹۹۰ مطرح شده است (موسوی، ۱۳۹۲) نه به این معنا که در آثار جامعه‌شناسان کلاسیک اثری از این مفهوم نباشد، بلکه در آثار اندیشمندان و جامعه‌شناسانی چون مارکس و وبر و دورکیم می‌توان به جستجوی این مفهوم پرداخت و در تفکرات اندیشمندانی چون مارکس، زیمل، دورکیم، وبر و پارسونز به مفاهیمی همچون نفع جمعی، ارزشها و اعتماد اجتماعی توجه شده که هر یک ابعادی از مفهوم سرمایه اجتماعی را در بر می‌گیرد (توسلی، ۱۳۸۴).

مفهوم سرمایه اجتماعی در دهه‌های اخیر مورد توجه جدی قرار گرفت و توانست با گسترش نظری و تجربی، جایگاه تعریف شده‌ای در میان نظریه‌های جامعه‌شناسی به خود اختصاص دهد. این امر عمدتاً مرهون کلمن[1] (۱۹۹۸) جامعه‌شناس آمریکایی و تحقیق او در زمینه مشارکت در امور مدرسه (در شهر شیکاگو) است. پس از آن بوردیو، در فرانسه ابعاد دیگری از این مفهوم را روشن کرد و مطالعه پاتنام[2] (۱۹۹۳) در زمینه رابطه سرمایه اجتماعی و نهادهای دموکراتیک در ایتالیا، از مطالعات مهم در این گسترش است (توسلی و موسوی، ۱۳۸۲). وولکاک کارهای پاتنام (۱۹۹۳ و ۱۹۹۵) راجع به مشارکت مدنی و عملکرد نهادی را

1. Colman
2. Putnam

الهام بخش اکثر کارهای جاری درباره سرمایه اجتماعی می‌دانند (تاجبخش، ۱۳۸۴).

از زمانی که وولکاک به موارد کاربرد مفهوم سرمایه اجتماعی اشاره کرده است، کاربردهای مفهوم به مراتب متنوع‌تر گردیده است (موسوی، ۱۳۸۶). گرچه مرور مورد به مورد آنها از ضرورت نوشتار حاضر خارج است، ولی به‌طورکلی می‌توان گفت که سرمایه اجتماعی در دهه‌های اخیر در نُه زمینه مختلف مورد تحقیق قرار گرفته است که شامل ۱- خانواده و مسائل جوانان (اوکلرسکی[1]، ۲۰۰۰)، ۲- مدرسه و آموزش، ۳- زندگی اجتماعی (پوتیت[2]، ۲۰۰۲)، ۴- کار و سازمان (سوت و آبرست[3]، ۲۰۰۴)، ۵- دموکراسی و حاکمیت (وینتر ۲۰۰،[4])، ۶- کنش جمعی و مشارکت (اونیکس ۲۰۰۰،[5])، ۷- سلامت (کاواچی[6]، ۲۰۰۸ و کیز[7]، ۲۰۰۸)و موضوعات محیط زیست (بولن[8]، ۲۰۰۳)، ۸- جرم و خشونت و همچنین ۹- توسعه اقتصادی (وولکاک[9]، ۱۹۹۸؛ فولی و ادوارد[10]، ۱۹۹۹؛ پاتنام، ۱۹۹۳؛ کلمن[11]، ۱۹۹۴ و نارایان[12]، ۲۰۰۰) (به نقل از موسوی،۱۳۸۶) است.

پژوهش سرمایه اجتماعی در حوزه سلامت یکی از متنوع‌ترین و گسترده‌ترین حوزه‌های مطالعاتی است که در بین اندیشمندان اهمیت و ضرورت قابل توجهی پیدا کرده است. این مقاله در نظر دارد رابطه مفهوم سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی را به آزمونی نظری بگذارد و کیفیات خاص این دو را به دقت بررسی نماید.

سلامت اجتماعی[13]، مفهومی‌است که در کنار ابعاد جسمی و روانی سلامت مورد توجه قرار گرفته است، جنبه اجتماعی آن را با محور قرار دادن فرد مورد بررسی قرار می‌دهد. بلوک و برسلو برای اولین بار در سال ۱۹۷۲ در پژوهشی به مفهوم سلامت اجتماعی

1. Okleres ki
2. Potit
3. Soot and Abrets
4. Winter
5. Onix
6. Kuwachi
7. Keyes
8. Bullen
9. Woolcok
10. Folly and Edwards
11. Colemam
12. Narayan
13. social health

پرداختند. آنان مفهوم سلامت اجتماعی را با درجه عملکرد اعضاء جامعه مترادف کرده و شاخص سلامت اجتماعی را ساخته و تلاش کردند تا با طرح پرسشهای گوناگون در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی سلامت فردی، به میزان فعالیت و عملکرد فرد در جامعه برسند. این مفهوم را چند سال بعد دونالد و همکارانش در سال ۱۹۷۸ مطرح کردند و استدلال آنها این بود که سلامت فراتر از گزارش علائم بیماری، میزان بیماریها و قابلیتهای کارکردی فرد است. آنان معتقد بودند که رفاه و آسایش فردی امری متمایز از سلامت جسمی و روانی است. براساس برداشت آنان سلامت اجتماعی در حقیقت هم بخشی از ارکان وضع سلامت محسوب می‌شود و هم می‌تواند تابعی از آن باشد. سنجش محتوای سلامت اجتماعی از ابتدا از طریق تمرکز بر فرد و در رابطه با تعاملات میان فردی (مثلا ملاقات با دوستان) و مشارکت اجتماعی (مانند عضویت در گروهها) مورد سنجش قرار گرفت و در اندازه‌گیری ارکان عینی (مثلاً تعداد دوستان) و ذهنی (کیفیت روابط دوستانه) هر دو تعریف منظور شده بود.

با بررسی مطالعات تجربی در حوزه سلامت اجتماعی چند رویکرد کلی قابل شناسایی است: یکی رویکردی است که سلامت اجتماعی را در معنا و مفهوم سلامت عمومی به کار می‌برد. این رویکرد سلامت اجتماعی را شاخصهایی می‌داند که توصیف‌گر سلامت عمومی یک جامعه است و به همین دلیل کشورها یا جوامعی که از میزان مطلوبی از این شاخصها برخوردارند به معنای توسعه‌یافتگی آنها نیز هست. در این رویکرد به شاخصهایی چون بیمه‌های سلامت، میزان بودجه، شیوع خشونت و جرم، مصرف مواد مخدر، تعداد زندانیها، تعداد افراد بی‌خانمان، سرانه‌های آموزشی و بهداشتی، نرخ شیوع بیماری و... توجه می‌شود. رویکرد دوم در سلامت اجتماعی ناظر بر رفتارهای سلامت شهروندان است. در این رویکرد سلامت اجتماعی کنشی جمعی تلقی می‌شود که هم بر جامعه اثرگذار است و هم جامعه بر آن اثر می‌گذارد. رفتارهای سلامت شامل

عادتهای غذایی، ورزش و تحرک، مصرف سیگار، الکل و ... است (رونکنی[1]، ۲۰۱۰). رویکرد سوم به سلامت اجتماعی بیانگر کیفیاتی ذهنی و روان‌شناختی است که ظرفیت‌های ایجاد تعامل سالم و سازنده را برای فرد ایجاد می‌کند. در این رویکرد می‌توان به نظریه سلامت روان‌شناختی ریف، سلامت اجتماعی کیز و نظریه سرمایه روان‌شناختی مثبت اشاره کرد (ریف و کیز[2]، 1995). دو رویکرد نخست را می‌توان با عنوان رویکرد عام که در نهادهای برنامه‌ریزی و سازمان بهداشت جهانی مورد توجه است معرفی نمود و رویکرد سوم نیز بیانگر مباحثی نظری است که تحت عنوان رویکرد خاص شناخته می‌شود.

براساس رویکرد خاص موتور اصلی حرکات، رفتار و نگرشهای انسان تفکر اوست. یعنی آن جزء از انسان که عامل جهت دهنده به بینش و جهان‌بینی اوست. انسان می‌تواند با اتکاء به آن، مسائل و پدیده‌های پیرامون خود را تجزیه و تحلیل کرده و با ارزشیابی عوامل و پذیرش حقیقت‌های مؤثر در مورد یک موضوع خاص، به عملکردهای خود جهت دهد. از آنجا که روان و احساس انسان تحت تأثیر عوامل محیطی و بیرونی، متغیر است، رهنمودهای روانی و احساسی نمی‌توانند تأثیرات ماندنی در رفتار و کردار و زیستن کیفی انسان داشته باشند. تفکرات اجتماعی صحیح و برخورداری فرد از ذهنیت مثبت نسبت به جامعه برای داشتن زندگی اجتماعی بهتر، اولین و مهم‌ترین مرحله از سلامت اجتماعی است.

در واقع سلامت اجتماعی به چگونگی وضعیت ارتباط فرد با دیگران در جامعه یا همان جامعه‌پذیری وی اشاره دارد. بنابراین سلامت اجتماعی در کنار سلامت جسمانی و روانی یکی از سه ارکان تشکیل‌دهنده سلامت عمومی‌جامعه می‌باشد؛ در واقع زمانی می‌توان شخص را واجد سلامت اجتماعی برشمرد که بتواند فعالیتها و نقشهای اجتماعی خود را در حد متعارف بروز و ظهور دهد و با جامعه و هنجارهای اجتماعی پیوند، اتصال و ارتباط

1. Ronconi
2. Ryff and Keyes

برقرار نماید (فدایی مهربانی، ۱۳۸۶). در حقیقت سلامت اجتماعی شامل عناصر متعددی است که درکنار یکدیگر نشان می‌دهند چگونه و در چه درجه‌ای افراد در زندگی اجتماعی خود خوب عمل می‌کنند. مثلاً به‌عنوان همسایه، همکار، همشهری و...

همان‌طورکه پیش از این آمد تأکید مفهوم سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی بر «رابطه» مهم‌ترین وجه اشتراک این دو مفهوم است. لذا در این مقاله سعی شده تا با مرور مطالعات نظری و تجربی متعدد به فهمی نو از این دو مفهوم دست پیدا کند. آنچه در ادامه به آن پرداخته خواهد شد دو رهیافت اساسی است که می‌توان از آنها به‌عنوان رهیافت استقلال مفهومی و تلفیق مفهومی از آنها یاد کرد.

رهیافت استقلال مفهومی

در این رهیافت، فضای مفهومی بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی از هم جدا فرض شده و در اغلب تحقیقات سعی شده است که از سرمایه اجتماعی به‌عنوان یک متغیر مستقل استفاده شود. در این قبیل تحقیقات، سرمایه اجتماعی عامل و موجد سلامت محسوب می‌شود. استقلال به معنای فضای مفهومی متفاوت است. یعنی هر کدام روشنگر بخشی از جهان اجتماعی هستند.

نظریه‌پردازانی مانند کاپلان و لینچ سرمایه اجتماعی 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. روس[1] معتقد است سرمایه اجتماعی تنها به وسیله عضویت در نهادها بدست می‌آید و شبکه‌های سرمایه اجتماعی به‌طور خاص در فراهم آوردن حمایتهای عاطفی و روانی نقش مؤثری در ارتقای سلامت روانی افراد دارند

1. Rose

(روس، ۲۰۰۰). هارفام[1] (۲۰۰۵) 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.

