Journal of North Khorasan
University of Medical Sciences
No 55, Volume 14, Issue 3

Research Article

Factors Affecting Trust in the Elderly Based on Data from the Second Phase of the Urban Health Equity and Response Tool

Seyed Hamid Nabavi[1], Mohsen Lari-Asadi[2], Mir-Taher Mousavi[3], Vahid Rashedi[1], Reza Fadayevatan[1*]

[1]Assistant professor, Department of Aging, Iranian Research Center of Aging, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
[2]Professor, Department of Epidemiology, Onychopathology Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[3]Associated Professor, Social Welfare Management Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

***Corresponding author:** Reza Fadayevatan, Department of Aging, Iranian Research Center of Aging, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. E-mail: reza1092@yahoo.com

DOI: **10.32592/nkums.14.3.52**

How to Cite this Article:
Nabavi SH, Lari-Asadi M, Mousavi MT, Rashedi V, Fadayevatan R. Factors Affecting Trust in the Elderly Based on Data from the Second Phase of the Urban Health Equity and Response Tool. J North Khorasan Univ Med Sci. 2022;**14**(3): 52-58. DOI: 10.32592/nkums.14.3.52

Received: 19 May 2022
Accepted: 16 Jun 2022

Keywords:
Elderly
Trust
Socio-economic status
Urban HEART

Abstract

Introduction: Trust is among the social determinants of health in the elderly. Considering the importance of trust, this study was conducted to investigate demographic, economic, social, and health factors affecting trust in the elderly over 60 years old.

Method: This cross-sectional study was based on the data of the second phase of the Urban Health Equity and Response Tool (Urban HERAT-2) on 5,760 elderly people. The economic status of the household was measured by principal component analysis and based on the variables of living supplies and facilities. Then, demographic and socio-economic variables such as the economic score of the household, ethnicity, occupation, education, and self-reported physical and mental health were presented in the linear regression of the explanatory model of trust using STATA software.

Results: Based on the findings of this study, The living supplies and facilities explained 0.58 of the variances of the economic score of the household. Furthermore, it was observed that being married, having seasonal and permanent labor jobs, and being relatively poor was associated with a decrease in trust in the elderly and the ability to read and write, good self-reported physical health, and unchanged with an increase in trust in the elderly. The variables of age, gender, retirement, ethnicity, and mental health were not related to trust in the elderly.

Conclusion: The variables such as labor jobs, low education, and poor economic status affected trust in the elderly. The findings of this study showed the lack of institutional and intergroup trust in the elderly, and it requires the attention of policymakers.

Copyright *© 2022 The Author(s); Published by Journal of North Khorasan University of Medical Sciences. This is an open access article, distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses /by-nc/4.0/) which permits others to copy and redistribute material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.*

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-02-05]

مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
دوره ۱۴، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۱

مقاله پژوهشی

عوامل مؤثر بر اعتماد در سالمندان بر اساس داده‌های فاز دوم عدالت شهری و ابزار پاسخگویی

سید حمید نبوی[۱]، محسن اسدی لاری[۲]، میرطاهر موسوی[۳]، وحید راشدی[۱]، رضای فدای وطن[۱*]

[۱]استادیار، مرکز تحقیقات سالمندی ایران، گروه سالمندی، دانشگاه علوم توان‌بخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران
[۲]استاد، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات انکوپاتولوژی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
[۳]دانشیار، مرکز تحقیقات مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم توان‌بخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران
*نویسنده مسئول: رضا فدای وطن، گروه سالمندشناسی، مرکز تحقیقات سالمندی ایران، تهران، ایران. ایمیل: reza1092@yahoo.com

DOI: 10.32592/nkums.14.3.52

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۲/۲۹
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۲۶

واژگان کلیدی:
اعتماد
سالمندان
وضعیت اقتصادی-اجتماعی
Urban HERAT-2

چکیده

مقدمه: اعتماد یکی از مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت سالمندان است. با توجه به اهمیت اعتماد، این مطالعه با هدف بررسی عوامل مؤثر دموگرافیک، اقتصادی-اجتماعی و سلامت بر اعتماد در سالمندان بالای ۶۰ سال انجام شد.

