



**ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ  
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

## **ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

**Κοινωνικό κεφάλαιο και προσωπική αντίληψη της υγείας  
Συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας**

**ΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΥ ΔΙΟΝΥΣΙΑ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ  
ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ**

**ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΟΥΛΙΟΣ, 2011**



**ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ  
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

## **ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

**Κοινωνικό κεφάλαιο και προσωπική αντίληψη της υγείας  
Συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας**

**ΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΥ ΔΙΟΝΥΣΙΑ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ  
ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ**

**ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΟΥΛΙΟΣ, 2011**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....σελ.6	σελ.6
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....σελ.7	σελ.7
ABSTRACT.....σελ.9	σελ.9
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....σελ.10	σελ.10
2. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ.....σελ.13	σελ.13
2.1. Οι ανισότητες στο χώρο της υγείας.....σελ.13	σελ.13
2.2. Το κοινωνικό κεφάλαιο.....σελ.14	σελ.14
2.2.1. Ιστορική αναδρομή στην έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου.....σελ.14	σελ.14
2.2.2. Ορίζοντας το κοινωνικό κεφάλαιο.....σελ.16	σελ.16
2.2.3. Η μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου .....σελ.22	σελ.22
2.2.4. Κριτική στην έννοια «κοινωνικό κεφάλαιο».....σελ.23	σελ.23
2.2.5. Κοινωνικό κεφάλαιο και υγεία.....σελ. 25	σελ. 25
2.3. Η προσωπική αντίληψη της υγείας .....σελ.30	σελ.30
2.3.1. Ιστορία και ορισμός της υποκειμενικής αξιολόγησης της υγείας.....σελ.30	σελ.30
2.3.2. Θεωρίες για την προσωπική αντίληψη της υγείας .....σελ.31	σελ.31
2.3.3. Μέτρηση της προσωπικής αντίληψης της υγείας.....σελ.32	σελ.32
2.3.4. Σύντομη ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας σχετικά με την προσωπική αντίληψη της υγείας.....σελ.33	σελ.33
3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....σελ.37	σελ.37
3.1. Τρόπος αναζήτησης και κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού των μελετών.....σελ.37	σελ.37
3.2. Αποτελέσματα της βιβλιογραφικής αναζήτησης.....σελ.38	σελ.38
3.3. Κατηγοριοποίηση των μελετών και ανάλυση των δεδομένων.....σελ.41	σελ.41
4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....σελ.44	σελ.44
4.1. Αποτελέσματα που αφορούν στις πολυεπίπεδες μελέτες.....σελ.45	σελ.45
4.1.1. Αποτελέσματα των πολυεπίπεδων μελετών στις Η.Π.Α. και τον Καναδά.....σελ.45	σελ.45

4.1.2. Αποτελέσματα των πολυεπίπεδων μελετών στην Αυστραλία.....σελ.47	
4.1.3. Αποτελέσματα των πολυεπίπεδων μελετών στην Κίνα και την Ιαπωνία.....σελ.48	
4.1.4. Αποτελέσματα των πολυεπίπεδων μελετών στις Ευρωπαϊκές χώρες και το Ισραήλ.....σελ.49	
4.1.5. Αποτελέσματα των συγκριτικών πολυεπίπεδων μελετών σε ευρωπαϊκό και σε παγκόσμιο επίπεδο.....σελ.52	
4.2. Μελέτες με συνδυασμό στατιστικών αναλύσεων για το κοινωνικό κεφάλαιο και την προσωπική αντίληψη της υγείας .....σελ. 53	
4.3. Εμπειρικές μελέτες σε ατομικό επίπεδο που αναλύουν τη σχέση κοινωνικού κεφαλαίου και προσωπικής αντίληψης της υγείας.....σελ.54	
4.3.1. Ατομικές μελέτες από τις Η.Π.Α., τον Καναδά, τη Χιλή και την Κολομβία.....σελ.54	
4.3.2. Ατομικές μελέτες στην Αυστραλία.....σελ.56	
4.3.3. Μελέτες στην Κίνα, Ιαπωνία, Μαδαγασκάρη, Ταϊλάνδη και Ν. Κορέα.....σελ.57	
4.3.4. Μελέτες σε χώρες της Ευρώπης, το Λίβανο και το Ισραήλ.....σελ. 58	
4.3.5. Ατομικές μελέτες που συγκρίνουν διαφορετικές χώρες.....σελ.63	
4.4.Οικολογικές μελέτες για τη σχέση του κοινωνικού κεφαλαίου με την προσωπική αντίληψη της υγείας.....σελ.65	
4.5. Συνοπτικά αποτελέσματα της ανασκόπησης.....σελ.66	

4.6. Μεθοδολογικοί περιορισμοί των μελετών που περιλαμβάνονται στην ανασκόπηση.....σελ.80	
4.7. Περιορισμοί της ίδιας της ανασκόπησης.....σελ.82	
5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....σελ.83	
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ..... σελ. 88	
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....σελ.108	

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά:

- ✓ το Α.Π.Κ. που μου έδωσε τη δυνατότητα να φοιτήσω στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα της Διοίκησης Μονάδων Υγείας που τόσο επιθυμούσα.
- ✓ Όλους τους καθηγητές μου για τα όσα μου δίδαξαν.
- ✓ Τον καθηγητή μου κ. Οικονόμου Χαράλαμπο για την πολύτιμη βοήθεια και συμπαράστασή του στην εκπόνηση της παρούσας διατριβής.
- ✓ Την οικογένεια μου για την ανοχή και την ηθική συμπαράστασή της καθόλη τη διάρκεια της φοίτησής μου.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου χρησιμοποιείται τις τελευταίες δεκαετίες στον χώρο της υγείας με σκοπό την επεξήγηση των υγειονομικών ανισοτήτων και τη δημιουργία πολιτικών, οι οποίες θα βελτιώσουν τη δημόσια υγεία. Στη διεθνή βιβλιογραφία παρουσιάζονται πολλές μελέτες, οι οποίες διερευνούν τη σχέση του κοινωνικού κεφαλαίου με διάφορους υγειονομικούς δείκτες τόσο σε ατομικό όσο και σε τοπικό επίπεδο.

**Σκοπός** της παρούσας μελέτης είναι η συστηματική ανασκόπηση των μελετών που έχουν μέχρι τώρα δημοσιευτεί και αφορούν στη σχέση του κοινωνικού κεφαλαίου με την προσωπική αντίληψη της υγείας του ατόμου και η εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με την επίδραση που μπορεί να ασκεί το κοινωνικό κεφάλαιο στην υγεία. Η προσωπική εκτίμηση της υγείας αποτελεί ένα δείκτη μέτρησης του υγειονομικού προφίλ του ατόμου που αφορά στην υποκειμενική αντίληψη που έχει το τελευταίο για τη σωματική και ψυχολογική του κατάσταση. Θεωρείται ότι αποτελεί ικανοποιητικό δείκτη πρόβλεψης της θνησιμότητας και του προσδόκιμου επιβίωσης του πληθυσμού.

Η **μεθοδολογία** της έρευνας συνίσταται στη συστηματική ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας μέσα από τρεις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (Pub Med, Science Direct και Scopus) για την αναγνώριση των μελετών εκείνων που εξετάζουν τη σχέση του κοινωνικού κεφαλαίου με την προσωπική αντίληψη της υγείας.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά 88 μελέτες βρέθηκε ότι πληρούν τα κριτήρια επιλογής και τα αποτελέσματά τους καταγράφονται συνοπτικά στην διατριβή. Οι 33 μελέτες είναι πολυεπίπεδες και εξετάζουν τη σχέση κοινωνικού κεφαλαίου και προσωπικής αντίληψης της υγείας σε μικρο - , μέσο – και μακρο επίπεδο, 49 μελέτες αφορούν στο ατομικό επίπεδο, 5 μελέτες στο οικολογικό επίπεδο και 1 μελέτη είναι οικολογική και πολυεπίπεδη ταυτόχρονα. Ανεξάρτητα από το είδος της μελέτης παρατηρείται συνολικά μία θετική συσχέτιση του κοινωνικού κεφαλαίου με την υποκειμενική αντίληψη για την υγεία. Το υψηλό ατομικό ή τοπικό κοινωνικό κεφάλαιο αυξάνει τις πιθανότητες για το άτομο να δηλώσει καλύτερη υποκειμενική υγεία.

**Συμπεράσματα:** Το υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο τόσο σε ατομικό όσο και σε τοπικό επίπεδο θεωρείται ότι συνεισφέρει θετικά στην υγεία του πληθυσμού σε ότι αφορά το γενικό σύνολο. Για να δημιουργηθούν όμως πολιτικές, οι οποίες να στοχεύουν στην αύξηση του κοινωνικού κεφαλαίου ως μέσου για την καλυτέρευση της δημόσιας υγείας θα πρέπει να διεξαχθούν περισσότερες προοπτικές έρευνες για την επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου στην υγεία στοχευμένων πληθυσμών (άνδρες, γυναίκες, ηλικιωμένοι, έφηβοι, μετανάστες). Έτσι θα γίνει σαφές ποιοι δείκτες του κοινωνικού κεφαλαίου είναι αυτοί που επηρεάζουν και βελτιώνουν την προσωπική αντίληψη για την υγεία κάθε πληθυσμιακής ομάδας.



## ABSTRACT

**Background:** Social capital over the past years has been used to explain health inequalities and to associate the development of new health policies in order to improve individual health. Many studies have been published, which investigate the relation between social capital and health.

**Purpose:** The aim of this study is to review empirical literature on the association between social capital and self – rated health and to explore the extent to which social capital can affect the health of individuals in a positive or a negative way.

**Methods:** A systematic review in three electronic databases (Pub Med, Science Direct and Scopus) was undertaken in order to identify studies which examine the relationship between social capital and self – reported health.

**Results:** The systematic review identified 88 papers which were finally included in this study. Studies were categorized according to level of analysis in 33 multilevel, 49 single – level individual analysis, 5 single – level ecological analysis and 1 study including ecological and multilevel analysis at the same time. Regardless of study design, the findings indicate that a positive association exists between social capital and better self – rated health.

**Conclusion:** High social capital is considered to positively attribute to the public health in general. High social capital increases the possibility for a person to report better self – rated health. However future longitudinal studies should investigate the impact of social capital in the health of certain population subgroups (men, women, elderly, adolescents, emigrants) in order to understand more clearly the forms and dimensions of social capital which affect certain people or communities. This will help to the development of new health policies aiming to the population health improvement through the establishment of a high amount of targeted to certain populations social capital.

## 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι ανισότητες στο χώρο της υγείας αποτελούν ένα φαινόμενο, το οποίο πολλές φορές έχει απασχολήσει τόσο την ελληνική όσο και τη διεθνή βιβλιογραφία και η αντιμετώπιση και εξάλειψή τους κατέχει πρωτεύοντα ρόλο στο σχεδιασμό των συστημάτων υγείας σε ολόκληρο τον κόσμο. Οι υγειονομικές ανισότητες αναφέρονται τόσο στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού (δείκτες θνησιμότητας, νοσηρότητας, προσδόκιμο επιβίωσης) όσο και στον τομέα παροχής αλλά και χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας από τους πολίτες<sup>(1)</sup>.

Σύμφωνα με τη Whitehead<sup>(2)</sup>, ο όρος ανισότητα στην υγεία έχει μία ηθική διάσταση και αναφέρεται σε διαφορές, οι οποίες είναι όχι μόνο μη απαραίτητες και αποφεύξιμες αλλά και άδικες μέσα στα πλαίσια της κοινωνίας. Πολλές από τις υγειονομικές διαφορές που παρουσιάζονται σε διαφορετικές κοινωνικές ομάδες δεν μπορούν να αποδοθούν σε βιολογικούς αλλά σε κοινωνικούς, οικονομικούς και πολιτιστικούς παράγοντες. Υπό αυτό το πρίσμα η υγεία διερευνάται ως ένα κοινωνικό φαινόμενο και εντάσσεται πλέον στον τομέα έρευνας των κοινωνικών επιστημών, χωρίς βέβαια αυτό να αποκλείει την προσέγγιση της και ως ατομικό φαινόμενο<sup>(3)</sup>.

Η τάση που έχει διαπιστωθεί τα τελευταία χρόνια στον υγειονομικό τομέα να συνεκτιμούνται τα ατομικά χαρακτηριστικά με τους κοινωνικούς παράγοντες κατά την αξιολόγηση των δεικτών υγείας του πληθυσμού καλλιέργησε το έδαφος για την είσοδο μιας νέας θεωρίας αυτής του κοινωνικού κεφαλαίου, το οποίο αποτελεί πλέον μια ελκυστική σύλληψη για την επεξήγηση των υγειονομικών ανισοτήτων<sup>(4)</sup>.

Τι είναι, όμως, το κοινωνικό κεφάλαιο; Όπως θα αναφερθεί στη συνέχεια διεξοδικότερα, η έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου αναπτύχθηκε πρωταρχικά σε τομείς όπως η κοινωνιολογία, η εκπαίδευση και η πολιτική οικονομία προτού ανακαλυφθεί και χρησιμοποιηθεί στη δεκαετία του '90 από τους ερευνητές της δημόσιας υγείας στην προσπάθειά τους να εξηγήσουν τις κοινωνικές επιδράσεις στον τομέα των υγειονομικών ανισοτήτων<sup>(5)</sup>. Το κοινωνικό κεφάλαιο χρησιμοποιήθηκε για να περιγράψει έναν αριθμό φαινομένων, τα οποία αφορούν σε κοινωνικές σχέσεις σε ατομικό και οικολογικό επίπεδο και αποτελεί σαν όρος έναν σύνδεσμο μεταξύ της

κοινωνιολογίας και της οικονομικής επιστήμης<sup>(6)</sup>. Η έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου «συνίσταται στη δημιουργία και ύπαρξη κοινωνικών δικτύων, στη συμμετοχή των πολιτών στα κοινά, στην πρόσβαση σε άτυπα ή θεσμικά δίκτυα πληροφόρησης και ενημέρωσης, στην ανταποδοτικότητα και την εμπιστοσύνη μεταξύ των ατόμων», όπως αναφέρουν οι Κριτσωτάκης, Φιλαλήθης κ.α.<sup>(4)</sup>. Είναι αυτή η ιδιότητα του κοινωνικού κεφαλαίου που το προσδιορίζει ως δείκτη κοινωνικής συνοχής και κοινωνικής οργάνωσης με αποτέλεσμα να θεωρείται ότι σχετίζεται με την καλυτέρευση των υγειονομικών δεικτών. Η ποικιλία των θεωρητικών προσεγγίσεων, οι πολλοί και διαφορετικοί εννοιολογικοί προσδιορισμοί που έχουν διαμορφωθεί για το κοινωνικό κεφάλαιο κατά καιρούς και τελικά η δυσκολία στη διασαφήνιση του όρου είχαν σαν αποτέλεσμα να αναπτυχθεί μία δυναμική κριτική σε σχέση με τη χρησιμότητα και την καταλληλότητα του κοινωνικού κεφαλαίου για την επεξήγηση των ανισοτήτων στο χώρο της υγείας. Οι θεωρητικές αντιφάσεις και η πολυμορφία των εκφάνσεων του κοινωνικού κεφαλαίου δυσκολεύουν, επίσης, τις προσπάθειες στην ανάπτυξη μεθόδων και εργαλείων μέτρησης του τελευταίου<sup>(5)</sup>.

Στη διεθνή βιβλιογραφία πολλές είναι οι μελέτες, οι οποίες έχουν δημοσιευτεί σχετικά με τη συμβολή του κοινωνικού κεφαλαίου στην άμβλυνση ή στη μεγέθυνση των υγειονομικών ανισοτήτων. Οι έρευνες αυτές συνδέουν το κοινωνικό κεφάλαιο με διάφορους δείκτες υγείας όπως η θνησιμότητα<sup>(7)</sup>, η σωματική υγεία<sup>(8)</sup>, η ψυχική υγεία<sup>(9)</sup>, η χρήση ναρκωτικών<sup>(10)</sup>, η πρόσβαση των πολιτών στις υγειονομικές υπηρεσίες<sup>(11)</sup>, το προσδόκιμο επιβίωσης<sup>(12)</sup>, η προσωπική αντίληψη για την υγεία<sup>(13)</sup> και αποσκοπούν στην εξαγωγή συμπερασμάτων για το ρόλο που παίζει το κοινωνικό κεφάλαιο στην καλυτέρευση της δημόσιας υγείας και τη μείωση των υγειονομικών ανισοτήτων.

Η προσωπική αντίληψη της υγείας είναι ένας δείκτης, ο οποίος φαίνεται να έχει θετική συσχέτιση με την πρόβλεψη της θνησιμότητας των ατόμων, όπως αναφέρει και η De Salvo στην μεταανάλυση της σχετικά με την υποκειμενική αντίληψη της υγείας<sup>(14)</sup>. Έχει πλέον γίνει αποδεκτό ότι η υποκειμενική αντίληψη των ασθενών σε ότι αφορά τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής τους είναι πολύ σημαντική για την εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με την εκτίμηση και σύγκριση διαφόρων θεραπειών ή για τη διαχείριση της υγείας των ασθενών<sup>(15)</sup>. Η πιο συνηθισμένη ερώτηση μέτρησης της υποκειμενικής εκτίμησης της υγείας είναι αυτή κατά την οποία το άτομο καλείται να

κατατάξει συνολικά την υγεία του σε μία κλίμακα από εξαιρετική έως πολύ κακή. Μέσα από την πολύ απλή αυτή ερώτηση οι ερευνητές πιστεύουν ότι αποκτούν μία σφαιρική εικόνα σχετικά με το πώς αντιλαμβάνονται τα άτομα το συνολικό επίπεδο της υγείας τους. Η κριτική που ασκείται στην προσωπική αντίληψη της υγείας συνίσταται στο γεγονός ότι μία τέτοια προσέγγιση της ατομικής υγείας είναι εντελώς υποκειμενική και για τον λόγο αυτό μπορεί να κρύβει κινδύνους στην αξιολόγηση της π.χ. ο ασθενής μπορεί να αναφέρει χαμηλότερα επίπεδα υγείας με σκοπό να καρπωθεί περισσότερες υγειονομικές παροχές ή αντίθετα να υπερεκτιμά την υγεία του αγνοώντας την πραγματική σωματική και ψυχική του κατάσταση<sup>(14)</sup>.

Το κοινωνικό κεφάλαιο και η προσωπική αντίληψη της υγείας είναι δύο έννοιες, οι οποίες έχουν μελετηθεί επισταμένα τις τελευταίες δύο δεκαετίες τόσο από μόνες τους όσο και συσχετιζόμενες η μία με την άλλη. Η παρούσα διατριβή σκοπό έχει να συγκεντρώσει τις έρευνες, οι οποίες έχουν γίνει μέχρι σήμερα και αξιολογούν τη σχέση του κοινωνικού κεφαλαίου με την προσωπική αντίληψη για την υγεία και να εξαγάγει συμπεράσματα για τη συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών και τη δυνατότητα που δίνει η δημιουργία και η αύξηση του κοινωνικού κεφαλαίου στην πολιτεία να καλυτερεύσει την υγεία του πληθυσμού.

## 2. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

### 2.1. Οι ανισότητες στο χώρο της υγείας

Οι υγειονομικές ανισότητες είναι ένα θέμα που από καιρό απασχολεί τον χώρο της υγείας και την υγειονομική πολιτική των κρατών και η καταπολέμησή τους αποτελεί πρωταρχική μέριμνα κάθε συστήματος υγείας. Όπως αναφέρει ο Σουλιώτης<sup>(1)</sup>, οι ανισότητες στο χώρο της υγείας διακρίνονται σε ανισότητες σε σχέση με τη νόσο και το θάνατο και σε ανισότητες σε σχέση με τις υγειονομικές δαπάνες και παροχές.

Συγκεκριμένα, η υγεία ενός ατόμου καθορίζεται από τα εξής: 1) την κοινωνικοοικονομική δομή της κοινωνίας (κοινωνική διαστρωμάτωση), 2) τους πολιτικοοικονομικούς παράγοντες (υγειονομικός προγραμματισμός), 3) τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες (τρόπος ζωής, στέγαση, εργασία, κοινωνικές ανισότητες), 4) τους μορφωτικούς – ψυχολογικούς παράγοντες (εκπαίδευση, συμπεριφορές απέναντι στην υγεία), 5) τους οικολογικούς παράγοντες (περιβάλλον), 6) τους γεωγραφικούς παράγοντες (κλίμα, γεωγραφική περιοχή, φυσικός πλούτος, επικοινωνιακά δίκτυα), 7) τους δημογραφικούς παράγοντες (πληθυσμιακή εξέλιξη, οικογενειακός προγραμματισμός), 8) τους υγειονομικούς παράγοντες (επίπεδο υγειονομικών, ιατρικών γνώσεων, διατροφή, κληρονομικές καταβολές κ.λπ.).

Σύμφωνα με τη Whitehead<sup>(2)</sup>, επτά είναι οι καθοριστικοί παράγοντες, οι οποίοι διαμορφώνουν τις υγειονομικές ανισότητες: 1) η φυσική ή βιολογική διαφοροποίηση, 2) η επιβλαβής συμπεριφορά για την υγεία, η οποία όμως έχει επιλεγεί ελεύθερα από το άτομο, 3) το παροδικό πλεονέκτημα υγείας μιας ομάδας που υιοθετεί συμπεριφορά προαγωγής της υγείας νωρίτερα σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό, 4) η επιβλαβής για την υγεία συμπεριφορά, η οποία όμως δεν επιλέγεται από το άτομο, αλλά επιβάλλεται από κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, 5) η έκθεση σε ανθυγιεινό τρόπο ζωής και εργασίας, 6) η ανεπαρκής πρόσβαση σε υγειονομικές υπηρεσίες, 7) η φυσική επιλογή ή η σχετιζόμενη με την υγεία κοινωνική κινητικότητα, η οποία αναφέρεται στην τάση που παρουσιάζουν τα άτομα που ασθενούν να υποβαθμίζονται στην κοινωνική κλίμακα.

Όπως γίνεται εύκολα κατανοητό οι σωματικές ή βιολογικές διαφορές - ηλικία, φύλο, γονιδιακές καταβολές, κληρονομικότητα – παραπέμπουν σε ανισότητες, οι οποίες δεν

μπορούν να αποφευχθούν ή να εξαλειφθούν από τη δημόσια υγεία. Αντίθετα οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία, οι οποίες επηρεάζονται από κοινωνικοοικονομικούς, κοινωνικοπολιτιστικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες (π.χ. κοινωνική τάξη, φυλή, επάγγελμα, θρησκεία, τόπος διαμονής) και οι οποίες καθιστούν ευάλωτες σε σχέση με την αρρώστια ορισμένες πληθυσμιακές ομάδες μπορούν να αποφευχθούν με μία συντονισμένη υγειονομική πολιτική<sup>(3)</sup>.

Είναι γενικά αποδεκτό ότι όσο χαμηλότερη είναι η κοινωνικοοικονομική θέση του ατόμου τόσο υψηλότεροι είναι οι δείκτες θνησιμότητας και νοσηρότητας που παρουσιάζει. Η διαπίστωση αυτή είναι διαχρονική και αφορά τόσο στη σύγκριση μεταξύ διαφορετικών χωρών όσο και στη σύγκριση μεταξύ πληθυσμιακών ομάδων στο εσωτερικό μιας χώρας.

Ταυτόχρονα, όμως, παρατηρείται και το παράδοξο – σύμφωνα με την οικονομική ανάλυση – η οικονομική ανάπτυξη μιας χώρας να μην οδηγεί πάντα στη βελτίωση της υγείας και στην καλυτέρευση της ποιότητας ζωής του πληθυσμού. Γίνεται, έτσι, αντιληπτό ότι η πολιτική για την επίλυση των υγειονομικών ανισοτήτων θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη ότι η υγεία και η ποιότητα ζωής χαρακτηρίζονται από ένα συνδυασμό υποκειμενικών και αντικειμενικών παραγόντων, οι οποίοι πρέπει να συνυπολογίζονται (π.χ. οι συνθήκες ζωής και εργασίας του ατόμου, οι όροι διαβίωσης και ύπαρξης του σύγχρονου κοινωνικού ατόμου). Η κοινωνιολογική προσέγγιση της υγείας άνοιξε την πόρτα στο κοινωνικό κεφάλαιο, το οποίο ως δομικό στοιχείο της κοινωνικής ζωής θεωρείται ότι μπορεί να περιορίσει τις επιβλαβείς επιπτώσεις των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία του πληθυσμού<sup>(3)</sup>.

## 2.2. Το κοινωνικό κεφάλαιο

### 2.2.1. Ιστορική αναδρομή στην έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου

Όπως αναφέρει η Λεοντσίνη<sup>(16)</sup>, «η βασική ιδέα για τη μελέτη του κοινωνικού κεφαλαίου είναι απλή: η κοινωνική ευημερία και η ατομική επιτυχία σχετίζονται με τη δυνατότητα των ατόμων και των ομάδων να διαθέτουν και να χρησιμοποιούν προς

όφελός τους σχέσεις και διασυνδέσεις, οι οποίες μπορούν να αποβούν ευεργετικές για την επίτευξη των στόχων τους».

Πώς όμως και πότε πρωτοεμφανίστηκε η έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου; Για να απαντηθεί το ερώτημα αυτό θα πρέπει κανείς να ανατρέξει στους κλασσικούς της κοινωνιολογίας. Οι περισσότεροι ερευνητές τείνουν να συμφωνήσουν ότι ο Alexis de Tocqueville παρότι ποτέ δεν χρησιμοποίησε τον όρο κοινωνικό κεφάλαιο είναι αυτός που πρωτοδιαμόρφωσε τη συλλογιστική ότι όταν οι άνθρωποι οργανώνονται και μετέχουν σε εθελοντικές οργανώσεις ή τοπικούς συλλόγους τότε υπερασπίζονται την ελευθερία τους και συντελούν στην εύρυθμη λειτουργία της δημοκρατίας<sup>(17)</sup>.

Ο Tocqueville, όντας οπαδός του φιλελευθερισμού ο ίδιος, θεωρεί ότι παρότι το άτομο στις σύγχρονες δημοκρατικές κοινωνίες έχει απεριόριστη ελευθερία εντούτοις δεν έχει πλήρη αυτονομία αλλά αντίθετα απομονώνεται ολοένα και περισσότερο στον εαυτό του, γίνεται ανίσχυρο και υποδουλώνεται στην κρατική, γραφειοκρατική εξουσία, η οποία γίνεται ολοένα και πιο δυνατή. Απέναντι σε αυτό τον κίνδυνο, ο Tocqueville προτάσσει την «αυτενέργεια» των πολιτών. Θεωρεί ότι αν οι πολίτες σταματήσουν να ασχολούνται με τα μικροσυμφέροντά τους και «θητεύσουν στην τέχνη του συνεταιρίζεσθαι» παίρνοντας σε συνεργασία με τους ομοίους τους τις υποθέσεις που τους αφορούν στα χέρια τους τότε είναι δυνατή η επανασύσταση του κοινωνικού δεσμού, τον οποίο κατέλυσε η δημοκρατία (σε αντίθεση με την αριστοκρατία)<sup>(17)</sup>.

Ως παράδειγμα χώρας στην οποία οι πολίτες αναπτύσσουν ισχυρούς κοινωνικούς δεσμούς ο Tocqueville θεώρησε την Αμερική. Για την αντιμετώπιση του ατομικισμού στις δημοκρατίες ο Tocqueville συνιστά την τέχνη της επανασύστασης των καταλυμένων από τον ατομικισμό κοινωνικών δεσμών και την συγκρότηση συλλογικοτήτων με πολλαπλές μορφές ώστε να διαφυλαχθεί η ελευθερία<sup>(17)</sup>.

Ο Farr<sup>(18)</sup> εντοπίζει τον όρο κοινωνικό κεφάλαιο στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα στο έργο του Dewey, ο οποίος θεωρείται πατέρας του «κοινωνικού πραγματισμού», ενός κινήματος που σκοπό είχε μέσα από μια εποικοδομητική κριτική να βελτιώσει συγκεκριμένες κοινωνικές καταστάσεις και να αντιμετωπίσει συγκεκριμένα

προβλήματα με τη δημιουργία συλλόγων για την ανάπτυξη των εγχρώμων, τις κοινωνικές ελευθερίες, την ανεξάρτητη πολιτική δράση.

Όπως αναφέρει ο Κονιόρδος<sup>(19)</sup>, η Hannifan το 1916 όρισε το κοινωνικό κεφάλαιο ως το κεφάλαιο το οποίο έχει την τάση να κάνει ορισμένες απτές κοινωνικές καταστάσεις να μετρούν περισσότερο στην καθημερινή ζωή των ανθρώπων (καλή θέληση, συναδελφικότητα, κοινωνικές επαφές μέσα στην οικογένεια, στην αγροτική κοινότητα, στο σχολείο). Σύμφωνα πάλι με τον Κονιόρδο, ο Marx ήταν ο πρώτος που μίλησε για το κοινωνικό κεφάλαιο (όχι με τη σημερινή έννοια του όρου), αναφερόμενος στο συνολικό κεφάλαιο που δημιουργείται σε μία κοινωνία αθροίζοντας το σύνολο των ξεχωριστών ατομικών κεφαλαίων<sup>(19)</sup>.

Σύμφωνα με τον Σαρρή<sup>(3)</sup>, ο Gramsci το 1929, εισήγαγε την έννοια της «κοινωνίας των πολιτών» με την οποία ορίζει τις κοινωνικές σχέσεις και τους συσταθέντες από τους πολίτες οργανισμούς και τη διακρίνει από την πολιτική κοινωνία, δηλ. το κράτος. Ο Γάλλος κοινωνιολόγος Durkheim, όπως αναφέρει ο Kunitz<sup>(20)</sup>, στο έργο του «Η αυτοκτονία» θεωρεί (χωρίς αναφορά στον όρο κοινωνικό κεφάλαιο) ότι η έλλειψη της κοινωνικής συνοχής συγκεκριμένα σε ορισμένες θρησκευτικές οργανώσεις οδηγεί σε αύξηση των αυτοκτονιών. Αυτή είναι και η πρώτη αναφορά στην επίδραση των κοινωνικών σχέσεων στον υγειονομικό τομέα.

Η Jane Jacobs το 1961 στο βιβλίο της «Η ζωή και ο θάνατος των μεγάλων Αμερικανικών πόλεων» αναφέρει ότι η ύπαρξη των κοινωνικών δικτύων στις αμερικανικές γειτονιές είναι απαραίτητη καθώς αποτελεί αναντικατάστατο μέρος του κοινωνικού κεφαλαίου τους. Η διάλυση των δικτύων οδηγεί στη χαλάρωση του κοινωνικού ιστού και η απώλεια του κοινωνικού κεφαλαίου σημαίνει απώλεια εισοδήματος για τις κοινότητες<sup>(21)</sup>.

### **2.2.2. Ορίζοντας το κοινωνικό κεφάλαιο**

Ο οικονομολόγος Greg Loury<sup>(22)</sup>, υποστηρίζει ότι για να περιοριστούν οι κοινωνικές ανισότητες των μειονοτικών – φυλετικών ομάδων θα πρέπει να γίνουν παρεμβάσεις όχι μόνο ατομικές αλλά να ενισχυθεί το κοινωνικό κεφάλαιο των μειονεκτούντων



ομάδων. Ο ίδιος ορίζει το κοινωνικό κεφάλαιο ως «το σύνολο των πηγών, οι οποίες ενυπάρχουν στην οικογένεια και στις κοινωνικές οργανώσεις στην κοινότητα και είναι χρήσιμες για την γνωστική και κοινωνική ανάπτυξη των παιδιών και των νεαρών ατόμων».

Ο Bourdieu<sup>(23)</sup> ορίζει το κοινωνικό κεφάλαιο ως «το σύνολο των εν ενεργεία ή των εν δυνάμει πόρων που συνδέονται με την κατοχή ενός δικτύου μόνιμων σχέσεων αλληλογνωριμίας και αλληλοαναγνώρισης, οι οποίες είναι περισσότερο ή λιγότερο θεσμοθετημένες ή με άλλα λόγια, με την ένταξη σε μια ομάδα, ως σύνολο (ατόμων) φορέων (δράσης) που δεν διαθέτουν μόνο κοινές ιδιότητες αλλά συνδέονται μεταξύ τους με δεσμούς μόνιμους και χρήσιμους». Το κοινωνικό κεφάλαιο παράγεται στο εσωτερικό των ομάδων, αλλά αναφέρεται στους δρώντες.

Όπως αναφέρει ο Κονιόρδος<sup>(19)</sup>, από το συνολικό έργο του Bourdieu προκύπτει ότι η οικογένεια αποτελεί βασική πηγή του κοινωνικού κεφαλαίου και ότι αυτό βρίσκεται αποκλειστικά στους κοινωνικά ισχυρούς. Αυτό συμβαίνει γιατί η κοινωνική τάξη καθορίζεται από την ύπαρξη ή μη κεφαλαίου (οικονομικό, πολιτιστικό, κοινωνικό) και τα υποδεέστερα κοινωνικά στρώματα δεν έχουν κεφάλαια. Σύμφωνα με τον Bourdieu<sup>(24)</sup>, η συμμετοχή σε κοινωνικά δίκτυα συνιστά επένδυση και απαιτεί καλλιέργεια για να αποφέρει κέρδη. Επομένως, σχέσεις που δημιουργούνται σε δίκτυα ή ομάδες μειωμένου κύρους και χωρίς να διέπονται από μακροχρόνια ή μόνιμη δεσμευτικότητα δεν συγκροτούν επαρκείς πόρους με αποτέλεσμα να μην μπορούν να οδηγήσουν στην ευημερία.

Ο Coleman<sup>(25)</sup> το 1987- 88 εξετάζοντας τη σχολική αποτυχία υποστήριξε ότι η ύπαρξη κοινωνικού κεφαλαίου ενδυναμώνει τη σχολική επίδοση των μαθητών ενισχύοντας έτσι το ανθρώπινο κεφάλαιο (μόρφωση) του ατόμου. Ο Coleman<sup>(26)</sup> ορίζει το κοινωνικό κεφάλαιο «με βάση τη λειτουργία του ως μια ποικιλία οντοτήτων, οι οποίες διαθέτουν από κοινού δύο χαρακτηριστικά: όλες αποτελούνται από κάποια όψη των κοινωνικών δομών και διευκολύνουν ορισμένες ενέργειες των δρώντων υποκειμένων μέσα στη δομή, είτε αυτά είναι ξεχωριστά άτομα είτε είναι συλλογικοί φορείς. Επίσης, το κοινωνικό κεφάλαιο είναι παραγωγικό καθώς καθιστά δυνατή την επίτευξη ορισμένων στόχων, οι οποίοι δεν θα ήταν εφικτοί χωρίς αυτό». Το κοινωνικό κεφάλαιο για τον Coleman μπορεί να λάβει τρεις μορφές: 1) αυτή των υποχρεώσεων

και προσδοκιών που εξαρτώνται από την αξιοπιστία του κοινωνικού περιβάλλοντος, 2) την ικανότητα μεταφοράς των πληροφοριών της κοινωνικής δομής και 3) των κανόνων που συνδέονται από κυρώσεις. Ο Coleman θεωρεί ότι το κοινωνικό κεφάλαιο αναπτύσσεται πιο εύκολα στις κλειστές και απομονωμένες κοινότητες, επειδή τα άτομα εκεί γνωρίζονται καλύτερα και συμμετέχουν στις ίδιες κοινωνικές δομές<sup>(27)</sup>.

Ένας από τους κύριους θεωρητικούς του κοινωνικού κεφαλαίου είναι ο Αμερικανός πολιτικός επιστήμονας R. Putnam. Στο έργο του «Making Democracy Work»<sup>(28)</sup>, προσπαθεί να αναδείξει το συγκριτικό πλεονέκτημα της Β. Ιταλίας σε σχέση με τη Νότια, ως παράδειγμα εύρυθμης λειτουργίας των θεσμών. Αποδίδει την υπεροχή της κρατικής οργάνωσης στη Β. Ιταλία στην επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου, γεγονός που αποδεικνύεται από τις πολλές τοπικές ενώσεις, την ενεργή συμμετοχή των πολιτών στις δημόσιες υποθέσεις, την ισότητα, την υπακοή στο νόμο κ.α.

Στο δεύτερο βιβλίο του «Bowling alone» ο Putnam<sup>(29)</sup>, υποστηρίζει ότι στο κλείσιμο του 20<sup>ου</sup> αιώνα παρατηρείται μία μείωση του κοινωνικού κεφαλαίου και της συμμετοχής στα κοινά σε σχέση με παλαιότερες εποχές. Ο Putnam παρατηρεί ότι στις Η.Π.Α. μειώνεται συνεχώς ο αριθμός αυτών που ψηφίζουν ή που συμμετέχουν σε θρησκευτικές και άλλες οργανώσεις. Θεωρεί δε ως μείζονες αιτίες για αυτό την έλλειψη χρόνου, την αυξανόμενη οικονομική ανασφάλεια, την τηλεόραση που απομονώνει τους ανθρώπους και τη διαδοχή των γενεών. Δεν λαμβάνει, όμως, υπόψη του για τη μείωση του κοινωνικού κεφαλαίου τη διεύρυνση των κοινωνικών ανισοτήτων και την έξαρση του ατομικισμού.

Σύμφωνα με τον Putnam<sup>(29)</sup>, το κοινωνικό κεφάλαιο ορίζεται σε αναλογία με τις έννοιες του φυσικού και ανθρώπινου κεφαλαίου «σε χαρακτηριστικά της κοινωνικής οργάνωσης, όπως τα δίκτυα, οι κανόνες και η κοινωνική εμπιστοσύνη, τα οποία διευκολύνουν το συντονισμό και τη συνεργασία προς αμοιβαίο όφελος». Επομένως, για τον συγγραφέα το κοινωνικό κεφάλαιο είναι δομικό χαρακτηριστικό της κοινωνίας και όχι των ατόμων.

Η Παγκόσμια Τράπεζα ορίζει το κοινωνικό κεφάλαιο «ως οι θεσμοί, οι σχέσεις, οι στάσεις και οι αξίες που διέπουν τις διααντιδράσεις ανάμεσα στους ανθρώπους και συμβάλλουν στην οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη»<sup>(30)</sup>.

Αρκετοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι υπάρχουν παραπάνω από ένας τύποι κοινωνικού κεφαλαίου:<sup>(31)</sup>

- 1) Το δεσμευτικό (bonding) κοινωνικό κεφάλαιο, το οποίο χαρακτηρίζεται από ισχυρούς δεσμούς ανάμεσα σε στενά σχετιζόμενα άτομα που βρίσκονται σε παρόμοιες δομές (π.χ. οικογένεια) και προσανατολίζεται στο εσωτερικό της ομάδας.
- 2) Το συνδετικό (bridging) κοινωνικό κεφάλαιο, το οποίο συνδέει ανθρώπους από διαφορετικές κοινωνικές ομάδες και έχει συλλογικό και περιεκτικό προσανατολισμό<sup>(32)</sup>.
- 3) Το ενωτικό (linking) κοινωνικό κεφάλαιο, το οποίο αφορά σε σχέσεις εξουσίας ή πατρωνίας μεταξύ ομάδων ή ατόμων διαφορετικών μεταξύ τους. Αυτό το είδος κεφαλαίου είναι φαινομενικά κάθετο και συνδέει τις φτωχές ή περιθωριοποιημένες ομάδες με θεσμούς πέραν της κοινότητας με σκοπό να εκμεταλλεύονται πόρους, ιδέες και πληροφορίες<sup>(33)</sup>.

Το κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί ακόμη να είναι:

- 1) οριζόντιο, το οποίο αναφέρεται σε δεσμούς ανάμεσα σε ισότιμες ομάδες και
- 2) κάθετο με ιεραρχική δομή, εμπλέκοντας έτσι το μικροεπίπεδο με το μακρο - επίπεδο και λαμβάνοντας υπόψη το ευρύτερο κοινωνικό – πολιτικό περιβάλλον<sup>(4)</sup>.

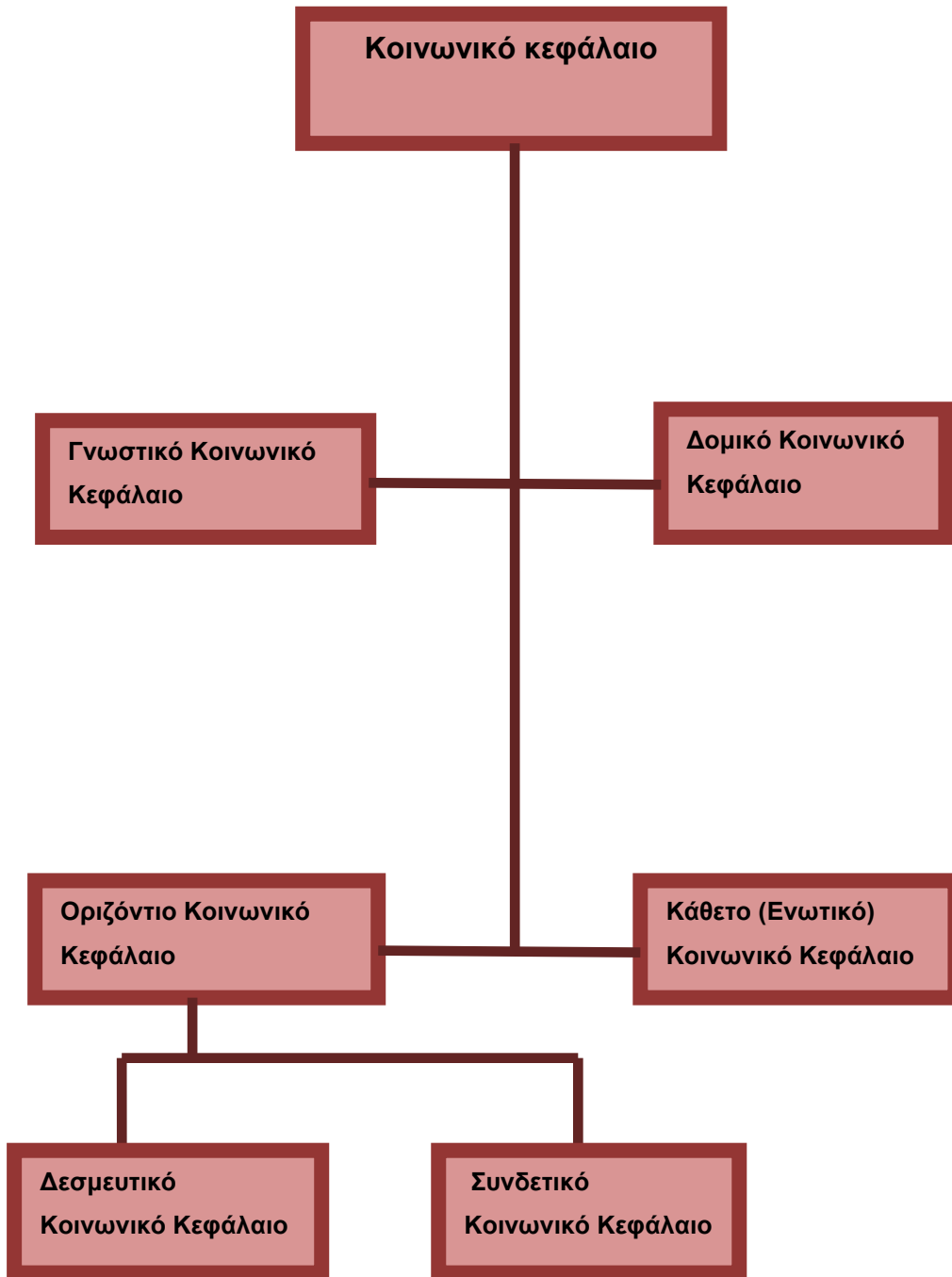
Επίσης, το κοινωνικό κεφάλαιο διακρίνεται σε:

- 1) δομικό (structural), το οποίο αναφέρεται στο τι κάνουν οι άνθρωποι, αφορά στις σχέσεις, τα δίκτυα και τις κοινωνικές δομές και μετράται ποσοτικά και
- 2) γνωστικό (cognitive), το οποίο αναφέρεται στο τι νιώθουν οι άνθρωποι, σχετίζεται με την ποιότητα των κοινωνικών σχέσεων και αφορά στην εμπιστοσύνη, τις αξίες και τις νόρμες<sup>(11)</sup> ( βλ. εικόνα 2.1).

Μέσα από τους διάφορους ορισμούς που κατά καιρούς έχουν δοθεί για το κοινωνικό κεφάλαιο δεν γίνεται ξεκάθαρο αν το τελευταίο είναι ατομικό ή συλλογικό χαρακτηριστικό. Ερευνητές, όπως ο Putnam και στη συνέχεια οι Kawachi et al<sup>(7)</sup>

θεωρούν ότι το κοινωνικό κεφάλαιο είναι χαρακτηριστικό της κοινότητας, το οποίο μετριέται με την καταγραφή των ατομικών και κοινωνικών αλληλεπιδράσεων και της κοινωνικής συμμετοχής. Αργότερα, όμως, εμφανίστηκαν αρκετά άρθρα, τα οποία αναφέρονται στο κοινωνικό κεφάλαιο σε ατομικό επίπεδο ακολουθώντας τη σχολή των Bourdieu<sup>(24)</sup> και Portes<sup>(34)</sup>, οι οποίοι όρισαν το κοινωνικό κεφάλαιο ως ιδιοκτησία των ατόμων, τα οποία την χρησιμοποιούν για να ελέγξουν τους λιγιστούς πόρους.

Το 2004 οι Kawachi et al<sup>(35)</sup>, σε ένα σχολιασμό τους για το κοινωνικό κεφάλαιο επαναπροσδιορίζουν τη θέση τους για τον συλλογικό χαρακτήρα του τελευταίου, υποστηρίζοντας ότι το κοινωνικό κεφάλαιο είναι ταυτόχρονα ατομικό και συλλογικό χαρακτηριστικό και εμπεριέχεται μέσα σε ένα πολυπαραγοντικό αναλυτικό πλαίσιο.



**Εικόνα 2.1.** Τύποι και διαστάσεις του κοινωνικού κεφαλαίου (Πηγή: Islam et al. <sup>(36)</sup>)

### 2.2.3. Η μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου

Οι σκέψεις για τη μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου αναπόφευκτα αντικατοπτρίζουν τις διαφορετικές προσεγγίσεις για αυτό ως ατομικό ή οικολογικό χαρακτηριστικό. Όπως αναφέρει ο Baum<sup>(37)</sup>, οι περισσότερες μετρήσεις για το κοινωνικό κεφάλαιο είναι ποσοτικές και χρησιμοποιούν δευτερογενή ατομικά δεδομένα από αναλύσεις, οι οποίες δεν αναφέρονται στο κοινωνικό κεφάλαιο και τα οποία ανάγονται σε επίπεδο κοινότητας, πολιτείας ή και χώρας. Ως δείκτες μέτρησης χρησιμοποιούνται συνήθως η συμμετοχή σε εθελοντικές οργανώσεις, η εμπιστοσύνη μεταξύ των ατόμων, η συμμετοχή στα κοινά, η συμμετοχή σε ψηφοφορίες κ.α. Όμως, είναι ενδεδαιγμένη η κατασκευή μιας πιο- εμπειριστατωμένης μεθόδου μέτρησης, η οποία να διακρίνει τις πηγές από τα αποτελέσματα της χρήσης του κοινωνικού κεφαλαίου και να προσδιορίζει την ποιοτική πλευρά του τελευταίου και την πολυδιάστατη φύση της έννοιας του<sup>(37)</sup>.

Η Παγκόσμια Τράπεζα έχει αναπτύξει το «The Social Capital Assessment Tool» ένα εργαλείο μέτρησης του κοινωνικού κεφαλαίου με ποσοτικές και ποιοτικές εκτιμήσεις, οι οποίες συμπεριλαμβάνουν το άτομο, το νοικοκυριό, την κοινότητα, τον εργασιακό χώρο<sup>(38)</sup>. Οι Chen et al<sup>(39)</sup> το 2009, κατασκεύασαν μία ατομική κλίμακα μέτρησης του κοινωνικού κεφαλαίου που μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην ποσοτική διερεύνηση των κοινωνικών παραγόντων που σχετίζονται με την υγεία και την ατομική συμπεριφορά. Οι DeSilva et al<sup>(40)</sup> χρησιμοποιούν εννέα ερωτήσεις για τη μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου όταν αυτό αποτελεί μέρος μιας ευρύτερης κοινωνικής έρευνας.

Η Looman<sup>(41)</sup> το 2006 κατασκεύασε μία κλίμακα για την μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου σε οικογένειες με παιδιά με ειδικές ανάγκες. Οι Hean et al<sup>(42)</sup> βασισμένοι στη μαρξιστική θεώρηση μετρούν τις ποιοτικές παραμέτρους του κοινωνικού κεφαλαίου με μία αναλυτική μέθοδο αναζητώντας τις κοινωνικές συνδιαλλαγές και τα κοινωνικά οφέλη που προκύπτουν από τη δημιουργία και χρησιμοποίηση του. Στην Αυστραλία αναπτύχθηκε το «social capital questionnaire (SCQ)», ένα ερωτηματολόγιο για τη μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου, το οποίο περιλαμβάνει 36 ερωτήσεις, οι οποίες σχηματίζουν οκτώ παράγοντες για τη μέτρηση διαφορετικών παραμέτρων του τελευταίου (συμμετοχή στην κοινότητα, μεταβλητότητα μέσα στο κοινωνικό πλαίσιο, αίσθημα εμπιστοσύνης και ασφάλειας, διασυνδέσεις μέσα στη

γειτονιά, σχέσεις οικογενειακές και φιλικές, ανοχή στη διαφορετικότητα, αξία της ζωής, εργασιακές σχέσεις)<sup>(43)</sup>.

Στην Ελλάδα οι Κριτσωτάκης και συν.<sup>(44)</sup>, στηριζόμενοι στο SCQ κατασκεύασαν ένα ερωτηματολόγιο με 36 ερωτήσεις χωρισμένες σε 6 τομείς: συμμετοχή στην τοπική κοινότητα, κοινωνική ανάπτυξη και εκτίμηση της ζωής, αίσθημα ασφάλειας, συγγενικές/φιλικές σχέσεις, ανοχή στη διαφορετικότητα, εργασιακές σχέσεις.

