



Research Article

Assessment of the Relationship between Social Capital and Utilization of Health Services among the Elderly in Kerman

Mehdi Ebrahimi Meimand ¹ , Mohabbat Mohseni ² , Elham Kazemian ³ , Raheleh Tabe ⁴ , Vahidreza Borhaninejad ^{5,*} 

¹ HIV/STI Surveillance Research Center, and WHO Collaborating Center for HIV Surveillance, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

² Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

³ Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

⁴ Social Determinants of Health Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

* **Corresponding author:** Social Determinants of Health Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran. E-mail: v.borhani@yahoo.com

DOI: [10.29252/nkjmd-110406](https://doi.org/10.29252/nkjmd-110406)

How to Cite this Article:

Ebrahimi Meimand M, Mohseni M, Kazemian E, Tabe R, Borhaninejad V. Assessment of the Relationship between Social Capital and Utilization of Health Services among the Elderly in Kerman. *J North Khorasan Univ Med Sci.* 2020;**11**(4):35-41. DOI: 10.29252/nkjms-110406

Received: 22 Sep 2019

Accepted: 16 Dec 2019

Keywords:

Social Capital
Utilization
Health Services
Aged

Abstract

Introduction: Identifying factors affecting the use of health services in the elderly, especially social factors, can be useful for allocating health resources to this growing age group. Therefore, this study aimed to investigate the relationship between social capital and health services in the elderly in Kerman.

Methods: This was a descriptive-analytic study. 400 elderly were selected for participation in the study. Finally, 360 questionnaires were analyzed. To collect the data standard questionnaires of social capital and health service utilization were used. Data were analyzed using SPSS 21 software. To analyze the data descriptive, analytical statistics including t-test and one-way ANOVA were used.

Results: The mean age of the elderly was 66.96 (6.99). The average social capital among the elderly was 4.5 ± 2.2 . Among the components of social capital, the highest mean is related to cohesion and social support (2.09 ± 3.1). The mean social capital was significantly different in terms of referral for treatment ($P = 0.02$), place of referral ($P = 0.001$), and referral frequency ($P = 0.002$). However, the average social capital was not significant in terms of hospitalization ($P = 0.33$).

Conclusions: Findings of this study showed that higher social capital is associated with referral for treatment and fewer treatment attendance. Therefore, higher health of the elderly and lower health costs can be achieved through improving access to health services and rationalizing the seeking health service behavior.



رابطه سرمایه اجتماعی با بهره‌گیری از خدمات سلامت سالمندان

مه‌دی ابراهیمی میمند^۱، محبت محسنی^۲، الهام کاظمیان^۳، راحله تابع^۴، وحیدرضا برهانی نژاد^{۵*}

^۱ مرکز تحقیقات مراقبت HIV/STI، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
^۲ پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان
^۳ دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان
^۴ مرکز بهداشت شهرستان کرمان، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان
^۵ وحیدرضا برهانی نژاد، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

* نویسنده مسئول: وحیدرضا برهانی نژاد، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران. ایمیل: v.borhani@yahoo.com

DOI: 10.29252/nkjms-110406

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۶/۳۱	چکیده
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۹/۲۵	مقدمه: شناخت عوامل تأثیر گذار بر مصرف خدمات سلامت در سالمندان به ویژه عوامل اجتماعی می‌تواند بر نحوه تخصیص منابع سلامت به این گروه سنی رو به رشد، مفید باشد. لذا این مطالعه با هدف بررسی رابطه سرمایه اجتماعی با بهره‌گیری از خدمات سلامت در سالمندان شهر کرمان صورت گرفت.
واژگان کلیدی: سرمایه اجتماعی، خدمات سلامت سالمندان	روش کار: این مطالعه از نوع توصیفی - تحلیلی و روش آن مقطعی بوده نمونه‌ها به روش چند مرحله‌ای انتخاب و اطلاعات با پرسشنامه استاندارد جمع‌آوری گردید. اندازه نمونه لازم برای انجام این مطالعه نزدیک به ۴۰۰ نفر محاسبه گردید که در نهایت ۳۶۰ پرسشنامه مورد تحلیل قرار گرفت ابزار مورد استفاده پرسشنامه استاندارد سرمایه اجتماعی و بهره‌گیری از خدمات سلامت. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۲۱ تحلیل شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی، تحلیلی شامل آزمون همبستگی پیرسون، تی تست و آنالیز واریانس یک طرفه استفاده شد.
	یافته‌ها: میانگین سنی سالمندان مورد مطالعه ۶۶/۹۶ با انحراف معیار ۶/۹۹ بود. میانگین سرمایه اجتماعی در بین سالمندان مورد مطالعه $2/2 \pm 5/4$ بود. در بین مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی بیشترین میانگین مربوط همبستگی و حمایت اجتماعی می‌باشد ($1/3 \pm$ ۲/۰۹). میانگین سرمایه اجتماعی بر حسب مراجعه به منظور درمان ($P = 0/02$)، محل مراجعه ($P = 0/01$) و تعداد مراجعه ($P = 0/02$) دارای تفاوت معنی داری بود. ولی میانگین سرمایه اجتماعی بر حسب بستری دارای تفاوت معنی داری نبود ($P = 0/33$)
	نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش نشان داد که سرمایه اجتماعی بالاتر با مراجعه جهت درمان و تعداد مراجعه کمتر همراه می‌باشد. این مهم می‌تواند از طریق بهبود دسترسی به خدمات سلامت و منطقی کردن رفتار جستجوی خدمات سلامت به سلامت بالاتر سالمندان و کاهش هزینه‌های سلامت منجر گردد.

