

تأثیر توسعه اجتماعی بر سلامت عمومی^۱

یوسف محمدزاده* ، صمد حکمتی فرید** ، سمیرا عبدالعلی زاد***

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۳/۳۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۰/۰۶

چکیده

براساس مطالعات اخیر، از یک سو توسعه اجتماعی و سرمایه سلامت، از مهم ترین محورهای توسعه و رشد اقتصادی هستند و از سوی دیگر، میزان سلامت افراد بیش از هر عامل دیگری به عوامل محیط اجتماعی ارتباط دارد. طوری که سازمان بهداشت جهانی اخیراً بحثی جدی پیرامون عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت را شروع کرده است. لذا در این مطالعه به بررسی تأثیر توسعه اجتماعی بر روی سلامت عمومی در ۱۰۱ کشور منتخب جهان از بین کشورهای با درآمد متوسط به بالا طی دوره ۱۹۹۰-۲۰۱۰ پرداخته و از نرم افزار STATA برای تحلیل داده ها و ارزیابی مدل ها استفاده شده است. همچنین برای حصول به نتایج قابل اعتماد، در مدل ها از هر دو شاخص امید

۱- این مقاله از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته اقتصاد دانشگاه ارومیه با عنوان بررسی تأثیر سرمایه اجتماعی بر روی

سلامت عمومی در کشورهای منتخب استخراج شده است.

* استادیار گروه اقتصاد، دانشکده اقتصاد و مدیریت دانشگاه ارومیه (نویسنده مسئول).

yo.mohammadzadeh@urmia.ac.ir

hekmat188@yahoo.com

** استادیار گروه اقتصاد، دانشکده اقتصاد و مدیریت دانشگاه ارومیه.

samira_abdolalizad@yahoo.com

*** کارشناس ارشد اقتصاد، دانشگاه ارومیه.

به زندگی و نرخ مرگ‌ومیر برای شاخص سلامت عمومی بهره گرفته شده است. نتایج نشان می‌دهد که شاخص توسعه اجتماعی، در تمامی مدل‌ها در سطح اطمینان ۹۹ درصد تأثیر مثبت و معناداری بر روی امید به زندگی و تأثیر منفی و معناداری بر روی نرخ مرگ‌ومیر داشته است. در مدل‌های نهایی ضریب توسعه اجتماعی برای امید به زندگی و مرگ‌ومیر به ترتیب ۱۶/۳ و ۹۵/۲- بوده است. لذا توسعه شاخص‌های اجتماعی از جمله (فعالیت مدنی، باشگاه‌ها و انجمن‌ها، انسجام درون‌گروهی، اعتماد و امنیت بین‌شخصی، برابری جنسیتی و ادغام اقلیت‌ها)، از مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های سلامت عمومی محسوب می‌شوند. بررسی تأثیر سایر شاخص‌های اقتصادی - اجتماعی هم نشان می‌دهد که آموزش، تولید ناخالص داخلی سرانه، نرخ مشارکت نیروی کار و اشتغال، مخارج بهداشتی و برنامه‌های ایمن‌سازی، تأثیر مثبتی بر روی سلامت عمومی داشته و نرخ تورم و انتشار گاز دی‌اکسیدکربن، تأثیری منفی بر روی سلامت عمومی دارند.

مفاهیم کلیدی: توسعه اجتماعی، سلامت عمومی، عوامل اقتصادی - اجتماعی، داده‌های پانل

مسئله پژوهش

سلامت، مهم‌ترین دارای حداقل مادی بشر، (حداقل از دیدگاه مادی)، همواره مورد توجه سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان در جوامع مختلف بوده است. چهار هدف از اهداف هزاره سوم^۱ (که سازمان ملل در سال ۲۰۰۰ تصویب کرده) به‌طور مستقیم و دو هدف به‌طور غیرمستقیم به سلامتی افراد ارتباط دارد. همچنین در قانون اساسی بسیاری از کشورها، از جمله ایران، تأمین سلامتی شهروندان وظیفه دولت‌ها در نظر گرفته شده است. بنابراین سلامت، چه از بعد فردی و چه از بعد جمعی، بی‌تردید یکی از مهم‌ترین

ابعاد مسائل حیات انسان است، زیرا انسان‌ها برای ایفای نقش‌های اجتماعی خود در زندگی اولاً باید احساس سلامتی کامل کنند، ثانیاً جامعه نیز باید آنها را سالم بداند. مفهوم سلامت از جمله مفاهیمی است که تا مدت‌ها با اتکا به نقطه مقابل آن، یعنی بیماری تعریف می‌شد، امروزه با تغییر رویکرد بیماری‌انگار و پیدایش دیدگاه‌های سلامت‌نگر، مفهوم سلامت پیوستاری را شامل می‌شود که نخست حالت انفعالی نداشته و نیازمند پرورش باشد و دوم، افراد، گروه‌ها، اجتماعات محیط و کل جامعه در حفظ و ایجاد آن فعال و سهیم باشند و سوم، با رویکردی کلان‌نگر، به نقش شاخص‌ها و عوامل محافظت‌کننده در سلامت، توجه خاص شود (بهزاد، ۱۳۸۱: ۴۷). با این تعریف جدید از سلامتی، میزان آن ارتباط تنگاتنگی با روابط اجتماعی - اقتصادی و فرهنگی محیط اطراف زندگی دارد.

ایده سرمایه اجتماعی می‌تواند به بهترین وجه در مورد نقش و سهم «اجتماع» در سلامت فردی درک شود. توسعه اجتماعی می‌تواند از طریق احساس اعتماد، احساس امید به زندگی، مشارکت‌پذیری، تسهیل‌کنشگری جمعی، تسهیل‌کنش بر اساس اعتماد متقابل و هم‌دردی مشترک و به‌طور کلی تسهیل‌کنش هم‌گرایانه به سلامت به‌عنوان یکی از شقوق توسعه پایدار کمک کند (امینی رارانی و دیگران، ۱۳۹۰: ۲۰۹). از سوی دیگر جامعه‌ای متشکل از افراد سالم، شاخص‌های اجتماعی بهتری (اعتماد، مشارکت سیاسی، احترام متقابل، سطح تحمل بالا و غیره) خواهد داشت، در مقایسه با جوامعی که سطح سلامتی افراد آن نامناسب‌تر است. دسترسی همه انسان‌ها به منابع سرمایه اجتماعی یکسان نیست و نسبت به موقعیت‌های اجتماعی افراد متفاوت است؛ به همین دلیل برخی افراد از منابع بیشتری برای مقابله با بیماری برخوردارند، در نتیجه نسبت به دیگران سالم‌ترند (توکل و ناصری‌راد، ۱۳۹۱: ۱۱). از سوی دیگر، ساخت اجتماعی یک جامعه تعیین‌کننده نحوه برخورد شهروندان آن با پدیده‌هاست. پژوهش بسیاری از برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌های کلان جامعه نیز از این امر مستثنی نیست. برای مثال،

اجرای برنامه‌های حمایت از سلامت عمومی جامعه تا حدی به مشارکت مردمی و اعتماد عمومی نسبت به کارایی و درستی سیاست‌های دولت‌ها وابسته است. همچنین شناسایی عوامل تعیین‌کننده سلامت عمومی، موجب جهت‌گیری مناسب سیاست‌ها و برنامه‌ها در جهت بهبود سلامتی در جامعه می‌شود. با تعریف اخیر از سلامتی، بدون شناخت عوامل محیط اجتماعی - اقتصادی ممکن است هزینه‌کردهای بخش بهداشتی و درمانی با ناکارایی روبه‌رو شده و بخش بزرگی از مخارج این بخش به هدر رود. لذا مطالعه حاضر، ضمن بررسی عوامل مؤثر بر روی سلامتی عمومی (امید به زندگی و نرخ مرگ‌ومیر)، به دنبال پاسخ‌گویی به این سؤال است که آیا سرمایه اجتماعی می‌تواند سلامت عمومی را تحت تاثیر قرار دهد؟ برای این کار ابتدا باید شاخص‌های سرمایه اجتماعی شناسایی شود. البته درخصوص وجود شاخص‌های آماری مناسب و منظم برای کشورهای مختلف براساس نظریات توسعه اجتماعی، محدودیت‌های زیادی وجود دارد.

پیشینه پژوهش

مطالعات مربوط به سرمایه اجتماعی و سلامت اغلب با کار امیل دورکیم^۱ (۱۸۹۷) مرتبط هستند که نشان داد همبستگی اجتماعی به‌طور معکوسی با خودکشی مرتبط است. بحث محوری دورکیم این است که نیروی تعیین‌کننده خودکشی روان‌شناختی نیست، بلکه نیرویی اجتماعی است. وی نتیجه می‌گیرد که هر اندازه همبستگی اجتماعی سست شود و ارتباط و تعلق سنتی فرد به گروه کاسته شود، وی آمادگی بیش‌تری برای پایان دادن به حیات خود پیدا می‌کند. از سال ۱۹۰۱ که دورکیم رابطه بین خودکشی و یکپارچگی اجتماعی را تشخیص داد، پژوهش‌های بعدی نشان دادند که سرمایه اجتماعی بالاتر با انسجام اجتماعی بیشتر، به بهبود شرایط بهداشت جامعه کمک می‌کند.

1. Émile Durkheim

بنابر اعلام سازمان جهانی بهداشت، روابط اجتماعی مناسب می‌تواند عواقب استرس را کاهش دهد. احتمال تجربه افسردگی و بیماری روانی، خطرات بارداری و ناتوانی مزمن در مردم برخوردار از حمایت اجتماعی کمتر، بیشتر است (Kawachi et al, 1997: 1038). امروزه بخش عظیمی از اشکال بیماری (اعم از روانی و جسمانی) در کشورهای درحال توسعه با عوامل و مدل‌های اجتماعی رابط‌های قوی دارد (The world health report, 2001).

مطالعه روابط اجتماعی و سلامت، در اواسط دهه ۱۹۷۰ از طریق ظهور پژوهش درباره حمایت اجتماعی در اپیدمیولوژی (علم امراض مسری)، احیا شد (House et al., 1988). در سال‌های اخیر توجه به رابطه بین توسعه اجتماعی و نقش آن در سلامت افراد، مورد توجه صاحب‌نظران این حوزه قرار گرفته است. میزان توسعه اجتماعی و ابعاد مختلف آن، یکی از متغیرهای مهم تأثیرگذار بر موفقیت برنامه‌های توسعه، رفاه و سلامتی جامعه است. این مسئله که با تراکم شبکه اجتماعی یا اعتماد عمومی در افراد سنجیده شده، در بسیاری از مطالعات با سلامت روان مرتبط است (Kawachi et al., 2007: 11).

با توجه به وجود تعاریف مختلف از سرمایه اجتماعی و همچنین ابعاد مختلف سلامتی، مطالعات موجود طیف گسترده‌ای از بررسی‌ها را در اثرگذاری سرمایه اجتماعی بر سلامت عمومی را شامل می‌شود. این مطالعات در زمینه‌های تخصصی مختلف، از جمله روان‌شناسی، جامعه‌شناسی، تاریخ، علوم سیاسی و اقتصاد را شامل می‌شود. لذا در صورت در نظر گرفتن بررسی رشته‌های مختلف تخصصی از ارتباط بین سلامت و توسعه اجتماعی با طیف گسترده‌تری از مطالعات تجربی روبه‌رو خواهیم بود. لذا برای بهره‌برداری از نتایج مطالعات بین‌رشته‌ای، مطالعات منتخب طی جداول ۱ و ۲ اجمالاً مرور شده‌اند.

جدول ۱- مرور مطالعات تجربی خارجی درباره رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت

پژوهشگران	روش و نمونه مورد بررسی	یافته‌ها
Rocco et al. (2014)	داده‌های پیمایش اجتماعی برای ۲۵ کشور اروپایی	رابطه مثبت بین سلامت خود ادراکی و سرمایه اجتماعی وجود دارد.
Gilbert et al. (2013)	بررسی نتایج ۳۹ مطالعه	بین سرمایه اجتماعی و خودارزیابی سلامتی و دلایل مرگ‌ومیر همبستگی معناداری مشاهده شده است.
Uphoff et al. (2013)	مرور نتایج ۶۰ مطالعه منتخب	جوامع دارای سطح بالاتر برابری اجتماعی، از دارایی (موجودی) بالاتر سرمایه اجتماعی بهره‌مند گشته و پیامدهای سلامت بهتری همراه با بروز کمتر مشکلات اجتماعی مانند خشونت، مواد مخدر، ترک تحصیل و حاملگی در افراد نوجوان، دارند.
Clercq et al. (2012)	نمونه ۱۰۹۱۶ نفری از بچه‌های مدرسه	سرمایه اجتماعی در سطح جامعه، سطح بالاتری از سلامتی را نسبت به سرمایه اجتماعی انفرادی برای افراد به ارمغان می‌آورد.
Kim et al. (2012)	مهاجران سالخورده کره‌ای	جنسیت، درآمد و اشتراک اطلاعاتی اثرات مستقیم و معناداری با سلامت مهاجران سالخورده کره‌ای دارند.
Ronconi et al. (2012)	پرسش‌نامه‌ای از آرژانتینی‌ها طی تعاملات اجتماعی غیررسمی و حمل‌ونقل عمومی	زنان و مردان با سطوح بالاتر سرمایه اجتماعی، سطح سلامت بیشتری را اظهار داشتند.
Lindstrom and Rosvall (2012)	داده‌های پیمایش سلامت عمومی سال ۲۰۰۸ سوئد، شامل ۲۸۱۹۸ فرد ۱۸ تا ۸۰ ساله	افراد مجرد، مطلقه و زنان و مردان بیوه به‌طور معناداری، در مقایسه با متأهل‌ها و افرادی که دارای زندگی مشترک بودند، سلامت روان ضعیفی داشتند.
Daniel et al. (2011)	نمونه ۶۴ کشور منتخب با رویکرد متغیر ابزاری و حداقل مربعات معمولی	کشورهای با سطح سرمایه اجتماعی بالاتر، به‌طور متوسط سطح بالاتری از سلامتی مردان و زنان را تجربه می‌کنند.