Όπως αναφέρει ο Παρασκευόπουλος<sup>(45)</sup>, το κοινωνικό κεφάλαιο είναι μία εξαιρετικά σύνθετη έννοια. Για το λόγο αυτό η μέτρηση του τελευταίου θα πρέπει να περιλαμβάνει δείκτες ενεργού και παθητικής συμμετοχής σε εθελοντικές οργανώσεις, τη γενικευμένη εμπιστοσύνη αλλά και προσδιοριστικές (αναφερόμενες στην ταυτότητα και την επικοινωνία) καθώς και απορρέουσες μεταβλητές (εντιμότητα, διαφθορά, εμπιστοσύνη στους θεσμούς, συμμετοχή στην πολιτική).

Ο Shortt<sup>(46)</sup> αναφέρει ότι πολλές έρευνες έχουν αποτύχει να συσχετίσουν τους δείκτες μέτρησης με το θεωρητικό μοντέλο του κοινωνικού κεφαλαίου είτε γιατί χρησιμοποιούν δεδομένα από άλλες έρευνες χωρίς αντίστοιχη ψυχομετρική δοκιμασία είτε γιατί χρησιμοποιούν δείκτες για τη μέτρηση ατομικών δεδομένων, οι οποίοι αποτυγχάνουν να αιχμαλωτίσουν τα χαρακτηριστικά μιας ομάδας. Επίσης, οι δείκτες για τη μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου είναι πολύ πιθανό να διαφέρουν ανάλογα με τον χαρακτήρα των θεμάτων τα οποία ερευνούνται, το βαθμό της κοινωνικής ανάπτυξης και τη γεωγραφική περιοχή.

#### **2.2.4. Κριτική στην έννοια «κοινωνικό κεφάλαιο»**

Ο Pearce<sup>(47)</sup> αναφέρει ότι το κοινωνικό κεφάλαιο με μία πρώτη ματιά φαίνεται να έχει πολλά πλεονεκτήματα. Συνδυάζει την οικονομική πλευρά που προσδιορίζει η έννοια του κεφαλαίου με κοινωνικές παραδοχές, όπως η εμπιστοσύνη και η δικαιοσύνη. Με αυτό τον τρόπο το κοινωνικό κεφάλαιο θεωρείται μαζί με το οικονομικό και το ανθρώπινο κεφάλαιο βασικός παράγοντας για την ευνοϊκή λειτουργία της κοινωνίας και την οικονομική ανάπτυξη. Το κοινωνικό κεφάλαιο θεωρείται ο «τρίτος δρόμος», ο

οποίος συνδέει τις μακροοικονομικές πολιτικές με τις ατομικές συμπεριφορές. Είναι αυτονόητο ότι μια τόσο πολυδιάστατη έννοια θα δεχθεί και πολλές επικρίσεις.

Ο Pawar<sup>(48)</sup> υποστηρίζει ότι οι δύο έννοιες «κοινωνικό» και «κεφάλαιο» εκφράζουν δύο εντελώς διαφορετικά πράγματα. Το κεφάλαιο εμπεριέχει τέσσερα δομικά χαρακτηριστικά, τα οποία είναι ενάντια στο πνεύμα του κοινωνικού: 1) τον ατομικισμό, 2) την ιδιότητα του κεφαλαίου να συγκεντρώνεται στα χέρια των ολίγων, 3) την ιστορικά αποδεδειγμένη αλήθεια ότι το κεφάλαιο δημιουργείται μέσα από την εκμετάλλευση των ατόμων και 4) το κεφάλαιο δημιουργεί ανισότητες, διχοτομήσεις και διαχωρισμούς μέσα στις κοινωνίες. Εν αντιθέσει, ο όρος «κοινωνικό» παραπέμπει στην κοινωνικότητα, στη συμμετοχικότητα, στην οργανωμένη δράση για το καλό όλων, στον πολλαπλασιασμό και στην διασπορά του σε όλα τα άτομα. Για το λόγο αυτό ο Pawar θεωρεί ότι η φράση «κοινωνικό κεφάλαιο» θα πρέπει να αντικατασταθεί από όρους όπως η «συμμετοχική δράση», τα «κοινωνικά δίκτυα», τα «άτυπα δίκτυα» ή η «κοινωνική αντίληψη».

Οι Macinko και Starfield<sup>(6)</sup> αναφέρουν ότι το κοινωνικό κεφάλαιο κατακρίνεται γιατί σαν ιδέα έχει τόσο πολύ διαπλατυνθεί για να καλύψει πολλούς και διαφορετικούς τύπους σχέσεων στο ατομικό, ομαδικό, οργανωτικό και πολιτειακό επίπεδο ώστε έχει πλέον χάσει την πρακτική του αξία.

Ο Portes<sup>(34)</sup> θεωρεί ότι το κοινωνικό κεφάλαιο σαν ορολογία δεν αποτελεί καινούρια ιδέα για τους κοινωνιολόγους. Αντίθετα είναι δύσκολο να διαχωριστεί από έννοιες, όπως η κοινωνική συνοχή<sup>(49)</sup>, η κοινωνική οργάνωση και αποδιοργάνωση<sup>(50)</sup>, η κοινωνική αντίληψη<sup>(51)</sup>. Ο Portes<sup>(34)</sup> ορίζει το κοινωνικό κεφάλαιο ως «την ικανότητα να εξασφαλίζεις ωφελήματα μέσα από τη συμμετοχή σε κοινωνικά δίκτυα και άλλες κοινωνικές δομές». Επίσης, θεωρεί ότι είναι αναγκαίο να διαχωριστούν οι πηγές του κοινωνικού κεφαλαίου από τις συνέπειες του σε αντίθεση με τους Putnam και Coleman, οι οποίοι είναι ασαφείς σχετικά με την πηγή και τα αποτελέσματά του κοινωνικού κεφαλαίου.

Οι Portes και Sensenbrenner, όπως αναφέρει Κονιόρδος<sup>(19)</sup>, αναγνωρίζουν τέσσερις πηγές προέλευσης του κοινωνικού κεφαλαίου: την εσωτερικήευση των αξιών, τις ανταλλαγές που εμπεριέχουν το στοιχείο της αμοιβαιότητας, τις μορφές συλλογικής



αλληλεγγύης (ταξική συνείδηση) και την εμπιστοσύνη που επιβάλλεται διαμέσου θετικών και αρνητικών κυρώσεων. Επίσης, ο Portes<sup>(34)</sup> εμφανίζεται αντίθετος με τη μονοδιάστατη θετική αποτίμηση της δράσης του κοινωνικού κεφαλαίου και θεωρεί ότι το τελευταίο έχει και μία «σκοτεινή» πλευρά, η οποία χαρακτηρίζεται από τα παρακάτω φαινόμενα:

- 1) τον αποκλεισμό των ατόμων, που βρίσκονται εκτός των κοινωνικών δικτύων.
- 2) τις απαιτήσεις προς τα μέλη των δικτύων για πειθαρχία και άκριτη υποταγή.
- 3) τον περιορισμό της ατομικής ελευθερίας που μπορεί να επιβάλλεται στα μέλη ενός δικτύου.
- 4) την ύπαρξη εξισωτικών κανόνων, οι οποίοι δεν επιτρέπουν την ανάδειξη μελών της ομάδας που είναι πιο δραστήρια και
- 5) την εμφάνιση κυρίως στις μεγάλες ομάδες ατόμων, τα οποία επωφελούνται από ένα κοινωνικό δίκτυο χωρίς τα ίδια να προσφέρουν τίποτα.

Μεγάλη σημασία έχει και η κριτική που έχει ασκηθεί στο κοινωνικό κεφάλαιο από αρκετές φεμινίστριες εκπροσώπους της κοινωνικής θεωρίας και κοινωνιολογίας, σύμφωνα με τις οποίες «στις συζητήσεις για το κοινωνικό κεφάλαιο απουσιάζουν παντελώς το ενδιαφέρον για το φύλο και την εθνότητα αλλά και για τους υπόλοιπους άξονες διαφοράς»<sup>(52)</sup>. Οι φεμινίστριες εκπρόσωποι της κοινωνικής θεωρίας υποστηρίζουν ότι τα δίκτυα των γυναικών διαφέρουν ποιοτικά από αυτά των ανδρών και επομένως για να έχει χρηστική αξία η έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου θα πρέπει να εμπεδωθούν καλύτερα και λεπτομερέστερα οι κοινωνικές σχέσεις που το θέτουν σε λειτουργία.

### **2.2.5. Κοινωνικό κεφάλαιο και υγεία**

Η ιδέα του κοινωνικού κεφαλαίου, όπως αναφέρει ο Shortt<sup>(46)</sup>, βρήκε γρήγορα ένα μεγάλο ακροατήριο ανάμεσα στους ερευνητές στον τομέα της υγείας και αυτό κυρίως γιατί θεωρήθηκε ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε δύο ερευνητικούς τομείς της κοινωνικής επιδημιολογίας: 1) στην παραδοχή ότι οι εισοδηματικές ανισότητες σχετίζονται με αυξημένες υγειονομικές ανισότητες και 2) στο γεγονός ότι πολλές έρευνες δείχνουν μία παθογενετική αν και ανεξήγητη επίδραση της κοινότητας, ανεξάρτητα από τους ατομικούς παράγοντες κινδύνου, στην υγεία του πληθυσμού.

Ο Wilkinson το 1992<sup>(53)</sup>, εξετάζοντας δεδομένα από 23 χώρες του Ο.Ο.Σ.Α., ανέφερε ότι υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ του προσδόκιμου επιβίωσης και της κατανομής του εισοδήματος, ενώ υπάρχει πολύ πιο αδύναμη συσχέτιση με το κατά κεφαλή εισόδημα. Ο Wilkinson δίνει μία ψυχοκοινωνική εξήγηση, η οποία αναφέρεται στο γεγονός ότι η εισοδηματική ανισότητα προκαλεί στα φτωχά άτομα άγχος και κοινωνική πίεση, τα οποία με τη σειρά τους οδηγούν σε σωματικές διαταραχές και ασθένειες. Οι Μαρξιστές από την άλλη, υποστηρίζουν ότι οι δυσμενείς συνθήκες διαβίωσης των κατώτερων κοινωνικών τάξεων (κακή υγιεινή, στέγαση, σίτιση, εργασία) όπως αυτές διαμορφώνονται στο σύγχρονο καπιταλισμό και μέσα από την άνιση κατανομή του εισοδήματος, αυξάνουν την ευπάθεια των ανθρώπων της εργατικής τάξης και μειώνουν την ικανότητα τους να αντιμετωπίζουν τα διάφορα νοσήματα<sup>(54)</sup>.

Ανεξάρτητα από τις διαφορετικές επεξηγήσεις που δίνονται στο παραπάνω φαινόμενο υπάρχει ένα κοινό σημείο. Η εισοδηματική ανισότητα σχετίζεται με την έλλειψη της κοινωνικής συνοχής είτε αυτή οφείλεται στις πολιτικές που αγνοούν τις ανάγκες των φτωχότερων είτε οφείλεται στο άγχος που πηγάζει από την ανισότητα και το οποίο δημιουργεί μία κοινωνία αποξένωσης και εχθρότητας. Το κοινωνικό κεφάλαιο υπεισέρχεται σε αυτή τη σχέση μέσα από τη διάβρωση της εμπιστοσύνης και της αμοιβαιότητας, οι οποίες το χαρακτηρίζουν και οι οποίες με τη μείωσή τους φθείρουν την κοινωνική συνοχή<sup>(46)</sup>.

Η πρώτη δημοσίευση για την πιθανή επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου στην υγεία παρουσιάστηκε από τους Kawachi et al<sup>(7)</sup>, οι οποίοι μελέτησαν την εισοδηματική ανισότητα, το κοινωνικό κεφάλαιο και την θνησιμότητα και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η επίδραση της οικονομικής ανισότητας στη θνησιμότητα επηρεάζεται και μετριάζεται από το κοινωνικό κεφάλαιο. Σε μια δεύτερη έρευνα οι Kawachi et al<sup>(13)</sup> υποστηρίζουν ότι τα άτομα που ζουν σε κοινότητες με χαμηλό κοινωνικό κεφάλαιο αξιολογούν την υγεία τους ως κακή σε μεγαλύτερα ποσοστά σε σχέση με τα άτομα που ζουν σε περιοχές με υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο. Αυτό συμβαίνει ακόμα και όταν έχουν σταθμιστεί ατομικοί παράγοντες κινδύνου, όπως το

χαμηλό εισόδημα, το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, το κάπνισμα και η χαμηλή προσβασιμότητα στις υγειονομικές υπηρεσίες.

Στη συνέχεια ακολουθούν πολλές έρευνες, οι οποίες συσχετίζουν θετικά το κοινωνικό κεφάλαιο με μία πληθώρα υγειονομικών παραγόντων. Αναλυτικά, ο Poortinga<sup>(55)</sup> αναφέρει θετική συσχέτιση με συμπεριφορές για τη διασφάλιση της υγείας. Οι Nilsson et al<sup>(56)</sup> αναφέρουν ότι το υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο οδηγεί σε καλύτερη ποιότητα ζωής στην τρίτη ηλικία, ενώ οι Sundquist et al<sup>(57)</sup> ότι οδηγεί σε χαμηλότερα ποσοστά καρδιαγγειακών παθήσεων. Οι Wistanley et al<sup>(10)</sup> αναφέρουν ότι το χαμηλό κοινωνικό κεφάλαιο και η αποδιοργάνωση σε μία γειτονιά, όπως την αναφέρουν οι κάτοικοι, οδηγεί στην κατάχρηση οινόπνευματων ποτών και ναρκωτικών. Οι Lofors et al<sup>(58)</sup> σε μία προοπτική μελέτη καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι το χαμηλό κοινωνικό κεφάλαιο συνδέεται με την κατάθλιψη και τις ψυχωσικές διαταραχές.

Στη διεθνή βιβλιογραφία παρουσιάζονται και έρευνες, οι οποίες είτε δεν βρίσκουν συσχέτιση είτε εμφανίζουν αρνητική συσχέτιση του κοινωνικού κεφαλαίου με τη δημόσια υγεία. Οι Kennelly et al<sup>(12)</sup> δεν βρήκαν ισχυρή συσχέτιση μεταξύ δεικτών του κοινωνικού κεφαλαίου και της υγείας του πληθυσμού. Οι Hygra και Maki<sup>(59)</sup> κατέδειξαν ότι η συμμετοχή σε δραστηριότητες δεν σχετίζεται με την προσωπική εκτίμηση για την υγεία. Ο Veestra<sup>(60)</sup> παρατήρησε ότι η κοινωνική συμμετοχή, η οποία αποτελεί βασικό δείκτη μέτρησης του κοινωνικού κεφαλαίου δε σχετίζεται με την υγεία. Οι Caughy et al<sup>(61)</sup> σε έρευνα που διεξήγαγαν σε υποβαθμισμένες περιοχές της Βαλτιμόρης των Η.Π.Α. παρατήρησαν ότι τα παιδιά με τα λιγότερα διανοητικά προβλήματα ήταν αυτά των οποίων οι μητέρες δεν ήταν προσκολλημένες στην τοπική κοινότητα.

Όπως αναφέρει ο Κριτσωτάκης<sup>(4)</sup> το μεγάλο ποσοστό των πρώιμων ερευνών με θετική συσχέτιση του κοινωνικού κεφαλαίου με τους υγειονομικούς δείκτες οφείλεται στη μεθοδολογία και συγκεκριμένα στην υπεραπλούστευση των δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν και τα οποία πάρθηκαν από άλλες έρευνες κυρίως από την παγκόσμια έρευνα αξιών, χωρίς να διαφοροποιούνται σε υποομάδες πληθυσμού και χωρίς να εξετάζονται επιμέρους χαρακτηριστικά του κοινωνικού κεφαλαίου. Στις μετέπειτα έρευνες, οι οποίες χρησιμοποίησαν ποιοτικά δεδομένα φάνηκε ότι το κοινωνικό κεφάλαιο δεν έχει μονοδιάστατη θετική ή αρνητική αξία στην υγεία.

Οι Macinko και Starfield<sup>(6)</sup> μετά από ανασκόπηση της βιβλιογραφίας κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το κοινωνικό κεφάλαιο έχει χρησιμοποιηθεί με 4 τρόπους στις υγειονομικές έρευνες: 1) ως επεξηγηματικός δρόμος για τη συσχέτιση των οικονομικών ανισοτήτων με την υγεία, 2) ως συντελεστής στη μελέτη των κοινωνικών δικτύων και της υγείας, 3) ως διαμεσολαβητικός παράγοντας για την απόδοση των πολιτικών μεταρρυθμίσεων στο χώρο της υγείας και 4) ως συνώνυμο της κοινωνικής στέρησης/ υποβάθμισης ή της κοινωνικής συνοχής σε σχέση με τη βία και το έγκλημα.

Ο Kawachi<sup>(13)</sup> έχει προτείνει τους εξής τρόπους με τους οποίους το κοινωνικό κεφάλαιο επιδρά στην ατομική υγεία:

- 1) την προαγωγή της διάχυσης των πληροφοριών για την υγεία.
- 2) την αυξημένη πιθανότητα να υιοθετηθούν υγιείς νόρμες και συμπεριφορές.
- 3) την αυξημένη πρόσβαση σε τοπικές υπηρεσίες υγείας και
- 4) τις ψυχοκοινωνικές διαδικασίες, όπως ο αμοιβαίος σεβασμός, η υποστήριξη στο συνάνθρωπο, η αυτοεκτίμηση.

Οι περισσότερες έρευνες για τη σχέση της υγείας με το κοινωνικό κεφάλαιο καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι το τελευταίο δεν έχει αναπτυχθεί αρκετά ούτε εννοιολογικά ούτε λειτουργικά. Ξεκαθαρίζοντας την έννοια και τους τρόπους μέτρησης του θα μπορέσουν οι ερευνητές να προσδιορίσουν καλύτερα το ρόλο και την δυναμική του σαν έναν από τους πολλούς πιθανούς τρόπους να επιτευχθεί η ισότητα στον υγειονομικό τομέα. Οι Macinko και Starfield<sup>(6)</sup> προτείνουν οι ερευνητές της σχέσης κοινωνικού κεφαλαίου και υγείας να ασχοληθούν με τα εξής:

- 1) Να διασαφηνίσουν τον όρο κοινωνικό κεφάλαιο ώστε να μπορέσει να προσδιοριστεί στη συνέχεια και πώς θα αναλύεται το τελευταίο.
- 2) Να επεξηγήσουν τους μηχανισμούς με τους οποίους το κοινωνικό κεφάλαιο επηρεάζει την υγεία.
- 3) Να αναπτύξουν βασικές μετρήσιμες μεταβλητές του κοινωνικού κεφαλαίου μετά από ψυχομετρική προσέγγιση.
- 4) Να ερευνήσουν τις σχέσεις μεταξύ της υγείας και του κοινωνικού κεφαλαίου σε διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες. Πιθανόν το κοινωνικό κεφάλαιο να εκφράζεται και να μετριέται διαφορετικά σε διαφορετικές κουλτούρες ή χώρες ή να εμφανίζει διαφορετικά αποτελέσματα.

- 5) Να αναλύσουν τις επιδράσεις άλλων μεταβλητών όπως το φύλο, η κοινωνική τάξη, τα τοπικά χαρακτηριστικά της κοινότητας σε σχέση με το κοινωνικό κεφάλαιο και την υγεία.
- 6) Να κατανοήσουν από πού προέρχεται το κοινωνικό κεφάλαιο, σε ποιο βαθμό αυτό συνδέεται με την ιστορία, την οικονομία, την κουλτούρα, τους υλικούς πόρους και πώς αυτό (το κοινωνικό κεφάλαιο) διαμορφώνεται σε σχέση με τους παραπάνω παράγοντες στο πέρασμα των χρόνων και σε διαφορετικούς τόπους.
- 7) Να μελετήσουν καλύτερα τους μηχανισμούς και τις συνέπειες των τρόπων με τους οποίους θα αυξηθεί το κοινωνικό κεφάλαιο στις κοινότητες προτού οι ερευνητές προτείνουν την χρησιμοποίηση του κοινωνικού κεφαλαίου ως εργαλείο για την καλύτερευση της δημόσιας υγείας.

Βέβαια δεν λείπουν και οι επικριτές του κοινωνικού κεφαλαίου, όπως ο Pearce<sup>(47)</sup>, ο οποίος υποστηρίζει ότι «το ματαιόδοξο και δημοφιλές αυτό σχέδιο αποσπά την προσοχή από τις μακροοικονομικές και κοινωνικές πολιτικές, οι οποίες θέτουν τα όρια μέσα στα οποία αναπτύσσονται οι κανότητες και ζουν οι πολίτες». Ο Pearce θεωρεί ότι οι υγειονομικοί ερευνητές θα πρέπει να σκέφτονται την επίδραση που έχουν στην υγεία οι κρατικές πολιτικές και όχι οι παράγοντες στα πλαίσια της κοινότητας δηλ., το κοινωνικό κεφάλαιο ή ο τρόπος ζωής των ατόμων.

Οι Kawachi et al<sup>(62)</sup> αναφέρουν ότι τρεις είναι οι κύριες κατηγορίες, οι οποίες προσάπτονται στο κοινωνικό κεφάλαιο σε σχέση με τη χρησιμοποίησή του από τη δημόσια υγεία:

- 1) Η χαρτογράφηση της παρουσίας του κοινωνικού κεφαλαίου σε διαφορετικές κοινότητες χωρίς να γίνεται ανάλυση των διαφορετικών δυναμικών κάθε κοινότητας μπορεί να οδηγήσει στο να ενοχοποιούνται οι ίδιοι οι κάτοικοι για τα προβλήματα που παρουσιάζονται στην κοινότητα (βία, έγκλημα, χαμηλό επίπεδο υγείας).
- 2) Η χρησιμοποίηση του κοινωνικού κεφαλαίου ως πολιτικής για το χτίσιμο κοινωνικής συνοχής θεωρείται ως ένας φτηνός τρόπος να επιλυθούν προβλήματα, όπως αυτά της φτώχειας και των υγειονομικών ανισοτήτων. Η θεωρία ότι είναι πολύ πιο οικονομικό οι φτωχοί να βοηθούν ο ένας τον άλλον παρά η κυβέρνηση να ξοδεύει εκατομμύρια χρήματα στα προγράμματα κατά της φτώχειας χρησιμοποιείται από τους υποστηρικτές του «τρίτου δρόμου» και της

κοινωνίας των πολιτών για να μεταφέρει το πρόβλημα από το κράτος στην κοινωνία και τους πολίτες.

- 3) Η αδιαφάνεια που υπάρχει σχετικά με τις πολιτικές και τις διαδικασίες που πρέπει να ακολουθηθούν για να δημιουργηθεί το κοινωνικό κεφάλαιο σε μία κοινότητα και σχετικά με την ποιότητα των ενδοκοινοτικών σχέσεων προκειμένου να επωφελείται η κοινότητα από το κοινωνικό κεφάλαιο.

## 2.3. Η προσωπική αντίληψη της υγείας

### 2.3.1. Ιστορία και ορισμός της υποκειμενικής αξιολόγησης της υγείας

Η «προσωπική αντίληψη της υγείας» ή «αντιλαμβανόμενη υγεία» ή «αξιολόγηση της προσωπικής υγείας» είναι ένας όρος που χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά σε έρευνες, όπως αναφέρει ο Strawbridge<sup>(63)</sup>, από τους Heyman και Jeffers το 1963 ως υποκατάστατο για την κλινική εκτίμηση της ασθένειας και περιγράφηκε ως παράγοντας κινδύνου για την θνησιμότητα. Έκτοτε το ενδιαφέρον για την χρησιμότητα αυτής της έννοιας σαν εργαλείο για τον προσδιορισμό της υγείας του πληθυσμού είναι τόσο μεγάλο ώστε σχεδόν δεν υπάρχει πλέον υγειονομική έρευνα που να μην λαμβάνει υπόψη την προσωπική αντίληψη της υγείας (self – rated health). Αυτό συμβαίνει γιατί υπάρχει μία μεγάλη ανάγκη να εκτιμηθεί το ατομικό επίπεδο υγείας ώστε να αποδειχθούν διαχρονικές υγειονομικές διαφορές ανάμεσα σε πληθυσμούς και να μελετηθούν οι διαφορές στην ανταπόκριση στις υγειονομικές παρεμβάσεις.

Σύμφωνα με το βιοϊατρικό μοντέλο η υγεία προσδιορίζεται αρνητικά ως η απουσία νόσου ή αναπηρίας και στηρίζεται σε αντικειμενικά κριτήρια για να μετρηθεί, όπως είναι η θνησιμότητα, η νοσηρότητα, ή οι περιορισμοί στη δραστηριότητα. Σύμφωνα με την προσέγγιση της κοινωνικής κατασκευής της πραγματικότητας, η υγεία προσδιορίζεται ως μια θετική κατάσταση ευεξίας, στην οποία εκτός από τη σωματική διάσταση λαμβάνονται υπόψη και ψυχολογικές, κοινωνικές και πολιτισμικές παράμετροι που διαμορφώνουν την υποκειμενική αντίληψη για την υγεία<sup>(54)</sup>. Με βάση αυτό το θεωρητικό πλαίσιο η προσωπική αντίληψη για την υγεία κατάφερε να

εξελιχθεί σε σημαντικό συστατικό στοιχείο της σύγχρονης υγειονομικής έρευνας. Όπως αναφέρει η Sibthorpe et al<sup>(64)</sup>, η υποκειμενικά αξιολογούμενη υγεία θεωρείται ένας αξιόπιστος παράγοντας σε σύγκριση με τους αντικειμενικούς δείκτες υγείας και μπορεί πλέον να τους αντικαταστήσει επάξια στις υγειονομικές μελέτες.

Τι είναι όμως η προσωπική αντίληψη της υγείας; Στην ουσία πρόκειται για μια και μοναδική απλή ερώτηση του είδους: «Πώς θα εκτιμούσατε την υγεία σας σε γενικά επίπεδα τη δεδομένη χρονική στιγμή;», η οποία αντικατοπτρίζει τη συνολική εκτίμηση της υγείας του ατόμου που ερωτάται και το οποίο απαντά συνήθως με μία από τις απαντήσεις –πολύ κακή, κακή, μέτρια, καλή, πολύ καλή<sup>(65,66)</sup>. Όπως αναφέρει η Vallee<sup>(67)</sup>, ο Maddox ένας από τους πρωτοπόρους στην έρευνα για την υποκειμενική αξιολόγηση της υγείας έγραψε κάποτε ότι «οι αυτοεκτιμήσεις στην υγεία μετρούν καθαρά κάτι παραπάνω και μερικές φορές κάτι λιγότερο σε σχέση με τους αντικειμενικούς δείκτες υγείας». Ο Π.Ο.Υ. θεωρεί την εκτίμηση του ατόμου για την προσωπική του υγεία ως έναν από τους καλύτερους δείκτες υγείας σε ατομικό και σε παγκόσμιο επίπεδο και συστήνει την μέτρησή της για την εκτίμηση υγειονομικών πολιτικών που αφορούν στη μείωση της θνησιμότητας και την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης<sup>(65)</sup>.

### **2.3.2. Θεωρίες για την προσωπική αντίληψη της υγείας**

Η υποκειμενικά αξιολογούμενη υγεία θεωρείται μία πολυπαραγοντική σύλληψη, η οποία σχετίζεται όχι μόνο με αντικειμενικές μετρήσεις της υγείας, αλλά και με πολλούς άλλους παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, η μόρφωση, η οικογενειακή κατάσταση και άλλα προσωπικά χαρακτηριστικά<sup>(68)</sup>. Όπως αναφέρουν οι Eriksson et al<sup>(69)</sup>, πολλές εμπειρικές μελέτες έχουν δείξει ότι η συνολική εκτίμηση του ατόμου για την υγεία του ακόμα και αν ελεγχθούν άλλοι φυσικοί, κοινωνικοδημογραφικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, αποτελεί ένα δυνατό προγνωστικό στοιχείο της μελλοντικής θνησιμότητας και νοσηρότητας. Οι θεωρίες που έχουν προταθεί για να εξηγήσουν το παραπάνω φαινόμενο είναι οι εξής:

- 1) Η προσωπική αντίληψη της υγείας εμπεριέχει δείκτες κακής υγείας, οι οποίοι δεν μπορούν να ανιχνευτούν βιοϊατρικά ή που δεν περιλαμβάνονται στην ιατρική εξέταση.

2) Η υποκειμενική εκτίμηση της υγείας αντικατοπτρίζει τον τρόπο ζωής, ή εκείνους τους ψυχοκοινωνικούς και κοινωνικό – δημογραφικούς παράγοντες, οι οποίοι έχουν δυσμενή αποτελέσματα στην υγεία.

Εγείρεται λοιπόν το ερώτημα σχετικά με το αν προσωπικά δόγματα όπως η έλλειψη αυτοκυριαρχίας ή η μοιρολατρία επηρεάζουν τις απόψεις για την υγεία. Η υποχονδρία και η υπερβολική ενασχόληση με την ατομική υγεία συσχετίζονται ισχυρά με τη χαμηλή προσωπική αντίληψη για την υγεία. Είναι επίσης πιθανό η προσωπική αντίληψη για την υγεία να προδιατίθεται από παράγοντες, όπως η κοινωνική επιθυμία και οι προσδοκίες<sup>(69)</sup>.

Οι DeSalvo et al<sup>(14)</sup> αναφέρουν ότι η υποκειμενική αξιολόγηση της υγείας αντιπροσωπεύει μια πλειάδα παραγόντων που θεωρούνται ότι προβλέπουν την υγεία. Η υποκειμενική υγεία μπορεί να λειτουργεί ως μια δυναμική αξιολόγηση, η οποία αντικατοπτρίζει κρίσεις για τη διάρκεια και την ποιότητα του κύκλου ζωής. Επίσης, θεωρείται ότι η προσωπική αντίληψη της υγείας επηρεάζει επακόλουθες συμπεριφορές υγείας ή ότι αντικατοπτρίζει την προσωπική γνώση του ατόμου για επερχόμενα γεγονότα που ενδέχεται να επηρεάσουν αρνητικά την υγεία του.

Υπάρχουν, όμως, και περιορισμοί στη χρήση της υποκειμενικής εκτίμησης της υγείας ως προγνωστικού δείκτη, οι οποίοι συνίστανται στο γεγονός ότι οι ασθενείς μπορεί να δηλώνουν χαμηλότερα επίπεδα υγείας ώστε να απολαμβάνουν περισσότερες υγειονομικές φροντίδες ή οι παροχείς υπηρεσιών υγείας να προτρέπουν τους πελάτες τους να δηλώνουν κακή υποκειμενική υγεία ώστε να μπορούν οι τελευταίοι να διαστρεβλώνουν το υγειονομικό προφίλ των πελατών τους με σκοπό το κέρδος. Αυτό το ρίσκο βέβαια υπάρχει σε όλα τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται στη μέτρηση της υγείας<sup>(14)</sup>.

### **2.3.3. Μέτρηση της προσωπικής αντίληψης της υγείας**

Η υποκειμενική αξιολόγηση της υγείας έχει κατά καιρούς μετρηθεί με πολλούς τρόπους με τη χρήση μιας μόνο απλής ερώτησης ή με κλίμακες. Η διατύπωση της ερώτησης, ο τύπος της χρησιμοποιούμενης κλίμακας, ο αριθμός και η ποικιλία των



απαντήσεων διαφέρουν. Η απλή ερώτηση μπορεί να υπάρξει με τρεις μορφές: 1) μη – συγκριτική: «πώς αξιολογείτε την υγεία σας γενικά αυτή τη χρονική στιγμή;» και απαντήσεις όπως άριστη, καλή, πολύ καλή, μέτρια, κακή, πολύ κακή, 2) συγκριτικά σε σχέση με την ηλικία: «πώς αξιολογείτε την υγεία σας – καλύτερη, ίδια ή χειρότερη – σε σχέση με την υγεία των άλλων συνομηλίκων σας;» και 3) συγκριτικά σε σχέση με το χρόνο: «πώς αξιολογείτε την υγεία σας τώρα σε σχέση με το παρελθόν;»<sup>(69)</sup>.

Στις αναλύσεις για τη σχέση της υποκειμενικής αντίληψης της υγείας με τη θνησιμότητα οι απαντήσεις μπορεί να διχοτομηθούν σε μέτρια/ κακή υγεία σε σύγκριση με την καλή/ άριστη υγεία. Είναι, επίσης, διαθέσιμες και εναλλακτικές κλίμακες μέτρησης της υποκειμενικής υγείας από 0 - 100 βαθμούς, οι οποίες περιέχονται στο European Quality of Life Scale και μπορούν να χρησιμοποιηθούν στις αναλύσεις θνησιμότητας<sup>(63)</sup>.

Όπως αναφέρουν οι Strawbridge et al<sup>(63)</sup>, με τη βοήθεια των πολυπαραγοντικών στατιστικών μεθόδων ανάλυσης γίνονται προσπάθειες να καταμετρηθεί ο βαθμός στον οποίο η παρατηρούμενη συσχέτιση μεταξύ της προσωπικής αντίληψης για την υγεία και της θνησιμότητας εμμένουν παρά την παρουσία και αξιολόγηση και άλλων παραγόντων, όπως οι χρόνιες ασθένειες, οι επίκτητες συμπεριφορές υγείας (κάπνισμα), η φυσική λειτουργία του οργανισμού και άλλοι κοινωνικοί και δημογραφικοί παράγοντες.

Οι Mantzavinis et al<sup>(70)</sup> σε έρευνα τους για τα πολυπαραγοντικά μοντέλα στατιστικής ανάλυσης της υποκειμενικής εκτίμησης της υγείας καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι πρέπει να δίνεται μεγάλη προσοχή στη μεθοδολογία και στη χρήση των παραπάνω ερευνητικών μοντέλων έτσι ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα και η χρησιμότητα τους σε μελλοντικές έρευνες.

#### **2.3.4. Σύντομη ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας σχετικά με την προσωπική αντίληψη της υγείας**

Πολλές είναι οι έρευνες, οι οποίες συνδέουν την κακή προσωπική αντίληψη για την υγεία με αυξημένο κίνδυνο θνητότητας, κυρίως ανάμεσα στους ηλικιωμένους, ακόμα

και όταν εξετάζονται και άλλοι παράγοντες όπως το φύλο, η ψυχολογική κατάσταση, οι υγειονομικές πρακτικές, τα κοινωνικά δίκτυα<sup>(65,71,72,73,74)</sup>. Η κακή υποκειμενική αντίληψη για την υγεία αποτελεί προγνωστικό παράγοντα θνησιμότητας και στους νέους άντρες και η σχέση αυτή εξηγείται κυρίως από ψυχολογικούς παράγοντες<sup>(75)</sup>. Σε ότι αφορά τη σχέση της υποκειμενικής εκτίμησης της υγείας με το φύλο οι Idler et al<sup>(76)</sup> παρατήρησαν ότι σε σύγκριση με τις ιατρικές διαγνώσεις, τους δημογραφικούς παράγοντες και τις συμπεριφορές υγείας η υποκειμενική υγεία σχετίζεται με τη θνησιμότητα σε περίοδο παρακολούθησης 12 χρόνων μόνο στους μεσήλικες άνδρες και όχι στους ηλικιωμένους άνδρες ή τις γυναίκες κάθε ηλικίας. Οι Benyamini et al<sup>(77)</sup> υποστηρίζουν ότι η προσωπική αντίληψη για την υγεία σχετίζεται μόνο με τη βραχυπρόθεσμη θνησιμότητα και για τα δύο φύλα (για τα επόμενα 4 χρόνια) και όχι με την μακροπρόθεσμη θνησιμότητα (9 χρόνια). Η συσχέτιση αυτή είναι ισχυρότερη για τις ηλικιωμένες γυναίκες.

Οι Manoux et al<sup>(78)</sup> υποστηρίζουν ότι η προσωπική αντίληψη της υγείας προβλέπει τη θνησιμότητα το ίδιο σε άντρες και σε γυναίκες αν και άλλοι παράγοντες εξηγούν σε πολύ μεγαλύτερη αναλογία τη σχέση υγείας - θνησιμότητας στους άνδρες. Άλλες μελέτες συσχετίζουν την προσωπική αντίληψη για την υγεία με τη λειτουργική ικανότητα<sup>(79)</sup>, τη λειτουργική εξασθένηση<sup>(80,81)</sup> ή την πιθανότητα πρόωρης συνταξιοδότησης λόγω ανικανότητας στους μεσήλικες άνδρες<sup>(68)</sup>.

Αρκετές έρευνες υποστηρίζουν ότι η προσωπική αντίληψη της υγείας επηρεάζεται από την κουλτούρα των διαφορετικών εθνικοτήτων και αυτό πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στις διάφορες μελέτες<sup>(82,83)</sup>, ενώ οι Subramanian et al<sup>(84)</sup> υποστηρίζουν ότι η υποκειμενική εκτίμηση της υγείας μπορεί να χρησιμοποιηθεί για επιδημιολογικές μελέτες ανάμεσα σε χώρες ακόμα και σε αυτές με χαμηλό εισόδημα.

Οι Bierman et al<sup>(85)</sup> υποστηρίζουν ότι η προσωπική αντίληψη για την υγεία προβλέπει την υγειονομική χρήση υπηρεσιών. Οι Mawani et Gilmour<sup>(86)</sup> υποστηρίζουν ότι η υποκειμενική υγεία του ατόμου μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την παρακολούθηση και τον έλεγχο της ψυχικής υγείας. Οι DeSalvo et al<sup>(14)</sup>, στη μετα - ανάλυση που έκαναν σε 22 έρευνες για την προσωπική αντίληψη της υγείας και τη θνησιμότητα κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα άτομα που εκτιμούν ότι έχουν κακή υγεία έχουν δύο φορές μεγαλύτερες πιθανότητες να πεθάνουν σε σχέση με τα άτομα που

εκτιμούν ότι έχουν καλή υγεία. Η συσχέτιση αυτή παρέμεινε υψηλή ακόμα και μετά την εισαγωγή μεταβλητών, όπως η λειτουργική κατάσταση, η θρέψη, η κατάθλιψη και η συνοσηρότητα.

Τέλος, οι Shadbolt et al<sup>(87)</sup> θεωρούν ότι η προσωπική αντίληψη της υγείας είναι ο καλύτερος προβλεπτικός δείκτης επιβάρυνσης σε σύγκριση με άλλους κλινικούς δείκτες, την αρτηριακή πίεση και τους δείκτες μέτρησης ποιότητας ζωής. Για τον λόγο αυτό υποστηρίζουν ότι η χρήση της υποκειμενικής αντίληψης της υγείας στην κλινική πρακτική μπορεί να βοηθήσει τους ιατρούς να βελτιώσουν τις εκτιμήσεις τους για την υγεία των ασθενών τους, να προβλέψουν με μεγαλύτερη ακρίβεια τη διάρκεια επιβίωσης τους, να καλυτερεύσουν τις ιατρικές τους αποφάσεις και την ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας. Οι συγγραφείς θεωρούν ότι οι ασθενείς έχουν μια τρομακτική ικανότητα να χρησιμοποιούν εξωτερικές και εσωτερικές πληροφορίες για να προσδιορίσουν την υγεία τους.

Υπάρχουν, όμως, και έρευνες, οι οποίες δεν βρήκαν συσχέτιση μεταξύ της υποκειμενικής αξιολόγησης της υγείας και της θνησιμότητας, ειδικά μετά τον έλεγχο για πολλαπλές μεταβλητές. Οι Tsuji et al<sup>(88)</sup> υποστηρίζουν ότι οι προγνωστικές δυνατότητες της προσωπικής αντίληψης της υγείας εξαρτώνται από τις αιτίες θανάτου στους ηλικιωμένους. Στην έρευνά τους η υποκειμενική αξιολόγηση της υγείας προέβλεπε σε σημαντικό βαθμό τη θνησιμότητα από καρκίνο στους ηλικιωμένους αλλά δεν εμφάνιζε καμία συσχέτιση με τη θνησιμότητα από καρδιακά νοσήματα ή από εγκεφαλικά.

Οι Mc Callum et al<sup>(89)</sup>, υποστηρίζουν ότι μετά από έλεγχο μεταβλητών όπως η συνοσηρότητα, η σωματική δυσλειτουργία, η κατάθλιψη και η κοινωνική στήριξη, η κακή προσωπική αντίληψη για την υγεία στους άνδρες και στις γυναίκες δεν έχει σημαντική διαφορά σε σχέση με την καλή στην πρόβλεψη της επιβίωσης.

Από όλα τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι το κοινωνικό κεφάλαιο και η προσωπική αντίληψη για την υγεία είναι δυο έννοιες, οι οποίες ανευρίσκονται συχνά στη διεθνή βιβλιογραφία και έχουν ευρέως χρησιμοποιηθεί στην ιατρική έρευνα με σκοπό την κατανόηση του ρόλου του κοινωνικού κεφαλαίου ως εν δυνάμει καθοριστικού παράγοντα στην άμβλυνση των υγειονομικών ανισοτήτων.

Είναι πλέον αδιαμφισβήτητο το γεγονός ότι η υγεία του ατόμου και του πληθυσμού γενικότερα εξαρτάται τόσο από ατομικούς όσο και από κοινωνικούς, οικονομικούς και πολιτικούς παράγοντες, οι οποίοι αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Το κοινωνικό κεφάλαιο, ως δείκτης συνοχής και οργάνωσης της κοινωνίας (αφού εμπερικλείει έννοιες όπως η εμπιστοσύνη, η αμοιβαιότητα, η αλληλεγγύη, η συμμετοχή στα κοινά) αποτελεί ένα ευρύ πεδίο προς διερεύνηση σε ότι αφορά τον τρόπο που αυτό επιδρά στην υγεία. Στην Ελλάδα μέχρι σήμερα οι ερευνητές ελάχιστα έχουν ασχοληθεί με το θέμα του κοινωνικού κεφαλαίου και την επίδραση του στον υγειονομικό τομέα και υπάρχει έλλειψη σχετικής βιβλιογραφίας. Η παρούσα διατριβή ασχολείται με τη συστηματική καταγραφή και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των εμπειρικών μελετών, οι οποίες διερευνούν τη σχέση του κοινωνικού κεφαλαίου με την προσωπική αντίληψη της υγείας. Η χρησιμότητα της έγκειται στην εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με την αναγκαιότητα ή όχι της χρησιμοποίησης του κοινωνικού κεφαλαίου για την πιθανή βελτίωση της υγείας του πληθυσμού.

### 3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της έρευνας είναι η συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση των μελετών, οι οποίες διερευνούν τη σχέση του κοινωνικού κεφαλαίου με την προσωπική αντίληψη της υγείας και η καταγραφή των αποτελεσμάτων που προκύπτουν από τις παραπάνω μελέτες.

#### 3.1. Τρόπος αναζήτησης και κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού των μελετών.

Η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε είναι η συστηματική αναζήτηση, σε συγκεκριμένες ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, δημοσιευμένων μελετών για τη σχέση του κοινωνικού κεφαλαίου με την προσωπική αντίληψη για την υγεία. Οι ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν είναι οι Pub Med, Scopus και Science Direct, οι οποίες ως γνωστόν περιλαμβάνουν μεγάλο αριθμό ερευνών που αφορούν την ιατρική έρευνα και τις κοινωνικές επιστήμες. Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε το Νοέμβριο του 2010 και αφορούσε άρθρα τα οποία δημοσιεύτηκαν από τον Ιανουάριο του 1997 μέχρι και τον Νοέμβριο του 2010 στην Αγγλική και στην Ελληνική γλώσσα.

Εξαιτίας του μεγάλου αριθμού και της ετερογένειας των δημοσιευμένων μελετών η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκε σε δύο στάδια. Αρχικά έγινε αναζήτηση της βιβλιογραφίας σχετικά με το κοινωνικό κεφάλαιο και την υγεία χρησιμοποιώντας τους όρους «social capital» and «health», με σκοπό να αποσαφηνιστούν οι διάφοροι όροι με τους οποίους αναφέρεται η προσωπική αντίληψη της υγείας στη διεθνή βιβλιογραφία. Από την αρχική αυτή αναζήτηση ανευρέθηκαν στη βάση Pub Med 868 άρθρα, στη Science Direct 357 άρθρα και στη Scopus 2279 άρθρα, αντίστοιχα. Η έρευνα συνεχίστηκε χρησιμοποιώντας τους όρους «social capital» and «self – rated health» or «self –reported health» or «self – assessed health» or «self – reported mental health» or «self – rated mental health» or «self – assessed mental health», οι οποίοι μπορεί να βρίσκονταν στον τίτλο, την περίληψη ή τις «λέξεις κλειδιά» του άρθρου (title, abstract, keywords). Από αυτή την

αναζήτηση βρέθηκαν στη βάση Pub Med 203 άρθρα, στη Science Direct 116 άρθρα και στη Scopus 305 άρθρα.

Τα κριτήρια, τα οποία ελήφθησαν υπόψη για την τελική επιλογή των άρθρων, τα οποία συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση είναι τα εξής:

A) ημερομηνία δημοσίευσης του άρθρου από το 1997 και μετά οπότε και άρχισε να χρησιμοποιείται συστηματικά ο όρος «κοινωνικό κεφάλαιο» σε σχέση με τις υγειονομικές ανισότητες.

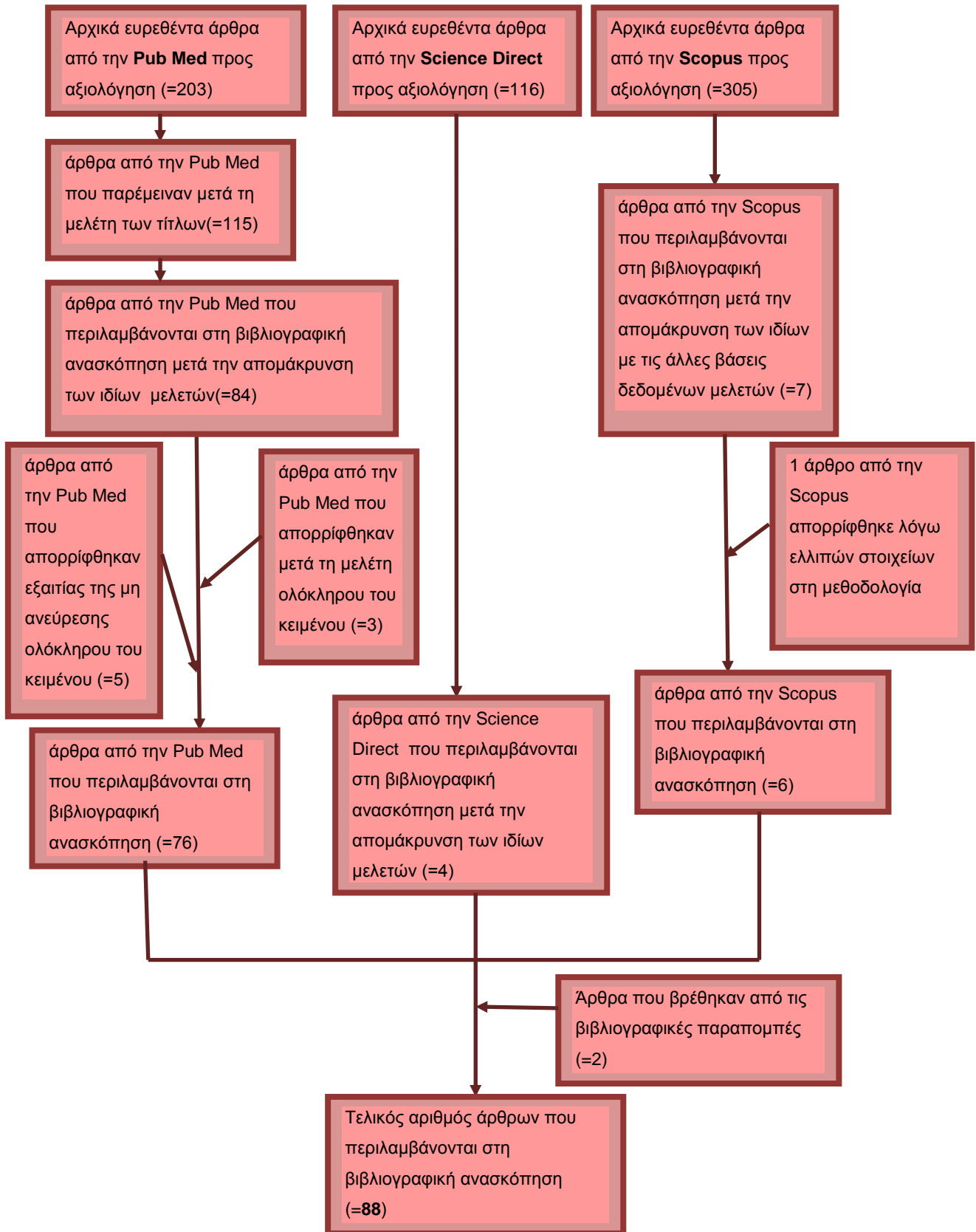
B) η παρουσία του όρου «κοινωνικό κεφάλαιο» στις μελέτες και όχι παραπλήσιων όρων π.χ. κοινωνική συνοχή .

Γ) οι δημοσιεύσεις να αφορούν σε μελέτες (ποιοτικές ή ποσοτικές), οι οποίες διερευνούν την επίδραση των διαφόρων δεικτών μέτρησης του κοινωνικού κεφαλαίου στην προσωπική αντίληψη της υγείας (ψυχική και σωματική) .

