

تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت سالمندان ۶۰ سال و بالاتر در مناطق شهری مشهد

مجید کوششی (استادیار جمعیت‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران)

kooshesh@ut.ac.ir

محمد میرزایی (استاد جمعیت‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران)

mmirzaie@ut.ac.ir

ابوالقاسم پوررضا (استاد بهداشت عمومی، دانشگاه تهران، تهران، ایران)

abolghasemp@yahoo.com

غلامرضا حسنی درمیان^۱ (دانشجوی دکتری جمعیت‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران، نویسنده مسؤول)

gh-hassan@um.ac.ir

چکیده

بررسی حاضر به منظور تبیین تأثیر عوامل جمعیتی و اجتماعی بر سطح سلامت سالمندان ۶۰ سال و بالاتر در شهر مشهد صورت گرفته است. چارچوب نظری با رویکردی بین رشته‌ای مبتنی بر نظریه گذار جمعیتی و سرمایه اجتماعی است. روش تحقیق پیمایشی و شیوه نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای بوده است. حجم نمونه آماری ۵۷۰ نفر و ابزار سنجش، پرسش‌نامه استاندارد سلامت SF36 بوده که برای جمع آماری اطلاعات از تکنیک مصاحبه استفاده شده است. سازه سنجش سرمایه اجتماعی براساس مفاهیم نظریه پاتنام و کلمن تنظیم شده است و در سنجش اعتبار سازه‌های پرسش‌نامه، علاوه بر استفاده از شیوه اعتبار محتوا از طریق تحلیل عاملی، سازه‌ها تأیید شده است. همچنین، تأیید پایایی درونی پرسش‌نامه توسط ضریب الفای کرنباخ بوده و تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق روش‌های آماری (آزمون‌های تک‌متغیره، رگرسیون چندمتغیره، و در انتها، معادلات ساختاری و تحلیل مسیر) با کمک دو نرم‌افزار SPSS و EQS انجام شده است. نتایج تحقیق نشان داده است که سلامت سالمندان در شهر مشهد در حد متوسط است؛ اما سلامت مردان بیش‌تر از زنان است. تحصیلات بالاتر، دارای همسر بودن، وضعیت اقتصادی مطلوب‌تر، بر سلامت تأثیر مثبتی دارد. افزایش میزان انزوای اجتماعی و سن، رابطه منفی با میزان سلامت سالمندان داشته است. سرمایه اجتماعی به عنوان مؤثرترین متغیر، ۲۰ درصد از تغییرات سلامت سالمندان را تبیین کرده و در مجموع، ۳۷ درصد تغییرات سلامت توسط متغیرهای تحقیق حاضر، تبیین شده است.

کلیدواژه‌ها: سلامت، سال‌خوردگی، سالمندان، سرمایه اجتماعی، مشهد.

^۱ عضو هیأت علمی دانشگاه فردوسی مشهد

۱. مقدمه

سال خوردگی جمعیت^۱، به عنوان فرآیندی که در آن افراد سالمند میزان بیش تر و یا درصد بالایی از کل جمعیت را تشکیل می دهند، تعریف می شود. این پدیده، خود یکی از مهم ترین پیامدهای جمعیت شناسی و ترکیب سنی جمعیت در قرن بیستم است که در سراسر قرن بیست و یکم ادامه یافته و باقی خواهد ماند (کلانتري، ۱۳۸۶).

طبق گزارش سازمان ملل، هرماه یک میلیون نفر در جهان پا به ۶۰ سالگی می گذارند. از این رقم ۸۰٪ در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند؛ جایی که در آنجا فرآیند پیری و سال خورده شدن، بسیار سریع تر از کشورهای توسعه یافته است همچنین، برآورد شده است که تا سال ۲۰۵۰ دو میلیارد نفر؛ یعنی قریب به یک چهارم جمعیت کره زمین، بالای ۶۰ سال سن خواهند داشت (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۷).

سازمان ملل ۱۰ کشور را که تا سال ۲۰۵۰ بیش ترین سرعت حرکت به سمت پیرشدن را خواهند داشت، معرفی کرده است. همه این کشورها، در حال توسعه هستند؛ از جمله این کشورها، کشور امارات است که در آن جمعیت افراد بالای ۶۰ سال با رشد ۳۵ درصدی نسبت به سال ۲۰۱۱ مواجه خواهد شد و درصد افراد بالای ۶۰ سال در این کشور، به ۳۶ درصد می رسد. امارات از نظر سرعت پیرشدن در جهان، رتبه نخست جهان را به خود اختصاص خواهد داد. پس از این کشور، بحرین با رشد ۲۹ درصدی جمعیت بالای ۶۰ سال خود، رتبه دوم را به خود اختصاص خواهد داد و ایران نیز در رتبه سوم جهان از نظر سرعت پیرشدن جمعیت، پیش بینی شده است. میزان افزایش جمعیت بالای ۶۰ سال ایران از سال ۲۰۱۱ تا ۲۰۵۰ بالغ بر ۲۶ درصد پیش بینی شده است و انتظار می رود در سال ۲۰۵۰ حدود ۳۳ درصد جمعیت ایران، بالای ۶۰ سال باشد. کشورهای عمان، سنگاپور، کره جنوبی، ویتنام، کوبا، چین و ترینیداد و توباگو نیز از نظر سرعت پیرشدن در رتبه های چهارم تا دهم قرار گرفته اند.

در ایران، با توجه به کاهش سطح باروری؛ به ویژه در دو دهه اخیر و کاهش مرگ و میر کودکان و نوزادان و در نتیجه، افزایش امید به زندگی، سال خوردگی جمعیت در چند دهه آینده، شتاب قابل ملاحظه ای خواهد داشت (عباسی شوازی، ۱۳۸۰؛ احمدی و کیل، بهشتی، ۱۳۸۶؛ کوششی ۱۳۷۳).

نتایج سرشماری ۱۳۹۰ ایران نشان می دهد ۸/۱ درصد جمعیت ۷۵ میلیونی ایران در این سال ۶۰ سال و بالاتر، ۵/۷ درصد ۶۵ سال و بالاتر و ۱/۲ درصد ۸۰ سال و بالاتر، سن داشته اند. پیش بینی ها نشان

می‌دهد، سال‌خوردگی جمعیت ایران برای جمعیت ۶۵ سال و بالاتر از ۵/۷ درصد در سال ۱۳۹۰ به بیش از ۱۹ درصد و جمعیت ۶۰ سال و بالاتر به بیش از ۲۲ درصد در سال ۱۴۳۰، خواهد رسید. در این فرآیند، یکی از مهم‌ترین مسائل سال‌خوردگان، مسأله سلامت است (سرشماری نفوس و مسکن ایران، ۱۳۹۰). مطالعه باری (۲۰۰۰) نشان داد که در حدود ۸٪ از سالمندان، حداقل به یک بیماری مزمن؛ مثل فشارخون، بیماری‌های قلبی یا اختلال حسی مبتلا هستند. بررسی کانگر و مور (۲۰۰۲) نیز نشان داد که سالمندان دچار اختلالات متعدد حسی؛ از جمله بینایی، شنوایی و حس‌های دیگر می‌شوند که نتیجه آن محدود شدن موقعیت‌های اجتماعی، افزایش تدریجی وابستگی به دیگران و کاهش کیفیت زندگی است. برنامه‌های سلامت عمومی در سراسر جهان به طور فزاینده‌ای، این موضوع را به رسمیت شناخته‌اند که میزان سلامت افراد از عوامل ژنتیکی، شیوه زندگی فرد و طیف گسترده‌ای از عوامل اجتماعی، عوامل فرهنگی، اقتصادی، سیاسی و زیست‌محیطی تأثیر می‌پذیرد (سازمان بهداشت جهانی^۱، ۱۹۹۹؛ کینگ^۲، ۲۰۰۰).