روش کار: این مطالعه مقطعی با استفاده از داده‌های فاز دوم عدالت شهری و ابزار پاسخگویی Urban Health equity and response tool-2 (Urban HERAT-2) روی ۵۷۶۰ سالمند انجام شد. وضعیت اقتصادی خانوار به روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی و بر اساس متغیرهای تسهیلات و لوازم زندگی سنجیده شد. سپس با استفاده از متغیرهای دموگرافیک و اقتصادی-اجتماعی نظیر نمره اقتصادی خانوار، شغل، قومیت، تحصیلات و سلامت جسمی خودگزارش‌شده و سلامت روان در رگرسیون خطی مدل تبیین‌کننده اعتماد با نرم‌افزار STATA ارائه شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد متغیرهای لوازم و تسهیلات زندگی ۰/۵۸ واریانس نمره اقتصادی خانوار را تبیین می‌کنند. همچنین وضعیت تأهل، کارگر فصلی، کارگر دائمی و نسبتاً فقیر بودن سالمندان با کاهش اعتماد در سالمندان و توانایی خواندن و نوشتن سالمند، سلامت جسمی خودگزارش‌شده خوب و بدون تغییر با افزایش اعتماد در سالمندان همراه بود. متغیرهای سن، جنس، بازنشستگی، قومیت و سلامت روان نیز با اعتماد سالمندان مرتبط نبود.

نتیجه گیری: متغیرهایی نظیر مشاغل کارگری، تحصیلات کم و وضعیت اقتصادی نامناسب عوامل مؤثر بر اعتماد در سالمندان بودند. یافته‌های این مطالعه نشان داد بین اعتماد نهادی و بین‌گروهی در سالمندان ارتباطی وجود ندارد که این نیازمند توجه سیاست‌گذاران است.

مقدمه

سرشماری نفوس در ۱۳۹۵ نشان داد ۹/۳ درصد از جمعیت ایران بیش از ۶۰ سال سن دارند [۱]. همچنین مطابق گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۵، ایران یکی از کشورهایی است که بیشترین نرخ رشد جمعیت سالمند را در سال‌های آتی خواهد داشت [۲]. بر اساس این گزارش، جمعیت سالمند طی ۳۵ سال آینده به بیش از ۳۳ درصد افزایش خواهد یافت. امروزه مباحث حوزه سلامت بسیار مورد توجه است، به‌طوری‌که مطالعات نشان داده‌اند تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت سهم ۵۰ درصدی در سلامت افراد جامعه دارند [۳]. این تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در دوران سالمندی اهمیت ویژه‌ای می‌یابند [۴،۵]. یکی از تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، مفهوم اعتماد است که به‌عنوان بعد شناختی سرمایه اجتماعی شناخته می‌شود. اعتماد به معنای باور بر مبنای این احتمال است که دیگران کارهای به خصوصی را انجام می‌دهند یا از انجام آن پرهیز می‌کنند. رفتار توأم با اعتماد ممکن است برای پیش‌نگری رفتار یک شریک با توجه به تعهدات و الزامات او و امکان پیش‌بینی رفتار او در مذاکرات و تعاملات نیز تعریف شود [۶].

مفهوم اعتماد در مطالعات سالمندی کمتر مورد توجه بوده است و گاهی تضادهایی در این زمینه وجود دارد. مطالعاتی که به صورت خودگزارشی به اعتماد پرداخته‌اند، نشان داده‌اند اعتماد با افزایش سن افزایش می‌یابد [۷]. بر اساس نظریه انتخاب هیجانی-اجتماعی، دیدگاه فرد سالمند درباره مدت‌زمان باقی‌مانده بر انگیزه‌های دستیابی به اهداف خاص اثرگذار است. افراد جوان نگاه گسترده‌ای به آینده دارند. ازاین‌رو بر

Copyright © 2022 The Author(s); Published by Journal of North Khorasan University of Medical Sciences. This is an open access article, distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits others to copy and redistribute material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-02-05]

جمع‌آوری اطلاعات و دانش تمرکز دارند تا بتوانند رفتار اعتمادآمیز نشان دهند، درحالی‌که سالمندان بر زمان باقی‌مانده خود تمرکز دارند و بیشتر بر تنظیم احساسات و بهینه‌سازی رفاه خود توجه می‌کنند. ازآنجاکه بین اعتماد و بهروزی هیجانی (Emotional wellbeing) رابطه وجود دارد [۸]، افراد سالمند با افزایش سن اعتماد بیشتری از خود نشان می‌دهند [۷،۹].

