

## سرمایه اجتماعی و ارتباط آن با سلامت درک شده و عوامل جمعیت شناختی در ساکنین حاشیه شهر مشهد

احمد مهری<sup>۱</sup>، علی اکبر حسن پور<sup>۲</sup>، اکرم رباط جزی<sup>۲</sup>، مهرالسادات مهدی زاده<sup>۳\*</sup>

- ۱- دانشجوی دوره دکتری تخصصی، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت و ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
- ۲- دانشجوی دوره کارشناسی، گروه مهندسی بهداشت محیط، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
- ۳- استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

\* نویسنده رابط: mahdizadehtm@mums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۹/۱۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۳/۴

### چکیده

**زمینه و هدف:** سرمایه اجتماعی از مولفه های اجتماعی تاثیرگذار بر پیامدهای سلامتی است که به عنوان یکی از عوامل مهم نابرابری های سلامت در میان جوامع مطرح است و از نگرانی های عمده نظام سلامت در حاشیه شهرهاست. هدف این مطالعه تعیین سرمایه اجتماعی و ارتباط آن با عوامل جمعیت شناختی و وضعیت سلامت درک شده در ساکنین حاشیه شهر مشهد در سال ۹۹ بود.

**روش کار:** این مطالعه توصیفی تحلیلی با شرکت ۳۰۰ نفر از ساکنین حاشیه شهر مشهد انجام شد که با روش نمونه گیری خوشه ای انتخاب شدند. ابزار جمع آوری داده ها؛ سوالات دموگرافیک، وضعیت سلامت درک شده، و پرسشنامه سرمایه اجتماعی اونیکس و بولن بود. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون های آماری تی مستقل، ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل واریانس یک طرفه و رگرسیون خطی چندگانه با استفاده از نرم افزار SPSS 24 انجام شد.

**نتایج:** میانگین سن افراد  $34/6 \pm 11$  سال و نمره سرمایه اجتماعی شرکت کنندگان  $52/10 \pm 53/63$  بود. در بین حیطه های هشت گانه سرمایه اجتماعی، به ترتیب ارزش زندگی  $17/7 \pm 57/91$  و مشارکت در جامعه محلی  $28/15 \pm 44/28$  بیشترین و کمترین میانگین نمره را کسب کردند. نتایج نشان داد جنسیت، تحصیلات و وضعیت سلامت درک شده، ۲۳٪ از تغییرات سرمایه اجتماعی کل را پیش بینی می کنند ( $p < 0/001$ ).

**نتیجه گیری:** در این مطالعه سطح سرمایه اجتماعی شرکت کنندگان مطالعه پایین بود و عوامل جمعیت شناختی و وضعیت سلامت با سرمایه اجتماعی ارتباط داشتند. ضروری است سیاستگذاران و برنامه ریزان سلامت به نقش این عوامل توجه داشته باشند و مداخلات جامعه محور طراحی و اجرا کنند.

**واژگان کلیدی:** سرمایه اجتماعی، سلامت، حاشیه نشینی، تعیین کننده های اجتماعی

### مقدمه

هنجارها و شبکه ها تعریف شده که کارایی جامعه را با تسهیل اقدامات هماهنگ بهبود می بخشد (۳) و به وسیله متغیرهایی نظیر اعتماد اجتماعی و تراکم شبکه های اجتماعی تبیین می شود و در مطالعات به عنوان یک عامل مرتبط با سلامت شناخته شده است (۴).

مفهوم سرمایه اجتماعی به دلیل ماهیت و محتوایی که دارد تقریباً با تمامی موضوعات و مسائل مطرح در حوزه انسانی و اجتماعی مرتبط است (۱) و یک مفهوم مهم در سلامت عمومی به شمار می رود (۲). سرمایه اجتماعی به عنوان ویژگی هایی از ساختار اجتماعی مانند اعتماد،

مکانیسم اثر سرمایه اجتماعی بر سلامت پیچیده است (۱۰). سرمایه اجتماعی می‌تواند از طریق انتشار اطلاعات بهداشتی، ترویج اقدام جمعی، شناسایی هنجارهای فرهنگی زیان بار، کنترل اجتماعی رفتارهای مخاطره آمیز سلامت، افزایش دسترسی به تسهیلات و سرویس‌های محلی و فرآیندهای روان شناختی مثل حمایت‌های موثر بر سلامت افراد تاثیرگذار باشد (۱۱). سرمایه اجتماعی یک فاکتور محافظتی و ارتقاء دهنده در افزایش کیفیت زندگی و طول عمر شناخته شده است (۴)، که با متغیرهای فردی و اجتماعی و سلامت نیز مرتبط می‌باشد (۱۲). یافته‌های حاکی از آن است جنسیت یک عامل پیش بینی کننده برای سرمایه اجتماعی محسوب می‌شود (۱۳).

یافته‌های یک مطالعه نظامند نشان داد، سرمایه اجتماعی می‌تواند وضعیت سلامت را بهتر کند و یک نقش محافظتی در برابر مرگ و میر داشته باشد (۳). یافته‌ها مطالعه‌ای دیگر نیز حاکی از تاثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت اجتماعی است (۱۴). مطالعات نشان می‌دهند سرمایه اجتماعی با سلامت روان افراد نیز ارتباط دارد (۱۱، ۱۵) و ابتلا به اختلالات روانی در افراد و گروه‌هایی است که از سرمایه اجتماعی پایین‌تری برخوردارند، بیشتر است (۱۱). همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد، انسجام اجتماعی و مشارکت اجتماعی بالا به طور معناداری با سطح سلامت روانی بالا ارتباط دارد (۸) در مطالعه‌ای دیگر نشان داده شد، سرمایه اجتماعی نقش برجسته‌ای بر بهبود سبک زندگی از جمله استعمال کمتر سیگار و مصرف الکل در افراد با سرمایه اجتماعی بالاتر دارد (۱۶).

سرمایه اجتماعی می‌تواند وضعیت سلامت درک شده افراد را متاثر کند (۱۷). در یک مطالعه نشان داده شد ادغام اجتماعی قویتر با شیوع کمتر سطح سلامت درک شده پایین در زنان و مردان مرتبط است (۱۸). نتایج مطالعه‌ای دیگر نیز نشان می‌دهد سرمایه اجتماعی به ویژه سرمایه اجتماعی پیوندی یک فاکتور محافظتی در برابر ضعف سلامت درک شده در افراد سالمند می‌باشد (۱۰). از آنجایی که سرمایه اجتماعی تاثیرات گسترده‌ای در ابعاد سلامت مردم دارد، به