### 3.2. Αποτελέσματα της βιβλιογραφικής αναζήτησης

Με βάση τα παραπάνω κριτήρια και δεδομένου ότι η έρευνα επιτελέστηκε από έναν μόνο ερευνητή και σε περιορισμένο χρόνο έγινε αρχικά η ανασκόπηση των μελετών της ηλεκτρονικής βάσης δεδομένων Pub Med από όπου ύστερα από την αξιολόγηση των τίτλων παρέμειναν 115 από τα 203 άρθρα. Μετά την απομάκρυνση και των άρθρων που εμφανίζονταν παραπάνω από μία φορές κατά την αναζήτηση παρέμειναν τα 84. Σε 5 μελέτες δεν κατέστη δυνατή η ανεύρεση ολόκληρου του άρθρου (υπήρχε μόνο η περίληψη) και για το λόγο αυτό απορρίφθηκαν ενώ 3 άρθρα απορρίφθηκαν μετά τη μελέτη ολόκληρου του κειμένου. Συγκεκριμένα στο ένα από αυτά δεν παρουσιάζονταν σαφή αποτελέσματα για τη σχέση του κοινωνικού κεφαλαίου με την υποκειμενική αντίληψη της υγείας ενώ στα δύο άλλων δεν διασαφηνιζόταν ο τρόπος με τον οποίο μετράται η προσωπική αντίληψη της υγείας. Τελικά από τη βάση δεδομένων της Pub Med συμπεριλήφθησαν 76 μελέτες στη βιβλιογραφική ανασκόπηση. Στη συνέχεια εξετάστηκαν οι μελέτες που περιλαμβάνονταν στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων του Science Direct, από τις οποίες (λόγω της μεγάλης αλληλοεπικάλυψης με την προηγούμενη ηλεκτρονική βάση δεδομένων) μόνο 4 ήταν αυτές που προστέθηκαν στην ανασκόπηση. Τέλος, από την

αξιολόγηση των άρθρων της ηλεκτρονικής βάσης Scopus (και μετά την απομάκρυνση των ίδιων, με τις προηγούμενες βάσεις δεδομένων, άρθρων) ανευρέθηκαν 7 νέες μελέτες εκ των οποίων η μία απορρίφθηκε λόγω ελλιπών στοιχείων στη μεθοδολογία της. Από τη μελέτη των βιβλιογραφικών αναφορών (references), οι οποίες περιλαμβάνονται στα παραπάνω άρθρα βρέθηκαν 2 ακόμα νέες μελέτες. Συνολικά στη βιβλιογραφική ανασκόπηση περιλαμβάνονται 88 μελέτες, οι οποίες ανταποκρίνονται στα κριτήρια επιλογής (βλ. εικόνα 3.1).



**Εικόνα 3.1.** Βιβλιογραφική αναζήτηση και αποτελέσματα αυτής



### 3.3. Κατηγοριοποίηση των μελετών και ανάλυση των δεδομένων

Κρίνεται σκόπιμο πριν την καταγραφή των αποτελεσμάτων να γίνει μία αναφορά στον τρόπο που διαχωρίζονται οι έρευνες που καταγράφουν την επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου στο χώρο της υγείας. Σύμφωνα με τους Macinko και Starfield<sup>(6)</sup>, το κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να αναλυθεί σε τέσσερα διαφορετικά επίπεδα : στο μάκρο – επίπεδο ( χώρες, περιοχές, πολιτείες), στο μέσο - επίπεδο (γειτονιές, κοινότητες), στο μικρο - επίπεδο (κοινωνικά δίκτυα) και στο ατομικό επίπεδο συμπεριφοράς ( π.χ. εμπιστοσύνη).

Ο Islam<sup>(36)</sup>, επίσης, αναφέρει ότι ανάλογα με την αναλυτική προσέγγιση και το σχεδιασμό της έρευνας, οι μελέτες που διερευνούν την επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου στην υγεία διαχωρίζονται σύμφωνα με το επίπεδο (μελέτες ενός ή πολλών επιπέδων) και τη μονάδα της ανάλυσης.

Αναφορικά με τη μονάδα της ανάλυσης, οι μελέτες ενός επιπέδου διαχωρίζονται σε :

- 1) ατομικές, στις οποίες αναλύεται το κοινωνικό κεφάλαιο του υποκειμένου (μονάδα ανάλυσης είναι το άτομο) και στις οποίες όλες οι μεταβλητές εξετάζονται ως ατομικά χαρακτηριστικά.

- 2) οικολογικές, στις οποίες αναλύεται το κοινωνικό κεφάλαιο σε μία ομάδα ατόμων ανάλογα με γεωγραφικά, δημογραφικά, κοινωνικό - οικονομικά ή άλλα κριτήρια (εδώ μονάδα ανάλυσης είναι η γειτονιά, η κοινότητα κ.α.). Σε αυτές τις μελέτες η υγεία και το κοινωνικό κεφάλαιο υπολογίζονται από τη συνάθροιση των ατομικών αποτελεσμάτων και την εξαγωγή μέσου όρου.

Σε ότι αφορά το επίπεδο της ανάλυσης η μελέτη μπορεί να είναι ενός επιπέδου (single - level analysis) ή πολλών επιπέδων (multilevel analysis). Οι μελέτες, οι οποίες αφορούν σε πολλά επίπεδα ασχολούνται με την ανάλυση μιας σύνθετης δόμησης δεδομένων (π.χ. την επίδραση μιας μεταβλητής τόσο στο άτομο όσο και στην ομάδα στην οποία αυτό μετέχει). Ο κύριος λόγος για τον οποίο επιλέγεται μία πολυεπίπεδη ανάλυση είναι για να αποτυπωθεί σαφώς η ανομοιογένεια που υπάρχει

μέσα σε ένα δείγμα (π.χ. σε μία τάξη οι μαθητές έχουν διαφορετικά χαρακτηριστικά ο καθένας)<sup>(36)</sup>.

Σε ότι αφορά το κοινωνικό κεφάλαιο διαχωρίζουμε τα «ατομικά» (compositional effects) από τα «συλλογικά» (contextual effects) αποτελέσματα αυτού. Τα «ατομικά» αποτελέσματα του κοινωνικού κεφαλαίου ανευρίσκονται όταν οι διαφορές μεταξύ των ομάδων οφείλονται κυρίως σε διαφορές στα ατομικά χαρακτηριστικά των ατόμων που ανήκουν σε αυτές<sup>(90)</sup>.

Τα «συλλογικά» αποτελέσματα του κοινωνικού κεφαλαίου ανευρίσκονται όταν τα χαρακτηριστικά της ομάδας και όχι του ατόμου σχετίζονται με διαφορές στα αποτελέσματα μετά και τον έλεγχο για σχετικούς με το άτομο συγχυτικούς παράγοντες. Η πολυεπίπεδη ανάλυση λαμβάνει υπόψη ταυτόχρονα και τα δύο επίπεδα (ατομικό και συλλογικό) ενώ επιπλέον έχει τη δυνατότητα να διαχωρίσει τα ατομικά από τα συλλογικά αποτελέσματα της επίδρασης του κοινωνικού κεφαλαίου<sup>(90)</sup>.

Με βάση τα παραπάνω οι μελέτες που επιλέχθηκαν από τη συγκεκριμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση ταξινομούνται:

- 1) ανάλογα με το επίπεδο της ανάλυσης σε αναλύσεις ενός ή πολλών επιπέδων.
- 2) ανάλογα με τη μονάδα ανάλυσης σε ατομικές και οικολογικές.

Σε κάθε μελέτη καταγράφονται οι δείκτες με τους οποίους μετράται το κοινωνικό κεφάλαιο. Ανεξάρτητα με το σχεδιασμό της κάθε μελέτης το κοινωνικό κεφάλαιο κατηγοριοποιείται σε δομικό (structural) και σε γνωστικό (cognitive). Επίσης, ανάλογα με τον τρόπο που μετράται, το κοινωνικό κεφάλαιο διαχωρίζεται σε:

- 1) «Ατομικό» κοινωνικό κεφάλαιο (π.χ. εμπιστοσύνη).
- 2) «Αθροιστικό» κοινωνικό κεφάλαιο, το οποίο προέρχεται από την συνάθροιση των κοινωνικών κεφαλαίων των ατόμων μιας περιοχής και την εξαγωγή μέσου όρου π.χ. συνολικό επίπεδο εμπιστοσύνης.
- 3) «Συλλογικό» κοινωνικό κεφάλαιο. Εδώ δεν εμπεριέχεται ο ατομικός παράγοντας αλλά το κοινωνικό κεφάλαιο μετράται ως καθαρά ομαδικό ή τοπικό χαρακτηριστικό π.χ. αριθμός οργανισμών σε μία κοινότητα.

Η προσωπική αντίληψη της υγείας καταγράφεται ως προσωπική αντίληψη για την σωματική υγεία ή για τη ψυχική υγεία, ανάλογα με το θέμα της κάθε εμπειρικής μελέτης.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι διαφορές στους τρόπους μέτρησης του κοινωνικού κεφαλαίου και της προσωπική αντίληψης της υγείας καθώς και η ποικιλία στις τεχνικές της στατιστικής ανάλυσης που χρησιμοποιούνται στις μελέτες που ανασκοπούνται δεν επιτρέπουν τη μεταανάλυση τους, δηλ. το συνδυασμό με μαθηματικό τρόπο των αποτελεσμάτων των μελετών που επιλέχθηκαν κατά τη συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση έτσι ώστε να εξαχθεί ένα συγκεντρωτικό αποτέλεσμα<sup>(91)</sup>. Για το λόγο αυτό θα γίνει μόνο περιγραφική ανάλυση των αποτελεσμάτων των ανασκοπούμενων μελετών και θα εξαχθούν γενικά συμπεράσματα σχετικά με την επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου στην υποκειμενική αξιολόγηση της υγείας.

#### 4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Συνολικά ανασκοπήθηκαν ογδόντα οκτώ (88) μελέτες, οι οποίες κατατάσσονται ως εξής:

A. Τριάντα τρεις (33) πολυεπίπεδες μελέτες. Από αυτές τις μελέτες οι 9 διεξήχθησαν στις Η.Π.Α., 1 στον Καναδά, 2 στην Αυστραλία, 1 στην Κίνα, 3 στην Ιαπωνία, 1 στη Σκωτία, 3 στην Αγγλία, 2 στη Νορβηγία, 2 στη Σουηδία, 1 στην Ιρλανδία, 1 στη Φιλανδία, 1 στο Ισραήλ, 3 συγκριτικές μελέτες σε διάφορες Ευρωπαϊκές χώρες και 3 συγκριτικές μελέτες, οι οποίες αναφέρονταν σε χώρες από διαφορετικές ηπείρους.

B. Μια μελέτη στην οποία η ανάλυση έγινε τόσο σε οικολογικό όσο και σε επίπεδο ατόμου και επίπεδο περιοχής και διεξήχθη στην Ιαπωνία.

Γ. Σαράντα εννέα (49) μελέτες, στις οποίες αναλύθηκε η σχέση του κοινωνικού κεφαλαίου και της προσωπικής αντίληψης για την υγεία σε ατομικό επίπεδο. Από αυτές τις έρευνες 5 διεξήχθησαν στις Η.Π.Α., 2 στον Καναδά, 1 στη Χιλή, 1 στην Αυστραλία, 1 στην Κίνα, 3 στην Ιαπωνία, 1 στην Ταϊλάνδη, 1 στην Κολομβία, 1 στη Μαδαγασκάρη, 1 στη Ν. Κορέα, 3 στη Ρωσία, 7 στη Φινλανδία, 9 στη Σουηδία, 1 στη Νορβηγία, 1 στη Γερμανία, 5 στην Αγγλία, 1 στην Ιρλανδία, 1 στον Λίβανο, 1 στο Ισραήλ και 3 μελέτες συνέκριναν διαφορετικές χώρες.

Δ. Πέντε (5) μελέτες, στις οποίες η ανάλυση έγινε σε οικολογικό επίπεδο. Από αυτές τις έρευνες 1 διεξήχθη στον Καναδά, 1 στην Κίνα, 1 στην Ιαπωνία, 1 στην Πορτογαλία ενώ 1 εξέταζε στοιχεία από 18 διαφορετικές Ευρωπαϊκές χώρες.

Όπως παρατηρείται οι περισσότερες μελέτες έχουν διεξαχθεί σε Ευρωπαϊκές χώρες και στις Η.Π.Α.

Στο Παράρτημα παρατίθενται οι τέσσερις πίνακες που αφορούν στις παραπάνω 4 κατηγορίες μελετών και στους οποίους καταγράφονται αναλυτικά:

- 1) Το άρθρο με την παραπομπή του.
- 2) Ο σχεδιασμός της κάθε έρευνας και τα δεδομένα αυτής.
- 3) Οι δείκτες μέτρησης του κοινωνικού κεφαλαίου (οι οποίοι παραπέμπουν στο δομικό, στο γνωστικό κοινωνικό κεφάλαιο ή και στα δύο).
- 4) Ο τρόπος μέτρησης του κοινωνικού κεφαλαίου:

- ✓ Ατομικό κοινωνικό κεφάλαιο (individual social capital).
  - ✓ «Αθροιστικό» κοινωνικό κεφάλαιο, το οποίο προέρχεται από την άθροιση των ατομικών κοινωνικών κεφαλαίων και την εξαγωγή μέσου όρου (aggregated social capital).
  - ✓ «Συλλογικό» κοινωνικό κεφάλαιο, το οποίο αναφέρεται συνολικά στο κοινωνικό κεφάλαιο ενός τόπου ή μιας ομάδας ατόμων ( π.χ. αριθμός εθελοντικών οργανώσεων σε μία περιοχή) και είναι τελείως ανεξάρτητο από το ατομικό κεφάλαιο (contextual social capital).
- 5) Ο τύπος της υποκειμενικής αντίληψης της υγείας (σωματική, ψυχική) που εξετάζεται.
- 6) Τα αποτελέσματα της κάθε μελέτης.

#### 4.1. Αποτελέσματα που αφορούν στις πολυεπίπεδες μελέτες.

##### 4.1.1. Αποτελέσματα των πολυεπίπεδων μελετών στις Η.Π.Α. και τον Καναδά.

Οι μελέτες που αφορούν στη σχέση του κοινωνικού κεφαλαίου με την προσωπική αντίληψη για την υγεία στις Η.Π.Α. αναφέρουν όλες κάποιου βαθμού συσχέτιση μεταξύ μιας πλειάδας δεικτών του κοινωνικού κεφαλαίου (εμπιστοσύνη, αμοιβαιότητα, συμμετοχή σε οργανώσεις) και της προσωπικής αντίληψης της υγείας. Οι πολυεπίπεδες μελέτες στις Η.Π.Α. αναπτύσσονται σε επίπεδο ατόμου – πολιτείας (μάκρο – επίπεδο) και ατόμου - γειτονιάς ή κοινότητας (μέσο - επίπεδο). Συγκεκριμένα τέσσερις μελέτες ερευνούν το κοινωνικό κεφάλαιο σε επίπεδο ατόμου και πολιτείας<sup>(13,92,93,94)</sup>, τρεις μελέτες σε επίπεδο ατόμου και γειτονιάς<sup>(8,95,96)</sup> και δύο σε επίπεδο ατόμου και κοινότητας<sup>(97,98)</sup>.

Οι τέσσερις μελέτες που αφορούν στο ατομικό επίπεδο και στο μάκρο – επίπεδο υποστηρίζουν ότι άτομα που ζουν σε περιοχές με χαμηλό κοινωνικό κεφάλαιο είναι πιθανότερο να αναφέρουν κακή υποκειμενική υγεία σε σχέση με άτομα που ζουν σε περιοχές με υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο, οδηγώντας μας έτσι στο συμπέρασμα ότι το τελευταίο δρα περισσότερο σε κοινωνικό παρά σε ατομικό επίπεδο.

Οικονομικοί και δημογραφικοί παράγοντες επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού, όμως το κοινωνικό κεφάλαιο επιδρά ως ανεξάρτητη μεταβλητή στη δημόσια υγεία. Επίσης, η έρευνα των Kim και Kawachi<sup>(94)</sup> εξετάζει ξεχωριστά την υποκειμενική εκτίμηση των ατόμων για τη ψυχολογική τους υγεία και αναφέρει θετική συσχέτιση μεταξύ της τελευταίας και του κοινωνικού κεφαλαίου. Οι παραπάνω μελέτες δεν αναφέρουν ξεχωριστά αποτελέσματα για τα δύο φύλα και μόνο στην έρευνα των Kawachi, Kennedy και Glass<sup>(13)</sup> αναφέρεται ότι τα αποτελέσματα είναι παρόμοια για άνδρες και γυναίκες.

Στις πέντε μελέτες, οι οποίες ερευνούν το κοινωνικό κεφάλαιο σε ατομικό και σε μέσο- επίπεδο παρατηρείται, επίσης, θετική συσχέτιση μεταξύ του κοινωνικού κεφαλαίου και της προσωπικής αντίληψης των πολιτών για την υγεία τους με διαφοροποιήσεις, όμως, στα αποτελέσματα κάθε έρευνας. Στην έρευνα τους οι Franzini et al<sup>(95)</sup>, μελετώντας 13 γειτονίες με μέσο ή χαμηλό εισόδημα στην πολιτεία του Τέξας συμπεραίνουν ότι η φτώχεια μειώνει το κοινωνικό κεφάλαιο και ελαττώνει την πιθανότητα καλής προσωπικής εκτίμησης της υγείας, ενώ υποστηρίζουν και αυτοί τη θετική συσχέτιση του κοινωνικού κεφαλαίου με την υγεία. Οι Kim, Subramanian και Kawachi<sup>(97)</sup> ερευνώντας ξεχωριστά το δεσμευτικό και το συνδετικό κοινωνικό κεφάλαιο σε σαράντα κοινότητες των Η.Π.Α. διαπιστώνουν μέτρια προστατευτικά αποτελέσματα των τελευταίων σε ότι αφορά την προσωπική αντίληψη της υγείας.

Οι Kim και Kawachi<sup>(98)</sup> παρατηρούν θετική συσχέτιση μεταξύ του κοινωνικού κεφαλαίου και της υγείας σε επίπεδο κοινότητας, η οποία όμως μετριάζεται από την επίδραση του ατομικού κοινωνικού κεφαλαίου. Υποστηρίζουν ότι σε περιοχές με υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο λιγότερο καλή υγεία δηλώνουν οι έγχρωμοι και οι λοιπές μειονότητες, ενώ οι γυναίκες φαίνεται να επηρεάζονται πιο πολύ από τους δείκτες του κοινωνικού κεφαλαίου σε σχέση με τους άνδρες.

Ο Carriano<sup>(8)</sup> αναφέρει μικρή συσχέτιση κοινωνικού κεφαλαίου και προσωπικής αντίληψης της υγείας. Σε ατομικό επίπεδο ο άτυπος κοινωνικός έλεγχος είναι ο μόνος δείκτης που βελτιώνει την προσωπική εκτίμηση για την υγεία, ενώ μετά τον έλεγχο για κοινωνικό – οικονομικούς παράγοντες μόνο η συμμετοχή σε οργανώσεις που αφορούν σε θέματα της γειτονιάς φαίνεται να σχετίζεται θετικά με την υποκειμενική αντίληψη για την υγεία. Ενδιαφέρον παρουσιάζει και μία άλλη έρευνα του

Carriano<sup>(96)</sup>, ο οποίος μελέτησε την επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου σε 2.620 γυναίκες που φροντίζουν παιδιά σε 65 γειτονίες των Η.Π.Α. και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι συγκεκριμένοι δείκτες κοινωνικού κεφαλαίου σχετίζονται με θετικά όσο και με αρνητικά αποτελέσματα στην υγεία των γυναικών. Έτσι η κοινωνική επιρροή σχετίζεται με κακή προσωπική αντίληψη για την υγεία σε γυναίκες με υψηλή δέσμευση στην κοινότητα και με καλύτερη προσωπική αντίληψη για την υγεία σε γυναίκες με χαμηλή δέσμευση στην κοινότητα. Το γεγονός αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι οι γυναίκες με υψηλή κοινοτική δέσμευση δεν λαμβάνουν πληροφορίες που αφορούν στην καλύτερευση της υγείας τους από άλλες πηγές εκτός της κοινότητας και έτσι έχουν χειρότερο υγειονομικό προφίλ σε σύγκριση με τις γυναίκες που διατηρούν δεσμούς και λαμβάνουν σχετική πληροφόρηση και από δίκτυα εκτός της κοινότητας. Επίσης, οι γυναίκες με υψηλή δέσμευση στην κοινότητα μπορεί να καταναλώνουν περισσότερο χρόνο για να ικανοποιήσουν τις απαιτήσεις των γειτόνων τους και να μην ασχολούνται τόσο πολύ με τη δική τους υγεία.

Η μελέτη του Veenstra<sup>(99)</sup> που αφορά σε δείγμα 1.435 ατόμων σε 25 κοινότητες του Καναδά καταλήγει στο συμπέρασμα ότι τόσο η σωματική όσο και η ψυχική υποκειμενική υγεία προβλέπονται από παράγοντες που δρουν σε ατομικό επίπεδο, όπως η ηλικία, το εισόδημα, η μόρφωση αλλά και η εμπιστοσύνη στο πολιτικό σύστημα και στην κοινότητα (δείκτες ατομικού κοινωνικού κεφαλαίου). Το κοινωνικό κεφάλαιο σε επίπεδο κοινότητας δεν παρουσιάζει καμία συσχέτιση με την προσωπική αντίληψη της υγείας.

#### **4.1.2. Αποτελέσματα των πολυεπίπεδων μελετών στην Αυστραλία**

Δύο είναι οι πολυεπίπεδες μελέτες που έγιναν στην Αυστραλία και εξετάζουν τη σχέση κοινωνικού κεφαλαίου και προσωπικής αντίληψης της υγείας σε ατομικό και σε μέσο επίπεδο. Οι Kavanagh et al<sup>(100)</sup> εξετάζουν την επίδραση της χαμηλής κοινωνικό – οικονομικής κατάστασης και του κοινωνικού κεφαλαίου μιας περιοχής στην υποκειμενική εκτίμηση των πολιτών για την υγεία τους. Από τους εξεταζόμενους δείκτες κοινωνικού κεφαλαίου η εμπιστοσύνη και η συμμετοχή στα κοινά επιδρούν θετικά στην προσωπική αντίληψη για την υγεία, ανεξάρτητα από τα ατομικά χαρακτηριστικά, αλλά η επίδραση αυτή καταργείται όταν λαμβάνεται υπόψη η κακή κοινωνική και οικονομική κατάσταση της περιοχής. Δεν παρατηρείται συσχέτιση

μεταξύ του κοινωνικού κεφαλαίου μιας περιοχής και της υποκειμενικής εκτίμησης της υγείας. Σε μια άλλη παρόμοια μελέτη οι Kavanagh et al<sup>(101)</sup> υποστηρίζουν ότι το κοινωνικό κεφάλαιο μιας περιοχής παρουσιάζει διαφορετική επίδραση στους άνδρες και τις γυναίκες. Η συμμετοχή σε πολιτικές δραστηριότητες και η αίσθηση ασφάλειας στη γειτονιά είναι ευεργετικές στην προσωπική αντίληψη της υγείας μόνο των γυναικών, οι οποίες ωφελούνται περισσότερο από τα υψηλά ποσοστά κοινωνικού κεφαλαίου στην περιοχή τους σε σχέση με τους άνδρες. Σε αντιστοιχία με την προηγούμενη έρευνα η χαμηλή κοινωνική και οικονομική κατάσταση της γειτονιάς επιδρούν αρνητικά στην υποκειμενική εκτίμηση της υγείας και στα δύο φύλα.

#### **4.1.3. Αποτελέσματα των πολυεπίπεδων μελετών στην Κίνα και την Ιαπωνία**

Στην Κίνα οι Yip et al<sup>(102)</sup> μελετώντας 1.218 άτομα σε τρεις αγροτικές περιοχές καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η εμπιστοσύνη, ως δείκτης του γνωστικού κοινωνικού κεφαλαίου σχετίζεται θετικά με την προσωπική αντίληψη της υγείας τόσο σε ατομικό όσο και σε επίπεδο χωριού, ενώ αντίθετα υπάρχει ελάχιστη συσχέτιση μεταξύ του δομικού κοινωνικού κεφαλαίου (συμμετοχή σε οργανώσεις) και της υποκειμενικής εκτίμησης της υγείας.

Στην Ιαπωνία τρεις μελέτες διαπραγματεύονται τη σχέση μεταξύ της προσωπικής αντίληψης της υγείας και του κοινωνικού κεφαλαίου παρουσιάζοντας θετική συσχέτιση. Οι Ichida et al<sup>(103)</sup> καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι το κοινωνικό κεφάλαιο μιας περιοχής, το οποίο μετράται ως το άθροισμα της εμπιστοσύνης των ατόμων σε μία περιοχή, σχετίζεται θετικά με την προσωπική αντίληψη των ατόμων για την υγεία τους, ανεξάρτητα από την επίδραση του ατομικού κοινωνικού κεφαλαίου, ενώ η εισοδηματική ανισότητα έχει αρνητική συσχέτιση με την υγεία.

Το κοινωνικό κεφάλαιο μεσολαβεί στη σχέση οικονομικών ανισοτήτων και υγείας. Οι Suzuki et al<sup>(104)</sup> εξετάζουν τη σχέση του εργασιακού κοινωνικού κεφαλαίου (εμπιστοσύνη στον εργασιακό χώρο, συλλογική αντίληψη για την αμοιβαιότητα μεταξύ των εργαζομένων) με την προσωπική αντίληψη των εργαζομένων για την υγεία τους και καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι εργαζόμενοι με έλλειψη εμπιστοσύνης και αμοιβαιότητας σε ατομικό επίπεδο έχουν διπλάσιες πιθανότητες να δηλώσουν κακή υποκειμενική υγεία. Στον εργασιακό χώρο υπάρχει αδρή συσχέτιση



του κοινωνικού κεφαλαίου με την υγεία και χρειάζεται παραπάνω έρευνα για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων.

Οι Hamano et al<sup>(105)</sup> συμπεραίνουν ότι το γνωστικό αλλά και το δομικό κοινωνικό κεφάλαιο μιας περιοχής μετά και τον υπολογισμό των ατομικών μεταβλητών (ηλικία, φύλο, εισόδημα κ.α.) σχετίζονται με την καλή υποκειμενική ψυχολογική υγεία ανεξάρτητα από το ατομικό κοινωνικό κεφάλαιο.

#### **4.1.4. Αποτελέσματα των πολυεπίπεδων μελετών στις Ευρωπαϊκές χώρες και το Ισραήλ.**

Οι μελέτες που εξετάζουν τη σχέση του κοινωνικού κεφαλαίου και της προσωπικής αντίληψης της υγείας σε χώρες όπως η Αγγλία η Σκωτία και η Ιρλάνδια παρουσιάζουν όλες συσχέτιση του κοινωνικού κεφαλαίου σε τοπικό επίπεδο με την καλή υγεία των πολιτών.

Οι Ellaway et al<sup>(106)</sup> εξετάζοντας ένα τυχαίο δείγμα 605 ατόμων στη Δ. Σκωτία και μετρώντας το κοινωνικό κεφάλαιο τόσο σε ατομικό όσο και σε επίπεδο κοινότητας χρησιμοποιώντας ως δείκτη τη συμμετοχή σε τοπικές οργανώσεις, συμπεραίνουν ότι το τοπικό και όχι το ατομικό κοινωνικό κεφάλαιο σχετίζεται θετικά με την προσωπική εκτίμηση της υγείας. Ο υψηλός βαθμός συμμετοχής σε τοπικές οργανώσεις σε μία κοινότητα επηρεάζει θετικά την υγεία των πολιτών. Στην Αγγλία δύο μελέτες έχουν γίνει από τον Poortinga<sup>(55, 107)</sup>, οι οποίες εξετάζουν την επίδραση της εμπιστοσύνης και της συμμετοχής σε οργανώσεις σε ατομικό επίπεδο αλλά και σε επίπεδο γειτονιάς/ κοινότητας στην προσωπική αντίληψη της υγείας του πληθυσμού. Και οι δύο έρευνες βρίσκουν ότι το συλλογικό κοινωνικό κεφάλαιο επηρεάζει θετικά την προσωπική εκτίμηση της υγείας. Ειδικότερα στην πρώτη μελέτη, ο Poortinga<sup>(107)</sup> εστιάζοντας στο δεσμευτικό κοινωνικό κεφάλαιο καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η εμπιστοσύνη στο συνάνθρωπο σε μία γειτονιά σχετίζεται σημαντικά με την υγεία ακόμα και μετά την επίδραση κοινωνικών και δημογραφικών παραγόντων. Στη δεύτερη μελέτη ο Poortinga<sup>(55)</sup> εξετάζει τη σχέση του κοινωνικού κεφαλαίου της κοινότητας με την προσωπική αντίληψη της υγείας του πληθυσμού και την τυχόν επίδραση των συμπεριφορών υγείας (κάπνισμα, αλκοόλ, κατανάλωση φρούτων και λαχανικών) στην παραπάνω σχέση. Παρατηρεί ότι άτομα με εμπιστοσύνη και

συμμετοχή σε οργανώσεις είναι λιγότερο πιθανό να δηλώσουν κακή υποκειμενική υγεία ενώ το υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο της κοινότητας οδηγεί σε περαιτέρω μείωση του ρίσκου για κακή προσωπική αντίληψη της υγείας. Το κοινωνικό κεφάλαιο είναι καθοριστικός παράγοντας για τις συμπεριφορές υγείας των πολιτών ενώ είναι περιορισμένη η ένδειξη ότι οι τελευταίες προωθούν τη σχέση του με την υποκειμενική υγεία. Οι Snelgrove et al<sup>(108)</sup> παρατηρούν ότι σε ατομικό επίπεδο κακή προσωπική αντίληψη της υγείας παρατηρείται σε άτομα και των δύο φύλων με χαμηλή εμπιστοσύνη γενικά καθώς και στις γυναίκες που δεν αναφέρουν συμμετοχή σε οργανώσεις (κόμματα, θρησκευτικές, εθελοντικές οργανώσεις). Η εμπιστοσύνη σε επίπεδο κοινότητας αλλά όχι η συμμετοχή σε οργανώσεις βελτιώνει την αντίληψη των κατοίκων για την υποκειμενική τους υγεία. Στην Ιρλανδία οι Fitzimon et al<sup>(109)</sup> συμπεραίνουν ότι άτομα που ζουν σε αγροτικές περιοχές δηλώνουν ότι έχουν καλύτερη υγεία και υψηλότερα ποσοστά εμπιστοσύνης στον συνάνθρωπο, τα οποία εμφανίζουν ανεξάρτητη επίδραση στη μείωση της κακής προσωπικής αντίληψης της υγείας. Η εμπιστοσύνη που υπάρχει στα άτομα μιας κοινότητας μειώνει αισθητά τη μεταβλητότητα σε ότι αφορά την προσωπική αντίληψη για την ψυχική υγεία σε επίπεδο κοινότητας.

Στη Νορβηγία οι δύο μελέτες των Van Der Wel<sup>(110)</sup> και των Sund et al<sup>(111)</sup> συμφωνούν ότι τα κοινωνικό – δημογραφικά χαρακτηριστικά του ατόμου αλλά και της περιοχής, όπως το εισόδημα, το μορφωτικό επίπεδο, οι οικονομικές ανισότητες είναι ανεξάρτητοι και σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού και τη συσχέτιση της με το κοινωνικό κεφάλαιο, αλλά διαφέρουν ως προς τα αποτελέσματα τους για την επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου μιας περιοχής στην προσωπική αντίληψη της υγείας. Ο Van Der Wel<sup>(110)</sup> καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η εμπιστοσύνη και η συμμετοχή σε εθελοντικές οργανώσεις σε επίπεδο περιοχής σχετίζονται θετικά με την υγεία αλλά η αλληλεπίδραση μεταξύ τόπου, κοινωνικού κεφαλαίου και υγείας μειώνεται όταν υπεισέρχονται οικονομικοί και δημογραφικοί παράγοντες. Αντίθετα, οι Sund et al<sup>(111)</sup> υποστηρίζουν ότι το κοινωνικό κεφάλαιο μιας γειτονιάς (και συγκεκριμένα το επίπεδο εμπιστοσύνης και όχι το επίπεδο συμμετοχής σε οργανώσεις) επηρεάζει θετικά την προσωπική αντίληψη του ατόμου για την υγεία του. Θεωρούν όμως ότι οι γεωγραφικές διακυμάνσεις στην υποκειμενική εκτίμηση της υγείας οφείλονται κυρίως στα κοινωνικό – οικονομικά χαρακτηριστικά του ατόμου.

Στη Σουηδία, μία χώρα με πολύ καλό δίκτυο κοινωνικής προστασίας, και οι δύο μελέτες που έχουν γίνει καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι το κοινωνικό κεφάλαιο μιας περιοχής παρουσιάζει ισχυρή συσχέτιση με την προσωπική αντίληψη της υγείας. Οι Engstrom et al<sup>(112)</sup> παρατηρούν ότι υπάρχει δύο φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να δηλωθεί κακή υγεία σε περιοχές με πολύ χαμηλό τοπικό κοινωνικό κεφάλαιο, ενώ η προσθήκη στο μοντέλο μελέτης των ατομικών κοινωνικό –δημογραφικών παραγόντων, του ατομικού κοινωνικού κεφαλαίου και των τοπικών οικονομικών παραγόντων μειώνει την παραπάνω πιθανότητα. Το οριζόντιο κοινωνικό κεφάλαιο (εμπιστοσύνη στον συμπολίτη και συμμετοχή σε τοπικές οργανώσεις) σχετίζεται ισχυρότερα με την προσωπική αντίληψη της υγείας. Οι Sundquist et al<sup>(113)</sup> αναφέρουν ότι κακή εκτίμηση για την προσωπική υγεία παρατηρείται σε άτομα που ζουν σε γειτονιές της Σουηδίας με χαμηλό ενωτικό κοινωνικό κεφάλαιο, ηλικιωμένους και αλλοδαπούς κατοίκους ή χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Άτομα σε γειτονιές με υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο αναφέρουν καλύτερη υγεία ανεξάρτητα από τη συνεκτίμηση ή όχι του ατομικού κοινωνικού κεφαλαίου. Οι άντρες έχουν σχετικά μικρότερη πιθανότητα να δηλώσουν κακή υποκειμενική υγεία.

Στη Φινλανδία οι Oksanen et al<sup>(114)</sup> σε μία προοπτική μελέτη με δεδομένα που αφορούν σε 9.524 αρχικά υγιή άτομα σε 1.522 μονάδες εργασίας συμπεραίνουν ότι σε ατομικό επίπεδο η μείωση του κοινωνικού κεφαλαίου χειροτερεύει την προσωπική αντίληψη της υγείας. Το εργασιακό κοινωνικό κεφάλαιο, επίσης, σχετίζεται με την προσωπική εκτίμηση της υγείας.

Στο Ισραήλ οι Soskolne et al<sup>(115)</sup> συμπεραίνουν ότι η κοινωνική συμμετοχή και η εμπιστοσύνη συνδέονται με την κοινωνικό –οικονομική κατάσταση και την υγεία. Το ατομικό και όχι το τοπικό κοινωνικό κεφάλαιο σχετίζεται περισσότερο με την προσωπική αντίληψη της υγείας, γεγονός που όπως υποστηρίζουν οι συγγραφείς, προτρέπει σε περαιτέρω έρευνα για την κατανόηση της έννοιας και των διαστάσεων του κοινωνικού κεφαλαίου σε διαφορετικούς πολιτισμούς και σε διαφορετικές κουλτούρες.

#### **4.1.5. Αποτελέσματα των συγκριτικών πολυεπίπεδων μελετών σε ευρωπαϊκό και σε παγκόσμιο επίπεδο.**

Τρεις είναι οι συγκριτικές μελέτες σε ευρωπαϊκό επίπεδο, οι οποίες καταγράφουν τη σχέση του κοινωνικού κεφαλαίου με την προσωπική αντίληψη της υγείας σε ατομικό επίπεδο και σε επίπεδο χώρας. Σε αυτές φαίνεται καθαρά ότι σε ατομικό επίπεδο το κοινωνικό κεφάλαιο σχετίζεται θετικά με την υποκειμενική εκτίμηση της υγείας. Χαμηλά επίπεδα κοινωνικού κεφαλαίου παρατηρούνται στην Α. και Ν. Ευρώπη ενώ υψηλότερα ποσοστά εμφανίζουν οι Σκανδιναβικές χώρες και οι χώρες της Κεντρικής Ευρώπης.

Συγκεκριμένα οι Knesebeck et al<sup>(116)</sup> με δεδομένα από 21 χώρες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ του κοινωνικού κεφαλαίου (κοινωνική εμπιστοσύνη, συμμετοχή σε εθελοντικές εργασίες και σε κοινωνικές οργανώσεις) και της προσωπικής αντίληψης της υγείας σε οικολογικό επίπεδο σε πολλές χώρες. Η εμπιστοσύνη είναι ο δείκτης που εμφανίζει την πιο ισχυρή επίδραση.

Ο Roortinga<sup>(117)</sup> σε έρευνα που διεξήγαγε σε 22 Ευρωπαϊκές χώρες παρατηρεί ότι άτομα με εμπιστοσύνη στην κοινότητα ή μεγάλη συμμετοχή στα κοινά δηλώνουν καλή υποκειμενική υγεία σε χώρες, στις οποίες καταγράφονται υψηλά ποσοστά εμπιστοσύνης σε συλλογικό επίπεδο ενώ δηλώνουν κακή υποκειμενική υγεία σε χώρες, στις οποίες καταγράφονται χαμηλά ποσοστά εμπιστοσύνης σε συλλογικό επίπεδο.

Το κοινωνικό κεφάλαιο δεν ωφελεί το ίδιο όλα τα άτομα τα οποία ζουν σε μία κοινότητα. Οι Olsen και Dahl<sup>(118)</sup> εξετάζοντας δεδομένα από 21 Ευρωπαϊκές χώρες αναφέρουν ότι σε ατομικό επίπεδο οι κοινωνικές συναναστροφές με συγγενείς και φίλους βελτιώνουν την προσωπική αντίληψη της υγείας και στα δύο φύλα. Σε επίπεδο, όμως, χώρας η εμπιστοσύνη (δείκτης κοινωνικού κεφαλαίου) δε σχετίζεται με την προσωπική αντίληψη της υγείας, ενώ σημαντικό ρόλο παίζει το κατά κεφαλή ακαθάριστο εγχώριο προϊόν.

Οι Drukker et al<sup>(119)</sup> μελέτησαν τη σχέση του κοινωνικού κεφαλαίου (άτυπος κοινωνικός έλεγχος, κοινωνική συνοχή και εμπιστοσύνη) με την προσωπική αντίληψη παιδιών διαφορετικών εθνικοτήτων στις Η.Π.Α. και στη Δανία για τη σωματική τους

υγεία. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το κοινωνικό κεφάλαιο σχετίζεται με την προσωπική αντίληψη της υγείας στους Ισπανόφωνους εφήβους και των δύο εξεταζόμενων δειγμάτων, αλλά όχι με την προσωπική αντίληψη της υγείας των παιδιών άλλων εθνικοτήτων στο Σικάγο.

Επομένως, οι σχέσεις μεταξύ του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος και της υγείας ποικίλλουν σε διαφορετικούς πληθυσμούς και σε διαφορετικές χώρες. Οι Mansyur et al<sup>(90)</sup> σε μία μελέτη με δεδομένα από την Παγκόσμια Τράπεζα και την Παγκόσμια και Ευρωπαϊκή Έρευνα Αξιών σε 45 χώρες αναφέρουν ότι το κοινωνικό κεφάλαιο και η εισοδηματική ανισότητα έχουν ισχυρή επίδραση σε ατομικό επίπεδο στην προσωπική αντίληψη της υγείας, ενώ η επίδραση των τελευταίων σε οικολογικό επίπεδο εξαρτάται από τη χώρα που μελετάται.

Το κοινωνικό κεφάλαιο έχει θετικά αλλά και αρνητικά αποτελέσματα στην προσωπική αντίληψη της υγείας. Έτσι σε χώρες με ελλιπή κοινωνικά δίκτυα τα πιο ενεργά κοινωνικά άτομα αναφέρουν καλύτερη υποκειμενική υγεία. Σε χώρες με πυκνά κοινωνικά δίκτυα τα πιο ενεργά κοινωνικά άτομα δηλώνουν χειρότερη υποκειμενική υγεία. Οι χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης παρουσιάζουν χαμηλά ποσοστά καλής προσωπικής αντίληψης της υγείας σε σχέση με τις άλλες χώρες. Οι Jen et al<sup>(120)</sup> αντλώντας δεδομένα από την Παγκόσμια Έρευνα Αξιών παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη μελέτη που έχει γίνει και αφορά σε 69 χώρες (160.436 άτομα), η οποία όμως χρησιμοποιεί ως μοναδικό δείκτη μέτρησης του κοινωνικού κεφαλαίου την εμπιστοσύνη στον συνάνθρωπο. Στην έρευνα τους συμπεραίνουν ότι το οικολογικό κοινωνικό κεφάλαιο σχετίζεται θετικά με την προσωπική αντίληψη της υγείας ανεξάρτητα από την επίδραση του ατομικού κοινωνικού κεφαλαίου, ενώ η εισοδηματική ανισότητα παρουσιάζει αρνητική συσχέτιση. Οι συγγραφείς θεωρούν ότι το κοινωνικό κεφάλαιο έχει διαμεσολαβητικό ρόλο στη σχέση οικονομικών ανισοτήτων και υγείας του πληθυσμού.

#### 4.2. Μελέτες με συνδυασμό στατιστικών αναλύσεων για το κοινωνικό κεφάλαιο και την προσωπική αντίληψη της υγείας.

Οι Fujisawa, Hamano και Takegawa<sup>(121)</sup> είναι οι μόνοι που χρησιμοποίησαν δύο στατιστικές αναλυτικές μεθόδους για να διερευνήσουν τη σχέση του κοινωνικού

κεφαλαίου με την προσωπική αντίληψη της υγείας σε μία μελέτη με δεδομένα του 2004 που αφορούν σε 870 άνδρες και 1.040 γυναίκες, οι οποίοι κατοικούν σε 206 περιοχές της Ιαπωνίας. Εξετάστηκε η συσχέτιση τόσο σε οικολογικό όσο και σε ατομικό και σε επίπεδο περιοχής. Ως δείκτες μέτρησης του κοινωνικού κεφαλαίου οι ερευνητές χρησιμοποίησαν τη θέληση για βοήθεια στο συνάνθρωπο, την ευγένεια μεταξύ των γειτόνων, τον καθημερινό χαιρετισμό και δημιούργησαν ένα δείκτη κοινωνικής συνοχής συμβατό με την Ιαπωνική κουλτούρα και πολιτισμό.

Η οικολογική ανάλυση κατέληξε στο συμπέρασμα ότι μετά την αξιολόγηση και των κοινωνικό – δημογραφικών παραγόντων, το κοινωνικό κεφάλαιο παρουσιάζει σημαντική συσχέτιση με την προσωπική αντίληψη της υγείας των Ιαπώνων. Η πολυεπίπεδη ανάλυση, επίσης, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι δείκτες του κοινωνικού κεφαλαίου αθροισμένοι σε επίπεδο περιοχής σχετίζονται σημαντικά με την υποκειμενική εκτίμηση της υγείας. Με αυτό τον τρόπο οι ερευνητές επιβεβαιώνουν την επίδραση του τοπικού κοινωνικού κεφαλαίου στην υγεία του Ιαπωνικού πληθυσμού.

#### 4.3. Εμπειρικές μελέτες σε ατομικό επίπεδο που αναλύουν τη σχέση κοινωνικού κεφαλαίου και προσωπικής αντίληψης της υγείας.

Ο αριθμός των μελετών που εξετάζουν τη συσχέτιση θετική ή αρνητική μεταξύ του κοινωνικού κεφαλαίου και της υποκειμενικής αξιολόγησης της υγείας σε ατομικό μόνο επίπεδο είναι αρκετά μεγάλος και περιλαμβάνει δεδομένα από πολλές χώρες.

##### **4.3.1. Ατομικές μελέτες από τις Η.Π.Α., τον Καναδά, τη Χιλή και την Κολομβία.**

Και οι πέντε μελέτες στην περιοχή των Η.Π.Α. αναφέρουν κάποιου βαθμού θετική συσχέτιση μεταξύ της υποκειμενικής αξιολόγησης της υγείας και του ατομικού κοινωνικού κεφαλαίου. Συγκεκριμένα οι Greiner et al<sup>(122)</sup>, μετρώντας το ατομικό κοινωνικό κεφάλαιο των πολιτών του Κάνσας ανάλογα με το πώς οι τελευταίοι αξιολογούν την κοινότητα στην οποία ζουν και με τη συμμετοχή τους σε ομάδες επίλυσης των προβλημάτων της γειτονιάς τους, συμπεραίνουν ότι η θετική

αξιολόγηση της γειτονιάς στην οποία διαμένουν έχει θετική συσχέτιση με την υποκειμενική εκτίμηση της υγείας.

Οι Schultz et al<sup>(123)</sup> θεωρούν ότι μετά και τον έλεγχο για ατομικά χαρακτηριστικά, όπως η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, η οικογενειακή κατάσταση, το εισόδημα, το φύλο και η εθνικότητα, το κοινωνικό κεφάλαιο (εμπιστοσύνη, συμμετοχή σε οργανώσεις, κοινωνικές συναναστροφές, κοινωνική στήριξη, εθελοντισμός) παραμένει ένας ισχυρός προγνωστικός δείκτης της προσωπικής αντίληψης της υγείας.

Σημαντική είναι η μελέτη των Fujiwara και Kawachi<sup>(124)</sup>, η οποία εξετάζει την επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου στην υποκειμενική ψυχική και σωματική υγεία των δίδυμων αδερφών (944 ζευγάρια) στις Η.Π.Α.. Το κοινωνικό κεφάλαιο και ειδικότερα η εμπιστοσύνη μέσα στην κοινότητα θεωρούνται ακόμα και μετά τη μελέτη πιθανών συμπαραγόντων (όπως η ηλικία, το φύλο, η εθνικότητα, η μόρφωση, η οικογενειακή κατάσταση, το γονιδίωμα) ανεξάρτητοι και θετικά σχετιζόμενοι παράγοντες με την προσωπική αντίληψη της σωματικής υγείας. Η ψυχολογική υγεία σχετίζεται περισσότερο με την αίσθηση του να ανήκει κανείς κάπου μόνο στους μονοζυγωτικούς διδύμους.

Οι Almgren et al<sup>(125)</sup>, οι οποίοι μελέτησαν 6.853 τελειόφοιτους μαθητές από 12 γυμνάσια της Ουάσινγκτον, χρησιμοποιώντας ως δείκτες του κοινωνικού κεφαλαίου την θετική αναγνώριση του ρόλου του σχολείου, το ασφαλές μαθησιακό περιβάλλον, την κοινωνική συνοχή, τη γνώση των γονέων για τα σχέδια των φίλων των παιδιών τους, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα τελευταία σχετίζονται μόνο με την προσωπική αντίληψη της σωματικής υγείας των κοριτσιών. Σε μία προσπάθεια να διαχωρίσει το δεσμευτικό από το συνδετικό κοινωνικό κεφάλαιο ο Beaudoin<sup>(126)</sup> συμπεραίνει ότι το δεσμευτικό κοινωνικό κεφάλαιο σε μία γειτονιά σχετίζεται με την υποκειμενική υγεία, ενώ το συνδετικό αποκτά κάποια σημαντικότητα όταν στην έρευνα προστεθεί και η σύσταση της γειτονιάς σε ότι αφορά τις διάφορες εθνότητες που κατοικούν σε αυτή.

Στον Καναδά παρατηρείται μικρή συσχέτιση και στις δύο μελέτες που βρέθηκαν από την ανασκόπηση. Ο Veenstra<sup>(60)</sup> το 2000, μετρώντας το κοινωνικό κεφάλαιο με δείκτες, όπως η συμμετοχή σε διάφορες οργανώσεις, η εμπιστοσύνη στην κυβέρνηση, στους γείτονες, στην κοινότητα ανακάλυψε ότι το ατομικό κοινωνικό

κεφάλαιο δεν σχετίζεται σημαντικά με την προσωπική αντίληψη της υγείας στο γενικό πληθυσμό, αλλά έχει θετική επίδραση στους ηλικιωμένους. Σε μία επόμενη έρευνα (το 2005) οι Veenstra et al<sup>(127)</sup> παρατήρησαν ότι η συμμετοχή σε εθελοντικές οργανώσεις σχετίζεται με την προσωπική αντίληψη της υγείας πριν αλλά όχι και μετά τον έλεγχο για την οικονομική κατάσταση ή τις συμπεριφορές υγείας του ατόμου.

Στην Κολομβία οι Harpham et al<sup>(128)</sup> καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η υποκειμενική ψυχική υγεία των ατόμων που ζουν σε μία υποβαθμισμένη περιοχή εξαρτάται από το γυναικείο φύλο, τη χαμηλή μόρφωση, την εργασία στον ιδιωτικό τομέα, τους μετανάστες και τη χαμηλή εμπιστοσύνη στο συνάνθρωπο. Όμως, όταν στο παραπάνω μοντέλο προστεθεί η ύπαρξη βίας τότε το κοινωνικό κεφάλαιο δεν παίζει κανένα ρόλο στην προσωπική αντίληψη της ψυχικής υγείας.

Στη Χιλή οι Sapag et al<sup>(129)</sup> συμπεραίνουν ότι στις υποβαθμισμένες περιοχές η κοινωνική συνοχή (εμπιστοσύνη, αμοιβαιότητα) μέσα στη γειτονιά σχετίζεται σημαντικά με την υγεία ενώ η κοινωνική συμμετοχή σχετίζεται με χαμηλότερα ποσοστά καλής προσωπικής αντίληψης της υγείας.

#### **4.3.2. Ατομικές μελέτες στην Αυστραλία**

Οι Baum et al<sup>(130)</sup> σε μία ταυτόχρονα ποσοτική και ποιοτική μελέτη με δεδομένα από μία ταχυδρομική έρευνα σε 3.344 άτομα και από συνεντεύξεις σε βάθος σε 80 άτομα, εξέτασαν τις διαφορές ανά περιοχή στην προσωπική αντίληψη της υγείας μετά από τον έλεγχο για διάφορους συμπαραγόντες, όπως κοινωνικό – δημογραφικούς, οικονομικούς, συμπεριφορές υγείας, ατομικό κοινωνικό κεφάλαιο, υποκειμενική αντίληψη για την ασφάλεια και τη συνοχή στη γειτονιά. Το κοινωνικό κεφάλαιο μετρήθηκε με την συμμετοχή σε οργανώσεις, τις ανεπίσημες κοινωνικές σχέσεις με συγγενείς, την αμοιβαιότητα, τα επίπεδα εμπιστοσύνης, το βαθμό κοινωνικής στήριξης, την ατομική αντίληψη για συνοχή και ασφάλεια στη γειτονιά. Οι συγγραφείς κατά την ποσοτική ανάλυση κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η αντίληψη για την ασφάλεια στη γειτονιά είναι ο σημαντικότερος παράγοντας πρόβλεψης της υγείας. Η ποιοτική ανάλυση κατέδειξε ότι σε γειτονίες με υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο οι πολίτες πιο εύκολα χρησιμοποιούν τις υγειονομικές υπηρεσίες και η ασφάλεια που νιώθουν επηρεάζει θετικά την προσωπική αντίληψη που έχουν για την υγεία τους.