به نظر می‌رسد اعتماد با طیف متنوعی از پیامدها در دوران سالمندی همراه است. بر اساس مطالعات، اعتماد در سالمندان با سلامت [۱۰،۱۱]، کیفیت زندگی [۱۲]، بهروزی ذهنی [۷]، سالمندآزاری [۱۳]، مصرف داروهای تجویزشده توسط پزشک [۱۴،۱۵] و اعتماد به سیستم درمانی [۱۶] مرتبط است. از سوی دیگر، اعتماد از اجزای بنیادین شکل‌گیری روابط اجتماعی است [۸]. این روابط و شبکه‌های اجتماعی بر سلامت سالمندان و سالمندی موفق بسیار تأثیرگذار است [۱۷،۱۸].

مطالعات نشان دادند اعتماد با سن، جنس [۹،۱۹]، تأهل [۲۰]، تحصیلات [۲۱،۲۲]، قومیت و نژاد [۲۳]، وضعیت اقتصادی و درآمد [۲۴-۲۶] و شغل [۲۷،۲۸] ارتباط دارد. به نظر می‌رسد تغییرات جسمی، شناختی و هیجانی همراه با سالمندی از یک سو و تغییرات زندگی اجتماعی سالمندان نظیر بازنشستگی و کاهش درآمد، تغییر شکل روابط اجتماعی و خانوادگی و تغییر مفهوم دانش‌اندوزی در سالمندان تعیین‌کننده‌های اعتماد را در جمعیت سالمند تحت تأثیر قرار دهد.

با توجه به اینکه موضوع اعتماد در سالمندان کمتر مورد توجه قرار گرفته است و بیشتر مطالعات به اثر اعتماد در سلامت جسمی و روانی سالمند اشاره داشته‌اند، این مطالعه روی داده‌های Urban HEART-2 و بیش از ۵۰۰۰ سالمند بالای ۶۰ سال با هدف تعیین عوامل مؤثر نظیر عوامل دموگرافیک، عوامل مربوط به سلامت و عوامل اقتصادی-اجتماعی مؤثر بر اعتماد انجام شد.

روش کار

در این مطالعه مقطعی از داده‌های Urban HERAT-2 شامل مناطق ۲۲گانه تهران استفاده شد. در این مطالعه طرح چارچوب نمونه‌گیری، نقشه جامع شهر تهران در سال ۱۳۹۰ به تفکیک مناطق و محلات بود. نمونه‌گیری شامل سه فاز بود که در فاز اول نمونه‌گیری همه مناطق ۲۲گانه، در فاز دوم تمامی ۳۸۶ محله به‌عنوان طبقه و در فاز سوم هر بلوک به‌عنوان یک خوشه از طبقه در نظر گرفته شد. جزئیات بیشتر شیوه نمونه‌گیری در مقالات آمده است [۲۹،۳۰]. در این مطالعه ۳۴ هزار و ۷۰۰ خانوار در تهران وارد مطالعه شدند که از این تعداد ۱۵ هزار و ۹۹ نفر سالمند بودند. درنهایت ۵۷۶۰ سالمند بالای ۶۰ سال که به پرسش‌نامه‌های منتخب خانوار پاسخ داده بودند، وارد مطالعه شدند.

