



سال نهم - شماره ی بیست و نهم - زمستان ۱۳۹۷

بررسی تأثیر سرمایه‌ی اجتماعی بر تحقق شهر سالم (مطالعه‌ی موردی: بندر ماهشهر)

کرامت‌الله زیاری^۱، محمود آروین^۲، شهرام بذرافکن^۳

چکیده

سرمایه‌ی اجتماعی به‌عنوان یک جنبه از ساختار اجتماعی با ویژگی‌هایی مانند روابط بین فردی و اعتماد و کمک‌های متقابل، منافع مشترک زیادی در زمینه‌هایی مانند کاهش جرم، افزایش احساس امنیت، تاب‌آوری اجتماعی، مدیریت ریسک خطر، سلامت فردی و همچنین سلامت اجتماعی و محیطی دارد. موضوع سلامت محیط شهر در رویکرد شهر سالم دنبال می‌گردد. تحقق رویکرد شهر سالم بدون نقش فعال شهروندان (سرمایه‌ی اجتماعی) امکان‌پذیر نیست. هدف این پژوهش، بررسی تأثیر سرمایه‌ی اجتماعی بر تحقق شهر سالم در بندر ماهشهر است. تحقیق از نظر هدف کاربردی و از نظر روش، توصیفی^۰ تحلیلی است. به‌منظور گردآوری داده‌های موردنیاز پژوهش از دو شیوه‌ی تحلیل اسنادی و نیز پیمایش بهره گرفته‌شده است. جامعه‌ی آماری پژوهش ساکنان منطقه‌ی بندر ماهشهر شامل ۱۵۳۷۷۸ نفر است که با فرمول کوکران، حجم نمونه ۳۸۴ به‌دست‌آمده است. بر اساس نتایج مطالعات اسنادی، شاخص‌های پژوهش در بخش سرمایه‌ی اجتماعی شامل مشارکت، اعتماد، همبستگی و انسجام اجتماعی، احساس اثرگذاری و کارایی و حمایت اجتماعی و در بخش شهر سالم از ۱۳ شاخص (حفظ فضای سبز، تفکیک زباله، جلوگیری از تخلیه‌های نخاله ساختمانی در معابر، مشارکت در برنامه‌های بهداشت

zayyari@ut.ac.ir

۱- استاد جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری دانشگاه تهران، نویسنده مسؤل

arvinmahmood@yahoo.com

۲- دانشجوی دکتری جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری دانشگاه تهران

bazrafkan1369@gmail.com

۳- کارشناسی ارشد جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری دانشگاه تربیت مدرس

تاریخ پذیرش: ۹۷/۹/۴

تاریخ وصول: ۹۷/۶/۱۲

(طرح جانوران موذی)، گزارش آلودگی‌های محیطی به سازمان‌های مربوط، جلوگیری از تأسیس مکان‌های غیربهداشتی، جمع‌آوری زباله در ساعت مناسب، خالی کردن زباله‌ها در داخل‌ها نهرها (معکوس)، پرتاب زباله از خودروها به خیابان (معکوس)، کاشت درختان، شرکت در کارگاه‌های سلامت و بهداشت محله، شرکت در زیباسازی و پاک‌سازی محیط، گزارش حضور معنادان در محله به مسئولان مربوط) بهره گرفته شد. داده‌های گردآوری‌شده با استفاده از آزمون‌های تی تک نمونه‌ای رگرسیون چند متغیره تحلیل گردیده است. نتایج حاکی از این است که شاخص‌های سرمایه‌ی اجتماعی و شهر سالم در بندر ماهشهر وضعیت مناسبی ندارند. همچنین نتایج رگرسیون نشان داد متغیر اعتماد با بتای ۰.۶۰۸ و بعدازآن همبستگی و انسجام اجتماعی (۰.۴۷۳)، مشارکت (۰.۴۷۲)، احساس اثرگذاری و کارایی (۰.۳۹۰) و حمایت با بتای ۰.۱۸۹ بر متغیر شهر سالم در بندر ماهشهر تأثیر معناداری دارند.

واژگان کلیدی: شهر سالم، سلامت، سرمایه‌ی اجتماعی، اصل مشارکت، بندر ماهشهر

مقدمه

سرمایه‌ی اجتماعی به یکی از بحث‌انگیزترین و جنجالی‌ترین مفاهیم علوم اجتماعی و پژوهش‌های توسعه تبدیل شده است و حجم ادبیات دانشگاهی و سیاسی مرتبط با آن به سرعت در حال افزایش است. درعین حال سرمایه‌ی اجتماعی به سرعت به ابزار تحلیلی اصلی پژوهش‌های جدید توسعه‌ی اقتصادی و اجتماعی در کشورهای در حال توسعه تبدیل می‌شود (حاتمی نژاد و همکاران، ۱۳۹۳: ۷۱). ریشه‌های ارتباط سرمایه‌ی اجتماعی با مسائل شهری را می‌توان در کتاب مرگ و زندگی شهرهای بزرگ آمریکایی اثر جین جیکویز یافت. از دیدگاه وی شبکه‌های اجتماعی صورتی از سرمایه‌ی اجتماعی را تشکیل می‌دهند که در ارتباط با بهبود زندگی در مقایسه با نهادهای رسمی مسئولیت بیشتری را از خود نشان می‌دهند. در مقیاس محله‌ای سرمایه‌ی اجتماعی شامل منابعی در اجتماعات محله‌ای است که از طریق حضور بالایی از اعتماد، عمل و کنش متقابل، هنجارهای مشترک رفتاری، تعهدات و التزامات و تعلقات مشترک، شبکه‌های رسمی و غیررسمی و کانال‌های مؤثر اطلاعات به وجود می‌آید. این سرمایه ممکن است به وسیله‌ی افراد و گروه‌ها به منظور تسهیل در خدمات‌رسانی به اجتماع مورد استفاده قرار گیرد (احد نژاد و همکاران، ۱۳۹۳: ۴۰). پانتم، سرمایه‌ی اجتماعی را شبکه‌ی ارتباطات

بین افراد می‌داند یعنی هنجارهای اجتماعی مثل همکاری متقابل و اعتمادی که در این شبکه‌های اجتماعی وجود دارد. به عقیده‌ی پانتام، شبکه‌های اجتماعی می‌توانند همکاری را برای منافع تسهیل کنند. شبکه‌ی متراکم روابط متقابل، احساس مشارکت را در فرد گسترش داده و موجب می‌شود که افراد عمل جمعی را ترجیح دهند (کسانی و همکاران، ۱۳۹۱: ۲). در دو دهه‌ی گذشته سرمایه‌ی اجتماعی به‌عنوان راهی برای توضیح انواع نتایج متفاوتی از قبیل، درگیری جنایی، عملکرد دموکراتیک و سلامت مورد استفاده قرار گرفته است. کار نظری کواچی و همکاران بیشتر ارتباط را هنگام استفاده از سرمایه‌ی اجتماعی در پیامدهای سلامت دارد. طبق تعریف آن‌ها، سرمایه‌ی اجتماعی به ویژگی‌های سازمانی اجتماعی مانند مشارکت مدنی، هنجارهای متقابل و اعتماد به دیگران اشاره می‌کند که همکاری برای سود دوجانبه را تسهیل می‌کند. با توجه به مکانیزم‌های بالقوه در سلامت، می‌توان مکان‌هایی با سطوح بالاتری از سرمایه‌ی اجتماعی را برای جمعیت‌های سالم‌تر انتظار داشت (بویس^۱ و همکاران، ۲۰۰۸: ۲۴۶). سرمایه‌ی اجتماعی که در سطح فردی و اجتماعی درک شده با سلامت ارتباط دارد هرچند ناسازگاری در مفهوم‌سازی و اندازه‌گیری سرمایه‌ی اجتماعی درک این رابطه را دشوار می‌سازد (زیرش^۲ و همکاران، ۲۰۰۵: ۷۱). سرمایه‌ی اجتماعی برای حفظ و افزایش ارزش کالاهای عمومی مانند آب، بهداشت، حفظ محیط‌زیست و ایمنی که برای سلامتی مهم هستند، ضروری است (اکاسیونس و همکاران^۳، ۲۰۰۹: ۱۰۷). امروزه بیشتر کشورهای جهان به‌ویژه کشورهای در حال توسعه با پدیده‌ی شهرنشینی گسترده و گسترش شهری لجام‌گسیخته مواجه هستند. این روند علاوه بر پیامدهای زیست‌محیطی و آسیب‌های اجتماعی و فرهنگی بر سلامت شهروندان تأثیرگذار بوده است. از حدود ربع قرن پیش افزایش مسائل ناشی از رشد شهرها سبب توجه به موضوعاتی مانند توسعه‌ی پایدار و شهر سالم گردیده است. رویکرد شهر سالم به‌عنوان یک رویکرد از رویکردهای غالب در مطالعات شهری و روستایی و حتی مقیاس ملی مطرح است (حاجی بصری، ۱۳۹۲: ۱).

^۱ - Boyce

^۲ - Ziersch

^۳ - Ocasiones

دفتر اروپایی سازمان جهانی بهداشت برنامه‌ی ارتقاء سطح سلامت را با عنوان پروژه شهر سالم پیشنهاد کرد. برای موفقیت در این پروژه، شهرهای مجری باید از حمایت از سیاستی قوی، مدیریت و رهبری توانمند، کنترل و مشارکت وسیع اجتماعی و همکاری بین بخشی برخوردار باشند. مشارکت مردمی اهمیت خود را به‌عنوان یکی از چهارپایه‌ی پروژه شهر سالم به رخ خواهد کشید. سازمان جهانی بهداشت، ضرورت قرار دادن مردم را در کانون فعالیت‌های مرتبط با ارتقای سلامت، به‌عنوان یک اصل اساسی متذکر شده، بر بهبود مشارکت عمومی در تمام سطوح از سیاست‌گذاری تا اجرا تأکید می‌ورزد. این سازمان همچنین معتقد است بخشی از مکانیسم‌های تأمین هزینه‌های ارتقا سلامت، به مشارکت مردم بستگی دارد (فرهادی، ۱۳۸۹: ۱۳۸).

شهر ماهشهر، کانون تمرکز صنایع پتروشیمی و مرکز ارتباطات تجاری منطقه است. این شهر رتبه‌ی هفتم را از نظر تعداد صنایع در استان خوزستان به خود اختصاص داده است و ۳/۹۵ درصد از صنایع استان خوزستان در این شهر قرار دارند. هرچند از نظر کمیت صنایع این شهر قابل توجه نیستند ولی کیفیت صنایع (تنوع محصولات) مانند صنایع پتروشیمی و غذایی، این شهر را به‌عنوان قطب صنعتی کشور قرار داده است ولی از نظر جنبه‌های زیست‌محیطی در موقعیتی بسیار آلوده و مساعد برای تشکیل جزایر حرارتی است. افزایش آلودگی و مشکلات زیست‌محیطی در این شهر، اهمیت توجه به مسائل توسعه‌ی پایدار شهری و شهر سالم را دوچندان کرده است. در ایجاد شهر سالم علاوه بر نقش مدیریت شهر در تدوین و اجرای برنامه‌های مناسب برای تحقق شهر سالم، نمی‌توان از مشارکت و نقش فعال شهروندان چشم‌پوشی کرد بنابراین هدف اصلی این پژوهش، بررسی تأثیر سرمایه‌ی اجتماعی بر تحقق شهر سالم در بندر ماهشهر است. موضوع شهر سالم به‌عنوان نقطه‌ی کانونی این پژوهش انتخاب گردید زیرا شهر سالم و ایجاد محیط سالم، نیازمند اقدام جمعی و مشارکت جامعه محلی است. از طرفی، بررسی این موضوع، اهمیت سرمایه‌ی اجتماعی در یک حوزه متفاوت و تأثیرات آن را بیان می‌کند.