مقدمه

امروزه با توجه به پدیده سالمندی جمعیت، شیوع بیماری‌های مزمن در نتیجه افزایش سن و افزایش میانگین سنی جمعیت، تقاضا برای خدمات بهداشتی و درمانی برای افراد سالمند نیز افزایش پیدا کرده است [۱]، شیوع بالای بیماری‌های مزمن در سالمندان به همراه مشکلات روحی و روانی نظیر اضطراب و افسردگی، منجر به ایجاد مشکلات پزشکی، اجتماعی و روانی سالمندان، محدودیت فعالیت‌های اجتماعی این افراد و افزایش بار مسئولیت و هزینه‌های مراقبت از سالمندان توسط خانواده و جامعه گردیده است [۲]، به همین دلیل پژوهشگران به دنبال یافتن راهکارهایی به منظور گسترش مهارت‌های اجتماعی در سالمندان می‌باشند تا به بخشی از این تقاضا پاسخ داده شود، چرا که مطالعات انجام شده گویای این مطلب است که مفهوم سلامت با موضوعات اجتماعی از جمله سرمایه اجتماعی گره خورده و می‌تواند نقش بسیار با ارزشی در ارتقای سلامت ایفا نماید [۳].

سرمایه اجتماعی به رفتارهای اجتماعی، هنجارها و روابط اجتماعی اطلاق شده و شامل منابعی می‌باشد که میراث روابط جمعی بوده و مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی را تسهیل می‌کنند. این منابع که از طریق اجتماعی شدن حاصل می‌شوند در برگیرنده اعتماد، هنجارهای مشارکتی و شبکه‌هایی از پیوندهای اجتماعی است که منجر به حضور افراد به صورتی منسجم و با ثبات در گروه به منظور تأمین اهداف مشترک مبتنی بر ارزش‌های مثبت می‌گردد [۴]. یافته‌های حاصل از

سرمایه اجتماعی به رفتارهای اجتماعی، هنجارها و روابط اجتماعی اطلاق شده و شامل منابعی می‌باشد که میراث روابط جمعی بوده و مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی را تسهیل می‌کنند. این منابع که از طریق اجتماعی شدن حاصل می‌شوند در برگیرنده اعتماد، هنجارهای مشارکتی و شبکه‌هایی از پیوندهای اجتماعی است که منجر به حضور افراد به صورتی منسجم و با ثبات در گروه به منظور تأمین اهداف مشترک مبتنی بر ارزش‌های مثبت می‌گردد [۴]. یافته‌های حاصل از

تصادفی انتخاب و از بین سالمندان تحت پوشش هر پایگاه، ۲۰ نفر به طور تصادفی انتخاب شد. پس از مراجعه به درب منزل آنها، پرسشنامه‌ها تکمیل گردید. جهت انجام مصاحبه از مصاحبه گران آموزش دیده و برخوردار از مهارت‌های برقراری ارتباط با سالمندان استفاده گردید. روش گرد آوری داده‌ها بر اساس مصاحبه حضوری و چهره به چهره بود. از افراد شرکت کننده رضایت شفاهی اخذ و افراد مجاز بودند هر زمان که بخواهند از مطالعه خارج شوند. کلیه اطلاعات مربوط به شرکت کنندگان محرمانه بوده و برای ثبت آن از کد به جای نام و نام خانوادگی استفاده شد. روش انجام این پژوهش توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کرمان تأیید شد.

ابزارهای مورد استفاده در این مطالعه علاوه بر پرسشنامه مشخصات دموگرافیک شامل پرسشنامه سرمایه اجتماعی مورد استفاده در طرح سنجش عدالت در شهر تهران (Urban HEART) بود. این پرسشنامه شامل نه شاخص وضعیت مشارکتهای داوطلبانه، فعالیت‌های دسته جمعی، اعتماد فردی، حمایت اجتماعی، همبستگی و احساس تعلق، پایبندی به ارزشها، روابط انجمنی، اعتماد اجتماعی و شبکه اجتماعی می‌باشد که در نهایت سه سطح اعتماد فردی، همبستگی و حمایت اجتماعی، اعتماد اجتماعی و روابط انجمنی را می‌سنجد. با توجه به نوع سؤالات پرسشنامه، نمره گذاری هر یک از سؤالات بین ۱ (کمترین) و ۵ (بیشترین) می‌باشد. نمرات سؤالات بخش‌های مختلف با هم جمع و بر تعداد زیر بخش‌ها تقسیم گردیده و نمره کلی به دست آمد. اعتبار ابزار سنجش سرمایه اجتماعی در مطالعه سنجش عدالت در شهر تهران به اثبات رسیده است [۱۴، ۱۵].

