

بررسی مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی در زنان سرپرست خانوار با استفاده از تحلیل مسیری

شهناز ریماز: دانشیار، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. srimaz2000@yahoo.com
یوسف مرادی: دانشجوی کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. yosef.m.1368@gmail.com
* جمیله ابوالقاسمی: استادیار، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (*نویسنده مسئول). abolghasemi1347@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۹۴/۳/۳

تاریخ دریافت: ۹۳/۱۰/۳

چکیده

زمینه و هدف: هدف از این مطالعه تعیین مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی در زنان سرپرست خانوار با استفاده از تحلیل مسیری می‌باشد. **روش کار:** این مطالعه یک مطالعه توصیفی-تحلیلی می‌باشد که بر روی زنان سرپرست خانوار انجام گرفته است. در این مطالعه اطلاعات کلیه زنان سرپرست خانوار مراجعه کننده به دو منطقه شهرداری تهران مورد استفاده قرار گرفت. جهت جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه سرمایه اجتماعی مربوط به بانک جهانی (SC-IQ) که روایی و پایایی آن مورد تایید قرار گرفته است، استفاده شد. این پرسشنامه حاوی ۶ مولفه در قالب ۳۹ سوال می‌باشد. تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS (version 22) و نرم افزار AMOS (version 22) جهت انجام تحلیل مسیر استفاده شد. **یافته‌ها:** میانگین سنی شرکت کنندگان $(\pm 9/5)$ ۴۰/۶ سال بود. اکثریت زنان سرپرست خانوار (۶۰/۳ درصد) غیرشاغل بودند. نتایج نشان داد که در میان مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی، مولفه مشارکت در کارهای گروهی ارتباط معنی داری با تحصیلات زنان سرپرست خانوار دارد. همچنین درآمد با تمام مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی بجز توانمند سازی سیاسی، ارتباط معنی داری داشت و مولفه توانمند سازی سیاسی، ارتباط معنی داری را با هیچ یک از متغیرهای دموگرافیک نشان نداد ($p > 0/05$). **نتیجه گیری:** متغیرهای درآمد و تحصیلات از جمله عناصر تاثیر گذار بر سرمایه اجتماعی زنان سرپرست خانوار شهر تهران بودند. از این رو، با مهیا نمودن زمینه‌های ارتقاء این شاخص‌ها به خصوص در زنان سرپرست خانوار به عنوان گروه آسیب پذیر جامعه؛ باعث بالارفتن سلامت جسمی، روانی و اجتماعی در این زنان و در نهایت کم شدن بار منفی حاصل از این گروه‌ها در جامعه باشیم.

کلیدواژه‌ها: مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی، تحلیل مسیر، زنان سرپرست خانوار

مقدمه

امروزه مفهوم سلامت با مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی گره خورده و بسیاری از بیماری‌های جسمی و روانی با عوامل اجتماعی رابطه قوی دارند (۱، ۲). سرمایه اجتماعی شبکه‌ای از روابط و پیوندهای تعیین کننده، اعتماد اجتماعی بین فردی و بین گروهی و تعاملات افراد با گروه‌ها، سازمان‌ها و نهادهای اجتماعی با یکدیگر است که شامل برخورداری افراد و گروه‌ها از حمایت اجتماعی و انرژی لازم برای تسهیل کنش‌ها در جهت تحقق اهداف فردی و جمعی می‌باشد. با وجود تعاریف گوناگون، سرمایه اجتماعی را در کل به عنوان درجه‌ای از انسجام اجتماعی، تعاملات، اعتماد، ارتباطات متقابل دو طرفه، ادراک و

احساس تعهد متقابل میان اعضای یک گروه می‌دانند (۳). سرمایه اجتماعی؛ مفهوم نوینی است که به تازگی وارد حوزه‌های اجتماعی؛ اقتصادی، سیاسی و اخیراً در حوزه سلامتی شده است. این مفهوم همانند بستر مناسبی برای بهره وری از سایر سرمایه‌ها از جمله سرمایه‌های انسانی؛ فیزیکی و راهی برای نیل به موفقیت در تمامی جنبه‌های زندگی افراد می‌باشد به نحوی که حتی راه کامیابی شغلی را نیز هموار می‌کند. سرمایه اجتماعی به عنوان مفهومی جدید در کنار انواع دیگر سرمایه حداقل در سطحی برابر با آنها دارای اهمیت است و شامل مولفه‌هایی مانند عضویت در گروه‌های اجتماعی، مشارکت در کارهای جمعی، انسجام و اعتماد اجتماعی، اطلاعات و ارتباطات