پیشینه‌ی تحقیق

از پژوهش‌های انجام‌شده در رابطه با مشارکت در شهر سالم و نقش سرمایه‌ی اجتماعی در فعالیت‌های شهروندان در راستای محیط و شهر سالم موارد زیر قابل‌بیان است: فولادی در سال ۱۳۹۱ تحلیل رابطه‌ی میزان مشارکت مردمی و تحقق شهر سالم در کوی سیزده آبان شهری را بررسی می‌نماید. در این پژوهش مدیریت مطلوب و بهینه‌ی شهرها را درگرو مشارکت شهروندان آگاه و مشارکت پذیر می‌داند و مدیران شهری باید شرایط را به‌گونه‌ای فراهم کنند تا مردم بتوانند در تصمیم‌گیری‌ها و برنامه‌ریزی‌های ترجمان‌های شهری دخالت مستقیم داشته باشند. همچنین یافته‌های پژوهش مؤید این است که میزان مشارکت مردمی با شاخص‌های شهر سالم رابطه‌ی معناداری دارند و تقریباً تمامی شاخص‌های شهر سالم در یک سطح از مشارکت‌پذیری قرار دارند. عبدالله زاده فرد سال ۱۳۹۷ در پژوهشی دیگر به تبیین جایگاه سرمایه‌ی اجتماعی در افزایش ارتقاء رفتار شهروندی ساکنان محله‌های ایبوردی و کوی دانشگاه واقع در شهر شیراز می‌پردازد که از نرم‌افزارهای spss,amos و lisrel برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده می‌کند. یافته‌های تحقیق نشان از آن دارد که رابطه بین سرمایه‌ی اجتماعی و رفتار شهروندی مثبت و نسبتاً قوی است و از میان ابعاد سرمایه‌ی اجتماعی، تأثیرگذارترین بعد بر ارتقاء رفتار شهروندی در محله‌ی ایبوردی، بعد ارتباطی و در محله‌ی کوی دانشگاه، بعد ساختاری است. عباس زاده و همکاران در سال ۱۳۹۴ به تأثیر سرمایه‌ی فرهنگی و اجتماعی بر مشارکت شهروندان در تفکیک و جمع‌آوری زباله‌های خانگی در شهر ارومیه پرداخته‌اند... این پژوهش نشان می‌دهد که ابعاد احساس تعلق اجتماعی و اعتماد نهادی و انسجام اجتماعی، سرمایه‌ی اجتماعی و ابعاد ذهنی و عینی سرمایه‌ی فرهنگی، توان پیش‌بینی میزان مشارکت در تفکیک و جمع‌آوری زباله‌های خانگی را دارند. سلطانی بهرام و همکاران نقش سرمایه‌ی اجتماعی در توسعه‌ی مدیریت سلامت شهری را در سال ۱۳۸۹ موردپژوهش قرار می‌دهند. در این پژوهش که به روش توصیفی و اسنادی انجام‌گرفته است، ارتباط سرمایه‌ی اجتماعی با سلامت شهری شهروندان از طریق پارامترهایی چون اعتماد و تعامل متقابل، افزایش روح جمعی نسبت به آینده بررسی شده

است. نتایج پژوهش بیانگر این است که سرمایه و سنجش سرمایه‌ی اجتماعی از طریق اعتماد، اشتغال، مشغولیت مدنی، شبکه‌های اجتماعی «شاخص‌های معتبری برای تعامل مثبت توسعه‌ی اجتماعی و سلامت پایدار شهری خواهند بود که منجر به افزایش آگاهی شهروندان، بهبود ارتباطات و ارتقاء مهارت شهروندان در توسعه‌ی پایدار سرمایه‌ی اجتماعی و سلامت محله‌ای خواهند شد. پیراهری و تاجیک در سال ۱۳۹۵ به بررسی مشارکت شهروندان تهرانی در امور شهری با تأکید بر شهر سالم در منطقه‌ی ۱ و ۲۰ پرداختند. این تحقیق از لحاظ روش یک تحقیق پیمایشی بوده است؛ نتایج آن نشان داد که میزان مشارکت شهروندان در حد متوسطی قرار دارد و همچنین بین میزان مشارکت پاسخگویان در امور شهری با منطقه‌ی سکونت، سابقه‌ی سکونت، میزان احساس مالکیت بر محیط شهری، اعتماد اجتماعی و رضایت از خدمات شهری، رابطه‌ی معنادار و مستقیمی مشاهده وجود دارد. حقیقتیان و همکاران در سال ۱۳۹۵ تأثیر ابعاد سرمایه‌ی اجتماعی بر بازیافت زباله‌های شهری در کلان‌شهر شیراز را مورد ارزیابی قرار دادند. در این تحقیق عنوان می‌شود که اهمیت عوامل اجتماعی نظیر سرمایه‌ی اجتماعی بر بازیافت زباله‌های شهری، یکی از کلیدهای موفقیت در این امر است و نتایج آماری مربوط به پژوهش، وجود رابطه‌ی معناداری بین هر یک از متغیرهای اعتماد، تعهد و مشارکت اجتماعی با بازیافت زباله‌های شهری را مورد تأیید قرار داده است. زارع و همکاران (۱۳۸۹) در پژوهشی با عنوان «نقش سرمایه‌ی اجتماعی در مشارکت شهروندان در امور پارک‌های جنگلی در شهر تهران» به این نتایج دست یافتند که افزایش سرمایه‌ی اجتماعی در شهروندان و به دنبال آن ایجاد تمایل در افراد برای مشارکت در امور شهری مانند فعالیت در پارک‌های جنگلی و فضاهای سبز موضوعی مهم و انکارناپذیر است. همچنین در تحقیقات زیادی رابطه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی با سلامت فردی و اجتماعی (فیورلیو و ساباتینی^۱، ۲۰۱۵؛ مون^۲ و همکاران، ۲۰۱۵؛ موسالیا^۳، ۲۰۱۶؛ یانسی و چاکرون^۴، ۲۰۱۶؛

-
- 1 - Fiorillo & Sabatini
 - 2 - Mohnen
 - 3 - Musalia
 - 4 - Younsi & Chakroun

لی^۱، ۲۰۱۷؛ اولویس و کواچی^۲، ۲۰۱۵؛ مونن و همکاران^۳، ۲۰۱۱؛ کارپیانو^۴، ۲۰۰۷، شربتیان و ایمنی، ۱۳۹۶، کیوان آرا و همکاران، ۱۳۹۳) بررسی شده است ولی نقش سرمایه‌ی اجتماعی در تحقق شهر سالم (جمشیدی، ۱۳۹۰) کمتر مورد بررسی قرار گرفته است. در تعدادی از پژوهش‌های ذکر شده، ارتباط سرمایه‌ی اجتماعی با یکی از شاخص‌های مؤثر در شهر سالم مورد بررسی قرار گرفته ولی در این پژوهش از شاخص‌های مختلفی برای بررسی فعالیت فردی و گروهی در تحقق شهر سالم استفاده شده است.

ادبیات نظری

سرمایه‌ی اجتماعی

سرمایه‌ی اجتماعی به‌عنوان ویژگی سازمان‌های اجتماعی به‌منظور تسهیل در هماهنگی و همکاری برای منافع متقابل اعضا و در نهایت جامعه شناخته شده است. این ویژگی شامل شبکه‌های هنجارهای اجتماعی، عمل متقابل و اعتماد است که اگر به شیوه‌ای مثبت استفاده شود، اقدام جمعی را برای رسیدن به توسعه‌ی پایدار تشویق می‌کند (گوریز-میفسود^۵ و همکاران، ۲۰۱۷: ۳۶۴). سرمایه‌ی اجتماعی شرط لازم برای توسعه‌ی هر سیستم اجتماعی و ایجاد جامعه‌ی مدنی به شمار می‌آید که نبود آن محدودیت‌هایی را در دستیابی به توسعه ایجاد می‌کند (خان^۶، ۲۰۱۱: ۱۱).

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی

-
- 1 - Lee
 - 2 - Olives & Kawachi
 - 3 - Mohnen
 - 4 - Carpiano
 - 5 - Gorriz-Mifsud
 - 6 - Khanh

نظریه‌های اندیشمندان در حوزه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی

جدول شماره ۱: نظریه‌های سرمایه‌ی اجتماعی

| نظریه پرداز | نظریه |
|-------------|--|
| کلمن | اشکال عمده‌ی سرمایه‌ی اجتماعی تعهدات و انتظارات، ظرفیت بالقوه‌ی اطلاعات، هنجارها و ضمانت‌های اجرایی مؤثر، روابط اقتدار سازمان اجتماعی انطباق پذیر و سازمان تعهدی است. سرمایه‌ی اجتماعی از دید کلمن بیشتر یک کالای عمومی محسوب می‌شود تا خصوصی، به طوری که تمام مزایا و معایب پیوندها همه کنشگران را دربرمی‌گیرد (کلمن ^۱ ، ۱۹۹۸). |
| بوردیو | سرمایه‌ی اجتماعی، موقعیت‌ها و روابط در گروه‌ها و شبکه‌های اجتماعی است که دسترسی به فرصت‌ها، اطلاعات، منابع مادی و موقعیت اجتماعی را برای افراد افزایش می‌دهد. او تطابقی میان جایگاه اجتماعی و سلیقه‌ها و رفتارها در نظر می‌گیرد. سرمایه‌ی اجتماعی عبارت است از اعتماد، هنجارها شبکه‌هایی که همکاری و تعاون را برای نیل به منافع متقابل آسان می‌سازند (بوردیو ^۲ ، ۱۹۸۶). |
| پانتام | از نظر پانتام سنجه‌های سرمایه‌ی اجتماعی شامل موارد زیر است: میزان مشارکت در امور اجتماع محلی و زندگی سازمانی، مشارکت در امور عمومی (مثل رای دادن)، رفتار داوطلبانه، فعالیت‌های اجتماعی، غیررسمی (مثل دیدار دوستان) و سطح اعتماد بین افراد، بدین ترتیب سنجه‌ی او دارای دو عامل اساسی است: سنجه‌ی مشارکت انجمنی و سنجه‌ی اعتماد (شیخی و همکاران، ۱۳۹۵). طبق نظر پانتام، اهمیت سرمایه‌ی اجتماعی در زمینه‌ی سلامت و رفاه بیشتر از دیگر حوزه‌هاست (میوموتو ^۳ و همکاران، ۲۰۱۵). |
| فوکویاما | سرمایه‌ی اجتماعی، شکل نمونه‌ی ملموس از یک هنجار غیررسمی است که باعث ترویج همکاری بین دو یا چند فرد می‌شود. او عوامل مؤثر یا منابع و سرچشمه‌ی اجتماعی را عمدتاً بر محور سرچشمه‌ی هنجارها در نظر گرفته و به چهار نوع به شرح زیر تقسیم‌بندی کرده است: ۱) هنجارهایی که به صورت نهادی ساخته شده‌اند و از نهادهای رسمی نظیر دولت و نظام‌های قانونی منتج می‌شوند؛ ۲) هنجارهایی که خودجوش‌اند و از کنش‌های متقابل و تعامل اعضای یک جامعه ناشی می‌شوند؛ |