#### 4.3.3. Μελέτες στην Κίνα, Ιαπωνία, Μαδαγασκάρη, Ταϊλάνδη και Ν. Κορέα.

Στην Κίνα οι Sun et al<sup>(131)</sup> καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι φτωχοί έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν χαμηλό κοινωνικό κεφάλαιο και η κοινωνική συνοχή, η αμοιβαιότητα και η στήριξη σχετίζονται σημαντικά με την κακή προσωπική αντίληψη της υγείας κάτι που όμως δεν ισχύει για τον οικονομικά εύπορο πληθυσμό. Η καταπολέμηση της φτώχειας είναι πολύ σημαντική για τη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία του αστικού πληθυσμού στην Κίνα.

Στην Ιαπωνία οι Tsunoda et al<sup>(132)</sup> θεωρούν ότι η υποκειμενική υγεία σχετίζεται με τις διαπροσωπικές σχέσεις στις γυναίκες (χαμηλή αίσθηση στήριξης) και με την έλλειψη εμπιστοσύνης στους άνδρες. Οι Aihara et al<sup>(133)</sup> υποστηρίζουν ότι σε ότι αφορά τους ηλικιωμένους (>65 ετών) η αντίληψη του κοινωνικού κεφαλαίου είναι μεγαλύτερη στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες, ενώ σχετίζεται με την προσωπική αντίληψη της υγείας και στα δύο φύλα.

Τέλος, ο Yamamura<sup>(134)</sup> εξετάζοντας το κοινωνικό κεφάλαιο με το βαθμό κοινωνικής συμμετοχής σε δραστηριότητες στη γειτονιά, εκτιμά ότι το τελευταίο σχετίζεται θετικά με την υποκειμενική εκτίμηση της υγείας μόνο των μόνιμων σε μια περιοχή κατοίκων. Υποστηρίζει ακόμα ότι τα άτομα που μετέχουν στα κοινωνικά δίκτυα απολαμβάνουν το κοινωνικό κεφάλαιο που πηγάζει από αυτά ενώ αντίθετα τα άτομα που αποκλείονται από τα κοινωνικά δίκτυα επηρεάζονται αρνητικά. Οι θετικές και ενδεχομένως οι αρνητικές επιδράσεις του κοινωνικού κεφαλαίου στην προσωπική αντίληψη της υγείας είναι πιο – εμφανείς όταν οι κάτοικοι είναι περισσότερο ενσωματωμένοι στη γειτονιά που διαμένουν.

Στη μοναδική μελέτη για το κοινωνικό κεφάλαιο και την προσωπική εκτίμηση της υγείας που προέρχεται από την Μαδαγασκάρη, ο Sirven<sup>(135)</sup> υποστηρίζει ότι το κοινωνικό κεφάλαιο είναι ενδογενής παράγοντας δηλ. απαιτεί κάποιου είδους επένδυση από το άτομο για να αναπτυχθεί. Το υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο και ιδίως οι συμμετοχικές δράσεις και τα κοινωνικά δίκτυα βελτιώνουν την προσωπική αντίληψη της υγείας.

Στην Ταϊλάνδη οι Cheng et al<sup>(136)</sup> καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι το ατομικό κοινωνικό κεφάλαιο (εμπιστοσύνη, κοινωνική συμμετοχή) μετά και από τον έλεγχο για

ατομικές μεταβλητές (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, ατομικό εισόδημα) εμφανίζει ισχυρή θετική συσχέτιση με την καλή προσωπική αντίληψη της υγείας.

Οι Young Lee et al<sup>(137)</sup> στη Ν. Κορέα μελετώντας την επίδραση της κοινωνικής συμμετοχής σε επίσημες και ανεπίσημες ομαδικές δραστηριότητες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η τελευταία σχετίζεται με θετική προσωπική αντίληψη της υγείας σε όλες τις ηλικίες και στα δύο φύλα. Μάλιστα η επίδραση της συμμετοχής σε δραστηριότητες στην καλή σωματική υγεία αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας κυρίως για τις ηλικιωμένες γυναίκες. Έτσι ο ερευνητής θεωρεί ότι η προαγωγή της συμμετοχικότητας μπορεί να αποτελέσει μία σημαντική στρατηγική στη βελτίωση της υγείας του ηλικιωμένου πληθυσμού.

#### **4.3.4. Μελέτες σε χώρες της Ευρώπης, στο Λίβανο και στο Ισραήλ.**

Οι περισσότερες ατομικές μελέτες (27 στον αριθμό) που αφορούν στη σχέση του κοινωνικού κεφαλαίου και της υποκειμενικής αξιολόγησης της υγείας έχουν διεξαχθεί σε χώρες της Ευρώπης.

Στις τρεις ατομικές μελέτες που παρουσιάζουν δεδομένα από τη Ρωσία παρατηρείται συσχέτιση μεταξύ της προσωπικής αντίληψης της υγείας και του κοινωνικού κεφαλαίου<sup>(138,139,140)</sup>. Συγκεκριμένα, ο Rose<sup>(138)</sup> παρατηρεί ότι η συμμετοχή σε επίσημες ή ανεπίσημες κοινωνικές οργανώσεις, η βοήθεια των φίλων σε περίπτωση ασθένειας και η εμπιστοσύνη βελτιώνουν την προσωπική αντίληψη της υγείας σε μεγαλύτερο ποσοστό από ότι το ανθρώπινο κεφάλαιο. Οι Rojas και Carlson<sup>(139)</sup> θεωρούν ότι το μορφωτικό επίπεδο, η συμμετοχή σε πολιτικές και άλλες οργανώσεις και σε συνδικάτα σχετίζονται σημαντικά με την προσωπική εκτίμηση της υγείας των Ρώσων αφού ελεγχθούν και οι ατομικοί παράγοντες (ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση).

Ενδεχομένως οι διαφορετικοί τύποι κοινωνικού κεφαλαίου να επηρεάζουν με διαφορετικούς μηχανισμούς την υγεία του ατόμου. Οι Ferlander et al<sup>(140)</sup> καταγράφουν το ατομικό κοινωνικό κεφάλαιο ως «άτυπο» (οικογενειακή κατάσταση, συγγενικές και φιλικές σχέσεις) και «τυπικό» (συμμετοχή σε διάφορες οργανώσεις). Συμπεραίνουν, στη σχετική έρευνά τους, ότι το κοινωνικό κεφάλαιο δεν ασκεί καμία επίδραση στην υποκειμενική υγεία των γυναικών ενώ οι άνδρες που δεν

επισκέπτονται γνωστούς και φίλους και δεν συμμετέχουν σε κοινωνικές οργανώσεις (αθλητικοί σύνδεσμοι, κόμματα, εκκλησία) είναι πιθανότερο να δηλώσουν κακή υποκειμενική υγεία. Το οικογενειακό κοινωνικό κεφάλαιο σύμφωνα πάλι με τους ερευνητές δεν ασκεί καμία επίδραση στην προσωπική αντίληψη της υγείας των πολιτών στη Ρωσία.

Στη Φινλανδία οι Hygra και Maki σε δύο μελέτες τους<sup>(59,141)</sup> που αφορούν στην επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου στην προσωπική αντίληψη της υγείας σε δίγλωσσες περιοχές (με ομιλούντες Σουηδικά και ομιλούντες Φιλανδικά κατοίκους) καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η Σουηδική κοινότητα έχει υψηλότερο κοινωνικό κεφάλαιο το οποίο σχετίζεται με καλύτερη υποκειμενική υγεία. Η κοινωνική ενασχόληση, οι φιλικές σχέσεις, η θρησκευτική ενασχόληση και η εμπιστοσύνη σχετίζονται με την υποκειμενική υγεία και στους δύο υποπληθυσμούς ακόμα και μετά τον έλεγχο για ατομικούς παράγοντες (ηλικία, εισόδημα, κάπνισμα).

Στα χνάρια των Hygra και Maki, οι Nyqvist et al<sup>(142)</sup> διερευνούν πώς το ατομικό κοινωνικό κεφάλαιο επιδρά στην προσωπική αντίληψη της υγείας και αν μπορεί αυτό να εξηγήσει τις υγειονομικές ανισότητες ανάμεσα στις Σουηδόφωνες και τις Φιλανδόφωνες κοινότητες. Καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει πράγματι θετική σχέση μεταξύ του γνωστικού κοινωνικού κεφαλαίου (εμπιστοσύνη, αίσθηση ανασφάλειας) και της προσωπικής εκτίμησης της υγείας. Το κοινωνικό κεφάλαιο εξηγεί μερικές από τις υγειονομικές ανισότητες στις δύο κοινότητες. Η εμπιστοσύνη σχετίζεται με την προσωπική αντίληψη της υγείας ανδρών και γυναικών ενώ η αίσθηση ανασφάλειας μειώνει τη θετική αντίληψη των γυναικών σχετικά με την υποκειμενική τους υγεία.

Οι Liukkonen et al<sup>(143)</sup> σε μία προοπτική έρευνα που εξετάζει τη σχέση του ατομικού κοινωνικού κεφαλαίου στον εργασιακό χώρο με την προσωπική αντίληψη της υγείας των εργαζομένων καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει μερική μόνο συσχέτιση μεταξύ αυτού και της υγείας που αφορά κυρίως στις γυναίκες μόνιμες εργαζόμενες. Άτομα με χαμηλό εργασιακό κοινωνικό κεφάλαιο (επιδοτούμενη εργασία, μη ύπαρξη εμπιστοσύνης μεταξύ των συναδέλφων) δηλώνουν κακή υγεία. Η σχέση όμως αυτή εξαφανίζεται όταν υπεισέρχονται στην έρευνα κοινωνικό – δημογραφικοί παράγοντες.

Οι Nummela et al<sup>(144,145)</sup> σε δύο μελέτες τους σχετικά με την επίδραση του ατομικού κοινωνικού κεφαλαίου στην προσωπική αντίληψη της υγείας των ηλικιωμένων ατόμων (>52 ετών) που ζουν σε αστικές ή σε αγροτικές περιοχές της χώρας, καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι καλή υγεία εκφράζεται από άτομα με υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο και αυτό ισχύει για τους ηλικιωμένους που ζουν σε αστικές περιοχές ακόμη και μετά τον συνυπολογισμό ατομικών παραγόντων (φύλο, ηλικία, εισόδημα). Κυρίως η ενεργή συμμετοχή σε οργανώσεις και η εύκολη πρόσβαση σε βοήθεια θεωρούνται δείκτες του κοινωνικού κεφαλαίου που επηρεάζουν θετικά την υγεία του ηλικιωμένου πληθυσμού στη Φιλανδία.

Παράλληλα, οι Nieminen et al<sup>(146)</sup> σε μία μεγάλη έρευνα που αφορά σε 8.028 Φιλανδούς ενήλικες υποστηρίζουν ότι η καλή προσωπική αντίληψη της υγείας σχετίζεται με την ενεργή κοινωνική συμμετοχή και δικτύωση, την εμπιστοσύνη και την αμοιβαιότητα.

Μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζουν και οι εννέα έρευνες, οι οποίες έχουν γίνει στη Σουηδία και μελετούν την επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου στην προσωπική αντίληψη της υγείας. Ο Lindstrom<sup>(147)</sup> το 2004 κατασκεύασε τέσσερα μοντέλα κοινωνικού κεφαλαίου, τα οποία μπορεί να υπάρχουν σε μία κοινωνία:

1<sup>ο</sup> Μοντέλο: χαμηλή εμπιστοσύνη στο συνάνθρωπο - χαμηλή συμμετοχή σε οργανώσεις.

2<sup>ο</sup> Μοντέλο (αναφέρεται ως «συρρίκνωση της κοινότητας»): χαμηλή εμπιστοσύνη στο συνάνθρωπο - υψηλή συμμετοχή σε οργανώσεις.

3<sup>ο</sup> Μοντέλο (αναφέρεται ως «παραδοσιακή κοινότητα»): υψηλή εμπιστοσύνη στο συνάνθρωπο - χαμηλή συμμετοχή σε οργανώσεις.

4<sup>ο</sup> Μοντέλο: υψηλή εμπιστοσύνη στο συνάνθρωπο - υψηλή συμμετοχή σε οργανώσεις.

Στη συνέχεια προσδιόρισε την επίδραση των παραπάνω μοντέλων στην προσωπική αντίληψη της υγείας του πληθυσμού και διαπίστωσε ότι κακή υποκειμενική σωματική υγεία παρατηρείται στα μοντέλα 1, 2 και 3 ενώ κακή υποκειμενική ψυχολογική υγεία παρατηρείται στα μοντέλα 1 και 2.

Οι Mohseni και Lindstrom<sup>(148)</sup>, εξετάζοντας την επίδραση της εμπιστοσύνης στο υγειονομικό σύστημα (κάθετο κοινωνικό κεφάλαιο) στην προσωπική αντίληψη της υγείας, καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι αποτελεί έναν ισχυρό δείκτη που διατηρείται ακόμα και μετά την προσαρμογή για ατομικούς παράγοντες (ηλικία, φύλο, μόρφωση, οριζόντια εμπιστοσύνη, οικονομική κατάσταση). Η έλλειψη εμπιστοσύνης στο υγειονομικό σύστημα σχετίζεται με την κακή υποκειμενική εκτίμηση της υγείας.

Οι Westin et al<sup>(149)</sup>, μελετώντας το κοινωνικό κεφάλαιο σε γονείς (μόνοι γονείς και ζευγάρια γονέων) παιδιών ηλικίας 4 – 16 ετών, συμπεραίνουν ότι η χαμηλή εμπιστοσύνη και η μη συμμετοχή σε κοινωνικές οργανώσεις σχετίζονται με κακή αντίληψη της προσωπικής υγείας.

Οι Lindstrom και Mohseni σε δύο μελέτες σχετικά με τη σχέση της κοινωνικής προκατάληψης των εργοδοτών για τους υπαλλήλους τους (ανάλογα με το φύλο, την εθνικότητα, το χρώμα, τη θρησκεία) με το κοινωνικό κεφάλαιο και την προσωπική αντίληψη για τη σωματική και τη ψυχική υγεία των εργαζομένων υποστηρίζουν ότι αν και το κοινωνικό κεφάλαιο επιδρά σε μικρό βαθμό στη σχέση προκατάληψης και υγείας (μόνο στην υποκειμενική ψυχολογική υγεία), η εμπιστοσύνη στο συνάνθρωπο παραμένει στατιστικά σημαντική σε ότι αφορά την κακή υποκειμενική υγεία, ανεξάρτητα από λοιπούς ατομικούς παράγοντες<sup>(150,151)</sup>.

Οι Mohseni και Lindstrom παρουσιάζουν, επίσης, δύο έρευνες, οι οποίες αφορούν στην επίδραση του κάθετου κοινωνικού κεφαλαίου (εμπιστοσύνη στο Σουηδικό κοινοβούλιο, εμπιστοσύνη στο πολιτικό σύστημα) στην προσωπική αντίληψη της υγείας. Η έλλειψη εμπιστοσύνης στο Σουηδικό κοινοβούλιο σχετίζεται σημαντικά με την κακή σωματική υγεία, ενώ η χαμηλή εμπιστοσύνη στο Σουηδικό πολιτικό σύστημα σχετίζεται σημαντικά με την κακή ψυχολογική υγεία. Η σχέση αυτή βελτιώνεται με τον συνυπολογισμό των κοινωνικό – οικονομικών παραγόντων και της οριζόντιας εμπιστοσύνης ειδικά για τις γυναίκες<sup>(152,153)</sup>. Εξετάζοντας τη σχέση της οικογενειακής κατάστασης με την υγεία και λαμβάνοντας υπόψη την επίδραση της οικονομικής κατάστασης και του οριζόντιου κοινωνικού κεφαλαίου (εμπιστοσύνη στο συνάνθρωπο), ο Lindstrom<sup>(154)</sup> συμπεραίνει ότι άτομα με χαμηλή εμπιστοσύνη αναφέρουν σε υψηλότερα ποσοστά κακή προσωπική αντίληψη για την υγεία τους, αλλά δεν υπάρχει καμία ένδειξη για την επίδραση της εμπιστοσύνης στη σχέση της οικογενειακής κατάστασης με την υποκειμενική αξιολόγηση της υγείας.

Οι Bostrom et al<sup>(155)</sup> θεωρούν ότι η κακή υγεία σχετίζεται με την έλλειψη κοινωνικής στήριξης και την έλλειψη αίσθησης περηφάνιας ενώ καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η γειτονιά μπορεί να προωθήσει τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, γεγονός που οδηγεί στην ανάπτυξη του κοινωνικού κεφαλαίου, το οποίο με τη σειρά του βελτιώνει την προσωπική αντίληψη της υγείας.

Οι Gele και Harsløf<sup>(156)</sup> με δεδομένα από τη Νορβηγία εξετάζουν τη σχέση μεταξύ της κοινωνικό – οικονομικής κατάστασης και της υποκειμενικής εκτίμησης της υγείας και την επίδραση που πιθανόν να έχουν σε αυτή τη σχέση τα κοινωνικά δίκτυα. Ως δείκτες μέτρησης του κοινωνικού κεφαλαίου χρησιμοποιούνται το δεσμευτικό (συναντήσεις με φίλους, συγγενείς), το συνδετικό (φιλικό δεσμοί με άτομα διαφορετικού φύλου ή εθνικότητας) και το ενωτικό κοινωνικό κεφάλαιο (συμμετοχή σε εθελοντικές οργανώσεις, φιλία με γιατρούς ή νοσηλευτές). Η έρευνα καταλήγει στο συμπέρασμα ότι άτομα που έχουν τη στήριξη ενός ατόμου σε κάποιο πρόβλημα τους, άτομα που είναι ενεργά μέλη σε δύο ή περισσότερους οργανισμούς, άτομα που διατηρούν φιλικές σχέσεις με κάποιο γιατρό, εκτιμούν ότι έχουν καλή υγεία. Επομένως, μέτρα που αυξάνουν την κοινωνική δικτύωση απαλύνουν τις υγειονομικές ανισότητες.

Όλες οι μελέτες που έχουν γίνει από τους ερευνητές στην Αγγλία αναφέρουν θετική συσχέτιση της προσωπικής αντίληψης της υγείας με το κοινωνικό κεφάλαιο. Ο Andrew MK.<sup>(157)</sup> υποστηρίζει ότι η έλλειψη κοινωνικής στήριξης σχετίζεται με την χαμηλή υποκειμενική υγεία των ηλικιωμένων στην κοινότητα αλλά όχι και στους οίκους ευγηρίας. Αντίθετα, η συμμετοχή και η εμπιστοσύνη βελτιώνουν την υγεία των ηλικιωμένων στην κοινότητα.

Οι Petrou και Kurek<sup>(158)</sup> αλλά και ο Borgononi<sup>(159)</sup> καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι τα χαμηλά επίπεδα κοινωνικού κεφαλαίου (εμπιστοσύνη, αμοιβαιότητα, κοινωνική στήριξη και συμμετοχή σε οργανώσεις) επιδρούν αρνητικά στην προσωπική αντίληψη της υγείας. Οι Morgan et al<sup>(160)</sup> εξετάζουν τη σχέση του κοινωνικού κεφαλαίου των εφήβων στην Αγγλία με την υποκειμενική εκτίμηση της υγείας τους χρησιμοποιώντας για τη μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου δείκτες όπως η αίσθηση της οικογένειας, ο γονικός έλεγχος, η αίσθηση του να ανήκει κάποιος στο σχολείο ή στη γειτονιά του, ο έλεγχος μέσα στο σχολείο ή στη γειτονιά, η κοινωνική δικτύωση στο σχολείο ή στη γειτονιά. Το ατομικό κοινωνικό κεφάλαιο που αφορά στην αίσθηση

που έχουν οι έφηβοι για την οικογένεια, το σχολείο ή τη γειτονιά σχετίζεται με την προσωπική αντίληψη της υγείας των παιδιών ηλικίας έντεκα έως δεκατριών ετών.

Οι Giordano και Lindstrom<sup>(161)</sup> σε μία προοπτική μελέτη που αφορά στην παρακολούθηση του ατομικού κοινωνικού κεφαλαίου και της προσωπικής αντίληψης της υγείας 9.303 ατόμων σε μία περίοδο έξι ετών συμπεραίνουν ότι η διαπροσωπική εμπιστοσύνη και η συμμετοχή σε οργανώσεις (μετά και από τον έλεγχο για το οικογενειακό εισόδημα, το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση) αποδεικνύονται ικανοί δείκτες μέτρησης του ατομικού κοινωνικού κεφαλαίου και ανεξάρτητοι προβλεπτικοί παράγοντες της προσωπικής αντίληψης για την υγεία.

Στην Ιρλανδία στη μελέτη των Delaney et al<sup>(162)</sup> αναφέρεται ότι αν και το εισόδημα είναι ο καθοριστικός παράγοντας για την υγεία του πληθυσμού, δείκτες όπως η συμμετοχή σε οργανώσεις και η συχνότητα των κοινωνικών σχέσεων έχουν σημαντική αλλά μέτρια επίδραση στην υποκειμενική εκτίμηση της υγείας.

Στο Λίβανο το οικογενειακό εισόδημα δε σχετίζεται με την υποκειμενική υγεία των εφήβων σε τρεις υποβαθμισμένες περιοχές, ενώ το κοινωνικό κεφάλαιο (κοινωνική ενασχόληση, συμμετοχή σε δραστηριότητες της κοινότητας, προσήλωση στην κοινότητα, αίσθημα ασφάλειας, εμπιστοσύνη, κοινωνική δικτύωση) παρουσιάζει ισχυρή συσχέτιση με την προσωπική αντίληψη της υγείας τους ακόμα και μετά τον έλεγχο για ατομικούς παράγοντες<sup>(163)</sup>.

Στο Ισραήλ σε μία έρευνα που εξετάζει άτομα από δύο διαφορετικές εθνικότητες – Άραβες και Εβραίους καταλήγει στο συμπέρασμα ότι στους Εβραίους τα υψηλά επίπεδα ατομικού κοινωνικού κεφαλαίου σχετίζονται με υψηλά επίπεδα υγείας ενώ στους Άραβες το κοινωνικό κεφάλαιο είναι μικρότερο και μόνο η κοινωνική στήριξη επιδρά στην υγεία. Το κοινωνικό κεφάλαιο σχετίζεται με την προσωπική αντίληψη της υγείας σε μεγαλύτερο βαθμό στις πιο αναπτυσσόμενες περιοχές και λιγότερο στις πιο παραδοσιακές περιοχές<sup>(164)</sup>.

#### **4.3.5. Ατομικές μελέτες που συγκρίνουν διαφορετικές χώρες.**

Οι μελέτες που εξετάζουν τη σχέση του ατομικού κοινωνικού κεφαλαίου με την προσωπική αντίληψη της υγείας σε διαφορετικές χώρες καταλήγουν στο

συμπέρασμα ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δύο, η οποία όμως εξαρτάται από την ιδιοσυγκρασία κάθε χώρας. Οι Smith et al<sup>(165)</sup> εξετάζοντας το γνωστικό κοινωνικό κεφάλαιο στην Αυστραλία, τις Η.Π.Α., τη Σουηδία και τη Νορβηγία και τη σχέση του με την προσωπική αντίληψη της υγείας και το ατομικό εισόδημα καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η παρουσία κοινωνικά καθορισμένων νορμών και συμπεριφορών δεν μειώνουν την πιθανότητα άτομα από χαμηλά εισοδηματικά στρώματα να δηλώνουν πιο κακή υγεία σε σχέση με τα πιο εύπορα άτομα. Επομένως, υπάρχουν ακόμα ερωτηματικά σχετικά με τον τρόπο μέτρησης αλλά και τον τρόπο επίδρασης του κοινωνικού κεφαλαίου στην υγεία.

Η επόμενη μελέτη έγινε από τους Polack και Knesebeck<sup>(166)</sup> και ερευνά πώς το ατομικό κοινωνικό κεφάλαιο επιδρά στην προσωπική αντίληψη των ηλικιωμένων για την υγεία τους στη Γερμανία και στις Η.Π.Α.. Η διακρατική αυτή έρευνα καταδεικνύει ότι το ατομικό κοινωνικό κεφάλαιο παίζει σημαντικό ρόλο για την κατανόηση της υγείας των ηλικιωμένων. Συγκεκριμένα, η έλλειψη αμοιβαιότητας και εμπιστοσύνης χειροτερεύει την προσωπική αντίληψη που έχουν οι ηλικιωμένοι για την υγεία τους και στις δύο χώρες, ενώ η έλλειψη συμμετοχής επιδρά στην υγεία μόνο των ηλικιωμένων Γερμανών.

Στις χώρες της Α. Ασίας (Ιαπωνία, Β. Κορέα, Σιγκαπούρη, Κίνα και Ταιβάν), όπως φαίνεται από την έρευνα του Yamaoka<sup>(167)</sup>, η μικρή συμμετοχή σε οργανώσεις, η έλλειψη αμοιβαιότητας και η έλλειψη εμπιστοσύνης σχετίζονται με κακή προσωπική αντίληψη για την υγεία. Η ανισότητα στην υγεία μεταξύ των δύο φύλων ποικίλει από χώρα σε χώρα με τις γυναίκες να δηλώνουν πιο κακή υποκειμενική υγεία ενώ οι άνδρες αναφέρουν μικρότερη ικανοποίηση από τη ζωή. Οι D'Hombres et al<sup>(168)</sup> ερευνώντας την υγεία των πολιτών σε οκτώ πρώην χώρες της Σοβιετικής Ένωσης καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η εμπιστοσύνη σχετίζεται θετικά με την υποκειμενική υγεία, η κοινωνική απομόνωση σχετίζεται αρνητικά ενώ η συμμετοχικότητα δεν σχετίζεται με την προσωπική αντίληψη της υγείας.



#### 4.4.Οικολογικές μελέτες για τη σχέση του κοινωνικού κεφαλαίου με την προσωπική αντίληψη της υγείας.

Πέντε μελέτες έχουν ασχοληθεί με τη μελέτη του κοινωνικού κεφαλαίου σε οικολογικό επίπεδο και την επίδρασή του στην προσωπική αντίληψη της υγείας εξάγοντας κατά κανόνα θετικά συμπεράσματα για την παραπάνω συσχέτιση. Στον Καναδά, οι Boyce et al<sup>(169)</sup> μελετώντας το ρόλο του κοινωνικού κεφαλαίου της γειτονιάς και εξετάζοντας την επίδραση της οικογένειας και της επικίνδυνης συμπεριφοράς των εφήβων μαθητών στην υποκειμενική τους υγεία καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι τα χαμηλά ποσοστά κοινωνικού κεφαλαίου (εμπιστοσύνη, αμοιβαιότητα, συνοχή μέσα στη γειτονιά), η επικίνδυνη συμπεριφορά και η οικογενειακή αποξένωση μειώνουν τη θετική προσωπική αντίληψη που έχουν οι έφηβοι για την υγεία τους. Τα κορίτσια δηλώνουν συχνότερα κακή υποκειμενική υγεία, ενώ δεν παρατηρείται διαφορά στο κοινωνικό κεφάλαιο μεταξύ των δύο φύλων.

Οι Wang et al<sup>(170)</sup> εξετάζουν τη σχέση του κοινωνικού κεφαλαίου με την υγεία των ατόμων που κατοικούν σε είκοσι δύο χωριά της Κίνας. Ως δείκτη μέτρησης του κοινωνικού κεφαλαίου χρησιμοποιούν την εμπιστοσύνη και την έλλειψη εμπιστοσύνης. Το ατομικό κοινωνικό κεφάλαιο αθροίζεται για να αποδοθεί το κεφάλαιο του κάθε χωριού και παρατηρείται ότι η εμπιστοσύνη ή η έλλειψη της σχετίζονται με τη προσωπική αντίληψη της σωματικής και της ψυχολογικής υγείας. Τα αποτελέσματα του ατομικού κοινωνικού κεφαλαίου στην υγεία εξαρτώνται άμεσα από το κοινωνικό κεφάλαιο του χωριού. Αυτό που προκαλεί, όμως, εντύπωση είναι ότι παρατηρείται μία ανεξήγητη θετική επίδραση της έλλειψης εμπιστοσύνης στην υγεία των κατοίκων σε ορισμένα Κινεζικά χωριά.

Στην Ιαπωνία, οι Aida et al<sup>(171)</sup> χρησιμοποιώντας δείκτες τόσο του γνωστικού όσο και του δομικού κοινωνικού κεφαλαίου (συμμετοχή σε κοινωνικά δίκτυα, αθλητικούς οργανισμούς, εθελοντικές οργανώσεις, φιλικά δίκτυα και κοινωνική στήριξη) δημιούργησαν πέντε μεταβλητές του κοινωνικού κεφαλαίου της γειτονιάς. Στη συνέχεια μέτρησαν την προσωπική αντίληψη των ηλικιωμένων Ιαπώνων για τη στοματική τους υγεία και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της συμμετοχής σε αθλητικές διοργανώσεις και τις φιλικές συναναστροφές και της στοματικής υγείας.

Ο Nogueira<sup>(172)</sup> χρησιμοποίησε δείκτες που καταγράφουν το δεσμευτικό, το ενωτικό και το συνδεδεμένο κοινωνικό κεφάλαιο σε 143 γειτονίες στη Λισαβόνα της Πορτογαλίας. Οι δείκτες αυτοί αφορούν στον αριθμό εθελοντικών οργανισμών ή εφημερίδων ανά κάτοικο, τη συμμετοχή στα κοινά, την ύπαρξη θεσμών που βοηθούν τη λειτουργία της οικογένειας (παιδικοί σταθμοί, γηροκομεία). Ο Nogueira κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το κοινωνικό κεφάλαιο σχετίζεται ισχυρά με την προσωπική αντίληψη της υγείας ακόμα και μετά την προσαρμογή για ατομικούς παράγοντες (ηλικία, φύλο, μόρφωση, επάγγελμα, εισόδημα, συμπεριφορές υγείας). Επίσης, συμπέρανε ότι η διαβίωση σε περιοχές με ασθενείς κοινωνικούς δεσμούς και χαμηλά επίπεδα οριζόντιου και κάθετου κοινωνικού κεφαλαίου έχει αρνητική επίδραση στην υγεία. Η προσωπική αντίληψη της υγείας των γυναικών επηρεάζεται μόνο από το δεσμευτικό κοινωνικό κεφάλαιο.

Ο Carlson<sup>(173)</sup> εξέτασε δεδομένα από 18 ευρωπαϊκές χώρες με σκοπό να εξηγήσει τις διαφορές στην προσωπική αντίληψη για την υγεία στις χώρες αυτές με βάση την οικονομική κατάσταση και το κοινωνικό κεφάλαιο των κατοίκων τους. Η εμπιστοσύνη στους άλλους αλλά και στο νομικό σύστημα και η συμμετοχή σε εθελοντικές οργανώσεις χρησιμοποιήθηκαν ως δείκτες μέτρησης του κοινωνικού κεφαλαίου. Από την έρευνα παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στην προσωπική αντίληψη της υγείας σε διαφορετικές χώρες (οι χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης παρουσιάζουν τα χαμηλότερα ποσοστά θετικής προσωπικής εκτίμησης της υγείας). Η συμμετοχή σε δραστηριότητες σε ότι αφορά τους άνδρες καθώς και η εμπιστοσύνη στο νομικό σύστημα και στον συνάνθρωπο μειώνουν τα ποσοστά της κακής υποκειμενικά εκτιμώμενης υγείας, αλλά οι οικονομικές ανισότητες εξακολουθούν να ασκούν τη μεγαλύτερη επίδραση στην υγεία των πολιτών.

#### 4.5. Συνοπτικά αποτελέσματα της ανασκόπησης

Μετά την αναλυτική καταγραφή των αποτελεσμάτων από την βιβλιογραφική ανασκόπηση που αφορά στη σχέση του κοινωνικού κεφαλαίου με την προσωπική αντίληψη των ατόμων για την υγεία τους, όπως αυτά υποκειμενικά την αντιλαμβάνονται πέρα από ιατρικές διαγνώσεις και εργαστηριακά ευρήματα κρίνεται σκόπιμη η παράθεση μίας σύντομης και κατατοπιστικής σύνοψης (των

αποτελεσμάτων) ώστε να κατανοηθούν οι βασικές θέσεις των άρθρων που ανασκοπήθηκαν.

Συνολικά μελετήθηκαν ογδόντα οκτώ άρθρα, τα περισσότερα από τα οποία αφορούν σε μελέτες που έγιναν σε χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. ( Β. Αμερική, Ευρώπη, Αυστραλία, Ιαπωνία, Κίνα). Από αυτές οι τριάντα τρεις μελέτες είναι πολυεπίπεδες, οι σαράντα εννέα είναι ατομικές, οι πέντε οικολογικές ενώ μία έχει οικολογικό και πολυεπίπεδο χαρακτήρα. Οι περισσότερες μελέτες μετρούν το κοινωνικό κεφάλαιο χρησιμοποιώντας συνδυαστικά δείκτες που αναφέρονται τόσο στα δομικά (συμμετοχή σε οργανώσεις, άτυπες ή τυπικές κοινωνικές σχέσεις) όσο και στα γνωστικά (εμπιστοσύνη, αμοιβαιότητα) χαρακτηριστικά του. Επιπλέον για να αποτυπωθεί το τοπικό κοινωνικό κεφάλαιο μιας περιοχής οι περισσότεροι ερευνητές χρησιμοποιούν το «αθροιστικό» κοινωνικό κεφάλαιο. Από τις 88 έρευνες μία μόνο πολυεπίπεδη έρευνα χρησιμοποίησε το «συλλογικό» κοινωνικό κεφάλαιο μιας περιοχής, ενώ μία οικολογική και μία πολυεπίπεδη μελέτη χρησιμοποίησαν τόσο το «συλλογικό» όσο και το «αθροιστικό» κοινωνικό κεφάλαιο στην ανάλυσή τους. Σε ότι αφορά την προσωπική αντίληψη της υγείας οι περισσότεροι ερευνητές εξετάζουν τη σωματική υποκειμενική υγεία, ενώ πέντε μελέτες (2 πολυεπίπεδες, 1 οικολογική και 2 ατομικές) εξετάζουν ξεχωριστά την υποκειμενική σωματική και υποκειμενική ψυχολογική υγεία των ερωτηθέντων ατόμων και πέντε μελέτες (2 πολυεπίπεδες και 3 ατομικές) ασχολούνται μόνο με την προσωπική αντίληψη της ψυχολογικής υγείας. Ας σημειωθεί τέλος και η μοναδική οικολογική έρευνα από την Ιαπωνία, η οποία ασχολείται με την υποκειμενική αξιολόγηση των ηλικιωμένων για τη στοματική τους υγεία.

Στη συνέχεια παρατίθενται τρεις πίνακες, στους οποίους δίνονται περιληπτικά τα αποτελέσματα των πολυεπίπεδων (πίνακας 4.1.), ατομικών (πίνακας 4.2.) και οικολογικών μελετών (πίνακας 4.3.) στις διάφορες χώρες, ανάλογα με τον τύπο του κοινωνικού κεφαλαίου (γνωστικό, δομικό, ατομικό, τοπικό), τον τύπο της προσωπικής αντίληψης της υγείας που εξετάζονται (σωματική, ψυχική) καθώς και το βαθμό συσχέτισης των δύο μεταβλητών (ισχυρή, ασθενής, καμία).

**Πίνακας 4.1.** Συστηματική κατάταξη των αποτελεσμάτων των πολυεπίπεδων μελετών για τη σχέση κοινωνικού κεφαλαίου – προσωπικής αντίληψης της υγείας.

Χώρα	Συνολικός αριθμός μελετών	Γ κ.κ.	Δ κ.κ.	Γ και Δ κ.κ.	Π.Σ.Υ.	Π.Ψ.Υ.	Π.Σ.Υ. και Π.Ψ.Υ.	Ισχυρή συσχέτιση	Ασθενής συσχέτιση	Καμία συσχέτιση
Η.Π.Α.	9	3	-	6	8	-	1	7 τ. κ.κ.	1 τ. κ.κ. 1 τ. + ατ. κ.κ.	-
Καναδάς	1	-	-	1	-	-	1	-	1 ατ. κ.κ. → 1 τ. κ.κ.	
Αυστραλία	2	-	-	2	2	-	-	-	1 ατ. κ.κ. → 1τ. κ.κ. 1 τ. κ.κ.	
Κίνα	1	-	-	1	1	-	-	1 τ. + ατ. κ.κ.	-	-
Ιαπωνία	3	2	-	1	2	1	-	2 τ. κ.κ. 1 ατ. κ.κ. → 1τ. κ.κ.		-
Σκωτία	1	-	1	-	1	-	-	1τ. κ.κ.	-	-
Αγγλία	3	-	-	3	3	-	-	1 τ. κ.κ. 2 τ. + ατ. κ.κ.	-	-
Νορβηγία	2	-	-	2	2	-	-	1 τ. κ.κ.	1 τ. κ.κ.	-
Σουηδία	2	-	1	1	2	-	-	2 τ. κ.κ.	-	-
Ιρλανδία	1	1	-	-	-	1	-	1 τ. κ.κ.	-	-
Φιλανδία	1	-	-	1	1	-	-	1ατ. + τ. κ.κ.	-	-
Ισραήλ	1	-	-	1	1	-	-	1 ατ. κ.κ.	-	-
Ευρωπαϊκό επίπεδο	3	1	-	2	3	-	-	1τ. κ.κ. → 1 ατ. κ.κ. 1 ατ. κ.κ. → 1τ. κ.κ.	1 ατ. κ.κ. → 1τ. κ.κ.	
Παγκόσμιο επίπεδο	3	2	-	1	3	-	-	1 ατ. κ.κ. 1 τ. κ.κ. 1 ατ. + τ. κ.κ.	-	-

Σημείωση 1: Γ. κ.κ. = Γνωστικό κ.κ., Δ. κ.κ. = Δομικό κ.κ., Π.Σ.Υ.= προσωπική αντίληψη της σωματικής υγείας, Π.Ψ.Υ. = προσωπική αντίληψη της ψυχικής υγείας, τ.κ.κ. = τοπικό κ.κ. , ατ. κ.κ.= ατομικό κ.κ.

Σημείωση 2: Στον πίνακα περιλαμβάνονται και τα αποτελέσματα από την πολυεπίπεδη ανάλυση της Ιαπωνικής μελέτης που έγινε με οικολογικό και πολυεπίπεδο αναλυτικό μοντέλο <sup>(121)</sup>.

Σημείωση 3: Μέσα σε περίγραμμα παρουσιάζονται οι έρευνες εκείνες, στις οποίες καταγράφεται ότι το ατομικό και το τοπικό κοινωνικό κεφάλαιο παρουσιάζουν ανεξάρτητα αποτελέσματα σε ότι αφορά την επίδρασή τους στην προσωπική αντίληψη της υγείας.

**Πίνακας 4.2.** Συστηματική κατάταξη των αποτελεσμάτων των ατομικών μελετών για τη σχέση κοινωνικού κεφαλαίου – προσωπικής αντίληψης της υγείας.

Χώρα	Συνολικός αριθμός μελετών	Γ κ.κ.	Δ κ.κ.	Γ και Δ κ.κ.	Π.Σ.Υ.	Π.Ψ.Υ.	Π.Σ.Υ. και Π.Ψ.Υ.	Ισχυρή συσχέτιση	Ασθενής συσχέτιση	Καμία συσχέτιση
Η.Π.Α.	5	-	-	5	4	-	1	4	1	-
Καναδάς	2	-	1	1	2	-	-	-	2	-
Χιλή	1	-	-	1	1	-	-	1	-	-
Κολομβία <sup>(2)</sup>	1	-	-	1	-	1	-	-	1ή	1
Αυστραλία	1	-	-	1	1	-	-	1	-	-
Κίνα	1	-	-	1	1	-	-	1	-	-
Ιαπωνία	3	-	1	2	3	-	-	1	2	-
Ταϊβάν	1	-	-	1	1	-	-	1	-	-
Ν. Κορέα	1	-	1	-	1	-	-	1	-	-
Μαδαγα-σκάρη	1	-	-	1	1	-	-	1	-	-
Ρωσία	3	-	-	3	3	-	-	2	1	-
Φιλανδία	7	1	-	6	7	-	-	5	2	-
Σουηδία	9	6	-	3	6	2	1	7	2	-
Νορβηγία	1	-	1	-	1	-	-	1	-	-
Αγγλία	5	-	-	5	5	-	-	5	-	-
Ιρλανδία	1	-	1	-	1	-	-	-	1	-
Ισραήλ	1	-	-	1	1	-	-	-	1	-
Λίβανος	1	-	-	1	1	-	-	1	-	-
Παγκόσμιο επίπεδο	4	1	-	3	4	-	-	3	1	-

Σημείωση 1: Γ. κ.κ. = Γνωστικό κοινωνικό κεφάλαιο, Δ. κ.κ. = Δομικό κοινωνικό κεφάλαιο, Π.Σ.Υ.= προσωπική αντίληψη της σωματικής υγείας, Π.Ψ.Υ. = προσωπική αντίληψη της ψυχικής υγείας.

Σημείωση 2: Στην Κολομβία η προσωπική αντίληψη της ψυχικής υγείας σχετίζεται ασθενώς με το κοινωνικό κεφάλαιο, ενώ όταν στο αναλυτικό μοντέλο εισάγεται ως συγχυτικός παράγοντας η βία στη γειτονιά τότε δεν υπάρχει πλέον καμία συσχέτιση του κοινωνικού κεφαλαίου με την υποκειμενική υγεία.

**Πίνακας 4.3.** Συστηματική κατάταξη των αποτελεσμάτων των οικολογικών μελετών για τη σχέση κοινωνικού κεφαλαίου – προσωπικής αντίληψης της υγείας.

Χώρα	Συνολικός αριθμός μελετών	Γ κ.κ.	Δ κ.κ.	Γ και Δ κ.κ.	Π.Σ.Υ.	Π.Ψ.Υ.	Π.Σ.Υ. και Π.Ψ.Υ.	Ισχυρή συσχέτιση	Ασθενής συσχέτιση	Καμία συσχέτιση
Καναδάς	1	-	-	1	1	-	-	1	-	-
Κίνα	1	1	-	-	-	-	1	1	-	-
Ιαπωνία	2	-	1	1	2/1 Π.Σ.Υ	-	-	2	-	-
Πορτογαλία	1	-	-	1	1	-	-	1	-	-
Ευρώπη	1	-	-	1	1	-	-		1	

Σημείωση 1: Γ. κ.κ. = Γνωστικό κοινωνικό κεφάλαιο, Δ. κ.κ. = Δομικό κοινωνικό κεφάλαιο, Π.Σ.Υ.= προσωπική αντίληψη της σωματικής υγείας, Π.Ψ.Υ. = προσωπική αντίληψη της ψυχικής υγείας, Π. Στ. Υ.= προσωπική αντίληψη της στοματικής υγείας

Σημείωση 2: Στον πίνακα περιλαμβάνονται και τα αποτελέσματα από την οικολογική ανάλυση της Ιαπωνικής μελέτης<sup>(121)</sup> που έγινε με οικολογικό και πολυεπίπεδο αναλυτικό μοντέλο.

Σε ότι αφορά τις πολυεπίπεδες μελέτες παρατηρείται ότι στις περισσότερες από αυτές (22 από τις 33 έρευνες) η συσχέτιση προσωπικής αντίληψης της υγείας και τοπικού κοινωνικού κεφαλαίου είναι ισχυρή ενώ σε άλλες έξι μελέτες παρατηρείται ασθενής συσχέτιση, γεγονός που μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι το κοινωνικό κεφάλαιο επηρεάζει σημαντικά την υγεία του πληθυσμού μιας χώρας. Σε τρεις μόνο μελέτες των Kavanagh et al<sup>(100)</sup> στην Αυστραλία, του Veenstra<sup>(99)</sup> στον Καναδά και των Olsen και Dahl<sup>(118)</sup> που μελέτησαν τη σχέση αυτή σε 21 Ευρωπαϊκές χώρες αναφέρεται μηδενική συσχέτιση του κοινωνικού κεφαλαίου μιας περιοχής με την προσωπική αντίληψη της υγείας. Στις τρεις παραπάνω μελέτες βρέθηκε ότι η κοινωνικό – οικονομική κατάσταση έχει σημαντική επίδραση στην υγεία του πληθυσμού ενώ το ατομικό κοινωνικό κεφάλαιο επιδρά μεν αλλά σε μικρό βαθμό στην υποκειμενική υγεία. Στις Η.Π.Α. παρατηρείται ότι το κοινωνικό κεφάλαιο δρα σε επίπεδο περιοχής και όχι ατόμου, ενώ σε χώρες όπως η Κίνα, η Αγγλία και η

Φινλανδία το κοινωνικό κεφάλαιο δρα τόσο σε τοπικό όσο και ατομικό επίπεδο. Τέλος, στο Ισραήλ το ατομικό κεφάλαιο φαίνεται να επιδρά θετικά στην προσωπική αντίληψη της υγείας.

Σε ότι αφορά τις ατομικές μελέτες που είναι και οι περισσότερες στις τριάντα πέντε από αυτές παρατηρείται ισχυρή θετική συσχέτιση του ατομικού κοινωνικού κεφαλαίου με την προσωπική εκτίμηση της υγείας ενώ στις υπόλοιπες δεκατρείς παρατηρείται ασθενής συσχέτιση. Η μοναδική περίπτωση στην οποία δεν καταγράφεται καμία σχέση της υγείας με το κοινωνικό κεφάλαιο είναι αυτή της Κολομβίας, στην οποία η υποκειμενική ψυχική υγεία δεν εξαρτάται καθόλου από το κοινωνικό κεφάλαιο όταν ληφθεί υπόψη ως συμπαραγοντας η ύπαρξη βίας σε μία χαμηλού βιοτικού επιπέδου γειτονιά<sup>(128)</sup>. Ακόμη και στις περιπτώσεις που η οικονομική ανισότητα θεωρείται βασικός παράγοντας της κακής προσωπική αντίληψης που έχει το άτομο για την υγεία του παρατηρείται ισχυρή ή ασθενής επίδραση και του κοινωνικού κεφαλαίου. Επίσης ισχυρή συσχέτιση παρατηρείται και στις πέντε οικολογικές μελέτες, ενώ μόνο η μελέτη του Carlson<sup>(173)</sup> αναφέρει μικρή συσχέτιση κοινωνικού κεφαλαίου και υποκειμενικής υγείας.

Γενικά παρατηρείται ότι στις Η.Π.Α., την Αυστραλία, τις Σκανδιναβικές χώρες, την Αγγλία, την Κίνα και την Ιαπωνία το κοινωνικό κεφάλαιο παίζει σημαντικό ρόλο στην προσωπική αντίληψη της υγείας του πληθυσμού.

Στις περισσότερες μελέτες οι ερευνητές χρησιμοποιούν για τη μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου τόσο τα γνωστικά όσο και τα δομικά χαρακτηριστικά του σε μία προσπάθεια να κατανοήσουν όσο το δυνατό περισσότερο τους δείκτες εκείνους που μπορούν να βελτιώσουν την προσωπική εκτίμηση για την υγεία.

Τα περισσότερα άρθρα επικεντρώνονται στη μελέτη του κοινωνικού κεφαλαίου και της προσωπικής αντίληψης της υγείας σε επίπεδο ατόμου ή σε επίπεδο πολιτείας, κοινότητας, χωριού ή γειτονιάς. Ελάχιστες είναι οι έρευνες που εστιάζονται στο εργασιακό κοινωνικό κεφάλαιο (1 πολυεπίπεδη μελέτη στην Ιαπωνία<sup>(104)</sup> και 1 πολυεπίπεδη και 1 ατομική μελέτη στη Φινλανδία<sup>(114,143)</sup>). Οι δύο ανακαλύπτουν μία αδρή συσχέτιση του εργασιακού κοινωνικού κεφαλαίου (εμπιστοσύνη, αίσθημα εργασιακής ασφάλειας) με την υγεία των εργαζομένων, η οποία όμως χρειάζεται περισσότερη διερεύνηση. Φαίνεται ότι άλλοι κοινωνικό – δημογραφικοί παράγοντες



επηρεάζουν σε μεγαλύτερο βαθμό την υποκειμενική υγεία των εργαζομένων. Η πολυεπίπεδη μελέτη από τη Φιλανδία ανακαλύπτει ισχυρή συσχέτιση.

Σε ότι αφορά τον πληθυσμό που εξετάζεται για την εξαγωγή συμπερασμάτων, οι περισσότερες έρευνες αφορούν στο γενικό πληθυσμό, ενώ λίγες είναι οι μελέτες που διαχωρίζουν τα αποτελέσματα ανάλογα με τις ηλικιακές ομάδες ή το φύλο.

Στον πίνακα 4.4. καταγράφονται συνοπτικά οι πέντε μελέτες που αφορούν στη σχέση κοινωνικού κεφαλαίου και προσωπικής αντίληψης της υγείας στους εφήβους.

**Πίνακας 4.4.** Σχέση κοινωνικού κεφαλαίου και υποκειμενικής υγείας στους εφήβους.

Χώρα	Είδος έρευνας	Δείκτες κ.κ.	Τύπος Π.Α.Υ.	Αποτελέσματα
Η.Π.Α. & Δανία	πολυεπίπεδη συγκριτική μελέτη μεταξύ του Σικάγο και του Μάαστριχτ	Γ	Π.Σ.Υ.	Ισχυρή συσχέτιση στη Δανία – Μέτρια συσχέτιση στις Η.Π.Α. που αφορά μόνο στον Ισπανόφωνο πληθυσμό
Λίβανος	ατομική	Γ+ Δ	Π.Σ.Υ.	Ισχυρή συσχέτιση
Η.Π.Α.	ατομική	Γ+ Δ	Π.Σ.Υ.	Ισχυρή συσχέτιση μόνο για τα κορίτσια
Αγγλία	ατομική	Γ+ Δ	Π.Σ.Υ.	Ισχυρή συσχέτιση
Καναδάς	οικολογική	Γ+ Δ	Π.Σ.Υ.	Ισχυρή συσχέτιση για αγόρια και κορίτσια

Σημείωση: κ.κ. = κοινωνικό κεφάλαιο, Γ = γνωστικό κ.κ., Δ = δομικό κ.κ., Π.Α.Υ. = προσωπική αντίληψη της υγείας, Π.Σ.Υ. = προσωπική αντίληψη της σωματικής υγείας

Παρατηρείται ότι το κοινωνικό κεφάλαιο έχει γενικά θετική και ισχυρή συσχέτιση με την υποκειμενική υγεία των εφήβων ανεξάρτητα από τη χώρα στην οποία διεξάγεται η έρευνα και το είδος της στατιστικής ανάλυσης. Αξίζει να σημειωθεί ότι στις Η.Π.Α. η σχέση κοινωνικού κεφαλαίου και προσωπικής αντίληψης της υγείας στους εφήβους επηρεάζεται από παράγοντες, όπως το φύλο και η εθνικότητα.

