بررسی سلامت روان و رابطه آن با سرمایه اجتماعی سالمندان

محسن شجاع[1]، شهناز ریماز[2]*، محسن اسدی لاری[3]، سیدعباس باقری یزدی[4]، محمودرضا گوهری[5]

۱. مجتمع آموزش عالی علوم پزشکی اسفرین، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
۲. گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳. گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت و مرکز تحقیقات آسیب شناسی و سرطان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۴. مرکز تحقیقات بهداشت روان، انستیتو روانپزشکی تهران، تهران، ایران
۵. گروه آمار زیستی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

فصلنامه پایش
سال دوازدهم شماره چهارم مرداد ـ شهریور ۱۳۹۲ صص ۳۵۳-۳۴۵
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۳/۲۰
[نشر الکترونیک پیش از انتشار– ۱۶ تیر ۹۲]

چکیده

افزایش سریع تعداد سالمندان لزوم توجه به سلامت روانی آنها را بیش از پیش مورد توجه قرار داده است. سرمایه اجتماعی با فراهم آوردن حمایت‌های عاطفی و روانی نقش مؤثری در ارتقای سلامت روان سالمندان ایفا می‌کند. از این رو این مطالعه به بررسی عوامل مؤثر بر سلامت روان و رابطه آن با سرمایه اجتماعی در سالمندان منطقه نه شهر تهران می‌پردازد. پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی است. این مطالعه در نیمه دوم سال ۱۳۸۹ در منطقه ۹ شهر تهران و بر روی سالمندان بالای ۶۰ سال این منطقه انجام گرفت. تعداد ۳۲۰ سالمند نمونه پژوهش این مطالعه توسط نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شده‌اند. جهت سنجش سلامت روان از پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی (GHQ-28) و برای سنجش سرمایه اجتماعی از پرسشنامه مطالعه عدالت شهری (Urban HEART) استفاده شد. بین مؤلفه‌های اعتماد فردی و همبستگی و حمایت اجتماعی سرمایه اجتماعی (۰/۰۰۱>) و همچنین متغیرهای سطح تحصیلات (۰/۰۲۸)، وضعیت تأهل (۰/۰۰۴)، اشتغال (۰/۰۱۱)، سن (۰/۰۱۵) و مالکیت منزل مسکونی با سلامت روانی سالمندان رابطه مشاهده شد. اما بین مؤلفه اعتماد اجتماعی و روابط انجمنی سرمایه اجتماعی و همچنین متغیرهای مدت اقامت در محل، جنسیت، پوشش بیمه، قومیت و اندازه خانوار با سلامت روان سالمندان مطالعه رابطه معنادار مشاهده نشد. هر اندازه فرد از سرمایه اجتماعی بیشتری برخوردار باشد؛ از سلامت روانی مطلوب‌تری برخوردار است و همچنین فرد دارای سلامت روانی بهتر واجد شرایط پذیرش مسئولیت‌ها و نقش‌های اجتماعی در جامعه است. که این مسئله نشان از رابطه دو طرفه سلامت روان و سرمایه اجتماعی دارد؛ از این رو ارتقای هر یک می‌تواند بر دیگری تأثیرگذار باشد.

کلیدواژه: سلامت روان، سالمند، اعتماد، همبستگی اجتماعی، سرمایه اجتماعی

* نویسنده پاسخگو: تهران، میدان آرژانتین، انتهای خیابان الوند، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران
تلفن: ۸۸۷۷۹۹۲۸
E-mail: srimaz2000@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.4.3.8]