^۱ - Coleman

^۲ - Bourdieu

^۳ - Miyamoto

۳) هنجارهایی که برون‌زادند که منتج از اجتماعی به‌غیر از اجتماع منبع خودشان هستند و می‌توانند از نهادهایی نظیر دین، ایدئولوژی، فرهنگ با تجربه تاریخی مشترک نشأت می‌گیرند. (۴) هنجارهایی که از طبیعت ریشه گرفته است مثل خویشاوندی، نژاد، قومی (جابریان، ۱۳۸۵ به نقل از فوکویاما)

از نظر لین سرمایه‌ی اجتماعی از جزء تشکیل‌شده است؛ منابع نهفته در ساختار اجتماعی، قابلیت دسترسی افراد به این‌گونه منابع اجتماعی و استفاده و یا گردآوری این‌گونه منابع در کنش‌های هدفمند.

سرمایه‌ی اجتماعی محصول فرعی روابط اجتماعی و درگیری مدنی است که در سازمان‌های رسمی و غیررسمی ظهور می‌کند. سرمایه‌ی اجتماعی با توسعه‌ی اقتصادی و عملکرد بطنی دموکراسی‌ها ممانعت از جرم و جنایت ارتباط تنگاتنگی دارد ولی مفهوم سرمایه‌ی اجتماعی را می‌توان در حوزه‌ی سلامتی و بهداشت جمعیت نیز مطرح کرد و برای تبیین دستاوردهای بهداشتی جوامع از آن بهره برد (کاواچی^۱، ۲۰۰۱).

لوری سرمایه‌ی اجتماعی را مجموعه‌ای از منابع تعریف می‌کند که جزء ذاتی روابط خانوادگی و سازمان‌های اجتماعی بوده و برای رشد شناختی، شخصیتی و اجتماعی بچه‌ها و افراد جوان مفید است. این منابع برای افراد مختلف متفاوت است و می‌تواند مزیت مهمی برای کودکان و نوجوانان در رشد سرمایه‌ی انسانی‌شان داشته باشد. روابط اقتدار، اعتماد و هنجارهای شکل‌های سرمایه‌ی اجتماعی هستند. تعریف لوری از سرمایه‌ی اجتماعی می‌گوید سرمایه‌ی اجتماعی عبارت است از کل عناصر اجتماعی که برای رشد سرمایه‌ی انسانی موردنیاز است (کریستوکایس و گامارینکو، ۲۰۰۴).

سنجش سرمایه‌ی اجتماعی

مانند هر متغیر اجتماعی دیگر، سنجش مفهوم سرمایه‌ی اجتماعی از طریق کاهش سطح انتزاع آن امکان‌پذیر است؛ یعنی در ابتدا باید این مفهوم به‌روشنی تعریف شود. در صورت امکان انواع آن و یا ابعادی در مرحله‌ی بعد، برای آن مشخص شود، سپس برای

^۱ - Kawachi

هرکدام از این ابعاد و انواع، شاخص‌ها و درنهایت برای شاخص‌ها، پرسش‌هایی تعیین شود. در انجام مراحل بالا، باید دقت کرد که پیوستگی از بین نرود. همچنین باید گفت گویه‌های مورد استفاده برای سنجش سرمایه‌ی اجتماعی بسیار وابسته به زمینه‌ی محلی است، به همین دلیل باید از ترجمه‌ی صرف گویه‌های مورد استفاده در یک کشور برای دیگر کشورها پرهیز کرد و شاخص‌ها را با فعالیت‌های مدنی داخل کشور تطبیق داد (نوغانی و ماسوله، ۱۳۸۷: ۳۴). ساباتینی به نقل از دورلاف اشاره می‌کند که ادبیات تجربی سرمایه‌ی اجتماعی، پر از تعاریف مبهم، سنجش ضعیف داده‌ها، فقدان شرایط مقایسه‌پذیری و اطلاعات لازم برای پذیرش صحت ادعاهای مطرح شده است (ساباتینی^۱، ۲۰۰۵: ۵). به‌طور کلی شاخص‌های تعریف و سنجش سرمایه‌ی اجتماعی از پژوهشی به پژوهش دیگر تا حدودی متفاوت است. پاتنام و همکارانش از شاخص عضویت در سازمان‌های رسمی برای سنجش سرمایه‌ی اجتماعی استفاده کردند (عابدینی و حنوک، ۱۳۹۵: ۲). پاتنام از سنجه‌های حیات سازمانی اجتماع، تعهد به امور عمومی، داوطلبی در اجتماعی، مردم‌آمیزی غیررسمی و اعتماد استفاده کرده است (نوغانی و ماسوله، ۱۳۸۷: ۴۱). زاکوویچ و نوریس^۲ (۲۰۰۵) ابعاد مشارکت اجتماعی، شبکه‌های اجتماعی و حمایت، مشارکت مدنی، اعتماد و عمل متقابل را برای سنجش سرمایه‌ی اجتماعی معرفی کرده‌اند. بریانت و نوریس^۳ (۲۰۰۲) ابعاد مشارکت اجتماعی، تعهد اجتماعی و التزام، میزان توانمندی، احساس عضویت در اجتماع، شبکه‌های اجتماعی و کنش متقابل اجتماعی، اعتماد، عمل متقابل و همبستگی اجتماعی را برای سنجش سرمایه اجتماعی ذکر کرده‌اند. هارپر^۴ (۲۰۰۲) از شاخص‌های مشارکت اجتماعی (شیکه‌ها)، شبکه‌های اجتماعی و حمایت اجتماعی، عمل متقابل و اعتماد، مشارکت مدنی، هنجارها و ارزش‌های مشترک برای سنجش بهره گرفته است. نارایان و کسیدی^۵ (۲۰۰۱) با بررسی پژوهش‌های مختلف، ابعاد اعتماد، عضویت در انجمن‌ها/مشارکت در اجتماعی محلی، فعال بودن در

1 - Sabatini

2 - Zukewich & Norris

3 - Bryant & Norris

4 - Harper

5 - Narayan & Cassidy

زمینه‌ی اجتماعی، جرم و امنیت، ارتباطات محلی، ارتباطات خانوادگی و دوستانه، عمل متقابل، تعهد سیاسی و رفاه ذهنی را به عنوان مهم‌ترین ابعاد در سنجش سرمایه‌ی اجتماعی مشخص کردند. گروتارت و همکاران^۱ (۲۰۰۴) بر اساس پیمایش‌هایی که توسط بانک جهانی در کشورهای در حال توسعه انجام شده است شش بعد شامل گروه‌ها و شبکه‌ها، اعتماد و انسجام، عمل جمعی و همکاری، اطلاعات و ارتباطات، همبستگی اجتماعی و شمول و توانمندسازی و عمل سیاسی را برای سنجش سرمایه‌ی اجتماعی ارائه دادند.

با توجه به نظریه‌های سرمایه‌ی اجتماعی و شاخص‌های بیان‌شده در تحقیقات گذشته، شاخص‌ها و گویه‌های سنجش سرمایه‌ی اجتماعی به صورت جدول شماره‌ی ۲ ارائه می‌شود.

جدول شماره ۲: شاخص‌ها و گویه‌های سرمایه‌ی اجتماعی

| شاخص | گویه |
|--------------------------|--|
| مشارکت | مشارکت در طرح‌های و برنامه‌های عمرانی محله، مشارکت در انجمن‌های محله‌ای و شهری، مشارکت در مراسم و جشن‌های محله، مشارکت در فعالیت‌های دوستانه و غیررسمی |
| اعتماد | اعتماد به همسایه‌ها و اقوام ^۲ ، اعتماد به افراد اجتماع، اعتماد به گروه‌ها و اصناف، اعتماد به ادارات و سازمان‌های دولتی |
| همبستگی و انسجام اجتماعی | احساس راحتی با دیگران در محله، احساس پذیرش از سوی دوستان و همسایگان، واگذاری بعضی از کارها به هم‌محله‌ای، درخواست کمک از هم‌محله‌ای‌ها در صورت لزوم |
| احساس اثرگذاری و کارایی | فعالیت من سبب سرعت انجام فعالیت‌های محله می‌شود، با کمک مالی خود می‌توانم فعالیت‌ها را سرعت بخشم. |
| حمایت اجتماعی | کمک مالی و عاطفی به همسایگان، کمک مالی به سازمان‌ها و گروه‌های خیریه، دریافت کمک از سازمان‌ها و گروه‌های خیریه، شرکت داوطلبانه در فعالیت‌های خیریه |

۱ - Grootaert

۲- سرمایه‌ی اجتماعی بین گروهی: این سرمایه اشاره به اعتماد میان گروه‌های مختلف موجود در جامعه دارد و بنابراین می‌توان آنرا سرمایه‌ی اجتماعی برون‌گروهی نیز محسوب کرد. هر چه میزان این سرمایه بالاتر باشد طرح

مشارکت اجتماعی: مشارکت اجتماعی بدان معناست که مردم در فعالیت‌های دسته‌جمعی و اجتماعی سهیم باشند و امکان ایفای نقش و سهیم شدن در آن را داشته باشند (فارست و کرنس^۱، ۲۰۰۱). در واقع مشارکت اجتماعی در ساده‌ترین و مستقیم‌ترین معنای آن شرکت فعالانه‌ی افراد در زندگی اجتماعی است. به نظر ((گائوتری))، مشارکت اجتماعی فرایند اجتماعی، عمومی، یکپارچه، چندگانه، چندبعدی و چند فرهنگی است که هدف آن کشاندن همه‌ی مردم به ایفای نقش در همه‌ی مراحل توسعه است (محسنی تبریزی و آقا محسنی، ۱۳۸۹: ۱۵۱).

انسجام اجتماعی: انسجام اجتماعی به معنای آن است که گروه وحدت خود را حفظ کرده و با عناصر وحدت‌بخش خود تطابق و هم‌نوایی داشته باشد. همبستگی و انسجام، احساس مسؤولیت بین چند نفر یا چند گروه است که از آگاهی و اراده برخوردار باشند و حائز یک معنای اخلاقی است که متضمن وجود اندیشه یک وظیفه یا التزام متقابل است و نیز یک معنای مثبت از آن برمی‌آید که وابستگی متقابل کارکردها، اجزاء و یا موجودات در یک کل ساخت‌یافته را می‌رساند (نیک پور و همکاران، ۱۳۹۴: ۱۱۸).

