

مجله علمی علوم پزشکی صدرا

دوره ۱، شماره ۳، تابستان ۱۳۹۲، صفحات ۲۴۳ تا ۲۵۲

تاریخ پذیرش: ۹۲/۰۶/۱۲ تاریخ دریافت: ۹۲/۰۴/۰۳

## بررسی سرمایه اجتماعی با استفاده از مدل معادلات ساختاری (SEM) در شهر تهران

عزیز کسانی<sup>۱</sup>، رستم منتی<sup>۱</sup>، فاطمه اسدالهی<sup>۲</sup>، محسن اسدی لاری<sup>۳\*</sup>، محمد خمرنیا<sup>۴</sup><sup>۱</sup> مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب های روانی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.<sup>۲</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت اجرایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام، ایلام، ایران.<sup>۳</sup> دانشیار اپیدمیولوژی، عضو هیات علمی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.<sup>۴</sup> دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

## چکیده

**مقدمه:** سرمایه اجتماعی مفهوم جدیدی است که اخیراً وارد حوزه های اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی شده است. می توان این طور ادعا کرد که سرمایه اجتماعی نقشی مهم تر از سرمایه فیزیکی و انسانی دارد چرا که در نبود آن سایر سرمایه ها کارایی نخواهند داشت. سرمایه اجتماعی شامل شبکه ارتباطات بین افراد، هنجارهای اجتماعی مثل همکاری متقابل و اعتماد در شبکه های اجتماعی می باشد. در این پژوهش با استفاده از مدل معادلات ساختاری به بررسی متغیرهایی مرتبط با مولفه های سرمایه اجتماعی در ساکنان شهر تهران پرداخته شده است.

**مواد و روش:** داده های این مطالعه از پیمایش وسیع سنجش عدالت در شهر تهران می باشد که جامعه هدف آن کلیه شهروندان تهرانی ۱۵ ساله و بالاتر و مشتمل بر یک فرد انتخابی از ۲۲۵۰۰ خانوار از ۲۲ منطقه شهر تهران بوده است. نمونه گیری در این مطالعه به صورت چند مرحله ای خوشه ای تصادفی بوده است. مدلیابی معادلات ساختاری به عنوان یک روش و تکنیک تحلیل چند متغیری بسیار کلی و نیرومند از خانواده رگرسیون چند متغیری مطرح بوده و تجزیه و تحلیل داده های این مطالعه با این روش و با استفاده از نرم افزار لیزرل (Lisrel) انجام شده است.

**یافته ها:** در بررسی سرمایه اجتماعی واحدهای مورد مطالعه، سه مولفه عمده و مهم ترین متغیرهای مرتبط با آنها شامل اعتماد فردی (بارعاملی=۰/۷۱) متغیرهای وضعیت اشتغال، وضعیت زناشویی، بعد جسمی (کیفیت زندگی) و سن، همبستگی و حمایت اجتماعی (بارعاملی=۰/۱۶) متغیرهای سطح تحصیلات، وضعیت زناشویی، وضعیت اشتغال و اعتماد اجتماعی و روابط انجمنی (بارعاملی=۰/۵۸) شامل متغیرهای اندازه خانوار، بعد جسمی، سن و مالکیت منزل می باشد.

**بحث و نتیجه گیری:** برنامه ریزی در جهت افزایش کمی و کیفی سطح تحصیلات جامعه و ایجاد فرصتهای شغلی بیشتر و نیز توجه به مولفه های ازدواج به خصوص در نسل جوان می تواند باعث افزایش چشمگیر سرمایه اجتماعی در شهر تهران گردد. برنامه ریزی در جهت مناسب سازی بعد خانوار نیز می تواند در افزایش سرمایه اجتماعی موثر واقع شود.