مقدمه

امروزه با پیشرفت دانش پزشکی، کاهش سطح باروری، تحولات اقتصادی اجتماعی و بهبود وضع تغذیه، امید به زندگی و به تبع آن جمعیت سالمند دنیا به سرعت در حال افزایش است. طبق پیش بینی‌های بخش جمعیت سازمان ملل متحد، نسبت جمعیت سالمند جهان در سال ۲۰۵۰ به حدود ۲۲ درصد افزایش خواهد یافت[۱]. در ایران نیز در سال ۱۳۸۵ حدود ۷/۳ درصد کل جمعیت کشور را سالمندان تشکیل می‌دادند[۲]. این در حالی است که جمعیت سالمند کشور در سال ۱۴۱۵ به ۱۴/۵، و در سال ۱۴۲۵ به ۲۲ درصد خواهد رسید[۳]. سالمندان به خاطر مسائلی چون بازنشستگی، ابتلا به بیماری‌های مزمن، ضعف قوای جسمانی، عدم استقلال مالی، از دست دادن نزدیکان و... تحت فشار روانی زیادی هستند که ممکن است باعث انزوای آنها از جامعه شود[۴]. روابط و پیوندهای اجتماعی عامل ارتباطات عاطفی در بین افراد بوده و باعث احساس امنیت بیشتر می‌شوند، و از این طریق سلامت روان‌شان ارتقاء می‌یابد. هرچه پیوستگی اجتماعی در جامعه بیشتر باشد آن جامعه سالمتر خواهد بود همچنین کاهش بار بیماری‌های روانی و ارتقای سلامت روان، ویژگی‌هایی را که برای قبول نقش‌های اجتماعی افراد لازم است افزایش می‌دهد[۵]. این مساله در خصوص سالمندان به خاطر شرایط خاص جسمی، روانی و اجتماعی آنها از اهمیت بیشتری برخوردار است تا آنجا که می‌توان با افزایش سلامت روان و سرمایه اجتماعی سالمندان حتی هزینه‌های صرف‌شده برای سلامت سالمندان را کاهش داد[۶]. از طرفی با گذر جامعه از حالت سنتی به صنعتی، بحث سلامت روان افراد جامعه اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. ورود به جامعه جدید که به‌نحوی همه ساختارها را دگرگون ساخته است، به لحاظ روانی زندگی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد[۷]. زندگی افراد در این راستا دچار تغییر شده و این تغییرات در تمام نظام ارزشها و هنجارهای افراد نیز تأثیر گذاشته است. لذا زندگی کردن در این شرایط، مستلزم گسترش انواع حمایت‌ها (عاطفی، مالی، اطلاع رسانی و...)، همکاری و عضویت در شبکه‌های اجتماعی است[۵]. در این راستا سلامت روانی به عنوان پدیده‌ای روانشناختی و اجتماعی نه تنها در کیفیت روانی تک تک افراد نقش دارد بلکه نوعی زندگی سالم و مثبت برای کل افراد جامعه و در نتیجه محیط اجتماعی فراهم می‌کند. طبق نظریه کارل مننجر سلامت روان عبارت است از حداکثر سازش ممکن فرد با جهان اطرافش، به‌طوری که باعث شادی و برداشت کاملاً مفید و مؤثر شود[۸]. و در تعریفی دیگر سلامت روان شامل استعداد روانی برای هماهنگی، خوشایند و مؤثر کار کردن و انعطاف‌پذیری در موقعیت‌های دشوار و داشتن توانایی بازیابی تعادل خود است[۹]. در مقابل سرمایه اجتماعی توسط صاحب‌نظران به گونه‌های مختلفی تعریف شده است. فوکویاما سرمایه اجتماعی را مجموعه معینی از هنجارها یا ارزشهای غیررسمی می‌داند که اعضای گروهی که همکاری و تعاون میانشان مجاز است در آن سهیم هستند[۱۰]. بوردیو سرمایه اجتماعی را یکی از اشکال سرمایه می‌داند که از تعهدات اجتماعی ساخته شده‌است و تحت برخی شرایط قابل تبدیل به سرمایه اقتصادی است[۱۱]. کلمن سازمان اجتماعی را پدیدآورنده سرمایه اجتماعی می‌داند[۱۲]. پاتنام سرمایه اجتماعی را ویژگی‌هایی نظیر اعتماد، هنجارها و شبکه‌ها تعریف می‌کند که می‌توانند با تسهیل اقدامات هماهنگ، کارایی جامعه را بهبود ببخشد[۱۳]. مفهوم سرمایه اجتماعی را به‌طور کلی می‌توان منابعی تعریف کرد که میراث روابط اجتماعی‌اند و فعالیت‌های جمعی را تسهیل می‌کنند. این منابع که از طریق اجتماعی‌شدن حاصل می‌شوند در برگیرنده اعتماد، هنجارهای مشارکتی و شبکه‌هایی از پیوندهای اجتماعی است که موجب گردآمدن افراد به صورتی منسجم و با ثبات در داخل گروه به منظور تأمین هدفی مشترک می‌گردد[۱۴]. مطالعات مختلفی در سراسر جهان مثل مطالعه‌ای در مناطق روستایی چین[۱۵]، دانش آموزان انگلیسی[۱۶]، ۴۳ شهر در آمریکا[۱۷]، کشاورزان استرالیایی[۱۸]، افراد شاغل فنلاندی[۱۹] و دانشجویان کره‌ای[۲۰] ارتباط بین سرمایه اجتماعی و سلامت روان را مورد تأکید قرار داده‌اند. اما مطالعاتی که بر روی جمعیت سالمند انجام گرفته باشد بسیار اندک‌اند. بر اساس مباحث نظری می‌توان گفت در صورت وجود سرمایه اجتماعی، افراد در قالب ارزشها، هنجارها و پیوندهای اجتماعی موجود در تعاملات اجتماعی، قابلیت‌های خود را افزایش می‌دهند و در ضمن به‌دست آوردن امکان کنترل زندگی خود، از حمایت‌های اجتماعی شبکه‌های ارتباطی خود برخوردار می‌شوند[۲۱]. لذا قدرت کنار آمدن افراد با فشارهای ناشی از فعالیت‌ها و روابط افزایش می‌یابد و به لحاظ روانی از آرامش و آسایش مطلوبی برخوردار خواهند شد. به عبارت دیگر وجود سرمایه اجتماعی رسمی و غیررسمی، اثرات فشارهای زندگی مانند تأمین هزینه‌های سنگین زندگی، مقابله با حوادث طبیعی و غیرطبیعی را با افزایش حمایت‌های اجتماعی، عاطفی و روانی کاهش می‌دهد، احساس امنیت را در فرد تقویت

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.4.3.8]

