

تحلیل متغیرهای کلیدی سرمایه اجتماعی بر آینده بیماری‌های واگیردار و کووید-19 (مورد مطالعه: شهر نورآباد ممسنی)

محمد رضا امیری فلهیانی*

کد رکود: 0000-0002-5497-3997

چکیده

این مطالعه بر آن است؛ با رویکرد آینده‌پژوهی به شناسایی پیشران‌های کلیدی مؤثر بر وضعیت آینده بیماری‌های واگیردار که برآمده از سرمایه اجتماعی در شهرهای ایران با مطالعه موردی شهر نورآباد بردارد. پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی، از حیث روش پیمایشی در سطح اکتشافی و مبتنی بر رویکرد آینده‌پژوهی صورت گرفته است. نیروهای پیشران با روش دلفی مشخص شده، سپس این عوامل براساس میزان اهمیت و عدم قطعیت، اولویت‌بندی و حیاتی‌ترین عوامل مشخص و برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار (Mic Mac) استفاده شده است. در میان این عوامل با استفاده از این نرم‌افزار ۱۰ عامل به مثابه عوامل کلیدی، انتخاب شدند و مبنای تدوین سناریوها قرار گرفتند. یافته‌های پژوهش حاکی از آن است؛ از بین این متغیرها، نابرابری، فرهنگ معاشرت، اعتماد اجتماعی، آگاهی اجتماعی، تورم، بی‌تفاوتی نسب به وضعیت موجود، مهاجرت روستاییان، عادی‌انگاری، توزیع نامناسب درآمد، ضعف کیفیت محیط زیست شهری به عنوان عوامل کلیدی مؤثر بر سرمایه اجتماعی و دارای بیشترین اثرگذاری مستقیم و همچنین دارای بیشترین میزان اثرگذاری غیرمستقیم بر دیگر متغیرها بوده‌اند که توسط کارشناسان مشخص شده و در شیوع بیماری‌های واگیردار در آینده این شهر مؤثر بوده‌اند. سپس براساس دو معیار «شدت عدم قطعیت» و «میزان اهمیت» سه سناریو برای سه آینده محتمل شهر نورآباد فارس، شناسایی و تدوین شد. در نهایت با توجه به وضعیت شهر نورآباد و متناسب با این پیشران‌ها، پیشنهادهایی در بهبود وضعیت سرمایه اجتماعی ارائه شده است.

واژگان کلیدی: پیشران‌های کلیدی، سرمایه اجتماعی، بیماری‌های واگیردار، آینده پژوهی، شهر نورآباد ممسنی.

*- دکتری برنامه‌ریزی شهری، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران، (نویسنده مسئول)

Email: amiri_reza1388@yahoo.com

مقاله علمی پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۵/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۲/۹

مسائل اجتماعی ایران، سال دوازدهم، شماره اول، بهار و تابستان ۱۴۰۰، صص ۵-۳۲

۱. مقدمه و بیان مسئله

تعدادی از عوامل فردی و زیست محیطی با سرمایه اجتماعی در ارتباط هستند که یکی از مواردی که تحقیقات اندکی در مورد آن صورت پذیرفته، محیط ساخته شده است (کاواچی^۱ و همکاران، ۱۹۹۹: ۳۴). به عنوان مثال، گسترش شهرها، یکی از ویژگی‌های محیط ساخته شده می‌باشد، همانطور که در بسیاری از شهرهای پس از جنگ در جهان توسعه یافته، شاهد کاهش و نزول سرمایه اجتماعی هستیم (وود^۲ و همکاران، ۲۰۰۸). صاحب‌نظران در مقابله با این روند، طراحی شهری الگوی "شهری نوین" را به کار گرفته‌اند که هدف از آن افزایش سرمایه اجتماعی از طریق ایجاد محله‌هایی با قابلیت پیاده‌روی با دسترسی آسان به پارک‌ها، حمل و نقل عمومی و فروشگاه‌های خرده فروشی است که ممکن است نیازمند تراکم زیاد محل سکونت نیز باشد. در حالی که پراکندگی شهری، وابستگی به خودرو، عدم دسترسی به مقصد و راه‌های کنش غیررسمی اجتماعی را کاهش می‌دهد و از تعامل رسمی جلوگیری می‌کند، محله‌های شهری جدید به دنبال به حداکثر رساندن فرصت‌های تعامل اجتماعی از طریق طراحی بهتر هستند. این امر می‌تواند از طریق چندین روش؛ مانند وقت‌گذرانی برای اجتماعی‌شدن زمان کاهش یافته، فرصت‌های بیشتر برای تعامل اجتماعی در جوامع مسکونی با تراکم بالا، حس تعلق داشتن در حومه‌های قابل پیاده‌روی سبز، و سهولت دسترسی به راه‌ها و مراکز تعامل رسمی مانند باشگاه‌ها و مکان‌های تفریحی آشکار شود. با وجود این، شواهد حاکی از کاهش حمایت از سرمایه اجتماعی نسبت به افزایش پراکندگی شهری بوده است (پاتنام^۳، ۲۰۰۱). برخی از محققان فرضیات و تأثیر پارادایم جدید شهرنشینی را زیر سؤال می‌برند (نگوین^۴، ۲۰۱۰). علاوه بر طراحی محله و ویژگی‌های محله‌ای که مشوق ایجاد سرمایه‌های اجتماعی است؛ مانند پارک‌ها و راه‌ها وجود کتابخانه‌ها، مدارس یا مراکز اجتماعی در هر محل با افزایش تعاملات و مکان‌هایی برای فعالیت‌های جمعی می‌تواند سرمایه اجتماعی را افزایش دهد (لیو و بیرمان^۵، ۲۰۱۲، لیدن و گلدبرگ^۶، ۲۰۱۵). رشد و گسترش عوامل روانی، جسمانی، اجتماعی و معنوی و نقش آن‌ها در سلامت در کشورهای جهان سوم بخصوص در کشور ایران هم زمان با رشد و توسعه سرمایه اجتماعی بوده است (ساعی، ۱۳۸۸: ۱). سرمایه اجتماعی یکی از مفاهیمی است که در سال‌های اخیر در مباحث توسعه، بسیار مطرح شده است و توجه به سرمایه اجتماعی و نقش آن در سلامت افراد در سطوح گوناگون، مورد توجه صاحب‌نظران بوده است. پاتل بر این باور است که نقش عوامل اجتماعی در سلامت به طور قابل توجهی مشخص شده است. رشد و گسترش توجه به عوامل اجتماعی و نقش آن در سلامت در کشورهای جهان سوم، همزمان با رشد و توسعه سرمایه اجتماعی بوده است و ممکن است در آینده، شکل‌های اجتماعی سلامت را جهت دهد

^۱ . Kawachi

^۲ . wood

^۳ . Putnam

^۴ . Nguyen

^۵ . Liu & Bearman

^۶ . Leyden & Goldberg,

(هارفوم^۱، ۲۰۰۹: ۲۳۵). بین مجموعه‌ای از شاخص‌های سرمایه اجتماعی و سلامت همبستگی وجود دارد. زیرا وجود هنجارهای اجتماعی قوی احساس امنیت را تقویت می‌کند و ضعف در پایداری به هنجارهای اجتماعی و فقدان ضمانتی اجرایی لازم برای آنها افراد را دچار تشویش و نگرانی می‌سازد (کیوان آرا، ۱۳۹۳: ۴۸). در دهه‌های اخیر، بسیاری از بیماری‌های عفونی در مقیاس فزاینده‌ای - مانند ویروس ابولا، سندرم حاد تنفسی سارس، آنفلوآنزای مرغی و کلیوی، سندرم تنفسی خاورمیانه مرس و بیماری نوظهور کووید-۱۹ پدیدار شده است. شیوع این بیماری‌ها منجر به بروز عواقب گسترده اقتصادی - اجتماعی از جمله، از بین رفتن جان انسان‌ها و اختلال در تجارت و مسافرت شد. بیماری همه‌گیر کووید-۱۹ یک یادآور قوی است که شهرنشینی، شیوه زندگی، کار و تعامل مردم و جوامع را تغییر داده و نیاز به تقویت سیستم‌ها و ظرفیت‌های محلی برای جلوگیری از شیوع بیماری‌های عفونی را به عنوان یک اصل مهم و ضروری مطرح کرده است (لی^۲ و همکاران، ۲۰۲۰).

گسترش یک بیماری عفونی که از فردی به فرد دیگر منتقل می‌شود؛ به عوامل زیادی وابسته است که یکی از آنها سرمایه اجتماعی می‌باشد. سرمایه اجتماعی با ایجاد حس اعتماد، امید به زندگی، مشارکت پذیری و ... به ایجاد سلامت انسانی کمک می‌کند. همانطور که در سال‌های اخیر مطالعات متعددی درباره تأثیر سرمایه اجتماعی بر ارتقای سلامت صورت گرفته است. سرمایه اجتماعی به اشتراک‌گذاری ارزش‌ها، پذیرش هنجارها، وحدت و اعتماد متقابل است و نقش مهمی در حل مشکلات از طریق تعامل و همکاری دارد (پاتنام^۳، ۲۰۰۰ و فوکویاما^۴، ۱۹۹۵). همچنین تحقیقات نشان داده است که سرمایه اجتماعی در حل چالش‌های بهداشت عمومی مؤثر است (پریتی^۵، ۲۰۰۳، عصری و ویلیانارتنی^۶، ۲۰۱۷، هوس، لن‌دیس و امبرسون^۷، ۱۹۹۸). در رابطه با فاجعه کروناویروس، مطالعات انجام شده در مورد تجزیه و تحلیل اطلاعات GPS در ایالات متحده، نشان داد که ساکنان در مناطق با سرمایه اجتماعی بالا، در اجرای مقررات از همکاری بیشتری برخوردار بودند (بورگونوی و آندریو^۸، ۲۰۲۰) و باعث کاهش شیوع عفونت کروناویروس شده است (وارشنی و سوشر^۹، ۲۰۲۰)، مطالعه دیگری در ایتالیا نشان می‌دهد؛ مناطقی که دارای سرمایه اجتماعی بالایی هستند، دارای مرگ و میر کمتری ناشی از ویروس کرونا هستند (بارتشر، ۲۰۲۰). مطالعه دیگری نشان می‌دهد که سرمایه اجتماعی (حمایت متقابل میان شرکت و تعهد سازمانی کارکنان)، تمایل کارکنان به همکاری در اقدامات متقابل کرونا در محل کار را افزایش می‌دهد (کوکبن، اینو و ایشیمورا^{۱۰}، ۲۰۲۰). هدف از این مطالعه، شناسایی عوامل مؤثر بر سرمایه اجتماعی و پراکنش بیماری‌های واگیردار در سطح شهر و یا اطراف آن می‌باشد. سؤال اصلی

