

تکوین شهر سالم با تأکید بر سرمایه اجتماعی (مطالعه موردی: منطقه یک و چهارده در کلان شهر تهران)

میثم امیراسکندری^{*۱}

۱. دانشجوی دکتری جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری

DOI: 10.22034/mpsh.2025.411941.1044

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۱/۳۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۵/۲۸

چکیده

امروزه شهری را شهر سالم می‌دانند که در آن با ایجاد و گسترش پیوسته شرایط فیزیکی، اجتماعی، زیست‌محیطی و استفاده بهینه از منابع و امکانات موجود، محیطی فراهم شود تا در اثر آن مردم و جامعه ضمن حمایت یکدیگر و مشارکت گروهی در انجام کلیه امور زندگی قابلیت خود را به حداکثر رسانند؛ لذا برای بازگرداندن سلامت شهروندان نیازمند شهرهایی سالم هستیم. براین اساس، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش سرمایه اجتماعی در تکوین شهر سالم، از لحاظ ماهیت توصیفی-تحلیلی و از نظر هدف کاربردی می‌باشد. گزینش نمونه‌های فضایی کلان در قالب منطقه، برنیاد «نمونه‌گیری غیراحتمالی» و از نوع «نمونه‌گیری قضاوتی» و گزینش محله‌های شش‌گانه (سه محله از هر منطقه)، بر پایه «نمونه‌گیری احتمالی» و از نوع «نمونه‌گیری خوشه‌ای» انجام گرفته است و با استفاده از فرمول کوکران، از کل جمعیت محله‌های شش‌گانه، حجم اعضای جامعه ۳۲۳ نفر تعیین شد. اطلاعات با دو روش میدانی و کتابخانه‌ای و ابزارهایی چون پرسشنامه محقق ساخته و کارت مصاحبه گردآوری شده‌اند. جهت تعیین پایایی و روایی ابزار جمع‌آوری اطلاعات از ضریب آلفای کرونباخ (پرسشنامه شهر سالم برابر با ۰/۷۶۶ و پرسشنامه سرمایه اجتماعی برابر با ۰/۸۰) و روش اعتبار محتوا استفاده شده است. بر اساس نتایج ضریب همبستگی پیرسون، همبستگی موجود میان متغیرهای سرمایه اجتماعی و شهر سالم در منطقه یک برابر با ۰.۴۲۲ و برای منطقه چهارده ۰.۶۸۱ می‌باشد. تحلیل ضریب اثرات متغیرهای مستقل شش‌گانه سرمایه اجتماعی در تغییر وضعیت سلامت شهری در محلات برگزیده منطقه چهارده نشان می‌دهد که آگاهی و شناخت، اعتماد، انسجام و همبستگی و ارائه حمایت‌های اجتماعی، به ترتیب بیش‌ترین تأثیر و ابعاد مشارکت و عضویت در گروه‌ها و شبکه‌های اجتماعی کم‌ترین سهم را به خود اختصاص داده‌اند. در محلات برگزیده منطقه یک، اعتماد، اتحاد و انسجام اجتماعی در مواقع ضروری، عضویت در گروه‌ها و شبکه‌های اجتماعی و مشارکت در حالت اضطرار بیش‌ترین تأثیر و حمایت و آگاهی دارای کم‌ترین تأثیر می‌باشند.

واژگان کلیدی: شهر سالم، سرمایه اجتماعی، مشارکت، اعتماد، منطقه یک و چهارده.

mesamamireskandari@yahoo.com

* نویسنده مسئول: میثم امیراسکندری

مقدمه

بعد از انقلاب صنعتی، تحولاتی که در جنبه‌های مختلف در شهرها روی داده، موجب شده مسائل و مشکلات زیادی گریبان گیر شهرها شود. طبق پیش‌بینی‌های سازمان بهداشت جهانی، تا سال ۲۰۲۵ میلادی بیش از ۶۰ درصد جمعیت جهان شهرنشین خواهند شد. این جمعیت شهرنشین بیش‌ازپیش مشکلات را تشدید خواهند کرد (هاشمی‌دمنه و پورفهمی، ۱۳۹۶)؛ درواقع هر ماه بیش از پنج میلیون نفر به شهرها مهاجرت می‌کنند (بانک جهانی^۱، ۲۰۱۸) و محیط شهری که تعیین‌کننده سلامت و تندرستی شهرنشینان بوده امروزه دچار بحران شده است (بارتون و تسورو، ۲۰۱۱: ۷)؛ به عبارتی سطح زندگی و استانداردهای

مربوط به محیط‌زیست انسان در شهرهای کنونی به چالش کشیده شده (نیک‌پی و حاتمی‌نژاد، ۲۰۱۱: ۲) و مشکلات سلامتی و آسایش شهروندان تشدید شده است (ضرابی و همکاران، ۱۳۹۱: ۱۳۲)؛ در واقع این رشد فزاینده ابعاد شهرنشینی و شکل‌گیری مقیاس‌های جدیدی از رشد شهری (فریدمن، ۱۹۹۸: ۳۰۷) در بسیاری از شهرها با تخریب مکان‌های شهری و افزایش نابرابری‌های بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی، در مقیاس وسیع، بین ساکنان همراه بوده است (شیخی، ۱۳۷۸) و چالش‌ها و مشکلات نوینی چون: تخریب محیط‌زیست، آلودگی آب، هوا، خاک، افزایش بیماری‌های روانی (رهنما و همکاران، ۱۳۹۰)، فقر، شکست در تحصیلات، زندگی در محیط فیزیکی نامناسب، سطح بالایی عدم امنیت در جامعه مثل: خشونت، تصادفات و مسائلی چون حوادث منفی زندگی از جمله جدایی از والدین، از دست دادن کار یا مهاجرت اجباری (هارفام و همکاران، ۲۰۰۴: ۴-۱)، انفجار جمعیت، تراکم رشد فزاینده، کمبود مسکن، گسستگی رابطه بین شهر و طبیعت، آلودگی صدا و ترافیک و وسایل موتوری، زاعه‌های ناسالم، کاهش سطح زندگی سالم اجتماعی (هاشمی‌دمنه و پورفهمی، ۱۳۹۶)، تخریب مکان‌های شهری و افزایش نابرابری‌های بهداشتی و اجتماعی (نظم‌فر و همکاران، ۱۳۹۷: ۲۱۳)، شهرنشینی شتابان، دخالت بیش‌تر و بیش‌تر انسان در طبیعت، بهره‌برداری بی‌رویه از ذخایر طبیعی، کاهش منابع انرژی (ارجمندنیا، ۱۳۷۹)، افزایش ناهنجاری‌های اجتماعی، کم‌رنگ شدن هویت و حس تعلق اجتماعی، گسترش مشکلات اکولوژی اجتماعی و محیطی، نابرابری‌های شگرف اجتماعی-اقتصادی و در مجموع کاهش کیفیت زندگی (حاجی‌پور، ۱۳۸۵: ۳۷)، آلودگی‌های زیست‌محیطی، بیکاری، حاشیه‌نشینی، بدمسکنی، آسیب‌های اجتماعی، روانی و فرهنگی، به‌ویژه اتلاف سرمایه‌های مادی و معنوی (توکلی‌نیا و استادی‌سیسی، ۱۳۸۸: ۳۰)، واحدهای مسکونی و محیط‌های فرسوده با امکانات ناچیز، عدم دسترسی به کالاها و خدمات، نبود پیوند اجتماعی، گسستگی رابطه بین شهر و طبیعت (بارتون و تسورو، ۲۰۱۱: ۷)، جامعه شهری را بیش از پیش تهدید می‌کند. این امر خلاف اصول توسعه‌یافتار شهرها و محیط‌زیست است و موجب شده تا امروزه مدیریت شهری با چالش‌های فراوانی در زمینه تراکم جمعیت، کمبود مسکن، آلودگی و تخریب محیط‌زیست، تعارض‌های اجتماعی و تأمین خدمات و تسهیلات زیرساختی روبه‌رو باشد (رهنما و همکاران، ۱۳۹۰).

از طرفی گسست در ساختار فضایی محلات و از بین رفتن هویت کالبدی آن‌ها، سبب از بین رفتن ساختار اجتماعی پیوسته میان ساکنان و کاهش ارتباطات چهره‌به‌چهره و رو در رو گشته و باعث جایگزینی روابط ثانوی به‌جای روابط گرم و صمیمی افراد شده است، به‌گونه‌ای که روابط افراد در قالب رسمی، کاری و اداری تعریف می‌شود که این خود بر مشکلات موجود دامن زده است (مصطفی‌پور و همکاران، ۱۳۹۷)؛ در واقع فضاهای شهری از حضور و مشارکت فعال مردم در حفظ پاکیزگی، نظم، امنیت، برخورد با جرایم شهری خالی شده است و سرزندگی فضاهای شهری از بین رفته است (چیراز و ون، ۲۰۰۳). دغدغه‌ها و نگرانی‌های ناشی از این پدیده موجب گردیده تا رویکردهای متعددی برای تأمین وضعیت مطلوب زندگی برای نسل‌های امروز و آینده مطرح شود که یکی از این رویکردهای مهم، رویکرد شهر سالم است (نظم‌فر و همکاران، ۱۳۹۷: ۲۱۳). در این خصوص اجرای طرح شهر سالم ضمن ایجاد مشارکت مردمی در توسعه‌یافتار شهرها نقش مهمی ایفا می‌کند. در واقع شهر سالم، شهری برای تحقق انسان سالم است (رهنما و همکاران، ۱۳۹۰).

البته شهری را شهر سالم می‌دانند که در آن با ایجاد و گسترش پیوسته شرایط فیزیکی و اجتماعی زیست‌محیطی و استفاده بهینه از منابع و امکانات موجود، محیطی فراهم شود تا در اثر آن مردم و جامعه ضمن حمایت یکدیگر و مشارکت گروهی در انجام کلیه امور زندگی قابلیت خود را به حداکثر رسانند (فقهی‌فرهمند، ۱۳۸۹: ۲). براین پایه برای بازگرداندن سلامت شهروندان نیازمند شهرهایی سالم هستیم. با در نظر گرفتن این مسائل نقش برنامه‌ریز می‌تواند در طراحی و پیاده‌سازی اقدامات سازگار در راستای هدف پایداری باشد و به‌طور همزمان بر بیماری و غلبه بر نابرابری‌های زیستی عمل و به جلوگیری از تشدید این مشکلات کمک کند (واتینگهام، ۲۰۱۳: ۶۳).

تهران - کلان‌شهری که گهگاه آن را آلوده‌ترین شهر جهان می‌نامند - از آن جهت به‌عنوان قلمرو پژوهش حاضر برگزیده شده است که براساس آمار و اطلاعات موجود در حوزه‌های مختلف موثر بر سلامتی، فاصله قابل‌ملاحظه‌ای را با استانداردهای جهانی داراست. تمرکز آلاینده‌های هوا ناشی از تمرکز فعالیت‌های صنایع سنگین و تردد وسایل نقلیه، افزایش جمعیت و زباله، فقر و بیکاری، چالش‌های زیست‌محیطی و... از علل می‌باشند که پرداختن به مقوله سلامت شهری و شهر سالم را در این شهر اجتناب‌ناپذیر نموده‌اند، اما چگونه می‌توان به یک شهر سالم دست یافت و این مشکلات را کاهش داد. این دقیقاً مسئله‌ای است که پژوهش حاضر به دنبال یافتن پاسخی مناسب برای آن است. براین اساس پژوهش مذکور درصدد است نقش سرمایه اجتماعی را در شکل‌گیری یک شهر سالم مورد مطالعه قرار دهد که در این رابطه تاثیر عناصر سازنده سرمایه اجتماعی (آگاهی، مشارکت، همکاری، اعتماد، تعهد، حس تعلق، روابط اجتماعی، هویت جمعی، انسجام و شبکه‌های اجتماعی) را در شکل‌گیری شهر سالم (زیست‌محیطی و اجتماعی - فرهنگی (ایمنی و امنیت، آسایش و رفاه، سلامت جسم و روان)) در دو منطقه یک و چهارده شهر تهران مورد بررسی قرار می‌دهد.

براساس مطالعات و مشاهدات میدانی در سطح این دو منطقه مشاهده شد که منطقه یک از سطح بهداشت محیطی بالا (عدم زباله‌های ساختمانی و خانگی در کوچه‌ها و خیابان)، خیابان‌های تمیز و استاندارد، جوی آب‌های تمیز، سطل‌های زباله تعبیه شده، پلیس محله، امنیت اجتماعی، ایمنی فیزیکی، استاندارد‌ها، فضای سبز در تراکم بالا، مناظر زیبا و زیباسازی منطقه، خلوتی و آرامش، ساکنینی با موقعیت اجتماعی و سیاسی بالا، امکانات رفاهی و تفریحی مناسب و در دسترس، فضاهای آموزشی بسیار، عرضه مواد غذایی با کیفیت، واگرایی محله‌ای و اجتماعی، عدم شناخت و بیگانه بودن افراد نسبت به یکدیگر، فرهنگ، معماری و پوشش غربی، معماری اصولی و پایدار، تعداد زیاد شرکت‌ها و مراکز تجارت و کار، انسجام ساختار فیزیکی و کیفیت و امید به زندگی بالایی برخوردار است.

برعکس در منطقه چهارده شاهد آن بودیم که بهداشت از سطح پایینی برخوردار است (عدم توزیع سطل زباله در همه جای محله و ریخته شدن زباله‌های خانگی و ساختمانی در جای‌جای منطقه و ایجاد آلودگی زیستی)، محله‌های شلوغ و پرسروصدا، ترافیک، ایمنی فیزیکی پایین به‌خصوص در معابر و پارک‌ها، تجمع افراد بی‌کار، متکدی و بعضاً شرور و معتاد در پارک، حس امنیت پایین، تراکم و سرانه فضای سبز پایین، کوچه‌های تنگ و باریک، عدم انسجام ساختار فیزیکی به‌خصوص در معماری و محله‌بندی، معماری‌های غیراصولی (واحدهای مسکونی و محیط‌های فرسوده با امکانات ناچیز)، مراکز رفاهی و تفریحی بسیار کم، عرضه مواد غذایی با کیفیت پایین، فضاهای شلوغ و پر از استرس و آلودگی، کیفیت زندگی پایین، خیابان‌های غیراستاندارد، پایین بودن میزان و سطح زیباسازی شهری و کیفیت آن در محلات مذکور، برخورداری از ساختار جمعیتی ناهمگون از جمله وجود ساکنینی از طبقات اجتماعی متوسط و حتی ضعیف و خیلی ضعیف؛ داشتن روابط چهره به چهره و رودر رو و تعاملات اجتماعی زیاد و از نوع مستقیم، بالا بودن میزان آشنایی و شناخت آن‌ها از یکدیگر، وجود تعداد زیادی کارگرهای بی‌کار و جویای کار در بخش‌هایی از منطقه (استقرار آن‌ها در میدان‌ها و مکان‌های اصلی منطقه و تبدیل شدن این مکان‌ها به فضاهای کارگری)، تصادف، تنش و دعوا از جمله خصوصیات این منطقه بود.

