Research Article

The Iranian Journal of Health Insurance | Volume 5, Issue 2, Summer 2022 | Pages: 143-154

journal.ihio.gov.ir

Investigation the Relationship Between Social Capital and Public Health in Iran's Legatum Prosperity Index with Canonical Correlation Analysis

Amin Faghfouri Azar[1] PhD, Fatemeh Bakouie[2*] PhD, Mohammad Hosein Mahdavi Adeli[3] PhD, Reza Radfar[1] PhD, Mohammad Ali Afshar Kazemi[1] PhD

[1]Department of Industrial Management, Science and Research branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

[2]Department of Cognitive Modeling and Cognitive Rehabilitation, Institute for Cognitive & Brain Sciences, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

[3]Department of Economics, Faculty of Economics and Administrative Sciences, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

***Correspondence to:** Fatemeh Bakouie, Email: fatemeh.bakouie@gmail.com

Received: March 18, 2022 **Revised:** July 11, 2022 **Accepted:** July 21, 2022 **Online Published:** August 21, 2022

Abstract

Introduction: Health, as an inherent value for humans, plays an important role in improving the happiness of society and the prosperity of individuals, and is often considered as a key component of human capital that leads to greater economic growth. The concept of social capital shows how the social structure of a group can act as a valuable resource for its people to achieve their goals at a lower cost. Considering health as an asset means the decentralization of policies from risk factors to a more comprehensive perspective based on social factors, including social capital, and the upcoming research was conducted on this basis.

Methods: This research was descriptive and correlational. Data analysis was performed through canonical correlation and multiple regression using secondary data collected by Legatum Institute in 2021 and data related to Iran in the period from 2007 to 2020, with the 24th edition of SPSS software.

Results: According to the significance of Pillais and Wilkes tests at a significance level of 5%, the correlation coefficient of social capital and health was determined to be 0.89. According to the structural coefficients, elements of longevity, physical health, mental health, care systems, preventive interventions, and high-risk behavioral factors had the greatest impact on the canonical variable of health, respectively. Based on the standard coefficients, it was found that interpersonal trust has the greatest impact on health, and institutional trust, social networks, civil and social participation, and personal and family relationships as elements of social capital, were placed in the next priorities of impact on health.

Conclusion: Social capital plays an important role in understanding the determinants of health, and it is inevitable to pay special attention to it by policymakers in order to eliminate health inequalities. This is the basis in Iran's health policy process, which is still facing many challenges, in addition to paying attention to hardware and treatment-oriented strategies, social capital can and should be given special importance as one of the most important determinants of health.

Keywords: Social Capital, Health, Health System, Legatum Prosperity Index, Canonical Correlation Analysis

Highlights

1. Physical health is related to more participation in social activities and mental health is related to increased civic participation and trust level.
2. The role of social capital in health policies is very important, including eliminating health inequalities and preventing the occurrence of non-communicable diseases.
3. Social capital with mechanisms based on sources of trust, moral support, knowledge and social participation can promote mental and physical health.

Citation:
Faghfouri Azar A, Bakouie F, Mahdavi Adeli MH, Radfar R, Afshar Kazemi MA. Investigation the Relationship Between Social Capital and Public Health in Iran's Legatum Prosperity Index with Canonical Correlation Analysis. Iran J Health Insur. 2022;5(2):143-54.

Copyright © 2022 The Author(s); Published by National Center for Health Insurance Research. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

مقاله پژوهشی

فصلنامه علمی- پژوهشی بیمه سلامت ایران | دوره ۵، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۱ | صفحات ۱۵۴ تا ۱۴۳

journal.ihio.gov.ir

بررسی رابطهٔ سرمایهٔ اجتماعی با سلامت عمومی در شاخص رفاه لگاتوم ایران با تحلیل همبستگی کانونی

امین فغفوری آذر[۱] PhD، فاطمه باکوئی[۲*] PhD، محمدحسین مهدوی عادلی[۳] PhD، رضا رادفر[۱] PhD، محمدعلی افشارکاظمی[۱] PhD

[۱]گروه مدیریت صنعتی، دانشکدهٔ مدیریت و اقتصاد، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
[۲]گروه مدل‌سازی کارکردهای عالی شناختی، پژوهشکدهٔ علوم شناختی و مغز، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران
[۳]گروه اقتصاد، دانشکدهٔ علوم اداری و اقتصادی، دانشگاه فردوسی، مشهد، ایران

* **نویسنده مسئول:** فاطمه باکوئی، پست الکترونیک: fatemeh.bakouie@gmail.com

دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۱۸ **تصحیح:** ۱۴۰۱/۰۴/۲۴ **پذیرش:** ۱۴۰۱/۰۵/۰۳ **انتشار آنلاین:** ۱۴۰۱/۰۵/۳۰

چکیده

مقدمه: سلامت به‌عنوان ارزش ذاتی برای انسان‌ها، نقش مهمی در بهبود سعادت جامعه و رفاه افراد دارد و اغلب به‌عنوان مؤلفه‌ای کلیدی از سرمایهٔ انسانی تلقی می‌شود که به رشد اقتصادی بیشتر منجر می‌شود. مفهوم سرمایهٔ اجتماعی نشان‌دهندهٔ آن است که چگونه ساختار اجتماعی یک گروه می‌تواند به‌عنوان منبعی باارزش برای افراد آن عمل کند تا با هزینهٔ کمتر، به اهداف خود دست یابند. تلقّی سلامت به‌عنوان یک دارایی، به‌معنای تمرکززدایی سیاست‌ها از عوامل مخاطره‌آمیز به دیدگاهی جامع‌تر و مبتنی‌بر عوامل اجتماعی، ازجمله سرمایهٔ اجتماعی است و تحقیق پیش‌رو نیز برهمین اساس انجام شد.

روش بررسی: این تحقیق از نوع توصیفی و همبستگی بود. تحلیل داده‌ها از طریق همبستگی کانونی و رگرسیون چندگانه با استفاده از داده‌های ثانویهٔ گردآوری‌شده ازسوی مؤسسهٔ لگاتوم در سال ۲۰۲۱ میلادی و داده‌های مرتبط با ایران در بازهٔ زمانی ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۹، با ویرایش ۲۴ نرم‌افزار SPSS انجام شد.

یافته‌ها: با توجه به معناداری آزمون‌های پیلایس و ویلکز در سطح معناداری ۵درصد، ضریب‌همبستگی سرمایهٔ اجتماعی و سلامت ۰/۸۹ تعیین شد. با توجه به ضرایب ساختاری، عناصر طول‌عمر، سلامت جسم، سلامت روان، نظام‌های مراقبت، مداخلات پیشگیرانه و عوامل رفتاری پرخطر، به‌ترتیب بیشترین تأثیر را بر متغیر کانونی سلامت داشتند. براساس ضرایب استاندارد، مشخص شد اعتماد بین فردی، بیشترین تأثیر را بر سلامت دارد و اعتماد نهادی، شبکه‌های اجتماعی، مشارکت مدنی و اجتماعی و روابط شخصی و خانوادگی به‌عنوان عناصر سرمایهٔ اجتماعی، در اولویت‌های بعدی تأثیر بر سلامت قرار گرفتند.

نتیجه‌گیری: سرمایهٔ اجتماعی نقش مهمی بر درک عوامل تعیین‌کنندهٔ سلامت دارد و توجه ویژه به آن ازسوی سیاست‌گذاران به‌منظور رفع نابرابری‌های سلامت، گریزناپذیر است. برهمین‌اساس در روند سیاست‌گذاری‌های سلامت ایران که همچنان با چالش‌های متعدد مواجه است، افزون‌بر توجه به راهبردهای سخت‌افزاری و درمان‌محور، می‌توان و باید اهمیت ویژه‌ای برای سرمایهٔ اجتماعی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل تعیین‌کنندهٔ سلامت، قائل شد.

واژگان کلیدی: سرمایهٔ اجتماعی، سلامت، شاخص رفاه لگاتوم، نظام سلامت، تحلیل همبستگی کانونی

نکات ویژه

۱. سلامت جسم با مشارکت بیشتر در فعالیت‌های اجتماعی و سلامت روان با افزایش مشارکت مدنی و سطح اعتماد، ارتباط دارد.
۲. نقش سرمایهٔ اجتماعی در سیاست‌های سلامت ازجمله رفع نابرابری‌های سلامت و جلوگیری از بروز بیماری‌های غیرواگیر، بسیار مهم است.
۳. سرمایهٔ اجتماعی با مکانیزم‌های مبتنی‌بر منابع اعتماد، حمایت اخلاقی، دانش و مشارکت اجتماعی می‌تواند سلامت روانی و جسمی را ارتقا دهد.

مقدمه

مروری بر مطالعات متعدد در حوزه‌های مختلف علوم انسانی حاکی از آن است که اهمیت سلامت در روند زندگی مردم سراسر دنیا بسیار ارتقا یافته است. سلامت به‌عنوان عامل اصلی تندرستی و شادی، به افراد این امکان را می‌دهد که علاوه‌بر زندگی طولانی، فرحبخش و بهره‌ور، بتوانند از زندگی، مطالعه، کار و وقت گذراندن با دیگران، لذت ببرند [۲،۱]. نه‌تنها کودکان سالم در آموختن کارایی بیشتری دارند، بلکه بزرگسالان سالم نیز می‌توانند از دیگران مراقبت کنند و زندگی شخصی و کاری بهتری داشته باشند؛ در نتیجه سلامت، یک عامل توانمندساز مهم و پیش‌نیاز دستیابی نه‌فقط به اهداف و بلندپروازی‌های فردی، بلکه دستیابی به اهداف اجتماعی و اقتصادی نیز محسوب می‌شود. نکتهٔ مهم در این میان، آن است که برخورداری از سطوح بالای سلامت، فقط از مجرای دریافت خدمات سلامت ایجاد نمی‌شود، بلکه به میزان زیادی به عوامل اجتماعی و تعیین‌کننده‌های سلامت نیز وابسته است که مجموع این عوامل بر میزان سلامت افراد و جوامع اثر می‌گذارند [۳-۵].

سلامت مردم متأثر از اکوسیستم‌های اجتماعی، اقتصادی و فیزیکی

و البته رفتارهای فردی است که در آنها زندگی می‌کنند[۶]. ایدهٔ استفاده از سیاست‌ها و اقدام‌های منسجم در بخش‌های عمومی جامعه با هدف تحقق اهداف اجتماعی در حیطه‌های مختلف با تأکید بر پایداری توسعه، توجه بسیاری از سیاست‌گذاران را به خود جلب کرده و در سطوح مختلف حاکمیت کشورها، تلاش‌های بسیاری برای جهت‌دهی این جنبه‌ها در سیاست‌گذاری‌های کلان انجام شده است. در واقع ریشهٔ «سلامت در تمام سیاست‌ها» به اوایل دورهٔ بهداشت عمومی بازمی‌گردد که در اواخر دههٔ ۱۹۹۰ مطرح شد و با جزئیات عمیق در دومین دورهٔ ریاست فنلاند بر اتحادیهٔ اروپا در سال ۲۰۰۶ بررسی شد [۸،۷]. هدف از تحقق رویکرد سلامت در تمام سیاست‌ها، تسهیل حمایت‌هایی است که در چارچوب قوانین بین‌المللی تدوین و براساس قانون اساسی و سیاست‌های ملی بسیاری از کشورها اجرا شده‌اند. این رویکرد که ریشه در حقّ سلامت و حقوق بشر مرتبط با سلامت دارد، رویکرد حقوق‌محور به سلامت است که برای درنظر گرفتن مسئولیت‌های دولت در قبال خدمات سلامت پایه و تعیین‌کننده‌های سلامت، تکامل یافته است [۱۰،۹].