می‌کند و نهایتاً باعث بهبود سلامت روان فرد می‌گردد. با توجه به رشد روزافزون جمعیت سالمندان و شرایط خاصی که گریبانگیر آنها است، از اجتماع دور می‌شوند. به این سبب مسئله سلامت روان و سرمایه اجتماعی در این قشر از اهمیت غیرقابل انکاری برخوردار است. این مطالعه به بررسی سرمایه اجتماعی و سلامت روان در سالمندان منطقه ۹ شهر تهران می‌پردازد.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی است. این مطالعه در نیمه دوم سال ۱۳۸۹ در منطقه ۹ شهر تهران و بر روی سالمندان این منطقه انجام گرفت. جامعه پژوهش در این مطالعه سالمندان بالای ۶۰ سال بودند که توسط نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شدند. در این مطالعه ۷ محله منطقه ۹ به عنوان طبقه مدنظر قرار گرفته شد و از هر طبقه ۵ بلوک (خوشه) و از هر بلوک ۱۰ سالمند به‌طور تصادفی سیستماتیک انتخاب شده، و در نهایت ۳۲۰ سالمند وارد مطالعه شدند. اهداف 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 General Health Questionnaire(GHQ28) استفاده شده است. این پرسشنامه یک پرسشنامه"غربالگری" مبتنی بر روش خودگزارش دهی است که با هدف بررسی سلامت روان افراد و غربالگری اختلالات روانی مورد استفاده قرار می‌گیرد[۲۲]. این پرسشنامه توسط گلدبرگ و هیلیر، در سال ۱۹۷۹ تدوین یافته و سؤال‌های آن براساس روش تحلیل عاملی فرم ۶۰ سؤالی اولیه استخراج گردیده است و دربرگیرنده چهار مقیاس علایم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی بوده و هر مقیاس شامل ۷ سؤال است[۲۳]. نمرات بالا در این آزمون نشان‌دهنده وجود اختلال و نمرات پایین بیانگر عدم وجود بیماری و داشتن سلامت روانی است[۲۴]. مرور مطالعات انجام گرفته در زمینه اعتبار و پایایی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ -۲۸)، در کشورهای مختلف دلالت بر این داشته که این پرسشنامه از اعتبار و پایائی بالایی به‌عنوان ابزار غربالگری اختلالات روانی در جامعه برخوردار است[۲۵]. دو شیوه نمره‌گذاری برای پرسشنامه GHQ وجود دارد. یکی روش سنتی است که گزینه‌ها به‌صورت (۰-۰-۱-۱) نمره داده می‌شوند و حداکثر نمره آزمودنی در پرسشنامه برابر ۲۸ خواهد بود که در این مطالعه از این روش استفاده شد. روش دیگر نمره گذاری، نمره‌گذاری لیکرتی است که گزینه‌ها به‌صورت (۰-۱-۲-۳) نمره داده می‌شوند. در مطالعات انجام گرفته به‌منظور استانداردسازی این پرسشنامه در ایران، نمره برش به‌دست آمده با استفاده از روش نمره‌گذاری سنتی، نمره ۶ (نمره ۶ و پایین‌تر به‌عنوان سالم و ۷ و بالاتر به‌عنوان بیمار) بوده است[۷، ۲۶، ۲۵]. برای سنجش سرمایه اجتماعی از پرسشنامه مطالعه عدالت شهری (Urban HEART) استفاده شد. این مطالعه در سال ۱۳۸۷ در مناطق ۲۲ گانه شهر تهران و با همکاری سازمان بهداشت جهانی[۲۷]، شهرداری تهران و دانشگاه های علوم پزشکی انجام گرفته است[۲۸]. این پرسشنامه شامل نه سؤال وضعیت مشارکتهای داوطلبانه، فعالیت‌های دسته جمعی، اعتماد فردی، حمایت اجتماعی، همبستگی و احساس تعلق، پایبندی به ارزشها، روابط انجمنی، اعتماد اجتماعی و شبکه اجتماعی است که از این نه سؤال، با استفاده از تحلیل عاملی سه مؤلفه اعتماد فردی، همبستگی و حمایت اجتماعی و اعتماد اجتماعی و روابط انجمنی استخراج شد[۲۹]. به هر مؤلفه نمره‌ای از یک تا پنج تعلق گرفت (جدول شماره ۳). اعتبار ابزار سنجش سرمایه اجتماعی در مطالعات مختلف تأیید شده است[۳۰، ۲۹]. معمولاً در مطالعات از ضریب آلفای کرونباخ جهت نشان دادن پایایی ابزار مطالعه استفاده می‌شود که در مطالعه حاضر نیز آلفای کرونباخ برای پرسشنامه سلامت روان ۰/۸۵، و برای پرسشنامه سرمایه اجتماعی ۰/۶۵ محاسبه شد. با توجه به اینکه جامعه پژوهش این مطالعه افراد سالمند بودند زمان مراجعه گروه تحقیق متناسب با شرایط مخاطبان انجام می‌شد. ماهیت خودگزارش‌دهی پرسشنامه‌ها نیز می‌تواند بر سنجش دقیق متغیرها تأثیرگزار باشد. از طرفی چون شرکت‌کنندگان در مطالعه به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند عدم پاسخگویی و شرکت‌نکردن آنها در مطالعه در حد بسیار ناچیز بود. در آنالیز داده‌ها، با استفاده از نرم‌افزار SPSS18، و با توجه به کمی یا کیفی بودن متغیرها، همچنین دو حالته یا چند حالته بودن آنها از آزمون‌های t، تحلیل واریانس یک طرفه و آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. در این مطالعه سلامت روانی به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد و رابطه دیگر متغیرها با آن مورد آزمون قرار گرفت.