توجه به سرمایه اجتماعی و نقش آن در سلامت را می‌توان از قرن نوزدهم، در کار جامعه‌شناسانی چون دورکیم دید. وی نشان داد نرخهای خودکشی در جمعیتهایی که دارای سطوح پایین انسجام اجتماعی هستند، بیشتر بوده و در اجتماعاتی که خیلی به هم پیوسته‌اند، کمتر و یا نوع آن متفاوت است. بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی یک از موضوعات مهم تحقیقاتی است که در دهه‌های اخیر مورد توجه اندیشمندان بوده است. در طول ۲۰ سال گذشته تحلیلهای گسترده‌ای در ارتباط با تأثیر تعاملات اجتماعی بر سلامت فردی صورت گرفته است. بسیاری از مطالعات تحت تأثیر اثر مهم پاتنام (۱۹۹۳ و۱۹۹۵) صورت گرفت یعنی جایی که سرمایه اجتماعی به‌عنوان سازمانی اجتماعی مانند شبکه‌ها، هنجارها و اعتماد اجتماعی تعریف شد که امکان همکاری و سازگاری را به نفع طرفین فراهم می‌کرد (پاتنام، ۱۹۹۵). این ادعا که سرمایه اجتماعی در تعیین سلامت نقش دارد در بسیاری از مطالعات حوزه سلامت عمومی پذیرفته شده است (کاواچی، ۱۹۹۷ و ۱۹۹۹ و کیم[2]، ۲۰۰۶).

تحقیقات نشان می‌دهد که هرچه شدت روابط اجتماعی افراد بیشتر باشد بر میزان رضایت از زندگی و اعتماد اجتماعی آنها افزوده می‌شود. همچنین ارتباط شبکه دوستی افراد عزت نفس آنها را افزایش می‌دهد (والکنبورگ، ۲۰۰۶) پاتنام و هلیول نیز نتیجه می‌گیرند که سرمایه اجتماعی برای سلامت فیزیکی و سلامت ذهنی آنها ضروری است (هلی‌ول و پاتنام، ۲۰۰۴). در پژوهشی دیگر مشخص می‌شود که سرمایه اجتماعی در بهبود دسترسی به مراقبتهای اجتماعی مؤثر است. در طول زمان سرمایه اجتماعی اندک با بروز

1. Harmpham
2. Kim

بیماری و کاهش سلامت افراد مرتبط است. دراین زمینه عواملی چون بی‌عدالتیهای اجتماعی، یکی از عوامل مؤثر بر سلامت افراد است. بنابراین سرمایه اجتماعی سه قلمرو دارد اعتماد، رفتار مشارکتی و رضایت از زندگی. سرمایه اجتماعی سلامت فردی و کیفیت زندگی فرد می‌افزاید حتی بر خی جامعه‌شناسان معتقدند که سرمایه اجتماعی سلامت گروهی و جمعی را نیز ارتقاء می‌دهد (مور[1]، ۲۰۰۹).

در حوزه سلامت بین سرمایه اجتماعی ساختاری و شناختی تفاوتی وجود دارد. سرمایه اجتماعی ساختاری ارتباط بین مردم را از طریق کاهش هزینه‌های تعاملی افزایش می‌دهد و بعد شناختی مردم را برای برقراری ارتباط مستعد می‌کند (اوفوف[2]، ۲۰۰۰). سرمایه اجتماعی ساختاری[3] اشاره به رفتارهای فردی و شبکه‌های اجتماعی و انجمنی دارد که قابل مشاهده و اندازه‌گیری هستند. سرمایه اجتماعی شناختی[4] بیانگر درک فرد از هنجارها، ارزشها و اعتقادات او نسبت به همکاری و مشارکت است که هر کدام از آنها نیز با توجه به زمینه و عوامل بالقوه دیگر زیرشاخه‌هایی برای خود دارند (مور ۲۰۰۹ و یامامورا[5] ۲۰۱۱). نتایج پژوهش هارفام (۲۰۰۴) تأثیر سرمایه اجتماعی در ابعاد ساختاری و شناختی بر سلامتی افراد را نشان می‌دهد. همچنین هیپا و مکی[6] (۲۰۰۱) نشان دادند میزانهای پایین‌تر مرگ و میر و طول عمر بیشتر اقلیت سوئدی زبان در مقایسه با سایر افراد، به تفاوت سرمایه اجتماعی‌شان مربوط است.

علاوه براین نقش سرمایه اجتماعی در سلامت روان افراد در سالهای اخیر، موردتوجه صاحبنظران قرار گرفته است. چنان که در مورد ارتباط سرمایه اجتماعی با شاخصهای بهزیستی و سلامت روان، مطالعات تجربی گوناگونی صورت گرفته که ارتباط بین این دو مفهوم را تأیید می‌کند (لیندستروم[7]، ۲۰۰۴). تامپسون وهمکارانش (۲۰۰۲) نیز نشان دادند

1. Moor
2. Uphoff
3. structural social capital
4. cognitive social capital
5. Yamamura
6. Hyyppa and Maki
7. Lindstrom

حمایت اجتماعی، پیوندهای مشترک مثل هویت فرهنگی، زبان و علایق مشترک در سازگاری و سلامت روانی شان نقش مهمی دارند. سیلورا و آلبچ[1] (۲۰۰۱) نیز بر عواملی چون حمایت خانوادگی پایین، دسترسی محدود و نامناسب به خدمات جمعی، ناتوانی در برگشت به خانه و تحقیر اجتماعی در مختل شدن سلامت روانی مهاجران تأکید کردند. به‌طورکلی سرمایه اجتماعی از چند طریق می‌تواند بر سلامت فردی اثر گذار باشد:

۱- انتقال اطلاعات بهداشتی[2]. شبکه روابط اجتماعی فضایی را فراهم می‌کند که افراد در شبکه روابط خود اطلاعاتی را در خصوص بیماریها، پزشکان، داروها و درمانها با یکدیگر رد و بدل کنند.

۲- سازوکار کمک متقابل[3]. حمایت خانواده، دوستان و آشنایان نقش مهمی در دسترسی فرد به خدمات بهداشتی دارد مانند کمکهای مالی کمک برای جابه‌جایی و ویزیت دکتر و غیره (درسلر[4] و همکاران، ۲۰۰۴).

۳- ارتقاء رفتارهای بهداشتی[5]. سرمایه اجتماعی هنجارهای اجتماعی حفظ بهداشت و سلامتی مانند پیشگیری، فعالیتهای فیزیکی و دوری از عادتهای غیربهداشتی مانند سیگار کشیدن و مصرف الکل را پرورش می‌دهد. لیندستروم و همکاران معتقدند که تعاملات اجتماعی از طریق اوقات فراغت و فعالیتهای فیزیکی سلامت فردی را افزایش می‌دهد (برنان[6]، ۲۰۰۳).

۴- اثر بافرینگ[7]. تعامل و وفاق اجتماعی یک حمایت عاطفی و اخلاقی ایجاد می‌کند که می‌تواند پریشانیها و استرسهای مرتبط با بیماری را در فرد کاهش دهد (کاواچی، ۱۹۹۹) .این نوع اثر عزت نفس و احترام متقابل بین افراد را افزایش می‌دهد. پاتنام (۲۰۰۰) نیز معتقد است که سرمایه اجتماعی و سلامتی به چهار دلیل با هم ارتباط دارند:

1. Silvera and Allbech
2. transmission of health information
3. mutual assistance mechanisms
4. Doorslar
5. promotion of healthy behaviours
6. Brennan
7. Buffering effect

۱- شبکه‌های اجتماعی به گونه‌ای کمکهای مادی را در اختیار افراد قرار می‌دهند که سبب کاهش اضطراب می‌شوند.

۲- شبکه‌های اجتماعی، معیارهای سلامتی و بهداشت را تقویت می‌کنند.

۳- شبکه‌های اجتماعی می‌توانند خدمات بهداشتی مناسب‌تری را تقاضا کنند.

۴- تکامل و فعالیت اجتماعی سبب فعال‌تر شدن سیستم دفاعی بدن می‌شود.

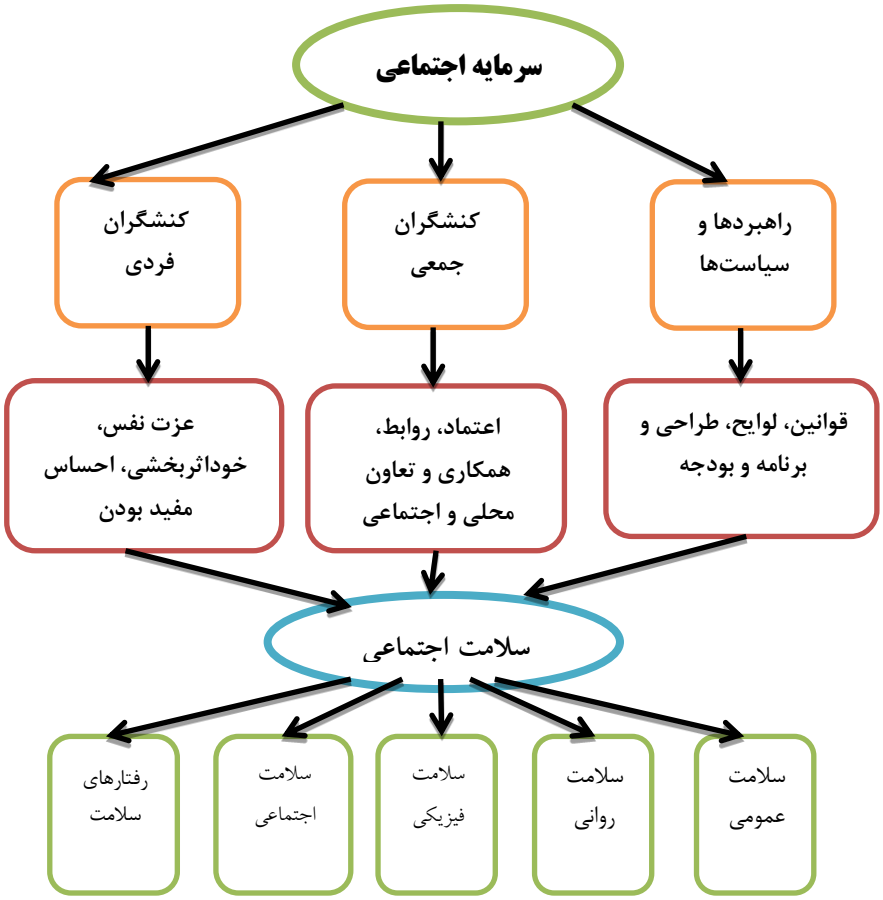
بنابراین مفروض است که فضاهای اجتماعی که دارای برخی از انواع مشارکت و اعتماد هستند بهداشت مناسب را ایجاد و یا تسهیل می‌کنند. در حقیقت روابطی چون تعاون، رابطه متقابل و پذیرش این که نیازهای دیگران نیازهای ما هستند تأثیر عمیقی بر سلامتی و تندرستی دارند (پاتنام، ۲۰۰۰). به نظر بولین[1] (۲۰۰۳) این عوامل به‌طور مستقیم در هویت کنشگر نقش دارند. زیرا موجب افزایش منابع اطلاعاتی، همکاری و تصمیمات جمعی می‌شوند. حمایت عاطفی و ابزاری از اعضای گروه را موجب می‌شوند که منجر به آرامش روانی در فرد می‌شود. نهایتاً قواعدی منظم پدید می‌آورند و کنترل اجتماعی را تشدید می‌کنند که موجب پیشگیری از رفتارهای پرخطری چون سیگار کشیدن و الکلی شدن می‌شود.

مناطقی که سرمایه اجتماعی بالاتری دارند از نقطه نظر کاواچی و برکمن[2] (۲۰۰۰) دسترسی بیشتری به خدمات اجتماعی و بهداشتی دارند. همچنین آنها قادرند نبردی را برای مقابله با دولت برای اعتراض به کسری بودجه یا مثلاً جلوگیری از بسته شدن یک مدرسه یا بیمارستان آغاز کنند. این مناطق همچنین قادرند گروههای فشار رسمی به وجود بیاورند که باعث شود سازمانهای بهداشتی به آسانی در دسترس همگان قرار گیرند. مثلاً مناطق دارای سرمایه اجتماعی درون گروهی و برون گروهی در زمان بحران، جنگ یا خشک‌سالی، بیشتر قادرند از ساکنانشان محافظت کنند، آنها را حمایت کنند و خدمات بهداشتی در اختیارشان قرار دهند.

