

رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی در ایران

مصطفی امینی رازانی*، میرطاهر موسوی**، حسن رفیعی***

مقدمه: در نهایت سرمایه اجتماعی به عنوان یکی از تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت مطرح شده است. هدف این مطالعه بررسی رابطه میان سرمایه اجتماعی و بیان‌گرهای سلامت اجتماعی در ایران و شناخت ارتباط بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی می‌باشد.

روش: مطالعه از نوع همبستگی اکولوژیک بوده که در آن داده‌های مربوط به سرمایه اجتماعی از طرح ملی بررسی و سنجش سرمایه اجتماعی در ایران و داده‌های مربوط به بیان‌گرهای سلامت اجتماعی از داده‌های موجود و مربوط به هریک از ۳۰ استان کشور در سال ۱۳۸۶ جمع‌آوری و توسط نرم افزار SPSS تحلیل ثانویه شده‌اند.

یافته‌ها: بین سرمایه اجتماعی و متغیرهای فقر، رشد طبیعی جمعیت، خشونت، میزان باسوادی، میزان بیکاری و پوشش بیمه به عنوان بیان‌گرهای سلامت اجتماعی رابطه آماری معنی‌داری وجود دارد. همچنین جهت رابطه در مورد متغیرهای فقر، رشد جمعیت و میزان بیکاری مثبت است. در مجموع پس از انجام تحلیل عاملی اکتشافی و محاسبه نمره سلامت اجتماعی کل، رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی کل در ایران، با مقدار همبستگی $0/54 - (p \text{ value} = 0/001)$ تأیید شد و با توجه به ضریب تعیین ۳۰ درصد، می‌توان اذعان داشت ۰/۳۰ تغییرات سلامت اجتماعی با تغییرات سرمایه اجتماعی قابل توضیح است.

بحث: رابطه مستقیم سرمایه اجتماعی با فقر، رشد جمعیت و بیکاری را چنین می‌توان توضیح داد که نوع غالب سرمایه اجتماعی در استان‌های کم‌تر توسعه یافته کشور، سرمایه اجتماعی قدیم (سنتی) است که مبتنی بر روابط درون گروهی توأم با اعتماد محدود و خاص می‌باشد و این نوع سرمایه اجتماعی در استان‌های توسعه یافته کشور دچار فرسایش شده و سرمایه اجتماعی جدید (مدرن) شکل نگرفته است و در این استان‌ها با نوعی توسعه نامتوازن مواجه هستیم. بنابراین توجه به انواع سرمایه اجتماعی و به خصوص نوع جدید آن در سیاست‌گذاری‌های سلامت باعث ارتقاء و بهبود سلامت اجتماعی جامعه ایران خواهد شد.

کلید واژه‌ها: تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت، سرمایه اجتماعی، سلامت اجتماعی.

تاریخ پذیرش: ۹۰/۳/۱۷

تاریخ دریافت: ۸۹/۳/۱۵

* کارشناس ارشد رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی < aminimostafa@hotmail.com >

** دکتر جامعه‌شناس، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

*** روانپزشک و کارشناس ارشد سلامت همگانی (MPH)، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

مقدمه

سرمایه اجتماعی اگرچه مفهومی نوین و نوپا در عرصه مطالعات اجتماعی است، اما این مفهوم ریشه در روابط اجتماعی نوع بشر دارد. امروزه این امر مسلم است که رسیدن به توسعه، جامعه مدنی، معیارهای جهان شمول و بستر مناسب برای زیست اجتماعی با وجود سرمایه اجتماعی شکل می‌گیرد. کشورهای جهان سوم، جامعه‌هایی در حال گذار، با چالش‌هایی جدید هستند که این چالش‌ها تغییرات و دگرگونی‌هایی را در جامعه ایجاد می‌کنند و تأثیرات مستقیمی بر سرمایه اجتماعی دارند.

فوکویاما زندگی در جامعه دارای سرمایه اجتماعی را ساده دانسته و نارسایی‌ها و مشکلات رو به رشد کشورهای غربی را ناشی از فرسایش و تحلیل رفتن سرمایه اجتماعی می‌داند (فوکویاما، ۱۳۸۴). در بسیاری از کشورهای غربی مردم برای جزئی‌ترین مسائل اشتراکی جامعه، گروه و انجمن تشکیل می‌دهند. اما در کشورهای جهان سوم کم بودن این ارتباطات و البته کارایی نامطلوب و غیر کارکردی کانون‌ها و انجمن‌های صنفی یا گروهی، قابل توجه و ملموس است. انسان‌هایی که عضوی از یک کانون کوچک اعم از روستا، انجمن، گروه و شبکه هستند، در ارتباط با دیگر اعضای گروه احساس همدلی، همکاری، مسئولیت و اعتماد می‌کنند و یکدیگر را به کارها و هنجارهای جمعی تشویق و اطلاعات لازم را جهت کسب منافع مشترک در اختیار یکدیگر قرار می‌دهند. سرمایه اجتماعی که صبغه‌ای جامعه شناسانه دارد، به عنوان یک اهرم توفیق آفرین مطرح و مورد اقبال فراوان نیز واقع شده است. در غیاب سرمایه اجتماعی، سایر سرمایه‌ها اثربخشی خود را از دست می‌دهند و بدون سرمایه اجتماعی، پیمودن راه‌های توسعه و تکامل فرهنگی و اقتصادی، ناهموار و دشوار می‌شوند.

آرامش و سلامت، گمشده‌ای است که بشر به دنبال آن می‌گردد. ولی هرگاه از آن سخنی به میان آمده، بیش‌تر بعد جسمانی آن مورد توجه بود و جنبه اجتماعی و روانی آن کم‌تر به بحث گذاشته شده است. سالیان دراز، بسیاری از محققان بهداشتی و درمانی باور

داشتند که عوامل مؤثر بر سلامتی محدود به عوامل زیستی (بیولوژیک)، رفتاری و محیطی هستند. اما به تدریج، مفهوم سلامتی سلول و سلامتی فرد از سلامتی جامعه تمیز داده شد و تلاش برای شناسایی عوامل مؤثر بر سلامت جامعه و شاخص‌های آن آغاز گردید. نکته قابل توجه این که آن چه سلامتی سلول و فرد را از سلامتی جامعه متمایز می‌سازد، عوامل مؤثر بر آن‌ها است، بدین معنی که عوامل گوناگون زیستی، رفتاری و محیطی، میزان سلامتی فرد را تعیین می‌کنند. اما سلامتی جامعه براساس عوامل اجتماعی - اقتصادی شکل می‌گیرد. سازمان جهانی بهداشت هم ضمن توجه دادن کشورها در راستای تأمین سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی اعضاء جامعه، بر این نکته تأکید دارد که هیچ‌کدام از ابعاد سلامتی بر دیگری برتری ندارد. نقش قطعی عوامل اجتماعی و محیطی که بر سلامت مردم مؤثر هستند از زمان‌های بسیار قدیم شناسایی شده‌اند. فعالیت‌های بهداشتی قرن نوزدهم و پیش‌تر اقدامات زیر بنایی بهداشت عمومی نوین، همگی نشان دهنده آگاهی از وابستگی بین موقعیت اجتماعی شرایط زندگی و پیامدهای سلامتی مردم است. مفهوم سلامت اجتماعی^۱ به عنوان بُعد مهم دیگر سلامت در سال‌های اخیر توسط سازمان جهانی بهداشت مطرح شد و به این معناست که برای دسترسی به سلامت کامل، تنها سلامت جسمی و روانی کافی نیست بلکه از آن‌جا که انسان در محیط جمعی زندگی می‌کند، سلامت اجتماعی نیز ضروری است. امروزه سلامت چه از بعد روانی و چه از بعد جسمی، یک محصول اجتماعی است. تنظیم یک برنامه بهبود سلامت، بدون توجه به زمینه اجتماعی و فرهنگی جامعه مورد نظر به راه کارهایی غیر کارآمد می‌انجامد.

