

تحلیلی بر سلامت شهری از منظر سرمایه اجتماعی در کلان‌شهرهای مذهبی ایران. مورد پژوهش: کلان‌شهر قم^۱

کرامت‌اله زیاری^{۱*}، احمد پوراحمد^۲، حسین حاتمی‌نژاد^۳، علی مهدی^۴

^۱استاد دانشکده جغرافیا، دانشگاه تهران، ^۲استاد دانشکده جغرافیا، دانشگاه تهران

^۳دانشیار گروه جغرافیا، دانشگاه تهران

^۴دکتری جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری دانشگاه تهران

تاریخ دریافت: ۹۶/۷/۶؛ تاریخ پذیرش: ۹۷/۲/۳۱

چکیده

حقیقت این است که زندگی شهری امروزی در کنار ویژگی‌های مثبت خود آکنده از عواملی است که ابعاد مختلف سلامت افراد را در معرض خطر قرار می‌دهد. با توجه به اهمیت این موضوع، این پژوهش نیز که بر پژوهش موردی استوار است، با استفاده از روش توصیفی-تحلیلی به مطالعه سلامت اجتماعی کلان‌شهر قم (محدوده پژوهش)، از منظر سرمایه اجتماعی می‌پردازد. بر این اساس، با توجه به مدل کوکران و با استفاده از تیمی هشت نفره از دانشگاه قم، تعداد ۳۲۲ پرسشنامه در میان سرپرست‌های خانوار (واحد تحلیل)، هشت منطقه مورد مطالعه توزیع گردید و با استفاده از نرم‌افزار SPSS و ArcGIS و مدل TOPSIS، به تشریح پرسش‌های مطرح‌شده پرداخته شد. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که نوعی تقسیم‌بندی فضایی از بُعد مناطق بومی و مهاجرنشین از حیث برخورداری از شاخص‌های مورد مطالعه وجود دارد. به طوری که با تأثیرپذیری مستقیم از پایگاه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی خود، دارای سرمایه اجتماعی و به تبع آن سلامت اجتماعی متفاوتی هستند. با توجه به این مهم، مناطق ۱، ۳، ۴ و ۷ که دارای بیشترین جمعیت بومی‌نشین نیز هستند، در وضعیت مناسب‌تری از حیث برخورداری از شاخص‌های مورد مطالعه در قیاس با مناطق ۲، ۶، ۵ و ۸ که دارای جمعیتی اغلب مهاجر ایرانی و غیرایرانی است، قرار دارند. همچنین مشخص شد که اعتقادات دینی-مذهبی نیز که به‌عنوان یکی از شاخص‌های مؤثر در سلامت اجتماعی افراد مورد تأکید نگارندگان است، نمی‌تواند به تنهایی در پیشبرد اهداف سرمایه و سلامت اجتماعی مثرتر واقع شود. به طوری که مناطق برخوردار از پایگاه‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، در نسبتی مشابه با مناطق غیربرخوردار از پایگاه‌های مذکور، نتایج احساسات مذهبی و دینی متفاوتی را در ایجاد سرمایه و سلامت اجتماعی مناطق خود ایجاد نموده‌اند.

واژه‌های کلیدی: سرمایه اجتماعی، سلامت اجتماعی، سلامت شهری، کلان‌شهرهای مذهبی، کلان‌شهر قم

مقدمه

طرح مسأله: ادعان این مهم که "شهرنشینی و رشد سریع جمعیت، تأثیر ناگواری بر ساختار و فرهنگ اجتماعی می‌گذارد" (شارع‌پور و همکاران، ۱۳۹۲):

(۸۰)، واقعیت غیرقابل انکاری است؛ چراکه چنین رشد جمعیتی، جدا از تغییرات مخرب زیست‌محیطی و جغرافیایی (Catalan et al., 2008:174)، بیشترین تغییر و تحولات را در ساختار اجتماعی شهرها برجای گذارده (انصاری و عطایی، ۱۳۹۱: ۱۱۸) و از آنجایی که این ساختارهای اجتماعی از عوامل مهم و تأثیرگذار بر میزان سلامت در منطقه شهری هستند، بهبود درک ما از محیط اجتماعی و مؤلفه‌های آن، بسیار مهم است (شارع‌پور و همکاران، ۱۳۹۲: ۸۰). در این رابطه،

۱- این پژوهش مستخرج از رساله دکتری علی مهدی در سال ۱۳۹۷ با عنوان تبیین شاخص‌های محیطی اثرگذار بر سلامت شهری در کلان‌شهر قم است.

*نویسنده مسئول: zayyari@ut.ac.ir

اجتماعی، با توجه به مشکلات گسترده اجتماعی و اقتصادی جوامع شهرنشین، یکی از مباحث کلیدی در حوزه جامعه‌شناسی شهری به‌شمار می‌رود. از این‌رو، نگارندگان، با علم به تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت اجتماعی و مؤلفه‌های آن مانند اعتماد، تعاون، تعلق مکانی، نشاط و شادابی و... (بهبودی و باستان، ۱۳۹۱: ۳۰)، با هدف پاسخ‌گویی به پرسش‌های ذیل، به بررسی وضعیت سلامت شهری کلان‌شهر قم از منظر سرمایه اجتماعی می‌پردازد.

- سرمایه اجتماعی، چه نقشی بر سلامت زیست شهری شهروندان مناطق مختلف کلان‌شهر قم دارد؟
- علل برخورداری متفاوت از سرمایه اجتماعی و سلامت شهری در مناطق مختلف کلان‌شهر قم چیست؟
- آیا ساختار، فرهنگ و ماهیت مذهبی شهر، تأثیری بر میزان گرایش و برخورداری از سرمایه اجتماعی و سلامت شهری آن دارد؟

مفاهیم، دیدگاه‌ها و مبانی نظری

یکی از مفاهیم بسیار مهمی که جامعه‌شناسان معاصر برای کمیت و کیفیت روابط اجتماعی و نقش آن در سلامت افراد جامعه استفاده کرده‌اند، مقوله سرمایه اجتماعی است (کامران و ارشادی، ۱۳۸۸: ۳۸). سرمایه اجتماعی، از مفاهیمی است که تعاریف گوناگون در مورد آن ارائه شده و تعابیر مختلفی همچون انرژی اجتماعی^۲، پیوستگی‌های محلی-اجتماعی^۳، زندگی محلی^۴ و چسب اجتماعی^۵ به آن اطلاق گردیده است (رفیعیان و احمدزاده نانا، ۱۳۹۱: ۳۵۸).

ورود مفهوم سرمایه اجتماعی به برنامه‌ریزی شهری، منوط به درک نحوه تأثیرگذاری آن بر جنبه‌های مختلف شهر است (فنی و همکاران، ۱۳۹۷: ۱۹۴). این مفهوم که مردم از آن به‌عنوان راهی برای

گزارش سازمان جهانی بهداشت نشان نیز می‌دهد، بخش عظیمی از اشکال بیماری روانی- جسمانی در کشورهای در حال توسعه با تأثیرپذیری از عملکرد دولت، با عوامل و مدل‌های اجتماعی، رابطه‌ای قوی دارد. به‌طوری‌که بیش از مداخلات پزشکی، عوامل اجتماعی و اقتصادی است که سلامت اجتماعی افراد را تعیین می‌کنند (علی‌زاده اقدم و همکاران، ۱۳۹۱: ۴۷)، (سیدان و عبدالصمدی، ۱۳۹۰: ۲۳۰). با این تفاسیر، پرواضح است که نقش دولت در ارتباط با توسعه زمینه‌های بهداشتی و درمانی و همچنین سلامت شهری بسیار مهم است تا به نوعی چالش‌های بهداشت عمومی را کاهش دهد (میره‌ای و همکاران، ۱۳۹۶: ۵۰). از آنجایی‌که سلامت شهری عمدتاً بر چالش‌های سلامت عمومی شهروندان تمرکز می‌کند (معروفی و همکاران، ۱۳۹۸: ۹۹)، توجه به مقوله سرمایه اجتماعی،^۱ به عنوان یکی از مضامین سلامت عمومی، می‌تواند ضمن بهبود بازدهی سلامت اجتماعی (کامران و ارشادی، ۱۳۸۸: ۳۰)، راه‌حلی برای مشکلات اجتماعی گوناگون مانند فقر، جرم و جنایت، اقتصاد عقب مانده و حکومت کم‌بازده نیز باشد (موسوی و همکاران، ۱۳۹۱: ۲۰۵)، اما آنچه مسلم است، این واقعیت است که "جامعه شهرنشین ما امروزه درجهان سالمی زندگی نمی‌کند" (Harton, 2009:26) و مشکلات روزافزونی همچون کاهش پایداری به قواعد اخلاقی، اعتیاد، خودکشی، استرس، عدم رعایت قوانین و... که با مفاهیم سرمایه اجتماعی، ارتباط دارند (نوغالی و همکاران، ۱۳۸۹: ۱۷۳)، گویای همین واقعیت است. یکی از مهم‌ترین این نیازها که گمشده عصر ما نیز به‌شمار می‌رود، موضوع سلامت شهری است (امینی رارانی و همکاران، ۱۳۹۰: ۲۰۴). مسلماً ظهور چنین پدیده‌ای در ادبیات برنامه‌ریزی شهری امروزی، نشانه عدم رضایت از وضعیت شهرهای موجود است و بدین معنی است که شهرهای فعلی، فضای مناسب و سالمی را برای زیست انسان‌ها بوجود نیاورده‌اند (نظم‌فر و همکاران، ۱۳۹۷: ۲۱۳). این مهم در حال حاضر و در پیوند با مؤلفه‌های سرمایه