با وجود هزینه‌های بالایی که صرف برنامه‌های پیشگیرانه و ارتقاء سلامت می‌شود، هنوز به بسیاری از عوامل تعیین کننده سلامت همچون روابط اجتماعی، اعتماد متقابل بین شهروندان و سرمایه اجتماعی توجه نشده است (۵). در مفهوم سازی سرمایه اجتماعی در بهداشت عمومی دو رویکرد توسعه یافته است: رویکرد انسجام اجتماعی و رویکرد شبکه اجتماعی. تعریف مشترکی که در هر دو رویکرد مورد توافق محققان می‌باشد این است که سرمایه اجتماعی متشکل از منابعی است که افراد و گروه‌ها می‌توانند از طریق ارتباطات اجتماعی به آنها دسترسی داشته باشند. سرمایه اجتماعی دارای دو بعد ساختاری و شناختی است. بعد ساختاری سرمایه اجتماعی روابط و شبکه‌های اجتماعی را شامل می‌شود. در سطح فردی، سرمایه اجتماعی ساختاری به رفتارهای مدنی از جمله مشارکت و عضویت در شبکه‌های اجتماعی و انجمن‌ها و سایر اشکال مشارکت مدنی اشاره دارد. در واقع، بیان کننده الگوی پیوندهای اعضای گروه و چگونگی ترکیب اعضا می‌باشد. بعد شناختی سرمایه اجتماعی، درک فرد از اعتماد متقابل، ارزش‌ها، باورها و نگرش‌های مشترک میان اعضای یک گروه را شامل می‌شود (۷، ۶، ۳). سرمایه اجتماعی شناختی را می‌توان با میزان انسجام اجتماعی نشان داد. این بعد از سرمایه اجتماعی می‌تواند تناقضات، تعارضات و اختلاف بین عوامل مختلف در جامعه را تنظیم و هماهنگ کند (۸). سرمایه اجتماعی طبقه بندی دیگری نیز دارد که شامل سرمایه اجتماعی درون گروهی (Bonding social capital)، سرمایه اجتماعی اتصالی (Social Linking capital) و سرمایه اجتماعی بین گروهی (Bridging capital) و سرمایه اجتماعی بین گروهی با پیوندهای ضعیف بین اعضا اشاره دارد و سرمایه اجتماعی درون گروهی، پیوندهای قوی که بین اعضا یک گروه مانند اعضای خانواده و دوستان وجود دارد را شامل می‌شود. سرمایه اجتماعی اتصالی اشاره به روابط عمومی دارد که در دسترسی به منابع به افراد کمک می‌کند (۹).

نظر می‌رسد وضعیت این مساله در حاشیه کلان شهرها مهم باشد. حاشیه نشینی در شهرهای ایران به دلیل افزایش جمعیت و همچنین مهاجرت مردم از روستاها به شهرها بعنوان یکی از چالش های جدی در حوزه سلامت مطرح است (۱۹). طبق شواهد، این پدیده تاثیرات منفی بر سیاست ها، مداخلات اجتماعی، زیست محیطی و سلامت دارد (۲۰). شناخت ساختار اجتماعی ساکنین حاشیه کلان شهرها می تواند پایه‌ای برای تصمیم گیری مدیران سیاسی، اجتماعی و سلامت این شهرها باشد تا بر اساس شواهد، تصمیمات لازم را برای ارتقاء سلامت افراد اتخاذ کنند. با توجه به نقشی که موضوع سرمایه اجتماعی بر سلامت حاشیه نشینان می تواند داشته باشد، این مطالعه با هدف سنجش سرمایه اجتماعی و ارتباط آن با سلامت درک شده و فاکتورهای جمعیت شناختی در ساکنین حاشیه شهر مشهد انجام شد.

نظر می‌رسد وضعیت این مساله در حاشیه کلان شهرها مهم باشد. حاشیه نشینی در شهرهای ایران به دلیل افزایش جمعیت و همچنین مهاجرت مردم از روستاها به شهرها بعنوان یکی از چالش های جدی در حوزه سلامت مطرح است (۱۹). طبق شواهد، این پدیده تاثیرات منفی بر سیاست ها، مداخلات اجتماعی، زیست محیطی و سلامت دارد (۲۰). شناخت ساختار اجتماعی ساکنین حاشیه کلان شهرها می تواند پایه‌ای برای تصمیم گیری مدیران سیاسی، اجتماعی و سلامت این شهرها باشد تا بر اساس شواهد، تصمیمات لازم را برای ارتقاء سلامت افراد اتخاذ کنند. با توجه به نقشی که موضوع سرمایه اجتماعی بر سلامت حاشیه نشینان می تواند داشته باشد، این مطالعه با هدف سنجش سرمایه اجتماعی و ارتباط آن با سلامت درک شده و فاکتورهای جمعیت شناختی در ساکنین حاشیه شهر مشهد انجام شد.

## روش کار

این مطالعه توصیفی-تحلیلی در سال ۹۹ روی ۳۰۰ نفر از ساکنین (زن و مرد) حاشیه شهر مشهد و از طریق نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای انجام شد. بر اساس لیست مناطق شهرداری، شهر به هشت منطقه (خوشه‌های اصلی) تقسیم و از مناطق حاشیه شهر که در تقسیم بندی های شهرداری وجود داشت، از هر منطقه دو خیابان (خوشه های فرعی) انتخاب شد و به همین ترتیب از هر خیابان اصلی نیز دو خیابان فرعی انتخاب گردید. سپس از لیست خانوارهایی که در هر خیابان فرعی ساکن بودند به تصادف یک خانوار انتخاب و از هر خانوار یک نفر براساس شرایط ورود به مطالعه انتخاب شد. زمان حضور در هر منطقه برای تکمیل پرسشنامه ها در طول روز بین ساعات ۸ تا ۱۷ بود که دسترسی به طیف گسترده ای از جمعیت را میسر کرد. پرسشنامه ها با شیوه پرسش و پاسخ توسط کمک پژوهشگر تکمیل شدند. معیار ورود به مطالعه شامل، داشتن حداقل ۱۵ سال سن، ملیت ایرانی بود. معیار خروج از مطالعه عدم رضایت برای تکمیل و در

اختیار قرار دادن اطلاعات پرسشنامه ها بود. برای کسب همکاری افراد واجد شرایط به مطالعه توضیحات لازم در خصوص هدف مطالعه و بی نام بودن پرسشنامه ها برای محرمانه ماندن اطلاعات ارائه شد.

حجم نمونه براساس فرمول  $\left(\frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}} \times \delta}{d}\right)^2$  برآورد شد. با توجه به مطالعه زکی و همکاران (۲۱) که در آن میانگین سرمایه اجتماعی ۹۵/۸۷ و انحراف معیار ۱۴/۴۴ تعیین شده بود، با در نظر گرفتن خطای نوع اول در سطح ۰/۰۵، دقت برآورد ۱/۷، تعداد ۲۷۷ نفر حجم نمونه برآورد شد که برای افزایش دقت ۳۰۰ نفر حجم نهایی مطالعه در نظر گرفته شد. ابزار گردآوری داده ها در این پژوهش پرسشنامه سرمایه اجتماعی اونیک و بولن-social-investment-Onyx-Bullen-2000 به انضمام پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و وضعیت سلامت خودابراز بود.

پرسشنامه سنجش سرمایه اجتماعی: دارای ۳۶ گویه و هشت حیطه شامل: حیطه ارزش زندگی با ۲ گویه، حیطه مشارکت در اجتماعات محلی با ۷ گویه، حیطه پیشگامی در فعالیت های اجتماعی یا ۷ گویه، حیطه اعتماد و امنیت یا ۵ گویه، حیطه ارتباط با همسایگان با ۵ گویه، حیطه ارتباط با دوستان و خانواده با ۳ گویه، حیطه قدرت تحمل تفاوت‌ها با ۲ گویه و حیطه ارتباطات کاری با ۲ گویه نیز به دلیل اینکه در بیش از یک حیطه قرار می‌گیرند به صورت جداگانه مورد بررسی قرار می‌گیرد و در امتیاز کل سرمایه اجتماعی محاسبه می‌شوند. سوالات پرسشنامه لیکرت چهار گزینه ای و نمره هر گویه بین ۱ تا ۴ متغیر می‌باشد. در هر گویه نمره ۱ به معنای مخالف و نمره ۴ به معنای موافق در آن حیطه است. حداقل نمره پرسشنامه ۳۶ و حداکثر نمره ۱۴۴ می‌باشد. بدلیل متفاوت بودن تعداد سوالات هر حیطه، نمرات هر حیطه و نمره کل به مقیاس ۰ تا ۱۰۰ رسیدند تا امکان مقایسه حیطه‌ها وجود داشته باشد. روایی و پایایی پرسشنامه در ایران در مطالعات مختلف مورد بررسی و تایید قرار گرفته است. در مطالعات همخوانی درونی (ضریب آلفا کرونباخ) حدود ۰/۹۶٪ بدست آمده است (۲۲،۲۳).