1. Harphom

2. Lee

3. Putnam

4. Fukuyama

5. Pretty

6. Asri & Wiliyanarti

7. House, Landis, & Umberson

8. Borgonovi & Andrieu

9. Varshney & Socher

10. Kokubun, Ino, & Ishimura

تحقیق حاضر این است که متغیرهای کلیدی مؤثر بر وضعیت آینده بیماری‌های واگیردار که برآمده از سرمایه اجتماعی در شهر نورآباد ممسنی است، کدام است. فضاهای شهری عرصه‌ای برای حضور و بروز رفتارهای مختلف شهروندان هستند. رابطه میان فضا و رفتار یا محیط و اجتماع، هم در علوم اجتماعی (زیبایی‌شناسی، جامعه‌شناسی، روانشناسی و مدیریت) و هم در علوم محیطی (معماری، جغرافیا و شهرسازی) به پیدایش الگوهای نظری منجر شده است که در مجموع راهنمای مناسبی برای تدوین یک مدل فضا محور در مدیریت رفتار شهری است؛ درونمایه نظریه‌های فوق این است که فضا بازتولید اجتماعی دارد؛ فضای شهری به طور اعم و سیمای شهری به طور اخص، باز نمود رفتاری دارد (مطلبی، ۱۳۸۰: ۵۲). از آنجا که مطالعات متعدد نشان می‌دهد که سرمایه اجتماعی می‌تواند بر سلامت افراد تأثیر داشته باشد و یا هنگام وقوع چنین حوادثی باعث تاب‌آوری اجتماعی شهروندان و جامعه شود، ما درصدد شناسایی تأثیر سرمایه اجتماعی بر بیماری‌های واگیردار و کووید-۱۹ در شهر نورآباد ممسنی و طراحی سناریوهای محتمل در این مورد هستیم. البته، باید اذعان کرد که سناریوها حالت‌های محتمل آینده را تشریح می‌کنند و به عنوان پیش‌بینی قطعی آینده در نظر گرفته نمی‌شود.

مشخصات منطقه مورد مطالعه

شهر نورآباد، به عنوان مرکز شهرستان ممسنی، مساحتی بالغ بر ۱۷۸۹ هکتار در ۱۶۰ کیلومتری شمال غرب شیراز و در موقعیت ۵۱ درجه و ۳۲ دقیقه طول شرقی و ۳۱ درجه و ۱۳ دقیقه عرض شمالی قرار گرفته است. این شهر، در سال ۱۳۴۲ از به هم پیوستن ۲۹ روستا و مکان-مزرعه در اوایل دهه ۱۳۴۰ به وجود آمده و در حال حاضر، هر یک از این نقاط، محله‌ای از شهر را تشکیل می‌دهند. اولین آمار رسمی جمعیت آن، مربوط به سال ۱۳۴۵ می‌باشد که جمعیت آن برابر ۵۲۷۱ نفر برآورد گردیده است. بر اساس سرشماری‌های سال‌های ۵۵، ۶۵، ۷۵، ۸۵ و ۹۰ جمعیت شهر نورآباد به ترتیب ۱۰۹۸۴، ۲۵۳۳۳، ۴۲۲۴۳ و ۵۲۵۹۷، ۵۷۹۰۰ نفر بوده که این امر، نشان دهنده آن است که طی این سال‌ها، نورآباد با رشد سریع جمعیت، روبه-رو بوده است (سرشماری‌های نفوس و مسکن، ۱۳۹۰). از زمان انتقال مرکزیت منطقه ممسنی از فهلیان به نورآباد در سال ۱۳۴۱ و با عرضه امکانات و تسهیلات شهری و تبدیل نورآباد به یک شهر مهاجرپذیر، گسترش ساخت و سازها روی اراضی کشاورزی و تبدیل آنها به کاربری-های شهری شدت یافت و روز به روز بر ابعاد کالبدی گسترش شهر افزوده شد. (امانپور و امیری فهلیانی، ۱۳۹۴: ۲۶۱). شهر نورآباد به عنوان مرکز اداری شهرستان ممسنی از موقعیت چهارراهی خاصی برخوردار است به گونه‌ای که این شهر در مسیر عبور ترانزیت اهواز به شیراز و شهر بوشهر به یاسوج قرار گرفته است. این شهر با انواع مشکلاتی از قبیل مهاجرت خیل عظیمی از مردم روستاهای شهرستان و روستاهای اطراف به شهر نورآباد

از یک سو و عدم نظارت مناسب بر توسعه فیزیکی آن از سوی دیگر، توزیع نامناسب خدمات عمومی، و کمبود نیروی متخصص درمانی و کیفیت خدمات بهداشتی مواجه است. همچنین به علت موقعیت تقاطعی این شهر هر روزه، حجم بالایی از تردد مسافری و تراکم آنها برای استراحت و صرف غذا در پارک‌ها و رستوران‌های ورودی شهر و تجمع زیاد شهروندان و روستاییانی که برای انجام امور خود روانه شهر نورآباد می‌شوند؛ صورت می‌گیرد. همین امر باعث شده در مرکز شهر با تراکم زیاد جمعیت مواجه باشند و این وضعیت آگاهانه یا غیرآگاهانه باعث تشدید بیماری واگیردار خواهد شد.

۲. مبانی نظری

چارچوب مفهومی

مفهوم سرمایه اجتماعی را می‌توان در تفکرات اندیشمندان کلاسیک قرن نوزدهم ردیابی کرد. پیر بوردیو^۱، جیمز کلمن^۲ و رابرت پوتنم^۳ نخستین دانشمندانی بودند که این مفهوم را که همانطور که در بخش زیر به طور خلاصه مورد بحث قرار گرفت، احیا و محبوب کردند.

پیر بوردیو

بوردیو اولین تعریف سیستماتیک از سرمایه اجتماعی را در اوایل دهه ۱۹۸۰ ارائه کرد، وقتی اظهار داشت که این "مجموعه، منابع واقعی یا بالقوه است که به داشتن شبکه‌ای با دوام از روابط کم و بیش نهادینه شده برای آشنایی یا شناخت متقابل مرتبط است". مفهوم سرمایه اجتماعی از نظر بوردیو، تأکید بر نقش روابط اجتماعی است که از طریق درگیری و روابط قدرت بین افراد مشاهده می‌شود. برای او، روابط اجتماعی به افراد قدرت می‌داد و به عنوان منبعی در مبارزات اجتماعی برای شرایط بهتر اجتماعی دیده می‌شدند (پورتز^۴، ۱۹۹۸، سیشیان^۵، ۲۰۰۰). برای بوردیو سرمایه اجتماعی، شبکه‌های اجتماعی شامل ارتباط گروهی و عضویت، تأمین حمایت، دسترسی به منابع و تعهدات است. شبکه‌ها، امکانات اجتماعی و توانایی حفظ شبکه را در اختیار دارند. بوردیو تأکید کرد که سرمایه اجتماعی توسط فرد ایجاد و بازسازی می‌شود. مانند هر سرمایه‌گذاری دیگری، اعضای جامعه نیز، باید از طریق اتخاذ

^۱. Pierre Bourdieu

^۲. James Coleman

^۳. Robert Putnam

^۴. Portes

^۵. Siisiäinen

استراتژی‌های مختلفی مانند مشارکت در گروه‌ها یا انجمن‌ها (بورديو، ۱۹۸۵، ۱۹۸۶) در سرمایه اجتماعی سرمایه‌گذاری کنند. طبق گفته بورديو سرمایه اجتماعی، دو بخش اساسی دارد. اول اینکه، منابع موجود در شبکه اجتماعی، به طور جمعی متعلق به همه اعضا است و نه شخص. دوم، نوع مزایایی که می‌توان از طریق سرمایه اجتماعی به آن دست یافت، با توجه به ماهیت شبکه اجتماعی، متفاوت است (کمپل^۱، ۲۰۰۰، مکینکو^۲ و همکاران، ۲۰۰۱).

جیمز کلن در اواخر دهه ۱۹۸۰، کلن سرمایه اجتماعی را بدین شکل تعریف کرد: "نوع خاصی از منابع در دسترس یک کنشگر، متشکل از نهادهای گوناگون که شامل دو عنصر می‌باشد: همه آنها متشکل از جنبه‌هایی از ساختارهای اجتماعی هستن که برخی از آنها اعمال فعالان را تسهیل می‌کنند. سرمایه اجتماعی، هم یک، دارایی فردی و هم جمعی است. وی از سرمایه‌های اجتماعی به عنوان منابعی یاد می‌کند که فرد می‌تواند از روابط اجتماعی خود با سایر اعضای جامعه استفاده کند. از طریق مکانیزم‌هایی مانند اجرای گروه، عمل متقابل و انتظارات اعضا می‌توان سرمایه اجتماعی ایجاد کرد (کلن^۳، ۱۹۹۸). برخی پاداش‌ها مانند دسترسی به اطلاعات به عنوان نتیجه مشارکت دریافت می‌شود (کمپل^۴، ۲۰۰۰، مکینکو^۵ و همکاران، ۲۰۰۱). کلن، هشدار داد که همه اشکال سرمایه اجتماعی ممکن است به نتایج مثبتی منجر نشود. برای نمونه، پیوندهای محکم در یک گروه اجتماعی ممکن است به نفع بعضی از اعضا باشد، در حالی که دیگران را از دستیابی به مزایای مشابه منع کند (کلن، ۱۹۹۸).

رابرت پاتنام خاطرنشان کرد که نحوه سازماندهی جامعه در ساختارهای مختلف اجتماعی، عمدتاً در سطوح مختلف دستاوردها نقش دارد. وی نشان داد مناطقی که مشارکت مدنی بالایی دارند؛ نسبت به مناطقی که سطح مشارکت مدنی آنها کم است عملکرد خوبی در دولت محلی دارند (هاوه، ۲۰۰۰). وجود اعتماد به نفس بالا و هنجارهای قابل اجرا نیز، سطح مشارکت مدنی را افزایش داده است (پورتز، ۱۹۹۸، کمپل، ۲۰۰۰). مفهوم‌سازی پاتنام از سرمایه اجتماعی به این معنی است که جامعه‌ای با سطح بالای سرمایه اجتماعی دارای شبکه‌های اجتماعی زیادی است و سطح مشارکت مدنی، بالایی در این شبکه‌ها دارد. هنجارهای عمومی، اعتماد و حمایت متقابل در بین اعضای جامعه نیز، بسیار مهم است (کمپل و همکاران، ۱۹۹۹). بطور خلاصه، بورديو، کلن و پاتنام بر سه عنصر مهم نظریه سرمایه اجتماعی تأکید دارند. اولاً، سرمایه

^۱ . Campbell

^۲ . Macinko

^۳ . Coleman

^۴ . Campbell

^۵ . Macinko

اجتماعی شامل شبکه‌های اجتماعی، مشارکت مردم در سازمان‌ها و اعتماد و متقابل است. ثانیاً، سرمایه اجتماعی منبعی است که افراد در نتیجه روابط با دیگران ایجاد می‌شود. سوم، سرمایه اجتماعی شامل هنجارها و ارزش‌های مشترک است که عملکرد شبکه‌ها و سازمان‌های اجتماعی را برای تحقق موفق فرصت‌ها و مزایا تسهیل می‌کند.