2. Social energy
3. Local-social bonds
4. Community life
5. Social glue

1. Social Capital

دریافتند که ارتباط تنگاتنگی بین اعتماد اجتماعی (به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی سرمایه اجتماعی) و مرگ و میر در آمریکا وجود دارد (امینی رارانی و همکاران، ۱۳۹۰: ۲۰۸). سلامت زیست اجتماعی در واقع، تحلیل شناخت افراد جامعه از وضعیت عملکرد خود در جامعه و چگونگی ارتباط با دیگران، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی است که او عضو آنهاست (Keyes, 2004:83) و لزوم وجود شرایط روان‌شناختی، اساس سلامت اجتماعی نیست. در مجموع جامعه‌ای که از نظر دارا بودن سطح بالایی از سرمایه اجتماعی، در وضعیت مطلوبی به سر می‌برد، می‌تواند دستاوردهای بهداشتی و سلامت گسترده‌تری را برای خود فراهم آورد (Kawachi & Berkman, 2000: 134) و شهروندانی که خود را به‌صورت دائم در سطح نازلی از موقعیت اجتماعی-اقتصادی می‌بینند، باضریب احتمال بالایی، دچار اختلالات سلامت خواهند شد (Wilkinson, 1996: 529). با توجه به اهمیت مقوله سلامت در این نوشتار، لازم است به صورت مختصر به ابعاد و تعاریف این مقوله اشاره گردد. سلامت شهری افراد به آن بُعد از رفاه یک فرد اشاره می‌کند که آن فرد با مؤسسات اجتماعی و آداب و رسوم مربوط می‌شود (Russell, 1975:75). تمرین، در تعریف خود از سلامت، به برخورداری کامل فرد از شرایط مناسب فیزیکی، روحی و اجتماعی اشاره دارد (Temmerman et al., 2006:4)؛ همچنین مطالعات مختلف، به وجود رابطه مستقیم میان موقعیت اجتماعی-اقتصادی و فرهنگی فردی و میزان سلامت آنها اشاره دارد (Tzoulas et al., 2007:168). در مجموع و در پیوند با مقوله سرمایه اجتماعی که از عوامل تأثیرگذار بر سلامت است، باید توجه داشت که روابط اجتماعی و حمایتی به عنوان مؤلفه‌های اثرگذار بر سلامت زیست‌شهری، موجب برانگیختن الگوهای رفتاری سالم‌تر، رشد، هویت‌یابی، کیفیت زندگی، موفقیت، سازگاری و سلامت می‌گردد (Moore et al., 2006:4).

روش پژوهش

حل مشکلات عمومی خود، بهره‌برداری می‌کنند (Adam & Roncevic, 2003: 155)، محموله‌ای از ارزش‌ها یا هنجارهای غیررسمی است که اعضای یک گروه، بدان‌ها باور دارند و همکاری بین آن‌ها را مجاز می‌دانند (پیران و همکاران، ۱۳۸۵: ۲۴). در عین حال این مفهوم با سایر متغیرهای اجتماعی مانند جرم، نابسامانی‌های اجتماعی، فقر، کج‌روی، توسعه‌نیافتگی، سلامت و کیفیت زندگی، ارتباط تنگاتنگی دارد (گروسی و شبستری، ۱۳۹۰: ۱۰۳). سرمایه اجتماعی، زاده کنش و واکنش افراد است و محصول آشنا بودن، آشنا شدن و آشنا ماندن آدمیان با یکدیگر است (هزارجریبی و مهری، ۱۳۹۱: ۵۳). این مهم، از دیدگاه بورديو و واکوانت، منابع بالقوه یا بالفعل هستند که در شبکه‌ای از روابط نهادینه‌شده مبتنی بر آشنایی و شناخت متقابل به‌وجود می‌آید (Bourdieu & Wacquant, 1992:119) و دارای ابعادی همچون اعتماد اجتماعی، ارزش‌های اجتماعی، امنیت اجتماعی، مشارکت اجتماعی، آگاهی و شناخت، انسجام و سرمایه فرهنگی قابل بیان است (نصراللهی و اسلامی، ۱۳۹۲: ۶۳). این مهم به ویژه از سال ۱۹۰۱ که امیل دورکیم رابطه بین خودکشی و انسجام اجتماعی را نشان داد، بحث در مورد رابطه عوامل اجتماعی و سلامت، بیش از پیش مورد توجه محققان قرار گرفت (Kushner and Sterk, 2005:7)، (Alaszewski et al., 1995:25). نتایج پژوهش ژانژانگ و همکارانش، بیانگر این واقعیت است که وضعیت سلامت افرادی که از انسجام اجتماعی بالا و شبکه‌های اجتماعی بیشتری برخوردار بودند، در قیاس با بقیه افراد، در حد مطلوبی قرار دارد (Zunzunegui et al., 2003:230)؛ همچنین نتایج مطالعات هیپا و همکارانش نیز بیانگر این است که سوئدی‌ها با سرمایه اجتماعی بیشتر وضعیت سلامت بهتری نسبت به فنلاندی‌ها دارند (Hyypa & Maeki, 2005:28). مطالعات پوچین نیز در این زمینه، رابطه مثبت بین سطح بالای برخورداری از سرمایه اجتماعی و کاهش بیماری‌های قلبی و عروقی را نشان می‌دهد (Pohchin, 2006:31). ویلکینسون و همکارانش در سال ۱۹۹۶،

خانوار است، تعداد خانوار در هر منطقه شناسایی و با توجه به جدول ذیل، پرسشنامه‌ها در میان سرپرست‌های خانوار توزیع شد. در این راستا تیمی ۸ نفره از دانشجویان دانشگاه شهر قم تشکیل و در مطالعات دوره‌ای و منظم، به جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز پرداختند و در نهایت جهت تحلیل و آنالیز داده‌های به‌دست آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و ArcGIS، به تشریح پرسش‌های مطرح شده و نیز توضیح وضعیت موجود مناطق از منظر بررسی برخورداری از سرمایه اجتماعی و سلامت شهری، مورد بررسی پرداخته شده است.

این پژوهش از نوع کاربردی است و روش آن نیز بر پژوهش موردی استوار و توصیفی-تحلیلی است. در این راستا با هدف مطالعه و بررسی وضعیت سرمایه اجتماعی و اثرات بر سلامت زیست شهری شهروندان مناطق هشت‌گانه کلان‌شهر قم (محدوده پژوهشی)، به‌مرور مبنای نظری مرتبط با موضوع، از روش کتابخانه‌ای و به‌منظور کسب داده‌های مورد نیاز از شهروندان، به شیوه پیمایش میدانی بهره گرفته شده است. به‌طوری‌که ۳۲۲ پرسش‌نامه براساس مدل کوکران در بهار سال ۱۳۹۶، به‌صورت نمونه‌گیری طبقه‌بندی شده در میان جامعه آماری توزیع گردید. در این مطالعه با توجه به این‌که واحد تحلیل، سرپرست

جدول ۱: تعداد خانوار و پرسش‌نامه توزیعی میان مناطق هشت گانه

منطقه	تعداد خانوار	تعداد پرسش‌نامه توزیعی بر اساس نمونه‌گیری احتمالی طبقه‌بندی شده
۱	۴۷۳۸۱	۵۰
۲	۵۴۰۱۶	۵۷
۳	۴۴۶۳۵	۴۷
۴	۳۸۶۵۸	۴۱
۵	۳۴۴۸۱	۶۳
۶	۳۱۶۱۷	۳۳
۷	۲۵۷۱۳	۲۷
۸	۲۹۲۸۸	۳۱

مأخذ: (نگارندگان: ۱۳۹۶).

جدول ۲: شاخص‌های سرمایه اجتماعی مورد بررسی

متغیر مستقل	گویه
مشارکت اجتماعی	شرکت در نمازهای جماعت محلی و جامعه، شرکت در نشست‌های اولیاء و مربیان، مشارکت در بهبود کیفیت محیطی و پاک‌سازی محل، شرکت در انجمن‌های یاری‌رسانی به هم‌محلیان و هم‌شهری‌ها، در اختیار قراردادن نیروی انسانی، عضویت در انجمن خیریه، عضویت در NGO و CBO ها شرکت در انتخابات،
تعاون و همیاری	احساس مسئولیت جهت کمک به محله و جامعه، مساعدت و کمک مالی در هنگام نیاز دیگران، سابقه شرکت در کارهای عام-المنفعه، همکاری و احساس مسئولیت در صرفه جویی مصرف آب، برق و گاز، چشم‌پوشی از پول و وقت خود برای بهبود وضع محله
احساسات دینی و مذهبی	تأثیر مثبت وجود اماکن متبرکه شهر، حضور (مرتب، گهگاه) در حرم حضرت معصومه (س) و استفاده از فضای معنوی آن، وجود مسجد مقدس جمکران و استفاده از فضای معنوی آن، حضور مستمر در سایر مراکز مذهبی شهر و تأثیرات مثبت آن، شناخت ابعاد تأثیرگذار دینی و استفاده از آن در راستای بهبود اخلاقی، فردی و اجتماعی محل و جامعه، بهبود وضعیت خانوادگی تحت تأثیر آموزه‌های مذهبی و شرکت در مراسمات مختلف امکان‌مهم متبرکه قم،
اعتماد اجتماعی	تعهد به قول و قرارهای خود، میزان اعتماد به مردم محلی و کل جامعه، اعتماد به همسایه‌ها، میزان قیال اعتماد بودن دوستان و نزدیکان، میزان اعتماد به عملکرد گروه‌های مؤثر در زندگی، میزان اعتماد به عدم خیانت در امانت
علاقه مندی به محله و جامعه	لذت بردن فرد از آداب و رسوم جامعه، اعتقاد به فرهنگ متفاوت در جامعه، احساس رضایت از زندگی در محله، احساس مفید واقع شدن فرد برای جامعه، اعتقاد و باور فرد به تأثیرگذار بودن بر حل مشکلات جامعه، علاقه به همکاری در مشکلات جامعه و محله، داوطلب بودن فرد برای دخالت در حل مسائل و مشکلات مختلف محلی و اجتماعی،
روابط خانوادگی و دوستان	ارتباط با والدین، ارتباط با خواهر، ارتباط با همکاران، ارتباط با دوستان، ارتباط با اقوام دور

مأخذ: (نگارندگان: ۱۳۹۶).