اعتماد اجتماعی: اعتماد یکی از جنبه‌های مهم روابط انسانی بوده است و زمینه‌ساز مشارکت و همکاری میان اعضای جامعه هست. اعتماد مشارکت را در زمینه‌های مختلف اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی سرعت بخشیده و تمایل افراد را برای همکاری با گروه‌های مختلف جامعه افزایش می‌دهد (حیدرآبادی، ۱۳۸۹: ۴۰). اعتماد، وضعیتی است که در آن افراد اطمینان دارند دیگران چیزهایی را که اظهار کرده‌اند یا تعهد نموده‌اند انجام دهند و هرچقدر این اطمینان به دیگران بیشتر باشد، سطح اعتماد بالاتر می‌رود (چایما، ۲۰۰۳: ۵). بنابراین اعتماد به‌عنوان مهم‌ترین شاخص سرمایه‌ی اجتماعی، سازوکاری برای ایجاد انسجام و وحدت در نظام‌های اجتماعی و تسهیل‌گر مشارکت، تعاون اجتماعی و پرورش ارزش‌های مردم‌سالارانه است (غفاری، ۱۳۹۰: ۵۴).

^۱ - Forrest& Kearns

^۲ - Chaima

حمایت اجتماعی: حمایت اجتماعی عبارت است از حمایت افراد از یکدیگر به صورت مالی و عاطفی در زمان نیازمندی (رشادت جو و همکاران، ۱۳۹۰: ۶). علاوه بر این نوع حمایت، دو نوع دیگر از حمایت اجتماعی وجود دارد:

- **حمایت اجتماعی عاطفی:** حمایت اجتماعی عاطفی دربردارنده‌ی احساس همدلی، مراقبت و توجه و علاقه نسبت به یک شخص است.

- **حمایت اجتماعی اطلاعاتی:** به دست آوردن اطلاعات ضروری از طریق تعامل‌های اجتماعی با دیگران (ریاحی و همکاران، ۱۳۸۹: ۳۹).

شهر سالم

مفهوم شهر سالم بسیار گسترده است و دیدگاه‌هایی از جامعه‌شناسی، جغرافیای شهری، برنامه‌ریزی شهری، بوم‌شناسی، اقتصاد، سیاست، فلسفه و تعدادی از رشته‌های دیگر به‌علاوه بهداشت عمومی را در برمی‌گیرد. شهر سالم و بهداشتی دارای معانی متفاوتی برای مردم مختلف از فرهنگ‌های متفاوت، شهرهای مختلف و حتی بخش‌های گوناگون درون یک شهر است. هر فرد از شهر سالم برداشت‌های متفاوتی دارد که متناسب با منافع، آموزش، فرهنگ و ارزش‌های وی است. از نظر یک اقتصاددان، شهر سالم شهری است که در شرایط کالبدی خوبی قرار داشته و صادرات و واردات متعالی دارد. از نظر یک برنامه‌ریز شهری، شهر سالم شهری است که دارای خصوصیات کالبدی مناسبی در زمینه‌های مسکن، حمل‌ونقل و فضای سبز است. همچنین از دیدگاه جامعه‌شناس، برنامه‌ریز بهداشتی و ... تعاریف متفاوتی نیز دارد. از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی، شهر سالم شهر پاک و مبرا از بسیاری آلودگی‌هاست. خدمات بهداشتی و زیست‌محیطی خوبی در دسترس قرار دارد، دارای امنیت فیزیکی است و مردم می‌توانند در آن شهر با عقاید، فرهنگ و سبک‌های مختلف زندگی موردعلاقه خود را به‌راحتی ادامه دهند (حیدری، ۱۳۹۵: ۲). در واقع ایده‌ی شهر سالم که به‌منظور ایجاد یک تحول گسترده در حفظ محیط‌زیست و ارتقاء سطح بهداشت مطرح‌شده بود به‌صورت قابل‌توجهی مورد استقبال کارشناسان، متخصصان و مسئولان مسائل بهداشتی و شهری قرار گرفت

(طیبیان، ۱۳۷۶: ۶۲). سازمان جهانی بهداشت مفهوم شهرهای سالم را مشارکت اجتماعی افراد جامعه، مسئولان شهری، جامعه‌ی مدنی و تمام ذی‌نفعان به‌منظور بهبود وضعیت بهداشت، محیط‌زیست و کیفیت زندگی در شهرها تعریف می‌کند (سازمان جهانی بهداشت^۱، ۱۹۹۷: ۷). شهر سالم یک مقوله‌ی سلامت عمومی است که در ماهیت خویش تحت تأثیر تغییر و تحولات اجتماعی، زیست‌محیطی و اقتصادی شهر و شهرنشینی قرار می‌گیرد (فنگ^۲ و همکاران، ۲۰۱۰: ۲۲). به‌طورکلی سیاست‌ها اهداف پروژه‌ی شهر سالم را تدوین و چهارچوبی برای اجرای اصول راهبردی سازمان جهانی بهداشت در راستای شعار بهداشت برای همه «و بیانیه‌ی اوتاوا برای بهبود بهداشت تشکیل می‌دهد. سیاست اصلی پروژه‌ی شهر سالم مبارزه با عواملی است که سلامتی افراد ساکن شهر را مورد تهدید قرار می‌دهد (محمودی نژاد و دیگران، ۱۳۸۸: ۳۴۸).

نقش سرمایه‌ی اجتماعی در تحقق شهر سالم

در طی سال‌های اخیر، سرمایه‌ی اجتماعی در هر دو زمینه‌ی نظری و خط‌مشی به‌عنوان یکی از عوامل سلامت فردی و اجتماعی شناخته‌شده است. همچنین به‌عنوان یک نیروی محرکه در توسعه‌ی جامعه‌ی محلی، احیای شهر و احیای محیط‌زیست دیده‌شده است. فرض می‌شود که جوامع دارای ذخایر بزرگ سرمایه‌ی اجتماعی برای بسیج برای تحقق سلامت شهری موفق‌تر هستند. به این مفهوم است که جوامع شبکه‌های متقابل قوی توسعه‌یافته، هنجارهای مشترک رفتاری و سطح بالایی از اعتماد متقابل بین اعضا، امکان بیشتری برای دستیابی به اهدافی زیست‌محیطی مانند توسعه‌ی سبز محلی یا کنترل آلودگی را دارند (ویکفیلد و همکاران^۳، ۲۰۰۷: ۴۲۹). امروزه سرمایه‌ی اجتماعی از مفاهیم نوینی است که در حوزه‌ی سلامت و توسعه‌ی مدیریت شهری در عصر حاضر نقش مؤثری دارد. این پدیده‌ی اجتماعی به مجموعه‌ای از هنجارهای موجود در جامعه که نوعی نظم اجتماعی و اعتماد و اطمینان را برای افراد از طریق ارتباط متقابل ایجاد

¹ - WHO

² - Fanga

³ - Wakefield

می‌کند، منجر به توسعه‌ی فرهنگی جامعه می‌گردد. سرمایه‌ی اجتماعی دارایی‌های غیرملموس است که بیشتر از همه در زندگی روزانه‌ی مردم، مهم تلقی می‌شود؛ حسن نیت، دوستی، همدردی و تعامل اجتماعی بین افراد و خانواده‌هایی که واحدهای اجتماعی را می‌سازند نمونه‌های از سرمایه‌ی اجتماعی می‌باشند (جمشیدی، ۱۳۹۰: ۳). بر اساس این مطلب سلامت جامعه‌ی شهری، امروزه برای شهروندان یک نوع دارایی غیرملموس و کمیاب تلقی می‌گردد که از طریق تعامل با شهروندان و زندگی روزمره با یکدیگر، می‌توان با انجام خدمات بهداشتی، روانی، مشاوره‌های متنوع سلامتی، حسن نیت مجموعه‌ی مدیران و کارگزاران شهری را نسبت به توسعه‌ی پایدار شهری از جمله سلامت شهری به اثبات رساند. در جامعه‌ی شهری و شهرنشینی امروز، ساختار مدیریت شهری ایجاب می‌کند که در قالب مسائل مختلف شهری در حوزه‌ی بایدها و نبایدهایی که شهروندان جامعه از بخش‌های اجرایی انتظار دارند، سلامت اجتماعی، روانی و جسمی را تأمین کنند (دلبری، ۱۳۸۹: ۲۶) بنابراین ایده‌ی شهر سالم که نتیجه‌ی مطالعه و بررسی بسیاری از دانشمندان در سطح جهان است، برای برون‌رفت جوامع بشری از معضلات کنونی بهداشتی، اجتماعی و زیست‌محیطی شهرها پیشنهاد شد. در این بین حقیقتی که باید بر آن تأکید نمود این است که در شرایط موجود جهانی که تعاملات اجتماعی وارد مرحله‌ای جدید شده است و شهروندان دارای سلیق و نیازهای متنوعی هستند، اداره و مدیریت مطلوب و بهینه‌ی شهرها بدون مشارکت شهروندانی آگاه و مشارکت پذیر امکان‌پذیر نخواهد بود. پس در چنین شرایطی بر مدیران شهری یک امر حتمی است تا برای جلب مشارکت شهروندان از تمامی پتانسیل‌های موجود استفاده نموده و شرایط باید به گونه‌ای فراهم شود تا مردم بتوانند در تصمیم‌گیری‌ها و برنامه‌ریزی‌های سازمان‌ها و ارگان‌های شهری دخالت مستقیم داشته باشند (فولادی، ۱۳۹۱: ۱۰). در واقع، در زندگی شهرنشینی امروز در حوزه‌ی سلامت، رعایت هنجارها و قوانین سلامتی به نوعی نظم اجتماعی را برای به وجود آوردن یک شهر سالم بدون هرگونه استرس و آلودگی به وجود می‌آورد؛ چنین فرایند اجرایی، تنها در گرو ارتقاء مشارکت پایدار و همکاری مستقیم و غیرمستقیم شهروندان و افزایش احساس

مسئولیت در وجدان شهرنشینان برای حفظ سلامت بهداشتی^۵ روانی و اجتماعی شکل می‌گیرد، این شکل‌گیری منجر به توسعه‌ی ارتباط سلامت، از جمله سلامت شهری با افزایش سرمایه‌ی اجتماعی می‌گردد (رفیعی، ۱۳۸۰: ۵).

