

سلامت عمومی و اشکال سه گانه سرمایه

کمال کوهی^۱

سعید سلطانی بهرام^۲

چکیده

مقدمه: میزان سلامتی اعضای جامعه به ویژه جوانان یکی از مهم ترین عامل اصلی توسعه پایدار تلقی می شود و تحقق توسعه پایدار در گرو وجود جامعه سالم و افراد سالم است. در همین راستا، در مقاله حاضر تلاش بر این است که میزان سلامت عمومی جوانان و تأثیر سرمایه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی بر آن مشخص شود.

روش: تحقیق به روش پیمایشی در سال ۱۳۹۱ انجام شده و جامعه آماری پژوهش جوانان ۱۵ تا ۳۰ ساله استان آذربایجان شرقی است که بالغ بر ۱۲۵۳۱۸۷ نفر بودند. از این تعداد، ۳۸۸ نفر بر اساس روش نمونه گیری خوشه ای تصادفی چند مرحله ای برای مطالعه انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه محقق ساخته بود. تحلیل پایایی متغیرهای پرسشنامه نیز نشان دهنده پایایی بالایی است. همچنین برای تجزیه و تحلیل داده های گردآوری شده از نرم افزار spss نسخه ۲۲ استفاده شده است.

یافته ها: یافته های تحقیق نشان می دهد که میزان سلامت عمومی جوانان در سطح بالایی قرار داشته (۷۱/۲ از ۱۰۰) و متغیرهای سرمایه اجتماعی، سرمایه اقتصادی و سرمایه فرهنگی با آن همبستگی مثبت و معنی داری دارند. با افزایش در میزان سرمایه ها سلامت عمومی جوانان تقویت می شود. در این تحقیق بین سن و سلامت عمومی جوانان همبستگی معنی داری مشاهده نشد. در مجموع، نتایج نشان داد که

۱- استادیار مؤسسه تحقیقات اجتماعی، دانشکده حقوق و علوم اجتماعی، دانشگاه تبریز، آذربایجان شرقی، ایران. (نویسنده مسؤول)

Email: k.koohi@tabrizu.ac.ir

۲- دانشجوی دکترای جامعه شناسی اقتصادی و توسعه، دانشگاه تبریز، آذربایجان شرقی، ایران.
نوع مقاله: پژوهشی تاریخ ارسال مقاله: ۹۳/۲/۲۹ تاریخ پذیرش مقاله: ۹۳/۶/۱۱

متغیرهای سرمایه اجتماعی، اقتصادی و سرمایه فرهنگی توانسته‌اند ۱۳/۲ درصد از تغییرات متغیر سلامت عمومی را در بین جوانان مورد تبیین قرار دهند. نتیجه گیری: سرمایه اجتماعی، سرمایه اقتصادی و سرمایه فرهنگی تعیین کننده‌های مناسبی برای میزان سلامت عمومی جوانان محسوب می‌شوند. در میان اشکال سه گانه سرمایه، سرمایه اقتصادی در زمره عمده‌ترین و مهم‌ترین عامل تقویت سلامت عمومی جوانان به شمار می‌رود.

واژگان کلیدی:

سلامت عمومی، سرمایه اجتماعی، سرمایه فرهنگی، سرمایه اقتصادی،

جوانان

مقدمه و بیان مسأله

امروزه سلامت جزء محوری‌ترین مسائل جوامع کنونی به شمار می‌رود و بیش از مداخلات پزشکی، به عوامل اجتماعی و اقتصادی وابسته بوده و یکی از مفاهیم محوری مؤثر در رشد و بالندگی افراد و جامعه است. در عصر حاضر، با پیشرفت پزشکی و توسعه خدمات بهداشتی و درمانی در جوامع، الگوهای ابتلا به بیماری به سمت بیماری‌های غیرواگیردار تغییر جهت داده است. در این میان نرخ صعودی ابتلا به اختلالات روانی و هزینه‌هایی که این اختلالات بر جوامع تحمیل می‌کنند توجه متخصصان بهداشت عمومی و ارتقای سلامت را جلب کرده است. بر اساس تخمین‌های سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۲، ۱۵۴ میلیون نفر در جهان از افسردگی، ۲۵ میلیون نفر از اسکیزوفرنیا و ۱۵ میلیون نفر از سوء مصرف مواد رنج می‌برند. همچنین هر سال بیش از ۸۰۰ هزار نفر دست به خودکشی می‌زنند. افراد با انواع اختلالات روانی کیفیت زندگی پایینی دارند و مرگ و میر در میان آنها بالاست. از سوی دیگر سطح پایین سلامت روانی با بروز آسیب‌های اجتماعی نظیر خودکشی، اعتیاد، خشونت، رفتارهای بزهکارانه نیز ارتباط نزدیکی دارد. در سطح سیاست‌گذاری نیز بنا بر آمارهای سازمان بهداشت جهانی، در کشورهای کم درآمد یا با درآمد متوسط تنها حدود ۱٪ از بودجه به بخش سلامت و بهداشت روانی اختصاص می‌یابد و تخصیص این بودجه نیز در سیاست‌گذاری به نحو مناسب اولویت بندی نمی‌شود (رضوی زاده و همکاران، ۱۳۹۱ش).

از طرف دیگر، اگر چه بیماری‌های جسمی و روانی و مرگ و میر توسط موقعیت طبقاتی و استانداردهای زندگی مادی، عوامل ژنتیکی و عفونی تحت تأثیر غیرقابل انکاری قرار می‌گیرد امروزه توجهات به سمت تأثیر زمینه اجتماعی معطوف شده است. تحقیقات جدید اهمیت توجه به تعیین کننده‌های اجتماعی

در سلامت روانی افراد را در کانون توجه خود قرار داده‌اند که کمتر مورد توجه پژوهشگران در داخل کشور قرار گرفته است. این در حالی است که مدل‌های اجتماعی سلامت- در برابر مدل‌های بیولوژیک- امیدهایی را برای مداخلات مؤثر و کم هزینه برای ارتقای سلامت افراد جامعه برانگیخته است (Harpham et al, 2004). از این رو در میان عوامل متعدد تأثیرگذار بر سلامت، سرمایه‌های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی در این مقاله مورد توجه و بررسی قرار می‌گیرد.

یکی از عوامل اساسی توسعه پایدار و همه جانبه، توجه ویژه به سلامت افراد جامعه است. زندگی اجتماعی با تنش‌ها و فشارهای متعددی همراه است که به صورت‌های مختلف سلامت اجتماعی افراد را تهدید می‌کند. این تنش‌ها تا حدی از محیط جامعه و از فشارها و محدودیت‌های ذاتی زندگی اجتماعی افراد سرچشمه می‌گیرد. اما در کنار این نظام و انتظارات و الزامات آن، افراد با سیستم‌های دیگر اجتماعی به خصوص خانواده، دوستان و شبکه‌های اجتماعی ارتباطی تنگاتنگ دارند. این روابط هم می‌توانند منابع تنش و فشار و ناراحتی باشند و فشار ناشی از محیط جامعه را تقویت کنند و هم می‌توانند با ابراز حمایت و پشتیبانی عاطفی فرد را در مقابل فشارها و تنش‌های ناشی از محیط جامعه حفاظت نمایند. توجه به این عوامل می‌تواند دسترسی به هدف ارتقاء سطح سلامت افراد را تسهیل نماید. سلامت اجتماعی تابعی از عوامل مختلف اجتماعی و فرهنگی است و افراد پس از ورود به جامعه با محیط جدیدی روبرو می‌شوند و در طی دوران زندگی نیز با مسایل و مشکلات عدیده‌ای روبرو خواهند گشت که هر کدام می‌تواند به سلامت اجتماعی او خدشه وارد کند (زاهدی اصل، ۱۳۸۲، ص ۱۵۳).