**واژگان کلیدی:** سرمایه اجتماعی، مدل معادلات ساختاری، اعتماد فردی، همبستگی و حمایت اجتماعی.

\* نویسنده مسئول: محسن اسدی لاری، دانشیار اپیدمیولوژی، عضو هیات علمی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران، asadilari@iums.ac.ir

## مقدمه

سرمایه اجتماعی مفهوم جدیدی است که اخیراً وارد حوزه‌های اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی شده است (۱). می‌توان این طور ادعا کرد سرمایه اجتماعی نقشی مهم‌تر از سرمایه فیزیکی و انسانی دارد؛ زیرا در نبود آن سایر سرمایه‌ها کارایی نخواهند داشت (۲،۳). روابط اجتماعی به عنوان چارچوب ارتباطات افراد جامعه موجب می‌شود که افراد جامعه با گسترش روابط و محدوده فعالیت‌های خود بتوانند ساختارها و شبکه‌های ارتباطی خود را گسترش دهند (۴). روابط و پیوندهای اجتماعی در ساختار اجتماع در واقع سرمایه اجتماعی افراد را تشکیل می‌دهد. از این رو میزان و چگونگی این روابط از اهمیت زیادی برخوردار است. اما مسئله اینجاست که افراد جامعه در برقراری ارتباط و کمیت و کیفیت آن یکسان نیستند و تفاوت‌های مهمی از جنبه‌های مختلف بین آنان وجود دارد (۵). کلمن (Coleman) منابع اجتماعی را سرمایه اجتماعی تعریف می‌کند، منابعی که نوعی دارایی سرمایه‌ای برای فرد محسوب می‌شود. از دیدگاه او سرمایه اجتماعی با کارکردش در میان افراد جامعه تعریف می‌شود (۲). سرمایه اجتماعی از یک ساختار واحد تشکیل نشده است، بلکه شامل انواع روابط و شبکه‌هایی است که دو ویژگی مشترک دارد، اول اینکه شامل جنبه‌ای از یک ساختار اجتماعی است و اینکه فعالیت و همکاری‌ها را در درون ساختار اجتماعی تسهیل می‌کند. همچنین با اینکه مفهوم سرمایه اجتماعی در موقعیت‌های زمانی و مکانی مختلف واحد تلقی می‌شود اما از شخصی به شخص دیگر متفاوت می‌باشد در واقع به علت عوامل متعددی سرمایه اجتماعی در بین افراد فرق می‌کند (۷،۸،۹).

سرمایه اجتماعی دارای دو بعد اساسی است: اول بعد ساختاری (Structural Component) که شامل الگوی پیوندهای میان اعضاء گروه و ترکیب سازماندهی این اعضاء است. سلسله مراتب شبکه، تراکم و میزان هماهنگی گروه یا اعضای گروه از جمله شاخص‌های عمده بعد ساختاری هستند. این بُعد به سه دسته

تقسیم می‌شود: الف: پیوندهای موجود در شبکه، شامل: وسعت و شدت ارتباطات موجود در شبکه. ب: شکل و ترکیب شبکه، شامل: سلسله مراتب شبکه، میزان ارتباط پذیری و تراکم شبکه. ج: تناسب سازمانی، تا چه اندازه شبکه ایجاد شده برای یک هدف خاص، ممکن است برای اهداف دیگر نیز استفاده شود. دوم بعد شناختی (Cognitive component) که کمتر قابل اندازه‌گیری بوده و می‌توان آن را ارزش‌های مشترک در میان اعضای یک گروه دانست. هنجارها، ارزش‌ها، نگرش، باورها، فرهنگ شهری و عوامل دیگر در این بعد قرار دارند (۱۰،۱۱).

در رویکردهای جدید سلامت به عوامل اجتماعی تاکید زیادی شده است که پیامدهای بهداشتی نیز از آن تاثیر می‌پذیرند. ۵ راه عملی که سرمایه اجتماعی که احتمال می‌رود بر روی سلامتی تاثیر بگذارد شامل انتشار اطلاعات بهداشتی، احتمال افزایش هنجارها و رفتارهای سازگار شده با سلامتی، کنترل اجتماعی رفتارهای مضر سلامتی (مانند کنترل سیگار کشیدن)، افزایش دسترسی به تسهیلات و سرویس‌های محلی و فرآیندهای روان شناختی مثل حمایت‌های موثر می‌باشد (۱۲،۱۳). به طور کلی عوامل مختلفی بر روی سرمایه اجتماعی تاثیر دارند، عوامل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی که تاثیر آنها بر سرمایه اجتماعی به اثبات رسیده است. همچنین سرمایه اجتماعی با سلامت، رفاه اجتماعی، میزان خشونت در جامعه، میزان خودکشی و حتی میزان مرگ و میر ناشی از سرطان و بیماری‌های قلبی عروقی می‌تواند ارتباط داشته باشد (۱۴،۱۵).

