

سرمایه اجتماعی و سلامت شهری (مورد مطالعه: شهر گرمسار)

طاهره میرساردو^۱

چکیده

سلامت، بعنوان یکی از شاخص‌های اصلی توسعه‌یافتگی جوامع و حقوق جهانی بشر از موارد مورد تأکید اکثرکشورهاست. یکی از عواملی که بر سلامت اعضای جامعه مؤثر است سرمایه اجتماعی است. در تحقیق حاضر هدف اصلی، مطالعه تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت شهروندان گرمساری می باشد. روش تحقیق، پیمایش و ابزار جمع آوری داده های میدانی، پرسشنامه بود. نمونه متشکل از ۳۸۱ نفر از افراد بالای ۱۸ سال ساکن در شهر گرمسار بود که با نمونه گیری خوشه ای انتخاب شدند. در این مطالعه از نظریه کلمن، پاتنام و استفاده شد. نتایج مطالعه نشان داد که هرچه سرمایه اجتماعی افراد قوی تر باشد از میزان سلامت بالاتری برخوردار خواهند بود. مؤلفه های حمایت اجتماعی کسب شده از سوی خانواده و دوستان و مشارکت اجتماعی تفاوت معنی داری در میزان سلامت افراد مورد بررسی نشان دادند. علاوه براین، یافته ها حاکی از آنند که بین فقر و سلامت رابطه قوی ای وجود دارد و درعین حال، فقر موجب افزایش سرمایه اجتماعی دربین خانوارهای کم درآمد شده است. این خانوارها فاقد رژیم غذایی مناسب، دارای شرایط زندگی و کار ناسالم و ناامن هستند و در معرض جرم، خشونت و مواد مخدر قرار دارند.

واژه های کلیدی: توسعه شهری، سلامت، فقر، سرمایه اجتماعی

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۰۶/۲۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۰۴/۲۰

^۱- استادیار گروه جامعه شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران. (نویسنده مسئول) mirsardoo_t@yahoo.com

مقدمه

سرمایه اجتماعی از مفاهیم نوینی می باشد که امروزه در بررسی های اجتماعی جوامع مدرن مطرح شده است. سرمایه اجتماعی عمدتاً مبتنی بر عوامل فرهنگی و اجتماعی می باشد و شناسایی آن به عنوان یک نوع سرمایه، چه در سطح مدیریت کلان اقتصادی و توسعه کشورها و چه در سطح مدیریت سازمانها و بنگاهها می تواند شناخت جدیدتری را از سیستم های اقتصادی-اجتماعی ایجاد کند و کارایی سیاستها و تصمیم ها در عرصه های کلان جامعه را بهبود بخشد. سرمایه اجتماعی به معنای همبستگی بین افراد، مفهومی است که از اوایل دهه ۱۹۲۰ مطرح گردیده است و بدلیل آنکه مفهوم دیرپایی نیست، اصولاً دارای تعاریف متعددی است که توسط اندیشمندان و نویسندگان متفاوتی تعریف شده است. از جمله این افراد، می توان به اندیشمندان مطرحی چون جاکوب (۱۹۶۱)؛ کلمن (۱۹۹۸)؛ بوردیو (۱۹۸۶)؛ پوتنام (۱۹۹۵)؛ کاکس (۱۹۹۵)؛ پورتز (۱۹۹۸)؛ فوکویاما (۱۹۹۹) اشاره کرد.

سرمایه اجتماعی عمدتاً با دو مفهوم کلیدی و بسیار اساسی در ارتباط می باشد. یکی از این مفاهیم در راستای تبیین مفهوم سرمایه اجتماعی "شبکه اعتماد" است. شبکه اعتماد عبارت است از گروهی که بر اساس اعتماد متقابل به یکدیگر، از اطلاعات، هنجارها و ارزشهای یکسانی در تبادلات فیما بین خود استفاده می کنند. فوکویاما (۱۹۹۹) معتقد است که قبل از ورود به سیستم تجاری یا اقتصادی و اجتماعی باید اطلاعات کافی درباره شبکه های اعتماد موجود در آن سیستم و ویژگی های مرتبط با آن داشته باشیم. چرا که اعتماد را پایه هرگونه مبادلات اقتصادی و اجتماعی می داند. مفهوم مرتبط دیگری که با مفهوم سرمایه اجتماعی مورد تدقیق و تعریف قرار گرفت؛ مفهوم "شعاع اعتماد" است. این مفهوم به میزان گستردگی دایره همکاری و اعتماد متقابل اعضای یک گروه اشاره می کند. هرچه یک گروه اجتماعی دارای شعاع اعتماد بالاتری باشد، میزان سرمایه اجتماعی نیز بیشتر خواهد بود. همچنین، منابع سرمایه اجتماعی شامل مدنیت، مشارکت در شبکه های غیررسمی و سازمانهای داوطلبانه، اعتماد عمومی (تعمیم یافته) و هنجارهای تعامل دوجانبه است.

