

مجله علمی علوم پزشکی صدرا

دوره ۲، شماره ۳، تابستان ۱۳۹۳، صفحات ۲۳۵ تا ۲۴۴

تاریخ پذیرش: ۹۳/۰۳/۲۰ تاریخ دریافت: ۹۳/۰۲/۰۷

مقاله پژوهشی

(Original Article)

بررسی عوامل موثر بر سرمایه اجتماعی و ارتباط آن با کیفیت زندگی در سالمندان شهر ایلام

عزیز کسانی^۱، رستم منتی^{۱*}، والیه منتی^۱، محسن شجاع^۲، علی میربلوچ زهی^۳^۱ مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب های روانی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایلام، ایلام، ایران^۲ عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خراسان شمالی، بجنورد، ایران^۳ عضو هیات علمی دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایرانشهر، ایرانشهر، ایران

چکیده

مقدمه: سرمایه اجتماعی از بحث های مهم در مراحل مختلف زندگی افراد می باشد و نقش کلیدی در ابعاد اجتماعی، اقتصادی و سلامتی افراد دارد. در سالمندان با توجه تغییر فرایند طبیعی زیستی و اجتماعی که موجب اختلال در کارکردها و اداره امور شخصی، کیفیت زندگی و ایفای نقش های اجتماعی فرد سالمند می شود. از این روی این مطالعه به بررسی عوامل موثر بر سرمایه اجتماعی سالمندان شهر ایلام و ارتباط آن با کیفیت زندگی می پردازد.

مواد و روش: این پژوهش یک مطالعه مقطعی است که بر روی ۳۳۰ نفر از سالمندان ۶۰ سال به بالای شهر ایلام با روش نمونه چندمرحله ای (Multi stage sampling) انجام گرفت. اطلاعات دموگرافیک سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان توسط پرسشنامه های استاندارد سرمایه اجتماعی و SF12 جمع آوری گردیدند.

یافته ها: بین مولفه اعتماد فردی در سالمندان و متغیرهای، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، بعد روانی کیفیت زندگی، بعد جسمی کیفیت زندگی، مالکیت منزل مسکونی و مدت اقامت در محل، بین مولفه همبستگی و حمایت اجتماعی با وضعیت تاهل، مالکیت منزل مسکونی، بعد روانی کیفیت زندگی، پوشش بیمه، مدت اقامت در محل و اندازه خانوار و بین مولفه اعتماد اجتماعی و روابط انجمنی با متغیرهای سن، جنسیت، اشتغال، وضعیت تاهل، بعد روانی جسمی، مدت اقامت در محل و اندازه خانوار رابطه مشاهده شد.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به عوامل مختلف مرتبط با سرمایه اجتماعی سالمندان و از طرفی اثر تجمعی عوامل بر مولفه های سرمایه اجتماعی، بهبود عوامل موثر قابل تعدیل، نظیر وضعیت اقتصادی و حمایت های اجتماعی و کیفیت زندگی می تواند بر سرمایه اجتماعی اثر مستقیم داشته باشد.

واژگان کلیدی: سرمایه اجتماعی، کیفیت زندگی، سالمندان

* نویسنده مسئول: رستم منتی، مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب های روانی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایلام، ایلام، ایران، rostammenati@yahoo.com

مقدمه

جمعیت دنیا به سرعت در حال سالخورده شدن است و بخش بزرگی از این تغییر در قرن اول هزاره سوم و در کشورهای در حال توسعه در حال شکل گیری است. طبق پیش بینی های بخش جمعیت سازمان ملل متحد، نسبت جمعیت سالمند جهان از حدود ۱۰/۵ درصد در سال ۲۰۰۷ به حدود ۲۱/۸ درصد در سال ۲۰۵۰ افزایش خواهد یافت (۱،۲).

فرآیند سالمندی و فرایند زیستی و اجتماعی آن به طور طبیعی موجب اختلال در کارکرد اندام های مختلف بدن و ناتوانی تدریجی در انجام و اداره امور شخصی و ایفای نقش های اجتماعی فرد سالمند می شود که تاثیر این نارسایی ها در بعد اجتماعی زندگی سالمندان بارزتر می باشد. به طوری که محدود شدن شبکه ارتباطات شخصی را می توان برآیند این عوامل دانست. این در حالی است که بعد اجتماعی زندگی، تاثیر بسزایی در سلامت به صورت عام و کیفیت زندگی به طور خاص دارد (۳،۴).