سلامت در بافتار توسعه

اگرچه کاربست‌های رویکردهای سلامت در تمام سیاست‌ها، عمدتا در اقتصادها و نظام‌های دولتی بیشتر توسعه‌یافته مستند شده‌اند [۱۱-۱۴]، اما ریشه‌های آن می‌تواند به جوامع دارای درآمد پایین ازجمله جنبش بهداشت عمومی ابتدایی در اوایل قرن نوزدهم در اروپا تا جنبش ارتقای سلامت در امریکای لاتین در دههٔ ۱۹۳۰ و نخستین مرحلهٔ ایجاد دولت‌های رفاه اروپایی نسبت داده شود[۱۵،۱۲]. در چنین بافتارها و اغلب در نبود نظام سلامت خوش‌کارکرد، بهبودهای اصلی سلامت از طریق مداخله‌های عمومی درون و بیرون از بخش سلامت در حیطه‌هایی مانند آب، خوراک و تغذیه، فاضلاب، اسکان، آموزش و حمل‌ونقل محقق می‌شوند. در عمل، موارد مستندشدهٔ سلامت در تمام سیاست‌ها گرایش دارند تا به جوامعی با بخش سلامت قدرتمند، ظرفیت بالا برای هماهنگی بین‌بخشی، اتفاق‌نظر اجتماعی قدرتمند و تعهد سیاسی به آرمان‌های اجتماعی، مانند سلامت، تندرستی، منابع مالی، انسانی و فنی در دسترس اشاره داشته باشند [۱۷،۱۶].

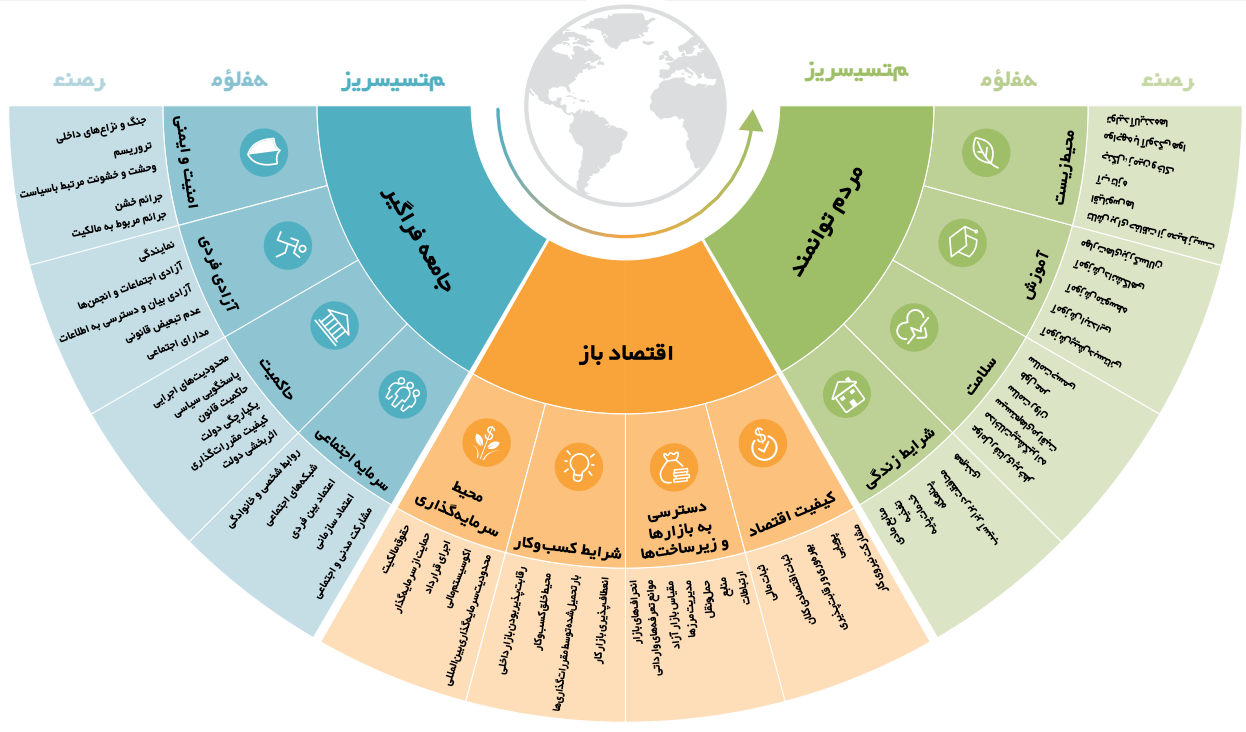
در کشورهای با درآمد پایین، چنین شرایطی اغلب یا ضعیف هستند یا وجود ندارند. درحالی‌که فهم و درک ارتباط میان سلامت و شاخص‌های اقتصادی توسعه، امری پیچیده به حساب می‌آید، اما مدتی است که همبستگی سلامت با میانگین درآمد جمعیت، پذیرفته شده است و گاهی اوقات، افزایش درآمد به‌عنوان پیش‌نیاز سلامت خوب درنظر گرفته می‌شود[۱۸]. در حالی که سلامت خوب، جزء ذاتی ابعاد تندرستی محسوب می‌شود، در بهره‌وری و رشد اقتصادی نیز نقش دارد [۱۹-۲۱]. با وجود این، طیف گسترده‌ای از عوامل مداخله‌گر تعیین می‌کنند که رشد اقتصادی یا درآمد افزایش‌یافته به سلامت بهتر منجر می‌شود یا خیر و اینکه سلامت بهتر در اختیار چه کسانی قرار خواهد گرفت[۲۲]. متون علمی مرتبط با عدالت در سلامت و تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت به نقش درون‌دادهای چندگانه تعیین‌کنندهٔ پیامدهای سلامت درون و بیرون از بخش سلامت اشاره داشته‌اند [۲۳-۲۷]. درآمدهای فردی بالاتر ممکن است از طریق حمایت از دسترسی بهتر به آب آشامیدنی و سیستم فاضلاب، مسکن درخور شأن، آموزش و خدمات سلامت، به بهبود سلامت منجر شوند [۲۸-۳۰] و آموزش، به‌ویژه برای زنان، ارتباط قدرتمندی با رفتارهای سلامت بهتر و سلامت کودکان دارد [۳۱-۳۴]. با وجود چنین مواردی، اما باید توجه داشت که این مسیرهای علّیتی به صورت خودکار از افراد به عموم مردم منتقل نمی‌شوند. عواملی مانند جنسیت، سن، قومیت، نژاد و شهری یا روستایی بودن بر مسیر تبدیل درون‌دادها به سلامت خوب اثرگذار هستند و ممکن است بی‌عدالتی‌های قابل‌توجهی در دسترسی به خدمات سلامت و تفاوت‌های پیامدهای سلامت ایجاد کنند [۳۵-۳۸].

شاخص رفاه لگاتوم

در آخرین گزارش مؤسسهٔ لگاتوم که براساس آمارهای سال ۲۰۲۱ منتشر شده، بر ایجاد مسیرهایی برای حرکت از فقر به سمت رفاه با تمرکز بر درک چگونگی ایجاد و تداوم آن تأکید شده است. براساس این نگرش، خاستگاه رفاه را باید فرا و ورای برخورداری از ثروتِ صرف جستجو کرد؛ زیرا این امر فراتر از امور مالی و مشتمل بر امور سیاسی، قضایی، سعادت و همچنین هویت یک ملّت و درواقع مترصد ایجاد محیطی است که فرد در آن باید قادر باشد به تمام توانایی‌های خود برسد. رفاه ملّی سنجه‌ای واقعی از این موضوع است که آیا یک ملّت، حقیقتاً به ظرفیت بالقوهٔ مردمان خود، به‌طور هم‌زمان و توأمان از منظر ظرفیت تولید، رفاه و سعادت جمعی، دست یافته است یا خیر؟ هدف از توسعهٔ چنین شاخصی، آن است که به ابزاری برای رهبران و سیاست‌گذاران در سراسر جهان در راستای تنظیم برنامه‌های کاری رشد و توسعه تبدیل شود [۳۹].

گستره و مؤلفه‌های شاخص رفاه لگاتوم

بحث درخصوص رفاه، موضوعی چندوجهی است و نمی‌توان آن را با سنجه‌های تک‌بعدی، خطی و ساده تعریف کرد و برهمین‌اساس شاخص رفاه لگاتوم درپی سنجش، بررسی و درک پیچیدگی‌های این موضوع تا حدّ امکان است. چارچوب گسترهٔ این شاخص به سه زیرسیستم یا حیطه افراز می‌شود که عبارتند از جوامع فراگیر، اقتصادهای باز و مردم توانمند که درواقع بنیان‌های ضروری رفاه محسوب می‌شوند که در مجموع، شامل ۱۲ مؤلفهٔ هم‌وزن است (تصویر ۱). توجه به این نکته مهم است که مؤلفه‌های هر حیطه نه‌تنها با دیگر مؤلفه‌های همان حیطه مرتبط هستند، بلکه با مؤلفه‌های دیگر حیطه‌ها نیز ارتباط دارند. بنابراین هر مؤلفه باید در بافتاری گسترده‌تر از حیطهٔ خود درنظر گرفته شود. برای هر یک از ۱۲ مؤلفهٔ موجود در سه زیرسیستم و حیطهٔ مورد نظر، مفاهیمی کلیدی که از یک‌سو به‌بهترین شکل آنها را تعریف کنند و از دیگرسو برای تبیین آنها ضروری هستند، شناسایی و در نهایت، ۶۵ عنصر متمایز و سیاست‌محور، ذیل ۱۲ مؤلفه سازمان‌دهی شدند. ارتباط میان ۶۵ عنصر، ۲۱ مؤلفه و ۳ حیطهٔ مورد نظر در تصویر ۱ که اینفوگرافی جامعی از ساختار شاخص رفاه لگاتوم است، مشاهده می‌شود. همچنین روند تغییر رتبهٔ شاخص رفاه لگاتوم ایران در



تصویر۱ | ارتباط میان زیرسیستم‌ها و حیطه‌ها، مؤلفه‌ها و عناصر تشکیل‌دهندهٔ شاخص رفاه لگاتوم

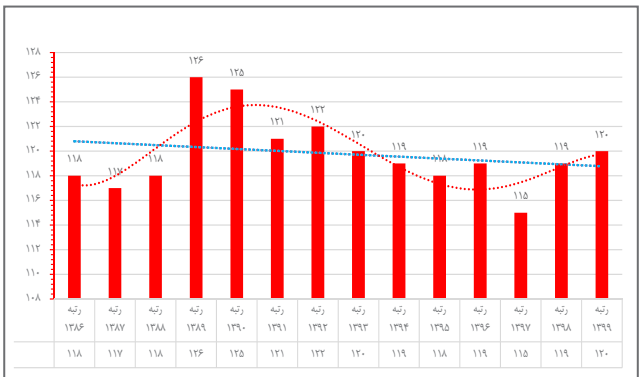
منبع: گزارش شاخص رفاه لگاتوم، ۲۰۲۱

مقایسه با ۱۶۷ کشور جهان از ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۹ در نمودار ۱ مشاهده می‌شود.