جدول ۳: شاخص‌های سلامت اجتماعی مورد بررسی

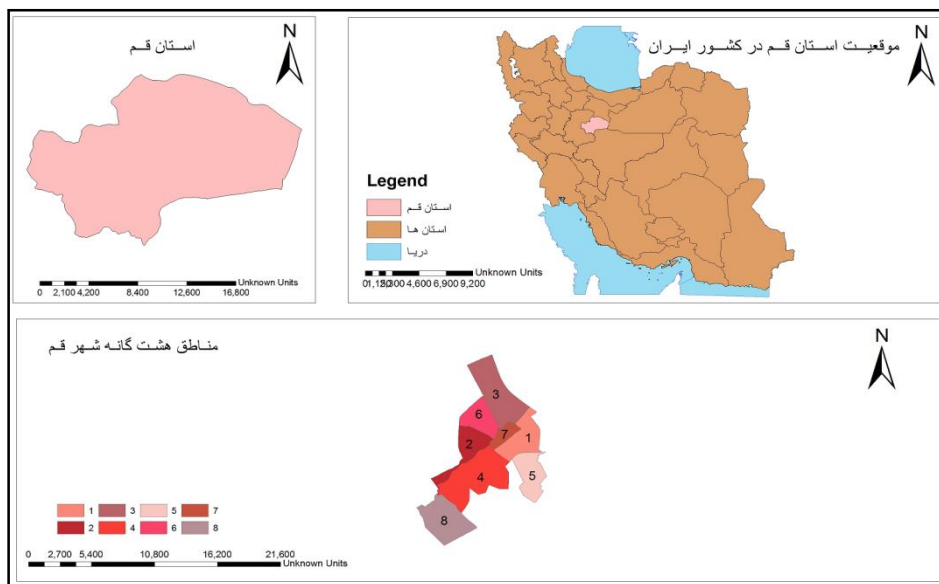
متغیر تابع	گویه
سلامت اجتماعی	من و خانواده‌ام، استعدادهای ذاتی و اکتسابی خود را بروز داده و از آن در مسیر ترقی خود استفاده می‌نمایم.
	من و خانواده‌ام، از شغل، امنیت شغلی و درآمد خود رضایت داریم.
	من و خانواده‌ام، از امکانات آموزشی و تفریحی برابری در قیاس با سایر مناطق برخورداریم و از آن رضایت داریم.
	من و خانواده‌ام، هنجارهای اجتماعی را می‌شناسیم و به قانونمندی‌های زندگی شهری احترام می‌گذاریم.
	من و خانواده‌ام، اقتدار و آسایش مناسبی در جامعه داریم.
	من و خانواده‌ام، همواره تجربیات مثبتی از زندگی اجتماعی و خانوادگی داشته‌ایم.
	من و خانواده‌ام، خشونت فردی، خانوادگی و اجتماعی را مدیریت می‌نماییم و کمتر بدان دچار می‌شویم.
در مجموع، از رفتار، افکار، وجدان و رفاه اجتماعی خود و خانواده رضایت دارم.	

مأخذ: (نگارندگان: ۱۳۹۶).

محدوده و قلمرو پژوهش

کلان‌شهر قم با ۱۱۲۳۸ کیلومتر مربع، ۶۸ صدم درصد از مساحت ایران را تشکیل داده است. موقعیت ارتباطی شهر، به‌علت قرارگیری در مرکز و در محدوده فلات مرکزی ایران موجب شده تا "شهر قم به عنوان مرکز ثقل جغرافیای ایران مطرح (فرید، ۱۳۶۸: ۳۶۵) و به‌عنوان چهارمین شهر مهاجرپذیر کشور شناخته شود (سازمان مسکن و شهرسازی قم، ۱۳۷۷: ۲۲۰ و ۲۲۱). در این رابطه، رشد جمعیت و افزایش

شهرنشینی در شهر قم به‌ویژه پس از پیروزی انقلاب اسلامی از شدت بیشتری برخوردار شد، طوری که از ۵۴۶۱۳۸ هزار نفر در سال ۱۳۵۸، به ۱۱۷۴۲۶۰ در سال ۱۳۹۰ رسید. پیامد چنین وضعیتی (ورود مهاجران و رشد جمعیت)، شکل‌گیری مناطق مختلف (۸ منطقه) در این شهر با ویژگی‌ها و ابعاد مختلف کیفیت زندگی، در میان مناطق و محلات مختلف ۸ گانه شهر شده است.



شکل ۱: موقعیت کلان‌شهر قم در مقیاس ملی و مناطق مورد مطالعه. مأخذ: (نگارندگان، ۱۳۹۶)

یافته‌ها

شناخت وضعیت مختلف اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی مناطق مختلف مورد مطالعه، یکی از راههای مؤثر شناخت کیفیت زندگی و سلامت زیست آنهاست.

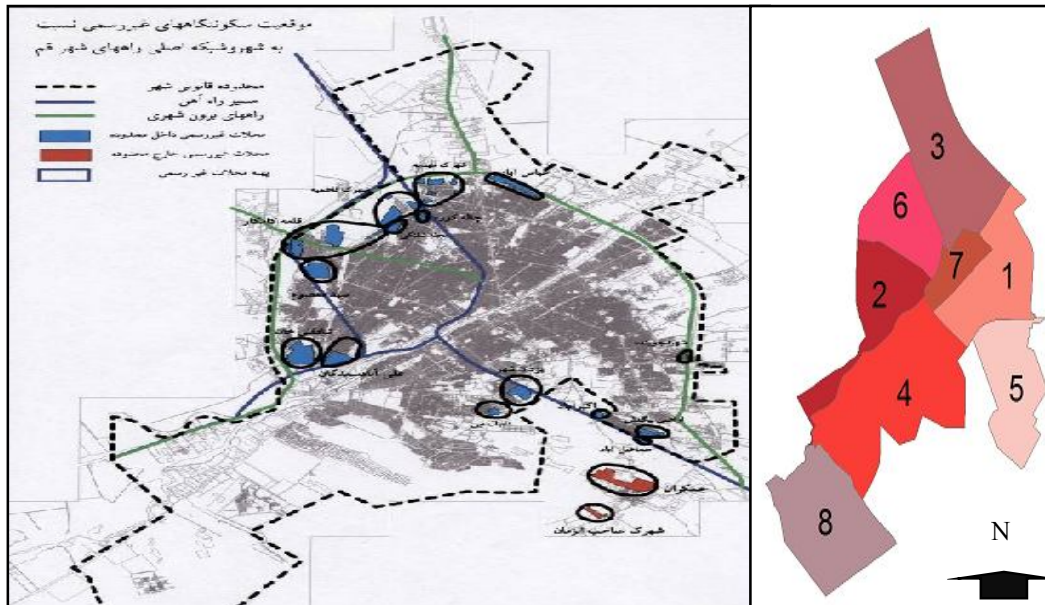
براین اساس نتایج حاصل از پژوهش این مناطق نشان می‌دهد که مناطق ۱، ۳، ۷ و ۴، دارای شرایط مناسب‌تری نسبت به مناطق ۲، ۴، ۶ و ۸ برخوردار می‌باشند. به طوری که منطقه ۷ در بهترین سطح از

نظر میزان تحصیلات سرپرست‌های خانوار، برخورداری از شغل و بهره‌مندی از درآمد مناسب قرار دارد و مناطق ۲ و ۶ نیز دارای بدترین وضعیت از این حیث هستند. منطقه دو این شهر، بیشترین سرپرست خانوار مهاجر و بیشترین تعداد افراد بی‌سواد را دارد به‌گونه‌ای که از هر پنج سرپرست خانوار یک نفر بی‌سواد است. در مقابل، منطقه ۷ دارای کمترین میزان سرپرست‌های خانوار بی‌سواد است، به طوری که حدود ۱۰ درصد از آن‌ها، نیز مدارک تحصیلی دانشگاهی دارند. بدیهی است که تحصیلات سرپرست خانوار، فقط یکی از دلایل تأثیرگذار در سطح کیفیت و سلامت زندگی فرد و اعضای خانواده آن‌ها است و از آنجایی که این مهم، ظرفیت فرد برای کسب، تفسیر و درک اطلاعات و خدمات سلامتی را افزایش می‌دهد، در این پژوهش نیز توجه ویژه‌ای بدان شده است. جهت شناخت بیشتر ساکنان مناطق هشت گانه این شهر باید عنوان گردد که هم‌اکنون مناطق ۲ و ۶ این شهر بیشترین افراد مهاجر از هم وطنان را دارند. بسیاری از این مهاجران، چندین دهه قبل، به‌ویژه پس از اصلاحات ارضی دهه ۱۳۴۰، به امید یافتن شغل مناسب، از مناطق روستایی به‌ویژه شمال غرب کشور به این شهر مهاجرت نمودند و با توجه به نداشتن تخصص متناسب با نیاز جامعه شهرنشین، از چرخه اقتصادی و تولیدی شهر بازمانده و در مشاغل نامناسب و زائد مشغول به کار شدند و در نهایت به علت نداشتن درآمد مناسب، از تهیه مسکن و سرپناه مناسب نیز عاجز گشتند. در نهایت با توجه به چنین رویه‌ای، با به دوش کشیدن تعداد زیادی از فرزندان خود، به ناچار به مناطق پرت و کم ارزش شهر مانند زمین‌های بایر،

بیابانی، مجاورت خطوط راه‌آهن، کارخانه‌ها، مناطق آلوده، دامنه‌های کوه و... با بدترین شرایط دسترسی، خدمات‌رسانی، وضعیت فرهنگی سوق داده شدند. مدیریت شهری نیز تا سال‌ها با به رسمیت نشناختن چنین محلاتی که همواره مأمنی برای بروز انواع جرائم و آسیب‌های اجتماعی بود، عملاً توانایی چندانی برای بهبودی وضعیت ساکنان این مناطق نداشت.^۱ از این‌رو با توجه به وضعیت موجود اقتصادی، فرهنگی و کالبدی این‌گونه محلات که در مناطق دو، سه و پنج پراکنده شده‌اند، نمی‌توان (حداقل به ظاهر) چشم‌انداز مناسبی برای محلات مذکور^۲ به‌ویژه در زمینه موضوع این پژوهش یعنی سرمایه اجتماعی و سلامت زیست در نظر گرفت. در این میان، برخی محلات حاشیه‌نشین نیز مربوط به مهاجران خارجی است که بیشتر پراکنده‌گی این محلات مربوط به منطقه پنج شهر است که در آن محلاتی چون شهرک قائم، روستای جمکران، اسماعیل آباد و اکبرآباد، با ساکنانی از کشورهای افغانستان و عراق، در کنار برخی از هم‌وطنان ایرانی، ساکن می‌باشند. این مهاجران در کنار هم زیستی‌های موجود با ساکنان این مناطق، برخی از مشکلات و نارضایتی‌هایی را نیز برای شهروندان بومی ساکن در این مناطق به‌وجود آورده‌اند که به نوعی زمینه‌های نارضایتی شهروندان را انعکاس می‌دهد.