روابط اجتماعی هسته اصلی جامعه محسوب می گردد و موجب می شود که افراد جامعه با گسترش پیوندهای خود، فعالیت های خود را در ساختار جامعه تسهیل نمایند و از این طریق به اهداف اجتماعی، اقتصادی و سلامتی دست یابند. این روابط و پیوندهای اجتماعی در واقع سرمایه اجتماعی و دارایی فرد به شمار می روند. 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 تفاوت های مهمی از جنبه های مختلف بین آنان وجود دارد (۵،۶). سرمایه اجتماعی همچون سرمایه انسانی (یعنی ابزار و آموزش هایی که بهره‌وری فردی را افزایش می دهد) به ویژگی های سازمان اجتماعی از قبیل شبکه ها، هنجارها و اعتماد اشاره دارند که هماهنگی و همکاری برای کسب سودهای متقابل را تسهیل می کند (۴،۷).

سرمایه اجتماعی را وجوه گوناگون سازمان اجتماعی نظیر اعتماد، هنجارها و شبکه ها تعریف کردند که می تواند با

تسهیل اقدامات هماهنگ، کارایی جامعه را بهبود ببخشد، چرا که سرمایه اجتماعی نیز مانند سایر سرمایه ها مولد است و دستیابی به اهداف مشخصی را که بدون آن دسترس ناپذیر خواهند بود، امکان پذیر می سازد. به عبارتی، سرمایه اجتماعی همکاری ارادی را تسهیل می کند (۷،۸).

از آنجا که تقویت عملکردهای اجتماعی سالمندان باعث ارتقا مشارکت آنان، سازمان ها و انجمن ها در راستای کنترل اجتماعی بیشتر، کارآمدی بالای اجتماعی، اقتصادی و سلامتی، ارتقاء کیفیت زندگی و افزایش عدالت اجتماعی می شود لذا توجه به سرمایه اجتماعی از جنبه های مختلف اهمیت پیدا می کند و این بینش را القاء می کند که جامعه در پرتو همکاری های جمعی و تشکل های مردمی و ایجاد ارتباط و شبکه ای از همکاری های موثر و به مفهوم گسترده تعامل اجتماعی، می تواند سازندگی داشته باشد (۷،۹).

تغییرات ایجاد شده در دوران سالمندی شامل کاهش توانایی های فیزیکی، تغییر پاسخ بدن به داروها، تجربه وقایع مهم زندگی چون بازنشستگی، انتقال به خانه های سالمندی، کاهش درآمد، کم شدن موقعیت ها جهت برقراری تماس های اجتماعی که باعث ایجاد احساس تنهایی در سالمندی می شود و همه این عوامل می توانند کیفیت زندگی سالمندان را تحت تاثیر قرار دهند (۱۰،۱۱،۴).

تغییرات ایجاد شده در دوران سالمندی گاهی نیز منجر به نارسایی های شدید جسمی و روانی گردیده و به معلولیت می انجامد و قدرت مقابله و مواجهه با دشواری ها و رویدادهای معمول را سلب می کند. در این رهگذر است که انتظار حمایت های رفاهی و اجتماعی از جمله مستمری های بازنشستگی با تکیه بر حفظ حرمت انسانی، انتظاری به حق و مبتنی بر عدالت اجتماعی می باشد (۸،۹،۱۲).

با توجه به تاثیر سرمایه اجتماعی بر وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی افراد، به خصوص سالمندان به دلیل شرایط خاصشان و همچنین افزایش روزافزون تعداد

و پایایی آن‌ها در مطالعات قبل مورد تایید قرار گرفته است (۱۳، ۱۴).

جهت مد نظر قرار دادن نکات اخلاق در پژوهش، این مطالعه در کمیته اخلاق در دانشگاه علوم پزشکی ایلام شد. معیارهای اخلاق در پژوهش شامل محرمانه بودن اطلاعات شرکت کنندگان در مطالعه، رضایت آگاهانه افراد در ورود به پژوهش اجرا گردید. افراد بدون نوشتن نام و نام خانوادگی در مطالعه شرکت کردند. فرم رضایت آگاهانه توسط شرکت کنندگان امضاء شد.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ و آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و تحلیلی (آزمون‌های تی تست و آزمون همبستگی اسپیرمن) تحلیل گردید.