در پژوهش حاضر با استفاده از مدل معادلات ساختاری (Structural equation modeling)، تاثیر عوامل مختلف مثل سن، جنس، وضعیت اشتغال، سلامت روان، بعد جسمی (یکی از ابعاد کیفیت زندگی) و سایر عوامل دیگر بر روی مولفه‌های سرمایه اجتماعی بررسی و در نهایت مدلی ترسیم می‌

## مدل یابی معادلات ساختاری (Structural equation modeling: SEM)

مدل‌یابی معادلات ساختاری تحلیل چند متغیری بسیار کلی و نیرومند از رگرسیون چند متغیری و به عبارت دیگر دقیق‌تر "مدل خطی کلی (General Linear Model) است. که مجموعه‌ای از معادلات رگرسیون را به طور همزمان مورد آزمون قرار می‌دهد. مدل یابی معادله ساختاری یک رویکرد جامع برای آزمون فرضیه‌هایی درباره روابط متغیرهای مشاهده شده (Observed Variables) و پنهان (Latent Variables) است که تحت عنوان تحلیل ساختاری کوواریانس، مدل یابی علی و نیز لیزرل (Lisrel) نامیده شده می‌شود اما اصطلاح غالب در این مورد، مدل یابی معادله ساختاری (SEM) است (۱۸، ۱۹).

در این پژوهش با استفاده از تکنیک مدل معادلات ساختاری به بررسی تاثیر عوامل مختلف سن، جنس، وضعیت اشتغال، سلامت روان، بعد جسمی (کیفیت زندگی)، سال‌های اقامت، هزینه‌های خانوار بر روی مولفه‌های سرمایه اجتماعی (اعتماد فردی، اعتماد اجتماعی و روابط انجمنی، همبستگی و حمایت اجتماعی) پرداخته شد و در نهایت مدل نهایی ترسیم گردید که نشان دهنده ارتباطات بین متغیرها و مولفه‌های سرمایه اجتماعی می‌باشد.

### یافته‌ها

مشخصات دموگرافیک جمعیت تحت مطالعه در جدول شماره ۱ آمده است.

با توجه به مدل‌های فرضی و استفاده از مدل معادلات ساختاری، مدل نهایی سرمایه اجتماعی به دست آمده است که شامل ۳ متغیر پنهان (Latent Variable) اعتماد فردی، همبستگی و حمایت اجتماعی و اعتماد اجتماعی و روابط انجمنی می‌باشد (نمودار شماره ۱). میزان بار عاملی (Loading Factor) یا همبستگی بین سرمایه اجتماعی و اعتماد فردی ۰/۷۱ می‌باشد، که این ضریب برای همبستگی و

شود که نشان دهنده ارتباطات این متغیرها و مولفه‌های سرمایه اجتماعی می‌باشد.