اصل مشارکت در شهر سالم

نخستین تعریفی که در ارتباط با شهر سالم بیان شده است تعریف پروفیسور دوهل بوده است، وی محیط‌های شهری را به‌عنوان یک محیط ارگانیکم زنده که سالم است و سلامتی را نیز برای شهروندان فراهم و آن‌ها را توانمند می‌کند که در مسائل سلامت خود مشارکت فعال داشته باشند تعریف می‌کند (احمدی، ۱۳۸۵: ۳). مشارکت اجتماعی و همکاری چندبخشی و بین بخشی به‌عنوان اصول استراتژی سلامت برای WHO به شمار می‌آید که پروژه‌ی شهر سالم نیز اصول را به‌صورت محلی آغاز کرد چراکه شهرها صرفاً مکانی نیستند که بتوان آن را با ابزارهای فنی و تفکرات کالبد گرا برنامه‌ریزی و مدیریت کرد، بلکه در کنار آن به مشارکت اجتماعی و بهره‌گیری از پتانسیل‌های قابل توجه عنصر شهرنشینی (انسان) نیز نیازمند است (علی‌اکبری و برزگر، ۱۳۸۹: ۲). اساساً پروژه‌ی شهر سالم بر پایه‌ی مشارکت مردم در حل مسائل و مشکلات و هماهنگی بین‌بخشی تبیین می‌گردد و مشارکت مردم در این پروژه اولویت خاص دارد (ارجمندنیا، ۱۳۷۹: ۲۷). سازمان جهانی بهداشت نقش مشارکت اجتماعی و همکاری سازمان‌های شهری در ایجاد سلامت شهر را به‌صورت شکل شماره‌ی ۱ نشان داده است.



شکل شماره‌ی ۱: نقش مشارکت اجتماعی و همکاری سازمان‌های شهری در ایجاد سلامت شهر

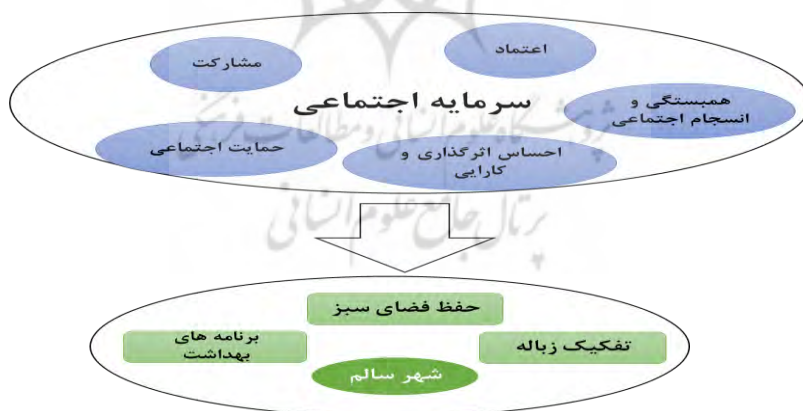
منبع: سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۷

با توجه به هدف رویکرد شهر سالم که افزایش سلامت و بهداشت در شهر است و همچنین مشارکت یکی از مهم‌ترین اصول پروژه‌های شهر سالم و تحقق شهر سالم تلقی شده است شاخص‌های سنجش شهر سالم (جدول ۳) به نحوی انتخاب شده‌اند که هم فعالیت فردی و هم فعالیت گروهی برای ارتقاء بهداشت و سلامت محیط و شهر را نشان می‌دهند.

جدول شماره ۳: شاخص‌های سنجش شهر سالم (مشارکت در شهر سالم)

| متغیر | شاخص |
|----------|--|
| شهر سالم | حفظ فضای سبز، تفکیک زباله، جلوگیری از تخلیه‌های نخاله ساختمانی در معابر، مشارکت در برنامه‌های بهداشت (طرح جانوران موزی)، گزارش آلودگی‌های محیطی به سازمان‌های مربوط، جلوگیری از تأسیس مکان‌های غیربهداشتی، جمع‌آوری زباله در ساعت مناسب، خالی کردن زباله‌ها در داخل‌ها نهرها (معکوس)، پرتاب زباله از خودروها به خیابان (معکوس)، کاشت درختان، شرکت در کارگاه‌های سلامت و بهداشت محله، شرکت در زیباسازی و پاک‌سازی محیط، گزارش حضور معتمدان در محله به مسئولان مربوط |

با توجه به مطالب بیان‌شده، مدل مفهومی پژوهش به صورت شکل شماره ۲ ارائه می‌گردد.



شکل شماره ۲: مدل مفهومی پژوهش

روش تحقیق

این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر روش، توصیفی-تحلیلی است. شیوه‌ی گردآوری داده‌ها پیمایشی (پرسشنامه) است. جامعه آماری پژوهش، ساکنان بندر ماهشهر با جمعیت ۱۵۳۷۷۸ نفر هستند که با استفاده از فرمول کوکران ۳۸۴ نفر به‌عنوان حجم نمونه انتخاب شده‌اند. دلیل انتخاب بندر ماهشهر، مشکلات زیست‌محیطی و آلودگی‌های ناشی از صنایع و ضرورت استفاده از رویکرد شهر سالم است. شاخص‌های و گویه‌های پژوهش با استفاده از مطالعات مرتبط با سرمایه‌ی اجتماعی و شهر سالم تدوین شده‌اند و به‌صورت پرسشنامه در اختیار شهروندان قرار داده شد. برای سنجش سرمایه‌ی اجتماعی از ۵ شاخص (مشارکت، اعتماد، همبستگی و انسجام اجتماعی، احساس اثرگذاری و کارایی، حمایت اجتماعی) و شهر سالم (۱۳ شاخص) بهره گرفته شد. ابزار اندازه‌گیری از اعتبار محتوایی برخوردار بوده است و پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرون باخ به‌دست آمده است.

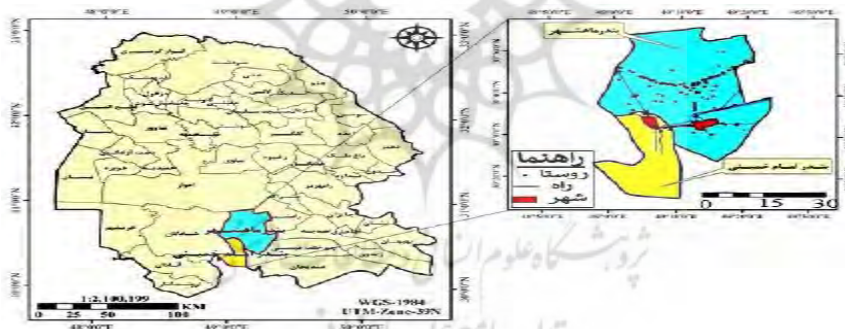
جدول شماره ۴: بررسی پایایی متغیرهای تحقیق با استفاده از آلفای کرون باخ

| شهر سالم | سرمایه اجتماعی | | | | |
|----------|----------------|--------|---------|----------------|----------------|
| | مشارکت | اعتماد | همبستگی | انسجام اجتماعی | احساس اثرگذاری |
| ۰.۸۷۰ | ۰.۸۳۰ | ۰.۸۲۸ | ۰.۸۲۹ | ۰.۸۳۱ | ۰.۸۳۰ |

با توجه جدول شماره ۴ ضریب آلفای کرونباخ متغیر سرمایه اجتماعی و شهر سالم بالاتر از ۰.۷ به‌دست آمده است که نشان از پایایی مناسب متغیرها دارد. برای تحلیل داده‌های گردآوری شده آزمون‌های پارامتریک (تی تک‌متغیره‌ی رگرسیون چندمتغیره) استفاده شده است؛ بدین ترتیب که ابتدا نظرات شهروندان در سؤال وارد نرم‌افزار شد، سپس سؤال‌های مربوط به هر متغیر باهم جمع گردید و آزمون گرفته شده است.

محدوده‌ی مورد مطالعه

شهرستان بندر ماهشهر با ۷۳۱۲/۵ کیلومتر مربع مساحت در جنوب استان خوزستان و در ساحل شمالی دهانه‌ی خور موسی در شمال غربی خلیج فارس و در ۱۲ کیلومتری شمال شرقی بندر امام خمینی واقع است. از شمال به شهرستان‌های رامهرمز و اهواز، از شرق به شهرستان بهبهان، از غرب به شهرستان شادگان و از جنوب به بندر امام خمینی، هندیجان، خلیج فارس و خور موسی محدود است. این شهر در ۱۸ کیلومتری بندر امام خمینی، ۹۵ کیلومتری آبادان و ۱۱۰ کیلومتری اهواز قرار دارد. ماهشهر دارای دو منطقه‌ی شهرداری: منطقه‌ی ۱ (ماهشهر قدیم) و منطقه‌ی ۲ (ناحیه صنعتی) است. بندر ماهشهر از دو ناحیه‌ی قدیم و جدید تشکیل شده است. فاصله‌ی ماهشهر قدیم تا ماهشهر جدید، حدود ۳ کیلومتر است. مردم شهر بیشتر در این ناحیه سکونت دارند و بافت آن قدیمی‌تر است و دوایر دولتی در این قسمت قرار دارند. بر طبق سرشماری سال ۱۳۹۵، جمعیت بندر ماهشهر ۱۵۳۷۷۸ نفر بوده است (سایت شهرداری ماهشهر، ۱۳۹۷).



شکل شماره ۳: موقعیت بندر ماهشهر

یافته‌های تحقیق

بررسی وضعیت شاخص سرمایه‌ی اجتماعی

در دو دهه‌ی اخیر، توجه روزافزونی به سرمایه‌ی اجتماعی در برنامه‌ریزی شهری و مدیریت شهری برای افزایش مشارکت شهروندان در امور شهری، افزایش امنیت روانی، برنامه‌های کاهش خطر و تاب‌آوری اجتماعی، نوسازی و بهسازی بافت‌های شهری و ...

شده است. از رویکردهای مهم در برنامه‌ریزی شهری، ایجاد محیطی سالم برای زیست شهروندان است؛ این مهم بدون حضور فعال شهروندان امکان‌پذیر نیست. حضور شهروندان نیز بدون توجه به تقویت سرمایه‌ی اجتماعی و بررسی تأثیر این سرمایه‌بر افزایش نقش فعال شهروندان قابل تحقق نیست بنابراین این پژوهش به بررسی نقش سرمایه‌ی اجتماعی بر نقش شهروندان در تحقق شهر سالم می‌پردازد. بدین منظور پرسشنامه در اختیار شهروندان بندر ماهشهر قرار گرفت و نتایج داده‌های گردآوری‌شده در ادامه ارائه‌شده است. سرمایه‌ی اجتماعی با استفاده از ۵ شاخص بررسی گردید نتیجه این بررسی در جدول شماره ۵ بیان‌شده است.

