

نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران / سال پانزدهم، شماره ۲۹، بهار و تابستان ۹۹، ۳۳-۶۰

مقاله پژوهشی

مطالعه تطبیقی رابطه سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی در بین سالمندان ساکن منازل و آسایشگاه‌های شهر تهران

زینب کاوه فیروز^۱، فاطمه جواهری^۲، محمدرضا نبی زاده^۳

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مطالعه رابطه سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی در بین سالمندان ساکن منازل و آسایشگاه‌های شهر تهران انجام گرفته است. برای این هدف، از روش پیمایش و ابزار پرسشنامه استفاده شده و تعداد ۳۸۴ نفر از سالمندان ساکن منازل و آسایشگاه‌های شهر تهران به عنوان نمونه تحقیق انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. یافته‌های پژوهش گویای آن است که کیفیت زندگی سالمندان مورد بررسی ساکن منازل در سطحی بالاتر از کیفیت زندگی سالمندان ساکن آسایشگاه می‌باشد. همچنین بین نوع سکونت سالمندان و سرمایه اجتماعی نیز رابطه معنی‌داری مشاهده شد و سالمندان ساکن منازل در مقابل سالمندان ساکن آسایشگاه‌ها از سرمایه اجتماعی بالاتر و کیفیت زندگی بهتری برخوردارند. همچنین نتایج تحقیق نشان داد بین سرمایه اجتماعی و ابعاد تشکیل‌دهنده آن (اعتماد اجتماعی، حمایت اجتماعی و مشارکت اجتماعی) با کیفیت زندگی سالمندان رابطه معنی‌داری وجود دارد. نتایج تحلیل چند متغیره نشان داد، با کنترل تمام متغیرها، نوع سکونت همچنان تاثیر قوی و معناداری بر کیفیت زندگی هر دو گروه سالمندان دارد. هر چند شدت این اثرگذاری برای سالمندان ساکن منزل بیشتر از سالمندان ساکن آسایشگاه‌ها است. متغیرهای مشارکت اجتماعی، نوع سکونت، اعتماد اجتماعی و حمایت اجتماعی به ترتیب بیشترین تاثیر را در کیفیت زندگی سالمندان دارند.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، سرمایه اجتماعی، سالمندان منازل، سالمندان آسایشگاه، شهر تهران

تاریخ پذیرش: ۹۹/۱۲/۱۹

تاریخ دریافت: ۹۸/۱۲/۰۸

۱. استادیار جمعیت‌شناسی، گروه جامعه‌شناسی دانشگاه خوارزمی (نویسنده مسئول)،

z.kavehfiroz@gmail.com

Javaherm@yahoo.com

۲. دانشیار جامعه‌شناسی، گروه جامعه‌شناسی دانشگاه خوارزمی،

m.nabizadeh25@gmail.com

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد پژوهش علوم اجتماعی، دانشگاه خوارزمی

DOI: [10.22034/jPAI.2021.122260.1137](https://doi.org/10.22034/jPAI.2021.122260.1137)

مقدمه و بیان مسئله

سالخوردگی جمعیت یک فرآیند شناخته شده به عنوان پیامد انتقال جمعیت‌شناختی است که در آن باروری و مرگ‌ومیر از سطوح بالا به سطوح پایین کاهش پیدا می‌کند. کاهش مرگ‌ومیر به خصوص مرگ‌ومیر نوزادان و کودکان، کاهش اساسی و مستمر باروری و به تبع آن کاهش رشد جمعیت است که باعث تغییرات اساسی در ساختار سنی و به خصوص سالخورده شدن جمعیت اکثر جوامع شده است (میرزایی و شمس قهفرخی، ۱۳۸۶: ۳۲۶) در ایران نیز تحولات جمعیتی از جمله کاهش باروری، کاهش مرگ‌ومیر و افزایش طول عمر که پیامد پیشرفت‌های پزشکی بوده، موجب افزایش تعداد و به خصوص نسبت سالمندان به کل جمعیت شده است. بر اساس نتایج سرشماری نفوس و مسکن نرخ رشد سالانه جمعیت در فاصله سرشماری‌های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۵ برابر با ۱/۶ درصد و این نرخ در فاصله سرشماری ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰ برابر با ۱/۳ درصد بوده است، این در حالی است که نرخ رشد جمعیت سالمند ۲/۵ درصد است. همچنین بر اساس نتایج سرشماری ۱۳۹۵، ۸/۲ درصد از کل جمعیت ایران را افراد سالمند بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دهند که معادل شش میلیون و ۱۶۰ هزار نفر است و سهم افراد ۶۵ ساله و بیشتر ۶/۱ درصد می‌باشد (مرکز آمار ایران ۱۳۹۵-۱۳۷۵). بنابراین، جمعیت ایران در آینده‌ای نه چندان دور از نظر ساختار، جمعیتی سالخورده را تجربه خواهد کرد (ضرغامی، ۱۳۹۴). از آنجا که پدیده‌ی سالمندی در همه جنبه‌های زندگی جوامع بشری از جمله طیف گسترده‌ای از ساختارهای سنی، ارزش‌ها و معیارها، و ایجاد سازمان‌های اجتماعی تحولات قابل ملاحظه‌ای به وجود می‌آورد، مقابله با چالش‌های فرا راه این پدیده و اتخاذ سیاست‌های مناسب برای ارتقای وضعیت جسمی و اجتماعی و روانی سالمندان اهمیت بسزایی دارد.

صاحب‌نظران علوم زیستی و اجتماعی تعاریف متفاوتی از سالمندی ارائه کرده‌اند. از دیدگاه زیستی، پیری عبارت است از تغییرات بیولوژیکی که در نحوه زیست ارگانیسم و در طول زمان ظاهر می‌شود. این تغییر با کاهش نیروی حیاتی و تطبیقی یعنی کاهش قابلیت انطباق فرد با شرایط ناگهانی و ناتوانی در ایجاد تعادل مجدد همراه بوده و به تدریج دگرگونی‌هایی را در

ساختمان و عمل اعضای بدن فرد به وجود می‌آورد (زارع و زارع، ۱۳۹۱: ۴۳)، در حالی که سالمندشناسان اجتماعی بر این باورند که فرد سالخورده کسی است که برای تامین نیازهای حیاتی خود به توجه و مراقبت دائمی دیگران نیاز دارد. از نظر جامعه‌شناسان، سالمند کسی است که بر اثر افزایش سن و کهنولت، توانایی انجام نقش‌ها و مسئولیت‌های اجتماعی و اگذار شده از سوی خانواده و جامعه را نداشته باشد (ریاحی، ۱۳۸۷: ۱۱).

از نظر گیدنز^۱ (۱۳۷۶: ۶۵۳) «آنچه امروزه به عنوان سالمندی یا پیری می‌شناسیم، ساخته دوره معاصر نیست. به این معنی که در گذشته عواملی چون تغییر شکل ظاهری و توانایی‌های جسمانی معیار سالمندی را تشکیل می‌داد اما امروزه تعریف خاصی برای سالمندی وجود دارد. سنی که در آن اکثر مردم از کار بازنشسته می‌شوند و از انواع خاصی از مزایای رفاهی مانند حقوق بازنشستگی برخوردار می‌گردند». براین اساس در حالی که در قرن بیستم چالش اصلی بهداشت عمومی افزایش امید زندگی بوده است، در قرن ۲۱ زندگی با کیفیت بهتر، مهمترین دغدغه در این حوزه محسوب می‌شود (جدیدی و همکاران، ۱۳۹۰). کیفیت زندگی که شاخص نوین ارائه خدمات بهداشتی، درمانی و مراقبتی به گروه‌های مختلف جمعیتی به ویژه سالمندان است (درویش‌پور خاکی و همکاران، ۱۳۸۸)، نوعی احساس خوب بودن فردی است و از رضایت یا عدم رضایت از جنبه‌های مختلف زندگی که برای شخص مهم است، ناشی می‌شود. این مفهوم عملکرد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی افراد را دربر گرفته است (ناصر و همکاران، ۱۳۹۱).

براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف و انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است. به عبارتی، کیفیت زندگی ضمن دارا بودن ابعاد عینی و وابستگی به شرایط عینی و بیرونی، امری است ذهنی و درونی و درنهایت به تصورات و ادراک فرد از واقعیت‌های زندگی بستگی دارد (گروه سازمان بهداشت جهانی ۱۹۹۳؛ به نقل از نجات و

1 Anthony Giddens

دیگران، ۱۳۸۵: ۲). کیفیت زندگی دارای ابعاد مختلفی است و اغلب صاحب‌نظران توافق دارند که مفهوم کیفیت زندگی عموماً شامل چهار بعد فیزیکی (مفاهیمی مانند قدرت، انرژی، توانایی انجام فعالیت‌های روزمره و مراقبت از خود)، روانی (اضطراب، افسردگی و ترس)، اجتماعی (رابطه فرد با خانواده، دوستان، همکاران و جامعه)، روحی (درک فرد از زندگی و هدف و معنای زندگی) می‌باشد. ثابت شده است که بعد روحی زیر مجموعه بعد روانی نبوده و یک دامنه مهم و مستقل محسوب می‌شود و علائم مربوط به بیماری یا تغییرات مربوط به درمان است (نجات، ۱۳۸۷: ۵۸).