### مواد و روش

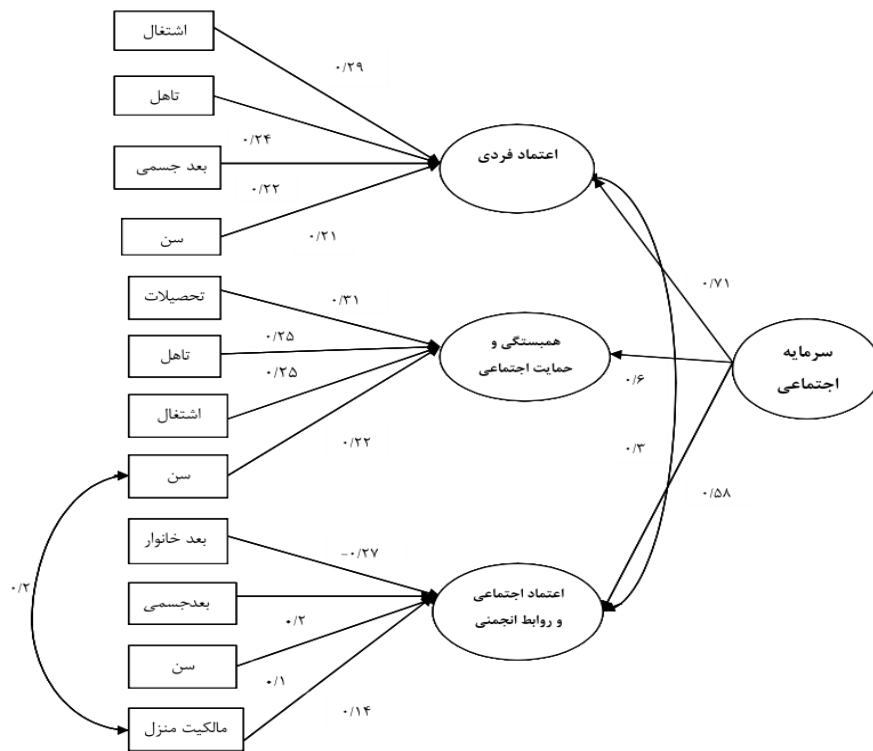
در انجام این مطالعه از داده‌های مطالعه بررسی عدالت در شهر تهران (Urban-HEART Survey) استفاده شده است. این پیمایش وسیع طی ۲۳ مرداد تا ۱۵ مهر ۱۳۸۷ در مناطق ۲۲ گانه شهر تهران با هدف تعیین تفاوت‌های سلامت و زندگی بهینه (بهزیستی) در بین مردمی که در مناطق نامساعد و برخوردار شهری زندگی می‌کردند و نیز اتخاذ راهبردها و مداخلات برای کاهش نابرابری‌ها بین مردم ساکن در تهران، انجام شد. این طرح با همکاری سازمان جهانی بهداشت، شهرداری تهران و دانشگاه‌های علوم پزشکی و دعوت از صاحب نظران و تشکیل جلسات مستمر کارگروه‌های متخصصان سازمانهای ذیربط برای تدوین شاخص‌های بهداشتی و اجتماعی، اقتصادی انجام گردید (۱۶). در این مطالعه از روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای استفاده گردید. ابتدا ۲۲ منطقه تهران به عنوان طبقه (Strata) در نظر گرفته شد (نمونه‌گیری طبقه‌ای)، سپس به روش خوشه‌ای ۱۲۰ بلوک به صورت تصادفی از هر منطقه انتخاب گردید. متعاقباً به روش نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک ۸ خانوار در هر بلوک انتخاب شدند و همزمان ۳ پرسشنامه برای تکمیل توسط خود افراد (Self-Administered) به افراد انتخابی از هر خانوار (براساس ۴ گروه سنی در هر دو جنس) داده شد تا همزمان با پرسشگری خانوار تکمیل گردد. سه پرسشنامه شامل پرسشنامه سرمایه اجتماعی، پرسشنامه استاندارد سلامت روان (General Health Questionnaire, GHQ-28) و پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی (Short form-12) در بیم نمونه‌ها توزیع و تکمیل گردید (۱۷).

متغیرهای مستقل با این متغیرهای نهفته بررسی شده است که با توجه به تعداد زیاد متغیرهای مستقل فقط ۴ متغیر که بیشترین رابطه با هر یک از متغیرهای نهفته دارد وارد مدل شده است.

