

بررسی رابطه میزان سرمایه اجتماعی با کیفیت زندگی سرپرستان

خانوارهای ساکن تهران

دکتر محمد زاهدی اصل*

جواد فرخی**

تاریخ دریافت: ۸۷/۱۲/۲۵

تاریخ پذیرش: ۸۸/۱۲/۹

چکیده

از «کیفیت زندگی» با توجه به جنبه‌های مختلف آن، تعاریف متنوعی ارائه شده است و نهادها و سازمان‌های ملی و بین‌المللی، اقدام به شاخص‌سازی و سنجش آن در دو دهه اخیر کرده‌اند. در ارزیابی کیفیت زندگی، دو رویکرد عمده اسکاندیناویایی (تأکید بر شرایط عینی زندگی) و آمریکایی (تأکید بر شرایط ذهنی زندگی) مطرح است که امروزه در بسیاری از تحقیقات، به صورت توأم در نظر گرفته می‌شود.

* استاد مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی

** کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی

دانشگاه تورنتو با ایجاد واحد تحقیق در این خصوص، از سال ۱۹۹۴ فعالیت وسیعی را آغاز کرده و روش‌های مختلفی را برای ارزیابی کیفیت زندگی به کار گرفته است که اغلب آنها متمرکز بر «سلامت» و ابعاد آن بوده است. مؤسسه «مرسر» نیز به عنوان یکی از نهادهای معتبر مطالعاتی بین‌المللی، در جدیدترین بررسی خود در سال ۲۰۰۶، وضعیت کیفیت زندگی در ۲۱۵ شهر بزرگ دنیا را رتبه‌بندی کرده است که شهر تهران در رتبه ۱۷۷ قرار دارد. در خصوص عوامل مرتبط با کیفیت زندگی نیز تحقیقات مختلفی انجام گرفته است که با توجه به موضوع مقاله حاضر، می‌توان به بررسی‌های «لین» و «میلور» اشاره کرد که نشان دهنده وجود ارتباط بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی با سرمایه اجتماعی است. بر همین اساس الگوی نظری در قالب یک فرضیه اصلی (رابطه کیفیت زندگی و سرمایه اجتماعی) و چهار فرضیه فرعی (رابطه سرمایه اجتماعی با ابعاد سلامت جسمانی، روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیطی) طراحی شده که پس از آزمون فرضیه‌ها بر روی سرپرستان خانوارهای تهرانی به روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای در تابستان ۱۳۸۶، ارتباط بین سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی و ابعاد چهارگانه آن مورد تایید قرار گرفت. در تحلیل رگرسیون از تأثیر میزان سرمایه اجتماعی بر کیفیت زندگی نیز، میزان تأثیرگذاری بر سلامت جسمانی در کمترین حد و سلامت روابط اجتماعی در بیشترین حد بوده است که در نهایت مؤید نظریه «لین»، دیدگاه میلور و همکاران و همچنین گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی مبنی بر تأثیر سرمایه اجتماعی بر ابعادی از سلامت اجتماعی و رضایت از زندگی به عنوان بخش‌هایی از کیفیت زندگی می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، سلامت جسمانی، سلامت روانی، سلامت

روابط اجتماعی، سلامت محیطی، سرمایه اجتماعی، اعتماد، همکاری

مقدمه

«کیفیت زندگی» مفهومی با تعاریف متنوع است که تا به حال به جنبه‌های مختلفی از آن پرداخته شده است. از یک سو این پدیده را با ارزش‌های مثبتی مانند شادی، موفقیت، سلامتی و رضایتمندی مرتبط دانسته و آن را مفهومی معرفی نموده‌اند که بر درک افراد از

اثراتی که حوادث و یا تجربیات، بر زندگیشان می گذارند، بنا شده است. این پدیده میزان رضایتمندی فردی در حوزه های اساسی زندگی افراد و یا در ابعادی که برای آنها مهم تصور می شود را نشان می دهد، که جهت سنجش آن متغیرهایی در سطح خرد به کار گرفته می شود. در جای دیگر کیفیت زندگی در ادبیات توسعه پایدار و برنامه ریزی توسعه اجتماعی و مباحث اقتصاد نوین مطرح شده و جایگاه ویژه ای را بدست آورده و نهادها و سازمانهای مختلف با استفاده از شاخص های کلان در سطح ملی و محلی اقدام به شاخص سازی و سنجش آن می نمایند. «گروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی»^۱ و «مرکز ترویج بهداشت»^۲ در دانشگاه تورنتو از جمله گروه های پژوهشی می باشند که مفهوم کیفیت زندگی را به دقت تشریح کرده و پرسشنامه هایی را برای سنجش کیفیت زندگی فردی طراحی نموده اند.

مؤسسه «مرسر»^۳ که یک موسسه معتبر مطالعاتی در زمینه منابع انسانی در دنیا می باشد هر ساله با در نظر گرفتن ۳۹ معیار به ارزیابی وضعیت زندگی در شهرهای جهان می پردازد. این موسسه با بررسی شاخص های کیفیت زندگی در ۲۱۵ شهر بزرگ دنیا، این شهرها را از نظر وضعیت کیفیت زندگی در سال ۲۰۰۶ رتبه بندی نموده و بهترین و بدترین شهرهای جهان برای زندگی را معرفی کرده است. در این گزارش، شهر زوریخ با ۱۰۸/۲ امتیاز بهترین و شهر بغداد با ۱۴/۵ امتیاز بدترین شهر جهان معرفی شده است. در گزارش این مؤسسه شهر تهران با کسب امتیاز ۵۴/۱ در بین ۲۱۵ شهر جهان رتبه ۱۷۷ را بدست آورده است. (www.mercer.com).

قرار گرفتن تهران به عنوان یکی از شهرهای بزرگ دنیا در چنین رتبه ای نشانگر آن است که مردم این شهر در شرایطی به دور از استانداردهای جهانی و معیارهای قابل قبول شهرنشینی زندگی می کنند. چنین شرایطی علاوه بر ایجاد نگرانی های وسیع در میان

1 . WHOQOL

2 . Center of Health Promotion

3 . Mercer

شهروندان و مسئولین کشور، باعث می شود تا دولت ها و شرکت های چندملیتی در ایجاد شعبات خود و سرمایه گذاری در این شهر رغبتی از خود نشان نداده و سرمایه گذاران خارجی نیز تمایلی برای هدایت سرمایه خود به این شهر نداشته باشند که حداقل پیامد این موضوع می تواند بحران بیکاری و کمبود اشتغال باشد که در نهایت خود به بحران های اجتماعی شدیدتری بدل خواهد شد. اما نکته مهم این است که در حال حاضر چه عواملی می تواند در سطح خرد باعث تعدیل اثرات نامطلوب موجود، شده و در کیفیت زندگی ساکنین مؤثر باشد.

بررسی نظریه های موجود در این زمینه و مرور پژوهش های انجام شده نشان می دهد که میزان سرمایه اجتماعی و متغیرهای مربوط به آن نظیر اعتماد و همکاری بر کیفیت زندگی افراد در یک جامعه اثرگذار می باشد.