سازمان بهداشت جهانی سلامت را حالت بهزیستی کامل جسمانی، روانی و اجتماعی می‌داند. از این دیدگاه، سلامتی صرفاً بیمار بودن نیست. سلامت روان یکی از جنبه‌های مفهوم کلی سلامت است و به معنای قدرت آرام زیستن و با خود و دیگران در آرامش بودن، آگاهی از درون و احساسات خود، قدرت تصمیم‌گیری در بحران‌ها و مقابله موفق با فشارهای روانی می‌باشد (دیماتئو، ۱۳۷۹ش). از طرف دیگر، میزان سرمایه اجتماعی و ابعاد مختلف آن، یکی از متغیرهای مهم تأثیرگذار بر سلامت شهروندان هر جامعه است. هارفام، گرانت و توماس بر این باورند 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. این پدیده که به وسیله تراکم شبکه اجتماعی یا اعتماد عمومی در افراد سنجیده شده، در بسیاری از مطالعات با سلامت روان مرتبط است (Kawachi et al, 2008). توجه به این پدیده 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 است (Halpern, 2005).

تحقیقات نشان داده است سرمایه اجتماعی در سطح عام به تأمین سلامت عمومی اعضای جامعه کمک می‌کند. کاپلان و لینچ سرمایه اجتماعی را نوعی انباشت سرمایه معرفی کرده‌اند که همبستگی اجتماعی، تعهد اجتماعی و در نتیجه نوعی عزت نفس و سلامتی را در افراد ایجاد می‌کند (لهسای زاده و مرادی، ۱۳۸۶ش). از سوی دیگر از آنجا که سلامت با ظرفیت و توانایی افراد برای شکل دادن روابط هماهنگ با دیگران و کمک سازنده به تحول در محیط اجتماعی و

فیزیکی مرتبط است، توسعه اقتصادی و اجتماعی کشور نیز که نیازمند مشارکت فعالانه نیروی انسانی سالم است با سلامت منابع انسانی آن ارتباط پیدا می‌کند. در این میان سلامت جوانان به عنوان قشر آینده ساز کشور از اهمیت به سزایی برخوردار است و از همین رو بررسی کم و کیف آن و عوامل تعیین کننده آن شایان توجه است.

چارچوب نظری و تجربی

سلامت عبارت است از سازگاری مداوم با شرایط متغیر و تلاش برای تحقق اعتدال بین تقاضاهای درونی و الزامات محیط در حال تغییر (Goldberg et al, 1997). برخوردار نبودن از سلامت روانی از پیشرفت فرد و جامعه جلوگیری می‌کند؛ زیرا در چنین شرایطی فرد توانایی اجرای صحیح وظایف محوله و ایفای نقش‌های اجتماعی را ندارد، بنابراین هم فرد و هم جامعه رو به تحلیل می‌روند. در تعریفی دیگر، بهداشت روانی عبارت از سلامت فکر دانسته شده و بیان می‌کند که بهداشت روانی نشان دهنده وضع مثبت سلامتی روان فردی است که می‌تواند برای ایجاد سیستم ارزشی در مورد ایجاد تحرک، پیشرفت و تکامل در حد فردی، ملی و بین المللی اقدام کند (خسروی و آقاجانی، ۱۳۸۲ش، ص ۲۰). افراد دارای سلامت روان چند ویژگی مشخص دارند: پذیرش خود و دوست داشتن خویش، برقراری روابط با دیگران، مقابله با نیازهای زندگی (چالشی برخورد کردن)، بروز مناسب هیجانات.

در بحث‌های مربوط به سلامت روان، ارتقای سلامت روان نیز مطرح می‌گردد، که عبارت است از فرایند افزایش قابلیت افراد و اجتماعات برای کنترل زندگی خود و بهبود بخشیدن به سلامت روان شان که با استفاده از راهبردهایی

اعم از تقویت تاب آوری فردی، حمایت‌های محیطی، برابری، عدالت اجتماعی، تعامل و احترام به شرافت فردی صورت می‌گیرد (رفیعی، ۱۳۸۰ش). رویکرد متأخر به سلامتی، رابطه دوسویه را بین وضعیت سلامتی و وضعیت اقتصادی- اجتماعی در نظر می‌گیرد. از یک سو، عدم تعادل در وضعیت اقتصادی- اجتماعی می‌تواند به تهدید سلامت روان فرد منجر شود و تقویت عوامل اقتصادی و اجتماعی پیرامونی، مثل شبکه‌های حمایت کننده، توزیع عادلانه امکانات و بهبود تعاملات اجتماعی می‌تواند ارتقای سطح سلامت روان را به دنبال داشته باشد. از سوی دیگر، نامساعد بودن وضعیت سلامت روان بر عملکرد اجتماعی و شیوه تعاملات جمعی اثر می‌گذارد (گروسی و شبستری، ۱۳۹۰ش).

بوردیو، در خلال بحث از عادت واره، موضوع سرمایه‌ها را نیز مورد توجه قرار داده است. بوردیو، ضمن مخالفت با تقلیل انواع سرمایه به سرمایه اقتصادی، معتقد است که مفهوم سرمایه یک بار دیگر باید به حیات اجتماعی معرفی شود. به زعم وی، نمی‌توان ساختار و کارکرد جهان اجتماعی را تبیین کرد، مگر اینکه مفهوم سرمایه در تمامی اشکال آن و نه صرفاً در شکل اقتصادی آن مفهوم سازی شود. به زعم بوردیو، سرمایه هرگونه خاستگاه و سرچشمه در عرصه اجتماعی است که در توانایی فرد برای بهره‌مندی از منافع خاصی که در صحنه حاصل می‌گردد مؤثر واقع می‌شود و در چهار شکل بنیادی متجلی می‌شود: الف) سرمایه اقتصادی که بلاواسطه و مستقیماً به پول تبدیل می‌شود و به صورت حق مالکیت و دارایی مالی و مادی، نهادی می‌گردد. ب) سرمایه اجتماعی که شامل تکالیف و الزامات اجتماعی و روابط اجتماعی یا پیوندهاست و می‌تواند تحت شرایط خاصی به سرمایه اقتصادی تبدیل شود. ج) سرمایه فرهنگی مجموعه‌ای از کیفیات فکری است که در شرایط خاصی قابل تبدیل به سرمایه اقتصادی است و می‌تواند به صورت مدارک و

مدارج تحصیلی نهادی گردد. د) سرمایه نمادین، مجموعه‌ای از آداب وابسته به افتخار یا حق شناسی است که به یک فرد یا یک گروه تعلق می‌گیرد و افراد متوجه تأثیرات آنها، آنگونه که هست نیستند (قادرزاده، ۱۳۹۰ش). به زعم بوردیو، قابلیت‌های و توانمندی‌های جسمانی انسان یکی از عوامل تعیین کننده جایگاه او در جامعه است. از نظر او توزیع ارزش‌ها و فرصت‌ها و حتی سطح سلامتی افراد در جامعه بر اساس میزان برخورداری از چهار نوع سرمایه شکل می‌گیرد. در واقع میزان بهره‌مندی از سرمایه اقتصادی، سرمایه فرهنگی، سرمایه اجتماعی و سرمایه جسمانی موقعیت فرد را در سلسله مراتب اجتماعی مشخص می‌سازد (جواهری، ۱۳۸۷ش، ص ۶۵).