بهبود در متوسط اعتماد اجتماعی در سطح کشور، به افزایش سلامت خود ابرازی ^۱ منجر می‌شود.	داده‌های نظرسنجی «اروپا و پیمایش ارزش‌های جهانی»	Kim et al. (2011)
زنانی که به حمایت‌های آموزشی، شغلی و اقتصادی و زمینه‌های فکری و هیجانی دسترسی بیشتری داشتند، از سلامت روانی بیشتری برخوردار بودند.	در نمونه زنان ساکن تهران	Bagheri (2011)
بین عناصر سرمایه اجتماعی پیوندی مانند اعتماد اجتماعی، اعتماد به مددکار اجتماعی و سلامت روان همبستگی مثبتی وجود دارد.	مددجویان اجتماعی نروژی	Malmberg and Heimonen (2010)
مشارکت مدنی، اعتماد اجتماعی، حمایت اجتماعی و روابط متقابل، تماماً به صورت مثبت با سلامت ارتباط دارند.	تحلیل داده‌های ملی انگلستان	Petrou and Kupek (2008)
سرمایه اجتماعی رابطه معکوسی با اختلالات روانی دارد.	نمونه ۲۲۲ نفری از خانوارهای ساکن در نواحی شهری	Usher et al. (2002)
سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی و عاطفی باعث کاهش احساس تنهایی مبتلایان به ایدز می‌شود.	نمونه مبتلایان به ایدز	Dixon et al. (2001)
هرکجا که اجتماعات شهروندان، فعال‌تر و یکپارچه‌تر عمل کرده‌اند، موفقیت آنها در کاهش فقر، بیکاری و بزهکاری و گسترش آموزش و بهداشت بیشتر بوده است.	نمونه شهروندان امریکا	Putnam (1995)

مطالعات داخلی در خصوص رابطه سلامتی و توسعه اجتماعی عمدتاً به رویکرد رشته‌های روانشناسی و تعدادی مطالعات جامعه‌شناسی مربوط بوده و مطالعات منتخب در جدول ۲ گزارش شده است.

1. Self-rated health

جدول ۲- مرور مطالعات تجربی داخلی در خصوص رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت

پژوهشگران	روش و نمونه مورد بررسی	یافته‌ها
نکونام و دیگران (۱۳۹۴)	دانشجویان دانشگاه تبریز در سه مقطع کارشناسی، کارشناسی ارشد، دکتری	رابطه معناداری بین سرمایه اجتماعی با سلامت روان وجود دارد و بین سرمایه اجتماعی با اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی رابطه معناداری به صورت معکوس وجود دارد.
کوهی و سلطانی بهرام (۱۳۹۳)	جوانان ۱۱ تا ۹۳ ساله استان آذربایجان شرقی، بالغ بر ۱۲۵۳۱۸۷ نفر	با افزایش در میزان سرمایه‌ها (سرمایه اجتماعی، سرمایه اقتصادی و سرمایه فرهنگی) سلامت عمومی جوانان تقویت می‌شود.
باقر علیزاده اقدم و دیگران (۱۳۹۲)	نمونه شهروندان اصفهانی	متغیرهای احساس تبعیض و احساس محرومیت رابطه معناداری با سلامت نشان دادند.
عباس‌زاده و دیگران (۱۳۹۱)	زنان متأهل شهر تبریز به تعداد ۳۷۸۴۶ نفر	بین متغیر سرمایه اجتماعی در ابعاد چهارگانه، با متغیر سلامت روانی، به جز رابطه بعد حمایت دوستان (بعدی از سرمایه اجتماعی) با بعد علایم جسمانی (بعدی از سلامت روانی) همبستگی معنادار بود.
سیدان و عبدالصمدی (۱۳۹۰)	۳۰۰ نفر از زنان و مردان شاغل در آموزشکده‌های آموزش و پرورش	روابط معنادار و همبستگی بین متغیر سرمایه اجتماعی و شاخص‌های آن با سلامت روان است.
گروسی و شبستری (۱۳۹۰)	۳۲۵ زن سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی	سن، اعتماد اجتماعی، احساس تعلق، مشارکت اجتماعی، سرمایه اجتماعی، اندازه شبکه اجتماعی و فراوانی تماس با اعضای شبکه، همبستگی معناداری با سلامت روان دارند.
لهسایی‌زاده و مرادی (۱۳۸۶)	مهاجران واردشده به شهر کرمانشاه	نتایج ضریب همبستگی نشان می‌دهد که بین سلامت روانی و متغیر تحصیلات، سن، مدت اقامت، اعتماد اجتماعی، حمایت اجتماعی و مشارکت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد.
خیرالله‌پور (۱۳۸۳)	ابزار پرسش‌نامه (متعلق به سازمان بهداشت جهانی)	میان ابعاد سرمایه اجتماعی با سلامت روانی رابطه مثبت معناداری مشاهده شده است.

از نگاه فیوریلو و ساباتینی (۲۰۱۵) بررسی پژوهش‌های پیشین درباره رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت دو نتیجه مهم ارائه می‌دهد:

- سرمایه اجتماعی یک پدیده چندبعدی وسیع بوده و هیچ نوع شواهد یکنواختی درباره اینکه کدام یک از ابعاد آن برای سلامت سودمند است، وجود ندارد. رابطه بین جنبه‌های متعدد سرمایه اجتماعی و سلامت، وابسته به محتوا بوده و با توجه به تعداد ویژگی‌های فردی، اجتماعی و نهادی، متفاوت خواهد بود.

- با وجود اینکه بسیاری از مطالعات، سرمایه اجتماعی را در قالب پیش‌بینی‌کننده عمده سلامت فردی شناسایی کرده‌اند، دلایلی وجود دارد که به علت ارتباط ساختگی و کاذب، به ایجاد شبهه درباره این نتایج منجر می‌شود. به نظر می‌رسد که فرض وجود علیت معکوس، معقول و منطقی باشد. افراد ناسالم ممکن است به علت برقراری تعامل اجتماعی، با موانع روبه‌رو باشند، درحالی‌که افراد سالم، ممکن است بیشتر به فعالیت‌های رابطه‌ای خاص مانند ورزش با دیگران تمایل داشته باشند.

همان‌طور که از بررسی مطالعات مشخص شد، اغلب پژوهش‌های انجام‌شده روی رابطه بین توسعه اجتماعی و سلامت عمومی از روش پرسش‌نامه‌ای سرمایه اجتماعی و خوداظهاری سلامت جمع‌آوری شده است. اما تفاوت اصلی این مطالعه با پژوهش‌های قبلی در این است که از داده‌های طیف گسترده‌ای از کشورها با آمار کلان توسعه اجتماعی چندبعدی و سلامت عمومی (امید به زندگی و نرخ مرگ‌ومیر) بهره گرفته شده است. لذا امید است نتایج روشن‌تری از رابطه بین توسعه اجتماعی و سلامت عمومی در سطح کلان جوامع حاصل شود.

مبانی نظری پژوهش

در گذشته بسیاری از پژوهشگران بهداشت و سلامت معتقد بودند که فقط عوامل زیستی، رفتاری و محیطی بر سلامتی افراد تأثیرگذارند. شاید علت چنین تصویری ریشه در تعریف سلامتی به صورت تنها نبودن بیماری، باشد. از دیدگاه سازمان بهداشت

جهانی^۱، سلامتی عبارت است از یک حالت آسودگی کامل جسمی، روانی، اجتماعی و تنها به نبود بیماری یا ناتوانی اطلاق نمی‌شود. بنابراین در کنار بعد جسمانی و روانی، سلامت اجتماعی نیز مطرح می‌شود و سازمان بهداشت جهانی تأکید می‌کند، هیچ‌کدام از ابعاد سلامتی نمی‌تواند بر دیگری برتری داشته باشد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۰). از نظر بیولوژیکی عملکرد مناسب سلول‌ها و اعضای بدن و هماهنگی آنها، نشانه سلامت جسمی است. سلامت روانی به عملکرد موفق فرایندهای ذهنی، فعالیت‌های کارآمد، روابط مؤثر و پربار با افراد، توانایی سازگاری با تغییرات و منطبق شدن با شرایط مطلوب اطلاق می‌شود (سمیعی و دیگران، ۱۳۸۹). سلامت اجتماعی به کیفیت روابط اجتماعی مربوط می‌شود. سلامت اجتماعی عبارت است از چگونگی ارزیابی فرد از عملکردش در برابر اجتماع. فردی از سلامت اجتماعی برخوردار است که اجتماع را به صورت یک مجموعه معنادار، قابل فهم و بالقوه مفید برای رشد و شکوفایی بداند و احساس کند که به جامعه تعلق دارد، از طرف جامعه پذیرفته می‌شود و در پیشرفت آن سهمیم است. بنابراین شکوفایی، همبستگی، پذیرش، مشارکت و انسجام اجتماعی از ویژگی‌های سلامت اجتماعی است (Keyes, 2004). سلامت اجتماعی به مهارت‌های افراد در کنش‌های جمعی و توانایی آنها در شناخت از خود در جایگاه عضوی از جامعه که نقش اختصاصی خود را دارد، اشاره می‌کند (Usuton and Jakob, 2005). بطور خلاصه سلامت اجتماعی نشان می‌دهد که فرد تا چه اندازه از محیط اجتماعی زندگی خود رضایت دارد (Larson, 1996). با چنین تعریف و تلقی از سلامت افراد، می‌توان انتظار داشت که مؤلفه‌های محیط اجتماعی به میزان قابل توجهی در سلامتی شهروندان دخیل باشند. چراکه نه تنها بعدی از تعریف سلامتی، به سلامت اجتماعی مربوط می‌شود، بلکه ارتباط پیوستاری ابعاد سلامتی نقش محیط اجتماعی در سلامتی افراد را پررنگ می‌کند. از این رو مطالعات زیادی، به ویژه در سال‌های اخیر، بر روی تأثیر سرمایه‌های اجتماعی بر روی سلامت افراد صورت گرفته است.

اما سؤال مهم این است که توسعه اجتماعی و سرمایه اجتماعی به چه معناست؟ و چگونه می‌توانند بر روی سلامت عمومی تأثیرگذار باشند؟ توسعه اجتماعی عبارت است از سرمایه و منابع حاصل از نهادها، روابط و هنجارهایی که کنش متقابل اجتماعی جامعه را به لحاظ کمی و کیفی شکل می‌دهد (مبارکی و چلبی، ۱۳۸۴: ۳). به عبارت دیگر، به کیفیت روابط با دیگران، گروه‌ها و نهادهای رسمی و غیررسمی، سرمایه اجتماعی گفته می‌شود.

مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی عبارت‌اند از:

- اعتماد اجتماعی^۱: تمایل به خطرپذیری در بطن اجتماع براساس حس اعتماد به دیگران. دیگران نیز براساس انتظار ما پاسخ داده و به روش‌های حمایتی دوجانبه عمل خواهند کرد یا لاف‌قل قصد آزاردهی ندارند. اعتماد یک پدیده حساس و شکننده است و به وجود آمدن آن زمان زیادی می‌برد (کاووسی و صالحی، ۱۳۸۷). اعتماد لازمه شکل‌گیری پیوندها و معاهدات اجتماعی است. اعتماد اجتماعی تعاون و همیاری ایجاد می‌کند و فقط در این حالت است که در عین وجود تفاوت‌ها قادر به حل مشکلات و اجرای تعهدات اجتماعی می‌شویم. اعتماد اجتماعی برگرفته از عدالت (برابری) بوده و امنیت اجتماعی نیز زاینده آنهاست. هر جا که سطح اعتماد اجتماعی بالا باشد، مشارکت و همیاری مردم در عرصه‌های اجتماعی بیشتر و آسیب‌های اجتماعی کمتر است (ازکیا و غفاری، ۱۳۸۰). از نظر پاتنام^۲ (۲۰۰۷)، اعتماد کمتر با دیگرخواهی و همکاری جمعی کمتر و دوستان کمتر همراه است. از نظر او سرمایه اجتماعی را می‌توان با میزان اعتماد و همکاری متقابل در یک اجتماع یا میان افراد اندازه‌گیری کرد.

- انسجام اجتماعی^۳: که دلالت بر توافق جمعی میان یک جامعه دارد. به عبارتی انسجام در کل ناظر به میزان و الگوی رابطه متقابل بین کنشگران، گروه‌ها و

1. Social Trust
2. Putnam
3. Social Solidarity

خرده‌فرهنگ‌های تمایز یافته است (افروغ، ۱۳۷۸: ۲۸). انسجام یا همبستگی اجتماعی معمولاً مفهومی را می‌رساند که بر پایه آن در سطح یک گروه یا یک جامعه، اعضا به یکدیگر وابسته و به‌طور متقابل به یکدیگر نیازمندند (بیرو، ۱۳۶۶).

- مشارکت اجتماعی^۱: دلالت بر گسترش روابط بین‌گروهی در قالب انجمن‌های داوطلبانه، باشگاه‌ها، اتحادیه‌ها و گروه‌هایی دارد که معمولاً خصیصه محلی و غیردولتی دارند و هدفشان مشارکت و درگیر ساختن مردم در فرایندهای اجتماعی مختلف در قالب سیاست‌های اجتماعی است (محسنی تبریزی، ۱۳۶۹). مشارکت فرایندی اجتماعی، عمومی، یکپارچه، چندگانه، چندبعدی و چندفرهنگی است که هدف آن کشاندن همه مردم به ایفای نقش در همه مراحل توسعه است (Gautri, 1986). شرایط اجتماعی و سیاسی حاکم بر جامعه، نوع دید و نگاه مسئولان و برنامه‌ریزان، خلیقات و روحیات مردم، تجربیات و واقعیات گذشته جامعه و... بر پذیرش یا عدم پذیرش یا نحوه اجرای مشارکت مؤثرند (موسوی، ۱۳۸۵).

در بررسی‌های مؤسسه بین‌المللی مطالعات اجتماعی^۲، توسعه اجتماعی در قالب ۶ شاخص فعالیت مدنی^۳، باشگاه‌ها و انجمن‌ها^۴، انسجام درون‌گروهی^۵، اعتماد و امنیت بین‌فردی^۶، برابری جنسیتی^۷ و ادغام اقلیت‌ها^۸ سنجش می‌شود. این ارزیابی که از سال ۱۹۹۰ هر ۵ سال یک‌بار گزارش داده می‌شود، در پژوهش حاضر استفاده شده است.