جدای از ویژگی‌های معمول اجتماعی و اقتصادی؛ مانند تحصیلات، درآمد، فعالیت شغلی، شرایط سکونت و کاری، برخی از مطالعات اخیر بر اهمیت عوامل اجتماعی^۳ تأکید دارند که به روابط اجتماعی، انسجام اجتماعی یا محرومیت اجتماعی مربوط می‌شوند تا سلامت و درمان فردی را توضیح دهند (ویلکسن^۴، ۲۰۰۲؛ مارموت، ۲۰۰۶). در این رابطه، گزارش کمیسیون سازمان بهداشت جهانی، به شناسایی عوامل اجتماعی به عنوان مهم‌ترین عوامل مؤثر بر سلامت، اشاره دارد و شواهدی از این تأثیر را بازگو می‌کند که نشان‌دهنده این است که آن‌ها شرایط مناسبی برای سیاست‌های سلامت عمومی معرفی می‌کنند تا شکاف میان نابرابری‌های سلامت را کاهش دهند (اپستین، ۲۰۰۸). این عوامل که به پیوندها و تعاملات اجتماعی اشاره دارند، به طور نزدیکی با مفهوم سرمایه اجتماعی^۵ ارتباط دارند.

1 World Health Organization

2 King

3 social factors

4 Wilkson

5 Social capital

در دهه گذشته شواهدی از کشورهای مختلف وجود داشتند که وضعیت سلامت را به سرمایه اجتماعی پیوند می‌دادند که اغلب توسط مشارکت اجتماعی^۱ اندازه‌گیری شده بودند (دبرند^۲ و سروئو^۳، ۲۰۰۸؛ جاستو^۴، ۲۰۰۹؛ براون شفلر^۵، ۲۰۰۸؛ هومبرس^۶، ۲۰۰۷؛ اسلام، ۲۰۰۷؛ اجتهادی، ۱۳۸۰؛ شارع‌پور، ۱۳۷۹). بر این اساس، به نظر می‌رسد که سرمایه اجتماعی یک تعیین‌کننده ویژه سلامت و کیفیت زندگی می‌باشد (غفاری و نازمحمد، ۱۳۸۵؛ ماجدی، لهسایی زاده، ۱۳۸۵).

مطالعات مختلف (کاواچی، ۲۰۰۰؛ داگلاس؛ سلیمانی، جمالی، ۱۳۸۷) نیز تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت روانی و اجتماعی افراد را تأیید کرده است. همچنین، تحقیقات نشان می‌دهد، سرمایه اجتماعی با کاهش مرگ‌ومیر، بهبود وضع سلامت، احساس خوش‌بختی و کاهش فقر، رابطه مستقیم دارد (پاتنام، ۲۰۰۰؛ برهم و راهن، ۱۹۷۷؛ ازکیا و فیروزآبادی، ۱۳۸۶). همچنین، سرمایه اجتماعی با تندرستی (وینسترا، ۱۳۸۴) توسعه محلی و ملی (گریو، ۲۰۰۳)، کاهش مرگ و میر نوزادان و افزایش امید به زندگی (حیات، ۲۰۰۳) مشارکت مدنی و اجتماعی (لوفلین، ۲۰۰۳) و همچنین رشد درآمد کشورهای (کناک، ۲۰۰۲) رابطه مستقیم دارد.

سرمایه اجتماعی علاوه بر تأثیر مستقیمی که بر سلامت افراد و به‌ویژه سالمندان دارد، می‌تواند به عنوان یک متغیر واسطه‌ای بر نابرابری سلامت تأثیر بگذارد.

ویلکینسون (۱۹۹۶) معتقد است که نابرابری اجتماعی و اقتصادی بر سلامت تأثیر دارند؛ چرا که موجب فرسایش سرمایه اجتماعی می‌شوند. کمپبل (۱۹۹۹) نشان می‌دهد که سرمایه اجتماعی می‌تواند به عنوان یک سپر در برابر صدمات اجتماعی و اقتصادی از طریق کاهش اثرات فقدان منابع اقتصادی، عمل کند. کوپر (۱۹۹۹) نشان داد پس از کنترل طیف وسیعی از متغیرهای اقتصادی-اجتماعی، برخی شاخص‌های سرمایه اجتماعی، اثر مستقل بسیار کمی را روی شاخص سلامت داشته‌اند.

در تحقیقات انجام‌شده در ایران نیز با توجه به روند سال‌خوردگی جمعیت ایران، این مسأله مورد توجه قرار گرفته است. در این راستا، ضمن بیان فرآیند سال‌خوردگی جمعیتی سالمندان ایران و روند تحولات آن، سعی شده است با نگاهی بین‌رشته‌ای، تأثیر شاخص‌هایی؛ هم‌چون حمایت اجتماعی، شبکه‌های

1 social participation

2 Debrand

3 Sirveo

4 Justo

5 Brown Scheffler

6 Hombres

اجتماعی هم‌راه با ترتیبات زندگی افراد سالمند (کوششی، ۱۳۸۶)، سلامت سالمندان (میرزایی و شمس قهفرخی، ۱۳۸۸؛ مؤمنی و کریمی، ۱۳۸۹؛ اسماعیلی، ۱۳۸۹) و کیفیت زندگی آنان (میرزایی و کاوه فیروز، ۱۳۸۸؛ کلدی، ۱۳۸۶؛ قاسمی، ۱۳۸۹؛ قاسمی، حریرچی، مثنوی، رهگذر، اکبری، ۱۳۸۹) در ارتباط با یکدیگر بررسی شود. از این رو، تحقیق حاضر به دنبال آن است تا علاوه بر توجه به متغیرهای جمعیتی، تأثیر سرمایه اجتماعی را به عنوان اندوخته طول زندگی سالمندان و متغیر تأثیرگذار بر خوداتکایی سالمندان، در ارتباط با سلامتشان و از طریق مکانیزم تأثیرگذاری آن بر سلامت فیزیکی، روانی - اجتماعی آن‌ها بررسی کند. این بررسی در میان جمعیت ۶۰ سال و بالاتر شهر مشهد که دومین کلان‌شهر کشور با جمعیتی بالغ بر ۲۸۰۰۰۰۰ نفر و بیش از ۶۵ درصد جمعیت بالای ۶۰ می‌باشد، انجام شده است.

هدف از این پژوهش در بعد علمی، شناخت مکانیزم، عوامل تبیین‌کننده سلامت سالمندان ۶۰ سال و بالاتر ساکن در شهر مشهد، با تکیه بر سرمایه اجتماعی حاصل در طول زندگی افراد سالمند مورد نظر است. در بعد عملی نیز با عطف به شناخت علمی، فراهم کردن زمینه‌های لازم جهت انتخاب سیاست‌های مناسب و تدوین برنامه‌های اجرایی مؤثر، هدف این بررسی است؛ چرا که اساساً محور اصلی سیاست پژوهشی، شکل دادن به درک سیاست‌گذاران از مسائل اجتماعی؛ به‌ویژه جمعیتی و روشن کردن علل و راه‌حل‌های مختلف مسائل اجتماعی و مسأله سلامت سالمندان است.

این تحقیق به دنبال پاسخ به این سؤال است که وضعیت سلامت افراد بالای ۶۰ سال (سالمندان) برحسب شاخص‌های جمعیتی و اقتصادی - اجتماعی در نمونه مورد بررسی (شهر مشهد) چگونه است و این‌که تفاوت احتمالی سطح سلامت فیزیکی و روانی در نمونه مورد بررسی تا چه اندازه، تحت تأثیر مستقیم و غیرمستقیم سرمایه اجتماعی، به عنوان یکی از متغیرهای مطرح در بررسی‌های جهانی سلامت و به‌ویژه در دو دهه اخیر است.

۲. چارچوب نظری تحقیق

براساس نظریه انتقال جمعیتی^۱، در مراحل نخستین دگرگونی‌های جمعیتی، کاهش تولد عامل اولیه در زمان‌بندی و دامنه پیدایش سال‌خوردگی است (سرعت، زمان و حدود گسترش آن در این رابطه دارای اهمیت است). هرچند همان‌گونه که دگرگونی‌ها و گذارهای جمعیتی به مراحل بعدی ادامه می‌یابد، کاهش مرگ و میر؛ به‌ویژه در افراد مسن‌تر به طور روزافزونی، عامل مهم‌تری در شکل‌گیری شاخص نسبی گروه‌های سنی سال‌خوردگان می‌شود. یکی از پیامدهای مهم کاهش زادوولد، دشواری دسترسی به کمک‌ها

و مساعدت‌های خویشاوندان نزدیک است که به نسل‌های آتی (جوان‌تر) برای دریافت کمک مراجعه می‌کنند. این فرآیند احتمالاً تأثیر مهمی بر رفاه افراد مسن‌تر دارد؛ به‌ویژه در مناطق کم‌تر پیشرفته که حمایت‌های اجتماعی برای افراد مسن به طور عمده از سوی خانواده‌ها فراهم می‌شود (وارن تامسون، ۱۹۷۳، ص. ۱۹۰؛ جان ویک، ۲۰۰۲؛ نوتستین، ۱۹۸۳؛ بلاکر، ۱۹۴۷).