۱- لازم به ذکر است که در سال‌های اخیر، بسیاری از این محلات که در مناطق دو و شش قرار دارند، با توجه و عملکرد مناسب مدیریت شهری و همچنین بهبودی نسبی وضعیت اقتصادی خانوار که البته دو نسل پس از ورود نسل اول مهاجران را شکل می‌دهند، از کیفیت زندگی، دسترسی به خدمات شهری و رضایت شهروندی مناسبی نیز نسبت به گذشته برخوردار شده‌اند. از این‌رو، تعامل مناسبی نیز میان شهرداری و مدیریت شهری با ساکنین این محلات بوجود آمده و ضمن کاهش بسیار زیاد ساخت و ساز غیرمجاز، تمام این محلات در محدوده خدمات رسانی شهرداری قرار گرفته و هم‌اکنون با توجه به وره مناسب موجود، شهروندان ساکن در این محلات، مشکل چندانی را در زمینه وجود امکانات و خدمات شهری احساس نمی‌کنند.

۲- شیخ آباد، شادقلی خان، شهرک فاطمیه، یزدان‌شهر، روستای جمکران، سیدمعصوم، شهرک مهدیه، عباس‌آباد، دانیال نبی، قلعه کامکار، اسماعیل آباد، محمد آباد و... از مهم‌ترین این محلات هستند



شکل ۲: موقعیت محلات فقیر و حاشیه‌نشین در میان مناطق هشت‌گانه کلان‌شهر قم
 مأخذ: (نگارندگان: ۱۳۹۶).

رگرسیون چند متغیره بهره گرفته شد. همچنین، براساس ماهیت تأثیر شاخص‌ها روی متغیر وابسته، فرض خطی بودن متغیرها در این تابع برقرار است. بنابراین، در این مقاله با استفاده از رگرسیون چند متغیره خطی و در نظر گرفتن عوامل استخراج‌شده از تحلیل عاملی اکتشافی به منزله متغیرهای مستقل، میزان تأثیر و ارتباط آن‌ها با متغیر وابسته یعنی سلامت اجتماعی شهروندان بررسی شده است.

بررسی تأثیر مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی در سلامت اجتماعی شهروندان: از اهداف اصلی این نگارش، بررسی تأثیر مهم‌ترین مؤلفه‌های سرمایه‌ی اجتماعی بر سلامت اجتماعی شهروندان مناطق هشت‌گانه است. به همین منظور از مدل رگرسیون خطی جهت آزمون این فرضیه بهره گرفتیم. رگرسیون تابعی متشکل از متغیرهای مستقل و متغیر وابسته است و با توجه به این‌که در این پژوهش دو یا چند متغیر بر متغیر وابسته تأثیر عمده‌ای داشتند، از

جدول ۴: نتایج رگرسیونی متغیرهای مستقل برای تبیین متغیر وابسته سلامت اجتماعی Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
۱	۰/۴۲۳(a)	۰/۱۷۹	۰/۱۱۵	۵/۰۷۴۰۱	۱/۷۱۶

a Predictors: (Constant), social participation, Neighborhood and community interest, Religious feelings, Social trust, Cooperation and Collaboration, Family relationships and Friends

پس همه متغیرهای مستقل اعم از مشارکت اجتماعی، علاقه‌مندی به محله و جامعه، احساسات دینی و مذهبی، اعتماد اجتماعی، تعاون و همیاری و روابط خانوادگی در منطقه توانسته‌اند حدود ۲۱/۵ درصد از کل تغییرات سلامت اجتماعی در سطح مناطق هشت‌گانه کلانشهر قم را پوشش دهند و تبیین کنند. به عبارتی ۷۸/۵ درصد تغییرات سلامت اجتماعی در این کلانشهر، در نتیجه عوامل دیگری نظیر متغیرهای

جدول فوق، خلاصه مدل رگرسیون می‌باشد. مقدار ضریب همبستگی (R) بین متغیرها ۰/۴۲۳ می‌باشد که نشان می‌دهد بین مجموعه متغیرهای مستقل و متغیر وابسته تحقیق همبستگی متوسطی وجود دارد. بر این اساس، با توجه به اینکه ضریب تعیین تعدیل شده^۱ بین متغیرهای مستقل با متغیر وابسته ۰/۲۱/۵ می‌باشد

1. Adjusted R Square

(۱۱/۴۵۶) در سطح خطای کوچکتر از ۰/۰۱، می‌توان نتیجه گرفت که مدل رگرسیونی تحقیق مرکب از ۶ متغیر مستقل (سرمایه اجتماعی) و یک متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) مدل کارآمدی بوده و مجموعه متغیرهای مستقل قادرند تغییرات سلامت اجتماعی را تبیین کنند.

اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و ... باشد و متعلق به سایر متغیرهایی است که در این مطالعه لحاظ نگردیده است. همچنین باید متذکر شد که آماره دوربین واتسون با میزان ۱/۷۱۶ و بالاتر بودن از یک در این مدل مناسب است و خطر خود همبستگی بین داده‌ها وجود ندارد. با توجه به معناداری مقدار F

جدول ۵: رگرسیون تحقیق مرکب از ۶ متغیر مستقل (سرمایه اجتماعی) و متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) ANOVA^b

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	
1	Regression	۱۷۶۹/۶۹۱	۶	۲۹۴/۹۴۸	۱۱۱/۴۵۶	۰/۰۰۰ ^a
	Residual	۸۱۰۹/۸۶۲	۳۱۵	۲۵/۷۴۶		
	Total	۹۸۷۹/۵۵۳	۳۲۱			

a. Predictors: (Constant), social participation, Neighborhood and community interest, Religious feelings, Social trust, Cooperation and Collaboration, Family relationships and Friends b. Dependent Variable: Social health: مأخذ: (نگارندگان: ۱۳۹۶).

جدول ۶: جدول ضرایب تاثیر مدل رگرسیونی متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته سلامت اجتماعی شهری

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	
	B	Std. Error	Beta			
1	(Constant)	۱۳/۱۶۰	۱/۵۵۸		۸.۴۴۹	۰/۰۰۰
	social participation	۰/۵۳۵	۰/۲۰۶	۰/۱۳۶	۲.۵۸۶	۰/۰۰۲
	Neighborhood and community interest	۰/۷۳۲	۰/۲۱۸	۰/۱۷۷	۳.۳۵۸	۰/۰۰۱
	Religious feelings	۰/۷۶۳	۰/۲۰۹	۰/۱۹۱	۳/۶۵۰	۰/۰۰۰
	Social trust	۰/۷۹۷	۰/۲۰۴	۰/۲۰۶	۳/۹۰۶	۰/۰۰۰
	Cooperation and Collaboration	۰/۵۹۷	۰/۱۹۷	۰/۱۶۰	۳/۰۲۸	۰/۰۰۳
	Family relationships and Friends	۰/۱۰۶	۰/۲۰۴	۰/۰۲۸	۰/۵۳۶	۰/۰۰۰

a. Dependent Variable: : Social health

مأخذ: (نگارندگان: ۱۳۹۶).

دارد. فرمول رگرسیون متشکل از پدیده اصلی به منزله متغیر وابسته و عوامل به منزله متغیرهای مستقل عبارتند از:

$$Y = 0.136 + \text{social participation} + 0.177 + \text{Neighborhood and community interest} + 0.093 + \text{Religious feelings} + 0.206 + \text{Social trust} + 0.160 + \text{Cooperation and Collaboration} + 0.028Y$$

میزان سلامت =
 = علاقه مندی به X2 = مشارکت اجتماعی؛ X1 اجتماعی؛
 محله و جامعه؛
 X3 احساسات مذهبی؛ X4 اعتماد اجتماعی؛ X5 تعاون و همیاری؛ X6 روابط خانوادگی و دوستان.

نتیجه حاصله نشان می‌دهد که در تمامی عامل‌ها sig کمتر از یک درصد است و نشان از سطح اطمینان ۹۹ درصد دارد؛ همچنین، علائم تمامی موارد مثبت و مستقیم‌اند، یعنی با افزایش هر عامل در صورتی که عوامل دیگر ثابت باشند، سلامت اجتماعی شهروندان مناطق افزایش می‌یابد. میزان اهمیت هر یک از عوامل مورد نظر در تغییر سطح سلامت زیست شهروندان در مناطق هشت‌گانه قم با استفاده از ضرایب بتا^۱ مشخص می‌شود. هرچه این ضریب بزرگ‌تر باشد، آن عامل در سلامت اجتماعی شهروندان مناطق نقش بیشتری

1. Beta

قابل ذکر است سطح‌بندی مناطق مورد مطالعه، از طریق تحلیل خوشه‌ای به ترتیب زیر انجام شده است:
گام اول: ایجاد ماتریس تصمیم‌گیری بی‌مقیاس: این فرایند، نوسانات معیارهای گوناگون را از بین می‌برد و به اعداد ثابت تبدیل می‌کند به این ترتیب که هر کدام از مقادیر بر اندازه بردار مربوط به همان شاخص تقسیم می‌شود در این صورت مقایسه معنی و مفهوم پیدا می‌کند (بیورانی و غفران، ۱۳۸۸: ۱۶). تهیه ماتریس بی‌مقیاس بر اساس

$$R_{ij} = \frac{d_{ij}}{\sqrt{\sum_{i=1}^m (X_{ij})^2}} \quad \text{رابطه (۱)}$$

می‌توان مشاهده نمود که عامل ۴ یعنی اعتماد اجتماعی، دارای بیشترین اثر است؛ زیرا به ازای یک انحراف استاندارد در متغیر اعتماد اجتماعی، میزان سلامت اجتماعی شهروندان به میزان ۰/۲۰۶ انحراف استاندارد افزایش ایجاد می‌شود و در مقابل، عامل ۶، روابط خانوادگی و دوستان، کمترین تأثیر را در میزان سلامت اجتماعی شهروندان مورد مطالعه دارد.
روش Topsis (سطح‌بندی مناطق شهر قم با روش TOPSIS): روش TOPSIS مفیدترین روش‌های تصمیم‌گیری چندمعیاره در بررسی مسائل جهان واقعی است که ابتدا توسط هوآنگ و یون مطرح شد.