یافته‌ها

میانگین سن سالمندان در این مطالعه $68/48 \pm 212$ سال بود. میانگین اندازه خانوار و مدت اقامت در منزل مسکونی به ترتیب $1/19 \pm 3/89$ نفر و $6/65 \pm 12/13$ سال برآورد گردید. سایر مشخصات دموگرافیک سالمندان تحت مطالعه در جدول شماره ۱ آمده است.

مولفه‌های سرمایه اجتماعی شامل سه مولفه اعتماد فردی، همبستگی و حمایت اجتماعی، اعتماد اجتماعی و روابط انجمنی می‌باشد که مشخصات این سه مولفه در سالمندان در جدول شماره ۲ آمده است. بر طبق جدول شماره ۲ درصد سالمندانی که اعتماد فردی و همبستگی و حمایت اجتماعی بالاتری دارند نسبت به مولفه اعتماد اجتماعی بیشتر است. همچنین آمار تحلیلی بین سرمایه اجتماعی با متغیرهای مورد بررسی در جدول شماره ۳ آمده است.

همچنین در آنالیز ارتباط بین اندازه خانوار و مولفه اعتماد فردی سرمایه اجتماعی با استفاده از آزمون همبستگی اسپیرمن همبستگی معناداری مشاهده گردید ($r=0/68, P=0/02$) و همبستگی بین مولفه اعتماد فردی سرمایه اجتماعی سالمندان و ابعاد کیفیت زندگی بعد جسمی و روانی به ترتیب $0/58$ و $0/63$ با معنی‌داری

سالمندان در جامعه و لزوم توجه به نقش تاثیر گذار آن‌ها در اجتماع و مسائل اجتماعی و همچنین نقش آن‌ها در قوام بخشیدن به ساختار جامعه این مطالعه با هدف تعیین سرمایه اجتماعی سالمندان و عوامل موثر بر آن و ارتباط آن با کیفیت زندگی در سالمندان شهر ایلام انجام شده است.

مواد و روش

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی است. مطالعه بر روی ۳۳۰ فرد سالمند ساکن شهر ایلام در سال ۱۳۹۱ انجام شده است، در این مطالعه از روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای استفاده شد. که از طریق نقشه، شهر ایلام به سه ناحیه بالا، میانی و پایین تقسیم‌بندی شد و بر اساس بلوکهای موجود در نواحی سه گانه مشخص شده، از هر ناحیه تعدادی خیابان، به صورت تصادفی انتخاب می‌شود. بعد از آن با وارد شدن به هر خیابان و با توجه به جهت حرکت عقربه‌های ساعت و مشخص شدن سن سالمندی بالاتر از ۶۰ سال در هر خانوار نسبت به تکمیل پرسشنامه‌ها اقدام گردید. برای محاسبه حجم نمونه از فرمول حجم نمونه برای یک جامعه استفاده گردید که در این فرمول در سطح اطمینان ۹۵ درصد مقدار آماره آن برابر $1/96$ و مقدار انحراف معیار بر طبق تحقیقات انجام شده برابر $9/27(11)$ و مقدار خطای قابل قبول برای محقق واحد در نظر گرفته شده است.

$$n = \frac{s^2 s^2}{d^2} = \frac{1.96^2 9.27^2}{1^2} = 330$$

پرسشنامه‌های مورد استفاده در این مطالعه شامل پرسشنامه سرمایه اجتماعی (Social capital questionnaire) مورد استفاده در مطالعه عدالت شهری شهر تهران که شامل ۳۰ سوال می‌باشد که سه بعد اصلی اعتماد فردی، همبستگی و حمایت اجتماعی و اعتماد اجتماعی و روابط انجمنی را می‌سنجد (۱۳) و پرسشنامه دوازده سئوالی کیفیت زندگی Short form-12 Gandek B استفاده گردید که روایی

۰/۰۲۳ و ۰/۰۱ به دست آمد که نتایج آن در جدول شماره ۴ آمده است.