Στον πίνακα 4.5. παρουσιάζονται συνοπτικά οι οκτώ έρευνες που αξιολογούν τη σχέση κοινωνικού κεφαλαίου και προσωπικής αντίληψης της υγείας στους ηλικιωμένους.

**Πίνακας 4.5.** Σχέση κοινωνικού κεφαλαίου και προσωπικής αντίληψης της υγείας στους ηλικιωμένους.

Χώρα	Είδος έρευνας	Δείκτες κ.κ.	Τύπος Π.Α.Υ.	Αποτελέσματα
Ιαπωνία	πολυεπίπεδη	Γ	Π.Σ.Υ.	Ισχυρή συσχέτιση Το κ.κ. μεσολαβεί στη σχέση οικονομικών ανισοτήτων και υγείας.
Καναδάς	ατομική	Γ+ Δ	Π.Σ.Υ.	Ισχυρή συσχέτιση σε ότι αφορά τη συμμετοχή σε οργανώσεις
Γερμανία & Η.Π.Α.	ατομική μελέτη συγκριτική μεταξύ των 2 χωρών	Γ+ Δ	Π.Σ.Υ.	Ισχυρή συσχέτιση και στις 2 χώρες
Αγγλία	ατομική	Γ+ Δ	Π.Σ.Υ.	Ισχυρή συσχέτιση κυρίως για τους ηλικιωμένους στην κοινότητα και όχι για αυτούς που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας
Φιλανδία	ατομική	Γ+ Δ	Π.Σ.Υ.	Ισχυρή συσχέτιση για τους ηλικιωμένους που διαμένουν σε αστικές περιοχές
Φινλανδία	ατομική	Γ+ Δ	Π.Σ.Υ.	Ισχυρή συσχέτιση ειδικά για τους ηλικιωμένους στις αστικές περιοχές σε ότι αφορά τη συμμετοχή σε οργανώσεις και την εύκολη πρόσβαση σε βοήθεια
Ιαπωνία	ατομική	Γ+ Δ	Π.Σ.Υ.	Ισχυρή συσχέτιση
Ιαπωνία	οικολογική	Γ+ Δ	Π.Σ.Τ.Υ.	Ισχυρή συσχέτιση

Σημείωση: κ.κ. = κοινωνικό κεφάλαιο, Γ = γνωστικό κ.κ., Δ = δομικό κ.κ., Π.Α.Υ. = προσωπική αντίληψη της υγείας, Π.Σ.Υ. = προσωπική αντίληψη της σωματικής υγείας, Π.Σ.Τ.Υ.= προσωπική αντίληψη της στοματικής υγείας

Παρατηρείται ότι συνολικά στους ηλικιωμένους το υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο αυξάνει την καλή υποκειμενική εκτίμηση της υγείας τους, γεγονός που μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην προσπάθεια της εξασφάλισης μιας καλής και αξιοπρεπούς διαβίωσης στα ηλικιωμένα άτομα. Ειδικότερα η ενεργή συμμετοχή των ηλικιωμένων

ατόμων σε οργανώσεις και η αίσθηση ότι υπάρχει δυνατότητα εύκολης πρόσβασης σε βοήθεια φαίνεται ότι επηρεάζει θετικά την αντίληψη των τελευταίων για την υγεία τους.

Στον πίνακα 4.6. καταγράφονται συνοπτικά οι 19 μελέτες, στις οποίες αναφέρεται ξεχωριστά η επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου στην υγεία ανδρών και γυναικών.

**Πίνακας 4.6.** Σχέση κοινωνικού κεφαλαίου ανδρών και γυναικών με την προσωπική αντίληψη της υγείας.

Χώρα	Είδος έρευνας	Δείκτες κ.κ.	Τύπος Π.Α.Υ.	Αποτελέσματα
Η.Π.Α.	πολυεπίπεδη	Γ+Δ	Π.Σ.Υ.	Ισχυρή συσχέτιση Παρόμοια για άνδρες και γυναίκες
Η.Π.Α.	πολυεπίπεδη	Γ+Δ	Π.Σ.Υ.	Ισχυρή συσχέτιση. Οι γυναίκες επηρεάζονται πιο πολύ από το κ.κ. σε σχέση με τους άνδρες
Αυστραλία	πολυεπίπεδη	Γ+Δ	Π.Σ.Υ.	Ισχυρή συσχέτιση. Οι γυναίκες επηρεάζονται πιο πολύ σε σχέση με τους άνδρες από το κ.κ. σε μία γειτονιά
Σουηδία	πολυεπίπεδη	Δ	Π.Σ.Υ.	Ισχυρή συσχέτιση Οι άνδρες έχουν σχετικά μικρότερη πιθανότητα να δηλώσουν κακή Π.Σ.Υ. σε σχέση με τις γυναίκες
Ευρώπη	πολυεπίπεδη συγκριτική μελέτη σε 21 Ευρωπαϊκές χώρες	Γ+Δ	Π.Σ.Υ.	Ασθενής συσχέτιση Οι κοινωνικές συναναστροφές ευνοούν την Π.Σ.Υ. και στα δύο φύλα άνδρες - γυναίκες
Η.Π.Α.	πολυεπίπεδη	Γ+Δ	Π.Σ.Υ.	Θετική και αρνητική συσχέτιση της υγείας με το κ.κ. Η αυξημένη κοινωνική επιρροή για τις γυναίκες με μικρή αφοσίωση στη γειτονιά που λαμβάνουν πληροφορίες από άλλες εξωτερικές πηγές βελτιώνει την υποκειμενική υγεία τους.

**Πίνακας 4.6.** (συνέχεια)

Χώρα	Είδος έρευνας	Δείκτες κ.κ.	Τύπος Π.Α.Υ.	Αποτελέσματα
Αγγλία	πολυεπίπεδη	Γ+Δ	Π.Σ.Υ.	Ισχυρή συσχέτιση. Χαμηλή Π.Σ.Υ. παρατηρείται σε γυναίκες που δε συμμετέχουν σε οργανώσεις, ενώ χαμηλή είναι η Π.Σ.Υ. και στα δύο φύλα με έλλειψη εμπιστοσύνης.
Παγκόσμιο επίπεδο	πολυεπίπεδη συγκριτική μελέτη σε 69 χώρες	Γ	Π.Σ.Υ.	Ισχυρή συσχέτιση Οι γυναίκες έχουν πιο κακή Π.Σ.Υ., η οποία σχετίζεται με την έλλειψη εμπιστοσύνης
Καναδάς	ατομική	Γ+Δ	Π.Σ.Υ.	Ασθενής συσχέτιση Ίδια αποτελέσματα και για τα δύο φύλα
Φιλανδία	ατομική	Γ	Π.Σ.Υ.	Ασθενής συσχέτιση Η στήριξη μεταξύ των συναδέλφων είναι συχνότερη στους μόνιμους εργαζόμενους και σχετίζεται με καλύτερη Π.Σ.Υ. στις γυναίκες.
Φιλανδία	ατομική	Γ+Δ	Π.Σ.Υ.	Μερική συσχέτιση. Παρατηρούνται διαφορές στους δείκτες του κ.κ. που επηρεάζουν την υγεία. Η εμπιστοσύνη σχετίζεται με την Π.Σ.Υ. σε άνδρες & γυναίκες. Η αίσθηση ανασφάλειας σχετίζεται με την Π.Σ.Υ. μόνο των ανδρών.
Παγκόσμιο επίπεδο	ατομική	Γ+Δ	Π.Σ.Υ.	Ισχυρή συσχέτιση Τα αναφερόμενα σωματικά συμπτώματα είναι περισσότερα και η ικανοποίηση από την προσωπική υγεία είναι μικρότερη στις γυναίκες.
Ιαπωνία	ατομική	Γ+Δ	Π.Σ.Υ.	Ασθενής συσχέτιση Η Π.Σ.Υ σχετίζεται με τις διαπροσωπικές σχέσεις στις γυναίκες και με την έλλειψη εμπιστοσύνης στους άνδρες.

**Πίνακας 4.6.** (συνέχεια)

<b>Χώρα</b>	<b>Είδος έρευνας</b>	<b>Δείκτες κ.κ.</b>	<b>Τύπος Π.Α.Υ.</b>	<b>Αποτελέσματα</b>
Ν. Κορέα	ατομική	Δ	Π.Σ.Υ.	Ισχυρή συσχέτιση Η κοινωνική συμμετοχή βελτιώνει την Π.Σ.Υ. και στα 2 φύλα. Η επίδραση της συμμετοχής σε δραστηριότητες στην καλή υγεία αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας ιδιαίτερα στις ηλικιωμένες γυναίκες.
Σουηδία	ατομική	Γ	Π.Ψ.Υ.	Ισχυρή συσχέτιση Η εισαγωγή της οριζόντιας εμπιστοσύνης μείωσε τα ποσοστά της κακής Π.Ψ.Υ. στις γυναίκες με μικρή εμπιστοσύνη στην πολιτική.
Ρωσία	ατομική	Γ+Δ	Π.Σ.Υ.	Ασθενής συσχέτιση. Στις γυναίκες δεν παρατηρείται καμία σχέση μεταξύ του κ.κ. και της υγείας. Στους άνδρες παρατηρείται κάποια σχέση μεταξύ του κ.κ. εκτός της οικογένειας και της υγείας.
Ιαπωνία	ατομική	Γ+Δ	Π.Σ.Υ.	Η αντίληψη του κ.κ. είναι μεγαλύτερη στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες. Η αντίληψη του κ.κ. σχετίζεται με την υποκειμενική υγεία και στα 2 φύλα σε μεγάλη ηλικία.
Ευρώπη	ατομική μελέτη σε 18 Ευρωπαϊκές χώρες	Γ+Δ	Π.Σ.Υ.	Ασθενής συσχέτιση Παρατηρούνται διαφορές στους δείκτες του κ.κ. που επηρεάζουν την υγεία στα δύο φύλα π.χ. η συμμετοχή σε δραστηριότητες (μόνο για τους άνδρες) μειώνει τα ποσοστά κακής υγείας.
Πορτογαλία	οικολογική	Γ+Δ	Π.Σ.Υ.	Ισχυρή συσχέτιση. Η υγεία των γυναικών επηρεάζεται μόνο από το δεσμευτικό κ.κ.

Σημείωση : Γ = Γνωστικό κοινωνικό κεφάλαιο, Δ = Δομικό κοινωνικό κεφάλαιο, Π.Α.Υ. = προσωπική αντίληψη της υγείας, Π.Σ.Υ.= προσωπική αντίληψη της σωματικής υγείας, Π.Ψ.Υ. = προσωπική αντίληψη της ψυχικής υγείας

Από τις παραπάνω έρευνες δεν μπορούν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα σχετικά με τη σχέση κοινωνικού κεφαλαίου και προσωπικής αντίληψης της υγείας ξεχωριστά για τα δύο φύλα. Με μία αδρή εκτίμηση μπορούμε να αναφέρουμε ότι οι γυναίκες είναι πιθανότερο να αναφέρουν κακή υποκειμενική υγεία και ότι διαφορετικοί δείκτες κοινωνικού κεφαλαίου ενδέχεται να ασκούν διαφορετική επίδραση στην υγεία των ανδρών και διαφορετική στην υγεία των γυναικών.

Στον πίνακα 4.7. καταγράφονται τα αποτελέσματα των δέκα μελετών, οι οποίες εξετάζουν ξεχωριστά την προσωπική αντίληψη των ατόμων για τη ψυχική τους υγεία.

**Πίνακας 4.7.** Κοινωνικό κεφάλαιο και προσωπική αντίληψη της ψυχικής υγείας

Χώρα	Είδος έρευνας	Δείκτες κ.κ.	Τύπος Π.Α.Υ.	Αποτελέσματα
Καναδάς	πολυεπίπεδη	Γ+ Δ	Π.Σ.Υ. + Π.Ψ.Υ.	Ασθενής συσχέτιση. Η Π.Σ.Υ. & η Π.Ψ.Υ. προβλέπονται μόνο από ατομικούς παράγοντες, όπως η εμπιστοσύνη στην κοινότητα. Το κ.κ. σε επίπεδο κοινότητας δεν παρουσιάζει καμία συσχέτιση με την Π.Σ.Υ. και Π.Ψ.Υ.
Ιρλανδία	πολυεπίπεδη	Γ	Π.Ψ.Υ.	Ισχυρή συσχέτιση. ↑ ποσοστά εμπιστοσύνης εμφανίζουν ανεξάρτητη δράση στη μείωση της κακής Π.Ψ.Υ..
Η.Π.Α.	πολυεπίπεδη	Γ+ Δ	Π.Σ.Υ. + Π.Ψ.Υ.	Ισχυρή συσχέτιση. Το να ζει κάποιος σε πολιτεία με μέσο ή ↑ κ.κ. σχετίζεται με 10% μικρότερο ποσοστό κακής Π.Σ.Υ. + Π.Ψ.Υ.
Ιαπωνία	πολυεπίπεδη	Γ+ Δ	Π.Ψ.Υ.	Ισχυρή συσχέτιση. Το ↑ γνωστικό και το ↑ δομικό κ.κ. σε οικολογικό επίπεδο σχετίζονται με καλή Π.Ψ.Υ.

**Πίνακας 4.7. (συνέχεια)**

Χώρα	Είδος έρευνας	Δείκτες κ.κ.	Τύπος Π.Α.Υ.	Αποτελέσματα
Σουηδία	ατομική	Γ+ Δ	Π.Σ.Υ. + Π.Ψ.Υ.	Ισχυρή συσχέτιση. Κακή Π.Ψ.Υ. παρατηρείται σε κοινότητες με: 1) ↓ εμπιστοσύνη - ↓ συμμετοχή, 2) ↓ εμπιστοσύνη - ↑ συμμετοχή.
Κολομβία	ατομική	Γ+ Δ	Π.Ψ.Υ.	Ασθενής ή καμία συσχέτιση. Όταν υπολογιστεί η ύπαρξη βίας, το κ.κ. δεν παίζει πλέον ρόλο στην Π.Ψ.Υ. των ατόμων ηλικίας 15 – 25 ετών.
Σουηδία	ατομική	Γ	Π.Ψ.Υ.	Ασθενής συσχέτιση. Η εμπιστοσύνη γενικά μπορεί να αποτελεί συμπαράγοντα στη σχέση προκατάληψης – Π.Ψ.Υ.
Η.Π.Α.	ατομική	Γ+ Δ	Π.Σ.Υ. + Π.Ψ.Υ.	Ασθενής συσχέτιση. Η Π.Ψ.Υ. σχετίζεται με την αίσθηση να ανήκεις κάπου μόνο στους μονοζυγωτικούς διδύμους.
Σουηδία	ατομική	Γ	Π.Ψ.Υ.	Ισχυρή συσχέτιση. Έλλειψη εμπιστοσύνης στο κοινοβούλιο σχετίζεται σημαντικά με την κακή ψυχική υγεία των πολιτών.
Κίνα	οικολογική	Γ	Π.Σ.Υ. + Π.Ψ.Υ.	Ισχυρή συσχέτιση. Η έλλειψη εμπιστοσύνης σχετίζεται σημαντικά με την κακή ψυχική υγεία.

Σημείωση: κ.κ. = κοινωνικό κεφάλαιο, Γ = γνωστικό κ.κ., Δ = δομικό κ.κ., Π.Α.Υ. = προσωπική αντίληψη της υγείας, Π.Σ.Υ.= προσωπική αντίληψη της σωματικής υγείας, Π.Ψ.Υ. = προσωπική αντίληψη της ψυχικής υγείας

Από τα δεδομένα του παραπάνω πίνακα παρατηρείται κάποιου βαθμού συσχέτιση του κοινωνικού κεφαλαίου (συνήθως ισχυρή) με την ψυχική υγεία του ατόμου. Κυρίως η εμπιστοσύνη είναι αυτή που σχετίζεται με την προσωπική αντίληψη της

ψυχικής υγείας. Θα πρέπει βέβαια να διεξαχθούν έρευνες και σε άλλες χώρες, οι οποίες θα περιλαμβάνουν περισσότερους δείκτες κοινωνικού κεφαλαίου και θα διαχωρίζουν τα αποτελέσματά τους ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, την εθνικότητα, την αλληλεπίδραση με κοινωνικό – δημογραφικούς και οικονομικούς παράγοντες για την εξαγωγή σαφών συμπερασμάτων.

#### 4.6. Μεθοδολογικοί περιορισμοί των μελετών που περιλαμβάνονται στην ανασκόπηση

Υπάρχουν αρκετοί περιορισμοί σε ότι αφορά την ορθότητα στη μεθοδολογία, την οποία χρησιμοποιούν οι ερευνητές που μελετούν τη σχέση του κοινωνικού κεφαλαίου με την προσωπική αντίληψη της υγείας του ατόμου στις μελέτες που περιλαμβάνονται στην ανασκόπηση:

- Στο μεγαλύτερο ποσοστό των ερευνών που περιλαμβάνονται στην ανασκόπηση διαπιστώνεται ότι υπάρχει συσχέτιση του κοινωνικού κεφαλαίου με την προσωπική αντίληψη της υγείας. Δεν είναι, όμως, σαφής η κατεύθυνση της αιτιότητας της παραπάνω σχέσης. Αυτό συμβαίνει γιατί οι περισσότερες μελέτες είναι συγχρονικές (cross - sectional studies) και αναφέρονται σε μία δεδομένη χρονική στιγμή. Το κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να επιδρά στην κατάσταση της υποκειμενικής υγείας ή αντίθετα η υποκειμενική υγεία μπορεί να επηρεάζει το ατομικό ή τοπικό κοινωνικό κεφάλαιο. Είναι πιθανό η κακή προσωπική αντίληψη του ατόμου για την υγεία του να οδηγεί στη μείωση του κοινωνικού του κεφαλαίου. Μπορεί, όμως, επίσης, άτομα με χαμηλό κοινωνικό κεφάλαιο να δηλώνουν σε μεγαλύτερο ποσοστό κακή υποκειμενική υγεία ή μπορεί η κακή υποκειμενική υγεία να εμποδίζει τα άτομα από το να έχουν πρόσβαση στο κοινωνικό κεφάλαιο της περιοχής όπου ζουν (π.χ. άτομα με προβλήματα υγείας δεν μπορούν εύκολα να συμμετέχουν σε οργανώσεις).
- Ελάχιστες είναι επίσης οι μελέτες (έξι τον αριθμό) που αναφέρονται στο κοινωνικό κεφάλαιο ως δεσμευτικό, συνδετικό ή ενωτικό και εξετάζουν την επίδραση που έχει καθένας από τους παραπάνω τύπους στην προσωπική αντίληψη της υγείας<sup>(97,113,114,126,156,172)</sup>. Η πλειονότητα των άρθρων που ανασκοπήθηκαν εξετάζουν το κοινωνικό κεφάλαιο ως γνωστικό ή δομικό ή συνδυάζουν τα δύο είδη. Οι



περισσότερο δε χρησιμοποιούμενοι δείκτες κοινωνικού κεφαλαίου είναι η εμπιστοσύνη και η συμμετοχή σε διάφορες οργανώσεις.

➤ Οι περισσότερες μελέτες χρησιμοποιούν για την διερεύνηση της σχέσης κοινωνικού κεφαλαίου – προσωπικής αντίληψης της υγείας δευτερογενή δεδομένα από άλλες έρευνες, οι οποίες έχουν διεξαχθεί για διαφορετικούς σκοπούς αντί να κατασκευάζουν ειδικές και ψυχομετρικά ελεγμένες ερωτήσεις για τη μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου.

➤ Τα άρθρα, τα οποία μελετούν το κοινωνικό κεφάλαιο σε τοπικό επίπεδο χρησιμοποιούν για την μέτρηση του το άθροισμα των ατομικών κοινωνικών κεφαλαίων, ενώ σπανίζουν οι μελέτες (2), οι οποίες χρησιμοποιούν καθαρά το «συλλογικό» κοινωνικό κεφάλαιο για την εξαγωγή συμπερασμάτων<sup>(99, 172)</sup>.

➤ Όλες οι μελέτες εκτός από μία, η οποία έχει και ποιοτικά χαρακτηριστικά<sup>(130)</sup> είναι ποσοτικές, γεγονός το οποίο δεν αφήνει και πολλά περιθώρια για την κατανόηση του πώς αντιλαμβάνονται τα ίδια τα άτομα την έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου.

➤ Η προσωπική αντίληψη της υγείας μπορεί να έχει βρεθεί ότι έχει άμεση σχέση με τη θνησιμότητα και το προσδόκιμο επιβίωσης του πληθυσμού αλλά δεν παύει ως υποκειμενική έννοια να υποκρύπτει και ένα ποσοστό λάθους σε ότι αφορά την πραγματική κατάσταση της υγείας του ατόμου. Για παράδειγμα μπορεί ένα από τη φύση του αισιόδοξο άτομο να υπερεκτιμά την κατάσταση της προσωπικής του υγείας. Το ίδιο μπορεί να συμβαίνει και για ορισμένους δείκτες μέτρησης του κοινωνικού κεφαλαίου. Για παράδειγμα ένα υπεραισιόδοξο άτομο μπορεί να πιστεύει λανθασμένα ότι η εμπιστοσύνη μεταξύ των ατόμων σε μία κοινότητα είναι μεγαλύτερη από ότι στην πραγματικότητα.

➤ Οι περισσότερες μελέτες προέρχονται από χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. με αποτέλεσμα να μην υπάρχουν επαρκή στοιχεία για τη σχέση κοινωνικού κεφαλαίου και προσωπικής εκτίμησης της υγείας στις υποανάπτυκτες χώρες. Η διεξαγωγή μελετών που θα εξετάζουν την παραπάνω συσχέτιση στις μη αναπτυγμένες χώρες θα μπορούσε να οδηγήσει στην εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με το κατά πόσο μπορεί το κοινωνικό κεφάλαιο να επιδράσει θετικά στην προσωπική αντίληψη της υγείας στις παραπάνω χώρες ανεξάρτητα με την οικονομική τους κατάσταση.

#### 4.7. Περιορισμοί της ίδιας της ανασκόπησης

Η συγκεκριμένη ανασκόπηση υπόκειται σε αρκετούς περιορισμούς:

- Η ανασκόπηση έγινε μόνο μέσα από ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων. Πιθανόν να υπάρχουν και άλλα άρθρα δημοσιευμένα σε έντυπα μέσα, τα οποία να εξετάζουν τη σχέση του κοινωνικού κεφαλαίου με την προσωπική αντίληψη της υγείας.
- Στην ανασκόπηση περιλαμβάνονται μόνο άρθρα, τα οποία είναι δημοσιευμένα στην Αγγλική γλώσσα. Στην Ελλάδα δεν έχουν γίνει παρόμοιες μελέτες. Αυτό βέβαια αποτελεί και ένα από τα πλεονεκτήματα της ανασκόπησης. Παρουσιάζει για πρώτη φορά στην ελληνική βιβλιογραφία τις μελέτες που διερευνούν τη σχέση του κοινωνικού κεφαλαίου με την προσωπική αντίληψη της υγείας.
- Η καταμέτρηση των άρθρων έγινε μόνο από την υποφαινόμενη και σε περιορισμένο χρονικό διάστημα. Είναι πιθανή η παράλειψη κάποιων μελετών δεδομένης της πολύ μεγάλης βιβλιογραφίας που αφορά στο κοινωνικό κεφάλαιο και την υποκειμενικά αξιολογούμενη υγεία.
- Δεδομένου του μεγάλου εύρους των μελετών και των διαφορετικών τρόπων μέτρησης του κοινωνικού κεφαλαίου δεν είναι δυνατή η μεταανάλυση. Είναι δυνατή μόνο η καταγραφή των αποτελεσμάτων των άρθρων και η αδρή εξαγωγή συμπερασμάτων.
- Ο αντικειμενικός σκοπός, όμως αυτής της μελέτης είναι η ανεύρεση στοιχείων που να συνδέουν το ατομικό και το τοπικό κοινωνικό κεφάλαιο με την προσωπική αντίληψη της υγείας. Ανεξάρτητα από τις ελλείψεις που μπορεί να έχει η παραπάνω ανασκόπηση είναι φανερό ότι υπάρχουν αρκετά στοιχεία που συνηγορούν υπέρ της σχέσης αυτής.

## 5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σκοπός της διατριβής είναι η ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας για τη σχέση του κοινωνικού κεφαλαίου με την προσωπική αντίληψη της υγείας του ατόμου. Αρχικά έγινε προσπάθεια να καταγραφούν συνοπτικά η ιστορία, οι διάφοροι κατά καιρούς ορισμοί της έννοιας του κοινωνικού κεφαλαίου, οι μορφές του κοινωνικού κεφαλαίου (δεσμευτικό, συνδετικό, ενωτικό, οριζόντιο, κάθετο, δομικό, γνωστικό), ο τρόπος μέτρησής του καθώς και να αναφερθούν οι πιθανές θεωρητικές σχέσεις του κοινωνικού κεφαλαίου με την υγεία, όπως αυτές έχουν περιγραφεί από διάφορους ερευνητές που έχουν ασχοληθεί με το θέμα αυτό. Στη συνέχεια έγινε αναφορά στην έννοια της προσωπικής αντίληψης του ατόμου για την υγεία του, στη συσχέτισή της με τη θνητότητα και το προσδόκιμο επιβίωσης των ατόμων, στον τρόπο καταγραφής και μέτρησής της καθώς και μία σύντομη αναφορά στη διεθνή βιβλιογραφία και συγκεκριμένα στις έρευνες, οι οποίες εξετάζουν τη δυνατότητα της προσωπικής αντίληψης της υγείας να προσδιορίζει αντικειμενικά την υγεία του πληθυσμού.

Στο ειδικό μέρος αφού καθορίστηκε η μεθοδολογία της συγκεκριμένης έρευνας, ογδόντα οκτώ μελέτες βρέθηκαν να τηρούν τα κριτήρια επιλογής και συμπεριλήφθηκαν τελικά στην ανασκόπηση. Είναι γεγονός ότι οι περισσότερες μελέτες καταλήγουν σε κάποιου βαθμού συσχέτιση (ισχυρή ή ασθενή) του κοινωνικού κεφαλαίου με την προσωπική αντίληψη της υγείας. Συμπερασματικά μπορούμε να αναφέρουμε τα εξής:

1) Οι περισσότερες από τις μελέτες ενός επιπέδου (ατομικές και οικολογικές) συνδυάζουν δείκτες μέτρησης του γνωστικού και δομικού κοινωνικού κεφαλαίου κυρίως την εμπιστοσύνη και την συμμετοχή σε οργανώσεις και καταδεικνύουν μία θετική συσχέτιση (μεγάλη ή μικρή) του ατομικού ή του τοπικού κοινωνικού κεφαλαίου με την προσωπική αντίληψη της υγείας, ανεξάρτητα από τη χώρα στην οποία διεξάγεται η έρευνα. Μόνο στην Κολομβία δεν αναφέρεται καμία συσχέτιση μεταξύ κοινωνικού κεφαλαίου και υγείας όταν στο πλήρες μοντέλο στατιστικής ανάλυσης συμπεριλαμβάνεται ως μεταβλητή η ενδοκοινωνική βία. Ελάχιστες είναι οι ατομικές ή οικολογικές μελέτες, στις οποίες έχει γίνει σαφής διαχωρισμός του κοινωνικού κεφαλαίου σε ενωτικό, συνδετικό και δεσμευτικό εξετάζοντας την επίδραση κάθε

τύπου ξεχωριστά στην προσωπική αντίληψη της υγείας. Για το λόγο αυτό δεν μπορούμε να εξάγουμε σαφή συμπεράσματα για την επιρροή που ασκεί κάθε μορφή κοινωνικού κεφαλαίου στην υγεία. Όμως, δεν μπορεί να αμφισβητηθεί το γεγονός ότι τόσο το τοπικό όσο και το ατομικό κοινωνικό κεφάλαιο επιδρούν στην υποκειμενική εκτίμηση της υγείας του ατόμου.

2) Σε ότι αφορά τις πολυεπίπεδες μελέτες, το κοινωνικό κεφάλαιο παρατηρείται και εδώ ότι επιδρά στην προσωπική αντίληψη των πολιτών για την υγεία τους. Στις Η.Π.Α., στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες, στην Ιαπωνία και την Κίνα είναι εμφανές ότι το κοινωνικό κεφάλαιο σε μέσο - ή μάκρο - επίπεδο έχει ανεξάρτητη και ισχυρή επίδραση στην υποκειμενική εκτίμηση της υγείας του ατόμου ανεξάρτητα από τα ατομικά χαρακτηριστικά. Τα άτομα που ζουν σε περιοχές με υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο και είναι κοινωνικά ενεργά και δραστήρια είναι πιθανότερο να δηλώσουν καλή υποκειμενική υγεία σε σχέση με άτομα που ζουν σε περιοχές με χαμηλό κοινωνικό κεφάλαιο. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις όπου κάτι τέτοιο φαίνεται να μην ισχύει. Σύμφωνα με τον Carriano<sup>(96)</sup>, γυναίκες που είναι λιγότερο αφοσιωμένες στη γειτονιά τους (επομένως δεν επηρεάζονται από το τοπικό κοινωνικό κεφάλαιο) και έρχονται σε επαφή με πηγές πληροφοριών εκτός της περιοχής που διαμένουν εκτιμούν ότι έχουν καλύτερη υγεία σε σχέση με αυτές που κινούνται μόνο μέσα στα πλαίσια της κοινότητας τους. Η παρατήρηση αυτή σχετίζεται με την αρνητική επίδραση που μπορεί να έχει το κοινωνικό κεφάλαιο στα άτομα. Οι γυναίκες, οι οποίες δεν έρχονται σε επαφή με εξωκοινοτικές πηγές πληροφοριών και είναι προσηλωμένες στη γειτονιά τους είτε δεν έχουν επαρκή πληροφόρηση σχετικά με το πώς να βελτιώσουν την υγεία τους είτε παρουσιάζουν προβλήματα υγείας εξαιτίας των περισσότερων απαιτήσεων που προβάλλει η κοινότητα σε αυτές. Επίσης, σε πολυεπίπεδες μελέτες που διεξήχθησαν στον Καναδά και την Αυστραλία δεν παρατηρείται καμία συσχέτιση του τοπικού κοινωνικού κεφαλαίου με την υγεία του πληθυσμού. Αντίθετα το εισόδημα και η κοινωνικό – οικονομική κατάσταση της περιοχής φαίνεται να έχουν πρωταρχικό ρόλο στη δημιουργία του υγειονομικού προφίλ του πληθυσμού. Αυτό ίσως να σχετίζεται με την κουλτούρα κάθε λαού και το πολιτικό σύστημα της χώρας στην οποία διεξάγεται η έρευνα.

Συνοψίζοντας με βάση τα παραπάνω καταλήγουμε στην εκτίμηση ότι σύμφωνα με τις μελέτες που ανασκοπήθηκαν υπάρχει μία θετική συσχέτιση του κοινωνικού

κεφαλαίου με την προσωπική αντίληψη της υγείας. Πριν, όμως, οδηγηθούμε σε τελικά συμπεράσματα σχετικά με το αν το κοινωνικό κεφάλαιο είναι όντως ένας ισχυρός παράγοντας διαμόρφωσης της υγείας του πληθυσμού θα πρέπει να λάβουμε υπόψη τα παρακάτω:

➤ Θα πρέπει να σχεδιαστούν και να υλοποιηθούν περισσότερες προοπτικές μελέτες, οι οποίες να διερευνούν σε βάθος χρόνου το κοινωνικό κεφάλαιο και την προσωπική αντίληψη της υγείας. Οι διαχρονικές μελέτες έχουν το πλεονέκτημα ότι παρακολουθούν τα άτομα για ένα δεδομένο χρονικό διάστημα και δημιουργούν μία βάση δεδομένων μέσα στο χρόνο, η οποία μπορεί να παρέχει πιο σαφή πληροφόρηση σχετικά με την αιτία και το αποτέλεσμα στη σχέση του κοινωνικού κεφαλαίου με την προσωπική αντίληψη της υγείας. Με αυτό τον τρόπο θα αντιμετωπιστεί το ζήτημα της αιτιότητας μιας και ακόμα δεν έχει αποσαφηνιστεί αν: 1) σε ατομικό επίπεδο η καλή υγεία είναι το αποτέλεσμα του κοινωνικού κεφαλαίου ή αν το κοινωνικό κεφάλαιο είναι το αποτέλεσμα της καλής υγείας ή άλλων ατομικών χαρακτηριστικών που καθορίζουν το υγειονομικό προφίλ και 2) αν σε επίπεδο κοινότητας η κοινωνική συνοχή αντικατοπτρίζει την υγεία του πληθυσμού (π.χ. πρέπει να είσαι υγιής για να συμμετέχεις σε κάποια οργάνωση)<sup>(174)</sup>. Στην παρούσα ανασκόπηση μόνο πέντε είναι οι προοπτικές μελέτες<sup>(108, 114, 143, 159,161)</sup>, από τις οποίες οι τέσσερις παρουσιάζουν ισχυρή και η μία ασθενή συσχέτιση του κοινωνικού κεφαλαίου με την προσωπική αντίληψη για την υγεία.

➤ Θα πρέπει να διεξάγονται παράλληλα με τις ποσοτικές και ποιοτικές μελέτες (σε βάθος συνεντεύξεις), οι οποίες σύμφωνα με τον Baum<sup>(130)</sup>, μπορούν να απεικονίσουν τη σύνδεση μεταξύ των δεδομένων που ερευνώνται σε κάποια μελέτη, όπως την αντιλαμβάνονται τα ίδια τα άτομα. Οι δύο τύποι συλλογής δεδομένων συνεισφέρουν στην κατανόηση των δεσμών μεταξύ του κοινωνικού κεφαλαίου και των υγειονομικών ανισοτήτων.

➤ Το κοινωνικό κεφάλαιο θεωρείται εν μέρει δημόσιο αγαθό, το οποίο παράγει εξωτερικότητες – θετικές και αρνητικές. Θα πρέπει λοιπόν να ερευνάται τόσο ο θετικός όσο και ο αρνητικός του ρόλος στην προσωπική αντίληψη της υγείας.

➤ Θα πρέπει να καθορίζεται ο πληθυσμός – στόχος του οποίου θα μετράται το κοινωνικό κεφάλαιο και η προσωπική αντίληψη της υγείας. Από τις μελέτες που ανασκοπήθηκαν συμπεραίνεται ότι υπάρχουν διαφορετικές επιπτώσεις του κοινωνικού κεφαλαίου στην υγεία διαφορετικών πληθυσμών (άνδρες, γυναίκες, παιδιά, έφηβοι, ηλικιωμένοι, μετανάστες, άτομα που κατοικούν στην ύπαιθρο ή σε

αστικές περιοχές, άτομα με διαφορετική κουλτούρα ή διαφορετικό επίπεδο μόρφωσης ή με διαφορετικό εισόδημα). Είναι πιθανό διαφορετικοί τύποι κοινωνικού κεφαλαίου να επιδρούν διαφορετικά σε διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες. Με αυτό τον τρόπο θα μπορέσουμε στο μέλλον να καταλήξουμε σε συμπεράσματα, τα οποία να βοηθήσουν στην επιλογή των πολιτικών εκείνων που θα αυξήσουν το κοινωνικό κεφάλαιο διαφορετικών πληθυσμών και θα βελτιώσουν την υγεία των ατόμων.

➤ Θα πρέπει να δημιουργηθούν ειδικά σχεδιασμένα και ψυχομετρικά ελεγμένα ερωτηματολόγια που θα μετρούν τα διαφορετικά είδη κοινωνικού κεφαλαίου (δεσμευτικό, συνδετικό, ενωτικό κ.α.).

➤ Σε ότι αφορά την προσωπική αντίληψη της υγείας ως δείκτη καταγραφής του υγειονομικού προφίλ του πληθυσμού θα πρέπει να λάβουμε υπόψη μας ότι σχετίζεται με την υποκειμενική αντίληψη κάθε ατόμου για την υγεία του και ως εκτούτου υπάρχει πάντα μία αβεβαιότητα σε ότι αφορά την ταύτιση με το πραγματικό υγειονομικό προφίλ του ατόμου. Ίσως είναι αναγκαία η ταυτόχρονη χρησιμοποίηση και άλλων υγειονομικών δεικτών στις μελέτες που ερευνούν τη σχέση του κοινωνικού κεφαλαίου με την υγεία ώστε να οδηγηθούμε σε πιο αντικειμενικά συμπεράσματα.

Εν κατακλείδι το κοινωνικό κεφάλαιο και η προσωπική αντίληψη της υγείας είναι δύο έννοιες που όπως φαίνεται και από το μεγάλο αριθμό των μελετών που τις εξετάζουν έχουν ευρεία απήχηση και παρουσιάζουν μεγάλο ενδιαφέρον για τους ερευνητές στο χώρο της υγείας. Η μεταξύ τους συσχέτιση είναι αναμφισβήτητη ανεξάρτητα από το γεγονός ότι εξαιτίας της μεθοδολογίας των ερευνών που τις εξετάζουν δεν μπορεί να καθοριστεί η κατεύθυνση της αιτιότητας της παραπάνω σχέσης. Βασισμένοι, όμως και στο γεγονός ότι οι λίγες προοπτικές μελέτες που περιλαμβάνονται στην ανασκόπηση διαπιστώνουν ότι το κοινωνικό κεφάλαιο επιδρά στην προσωπική αντίληψη της υγείας μπορούμε να θεωρήσουμε ότι παράγοντες που εκφράζουν το κοινωνικό κεφάλαιο, όπως η εμπιστοσύνη στο συνάνθρωπο, η συμμετοχή σε διάφορες οργανώσεις, η εμπιστοσύνη στο πολιτικό σύστημα, η ύπαρξη δεσμών ισχυρών ή ασθενών του ατόμου με τον στενότερο ή ευρύτερο κοινωνικό περίγυρο καθορίζουν την αντίληψη που έχει το άτομο για την κατάσταση της υγείας του, η οποία σε μεγάλο βαθμό εκφράζει και την αντικειμενική του υγεία. Το πολιτικό σύστημα οφείλει να χρησιμοποιήσει αυτή την παραδοχή δημιουργώντας τη βάση για πολιτικές, οι οποίες θα συσφίξουν τους κοινωνικούς δεσμούς και θα ενισχύσουν τη

συλλογικότητα, παράγοντες οι οποίοι καθορίζουν το κοινωνικό κεφάλαιο ενός ατόμου ή ενός τόπου. Η βελτίωση του κοινωνικού κεφαλαίου είτε σε ατομικό είτε σε τοπικό επίπεδο είναι πιθανό σύμφωνα και με τα αποτελέσματα της ανασκόπησης να οδηγήσει στην καλύτερευση του υγειονομικού προφίλ του πληθυσμού ανεξάρτητα από άλλους δημογραφικούς και κοινωνικό - οικονομικούς παράγοντες, όπως η ηλικία, το φύλο, η εθνικότητα, το εισόδημα, η κοινωνική τάξη και το μορφωτικό επίπεδο.

## Βιβλιογραφία

1. Σουλιώτης Κ., «Προσέγγιση των κοινωνικών και περιφερειακών ανισοτήτων της υγείας στην Ελλάδα», *ΤΟΠΟΣ*, 2001, σ.σ. 49-74.
2. Whitehead M., «The concepts and principles of equity and health» discussion paper EYR/ICP/RPD 414, *WHO Regional Office for Europe*, Copenhagen, 1990.
3. Σαρρής Μ., Χρυσάκης Μ., Σούλης Σ., «Ανισότητες στην υγεία. Μία κριτική προσέγγιση», *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 2002; 19 (6): 672 - 687
4. Κριτσωτάκης Γ., Μαιόβης Π., Κούτης Α., Φιλαλήθης Α.Ε., «Ατομική και Οικολογική επίδραση κοινωνικών παραγόντων στους δείκτες υγείας. Η περίπτωση του κοινωνικού κεφαλαίου», *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 2009; 26 (4): 523 -535
5. Stephens C., «Social capital in its place: using social theory to understand social capital and inequalities in health», *Social Science and Medicine*, 2008; (66): p.p. 1174 -1184
6. Macinco J., Starfield B., «The utility of social capital in Research on Health Determinants.», *The Milbank Quarterly*, 2001; vol. 79, No 3, p.p. 387 - 427
7. Kawachi I., Kennedy B., Lochner K., Prothrow S.D., «Social capital, income inequality and mortality», *Am. J. Public Health*, 1997; (87): 1491-1498
8. Carpiano RM., «Neighborhood social capital and adult health: An empirical test of Bourdieu – based mode», *Health Place*, 2007; 13: 639 - 655
9. DeSilva MJ. , Mc Kenzie K., Harpham T., Huttly SRA., « Social capital and mental illness: a systematic review», *J. Epidemiol. Community Health*, 2005; 59: 619-627



10. Wistanley EL., Steiwachs DM., Ensminger ME., Latkin CA., Stitzer ML., Olsen Y., «The association of self – reported neighborhood disorganization and social capital with adolescent alcohol and drug use dependence and access to treatment», *Drug Alcohol Depend.*, 2008; 92: 173 -182
11. Derose K. P., Varda D. M., «Social capital and Health Care Access, A systematic review», *Medical care research and review*, 2009; vol. 66, no3, p.p. 272 - 306
12. Kennelly B., O; Shea E., Garvey E., «Social capital, life expectancy and mortality: A cross – national examination», *Soc. Sci. Med.*, 2003; 56: 2367 - 2377
13. Kawachi I., Kennedy B., Glass R., «Social capital and self - rated health: A contextual analysis», *Am. J.Public Health*, 1999; 89: 1187 -1193
14. DeSalvo K. B., Bloser N., Reynolds K., He Jiang, Muntner P., «Mortality Prediction with a single General Self - Rated Health Question. A Meta – Analysis», *J. Gen. Intern. Med.*, 2005; 20: 267 - 275
15. Fayers P., Sprangers M.A.G., «Understanding self - rated health (commentary) », *THE LANCET*, 2002; vol. 359, p.p.187 -188
16. Λεοντσίνη Μ., «Εισαγωγή» στο Λεοντσίνη Μ. (επιμ.), *Φύλο και κοινωνικό κεφάλαιο*, Αθήνα, Κριτική, 2010, σελ. 9 – 28
17. Κωνσταντακόπουλος Σ., «Το κοινωνικό κεφάλαιο στους Alexis de Tocqueville και Robert D. Putnam: Συνέχειες και Ασυνέχειες», στο Κονιόρδος Σ., (επιμ.), *Κοινωνικό Κεφάλαιο, Εμπιστοσύνη και Κοινωνία των πολιτών*, Αθήνα, Παπαζήσης, 2010, σελ. 29 – 44
18. Farr J., «Social capital: A conceptual history», *Political Theory*, 2004; (32): 6 – 33.

19. Κονιόρδος Σ., «Κοινωνικό κεφάλαιο: μεταξύ θεωρητικής σαφήνειας και σύγχυσης», *Επιστήμη και Κοινωνία*, 2006, τεύχος 16
20. Kunitz J., «Social capital and health», *British Medical Bulletin*, 2004; vol.69: 61-73
21. Jacobs J., «The death and life of Great American cities», Penguin, Harmandsworth, 1962.
22. Loury G.C., «A dynamic theory of racial income differences», in Wallace, P.A., Mund A.L (eds), *Women, Minorities and Employment Discrimination*, Health Lexington MA, 1977; pp. 153 – 186
23. Bourdieu P., «Κοινωνικό κεφάλαιο: Προσωρινές σημειώσεις», στο Ν. Παναγιωτόπουλος (επιμ.) *Π. Μπουρντιέ: Κείμενα Κοινωνιολογίας*, Αθήνα, Δελφίνι, 1994.
24. Bourdieu P., «The forms of capital», in Richardson J., *Handbook of theory and Research for the Sociology of Education*, New York, Greenwood, 1986; p.p.241 – 258
25. Coleman J.S., Hoffer T., «Public and Private Schools: The impact of community», New York: Basic Books, 1987.
26. Coleman J.S., «Foundations of Social Theory», Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1990.
27. Coleman J.S., «Social capital in the creation of human capital», *Am. J. Sociol.*, 1988; 94: 95 – 120
28. Putnam R., Leonardi R., & Nanetti R., «Making Democracy Work: Civic traditions in Modern Italy», Princeton University Press, Princeton, N.J., 1993.

29. Putnam R., «Bowling Alone: America's Declining Social Capital», *Journal of Democracy*, 1995; 6 (1): p.p. 65 – 78
30. World Bank, «The Initiative on Defining, Monitoring and Measuring Social capital», Washington, DC: World Bank, 1998.
31. Woolcock M., Narayan D., «Social capital: implications for development theory, research and policy», *World Bank Research observer*, 2000; 15: p.p. 225 – 249
32. Svendsen GLH., «Studying social capital in situ: A qualitative approach», *Theory and society*, 2006; 35: 39 – 70
33. Woolcock M., «The place of social capital in understanding social and economic outcomes», *ISUMA Canadian Journal of Policy Research*, 2001; Issue 2, vol. 10, p.p. 11-17
34. Portes A., «Social Capital: its origins and applications in Modern Sociology», *Annual review of sociology*, 1998; 24: p.p. 1 – 24
35. Kawachi I., Kim D., Countts A., Subramanian S.V., «Commentary: Reconciling the three accounts of social capital», *Int. J. Epidemiol.*, 2004; 33: p.p.682 – 690
36. Islam MK, Merlo J, Kawachi I, Lindström M, Gerdtham UG., «Social capital and health: does egalitarianism matter? A literature review», *International Journal for Equity in Health*, 2006; 5:3.
37. Baum F.E., Zierch A.M., «Social Capital (glossary)», *J. Epidemiol. Community Health*, 2003; 57: 320- 323
38. Grootaert C., Van Bastelaer T., eds., «Understanding and measuring social capital», Washington: The World Bank, 2002.