در خصوص بررسی میزان بهره‌گیری از خدمات سلامت از پرسشنامه‌ای که با هدف مشابه و در مطالعه نکویی و همکاران مورد استفاده قرار گرفته بود، بهره گرفته شد. روایی پرسشنامه مذکور و نیز پایایی آن با آلفای کرونباخ ۰/۸۸ مورد تأیید قرار گرفته است. در این پرسشنامه، با در نظر گرفتن بازه زمانی شش ماه گذشته داده‌های مورد نظر همچون وجود بیماری یا ناراحتی در افراد مورد مطالعه به صورت پاسخ بلی و خیر (صفر و یک)، در صورت مثبت بودن پاسخ، مراجعه افراد به مراکز مختلف بهداشتی و درمانی و تعداد بار مراجعه، سابقه بستری در بیمارستان در زمان مورد بررسی و علت آن، در صورت منفی بودن پاسخ، علت عدم مراجعه افراد به این مراکز جمع آوری گردید [۱۶].

در نهایت تعداد ۴۰ پرسشنامه به دلیل نواقص از تحقیق خارج شد و ۳۶۰ پرسشنامه باقیمانده مورد تحلیل قرار گرفت. داده‌های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۲۱ تحلیل شد. با توجه به نرمال بودن توزیع داده‌ها (بر اساس نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف) جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و آمار تحلیلی شامل آزمون همبستگی پیرسون، تی تست و آنالیز واریانس یک طرفه دو استفاده شد.

نتایج

میانگین سنی سالمندان مورد مطالعه (۶/۹۹) ۶۶/۹۶ بود. ۲۰۲ نفر (۵۶/۱۱ درصد) زن بودند. ۷۳/۶ درصد متأهل بودند. از نظر تحصیلات بیشتر سالمندان مورد مطالعه تحصیلات زیر دیپلم (۳۹/۷ درصد) و کمترین میزان مربوط به افراد بی سواد بود (۱۶/۸ درصد). ۲۸۲ نفر از افراد مورد مطالعه بیمه درمان داشتند و از این تعداد بیش از نیمی

دو مطالعه در ایران حاکی از رابطه معنی دار سرمایه اجتماعی با سلامت می‌باشد [۵، ۶]. همچنین نتایج مطالعه‌ای در انگلستان نیز نشان می‌دهد که تقویت اعتماد بین فردی و سرمایه اجتماعی، در نتایج بهداشتی تأثیر بسزایی داشته و به طور مستقیم بر نتایج سلامت تأثیر می‌گذارد [۷].

به بیانی دیگر مشخص شده است که سلامت با ویژگی‌های جامعه و ساختار اجتماعی ارتباط نزدیکی دارد که این ویژگی‌های اجتماعی به راحتی و با هزینه‌های کمتر قابل اجرا بوده و از این طریق می‌توان با انجام مداخلات مناسب نابرابری‌های سلامت را کاهش داده و سطح سلامت جسمی، روانی و اجتماعی سالمندان را ارتقاء داد [۸]. سازمان جهانی بهداشت نیز بر اهمیت عوامل اجتماعی مانند روابط اجتماعی و انسجام اجتماعی تأکید داشته و ضمن اشاره به پیوندها و تعاملات اجتماعی از سرمایه اجتماعی به عنوان راهکار مناسب برای رسیدن به سطح قابل قبول سلامت یاد می‌کند [۹].

سرمایه اجتماعی از طریق بالا بردن اطلاعات سلامت، اتخاذ رفتارهای مناسب، کنترل اجتماعی رفتارهای مخاطره آمیز سلامت (کارایی جمعی)، افزایش دسترسی به تسهیلات و همچنین از طریق فرآیندهایی نظیر حمایت اجتماعی مؤثر به بهبود سلامت کمک می‌کند [۵، ۱۰]. همچنین نتایج برخی تحقیقات مشابه حاکی از رابطه سرمایه اجتماعی با بهره‌گیری از خدمات می‌باشد. به این صورت که از طریق مکانیسم‌های اجتماعی به منطقی کردن مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی منجر گردیده و در نتیجه کاهش هزینه‌های سلامت در سالمندان را در پی خواهد داشت [۱۱، ۱۲].

از طرفی مطالعات انجام شده در ایران کمتر به بررسی تأثیر موضوعات اجتماعی از جمله سرمایه اجتماعی بر بهره‌گیری از خدمات سلامت پرداخته و علی‌رغم رشد جمعیت سالمندان و بالاتر بودن بار مراجعه سالمندان به مراکز بهداشتی درمانی نسبت به سایر گروه‌های سنی [۱۳] اطلاعات درباره عوامل مؤثر بر بهره‌گیری از خدمات سلامت توسط سالمندان کافی به نظر نمی‌رسد. این در حالی است که به نظر می‌رسد شناخت عوامل تأثیر گذار بر مصرف خدمات سلامت در سالمندان به ویژه عوامل اجتماعی بتواند در اصلاحات نظام سلامت و نحوه تخصیص منابع به این گروه سنی رو به رشد، مفید و کارساز باشد. لذا این مطالعه با هدف بررسی رابطه سرمایه اجتماعی با بهره‌گیری از خدمات سلامت در سالمندان صورت گرفت.