1. Bowling
2. Berkman

وجود سرمایه اجتماعی در گروه‌ها همچنین موجب رشد اعتماد می‌شود. به‌طوریکه عضویت در یک سازمان و اعتماد به گروه‌ها و انجمن‌های شهری با سلامتی همبستگی بالایی دارد مثلاً در ایالات متحده آمریکا عضویت در هر گروه شهری و اعتماد به آن با سن مرگ و میر رابطه دارد. پژوهشگران تأکید می‌کنند که تعداد و عضویت در سازمانهای شهری عامل پیش‌بینی‌کننده مرگ بر اثر بیماریهای بدخیم کرونر قلبی است. سطح بی‌اعتمادی نیز به‌طور معناداری با نرخ مرگ و میر رابطه دارد. به‌طوریکه 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 روانی است. این رابطه چه در سطح فردی و چه در سطح منطقه‌ای معنادار بوده است. افرادی که از سرمایه اجتماعی فردی بالاتر برخوردار و یا در محلی زندگی می‌کنند که سرمایه اجتماعی آنجا بالاست، ناهنجاریهای روانی کمتری را تجربه می‌کنند و کمتر دچار اختلالات ذهنی می‌شوند (آلمدوم[1]، ۲۰۰۵). سرمایه اجتماعی به دلیل ایجاد پیوندهای گروهی شرایطی را فراهم می‌کند که فرد از حمایت اجتماعی اعضای گروه و جامعه برخوردار شود که موجب آسودگی خیال و کاهش اضطراب آنها شده و در نهایت سلامت روانی و سلامت عمومی فرد را سبب می‌شود. در مجموع تحقیقات فراوانی در این حوزه انجام شده که بسیاری از آنها نشان می‌دهد افراد و مناطقی که از سطح سرمایه اجتماعی بالایی برخوردارند پریشانی روان‌شناختی کمتر (آرایا و دانس‌تن[2]، ۲۰۰۶) ، تعداد افراد روانی بستری شده کمتر (لافورس و سندکویست[3]، ۲۰۰۶)، خودکشی کمتر (دسای[4] و همکاران، ۲۰۰۵) و کودکان آنها از بیماری روانی کمتر رنج می‌برند. با مرور مباحث نظری و تجربی، ارتباط بین سرمایه اجتماعی و سلامت را می‌توان به صورت شکل (۱) ترسیم نمود.

1. Almedom
2. Araya and Dunstan
3. Lofors and Sundquist
4. Desai



شکل (۱) رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی

براساس آنچه مرور شد، ارتباط بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی به چند شکل صورت می‌گیرد. یکی تأثیری است که سرمایه اجتماعی از طریق انجمنها و تشکلهای مدنی

بر سیاستهای سلامت می‌گذارد و بستر رفع نابرابریهای این حوزه را فراهم می‌کند. دوم تأثیر مستقیم سرمایه اجتماعی بر سلامت فیزیکی و روانی فرد از طریق ایجاد تحرک و پویایی اجتماعی و ایجاد ارتباط و عزت نفس در فرد است. سوم نیز تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت اجتماعی و رفتارهای سلامت شهروندان مانند تغذیه، عدم مصرف سیگار و الکل، ورزش کردن و ... است.

پژوهشهای داخلی نیز سرمایه اجتماعی را به‌عنوان یک متغیر مستقل و اثرگذار بر سلامت فرض نموده‌اند. برای مثال می‌توان به تحقیق رارانی و موسوی اشاره کرد. آنها ادعا دارند که هدفشان از مطالعه بررسی رابطه میان سرمایه اجتماعی و بیانگرهای سلامت اجتماعی در ایران و شناخت ارتباط بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی است. تحقیق از نوع همبستگی بوده که در آن داده‌های مربوط به سرمایه اجتماعی از طرح ملی «بررسی و سنجش سرمایه اجتماعی در ایران» و داده‌های مربوط به بیانگرهای سلامت اجتماعی از داده‌های موجود و مربوط به هر یک از ۳۰ استان کشور در سال ۱۳۸۶ جمع‌آوری و تحلیل ثانویه شده‌اند. یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد بین سرمایه اجتماعی و متغیرهای فقر، رشد طبیعی جمعیت، خشونت، میزان باسوادی، میزان بیکاری و پوشش بیمه به‌عنوان بیانگرهای سلامت اجتماعی رابطه آماری معناداری وجود دارد. همچنین جهت رابطه در مورد متغیرهای فقر، رشد جمعیت و میزان بیکاری مثبت است. در مجموع پس از انجام تحلیل عاملی اکتشافی و محاسبه نمره سلامت اجتماعی کل، رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی کل در ایران تأیید شد، باتوجه به مقدار همبستگی ۵۴ /۰ و ضریب تعیین ۰/۳۰، می‌توان اذعان داشت ۳۰٪ تغییرات سلامت اجتماعی با تغییرات سرمایه اجتماعی قابل توضیح است. آنها در پایان نتیجه گرفته‌اند که رابطه مستقیم سرمایه اجتماعی با فقر، رشد جمعیت و بیکاری را چنین می‌توان توضیح داد که نوع غالب سرمایه اجتماعی در استان‌های کمتر توسعه یافته کشور، سرمایه اجتماعی سنتی است که مبتنی بر روابط درون

گروهی توأم با اعتماد محدود و خاص می‌باشد و این نوع سرمایه اجتماعی در استانهای توسعه یافته کشور دچار فرسایش شده و سرمایه اجتماعی جدید (مدرن) شکل نگرفته است، لذا در این استانها نوعی توسعه نامتوازن وجود دارد. بنابراین توجه به انواع سرمایه اجتماعی و به خصوص نوع جدید آن در سیاست‌گذاریهای سلامت باعث ارتقاء و بهبود سلامت اجتماعی جامعه ایران خواهد شد (امینی رارانی و موسوی، ۱۳۹۰).

پژوهشی دیگر از نوع پیمایش و با استفاده از ابزار پرسشنامه در میان دانشجویان دانشگاه پیام نور مشهد در سال ۱۳۸۹ انجام شد. نتایج حاکی از آن است 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. نتایج بدست آمده از تحلیل رگرسیون نشان داد که ۵۹ درصد از تغییرات واریانس سلامت اجتماعی بوسیله دو متغیر اعتماد و مشارکت اجتماعی تبیین می‌شود. یکی از عوامل اصلی ایجاد سلامت اجتماعی، اعتماد است، بنابراین برای افزایش سلامت اجتماعی در بین جوانان لازم است تا اعتماد آنان نسبت به سایر افراد جامعه و نهادهای اجتماعی افزایش یابد. درواقع اگر مسئولین و سازمانها در جهت تحقق اهداف جمعی فعالیت کنند باعث تداوم مشروعیت خود می‌شوند و تداوم مشروعیت، همراه با مقبولیت، رضایت واعتماد خواهد بود (شربتیان، ۱۳۹۱).

لازم به ذکر است که در این دسته از تحقیقات رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت با نوعی تقلیل‌گرایی همراه بوده است. به این معنا که اغلب تحقیقات سلامت را یا به بعد روانی آن (سلطانی و جمالی ۱۳۸۷، کامران و ارشادی ۱۳۸۸، کیوان آرا و همکاران ۱۳۹۱ و رضوی‌زاده و همکاران ۱۳۹۱)، یا سلامت به معنای پزشکی آن (خواجه‌دادی و همکاران، ۱۳۸۷)، یا به معنای سیاست‌گذاری سلامت و یا تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت تقلیل داده‌اند.

البته رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت پیچیدگیهایی، دارد لذا در ادامه به تعدادی

از تحقیقات انجام شده در این‌باره اشاره می‌شود. تحقیقات نشان می‌دهد، افرادی که سرمایه اجتماعی بالا دارند کمتر اقدام به کشیدن سیگار می‌کنند (لیندستروم ۲۰۰۳ و ۲۰۰۴، براون[1] ۲۰۰۶). این نتیجه برای مصرف الکل نیز وجود دارد (ویتزمان و کاواچی، ۲۰۰۰). همچنین به‌طور مشابه سرمایه اجتماعی با ورزش کردن رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.

بر اساس یافته‌های تحقیقات مختلف بین سرمایه اجتماعی در سطح منطقه‌ای و سلامت رابطه مثبت و معناداری وجود دارد (کندی[2] و کاواچی، ۱۹۹۷ و ۱۹۹۹، یانگ ۲۰۰۷). و البته برخی اشاره کرده‌اند که رابطه وجود ندارد (آنگستروم[3] ۲۰۰۸ و وینسترا ۲۰۰۵). عده‌ای نیز معتقدند این ارتباط بستگی به نوع سنجش سرمایه اجتماعی و سلامت دارد. ولی بسیاری از مطالعات بیانگر رابطه مثبت و معنادار سرمایه اجتماعی فردی و سلامت است. این رابطه به‌ویژه در کشورهایی که به دنبال عدالت و برابری هستند قوی‌تر نیز می‌باشد (ام.کا. اسلام و مرلو ۲۰۰۶)، اختلاف‌نظرها و نتایج متفاوت که در همین‌جا به بخشی از آنها اشاره شد، بیانگر وجود رابطه‌ای مبهم و پیچیده بین سرمایه اجتماعی و سلامت است.

به همین دلیل برخی از محققین معتقدند که برقراری ارتباط علی بین سرمایه اجتماعی و سلامت می‌تواند گمراه‌کننده باشد (پترای و کوپک[4] ۲۰۰۸) زیرا که سرمایه اجتماعی در ارتباط با سلامت دو مشکل اساسی دارد یکی اینکه سرمایه اجتماعی مفهومی است چند بعدی و لذا معلوم نیست که کدام ابعاد و با چه ویژگیهایی با سلامت ارتباط پیدا می‌کند. دوم اینکه تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت ممکن است بر عکس باشد به این معنا که افرادی که از سلامت کافی برخوردار نیستند از فرصت کمتری برای تعامل با دیگران برخوردارند و لذا از سرمایه اجتماعی کمتری برخوردارند. (ساباتینی و فابیو[5]، ۲۰۱۱).

پاتنام (۲۰۰۴) در پژوهشی با عنوان یا زمینه‌های اجتماعی سلامت و بهزیستی نتیجه می‌گیرد کاربرد زبان علی برای بیان رابطه بین زمینه‌های اجتماعی و سلامت امری خام و

1. Brown
2. Kennedy
3. Angestrom and Winstra
4. Petrou and Kupek
5. Sabatini and Fabio

نپخته است زیراکه به درستی معلوم نیست آیا سلامت نقش علی دارد، یا زمینه‌های اجتماعی و یا اینکه این دو مفهوم با هم منطبق و سازگارند. این پیچیدگی‌ها زمانی فزونی می‌گیرد که پای مفهوم سلامت اجتماعی به میان کشیده شود. به‌همین دلیل او در پایان تحقیق پیشنهاد می‌کند رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت ذهنی، به‌ویژه از طریق تحقیقات شبه آزمایشی، مورد بررسی بیشتر قرار گیرد تا بهتر بتوان این مکانیسم ارتباطی را شناخت. نقد این نظریه‌پردازن بر کیفیت رابطه دو متغیر، سه راهبرد پژوهشی را بدست می‌دهد یکی تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت به‌عنوان یک متغیر مستقل، دومی تأثیر سلامت بر سرمایه اجتماعی به‌عنوان یک عامل زمینه‌ساز و موجد سرمایه اجتماعی و سومی تلفیق نظری مفهومی سرمایه و سلامت اجتماعی.

راهبرد اول که پیش‌تر به آن پرداخته شد، در بسیاری از تحقیقات مورد استفاده قرار گرفته و به اندازه کافی در ابعاد مختلف سرمایه و سلامت مطرح شده است. راهبرد دوم نیز تا حدی مورد کنکاش نظری و تجربی قرار گرفته و لزوم بررسی‌ها و تحقیقات بیشتر در ارتباط با آن شناخته شده است. اما راهبرد سوم مورد غفلت نظریه‌پردازان و محققان بوده و بنابراین به میزان سازگاری و همپوشانی فضای مفهومی سرمایه و سلامت پرداخته نشده است. از این‌رو این نوشتار به دنبال ارائه راهبرد تلفیقی از رابطه سرمایه و سلامت است و تلاش می‌کند با رویکردی نظری تجربی آن را در محک آزمون قرار دهد.

