

بررسی سلامت روانی سالمندان شهر تهران و ارتباط آن با سرمایه اجتماعی آنها

زهرا نگهبان^۱، محمد عرب^۲، مریم تاجور^۳، عباس رحیمی‌فروشان^۴، آرش رشیدیان^۵

چکیده

مقدمه: توجه به سرمایه اجتماعی و نقش آن در سلامت فردی و گروهی در سطوح مختلف، همواره مورد توجه صاحب‌نظران بوده است، از سویی مطالعات متعدد بیانگر آن است که با افزایش سن، اختلالات روانی افزایش می‌یابد. لذا با توجه به افزایش سریع جمعیت سالمندان، پژوهش حاضر با هدف تعیین سلامت روانی سالمندان و ارتباط آن با سرمایه اجتماعی آنها در شهر تهران در سال ۱۳۹۰ انجام شده است.

روش پژوهش: مطالعه حاضر به روش مقطعی بر روی سالمندان ۶۰ سال و بالاتر ساکن شهر تهران انجام شد. تعداد ۵۳۵ سالمند نمونه به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها دو پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) و پرسشنامه سرمایه اجتماعی ۳۶ سوالی بولن بود. از آمار توصیفی (درصد، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (آزمون همبستگی اسپیرمن، کروسکال والیس و من‌ویتنی) برای تحلیل داده‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS 18 استفاده شده است.

یافته‌ها: میانگین نمره سرمایه اجتماعی در سالمندان مورد مطالعه ۷۴/۳ و میانگین نمره سلامت روان پاسخگویان ۶/۹ بود. تست‌های آماری بیانگر وجود همبستگی معناداری بین نمرات سرمایه اجتماعی و هفت مؤلفه آن با سلامت روانی سالمندان بود ($p < 0.001$ و $r_s = -0.4$). همچنین بین متغیرهای جنسیت، محل تولد، روش تأمین مخارج زندگی، منطقه محل سکونت، گروه‌های سنی، ترتیبیات زندگی، درک فرد از وضعیت مالی خود، تحصیلات و سلامت روانی سالمندان رابطه معناداری مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان‌دهنده وجود رابطه دو طرفه میان سرمایه اجتماعی و سلامت روانی بود، بنابراین جهت افزایش سطح سلامت سالمندان بایستی به سرمایه اجتماعی بیش از پیش توجه گردد.

کلیدواژه‌ها: سرمایه اجتماعی، سالمند، سلامت، سلامت روان.

۱- کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲- استاد گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران، (نویسنده مسئول)، پست الکترونیک: arabmoha@sina.tums.ac.ir

۳- دکترای مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه لندن، لندن، انگلستان

۴- دانشیار گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۵- دانشیار گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، مرکز تحقیقات بهره‌برداری از دانش سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

مقدمه

ترکیب جهان در حال تغییر بوده و تعداد و نسبت افراد ۶۵ سال و بالاتر در حال افزایش است. تعداد سالمندان از سال ۱۹۵۰ به بعد سه برابر افزایش یافته است، بطوری که تقریباً از ۱۳۰ میلیون نفر به ۴۱۹ میلیون نفر در سال ۲۰۰۰ رسیده است [۱] و بنا به تخمین‌ها تا سال ۲۰۵۰ این رقم به دو میلیارد نفر خواهد رسید [۲]. در ایران نیز تعداد سالمندان رو به افزایش بوده و از ۶/۶ در سال ۱۳۷۵ به ۷/۳ درصد از جمعیت در سال ۱۳۸۵ رسیده است [۳] و بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۰ بیش از ۶ میلیون (۸/۲ درصد) جمعیت ایران را افراد ۶۰ ساله و بالاتر تشکیل می‌دهند [۴]. بنابراین با افزایش تعداد سالمندان توجه به موضوعات جدید در رابطه با آنان بیشتر شده است که از جمله این موضوعات، توجه به بهداشت روان آنان می‌باشد. مطالعات نشان می‌دهند که شیوع مشکلات و اختلالات روانی در افراد سالمند در ایران بیش از ۳۰٪ می‌باشد [۵]. نوربالا، در پژوهشی ملی، میزان ابتلا به بیماری روانی را در سال ۱۳۸۰ حدود ۲۱ درصد کل جمعیت ذکر کرده است که این میزان را در مردان ۱۵ درصد و در زنان ۲۶ درصد اعلام کرد و این مطالعه نشان داد که میزان شیوع این بیماری‌ها در افراد بازنشسته، بیکار، بیوه، مطلقه و متأهل دارای مشکلات زناشویی بیش از سایر افراد می‌باشد [۶]. علی‌رغم اینکه سالمندان بیشترین مصرف‌کننده خدمات سلامت هستند و از سویی یکی از آسیب‌پذیرترین گروه‌ها از نظر سلامتی به شمار می‌آیند، به دلیل مشکلات کار با سالمندان، پژوهش‌های بسیار کمی از جمله پژوهش در زمینه موضوع این تحقیق، گروه سالمندان را مورد توجه و مطالعه قرار داده‌اند. این در حالی است که سالمندان می‌توانند به شیوه‌ای زندگی کنند که منجر به افزایش حمایت و بهبود وضعیت بهداشت روانی آنان شود [۷] از طرفی بر اساس گزارش منتشره توسط سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۰، یکی از اهداف اصلی سه گانه سیستم‌های بهداشتی و درمانی که ارزیابی عملکرد آنها نیز از نگاه سازمان بهداشت جهانی بر مبنای همین سه هدف است، کاهش نابرابری‌ها در سلامت است [۱].