تعاریف سرمایه اجتماعی بر سه رویکرد دارایی فردی، ویژگی جمعی و سوم، ادغام هر دو رویکرد فردی و جمعی استوار است.

سرمایه اجتماعی فردی: بوردیو^۱ (۱۹۸۶)، لین^۲ (۲۰۰۱) و فلاپ^۳ (۲۰۰۴) سرمایه‌های اجتماعی را یک منبع فردی می‌دانند که افراد را قادر می‌سازد به منابعی دست یابند؛ در غیر این صورت، نمی‌توانند به آنها دسترسی پیدا کنند. میزان دسترسی به این منابع به ارتباطات شخصی، میزان تعامل آنها از طریق شبکه‌ها، نقاط قوت این شبکه‌ها و همچنین منابع موجود در اتصالات آنها وابسته است (سوبل^۴، ۲۰۰۲).

سرمایه اجتماعی جمعی: پاتنام سرمایه اجتماعی را ویژگی سازمان اجتماعی مانند شبکه، هنجارها و اعتماد اجتماعی می‌داند که هماهنگی و همکاری برای منافع مشترک را تسهیل می‌کند. از نظر کلمن^۵ (۱۹۸۸) و ولکوک^۶ (۱۹۹۸) سرمایه اجتماعی یک منبع جمعی است؛ زیرا این بواسطه مشارکت اعضا در سازمان‌های مختلف رسمی و غیررسمی حاصل می‌شود. با این حال، هایپپا و مکی^۷ (۲۰۰۳) ادعا کردند که حتی اگر سرمایه اجتماعی به عنوان یک دارایی جمعی در نظر گرفته شود، تأثیر آن فقط در سطح فردی قابل ارزیابی است.

رویکردهای یکپارچه به سرمایه اجتماعی: رویکرد یکپارچه ویژگی‌های سرمایه اجتماعی فردی و جمعی را در بر می‌گیرد. سرمایه اجتماعی حاصل روابط اجتماعی با افراد یا گروه‌های شبکه‌ای است و از هر دونوع مزایای فردی و گروهی برخوردار است (پورتز^۸، ۱۹۹۸، فرانک^۹، ۲۰۰۵).

1. Bourdieu

2. Lin

3. Flap

4. sobel

5. Coleman

6. Woolcock

7. Hyypa and Maki

8. Portes

9. Franke

سرمایه اجتماعی و سلامت

در مورد رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت تحقیقات متعددی انجام شد است. از جمله، کاوچی^۱ و همکاران (۱۹۹۷)، در بررسی آثار سرمایه اجتماعی بر میزان مرگ و میر در ۳۹ ایالت آمریکا دریافتند که سرمایه اجتماعی با مرگ و میر و نابرابری درآمد ارتباط مستقیم دارد و باعث کاهش اعتماد و مشارکت داوطلبانه در انجمن‌ها می‌شود و تضعیف آنها بر سلامت تأثیر منفی دارد. لینچ^۲ و همکاران (۲۰۰۱) برای بررسی ارتباط بین سرمایه اجتماعی و سلامت از اطلاعات ۱۶ کشور عضو OCDE در سال‌های ۱۹۹۰ و ۱۹۹۱ استفاده کردند. یافته‌ها مؤید آن است که تمام ابعاد سرمایه اجتماعی با نرخ مرگ و میر ارتباط بسیارضعیفی دارد. تحقیق بورگونووی و آندریو^۳ (۲۰۲۰)، نشان داد که ساکنان مناطق با سرمایه اجتماعی بالا، در اجرای مقررات مربوط به بیماری کرونا بیشتر همکاری می‌کنند. در ایران نیز کلاته ساداتی و همکاران (۲۰۲۰) در مقاله خود اظهار داشته‌اند که شوک کروناویروس گسترده‌تر و قوی‌تر از سندرم حاد تنفسی حاد (SARS)، آنفولانزای مرگی و آنفولانزای خوکی در سال‌های گذشته بود. این واقعیت نشان داد که چگونه می‌توان مسئله بیولوژیکی و اپیدمیولوژیک را به یک موضوع اجتماعی، اقتصادی و سیاسی تبدیل کرد. یون کیو و همکاران (۲۰۲۰) در تحقیقی به تأثیر عوامل اجتماعی و اقتصادی در شیوع بیماری کروناویروس در کشور چین پرداخته‌اند؛ برآوردها نشان می‌دهد که قرنطینه سختگیرانه، و سایر اقدامات بهداشت عمومی اعمال شده در اواخر ژانویه به طور قابل توجهی میزان انتقال کووید-19 را کاهش داده است. در حالی که بسیاری از عوامل اقتصادی واسطه انتشار ویروس هستند، واکنش قدرتمند دولت چین از اواخر ژانویه نقش مهمی در مهار ویروس ایفا کرده است. آنها همچنین نشان دادند که جریان واقعی جمعیت نسبت به سایر عوامل مانند نزدیکی جغرافیایی و شباهت در شرایط اقتصادی، نقش مخاطره آمیزتری دارد.

پاتنام در سال ۲۰۰۰ اهمیت سرمایه اجتماعی را برای پیامدهای بهداشتی برجسته کرد. او پیشنهاد کرد: اگر شما به هیچ گروهی تعلق نداشته باشید؛ اما تصمیم بگیرید که به یکی از آنها ملحق شوید، ریسک مرگ خود را در سال آینده به نصف کاهش خواهید داد. اگر شما سیگار بکشید و به هیچ گروهی تعلق نداشته باشید، این یک بازی شیر یا خط است که شما یا باید سیگار کشیدن را متوقف کرده و یا به آنها ملحق شوید (پوتنام، ۲۰۰۰). در حالی که چنین ادعایی ممکن است با اندکی اغراق آمیخته شده باشد؛ اما زمانی اتفاق افتاد که محققان

^۱ . Kawachi

^۲ . Lynch

^۳ . Borgonovi & Andrieu

بهداشت عمومی به دنبال عوامل بهداشتی فراتر از زیست‌شناسی و رفتار بودند و شیفته مفهوم سرمایه اجتماعی شدند که در کل حوزه سلامت عمومی گسترش یافت (چوی^۱ و همکاران، ۲۰۱۴). فرضیه‌های متعددی در مورد ساز و کارهای ممکن سرمایه اجتماعی برای بهبود سلامت جسمی پیشنهاد شده است که از آن جمله می‌توان به گسترش اطلاعات و هنجارهای مربوط به سلامت، ارتقای دسترسی و استفاده از خدمات بهداشتی، تأمین منابع اقتصادی و مادی و حمایت روانی اشاره کرد (کاوچی^۲ و همکاران، ۲۰۰۸). در فصل هشتم کتاب سرمایه اجتماعی و بهداشت (سال ۲۰۰۸) اسپرینگر یک بررسی منظم از مطالعات تجربی مربوط به پیامدهای سرمایه اجتماعی برای سلامت جسمی ارائه کرده است (کیم^۳، ۲۰۰۸).

سازمان بهداشت جهانی، سیاست جدید اروپا برای سلامت ۲۰۲۰ تدوین کرد و سرمایه اجتماعی را یکی از عوامل محافظتی و ترویج کننده سلامت دانست (سازمان جهانی بهداشت^۴، ۲۰۱۳). رز در مطالعه‌ای در روسیه، نشان داد که میان سلامت عاطفی افراد با مشارکت در شبکه‌های اجتماعی رسمی و غیررسمی و برخورداری از حمایت و اعتماد اجتماعی، همبستگی معنی‌داری وجود دارد و معتقد است؛ سرمایه اجتماعی و یگانگی اجتماعی در سلامت روانی افراد مؤثر هستند (رز^۵، ۲۰۰۰).