اطلاعات و نهادینه سازی رفتارهای صحیح می توان به آن دست یافت (۱۲). در مطالعه ناطق پور و همکاران که بر روی ۳۲۰ زن سرپرست خانوار انجام شد، نتایج نشان داد که میزان فعالیت زنان در شبکه ها و گروه های اجتماعی نسبت به مردان به صورت معنی داری پایین بود. در مطالعه دیگری توسط آجرلو و همکاران نشان داده شد زنان سرپرست خانوار به دریافت مراقبت های اضطراب و استرس ناشی از وضعیت اقتصادی و سرپرستی خانواده است (۱۳). با توجه به نتایج مطالعات در این زمینه، سرمایه اجتماعی و مولفه های آن در افراد جامعه بخصوص در زنان سرپرست خانوار از اهمیت بالایی برخوردار است. هدف از این مطالعه بررسی مولفه های سرمایه اجتماعی در زنان سرپرست خانوار شهر تهران با استفاده از روش تحلیل مسیری می باشد.

روش کار

این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی بود که بر روی زنان سرپرست خانوار انجام شد. در این مطالعه اطلاعات کلیه زنان سرپرست خانوار مراجعه کننده به شهرداری مناطق ۹ و ۱۸ شهر تهران مورد استفاده قرار گرفت. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه دو بخشی بود. بخش اول مربوط به اطلاعات دموگرافیکی همچون سن، وضعیت تاهل (متاهل، مجرد، بی همسر بر اثر فوت و طلاق)، سطح تحصیلات (بیسواد، ابتدایی، متوسط و دانشگاهی)، وضعیت اشتغال (شاغل، غیرشاغل)، قومیت (فارس، غیر فارس)، متراژ منزل، تعداد افراد تحت تکفل، متوسط درآمد خانوار و مدت اقامت در محل بود. بخش دوم پرسشنامه سرمایه اجتماعی مربوط به بانک جهانی (SC-IQ) که برای کشورهای در حال توسعه طراحی شده و توسط نجات و همکاران در سال ۲۰۱۲ بومی سازی گردید (۱۴). این پرسشنامه حاوی ۶ مولفه در قالب ۲۷ سوال می باشد. این مولفه ها شامل عضویت در انجمن ها و گروه ها، میزان اعتماد اجتماعی، مشارکت در کارهای گروهی و فعالیت های عمومی، اطلاعات و

می باشد (۴). تعیین و ارزیابی مولفه های سرمایه اجتماعی در زنان سرپرست خانوار هر جامعه ضروری و مهم بنظر می رسد زیرا چنین افرادی ممکن است به سبب مسائلی چون فوت یا طلاق از همسر، حجم زیاد مسئولیت های زندگی، نبود پشتوانه های اقتصادی- اجتماعی، عدم دسترسی به شغل مناسب و نداشتن مهارت دچار انزوای اجتماعی و فقدان دسترسی به شبکه های اجتماعی گردند. از این رو، زنان سرپرست خانوار احتمالاً مشکلات بیشتر و متفاوت تری مانند اختلالات روحی و روانی، داشتن فرزندان با مشکل انحراف اجتماعی، فقر مالی و فرهنگی را تجربه می کنند (۵-۷). از سوی دیگر سرمایه اجتماعی میتواند نقش اصلی و کلیدی در توصیف نابرابری ها در این قشر از جامعه از طرق معطوف نمودن توجهات به واقعیت ها و پدیده های مهم ایفا نماید و ممکن است رشد اقتصادی به واسطه ای برجسته نمودن اهمیت مشارکت و اعتماد در زنان سرپرست خانوار تسهیل گردد (۸). در تئوری های نظری عوامل مختلفی در شکل گیری سرمایه اجتماعی موثر هستند، از دیدگاه گلیزر و لایسبون جابجایی محل سکونت، سن، مشاغل اجتماعی، مالکیت منزل مسکونی، آموزش به عنوان عوامل موثر بر شکل گیری سرمایه اجتماعی به شمار می روند (۹). در مطالعات مختلف ارتباط قدرتمندی بین سلامتی و سرمایه اجتماعی - اقتصادی به اثبات رسیده است، بطوریکه افراد متعلق به طبقه اقتصادی - اجتماعی پایین همانند زنان سرپرست خانوار از وضعیت سلامتی نامطلوب تری برخوردار میباشند؛ در مطالعه ای که توسط لچنر و همکاران در شیکاگو به منظور بررسی ارتباط سرمایه اجتماعی و مولفه های آن بر سلامت انجام شد، سرمایه اجتماعی به عنوان یک مولفه ی بالقوه تاثیر گذار بر سلامت مورد سنجش قرار گرفت و نتایج آماری نشان داد که بین سرمایه اجتماعی و مرگ و میر رابطه ای معکوسی و معنی داری وجود دارد (۱۰، ۱۱). Coleman در مطالعه ای خود به اهمیت سرمایه اجتماعی و مولفه های آن در افزایش و ارتقا سلامت در قشر آسیب پذیر جامعه اشاره کرده است، که با برقراری ارتباط و انتشار