عوامل محیطی و به ویژه "تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت" مبین بخش اصلی نابرابری‌های موجود در سطح سلامت افراد و جوامع هستند [۸]. به عبارت دیگر سلامت مردم با ویژگی‌های جامعه و ساختار اجتماعی و اقتصادی آنان ارتباط تنگاتنگی دارد. لذا ارزش اصلی ارتقاء دانش و شناخت در زمینه تعیین‌کننده‌ها یا مؤلفه‌های اجتماعی سلامت به این واقعیت بر می‌گردد که عوامل اجتماعی خطرزا قابل شناخت، پیشگیری و کنترل هستند و از این طریق می‌توان با انجام مداخلات اجتماعی از بسیاری از بیماری‌ها و مرگ و میر گروه‌های پر خطر جامعه کاست و باعث ارتقاء کمی و کیفی طول عمر آنان و در نهایت کاهش نابرابری‌های سلامت شد [۹]. مطالعات نشان داده‌اند که توجه به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت هم‌چون سرمایه اجتماعی و مشارکت اجتماعی نقش قابل توجهی در ارتقای سلامت روان سالمندان دارند [۱۰، ۱۱]. تاکنون برای سرمایه اجتماعی تعاریف گوناگونی شده است و بالطبع متغیرهای اندازه‌گیری آن هم متفاوت بوده است. پاتنام سرمایه اجتماعی را ویژگی‌هایی نظیر اعتماد، هنجارها و شبکه‌ها تعریف می‌کند که می‌توانند با تسهیل اقدامات هماهنگ کارایی جامعه را بهبود ببخشند [۹]. آنچه از تعاریف متعدد سرمایه اجتماعی بر می‌آید این است که این مفهوم دربردارنده مفاهیمی هم‌چون اعتماد، همکاری و روابط متقابل بین اعضای یک گروه بوده، به نحوی که گروه را به سمت دستیابی به هدفی که بر مبنای ارزش‌ها و معیار رایج در جامعه مثبت تلقی شود هدایت می‌کند [۱۲]. سرمایه اجتماعی و نقش آن در سلامت روان افراد در سطوح مختلف، همواره مورد توجه صاحب‌نظران بوده است. در ایران نیز مطالعات زیادی در مورد سلامت و بیماری روانی انجام شده، اما پژوهش‌های بسیار اندکی در مورد نقش سرمایه اجتماعی در سلامت روانی انجام گرفته است. در مطالعات لهسایی‌زاده و مرادی [۱۳، ۱۴]، بهزاد [۱۵] و بنزاده [۱۶] به بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی پرداخته شد، اما هیچ یک این موضوع را در سالمندان مورد مطالعه قرار نداده‌اند. لذا پژوهش

پژوهش برای سالمندان شرکت‌کننده در مطالعه شرح داده شد و به آنها خاطر نشان شد که ذکر نام و نام خانوادگی نیاز نیست و اطلاعات آنها به صورت محرمانه نزد گروه تحقیق خواهد ماند و شرکت‌کنندگان با رضایت کامل در مطالعه شرکت کردند.