از نظر پوتنام سرمایه اجتماعی «جنبه‌هایی از زندگی اجتماعی- شبکه‌ها، هنجارها و اعتماد- است که مشارکت کنندگان را قادر می‌سازد تا در کنار یکدیگر و به طور مؤثر اهداف مشترک را پیگیری کنند. به طور خلاصه، سرمایه اجتماعی به پیوندهای اجتماعی و هنجارها و اعتماد ملازم با این پیوندها اشاره دارد». همچنین، از نظر پوتنام سرمایه اجتماعی وجوه گوناگون سازمان اجتماعی نظیر اعتماد، هنجارهای معامله متقابل و شبکه‌های مشارکت است که با تسهیل اقدامات هماهنگ کارایی جامعه را بهبود می‌بخشد. در مجموع پوتنام استدلال می‌کند که سرمایه اجتماعی بین اعضای گروه‌های مختلف پیوند برقرار کرده و برای فراهم کردن اطلاعات درباره منابع بیرونی نظیر فرصت‌های شغلی، اشاعه نوآوری‌ها و ارتقای ایده سلامت نقش مهمی ایفاء می‌کند (Shuol, 2009, 6). در راستای نظریه بوردیو و پوتنام از سرمایه اجتماعی، طرفداران نظریه شبکه بر این باورند که وجود شبکه‌های اجتماعی به عنوان حائلی در مقابل عوامل فشارزای درونی نقش مثبتی ایفا می‌کنند، به نحوی که با فراهم آوردن حمایت‌های عاطفی،

دوستی‌ها و فرصت‌هایی برای اعمال اجتماعی معنی‌دار در قالب سرمایه اجتماعی اثر بسیار مهم و مؤثری بر عزت نفس افراد، افزایش توان مقابله افراد با مشکلات زندگی و افسردگی‌ها داشته و در نهایت به احساس سلامت روانی منجر می‌شود. بر اساس دیدگاه نظریه پردازان شبکه، شبکه‌های اجتماعی نوعی سرمایه اجتماعی را برای افراد فراهم می‌آورند، به این معنا که در این شبکه‌ها از حمایت، اعتماد و روابط عاطفی با سایر افراد برخوردار می‌شوند. دیدگاه شبکه به سرمایه اجتماعی بر اهمیت روابط افقی و عمودی بین مردم در قالب انجمن‌ها و گروه‌های اجتماعی تأکید دارد. مکانیزم تأثیر نظام شبکه‌ای بدین صورت است که افراد برای کسب اعتبار و حمایت اجتماعی به خانواده، دوستان و آشنایان خود متوسل می‌شوند و از این طریق شبکه‌ای را بین درون گروه و برون گروه ایجاد می‌کنند (لهسایی زاده و مرادی، ۱۳۸۶ش).

سوبرامانیان، کاواچی و کندی معتقدند که سرمایه اجتماعی و اقتصادی یکی از تعیین‌کننده‌های اصلی نابرابری‌های اقتصادی-اجتماعی و سلامت محسوب می‌شود. آنها معتقدند که کسانی که دارای درآمد بالاتری هستند از وضعیت سلامت مناسبی برخوردارند. همچنین ریچارد ویلکینسون^۱ ادعا می‌کند که نابرابری‌های اجتماعی در درآمد، قدرت و موقعیت تأثیر اساسی در کیفیت روابط اجتماعی و کنش متقابل اجتماعی دارند. او بر نقش میانجی سرمایه اجتماعی اشاره کرده و استدلال می‌کند که نابرابری‌های اقتصادی و اجتماعی سلامت و بهداشت را تحت تأثیر قرار داده و حتی می‌تواند سرمایه اجتماعی را نیز نابود نماید (Subramanian, Kawachi, Kennedy 2001). محققان دیگر نیز خاطر نشان ساختند که سرمایه اجتماعی از طریق کاهش نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی به عنوان سپر دفاعی در برابر کمبود منابع اقتصادی جهت حفظ سلامتی

عمل می‌نماید (HBSC, 2001). بام نیز ادعا می‌کند که افزایش علاقه و توجه به سرمایه اجتماعی می‌تواند فرصت مناسبی را برای پیشبرد اهداف اجتماعی سلامت عمومی فراهم نماید (Baum, 1999).

کاواچی، کندی و ویلکینسون سه روش مختلف که از طریق آن توزیع ناعادلانه ثروت و درآمد بر سلامت فردی تأثیر می‌گذارد شناسایی کرده‌اند: اول، از طریق دسترسی‌های مختلف به فرصت‌های زندگی و منابع مادی. دوم، از طریق کاهش سرمایه اجتماعی و افزایش محرومیت و تضاد اجتماعی. سوم، از طریق اثرات اجتماعی- روانی مستقیم تر مانند ناامیدی، عدم کنترل، از دست دادن احترام (kawachi, kennedy and wilkinson, 1999).

همچنین کاواچی و همکاران در مطالعه‌ای دریافتند که نابرابری‌های درآمد با سطح پایین اعتماد و مشارکت داوطلبانه در جامعه همبستگی دارد. آنها برای تبیین این ارتباط ادعا کرده‌اند که سرمایه انسانی و فیزیکی کالاهای خصوصی هستند، اما سرمایه اجتماعی یک کالای عمومی بوده و بوسیله روابط اجتماعی ایجاد و باز تولید می‌شود. زمانی که شکاف بین فقیر و غنی زیادتر باشد سطح اعتماد میان گروه‌ها کاهش پیدا می‌کند. در این میان چون ثروتمندان بخش عمده‌ای از قدرت و منابع را در اختیار خود دارند، آنها را تحت اختیار خود درمی‌آوردند و برای فقرا دسترسی به منابع مرتبط با سلامتی و دیگر منابع دشوارتر شده و نابرابری‌ها به ویژه در حوزه منابع مرتبط با سلامت شدیدتر می‌شود (Shoul, 2009, 6).

داسیلوا و همکاران در مطالعه تطبیقی که در میان ۲۳۴ اجتماع کم‌درآمد در پرو، اتیوپی، ویتنام و آندراپرادش (هند) انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که با وجود کنترل متغیرهای مداخله‌گر در سطح فرد و اجتماع، سرمایه اجتماعی

شناختی فردی مادران در نمونه مورد بررسی در هر چهار کشور، با کاهش اختلالات روان شناختی رایج رابطه مثبت دارد. در حالی که رابطه سلامت روانی و سرمایه اجتماعی ساختاری در کشورهای مختلف، به بسترهای اجتماعی جوامع مورد بررسی بستگی داشته، و حتی در برخی موارد به افزایش اختلالات روانی منجر شده است (De Silva et al, 2007). در پژوهش دیگری رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در میان زنان تهرانی مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج حاصله نشان داد که زنانی که به حمایت‌های آموزشی، شغلی و اقتصادی و زمینه‌های فکری و هیجانی دسترسی بیشتری داشتند از سلامت روانی بیشتری برخوردار بودند. همچنین، نتایج آزمون رگرسیون نشان داد که حمایت‌های خانوادگی و سرمایه اجتماعی نقش مهمی در برآورد سطح سلامت روان زنان ایفا می‌کند (Bagheri, 2011). لیندستروم و روزوال (۲۰۱۲م.) در تحقیقی ارتباط متغیرهای وضعیت تأهل، سرمایه اجتماعی، فشار اقتصادی و سلامت روان را بر اساس داده‌های پیمایش سلامت عمومی سال ۲۰۰۸ سوئد که شامل ۲۸۱۹۸ فرد ۱۸ تا ۸۰ ساله بود، مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که ۱۳/۸ درصد مردان و ۱۸/۲ درصد زنان سلامت روان ضعیفی داشتند و افراد مجرد، مطلقه و زنان و مردان بیوه به طور معنی داری، سلامت روان ضعیفی در مقایسه با متأهلین و افرادی که دارای زندگی مشترک بودند، داشتند. اعتماد و فشار اقتصادی به طور متوسط در تضعیف این رابطه مؤثر بودند (Lindstrom&Rosvall, 2012). گیلبرت و همکارانش در تحقیق خود دریافتند که بین سرمایه اجتماعی و خود ارزیابی سلامتی و دلایل مرگ و میر همبستگی معنی‌داری مشاهده شده است. آنها در بررسی سی و نه مطالعه نشان دادند که با افزایش سرمایه اجتماعی شانس سلامت افراد نیز ۲۷ درصد بالاتر می‌رود. همچنین، روابط متقابل اجتماعی و اعتماد که