سرمایه اجتماعی مجموعه ای از هنجارهای اجتماعی است که از طریق ارتباط متقابل شهروندان با مجموعه مدیریت شهری ایجاد می شود. بر این اساس، مدیریت شهری باید سلامت اجتماعی، روانی، جسمی و... شهروندان را تأمین نماید. چنین فعالیتی باعث افزایش احساس مسئولیت شهروندان برای حفظ سلامت شهری می گردد. سلامت پروسه ای چند محوری است که از یک سو عوامل بسیاری در ایجاد و تداوم آن نقش دارند و حاصل مشارکت تمام دستگاههای اجرایی یک جامعه است و از سوی دیگر، مقوله سلامت تأثیر قابل توجهی بر سایر بخشهای جامعه دارد. به همین علت، در برنامه های توسعه هزاره سوم سازمان ملل متحد نیز مقوله سلامت، بعنوان یکی از شاخص های اصلی توسعه یافتگی جوامع شمرده می شود. سازمان بهداشت جهانی با توجه به نقش حیاتی سلامت جسمانی و روانی، سلامت را چنین تعریف می کند: "سلامت عبارت از حالت بهزیستی کامل جسمانی، روانی، اجتماعی است و صرفاً عدم بیماری و ضعف نیست" (WHO 1976). امروزه موضوع خدمات درمانی یک استراتژی ضروری و الزم اور برای ارتقای سلامتی همگانی و به شکل گسترده به عنوان راه حلی جهانی به منظور بهبود کیفیت بهتر زندگی و جمعیت در جهان به شمار می آید. برای این منظور دسترسی به خدمات درمانی و بهداشتی از اولین شاخص های مهم به منظور دستیابی به هدف سلامتی همگانی است (Grant et al. 2009). در حال حاضر نابرابری در برخورداری از سلامت در بین کشورهای مختلف به صورت چالشی جهانی درآمده است، به طوری که امروزه شاهد تفاوت ۴۸ ساله در امید به زندگی بین کشورهای مختلف و تفاوتی ۲۰ ساله در داخل برخی از کشورها هستیم. سهم ژنتیک در سلامت افراد ۱۵ درصد، محیط فیزیکی با ۱۰ درصد، نظام مراقبت بهداشتی در کشورها با ۲۵ درصد و عوامل اجتماعی با ۵۰ درصد از عوامل مؤثر بر سلامت هستند. در سراسر دنیا، افراد محروم دسترسی کمتری به منابع بهداشتی دارند (Stansfield & Marmot 1992: 739).

در کشور های توسعه یافته نابرابری در برخورداری از امکانات بهداشتی درمانی در شهر های مهمی همچون لندن، واشنگتن نیز به چشم می خورد. در این شهرها هنوز تبعیض های بهداشتی باعث مرگ و میرهای دردناکی می شود (Barton et al. 2010).

مطالعات انجام شده در آمریکا نشان می دهد که، بیماریهای قلبی یکی از عوامل اصلی مرگ و میر در این کشور است. در ایالات متحده آمریکا نرخهای گوناگون مرگ و میر به تنهایی ناشی از ویژگی های جمعیتی نیست بلکه در بسیاری از موارد ناشی از سطوح گوناگون دسترسی به خدمات و تسهیلات بیمارستانی است (Marmot 2004). نظام سلامت در ایران در رده ۱۲۳ جهانی است و این رتبه نشان دهنده نابرابری در توزیع بهداشت و سلامت است. بر اساس مطالعات و محاسبات سال ۱۳۸۷ سرانه تعیینی از سوی سازمان نظام پزشکی ۱۲ هزار و ۹۰۰ تومان بود، در حالی که این رقم نباید کمتر از ۱۶ درصد باشد. پوشش نامناسب بیمه ای و بضاعت ناکافی صندوق های بیمه ای یکی از مشکلات مردم است و بیمه ها به جای سلامت محور بودن صرفاً به درمان توجه می کنند (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۱۳۸۹: ۸۵).

به دلیل تاثیر عوامل عدیده اجتماعی در امر سلامت، میزان برخورداری از موهبت سلامت در جوامع متفاوت بوده و در نتیجه شاخص های سلامت در بین کشورها و حتی در درون کشورها اختلاف فاحشی دارد. در آمریکا اختلاف امید به زندگی بین سیاه پوست های فقیر و سفید پوست های غنی بالغ بر ۲۰ سال است. در کشور استرالیا هم اختلاف امید به زندگی بین بومی های آن کشور و سفیدپوستان مهاجر حدود ۲۰ سال است. در ایران محاسبات مرکز آمار ایران اختلاف بین استان تهران و سیستان و بلوچستان را حدود ۱۰ سال تخمین می زند. احتمالاً اختلاف بین پایین ترین طبقات اجتماعی استان سیستان و بلوچستان با جامعه متمکن تر تهرانی بیش از رقم مزبور است (مرندی ۱۳۸۷). سلامت شهری و سرمایه اجتماعی از طریق تعامل و کنش های متقابلی که مجریان با شهروندان دارند؛ منجر به بسط هنجارهای اجتماعی سلامت در اذهان شهروندان می گردد. ارتباط سرمایه اجتماعی با سلامت شهری شهروندان از طریق پارامترهایی چون اعتماد و تعامل متقابل، افزایش روح جمعی نسبت به آینده شکل می گیرد. با توجه به مباحث فوق در مقاله حاضر سؤال اصلی این است که سرمایه اجتماعی شهروندان گرساری چه میزان بر سلامت شهری تأثیر گذار است؟