اکنون به دنبال آن هستیم تا نقش سرمایه اجتماعی را در میزان سلامت این دو منطقه مورد بررسی و مطالعه قرار دهیم. آیا سلامت منطقه یک، ناشی از سرمایه اجتماعی بالای بین ساکنین آن است. آیا این همه مشکلات در منطقه چهارده ناشی از پایین بودن میزان سرمایه اجتماعی بین ساکنین آن‌جا است. اصلاً آیا سرمایه اجتماعی می‌تواند محرکی برای شکل‌گیری یا توسعه شهر سالم باشد.

ادبیات و پیشینه پژوهش

سرمایه اجتماعی^۱

سرمایه اجتماعی از دو مفهوم سرمایه و اجتماع تشکیل شده است و از این حیث می‌توان آن را دارای ماهیتی فزاینده و غیرفردی دانست. سرمایه فرد را قادر می‌سازد تا ارزشی به‌وجود آورد، کاری انجام دهد، به هدفی نائل شود، ماموریتی در زندگی برعهده بگیرد و نقشی در جهان ایفا کند (زارعی‌متین و همکاران، ۱۳۹۵: ۱۶)؛ در واقع سرمایه منبعی است که افراد، اجتماع و نهایتاً کل جامعه از آن برای تحقق اهدافشان استفاده می‌کنند (آکسفورد^۲، ۲۰۰۷).

سرمایه اجتماعی را می‌توان یک مفهوم مرکب که دارای ساختار، محتوا و کارکرد است، تلقی نمود. در این راستا ساختار سرمایه اجتماعی همان شبکه ارتباطات اجتماعی است و محتوای آن عبارت است از اعتماد و هنجارهای اجتماعی و کارکرد آن عمل متقابل اجتماعی و نتیجه آن در جامعه و اقتصاد، همکاری و هماهنگی است (براتی و یزدان‌پناه‌شاه‌آبادی، ۱۳۹۴: ۲۹۱). به ارتباطات بین افراد شبکه‌های اجتماعی، هنجارها و اعتماد بستگی دارد که هماهنگی و همکاری برای کسب منافع متقابل را تسهیل می‌کند (پاتنام، ۲۰۰۰: ۱۹). سرمایه اجتماعی سرود سرمایه‌گذاری در زمینه سرمایه فیزیکی و سرمایه انسانی را افزایش می‌دهد (پاتنام، ۱۳۸۴: ۹۵). این مفهوم به پیوندها، ارتباطات میان اعضای یک شبکه به‌عنوان منبع با ارزش اشاره دارد، که با خلق هنجارها و اعتماد متقابل موجب تحقق اهداف اعضا می‌شود (پیلتن و نیکنام، ۱۳۹۱). اجرای پروژه‌های گروهی و اجتماعی را تسهیل می‌کند (پاتنام، ۱۳۹۳: ۳۰)؛ (زاهدی، ۲۰۰۳). مانند شکل‌های دیگر سرمایه مولد است و دستیابی به برخی اهداف را که در نبودن آن دست نیافتنی خواهد بود، امکان‌پذیر می‌کند (نوغانی و همکاران، ۱۳۸۸؛ ماجدی و لهسانی، ۱۳۸۵). در مقیاس محله‌ای این سرمایه شامل منابعی در اجتماع است که از طریق حضور بالایی از اعتماد، عمل و کنش متقابل، هنجارهای مشترک، تعهدات و التزامات و تعلقات مشترک، شبکه‌های رسمی و غیررسمی و کانال‌های مؤثر اطلاعاتی به‌وجود می‌آید و توسط افراد و گروه‌ها برای تسهیل امور و افزایش منفعت مورد استفاده قرار گیرد (کی^۳، ۲۰۰۵: ۱۶۲).

تاکون واژگان و اصطلاحات متفاوتی همچون: انرژی اجتماعی^۴، روحیه محلی^۵، پیوندهای اجتماعی^۶، زندگی محلی^۷، چسب اجتماعی^۸ و... از سوی نظریه‌پردازان مختلف به‌منظور ارجاع به سرمایه اجتماعی مورد استفاده قرار گرفته است (چیراز و ون^۹، ۲۰۰۳).

مفهوم سرمایه اجتماعی نخستین‌بار توسط هانی‌فان^{۱۰} و به‌منظور بیان اهمیت مشارکت اجتماعی در ارتقای عملکرد مدارس به کار گرفته شد. بعد از هانی‌فان و از سال ۱۹۸۰ مفهوم سرمایه اجتماعی در آثار جمیز کلمن^{۱۱}، پیر بوردیو^{۱۲} و رابرت پاتنام^{۱۳} به کار گرفته شد. در حوزه شهرسازی نیز مباحث مرتبط با سرمایه اجتماعی را باید عمدتاً هم آغاز با مباحث جین جیکوبز^{۱۴} در کتاب مرگ و زندگی شهرهای بزرگ آمریکا دانست که در آن تلاش می‌کند با نقد دیدگاه‌های مدرن در خالی کردن فضاهای شهری از مردم به تبیین نقش و اهمیت سرمایه اجتماعی در حفظ پاکیزگی، نظم، امنیت، برخورد با جرایم شهری و سرزندگی فضاهای شهری بپردازد (چیراز و ون، ۲۰۰۳). این سرمایه مکمل سرمایه‌های طبیعی و انسانی در فرایند توسعه است و از فرایند

- 1 . Social Capital
- 2 . Oxford
- 3 . Kay
- 4 . Social Energy
- 5 . Community Sprit
- 6 . Social Bonds
- 7 . Community Life
- 8 . Social Glue
- 9 . Chiras & Wann
- 10 . Lyda Judson Hanifan
- 11 . James Samuel Coleman
- 12 . Pierre Bourdieu
- 13 . Robert Putnam
- 14 . Jane Jacobs

توسعه نیز تأثیر می‌پذیرد؛ به طوری که توسعه اقتصادی-اجتماعی یک منطقه یا کشور، به ارتقای سطح سرمایه اجتماعی آن، منجر خواهد شد. در این بین، سرمایه اجتماعی با تأکید بر شبکه‌های شدن، تقویت اعتماد و روابط اجتماعی و ایجاد تغییر در نگرش مردم و گروه‌ها در داخل جامعه، نقش زیادی در توسعه برعهده می‌گیرد (گلاسر^۱ و همکاران، ۲۰۱۲).

از نظر ناریان سرمایه اجتماعی براساس نوع روابط میان افراد به سه دسته سرمایه اجتماعی درون‌گروهی^۲، بین‌گروهی^۳ و ارتباطی^۴ قابل تقسیم است (ناریان، ۱۹۹۹: ۵۶).

هم‌چنین سرمایه اجتماعی دارای ابعاد و مولفه‌های فراوانی است که متناسب با فرهنگ جامعه می‌باشد، مولفه‌هایی چون: اعتماد، انسجام، مشارکت، عضویت در گروه‌های اجتماعی، آگاهی، شبکه‌های اجتماعی در این زمینه مدنظر می‌باشد. با این وجود مولفه‌های اصلی اعتماد اجتماعی، انسجام اجتماعی و مشارکت اجتماعی که در یک رابطه متعامل با هم قرار گرفته‌اند و هر کدام تقویت‌کننده دیگری است از مولفه‌های اصلی سرمایه اجتماعی محسوب می‌شوند (جوان‌پور و همکاران، ۱۳۹۶).

جدول ۱: شاخص‌ها و گویه‌های سرمایه اجتماعی

شاخص	گویه
مشارکت	مشارکت در طرح‌ها 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، اعتماد به افراد جامعه، 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

منبع: زیاری و همکاران، ۱۳۹۷.

شهر سالم

اگر سلامتی را براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، شامل رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی و نه فقط عدم بیماری یا ناتوانی قلمداد کنیم (گری^۵ و همکاران، ۲۰۰۶)، باز هم سرمایه اجتماعی جایگاه ویژه‌ای را به خود اختصاص می‌دهد (بورديو، ۱۹۸۶).

دفتر اروپایی سازمان جهانی بهداشت برنامه ارتقای سطح سلامت را با عنوان پروژه شهر سالم پیشنهاد کرد. برای موفقیت در این پروژه، شهرهای مجری باید از حمایت سیاسی قوی، مدیریت و رهبری توانمند، کنترل و مشارکت وسیع اجتماعی و همکاری بین‌بخشی برخوردار باشند. مشارکت مردمی اهمیت خود را به‌عنوان یکی از چهارپایه 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 تامین هزینه‌های ارتقای سلامت، به مشارکت مردم بستگی دارد (فرهادی، ۱۳۸۹: ۱۳۸). براین اساس شهر سالم شهری است که در آن با ایجاد و گسترش پیوسته شرایط فیزیکی و اجتماعی زیست‌محیطی و استفاده بهینه از منابع و امکانات موجود، محیطی فراهم شود که در آن مردم جامعه با حمایت یکدیگر و مشارکت گروهی در انجام کلیه امور زندگی قابلیت‌های خود را به حداکثر ممکن می‌رسانند (نوبهار، ۱۳۸۱).

- 1 . Gülümser
- 2 . BondingSocial Capital
- 3 . Bridging Social Capital
- 4 . Linkig Social Capital
- 5 . Gray

پروژه شهر سالم پروژه‌ای بلندمدت است و تلاش می‌کند که تندرستی مردم، محور توسعه شهری قرار بگیرد و پستوانه محکم و کاملی را برای بهداشت عمومی در سطح محلی به‌وجود آورد (ضرابی و قنبری، ۱۳۸۹: ۵). در شهر سالم پیوسته با فراهم آمدن شرایط مطلوب، فراگیر نمودن همکاری بین‌بخشی محیطی فراهم می‌گردد. شهروندان ضمن مشارکت و حمایت یکدیگر، در انجام کلیه امور زندگی قابلیت‌های خویش را به حداکثر ممکن می‌رسانند (زیاری و جانابانزاد، ۱۳۹۱).

امروزه رویکرد شهر سالم به‌عنوان یکی از رویکردهای غالب در مطالعات شهری و روستایی و حتی در مقیاس ملی مطرح است. این رویکرد از بعد زیست‌محیطی، سلامت جامعه، محیط زندگی فردی و اجتماعی، رفاه اقتصادی و... به بررسی کیفیت زندگی افراد یک جامعه می‌پردازد (محمدی و مویدفر، ۱۳۹۱).

در همین راستا دستور کار ۲۱ مطرح شد که موضوع اصلی آن مربوط به ایجاد شهری سالم و بهداشتی و درعین حال ضرورت کاهش فقر از طریق افزایش میزان دسترسی مردم فقیر به منابع مورد نیاز برای زندگی پایدار است (محمودی‌نژاد و همکاران، ۱۳۸۸).

هم‌چنین نظریه حکمروایی مطلوب شهری می‌تواند در زمینه نهادینه‌سازی مفهوم مشارکت و ارتقای ارزش‌های مردم‌سالاری مفید واقع شود (بیدی، ۱۳۸۸: ۱۲؛ UN-Habitat, 2007). الگوی حکمروایی خوب شهری به‌عنوان فرایند مشارکتی توسعه تعریف می‌شود که به‌موجب آن همه ذی‌نفعان شامل حکومت، بخش خصوصی و جامعه مدنی وسایلی را برای حل مشکلات شهری فراهم می‌کنند. در این الگو مسئولیت اجرایی مستقیم مدیریت شهری کمتر شده و امکان بیشتری برای برنامه‌ریزی و کنترل از پایین به بالا توسط نهادهای خصوصی و مردمی فراهم می‌شود. در این‌جا مدیریت شهری از بالا به پایین نیست و مشارکت شهروندان در اداره امور شهر جزء جدایی‌ناپذیر آن است (McCarney et al, 1995: 8).

پیشینه پژوهش

در هر پژوهشی پس از تعیین عنوان تحقیق دستیابی به اسناد علمی و تحقیقات انجام شده قبلی پیرامون موضوع اهمیت اساسی دارد؛ زیرا باعث گسترش آگاهی محقق، بازتعریف متغیرها، شناسایی جنبه‌های دیگر تحقیق، افزایش وسعت دید محقق، هموارسازی استفاده از منابع علمی متعدد، راهگشایی برای فعالیت‌های علمی بعدی در ابعاد گسترده‌تر، ارائه فرضیه‌های جدید و نهایتاً جلوگیری از دوباره کاری می‌شود (پیلتن و نیکنام، ۱۳۹۱)؛ براین مبنای ادامه به نتایج برخی از پژوهش‌های پیشینه اشاره می‌شود.