جهت سنجش سلامت روان سالمندان از پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی منطبق شده برای سالمندان (GHQ-28) استفاده شد [۱۸]. این پرسشنامه یک پرسشنامه غربالگری مبتنی بر روش خود گزارش‌دهی است که با هدف بررسی سلامت روان افراد و غربالگری اختلالات روانی مورد استفاده قرار می‌گیرد [۱۹]. جهت نمره‌گذاری این پرسشنامه دو شیوه نمره‌گذاری سنتی و لیکرت وجود دارد که اولی در غربالگری اختلالات روانی کاربرد دارد و از دومی در مطالعات جهانی و داخلی اثربخشی مداخلات استفاده شده است [۲۰]. بنابراین با توجه به هدف این مطالعه از روش سنتی در نمره‌گذاری استفاده شد؛ بدین صورت که به گزینه‌ها نمره ۰-۱-۱-۱-۱-۱ داده شد و جمع نمرات میزان سلامت روانی فرد را نشان داد و با در نظر گرفتن این که گزینه‌های هر سوال شامل طیف خیلی کم، کم، زیاد و خیلی زیاد بود نمره بیشتر به مفهوم پایین‌تر بودن سطح سلامت روانی فرد می‌باشد. همانند مطالعه نوربالا و همکاران، در این مطالعه نیز از نمره برش ۶ استفاده شد، به این مفهوم که افرادی که از مجموع ۲۸ سوال، نمره ۶ یا بیشتر کسب نمودند به عنوان مشکوک به اختلالات روانی محسوب گشتند. پایایی این ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه شد. برای سنجش سرمایه اجتماعی از پرسشنامه بولن [۲۱] که توسط نجات و همکاران ترجمه شد استفاده شده است. این پرسشنامه شامل هفت مؤلفه اعتماد و امنیت اجتماعی، مشارکت در جامعه محلی، فعالیت در زمینه‌های اجتماعی، ارزشمند بودن زندگی، ارتباط با همسایگان، ارتباط با خانواده و دوستان و تنوع‌پذیری می‌باشد. هر یک از مؤلفه‌ها با سوال‌هایی با طیف‌های چهارگانه، کمی تا خیلی زیاد مورد سنجش قرار گرفته‌اند، بدین صورت که به هر سوال امتیاز ۰-۴ داده شد و مجموع نمرات میزان

حاضر با هدف تعیین وضعیت سلامت روانی سالمندان شهر تهران و ارتباط آن با سرمایه اجتماعی آنها انجام شد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی - تحلیلی است که به صورت مقطعی در بین کلیه سالمندان ۶۰ سال و بالاتر ساکن شهر تهران انجام پذیرفت. برای تعیین حجم نمونه با توجه به هدف مطالعه و بررسی مقالات مشابه [۱۴، ۱۵]، اگر ضریب همبستگی دو متغیر سرمایه اجتماعی و سلامت روانی در هر کدام از گروه‌های مورد مطالعه ۰/۱ یا بیشتر باشد از نظر آماری معنادار است، بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد با استفاده از فرمول زیر از ۲۴۰۶ سالمند شهر تهران با نمونه‌گیری تصادفی ۵۳۵ سالمند انتخاب شدند.

$$n = \frac{(z_1 - a/r + d)^2}{p^2} = \frac{(1.96 + 0.84)^2}{(0.12)^2} = 535$$

جهت انتخاب افراد مورد مطالعه در این پژوهش از چهارچوب نمونه‌گیری طرح تحقیقاتی با عنوان "خانواده، حمایت اجتماعی و سلامت سالمندان در شهر تهران" با شماره ۸۹۰۴ که در سال ۱۳۸۹ در دانشکده بهداشت دانشگاه تهران به تصویب رسید، استفاده شد که جهت تهیه چهارچوب نمونه‌گیری آن، سه منطقه ۲، ۱۴، ۱۷ از مناطق ۲۲ گانه شهر تهران، بر مبنای مطالعه فیروزآبادی و امامی [۱۷] و مشورت با افراد مختلف و با در نظر گرفتن امکانات کار به عنوان مناطق به ترتیب ضعیف، متوسط و خوب شهر تهران انتخاب شدند. در مرحله بعد یک محله به صورت تصادفی از بین محلات موجود در هر سه منطقه یاد شده انتخاب شد که شامل محله دریا در منطقه ۲، محله مینا در منطقه ۱۴ و محله آذری در منطقه ۱۷ بودند. در نهایت با سرشماری سالمندان ساکن در محلات انتخابی، چهارچوبی شامل آدرس و شماره تلفن کلیه سالمندان در محلات تهیه گردید. بنابراین با توجه به انتخاب افراد نمونه از سطوح مختلف اقتصادی - اجتماعی، نمونه حاضر قابلیت تعمیم به سالمندان کل تهران را خواهد داشت. اهداف

سرمایه اجتماعی فرد را مشخص نمود. روایی محتوایی پرسشنامه از طریق اخذ نظر صاحب نظران و اساتید، مورد تأیید قرار گرفت و پایایی آن نیز با استفاده از آلفای کرونباخ (۰/۸۷) تخمین زده شد. مشخصات فردی و اطلاعات جمعیت‌شناسی و اقتصادی - اجتماعی افراد نیز طی پرسشنامه‌ای مورد سنجش قرار گرفت. پرسشنامه‌ها به روش مصاحبه و با مراجعه حضوری پرسشگران آموزش دیده به آدرس‌های تعیین شده تکمیل شد. مقرر گردید در صورت عدم همکاری، حضور نداشتن و یا فوت سالمند انتخابی، مطابق با لیست به آدرس قبلی یا بعدی مراجعه شود تا تعداد نمونه تکمیل گردد. نرخ پاسخ‌دهی پرسشنامه‌ها ۸۱/۷ درصد گزارش شد. در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (درصد، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی شامل آزمون همبستگی اسپیرمن، کروسکال والیس و من‌ویتنی (Spearman correlation test, Kruskal-Wallis and Mann-Whitney) به کمک نرم‌افزار SPSS18 استفاده شده است. سطح اطمینان در کلیه آزمون‌های تحلیلی ۰/۰۵ در نظر گرفته شد و همچنین جهت تعیین وضعیت نرمالیتی داده‌ها آزمون Kolmogorov-Smirnov به کار گرفته شد.