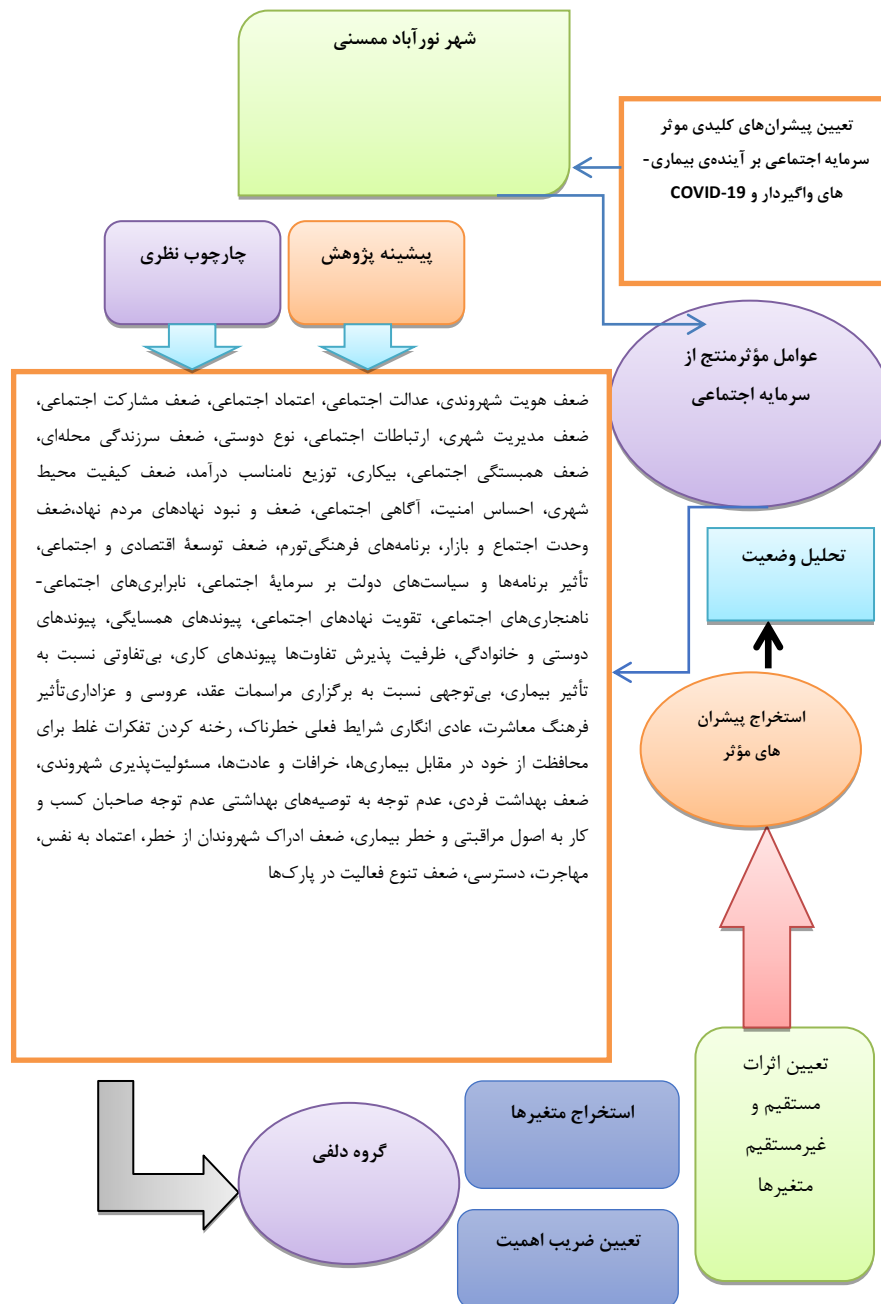
^۱ . Choi

^۲ . Kawachi

^۳ . kim

^۴ . World Health Organization

^۵ . Rose



شکل (۲): مدل مفهومی پژوهش

۳. روش تحقیق

روش تحقیق حاضر توصیفی-تحلیلی و از لحاظ هدف کاربردی است. همچنین، از نظر ماهیت بر اساس روش‌های جدید علم آینده‌پژوهی، تحلیلی و اکتشافی است که با استفاده از مدل‌های کمی و کیفی انجام شده است. روش جمع‌آوری داده‌ها اسنادی و پیمایشی و جامعه آماری کارشناسان مسائل شهری در شهر نورآباد است. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری‌شده، از روش تحلیل ساختاری استفاده شده است. این روش برای تحلیل روابط بین متغیرها به ویژه در سیستم‌های گسترده و دارای ابعاد متعدد به کار می‌رود. نرم افزار MICMAC از جمله، بهترین نرم‌افزارهایی است که به منظور اجرای تحلیل ساختاری طراحی شده و توسعه یافته است. این نرم‌افزار این امکان را می‌دهد که با کمک گرفتن از ارتباط ماتریس همه مؤلفه‌های اصلی یک سیستم را تشریح کند. خروجی‌های نرم‌افزار به صورت جدول‌ها و نمودارها می‌تواند کمک بسزایی به درک ابعاد و روابط سیستمی و چگونگی عمل سیستم در آینده بکنند. به طور کلی، تحلیل ساختاری در سه مرحله انجام می‌شود: مرحله اول: استخراج متغیرها/عوامل: این مرحله که به ندرت ساختار رسمی و استاندارد دارد، اما به منظور ادامه روند پردازش الزامی است. مرحله دوم: تعیین روابط بین متغیرها: آنچه در این مرحله، مهم است به هم پیوند دادن متغیرها و عوامل و توصیف شبکه ارتباط بین آنهاست. مرحله سوم: شناسایی عوامل پیشران (ربانی، ۱۳۹۱: ۲۵۹).

در راستای تعیین حجم نمونه با توجه به جامعه آماری تحقیق، که شامل کارشناسان مسائل شهری و اجتماعی بوده است، از روش نمونه‌گیری گلوله‌برفی استفاده شده است. حجم نمونه این پژوهش برابر با ۳۷ کارشناس است که پرسش‌نامه (ماتریس عوامل) در اختیار کارشناسان قرار گرفته است و کارشناسان براساس روابط بین عوامل بین عدد ۰ تا ۳ به صورت زوجی به عوامل امتیاز داده‌اند. عدد صفر به منزله «بدون تأثیر»، عدد یک به منزله «تأثیر ضعیف»، عدد دو به منزله «تأثیر متوسط»، و در نهایت عدد سه به منزله «تأثیر زیاد» است. بنابراین، اگر تعداد عوامل شناسایی شده n باشد، یک ماتریس $n \times n$ به دست می‌آید که در آن تأثیرات عوامل بر یکدیگر مشخص شده است (بهشتی و زالی، ۱۳۹۰: ۴۸). به منظور تعیین نیروهای کلیدی مؤثر سرمایه اجتماعی بر شیوع بیماری‌های واگیردار، نخست به شناسایی نیروهای پیشران پرداخته شده است. به منظور شناسایی نیروهای پیشران سرمایه اجتماعی بر شیوع بیماری‌های واگیردار در شهر نورآباد ممسنی، از مطالعات صورت‌پذیرفته در زمینه محیط شهری و بیماری‌های واگیردار استفاده شده و مؤلفه‌ها و عوامل مؤثر شناسایی شده است. مؤلفه‌ها و متغیرهای شناسایی‌شده از تلفیق مطالعات خارجی و داخلی در این زمینه بدست آمده است.

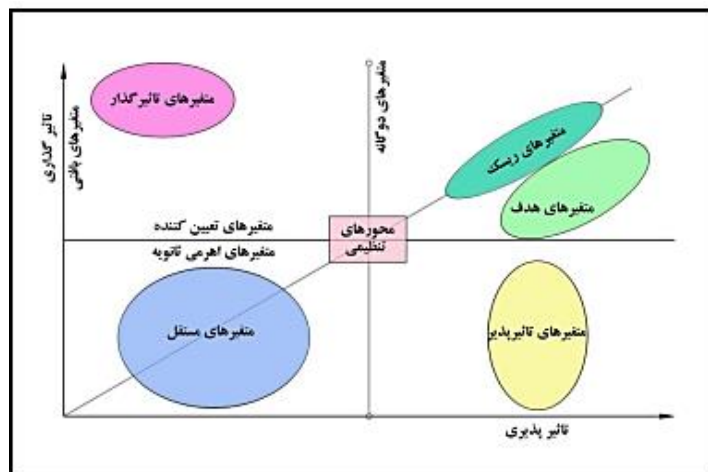
جدول (۱): ویژگی‌های جمعیت شناختی خبرگان حوزه شهری

تعداد کل	حوزه	پاسخ دهنده	تحصیلات	جنسیت	مدرس دانشگاه
۳۷	شهری	-	کارشناسی کارشناسی ارشد	مرد زن	بلی خیر
			۲۷ ۱۰	۲۵ ۱۲	۲۲ ۱۵

پیاده‌سازی و تحلیل تأثیر متقابل پیشران‌ها به شرح زیر انجام شد:

گام اول) اهمیت پیشران‌ها و فاکتورهای کلیدی و مؤثر سرمایه اجتماعی بر شیوع بیماری‌های واگیردار با استفاده از نظر کارشناسان تعیین شد.

گام دوم) ترسیم نقشه ارتباط و همبستگی رویدادها (نقشه دکارتی)، ترسیم نقشه دکارتی همبستگی تأثیرات متقابل، در این نقشه (شکل شماره ۳) منطق ارتباطی مقادیر میزان وابستگی در محور Y ها و مقادیر تأثیرگذاری در محور X ها تعریف شد. در این نقشه پیشران‌ها به چهار دسته، تقسیم‌بندی می‌شود. پیشران‌ها و موج‌هایی که شدیداً از پیشران‌های دیگر تأثیر می‌پذیرند و وقوع آنها بر سایر پیشران‌ها وابسته است و احتمال وقوع آنها از عدم قطعیت بالایی برخوردارند (ناحیه اول). پیشران‌هایی که دو وجهی هستند یعنی هم تأثیر زیادی دارند و هم از پیشران‌های دیگر تأثیر می‌پذیرند (ناحیه دوم). پیشران‌ها و موج‌هایی که خنثی هستند، نه تأثیر زیادی در سایر پیشران‌ها دارند و نه از آنها تأثیر می‌پذیرند (پیشران‌های ناحیه سوم) پیشران‌ها و موج‌هایی که بر سایر پیشران‌ها تأثیرگذار است (ناحیه چهارم) شکل شماره (۳)



شکل (۳): مختصات تحلیل تأثیر متقابل پیشران‌ها

گام سوم) عدم قطعیت‌ها: عدم قطعیت‌ها پیشران‌هایی هستند که تأثیرپذیری آنها از سایر پیشران‌ها بالاتر است؛ به عبارتی دیگر، احتمال وقوع آن‌ها به وقوع سایر پیشران‌ها وابستگی زیادی دارد. برای تعیین عدم قطعیت‌ها پیشران‌ها به سه دسته تقسیم شدند. پیشران‌ها و موج‌هایی که تداوم اهمیت آنها بر روی متغیرهای کلیدی سرمایه اجتماعی بر شیوع ویروس کرونا زیاد است و از پیشران‌های دیگر اثر کمتری می‌پذیرند (پیشران‌های قطعی). پیشران‌ها و موج‌هایی که تأثیرپذیری زیادی دارند و احتمال وقوع آنها بر وقوع سایر پیشران‌ها وابسته است (عدم قطعیت‌ها). پیشران‌ها و موج‌هایی که تأثیرپذیری زیادی دارند و در متغیرهای کلیدی اهمیت زیادی دارند (عدم قطعیت بحرانی).

ع. یافته‌های تحقیق

امروزه، آینده‌پژوهی به عنوان رویکردی نوین در عرصه‌های مختلف برنامه‌ریزی شهری به کار گرفته شده و با شناسایی عوامل کلیدی مؤثر بر آینده سیستم، برنامه‌ریز را از غافل‌گیری در مقابل امواج پرشتاب تغییر و تحولات امروزی مصون نگه می‌دارد. در ادامه با استفاده از این رویکرد به شناسایی این عوامل و تأثیرات آن در مواجهه با بیماری‌های واگیردار می‌پردازیم؛

عوامل تأثیرگذار بر سرمایه اجتماعی در مواجهه با کوید ۱۹ در شهر نورآباد ممسنی

اگر شناسایی موضوع یا تصمیم اصلی قدم اول در برنامه‌ریزی سناریو باشد، تهیه فهرستی از عوامل کلیدی که بر موضوع موردنظر تأثیرگذار هستند قدم دوم به شمار می‌آید. جامعه آماری پژوهش، کارشناسان و متخصصین در حوزه مسائل شهری و اجتماعی بودند. در این پژوهش با استفاده از طراحی پرسش‌نامه، مطالعه و بررسی مبانی نظری و مصاحبه با کارشناسان و خبرگان و نیز با بهره‌گیری از تکنیک دلفی به جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز پرداخته شد. در این مرحله از کارشناسان و نخبگان خواسته شد که مهم‌ترین عوامل کلیدی مؤثر بر سرمایه اجتماعی در مواجهه با بیماری‌های واگیردار و کووید-۱۹ را با نمونه مورد مطالعه شهر نورآباد فارس را تا ۱۰ سال آینده مشخص نمایند که در نهایت با توجه به نوع و اهمیت موضوع ۴۲ متغیر تعیین گردید.