ارتباطات، انسجام اجتماعی، فعالیت و توانمندسازی سیاسی مورد بررسی قرار گرفت. در مرحله اول یک مدل علیتی فرضی بر اساس مطالعات انجام شده قبلی برای هر کدام از مولفه‌ها تدوین گردید و با استفاده از روش تحلیل مسیر اثرات مستقیم، غیر مستقیم و کلی مولفه‌های شش گانه بر سرمایه اجتماعی و همچنین همبستگی میان مولفه‌ها برآورد گردید. در این پژوهش متغیرهای وابسته شامل ۶ مولفه سرمایه اجتماعی می باشند و متغیرهای مستقل شامل سن، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، قومیت، متراژ منزل، تعداد افراد تحت تکفل، متوسط درآمد خانوار، مدت اقامت در محل بود و سطح معنی داری برابر ۰,۰۵ در نظر گرفته شد.

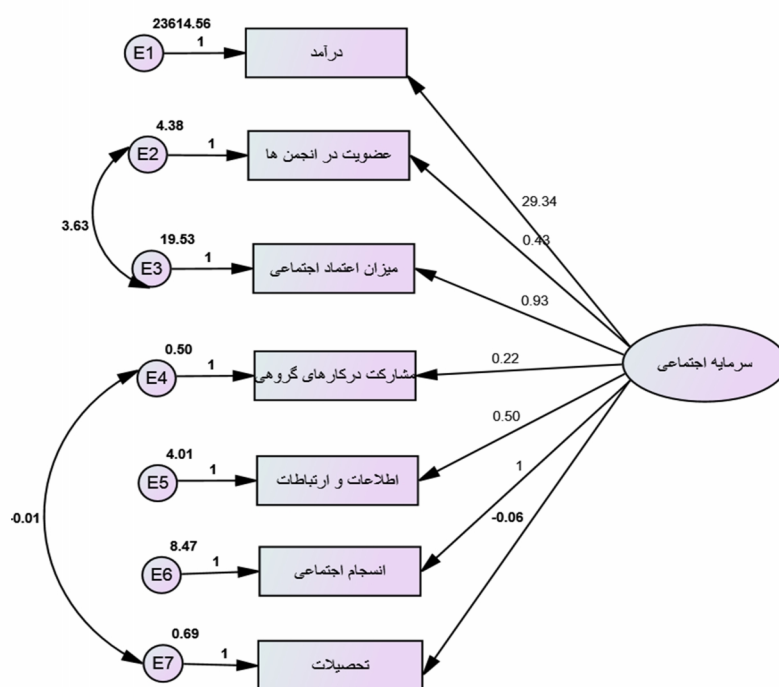
یافته‌ها

مشخصات دموگرافیک جمعیت مورد مطالعه در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. در این مطالعه متغیرهای سن، شغل، متراژ واحد مسکونی، تعداد افراد تحت تکفل، مدت سکونت، وضعیت