فراگیر بودن جامعه الزامی ضروری برای رفاه است، زیرا در چنین جامعه‌ای، نهادهای اجتماعی و حقوقی از آزادی‌های پایه‌ای افراد و توانایی آنها برای شکوفایی محافظت می‌کنند. بخش‌های این حیطه دارای طیفی از روابط شهروند و حاکمیت تا میزان نفوذ خشونت در هنجارهای جامعه، تعامل میان آزادی‌های گروه‌ها و افراد با شیوهٔ همکاری افراد با یکدیگر، جامعه، نهادها و ملّت خود می‌شود. این موضوع‌ها، هم یک ملاحظهٔ عملی برای اکثر تجربیات انسانی مدرن و هم یک موضوع مهم برای مطالعات دانشگاهی بوده‌اند[۴۰-۴۲]. مؤلفه‌های این حیطه عبارتند از ایمنی و امنیت، آزادی فردی، حاکمیت و سرمایهٔ اجتماعی. توانمندی مردم به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های مهم در شاخص رفاه لگاتوم، بر کیفیت زندگی تجربه‌شدهٔ مردم و جنبه‌های مرتبط توانمندساز افراد برای رسیدن آنها به ظرفیت‌های بالقوه‌شان، از طریق خودمختاری و تعیین سرنوشت تأکید می‌کند. مؤلفه‌های این حیطه عبارتند از شرایط زندگی، سلامت، آموزش و محیط‌زیست[۳۹].

سلامت از منظر شاخص رفاه لگاتوم

درحالی‌که «سلامت» ارزشی ذاتی برای افراد محسوب می‌شود، نقش ابزاری مهم آن در بهبود سعادت جامعه و رفاه انسان‌ها نیز بسیار حائز اهمیت است. برخورداری از سطح مناسب سلامت، به افراد امکان شکوفایی می‌دهد



نمودار ۱ | روند تغییر رتبهٔ شاخص رفاه لگاتوم ایران در مقایسه با ۱۶۷ کشور جهان (۱۳۸۶ تا ۱۳۹۹)

منبع: گزارش شاخص رفاه لگاتوم، ۲۰۲۱

و به زندگی‌های شاداب‌تر و اثربخش‌تری در مقایسه با حالت کسالت انسان‌ها منجر می‌شود. تأثیر مثبت سلامت بر سعادت انسان‌ها، در تحقیق‌های متعدد اثبات شده است. برخورداری از سطوح پایین سلامت، موجب پیامدهای آموزشی ضعیف می‌شود و آثار منفی بر بهره‌وری افراد خواهد داشت. سلامت یکی از نیازهای اصلی تمام افراد برای دستیابی به سعادت است[۴۳] و مطالعات متعددی به ارتباط میان سطح مناسب سلامت و سعادت انسان‌ها پرداخته‌اند. این مطالعات به اهمیت توأمان سلامت روان و سلامت جسم اشاره کرده‌اند و به دیگر سخن، اثبات شده است که سلامت ضعیف، سطح رضایت از زندگی را نیز کاهش می‌دهد[۴۴].

سلامت در کنار آموزش، اغلب به‌عنوان مؤلفه‌ای کلیدی از سرمایهٔ

انسانی تلقی می‌شود که برخورداری سطوح مناسب از آن، به رشد اقتصادی منجر می‌شود. نیروی کار سالم‌تر، بهره‌وری بیشتری دارد؛ زیرا از مرخصی‌های مرتبط با بیماری کمتر استفاده می‌کند. همچنین افراد از نظر فیزیکی و ذهنی می‌توانند برای مدت بیشتری کار کنند و بسترهای مناسبی برای توسعه فراهم آورند[۴۵]. سلامت بهتر، به خلاقیت و نوآوری بیشتر منجر می‌شود، درحالی‌که سلامت ضعیف و وجود استرس در محیط‌های کار، عملکرد را محدودتر و بهره‌وری را کاهش می‌دهد. سلامت ضعیف در دوران کودکی ازطریق تضعیف توانایی شناختی بر پیامدهای آموزشی تأثیر می‌گذارد و برهمین‌اساس بهبود سلامت دوران کودکی از اهمیت ویژه‌ای برای پیامدهای مرتبط با بهره‌وری برخوردار است. در عین حال باید توجه داشت کاهش تأثیر بیماری‌هایی که بر افراد فعال در سنّ کار تأثیر می‌گذارند، دارای اهمیت برابری است[۴۶].

سرمایهٔ اجتماعی

مفهوم «سرمایهٔ اجتماعی» نشان‌دهندهٔ آن است که چگونه ساختار اجتماعی یک گروه می‌تواند به‌عنوان منبعی برای افراد آن عمل کند. درواقع سرمایهٔ اجتماعی عبارت است از ارزش آن جنبه از ساختار اجتماعی که به‌عنوان منبعی در اختیار افراد قرار می‌گیرد تا بتوانند به اهداف خود دست یابند[۴۷]. سرمایهٔ اجتماعی ناظر بر آثار وجودیِ شبکه‌های اجتماعی، اعتماد و هنجارهایی است که باعث هماهنگی و همکاری مردم برای ایجاد خیر عمومی و بهره‌مندی از منافع همیاری و همکاری‌های متقابل می‌شود[۴۸]. سرمایهٔ اجتماعی از زمان تحقیقات کلاسیک امیل دورکیم برای بررسی رابطهٔ سلامت افراد با خودکشی، نمود بیشتری یافت و نشان داده شد کمترین میزان خودکشی در جوامعی با بالاترین درجهٔ مشارکت اجتماعی رخ می‌دهد، در حالی که بیشترین میزان خودکشی در جوامع دارای پیوندهای سُست اجتماعی رخ می‌داد[۴۹]. وجود چنین ارتباطی در تحقیقات جدید نیر مشهود است، زیرا برخورداری از سطوح بالای سرمایهٔ اجتماعی، تأثیر مثبتی بر سلامت بیشتر و کاهش افسردگی مردم دارد[۵۰].

سرمایهٔ اجتماعی از منظر شاخص رفاه لگاتوم

مؤلفهٔ سرمایهٔ اجتماعی، نشان‌دهنده شبکه‌ها و انسجامی است که افراد حاضر در جامعه، هنگام اعتماد و احترام به یکدیگر تجربه می‌کنند. در یک تعریف کلّی، سرمایهٔ اجتماعی به عوامل عملکرد مؤثر گروه‌های اجتماعی شامل روابط بین فردی، حسّ مشترک و هویت، هنجارها، ارزش‌ها، اعتماد و همکاری متقابل اشاره دارد؛ هرچند توافق مشخصی برای تعریف دقیق آن وجود ندارد. سرمایهٔ اجتماعی را می‌توان به‌عنوان یک سازمان‌دهی اجتماعی درنظر گرفت که دستیابی به اهدافی را که در غیاب آن نمی‌توان محقق ساخت، تسهیل می‌کند یا فقط با هزینهٔ بالاتر (هزینهٔ مبادله) می‌توان به آنها دست یافت؛ مجموعه‌ای خاص از قواعد یا هنجارهای غیررسمی مشترک میان اعضای یک گروه که امکان همکاری میان آنها را فراهم می‌کند[۵۰، ۵۱]. به دیگر سخن، سرمایهٔ اجتماعی به‌عنوان ارتباطات بین افراد در قالب شبکه‌های اجتماعی و هنجارهای متقابل و ارزشمند برای اعتماد برخواسته از آنها توصیف شده است[۵۲].

زمانی سعادت به بهترین وجه در جامعه ایجاد می‌شود که مردم به یکدیگر اعتماد داشته باشند و از حمایت دوستان و خانواده‌شان برخوردار باشند. جوامعی که سطح اعتماد آنها پایین است، رشد اقتصادی پایین‌تری را نیز تجربه می‌کنند. بنابراین، کلمهٔ «سرمایه» در واژهٔ «سرمایهٔ اجتماعی» نشانگر مشارکت شبکه‌های اجتماعی به‌عنوان نوعی از دارایی است که بازده اقتصادی ایجاد می‌کند و باعث بهبود رفاه می‌شود[۵۳]. ارتباط میان سرمایهٔ اجتماعی و رفاه جامعه در اشکال مختلفی از نمودهای کارکردی مشهود از شاخص‌های سلامت و آموزش تا مشارکت سیاسی و حکمرانی خوب به‌صورت گسترده‌ای بررسی شده [۵۴، ۵۵] و فرایند ارتباط‌های مذکور، بدین‌صورت توصیف شده‌اند:

الف- سرمایهٔ اجتماعی دارای آثار بیرونی مثبتی برای اعضای گروه است؛

ب- آثار بیرونی ازطریق اعتماد، هنجارها و ارزش‌های مشترک و آثار متعاقب آنها بر انتظارها و رفتار افراد حاصل می‌شود؛

پ - اعتماد، هنجارها و ارزش‌های مشترک ناشی از اشکال غیررسمی سازمان‌ها مبتنی‌بر وجود شبکه‌ها و تشکل‌های اجتماعی است[۵۶].

به‌طورکلّی در محیط‌های برخوردار از سطوح بالاتر اعتماد، سطوح بالاتری از رضایت از زندگی، سلامت روانی و سلامت جسمی وجود دارد. همچنین فراوانی تعامل با دوستان و همسایگان با ارزیابی‌های بالاتر از رفاه ذهنی و سلامت، ارتباط قدرتمندی دارد[۵۷].

روش بررسی

این تحقیق از نوع توصیفی و همبستگی بود. تحلیل داده‌ها با روش همبستگی کانونی و استفاده از داده‌های ثانویهٔ گردآوری شده ازسوی مؤسسهٔ لگاتوم در سال ۲۰۲۱ میلادی (داده‌های مرتبط با ایران در بازهٔ زمانی ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۹) با ویرایش ۲۴ نرم‌افزار SPSS انجام شد. همبستگی کانونی، روشی برای تعیین ضریب همبستگی بین یک‌مجموعه از متغیرهای وابسته (سلامت) و یک مجموعه از متغیرهای مستقل (سرمایهٔ اجتماعی) است. مجذور همبستگی کانونی در این تحقیق، درصد واریانس عناصر متغیر وابسته، یعنی ۶ عنصر تشکل‌دهندهٔ سلامت که به‌وسیلهٔ عناصر متغیر مستقل، یعنی ۵ عنصر تشکل‌دهندهٔ سرمایهٔ اجتماعی تبیین می‌شود را نشان می‌دهد.

عناصر تشکیل‌دهندهٔ سلامت

سلامت دارای سه بخش مفهومی شامل عوامل رفتاری پرخطر، مداخلات پیش‌گیرانه و نظام‌های مراقبت و سه پیامد است که عبارتند از طول عمر، سلامت روان و سلامت جسم که در مجموع، میزان مرگ‌ومیر، کیفیت سلامت جسمی و روانی افراد جامعه را اندازه‌گیری می‌کنند (جداول ۱ تا ۶):

۱- عوامل رفتاری پرخطر: مجموعه‌ای از الگوهای سبک زندگی و متأثر از گروه پیچیده‌ای از عوامل است که موجب افزایش احتمال بیماری، آسیب، کسالت یا مرگ زودهنگام می‌شوند.