روش کار

این مطالعه از نوع توصیفی تحلیلی بود که به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۷ و در شهر کرمان صورت گرفت. برای نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای استفاده شد. اندازه نمونه لازم برای انجام این مطالعه بر اساس فرمول حجم نمونه ۴۰۰ نفر محاسبه گردید. در شهرستان کرمان بر اساس اطلاعات مرکز بهداشت شهرستان، در مجموع ۴۰ پایگاه و مرکز بهداشتی و درمانی مشغول به فعالیت هستند. انتخاب این مراکز بدین دلیل است که، تمام خانوارهای ساکن در شهرستان کرمان و مناطق جغرافیایی تحت پوشش پایگاه‌ها و مراکز بهداشتی و درمانی قرار دارند و از این طریق می‌توان انتظار داشت کل جامعه مورد بررسی تحت پوشش این پژوهش قرار گرفته باشد. در مرحله بعد از ۴۰ پایگاه و مرکز بهداشتی درمانی، ۲۰ پایگاه به طور

نکرده بودند، بیشترین علت در عدم مراجعه به مرکز درمانی نبود همراه (۲۱ مورد) و پس از آن نبود همراه [۱۵] عنوان گردید. در بین افرادی که به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه کرده بودند، مهم‌ترین علت مراجعه بیماری‌های عضلانی اسکلتی بود (۲۷٪/۱۷). همچنین بیشتر از یک سوم افراد مورد مطالعه در ۶ ماه گذشته در بیمارستان بستری شده‌اند. در بین افراد بستری، بیشترین علت بیماری‌های قلبی عروقی (۳۲ مورد) و کمترین نارسایی کلیوی (۲ مورد) گزارش گردید. از میان بیماری‌های گزارش شده بیشترین فراوانی‌ها مربوط به بیماری‌های عضلانی اسکلتی بود (۲۸/۱ درصد). همچنین ۶۹/۷ درصد از سالمندان مورد مطالعه همزمان از بیش از یک بیماری رنج می‌بردند. در پاسخ به این سؤال که در صورت بیماری به کدامیک از مراکز بهداشتی درمانی مراجعه کرده‌اند، نتایج حاکی از این بود که بیشترین فراوانی مربوط به مراکز درمانی خصوصی می‌باشد (۵۷٪/۱۷). از طرفی بیشتر سالمندان مورد مطالعه تمایل به خود درمانی نداشتند (۵۵٪/۱۸). حدود سه چهارم افراد مورد مطالعه در ۶ ماه گذشته سه بار یا بیشتر مراجعه جهت درمان به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه داشته‌اند. همچنین میانگین مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی در ۶ ماه گذشته در بین سالمندان مورد مطالعه (۲/۱) ۵/۳ بود. بین جنسیت ($P = 0/001$) و تحصیلات ($P = 0/032$) با میزان مراجعه رابطه معنی داری مشاهده گردید. به طوریکه زنان و افراد با تحصیلات پایین میزان مراجعه بیشتری را گزارش نمودند. همچنین بر اساس نتایج آزمون همبستگی پیرسون بین سن با میزان مراجعه رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد ($P = 0/012$) ، $r = 0/289$ ، P

جدول ۲ رابطه متغیرهای دموگرافیک با میانگین سرمایه اجتماعی را نشان می‌دهد. همانگونه که مشاهده می‌گردد بین جنسیت ($P = 0/001$) ، تحصیلات ($P = 0/041$) و شغل ($P = 0/005$) با سرمایه اجتماعی رابطه معنی داری وجود دارد. به طوریکه زنان و افراد با تحصیلات بالا و افراد شاغل میانگین بالاتری داشتند. بر این اساس بین وضعیت تأهل ($P = 0/01$) با سرمایه اجتماعی رابطه معنی داری گزارش نگردید. همچنین بر اساس نتایج آزمون همبستگی پیرسون بین سن با سرمایه اجتماعی رابطه منفی و معنی داری مشاهده گردید ($P = 0/02$) ، $r = -0/321$

در خصوص رابطه سرمایه اجتماعی با بهره‌گیری از خدمات نتایج آزمون تی تست حاکی از این بود که میانگین سرمایه اجتماعی بر حسب ابتلا به بیماری در ۶ ماه گذشته دارای تفاوت معنی داری نمی‌باشد (۰/۵۷) ($P =$ میانگین سرمایه اجتماعی بر حسب مراجعه به منظور درمان دارای تفاوت معنی داری بود ($P = 0/02$))، به نحوی که میانگین سرمایه اجتماعی در افرادی که جهت درمان به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه کرده بودند به طور معنی داری بالاتر بود. میانگین سرمایه اجتماعی بر حسب بستری دارای تفاوت معنی داری نبود ($P = 0/33$) میانگین سرمایه اجتماعی بر حسب محل مراجعه جهت درمان دارای تفاوت معنی داری بود ($P = 0/001$) ، بر این اساس بالاترین میانگین سرمایه اجتماعی مربوط به افرادی بود که جهت درمان به مراکز خصوصی مراجعه کرده بودند. نتایج آزمون آنالیز واریانس حاکی از این بود که میانگین سرمایه اجتماعی بر حسب دفعات مراجعه جهت درمان دارای تفاوت معنی داری بود ($P = 0/002$) بر این اساس بالاترین میانگین سرمایه اجتماعی مربوط به افرادی بود که تنها یک بار جهت درمان به

دارای بیمه تکمیلی بودند. در خصوص شغل افراد نیز یافته‌ها حاکی از این بود ۱۴۲ نفر خانه دار، ۱۱۴ نفر بازنشسته و ۹۶ نفر شاغل بودند.