جدول (۲): نیروهای کلیدی مؤثر سرمایه اجتماعی به هنگام مواجهه با بیماری‌های واگیردار و کووید - ۱۹

ردیف	عوامل کلیدی	ردیف	عوامل کلیدی	ردیف	عوامل کلیدی
۱	ضعف هویت شهروندی	۱۵	ضعف و نبود نهادهای مردم نهاد	۲۹	بی توجهی نسبت به برگزاری مراسمات عقد، عروسی و عزاداری

۲	عدالت اجتماعی	۱۶	ضعف وحدت اجتماع و بازار	۳۰	تأثیر فرهنگ معاشرت
۳	اعتماد اجتماعی	۱۷	برنامه های فرهنگی	۳۱	عادی انگاری شرایط فعلی خطرناک
۴	ضعف مشارکت اجتماعی	۱۸	تورم	۳۲	رخنه کردن تفکرات غلط برای محافظت از خود در مقابل بیماری ها
۵	ضعف مدیریت شهری	۱۹	ضعف توسعه اقتصادی و اجتماعی	۳۳	خرافات و عادت ها
۶	ارتباطات اجتماعی	۲۰	تأثیر برنامه ها و سیاست های دولت بر سرمایه اجتماعی	۳۴	مسئولیت پذیری شهروندی
۷	نوع دوستی	۲۱	نابرابری های اجتماعی	۳۵	ضعف بهداشت فردی
۸	ضعف سرزندگی محله ای	۲۲	ناهنجاری های اجتماعی	۳۶	عدم توجه به توصیه های بهداشتی
۹	ضعف همبستگی اجتماعی	۲۳	تقویت نهادهای اجتماعی	۳۷	عدم توجه صاحبان کسب و کار به اصول مراقبتی و خطر بیماری
۱۰	بیکاری	۲۴	پیوند های همسایگی	۳۸	ضعف ادراک شهروندان از خطر
۱۱	توزیع نامناسب درآمد	۲۵	پیوند های دوستی و خانوادگی	۳۹	اعتماد به نفس
۱۲	ضعف کیفیت محیط شهری	۲۶	ظرفیت پذیرش تفاوت ها	۴۰	مهاجرت
۱۳	احساس امنیت	۲۷	پیوندهای کاری	۴۱	دسترسی
۱۴	آگاهی اجتماعی	۲۸	بی تفاوتی نسبت به تأثیر بیماری	۴۲	ضعف تنوع فعالیت در پارک ها

ماخذ: (امانیپور و همکاران، ۱۳۹۸)، (امانیپور و همکاران، ۱۳۹۷)، (Golledge, 2008)، (Campbell et al, 1999)، (امیری فلهلیانی، ۱۳۹۸)، (هاشمی و همکاران، ۱۳۸۸)، (توکلی و تاجبخش، ۱۳۸۷)

نیروهای پیشران و روندهای مؤثر

بعد از آنکه عوامل کلیدی به روش دلفی مشخص شده‌اند در سومین مرحله، اقدام به شناسایی نیروهای پیشران مؤثر می‌شود. در تعریف نیروهای پیشران آمده؛ عناصری هستند که باعث حرکت و تغییر در طرح اصلی سناریو شده و سرانجام داستان‌ها را مشخص می‌کنند (شوارتز، ۱۳۸۸: ۲۲۶). این نیروهای پیشران معمولاً در قالب موضوعات نیروهای اقتصادی؛ نیروهای سیاسی؛ دانش و تکنولوژی؛ ارتباطات و حمل و نقل و انرژی مشخص می‌شوند (خزایی، ۱۳۹۳: ۴۶). در این مرحله با ایجاد ماتریسی از عوامل کلیدی به شناسایی نیروهای پیشران در بین عوامل کلیدی اقدام می‌شود. ۴۲ عاملی که توسط خبرگان شناسایی شده‌اند در یک ماتریس ۴۲ در ۴۲ تنظیم شد. برای شناسایی نیروهای پیشران از بین عوامل کلیدی از روش تأثیر متقاطع به کمک نرم‌افزار میک‌مک استفاده شده است. بر مبنای ۱۵۱۹ ارزش محاسبه

شده در ماتریس اولیه، اثرات متقاطع از سوی نخبگان و کارشناسان، ۶۷۱ مورد دارای تأثیرگذاری زیاد، ۴۱۶ مورد دارای تأثیرگذاری متوسط و ۴۳۲ مورد دارای تأثیرگذاری کم، ۲۴۵ مورد بی‌تأثیر ارزیابی شده‌اند.

برای ایفای نقش مؤثر در شکل بخشیدن به آینده، ضرورت دارد با اتکا به رویکردهای جدید برنامه‌ریزی، به شکل جدی پیشران‌های توسعه و تحولات آینده را بر پایه کلان روندها و روندهای ناپیوسته، سناریوسازی و بهره‌گیری واقع‌بینانه از توانمندی‌های جامعه شناسایی شوند. روند؛ عبارت است از تغییرات منظم، مستمر و یا دوره‌ای در پدیده‌ها در طول یک بازه زمانی. تغییرات مذکور ممکن است به شکل کیفی یا کمی باشد. پیشران‌ها در حقیقت بیانگر عوامل ایجاد تغییر در یک موضوع هستند که گاهی اوقات نیز به عنوان کلان روند از آنها نام برده می‌شود. بعضی از محققان هم پیشران را شامل دسته‌های از کلان روندهای متعلق به محیط راهبردی فعالیت دانسته‌اند (یعنی مجموعه روندهای منفرد که به صورت خوشه درآمده‌اند). نیروهای پیشران در دوره‌های کوتاه مدت کمتر دچار تغییر شده و برخلاف روندهای منفرد، تعریف خاص و شرح مفصل ندارند. «پیشران، مجموعه یا خوشه‌ای از یک یا چند مؤلفه یا روند مرتبط است که با هم به آینده شکل می‌دهند. به عبارت دیگر، مؤلفه‌ها یا عوامل اصلی متشکل از چند روند که باعث ایجاد تغییر در یک حوزه‌ی مورد مطالعه می‌گردند».

جدول (۳): ویژگی‌های ماتریس اولیه

اندازه	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	جمع	درجه
ماتریکس	تکرارها	صفرها	یک‌ها	دو‌ها	سه‌ها	بی		پرشدهی
۴۲	۲	۲۴۵	۴۳۲	۴۱۶	۶۷۱	۰	۱۵۱۹	۸۶/۱۱

ماخذ: (یافته‌های پژوهش؛ ۱۳۹۹)

بعد از آنکه عوامل کلیدی به روش دلفی مشخص شد؛ در سومین مرحله، اقدام به شناسایی نیروهای پیشران مؤثر می‌نماییم. در تعریف نیروهای پیشران آمده: عناصری هستند که باعث حرکت و تغییر در طرح اصلی سناریو شده و سرانجام داستان‌ها را مشخص می‌کنند (شوارتز، ۱۳۸۸: ۲۲۶). برای شناسایی نیروهای پیشران از روش تأثیر متقاطع به کمک نرم‌افزار میک‌مک استفاده شده است. در ماتریس متقاطع جمع اعداد سطرهای هر عامل به عنوان میزان تأثیرگذار و جمع ستون‌های هر عامل میزان تأثیرپذیری آن را از عوامل دیگر نشان می‌دهد.

جدول (۴): میزان اثرگذاری و اثرپذیری مستقیم عوامل

N°	شاخص ها	جمع کل ردیف ها	جمع کل ستون ها
۱	ضعف هویت شهروندی	۵۵	۸۵
۲	عدالت اجتماعی	۸۷	۹۰
۳	اعتماد اجتماعی	۱۰۹	۷۰
۴	ضعف مشارکت اجتماعی	۷۹	۸۷
۵	ضعف مدیریت شهری	۶۱	۸۶
۶	ارتباطات اجتماعی	۶۳	۹۰
۷	توزیع نامناسب درآمد	۹۵	۸۸
۸	ضعف سرزندگی محله ای	۶۰	۹۰
۹	ضعف همبستگی اجتماعی	۳۹	۸۶
۱۰	بیکاری	۸۸	۹۷
۱۱	نوع دوستی	۹۰	۵۰
۱۲	ضعف کیفیت محیط شهری	۹۵	۹۱
۱۳	احساس امنیت	۸۷	۸۵
۱۴	آگاهی اجتماعی	۱۰۳	۹۰
۱۵	ضعف و نبود نهادهای مردم نهاد	۷۸	۶۶
۱۶	ضعف وحدت اجتماع و بازار	۷۸	۱۰۲
۱۷	برنامه های فرهنگی	۹۶	۵۳
۱۸	تورم	۱۰۲	۵۸
۱۹	ضعف توسعه اقتصادی و اجتماعی	۸۰	۶۱
۲۰	تاثیر برنامه ها و سیاست های دولت بر سرمایه اجتماعی	۹۰	۷۸
۲۱	نابرابری های اجتماعی	۱۱۰	۷۶
۲۲	ناهنجاریهای اجتماعی	۵۱	۶۹
۲۳	تقویت نهادهای اجتماعی	۴۰	۷۲
۲۴	تاثیر فرهنگ معاشرت	۱۱۰	۶۷
۲۵	پیوندهای دوستی و خانوادگی	۶۰	۸۹
۲۶	ظرفیت پذیرش تفاوت ها	۹۵	۸۲
۲۷	پیوندهای کاری	۸۸	۷۲
۲۸	بی تفاوتی نسبت به تاثیر بیماری	۹۶	۶۰
۲۹	بی توجهی نسبت به برگزاری مراسمات عقد، عروسی و عزاداری	۸۴	۶۰
۳۰	پیوندهای همسایگی	۶۷	۹۸
۳۱	عادی انگاری شرایط فعلی خطرناک	۹۶	۹۰
۳۲	رخنه کردن تفکرات غلط برای محافظت از خود در مقابل بیماری ها	۴۶	۹۹
۳۳	خرافات و عادت ها	۵۷	۱۰۰
۳۴	مسئولیت پذیری شهروندی	۸۶	۱۰۸
۳۵	ضعف بهداشت فردی	۳۷	۶۶

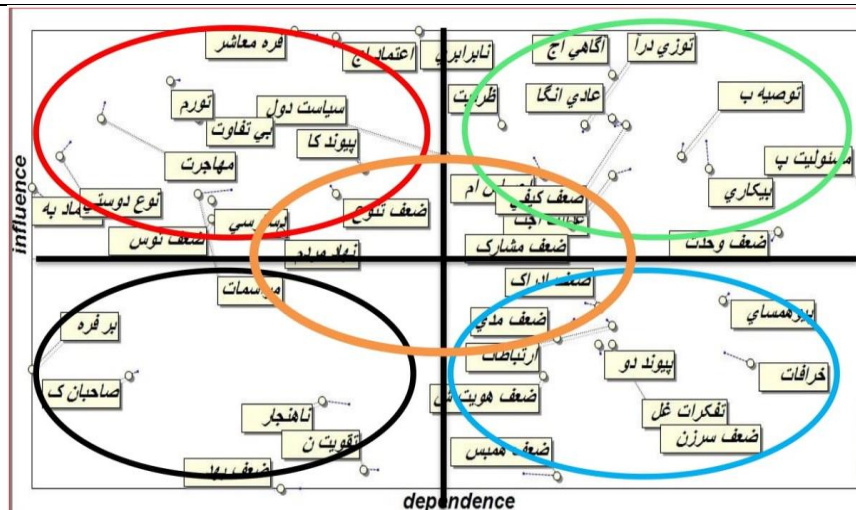
۳۶	عدم توجه به توصیه‌های بهداشتی	۹۰	۹۵
۳۷	عدم توجه صاحبان کسب و کار به اصول مراقبتی و خطر بیماری	۵۵	۵۵
۳۸	ضعف ادراک شهروندان از خطر	۶۶	۸۹
۳۹	اعتماد به نفس	۸۵	۴۸
۴۰	مهاجرت	۵۶	۴۸
۴۱	دسترسی	۸۳	۶۱
۴۲	ضعف تنوع فعالیت در پارک‌ها	۸۴	۷۰
	کل	۳۲۷۷	

منبع: (یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۹)

بر اساس یافته‌های تحقیق، تأثیر فرهنگ معاشرت و نابرابری‌های اجتماعی با امتیاز ۱۱۰، اعتماد اجتماعی با امتیاز ۱۰۹، آگاهی اجتماعی با امتیاز ۱۰۳، تورم با امتیاز ۱۰۲، بی‌تفاوتی نسبت به تأثیر بیماری و عادی انگاری شرایط خطرناک با امتیاز ۹۶، توزیع نامناسب درآمد با امتیاز ۹۵، دارای بیشترین ضریب تأثیرگذاری بر دیگر متغیرها بوده است. همچنین متغیرهای مسئولیت پذیری شهروندی با امتیاز ۱۰۸، خرافات و عادت‌ها با امتیاز ۱۰۰، رخنه کردن تفکرات غلط برای محافظت از خود در مقابل بیماری‌ها و تمایل اجتماعی شهروندان برای مشارکت در بحران‌های ناگهانی با امتیاز ۹۹، پیوندهای همسایگی با امتیاز ۹۸، عدم توجه به توصیه‌های بهداشتی با امتیاز ۹۵، دارای بیشترین تأثیرپذیری از دیگر متغیرها بوده‌اند.