ارتباطات، انسجام اجتماعی، فعالیت و توانمندسازی سیاسی بود. هر یک از این مولفه‌ها به ترتیب شامل ۳، ۱۱، ۲، ۱۰ و ۵ سوال بودند. سوالات در مقیاس لیکرت یا به صورت چند گزینه ای می باشند. ضریب آلفای کرونباخ برای پایایی پرسشنامه مورد نظر محاسبه گردید که برای کل مولفه‌های سرمایه اجتماعی از ۰/۷۱ تا ۰/۹۱ متغیر بود که به صورت کلی ۰/۸۲ حاصل گردید. نمونه‌های مورد نظر به صورت نمونه گیری در دسترس؛ از زنان سرپرست خانوار مراجعه کننده به شهرداری منطقه ۹ و ۱۸ تهران انتخاب شدند. پرسشنامه‌ها توسط مصاحبه کنندگان آموزش دیده، تکمیل شد و رضایت نامه کتبی آگاهانه پس از شرح اهداف پژوهش از شرکت کنندگان اخذ گردید. در این مطالعه به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS (version 22) و نرم افزار AMOS (version 22) جهت رسم تحلیل مسیر استفاده شد. در این مطالعه ۶ مولفه سرمایه اجتماعی شامل عضویت در انجمن‌ها و گروه‌ها، میزان اعتماد اجتماعی، مشارکت در کارهای گروهی و فعالیت‌های عمومی، اطلاعات و

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک زنان سرپرست خانوار مناطق ۹ و ۱۸ شهر تهران

مشخصات دموگرافیک	طبقه بندی	تعداد	درصد
تحصیلات	بیسواد	۶۷	۲۲,۳
	ابتدایی	۸۹	۲۹,۷
	متوسطه	۱۳۵	۴۵,۰
وضعیت تاهل	دانشگاهی	۹	۳,۰
	مجرد	۷	۲,۳
وضعیت اشتغال	متاهل	۲۰	۶,۷
	بیوه یا مطلقه	۱۷۳	۹۱,۰
	شاغل	۱۱۹	۳۹,۷
زبان	بیکار	۱۸۱	۶۰,۳
	فارسی	۱۸۵	۶۱,۷
	ترکی	۸۶	۲۸,۷
	لری	۸	۲,۷
	کردی	۹	۳,۰
	آذری	۸	۲,۷
	بلوچی	۴	۱,۳
مدت سکونت در محل مسکونی (بر حسب سال)	۱-۷	۴۲	۱۴,۰
	۸-۱۴	۶۴	۲۱,۳
	۱۵-۲۰	۴۱	۱۳,۷
	بیش از ۲۰	۱۵۳	۵۱,۰



نمودار ۱- نمودار تحلیل مسیری سرمایه اجتماعی زنان سرپرست خانوار مناطق ۹ و ۱۸ شهر تهران

(نمودار شماره ۱). جدول شماره ۲ نیز اندازه اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کلی مولفه‌ها را بر سرمایه اجتماعی نشان می‌دهد که ارتباط ۵ مولفه با سرمایه اجتماعی در سطح معنی داری کمتر از ۰,۰۰۰۱ بوده است. همانطور که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود؛ درآمد بر مولفه مشارکت در کارهای گروهی همبستگی مثبتی نشان داده است. همانطور که در نمودار شماره ۱ مشاهده می‌شود؛ متغیر درآمد بر سرمایه اجتماعی و متغیر سطح تحصیلات بر مولفه مشارکت در کارهای گروهی تاثیر گذار می‌باشد. در میان مولفه‌ها نیز دو مولفه عضویت در انجمن‌ها و عضویت در گروه‌ها نیز با هم ارتباط دو طرفه دارند. در میان تمام متغیرهای مورد بررسی در این مطالعه متغیرهای درآمد و سطح تحصیلات بیشترین تاثیر را بر سرمایه اجتماعی و مولفه‌های آن در زنان سرپرست خانوار نشان داد.