در دوران سالمندی تغییراتی در ابعاد مختلف سلامتی افراد از جمله ضعف جسمی، روانی و انواع بیماری‌ها به وجود می‌آید که با توجه به این تغییرات، فرد سالمند مستعد آسیب و کاهش کیفیت زندگی شده و نیازمند توجه، رعایت و همچنین برخورداری از الگوی مراقبتی و سرمایه اجتماعی است (حیدری و شهبازی، ۲۰۱۲). به طور کلی با افزایش سن به دنبال اختلالاتی که در سیستم‌های مختلف بدن صورت می‌گیرد و به خصوص به علت محدودیت‌های جسمی و حرکتی که به وجود می‌آید، وابستگی فرد به دیگران در انجام برخی فعالیت‌ها افزایش می‌یابد که این عوامل می‌توانند بر کیفیت زندگی تاثیر داشته باشند. با توجه به نیازهای ویژه در این دوران، کیفیت زندگی در سالمندان می‌تواند به راحتی مورد تهدید قرار گرفته و از این رو در نظر داشتن عوامل مؤثر بر سطح کیفیت زندگی دوران سالمندی دارای اهمیت بالقوه‌ای است (بونند، ۲۰۰۱).

از طرف دیگر فرایند سالمندی و فرایند زیستی و اجتماعی آن به طور طبیعی موجب اختلال در کارکرد اندام‌های مختلف بدن و ناتوانی تدریجی در انجام و اداره امور شخصی و ایفای نقش‌های اجتماعی فرد سالمند می‌شود که تاثیر این نارسایی‌ها در بعد اجتماعی زندگی سالمندان بارزتر می‌باشد، به طوری که محدود شدن شبکه ارتباطات شخصی را می‌توان برآیند این عوامل دانست. این در حالی است که بعد اجتماعی زندگی، تاثیر بسزایی در سلامت به صورت عام و کیفیت زندگی به صورت خاص دارد (بورديو، ۱۹۸۶). بنابراین کیفیت زندگی جزء جدایی‌ناپذیر سالمندی پویا است و یکی از چالش‌های جدید، «زندگی کردن با کیفیت برتر» است.

در عصر حاضر هدف مشترک توسعه در سطوح ملی و بین‌المللی، بهبود کیفیت زندگی است و آینده زندگی بشر متکی بر درک بهتر عواملی خواهد بود که بر کیفیت زندگی انسان تاثیرگذار هستند. بخشی از این عوامل، به کیفیت روابط ما با سایرین، گروه‌ها، نهادهای رسمی و غیررسمی مربوط می‌شود که از آن‌ها تحت عنوان سرمایه اجتماعی^۱، به عنوان عامل مفقوده توسعه یاد می‌شود (خوشفر، ۱۳۹۲: ۱۵۲). براین اساس، روابط اجتماعی هسته اصلی جامعه محسوب می‌گردد و موجب می‌شود که افراد جامعه با گسترش پیوندهای خود، فعالیت‌های 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 می‌روند. سرمایه اجتماعی یک مفهوم چندبعدی است که شبکه‌های اجتماعی، اعتماد اجتماعی، حمایت اجتماعی و هنجارهای عمل متقابل را در بر می‌گیرد و گروه‌ها و افراد را به سمت دستیابی به هدفی که بر مبنای ارزش‌ها و معیارهای رایج در جامعه مثبت تلقی می‌شوند، هدایت می‌کند. سرمایه اجتماعی هر فرد، رابطه روشنی با جایگاه او در شبکه‌های اجتماعی گوناگون دارد. حال همین جایگاه فرد در شبکه‌های گوناگون اجتماعی است که میزان بهره او از کیفیت‌های مطلوب زندگی را مشخص می‌سازد. بنابراین می‌توان گفت که مفهوم سرمایه اجتماعی و مفهوم کیفیت زندگی همبستگی فراوانی دارند و سرمایه اجتماعی بخشی از توانایی فرد برای بهره‌مندی از شاخص‌های کیفیت زندگی را فراهم می‌کند (اونق، ۱۳۸۴؛ غفاری و اونق، ۱۳۸۵؛ ماجدی و لهسایی زاده، ۱۳۸۵؛ لی، ۲۰۰۸). 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 آن‌ها وجود دارد. سالمندی دوره‌ای از زندگی است که طی آن سالمندان در معرض تهدیدات بالقوه‌ای نظیر ابتلاء به بیماری‌های مزمن، تنهایی، انزوا، عدم برخورداری از حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی بوده و به دلیل ناتوانی جسمی و ذهنی در موارد زیاد استقلال فردیشان را از دست می‌دهند. این عوامل می‌تواند منجر به افت کیفیت زندگی سالمندان شود (میرزایی و کاوه فیروز، ۱۳۹۰:

1 Social capital

2 Li et al

۱۲۶). بنابراین برای بالابردن سطح کیفیت زندگی و رفاه اجتماعی افراد جامعه و همچنین سالمندان، توجه جدی به این موضوع اجتناب‌ناپذیر است و توجه بیشتر سیاستگذاران و دست‌اندرکاران این امر را می‌طلبد.

در پژوهش حاضر بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان ساکن منازل و آسایشگاه‌های شهر تهران از چند جهت اهمیت دارد. اول به جهت آن که سالمندی دوران حساسی از زندگی بشر است که در آن از یک سو منابع تامین نیازها کاهش می‌یابد و از سوی دیگر وسعت و نوع نیازها و مسائل مترتب بر آن تغییر می‌کند و در پی تغییرات وسیع و سریع جمعیتی طی دو دهه اخیر و رشد سریع جمعیت سالخورده در جهان، کشور ما نیز از این تغییر جمعیتی بی‌نصیب نخواهد ماند.

دوم به جهت آن که یکی از شرایطی که احتمالاً تاثیر زیادی بر کیفیت زندگی سالمندان دارد، مکانی است که آن‌ها زندگی می‌کنند. زندگی جدید و تغییر ساختار خانواده و جامعه سبب شده است نگهداری سالمندان در خانواده، بسیار مشکل باشد و منجر به رشد آسایشگاه‌های سالمندان گردیده است. از این رو کاملاً ضروری به نظر می‌رسد که کیفیت زندگی با در نظر گرفتن محل سکونت‌شان مشخص شود. سوم آنکه به دلیل جریان نوسازی و پیامدهای مدرنیته و صنعتی شدن، امروزه شبکه‌های اجتماعی سالمندان به طور چشمگیری محدود شده است و سالمندان از حمایت‌های عاطفی و اجتماعی کمتری برخوردارند. در واقع سالمندان به دلیل نداشتن ارزش اقتصادی در جامعه امروز کنار گذاشته می‌شوند و حتی فرزندان و بستگان‌شان آن‌ها را کمتر مورد حمایت خود قرار می‌دهند. در بعد عملی نیز با عطف به شناخت علمی، فراهم نمودن زمینه‌های لازم جهت اتخاذ سیاست‌های مناسب و تدوین برنامه‌های اجرایی مؤثر است، چرا که اساساً محور اصلی سیاست پژوهشی شکل دادن به درک سیاستگذاران از مسایل اجتماعی و روشن کردن علل و راه‌حل‌های مختلف مسایل اجتماعی است.

بر اساس آنچه گفته شد، تحقیق حاضر درصدد پاسخ به این سوالات اساسی است: آیا سالمندان ساکن منازل نسبت به سالمندان ساکن آسایشگاه‌ها از کیفیت زندگی بهتری

برخوردارند؟ همچنین از نظر سرمایه اجتماعی و ابعاد آن، آیا سالمندان ساکن منازل از سرمایه اجتماعی بالاتری برخوردارند؟ و در نهایت آیا سرمایه اجتماعی سالمندان (چه ساکن منازل و چه ساکن آسایشگاه) بر کیفیت زندگی آنها اثرگذار است یا خیر.

پیشینه پژوهش

مطالعات متعدد و ارزشمندی در ارتباط با سالمندی و ابعاد آن در حوزه علوم اجتماعی انجام شده است. در این بین، به چند مطالعه‌ای که به بررسی کیفیت زندگی سالمندان پرداخته‌اند، اشاره می‌شود.

در مطالعه زائری لطف و امانیان (۱۳۹۱) نتایج تحلیل چند متغیره نشان داد که بهره مندی از شبکه‌های حمایت اجتماعی، حدود ۵۳/۶ درصد از تغییرات متغیر وابسته را تبیین می‌کند و مهم‌ترین پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی، متغیر حمایت عاطفی بوده است. کاوه فیروز (۱۳۹۰) نشان داد که به غیر از متغیر تعداد سال‌های اقامت فرد، بقیه متغیرها از جمله سن، جنس، وضع تاهل، پایگاه اقتصادی اجتماعی، حمایت‌های ابزاری و عاطفی، نقش‌ها و فعالیت‌های اجتماعی، روابط اجتماعی، رفتارهای سلامت مدار و نیز دسترسی به خدمات بهداشتی بر کیفیت زندگی سالمندان تاثیر معناداری دارد. یزدانپور و سام آرام (۱۳۸۹) در بررسی خود نشان دادند میزان تعلق و احترام فرد سالمند در خانواده اش با میزان کیفیت زندگی وی در ارتباط است و هرچه سالمندان از حمایت‌های اجتماعی بیشتری برخوردار باشند، کیفیت زندگی‌شان هم بالاتر می‌رود. حسام زاده و دیگران (۱۳۸۸) در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند نمره کیفیت زندگی سالمندان مقیم خانواده (۶۵/۵۷) بالاتر از کیفیت زندگی سالمندان مقیم سرای سالمندان دولتی (۵۱/۳۰) و خصوصی (۵۰/۶۴) بود. نمره ابعاد عملکرد جسمی، اجتماعی و رضایت از زندگی و نیز مراقبت از خود در سالمندان مقیم خانواده با سالمندان سرای دولتی و خصوصی اختلاف معناداری داشته است.