39. Chen X., Stanton B., Gong J., Fang X, Li X., «Personal social capital scale: an instrument for Health and Behavioral research», *Health education Research*, 2009; vol.24, No2, p.p.306 – 317
40. De Silva M.J., Harpham T., Tuan T., Bartolini R., Penny ME, Huttly SR., «Psychometric and cognitive validation of a social capital measurement tool in Peru and Vietnam», *Soc. Sci. Med.*, 2006; 62: 941 -953
41. Looman W.S., «Developing and testing of the social capital scale for families of children with special health care needs», *Research in Nursing and Health*, 2006; (29) p.p.325 – 336
42. Hean S., Cowley S., Forbes A., Griffiths P., Maben J., «The M-C-M cycle and social capital», *Soc. Sci. Med.*, 2003; 56 (5): p.p.1061 – 1072
43. Onyx J., Bullen P., «Measuring social capital in five communities», *The Journal of Applied Behavioral Science*, 2000; 36 (1): p.p. 23 – 42
44. Kritsotakis G., Koutis A., Alegakis A., Philalithis A., «Development of the Social Capital Questionnaire in Greece», *Research in Nursing & Health*, 2008; 31: p.p. 217 – 225
45. Παρασκευόπουλος Χ., «Τα θεμελιώδη επανέρχονται στη θεωρία του κοινωνικού κεφαλαίου: Διαφθορά, Ανισότητα και Κοινωνικό Κεφάλαιο», στο Κονιόρδος Σ., (επιμ.) *Κοινωνικό Κεφάλαιο, Εμπιστοσύνη και Κοινωνία των πολιτών*, Αθήνα, Παπαζήσης, 2010, σελ. 163 – 208
46. Shortt S.E.D., «Making sense of social capital, health and policy», *Health policy*, 2004, (70): p.p.11 -22
47. Pearce N., Smith G.D., «Is social capital the Key to Inequalities in Health?», *American Journal of Public Health*, 2003; vol.93, No1, p.p. 122 – 129

48. Pawar MO., «“Social” “capital”?», *The Social Science Journal*, 2006; 43: p.p. 211 – 226
49. Wilkinson R.G., «Income Inequality, social cohesion and health: clarifying the theory – a reply to Muntaner and Lynch», *International Journal of Health Services*, 1999; 29: 525 – 543
50. Sampson R.G., Groves WB., «Community structure and crime. Testing social disorganization theory», *American Journal of Sociology*, 1989; 94:774 – 802
51. Labonte R., «Social capital and community development: practitioner emptor», *Australian and New Zealand Journal of Health*, 1999; 23: p.p.430 -434
52. Adkins L., «Κοινωνικό κεφάλαιο: Η Ανατομία μιας επίμαχης έννοιας», στο Λεοντσίνη Μ., (επιμ.), *Φύλο και Κοινωνικό Κεφάλαιο*, Αθήνα, Κριτική, 2010, σελ. 31 – 60
53. Wilkinson RG., «For debate: income distribution and life expectancy», *British Medical Journal*, 1992; 304: p.p. 165 -168
54. Οικονόμου Χ., «Κοινωνιολογία της υγείας, τόμος Α', βασικές θεωρητικές προσεγγίσεις», Αθήνα, Διόνικος, 2005.
55. Poortinga W., «Do health behaviors mediate the association between social capital and health?», *Prev. Med.*, 2006; 43: pp. 488 - 493
56. Nilsson J., Masud R., Kabir ZN., «Social capital and quality of life in old age. Results from a cross – sectional study in rural Bangladesh», *J. Aging Health*, 2006; 18:419 - 434
57. Sundquist J., Johansson SE., Yang M., Sundquist K., «Low linking social capital as a predictor of coronary heart disease in Sweden: A cohort study of 2.8. Million people», *Soc. Sci. Med.* , 2006; 62:954 – 963

58. Lofors J., Sundquist K., «Low – linking social capital as a predictor of mental disorders: A cohort study of 4.5. Million Swedens», *Soc. Sci. Med.*, 2007; 64: 21 – 34
59. Hyypa M., Maki J., «Individual level relationships between social capital and self – rated health in a bilingual community», *Preventive Medicine*, 2001; 32: p.p. 148 – 155
60. Veenstra G., «Social capital, SES and Health: an individual level analysis», *Soc. Sci. Med.*, 2000; (50): p.p. 619 -629
61. Caughy MO., O' Campo PJ., Muntaner C., «When being alone might be better: Neighborhood poverty, social capital and child mental health», *Soc. Sci. Med.*, 2003; (57): p.p. 227 -237
62. Kawachi I., Subramanian SV., Kim D., «Social capital and health», Springer Science+ Business Media, LLC, N.Y. , 2008; p.p. 18 – 20
63. Strawbridge JW., Wallhagen IM., «Self – rated health and Mortality over Three Decades», *Research on Aging*, 1999; vol.21, no 3: p.p. 402 – 416
64. Sibthorpe B., Anderson I., Cunningham J., «Self – assessed Health among Indigenous Australians: How valid is a Global Question?», *American Journal of Public Health*, 2001; vol.91, no10: p.p. 1660 -1663
65. Sargent Cox K., Anstey K., Luszcz M., «The choice of self – rated health measures matter when predicting mortality: evidence from 10 years follow – up of the Australian longitudinal study of ageing», *BMC Geriatrics*, 2010, 10:18
66. Manor O., Matthews Sh., Power C., «Dichotomous or categorical response? Analyzing self – rated health and lifetime social class», *Int. J. Epid.*, 2000; 29: p.p. 149 – 157

67. Vallee Q.A., «Self – rated health: caught in the crossfire of the quest for “true” health?», *Int. J. Epid.*, 2007; 36:1161-1164
68. Mansson N., Rastam L., «Self – rated health as a predictor of disability pension and death – A prospective study of middle aged men», *Scand. J. Public Health*, 2001; 29: 151 -158
69. Eriksson I., Unden A.L., Elofsson S., «Self – rated Health. Comparisons between three different measures. Results from a population study», *Internal Journal of Epidemiology*, 2001; 30:326 -333
70. Mantzavinis G., Pappas N., Dimoliatis I., Ioannidis J., «Multivariate models of self – reported health often neglected essential candidate determinants and methodological issues», *Journal of Clinical Epidemiology*, 2005; 58: p.p. 436 -443
71. Mossey JM., Shapiro E., «Self – rated health: a predictor of mortality among the elderly», *Am. J. Public Health*, 1982; 72 (8): 800 – 808
72. Idler E., Kasl S., «Health perceptions and survival: Do Global Evaluations of Health Status really predict Mortality?», *Journal of Gerontology: social sciences*, 1991; vol. 46, no2, p.p.855 – 856
73. Heistaro S., Jousilahti P., Lahelma E., Vartiainen E., Puska P., «Self – rated health and mortality: a long term prospective study in Eastern Finland», *J. Epidemiol. Community Health*, 2001; 55 (4): p.p. 227 – 232
74. Burstrom B., Fredlund P., «Self – rated health: Is it a good predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes?», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2001; 55 (11): p.p.836 – 840
75. Larsson D., Hemmingsson T., Allebeck P., Lundberg I., «Self – rated health and mortality among young men: what is the relation and how may it be explained?», *Scandinavian Journal of Public Health*, 2002; 30: p.p. 259 – 266

76. Idler E., Angel R., «Self – rated health and Mortality in NHANES –I Epidemiologic follow –up study», *Am. J. Public Health*, 1990; (80): p.p. 446 -452
77. Benyamini Y., Blumstein T., Lusky A., Modan B., «Gender differences in the self – rated health –mortality association: Is it poor self – rated health that predicts mortality or excellent self –rated health that predicts survival?», *The Gerontologist*, 2003; vol.43, no3: p.p. 396 -405
78. Singh – Manoux A., Guecen A., Martikainen P., Ferrie J., «Self –rated health and mortality: short and long – term associations in the White hall II study», *Psychosomatic Medicine*, 2007; 69: p.p. 138 – 147
79. Idler E., Kasl SV., «Self ratings on health: do they also predict change in functional ability? », *J. Gerontol. B. Psychol. Sci. Soc. Sci.*, 1995; 50 (6): p.p. 344 - 353
80. Lee Y., «The predictive value of self assessed general, physical and mental health on functional decline and mortality in older adults», *J. Epidemiol. Community Health*, 2000; 54: p.p.123 – 129
81. Idler E., Russell L., Davis D., «Survival, functional limitations and self – rated health in the NHANES I Epidemiologic follow –up study, 1992», *American Journal of Epidemiology*, 2000; vol. 152, no 9: p.p. 874 – 883
82. Boyington J., Howard D., Holmes D., «Self –rated health, Activities of Daily Living and Mobility Limitations Among Black and White stroke survivors», *Journal of Aging and Health*, 2008; vol.20, no8: p.p. 920 – 936
83. Menec V., Shooshtari S., Lambert P., «Ethnic Differences in self – rated health among older adults», *Journal of Aging and Health*, 2007; vol. 19, no1: p.p. 62 – 8
84. Subramanian SV., Huijts T., Avendano M., «Self – reported health assessments in the 2002 World Health Survey: how do they correlate with education?», *Bull. World Health Organ.*, 2010; 88 (2): p.p. 131 – 138



85. Bierman AS., Bubolz T., Fisher ES., Wasson JH., «How well does a single question about health predict the financial health of Medicare managed care plans?», *EFF. Clin. Pract.*, 1999; (2): p.p. 56 – 62
86. Mawani FN., Gilmour H., «Validation of self – rated mental health», *Health Rep.*, 2010; 21 (3): p.p. 61 – 75
87. Shadbolt B., Barresi J., Craft P., «Self –rated health as a predictor of survival among patients with advanced cancer», *Journal of Clinical Oncology*, 2002; vol.20, no10: p.p. 2514 - 2519
88. Tsuji I, Minami Y, Keyl PM, Hisamichi S, Asano H, Sato M, Shinoda K., «The predictive power of self-rated health, activities of daily living, and ambulatory activity for cause-specific mortality among the elderly: a three-year follow-up in urban Japan», *J. Am. Geriatr. Soc.*, 1994; 42 (2): 153- 156.
89. Mc Callum J., Shadbolt B., Wang D., «Self – rated health and survival: a 7 – year follow up study of Australian elderly, *Am. J. Public Health*, 1994; 84: p.p.1100 – 1105
90. Mansyur C, Amick BC, Harrist RB, Franzini L., «Social capital, income inequality, and self-rated health in 45 countries», *Soc. Sci. Med.*, 2008; 66 (1): 43-56.
91. Γαλάνης Π., «Συστηματική ανασκόπηση και μετα – ανάλυση», *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής Εταιρείας*, 2009, 26 (6): 826 – 841
92. Subramanian SV, Kawachi I, Kennedy BP., «Does the state you live in make a difference? Multilevel analysis of self-rated health in the US», *Soc. Sci. Med.*, 2001; 53 (1): 9 -19.
93. Subramanian SV, Kim DJ, Kawachi I., «Social trust and self-rated health in US communities: a multilevel analysis», *J. Urban Health*, 2002; 79(4 Suppl 1):S21-34.

94. Kim D, Kawachi I., «U.S. state-level social capital and health-related quality of life: multilevel evidence of main, mediating, and modifying effects», *Annals of Epidemiology*, 2007; 17 (4): 258- 69.
95. Franzini L, Caughey M, Spears W, Fernandez Esquer ME., «Neighborhood economic conditions, social processes, and self-rated health in low -income neighborhoods in Texas: a multilevel latent variables model», *Soc. Sci. Med.*, 2005; 61(6):1135- 50.
96. Carpiano R. M., «Actual or potential neighborhood resources and access to them: Testing hypotheses of social capital for the health of female caregivers. Original Research Article», *Social Science & Medicine*, 2008; vol. 67 (4): p.p. 568 – 582
97. Kim D, Subramanian SV, Kawachi I., «Bonding versus bridging social capital and their associations with self rated health: a multilevel analysis of 40 US communities», *J. Epidemiol. Community Health*, 2006; 60 (2):116 - 22.
98. Kim D, Kawachi I., «A multilevel analysis of key forms of community- and individual-level social capital as predictors of self-rated health in the United States», *J. Urban Health*, 2006; 83 (5): 813 - 26.
99. Veenstra G., «Location, location, location: contextual and compositional health effects of social capital in British Columbia, Canada», *Soc. Sci. Med.*, 2005; 60 (9): 2059 - 71.
100. Kavanagh AM, Turrell G, Subramanian SV., «Does area-based social capital matter for the health of Australians? A multilevel analysis of self-rated health in Tasmania», *Int. J. Epidemiol.*, 2006; 35 (3): 607 - 13.
101. Kavanagh AM, Bentley R, Turrell G, Broom DH , Subramanian SV., «Does gender modify associations between self rated health and the social and economic

characteristics of local environments?», *J. Epidemiol Community Health*, 2006; 60 (6): 490 - 5.

102. Yip W, Subramanian SV, Mitchell AD, Lee DT, Wang J, Kawachi I., «Does social capital enhance health and well-being? Evidence from rural China», *Soc. Sci. Med.*, 2007; 64 (1) :35 - 49.

103. Ichida Y., Kondo K., Hirai H., Hanibuchi T., Yoshikawa G., Murata C., «Social capital, income inequality and self-rated health in Chita peninsula, Japan: a multilevel analysis of older people in 25 communities», *Social Science & Medicine*, 2009; vol. 69, Issue 4, p.p.489 – 499

104. Suzuki E, Takao S, Subramanian SV, Komatsu H, Doi H, Kawachi I., «Does low workplace social capital have detrimental effect on workers' health?», *Soc. Sci. Med.*, 2010; 70 (9):1367 - 72.

105. Hamano T, Fujisawa Y, Ishida Y, Subramanian SV, Kawachi I, Shiwa K., «Social capital and mental health in Japan: a multilevel analysis», *PLoS One*, 2010; 5(10):e13214.

106. Ellaway A, Macintyre S., (2000), «Social capital and self-rated health: support for a contextual mechanism», *Am. J. Public Health*; 90 (6): 988.

107. Poortinga W., «Social relations or social capital? Individual and community health effects of bonding social capital», *Soc. Sci. Med.*, 2006; 63(1):255 - 70.

108. Snelgrove JW, Pikhart H, Stafford M., «A multilevel analysis of social capital and self-rated health: evidence from the British Household Panel Survey», *Soc. Sci. Med.*, 2009; 68(11):1993 - 2001.

109. Fitzsimon N, Shiely F, Corradino D, Friel S, Kelleher CC., «Predictors of self-reported poor mental health at area level in Ireland: a multilevel analysis of

deprivation and social capital indicators», *Irish Medical Journal*, 2007; 100 (8): 49 - 52.

110. Van Der Wel K.A., «Social capital and Health - A multilevel analysis of 25 administrative districts in Oslo», *Norsk Epidemiologi.*, 2007; vol. 17, Issue 1, p.p. 59 - 69.

111. Sund, E.R., Jørgensen S.H., Jones A., Krokstad S., Heggdal M., «The influence of social capital on self – rated health and depression - The Nord-Trøndelag health study (HUNT)», *Norsk. Epidemiologi*, 2007; 17(1): p.p. 59 – 69

112. Engström K, Mattsson F, Järleborg A, Hallqvist J., «Contextual social capital as a risk factor for poor self-rated health: a multilevel analysis», *Soc Sci Med.*, 2008; 66(11): 2268 - 80.

113. Sundquist K, Yang M., «Linking social capital and self-rated health: a multilevel analysis of 11,175 men and women in Sweden», *Health Place*, 2007; 13 (2):324 - 34.

114. Oksanen T, Kouvonen A, Kivimäki M, Pentti J, Virtanen M, Linna A, Vahtera J. «Social capital at work as a predictor of employee health: multilevel evidence from work units in Finland», *Soc. Sci. Med.*, 2008; 66 (3): 637 - 49.

115. Soskolne V., Orly Manor., «Health inequalities in Israel: Explanatory factors of socio-economic inequalities in self-rated health and limiting longstanding illness», *Health & Place*, 2010; Volume 16, Issue 2, p.p. 242 – 251

116. Knesebeck O., Dragano N., Siegrist J., «Social capital and self-rated health in 21 European countries», *Psycho - social Medicine*, 2005; vol. 2, ISSN 1614 – 2934

117. Poortinga W., «Social capital: an individual or collective resource for health? », *Soc. Sci. Med.*, 2006; 62 (2 ):292 - 302.

118. Olsen KM, Dahl SA., «Health differences between European countries», *Soc. Sci. Med.*, 2007; 64 (8) :1665 - 78.
119. Drukker M, Buka SL, Kaplan C, McKenzie K, Van Os J., «Social capital and young adolescents' perceived health in different sociocultural settings», *Soc. Sci. Med.*, 2005; 61(1):185 - 98.
120. Jen Min Hua, Sund E.R., Johnston R., Jones K., «Trustful societies, trustful individuals, and health: An analysis of self – rated health and social trust using the World Value Survey . Original Research Article», *Health & Place*, 2010; Vol.16, Issue 5, p.p. 1022 – 1029
121. Fujisawa Y., Hamano T., Takegawa S., «Social capital and perceived health in Japan: An ecological and multilevel analysis», *Social Science & Medicine.*, 2009; Volume 69, Issue 4, p.p. 500 - 505
122. Greiner K.A., Li Chaoyang, Kawachi I., Hunt D. C., Ahluwalia J.S., «The relationships of social participation and community ratings to health and health behaviors in areas with high and low population density», *Social Science & Medicine*, 2004; Volume 59, Issue 11, p.p. 2303 – 2312
123. Schultz J, O'Brien AM, Tadesse B., «Social capital and self-rated health: results from the US 2006 social capital survey of one community», *Soc. Sci. Med.*, 2008; 67(4): 606 - 17.
124. Fujiwara T, Kawachi I., «Social capital and health. A study of adult twins in the U.S», *Am. J. Prev. Med.*, 2008; 35 (2):139 - 44.
125. Almgren G, Magarati M, Mogford L., «Examining the influences of gender, race, ethnicity, and social capital on the subjective health of adolescents», *J. Adolesc.*, 2009; 32(1): 109 - 33.

126. Beaudoin C. E., «Bonding and bridging neighborliness: An individual-level study in the context of health», *Social Science & Medicine*, 2009; Volume 68, Issue 12, p.p. 2129-2136.
127. Veenstra G, Luginaah I, Wakefield S, Birch S, Eyles J, Elliott S., «Who you know, where you live: social capital, neighborhood and health», *Soc. Sci. Med.*, 2005; 60 (12): 2799 - 818.
128. Harpham T., Grant E. , Rodriguez C., «Mental health and social capital in Cali, Colombia», *Social Science and Medicine*, 2004; Volume 58, Issue 11, p.p. 2267 - 2277
129. Sapag JC, Aracena M, Villarroel L, Poblete F, Berrocal C, Hoyos R, Martínez M, Kawachi I., «Social capital and self-rated health in urban low income neighbourhoods in Chile», *J. Epidemiol. Community & Health*, 2008; 62 (9): 790 - 2.
130. Baum FE, Ziersch AM, Zhang G, Osborne K., «Do perceived neighbourhood cohesion and safety contribute to neighbourhood differences in health? », *Health Place*, 2009; 15 (4): 925 - 34.
131. Sun X., Rehnberg C., Meng Q., «How are individual-level social capital and poverty associated with health equity? A study from two Chinese cities», *Int. J. Equity Health*, 2009; 8: 2.
132. Tsunoda H, Yoshino R, Yokoyama K., «Components of social capital and socio-psychological factors that worsen the perceived health of Japanese males and females», *Tohoku J. Exp. Med.*, 2008; 216 (2): 173 - 85.
133. Aihara Y, Minai J, Kikuchi Y, Aoyama A, Shimanouchi S., «Cognition of social capital in older Japanese men and women», *J. Aging Health*, 2009; 21 (8): 1083 - 97.

134. Yamamura E., «Different effects of social capital on health status among residents: Evidence from modern Japan», *Journal of Socio-Economics*, In Press, Corrected Proof, Available on line 12 October 2010.
135. Sirven N., «Endogenous social capital and self-rated health: cross-sectional data from rural areas of Madagascar», *Soc. Sci. Med.*, 2006; 63 (6): 1489 - 502.
136. Cheng, H.-L., Chiang, T.-L., «Social capital and self – rated health in Taiwan», *Taiwan Journal of Public Health*, 2002; Volume 21, Issue 4, p.p. 289 - 295
137. Young Lee H., Jang Soong-Nang, Lee S., Cho Sung-II, Park Eun-Ok., «The relationship between social participation and self – rated health by sex and age: A cross – sectional survey. Original Research Article», *International Journal of Nursing Studies*, 2008; Volume 45, Issue 7, p.p.1042 – 1054
138. Rose R., «How much does social capital add to individual health? A survey study of Russians», *Soc. Sci. Med.*, 2000; 51(9):1421 - 35.
139. Rojas Y, Carlson P., «The stratification of social capital and its consequences for self-rated health in Taganrog, Russia», *Soc. Sci. Med.*, 2006; 62 (11):2732 - 41.
140. Ferlander S., Mäkinen I.H., «Social capital, gender and self-rated health. Evidence from the Moscow Health Survey 2004, Original Research Article», *Social Science & Medicine*, 2009; Volume 69, Issue 9, p.p 1323 – 1332
141. Hyypä MT, Mäki J., «Social participation and health in a community rich in stock of social capital», *Health Educ. Res.*, 2003; 18 (6): 770 - 9.
142. Nyqvist F, Finnäs F, Jakobsson G, Koskinen S., «The effect of social capital on health: the case of two language groups in Finland», *Health Place*, 2008; 14 (2): 347 -60.

143. Liukkonen V, Virtanen P, Kivimäki M, Pentti J, Vahtera J., «Social capital in working life and the health of employees», *Soc. Sci. Med.*, 2004; 59 (12) :2447 - 58.
144. Nummela O, Sulander T, Rahkonen O, Karisto A, Uutela A., «Social participation, trust and self-rated health: a study among ageing people in urban, semi-urban and rural settings», *Health and Place*, 2008; 14 (2): 243 - 53.
145. Nummela O, Sulander T, Karisto A, Uutela A., «Self-rated health and social capital among aging people across the urban-rural dimension», *Int. J. Behav. Med.*, 2009; 16 (2): 189 – 94
146. Nieminen T., Martelin T., Koskinen S., Aro H., Alanen E., Hyypä MT., «Social capital as a determinant of self-rated health and psychological well-being», *Int. J. Public Health*, 2010; 55 (6): 531 – 542
147. Lindström M., «Social capital, the miniaturization of community and self-reported global and psychological health», *Soc. Sci. Med.*, 2004; 59 (3): 595 - 607.
148. Mohseni M, Lindstrom M., «Social capital, trust in the health-care system and self-rated health: the role of access to health care in a population-based study», *Soc. Sci. Med.*, 2007; 64 (7): 1373 - 83.
149. Westin M, Westerling R., «Social capital and inequality in health between single and couple parents in Sweden», *Scand. J. Public Health*, 2007; 35 (6): 609 - 17.
150. Lindström M., «Social capital, anticipated ethnic discrimination and self-reported psychological health: a population-based study», *Soc. Sci. Med.*, 2008; 66 (1): 1-13.
151. Mohseni M, Lindström M., «Ethnic differences in anticipated discrimination generalized trust in other people and self-rated health: a population-based study in Sweden», *Ethnicity & Health*, 2008; 13 (5): 417 - 34.



152. Mohseni M, Lindström M., «Social capital, political trust and self rated-health: a population-based study in southern Sweden», *Scand. J. Public Health*, 2008; 36 (1): 28 - 34.
153. Lindstrom M., Mohseni M., «Social capital, political trust and self-reported psychological health: A population-based study», *Social Science & Medicine*, 2009; Volume 68, Issue 3, p.p. 436 – 443
154. Lindström M., «Marital status, social capital, material conditions and self-rated health: a population-based study», *Health Policy*, 2009; 93 (2-3): 172 - 9.
155. Linden-Bostrom M., Persson C., Eriksson C., «Neighbourhood characteristics, social capital and self-rated health - A population-based survey in Sweden», *BMC Public Health*, 2010, 10:628
156. Gele Abdi A., Harsløf I., «Types of social capital resources and self-rated health among the Norwegian adult population», *Int. J. Equity Health*, 2010; 9: 8.
157. Andrew M.K., «Social capital, health and care home residence among older adults: A secondary analysis of the Health Survey for England 2000», *European Journal of Ageing*, 2005; Vol. 2, Issue 2, p.p. 137 – 148
158. Petrou S, Kupek E., «Social capital and its relationship with measures of health status: evidence from the Health Survey for England 2003», *Health Econ.* , 2008; 17(1): 127 - 43.
159. Borgonovi F., «A life-cycle approach to the analysis of the relationship between social capital and health in Britain», *Social Science & Medicine*, 2010, (article in press).
160. Morgan A, Haglund BJ., «Social capital does matter for adolescent health: evidence from the English HBSC study», *Health Promot. Int.*, 2009; 24 (4):363 - 72.

161. Giordano GN, Lindstrom M., «The impact of changes in different aspects of social capital and material conditions on self-rated health over time: a longitudinal cohort study», *Soc. Sci. Med.*, 2010; 70 (5): 700 - 10.
162. Delaney L, Wall P, O'hAodha F., (2007), «Social capital and self-rated health in the Republic of Ireland: evidence from the European Social survey», *Irish Medical Journal.*; 100 (8): suppl 52 - 6.
163. Khawaja M., Abdulrahim S., Afifi. Soweid R. A., Karama D., «Distrust, social fragmentation and adolescents' health in the outer city: Beirut and beyond», *Social Science & Medicine*, 2006; 63: 1304 – 1315
164. Baron-Epel O, Weinstein R, Haviv-Mesika A, Garty-Sandalon N, Green MS., «Individual-level analysis of social capital and health: a comparison of Arab and Jewish Israelis», *Soc. Sci. Med.*, 2008; 66 (4): 900 - 10.
165. Smith P., Polanyi M., «Social norms, Social behaviours and health: An empirical examination of a model of social capital», *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 2003; Vol. 27, Issue 4, p.p. 456 - 463.
166. Pollack CE, von dem Knesebeck O., «Social capital and health among the aged: comparisons between the United States and Germany», *Health Place.*, 2004; 10 (4): 383 - 91.
167. Yamaoka K., «Social capital and health and well-being in East Asia: a population-based study», *Soc. Sci. Med.*, 2008; 66 (4): 885 - 99.
168. D'Hombres B, Rocco L, Suhrcke M, McKee M., «Does social capital determine health? Evidence from eight transition countries», *Health Econ.*, 2010; 19 (1): 56 - 74.

169. Boyce WF, Davies D, Gallupe O, Shelley D., «Adolescent risk taking, neighborhood social capital, and health», *J. Adolesc. Health*, 2008; 43 (3): 246 - 52.
170. Wang H., Schlesinger M., Wang H., Hsiao W., «The flip-side of social capital: The distinctive influences of trust and mistrust on health in rural China», *Social Science & Medicine*, 2009; Vol. 68, Issue 1, p.p. 133 – 142
171. Aida J., Kyriyama S., Ohmori – Matsuda K., Hozawa A., Osaka k., Tsuji I., «The association between neighborhood social capital and self – reported dentate status in elderly Japanese – the Ohsaki Cohort 2006 Study», *Community Dent. Oral Epidemiol.*, 2010 (Epub ahead of print).
172. Nogueira H., «Healthy communities: the challenge of social capital in the Lisbon Metropolitan Area», *Health Place*, 2009; 15 (1): 133 - 9.
173. Carlson P., «The European health divide: a matter of financial or social capital? », *Soc. Sci. Med.*, 2004; 59 (9): 1985 - 92.
174. Kawachi I., «Commentary: Social capital and health: making the connections one step at a time», *International Journal of Epidemiology*, 2006; 35: 989 – 993.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

**Πίνακας 1.** Χαρακτηριστικά των μελετών για τη σχέση κοινωνικού κεφαλαίου και προσωπικής αντίληψης της υγείας. Εμπειρικές μελέτες πολλών επιπέδων ανάλυσης (multilevel analysis)

Άρθρο (παραπομπή)	Σχεδιασμός έρευνας/ Δεδομένα	Δείκτες μέτρησης κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος SRH	Αποτελέσματα
<b>Kawachi, Kennedy, Glass 1999,</b> <sup>(13)</sup>	Συγχρονική έρευνα από 167259 άτομα (>18 ετών) σε 39 πολιτείες των Η.Π.Α. Δεδομένα από το Behavioral Risk Factor Surveillance System. Επίπεδο 1: άτομο (μίκρο) Επίπεδο 2: πολιτεία (μάκρο)	Γ +Δ Εμπιστοσύνη στην κοινωνία, αίσθηση αμοιβαιότητας, εθελοντική συμμετοχή σε οργανώσεις	ΑΘ.	Π.Σ.Υ.	Ατομικές μεταβλητές (χαμηλό εισόδημα, χαμηλή μόρφωση, κάπνισμα) είναι στενά συνδεδεμένες με ↓ Π.Σ.Υ.. Άτομα που ζουν σε περιοχές με χαμηλό κ.κ. είναι πιθανότερο να αναφέρουν ↓ Π.Σ.Υ. σε σχέση με άτομα σε περιοχές με υψηλό κ.κ. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια για άνδρες και γυναίκες. Υποστηρίζεται ότι το κ.κ. δρα σε κοινωνικό και όχι σε ατομικό επίπεδο.
<b>Ellaway, Macintyre 2000,</b> <sup>(106)</sup>	Συγχρονική έρευνα από 605 άτομα στη Δ. Σκωτία. Δεδομένα από ταχυδρομική έρευνα σε διαφορετικού κοινωνικού επιπέδου περιοχές. Επίπεδο 1: άτομο (μίκρο) Επίπεδο 2: κοινότητα (μέσο)	Δ Συμμετοχή σε τοπικές οργανώσεις	ΑΘ.	Π.Σ.Υ.	Σε ατομικό επίπεδο η συμμετοχή σε τοπική οργάνωση μετά τον υπολογισμό και ατομικών μεταβλητών (εισόδημα, μόρφωση, κάπνισμα) δεν σχετίζεται με την Π.Σ.Υ. Ο ↑ βαθμός συμμετοχής σε τοπικές οργανώσεις σε επίπεδο κοινότητας σχετίζεται με ↑ Π.Σ.Υ. Υποστηρίζεται ότι το κ.κ. δρα σε κοινωνικό και όχι σε ατομικό επίπεδο.

**Πίνακας 1.** Χαρακτηριστικά των μελετών για τη σχέση κοινωνικού κεφαλαίου και προσωπικής αντίληψης της υγείας. Εμπειρικές μελέτες πολλών επιπέδων ανάλυσης (multilevel analysis) (συνέχεια)

Άρθρο (παραπομπή)	Σχεδιασμός έρευνας/ Δεδομένα	Δείκτες μέτρησης κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος SRH	Αποτελέσματα
<b>Subramanian, Kawachi, Kennedy 2001</b> <sup>(92)</sup>	Συγχρονική έρευνα 144692 ατόμων σε 39 πολιτείες των Η.Π.Α. Δεδομένα από το Behavioral Risk Factor Surveillance System και το 1986-90 General Social Surveys. Επίπεδο 1: άτομο (μίκρο) Επίπεδο 2: πολιτεία (μάκρο)	Γ Έλλειψη εμπιστοσύνης στο συνάνθρωπο	ΑΘ.	Π.Σ.Υ.	Η πιθανότητα να δηλώσει κάποιος ↓ Π.Σ.Υ. αυξάνεται σημαντικά από περιοχές με υψηλό κ.κ. σε περιοχές με χαμηλό κ.κ. και αυτό ισχύει για όλες τις εισοδηματικές τάξεις. Το κ.κ. μιας πολιτείας επιδρά ανεξάρτητα από τις οικονομικές ανισότητες και το εισόδημα στην Π.Σ.Υ.
<b>Subramanian, Kim, Kawachi 2002</b> <sup>(93)</sup>	Συγχρονική έρευνα σε 21456 άτομα σε 40 πολιτείες των Η.Π.Α. Δεδομένα από το Social Capital Community Benchmark Survey. Επίπεδο 1: άτομο (μίκρο) Επίπεδο 2: πολιτεία (μάκρο)	Γ Εμπιστοσύνη	ΑΘ.	Π.Σ.Υ.	↑ επίπεδα κοινωνικής εμπιστοσύνης σχετίζονται με χαμηλότερη πιθανότητα κακής Π.Σ.Υ. Τα ευεργετικά αποτελέσματα της εμπιστοσύνης μέσα σε μία πολιτεία στην υγεία είναι σημαντικά πιο - αυξημένα σε άτομα που εμπιστεύονται τον συνάνθρωπο σε σχέση με τα άτομα που δεν εμπιστεύονται.

**Πίνακας 1.** Χαρακτηριστικά των μελετών για τη σχέση κοινωνικού κεφαλαίου και προσωπικής αντίληψης της υγείας. Εμπειρικές μελέτες πολλών επιπέδων ανάλυσης (multilevel analysis) (συνέχεια)

Άρθρο (παραπομπή)	Σχεδιασμός έρευνας/ Δεδομένα	Δείκτες μέτρησης κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος SRH	Αποτελέσματα
<b>Knesebeck, Dragano, Siegrist 2005, (116)</b>	Συγχρονική έρευνα σε 40856 άτομα (>15 ετών) σε 21 Ευρωπαϊκές χώρες. Δεδομένα από το European Social Survey. Επίπεδο 1: άτομο (μίκρο) Επίπεδο 2: χώρα (μάκρο)	Γ+Δ Κοινωνική εμπιστοσύνη, συμμετοχή και εθελοντική εργασία σε κοινωνικές οργανώσεις	ΑΘ	Π.Σ.Υ.	↓ επίπεδα κ.κ. παρατηρούνται στην Α. και Ν. Ευρώπη. Χώρες με ↓ επίπεδα κ.κ. έχουν ↑ ποσοστό κατοίκων που δηλώνουν ↓ Π.Σ.Υ. Υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ κ.κ. και Π.Σ.Υ. σε αθροιστικό επίπεδο σε πολλές χώρες. Σε ατομικό επίπεδο η συσχέτιση είναι πιο ↓ στην Α. και Ν. Ευρώπη. Η συσχέτιση της Π.Σ.Υ. με την εμπιστοσύνη είναι πιο – δυνατή σε σχέση με τη συμμετοχή σε κοινωνικές οργανώσεις.
<b>Veenstra 2005 (99)</b>	Συγχρονική έρευνα σε 1435 άτομα(>18 ετών) σε 25 κοινότητες της Βρετανικής Κολομβίας στον Καναδά το 2002. Στοιχεία από 2 βάσεις δεδομένων (χαρακτηριστικά των κοινοτήτων και χαρακτηριστικά των ατόμων που ζουν σε αυτές). Επίπεδο 1: άτομο (μίκρο) Επίπεδο 2: κοινότητα (μέσο)	Γ+Δ Σε ατομικό επίπεδο: -Κοινωνική και πολιτική εμπιστοσύνη, συμμετοχή σε εθελοντικές οργανώσεις. Σε επίπεδο κοινότητας: -Αριθμός δημόσιων χώρων (σχολεία, αθλητικά κέντρα)/ κεφαλή -Αριθμός εθελοντικών οργανώσεων/ κεφαλή -Μέσο επίπεδο κοινωνικής και πολιτικής εμπιστοσύνης	ΑΘ +ΣΥΛ.	Π.Σ.Υ.+ Π.Ψ.Υ.	Η Π.Σ.Υ. και η Π.Ψ.Υ. προβλέπονται μόνο από ατομικούς παράγοντες, όπως η ηλικία, η εμπιστοσύνη στο πολιτικό σύστημα, το εισόδημα, η μόρφωση και η εμπιστοσύνη στην κοινότητα. Το κ.κ. σε επίπεδο κοινότητας δεν παρουσιάζει καμία συσχέτιση με την Π.Σ.Υ. και Π.Ψ.Υ.

**Πίνακας 1.** Χαρακτηριστικά των μελετών για τη σχέση κοινωνικού κεφαλαίου και προσωπικής αντίληψης της υγείας. Εμπειρικές μελέτες πολλών επιπέδων ανάλυσης (multilevel analysis) (συνέχεια)

Άρθρο (παραπομπή)	Σχεδιασμός έρευνας/ Δεδομένα	Δείκτες μέτρησης κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος SRH	Αποτελέσματα
Drukker, Buka, Kaplan et al 2005 <sup>(119)</sup>	Συγχρονική έρευνα βασισμένη σε δεδομένα από 1) το Project on Human Development in Chicago Neighborhoods στις Η.Π.Α. (343 συνοικίες με 8000 περίπου κατοίκους και 2) το Maastricht Quality of Life στη Δανία (36 γειτονιές με 300-8500 κατοίκους η κάθε μία). Στη μελέτη συμμετείχαν παιδιά ηλικίας 11 και 12 ετών. Επίπεδο 1: άτομο (μίκρο) Επίπεδο 2: γειτονιά (μέσο)	Γ Υποκειμενική εκτίμηση του κ.κ. σε επίπεδο γειτονιάς με τη χρήση 5βαθμης κλίμακας, η οποία μετράει την αντίληψη για τον άτυπο κοινωνικό έλεγχο και την κοινωνική συνοχή και εμπιστοσύνη.	ΑΘ.	Π.Σ.Υ. στους εφήβους	Στο Σικάγο παρατηρούνται ↓ επίπεδα κοινωνικής συνοχής και εμπιστοσύνης σε σχέση με το Μάανστριχτ. ↑ επίπεδα άτυπου κοινωνικού ελέγχου και κοινωνικής συνοχής και εμπιστοσύνης σχετίζονται με ↑ Π.Σ.Υ. στους Ισπανοφώνους εφήβους των 2 περιοχών αλλά όχι για τις άλλες εθνικότητες στο Σικάγο σε αντίθεση με το Μάανστριχτ.
Franzini, Caughy, Spears et al. 2005, <sup>(95)</sup>	Δεδομένα από έρευνα που διεξήχθη σε 13 γειτονιές με χαμηλό ή μέσο εισόδημα στην πολιτεία του Τέξας των Η.Π.Α. από το Texas Department of Health το 2001 - 2002. Συμμετείχαν 3203 κάτοικοι. Επίπεδο 1: άτομο (μίκρο) Επίπεδο 2: γειτονιά (μέσο)	Γ Εμπιστοσύνη (γενικά) στην κοινωνία, αίσθηση αμοιβαιότητας	ΑΘ.	Π.Σ.Υ.	Η ↑ του ποσοστού φτώχειας και ένδειας σε μία γειτονιά οδηγεί σε ↓ του κ.κ. και σε ↓ της Π.Σ.Υ. Υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ του κ.κ. και της Π.Σ.Υ.



**Πίνακας 1.** Χαρακτηριστικά των μελετών για τη σχέση κοινωνικού κεφαλαίου και προσωπικής αντίληψης της υγείας. Εμπειρικές μελέτες πολλών επιπέδων ανάλυσης (multilevel analysis) (συνέχεια)

Άρθρο (παραπομπή)	Σχεδιασμός έρευνας/ Δεδομένα	Δείκτες μέτρησης κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος SRH	Αποτελέσματα
<b>Poortinga 2006</b> <sup>(117)</sup>	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα από το European Social Survey (22 Ευρωπαϊκές χώρες με 42358 ερωτώμενους) το 2002 - 2003. Επίπεδο 1: άτομο (μίκρο) Επίπεδο 2: χώρα (μάκρο)	Γ+Δ  Εμπιστοσύνη στην κοινωνία, βαθμός κοινωνικής συμμετοχής	ΑΘ.	Π.Σ.Υ.	Οι Σκανδιναβικές χώρες έχουν τα ↑ ποσοστά κ.κ. και ακολουθούν οι χώρες της Κεντρικής Ευρώπης, ενώ οι χώρες της Ν. και Α. Ευρώπης έχουν το ↓ κ.κ. Το κ.κ. είναι στενά συνδεδεμένο με την Π.Σ.Υ. σε ατομικό επίπεδο, αλλά όχι και σε επίπεδο τόπου. Άτομα με ↑ εμπιστοσύνη ή συμμετοχή στα κοινά αναφέρουν ↑ Π.Σ.Υ. σε χώρες με ↑ ποσοστά εμπιστοσύνης, ενώ είναι λιγότερο πιθανό να δηλώσουν ↑ Π.Σ.Υ. σε χώρες με ↓ ποσοστά εμπιστοσύνης. Το κ.κ. δεν οδηγεί αυτόματα σε καλή Π.Σ.Υ.. Τα πλεονεκτήματα του κ.κ. δημιουργούνται από την αλληλεπίδραση του ατόμου με το κοινωνικό του περιβάλλον.

**Πίνακας 1.** Χαρακτηριστικά των μελετών για τη σχέση κοινωνικού κεφαλαίου και προσωπικής αντίληψης της υγείας. Εμπειρικές μελέτες πολλών επιπέδων ανάλυσης (multilevel analysis) (συνέχεια)

Άρθρο (παραπομπή)	Σχεδιασμός έρευνας/ Δεδομένα	Δείκτες μέτρησης κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος SRH	Αποτελέσματα
Kim, Subramanian, Kawachi 2006 <sup>(97)</sup>	Έρευνα που πραγματοποιήθηκε με σκοπό τη μελέτη της επίδρασης του δεσμευτικού και συνδετικού κ.κ. στην Π.Σ.Υ.. Δεδομένα ελήφθησαν από το Social Capital Community Benchmark Survey του 2000 και αφορούν σε 24835 άτομα σε 40 κοινότητες των Η.Π.Α. Επίπεδο 1: άτομο (μίκρο) Επίπεδο 2: κοινότητα (μέσο)	Γ + Δ <u>Δεσμευτικό κ.κ.</u> : συμμετοχή σε επίσημες ομάδες με άτομα του ίδιου φύλου, εθνικότητας και μορφωτικού επιπέδου, Εμπιστοσύνη σε άτομα του ίδιου φύλου, εθνικότητας και μορφωτικού επιπέδου. <u>Συνδετικό κ.κ.</u> : συμμετοχή σε επίσημες ομάδες και εμπιστοσύνη σε άτομα διαφορετικού φύλου, εθνικότητας και μορφωτικού επιπέδου και διαφορετικότητα στους φίλους.	ΑΘ.	Π.Σ.Υ.	Παρατηρούνται μέτρια προστατευτικά αποτελέσματα του δεσμευτικού και συνδετικού κοινωνικού κεφαλαίου σε επίπεδο κοινότητας στην υγεία του ατόμου, τα οποία αντέχουν και μετά τη προσθήκη δεικτών του ατομικού κ.κ. Πολιτικές που επηρεάζουν το δεσμευτικό και συνδετικό κ.κ. της κοινότητας ενδέχεται να οδηγήσουν σε βελτίωση της υγείας του πληθυσμού.
Poortinga 2006 <sup>(107)</sup>	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα από το Health Survey for England 2000 και 2002 που αφορούν σε 7988 ενήλικες σε 360 ταχυδρομικούς τομείς και 7394 άτομα σε 720 ταχ. τομείς στην Αγγλία. Επίπεδο 1: άτομο (μίκρο) Επίπεδο 2: γειτονιά (μέσο)	Γ + Δ Εμπιστοσύνη στον συνάνθρωπο, συμμετοχή σε οργανώσεις.	ΑΘ.	Π.Σ.Υ.	Η εμπιστοσύνη στον άνθρωπο σε επίπεδο γειτονιάς σχετίζεται σημαντικά με την Π.Σ.Υ. ακόμα και μετά την επίδραση κοινωνικό – δημογραφικών παραγόντων. Το δεσμευτικό κ.κ. σε μία γειτονιά ↑ την Π.Σ.Υ. άσχετα από το ατομικό κ.κ.

**Πίνακας 1.** Χαρακτηριστικά των πολυεπίπεδων μελετών για τη σχέση κοινωνικού κεφαλαίου και προσωπικής αντίληψης της υγείας (συνέχεια).

Άρθρο (παραπομπή)	Σχεδιασμός έρευνας/ Δεδομένα	Δείκτες μέτρησης κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος SRH	Αποτελέσματα
Kavanagh, Turrell, Subramanian 2006 <sup>(100)</sup>	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα από το 1998 Tasmania Healthy Communities Study στην Αυστραλία. Αφορά σε 14495 άτομα (>18 ετών) σε 41 περιοχές. Ερευνά την επίδραση της χαμηλής κοινωνικό – οικονομικής κατάστασης και του κ.κ. σε επίπεδο περιοχής μετά την προσαρμογή και των ατομικών χαρακτηριστικών στην Π.Σ.Υ. Επίπεδο 1: άτομο (μίκρο) Επίπεδο 2: περιοχή(μέσο)	Γ + Δ Εμπιστοσύνη σε δημόσια και ιδιωτικά ιδρύματα, στην κυβέρνηση, συγγενείς και φίλους. Συμμετοχή στα κοινά. Αίσθηση ασφάλειας, αποξένωσης, ολοκλήρωσης σε επίπεδο γειτονιάς.	ΑΘ.	Π.Σ.Υ.	Η εμπιστοσύνη σχετίζεται με ↑ Π.Σ.Υ. πριν και μετά την προσθήκη ατομικών χαρακτηριστικών. Η συμμετοχή στα κοινά οδηγεί σε ↑ Π.Σ.Υ. μετά την προσαρμογή στα ατομικά χαρακτηριστικά. Η εμπιστοσύνη και η συμμετοχή είναι στατιστικά μη σημαντικές για την καλή Π.Σ.Υ. όταν προστίθεται ως παράμετρος η χαμηλή κοινωνικό – οικονομική κατάσταση της περιοχής. Δεν παρατηρείται συσχέτιση μεταξύ του κ.κ. της περιοχής και της Π.Σ.Υ.
Poortinga 2006 <sup>(55)</sup>	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα από το 2002 Health Survey for England που αφορά σε 7394 άτομα (>16 ετών) σε 720 ταχυδρομικές περιοχές της Αγγλίας. Εξετάζει τη σχέση κ.κ. και Π.Σ.Υ. πριν και μετά την επίδραση με το κάπνισμα, αλκοόλ και κατανάλωση φρούτων λαχανικών. Επίπεδο 1: άτομο (μίκρο) Επίπεδο2: κοινότητα(μέσο)	Γ + Δ Εμπιστοσύνη στον συνάνθρωπο, συμμετοχή σε διάφορους οργανισμούς.	ΑΘ.	Π.Σ.Υ.	Άτομα με ↑ εμπιστοσύνη και ↑ ή μέση συμμετοχή σε οργανώσεις είναι λιγότερο πιθανό να δηλώσουν ↓ Π.Σ.Υ. Σε επίπεδο κοινότητας το κ.κ. οδηγεί σε μείωση του ρίσκου για ↓ Π.Σ.Υ. Το κ.κ. είναι καθοριστικός παράγοντας για τις συμπεριφορές υγείας, ενώ αυτές ελάχιστα προωθούν τη σχέση κ.κ./Π.Σ.Υ.

**Πίνακας 1.** Χαρακτηριστικά των μελετών για τη σχέση κοινωνικού κεφαλαίου και προσωπικής αντίληψης της υγείας. Εμπειρικές μελέτες πολλών επιπέδων ανάλυσης (multilevel analysis) (συνέχεια)

Άρθρο (παραπομπή)	Σχεδιασμός έρευνας/ Δεδομένα	Δείκτες μέτρησης κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος SRH	Αποτελέσματα
Kim, Kawachi 2006 <sup>(98)</sup>	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα από το Social Capital Community Benchmark Survey που αφορούν σε 24835 ενήλικες σε 40 κοινότητες των Η.Π.Α. Επίπεδο 1: άτομο (μίκρο) Επίπεδο2: κοινότητα (μέσο)	Γ + Δ 3 υπότυποι κ.κ. εξετάζονται: <u>Κ.κ.1:</u> εμπιστοσύνη, άτυπες κοινωνικές συναλλαγές, συμμετοχή στις εκλογές. <u>Κ.κ.2:</u> επίσημη συμμετοχή σε ομάδες, σε θρησκευτικές οργανώσεις σε εθελοντικές οργανώσεις. <u>Κ.κ.3:</u> φιλία με διαφορετικά άτομα, συμμετοχή στα κοινά (όχι εκλογές) πορείες, διαδηλώσεις.	ΑΘ.	Π.Σ.Υ.	Σε επίπεδο κοινότητας τα ↑ ποσοστά σε τουλάχιστον ένα από τους 3 τύπους κ.κ. σχετίζεται με ↑ Π.Σ.Υ. Η επίδραση του ατομικού κ.κ. μετριάζει τη σχέση κοινοτικού κ.κ. και Π.Σ.Υ. Παρατηρείται ανομοιογένεια στα αποτελέσματα στις αστικές περιοχές και σε διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες. ↑ Π.Σ.Υ. σε μη αστικές περιοχές. Σε περιοχές με ↑ κ.κ. την πιο ↓ Π.Σ.Υ. δηλώνουν οι μαύροι και οι διαφορετικές εθνικότητες. Οι γυναίκες επηρεάζονται πιο πολύ από τους δείκτες κ.κ. σε σχέση με τους άνδρες.

**Πίνακας 1.** Χαρακτηριστικά των μελετών για τη σχέση κοινωνικού κεφαλαίου και προσωπικής αντίληψης της υγείας. Μελέτες πολλών επιπέδων ανάλυσης (συνέχεια)

Άρθρο (παραπομπή)	Σχεδιασμός έρευνας/ Δεδομένα	Δείκτες μέτρησης κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος SRH	Αποτελέσματα
Kavanagh, Bentley, Turrell et. al 2006 <sup>(101)</sup>	Συγχρονική έρευνα που εξετάζει την διαφορετική επίδραση της ↓ κοινωνικό – οικονομικής κατάστασης μιας περιοχής και του κ.κ. στην υγεία ανδρών και γυναικών (15112 άτομα) σε 41 περιοχές στην Αυστραλία από το 1998 Tasmania Healthy Communities Study. Επίπεδο 1: άτομο (μίκρο) Επίπεδο 2: γειτονιά (μέσο)	Γ + Δ Κοινωνική εμπιστοσύνη, εμπιστοσύνη σε δημόσια / ιδιωτικά ιδρύματα, συμμετοχή σε πολιτικές δραστηριότητες, αίσθηση ασφάλειας, αποξένωσης, ολοκλήρωσης μέσα σε μία γειτονιά.	ΑΘ.	Π.Σ.Υ.	Το κ.κ. μιας περιοχής έχει διαφορετική επίδραση σε άνδρες και γυναίκες. Η κακή κοινωνικό – οικονομική κατάσταση μιας περιοχής βλάπτει την υγεία και στα 2 φύλα. Η συμμετοχή στην πολιτική και η αίσθηση ασφάλειας στη γειτονιά προστατεύουν σε μεγάλο βαθμό την Π.Σ.Υ. των γυναικών. Οι γυναίκες ωφελούνται περισσότερο από τους άνδρες από τα ↑ ποσοστά κ.κ. σε μία γειτονιά.
Van Der Wel 2007 <sup>(110)</sup>	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα από το Oslo Health Study 2000, που αφορούν σε 11807 άτομα κατανεμημένα σε 25 διοικητικές περιοχές του Όσλο στη Νορβηγία. Επίπεδο 1: άτομο (μίκρο) Επίπεδο 2: περιοχή (μέσο)	Γ + Δ Εμπιστοσύνη γενικά και συμμετοχή σε εθελοντικές οργανώσεις	ΑΘ.	Π.Σ.Υ.	Όταν λαμβάνονται υπόψη μόνο η εμπιστοσύνη και η συμμετοχή σε εθελοντικές οργανώσεις σε επίπεδο κοινότητας υπάρχει θετική συσχέτιση με την Π.Σ.Υ.. Η συσχέτιση μεταξύ τόπου, κ.κ. και υγείας μειώνεται όταν υπεισέρχονται παράγοντες όπως το μέσο εισόδημα, οι οικονομικές ανισότητες και το μορφωτικό επίπεδο της περιοχής. Η περιοχή που ζει κάποιος έχει σημασία για την υγεία.

**Πίνακας 1.** Χαρακτηριστικά των μελετών για τη σχέση κοινωνικού κεφαλαίου και προσωπικής αντίληψης της υγείας. Εμπειρικές μελέτες πολλών επιπέδων ανάλυσης (multilevel analysis) (συνέχεια)

Άρθρο (παραπομπή)	Σχεδιασμός έρευνας/ Δεδομένα	Δείκτες μέτρησης κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος SRH	Αποτελέσματα
Sundquist, Yang 2007 <sup>(113)</sup>	Συγχρονική έρευνα σε 11175 άτομα (5710 γυναίκες και 5465 άνδρες) ηλικίας 25 – 64 ετών σε 740 συγκροτήματα γειτονιών. Δεδομένα από το Swedish Annual Level of Living 2000 -2002 στη Σουηδία. Επίπεδο 1: άτομο (μίκρο) Επίπεδο 2: γειτονιά (μέσο)	Δ Μετρήθηκε το <u>ενωτικό κ.κ.</u> με τη συμμετοχή στις προηγούμενες εθνικές εκλογές	ΑΘ.	Π.Σ.Υ.	↓ Π.Σ.Υ. παρατηρείται σε άτομα που ζουν σε γειτονίες με ↓ ενωτικό κ.κ., ηλικιωμένους, αλλοδαπούς, ↓ μορφωτικό επίπεδο κ.α. Άτομα σε γειτονίες με ↑ κ.κ. έχουν ↑ Π.Σ.Υ. μετά και από τη συνεκτίμηση του ατομικού κ.κ. Οι άνδρες έχουν σχετικά μικρότερη πιθανότητα να δηλώσουν ↓ Π.Σ.Υ. Υπάρχει σημαντική διαφορά σε ότι αφορά την Π.Σ.Υ. σε διαφορετικές γειτονίες.
Yip, Subramanian, Mitchell et al 2007 <sup>(102)</sup>	Συγχρονική έρευνα με δευτερογενή δεδομένα από μία έρευνα σε 3 αγροτικές περιοχές της Κίνας. Η μελέτη αφορά σε 1218 άτομα 16 – 80 ετών σε 839 νοικοκυριά. Επίπεδο 1: άτομο (μίκρο) Επίπεδο 2: χωριό (μέσο)	Γ + Δ Συμμετοχή σε οργανώσεις (αγροτικοί συνεταιρισμοί, ενώσεις γυναικών, πολιτικά κόμματα). Εμπιστοσύνη	ΑΘ.	Π.Σ.Υ.	Η εμπιστοσύνη ( <u>γνωστικό κ.κ.</u> ) σχετίζεται θετικά με την Π.Σ.Υ. τόσο σε ατομικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο χωριού. Αντίθετα υπάρχει ελάχιστη συσχέτιση μεταξύ του <u>δομικού κ.κ.</u> (συμμετοχή σε οργανώσεις) και της Π.Σ.Υ.