یافته‌ها

از ۵۳۵ سالمند نمونه ۵۳ درصد زن و باقی (۴۷٪) مرد بودند. از میان آنها ۲۰/۶ درصد از محله دریا (منطقه دو شهر تهران)، ۳۴/۲ درصد از محله مینا (منطقه چهارده شهر تهران) و ۴۵/۲ درصد باقیمانده از محله آذری (منطقه هفده شهر تهران) انتخاب شده بودند. نتایج توصیفی اطلاعات جمعیت‌شناسی و اقتصادی - اجتماعی در جدول شماره ۱ آمده است (جدول ۱). برای سنجش سرمایه اجتماعی افراد نمونه از هفت مؤلفه اندازه‌گیری که در برگزیده ۳۱ گویه بود، استفاده شد؛ جهت مشخص کردن این متغیر همان‌طور که در روش پژوهش آمده است، ابتدا به هریک از سؤالات نمره داده شد و آماره‌های مرتبط با مؤلفه‌های آن اندازه‌گیری و در نهایت سرمایه اجتماعی کلی برای هر

یک از افراد شرکت‌کننده در مطالعه مورد بررسی قرار گرفت که در جدول شماره ۲ میانگین و انحراف از معیار برای هریک از مؤلفه‌ها و سرمایه اجتماعی کلی سالمندان مورد پژوهش آورده شده است (جدول ۲).

همان‌طور که در بالا دیده می‌شود، میانگین سرمایه اجتماعی کلی سالمندان شهر تهران ۷۴/۳ می‌باشد و این میزان در مورد هریک از مؤلفه‌های هفت‌گانه مشارکت در جامعه محلی، اعتماد و امنیت اجتماعی، ارتباط اجتماعی با همسایگان، ارتباط اجتماعی با خانواده و دوستان، فعالیت در زمینه‌های اجتماعی، تنوع‌پذیری ارزشمند بودن زندگی به ترتیب ۱۲/۲، ۱۱/۹، ۱۲/۸، ۷/۵، ۱۱/۹، ۵/۹ و ۵/۶ بود.

از میان سالمندان شرکت‌کننده در مطالعه ۵۶/۷ درصد آنها دارای سلامت روانی مطلوب بودند و ۴۳/۳ درصد مشکوک به اختلال روانی بودند. میزان سلامت روان به تفکیک متغیرهای جمعیت‌شناسی و اقتصادی - اجتماعی که رابطه معناداری داشتند (جدول ۳).

اطلاعات جدول بالا نشان می‌دهد که سلامت روان سالمندان با متغیرهای جنسیت، محل تولد، روش تأمین مخارج زندگی، منطقه محل سکونت، گروه‌های سنی متفاوت، ترتیب زندگی، درک فرد از وضعیت مالی خود و میزان تحصیلات فرد رابطه آماری معناداری داشت و سایر متغیرهای جمعیت‌شناسی و اقتصادی - اجتماعی از قبیل وضعیت تأهل و قومیت تفاوت آماری معناداری در سطح سلامت روانی سالمندان ایجاد نکردند.

جهت بررسی همبستگی سلامت روانی و سرمایه اجتماعی سالمندان مورد مطالعه، ابتدا به بررسی نرمالیتی متغیرها پرداخته شد که نتایج آزمون کولموگوروف اسمیرنوف (Kolmogorov-Smirnov test) مشابه نمودار هیستوگرام دو متغیر سلامت روانی و سرمایه اجتماعی، نرمال نبودن توزیع این دو متغیر را نشان داد (برای هر دو پرسشنامه سلامت روانی و سرمایه اجتماعی $Z = 1/76$ و $p = 0/04$ به دست آمد)، بنابراین از ضریب همبستگی اسپیرمن جهت بررسی همبستگی متغیرها استفاده شد.