جدول شماره ۵: نتیجه آماره آزمون میانگین در بررسی وضعیت سرمایه‌ی اجتماعی

| شاخص | میانگین | انحراف معیار | میانگین آزمون T | سطح معناداری | تفاوت در سطح ۹۵٪ | | فاصله اطمینان | نامطلوب |
|--------------------------|---------|--------------|-----------------|--------------|------------------|------|---------------|---------|
| | | | | | پایین | بالا | | |
| احساس اثرگذاری و کارایی | ۲۰۸۵ | ۰۰۹۲۳ | ۶۰۰۵۱۷ | ۰۰۰۰۰ | ۲۸۵۲ | ۲۰۷۶ | ۲۹۴ | نامطلوب |
| اعتماد | ۲۰۷۱ | ۰۰۰۹۲۵ | ۵۷۰۳۱۷ | ۰۰۰۰۰ | ۲۷۰۶ | ۲۰۶۱ | ۲۸۰ | نامطلوب |
| همبستگی و انسجام اجتماعی | ۱۰۹۱ | ۰۰۰۹۰۲ | ۴۱۰۴۵۷ | ۰۰۰۰۰ | ۱۹۰۹ | ۱۸۲ | ۲۰۰ | نامطلوب |
| حمایت اجتماعی | ۲۰۳۸ | ۰۰۰۹۸۶ | ۴۷۰۲۵۹ | ۰۰۰۰۰ | ۲۰۳۷۸ | ۲۰۲۸ | ۲۰۴۸ | نامطلوب |
| مشارکت | ۲۰۳۴ | ۰۰۰۸۵۲ | ۵۳۰۷۸۹ | ۰۰۰۰۰ | ۲۰۳۳۹ | ۲۰۲۵ | ۲۰۴۲ | نامطلوب |

با توجه به نتایج آزمون میانگین در بررسی وضعیت شاخص‌های سرمایه‌ی اجتماعی در بندر ماهشهر می‌توان گفت میانگین شاخص‌ها کمتر از حد متوسط (۳) به‌دست آمده است. میانگین شاخص‌ها به ترتیب از بالاترین میانگین تا پایین‌تر میانگین شامل احساس اثرگذاری و کارایی (۲۰۸۵)، اعتماد (۲۰۷۱)، حمایت اجتماعی (۲۰۳۸)، مشارکت (۲۰۳۴) و همبستگی و انسجام اجتماعی (۱۰۹۱) است. همچنین سطح معناداری شاخص‌ها مورد تأیید است. به‌طورکلی می‌توان میزان سرمایه‌ی اجتماعی در بندر ماهشهر پایین است. در

ارتباط با این نتیجه‌ی به‌دست‌آمده باید گفت بندر ماهشهر به علت وجود صنایع نفتی و پتروشیمی در دو دهه‌ی اخیر، مهاجران زیادی را جذب کرده است؛ این مهاجران از تمام شهرهای کشور به این بندر مهاجرت کرده‌اند. طبقات اجتماعی و اقتصادی از مهندسان و متخصصان رده‌بالا، کارگران و شغل‌های سطح پایین و مردم بومی تشکیل شده است. بخش اعظم سطح پایین سرمایه‌ی اجتماعی ناشی از تفاوت وضعیت اجتماعی و اقتصادی ساکنان بندر است. این مهاجران همچنین از اقوام مختلف (لرد، کرد، فارس، عرب و...) به این شهر مهاجرت کرده‌اند که این خود اهمیت سرمایه‌ی برون‌گروهی در بندر ماهشهر را افزایش می‌دهد. بخشی از فعالیت‌هایی که در تحقق شهر سالم بیان گردید به فعالیت گروهی نیاز دارد بنابراین اگر سرمایه‌ی برون‌گروهی تقویت نگردد انجام فعالیت‌ها امکان‌پذیر نیست.

همچنین به‌منظور بررسی وضعیت شاخص‌های شهر سالم در بندر ماهشهر از آزمون میانگین بهره گرفته شد. نتایج بررسی در جدول شماره‌ی ۶ ارائه شده است.

جدول شماره ۶: نتیجه‌ی آماره آزمون میانگین در بررسی وضعیت شهر سالم

| بازه آزمون | تفاوت در سطح ۹۵٪ فاصله اطمینان | | میانگین تفاوت‌ها | سطح معناداری | آمار آزمون T | میانگین انحراف معیار | انحراف معیار | تفاوت | تفسیر |
|------------|--------------------------------------|-------|------------------|--------------|--------------|----------------------|--------------|-------|---------------------------------------|
| | بالا | پایین | | | | | | | |
| نامطلوب | ۲.۹۲ | ۲.۷۳ | ۲.۸۲ | ۰.۰۰۰ | ۵۷.۴۳۰ | ۰.۰۴۹ | ۰.۹۶۵ | ۲.۸۳ | تفکیک زباله |
| نامطلوب | ۳.۰۴ | ۲.۸۴ | ۲.۹۴ | ۰.۰۰۰ | ۵۶.۴۰۳ | ۰.۰۵۲ | ۱.۰۲۱ | ۲.۹۴ | حفظ فضای سبز |
| نامطلوب | ۲.۴۳ | ۲.۲۱ | ۲.۳۲ | ۰.۰۰۰ | ۴۲.۱۵۴ | ۰.۰۵۵ | ۱.۰۷۹ | ۲.۳۲ | جلوگیری از تأسیس مکان‌های غیر بهداشتی |

| | | | | | | | | | |
|---------|------|------|------|-------|--------|-------|-------|------|--|
| نامطلوب | ۲.۹۶ | ۲.۷۴ | ۲.۸۴ | ۰.۰۰۰ | ۵۲.۱۳۲ | ۰.۰۵۵ | ۱.۰۷۱ | ۲.۸۵ | جلوگیری از تخلیه‌های نخاله ساختمانی در معابر |
| نامطلوب | ۲.۷۹ | ۲.۵۷ | ۲.۶۸ | ۰.۰۰۰ | ۴۹.۳۵۲ | ۰.۰۵۴ | ۱.۰۶۴ | ۲.۶۸ | مشارکت در برنامه‌های بهداشت |
| نامطلوب | ۲.۷۳ | ۲.۵۴ | ۲.۶۳ | ۰.۰۰۰ | ۵۴.۴۲۵ | ۰.۰۴۸ | ۰.۹۴۷ | ۲.۶۳ | گزارش آلودگی‌های محیطی به سازمان‌های مربوطه |
| نامطلوب | ۲.۷۲ | ۲.۵۵ | ۲.۶۳ | ۰.۰۰۰ | ۵۸.۸۹۴ | ۰.۰۴۵ | ۰.۸۷۵ | ۲.۶۳ | خالی کردن زباله‌ها در داخل‌ها (معکوس) نهرها |
| نامطلوب | ۲.۵۵ | ۲.۶۳ | ۲.۴۵ | ۰.۰۰۰ | ۵۴.۷۰۹ | ۰.۰۴۷ | ۰.۹۱۳ | ۲.۴۶ | پرتاب زباله از خودروها به خیابان (معکوس) |
| نامطلوب | ۲.۶۲ | ۲.۴۳ | ۲.۵۲ | ۰.۰۰۰ | ۵۲.۱۳۶ | ۰.۰۴۸ | ۰.۹۴۷ | ۲.۵۲ | شرکت در کارگاه‌های سلامت و بهداشت محله |
| نامطلوب | ۲.۶۲ | ۲.۴۱ | ۲.۵۱ | ۰.۰۰۰ | ۴۸.۱۹۱ | ۰.۰۵۲ | ۱.۰۲۲ | ۲.۵۱ | جمع‌آوری زباله در ساعت مناسب |
| نامطلوب | ۲.۴۸ | ۲.۲۸ | ۲.۸۳ | ۰.۰۰۰ | ۴۵.۹۵۵ | ۰.۰۵۲ | ۱.۰۱۵ | ۲.۳۸ | کاشت درختان |
| نامطلوب | ۲.۲۴ | ۲.۰۵ | ۲.۱۴ | ۰.۰۰۰ | ۴۳.۰۲۸ | ۰.۰۵۰ | ۰.۹۷۷ | ۲.۱۵ | گزارش حضور معتادان در محله به مسئولان |
| نامطلوب | ۲.۴۱ | ۲.۲۱ | ۲.۳۱ | ۰.۰۰۰ | ۴۵.۴۷۶ | ۰.۰۵۱ | ۰.۹۹۱ | ۲.۳۱ | شرکت در زیباسازی و پاک‌سازی محیط |

نتیجه‌ی بررسی وضعیت شاخص‌های شهر سالم نشان می‌دهد سطح میانگین به‌دست‌آمده در تمام شاخص‌ها پایین‌تر از ۳ است. معناداری شاخص‌ها نیز تأیید می‌گردد. بالاترین میانگین را شاخص حفظ فضای سبز (۲.۹۸) و پایین‌ترین میانگین را شاخص گزارش حضور معتادان (۲.۱۵) به دست آوردند. وضعیت کلی شاخص‌های تحقق شهر سالم در ماهشهر مطلوب نیست. ماهشهر دارای مناطق فقیرنشین و حاشیه‌نشین با شرایط نامناسب است. این شرایط سبب افزایش آسیب‌های اجتماعی، رفتارهای متضاد در بین شهروندان و عدم مشارکت در برنامه‌های شهری و سلامت شهر هست. در ماهشهر سه گروه ساکن را می‌توان ذکر کرد: گروهی از کارکنان و مهندسان شرکت‌های پتروشیمی که در شهرک‌های مسکونی جدا زندگی می‌کنند، ساکنان قدیمی که در مرکز شهر زندگی می‌کنند و زندگی متوسط دارند و گروه‌های قومی که در حاشیه‌ی شهر و محلات جدا زندگی می‌کنند؛ این مسائل سبب تضاد بین ساکنان شهر شده است.

در ادامه‌ی پژوهش برای بررسی متغیرهای سرمایه‌ی اجتماعی بر شهر سالم از تحلیل رگرسیون چندمتغیره استفاده شده است. در این آزمون متغیرهای سرمایه‌ی اجتماعی به‌عنوان متغیرهای مستقل و متغیر شهر سالم به‌عنوان متغیر وابسته وارد معادله شدند. با توجه به ضریب همبستگی چندگانه می‌توان گفت بین متغیرها همبستگی قوی وجود دارد (جدول شماره ۷).

جدول شماره ۷: آماره تحلیل رگرسیون

| متغیر | ضریب همبستگی چندگانه | ضریب تعیین | ضریب تعیین تصحیح‌شده |
|--------------------------|----------------------|------------|----------------------|
| احساس اثرگذاری و کارایی | | | |
| اعتماد | | | |
| همبستگی و انسجام اجتماعی | ۰.۵۵۳ | ۰.۵۰۹ | ۰.۵۰۱ |
| حمایت اجتماعی | | | |
| مشارکت | | | |

در جدول شماره‌ی ۷ میزان ضریب تعیین برابر ۰.۵۰۹ است که قادر به تبیین واریانس متغیر وابسته است. ضریب تعیین تعدیل شده به دست آمده در این مدل برای سنجش شهر سالم مناسب است.