یافته‌ها

اطلاعات دموگرافیک سالمندان شرکت‌کننده در مطالعه در جدول شماره ۱ آمده است. از میان سالمندان شرکت‌کننده در مطالعه

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.4.3.8]

۶۳/۷ درصد آنها دارای سلامت روانی مطلوب، و ۳۶/۳ درصد دارای اختلال روانی بودند. میزان سلامت روان به تفکیک متغیرهای مستقل در جدول شماره ۲ آمده است.

در متغیر سطح تحصیلات، بین سلامت روان و سطوح مختلف تحصیلی رابطه مشاهده شد. با استفاده از آزمون تعقیبی Tukey مشخص شد که این اختلاف بین افراد دارای سواد ابتدایی و راهنمایی و افراد بی‌سواد است. بدین صورت که افراد دارای سواد ابتدایی و راهنمایی سلامت روان بهتری نسبت به افراد بی‌سواد دارند. اما بین افراد دیپلم و بالاتر با افراد بی‌سواد تفاوتی مشاهده نشد. اطلاعات جدول بالا نشان می‌دهد که سالمندان متأهل و افرادی که دارای منزل مسکونی هستند نسبت به سالمندان بیوه و مطلقه و افراد غیر صاحبخانه سلامت روان بهتری دارند. بین وضعیت اشتغال سالمندان و سلامت روان آنها رابطه مشاهده شد. سالمندان شاغل نسبت به افراد بازنشسته و خانه‌دار از سلامت روان مطلوب‌تری برخوردارند. ولی بین سالمندان بازنشسته و خانه‌دار اختلافی مشاهده نشد. بین متغیرهای جنسیت، پوشش بیمه و قومیت با سلامت روان رابطه‌ای مشاهده نشد. رابطه بین متغیرهای کمی مطالعه و سلامت روان با آزمون ضریب همبستگی پیرسون مورد بررسی قرار گرفت که در جدول شماره ۳ اطلاعات مربوط به آن آمده است. 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. بین سلامت روان سالمندان با مؤلفه‌های اعتماد فردی و همبستگی و حمایت اجتماعی آنها رابطه مشاهده شد. بدین‌صورت که هر چه فرد از اعتماد فردی و همبستگی و حمایت اجتماعی بیشتری برخوردار باشد از سلامت روانی مطلوب‌تری نیز برخوردار است. از طرفی بین مؤلفه اعتماد اجتماعی و روابط انجمنی با سلامت روان سالمندان رابطه‌ای مشاهده نشد. بین سن سالمندان و سلامت روانی آنها نیز رابطه مشاهده شد. نتایج مطالعه نشان داد که با بالا رفتن سن سالمندان، سلامت روانی آنها کاهش می‌یافت. بین متغیرهای اندازه خانوار و مدت اقامت فرد در محل با سلامت روانی فرد در این مطالعه رابطه‌ای مشاهده نشد.

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک سالمندان شرکت‌کننده در مطالعه

	تعداد (درصد)
جنسیت	
مذکر	۱۴۱(۴۴/۱)
مونث	۱۷۹(۵۵/۹)
وضعیت تأهل	
متأهل	۲۳۷(۷۴/۵)
غیرمتأهل	۸۱(۲۵/۵)
میزان تحصیلات	
ابتدایی و راهنمایی	۱۸۷(۶۰/۵)
دیپلم	۲۸(۸/۸)
دانشگاهی	۹(۲/۸)
وضعیت اشتغال	
بیکار	۴۸(۱۵/۲)
خانه‌دار	۱۴۹(۴۷/۳)
بازنشسته	۹۱(۲۸/۹)
قومیت	
آذری	۹۱(۲۸/۸)
فارس	۱۵۲(۴۸/۱)
سایر	۷۳(۲۳/۱)
مالکیت منزل	
صاحبخانه	۲۶۵(۸۲/۸)
مستأجر	۲۰(۶/۳)
سایر	۱۰/۹(۳۵)
سن	
۶۵-۶۰	۱۲۶(۳۹/۶)
۷۰-۶۶	۹۲(۲۸/۹)
۷۵-۷۱	۶۰(۱۸/۹)
۷۵<	۶۰(۷۴/۵)
پوشش بیمه	۴۰(۱۲/۶۰)
تحت پوشش بیمه	۲۶۵(۸۳/۳)
بدون بیمه	۵۳(۱۶/۷)