اجتماعی بر سلامت روانی سالمندان مورد پژوهش تأثیر داشت. در صورت وجود اعتماد، ارتباط بین اعضای خانواده، گروه‌ها و اجتماعات مختلف مؤثر خواهد بود. از این رو گسترش شعاع اعتماد در جامعه باعث همکاری بیشتر اعضا و به تبع آن کاهش اختلالات و نابسامانی‌های روانی و اجتماعی در جامعه می‌شود [۲۲]. مطالعات مشابهی در مناطق مختلف جهان مانند مطالعه‌ای در ۴۳ شهر آمریکا [۲۳]، دانش آموزان انگلیسی [۲۴] نیز رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روانی را تأیید کردند. همچنین مطالعات داخلی از قبیل مطالعه شجاع و همکارانش در تحلیل عاملی سرمایه اجتماعی سه مولفه اعتماد فردی، همبستگی - حمایت اجتماعی و اعتماد اجتماعی - روابط انجمنی شناسایی نمودند که بین مولفه‌های اعتماد فردی و همبستگی و حمایت اجتماعی سرمایه اجتماعی با سلامت روانی سالمندان رابطه مشاهده شد [۲۵]. در مطالعه لهستانی‌زاده و مردای نتایج ضریب همبستگی نشان داد که بین سلامت روانی و متغیرهای تحصیلات، سن، مدت اقامت، اعتماد اجتماعی، حمایت اجتماعی و مشارکت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد [۱۴] و همچنین مطالعه اشرفی و همکاران [۲۶] رابطه معناداری بین سرمایه اجتماعی و سلامت روانی نشان داد. هر اندازه سالمند از سرمایه اجتماعی بیشتری برخوردار باشد، یعنی مجموعه ارزشمندی از حمایت‌های اجتماعی، روانی و مالی، حس تعلق، همبستگی و مشارکت در جنبه‌های مختلف و حس ارزشمندی بیشتری داشته باشد در نهایت از سلامت روانی مطلوب‌تری نیز برخوردار خواهد بود. و از سوی دیگر سالمند دارای سلامت روانی بالاتر، توانایی پذیرش مسئولیت‌ها و نقش‌های اجتماعی را در جامعه داشته که این مسئله نشان از رابطه دو طرفه سلامت روانی و سرمایه اجتماعی دارد. از اینرو توجه به هر یک از این دو عامل، بر دیگری نیز تأثیر خواهد داشت. براساس نتایج پژوهش ناکانو در ژاپن و هین و برونینگ در مطالعه مروری بر سلامت روان سالمندان، سلامت روان سالمندان در وضعیت مناسبی بوده است [۲۷، ۲۸] در مطالعه نبوی و همکاران میانگین سلامت روان

ضریب همبستگی اسپیرمن بین سرمایه اجتماعی و سلامت روانی سالمندان مورد پژوهش برابر با $r_s = -0.36$ و $p < 0.001$ می‌باشد که نشان‌دهنده رابطه معنادار است، به این مفهوم که با کاهش نمره سلامت روانی افراد که به معنای افزایش سلامت روان فرد می‌باشد، میزان سرمایه اجتماعی افراد بالا می‌رود و بالعکس. جدول شماره ۴ همبستگی سرمایه اجتماعی کلی و مؤلفه‌های آن از قبیل اعتماد و امنیت اجتماعی، مشارکت در جامعه محلی، فعالیت در زمینه‌های اجتماعی، ارزشمند بودن زندگی، ارتباط با همسایگان، ارتباط با دوستان و خانواده و تنوع‌پذیری با سطح سلامت روان سالمندان مورد مطالعه را نشان می‌دهد. شایان ذکر است که نمرات بالا در آزمون سلامت روانی نشان‌دهنده وجود اختلال و نمرات پایین بیانگر عدم وجود بیماری و داشتن سلامت روانی است (جدول ۴).

با افزایش نمره هر یک از این مؤلفه‌ها، سطح سلامت روانی فرد نیز افزایش یافته است. همان‌طور که در جدول فوق نیز مشخص است بالاترین همبستگی (-0.36) مربوط به مؤلفه‌های اعتماد و امنیت اجتماعی، فعالیت در زمینه‌های اجتماعی و ارزشمند بودن زندگی برای فرد می‌باشد و کمترین همبستگی (-0.16) در مؤلفه تنوع‌پذیری با سلامت روانی سالمندان شهر تهران دیده شد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی این مطالعه بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و مؤلفه‌های آن با سلامت روانی در سالمندان بود. نتایج نشان داد که سرمایه اجتماعی و مؤلفه‌های آن با سلامت روانی رابطه مثبت و معنی‌داری دارد به این مفهوم که با افزایش سرمایه اجتماعی، میزان سلامت روانی نیز افزایش می‌یابد. همچنین از متغیرهای جمعیت‌شناسی و اقتصادی - اجتماعی، جنسیت، محل تولد، روش تأمین مخارج زندگی، منطقه محل سکونت، گروه‌های سنی، ترتیبیات زندگی، درک فرد از وضعیت مالی خود و میزان تحصیلات متغیرهایی بودند که رابطه معناداری با سلامت روانی سالمندان داشتند. اعتماد و امنیت اجتماعی از مؤلفه‌های سرمایه