لی (۲۰۲۰) نشان داد سرمایه اجتماعی ساختاری تاثیر بیشتری در مقایسه با سرمایه اجتماعی شناختی بر روی شرایط سالمندان می‌گذارد. این یافته‌ها نقش حیاتی سرمایه اجتماعی شناختی و

ساختاری را در تاثیرگذاری بر اولویت‌بندی در میان بزرگسالان روستایی نشان می‌دهد. پاسکولین و مولزان^۱ (۲۰۰۸) در پژوهشی بیان کردند در بین دو کشور در زمینه کیفیت زندگی اجتماعی سالمندان تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و الگوی یکسانی از نظر عوامل رضایت از سلامتی، پول کافی، معنای زندگی و فرصت‌های اوقات فراغت در هر دو کشور وجود دارد و رضایت از روابط شخصی در کانادا و برزیل قابل توجه نبوده است. نتایج بررسی نیلسون و دیگران^۲ (۲۰۰۶) نشان داد که سن سالمند، پایگاه اقتصادی خانواده، و سرمایه اجتماعی در کیفیت زندگی سالمندان مناطق روستایی نقش بسزایی دارد.

همان‌طور که ملاحظه می‌شود مطالعات ارزشمندی و متعددی پیرامون سالمندی به‌خصوص کیفیت زندگی و ابعاد آن انجام شده است. اما مقاله پیش رو از دو جهت دارای ویژگی نوآورانه است. اول آنکه غالب مطالعات انجام شده در مورد کیفیت زندگی سالمندان در حوزه پزشکی و بهداشت انجام شده و فاقد رویکرد جامعه‌شناسانه به این مساله مهم بوده‌اند. همچنین در بین مطالعات انجام شده، مطالعه‌ای که رابطه سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان را به صورت تطبیقی بین سالمندان ساکن منازل و ساکن آسایشگاه‌ها بررسی نماید، انجام نشده است.

مبانی نظری

۱- نظریات سرمایه اجتماعی

از نظر بوردیو^۳ سرمایه عبارت است از کار تجمعیافته که در انحصار عاملان یا گروهی از عاملان است و آنان را قادر می‌سازد که نیروهای اجتماعی را به تصرف درآورند (بوردیو، ۱۹۸۶: ۲۸۴؛ به نقل از موسوی و علی‌پور، ۱۳۹۱: ۴۸). بوردیو در تفکیک انواع سرمایه، از چهار نوع سرمایه اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی و نمادین یاد می‌کند (ریتزر، ۱۳۸۶: ۷۲۵). بوردیو سرمایه اجتماعی را یکی از اشکال سرمایه می‌داند و به این نکته توجه دارد که ایجاد و اثربخشی سرمایه اجتماعی بستگی به عضویت در یک گروه اجتماعی دارد که اعضای آن مرزهای گروه را از

1 Paskulin and Molzahn

2 Nilsson et al

3 Pierre bourdieu

طریق مبادله اشیاء و نمادها بنیان نهاده‌اند. فرد با عضویت در گروه، در مالکیت شبکه بادوامی از روابط نهادی شده بین افراد شریک می‌شود و موقعیت وی منوط به داشته‌های فرد از سرمایه موجود اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی است.

بوردیو معتقد است که تأکید بر شبکه‌های اجتماعی دستیابی به منابع گروهی را فراهم می‌کند. حجم سرمایه اجتماعی مورد تملک یک فرد به اندازه شبکه پیوندهایی بستگی دارد که او می‌تواند به شیوه ای مؤثر بسیج کند و نیز وابسته به سرمایه اقتصادی، فرهنگی و نمادین در اختیار کسانی است که وی با آنان مرتبط است (تاجبخش، ۱۳۸۴: ۱۴۸). البته سرمایه اجتماعی مستلزم شرایطی به مراتب بیش از وجود صرف پیوندها می‌باشد. در واقع، پیوندهای شبکه‌ای می‌بایست از نوع خاصی باشند؛ یعنی شبکه، دارای روابط مثبت و مبتنی بر اعتماد است (ریتزر، ۱۳۸۶: ۷۱۶). سرمایه اجتماعی برای بوردیو موقعیت‌ها و روابط در گروه‌ها و شبکه‌های اجتماعی است که دسترسی به فرصت‌ها، اطلاعات، منابع مادی و موقعیت اجتماعی را برای افراد افزایش می‌دهد.

از نظر رابرت پاتنام^۱ سرمایه اجتماعی به خصوصیات از سازمان اجتماعی نظیر شبکه‌ها، هنجارها و اعتماد اشاره دارد که همکاری و هماهنگی برای منافع متقابل را تسهیل می‌نماید (توسلی و موسوی، ۱۳۸۴: ۱۴). سرمایه اجتماعی کمک‌کننده رفتار جمعی است؛ یعنی موجب افزایش هزینه‌های بالقوه عهدشکنی در هر معامله‌ای، تقویت هنجارهای معامله متقابل، تسهیل ارتباطات، بهبود جریان اطلاعات در مورد قابل اعتماد بودن افراد و انتقال حسن شهرت فعالان به دیگران و نمایان ساختن موفقیت‌های پیشینیان در همکاری می‌شود و همانند چارچوب فرهنگی شفاف برای همکاری آینده عمل می‌کند (توسلی و موسوی، ۱۳۸۴: ۲۹-۲۵). از نظر پاتنام، سرمایه اجتماعی اغلب باید از طریق دیگر فعالیت‌های اجتماعی تولید شود. این سرمایه به طور معمول در پیوندها، هنجارها و اعتماد تشکیل می‌شود که از یک موقعیت اجتماعی به دیگر موقعیت اجتماعی قابل انتقال است. همچنین وی سرمایه اجتماعی را به عنوان ویژگی سازمان اجتماعی مشتمل بر هنجارهای مشترک، اعتماد و عضویت در شبکه‌های اجتماعی تعریف

1 Robert Putnam

می‌کند. هر چه شبکه‌های اجتماعی بین افراد متراکم‌تر باشد احتمال بیشتری وجود دارد که شهروندان بتوانند در جهت منافع متقابل همکاری کنند (پاتنام، ۱۳۹۹: ۳۸؛ به نقل از موسوی و علی‌پور، ۱۳۹۱: ۶۶). اعتماد زمینه‌ساز همکاری میان اعضای جامعه است و شبکه‌ای از روابط داوطلبانه بین گروه‌ها را در ابعاد مختلف زندگی اجتماعی به وجود می‌آورد و یکی از عوامل اساسی و حیاتی سرمایه اجتماعی و موثر بر کیفیت زندگی می‌باشد.

۲- نظریات کیفیت زندگی

فیلیس^۱ کیفیت زندگی را در ابعاد فردی (در سطح فردی مولفه‌های عینی و ذهنی) و جمعی مورد بررسی قرار می‌دهد. از نظر وی، لازمه کیفیت زندگی فردی در بعد عینی تامین نیازهای اساسی و برخورداری از منابع مادی جهت برآوردن خواست‌های اجتماعی شهروندان است و در بعد ذهنی داشتن استقلال عمل در: ۱- افزایش رفاه ذهنی شامل لذت‌جویی، رضایتمندی، هدف داری در زندگی و رشد شخصی ۲- رشد و شکوفایی در مسیر سعادت و دگرخواهی ۳- مشارکت در سطح گسترده‌ای از فعالیت‌های اجتماعی است. کیفیت زندگی در بعد جمعی آن بر ثبات و پایداری محیط فیزیکی و اجتماعی، منابع اجتماعی درون گروه‌ها، انسجام مدنی، همکوشی و یکپارچگی، روابط شبکه‌ای گسترده و پیوندهای موقتی در تمامی سطوح جامعه، هنجارها و ارزش‌هایی اعم از اعتماد، نوع دوستی و رفتار دگرخواهانه، انصاف، عدالت اجتماعی و برابری طلبی تاکید دارد (غفاری و امیدی، ۱۳۹۰: ۹). فرانس^۲ در نظریه ادراکی خود برای کیفیت زندگی، چهار عامل اصلی خانواده، وضعیت اجتماعی و اقتصادی، وضعیت روحی و روانی و همچنین وضعیت جسمانی را مؤثر می‌داند (آقا مولایی، ۱۳۸۴). سرجی^۳ معتقد است جوامع توسعه‌یافته شامل اعضای است که اساساً در مراتب بالاتری از نیازها اکتفا می‌شوند. برعکس، جوامع کمتر توسعه‌یافته شامل اعضای است که اغلب با مراتب پایین‌تری از نیاز اکتفا می‌شوند. کیفیت زندگی بر حسب سطح رضایت نیازها براساس سلسله مراتب اعضای مردم

1 Philips

2 Ferrans

3 Sergi

مشخص و معین می‌شود. هر چه رضایت از برآورده شدن نیازها در اکثریت مردم یک جامعه بالاتر باشد، کیفیت زندگی آن جامعه بالاتر خواهد بود (کاوه فیروز، ۱۳۹۰: ۲۴-۲۳).

نظریه کیفیت زندگی جهانی شامل سه بعد اساسی در یک طیف ذهنی- اصالت وجودی- عینی می‌باشد. این سه طیف شامل: ۱- کیفیت ذهنی زندگی^۱: عبارت است از احساسی که فرد از لذت بخش بودن زندگی خود دارد. هر فرد شرایط، احساسات و عقایدش را به صورت شخصی ارزیابی می‌کند. بنابراین رضایت‌مندی از زندگی این جنبه از زندگی را مشخص می‌کند. به عبارتی، احساس رضایت فرد از زندگی منعکس کننده بعد ذهنی کیفیت زندگی می‌باشد. ۲- کیفیت اصالت وجودی زندگی^۲: در این دیدگاه، فرض بر این است که فرد دارای ماهیت عمیق- تری است که شایسته احترام بوده و می‌تواند منطبق با ماهیت خود زندگی کند. به عنوان مثال، نیازهای بیولوژیکی فرد برطرف شود، رشد کند و به حد کمال برسد و جریان زندگی منطبق با شاخص‌های معنوی یا باورهای دینی فرد گردد. این بعد به عنوان هماهنگ‌کننده بین ذهنیات و عینیات عمل می‌کند. ۳- کیفیت عینی زندگی^۳: به معنی درک چگونگی لذت بخش بودن زندگی فرد توسط پیرامون و محیط اطراف می‌باشد (دنیای پیرامون، لذت بخش بودن و یا وضعیت فرد را تعیین می‌کند). این دیدگاه تحت تأثیر فرهنگی می‌باشد که مردم در آن زندگی می‌کنند (موحد و حسین‌زاده، ۱۳۹۰: ۱۱۸).