جدول ۱. وضعیت سرمایه اجتماعی و بهره‌گیری از خدمات در سالمندان مورد مطالعه

فراوانی	درصد
وجود ناراحتی	
بلی	۲۲۱
خیر	۳۸/۶
مراجعه جهت درمان	
خیر	۴۶
بلی	۷۹/۲
بستری در بیمارستان	
بلی	۷۶
خیر	۱۴۵
تعداد مراجعه	
یک بار	۲۲
دو بار	۳۳
سه بار و بیشتر	۷۵/۲
محل مراجعه	
خصوصی	۵۷/۷
دولتی	۳۰/۸
خود درمانی	
بلی	۳۰/۵
خیر	۵۵/۸
سرمایه اجتماعی	
اعتماد فردی	۰/۴۸
همبستگی و حمایت اجتماعی	۱/۳۲
اعتماد اجتماعی روابط انجمنی	۰/۸
کل	۲/۲

جدول ۲. رابطه متغیرهای دموگرافیک با سرمایه اجتماعی در سالمندان مورد مطالعه

میانگین(انحراف معیار)	آزمون	سطح معنی داری
جنس		
زن (۲/۰)	T test	> 0/001
مرد (۲/۲)		
وضعیت تاهل		
مجرد (۲/۴)	ANOVA	0/1
متاهل (۳/۱)		
تحصیلات		
زیردیپلم (۲/۲)	ANOVA	0/041
دیپلم (۰/۹)		
دانشگاهی (۲/۵)		
شغل		
خانه دار (۳/۷)	ANOVA	0/005
بازنشسته (۲/۸)		
شاغل (۳/۱)		

جدول ۱ وضعیت سرمایه اجتماعی و بهره‌گیری از خدمات در سالمندان را نشان می‌دهد. میانگین سرمایه اجتماعی در بین سالمندان مورد مطالعه $2/2 \pm 5/4$ بود. در بین مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی بیشترین میانگین مربوط همبستگی و حمایت اجتماعی می‌باشد ($1/3 \pm 2/09$). در خصوص وضعیت بهره‌گیری از خدمات بیش از ۶۰ درصد افراد مورد مطالعه در ۶ ماه گذشته ابتلا به بیماری یا ناراحتی را گزارش نمودند. در بین افرادی که علی‌رغم داشتن بیماری به مرکز درمانی مراجعه

مراکز بهداشتی درمانی مراجعه نموده‌اند. میانگین سرمایه اجتماعی بر حسب خود درمانی دارای تفاوت معنی داری نبود ($P = 0/44$) جدول ۳.

جدول ۳. مقایسه میانگین سرمایه اجتماعی بر حسب مؤلفه های بهره گیری از خدمات در بین سالمندان مورد مطالعه

متغیر	میانگین(انحراف معیار)	آماره آزمون	P-value
ابتلا به بیماری	بلی	۵/۳۴ (۲/۳۸)	۰/۵۷
	خیر	۵/۴۵ (۱/۹۶)	
مراجعه جهت درمان	بلی	۶/۴۰ (۱/۸۸)	۰/۰۲
	خیر	۵/۷۷ (۲/۱)	
بستری در بیمارستان	بلی	۵/۰۲ (۱/۹۲)	۰/۳۳
	خیر	۵/۱۲ (۱/۹۰)	
تعداد مراجعه	یک بار مراجعه	۶/۵ (۲/۸)	۰/۰۰۲
	دو بار مراجعه	۵/۷ (۳/۱)	
	سه بار مراجعه و بیشتر	۴/۵ (۲/۷)	
محل مراجعه	مراکز خصوصی	۶/۱ (۲/۲)	۰/۰۰۱
	مراکز دولتی	۵/۱ (۲/۹)	
خود درمانی	بلی	۵/۰ (۱/۲)	۰/۴۱
	خیر	۵/۵ (۲/۴)	

بحث

این مطالعه با هدف بررسی رابطه سرمایه اجتماعی با بهره گیری از خدمات در سالمندان صورت گرفت. یافته‌ها حاکی از این بود که در افرادی که جهت درمان به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه کرده بودند به طور معنی داری سرمایه اجتماعی بالاتری داشتند. بالاترین میانگین سرمایه اجتماعی مربوط به افرادی بود که تنها یک بار جهت درمان به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه نموده‌اند. سرمایه اجتماعی بر حسب بستری در بیمارستان معنی دار نبود.

در مطالعه لاپورته و همکاران یافته‌ها حاکی از این بود که میزان کمتر جنبه فردی سرمایه اجتماعی و میزان بیشتر جنبه اجتماعی سرمایه اجتماعی با مراجعه کمتر به پزشک و بستری بیشتر در بیمارستان همراه است [۱۱]. جنبه فردی به اعتماد فردی و احساس تعلق فرد به جامعه محلی و جنبه اجتماعی به سطح مشارکت فرد در فعالیت‌های اجتماعی، همبستگی و حمایت اجتماعی اشاره دارد. لذا افرادی که احساس تعلق کمتری دارند مراجعه بیشتری به پزشک خواهند داشت. در مطابقت با یافته‌های این مطالعه در پژوهش دبور و همکاران مشخص گردید که احساس تعلق به عنوان یکی از ابعاد سرمایه اجتماعی می‌تواند مراجعه به پزشک را کاهش دهد [۱۷]. نتایج تحقیق الکساندر و همکاران نیز نشان داد که اعتماد بین فردی می‌تواند منجر به کاهش مراجعه به مراکز درمانی گردد [۱۸]. بر این اساس کاهش اعتماد بین فردی و در نتیجه کاهش اعتماد پزشک- بیمار به عنوان جزء اصلی فرآیند درمان می‌تواند در تمکین دارویی بیماران سالمند اخلال ایجاد کند.