این مطالعه توصیفی-تحلیلی در سال ۹۹ روی ۳۰۰ نفر از ساکنین (زن و مرد) حاشیه شهر مشهد و از طریق نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای انجام شد. بر اساس لیست مناطق شهرداری، شهر به هشت منطقه (خوشه‌های اصلی) تقسیم و از مناطق حاشیه شهر که در تقسیم بندی های شهرداری وجود داشت، از هر منطقه دو خیابان (خوشه های فرعی) انتخاب شد و به همین ترتیب از هر خیابان اصلی نیز دو خیابان فرعی انتخاب گردید. سپس از لیست خانوارهایی که در هر خیابان فرعی ساکن بودند به تصادف یک خانوار انتخاب و از هر خانوار یک نفر براساس شرایط ورود به مطالعه انتخاب شد. زمان حضور در هر منطقه برای تکمیل پرسشنامه ها در طول روز بین ساعات ۸ تا ۱۷ بود که دسترسی به طیف گسترده ای از جمعیت را میسر کرد. پرسشنامه ها با شیوه پرسش و پاسخ توسط کمک پژوهشگر تکمیل شدند. معیار ورود به مطالعه شامل، داشتن حداقل ۱۵ سال سن، ملیت ایرانی بود. معیار خروج از مطالعه عدم رضایت برای تکمیل و در

ارزش زندگی و مشارکت در جامعه محلی به ترتیب با میانگین  $17/7 \pm 0/91$  و  $28/15 \pm 0/28$  بیشترین و کمترین میانگین نمره را داشتند.

نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد، بین سن و حیطة های مشارکت در جامعه محلی ( $r = -0/22$ )، عاملیت اجتماعی ( $p < 0/001$ )، تعاملات با خانواده و دوستان ( $r = -0/02$ )، تعاملات با همسایگان ( $r = -0/22$ )، تحمل تنوع ( $r = -0/04$ )، ارزش زندگی ( $r = -0/01$ )، سرمایه اجتماعی کل ( $r = -0/18$ )، سرمایه اجتماعی، حیطة احساس امنیت و اعتماد با سن رابطه مستقیم وجود داشت اما این رابطه از نظر آماری معنادار نبود. ( $r = -0/66$ )، در بین حیطة های سرمایه اجتماعی حیطة تعاملات با خانواده و دوستان نیز بیشترین همبستگی معنی دار ( $r = -0/27$ ) و حیطة سرمایه اجتماعی کل ( $r = -0/18$ ) کمترین همبستگی معنا دار را با سن داشتند.

در جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه برای بررسی ارتباط سرمایه اجتماعی و حیطة های آن با متغیرهای دموگرافیک نشان می دهد، از بین حیطة های سرمایه اجتماعی، حیطة های مشارکت در جامعه محلی، عاملیت اجتماعی، احساس امنیت و اعتماد، تحمل تنوع و سرمایه اجتماعی کل با جنسیت رابطه معنی داری داشت. به طوری که میانگین نمره این حیطة ها در مردان بیشتر از زنان بود ( $p < 0/05$ ). همچنین در جدول ۳ نتایج نشان می دهد، بین حیطة های مشارکت در جامعه محلی، عاملیت اجتماعی، تعاملات با خانواده و دوستان، تحمل تنوع و سرمایه اجتماعی کل با وضعیت تاهل رابطه وجود دارد ( $p < 0/05$ )، به طوری که براساس آزمون های تعقیبی، افراد مجرد، میانگین نمره سرمایه اجتماعی بالاتری نسبت به افراد متأهل و مطلقه دارند. نتایج نشان می دهد بین حیطة های مشارکت در جامعه محلی، عاملیت اجتماعی، احساس امنیت و اعتماد، تعاملات با خانواده و دوست، تحمل تنوع و سرمایه اجتماعی کل با سطح

وضعیت سلامت خود ابراز: جهت سنجش وضعیت سلامت درک شده از سوال استاندارد "وضعیت سلامتی خود را چگونه ارزیابی می کنید؟" با پاسخ های خیلی بد، بد، متوسط، خوب و خیلی خوب استفاده شد که در مطالعات استفاده از آن برای سنجش وضعیت سلامت مورد تایید قرار گرفته است (۲۴).

تعدادی از سوالات پرسشنامه این مطالعه، برای بررسی متغیرهای دموگرافیک از جمله سن، جنس، تاهل، وضعیت اقتصادی اجتماعی بود. در این بخش از پرسشنامه، وضعیت اقتصادی اجتماعی با سوال "از نظر شما وضعیت اقتصادی اجتماعی خانواده تان در کدام طبقه قرار می گیرد؟" با گزینه های بالا، متوسط رو به بالا، متوسط، متوسط رو به پایین و پایین سنجش شد.

تجزیه و تحلیل داده ها توسط نرم افزار SPSS 24 در دو بخش تجزیه و تحلیل دو متغیره با استفاده از آزمون-های آماری T-test، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل واریانس یک طرفه و تجزیه و تحلیل چند متغیره با استفاده از رگرسیون خطی چندگانه انجام پذیرفت. سطح معناداری در تحلیل یافته ها  $p < 0/05$  در نظر گرفته شد.

## نتایج

افراد شرکت کننده در این مطالعه شامل ۲۱۰ (۷۰٪) نفر زن و ۹۰ نفر (۳۰٪) مرد بودند. میانگین سن افراد شرکت کننده  $34/6 \pm 5/8$  بود. بیشتر شرکت کننده از گروه های سنی ۱۵-۳۰ سال و ۳۰-۴۵ سال بودند. افراد متأهل (۶۸٪) و مجرد (۲۹٪) شرکت کنندگان را تشکیل می دادند. افراد با وضعیت اقتصادی اجتماعی بالا (۳۳٪) بیشترین فراوانی را داشتند. و بیشتر افراد (۴۴٪) وضعیت سلامت خود را در سطح متوسط ابراز کردند. سایر مشخصات دموگرافیک افراد شرکت کننده در مطالعه در جدول ۱ آمده است.

جدول ۲ نشان می دهد، میانگین و انحراف معیار نمره سرمایه اجتماعی شرکت کنندگان در مطالعه  $53/63 \pm 10/52$  می باشد. در بین حیطة های هشت گانه سرمایه اجتماعی،

یافته‌های مطالعات دیگر نشان می‌دهد کمترین میانگین نمره در حیطه مشارکت در اجتماعات محلی بوده است (۲۵). به نظر می‌رسد عدم فعال بودن سازمان‌ها و تشکیلات محلی در کشور می‌تواند از دلایل این مساله باشد.