ابزار این مطالعه شامل اعتماد سالمندان در قالب یک سؤال کلی بود که «چقدر به افراد و گروه‌ها شامل خانواده، فامیل و خویشاوندان، دوستان، همسایگان، همکاران، اهالی محله، افراد هم‌قوم و هم‌مذهب، همشهری‌ها و مردم ایران اعتماد دارید». به‌گونه‌ای که اعتماد افراد درباره هر گروه سنجیده و جمع نمرات به‌عنوان نمره نهایی اعتماد در نظر گرفته شد. این ابزار در کارگروه تخصصی مطالعه Urban HEART -2 ارزیابی و روایی و پایایی آن تأیید شد [۳۱]. پایایی این ابزار در سالمندان به شیوه کرونباخ ۰/۹ بود.

متغیرهای بررسی‌شده شامل سن (۶۰ تا ۷۴ سال، ۷۵ تا ۸۵ سال و بیش از ۸۵ سال)، جنس، تحصیلات (بی‌سواد، توانایی خواندن و نوشتن، دیپلم و دانشگاهی)، وضعیت تأهل (متأهل، بدون همسر شامل مجرد، بیوه و جداشده)، بازنشستگی (تأمین اجتماعی، بیمه کشوری و لشکری، خصوصی، سایر و بدون بازنشستگی)، سلامت خودگزارش‌شده (سالمند سلامت خود را در مقایسه با سال گذشته چگونه ارزیابی می‌کند، با سه پاسخ بهتر، بدون تغییر و بدتر از سال گذشته)، سلامت روانی (بر اساس پرسش‌نامه GHQ-28) و وضعیت اقتصادی خانوار بود.

برای سنجش وضعیت اقتصادی خانوار از روش برآورد دارایی خانوار استفاده شد که تسهیلات و دارایی خانوار شامل سرانه زیربنای محل سکونت، تصرف محل سکونت، حمام، آشپزخانه، توالت، فاضلاب، خودرو، موبایل، فریزر، ماشین ظرفشویی، ماکروفر و کامپیوتر بود. برای محاسبه شاخص اقتصادی خانوار مبتنی بر برآورد تسهیلات و دارای خانوار از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی (Principle Component Analysis) استفاده شد. در ادامه، سالمندان بر اساس نمره وضعیت اقتصادی خانوار در ۵ گروه فقیر، نسبتاً فقیر، متوسط، نسبتاً ثروتمند وثروتمند قرار گرفتند. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از رگرسیون خطی در نرم‌افزار STATA نسخه ۱۴ استفاده شد. این مطالعه با کد اخلاق IR.USWR.REC.1397.175 در دانشگاه علوم توان بخشی و سلامت اجتماعی تصویب شده است.

یافته‌ها

همان‌طور که در جدول ۱ آمده است، اعتماد در سالمندان با ۷۴ تا ۸۵ سال سن نسبت به سالمندان جوان‌تر و مسن‌تر بیشتر بود. همچنین اعتماد در مردان و سالمندان دارای همسر نسبت به زنان و سالمندان بدون همسر بیشتر بود. به هر میزان که به تحصیلات سالمندان اضافه می‌شد، اعتماد در میان آنان افزایش می‌یافت. بیشترین میزان اعتماد در سالمندان بازنشسته در سیستم تأمین اجتماعی بود. در گروه شغلی کارفرما اعتماد بیشتر از سایر گروه‌های شغلی بود. اعتماد در گروه قومی ترک نسبت به فارس و سایر اقوام بیشتر مشاهده شد. همچنین سالمندانی که سلامت جسمی خودگزارش‌شده آن‌ها بهتر بود و سلامت روان بهتری داشتند، اعتماد بیشتری نشان دادند. از سوی دیگر، با بهبود وضعیت اقتصادی سالمندان، اعتماد در آن‌ها بیشتر مشاهده شد.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-02-05]

جدول ۱. آمار توصیفی عوامل مؤثر بر اعتماد در سالمندان بر اساس داده‌های Urban HEART-2