حمایت اجتماعی ۰/۶ و برای اعتماد اجتماعی و روابط انجمنی ۰/۵۸ بدست آمده است. همچنین میزان همبستگی بین دو متغیر نهفته اعتماد فردی و اعتماد اجتماعی-روابط انجمنی ۰/۳ به دست آمده است. در مرحله بعد میزان رابطه هر یک از

جدول شماره ۱: مشخصات دموگرافیک ساکنین شهر تهران در مطالعه بررسی عدالت شهری

مشخصات دموگرافیک	طبقه بندی	تعداد	درصد
سن (سال)	۱۵-۲۴	۵۲۰۱	۲۳/۹
	۲۵-۴۵	۹۵۵۶	۴۳/۹
	۴۵-۶۵	۴۹۹۲	۲۲/۹
	بالتر از ۶۵	۲۰۳۲	۹/۳
جنس	زن	۱۳۳۳۹	۶۰/۵
	مرد	۸۷۳۶	۳۹/۵
تحصیلات	بیسواد و ابتدایی	۷۸۶۸	۳۵/۶
	راهنمایی	۳۲۹۹	۱۴/۹
	دبیرستان	۶۱۱۹	۲۸
	دانشگاهی	۴۷۶۸	۲۱/۲
وضعیت زناشویی	متاهل	۱۳۷۸۳	۶۱/۸
	مجرد	۶۳۰۷	۲۸/۵
	بیوه یا مطلقه	۲۱۴۰	۹/۷
وضعیت اشتغال	شاغل	۱۳۸۶۶	۶۲/۹
	خانه دار	۱۲۰۴	۵/۵
	بیکار	۱۱۲۹	۵/۱
	بازنشسته	۴۴۰۹	۲۴/۵
	دیگر	۴۴۱	۲



نمودار شماره ۱: مدل معادلات ساختاری (SEM) سرمایه اجتماعی در ساکنان شهر تهران

شاخص برای مدل های خوب کمتر از ۰/۰۵ است و معمولاً در مدل های ضعیفتر اندازه آن ۰/۱ است. شاخص برازندگی دیگر این مدل شامل شاخص تطبیقی (CFI برابر ۰/۹۱)، (GFI برابر ۰/۹۲)، شاخص تعدیل شده برازندگی (NFI برابر ۰/۹) و نرم شده برازندگی (NNFI برابر ۰/۹) به دست آمده است. این شاخص ها برای مدل های مناسب بین ۰/۹ تا ۰/۹۵ تفسیر می شود (۱۹). همچنین معیار اندازه گیری متوسط باقیمانده ها (RMR) برابر ۰/۰۴ به دست آمده است. این معیار هر چه کوچکتر باشد حاکی از برازش بهتر مدل است. همین طور متوسط باقی مانده های استاندارد شده (SRMR برابر ۰/۰۴) به دست آمده است. این معیار هر چه کوچکتر باشد نشانه برازش بهتر مدل است. SRMR معرف تفاوت بین کواریانس های نمونه و جمعیت است (۲۰).

در مدل معادله ساختاری در این مطالعه متغیرهای سلامت روان، جنس، سرانه مسکن، سال های اقامت، هزینه های خانوار به علت اینکه ضریب رابطه آن با متغیرهای پنهان کم برآورد شد از مدل نهایی حذف گردیدند. بر اساس مدل ضریب رابطه بین سن و مالکیت منزل ۰/۲ برآورد شده است. همچنین در جدول شماره ۲ مقدار نیکویی برازش (Good of Fitness) مدل نشان داده است.

آزمون مجذور کای یکی از آزمون های برازش مدل نیکویی می باشد که مقادیر کوچک و نزدیک به صفر آن ملاکی برای نیکویی برازش مناسب مدل است. در این مطالعه مجذور کای  $X^2$  در سطح  $P < 0.0001$  معنادار است. همچنین ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA برابر ۰/۰۴) به دست آمده است که از شاخص های دیگر نیکویی برازش است. این