براساس نتایج مطالعه حاضر یافته‌ها نشان می‌دهد، بین حیطه‌های مشارکت در جامعه محلی، عاملیت اجتماعی، احساس امنیت و اعتماد، تعاملات با خانواده و دوستان، تحمل تنوع و سرمایه اجتماعی کل با جنس رابطه معنا داری وجود دارد. میانگین نمره این حیطه در مردان بالاتر از زنان بود که این نتایج همسو با یافته‌های اشرفی و همکاران در جمعیت عمومی شهر تهران (۲۶) می‌باشد. یافته‌های حاضر با یافته‌های مطالعه‌ای که با هدف تعیین ارتباط سلامت درک شده با سرمایه اجتماعی درک شده بین جمعیت سوئد انجام شد (۱۳) مشابهت دارد. اما در مطالعه‌ای که ارتباط سرمایه اجتماعی را با وضعیت سلامت درک شده در ۱۷ کشور اروپایی نشان داد، سرمایه اجتماعی تفاوت جنسیتی را در سطح سلامت درک شده ضعیف پیش‌گویی نمی‌کرد (۱۸). حضور بیشتر مردان در جامعه نسبت به زنان می‌تواند منجر به بهبود وضعیت سرمایه اجتماعی مردان شود. به خصوص که در مناطق حاشیه شهر ممکن است برخی عوامل مانند عقاید و ارزشهای فرهنگی، مانع این شود که زن بیشتر در اجتماع باشد و در نهایت باعث پایین بودن سرمایه اجتماعی زنان نسبت به مردان می‌شود.

یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر رابطه معنی دار سن با حیطه‌های مشارکت در جامعه محلی، عاملیت اجتماعی، تعاملات با خانواده و دوستان و سرمایه اجتماعی کل بود که مغایر با یافته‌های مطالعه انجام شده در شهر تهران برای تبیین عوامل مرتبط با نابرابری سرمایه اجتماعی می‌باشد (۲۷). ولی با برخی از یافته‌های دیگر همخوانی داشت (۲۸). با توجه به اینکه مطالعات در جمعیت‌های متفاوت انجام شده، به نظر می‌رسد تفاوت یافته‌های مطالعه حاضر با مطالعات موجود می‌تواند به این دلیل باشد. چرا که مطالعه حاضر در ساکنین حاشیه شهر انجام شده است و مطالعات گذشته در جمعیت‌های عمومی انجام شده است. حجم نمونه متفاوت

تحصیلات ارتباط معنی داری وجود دارد ( $p < 0/05$ ) و براساس آزمون‌های تعقیبی افراد با سطح تحصیلات بالاتر نسبت به افراد با سطح تحصیلات پایین‌تر میانگین نمره سرمایه اجتماعی بالاتری دارند. در بررسی ارتباط حیطه‌های سرمایه اجتماعی با وضعیت اقتصادی اجتماعی درک شده، بین حیطه‌های مشارکت در جامعه محلی، عاملیت اجتماعی، ارزش زندگی، سرمایه اجتماعی کل، تعاملات با همسایگان و تعاملات با خانواده و دوستان با وضعیت اقتصادی اجتماعی خود ابراز ارتباط معنا داری وجود داشت ( $p < 0/05$ ) که بر مبنای آزمون‌های تعقیبی، افراد با سطح اقتصادی اجتماعی بالا، میانگین نمره سرمایه اجتماعی بالاتری داشتند. همچنین جدول ۳ نشان می‌دهد، بین میانگین نمره حیطه‌های سرمایه اجتماعی با وضعیت سلامت درک شده افراد ارتباط معنی داری وجود دارد ( $p < 0/05$ ). براساس نتایج آزمون‌های تعقیبی در تحلیل واریانس، افراد با سطح سلامت درک شده خیلی خوب نسبت به سایر افراد با سطوح مختلف وضعیت سلامت درک شده، میانگین نمره سرمایه اجتماعی بالاتری داشتند. جدول ۴ بیانگر ارتباط متغیرهای دموگرافیک، وضعیت اقتصادی اجتماعی و سلامت درک شده با سرمایه اجتماعی است که با استفاده از رگرسیون خطی چندگانه با روش فوروارد بررسی شد. بر اساس نتایج در مدل نهایی رگرسیون، متغیرهای سن، تحصیلات، وضعیت اقتصادی اجتماعی و سلامت درک شده ۲۳٪ از واریانس سرمایه اجتماعی را پیش‌بینی می‌کنند که این مقدار از نظر آماری معنا دار بود ( $p = 0/043$ ).

## بحث

نتایج این مطالعه نشان داد، سرمایه اجتماعی شرکت‌کنندگان پایین بود. بین حیطه‌های سرمایه اجتماعی، بیشترین و کمترین میانگین نمره مربوط به حیطه‌های ارزش زندگی و مشارکت در جامعه محلی بود. سن، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی اجتماعی و سلامت درک شده مهم‌ترین پیش‌گویی‌کننده سرمایه اجتماعی بودند.

در مطالعات ذکر شده با مطالعه حاضر نیز می‌تواند از دیگر دلایل توجیه کننده این تفاوت باشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد بین وضعیت تاهل و حیطه‌های احساس امنیت و اعتماد و تعاملات با همسایگان رابطه معناداری وجود داشت. در مطالعه حاضر، افراد مجرد نمره سرمایه اجتماعی بالاتری نسبت به افراد متاهل و طلاق یافته داشتند. اما صابری و همکاران (۲۹)، بین وضعیت تاهل با حیطه‌های سرمایه اجتماعی رابطه معناداری مشاهده نکردند. تفاوت بین این نتایج می‌تواند ناشی از تفاوت در حجم نمونه، گروه سنی متفاوت این مطالعات باشد. از طرفی، جامعه هدف این مطالعات با مطالعه حاضر نیز تفاوت دارد.

نتایج مطالعه حاضر همچنین نشان داد بین وضعیت اشتغال و حیطه‌های مشارکت محلی، عاملیت اجتماعی، امنیت و اعتماد، تعامل با دوستان و خانواده و تحمل تنوع رابطه معنی داری دارد. اشتغال از مهمترین تعیین کننده‌های مشارکت اجتماعی است. همسو با این مطالعه، سایر یافته‌ها نیز ارتباط معنی داری بین سرمایه اجتماعی، ابعاد آن و وضعیت اشتغال نشان دادند (۱۸). در واقع می‌توان گفت، افراد با شغل‌هایی که بیشتر با گروه‌های اجتماعی، سیاسی فرهنگی ارتباط دارند، سرمایه اجتماعی بهتری نیز برخوردارند.

یافته‌های حاضر نشان داد بین سطح تحصیلات افراد و حیطه‌های سرمایه اجتماعی به جز حیطه ارزش زندگی رابطه معنی داری وجود دارد. هم راستا با این مطالعه، یافته‌های مطالعه ای دیگر که علل نابرابری سرمایه اجتماعی در تهران مورد مطالعه قرار داد، یافته‌ها بیانگر آن است که تحصیلات یکی از مهم ترین عوامل نابرابری سرمایه اجتماعی بین افراد است و افراد با تحصیلات بالاتر از سرمایه اجتماعی بیشتری برخوردارند (۲۷). در واقع تحصیلات به عنوان یک مزیت اجتماعی می‌تواند به بهبود وضعیت سرمایه اجتماعی در افراد بیانجامد.