متغیر		تعداد (درصد)	اعتماد میانگین ± انحراف معیار
سن	۶۰ تا ۷۴ سال	۴۶۵۰(۸۰/۷۳)	۱/۶۶ ± ۰/۴۸
	۷۵ تا ۸۵ سال	۹۹۶(۱۷/۲۹)	۱/۶۹ ± ۰/۵۰
	بیش از ۸۵ سال	۱۱۴(۱/۹۸)	۱/۶۳ ± ۰/۵۵
جنسیت	مرد	۲۷۳۹(۴۷/۵۵)	۱/۶۹ ± ۰/۴۹
	زن	۳۰۲۱(۵۲/۴۵)	۱/۶۳ ± ۰/۴۸
وضعیت تأهل	متأهل	۴۰۶۷(۷۱/۳۳)	۱/۶۸ ± ۰/۴۸
	بدون همسر	۱۶۰۳(۲۸/۶۷)	۱/۶۱ ± ۰/۴۹
تحصیلات	بی‌سواد	۱۴۳۴(۲۵/۱۷)	۱/۶۳ ± ۰/۴۹
	توانایی خواندن و نوشتن	۱۱۹۹(۲۱/۰۵)	۱/۶۷ ± ۰/۴۹
	دیپلم	۲۱۲۶(۳۷/۳۲)	۱/۶۸ ± ۰/۴۹
	دانشگاهی	۹۳۸(۱۶/۴۶)	۱/۶۹ ± ۰/۴۸
بازنشستگی	تأمین اجتماعی	۱۳۲۶(۲۳/۳۷)	۱/۶۸ ± ۰/۵۰
	کشوری و لشکری	۳۳۱۸(۵۸/۴۷)	۱/۶۶ ± ۰/۴۸
	خصوصی	۱۰۳۱(۱۸/۱۷)	۱/۶۵ ± ۰/۵۰
	سایر	۱۵۱۹(۲۹/۴۶)	۱/۶۴ ± ۰/۴۸
	بدون بازنشستگی	۸۸۱(۱۷/۰۸)	۱/۶۵ ± ۰/۴۸
قومیت	ترک	۱۳۲۶ (۲۳/۳۷)	۱/۶۷ ± ۰/۴۸
	فارس	۳۳۱۸ (۵۸/۴۷)	۱/۶۶ ± ۰/۴۹
	سایر	۱۰۳۱ (۱۸/۱۷)	۱/۶۵ ± ۰/۵۰
شغل	کارگر فصلی	۶۷۸ (۱۲/۲۲)	۱/۶۱ ± ۰/۴۹
	کارگر دائمی	۳۶۱۱ (۶۵/۰۶)	۱/۶۶ ± ۰/۴۸
	کارمند	۸۱۲ (۱۴/۶۳)	۱/۶۷ ± ۰/۴۷
	کارفرما	۴۴۹ (۸/۰۹)	۱/۷۰ ± ۰/۵۰
سلامت خودگزارش‌شده	خوب	۱۲۶(۲/۴۴)	۱/۷۱ ± ۰/۴۸
	بدون تغییر	۲۳۵(۴/۵۶)	۱/۶۵ ± ۰/۴۸
	بد	۲۳۹۶(۴۶/۴۶)	۱/۵۳ ± ۰/۵۳
سلامت روانی	دارد	۲۲۴۳(۳۹/۳۶)	۱/۶۸ ± ۰/۴۸
	ندارد	۲۶۲۹(۴۶/۳۰)	۱/۶۳ ± ۰/۵۰
وضعیت اقتصادی خانوار	فقیر	۱۱۶۹(۲۹/۱۸)	۱/۶۵ ± ۰/۴۹
	نسبتاً فقیر	۹۵۱ (۱۸/۰۵)	۱/۶۵ ± ۰/۵۰
	متوسط	۱۰۴۶ (۱۹/۸۵)	۱/۶۷ ± ۰/۴۹
	نسبتاً ثروتمند	۱۰۵۰ (۱۹/۹۲)	۱/۶۸ ± ۰/۴۸
	ثروتمند	۱۰۵۴ (۲۰/۰۰)	۱/۷۰ ± ۰/۴۸

در ادامه برای محاسبه وضعیت اقتصادی خانوار متغیرهای سرانه زیربنای محل سکونت، نحوه تصرف محل سکونت، حمام، آشپزخانه، توالت، فاضلاب، خودرو، موبایل، فریزر، ماشین ظرفشویی، ماکروفر و کامپیوتر بررسی شد که به روش PCA انجام شد. همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد، این متغیرها روی ۵ مؤلفه‌ای که مقادیر ویژه آن‌ها بیشتر از ۱ است، بار شده‌اند. در مجموع این متغیرها ۵۸/۵ درصد از واریانس وضعیت اقتصادی خانوار سالمندان را تبیین می‌کنند. ازآنجاکه مؤلفه اول ۲۰/۴ درصد از واریانس را تبیین می‌کرد، مؤلفه اول به‌عنوان وضعیت اقتصادی خانوار در نظر گرفته شد.