جدول ۷: ماتریس بی‌مقیاس (R_{ij}) میانگین عوامل مهم سرمایه اجتماعی موثر در سلامت اجتماعی شهری قم

عوامل مهم سرمایه اجتماعی	مشارکت اجتماعی	علاقه مندی به محله و جامعه	احساسات دینی و مذهبی	اعتماد اجتماعی	تعاون و همیاری	روابط خانوادگی و دوستان
Eij	۵/۹۹۹۴۷	۴/۶۸۱۳۷۹	۸/۱۸۵۵۶۷	۳/۴۲۵۵۶	۳/۵۱۳۹۲۲	۴/۸۳۰۲۱۴
Wj	۰/۱۹۵۸۳	۰/۱۵۲۸۰۶	۰/۲۶۷۱۸۷	۰/۱۱۱۸۱۴	۰/۱۱۴۶۹۹	۰/۱۵۷۶۶۴

مأخذ: (نگارندگان، ۱۳۹۶).

* محاسبه Eij بر اساس رابطه (۲): (شماعی و موسی‌وند، ۱۳۹۰: ۳۲).

رابطه (۲):

$$K = \frac{1}{Ln m} \quad \text{و} \quad Eij = -k \sum_{i=1}^m Rij \times Ln Rij$$

* محاسبه Wj بر اساس رابطه (۳):

$$\sum_{i=1}^n Wj = 1 \quad \text{و} \quad Wj = \frac{Ej}{\sum_{j=1}^n Ej} \quad \text{رابطه (۳)}$$

گام دوم: وزن‌دهی به معیارها: باتوجه به این‌که معیارهای مختلف، دارای وزن‌های مختلفی هستند. برای این کار می‌توان از روش‌های مختلف نظیر روش آنتروپی، linmap و بردار ویژه استفاده کرد. در این بررسی از روش آنتروپی استفاده شده که در آن تعیین وزن هر یک از معیارها و شاخص‌ها با بهره‌گیری از روابط زیر انجام شد:

جدول ۸: مقایسه Eij و Wj عوامل مهم سرمایه اجتماعی موثر در سلامت شهری میان مناطق شهر قم

مناطق	منطقه ۱	منطقه ۲	منطقه ۳	منطقه ۴	منطقه ۵	منطقه ۶	منطقه ۷	منطقه ۸
سرمایه اجتماعی								
مشارکت اجتماعی	۱.۷۸۱	۰.۴۱۹	۱.۲۰۴	۱.۸۴۲	۱.۵۹۱	۱.۵۵۱	۱.۷۸۱	۰.۴۱۹
علاقه مندی به محله و جامعه	۰.۷۱۸	۰.۳۱۲	۱.۰۴۳	۰.۶۰۲	۰.۵۵۳	۱.۲۳۵	۰.۷۱۸	۰.۳۱۲
احساسات دینی و مذهبی	۱.۳۷۶	۰.۳۸۰	۱.۴۱۵	۱.۴۹۶	۱.۳۶۵	۱.۵۶۶	۱.۳۷۶	۰.۳۸۰
اعتماد اجتماعی	۱.۴۲۲	۰.۴۰۰	۱.۴۵۳	۱.۴۶۳	۱.۳۷۳	۱.۲۰۲	۱.۴۲۲	۰.۴۰۰
تعاون و همیاری	۱.۴۳۸	۰.۳۳۱	۰.۸۰۶	۰.۶۷۲	۰.۶۵۶	۱.۲۰۸	۱.۴۳۸	۰.۳۳۱
روابط خانوادگی و دوستان	۰.۸۲۰	۰.۲۱۰	۱.۳۴۸	۰.۶۶۱	۱.۰۹۳	۱.۴۸۵	۰.۸۲۰	۰.۲۱۰

مأخذ: (نگارندگان، ۱۳۹۶).

(ماتریس قطری) به دست می‌آید که در رابطه ۴ نشان داده شده است.

گام سوم: محاسبه ماتریس نرمال وزین V_{ij} : این ماتریس با ضرب ماتریس R_{ij} در وزن مربوطه W_j

A^- : ۰/۰۶۹۱، ۰/۰۶۱۸، ۰/۳۲۱۲، ۰/۱۰۹۸، ۰/۰۴۱۳، ۰/۱۲۷۰

گام پنجم: محاسبه معیار فاصله و یا به عبارتی جدایی گزینه i با ایده آل ها فاصله گزینه i با ایده آل مثبت را با S_i^+ و با ایده آل منفی را با S_i^- نشان می دهیم و به شکل زیر محاسبه می کنیم:

$$S_i^+ = \sqrt{\sum_{j=1}^n (V_i - V_j^+)^2} \quad \forall i = 1, 2, \dots, m$$

$$S_i^- = \sqrt{\sum_{j=1}^n (V_i - V_j^-)^2} \quad \forall i = 1, 2, \dots, m \quad (۷)$$

گام ششم: محاسبه نزدیکی نسبی هر گزینه به راه حل ایده آل با استفاده از رابطه ۱۰:

$$0 \leq C_i^* \leq 1 \quad \forall i = 1, 2, \dots, m$$

$$C_i^* = \frac{S_i^-}{S_i^- + S_i^+}$$

هر چه گزینه A_i به حل ایده آل A^+ نزدیکتر باشد، ارزش C_i^* به یک نزدیکتر خواهد بود.

رابطه (۴): $V_{ij} = W_j \times R_{ij}$

گام چهارم: به دست آوردن راه حل ایده آل مثبت A^+ (بهترین راه حل) و راه حل ایده آل منفی A^- (بدترین راه حل)، این راه حل ها به صورت روابط ۵ و ۶ تعریف می شوند:

رابطه (۵): $A^+ = \{(\sum_{i \in J} \max V_{ij} \quad j \in J), (\sum_{i \in J} \min V_{ij} \quad j \in J)\}; i = 1, 2, \dots, m\} = \{V_1^+, V_2^+, V_3^+, \dots, V_N^+\}$

که در این تحقیق به قرار زیر می باشد:

A^+ : ۰/۲۱۱۳، ۰/۱۷۷۹، ۰/۴۴۴۷، ۰/۲۷۲۱، ۰/۰۸۲۲، ۰/۲۳۸۸

رابطه (۶): $A^- = \{(\sum_{i \in J} \min V_{ij} \quad j \in J), (\sum_{i \in J} \max V_{ij} \quad j \in J)\}; i = 1, 2, \dots, m\} = \{V_1^-, V_2^-, V_3^-, \dots, V_N^-\}$

که در این تحقیق به قرار زیر است:

جدول ۹: ماتریس نرمال وزین و رتبه بندی مناطق شهر قم از نظر سرمایه اجتماعی

رتبه	C_i	S_i^-	S_i^+	روابط خانوادگی و دوستان	تعاون و همپاری	اعتماد اجتماعی	احساسات دینی و مذهبی	علاقه مندی به محله و جامعه	مشارکت اجتماعی	مؤلفه های سرمایه اجتماعی مناطق
۱	۰.۸۲۵	۰.۲۷۲	۰.۰۵۷	۰.۰۸۲	۰.۲۷۲	۰.۴۱۴	۰.۱۷۷	۰.۲۱۱	۰.۱۸۹	منطقه ۱
۸	۰.۱۳۳	۰.۰۴۳	۰.۲۸۱	۰.۰۶۱	۰.۱۰۹	۰.۳۳۰	۰.۰۶۱	۰.۰۶۹	۰.۱۶۴	منطقه ۲
۳	۰.۷۲۴	۰.۲۲۰	۰.۰۸۳	۰.۰۷۴	۰.۲۱۰	۰.۴۱۸	۰.۱۵۲			منطقه ۳
۴	۰.۵۸۵	۰.۲۰۳	۰.۱۴۴	۰.۰۷۸	۰.۲۱۷	۰.۳۲۱	۰.۱۵۳	۰.۱۶۷	۰.۲۲۹	منطقه ۴
۶	۰.۳۱۷	۰.۱۱۳	۰.۲۴۳	۰.۰۶۴	۰.۲۱۹	۰.۳۲۲	۰.۰۷۳	۰.۰۷۷	۰.۱۲۷	منطقه ۵
۵	۰.۳۷۳	۰.۱۳۰	۰.۲۱۸	۰.۰۴۱	۰.۱۲۵	۰.۳۹۶	۰.۱۲۲	۰.۰۷۵	۰.۲۱۲	منطقه ۶
۲	۰.۷۴۳	۰.۲۴۲	۰.۰۸۳	۰.۰۸۰	۰.۲۰۴	۰.۴۴۴	۰.۱۶۸	۰.۱۶۳	۰.۲۳۸	منطقه ۷
۷	۰.۲۵۱	۰.۰۸۲	۰.۲۴۴	۰.۰۶۱	۰.۱۱۰	۰.۳۶۰	۰.۱۰۳	۰.۰۷۹	۰.۱۸۱	منطقه ۸

مأخذ: (نگارندگان، ۱۳۹۶).