رهیافت تلفیق مفهومی

این دیدگاه کمتر در مطالعات تجربی مورد بررسی قرار گرفته است و تنها در سطح ایده و نظر باقی مانده است. برای ارائه یک دیدگاه تلفیقی دو راه وجود دارد یکی مروری بر ادبیات نظری و بررسی مقایسه‌ای همسانی و تفاوتهای دو مفهوم و دیگری روش تحلیل آماری که در ابتدا روش آماری مورد بررسی قرار می‌گیرد.

همان‌طور که در نتایج تحقیقات بالا اشاره شد (رارانی و موسوی، ۱۳۹۰؛ شربتیان،

۱۳۹۱) به ترتیب حدود ۳۰٪ و ۵۹٪ واریانس سلامت اجتماعی توسط متغیر سرمایه اجتماعی تعیین می‌شود. از لحاظ آماری نقش محقق به‌عنوان تفسیرگر یک رابطه مهم و قابل توجه است. اگرچه محقق از دو آماره فوق می‌تواند یک رابطه پیش‌بینی و رگرسیونی ارائه کند اما از سوی دیگر این واریانس مشترک بین دو متغیر به نوعی گزارشگر همسانی فضای مفهومی بین دو متغیر نیز هست[۱]. بنابراین بر اساس همسانی مشترک بین دو متغیر می‌توان یک رویکرد تلفیقی در پیش گرفت و دو متغیر سرمایه و سلامت اجتماعی را با هم تلفیق نمود.

راه دوم مرور ادبیات نظری است. برای این کار در این بخش خلاصه‌ای از چارچوب نظری این تحقیق ارائه می‌شود. در خصوص رویکرد تلفیقی به سرمایه اجتماعی و سلامت اشاره به یافته‌ها و نتایج برخی از تحقیقات می‌تواند روشنگر باشد. در تعریف سرمایه اجتماعی تفاوتهای عمده‌ای وجود دارد اما باید بین سرمایه اجتماعی به‌عنوان یک منبع و پیامدهای آن تفاوت قائل شد. حتی برخی از پژوهشگران معتقدند اعتماد اجتماعی که در بسیاری تحقیقات به‌عنوان مؤلفه سرمایه اجتماعی برشمرده می‌شود، پیامد و اثر سرمایه اجتماعی است (مگی[۲] ۲۰۰۸، بکر[۳] ۲۰۰۸، نان و لین[۴] ۲۰۰۸، وکلاک و میشل[۵] ۱۹۹۸). آنها معتقدند که اعتماد اجتماعی پیامد سرمایه اجتماعی بوده و لذا نوعی رابطه علت و معلولی نیز بین آنها بر قرار است. به عبارت دیگر بین مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی نوعی نظام علی وجود دارد اگرچه در اکثر تحقیقات به‌طور همزمان به سنجش سرمایه اجتماعی در دو بعد روابط و اعتماد پرداخته می‌شود.

یک موضوع مهم دیگر حاصل تحقیقات انجام شده حاکی از آن است که بین سرمایه

---

۱. البته بر اساس نوع شاخص‌سازی و نوع گویه‌های ساخته‌شده است که می‌توان گفت دو متغیر دارای توتولوژی (این‌همانی) هستند و یا با رعایت پیش شرط رگرسیونی یعنی استقلال مفهومی متغیرها از یکدیگر، آن دو دارای رابطه آماری معنادار با یکدیگر هستند.

2. Magee
3. Becker
4. Nan and Lin
5. Woolcock and Michael

اجتماعی شناختی یعنی اعتماد با سلامت ذهنی فرد ارتباط معنادار قوی وجود دارد اما نکته مهم‌تر، ناتوانی در تفکیک جهت علی این دو متغیر است. به این معنا که آیا سلامت ذهنی است که زمینه سرمایه اجتماعی را فراهم می‌کند و یا اینکه سرمایه اجتماعی بر سلامت ذهنی اثرگذار است.

همان‌طور که گفته شد پژوهشهای متعددی این رابطه قوی را تأیید کرده‌اند (آلمدوم، ۲۰۰۸ و دسیلویا[1]، ۲۰۰۵). این همبستگی قوی از لحاظ آماری و نظری می‌تواند توجیه‌گر وجود بعد روان‌شناختی سرمایه اجتماعی باشد که در ادامه به آن پرداخته می‌شود.

نکته دیگر توجه روزافزونی است که در سالهای اخیر به ارتباط بین ویژگیهای فردی و سرمایه اجتماعی می‌شود. اغلب نظریه‌پردازان متأخر معتقدند ویژگیهای شخصیتی و سرمایه‌های روان‌شناختی فرد بر چگونگی تعامل او با دیگران مؤثر است. به عبارت دیگر اگرچه نظریه‌پردازان به سرمایه اجتماعی به‌عنوان یک محصول اجتماعی می‌نگرند که در مالکیت جامعه است اما واقعیت این است از حیث فردی میزان سرمایه اجتماعی هر فردی نسبت فرد دیگر متفاوت است. بسیاری فزونی و کمبود سرمایه اجتماعی را با پایگاه اجتماعی و اقتصادی افراد پیوند می‌دهند (پاتنام و بوردیو ۲۰۰۴). این فرض علی‌رغم صحت آن، توضیح‌دهنده تفاوتهای فردی شهروندان در موقعیتهای اجتماعی اقتصادی یکسان نیست، بنابراین به‌نوعی باید به ویژگیهای روان‌شناختی و شخصیتی افراد توجه کرد. به بیان دیگر پایگاه اجتماعی اقتصادی افراد با میانجیگری برخی ویژگیهای شخصیتی بر میزان سرمایه اجتماعی، اعتماد و روابط آنها اثر می‌گذارد.

بنابراین می‌توان گفت سرمایه اجتماعی تلفیقی از نوع سرمایه فردی و سرمایه جمعی است. سرمایه فردی همان ویژگیهای روان‌شناختی فرد است که بستر پیشارفتاری مناسبی را برای تعاملات فرد فراهم می‌کند. سرمایه جمعی نیز اشاره به روابط متقابل، اعتماد و هنجارهای بده‌بستانی دارد که افراد را در جامعه حفظ و نگهداری می‌کند. برای مثال

1. Desilvia

می‌توان به نظریه خود اثربخشی، شخصیت قوی، سرمایه روان‌شناختی مثبت، سلامت روان‌شناختی و سلامت اجتماعی اشاره کرد.

نیومان[1] (۱۹۹۹) از جمله افرادی است که در قالب نظریه قوت شخصیت[2] سعی می‌کند بر این موضع صحه بگذارد. او معتقد است فعالیتهای سیاسی و سرمایه اجتماعی متأثر از قدرت و ویژگیهای شخصیتی است. او برای قدرت شخصیت دو مؤلفه اعتماد به نفس و رهبری فکری را مطرح می‌کند.

باندورا[3] نیز با طرح مفهوم خود اثربخشی، آن را توانایی فرد برای کنترل و سازماندهی کنش خود معرفی می‌کند. مبتنی بر این نظریه، خود اثربخشی بیانگر سطح اعتماد به نفس فرد است که او را در برخورد با عوامل استرس‌زا توانا می‌سازد. به این ترتیب خود اثربخشی می‌تواند به‌عنوان منبعی برای مقابله با استرس در روابط اجتماعی به کار گرفته شود (جروزالم و شوارزر[4]، ۱۹۹۲). خود اثربخشی به‌عنوان نوعی خود تنظیمی و فرایند خود انعکاسی، مرکز انطباق و تغییرات انسانی است. این مفهوم به ظرفیتی فردی اشاره دارد که توانایی مدیریت و سازماندهی رفتار را به او می‌دهد (باندورا، ۱۹۹۷). خود اثربخشی مجموعه باورهایی است که بنیانی را برای انگیزشهای انسانی، سلامت و دستاوردهای فردی فراهم می‌کند (باندورا، ۱۹۷۷). در واقع خوداثربخشی نوعی پیش‌بینی‌کننده رفتار است (گراهام و وینتر[5]، ۱۹۹۶).

برخی معتقدند آنچه پیوند دهنده خود اثربخشی با سرمایه اجتماعی است مفهوم اثربخشی جمعی است که به‌عنوان درک تک تک اعضای گروه از ظرفیتهای گروهی است (گروتارت[6]، ۲۰۰۴) یعنی نوعی باور جمعی در انجام اعمال مشترک و سازگار (سامپسون[7] و همکاران، ۲۰۰۳ و اسکرابسکی و همکاران، ۲۰۰۴). باندورا می‌گوید که اثربخشی جمعی

1. Nieminen
2. personality strength
3. Bandura
4. Jerusalem and Schwarzer
5. Graham and Winter
6. Grootaert
7. Sampson

و خود اثربخشی تنها در سطح عاملیت و کنشگر با هم متفاوت هستند اما هر دوی آنها منابع مشابه، کارکردهای مشابه و فرایند اثرگذاری مشابه دارند (باندورا، ۱۹۹۷). اثربخشی جمعی می‌تواند به‌عنوان حوزه، قلمرو و مؤلفه سرمایه اجتماعی مورد سنجش قرار گیرد. فرانکبرگ معتقد است که خوداثربخشی مفهومی است که موجب گسترش فضای مفهومی سرمایه اجتماعی شده است (فرانک‌برگ[1]، ۲۰۰۴).

خلاصه آنکه خوداثربخشی نوعی قابلیت فردی است که فرد را در عرصه روابط اجتماعی یاری می‌رساند. خوداثربخشی باور فرد است که او را برای آغاز یک رابطه اجتماعی آماده و بستر توسعه روابط اجتماعی فرد را فراهم می‌کند (فاین و گرین[2]۲۰۱۰، لین و همکاران ۲۰۰۹ و وی[3] و همکاران، ۲۰۰۵). در واقع خوداثربخشی بیانگر سلامت روان‌شناختی فرد برای آغاز روابط اجتماعی است. نوعی پتانسیل فردی که ظرفیت ایجاد ارتباط را به فرد اعطا می‌کند.

ونکاناتان[4] (۲۰۱۲) نیز در تحقیقات خود به این نتیجه می‌رسد که اولاً در پژوهشهای مختلف معلوم نشده است که کدام مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی با موفقیت فرد در جامعه ارتباط دارد دوم نقش شخصیت فرد به‌عنوان یک متغیر اثرگذار چگونه بر ساختار روابط فرد و جامعه اثر می‌گذارد.

بنابراین تفاوتهای فردی افراد مختلف متغیری تبیین‌کننده در تعاملات اجتماعی است. او پنج ویژگی مهم شخصیتی را در این خصوص بر می‌شمارد:

۱- برونگرایی[5]: یعنی تمایل فرد برای اجتماعی بودن و بیرون رفتن.

۲- روان‌نژندی[6]: یعنی تمایلی در فرد برای تجربه هیجان و عواطف منفی.

۳- وجدان[7]: زمینه‌ای که یک فرد منظم خودتنظیمی لازم را برای بدست آوردن موفقیتها دارد.