در مطالعه دیگری توسط اسماک و همکاران مشخص گردید که حمایت اجتماعی به عنوان یکی از مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی می‌تواند منجر به افزایش تعداد مراجعه به پزشک گردد که با یافته‌های این مطالعه مغایرت دارد [۱۹]. به طور کلی یافته‌ها در خصوص رابطه سرمایه اجتماعی با بهره گیری از خدمات متناقض می‌باشد. گرچه بایستی به این نکته اشاره کرد که سرمایه اجتماعی با فراهم کردن الگوهای ارتباطی مناسب در جامعه، مشارکت بیشتر شهروندان و ایجاد اعتماد به طور کلی می‌تواند دسترسی به خدمات درمانی و استفاده مناسب و به موقع از این خدمات را بهبود بخشد. در واقع سرمایه اجتماعی به عنوان یک منبع می‌تواند منجر به سهولت دسترسی افراد به خدمات سلامت گردد.

شاید علت اختلاف در نتایج ناشی از اندازه جوامع مورد بررسی باشد. نونبرگ و همکاران در مطالعه خود اظهار می‌کنند که تأثیر سرمایه اجتماعی بر میزان بهره گیری از خدمات بر حسب اندازه جامعه متغیر است. بر این اساس در جامعه بزرگتر، کاهش در بهره گیری از خدمات در نتیجه ارتقاء سرمایه اجتماعی گزارش شده است [۱۲]. همچنین این تفاوت می‌تواند نتیجه تفاوت در سطح سلامت سالمندان در جوامع مختلف باشد. سرمایه اجتماعی با سلامت، ناتوانی و همچنین مرگ و میر رابطه دارد [۲۰-۲۳]. همچنین اختلاف بین جوامع مختلف از نظر متغیرهایی نظیر وضعیت تأهل، درآمد، بیمه، تحصیلات و شغل نیز می‌تواند ضمن ایجاد تفاوت در شبکه اجتماعی و ارتباطات افراد، دلیلی بر تفاوت در نحوه تأثیر سرمایه اجتماعی بر بهره گیری از خدمات سلامت باشد.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که میانگین سرمایه اجتماعی در افرادی که جهت درمان به مراکز خصوصی مراجعه کرده بودند، بالاتر بود. این یافته می‌تواند ناشی از اعتماد بیشتر سالمندان مورد مطالعه به سیستم خصوصی ناشی از کیفیت بهتر خدمات این بخش به زعم گیرندگان خدمات سلامت باشد. این در حالی است که در سال‌های اخیر با اجرای طرح تحول سلامت و حضور پررنگ‌تر پزشکان متخصص و فوق تخصص در بیمارستان‌ها و کلینیک‌های دولتی، سعی شده که ضمن کاهش هزینه‌ها، کیفیت خدمات نیز ارتقاء پیدا کند.

میانگین سرمایه اجتماعی در بین سالمندان مورد مطالعه با مطالعه اشرفی و همکاران در تهران که با همین ابزار صورت گرفت تا حدودی مغایرت دارد که میانگین سرمایه اجتماعی را بالاتر گزارش کرده‌اند [۲۴]. دلیل این موضوع می‌تواند ناشی از تفاوت در برنامه‌های اجتماعی در دو جامعه و تفاوت در مشارکت اجتماعی افراد دانست. در تهران شهرداری این شهر در اقدامی مؤثر کانون‌های سلامت در محلات مختلف شهر دایر کرده است که شهروندان و به ویژه سالمندان در این مراکز حضور مستمر داشته و در نتیجه از سطح سرمایه اجتماعی بالاتری برخوردار هستند. همچنین فعالیت سازمان‌های غیر دولتی در زمینه مسائل مختلف سالمندان نیز می‌تواند در سطح سرمایه اجتماعی سالمندان تفاوت ایجاد کند. علاوه بر این حمایت اجتماعی توسط خانواده، نزدیکان، دوستان و سایر افراد جامعه نیز ممکن است بر سطح سرمایه اجتماعی سالمندان تأثیر گذار می‌باشد.