جدول ۲. مقادیر ویژه و درصد واریانس تبیین‌شده برای هر مؤلفه

مؤلفه	مقدار ویژه	تفاوت	نسبت	نسبت تجمعی
اول	۲/۶۵۵	۰/۸۶۰	۰/۲۰۴	۰/۲۰۴
دوم	۱/۷۹۴	۰/۶۶۰	۰/۱۳۸	۰/۳۴۲
سوم	۱/۱۳۴	۰/۱۰۸	۰/۰۸۷	۰/۴۲۹
چهارم	۱/۰۲۵	۰/۰۲۵	۰/۰۷۸	۰/۵۰۸
پنجم	۱/۰۰۰	۰/۱۰۴	۰/۰۷۶	۰/۵۸۵

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-02-05]

جدول ۳. عوامل تعیین‌کننده اعتماد در سالمندان بر اساس داده‌های Urban HEART-2

متغیر		ضریب	خطای استاندارد	P>|t|	فاصله اطمینان	
سن	۶۰ تا ۷۴ سال	-۰/۰۱۹	۰/۰۵۶	۰/۷۳	-۰/۱۲	۰/۰۹
	۷۵ تا ۸۵ سال	۰/۰۲۴	۰/۰۵۷	۰/۶۷	-۰/۰۸۹	۰/۱۳
	مرجع: بیش از ۸۵ سال					
جنسیت	زن	-۰/۰۱۹	۰/۰۱۸	۰/۲۹	-۰/۰۵۵	۰/۰۱۶
	مرجع : مرد					
وضعیت تأهل	متأهل	-۰/۰۴۵	۰/۰۱۹	*۰/۰۲	-۰/۰۸۳	-۰/۰۰۷
	مرجع: بدون همسر					
تحصیلات	بی‌سواد	۰/۰۴۲	۰/۰۳۱	۰/۱۷	۰/۰۱۸	۰/۱۰
	توانایی خواندن و نوشتن	۰/۰۷۵	۰/۰۲۹	*۰/۰۱۰	۰/۰۱۷	۰/۱۳
	دیپلم	۰/۰۳۷	۰/۰۲۴	۰/۱۳	-۰/۰۱۱	۰/۰۸۵
	مرجع: دانشگاهی					
بازنشستگی	تأمین اجتماعی	۰/۰۲۸	۰/۰۱۸	۰/۱۲	-۰/۰۰۸	۰/۰۶۴
	کشوری و لشکری	۰/۰۰۸	۰/۰۲۳	۰/۷۰	-۰/۰۳۶	۰/۰۵۴
	خصوصی	-۰/۰۴۱	۰/۰۳۹	۰/۲۹	-۰/۱۱	۰/۰۳
	سایر	۰/۰۶۹	۰/۰۵۰	۰/۱۷	-۰/۰۳۰	۰/۱۶
	مرجع: بدون بازنشستگی					
قومیت	ترک	-۰/۰۱۵	۰/۰۲۴	۰/۵۲	-۰/۰۶۲	۰/۰۳۲
	فارس	-۰/۰۲۳	۰/۰۲۰	۰/۲۶	-۰/۰۶۴	۰/۰۱۷
	مرجع: سایر					
شغل	کارگر فصلی	-۰/۱۵	۰/۰۳۶	*۰/۰۰	-۰/۲۲	-۰/۰۸
	کارگر دائمی	-۰/۰۵۸	۰/۰۲۹	*۰/۰۴۹	-۰/۰۱۱	-۰/۰۰
	کارمند	-۰/۰۴۸	۰/۰۳۳	۰/۱۴	-۰/۱۱	-۰/۰۱۷
	مرجع: کارفرما					
سلامت خود گزارش شده	خوب	۰/۱۳	۰/۰۲۴	*۰/۰۰	۰/۰۸۵	۰/۱۸
	بدون تغییر	۰/۰۷۰	۰/۰۲۳	*۰/۰۰۳	۰/۰۲۴	۰/۱۱
	مرجع: بد					
سلامت روانی	دارد	۰/۰۱۹	۰/۰۱۶	۰/۲۴	-۰/۰۱۳	۰/۰۵۱
	مرجع: ندارد					
وضعیت اقتصادی خانوار	فقیر	-۰/۰۳۹	۰/۰۲۸	۰/۱۶	-۰/۰۹۴	۰/۰۱۵
	نسبتاً فقیر	-۰/۰۶۳	۰/۰۲۷	۰*/۰۲۲	-۰/۱۱	-۰/۰۰۹
	متوسط	-۰/۰۳۱	۰/۰۲۶	۰/۲۳	-۰/۰۸	۰/۰۱۹
	نسبتاً ثروتمند	-۰/۰۲۲	۰/۰۲۵	۰/۳۶	-۰/۰۷۱	۰/۰۲۶
	مرجع: ثروتمند					
مقدار ثابت		۱/۶۶	۰/۰۷۰	۰/۰۰	۱/۵۲	۱/۸۰