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک سالمندان مورد بررسی در شهر ایلام

مشخصات دموگرافیک	تعداد(درصد)
سن (سال)	
≤۶۵	۱۱۰ (۳۳/۹)
۶۶-۷۰	۹۸ (۳۰/۳)
۷۱-۷۵	۷۰ (۲۱/۷)
۷۶-۸۰	۳۰ (۹)
>۸۰	۱۷ (۵)
جنسیت	
مذکر	۱۴۲ (۴۳)
مونث	۱۸۸ (۵۷)
سطح تحصیلات	
بی سواد	۱۰۴ (۳۲/۳)
ابتدایی و راهنمایی	۱۷۹ (۵۵/۶)
دبیرستان و دیپلم	۳۰ (۹/۳)
دانشگاهی	۹ (۲/۸)
وضعیت تاهل	
متاهل	۲۳۷ (۷۲/۳)
مجرد	۲ (۰/۶)
بیوه یا مطلقه	۸۹ (۲۷/۱)
وضعیت اشتغال	
شاغل	۳۶ (۱۱)
خانه دار	۱۱۰ (۳۳/۸)
بیکار	۱۳۵ (۴۱/۴)
بازنشسته	۴۵ (۱۳/۸)
مالکیت منزل مسکونی	
صاحب خانه	۲۴۵ (۷۵/۴)
مستأجر و سرمایه دار	۶۰ (۱۸/۵)
سایر	۲۰ (۶/۱)
وضعیت پوشش بیمه	
دارای بیمه	۲۳۰ (۷۰/۱)
بدون بیمه	۹۸ (۲۹/۹)

جدول ۲: طبقه بندی مولفه های سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی در سالمندان شهر ایلام

میانگین نمره (۱-۵)	فراوانی(درصد)	طبقه بندی کیفیت زندگی	مولفه های سرمایه اجتماعی
۱/۵۳	۴۷ (۱۴/۲)	پایین	اعتماد فردی
۲/۶۶	۱۵۶ (۴۷/۳)	متوسط	
۳/۴۲	۱۰۳ (۳۱/۲)	خوب	
۴/۵۰	۲۴ (۷/۳)	خیلی خوب	
۱/۴۲	۵۶ (۱۷)	پایین	همبستگی و حمایت اجتماعی
۲/۷۳	۱۶۳ (۴۹/۳)	متوسط	
۳/۳۵	۹۳ (۲۸/۲)	خوب	
۴/۴۱	۱۸ (۵/۵)	خیلی خوب	
۱/۴۵	۱۳۶ (۴۲/۲)	پایین	اعتماد اجتماعی و روابط انجمنی
۲/۵۶	۱۱۰ (۳۴/۲)	متوسط	
۳/۷۸	۶۵ (۲۰/۲)	خوب	
۴/۶۶	۱۱ (۳/۴)	خیلی خوب	
۱/۶۵	۵۵ (۱۷/۱)	پایین	بعد جسمی کیفیت زندگی
۲/۸۷	۱۱۰ (۳۴/۲)	متوسط	
۳/۶۹	۱۰۵ (۳۲/۶)	خوب	
۴/۵۲	۵۲ (۱۶/۱)	خیلی خوب	
۱/۵۵	۷۵ (۲۳/۲)	پایین	بعد روانی کیفیت زندگی
۲/۷۴	۱۰۸ (۳۳/۳)	متوسط	
۳/۸۲	۹۳ (۲۸/۷)	خوب	
۴/۴۵	۴۸ (۱۴/۸)	خیلی خوب	

بحث

یافته های مطالعه پیش رو در راستای مطالعات قبلی و در مورد تعیین کننده های جمعیت شناسی و اقتصادی- اجتماعی سرمایه اجتماعی و ارتباط آن با کیفیت زندگی می باشد. پژوهشگران ویژگی های محل سکونت، مالکیت منزل مسکونی، میزان تحصیلات و قومیت را از جمله عوامل موثر بر سرمایه اجتماعی می دانند (۱۵). همچنین از دیدگاه محققین میزان درآمد و تحصیلات، از عوامل تعیین کننده سرمایه اجتماعی است (۱۶).