جدول ۲: میانگین مقدار سلامت روان برحسب متغیرهای مختلف

	میانگین (انحراف معیار)	معنی‌داری
جنسیت		۰/۸۲۱
مرد	۶/۹۶(۵/۴۱)	
زن	۷/۱۰(۴/۸۹)	
سطح تحصیلات		۰/۰۲۸
بیسواد	۸/۳۵(۵/۵۲)	
ابتدایی و راهنمایی	۶/۵۱(۴/۸۰)	
دیپلم و دانشگاهی	۶/۸۵(۵/۳۷)	
وضعیت تأهل		۰/۰۰۴
متأهل	۶/۳۹(۴/۶۱)	
بیوه ـ مطلقه	۸/۵۰(۵/۵۰)	
وضعیت اشتغال		۰/۰۱۱
شاغل	۵/۳۶(۴/۲۱)	
خانه‌دار	۷/۴۱(۴/۹۴)	
بازنشسته	۷/۵۴(۵/۶۲)	
مالکیت منزل		۰/۰۱۱
صاحبخانه	۶/۷۰(۴/۹۵)	
غیرصاحبخانه	۸/۶۸(۵/۶۰)	
پوشش بیمه		۰/۷۸۹
دارای بیمه	۶/۹۴(۵/۰۵)	
بدون بیمه	۷/۱۵(۵/۱۸)	
قومیت		۰/۴۶۷
آذری	۷/۴۸(۴/۹۲)	
فارس	۶/۶۳(۵/۰۶)	
سایر	۶/۸۸(۵/۱۰)	

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.4.3.8]

جدول ۳: ضریب همبستگی بین نمره سلامت روان و متغیرهای کمی مطالعه

مؤلفه های سرمایه اجتماع	میانگین (انحراف معیار)	ضریب همبستگی	معناداری
اعتماد فردی	۲/۷۶(۰/۷۰)	-۰/۱۹۰	<۰/۰۰۱
همبستگی و حمایت اجتماعی	۲/۶۶(۰/۵۵)	-۰/۱۹۷	<۰/۰۰۱
اعتماد اجتماعی و روابط انجمنی	۲/۵۳(۰/۴۹)	-۰/۱۱۱	۰/۰۶۵
سن	۶۸/۴۴(۶/۱۹)	۰/۱۴۳	۰/۰۱۵
اندازه خانوار	۳/۵۶(۱/۷۳)	-۰/۰۳۳	۰/۵۷۸
مدت اقامت در محل	۲۲/۷۲(۱۵/۵۹)	-۰/۰۳۰	۰/۶۰۸

بحث و نتیجه‌گیری

تاکنون مطالعات زیادی به موضوع سلامت روان پرداخته‌اند اما مطالعاتی که به رابطه بین سلامت روان و سرمایه اجتماعی، و به خصوص در سالمندان پرداخته‌اند خیلی اندک و انگشت شمارند. نتایج حاصل از مطالعه نشان می‌هد که بین مؤلفه‌های اعتماد فردی و همبستگی و حمایت اجتماعی سرمایه اجتماعی سالمندان و متغیرهای سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، اشتغال، سن و مالکیت منزل مسکونی سالمندان منطقه ۹ با سلامت روانی آنها رابطه وجود دارد. بین سلامت روان و مؤلفه‌های اعتماد فردی و همبستگی و حمایت اجتماعی سرمایه اجتماعی در این مطالعه رابطه مثبت معنی‌دار مشاهده شد. اما بین مؤلفه اعتماد اجتماعی و روابط انجمنی با سلامت روانی سالمندان با یک اختلاف خیلی جزئی (۰/۰۶۵) رابطه‌ای مشاهده نشد که این امر می‌تواند به علت تفاوت نسلی سالمندان تحت مطالعه، عدم تجربه فعالیت‌های انجمنی زیاد باشد و اینکه روابط انجمنی ضعیف باعث پوشاندن تأثیر اعتماد اجتماعی بر سلامت روانی نیز شده است. همبستگی و حمایت اجتماعی یکی از مؤلفه های سرمایه اجتماعی بود که بر سلامت روانی سالمندان تأثیر داشت. در مطالعه ای که Kondo و همکارانش بر روی سالمندان ژاپنی انجام دادند؛ نتایج نشان داد که سالمندانی که از روابط اجتماعی قوی‌تری برخوردار بودند سلامت روانی بالاتری نیز داشتند[۳۱]. در مطالعه بنازاده روی سالمندان شهر کرمان نشان داد سالمندانی که از حمایت اجتماعی بالاتر و اعتماد به‌نفس بیشتری برخوردارند سلامت روان بالاتری دارند. در هنگام افزایش فشار روانی، اشخاصی که از حمایت اجتماعی زیادتری