ابعاد سرمایه اجتماعی هستند شانس داشتن سلامت مطلوب را به ترتیب به میزان ۳۹ درصد و ۳۲ درصد افزایش می‌دهند (Gilbert and et.al, 2013, p1385). کیم و همکارانش نیز در بررسی ارتباط سرمایه اجتماعی و خودارزیابی سلامت در میان مهاجران سالخورده کره ای به این نتیجه رسیده‌اند که جنسیت، درآمد و اشتراک اطلاعاتی اثرات مستقیم و معنی‌داری با سلامت مهاجران سالخورده کره‌ای دارند (Kim and Harris, 2012, 997). ینگپراگساوان و همکارانش نشان دادند که سطح سلامت پایین همبستگی مثبتی با سطح پایین اعتماد اجتماعی و حمایت اجتماعی داشته و سطح بالای اعتماد اجتماعی و حمایت اجتماعی نیز با سطح بالای سلامت روانی همبستگی قوی دارد. همچنین زنان، سالخوردگان، مجردها، افراد با درآمد کم و ساکنان شهر با سطح پایین سلامت شناخته شده‌اند (Yiengprugsawan and et.al, 2011, 632). در همین راستا، دیکسون و همکاران گزارش دادند که سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی و عاطفی از مبتلایان به ایدز باعث کاهش احساس تنهایی آنها می‌شود. بنابراین آنها ادعا کرده‌اند که بین سرمایه اجتماعی و سلامت روانی ارتباط متقابل وجود دارد (Dixon and et.al, 2001). رز نشان داد که مشارکت اجتماعی در شبکه‌های رسمی و غیر رسمی، حمایت اجتماعی و اعتماد به میزان قابل توجهی سلامت روانی را افزایش می‌دهد (Rose, 2000). در مطالعه مشابه در بریتانیا مک کالوچ نشان داد که سطح بالای مشارکت منجر به کاهش روانپریشی شده و سلامت عاطفی را نیز تقویت می‌نماید (McCulloch, 2001). ساسکاچوان و همکاران بر حسب نتایج تحقیق خود ادعا می‌کنند که بین فراوانی ارتباط و تماس‌های اجتماعی در مراسم‌های مذهبی و سلامت ارتباط مستقیم و معنی‌داری وجود دارد (nakhaie and et.al, 2007, 566). خاواجا و موافی در تحقیقی ارتباط بین سرمایه فرهنگی و

سلامت را بررسی کرده‌اند و به این نتیجه رسیده‌اند که در میان زنان بیروت بین انواع سرمایه فرهنگی و میزان سلامتی آنها همبستگی مستقیم معنی داری وجود دارد. با افزایش سرمایه فرهنگی میزان سلامت زنان نیز بالاتر می‌رود و با کاهش آن از میزان سلامتی زنان نیز کاسته می‌شود. همچنین سن و حمایت اجتماعی با وضعیت سلامتی همبستگی معنی داری داشته است (Khawaja and Mowafi, 2013, 475).

فولاند مدل اقتصادی از سرمایه اجتماعی و سلامت را ارائه کرده و معتقد است که مدل اقتصادی از نگرش سرمایه اجتماعی به عنوان روابط بین شخصی در بین دوستان و خانواده حمایت می‌کند و همچنین او بر حسب کار بکر و مورفی در اقتصاد اجتماعی بین تقاضای کالاهای سلامت و سرمایه اجتماعی رابطه برقرار کرده و معتقد است که سرمایه اجتماعی مثبت بالا، زمینه را برای بدست آوردن کالاهای مناسب سلامت فراهم می‌کند و سرمایه اجتماعی منفی نیز منجر به تهیه کالاهای نامناسب نظیر سیگار، مواد مخدر و الکل شده و اثرات زیانباری بر سلامت ایجاد خواهد کرد (Folland, 2008, 333).

دو رویکرد عمده بر علم پزشکی در دوره‌های متفاوت تاریخی حاکم بوده است. رویکرد درمان محور و رویکرد پیشگیری محور. در رویکرد درمان محور که از مدل زیستی- پزشکی پیروی می‌کند، بیماری را با عوامل و شرایط عینی تعریف می‌کند و ادعا دارد که سلامت جسمانی را می‌توان از طریق معالجه پزشکی مبتنی بر علم زیست شناسی اعاده نمود. بیمار موجودی منفعل در نظر گرفته می‌شد که بدن رنجور او را می‌توان جدا از ذهن و روح او معالجه کرد. متخصصان پزشکی صاحب دانش تخصصی هستند و تنها راه معتبر معالجه امراض را در اختیار دارند و مناسب‌ترین مکان برای معالجه امراض بیمارستان می‌دانستند

(گیدنز، ۱۳۸۶ش، ص ۲۹۰). در مجموع مدل زیستی- پزشکی بر درمان بیماری بدون توجه به ریشه اجتماعی و فرهنگی آن تأکید می‌کرد. در پی پیشرفت جامعه و تغییرات اجتماعی و فرهنگی اتفاق افتاده در آن، مدل زیستی- پزشکی در درمان بیمارها مورد انتقاد قرار گرفت و رویکرد جدیدی در پزشکی تحت عنوان مدل اجتماعی- پزشکی یا جامعه شناسی پزشکی شکل گرفت. در این رویکرد تأکید اصلی بر پیشگیری و مدیریت صحیح بدن برای کنترل، مراقبت و نظارت بر سلامتی آن در مقابل بیماری‌ها است. در جامعه شناسی پزشکی، متخصصان دیگر بیماری را عارضه‌ای در بدن نمی‌دانستند، بلکه معتقد بودند که بیماری در جامعه تحت تأثیر عوامل اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و محیطی است و بیمار فرد منفعل نیست، بلکه بیمار یک موجود فعال است که می‌توان از عقاید و تجربیات آن در درمان بیماری استفاده نمود. در مدل اجتماعی- پزشکی به جای تأکید بر بیماری، بیمارستان، درمان، مداخله، معالجه و بیمار به سلامتی، اجتماع، پیشگیری، نظارت، مراقبت و شخص تأکید می‌شود. همانطوری که گذشت، رویکرد حاکم در تدوین این مقاله رویکرد اجتماعی- پزشکی یا به عبارت بهتر، رویکرد جامعه شناسی پزشکی بوده است.

در مجموع آنچه که از نظریه‌ها و تحقیقات انجام شده استنباط می‌شود این است که سرمایه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در زمره تعیین کننده‌های سلامت تلقی می‌شوند. لذا بر همین اساس در تحقیق حاضر فرضیه‌هایی به شکل زیر تدوین شده است:

- بین سرمایه اجتماعی و سلامت عمومی همبستگی معنی داری وجود دارد.
- بین سرمایه اقتصادی و سلامت عمومی همبستگی معنی داری وجود دارد.
- بین سرمایه فرهنگی و سلامت عمومی همبستگی معنی داری وجود دارد.

بین سن و سلامت عمومی همبستگی معنی داری وجود دارد.

روش شناسی تحقیق

تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرهای تحقیق به شرح زیر است:

سلامت عمومی: از نظر کاپلان و سادوک^۲ سلامت عمومی آن حالت بهزیستی است که افراد قادرند به راحتی درون جامعه شان عمل کنند و پیشرفت‌ها و خصوصیات شخصی برایشان رضایت بخش باشد (عبدی زرین و همکاران، ۱۳۸۷ش، ص ۱۱۴). برای اندازه‌گیری سلامت عمومی از پرسشنامه سلامت عمومی^۳ GHQ گلدبرگ و همکاران استفاده می‌گردد. نمره کل این پرسشنامه از ۰ تا ۸۰ در نوسان است. این پرسشنامه ۴ خرده مقیاس ۷ سؤالی دارد که به ترتیب نشانه‌های جسمی، اضطراب، ناسازگاری اجتماعی و افسردگی را می‌سنجد. این پرسشنامه به دفعات در ایران استفاده شده است و روایی آن نیز معمولاً بالاتر از ۰/۷ می‌باشد (مرادی، ۱۳۸۷ش، ص ۱۲۶).