ضرورت و اهمیت پرداختن به این موضوع از آن جهت است که با بررسی آن می توان دریافت که تعامل سرمایه اجتماعی و سلامت تا چه حد بر تعامل شهروندان و مسئولان برای کاهش هزینه های بی جهت در مورد سلامت و تقویت هنجارهای موثر بر سلامتی اثر گذار است. سرمایه اجتماعی از طریق تأثیرات بافتی و ترکیبی بر سلامتی و طول عمر شهروندان در قالب الگوهای دوستی، آسودگی و اعتماد اجتماعی شهروندان با یکدیگر، تماس اجتماعی با دوستان و رفع فشارهای روحی و کاهش احساس ناتوانی از داشتن سلامت، و... شکل می گیرد (ریاحی ۱۳۸۶). تأثیرات ترکیبی سرمایه اجتماعی چون رشد نهادهای بورکراتیک، تمرکز و تخصص در تشکیل یک دولت رفاه، پیروی مصّرانه افراد سیاسی از برنامه های سلامتی، ترویج الگوهای مشارکت طلبانه شهروندان در حوزه سلامت، آموزش الگوهای رفتار سلامت گونه، اختصاص بودجه مازاد حکومت به امر سلامت شهروندان، کاهش نابرابری های بهداشتی، قومیتی و... بر سلامت شهروندان اثر گذار است (خواجه دادی و همکاران ۱۳۸۶). بر خوردار بودن از سلامت یعنی از بین رفتن هزینه های درمانی، کاهش میزان ساعات کار مفید از دست رفته به علت بیماری و کاهش مرگ و میر که علل بهداشتی دارد. از سویی دسترسی مناسب به خدمات بهداشتی درمانی نقش مهمی در ارتقای سلامت، امنیت و آرامش خاطر جامعه داشته و از سویی شاخصی مهم در راستای تحقق عدالت اجتماعی به شمار می آید. این مسأله با توجه به مشکلات موجود در کشور های در حال توسعه و توسعه نیافته در خصوص دسترسی تمام اقشار جامعه به خدمات درمانی مورد توجه است. توجه به بهداشت و درمان نیروی کار باعث افزایش کیفیت و کمیت نیروی انسانی می شود، چرا که از یک طرف باعث کاهش مرگ و میر می شود و از طرف دیگر، ساعات غیبت ناشی از بیماری را کاهش داده و بهره وری نیروی کار را نیز افزایش می دهد.

در یک جامعه مدنی، سرمایه اجتماعی مرتبط با سلامتی از طریق توسعه و بسط آگاهی های بهداشتی و نهادینه نمودن الگوهای مثبت سلامتی، افزایش اعتماد فردی، منجمد سازی رفتارهای غلط برخورد با بیماری، بر سلامت و میزان سعادت فردی اثر گذار

است. سرمایه اجتماعی از طریق سعادت فردی و جمعی، و زندگی هدفدار جامعه از همان سنین کودکی بر طول عمر افراد، مؤثر است (سلطانی و جمالی ۱۳۸۶). کیفیت زندگی بهتر و سالم تر، انسجام اجتماعی شهروندان در حوزه مشارکت مستمر در رعایت تندرستی و سلامتی از منافع اساسی دیگر سرمایه اجتماعی بر سلامت است (Power et al. 2009). آشنایی و آگاهی با دنیای سلامت بهره مندی از پژوهش ها و نتایج آن ها با توجه به سن، درآمد، طبقه اجتماعی و سایر پارامترهای اجتماعی از دیگر منافع سرمایه اجتماعی بر سلامت شهری است. از بُعد دیگر انسجام اجتماعی بین سازمان های مرتبط با مدیریت در جهت افزایش خدمات سلامت شهری منجر به کاهش نابرابری های سلامتی، استرس ها، افسردگی ها، سوء بهداشت و سوء تغذیه شهروندان شده و بر این اساس در جوامع پارامترهایی چون ثروت و درآمد بر تندرستی و سلامت زندگی شهرنشینان در مقایسه با دیگر شهروندان جامعه بر سرمایه اجتماعی و رابطه آن با سلامت اثر گذار است. مرور مطالعات قبلی در این زمینه نشان داد که بین سرمایه اجتماعی و سلامت رابطه مستقیم وجود دارد (سالاری و همکاران ۱۳۸۹، واعظ مهدوی ۱۳۸۴، ترکان عینی زاده آجی چای ۱۳۸۹، والکر و همکاران ۲۰۰۳، کمیسیون توسعه پایدار ۲۰۱۰، مارموت ۱۹۹۹، آدامز ۲۰۰۳، گالو و ماتیوز ۲۰۰۳، گرازی واکز و اتتر ۲۰۰۴). با نگاهی اجمالی به مطالعات داخلی و خارجی مشاهده می شود که مطالعات عمدتاً توسط پزشکان و روانشناسان انجام شده است که بعد جسمانی و روانی سلامت را مورد بررسی قرار داده اند. مطالعه حاضر با دیدی جامعه شناسانه و از ابعاد اجتماعی سلامت و دسترسی به مراقبتها و خدمات بهداشتی را مورد توجه قرار داده است. در این مطالعه از نظریه علل اجتماعی بنیادی لینک و فیلان و نظریه سرمایه اجتماعی کلمن، پاتنام و بوردیو در طراحی فرضیات استفاده شده است. لینک و فیلان معتقدند که منابع مرتبط با پایگاه اقتصادی اجتماعی به افراد کمک می کند سلامت بیشتری داشته باشند و از اثرات بهداشتی زیان آور اجتناب کنند. از نظر آنها نرخ بیماری و مرگ و میر تحت تأثیر پایگاه اقتصادی و اجتماعی می تواند متفاوت باشد. به زعم آنها آموزش موجب ارتقاء رفتارهای بهداشتی همچون رژیم غذایی خوب، افزایش فعالیتهای فیزیکی شده و با تأثیر بر کارکرد شناختی موجب به تأخیر افتادن مشکلات بهداشتی می شود. درآمد منابع مقابله با بیماریها را با توانمندی افراد برای دسترسی به مراقبتهای بهداشتی فراهم می سازد و از بروز شرایط مزمن جلوگیری می کند. به اعتقاد آنها افراد با درآمد بالا اوقات فراغت خود را با فعالیتهای فیزیکی و ورزشی می گذرانند و مخاطرات روانشناختی کمتری را تحمل می کنند (Link and Phelan 1995, 1996). با توجه به موارد فوق هدف از این پژوهش شناخت تأثیر سرمایه اجتماعی و مؤلفه های آن بر سلامت و تفاوت آن در طبقات گوناگون در شهر گرمسار می باشد.