1. Frankberg
2. Fine and Green
3. Wei
4. Venkatanathan
5. Extraversion
6. Neuroticism
7. Conscientiousness

۴- سازگاری[1]: یعنی منعطف بودن واعتماد داشتن

۵- تجربه خواهی[2]: نوعی کنجکاوی و خلاقیت علمی و هنری

برخی از نظریه‌پردازان بر این باورند که سرمایه انواع متفاوتی دارد، برای مثال داراییهای مالی و پولی افراد تشکیل دهنده سرمایه اقتصادی افراد است که در پاسخ به سؤال "چه دارید؟" می‌توان آن را شناسایی نمود. سرمایه انسانی ناظر به مهارتها و آموزشهای نیروی انسانی است که از آنها افرادی باتجربه و آگاه می‌سازد. این نوع سرمایه در پاسخ به سؤال "چه می‌دانید؟" قابل تشخیص است. سرمایه اجتماعی نیز شبکه روابط افراد در محیط اجتماعی را تشکیل می‌دهد این نوع سرمایه را با پرسش از اینکه "چه کسانی را می‌شناسید؟" قابل فهم است. اما سرمایه روان‌شناختی مثبت سرمایه‌ای فردی و مندرج در شخصیت فرد است که ظرفیت تعاملاتی او را افزایش می‌دهد به‌عبارت دیگر کسانی که از این نوع سرمایه به میزان زیادی برخوردارند لاجرم سرمایه اجتماعی آنها نیز زیاد است. زیرا که این ویژگیهای روان‌شناختی قابلیت فرد را برای حضور در جامعه افزایش می‌دهد.

مارتین سلیگمن به مفهوم سرمایه روان‌شناختی مثبت پرداخته است. تأکید او بر ویژگیهای مثبت تا ضعیف قرار داشته و به‌جای بیماری و آسیب‌شناسی بر قوی بودن، سلامت و سرزندگی فرد تمرکز کرده است. او در تحقیقات خود به دنبال پاسخ به این پرسشها بود که آیا سرمایه روان‌شناختی وجود دارد؟ اگر بله چگونه می‌توان آن را بدست آورد؟ پاسخ چنین است که وقتی انسان درگیر فعالیتها می‌شود در واقع به نوعی سرمایه‌گذاری می‌کند و سرمایه روان‌شناختی خود را می‌سازد (لوتانز[3] و همکاران، ۲۰۰۲). چهار نوع سرمایه روان‌شناختی مثبت وجود دارد اعتماد به نفس، امید، خوش‌بینی و انعطاف‌پذیری.

1. Agreeableness
2. openness to experience
3. Luthans

جدول (۱) گسترش انوع سرمایه

سرمایه روان‌شناختی مثبت	سرمایه اجتماعی	سرمایه انسانی	سرمایه اقتصادی سنتی
چه کسی هستید؟ →	**چه کسی را می‌شناسید؟** →	**چه می‌دانید؟** →	**چه دارید؟**
اعتماد به نفس امید خوش‌بینی انعطاف‌پذیری	روابط شبکه اجتماعی دوستان	تجربه آموزش مهارت دانش ایده‌ها	سرمایه طراحی تجهیزات داده انحصار

۱- اعتماد به نفس[1] یا خوداثربخشی باورداشتن به توانایی خود برای به حرکت درآوردن انگیزشها، منابع شناختی و اقدام به‌منظور موفقیت در انجام وظایف و تکالیف است (استاجکویک و لوتانز[2]، ۱۹۹۸). باندورا (۱۳۷۲) اعتماد به نفس را ظرفیتی روان‌شناختی برای برقراری روابط مثبت قوی با دیگران می‌داند.

۲- امید[3] یکی دیگر از ابعاد سرمایه روان‌شناختی مثبت است که به وضعیتی انگیزشی مثبت اشاره دارد که براساس آن نوعی احساس موفقیت، عاملیت

1. confidence
2. Stajkovic and Luthans
3. hope

(هدفمند بودن) و جهت‌یابی (طراحی و برنامه‌ریزی برای هدف) در فرد ایجاد می‌شود (اشنایدر[1]، ۲۰۰۲).

۳- سلیگمن خوش‌بینی[2] را با توجه به تفسیری که فرد از حوادث خوب و بد ارائه می‌دهد تعریف می‌کند و برای آن دو بعد تداوم و فراگیری قائل است. یک فرد خوش‌بین حوادث بد را موقتی فرض می‌کند و معتقد است که شرایط حاکم گذرا است. در حالی که یک فرد بدبین شرایط موجود را پایدار تلقی می‌کند. فرد خوش‌بین با یک انتساب دائمی خود را با استعداد معرفی می‌کند.

۴-انعطاف‌پذیری[3] نیز شامل پذیرش بی‌چون و چرای واقعیت، اعتقاد عمیق به ارزشها و اینکه جهان اطراف معنادار و توانایی کنار آمدن با تغییرات نیز معنادار است (کوتو[4]، ۲۰۰۲).

تا اینجا به نظریه‌هایی اشاره شد که به نوعی سلامت را در سلامت روان‌شناختی و شخصیت فرد جستجو می‌کنند. این مسئله به‌دلیل قابلیت منعطف واژه سلامت است. ادبیات موجود بر این نکته صحه می‌گذارد که سلامت مفهومی فراگیر با ابعاد چندگانه است. این ابعاد شامل سلامت ذهنی، روان‌شناختی و اجتماعی است. به‌ویژه اگر فارغ از نگاه پزشکی و با دیدگاه کل‌گرایانه به سلامت نگریسته شود این تنوع مفهومی چندان دور از نظر نیست. طوریکه حتی برخی از نظریه‌پردازان سرمایه اجتماعی را نیز سلامت اجتماعی می‌دانند. در این راستا اسچوفله[5] (۲۰۰۰) می‌گوید سلامت اجتماعی به معنای میزان درگیری و مشارکت شهروندان در امور جامعه است. در حقیقت در نگاه کل‌نگرانه و در عمل، تفکیک سلامت ذهنی از سلامت و بهزیستی روان‌شناختی و تفکیک این دو از سلامت عمومی بسیار سخت و مشکل است. طوریکه حتی بسیاری از عصب‌شناسان بر

1. Shnaider
2. optimism
3. resilience
4. Coutu
5. Scheufele

این اعتقادند که نباید جنبه‌های جسمی، ذهنی و اجتماعی سلامت را از هم تفکیک نمود (هیپا[1]، ۲۰۱۰).

این تعریف بیانگر نوعی مفهوم‌پردازی اکولوژیکی[2] است که به زمینه‌ها و بسترهای محیطی در تعریف سلامت توجه دارد. لذا سلامت مفهومی وسیع بوده که بررسی مجدد آن الزامی نظری برای فهم بیشتر و تبیین استراتژی پژوهشی است.

با مرور مباحث نظری در این حوزه مشخص می‌شود برای سلامت دو واژه به کار برده می‌شود: یکی (health) و دیگری (well-being). مفهوم اول بیشتر در گزارشهای رسمی و به‌ویژه بانک جهانی و سازمان بهداشت جهانی مطرح شده است. و دوم مفهومی است که هم به معنای سلامت است و هم بهزیستی، لذا علاوه بر ویژگیهای سالم بودن، نشاط و رضایت از زندگی را نیز دربر می‌گیرد. به این ترتیب، سلامت در معنا و مفهوم دوم دست‌مایه پرداخت نظری این مطالعه است.

به‌طورکلی بررسی مفهوم سلامت[3] (بهزیستی) نشان می‌دهد که دو جریان اصلی در تحقیقات این حوزه وجود دارد: یکی رویکرد لذت‌گرایانه[4] و دیگری رویکرد سلامت محورانه[5]. رویکرد لذت‌گرایانه سلامت را به‌عنوان نشاط با حضور لذت و فقدان درد و رنج مفهوم‌سازی می‌کند که از آن تحت عنوان سلامت یا آسایش ذهنی[6] یاد می‌شود (بردبورن[7] ۱۹۶۹ و دینر[8]، ۱۹۸۴). رویکرد متاخرسلامت محور، سلامت و بهزیستی را به‌عنوان ظرفیتی وجودی تلقی می‌کند که نتیجه آن با کارکرد بهینه شخص در زندگی مشخص می‌شود (دینر، ۱۹۸۵ و دسای[9] و همکاران، ۲۰۰۱).

این جریان با عناوین سلامت اجتماعی (کیز، ۱۹۹۸) و سلامت روان‌شناختی (ریف،

1. Hyyppä
2. ecological definition of health
3. well-being
4. hedonic approach
5. eudaimonic approach
6. subjective well-being
7. Bradburn
8. Diener
9. Desai

۱۹۸۹) معرفی شده است. ابعاد مختلف سلامت روانشاختی، ذهنی و اجتماعی بیانگر کیفیات و ویژگیهای مثبت فردی است که کارکرد اجتماعی فرد را در محیط تحت تأثیر قرار می‌دهد (نگووان[1]، ۲۰۱۰). اما واقعیت این است که امروزه واژه سلامت اجتماعی روان‌شناختی در منابع پژوهشی به وضعیت سلامت روحی، ذهنی، عاطفی، اجتماعی، فیزیکی و حتی اقتصادی اشاره دارد و چنان گسترش پیدا کرده که باید آن را در معنای عام و کلی آن مورد بررسی قرار داد (لینلی[2]، ۲۰۰۹).

برخی سلامت ذهنی را به‌عنوان ارزیابی شناختی و عاطفی زندگی خود تعریف می‌کنند (اوشی و همکاران، ۲۰۰۵). اما کسانی مانند ریف و سینگر[3] (۲۰۰۵) معتقدند این گونه تعریف از سلامت ذهنی خطاپذیر است و نمی‌تواند توضیح‌دهنده سلامت روان‌شناختی فرد باشد. بنابراین ریف (۲۰۰۵) سلامت روان‌شناختی را با شش مؤلفه دیگر معرفی می‌کند. این شش مؤلفه شامل:

۱- **پذیرش خود[4] یا دیدگاه مثبت به خود داشتن:** کسی که نمره بالا می‌گیرد نگرش مثبتی به خود دارد، جنبه‌های مختلف شخصیت خود را چه خوب و چه بد می‌پذیرد، احساس مثبتی به گذشته زندگی خود دارد.

۲- **ارتباط مثبت با دیگران[5]:** کسی که نمره بالایی می‌گیرد روابط اعتماد آمیز و رضایت بخشی با دیگران دارد، نسبت به رفاه دیگران نگران است، با دیگران احساس همدلی و صمیمیت می‌کند، روابط انسانی را فهم و درک می‌کند.

۳- **استقلال و خودمختاری[6]:** کسی که نمره بالا می‌گیرد مستقل و تعیین‌کننده است، می‌تواند در برابر فشارهای اجتماعی که بر فکر و عمل او وارد می‌شود مقاومت کند، رفتار منظمی دارد و می‌تواند خود را با توجه به استانداردهای شخصی مورد

1. Negovan, Valeria
2. Linly
3. Ryff and Singer
4. self - acceptance
5. positive relationships with others
6. autonomy

ارزیابی قرار دهد.

۴- **تسلط محیطی[1] یا احساس تسلط و صلاحیت:** کسی که نمره بالا می‌گیرد احساس می‌کند کنترل محیط در دستان اوست، فعالیتهای بیرونی را نظم می‌بخشد، از فرصتهای محیطی به نحو احسن بهره می‌گیرد و می‌تواند زمینه‌های مناسبی را در جهت ارزشها و نیازهای خود ایجاد کند.

۵- **هدفمندی[2] یا جهت‌یابی به وسیله اهداف:** کسی که نمره بالا می‌گیرد دارای هدفهایی در زندگی است و احساس جهت‌یابی دارد، برای زندگی خود در گذشته و حال معنایی دارد، برای زندگی خود برنامه‌ریزی و هدف دارد.

۶- **پیشرفت فردی[3] یا احساس رشد مستمر فردی:** کسی که نمره بالا می‌گیرد احساس پیشرفت مداوم دارد، خود را در حال پیشرفت و ترقی ارزیابی می‌کند، نسبت به تجربه‌های جدید راغب است، در خود و رفتارش بهبود می‌بیند و از لحاظ آگاهی و اثربخشی خود را در حال تغییر مثبت ارزیابی می‌کند.