به نظر می‌رسد، «سلامت اجتماعی» را با سه تلقی می‌توان تعریف کرد:

- ۱- سلامت اجتماعی به مثابه «بعد اجتماعی سلامت فرد» که در کنار دو بعد جسمی و روانی سلامت فرد، به رابطه او با جامعه نظر دارد.
- ۲- جامعه سالم به مثابه «شرایط اجتماعی سلامت بخش».

1- social health

۳- سلامت اجتماعی به مثابه «وضعیت اجتماعی بهتر، به طور کلی» که بسته به اوضاع فعلی هر جامعه یا جماعت، مصادیق و معناهای عینی متفاوتی می‌یابد.

یک ویژگی اساسی در این تلقی، وابستگی آن به وضعیت فعلی هر جامعه است و از همین رو انتظار می‌رود تعریف جامعه سالم در جوامع گوناگون با یکدیگر تفاوت‌هایی داشته باشد. در این مطالعه تلقی ما از سلامت اجتماعی بر اساس تحقیق دلفی انجام شده توسط رفیعی و همکاران (۱۳۸۸) با عنوان «تدوین شاخص ترکیبی سلامت اجتماعی در ایران» می‌باشد که جامعه سالم را جامعه‌ای می‌دانند که حداقل دارای ویژگی‌های زیر باشد:

الف) ویژگی‌هایی که بیش‌ترین اجماع بر آن‌ها وجود دارد، شامل: ۱) کسی زیر خط فقر نباشد، ۲) خشونت در جامعه وجود نداشته باشد، ۳) رشد جمعیت کنترل شده باشد،

ب) ویژگی‌هایی که توافق کم‌تری بر سر آن‌ها وجود دارد، شامل: ۴) تبعیض جنسیتی وجود نداشته باشد، ۵) قانون همه را در اجرا و حمایت برابر بداند، ۶) پیمان حقوق بشر و سایر پیمان‌های مرتبط با حقوق انسان‌ها رعایت شود، ۷) آموزش تا پایان دوره راهنمایی اجباری و رایگان، و سپس رایگان باشد، ۸) همگان به خدمات سلامت دسترسی داشته باشند، ۹) امنیت وجود داشته باشد، ۱۰) آزادی عقیده وجود داشته باشد، ۱۱) افراد احساس رضایت از زندگی خود داشته باشند.

ج) ویژگی‌های جامعه سالم آرمانی، شامل: ۱۲) همه مردم تحت پوشش بیمه باشند (۱۳) توزیع درآمدها عادلانه باشد (حق افراد داده شود و همه برای کسب درآمد فرصت مساوی داشته باشند)، ۱۴) بیکاری وجود نداشته باشد، ۱۵) تبعیض قومی و نژادی و منطقه‌ای وجود نداشته باشد، ۱۶) حکومت نزد مردم مشروعیت داشته باشد، و ۱۷) حاکمان به شیوه مردمسالارانه انتخاب شوند و ۱۸) سپس نیز تحت نظارت مردم سالارانه باشند.

سپس، بر این اساس، رفیعی و همکاران (۱۳۸۹) با تحلیل عاملی اکتشافی، بیان‌گرهای^۱ زیر را برای سلامت اجتماعی ایران تدوین نمودند:

(۱) کسی زیر خط فقر نباشد، (۲) خشونت در جامعه وجود نداشته باشد، (۳) رشد جمعیت کنترل شده باشد، (۴) آموزش تا پایان دوره راهنمایی اجباری و رایگان، و سپس رایگان باشد، (۵) توزیع درآمدها عادلانه باشد، (۶) همه مردم تحت پوشش بیمه باشند و (۷) بیکاری وجود نداشته باشد (رفیعی و همکاران، ۱۳۸۹).

اثرات مثبت سرمایه اجتماعی بر سلامت جسمی و روانی و اثرات آن بر برخی آسیب‌ها و مشکلات اجتماعی در مطالعات بسیاری مورد بررسی قرار گرفته است، ولی حتی المقدور در ایران مطالعه‌ای در زمینه اثر سرمایه اجتماعی بر سلامت کل جامعه انجام نشده است. بنابراین در این مطالعه ما می‌خواهیم ببینیم آیا سرمایه اجتماعی به عنوان یک عامل اجتماعی اثر گذار، موجب سلامت بیش‌تر جامعه می‌شود یا خیر؟ و در پی آن هستیم که نشان دهیم سرمایه اجتماعی می‌تواند یکی از تعیین‌کننده‌های سلامت کلی جامعه باشد. در این راستا به بررسی رابطه میان سرمایه اجتماعی و بیان‌گرهای سلامت اجتماعی در ایران پرداخته‌ایم.

چارچوب نظری و پیشینه تحقیق

مطالعات مربوط به سرمایه اجتماعی و سلامت اغلب با کار امیل دورکیم در سال ۱۸۹۷ مرتبط هستند که نشان داد همبستگی اجتماعی^۲ به طور معکوسی با خودکشی مرتبط است (Durkheim, 1897). بحث محوری دورکیم در این مطالعه این است که نیروی تعیین‌کننده خودکشی روانشناختی نیست، بلکه نیروی اجتماعی می‌باشد. وی نتیجه می‌گیرد که هر اندازه همبستگی اجتماعی سست گردد و ارتباط و تعلق سنتی فرد به گروه کاسته شود او آمادگی بیش‌تری برای پایان دادن به حیات خود پیدا می‌کند.

1- indicators

2- social integration

از آن موقع ارتباط بین سرمایه اجتماعی با سلامت جسمی و روانی (Almedom, 2006; Rose, 2000; Nyqvist, 2005; Ishham et al. , 2006) در دو سطح فردی (Rose, 2000; Wilkinson, 1996; Kawachi et al. , 1999a; Hayyppa and maki, 2001) و اجتماعی (Wilkinson, 1996; Kawachi et al. , 1999a; Putnam, 2000) مورد بررسی قرار گرفت.

مفهوم سرمایه اجتماعی توسط ویلکینسون در سال ۱۹۹۶ وارد حوزه سلامت عمومی شد (Ferlander, 2007). وی و همکارانش دریافتند که ارتباط تنگاتنگی بین اعتماد اجتماعی و مرگ و میر در ایالات متحده وجود دارد (Wilkinson et al. , 1998). کاواچی و همکارانش در سال ۱۹۹۷ به ارتباط بین سرمایه اجتماعی در سطح کلی و سلامت در ایالات متحده پی بردند. آن‌ها نشان دادند که نابرابری، اعتماد و مشارکت در انجمن‌های داوطلبانه را کاهش می‌دهد که کاهش هر دوی آن‌ها به طور معکوسی سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهند (Kawachi et al. , 1997).

اخیراً محققان مختلف تمرکز ویژه‌ای بر اهمیت سرمایه اجتماعی آوندی^۱ و هم آوندی^۲ بر سلامت مبذول داشته‌اند (e. g. Narayan, 2000; Whitehead and Diderichsen, 2001; McKenzie et al. , 2002). پیوندهای بین و فراگروهی - سرمایه اجتماعی آوندی و هم آوندی - ممکن است شانس داشتن ارتباطات صحیح برای اهداف متنوع را افزایش دهد و بنابراین دسترسی به اطلاعات و منابع جدید را فراهم آورد و توانایی حل مشکلات گوناگون توسط مردم افزایش یابد (Ferlander, 2007).

اجتماعاتی که متشکل از انواع و اقسام شبکه‌های اجتماعی و انجمن‌های مدنی هستند در رویارویی با فقر و ضعف اجتماعی در موقعیت بهتری قرار دارند (Moser, 1996; Narayan, 1995; Jordan, 2008). دعواها را حل می‌کنند (Schafft Kai 1998; Ashutosh, 2000) و از فرصت‌های تازه بهره می‌گیرند (Ishham, 1999).

۱- bridging: بین گروهی را نیز می‌توان معادل این واژه در نظر گرفت.

۲- linking: فراگروهی را هم می‌توان معادل این واژه دانست.