برخوردار هستند کمتر افسرده می‌شوند. حمایت اجتماعی با افزایش درک صحیح از رویدادهای استرس‌زا، باعث کاهش تأثیر فشار روانی می‌گردد[۳۲]، اثرات محافظتی در مقابل استرس دارد و عوارض ناشی از یک تجربه ناخوشایند را به حداقل می‌رساند. حمایت اجتماعی باعث می‌شود که فرد احساس کند که مورد علاقه دیگران است، از وی مراقبت می‌شود، ارزش و احترام دارد و متعلق به شبکه‌ای از ارتباطات است. هر چه همبستگی اجتماعی در جامعه بیشتر باشد می‌تواند باعث ارتقای کیفیت و کمیت شبکه‌های حمایتی به ویژه برای گروه‌های آسیب‌پذیر مثل سالمندان شود که این مسئله قدرت کنار آمدن افراد با فشارهای محیطی را افزایش می‌دهد و به لحاظ روانی افراد را در موقعیتی آرامش‌بخش قرار می‌دهد[۳۳]. اعتماد فردی دیگر مؤلفه سرمایه اجتماعی بود که بر سلامت روانی سالمندان تأثیر داشت. در صورت وجود اعتماد ارتباط بین اعضای خانواده، گروه‌ها و اجتماعات مختلف مؤثرتر 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[۲۱]. از طرفی متقاعد کردن جماعتی برای توجه به سبک زندگی سالم‌تر بدون آنکه اعتمادشان را جلب کرده باشیم مشکل است. مطالعات مشابهی در مناطق مختلف جهان مثل مطالعه‌ای در مناطق روستایی چین[۱۵]، دانش‌آموزان انگلیسی[۱۶]، ۴۳ شهر در آمریکا[۱۷]، کشاورزان استرالیایی[۱۸]، افراد شاغل فنلاندی[۱۹] و دانشجویان کره‌ای[۲۰] نیز بر رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روان صحه گذاشته اند. سرمایه اجتماعی با تکیه بر ارزشها و هنجارهای مشترک، احساس امنیت، اعتماد و تعهد متقابل نسبت به مسئولیت‌های مدنی، مشارکت و همکاری اعضای جامعه در جهت دسترسی به منافع متقابل که بهداشت روانی نیز جزء آنها است را تسهیل می‌کند و در سایه آن سلامت روان نیز دست یافتنی است[۲۱]. هر اندازه سالمند از سرمایه اجتماعی بیشتری برخوردار باشد؛ یعنی مجموعه ارزشمندی از حمایت‌های اجتماعی، روانی و مالی، حس تعلق و همبستگی و مشارکت در جنبه‌های مختلف زندگی اجتماعی داشته باشند از سلامت روانی مطلوب‌تری برخوردار است. و از یک سو سالمند دارای سلامت روانی بهتر واجد شرایط پذیرش مسئولیت‌ها و نقش‌های اجتماعی در جامعه است. که این مسئله نشان از رابطه دو طرفه سلامت روان و سرمایه اجتماعی دارد. از این روی ارتقای هر یک از این مقوله‌ها می تواند بر دیگری تأثیرگذار باشد. رابطه سن با سلامت روانی در مطالعات مختلف به اثبات رسیده است[۳۳]. در مطالعه‌ای که Pihl و همکارانش بر روی سالمندان سوئدی انجام دادند نتایج نشان داد که با افزایش سن در سالمندان، سلامت روانی آنها کمتر می‌شود[۳۴]. این مسئله می‌تواند ناشی از هم تغییری سن با متغیرهایی همچون اشتغال، تأهل، وضعیت اقتصادی اجتماعی، تنهایی و توانایی‌های جسمی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.4.3.8]