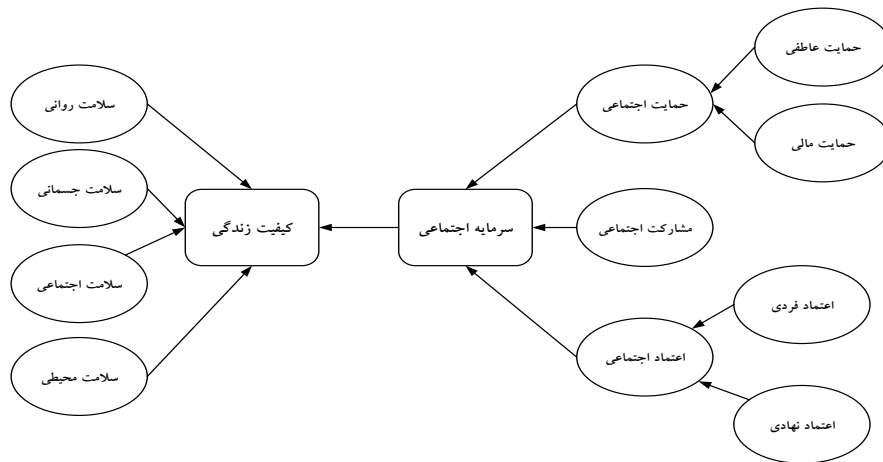
در زمینه سالمندی به نظر می‌رسد بعد اجتماعی از جمله عوامل کلیدی در شکل دادن کیفیت زندگی است که تأثیر بسزایی در احساسات اجتماعی دارد. این بعد در سطح میانه و تلفیقی از شاخص‌های عینی و ذهنی کیفیت زندگی است. انسان ذاتاً موجودی است اجتماعی و زندگی‌اش در رابطه با دیگرانی معنا می‌یابد که در سطوح مختلف با او در ارتباط‌اند. بعد اجتماعی شامل شرایطی است که رابطه فرد را با دیگران در خانواده و در سازمان‌هایی که در آن کار می‌کند یا عضویت دارد و در جامعه در رابطه با حکومت و دولت تعریف می‌کند. مهمترین این متغیرها

1 Subjective quality of life

2 Existential quality of life

3 Objective quality of life

عبارت‌اند از: زندگی خانوادگی سالم و راحت؛ زندگی سازمانی سالم و پربار؛ جامعه محلی و کیفیت روابطی که در آن جریان دارد. رابطه با همسایگان، با اهل محل و کسب و کارهایی که از آنها خرید می‌کنیم؛ به دوستان و آشنایان و میزان صمیمیت و اعتماد متقابل بین فرد و آنانی که سرمایه اجتماعی فرد را تشکیل می‌دهند و نیز امنیت.



نمودار ۱- مدل نظری تحقیق

براساس مدل نظری فوق، کیفیت زندگی سالمندان از تلفیق چهار بعد سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و محیطی بدست آمده است. رابطه سرمایه اجتماعی سالمندان و نیز ابعاد آن (حمایت اجتماعی، مشارکت اجتماعی، اعتماد اجتماعی) با کیفیت زندگی آنها به تفکیک نوع سکونت (ساکن منزل، ساکن آسایشگاه) به عنوان مفروضات تحقیق مطرح شده که در بخش‌های بعدی تحقیق به آنها پرداخته خواهد شد.

روش و داده‌های تحقیق

این پژوهش با استفاده از روش پیمایش انجام شد و داده‌ها با استفاده از ابزار پرسشنامه مبتنی بر مصاحبه جمع‌آوری شد. جامعه آماری، کلیه سالمندان ۶۵ سال و بالاتر ساکن در آسایشگاه‌ها و منازل شهر تهران و مبنای انتخاب نمونه، سالمندان ساکن منازل و آسایشگاه‌های شهر تهران بر

اساس آخرین سرشماری عمومی نفوس و مسکن در سال ۱۳۹۵ و داده‌های سازمان بهزیستی استان تهران بوده است. بنابراین با استفاده از فرمول کوکران ۳۸۴ نفر از سالمندان ۶۵ سال و بیشتر ساکن شهر تهران به عنوان نمونه تحقیق انتخاب شدند. برای تعیین واحدهای نمونه، از روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای طبقه‌ای استفاده شد. ابتدا مناطق ۲۲ گانه شهر تهران از نظر سطح توسعه اقتصادی و اجتماعی به سه طبقه بالا، متوسط و پایین تقسیم شد. سپس مناطق ۱ و ۲۲ به عنوان نماینده طبقه بالا و منطقه ۱۰ و ۲۰ به عنوان نماینده طبقه پایین انتخاب شد تا مقایسه پذیری پاسخ‌ها امکان‌پذیر شود. در هر منطقه نیز پرسشنامه‌ها به طور مساوی توزیع شد. بنابراین ۱۹۲ پرسشنامه در بین سالمندان ساکن منازل و آسایشگاه‌های مناطق ۱ و ۲۲ و نیز ۱۹۲ پرسشنامه در بین سالمندان ساکن منازل و آسایشگاه‌های مناطق ۱۰ و ۲۰ تکمیل شد. همچنین برای بررسی پایایی پرسشنامه، از روش آلفای کرونباخ استفاده شد و نتایج آن در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱- پایایی سؤالات مربوط به سازه‌های مورد بررسی

مقدار آلفا	تعداد سؤالات	سازه
۰/۸۳۶	۲۷*	اعتماد اجتماعی
۰/۹۰۳	۲۰	مشارکت اجتماعی
۰/۸۲۸	۱۲	حمایت اجتماعی
۰/۸۸۶	۲۶	کیفیت زندگی

* در رابطه با سازه اعتماد اجتماعی لازم به ذکر می‌باشد که سوالات ۱۱ و ۱۲ پرسشنامه مختص سالمندان ساکن آسایشگاه‌ها می‌باشد.

در ادامه به تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرهای تحقیق پرداخته شده است.

اعتماد اجتماعی: اعتماد اجتماعی دلالت بر انتظارات و تعهدهای اکتسابی و تایید شده‌ای دارد که افراد نسبت به یکدیگر و نسبت به سازمان‌ها و نهادهای مرتبط با زندگی اجتماعی خود دارند (ازکیا و غفاری، ۱۳۸۰: ۹). در تحقیق حاضر اعتماد اجتماعی به دو شکل اعتماد نهادی و اعتماد فردی سنجش شد و از پاسخگویان خواسته شد تا میزان اعتماد خود را نسبت به افراد، و ارگان‌ها

و گروه‌های نامبرده مشخص نمایند. برای سنجش اعتماد فردی، افراد و گروه‌های نامبرده عبارتند از: اعضای خانواده، فامیل و خویشاوندان، دوستان، همسایگان، همکاران، اهالی محله، همشهری‌ها. همچنین برای سنجش اعتماد نهادی از ۲۰ ارگان و یا گروه نام برده شده که عبارتند از: سازمان بازنشستگی، بیمارستان‌ها، بانک‌ها، تامین اجتماعی، فرمانداری، دادگاه‌ها، ثبت احوال، کلاتری، شورای شهر، بسیج، سپاه، ارتش، شهرداری‌ها، مطبوعات و روزنامه‌نگاران، موسسات خیریه، سازمان‌های غیردولتی، صدا و سیما، پزشکان، پرستاران آسایشگاه، مسئولین آسایشگاه.

حمایت اجتماعی: حمایت اجتماعی شامل سه مقوله حمایت ابزاری، عاطفی و اطلاعاتی

می‌باشد. حمایت ابزاری به کمک‌های مادی، عینی و واقعی دریافت شده توسط یک فرد از سوی دیگران اطلاق می‌شود که کمک می‌کند تا نیازهای روزانه خود را تأمین نمایند حمایت عاطفی در بردارنده احساس همدلی، مراقبت و توجه و علاقه نسبت به یک شخص است. حمایت اطلاعاتی، به دست آوردن اطلاعات ضروری از طریق تعامل‌های اجتماعی با دیگران است (درنتا و همکاران، ۲۰۰۶).

مشارکت اجتماعی: مشارکت اجتماعی به آن دسته از فعالیت‌های ارادی دلالت دارد که از

طریق آن‌ها اعضای یک جامعه در امور محله، شهر و روستا به صورت مستقیم یا غیرمستقیم در شکل دادن به حیات اجتماعی مشارکت دارند. نمود این مشارکت، وجود نهادهای مشارکتی چون انجمن‌ها، گروه‌ها، سازمان‌های محلی و غیردولتی هستند (ازکیا و غفاری، ۱۳۸۰: ۱۶-۱۵). در واقع، مشارکت اجتماعی شرکت ارادی و آگاهانه افراد در فعالیت‌های مدنی (انجمن‌های صنفی، اتحادیه کارگری، تعاون‌ها و...)، فرهنگی، تفریحی و ورزشی (گروه‌های علمی و هنری، تشکل‌های سیاسی، رفتن به پارک، مهمانی‌های فامیلی هفتگی یا ماهانه، تیم ورزشی و...)، مذهبی (شرکت در هیئت‌های مذهبی، روزه‌ها، نماز جمعه و...)، محلی (مراسم ختم همسایگان، جلسات، انجمن اولیاء و مربیان، فعالیت‌های عمرانی محلی و...) می‌باشد.