کیز با رویکرد جامعه‌محورانه[4] سلامت را تعریف می‌کند. از نظر او سلامت اجتماعی دربرگیرنده ارزیابی فرد از محیط و کارکرد خود او در جامعه است (کیز، ۲۰۰۳). او معتقد است سلامت اجتماعی همزاد جامعه‌شناسی و به‌ویژه در دوره کلاسیک بوده است. آنومی دورکیم و ازخودبیگانگی مارکس دو نظریه مهم در اثبات نگاه سلامت/بیماری به جامعه است. او بین زندگی عمومی و خصوصی فرد تفاوت قائل می‌شود. تفکیک عمومی و خصوصی ناظر به زندگی و ویژگیهای ذهنی افراد است اما زندگی عمومی بیانگر دیدگاه‌های فرد به جامعه است که زمینه‌های رفتاری او را فراهم می‌کند. کیز برای زندگی

1. environmental mastery
2. Purpose in life
3. personal growth
4. socially-oriented

عمومی انسانها منفعتهایی بر می‌شمارد که از آن میان می‌توان به یکپارچگی اجتماعی، وفاق، احساس تعلق، همبستگی و وابستگی متقابل، احساس آگاهی مشترک و سرنوشت جمعی اشاره کرد. این منافع چارچوبی را برای ارائه یک تعریف اجتماعی از سلامت در اختیار می‌گذارد. به‌عبارت دیگر ارزیابی ذهنی فرد ریشه در جامعه و کارکردهای محیطی دارد. وی برخی از عوامل ساختاری اجتماعی مانند سن، جنسیت و پایگاه اجتماعی و اقتصادی را بر گرایشها و نگرشهای فردی مؤثر می‌داند.

سلامت اجتماعی کیز دارای ابعادی چون سهم‌داشت اجتماعی، پذیرش اجتماعی، یکپارچگی، شکوفایی اجتماعی و پیوستگی اجتماعی است. او معتقد است اگرچه این پنج مؤلفه بیانگر ارزیابی‌های فردی است اما با محیط اجتماعی پیوندی ناگسستنی دارد. برای مثال شکوفایی و پذیرش اجتماعی با آنومی همبستگی بسیار قوی دارد. کسانی که احساس همبستگی با جامعه دارند به‌عبارتی بازتاب‌دهنده شرایط اجتماعی خود هستند. خلاصه آنکه کیز می‌خواهد نشان دهد شاخصهای سلامت اجتماعی اگرچه نوعی ارزیابی فردی و روان‌شناختی هستند اما ریشه در شرایط اجتماعی دارند و دقیقاً از این حیث است که شاخصهای کیز را می‌توان به‌عنوان بعد یا سرمایه روان‌شناختی سرمایه اجتماعی بکار برد. اینها قابلیتهایی فردی هستند که ظرفیت فرد را برای پیوند با جامعه گسترش می‌دهند. لذا می‌توان گفت کار کیز از یک اصل جامعه‌شناختی و روان‌شناختی نشأت می‌گیرد.

طبق نظر کیز حلقه مفقوده در تاریخچه مطالعات مربوط به سلامت و خصوصاً سلامت ذهن پاسخ به این پرسش است که آیا ممکن است کیفیت زندگی و عملکرد شخصی افراد را بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد. سلامت اجتماعی ترکیبی از چند عامل است که در مجموع نشان می‌دهند چقدر یک شخص در زندگی اجتماعی‌اش مثلاً به‌عنوان

همسایه، همکار و شهروند عملکرد خوبی دارد (کیز و شاپیرو[1] ۲۰۰۴). کیز معتقد است آسایش[2] اساس و بنیان اجتماعی دارد و بدین‌ترتیب شاخص سلامت اجتماعی را ارزیابی شرایط و عملکرد فرد در جامعه تعریف می‌کند (کالاگان[2]، ۲۰۰۸). عملکرد اجتماعی خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت جسمی و روانی است و چالشهای اجتماعی را در بر می‌گیرد (سام آرام، ۱۳۸۸). از نظر کیز هیچ ادبیات پژوهشی در حوزه سلامت اجتماعی در بعد فردی وجود ندارد؛ لذا وی در یک تحلیل عاملی گسترده پیشنهاد می‌دهد که آسایش اجتماعی افراد از پنج جزء زیر تشکیل شده است.

۱) یکپارچگی اجتماعی[3]: به معنی ارزیابی فرد از کیفیت روابط متقابلش در جامعه و گروه‌های اجتماعی است، افراد سالم احساس می‌کنند که بخشی از جامعه هستند، بنابراین یکپارچگی اجتماعی گستره‌هایی است که مردم احساس می‌کنند با دیگران وجه مشترکی دارند و به جامعه و گروههای اجتماعی تعلق دارند. این مفهوم در برابر بیگانگی و انزوای اجتماعی سیمن[4] و آگاهی طبقاتی مارکس قرار می‌گیرد (کیز، ۱۹۹۸).

۲) سهم‌داشت اجتماعی[5]: بیانگر ارزیابی فرد از ارزش اجتماعی خود است. کسانی که سطح مطلوبی از این بعد را دارا هستند، اعتقاد دارند که عضو مهمی‌در اجتماع هستند و چیزهای ارزشمندی برای ارائه به دیگران دارند. سهم‌داشت اجتماعی نشان‌دهنده آن است که چگونه و تا چه حد مردم احساس می‌کنند آنچه آنها در جهان انجام می‌دهند برای جامعه مهم و ارزشمند است و به‌عنوان کمک اجتماعی تلقی می‌شود (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴).

۳) پذیرش اجتماعی[6]: تفسیر فرد از جامعه و ویژگیهای دیگران است. افرادی که دارای

1. Shapiro
2. well-being
2. Callaghan
3. social integration
4. Seeman
5. social contribution
6. social acceptance

این بعد از سلامت اجتماعی هستند، اجتماع را به صورت مجموعه‌ای از افراد مختلف درک می‌کنند و دیگران را با همه نقصها و جنبه‌های مثبت و منفی‌ای که دارند، می‌پذیرد و به دیگران به‌عنوان افراد با ظرفیت و مهربان، اعتماد و اطمینان دارند. در واقع داشتن گرایشهای مثبت نسبت به افراد، تصدیق کردن دیگران و به‌طورکلی پذیرفتن افراد علی‌رغم برخی رفتار سردرگم‌کننده و پیچیده آنها است. پذیرش اجتماعی مصداق اجتماعی از پذیرش خود است. در پذیرش خود، فرد نگرش مثبت و احساس خوبی در مورد خودش و زندگی گذشته دارد و با وجود ضعفها و ناتوانیهایی که دارد همه جنبه‌های خود را می‌پذیرد. در پذیرش اجتماعی فرد اجتماع و مردم آن را با همه نقصها و جنبه‌های مثبت و منفی باور دارند و می‌پذیرند (کیز، ۲۰۰۴).

۴) پیوستگی اجتماعی[1]: اعتقاد به اینکه اجتماع قابل فهم، منطقی و قابل پیش‌بینی است. افرادی که از نظر اجتماعی سالم‌اند نه تنها درباره نوع جهانی که در آن زندگی می‌کنند، بلکه همچنین راجع به آنچه اطرافشان رخ می‌دهد علاقمند بوده و احساس می‌کنند قادر به فهم وقایع اطرافشان هستند. این مفهوم در مقابل بی‌معنایی در زندگی است و در حقیقت درکی که فرد نسبت به کیفیت، سازمان‌دهی و اداره دنیای اجتماعی اطراف خود دارد (روس، ۱۹۸۹).

۵) شکوفایی اجتماعی[2]: عبارت است از ارزیابی پتانسیلها و مسیر تکامل جامعه و باور به اینکه اجتماع در حال یک تکامل تدریجی است و توانمندیهای بالقوه‌ای برای تحول مثبت دارد. این افراد به آینده جامعه امیدوارند و معتقدند که خود و دیگران از پتانسیلهایی برای رشد اجتماعی بهره‌مند هستند و جهان می‌تواند برای آنها و دیگران بهتر شود. شکوفایی اجتماعی یعنی باور به اینکه اجتماع سرنوشت خویش را در دست دارد و به مدد توان بالقوه‌اش مسیر تکاملی خود را کنترل می‌کند (فارسی‌نژاد، ۱۳۸۳).

1. social coherence
2. social actualization

بنابراین اگر خواسته شود یک وجه مشترک مهم و اساسی برای سرمایه و سلامت اجتماعی برشمرده شود این است که نقطه تمرکز این دو متغیر کیفیت و چگونگی ارتباط فرد با جامعه است. هر ارتباطی که فرد در زندگی خود برقرار می‌کند شامل حمایتهایی است که از خانواده، دوستان و یا جامعه دریافت می‌کند و همه اینها مستقیماً سلامت او را تحت تأثیر قرار می‌دهند (هرزونگ[1]، ۲۰۰۲). هاووس[2] (۱۹۸۱) حمایت اجتماعی را نوعی مبادله بین فردی می‌داند که پیوندهای عاطفی، کمکهای مؤثر ابزاری، ارائه اطلاعات، اظهارنظر و ارزیابی دیگران را در بر می‌گیرند شافر، کوین و لازاروس (۱۹۸۱) هم با تأکید بر ادراکات ذهنی فرد، حمایت اجتماعی را عبارت می‌دانند از ارزشیابیها یا ارزیابیهای فرد از اینکه تا چه حد یک تعامل یا الگوی تعاملاتی برای وی سودمند است (رستگار خالد، ۱۳۸۴).

کار کیز از یک اصل جامعه‌شناختی و روان‌شناختی نشأت می‌گیرد. طبق نظر کیز حلقه مفقوده در تاریخچه مطالعات مربوط به سلامت و خصوصاً سلامت ذهن پاسخ به این پرسش است که آیا ممکن است کیفیت زندگی و عملکرد شخصی افراد را بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد. سلامت اجتماعی ترکیبی از چند عامل است که در مجموع نشان می‌دهند چقدر یک شخص در زندگی اجتماعی‌اش مثلاً به‌عنوان همسایه، همکار و شهروند عملکرد خوبی دارد (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴). کیز معتقد است بهزیستی[3] یک اساس و بنیان اجتماعی دارد و بدین‌ترتیب سلامت اجتماعی را ارزیابی شرایط و عملکرد فرد در جامعه تعریف می‌کند (کالاگان، ۲۰۰۸). عملکرد اجتماعی خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت جسمی و روانی است و چالشهای اجتماعی را در بر می‌گیرد. همچنین وی معتقد است بین سلامت اجتماعی با رفتارهای اجتماع‌پسند و مسئولیت‌پذیری در جامعه و جایگاه اجتماعی

1. Herzong
2. Hughes
3. well-being

رابطه مثبتی وجود دارد (سام آرام، ۱۳۸۸). لذا وی در یک تحلیل عاملی گسترده پیشنهاد می‌دهد که سلامت اجتماعی افراد از پنج جزء زیر تشکیل شده است که شامل شکوفایی اجتماعی، مشارکت، پیوستگی، انسجام و پذیرش اجتماعی است. این مؤلفه ارزیابی فرد از نحوه نگرش و ارتباط خود با جامعه را تشکیل می‌دهد.

بنابر آنچه در مباحث نظری مؤلفه‌های سرمایه و سلامت اجتماعی مطرح شد، می‌توان گفت تحقیقات حوزه سلامت برای سرمایه اجتماعی سه مؤلفه سرمایه اجتماعی شناختی (اعتماد)، ساختاری (شبکه روابط) و سلامت اجتماعی فردی (سلامت روان‌شناختی و سلامت اجتماعی) را شامل می‌شود.

مرور انتقادی

سه رویکرد متفاوت به سلامت اجتماعی وجود دارد. رویکرد تعیین‌کننده‌های سلامت، سلامت اجتماعی جامعه و سلامت اجتماعی فردی. تعیین‌کننده‌های سلامت در پی شناسایی و تعیین متغیرهایی است که شرایط و زمینه‌های اثرگذار بر سلامت اجتماعی را فراهم می‌کند. سلامت اجتماعی در سطح فردی فرایند درگیر شدن شهروندان در امور اجتماعی است. در واقع هر چه سطح درگیری و مشارکت اجتماعی شهروندان در جامعه بالاتر برود نه تنها سلامت اجتماعی فرد افزایش پیدا می‌کند بلکه این فرآیند، پیامدهایی دارد که شاخصهای سلامت اجتماعی جامعه را تقویت می‌کند. به عبارت دیگر می‌توان گفت این سه رویکرد یک الگوی کامل سلامت اجتماعی است که از سطح راهبردی، سیاستگذاری، برنامه‌ریزی، اجرا و حصول و ارزیابی نتیجه را در خود دارا می‌باشد. بنابراین به نظر می‌رسد برای ارزیابی دقیق و منصفانه از وضعیت سلامت اجتماعی یک کشور بهتر است به هر سه رویکرد به‌طور هم‌زمان توجه شود.