جدول شماره‌ی ۸: آماره تحلیل رگرسیون در بررسی تأثیر متغیر سرمایه‌ی اجتماعی بر شهر سالم

| سطح معنی‌داری | T | ضرایب استاندارد | | متغیر |
|---------------|--------|---------------------|------------------|--------------------------|
| | | ضرایب استاندارد بتا | خطای استاندارد B | |
| ۰.۰۰۰ | ۸.۰۷۵ | | ۰.۱۱۷ | (Constant) |
| ۰.۰۰۰ | ۸.۲۳۵ | ۰.۳۹۰ | ۰.۰۳۷ | احساس اثرگذاری و کارایی |
| ۰.۰۰۰ | ۱۱.۳۱۲ | ۰.۶۰۸ | ۰.۰۳۰ | اعتماد |
| ۰.۰۰۰ | ۹.۵۸۴ | ۰.۴۷۳ | ۰.۰۵۶ | همبستگی و انسجام اجتماعی |
| ۰.۰۰۰ | ۳.۴۴۶ | ۰.۱۸۹ | ۰.۰۴۸ | حمایت اجتماعی |
| ۰.۰۰۰ | ۱۰.۷۱۳ | ۰.۴۷۲ | ۰.۰۴۳ | مشارکت |

نتایج مربوط به ضرایب تأثیر رگرسیونی متغیرهای مستقل این گونه است که ضریب بتای ۰.۳۹۰ شاخص احساس اثرگذاری و کارایی را نشان می‌دهد که تغییر یک انحراف استاندارد در شاخص‌های سرمایه‌ی اجتماعی، سبب تغییر ۰.۳۹۰ انحراف استاندارد در متغیر شهر سالم می‌شود. بیشترین تأثیر را متغیر اعتماد با بتای ۰.۶۰۸ دارد و بعد از آن همبستگی و انسجام اجتماعی (۰.۴۷۳)، مشارکت (۰.۴۷۲)، احساس اثرگذاری و کارایی (۰.۳۹۰) و حمایت با بتای ۰.۱۸۹ قرار دارند. در این آزمون شاخص‌های با سطح خطای کوچک‌تر از ۰.۰۱ معنادار هستند.

نتیجه‌گیری

بندر ماهشهر همانند بسیاری از شهرهای کشور با مشکلات زیست‌محیطی و افزایش نابرابری‌های اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی مواجه شده است. این نابرابری‌های ایجاد شده در اثر مسائل مدیریتی و اقتصاد سیاسی کشور، بر کیفیت زیست و سلامت شهروندان تأثیر زیادی گذاشته است. در بندر ماهشهر وجود صنایع پتروشیمی و نفتی، آلودگی‌های

زیست‌محیطی را نیز افزایش داده است. تشدید مسائل در بندر ماهشهر سبب توجه به پروژه‌های شهر سالم را دوچندان می‌سازد. با توجه اصول بیان‌شده از طرف سازمان بهداشت جهانی در رابطه با شهر سالم، تحقق شهر سالم بدون مشارکت سازمانی و مشارکت مردم امکان‌پذیر نمی‌شود. مشارکت و توانمندسازی اجتماع به‌عنوان هسته‌ی اصلی در اجرای جنبش شهرهای سالم مطرح است (دوریس و هریتیج^۱، ۲۰۰۹: ۲۵). نقش فعال مردم در برنامه‌های شهری با مفهوم سرمایه‌ی اجتماعی نمود پیدا می‌کند. وجود سرمایه‌ی اجتماعی در شهری مانند ماهشهر علاوه بر کاهش آسیب‌های اجتماعی، کاهش جرم می‌تواند نقش مؤثری در تحقق شهر سالم و برنامه‌های سلامت داشته باشد. به همین منظور در این پژوهش با استفاده از روش پیمایشی، نقش این مؤلفه در تحقق شهر سالم مورد بررسی قرار گرفته است. یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که وضعیت شاخص‌های سرمایه‌ی اجتماعی در بندر ماهشهر نامطلوب است. تفاوت‌های قومی، اجتماعی و اقتصادی ساکنان، سبب کاهش سرمایه‌ی اجتماعی در بندر ماهشهر شده است. همچنین بررسی وضعیت شاخص‌های شهر سالم نشان از وضعیت نامناسب این شاخص‌ها در بندر ماهشهر دارند. در ادبیات و تحقیقات شهر سالم، تعداد زیادی شاخص برای ارزیابی شهر سالم بیان‌شده است که اکثر شاخص‌ها جنبه‌ی عینی داشته و با استفاده از داده‌های واقعی وضعیت هر شهر را نشان می‌دهد. در این پژوهش‌ها شاخص‌های استفاده‌شده به‌گونه‌ای انتخاب گردید که نقش فعال و مشارکت مردم در آن‌ها قابل‌سنجش باشد و در واقع اختیار فعالیت و شرکت مردم در شاخص‌ها مشخص باشد. برای بررسی تأثیر شاخص‌های سرمایه‌ی اجتماعی بر شهر سالم در این پژوهش از رگرسیون چندمتغیره استفاده شده است. نتایج حاکی از تأثیر متوسط و معناداری شاخص‌های سرمایه‌ی اجتماعی دارد. تأثیر شاخص مشارکت بر شهر سالم با پژوهش (وو^۲ و همکاران، ۲۰۱۷؛ کگلر^۳ و همکاران، ۲۰۰۹؛ اسمیت^۴، ۱۹۹۱؛ فولادی، ۱۳۹۱ رودابه

1 - Dooris

2 - Wu

3 - Kegler

4 - Smith

فرهادی، ۱۳۸۹، استرن و گرین^۱، ۲۰۰۸) همسوست. در نهایت باید بیان کرد در بندر ماهشهر و شهرهای استان که دارای تضاد فرهنگی و اجتماعی هستند و میزان آسیب‌های اجتماعی نیز بالا رفته است. باید هم‌زمان با تلاش برای کاهش میزان بیکاری، اقدامات و برنامه‌های اجتماعی و فرهنگی برای افزایش مؤلفه‌های سرمایه‌ی اجتماعی تدارک دیده شود تا از ثمره‌ی افزایش این مؤلفه در برنامه‌های شهری استفاده گردد. همچنین از راهکارهای مهم در بهبود سرمایه‌ی اجتماعی در بندر ماهشهر، استفاده از درآمدهای صنایع برای رفع مسائل زیست‌محیطی و بهبود فضای شهر است که این خود حس اعتماد شهروندان نسبت به مدیران شهری را نیز افزایش می‌دهد.



منابع

۱. احمدی، حسن. (۱۳۸۵). ریشه‌های پیدایش ایده‌ی شهر سالم، فصلنامه‌ی بین‌المللی فنی - مهندسی ساخت شهر، شماره‌ی ۳، صص ۳-۸.
۲. ارجمندی، اصغر. (۱۳۷۹). شهر سالم و روستای سالم، سومین همایش ملی بهداشت محیط، کرمان.
۳. باوان پوری، علیرضا. (۱۳۸۷). توسعه محله‌ای پایدار با مفهوم سرمایه‌ی اجتماعی؛ نمونه‌ی موردی کوی سجاده، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد رشته جغرافیا برنامه‌ریزی شهری، دانشگاه فردوسی مشهد، استادراهنما: دکتر برات‌علی خاکپور.
۴. پیراهری، نیر؛ و تاجیک، منصوره. (۱۳۹۵). بررسی مشارکت شهروندان تهرانی در امور شهری با تأکید بر شهر سالم (نمونه‌ی موردی: منطقه ۱ و ۲۰ شهر تهران) فصلنامه‌ی علمی - پژوهشی نگرش‌های نو در جغرافیای انسانی، سال هشتم، شماره‌ی ۴، صص ۹۵-۱۱۰.
۵. جابریان، نفیسه. (۱۳۸۵). رابطه بین دینداری و سرمایه‌ی اجتماعی، پایان‌نامه‌ی کارشناسی راشد پژوهش علوم اجتماعی، دانشگاه تبریز.
۶. جمشیدی، پروانه. (۱۳۹۰). ارزیابی نقش سرمایه‌ی اجتماعی در ایجاد شهر سالم (مطالعه موردی: شهر بوکان)، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد در رشته‌ی جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشگاه زابل، دانشکده ادبیات علوم انسانی، استاد راهنما: خدارحم بزی.
۷. حاتمی نژاد، حسین؛ پوراحمد، احمد و عیوض لو، داوود. (۱۳۹۳). واکاوی ظرفیت سرمایه‌ی اجتماعی محلات شهری در ساماندهی بافت‌های فرسوده (مطالعه‌ی موردی: منطقه ۹ شهرداری تهران) مجله‌ی آمایش جغرافیایی فضا، سال چهارم، شماره‌ی ۱۳، دانشگاه گلستان.
۸. حاجی بصری، سماء. (۱۳۹۲). بررسی معیارهای شهر سالم در محله‌های جدید (نمونه موردی: محله حجاب در شهر مشهد)، اولین همایش ملی جغرافیا و توسعه‌ی پایدار تهران، صص ۱۶-۱.

۹. حقیقتیان، منصور؛ قلی پور، کیانوش؛ هاشمیان فر، علی. (۱۳۹۵). بررسی تأثیر ابعاد سرمایه‌ی اجتماعی بر بازیافت زباله‌های شهری در کلانشهر شیراز، **فصلنامه‌ی برنامه‌ریزی منطقه‌ای**، سال ۶ شماره‌ی ۲۲، صص ۸۳-۹۶.
۱۰. حیدرآبادی، ابوالقاسم. (۱۳۸۹). اعتماد اجتماعی و عوامل اجتماعی- فرهنگی مؤثر بر آن (مطالعه‌ی موردی: جوانان ۲۰ تا ۲۹ ساله‌ی استان مازندران) **مجله‌ی مطالعات جامعه‌شناختی**، پیش‌شماره‌ی ۱.
۱۱. حیدری، اصغر؛ الله قلی پور، سارا؛ ابدالی، یعقوب. (۱۳۹۵). بررسی و تحلیل شاخص‌های شهر سالم در شهر کرمان، دومین کنگره‌ی بین‌المللی زمین، فضا و انرژی پاک، تهران.
۱۲. دلبری، مهدی. (۱۳۸۹). شهر سالم و لزوم نگرش فرهنگی به مدیریت شهری و شهرنشینی، **دومین همایش ملی شهر سالم- دانشگاه تربیت‌معلم سبزوار**.
۱۳. رشادت جو، حمیده؛ رضایی، علی‌اکبر؛ حق جو، میرنوید. (۱۳۹۰). نقش سرمایه‌ی اجتماعی در مدیریت بحران‌های اجتماعی کلان‌شهرهای ایران؛ مطالعه موردی: شهر رشت، **فصلنامه‌ی مدیریت شهری**، سال سوم، شماره‌ی ششم، صص ۲۳-۱.
۱۴. ریاحی، محمد اسماعیل؛ علی وردی نیا، اکبر؛ زیب پور، حسین (۱۳۸۹) بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روان، **فصلنامه‌ی علمی و پژوهشی رفاه اجتماعی**، سال دهم، شماره‌ی ۳۹، صص ۱۲۱-۸۵.
۱۵. زارع، سارا، نمیرانیان؛ منوچهر، شعبانعلی؛ قمی و جواد قاسمی. (۱۳۸۹). نقش سرمایه‌ی اجتماعی در مشارکت شهروندان در امور پارک‌های جنگلی، **مجله‌ی جنگل ایران**، سال دوم، شماره‌ی ۴، صص ۷۸۵-۲۷۳.
۱۶. سلطانی بهرام؛ سعید. اصغری؛ مهدی. سرکار آباد؛ واحد و قاسم زاده، داود. (۱۳۸۹). نقش سرمایه‌ی اجتماعی در توسعه‌ی مدیریت سلامت شهری، **اولین همایش شهروندی و مدیریت محله‌ای حقوق و تکالیف**، تهران.
۱۷. شربتبان، محمدحسن؛ ایمنی، نفیسه. (۱۳۹۶). تحلیل جامعه‌شناختی رابطه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی با سلامت اجتماعی زنان (مورد مطالعه: زنان منطقه‌ی چهار شهر تهران)، **فصلنامه‌ی برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی**، سال هشتم، شماره‌ی ۲۰، صص ۱۴۰-۱۰۵.