جدول شماره ۲: شاخص های نیکویی برازش مدل معادلات ساختاری سرمایه اجتماعی

AGFI	GFI	CFI	NNFI	NFI	RMSEA	SRMR	RMR	P	X <sup>2</sup>
۰/۸۷	۰/۹۲	۰/۹۱	۰/۹	۰/۹	۰/۰۴	۰/۰۴	۰/۰۴	۰/۰۰۱	۴۵۶

## بحث

بر طبق این پژوهش مهمترین عواملی که بروی اعتماد فردی تاثیر دارند به ترتیب وضعیت اشتغال (نسبت افراد شاغل به بیکار)، وضعیت زناشویی (نسبت افراد متاهل به مجرد)، بعد جسمی و سن می باشد. وضعیت شغلی از عوامل تاثیرگذار در وضعیت روابط افراد با اطرافیان خود می باشد. اشتغال که معمولاً تحت عنوان وضعیت شغلی در یک شاخص ترکیبی شامل امنیت شغلی، سطح درآمد و وقت اضافه قرار می گیرد با سرمایه اجتماعی رابطه متقابلی دارد و شاغلین نسبت به بیکاران معمولاً فعالیت انجمنی بیشتری دارند ضمن این که برخی از تحقیقات نیز نشان می دهد که افراد در مشاغلی که بیشتر اجتماعی هستند از سرمایه اجتماعی بالاتر برخوردارند. با توجه به اینکه افراد شاغل به اقتضای شغل خود درگیر یک سری از فعالیت ها و مشارکت های شغلی هستند و در محیط های اجتماعی مختلف با افراد گوناگون در ارتباط اند پیوندهای اجتماعی گسترده تری را نسبت به افراد غیر شاغل تجربه می کنند که این موضوع می تواند بر روی سرمایه اجتماعی آنها تاثیر بگذارد (۱) (۲۱). بعد جسمی و سلامت افراد هم با سرمایه اجتماعی رابطه متقابل دارد به طوری که هر چه محدودیت های جسمی افراد بیشتر باشد از میزان سرمایه اجتماعی نیز کاسته می شود که بیشتر به دلیل محدودیت در ارتباطات و مشارکت های این گونه از افراد می باشد بنابراین توجه به سلامت فیزیکی و جسمی در همه سنین و به خصوص سالمندی از اهمیت زیادی برخوردار است (۱۳).

سن هم یکی از عوامل موثر بر شکل گیری سرمایه اجتماعی است. سن معمولاً براساس دوره کودکی، نوجوانی، بزرگسالی، و سالمندی تقسیم می شود. سن براساس درآمد و زمان فراغت در مقاطع زمانی سنی متفاوت است، بنابراین مشارکت اجتماعی

افراد نیز در مراحل مختلف سنی متفاوت است. برخی از تحقیقات نشان داده است که ارتباط سن و انجمن پذیری و مشارکت های اجتماعی بصورت رابطه معکوس است. به گونه ای که از سن ۲۹-۱۸ سالگی عضویت در گروهها یگانه و از ۵۹-۳۰ سالگی عضویت چندگانه است و در مقابل جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر در انجمن ها حضور کمتری دارند. البته به علت هم تغییری سن با متغیرهای درآمد، آموزش، موقعیت های شغلی، خانوادگی و تاهل، می توان تغییر در سرمایه اجتماعی در مقاطع مختلف سنی را تحلیل نمود (۲۲ و ۲۳).

یافته های این پژوهش نشان دادند مهم ترین عواملی که بروی همبستگی و حمایت اجتماعی تاثیر دارند به ترتیب سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، وضعیت اشتغال و سن می باشد. مطالعات مختلف بین سرمایه اجتماعی و تحصیلات رابطه متقابل نشان داده اند (۷، ۱۰، ۲۴). بدین صورت که افزایش حضور، میزان اعتماد و کوشش در حل مسائل محلی، همچنین ارتباطات اجتماعی در بین افراد با تحصیلات بالاتر بیشتر است، که این موضوع تا حدودی ناشی از حضور بیشتر افراد تحصیل کرده در محیط های مختلف تحصیلی و تشویق به انجمن پذیری و ارتباطات اجتماعی و فعالیت های گروهی بیشتر آنها است (۸، ۲۵، ۲۶).

همچنین یافته های این مطالعه نشان می دهد که سرمایه اجتماعی در افراد متاهل بیشتر است که این مسئله می تواند ناشی از درگیر بودن بیشتر افراد متاهل با امور اجتماعی به اقتضای نیازهای تاهل و تعاملات بیشتر خانوادگی و انتظارات بیشتر جامعه از آنها باشد.