در تعیین ارتباط بین وضعیت اقتصادی اجتماعی و حیطه‌های سرمایه اجتماعی، نتایج پژوهش حاضر بیانگر

ارتباط آماری معنادار در حیطه‌های مشارکت در جامعه محلی، عاملیت اجتماعی، تعاملات با همسایگان، تعاملات با خانواده و دوستان، ارزش زندگی و سرمایه اجتماعی کل بود. در حالی که در سایر مطالعات انجام شده بین وضعیت اقتصادی و سرمایه اجتماعی رابطه معناداری گزارش نشد (۳۰). اما در مطالعه‌ای دیگر که ارتباط سرمایه اجتماعی با وضعیت اقتصادی اجتماعی زنان سنین باروری مورد مطالعه گرفت، یافته‌ها گویای آن بود که بین سرمایه اجتماعی و ابعاد آن با وضعیت درآمد خانوار ارتباط معنادار مثبت وجود دارد و افراد با درآمد خانوادگی کمتر، سرمایه اجتماعی پایین دارند (۳۱). مطالعه حاضر از نظر سال انجام با مطالعه مشابه متفاوت است و بدلیل تغییرات اقتصادی در کشور، تغییر وضعیت اقتصادی خانواده‌ها و همچنین تاثیر پذیری هر چه بیشتر این مولفه در حاشیه‌های شهر می‌تواند از دلایل تفاوت نتایج این مطالعه با مطالعات مشابه باشد. از سویی سنجش وضعیت اقتصادی اجتماعی در سایر مطالعات از طریق پرسشنامه‌هایی با چندین سوال بود ولی در مطالعه حاضر تنها از یک سوال برای سنجش وضعیت اقتصادی اجتماعی درک شده استفاده شد که این مساله می‌تواند یکی دیگر از دلایل تفاوت یافته‌های مطالعه حاضر با سایر مطالعات انجام شده باشد.

یافته‌های مطالعه حاضر بیانگر این است که سرمایه اجتماعی ارتباط معنی داری با وضعیت سلامت درک شده وجود دارد. در مطالعات سرمایه اجتماعی بعنوان یکی از عوامل موثر بر سلامت قلمداد شده است و ارتباط آن نشان داده شده است (۳۲، ۱). یافته‌ها نشان می‌دهد، سرمایه اجتماعی کمتر با وضعیت سلامت درک شده پایین تر (۱۸) و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کمتر (۳۳) مرتبط است. اما در یک متا آنالیز، اثر کلی سرمایه اجتماعی بر سلامت پایین گزارش شد (۳۴)، که می‌تواند ناشی از تفاوت در ابزار اندازه گیری وضعیت سلامت و حجم نمونه مطالعات باشد. همچنین از دلایل دیگر تفاوت یافته‌ها، مشخص نبودن عوامل مخدوش کننده و تعدیل کننده است که بر روابط بین سرمایه اجتماعی و سلامت تاثیر گذارند.

های اجتماعی مؤثر بر پیامدهای سلامتی است و از آنجایی که عوامل مرتبط با سلامتی حاشیه شهرهای مختلف ایران از جمله کلان شهرها بعنوان یکی از چالش های پیش روی نظام سلامت است، پیشنهاد می شود سیاست ها و مداخلات با توجه به این عوامل و برای تقویت سرمایه اجتماعی متمرکز شوند. همچنین پیشنهاد می شود با بررسی گسترده و عمیق عوامل مؤثر بر سرمایه اجتماعی از طریق مطالعات کمی و کیفی، مداخلات ارتقاء سلامت با رویکرد عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت برای ارتقاء سلامت افراد در مناطق حاشیه شهرها طراحی و اجرا گردد.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد برای حمایت مالی این مطالعه که با کد طرح تحقیقاتی ۹۸۱۲۴۵ و کد اخلاق IR.MUMS.AC.IR.1399.249 انجام شد، صمیمانه قدردانی می نمایند. همچنین نویسندگان از مشارکت افرادی که در مطالعه شرکت داشته اند، سپاسگزاری می کنند.

از مهمترین محدودیت های این مطالعه می توان به عدم تکمیل مستقیم پرسشنامه توسط خود افراد و تکمیل توسط پرسشگر اشاره کرد که این مساله می تواند بر روی پاسخ-دهی افراد تاثیرگذار باشد. همچنین با توجه به اینکه مطالعه حاضر متکی بر اندازه گیری خود گزارش دهی است ممکن است به تورش گزارش دهی مستعد باشد و منجر به سوگیری اطلاعات شود. از طرفی این مطالعه، با روش نمونه گیری تصادفی، سرمایه اجتماعی و وضعیت سلامت درک شده و عوامل مرتبط با سرمایه اجتماعی را در حاشیه شهر یک کلان شهر مورد مطالعه قرار می دهد که قابلیت تعمیم و استفاده از یافته ها را برای مطالعات بعدی و طراحی مداخلات افزایش می دهد.

### نتیجه گیری

مطالعه حاضر نشان داد عواملی همچون سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی اجتماعی، سن و وضعیت سلامت با سرمایه اجتماعی در ارتباط است. با توجه به اینکه سرمایه اجتماعی به عنوان یکی از تعیین کننده

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان در مطالعه سرمایه اجتماعی و ارتباط آن با سلامت درک شده و عوامل جمعیت شناختی در ساکنین حاشیه شهر مشهد

متغیر	سطوح متغیر	فراوانی	درصد
جنسیت	مرد	۹۰	۳۰
	زن	۲۱۰	۷۰
گروه سنی	۱۵-۳۰ سال	۱۳۶	۴۵/۳
	۳۰-۴۵ سال	۹۶	۳۲
	۴۵-۶۰ سال	۴۹	۱۶/۴
	بالای ۶۰ سال	۱۹	۶/۳
وضعیت تاهل	مجرد	۸۶	۲۸/۷
	متاهل	۲۰۴	۶۸
	طلاق یافته	۱۰	۳/۳
وضعیت اشتغال	کارمند	۱۱	۳/۷
	کارگر	۴۹	۱۶/۳
	خانه دار	۱۳۲	۴۴
	بیکار	۸۴	۲۸
سطح تحصیلات	آزاد	۲۴	۸
	بیسواد	۱۲۶	۴۲
	سیکل	۱۰۵	۳۵
تحصیلات	دیپلم	۵۴	۱۸
	دانشگاهی	۱۵	۵
سلامت درک شده	خیلی بد	۱۴	۴/۷
	بد	۴۲	۱۴
	متوسط	۱۳۴	۴۴/۷
	خوب	۷۹	۲۶/۳
وضعیت اقتصادی اجتماعی	خیلی خوب	۳۱	۱۰/۳
	پایین	۵	۱/۷
	متوسط رو به پایین	۱۷	۵/۷
وضعیت اقتصادی اجتماعی	متوسط	۹۳	۳۱
	متوسط رو به بالا	۸۶	۲۸/۵
	بالا	۹۹	۳۳

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار سرمایه اجتماعی و حیطه های آن در مطالعه سرمایه اجتماعی و ارتباط آن با سلامت درک شده و عوامل جمعیت شناختی در ساکنین حاشیه شهر مشهد

ابعاد سرمایه اجتماعی	مشارکت در جامعه محلی	عاملیت اجتماعی	احساس امنیت و اعتماد	تعاملات با همسایگان	تعاملات با خانواده و دوستان	تحمل تنوع	ارزش زندگی	سرمایه اجتماعی کل
میانگین	۴۴/۲۸	۵۷/۰۲	۵۰/۶۳	۵۵/۶۳	۵۴/۴۷	۵۷/۱۲	۵۷/۹۱	۵۳/۶۳
(انحراف معیار)	(۱۵/۲۸)	(۱۳/۷۵)	(۱۴/۲۶)	(۱۷/۲۴)	(۱۸/۱۳)	(۲۰/۴۴)	(۱۷/۷)	(۱۰/۵۲)

جدول ۳- ارتباط سرمایه اجتماعی و حیطه های آن با مشخصات دموگرافیک در مطالعه سرمایه اجتماعی و ارتباط آن با سلامت درک شده و عوامل جمعیت شناختی در ساکنین حاشیه شهر مشهد