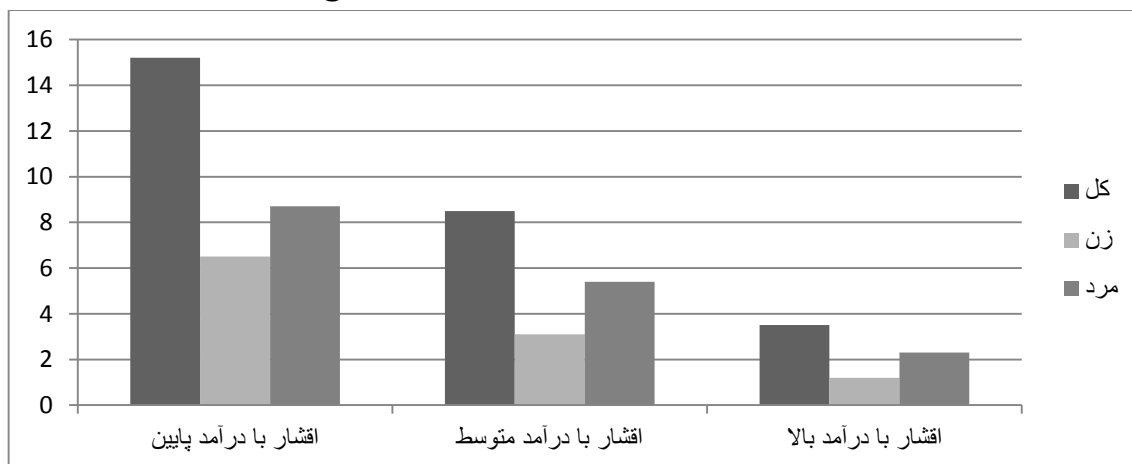
روش شناسی

مطالعه حاضر از نوع توصیفی - همبستگی است و به لحاظ کاربرد از نوع تحقیقات کاربردی است. در این پژوهش از روش کتابخانه ای برای جمع آوری اطلاعات در زمینه ادبیات مفهومی و نظری و پیشینه پژوهش استفاده شده است. برای دستیابی به اطلاعات مربوط به فرضیات تحقیق روش پیمایش به کار گرفته شده است. ابزار گردآوری یافته های پژوهش پرسشنامه و مصاحبه کانونی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه خانوارهای ساکن در شهر گرمسار است که براساس سرشماری نفوس و مسکن مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۰ کل جمعیت مناطق شهری گرمسار برابر با ۵۸۶۰۶ می باشد. با استفاده از فرمول کوکران و با اشتباه مجاز ۰,۰۵، تعداد نمونه ۳۸۱ نفر برآورد شد. روش نمونه گیری خوشه ای و سه منطقه به طور تصادفی از میان مناطق انتخاب شد که پوشش دهنده طبقات ثروتمند، متوسط و فقیر بود و از هر منطقه یک خیابان و پرسشنامه توسط یکی از اعضای خانواده ساکن در این خیابانها پر شد. واحد تحقیق یا نمونه پاسخگو، هر مرد یا زن بالای ۱۸ سال هر خانوار می باشد. در این مطالعه متغیر وابسته سلامت و متغیر مستقل سرمایه اجتماعی می باشد. متغیرهای اصلی سرمایه اجتماعی و سلامت بود که سرمایه اجتماعی با توجه به ابعاد اعتماد: اعتماد شخصی، اعتماد نهادی و اعتماد تعمیم یافته مشارکت اجتماعی و حمایت اجتماعی (شامل حمایت مالی، حمایت احساسی و حمایت اطلاعاتی) مورد سنجش قرار گرفته است. مقیاس سنجش هریک از این