اعتماد، همبستگی و انسجام اجتماعی، مشارکت، احساس اثرگذاری و کارایی و حمایت بر شهر سالم تاثیر معناداری دارند (زیاری و همکاران، ۱۳۹۷). فولادی (۱۳۹۱)، میزان مشارکت مردمی با شاخص‌های شهر سالم رابطه معناداری دارند و تقریباً تمامی شاخص‌های شهر سالم در یک سطح از مشارکت‌پذیری قرار دارند. کوزیور و سبوت (۲۰۱۹)، با تأکید بر مشارکت شهروندان در مدیریت جامع شهر هوشمند مدرن، به نقش مهم سرمایه اجتماعی توجه می‌کنند؛ چون این رویکرد به فرد امکان می‌دهد که توسعه شهرها را در یک زمینه گسترده از توسعه پایدار نشان دهد. در این زمینه به رویکردهایی چون: دستور کار ۲۱، آینده‌ای که می‌خواهیم و برنامه‌های بین‌المللی مانند: برنامه شهرهای پایدار زیستگاه ۲ یا برنامه شهرهای سالم ۳ مراجعه می‌کنند. در این رابطه نتیجه پژوهش حقیقتیان و همکاران (۱۳۹۵)، «رابطه معناداری بین هر یک از متغیرهای اعتماد، تعهد و مشارکت اجتماعی با پاکیزگی شهر (مؤلفه جمع‌آوری زباله) وجود دارد.» نیز مکمل است. پژوهش عباس‌زاده و همکاران (۱۳۹۴)، نیز نشان می‌دهد که ابعاد احساس تعلق اجتماعی، اعتماد نهادی، انسجام اجتماعی، سرمایه اجتماعی و ابعاد عینی و ذهنی سرمایه فرهنگی، توان پیش‌بینی میزان مشارکت در تفکیک و جمع‌آوری زباله‌های خانگی را دارند. نتایج تحقیق نیک‌پور و همکاران (۱۳۹۴)، نشان

می‌دهد رابطه مستقیم و معناداری در میان دو متغیر سرمایه اجتماعی و کیفیت محیط وجود دارد. افزایش میزان سرمایه اجتماعی به‌خصوص در شکل بین‌گروهی آن، با افزایش کیفیت محیط، توسعه اقتصادی، اجتماعی و سیاسی و دیگر پیامدهای مثبت همراه است. نتایج پژوهش پیراهری و تاجیک (۱۳۹۵)، بیان‌گر رابطه معنادار مستقیم بین میزان مشارکت مردم در امور شهری با منطقه سکونت، سابقه سکونت، میزان احساس مالکیت بر محیط شهری، اعتماد اجتماعی و رضایت از خدمات شهری است.

پانچ و همکاران (۲۰۱۸)، سرمایه اجتماعی برای تقویت تاب‌آوری در شهرهای درحال گسترش سریع جنوب بسیار مهم است. برای اندازه‌گیری سرمایه اجتماعی در این مناطق شاخص‌های فرهنگی خاصی لازم است.

عبدالله‌زاده‌فرد (۱۳۹۷)، به این نتیجه رسیده است که رابطه سرمایه اجتماعی و رفتار شهروندی مثبت و نسبتاً قوی است و از میان ابعاد سرمایه اجتماعی، تأثیرگذارترین بعد بر ارتقای رفتار شهروندی بعد ارتباطی و ساختاری است. نتایج پژوهش صابری‌فر (۱۳۹۴)، نشان می‌دهد که هر اندازه سرمایه اجتماعی بیش‌تری در بین شهروندان وجود داشته باشد، سلامت روانی بالاتری قابل انتظار است. با توجه به این‌که شهروندان سالم‌تر، مشارکت بیش‌تری در اداره امور شهر دارند، دستیابی به شهرهای سالم و پایدار بیش‌تر امکان تحقق پیدا می‌کند. هم‌چنین نتایج این بررسی نشان می‌دهد که بین مؤلفه‌های اعتماد فردی و همبستگی و حمایت اجتماعی سرمایه اجتماعی و متغیر سکونت در محلات مختلف شهر، دسترسی به فضای باز و پارک‌ها، اشتغال، سن و دسترسی به مراکز بهداشتی و درمانی با سلامت روان رابطه وجود دارد. بین سلامت روان و مؤلفه‌های اعتماد فردی و همبستگی و حمایت اجتماعی سرمایه اجتماعی در این بررسی رابطه مثبت معناداری مشاهده شد.

نتایج پژوهش هانگ و لی‌هانگ‌لو (۲۰۱۹)، نیز بیان‌گر آن است که سرمایه اجتماعی عامل مهمی برای بهبود سلامت در شرایط فقیر منابع است. ایجاد سرمایه اجتماعی می‌تواند بر نحوه درک افراد از سلامتی خود تأثیر بگذارد. اریکسون (۲۰۱۱)، بسیج سرمایه اجتماعی در جوامع محلی می‌تواند به‌عنوان یکی از راه‌های دستیابی به اقدامات جامعه برای ارتقای سلامت باشد. البته با محدودیت‌هایی مواجه است و نمی‌توان برای هر جامعه محلی یک نسخه واحد پیچید. با این حال، سرمایه اجتماعی می‌تواند ایده‌های جدیدی درمورد فرایندهای تأثیرگذار بر تعامل، همکاری و اقدام جامعه برای ارتقای سلامت در بسترهای مختلف ارائه دهد.

رزمگیر و ملکی (۱۳۹۷)، برای تحلیل ویژگی‌های محله سالم از چهار مؤلفه میزان آسایش، میزان امنیت، خودمانی بودن و دسترسی محله جهت ارزیابی میزان رضایت شهروندان محله استفاده کرده‌اند. علوی و همکاران (۱۳۹۷)، ده عنصر شهر سالم (امنیت محیطی، تعلق مکانی، مشارکت اجتماعی، آلودگی هوا و صوتی و بصری، بهداشت محیط، اشتغال و رضایت شغلی، درآمد و هزینه، حمل‌ونقل، فضای سبز، امکانات و خدمات) بر شاخص‌های ذهنی کیفیت زندگی شهری نقش موثری دارند. نتایج پژوهش حیدری و همکاران (۱۳۹۵)، با عنوان بررسی و تحلیل شاخص‌های شهر سالم در شهر کرمان، نشان می‌دهد که شهر کرمان از نظر شاخص‌های بهداشتی نسبت به سطح استاندارد در نظر گرفته شده وضعیت نسبتاً مطلوب، از نظر شاخص‌های زیست‌محیطی وضعیت بسیار نامطلوب، از نظر شاخص‌های جمعیتی وضعیت مطلوب، از نظر شاخص‌های اجتماعی وضعیت نامطلوب و از نظر شاخص‌های اقتصادی نیز وضعیت نامطلوبی دارد. به‌طور کلی شاخص‌های شهر سلامت در شهر کرمان نسبت به سطح استاندارد فاصله دارند.

روش‌شناسی پژوهش

این پژوهش براساس هدف جزء تحقیقات کاربردی است. هم‌چنین براساس ماهیت و روش جزء تحقیقات توصیفی - تحلیلی است. در این پژوهش روش‌ها و ابزار گردآوری اطلاعات با توجه به ماهیت پژوهش در دو دسته کلی طبقه‌بندی می‌شوند: روش

میدانی و روش کتابخانه‌ای. در روش کتابخانه‌ای ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل: کتاب، مقاله، پایان‌نامه، نشریه، آمارنامه، نقشه، اینترنت می‌باشد که خود به‌روش فیش‌برداری و ترجمه گردآوری شده‌اند. در روش میدانی نیز ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل: پرسشنامه محقق‌ساخته و کارت مصاحبه استفاده شده است که اطلاعات در این روش نیز به‌شیوه پرسشگری تدوین شده‌اند. جهت تعیین پایایی ابزار از روش ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است که میزان آلفا برای پرسشنامه شهر سالم برابر با ۰/۷۶۶ و برای پرسشنامه سرمایه اجتماعی و ابعاد آن برابر با ۰/۸۰ به‌دست آمده است. این میزان بیان‌گر صحت سوالات ابزار تحقیق می‌باشد؛ یعنی پرسشنامه و وجود روابط منطقی بین سوالات وجود دارد. برای سنجش اعتبار و روائی ابزار اندازه‌گیری این پژوهش نیز از روش اعتبار محتوا که به قضاوت داوران یا افراد متخصص در موضوع مورد مطالعه بستگی دارد، استفاده شده است که میزان روائی پژوهش مورد تأیید واقع شد.

گزینش نمونه‌های فضایی کلان؛ یعنی پهنه‌های فضایی مورد مطالعه شهر تهران که در قالب منطقه‌های شهرداری مدنظر هستند، بر بنیاد «نمونه‌گیری غیراحتمالی^۱» و از نوع «نمونه‌گیری قضاوتی^۲» و گزینش محله‌های شش‌گانه مورد مطالعه (دو منطقه متفاوت و سه محله از هر منطقه) از میان محله‌های هر منطقه، نمونه در هر پهنه فضایی از کلان‌شهر تهران، بر پایه نمونه‌گیری احتمالی (تصادفی)^۳ و از نوع «نمونه‌گیری خوشه‌ای^۴» انجام گرفته است. توضیح این‌که؛ چون شهر تهران از منطقه‌ها، ناحیه‌ها و همین‌طور محله‌هایی با سطح‌های توسعه، رفاه و همین‌طور پایگاه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی متفاوتی تشکیل شده است و این عامل در مشارکت شهروندان نقشی عمیق، بنیادی و تأثیرگذار دارد؛ از این‌رو پژوهشگر به‌گونه‌ای عمل نموده تا با بخش‌بندی کلان‌شهر تهران به سه پهنه فضایی بالا، میانی و پایین، دو منطقه ناهم‌سان و ناهمگون از دو پهنه فضایی بالا و پایین انتخاب کند (در مجموع شش محله). به‌طوری‌که از نظر بنیان‌های روش تحقیق علمی، پژوهش حاضر چنان نتایجی منطقی به‌دست دهد که بتواند قابلیت تعمیم خوبی به کل مدیریت شهری در محله‌های ۳۷۴ گانه کلان‌شهر تهران داشته باشد؛ از این‌رو با توجه به این نمونه‌گیری تلفیقی غیراحتمالی قضاوتی و احتمالی ساده، در قالب یک روند سلسله‌مراتبی خوشه‌ای، دو گام زیر برای گزینش نمونه‌های فضایی یا محله‌های پژوهش طی شده است:

- بخش‌بندی شهر تهران به سه پهنه فضایی بالا، میانی و پایین که هم‌پوشانی خاصی با سطح‌بندی آن‌ها از جنبه میزان توسعه‌یافتگی، از سطح بالا تا پایین هستند.

- گزینش یک منطقه شهرداری از دو پهنه‌های بالا و پایین (در مجموع دو منطقه شهرداری).

- گزینش تقریبی دو ناحیه از هر منطقه شهری برگزیده (تقریباً چهار ناحیه).

- گزینش یک یا دو محله از هر ناحیه شهری برگزیده (در مجموع شش محله).



شکل ۱: نقشه رده‌بندی منطقه‌های تهران از نظر شاخص‌های توسعه.

منبع: رفیعیان و شالی، ۱۳۹۱: ۴۳.

جدول ۲: پهنه‌های فضایی برگزیده شده بر اساس نمونه‌گیری غیراحتمالی

تعداد	منطقه‌های وابسته به هر پهنه	پهنه‌های فضایی
۶	۷، ۵، ۲، ۱، ۶، ۳	پهنه بالا
۱۲	۹، ۲۰، ۱۴، ۲۲، ۱۲، ۱۶، ۱۰، ۴، ۲۱، ۱۳، ۸، ۱۱	پهنه میانی
۴	۱۵، ۱۷، ۱۹، ۱۸	پهنه پایین

منبع: نگارنده

در وهله دوم هم براساس نمونه‌گیری خوشه‌ای و با توجه به اصول نمونه‌گیری احتمالی یا تصادفی ساده، چهار ناحیه و شش محله نمونه برای انجام پژوهش انتخاب شدند. لازم به یادآوری است که چون در این پژوهش فقط روی شش محله از دو منطقه دارای سطح توسعه‌یافتگی متفاوت مطالعه می‌شوند، سطح‌های اول و سوم به‌عنوان دو پهنه فضایی مدنظر بوده‌اند؛ از این رو سه سطح بالا که در نقشه نمایان هستند به سه پهنه بالا، میانی و پایین - از لحاظ سطح توسعه‌یافتگی - بخش‌بندی شده‌اند.

جدول ۳: واحدهای فضایی پژوهش

واحد فضایی خرد تحلیل		واحد فضایی کلان تحلیل	
ب - محله‌های برگزیده	الف - منطقه‌های برگزیده		
قیطریه	منطقه ۱ شهرداری تهران	پهنه بالا	کلان‌شهر تهران (دو پهنه فضایی بالا و پایین)
سوهانک			
نیاوران			
شکوفه	منطقه ۱۴ شهرداری تهران	پهنه پایین	
پرستار			
دولاب			

منبع: یافته‌های پژوهش، ۱۴۰۰

با استفاده از نمونه‌گیری احتمالی یا تصادفی و براساس فرمول کوکران، از کل جمعیت محله‌های شش‌گانه یا کل جامعه آماری، با تعداد ۵۶۰۳۸ نفر، حجم نمونه برابر با ۳۲۳ برای همه شهروندان محله‌ها به‌دست آمد. این شمار، پس از برقراری نسبت تناسب بین جمعیت و درصد آن بر مبنای فرمول نسبت و تناسب ریاضی و در قالب نمونه‌گیری احتمالی طبقه‌بندی‌شده، میان

محلّه‌ها تقسیم شده است. براین پایه، این حجم برای محلّه‌های واقع در مناطق دو گانه شهرداری تهران، به صورت زیر برآورد شده است.