همچنان که ملاحظه می‌گردد از دهه ۱۹۹۰ به این سو، به طور گسترده‌ای به اهمیت و تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت پرداخته شده است. داده‌های حمایت‌کننده از این ادعا، عمدتاً داده‌های پیمایشی هستند که نشان می‌دهند سطوح بالای نشان‌گرهای سرمایه اجتماعی به طور مثبتی با نشان‌گرهای سلامت خوب^۱ و مطلوب همراه هستند. از آن جایی که یکی از وجوه سلامت اجتماعی رابطه اجتماعی است، سرمایه اجتماعی می‌تواند از طریق احساس اعتماد، احساس امید به زندگی، مشارکت‌پذیری، تسهیل‌کنش‌گری جمعی، تسهیل‌کنش بر اساس اعتماد متقابل و هم‌دردی مشترک و به طور کلی تسهیل‌کنش هم‌گرایانه به سلامت اجتماعی به عنوان یکی از شقوق توسعه پایدار کمک نماید. به علاوه رابطه بین سرمایه اجتماعی و آنچه ما به عنوان بیان‌گرهای سلامت اجتماعی معرفی نمودیم (بر اساس تعریف رفیعی و همکاران)، می‌تواند در دستگاه نظری برخی نظریات جای‌گیرد که در این جا به چند مورد اشاره می‌گردد.

اسکار لوئیس در نظریه فرهنگ فقر، فقرا را دارای مختصاتی فرض می‌کند که پیامد محتوم و اجتناب‌ناپذیر آن‌ها محدود شدن شبکه روابط اجتماعی، افزایش بی‌اعتمادی اجتماعی، ایجاد انزوای اجتماعی و تضعیف پیوندهای اجتماعی، و به سخن دیگر کاهش سرمایه اجتماعی یا ممانعت از شکل‌گیری آن است. از نظر لوئیس افراد دارای خرده فرهنگ فقر در جامعه بزرگ‌تر درگیر نمی‌شوند یا فاصله خود را با آن حفظ می‌کنند. آن‌ها فاقد نهادهایی چون اتحادیه‌های کارگری و احزاب سیاسی هستند و می‌توان نوعی بی‌اعتمادی نسبت به نهادهای مسلط در جامعه را در میان آن‌ها مشاهده کرد (زاهدی، ۱۳۸۶). مختصاتی که لوئیس برای فرهنگ فقر بر می‌شمارد، نقطه مقابل وضعیت مبتنی بر اعتماد بالا، مشارکت فعال، روابط فردی و اجتماعی گسترده و پویا و احساس مفید بودن است. در محیطی که فرهنگ فقر در آن رشد نماید، سرمایه اجتماعی نمی‌تواند در آن محیط ریشه گرفته و گسترش یابد. بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت که گسترش نابرابری و

1- good health

شکاف‌های طبقاتی در جامعه موجب گسترش این فرهنگ در بین فقرا خواهد شد و این وضعیت کاهش سرمایه اجتماعی را به همراه می‌آورد (زاهدی و همکاران، ۱۳۸۷). در نظریه موقعیتی فقر^۱، فقرا به دلیل جایگاه و موقعیت خود در جامعه و نداشتن فرصت‌ها، دارای رفتارهایی متفاوت هستند. برای مثال فرصت اندکی برای رفتن به دانشگاه دارند و اغلب آن‌ها ترک تحصیل می‌کنند. این نظریه در انتقاد به نظریه فرهنگ فقر استدلال می‌کند که رفتارهایی که به عنوان فرهنگ فقر شناخته می‌شود ناشی از موقعیت افراد فقیر است نه الگوی فرهنگی آن‌ها. در واقع فقرا به جای این که به وسیله فرهنگ فقر هدایت شوند، تحت تأثیر واقعیت زندگی خودشان هستند، واقعیاتی مانند بیکاری و درآمد پائین. بر مبنای این نظریه می‌توان گفت شرایطی چون کمی درآمد، بیکاری، بیماری، بی‌سوادی و بی‌سرپرستی، آنان را دچار نوعی بی‌اعتمادی، عدم مشارکت، کاهش روابط و تضعیف پیوندهای اجتماعی می‌کند.

با عنایت به نظریه‌ها و رویکردهای اشاره شده می‌توان اذعان داشت فقر از راه‌های مختلف سطح سرمایه اجتماعی را در بین فقرا تحت تأثیر قرار می‌دهد. درآمد پائین، بی‌سوادی، بیماری، محیط اجتماعی و مسکونی نامناسب، ضعف و انواع محرومیت‌ها و محدودیت‌ها را به همراه می‌آورد. طبعاً نداشتن درآمد در جامعه امروزین انسان را از بسیاری از قابلیت‌ها باز می‌دارد؛ بیکاری، افراد را از مهم‌ترین زمینه مشارکت یعنی کار و فعالیت باز می‌دارد؛ بیماری در عین داشتن اثرات اقتصادی و روانی، حضور فعال در اجتماع را با مشکل مواجه می‌کند و به طور کلی، مجموعه این شرایط در یک رابطه تأثیر متقابل و چرخه‌ای شرایطی را فراهم می‌کنند که یکی از مهم‌ترین نتایج آن کاهش شعاع روابط اجتماعی، روند رو به نزول سرمایه اجتماعی و فرسایش آن در بین افراد است.

در مورد رابطه سرمایه اجتماعی با جرم و خشونت تئوری‌های زیادی در طول زمان سعی نموده‌اند به بررسی این رابطه بپردازند. در یک تقسیم‌بندی کلی این تئوری‌ها عبارتند

1- situational theory of poverty

از تئوری انتخاب، تئوری‌های ساختار اجتماعی، تئوری‌های فرآیند اجتماعی، تئوری‌های ترکیبی و دیگر تئوری‌های مرتبط. در هر یک از این تئوری‌ها سعی شده است از مفهوم سرمایه اجتماعی یا یکی از مؤلفه‌های آن برای کمک به تبیین توانایی‌های متفاوت اجتماعات انسانی نسبت به حل دامنه وسیعی از مسائل جمعی مانند جرم استفاده گردد (چلبی، ۱۳۸۴). در ادامه به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود:

از دیدگاه انتخاب عقلانی، افرادی که دارای انتخاب‌های عقلانی هستند، زمانی مرتکب جرم می‌شوند که سود خالص مورد انتظاری که از این فعالیت به دست می‌آید بیش‌تر از آستانه اخلاقی^۱ آن‌ها باشد. بنابراین با توجه به تئوری انتخاب ویلسون و هرمنستین (۱۹۸۵) می‌توان گفت که افزایش بالقوه پیوندهای اجتماعی می‌تواند به آسانی به عنوان بازدارنده بالقوه در نظر گرفته شود. چرا که این افزایش از نظر فرد به عنوان هزینه‌ای برای ارتکاب جرم محسوب شده و او این را با سود خالص آن مقایسه کرده و تصمیم‌گیری نهایی را نسبت به انجام دادن رفتار به وجود می‌آورد. بر اساس تئوری انتخاب عقلانی می‌توان گفت که در صورت وجود سرمایه اجتماعی مثبت و وجود روابط گرم و متقابل و اعتمادکافی بین اعضای جامعه، افراد در اغلب موارد مرتکب جرم نمی‌شوند به خاطر این که با انجام دادن آن شبکه روابط خود را از دست داده و از طرف کسانی که با آن‌ها رابطه داشته‌اند طرد می‌شوند و این فرآیند هزینه زیادی خواهد داشت و ارتکاب جرم به صرفه نخواهد بود.

تئوری ساختار اجتماعی اظهار می‌دارد که نیروهای اقتصادی و اجتماعی در جهت تخریب نواحی طبقات پائین‌تر عمل می‌نماید و بسیاری از ساکنان آن‌ها را درون الگوهای رفتاری جرم آمیز قرار می‌دهد. به طوری که سه شاخه مستقل اما مطابق با هم در درون دیدگاه ساختار اجتماعی وجود دارد که عبارتند از: تئوری بی‌سازمانی اجتماعی، تئوری فشار و تئوری انحراف فرهنگی. تئوری بی‌سازمانی اجتماعی اظهار می‌دارد اجتماعات بی‌سازمان قادر به درک ارزش‌های مشترک ساکنان و حل مسائل مختلف نیستند. به خاطر

1- moral threshold

این که آن‌ها نمی‌توانند وفاق مربوط به ارزش‌ها، هنجارها، نقش‌ها یا توافقات سلسله مراتبی را در میان اعضایشان ایجاد یا حفظ نمایند.