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد که اکثریت زنان سرپرست خانوار شرکت کننده میانسال، غیرشاغل و دارای سطح تحصیلات متوسطه بودند که با

تاهل و قومیت بودند که در تحلیل مسیر ارتباط معنی داری با مولفه‌های سرمایه اجتماعی نداشتند. میانگین سنی افراد شرکت کننده در مطالعه $(\pm 9,5)$ ۴۰,۶ سال بود، همچنین به طور متوسط هر نفر مسئولیت ۲ نفر (افراد تحت تکفل) را برعهده داشت و مساحت خانه مسکونی زنان سرپرست خانوار به طور متوسط ۷۰ متر مربع و میانگین درآمد ماهانه آنها ۳۵۰ هزار تومان برآورد گردید. همه شرکت کنندگان در این مطالعه به طور متوسط ۱۰ تا ۲۰ سال در محل زندگی خود سکونت داشتند. نتایج این مطالعه نشان داد که درآمد و سطح تحصیلات بیشترین تاثیر بر سرمایه اجتماعی در زنان سرپرست خانوار دارد. همچنین تحصیلات نیز بر کل مولفه ارتباط و همبستگی مثبتی نشان داده است ولی بر مولفه مشارکت در کارهای گروهی همبستگی منفی نشان داده است. در این مطالعه در میان ۶ مولفه سرمایه اجتماعی، همه مولفه‌ها به جز مولفه توانمند سازی سیاسی در تحلیل مسیر معنی دار و وارد مدل شدند و شاخص‌های $GFI = 0.987$ ؛ $CMIN/DF=1.740$ ؛ $RMSEA=0.04$ ؛ و $HOELTER=247$ بدست آمد که تقریباً نشان از برازش خوب مدل می‌باشد

جدول ۲- اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کلی استاندارد شده مولفه های سرمایه اجتماعی بر متغیرهای دموگرافیک زنان سرپرست خانوار مناطق ۹ و ۱۸ شهر تهران

اثرات مستقیم	اثرات غیر مستقیم	اثر کلی	
۰,۴۶	۰,۰۳	۰,۴۹	عضویت در انجمن ها
۰,۲۱	۰,۰۸	۰,۲۹	میزان اعتماد اجتماعی
۰,۶۱	۰,۰۵	۰,۲۷	مشارکت در کارهای گروهی
۰,۶۵	۰,۰۰	۰,۶۵	انسجام اجتماعی
۰,۵۰	۰,۰۰	۰,۵۰	اطلاعات و ارتباطات
۰,۴۳	۰,۰۰	۰,۴۳	درآمد
-۰,۱۷	۰,۰۳	-۰,۱۴	تحصیلات

جدول ۳- ماتریس ضرایب همبستگی مولفه های سرمایه اجتماعی زنان سرپرست خانوار مناطق ۹ و ۱۸ شهر تهران

عضویت در انجمن ها	میزان اعتماد اجتماعی	مشارکت در کارهای گروهی	انسجام اجتماعی	اطلاعات و ارتباطات	درآمد	تحصیلات
۱,۰۰۰						
۰,۲۳۳*	۱,۰۰۰					
-۰,۲۵۳*	-۰,۰۸۴*	۱,۰۰۰				
۰,۴۳۵*	۰,۱۸۸*	۰,۱۵۷-	۱,۰۰۰			
۰,۴۵۲*	۰,۳۳۲*	۰,۱۶۴-	۰,۳۴۶	۱,۰۰۰		
-۰,۱۱۰*	-۰,۲۵۳*	۰,۰۰۴*	-۰,۰۱۹*	-۰,۱۴۷*	۱,۰۰۰	
۰,۱۶۹*	۰,۰۲۲*	-۰,۳۹۸*	۰,۰۴۳*	۰,۰۴۳*	۰,۰۱۲*	۱,۰۰۰