با این تعاریف از سرمایه اجتماعی، می‌توان انتظار داشت که ارتباط تنگاتنگی بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی وجود داشته باشد و از آنجا که سلامت اجتماعی بعدی از سلامتی افراد است، لذا می‌توان پل‌های ارتباطی بین سرمایه اجتماعی و

-
1. Social Participation
 2. International Institute of Social Studies (ISS)
 3. Civic Activism
 4. Clubs and Associations
 5. Intergroup Cohesion
 6. Interpersonal Safety and Trust
 7. Gender Equality
 8. Inclusion of Minorities

سلامتی افراد را شناسایی کرد. برای شناسایی نحوه تأثیرگذاری سرمایه اجتماعی بر روی سلامت عمومی باید به شناسایی کانال‌هایی که سرمایه اجتماعی از مسیر آن می‌تواند با سلامت افراد یک جامعه در ارتباط باشد، پرداخت:

آموزش: توسعه اجتماعی از یک سو از طریق ایجاد فرهنگ جهانی، بالا بردن انتظاراتهای آموزشی والدین (Dika and Singh, 2002: 43)، ایجاد تفاهم میان انسان‌ها، نظارت والدین و افزایش توجه و تمایل آنها در کمک مالی و علمی به فرزندان خود و ادامه تحصیل آنها (سوری و مهرگان، ۱۳۸۶: ۲۱۱)، بهبود فضای کسب و کار اقتصادی، مشارکت بیشتر والدین در انجمن اولیا و مربیان و ایجاد زمینه برای موفقیت بیشتر بچه‌ها (Groot et al., 2006: 153)، افزایش سال‌های تحصیل، جلوگیری از ترک تحصیل افراد، موجب ارتقای سطح سواد و آموزش می‌شود (McCloskey, 1967; Sullivan et al., 1982; Valadez, 2002). از سوی دیگر بهبود شاخص آموزش از طریق: تغییر الگوهای رفتاری (مثل سیگار کشیدن، چاقی مفرط و...) (Huisman et al., 2005; Mackenbach et al., 2008)، به دست آوردن منابع بیشتر (مثل درآمد بیشتر، مسکن بهتر، غذای بهتر و...) (Case and Deaton, 2005)، تغییرات در ترجیحات زمانی (Fuchs, 1982)، بهبود و ثابت نگاه داشتن شیوه زندگی سالم، انتخاب‌های مثبت، حمایت و تقویت پیشرفت بشری، روابط بشری، رفاه فردی، خانواده و جامعه (Fonseca and Zheng, 2011) تولید سلامت با کارایی بیشتر (Grossman, 1972: 240) دوری کردن از رفتارهای پرخطر و داشتن معلومات بیشتر در جهت چگونگی مراقبت از سلامتی؛ موجب افزایش حمایت افراد نسبت به سلامتی خود و ارتقای سلامت عمومی می‌شود.

فقر: توسعه اجتماعی از طریق افزایش مشارکت در انواع تشکلهای و انجمن‌ها، تراکم عضویت‌ها، ناهمگونی داخلی انجمن‌ها (Grootaert, 1999)، شرکت فعال در تصمیم‌گیری‌ها، افزایش بهره‌وری کشاورزی، ایمن کردن دسترسی به بازارها (یونسی و غفاری، ۱۳۹۴)، بهبود رشد، توزیع مجدد درآمد در سطح ملی، کاهش طرد اجتماعی

(شادی طلب و حجتی کرمانی، ۱۳۸۷: ۴۳)، فقر را کاهش می‌دهد (زاهدی و دیگران، ۱۳۸۷)؛ (Morris, 1998). از طرف دیگر مطالعات بسیاری وجود دارد که نشان می‌دهند، فقر یکی از عوامل اقتصادی - اجتماعی است که سلامت فردی و اجتماعی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (Rodgers, 1979; Kawachi, 1999; Andreea et al., 2013; Yoshikawa et al., 2012; Wolf, 2011)؛ (مددی، ۱۳۸۷)؛ یوسفی و دیگران، ۱۳۹۲؛ باباخانی، ۱۳۸۷؛ احمدی و دیگران، ۱۳۸۹). کاهش فقر از یک سو هزینه - کرد سلامت افراد و خانواده‌ها را کاهش می‌دهد و از سوی دیگر با افزایش امکانات تغذیه‌ای و رفاهی، افزایش امکان سرمایه‌گذاری در بخش بهداشت و سلامت، افزایش امید به زندگی، افزایش طول عمر، دسترسی بیشتر به کالاهای افزایش‌دهنده سلامتی، خطر بروز انواع بیماری‌ها و مشکلات سلامتی را کاهش می‌دهد.

جرم: از دیدگاه امیل دورکیم جرم پدیده طبیعی اجتماعی است و از فرهنگ و تمدن هر اجتماع ناشی می‌شود. بنابراین جرم از نظر اجتماعی، عملی است که نظم اجتماعی را نقض می‌کند، لذا ارتباط نزدیکی با سرمایه‌های اجتماعی دارد. سرمایه اجتماعی از طریق ایجاد اعتماد بین اعضای جامعه، افزایش تعهد مدنی، تعدیل رفتارهای خشونت‌آمیز، افزایش احساس امنیت، افزایش مشارکت افراد جامعه در حل و فصل درگیری‌ها، افزایش احساس درونی افراد در کمک به دیگران، افزایش اعتماد، به‌عنوان پایه و اساس وجود پیوندها و مسئولیت‌های اجتماعی، موجب کاهش جرم می‌شود. بررسی‌های زیادی نیز بر این مسئله تأکید کرده‌اند و عوامل محیطی و اجتماعی را منشأ پدیده جرم تلقی کرده‌اند (Sagert et al., 2002; Gatti et al., 2003; Katz, 2002; Lederman et al., 1999; Salmi and Kivivuori, 2006; Rosenfeld et al., 2001; Wright, 2006; Cubukcu, 2011). البته وقوع جرم و خشونت به‌طور مستقیم نیز از طریق آسیب جسمی به‌طرف مقابل، موجب بروز مشکلات سلامتی و حتی قتل می‌شود و همچنین سلامت روانی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد، که این تأثیرات می‌تواند شامل افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه، سوء‌مصرف مواد و کاهش

عملکرد اجتماعی و... باشد. بنابراین توسعه اجتماعی با کاهش جرم و خشونت در جامعه نیز به ارتقای سلامت عمومی کمک می‌کند (Britt, 2006; Bonomi et al., 2006; Kunst and Van Wilsem, 2013; Rees et al., 2011; Hegarty et al., 2004; Afifi, 2009; Freeman and Smith, 2014).

محیط اقتصادی: توسعه اجتماعی یکی از کلیدی‌ترین مفاهیم در زمینه توضیح مکتب نهادگرایان جدید است و نقش قابل‌توجهی را در رشد و توسعه اقتصادی کشورها ایفا می‌کند. از این رو کشورها برای رسیدن به رشد و توسعه اقتصادی باید به توسعه اجتماعی توجه ویژه‌ای کنند. هر یک از سطوح متفاوت توسعه اجتماعی به نحوی بر رشد اقتصادی اثر می‌گذارند: (صفدری و دیگران، ۱۳۸۷: ۴۷).

- در سطح خرد و روابط غیررسمی که میان اعضای خانواده، دوستان و اقوام حاکم است، به‌ویژه در خانواده، سرمایه اجتماعی باعث تشکیل سرمایه انسانی می‌شود که در بلندمدت تأثیر خود را بر روی رشد اقتصادی می‌گذارد. سرمایه اجتماعی تعمیم‌یافته باعث افزایش قابلیت اعتماد و پیش‌بینی رفتار انسان‌ها می‌شود.

- در سطح میانی که به روابط بین بنگاه‌ها و شرکت‌ها اشاره دارد، سرمایه اجتماعی موجود، باعث کاهش ریسک و افزایش اعتماد بین بنگاه‌های اقتصادی می‌شود که در نتیجه کاهش هزینه‌های معاملاتی و هزینه‌های انعقاد و اجرای قراردادها، توسعه مالی، افزایش کارایی بازار و افزایش نوآوری را به همراه دارد.

- در سطح کلان که به نهادهای رسمی مربوط می‌شود، با به‌وجودآوردن محیط آرام و باثبات و تضمین حقوق مالکیت، افزایش سرمایه‌گذاری، کاهش بیکاری، افزایش کارایی دولت و کاهش جرم در جامعه و در نتیجه افزایش رشد اقتصادی را در پی دارد. در زمینه تأثیر مثبت و نقش کلیدی توسعه اجتماعی بر رشد و توسعه اقتصادی پژوهش‌های فراوانی شده است. توسعه اجتماعی از طریق فراهم کردن محیطی آرام و باثبات از نظر اجتماعی و سیاسی، کاهش نابرابری گسترده و افزایش آزادی‌های مدنی، افزایش اعتماد (Beugelsdijk and Smulders, 2004)؛ ایجاد امنیت عمومی و تثبیت

آن، افزایش توجه به آموزش و پرورش، افزایش مشارکت مردم در تصمیم‌گیری‌ها (سوری، ۱۳۹۳: ۲۱۰) موجب بهبود رشد و توسعه اقتصادی می‌شود (Temple and Johnson, 1999; Zak, 2001; Fedderke et al., 1999; Akçomak and Weel, 2008). از گذشته‌ها وضعیت اقتصادی - اجتماعی بر سلامت انسان مؤثر شناخته شده است. در بیشتر کشورها، وضعیت سلامت در درجه اول با درجه پیشرفت اقتصادی - اجتماعی؛ یعنی درآمد سرانه سطح آموزش، تغذیه، اشتغال، مسکن، نظام سیاسی کشور و... تعیین می‌شود. مطالعات بسیاری نشان می‌دهند که بهتر شدن وضعیت اقتصادی در هر کشور موجب ارتقا و بهبود سلامتی در آن کشور می‌شود. بهبود وضعیت اقتصادی هر کشوری موجب کاهش تورم، افزایش اشتغال و... می‌شود. کاهش تورم و افزایش اشتغال نیز از طریق کاهش هزینه‌های سلامتی کاهش هزینه‌های مراقبتی، بهره‌وری بالای نیروی انسانی شاغل در بخش سلامت، استفاده بهینه از تجهیزات و منابع نظام سلامت و بهبود خدمات بیمارستانی، بهبود کیفیت زندگی، ارتقای امنیت اقتصادی، کاهش مرگ‌ومیر و افزایش امید به زندگی (Croix and Licandro, 2012; Smith, 2013) افزایش درآمد، کاهش فقر، تغذیه بهتر (Floud et al., 2011) موجب ارتقا و بهبود وضعیت سلامتی می‌شوند.

محافظت اجتماعی: نقش محافظتی تعاملات اجتماعی در سلامت عمومی از سه مکانیزم اصلی نشئت می‌گیرد: (Fiorillo and Sabatini, 2015: 138).

۱. کمک‌های متقابل: در صورت بیماری، حمایت خانواده و دوستان ممکن است نقش اساسی در اطمینان از دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی و امکاناتی چون کمک‌های مالی، خدمات حمل و نقل و کمک در برخورد با پزشکان، ایفا کند.
۲. ارتقای رفتارهای سالم: تعاملات اجتماعی ممکن است توسعه هنجارهای اجتماعی را که پشتیبان رفتارهای ارتقادهنده سلامت، مانند فعالیت‌های پیشگیری و بدنی بوده، تقویت کرده یا عادات ناسالم مانند مصرف نوشیدنی‌های الکلی و استعمال دخانیات را محدود کند (Lindstrom et al., 2012, 2003). استدلال می‌کنند که

تعاملات اجتماعی، ممکن است فعالیت بدنی در اوقات فراغت را از طریق مکانیزهای فشار اجتماعی (فشار هم‌نوعان)، تحت تأثیر قرار دهد.

۳. اثر پیشگیری: تعاملات اجتماعی و انسجام جامعه، پشتیبانی اخلاقی و عاطفی را ارائه می‌کند که باعث کاهش پریشانی روانی مربوط به بیماری می‌شود. این «اثر پیشگیری»، ممکن است در بهبود توانایی بیماران برای بازیابی (از بیماری) و در نتیجه بهبود وضعیت سلامت افراد بیمار، ایفای نقش کند (Kawachi et al., 1999: 220). بنابراین هرچقدر میزان سرمایه اجتماعی در جامعه‌ای بالا باشد، اعضای آن جامعه از حمایت اجتماعی بیشتر و سطح بالاتری از دستاوردهای بهداشتی و سلامتی برخوردار می‌شوند.