جدول ۳: مولفه های سرمایه اجتماعی به تفکیک متغیرهای دموگرافیک در سالمندان شهر ایلام

P-Value	انحراف معیار	میانگین	دسته بندی متغیرها	مولفه های سرمایه اجتماعی
۰/۰۱۳	۰/۹۶	۳/۷۲	متاهل	اعتماد فردی
	۱/۱۱	۲/۹۵	غیر متاهل	
۰/۰۰۱	۰/۶۵	۳/۲۵	متاهل	همبستگی و حمایت اجتماعی
	۰/۸۶	۲/۸۴	غیر متاهل	
۰/۳۸	۰/۵۸	۲/۹۶	متاهل	اعتماد اجتماعی و روابط انجمنی
	۱/۱۲	۲/۸۳	غیر متاهل	
۰/۰۴	۱/۱۲	۳/۸۵	مرد	اعتماد فردی
	۱/۲۵	۳/۲۵	زن	
۰/۵۶	۱/۸۷	۳/۵۶	مرد	همبستگی و حمایت اجتماعی
	۲/۳۳	۳/۴۴	زن	
۰/۱۳	۰/۸۵	۳/۰۴	مرد	اعتماد اجتماعی و روابط انجمنی
	۱/۲۵	۲/۹۰	زن	
۰/۰۰۱	۱/۶۵	۳/۸۴	صاحب خانه	اعتماد فردی
	۱/۴۴	۳/۶۵	غیر صاحب خانه	
۰/۰۲	۰/۳۳	۳/۶۶	صاحب خانه	همبستگی و حمایت اجتماعی
	۰/۴۱	۳/۳۵	غیر صاحب خانه	
۰/۰۱۷	۱/۲۴	۳/۵۵	صاحب خانه	اعتماد اجتماعی و روابط انجمنی
	۱/۱۲	۲/۹۶	غیر صاحب خانه	
۰/۷۸	۱/۴۸	۳/۶۶	دارای بیمه	اعتماد فردی
	۱/۵۶	۳/۵۴	بدون بیمه	
۰/۱۱	۲/۵۶	۳/۴۸	دارای بیمه	همبستگی و حمایت اجتماعی
	۲/۱۷	۳/۵۱	بدون بیمه	
۰/۱۸	۱/۵۵	۳/۱۸	دارای بیمه	اعتماد اجتماعی و روابط انجمنی
	۱/۲۳	۳/۱۴	بدون بیمه	

موجود در زیر گروه های مذکور باشد. پاره ای از عوامل شامل تفاوت ها در اختصاص زمان، هزینه، فرصت ها و تماس ها و اطلاعات و مهارت هاست که تا حد زیادی مشارکت های اجتماعی را تقویت می کند، همان طور که از نتایج بر می آید مشارکت های اجتماعی متأثر از عوامل دموگرافیک می باشد (۱۷).

در مطالعه پیش رو میزان سرمایه اجتماعی در تمامی مولفه ها کمی پایین تر از میانه مطالعات قبلی است که گویای درجات پایین سرمایه اجتماعی، به خصوص در مولفه اعتماد اجتماعی و روابط انجمنی می باشد.

تمایزات جنسی، سنی و ویژگی های دموگرافیک نیز در ارتباط با توزیع نامتعادل سرمایه اجتماعی در زیر گروه های مختلف می باشند. این تمایزات می تواند ناشی از عوامل

جدول ۴: نتایج آزمون همبستگی اسپیرمن بین مولفه های سرمایه اجتماعی با متغیرهای کمی مورد مطالعه در سالمندان

اندازه خانوار	مدت اقامت در محل	هزینه خانوار	سن	بعد جسمی کیفیت زندگی	بعد روانی کیفیت زندگی	آزمون آماری و معنی داری	مولفه
۰/۶۸	۰/۲۱	۰/۱۵	-۰/۲۳	۰/۵۸	۰/۶۳	ضریب همبستگی	اعتماد فردی
۰/۰۲	۰/۳۵	۰/۸۷	۰/۰۴	۰/۰۲۳	۰/۰۱	P-value	
۰/۱۵	۰/۰۹	۰/۲۳	۰/۱۱	۰/۲۹	۰/۲۵	ضریب همبستگی	همبستگی و حمایت اجتماعی
۰/۰۱	۰/۵۲	۰/۳۲	۰/۳۳	۰/۰۱۲	۰/۰۴	P-value	
-۰/۱۲	۰/۱۷۳	-۰/۰۳۳	۰/۲۳	۰/۱۸	۰/۱۴	ضریب همبستگی	اعتماد اجتماعی و روابط انجمنی
۰/۰۳۳	۰/۰۲	۰/۲۱	۰/۰۱	۰/۳۳	۰/۰۱۸	P-value	

اجتماعی و شغلی بهتر نسبت به زنان، همواره با طیف وسیع تری از افراد در ارتباط قرار می گیرند و فرصت برقراری ارتباط و گسترش پیوندهای اجتماعی برای مردان به مراتب بیشتر است. اما در مقابل زنان حمایت های (عاطفی و عملی) بیشتری را از محیط دریافت می کنند که این شرایط بر سرمایه اجتماعی آنان تاثیر دارد (۱۹،۲۱).