سرمایه اقتصادی: بورديو این سرمایه را که از پهنه اقتصادی سرچشمه می‌گیرد شامل درآمد و بقیه منابع مالی دانسته است که در قالب مالکیت ظاهر می‌شود و یا به تعبیر دیگر، سرمایه ای است که برای تولید کالا و خدمات، مورد استفاده قرار می‌گیرد (فاضلی، ۱۳۸۲ش، ص ۱۰۲). این متغیر با استفاده از معرف‌های میزان درآمد ماهیانه خانواده، قیمت تقریبی منزل، قیمت تقریبی ماشین و قیمت تقریبی اسباب و اثاثیه منزل اندازه‌گیری می‌شود.

سرمایه فرهنگی: سرمایه فرهنگی در برگیرنده تمایلات پایدار فرد است که در خلال اجتماعی شدن در وی انباشته می‌شود. از دیدگاه بورديو، شاخص‌های سرمایه فرهنگی مهارت‌های بین شخصی و غیررسمی شامل عادات، مدرک

تحصیلی، سلیق، سبک‌های زندگی و غیره می‌شود (باکاک، ۱۳۸۱ش، ص ۹۸). سرمایه فرهنگی در دو بعد عینی و ذهنی با استفاده از مقیاس استاندارد دی که بنت (Bennett, 2005) و سالوان (Sullivan 2001) برای سرمایه فرهنگی ابداع کرده‌اند اندازه‌گیری شده است که این مقیاس ۱۶ گویه در سطح طیف لیکرت و به صورت ۶ گزینه‌ای است و شاخص‌های آن عبارتند از: کار با اینترنت، مطالعه روزنامه، نشریات و مجلات، خواندن کتاب‌های داستانی و ادبیات، گوش دادن به موسیقی، تماشای فیلم و تئاتر و نمایش، رفتن به سخنرانی، کنفرانس‌ها و سمینارها، رفتن به موزه، نمایشگاه‌ها و فرهنگ سرا، جمع‌آوری تابلوهای نقاشی یا عتیقه جات، ورزش در اوقات فراغت، میزان آشنایی به زبان خارجی، تعداد مقالات منتشره، مهارت‌های فنی و حرفه‌ای، برنده جایزه‌های علمی، ادبی و ورزشی، مهارت‌های هنری (عکاسی، خطاطی، نقاشی و...).

سرمایه اجتماعی: از دیدگاه بوردیو سرمایه اجتماعی در برگیرنده روابط اجتماعی ارزشمند میان آدم‌ها است (ریتزر، ۱۳۷۴ش، ص ۷۲۵). سرمایه اجتماعی ارتباط بین عاملان و کنشگران (افراد، گروه و سازمان‌ها) برای ایجاد ظرفیت‌هایی جهت اقدام در راستای منافع متقابل و اهداف عمومی تعریف شده است. در راستای تعریف مفهومی، سرمایه اجتماعی در سه بعد شبکه روابط اجتماعی، اعتماد اجتماعی و مشارکت اجتماعی با ۱۹ گویه که در سطح طیف لیکرت و به صورت ۶ گزینه‌ای طراحی شده بود مورد اندازه‌گیری قرار گرفته است.

نوع تحقیق کمی و روش تحقیق نیز مبتنی بر تحقیق پیمایش بوده است. جامعه آماری تحقیق حاضر جوانان ۱۵ تا ۲۹ سال استان آذربایجان شرقی می‌باشد که تعداد کل آنها ۱۲۵۳۱۸۷ نفر می‌باشد. برای تعیین تعداد نمونه از فرمول نمونه‌گیری زیر استفاده شده است.

$$n = \frac{NpqT^2}{Nd^2 + pqT^2} = \frac{1253187 \times 0/5 \times 0/5 \times 3/84}{1253187 \times 0/0025 + 0/5 \times 0/5 \times 3/84} = 384$$

$$P = 0/5 \quad q = 0/5 \quad T = 1/96 \quad N = 1253187$$

P احتمال وجود صفت در جامعه آماری (احتمال وجود سلامت عمومی)

q احتمال عدم وجود صفت در جامعه آماری (احتمال عدم وجود سلامت

عمومی)

با توجه به این که اطلاعات کمی معتبر در خصوص متغیر اصلی تحقیق یعنی سلامت عمومی وجود ندارد، بنابراین احتمال وجود و عدم وجود آن مساوی در نظر گرفته شده است. تحت این شرایط حجم نمونه با حداکثر واریانس محاسبه می‌شود و تعداد نمونه نیز با حداکثر واریانس معمولاً بیشتر از نسبت‌های دیگر برای P و q برآورد می‌شود. مقدار T نیز با سطح اطمینان ۹۵ درصد محاسبه شده است. برای انتخاب نمونه‌ها نیز از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی چند مرحله‌ای استفاده شده است.

گردآوری داده‌های تحقیق حاضر از طریق پرسشنامه انجام شده است. پرسشنامه تنظیم شده حاوی اطلاعاتی درباره ویژگی‌های عمومی پاسخگویان و سؤالات و گویه‌هایی درباره هر یک از متغیرهای تحقیق بود. اغلب گویه‌ها به شکل طیف پنج و شش درجه‌ای به صورت بسته پاسخ طراحی شده بودند. پایایی^۴ ابزار اندازه‌گیری به وسیله تکنیک آلفای کرونباخ بررسی شده است. نتایج بدست آمده از تحلیل پایایی متغیرهای سرمایه اجتماعی و سلامت عمومی نشان می‌دهد که این متغیرها دارای ضریب پایایی بالا و قابل قبولی هستند.

متغیرها	میزان آلفا
سرمایه اجتماعی	۰//۸۷
سلامت عمومی	۰/۹۲۵

پس از گردآوری داده‌ها به وسیله پرسش‌نامه و پانچ داده‌ها به نرم افزار SPSS ویرایش‌ها و تبدیلات لازم بر روی داده‌ها انجام شده و نهایتاً، داده‌ها برای مرحله تجزیه و تحلیل آماده گردید. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات گردآوری شده طبق سطوح اندازه‌گیری متغیرهای تحقیق از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و از آمار استنباطی (ضریب هم بستگی پیرسون، مدل رگرسیون خطی گام به گام موجود در نرم افزارهای SPSS نسخه ۲۲ استفاده شده است.

یافته‌های تحقیق

نتایج به دست آمده از تحلیل توصیفی متغیرهای زمینه‌ای (جدول ۲) نشان دهنده این است که اکثریت جوانان مطالعه شده از لحاظ وضعیت جنسی، دختر، از لحاظ وضعیت شغلی دانشجوی و محصل و از حیث وضعیت مسکن^۵ عمدتاً دارای مسکن شخصی هستند. بقیه اطلاعات در جدول زیر منعکس شده است.

جدول ۲- جدول توزیع درصد فراوانی متغیرهای زمینه‌ای

وضعیت اشتغال	درصد	جنس	درصد	وضعیت مسکن	درصد
شاغل دولتی	۷/۱	دختر	۵۴/۸	شخصی	۸۲/۹
شاغل بخش خصوصی	۱۹/۸			اجاره‌ای	۱۰/۳
				رهنی	۲/۶
خانه دار	۱۱/۲	پسر	۴۵/۲	رهنی و اجاره‌ای	۲/۱
دانشجو-دانش آموز	۴۲/۴			سازمانی	۰/۵
بیکار	۱۹/۵			سایر	۱/۶

یافته‌های تحلیل توصیفی متغیرهای اصلی تحقیق نشان می‌دهد که میانگین سنی افرادی که مورد مطالعه قرار گرفته‌اند تقریباً برابر با ۲۳ سال بوده است. همچنین وضعیت سلامت عمومی جوانان در سطح مناسبی قرار داشته است، زیرا، متوسط آن ۹۲/۵ از ۱۳۰ و ۷۱/۲ از ۱۰۰ برآورد شده است. علاوه بر آن، متوسط بدست آمده برای متغیرهای سرمایه اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی نیز نشانگر این است که وضعیت اشکال سه گانه سرمایه در بین جوانان استان آذربایجان شرقی در سطح متوسط به بالا بوده است.