سالمندان مورد پژوهش ۲۴/۰۹ (انحراف معیار ۱۳/۰۸) بود که حاکی از وضعیت مناسب سلامت روان آنان می باشد و همچنین رابطه معنادار و مثبتی میان حمایت اجتماعی و سلامت روان سالمندان مورد پژوهش دیده شد [۲۹]. تفاوت سلامت روان در زنان و مردان در مطالعات مختلف همانند این مطالعه اثبات شده است [۳۰] در مطالعه نور بالا و همکاران بر روی افراد ۱۵ سال و بالاتر نتایج نشان داد که مردان سلامت روانی بالاتری نسبت به زنان دارند [۶]. دستیابی ناکافی زنان به منابع سرمایه اجتماعی با بروز بیماری‌های روانی در آنان همراه بوده و وجود تبعیض جنسیتی در اجتماع عامل مهمی در کاهش سطح سلامت و بروز اختلالات روانی بیشتر در زنان نسبت به مردان است. این مطالعه و مطالعات مختلف رابطه سن و سلامت روانی را تأیید می‌کنند [۳۱]. در مطالعه Pihl و همکارانش بر روی سالمندان سوئدی نتایج نشان داد که با افزایش سن، سطح سلامت روانی فرد کاهش یافته [۳۲] و این مسئله می‌تواند ناشی از هم‌تغییری سن با متغیرهایی همچون اشتغال، تأهل، وضعیت اقتصادی، ترتیبات زندگی و سلامت جسمی فرد باشد. مطالعات مذکور به روشنی نشان دادند که افراد دارای تحصیلات بالاتر از سلامت روانی مطلوب‌تری نیز برخوردارند و مطالعه حاضر نیز بر این یافته‌ها صحه گذاشت. تحصیلات با افزایش آگاهی و همچنین اعتماد به نفس فرد موجب افزایش ارتباطات و تعاملات اجتماعی شده و در نهایت کاهش اضطراب و استرس و افزایش سطح سلامت روانی در فرد را به همراه خواهد داشت. در این مطالعه، سالمندانی که وضعیت مالی خود را بهتر از سایر مردم تهران می‌دانستند و افراد با درآمد نسبت به سالمندان بدون درآمد، سلامت روانی بهتری داشتند که این می‌تواند ناشی از تعاملات اجتماعی بیشتر افراد به دنبال افزایش احساس امنیت در سالمندان با درآمد باشد. سالمندانی که با همسر و فرزندان خود زندگی می‌کردند، از حمایت روحی و روانی بیشتری برخوردار بوده و تعاملات و ارتباطات بیشتری نیز دارند، در نهایت این عوامل موجب بالا رفتن سطح سرمایه اجتماعی سالمندان می‌گردد که این امر بطور

مستقیم بر سلامت روان آنان تأثیر خواهد گذاشت و موجب می‌شود فرد از سلامت روانی مطلوب‌تری بهره‌مند گردد. نتایج مطالعه حاضر نیز بر این موضوع صحه گذاشت.

از آنجا که سالمندان جزء قشر آسیب‌پذیر جامعه محسوب می‌شوند و تغییرات ایجاد شده در دوران سالمندی می‌تواند زندگی سالمندان و جامعه را تحت تأثیر قرار دهد و از طرفی سرمایه اجتماعی به عنوان یک عامل مهم، بر سلامت روان افراد تأثیر دارد انتظار حمایت‌های درمانی، رفاهی و اجتماعی با تکیه بر حفظ حرمت انسانی، انتظاری به حق و مبتنی بر عدالت می‌باشد، لذا سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان بایستی بر اساس ابزار و امکانات موجود، نوعی یکپارچگی و تعادل فعال در جامعه به وجود آورند و با یک نظام تبلیغاتی مناسب به حذف تنگناهای فرهنگی و تقویت مناسبات و همبستگی‌های اجتماعی بپردازند. همچنین تلاش در جهت افزایش استقلال مالی هر چه بیشتر سالمندان می‌تواند بر سلامت روان آنان تأثیر مثبت داشته باشد.

تشکر و قدردانی

از کلیه سالمندان شرکت کننده در این مطالعه و پرسش‌گران که در اجرای این مطالعه نقش داشتند تشکر و سپاس‌گذاری می‌کنیم. این مقاله حاصل طرح پژوهشی تحت عنوان "بررسی سرمایه اجتماعی سالمندان شهر تهران و رابطه آن با سلامت روانی آنها" با کد ۱۴۱۳، مورخ ۹۰/۲/۲۷ می‌باشد. که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی تهران اجرا شد.