مولفه اعتماد فردی در افراد شاغل و بازنشسته بیش از افراد خانه دار بود. نتایج حاصل از مطالعه در عموم در شهر تهران نیز نشان داد که اشتغال با همه مولفه های سرمایه اجتماعی رابطه دارد (۱۹). که 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 آن ها تاثیر بگذارد. و از طرفی چون اکثر افراد خانه دار زن هستند این اختلاف در مولفه اعتماد فردی قابل پیش بینی است (۲۲،۲۳).

اعتماد فردی در افراد با تحصیلات بالاتر بیشتر از افراد بی سواد بود. مطالعات مختلف بین سرمایه اجتماعی و تحصیلات رابطه نشان داده است بدین صورت که حضور بیشتر، میزان اعتماد و کوشش در حل مسائل محلی،

نتایج حاصل از مطالعه نشان می دهد که مولفه اعتماد اجتماعی و روابط انجمنی با افزایش سن بیشتر می شود. تحقیقات مختلف نشان داده است که میزان سرمایه اجتماعی در مقاطع مختلف سنی متفاوت است. نتایج حاصل از مطالعه بر روی عموم جمعیت شرکت کننده در مطالعه عدالت شهری در تهران نیز نشان می دهد که با افزایش سن همه مولفه های سرمایه اجتماعی افزایش می یابد (۱۸). که این موضوع به علت هم تغییری سن با متغیرهای درآمد، آموزش، موقعیت های شغلی و خانوادگی و تاهل در مراحل مختلف سنی قابل تحلیل است (۱۸،۱۹). مولفه اعتماد فردی در مردان بیش از زنان، و در مقابل مولفه اعتماد اجتماعی در زنان بیشتر از مردان بود. مطالعات مختلف نشان داده است تفاوتی که به لحاظ سرمایه اجتماعی بین زنان و مردان وجود دارد فی نفسه به دلیل جنسیت نیست بلکه موقعیت ها، فرصت ها و محدودیت هایی که به لحاظ جنسیت برای فرد ایجاد می گردد از اهمیت برخوردار است. نتایج مطالعه بر روی جمعیت عمومی شرکت کننده در مطالعه عدالت شهری در تهران نیز نشان می دهد که اعتماد اجتماعی در زنان بیشتر از مردان است (۱۹،۲۰). جنسیت همچنین بر نوع عضویت در انجمن ها و گروه های اجتماعی تاثیر دارد. از طرفی مردان اغلب به دلیل ارتباط با محیط بیرون و به تبع آن فعالیت های اجتماعی بیشتر و قرار گرفتن در موقعیت های

نتیجه‌گیری

عوامل مختلف دموگرافیک، تاثیرات مختلفی بر مولفه‌های مختلف سرمایه اجتماعی سالمندان از خود بروز می‌دهند. و از طرفی نمی‌توان اثر تجمعی عوامل چندگانه بر مولفه‌های سرمایه اجتماعی را نادیده گرفت، لذا انتظار می‌رود با بهبود عوامل موثر قابل تعدیل، نظیر وضعیت اقتصادی-اجتماعی و حمایت‌های اجتماعی در راستای اثرگذاری مثبت بر روی سرمایه اجتماعی اقدامی انجام گیرد. به منظور تقویت و رشد و گسترش مشارکت‌های اجتماعی می‌توان از طریق عرصه‌های عمومی مشارکت‌های غیررسمی، مانند برپایی مناسک و مراسم مذهبی استفاده نمود. از آنجا که سالمندان با سطح سواد بالاتر از سرمایه اجتماعی بیشتری برخوردارند لذا ارتقای سطح سواد و آموزش سالمندان می‌تواند اقدامی مفید در جهت افزایش سرمایه اجتماعی آن‌ها باشد. تلاش در جهت به تعویق انداختن بازنشستگی سالمندان و حضور بیشتر و فعال‌تر آن‌ها در عرصه‌های شغلی و اجتماعی، همچنین تلاش در جهت استقلال مالی هر چه بیشتر آنها می‌تواند بر سرمایه اجتماعی آن‌ها تاثیر مثبت داشته باشد.