با توجه به مطالب عنوان شده، بررسی و سنجش میزان کیفیت زندگی سرپرستان خانوارهای ساکن در شهر تهران و تعیین تأثیر میزان سرمایه اجتماعی بر آن به عنوان موضوع این مقاله انتخاب شده است. به بیان دیگر، مقاله حاضر در پی پاسخ به دو سؤال اصلی است که اولاً کیفیت زندگی در بین سرپرستان خانوارهای شهر تهران چه وضعیتی دارد؟

و ثانیاً آیا میزان سرمایه اجتماعی با کیفیت زندگی سرپرستان خانوارهای شهر تهران ارتباط دارد؟

مبانی و چارچوب نظری

از مفهوم «کیفیت زندگی»^۱ به دلیل قابلیت معادل پذیری و همچنین چندوجهی بودن آن، تعریف واحدی که اتفاق نظر بر آن وجود داشته باشد ارائه نشده است بخصوص این که مؤلفه های تشکیل دهنده آن از شرایط زمان و مکان تأثیر می پذیرند. ولی با وجود مبهم

و غیرشفاف بودن آن، به عنوان یک معرف نهایی در ارزیابی سیاست‌های اجتماعی^۱ از مطلوبیت بالایی برخوردار است.

«کیفیت زندگی» برای اولین بار در کتاب «اقتصاد رفاه» توسط «آرتور سیسیل پیکو»^۲ اقتصاددان انگلیسی مطرح شد که بیشتر به شاخص‌های مادی توجه داشت ولی در اواخر دهه ۱۹۵۰ با توجه به ابعاد غیرمادی آن مجدداً توسط «جی. کی. گالبرایت»^۳ مطرح شد. (Stale of the Ast No 1. 2003-9)

به تدریج جنبش‌های اجتماعی، کیفیت زندگی را در کانون توجه خود قرار داده و مطالعات فراوانی در رشته‌های مختلف بر روی آن انجام شد، و ارزیابی کیفیت زندگی از طریق مجموعه‌متنوعی از معرف‌های اجتماعی از دهه‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ آغاز شد که پاسخ به افزایش تقاضای جامعه برای کسب اطلاعات جهت حمایت از سیاست‌های اجتماعی فعال و کمیّت‌پذیر کردن آن در راستای سنجش رفاه بشری بود.

در پاره‌ای از نظریه‌ها کیفیت زندگی در دو سطح خرد (فردی - ذهنی) و کلان (اجتماعی - عینی) مورد بحث قرار می‌گیرد. اشتغال، درآمد، مسکن، آموزش و پرورش و سایر شرایط زندگی و محیطی در سطح کلان مدنظر قرار می‌گیرد و ادراکات کلی کیفیت زندگی، خوشبختی، رضایت از زندگی، تجارب و ارزش‌های فردی در سطح خرد مطرح می‌شود. لازم به ذکر است که در برخی از مباحث نظری مبتنی بر سطح عینی کیفیت زندگی، مفهوم «رفاه»^۴ به عنوان معادل آن بکار می‌رود که بیشتر در مجامع علمی آمریکایی متداول است و بر این اساس مجموعه‌ای از شاخص‌های رفاه اجتماعی را در بر می‌گیرد. البته باید در نظر داشت که در تبیین مفهوم رفاه، توصیف ادراک افراد در مورد برخی از جنبه‌های زندگی‌شان نیز مدنظر قرار می‌گیرد.

-
- 1 . Social Policy
 - 2 . A. C. Pigou
 - 3 . J. K. Galbraith
 - 4 . welfare

برای یافتن پاسخ به این سؤال که «زندگی خوب» چگونه زندگی ای است - که از این طریق بتوان مفهوم کیفیت زندگی را درک کرد - دشواری‌هایی وجود دارد که تعمق در آن نشان می‌دهد که یک زندگی خوب از مجموعه متنوعی از شرایط به هم پیوسته تشکیل شده است که از سوی افراد مختلف به صورت متفاوت ارزیابی می‌شود، زیرا افراد هر جامعه در بستر زمان، کیفیت زندگی خود را به شیوه‌های مختلف و متفاوتی تعریف یا اعلام می‌کنند. بر همین اساس، سازمان بهداشت جهانی^۱ در سال ۱۹۹۳ کیفیت زندگی را به عنوان ادراک افراد از موقعیت‌شان در زندگی در حوزه‌های فرهنگی و نظام ارزشی که در آن قرار دارند و در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌های‌شان تعریف کرده است و ادراک افراد به این معناست که کیفیت زندگی باید از دریچه چشم افراد مورد سؤال، دیده شود.

«کالمن»^۲ معتقد است که در سنجش کیفیت زندگی باید به تفاوت یا شکاف موجود در یک دوره خاص بین انتظارات فرد و چیزهایی که او تجربه می‌نماید توجه نمود (Calman, 1986) و «برگنر»^۳ نیز اعلام کرده که کیفیت زندگی زمانی که فاصله بین اهداف بدست آمده و اهداف مورد انتظار کم می‌شود، افزایش می‌یابد (Bergner, 1989).

نمونه‌های فوق به روشنی نشان می‌دهد که در تبیین کیفیت زندگی، علاوه بر ابعاد عینی و ذهنی، به شرایط زمانی و مکانی و همچنین مجموعه ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی نیز باید توجه کرد و به همین دلیل رسیدن به یک تعریف مبتنی بر دیدگاه واحد غیرممکن به نظر می‌رسد.

در ارزیابی کیفیت زندگی، برخی از دانشمندان ارضاء نیازهای فردی را در کانون توجه خود قرار داده‌اند در حالی که عده‌ای دیگر، به شرایط عینی مبتنی بر ذهنیت افراد نسبت به رفاه خود توجه داشته‌اند و اعلام کرده‌اند که رفاه ذهنی به شدت با تعداد

1 . W.H.O
2 . Calman
3 . Bergner

انتخاب‌ها و فرصت‌هایی که افراد در زندگی داشته‌اند و نیز به میزان توانایی آنها برای استفاده از این فرصت‌ها ارتباط دارد. رفاه‌ذهنی مفهوم اصلی رویکرد روان‌شناختی به کیفیت زندگی می‌باشد و این احساس که زندگی از معنا برخوردار است، نگرش مثبت به زندگی، خوشبختی، استقلال و توانایی کنترل محیط زندگی از سطح بالایی از رفاه ذهن در سطح فرد حکایت می‌کند و علاوه بر آن، یک شبکه اجتماعی مناسب، سطح رفاه ذهنی را افزایش می‌دهد که در نهایت به ارزیابی مثبت از کیفیت زندگی منتهی می‌شود. در رابطه با ارزیابی کیفیت زندگی، دو رویکرد عمده وجود دارد. یک رویکرد معروف به رویکرد اسکاندیناویایی است که در کشورهای اروپایی رواج دارد و به شرایط عینی زندگی و رفاه افراد از طریق ارضاء نیازهای اولیه زندگی تأکید دارد. «جان درنیوسکی»^۱ و «ریچارد تیتموس»^۲ از بنیان‌گذاران آن رویکرد هستند. رویکرد دیگر، رویکرد آمریکایی بوده و تأکید بر تجارب فرهنگی افراد در زندگی‌شان دارد که «رضایت‌مندی»^۳ و «خوشبختی»^۴ به عنوان معرف‌های اصلی این سنجش به کار برده می‌شود. «آنگوس کمپبل»^۵ به عنوان یکی از طرفداران این رویکرد معتقد است که شهروندان، بهترین قضاوت‌کنندگان در خصوص موقعیت زندگی خود می‌باشند و لذا کیفیت زندگی را باید از دریچه چشم آنها مشاهده نمود (State of the Ast. No 1.2003: 11).