**Πίνακας 1.** Χαρακτηριστικά των πολυεπίπεδων μελετών για τη σχέση κοινωνικού κεφαλαίου και προσωπικής αντίληψης της υγείας (συνέχεια).

Άρθρο (παραπομπή)	Σχεδιασμός έρευνας/ Δεδομένα	Δείκτες μέτρησης κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος SRH	Αποτελέσματα
<b>Fitzimon, Shiely, Corradino et al 2007</b> <sup>(109)</sup>	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα από το National Survey of Lifestyle Attitudes and Nutrition 2002 που εξετάζουν 5992 άτομα σε 328 εκλογικές περιφέρειες σε ολόκληρη την Ιρλανδία. Η έρευνα αφορά στη σχέση μεταξύ υποκειμενικής ψυχικής υγείας – κ.κ. – κοινωνικό – δημογραφικών παραγόντων σε ατομικό επίπεδο και σε επίπεδο εκλογικής περιφέρειας. Επίπεδο 1: άτομο (μίκρο) Επίπεδο 2: εκλογική περιφέρεια (μέσο)	Γ Εμπιστοσύνη	ΑΘ.	Π.Ψ.Υ.	Άτομα που ζουν σε αγροτικές περιοχές είναι λιγότερο πιθανό να δηλώσουν ↓ Π.Ψ.Υ. ενώ δηλώνουν ↑ ποσοστά εμπιστοσύνης, τα οποία εμφανίζουν ανεξάρτητη δράση στη μείωση της κακής Π.Ψ.Υ.. Η ↑ εμπιστοσύνη μειώνει αισθητά την μεταβλητότητα σε ότι αφορά την ψυχική υγεία σε επίπεδο εκλογικής περιφέρειας.
<b>Carpiano 2007</b> <sup>(8)</sup>	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα από το Los Angeles Family and Neighborhood Survey, η οποία μελετά 2432 άτομα στο L.A. των Η.Π.Α. Η μελέτη γίνεται για την κατανόηση της σχέσης κ.κ.- υγείας και τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ του κ.κ. σε επίπεδο γειτονιάς και της πρόσβασης σε αυτό από το άτομο. Επίπεδο 1: άτομο (μίκρο) Επίπεδο 2: γειτονιά (μέσο)	Γ + Δ Κοινωνική στήριξη, κοινωνική επιρροή, άτυπος κοινωνικός έλεγχος, συμμετοχή σε οργανώσεις που αφορούν σε θέματα της γειτονιάς.	ΑΘ.	Π.Σ.Υ.	Σε ατομικό επίπεδο ο άτυπος κοινωνικός έλεγχος είναι ο μόνος δείκτης κ.κ. που ↑ την Π.Σ.Υ. Η επίδραση αυτή εξαφανίζεται όταν λαμβάνονται υπόψη η ↓ κοινωνικό - οικονομική κατάσταση, ο χρόνος διαβίωσης σε μία γειτονιά και η κοινωνική συνοχή. Μόνο η συμμετοχή σε οργανώσεις για θέματα της γειτονιάς ↑ την Π.Σ.Υ. στο πλήρες μοντέλο.

**Πίνακας 1.** Χαρακτηριστικά των μελετών για τη σχέση κοινωνικού κεφαλαίου και προσωπικής αντίληψης της υγείας. Εμπειρικές μελέτες πολλών επιπέδων ανάλυσης (multilevel analysis) (συνέχεια)

Άρθρο (παραπομπή)	Σχεδιασμός έρευνας/ Δεδομένα	Δείκτες μέτρησης κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος SRH	Αποτελέσματα
Olsen, Dahl 2007 <sup>(118)</sup>	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα από το European Social Survey 2003 που αφορούν σε 21 Ευρωπαϊκές χώρες και 38472 άτομα ηλικίας 14 – 98 ετών. Σκοπός της η διερεύνηση των παραγόντων σε ατομικό και εθνικό επίπεδο που επιδρούν στην υγεία του πληθυσμού. Επίπεδο 1: άτομο (μίκρο) Επίπεδο 2: χώρα (μάκρο)	Γ+Δ Κοινωνική εμπιστοσύνη Κοινωνικές συναναστροφές	ΑΘ.	Π.Σ.Υ.	Οι Αγγλοσαξονικές χώρες, οι Σκανδιναβικές χώρες, η Ελλάδα, η Αυστρία δηλώνουν ↑ ποσοστά Π.Σ.Υ. Οι Ανατολικές χώρες, η Γερμανία και η Πορτογαλία εμφανίζουν ↓ Π.Σ.Υ. Σε ατομικό επίπεδο οι κοινωνικές συναναστροφές ευνοούν την Π.Σ.Υ. και στα 2 φύλα. Σε επίπεδο χώρας η εμπιστοσύνη δεν σχετίζεται με την Π.Σ.Υ. ενώ σημαντικό ρόλο παίζει το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν κατά κεφαλή. Στην Ελλάδα αναφέρονται ↑ Π.Σ.Υ. παρά το ↓ Α.Ε.Π. και τη ↓ εμπιστοσύνη.



**Πίνακας 1.** Χαρακτηριστικά των μελετών για τη σχέση κοινωνικού κεφαλαίου και προσωπικής αντίληψης της υγείας. Εμπειρικές μελέτες πολλών επιπέδων ανάλυσης (multilevel analysis) (συνέχεια)

Άρθρο (παραπομπή)	Σχεδιασμός έρευνας/ Δεδομένα	Δείκτες μέτρησης κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος SRH	Αποτελέσματα
<b>Kim, Kawachi 2007</b> <sup>(94)</sup>	Μελέτη που διεξήχθη με δεδομένα από το 2001 Behavioral Risk Factor Surveillance System Survey . Αφορά σε 173236 άτομα σε 48 πολιτείες των Η.Π.Α. και σκοπό έχει να ερευνήσει τη σχέση μεταξύ κ.κ. σε επίπεδο πολιτείας και της Π.Σ.Υ. Επίπεδο 1: άτομο (μίκρο) Επίπεδο 2: πολιτεία (μέσο)	Γ + Δ Εμπιστοσύνη στον συνάνθρωπο, συμπεριφορές, ανεπίσημες κοινωνικές σχέσεις και επίσημες συμμετοχές σε οργανώσεις, συμμετοχή σε επιτροπές σε τοπικές οργανώσεις, συμμετοχή σε δημόσιες συναντήσεις για σχολικά ή κοινοτικά ζητήματα και συμμετοχή σε εκλογές.	ΑΘ.	Π.Σ.Υ. + Π.Ψ.Υ.	Μετά την προσαρμογή για ατομικούς (ηλικία, φύλο, εθνικότητα, μόρφωση, εισόδημα) και πολιτειακούς παράγοντες (οικονομικές ανισότητες, μέσο οικογενειακό εισόδημα, ποσοστό έγχρωμων κατοίκων) το να ζει κάποιος σε πολιτεία με μέσο ή ↑ κ.κ. σχετίζεται με 10% μικρότερο ποσοστό κακής Π.Σ.Υ. + Π.Ψ.Υ.
<b>Sund, Jorgensen, Jones et al 2007</b> <sup>(111)</sup>	Συγχρονική μελέτη με δεδομένα από μία έρευνα για την υγεία του πληθυσμού στο Norg Trodelang της Νορβηγίας. Τα δεδομένα αφορούν σε 42571 άτομα (30 – 67 ετών) σε 155 γειτονιές και εξετάζουν τη σχέση μεταξύ του κ.κ. μιας περιοχής και της Π.Σ.Υ. Επίπεδο 1: άτομο (μίκρο) Επίπεδο 2: γειτονιά (μέσο)	Γ + Δ Εμπιστοσύνη σε επίπεδο γειτονιάς και επίπεδο συμμετοχής σε τοπικές οργανώσεις.	ΑΘ	Π.Σ.Υ.	Σε ατομικό επίπεδο το κ.κ. της γειτονιάς σχετίζεται με την Π.Σ.Υ. και την κατάθλιψη. Άτομα σε περιοχές με ↓ επίπεδα εμπιστοσύνης δηλώνουν ↑ ποσοστά κακής Π.Σ.Υ., ενώ η συμμετοχή σε οργανώσεις δεν σχετίζεται με την Π.Σ.Υ. Οι γεωγραφικές διακυμάνσεις στην Π.Σ.Υ. οφείλονται κυρίως στα κοινωνικό - οικονομικά χαρακτηριστικά του ατόμου.

**Πίνακας 1.** Χαρακτηριστικά των μελετών για τη σχέση κοινωνικού κεφαλαίου και προσωπικής αντίληψης της υγείας. Εμπειρικές μελέτες πολλών επιπέδων ανάλυσης (multilevel analysis) (συνέχεια)

Άρθρο (παραπομπή)	Σχεδιασμός έρευνας/ Δεδομένα	Δείκτες μέτρησης κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος SRH	Αποτελέσματα
Mansyur, Amick, Harrist, Franzini 2008 <sup>(90)</sup>	Συγχρονική μελέτη με δευτερογενή δεδομένα από το World Value Surveys and European values Survey και τη World Bank (1990 και 1997-2004) που αντιστοιχούν σε 70493 άτομα σε 45 χώρες. Ερευνά τη σχέση μεταξύ της Π.Σ.Υ., του κ.κ. και των οικονομικών ανισοτήτων σε παγκόσμιο επίπεδο. Επίπεδο 1: άτομο (μίκρο) Επίπεδο 2: χώρα (μάκρο)	Γ+Δ Εμπιστοσύνη και συμμετοχή σε οργανώσεις, πυκνότητα κοινωνικών δικτύων και κοινωνική εμπιστοσύνη	ΑΘ.	Π.Σ.Υ.	Σε ένα μεγάλο αριθμό διαφορετικών χωρών οι δείκτες του κ.κ. και η εισοδηματική ανισότητα έχουν ισχυρή επίδραση σε ατομικό επίπεδο στην Π.Σ.Υ., αλλά ασθενή επίδραση σε οικολογικό επίπεδο, η οποία εξαρτάται από την κάθε χώρα. Τα μέτρα σε επίπεδο κοινωνίας μπορεί να περιορίσουν την επίδραση των ατομικών μέτρων στην Π.Σ.Υ. Η σημασία του γνωστικού και δομικού κ.κ. για την υγεία μπορεί να είναι ευαίσθητη σε κοινωνικές παραμέτρους όπως ο πολιτισμός, η ιστορία ή το πολιτικό σύστημα. Σε χώρες με χαμηλή πυκνότητα κοινωνικών δικτύων τα πιο ενεργά κοινωνικά άτομα έχουν καλύτερη Π.Σ.Υ. Σε χώρες με πυκνό κοινωνικό δίκτυο τα πιο ενεργά κοινωνικά άτομα έχουν χειρότερη Π.Σ.Υ. Το κ.κ. έχει θετικά και αρνητικά αποτελέσματα στην υγεία. Οι πρώην Σοβιετικές χώρες έχουν την πιο χαμηλή Π.Σ.Υ.

**Πίνακας 1.** Χαρακτηριστικά των μελετών για τη σχέση κοινωνικού κεφαλαίου και προσωπικής αντίληψης της υγείας. Εμπειρικές μελέτες πολλών επιπέδων ανάλυσης (multilevel analysis) (συνέχεια)

Άρθρο (παραπομπή)	Σχεδιασμός έρευνας/ Δεδομένα	Δείκτες μέτρησης κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος SRH	Αποτελέσματα
<b>Oksanen, Kouvonen, Kivimäki 2008</b> (114)	<u>Προοπτική μελέτη</u> με δεδομένα από το Finish 10 – Town study που εξετάζει το εργασιακό κ.κ. σε σχέση με την Π.Σ.Υ. Αφορά σε 9524 αρχικά υγιή άτομα σε 1522 μονάδες εργασίας στη Φιλανδία. Επίπεδο 1: άτομο (μίκρο) Επίπεδο 2: γειτονιά (μέσο)	Γ + Δ Χρήση συγκεκριμένου τεστ ελεγμένου ψυχομετρικά που εξετάζει και τους 3 τύπους κ.κ. ( <u>δεσμευτικό, ενωτικό, συνδεδετικό</u> ). Συμπεριφορές στην εργασία, αμοιβαιότητα, αμοιβαίος σεβασμός και εμπιστοσύνη μεταξύ των συνεργατών, ομαδική δράση, συμμετοχή σε εργασιακά δίκτυα, εμπιστοσύνη σε ανώτερους.	ΑΘ.	Π.Σ.Υ.	Σε ατομικό επίπεδο το συνεχώς ↓ ή το μειούμενο κ.κ. σχετίζεται με χειροτέρευση της Π.Σ.Υ. Η ↑ στο ατομικό κ.κ. οδηγεί σε καλή Π.Σ.Υ. Το εργασιακό κ.κ. σχετίζεται με την Π.Σ.Υ. Συνεχώς ↓ επίπεδα κ.κ. σε μία εργατική μονάδα, όπως αναφέρεται από τους άλλους εργαζόμενους σχετίζεται με ↑ πιθανότητα κακής Π.Σ.Υ.
<b>Carriano 2008</b> (96)	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα από το L.A. Family and Neighborhood Survey 2007 που εξετάζει 2620 γυναίκες που φροντίζουν παιδιά σε 65 γειτονίες στο L.A. των Η.Π.Α. Εξετάζονται: 1) η επίδραση του κ.κ. στην Π.Σ.Υ. και 2) η επίδραση της δέσμευσης του ατόμου με τη γειτονιά του στη σχέση κ.κ. – υγείας σε θετικό και αρνητικό επίπεδο. Επίπεδο 1: άτομο (μίκρο) Επίπεδο 2: γειτονιά (μέσο)	Γ + Δ Κοινωνική στήριξη, κοινωνική επιρροή, άτυπος κοινωνικός έλεγχος, συμμετοχή σε οργανώσεις που αφορούν σε θέματα της γειτονιάς.	ΑΘ.	Π.Σ.Υ.	Συγκεκριμένοι τύποι κ.κ. σχετίζονται τόσο με θετικά όσο και με αρνητικά αποτελέσματα στην υγεία. Η αφοσίωση στη γειτονιά μετριάζει σημαντικά τη σχέση κ.κ. και Π.Σ.Υ. Η καλύτερη υγεία σχετίζεται με την ↑ κοινωνική επιρροή για τα άτομα με μικρή αφοσίωση στη γειτονιά που λαμβάνουν πληροφορίες από άλλες εξωτερικές πηγές.

**Πίνακας 1.** Χαρακτηριστικά των μελετών για τη σχέση κοινωνικού κεφαλαίου και προσωπικής αντίληψης της υγείας. Εμπειρικές μελέτες πολλών επιπέδων ανάλυσης (multilevel analysis) (συνέχεια)

Άρθρο (παραπομπή)	Σχεδιασμός έρευνας/ Δεδομένα	Δείκτες μέτρησης κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος SRH	Αποτελέσματα
Engstrom, Mattsson, Jarleborg et al 2008 <sup>(112)</sup>	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα από το Stockholm Public Health Cohort 2002 που αφορά σε 31182 πολίτες, 18 – 84 ετών, στην Στοκχόλμη της Σουηδίας. Εξετάζει τη σχέση τοπικού κ.κ. και Π.Σ.Υ. Επίπεδο 1: άτομο (μίκρο) Επίπεδο 2: συνοικία (μέσο)	Γ + Δ Εμπιστοσύνη στον πολίτη, εμπιστοσύνη στην πολιτική, συμμετοχή σε οργανώσεις και συμμετοχή στις εκλογές. <u>Οριζόντιο κ.κ.:</u> εμπιστοσύνη στον πολίτη και συμμετοχή σε οργανώσεις. <u>Κάθετο κ.κ.:</u> εμπιστοσύνη στην πολιτική και συμμετοχή στις εκλογές.	ΑΘ.	Π.Σ.Υ.	Παρατηρείται 2 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα για ↓ Π.Σ.Υ. σε περιοχές με πολύ ↓ τοπικό κ.κ.. Η προσθήκη των ατομικών κοινωνικό – δημογραφικών δεικτών, του ατομικού κ.κ. και τοπικών οικονομικών παραγόντων μειώνει το παραπάνω ρίσκο. Το δομικό και γνωστικό κ.κ. έχουν παρόμοια συσχέτιση με την Π.Σ.Υ., ενώ το οριζόντιο κ.κ. σχετίζεται ισχυρότερα με την Π.Σ.Υ.
Snelgrove, Pikhart, Stafford 2009 <sup>(108)</sup>	<u>Προοπτική</u> μελέτη με δεδομένα από το British Household Panel Survey 1998, 1999 και 2003 που αφορά σε 3075 άτομα στην Αγγλία . Εξετάζει τη σχέση τοπικού κ.κ και Π.Σ.Υ. Επίπεδο 1: άτομο (μίκρο) Επίπεδο 2: περιοχή (μέσο)	Δ + Γ Εμπιστοσύνη στην κοινωνία και συμμετοχή σε οργανώσεις (κόμματα, θρησκευτικές, εθελοντικές οργανώσεις κ.α.)	ΑΘ.	Π.Σ.Υ.	Κακή υγεία παρατηρείται σε άτομα και των 2 φύλων με χαμηλή εμπιστοσύνη και σε γυναίκες κυρίως που δεν συμμετέχουν σε οργανώσεις. Υπάρχει αντίστροφη σχέση μεταξύ της ύπαρξης εμπιστοσύνης σε τοπικό επίπεδο και της κακής υγείας. Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της συμμετοχής σε οργανώσεις σε μία περιοχή και της Π.Σ.Υ. Τα αποτελέσματα παραμένουν ίδια και μετά τον έλεγχο για συμπαραγόντες.

**Πίνακας 1.** Χαρακτηριστικά των μελετών για τη σχέση κοινωνικού κεφαλαίου και προσωπικής αντίληψης της υγείας. Εμπειρικές μελέτες πολλών επιπέδων ανάλυσης (multilevel analysis) (συνέχεια)

Άρθρο (παραπομπή)	Σχεδιασμός έρευνας/ Δεδομένα	Δείκτες μέτρησης κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος SRH	Αποτελέσματα
Ichida, Kondo, Hirai et al 2009 <sup>(103)</sup>	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα από το Aichi Gerontological Evaluation Study 2003 που μελετά 15225 άτομα (>65 ετών) σε 25 κοινότητες μιας περιοχής της Ιαπωνίας (Chita Peninsula). Εξετάζει τη σχέση μεταξύ του κ.κ. και της υγείας σε επίπεδο περιοχής καθώς και την τυχόν μεσολάβηση του κ.κ. στη σχέση μεταξύ οικονομικής ανισότητας και υγείας. Επίπεδο 1: άτομο (μίκρο) Επίπεδο2: κοινότητα (μέσο)	Γ Εμπιστοσύνη στον συνάνθρωπο γενικά.	ΑΘ.	Π.Σ.Υ.	Το συνολικό κ.κ. έχει θετική συσχέτιση με την Π.Σ.Υ. ανεξάρτητα από την επίδραση του ατομικού κ.κ.. Η εισοδηματική ανισότητα έχει αρνητική συσχέτιση με την Π.Σ.Υ. Η εισοδηματική ανισότητα έχει σημαντική συσχέτιση με την χαμηλή εμπιστοσύνη στον συνάνθρωπο σε ατομικό επίπεδο. Άτομα που ζουν σε περιοχές με ↑ οικονομική ανισότητα παρουσιάζουν ↓ ποσοστά εμπιστοσύνης. Το κ.κ. μεσολαβεί στη σχέση οικονομικών ανισοτήτων και υγείας.
Jen, Sund, Johnston, Jones 2010 <sup>(120)</sup>	Συγχρονική έρευνα που χρησιμοποιεί δεδομένα από το World Values Survey σε δείγμα 160436 άτομα από 69 χώρες. Εξετάζει τη σχέση ατομικού και οικολογικού κ.κ. με την Π.Σ.Υ. Επίπεδο 1: άτομο (μίκρο) Επίπεδο 2: χώρα (μάκρο)	Γ Εμπιστοσύνη στον συνάνθρωπο γενικά	ΑΘ.	Π.Σ.Υ.	Σε ατομικό επίπεδο οι γυναίκες και οι ηλικιωμένοι έχουν ↓ Π.Σ.Υ. Η Π.Σ.Υ. σχετίζεται θετικά με την εμπιστοσύνη σε επίπεδο χώρας και σε ατομικό επίπεδο μετά τον έλεγχο για ατομικούς συμπαραγόντες και οικονομικές μεταβλητές. Η εμπιστοσύνη ως δείκτης κοινωνικής συνοχής προβλέπει την Π.Σ.Υ.

**Πίνακας 1.** Χαρακτηριστικά των πολυεπίπεδων μελετών για τη σχέση κοινωνικού κεφαλαίου και προσωπικής αντίληψης της υγείας (συνέχεια).

Άρθρο (παραπομπή)	Σχεδιασμός έρευνας/ Δεδομένα	Δείκτες μέτρησης κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος SRH	Αποτελέσματα
<b>Soskolne, Manor 2010</b> <sup>(115)</sup>	Συγχρονική μελέτη με δεδομένα του 2003 από το Israeli Central Bureau of Statistics list που αφορά σε 1328 άτομα (30-70 ετών) από το Ισραήλ. Εξετάζεται η επίδραση του κ.κ. , των συμπεριφορών υγείας και των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην υγεία των ατόμων. Επίπεδο 1: άτομο (μίκρο) Επίπεδο2: κοινότητα (μέσο)	Γ + Δ Εμπιστοσύνη, εντιμότητα, βοήθεια στον συνάνθρωπο, συμμετοχή σε οργανώσεις.	ΑΘ.	Π.Σ.Υ.	Η κοινωνική συμμετοχή και η εμπιστοσύνη συνδέονται με την κοινωνικό – οικονομική κατάσταση και την Π.Σ.Υ. Το κ.κ. θεωρείται ότι παίζει σημαντικό ρόλο στη σύνδεση της κοινωνικό – οικονομικής κατάστασης με την υγεία στο Ισραήλ. Το ατομικό κ.κ. και όχι το κ.κ. σε επίπεδο κοινότητας είναι αυτό που σχετίζεται περισσότερο με την υγεία, γεγονός που προτρέπει σε επιπλέον έρευνα για τη διάσταση του κ.κ. σε διαφορετικούς πολιτισμούς.
<b>Suzuki, Takao, Subramanian 2010</b> <sup>(104)</sup>	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα από μία έρευνα σε 1147 εργάτες σε 46 εργοστάσια στην Οκογιάμα της Ιαπωνίας. Εξετάζει τη σχέση μεταξύ του γνωστικού κ.κ. στον εργασιακό χώρο και της υγείας των εργαζομένων. Επίπεδο 1: άτομο (μίκρο) Επίπεδο2: χώρος εργασίας (μέσο)	Γ Εμπιστοσύνη στον εργασιακό χώρο, συλλογική αντίληψη για την αμοιβαιότητα μεταξύ των εργαζομένων.	ΑΘ.	Π.Σ.Υ.	Εργαζόμενοι που αναφέρουν σε ατομικό επίπεδο έλλειψη εμπιστοσύνης και αμοιβαιότητας έχουν 2πλάσια πιθανότητα να παρουσιάζουν ↓ Π.Σ.Υ. (μετά και την προσαρμογή στο φύλο, ηλικία, επάγγελμα, μόρφωση, κάπνισμα). Υπάρχει κάποια αδρή συσχέτιση του κ.κ. (εμπιστοσύνη) στον εργασιακό χώρο με την υγεία, αλλά χρειάζεται παραπάνω έρευνα.

**Πίνακας 1.** Χαρακτηριστικά των μελετών για τη σχέση κοινωνικού κεφαλαίου και προσωπικής αντίληψης της υγείας. Εμπειρικές μελέτες πολλών επιπέδων ανάλυσης (multilevel analysis) (συνέχεια)

Άρθρο (παραπομπή)	Σχεδιασμός έρευνας/ Δεδομένα	Δείκτες μέτρησης κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος SRH	Αποτελέσματα
Hamano, Fujisawa, Ishida et al 2010 <sup>(105)</sup>	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα από μία εθνική μελέτη του 2008 στην Ιαπωνία που αφορά σε 5956 άτομα σε 199 γειτονιές. Εξετάζει τη σχέση του δομικού και γνωστικού κ.κ. σε οικολογικό επίπεδο με την Π.Ψ.Υ. ακόμα και μετά την μελέτη της παρέμβασης του ατομικού κ.κ.	Γ +Δ Εμπιστοσύνη στο συνάνθρωπο, συμμετοχή σε οργανώσεις.	ΑΘ.	Π.Ψ.Υ.	Τόσο το ↑ γνωστικό όσο και το ↑ δομικό κ.κ. σε οικολογικό επίπεδο (μετά τον συνυπολογισμό και της ηλικίας, του φύλου, του εισοδήματος, του μορφωτικού επιπέδου) σχετίζονται με την καλύτερη Π.Ψ.Υ. Η σχέση αυτή εξακολουθεί να υπάρχει και μετά την προσαρμογή για το ατομικό κ.κ.

(κ.κ. = κοινωνικό κεφάλαιο, Π.Σ.Υ. = προσωπική αντίληψη της σωματικής υγείας, Π.Ψ.Υ. = προσωπική αντίληψη της ψυχικής υγείας, Γ = γνωστικό κ.κ., Δ= δομικό κ.κ., ↑= υψηλό, ↓ = χαμηλό, Α= ατομικό κ.κ., ΑΘ. = αθροιστικό κ.κ., ΣΥΛ. = συλλογικό κ.κ., S.R.H. = self –rated health = προσωπική αντίληψη της υγείας )

**Πίνακας 2.** Χαρακτηριστικά οικολογικής και πολυεπίπεδης μελέτης για τη σχέση κοινωνικού κεφαλαίου και προσωπικής αντίληψης της υγείας.

Άρθρο (παραπομπή)	Σχεδιασμός έρευνας/ Δεδομένα	Δείκτες μέτρησης κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος SRH	Αποτελέσματα
Fujisawa, Hamano, Takegawa 2009 <sup>(121)</sup>	Συγχρονική έρευνα αντιπροσωπευτική του πληθυσμού της Ιαπωνίας. Διεξήχθη το 2004 και αφορά σε 870 άνδρες και 1040 γυναίκες (20- 79 ετών) που κατοικούν σε 206 περιοχές, οι οποίες αποτελούνται από 50 περίπου νοικοκυριά η κάθε μία. Εξετάζει τόσο σε <u>οικολογικό</u> όσο και σε <u>δύο ξεχωριστά επίπεδα</u> την επίδραση του κ.κ. στην υποκειμενική αντίληψη για την υγεία του πληθυσμού. Επίπεδο 1: άτομο (μίκρο-) Επίπεδο 2: περιοχή (μέσο-)	Δ  Υποκειμενική αντίληψη για την ύπαρξη θέλησης για βοήθεια στον συνάνθρωπο, για την ευγένεια μεταξύ των γειτόνων και για τον καθημερινό χαιρετισμό με τους γείτονες. Δημιουργία του δείκτη κοινωνικής συνοχής.	ΑΘ.	Π.Σ.Υ.	1) <u>Οικολογική ανάλυση</u> : Μετά την προσαρμογή για κοινωνικό – δημογραφικούς παράγοντες η βοήθεια στο συνάνθρωπο, ο χαιρετισμός και ο δείκτης κοινωνικής συνοχής παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την υγεία. 2) <u>Πολλαπλή ανάλυση</u> : Μετά την προσαρμογή για το ατομικό κ.κ. η ευγένεια και ο χαιρετισμός μεταξύ των γειτόνων αθροισμένοι σε επίπεδο περιοχής καθώς και ο δείκτης κοινωνικής συνοχής σχετίζονται σημαντικά με την υγεία. Επιβεβαιώνεται η επίδραση του κ.κ. σε οικολογικό επίπεδο στην Π.Σ.Υ.

(κ.κ. = κοινωνικό κεφάλαιο, Π.Σ.Υ. = προσωπική αντίληψη της σωματικής υγείας, Π.Ψ.Υ. = προσωπική αντίληψη της ψυχικής υγείας, Γ = γνωστικό κ.κ., Δ= δομικό κ.κ., ↑= υψηλό, ↓ = χαμηλό, Α= ατομικό κ.κ., ΑΘ. = αθροιστικό κ.κ., ΣΥΛ. =συλλογικό κ.κ., SRH = self – rated health = προσωπική αντίληψη της υγείας )



**Πίνακας 3:** Χαρακτηριστικά μελετών ενός επιπέδου για τη σχέση του κοινωνικού κεφαλαίου με την προσωπική αντίληψη της υγείας. Εμπειρικές μελέτες σε ατομικό επίπεδο.

Άρθρο (παραπομπή)	Σχεδιασμός έρευνας/ Δεδομένα	Δείκτες μέτρησης κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος SRH	Αποτελέσματα
Veenstra 2000 <sup>(60)</sup>	Συγχρονική έρευνα του 1997 με δεδομένα από μία περιοχή του Καναδά που αφορά σε 534 άτομα (>18 ετών) από διαφορετικά νοικοκυριά. Εξετάζει τη σχέση του ατομικού κ.κ. με την υγεία πριν και μετά τον έλεγχο για το ανθρώπινο κεφάλαιο (εισόδημα, μόρφωση).	Γ + Δ Συμμετοχή σε διάφορες οργανώσεις, εμπιστοσύνη στην κυβέρνηση, στους γείτονες, στα άτομα της ευρύτερης κοινότητας, εμπιστοσύνη γενικά στον συνάνθρωπο.	A	Π.Σ.Υ.	Η ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο σχετίζονται με την υγεία στους ηλικιωμένους. Η συχνότητα των κοινωνικών συναναστροφών με τους συνεργάτες και η παρακολούθηση θρησκευτικών τελετών σχετίζεται με ↑ Π.Σ.Υ. Η συμμετοχή σε οργανώσεις ↑ την υγεία στους ηλικιωμένους. Η εμπιστοσύνη, η δέσμευση στην ευτυχία κάποιου και η συμμετοχή στα κοινά δεν σχετίζονται με την υγεία. Παρατηρείται μικρή συσχέτιση μεταξύ του ατομικού κ.κ. και της Π.Σ.Υ. Τα αποτελέσματα είναι ίδια για άνδρες και γυναίκες.

**Πίνακας 3:** (συνέχεια)

Άρθρο (παραπομπή)	Σχεδιασμός έρευνας/ Δεδομένα	Δείκτες μέτρησης κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος SRH	Αποτελέσματα
Rose 2000 (138)	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα από μία εθνική έρευνα (New Russia Barometer survey) που διεξήχθη το 1998 στη Ρωσία και αφορά σε 1904 άτομα > 18 ετών. Εξετάζει την επίδραση του κ.κ. στην υγεία των Ρώσων.	Γ + Δ Ειδικά κατασκευασμένο ερωτηματολόγιο για το κ.κ. που εξετάζει τη συμμετοχή σε επίσημες και ανεπίσημες οργανώσεις και την εμπιστοσύνη στο συνάνθρωπο.	A	Π.Σ.Υ.	Το κ.κ. βελτιώνει την υποκειμενική υγεία περισσότερο από το ανθρώπινο κεφάλαιο. Σημαντική είναι η επίδραση δεικτών του κ.κ. όπως η συμμετοχή σε επίσημες και ανεπίσημες οργανώσεις, η βοήθεια των φίλων σε περίπτωση ασθένειας, η εμπιστοσύνη.
Hygra, Maki 2001 (59)	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα από το Social Insurance Institution of Finland που εξετάζει 658 άτομα που μιλούν Φιλανδικά και 626 άτομα που μιλούν Σουηδικά (>16 ετών) σε δίγλωσσες περιοχές της Φιλανδίας. Μελετά τη σχέση ατομικού κ.κ. και υποκειμενικής υγείας.	Γ + Δ Εμπιστοσύνη μεταξύ των ανθρώπων και συμμετοχή σε ποικίλες οργανώσεις.	A	Π.Σ.Υ.	Η Σουηδική κοινότητα έχει υψηλότερο κ.κ., το οποίο σχετίζεται με καλύτερη Π.Σ.Υ. Μετά τον έλεγχο για τη γλώσσα και άλλους παράγοντες (όπως ηλικία, Σ.Β., εισόδημα, κάπνισμα, χρόνιες ασθένειες κ.α.) ο αριθμός των πρόθυμων να βοηθήσουν φίλων, η συμμετοχή σε θρησκευτικές οργανώσεις, η έλλειψη εμπιστοσύνης σχετίζονται με την Π.Σ.Υ. σε όλο το πληθυσμιακό δείγμα.

**Πίνακας 3:** (συνέχεια)

Άρθρο (παραπομπή)	Σχεδιασμός έρευνας/ Δεδομένα	Δείκτες μέτρησης κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος SRH	Αποτελέσματα
Cheng, Chiang 2002 (136)	Συγχρονική έρευνα με δευτερογενή δεδομένα από το Taiwan Social Chang Survey 1998 με ένα εθνικά αντιπροσωπευτικό δείγμα 2385 ενηλίκων. Εξετάζει τη σχέση ατομικού κ.κ. και υγείας.	Γ +Δ Χρησιμοποιείται μια 5βαθμη κλίμακα που μετράει την εμπιστοσύνη και την κοινωνική συμμετοχή	A	Π.Σ.Υ.	Το ↑ ατομικό κ.κ. μετά και από τον έλεγχο για το φύλο, την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο και το ατομικό εισόδημα εμφανίζει ισχυρή συσχέτιση με την καλή Α.Σ.Υ.
Smith, Polanyi 2003 (165)	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα από το World Values Survey 1995-1997 που εξετάζει 5096 άτομα σε 4 διαφορετικές αναπτυγμένες χώρες – Αυστραλία, Η.Π.Α., Σουηδία και Νορβηγία. Ερευνά τη σχέση ανάμεσα στις κοινωνικά καθορισμένες νόρμες και συμπεριφορές και στην υγεία και το ατομικό εισόδημα.	Γ Κοινωνικά καθορισμένες νόρμες και συμπεριφορές	A	Π.Σ.Υ.	Υπάρχει ποικιλία στη μέτρηση των δεικτών του κ.κ. στις 4 χώρες. Η παρουσία των κοινωνικά καθορισμένων νορμών και συμπεριφορών δεν μειώνουν την πιθανότητα άτομα από τα χαμηλά εισοδηματικά στρώματα να δηλώνουν πιο κακή Π.Σ.Υ. σε σχέση με άτομα από υψηλά εισοδηματικά στρώματα. Υπάρχουν ακόμα ερωτηματικά σχετικά με τον τρόπο μέτρησης και την επίδραση του κ.κ. στην υγεία.

**Πίνακας 3:** (συνέχεια)

Άρθρο (παραπομπή)	Σχεδιασμός έρευνας/ Δεδομένα	Δείκτες μέτρησης κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος SRH	Αποτελέσματα
Hyuga, Maki 2003 <sup>(141)</sup>	Συγχρονική έρευνα του 1998-1999 με δεδομένα από το Finnish Survey on Living Conditions. Αφορά σε 658 άτομα που μιλούν Φιλανδικά και 626 άτομα που μιλούν Σουηδικά (16 – -65 ετών). Εξετάζει τη πιθανή σχέση του κ.κ. και της υγείας των ατόμων στις δύο κοινότητες μιας περιοχής της Φιλανδίας.	Γ + Δ Εμπιστοσύνη στον συνάνθρωπο και συμμετοχή σε διάφορες οργανώσεις.	A	Π.Σ.Υ.	Ένα μεγάλο μέρος των ανισοτήτων στην υγεία οφείλεται στο διαφορετικό ποσοστό κ.κ. στις 2 κοινότητες. Η Σουηδική κοινότητα κατέχει ↑ κ.κ. και επομένως ↑ Π.Σ.Υ. Η κοινωνική ενασχόληση, οι φιλικές σχέσεις, η θρησκευτική ενασχόληση, σχετίζονται σημαντικά με την καλή Π.Σ.Υ. Η προαγωγή της υγείας πρέπει να ενθαρρύνει την κοινωνική συμμετοχή.
Greiner, Chaoyang, Kawachi 2004 <sup>(122)</sup>	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα από μία έρευνα επιτήρησης της δημόσιας υγείας που διεξήχθη το 2001 στο Κάνσας των Η.Π.Α. σε 4601 (>18 ετών) άτομα. Εξετάζει τη σχέση μεταξύ του κοινοτικού κοινωνικού κεφαλαίου και της υγείας.	Γ + Δ Επίπεδο εμπιστοσύνης – μετράται με το πως αξιολογούν οι πολίτες την κοινότητα τους ως τόπο διαβίωσης. Κοινωνική συμμετοχή σε ομάδες επίλυσης προβλημάτων που αφορούν στη γειτονιά.	A.	Π.Σ.Υ.	Μετά τον έλεγχο για την ηλικία, το φύλο την εθνικότητα, τη μόρφωση, την ύπαρξη οικογενειακού γιατρού η καλή γνώμη των πολιτών για τη γειτονιά τους σχετίζεται θετικά με την υγεία. Άτομα από την ύπαιθρο έχουν τα μεγαλύτερα ποσοστά κοινωνικής συμμετοχής αλλά σχετικά χαμηλή εμπιστοσύνη. Άτομα που κατοικούν σε πυκνοκατοικημένες αγροτικές περιοχές μπορεί να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο κακής υγείας.

**Πίνακας 3:** (συνέχεια)

Άρθρο (παραπομπή)	Σχεδιασμός έρευνας/ Δεδομένα	Δείκτες μέτρησης κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος SRH	Αποτελέσματα
Lindstrom 2004 <sup>(147)</sup>	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα από το Public Health Survey 2000 στη Β. Σουηδία που αφορά σε 13715 άτομα (18-80 ετών). Εξετάζει τη σχέση μεταξύ του κ.κ. και της Π.Α.Υ. Ειδικότερα εξετάζει το μοντέλο της «συρρίκνωσης της κοινωνίας» που αφορά στη χαμηλή εμπιστοσύνη και στην αύξηση της κοινωνικής συμμετοχής και την επίδρασή του στην υγεία.	Γ + Δ Εμπιστοσύνη στους άλλους γενικά και κοινωνική συμμετοχή σε δραστηριότητες επίσημων και ανεπίσημων ομάδων.	A	Π.Σ.Υ. + Π.Ψ.Υ.	Κακή Π.Σ.Υ. παρατηρείται στις εξής κατηγορίες κ.κ.: 1) ↓ εμπιστοσύνη - ↓ συμμετοχή, 2) ↓ εμπιστοσύνη - ↑ συμμετοχή, 3) ↓ συμμετοχή - ↑ εμπιστοσύνη. Κακή Π.Ψ.Υ. παρατηρείται : 1) ↓ εμπιστοσύνη - ↓ συμμετοχή, 2) ↓ εμπιστοσύνη - ↑ συμμετοχή.
Liukkonen, Virtanen, Kivimaki at al 2004 <sup>(143)</sup>	<u>Προοπτική μελέτη</u> με δεδομένα από το 10 –Town Study που διεξήχθη σε 6028 δημόσιους υπαλλήλους στη Φιλανδία το 1997 και το 2001. Εξετάζει τη σχέση του εργασιακού κ.κ. με την υγεία των εργαζομένων.	Γ Αίσθηση ασφάλειας στην εργασία και εμπιστοσύνη στην στήριξη από τους συναδέλφους.	A.	Π.Σ.Υ.	Άτομα με το χαμηλότερο κ.κ. στο χώρο εργασίας (επιδοτούμενη εργασία και χαμηλή εμπιστοσύνη μεταξύ των συναδέλφων) αναφέρουν και ↓ Π.Σ.Υ.. Η σχέση αυτή όμως εξαφανίζεται όταν συνυπολογίζονται κοινωνικό – δημογραφικοί παράγοντες. Η στήριξη μεταξύ των συναδέλφων είναι συχνότερη στους μόνιμους εργαζόμενους και σχετίζεται με καλύτερη Π.Σ.Υ. στις γυναίκες. Παρατηρείται μερική μόνο συσχέτιση κ.κ. /υγείας.

**Πίνακας 3:** (συνέχεια)

Άρθρο (παραπομπή)	Σχεδιασμός έρευνας/ Δεδομένα	Δείκτες μέτρησης κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος SRH	Αποτελέσματα
Harpham, Grant, Rodriguez 2004 <sup>(128)</sup>	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα από μία έρευνα που διεξήχθη σε μία χαμηλού βιοτικού επιπέδου κοινότητα στο Cali της Κολομβίας. Αφορά σε 1168 νεαρά άτομα (15 – 25 ετών) και εξετάζει τη σχέση Π.Ψ.Υ. και κ.κ. αφού ληφθούν υπόψη δημογραφικοί παράγοντες και η ύπαρξη βίας.	Γ + Δ Εμπιστοσύνη, συμμετοχή	A	Π.Ψ.Υ	Το γυναικείο φύλο, η χαμηλή μόρφωση, η εργασία στον ιδιωτικό τομέα, οι μετανάστες και η χαμηλή εμπιστοσύνη οδηγούν σε ↑ πιθανότητα ψυχικής νόσου. Όταν υπολογιστεί και η ύπαρξη βίας το κ.κ. δεν παίζει πλέον ρόλο στην ↓ Π.Ψ.Υ.
Pollack, Knesebeck, 2004 <sup>(166)</sup>	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα από 2 εθνικές τηλεφωνικές έρευνες που έγιναν στη Γερμανία( 682 άτομα) και τις Η.Π.Α. (608 άτομα) το 2000 -2001 και αφορά σε ηλικιωμένους >60 ετών. Ερευνά πώς το ατομικό κ.κ. σχετίζεται με την υγεία των ηλικιωμένων.	Γ + Δ Αμοιβαιότητα, κοινωνική εμπιστοσύνη, συμμετοχή σε οργανώσεις.	A	Π.Σ.Υ.	Η έλλειψη αμοιβαιότητας και εμπιστοσύνης σχετίζεται με ↓ Π.Σ.Υ. και στις 2 χώρες. Η έλλειψη συμμετοχής σε οργανώσεις στη Γερμανία σχετίζεται με ↓ Π.Σ.Υ. Η μεταξύ των κρατών έρευνα καταδεικνύει ότι το ατομικό κ.κ. παίζει σημαντικό ρόλο στην κατανόηση της υγείας των ηλικιωμένων.
Andrew M.K. 2005 <sup>(157)</sup>	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα από το Health Survey for England 2000 που ερευνά τη σχέση ατομικού κ.κ. και της Π.Σ.Υ. ηλικιωμένων ατόμων συμπεριλαμβανόμενων και αυτών σε οίκους ευγηρίας.	Γ + Δ Κοινωνική στήριξη κι συμμετοχή σε ομάδες.	A	Π.Σ.Υ.	Η ↑ έλλειψη στήριξης σχετίζεται με ↓ Π.Σ.Υ. των ηλικιωμένων στην κοινότητα αλλά όχι στους οίκους ευγηρίας. Η συμμετοχή και η εμπιστοσύνη ↑ την Π.Σ.Υ. στην κοινότητα.

**Πίνακας 3:** (συνέχεια)

Άρθρο (παραπομπή)	Σχεδιασμός έρευνας/ Δεδομένα	Δείκτες μέτρησης κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος SRH	Αποτελέσματα
Veenstra, Luginaah, Wakefield et al 2005 <sup>(127)</sup>	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα από μία τηλεφωνική έρευνα που διεξήχθη το 2001 – 2002 σε 4 γειτονιές του Hamilton στον Καναδά και αφορά σε 1504 άτομα. Ερευνά τη σχέση κ.κ. και υγείας σε διαφορετικές γειτονιές και την επίδραση που δέχεται από διάφορους δημογραφικούς, κοινωνικό – οικονομικούς παράγοντες, συμπεριφορές υγείας και ανταπόκριση στις καθημερινές ασχολίες.	Δ Συμμετοχή σε εθελοντικές οργανώσεις.	A	Π.Σ.Υ.	Η συμμετοχή σε εθελοντικές οργανώσεις σχετίζεται με την Π.Σ.Υ. πριν αλλά όχι και μετά τον έλεγχο για τους υπόλοιπους συμπαραγόντες (οικονομική κατάσταση συμπεριφορές υγείας). Ο τόπος κατοικίας σχετίζεται με την Π.Σ.Υ. πριν και μετά τη συσχέτιση με τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά των κατοίκων. Η σχέση Π.Σ.Υ. και κ.κ. είναι ανεξάρτητη από τον τόπο κατοικίας.
Rojas, Carlson 2006 <sup>(139)</sup>	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα από το Taganrog survey of 1998 στη Ρωσία που αφορά σε 1009 άτομα > 18 ετών. Εξετάζει τη σχέση του κ.κ. με την υγεία και την αλληλεπίδρασή του με άλλες μορφές κεφαλαίου.	Γ + Δ Συμμετοχή σε πολιτικές οργανώσεις ή συνδικάτα, συμμετοχή σε άλλες οργανώσεις, επικοινωνία με τους γείτονες.	A	Π.Σ.Υ.	Το μορφωτικό επίπεδο, η συμμετοχή σε πολιτικές οργανώσεις, σε συνδικάτα ή άλλες οργανώσεις σχετίζονται σημαντικά με την υγεία αφού ελεγχθούν και παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση. Είναι απαραίτητο να συγκεκριμενοποιήσουμε τους διαφορετικούς τύπους κ.κ. με σκοπό να εντοπίσουμε τους μηχανισμούς με τους οποίους αυτοί επηρεάζουν την υγεία.

**Πίνακας 3:** (συνέχεια)

Άρθρο (παραπομπή)	Σχεδιασμός έρευνας/ Δεδομένα	Δείκτες μέτρησης κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος SRH	Αποτελέσματα
Khawaja, Abdulrahim, Afifi et al 2006 (163)	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα από το Urban Health Study 2002 -2003 στη Βηρυτό του Λιβάνου. Αφορά σε 1294 εφήβους (13 – 19 ετών) σε 3 υποβαθμισμένες περιοχές της Βηρυτού. Εξετάζει τη σχέση μεταξύ του τόπου, των παραγόντων του κ.κ. και της υγείας των εφήβων.	Γ + Δ Κοινωνική ενασχόληση, συμμετοχή στην κοινότητα, προσήλωση στη γειτονιά, ασφάλεια, εμπιστοσύνη, αμοιβαιότητα, υποθετική κοινωνική στήριξη και κοινωνικά δίκτυα.	A	Π.Σ.Υ.	Η έλλειψη εμπιστοσύνης και ο κοινωνικός αποκλεισμός υπερέχουν στις υποβαθμισμένες ημιαστικές περιοχές. Αν και οι 3 κοινωνικά είναι οικονομικά υπανάπτυκτες κάθε μία έχει διαφορετική ποιότητα και ποσότητα κ.κ. Το οικογενειακό εισόδημα δεν σχετίζεται με την Π.Σ.Υ. γεγονός που σχετίζεται με την παρόμοια οικονομική κατάσταση και των 3 περιοχών. Το κ.κ. έχει ισχυρή συσχέτιση με την υγεία των εφήβων μετά και τον έλεγχο για την ηλικία, το φύλο και το εισόδημα.
Sirven 2006 (135)	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα από το Network of Rural Observatories του 2001 που αφορά σε 587 νοικοκυριά σε 5 αγροτικές περιοχές της Μαδαγασκάρης. Εξετάζει τη σχέση μεταξύ εισοδήματος και Π.Σ.Υ. και το διαμεσολαβητικό ρόλο του κ.κ.	Γ + Δ Εμπιστοσύνη, αμοιβαιότητα, συνεργασία μεταξύ των μελών της κοινότητας.	A	Π.Σ.Υ.	Ο πλούτος (εισόδημα) είναι ο πιο – σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας του κ.κ. Το κ.κ. μπορεί να αναλυθεί ως ενδογενής σταθερά – κεφάλαιο που απαιτεί κάποιου είδους επένδυση από το άτομο για να αναπτυχθεί. Το υψηλό ποσοστό του κ.κ. κυρίως οι συμμετοχικές δράσεις και τα κοινωνικά δίκτυα οδηγούν σε καλύτερη Π.Σ.Υ.



**Πίνακας 3:** (συνέχεια)

Άρθρο (παραπομπή)	Σχεδιασμός έρευνας/ Δεδομένα	Δείκτες μέτρησης κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος SRH	Αποτελέσματα
Delaney, Wall, O'hAodha 2007 <sup>(162)</sup>	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα από το European Social Survey 2002 και 2005 που αφορά σε 2049 και 2286 άτομα, αντίστοιχα. Εξετάζει τους καθοριστικούς παράγοντες της Π.Σ.Υ. σε σχέση με κοινωνικό – οικονομικούς παράγοντες, την αγορά εργασίας και τους δείκτες του κ.κ. στην Ιρλανδία.	Δ Συμμετοχή σε οργανισμούς, συχνότητα κοινωνικών σχέσεων.	A	Π.Σ.Υ.	Απομονώθηκαν τα δεδομένα που αφορούν στην Ιρλανδία για το έτος 2002. Το εισόδημα είναι ο καθοριστικός παράγοντας στην υγεία του πληθυσμού. Δείκτες του κ.κ. όπως η συμμετοχή σε οργανισμούς και η συχνότητα των κοινωνικών σχέσεων έχουν σημαντική αλλά μέτρια επίδραση στην Π.Σ.Υ.
Mohseni, Lindstrom 2007 <sup>(148)</sup>	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα από μία έρευνα για τη δημόσια υγεία στην Scania της Σουηδίας το 2004 που αφορά σε δείγμα 27963 ατόμων ηλικίας 18 – 80 ετών. Εξετάζει την επίδραση που έχει η εμπιστοσύνη στο σύστημα υγείας της χώρας (κάθετο κ.κ.) στην υγεία των πολιτών.	Γ Εμπιστοσύνη στο υγειονομικό σύστημα (κάθετο κ.κ.), εμπιστοσύνη στους άλλους πολίτες (οριζόντιο κ.κ.).	A	Π.Σ.Υ.	Το 1/3 των ερωτηθέντων δηλώνει ↓ εμπιστοσύνη στο υγειονομικό σύστημα. Άτομα διαφορετικής εθνικότητας με ↓ ή μέτρια μόρφωση, ↓ εμπιστοσύνη στον συνάνθρωπο και ↓ εμπιστοσύνη στο σύστημα υγείας έχουν σημαντικά χαμηλότερη Π.Σ.Υ. Μετά την προσαρμογή για παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, η μόρφωση, η οικονομική κατάσταση και η οριζόντια εμπιστοσύνη, η σχέση Π.Σ.Υ. – εμπιστοσύνης στο υγειονομικό σύστημα εξακολουθεί να είναι ισχυρή. Η ↓ εμπιστοσύνη στο σύστημα υγείας σχετίζεται με ↓ Π.Σ.Υ.