۲- مداخلات پیش‌گیرانه: فعالیت‌هایی که نظام سلامت به‌طور آگاهانه از

بیماری، کسالت و دیگر مشکلات پزشکی برای پیش‌گیری از مرگ زودهنگام و نجات کودکان و افراد بزرگسال انجام می‌دهد. ایمن‌سازی همانند مراقبت‌های پیش‌گیرانه، روش مهمی از این مداخلات محسوب می‌شود.

۳- نظام‌های مراقبت: بیانگر توانایی کلان‌نظام سلامت برای معالجه بیماری‌ها، کسالت‌ها و درمان است. برای اینکه نظام‌های مراقبت کشورها مؤثر باشند، نیازمند پوشش مؤثر خدمات مراقبت سلامت و مراکز سلامت، پرسنل سلامت با مهارت و همچنین درمان مؤثر بیماری‌ها و کسالت‌ها هستند.

۴- سلامت روان: بیانگر سطح و بار بیماری‌های مرتبط با سلامت روان در جمعیت عمومی است. سلامت روان می‌تواند تأثیر قابل‌توجهی بر سعادت و توانایی مشارکت مؤثر افراد در بازار نیروی کار داشته باشد.

۵- سلامت جسمی: سطح و بار بیماری جسمی در جمعیت عمومی را نشان می‌دهد. سلامت جسمی می‌تواند تأثیر قابل‌توجهی بر سعادت افراد و توانایی مشارکت مؤثر افراد در بازار نیروی کار داشته باشد.

۶- طول عمر: نرخ مرگ‌ومیر ساکنان یک کشور در مراحل مختلف زندگی، همچنین نرخ مرگ‌ومیر مادران و امید به زندگی در مراحل آخر زندگی را نشان می‌دهد [۳۹].

جدول ۱ | سنجه‌های ریسک رفتاری(وزن=۱۰٪)

عنوان	توصیف
چاقی	درصد بزرگسالان دارای چاقی.
سیگار کشیدن	درصد افراد بالای ۱۵ سال که هر نوع محصول تنباکویی را به‌شکل منظم مصرف می‌کنند.
اختلالات مرتبط با مصرف مواد	شیوع تعدیل‌شده برحسب سن از یک اختلال مرتبط با مصرف مواد ازجمله الکل، تریاک، کوکائین، آمفتامین، کانابیس.

جدول ۲ | سنجه‌های سلامت جسمی (وزن=۲۰٪)

عنوان	توصیف
درد فیزیکی	درصد افرادی که به پرسش «آیا احساساتی که دربارهٔ درد فیزیکی را در بخش زیادی از دیروز تجربه کرده‌اید؟» پاسخ «مثبت» داده‌اند.
مشکلات سلامت	افرادی که به پرسش «آیا مشکل سلامتی دارید که مانع از انجام فعالیت‌هایی شود که افراد هم سنّ شما به‌شکل معمول انجام می‌دهند؟» پاسخ «مثبت» داده‌اند.
بیماری‌های واگیر	نرخ استانداردشده برحسب سن از سال‌های زندگی‌شده با ناتوانی به‌دلیل بیماری‌های واگیر (به‌جز ناهنجاری‌های مادرزادی و دوران نوزادی) و کمبودهای تغذیه‌ای.
بیماری‌های غیرواگیر	نرخ استانداردشده بر حسب سن، از سال‌های زندگی‌شده با ناتوانی به‌دلیل بیماری‌های غیرواگیر (به‌جز ناهنجاری‌های روانی و مرتبط با سوء مصرف مواد).
فشار خون بالا	درصد افراد بالای ۱۸سال که فشارخون بالا دارند

جدول ۳ | سنجه‌های سلامت روان (وزن=۱۰٪)

عنوان	توصیف
سعادت احساسی	یک سنجه ترکیبی براساس درصد افرادی که گزارش کرده‌اند در طول روز گذشته: الف- ناراحتی را تجربه نکرده‌اند. ب- استرس را تجربه نکرده‌اند. پ- شادمانی را تجربه نکرده‌اند.
ناهنجاری‌های افسردگی	نرخ استانداردشده بر حسب سن، از سال‌های دارای ناتوانی به‌دلیل ناهنجاری‌های افسردگی.
خودکشی	نرخ مرگ‌ومیر استانداردشده بر حسب سن از خودکشی.

جدول ۴ | سنجه‌های نظام مراقبت (وزن=۱۵٪)

عنوان	توصیف
پوشش مراقبت‌های سلامت	درصد افراد فاقد دسترسی به مراقبت‌های سلامت، (چه از طریق بیمهٔ خصوصی یا پوشش فراهم‌شده توسط دولت، صرف‌نظر از اینکه آیا توانایی دسترسی مؤثر به مراقبت‌های سلامت از طریق پوشش فراهم شده را دارند یا خیر؟
مراکز سلامت	یک سنجه ترکیبی براساس تراکم بیمارستان‌ها، تراکم بیمارستان‌های روانی، سرانه تخت بیمارستانی و تراکم مراکز سلامت سرپایی
پزشکان و پرسنل سلامت	یک سنجه ترکیبی براساس تراکم پزشکان، تراکم دندان‌پزشکان، تراکم پرستاران و ماماها برای افراد بزرگسال
تولدهای انجام شده در حضور پرسنل سلامت با مهارت	تولدهای انجام‌شده در حضور پرسنل آموزش‌دیده برای ارائه نظارت لازم، مراقبت و مشاوره با زنان در دوران بارداری، زایمان و پسا بارداری
پوشش درمان سل	موارد ابتلا به سل که درمان شده‌اند
درمان ضدویروسی HIV	نسبت بزرگسالان و کودکانی که درمان ضدویروسی دریافت می‌کنند به تمام بزرگسالان و کودکان مبتلا به HIV
رضایت از مراقبت‌های سلامت	افرادی که به پرسش «آیا از دسترسی به مراقبت‌های سلامت، در منطقه یا شهر محلی زندگی خود، رضایت دارید؟» پاسخ «مثبت» داده‌اند

جدول ۵ | سنجه‌های مداخلات پیشگیرانه (وزن=۱۵٪)

عنوان	توصیف
ایمن‌سازی در برابر دیفتری	کودکان ۱۲ تا ۲۳ ماهه واکسینه‌شده، پیش از ۱۲ماهگی یا هر زمانی پیش از پیمایش.
ایمن‌سازی در برابر سرخک	کودکان ۱۲ تا ۲۳ ماهه واکسینه شده در برابر سرخک، پیش از ۱۲ ماهگی یا هر زمانی پیش از پیمایش.
ایمن‌سازی در برابر هپاتیت	کودکان ۱۲ تا ۲۳ ماهه واکسینه‌شده در برابر هپاتیت B، پیش از ۱۲ ماهگی یا هر زمانی پیش از پیمایش.
شیوع پیش‌گیری از بارداری	زنانی که خود یا شریک جنسی‌شان از پیش‌گیری از بارداری استفاده می‌کنند (حداقل یک روش مدرن پیش‌گیری از بارداری)
پوشش مراقبت پیش از بارداری	زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله‌ای که در دوران بارداری خود حداقل یک‌بار از خدمات پرسنل سلامت با مهارت (پزشک، پرستار یا ماما) استفاده کرده‌اند.
وجود برنامه‌های ملّی غربال‌گری	یک سنجه ترکیبی از این موضوع که آیا کشوری دارای برنامه غربال‌گری ملّی سرطان دهانهٔ رحم، سرطان پستان و آزمایش HbA1c است یا خیر.

جدول ۶ | سنجه‌های طول عمر (وزن=۳۰٪)

عنوان	توصیف
مرگ‌ومیر مادران	نرخ زنان فوت‌کرده به‌دلایل مرتبط با بارداری درحین بارداری یا ۴۲ روز پس از زایمان به‌ازای هر ۱۰۰هزار مورد تولد زنده.
مرگ‌ومیر کمتر از ۵ سال	تخمینی از نسبت کودکانی که اکنون متولد شده‌اند و به سنّ ۵سالگی نخواهند رسید (براساس نرخ‌های مرگ مختص سنّ برای گروه سنّی صفر تا ۵ سال).
مرگ‌ومیر ۵ تا ۱۴ سال	تخمینی از نسبت کودکان ۵ساله که به ۱۴سالگی نخواهند رسید (براساس نرخ‌های مرگ مختص سنّ برای گروه سنّی ۵ تا ۱۴ سال).
مرگ‌ومیر ۱۵ تا ۶۰ سال	تخمینی از نسبت کودکان ۱۵ساله که به ۶۰سالگی نخواهند رسید (براساس نرخ‌های مرگ مختص سنّ برای گروه سنّی ۱۵ تا ۶۰ سال).
امید به زندگی در ۶۰ سالگی	میانگین سنّ انتظاری باقی‌مانده از زندگی یک فرد در ۶۰ سالگی (براساس نرخ‌های مرگ‌ومیر فعلی).

عناصر سرمایهٔ اجتماعی

شبکه‌های مبتنی بر وجود سرمایهٔ اجتماعی می‌توانند در بستر طیف وسیعی از ابعاد مختلف با آثار متفاوت فعالیت کنند. بنابراین در شاخص رفاه لگاتوم، طیف وسیعی از عناصر سرمایهٔ اجتماعی از روابط با خانواده و دوستان نزدیک تا شبکه‌های اجتماعی و اعتماد تعمیم‌یافته سنجش می‌شود. همچنین اعتماد نهادی و مشارکت‌های مدنی و اجتماعی نیز درنظر گرفته می‌شوند (جداول ۷ تا ۱۱):

۱- روابط شخصی و خانوادگی: بیانگر قدرت روابط شخصی و پیوندهای خانوادگی با نزدیک‌ترین خویشاوندان است. این روابط ساختار اساسی و اصیلی را شکل می‌دهند که افراد می‌توانند ازطریق آن حمایت‌های عاطفی، ذهنی و مالی را به‌صورت روزانه دریافت کنند.

۲- شبکه‌های اجتماعی: قدرت و فرصت‌های فراهم‌شده ازطریق پیوندهایی است که شخص با دیگر افراد در بستر شبکهٔ گسترده‌تری از روابط خانوادگی دارد. این پیوندها شامل بخش بسیار مهمی از حمایت اجتماعی است و زمانی‌که شبکه‌ها و جوامع اجتماعی، قشرهای مختلف جامعه را ترکیب می‌کنند، این پیوندها می‌توانند به تقویت سرمایهٔ اجتماعی کمک کنند. شبکه‌های اجتماعی محلی، وابسته به ایجاد و حفظ روابط با دیگر افراد و خانواده‌ها ازجمله همسایگان است.

۳- اعتماد بین‌فردی: میزان اعتماد در یک جامعه ازجمله اعتماد افراد به غریبه‌ها و اشخاصی خارج از فضای اجتماعی خودشان است.

۴- اعتماد نهادی: بیانگر میزان اعتماد افراد به نهادهای جامعه است. اعتماد به نهادها، از یک‌سو بنیان مهمی است که مشروعیت و ثبات سیستم‌های سیاسی به آن بستگی دارد و از دیگرسو، اعتماد به چندین نهاد برای تحقق اعتماد نهادی، حقیقی ضروری است.

۵- مشارکت مدنی و اجتماعی: بیانگر میزان مشارکت مردم در جامعه است و به حوزه‌های مدنی و اجتماعی افراد وابستگی زیادی دارد [۳۹].