هنگامی که میزان جمعیت مسن در دوره‌هایی کوتاه، نسبت به کل جمعیت افزایش می‌یابد، هم در کشورهای پیشرفته و هم در مناطق کم‌تر توسعه‌یافته، برای نهادهای اجتماعی^۱ و اقتصادی، تنظیم شرایط دشوار می‌شود.

براساس نظریه پرستون، یکی از تبعات اخیر انتقال اپیدمیولوژیک^۲ در کشورهای درحال توسعه با روند افزایشی نسبت جمعیتی که به سنین میان‌سالی و سال‌خوردگی نائل می‌شوند، وضعیت اپیدمیولوژیک این دسته از کشورهاست که به طور فزاینده‌ای، منعکس‌کننده بیماری‌ها و مسائل بهداشتی بزرگ‌سالان به جای اطفال شده است. بیماری‌های درون‌زا و مزمن و جراحات‌های ناشی از سوانح و حوادث، علل عمده مرگ‌ومیر شده‌اند که توجه به سلامت سالمندان را ضروری می‌سازد. از طرف دیگر، شناسایی عوامل اجتماعی به عنوان مهم‌ترین عوامل مؤثر بر سلامت، نشان‌دهنده این است که آن‌ها شرایط مناسبی برای سیاست‌های سلامت عمومی معرفی می‌کنند تا شکاف میان نابرابری‌های سلامت را کاهش دهند که در این میان، سرمایه اجتماعی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (ایمان، مرادی و حسینی رودبارکی، ۱۳۸۷).

سرمایه اجتماعی یک مفهوم گسترده است که شامل جنبه‌هایی؛ مانند توانایی معاشرت، عضویت در شبکه‌های اجتماعی، اعتماد، روابط متقابل و فعالیت‌های اجتماعی و مدنی است. مورو بیان می‌کند که اصل اساسی در پشت این مفهوم به نظر می‌رسد، این باشد که سرمایه اجتماعی تشکیل شده تا چه حد در درون افراد تعبیه شده و در روابط خانواده، شبکه‌های اجتماعی^۳ و اجتماع و احساس تعلق و هویت مدنی ملاحظه می‌شود (مورو، ۱۹۹۹ به نقل از شریفیان ثانی، ۱۳۸۰).

مبانی نظری در ارتباط با تعریف مفهوم سرمایه اجتماعی متفاوت است؛ اما بیش‌ترین تعاریف را می‌توان در کارهای پیر بوردیو (۱۹۸۶)، جیمز کلنن (۱۹۸۸) و رابرت پاتنام (۱۹۹۳) ملاحظه کرد.

1 Social institutions

2 Epidemiological transition

3 Social Networks

بورديو (۱۹۸۶) سرمایه اجتماعی را در بستر شبکه‌های اجتماعی و ارتباطات تعریف می‌کند. او بیان می‌کند که ارتباطات یک فرد در شبکه، در نتیجه تجمع مبادلات، تعهدات و هویت، به اشتراک گذاشته می‌شود که موجبات ارائه پشتیبانی بالقوه و دسترسی به منابع را برای افراد فراهم می‌آورد.

کلمن (۱۹۸۸) بر این عقیده است که سرمایه اجتماعی منبعی از روابط اجتماعی میان خانواده‌ها و اجتماع است. پاتنام (۱۹۹۳) سرمایه اجتماعی را به عنوان یک مشخصه کلیدی در اجتماعات تعریف می‌کند. در تعریف او، سرمایه اجتماعی فراتر از آن که منبعی از احساس تعلق افراد به اجتماعشان، همکاری اجتماعی، روابط متقابل و اعتماد و نگرش مثبت به نهادها باشد، دربرگیرنده مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی و یا مشارکت مدنی است (ناطق‌پور و فیروزآبادی، ۱۳۸۵).

با این حال، تنها مطالعات اندکی، شواهدی از تأثیر علت و معلولی سرمایه اجتماعی در وضعیت سلامت ارائه داده‌اند (هومبرس، ۲۰۰۷) و این مسأله به خوبی مشخص نشده است که آیا سرمایه اجتماعی، نتیجه سلامت خوب می‌باشد؟ یا آیا سلامت خوب نتیجه سرمایه اجتماعی می‌باشد یا خیر؟ (کاوچی، ۲۰۰۷). موضوع دیگری که اخیراً در ادبیات این پژوهش به وجود آمده است ارزیابی این مورد می‌باشد که آیا سرمایه اجتماعی، تأثیر حفاظتی بر سلامت، در تمام طبقات جمعیتی دارد یا خیر؟ با در نظر گرفتن این مسأله که افراد مسن‌تر زمان بیشتری دارند تا در فعالیت‌های اجتماعی به دلیل بازنشستگی یا محدودیت‌های خانوادگی کم‌تر شرکت کنند، می‌توان چنین استدلال کرد که سرمایه اجتماعی، یک تعیین‌کننده سلامت قوی‌تر در افراد مسن است. در مقابل، می‌توان این گونه فرض کرد که مشارکت اجتماعی در میان جمعیت فعال یا زنان خانه‌دار به علت فشار نقش ناشی از خواسته‌های بسیاری از افراد، کم‌تر است (موئن، ۱۹۹۵؛ کالات، ۲۰۰۰؛ روزاریو، ۲۰۰۴).

فرضیه‌های تحقیق (با توجه به چارچوب نظری پژوهش)

نتایج تحقیقات انجام شده در دو دهه اخیر (بورديو، ۱۹۸۶؛ کاوچی، ۲۰۰۴؛ فری تاک، هارلی و فینچ، ۲۰۰۳؛ پاتنام، ۱۹۹۳؛ کلمن، ۱۹۸۸؛ داگلاس، ۲۰۰۶؛ برهم و راهن، ۱۹۹۷؛ ازکیا و فیروز آبادی، ۲۰۰۶؛ وینسترا، ۱۳۸۴؛ توردی، ۲۰۰۴؛ فورانس دورگنان، پل گریگنان و میشل جاستو، ۲۰۰۷؛ فرگتینگ لیونی، ۲۰۰۰) بر تأثیر سرمایه اجتماعی به عنوان یک تبیین‌کننده مهم در سلامت سالمندان تأکید داشته است.

همچنین، بررسی‌های انجام شده در ارتباط با ابعاد سرمایه اجتماعی؛ شامل: حمایت اجتماعی، اعتماد اجتماعی، مشارکت اجتماعی و شبکه روابط اجتماعی (اسچران، ۱۹۹۳؛ دسوزا، ۲۰۰۵؛ کوششی، ۱۳۸۶؛ میرزایی و شمس قهفرخی، ۱۳۸۸؛ مؤمنی و کریمی، ۱۳۸۹؛ اسماعیلی، ۱۳۸۹؛ میرزایی و کاوه فیروز،

۱۳۸۸؛ کلدی، ۱۳۸۶؛ قاسمی، ۱۳۸۹)، نشان‌دهنده رابطه بین این ابعاد با سلامت افراد سالمند است. بر این اساس، این فرض مورد بررسی است که: (۱) سرمایه اجتماعی بیش‌تر در میان افراد سالمند، شاخص سلامت آن‌ها را بهبود می‌بخشد.

در مطالعات فریس ودان هام (۱۹۳۹)، هالینگ شیدوردلیک (۱۹۵۸)، لیگتن (۱۹۵۹)، براون و هریس (۱۹۸۷)، آلبچ سیلورا (۲۰۰۱)، براتی سده (۱۳۸۵)، محسنی (۱۳۷۶)، علی سیف‌زاده (۱۳۸۷)، اسماعیلی (۱۳۸۹)، ریاحی، علی‌وردی‌نیا و پورحسین (۱۳۸۷) و کولن (۲۰۰۱)، بر رابطه بین انزوای اجتماعی سالمندان و سطح سلامت آن‌ها تأکید شده است. بنابراین، این فرض مطرح می‌شود که: (۲) انزوای اجتماعی سالمندان، شاخص سلامت آن‌ها را تضعیف می‌کند.