فشارهای روانی: یکی از مسیرهای مهم تأثیرگذاری سرمایه اجتماعی بر روی سلامت عمومی، بروز شرایط محیط اجتماعی توأم با استرس، اضطراب، کاهش اعتماد به نفس و نگرانی که بر موجب وارد کردن فشارهای روانی بر افراد جامعه می‌شوند. مشکلاتی چون فقر، ناکامی در تحصیلات، زندگی در محیط فیزیکی نامناسب، نبودن امنیت در جامعه (مثل خشونت و تصادفات) و حوادث منفی زندگی، مانند بیکاری یا مهاجرت اجباری از جمله عوامل اجتماعی هستند که بر سلامت روانی افراد تأثیر زیادی می‌گذارند (کامران و ارشادی، ۱۳۸۸: ۳۰). حتی مشارکت نکردن و حضور نداشتن در اجتماع نیز می‌تواند موجب بروز فشارهای روانی خاصی شود. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که انزوای اجتماعی، در طول تاریخ با سلامت روانی و جسمانی ضعیف، در ارتباط بوده است (Fiorillo and Sabatini, 2015: 135). کاپلان و لینچ^۱ سرمایه اجتماعی را نوعی انباشت سرمایه معرفی کرده‌اند که موجب ایجاد همبستگی اجتماعی، تعهد اجتماعی و در نتیجه نوعی اعتماد به نفس و سلامتی در افراد می‌شود (لهسای زاده و مرادی، ۱۳۸۶: ۱۷۰). هارفام، گرانت و توماس^۲ معتقدند که سرمایه اجتماعی می‌تواند

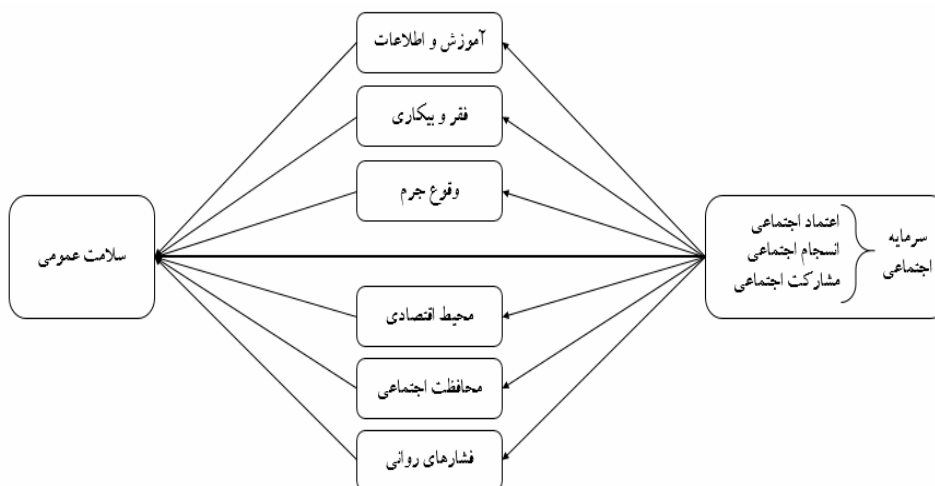
1. Kaplan & Lynch

2. Harpham & Grant & Thomas

عوامل استرس‌زا و خطر این عوامل در زندگی و همچنین حوادث منفی زندگی از جمله از دست دادن شغل را کاهش دهد (Kawachi et al., 2008).

رابطه توسعه اجتماعی و سلامت را می‌توان بر اساس نمودار ۱ نشان داد. در این نمودار از یک‌سو، توسعه اجتماعی از طریق عناصر مستقیم مربوط به سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهد و از سوی دیگر، با متغیرهای میانجی، موجب بهبود سلامت می‌شود.

نمودار ۱- کانال‌های تأثیرگذاری توسعه اجتماعی بر روی سلامت عمومی



بر اساس منطق اثرگذاری توسعه شاخص‌های اجتماعی بر روی سلامت عمومی، در سال‌های اخیر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت^۱، به اندازه‌ای مورد توجه و توافق واقع شده است که هم در سازمان بهداشت جهانی و هم در سازمان سلامت برخی کشورها مانند ایران (وزارت بهداشت و برخی دانشگاه‌های زیر مجموعه) اقدام به تأسیس مرکز پژوهش‌های تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت کرده‌اند. در اهداف توسعه هزاره^۲ نیز تأثیر شرایط اجتماعی بر سلامت به رسمیت شناخته شده است. چارچوب

1. Social Determinants of Health (SDH)
2. Millennium Development Goals (MDGs)

این اهداف نشان می‌دهد که در بسیاری از کشورها بدون کسب موفقیت‌های چشمگیر در زمینه کاهش فقر، برقراری امنیت غذایی، امکان تحصیلات، توانمندسازی زنان و اصلاح شرایط زندگی در نواحی فقیرنشین و پرجمعیت، دستیابی به اهداف سلامت مقدور نیست و بنابراین بدون ایجاد پیشرفت و ترقی در عرصه سلامت، دیگر اهداف توسعه هزاره غیرقابل دسترسی خواهد شد.

گرایان اجتماعی (نابرابری‌های اقتصادی - اجتماعی)، شرایط دوران ابتدایی زندگی، انزوای اجتماعی، شرایط محیط کار، وضعیت اشتغال، میزان حمایت‌های اجتماعی، حمل و نقل و ترافیک، امنیت غذایی و غیره از جمله تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت بیان شده‌اند (مطلق و دیگران، ۱۳۸۷ به نقل از Wilkinson and Marmot, 2003).

روش پژوهش

در مطالعه حاضر باهدف بررسی تأثیر توسعه اجتماعی بر روی سلامت عمومی از شاخص‌های بین‌کشوری برای توسعه اجتماعی استفاده شده است. لذا با توجه به وجود داده‌های کافی و منظم از متغیرهای مورد بررسی تعداد ۱۰۱ کشور جهان (با درآمد متوسط به بالا)^۱ انتخاب شده؛ لذا ماهیت داده‌ها به صورت پانل^۱ است. داده‌های

۱- این کشورها عبارتند از: الجزایر، آلبانی، آنگولا، آرژانتین، استرالیا، اتریش، آذربایجان، باهاما، بحرین، باربادوس، بلاروس، بلژیک، بلیز، بوسنی و هرزگوین، بوتسوانا، برزیل، بروئی، بلغارستان، کانادا، شیلی، چین، کلمبیا، کاستاریکا، کرواسی، کوبا، قبرس، جمهوری چک، دانمارک، اکوادور، گینه استوایی، استونی، فیجی، فنلاند، فرانسه، گابن، آلمان، یونان، هنگ‌کنگ، چین، ماکائو، مجارستان، ایسلند، ایران، عراق، ایرلند، اسرائیل، ایتالیا، جامائیکا، ژاپن، اردن، قزاقستان، جمهوری کره، کویت، لتونی، لبنان، لیبی، لیتوانی، لوکزامبورگ، مقدونیه، مالزی، مالدیو، مالت، موریس، مکزیک، مغولستان، نامیبیا، هلند، نیوزیلند، نروژ، عمان، پاناما، پاراگوئه، پرو، لهستان، پرتغال، پورتوریکو، قطر، رومانی، روسیه، عربستان سعودی، صربستان، سیشل، سنگاپور، اسلواکی، اسلوانی، افریقای جنوبی، اسپانیا، سنت‌لوسیا، سنت وینسنت و گرنادین‌ها، سورینام، سوئد، سوئیس، تایلند، ترینیداد و توباگو، تونس، ترکیه، ترکمنستان، امارات متحده عربی، بریتانیا، ایالات متحده آمریکا، اروگوئه و ونزوئلا.

پانل به مجموعه‌ای از داده‌ها گفته می‌شود که براساس آن مشاهدات از طریق تعداد زیادی از متغیرهای مقطعی (N) که اغلب به صورت تصادفی انتخاب می‌شوند، در یک دوره زمانی مشخص (T) بررسی شده باشند، $N \times T$ داده آماری را داده‌های تابلویی یا داده‌های مقطعی سری زمانی می‌نامند.

استفاده از داده‌های پانلی در اقتصادسنجی دارای مزیت‌های زیادی از جمله محدود شدن وجود ناهمسانی واریانس‌ها، وجود اطلاعات بیشتر، تغییرپذیری بیشتر، هم‌خطی کمتر میان متغیرها، درجات آزادی بیشتر و کارایی بیشتر است. (ابریشمی، ۱۳۹۱)

با توجه به مباحث بخش ادبیات نظری که بررسی شد، برای مطالعه حاضر و آزمون فرضیه‌های این مطالعه مدل زیر با توجه به ادبیات نظری و تجربی به صورت زیر معرفی می‌شود:

$$health = \beta_0 + \beta_1 Social + \beta X' + \varepsilon$$

در این مدل:

Health: شاخص سلامت عمومی (امید به زندگی و نرخ مرگ‌ومیر بزرگسالان)
Social: توسعه اجتماعی به صورت استفاده از میانگین ۶ شاخص توسعه اجتماعی: فعالیت مدنی، عضویت در باشگاه‌ها و انجمن‌ها، انسجام درون‌گروهی، برابری جنسیتی، سطح اعتماد و امنیت فردی، مشارکت اقلیت‌ها (منبع: ISS)

X': نشانگر سایر متغیرهای مؤثر بر روی سلامت عمومی براساس مبانی نظری و مطالعات تجربی شامل:

Edu: نرخ ثبت‌نام ناخالص ثانویه به درصدی از کل جمعیت به‌عنوان شاخص آموزش (منبع: بانک جهانی WDI)

Labor: نرخ اشتغال نیروی کار به صورت درصدی از کل جمعیت بین ۱۵-۶۴ سال (منبع: WDI)

Inf: نرخ تورم از شاخص تعدیل‌کننده تولید ناخالص داخلی (منبع: WDI)

تأثیر توسعه اجتماعی بر سلامت عمومی ... ۲۴۳

Co2: انتشار گاز کربن دی‌اکسید به‌عنوان شاخص آلودگی محیط‌زیست (منبع:

(WDI

Immz: برنامه‌های ایمن‌سازی کودکان بین ۱۲ تا ۲۳ ماه (منبع: WDI)

Health: هزینه‌های سرانه بخش سلامت بر پایه برابری قیمت خرید و قیمت‌های

ثابت سال ۲۰۱۱ (منبع: WDI)

Gdpprc: تولید ناخالص داخلی سرانه بر پایه برابری قیمت خرید و قیمت‌های

ثابت سال ۲۰۱۱ (منبع: WDI)

بنابراین تأکید مطالعه بر روی بررسی تأثیر توسعه اجتماعی بر روی سلامت عمومی است، ولی به‌طور ضمنی سایر عوامل تعیین‌کننده سلامت در کشورهای منتخب نیز بررسی خواهد شد. دوره موردبررسی ۱۹۹۰-۲۰۱۴ در نظر گرفته شده و از نرم‌افزار STATA12 برای آزمون‌ها و تخمین مدل استفاده شده است.

برآورد مدل‌ها

توسعه اجتماعی و امید به زندگی

برآورد مدل سرمایه اجتماعی و امید به زندگی معرفی شده در جدول ۳ آمده است. در این جدول برای استحکام نتایج مدل‌های مختلفی برآورد شده. در مدل اول متغیرهای توسعه اجتماعی، آموزش، هزینه‌های سرانه بخش سلامت و تولید ناخالص داخلی سرانه در نظر گرفته شده است و از مدل دوم به بعد به‌ترتیب متغیرهای نرخ تورم، نرخ اشتغال نیروی کار، انتشار گاز دی‌اکسیدکربن، برنامه‌های ایمن‌سازی اضافه شده است. ثبات علامت و معناداری ضرایب در مدل‌های مختلف حاکی از حصول به اعتماد و اطمینان بیشتر به نتایج به‌دست‌آمده است.

جدول ۳- نتایج حاصل تخمین‌های امید به زندگی

مدل پنجم	مدل چهارم	مدل سوم	مدل دوم	مدل اول	نام متغیر
۵/۶۵ (۳/۱۶)*	۶/۰۰ (۳/۳۲)*	۵/۹۲ (۳/۲۰)*	۴/۵۴ (۲/۶۹)*	۴/۵۵ (۲/۶۱)*	توسعه اجتماعی
۰/۰۴۳ (۴/۹۲)*	۰/۰۴۸ (۵/۵۷)*	۰/۰۵۵ (۶/۳۲)*	۰/۰۵۲ (۶/۰۶)*	۰/۰۵۶ (۶/۳۴)*	نرخ ثبت‌نام ناخالص ثانویه
۰/۰۰۰۷ (۴/۹۴)*	۰/۰۰۰۸ (۵/۳۵)*	۰/۰۰۰۸ (۵/۵۸)*	۰/۰۰۰۹ (۶/۰۵)*	۰/۰۰۰۹ (۵/۷۳)*	هزینه‌های سرانه بخش سلامت
۰/۰۰۰۱ (۴/۰۱)*	۰/۰۰۰۱ (۳/۵۱)*	۰/۰۰۰۱ (۵/۵۱)*	۰/۰۰۰۱ (۶/۰۱)*	۰/۰۰۰۱ (۶/۱۰)*	تولید ناخالص داخلی سرانه
-۰/۰۰۲ (-۲/۶۳)*	-۰/۰۰۳ (-۴/۱۸)*	-۰/۰۰۳ (-۴/۴۲)*	-۰/۰۰۳ (-۴/۱۷)*	-	نرخ تورم
۰/۰۸۴ (۲/۳۳)**	۰/۰۹۶ (۲/۶۵)*	۰/۰۸۵ (۲/۳۰)**	-	-	نرخ اشتغال نیروی کار
-۱/۶۷ (-۳/۱۳)*	-۱/۹۵ (-۳/۶۳)*	-	-	-	انتشار گاز دی‌اکسیدکربن
۰/۰۴۹ (۳/۱۲)*	-	-	-	-	برنامه‌های ایمن‌سازی
۰۶/۶۰	۷۴/۶۵	۱۷/۶۶	۳۰/۶۶	۴۸/۶۵	آماره
۰۰۰۰/۰	۰۰۰۰/۰	۰۰۰۰/۰	۰۰۰۰/۰	۰۰۰۰/۰	ارزش احتمال
۱۱۰/۶۴	۷۲/۱۸	۱۲/۱۹	-۶۴/۸۴	۴۷/۹۳	آماره
۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	-	۰/۰۰۰	ارزش احتمال

منبع: محاسبات پژوهش

*, **, و *** به ترتیب نشان‌دهنده معناداری در سطوح اطمینان ۹۹ درصد، ۹۵ درصد و ۹۰ درصد هستند.

اعداد داخل پرانتز نشان‌دهنده مقدار آماره t هستند.

نتایج آزمون معنادار بودن اثرات گروه با استفاده از آماره آزمون F ، برای مدل یک تا پنجم بیانگر رد فرضیه صفر و لزوم استفاده از روش داده‌های تابلویی است. نتایج به‌دست‌آمده از آزمون هاسمن برای مدل اول و سوم و چهارم و پنجم بیانگر رد فرضیه صفر بوده و نشان می‌دهد که برای برآورد مدل، روش با اثرات ثابت کارتر از روش با اثرات تصادفی است. نتیجه مدل دوم در آزمون هاسمن منفی و بی‌معناست که بدین منظور برای شناسایی اینکه با اثرات ثابت باشد یا تصادفی، از آزمون سارگان - هانسن استفاده می‌شود.