جدول ۷ | سنجه‌های روابط فردی و خانوادگی (وزن=۲۰٪)

عنوان	توصیف
کمک گرفتن از خانواده و دوستان در صورت نیاز	افرادی که به پرسش«اگر دچار مشکل شوید، آیا خویشاوند یا دوستی دارید که بتواند به شما کمک کند؟» پاسخ «بله» داده‌اند.
دریافت انرژی مثبت از خانواده	افرادی که به «به‌طور کلّی در طول زندگی، آیا اعضای خانواده به من انرژی مثبت می‌دهند؟» پرسش پاسخ «بسیار موافقم/موافقم» داده‌اند.

جدول ۸ | سنجه‌های اعتماد بین‌فردی (وزن=۲۰٪)

عنوان	توصیف
اعتماد بین‌فردی تعمیم‌یافته	افرادی که به پرسش «آیا اکثر افراد قابل اعتماد هستند؟» پاسخ «مثبت» داده‌اند؟۱
کمک به غریبه‌ها	افرادی که به پرسش «آیا در یک‌ماه گذشته به یک غریبه یا فردی که نمی‌شناسید و نیازمند کمک بوده، کمک کرده‌اید؟» پاسخ «مثبت» داده‌اند.

جدول ۹ | سنجه‌های شبکه‌های اجتماعی (وزن=۲۰٪)

عنوان	توصیف
احترام	افرادی که به پرسش «دیروز رفتاری توأم با احترام با شما شده است؟» پاسخ «مثبت» داده‌اند.
فرصت دوست‌یابی	افرادی که به پرسش «آیا از فرصت‌های ملاقات با افراد و دوست‌یابی رضایت دارید؟» پاسخ «مثبت» داده‌اند.
کمک به دیگر خانواده‌ها	افرادی که به پرسش «آیا در سال گذشته، خانواده شما به خانواده‌های دیگری کمک مالی کرده است؟» (ساکن در یک کشور)، پاسخ «مثبت» داده‌اند؟

جدول ۱۰ | سنجه‌های مشارکت‌های اجتماعی و مدنی (وزن=۲۰٪)

عنوان	توصیف
اهدای منابع مالی به خیریه‌ها	افرادی که به پرسش «آیا در یک‌ماه گذشته به خیریه‌ها کمک کرده‌اید؟» پاسخ «مثبت» داده‌اند.
شرکت در انتخابات	درصد افراد شرکت‌کننده در انتخابات × نمرهٔ دموکراسی × تعداد انتخابات‌ها در ۷ سال گذشته. در صورت اجباری بودن انتخابات در یک کشور، این سنجه درنظر گرفته نمی‌شود.
فعالیت‌های داوطلبانه	افرادی که به پرسش «آیا در یک‌ماه گذشته به‌صورت داوطلبانه در یک سازمان فعالیت داشته‌اید؟» پاسخ «مثبت» داده‌اند.
اعلام نظر به یک مقام اداری	افرادی که به پرسش «آیا در یک‌ماه گذشته نظرات خود را به یک مقام اداری اعلام کرده‌اید؟» پاسخ «مثبت» داده‌اند.

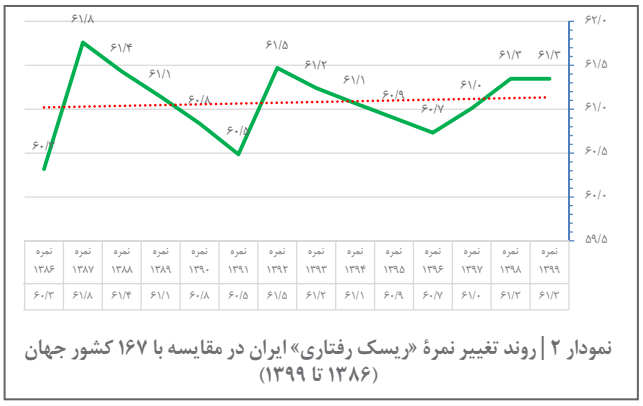
جدول ۱۱ | سنجه‌های اعتماد نهادی(وزن=۲۰٪)

عنوان	توصیف
اعتماد به پلیس محلی	افرادی که به پرسش «آیا به نیروی پلیس محلی، اعتماد دارید؟» پاسخ «مثبت» داده‌اند.
اعتمادعمومی‌به سیاست‌مداران	استانداردهای اخلاقی سیاست‌مداران کشورتان در چه وضعیتی است؟
اعتماد به مؤسسات مالی و بانک‌ها	افرادی که به پرسش «آیا به نهادهای مالی و بانک‌ها اعتماد دارید؟» پاسخ «مثبت» داده‌اند.
اعتماد به سیستم قضایی و دادگاه‌ها	افرادی که به پرسش «آیا به سیستم قضایی و دادگاه‌ها اعتماد دارید؟» پاسخ «مثبت» داده‌اند.
اعتماد به دولت ملّی	افرادی که به پرسش «آیا به دولت ملّی اعتماد دارید؟» پاسخ «مثبت» داده‌اند.
اعتماد به نیروهای نظامی	افرادی که به پرسش «آیا به نیروی‌های نظامی اعتماد دارید؟» پاسخ «مثبت» داده‌اند.

یافته‌ها

با توجه به انتخاب سطح معناداری قابل قبول برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها در این تحقیق که ۵درصد درنظر گرفته شده بود، مقادیر محاسبه‌شده برای تمام آزمون‌ها ازجمله اثر پیلایس، اثر هتلینگ و اثر ویلکز با توجه به سطوح معناداری حاصل از رگرسیون چندگانه، معنادار شدند (جدول۱۲). با توجه به مقدار محاسبه‌شده برای مقدار آزمون پیلایس، اشتراک میان عناصر تشکل‌دهندهٔ دو متغیر کانونی سرمایهٔ اجتماعی و سلامت، برابر ۰/۷۹۱۲ تعیین شد که با گرفتن جذر از آن، مقدار ۰/۸۸۹۵ برای ضریب همبستگی حاصل می‌شود. همچنین پس از به‌توان دو رساندن مقدار آمارهٔ آزمون پیلایس، عدد ۰/۶۲۶۰ حاصل می‌شود که عبارت است از میزان واریانس عناصر تشکیل‌دهندهٔ سلامت به‌عنوان متغیر کانونی وابسته که از طریق تغییرات عناصر تشکیل‌دهندهٔ متغیر کانونی مستقل سرمایهٔ اجتماعی ایجاد شده است. مقدار محاسبه‌شده برای آمارهٔ آزمون ویلکز، یعنی ۰/۲۰۸۷۹ نیز بیانگر ضریب عدم‌تعیین یا میزان واریانس متغیر کانونی سلامت است که توسط متغیر کانونی سرمایهٔ اجتماعی، تبیین نمی‌شود.

ازجمله یافته‌های مهم دیگر، ضرایب استاندارد و ساختاری عناصر تشکل‌دهندهٔ متغیرهای کانونی مستقل و وابسته است که براساس آن می‌توان این عناصر را به‌ترتیب مقادیر بیشتر، اولویت‌بندی کرد. همان‌طور که در جدول۱۳ مشاهده می‌شود، براساس اعداد محاسبه‌شده برای ضرایب ساختاری (بار کانونی)، عناصر طول‌عمر، سلامت جسم، سلامت روان، نظام‌های مراقبت، مداخلات پیشگیرانه و عوامل رفتاری پرخطر، به‌ترتیب بیشترین تأثیر را بر متغیر کانونی سلامت داشتند. همچنین اعتماد بین‌فردی، شبکه‌های اجتماعی، اعتماد نهادی، مشارکت مدنی و اجتماعی و روابط شخصی و خانوادگی، به‌ترتیب بیشترین تأثیر را بر متغیر کانونی سرمایهٔ اجتماعی داشت. همچنین با توجه به اعداد حاصل از ضرایب استاندارد، این نتیجه حاصل شد که اعتماد بین فردی از میان عناصر تشکیل‌دهندهٔ سرمایهٔ اجتماعی به‌عنوان متغیر کانونی مستقل، بیشترین تأثیر را بر متغیر کانونی سلامت دارد و اعتماد نهادی، شبکه‌های اجتماعی، مشارکت مدنی و اجتماعی و در نهایت، روابط شخصی و خانوادگی در اولویت‌های بعدی تأثیر بر سلامت قرار گرفتند. روند تغییر نمرات هر یک از عناصر تشکیل‌دهندهٔ متغیرهای کانونی سلامت و سرمایهٔ اجتماعی ایران در بازهٔ زمانی ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۹ براساس داده‌های آخرین گزارش شاخص رفاه لگاتوم در سال ۲۰۲۱، در نمودارهای ۲ تا ۱۳ قابل مشاهده هستند.



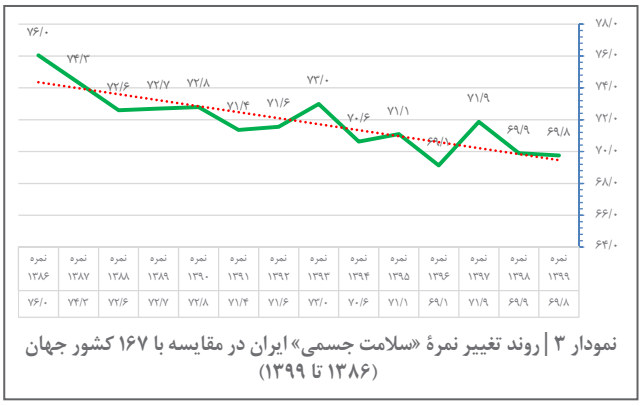
نمودار ۲ | روند تغییر نمرهٔ «ریسک رفتاری» ایران در مقایسه با ۱۶۷ کشور جهان (۱۳۸۶ تا ۱۳۹۹)

جدول ۱۲ | آزمون های معناداری برای مدل کامل همبستگی کانونی

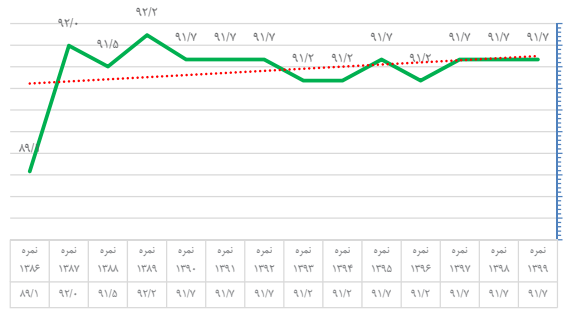
نومزآ	مقدار	مقدار F	سطح معناداری
اثر پیلایس	۷۹۱۲۱/۰	۸۴۶۸۹/۲	۰۰۲/۰
گ‌نیلتھ رثا	۵۴۵۷۳/۰	۹۹۵۹۶/۱	۰۰۷/۰
اثر ویلکز	۲۰۸۷۹/۰	۶۹۹۹۹/۳	۰۰۴/۰
اثر بزرگ‌ترین ریشهٔ رویز	۰/۸۳۱۲۵	--	--