تقدیر و تشکر

مطالعه حاضر در قالب طرح پژوهشی (۵۵۰/۳/۱۹۰) زیر نظر مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب‌های روانی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایلام انجام شده است، که بدین وسیله از تلاش‌های همه افرادی که در اجرای آن مطالعه نقش داشته‌اند تشکر و سپاسگزاری می‌شود.

منابع

1. Pahlevanzadeh S. Social and mental disorder in olders and its related with quality of life. Aging Congress 2009; 2:76-79 (Presian).
2. Kaledi A. survey of physical, social and mental disorder in older of Tehran.

همچنین ارتباطات اجتماعی در بین افراد با تحصیلات بالاتر بیشتر است. که این موضوع تا حدودی ناشی از حضور بیشتر افراد تحصیل کرده در محیط‌های مختلف تحصیلی و تشویق به انجمن‌پذیری و ارتباطات اجتماعی و فعالیت‌های گروهی بیشتر آن‌ها است (۲۱، ۲۳). مطالعه بر روی جمعیت عمومی شهر تهران در مطالعه عدالت شهری نیز نشان می‌دهد که همبستگی و حمایت اجتماعی در افراد تحصیل کرده بیشتر است (۲۴). از طرفی در مطالعه‌ای که در شهر ایلام انجام گرفته بود بین سرمایه اجتماعی و متغیرهای تحصیلات و اشتغال رابطه‌ای مشاهده نشد (۲۵).

با توجه به این که سالمندان دارای منزل مسکونی و تحت پوشش بیمه از امنیت اقتصادی و اجتماعی بیشتری برخوردار هستند لذا میزان اعتماد فردی و همبستگی و حمایت اجتماعی در آن‌ها بیشتر بود (۱۷). نتایج مطالعه بر روی عموم جمعیت شهر تهران نیز نشان از رابطه مالکیت منزل مسکونی و سرمایه اجتماعی دارد (۱۹).

مولفه اعتماد اجتماعی و روابط انجمنی در سالمندان متاهل بیش از افراد غیر متاهل بود. یافته‌های مطالعه بر روی جمعیت عمومی شهر تهران نیز نشان می‌دهد که سرمایه اجتماعی در افراد متاهل بیشتر است (۱۹). که این مسئله می‌تواند 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. و از طرفی تاهل باعث گسترده‌تر شدن دامنه شبکه اجتماعی و افزایش پیوندهای اجتماعی افراد متاهل می‌شود که این مسئله می‌تواند بر سرمایه اجتماعی آن‌ها تأثیرگذار باشد.

یافته‌ها نشان دادند که مولفه حمایت اجتماعی و روابط انجمنی با افزایش اندازه خانوار کاهش پیدا می‌کرد که این مسئله می‌تواند ناشی از ضعیف بودن تامین اجتماعی برای خانواده‌های پرجمعیت و همچنین ایجاد فضای رقابت در بین اعضای خانواده و به تبع آن کاهش اعتماد بین اعضا باشد.