بر طبق این پژوهش مهم ترین عواملی که بروی اعتماد اجتماعی و روابط انجمنی تاثیر دارند به ترتیب اندازه خانوار، بعد

### نتیجه گیری

افراد شاغل نسبت به افراد بیکار و بازنشسته از اعتماد بالاتری برخوردارند و اشتغال زایی علاوه بر سایر تاثیرات مفید آن می تواند باعث افزایش مشارکت رسمی و آگاهی و توجه نسبت به امور عمومی و در کل افزایش سرمایه اجتماعی شود. بعد خانوار هم از عوامل موثر بر سرمایه اجتماعی می باشد که تاثیر منفی آن در این مطالعه بر مولفه اعتماد اجتماعی و روابط انجمنی نسبت به سایر مولفه های سرمایه اجتماعی بیشتر می باشد. بنابراین برنامه ریزی در این زمینه می تواند نقش موثری در ارتقاء سرمایه اجتماعی در نسل های بعدی داشته باشد. شاید از مهم ترین یافته های تحلیل مدل معادله ساختاری سرمایه اجتماعی در شهر تهران تاثیر مستقیم وضعیت اشتغال، وضعیت زناشویی، بعد خانوار، تحصیلات و بعد جسمی بر روی مولفه های سرمایه اجتماعی باشد که لازم است توسط سیاست گذاران و مسئولان توسعه شهری به دقت مورد توجه قرار گیرد. مطالعات تکمیلی دقیق تر در گروه های سنی و صنفی خاص می تواند به تحلیل ارتباطات مولفه های سرمایه اجتماعی در آن گروه ها کمک نماید.

### تقدیر و تشکر

مطالعه حاضر بر اساس داده های مطالعه عدالت شهری در شهر تهران (Urban HEART) انجام گرفته است، که بدین وسیله از تلاش های همه افرادی که در اجرای آن مطالعه نقش داشته اند تشکر و سپاسگزاری می شود.

### References

- 1- Lindstrom M, Lindstrom C, Moghaddassi M, Merlo j. Social capital and neo-materialist contextual determinants of sense of insecurity in the neighbourhood: A multilevel analysis in Southern Sweden. *Health & place* 2006; 12(4): 479-489.
2. Moore S, Shiel A, Hawe P. The privileging of communitarian ideas: citation practices and the translation of social capital into

جسمی (کیفیت زندگی)، سن، مالکیت منزل می باشد. بعد یا اندازه خانوار در عموم جمعیت به خاطر بار اقتصادی و اجتماعی که به افراد وارد می کند بر روی سرمایه اجتماعی می تواند تاثیر منفی داشته باشد (۲۷). در مطالعه ناطق پور در شهر تهران مهم ترین متغیرهای مرتبط با اعتماد عمومی و نهادی سن و تحصیلات می باشد و بین اعتماد نهادی، جنس و هزینه خانوار ارتباطی وجود نداشت. همچنین در این مطالعه جنس به جزء با اعتماد عمومی و نهادی با هیچ یک از مولفه های دیگر ارتباطی نداشت که با یافته های این مطالعه مطابقت دارد (۸).

در مطالعه بررسی عوامل موثر بر شکل گیری سرمایه اجتماعی در شهر ایلام رابطه مستقیم معنی دار میان سرمایه اجتماعی و متغیرهای سن، تحصیلات، دینداری، میزان اقامت، پایگاه اجتماعی و اقتصادی و جنس گزارش گردید. ولی رابطه معنی داری بین اشتغال و سرمایه اجتماعی گزارش نشد (۲۲). همچنین در پژوهش حاضر ارتباط متغیرهای سلامت روان، جنس و هزینه های خانوار با بعضی از مولفه های سرمایه اجتماعی معنی دار گردید ولی به علت قدرت ارتباط کمتر نسبت به متغیرهای وارد شده از مدل نهایی حذف گردیدند.