وضعیت تأثیرگذاری شاخص‌ها در خروجی نرم‌افزار MIC MAC

در شکل شماره ۱ پراکندگی متغیرهای دووجهی (در قسمت شمال شرقی و با شکل مستطیل و رنگ سبز) را و متغیرهای تأثیرگذار (در قسمت شمال غربی با شکل مستطیل و رنگ قرمز) را نشان می‌دهد. این متغیرها بیشتر تأثیرگذار و کم‌تر تأثیرپذیر می‌باشند و بحرانی‌ترین مؤلفه‌ها می‌باشند و در میان این متغیرها عموماً متغیرهای محیطی دیده می‌شوند و عموماً توسط سیستم قابل کنترل نیستند و متغیرهای مستقل (در قسمت جنوب غربی و با شکل مستطیل سیاه) نشان داده شده است. این متغیرها از سایر متغیرهای سیستم تأثیر نپذیرفته و بر آنها تأثیر هم ندارند. و تنظیمی (در قسمت مرکزی و با رنگ نارنجی) را نشان می‌دهد. بر اساس سیاست‌هایی که برنامه‌ریزان برای اهداف خود به کار می‌گیرند، این متغیرها قابلیت ارتقا به متغیرهای تأثیرگذار، متغیرهای تعیین‌کننده یا متغیرهای هدف و ریسک را دارند و در قسمت جنوب شرق متغیرهای تأثیرپذیر قرار گرفته‌اند که با رنگ آبی مشخص شده است که تراکم متغیرها در این قسمت زیاد است.



شکل (۱): تحلیل تأثیرگذاری - وابستگی مستقیم عوامل کلیدی مؤثر بر بیماری‌های واگیردار بر خواسته از سرمایه اجتماعی در شهر نورآباد منبع: (یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۹)



شکل (۲): وضعیت متغیرهای کلیدی استراتژیک در تحلیل ساختاری (خروجی تحلیل در نرم‌افزار میک‌مک)

سهم اثرگذاری و اثرپذیری مستقیم و غیرمستقیم به صورت مقایسه‌ای

با توجه به اینکه برای محاسبات اثرهای غیرمستقیم نرم‌افزار را چندبار به توان می‌رساند، جمع اثرگذاری و اثرپذیری غیرمستقیم اعداد چندرقمی درمی‌آید و مقایسه آن با اثرهای مستقیم دشوار می‌شود. در جدول (۶) سهم عوامل از کل اثرگذاری و اثرپذیری بر اساس مستقیم و غیرمستقیم نشان داده شده است. چنان که مشاهده می‌شود، ده عامل در ستون اثرگذاری بیشترین سهم را در اثرگذاری مستقیم داشته‌اند.

جدول (۵): فهرست طبقه‌بندی شده عوامل با بیشترین سهم در اثرگذاری و اثرپذیری مستقیم و غیرمستقیم

رتبه	عوامل	اثرگذاری مستقیم	عوامل	اثرپذیری مستقیم	عوامل	اثرگذاری غیرمستقیم	عوامل	اثرپذیری غیرمستقیم
1	نابرابری	۳۳۵	مسئولیت پذیری	۳۲۹	نابرابری	۳۳۴	مسئولیت پذیری	۳۳۱
2	فرهنگ معاشرت	۳۳۵	ضعف کیفیت	۳۱۱	فرهنگ معاشرت	۳۳۲	ضعف وحدت	۳۱۱
3	اعتماد اجتماعی	۳۳۲	خرافات و عادت	۳۰۵	اعتماد اجتماعی	۳۲۶	تفکرات اشتباه	۳۰۴
4	آگاهی اجتماعی	۳۱۴	تفکرات اشتباه	۳۰۲	آگاهی اجتماعی	۳۱۰	پیوندهای همسایگی	۳۰۱
5	تورم	۳۱۱	پیوند همسایگی	۲۹۹	تورم	۳۱۰	خرافات و عادات	۳۰۱
6	مهاجرت	۲۹۲	بیکاری	۲۹۶	مهاجرت	۲۹۹	بیکاری	۲۹۶
7	بی تفاوتی بیماری	۲۹۲	توزیع درآمد	۲۸۹	بی تفاوتی به بیماری	۲۹۷	توصیه بهداشتی	۲۹۱
8	عادی انگاری	۲۹۲	ضعف سرزندگی	۲۷۷	ظرفیت پذیرش	۲۹۵	عدالت اجتماعی	۲۷۹
9	توزیع درآمد	۲۸۹	عدالت اجتماعی	۲۷۴	عادی انگاری	۲۸۸	عادی انگاری	۲۷۷
10	ضعف آگاهی اجتماعی	۲۸۹	ارتباطات اجتماعی	۲۷۴	ضعف کیفیت	۲۸۷	آگاهی اجتماعی	۲۷۶

ماخذ: (یافته های پژوهش؛ ۱۳۹۹)

همانطور که در جدول (۵) مشاهده می‌شود، متغیر مسئولیت‌پذیری شهروندی در رده اول، بیشترین میزان وابستگی غیرمستقیم و همچنین در رده اول، بیشترین وابستگی مستقیم قرار دارد و همچنین نابرابری و فرهنگ معاشرت در رتبه اول و دوم تأثیرگذاری مستقیم شاخص-های مؤثر سرمایه اجتماعی بر رشد و شیوع بیماری‌های واگیردار و کووید-۱۹ در شهرهای ایران می‌شود.

۵. بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف ارزیابی آگاهی و نگرش کارشناسان بر تأثیر عوامل مؤثر بر بیماری‌های واگیردار که برخاسته از سرمایه اجتماعی در شهرهای ایران می‌باشد با استفاده از روش تحلیل ساختاری به تصویر کشیده است. در چارچوب مطالعات آینده‌نگرانه و با بهره‌گیری از رویکرد سناریونگاری، می‌توان ضمن سنجش وضعیت کلی سرمایه اجتماعی در شهر نورآباد، چگونگی توزیع فضایی متغیرها را با استفاده از نمودارها و شکل‌های خروجی از نرم‌افزار میک‌مک دریافت. همچنین، درصد تقریباً بالای ضریب پرشدگی (۰/۸۵) درمتغیرهای تحقیق، میزان روایی و پایایی ابزارهای پژوهش را در سطح تقریباً بالایی مورد تأیید قرار می‌دهد. به این منظور، پژوهش حاضر ضمن سنجش اثرات مستقیم‌متغیرها، ابعاد اثرگذاری - وابستگی غیرمستقیم و بالقوه متغیرها را نیز در چیدمان فضایی متغیرها و تدوین نیروهای پیشران کلیدی و سناریوهای نهایی لحاظ نموده است. بر این مبنا و بر اساس یافته‌های حاصل از اجرای روش تحلیل لایه‌ای علت‌ها می‌توان سه سناریو برای آینده سرمایه اجتماعی شهر نورآباد در مواجهه با بیماری‌های واگیردار ارائه نمود:

سناریو اول؛ شهر ایده‌آل

در این سناریو نیروهای پیشران، به صورت متعادل و منطقی بر عوامل کلیدی در سطح محدوده شهر نورآباد تأثیر می‌گذارند، تمام اتفاقات مثبت و سازندل سرمایه اجتماعی یا به بیانی عوامل کلیدی مؤثر بر سرمایه اجتماعی در جهت پیشبرد و بهبود وضعیت مقابله با بیماری‌های واگیردار، رخ داده‌اند. سطح اعتماد اجتماعی در جامعه شهری بالا است. شهروندان در طرح‌ها و برنامه‌های شهری، مشارکت می‌جویند. بهبود وضعیت روستاییان باعث کاهش مهاجرت آنها به شهرها و شهر نورآباد شده و به تبع آن شاهد بهبود وضعیت سرمایه اجتماعی در شهر خواهیم بود. شهروندان تمامی اصول مراقبتی در فضای شهری را رعایت می‌کنند چه در فروشگاه‌ها،

وسایل حمل و نقل عمومی، در کافی شاپ‌ها و ... و حفظ فاصله اجتماعی و دیگر اصول مراقبتی باعث کاهش اوج بیماری خواهد شد. با توجه به ساختار قومیتی شهر نورآباد ممسنی و پابندی به اصول خانوادگی و سنت‌ها و فرهنگ بومی خود در مراسمات و جشن‌ها، شهروندان در دوره شیوع بیماری در مراسمات جمعی کمتر شرکت می‌کنند و در صورت شرکت با رعایت فاصله جمعی و دیگر اصول مراقبتی به حفظ سلامت خود و دیگر شهروندان همت می‌گذارند. چرا که تصمیمات رفتاری ما چه آگاهانه، یا غیرآگاهانه در فضای جغرافیایی تبعاتی به دنبال خواهد داشت و برخی از عوامل مرتبط با سرمایه اجتماعی مرتبط با تفکرات، رفتار و عملکرد ما را ایجاد خواهد کرد. بعضی رفتارها و عملکردهای شهروندان در سطح شهر ناشی از مشکلات و مسائلی است که از سطح کلان نفوذ پیدا کرده است، از جمله، بیکاری گسترده، نبود امنیت شغلی و .. به تبع آن همتی در سطح کشور می‌طلبد تا باعث امنیت خاطر شهروندان و جلوگیری از بروز رفتارهای پرخطر آنها در فضای رفتاری در هنگام مواجهه با بیماری‌های واگیردار شود. در صورت ظهور این سناریو وضعیت اقتصادی کشور رو به بهبودی می‌رود و کشور ارتباطات گسترده‌ای با جهان خارج برقرار خواهد کرد و در در واقع، توجه سیاست‌گذاران به بحث تحریم و کمک برای رفع موانع آن و ایجاد تحرک در اقتصاد کشور و هدایت آن به سوی رشد و کاهش بیکاری و گرانی و کمک به قشر آسیب‌پذیر رخ داده است. چرا که بعضی از رفتارها و تصمیمات شهروندان در فضای رفتاری شهرها ناشی از فشارهای اقتصادی، بیکاری و تورم می‌باشد. بنابراین، در صورت وقوع این سناریو با برنامه‌ریزی و مدیریت قوی از جانب شهروندان و چه مدیریت شهری می‌توانیم کمترین خسارت مالی و جانی را در مواجهه با این بیماری‌های واگیردار داشته باشیم.