جدول ۴- نتایج آزمون سارگان - هانسن

سطح معناداری	آماره آزمون	مدل
۰/۰۰۰۰	33/487	مدل دوم

منبع: محاسبات پژوهش

نتایج به‌دست‌آمده از آزمون سارگان - هانسن برای مدل دوم بیانگر رد فرضیه صفر بوده و نشان می‌دهد که برای برآورد مدل روش با اثرات ثابت کارتر از روش با اثرات تصادفی است.

با توجه به نتایج جدول ۳، برای مدل اول، دوم، سوم، چهارم و پنجم شاخص توسعه اجتماعی (شامل فعالیت مدنی، عضویت در باشگاه‌ها و انجمن‌ها، انسجام درون‌گروهی، برابری جنسیتی، سطح اعتماد و امنیت فردی، مشارکت اقلیت‌ها) در سطح اطمینان ۹۹ درصد، تأثیر مثبت و معناداری بر روی امید به زندگی که یکی از شاخص‌های سلامت عمومی است، گذاشته. با افزایش یک واحد توسعه اجتماعی، امید به زندگی در مدل اول تا پنجم به‌ترتیب به‌طور متوسط ۴/۵۵، ۴/۵۴، ۵/۹۲، ۶، ۵/۶۵ واحد افزایش خواهد یافت.

متغیر آموزش با توجه به نتایج تخمین‌ها برای مدل‌های اول تا پنجم در سطح اطمینان ۹۹ درصد، تأثیر مثبت و معناداری بر روی امید به زندگی گذاشته است. در پژوهش حاضر متغیر هزینه‌های سرانه بخش سلامت با توجه به نتایج برای مدل‌های اول تا پنجم در سطح اطمینان ۹۹ درصد، تأثیر مثبت و معناداری بر روی امید به زندگی گذاشته است. متغیر تولید ناخالص داخلی سرانه برای مدل‌های اول تا پنجم در جدول ۳ اثر مثبت و معناداری در سطح اطمینان ۹۹ درصد، بر روی امید به زندگی داشته است، که یافته‌های اکثریت مطالعات مشابه را تأیید می‌کند. با توجه به نتایج حاصل شده در جدول ۳ نرخ تورم برای تمامی مدل‌ها، اثر منفی و معناداری در سطح اطمینان ۹۹ درصد بر روی امید به زندگی داشته و متغیر انتشار گاز دی‌اکسیدکربن برای مدل چهارم و پنجم در سطح اطمینان ۹۹ درصد، اثر منفی و معناداری بر روی امید به زندگی گذاشته است.

متغیر مهم دیگر نرخ اشتغال نیروی کار است. بنابر نتایج به دست آمده از جدول ۳ برای مدل سوم و پنجم این متغیر در سطح اطمینان ۹۵ درصد و برای مدل چهارم در سطح اطمینان ۹۹ درصد اثر مثبت و معناداری بر روی امید به زندگی داشته و متغیر ایمن‌سازی در سطح اطمینان ۹۹ درصد اثر مثبت و معناداری بر روی امید به زندگی گذاشته است.

توسعه اجتماعی و مرگ‌ومیر

برای حصول به نتایج قابل اعتمادتر و اطمینان بیشتر از رابطه بین شاخص توسعه اجتماعی و سلامت عمومی، مدل برآورد شده در جدول ۳ برای داده‌های نرخ مرگ‌ومیر که شاخصی دیگر برای نشان دادن سلامت عمومی است، تکرار می‌شود. با توجه به اینکه در مجموع ۱۰ مدل مختلف برآورد می‌شود، می‌توان به استحکام نتایج اعتماد بیشتری داشت. تأثیر توسعه اجتماعی بر روی نرخ مرگ‌ومیر در جدول ۵ گزارش شده است.

جدول ۵- نتایج حاصل از تخمین‌های مرگ‌ومیر

نام متغیر	مدل اول	مدل دوم	مدل سوم	مدل چهارم	مدل پنجم
توسعه اجتماعی	-۷۹/۵۹ ** (۶۹.۲-)	-۷۹/۳۲ ** (۷۰.۲-)	-۹۱/۹۰ ** (۰۳.۳-)	-۹۳/۴۸ ** (۰۹.۳-)	-۸۸/۷۱ ** (۹۵.۲-)
نرخ ثبت‌نام ناخالص ثانویه	-۰/۴۴۱ ** (۱۳.۳-)	-۰/۴۰۹ ** (۹۱.۲-)	-۰/۳۹۳ ** (۸۰.۲-)	-۰/۳۳۱ ** (۳۱.۲-)	-۰/۲۶۵ *** (۸۳.۱-)
هزینه‌های سرانه بخش سلامت	-۰/۰۰۵ *** (۸۹.۱-)	-۰/۰۰۵ *** (۹۶.۱-)	-۰/۰۰۵ *** (۸۰.۱-)	-۰/۰۰۵ ** (۶۰.۱-)	-۰/۰۰۳ ** (۲۷.۱-)
تولید ناخالص داخلی سرانه	-۰/۰۰۱ ** (۸۱.۳-)	-۰/۰۰۱ ** (۷۰.۳-)	-۰/۰۰۱ ** (۵۵.۳-)	-۰/۰۰۱ ** (۳۵.۲-)	-۰/۰۰۱ ** (۶۹.۲-)
نرخ تورم	-	۰/۰۲۶ ** (۱۱.۲)	۰/۰۲۷ ** (۲۰.۲)	۰/۰۲۵ ** (۰۱.۲)	۰/۰۱۲ ** (۹۵.۰)
نرخ اشتغال نیروی کار	-	-	-۰/۴۹۶ ** (۸۱.۰-)	-۰/۶۰۵ ** (۹۹.۰-)	-۰/۴۴۶ ** (۷۳.۰-)
انتشار گاز دی- اکسیدکربن	-	-	-	۱۸/۹۸ ** (۱۵.۲)	۱۵/۶۷ *** (۷۶.۱)
برنامه‌های ایمن‌سازی	-	-	-	-	-۰/۵۷۶ ** (۲۲.۲-)
لیمر آزمون F	آماره	۸۴.۶۶	۷۴.۶۶	۵۶.۶۳	۳۷.۶۱
	ارزش احتمال	۰۰۰.۰	۰۰۰.۰	۰۰۰.۰	۰۰۰.۰
آزمون هاسمن	آماره	۰۹.۷	۴۵.۶	۶۸.۱۶	۴۴.۰
	ارزش احتمال	۰۶۹۲.۰	۱۶۷۷.۰	۰۰۵۱.۰	۹۹۸۵.۰

منبع: محاسبات پژوهش

*, **, و *** به ترتیب نشان‌دهنده معناداری در سطوح اطمینان ۹۹ درصد، ۹۵ درصد و ۹۰ درصد هستند.

اعداد داخل پرانتز نشان‌دهنده مقدار آماره t هستند.

در اینجا نیز، نتایج آزمون معنادار بودن اثرات گروه با استفاده از آماره آزمون F ، برای مدل یک تا پنجم بیانگر رد فرضیه صفر و لزوم استفاده از روش داده‌های تابلویی است. همچنین نتایج به دست آمده از آزمون هاسمن برای مدل سوم و پنجم بیانگر رد فرضیه صفر بوده و نشان می‌دهد که برای برآورد مدل روش با اثرات ثابت کاراتر از روش با اثرات تصادفی است و برای مدل اول و دوم و چهارم بیانگر عدم رد فرضیه صفر بوده و نشان می‌دهد که برای برآورد مدل روش با اثرات تصادفی کاراتر از روش با اثرات ثابت است.

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که، برای مدل اول، دوم، سوم، چهارم و پنجم متغیر توسعه اجتماعی در سطح اطمینان ۹۹ درصد، تأثیر منفی و معناداری بر روی مرگ‌ومیر که شاخص دیگر سلامت عمومی است، گذاشته. با افزایش یک واحد توسعه اجتماعی، نرخ مرگ‌ومیر در مدل اول تا پنجم به طور متوسط به ترتیب به میزان $-۷۹/۳۲$ ، $-۹۱/۹۰$ ، $-۹۳/۴۸$ ، $-۸۸/۷۱$ واحد کاهش خواهد یافت. بنابراین کشورهایی که از وضعیت بهتر این متغیرها برخوردار هستند، سلامت عمومی بالاتری را تجربه می‌کنند. در ادبیات تجربی مطالعات زیادی مشاهده می‌شود که پیرامون اثرگذاری توسعه اجتماعی بر روی سلامت عمومی انجام گرفته، ولی تعاریف مطالعات مختلف از این سرمایه بسیار متنوع بوده است؛ ولی به هر حال نتایج اکثریت این مطالعات، تأثیر مثبت آن بر روی سلامت عمومی را تأیید می‌کند.

متغیر آموزش برای مدل اول، دوم و سوم در سطح اطمینان ۹۹ درصد، تأثیر منفی و معناداری، برای مدل چهارم در سطح اطمینان ۹۵ درصد، تأثیر منفی و معنادار و برای مدل پنجم در سطح اطمینان ۹۰ درصد، تأثیر منفی و معناداری بر روی مرگ‌ومیر گذاشته است.

متغیر هزینه‌های سرانه بخش سلامت با توجه به نتایج، برای مدل‌های اول، دوم و سوم در سطح اطمینان ۹۰ درصد، تأثیر منفی و معناداری بر روی مرگ‌ومیر گذاشته است و برای مدل‌های چهارم و پنجم رابطه معناداری بین این متغیر و مرگ‌ومیر

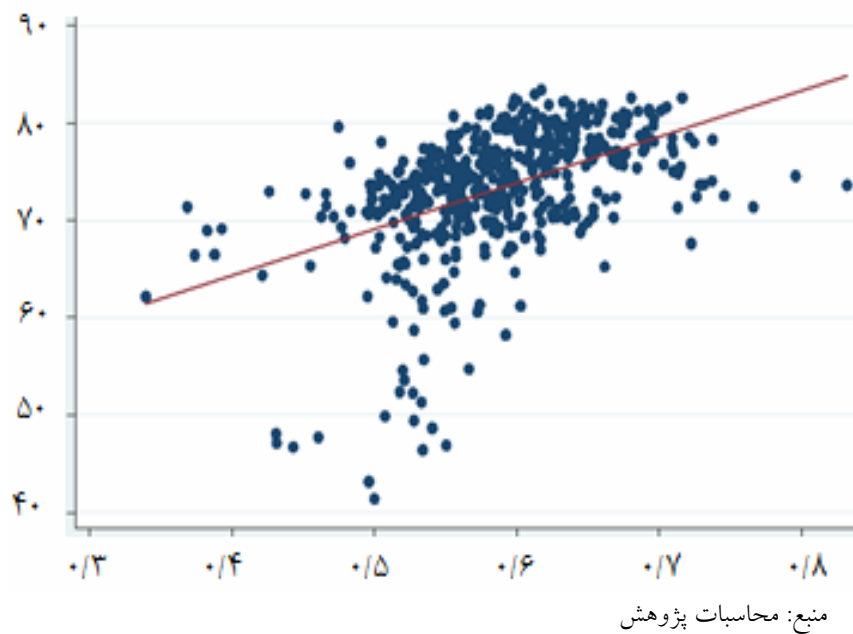
مشاهده نشد. یکی دیگر از متغیرهای مهم تولید ناخالص داخلی سرانه است که برای مدل‌های اول، دوم، سوم و پنجم در سطح اطمینان ۹۹ درصد و برای مدل چهارم در سطح اطمینان ۹۵ درصد، تأثیر منفی و معناداری بر روی مرگ‌ومیر گذاشته است. طبق نتایج نرخ تورم مدل‌های دوم، سوم و چهارم در سطح اطمینان ۹۵ درصد، اثر مثبت و معناداری بر مرگ‌ومیر گذاشته است، همچنین مدل پنجم در این جدول نشان می‌دهد که بین نرخ تورم و مرگ‌ومیر هیچ رابطه معناداری وجود ندارد. متغیر انتشار گاز دی‌اکسیدکربن و آلودگی محیط‌زیست از مدل چهارم به برآوردها اضافه شده است و برای مدل چهارم و پنجم در سطح اطمینان ۹۵ درصد و ۹۰ درصد اثر مثبت و معناداری بر روی مرگ‌ومیر داشته‌اند. متغیر مهم دیگر که در این مطالعه به آن توجه شده، اشتغال نیروی کار است. هم‌چنین با توجه به نتایج جدول بین این متغیر و مرگ‌ومیر، هیچ رابطه معناداری وجود ندارد. شاخص برنامه‌های ایمن‌سازی نیز در سطح اطمینان ۹۵ درصد، تأثیر منفی و معناداری بر روی مرگ‌ومیر گذاشته است.

نمودارهای پراکنش مدل امید به زندگی

در این بخش برای مشاهده بهتر رابطه بین توسعه اجتماعی و سایر متغیرهای مدل با امید به زندگی، از نمودارهای پراکنش استفاده شده است. با استفاده از نمودارهای پراکنش می‌توان همبستگی بین متغیرهای مورد بررسی و سلامت عمومی در کشورهای مورد بررسی را با سادگی بیشتر مشاهده کرد. در نمودار ۲ پراکنش بین شاخص توسعه اجتماعی و امید به زندگی نمایش داده شده است.