دانشگاه تورنتو با ایجاد واحد تحقیق کیفیت زندگی در سال ۱۹۹۴ فعالیت‌های وسیعی را در خصوص ارزیابی کیفیت زندگی انجام داده است که بر ارزیابی مرتبط با «سلامت»^۶ متمرکز بوده است. از منظر پژوهشگران و اندیشمندان این واحد، کیفیت زندگی یعنی میزان برخورداری فرد از امکانات مهم موجود در زندگی و لذت بردن از آن (Brownetal, 1993).

- 1 . J. Dernowski
- 2 . R. Titmus
- 3 . Satisfaction
- 4 . Happiness
- 5 . A. Campbell
- 6 . Health

چارچوب مفهومی در دیدگاه این متفکرین شامل «بودن»^۱، «تعلق داشتن»^۲ و «تحقق یافتن»^۳ می‌باشد و کیفیت زندگی متشکل از اهمیت نسبی یا ارزش داده شده به هر بعد خاص و اندازه برخورداری فرد از آن ابعاد می‌باشد. اگر در این مفاهیم سه‌گانه تعمق کنیم ابعاد چهارگانه سلامت را در محتوای این مفاهیم متوجه خواهیم شد. سلامت جسمانی^۴ و سلامت روانی^۵ را در مقوله «بودن»، سلامت روابط اجتماعی^۶ را در مقوله تعلق داشتن و سلامت محیطی^۷ را همراه با سه بعد دیگر سلامت در مقوله تحقق یافتن و لذا همانگونه که قبلاً نیز اشاره شد سازمان بهداشت جهانی در تعریف و تبیین کیفیت زندگی به سلامت فیزیکی، وضعیت روانی، سطح استقلال، روابط اجتماعی و رابطه آنها با خصوصیات محیط به صورت توأم توجه کرده است. ضمناً بانک جهانی^۸ و سازمان همکاری و توسعه اقتصادی^۹ سرمایه اجتماعی را به عنوان بخش مهمی از استراتژی‌های خود برای کاهش فقر و افزایش نتایج مطلوب سیاست‌های اجتماعی که ارتقاء کیفیت زندگی را هدف می‌گیرد در نظر گرفته‌اند.

تحقیقات مختلف حاکی از این است که بهبود و پیشرفت سطح «سرمایه اجتماعی»^{۱۰} می‌تواند به کیفیت زندگی و رفاه مورد انتظار ختم شود چنانچه «لین»^{۱۱} در بررسی خود، نتایج حاصل از سرمایه اجتماعی را با عناوین نتایج سودمند (دارایی، قدرت، شهرت) و نتایج پرمعنا (سلامت جسمانی، روانی و رضایت از زندگی) طبقه‌بندی می‌نماید (Lin, 2001: 6). «میلور»^{۱۲} و همکارانش نیز در سال ۱۹۹۹ در تحقیقات خود به این نتیجه

-
- 1 . Being
 - 2 . Belonging
 - 3 . Becoming
 - 4 . Physical Health
 - 5 . Mental Health
 - 6 . Social Relationships Health
 - 7 . Environment Health
 - 8 . World Bank
 - 9 . OECD
 - 10 . SocialCapital
 - 11 . Lin
 - 12 . Mellor

رسیدند که محتوا، نوع و کیفیت شبکه روابط با سرمایه اجتماعی، تأثیرات زیادی بر موفقیت افراد در حوزه‌های مختلف زندگی آنها و کل کیفیت زندگی‌شان برجا می‌گذارد. «هارپر»^۱ نیز در پژوهش‌های خود این ایده را مطرح می‌کند که افزایش سرمایه اجتماعی به کاهش نرخ جرم و جنایت، ارتقاء سلامت و بهداشت، افزایش طول عمر و موفقیت در عرصه‌های مختلف می‌انجامد (Harper, 2001: 7).

در مقاله حاضر فرضیه اصلی و دو مورد از فرضیه‌های فرعی با استناد به نظریه «لین» مطرح شده که معتقد است عناصر سرمایه اجتماعی با افزایش ارتباطات و سطح دسترسی به منابع، در نهایت منجر به ایجاد نتایجی مانند سلامت جسمانی، سلامت روانی و رضایت از زندگی خواهد شد که این عوامل علاوه بر آن که بخشی از کیفیت زندگی محسوب می‌شوند، خود در افزایش دیگر سطوح مرتبط با مفهوم کیفیت زندگی به طور مثبت و مستقیم اثرگذار می‌باشند.

سومین فرضیه فرعی مقاله نیز مستند بر دیدگاه «میلور» و همکارانش می‌باشد که اعلام می‌دارند، محتوا، نوع و کیفیت شبکه روابط با سرمایه اجتماعی، در کیفیت زندگی افراد تأثیرگذار است. و بالاخره چهارمین فرضیه فرعی نیز بر اساس گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی تنظیم شده است که در تبیین رابطه سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی به خصوصیات و شرایط محیط در کنار سایر مقدمات مربوط به کیفیت زندگی توجه دارد. با عنایت به مباحث مطرح شد به ترتیب، فرضیه اصلی و فرضیه‌های فرعی چهار گانه به شرح زیر مطرح می‌شود.

فرضیه اول: بین میزان سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی سرپرستان خانوار رابطه معناداری وجود دارد.

فرضیه دوم: بین میزان سرمایه اجتماعی و سلامت جسمانی سرپرستان خانوار رابطه معناداری وجود دارد.

فرضیه سوم: بین میزان سرمایه اجتماعی و سلامت روانی سرپرستان خانوار رابطه معناداری وجود دارد.

فرضیه چهارم: بین میزان سرمایه اجتماعی و سلامت روابط اجتماعی سرپرستان خانوار رابطه معناداری وجود دارد.

فرضیه پنجم: بین میزان سرمایه اجتماعی و سلامت محیطی سرپرستان خانوار رابطه معناداری وجود دارد.

روش تحقیق

روش پژوهش حاضر، توصیفی و از نوع «پیمایشی»^۱ بوده و جمعیت مورد مطالعه راکلیه سرپرستان خانوارهای ساکن شهر تهران در زمان گردآوری اطلاعات (۲۰ تیر الی ۱۰ مرداد سال ۱۳۸۶) تشکیل می‌دهند. که بر اساس سرشماری نفوس و مسکن سال ۱۳۸۵، ۲۲۶۶۹۸۴ نفر را شامل می‌شود.

با استفاده از فرمول کوکران با در نظر گرفتن شکاف جمعیتی $P=0/5$ و پذیرش خطای ۰/۰۵، تعداد حجم نمونه ۳۸۴ نفر برآورد شد. روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای بوده و مناطق ۲۲ گانه شهر تهران به سه بخش (حوزه) تقسیم و در هر حوزه یک منطقه به صورت تصادفی انتخاب شد. سپس در هر منطقه منتخب، با توجه به تعداد خانوارهای ساکن و با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای متناسب با حجم جمعیت، تعداد نمونه‌های مورد نیاز مشخص شد و سپس نقشه این مناطق تهیه و تمام بلوک‌های موجود در نقشه شماره‌گذاری شد. به کمک روش نمونه‌گیری تصادفی متناسب با حجم بلوک‌ها در هر منطقه تعدادی از این بلوک‌ها به صورت تصادفی انتخاب و خانوارها در هر بلوک به روش سیستماتیک انتخاب شدند.