سناریو دوم: شهر خنثی

وضعیت شهر نورآباد ممسنی به ادامه روال کنونی و حتی تشدید وضعیت شیوع بیماری‌های واگیردار و کووید-۱۹ خواهد انجامید. با توجه به اینکه تمرکز جمعیت به صورت مداوم ادامه خواهد داشت، با پیدایش مشکلات جدیدی از قبیل، تمرکز جمعیت، مسایل ضعف خدمات شهری، اقتصادی، مسائل بیکاری، زیست محیطی، و مدیریتی همراه خواهد بود که خود عاملی در جهت تشدید تبعات بیماری‌های همه‌گیر و انجام بعضی از رفتارهای پرخطر در فضای جغرافیایی شهر از جانب شهروندان خواهیم بود. این سناریو در شرایط انزوای بین‌المللی رخ خواهد داد. در واقع در این سناریو، باید با اتکا به توانمندی‌های داخلی و فعالسازی بخشی از ظرفیت‌های بالقوه بین‌المللی، و تقویت مدیریت بحران به سمت تحقق اهداف پیش رفت. باید با آموزش‌های لازم در سطح شهر و محلات به کاهش ایجاد رفتارهای پرخطر کمک شود. می‌توان با برنامه‌ها و طرح‌هایی به بالابردن و تقویت روحیه شهروندان و کاهش استرس ناشی از آن

پرداخت. با توجه به اینکه در صورت تحقق این سناریو، امکان تعامل گسترده با کشورها و مراکز تحقیقاتی علمی مرتبط در سایر نقاط دنیا وجود ندارد، و باعث ایجاد مشکل برای ورود تجهیزات پزشکی مورد نیاز می‌شود، و افزایش بیشتر تحریم‌ها از جمله تحریم‌های نفتی و عدم توجه به فشارهای ناشی از وقوع این فاجعه و ایجاد فشار بیشتر به قشر آسیب‌پذیر و آسیب‌های اجتماعی ناشی از بیماری‌های واگیردار، ناهماهنگی بین ارگان‌ها در مواجهه با بیماری‌های همه‌گیر و به تبع آن کاهش تاب‌آوری اجتماعی شهرها در مقابله با بحران بیماری واگیردار رخ می‌دهد. ناامیدی بین جوانان رسوخ پیدا می‌کند و تبعات آن بروز رفتارهای ناپه‌نجار و غیرمنطقی در هنگام شیوع بیماری‌های واگیردار فضای رفتاری شهر خواهیم بود.

سناریو سوم؛ شهر اموات

روال وضعیت کنونی شهر نورآباد در مواجهه با بیماری‌های همه‌گیر حالت فزاینده به خود خواهد گرفت که در نتیجه آن وضعیت آن حالت بحرانی به خود می‌گیرد و با بحران‌های انسانی، زیست محیطی، نهادی مدیریتی، اقتصادی، اجتماعی مواجه خواهد شد. یکی از عوامل گسترش این بیماری مهلک، برگرفته از سرمایه اجتماعی حاکم در فضای شهری می‌باشد. ترس از قرار گرفتن در معرض بیماری، منجر به بروز رفتارهای غیرمنطقی در جامعه شهری می‌شود. لذا فضای رفتاری ما در هنگام شیوع این بیماری‌ها تأثیرات زیادی بر توسعه بیماری‌های واگیردار دارد و شهروندان توجه خاصی به این امر ندارند و ناامیدی و ترس باعث بروز رفتارهای پرخطر بین شهروندان و بخصوص جوانان خواهد شد، ترس از حضور در مجامع و جمع‌های دوستانه و خانوادگی بر روحیه شهروندان بخصوص قشر آسیب‌پذیر بیشتر اثر خواهد گذاشت و به تبع آن ضربات مهلکی بر پایه‌های سست سرمایه اجتماعی در شهرهای ایران و شهر نورآباد وارد خواهد آمد. همچنین نبود امکانات و زیرساخت‌ها برای افزایش فعالیت بدنی شهروندان در این شهر، شدت تأثیر بیماری‌های واگیردار را بیشتر می‌کند. یکی از عوامل تشدیدکننده این وضعیت، تحریم و تورم و نابرابری و به تبع آن عواملی چون فقر، بیکاری که فشار زیادی را بر جامعه شهری وارد آورده و نه گروه‌های ذینفع داخلی با یکدیگر همکاری و همگرایی مثبت دارند. فقر می‌تواند از راه‌های مختلف سطح سرمایه اجتماعی را در بین خانوارها تحت تأثیر قرار دهد. فقر را می‌توان فقدان نسبی درآمد، دارایی، خدمات پایه، منزلت، امکانات آموزشی، تحرک اجتماعی و نیز عدم حضور و مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها تعریف کرد. افراد فقیر از حضور فعالانه در صحنه اجتماع و مشارکت سیاسی، اجتماعی و فرهنگی پرهیز می‌کنند و جامعه نیز این شرایط را برای آنان کمتر پیش می‌آورد. در این شرایط با سیاست‌ها و ابزار توسعه پیشین و متعارف نمی‌توان به اهداف مقابله با این وقایع دست یافت. بنابراین، باید حتماً نگاهی نو و جدید به این مقوله داشت.

نتیجه‌گیری

پژوهش با هدف تدوین و شناسایی متغیرها و سناریوهای پیش‌روی آینده تأثیرات متغیرهای مؤثر سرمایه اجتماعی شهرهای ایران در مقابله با بیماری‌های واگیردار و بررسی شاخص‌های مؤثر در آینده این شهرها، با بهره‌گیری از پایه فکری آینده‌پژوهی بنیان نهاده شده است. در پژوهش حاضر برای شناسایی متغیرهای اولیه مؤثر بر ساختار سرمایه اجتماعی از روش پویش محیطی از طریق گروه متخصصان، روش تحلیل اثرات متقابل برای بررسی میزان و چگونگی تأثیرگذاری عوامل و در نهایت در شناسایی عوامل کلیدی استفاده شده است. نتایج حاکی از آنست که شاخص‌های نابرابری، فرهنگ معاشرت، اعتماد اجتماعی، آگاهی اجتماعی، تورم، بی تفاوتی نسب به وضعیت موجود، مهاجرت روستاییان، عادی انگاری، توزیع نامناسب درآمد، ضعف کیفیت محیط زیست شهری به عنوان عوامل کلیدی مؤثر بر سرمایه اجتماعی توسط کارشناسان مشخص شده که در شیوع بیماری‌های واگیردار در آینده این شهر مؤثر بوده‌اند. بعضی از شاخص‌های مشخص شده حاکی از تصمیم‌گیری و ادراک و عملکرد شهروندان در فضای شهری نسبت به بیماری واگیردار می‌باشند که در بعضی موارد دارای تبعات منفی در شیوع بیماری‌های واگیردار می‌باشد و بعضی از شاخص‌های دیگر به علت تبعاتی است که به طور مستقیم بر دیگر متغیرهای شیوع بیماری‌های واگیردار در سطح شهر می‌شوند؛ مثلاً، متغیر مهاجرت، به علت خشکسالی‌های چند ساله اخیر در سطح شهرستان و نبود شغل و خدمات، خیلی از روستاییان بصورت دائم و روزانه، برای شغل‌های روزمزد، راهی شهر نورآباد می‌شوند و رفت و آمد و قرارگیری آنها در فضاهایی که احتمال شیوع بیماری وجود دارد و همچنین عبور و مرور آنها در سطح شهر یا بین روستای محل سکونت و شهر چه برای جامعه شهری و چه به صورت بدتر جامعه روستایی خطرناک خواهد بود و دارای پیامدهای منفی در سلامت جامعه می‌باشد. همچنین مهاجرت بر حجم و رشد جمعیت یک جامعه تأثیر می‌گذارد و هم می‌توان به فقدان یکپارچگی اجتماعی و گسترش ناهنجاری‌های اجتماعی در شهرها اشاره کرد. افزایش میزان ارتباط و تحرک مردم در سطح شهر، منجر به خطر بالای انتقال بیماری خواهد شد. بنابراین، فضا و محیط شهری مستعد رشد بیماری‌های واگیر از جمله کووید-19 خواهد بود که همه شرایط از جمله، نابرابری به دسترسی به خدمات شهری در سطح شهر، دسترسی متمایز به خدمات بهداشتی، ضعف آگاهی شهروندان، فاصله طبقاتی در شهرها، نبود امکانات و زیرساخت‌ها برای افزایش فعالیت بدنی شهروندان در این شهر، برای شیوع و گسترش بیماری‌های واگیردار دیده می‌شوند. اگرچه نواحی فقیر شهری معمولاً بیشتر تحت تأثیر قرار می‌گیرند. قابل ذکر است که بعضی از رفتارها که توسط شهروندان در فضای جغرافیایی شهر صورت می‌پذیرد را به سختی می‌توان با دانش موجود توجیه کرد. در نهایت

اقدامات فوری برای کاهش اثرات مخرب بالقوه COVID-19، عملی که می‌تواند توسط علوم رفتاری و اجتماعی مورد حمایت قرار گیرد، ضروری است. در نتیجه، این شیوع به ما یادآوری می‌کند که چگونه، جوامع فعلی از نظر بیولوژیکی و ذهنی آسیب‌پذیر هستند. ما باید انعطاف‌پذیری را نه در بعد زیست‌شناختی، بلکه در سطح روانی، اجتماعی و معنوی بهبود بخشیم. در نهایت به منظور بهبود وضعیت سرمایه اجتماعی در فضای جغرافیایی شهر در مواجهه با بیماری‌های همه‌گیر می‌توان اقدامات زیر را پیشنهاد نمود:

- ۱- زمینه‌سازی برای مشارکت گروه‌های شهروندی و جامعه مدنی هنگام وقوع بیماری‌های همه‌گیر؛
- ۲- برنامه‌ریزی مدیریت شهری برای بهبود و رفع معضلات مهاجرین روستایی در این شهر؛
- ۳- برنامه‌ریزی مدیریت شهری برای اجرای طرح‌ها و برنامه‌هایی برای تقویت روحیه شهروندان و کاهش استرس و اضطراب ناشی از بیماری؛
- ۴- جلب مشارکت سرمایه‌گذاران از طریق اعطای امتیازات تشویقی برای سرمایه‌گذاری در خدمات بهداشتی و بیمارستانی و ایجاد کارگاه‌های زودبازده برای ایجاد شغل‌های پایدار؛
- ۵- بالا بردن سرانه فضای سبز و تشویق و ترغیب شهروندان به ورزش و پیاده‌روی برای تقویت سیستم ایمنی شهروندان؛
- ۶- ایجاد فضاها و مسیرها برای دوچرخه‌سواری و تشویق استفاده از دوچرخه به جای اتومبیل در شهر برای بهبود وضعیت روحی و جسمی شهروندان؛
- ۷- تلاش برای رفع تحریم‌ها و کوشش برای بهبود وضعیت اقتصادی کشور؛
- ۸- توجه نظام برنامه‌ریزی شهری و پروژه‌های مدیریت شهری به مسائل روحی و روانی شهروندان بخصوص در مواقع مواجهه با بحران‌ها یا شیوع بیماری‌های واگیردار، بجای توجه صرف به مسائل سخت‌افزاری و فضای کالبدی شهری؛
- ۹- ایجاد سازوکار تأمین حمایت‌های اجتماعی اقشار و گروه‌های مختلف زنان و به ویژه، فرودستان؛
- ۱۰- تدوین راهبردهایی مبتنی بر حمایت اجتماعی از گروه‌ها و اقشار مختلف به ویژه، اقشاری که از نابرابری در دستیابی به منابع ارزشمند سرمایه اجتماعی در رنجند؛
- ۱۱- زمینه‌سازی برای افزایش اعتماد اجتماعی و ایجاد سازوکارهایی برای افزایش انسجام اجتماعی.