سطح معنی داری در این مطالعه ۰,۰۵ در نظر گرفته شده است

شده اند و در نهایت کمتر میتوانند در کارهای گروهی و یا ارتباط برقرار کردن با جامعه موفق باشند که در نهایت از حمایت های اجتماعی کمتری برخوردارند ولی در مطالعه کسانی و همکاران که در شهر ایلام انجام گرفته است متغیر تحصیلات با سرمایه اجتماعی ارتباط معنی داری نداشت (۱۸). علت این تفاوت به جامعه آماری هر دو مطالعه برمی گردد زیرا این مطالعه در منطقه ای از کلان شهر تهران صورت گرفته است و افرادی با میزان تحصیلات بالاتر، فرصت های شغلی بهتری بدست می آورند. از این رو نسبت به سایر زنان در زمینه های مختلف خصوصا اقتصادی ارتقا پیدا نموده و در نهایت میزان اعتماد عمومی در آنان بیشتر می گردد. آموزش و سطح تحصیلات از عناصر تاثیرگذار بر سرمایه اجتماعی می باشد چنانچه در پیمایش جهانی در اکثر کشورها، ارتباط این متغیر با سایر عناصر سرمایه اجتماعی نشان داده شده است. براساس نتایج سایر مطالعات افزایش حضور، میزان اعتماد، کوشش و تلاش در جهت حل مسائل محلی در بین افراد با سطح تحصیلات بالا و دانشگاهی بیشتر است که

نتایج بدست آمده از مطالعه پوپویچ و آکین سولا همخوانی داشت (۱۵، ۱۶). در نتایج این مطالعه، سطح تحصیلات تاثیر بسزایی بر مولفه های مشارکت در کارهای گروهی و عضویت در انجمن ها و گروه ها داشت. بطور کلی میزان سطح تحصیلات پایین، یکی از دلایل مهم عدم جذب در بازارهای شغلی است. مطالعات انجام شده در ارتباط با وضعیت اشتغال زنان سرپرست خانوار نیز نشان می دهد که زنان سرپرست خانوار به دلیل برخورداری از سطوح پایین تر تحصیلات، فرصت های شغلی محدودتری نسبت به خانوارهای که سرپرست آنها مرد است، دارند و با در نظر گرفتن اینکه حمایت های موجود برای این زنان بسیار ناچیز است و جنبه ی خدمت رسانی آن بیش از توانمند سازی است در نتیجه این افراد به کارهای موقتی مانند کارهای کارگری و خانه داری مشغول هستند. بنابراین فرصت کافی جهت شرکت و مشارکت در کارهای گروهی را ندارند (۱۷). این قشر از جامعه (زنان سرپرست خانوار) به دلایلی از جمله نبود شرایط اقتصادی، مسئولیت های فراوان در خانه از ادامه دادن تحصیلات خود منع

اضطراب و استرس ناشی از وضعیت اقتصادی و سرپرستی خانواده پیش می‌آید (۱۳، ۱۶). درآمد خانوار به طور معمول به عنوان یک عامل تاثیرگذار بر سرمایه اجتماعی شناخته شده است. افراد دارای درآمد متوسط و بالا، آشنایی بیشتری با فعالیت های انجمنی دارند البته در مقابل ممکن است درآمد بالا، سبب شود که برای این افراد، اولویت شرکت در انجمن ها از اهمیت کمتری برخوردار باشد و این افراد آنچه را که لازم است از طریق شرکت در انجمن ها بدست آورند از طریق پول کسب نمایند. چنانچه بورديو معتقد است پول و سرمایه اقتصادی جایگزین سرمایه اجتماعی می‌گردد (۲۰، ۲۱). از دیگر مولفه های سرمایه اجتماعی زنان سرپرست خانوار، مولفه ارتباطات اجتماعی است. با افزایش ارتباطات و رفت و آمد، سطح سلامت ارتقای می‌یابد. در پژوهش هایی که با رویکرد مقایسه مراقبت های بهداشتی بین زنان سرپرست خانوار و سایر زنان انجام گرفته، نتایج نشان داده است که زنان سرپرست خانوار به دریافت مراقبت های بهداشتی توجه کمتری دارند این به آن معنا می باشد که ارتباطات مناسب باعث افزایش آگاهی و عملکرد آنها از مراقبت های می‌گردد (۱۷). همانگونه که در مطالعه کلمان و همکاران، نتایج نشان داد که بیش از نیمی از زنان سرپرست خانوار مشکل جسمانی دارند و از احساس ضعف و ناتوانی رنج می‌برند. یکی از دلایل این مشکلات عدم برقراری ارتباط اجتماعی بود (۱۲). بنابراین مولفه ارتباطات سرمایه اجتماعی می‌تواند نقش مهمی در آگاه سازی این زنان از علائم بیماری خود و حتی پیشگیری از ابتلا به بیماری‌ها داشته باشد. از محدودیت های این مطالعه، دسترسی محدود به جمعیت زنان سرپرست خانوار تهران بود. پیشنهاد می‌گردد که مطالعات مشابه برای زنان سرپرست خانوار مناطق مختلف شهر تهران، سایر شهرها و نیز روستاها انجام شود. با توجه به اهمیت سرمایه اجتماعی و مولفه های آن در زنان سرپرست خانوار، اقدامات لازم جهت ایجاد بستر مناسب و فرهنگ سازی در تغییر افکار عمومی نسبت به حضور زنان سرپرست خانوار در