ابعاد سرمايه اجتماعي طيف پنج قسمتي ليکرت مي باشد: بسيار زياد(کد ۵)، زياد (کد ۴)، متوسط (کد ۳)، ضعيف (کد ۲) و بسيار ضعيف(کد ۱). متغير سلامت را با ارزيابي شخصي فرد از سلامت خود مطالعه کرديم. اين متغير به عنوان متغير مناسب براي سنجش سلامت توسط سازمان بهداشت جهاني توصيه شده است (de Bruin et al. 1996). ارزيابي سلامت فرد توسط وي را با استفاده از طيف پنج قسمتي ليکرت مورد سنجش قرار داديم: عالي (کد ۵)، خوب (کد ۴)، نسبتاً خوب (کد ۳)، ضعيف (کد ۲) و بسيار ضعيف (کد ۱). در اين تحقيق براي اعتباريابي متغيرهاي به کار گرفته شده در ابزار اندازه گيري از اعتبار صوري و براي سنجش پاييبي ابزار از آزمون و آزمون مجدد استفاده شد و با آلفاي کرونباخ ميزان همبستگي دروني گويه ها اندازه گيري شد. همبستگي دروني تمام متغيرها بيش از ۰,۷۵۰ بود. در اين تحقيق، تجزيه و تحليل داده هاي بدست آمده از تحقيق ميداني با استفاده از آمار توصيفي و آمار استنباطي و با به کارگيري نرم افزار SPSS انجام شد.

يافته ها

آمارهاي حاصل از مطالعه نشان مي دهد طی ده سال گذشته رشد فضاي شهري سه برابر شده که بخش مهمي از خانوارها مهاجريني هستند که از روستاهای نزديک شهر به مناطق فقير نشين رو به متوسط و حاشيه شهر نقل مکان کرده اند (مرکز آمار ايران سرشماری سال ۱۳۹۰). حدود يک هشتم از خانوارهاي مورد مطالعه تک والديني با سرپرستي مادر هستند که ميانگين فرزندان اين خانوارها ۲,۳۵ مي باشد و از اين تعداد ۷ درصد کودکان و نوجوانان در شرايط نامناسبي به کار اشتغال دارند. اکثر اين مادران بيکار و يا در مشاغل يدي با درآمد پايين به کار اشتغال دارند و ۴۳ درصد اين خانوارها در حاشيه شهر و در مناطق فقير نشين زندگي مي کنند که عمده درآمد آنها يارانه است. حدود بيست درصد افراد بالای ۵۰ سال ساکن در مناطق فقير نشين، حدود ده درصد ساکن در مناطق متوسط و ۵ درصد افراد ساکن در مناطق بالا از بيماريهاي گوارشي، قلبي و فشار خون رنج مي برند (نمودار شماره ۱).



نمودار ۱: ابتلا به بيماريهاي قلبي و عروقي در افراد بالای ۵۰ سال

نتايج تحقيق حاكي از آن است که علی رغم گسترش فقر در مناطق فقير نشين اين شهر منابع اجتماعي همچون شبکه هاي اجتماعي، اعتماد، همبستگي و حمايت متقابل، فعاليتهاي جمعي مذهبي و فرهنگي بالاست. اکثر افرادی که در اين محله ها زندگي مي کنند در معرض خطر درگير شدن در مواد مخدر و جرائم قرار دارند. بيش از دو سوم اعضاي خانوارهاي با درآمد متوسط و بالا از ماشين و تاکسي براي رفت و آمد استفاده مي کنند و اکثر اعضاي خانوارهاي با درآمد پايين يا فاقد وسيله نقلیه اند و يا از موتوسيکلتي براي جابجايي استفاده مي کنند. اکثر اعضاي اين خانوارها تحت پوشش بيمه سلامت قرار دارند که اخيراً توسط دولت اجرا شده است. در مناطق متوسط و ثرومند مورد بررسي در شهر، اکثر افرادی که داراي مشاغل آزاد با درآمد بالا بودند از بيمه تأمين اجتماعي و بيمه هاي مکمل برخوردار بودند در حالی که اکثر افراد متعلق به طبقه متوسط از جمله کارکنان بخش دولتي و خصوصي از خدمات درماني سلامت و بيمه تأمين اجتماعي و بيمه هاي اجتماعي تکميلي برخوردار بودند. ۲ درصد اعضاي

خانوارهای فقیر و حاشیه نشین، ۱۲ درصد از اعضای خانوارهای طبقات متوسط و ۳۰ درصد اعضای خانوارهای پردرآمد اظهار داشتند که حداقل یک بار در سال چک آپ می کنند. نتایج حاصل از آزمون مقایسه مؤلفه های سرمایه اجتماعی حاکی از آن است که اکثر آزمودنیها از سرمایه اجتماعی متوسط رو به بالایی برخوردارند (جدول شماره یک).