ارتباط بین متغیرهای جمعیتی و اجتماعی با سلامت افراد سالمند در نظریات و تحقیقات گرم (۲۰۰۵)، کناک (۲۰۰۲)، گریو (۲۰۰۳)، کمپیل (۱۹۹۹)، کوپر (۱۹۹۹) و یلکینسون (۱۹۹۶)، لوح (۲۰۰۳)، اسماعیلی (۱۳۸۹)، میرزایی و شمس قهفرخی (۱۳۸۸)، ایمان، مرادی و حسینی رودبارکی (۱۳۸۷) مورد تأکید قرار گرفته است. این بررسی‌ها نشان می‌دهند، زنان سالمند، وضعیت سلامت پایین‌تری نسبت به مردان دارند. سالمندان مسن‌تر نیز در وضعیت سلامت پایین‌تری هستند. همچنین، سالمندان دارای تحصیلات بالاتر، فرزندان بیش‌تر و یا دارای همسر از شاخص سلامت بالاتری برخوردارند. بر این اساس، این فرض بررسی شود که: (۳) ویژگی‌های جمعیتی-اجتماعی هم‌چون سن، جنس، وضعیت زناشویی، تحصیلات و تعداد فرزندان افراد سالمند بر شاخص سلامت آن‌ها تأثیرگذار است؛ علاوه بر آن، براساس مطالعات سام آرام (۱۳۷۰)، سیف‌زاده (۱۳۸۷)، ویچود (۲۰۰۳)، اسماعیلی (۱۳۸۹)، میرزایی و شمس قهفرخی (۱۳۸۸)، امیری و رحمانی (۱۳۸۵)، شرایط اقتصادی بر سلامت افراد تأثیرگذار است. از این رو، این فرض مطرح است که: (۴) مزیت‌های اقتصادی، هم‌چون درآمد بالاتر، وابستگی اقتصادی کم‌تر و رفاه اجتماعی بالاتر، شاخص سلامت سالمندان را بهبود می‌بخشد.

۳. روش‌شناسی تحقیق^۱

۳.۱. روش تحقیق

این تحقیق از آن‌جا که به دنبال اطلاعاتی وسیع در ارتباط با سطح سلامت سالمندان و ویژگی‌های جمعیتی، اقتصادی و اجتماعی آن‌ها، به منظور دستیابی به نتایج تعمیم‌پذیر به کل جامعه آماری و از طریق

نمونه‌ای معرفی شده است. تحقیق حاضر از نوع پیمایشی^۱ است؛ علاوه بر این، از آنجایی که این پژوهش در یک مقطع زمانی ۱۳۹۳-۱۳۹۲ صورت گرفته، از نوع تحقیقات مقطعی^۲ بوده و با توجه به معیار کاربرد و این که نتایج آن مورد استفاده سازمان‌های مرتبط با امور سال‌خوردگان قرار می‌گیرد، کاربردی است و به لحاظ این که به بررسی رابطه بین متغیرهای مستقل و وابسته^۳ می‌پردازد، از نوع تحقیقات علی یا تبیینی نیز محسوب می‌شود.

۲.۳. جامعه آماری، حجم نمونه و شیوه نمونه‌گیری

جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش، جمعیت ۶۰ سال و بالاتر شهر مشهد که تعداد آن‌ها براساس آمار سال ۱۳۹۰، ۲۰۲۴۲۴ نفر بوده و ۶٫۵ درصد کل جمعیت شهر مشهد (۲،۷۶۶،۲۵۸) را شامل شده است و با توجه به پیش‌فرض‌های فرمول کوکران، حجم نمونه برابر با ۵۷۰ به دست آمده است. شیوه نمونه‌گیری ترکیبی از روش طبقه‌ای و تصادفی ساده است. واحد آماری خانوار و واحد مشاهده فرد ۶۰ سال و بالاتر، در درون واحد آماری است.

۳.۳. ابزار تحقیق

در این بررسی، برای سنجش سطح سلامت سالمندان ۶۰ سال و بالاتر در شهر مشهد از پرسش‌نامه استاندارد SF-36 استفاده شده است که به وسیله ویر و شربورن^۴ ساخته شده و از طریق ۳۶ سؤال، سلامت افراد سالمند را از ابعاد مختلف مورد ارزیابی قرار می‌دهد و یکی از معتبرترین ابزار اندازه‌گیری سلامت عمومی در مطالعات جهانی محسوب می‌شود.

مقیاس سنجش سلامت سالمندان بالای ۶۰ سال و بالاتر در دو بعد؛ شامل سلامت فیزیکی^۵ و روانی-اجتماعی^۶ سنجش شده که نمرات بین ۰ تا ۱۰۰ را در بر گرفته است و نمره بالاتر به منزله سلامت بالاتر است. اعتبار و پایایی این پرسش‌نامه در جمعیت ایرانی تأیید شده است و ضرایب همسانی درونی خرده‌مقیاس‌های هشت‌گانه آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ و ضرایب بازآزمایی آن‌ها با فاصله زمانی یک هفته بین ۰/۴۳ تا ۰/۷۹ گزارش شده است. همچنین، این پرسش‌نامه می‌تواند در تمام شاخص‌ها، افراد سالم را از افراد بیمار تفکیک کند. همچنین برای سنجش سرمایه اجتماعی از دو بعد سرمایه اجتماعی درون گروهی

1 Survey Research

2 Cross- Sectional studies

3 Dependent and independent variables

4 Ware & Sherbourne

5 Physical health

6 Mental health, social functioning

و پیوندی از پرسش نامه محقق ساخته استفاده شده است. تمامی سازه‌ها در بازه ۰ تا ۱۰۰ اندازه‌گیری شده‌اند.

۳.۴. اعتبار و روایی ابزار تحقیق

تمامی سازه‌های سنجش در مدل تحقیق، علاوه بر تأیید صاحب‌نظران از نظر محتوایی، از طریق تحلیل عاملی، اعتبارسنجی شده و پایایی آن‌ها نیز از طریق آلفای کرباخ تأیید شده است.

جدول ۱- آزمون پایایی ابزار تحقیق برحسب ضریب آلفای کرباخ

شاخص	تعداد گویه‌های نهایی	ضریب آلفای کرباخ
سرمایه اجتماعی	۵۳	۰/۹۰۹
مشارکت مذهبی	۶	۰/۸۱۱
مشارکت مدنی	۵	۰/۶۹
شاخص	تعداد گویه‌های نهایی	ضریب آلفای کرباخ
مشارکت اجتماعی	۱۱	۰/۸۱۹
اعتماد اجتماعی درون گروهی	۶	۰/۸۲۹
اعتماد اجتماعی تعمیم یافته	۷	۰/۸۶۰
اعتماد اجتماعی	۱۳	۰/۸۱۲
حمایت عاطفی	۵	۰/۸۱۰
حمایت ابزاری	۵	۰/۶۴۵
حمایت اطلاعاتی	۵	۰/۸۰۹
حمایت اجتماعی	۱۵	۰/۸۲۴
کمیت روابط اجتماعی	۵	۰/۷۰۷
کیفیت روابط اجتماعی	۹	۰/۸۸۹
شبکه روابط اجتماعی	۱۴	۰/۸۷۸
سلامت روانی و عملکرد اجتماع	۱۴	۰/۹۱۰
سلامت فیزیکی (جسمانی)	۲۲	۰/۹۴۳
سلامت SF۳۶	۳۶	۰/۹۵۷

۳.۵. شیوه تجزیه و تحلیل

در این بررسی، علاوه بر توصیف داده‌ها، برازش مدل‌های خطی و رابطه بین متغیرهای مستقل با متغیر وابسته را به کمک تحلیل رگرسیونی دو متغیره و چندمتغیره دنبال کرده و سپس، در بررسی مدل و

سازه‌های تحقیق و تأثیرات متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته، از نرم‌افزار (EQS) بهره گرفته شده است. از تجزیه و تحلیل داده‌های تحقیق، سه هدف مورد نظر بوده است:

۱- تحلیل عاملی سازه‌های، سلامت سالمندان، سرمایه اجتماعی، انزوای اجتماعی، شرایط اقتصادی، و ویژگی‌های جمعیتی ۲- تحلیل مسیر متغیرهای تحقیق به منظور بررسی هم‌زمان تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته سلامت که تأثیرات مستقیم آن‌ها در بخش تحلیل رگرسیونی نیز بررسی شد. ۳- تلفیق تحلیل عاملی و تحلیل مسیر در قالب یک مدل، با استفاده از معادلات ساختاری و آزمون برازش آن مبتنی بر مدل مفهومی تئوریک.