منجر به افزایش ارتباطات اجتماعی فرد می‌شود. همچنین در برخی از مطالعات، بین سالهای آموزشی در مدرسه و سرمایه اجتماعی رابطه ای مستقیمی مشاهده شده است و این موضوع تا حدودی ناشی از محیط های نهادی مدارس و دانشگاه ها در تشویق افراد به انجمن پذیری و آموزه های اخلاقی آنان در جهت همکاری و هماهنگی است (۱۹). شاهنده و همکارانش طی مطالعه ای که در منطقه ۱۷ تهران انجام گرفت، نشان دادند که تشکیل گروه های خودیار زنان سرپرست و به رسمیت شناختن چنین گروه هایی از سوی نهادها و ارگان های دولتی و اعطای وام های خود اشتغالی و بودجه به این گروه ها، می‌تواند نقش مهمی در کاهش فقر اقتصادی این زنان با هدف توانمندسازی به شکل خودکارآمدی داشته باشند (۱۴).

در پژوهش حاضر، تمام مولفه های سرمایه اجتماعی بجز مولفه ای توانمند سازی سیاسی، ارتباط معنی داری را نشان دادند. یکی از دلایل اینکه مولفه توانمندسازی سیاسی ارتباط معنی داری نداشت این است که اغلب شرکت کنندگان در مطالعه به جهت حساسیت سوال های مورد نظر در این مولفه از دادن پاسخ به آنها خودداری کردند.

یکی دیگر از عناصر تاثیر گذار بر سرمایه اجتماعی و مولفه های آن در زنان سرپرست خانوار؛ درآمد بود. درآمد بالا از داشتن یک شغل مناسب یا موقعیت مناسب ناشی می‌شود. داشتن یک شغل مناسب و موقعیت عالی منجر به برقراری ارتباطات اجتماعی بهتر و بیشتر می‌گردد که خود عامل بالا رفتن روحیه همکاری و هماهنگی است. زنان سرپرست خانوار به سبب مشکلات خاص اقتصادی به طور تمام وقت در حال کار هستند و از طرف دیگر با پذیرش مسئولیت های چندگانه مربوط به خانوار، دیگر فرصتی برای عضویت در گروه ها و انجمن ها حتی انجمن های محلی نیز ندارند. حسینی و همکاران طی مطالعه ای در سال ۱۳۸۸ نشان دادند که ۷۷٪ از زنان سرپرست خانوار از سلامت کامل جسمی و نیز روحی و روانی برخوردار نیستند که این موارد اغلب به خاطر

with Socioeconomic Variables in Iran. *Social Indicators Research*, 2013. 113(3): 1153-1170.

15. Schatz E, Gilbert L. "My Legs Affect Me a Lot... I Can No Longer Walk to the Forest to Fetch Firewood": Challenges Related to Health and the Performance of Daily Tasks for Older Women in a High HIV Context. *Health Care For Women International*, 2014. 35(7-9): 771-788.

16. Aghajanian A, Thompson V. Female headed households in Iran (1976–2006). *Marriage & Family Review*, 2013. 49(2): 115-134.

17. Kassani A, Gohari MR, Asadi Iari M. Factor analysis of social capital questionnaire used in Urban HEART study in Tehran. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*, 2012. 10(2): 1-10.

18. Kassani A, et al. Determinants of Social Capital in Tehran Residents Using Path Analysis: Urban HEART Study. *Iranian Journal of Epidemiology*, 2012. 8(2): 1-12.

19. Pishghadam R, Noghani M, Zabihi R. The construct validation of a questionnaire of social and cultural capital. *English language teaching*, 2011. 4(4): 195.