بر طبق تئوری بی‌سازمانی اجتماعی، سرمایه اجتماعی پایه و اساس کنترل اجتماعی است، به خاطر این که آن نیروی جمعی بیرونی را برای تحمیل نظم به وجود می‌آورد. بنابراین، اجتماعات سازمان نیافته تا حدودی گرفتار جرم و شرایط منفی دیگر می‌باشند، به خاطر این که آن‌ها قادر به انباشت سرمایه اجتماعی لازم نیستند (Rose and Clear, 1998). تئوری فشار فرض می‌کند که وقایع پر تنش در خانواده یا محله منجر به احساسات منفی و بعداً بزهکاری می‌گردد. فقدان تعلقات اجتماعی و همچنین کاهش سرمایه اجتماعی هم در جامعه و هم در درون خانواده باعث می‌شود که افراد به هنگام روبه رو شدن با منابع فشار نتوانند بر آن‌ها غلبه نمایند، در نتیجه احساسات منفی در افراد ایجاد می‌شود که منجر به جرم و خشونت خواهد شد.

دسته سوم تئوری ساختار اجتماعی تأثیرات بی‌سازمانی اجتماعی و فشار را با هم تلفیق می‌نمایند و سعی دارد تبیین کند که چگونه مردم با زندگی در محلات بی‌سازمان نسبت به انزوای اجتماعی و محرومیت اقتصادی واکنش نشان می‌دهند. به خاطر تحلیل رفتگی سبک زندگی، ناکامی و افسردگی، اعضای طبقات پائین‌تر جامعه، خرده فرهنگ مستقلی را با مجموعه قوانین و ارزش‌های خودی ایجاد می‌کنند (Siegel, 2001) که این خرده فرهنگ کج رو در میان افراد طبقات پائین جامعه باعث می‌شود که آن‌ها به یکدیگر اعتماد زیادی داشته باشند و همبستگی خود را در مقابل طبقات دیگر جامعه حفظ نمایند. این امر منجر به افزایش سرمایه اجتماعی درون گروهی شده و سازمان‌دهی تبهکاران محلی را به دنبال خواهد داشت. این نوع سرمایه اجتماعی ممکن است جرم درون گروهی را کاهش دهد، اما جرم و خشونت را برای شهر یا کشور به عنوان یک کل افزایش خواهد داد.

تئوری‌های فرآیند اجتماعی بر کنش‌های متقابل مردم با سازمان‌های گوناگون، نهادها و فرآیندهای اجتماعی تأکید می‌نمایند و مطرح می‌کنند که اگر روابط موجود در میان مردم از

نوع گرم و مثبت باشد، مردم می‌توانند از عهده مسائل اجتماعی برآیند. اما اگر این روابط منفی و مخرب باشند مردم را با مشکل مواجه ساخته و جرم و جنایت را در جامعه افزایش خواهند داد.

ظاهراً تأثیرات متضاد سرمایه اجتماعی بر روی جرم ممکن است مقداری آشفتگی و ابهام ایجاد نماید. یک روش برای سازگار کردن این تأثیرات متضاد در نظر گرفتن این است که سرمایه اجتماعی به طور بالقوه، هنگامی که در گروه‌های خاصی از قبیل تبهکاران، دسته‌های قومی و محله‌ای و غیره متمرکز شده باشند و در سرتاسر جامعه منتشر نشده باشد، باعث افزایش جرم و خشونت می‌گردند. بر عکس زمانی که سرمایه اجتماعی تمام افراد جامعه را در بر گیرد و تمام افراد جامعه روابط مبتنی بر اعتماد و صمیمیت داشته باشند، این نوع سرمایه اجتماعی سودمند بوده و بر کاهش جرم تأثیر می‌گذارد (چلبی، ۱۳۸۴) و در نهایت باعث بهبود کلی شرایط زیست اجتماعی و آسایش عمومی می‌گردد.

بنابراین هم زمان با اوج‌گیری بحث سرمایه اجتماعی در میان جامعه‌شناسان در دهه ۹۰ میلادی، توجه صاحب نظران و محققان بهداشتی درمانی نیز به طور فزاینده‌ای به رابطه سلامتی یک جامعه و عوامل اجتماعی نظیر نابرابری، اعتماد عمومی و وفاق ملی معطوف شد. تحقیقات زیادی نشان داده است در شرایطی که کشورها به سطح معینی از درآمد سرانه برسند، آستانه امید به زندگی ثابت مانده و روند ارتقای آن ادامه نیافته و هرگونه افزایش درآمد سرانه پس از آن، با افزایش امید به زندگی همراه نشده است. به عبارت دیگر، عوامل دیگری غیر از رشد اقتصادی و افزایش درآمد سرانه ملی، درصد افزایش امید به زندگی را توضیح می‌دهند. عوامل روانی - اجتماعی به احتمال زیاد نقش مهمی در این زمینه ایفا می‌کنند. در جوامع توسعه یافته، شاخص‌هایی نظیر اختلاف درآمدی، میزان اعتماد عمومی، میزان وفاق ملی و همبستگی اجتماعی و بالأخره در یک کلام سرمایه اجتماعی نقش مهم‌تری در تعیین سطح سلامت جامعه نسبت به سایر عوامل زیستی و محیطی دارند. در جوامع فقیر، نیازهای اساسی بشری (نظیر غذا، آب و سرپناه) اهمیت

بیش تری در تعیین سطح سلامت جامعه دارند. در جوامع در حال توسعه نظیر ایران، هر دو دسته فوق الذکر، به طور مشترک همراه با سایر عوامل زیستی و محیطی در تعیین سطح سلامت جامعه مؤثرند. زندگی سالم تر، محصول تعامل اجتماعی بین انتخاب های فردی از یک سو و محیط اجتماعی و اقتصادی احاطه کننده افراد از سوی دیگر می باشد. بنابراین جوامع دارای همبستگی اجتماعی و وفاق ملی، اعتماد و همدلی، توزیع عادلانه منابع و درآمدها، ایجاد کنترل غیر رسمی، کاهش فقر و نابرابری و جرایم خشونت و در یک کلام جوامع برخوردار از سرمایه اجتماعی، سطح سلامت اجتماعی بالاتری خواهند داشت.

بیان واژه ها

متغیر پیش بین: سرمایه اجتماعی

الف) تعریف نظری

دیدگاه های نظری و حوزه های مطالعاتی متفاوتی منشأ بحث سرمایه اجتماعی بوده اند و از این رو با توجه به بین رشته ای بودن مفهوم سرمایه اجتماعی، ارائه تعریفی واحد از آن را با دشواری مواجه ساخته است. در ادامه برخی از تعاریف تأثیر گذار در باره سرمایه اجتماعی ارائه می گردد:

شاید بتوان اولین مطالعه نظام مند پیرامون مفهوم سرمایه اجتماعی را مربوط به پیر بردیو دانست. به نظر وی، سرمایه اجتماعی «مجموع منابع بالفعل و یا بالقوه ای را در بر می گیرد که به مالکیت یک شبکه پایدار متصل است» (Bourdieu, 1986).

با نظریه پردازی کل من درباره سرمایه اجتماعی این مفهوم گسترش بیش تری یافت. به اعتقاد وی سرمایه اجتماعی مجموعه ای است از چیزهایی که در ذات منابع ساختاری اجتماعی تشکیلات اجتماعی، نظیر اعتماد، هنجارها و شبکه هایی که می توانند کارآیی جامعه را از طریق تسهیل عمل هماهنگ بهبود بخشند، نهفته است (Coleman, 1990). رابرت پاتنام سرمایه اجتماعی را چنین تعریف می کند: ویژگی های سازمان اجتماعی، همچون اعتماد، هنجارها و شبکه های ارتباطی که می توانند کارآیی جامعه را از طریق

تسهیل کنش هماهنگ شده بهبود بخشند و همکاری ارادی کنش‌گران اجتماعی را تسهیل نماید. (Putnam, 1993)

سرمایه اجتماعی توسط صاحب نظران مختلف به سطوح و انواع گوناگونی تقسیم‌بندی شده است که در این جا به دو نوع از انواع سرمایه اجتماعی اشاره می‌گردد که در بحث و نتیجه‌گیری مطالعه حاضر به ما کمک خواهند کرد:

سرمایه اجتماعی قدیم (سستی و خاص): سرمایه اجتماعی در جوامع سستی (ماقبل مدرن) بیش‌تر جنبه درون گروهی توأم با اعتماد اجتماعی محدود و خاص داشته است که امروزه آن را به نام سرمایه اجتماعی قدیم می‌شناسند.