۴. یافته‌های تحقیق

۴.۱. ویژگی‌های جمعیتی و اقتصادی- اجتماعی سالمندان

ویژگی‌های سالمندان ۶۰ سال و بالاتر در شهر مشهد نشان می‌دهد، میانگین سنی در میان آن‌ها (۵۷۰ نفر) ۷۰ سال بوده که ۵۳ درصد آن‌ها را مردان و ۴۷ درصد را زنان تشکیل داده‌اند. سطح سواد سالمندان مرد بیش از زنان سالمند در هر گروه سنی است و در سالمندان جوان‌تر، سطح سواد بالاتر از کوهورت‌های مسن‌تر است. در مجموع، ۶۱/۱ درصد مردان و ۷۸/۶ درصد زنان سالمند کم‌سواد، ۲۶/۳ درصد مردان و ۱۹/۱ درصد زنان در حد متوسط و ۱۲/۶ درصد مردان و ۲/۲ درصد زنان، تحصیلات بالاتر از دیپلم (دانشگاهی) دارند که سطح سواد پایینی را در میان این کوهورت‌های سنی نشان می‌دهد و با نتایج سرشماری ۱۳۹۰ ایران مطابقت دارد.

از نظر وضعیت زناشویی، ۸۸/۸ درصد مردان و ۵۴/۲ درصد زنان سالمند دارای همسر هستند. این شاخص در میان مردان و زنان سالمند، طبق نتایج سرشماری در کل مناطق شهری، به ترتیب ۹۱/۷ و ۴۹/۶ درصد و در شهر مشهد ۹۲/۱ درصد برای مردان و ۴۹/۳ درصد برای زنان بوده است که در مجموع و طبق هر سه دسته اطلاعات، حدود ۵۰ درصد زنان، فاقد همسر هستند و نسبت به مردان سالمند به حمایت بیش‌تری نیازمند هستند. پدیده طلاق در میان این کوهورت‌های جمعیتی در طول زندگی، عمومیت زیادی ندارد و حدود یک درصد است.

ویژگی زناشویی سالمندان در هر سه دسته اطلاعات حاصل شده از تحقیق و سرشماری ۱۳۹۰ نشان می‌دهد زنان به طور قابل توجهی، بیش از مردان همسران خود را در اثر فوت از دست داده‌اند و آسیب‌پذیرتر هستند که این به دلیل امید به زندگی بیشتر زنان نسبت به مردان است.

در مجموع، ۱۶٫۵ درصد سالمندان، فعالیت شغلی دارند که از میان زنان ۵/۳ و از میان مردان ۲۶٫۷ درصد را شامل می‌شود. طبق اطلاعات به دست آمده از سرشماری ۱۳۹۰ از کل جمعیت ۶۰ سال و بالاتر، ۱۵ درصد شاغل هستند که در میان مردان ۲۷/۹ درصد و در میان زنان، ۲/۵ درصد را شامل می‌شود. در شهر مشهد نیز براساس اطلاعات سرشماری، تنها ۲۰ درصد سالمندان شاغل هستند. این درصد در میان مردان ۳۶/۴ درصد و در میان زنان ۴/۴۶ درصد است.

از نظر شرایط اقتصادی، در مجموع، ۸۷/۹ درصد سالمندان درآمدی پایین (کم‌تر از یک میلیون تومان) داشته‌اند. که در میان مردان، ۸۳/۸ درصد و در میان زنان، ۹۲/۵ درصد این سطح از درآمد ماهیانه را داشته‌اند. بنابراین وضعیت درآمدی سالمندان، با توجه به هزینه‌های سالمندی نامناسب است و در این رابطه، زنان آسیب‌پذیرتر هستند.

۲.۴. مقیاس سنجش سلامت سالمندان

میانگین نمره کل مقیاس سلامت سالمندان براساس پرسش‌نامه استاندارد در شهر مشهد، برابر با ۵۳/۷۹ (از ۱۰۰) می‌باشد. از این رو، سطح سلامت سالمندان در شهر مشهد، در حد متوسط ارزیابی می‌شود. بررسی بیش‌تر براساس ابعاد اصلی سلامت سالمندان، نشان داد که میانگین نمره سلامت جسمانی آن‌ها برابر ۵۱/۱۳ و میانگین مقیاس سلامت روانی و عملکرد اجتماعی سالمندان برابر با ۵۹/۷۲ است. بنابراین، وضعیت سلامت سالمندان مشهد در بعد جسمانی، پایین‌تر از وضعیت سلامت روانی و عملکرد اجتماعی آن‌ها قرار دارد. این تفاوت می‌تواند تحت تأثیر فضای معنوی شهر مشهد و وجود مرقد حضرت رضا (ع) باشد که در کاهش آلام و رنج‌های روحی و روانی و نشاط معنوی سالمندان تأثیرگذار بوده است.

جدول ۲- میانگین نمره سلامت سالمندان شهر مشهد

انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	سلامت
۲۷/۴۶	۵۱/۱۳	۵۶۸	نمره کل سلامت فیزیکی
۲۵/۱۰	۵۹/۷۲	۵۶۹	نمره کل سلامت اجتماعی و روانی
۲۳/۵۹	۵۳/۷۹	۵۶۸	نمره کل سلامت

جدول ۳- میانگین نمره سلامت سالمندان شهر مشهد

رتبه ابعاد سلامت سالمندان	ابعاد سلامت سالمندان	تعداد	میانگین	خطای استاندارد	انحراف استاندارد
۱	سلامت روانی	۵۶۹	۶۵/۱	۰/۹۷	۲۳/۱
۲	عملکرد اجتماعی	۵۶۹	۶۳/۴	۱/۱۷	۲۷/۹
۳	درد جسمانی	۵۶۸	۵۸/۳	۱/۲۵	۲۹/۹
۴	سرزندگی	۵۶۹	۵۶/۸	۰/۹۹	۲۳/۷
۵	نقش عاطفی	۵۶۹	۵۳/۶	۱/۹۴	۴۶/۲
۶	سلامت عمومی	۵۶۹	۵۲/۱	۱/۰۱	۲۴/۲
۷	عملکرد فیزیکی	۵۶۹	۵۰	۱/۲۳	۲۹/۵
۸	نقش فیزیکی	۵۶۹	۴۴/۱	۱/۸۹	۴۵/۲

۴.۳. نتایج مقیاس سرمایه اجتماعی

نمره میانگین کل سرمایه اجتماعی حاصل از ابعاد (مشارکت اجتماعی، روابط اجتماعی، حمایت اجتماعی و اعتماد اجتماعی) ۴۰/۶ از ۱۰۰ به دست آمده است که سطح پایین تر از حد متوسط میانگین از نمره سرمایه اجتماعی را در میان سالمندان شهر مشهد نشان می‌دهد. البته سرمایه اجتماعی در نزد مردان (۴۳/۲) بیش از زنان (۳۷/۶) است.

بیشترین برخورداری سالمندان در ابعاد سرمایه اجتماعی، داشتن روابط اجتماعی نسبتاً مناسب از نظر کمی و کیفی با اطرافیان و خویشاوندان و هم‌محلی‌ها و دوستانشان است. در این رابطه نیز مردان در سطح روابط اجتماعی قوی‌تری از زنان قرار دارند. به لحاظ اعتماد اجتماعی نیز نتایج نشان می‌دهد، اعتماد اجتماعی سالمندان در سطح نسبتاً پایینی قرار دارد و اعتماد درون گروهی (۴۱/۶۹) و برون گروهی (۴۲/۷) سالمندان، تفاوت چندانی بایک‌دیگر ندارند؛ اما مردان از اعتماد اجتماعی بالاتری (۴۵) نسبت به زنان (۳۸/۹۸) برخوردار هستند.

در میان ابعاد سرمایه اجتماعی، سالمندان روابط اجتماعی و اعتماد اجتماعی وضعیت مطلوب‌تر نسبت به مشارکت اجتماعی و حمایت اجتماعی برخوردار دارند. از نظر مشارکت، مشارکت مذهبی سالمندان، بیش‌تر از مشارکت‌های مدنی (شرکت در انجمن عضویت احزاب و تشکل و غیره) می‌باشد. در این میان، زنان سالمند، کم‌تر از مردان در هر دو زمین مذهبی و مدنی مشارکت دارند. در ارتباط با حمایت اجتماعی، تنها در زمین حمایت عاطفی - احساسی، تا حدودی سالمندان مورد حمایت هستند؛ اما از نظر

حمایت اطلاعاتی و حمایت مالی در سطح ضعیفی قرار دارند و در این میان، زنان از نظر حمایت‌های اجتماعی در سطح پایین‌تری هستند.