جدول ۴: سهم محلّه‌های مورد مطالعه از حجم نمونه برای جامعه شهروندان

الف - منطقه‌های برگزیده	ب - محلّه‌های برگزیده	سهم جامعه	سهم نمونه
منطقه ۱ شهرداری	قیطریه	۲۴۶۸۰	۵۴
	سوهانک	۲۲۸۲۹	۵۰
	نیاوران	۹۷۹۱	۲۲
جمع سه محلّه			۱۲۶
منطقه ۱۴ شهرداری	شکوفه	۲۲۳۱۷	۵۰
	پرستار	۴۱۱۲۷	۹۰
	دولاب	۲۵۴۷۴	۵۶
جمع سه محلّه			۱۹۶
جمع کل جامعه و نمونه آماری پژوهش			۳۲۲

منبع: یافته‌های پژوهش، ۱۴۰۰

یافته‌های پژوهش

بررسی وضعیت سنی افراد جامعه آماری نشان می‌دهد که بیش‌ترین تعداد آن‌ها در گروه سنی ۳۵ تا ۴۴ ساله با تعداد ۱۰۵ نفر (۳۲٪) و کم‌ترین تعداد آن‌ها در گروه سنی بالای ۶۵ سال با فراوانی ۷ نفر (۲٪) می‌باشد. بررسی دیگر گروه‌ها نیز نشان می‌دهد که گروه‌های سنی ۴۵ تا ۵۴ ساله و ۲۵ تا ۳۴ ساله به ترتیب با ۷۳ (۲۲٪) و ۷۹ نفر (۲۴٪) در رتبه‌های بعدی قرار گرفته‌اند. از تعداد افراد مورد مطالعه تعداد ۲۰۷ نفر مرد و ۱۱۵ نفر نیز زن بوده‌اند. براساس این تقسیم‌بندی مردان ۶۴٪ و زنان ۳۶٪ از کل را به خود اختصاص داده‌اند. از نظر میزان تحصیلات اعضای جامعه مورد مطالعه ۱۰۵ نفر (۳۲٪ درصد) از کل پاسخگویان را شهروندان برخوردار از مدرک لیسانس بوده‌اند. هم‌چنین پاسخگویان با مدرک تحصیلی کاردانی یا فوق‌دیپلم با فراوانی ۸۶ نفر حدود ۲۶٪ از کل جامعه آماری پژوهش را شامل شده‌اند. در یک جمع‌بندی پاسخگویان تحصیلات تکمیلی (یعنی فوق‌لیسانس و دکتری) ۴۹ نفر (۱۵٪) از جامعه آماری را شامل می‌شوند. هم‌چنین وضعیت اشتغال پاسخگویان در یک طبقه‌بندی سه سطحی، آزاد، دولتی و سایر شغل‌ها نشان داد که اکثریت جامعه آماری ۱۷۶ نفر که حدود ۵۴٪ می‌باشد، دارای شغل آزاد بوده و ۷۵ نفر (۲۳٪) آن‌ها در پست‌های دولتی مشغول به کار بوده‌اند.

شهر سالم

در این پژوهش شهر سالم دارای چهار متغیر: سلامت جسم و روان (۶ متغیر)، ایمنی و امنیت (۶ متغیر)، آسایش و رفاه (۱۱ متغیر)، محیط‌زیست (۲۰ متغیر) می‌باشد که در این قسمت برای تجزیه و تحلیل توصیفی آن‌ها از آماره‌های توصیفی استفاده می‌شود.

جدول ۵: تحلیل توصیفی سلامت جسم و روان در محلّه‌های مورد مطالعه

وضعیت در منطقه ۱۴			وضعیت در منطقه ۱			سلامت جسم و روان
مطلوبت میانگین	تفاوت میانگین	میانگین	مطلوبت میانگین	تفاوت میانگین	میانگین	
نسبتاً مطلوب	۰	۳	مطلوب	۱	۴	فراهم بودن بستر سلامت روحی-روانی
نسبتاً مطلوب	۰	۳	مطلوب	۱	۴	کیفیت زندگی در سطح محلّه
نسبتاً مطلوب	۰	۳	مطلوب	۱	۴	امید به زندگی در سطح محلّه
مطلوب	۱ (-۱)	۴ (۲)	مطلوب	۱.۵ (-۲)	۴.۵ (۱)	استرس‌زا بودن فضاهای محل سکونت
نسبتاً مطلوب	۰	۳	مطلوب	۱	۴	کیفیت مواد غذایی در محلّه
نامطلوب	-۱	۲	مطلوب	۱	۴	مراکز ورزشی و تفریحی شاد در سطح محلّه

منبع: یافته‌های پژوهش، ۱۴۰۰

جدول ۶: تحلیل توصیفی ایمنی و امنیت در محله‌های مورد مطالعه

وضعیت در منطقه ۱۴			وضعیت در منطقه ۱			ایمنی و امنیت
مطلوبت میانگین	تفاوت میانگین	میانگین	مطلوبت میانگین	تفاوت میانگین	میانگین	
نسبتاً مطلوب	۰	۳	مطلوب	۱	۴	برخورداری از امنیت اجتماعی و جانی
نسبتاً مطلوب	۰	۳	مطلوب	۱	۴	برخورداری از ایمنی محیط
نامطلوب	-۱	۲	مطلوب	۱	۴	ایمنی زیرساخت و استاندارد بودن معابر
نامطلوب	(-۱) ۰	(۲) ۳	نامطلوب	(-۲) ۱	(۱) ۴	میزان تصادفات در محله و منطقه
نامطلوب	(-۲) ۱	(۱) ۴	نامطلوب	(-۲) ۱	(۱) ۴	سطح تنش و دعوا بین ساکنین محل
نامطلوب	(-۲) ۱	(۱) ۴	نامطلوب	(-۲) ۱	(۱) ۴	مراکز تجمع افراد بی‌کار و متکدی

منبع: یافته‌های پژوهش، ۱۴۰۰

جدول ۷: تحلیل توصیفی آسایش و رفاه در محله‌های مورد مطالعه

وضعیت در منطقه ۱۴			وضعیت در منطقه ۱			آسایش و رفاه
مطلوبت میانگین	تفاوت میانگین	میانگین	مطلوبت میانگین	تفاوت میانگین	میانگین	
نسبتاً مطلوب	۰	۳	مطلوب	۱	۴	رضایت از زندگی در محله
مطلوب	۱.۰۱	۴.۰۱	مطلوب	۱	۴	میزان آرامش در محله
مطلوب	۱	۴	مطلوب	۱	۴	برخورداری رفاه اجتماعی و اقتصادی
نسبتاً مطلوب	۰	۳	مطلوب	۱	۴	دسترسی به فضای باز و پارک‌ها
نسبتاً مطلوب	۰	۳	مطلوب	۱	۴	دسترسی سریع به مراکز خرید
نسبتاً مطلوب	۰	۳	مطلوب	۱	۴	سطح دسترسی به منابع و مراکز بهداشتی و درمانی
نسبتاً مطلوب	۰	۳	مطلوب	۱	۴	دسترسی به مراکز آموزشی و تفریحی
نسبتاً مطلوب	۰	۳	نسبتاً مطلوب	۰	۳	دسترسی به انواع حمل‌ونقل در محله
نامطلوب	-۱	۲	نامطلوب	-۱	۲	دسترسی به کار بستر امنیت مالی
نسبتاً مطلوب	۰	۳	مطلوب	۱	۴	دسترسی به مسکن سالم
نسبتاً مطلوب	۰	۳	نسبتاً مطلوب	۰	۳	برخورداری از برنامه‌های آموزش سلامت

منبع: یافته‌های پژوهش، ۱۴۰۰

جدول ۸: تحلیل توصیفی وضعیت محیط‌زیست در محله‌های مورد مطالعه

وضعیت در منطقه ۱۴			وضعیت در منطقه ۱			محیط‌زیست
مطلوبت میانگین	تفاوت میانگین	میانگین	مطلوبت میانگین	تفاوت میانگین	میانگین	
نامطلوب	(-۱) ۰	(۲) ۳	نامطلوب	(-۲) ۱	(۱) ۴	سطح آلودگی‌های زیستی، هوا و صوتی و بصری در محله
نامطلوب	-۱	۲	مطلوب	۱	۴	سرانه فضای سبز در محله
نامطلوب	-۱	۲	مطلوب	۱	۴	توجه به ایجاد فضای سبز در محله
نامطلوب	(-۱) ۰	(۲) ۳	نامطلوب	(-۲) ۱	(۱) ۴	حشرات حامل بیماری گیاهان سمی، در محله
نسبتاً مطلوب	۰	۳	مطلوب	۱	۴	وجود سطل زباله در هر نقطه از محله
نامطلوب	-۱	۲	مطلوب	۱	۴	تعداد پارک‌ها و فضای باز (تفریحی و ورزشی)، متناسب با جمعیت و محله
نسبتاً مطلوب	۰	۳	مطلوب	۱	۴	حفظ فضای سبز محله
نسبتاً مطلوب	۰	۳	مطلوب	۱	۴	آبیاری به‌موقع و درست فضای سبز محله
نسبتاً مطلوب	۰	۳	مطلوب	۱	۴	تفکیک زباله در محله
نسبتاً مطلوب	۰	۳	مطلوب	۱	۴	جلوگیری از تخلیه‌های نخاله ساختمانی در معابر
نسبتاً مطلوب	۰	۳	مطلوب	۱	۴	جمع‌آوری زباله در ساعت مناسب
نسبتاً مطلوب	۰	۳	نسبتاً مطلوب	۰	۳	توجه به کاشت درخت
نامطلوب	(-۱) ۰	(۲) ۳	نامطلوب	(-۲) ۱	(۱) ۴	پرتاب زباله از خودروها به خیابان

نامطلوب	۰ (-۱)	نامطلوب	۱ (-۲)	۴ (۱)	ریختن زباله در نهرا
نامطلوب	-۱	نامطلوب	-۱	۲	استفاده از دوچرخه و حمل‌ونقل عمومی
نامطلوب	-۱	مطلوب	۱	۴	زیباسازی و پاک‌سازی محیط و مناظر
نسبتا مطلوب	۰	مطلوب	۱	۴	بهداشت محیط در محله
نسبتا مطلوب	۰	مطلوب	۱	۴	برخورداری از آب سالم در محله
نسبتا مطلوب	۰	مطلوب	۱	۴	برخورداری از شبکه‌بندی فاضلاب
نامطلوب	-۱	مطلوب	۱	۴	برخورداری از هوای پاک

منبع: یافته‌های پژوهش، ۱۴۰۰

با توجه به جمع‌بندی کلی از وضعیت شاخص‌های چهارگانه شهر سالم در هر دو منطقه مورد مطالعه که بتوان براساس یک عدد مستقل به ارائه یک اظهار نظر کلی در مورد وضعیت این شاخص‌ها در هر محله و منطقه ارائه داد، مشخص شد که در محلات منطقه یک از بین چهار عامل مورد بررسی در سنجش شهر سالم، به ترتیب سلامت جسم و روان، ایمنی و امنیت، محیط‌زیست و آسایش و رفاه به ترتیب اولویت از نظر میانگین بیش‌تر آمده‌اند (میانگین ۴-۶). هم‌چنین بررسی این عوامل در محلات منطقه چهارده نشان‌دهنده اولیوی به ترتیب ایمنی و امنیت، سلامت جسم و روان، آسایش و رفاه و محیط‌زیست را شامل شده است.

سرمایه اجتماعی

سرمایه اجتماعی دارای شش متغیر: اعتماد (۳ متغیر)، همبستگی و انسجام (۴ متغیر)، مشارکت (۵ متغیر)، عضویت در گروه‌ها و شبکه‌های اجتماعی (۳ متغیر)، آگاهی اجتماعی (۲ متغیر)، حمایت (۳ متغیر) می‌باشد که در این قسمت برای تجزیه و تحلیل توصیفی آن‌ها از آماره‌های توصیفی استفاده می‌شود.

جدول ۹: تحلیل توصیفی اعتماد در محله‌های مورد مطالعه

وضعیت در منطقه ۱۴			وضعیت در منطقه ۱			اعتماد
مطلوبت میانگین	تفاوت میانگین	میانگین	مطلوبت میانگین	تفاوت میانگین	میانگین	
نسبتا مطلوب	۰	۳	نسبتا مطلوب	۰	۳	اعتماد به همسایه و دوستان
نسبتا مطلوب	۰	۳	نسبتا مطلوب	۰	۳	اعتماد به گروه‌های اجتماعی- فرهنگی
نسبتا مطلوب	۰	۳	نسبتا مطلوب	۰	۳	اعتماد به نهادهای محلی و دولتی

منبع: یافته‌های پژوهش، ۱۴۰۰

جدول ۱۰: تحلیل توصیفی همبستگی و انسجام در محله‌های مورد مطالعه

وضعیت در منطقه ۱۴			وضعیت در منطقه ۱			همبستگی و انسجام
مطلوبت میانگین	تفاوت میانگین	میانگین	مطلوبت میانگین	تفاوت میانگین	میانگین	
نسبتا مطلوب	۰	۳	نسبتا مطلوب	۰	۳	احساس تعلق نسبت به محله سکونت
نسبتا مطلوب	۰	۳	نامطلوب	-۱	۲	احساس خودمانی بودن و راحتی نسبت به محله و ساکنین
نسبتا مطلوب	۰	۳	نامطلوب	-۱	۲	اتحاد و هماهنگی با همسایه‌ها و نهادهای محلی
نسبتا مطلوب	۰	۳	نامطلوب	-۲	۱	احساس مسئولیت نسبت به محله و همسایه‌های خود

منبع: یافته‌های پژوهش، ۱۴۰۰

جدول ۱۱: تحلیل توصیفی مشارکت در محله‌های مورد مطالعه

وضعیت در منطقه ۱۴			وضعیت در منطقه ۱			مشارکت
مطلوبت میانگین	تفاوت میانگین	میانگین	مطلوبت میانگین	تفاوت میانگین	میانگین	
نسبتا مطلوب	۰	۳	نامطلوب	-۰.۹۷	۲.۰۷	گزارش آلودگی‌های محیطی به سازمان‌های مربوطه
نامطلوب	-۱	۲	نامطلوب	-۲	۱	گزارش حضور معاندان در محله
نامطلوب	-۲	۱	نامطلوب	-۱	۲	شرکت در کارگاه‌های سلامت و بهداشت محله
نامطلوب	-۰.۹۴	۲.۰۶	نامطلوب	-۰.۹۵	۲.۰۵	شرکت در زیباسازی و پاک‌سازی محیط زندگی
نامطلوب	-۱	۲	نامطلوب	-۲	۱	گزارش مشکلات زیربنایی به سازمان‌های مربوطه

جدول ۱۲: تحلیل توصیفی عضویت در گروه‌ها و شبکه‌های اجتماعی در محله‌های مورد مطالعه

وضعیت در منطقه ۱۴			وضعیت در منطقه ۱			عضویت در گروه‌ها و شبکه‌های اجتماعی
مطلوبت میانگین	تفاوت میانگین	میانگین	مطلوبت میانگین	تفاوت میانگین	میانگین	
نامطلوب	-۱.۷۷	۱.۳۳	نامطلوب	-۲	۱	مشارکت در فعالیت‌های بسیج محله
نامطلوب	-۱.۲۸	۱.۷۲	نامطلوب	-۲	۱	مشارکت در فعالیت‌های سراهای محله
نسبتاً مطلوب	-۲	۲.۳۴	نامطلوب	-۰.۹۲	۲.۰۸	شرکت در فعالیت‌های مردم‌محور و NGOها