سرمایه اجتماعی جدید (مدرن و عام): در جوامع مدرن با نوع دیگری از سرمایه اجتماعی سر و کار داریم که بیش‌تر جنبه بین گروهی توأم با اعتماد تعمیم یافته و عام دارد که از آن با عنوان سرمایه اجتماعی جدید نام می‌برند.

ب) تعریف عملیاتی

در این مطالعه تعریف عملیاتی ما براساس تعریف موسوی و همکاران (۱۳۸۶) به قرار زیر است:

«سرمایه اجتماعی شبکه‌ای از روابط و پیوندهای مبتنی بر اعتماد اجتماعی بین فردی و بین گروهی و تعاملات افراد با نهادها، سازمان‌ها، و گروه‌های اجتماعی است که به همبستگی و انسجام اجتماعی و برخورداری افراد و گروه‌ها از حمایت اجتماعی و انرژی لازم برای تسهیل کنش‌ها در جهت تحقق اهداف فردی و جمعی منجر می‌شود.»

متغیر پاسخ: سلامت اجتماعی

الف) تعریف نظری

سلامت از جمله مفاهیمی است که به دشواری می‌توان تعریف دقیقی از آن ارائه نمود. نه تنها تعریف این مفهوم به صورت مطلق دشوار است، بلکه معنای آن در طی زمان در حال

تغییر می‌باشد. تنوع تعاریف پیشنهاد شده، دیدگاه‌های متفاوتی را ارائه می‌دهند که درست یا نادرست بودن آن را نمی‌توان به وضوح تشخیص داد. مفهوم سازی سلامت به طور گسترده‌ای از یک فرهنگ به فرهنگ دیگر و از یک دوره تاریخی به دوره دیگر متفاوت می‌باشد. ایالات متحده آمریکا در سال‌های اخیر تغییر پارادایم (دیدمان) نسبت به تفکر پیرامون سلامت را پایه‌ریزی نموده است. پارادایم قدیم بر بیماری تأکید می‌کرد در حالی که پارادایم جدید بر سلامت، عمل کرد و بهزیستی (آسایش) تأکید می‌کند. اختلاف نظر در مورد معنا و مفهوم سلامت رایج است، چرا که سلامت می‌تواند دارای ابعاد پزشکی، اجتماعی، اقتصادی، روانی و ابعاد بسیار دیگری باشد.

در متون موجود تعریف رسمی از سلامت اجتماعی وجود ندارد (Farrell and Martin, 2005). ولی به طور کلی طبق تعاریف (Renne (1974)، Greenblatt (1975)، Durkheim (1951)، Larson (1996) و Keyes (2004) سلامت اجتماعی افراد را می‌توان در رابطه با عمل کردشان به عنوان عضوی از اجتماع تعریف نمود. طبق این تعریف سلامت اجتماعی به مثابه صفتی از فرد در نظر گرفته شده است.

ولی اولین بار انستیتو دانشگاه فوردهام برای ابداع سیاست اجتماعی در سال ۱۹۸۷ شاخص سلامت اجتماعی را منتشر کرد (Miringoff and Miringoff, 1990). میرینگوف‌ها برخلاف صاحب نظران فوق، همانند ما سلامت اجتماعی را صفتی از جامعه می‌دانستند. سلامت اجتماعی بسته به اوضاع فعلی هر جامعه یا جماعت، مصادیق و معناهای عینی متفاوتی می‌یابد. از همین رو انتظار می‌رود تعریف جامعه سالم در جوامع گوناگون با یکدیگر تفاوت‌هایی داشته باشد و با شاخص‌های گوناگونی سنجیده شود.

ب) تعریف عملیاتی

در این مطالعه تعریف عملیاتی ما براساس نتایج به دست آمده از مطالعه دلفی «تدوین شاخص ترکیبی سلامت اجتماعی در ایران» بدین صورت می‌باشد:

«جامعه سالم، جامعه‌ای است که در آن (۱) کسی زیر خط فقر نباشد، (۲) خشونت در جامعه وجود نداشته باشد، (۳) رشد جمعیت کنترل شده باشد، (۴) آموزش تا پایان دوره راهنمایی اجباری و رایگان، و سپس رایگان باشد، (۵) همه مردم تحت پوشش بیمه باشند و (۶) بیکاری وجود نداشته باشد»

روش تحقیق

نوع مطالعه

مطالعه از نوع همبستگی اکولوژیک (بوم شناختی) بوده که در آن داده‌های موجود تحلیل ثانویه شده‌اند.

جامعه مورد مطالعه

با توجه به ماهیت مطالعه، جامعه آماری این پژوهش ۳۰ استان کشور در سال ۱۳۸۶ می‌باشد. به عبارت دیگر واحد مطالعه ما گروه است نه فرد، که شامل جمعیت‌هایی می‌شود که در یک مقطع زمانی (سال ۱۳۸۶) در مکان‌های مختلف (۳۰ استان کشور) به سر می‌برند.

نحوه گردآوری داده‌ها

داده‌های مربوط به این مطالعه در دو بخش جمع‌آوری شده است. بخش اول، مربوط به داده‌های سرمایه اجتماعی است. در این بخش داده‌های طرح ملی بررسی و سنجش سرمایه اجتماعی در ایران (موسوی و همکاران، ۱۳۸۶) مورد استفاده قرار گرفته است. جامعه آماری طرح مذکور مجموع افراد ۱۵ سال به بالای خانوارهای معمولی ساکن در مراکز ۳۰ استان کشور در بهار سال ۱۳۸۵ بوده است. روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای بوده و در برآورد حجم نمونه به دلیل عدم آگاهی از توزیع صفت متغیر وابسته (سرمایه اجتماعی) به جای روش‌های مرتبط با نمونه‌گیری خوشه‌ای از روش نمونه‌گیری کوکران

که مخصوص نمونه‌گیری تصادفی است استفاده شده و حجم نمونه ۱۲۰۰۰ نفر به دست آمده است. نوع تحقیق پیمایشی و تکنیک عمده گردآوری داده‌ها پرسش نامه بوده است. بخش دوم، داده‌های مربوط به بیان‌گرهای سلامت اجتماعی است. در این بخش داده‌های مرتبط با رشد جمعیت از داده‌های سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۸۵ و برآوردهای جمعیتی سال ۱۳۸۶ و داده‌های مربوط به میزان باسوادی، میزان بیکاری و پوشش بیمه از سال‌نامه آماری سال ۱۳۸۶ استخراج شده است. داده‌های مربوط به خشونت (قتل عمد و ضرب و جرح) از طریق مراجعه به معاونت طرح و برنامه و بودجه - اداره آمار، نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران (ناجا) گردآوری شده است. داده‌های مربوط به نسبت هزینه خوراک به غیر خوراک از نتایج بررسی بودجه خانوار در مناطق شهری ایران در سال ۱۳۸۶، اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران، استخراج شده است.

روش تحلیل داده‌ها

پس از گردآوری، تفکیک و آماده سازی، داده‌ها وارد نرم افزار SPSS شدند. در ابتدا با استفاده از آزمون کلموگروف اسمیرنوف نرمال بودن متغیرها مورد بررسی قرار گرفت. در ادامه با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون رابطه بین سرمایه اجتماعی و نشان‌گرهای سلامت اجتماعی بررسی شدند.