ابزار مورد نظر در این پژوهش با استفاده از آزمون‌های معتبر در خصوص سنجش کیفیت زندگی «فهرست مصاحبه‌ای»^۱ طراحی شد. و اعتبار آن مورد تأیید رشته‌های مددکاری اجتماعی، جامعه‌شناسی و پزشکی قرار گرفت و چنانچه جدول زیر نشان می‌دهد پایایی آن نیز تأیید شد.

جدول میزان آلفای کرونباخ مفاهیم مورد بررسی در پژوهش

ردیف	مفهوم	آزمون اولیه	آزمون نهایی	تعداد گویه‌ها
۱	سلامت جسمانی	۰/۶۶۱۱	۰/۸۴۶۲	۷
۲	سلامت روانی	۰/۶۰۰۴	۰/۸۰۸۱	۶
۳	سلامت روابط اجتماعی	۰/۳۸۹۱	۰/۵۶۶۰	۳
۴	سلامت محیطی	۰/۷۵۳۸	۰/۷۳۹۲	۸
۵	اعتماد	۰/۶۶۹۶	۰/۷۶۵۶	۸
۶	همکاری	۰/۵۸۱۲	۰/۶۵۹۶	۸
۷	سرمایه اجتماعی	۰/۷۲۶۰	۰/۸۱۱۶	۱۶

سنجش مفهوم کیفیت زندگی در این پژوهش براساس الگویی که توسط سازمان بهداشت جهانی ارائه شده است انجام گرفت.

این پرسشنامه برای ارزیابی کیفیت زندگی، چهار بُعد سلامت جسمانی، روانی، روابط اجتماعی و محیطی را در مجموع با ۲۴ سؤال می‌سنجد. دو سؤال نیز که به هیچ یک از ابعاد فوق تعلق نداشته و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهد، در این مقیاس گنجانده شده است.

این پرسشنامه توسط خانم دکتر سحرناز نجات - که عضو هیأت علمی گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران می‌باشد - در سال ۱۳۸۴ استاندارد سازی و هنجاریابی شده است (نجات، ۱۳۸۵: ۱-۱۲). برای اجتناب از طولانی شدن مقاله، مجموعه سوالات ۲۶ گانه و امتیازات مربوطه آنها در جداول زیربط در بخش تحلیل یافته‌ها معرفی شده است.

ابعاد کیفیت زندگی در سطح فاصله‌ای مورد سنجش قرار گرفته است و در نهایت، پس از استاندارد کردن نمرات هر چهار بُعد و جمع نمرات استاندارد، نمره کیفیت زندگی به دست آمده است.

در خصوص سرمایه اجتماعی و نیز با عنایت به این موضوع که جامعه آماری مورد نظر کلیه سرپرستان خانوارهای ساکن در شهر تهران می‌باشند دو شاخص «اعتماد» و «همکاری» برای سنجش سرمایه اجتماعی مورد استفاده قرار گرفتند.

«اعتماد»^۱ به اعتقاد فوکویاما انتظاری است که بر پایه یک سری رفتارهای منظم، صادقانه و مشارکتی (براساس هنجارهای مشترک متداول) در فرد نسبت به سایر افراد آن اجتماع بوجود می‌آید (فوکویاما، ۱۳۷۹). به اعتقاد پاتنام اعتماد از عناصر ضروری برای تقویت همکاری بوده و حاصل پیش‌بینی پذیری رفتار دیگران است که در یک جامعه کوچک از طریق آشنایی نزدیک با دیگران حاصل می‌شود، اما در جوامع بزرگ‌تر و پیچیده‌تر یک اعتماد غیرشخصی‌تر یا شکل غیرمستقیمی از اعتماد ضرورت دارد (پاتنام، ۱۳۸۰).

هفت سؤال برای سنجش میزان اعتماد مطرح شده است که در سطح فاصله‌ای مورد اندازه‌گیری قرار گرفته است.

در خصوص «همکاری»^۱ پاتنام نوع خاصی از هنجارهای همکاری رامولدترین جزء سرمایه اجتماعی دانسته و بیان می‌کند که «ملاک سرمایه اجتماعی اصل همکاری تعمیم یافته است».

او در تعریف هنجارهای همکاری به دو نوع متوازن و تعمیم یافته اشاره می‌نماید.
(Putnam, 2000: 134).

هشت سؤال برای سنجش میزان همکاری پاسخگویان در پرسشنامه طراحی و در مقیاس پنج درجه‌ای و سطح فاصله‌ای اندازه‌گیری شده است.

یافته‌های پژوهش

۱- ابعاد کیفیت زندگی سرپرستان خانوارهای ساکن تهران

۱-۱- سلامت جسمانی

برای سنجش بُعد سلامت جسمانی ۷ سؤال طراحی شده است که داده‌های گردآوری شده در این تحقیق در رابطه با هر کدام از سوالات در جدول زیر معرفی شده است:

ارقام مندرج در جدول، حاکی از این است که ۶۸ درصد از پاسخگویان از توانایی کاری خود راضی و بسیار راضی بوده‌اند و نزدیک نیمی از آنها خود را نیازمند درمان پزشکی برای فعالیت‌های روزمره زندگی اعلام نکرده‌اند.

جدول ۱: توزیع افراد مرود مطالعه برحسب وضعیت سلامت جسمانی

ردیف	سؤال	اصلاً / خیلی بد / خیلی ناراضی	کمی / بد / ناراضی	متوسط / نه بد / نه خوب نه / ناراضی نه راضی	زیاد / خوب / راضی	خیلی زیاد / خیلی خوب / خیلی راضی	جمع
۱	درد جسمانی چقدر مانع انجام کارهای مورد نظرتان می شود؟	۳۰/۲	۳۵	۲۰	۱۱/۸	۳	۱۰۰
۲	چقدر برای انجام فعالیتهای روزمره زندگی، نیازمند درمان پزشکی هستید؟	۴۵/۷	۳۰/۳	۱۳/۵	۸/۵	۲/۱	۱۰۰
۳	آیا برای زندگی روزمره انرژی کافی دارید؟	۶/۲	۱۳/۳	۴۵/۸	۲۶/۲	۸/۵	۱۰۰
۴	تحرک و چابکی خود را چگونه ارزیابی می کنید؟	۳/۳	۹/۷	۳۱/۵	۴۲/۸	۱۲/۷	۱۰۰
۵	چقدر از خواب خود رضایت دارید؟	۹/۵	۱۴/۳	۲۸/۲	۳۷/۳	۱۰/۷	۱۰۰
۶	چقدر از توانایی خود در انجام امور روزمره زندگی رضایت دارید؟	۲	۸/۸	۳۱/۵	۴۷/۲	۱۰/۵	۱۰۰
۷	چقدر از توانایی خود برای کار کردن رضایت دارید؟	۲/۳	۷	۲۲/۷	۵۳/۵	۱۴/۵	۱۰۰

اگر جهت منفی دو ردیف اول جدول را در نظر بگیریم مجموعه محاسبات حاکی از احساس سلامت از سوی قریب به ۶۰ درصد جمعیت مورد مشاهده است. برای تبیین بُعد سلامت جسمانی، داده های ۷ مقوله مربوط به آن (با لحاظ کردن جهت منفی دو مقوله اول) باهمدیگر ترکیب شد و نمره مربوط به هر فرد از صفر تا یکصد در نظر گرفته شد. با توجه به کمترین و بیشترین نمره (۱۳ و ۱۰۰) میانگین محاسبه شده عدد ۶۴/۴ و ضریب چولگی عدد منفی ۰/۵۵۸ را نشان می دهد که حاکی از ابراز رضایت از سلامت جسمانی بیشتر پاسخگویان است.