جدول ۱: مقادیر آزمون t یک نمونه ای سرمایه اجتماعی آزمودنیها

مقدار آزمون t	درجه آزادی	معنی داری دو دامنه	تفاوت میانگین	فاصله اطمینان تفاوت (۹۵٪)	
				سطح پایین	سطح بالا
۳۶,۲۰۱	۹۹	۰,۰۰۰	۳,۴۲۰۰	۳,۲۳۲۵	۳,۶۰۷۵

مقایسه میزان مؤلفه های سرمایه اجتماعی نشان می دهد که که نخست مؤلفه حمایت اجتماعی (داشتن خانواده خوب و دوستان خوب و کسب حمایت آنها)، سپس مشارکت اجتماعی و اعتماد شخصی بیشترین میزان را در میان مؤلفه های سرمایه اجتماعی دارا هستند (جدول شماره ۲).

جدول ۲: مقادیر آزمون t یک نمونه ای انواع سرمایه اجتماعی

مقدار آزمون t	درجه آزادی	معنی داری دو دامنه	تفاوت میانگین	فاصله اطمینان تفاوت (۹۵٪)	
				سطح پایین	سطح بالا
۲۸,۷۴۰	۹۹	۰,۰۰۰	۱,۴۳۰۰	۱,۳۳۱۳	۱,۵۲۸۷
۲۸,۱۵۵	۹۹	۰,۰۰۰	۱,۳۲۰۰	۱,۲۲۷۰	۱,۴۱۳۰
۲۸,۲۲۶	۹۹	۰,۰۰۰	۱,۳۰۰۰	۱,۲۰۸۶	۱,۳۹۱۴
۲۸,۸۳۴	۹۹	۰,۰۰۰	۱,۴۸۰۰۰	۱,۳۷۴۴	۱,۵۴۸۷
۲۸,۹۷۰	۹۹	۰,۰۰۰	۱,۴۹۰۰	۱,۴۳۱۰	۱,۵۸۸۷

نتایج آزمون رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت در جدول شماره ۳ نشان می دهد که بین سرمایه اجتماعی و سلامت آزمودنیها همبستگی تقریباً قوی وجود دارد ($R=0.482, Sig.: .000$). وقتی رابطه تک تک مؤلفه های سرمایه اجتماعی را با سلامت مورد آزمون قرار دادیم، نتایج رگرسیون نشان داد که از بین مؤلفه های سرمایه اجتماعی، دو مؤلفه حمایت اجتماعی ($R=0.391, Sig.: .000$) و مشارکت اجتماعی ($R=0.302, Sig.: .001$) همبستگی بالاتری با سلامت نشان داده اند. می توان این گونه اذعان کرد که هر چه سرمایه اجتماعی قوی تر باشد نرخ سلامت افراد افزایش می یابد و هرچه مشارکت اجتماعی بالا تر باشد افراد از میزان سلامت بالاتری برخوردار خواهند بود. حمایت اجتماعی که شامل حمایت خانواده و دوستان و همکاران بود حاکی از آن است که حمایت خانواده و دوستان همبستگی بالاتری با سلامت دارد.

جدول ۳: همبستگی انواع سرمایه اجتماعی و سلامت

متغیرها	Method	R	R ²	Std.E	F	DF	Sig.	B	t	Std.E	Beta	Sig.	Cases
سرمایه اجتماعی و سلامت	enter	.482	.232	1.0694	29.662	1	.000	.538	5.446	.099	.482	.000	380
اعتماد شخصی و سلامت	enter	.236	.056	.4851	8.058	1	.005	.267	25.623	.139	.236	.000	380
اعتماد نهادی و سلامت	enter	.286	.082	1.1278	12.154	1	.001	.275	29.701	.167	.286	.000	380
اعتماد تعمیم یافته و سلامت	enter	.222	.49	.4000	1.243	1	.004	.420	24.901	.186	.222	.000	380
مشارکت اجتماعی و سلامت	enter	.302	.91	.5253	6.814	1	.001	.5321	32.669	.163	.302	.000	380
حمایت اجتماعی و سلامت	enter	.391	.153	1.1234	17.683	1	.000	.372	4.205	.088	.391	.000	380