یافته‌ها

همان‌طوری که در جدول شماره ۱ ملاحظه می‌گردد، میانگین سرمایه اجتماعی در استان‌های کم‌تر توسعه یافته کشور نظیر سیستان و بلوچستان و ایلام بالا و برعکس، در استان‌های توسعه یافته‌تر نظیر اصفهان و تهران پایین است. شاید این امر به دلیل این واقعیت باشد که با گسترش شهرها و توسعه نابرابر و نامتوازن سرمایه اجتماعی به ویژه نوع قدیم یا عام آن دچار فرسایش می‌گردد ولی هم زمان با آن، سرمایه اجتماعی جدید یا

خاص جایگزین نمی شود (عبداللهی و موسوی، ۱۳۸۶)، به علاوه در بین سی استان کشور از نظر شاخص فقر (هزینه خوراکی به غیر خوراکی)، استان تهران نسبت به بقیه استان‌ها در وضعیت بهتری قرار دارد. به عبارتی در این استان نسبت بیش تری از درآمد خانوارها صرف هزینه‌های غیر خوراکی می گردد و نشان می دهد خانوارهای تهرانی نسبت به بقیه استان‌ها، تا حدی از مرحله تأمین نیازهای اولیه، عبور کرده‌اند و ۸۰ درصد درآمدشان صرف هزینه‌هایی به غیر از خوراک می شود. همچنین استان سیستان و بلوچستان از نظر بیان‌گرهای فقر و خشونت دارای بیش ترین مقدار و از نظر میزان باسوادی و پوشش بیمه در پایین ترین سطح قرار دارد.

جدول ۱: توزیع میانگین و انحراف معیار سرمایه اجتماعی و بیان‌گرهای سلامت اجتماعی در ایران در سال ۱۳۸۶

تعداد بیمه شدگان در هر ۱۰۰۰ نفر	تعداد با سوادان بالای ۶ سال در هر ۱۰۰۰ نفر	میزان بیکاری	ضرب و جرح در هر ۱۰۰۰۰ نفر	قتل عمد در هر ۱۰۰۰۰ نفر	رشد طبیعی جمعیت	هزینه خوراکی به غیر خوراکی	سرمایه اجتماعی *		
۱۱۱	۸۲۹	۱۰/۹	۱۲/۹۴	۰/۲۶	۱۲/۷۵۴	۰/۳۴۷	۱۰۰/۶۴	میانگین	
۴۵/۵	۴۲/۶	۲/۶	۱۵	۰/۱۲	۳/۶	۰/۰۶	۹/۳۱	انحراف معیار	
۴۷	۶۸۰	۷/۱	۰/۱۹	۰/۰۳	۵/۱	۰/۲۰	۹۷/۸	مقدار	حداقل
سیستان و بلوچستان	سیستان و بلوچستان	آذربایجان شرقی	کرمانشاه	خراسان جنوبی	هرمزگان	تهران	اصفهان	استان	
۲۵۸	۹۱۲	۱۷/۶	۶۲/۸	۰/۵۲	۲۵/۹	۰/۴۵	۱۰۵/۳	مقدار	حداکثر
بوشهر	تهران	کهکیلویه و بویر احمد	قم	ایلام	سیستان و بلوچستان	ایلام و سیستان	سیستان و بلوچستان	استان	

* موسوی و همکاران، (۱۳۸۶).

به منظور بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و بیان گره‌های سلامت اجتماعی، ابتدا با استفاده از آزمون کلموگرف اسمیرنف نرمال بودن متغیرها بررسی شدند که در نرمالیه کلیه متغیرها تأیید شد. سپس با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون معنادار بودن این روابط مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول شماره ۲ آورده شده است.

جدول ۲: همبستگی پیرسون بین سرمایه اجتماعی و بیان گره‌های سلامت اجتماعی در ایران در سال ۱۳۸۶

متغیرها	رشد طبیعی	رشد عمد	بیکاری	میزان باسواد	بیمه
ضریب همبستگی	۰/۳۷۸	- ۰/۲۱	- ۰/۰۶	۰/۲۳	- ۰/۳۶
ضریب تعیین	۰/۱۴	۰/۰۵	----	۰/۰۵	۰/۱۳
مقدار احتمال	۰/۰۰۸	۰/۱	۰/۳۷	۰/۱	< ۰/۰۰۱

با استناد به نتایج آزمون همبستگی پیرسون و با اطمینان ۹۵ درصد و سطح خطای کم‌تر از ۰/۰۵، رابطه آماری معنی‌داری بین سرمایه اجتماعی و متغیرهای فقر، رشد طبیعی جمعیت، میزان باسواد و پوشش بیمه وجود دارد.

در آزمون همبستگی، در مواردی که حجم نمونه را نمی‌توان افزایش داد (مثل تعداد استان‌های کشور) می‌توان با سطح اطمینان ۰/۹۰ و سطح خطای کوچک‌تر از ۰/۱، رابطه را معنادار فرض کرد. بنابراین در این سطح اطمینان و خطا، رابطه آماری معناداری بین سرمایه اجتماعی و متغیرهای قتل عمد و میزان بیکاری وجود دارد. همچنین با توجه به نتایج جدول شماره «۲» رابطه آماری معناداری بین دو متغیر سرمایه اجتماعی و ضرب و جرح وجود ندارد.

همچنان که ملاحظه می‌گردد، جهت روابط بین سرمایه اجتماعی و شاخص فقر، رشد جمعیت و بیکاری مثبت (مستقیم) و بقیه متغیرها منفی است.

جدول ۳: همبستگی پیرسون بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی کل در ایران

سلامت اجتماعی		متغیرها
-۰/۵۴	ضریب همبستگی پیرسون	سرمایه اجتماعی
۰/۳۰	ضریب تعیین	
۰/۰۰۱	مقدار احتمال	

پس از انجام تحلیل عاملی و محاسبه نمره سلامت اجتماعی کل، همبستگی آن با سرمایه اجتماعی مورد بررسی قرار گرفت. همان طور که در جدول شماره ۳ ملاحظه می‌گردد بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی در ایران، رابطه منفی معناداری وجود دارد و مقدار همبستگی آن -0.54 ($p \text{ value} = 0.001$) می‌باشد. به عبارتی سرمایه اجتماعی (نوع قدیم آن) با عدم سلامت اجتماعی رابطه مستقیم دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

مطابق یافته‌های تحقیق حاضر، رابطه بین سرمایه اجتماعی و فقر در ایران رابطه‌ای معنادار و مثبت است. بدین معنا که در استان‌های مورد مطالعه مشاهده می‌شود که مراکز با سرمایه اجتماعی بالا (که دارای سرمایه اجتماعی نوع قدیم می‌باشند) از فقر بالاتری برخوردار هستند. این یافته برخلاف یافته‌های مطالعات بسیاری از قبیل زاهدی و همکاران (۱۳۸۷)، شادی طلب (۱۳۸۷)؛ Morris, 1998 و Grootaert, 1999 است که رابطه بین سرمایه اجتماعی و فقر را معنادار و منفی می‌دانند. توضیح این که در مراکز استان‌های کم‌تر توسعه یافته کشور نظیر زاهدان و ایلام، سرمایه اجتماعی قدیم بیش‌تر از مراکز استان‌های توسعه یافته‌تر چون تهران و اصفهان است. هرچه در جامعه‌ای مبادله بالاتر و خلاقانه‌تر باشد، آن جامعه از فقر فاصله می‌گیرد و توسعه می‌یابد. یکی از ابزارهای رابطه گسترده و خلاقیت، اعتماد و شفافیت است. چون در استان‌های کم‌تر توسعه یافته کشور اعتماد از نوع سنتی و

درون گروهی است، حجم مبادلات اقتصادی معطوف به درون گروه است و مبادله بیرون از گروه کم تر صورت می گیرد. لذا این مناطق از گردش اقتصادی کم تری برخوردار هستند. فوراً این جا تأکید می نماید فقدان توسعه یافتگی در این استان ها در منظومه ای از دلایل، قابل رهیابی است لیکن یکی از متغیرهای قابل توجه موضوع اعتماد و سرمایه اجتماعی است که نشان می دهد، فعالیت و تولید اقتصادی درون گروهی و محدود یا این که برون گروهی و گسترده است. طبیعتاً هر یک از این دو حالت آثار مستقیم خود را در تقلیل یا گسترش نرخ فقر به رخ می کشد. سرمایه اجتماعی جدید یا عام از طریق افزایش تعامل، افزایش تعامل توأم با اعتماد، گسترش اعتماد اجتماعی و نهادهای ارتباطی به توسعه اقتصادی از طریق ۱- تسریع در مبادله ۲- کاهش ریسک مبادله، ۳- افزایش اعتماد ۴- بالا بردن شفافیت در مبادله و ۵- از بین بردن روابط پنهان و شبکه مافیای که لازمه توسعه اقتصادی هستند، کمک می کند. لذا در استان های کم تر توسعه یافته کشور که سرمایه اجتماعی قدیم (درون گروهی) بالا و سرمایه اجتماعی جدید (بین و فرا گروهی) کم می باشد، مبادلات محدود، غیر فراگیر، ناقص، غیر شفاف و فقر آفرین است.