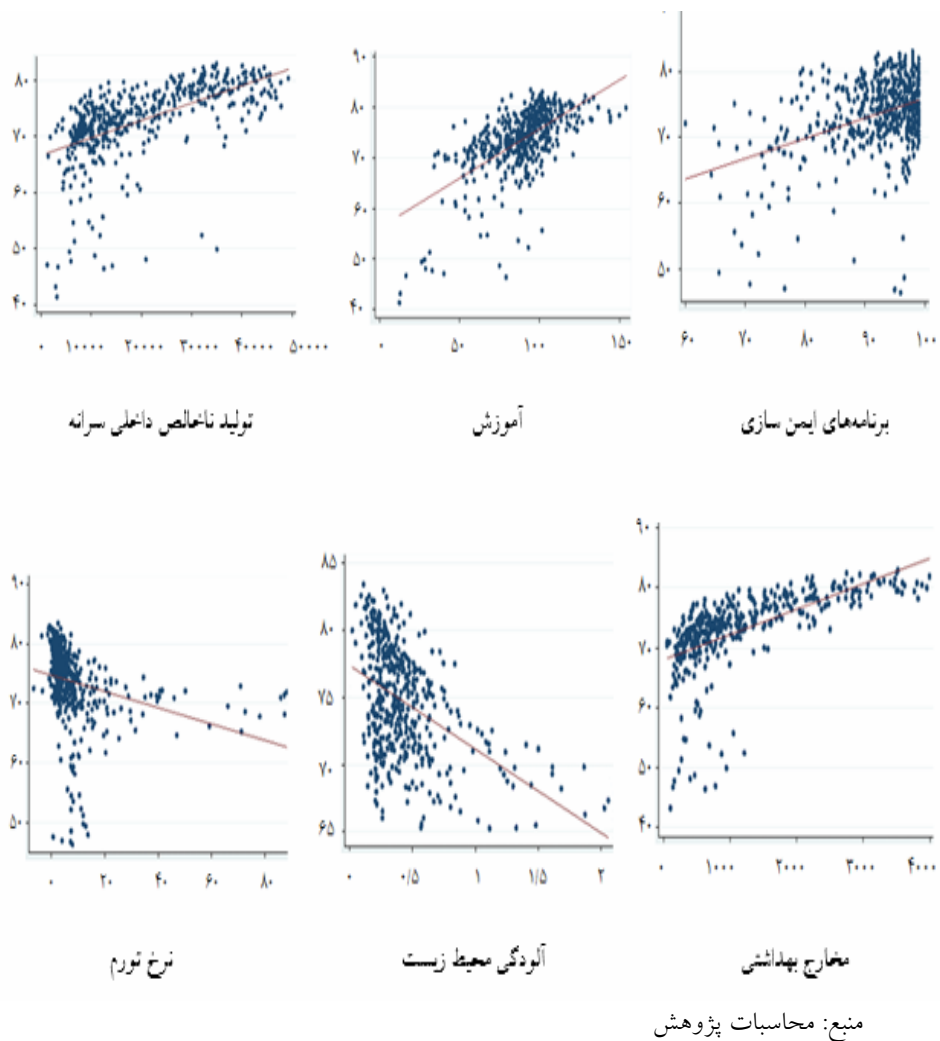
۲۵۰ فصلنامه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، سال هفتم، شماره ۲۹، زمستان ۱۳۹۵

نمودار ۲- پراکنش شاخص توسعه اجتماعی و امید به زندگی



همچنین در نمودار ۳ پراکنش سایر متغیرهای مورد بررسی با امید به زندگی نشان داده شده و محور عمومی سلامت عمومی است.

نمودار ۳- پراکنش سایر متغیرهای مورد بررسی و امید به زندگی

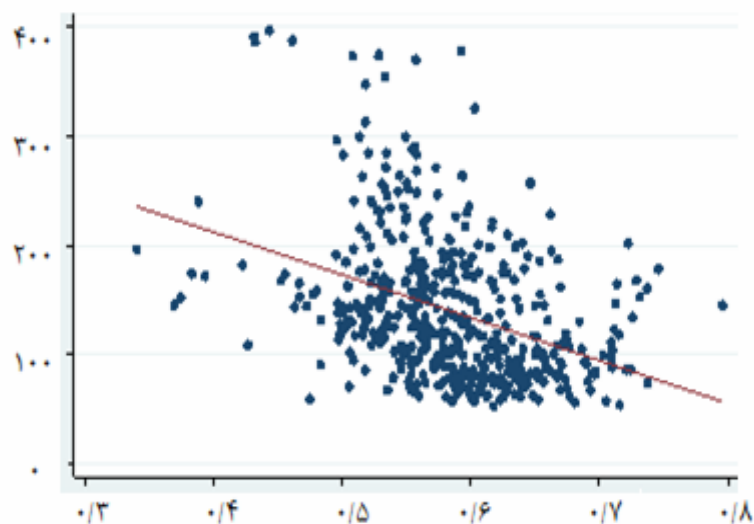


همان‌طور که مشاهده می‌شود، نتایج حاصل از برآورد مدل در جدول ۱ هم‌راستا با نمودارهای پراکنش است.

نمودارهای پراکنش مدل مرگ‌ومیر

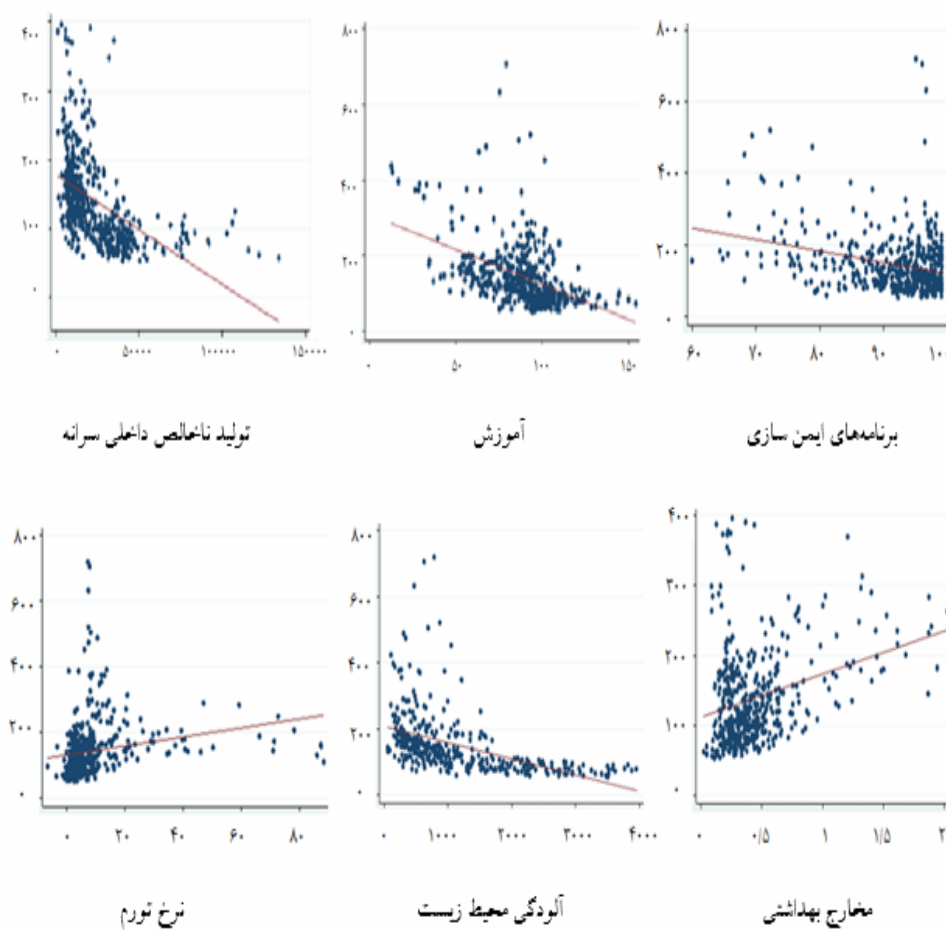
در نمودارهای ۴ و ۵ پراکنش بین شاخص توسعه اجتماعی و سایر متغیرهای مورد بررسی با سلامت عمومی نمایش داده شده و محور عمودی مربوط به نرخ مرگ‌ومیر بزرگسالان است.

نمودار ۴- پراکنش شاخص توسعه اجتماعی و مرگ‌ومیر



منبع: محاسبات پژوهش

نمودار ۵- پراکنش سایر متغیرهای مورد بررسی و نرخ مرگومیر



منبع: محاسبات پژوهش

همان‌طور که مشاهده می‌شود، نمودارهای پراکنش مربوط به نرخ مرگومیر نیز با نتایج حاصل از جدول ۳ هم‌جهت هستند.

نتیجه‌گیری

در این پژوهش به بررسی تأثیر توسعه اجتماعی بر روی سلامت عمومی پرداخته شد. برای نمایش نتایج مستحکم‌تر، ۱۰ مدل مجزا برآورد شد و نمودار پراکنش ارتباط بین متغیرها که همبستگی آنها را در نمونه مورد بررسی نشان می‌دهد، ارائه شد. همچنین مدل‌های برآوردی برای شاخص امید به زندگی برای نرخ مرگ‌ومیر نیز تکرار و نتایج هم‌راستا و هم‌جهت مشاهده شد. لذا می‌توان گفت توسعه اجتماعی یکی از مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های سلامت عمومی است و بدون در نظر گرفتن این مطلب برنامه‌های بهبود سلامت عمومی نمی‌تواند موفق باشد.

تأکید مطالعه حاضر بر این است که نباید برنامه‌های ارتقای سلامت عمومی تنها به ارائه خدمات بهداشتی - درمانی محدود شود. محیط کلان اجتماعی - اقتصادی تأثیر عمیق بر روی سلامت عمومی دارد که باید در برنامه‌های بخش سلامت مورد توجه واقع شود. ارائه خدمات بهداشتی - درمانی بدون توجه به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، نمی‌تواند زیاد موفق باشد. موضوع مهم دیگر در این مقوله نابرابری‌های سلامتی است. بدین معنی که افرادی که شرایط اجتماعی - اقتصادی نامناسبی دارند، بیشتر در معرض بروز انواع بیماری‌ها یا مشکلات سلامتی هستند.

هر اندازه افراد دارای سرمایه اجتماعی بالاتر باشند، به این معنا که سرمایه اجتماعی به‌عنوان مجموعه‌ای از ذخایر ارزشمند مانند اعتماد متقابل، حمایت‌های اجتماعی، روانی و مالی، وجود و ارتباط با شبکه‌های خویشاوندی، حس تعلق و وابستگی و مشارکت داوطلبانه در جنبه‌های مختلف زندگی اجتماعی برای افراد وجود داشته باشد، سلامت آنها در وضعیت بهتری قرار خواهد گرفت. نتایج این پژوهش، یافته پژوهش‌های پیشین مانند فیوریلو و ساباتینی (۲۰۱۵)، روکو و دیگران (۲۰۱۴)، گیلبرت و دیگران (۲۰۱۳)، رونکونی و دیگران (۲۰۱۲)، هلیول (۲۰۰۳) و غیره را تأیید می‌کند.

توسعه اجتماعی از منظر اقتصادی تأثیرات عمیق و بلندمدتی می‌تواند بر روی اقتصاد داشته باشد. اگر محیط سالم و غنی اجتماعی وجود نداشته باشد، افراد سعی در تمرکز امکانات رفاهی و تفریحی در حیطه خانوادگی خواهند بود. این مسئله می‌تواند ارتباط نزدیکی با تخریب محیط‌زیست، زمین‌خواری، جنگل‌خواری، کوه‌خواری و البته از بین بردن منابع آبی کشورها دارد. این موضوع باید موردتوجه و مطالعه پژوهشگران کشور قرار گیرد. همچنین در محیط‌های اقتصادی و صنعتی، ایجاد نهادهای حرفه‌ای و استفاده از هنجارهای مناسب برای کنترل عملکرد یک سیستم اجتماعی، می‌تواند موجب بهره‌وری بالاتر و زمینه‌ساز رشد و توسعه اقتصادی شود که دغدغه اصلی امروز اقتصاد کشور است.

با توجه به اینکه رویکرد مقاله حاضر بررسی همه تعیین‌کننده‌های اصلی سلامتی عمومی در کشورهای مورد بررسی بوده است، لذا آموزش، تورم، تولید داخلی، برنامه‌های ایمن‌سازی، مشارکت نیروی کار، مخارج بخش سلامت و کیفیت محیط‌زیست از جمله سایر عوامل تعیین‌کننده سلامت در کشورها است که توجه به این مقولات باید جزئی از برنامه‌های ارتقای سلامت عمومی باشد.

در این میان، آموزش و تحصیلات ارتباط نزدیکی هم به توسعه اجتماعی و هم سلامت عمومی دارد که باید مورد توجه ویژه قرار گیرد. آموزش از یک سو دیدگان افراد نسبت به سلامتی را تغییر می‌دهد و از سوی دیگر آگاهی‌های لازم در جهت چگونگی ارتقای سلامت فردی را میسر می‌کند. نکته مهم دیگر این است که افراد تحصیل‌کرده روابط اجتماعی مناسب و سالم‌تری را تجربه می‌کنند که به‌نوبه خود بر روی سلامتی آنها مؤثر است.

مشارکت نیروی کار نیز از چندین منظر بر سلامتی افراد مؤثر است. از یک سو تأمین مالی افراد را میسر می‌کند و از سوی دیگر سلامتی روانی افراد را بیشتر می‌کند. مشکلات سلامتی زمانی آغاز می‌شود که فرد احساس کند در معرض تهدید شغلی قرار

دارد و این فرایند بسیار پیش‌تر از واقعه بیکاری رخ می‌دهد. بنابراین اضطراب ناشی از ناامنی شغلی به‌صورت بالقوه یکی تعیین‌کننده‌های سلامت محسوب می‌شود. تورم نیز یکی از مهم‌ترین متغیرهای اقتصادی است که از چندین کانال بر روی سلامت افراد می‌تواند مؤثر باشد. این موضوع برای کشوری که تورم‌های بالایی را تجربه می‌کند، اهمیت بیشتری دارد. در ادبیات علم اقتصاد، تورم مهم‌ترین عامل ایجاد نابرابری است. حال از منظر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، نابرابری نقش محوری دارد. ویلکینسون در مطالعات خود به این موضوع پرداخته است. می‌تواند گفت تورم با تغییر رفتار افراد جامعه به‌سوی کسب ثروت مادی در کمترین زمان، اشتغال ذهنی به افزایش مداوم قیمت‌ها، تعمیق چشم و هم‌چشمی، اضطراب امکان دستیابی به امکانات رفاهی و غیره تأثیر زیادی بر بیماری‌های روانی و رفتار اجتماعی افراد می‌گذارد.