جدول ۴- شاخص سرمایه اجتماعی و ابعاد آن

شاخص‌ها	میانگین
روابط اجتماعی	۵۲/۹
اعتماد اجتماعی	۴۲/۲
سرمایه اجتماعی کل	۴۰/۶
مشارکت اجتماعی	۳۵/۶
حمایت اجتماعی	۳۱/۶

۴.۴. مقیاس انزوای اجتماعی

میانگین نمره میزان انزوای اجتماعی در میان مردان ۳۴/۵ و در میان زنان ۴۲/۳ است و نشان‌دهنده این است که احساس انزوای اجتماعی در میان زنان سالمند در شهر مشهد، بیش از مردان است.

۴.۵. عوامل تأثیرگذار بر سلامت سالمندان

در بررسی تأثیر رگرسیونی چندگانه، تأثیرات متغیر سرمایه اجتماعی و متغیرهای زمینه‌ای جمعیتی و همچنین، مقیاس احساس انزوای اجتماعی، بر سلامت سالمندان، براساس چهارچوب نظری تحقیق در میان ۵۶۹ سالمند، نتایج نشان می‌دهد که ضریب هم‌بستگی چندگانه برابر با $R=0/613$ به دست آمده و ضریب تعیین $R^2=0/364$ نشان می‌دهد ۳۶ درصد از تغییرات متغیر سلامت سالمندان به تغییرات متغیرهای مستقل وارد شده به معادله وابسته است. در این میان، حدود ۲۰ درصد تغییرات سلامت سالمندان وابسته به متغیر سرمایه اجتماعی است. بر این اساس، بیش‌ترین تأثیر مربوط به متغیر سرمایه اجتماعی است و در مجموع، سرمایه اجتماعی، سطح تحصیلات سالمندان و داشتن همسر (تأهل)، دسترسی به امکانات رفاهی، رابطه معنادار و مثبتی با سلامت سالمندان دارند و وابستگی مالی، انزوای اجتماعی، سن، تأثیر معنادار؛ اما معکوسی بر سلامت سالمندان دارند.

۴.۶. تحلیل مسیر و آزمون مدل

نتایج تحلیل مسیر و برازش مدل نشان می‌دهد، با توجه به آماره‌های به‌دست‌آمده، مدل تحقیق از برازش مناسبی برخوردار است و عوامل جمعیتی و اجتماعی تعیین شده به‌طور مناسبی، سطح سلامت سالمندان را تبیین می‌کنند.

در این میان، تأثیر مستقیم متغیر سرمایه اجتماعی بر سلامت سالمندان برابر $\beta=0/28$ است که بالاترین میزان تأثیر مستقیم را در میان متغیرهای مستقل نشان می‌دهد. این شاخص به ترتیب برای متغیر ویژگی‌های

جمعیتی $\beta = 0/24$ ، انزوای اجتماعی $\beta = -0/21$ و مزیت اقتصادی $\beta = 0/13$ حاصل شده است که براساس آزمون T-TEST و در سطح خطای $0/05$ این روابط معنادار بوده است.

جدول ۵- نتایج آزمون تحلیل مسیر تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای جمعیتی و اقتصادی اجتماعی بر سلامت

سالمدان

متغیر مستقل	اثر مستقیم	اثر غیر مستقیم	اثر کل
سرمایه اجتماعی	۲۸/۰	۰۷۵۶/۰	۳۵۵۶/۰
انزوای اجتماعی	-۲۱/۰	-----	-۲۱/۰
ویژگی های جمعیتی	۲۴/۰	۱۴/۰	۳۸/۰
شرایط اقتصادی	۱۳/۰	۰۴۵۶/۰	۱۷۵۶/۰

اما جهت این رابطه برای متغیر مستقل انزوای اجتماعی با سالمندی، معکوس بوده و نشان می دهد، هرچه انزوای اجتماعی در افراد سالمند بالاتر بوده، سطح سلامت کلی افراد سالمند به طور معناداری، پایین تر بوده است. همچنین، در این مدل، نقش متغیر انزوای اجتماعی به عنوان یک متغیر میانی در تبیین علی تأثیرات متغیرهای شرایط اقتصادی، سرمایه اجتماعی و ویژگی های جمعیتی، داری اهمیت است و نشان می دهد که مکانیز تأثیرگذاری این متغیرها بر سلامت از طریق تأثیر بر انزوای اجتماعی سالمندان اهمیت دارد؛ به این معنا که هرچه سرمایه اجتماعی سالمندان بیش تر باشد و از مزیت اقتصادی بالاتری برخوردار باشند، همچنین، ویژگی های جمعیتی بهتری داشته باشند، سطح انزوای اجتماعی پایین تری دارند و در نتیجه، سالمندان سلامت بالاتری را تجربه می کنند. نکته دیگر در این مدل، آن است که در مجموع، تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر سرمایه اجتماعی و ویژگی های جمعیتی، تأثیر بیش تری را نشان می دهند.

برازش مدل تحقیق نیز با استفاده از نرم افزار EQS، تحلیل عاملی تأییدی صورت گرفته و آماره های برازش هر یک از مدل های تحلیل عاملی مربوط به هر سازه، تفسیر شده است. در این راستا و از آنجا که تعداد این آماره ها زیاد بوده، از سه آماره $CFI, IFI, RMSEA$ که در تفسیر آماره های EQS بیش تر به کار می رود، استفاده شده است که در تمامی موارد، برازش سازه ها نشان دهنده مناسب بودن عامل ها و تأیید سازه های سلامت، سرمایه اجتماعی، شرایط اقتصادی، ویژگی های جمعیتی و انزوای اجتماعی بوده است.

نتایج آزمون مدل که آماره های آن در ذیل شکل (۱) آمده است، نشان می دهد، مدل تحقیق، برازش مناسبی دارد و عوامل جمعیتی و اجتماعی تعیین شده به طور مناسبی، سطح سلامت سالمندان را تبیین می کنند.