توضیح دیگری که می توان داد این است که استان های توسعه یافته کشور با پدیده توسعه تحریف شده^۱ یا نامتوازن مواجه شده اند. توسعه تحریف شده در جوامعی وجود دارد که توسعه اقتصادی با توسعه اجتماعی به صورت توأمان همراه نگشته و توسعه اجتماعی ملازم و هماهنگ با توسعه اقتصادی حرکت نکرده است. در این جوامع مشکل اصلی فقدان توسعه اقتصادی نیست بلکه شکست در هماهنگ نمودن عینیت های توسعه اقتصادی با توسعه اجتماعی و عدم تضمین رسیدن مزایای ناشی از توسعه اقتصادی به دست همه مردم، مشکل اصلی این جوامع را ایجاد می کند. با این حال، با عنایت به ضریب تعیین ۰/۱۹ می توان اذعان داشت یک انحراف معیار تغییر در سرمایه اجتماعی باعث ۱۹ درصد تغییر در متغیر فقر می شود.

1- distorted development

رابطه بین سرمایه اجتماعی و قتل عمد معنی دار و منفی است. بدین معنی که با افزایش سرمایه اجتماعی قتل عمد کاهش می‌یابد که مطابق با نتایج به دست آمده از مطالعات چلبی و مبارکی (۱۳۸۴)، Kawachi, et al., 1999b, et al., 1998 Walberg Savage and, Satoshi 2002; Wright and Fitzpatrick, 2006 می‌باشد. علت عدم معنی داری رابطه ضرب و جرح با سرمایه اجتماعی می‌تواند به دلیل گزارش دهی ناقص و کم‌تر از مقدار واقع آن باشد. برای مثال در استان خوزستان در سال ۱۳۸۵، ۵۶۷۹ مورد ضرب و جرح و سال ۱۳۸۶، ۱۴۴ عدد ضرب و جرح و یا در سیستان و بلوچستان ۲۴۶ مورد ضرب و جرح در سال ۱۳۸۶ گزارش شده است.

بر اساس نتایج این مطالعه رابطه معنی داری بین سرمایه اجتماعی و میزان باسوادی وجود دارد. هم چنین مقدار این رابطه که برابر با ۰/۶۰ - است دلالت بر همبستگی نسبتاً قوی و منفی بین دو متغیر سرمایه اجتماعی و سواد دارد. جهت منفی این رابطه نشان می‌دهد با افزایش سواد به دلیل این که افراد خواهان روابط بین و فراگروهی همراه با اعتماد تعمیم یافته هستند و از آن جایی که در جامعه کنونی ما به ندرت جذب نهادها، انجمن‌ها، احزاب، NGOها، گروه‌های داوطلبانه و غیره می‌شوند، از میزان سرمایه اجتماعی آنها کاسته می‌شود.

در این مطالعه برای اولین بار به بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و رشد جمعیت نیز پرداخته شد. که بر اساس نتایج همبستگی پیرسون رابطه معنادار و مستقیمی بین آن دو تأیید شد. مثبت شدن جهت رابطه را این چنین می‌توان توضیح داد که در استان‌های کم‌تر توسعه یافته کشور به دلیل این که هنوز الگوی رشد جمعیت روستایی و بالاست، سرمایه اجتماعی قدیم، که مبتنی بر روابط بین فردی است با افزایش جمعیت و بالتبع آن افزایش کمیت روابط بین افراد افزایش می‌یابد.

سرمایه اجتماعی قدیم با سلامت اجتماعی رابطه منفی دارد. با توجه به ضریب تعیین ۰/۳۰، ۳۰ درصد تغییرات (پراکنش یا واریانس) سلامت اجتماعی با تغییرات سرمایه

اجتماعی قابل توضیح است و ۷۰ درصد باقیمانده را باید به حساب متغیرهای دیگر گذاشت. جهت منفی رابطه نشان می‌دهد در استان‌هایی که سرمایه اجتماعی قدیم در آن‌ها بالاست، بیان‌گرهای عدم سلامت اجتماعی یعنی وجود فقر، رشد جمعیت، خشونت و بیکاری، بالا و میزان باسوادی و پوشش بیمه پائین است.

لازم به ذکر است سرمایه اجتماعی قدیم یا خاص ضمن این که برای آشنایان و اعضای گروه‌های غیر رسمی می‌تواند مفید باشد و نقش مثبتی در تسهیل کنش‌های افراد و پیشگیری از آسیب‌ها ایفا نماید، ممکن است به مقتضای تعهداتی که افراد نسبت به گروه‌ها پیدا می‌کنند در سطوح بالاتر نقش منفی ایفا کند و از مشارکت جمعی و بسط اعتماد اجتماعی در بین افراد جلوگیری نماید و لذا سرمایه اجتماعی قدیم یا خاص فرصت است ولی اگر از آن به طور صحیح استفاده نشود و مانع شکل‌گیری سرمایه اجتماعی جدید شود تبدیل به تهدید می‌شود. در مجموع می‌توان گفت، در جوامع در حال گذار امروزی چون ایران که به تبع ارتباط با جهان مدرن، مهاجرت، تغییرات اجتماعی و اجرای برنامه‌های نوسازی از بالا توسط دولت‌ها، سرمایه اجتماعی قدیم و خاص دچار فرسایش گردیده و سرمایه اجتماعی جدید و عام هم به صورت کافی شکل نگرفته است، با نوعی نابسامانی اجتماعی در سطوح خرد و کلان سر و کار داریم که معرف پیدایش گسل‌ها و گسست‌های اجتماعی و منبع اصلی زایش و افزایش انواع مسائل و آسیب‌های اجتماعی است که همگی سلامت کلی جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

آن چه در تفسیر یافته‌های این مطالعه باید مد نظر قرار داد، در واقع همان محدودیت‌ها یا نقاط ضعف مطالعات همبستگی است. به عبارت دیگر همبستگی دو متغیر صرفاً به معنای همراهی تغییرات آن دو است و الزاماً علیت را نمی‌توان از آن نتیجه گرفت. در این مطالعه میان دو متغیر سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی همبستگی یافت شد لیکن از این یافته به راحتی نمی‌توان نتیجه گرفت که سرمایه اجتماعی موجب سلامت اجتماعی می‌شود. ممکن است برعکس، سلامت اجتماعی موجب شکل‌گیری سرمایه اجتماعی شود.

این وضع را اصطلاحاً علیت وارون می‌خوانند و این مشکل تحقیق‌های همبستگی را که رابطه علی میان متغیرها می‌تواند در هر دو جهت مطرح باشد را مشکل جهت‌مندی می‌نامند. علاوه بر علیت وارون به احتمال علت ثالث هم در تفسیر همبستگی باید توجه داشت. ممکن است اساساً عامل دیگری مثل سطح توسعه یافتگی استان‌ها در کار باشد که سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی را سبب شده است. برای کاهش مشکل جهت‌مندی، مطالعه هم‌گروهی تقاطعی یا قطری پیشنهاد می‌شود و برای کاهش مشکل متغیر ثالث یا مخدوش‌گر باید آن را شناسایی و داده‌های مربوط به آن را جمع‌آوری کرد تا بتوان آن را کنترل نمود. نکته دیگر که در تفسیر نتایج این تحقیق باید ملاحظه نظر قرار گیرد این است که باید مراقب سوگیری بوم‌شناختی باشیم یعنی ممکن است متغیرها در سطح جمعیتی و استانی با هم رابطه داشته باشند اما در سطح فردی چنین رابطه‌ای مشاهده نشود.