جدول ۱۳ | ضرایب استاندارد، ساختاری و مجذور آنها

متغیر کانونی	عنصر	ضریب استاندارد	ضریب ساختاری (بارکانونی)	مجذور ضریب ساختاری
سلامت	عوامل رفتاری پرخطر	۰/۴۷۶۹۳	۰/۲۰۰۵۷	۰/۰۴۰۲
	مداخلات پیش‌گیرانه	-۰/۳۶۷۰۶	-۰/۳۴۹۰۶	۰/۱۲۱۸
	نظام‌های مراقبت	۰/۷۸۱۸۰	-۰/۴۰۹۶۸	۰/۱۶۷۸
	سلامت روان	-۰/۳۷۷۵۲	-۰/۶۷۵۴۸	۰/۴۵۹۳
	سلامت جسم	۰/۰۹۳۰۱	۰/۷۹۳۶۱	۰/۶۲۹۸
	طول عمر	-۰/۹۵۹۰۱	-۰/۸۰۰۵۰	۰/۶۴۰۸
سرمایهٔ اجتماعی	روابط شخصی و خانوادگی	۰/۱۶۹۴۶	۰/۶۳۲۸۶	۰/۴۰۰۵
	شبکه‌های اجتماعی	-۰/۲۰۲۷۰	-۰/۸۳۹۹۱	۰/۷۰۵۴
	اعتماد بین‌فردی	۰/۴۴۳۳۵	۰/۸۵۵۷۸	۰/۷۳۲۶
	اعتماد نهادی	-۰/۲۶۴۴۵	-۰/۷۷۹۹۰	۰/۶۰۸۲
	مشارکت مدنی و اجتماعی	-۰/۱۸۴۱۵	-۰/۷۴۳۱۹	۰/۵۵۲۳

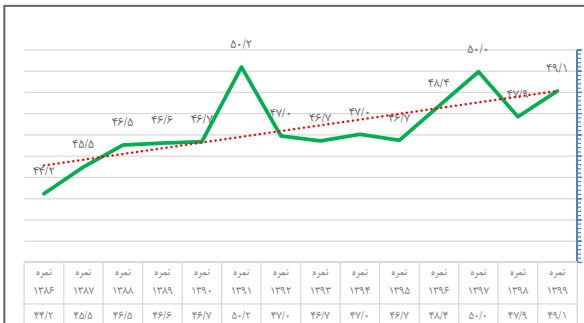


نمودار ۳ | روند تغییر نمرهٔ «سلامت جسمی» ایران در مقایسه با ۱۶۷ کشور جهان (۱۳۸۶ تا ۱۳۹۹)



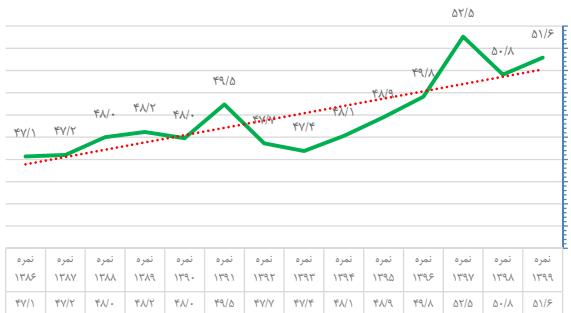
نمره ۱۳۸۶	نمره ۱۳۸۷	نمره ۱۳۸۸	نمره ۱۳۸۹	نمره ۱۳۹۰	نمره ۱۳۹۱	نمره ۱۳۹۲	نمره ۱۳۹۳	نمره ۱۳۹۴	نمره ۱۳۹۵	نمره ۱۳۹۶	نمره ۱۳۹۷	نمره ۱۳۹۸	نمره ۱۳۹۹
۸۹/۱	۹۲/۰	۹۱/۵	۹۲/۲	۹۱/۷	۹۱/۷	۹۱/۷	۹۱/۲	۹۱/۲	۹۱/۷	۹۱/۲	۹۱/۷	۹۱/۷	۹۱/۷

نمودار ۴ | روند تغییر نمرهٔ «مداخلات پیشگیرانه» ایران در مقایسه با ۱۶۷ کشور جهان (۱۳۸۶ تا ۱۳۹۹)



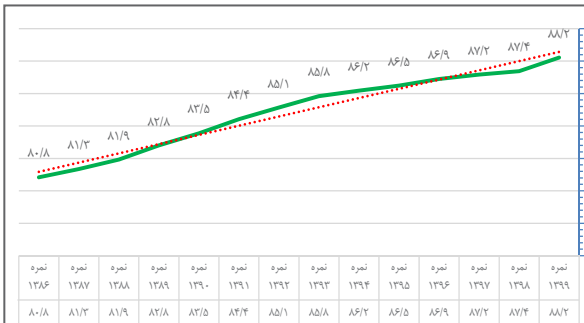
نمره ۱۳۸۶	نمره ۱۳۸۷	نمره ۱۳۸۸	نمره ۱۳۸۹	نمره ۱۳۹۰	نمره ۱۳۹۱	نمره ۱۳۹۲	نمره ۱۳۹۳	نمره ۱۳۹۴	نمره ۱۳۹۵	نمره ۱۳۹۶	نمره ۱۳۹۷	نمره ۱۳۹۸	نمره ۱۳۹۹
۴۴/۲	۴۵/۵	۴۶/۵	۴۶/۶	۴۶/۷	۵۰/۲	۴۷/۰	۴۶/۷	۴۷/۰	۴۶/۷	۴۸/۴	۵۰/۰	۴۷/۹	۴۹/۱

نمودار ۵ | روند تغییر نمرهٔ «سلامت روانی» ایران در مقایسه با ۱۶۷ کشور جهان (۱۳۸۶ تا ۱۳۹۹)



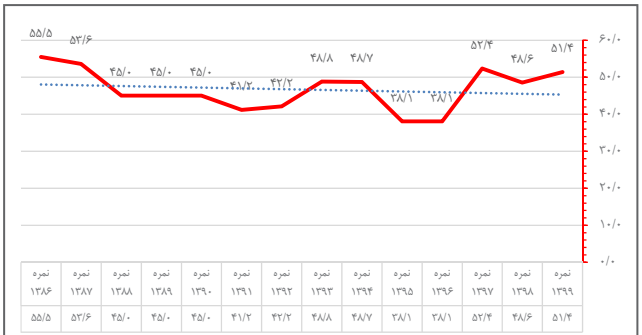
نمره ۱۳۸۶	نمره ۱۳۸۷	نمره ۱۳۸۸	نمره ۱۳۸۹	نمره ۱۳۹۰	نمره ۱۳۹۱	نمره ۱۳۹۲	نمره ۱۳۹۳	نمره ۱۳۹۴	نمره ۱۳۹۵	نمره ۱۳۹۶	نمره ۱۳۹۷	نمره ۱۳۹۸	نمره ۱۳۹۹
۴۷/۱	۴۷/۲	۴۸/۰	۴۸/۲	۴۸/۰	۴۹/۵	۴۷/۷	۴۷/۴	۴۸/۱	۴۸/۹	۴۹/۸	۵۲/۵	۵۰/۸	۵۱/۶

نمودار ۶ | روند تغییر نمرهٔ «نظام‌های ارائه مراقبت» ایران در مقایسه با ۱۶۷ کشور جهان (۱۳۸۶ تا ۱۳۹۹)



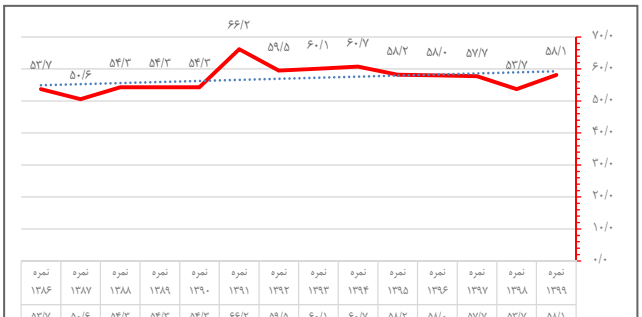
نمره ۱۳۸۶	نمره ۱۳۸۷	نمره ۱۳۸۸	نمره ۱۳۸۹	نمره ۱۳۹۰	نمره ۱۳۹۱	نمره ۱۳۹۲	نمره ۱۳۹۳	نمره ۱۳۹۴	نمره ۱۳۹۵	نمره ۱۳۹۶	نمره ۱۳۹۷	نمره ۱۳۹۸	نمره ۱۳۹۹
۸۰/۸	۸۱/۳	۸۱/۹	۸۲/۸	۸۳/۵	۸۴/۴	۸۵/۱	۸۵/۸	۸۶/۲	۸۶/۵	۸۶/۹	۸۷/۲	۸۷/۴	۸۸/۲

نمودار ۷ | روند تغییر نمرهٔ «طول عمر» ایران در مقایسه با ۱۶۷ کشور جهان (۱۳۸۶ تا ۱۳۹۹)



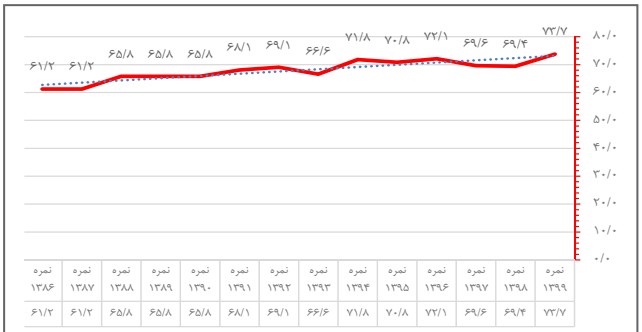
نمره ۱۳۸۶	نمره ۱۳۸۷	نمره ۱۳۸۸	نمره ۱۳۸۹	نمره ۱۳۹۰	نمره ۱۳۹۱	نمره ۱۳۹۲	نمره ۱۳۹۳	نمره ۱۳۹۴	نمره ۱۳۹۵	نمره ۱۳۹۶	نمره ۱۳۹۷	نمره ۱۳۹۸	نمره ۱۳۹۹
۵۵/۵	۵۳/۶	۴۵/۰	۴۵/۰	۴۵/۰	۴۱/۲	۴۲/۲	۴۸/۸	۴۸/۷	۳۸/۱	۳۸/۱	۵۲/۴	۴۸/۶	۵۱/۴

نمودار ۸ | روند تغییر نمرهٔ «روابط فردی و خانوادگی» ایران در مقایسه با ۱۶۷ کشور جهان (۱۳۸۶ تا ۱۳۹۹)



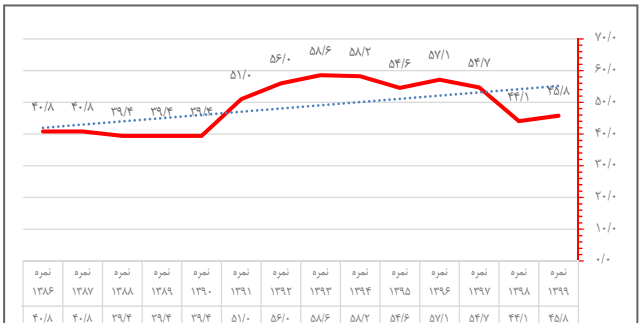
نمره ۱۳۸۶	نمره ۱۳۸۷	نمره ۱۳۸۸	نمره ۱۳۸۹	نمره ۱۳۹۰	نمره ۱۳۹۱	نمره ۱۳۹۲	نمره ۱۳۹۳	نمره ۱۳۹۴	نمره ۱۳۹۵	نمره ۱۳۹۶	نمره ۱۳۹۷	نمره ۱۳۹۸	نمره ۱۳۹۹
۵۳/۷	۵۰/۶	۵۴/۳	۵۴/۳	۵۴/۳	۶۶/۲	۵۹/۵	۶۰/۱	۶۰/۷	۵۸/۲	۵۸/۰	۵۷/۷	۵۳/۷	۵۸/۱