- promotion. *Social Welfare Quarterly* 2004; 6(2): 49 (Persian).
12. Noghani, M. and Asgharpour A. Quality of life for citizens and relationship to social capital in Mashhad city. *Journal of Social Sciences, Ferdosi University of Mashhad* 2008; 1(5) (Persian).
 13. Kassani A, Gohari 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.
 14. 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.
 15. Nateghpour M, Firoozabadi S. Social capital and determinant affecting its formation in Tehran city. *Iranian Journal of Sociology* 2005; 6(4): 79.(Persian).
 16. Abdolahi M, Moussavi M Social capital and current status, future prospects and possibility of transition. *Social Welfare Quarterly* 2007; 6(5): 213 (Persian).
 17. Cattell V. Poor people, poor places, and poor health: the mediating role of social networks and social capital. *Social Science & Medicine* 2001; 52(10):15-16.
 18. Kawachi. Social capital, income inequality, and mortality. *American journal of public health* 1997; 87(9): 1491
 19. Rohde M. Find what binds. Building social capital in an Iranian NGO community system. In Huysman M, Wulf V. *Social capital and information technology*, Cambridge Publication 2004; 75-111.
 - Quarterly of Rehaitation 2008;1: 25-30 (Persian).
 3. Bourdieu P. The forms of capital. In Richardson, J. *Hand book of theory and research for the sociology of education*. New York. Green Wood Press 1986; 2:56-96.
 4. Coleman S. Equality and achievement in education. West view press. Boulder1990; 2:201-208.
 5. Uphoff N. Understanding Social Capital. Learning from the Analysis and Experiences of Participation, in Dasgupta and Seregeldin, *Social Capital: A Multifaceted Perspective*, Word Bank, Washington DC, USA, 2002; 2.
 6. Grootaert C, Bastelaer T. The Role of Social Capital in Development. Cambridge University Press. New York 2002;1: 177-189.
 7. Sacconi L, Degli Antoni G. Social Capital, Corporate Social Responsibility, Economic Behaviour and Performance. Palgrave Macmillan 2011;3:78-98.
 8. Harpham T, Grant E, Thomas E. Measuring social capital within health surveys: key issues. *Health Policy and Planning* 2002; 17(1):106-11.
 9. Krishna A, Uphoff N. Mapping and measuring social capital through assessment collective action to conserve and develop watersheds in Rajasthan, India. Published in Grootaert, C and Bastelaer, T. *The role of social capital in development*. Cambridge Univ Press; 2002.
 10. Glaeser E, Laibson D, Sacerdote B. The economic approach to social capital. NBER Working paper. N. 7728 (Cambridge, AM. National Bureau of economic research); 2000.
 11. Behzad D. Social capital, abackground for mental health

23. Kawachi I, Kennedy P, Lochner K, Prothrow-Stith D. Social capital, income inequality, and mortality. *American Journal of Public Health* 1999;87(9):14-91.
24. Sharifian sani M. Social capital: the main concept and theoretical framework. *Social Welfare Quarterly* 2007; 2(1):6 (Persian).
25. 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).
20. Coleman S. Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology* 1988;2: 95-120.
21. Sheikh M, 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.
22. Wood L, Shannon T, Bulsara M, Pikora T, McCormack G, Giles-Corti B. The anatomy of the safe and social suburb: an exploratory study of the built environment, social capital and residents' perceptions of safety. *Health & Place* 2008;14(1):31-51.

Archive of SID

Cite this article as:

Kassani A, Menati R, Menati W, Shoja M, Mirbalouch A. Investigation of the effective factors in social capital and its relationship with quality of life in elders of Ilam, Iran. *Sadra Med Sci J* 2014; 2(3): 235-244.

Investigation of the Effective Factors in Social Capital and Its Relationship with Quality of Life in Elders of Ilam, Iran

Kassani A¹, Menati R^{1*}, Menati W¹, Shoja M², Mirbalouch A³

¹Prevention of Psychosocial Injuries Research Centre, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

²Faculty of northern Khorasan University of Medical Sciences, Bojnourd, Iran

³Faculty of Iranshahr University of Medical Sciences, Iranshahr, Iran

Abstract

Background: Social capital is an important issue in various stages of human life and has an important role in individuals' social, economic, and health status. The natural process of biological and social changes causes disorders in personal affairs, quality of life, and social roles of the elders. Therefore, the present study aimed to determine the variables associated with social capital and its relationship with quality of life in the elders of Ilam, Iran.

Methods: In this cross-sectional study, 330 elders aging 60 years old and above from Ilam were selected through multi stage sampling. The demographic, social capital and life quality data were collected using standardized social capital and SF12 questionnaires.

Results: The results revealed a relationship between individual trust and education level, occupation status, mental dimension of quality of life, physical dimension of quality of life, home ownership, and length of residence in the region. The results also showed an association between solidarity and social support and marital status, home ownership, mental dimension of quality of life, insurance coverage, length of residence in the region, and family size. Also, social trust and associative relations were significantly related to age, gender, occupation, marital status, family size, physical and mental dimensions of quality of life, length of residence in the region, and family size.

Conclusions: Since various factors are related to the elders' social capital and considering the cumulative effect of the aforementioned components on social capital components, improving the modifiable factors, such as socioeconomic status, social support, and quality of life, can have a direct effect on social capital.

Keywords: Social capital, Quality of life, Elders.

Sadra Med Sci J 2014; 2(3): 235-244

Received: Apr. 27th, 2014

Accepted: June 10th, 2014

*Corresponding Author: **Menati R.** Prevention of Psychosocial Injuries Research Centre, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran, rostammenati@yahoo.com