بهتری را نسبت به سایر مناطق با استفاده از این روش به خود اختصاص داده است.

ارزیابی سلامت اجتماعی در مناطق شهر قم:

جهت ارزیابی سلامت اجتماعی در این تحقیق از ۸ مؤلفه در طیف لیکرت استفاده گردید و بعد از ترکیب گویه های و محاسبه میانگین آنها و قرار دادن در مدل تاپسیس رتبه مناطق از نظر سلامت اجتماعی به دست آمد که به شرح جدول ذیل می باشد.

با استفاده از روابط ۷ و ۸، فاصله گزینه ها (مناطق) از راه حل های مثبت و منفی بدست آمده و با استفاده از رابطه ۹ ضریب نزدیکی هر گزینه به این راه حل ها، محاسبه می شود. در آخر مطابق این نمرات رتبه بندی مناطق انجام می گیرد. این موارد در جدول (۹) ارائه شده است. مطابق این جدول؛ مناطق ۱ و ۷ به ترتیب رتبه اول و دوم از نظر سرمایه اجتماعی وضعیت

جدول ۱۰: میزان تاپسیس مؤلفه‌های سلامت اجتماعی در مناطق شهر قم

رتبه	میانگین ضریب اولویت	سطح برخورداری	میزان تاپسیس	مناطق
۱	۰/۸۲۸۱۱۴	فرا برخوردار	۰/۹۲۳۶۰۳	منطقه ۷
۲			۰/۹۱۲۷۴۱	منطقه ۱
۳			۰/۷۴۰۸۴۴	منطقه ۴
۴			۰/۷۳۵۲۶۶	منطقه ۳
۵	۰/۳۲۰۷۱۲	نیمه برخوردار	۰/۳۲۰۷۱۲	منطقه ۶
۶	۰/۱۰۰۳۳۳	فرو برخوردار (محروم)	۰/۳۰۰۰۳	منطقه ۸
۷			۰/۰۵۷	منطقه ۲
۸			۰/۰۴۳۹۷	منطقه ۵

مأخذ: نگارندگان، ۱۳۹۶).

بحث و نتیجه‌گیری

محصول نهایی و خلاصه شده این پژوهش را می‌توان به صورت مختصر در جدول (۱۰) مشاهده نمود. در این مطالعه، نگارندگان بر اساس نتایج به دست آمده از وضعیت موجود شاخص‌های سرمایه اجتماعی به عنوان متغیر مستقل و تأثیر آن بر شاخص‌های سلامت اجتماعی به عنوان متغیر وابسته، مناطق هشت‌گانه مورد مطالعه را به سه وضعیت فراب‌خوردار، نیمه برخوردار و فروبرخوردار تقسیم نمودند (جدول ۱۰ و تصویر ۲). براین اساس و باتوجه به مصاحبات و مشاهدات صورت گرفته، همچنین شناخت موجود از وضعیت مناطق، مشخص گردید که مناطق برخوردار (۷، ۱، ۴ و ۳)، باتوجه به بهره‌مندی از زمینه‌های مناسب اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی، شاخص‌های سرمایه اجتماعی بهتری نیز در قیاس با سایر مناطق همچون مناطق ۲، ۶، ۵ و ۸ دارند. یکی از مباحثی که در این زمینه، از دیدگاه نگارندگان مهم جلوه می‌نمود، بررسی تأثیر مذهب بر سرمایه و سلامت اجتماعی شهروندان بود. در این خصوص، مشخص است که برخورداری شهر قم از جاذبه‌های مذهبی مانند حرم حضرت معصومه (س)، مسجد جمکران و ارتباط با پایگاه‌های دینی و مذهبی مهم دنیا، این شهر را به یکی از مهم‌ترین شهرهای مذهبی جهان مبدل نموده و مردم این شهر، همواره حضوری پررنگ، در فضاهای مذهبی دارند، اما پرسش اینجاست که چنین حضور و استمرار آن در فضاهای مذکور، چه تأثیری بر سایر ابعاد زندگی اجتماعی و فردی همچون مقوله سرمایه

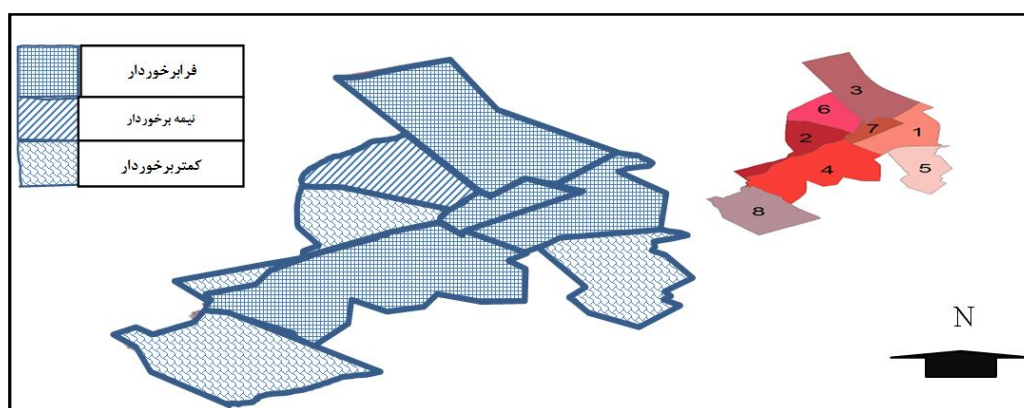
اجتماعی دارد؟ در پاسخ به این پرسش، بایستی اشاره گردد که بسیاری از سرپرست‌های مورد مطالعه و شهروندان دیگری که به نوعی تأثیرگذار بودند در یافته‌های این پژوهش، حضور در مکان‌های مقدس این شهر را باعث آرامش خاطر و تسلی روح و روان خود می‌دانند و اعتقاد قلبی به این اثرگذاری دارند که این مهم جدا از مقوله سرمایه اجتماعی، اثرات مستقیمی بر سلامت روح و جسم افراد معتقد دارد اما باتوجه به این‌که شاخص سرمایه اجتماعی از مؤلفه و گویه‌های مختلفی شکل گرفته است، بررسی اثرگذاری روحیات مذهبی این شهر بر سرمایه اجتماعی نیز با توجه به موضوع پژوهش، می‌تواند دریچه دیگری از این مطالعه را بازگو کند. چنانچه اشاره شد، نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که تقریباً در تمامی مناطق مورد مطالعه (بدون در نظر داشتن پایگاه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی افراد)، شهروندان از روحیه بالای مذهبی-اعتقادی برخوردارند و همواره حضور در آئین‌های مذهبی را در برنامه‌های خود دارند. وجود چنین روحیه‌ای در میان شهروندان این شهر، زمینه‌ها و پتانسیل‌های بسیار زیادی را برای ایجاد جامعه سالم فراهم می‌آورد. به طوری که غالب جامعه آماری، با تأثیر از آموزه‌های دینی-مذهبی خود که صد البته وجود امکان متبرکه این شهر نیز در آن سهیم است، مشارکت در حل مشکلات، اعتماد به دوستان، ارتباطات خانوادگی و موارد مشابه را وظیفه انسانی، دینی و مذهبی خود در برابر دیگر افراد، بیان می‌نمودند. در اینجا، منظور نگارندگان از مذهب، عناصر جوهری همسو در تمامی ادیان است که شاکله اصلی

گذشته است و تنها نسل امروز آنها با ارتباطات تحول- یافته و تحصیلات دانشگاهی، توانسته تغییراتی را نسبت به گذشته به وجود آورد. مسکن غیراستاندارد، کوچه‌هایی اغلب شلوغ از کودکان در حال بازی، ساختار محیطی نامناسب و کیفیت بصری نه چندان خوشایند این مناطق، تفاوت فضایی و ساختار مشخصی را در قیاس با مناطق ۱، ۲، ۴ و ۷ که از نظام کالبدی، محیطی و بصری منظم‌تر، زیباتر و هنرمندانه‌تری برخوردارند را موجب گردیده است. در مشاهده میدانی از مناطق ۱، ۲، ۴ و ۷ و در تفاوت آشکار با مناطق ۸، ۶، ۲ و ۵ معماری چشم‌نوازی همراه با خیابان‌های عریض، کوچه‌های خلوت، فضای سبز مناسب، دسترسی‌های بهتر همراه با نمایش محیطی آرامش‌بخش‌تری را شاهد هستیم که مستقیم و غیرمستقیم در افزایش شاخص سلامت شهری و سرمایه اجتماعی آنها مؤثر واقع گردیده است. آنچه وجود چنین موفقیتی را برای این مناطق رگم‌زده، وضعیت مناسب درآمدی، فرهنگی، اجتماعی و حتی کالبدی این مناطق است که باعث شده شاخص‌های مختلف سرمایه اجتماعی را به شکلی مناسب و عینی- تر نسبت به سایر مناطق ضعیف این کلان‌شهر که مورد اشاره قرار گرفت، پیاده و اجرایی نمایند؛ بنابراین می‌توان گفت که ساختار مذهبی در گام اول و داشتن روحیات مذهبی در گام دوم، در تلفیق و ترکیب با عامل سومی به نام شاخص‌های مناسب اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی است که می‌تواند زمینه‌ساز واقعی وجود سرمایه و سلامت اجتماعی در شهرهای مختلف ما باشد. آنچه در این میان از جایگاه بحث مهمی برخوردار است به‌طوری‌که تحلیل وضعیت اصالت شهروندان (بومی- مهاجر)، ارتباط آن با فقر و همچنین کیفیت زندگی آنان از بُعد وضعیت خارجی موجود مناطق هشت‌گانه در ارتباط با موضوع پژوهش، نشان از وضعیت قابل تأمل و جالبی دارد که انعکاس روابط، ساختار، سبک زندگی و الگوهای درونی خانوارهای این مناطق را منعکس می‌کند. به- طور شفاف‌تر اینک، امروزه در بررسی وضعیت خانوارهای مناطق به‌خصوص ۲ و ۶ کلانشهر قم، به این