کیفیت زندگی: برای عملیاتی کردن متغیر کیفیت زندگی از پرسشنامه WHOQOL-BREF

36 که یکی از پرسشنامه‌های بسیار معتبر در سنجش کیفیت زندگی در سطح جهان می‌باشد،

استفاده شده است. طبق بررسی‌های انجام شده این پرسشنامه در بیش از ۴۰ کشور جهان ترجمه و مورد اعتبار سنجی قرار گرفته است (نجات و همکاران، ۱۳۸۵؛ به نقل از کاوه‌فیروز، ۱۳۹۰: ۹۵). در این تحقیق، شاخص کیفیت زندگی در قالب ۳۶ گویه و چهار بعد سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط اطراف اندازه‌گیری شد که نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بیشتر است.

یافته‌های تحقیق

در این بخش ابتدا، یافته‌های توصیفی و سپس یافته‌های استنباطی تحقیق گزارش شده است.

جدول ۲- توزیع درصدی نمونه تحقیق بر حسب متغیرهای زمینه‌ای به تفکیک جنس و محل سکونت

آسایشگاه‌ها		منازل		طبقات	متغیر
مرد	زن	مرد	زن		
۷۱	۷۵	۶۶	۶۹	میانگین سنی	
۳۲/۷	۴۹/۳	۶۸/۳	۷۶/۵	دارای همسر	وضع تاهل
۵۱/۹	۲۳/۶	۲۸/۳	۱۵/۹	بی همسر در اثر فوت	
۳/۸	۱۴/۳	۱/۷	۶/۱	بی همسر در اثر طلاق	
۱۱/۶	۱۲/۸	۱/۷	۱/۵	هرگز ازدواج نکرده	
۱۱/۵	۱۷/۱	۱۵	۲۲	تحصیلات دانشگاهی	وضع سواد و میزان تحصیلات
۶۹/۳	۷۴/۳	۷۱/۷	۶۹/۷	تحصیلات غیردانشگاهی	
۱۹/۲	۸/۶	۱۳/۳	۸/۳	بی سواد	
۰	۱/۴	۶/۷	۳۲/۶	شاغل	وضع فعالیت
۵/۸	۵/۷	۰	۱/۵	بیکار	
۱۵/۴	۳۷/۲	۱۶/۷	۳۷/۹	بازنشسته	
۰	۰	۵۸/۳	۰	خانه‌دار	
۱۱/۵	۱۲/۱	۳/۳	۹/۱	دارای درآمد بدون کار	
۶۷/۳	۴۳/۶	۱۵	۱۸/۹	از کار افتاده	
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	جمع	

یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهد در مجموع در مقایسه سالمندان ساکن آسایشگاه با سالمندان ساکن منازل، سالمندان ساکن آسایشگاه از نظر وضع تاهل، وضع سواد و وضع فعالیت در سطحی پایین‌تر قرار گرفته‌اند. لازم به ذکر است به لحاظ وضع تاهل، مردان و زنان سالمند ساکن منازل با اختلاف قابل توجهی نسبت به سالمندان مرد و زن ساکن آسایشگاه در زمان بررسی دارای همسر بوده‌اند. هر چند در مقایسه عمومیت ازدواج زنان و مردان سالمند (چه سالمندان ساکن منازل و چه ساکن آسایشگاه‌ها)، زنان از عمومیت ازدواج پایین‌تری برخوردار بوده‌اند.

جدول ۳- توزیع درصدی نمونه تحقیق بر اساس متغیر وابسته و متغیرهای مستقل تحقیق به تفکیک منازل و آسایشگاه‌ها

متغیر	منازل			آسایشگاه		
	سطوح	درصد	میانگین	سطوح	درصد	میانگین
اعتماد اجتماعی	بالا	۱۱/۴	۷۵	بالا	۱۹/۳	۷۹
	متوسط	۶۴/۱		متوسط	۵۶/۷	
	پایین	۲۴/۵		پایین	۲۴	
سرمایه اجتماعی	بالا	۱۶/۶	۱۶۱	بالا	۱۰/۴	۱۵۴
	متوسط	۵۸/۹		متوسط	۶۰/۴	
	پایین	۲۴/۵		پایین	۲۹/۲	
حمایت اجتماعی	بالا	۱۶/۱	۱۹	بالا	۱۶/۷	۱۷
	متوسط	۵۹/۴		متوسط	۴۶/۳	
	پایین	۲۴/۵		پایین	۳۷	
مشارکت اجتماعی	بالا	۲۱/۹	۵۵/۵	بالا	۱۸/۲	۴۹
	متوسط	۵۳/۱		متوسط	۵۳/۱	
	پایین	۲۵		پایین	۲۸/۷	
کیفیت زندگی	بالا	۲۴/۵	۷۹/۵	بالا	۵/۲	۷۲
	متوسط	۴۵/۳		متوسط	۵۷/۳	
	پایین	۳۰/۲		پایین	۳۷/۵	

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد در مجموع میزان اعتماد اجتماعی در هر دو گروه از سالمندان در حد متوسطی بوده و سالمندان ساکن آسایشگاه‌ها در مقایسه با سالمندان ساکن منازل، از نظر اعتماد اجتماعی در وضعیت بهتری قرار دارند. از نظر حمایت اجتماعی می‌توان گفت که میزان حمایت اجتماعی در هر دو گروه از سالمندان بیشتر در حد متوسطی بوده و سالمندان ساکن منازل در مقایسه با سالمندان ساکن آسایشگاه‌ها، از نظر حمایت اجتماعی به نسبت کمی در وضعیت بهتری قرار دارند. در رابطه با نقش‌ها و فعالیت‌های اجتماعی یا به عبارتی مشارکت اجتماعی سالمندان نیز، می‌توان گفت که در هر دو گروه از سالمندان میزان فعالیت‌های اجتماعی و مشارکت اجتماعی در بیشتر در حد متوسطی بوده است.

با تلفیق اعتماد اجتماعی، حمایت اجتماعی و مشارکت اجتماعی، میزان سرمایه اجتماعی در بین سالمندان سنجیده شد که بیش از نیمی از سالمندان ساکن منازل (۵۸/۹ درصد) دارای سرمایه اجتماعی متوسطی هستند و (۱۶/۶ درصد) این سالمندان از سرمایه اجتماعی بالا و (۲۴/۵ درصد) از سرمایه اجتماعی پایینی برخوردار بوده‌اند. در بین سالمندان ساکن آسایشگاه‌ها نیز تعداد بسیار کمی از افراد (۱۰/۴ درصد) سرمایه اجتماعی بالایی را داشته و بیشتر این سالمندان (۶۰/۴ درصد) سرمایه اجتماعی متوسط و (۲۹/۲ درصد) سرمایه اجتماعی پایینی داشته‌اند. در کل می‌توان گفت که میزان سرمایه اجتماعی در هر دو گروه از سالمندان بیشتر در حد متوسطی قرار داشته و سالمندان ساکن منازل در مقایسه با سالمندان ساکن آسایشگاه‌ها از نظر سرمایه اجتماعی در وضعیت بهتری قرار دارند.

یافته‌ها در رابطه با وضعیت کیفیت زندگی سالمندان نشان داد که در بین سالمندان ساکن منازل، (۴۵/۳ درصد) افراد در وضعیت متوسط قرار گرفته، (۳۰/۲ درصد) در وضعیت بدی به سر می‌برند و تنها (۲۴/۵ درصد) از سالمندان از لحاظ کیفیت زندگی در وضعیت خوبی قرار دارند. همچنین در بین سالمندان ساکن آسایشگاه‌ها نیز بیش از نیمی از سالمندان (۵۷/۳ درصد) دارای کیفیت زندگی متوسط، (۳۷/۵ درصد) کیفیت زندگی پایین و تنها (۵/۲ درصد) از کیفیت زندگی خوبی برخوردار بوده‌اند که این رقم بسیار پایینی می‌باشد. در مجموع می‌توان گفت که

سالمندان ساکن منازل و آسایشگاه‌ها از نظر کیفیت زندگی در وضعیت ایده‌آلی قرار ندارند و این موضوع در بین سالمندانی که در آسایشگاه‌ها زندگی می‌کنند، بیشتر احساس می‌شود. با توجه به اهمیت نوع سکونت بر کیفیت زندگی سالمندان، نتایج آزمون دو متغیره کیفیت زندگی و نوع سکونت در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴- نتایج آزمون تی برای بررسی رابطه کیفیت زندگی با نوع سکونت (فرضیه ۱)

متغیر وابسته	نوع سکونت	میانگین	تعداد مشاهدات	کمیت تی	سطح معناداری
کیفیت زندگی	منازل	۷۹	۳۸۴	۵/۹۱۱	۰/۰۰۰
	آسایشگاه	۷۲/۵			

طبق نتایج جدول ۵ با توجه به سطح معناداری و مقدار کمیت تی می‌توان گفت بین کیفیت زندگی سالمندان مورد بررسی و نوع سکونت آنها رابطه معنادار وجود دارد. نتایج میانگین‌ها نشان می‌دهد میانگین کیفیت زندگی سالمندانی که در منازل زندگی می‌کنند ۷۹ بوده درحالی‌که میانگین کیفیت زندگی سالمندان ساکن آسایشگاه ۷۲/۵ می‌باشد. در نتیجه کیفیت زندگی سالمندان ساکن منازل در سطحی بالاتر قرار دارد.

جدول ۵، نتایج آزمون بین کیفیت زندگی را با سرمایه اجتماعی و ابعاد آن نشان می‌دهد.