۲-۱- سلامت روانی:

برای سنجش بعد سلامت روانی ۶ سؤال طراحی شده است که داده‌های گردآوری شده در این تحقیق در رابطه با هر کدام از سوالات در جدول زیر مطرح شده است:

جدول ۲: توزیع افراد مورد مطالعه برحسب وضعیت آنها در رابطه با سوالات مربوط به

بعد سلامت روانی

ردیف	سؤال	اصلاً / خیلی بد / خیلی ناراضی	کمی / بد / ناراضی	متوسط / نه بد / نه خوب نه ناراضی / نه راضی	زیاد / خوب / راضی	خیلی زیاد / خیلی خوب / خیلی راضی	جمع
۱	چقدر از زندگی خود لذت می‌برید؟	۵/۳	۱۵	۴۴	۲۶/۲	۹/۵	۱۰۰
۲	چقدر احساس می‌کنید که زندگی شما معنادار است؟	۷/۸	۱۱/۲	۳۱/۵	۳۴/۸	۱۴/۷	۱۰۰
۳	در انجام امور خود، چقدر قادر به تمرکز هستید؟	۳/۸	۱۷/۳	۳۶/۲	۳۶/۲	۶/۵	۱۰۰
۴	آیا از شکل ظاهری بدن خود راضی هستید؟	۳/۵	۱۰	۳۵/۵	۳۴/۸	۱۶/۲	۱۰۰
۵	چقدر از خودتان رضایت دارید؟	۳/۸	۸/۲	۲۵/۸	۵۰/۲	۱۲	۱۰۰
۶	چقدر دچار حالتی مانند دل‌گرفتگی، ناامیدی، اضطراب و افسردگی می‌شوید؟	۳/۸	۲۵	۴۱/۲	۲۴	۶	۱۰۰

ارقام مربوط به جدول فوق حاکی از این است که نزدیک به نیمی از پاسخگویان، معنادار بودن زندگی خود را در حد زیاد و خیلی زیاد اعلام کرده‌اند و این در شرایطی است که تنها نزدیک به هشت درصد آنها، زندگی را بی‌معنای عنوان کرده‌اند. رضایت از خود با بیش از ۶۲ درصد در صدر امتیازات قرار دارد. نکته حائز اهمیت اینکه حدود ۳۰ درصد از افراد مورد مشاهده ناامیدی، افسردگی و اضطراب را در حد زیاد و خیلی زیاد

اعلام کرده‌اند. با امتیازدهی گویه‌های شش گانه سلامت روانی از صفر تا یکصد و با در نظر گرفتن حداقل (۶) و حداکثر امتیاز مکتسبه (۹۴)، میانگین مربوط به بعد سلامت اجتماعی ۵۷/۹ و نمره چولگی، منفی ۰/۴۴۱ برآورد می‌شود. یعنی میزان سلامت روانی جمعیت مورد بررسی بالاتر از میانگین می‌باشد.

۳-۱- سلامت روابط اجتماعی

برای سنجش بُعد سلامت روابط اجتماعی ۳ سؤال طراحی شده است که داده‌های گردآوری شده در این تحقیق در رابطه با هر کدام از سؤالات در جدول زیر آورده شده است:

جدول ۳- توزیع افراد مورد مطالعه بر حسب وضعیت سلامت روابط اجتماعی

ردیف	سؤال	اصلاً	کمی	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	جمع
۱	چقدر از روابط شخصی خود رضایت دارید؟	۰/۵	۷/۱	۲۰/۴	۵۳/۳	۱۸/۷	۱۰۰
۲	چقدر از روابط جنسی خود رضایت دارید؟	۳/۲	۱۱/۸	۳۳	۳۷/۸	۱۴/۲	۱۰۰
۳	چقدر از حمایتی که از دوستان خود دریافت می‌کنید راضی هستید؟	۱۱/۸	۲۰/۱	۳۳/۴	۲۹/۹	۴/۸	۱۰۰

ارقام مندرج در جدول نشان دهنده رضایت ۷۲ درصد از جمعیت مورد مشاهده از روابط شخصی خود است که این موضوع بی‌ارتباط با سنت‌های حاکم بر جامعه نیست. مطابق آنچه که در ابعاد جسمانی و روانی کیفیت زندگی مطرح کردیم با ترکیب سؤالات مربوط به روابط اجتماعی و امتیازدهی به آن میانگین بُعد سلامت روابط اجتماعی رقم

۶۰/۵ و چولگی آن، عدد منفی ۰/۴۰۰ را نشان می‌دهد که حاکی از میزان سلامت روابط اجتماعی بالاتر از میانگین است.

۴-۱- سلامت محیطی

برای سنجش بُعد سلامت محیطی ۸ سؤال طراحی شده است که داده‌های گردآوری شده در این تحقیق در رابطه با هر کدام از سوالات در جدول زیر درج شده است:

جدول ۴- توزیع افراد مورد مطالعه برحسب وضعیت بعد سلامت محیطی

ردیف	سؤال	اصلاً / خیلی ناراضی	کمی / ناراضی	متوسط / نه ناراضی / نه‌راضی	زیاد / راضی	خیلی زیاد / خیلی راضی	جمع
۱	چقدر در زندگی روزمره خود احساس امنیت می‌کنید؟	۱۰/۳	۱۶/۸	۳۹	۲۶/۱	۷/۸	۱۰۰
۲	محیط اطراف شما، تا چه حد سالم است؟	۹/	۱۸/۹	۴۹/۲	۱۷/۴	۵/۵	۱۰۰
۳	آیا برای رفع نیازهای خود، پول کافی دارید؟	۱۳/۸	۲۹/۷	۴۸/۸	۶/۷	۱	۱۰۰
۴	چقدر به اطلاعات مورد نیاز زندگی روزمره خود دسترسی دارید؟	۱	۲۸/۵	۴۵	۲۲	۳/۵	۱۰۰
۵	به چه میزان امکان فعالیتهای تفریحی دارید؟	۲۰/۸	۳۲/۵	۳۱	۱۲/۷	۳	۱۰۰
۶	چقدر از شرایط محیط زندگی خود رضایت دارید؟	۷/۶	۱۵/۶	۴۴/۵	۲۵	۷/۳	۱۰۰
۷	چقدر از دسترسی خود به خدمات بهداشتی و درمانی رضایت دارید؟	۷/۸	۱۶/۸	۴۱	۲۹/۹	۴/۵	۱۰۰
۸	چقدر از وضعیت رفت و آمد خود احساس رضایت دارید؟	۵/۳	۲۸/۷	۲۷/۳	۳۵/۵	۳/۲	۱۰۰

بررسی اطلاعات مندرج در جدول ۴ حاکی از این است که بیشترین پاسخ‌های منفی مربوط به عدم امکان فعالیت‌های تفریحی و کمترین آن در خصوص دسترسی به اطلاعات مورد نیاز زندگی بوده است. احساس رضایت از وضعیت ایاب و ذهاب نیز با عدد ۳۸/۷ درصد شایان توجه است. عدم احساس سلامت محیط از سوی قریب به ۲۸ درصد از پاسخگویان نیز (در مقابل حدود ۲۳ درصد) قابل تعمق است. با دادن امتیاز صفر تا یکصد به مقولات هشت گانه سلامت محیطی برای هر فرد پاسخگو، میانگین امتیاز کسب شده عدد ۴۸/۸ را نشان می‌دهد که حاکی از حالت بینابین نظرات اعلام شده در طیف پنج درجه‌ای می‌باشد.