جدول ۳- نتایج تحلیل توصیفی متغیرهای تحقیق

شاخص ها	سن	سلامت عمومی	سرمایه اجتماعی	سرمایه فرهنگی	سرمایه اقتصادی
تعداد مشاهدات	۳۵۸	۳۳۹	۳۴۰	۳۶۳	۳۵۱
میانگین	۲۳/۱	۹۲/۵	۸۶/۴	۵۱/۹۹	۹/۱۱
خطای استاندارد میانگین	۰/۲	۰/۹۸	۰/۸۶	۰/۶۶	۰/۲۴
میانه	۲۳	۹۳	۸۷	۵۲	۸
انحراف معیار	۱۰۳/۲۵	۱۸/۱	۱۵/۸۴	۱۲/۵۷	۴/۵۴
چولگی	-۰/۶۶	-۱/۱	۰/۰۱۴	۰/۱۲۸	۰/۹۶
کشیدگی	-۰/۸۵	-۰/۶۸	۰/۲۹	-۰/۳۶	۰/۱۳
مینیمم	۱۵	۴۹	۳۷	۱۸	۴
ماکزیمم	۳۰	۱۳۰	۹۵	۶۸	۱۹

کمال کوهی، سعید سلطانی بهرام

نتایج آزمون فرضیه و تحلیل همبستگی بین اشکال سه گانه سرمایه و سلامت عمومی نشان می‌دهد که بین سرمایه اقتصادی و سلامت عمومی همبستگی معنی دار مثبت و مستقیمی وجود دارد. به عبارت دیگر، با افزایش در میزان سرمایه اقتصادی سلامت عمومی در بین جوانان بهبود می‌یابد. بر همین اساس می‌توان گفت جوانان طبقه بالا در قیاس با جوانان طبقه متوسط و پایین جامعه از وضعیت سلامت عمومی مناسبی برخوردار هستند و با پایین آمدن میزان

سرمایه اقتصادی جوانان از میزان سلامت عمومی آنها نیز کاسته می‌شود. همین وضعیت در مورد سرمایه اجتماعی نیز صادق است. جوانانی که در شاخص‌های مشارکت اجتماعی، شبکه روابط و اعتماد اجتماعی امتیاز بیشتری گرفته‌اند در قیاس با گروه دیگر سلامت عمومی‌شان در سطح بالاتری قرار دارد. پس می‌توان گفت که با افزایش سرمایه اجتماعی وضعیت سلامت عمومی جوانان نیز بهبود می‌یابد. در خصوص سرمایه فرهنگی نیز نتایج تحلیل همبستگی نشان داد که بین سرمایه فرهنگی و سلامت عمومی همبستگی مثبت و معنی داری وجود دارد. به این مفهوم که هرگونه افزایش در میزان سرمایه فرهنگی منجر به بالا رفتن سلامت عمومی جوانان می‌شود. مقایسه اشکال سه گانه سرمایه نشان می‌دهد که ضعیف‌ترین همبستگی سلامت عمومی با سرمایه فرهنگی و قوی‌ترین همبستگی را نیز با سرمایه اقتصادی داشته است.

نتایج تحلیل همبستگی سن با سلامت عمومی نیز حاکی از آن است که بین سن و سلامت عمومی همبستگی معکوس و منفی وجود دارد. به عبارت دیگر، با افزایش سن میزان سلامت عمومی کاهش پیدا می‌کند، اما این میزان کاهش در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنی دار نبوده است.

جدول ۴- نتایج تحلیل همبستگی بین متغیرهای تحقیق

سلامت عمومی		متغیرهای تحقیق
۰/۲۶۳	ضریب همبستگی	سرمایه اقتصادی
۰/۰۰۰	سطح معنی داری	
۳۲۲	تعداد مشاهدات	
۰/۱۶۳	ضریب همبستگی	سرمایه اجتماعی
۰/۰۰۴	سطح معنی داری	
۳۰۴	تعداد مشاهدات	

۰/۱۰	ضریب همبستگی	سرمایه فرهنگی
۰/۰۴۴	سطح معنی داری	
۳۲۶	تعداد مشاهدات	
-۰/۰۲۱	ضریب همبستگی	سن
۰/۷۱۷	سطح معنی داری	
۳۱۳	تعداد مشاهدات	

در نهایت پس از تحلیل همبستگی متغیرها، برازش کاراترین مدل رگرسیونی با کنترل پیش فرض‌های آن برای تبیین سلامت عمومی به وسیله اشکال سه‌گانه سرمایه و سن بر اساس داده‌ها انجام شده است. نتایج حاصل از مدل رگرسیون خطی گام به گام نشان می‌دهد که از بین متغیرهای تحقیق، سرمایه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی وارد مدل نهایی شده و توانسته‌اند بیش از ۱۳ درصد از تغییرات متغیر سلامت عمومی را تبیین نمایند. ضرایب استاندارد بتا مدل نهایی برازش شده سلامت عمومی بیان‌گر این امر است که با افزایش میزان سرمایه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی میزان سلامت عمومی نیز بیشتر می‌شود. همچنین این ضرایب نشان می‌دهد که در بین اشکال سه‌گانه سرمایه، سرمایه اقتصادی مهمترین عامل و سرمایه فرهنگی کم‌اهمیت‌ترین عامل در تبیین سلامت عمومی جوانان بوده است. سرمایه اجتماعی نیز از لحاظ میزان تأثیرگذاری بر سلامت عمومی در رتبه دوم قرار داشته است. از بین متغیرهای تحقیق متغیر سن از مدل نهایی برازش خارج شده و تأثیر آن در افزایش و کاهش سلامت عمومی بر حسب نتایج تحلیل رگرسیونی معنی دار نبوده است.

جدول ۵- آماره های تحلیل رگرسیون چندمتغیره سلامت عمومی

متغیر	بتای استاندارد شده	T	Sig	آنالیز واریانس		ضریب همبستگی	۰/۳۷
				کمیت F	سطح معنی داری		
سرمایه اقتصادی	۰/۳۳	۵/۶	۰/۰۰۰	۱۳/۹	۰/۰۰۰	ضریب تبیین	۰/۱۴
سرمایه اجتماعی	۰/۱۶	۲/۸	۰/۰۰۶			ضریب تبیین اصلاح شده	۱/۳۲ ۰
سرمایه فرهنگی	۰/۱۲	۲/۱	۰/۰۴۰			اشتباه معیار برآورد	۱۶/۷
						کمیت دوربین واتسون	۱/۹۲
متغیرهایی که از مدل نهایی خارج شده اند							
سن	-/۰۰۹	-/۱۴۸	۰/۸۸				

بحث و نتیجه گیری

در برخورد با مقوله سلامت دو رویکرد اساسی زیستی- پزشکی و اجتماعی- پزشکی شکل گرفته است. در رویکرد پزشکی- زیستی درمان و در رویکرد اجتماعی- پزشکی پیشگیری مهم است. در رویکرد اجتماعی- پزشکی به جای تأکید بر علل زیستی سلامت و بیماری بر مؤلفه های اجتماعی و فرهنگی سلامت و بیماری با رویکرد پیشگیری تأکید می شود. در همین راستا، مقاله حاضر با رویکرد اجتماعی- پزشکی نگاشته شده است و هدف اصلی آن مطالعه وضعیت سلامت عمومی جوانان و تأثیر اشکال سه گانه سرمایه بر آن به شمار می رود.