متغیر	مشارکت در جامعه محلی	عاملیت اجتماعی	احساس امنیت و اعتماد	تعاملات با همسایگان	تعاملات با خانواده و دوستان	تحمل تنوع	ارزش زندگی	سرمایه اجتماعی کل
میانگین (انحراف معیار)								
مرد	۴۸/۳۷	۵۹/۹۲	۵۵/۰۵	۵۷/۶۱	۵۵/۶۴	۶۱/۹۴	۵۸/۷۲	۵۶/۷۲
	(۱۷/۷)	(۱۲/۷۴)	(۱۵/۰۷)	(۱۴/۵۷)	(۱۸/۲۲)	(۱۹/۵۵)	(۱۵/۹۴)	(۱۰/۲۸)
زن	۴۲/۵۳	۵۵/۷۸	۴۸/۷	۵۴/۷۸	۵۳/۹۶	۵۵/۰۵	۵۸/۵۵	۵۲/۲۹
	(۱۳/۸)	(۱۴/۰)	(۱۳/۴۹)	(۱۸/۲۳)	(۱۸/۱۲)	(۲۰/۵)	(۱۸/۴۳)	(۱۰/۳۶)
p-value	۰/۰۰۶	۰/۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۱۹	۰/۴۶	۰/۰۰۷	۰/۵۹	۰/۰۰۱
مجرد	۴۸/۸	۶۱/۶۷	۵۰/۸۱	۵۶/۴۰	۶۰/۷۶	۶۱/۳۳	۵۸/۸۶	۵۶/۸۵
	(۱۶/۸۵)	(۱۳/۵۰)	(۱۱/۵۰)	(۱۳/۳۲)	(۱۷/۰۹)	(۱۹/۵۱)	(۱۸/۷۷)	(۹/۷۲)
متاهل	۴۲/۶	۵۵/۳	۵۰/۷۱	۵۵/۱۴	۵۲/۲۰	۵۴/۷۷	۵۸/۱۵	۵۲/۳۴
	(۱۴/۴۴)	(۱۳/۵۰)	(۱۵/۲)	(۱۸/۵۶)	(۰/۴۱۸)	(۹۳/۱۹)	(۱۷/۰۱)	(۱۰/۵۴)
طلاق گرفته	۴۰/۳۵	۵۲/۵۰	۴۷/۵۰	۵۹/۰	۴۶/۶۶	۶۸/۷۵	۴۵/۰۰	۵۱/۸۷
	(۹/۵۳)	(۱۲/۳۷)	(۱۵/۳)	(۲۰/۲۴)	(۱۶/۲۹)	(۲۹/۶۰)	(۱۸/۸۱)	(۱۱/۸۶)
p-value	۰/۰۰۴	۰/۰۰۱	۰/۷۷۹	۰/۷۰	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۸	۰/۰۶	۰/۰۰۳
بیسواد	۴۰/۰۷	۵۰/۴۵	۴۹/۳۲	۵۲/۷۳	۴۷/۴۲	۵۲/۱۸	۵۸/۱۳	۴۹/۴۰
	(۱۱/۳۴)	(۱۲/۶۹)	(۴۴/۱۴)	(۶۰/۲۰)	(۴۱/۱۶)	(۷۴/۲۰)	(۱۶/۶۰)	(۹/۶۹)
سیکل	۴۷/۹۰	۵۹/۸۲	۵۰/۰۰	۵۷/۸۰	۵۸/۴۱	۶۰/۲۳	۵۵/۷۱	۵۵/۹۱
	(۱۶/۸۵)	(۱۲/۸۴)	(۱۴/۴۴)	(۱۴/۶۰)	(۱۷/۹۲)	(۲۰/۰۰)	(۱۹/۴۰)	(۱۰/۴۱)
سطح تحصیلات	۴۴/۵۱	۶۳/۳۵	۵۲/۷۰	۵۸/۰۵	۶۰/۵۰	۵۹/۰۲	۵۹/۵۰	۵۶/۶۲
دیپلم	(۱۵/۳۰)	(۱۱/۳۴)	(۱۳/۵۰)	(۱۲/۳۰)	(۱۷/۳۰)	(۱۷/۷۴)	(۱۶/۲۷)	(۸/۶۰)
دانشگاهی	۵۳/۵۷	۶۹/۷۶	۵۸/۶۶	۵۶/۰۰	۶۴/۴۴	۷۰/۰۰	۶۵/۸۳	۶۲/۳۰
	(۲۲/۳۰)	(۱۰/۵۳)	(۱۱/۷۲)	(۱۶/۸۱)	(۱۷/۰۹)	(۲۱/۰۲)	(۱۸/۰۰)	(۱۱/۳۳)
p-value	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۰۶۷	۰/۰۹۸	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۱۶۷	<۰/۰۰۱
وضعیت اشتغال	۳۸/۶۳	۶۶/۸۸	۶۰/۰۰	۵۸/۶۳	۶۵/۱۵	۶۵/۹۰	۶۳/۶۳	۵۹/۱۵
کارمند	(۱۶/۰۳)	(۸/۶۱)	(۱۰/۲۴)	(۱۷/۶۱)	(۲۱/۶۷)	(۱۶/۸۵)	(۱۱/۷۹)	(۸/۰۰)