جدول ۵- نتایج آزمون پیرسون برای بررسی رابطه متغیر وابسته (کیفیت زندگی) با متغیرهای مستقل

متغیر وابسته	متغیرهای مستقل	کمیت پیرسون	سطح معناداری
کیفیت زندگی	سرمایه اجتماعی	۰/۶۱۷	۰/۰۰۱
	سرمایه اجتماعی سالمندان منازل	۰/۷۰۸	۰/۰۰۱
	سرمایه اجتماعی سالمندان آسایشگاه	۰/۴۸۴	۰/۰۰۱
	اعتماد اجتماعی	۰/۲۸۹	۰/۰۰۱
	حمایت اجتماعی	۰/۴۲۰	۰/۰۰۱
	مشارکت اجتماعی	۰/۶۴۷	۰/۰۰۱

همان‌طور که نتایج آزمون‌های آماری نشان می‌دهد تمامی متغیرهای تحقیق با توجه به سطح معناداری مورد تایید قرار گرفته است. به عبارتی بین کیفیت زندگی با متغیر سرمایه اجتماعی و

ابعاد آن (اعتماد اجتماعی، حمایت اجتماعی، مشارکت اجتماعی) سالمندان مورد بررسی رابطه معناداری وجود دارد.

علاوه بر آزمون های دو متغیره، با استفاده از آزمون رگرسیون چندمتغیره به روش گام به گام میزان تأثیر متغیرهای مستقل در کیفیت زندگی سالمندان بررسی شد. نتایج جدول ۶ تأثیر متغیرهای مستقل در کیفیت زندگی سالمندان با کنترل متغیر نوع سکونت را نشان می دهد.

جدول ۶- نتایج رگرسیون چندمتغیره تأثیر متغیرهای مستقل بر کیفیت زندگی سالمندان

مدل چهارم		مدل سوم		مدل دوم		مدل اول		متغیرها
Sig	Beta	Sig	Beta	Sig	Beta	Sig	Beta	
۰/۰۰۱	۰/۱۵۳	۰/۰۰۱	۰/۱۸۷	۰/۰۰۱	۰/۱۷۶	۰/۰۰۱	۰/۳۲۴	نوع سکونت (آسایشگاه = ۰ و ساکن منزل = ۱)
۰/۰۰۱	۰/۱۴۴	۰/۰۰۱	۰/۲۶۳	۰/۰۰۱	۰/۳۵۲			اعتماد اجتماعی
۰/۰۲۲	۰/۱۲۹	۰/۰۰۱	۰/۱۹۴					حمایت اجتماعی
۰/۰۰۱	۰/۴۰۸							مشارکت اجتماعی
۰/۶۹۹		۰/۵۱۹		۰/۴۲۷		۰/۳۲۳		R
۰/۴۸۸		۰/۲۶۹		۰/۱۸۲		۰/۱۰۴		R² (%)
۰/۴۷۲		۰/۲۵۰		۰/۱۷۶		۰/۱۰۲		Adjusted R² (%)
۱۲/۰۲		۹/۹۱		۷/۱۱		۵/۳۰		F
۰/۰۰۱		۰/۰۰۱		۰/۰۰۱		۰/۰۰۲		Sig

همان طور که ملاحظه می شود، با کنترل تمام متغیرها، هر چند تأثیر نوع سکونت بر رفتار کیفیت زندگی سالمندان ضعیف تر می شود ولی معنادار باقی می ماند و دارای اثر مستقل بر کیفیت زندگی سالمندان است. بر این اساس، متغیرهای مشارکت اجتماعی، نوع سکونت، اعتماد اجتماعی و حمایت اجتماعی به ترتیب بیشترین اثر مثبت در کیفیت زندگی سالمندان را دارند. در مجموع، این متغیرها حدود ۴۷ درصد از واریانس متغیر وابسته (کیفیت زندگی سالمندان) را تبیین کرده اند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی کیفیت زندگی سالمندان ساکن آسایشگاه‌ها در مقایسه با کیفیت زندگی سالمندان ساکن منازل بوده و ضمن مقایسه کیفیت زندگی این دو گروه از سالمندان از نظر نوع سکونت، محققین درصدد بوده‌اند تا تاثیر سرمایه اجتماعی و ابعاد آن را بر کیفیت زندگی سالمندان ساکن آسایشگاه و ساکن منازل بررسی نمایند. به عبارتی متغیرهای اعتماد اجتماعی، حمایت اجتماعی و مشارکت اجتماعی که از ابعاد سرمایه اجتماعی می‌باشند، تا چه اندازه در کیفیت زندگی سالمندان ساکن هر دو مکان موثر می‌باشند؟

یافته‌ها نشان داد که ۱۱/۴ درصد سالمندان ساکن منازل و ۱۹/۳ درصد سالمندان ساکن آسایشگاه‌ها از اعتماد اجتماعی بالایی برخوردار هستند و در مجموع سالمندان ساکن آسایشگاه‌ها در مقایسه با سالمندان ساکن منازل، از نظر اعتماد اجتماعی در وضعیت بهتری قرار دارند. همچنین سالمندان ساکن منازل از نظر حمایت اجتماعی در وضعیت بهتری قرار دارند. در رابطه با نقش‌ها و فعالیت‌های اجتماعی یا به عبارتی مشارکت اجتماعی سالمندان مورد مطالعه، در هر دو گروه از سالمندان مشارکت اجتماعی بیشتر در حد متوسطی بوده است.

با تلفیق اعتماد اجتماعی، حمایت اجتماعی و مشارکت اجتماعی، میزان سرمایه اجتماعی در بین سالمندان سنجش شد که بیش از نیمی از سالمندان دارای سرمایه اجتماعی متوسطی هستند و سالمندان ساکن منازل در مقایسه با سالمندان ساکن آسایشگاه‌ها از نظر سرمایه اجتماعی در وضعیت بهتری قرار دارند. همچنین سالمندان ساکن منازل و آسایشگاه‌ها از نظر کیفیت زندگی در وضعیت ایده‌آلی قرار ندارند و این موضوع در بین سالمندانی که در آسایشگاه‌ها زندگی می‌کنند، بیشتر احساس می‌شود.

نتایج پژوهش نشان داد تفاوت قابل ملاحظه‌ای بین میانگین کیفیت زندگی سالمندان ساکن منازل و سالمندانی که در آسایشگاه‌ها سکونت دارند، وجود دارد و سالمندان ساکن منازل نسبت به سالمندان ساکن آسایشگاه‌ها از نظر کیفیت زندگی در وضعیت بهتری قرار دارند. نتایج بررسی‌ها نیز تایید کننده همین موضوع می‌باشد. این یافته با نتایج مطالعات انجام گرفته در این

حوزه همخوانی دارد (حسامزاده و دیگران، ۱۳۸۸؛ مختاری و قاسمی، ۱۳۸۹؛ شریفی و پناه‌علی، ۱۳۹۰؛ نیلسون، ۲۰۰۶). به علاوه، نتایج بررسی حاضر مبین این است که در بین سالمندان ساکن منازل، سالمندانی که سرمایه اجتماعی بالاتری را دارند، از کیفیت زندگی بهتری نسبت به سالمندان با سرمایه اجتماعی متوسط و پایین برخوردار بوده‌اند. در بین سالمندان ساکن آسایشگاه‌ها هم به مانند سالمندان ساکن منازل، سرمایه اجتماعی نقش بسزایی در کیفیت زندگی افراد داشته و با افزایش میزان سرمایه اجتماعی، کیفیت زندگی افراد نیز بهبود پیدا می‌کند.

نتایج نشان داد تفاوت قابل توجهی بین میانگین کیفیت زندگی سالمندان با اعتماد اجتماعی بالا و سالمندانی که اعتماد اجتماعی متوسط و پایینی دارا می‌باشند، وجود دارد. پاتنام (۱۹۹۰) سرمایه اجتماعی را مجموعه‌ای از ارتباطات افقی و وجوه گوناگون سازمان‌های اجتماعی نظیر اعتماد، هنجارها و شبکه‌ها می‌داند که با ایجاد و تسهیل امکانات هماهنگ، باعث افزایش منافع متقابل، کارایی جامعه و در نتیجه کیفیت زندگی می‌شود. در واقع تاکید پاتنام (۱۹۹۰) بیشتر بر روی اعتماد اجتماعی است و آن را یکی از ابعاد حیاتی و اساسی سرمایه اجتماعی می‌داند. حمایت اجتماعی نیز یکی از متغیرهای مفروض تاثیرگذار بر کیفیت زندگی سالمندان در این بررسی می‌باشد. سالمندانی که از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار بودند به مراتب از لحاظ کیفیت زندگی نسبت به سالمندان دارای حمایت اجتماعی متوسط و پایین، وضعیت بهتری را داشته‌اند. بر طبقه نظریه کوب (۱۹۷۶) و ساراسون (۱۹۹۰) اقوام، خانواده، دوستان و آشنایان، خدمات عینی را فراهم می‌کنند که موجب می‌شود یک فرد احساس مراقبت، دوست داشته شدن، عزت نفس و ارزشمند بودن کند و خود را جزئی از شبکه ارتباطی بداند. این یافته با نتایج مطالعات انجام گرفته در این حوزه همخوانی دارد (گروسی و دیگران، ۱۳۹۰؛ موسوی و مصطفائی، ۱۳۹۰؛ زائری لطف و امانیان، ۱۳۹۱؛ علی‌پور، ۱۳۸۸؛ کوششی و همکاران، ۱۳۹۲؛ موسوی سردشتی و همکاران، ۱۳۹۳ و کاوه فیروز، ۱۳۹۰).