همان‌طور که در جدول ۳ دیده می‌شود، نتایج رگرسیون خطی نشان داد وضعیت تأهل سالمندان، کارگر فصلی، کارگر دائمی و نسبتاً فقیر بودن سالمندان موجب کاهش اعتماد می‌شود، درحالی‌که توانایی خواندن و نوشتن سالمند، سلامت جسمی خودگزارش‌شده خوب و بدون تغییر موجب افزایش اعتماد شد. متغیرهای سن، جنس، بازنشستگی، قومیت و سلامت روان نیز بر اعتماد در سالمندان بی‌تأثیر بود.

بحث

با توجه به رشد روزافزون جمعیت سالمند در ایران، این مطالعه روی داده‌های Urban HERAT-2 روی سالمندان انجام شد. ازآنجاکه مؤلفه‌های اجتماعی سلامت نظیر اعتماد تعیین‌کننده کیفیت زندگی و سلامت سالمندان است، این مطالعه با هدف بررسی عوامل مؤثر بر اعتماد در سالمندان انجام شد. بر اساس یافته‌های این مطالعه می‌توان گفت که وضعیت تأهل، تحصیلات در حد توانایی خواندن و نوشتن، مشاغل کارگری و نسبتاً فقیر بودن عوامل مؤثر بر اعتماد در سالمندان هستند. به‌طورکلی مطالعاتی که به مقایسه اعتماد در سنین کمتر از ۶۰ سال و بیشتر از ۶۰ سال پرداخته‌اند نشان می‌دهند [۸،۹،۳۲] با افزایش سن، اعتماد افزایش می‌یابد.

در مطالعه حاضر تفاوتی میان گروه‌های سنی مختلف در سالمندی مشاهده نشد. اگرچه افراد بیش از ۶۰ سال عموماً روابط و درنتیجه

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-02-05]

اعتماد خود را نسبت به دیگران بازتعریف می‌کنند و اعتماد ازدست‌رفته بازمی‌گردد. به نظر می‌رسد این تفاوت باید در سن بالا و کمتر از ۷۵ سال بارزتر می‌شد؛ زیرا از این دوره، کاهش‌های عمده نظیر بیماری‌ها و فوت همسر و دوستان شروع می‌شود [۹] و نیاز به داشتن اعتماد با هدف افزایش بهروزی بیشتر می‌شود.