بحث و نتیجه گیری

سلامت یکی از شاخصهای توسعه یافتگی است که تأثیر قابل توجهی بر بخشهای مختلف جامعه دارد و دستیابی به شاخصهای بالای آن نیازمند مشارکت تمامی دستگاههای اجرایی کشور است. در جامعه شهری و شهرنشینی امروز، ساختار مدیریت شهری ایجاب می کند که در قالب مسائل مختلف شهری در حوزه بایدها و نبایدهایی که شهروندان جامعه از بخش های اجرایی انتظار دارند، سلامت اجتماعی، روانی، جسمی و... را تأمین کنند. انتظار چنین نقشی در قالب مشارکت شهروندان با مجموعه های دولتی، غیر دولتی و مدیریت شهری باعث افزایش اعتماد اجتماعی شهروندان از نظام اجتماعی و سیاسی جامعه، بالاخص نظام اجرایی حاکم بر زندگی شهری می گردد. در واقع، در زندگی شهرنشینی امروز در حوزه سلامت رعایت هنجارها و قوانین سلامتی به نوعی نظم اجتماعی را برای بوجود آوردن یک شهر سالم بدون هرگونه استرس و آلودگی بوجود می آورد. چنین فرایند اجرایی، تنها در گرو ارتقاء مشارکت پایدار و همکاری مستقیم و غیر مستقیم بی دریغ شهروندان و افزایش احساس مسئولیت در وجدان شهرنشینان برای حفظ سلامت بهداشتی- روانی و اجتماعی است. سرمایه و سنجش سرمایه اجتماعی از طریق "اعتماد، اشتغال، مشغولیت مدنی، شبکه های اجتماعی" شاخص های معتبری برای تعامل مثبت توسعه اجتماعی و سلامت پایدار شهری خواهند بود که منجر به افزایش آگاهی شهروندان، بهبود ارتباطات و ارتقاء مهارت شهروندان در توسعه پایدار سرمایه اجتماعی و سلامت شهری خواهند شد. مطالعه حاضر نشان داد که هرچه سرمایه اجتماعی افراد قوی تر باشد از میزان سلامت بالاتری برخوردار خواهند بود. این نتیجه با نظریه کلمن (۱۳۷۷)، پاتنام (۱۳۸۰)، بوردیو (۱۹۸۶) و پاور و همکاران (۲۰۰۹) همخوانی دارد. نتایج مطالعه حاکی از آن است که دو مؤلفه سرمایه اجتماعی یعنی حمایت اجتماعی کسب شده از سوی خانواده و دوستان و مشارکت اجتماعی تفاوت معنی داری در میزان سلامت افراد مورد بررسی نشان دادند. به عبارت دیگر هر قدر افراد در شبکه های اجتماعی محلی همکاری و همبستگی بیشتری داشته باشند از سلامت بیشتری برخوردار خواهند بود. هر در فعالیتهای گروهی و مربوط به اجتماع مشارکت فعال تری داشته باشند از سلامت بیشتری برخوردار می گردند. نتایج تحقیقات لینک و بیلان (۱۹۹۵ و ۱۹۹۶) نیز مؤید این نتیجه بود. علاوه بر این هر قدر دوستان و اعضای خانواده در مواقع مشکل و مصیبت از افراد حمایت نمایند، افراد از سلامت بالاتری برخوردار خواهند شد. نتیجه تحقیق سالاری و همکاران ۱۳۸۹، واعظ مهدوی ۱۳۸۴ در ایران و راجرز (۲۰۰۵) در نیجریه نیز با این نتیجه تحقیق حاضر همخوان است. نتایج تحقیق حاضر نشان می دهد که بین فقر و سلامت رابطه معنی دار قوی وجود دارد و در عین حال فقر موجب افزایش سرمایه اجتماعی در بین خانوارهای کم درآمد شده است. این خانوارها فاقد رژیم غذایی مناسب، دارای شرایط زندگی و

کار ناسالم و ناامن هستند و در معرض جرم، خشونت و مواد مخدر قرار دارند. پریدمور و همکارانشان (۲۰۰۷) نیز در مطالعه ای که در ایالت‌های فقیر نشین هندوستان انجام دادند، شویا و همکارانشان (۲۰۰۷) نیز در مطالعه دیگری در برزیل به نتیجه مشابهی رسیدند. اجرای طرح بیمه سلامت به عنوان یک برنامه همه گیر طرحی مؤثر اما ناکافیست. با توجه به نتایج فوق می توان برنامه های زیر را برای ارتقاء سلامت شهری پیشنهاد کرد:

الف- تقویت متعین های اجتماعی همچون: منع خشونت، اشتغال، رشد کودکان و برابری جنسیتی

ب- تقویت سرمایه اجتماعی

پ- درگیر کردن اعضای اجتماع از طریق مشارکت و استفاده از فرایند توانمند سازی

ت- درگیر کردن سیاستهای بین بخشی همچون حمل و نقل، سیاست کاربری زمین و حقوق بشر- استفاده از شبکه های موجود برای پیشبرد سلامت عمومی در سطح محلی، ملی، منطقه ای

ج- حمایت در جهت پاسخگویی مالی و اجتماعی در تمام سطوح

چ- به رسمیت شناختن رابطه بین سلامت روانی و رفاه و مکانهای عمومی، فضاهای اجتماعی، پارکها و فضاهای سبز یعنی جاهایی که سرمایه اجتماعی و همبستگی اجتماعی از طریق فعالیتهای فرهنگی، هنر، اوقات فراغت، ورزش و بازی تقویت می شود.

ح- استفاده از یافته ها و شرایط محلی برای برقرار کردن پیوند میان سلامت و سایر بخشها همچون حمل و نقل، مسکن و خدمات عمومی که بر متعینهای اجتماعی تأثیر می گذارند.

خ- حمایت قوانینی که مردم، به ویژه گروههای آسیب پذیر و در معرض خطر را از تهدیدها و مخاطرات محل کار، اجتماع و مدارس محافظت می کند.