منبع: یافته‌های پژوهش، ۱۴۰۰

جدول ۱۳: تحلیل توصیفی آگاهی اجتماعی در محله‌های مورد مطالعه

وضعیت در منطقه ۱۴			وضعیت در منطقه ۱			آگاهی اجتماعی
مطلوبت میانگین	تفاوت میانگین	میانگین	مطلوبت میانگین	تفاوت میانگین	میانگین	
نامطلوب	۱	۴	نامطلوب	-۰.۹۸	۲.۰۲	آگاهی از مسائل و مشکلات اجتماعی محل سکونت
نامطلوب	۱	۴	نامطلوب	-۱	۲	شناخت نسبت منطقه سکونت خود

منبع: یافته‌های پژوهش، ۱۴۰۰

جدول ۱۴: تحلیل توصیفی حمایت در محله‌های مورد مطالعه

وضعیت در منطقه ۱۴			وضعیت در منطقه ۱			حمایت
مطلوبت میانگین	تفاوت میانگین	میانگین	مطلوبت میانگین	تفاوت میانگین	میانگین	
نسبتاً مطلوب	۰	۳	نامطلوب	-۲	۱	برخورداری از مراقبت‌ها و حمایت‌های عاطفی، روانی، اجتماعی در سطح محله
مطلوب	۱	۴	نامطلوب	-۲	۱	کمک به افراد نیازمند و سالخورده
مطلوب	۱	۴	نامطلوب	-۲	۱	حمایت از افراد آسیب‌دیده اجتماعی

منبع: یافته‌های پژوهش، ۱۴۰۰

بررسی تحلیل توصیفی اولیه از شاخص‌های سرمایه اجتماعی و برای دو دسته از محلات برگزیده در منطقه یک و چهارده کلان شهر تهران مشخص کرد که وضعیت شاخص حمایت شهروندان از یکدیگر در محله‌های منطقه یک در سطح بسیار پایینی قرار دارد که شاید اصلی‌ترین دلیل آن را بتوان در عدم احساس مسئولیت ساکنان این محله‌ها نسبت به همسایگان و اهالی محل از یک سو، عدم نیاز آن‌ها به کمک‌های دیگران از سوی دیگر (شاید به دلیل وجود رفتارهای محافظه کارانه از سوی این شهروندان و ناخوشایندی از مطرح کردن مشکلات خود با دیگران می‌باشد)، هم چنین نداشتن وقت کافی برای اختصاص دادن به موارد این-چنینی و از همه مهم‌تر به دلیل بی‌توجهی این عده از شهروندان به مسائل و مشکلات دیگر شهروندان و ساکنان محل زندگی‌شان می‌باشد. در طرف مقابل شهروندان ساکن در محلات منطقه چهارده با برخورداری از خصوصیات شخصیتی و اجتماعی متفاوت و جو نسبتاً صمیمی و با روابط رو در روی ساکنان در این محل‌ها سبب شده تا شهروندان ساکن در این محلات برخلاف شهروندان منطقه یک از نمره بسیار بالای حمایت اجتماعی در سطح محله و مطلوبیت بالای شاخص حمایت در بین این شهروندان می‌باشد. در منطقه یک شاخص اعتماد از نظر میانگین در سطح نسبتاً مطلوب و از نظر شاخص‌های دیگر که میانگین کلی به دست آمده برای آن‌ها کم‌تر از ۲.۳۳ بوده؛ بنابراین از نظر مطلوبیت در سطح نامطلوب قرار می‌گیرند.

در محله‌های منطقه چهارده، نشان می‌دهد که شاخص‌های اعتماد و همبستگی و انسجام در سطح نسبتاً مطلوب به لحاظ میانگین قرار گرفته‌اند. دو متغیر مشارکت شهروندان در سطح محله و عضویت شهروندان در گروه‌ها و شبکه‌های اجتماعی حقیقی و مجازی به لحاظ میانگین دارای نمره کم‌تر از حد استاندارد ۲.۳۳ بوده؛ از این رو در سطح نامطلوب ارزیابی می‌شوند. هم-چنین وضعیت سرمایه اجتماعی از نظر دو شاخص باقیمانده آگاهی اجتماعی و حمایت نشان‌دهنده میانگین کل بالای محاسبه شده

برای آن‌ها و قرارگیری محله‌های منطقه چهارده از نظر آگاهی اجتماعی و حمایت اجتماعی از شهروندان در وضعیت مطلوب می‌باشد.

یافته‌های استنباطی

اکنون به دنبال آن هستیم تا نقش سرمایه اجتماعی را در میزان سلامت این دو منطقه مورد بررسی و مطالعه قرار دهیم. آیا سلامت منطقه یک، ناشی از سرمایه اجتماعی بالای بین ساکنین آن است. آیا مشکلات در منطقه چهارده ناشی از پایین بودن میزان سرمایه اجتماعی بین ساکنین آن‌جا است. اصلاً آیا سرمایه اجتماعی می‌تواند محرکی برای شکل‌گیری یا توسعه شهر سالم باشد. برای پاسخ به سوال مذکور پیش از انجام آزمون اثرات اولاً به وجود رابطه معنادار بین دو شاخص شهر سالم و سرمایه اجتماعی در فضای شهری کلان‌شهر تهران پرداخته می‌شود؛ زیرا به شرط وجود رابطه بین دو متغیر است که وجود رابطه تأثیر و تأثر را معنا می‌بخشد.

نتایج حاصل از آزمون همبستگی پیرسون، حاکی از روابط همبستگی مثبت، مستقیم و معنادار میان متغیرهای متغیر مستقل (شهر سالم) و متغیر وابسته (سرمایه اجتماعی) در هر دو منطقه یک و چهارده است. این در حالی است که ضریب همبستگی به دست آمده برای منطقه چهارده تا حدود زیادی بالاتر از ضریب همبستگی بین متغیرهای مورد بررسی در منطقه یک می‌باشد که شاید دلیل آن را بتوان در ارتباطات رو در روی بیشتر، وابستگی و همبستگی بیش‌تر شهروندان نسبت به یکدیگر، اعتماد بیش‌تر به دوستان و آشنایان، داشتن حس تعلق و مسئولیت‌پذیری بالاتر نسبت به محله و ساکنان آن و هم‌چنین تلاش برای حمایت از ساکنان نیازمند به کمک و آسیب‌پذیر ساکن در محل از طریق مشارکت‌های خیرخواهانه (گلریزان) و عضویت در گروه‌های این‌چنینی برای حل مشکلات محله و ساکنان آن در منطقه چهارده در مقایسه با شرایط مشابه در منطقه یک می‌باشد.

جدول ۱۵: نتایج آزمون همبستگی پیرسون

متغیرهای همبستگی		سرمایه اجتماعی
شهر سالم در منطقه چهارده	ضریب همبستگی پیرسون	۰/۶۸۱
	سطح معناداری	۰/۰۰۰
	تعداد	۱۲۶
شهر سالم در منطقه یک	ضریب همبستگی پیرسون	۰/۴۴۲
	سطح معناداری	۰/۰۰۰
	تعداد	۱۹۶

منبع: یافته‌های پژوهش، ۱۴۰۰

پس از تشخیص وجود رابطه، برای شناخت و تبیین میزان اثرگذاری هریک از عوامل و شاخص‌های شهر سالم و سرمایه اجتماعی در روند تحولات کمی و کیفی سلامت شهری در منطقه چهارده شهر تهران از آزمون رگرسیون خطی ساده (به‌روش ورود همزمان^۱ متغیرها) استفاده شده است. نتایج خلاصه مدل رگرسیونی پیش از انجام محاسبه مدل رگرسیونی اصلی نشان می‌دهد که الگو یا مدل رگرسیونی پژوهش با مقدار $F=11.148$ و $R\text{-Square}=0.446$ قابلیت تبیین واریانس مناسبی برای داده‌های شهر سالم و سرمایه اجتماعی در منطقه چهارده شهر تهران را دارا می‌باشد و هم‌چنین قابلیت تبیین و برازندگی داده‌های مورد بررسی را مورد تأیید قرار می‌دهد؛ به عبارت دیگر نتایج اولیه خلاصه مدل رگرسیونی نشان می‌دهد که متغیر پیش‌بینی کننده سرمایه اجتماعی (و ابعاد آن)، مقدار ۵۴٪ از تغییرات مربوط به روند تغییرات مربوط به سلامت شهری در محلات مورد مطالعه منطقه چهارده کلان‌شهر تهران را تبیین می‌کند که از لحاظ قدرت تبیین‌کنندگی مدل‌های رگرسیونی در سطح نسبتاً بالایی قرار دارد. هم‌چنین در این تبیین، نتایج حاصل از آزمون معناداری آنووا^۲ نشان می‌دهد که مقدار خطای استاندارد محاسبه شده، از

1. Enter
2. Anova

سطح مجاز (سطح بحرانی ۰/۸ در احتمالات بیشینه) کم تر به دست آمده است؛ بنابراین نتایج مدل رگرسیونی حاضر، قابلیت اتکا برای پیش بینی های آتی مربوط به سلامت شهری را نیز خواهند داشت.

جدول ۱۶: نتایج خلاصه مدل رگرسیونی - به روش ورود همزمان - برای تبیین اثرگذاری متغیرهای سرمایه اجتماعی در روند تحولات و تغییر

وضعیت سلامت شهری در منطقه ۱۴

مدل رگرسیونی	ضریب r ^۲	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل شده	مقدار F	df	سطح معناداری
شهر سالم - سرمایه اجتماعی	۰.۶۶۷	۰.۵۴۶	۰.۵۰۳	۱۱.۱۴۸	۱ و ۱۹۴ و ۱۹۵	
b پیش گویی کننده (باقیمانده) = اعتماد، مشارکت، همبستگی و انسجام، عضویت در گروه های اجتماعی، آگاهی اجتماعی، حمایت، شاخص کل سرمایه اجتماعی.						

منبع: یافته های پژوهش، ۱۴۰۰

در ادامه به بررسی نتایج مربوط به بررسی و تحلیل اثرات متغیرهای مستقل شش گانه سرمایه اجتماعی در تغییر وضعیت متغیر وابسته سلامت شهری در محلات برگزیده منطقه چهارده کلان شهر تهران نشان می دهد از آن جایی که ضریب اثرات که با مقدار بتا^۱ (ضریب همبستگی جزئی برای پیش بینی اثرات) محاسبه می شود برای متغیرهای مورد بررسی از نظر مقدار بتا به ترتیب ابعاد آگاهی و شناخت اجتماعی شهروندان از محله و منطقه سکونت خود ۰.۶۴۳ ($t=۹.۲۳$; $B=۰.۱۷۲$)، اعتماد به دوستان، آشنایان و اهالی و نهادهای محلی ۰.۵۳۳ ، انسجام و همبستگی اجتماعی ۰.۵۲۱ ($t=-۹$; $B=۰.۲۵۹$)، ارائه حمایت های اجتماعی شهروندان از هموعان و همسایگان خود ۰.۴۷۱ ($t=۷.۲۹$; $B=۰.۰۸۲$)، بیش ترین تأثیر را در مدل رگرسیونی محاسبه شده دارا می باشند. در ادامه ابعاد مشارکت اجتماعی شهروندان ۰.۱۰۳ ($t=۱.۰۱۳$; $B=۰.۲۲۱$)، و عضویت شهروندان در گروه ها و شبکه های اجتماعی ۰.۰۹۶ ($t=۷$; $B=۰.۱۱۲$)، به علت برخورداری از میانگین کل کم تر (در آزمون تعیین وضعیت t -test) و هم چنین ضریب بتای پایین تر، کم ترین سهم را در تأثیرات کلی مدل رگرسیونی محاسبه شده به خود اختصاص داده اند.

بر اساس نتایج اوزان بتا و محاسبه شدت اثرگذاری های ابعاد سرمایه اجتماعی در سلامت شهری، در این میان بیش ترین میزان اثرگذاری مربوط به سه متغیر آگاهی بالای اجتماعی و شناخت زیاد از فضاها و مسائل منطقه زندگی خود؛ برخورداری از اعتماد بالا در ارتباط با دوستان، آشنایان و همسایگان خود که بیش تر به سبب آگاهی و شناخت بالای آن ها از یکدیگر به دست آمده است و هم چنین حفظ اتحاد و انسجام اجتماعی بین ساکنان در موارد ضروری خصوصاً در راستای حل مشکلات همسایگان و اهالی از مهم ترین و اثرگذارترین عوامل در وضعیت کنونی سلامت شهری در محلات مورد مطالعه منطقه چهارده بوده که با توجه به قدرت پیشگویی کنندگی و آینده نگری ضریب بتا، انتظار می رود که با بهبود وضعیت این ابعاد و متغیرها و هنجارهای آن ها در محلات مذکور، سطح کلی سلامت شهری در این منطقه و محلات آن نیز در آینده افزایش یابد؛ به عبارت دیگر به ازای هر واحد تغییر در آگاهی اجتماعی و شناخت شهروندان از محلات زندگی خود، هر واحد تغییر در اعتماد اهالی محل نسبت به یکدیگر یا تغییر در وضعیت اتحاد و انسجام اجتماعی ساکنان در سطح محله و منطقه، وضعیت سلامت شهری در محلات شهری منطقه مذکور در سال های آتی نیز به همان میزان تغییر خواهد کرد. بر این اساس با هر گونه تغییر مثبت در جهت افزایش آگاهی شهروندان، افزایش اعتماد آن ها نسبت به یکدیگر یا افزایش اتحاد و انسجام اجتماعی در بین شهروندان، وضعیت سلامت شهری در منطقه مذکور و محلات آن نیز بهبود یافته کیفیت مناسب تری را دارا می شود و بالعکس.

هم چنین نتایج محاسبه مقدار بتا برای شاخص کل سرمایه اجتماعی در وضعیت شهر سالم در منطقه چهارده نشان دهنده مقدار بتای ۰.۳۲۸ می باشد که مقدار چشمگیر و قابل اعتنایی می باشد.