پیشنهادات سیاستی

♦ ایجاد انجمن‌های مختلف محلی و شرکت فعال در آنها برای افزایش روزافزون اعتماد متقابل بین افراد جامعه، افزایش زمینه مشارکت فعال مردم در انجمن‌های داوطلبانه از سوی دولت برای گسترش تعامل‌های مردم و آموزش مهارت‌های زندگی در زمینه نحوه برقراری ارتباط‌های مطلوب و سازنده با اطرافیان (که همه اینها به‌نوبه خود باعث تقویت توسعه اجتماعی و در نتیجه افزایش سلامت عمومی افراد می‌شوند).

♦ با توجه به اینکه آموزش و سطح تحصیلات افراد اثر مثبت و معناداری بر روی سلامت عمومی داشته است؛ بنابراین باید توجه داشت که عموماً آموزش می‌تواند نقش مهمی در ارتقای سلامت و شاخص‌های اجتماعی جامعه داشته باشد، لذا افزایش سهم بودجه بخش آموزش، ارتقای سطح آموزش عمومی، بهبود کیفیت آموزش پیشنهاد می‌شود.

♦ باملاحظه اینکه نرخ مشارکت نیروی کار و اشتغال نیز، تأثیر مثبت و معناداری بر روی سلامت عمومی داشته است، لذا پیشنهاد می‌شود برنامه‌های اشتغال‌زایی در

اولویت باشد، زیرا هرچقدر اشتغال در یک جامعه بالاتر باشد، امید به زندگی مردم بالاتر خواهد بود.

♦ تورم یکی دیگر از عواملی است که تأثیر منفی و معناداری بر شاخص امید به زندگی دارد و از طریق امید به زندگی اثر منفی بر روی سلامت عمومی ایجاد کرده و موجب بدتر شدن وضعیت سلامت یک کشور می‌شود، بنابراین باید سیاست‌های لازم برای مهار تورم انجام شود.

♦ با توجه به نتیجه مطالعه حاضر، تولید ناخالص داخلی سرانه یک کشور، یکی دیگر از عوامل تأثیرگذار بر روی سلامت عمومی آن کشور است. یکی از دلایل عمده پایین بودن شاخص‌های سلامت، فقر و پایین بودن درآمد است، بنابراین ارائه خدمات بهداشتی رایگان به افراد، برای دستیابی به وضعیت سلامت بهتر پیشنهاد می‌شود، همچنین عاملان اقتصادی باید سیاست‌های لازم را در جهت سوق دادن فعالیت‌های اقتصادی به سمت هر چه بیشتر شدن تولید ناخالص داخلی سرانه اتخاذ کنند.

♦ با توجه به تأثیر مخارج بخش سلامت بر روی سلامت عمومی، پیشنهاد می‌شود سهم این بخش از بودجه کشور ارتقا یابد. در کشور ایران سهم بخش بهداشتی - درمانی از کل مخارج بین ۵ تا ۶ درصد است که این سهم در کشورهای توسعه‌یافته به حدود ۱۰ درصد می‌رسد.

♦ کیفیت محیط‌زیست نیز یکی دیگر از عوامل اصلی مؤثر بر سلامت عمومی است. بنابراین توجه به این مقوله در برنامه‌ها و سیاست‌های بخش سلامت نیز می‌تواند کمک مضاعفی برای حفاظت از محیط‌زیست فراهم کند.

منابع

- احمدی، علی‌محمد؛ حسن محمد غفاری؛ و سید جواد عمادی. (۱۳۸۹)،

«رابطه متغیرهای کلان اقتصادی با سلامت در ایران»، *فصلنامه*

رفاه اجتماعی، شماره ۳۹.

- ازکیا، مصطفی؛ غلامرضا غفاری. (۱۳۸۰)، «بررسی رابطه بین انسجام اجتماعی و مشارکت اجتماعی سازمان‌یافته روستاییان در نواحی روستایی شهرستان کاشان»، *مجله اقتصاد کشاورزی و توسعه*، سال ۹، شماره ۳۶.
- افروغ، عماد. (۱۳۷۸)، «خرده‌فرهنگ‌ها، مشارکت و وفاق اجتماعی»، *مجموعه مقالات وفاق اجتماعی و فرهنگ عمومی*، تهران: سازمان چاپ و انتشارات وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی.
- امینی رارانی، مصطفی؛ میرطاهر موسوی؛ حسن رفیعی. (۱۳۹۰)، «رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی در ایران»، *رفاه اجتماعی*، دوره ۱۱، شماره ۴۲.
- باباخانی، محمد. (۱۳۷۸)، «بررسی رابطه توسعه اقتصادی و سلامت در ایران: ۱۳۵۵-۱۳۸۵»، *فصلنامه رفاه اجتماع*، انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، دوره ۷، شماره ۲۸.
- باقرعلیزاده اقدم، محمد؛ رسول ربانی؛ مرتضی مبارک بخشایش. (۱۳۹۲)، «بررسی تأثیر سرمایه اجتماعی و احساس محرومیت بر سلامت شهروندان. (مطالعه موردی: شهر اصفهان)»، *فصلنامه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، دوره ۴، شماره ۱۵.
- بهزاد، داود. (۱۳۸۱)، «سرمایه اجتماعی بستری برای ارتقای سلامت روان»، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، سال ۲، شماره ۶.
- بیرو، آلن. (۱۳۶۶)، *فرهنگ علوم اجتماعی*، ترجمه: باقر ساروخانی، تهران: انتشارات کیهان.
- توکل، محمد؛ محسن نصری‌راد. (۱۳۹۱)، «تبیین نابرابری‌های سلامت و سرمایه اجتماعی غیرمبتلایان و مبتلایان به سرطان مراجعه‌کننده به انستیتو کانسر دانشگاه علوم پزشکی تهران»، *پیاورد سلامت، مجله دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران*، دوره ۶، شماره ۱.

تأثیر توسعه اجتماعی بر سلامت عمومی ... ۲۵۹

- خیرالله پور، اکبر (۱۳۸۳)، بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روانی با تأکید بر سرمایه اجتماعی: «مطالعه موردی: دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید بهشتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی.

- زاهدی، محمدجواد؛ امیر ملکی؛ و امیرارسلان حیدری. (۱۳۸۷)، «فقر و سرمایه اجتماعی»، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، سال ۷، شماره ۲۸.

- سمیعی، مرسد؛ حسن رفیعی؛ مصطفی امینی رازانی؛ و مهدی اکبریان. (۱۳۸۹)، «سلامت اجتماعی ایران: از تعریف اجماع مدار تا شاخص شواهد مدار»، *مسائل اجتماعی ایران*. (دانشگاه خوارزمی)، دوره ۱، شماره ۲.

- سوری، علی؛ نادر مهرگان. (۱۳۸۶)، «نقش سرمایه اجتماعی در تشکیل سرمایه انسانی»، *فصلنامه پژوهشنامه بازرگانی*، شماره ۴۲.

- سیدان، فریبا؛ محبوبه عبدالصمدی. (۱۳۹۰)، «رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان زنان و مردان»، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، سال ۱۱، شماره ۴۲.

- شادی طلب، ژاله؛ فرشته حجتی کرمانی. (۱۳۸۷)، «فقر و سرمایه اجتماعی در جامعه روستایی»، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، سال ۷، شماره ۲۸.

- صفدری، مهدی؛ محمدحسین کریم؛ و محمدرسول خسروی. (۱۳۸۷)، «بررسی تأثیر سرمایه اجتماعی بر رشد اقتصادی ایران»، *فصلنامه اقتصاد مقداری*. (بررسی های اقتصادی سابق)، دوره ۵، شماره ۲.

- عباس زاده، محمد؛ موسی سعادت؛ اصحاب حبیب زاده؛ و رضا حیدری. (۱۳۹۱)، «سرمایه اجتماعی و سلامت روانی در بین زنان متأهل شهر تبریز»، *فصلنامه مطالعات امنیت اجتماعی*، شماره ۳۲.

- کامران، فریدون؛ خدیجه ارشادی. (۱۳۸۸)، «بررسی رابطه سرمایه اجتماعی شبکه و سلامت روان»، *فصلنامه پژوهش اجتماعی*، سال ۲، شماره ۳.

- کاووسی، اسماعیل؛ سیدرضا صالحی. (۱۳۸۷)، *سرمایه اجتماعی*، تهران: مجتمع تشخیص مصلحت نظام، پژوهشکده تحقیقات استراتژیک.
- کوهی، کمال؛ سعید سلطانی بهرام. (۱۳۹۳)، «سلامت عمومی و اشکال سه‌گانه سرمایه»، *فصلنامه اخلاق زیستی*، سال ۴، شماره ۱۴.
- گروسی، سعیده؛ شیما شبستری. (۱۳۹۰)، «بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در بین زنان سرپرست خانوار در شهر کرمان»، *مجله مطالعات اجتماعی ایران*، دوره ۵، شماره ۱.
- لهسایی‌زاده، عبدالعلی؛ گل‌مراد مرادی. (۱۳۸۶)، «رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در مهاجران»، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، سال ۷، شماره ۲۶.
- مبارکی، محمد؛ محمود چلبی. (۱۳۸۴)، «تحلیل رابطه سرمایه اجتماعی و جرم در سطوح خرد و کلان»، *مجله جامعه‌شناسی ایران*، دوره ۶، شماره ۲.
- محسنی تبریزی، علیرضا. (۱۳۶۹)، *بررسی زمینه‌های مشارکتی روستاییان و ارتباط آن با ترویج کشاورزی*، تهران: معاونت ترویج و مشارکت مردمی، وزارت جهاد کشاورزی.
- مددی، علی؛ محمد صادق. (۱۳۸۸)، اندازه‌گیری شاخص‌های چندبعدی فقر در ایران سال‌های ۱۳۸۳ و ۱۳۸۵، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد مهندسی سیستم‌های اقتصادی و اجتماعی*، گرایش اقتصاد، دانشکده اقتصاد و مدیریت، دانشگاه صنعتی شریف.
- مطلق، محمداسماعیل؛ علیرضا اولیایی‌منش؛ بهشتیان مریم. (۱۳۸۷)، *کتاب سلامت و عوامل اجتماعی تعیین‌کننده آن*. چاپ دوم.
- موسوی، میرطاهر. (۱۳۸۵)، «مشارکت اجتماعی یکی از مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی»، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، سال ۶، شماره ۲۳.

- نصیری، بهاره؛ مریم‌السادات هاشمی فشارکی؛ فاطمه بدوی؛ و آمنه بختیاری. (۱۳۹۰)، «امید و رضایت از زندگی و سلامت روان در میان زنان در جمهوری ترکیه»، *پژوهشنامه زنان*، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، سال ۲، شماره ۲.

- نکونام، محمدصدیق؛ آرمان احمدی؛ و رضا عباسی چری. (۱۳۹۴)، «بررسی تأثیر سرمایه اجتماعی (درون‌گروهی و بیرون‌گروهی) بر سلامت روان دانشجویان. (مورد مطالعه: دانشجویان دانشگاه تبریز)»، *فصلنامه مطالعات جامع‌شناختی جوانان*، سال ۵، شماره ۱۷.

- یوسفی، علی؛ حسن اسدی خوب؛ محسن افشاری. (۱۳۹۲)، «ارزیابی فقر چندبعدی در عشایرکوچنده ایران»، *اقتصاد کشاورزی*، شماره ۲، جلد ۷.

- یونسی، علی؛ هادی غفاری. (۱۳۹۴)، مؤلفه‌های اقتصادی سرمایه اجتماعی از دیدگاه اسلام»، اولین کنفرانس مدیریت اقتصاد حسابداری و علوم تربیتی، شرکت علمی - پژوهشی و مشاوره‌ای آینده‌ساز. (استان مازندران، ساری).

- Afifi, T.; MacMillan, H.; Cox, B. J.; Asmundson, G. J. G.; Stein, M. B.; and Sareen, J. (2009). "Mental health correlates of intimate partner violence in marital relationships in a nationally representative sample of males and females", *Journal of Interpersonal Violence*, Vol. 8, No. 24, pp. 1398-1417.
- Akçomak, I. S.; Weel, B. (2008). "Social Capital, Innovation and Growth: Evidence from Europe", Working Paper, IZA Discussion Papers, No. 3341.
- Andreea, P. I.; Ingen, E.; and Oorschot, W. (2013). "Inequality, Wealth and Health: Is Decreasing Income Inequality the Key to Create

- Healthier Societies?” **Social Indicators Research**, No. 113, pp. 1025-1043.
- Bagheri N. E. (2011). “Social Capital, Family Supports and Mental Health among a Female Group in Tehran”, **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, No. 30, pp. 2449–2451.
- Beugelsdijk, S.; Smulders, S. (2004). **Social Capital and Economic Growth**, Tilburg University, Department of Economics.
- Bonomi, A. E.; Thompson, R. S.; Anderson, M.; Reid, R. J.; Carrell, D.; Dimer, J. A.; and Rivara, F. P. (2006). “Intimate partner violence and women’s physical, mental, and social functioning”, **American Journal of Preventative Medicine**, No. 30, pp. 458-466.
- Britt, C. L. (2001). “Health consequences of criminal victimization”, **International Review of Victimology**, No. 8, pp. 63-73.
- Case, D.; Deaton, A. (2005). **Broken Down by Work and Sex: How our Health Declines**. in D. A. Wise (ed.). **Analysis in the Economic of Aging**, The University of Chicago, Press Chicago, pp. 185-212.
- Cassel, J. (1976). “The contribution of the social environment to host resistance”, The Fourth Wade Hampton Frost Lecture. **American Journal of Epidemiology**. No. 104, pp. 107-123.
- Clercq, B. D.; Vyncke, V.; Hublet, A.; Elgar, F. J.; Ravens-Sieberer, U.; Currie, C.; Hooghe, M.; and Ieven, A. M. (2012). “Social capital and social inequality in adolescents’ health in 601 Flemish communities: A multilevel analysis”, **Social Science & Medicine**, No. 74.
- Cobb, S. (1976). “Social support as a moderator of life stress”, **Psychosomatic Medicine**, Vol. 5, No. 38, pp. 300-314.
- Coker, A. L.; Davis, K. E.; Arias, I.; Desai, S.; Sanderson, M.; Brandt, H. M.; and Smith, P. H. (2002). “Physical and mental health effects of

- intimate partner violence for men and women”, **American Journal of Preventive Medicine**, No. 24, pp. 260-268.
- Daniel, K.; Baum, F.; Ganz, M.; Subramanian, S, V.; and Kawachi, I. (2012). “The contextual effects of social capital on health: a cross-national instrumental variable analysis”, **NIH Public Access**, Vol. 12, No. 73, pp. 1689-1697.
- De Silva M. J.; Huttly, S. R.; Harpham, T.; and Kenward, M. G. (2007); “Social capital and mental health: A comparative analysis of four low income countries”, **Social Science & Medicine**, Vol. 1, No. 64, pp. 5-20.
- Dika, S. L.; Singh, K. (2002). “Applications of social capital in educational literature: A critical synthesis”, **Review of Educational Research**, No. 72, pp. 31-60.
- Durkheim, E. (1897). **Suicide: A Study in Sociology**, Glencoe. IL: Free Press.
- Fedderke, J.; De Kadt, R.; and Luiz, J. (1999). “Economic Growth and Social Capital: A Critical Reflection”, **Theory and Society**, No. 28, pp. 709-745.
- Fiorillo, D.; Sabatini, F. (2015). “Structural social capital and health in Italy. Economics & Human Biology”, **Elsevier**. 17 (C). pp.129-142.
- Floud, R.; Fogel, R. W.; Harris, B.; and Hong, S. C. (2011). **The changing body: Health, nutrition, and human development in the western world since 1700**, Cambridge University Press.
- Folland, S. (2008). “An economic model of social capital and health”. **Health Econ Policy Law**. Oct: 3 (Pt 4). 333-348.
- Fonseca, R.; Zheng, Y. (2011). “The Effect of Education on Health: Cross-Country Evidence”, **Rand labor and population**.