نمودار ۹ | روند تغییر نمرهٔ «اعتماد به نهادها و سازمان‌ها»ی ایران در مقایسه با ۱۶۷ کشور جهان (۱۳۸۶ تا ۱۳۹۹)



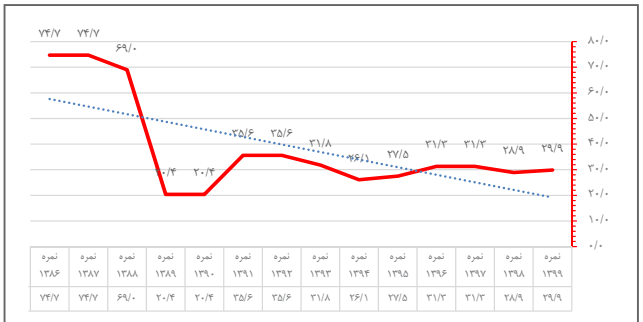
نمره ۱۳۸۶	نمره ۱۳۸۷	نمره ۱۳۸۸	نمره ۱۳۸۹	نمره ۱۳۹۰	نمره ۱۳۹۱	نمره ۱۳۹۲	نمره ۱۳۹۳	نمره ۱۳۹۴	نمره ۱۳۹۵	نمره ۱۳۹۶	نمره ۱۳۹۷	نمره ۱۳۹۸	نمره ۱۳۹۹
۶۱/۲	۶۱/۲	۶۵/۸	۶۵/۸	۶۵/۸	۶۸/۱	۶۹/۱	۶۶/۶	۷۱/۸	۷۰/۸	۷۲/۱	۶۹/۶	۶۹/۴	۷۳/۷

نمودار ۱۰ | روند تغییر نمرهٔ « شبکه‌های اجتماعی» ایران در مقایسه با ۱۶۷ کشور جهان (۱۳۸۶ تا ۱۳۹۹)



نمره ۱۳۸۶	نمره ۱۳۸۷	نمره ۱۳۸۸	نمره ۱۳۸۹	نمره ۱۳۹۰	نمره ۱۳۹۱	نمره ۱۳۹۲	نمره ۱۳۹۳	نمره ۱۳۹۴	نمره ۱۳۹۵	نمره ۱۳۹۶	نمره ۱۳۹۷	نمره ۱۳۹۸	نمره ۱۳۹۹
۴۰/۸	۴۰/۸	۳۹/۴	۳۹/۴	۳۹/۴	۵۱/۰	۵۶/۰	۵۸/۶	۵۸/۲	۵۴/۶	۵۷/۱	۵۴/۷	۴۴/۱	۴۵/۸

نمودار ۱۱ | روند تغییر نمرهٔ «مشارکت مدنی و اجتماعی» ایران در مقایسه با ۱۶۷ کشور جهان (۱۳۸۶ تا ۱۳۹۹)



نمودار ۱۲ | روند تغییر نمرهٔ «اعتماد افراد به یکدیگر» ایران در مقایسه با ۱۶۷کشور جهان (۱۳۸۶ تا ۱۳۹۹)

بحث

افزون‌بر عوامل اجتماعی تعیین‌کنندهٔ سلامت مانند سطوح تحصیلات، سن، قومیت، وضعیت اجتماعی و شغلی و درآمد که به‌طور گسترده برای پیامدهای سلامت جسم و روان بررسی شده‌اند[۵۸-۶۰]، سرمایهٔ اجتماعی نیز به‌عنوان یک عامل اجتماعی تعیین‌کنندهٔ سلامت شناخته شده [۶۱] که این تحقیق نیز در همین‌راستا انجام شد. درحالی‌که بحث بر سر ماهیت و ویژگی‌های سرمایهٔ اجتماعی همچنان وجود دارد، اما سرمایهٔ اجتماعی را می‌توان به‌عنوان انباشت خصوصیات اجتماعی افراد، شناسایی کرد [۶۵]. جامعه‌شناسی و علوم سیاسی، سرمایهٔ اجتماعی را به‌عنوان یکی از ویژگی‌های گروه‌ها ازجمله طبقات اجتماعی [۶۳] یا مبتنی‌بر هر دو گروه و افراد شناسایی می‌کنند که در مفاهیمی همچون مشارکت مدنی، هنجارهای اجتماعی و اعتماد منعکس می‌شوند [۶۴، ۶۵]. صرف‌نظر از این موارد، یکی از ویژگی‌های اصلی در مطالعه‌های مرتبط این است که وقتی سرمایهٔ اجتماعی کاهش می‌یابد، پیامدهای منفی در بسیاری از شاخص‌های رفاه و توسعه ازجمله در حوزهٔ سلامت رخ می‌دهد[۶۶]؛ روندی که با نتایج حاصل از این پژوهش نیز هم‌راستا بود که جزئیات آن در بخش یافته‌ها، تشریح شد.

سرمایهٔ اجتماعی ساختاری مدت‌هاست به‌عنوان معیاری برای سنجش مقیاس و گستردگی ارتباطات رسمی‌تر، با میزان فعالیت‌های گروهی و مشارکت در فعالیت‌های داوطلبانه و مدنی، درنظر گرفته می‌شود [۶۷-۷۱]. مفاهیم رابطه‌ای و شناختی سرمایهٔ اجتماعی به کیفیت آن مربوط می‌شود که با احساسات ذهنی، ادراک از حمایت‌گری و اعتماد به افراد دیگر مرتبط است [۷۲، ۷۳]. مکانیزم‌هایی که سرمایهٔ اجتماعی از طریق آنها می‌تواند سلامت را ارتقا دهد، مبتنی‌بر حمایت اخلاقی، دانش و منابعی است که در دسترس افراد برای رویارویی با چالش‌های سلامت روانی و جسمی پدیدار می‌شود[۷۴]. در ادبیات عوامل اجتماعی تعیین‌کنندهٔ سلامت، نیاز به تمرکز بر تأثیر سلامت بر سرمایهٔ اجتماعی نیز به رسمیت شناخته شده و باعث رفع نگرانی‌ها درخصوص درون‌زایی بالقوه و جهت رابطهٔ علّی میان سرمایهٔ اجتماعی و سلامت شده است[۷۵]. به‌عنوان مثال، ممکن است برای افزایش مشارکت اجتماعی، به سطوح بالاتری از سلامت روانی نیاز باشد و در عین حال، مشارکت اجتماعی نیز می‌تواند سلامت روانی را بهبود بخشد [۷۶]. در مجموع، نشان داده شده است که بهبود سلامت روان با افزایش مشارکت مدنی و سطح اعتماد مرتبط است[۷۷،۷۸] و سلامت جسم نیز با مشارکت بیشتر در فعالیت‌های اجتماعی [۷۹] حضور در فعالیت‌های اجتماعی ارتباط دارد[۸۰]

براساس یافته‌های این تحقیق که جزئیات آن در بخش یافته‌ها اشاره شد، طول‌عمر، سلامت جسم، سلامت روان، نظام‌های مراقبت، مداخلات پیشگیرانه و عوامل رفتاری پرخطر، به‌ترتیب بیشترین تأثیر را بر سلامت داشتند. همچنین اعتماد بین فردی از میان عناصر تشکیل‌دهندهٔ سرمایهٔ اجتماعی، بیشترین تأثیر را بر سلامت داشت و اعتماد نهادی، شبکه‌های اجتماعی، مشارکت مدنی و اجتماعی و در نهایت، روابط شخصی و خانوادگی در اولویت‌های بعدی تأثیر بر سلامت قرار گرفتند. برهمین‌اساس و با توجه به محدودیت منابع در نظام سلامت کشورمان، با هدف ارتقای کارایی و اثربخشی بیشتر، منابع موجود را می‌توان با توجه به اهمیت و اولویت هر یک از این موارد، تخصیص داد.

نتیجه‌گیری

تلقی سلامت به‌عنوان یک دارایی، به‌معنای تمرکززدایی سیاست‌ها از عوامل مخاطره‌آمیز به‌سمت دیدگاهی جامع‌تر در روند ارتقای سلامت و رفاه بیشتر جوامع مبتنی‌بر عوامل اجتماعی است[۸۱]؛ رویکردی که بر اهمیت دوچندان ارتباط میان سلامت و سرمایهٔ اجتماعی تأکید می‌کند.نتایج حاصل از تحقیق‌های مرتبط با عوامل اجتماعی تعیین‌کنندهٔ سلامت، ازجمله تحقیق پیش‌رو، به این بینش عمومی کمک کرده که سرمایهٔ اجتماعی دارای ویژگی‌های ساختاری، رابطه‌ای و شناختی است و به‌وسیلهٔ آنها می‌توان پیوندهای اجتماعی را با هدف ارتقای سطح سلامت، تسهیل کرد. نقش سرمایهٔ اجتماعی برای درک بهتر عوامل اجتماعی تعیین‌کنندهٔ سلامت به‌وضوح برای سیاست‌های سلامت به‌منظور رفع نابرابری‌های سلامت [۸۲] و جلوگیری از بروز بیماری‌های غیرواگیر [۸۳] بسیار مهم است. برهمین‌اساس و با توجه به نتایج حاصل از این تحقیق از یک‌سو و ازسوی دیگر، تأثیر معنادار و به‌سزای عناصر تشکیل‌دهندهٔ سرمایهٔ اجتماعی بر عناصر تشکیل‌دهندهٔ سلامت که جزئیات آن در بخش یافته‌ها مطرح شد، ضروری است در روند سیاست‌گذاری‌های سلامت کشورمان که همچنان با چالش‌های متعدد ازجمله عواقب همه‌گیری کووید-۱۹، افزایش روزافزون قیمت‌ها، کمبود روزافزون منابع و حذف ارز ترجیحی و... مواجه است، افزون‌بر توجه به راهبردها و راهکارهای سخت‌افزاری و درمان‌محور مؤثر بر سلامت، سرمایهٔ اجتماعی نیز به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل اجتماعی تعیین‌کنندهٔ سلامت، مورد توجه ویژه‌ای قرار گیرد.

تشکر و قدردانی: این مقاله، حاصل بخشی از نتایج رسالهٔ دکتری امین فغفوری‌آذر در گروه مدیریت صنعتی واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی محسوب می‌شود و از اساتید محترم راهنما و مشاور که با صبر و بزرگواری در این تحقیق مشارکت داشتند، قدردانی می‌شود.

تأییدیهٔ اخلاقی: این مطالعه با شمارهٔ ۱۶۲۴۹۸۱۹۷ مورخ ۱۳۹۸/۰۱/۲۸ به تأیید معاونت پژوهشی واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی رسیده است.

تضاد منافع: نویسندگان این مقاله هیچ‌گونه تعارضی اعلام نکرده‌اند.

سهم نویسندگان: تمام نویسندگان در این مطالعه، سهم یکسانی داشتند.