باید اضافه کرد که در پرسشنامه مربوط به کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی دو سؤال که به هیچ یک از ابعاد کیفیت زندگی تعلق نداشته و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهند گنجانیده شده است که داده‌های مربوط به این دو سؤال در جدول زیر ارائه شده است:

جدول ۵- توزیع افراد مورد مطالعه برحسب وضعیت آنها در رابطه با دو سؤال کلی

سلامت و کیفیت زندگی

ردیف	سؤال	اصلاً / خیلی ناراضی	کمی / ناراضی	متوسط / نه ناراضی / نه ناراضی	زیاد / راضی	خیلی زیاد / خیلی راضی	جمع
۱	کیفیت زندگی خود را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۲/۵	۶/۵	۴۲/۷	۴۰/۸	۷/۵	۱۰۰
۲	چقدر از سلامت خود راضی هستید؟	۱/۵	۹	۱۸/۵	۵۳/۲	۱۷/۸	۱۰۰

اطلاعات جدول ۵ به روشنی نشان می‌دهد که بیش از ۷۰ درصد از پاسخگویان از سلامت خود اعلام رضایت کرده‌اند و ۴۸/۳ درصد نیز کیفیت زندگی خود را خوب و خیلی خوب ارزیابی کرده‌اند.

از ترکیب چهار بعد کیفیت زندگی و انجام محاسبات آماری و در نظر گرفتن نمرات استاندارد شده نمودار زیر ترسیم می‌شود.

نمودار توزیع افراد مورد مطالعه بر حسب نمره استاندارد شده کیفیت زندگی

با توجه به نمودار فوق، کمترین نمره تعلق گرفته به پاسخگویان از نظر متغیر کیفیت زندگی نمره ۱۰/۶۵- و بیشترین نمره، نمره ۷/۸۵ بوده است. با توجه به استاندارد شدن داده‌ها، میانگین صفر بوده و میانه ۰/۲۹، مد ۱/۵۹ و انحراف معیار ۳/۲۸ می‌باشد. با توجه به آماره‌های فوق و نیز منفی بودن نمره چولگی (۰/۴۲۷-) چوله توزیع بالا به راست متمایل بوده و بیانگر این نکته است که بیشتر پاسخگویان از نظر کیفیت زندگی بالاتر از

میانگین قرار گرفته‌اند. در نمودار ۱ به ترتیب نمرات ۱/۹۹- و ۲/۱۹ چارک‌های اول و سوم می‌باشند.

۲- سرمایه اجتماعی

سرمایه اجتماعی با دو شاخص اعتماد و همکاری مورد سنجش قرار گرفته است.

۲-۱- اعتماد

برای سنجش اعتماد از ۸ سؤال استفاده شده که توزیع نسبی پاسخگویان در رابطه با هر سؤال در جدول زیر ارائه شده است.

وضعیت مندرج در داده‌های جدول ۶ حاکی از میزان اعتماد متوسط به پایین جمعیت مورد مشاهده است. برای حصول اطمینان از این امر داده‌های مربوط به ۸ سؤال فوق را با هم ترکیب کرده و برای هر فرد امتیاز یک تا صد در نظر گرفته شده است که کمترین امتیاز مکتسبه ۶ و بیشترین آن یکصد بوده است. میانگین محاسبه شده ۳۶/۶ و نمره چولگی مثبت ۰/۵۸۲ بوده است که حاکی از اعتماد کمتر از میانگین جمعیت مورد مشاهده می‌باشد.

جدول ۶- توزیع افراد مورد مطالعه بر حسب وضعیت آنها در رابطه با سؤالات مربوط به بُعد اعتماد

ردیف	سؤال	خیلی کم	کم	تاحدودی	زیاد	خیلی زیاد	جمع
۱	فرض کنید مراقبت از فرزند کوچکی بر عهده شما قرار گرفته و شما مجبورید برای انجام کاری به بیرون از منزل بروید، تا چه حد امکان دارد مراقبت از کودک را برای چند ساعت به یکی از همسایه‌ها بسپارید؟	۶۴/۴	۱۷/۸	۸/۲	۶/۸	۲/۸	۱۰۰
۲	چنانچه یکی از آشنایان شما (به جز اعضاء خانواده) بخواهد از بانک وامی دریافت کند، تا چه حد امکان دارد ضامن ایشان شوید؟	۲۳	۲۰/۸	۳۸	۱۲	۶/۳	۱۰۰
۳	تا چه حد معتقدید که اعضاء خانواده شما مطابق با میل شما رفتار می‌کنند؟	۶/۳	۹/۸	۴۰/۱	۳۲/۷	۱۱/۱	۱۰۰
۴	تا چه حد معتقدید که دوستان شما مطابق با میل شما رفتار می‌کنند؟	۱۲/۵	۲۴/۵	۴۹/۲	۱۱/۳	۲/۵	۱۰۰
۵	در مجموع شما تا چه حد اعتقاد دارید که بیشتر مردم افرادی صادق و در برخورد با آنها نیازی به محتاطانه رفتار کردن نیست؟	۳۴	۲۶	۳۲/۲	۷	۰/۸	۱۰۰
۶	تا چه حد معتقدید که پلیس و نیروی انتظامی مطابق با میل شما رفتار می‌کنند؟	۲۴/۸	۳۱/۵	۳۲	۱۰	۱/۷	۱۰۰
۷	تا چه حد معتقدید که دولت (رئیس جمهور و کابینه‌اش) مطابق با میل شما رفتار می‌کنند؟	۳۱/۱	۲۲/۱	۳۰/۴	۱۱/۱	۵/۳	۱۰۰
۸	تا چه حد معتقدید که نمایندگان مجلس مطابق با میل شما رفتار می‌کنند؟	۳۷	۲۴/۳	۳۰/۲	۸/۲	۰/۳	۱۰۰

۲-۲- همکاری

مشابه آنچه که در خصوص اعتماد عمل شد گویه‌های هشتگانه متغیر همکاری و نمرات کسب شده هر یک از آنها نیز در جدول ۷ نشان داده شده است.