۵۴/۹۴	۵۸/۶۷	۵۷/۳۹	۵۳/۹۱	۵۶/۱۲	۵۵/۰۰	۵۶/۹۲	۴۵/۸۴	کارگر
(۹/۸۰)	(۱۶/۰۰)	(۲۰/۸۷)	(۱۶/۱۴)	(۱۳/۹۲)	(۱۵/۲۴)	(۱۲/۰۱)	(۱۴/۱۴)	
۵۰/۷۲	۵۶/۴۳	۵۲/۳۶	۵۰/۹۴	۵۴/۶۲	۴۹/۱۲	۵۳/۵۹	۴۰/۵۵	خانه دار
(۹/۹۵)	(۱۷/۳۰)	(۱۹/۴۲)	(۱۷/۰۶)	(۲۰/۵۳)	(۱۴/۴۶)	(۱۳/۵۰)	(۱۱/۵۰)	
۵۴/۷۲	۵۷/۳۰	۶۰/۵۶	۵۸/۲۳	۵۵/۵۳	۴۹/۱۶	۵۸/۰۳	۴۷/۱۹	بیکار
(۱۰/۸۶)	(۱۹/۲۲)	(۲۱/۱۲)	(۱۸/۰۴)	(۱۳/۶۴)	(۱۲/۲۴)	(۱۴/۲۴)	(۱۸/۵۰)	
۶۰/۵۰	۶۴/۰۶	۶۶/۶۶	۵۶/۹۴	۵۹/۱۶	۵۰/۸۳	۶۸/۰۰	۵۴/۰۱	آزاد
(۱۰/۰۳)	(۱۹/۲۶)	(۱۸/۳۰)	(۲۲/۶۱)	(۱۵/۱۵)	(۱۶/۵۹)	(۱۰/۶۰)	(۱۷/۰۰)	
<۰/۰۰۱	۰/۲۷۳	۰/۰۰۲	۰/۰۱۱	۰/۷۶۸	۰/۰۱۹	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	p-value
۵۰/۶۹	۵۳/۷۸	۵۵/۷۰	۴۷/۶۴	۵۲/۵۲	۴۹/۳۹	۵۳/۵۳	۴۱/۸۸	پایین
(۱۰/۲۱)	(۱۷/۱۷)	(۲۲/۶۰)	(۱۵/۳۴)	(۱۴/۲۳)	(۱۳/۶۳)	(۱۴/۲۱)	(۱۵/۴۴)	
۵۴/۱۰	۵۹/۳۰	۵۶/۱۰	۵۵/۵۲	۵۷/۰۰	۵۰/۳۶	۵۷/۵۹	۴۴/۷۶	متوسط به پایین
(۱۰/۵۹)	(۱۸/۲۰)	(۱۷/۴۴)	(۱۸/۰۵)	(۲۳/۰۰)	(۱۵/۱۸)	(۱۱/۴۳)	(۱۴/۹۳)	
۵۵/۹۵	۵۹/۶۷	۵۹/۰۰	۵۸/۴۲	۵۶/۷۷	۵۱/۰۲	۵۹/۲۵	۴۴/۵۰	متوسط وضعيت اقتصادی اجتماعی
(۹/۶۵)	(۱۵/۳۲)	(۱۹/۴۴)	(۱۸/۳۲)	(۱۳/۳۰)	(۱۴/۰۵)	(۱۳/۷۶)	(۱۴/۸۵)	
۵۸/۰۴	۶۶/۱۷	۵۹/۵۵	۶۴/۲۱	۵۵/۳۰	۵۲/۳۵	۶۰/۵۰	۴۹/۱۵	متوسط به بالا
(۱۱/۵۰)	(۲۰/۱۳)	(۲۶/۷۱)	(۲۰/۵۷)	(۱۵/۶۵)	(۱۲/۷۶)	(۱۷/۱۰)	(۱۵/۶۴)	
۶۳/۶۱	۵۵/۰۰	۶۰/۰۰	۶۵/۰۰	۷۴/۰۰	۶۲/۰۰	۶۲/۸۵	۶۲/۸۵	بالا
(۱۳/۸۴)	(۳۶/۰۱)	(۴۰/۲۲)	(۹۰/۱۹)	(۱۶/۰۰)	(۱۸/۲۳)	(۱۹/۰۰)	(۱۱/۷۳)	
۰/۰۰۲	۰/۰۲۹	۰/۷۶۸	<۰/۰۰۱	۰/۰۴۲	۰/۳۷۶	۰/۰۲۶	۰/۰۱۹	p-value
۴۷/۳۷	۴۲/۸۵	۴۲/۸۵	۴۹/۴۰	۵۱/۷۸	۴۸/۲۱	۴۹/۴۸	۴۰/۸۱	خیلی بد
(۸/۹۰)	(۹/۴۴)	(۲۰/۰۴)	(۱۳/۶۵)	(۱۵/۲۶)	(۱۵/۲۶)	(۱۲/۲۰)	(۹/۰۴)	
۴۹/۹۵	۵۶/۵۴	۵۴/۷۶	۴۶/۴۲	۵۰/۲۳	۴۸/۴۵	۵۳/۵۷	۴۱/۴۱	بد
(۱۰/۷۷)	(۱۶/۱۵)	(۲۱/۵۵)	(۱۴/۵۰)	(۱۲/۸۲)	(۱۳/۶۳)	(۱۶/۲۰)	(۱۶/۴۵)	
۵۱/۸۵	۵۶/۵۲	۵۵/۵۰	۵۲/۱۱	۵۵/۱۸	۴۹/۳۲	۵۴/۷۷	۴۱/۴۴	متوسط وضعيت سلامت
(۱۰/۳۱)	(۱۸/۰۰)	(۱۹/۶۶)	(۱۸/۷۵)	(۲۰/۲۰)	(۱۵/۲۷)	(۱۳/۲۶)	(۱۲/۳۷)	
۵۵/۲۹	۵۹/۴۹	۵۹/۴۹	۵۷/۲۷	۵۶/۱۳	۵۱/۵۸	۵۹/۶۷	۴۵/۸۴	خوب
(۸/۴۶)	(۱۵/۶۶)	(۱۹/۱۱)	(۱۶/۱۴)	(۱۳/۳۰)	(۱۲/۳۳)	(۱۱/۱۷)	(۱۶/۰۸)	
۶۴/۸۵	۶۸/۵۴	۶۷/۷۴	۷۰/۷۰	۶۵/۳۲	۵۷/۹۰	۶۸/۰۸	۵۸/۰۶	خیلی خوب
(۸/۰۲)	(۲۰/۳۷)	(۲۱/۱۰)	(۱۵/۹۳)	(۱۴/۸۸)	(۱۲/۸۹)	(۱۲/۰۵)	(۱۷/۷۳)	
<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۵	۰/۰۲۶	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	p-value

جدول ۴- نتایج رگرسیون خطی چندگانه در ارتباط سرمایه اجتماعی و حیطه‌های آن با متغیرهای دموگرافیک و وضعیت سلامت در مطالعه سرمایه اجتماعی و ارتباط آن با سلامت درک شده و عوامل جمعیت شناختی در ساکنین حاشیه شهر مشهد

مشخصات مدل رگرسیونی	p-value	آماره t	خطای استاندارد	ضریب بتا	متغیرهای پژوهش
	<۰/۰۰۱	۲۸/۳۶		۶۸/۶۸	سرمایه اجتماعی کل
$R^2=۰/۲۳$					Constant
Adjusted $R^2=۰/۲۲$	<۰/۰۰۱	۵/۳	۲۷/۰	۳/۰۳	وضعیت اقتصادی اجتماعی درک شده
p-value = ۰/۰۴۳	<۰/۰۰۱	-۶/۳۰	-۰/۳۵	-۰/۲۷	سن
	<۰/۰۰۱	۴/۶۲	۰/۲۴	۵/۹۷	سطح تحصیلات
	۰/۰۴۲	۲/۰۳	۰/۱۰	۲/۶۴	وضعیت سلامت درک شده

## References

- Bahrami M, Amiri A, Montazeralfaraj R, Dehghan H. The relationship between social capital dimensions and perceived health in Yazd Urban society, 2013. *Tolooebehdasht*. 2016;15(3):67-77. [Persian]
- Zhong Y, Schön P, Burström B, Burström K. Association between social capital and health-related quality of life among left behind and not left behind older people in rural China. *BMC geriatrics*. 2017;17(1):287.
- Ehsan A, Klaas HS, Bastianen A, Spini D. Social capital and health: A systematic review of systematic reviews. *SSM-population health*. 2019:100425.
- Rodgers J, Valuev AV, Hswen Y, Subramanian S. Social capital and physical health: An updated review of the literature for 2007–2018. *Social Science & Medicine*. 2019;236:112360.
- Rjabi Gilan N, Ghaeemi S, Reshadat S. The relationship between social capital and health-related quality of life among teachers. *J Adv Med Biomed Res*. 2013;21(88):95-107. [Persian]
- Kawachi I, Subramanian S. Social epidemiology for the 21st century. *Social Science & Medicine*. 2018;196:240-5.
- Johnson CM, Rostila M, Svensson AC, Engström K. The role of social capital in explaining mental health inequalities between immigrants and Swedish-born: a population-based cross-sectional study. *BMC public health*. 2017;17(1):1-15.
- Zhu Y, Gao J, Nie X, Dai J, Fu H. Associations of individual social capital with subjective well-being and mental health among migrants: a survey from five cities in China. *International health*. 2019;11(Supplement\_1):S64-S71.
- Arezzo MF, Giudici C. Social capital and self perceived health among European older adults. *Social Indicators Research*. 2017;130(2):665-85.
- Cao J, Rammohan A. Social capital and healthy ageing in Indonesia. *BMC Public Health*. 2016;16(1):631.
- Lin X, Lu R, Guo L, Liu B. Social capital and mental health in rural and urban China: a composite hypothesis approach. *International journal of environmental research and public health*. 2019;16(4):665.
- Vincens N, Emmelin M, Stafström M. Social capital, income inequality and the social gradient in self-rated health in Latin America: A fixed effects analysis. *Social science and medicine*. 2018;196:115-22.
- Karhina K, Ng N, Ghazinour M, Eriksson M. Gender differences in the association between cognitive social capital, self-rated health, and depressive symptoms: a comparative analysis of Sweden and Ukraine. *International journal of mental health systems*. 2016;10(1):37.
- Khosravi P, Choobin M, Esfandiari AH. The relationship between social capital and