منابع

- امانپور، سعید؛ ملکی، سعید؛ صفایی پور، مسعود و امیر فهلیانی، محمدرضا (۱۳۹۸). تدوین سناریوها و ارائه راهبردهای مؤثر در تاب‌آوری اجتماعی آینده مطالعه موردی: کلانشهر اهواز، جغرافیای اجتماعی شهری، دوره ۶، شماره ۲، پیاپی ۱۵: ۲۷۳-۲۵۵
- امانپور، سعید؛ ملکی، سعید؛ صفایی پور، مسعود و امیر فهلیانی، محمدرضا (۱۳۹۸). تحلیل وضعیت و تعیین استراتژی‌های مبتنی بر سناریو در تاب‌آوری شهری، فصلنامه پژوهش و برنامه‌ریزی شهری، سال ۹، شماره پیاپی ۳۵: ۴۶-۳۱
- امیری فهلیانی، محمدرضا (۱۳۹۷). کاربست رویکرد آینده‌پژوهی در ارزیابی و تحلیل فضایی ابعاد و مولفه‌های تاب‌آوری اجتماعی و نهادی در مناطق کلان شهری (مطالعه موردی: کلان شهر اهواز)، رساله دوره دکتری جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری دانشگاه شهید چمران اهواز
- امیری فهلیانی، محمدرضا (۱۳۹۹). بررسی سناریوهای محتمل تاب‌آوری اجتماعی شهرهای کوچک در مقابله با بیماری‌های واگیردار شبیه کووید - ۱۹، فصلنامه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، دوره ۱۱، شماره ۴۳، شماره پیاپی ۴۳: ۲۴۰-۱۹۹
- توکلی، مرتضی و تاجبخش، کاظم (۱۳۸۷). بررسی و تحلیل میزان سرمایه اجتماعی در مناطق شهری و روستایی مرزی سیستان، فصلنامه روستا و توسعه، سال ۱۱، شماره ۲: ۱۶۲-۱۴۳
- کیوان آرا، محمود؛ حقیقتیان، منصور و علی بابایی شهرکی، معصومه (۱۳۹۳). بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در بین شهروندان شهرکرد، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، دوره بیست و دوم، شماره ۷: ۵۵-۴۷
- Adam, F. & Roncevic, B. (2003). Social capital: recent debates and research trends. *Social Science Information*, 42: 155-183.
- Asri, K. N., & Wiliyanarti, P. F. (2017). Community social capital on fighting dengue fever in suburban Surabaya, Indonesia: A qualitative study. *International Journal of Nursing Sciences*. 4(4), 374-377.
- Bartscher, A. K., Seitz, S., Slotwinski, M., Siegloch, S., & Wehrhöfer, N. (2020). Social capital and the spread of Covid-19: Insights from European countries. *CESifoWorking Paper*, 8346.
- Bourdieu, P. (1985). The social space and the genesis of groups. *Social Science Information*. 24:195-220.
- Borgonovi, F., & Andrieu, E. (2020). Bowling together by bowling alone: Social capital and Covid-19. *Covid Economics*, 17, 73-96.
- Brown, M. Gordon, (2011). Real space, unreal assumptions and behavioral space in real estate, American Real Estate Society Annual Meeting, <https://www.ccimef.org/pdf/2011-16.Real%20Space-Unreal-Assumptions-Behavioral-Space-in-Real-Estate.2011.pdf>

- Campbell, C., Wood, R., Kelly, M.K. (1999). Social capital and health. London: Health Education Authority.
- Campbell, C. (2000). Social capital and health: contextualizing health promotion within local community networks. In Baron, S., Field, J., Schuller, T. (Eds). Social capital: critical perspectives. Oxford: Oxford University Press, p 182-196.
- Choi, M., Mesa-frias, M., Nüesch, E., Hargreaves, J., Prieto-merino, D., Bowling, A., Smith, G.D., Ebrahim, S., Dale, C.E., Casas, J.P., (2014). Social capital, mortality, cardiovascular events and cancer: a systematic review of prospective studies. *Int. J. Epidemiol.* 43, 1895–1920. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu212>.
- Coleman, J.S. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology.* 94:95-121.
- Coleman, J.S. (1990). Foundations of social theory. Cambridge: Belknap Press of Harvard University Press.
- Flap, H.D. (2004). Creation and returns of social capital, p 2-24. In Flap H.D., Volker, B. (Eds.): Creation and returns of social capital. London: Routledge.
- Franke, S. (2005). Measurement of Social Capital: Reference Document for Public Policy Research, Policy Initiative project, Canada.
- Fukuyama, F. (1995). Trust: The social virtues and the creation of prosperity (Vol. 99). New York: Free press.
- Giddens, A. (1973). The class structure of advanced societies. London: Hutchinson.
- Golledge, Reginald G, (2008). Behavioral Geography and the Theoretical/Quantitative Revolution, *Geographical Analysis*, ISSN 0016-7363, doi/pdf/10.1111/j.1538-4632.2008.00724.x
- Golledge, R. G., L. Brown, & F. Williamson. (1972). Behavioral Approaches in Geography: An Overview. *Australian Geographer* 12, 59–79, doi.org/10.1080/00049187208702613
- Haralambos, M., Holborn, M. (1990). Sociology: themes and perspectives. 3rd. ed. London: Unwin Hyman.
- Harpham, T. (2009), Urbanization and Mental Health in Developing Countries: A Research Role Social Scientists, Public Health Professional and Social Psychiatrists, *Social Science And Medicine*, Vol, 39
- Hawe, P., Shiell, A. (2000). Social capital and health promotion. A review. *Social Science and Medicine.* 51:871-885.
- Horby, Peter, Quang Thai, Pham, Hens, Niel, Thi Thu Yen, Nguyen (2011). Social Contact Patterns in Vietnam and Implications for the Control of Infectious Diseases, : Cesar Munayco, Dirección General de Epidemiología, Peru, doi:10.1371/journal.pone.0016965

- House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241(4865), 540-545.
<https://doi.org/10.1126/science.3399889>
- Hyyppä, M.T. & Maki, J. (2003). Social participation and health in a community rich of social capital. *Health Education Research*. 18:770-779.
- Kawachi, I., Kennedy, B. P., & Glass, R. (1999). Social capital and self-rated health: A contextual analysis. *American Journal of Public Health*, 89, 1187-1193. doi:10.2105/ajph.89.8.1187
- Kawachi, I. & Subramanian, S.V. & Kim, D. (2008). *Social Capital and Health*. Springer Publishing, New York, New York.
- Keizer, K., Lindenberg, S., & Steg, L. (2008). The spreading of disorder. *Science*, 322, 1681-1685. doi:10.1126/science.1161405
- Kim, D. (2008). Social capital and physical health: a systematic review of the literature. In: Kawachi, I. (Ed.), *Social Capital and Health*. Springer, New York, NY, pp: 139-190.
- Kokubun, K., Ino, Y., & Ishimura, K. (2020). Social capital and resilience make an employee cooperate for coronavirus measures and lower his/her turnover intention. arXiv:2007.07963 [econ.GN]
- Leyden, K. M., & Goldberg, A. (2015). The built environment of communities and social capital. In J. M. Halstead & S. C. Deller (Eds.), *Social capital at the community level: An applied interdisciplinary perspective* (pp. 39-40). London, England: Routledge.
- Lin, N. (2001). *Social capital: A theory of social structure and action*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Liu, K., & Bearman, P. S. (2015). Focal points, endogenous processes, and exogenous shocks in the autism epidemic. *Sociological Methods & Research*, 44, 272-305. doi:10.1177/0049124112460369
- Macinko, J. & Startfield, B. (2001). The utility of social capital in research and health determinants. *Milbank Quarterly*. 79:387-427
- Nguyen, D. (2010). Evidence of the impacts of urban sprawl on social capital. *Environment and Planning B: Planning and Design*, 37, 610-627. doi:10.1068/ b35120
- Portes, A. (1998). Social capital: its origins and applications in modern sociology. *Annual Review of Sociology*. 24:1-24.
- Pretty, J. (2003). Social capital and the collective management of resources. *Science*, 302(5652), 1912-1914. <https://doi.org/10.1126/science.1090847>
- Putnam, R. (2000). *Bowling Alone: America's Declining Social Capital*. Simon & Schuster, New York, New York.
- Putnam, R. D. (2001). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. New York, NY: Simon & Schuster.
- Rocco, L. & Suhrcke, M. (2012). *Is Social Capital Good for Health? A European Perspective*. WHO Regional Office for Europe Copenhagen.

- Siisiäinen, M. (2000). Two concepts of social capital: Bourdieu vs Putnam. Department of Social Sciences and Philosophy, University of Jyväskylä. Paper presented at ISTR Fourth International conference "The third sector: for what and for whom?". Trinity College, Dublin, Ireland July 508, 2000.
- Sobel, J. (2002). Can we trust social capital? *Journal of Economic Literature*. 40:139-154
- Woolcock, M. (1998). Social capital and economic development: Towards a theoretical synthesis and policy framework. *Theory and Society*. 27:151–208.
- Varshney, L. R., & Socher, R. (2020). COVID-19 growth rate decreases with social capital. medRxiv. <https://doi.org/10.1101/2020.04.23.20077321>
- Wood, L., Shannon, T., Bulsara, M., Pikora, T., McCormack, G., & Giles-Corti, B. (2008). The anatomy of the safe and social suburb: An exploratory study of the built environment, social capital and residents' perceptions of safety. *Health & Place*, 14, 15-31. doi:10.1016/j.healthplace.2007.04.004
- World Health Organization. (2013). *Health 2020 A European Policy Framework and Strategy for the 21st Century*. World Health Organization Publications, Copenhagen, Denmark.
- Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Shiyue, Li & Yang, N. (2020), Social Capital and Sleep Quality in Individuals Who Self-Isolated for 14 Days During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in January 2020 in China, Full-textPDF