جدول ۷- توزیع افراد مورد مطالعه بر حسب وضعیت آنها در رابطه با سوالات و گویه‌های مربوط به بعد همکاری

ردیف	سؤال	خیلی کم	کم	تاحدودی	زیاد	خیلی زیاد	جمع
۱	در انجام کارها تا چه حد با اعضاء خانواده خود مشورت می‌کنید؟	۳	۱۰	۲۸/۵	۴۴/۵	۱۴	۱۰۰
۲	در انجام کارها تا چه حد به سایر اعضاء خانواده کمک می‌کنید؟	۳/۵	۷/۳	۲۸	۴۴	۱۷/۲	۱۰۰
۳	چنانچه در محله شما قرار باشد پروژه‌ای مانند احداث پارک جدید، آسفالت خیابانها و یا درختکاری انجام شود تا چه حد از نظر زمانی یا مالی حاضر به مشارکت می‌باشید؟	۲۴/۵	۳۱/۸	۲۸/۵	۱۱/۲	۴	۱۰۰
۴	تا چه حد معتقدید که اگر با مشکلی مواجه شوید، همواره کسی برای کمک به شما وجود دارد؟	۲۱/۷	۲۳/۵	۳۱/۵	۱۴/۸	۸/۵	۱۰۰
۵	تا چه حد با این ایده موافقت می‌کنید: ما در کمک به دیگران، در حقیقت ما در دراز مدت به خودمان کمک کرده‌ایم؟	۲/۵	۸/۳	۳۲/۲	۳۲/۵	۲۴/۵	۱۰۰
۶	تا چه حد پیش آمده که شما از همسایه هایتان چیزی قرض بگیرید؟	۶۳/۳	۱۸/۵	۱۱	۴/۲	۳	۱۰۰
۷	تا چه حد در مراسم عروسی یا عزاداری اقوام یا آشنایان خود شرکت می‌کنید؟	۲/۵	۶	۲۶/۳	۴۲/۲	۲۳	۱۰۰
۸	تا چه حد در انتخابات شرکت می‌کنید؟	۱۵/۳	۱۴	۲۳/۳	۲۶	۲۱/۴	۱۰۰

ارقام جدول ۷ حاکی از این است که کمترین همکاری مربوط به امور عمران محلی و میزان تبادل کمک از همسایگان بوده و بیشترین همکاری نیز مربوط به امور خانواده می باشد. برای حصول اطمینان از چنین قضاوتی مطابق جدول های قبلی، با امتیاز دادن به پاسخ ها و در نظر گرفتن بیشترین امتیاز کسب شده (۸۸) و کمترین آن (۱۳)، میانگین محاسبه شده عدد ۵۳/۵ و انحراف معیار، عدد ۱۴/۸ و چولگی، عدد منفی ۰/۰۲۷ را نشان می دهد که حاکی از میزان همکاری بالاتر از میانگین می باشد.

در نهایت با جمع نمره اعتماد و همکاری پاسخگویان و محاسبه متوسط آن کمترین نمره تعلق گرفته به پاسخگویان از نظر سرمایه اجتماعی نمره ۱۲/۵ و بیشترین نمره، ۹۴ بوده است. میانگین آن ۴۳/۵، و انحراف معیار ۱۳/۶ می باشد. با توجه به مثبت بودن نمره چولگی (۰/۲۰۹+) چوله توزیع بالا به چپ متمایل بوده و بیانگر این است که بیشتر پاسخگویان از نظر متغیر میزان سرمایه اجتماعی نمره ای کمتر از میانگین را بدست آورده اند.

۳- آزمون فرضیه ها

۳-۱- فرضیه اول:

بین میزان سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی سرپرستان خانوارهای شهر تهران رابطه معنی دار وجود دارد.

محاسبات نشان می دهد که ضریب همبستگی پیرسون مابین دو متغیر سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی برابر ۰/۴۰۵ می باشد که در سطح ۰/۰۰۰۱ معنادار می باشد، بنابراین فرضیه اول تأیید شده و مبین این نکته است که رابطه معنادار مثبتی بین این دو متغیر وجود دارد. اثبات این فرضیه به این مفهوم است که با افزایش میزان سرمایه اجتماعی در جامعه مورد پژوهش بر کیفیت زندگی افراد افزوده می شود.

رابطه معنادار مثبت بین دو متغیر سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی در این پژوهش تقویت‌کننده نظریه‌هایی مانند نظریه لین است که سرمایه اجتماعی را در ایجاد و بالا رفتن کیفیت زندگی موثر می‌داند.

۲-۳- فرضیه دوم:

بین میزان سرمایه اجتماعی و سلامت جسمانی سرپرستان خانوارهای شهر تهران رابطه معنی‌داری وجود دارد.

ضریب همبستگی پیرسون مابین دو متغیر سرمایه اجتماعی و سلامت جسمانی برابر $0/123$ را نشان می‌دهد که در سطح $0/0001$ معنادار می‌باشد، بنابراین فرضیه دوم تأیید شده و مبین این نکته است که رابطه معنادار مثبتی بین این دو متغیر وجود دارد. اثبات این فرضیه به این مفهوم است که با افزایش سرمایه اجتماعی در جامعه مورد پژوهش، بر سلامت جسمانی افراد افزوده می‌شود.

۳-۳- فرضیه سوم:

بین میزان سرمایه اجتماعی و سلامت روانی سرپرستان خانوارهای شهر تهران رابطه معنی‌دار وجود دارد.

ضریب همبستگی پیرسون محاسبه شده مابین دو متغیر سرمایه اجتماعی و سلامت روانی برابر $0/340$ است که در سطح $0/0001$ معنادار می‌باشد، بنابراین فرضیه سوم تأیید شده و مبین این نکته است که رابطه معنادار مثبتی بین این دو متغیر وجود دارد. اثبات این فرضیه به این مفهوم است که با افزایش میزان سرمایه اجتماعی در جامعه مورد پژوهش، بر سلامت روانی افراد افزوده می‌شود.

۴-۳- فرضیه چهارم:

بین میزان سرمایه اجتماعی و سلامت روابط اجتماعی سرپرستان خانوارهای شهر تهران رابطه معنی دار وجود دارد.

محاسبات آماری نشان می‌دهد که ضریب همبستگی پیرسون مابین دو متغیر سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی برابر $0/459$ است که در سطح $0/0001$ معنادار می‌باشد، بنابراین فرضیه چهارم تأیید شده و مبین این نکته است که رابطه معنادار مثبتی بین این دو متغیر وجود دارد. اثبات این فرضیه به این مفهوم است که با افزایش میزان سرمایه اجتماعی در جامعه مورد پژوهش، بر سلامت روابط اجتماعی افراد افزوده می‌شود. اثبات این فرضیه در راستای نظر ارائه شده توسط «پاتنام» می‌باشد؛ که اجزاء تشکیل دهنده سرمایه اجتماعی، نظیر همبستگی اجتماعی - که نشان از سلامت روابط اجتماعی دارد - زمینه ساز ارتقاء کیفیت زندگی می‌باشد.

۴-۳-۵- فرضیه پنجم:

بین میزان سرمایه اجتماعی و سلامت محیطی سرپرستان خانوارهای شهر تهران رابطه معنی دار وجود دارد.

ضریب همبستگی پیرسون مابین دو متغیر سرمایه اجتماعی و سلامت محیطی عدد $0/421$ را نشان می‌دهد که در سطح $0/0001$ معنادار می‌باشد، بنابراین فرضیه پنجم تأیید شده و مبین این نکته است که رابطه معنادار مثبتی بین این دو متغیر وجود دارد. اثبات این فرضیه به این مفهوم است که با افزایش میزان سرمایه اجتماعی در جامعه مورد پژوهش بر سلامت محیطی افراد افزوده می‌شود. باید توجه داشت که با وجود ضعیف بودن سلامت محیطی - در مقایسه با سایر ابعاد سلامتی - برای جمعیت مورد مطالعه، ارتباط بین این دو متغیر مورد تأیید قرار گرفته است.