مذاهب را می‌سازند. برای مثال، تمامی مذاهب، قتل، دزدی، دروغ و... را قبیح و صداقت، تلاش و فداکاری را نیکو و پسندیده می‌دانند که همگی به نوعی، بیان‌کننده سرمایه‌ها و سلامت اجتماعی جوامع است. براین اساس، نگارندگان براین اعتقاد هستند که در صورت عینی شدن واقعی چنین احساساتی در صحنه عمل (از سطوح خرد تا بالاترین سطح مدیریتی کشور) مشکلات امروز زندگی اجتماعی افراد که در نهایت سلامت اجتماعی آنها را در معرض خطر قرار می‌دهد، به سرعت کاسته خواهد شد. از این رو، آنچه مشخص است، پیوند چنین مناسباتی با مقوله سرمایه اجتماعی (شاخص‌هایی همچون همبستگی اجتماعی، مشارکت اجتماعی، اعتماد، روابط خانوادگی و دوستان و...) است که زمینه‌های بسیار تأثیرگذاری را برای تضمین سلامت اجتماعی جامعه فراهم می‌آورد؛ زیرا کسی که رفتارش را با اوامر باری تعالی، مطابقت می‌دهد، به‌دنبال مشارکت، ایجاد اعتماد، ارتباطات و عواطف خانوادگی، همبستگی اجتماعی و... نیز خواهد بود. نتایج یافته‌ها در همین زمینه از مناطق هشت‌گانه کلانشهر قم نیز نشان می‌دهد که مناطق مهاجر و توان اقتصادی متوسط و پایین (مناطق ۸، ۶، ۲ و ۵) علی‌رغم گرایش‌های بالای مذهبی، به‌علت وضعیت نامناسب اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و... چندان در ایجاد شاخص‌های سرمایه اجتماعی توفیقی نداشتند. در مقابل مناطقی مانند مناطق ۱، ۲، ۴ و ۷ که در داشتن گرایش‌های مذهبی، وضعیتی تقریباً مشابه با دیگر مناطق دارند، در ایجاد سرمایه اجتماعی و سلامت زیست اجتماعی نیز موفق بوده‌اند. تحلیل فضایی مناطق هشت‌گانه این کلان‌شهر و وضعیت موجود سرمایه اجتماعی و سلامت شهری آنها، با صرف وقت یک روزه و مشاهده مستقیم شاخص‌های محیطی، بصری، کالبدی، مدیریتی و عملکردی این مناطق نیز، نتایج جالب و روشنی به دست می‌دهد. به‌طوری‌که ساختار و کیفیت فضایی مناطق ۸، ۶، ۲ و ۵ متأثر از ساختار اجتماعی- فرهنگی ساکنان عمدتاً مهاجر روستایی آن، همچنان پس از گذشت سال‌ها از ورود اولین نسل از ساکنانش با تغییراتی اندک، مشابه

موضوع پی می‌بریم که بسیاری (بیش از ۸۵ درصد) از سرپرست‌های خانوار این دو منطقه را مهاجران روستایی از دیگر مناطق کشور تشکیل می‌دهند که امروزه حتی پس از گذشت دو یا سه نسل از ورود نسل اول آنان، وضعیت اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و ... آنان، بهبودی چندانی نسبت به گذشته پیدا نموده است. تجمع پهنه‌های حاشیه‌نشین در این مناطق به همراه منطقه پنج، که البته در بخش‌های قبلی این نوشتار مورد اشاره قرار گرفت، حکایت از همین

موضوع دارد. موضوعی که تداعی کننده فقر نسبی اقتصادی و فرهنگی این مناطق است که نتیجه آن را در کیفیت نازل سرمایه و سلامت اجتماعی آنان درمی‌یابیم. درحالی‌که پژوهش عینی این مهم در مناطقی همچون منطقه هفت، یک و چهار، گویای اصالت نسبی ساکنین آن، وجود پایگاه اقتصادی مناسب و زمینه‌های فرهنگی کارآمدی است که منجر به سرمایه اجتماعی و سلامت زیست آنان نیز شده است.



تصویر ۲: وضعیت مناطق مورد بررسی از حیث سلامت اجتماعی
مأخذ: نگارندگان: ۱۳۹۶).

اجتماعی، مرگ و میر و سلامت شهری در آمریکا وجود دارد.

از دیدگاه نگارندگان و در تأیید مطالعات پیشین قابل ذکر می‌باشد، اشاره به این مهم است که فقر می‌تواند از راههای مختلف، سطح سرمایه اجتماعی خانوارها را از طریق کاهش نسبی درآمد، دارایی، خدمات پایه، منزلت، امکانات آموزشی، تحرک اجتماعی و نیز عدم حضور و مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها را کاهش دهد که این امر متعاقب آنان را به نوعی با بی‌اعتمادی، عدم مشارکت، کاهش روابط و تضعیف پیوندهای اجتماعی که همه و همه از مؤلفه‌های اساسی سرمایه اجتماعی در گام اول و سلامت اجتماعی در گام دوم هستند، روبرو کند، اما در مجموع باید دقت کرد که بین سرمایه اجتماعی و پایگاه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی، رابطه متقابل و تنگاتنگی وجود دارد، در حدی که نمی‌توان مشخص

نتایج این مطالعه در قیاس با مطالعات اندیشمندی چون ژانژانگ و همکارانش، نشان می‌دهد که این پژوهش نیز سرمایه اجتماعی و سلامت شهری بالاتر گروه‌های مختلف را نتیجه همگرایی و انسجام اجتماعی بیشتر شهروندان آن می‌داند؛ همچنین مشابه با یافته‌های این پژوهش را می‌توان در قیاس کشورهای فنلاند و سوئد یافت. بدین معنی که در تأیید نتایج این پژوهش که مناطقی دارای سرمایه اجتماعی کمتر و در نتیجه سلامت اجتماعی پایین‌تری دارند را می‌توان در مطالعات هیپا مشاهده نمود. بدین صورت که سوئدی‌ها چون از سرمایه اجتماعی بالاتری برخوردارند، از سلامت شهری بیشتری نیز نسبت به فنلاندی‌ها برخوردارند. اعتماد اجتماعی، شاخصی است که ویلکینسون و همکارانش در مطالعات سلامت شهری به کار گرفتند که همانند این مطالعه به این نتیجه رسیده‌اند که ارتباط تنگاتنگی بین اعتماد

محیطی و کالبدی این مناطق مانند منطقه ۳، ۱، ۷ و ۴ نیز مشاهده نمود. در مقابل، مناطقی مانند منطقه ۵، ۶، ۲ و ۸ که دارای جمعیتی مهاجر با پایگاه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی نه‌چندان مناسب است، کیفیت زیست و سلامت اجتماعی مناسبی را نیز ندارند. در پژوهش این محلات چنان‌چه اشاره شد، بیشترین محلات حاشیه‌نشین مانند شیخ‌آباد، شادقلی‌خان، اکبرآباد، اراضی بیگدلی، سیدمعصوم، روستای جمکران شهرک فاطمیه، چاله کوره، قلعه کامکار و شهرک قائم زندگی می‌کنند که مأمونی برای بروز انواع آسیب‌های اجتماعی و بزه‌کاری‌های دیگر است که زمینه را برای آفت شاخص‌های سرمایه و سلامت اجتماعی مهیا نموده است.

منابع

۱. امینی رارانی، مصطفی، موسوی، میرطاهر و حسن رفیعی. ۱۳۹۰. رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی در ایران، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال یازدهم، شماره ۴۲، صص ۲۲۸-۲۰۳.
 ۲. انصاری، ابراهیم، عطایی، پری. ۱۳۹۱. بررسی میزان و تأثیر سرمایه اجتماعی بر روابط اجتماعی ساکنان مجتمع‌های مسکونی، مطالعه موردی: دو منطقه از شهر اصفهان، فصلنامه مطالعات شهری، سال دوم، شماره دوم، صص ۱۳۸-۱۱۳.
 ۳. بهبودی، داوو، باستان، فرانک (۱۳۹۱)، تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت عمومی در ایران، دو فصلنامه جامعه‌شناسی اقتصادی و توسعه، شماره اول، صص ۴۶-۲۷.
 ۴. بیورانی، حسین و غفران، علی. ۱۳۸۸. تبیین و بکارگیری مدل تصمیم‌گیری چند معیاره TOPSIS برای رتبه‌بندی مناطق مختلف شهری از منظر جرم و بزهکاری، مجله کاراگاه، دوره دوم، سال دوم، شماره ۸، صص ۱۵۰-۱۳۱.
 ۵. پیران، پرویز، موسوی، میرطاهر و ملیحه سیانی. ۱۳۸۵. کارلایه مفهومی و مفهوم‌سازی و سرمایه اجتماعی با تأکید بر شرایط ایران، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال ششم، شماره ۲۲، صص ۴۴-۹.
 ۶. رفیعیان، مجتبی، احمدزاده نانو، حسین. ۱۳۹۱. سنجش ظرفیت‌های مشارکت اجتماعی در سیاست‌
- نمود که کدام یک تأثیر بیشتری بردیگری دارد، به این صورت که طبق گفته‌های بالا، فقر تأثیر منفی بر میزان سرمایه اجتماعی افراد و گروهها دارد، از طرفی، افزایش میزان سرمایه اجتماعی به طرق گوناگون، زمینه لازم برای ارتقای سطح رفاه افراد فقیر و متعاقب آن زمینه رشد فرهنگ مشارکتی، روحیه داوطلبانه، همکاری و اعتماد اجتماعی فراگیر را فراهم می‌سازد و نوعی پیوند و رابطه محکم، صمیمیت و کمک متقابل را در سطح بین فردی ایجاد می‌نماید. در مجموع، این پژوهش نیز با علم به اهمیت این موضوع به‌ویژه در اهمیت پژوهش سلامت اجتماعی، در کلان‌شهر مذهبی قم به انجام رسید و نتایج آن نشان می‌دهد که ارتباط مستقیمی میان وجود شاخص‌های سرمایه اجتماعی و افزایش سلامت اجتماعی شهروندان و برعکس وجود دارد. به طوری که سلامت اجتماعی شهروندان در مناطقی که دارای حد بالایی از شاخص‌های سرمایه اجتماعی بودند، در وضعیت مناسبی قرار دارد. در مقابل با توجه به نتایج یافته‌ها از مناطق هشت‌گانه این شهر، مشخص گردید مناطق دیگری که وضعیت نامناسبی در ارتباط با شاخص‌های سرمایه اجتماعی دارند، سلامت اجتماعی مناسبی نیز ندارند؛ همچنین فاکتور اعتقادات دینی - مذهبی نیز که به‌عنوان یکی از شاخص‌های مؤثر در سلامت اجتماعی افراد مورد تأکید نگارندگان است، نمی‌تواند به تنهایی در پیشبرد اهداف سرمایه و سلامت اجتماعی مثرتر واقع شود. به طوری که مناطق برخوردار از پایگاههای اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، در نسبتی مشابه با مناطق غیربرخوردار از پایگاههای مذکور، نتایج احساسات مذهبی و دینی متفاوتی را در ایجاد سرمایه و سلامت اجتماعی مناطق خود ایجاد نموده‌اند. در مجموع مناطق هشت‌گانه کلان‌شهر قم را می‌توان در یک تقسیم‌بندی فضایی به دو بخش مناطق مهاجرنشین و بومی‌نشین تقسیم نمود که در آن مناطق بومی، با توجه به وجود بسترهای مناسب اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، از کیفیت زندگی، سرمایه و سلامت اجتماعی مناسبی نیز برخوردار هستند که نتایج آن را حتی می‌توان در کیفیت