References

1. CSDH (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
2. McKeown T (1979). The role of medicine: dream, mirage, or nemesis? Princeton NJ, Princeton University Press.
3. Marmot M et al. (2012). Building of the global movement for health equity: from Santiago to Rio and beyond. The Lancet, 379(9811):181–188.
4. Rose G (1985). Sick individuals and sick populations. International Journal of Epidemiology, 14(1):32–38.
5. Rosen G (1993). A history of public health. Baltimore, Johns Hopkins University Press.
6. Whitehead M (1992). The concepts and principles of equity and health. International Journal of Health Services, 22(3):429–445.
7. Ståhl T et al., eds. (2006). Health in All Policies: prospects and potentials. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health.
8. Ollila E et al. (2006). Health in All Policies in the European Union and its member states. Policy brief. Brussels, European Commission DG Health and Consumer Protection (http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2005/action1/docs/2005_1_18_frep_a4_en.pdf, accessed 4 April 2013).
9. WHO (2006). World Health Organization: basic documents. Constitution of the World Health Organization. Geneva (http://apps.who.int/gb/bd/, accessed 12 March 2013):2.
10. United Nations (1966). International covenant on economic, social and cultural rights. Geneva (http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/ Pages/CESCR.aspx, accessed 1 February 2013).
11. Ståhl T et al., eds. (2006). Health in All Policies: prospects and potentials. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health.
12. WHO (2008). Health equity through intersectoral action: an analysis of 18 country case studies. Ottawa, Public Health Agency of Canada.
13. Kickbusch I, Buckett K, eds. (2010). Implementing Health in All Policies: Adelaide 2010. Adelaide, Department of Health, Government of South Australia.
14. Shankardass K et al. (2011). Getting started with Health in All Policies: a resource pack. Toronto, Centre for Research on Inner City Health (CRICH), St Michael's Hospital.
15. Allende S (2006). Chile's medical-social reality– 1939 (excerpts). Social Medicine, 1(3):151–155.
16. Buckett K, ed. (2010). Editorial. International Meeting on Health in All Policies, Adelaide 12–15 April 2010. Adelaide, Government of South Australia.
17. Krech R, Buckett K (2010). The Adelaide Statement on Health in All Policies: moving towards a shared governance for health and well-being. Health Promotion International, 25(2):258–260.
18. Pritchett L, Summers L (1996). Wealthier is healthier. Journal of Human Resources, 31(4):841–868.
19. Bloom DE, Canning D (2000). The health and wealth of nations. Science, 287(5456):1207–1209.
20. Commission on Macroeconomics and Health (2001). Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Geneva, World Health Organization.
21. López-Casasnovas G, Rivera B, Currais L (2005). Health and economic growth: findings and policy implications. Boston, The MIT Press.
22. Deaton A (2004). Health in an age of globalization. Washington DC, Brookings Trade Forum:83–130.
23. CSDH (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
24. Marmot M (2006). Health in an unequal world: social circumstances, biology and disease. Clinical Medicine, 6(6):559–572.
25. Raphael D (2006). Social determinants of health: present status, unanswered questions, and future directions. International Journal of Health Services, 36(4):651–677.
26. Diderichsen F, Evans T, Whitehead M (2001). The social basis of disparities in health. In: Evans T et al., eds. Challenging inequities in health: from ethics to action. New York, Oxford University Press:12–23.
27. Dahlgren G, Whitehead M (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm, Institute for Futures Studies.
28. McKeown T (1976). The role of medicine: dream, mirage, or nemesis? London, Nuffield Provincial Hospitals Trust.
29. Fogel RW (1986). Nutrition and the decline in mortality since 1700: some preliminary findings. In: Engerman SL, Gallman RE, eds. (1986). Longterm factors in American economic growth. Chicago, University of Chicago Press:439–556.
30. Schultz TP, Strauss J, eds. (2008). Handbook of development economics. Volume 4. Oxford, North-Holland (Handbooks in Economics 9).
31. Caldwell JC (1979). Education as a factor in mortality decline: an examination of Nigerian data. Population Studies, 33(3):395–413.
32. Schultz TP (1985). Studying the impact of household economic and community variables on child mortality. Population and Development Review, 10(suppl.):215–235.
33. Breierova L, Duflo E (2004). The impact of education on fertility and child mortality: do fathers really matter less than mothers? Cambridge MA, National Bureau of Economic Research (NBER Working Paper No. 10513).
34. Bicego GT, Boerma JT (1991). Maternal education and child survival: a comparative analysis of DHS data. Columbia MD, IRD/Macro International Inc.
35. Kawachi I, Kennedy BP (1999). Income inequality and health: pathways and mechanisms. Health Services Research, 34(1 Pt 2):215–227.
36. Deaton A (2003). Health, inequality, and economic development. Journal of Economic Literature, 41(1):113–158.
37. Wilkinson RG (1996). Unhealthy societies: the afflictions of inequality. London, Routledge.
38. Wilkinson R, Pickett K (2009). The spirit level: why equality is better for everyone. London, Penguin.
39. Legatum Institute, "Legatum prosperity index", 2021.
40. Lock, john. Two treaties of Governments: With A Supplement, Patriarcha, by Robert Filmer. No. 2. Simon and Schuster, 1947.
41. De Tocqueille, Alexis. Democracy in America. Vol 10. Regency Publishing, 2003.
42. Galtung, Johan. "Violence, peace, and peace research." Journal of peace research 6, no 3 (1969): 167-191.
43. Paul Dolan, Tessa Peasgood, and Mathew White. "Do we really know what makes us happy? A review of the economic literature

on the factors associated with subjective wellbeing,"Journal of economic psychology 29, no. 1 (2008): 94-122.
44. Ahmad Al-Windi. "The relations between symptoms, somatic and psychiatric conditions, life satisfaction and perceived health. A primary care based study," Health and quality of life outcomes 3, no. 1 (2005): 28.
45. Robert J. Barro. "Health and economic growth," Annals of Economics and Finance 14, no. 2 (2013): 329-366.
46. WHO Commission on Macroeconomics and Health, Working Group 1 & World Health Organization. "Health, economic growth and poverty reduction," World Health Organization, 2002.
47. Coleman, J. (1990), Foundations of Social Theory, Cambridge: Harvard University Press.
48. Putnam Robert D. Simon and Schuster; New York, NY: 2000. Bowling Alone: the Collapse and Revival of American Community.
49. Durkheim Emile. Free Press; New York: 1951. Suicide: A Study in Sociology, Translated by John Spaulding and George Simpson. [1897]
50. Rodgers Justin, Valuev Anna V., Hswen Yulin, Subramanian S.V. Social capital and physical health: an updated review of the literature for 2007–2018. Soc. Sci. Med. 2019;236:112360. doi: 10.1016/j.socscimed.2019.112360.
51. Fukuyama, Francis. "Francis Fukuyama Article on Social Capital: Global Trends and US Civil Society." (1997).
52. Putnam, Robert D. 2000. Bowling Alone : The Collapse and Revival of American Community. New York: Simon & Schuster.
53. Putnam, Robert D., Robert Leonardi, and Raffaella Y. Nanetti. Making democracy work: Civic traditions in modern Italy. Princeton university press, 1994.
54. Uphoff, Eleonora P., Kate E. Pickett, Baltica Cabieses, Neil Small, and John Wright. "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 12, no. 1 (2013): 54.
55. Knowles, Stephen. Is social capital part of the institutions continuum? No. 05/11. CREDIT Research Paper, 2005.
56. Steven N. Durlauf, Marcel Fafchamps, 'SOCIAL CAPITAL' NBER Working Paper 10485, May 2004.
57. Helliwell, John F., and Robert D. Putnam. "The social context of well–being." Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences 359, no. 1449 (2004): 1435-1446.
58. Allen J, Balfour R, Bell R, Marmot M. Social determinants of mental health. Int Rev Psychiatry. 2014;26(4):392–407.
59. Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. Lancet. 2012;380:1011–29.
60. Braveman P, Gottlieb L. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. Public Health Rep. 2014;129(1_suppl2):19–31.
61. Kawachi I. Social capital and community effects on population and individual health. Ann N Y Acad Sci. 1999;896:120–30.
62. Edward LG, David L, Bruce S. An economic approach to social capital. Econ J. 2002;112(483):437–58.
63. Bourdieu P. The forms of capital. In: Halsey A, Lauder H, Brown P, Wells AS, editors. Education: culture economy, society. Oxford: Oxford University Press; 1997.
64. Putnam RD. Bowling alone: America's declining social capital. In: Culture and politics. New York: Palgrave Macmillan US; 2000. p. 223–34.
65. Coleman JS. Social Capital in the Creation of human capital. Am J Sociol. 1988;94:S95–120.
66. Sobel J. Can we trust social capital? J Econ Lit. 2013;40(1):139–54.
67. Downward P, Pawlowski T, Rasciute S. Does associational behavior raise social capital? A cross-country analysis of trust. East Econ J. 2014;40(2):150–65.
68. Paxton P. Social capital and democracy: an interdependent relationship. Am Sociol Rev. 2002;67(2):254–77.
69. Cigler A, Joslyn MR. The extensiveness of group membership and social capital: the impact on political tolerance attitudes. Polit Res Q. 2002;55(1):7–25.
70. Sallis JF, Floyd MF, Rodriguez DA, Saelens BE. Role of built environments in physical activity, obesity, and cardiovascular disease. Circulation. 2012;125(5):729–37.
71. Rodríguez-Pose A, von Berlepsch V. Social capital and individual happiness in Europe. J Happiness Stud. 2014;15(2):357–86.
72. Yu G, Sessions JG, Fu Y, Wall M. A multilevel cross-lagged structural equation analysis for reciprocal relationship between social capital and health. Soc Sci Med. 2015;142:1–8.
73. Harpham T. Measuring social capital within health surveys: key issues. Health Policy Plan. 2002;17(1):106–11.
74. Moore S, Kawachi I. Twenty years of social capital and health research: a glossary. J Epidemiol Community Health. 2017;71(5):513–7.
75. Ding N, Berry HL, O'Brien LV. One-year reciprocal relationship between community participation and mental wellbeing in Australia: a panel analysis. Soc Sci Med. 2015;128:246–54.
76. Kawachi I. Commentary: social capital and health: making the connections one step at a time. Int J Epidemiol. 2006;35(4):989–93.
77. Hanlon P, Carlisle S, Hannah M, Reilly D, Lyon A. Making the case for a "fifth wave" in public health. Public Health. 2011;125(1):30–6.
78. Younsi M, Chakroun M. Does social capital determine health? Empirical evidence from MENA countries. Soc Sci J. 2016;53(3):371–9.
79. Liu Y, Croft JB, Anderson LA, Wheaton AG, Presley-Cantrell LR, Ford ES. The association of chronic obstructive pulmonary disease, disability, engagement in social activities, and mortality among US adults aged 70 years or older, 1994-2006. Int J COPD. 2014;9:75–83.
80. Oshio T. The association between individual-level social capital and health: cross-sectional, prospective cohort and fixed-effects models. J Epidemiol Community Health. 2015;70(1):25–30.
81. Rohde N, D'Ambrosio C, Tang KK, Rao P. Estimating the mental health effects of social isolation. Appl Res Qual Life. 2016;11(3):853–69.
82. Baker P, Friel S, Kay A, Baum F, Strazdins L, Mackean T. What enables and constrains the inclusion of the social determinants of health inequities in government policy agendas? A narrative review. Int J Heal Policy Manag. 2017;7(2):101–11.
83. WHO. Noncommunicable Diseases Country Profiles 2018: World Health Organization; 2018. https://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2018/en/.