مشارکت اجتماعی آخرین متغیری مفروض است که در تحقیق حاضر به عنوان یک متغیر تاثیرگذار بر کیفیت زندگی سالمندان در نظر گرفته شده است. رابطه معنی‌داری بین مشارکت

اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان وجود دارد (همسو با یافته‌های چراغی و همکاران، ۱۳۹۸؛ ناصح و همکاران، ۱۳۹۳ و صفوی، ۱۳۹۴). بر این اساس، نظریه بوردیو مبنی بر این‌که افراد با عضویت در گروه‌ها و درگیر بودن در شبکه‌های اجتماعی به منابع و امکانات گروه دسترسی پیدا کرده و موقعیت اجتماعی آن‌ها بهبود یافته و در نتیجه کیفیت زندگی آن‌ها ارتقاء پیدا می‌کند نیز تاییدکننده نتایج بدست آمده می‌باشد. از طرف دیگر، همانطور که پاتنام (۱۹۹۰) بیان می‌کند، سرمایه اجتماعی فراتر از آن‌که منبعی از احساس تعلق افراد به اجتماع‌شان، همکاری اجتماعی، روابط متقابل، اعتماد و نگرش مثبت به نهادها باشد، دربرگیرنده مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی و یا مشارکت مدنی است که با افزایش آن، همسو با نتایج این پژوهش، می‌تواند کیفیت زندگی سالمندان را بهبود بخشد.

نتایج تحلیل چندمتغیره نشان داد که با کنترل تمام متغیرها، هر چند تاثیر نوع سکونت بر رفتار کیفیت زندگی سالمندان ضعیف‌تر می‌شود ولی معنادار باقی می‌ماند و متغیرهای مشارکت اجتماعی، نوع سکونت، اعتماد اجتماعی و حمایت اجتماعی به ترتیب بیشترین اثر مثبت در کیفیت زندگی سالمندان را دارند. این یافته با نتایج مطالعات انجام‌گرفته در این حوزه همخوانی دارد (زائری لطف و امانیان، ۱۳۹۱؛ لی، ۲۰۲؛ دراگست، ۲۰۰۹؛ میرزایی و کاوه فیروز، ۱۳۸۸؛ کاوه فیروز، ۱۳۹۰). به این ترتیب فعالیت در دوران بازنشستگی و سالمندی (چه فعالیت‌های کاری و شغلی، فعالیت‌های اقتصادی و چه فعالیت‌های اجتماعی) سلامت را افزایش می‌دهد. طبق نظریه بوردیو (۱۹۸۶) ارتباطی خطی بین سطوح فعالیت و رضایت از زندگی وجود دارد. براساس نظریه نقش، وجود نقش‌های متعدد در دوران سالمندی کیفیت زندگی فرد را بالا می‌برد. همچنین فقدان نقش‌های اجتماعی در دوران پیری، کیفیت زندگی فرد را کاهش می‌دهد. در واقع فعالیت سالمندان و بر عهده گرفتن نقش‌هایی توسط آنان در جامعه موجب جبران کناره‌گیری آن‌ها از فضای شغلی می‌شود.

به علاوه زندگی در کنار اعضای خانواده و محبت خانواده است که ادامه حیات سالمندان را تضمین می‌نماید. همچنین با داشتن روابط چهره‌به‌چهره و نیاز به همکاری گروهی و احساس

تعلق به محل زندگی، در افزایش کیفیت زندگی آنان موثر است. شبکه‌های روابط اجتماعی و تماس با دوستان و آشنایان و برخورداری از حمایت و کمک این شبکه‌ها می‌تواند در کیفیت زندگی سالمندان نقش بسیار داشته باشد.

از سوی دیگر اعتماد اجتماعی یکی از جنبه‌های مهم روابط انسانی است و زمینه‌ساز همکاری میان اعضای جامعه است. اعتماد اجتماعی، سبب تمایل افراد به همکاری و تعامل با گروه‌ها شده و شبکه‌ای از روابط داوطلبانه بین گروه‌ها را در ابعاد مختلف زندگی اجتماعی به وجود می‌آورد که این از عوامل اساسی و حیاتی سرمایه اجتماعی و موثر بر کیفیت زندگی می‌باشد. براساس نظریه کوب (۱۹۷۶) و ساراسون (۱۹۹۰)، حمایت اجتماعی برای هر فرد یک ارتباط امن به وجود می‌آورد که احساس محبت و نزدیکی از ویژگی‌های اصلی این ارتباط است و نیازهای افراد از طریق منابعی که جامعه در اختیارشان می‌گذارد تامین می‌شود. این منابع شکل‌های متفاوت ابزاری، اطلاعاتی و عاطفی را شامل می‌شود. هر چه فراوانی تماس و پیوندها قوی‌تر باشد، افراد حمایت‌های اجتماعی بیشتری دریافت می‌کنند که در نتیجه منجر به کیفیت زندگی بالاتری می‌شود. سالمندان ساکنن آسایشگاه‌ها از حمایت‌های اجتماعی به‌خصوص حمایت‌های خانوادگی محروم هستند، در نتیجه عدم بهره‌مندی آنها از این مولفه مهم، کیفیت زندگی آنها را تحت تاثیر قرار می‌دهد. بنابراین سالمندان ساکنن آسایشگاه‌ها نسبت به سالمندان ساکنن منازل که از حمایت‌ها اجتماعی و به‌خصوص حمایت‌های فردی و خانوادگی بهره‌مند هستند، از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند. بوند (۲۰۰۱) نیز معتقد است با توجه به نیازهای ویژه در این دوران، کیفیت زندگی در سالمندان می‌تواند به راحتی مورد تهدید قرار گرفته و از این رو در نظر داشتن عوامل زمینه‌ای مؤثر بر سطح کیفیت زندگی دوران سالمندی دارای اهمیت بالقوه‌ای است. درکل در رابطه با ارزش گذاری نسبت به سالمندان بایستی دو مقوله مورد توجه قرار می‌گیرد؛ اولاً، موقعیت عینی سالمندان یعنی زندگی مشترک با خانواده یا زندگی جداگانه، میزان دیدار افراد از سالمندان، پذیرش دستورات سالمندان و اهمیت دادن به این قبیل امور، کسب اجازه از سالمندان در امور مختلف و بالأخره میزان کمک‌های مادی و

خدماتی به سالمندان. ثانیاً، تصورات ذهنی نسبت به سالمندان که مشتمل است بر تصورات ذهنی فرزندان و خویشاوندان نسبت به سالمندان از نظر میزان احساس مسئولیت، مراقبت و تأمین معاش، پذیرش افکار و عقاید سالمندان، تمایل به زندگی در جوار آنان و... به عنوان نتیجه‌گیری از این پژوهش، می‌توان توصیه کرد که سیاست‌های حمایتی در جهت نگهداری سالمندان در منزل، حتی زمانی که آن‌ها نیاز به مراقبت‌های بهداشتی گسترده دارند، مورد توجه قرار گیرد و به منظور تحقق سالمندی موفق در جامعه، به نقش آشکار شده و توان محاسبه شده سرمایه اجتماعی در پیش‌بینی اهداف، توجه و در اولویت سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی‌ها قرار داده شود.

منابع

- ازکیا، مصطفی و غلامرضا غفاری (۱۳۸۰). "بررسی رابطه بین اعتماد و مشارکت اجتماعی در نواحی روستایی کاشان"، *نامه علوم اجتماعی*، شماره ۱۷، صص ۳۱-۳.
- اوتق، ناز محمد (۱۳۸۴). «بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی»، پایان‌نامه کارشناسی-ارشد، دانشگاه تهران، دانشکده علوم اجتماعی.
- پاتنام، رابرت (۱۳۹۹). *دموکراسی و سنت‌های مدنی*، (ترجمه: محمد تقی دلفروز). تهران: جامعه‌شناسان
- تاجبخش، کیان (۱۳۸۴). *سرمایه اجتماعی (اعتماد، دموکراسی و توسعه)*، (ترجمه افشین خاکباز و حسن پویان)، تهران: چاپ سوم، انتشارات شیرازه.
- توسلی، غلامعباس و مرضیه موسوی (۱۳۸۴). "مفهوم سرمایه در نظریات کلاسیک و جدید"، *نامه علوم اجتماعی*، شماره ۲۶، صص ۱-۳۲.
- جدیدی، علی، مرحمت فراهانی‌نیا، سارا جان‌محمدی، حمید حقانی (۱۳۹۰). "بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی سالمندان مقیم آسایشگاه کهریزک"، *نشریه پرستاری ایران*، شماره ۲۴، صص ۴۸-۵۶

- چراغی پروین و دیگران (۱۳۹۸). " کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در بین سالمندان "، *آموزش و سلامت جامعه*، شماره ۶، صص ۱۴۵-۱۵۱
- حسام زاده علی، باقر سید مداح سادات، فرحناز محمدی شاهبلاغی، مسعود فلاحی خشکتاب و مهدی رهگذر (۱۳۸۸). "مقایسه کیفیت زندگی سالمندان مقیم خانواده با سالمندان مقیم سراهای سالمندان خصوصی و دولتی شهر تهران"، *سالمندی ایران*، شماره ۱۴، صص ۶۶-۷۴.
- خوش‌فر، غلامرضا (۱۳۹۲). " بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی در نواحی شهری، مطالعه موردی: نواحی شهری گرگان"، *فصلنامه علمی- پژوهشی دانشگاه گلستان*، شماره ۹، صص ۱۷۹-۱۵۱.
- درویش پور کاخکی، علی، عابد سعیدی، ژایلا، دلاور، علی و سعید الذاکرین، منصوره (۱۳۸۸). "ابزارهای اندازه‌گیری وضعیت سلامت و کیفیت زندگی سالمندان"، *پژوهش در پزشکی*، شماره ۳۳، صص ۱۶۲-۱۷۳
- ریاحی، محمد اسماعیل (۱۳۸۷). "مطالعه تطبیقی موقعیت و جایگاه سالمندان در جوامع گذشته و معاصر"، *سالمندی ایران*، شماره ۹ و ۱۰، صص ۲۱-۱۰.
- رینتزر، جورج (۱۳۸۶). *نظریه‌های جامعه‌شناسی در دوران معاصر*، (ترجمه محسن ثلاثی)، چاپ دوازدهم، انتشارات علمی.
- زارع، بیژن و مرضیه زارع (۱۳۹۱). " سالمند شدن جمعیت و ضرورت سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی "، *ماهنامه تخصصی علوم اجتماعی*، شماره ۵۸، صص ۴۹-۴۱.
- زائری لطف، حسن و ابوالفضل امانیان (۱۳۹۱). " بررسی تاثیر شبکه‌های حمایت اجتماعی بر کیفیت زندگی سالمندان در شهر تهران "، *مجله مددکاران اجتماعی متخصص*، شماره ۱، صص ۱۳۴-۱۱۱.
- شریفی درآمدی، پرویز و امیر پناه‌علی (۱۳۹۰). "مقایسه میزان شادکامی سالمندان ساکن در منزل و سرای سالمندان"، *مجله سالمندی ایران*، شماره ۲۱، صص ۴۹-۵۵.
- صفوی، سید حکیمه (۱۳۹۴). "مقایسه کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی و افسردگی سالمندان مقیم در سرای سالمندان و مقیم در منزل "، *پرستاری سالمندان*، شماره ۳، صص ۳۴-۴۶