**Πίνακας 3:** (συνέχεια)

Άρθρο (παραπομπή)	Σχεδιασμός έρευνας/ Δεδομένα	Δείκτες μέτρησης κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος SRH	Αποτελέσματα
Westin, Westerling 2007 <sup>(149)</sup>	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα από μία ταχυδρομική έρευνα στη Σουηδία που αφορά σε 1589 γονείς (277 μόνοι γονείς και 1312 ζευγάρια) παιδιών ηλικίας 4 – 16 ετών. Μελετά αν το κ.κ. σχετίζεται με την υγεία των γονέων και αν οι υφιστάμενες ανισότητες στην υγεία ανάμεσα στους μόνους γονείς και τα ζευγάρια μπορεί να εξηγηθεί καλύτερα στην περίπτωση που το κ.κ. εισαχθεί ως πιθανός μηχανισμός επίδρασης στην κατανομή της υγείας.	Γ + Δ Εμπιστοσύνη, κοινωνική συμμετοχή.	A	Π.Σ.Υ.	Το ↓ ποσοστό κ.κ. μετά την προσαρμογή για την κοινωνική στήριξη, κοινωνικό – οικονομικούς και δημογραφικούς παράγοντες, σχετίζεται θετικά με την κακή Π.Σ.Υ. Το κ.κ. είναι άνισα κατανομημένο ανάμεσα στις παντρεμένες και ανύπαντρες μητέρες. Το ατομικό κ.κ. σχετίζεται θετικά με την υγεία.
Petrou, Kυpek 2008 <sup>(158)</sup>	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα από το Health Survey for England 2003 που αφορά σε 13753 άτομα > 16 ετών στην Αγγλία. Εξετάζει τη σχέση ατομικού κ.κ. και υγείας του πληθυσμού.	Γ + Δ Εμπιστοσύνη, αμοιβαιότητα, κοινωνική στήριξη και συμμετοχή σε οργανώσεις.	A	Π.Σ.Υ.	↓ επίπεδα ατομικού κ.κ. (εμπιστοσύνη, αμοιβαιότητα, κοινωνική στήριξη και συμμετοχή σε οργανώσεις) σχετίζονται σημαντικά με κακή Π.Σ.Υ.
Nummela, Sulander, Rahkonen 2008 <sup>(144)</sup>	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα από το πρόγραμμα 'Good Ageing in Lahti region' το 2002. Αφορά σε 2815 άτομα (52-72 ετών) που κατοικούν σε αστικές, αγροτικές και αραιοκατοικημένες περιοχές στη Φιλανδία. Εξετάζει τη σχέση κ.κ. και υγείας των ηλικιωμένων.	Γ + Δ Εμπιστοσύνη στους άλλους, συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες (εθελοντική εργασία, χόμπι).	A	Π.Σ.Υ.	Το πιο ↑ ποσοστό καλής Π.Σ.Υ. παρατηρείται στα άτομα με το πιο ↑ κ.κ. Μετά την προσαρμογή παραγόντων, όπως φύλο, ηλικία, εισόδημα κ.α. η σχέση αυτή παρέμεινε στατιστικά σημαντική μόνο για τους ηλικιωμένους στις αστικές περιοχές.

**Πίνακας 3:** (συνέχεια)

Άρθρο (παραπομπή)	Σχεδιασμός έρευνας/ Δεδομένα	Δείκτες μέτρησης κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος SRH	Αποτελέσματα
Lindstrom 2008 <sup>(150)</sup>	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα από το Public Health Survey in Skane 2004, στη Σουηδία. Αφορά σε 27757 άτομα 18 – 80 ετών και εξετάζει τη σχέση μεταξύ της κοινωνικής προκατάληψης που μπορεί να έχουν οι εργοδότες για τους εργαζόμενους και την Π.Ψ.Υ. λαμβάνοντας υπόψη την επίδραση του κ.κ. με τη μορφή της εμπιστοσύνης στους άλλους ανθρώπους.	Γ Εμπιστοσύνη στο συνάνθρωπο (οριζόντιο κ.κ.)	A	Π.Ψ.Υ.	Άτομα σε νεότερη ηλικία, διαφορετικής εθνικότητας με χαμηλή μόρφωση, καλή εκπαίδευση και ↑ ποσοστά υποκειμενικής κοινωνικής προκατάληψης παρουσίασαν ↑ ποσοστά κακής Π.Ψ.Υ. Η κοινωνική προκατάληψη σχετίζεται σημαντικά με την ↓ εμπιστοσύνη στους άλλους. Η εμπιστοσύνη γενικά μπορεί να αποτελεί συμπαράγοντα στη σχέση προκατάληψης – Π.Ψ.Υ.
Nygqvist, Finnas, Jakobsson 2008 <sup>(142)</sup>	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα από μία εθνική μελέτη υγείας του 2000 από το Εθνικό Ινστιτούτο Δημόσιας Υγείας στη Φιλανδία που αφορά σε 3746 άτομα ηλικίας 30 – 64 ετών από τους οποίους 242 μιλούν Σουηδικά. Σκοπός της έρευνας είναι να εξετάσει πώς το ατομικό κ.κ. επιδρά στην υγεία μετά τον έλεγχο για κοινωνικό – δημογραφικούς παράγοντες και συμπεριφορές υγείας. Επίσης, ερευνά και το αν το κ.κ. μπορεί να εξηγήσει τις υγειονομικές ανισότητες ανάμεσα στις 2 κοινότητες.	Γ + Δ Εμπιστοσύνη στο συνάνθρωπο, κοινωνική συμμετοχή, αίσθηση ανασφάλειας.	A	Π.Σ.Υ.	Υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ του γνωστικού κ.κ. και της Π.Σ.Υ. Οι Σουηδόφωνοι έχουν πιο ↑ κ.κ.. Το κ.κ. εξηγεί μερικές από τις υγειονομικές διαφορές στις 2 κοινότητες. Η εμπιστοσύνη σχετίζεται με την Π.Σ.Υ. σε άνδρες & γυναίκες. Η αίσθηση ανασφάλειας σχετίζεται με την Π.Σ.Υ. των ανδρών & την ψυχολογία των γυναικών. Η συμμετοχή σε οργανώσεις δεν σχετίζεται με την Π.Σ.Υ.

**Πίνακας 3:** (συνέχεια)

Άρθρο (παραπομπή)	Σχεδιασμός έρευνας/ Δεδομένα	Δείκτες μέτρησης κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος SRH	Αποτελέσματα
Yamaoka 2008 (167)	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα που αφορούν σε χώρες της Α. Ασίας (Ιαπωνία, Β. Κορέα, Σιγκαπούρη, Κίνα και Ταιβάν) το 2002 – 2004. Αφορά σε άτομα > 18 ετών και εξετάζει τη σχέση κ.κ. και Π.Σ.Υ.	Γ + Δ Συμμετοχή σε οργανώσεις, διαπροσωπική ή εμπιστοσύνη, σχέσεις αμοιβαιότητας και, εμπιστοσύνη σε κοινωνικούς οργανισμούς (νομικό σύστημα, κυβέρνηση, αστυνομία κ.α.).	A	Π.Σ.Υ. Η Π.Σ.Υ. μετράται με τη βοήθεια ερωτηματολογίου, στο οποίο τα άτομα αναφέρουν τα υποκειμενικά σωματικά τους συμπτώματα	Μετά την προσαρμογή για κοινωνικό δημογραφικούς παράγοντες η μικρή συμμετοχή σε οργανισμούς, και η έλλειψη αμοιβαιότητας σχετίζονται με αύξηση των σωματικών συμπτωμάτων. Η ↓ εμπιστοσύνη στο συνάνθρωπο, η μικρή συμμετοχή σε οργανισμούς και η έλλειψη αμοιβαιότητας σχετίζονται με ↓ Π.Σ.Υ. Οι υγειονομικές ανισότητες ανάμεσα στα 2 φύλα παρατηρούνται ανάμεσα στις χώρες αλλά οι σχέσεις αυτές ποικίλλουν. Τα αναφερόμενα σωματικά συμπτώματα είναι περισσότερα και η ικανοποίηση από την προσωπική υγεία είναι μικρότερη στις γυναίκες. Η ικανοποίηση από τη ζωή γενικότερα είναι χειρότερη στους άνδρες.

**Πίνακας 3:** (συνέχεια)

Άρθρο (παραπομπή)	Σχεδιασμός έρευνας/ Δεδομένα	Δείκτες μέτρησης κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος SRH	Αποτελέσματα
Baron – Epel, Weinstein, Mesika et al 2008 <sup>(164)</sup>	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα από μία έρευνα του 2004 - 2005 στο Ισραήλ που αφορά σε 3365 Εβραίους και σε 985 Άραβες > 18 ετών. Αξιολογεί τα επίπεδα κ.κ. στις 2 εθνότητες και τη σχέση ατομικού κ.κ. και Π.Σ.Υ.	Γ + Δ Εμπιστοσύνη, ασφάλεια στη γειτονιά, βοήθεια στο συνάνθρωπο, εμπιστοσύνη σε τοπικούς και εθνικούς φορείς, κοινωνική στήριξη, κοινωνικές συναντήσεις με φίλους, οικογένεια, συναδέλφους.	A	Π.Σ.Υ.	Στους Εβραίους τα ↑ επίπεδα ατομικού κ.κ. σχετίζονται με ↑ επίπεδα Π.Σ.Υ. Στους Άραβες γενικά τα ποσοστά κ.κ. είναι χαμηλότερα και η σχέση αυτή είναι σημαντική μόνο σε ότι αφορά την κοινωνική στήριξη. Το κ.κ. μπορεί να σχετίζεται με την υγεία σε μεγαλύτερο βαθμό σε πιο – πλούσιες περιοχές με ↑ κ.κ. και λιγότερο σε περισσότερο παραδοσιακές περιοχές με πιο ↓ κ.κ.
Schultz, O’ Brien, Tadesse 2008 <sup>(123)</sup>	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα από το 2006 Social Capital Survey σε 3 περιοχές των Η.Π.Α. Αφορά σε άτομα >18 ετών και εξετάζει τη σχέση μεταξύ του ατομικού κ.κ. και της Π.Σ.Υ.	Γ + Δ Εμπιστοσύνη, συμμετοχή σε οργανώσεις, συμμετοχή σε οργανωμένες εκδηλώσεις (στο σχολείο, παρελάσεις, σπορ), ανεπίσημες συναναστροφές με συγγενείς, φίλους, κοινωνική στήριξη, εθελοντισμός.	A	Π.Σ.Υ.	Μετά τον έλεγχο για ατομικά χαρακτηριστικά (ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση, οικογενειακό εισόδημα, φύλο, εθνικότητα, ύπαρξη παιδιών) και μετά τον έλεγχο σχετικά με το αν το ατομικό κ.κ. είναι ενδογενής παράγοντας, παρατηρείται ότι το κ.κ. είναι ένας ισχυρός προγνωστικός παράγοντας της Π.Σ.Υ.

**Πίνακας 3:** (συνέχεια)

Άρθρο (παραπομπή)	Σχεδιασμός έρευνας/ Δεδομένα	Δείκτες μέτρησης κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος SRH	Αποτελέσματα
Mohseni, Lindstrom 2008 <sup>(152)</sup>	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα από το Public Health Survey in Skane το 2004 στη Σουηδία. Αφορά σε 27963 άτομα (18 – 60 ετών). Εξετάζει τη σχέση μεταξύ της εμπιστοσύνης στο πολιτικό σύστημα και της Π.Σ.Υ. λαμβάνοντας υπόψη ως πιθανό συμπαράγοντα την εμπιστοσύνη στο συνάνθρωπο γενικά.	Γ  Εμπιστοσύνη στο Σουηδικό κοινοβούλιο	A	Π.Σ.Υ.	Η έλλειψη εμπιστοσύνης στο κοινοβούλιο (κάθετο κ.κ.) σχετίζεται σημαντικά με την κακή Π.Σ.Υ. ακόμη και μετά την προσαρμογή για πιθανούς συμπαράγοντες, όπως η γενικευμένη (οριζόντια) εμπιστοσύνη.
Fujiwara, Kawachi 2008 <sup>(124)</sup>	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα από μία εθνική έρευνα από το National Survey of Midlife Development in the U.S. 1995 – 1996, στις Η.Π.Α. Αφορά σε 944 δίδυμα αδέρφια και εξετάζει την επίδραση του ατομικού κ.κ. στην Π.Σ.Υ. & Π.Ψ.Υ. των ατόμων αυτών.	Γ + Δ  Εμπιστοσύνη γενικά, αίσθηση ότι ανήκει κάποιος σε μία κοινότητα, εθελοντική εργασία και συμμετοχή σε εκδηλώσεις (θρησκευτικές, αθλητικούς συνδέσμους, συνδικάτα).	A	Π.Σ.Υ. + Π.Ψ.Υ.	Η εμπιστοσύνη, η αίσθηση ότι ανήκεις κάπου, η συμμετοχή συνδέονται σημαντικά με την υγεία. Μετά τη μελέτη των συμπαραγόντων (ηλικία, φύλο, εθνικότητα, μόρφωση, εργασία, οικογενειακή κατάσταση, γονίδια) η υγεία παραμένει σημαντικά και θετικά σχετισμένη με την κοινωνική εμπιστοσύνη. Υπάρχει ανεξάρτητη θετική επίδραση της κοινωνικής εμπιστοσύνης στην Π.Σ.Υ. στους δίδυμους. Η Π.Ψ.Υ. σχετίζεται με την αίσθηση να ανήκεις κάπου μόνο στους M.Z. δίδυμους.

**Πίνακας 3:** (συνέχεια)

Άρθρο (παραπομπή)	Σχεδιασμός έρευνας/ Δεδομένα	Δείκτες μέτρησης κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος SRH	Αποτελέσματα
Sarag, Aracena, Villarroel et al 2008 <sup>(129)</sup>	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα από μία έρευνα στην κοινότητα στο Σαντιάγκο της Χιλής. Αφορά σε 781 άτομα και εξετάζει τη σχέση μεταξύ του κ.κ. και της Π.Σ.Υ. σε μία υποβαθμισμένη περιοχή.	Δ + Γ  Εμπιστοσύνη στους γείτονες, εμπιστοσύνη στους οργανισμούς, αμοιβαιότητα στη γειτονιά, κοινωνική συμμετοχή.	A	Π.Σ.Υ.	Η εμπιστοσύνη και η αμοιβαιότητα στις σχέσεις με τους γείτονες σχετίζονται σημαντικά με την καλή Π.Σ.Υ. Αντίθετα, η κοινωνική συμμετοχή σχετίζεται με χαμηλότερα ποσοστά καλής σωματικής υγείας. Στις υποβαθμισμένες περιοχές η κοινωνική συνοχή (εμπιστοσύνη, αμοιβαιότητα) μέσα στη γειτονιά σχετίζεται σημαντικά με την Π.Σ.Υ.
Tsunoda, Yoshino, Yokoyama 2008 <sup>(132)</sup>	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα από το Japan 2004 B Survey. Αφορά σε 372 άνδρες και 413 γυναίκες άνω των 20 ετών στην Ιαπωνία. Εξετάζει την επίδραση του κ.κ. και άλλων κοινωνικών – ψυχολογικών παραγόντων στην υγεία των Ιαπώνων.	Γ + Δ  Εμπιστοσύνη γενικά, κοινωνική συμμετοχή, εμπιστοσύνη σε κοινωνικά ιδρύματα και θεσμούς, αίσθηση στήριξης από συνανθρώπους.	A	Π.Σ.Υ.  Μετράται με την ικανοποίηση που έχει κάποιος σχετικά με την υγεία του και με τα συμπτώματα που αναφέρει ότι τον ενοχλούν.	Η Π.Σ.Υ. σχετίζεται με τις διαπροσωπικές σχέσεις στις γυναίκες και με την έλλειψη εμπιστοσύνης στους άνδρες. Το άγχος επιδρά αρνητικά στην υγεία και των 2 φύλων. Οι γυναίκες επηρεάζονται περισσότερο από την οικονομική κατάσταση και τις προλήψεις, ενώ οι άνδρες από την θρησκευτικότητα και την πνευματικότητα.

**Πίνακας 3:** (συνέχεια)

Άρθρο (παραπομπή)	Σχεδιασμός έρευνας/ Δεδομένα	Δείκτες μέτρησης κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος SRH	Αποτελέσματα
Young Lee, Jang, Lee 2008 <sup>(137)</sup>	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα από το 2003 Social Statistics Survey στη Ν. Κορέα. Αφορά σε 59202 άτομα > 25 ετών και εξετάζει τη σχέση της κοινωνικής συμμετοχής (ως παράγοντα του κ.κ.) με την υγεία των ανδρών και των γυναικών σε διάφορες ηλικιακές ομάδες. Το ερευνητικό μοντέλο περιλαμβάνει συμπαράγοντες, όπως η οικονομική κατάσταση, οι συμπεριφορές υγείας, η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, το κάπνισμα.	Δ Κοινωνική συμμετοχή σε επίσημες και ανεπίσημες ομαδικές δραστηριότητες ( θρησκευτικές εκδηλώσεις, εθελοντισμός, πολιτικές οργανώσεις).	A	Π.Σ.Υ.	Η κοινωνική συμμετοχή σχετίζεται και στα 2 φύλα και σε όλες τις ηλικίες με την καλή Π.Σ.Υ. Η επίδραση της συμμετοχής σε δραστηριότητες στην καλή υγεία αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας και αυτό αφορά ιδιαίτερα τις ηλικιωμένες γυναίκες. Η προαγωγή της συμμετοχικότητας μπορεί να αποτελέσει μία αποτελεσματική στρατηγική στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού.
Mohseni, Lindstrom 2008 <sup>(151)</sup>	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα από το 2004 Public Health Survey in Skane στη Σουηδία. Αφορά σε 27963 άτομα (18 – 80 ετών). Εξετάζει τη σχέση της προκατάληψης των εργοδοτών απέναντι στους υπαλλήλους τους (εξαιτίας του χρώματος, της εθνικότητας, της θρησκείας) με την υγεία και το κ.κ.	Γ Εμπιστοσύνη γενικά στους άλλους ανθρώπους (οριζόντιο κ.κ.)	A	Π.Σ.Υ.	Η εμπιστοσύνη στο συνάνθρωπο παραμένει σημαντική σε ότι αφορά την κακή υποκειμενική υγεία, ανεξάρτητα από τους υπόλοιπους παράγοντες (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, οικονομική κατάσταση). Άτομα με ↓ εμπιστοσύνη αναφέρουν και ↓ Π.Σ.Υ. Ωστόσο το κ.κ. ελάχιστα επιδρά στη σχέση προκατάληψης – Π.Σ.Υ.



**Πίνακας 3:** (συνέχεια)

Άρθρο (παραπομπή)	Σχεδιασμός έρευνας/ Δεδομένα	Δείκτες μέτρησης κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος SRH	Αποτελέσματα
Lindstrom, Mohseni 2009 (153)	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα από το 2004 Public Health Survey in Skane στη Σουηδία. Αφορά σε 27757 άτομα (18 – 80 ετών) και εξετάζει τη σχέση μεταξύ της εμπιστοσύνης στους πολιτικούς και της Π.Ψ.Υ. λαμβάνοντας υπόψη και την εμπιστοσύνη γενικά στο συνάνθρωπο.	Γ Εμπιστοσύνη στην πολιτική (κάθετο κ.κ.)	A	Π.Ψ.Υ. Μετράται με τη βοήθεια του GHQ12, ενός ερωτηματολογίου με 12 σημεία που αφορούν στην ψυχολογική κατάσταση του ατόμου.	Νεαρά άτομα, διαφορετικής εθνικότητας, με υψηλή μόρφωση, οικονομικά προβλήματα, ↓ εμπιστοσύνη γενικά και ↓ εμπιστοσύνη στο πολιτικό σύστημα παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά κακής Π.Ψ.Υ.. Υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ↓ εμπιστοσύνης στην πολιτική και της ↓ εμπιστοσύνης γενικά. Μετά και από τον υπολογισμό κοινωνικό – οικονομικών παραγόντων, η εισαγωγή της οριζόντιας εμπιστοσύνης μείωσε τα ποσοστά της κακής Π.Ψ.Υ. στις γυναίκες με ↓ εμπιστοσύνη στην πολιτική. Έλλειψη εμπιστοσύνης στο κοινοβούλιο σχετίζεται σημαντικά με την κακή ψυχική υγεία των πολιτών.

**Πίνακας 3:** (συνέχεια)

Άρθρο (παραπομπή)	Σχεδιασμός έρευνας/ Δεδομένα	Δείκτες μέτρησης κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος SRH	Αποτελέσματα
Baum, Ziersch, Zhang et al 2009 <sup>(130)</sup>	Συγχρονική έρευνα ποσοτική και ποιοτική με δεδομένα από ταχυδρομική έρευνα (3344 άτομα) καθώς και από συνεντεύξεις σε βάθος (80 άτομα) που έγιναν σε 4 περιοχές της Αδελαΐδα στην Αυστραλία το 2004. Εξετάζει τις διαφορές στην [.Σ.Υ. ανά περιοχή μετά τον έλεγχο για κοινωνικό – δημογραφικούς, οικονομικούς παράγοντες, συμπεριφορές υγείας, το ατομικό κ.κ. και την υποκειμενική αντίληψη για συνοχή και ασφάλεια στη γειτονιά.	Δ + Γ Συμμετοχή σε οργανώσεις, ανεπίσημες κοινωνικές σχέσεις με συγγενείς, αμοιβαιότητα, επίπεδα εμπιστοσύνης, βαθμός κοινωνικής στήριξης. Το κ.κ. μέσα σε μία γειτονιά ορίζεται με την ατομική αντίληψη για την συνοχή και την αίσθηση ασφάλειας στην γειτονιά.	A	Π.Σ.Υ.	Η αντίληψη για την συνοχή και την ασφάλεια στη γειτονιά σχετίζονται με τις υγειονομικές ανισότητες στις διαφορετικές περιοχές και μετά την μέτρηση κοινωνικό – δημογραφικών & άλλων παραγόντων. Στην ποσοτική ανάλυση η αντίληψη για την ασφάλεια στη γειτονιά είναι ο σημαντικότερος παράγοντας πρόβλεψης της υγείας. Η ποιοτική ανάλυση παρατηρεί ότι σε γειτονιές με ↑ κ.κ. οι πολίτες πιο εύκολα χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας. Επίσης, η ασφάλεια που νιώθουν επηρεάζει θετικά την υγεία τους.
Sun, Rehnberg, Meng 2009 <sup>(131)</sup>	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα που αφορούν σε 1605 άτομα σε 2 πόλεις της Κίνας το 2006. Εξετάζει πώς η φτώχεια και το ατομικό κ.κ. σχετίζονται με τις ανισότητες στην υγεία.	Γ + Δ Αμοιβαιότητα και στήριξη, συμμετοχή, αντίληψη αίσθησης και ασφάλειας, διαπροσωπικές σχέσεις, συνοχή στη γειτονιά.	A	Π.Σ.Υ.	Οι φτωχοί έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν ↓ κ.κ. Η συνοχή στη γειτονιά, η αμοιβαιότητα και στήριξη σχετίζονται σημαντικά με την κακή Π.Σ.Υ. Η υγεία του οικονομικά εύπορου πληθυσμού δεν εξαρτάται καθόλου από το κ.κ.

**Πίνακας 3:** (συνέχεια)

Άρθρο (παραπομπή)	Σχεδιασμός έρευνας/ Δεδομένα	Δείκτες μέτρησης κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος SRH	Αποτελέσματα
Almgren, Magarati, Mogford 2009 (125)	Συγχρονική έρευνα που έγινε το 2002 – 2004 σε 6853 τελειόφοιτους μαθητές από 12 γυμνάσια στην πολιτεία Ουάσιγκτον των Η.Π.Α. Εξετάζει : 1) το κατά πόσο υπάρχουν ανισότητες στην Π.Σ.Υ. σε σχέση με το φύλο, την εθνικότητα, τη φυλή και 2) τη σχέση του ατομικού κ.κ. των εφήβων και της υποκειμενικής υγείας.	Γ + Δ Θετική αναγνώριση του ρόλου του σχολείου, ασφαλές μαθησιακό περιβάλλον, κοινωνική συνοχή, γνώση των γονέων για τα σχέδια των παιδιών τους.	A	Π.Σ.Υ.	Τα κορίτσια δηλώνουν χαμηλότερα επίπεδα υποκειμενικής υγείας. Τα αγόρια που κατάγονται από την Καμπότζη και το Βιετνάμ δηλώνουν χαμηλότερα ποσοστά υποκειμενικής υγείας ανεξάρτητα από άλλους ατομικούς παράγοντες. Η θετική αναγνώριση του ρόλου του σχολείου, το ασφαλές μαθησιακό περιβάλλον, η κοινωνική συνοχή, σχετίζονται με την Π.Σ.Υ. μόνο των κοριτσιών.
Nummela, Sulander, Karisto et al 2009 (145)	Συγχρονική έρευνα που αφορά σε 2815 ηλικιωμένους > 52 ετών και διεξήχθη το 2002 σε μία περιοχή της Φιλανδίας. Εξετάζει τη σχέση της υποκειμενικής υγείας και του ατομικού κ.κ. σε ηλικιωμένους που ζουν σε αστικές και αγροτικές περιοχές της χώρας.	Γ + Δ Διαπροσωπική εμπιστοσύνη, κοινωνικές σχέσεις με φίλους/ συγγενείς, συμμετοχή σε δραστηριότητες, πρόσβαση στη βοήθεια όταν αυτή χρειάζεται.	A	Π.Σ.Υ.	Η ενεργή συμμετοχή σε οργανώσεις και η εύκολη πρόσβαση στη βοήθεια σχετίζονται με την καλή υποκειμενική υγεία ειδικά στις αστικές και αραιοκατοικημένες αγροτικές περιοχές. Η εμπιστοσύνη ήταν σημαντικός ρυθμιστής της υγείας στις αστικές περιοχές, αλλά μετά την προσαρμογή σε σχέση με το φύλο, την ηλικία, το εισόδημα, το κάπνισμα κ.α. η σημαντικότητα αυτή μειώθηκε.

**Πίνακας 3:** (συνέχεια)

Άρθρο (παραπομπή)	Σχεδιασμός έρευνας/ Δεδομένα	Δείκτες μέτρησης κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος SRH	Αποτελέσματα
Ferlander, Makinen 2009 <sup>(140)</sup>	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα από το Moscow Health Survey 2004 που αφορά σε 1190 άτομα(>18 ετών) στη Ρωσία. Εξετάζει τη σχέση του ατομικού κ.κ. και της υγείας ανδρών & γυναικών στη Μόσχα.	Γ + Δ <u>Άτυπο κ.κ.:</u> οικογενειακή κατάσταση, συγγενικές & φιλικές σχέσεις. <u>Τυπικό κ.κ.:</u> συμμετοχή σε οργανώσεις (αθλητικοί σύνδεσμοι, πολιτικά κόμματα, εκκλησία, περιβαλλοντικές οργανώσεις).	A	Π.Σ.Υ.	Στις γυναίκες δεν παρατηρείται καμία σχέση σε ότι αφορά την υποκειμενική υγεία και το κ.κ. Στους άνδρες παρατηρείται κάποια σχέση μεταξύ του κ.κ. εκτός της οικογένειας και της υγείας. Άνδρες που σπάνια ή ποτέ δεν επισκέπτονται φίλους ή γνωστούς ή που δεν συμμετέχουν σε οργανώσεις είναι πιθανότερο να δηλώσουν ↓ Π.Σ.Υ. Το οικογενειακό κ.κ. δεν σχετίζεται με την υποκειμενική υγεία στη Ρωσία.
Beaudoin 2009 <sup>(126)</sup>	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα από μία τηλεφωνική έρευνα σε 700 ενήλικες στις Η.Π.Α το 2007. Εξετάζει τη σχέση του ατομικού κ.κ. με την υποκειμενική υγεία.	Γ + Δ Δεσμευτικό και Συνδετικό κ.κ. που μελετάται με την αντίληψη της αίσθηση της γειτονιάς τόσο μέσα στις ομάδες διαφορετικών εθνικοτήτων (λευκοί, μαύροι, Λατίνοι, Ασιάτες) όσο και ανάμεσα στις παραπάνω ομάδες.	A	Π.Σ.Υ.	Το δεσμευτικό κ.κ. της γειτονιάς σχετίζεται με την Π.Σ.Υ., ενώ το συνδετικό κ.κ. δεν σχετίζεται σημαντικά με καμία επίδραση στην υποκειμενική υγεία. Όταν προστεθεί στην έρευνα και η σύσταση της γειτονιάς τα ευρήματα για το δεσμευτικό κ.κ. παραμένουν, ενώ αποκτά μέτρια σημαντικότητα και η σχέση του συνδετικού κ.κ. με την υγεία.

**Πίνακας 3:** (συνέχεια)

Άρθρο (παραπομπή)	Σχεδιασμός έρευνας/ Δεδομένα	Δείκτες μέτρησης κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος SRH	Αποτελέσματα
Lindstrom 2009 <sup>(154)</sup>	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα από το 2004 Public Health Survey in Skane στη Σουηδία. Αφορά σε 27757 άτομα (18 – 80 ετών) και εξετάζει τη σχέση της οικογενειακής κατάστασης (παντρεμένος, εργένης, χωρισμένος, χήρος) με την Π.Σ.Υ. λαμβάνοντας υπόψη την επίδραση της οικονομικής κατάστασης και του οριζόντιου κ.κ.	Γ Εμπιστοσύνη στο συνάνθρωπο γενικά	A	Π.Σ.Υ.	Οι ηλικιωμένοι, τα άτομα που γεννήθηκαν στο εξωτερικό, τα άτομα με χαμηλή μόρφωση, με οικονομικά προβλήματα, με χαμηλή εμπιστοσύνη, οι ανύπαντροι και οι χωρισμένοι έχουν σε υψηλότερα ποσοστά κακή Π.Σ.Υ. Η χαμηλή (οριζόντια) εμπιστοσύνη είναι σημαντικά υψηλότερη στους ανύπαντρους και τους χωρισμένους. Η προσαρμογή σχετικά με την οικονομική κατάσταση μείωσε τα ποσοστά της κακής υποκειμενικής υγείας στους διαζευγμένους και ιδιαίτερα στους άνδρες. Η εμπιστοσύνη γενικά δεν έχει καμία επίδραση στη σχέση της οικογενειακής κατάστασης με την υγεία.

**Πίνακας 3:** (συνέχεια)

Άρθρο (παραπομπή)	Σχεδιασμός έρευνας/ Δεδομένα	Δείκτες μέτρησης κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος SRH	Αποτελέσματα
Morgan, Haglund 2009 <sup>(160)</sup>	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα από το WHO Health Behavior in School Aged Children study. Αφορά σε 6425 παιδιά ηλικίας 11, 12 και 13 ετών σε 80 σχολεία της Αγγλίας. Εξετάζει τη σχέση κ.κ. των εφήβων με την υποκειμενική υγεία.	Δ + Γ Αίσθηση της οικογένειας, γονικός έλεγχος, αίσθηση του να ανήκει κάποιος στο σχολείο, στη γειτονιά, έλεγχος στο σχολείο ή στη γειτονιά, κοινωνική δικτύωση στο σχολείο ή στη γειτονιά.	A	Π.Σ.Υ.	Το κ.κ. σχετίζεται με την υποκειμενική υγεία των εφήβων. Π.χ. έφηβοι με χαμηλή αίσθηση ότι ανήκουν σε μία οικογένεια και μικρή σχέση με τη γειτονιά έχουν σχεδόν 2πλάσιες πιθανότητες να αναφέρουν κακή Π.Σ.Υ.
Aihara, Minai, Aoyama et al 2009 <sup>(133)</sup>	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα του 2007 που αφορούν σε 940 άτομα > 65 ετών που ζουν σε μία περιοχή της Ιαπωνίας. Εξετάζει τη σχέση του κ.κ. με την υποκειμενική υγεία των ηλικιωμένων ατόμων	Γ + Δ Ανάληψη ευθυνών στις δραστηριότητες της κοιλότητας, βοήθεια στους μόνους ηλικιωμένους, σεβασμός στην κοινότητα, βοήθεια στους νεότερους που ζουν στην κοινότητα.	A	Π.Σ.Υ.	Η αντίληψη του κ.κ. είναι μεγαλύτερη στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες. Η αντίληψη του κ.κ. σχετίζεται με την υποκειμενική υγεία και στα 2 φύλα. Η συμμετοχή σε δραστηριότητες της κοινότητας στη μέση ηλικία σχετίζεται με την αντίληψη του κ.κ. στους ηλικιωμένους και η ενθάρρυνση της αντίληψης του κ.κ. είναι σημαντική για την καλή γήρανση.

**Πίνακας 3:** (συνέχεια)

Άρθρο (παραπομπή)	Σχεδιασμός έρευνας/ Δεδομένα	Δείκτες μέτρησης κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος SRH	Αποτελέσματα
D'Hobres, Rocco, Suhrcke et al 2010 <sup>(168)</sup>	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα από το 2001 Living Conditions Survey που εξετάζει την επίδραση του κ.κ. στην υποκειμενική υγεία των πολιτών σε 8 πρώην χώρες της Σοβιετικής Ένωσης.	Γ + Δ Εμπιστοσύνη γενικά, συμμετοχή σε τοπικές οργανώσεις, κοινωνική απομόνωση	A	Π.Σ.Υ.	Μετά και τον έλεγχο για πιθανούς συμπαραγόντες, όπως η ηλικία, το φύλο, η μόρφωση, η οικονομική και οικογενειακή κατάσταση και το βαθμό ανομοιογένειας κάθε κοινότητας, παρατηρείται ότι η εμπιστοσύνη σχετίζεται θετικά και σημαντικά με την Π.Σ.Υ. Η κοινωνική απομόνωση σχετίζεται αρνητικά με την Π.Σ.Υ. Η συμμετοχή σε οργανώσεις δε φαίνεται να έχει σχέση με την υποκειμενική υγεία.
Yamamura 2010 <sup>(134)</sup>	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα από το 2000 Japan's social policy and social consciousness survey. Αφορά σε 3079 ενήλικες σε 11 περιοχές της Ιαπωνίας και εξετάζει τη σχέση του κ.κ. μιας περιοχής και της Π.Σ.Υ.	Δ Βαθμός κοινωνικής συμμετοχής σε δραστηριότητες της γειτονιάς.	A	Π.Σ.Υ.	Το κ.κ. σχετίζεται θετικά με την καλή υγεία για τους μόνιμους κατοίκους αλλά όχι για αυτούς που βρίσκονται λίγο καιρό στην περιοχή. Τα άτομα που μετέχουν στα κοινωνικά δίκτυα απολαμβάνουν το κ.κ. που πηγάζει από αυτά. Αντίθετα, άτομα που αποκλείονται από τέτοια δίκτυα επηρεάζονται αρνητικά. Τα θετικά & αρνητικά αποτελέσματα του κ.κ. είναι –πιο εμφανή αν οι κάτοικοι είναι περισσότερο ενσωματωμένοι στη γειτονιά.

**Πίνακας 3: (συνέχεια)**

Άρθρο (παραπομπή)	Σχεδιασμός έρευνας/ Δεδομένα	Δείκτες μέτρησης κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος SRH	Αποτελέσματα
Giordano, Lindstrom 2010 <sup>(161)</sup>	<u>Προοπτική μελέτη</u> με δεδομένα από το British Household Panel Survey του 1999 & 2005. Αφορά σε 9303 άτομα που εξετάστηκαν στις 2 διαφορετικές περιόδους στην Αγγλία. Εξετάζει πώς οι προσωρινές μεταβολές του κ.κ., οι αλλαγές στην οικονομική κατάσταση και άλλες συμπεριφορές υγείας επηρεάζουν την υποκειμενική υγεία σε μία περίοδο 6 χρόνων.	Γ + Δ Διαπροσωπική εμπιστοσύνη, επίπεδα κοινωνικής συμμετοχής, χρήση ανεπίσημων κοινωνικών δικτύων, συμμετοχή στην πολιτική.	A	Π.Σ.Υ.	Η διαπροσωπική εμπιστοσύνη και η συμμετοχή σε οργανώσεις ( μετά τον έλεγχο για το οικογενειακό εισόδημα, το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση) αποδεικνύονται ικανοί δείκτες μέτρησης του κ.κ. και ανεξάρτητοι προβλεπτικοί παράγοντες της υποκειμενικής υγείας.
Gele, Harsløf 2010 <sup>(156)</sup>	Συγχρονική έρευνα του 2008 με δεδομένα από μία έρευνα στη Νορβηγία για τις συνθήκες διαβίωσης και τα κοινωνικά δίκτυα. Αφορά σε 3190 άτομα (18 – 74 ετών). Εξετάζει την επίδραση που έχουν στην υγεία διάφοροι τύποι κοινωνικών δικτύων και αναλύει αν υπάρχει σχέση μεταξύ της κοινωνικό – οικονομικής κατάστασης και της Π.Σ.Υ. που να εξηγείται με την παρέμβαση των κοινωνικών δικτύων.	Δ 1) <u>Δεσμευτικό κ.κ.</u> : συχνότητα συναντήσεων με φίλους / συγγενείς. 2) <u>Συνδετικό κ.κ.</u> : ύπαρξη φιλικών δεσμών με άτομα διαφορετικού φύλου ή εθνικότητας. 3) <u>Ενωτικό κ.κ.</u> : ενεργή συμμετοχή σε εθελοντικούς οργανισμούς, φιλία με γιατρούς ή νοσηλευτές.	A	Π.Σ.Υ.	Άτομα που έχουν τη στήριξη ενός ατόμου όταν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα, άτομα που είναι ενεργά μέλη σε 2 ή περισσότερους οργανισμούς, άτομα με φίλο γιατρό δηλώνουν καλύτερη υποκειμενική υγεία. Η επίδραση των κοινωνικό – οικονομικών παραγόντων στην υγεία εξασθενίζει μετά την προσθήκη των παραγόντων του κοινωνικού δικτύου. Μέτρα που αυξάνουν την κοινωνική δικτύωση απαλύνουν τις υγειονομικές ανισότητες.



**Πίνακας 3:** (συνέχεια)

Άρθρο (παραπομπή)	Σχεδιασμός έρευνας/ Δεδομένα	Δείκτες μέτρησης κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος SRH	Αποτελέσματα
Nieminen, Martelin, Koskinen et al 2010 <sup>(146)</sup>	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα από μία έρευνα για την υγεία στη Φιλανδία που αφορά σε 8028 ενήλικες. Εξετάζει τη σχέση του κ.κ. με την Π.Σ.Υ.	Γ + Δ Κοινωνική στήριξη, συμμετοχή σε κοινωνικά δίκτυα, εμπιστοσύνη και αμοιβαιότητα.	A	Π.Σ.Υ.	Η καλή Π.Σ.Υ. σχετίζεται με υψηλά ποσοστά κοινωνικής συμμετοχής και δικτύωσης, εμπιστοσύνης και αμοιβαιότητας. Η κοινωνική στήριξη χάνει την επίδρασή της στην υγεία μετά την καταμέτρηση κοινωνικό – δημογραφικών παραγόντων και άλλων χρόνιων παθήσεων καθώς και της λειτουργικότητας του ατόμου.
Borgonovi 2010 <sup>(159)</sup>	<u>Προοπτική</u> μελέτη με δεδομένα από το National Child Development Survey & British Cohort Study – 2 μελέτες που παρακολουθούν τον κύκλο ζωής των παιδιών που γεννήθηκαν μία συγκεκριμένη βδομάδα το 1958 και το 1970 στη Μ. Βρετανία. Εξετάζει τη σχέση του κ.κ. με την υγεία του πληθυσμού.	Γ + Δ Κοινωνική εμπιστοσύνη, συμμετοχή σε οργανώσεις, συμμετοχή σε θρησκευτικές λατρείες, πολιτική συμμετοχή.	A	Π.Σ.Υ.	Άτομα με υψηλά επίπεδα κ.κ. έχουν καλύτερη υγεία από τα άτομα με ↓ κ.κ. Π.χ. η διαπροσωπική εμπιστοσύνη σχετίζεται με μικρότερη πιθανότητα να δηλώσει κάποιος κακή Π.Σ.Υ. Το κ.κ. μπορεί να είναι ένας από τους παράγοντες που επηρεάζουν τις υγειονομικές ανισότητες.

**Πίνακας 3:** (συνέχεια)

Άρθρο (παραπομπή)	Σχεδιασμός έρευνας/ Δεδομένα	Δείκτες μέτρησης κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος SRH	Αποτελέσματα
Bostrom, Persson, Eriksson 2010 (155)	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα από το “Life & Health 2004” που έγινε σε μία κοινότητα της Σουηδίας και αφορά σε 2346 άτομα 18 – 84 ετών. Εξετάζει την επίδραση του κ.κ. και της συνοχής στη γειτονιά με την υγεία του ατόμου.	Γ + Δ Προσωπική στήριξη, αίσθημα υπερηφάνειας, συμμετοχή σε οργανώσεις.	A	Π.Σ.Υ.	Η κακή Π.Σ.Υ. σχετίζεται με δείκτες του κ.κ, όπως η έλλειψη κοινωνικής στήριξης και η έλλειψη αίσθησης περηφάνειας ακόμα και μετά τον έλεγχο για συμπαράγοντες, όπως η ηλικία, το φύλο, η αναπηρική σύνταξη, η εθνικότητα, η οικονομική επιβάρυνση. Παράγοντες που σχετίζονται με τη γειτονιά, την περιοχή κατοικίας και τη μονιμότητα της κατοικίας επίσης σχετίζονται με την Π.Σ.Υ. Η γειτονιά μπορεί να προωθήσει τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις γεγονός που οδηγεί στην ανάπτυξη του κ.κ. που βελτιώνει την υγεία.

(κ.κ. = κοινωνικό κεφάλαιο, Π.Σ.Υ. = προσωπική αντίληψη της σωματικής υγείας, Π.Ψ.Υ. = προσωπική αντίληψη της ψυχικής υγείας, Γ = γνωστικό κ.κ., Δ= δομικό κ.κ., ↑= υψηλό, ↓ = χαμηλό, A= ατομικό κ.κ., ΑΘ. = αθροιστικό κ.κ., ΣΥΛ. = συλλογικό κ.κ., SRH = self – rated health =προσωπική αντίληψη της υγείας )

**Πίνακας 4:** Χαρακτηριστικά μελετών ενός επιπέδου για τη σχέση του κοινωνικού κεφαλαίου με την προσωπική αντίληψη της υγείας. Οικολογικές μελέτες.

Άρθρο (παραπομπή)	Σχεδιασμός έρευνας/ Δεδομένα	Δείκτες μέτρησης κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος SRH	Αποτελέσματα
Carlson 2004 (173)	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα από το World Value Survey που διεξήχθη το 1995 – 1997 και αφορά σε άτομα > 18 ετών σε 18 Ευρωπαϊκές χώρες. Σκοπός της έρευνας είναι να εξηγήσει τις διαφορές στην Π.Σ.Υ. στις διάφορες χώρες και να τις εξηγήσει με παραπομπή στην οικονομική κατάσταση και το κ.κ. των ατόμων.	Γ + Δ Εμπιστοσύνη στους άλλους, συμμετοχή σε εθελοντικές οργανώσεις, εμπιστοσύνη στο νομικό σύστημα.	A	Π.Σ.Υ.	Παρατηρούνται σημαντικές διαφορές στην υγεία ανάλογα με τη χώρα. Στις χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης βρίσκονται τα πιο ↓ ποσοστά Π.Σ.Υ. Η καλή οικονομική κατάσταση σχετίζεται θετικά με την υγεία. Η συμμετοχή σε δραστηριότητες (μόνο για τους άνδρες), η εμπιστοσύνη και η εμπιστοσύνη στο νομικό σύστημα, επίσης, μειώνουν τα ποσοστά κακής υγείας, αλλά δεν είναι τόσο σημαντικοί παράγοντες στο να εξηγήσουν τις υγειονομικές διαφορές μεταξύ των χωρών.
Boyce, Davies, Gallupe 2008 (169)	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα από το WHO's Health Behavior in school – aged children Survey 2001/2002 που αφορά σε 23841 μαθητές από τον Καναδά. Εξετάζει το ρόλο του κ.κ. σε επίπεδο γειτονιάς, την επίδραση της οικογένειας και της επικίνδυνης συμπεριφοράς των εφήβων στην υποκειμενική υγεία τους.	Γ + Δ Το κ.κ. μετράται σε επίπεδο γειτονιάς με τη χρησιμοποίηση 21 ερωτήσεων σε ότι αφορά την εμπιστοσύνη, τη συνοχή, την αμοιβαιότητα στη γειτονιά.	A	Π.Σ.Υ.	Η επικίνδυνη συμπεριφορά, τα ↓ ποσοστά κ.κ. και η αποξένωση από την οικογένεια σχετίζονται με κακή Π.Σ.Υ. Οι παραπάνω παράγοντες δεν αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Δεν παρατηρείται διαφορά στα ποσοστά του κ.κ. μεταξύ κοριτσιών και αγοριών. Τα κορίτσια δηλώνουν πιο συχνά κακή υποκειμενική υγεία.

**Πίνακας 4:** (συνέχεια)

Άρθρο (παραπομπή)	Σχεδιασμός έρευνας/ Δεδομένα	Δείκτες μέτρησης κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος SRH	Αποτελέσματα
Wang, Schlesinger, Wang et al 2009 <sup>(170)</sup>	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα από το household survey of the Rural Mutual Health Care Project του 2002 που διεξήχθη σε 22 χωριά της Κίνας και αφορά σε 9608 άτομα ηλικίας 15 – 85 ετών. Εξετάζει τη σχέση του κ.κ. με την υποκειμενική υγεία στην ύπαιθρο.	Γ Εμπιστοσύνη και έλλειψη εμπιστοσύνης.	ΑΘ.	Π.Σ.Υ. + Π.Ψ.Υ.	Σε ατομικό επίπεδο η εμπιστοσύνη και η έλλειψή της σχετίζονται με την Π.Σ.Υ. και την Π.Ψ.Υ. Η έλλειψη εμπιστοσύνης σχετίζεται σημαντικά με την κακή ψυχολογική υγεία. Τα αποτελέσματα του ατομικού κ.κ. στην υγεία εξαρτώνται από το κ.κ. του χωριού. Όμως, σε μερικά χωριά παρατηρείται μία ανεξήγητη θετική επίδραση της έλλειψης εμπιστοσύνης στην υγεία.
Nogueira 2009 <sup>(172)</sup>	Συγχρονική έρευνα με δεδομένα από το National Health Survey 1998/1999 που αφορά σε 4577 κατοίκους σε 143 γειτονίες της Λισαβόνας στην Πορτογαλία. Εξετάζει τη σχέση του κ.κ. της γειτονίας και της υγείας.	Γ + Δ 1) <u>Δεσμευτικό κ.κ.</u> : κοινωνική συνοχή και συμμετοχή (αριθμός εθελοντικών οργανισμών ή εφημερίδων/ κάτοικο). 2) <u>Ενωτικό κ.κ.</u> : συμμετοχή στα κοινά. 3) <u>Συνδετικό κ.κ.</u> : ύπαρξη θεσμών που βοηθούν την οικογένεια (παιδικοί σταθμοί, γηροκομεία).	ΣΥΛ.+ ΑΘ	Π.Σ.Υ.	Το κ.κ. σχετίζεται ισχυρά με την υγεία ακόμα και μετά την προσαρμογή για ατομικούς παράγοντες (ηλικία, μόρφωση, επάγγελμα, εισόδημα, συμπεριφορές υγείας). Το δεσμευτικό και το ενωτικό κ.κ. σχετίζονται με την υγεία. Η διαβίωση σε περιοχές με ασθενείς δεσμούς και ↓ επίπεδα οριζόντιου και κάθετου κ.κ. έχει αρνητική επίδραση στην υγεία. Η υγεία των γυναικών επηρεάζεται μόνο από το δεσμευτικό κ.κ.

**Πίνακας 4:** (συνέχεια)

Άρθρο (παραπομπή)	Σχεδιασμός έρευνας/ Δεδομένα	Δείκτες μέτρησης κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος κοινωνικού κεφαλαίου	Τύπος SRH	Αποτελέσματα
Aida, Kyriyama, Matsuda, Hozawa et al 2010 <sup>(171)</sup>	Συγχρονική έρευνα που αφορά σε 21736 ηλικιωμένους στην Ιαπωνία και εξετάζει τη σχέση μεταξύ του κ.κ. στη γειτονιά και της υποκειμενικής στοματικής υγείας.	Γ + Δ Δημιουργήθηκαν 5 μεταβλητές του κ.κ. της γειτονιάς από τη μελέτη ατομικών παραγόντων του κ.κ.: συμμετοχή σε κοινωνικά δίκτυα, αθλητικούς οργανισμούς, εθελοντικές οργανώσεις, φιλικά δίκτυα και κοινωνική στήριξη.	ΑΘ.	Π.Σ.Υ.	Υπάρχει σημαντική στατιστική συσχέτιση μεταξύ της συμμετοχής σε αθλητικές διοργανώσεις, τις φιλικές σχέσεις και της Π.Σ.Υ.

(κ.κ. = κοινωνικό κεφάλαιο, Π.Σ.Υ. = προσωπική αντίληψη της σωματικής υγείας, Π.Ψ.Υ. = προσωπική αντίληψη της ψυχικής υγείας, Γ = γνωστικό κ.κ., Δ= δομικό κ.κ., ↑= υψηλό, ↓ = χαμηλό, Α= ατομικό κ.κ., ΑΘ. = αθροιστικό κ.κ., ΣΥΛ. =συλλογικό κ.κ., Π.Στ.Υ = προσωπική αντίληψη της στοματικής υγείας, SRH = self – rated health = προσωπική αντίληψη της υγείας )