- social health and organizational health of personnel working in a military hospital. *J Mar Med.* 2019; 1 (2) :110-117. *J Mar Med.* 2019;1(2):110-7. [Persian]
15. Gong S, Xu P, Wang S. Social Capital and Psychological Well-Being of Chinese Immigrants in Japan. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2021;18(2):547.
  16. Wind TR, Villalonga-Olives E. Social capital interventions in public health: moving towards why social capital matters for health. *BMJ Publishing Group Ltd;* 2019.
  17. Hung N, Lau LL. The relationship between social capital and self-rated health: a multilevel analysis based on a poverty alleviation program in the Philippines. *BMC Public Health.* 2019;19(1):1-13.
  18. Pinillos-Franco S, Kawachi I. The relationship between social capital and self-rated health: A gendered analysis of 17 European countries. *Social science & medicine.* 2018;219:30-5.
  19. Nourbakhsh Y, Haidarkhani A, Mohammadi A. A survey on the relationship between social support and social well-being of young people in marginalized areas of Kermanshah. *Study of social issues in Iran.* 2018;8(2):233-57.
  20. Sevelius JM, Gutierrez-Mock L, Zamudio-Haas S, McCree B, Ngo A, Jackson A, et al. Research with Marginalized Communities: Challenges to Continuity During the COVID-19 Pandemic. *AIDS and Behavior.* 2020:1.
  21. Muhammad-Ali Z. An Investigation of Women's Social Capital and its Social Factors (Case study of female students of Isfahan Payam Noor University). *Journal of Women and the Family Educational Cultural.* 2015;9(30):78-54. [Persian]
  22. Eftekharin R, Kaldi A, Sam S, Sahaf R, Vatan RF. Validity and reliability of Persian version of Onyx Social Capital Scale in elderly people. *Iranian Journal of Ageing.* 2016;11(1):174-89. [Persian]
  23. Yari A, Nadrian H, Rashidian H, Nedjat S, Esmaeilnasab N, Doroudi R, et al. Psychometric properties of the Persian version of Social Capital Questionnaire in Iran. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran.* 2014;28:17.
  24. Nedjat S. Is self-rated health a good indicator for assessment of population health? A review article. *Iranian Journal of Epidemiology.* 2015;10(4):89-96.
  25. RezaeiNiaraki M, Roosta S, Alimoradi Z, Allen K-A, Pakpour AH. The association between social capital and quality of life among a sample of Iranian pregnant women. *BMC public health.* 2019;19(1):1497.
  26. Ashrafi E, Montazeri A, Mousavi M, Vaez-Mahdavi M, Asadi-Lari M. Influence of sociodemographic features and general health on social capital: Findings from a large population-based survey in Tehran, Iran (Urban-HEART). *Public health.* 2012;126(9):796-803.
  27. Shadi Y, Lotfi MH, Nedjat S, Rarani MA, Morasae EK. Explaining unequal levels of social capital in Tehran. *Social Indicators Research.* 2018;140(1):243-65.
  28. Hassanzadeh J, Asadi-Lari M, Baghbanian A, Ghaem H, Kassani A, Rezaianzadeh A. Association between social capital, health-related quality of life, and mental health: a structural-equation modeling approach. *Croatian medical journal.* 2016;57(1):58-65.
  29. Saberi B, Nedjat S, Fotouhi A, Rajab A, Montazeri A. Social capital and its related factors in patients with type 2 diabetes. *Payesh (Health Monitor).* 2018;17(2):137-46.
  30. Nieminen T, Martelin T, Koskinen S, Simpura J, Alanen E, Härkänen T, et al. Measurement and socio-demographic variation of social capital in a large population-based survey. *Social Indicators Research.* 2008;85(3):405-23.
  31. Baheiraei A, Bakouei F, Mohammadi E, Majdzadeh R, Hosseni SM. Social capital and related socio-demographic variation in women of reproductive age: A population-based study. *International Social Work.* 2018;61(2):247-59.

32. Uphoff EP, Pickett KE, Cabieses B, Small N, Wright J. A systematic review of the relationships between social capital and socioeconomic inequalities in health: a contribution to understanding the psychosocial pathway of health inequalities. *International journal for equity in health*. 2013;12(1):1-12.
33. Zhong Y, Schön P, Burström B, Burström K. Association between social capital and health-related quality of life among left behind and not left behind older people in rural China. *BMC geriatrics*. 2017;17(1):1-11.
34. Xue X, Reed WR, Menclova A. Social capital and health: a meta-analysis. *Journal of Health Economics*. 2020;72:102317.

## Social Capital and Its Relationships with Perceived Health and Demographic Factors in Residents of the Suburbs of Mashhad, Iran

Ahmad Mehri<sup>1</sup>, Ali-Akbar Hasanpour<sup>2</sup>, Akram Robotjazi<sup>2</sup>, Mehrsadat Mahdizadeh\*<sup>3</sup>

1- Ph.D. Student, Department of Epidemiology, School of Public Health and safety, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- BSc. Student, Department of Environmental Health, School of Public Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

3- Ph.D. Assistant Professor, Department of Health Education and Health Promotion, Social Determinants of Health Research Center, School of Public Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

\*Corresponding Author: Mahdizadehtm@mums.ac.ir

Received: Dec 2, 2020

Accepted: May 25, 2021

### ABSTRACT

**Background and Aim:** Social capital is a social component affecting health outcomes considered to be one of the important factors influencing health inequity in the communities; it is one of the main concerns of health system in the suburbs. This study aimed to determine social capital and its relationships with demographic factors and perceived health status in the suburbs of Mashhad, Iran in 2020.

**Materials and Methods:** This was a descriptive-analytical study including 300 residents in the suburbs of Mashhad, Iran selected using the cluster sampling method. The data collection tool was a questionnaire containing demographic and perceived health status questions, as well as the Onyx and Bullen social capital questionnaire. Data were analyzed using the t-test, Pearson correlation test, one-way analysis of variance and multiple linear regression, using SPSS-version 24.

**Results:** The mean age of the individuals was  $34.6 \pm 11$  years and their social capital score  $53.63 \pm 10.52$ . Among the eight social capital components, the value of life ( $57.91 \pm 17.7$ ) and participation in the local community ( $44.28 \pm 15.28$ ) were found to have the highest and lowest mean scores, respectively. Further analysis of the data showed that sex, education level and perceived health could predict 23% of the changes in the total social capital ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** In this study, the level of social capital of the participants was low, but the demographic factors and health status were related to social capital. Therefore, policymakers and social and health planners should design and implement community-based interventions to improve the level of social capital.

**Keywords:** Social Capital, Health, Suburban Residents, Social Determinants

Copyright © 2021 Tehran University of Medical Sciences. Published by Tehran University of Medical Sciences.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.