به طور کلی و در جمع بندی نهایی، با توجه به نتایج اوزان بتا برای تحلیل تأثیر شاخص های سرمایه اجتماعی در سلامت شهری منطقه چهارده نتیجه می گیریم که به ازای هر واحد تغییر در متغیر مستقل سرمایه اجتماعی (و عوامل شش گانه آن) در محلات

برگزیده این منطقه، متغیر وابسته سلامت شهری و وضعیت آن در این محلات نیز به همان میزان تغییر خواهد کرد. این در حالی است که اگر روند تغییر ابعاد سرمایه اجتماعی به سمت بهبود باشد، سلامت شهری در این محلات نیز افزایش می‌یابد و بالعکس.

جدول ۱۷: نتایج آزمون رگرسیون خطی ساده برای بررسی اثرات سرمایه اجتماعی در سلامت شهری در منطقه ۱۴

نتیجه اثرگذاری	سطح معناداری (P)	خطای استاندارد	مقدار T	ضریب اثرات	متغیرهای مستقل
تأیید	۰.۰۱۰*	۰.۰۳۱	-۱.۰۵۵	۰.۵۳۳	اعتماد
تأیید	۰.۰۰۰**	۰.۰۲۴	-۹	۰.۵۲۱	انسجام و همبستگی اجتماعی
تأیید	۰.۰۰۰**	۰.۰۴۲	۱.۰۱۳	۰.۱۰۳	مشارکت
تأیید	۰.۰۰۰**	۰.۰۲۲	۷	۰.۰۹۶	عضویت در گروه‌های اجتماعی
تأیید	۰.۰۰۰**	۰.۰۰۹	۹.۲۳۵	۰.۵۴۳	آگاهی اجتماعی
تأیید	۰.۰۰۰**	۰.۰۲۳	۷.۲۹	۰.۴۷۱	حمایت
تأیید	۰.۰۰۹*	۰.۰۲۷	-۶	۰.۳۲۸	شاخص کل سرمایه اجتماعی

منبع: یافته‌های پژوهش، ۱۴۰۰

از آنجایی که مقدار معناداری به دست آمده برای هر یک از ابعاد مورد بررسی بین حداقل خطای مجاز ۰.۰۰۱ تا حداکثر خطای مجاز ۰.۰۵ در تغییر می‌باشد؛ بنابراین به‌طور میانگین و با اطمینان آماری ۹۵٪ می‌توان نتایج مدل رگرسیونی پژوهش در منطقه چهارده را پذیرفت و نتیجه گرفت که سرمایه اجتماعی (و شاخص‌های شش‌گانه آن) به‌صورت مستقیم در تغییر وضعیت سلامت شهری در سطح محلات برگزیده منطقه مذکور تأثیر گذار می‌باشند. تحلیل نهایی نتایج مدل رگرسیونی پژوهش نشان می‌دهد، هر چند که سطح کلی سلامت اجتماعی در محلات منطقه چهارده در مقایسه با منطقه یک چندان مطلوب نمی‌باشد، اما با توجه به تأیید اثرگذاری سرمایه اجتماعی در سلامت شهری، این انتظار می‌رود که در سال‌های آتی با بهبود وضعیت سرمایه اجتماعی و ابعاد آن در محلات منطقه چهارده، سطح کلی شاخص شهر سالم در منطقه مذکور و محلات آن به‌مقدار زیادی بهبود یابد و به بهبود جایگاه منطقه مورد مطالعه از لحاظ سطح توسعه نیز منجر شود.

برای شناخت و تبیین میزان اثرگذاری هر یک از عوامل و شاخص‌های شهر سالم و سرمایه اجتماعی در روند تحولات کمی و کیفی سلامت شهری در منطقه یک شهر تهران از آزمون رگرسیون خطی ساده (به‌روش ورود همزمان^۱ متغیرها) استفاده شده است. نتایج خلاصه مدل رگرسیونی پیش از انجام محاسبه مدل رگرسیونی اصلی نشان می‌دهد که الگو یا مدل رگرسیونی پژوهش با مقدار ($F=23$ و $R\text{-Square}=0.378$) قابلیت تبیین واریانس متوسط و قابل‌قبولی برای داده‌های شهر سالم و سرمایه اجتماعی در منطقه یک کلان‌شهر تهران را دارا می‌باشد؛ به‌عبارت‌دیگر نتایج اولیه خلاصه مدل رگرسیونی نشان می‌دهد که متغیر پیش‌بینی‌کننده سرمایه اجتماعی (و ابعاد آن)، مقدار ۳۷٪ از تغییرات مربوط به سلامت شهری در محلات مورد مطالعه منطقه یک کلان‌شهر تهران را تبیین می‌کند که از لحاظ قدرت تبیین‌کنندگی مدل‌های رگرسیونی در سطح متوسطی قرار دارد. هم‌چنین در این تبیین، نتایج حاصل از آزمون معناداری آن‌ووا^۲ نشان می‌دهد که مقدار خطای استاندارد محاسبه شده، از سطح مجاز (سطح بحرانی ۰.۸ در احتمالات بیشینه) کم‌تر به دست آمده است؛ بنابراین نتایج مدل رگرسیونی حاضر، قابلیت اتکا برای پیش‌بینی‌های آتی مربوط به سلامت شهری را نیز خواهند داشت (جدول ۱۸).

1. Enter
2. Anova

جدول ۱۸: نتایج خلاصه مدل رگرسیونی - به روش ورود همزمان - برای تبیین اثرگذاری متغیرهای سرمایه اجتماعی در روند تحولات و تغییر وضعیت

سلامت شهری در منطقه ۱

سطح معناداری	df	مقدار F	ضریب تعیین تعدیل شده	ضریب تعیین	ضریب r	مدل رگرسیونی
	۱۲۵ و ۱۱۹ و ۶	۲۳.۰۰	۰.۳۳۱	۰.۳۷۸	۰.۵۵۰	شهر سالم - سرمایه اجتماعی
b پیش‌گویی کننده (باقیمانده) = اعتماد، مشارکت، همبستگی و انسجام، عضویت در گروه‌های اجتماعی، آگاهی اجتماعی، حمایت، شاخص کل سرمایه اجتماعی.						

منبع: یافته‌های پژوهش، ۱۴۰۰

در ادامه به بررسی نتایج مربوط به بررسی و تحلیل اثرات متغیرهای مستقل شش‌گانه سرمایه اجتماعی در تغییر وضعیت متغیر وابسته سلامت شهری در محلات برگزیده منطقه یک کلان‌شهر تهران نشان می‌دهد از آنجایی که ضریب اثرات که با مقدار بتا^۱ (ضریب همبستگی جزئی برای پیش‌بینی اثرات) محاسبه می‌شود برای متغیرهای مورد بررسی از نظر مقدار بتا به ترتیب ابعاد اعتماد اجتماعی شهروندان به دوستان، آشنایان و همسایگان و نهادهای محلی در محله و منطقه سکونت خود $t=۰.۲۸۴$ ($B=۳.۰۴۰$)؛ $B=۰.۰۴۹$ ، بر خورداری از اتحاد و انسجام اجتماعی با همسایگان خود در مواقع ضروری $t=۵.۰۲۲$ ($B=۰.۰۱۰$)، عضویت در گروه‌ها و شبکه‌های اجتماعی $t=۶.۰۲۰$ ($B=۰.۰۲۵$)، و مشارکت موردی برای رفع برخی از مسائل و مشکلات محله و همسایگان که در حالت اضطرار پیش می‌آید $t=۱.۰۱۳$ ($B=-۰.۰۰۸$)، بیش‌ترین تأثیر را در مدل رگرسیونی محاسبه شده دارا می‌باشند. در ادامه ابعاد دیگر حمایت اجتماعی شهروندان ساکن در این محلات از یکدیگر و هم‌چنین آگاهی و شناخت پایین شهروندان نسبت به فضاها و مکان‌ها و مسائل و مشکلات موجود در محلات زندگی خود با کسب مقدار بتای بسیار کم و تا حدودی غیرقابل اعتنا دارای کم‌ترین تأثیر در مدل رگرسیونی پژوهش حاضر می‌باشند. در پایان مقدار ضریب بتا برای شاخص کل سرمایه اجتماعی برابر با $t=۷.۱۰$ ($B=۰.۰۳۹$) بوده که بیان‌گر تأثیر متوسط بر سلامت شهری در منطقه یک تهران می‌باشد.

بر اساس نتایج اوزان بتا و محاسبه شدت اثرگذاری‌های ابعاد سرمایه اجتماعی در سلامت شهری منطقه یک، مشخص شد که بیش‌ترین میزان اثرگذاری مربوط به سه متغیر اعتماد بالای شهروندان نسبت به دوستان، آشنایان و همسایگان نزدیک؛ حفظ اتحاد و انسجام اجتماعی در موارد ضروری و برای هم‌اندیشی درباره مسائل و مشکلات محله زندگی خود و یافتن راهکارهایی برای حل آن‌ها، هم‌چنین عضویت شهروندان در گروه‌ها و شبکه‌های اجتماعی (حقیقی و مجازی) که بیش‌تر در قالب شبکه‌های مجازی آنالاین در بستر اینترنت شکل می‌گیرند و به‌خصوص در سال‌های آتی تداوم بیش‌تری پیدا کرده‌اند از مهم‌ترین و اثرگذارترین عوامل در وضعیت کنونی و جایگاه کنونی سلامت شهری در محلات مورد مطالعه منطقه یک بوده که با توجه به قدرت پیشگویی-کنندگی و آینده‌نگری ضرایب بتای محاسبه شده، انتظار می‌رود که با بهبود وضعیت دیگر ابعاد و متغیرها و هنجارهای مربوط به آن‌ها در محلات مذکور که از ضرایب پایین‌تری برخوردار هستند، سطح کلی سلامت شهری در این منطقه و محلات آن در آینده افزایش یافته و بهبود چشمگیرتری را تجربه کند.

بر اساس نتایج اوزان بتا در مورد میزان اثرگذاری ابعاد مورد بررسی در تغییر وضعیت سلامت شهری قابل ذکر است که به ازای هر واحد تغییر در متغیرهای دارای ضریب بتای بالا و خصوصاً هر واحد تغییر در متغیرهای با اوزان بتای پایین‌تر، وضعیت سلامت شهری در محلات شهری منطقه یک کلان‌شهر تهران در سال‌های آتی نیز به همان میزان و به‌صورت مستقیم تغییر خواهد کرد. بر-این اساس، با هر گونه تغییر مثبت در جهت افزایش آگاهی اجتماعی و شناخت شهروندان از محل سکونت خود و ساکنان آن، یا تغییر در افزایش اعتماد خود نسبت به دیگران یا هم‌چنین تلاش در جهت افزایش اتحاد و انسجام اجتماعی در بین شهروندان محله

و منطقه، وضعیت سلامت شهری در منطقه مذکور و محلات آن نیز به صورت مستقیم بهبود یافته و کیفیت مناسب‌تری را به خود می‌گیرد و بالعکس.

هم‌چنین در ادامه بررسی و تحلیل مدل رگرسیونی پژوهش برای منطقه یک، نتایج محاسبه مقدار بتا برای بررسی تأثیر شاخص کل سرمایه اجتماعی در وضعیت شهر سالم در منطقه یک نشان‌دهنده مقدار بتای ۰.۲۵۰ می‌باشد که مقدار نسبتاً مناسب و قابل اعتنایی می‌باشد که با بهبود وضعیت شاخص کل سرمایه اجتماعی در محلات منطقه یک، به صورت مستقیم کیفیت سلامت شهری در محلات مذکور افزایش می‌یابد.

به‌طور کلی و در جمع‌بندی نهایی، با توجه به نتایج اوزان بتا برای تحلیل تأثیر شاخص‌های سرمایه اجتماعی در سلامت شهری منطقه یک نتیجه می‌گیریم که به ازای هر واحد تغییر در متغیر مستقل سرمایه اجتماعی (و عوامل شش‌گانه آن) در محلات برگزیده این منطقه، متغیر وابسته سلامت شهری و وضعیت آن در این محلات نیز به همان میزان تغییر خواهد کرد. این درحالی است که اگر روند تغییر ابعاد سرمایه اجتماعی به سمت بهبود باشد، سلامت شهری در این محلات نیز افزایش می‌یابد و بالعکس. در صورتی که تغییر وضعیت ابعاد سرمایه اجتماعی در محلات منطقه یک مانند کاهش اعتماد شهروندان نسبت به یکدیگر، عدم عضویت در گروه‌ها و شبکه‌های مجازی اجتماعی، عدم شناخت و آگاهی شهروندان از محل زندگی و مسائل و مشکلات آن یا کاهش مشارکت شهروندان ساکن در این محلات در گروه‌های مردمی و محلی، وضعیت سلامت شهری در محلات منطقه مذکور کاهش چشمگیری را تجربه می‌کند.

جدول ۱۹: نتایج آزمون رگرسیون خطی ساده برای بررسی اثرات سرمایه اجتماعی در سلامت شهری در منطقه ۱

متغیرهای مستقل	ضریب اثرات	مقدار T	خطای استاندارد	سطح معناداری (P)	نتیجه اثرگذاری
اعتماد	۰.۲۸۴	۳.۰۴۰	۰.۰۲۱	۰.۰۰۰**	تأیید
انسجام و همبستگی اجتماعی	۰.۲۷۶	۵.۰۲۲	۰.۰۲۶	۰.۰۰۳*	تأیید
مشارکت	-۰.۰۵۹	۷.۰۲۲	۰.۰۳۷	۰.۰۰۰**	تأیید
عضویت در گروه‌های اجتماعی	۰.۱۵۹	۶.۰۲۰	۰.۰۲۶	۰.۰۰۷*	تأیید
آگاهی اجتماعی	۰.۰۷۱	۵.۲۳۳	۰.۰۱۷	۰.۰۰۰**	تأیید
حمایت	-۰.۰۷۹	۴.۰۲۰	۰.۰۳۷	۰.۰۴۱*	تأیید
شاخص کل سرمایه اجتماعی	۰.۲۵۰	۷.۰۱۰	۰.۰۴۲	۰.۰۳۱*	تأیید

منبع: یافته‌های پژوهش، ۱۴۰۰

از آنجایی که مقدار معناداری به دست آمده برای هر یک از ابعاد مورد بررسی بین حداقل خطای مجاز ۰.۰۰۱ تا حداکثر خطای مجاز ۰.۰۵ در تغییر می‌باشد؛ بنابراین به‌طور میانگین و با اطمینان آماری ۹۵٪ می‌توان نتایج مدل رگرسیونی پژوهش در منطقه یک را پذیرفت و نتیجه گرفت که سرمایه اجتماعی (و شاخص‌های شش‌گانه آن) به صورت مستقیم در تغییر وضعیت سلامت شهری در سطح محلات برگزیده منطقه مذکور تأثیرگذار می‌باشند.