جدول ۱ - توزیع فراوانی اطلاعات جمعیت‌شناسی و اقتصادی - اجتماعی

درصد فراوانی	گروه‌ها	متغیرهای جمعیت‌شناسی و اقتصادی - اجتماعی
۵۳	زن	جنسیت
۴۷	مرد	
۲۰/۶	منطقه ۲	منطقه محل سکونت
۳۴/۲	منطقه ۱۴	
۴۵/۲	منطقه ۱۷	
۲۱/۷	۶۰-۶۴ سال	گروه‌های سنی
۵۲/۸	۶۵-۷۵ سال	
۲۴/۳	< ۷۵ سال	
۱۲/۸	تنها	ترتیب‌های زندگی
۴۳/۵	با همسر	
۲۰/۴	با همسر و فرزندان	
۱۹/۳	با فرزندان	
۱/۴	با سایر افراد	درک فرد از وضعیت مالی خود نسبت به سایر مردم تهران
۴/۵	بهتر	
۶۷/۲	متوسط	
۲۸/۲	پایین تر	وضعیت تأهل
۶۱/۷	ازدواج کرده	
۲۹/۳	همسر از دست داده	
۷/۲	جدا شده	
۱/۷	هرگز ازدواج نکرده	محل تولد
۲۸/۲	تهران	
۷۱/۵	غیر تهران	

جدول ۲ - میانگین و انحراف از معیار سرمایه اجتماعی کلی و هریک از مؤلفه‌ها آن در سالمندان شهر تهران

توزیع پذیری	ارتباط با خانواده و دوستان	ارتباط با همسایگان	ارزشمند بودن زندگی	فعالیت در زمینه‌های اجتماعی	مشارکت در جامعه محلی	اعتماد و امنیت اجتماعی	سرمایه اجتماعی کلی	مؤلفه سرمایه اجتماعی
۵/۹	۷/۵	۱۲/۸	۵/۶	۱۱/۹	۱۲/۲	۱۱/۹	۷۴/۳	میانگین
۱/۹	۲/۲	۳/۵	۱/۸	۲/۹	۳/۱	۲/۹	۱۲/۸	انحراف از معیار

جدول ۳ - میانگین مقدار سلامت روان سالمندان شهر تهران بر حسب متغیرهای جمعیت‌شناسی و اقتصادی - اجتماعی

p-value	Kruskal-Wallis and Mann-Whitney	میانگین (انحراف معیار)	گروه‌ها	متغیرها
< .001	$Z = -5/6$	۸(۵/۵)	زن	جنسیت
		۵(۵/۶)	مرد	
.002	$Z = -3/1$	۵(۴/۷)	تهران	محل تولد
		۷(۵/۳)	غیر تهران	
< .001	$Z = -3/7$	۶(۴/۲)	با درآمد	تأمین مخارج زندگی
		۹(۷/۳)	بدون درآمد	
.008	Chi-square ۹/۷ df: ۲	۶(۴/۶)	منطقه ۲	منطقه محل سکونت
		۸(۱/۶)	منطقه ۱۴	
		۶(۴/۱)	منطقه ۱۷	
.007	Chi-square ۹/۹ df: ۲	۵(۸/۵)	سال ۶۴-۶۰	گروه‌های سنی
		۵(۶/۳)	سال ۶۵-۷۴	
		۸(۶)	سال < ۷۵	
.005	Chi-square: ۱۵/۱ df: ۴	۶(۵/۲)	تنها	ترتیب‌های زندگی
		۷(۴/۵)	با همسر	
		۶(۵/۶)	با فرزندان	
		۵(۴/۹)	با همسر و فرزندان	
		۹(۶/۱)	با سایر افراد	
.004	Chi-square: ۱۰/۸ df: ۲	۷(۵/۶)	بهتر	درک فرد از وضعیت مالی خود
		۶(۵/۳)	متوسط	
		۸(۱/۶)	پایین تر	
< .001	Chi-square: ۳۳/۹ df: ۳	۷(۵/۹)	بی سواد	تحصیلات
		۶(۴/۶)	سواد خواندن نوشتن تا ۵ ابتدایی	
		۵(۵/۲)	۵ ابتدایی تا دیپلم	
		۳(۴/۳)	تحصیلات دانشگاهی و حوزوی	

جدول ۴ - ضریب همبستگی بین نمره سلامت روانی و سرمایه اجتماعی کلی و مؤلفه‌های آن در سالمندان شهر تهران

p-value	ضریب اسپیرمن	متغیرهای مستقل	متغیر وابسته
$p < .001$	$r_s = -.36$	سرمایه اجتماعی کلی	سلامت روانی
$p < .001$	$r_s = -.36$	اعتماد و امنیت اجتماعی	
$p < .001$	$r_s = -.21$	مشارکت در جامعه محلی	
$p < .001$	$r_s = -.36$	فعالیت در زمینه‌های اجتماعی	
$p < .001$	$r_s = -.32$	ارزشمند بودن زندگی	
$p < .001$	$r_s = -.24$	ارتباط با همسایگان	
$p < .001$	$r_s = -.2$	ارتباط با خانواده و دوستان	
$p < .001$	$r_s = -.16$	تنوع پذیری	