۱۸. شیخی، ایوب؛ سهی، زهرا؛ رنجبر، مریم؛ اولادی، مریم. (۱۳۹۵). تبیین رابطه بین سرمایه‌های اجتماعی و مدیریت شهری با نقش میانجی مشارکت شهروندان (مطالعه‌ی موردی: شهرداری کرمان)، فصلنامه مدیریت شهری، شماره‌ی ۴۳، صص ۴۲۳-۴۱۱.
۱۹. طیبیان، منوچهر. (۱۳۷۶). ارزیابی پروژه شهر سالم در ایران (مطالعه‌ی موردی: کوی سیزده آبان)، مجله‌ی محیط‌شناسی، بهمن‌ماه، شماره‌ی ۲۰ صص ۶۱-۷۴.
۲۰. عابدینی، احمد؛ حنوک علی. (۱۳۹۵). شاخص‌های سنجش سرمایه‌ی اجتماعی؛ بررسی تجارب ایران و جهان، سومین کنفرانس بین‌المللی پژوهش در مهندسی، علوم و تکنولوژی، باتومی - کشور گرجستان، مؤسسه‌ی سرآمد همایش کارین.
۲۱. عباس زاده، محمد؛ میرزائی، حسین؛ علیاری لورا. (۱۳۹۴). تأثیر سرمایه‌ی فرهنگی و اجتماعی بر مشارکت شهروندان در تفکیک و جمع‌آوری زباله‌های خانگی (نمونه‌ی موردی: شهروندان شهر ارومیه) مطالعات جامعه‌شناختی شهری، سال پنجم شماره‌ی ۱۴، صص ۷۵-۱۰۲.
۲۲. عبدالله زاده فرد، علیرضا. (۱۳۹۷). بررسی نقش سرمایه‌ی اجتماعی در ارتقاء رفتار شهروندی ساکنان محله‌های شهری (مطالعه‌ی موردی: محله‌ی ایبوردی و کوی دانشگاه، شیراز) مطالعات محیطی هفت حصار، شماره ۲۳، سال ششم، صص ۵-۱۸.
۲۳. علی اکبری، اسماعیل؛ بزرگر، صادق. (۱۳۸۹). شاخص‌های شهر سالم در الگوی توسعه‌ی پایدار شهری، سومین همایش ملی جغرافیا و رویکرد علمی به توسعه‌ی پایدار، پیرانشهر.
۲۴. غفاری، غلامرضا. (۱۳۹۰). سرمایه اجتماعی و امنیت انتظامی، تهران: انتشارات جامعه‌شناسان.
۲۵. فرهادی، رودابه. (۱۳۸۹). ارزیابی مشارکت مردم در پروژه‌ی شهر سالم کوی سیزده آبان، جغرافیا، سال هشتم، شماره‌ی ۲۷، صص ۱۵۷-۱۳۷.
۲۶. فولادی، سحر. (۱۳۹۱). تحلیل رابطه میزان مشارکت مردمی و تحقق شهر سالم (نمونه‌ی موردی: کوی ۱۳ آبان شهر ری) پایان‌نامه کارشناسی ارشد برنامه‌ریزی شهری و منطقه‌ای، دانشگاه هنر و معماری، گروه شهرسازی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.

۲۷. کسان‌ی، عزیز؛ گوهری، محمودرضا؛ موسوی، میرطاهر؛ اسدی لاری، محسن؛ روحانی روصاف، مرضیه؛ شجاع، محسن. (۱۳۹۱). بررسی مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی ساکنان شهر تهران با استفاده از تحلیل مسیری: طرح سنجش عدالت شهری، *مجله‌ی تخصصی اپیدمیولوژی ایران*، دوره ۸، شماره ۲، صص ۱-۱۲.
۲۸. آرا کیوان؛ حقیقتیان، منصور؛ علی بابایی شهری، معصومه. (۱۳۹۳). بررسی رابطه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی و سلامت روان در بین شهروندان شهرکرد، *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۲، شماره ۷، صص ۴۷-۵۵.
۲۹. محسنی تبریزی، علیرضا؛ آقا محسنی، مریم. (۱۳۸۹). بررسی نقش سرمایه‌ی اجتماعی در توسعه‌ی شهری (موردپژوهی: شهر محلات)، *دو فصلنامه‌ی مدیریت شهری*، شماره‌ی ۲۶، صص ۱۴۷-۱۶۲.
۳۰. محمودی نژاد، ها دی؛ پورجعفر، محمدرضا؛ آذری، امید؛ علیزاده، امین؛ بمانیان، محمدرضا؛ انصاری، مجتبی. (۱۳۸۸). تعامل دستور کار ۲۱ و فرایند تحقق‌پذیری شهر سالم: با ارائه‌ی راهکارها و پیشنهادهایی در شرایط معاصر ایران، *فصلنامه‌ی علوم و تکنولوژی محیط‌زیست*. سال دهم، ۳۵۶- شماره‌ی چهارم، صص ۳۴۱-۳۵۶.
۳۱. نوغانی، محسن؛ اصغرپور ماسوله، احمدرضا. (۱۳۸۷). بررسی تطبیقی رویکردها و شاخص‌های مورد استفاده در سنجش سرمایه‌ی اجتماعی، فرایند مدیریت و توسعه، شماره‌ی ۶۹، صص ۳۱-۵۵.
۳۲. نیک پور، عامر؛ رمضان زاده لسبویی، مهدی؛ واحدی، حیدر. (۱۳۹۴). ارزیابی سرمایه‌ی اجتماعی و تأثیر آن در ارتقاء کیفیت محیط‌های شهری (مطالعه‌ی موردی: شهر بابلسر)، *فصلنامه برنامه‌ریزی منطقه‌ای*، سال پنجم، شماره‌ی ۱۹.
33. Bourdieu, P. (1986). 'The Forms of Capital', in JG Richardson (ed.) **Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education**. New York: Greenwood Press.
34. Boyce, W. F., Davies, D., Gallupe, O., & Shelley, D. (2008). Adolescent risk taking, neighborhood social capital, and health. *Journal of Adolescent Health*, 43(3), 246-252.
35. Bryant, P. C. A., & Norris, D. (2002). **Measurement of social capital: The Canadian experience**.
36. Carpiano, R. M. (2007). Neighborhood social capital and adult health: an empirical test of a Bourdieu-based model. *Health & place*, 13(3), 639-655.

37. Coleman, J. S. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American journal of sociology*, 94, S95-S120.
38. Dooris, Mark & Zoe Heritage (2009), community participation and empowerment in healthy cities, *journal of health promotion international*.
39. Fanga, P.; Donga, S.; Xiaoc, J.; Liud, C.; Fengc, X. and Wang, Y. (2010). Regional inequality in health and its determinants: Evidence from China, *Health Policy*, No. 94, pp. 14° 25.
40. Fiorillo, D., & Sabatini, F. (2015). Structural social capital and health in Italy. *Economics & Human Biology*, 17, 129-142.
41. Forrest, R., & Kearns, A. (2001). Social cohesion, social capital and the neighbourhood. *Urban studies*, 38(12), 2125-2143.
42. Gorriz-Mifsud, E., Secco, L., Da Re, R., Pisani, E., & Bonet, J. A. (2017). Structural social capital and local-level forest governance: Do they inter-relate? A mushroom permit case in Catalonia. *Journal of Environmental Management*, 188, 364-378.
43. Grootaert, C., Narayan, D., Jones, V. N., & Woolcock, M. (2004). *Measuring social capital: An integrated questionnaire*. The World Bank.
44. Harper, R. (2002). **The measurement of social capital in the United Kingdom**, Office for National Statistics Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development. Accessed November 25, 2013.
45. Kawachi, I. (2001). Social capital for health and human development. *Development*, 44(1), 31-35.
46. Kegler, M. C., Painter, J. E., Twiss, J. M., Aronson, R., & Norton, B. L. (2009). Evaluation findings on community participation in the California Healthy Cities and Communities program. *Health Promotion International*, 24(4), 300-310.
47. Khanh, H. L. P. (2011) **The Role of Social Capital to Access Rural Credit: A case study at Dinh Cu and Van Quat Dong village in coastal of Thua Thien Hue province, Vietnam**, Department of Urban and Rural Development, Swedish University of Agricultural sciences, Master Thesis No 56.
48. Lee, S. (2017). Social capital and health at the country level. *The Social Science Journal*.
49. Miyamoto, K., Iwakuma, M., & Nakayama, T. (2015). Social capital and health: implication for health promotion by lay citizens in Japan. *Global health promotion*, 22(4), 5-19.
50. Mohnen, S. M., Groenewegen, P. P., Völker, B., & Flap, H. (2011). Neighborhood social capital and individual health. *Social science & medicine*, 72(5), 660-667.
51. Musalia, J. (2016). Social capital and health in Kenya: A multilevel analysis. *Social Science & Medicine*, 167, 11-19.

52. Narayan, D., & Cassidy, M. F. (2001). A dimensional approach to measuring social capital: development and validation of a social capital inventory. *Current sociology*, 49(2), 59-102.
53. Northridge, Mary, Elliot D.Sclar & Padmini Biswas (2003), sorting out the connections between the built environment and health: a conceptual framework for vavigating pathway and planning healthy cities, *journal of urban health*.
54. Ocasiones, L. G., de Lange, M., & van Naerssen, T. (2009). Social capital and environmental health in two low-income neighborhoods in Cebu City. *Philippine Quarterly of Culture and Society*, 37(2/3), 107-135.
55. Sabatini, F. 2005. **Social Capital as Social Networks: a Net Framework for Measurement**, Working Paper No. 83. Department of Public Economics, University of Rome La Sapienza.
56. Smith, L. K. (1991). Community participation in health: a case study of world health organization's healthy cities project in Barcelona and Sheffield. *Community Development Journal*, 26(2), 112-117.
57. Stern, R., & Green, J. (2008). A seat at the table? A study of community participation in two Healthy Cities Projects. *Critical Public Health*, 18(3), 391-403.
58. Wakefield, S. E., Elliott, S. J., & Cole, D. C. (2007). Social capital, environmental health and collective action: a Hamilton, Ontario case study. *The Canadian Geographer/Le Géographe Canadien*, 51(4), 428-443.
59. WHO (1997), **Jakarta declaration on leading health promotion into the 21st century**, World Health Organization, Jakarta.
60. WHO (2007), **Training manual for Healthy City programme**, World Health Organization, Regional office for the Eastern Mediterranean, Cairo.
61. Wu, D., Wei, S., Zhang, Y., Liu, X., Stein, G., Liu, C., & Fu, H. (2017). Community participation in healthy cities in China: an analysis of text data collected through a national crowdsourcing contest. *The Lancet*, 390, S21.
62. Zukewich, N., & Norris, D. (2005, February). **National experiences and international harmonization in social capital measurement: A beginning**. In *Siena Group meeting, Helsinki2005*.