نتیجه‌گیری

تهران - کلان‌شهری که گهگاه آن را آلوده‌ترین شهر جهان می‌نامند - از آن جهت به‌عنوان قلمرو پژوهش حاضر برگزیده شده است که براساس آمار و اطلاعات موجود در حوزه‌های مختلف موثر بر سلامتی، فاصله قابل ملاحظه‌ای را با استانداردهای جهانی داراست. تمرکز آلاینده‌های هوا ناشی از تمرکز فعالیت‌های صنایع سنگین و تردد وسایل نقلیه، افزایش جمعیت و زباله، فقر و بیکاری، چالش‌های زیست‌محیطی و... از علائمی می‌باشند که پرداختن به مقوله سلامت شهری و شهر سالم را در این شهر اجتناب‌ناپذیر نموده‌اند، اما سوال این‌جا مطرح شد که چگونه می‌توان به یک شهر سالم دست یافت و مشکلات این‌چنینی را کاهش داد، باعث مطرح شدن و توجه به سرمایه اجتماعی شد. در این راستا بررسی و تحلیل وضعیت کنونی سلامت شهری و شاخص‌های آن در محلات برگزیده مناطق یک و چهارده کلان‌شهر تهران و جایگاه سرمایه اجتماعی و شاخص‌های آن در

محلات شهری در چه سطحی از مطلوبیت قرار دارد و کدام‌یک از عوامل سرمایه اجتماعی در ارتقای جایگاه سلامت شهری در محلات شهری تهران اثرگذاری بیش‌تری دارند، به‌عنوان اهداف اصلی پژوهش حاضر می‌باشند.

براساس نتایج ضریب همبستگی پیرسون، همبستگی موجود میان متغیرهای سرمایه اجتماعی و شهر سالم در منطقه یک برابر با ۰.۴۲۲ و برای منطقه چهارده ۰.۶۸۱ می‌باشد. معناداری محاسبه شده برای روابط همبستگی میان متغیرهای مذکور در هر دو منطقه یک و چهارده، در سطح معناداری ۰.۰۰۰؛ یعنی میزان خطای کم‌تر از ۰.۰۰۱ ($P \leq 0.001$) بوده که دلیل پذیرفتن نتایج به‌دست آمده است.

هم‌چنین نتایج اولیه خلاصه مدل رگرسیونی نشان می‌دهد که متغیر پیش‌بینی‌کننده سرمایه اجتماعی (و ابعاد آن)، در منطقه چهارده مقدار ۵۴٪ و در منطقه یک ۳۷٪ از تغییرات مربوط به روند تغییرات مربوط به سلامت شهری در محلات مورد مطالعه منطقه چهارده و یک کلان‌شهر تهران را تبیین می‌کند که از لحاظ قدرت تبیین‌کنندگی مدل‌های رگرسیونی در سطح نسبتاً بالایی قرار دارد. هم‌چنین در این تبیین، نتایج حاصل از آزمون معناداری آن‌ها نشان می‌دهد که مقدار خطای استاندارد محاسبه شده، از سطح مجاز (سطح بحرانی ۰.۸ در احتمالات بیشینه) کم‌تر به‌دست آمده است؛ بنابراین نتایج مدل رگرسیونی حاضر، قابلیت اتکا برای پیش‌بینی‌های آتی مربوط به سلامت شهری را نیز خواهند داشت.

بررسی و تحلیل اثرات متغیرهای مستقل شش‌گانه سرمایه اجتماعی در تغییر وضعیت متغیر وابسته سلامت شهری در محلات برگزیده منطقه چهارده کلان‌شهر تهران نشان می‌دهد که ضریب اثرات که با مقدار بتا محاسبه می‌شود برای متغیرهای مورد بررسی از نظر مقدار بتا به‌ترتیب:

- آگاهی و شناخت اجتماعی شهروندان از محله و منطقه سکونت خود ۰.۶۴۳؛

- اعتماد به دوستان، آشنایان و اهالی و نهادهای محلی ۰.۵۳۳؛

- انسجام و همبستگی اجتماعی ۰.۵۲۱؛

- ارائه حمایت‌های اجتماعی شهروندان از هم‌نوعان و همسایگان خود ۰.۴۷۱، بیش‌ترین تأثیر را در مدل رگرسیونی محاسبه شده دارا می‌باشند و ابعاد مشارکت و عضویت در گروه‌ها و شبکه‌های اجتماعی به‌علت برخورداری از میانگین کل کم‌تر، کم‌ترین سهم را در تأثیرات کلی مدل رگرسیونی محاسبه شده به‌خود اختصاص داده‌اند. هم‌چنین نتایج محاسبه مقدار بتا برای شاخص کل سرمایه اجتماعی در وضعیت شهر سالم در منطقه چهارده نشان‌دهنده مقدار بتای ۰.۳۲۸ می‌باشد که مقدار چشمگیر و قابل‌اعتنایی می‌باشد.

بررسی نتایج مربوط به تحلیل اثرات متغیرهای مستقل شش‌گانه سرمایه اجتماعی در تغییر وضعیت متغیر وابسته سلامت شهری در محلات برگزیده منطقه یک کلان‌شهر تهران نشان می‌دهد که ضریب اثرات برای متغیرهای مورد بررسی از نظر مقدار بتا به‌ترتیب:

- اعتماد اجتماعی شهروندان به دوستان، آشنایان و همسایگان و نهادهای محلی در محله و منطقه سکونت خود ۰.۲۸۴؛

- برخورداری از اتحاد و انسجام اجتماعی با همسایگان خود در مواقع ضروری ۰.۲۷۶؛

- عضویت در گروه‌ها و شبکه‌های اجتماعی ۰.۱۵۹؛

- و مشارکت موردی برای رفع برخی از مسائل و مشکلات محله و همسایگان که در حالت اظطرار پیش می‌آید ۰.۱۰۳، بیش‌ترین تأثیر را در مدل رگرسیونی محاسبه شده دارا می‌باشند. در ادامه ابعاد دیگر حمایت اجتماعی شهروندان ساکن در این محلات از یکدیگر و هم‌چنین آگاهی و شناخت پایین شهروندان نسبت به فضاها و مکان‌ها و مسائل و مشکلات موجود در محلات زندگی خود با کسب مقدار بتای بسیار کم و تا حدودی غیرقابل‌اعتنا دارای کم‌ترین تأثیر در مدل رگرسیونی پژوهش

حاضر می‌باشند. مقدار ضریب بتا برای شاخص کل سرمایه اجتماعی در منطقه یک برابر با ۰.۲۵۰ بود که بیان‌گر تأثیر متوسط بر سلامت شهری در منطقه یک تهران می‌باشد.

تحلیل نهایی نتایج هر دو مدل رگرسیونی نشان می‌دهد که هرچند سطح کلی سلامت شهری در محلات منطقه چهارده در مقایسه با منطقه یک چندان مطلوب نمی‌باشد، اما با توجه به تأیید شدن اثرگذاری (هرچند تا پیش از این اثرگذاری کمی داشته، اما با توجه به نتایج پیش‌بینی اوزان بتا در آینده تأثیرات چشمگیرتری را تجربه خواهد کرد) سرمایه اجتماعی و ابعاد آن در بهبود و افزایش سطح سلامت شهری، این انتظار می‌رود که در سال‌های آتی با بهبود وضعیت سرمایه اجتماعی و ابعاد آن در محلات منطقه چهارده، سطح کلی شاخص شهر سالم در منطقه مذکور و محلات آن نیز به مقدار قابل ملاحظه‌ای بهبود یابد و این بهبود جایگاه سلامت شهری در منطقه مذکور، حتی به ارتقای جایگاه منطقه و محلات آن از لحاظ سطح شاخص کلی توسعه نیز منجر شود و حتی (چه بسا) به تغییر و ارتقای جایگاه سیاسی-اجتماعی محلات در سطح کلان‌شهر تهران منجر شود.

در نهایت می‌توان گفت که نتایج تبیین اثرگذاری شاخص‌های سرمایه اجتماعی در سلامت شهری هر دو منطقه و محلات آن‌ها (در منطقه چهارده بیش‌تر و در منطقه یک کم‌تر)، قابلیت تعمیم‌پذیری به سایر محلات و مناطق ۲۲ گانه شهر تهران که دارای شرایط مشابهی با نمونه‌های مورد مطالعه در پژوهش حاضر باشند، را دارا می‌باشد.

نتایج پژوهش حاضر در مورد تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت شهری در شهر تهران با یافته‌های حقیقتیان و همکاران (۱۳۹۵)، در مورد وجود رابطه معنادار بین ابعاد سرمایه اجتماعی شامل: اعتماد، تعهد و مشارکت اجتماعی بر بازیافت زباله‌های شهری در کلان‌شهر شیراز، نتایج پژوهش سلطانی‌بهرام و همکاران (۱۳۸۹)، نقش سرمایه اجتماعی در توسعه مدیریت سلامت شهری در مورد ارتباط معنادار سرمایه اجتماعی با سلامت شهری شهروندان از طریق تأثیر پارامترهایی چون: اعتماد، تعامل متقابل و افزایش روح جمعی نسبت به آینده، با یافته‌های تحقیق نیک‌پور و همکاران (۱۳۹۴)، در مورد وجود رابطه و تأثیر معنادار سرمایه اجتماعی در ارتقای کیفیت محیط‌های شهری در شهر بابلسرموسو و هم‌جهت بوده و تصدیق‌کننده یکدیگر هستند.

نتایج پژوهش حاضر در مورد تأثیر معنادار سرمایه اجتماعی بر سلامت شهری در شهر تهران و این‌که سرمایه اجتماعی و سلامت شهری در مناطق مختلف تهران از وضعیت متوسط روبه بالایی برخوردار هستند با یافته‌های زیاری و همکاران (۱۳۹۷)، در مورد این‌که شاخص‌های سرمایه اجتماعی و شهر سالم در بندر ماهشهر وضعیت مناسبی ندارند در تضاد است، اما از این جهت که ابعاد و عوامل اعتماد، همبستگی و انسجام اجتماعی، مشارکت، احساس اثرگذاری و کارایی و حمایت بر متغیر شهر سالم در بندر ماهشهر تأثیر معناداری دارند با یافته‌های پژوهش حاضر در مورد اثرگذاری عوامل اعتماد، انسجام اجتماعی و عضویت در گروه‌ها و شبکه‌های اجتماعی در منطقه یک و اثرگذاری عوامل اعتماد، حمایت اجتماعی، آگاهی اجتماعی، انسجام و همبستگی اجتماعی، حمایت اجتماعی و تا حدودی مشارکت شهروندی در منطقه چهارده همسو بوده و یکدیگر را تأیید می‌کنند.

نتایج پژوهش حاضر در مورد تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت شهری و عوامل آن از جمله سلامت جسم و روان، محیط-زیست، آسایش و رفاه با یافته‌های صابری‌فر (۱۳۹۴)، در مورد اثر مثبت و معنادار سرمایه اجتماعی بر سلامت روان شهروندان در مشهد و به‌نوعی بین مؤلفه‌های اعتماد فردی و همبستگی و حمایت اجتماعی سرمایه اجتماعی و متغیر سکونت در محلات مختلف شهر، دسترسی به فضای باز و پارک‌ها، اشتغال، سن و دسترسی به مراکز بهداشتی و درمانی با سلامت روان رابطه معناداری وجود دارد، تأیید‌کننده و تکمیل‌کننده یکدیگر هستند. نتایج مقاله اریکسون (۲۰۱۱)، سرمایه اجتماعی اقدامی برای ارتقای سلامت جامعه، نشان می‌دهد سرمایه اجتماعی که به‌عنوان یک ویژگی فردی مفهوم‌سازی می‌شود، می‌تواند با افزودن دانش جدید در مورد چگونگی طراحی مداخلات شبکه‌های اجتماعی به بهترین وجه برای پاسخگویی به نیازهای گروه هدف، در زمینه ارتقای سلامت جامعه کمک کند، با یافته‌های پژوهش حاضر در مورد رابطه و تأثیر معنادار عضویت شهروندان در گروه‌ها و

شبکه‌های اجتماعی بر بهبود وضعیت سلامت شهری در محلات شهری منطقه یک شهر تهران در ارتباط بوده و تأیید کننده نتایج یکدیگر می‌باشند.