در مجموع پیشنهاد می‌شود با توجه به نقش اساسی سرمایه اجتماعی به عنوان یکی از تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و یک متغیر غیر اقتصادی برای رسیدن به جامعه‌ای سالم (سلامت اجتماعی)، سرمایه اجتماعی و به خصوص نوع جدید و عام آن که متضمن مشارکت گسترده‌تر و سامان یافته مردم همراه با احساس اعتماد اجتماعی بالاست، در برنامه ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های سلامت مد نظر قرار گیرد.

- چلبی، م. مبارکی، م. (۱۳۸۴)، تحلیل رابطه سرمایه اجتماعی و جرم در سطوح خرد و کلان، *مجله جامعه‌شناسی ایران*، دوره ۶، (۲): ۳ تا ۴۴.
- رفیعی، ح. سمیعی، م. فروزش، ک. قازاریان، م. سینا رحیمی، س.ع. (۱۳۸۸)، گزارش نهایی تحقیق تدوین شاخص ترکیبی سلامت اجتماعی در ایران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- رفیعی، حسن. امینی رازانی، مصطفی. سمیعی، مرسده. اکبریان، مهدی. (۱۳۸۹)، سلامت اجتماعی در ایران: از تعریف اجماع مدار تا شاخص شواهد محور، *همایش سلامت اجتماعی*، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- زاهدی، م. (۱۳۸۶)، توسعه و نابرابری، تهران، انتشارات مازیار.
- زاهدی، م. ملکی، الف. حیدری، الف. (۱۳۸۷)، فقر و سرمایه اجتماعی، *فصلنامه علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی*، سال ۷ (۲۸): ۷۹ تا ۱۰۶.
- شادی طلب، ژ. حجتی کرمانی، ف. (۱۳۸۷)، فقر و سرمایه اجتماعی در جوامع روستایی، *فصلنامه علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی*، سال ۷ (۲۸): ۳۵ تا ۵۶.
- عبداللهی، م. موسوی، م. (۱۳۸۶)، سرمایه اجتماعی در ایران، وضعیت موجود، دور نمای آینده و امکان‌شناسی گذار، *فصلنامه علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی*، سال ۶ (۲۵): ۱۹۵ تا ۲۳۳.
- فوکویاما، ف. (۱۳۸۴)، سرمایه اجتماعی و جامعه مدنی، *مجموعه مقالات سرمایه اجتماعی*، تهران، انتشارات شیرازه.
- موسوی، م. پیران، پ. شیانی، م. عبداللهی، م. مدنی، س. (۱۳۸۶)، *طرح ملی بررسی و سنجش سرمایه اجتماعی در ایران*، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- Almedom, A. M. (2005), Social Capital and Mental Health: An Interdisciplinary Review of Primary Evidence, *Social Science and Medicine* 61: 943-64.
- Ashutosh, Varshney, (2000), *Ethnic conflict and civic life: Hindus and Muslims in India*, New Haven, Conn: Yale University press.
- Angele Farrell and Patricia Geist-Martin (2005), Communicating Social Health: Perceptions of Wellness at Work, *Management Communication Quarterly*, 18; 543
- Bourdieu, P. (1986), *The Forms of Capital*, in Richardson, J. (ed), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*, Green Wood Press, Westport, CT.

- Durkheim, E. (1897), **Suicide: A Study in Sociology**. Glencoe, IL: Free Press.
- Ferlander, Sara (2007), **The Importance of Different Forms of Social Capital for Health**, sage publication, *Acta Sociologica* 50: 115–128.
- Grootaert, Ch. (1999), "Social Capital, Household Welfare and Poverty in Indonesia", **The World Bank Social Development Department**, Working Paper, No. 6.
- Hyyppä, M. T. and Mäki, J. (2001), Individual-Level Relationships between Social Capital and Self-Rated Health in Bilingual Community, **Preventive Medicine** 32: 148–55.
- Ishham, Jonathan (1999), The effect of social capital on technology adoption, New York Processed. , **Institute for Innovation in Social Policy**, New York.
- Ishham, M. K. , Merlo, J. , Kawachi, I. , Lindström, M. and Gerdtham, U. -G. (2006), Social Capital and Health: Does Egalitarianism Matter? A Literature Review, **International Journal for Equity in Health** 5: 1–28.
- Jordan, Bill (2008), The place of 'place' in theories of poverty: mobility, social capital and well-being, **Cambridge Journal of Regions, Economy and Society** 1: 115–129.
- Kawachi, I. , Kennedy, B. P. , Lochner, K. and Prothrow-Smith, D. (1997), 'Social Capital, Income Inequality and Mortality', **American Journal of Public Health** 87: 1491–8.
- Kawachi, I. , Kennedy, B. P. and Glass, R. (1999a), Social Capital and Self Rated Health: A Contextual Analysis', **American Journal of Public Health** 89: 1187–93.
- Kawachi, I. , Kenedy, B. P. and Wilkinson, R. , (1999b), **Crime, Social Disorganization and Relative Deprivation**. *Soc Sci Med*, 48: 719-31 at Berkman, Lisa (2002), *Social Epidemiology*, Oxford University Press.
- Keyes, C. M. & Shapiro, A. (2004), **Social well-being in the U. S. : A descriptive epidemiology**, In Orville Brim, Carol D. Ryff & Ronald C. Kessler (Eds.), *Healthing Are You? A national study of well-being of midlife*. University of Chicago Press.
- Larson, J. S. (1996), The World Health Organization definition of health: Social versus spiritual health, **Social Indicators Research**, 38: 181-192.
- McKenzie, K. , Whitley, R. and Weich, S. (2002), Social Capital and Mental Health, **British Journal of Psychiatry** 181: 280–3.
- Miringof Marc & Miringof Marque-Luisa. (1999), **The Social Health of the Nation: How America Is Really Doing**, Oxford, London.
- Morris, M. (1998), "Social Capital and Poverty in India", the UK

- Department International Development, IDS Working Paper, 61.
- Moser, Caroline (1996), **Confronting Crisis: A comparative study of household responses to poverty and vulnerability in four poor urban communities**. Environmentally sustainable development studies and monographs series 8, Washington D. C: World Bank.
 - Narayan, D. (2000), **Voices of the Poor**. New York: Oxford University Press.
 - Whitehead, M. and Diderichsen, F. (2001), **Social Capital and Health: Tiptoeing Through the Minefield of Evidence**, *The Lancet* 358:165-6.
 - Nyqvist, F. (2005), **Social Capital and Health – A Research Overview**, *Social vetenskaplig tidskrift* 1: 75-89.
 - Putnam, R. (1993), **Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy**. Princeton, NJ: Princeton University Press.
 - Putnam, Robert. (2000), **Bowling alone: The Collapse and Revival of American Community**, New York: Simon and Schuster.
 - Rose, Dina A. , Clear, Todd R. , (1998), **Incarceration, Social Capital, and Crime: Implications for Social Disorganization Theory**, *Criminology*, Beverly Hills, Vol. , 36.
 - Rose, R. (2000), How Much Does Social Capital Add to Individual Health? A Survey Study of Russians, **Social Science and Medicine** 51: 1421-35.
 - Savage and Satoshi Kanazawa (2002), Social Capital, Crime, and Human Nature, **Joanne Journal of Contemporary Criminal Justice** 18; 188.
 - Siegel, Larry J. ,(2001), *Criminology Theories, Patterns and Typologies*, Wadsworth.
 - Walberg, P. , McKee, M. , Shkolnikov, V. , Chenet, L. and Leon, D. A. (1998), Economic Change, Crime, and Mortality Crisis in Russia: Regional Analysis, **British Medical Journal** 317: 312-18.
 - Whitehead, M. and Diderichsen, F. (2001), **Social Capital and Health: Tiptoeing Through the Minefield of Evidence**, *The Lancet* 358:165-6.
 - Wilkinson R (1996), **Unhealthy societies: the afflictions of inequalities**. London: Routledge.
 - Wilkinson, R. , Kawachi, I. and Kennedy, B. P. (1998), **Mortality, the Social Environment, Crime and Violence**, *Social Health Illness* 20: 578-97.
 - Wright, Darlene R. ; Fitzpatrick, Kevin M. (2006), "**Social Capital and Adolescent Violent Behavior**", *Social Forces*, 84, 1435-14.