از دیگر یافته‌های این مطالعه رابطه معنی دار بین جنسیت، تحصیلات و شغل با سرمایه اجتماعی بود، به طوریکه زنان و افراد با تحصیلات بالا و افراد شاغل میانگین بالاتری داشتند. در مطالعه اشرفی و همکاران در

خدمات سلامت تأثیر می‌گذارد، پیشنهاد می‌گردد. از محدودیت‌های این مطالعه پاسخ به سؤالات به صورت خودگزارش دهی بود که باعث می‌شد در برخی مواقع اطلاعات مخدوش شود، چرا که یادآوری در سالمندان دشوار بود.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که سرمایه اجتماعی بالاتر با مراجعه جهت درمان، مراجعه به بخش خصوصی و تعداد مراجعه کمتر که می‌تواند منجر به منطقی کردن مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی گردد، همراه می‌باشد. این یافته‌ها از این جهت اهمیت دارد که سالمند شدن جمعیت ایران به همراه شیوع بیشتر بیماری‌ها و ناتوانی‌ها، یکی از چالش‌های اصلی سیستم بهداشت درمان است، به طوری که بار مالی هنگفتی بر نظام سلامت کشور تحمیل خواهد کرد که بایستی برای آن تدابیر جدی اندیشیده شود. در این راستا سرمایه اجتماعی می‌تواند ضمن تأکید بر منطقی کردن رفتار جستجوی درمان افراد از طریق ساز و کارهای اجتماعی، در شرایطی که نیازهای سالمندان بیش از هر مکان دیگری در شهرها تجلی یافته، یاری رسان باشد. برای تحقق این مهم تقویت سرمایه اجتماعی، به عنوان راهکاری مناسب در زمینه رسیدن به سالمندی موفق، با تأکید بر فضای شهری توصیه می‌گردد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی خود را از سالمندان مورد مطالعه بابت همکاری ایشان در پژوهش، ابراز می‌دارند. همچنین این پژوهش با حمایت معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان با شماره طرح ۹۷۰۰۷۰۴ و کد اخلاق IR.KMU.REC.1397.387 صورت گرفت.

تضاد منافع

نویسندگان هیچگونه تعارض منافی را اعلام نکرده‌اند.

References

1. Woo EK, Han C, Jo SA, Park MK, Kim S, Kim E, et al. Morbidity and related factors among elderly people in South Korea: results from the Ansan Geriatric (AGE) cohort study. *BMC Public Health*. 2007;7:10. doi: 10.1186/1471-2458-7-10 pmid: 17241463
2. Borhaninejad V, Momenabadi V, Hosseini SH, Mansori T, Sadeghi A, toroski M. Health physical and mental status in the elderly of Kerman. *J North Khorasan Univ Med Sci*. 2015;6(4):715-25. doi: 10.29252/jnkums.6.4.715
3. Addae-Dapaah K, Juan QS. Life Satisfaction among Elderly Households in Public Rental Housing in Singapore. *Health*. 2014;06(10):1057-76. doi: 10.4236/health.2014.610132
4. Rashedi V, Gharib M, Yazdani AA. Social participation and mental health among older adults in Iran. *Iran Rehabil J*. 2014;12(1):9-13.
5. Shoja M, Nabavi SH, Kassani A, Bagheri yazdi SA. Factor analysis of social capital and its relations with mental health of older people in 9 districts of Tehran. *J*

تهران غیر از فعالیت دسته جمعی، سایر شاخصهای سرمایه اجتماعی بر حسب جنسیت، تحصیلات و وضعیت اشتغال تفاوت معنی دار آماری داشت [۱۶] که با نتایج این مطالعه مطابقت دارد. به نظر می‌رسد زنان سالمند، شاغل بودن و تحصیلات بالاتر با افزایش فرصت حضور در جامعه در دوران سالمندی، آگاهی و هم چنین اعتماد به نفس بالاتر، منجر به افزایش ارتباطات و تعاملات اجتماعی شده و در نهایت افزایش سرمایه اجتماعی را به همراه خواهد داشت.

در بین مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی بیشترین میانگین مربوط همبستگی و حمایت اجتماعی بود. در مطالعه شجاع و همکاران که با ابزار مشابه صورت گرفت در بین مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی بیشترین میانگین مربوط به اعتماد بود [۵]. این تفاوت می‌تواند ناشی از تفاوت‌های فرهنگی و تفاوت در ویژگی‌های جامعه پژوهش باشد. مؤلفه همبستگی به احساس متقابل بین افراد در یک گروه اشاره دارد که به یکدیگر وابسته و به طور متقابل نیازمند یکدیگر هستند و دلالت بر توافق جمعی دارد. با توجه به اینکه این مطالعه در بین مراجعین مراکز بهداشتی درمانی سطح شهر صورت گرفت و از آنجایی که معمولاً حضور سالمندان در این مراکز با همراهی یکی از اعضای خانواده و یا همسالان می‌باشد، لذا می‌تواند عاملی در جهت بالاتر گزارش کردن مؤلفه همبستگی و حمایت اجتماعی باشد.

با توجه به پائین بودن اعتماد فردی پیشنهاد می‌شود فاکتورهایی که می‌تواند احساس تعلق شهروندان را افزایش دهد، شناسایی گردیده و از طریق بهبود آنها، سطح اعتماد نیز ارتقاء یابد. شکل‌گیری برنامه‌های مشارکتی نظیر کانون‌های سلامت در محلات می‌تواند زمینه افزایش اعتماد و همبستگی درون گروهی را فراهم کند. از طرفی در مبحث بهره‌گیری از خدمات در بین سالمندان لازم است به موضوع خدمات بهداشت روان به ویژه خدمات مبتنی بر جامعه نیز توجه گردد [۲۴]. همچنین با توجه به مقایسه نتایج، انجام مطالعات بیشتر در جوامع مختلف به منظور تعیین اینکه چه نوع سرمایه اجتماعی بر بهره‌وری از