نتایج بدست آمده از تحلیل توصیفی وضعیت سلامت عمومی جوانان نشان می دهد که سطح سلامت عمومی جوانان و برخورداری آنان از اشکال سه گانه سرمایه در وضعیت مناسبی قرار دارند و عواملی نظیر سرمایه اقتصادی، اجتماعی

و فرهنگی در زمره تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت عمومی تلقی می‌شود. به عبارت دیگر، هرگونه افزایش و کاهش در سرمایه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جوانان به ترتیب منجر به تقویت و تضعیف سلامت عمومی آنان می‌گردد. بررسی تطبیقی نشان می‌دهد که نتایج تحقیق حاضر با نظریه‌ها و تحقیقات قبلی در یک راستا قرار گرفته‌اند. بنابراین می‌توان گفت که نظریه‌ها و نتایج تحقیقات قبلی مهر تأییدی بر نتایج بدست آمده تحقیق حاضر هستند. همچنان که طرفداران نظریه شبکه بر این باورند که وجود شبکه‌های اجتماعی به عنوان حائلی در مقابل عوامل فشارزای درونی نقش مثبتی ایفا می‌کنند، به نحوی که با فراهم آوردن حمایت‌های عاطفی، دوستی‌ها و فرصت‌هایی برای اعمال اجتماعی معنی‌دار در قالب سرمایه اجتماعی اثر بسیار مهم و مؤثری بر عزت نفس افراد، افزایش توان مقابله افراد با مشکلات زندگی و افسردگی‌ها داشته و در نهایت به احساس سلامت روانی منجر می‌شود. در همین راستا، به زعم بوردیو، توزیع ارزش‌ها و فرصت‌ها و حتی سطح سلامتی افراد در جامعه بر اساس میزان برخورداری از چهار نوع سرمایه شکل می‌گیرد. پوتنام نیز استدلال می‌کند که سرمایه اجتماعی با برقرار کردن پیوند بین اعضای گروه‌های مختلف و فراهم کردن اطلاعات درباره منابع بیرونی نظیر فرصت‌های شغلی، اشاعه نوآوری‌ها و ارتقای ایده سلامت نقش مهمی ایفاء می‌کند. بوردیو و پوتنام عمدتاً بر کارکرد مثبت سرمایه اجتماعی در سلامت اشاره کرده‌اند، اما فولاند دیدگاه متفاوت‌تری دارد. وی در مدل اقتصادی سلامت ادعا کرده است که کارکرد سرمایه اجتماعی برای سلامت مانند شمشیر دو لبه است. سرمایه اجتماعی مثبت سلامت افراد را تقویت و سرمایه اجتماعی منفی سلامت آنان را تضعیف می‌نماید.

سوبرامانیان، کاواچی و کندی (۲۰۰۱م.) معتقدند که سرمایه اجتماعی و اقتصادی یکی از تعیین کننده‌های اصلی نابرابری‌های اقتصادی- اجتماعی و سلامت محسوب می‌شود. مشابه با نظریه کاواچی و همکاران، ویلکینسون ادعا می‌کند که نابرابری‌های اجتماعی در درآمد، قدرت و موقعیت تأثیر اساسی در کیفیت روابط اجتماعی و کنش متقابل اجتماعی دارند. در این روابط، او بر نقش میانجی سرمایه اجتماعی اشاره کرده و استدلال می‌کند که نابرابری‌های اقتصادی و اجتماعی سلامت و بهداشت را تحت تأثیر قرار داده و حتی می‌تواند سرمایه اجتماعی را نیز نابود نماید. کاواچی، کندی و ویلکینسون در تحقیق دیگر اظهار کرده‌اند که توزیع ناعادلانه ثروت و درآمد بر سلامت فردی تأثیر می‌گذارد. آنها معتقدند که در شرایط نابرابری‌های اقتصادی شکاف بین فقیر و غنی بیشتر شده و سرمایه اجتماعی فرسایش می‌یابد. این عمل در نهایت، نابرابری‌ها را در دسترسی به منابع مرتبط با سلامت تشدید می‌کند. محققان دیگر نیز خاطرنشان ساختند که سرمایه اجتماعی از طریق کاهش نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی به عنوان سپر دفاعی در برابر کمبود منابع اقتصادی جهت حفظ سلامتی عمل می‌نماید. بام (۱۹۹۹م.) نیز ادعا می‌کند که افزایش علاقه و توجه به سرمایه اجتماعی می‌تواند فرصت مناسبی را برای پیشبرد اهداف اجتماعی سلامت عمومی فراهم نماید.

گیلبرت و همکارانش (۲۰۱۳ش.) در تحقیق خود دریافتند که بین سرمایه اجتماعی و سلامت همبستگی معنی‌داری وجود دارد. ینگپراگساوان و همکارانش (۲۰۱۱م.) نشان دادند که سطح سلامت پایین همبستگی مثبتی با سطح پایین اعتماد اجتماعی و حمایت اجتماعی داشته و سطح بالای اعتماد اجتماعی و حمایت اجتماعی نیز با سطح بالای سلامت روانی همبستگی قوی دارد. همچنین زنان، سالخوردگان، مجردها، افراد با درآمد کم و ساکنان شهر با سطح پایین

سلامت شناخته شده‌اند. از زاویه دیگر، دیکسون و همکاران (۲۰۰۱م.) و رز (۲۰۰۰م.) ادعا کرده‌اند که مشارکت اجتماعی در شبکه‌های رسمی و غیر رسمی، حمایت اجتماعی و اعتماد به میزان قابل توجهی سلامت روانی را افزایش می‌دهد. در مطالعه مشابه در بریتانیا مک کالوچ (۲۰۰۱م.) نشان داد که سطح بالای مشارکت منجر به کاهش روانپریشی شده و سلامت عاطفی را نیز تقویت می‌نماید. خاواجا و موافی (۲۰۱۳م.) نیز به این نتیجه رسیده‌اند که بین انواع سرمایه فرهنگی و میزان سلامتی زنان همبستگی مستقیم معنی‌داری وجود دارد. با افزایش سرمایه فرهنگی میزان سلامت زنان نیز بالاتر می‌رود و با کاهش آن از میزان سلامتی زنان نیز کاسته می‌شود. در نهایت، لیندستروم و روزوال (۲۰۱۲م.) در تحقیق شان دریافتند که اعتماد و فشار اقتصادی به طور متوسط در تضعیف سلامت روانی موثر بودند.

در مجموع می‌توان گفت که نتایج بدست آمده از تحقیق حاضر و نظریه‌های موجود و تحقیقات انجام شده در حوزه سلامت و سرمایه‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی نشان دادند که اشکال سه گانه سرمایه در حفظ و تقویت سلامت افراد نقش تعیین کننده دارند. سرمایه اجتماعی، سرمایه اقتصادی و سرمایه فرهنگی به گونه توأمان در سلامت روان مؤثرند. هر چند نقش سرمایه اقتصادی در قیاس با انواع دیگر طبق نتایج تحقیق سرمایه بارزتر است اما سرمایه اقتصادی بدون سرمایه اجتماعی و فرهنگی به نظر می‌رسد که چندان تضمین کننده سلامت افراد نباشد. زیرا، سرمایه‌ها به عنوان فراهم کننده بستر برای افزایش و تقویت یکدیگر عمل می‌کنند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که برای تقویت و افزایش میزان سلامت جوانان و پیشگیری از عوامل تهدید کننده سلامت جوانان مؤلفه‌های

اساسی سرمایه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی به طور توأمان در اولویت اصلی برنامه‌ریزان حوزه سلامت قرار گیرد.

¹ Richard Wilkinson's

² Kaplan & Saduk

³ General Health Questionnaire

⁴ Reliability

^۵ منظور از این متغیر وضعیت مسکن خانواده جوانان است.