علیرغم تعداد نمونه زیاد در این مطالعه نرمال نبودن توزیع سنی جنسی شرکت کنندگان یکی از محدودیت های این مطالعه بود که هر چند برای رفع آن در این مطالعه جدول های طبقه بندی شده سنی و جنسی به پرسشگران داده شد تا با وارد شدن به هر بلوک طبق آن جدول نمونه گیری کنند. اما به علت حضور نداشتن همه اعضای خانوار در خانه در موقع پرسشگری توزیع سنی و جنسی به جزء در گروه سالمندان که در خانه معمولاً حضور داشتند در سایر گروهها رعایت نشد. محدودیت دیگر مطالعه تعداد قابل توجه عدم پاسخ دهی به بعضی پرسشها بود که به دلیل حساسیت بالای موضوعات متنوع پرسشنامه قابل پیش بینی بوده است.

analysis. American journal of public health 1999; 89(8): 1187.

13. Drukker M, Kaplan C, Feron F, Van J. Children's health-related quality of life, neighbourhood socio-economic deprivation and social capital. A contextual analysis. Social Science & Medicine 2003; 57(5): 825-841.

14. Poortinga W. Social relations or social capital? Individual and community health effects of bonding social capital. Social Science & Medicine 2006; 63(1): 255-270.

15. Helliwell JF. Well-being and social capital: Does suicide pose a puzzle? 2004, National Bureau of Economic Research.

16. WHO Kobe Centre, Urban HEART: Urban HealthEquity Assessment and Response Tool. 2007, Kobe, Japan: WHO Centre for Health Development.

17. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdani M. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. Quality of life research 2005 14(3): 875-882.

18. Anderson JC, Gerbing D. Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-step approach. Psychological bulletin 1988; 103(3): 411.

19. Hooman H. Structural equation modeling with applying LISREL soft ware. Samt publication. Edition 2; 2009.

20. Klem L. Structural equation modeling. Nowel prees 2000; 2(1): 23-28.

21. Steinfield C, Ellison NB, Lampe C. Social capital, self-esteem, and use of online social network sites: A longitudinal analysis. Journal of Applied Developmental Psychology 2008; 29(6): 434-445.

public health research. American journal of public health 2005; 95(8): 1330.

3. Tavasoli GH, Moosavi, M. The concept of social capital, in classic and new theories With emphasis on theories of social capital. Journal of Social Sciences 1384;1: 26.

4. Shortt S. Making sense of social capital, health and policy. Health Policy 2004; 70(1): p. 11-22.

5. Behzad D. Social capital, a background for mental health promotion. social welfare quarterly 1383; 6(2): 49.

6. Coleman JS. Social capital in the creation of human capital. American Journal of Sociology 1988: 95-120.

7. Sheikh MR, Ali A, Hussain A. Measurement of social capital as an indicator of community-based initiatives (CBI) in the Islamic Republic of Iran. Journal of health organization and management 2009; 23(4): 429-441.

8. Nateghpour M, Firoozabadi S. Social capital and determinant affecting its formation in Tehran city. Iranian Journal of Sociology 2005; 6(4): 79.

9. Mossavi, M. Community participation is one of the components of social capital. Quarterly social welfare. 2005; 6:23.

10. Uphoff N. Understanding social capital: learning from the analysis and experience of participation. Social capital: A multifaceted perspective 2000: 215-249.

11. Kawachi. Social capital, income inequality, and mortality. American journal of public health 1997; 87(9): 1491.

12. Kawachi I, Kennedy B, Glass R. Social capital and self-rated health: a contextual



22. Kassani K. Kassani A. Investigation of Effectives Factors upon the Formation of Social Capital among the Ilamian Youth. *Ardabil journal of health* 2009; 1(2): 72 (persian).
23. Putnam R. Tuning in, tuning out: The strange disappearance of social capital in America. *PS-WASHINGTON-* 1995; 28: 646-664.
24. Wilkinson R. *Unhealthy societies: the afflictions of inequality* Psychology Press. 223-228 1996:
25. Nieminen T. Koskineh S, Martlin T. Measurement and socio-demographic variation of social capital in a large population-based survey. *Soc Indic Res* 2008; 85: 405-423.
26. Pollack CE, Knesebeck, O. Social capital and health among the aged: comparisons between the United States and Germany. *Health & Place* 2004; 10: 383-391.
27. Schultz J , O'Brien AM, Tadesse B. Social capital and self-rated health: results from the US 2006 social capital survey of one community. *Social Science & Medicine*, 2008; 67(4): 606-617.