منابع

- ارجمندنیاء، اصغر. (۱۳۷۹). شهر سالم و روستای سالم. مجموعه مقالات سومین همایش کشوری بهداشت محیط. جلد سوم. کرمان. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان. صص ۱۰۴۹-۱۰۴۱.
- براتی، ناصر، یزدان‌پناه‌شاه‌آبادی، محمدرضا. (۱۳۹۴). ارزیابی سرمایه اجتماعی به‌عنوان عامل اساسی در ارتقای کیفیت زندگی در شهرهای جدید، نمونه موردی: شهر جدید پردیس. معماری و شهرسازی آرمان‌شهر. شماره ۱۵، پاییز و زمستان، صص ۲۹۹-۲۸۹.
- پاتنام، رابرت. (۱۳۹۳). دموکراسی و سنت‌های مدنی (ترجمه دلفروز، محمدتقی). تهران: انتشارات وزارت کشور.
- پاتنام، رابرت. (۱۳۸۰). دموکراسی و سنت‌های مدنی (ترجمه دلفروز، محمدتقی). تهران: انتشارات سلام.
- پاتنام، رابرت. (۱۳۸۴). جامعه برخوردار، سرمایه اجتماعی، اعتماد، دموکراسی و توسعه (ترجمه: خاکباز و پویان). تهران: نشر شیرازه.
- پیراهری، نیر، تاجیک، منصوره. (۱۳۹۵). بررسی مشارکت شهروندان تهرانی در امور شهری با تأکید بر شهر سالم (منطقه ۱ و ۲۰ شهر تهران). فصلنامه علمی- پژوهشی نگرش‌های نو در جغرافیای انسانی. سال ۸، شماره ۴، پاییز، صص ۱۱۰-۹۵.
- پلتن، فخرسادات، نیکام، فاطمه. (۱۳۹۱). بررسی نقش سرمایه اجتماعی بر رضایت از کیفیت زندگی (مطالعه موردی شهروندان ۳۰ سال و بالاتر شهر نورآباد ممسنی). مطالعات علوم اجتماعی ایران. سال نهم، شماره سی و چهارم، پاییز، صص ۳۱-۱۵.
- توکلی‌نیا، جمیله، استادی‌سیسی، منصور. (۱۳۸۸). تحلیل پایداری محله‌های کلان‌شهر تهران با تأکید بر عملکرد شورایی‌ها (نمونه موردی: محله‌های اوین، درکه و ولنجک). پژوهش‌های جغرافیای انسانی. دوره ۴۱، شماره ۷۰، صص ۴۳-۲۹.
- جوان‌پور، محمدعلی، گرجی‌دوز، سمیه، سبحانی، عبدالرضا. (۱۳۹۶). تحلیلی بر سرمایه اجتماعی در سازمان. فصلنامه مطالعات مدیریت و حسابداری. دوره ۳، شماره ۴، زمستان، صص ۱۲۵-۱۰۸.
- حاجی‌پور، خلیل. (۱۳۸۵). برنامه‌ریزی محله‌مبنا رهیافتی کارآمد در ایجاد مدیریت شهری پایدار. نشریه هنرهای زیبا. شماره ۲۶، صص ۴۶-۳۷.
- حقیقتیان، منصور، قلی‌پور، کیانوش، هاشمیان‌فر، علی. (۱۳۹۵). بررسی تاثیر ابعاد سرمایه اجتماعی بر باز یافت زباله‌های شهری در کلان‌شهر شیراز. فصلنامه برنامه‌ریزی منطقه‌ای. سال ۶، شماره ۲۲، صص ۹۶-۸۳.
- حیدری، اصغر، قلی‌پور، سارا، ابدالی، یعقوب. (۱۳۹۵). بررسی و تحلیل شاخص‌های شهر سالم در شهر کرمان. دومین کنگره بین‌المللی زمین، فضا و انرژی‌های پاک با محوریت مدیریت منابع طبیعی، کشاورزی و توسعه پایدار.
- رمزگیر، فاطمه، ملکی، سعید. (۱۳۹۷). تحلیل ویژگی‌های یک محله سالم از دیدگاه شهروندان (نمونه موردی: محله ۳ شهر ایوانغرب). فصلنامه مطالعات عمران شهری. دوره دوم، شماره چهارم، بهار، صص ۵۵-۴۰.
- رهنما، محمدرحیم، افشار، زهرا، رضوی، محمدمحسن. (۱۳۹۰). تحلیل شاخص‌های شهر سالم در محله بهارستان شهر مشهد. سومین کنفرانس برنامه‌ریزی و مدیریت شهری. ۳۱ فروردین و ۱ اردیبهشت، مشهد مقدس.
- زارعی‌متین، حسن، قنبری، علی‌اکبر، قانع، مرضیه. (۱۳۹۵). مدیریت سرمایه اجتماعی. انتشارات مهران.
- زیاری، کرامت‌الله، جانبانزاده، محمدحسین. (۱۳۹۱). اصول و معیارهای شهر سالم. سپهر. دوره بیست و یکم، شماره هشتاد و دوم، صص ۵۶-۵۰.
- زیاری، کرامت‌الله، آروین، محمود، بذرافکن، شهرام. (۱۳۹۷). بررسی تاثیر سرمایه اجتماعی بر تحقق شهر سالم (مطالعه موردی: بندر ماهشهر). مطالعات جامعه‌شناختی شهری. سال ۹، شماره ۲۹، زمستان، صص ۳۲-۱.
- شیخی، م. (۱۳۷۸). دیدگاه‌های نوین در مدیریت شهر سالم (تحلیلی از دیدگاه جامعه‌شناسی). اولین همایش مدیریت توسعه پایدار در نواحی شهری. دانشگاه تبریز. صص ۱۲۱-۱۱۳.
- صابری‌فر، رستم. (۱۳۹۴). بررسی اثر سرمایه اجتماعی بر سلامت روان شهروندان (نمونه موردی شهر مشهد). مجله پژوهش سلامت. دوره ۱، شماره ۲، زمستان، صص ۱۱۲-۱۰۵.
- ضرابی، اصغر، قدمی، مصطفی، کنعانی، محمدرضا. (۱۳۹۲). ارزیابی سکونتگاه‌های شهری با رویکرد شهر سالم در استان مازندران. فصلنامه علمی- پژوهشی رفاه اجتماعی. سال دوازدهم، شماره ۴۷، صص ۱۵۱-۱۳۱.
- ضرابی، اصغر، قنبری، محمد. (۱۳۸۹). شهر سالم. مرکز پژوهش‌های علوم جغرافیایی و اجتماعی دانشگاه تربیت معلم سبزوار.
- عباس‌زاده، محمد، میرزایی، حسین، علیاری، لورا. (۱۳۹۴). تاثیر سرمایه فرهنگی و اجتماعی بر مشارکت شهروندان در تفکیک و جمع‌آوری زباله‌های خانگی (نمونه موردی: شهروندان شهر ارومیه). مطالعات جامعه‌شناختی شهری. سال ۵، شماره ۱۴، صص ۱۰۲-۷۵.

عبدالله‌زاده‌فرد، علی‌رضا. (۱۳۹۷). بررسی نقش سرمایه اجتماعی در ارتقای رفتار شهروندی ساکنان محله‌های شهری (مطالعه موردی: محله ایوردی و کوی دانشگاه شیراز). مطالعات محیطی هفت حصار. شماره ۲۳، سال ۶، صص ۱۸-۵.

علوی، سیدعلی، عبودی، محمدرضا، دانشور، مهناز. (۱۳۹۷). سنجش شاخص‌های ذهنی کیفیت زندگی شهری با رویکرد شهر سالم مطالعه موردی: شهر بهبهان. آمایش جغرافیا فضا. دوره ۸، شماره ۲۸، صص ۱۸-۱.

فرهادی، رودابه. (۱۳۸۹). ارزیابی مشارکت مردم در پروژه شهر سالم کوی سیزده آبان. جغرافیا (فصلنامه علمی- پژوهشی انجمن جغرافیای ایران). دوره جدید، سال هشتم، شماره ۲۷، زمستان، صص ۱۵۷-۱۳۷.

فقهی‌فرهنگد، ناصر. (۱۳۸۹). مدیریت شهر سالم با رویکرد استراتژیک برنامه‌ریزی. دومین همایش ملی شهر سالم سبزوار.

فولادی، سحر. (۱۳۹۱). تحلیل رابطه میزان مشارکت مردمی و تحقق شهر سالم (نمونه موردی: کوی ۱۳ آبان شهر ری). پایان‌نامه کارشناسی ارشد. برنامه-ریزی شهری و منطقه‌ای. دانشگاه هنر و معماری. دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.

ماجدی، سیدمسعود، لهسانی، عبدالعلی. (۱۳۸۵). بررسی رابطه بین متغیرهای زمینه‌ای، سرمایه اجتماعی و رضایت از کیفیت زندگی کاری: مطالعه موردی در روستاهای استان فارس. فصلنامه روستا و توسعه. دوره ۹، شماره ۴، صص ۱۳۶-۹۱.

محمدی، مویدفر. (۱۳۹۱). ارزیابی تطبیقی وضعیت شاخص‌های شهر سالم در شهرهای مناطق خشک (شهر اردکان). فصلنامه جغرافیا (برنامه‌ریزی منطقه-ای). سال سوم، شماره چهارم، پاییز، صص ۵۴-۳۷.

محمدی‌ده‌چشمه، مصطفی. (۱۳۹۰). ایمنی و پدافند غیرعامل شهری، محور بین‌رشته‌ای. انتشارات دانشگاه شهید چمران اهواز.

محمدی‌نژاد، هادی، پورجعفر، محمدرضا، آذری، امید، علی‌زاده، امین، بمانیان، محمدرضا، انصاری، مجتبی. (۱۳۸۸). تعامل دستور کار ۲۱ و فرایند تحقق‌پذیری شهر سالم؛ با ارائه راهکارها و پیشنهادهایی در شرایط معاصر ایران. علوم و تکنولوژی محیط‌زیست. دوره دهم، شماره چهارم، زمستان، صص ۳۵۶-۳۴۰.

مصطفی‌پور، احسان، حقیقتیان، منصور، محمدی، اصغر. (۱۳۹۷). تبیین جامعه‌شناختی میزان سرمایه اجتماعی محله‌های شهر تهران. مطالعات جامعه‌شناسی. سال ۱۰، شماره ۳۸، بهار، صص ۲۰-۷.

نظم‌فر، حسین، علوی، سعیده، عشقی‌چهاربرج، علی. (۱۳۹۷). تحلیل فضایی سکونتگاه‌های شهری استان گلستان از لحاظ شاخص‌های شهر سالم. مجله آمایش جغرافیایی فضا. فصلنامه علمی- پژوهشی دانشگاه گلستان. سال ۸، شماره مسلسل ۳۰، زمستان، صص ۲۲۸-۲۱۳.

نوبهار، وحید. (۱۳۸۱). سیاست سلامت در مدیریت شهری، پروژه شهر سالم. مجموعه مقالات اولین همایش نقد عملکرد شهرداری مشهد. مشهد: شهرداری مشهد. معاونت فرهنگی اجتماعی. صص ۱۰۸.

نوغانی، محسن، اصغرپورماسوله، احمدرضا؛ صفا، شیما، کرمانی، مهدی. (۱۳۸۸). کیفیت زندگی کاری و رابطه آن با سرمایه اجتماعی در شهر مشهد. مجله علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد. دوره ۵، شماره ۱، صص ۱۴۰-۱۱۱.

نیک‌پور، عامر، رمضان‌زاده‌لسبویی، مهدی، واحدی، حیدر. (۱۳۹۴). ارزیابی سرمایه اجتماعی و تأثیر آن در ارتقاء کیفیت محیط‌های شهری (مطالعه موردی: شهر بابلسر). فصلنامه برنامه‌ریزی منطقه‌ای، سال پنجم، شماره ۱۹، پاییز، صص ۱۲۶-۱۱۵.

هاشمی‌دمنه، لیلیاسادات، پورفهمی، کوثر. (۱۳۹۶). اصول برنامه‌ریزی شهر سالم. سومین کنفرانس سالانه پژوهش‌های معماری، شهرسازی و مدیریت شهری.

- Barton, H, & Tesoro, K, (2011), Planning Healthy City, Translator: Mitra Attariyan, Research Planning city Center, Tehran.
- Bourdieu P. (1986). The forms of capital. In Richardson J. Hand book of theory and research for the sociology of education. 1st Editon, Green wood press. New York. 1986.
- Chiras, D. & Wann, D. (2003). Superbia!. Gabriola Island: New Society Publishers.
- Eriksson, Malin (2011). Social capital and health. implications for health promotion. Global Health Action 2011, 4: 5611 - DOI: 10.3402/gha.v4i0.5611.
- Fridman, John. (1998). Toward a non - Euclidian mode of planning - APA journal. Autumn , 482.
- Gray KM, Upadhyaya HP, Deas D, Brady KT. (2006). Advances in diagnosis of adolescent substance abuse. Adolesc Med Clin. 2006; 17:411-25.
- Gülümser, A. A., Levent, T. B., Nijkamp, P, Poot, J. (2012). The Role of Local and Newcomer Entrepreneurs in Rural Development: A Comparative Meta-analytic Study. Research Memorandum 2012-1, Faculty of Economics and Business Administration, Vrije Universitrit Amsterdam.
- Harpham T, Grant E, Rodriguez C. (2004). Mental health and social capital in Cali. Colombia. Soc Sci Med 2004; 11(58): 2267-77.
- Hung, Natalee & Leehang Lau, Lincoln (2019). The relationship between social capital and self-rated health: a multilevel analysis based on a poverty alleviation program in the Philippines. BMC Public Health volume 19. Article number: 1641 (2019) Cite this article.
- Kay, A. (2005). Social Capital, the Social Economy and Community Development. Oxford University Press and Community, Development Journal, Advance Access Publication.

- KUZIOR, Aleksandra, SOBOTK, Bartosz (2019). THE ROLE OF SOCIAL CAPITAL IN THE DEVELOPMENT OF SMART CITIES. SCIENTIFIC PAPERS OF THE SILESIAN UNIVERSITY OF TECHNOLOGY. ORGANISATION AND MANAGEMENT SERIES NO. 134.
- Mc. Carney. P & others. (1995). Towards and unerstanding of Governance-The emergency of and idea and its implications for urban research in developing contries uneverstity of Toronto.
- Mpanje, Desire, Gibbons, Pat and Ronan McDermott (2018). Social capital in vulnerable urban settings: an analytical framework. *Journal of International Humanitarian Action* (2018) 3:4, Pp 14- 1.
- Nikpey. V, Hatami nezhad. H., (2011). Evaluation of Indices sustainable (Healthy City) in the neighborhood Qasmabad Yazd. National Conference Healthy City, Sabzevar.
- Oxford university. (2007). Oxford Learners Dictionary. Oxford: Oxford University.
- UN- HABITAT. (2007). Campaign on urban governance. Campaign on urban governance. www.unhabitat.org.
- Whittingham, N. (2013). Towards the healthy city: An urban planner's reflection on health, and wellbeing. *Global Built Environment Review*, 8(2), 61-87.
- World Bank. (2018). Urban Development. Retrieved 29 May 2018, from www.worldbank.org/en/topic/urbandevelopment/overview.
- Zahedi Mazandarani MJ. (2003). Development and inequality. Tehran; Mazeiar Press; 2003.