- زرغامی، حسین (۱۳۹۴). "آینده سالخوردگی جمعیت ایران"، مقاله ارایه شده در چهارمین کنفرانس الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت؛ پیشرفت ایران گذشته، حال و آینده، تهران: مرکز همایش‌های کتابخانه ملی ایران، ۳۰ و ۳۱ اردیبهشت ماه ۱۳۹۴
- علی‌پور، فردین (۱۳۸۸). "نقش حمایت‌های اجتماعی در کیفیت زندگی سالمندان"، *رفاه اجتماعی*، شماره ۳۳، صص ۱۶۵-۱۴۷.
- غفاری، غلامرضا و رضا امیدی (۱۳۹۰). *کیفیت زندگی، شاخص توسعه اجتماعی*، تهران: نشر و پژوهش شیرازه.
- غفاری، غلامرضا و نازمحمد اونق (۱۳۸۵). "سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی"، *مطالعات اجتماعی ایران*، شماره ۱، صص ۱۹۹-۱۵۹.
- کاوه فیروز، زینب (۱۳۹۰). «بررسی ساختارهای جمعیتی، اجتماعی تاثیرگذار بر کیفیت زندگی سالمندان شهر تهران»، پایان‌نامه دکترای رشته جمعیت‌شناسی، دانشگاه تهران، دانشکده علوم اجتماعی.
- کوششی، مجید و همکاران (۱۳۹۲). "تاثیر حمایت‌های اجتماعی غیررسمی بر کیفیت زندگی سالمندان بازنشسته به مثابه یک مسئله اجتماعی: مطالعه صندوق تامین اجتماعی و صندوق صنعت نفت"، *بررسی مسائل اجتماعی ایران*، شماره ۱، صص ۱۳۰-۱۰۹.
- گیدنز، آنتونی (۱۳۷۶). *مبانی جامعه‌شناسی*، (ترجمه منوچهر صبوری)، تهران نشر نی.
- ماجدی، سید مسعود و عبدالعلی لهسایی‌زاده (۱۳۸۵). "بررسی رابطه بین متغیرهای زمینه‌ای، سرمایه اجتماعی و رضایت از کیفیت زندگی"، *روستا و توسعه*، شماره ۴، صص ۹۱-۱۳۵.
- مختاری، فاطمه و نوشاد قاسمی (۱۳۸۹). "مقایسه کیفیت زندگی و سلامت روان در سالمندان ساکن و غیرساکن سرای سالمندان"، *مجله سالمندی ایران*، شماره ۱۸، صص ۶۳-۵۳.
- مرکز آمار ایران (۱۳۷۵-۱۳۹۵). *نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن کل کشور طی سال‌های ۱۳۷۵-۱۳۹۵*. تهران، مرکز آمار ایران.
- موحد، مجید و مرتضی حسین‌زاده کاسمانی (۱۳۹۰). "رابطه اختلال هویت جنسیتی با کیفیت زندگی"، *رفاه اجتماعی*، شماره ۴۴، صص ۱۴۲-۱۱.

- موسوی سردشتی، محمد و همکاران (۱۳۹۳). "بررسی ارتباط حمایت عاطفی و کیفیت زندگی سالمندان شهرکرد"، *تحقیقات نظام سلامت*، شماره ۱، صص ۶۶-۵۸.
- موسوی، میرطاهر و پروین علی پور (۱۳۹۱). *تاملی بر نظریه سرمایه اجتماعی در جامعه‌شناسی*، چاپ اول، تهران: انتشارات جامعه‌شناسان.
- میرزایی، محمد و زینب کاوه فیروز (۱۳۸۸). "کیفیت زندگی سالمندان شهر تهران و مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی آن‌ها با تاکید بر جنس"، *نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران*، شماره ۸، صص ۱۴۸-۱۲۳.
- میرزایی، محمد و مهری شمس قهفرخی (۱۳۸۶). "جمعیت‌شناسی سالمندان در ایران بر اساس سرشماری‌های ۱۳۸۵-۱۳۳۵"، *سالمندی ایران*، شماره ۵، صص ۳۳۱-۳۲۶.
- ناصح لادن و دیگران (۱۳۹۳). "کیفیت زندگی سالمندان مقیم سراهای سالمندی و برخی عوامل مرتبط با آن"، *پرستاری ایران*، شماره ۲۷، صص ۷۸-۶۸.
- ناصح، لادن، فروغ، رفیعی، جعفر، مقدسی، فاطمه، یوسفی (۱۳۹۱). "کیفیت زندگی و ابعاد آن در بیماران دارای استومی"، *مجله بالینی پرستاری و مامایی*، شماره ۱، صص ۲۲-۱۰.
- نجات، سحرناز (۱۳۸۷). "کیفیت زندگی و اندازه‌گیری آن"، *اپیدمیولوژی ایران*، شماره ۲، صص ۶۲-۵۷.
- نجات، سحرناز و دیگران (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF)، ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی، *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، شماره ۴، صص ۱۲-۱.
- یزدانیپور، فاطمه و عزت ... سام آرام (۱۳۸۹). "عوامل مرتبط با کیفیت زندگی سالمندان"، *برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، شماره ۶، صص ۴۵-۶۳.
- Bond, J. (2001) "Sociological Perspective". In Cantley. C. (ed) *A Handbook of Dementia Care*. Bucking: Open University Press.
- Bourdieu, P. (1986). 'Forms of capital' in J. C. Richards (ed.). *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*, New York: Greenwood Press.
- Cobb, S (1976) Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(12): 301-314.

- Drageset J (2009). The impact of social support and sense of coherence on health-related quality of life among nursing home residents—A questionnaire survey in Bergen. Norway Nortvedt, *Gerd International Journal of Nursing Studies*, 48(1): 66-76
- Drentea, Patricia et al. (2006). Predictors of Improvement in Social Support, *Social Sciences & Medicine*, 63(17): 957- 967.
- Gardner P.J (2011). Natural Neighborhood Networks - Important Social Networks in the Lives of Older Adults Aging in Place. *Journal of Aging Studies*, 25(3): 263-271
- Lee N, Xu S, Zhou Q (2020). Social Capital and Preferences for Aging in Place Among Older Adults Living in Rural Northeast China. *International Journal of Environmental Research and Public Health* .17(14):50-85
- Lee Yung-Jaan, (2008) Subjective Quality of Life Measurement in Taipei, *Building and Environment*, 43: 1205-1215.
- Nilsson J, Rana AKMM, Kabir ZN (2006). Social Capital and Quality of Life in Old Age: Results From a Cross-Sectional Study in Rural Bangladesh. *Journal of Aging and Health*,18(3):419-434.
- Paskulin LM, Molzahn A (2007). Quality of Life of Older Adults in Canada and Brazil. *Western Journal of Nursing Research* 29(1):10-26
- Putnam, RD (199۰). “Bowling Alone: America’s Declining Social Capital.” *Journal of Democracy* 6(1):65-78
- Sarason, B.R (1990) *Social support: An interactional view*. New York: John Wiley & Sons.
- WHO Group. (1993). “*Measuring Quality of Life*”, Geneva ,World Health Organization.

Original Research Article ■

A Comparative Study of the Relationship between Social Capital and The Quality of Life among the Elderly Living at Homes and Sanatoriums in Tehran

Zeinab KavehFirooz¹, Fatemeh Javaheri², Mohammad Reza Nabizadeh³

Abstract This study aims to investigate the relationship between the social capital and the quality of life among the elderly living at homes and those living at sanatoriums in Tehran. To achieve this aim, the survey method and the questionnaire tool were used to select and study 384 elderly people in Tehran.

The findings show that the quality of life of the elderly living at homes is better than those staying in nursing institutions. There is also a significant association between the type of housing of the elderly and their social capital; those living at homes have higher social capital and a better quality of life than those living at sanatoriums. The results also show that there are significant associations between social capital and its constituent dimensions and the quality of life of the elderly.

The results of multivariate analysis showed that after controlling for all the variables, the type of housing still has a strong and significant impact on the quality of life of both elderly groups. However, this effect is stronger for the elderly living at homes than those staying in nursing homes. The variables of social participation, type of housing, social trust and social support have the greatest impact on the quality of life of the elderly, respectively.

Keywords Quality of Life, Social Capital, Elderly, Sanatorium, Tehran

Received: 26 February 2020

Accepted: 09 March 2021

1 Assistant Professor, Department of Social Sciences, Kharazmi University (Corresponding Author)
z.kavehfirouz@gmail.com

2 Associate Professor, Department of Social Sciences, Kharazmi University Javaherm@yahoo.com

3 Master of Social Sciences, Kharazmi University m.nabizadeh25@gmail.com

DOI: [10.22034/jPAI.2021.122260.1137](https://doi.org/10.22034/jPAI.2021.122260.1137)