باشد. در مطالعه حاضر نیز بین سن و سلامت روان سالمندان رابطه معکوس وجود داشت. این مطالعه و مطالعات مختلف نشان دادند که افراد دارای تحصیلات بالاتر از سلامت روانی مطلوب‌تری نیز برخوردارند[۳۳، ۹، ۶]. Harpham و همکارانش در مطالعه‌ای که در یکی از شهرهای کمتر توسعه یافته کلمبیا انجام دادند دریافتند که افراد دارای تحصیلات بالاتر سلامت روانی بهتری نیز دارند[۳۵]. تحصیلات با افزایش اعتماد به‌نفس افراد، همچنین افزایش ارتباطات اجتماعی می‌تواند باعث کاهش استرس و اضطراب افراد در انجام امور شخصی و ایفای نقش‌های اجتماعی و نهایتاً سلامت روانی مطلوب‌تر آنها شود. از طرفی محدودیت‌های اجتماعی و فرهنگی و همچنین ناتوانی افراد در استفاده از شیوه‌های مؤثر مقابله با عوامل استرس‌زا را می‌توان دلیل بالاتر بودن شیوع این اختلالات در افراد بی‌سواد دانست[۷]. با توجه به اینکه افراد شاغل به اقتضای شغل خود درگیر یک سری از فعالیت‌ها و مشارکت‌های شغلی هستند و در محیط‌های اجتماعی مختلف با افراد گوناگون در ارتباط هستند لذا ارتباطات اجتماعی بیشتری نسبت به افراد غیرشاغل دارند و از شبکه‌های حمایتی بیشتری برخوردارند؛ که این موضوع می‌تواند بر روی سلامت روان آنها تأثیر بگذارد[۳۶، ۳۵]. از طرفی اکثر شاغلین را مردان تشکیل می‌دهند و در مطالعات مختلف نشان داده شده است که مردان نسبت به زنان از سلامت روانی بالاتری برخوردارند[۳۷] که این مسئله نیز می‌تواند دلیلی بر اختلاف سلامت روان در وضعیت‌های مختلف شغلی باشد. در مطالعه حاضر سالمندان متأهل از سلامت روان بالاتری نسبت به سالمندان غیرمتأهل بهره‌مند بودند. Muramatsu در مطالعه‌ای که بر روی یک هم‌گروه تولد از سالمندان آمریکایی انجام داد دریافت که سالمندان مجرد، بیوه یا مطلقه سلامت روانی کمتری نسبت به سالمندان متأهل دارند[۳۸]. در این مطالعه سالمندان دارای منزل مسکونی از سالمندان غیرصاحبخانه سلامت روانی بهتری داشتند. که این یافته می‌تواند ناشی از متفاوت بودن سایر متغیرهای همراه در این زیرگروه‌ها باشد. همچنین تملک می‌تواند یکی از عوامل مؤثر بر انگیزه سرمایه‌گذاری اجتماعی باشد که خود این مسئله می‌تواند بر سلامت روانی افراد اثرگذار باشد[۳۰]. در مجموع یافته‌های این مطالعه هم‌سو با مطالعات قبلی انجام شده در خصوص عوامل مؤثر بر سلامت روان و رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روانی است. اما انجام مطالعه بر روی سالمندان می‌تواند خلأهای اطلاعاتی در این زمینه را پر کند. با توجه به نتایج مطالعه به منظور تقویت و رشد و گسترش مشارکت‌های اجتماعی می‌توان از طریق عرصه‌های عمومی مشارکت‌های غیررسمی، مانند برپایی مناسک و مراسم مذهبی استفاده نمود. از طرفی تلاش در جهت حضور بیشتر و فعالتر سالمندان در عرصه‌های شغلی و اجتماعی، همچنین تلاش در جهت استقلال مالی هر چه بیشتر آنها می‌تواند بر سلامت روان آنها تأثیر مثبت داشته باشد. در این راستا ایجاد شرایط مناسب جهت مشارکت‌های اجتماعی بیشتر، ایجاد اعتماد عمومی و اعمال مراقبت ها و حمایت‌های عاطفی، روانی و اجتماعی بیشتر در خصوص سالمندان در جهت ارتقای سلامت روان آنها اقدامی لازم به نظر می رسد. و با توجه به این که سالمندان با سطح سواد بالاتر از سلامت روان بالاتری برخوردارند لذا ارتقای سطح سواد و آموزش سالمندان می تواند اقدامی مفید در جهت ارتقای سلامت روان آنها باشد.