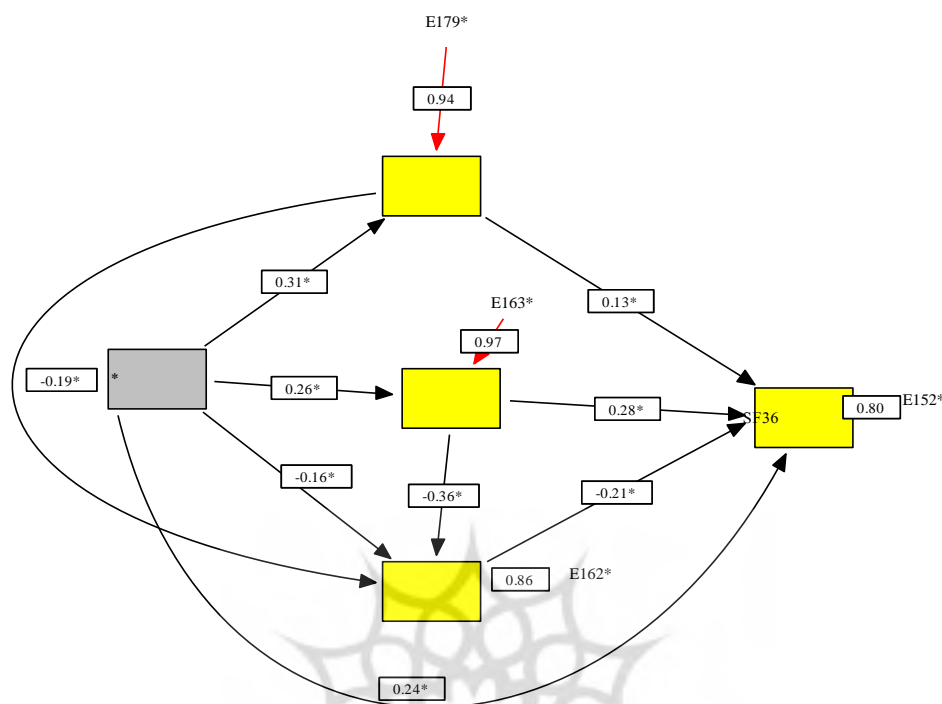


Figure X: EQS 6 health1 Chi Sq.=2.90 P=0.09 CFI=1.00 RMSEA=0.06

شکل ۱- تحلیل مسیر و آزمون مدل مفهومی تحقیق

۵. نتیجه گیری و پیشنهادها

همان گونه که سرمایه اجتماعی به عنوان عاملی برای موفقیت در برنامه های رفاه اجتماعی و سلامت اجتماعی، مورد توجه بوردیو (۱۹۸۶)، جیمز کلن (۱۹۸۸) و رابرت پاتنام (۱۹۹۳) بوده، تحقیق حاضر نشان می دهد که سرمایه اجتماعی در دوران سالمندی، به طور مستقیم با افزایش زمینه حمایت اجتماعی سالمندان، مشارکت اجتماعی و گسترش کمیّت و کیفیت روابط آنها می تواند حدود ۲۰ درصد اختلاف سلامت افراد سالمند را تبیین کند و به طور غیرمستقیم نیز، با تأثیر کاهشی بر احساس انزوای اجتماعی سالمندان، در بهبود سلامت سالمندان مؤثر است. در مجموع، می توان بیان کرد که سرمایه اجتماعی بیش از سرمایه اقتصادی در این پژوهش قادر به تبیین سطح سلامت سالمندان بوده است. همچنین، همان گونه که کلن (۱۹۸۸) مطرح کرده و این تحقیق نیز نشان داده است، سرمایه اجتماعی منبعی از روابط اجتماعی میان خانواده ها و اجتماع است. از طرف دیگر، به قول پاتنام، سرمایه اجتماعی فراتر از آن که منبعی از احساس تعلق افراد به اجتماعشان، هم کاری اجتماعی، روابط متقابل، اعتماد و نگرش مثبت به نهادها باشد،

دربگیرنده مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی و یا مشارکت مدنی است که با افزایش آن، هم‌سو با نتایج این پژوهش، می‌تواند سلامت سالمندان را بهبود بخشد.

براساس نتایج این پژوهش، سرمایه اجتماعی علاوه بر تأثیر مستقیمی که بر سلامت افراد؛ به‌ویژه سالمندان دارد، می‌تواند به عنوان یک متغیر واسطه‌ای بر نابرابری‌های سلامت تأثیر بگذارد و تأییدی بر دیدگاه کمپبل (۱۹۹۹) است که بیان کرده است که سرمایه اجتماعی می‌تواند به عنوان یک سپر در برابر صدمات اجتماعی و اقتصادی از طریق کاهش اثرات فقدان منابع اقتصادی عمل کند؛ علاوه بر آن، رابطه معکوسی بین میزان سرمایه اجتماعی سالمندان و میزان احساس انزوای اجتماعی آن‌ها وجود دارد. از طرف دیگر، پایین بودن سطح انزوای اجتماعی در میان سالمندان، ارزیابی مثبت‌تری را از سلامت آن‌ها نشان می‌دهد که تأییدی بر پژوهش‌های فریس و دان‌هام (۱۹۳۹)، هالینگ شیدوردلیک (۱۹۵۸)، لیگتن (۱۹۵۹) و براون و هریس (۱۹۸۷) است که رابطه بین سلامت با ساخت اجتماعی، انزوای اجتماعی و فقر را تأیید کرده‌اند.

در مجموع، نتایج تحقیق حاضر، هم‌سو با پیشینه نظری و تجربی نشان می‌دهد که سرمایه اجتماعی توان زیربنایی را، به منظور توسعه چهارچوب‌های تئوریک جدید را برای شناخت سلامت و رفتار سلامتی در افراد سالم و همچنین، در درون بسترهای اجتماعی پیچیده و گسترده دارد و ارتقای سلامت روانی و جسمانی سالمندان می‌تواند در کاهش هزینه‌های تأمین اجتماعی و حمایت‌های روزافزون افراد سالمند مؤثر باشد.

پیشنهادها

با توجه به نتایج تحقیق حاضر، پیشنهادهای زیر مطرح می‌شود:

- ۱- سیاست‌های حمایتی در جهت نگهداری سالمندان در منزل؛ حتی زمانی که آن‌ها نیاز به مراقبت‌های بهداشتی گسترده دارند.
- ۲- فراگیر شدن بیمه‌های اجتماعی و بازنشستگی برای کلیه افراد ۶۰ سال به بالای کشور که در این حمایت، اولویت را باید به زنان سالمند و مردان فاقد نظام حمایتی، اختصاص داد.
- ۳- بررسی حاضر نشان داده است که سالمندان فعال و مشارکت‌کننده در امور مختلف دارای سلامت بیش‌تری هستند. از این رو، اجرای برنامه‌هایی برای جلب مشارکت بیش‌تر سالمندان در فعالیت‌های اجتماعی و فرهنگی، می‌تواند برای سلامت آن‌ها و در نتیجه، کاهش هزینه‌های دوران سالمندی مؤثر باشد.

۴- مشارکت سالمندان در برنامه‌های رسانه‌ای برای تقویت جای‌گاه آن‌ها و برخوردای از تجربیات سالمندان برای تقویت رابطه بین نسلی.

۵- طبق نتایج تحقیق حاضر، فعال نگه داشتن سالمندان از نظر اقتصادی به مدت بیش‌تر با توجه به افزایش امید به زندگی، می‌تواند در سلامت آن‌ها نیز مؤثر باشد و از وابستگی آن‌ها بکاهد. در مجموع، این اقدامات می‌تواند مکانیزم‌هایی را در جهت تقویت سلامت سالمندان و کاهش هزینه‌های روبه‌افزایش سالمندی در ایران فراهم کند:

- مکانیزم مبتنی بر گسترش تأمین اجتماعی و بیمه‌های سالمندان؛ به‌ویژه در ارتباط با زنان.
- مکانیزم تأثیرگذاری بر سلامت سالمندان از طریق تقویت امکانات رفاهی و خدماتی برای سالمندان و امکان دسترسی به آن در سطح محلات شهری با تکیه بر شهرداری‌ها و انجمن‌های مردم‌نهاد
- مکانیزم تأثیرگذاری بر سلامت سالمندان از طریق افزایش محیط‌های اجتماعی ویز سالمندان و شرکت دادن آن‌ها در امور عمومی.
- مکانیزم حمایتی و تشویقی نظام سنتی حمایت از سالمندان و نگهداری آن‌ها در خانواده.

کتاب‌نامه

۱. اجتهادی، م. (۱۳۸۶). سرمایه اجتماعی. پژوهش‌نامه دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه شهید بهشتی (ویژه‌نامه جامعه‌شناسی)، (۵۳)، ۱-۱۲.
۲. احمدی، و. و بهشتی، م. (۱۳۸۶). بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و رفاهی سالمندان در ایران. فصل‌نامه جمعیت، (۶۱ و ۶۲)، ۱۹-۳۸.
۳. ازکیا، م.، فیروزآبادی، س. ا. (۱۳۸۷). بررسی اجتماعی در نظام‌های بهره‌برداری از زمین و عوامل مؤثر بر تبدیل بهره‌برداری‌های دهقانی به تعاونی. نامه علوم اجتماعی، ۱۶ (۱)، ۷۶-۹۸.
۴. امیری، م. و رحمانی، ت. (۱۳۸۵). بررسی آثار سرمایه اجتماعی درون و برون‌گروهی بر رشد اقتصادی استان‌های ایران. دوفصل‌نامه علمی- پژوهشی جستارهای اقتصادی، ۳ (۶)، ۱۵۲-۱۱۱.
۵. پاتنام، ر. (۱۳۸۵). سرمایه اجتماعی، اعتماد، دموکراسی و توسعه. (ا. خاکباز و ح. پویان، مترجمان). تهران: انتشارات شیرازه.
۶. ریاحی، م. ا.، علی‌وردی‌نیا، ا. و پورحسین، ز. (۱۳۸۹). بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روان. فصل‌نامه رفاه اجتماعی، ۳۹ (۱۰)، ۸۵-۱۲۱.