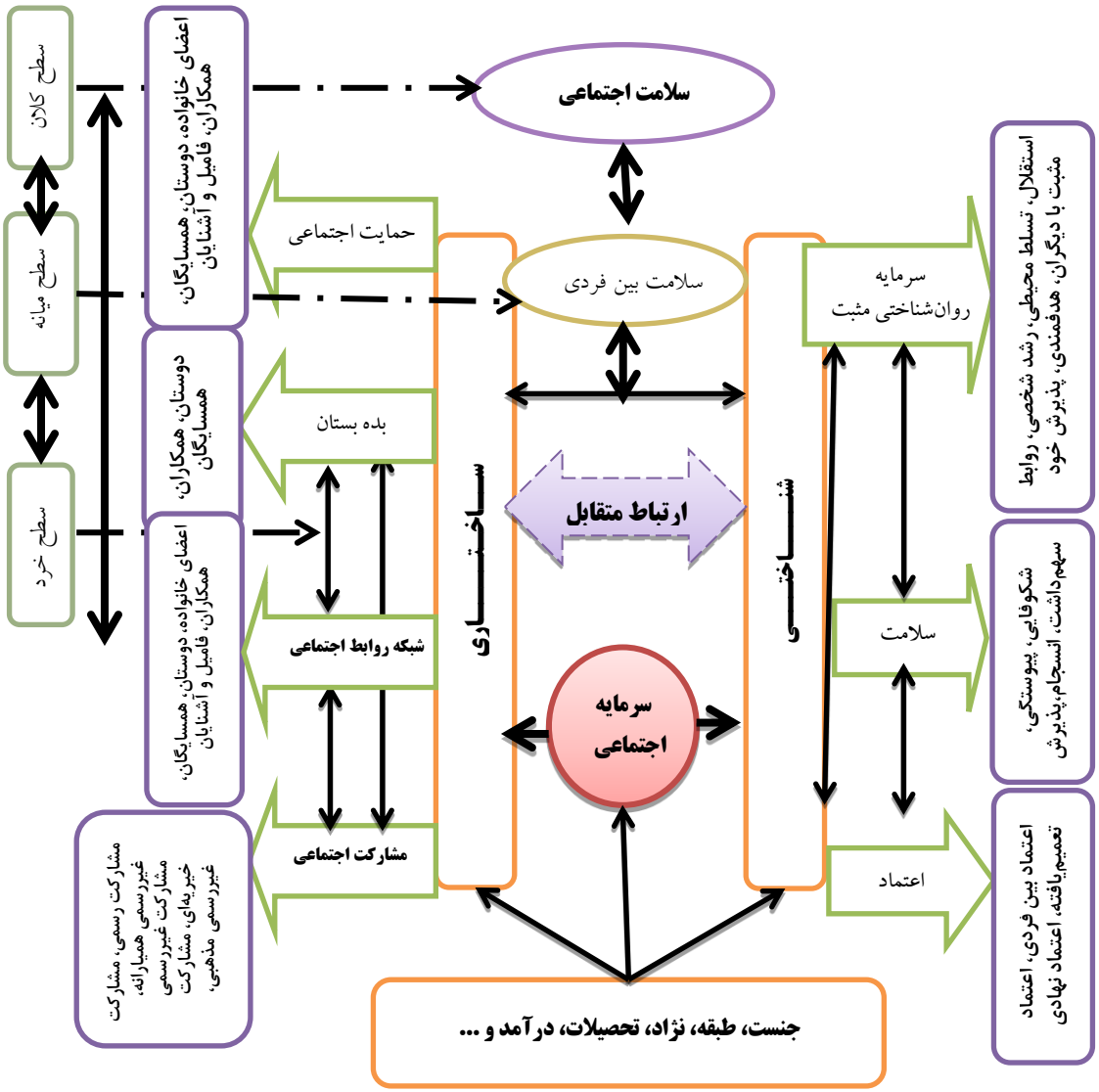
نتیجه‌گیری و ارائه مدل

بررسی پژوهشهای متعدد در داخل و خارج ایران نشان می‌دهد یک رابطه علی بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی وجود دارد که تقریباً در اغلب موارد سرمایه اجتماعی به‌عنوان

متغیر مستقل بکار گرفته شده است. از سوی دیگر در این مطالعات مشخص نشده است که اولاً کدام بعد از سرمایه اجتماعی بر سلامت اثرگذار است و ثانیاً جهت علی این رابطه در عالم واقع چگونه است. به این معنا که آیا سلامت زمینه‌ساز سرمایه اجتماعی است یا برعکس سرمایه اجتماعی عامل موجد سلامت است. به هر حال تردید در خصوص این رابطه مطالعات و به‌ویژه این مقاله را به این نتیجه سوق داد که دیدگاه تلفیقی در خصوص این دو مفهوم می‌تواند روشنگر بسیاری از مباحث باشد. مبتنی بر دیدگاه تلفیقی سرمایه اجتماعی دارای ابعاد روان‌شناختی است که در واقع همان ظرفیت شخصیتی افراد برای درگیر شدن در جامعه است. این ابعاد جدید در قالب نمودار ذیل ارائه شده است.

واقعیت این است که سرمایه اجتماعی افراد مختلف از نظر حجم و تنوع با هم متفاوت است طوریکه حتی افرادی که در یک پایگاه اجتماعی اقتصادی مشابه وجود دارند ممکن است از حیث سرمایه اجتماعی با هم متفاوت باشند. لذا ویژگی‌های شخصیتی، روان‌شناختی و سلامت اجتماعی فرد خود را به‌عنوان بعدی دیگر از سرمایه اجتماعی معرفی می‌کند. به عبارت دیگر اینکه سرمایه اجتماعی نه تنها شامل ابعادی چون اعتماد، مشارکت و روابط است بلکه باید مؤلفه‌هایی چون سرمایه روان‌شناختی مثبت و سلامت اجتماعی فردی را به آن افزود. در بعد سرمایه روان‌شناختی مثبت می‌توان به مؤلفه‌هایی چون امید، اعتماد به نفس، خوش‌بینی، انعطاف‌پذیری و در بعد سلامت اجتماعی فردی به مؤلفه‌هایی چون یکپارچگی، سهم‌داشت اجتماعی، شکوفایی، پیوستگی و پذیرش اجتماعی اشاره کرد. به‌طور خلاصه مهم‌ترین نتیجه این تحقیق را می‌توان بسط مفهومی سرمایه اجتماعی با رویکرد سلامت اجتماعی دانست. به این معنا که سرمایه اجتماعی تلفیقی از سرمایه اجتماعی به معنای متعارف آن با مفهوم سلامت اجتماعی فردی است. البته این پژوهش به صورت فراتحلیل نظری صورت گرفته که در پایان توصیه می‌شود که این تلفیق نظری از حیث تجربی به آزمون گذاشته شود تا گامی مثبت در جهت ارتقاء مفهوم سرمایه اجتماعی صورت گیرد.

شکل (۲) نمودار مدل نظری تحقیق



منابع و مآخذ

References

- ازکیا، م. و غفاری، غ. ر. (۱۳۸۳). بررسی رابطه اعتماد و مشارکت اجتماعی در نواحی روستایی کاشان. ***نامه علوم اجتماعی***.
- امینی رارانی، م.، موسوی، م. ط. و رفیعی، ح. (۱۳۹۰). رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی در ایران. ***رفاه اجتماعی***.
- باندورا، آ. (۱۳۷۲). ***نظریه یادگیری اجتماعی***. ترجمه فرهاد ماهر، شیراز: انتشارات راهگشا.
- تاجبخش، ک. (۱۳۸۴). ***سرمایه اجتماعی: اعتماد، دموکراسی و توسعه***. ترجمه افشین خاکباز و حسن پوریان، تهران: نشر شیرازه.
- توسلی، غ.ع. (۱۳۸۴). سرمایه اجتماعی، ثروت نامرئی. ***نشریه حیات نو اقتصادی***.
- توسلی، غ.ع. و موسوی، م. (۱۳۸۴). سرمایه در نظریات کلاسیک و جدید با تأکید بر نظریه‌های سرمایه اجتماعی. ***نامه علوم اجتماعی***، شماره ۲۶.
- خواجه دادی، ا.، شریفیان ثانی، م. شیانی، م. و کریمی، م. (۱۳۸۷). رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت مادران. ***مجله رفاه اجتماعی***، پاییز و زمستان شماره ۳۰ و ۳۱.
- رستگار خالد، ا. (۱۳۸۴). گسترش نقش زنان در جهت حمایتهای شغلی و اجتماعی. ***مجله جامعه‌شناسی ایران***، شماره ۴.
- رضوی زاده، ن.، نوغانی، م. و یوسفی، ع. (۱۳۹۱). رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در بین دانشجویان دانشگاه. ***مجله علوم اجتماعی*** (فردوسی مشهد) سال نهم پاییز و زمستان شماره ۲.
- سام آرام، ع. ا. (۱۳۸۸). بررسی رابطه سلامت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه محور. ***فصلنامه علمی‌پژوهشی انتظام اجتماعی***، سال اول، شماره ۱.
- سلطانی، ط. و جمالی، م. (۱۳۸۷). رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روانی، مورد مطالعه: دانشجویان دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه شیراز. ***مجله مدیریت و توسعه*** تابستان و پاییز شماره ۶۸ و ۶۹.

منابع و مآخذ

References

- شربتیان، م. ح. (۱۳۹۱). تاملی بر پیوند معنایی مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و میزان بهره مندی از سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه پیام نور مشهد. ***مجله جامعه‌شناسی مطالعات جوانان.***
- فارسی نژاد، م. (۱۳۸۳). ***بررسی رابطه سبکهای هویت با سلامت اجتماعی و خود کارآمدی تحصیلی در دانش آموزان دختر و پسر پایه دوم دبیرستانهای شهر تهران.*** پایانامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.
- فدایی مهربانی، م. (۱۳۸۶). شهرنشینی، رسانه و سلامت اجتماعی. ***نشریه پژوهش و سنجش***، شماره ۱۴۹.
- موسوی، م. ط. (۱۳۸۴). تحلیل مشارکت اجتماعی مردم تهران با رویکرد نظریه خرده فرهنگ دهقانی راجرز. ***فصلنامه رفاه اجتماعی***، شماره ۱۹.
- موسوی، م. ط. (۱۳۸۵). کارپایه مفهومی و مفهوم سازی سرمایه اجتماعی. ***فصلنامه رفاه اجتماعی***، شماره ۲۳.
- موسوی، م. ط. (۱۳۸۵). مشارکت اجتماعی یکی از مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی. ***فصلنامه رفاه اجتماعی***، سال ششم، شماره ۲۳.
- موسوی، م. ط. (۱۳۸۶). ***بررسی و سنجش سرمایه اجتماعی در ایران.*** سازمان مدیریت و برنامه ریزی.
- موسوی، م. ط. (۱۳۸۶). رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی در ایران. ***فصلنامه رفاه اجتماعی***، شماره ۴۲.
- موسوی، م. ط. (۱۳۸۶). سرمایه اجتماعی در ایران: وضعیت موجود و دورنمای آینده و امکان‌شناسی گذار. ***فصلنامه رفاه اجتماعی***، شماره ۲۵.
- موسوی، م. ط. (۱۳۹۲). بررسی ارتباط بین سرمایه اجتماعی درون گروهی و شادی در بین شهروندان تهران. ***فصلنامه آموزش و ارزشیابی*** دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، پاییز.