د- انجام پژوهش های مرتبط با سلامت و نتایج آن ها با توجه به انواع پارامترهای اجتماعی

منابع

ترکان عینی زاده آجی چای. (۱۳۸۹). بررسی باورها و کنش های اجتماعی فرهنگی زنان در مورد سلامت: مطالعه موردی: زنان ۳۰ تا ۵۰ ساله ایرانی - افغان و عرب ساکن محله دولت آباد شهر ری. پایان نامه.

خواجه دادی و همکاران، قربان (۱۳۸۶). سرمایه اجتماعی، سلامت و توسعه: ارتباطات و تعاملات. مجموعه خلاصه مقالات همایش سرمایه اجتماعی و توسعه در ایران، سازمان آموزش و پژوهش مدیریت برنامه ریزی ریاست جمهوری، تهران

ریاحی، محمد اسماعیل (۱۳۸۶). توصیف رابطه بین سرمایه اجتماعی با سلامتی و تبیین ساز و کارهای تاثیر گذار. مجموعه خلاصه مقالات همایش سرمایه اجتماعی و توسعه در ایران، سازمان آموزش و پژوهش مدیریت برنامه ریزی ریاست جمهوری، تهران.

سلطانی، جمالی، و ظاهره، مژده (۱۳۸۶). بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روانی. مجموعه خلاصه مقالات همایش سرمایه اجتماعی و توسعه در ایران، سازمان آموزش و پژوهش مدیریت برنامه ریزی ریاست جمهوری، تهران

مارموت، مایکل. ویلکینسون، ریچارد (۱۳۸۷). مولفه های اجتماعی سلامت. ترجمه علی منتظری. تهران: سازمان انتشارات جهاد دانشگاهی

مرکز آمار ایران سرشماری سال (۱۳۹۰). سرشماری نفوس و مسکن ۱۳۹۰- مرکز آمار ایران

واعظ مهدوی، محمدرضا (۱۳۸۴). نابرابری های اجتماعی و سلامت. دانشگاه شاهد.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۸۹). سیمای جمعیت و سلامت در جمهوری اسلامی ایران. تهران: ۱۰۰-۸۳.

Barton, H., Grant, M., Guise, R. (2010). Shaping Neighborhoods for local health and global sustainability, London: Rutledge

Bourdieu, Pierre (1986 a.) .The forms of capital. Hand book of Theory and the Search for the Sociology of Education J.G. Richardson. New York: Greenwood Press.

Coleman, James S. (1998). Social capital in the creation of human capital. American Journal of Sociology, vol. 94 Supplements, 95-120. Contemporary American discourse of civil society. In:

- Mark E. Warren (ed.): *Democracy and Trust*. Cambridge: Cambridge University Press 1999, 208-248.
- Cox, E. (1995). *A Truly Civil Society*, ABC Books, Sydney.
- deBruin, H.S.J. Picavet and A. Nossikov (1996). *Health interview surveys: towards international harmonization of methods and instruments*. Copenhagen: World Health Organization.
- Development Commission (2010). *Sustainable Development: The key to Tackling health inequalities*. SDC, London.
- Fukuyama, F. (1999). *The Great Disruption: Human Nature and the Reconstitution of Social Order*, Free Press, New York.
- Grant, M., Barton, H., Coghill, N., and Bird, C. (2009). Evidence Review on the Spatial Determinants of Health in Urban Settings, contact Grant for publication details.
- Link, Bruce G. and Jo C. Phelan (1995). Social Conditions as Fundamental Causes of Disease. *Journal of Health and Social Behavior* 35:80-94.
- Marmot, M. (2004). *The Status Syndrome: How Social Standing Affects Our Health and Longevity*. London, Bloomsbury Publishing.
- Portes, A. (1998). Social Capital: Its origins and applications in modern sociology. *Annual Review of Sociology*.
- Power, A., Davis, J., Plant, P., Kjellstrom, T. (2009). *Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010: Task Group 4: The Built Environment and Health Inequalities. Final Report 12 June 2009*. UCL, London.
- Putnam, Robert. D. (2007). Bowling alone: America's declining social capital. *Journal of Democracy*
- Pridmore P, Havemann K, Sapag J, Thomas L, Wood L. Social capital and healthy urbanization in a globalized world. *J Urban Health*. 2007 (in press). Vol. 6 , 1, 64-78.
- Sheuya S, Patel S, Howden-Chapman P. (2007). Improving health and building human capital through an effective primary care system and healthy setting approach. *J Urban Health*. .
- Stansfield, S. A. & Marmot, M.G. (1992). Social class and minor Psychiatric disorder in British civil servants: A validated screening survey using the General health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 22, 739-749.
- Rodgers, D. (2005). Youth Gangs and Perverse Livelihood Strategies in Nicaragua: Challenging Certain Preconceptions and Shifting the Focus of Analysis. *New Frontiers of Social Policy: Development in a Globalized World*. Arusha, Tanzania: The World Bank; 2005. Sustainable
- Walker G, Fairburn J, Smith G, Gordon, M . (2003). *Environmental Quality and Social Deprivation*, R&D Technical Report E2-067/1/TR, Bristol: Environment Agency.
- WHO (2002b.) *Flooding: Health effects and preventive measures*, Copenhagen and Rome, Available on line from <http://www.euro.who.int/document/mediacentre/fs0502e.pdf> accessed 7 June 2009.