- North Khorasan Univ Med Sci. 2012;3(5):81-90. doi: 10.29252/jnkums.3.5.S5.81
6. Bahrami M, Amiri A, Montazeralfaraj R, Dehghan H. The relationship between social capital dimensions and perceived health in Yazd Urban society, 2013. *Tolooebehdasht*. 2016;15(3):67-77.
7. Verhaeghe PP, Tampubolon G. Individual social capital, neighbourhood deprivation, and self-rated health in England. *Soc Sci Med*. 2012;75(2):349-57. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.02.057 pmid: 22560798
8. Kushner HI, Sterk CE. The limits of social capital: Durkheim, suicide, and social cohesion. *Am J Public Health*. 2005;95(7):1139-43. doi: 10.2105/AJPH.2004.053314 pmid: 15933234
9. Kim D, Kawachi I. U.S. state-level social capital and health-related quality of life: multilevel evidence of main, mediating, and modifying effects. *Ann Epidemiol*. 2007;17(4):258-69. doi: 10.1016/j.annepidem.2006.10.002 pmid: 17324589

10. Mohseni M, Lindstrom M. Social capital, trust in the health-care system and self-rated health: the role of access to health care in a population-based study. *Soc Sci Med.* 2007;64(7):1373-83. **doi:** [10.1016/j.socscimed.2006.11.023](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.11.023) **pmid:** 17202025
11. Laporte A, Nauenberg E, Shen L. Aging, social capital, and health care utilization in Canada. *Health Econ Policy Law.* 2008;3(Pt 4):393-411. **doi:** [10.1017/S1744133108004568](https://doi.org/10.1017/S1744133108004568) **pmid:** 18793479
12. Nauenberg E, Laporte A, Shen L. Social capital, community size and utilization of health services: a lagged analysis. *Health Policy.* 2011;103(1):38-46. **doi:** [10.1016/j.healthpol.2010.12.006](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.12.006) **pmid:** 21269724
13. Borhaninejad VR, NaghibzadehTahami A, Nabavi H, Rashedi V, Yazdi-Feyzabadi V. The utilization of health services and its influences among elderly people in Kerman-2014. *J North Khorasan Univ Med Sci.* 2015;7(2):229-40. **doi:** [10.29252/jnkums.7.2.229](https://doi.org/10.29252/jnkums.7.2.229)
14. Asadi LM, Vaez MMR, Faghihzadeh S, Montazeri A, Kalantari N, Maher A, et al. The application of urban health equity assessment and response tool (Urban HEART) in Tehran; concepts and framework. *Med J Islamic Republic Iran* 2010;24(3):175-85.
15. Kassani A, Gohari M, Mousavi M, Asadi Lari M, Rohani M, Shoja M. Determinants of social capital in Tehran residents using path analysis: urban HEART study. *Iran J Epidemiol.* 2012;8(2):1-12.
16. Nekoei-Moghadam M, Parva S, Baneshi M. Health literacy and utilization of health services in Kerman urban area 2011. *Tolooebehdasht.* 2013;11(4):123-34.
17. Samek D, Laporte A, Nauenberg E, Shen L, Coyte P. The Effect of Social Capital on the Use of General Practitioners: A Comparison of Immigrants and Non-Immigrants in Ontario. *Healthcare Policy | Politiques de Santé.* 2012;8(1):49-66. **doi:** [10.12927/hcpol.2012.23022](https://doi.org/10.12927/hcpol.2012.23022)
18. Pasgaard AA, Maehlisen MH, Overgaard C, Ejlskov L, Torp-Pedersen C, Boggild H. Social capital and frequent attenders in general practice: a register-based cohort study. *BMC Public Health.* 2018;18(1):310. **doi:** [10.1186/s12889-018-5230-2](https://doi.org/10.1186/s12889-018-5230-2) **pmid:** 29499678
19. Samek D, Laporte A, Nauenberg E, Shen L, Coyte P. The Effect of Social Capital on the Use of General Practitioners: A Comparison of Immigrants and Non-Immigrants in Ontario. *Healthc Policy Politiques de Santé.* 2012;8(1):49-66. **doi:** [10.12927/hcpol.2012.23022](https://doi.org/10.12927/hcpol.2012.23022)
20. Moore S, Kawachi I. Twenty years of social capital and health research: a glossary. *J Epidemiol Community Health.* 2017;71(S):S13-7. **doi:** [10.1136/jech-2016-208313](https://doi.org/10.1136/jech-2016-208313) **pmid:** 28087811
21. Understanding the Upstream Social Determinants of Health 2019 [cited 2020]. Available from: https://www.rand.org/pubs/working_papers/WR1096.html.
22. Schafer MH. Discussion networks, physician visits, and non-conventional medicine: probing the relational correlates of health care utilization. *Soc Sci Med.* 2013;87:176-84. **doi:** [10.1016/j.socscimed.2013.03.031](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.03.031) **pmid:** 23631793
23. Rashedi V, Malakouti SK, Rudnik A. Community Mental Health Services for Older Adults in Iran. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences.* 2018;22(2). **doi:** [10.5812/jkums.78947](https://doi.org/10.5812/jkums.78947)
24. Ashrafi E, Asadilari M, Mosavi M, Vaezmahdavi M. Determine Socail capital In tehran. *J Knowledge Health* 2010;2(1).