-Bilgin, P. (2003). Security Studies: Aldridge, S. et al. (2002***). Social capital: a discussion paper.*** Retrived from: http://ec.europa.eu/employment_social/knowledge_society/docs/Aldridge/pdf.

- Almedom, A. M. (2005). Social Capital and Mental Health: An Interdisciplinary Review of Primary Evidence. ***Social Science & Medicine,*** Vol. 61, No. 5, 943-964.
- Araya, R., Dunstan, F., Playle, R., Thomas, H. Palmer, S. & Lewis, G. (2006). Perceptions of Social Capital and the Built Environment and Mental Health. ***Social Science & Medicine***, Vol. 62, No. 12, 3072-3083.
- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1997). ***Self-efficacy: The exercise of control***. New York: Freeman.
- Becker, G. (2008). Human Capital and the Rise and Fall of Families. In: Lindenberg, S. et al. (Eds.). ***Approaches to Social Theory***. New York: Russell Sage.
- Borgonovi, F. (2008). Doing well by doing good. The relationship between formal volunteering and self-reported health and happiness. ***Social Science and Medicine*** 66, 2321-2334.
- Bourdieu, P. (1986). The Forms of Capital. In: Richardson, J. (Ed.). ***Handbook of Theory and Research for Sociology of Education***. New York: Greenwood press.
- Bowling, A. (2003). Measuring Health: A review of quality of life measurement scales. Second Edition, Buckingham: Open University Press.
- Brennan, L. K., Baker, E. A., Haire-Joshu, D. & Brownson, R. C. (2003). Linking perceptions of the community to behavior: Are protective social factors associated with physical activity. ***Health Education & Behavior,*** 30 (6), 740–755.
- Callaghan, L. (2008). ***Social Well-Being in Extra Care Housing: An Overview of the Literature***. Personal social service research unit, established at the university of Kent an Canterbury, www.ukc.ac.uk/PSSRU.
- Coleman, J. (1988). Social capital in the creation of human capital. ***American Journal of Sociology***, 94 (Issue Supplement), S95-S120.
- Coutu, D. L (2002). How resilience works. Harvard Business Review 80/5, May, 46-55.
- Desai, R. A., Dausey, D. J. & Rosenheck, R. A. (2005). Mental Health Service Delivery and Suicide Risk: The Role of Individual and Facility Factors. ***American Journal of Psychiatry***, Vol. 62, 311-318.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. ***Psychological Bulleti***n, 95, 542- 575.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale***. Journal of Personality Assessment,*** 49, 1-5.

-Fine, B. & Green, F. (2000). Economics, Social Capital and the Colonization of the Social Sciences. In: Field, J. & Schuller, T. (2000). ***Social Capital: Critical Perspectives***. London: Oxford University Press.
-Grootaert, C. (2004). ***Quantitative Analysis of Social Capital Data and Irrigation Management in Understanding and Measuring Social Capital.*** The World Bank, Washington DC.
-Helliwell1, J. F. & Putnam, R. D. (2004). ***The social context of well-being***. Department of Economics, University of British Columbia, 997–1873, East Mall, Vancouver, British Columbia V6T 1Z1, Canada Kennedy School of Government, Harvard University, Cambridge,MA02138, USA
-Herzong, A. R., Ofstedal, M. B. & Wheeler, L. M. (2002). Social Engagement and its Relationship to health. ***Clinical Geriatric Medicine***, 18 (3),ix.
-Hughes, P., Bellamy, J. & Black, A. (1998). ***Social capital and religious faith***. Zadok Paper, S97, Spring Summer 1998/1999.
-Hyyppa, M. T. & Maki, J. (2001). Individual-Level Relationships between Social Capital and Self-Rated Health in a Bilingual Community. ***Preventive Medicine***, Vol. 32, No. 2, 148-155.
-Hyyppä, M. T. (2010***). Healthy Ties: Social Capital, Population Health and Survival.*** Springer Dordrecht Heidelberg London New York Library of Congress Control, Springer Science+Business Media B.V.
-Islam, M. K., Merlo, J., Kawachi, I., Lindström, M. & Gerdtham, U. G. (2006). Social Capital and Health: Does Egalitarianism Matter? A Literature Review. ***International Journal for Equity in Health***, Vol. 5, No. 5, 3.
-Jerusalem, M. & Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy as a resource factor instress appraisal processes. In: Schwarzer, R. (Ed.). ***Self-efficacy: Thought control of action***. Washington, DC: Hemisphere.
-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.
-Kawachi, I., Kennedy, B. P., Lochner, K. & Prothrow-Stith, D. (1997). Social Capital, Income Inequality, and Mortality. ***American Journal of Public Health,*** Vol. 87, No. 9, 1491-1498.
-Kawachi, I., Subramanian, S. W. & Kim, D. (2008). ***Social Capital and Health***. New York: Springer Press.
-Keyes, C. & Lee, M. (1998). Social well-being. ***Social Psychology Quarterly***, Vol. 61, N. 2, 121-190.
-Keyes, C. & Shapiro, A. (2004). Social well-being in the United States: a descriptive epidemiology. In: Brim, O., Ryff, C. & Kessler, R. (Eds.). ***How Healthy Are We: A National Study of Well-being at Midlife***. Chicago: University of Chicago Press.

- Kim, D., Subramanian, S. V., Gortmaker, S. L. & Kawachi, I. (2006). US state- and county-level social capital in relation to obesity and physical inactivity: A multilevel, multivariable analysis. ***Social Science & Medicine*** 63, 1045–1059.
- Lin, N. (2008). A network theory of social capital. In: Castiglione, D., Van Deth, J. & Wolleb, G. (Eds.). ***The Handbook of Social Capital***, edited by. New York: Oxford University Press.
- Lin, S. & Betz, N. E. (2009). Factors related to the social self-efficacy of Chinese international students***. The Counseling Psychologist***, 37 (3), 451-471.
- Lindström, M. (2003). Social Capital and the Miniaturization of Community among Daily and Intermittent Smokers: A Population-Based Study. ***Preventive Medicine***, Vol. 36, 177-184.
- Lindstrom, M. (2004). Social Capital, the Miniaturisation of Community and Self-Reported Global and Psychological Health. ***Social Science & Medicine***, Vol. 59, No. 3, 595-607.
- Lindstrom, M. (2004). Social Capital, the Miniaturisation of Community and Self-Reported Global and Psychological Health. ***Social Science & Medicine***, Vol. 59, No. 3, 595-607.
- Lindström, M., Hanson, B. S., Wirfält, E. & Ostergren, P. O. (2001). Socioeconomic Differences in the Consumption of Vegetables, Fruit and Fruit Juices. The Influence of Psychosocial Factors. ***European Journal of Public Health***, Vol. 11, No. 1, 51-59.
- Lofors, J. & Sundquist, K. (2006). Low-Linking Social Capital as a Predictor of Mental Disorders: A Cohort Study of 4.5 million Swedes. ***Social Science & Medicine***, Vol. 64, No. 1, 21-34.
- Luthans & Jensen, S. M. (2002). Hope: A new positive strength for human resource development. Human Resource, Magee MP: Civic participation and social capital: a social network analysis in two American counties. In: Lin, N. & Erickson, B. H. (Eds.). ***Social Capital: An International Research Program***. New York: Oxford Press.
- Moore, S., Daniel, M., Gauvin, L., & Dubè, L. (2009). Not all social capital is good capital. ***Health and Place***, 15 (4), 1071–1077.
- Negovan, V. (2010). Dimensions of students' psychosocial well-being and their measurement: Validation of a students' Psychosocial Well Being Inventory. ***Europe's Journal of Psychology*** 2, 85-104.
- Nieminen, T., Martelin, T., Koskinen, S., Aro, H., Alanen, E. & Hyyppä, M. T. (2010). Social capital as a determinant of self-rated health and psychological wellbeing. ***Int J Public Health***, 55 (6):531-542.
- Petrou, S. & Kupek, E. (2008). Social capital and its relationship with measures of health status: evidence from the Health Survey for England, ***Health Economics***, 17, 127-143.

- Poortinga, W. (2006a). Social Relations or Social Capital? Individual and Community Health Effects of Bonding Social Capital. ***Social Science & Medicine***, Vol. 63, No. 1, 255-270.
- Poortinga, W. (2006b). Social Capital: An Individual or Collective Resource for Health? ***Social Science & Medicine***, Vol. 62, No. 2, 292-302.
- Putnam, R. D. (1993). ***Making democracy work: Civic traditions in modern Italy.*** Princeton: Princeton University Press.
- Putnam, R. D. (1995). The prosperous community: Social capital and public life. ***American Prospect***, 13, 35-42.
- Ross, C. E. & Broh, B. A. (2000). The roles of self-esteem and the sense of personal control in the academic Achievement process. ***Sociology of Education***; 73 (4): 270-84.
- Ryff, C. & Singer, B. (2005). Integrative science in pursuit of Human Health and Well-being. In: Snyder, C. R. & Lopez, S. J. (Eds.). ***Handbook of Positive Psychology***, Oxford: University Press.
- Ryff, C. D. & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. ***Journal of Personality and Social Psychology***, 69, 719–727.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. ***Journal of Personality and Social Psychology***, 57, 1069–1081.
- Sabatini, F. (2006). ***The Empirics of Social Capital and Economic Development: A Critical Perspective***. FEEM Working Paper No. 15: Euricse.
- Sampson, R. J., Raudenbush, S. W. & Earls, F. (1997). Neighborhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy. ***Science***, 277, 918-924.
- Scheufelei, D. & Dhavan, V. Sh. (2000). Personality Strength and Social Capital: The Role of Dispositional and Informational Variables in the Production of Civic Participation. ***Communication Reserch***, Vol. 27, No. 2, Sage Publications, Inc.
- Snelgrove, J. W., Pikhart, H. & Stafford, M. (2009). A Multilevel Analysis of Social Capital and Self-Rated Health: Evidence from the British Household Panel Survey. ***Social Science & Medicine***, Vol. 68, No. 11, 1993-2001.
- Stajkovic & Luthans, F. (1998a). Self-efficacy and work-related performance: A meta-analysis. ***Psychological Bulletin*** 124/2 (September), 240-261.
- Sundquist, K. & Yang, M. (2007). Linking Social Capital and Self-Rated Health: A Multilevel Analysis of 11,175 Men and Women in Sweden. ***Health and Place***, Vol. 13, No. 2, 324-34.

- Uphoff, N. (1999). Grassroots argnization and NGOs in rural development: opprtunities with diminishing state and expanding markets. ***World Development***, 21 (4), 607-622.
- Uphoff, N. (2000). Understanding social capital: Learning from the analysis and experience of participation. In: Dasgupta, P. & Serageldin, I. (2000). ***Social capital: a multifaceted perspective***. The World Bank, Washington. D.C.
- Valenzuela, S., Namsu, P. & Kerk, F. K. (2009). Is There Social Capital in Social Network Site? Facebook Use and College Students' Life Satisfaction, Trust, and Participation. ***Journal of Computer-Mediated Communication***, Vol.14, 875-901.
- Venkatanathan, J. & Karapanos, E. (2011). ***Network, Personality and Social Capital,*** Madeira Interactive. Technologies Institute University of Madeira Funchal.
- Wei, M., Russell, D. W., & Zakalik, R. A. (2005). Adult attachment, social self-efficacy, self-disclosure, loneliness, and subsequent depression for freshman college students: A longitudinal study. ***Journal of Counseling Psychology***, 52, 602-614.
- Wen, M., Browning, C. R. & Cagney, K. A. (2007). Neighbourhood Deprivation, Social Capital and Regular Exercise During Adulthood: A Multilevel Study in Chicago. ***Urban Studies***, Vol. 44, 2651-2671.
- Woolcock, M. (1998). ***Social Theory, Development Policy, and Poverty Alleviation: A Comparative Historical Analysis of Group-Based Banking in Developing Economies***. Ph.D. Dissertation, Brown University.
- Yamamura, E. (In Press). Different effects of social capital on health status among residents: Evidence from modern Japan. ***Journal of Socio-Economics.***