فهرست منابع

- باکاک، رابرت. (۱۳۸۱)، مصرف، ترجمه نادر صبوری، تهران، انتشارات طرح نو.
- جواهری، فاطمه. (۱۳۸۷)، بدن و دلالت‌های اجتماعی و فرهنگی آن، نامه پژوهش فرهنگی، سال نهم، شماره اول، ۸۰-۳۷.
- خسروی، زهره و مریم آقاجانی (۱۳۸۲)، بررسی رابطه بین سلامت روان، منبع کنترل و شیوه مقابله ای دانش آموزان دختر سال اول مقطع متوسطه شهر تهران، مطالعات زنان، ۱ (۱): صص ۱۹-۵۴.
- دیماتئو، رابین. (۱۳۷۸)، روان شناسی سلامت، ترجمه محمد کاویانی، تهران: انتشارات سمت.
- رضوی زاده، ندا. نوغانی، محسن و علی یوسفی (۱۳۹۱) رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در بین دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد، مجله علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد، پاییز و زمستان، صص ۲۵-۵۱.
- رفیعی، حسن. (۱۳۸۰)، جزوه درس ارتقای سلامت روان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران.
- ریتزر، جورج. (۱۳۷۴)، نظریه‌های جامعه شناسی در دوران معاصر، محسن ثلاثی، تهران، انتشارات علمی.
- زاهدی اصل، محمد. (۱۳۸۲)، امنیت انسانی زیر ساخت سلامت اجتماعی، تهران، انتشارات نیکی.
- عبدی زرین، سهراب و همکاران (۱۳۸۷)، رابطه پایگاه هویت و سلامت روانی در دانشجویان پسر دانشگاه شهید بهشتی، فصلنامه مطالعات جوانان، شماره ۱۴ و ۱۵.
- فاضلی، محمد. (۱۳۸۲)، مصرف و سبک زندگی، قم، انتشارات صبح صادق.
- قادرزاده، امید. (۱۳۹۰)، تأثیر اشکال مختل سرمایه بر هویت جمعی زنان، زن در توسعه و سیاست، دوره ۹، شماره ۳، پاییز، صص ۳۵-۶۵.

- گروسی، سعیده و شیما شبستری (۱۳۹۰)، بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در بین زنان سرپرست خانوار در شهر کرمان، مجله مطالعات اجتماعی ایران، دوره پنجم، شماره ۱، بهار.
- گیدنز، آنتونی. (۱۳۸۶)، جامعه شناسی، ترجمه حسن چاوشیان، تهران، انتشارات نی.
- لهسایی زاده، عبدالعلی و گلمراد مرادی (۱۳۸۶)، رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در مهاجران، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال هفتم، شماره ۲۶، پاییز.
- Bagheri Noaparast, E. (2011). Social Capital, Family Supports and Mental Health among a Female Group in Tehran, *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 2449 – 2451.
- Baum F. (1999). Social Capital: is it good for your health? Issues for a public health agenda. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1999; 53: 4: 195-196.
- Bennett, T., M. Savage, E. Silva, A. Warde, M. Gayo-Cal and D. Wright (2005). Cultural Capital and the Cultural Field in Contemporary Britain. Centre for Research on Socio-Cultural Change Working Paper No. 3.
- De Silva, M. J., Huttly, S. R., Harpham, T., & Kenward, M. G. (2007). Social capital and mental health: A comparative analysis of four low income countries. *Social Science & Medicine*, 64, 5-20.
- Dixon, D., S. Cruess, K. Kilbourn, N. Klimas, M. Fletcher, G. Ironson, A. Baum, N. Schneiderman, and M. H. Antoni (2001). Social support mediates loneliness and human herpesvirus type 6 (HHV-6) antibody titers. *Journal of Applied Social Psychology* 31 (6): 1111–1132.
- Folland S. (2008). An economic model of social capital and health. *Health Econ Policy Law*. Oct;3(Pt 4):333-48.
- Gilbert Keon L., Sandra C. Quinn, Robert M. Goodman, James Butler and John Wallace (2013). A meta-analysis of social capital and health: A case for needed research, *Journal of Health Psychology* 18(11) 1385 – 1399.
- Goldberg, D. F., R. Gater, N. Sartorius and T. B. Ustun (1997). “The Validity Of Two Versions of the GHQ in the WHO Study of Mental Illness in General Health Care”, *Psychological Medicine*, 27 (1): 191-197.
- Halpern, D. (2005). *Social capital*, London: Polity Press.
- Harpham, T., Grant, E., & Rodrigues, C. (2004): Mental health and social capital in Cali, Colombia. *Social Science & Medicine*, 58, 2267-2277.
- HBSC (2001). Breakthrough ideas for today's business agenda. *Harvard Business Review*, 79: 4: 123-128.
- Kawachi, I. & Subramanian, S.V. & Kim, D. (2008). *Social Capital and Health*. New York: Springer.

- Kawachi, I; Kennedy, B.P; Wilkinson, R.G (1999). The society and population health reader, vol. 1 – income inequality and health. New York: The New Press.
- Khawaja, Marwan and Mowafi, Mona (2007). Types of cultural capital and self-rated health among disadvantaged women in outer Beirut, Lebanon, J Public Health, 35(5): 475-480.
- Kim B. J and Harris L. M. (2012). Social Capital and Self-Rated Health Among Older Korean Immigrants, Journal of Applied Gerontology 32(8) 997 –1014.
- Lindstrom, M. & Rosvall, M. (2012). Marital Status, Social Capital, economic stress, and mental health: A population-based study, The Social Science Journal, 49, 339–342.
- McCulloch, A. (2001): Social environments and health: Cross-sectional national survey. British Medical Journal 323: 208–209.
- Nakhaie M. Reza, Lisa K. Smylie and Robert Arnold (2007). Social Inequalities, Social Capital, and Health of Canadians, 2007 39: 562 Review of Radical Political Economics.
- Rose, R. (2000). How much does social capital add to individual health? A survey study of Russians. Social Science & Medicine 51: 1421–1435.
- Shoul Maile (2009). Social Capital Theory and Public Health: A Review, Behavioral Sciences and Public Health.
- Subramanian S V; Kawachi I; Kennedy B P (2001). Does the state you live in make a difference? Multilevel analysis of self-rated health in the US. Social Science and Medicine; 53; 9-19.
- Sullivan, Alice (2001). "Cultural capital and educational attainment, Sociology.(53): 893-912.
- Yiengprugsawan, Vasoontara, Khamman, Suwanee, Seubsman, Sam-ang, Lim, Lynette L-Y and Sleight, Adrian C. (2011). Social capital and health in a national cohort of 82,482 Open University adults in Thailand, J Health Psychol, 16(4):632–642.

یادداشت شناسه مؤلفان

کمال کوهی: استادیار مؤسسه تحقیقات اجتماعی، دانشکده حقوق و علوم اجتماعی، دانشگاه تبریز، آذربایجان شرقی، ایران. (نویسنده مسؤول)

نشان الکترونیک: k.koohi@tabrizu.ac.ir

سعید سلطانی بهرام: دانشجوی دکترای جامعه شناسی اقتصادی و توسعه، دانشگاه تبریز، آذربایجان شرقی، ایران.

General Health And Multiple Forms Of Capital

K. Koohi
S.Soltani Bahram

Abstract

Introduction: Rate health of community members, particularly young, is considered one of the most important factors for sustainable development and achieve sustainable development depends on healthy communities and healthy individuals. in this context, the present paper is to determine rate young general health and the effect of social, cultural, economic capital studied on general health

Method: Research done through survey method in 1391 and The Target Population included young people 15 to 30 years in East Azerbaijan Province that are approximately 1253187 person .of this number, 388 person were selected by multistage random cluster sampling for the study. the data collection tool was questionnaire. The reliability analysis of the questionnaire variables also shows that high reliability. also, for the analysis of data was used SPSS software version 22

Result: the findings show that the young people have a high level of general health (71/2 of 100/0) and social capital, economic capital and cultural capital variables are positive and significant correlation with general health. by increasing the rate of capital will improve the general health of youth. In this study, no significant correlation between age and youth general health. Overall, results showed that social, economic and cultural capitals have been explained 13.2 percent of variations in youth general health.

Conclusions: social capital, economic capital and cultural capital determines are appropriate for the young general health. Among the multiple forms of capital, economic capital one of the most important factors is to strengthen the young general health.

Keywords

general health, social capital, cultural capital, economic capital, youth