- Freeman, K.; Smith, N. (2014). “Understanding the relationship between crime victimisation and mental health: a longitudinal analysis of population data”. **Contemporary Issues in Crime and Justice**, No. 177.
- Fuchs, V. R. (1982). **Time Preference and Health: An Exploratory Study**, National Bureau of Economic Research, Inc, NBER Working Papers: 0539.
- Gaotri, H. (1986). **Popular Participation in Development**, Paris: Unesco.
- Gatti, U.; Tremblay, R. E.; and Larocque, D. (2003). “Civic community and juvenile delinquency”, **British Journal of Criminology**, No. 43, pp. 22-40.
- Gilbert, K. L.; Sandra, C.; Quinn, R. M.; Goodman, J. B.; and John W. (2013). “A meta-analysis of social capital and health: A case for needed research”, **Journal of Health Psychology**, Vol. 11, No. 18, pp. 1385-1399.
- Groot, W.; Maassen-Van-Den-Brink, H.; and Praag, B. V. (2006). “**The compensating income variation of social capital**”, discussion paper series, Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit Institute for the Study of Labor, pp. 146-178.
- Grootaert, C. (1999). “Social capital, the missing link”, **Social Bank**. No. 14.
- Grossman, M. (1972). “On the Concept of Health Capital and the Demand for Health”, **The Journal of Political Economy**, Vol. 2, No. 80, pp. 223-255.

- Hamano, T.; Fujisawa, Y.; Ishida, Y.; Subramanian, S. V.; Kawachi, I.; and Shiwaku, K., (2010). “Social capital and mental health in Japan: a multilevel analysis”, **Plos ONE**, Vol. 10, No. 5, pp. 1-6.
- Harpham, T.; Grant, E.; and Rodriguez, C. (2004). “Mental health and social capital in Cali, Colombia”, **Soc Sci Med**, Vol. 11, No. 58, pp. 2267-77.
- Hegarty, K.; Gunn, J.; Chondros, P.; and Small, R. (2004). “Association between depression and abuse by partners of women attending general practice: descriptive, cross sectional survey”, **British Medical Journal**, No. 13, pp. 621-624.
- Helliwell, J. F. (2003). “**Well-being and social capital: does suicide pose a puzzle?**”, Presented at the Conference on Well-Being and Social Capital, Harvard 7-9 November.
- House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). “Social relationships and health”. **Science**, NO. 241, pp. 540– 545.
- Huisman, M.; Kunst, A. E.; and Mackenbach, J. P. (2005). “Educational Inequalities in Smoking Among Men and Women Aged 16 Years and Older in 11 European Countries”, **Tobacco Control**, No. 14, pp. 106-13.
- Jan, w. L. (2006). **Social capital, neighbourhood environments and health: development of measurement tools and exploration of links through qualitative and quantitative research. PhD. Dissertation.** school of Population Health, The University of Western Australia.
- Katz, R. (2002). **Re-examining the Integrative of Policing?**, British of Crime: western crimino.
- Kawachi, I. (1999). “Income Inequality and Health: Pathways and Mechanism”, **Health Services Research**, 34 (1). 215–227.

- Kawachi, I.; Kennedy, B. P. (1997). “Health and social cohesion: why care about income inequality?”, **British Medical Journal**, No. 314, pp. 1037-1040.
- Kawachi, I.; Subramanian, S. V.; and Kim, D. (2007). “Social Capital and Health: A Decade of Progress and Beyond”, In Kawachi, I.; Subramanian, S. V.; and Kim, D. (Eds.). **Social Capital and Health**, New York, USA. Springer 1-28.
- Kawachi, I.; Subramanian, S. V.; and Kim, D. (2008). **Social Capital and Health**. New York: Springer.
- Keyes, C. L. M. (1998). “Social well-being”, **Social psychology quarterly**, Vol. 61, No. 2, pp. 121-140.
- Kim B. J.; Harris L. M. (2012). “Social Capital and Self-Rated Health among Older Korean Immigrants”, **Journal of Applied Gerontology**, Vol. 8. No. 32, pp. 997-1014.
- Kim, D.; Baum, C. F.; Ganz, M. L.; Subramanian, S. V.; and Kawachi, I. (2011). “The Contextual Effects of Social Capital on Health: A Cross-Nation Instrumental Variable Analysis”, **Social Science & Medicine**, No. 73, pp. 1689-1697.
- Larson, J. S. (1996). “The World Health Organization's definition of health: Social versus spiritual health”, **Social Indicators Research**, Vol. 2, No. 38, pp. 181-192.
- Lederman, D.; Loayza, N.; and Mariya, M. A. (1999). “Violent Crime: Does Social Capital Matter”, **Social Science & Medicine**, Vol. 46, pp. 1-43.
- Lindström, M.; Isacson, S. O.; and Elmståhl, S., (2003). “Impact of different aspects of social participation and social capital on smoking

- cessation among daily smokers: a longitudinal study”, **Tobacco Control**, No. 12, pp. 274-281.
- Lindstrom, M.; Rosvall, M. (2012). “Marital Status, Social Capital, economic stress, and mental health: A population-based study”, **The Social Science Journal**, Vol. 49, pp. 339-342.
- Ljunge, M. (2014). “Social capital and health: Evidence that ancestral trust promotes health among children of immigrants”, **Economics & Human Biology**, Vol. 15, pp. 165-186.
- Mackenbach, J. P.; Stirbu, I.; Roskam, A. J.; Schaap, M. M.; Menvielle, G.; Leinsalu, M.; and Kunst, A. E. (2008). “Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries”, **N Engl J Med**, Vol. 23, No. 358, pp. 2468-2481.
- Malmberg- Heimonen, I. (2010). “The social capital and mental health of long-term social assistance recipients in Norway”, **Social European Journal of Social Work**, Vol. 1, No. 13, pp. 91-107.
- McCloskey, H. (1967). “Personality and Attitude Correlates of Foreign Policy Orientation”, James N. Rosenau (Ed). **Domestic Sources of Foreign Policy**, New York: Free Press, pp. 110-51.
- Morris, M. (1998). “Social Capital and Poverty in India”, The UK Department International Development, IDS Working Paper, 61.
- Noghani, M.; Razavizadeh, N. (2013). “Social capital and health: a return to social and sociological traditions”, **Journal of Research & Health, Social Development & Health Promotion Research Center**, Vol. 3, No. 1, pp. 286-295.
- Nyqvist, F.; Finnas, F.; Jakobsson, G.; and Koskinen, S. (2008). “The effect of social capital on health: The case of two language groups in Finland”, **Health & Place**, Vol. 2, No 14, pp. 347-360.

- Petrou, S.; Kupek, E. (2008). “Social capital and its relationship with measures of health status: Evidence from the health survey for England 2003”, **Health Economics**, No.17, pp. 127-143.
- Pollack, C. E.; Nesebeck, O. (2004). “Social capital and health among aged: comparisons between United States and Germany”, **Journal of Health and Place**, Vol. 4, No. 10, pp. 383-391.
- Putnam, R. D. (1995). “Tuning in, Tuning Out: The Strange Disappearance of Social Capital in America”, **PS: Political Science & Politics**, Vol. 4, No. 28, pp. 664-683.
- Putnam, R. D. (2007). **Diversity and Community in the Twenty-first Century**, Volume 30(2). 137-174.
- Rees, S.; Silove, D.; Chey, T.; Ivancic, L.; Steel, Z.; Creamer, M.; Teesson, M.; Bryant, R.; McFarlane, A.; Mills, K.; Slade, T.; Carragher, N.; O’Donnell, M.; and Forbes, D. (2011). “Lifetime prevalence of gender-based violence in women and the relationship with mental disorders and psychological function”, **Journal of the American Medical Association**, Vol. 5, No. 306, pp. 513-521.
- Rocco, L.; Fumagalli, E.; Suhrcke, M. (2014). “From social capital to health-and back”, **Health Economics**, No. 23, pp. 586-605.
- Rodgers, G. B. (1979). “Income and inequality as determinants of mortality: an international cross section analysis”, **Population Studies**, Vol. 33, pp. 343-351.
- Ronconi, L.; Brown, T. T.; and Scheffler, R. M. (2012). “Social capital and self-rated health in Argentina”, **Health Economics**, Vol. 2, No 21, pp. 202-208.
- Rose, R. (2000). “**Getting things done in anti modern society: Social capital networks in Russia. in Social Capital: A Multifaceted**

- Perspective**", ed. P. Dasgupta and I. Serageldi, The World Bank, pp. 147-172.
- Rosenfeld, R.; Messner, S. F.; Baumer, E. P.; (2001). "Social Capital and Homicide", **Social Forces**, Vol. 1, No. 80, pp. 283-309.
 - Sagert, S.; Winkel, G.; and Swartz, C. (2002). "Social Capital and Crime in New York City's Low-Income Housing", **Housing Policy Debate**, Vol. 1, No. 13, pp.189-226.
 - Salmi, V.; Kivivuori, J. (2006). "The Association between Social Capital and Juvenile Crime the Role of Individual and Structural Factors", **European Society of Criminology and Sage Publications**, Vol. 2, No. 3, pp. 123–148.
 - Sequeira, T. N.; A. Lopes (2011). "An endogenous growth model with human and social capital interactions", **Review of Social Economy**, Vol.4, No. 69, pp. 465-493.
 - Sigrid, M.; Beate, V.; Henk, F.; Peter, P.; Groenewegen (2012). "Health-related behavior as a mechanism behind the relationship between neighborhood social capital and individual health - a multilevel analysis", **BMC Public Health**, Vol. 1, No. 12, pp.116.
 - Silvera, E.; Allebeck, P. (2001). "Migration, Aging and Mental Health: An Ethnographic Study on Perceptions of Life Satisfaction. Anxiety and Depression in Older Somali Men in East London", **International Journal of Social Welfare**, Vol 10, pp. 309-320.
 - Smith, R. (2013). Longevity changes and their determinants in England and her European neighbours c.
 - Sullivan, John L.; James, Piereson; and George E. Marcus (1982). "**Political Tolerance and American Democracy. Chicago**", IL: University of Chicago Press, Vol. 3, No. 73, pp. 781-794.

- Tampubolon, G., (2009). “Neighbourhood social capital and individual mental health”, **Prepared for the Economic Journal**, D71, Z13, pp. 112-118.
- Temple, J.; Johnson, P. A. (1999). “Social Capability and Economic Growth”, **Quarterly Journal of Economics**, Vol. 13, No. 11, pp. 965-990.
- The world health report (2001). *Mental Health: New Understanding, New Hope*.
- Uphoff, E. P.; Pickett, K. E.; Cabieses, B.; Small, N.; and Wright, J. (2013). “A systematic review of the relationships between social capital and socioeconomic inequalities in health: a contribution to understanding the psychosocial pathway of health inequalities”, **International Journal for Equity in Health**, Vol. 12, No. 54.
- Usher, C.; M., Mark, I .G (2002). “Social capital and Mental Distress in an Impoverished community”, **City & community journal**, No. 28, pp. 199-222.
- Ustun, B.; Jakobm R. (2005). Re-defining ‘Health’ *Bulletin of the World Health Organization*, 83.
- Valadez, J. R. (2002). “The influence of social capital on mathematics course selection by Latino high school students”, **Hispanic Journal of Behavioral Sciences**, No. 24, pp. 319-339.
- WHO (2000). *World Health Organization Report*.
- Wilkinson, R.; Pickett, K. (2006). “Income Inequality and Population Health: a Review and Explanation of the Evidence”, **Social Science & Medicine**, No. 62, pp. 1768-84.
- Wilkinson, R.; Pickett, K. (2009). “Income Inequality and Social Dysfunction”, **Annual Review of Sociology**, No. 35, pp. 493-511.

- Wolfe, B. (2011). “Poverty and Poor Health: Can Health Care Reform Narrow the Rich-Poor Gap?”, **Focus**, Vol. 2, No. 28, pp. 25-30.
- Wright, D. R.; Fitzpatrick, K. M. (2006). “Social Capital and Adolescent Violent Behavior: Correlates of Fighting and Weapon Use among Secondary School Students”, **Social Forces**, No. 84, pp. 1435-1455.
- Yoshikawa, H.; Aber, J. L.; and Beardslee, W. R. (2012). “The effects of poverty on the mental, emotional, and behavioral health of children and youth: Implications for prevention”, **American Psychologist**, Vol. 4, No. 67, pp. 272-284.
- Zak, P. J.; Knack, S. (2001). “Trust and Growth”, **The Economic Journal**, Vol. 470, No. 111, pp. 295-321.