- و تأثیر آن بر کیفیت زندگی، مورد مطالعه، محله‌های شهر میاندوآب، فصلنامه پژوهش‌های جغرافیای انسانی، دوره ۴۵، شماره ۴، صص ۹۷-۲۲۰.
۱۷. میره‌ای، محمد، علیوردیلو، هادی، امیریان، سهراب و محمد علیوردیلو. ۱۳۹۶. تحلیلی بر نابرابری‌های توسعه بهداشتی و سلامت در منطقه البرز جنوبی، فصلنامه آمایش جغرافیایی فضا، سال هفتم، شماره ۲۶، صص ۴۹-۶۸.
۱۸. نصراللهی، زهرا، اسلامی، راضیه. ۱۳۹۲. بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و توسعه پایدار در ایران (کاربردی از مدل روبرت فوآ)، فصلنامه پژوهش‌های رشد و توسعه اقتصادی، سال چهارم، شماره سیزدهم، صص ۶۱-۷۸.
۱۹. نظم‌فر، حسین، علوی، سعید و علی عشقی چهاربرج. ۱۳۹۷. تحلیل فضایی سکونتگاه‌های شهری استان گلستان از لحاظ شاخص‌های شهر سالم، فصلنامه آمایش جغرافیایی فضا، سال هشتم، شماره ۳۰، صص ۲۲۸-۲۱۳.
۲۰. نوغالی، محسن، فولادیان، احمد و حسن احمدی‌ازغندی. ۱۳۸۹. بررسی تأثیر سرمایه اجتماعی بر رضایت از زندگی، مطالعه موردی: دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد، مجله تخصصی جامعه‌شناسی مطالعات جوانان، سال اول، شماره سوم، صص ۱۹۳-۱۶۹.
۲۱. هزارجریبی، جعفر، مهری، اسداله. ۱۳۹۱. تحلیل رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی- اجتماعی، فصلنامه علوم اجتماعی، شماره ۵۹، صص ۹۰-۴۲.
22. Adam, France and Ronccecic, Bourt. 2003. Social Capital: recent debates and research. Social Science Information, 42:155-183.
23. Alaszewski, A., Manthorpe, J. Durkheim. 1995. Social integration and suicide rates, Nurs Times, (25): 34-5.
24. Bourdieu, Pierre and Loic Wacquant. 1992. Invitation to Reflexive Sociology. Chicago: University of Chicago Press.
25. Catalan, Bibiana. David, Saur. Pere, Serra. 2008. Urban sprawl in the Mediterranean? Patterns of growth and change in the Barcelona Metropolitan Region 1993-2000, Available online at www.sciencedirect.com, pp 174-184.
26. Horton, Richard. 2009. Global science and social movements: towards a
- های مداخله در محلات ناکارآمد شهری، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال دوازدهم، شماره ۴۶، صص ۳۷۲-۳۵۳.
۷. سازمان مسکن و شهرسازی استان قم. ۱۳۷۷. مطالعه شاخص‌های مسکن، جمعیت، مهاجرت و حاشیه‌نشینی در شهرستان قم.
۸. سیدان، فریبا، عبدالصمدی، محبوبه. ۱۳۹۰. رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان زنان و مردان، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال یازدهم، شماره ۴۲، صص ۲۵۴-۲۲۹.
۹. شارع‌پور، محمود، ریاحی، اسماعیل و فاطمه آرمان. ۱۳۹۲. بررسی تأثیر مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی بر سلامت روان، مطالعه موردی، شهروندان شه ر تهران، دو فصلنامه مسائل اجتماعی ایران، سال پنجم، شماره ۱، صص ۷۹-۱۰۰.
۱۰. علی‌زاده اقدام، محمدباقر، ربانی، رسول و مرتضی مبارک بخشایش. ۱۳۹۱. بررسی تأثیر سرمایه اجتماعی و احساس محرومیت بر سلامت شهروندان، مورد مطالعاتی، شهر اصفهان، فصلنامه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، شماره ۱۵، صص ۸۶-۴۵.
۱۱. کامران، فریدون، ارشادی، خدیجه. ۱۳۸۸. بررسی رابطه سرمایه اجتماعی شبکه و سلامت روان، فصلنامه پژوهش‌های اجتماعی، سال دوم، شماره سوم، صص ۵۴-۲۹.
۱۲. فرید، یدالله. ۱۳۶۸. جغرافیا و شهرشناسی، انتشارات دانشگاه تبریز.
۱۳. فنی، زهره، شفیعی ثابت، ناصر و مهدی شیرکوند. ۱۳۹۷. تحلیل کیفیت زیستی شهرهای کوچک استان گیلان با استفاده از مدل مشارکت سرمایه‌های اجتماعی، فصلنامه آمایش جغرافیایی فضا، سال هشتم، شماره ۳۰، صص ۲۱۲۱-۱۹۳.
۱۴. گروسی، سعیده، شبستری، شیما. ۱۳۹۰. بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی در بین زنان سرپرست خانوار در شهر کرمان، مجله مطالعات اجتماعی ایران، دوره پنجم، شماره ۱، صص ۹۹-۱۲۳.
۱۵. معروفی، ایوب، سجادی، ژیلا و محمدتقی رضویان. ۱۳۹۸. سنجش نابرابری فضایی شاخص‌های سلامت محیط زیست شهری، نمونه موردی، نواحی کلانشهر تهران، فصلنامه آمایش جغرافیایی فضا، سال نهم، شماره سی و چهارم، صص ۱۱۶-۹۹.
۱۶. موسوی، میرنجف، حسنی، محمد و ایوب منوچهری میان‌دوآب. ۱۳۹۱. تحلیل سرمایه اجتماعی شهروندان

- School of Human Movement and Exercise Science & School of Social and Cultural Studies, University of Western Australia.
33. Russell, R.D. 1975. Social Health: An attempt to clarify this dimension of Well-being. *International Journal of health Education*, 16: 74-82.
 34. Temmerman, Marleen, Lauren Beth Foster, Philip Hannaford, Adriano Cattaneo, Jørn Olsen, Kitty W.M. Bloemenkamp, Albrecht Jahn and Miguel Oliveira da Silva. 2006. Reproductive health indicators in the European Union: The REPROSTAT project, www.sciencedirect.com, pp. 3-10.
 35. Tzoulas, Konstantinos, Kalevi Korpela, Stephen Ven and Vesa Yli-Pelkonen. 2007. Promoting ecosystem and human health in urban areas using Green Infrastructure: A literature review, *Journal Landscape and Urban Planning* 81, www.elsevier.com, pp. 167-178.
 36. Wilkinson, R.G. 1996. *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*, London: Routledge.
 37. Zunzunegui, M.V., Beatriz E.A., Teodoro D.S., and Angel, O. 2003. Social networks, social integration, and social engagement determine cognitive decline in community-dwelling Spanish older adults. *The journals of gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*. 58: 2.
 - rational politics of global health, www.elsevier.com, pp. 26-30
 27. Hyyppa E., M.T. and MaEki, J. 2005. Why do Swedish-Speaking Finns Have Longer Active Life?. An Area for Social capital Research, *Health Promotion International*, 16(1): 55-64.
 28. Kawachi, I., and Berkman, L.F. 2000. Social Cohesion, social capital, and health. In L.F. Berkman & Kawachi I. (Eds.), *Social Epidemiology* (pp. 174-190). New York: Oxford University Press.
 29. Keyes, C.L.M., and Shapiro, A. 2004. Social well-being in the U.S.: A descriptive epidemiology. in orville Brim, Carol, D., Ryff & Ronald, C. Kessler (eds.), *How healthy are you? A national study of well-being of Midlife*. Chicago: University of Chicago Press.
 30. Kushner, H.I., and Sterk, C.E. 2005. The limits of social capital: Durkheim, suicide, and social cohesion, *Am J Public Health* (7): 39-4.
 31. Moore, Spencer, Teixeira, Ana and Alan Shiell. 2006. The health of nations in a global context: Trade, global stratification, and infant mortality rates, *Social Science & Medicine* 63, www.elsevier.com, pp. 165-178 .
 32. Pohchin, I. 2006. *Exploration of Social Capital and Physical Activity Participation Among Adults on Christmas Island*, PHD Dissertation,