سهم نویسندگان

محسن شجاع: مجری مطالعه، تدوین مقاله و ویراستاری نهایی
شهناز ریماز: مجری مطالعه، کمک در تدوین و ویراستاری نهایی
سید عباس باقری یزدی: مشاور اجرایی مطالعه، کمک در ویرایش
محسن اسدی لاری: مشاور اجرایی مطالعه، کمک در تدوین مقاله
محمودرضا گوهری: تجزیه تحلیل و تفسیر داده‌ها و ویرایش مقاله

تشکر و قدردانی

از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران سپاسگزاریم که با تأیید علمی ــ اخلاقی و تأمین اعتبار، این مطالعه را پشتیبانی نمودند. مطالعه حاضر در منطقه نه شهرداری تهران انجام گرفته است که بدین وسیله از سالمندان شرکت‌کننده در این مطالعه و همه افرادی که در اجرای این مطالعه نقش داشته اند تشکر و سپاسگذاری می‌کنیم. این مطالعه قسمتی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول می‌باشد.

منابع

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.4.3.8]

1. United Nations Population Division, World Population Ageing 2009, United Nations publication, New York, 2010
2. Statistical Center of Iran, the detailed results of General Population and Housing Census, National, 2006 [Persian] available from: http://www.amar.org.ir /Portals/2/Files1385/kollisarshomari85.pdf
3. Mirzaei M, Shams Ghahfarrokhy M. The population of seniors in the 1385-1335 censuses of Iran. Iranian Journal of Geriatric (elderly) 2007; 2: 24-32 [Persian]
4. Nik Gohar AH. Principles of Sociology. 1st Edition, raizan press: Tehran, 1990 [Persian]
5. Kamran F, Ershadi K. Examining the relationship between social capital and mental health networks. Journal of Social Research 2009; 2: 65-76
6. Russell M, Ardalan A. Aging and future health care costs: a warning for the country's health system. Iranian Journal of Geriatric 2007; 2: 34-40 [Persian]
7. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, 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[Persian]
8. Milanifar B. Mental health. 1st Edition, Publishing Ghomes: Tehran, 1991 [Persian]
9. Lahsaee Zadeh AA, Moradi G. Relationship between social capital and mental health of immigrants, Journal of Social Welfare 2008;7: 44-56 [Persian]
10. Francis F. The end of discipline - the preservation of social capital and its interpreter, translated by Tavassoli GA. 1st Edition, Jameeh Iranian press: Tehran, 2001 [Persian]
11. Bourdieu P. The forms of capital, In Richardson J. Hand book of theory and research for the sociology of education. 1st Editon, Green wood press: New York 1986
12. James C. Foundations of Social Theory, translated by Saburi M. 1 Edition, Ney press: Iran, 1998[Persian]
13. Putnam R. Democracy and civic traditions, translated by Delforouz MT. 1st Edition, Office of the Department of Political Studies: Tehran, 2001[Persian]
14. Zahedi Mazandarani MJ. Development and inequality. 1st Edition, Mazeiar press: Tehran, 2003 [Persian]
15. Yip W. Does social capital enhance health and well-being? Evidence from rural China, Social Science & Medicine 2007; 64: 35-49
16. Rothon C, Goodwin L, Stansfeld S. Family social support, community ‘‘social capital” and adolescents’ mental health and educational outcomes: a longitudinal study in England. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2011;2: 94-108
17. Hendryx MS, Ahern MM. Access to mental health services and health sector social capital, Administration and Policy in Mental Health 2001; 28: 3
18. Stain HJ. Social networks and mental health among a farming population. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2008; 43:843-49
19. Kouvonen A. Low workplace social capital as a predictor of depression: the finnish public sector study. American Journal of Epidemiology 2008; 10: 213-26
20. Lee JS. Social Support Buffering of Acculturation Stress: a study of mental health symptoms among Korean international students. International of Intercultural Relations 2004, 28: 399- 414
21. Behzad D. social capital, admitted to the promotion of mental health. Journal of Social Welfare 2008; 2: 86-99 [Persian]
22. Fathi-Ashtiani A. Psychological tests (personality and mental health assessment),3 th Edition, Besat press: Tehran, 2010 [Persian]
23. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of general health guestionnaire, The journal of psychological Medicine 1979; 9: 131-45
24. Kaviani H, Mousavi AS. Moheet A. Interviews and psychological tests, 1st Edition, Sana press: Tehran, 2001, [Persian]
25. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Mohammad K. Validation of General Health Questionnaire (GHQ-28) as a screening tool for psychiatric disorders in Tehran Journal of Hakim 2008; 11: 4 [Persian]
26. Yaghoubi N, Nasr M, Shah Mohammadi D. The epidemiology of mental disorders in urban and rural of Somesara- Gilan. Journal of Andishe VA Raftar 1995; 1: 98-112 [Persian]
27. WHO. Kobe Center, Urban HEART: urban Health. Equity Assessment and Response Tool, Kobe, Japan: WHO Center for Health Development, 2007
28. Asadi-Lari M. The application of urban health equity assessment and response tool (Urban HEART) in Tehran; concepts and framework. Medical Journal of the Islamic Republic of Iran 2010; 3: 175-185
29. Kassani A. Path analysis of social capital in residents of Tehran, M.Sc. Thesis of epidemiology, faculty of health. Tehran University of Medical Sciences, 2011 [Persian]
30. 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 [Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.4.3.8]

31. Kondo N, Kazama M, Suzuki K, Yamagata Z. Impact of mental health on daily living activities of Japanese elderly. Preventive Medicine 2008, 46, 457-62
32. Banazadeh N. The effect of social relationships and self-confidence in mental health of elderly, Teb VA Tazkieh 2003; 51: 43-9 [Persian]
33. Ahmad Hagebi, Fareednya P. The relationship between mental health and social support in health care workers in oil industry city of Bushehr. South Medical Journal 2009; 12: 1, 86-95 [Persian]
34. 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- 89
35. Harpham T, Grant E, Rodriguez C. Mental health and social capital in Cali, Colombia, Social Science & Medicine 2004, 582267-2277
36. Nategh Poor MJ, Firouzabadi SA. Social capital and factors affecting its formation in Tehran. Iranian Journal of Sociology 2005; 6: 143-152 [Persian]
37. Emami H, Ghazinour M, Rezaeishiraz H, Richter J. Mental Health of adolescents in Tehran, Iran. Journal of Adolescent Health 2007; 41: 571-76
38. Muramatsu N, Yin H, Hedeker D. Functional declines, social support, and mental health in the elderly: Does living in a state supportive of home and community-based services make a difference? Social Science & Medicine 2010; 70:1050-58

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.4.3.8]

ABSTRACT

Mental health of older people and social capital

Mohsen Shoja[1], Shahnaz Rimaz[2*], Mohsen Asadi-Lari[3], Seyed abbas bagheri yazdi[4], Mahmood reza govhari[5]

1. High Education medical Sciences Institute of Esfarayen, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran
2. Department of Epidemiology & Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences ,Tehran, Iran
3. Department of Epidemiology & Biostatistics, School of Public Health and Oncopathology Research Centre, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. Mental Health Research center, Tehran clinical psychology institute, Tehran, Iran
5. School of Health Management and Information Sciences, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Payesh 2013; 12: 345-353
Accepted for publication: 9 June 2012
[EPub a head of print-7 July 2013]

Objective (s): To assess mental health and its relationship with social capital in older people.
Methods: This was a cross-sectional study of older people aged over 60 living in Tehran, district 9. The sample was selected by multistage random sampling. To assess mental health and social capital the General Health Questionnaire (GHQ-28) and the Urban HEART Questionnaire were used, respectively.
Results: In all 320 older adults were studied. There was relationship between mental health and individual trust, social cohesion, and social support while mental health and social trust and collective relations did not show significant association.
Conclusion: The findings suggest that there is a mutual relationship between mental health and social capital.

Key Words: Mental Health, older people, Trust, Social Cohesion, Social Capital

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.4.3.8]

[*] Corresponding author: Tehran University of Medical Sciences, Tehran. Iran
Tel: 88779928
E-mail: : srimaz2000@yahoo.com