نتیجه گیری

پژوهش حاضر این نتیجه را به دست می‌دهد که کیفیت زندگی از منظر سرپرستان خانوارهای ساکن در شهر تهران متوسط به بالا بوده است و در مقایسه بین چهار متغیر مربوط به کیفیت زندگی، بیشترین نمرات بدست آمده (کیفیت بالا) مربوط به سلامت جسمانی و کمترین آن مربوط به سلامت محیطی بوده است. با توجه به اینکه مقولاتی نظیر «احساس امنیت»، «محیط اطراف سالم»، «دسترسی به اطلاعات مورد نیاز»، «دسترسی به فعالیتهای تفریحی»، «میزان رضایت از شرایط محیط زندگی»، «میزان رضایت از دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی» و بالاخره «میزان رضایت از وضعیت ایاب و ذهاب»، در سنجش سلامت محیطی مدنظر بوده است، وضعیت این مقولات در کلان‌شهر تهران، به روشنی دلیل پایین بودن بُعد سلامت محیطی از کیفیت زندگی را نشان می‌دهد.

در رابطه با وضعیت سرمایه اجتماعی، پایین بودن اعتماد اجتماعی بین شهروندان شایان توجه است و با وجود اینکه میزان همکاری، بالاتر از میانگین ولی اعتماد اجتماعی پایین‌تر از آن بوده است، در جمع‌بندی با «همکاری» به عنوان دو مقوله سرمایه اجتماعی، موجب شده است که میزان سرمایه اجتماعی، نیز کمتر از میانگین باشد.

پایین بودن اعتماد اجتماعی و سرمایه اجتماعی برای کلان شهری نظیر تهران به عنوان «ام‌القراء مسلمین» می‌بایست زمینه ساز دغدغه جدی و سیاست‌گذاری‌های هوشمندانه باشد.

با توجه به یافته‌ها با افزایش میزان سرمایه اجتماعی بر کیفیت زندگی افزوده می‌شود و بالعکس، بنابراین فرضیه اول تحقیق که «سرمایه اجتماعی با کیفیت زندگی سرپرستان خانوارهای شهر تهران ارتباط دارد.» مورد تایید قرار می‌گیرد. بر اساس نظریه لین عناصر سرمایه اجتماعی با افزایش ارتباطات و افزایش سطح دسترسی به منابع، در نهایت منجر به ایجاد نتایج مطلوبی مانند سلامت جسمانی، سلامت روانی و رضایت از زندگی خواهد شد، که این عوامل علاوه بر آنکه بخشی از کیفیت زندگی محسوب

می‌شوند، خود در افزایش دیگر سطوح مرتبط با مفهوم کیفیت زندگی به طور مثبت و مستقیم اثرگذار می‌باشند.

جدول ۸ - ضرایب B و Beta

Coefficients							
Model	متغیر وابسته	متغیر مستقل	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig
			B	Std. Error	Beta		
	سلامت جسمانی	میزان سرمایه اجتماعی	۰/۰۹۳	۰/۰۷۲	۰/۰۷۰	۱/۲۹۵	۰/۱۹۶
	سلامت جسمانی	میزان سرمایه اجتماعی	۰/۳۲۹	۰/۰۶۴	۰/۲۵۵	۵/۱۰۷	۰/۰۰۰
	سلامت جسمانی	میزان سرمایه اجتماعی	۰/۴۸۶	۰/۰۶۳	۰/۳۷۲	۷/۷۶۵	۰/۰۰۰
	سلامت جسمانی	میزان سرمایه اجتماعی	۰/۲۹۷	۰/۰۵۲	۰/۲۷۵	۵/۶۹۶	۰/۰۰۰
	سلامت جسمانی	میزان سرمایه اجتماعی	۰/۰۷۱	۰/۰۱۱	۰/۲۹۴	۶/۲۶۴	۰/۰۰۰

در تحلیل رگرسیون از تأثیر میزان سرمایه اجتماعی بر کیفیت زندگی در کلیت و همچنین ابعاد چهارگانه آن، آن گونه که جدول ۸ نشان می‌دهد میزان تأثیرگذاری سرمایه اجتماعی بر سلامت جسمانی در کمترین حد و سلامت روابط اجتماعی در بیشترین حد بوده است و در نهایت نیز با اطمینان ۹۹ درصد می‌توان تأثیرگذاری میزان سرمایه اجتماعی بر کیفیت زندگی را با ترکیب ابعاد چهارگانه مورد نظر این پژوهش، پذیرفت.

منابع

- الوانی، سید مهدی و همکار. (۱۳۸۲)، سرمایه اجتماعی: مفاهیم و نظریه‌ها، فصلنامه مطالعات مدیریت، شماره ۳۳.
- پاتنام، روبرت. (۱۳۸۰)، *دموکراسی و سنت‌های مدنی*، ترجمه محمدتقی دلفروز، تهران: دفتر مطالعات و تحقیقات سیاسی وزارت کشور.
- ربانی خوراسگانی؛ علی و همکار. درآمدی بر رویکردهای نظری و تعاریف عملی مفهوم کیفیت زندگی، فصلنامه مددکاری اجتماعی، شماره ۲۴.
- زاهدی اصل، محمد. (۱۳۸۳)، بازتولید سرمایه اجتماعی در سطح محله، مجموعه مقالات همایش توسعه محله‌ای، چشم‌انداز توسعه پایدار شهر تهران.
- شریفیان‌ثانی، مریم. (۱۳۸۴)، *سرمایه اجتماعی و رفاه اجتماعی*، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.
- فوکویاما، فرانسیس. (۱۳۷۹)، *پایان نظم؛ سرمایه اجتماعی و حفظ آن*، ترجمه: غلامعباس توسلی.
- فیلد، جان. (۱۳۸۵)، *سرمایه اجتماعی*، ترجمه: جلال متقی، موسسه عالی پژوهش تامین اجتماعی.
- نجات، سحرناز و همکاران. (۱۳۸۵)، استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF). ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی، مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دوره ۴، شماره ۴.

- Bergner, M. (1989). "Quality of life, health status and clinical research" *MedicalCare* 27.

- Brown, Jackie and Bowling, Ann and Flynn, Terry. (2004). "Models of Quality of life: A Taxonomy, Overview and Systematic Review of the Literature".

- Calman, K. C. (1984). **"Quality of Life in Cancer Patients - a Hypothesis"** Journal of Medical Ethics 10.
- Decker, Sarah. (2003). **"Gender, Social Capital and Politics"** University of Wisconsin-Madison.
- E.cox, Melanie and Johanstone Ron and Robinson, Jackite (2006). **"Relationships Between Perceived Coastal Waterway Condition and Social Aspects of Quality of Life"**
- Lin, N. (2001). **Social Capital: a Theory of Social Structure and Action**, Cambridge University Press.
- Putnam, Robert. (1999). **"The Prosperous Community: Social Capital and Public Life"** The American Prospect, Inc.
- Putnam, Robert. (2000). **"Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community"** New York: Simon and Schuster.
- Ruta, Danny and Camfield, L and Donaldson, Can. (2006). **"Sen and The Art of Quality of Life Maintenance: Towards a Working Definition of Quality of Life."**
- Schulz, Wolfgang. (2000). **"Explaining Quality of Life: The Controversy Between Objective and Subjective Variables"**
- **State of The Art, Public Report of Work Package No. 1** March 2003.
- The WHOQOL Group. (1993). **"Study Protocol for the World Health Organization Project to Develop a Quality of Life Assessment Instrument WHOQOL"** Quality of Life Research 2.
- WHOQOL - BREF, Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment (1996).