20. Drukker M, van Os J. Mediators of neighbourhood socioeconomic deprivation and quality of life. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2003, 2003. 38(12): 698-706.

21. Abachizadeh K, et al. Measuring self-rated social health of Iranians: A population based survey in three cities. *Novelty in Biomedicine*, 2014. 2(3): 79-84.

اجتماع و تهیه شغل مناسب با درآمد کافی و ایجاد فرصت هایی جهت ارتقاء سطح تحصیلات برای این قشر از جامعه ضروری به نظر می رسد.

منابع

1. Marmot MG. and Bel R. Action on health disparities in the United States: commission on social determinants of health. *JAMA*, 2009. 301(11): 1169-1171.

2. Marmot M. Closing the health gap in a generation: the work of the Commission on Social Determinants of Health and its recommendations. *Glob Health Promot*, 2009. Suppl 1: 23-7.

3. Rimaz S, et al. Investigation of relationship between social capital and quality of life in multiple sclerosis patients. *Glob J Health Sci*, 2014. 6(6): 261-72.

4. Campbell C, Williams BG, Gilgen D. Is social capital a useful conceptual tool for exploring community level influences on HIV infection? An exploratory case study from South Africa. *AIDS Care*, 2002. 14(1): 41-54.

5. Stewart-Withers R. Contesting a Third World development category: Female-headed households in Samoa. in *Women's Studies International Forum*. Elsevier. 2011.

6. Brück T, Schindler K. The impact of violent conflicts on households: What do we know and what should we know about war widows? *Oxford Development Studies*, 2009. 37(3): 289-309.

7. Mahmud S. Women and the transformation of domestic spaces for income generation in Dhaka Bustees. *Cities*, 2003. 20(5): 321-329.

8. Harpham T, Grant E, Thomas E. Measuring social capital within health surveys: key issues. *Health policy and planning*, 2002. 17(1): 106-111.

9. Glaeser EL, Laibson D, Sacerdote B. An economic approach to social capital. *The Economic Journal*, 2002. 112(483): F437-F458.

10. Lochner KA, et al. Social capital and neighborhood mortality rates in Chicago. *Social Science & Medicine*, 2003. 56(8): 1797-1805.

11. Subramanian S, Lochner KA, Kawachi I. Neighborhood differences in social capital: A compositional artifact or a contextual construct? *Health & Place*, 2003. 9(1): 33-44.

12. Coleman JS. Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology*, 1988: S95-S120.

13. Hosseini SF, et al. Extension and education factors influencing the success of entrepreneurship among rural women in northern Iran. *Research Journal of Biological Sciences*, 2009. 4(9): 976-973.

14. Nedjat S, et al. Social Capital in Association

Explore the factors affecting components of social capital in female-headed households by using path analysis

Shahnaz Rimaz, Associate Professor, Faculty of Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. srimaz2000@yahoo.com

Yosef Moradi, MSc student of Epidemiology, Faculty of Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. yosef.m.1368@gmail.com

***Jamileh Abolghasemi**, Assistant Professor, Department of Biostatistic, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding author). abolghasemi1347@yahoo.com

Abstract

Background: The purpose of this study was to explore the factors affecting components of social capital in female-headed households by using path analysis.

Methods: This is a cross-sectional study which was carried out on female-headed households. In this study, all female-headed households were referring to the two areas of Tehran Town Hall. The data were collected using the Word Bank Social Capital (SC-IQ) which it's validly and reliability has been confirmed. The questionnaire contains 6 components with 39 questions. Data analysis was used by software SPSS (version 22) and the software AMOS (version 22) for path analysis.

Results: The average age of participants was 40.6(\pm 9) years. The majority of women heads of household (%60.3) were unemployed. The results showed that among the components of social capital, participation in group work were significantly association with educations of women heads of household. Also, income significantly association with all components of social capital, except political empowerment. In this study, the political empowerment component was not found significantly association with any of the demographic variables ($p>0.05$).

Conclusion: Income and education variables effect on female-headed households's social capital in the Tehran city. By providing these indicators, especially in the field of promotion of women households; can increasing the physical, psychological and social relationship promote of women and ultimately diminish the negative charge of these groups in our society.

Keywords: Social capital components, Path analysis, Female-headed households