References:

- 1- WHO. The World health report 2000, health systems: improving performance. Geneva: World health organization; 2000.
- 2- WHO. The World health report 2000: health systems. International Journal of Health Services. 2000; 29.
- 3- Mirzaei M SGM. The population of seniors in the 1385-1335 censuses of Iran Iranian Journal of Geriatric (elderly). 2007; 2: 24-32.
- 4- Iran Sco. General Population and Housing Census. Available at: <http://www.amarir>. 2014.
- 5- Milan f. Mental health. Publishing Ghomes. 1991; 1st Edition.
- 6- Noorbala AA BYS, Asadi-Lari M, Vaez Mahdavi MR. Mental health status of people aged 15 and older in 2006 in Tehran. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2010; 4: 56-66.
- 7- Marandi SA AF. Health in Islamic Republic of Iran. Institute for endocrine science 1998.
- 8- Russell M AA. Aging and future health care costs: a warning for the country's health system. Iranian Journal of Geriatric (elderly). 2007; 2: 34-40.
- 9- Putnam. Social Capital: Measurement and Consequences. ISUMA - Canadian Journal of Policy Research. Spring 2001; 41-51.
- 10- shoja M NS, kassani a, bagheriyazdani s. factor analysis of social capital and its relations with mental health of older people in tehran 9 district. j north khorasan uni med sci. 2011; 3: 81-90.
- 11- Rashedi V GMYA. social participation and mental health among older adults in iran. iranian rehabil. 2014; 12(19): 9-13.
- 12- Francis F TBTG. The end of discipline - the preservation of social capital and its interpreter. Jameeh Iranian press. 2001.
- 13- Behzad D. social capital, admitted to the promotion of mental health. Journal of Social Welfare. 2008; 2: 86-99.
- 14- Lahsae Zadeh AA MG. Relationship between social capital and mental health of immigrants. Journal of Social Welfare. 2008; 44-56.
- 15- Behzad D. social capital, admitted to the promotion of mental health. Journal of Social Welfare. 2008; 2(8): 6-99.
- 16- Banazadeh N. The effect of social relationships and self-confidence in mental health of elderly. Teb VA Tazkieh. 2003; 51: 43-9.
- 17- Firozabadi SA IH. Social Capital and Socio-Economic development in Tehran. Refah ejtemaii. 2006; 6(23).
- 18- Malakouti fatollahi m, zandi. Reliability, validity and factor structure of the GHQ-28 used among elderly Iranians. International psychogeriatric. 2006; 1-12.
- 19- Fathi Ashtiani A. Psychological tests (personality and mental health assessment). Besatpress. 2010; 3 th Edition.
- 20- Yaghoubi N NM, Shah Mohammadi D. The epidemiology of mental disorders in urban and rural of Somesara- Gilan. Journal of Andishe VA Rafter 1995; 1: 98-112.
- 21- Bullen p oJ. Measuring Social Capital in five Communities in NSW. management Alternative Pty Ltd. 2005; 2.
- 22- Hendryx MS AM. Access to mental health services and health sector social capital. Administration and Policy in Mental Health. 2001; 28: 3.
- 23- Rothon C GL, Stansfeld S. Family social support, community "social capital" and adolescents' mental health and educational outcomes: longitudinal

- study in England. *Soc Psychiatry Epidemiologic*. 2011; 2: 94-108.
- 24- Kouvonen A. Low workplace social capital as a predictor of depression: the Finnish public sector study. *American Journal of Epidemiology*. 2008; 10: 213-26.
- 25- Shoja M. Mental health of older people and social capital. *Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research*. 2013.
- 26- Ashrafi E. The determining factors of social capital and its relationship to mental health in Tehran, M.Sc, Thesis of Epidemiology, Faculty of Health. *Iran University of Medical Sciences*. 2009.
- 27- Nakano A. The relationship between mental health and self-rated health in older adults. Japan: Kobe University. 2014.
- 28- Heine C BCJ. Mental health and dual sensory loss in older adults: a systematic review. *Front Aging Neurosci*. 2014; 14(6): 83.
- 29- Nabavi SH AF, Hejazi A, Rabani E, Rashedi V. Social Support and Mental Health in the elderly. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2014; 57(7): 841-6.
- 30- Ghahremani N NM. Relationship between Religious/Spiritual Components, Mental Health and Hope for the Future in Hospital Staff of Shiraz Public Hospitals. *Iranian Journal of Nursing*. 2012; 25(79): 1-11.
- 31- Ahmad Hagebi FP. The relationship between mental health and social support in healthcare workers in oil industry city of Bushehr. *South Medical Journal* 2009; 12: 86-95.
- 32- Pihl E. Depression and health-related quality of life in elderly patients suffering from heart failure and their spouses: a comparative study. *The European Journal of Heart Failure*. 2005; 7: 583-9.