۷. سام آرام، ع. (۱۳۷۰). مسائل سالمندی در ایران (مطالعه‌ای در جمعیت‌شناسی سالمندان ایران). فصل‌نامه علوم اجتماعی، (۲، ۱)، ۱۲۸-۱۱۳.
۸. سلطانی، ط. و جمالی، م. (۱۳۸۷). بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روانی (مورد مطالعه: دانشجویان دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه شیراز. مجله فرایند مدیریت و توسعه، شماره ۶۱-۶۹، صص ۱۰۸-۱۲۱).
۹. شارع‌پور، م. (۱۳۷۹). سرمایه اجتماعی در حال فرسایش است. کتاب ماه علوم اجتماعی. (۳۶ و ۳۷)، ۱۷-۱۵.
۱۰. شریفیان ثانی، م. (۱۳۸۰). سرمایه اجتماعی: مفاهیم اصلی و چارچوب نظری. فصل‌نامه رفاه اجتماعی، ۱ (۲)، ۱۸-۵.
۱۱. عباسی شوازی، م. ج. (۱۳۸۰). هم‌گرایی رفتارهای باروری در ایران، میزان، روند و الگوی سنی باروری در استان‌های کشور در سال‌های ۱۳۷۵-۱۳۵۱. نامه علوم اجتماعی، (۱۸)، ۲۳۱-۲۰۱.
۱۲. غفاری، غ.ر. و اونق، ن. م. (۱۳۸۵). سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی. مطالعات اجتماعی ایران، ۱ (۱)، ۱۹۹-۱۵۹.
۱۳. قاسمی، ح.، حریرچی، م.، مثنوی، ع.، رهگذر، م. و اکبریان، م. (۱۳۸۹). مقایسه کیفیت زندگی سالمندان مقیم خانواده مقیم سرای سالمندان شهر اصفهان. فصل‌نامه رفاه اجتماعی، ۱۰ (۳۹)، ۲۰۰-۱۷۷.
۱۴. کلانتری، م. (۱۳۸۶). مجموعه مقالات کنگره بررسی مسائل سالمندی در ایران. اندیشه کهن. تهران: مؤسسه اندیشه کهن‌پرداز.
۱۵. کوششی، م. (۱۳۸۶). رفتارهای جمعیتی و الگوهای حمایت اجتماعی سالمندان شهر تهران. نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران، ۴ (۸)، ۱۷۲-۱۴۹.
۱۶. کوششی، م. (۱۳۷۳). فرضیه مقدماتی در مورد تغییرات باروری در ایران. فصل‌نامه جمعیت، (۵۶)، ۳۹-۷.
۱۷. ماجدی، س.م. و لهسایی‌زاده، ع. (۱۳۸۵). بررسی رابطه بین متغیرهای زمینه‌ای، سرمایه اجتماعی و رضایت از کیفیت زندگی: مطالعه موردی در روستاهای استان فارس. فصل‌نامه روستا و توسعه، ۹ (۴)، ۹۱-۱۳۵.
۱۸. محمدی تقی زاده، ا.، مرادی، گ. م. و حسینی رودبارکی، س. (۱۳۸۷). بررسی تطبیقی سرمایه اجتماعی و سلامت روانی دانشجویان غیربومی دانشگاه‌های تهران و شیراز. فصل‌نامه رفاه اجتماعی، ۸ (۳۰ و ۳۱)، ۱۷۰-۱۴۳.
۱۹. مرکز آمار ایران. (۱۳۹۴). نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن، سال‌های ۱۳۶۵، ۱۳۷۵، ۱۳۸۵ و ۱۳۹۰. تهران: مرکز آمار ایران.
۲۰. مؤمنی، خ. م. و کریمی، ح. (۱۳۸۹). مقایسه سلامت عمومی سالمندان مقیم و غیرمقیم سرای سالمندان. فصل‌نامه سالمندان ایران، ۵ (۱۷)، ۲۹-۲۳.
۲۱. میرزایی، م. و شمس قهفرخی، م. (۱۳۸۶). جمعیت‌شناسی سالمندان در ایران براساس سرشماری ۱۳۸۵-۱۳۳۵. سالمندان ایران، ۲ (۳)، ۳۳۱-۳۲۶.

۲۲. میرزائی، م. و کاوه فیروز، ز. (۱۳۸۸). کیفیت زندگی سالمندان شهر تهران و مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی آن‌ها با تأکید بر جنس. *نامه انجمن جامعه‌شناسی ایران*، ۴ (۸)، ۱۴۸-۱۲۳.
۲۳. میرزمانی، م.، حلی ساز، م. ت.، سدیدی، ا. صفری، ا. (۱۳۸۷). مقایسه میزان تأثیر درد بر ابعاد مختلف زندگی سالمندان و افراد مبتلا به درد مزمن. *سالمندی ایران*، ۳ (۷)، ۵۵-۴۸.
۲۴. ناطق‌پور، م. ج. و فیروزآبادی، س. ا. (۱۳۸۵). شکل‌گیری سرمایه اجتماعی و فراتحلیل عوامل مؤثر بر آن. *نامه علوم اجتماعی*. (پیاپی ۲۸). ۱۶۰-۱۹۰.
25. Abbasi-Shavazi, M. J., McDonald, P. (2005). *National and provincial –level fertility trends in Iran, 1972-2000*. Working Papers in Demography , No.94. Canberra, Australia: Australian National University.
26. Abbasi-Shavazi, M. J., McDonald, P., & Hosseini-Chavoshi, M. (2009). *The fertility transition in Iran: Revolution and reproduction*. Amsterdam, The Netherlands: Springer.
27. Barry, P. P. (2000). An overview of special considerations in the evaluation and management of the geriatric patient. *The American Journal of Gastroenterology*, 95(1), 8-10.
28. Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. In J. G. Richardson (Ed.), *Handbook of theory and research for the sociology of capital* (pp. 241 ° 258). New York, NY: Greenwood Press.
29. Bourdieu, P. (1997). *The forms of capital*. London, England: Oxford University Press.
30. Coleman, J. S. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology*, 94, S95-S120.
31. Folland, S. (2007). Does community social capital contribute to population health? *Social Science & Medicine*, 64(11), 2342-2354.
32. Kawachi, I., Kennedy, B. P., Lochner, K., & Prothrow-Stith, D. (1997). Social capital, income inequality, and mortality. *American Journal of Public Health*, 87(9), 1491-1498.
33. Kawachi, I., Kennedy, B., & Glass, R. (1999). Social capital and self-rated health: A contextual analysis. *American Journal of Public Health*, 89(8), 1187-1193.
34. King, L. A., Hicks, J. A., Krull, J. L., & Del Gaiso, A. K. (2006). Positive affect and the experience of meaning in life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90(1), 179-196.
35. Lutz, W., Skirbekk, V., & Testa, M. R. (2006). The low-fertility trap hypothesis: Forces that may lead to further postponement and fewer births in Europe. *Vienna Yearbook of Population Research*, 4, 167-192.
36. Mitchell, C. U., & LaGory, M. (2002). Social capital and mental distress in an impoverished community. *City & Community*, 1(2), 199-222.
37. Putnam, R. D., Leonardi, R., & Nanetti, R. Y. (1993). *Making democracy work: Civic traditions in modern Italy*. New Jersey, NJ: Princeton University Press.
38. The United Nations (2005). *World population prospects: The 2004 Revision* New York, NY: The Department of Economic and Social Affairs of the United Nations.
39. The United Nations (2006). *World population ageing: 1950-2050*. New York, NY: The Department of Economic and Social Affairs of the United Nations.
40. The United Nations (2007). *2007 world population data sheet*. New York, NY: Population Reference Bureau.
41. The United Nations (2010). *World population prospects, the 2010 revision*. New York, NY: The Department of Economic and Social Affairs of the United Nations.

42. Thompson, W. S. (1929). *Danger spots in world population*. New York, NY: Alfred A. Knopf.
43. Veenstra, G. (2000). Social capital, SES and health: An individual-level analysis. *Social Science & Medicine*, 50(5), 619-629.
44. Veenstra, G., & Lomas, J. (1999). Home is where the governing is: Social capital and regional health governance. *Health Place*, 5(1), 1-12.
45. Walker, A. (1998). *Combating age barriers in employment—A guide to good practice*. Dublin, Ireland: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
46. Walker, A. (2002). A strategy for active ageing. *International Social Security Review*, 55(1), 121° 139.
47. Walker, A. (2012). *Combating age barriers in employment: European research report*. Dublin, Ireland: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
48. Ware, J. J., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.
49. Wilkinson, R. (1991). Income inequality, social cohesion, and health: Clarifying the theory-- A reply to Muntaner and Lynch. *International Journal of Health Services*, 29(3), 525-543.
50. World Health Organization (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Geneva, Switzerland: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.