از سوی دیگر، در مطالعه حاضر اعتماد در سطوح گوناگون خانوادگی، محله‌ای و کل سنجیده شد، درحالی‌که بیشتر مطالعات به سطوح فردی و محله‌ای اکتفا کرده‌اند. در این مطالعه با وجود زیاد بودن اعتماد در مردان نسبت به زنان، رابطه معناداری میان جنس و اعتماد مشاهده نشد. اگرچه مطالعات خارجی نشان دادند عموماً اعتماد در مردان بیشتر از زنان است [۱۹،۳۳]، در مطالعه شادی نیز که در جمعیت ایرانی انجام شده بود، تفاوتی میان جنسیت با اعتماد مشاهده نشد [۳۲]. در این خصوص باید اشاره کرد که در دوران سالمندی زن و مرد روابط و تمرکزشان دوباره به خانواده معطوف می‌شود. درنتیجه عموماً اعتماد آن‌ها از این نظر تفاوت نخواهند کرد. مطالعات دیگر نیز همانند مطالعه حاضر نشان دادند اعتماد در افراد جوان و سالمندی که همسر ندارند، بیشتر از افراد دارای همسر است [۲۰،۳۴،۳۵].

در مطالعه حاضر میان گروه‌های مختلف تحصیلی به‌جز سالمندانی که توانایی خواندن و نوشتن کسب کرده بودند، با اعتماد ارتباطی مشاهده نشد، درحالی‌که عمده مطالعات به نتایج مثبت تحصیلات و اعتماد اشاره داشتند [۳۶-۳۸]؛ زیرا اعتماد باعث مهارت‌های اجتماعی و بهبود وضعیت شغلی می‌شود.

به نظر می‌رسد در سنین جوانی روابط اجتماعی با هدف دانش‌افزایی است، اما در سنین سالمندی روابط اجتماعی با هدف به اشتراک گذاشتن دانش و تجربیات است. ازاین‌رو تفاوتی میان اعتماد در گروه‌های تحصیلاتی در بین سالمندان مشاهده نشد. از سوی دیگر، مطالعه حاضر نشان داد اعتماد در مشاغل کارگری اعم از فصلی و دائمی بیشتر بود و بیشتر این سالمندان نیز در سیستم تأمین اجتماعی بازنشسته بودند. درحالی‌که سایر مطالعات نشان دادند مشاغل رده بالای جامعه به دلیل نوع شبکه‌های اجتماعی و موقعیت خوب اقتصادی اعتماد بین‌گروهی بیشتری دارند [۳۹-۴۱].

همچنین در افراد با موقعیت‌های خوب اقتصادی بیش از سایر گروه‌ها اعتماد وجود دارد [۱۵،۲۵،۳۲]. درحالی‌که در مطالعه حاضر افراد نسبتاً فقیر اعتماد بیشتری داشتند. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد فقر، تحصیلات کم و مشاغل کارگری نشانه‌ای بر عدم توسعه‌یافتگی اقتصادی-اجتماعی سالمندان است که روابط اجتماعی آن‌ها محدود به روابط پیوندی است و روابط و درنتیجه اعتماد نهادی و بین‌گروهی کمتری دارند.

مطالعات نیز نشان دادند اعتماد با سلامت بیشتر و بهبودی سریع‌تر بیماری‌ها ارتباط دارد [۲۳،۴۲،۴۳]. در مطالعه حاضر نیز سلامت جسمی خودگزارش‌شده با افزایش اعتماد ارتباط داشت. به نظر می‌رسد سلامت جسمی زمینه لازم را برای برقراری ارتباط با دیگران فراهم می‌کند و می‌تواند بر اعتماد در سالمندان مؤثر باشد. برخلاف نتایج سایر مطالعات که ارتباط مثبتی را بین سلامت روان و اعتماد نشان داده بودند [۴۴]، چنین ارتباطی در مطالعه حاضر مشاهده نشد. به نظر می‌رسد سالمندان با هدف افزایش بهروزی ذهنی، متعامدانه رفتارهای غیراعتمادآمیز را نادیده می‌گیرند.

نتیجه گیری

با توجه به اهمیت اعتماد در زندگی سالمندان، سیاست‌گذاران حوزه‌های اجتماعی-اقتصادی باید به مسائل درآمدی و وضعیت اقتصادی سالمندان در کنار وضعیت تحصیلات و شغل آنان توجه ویژه‌ای داشته باشند؛ زیرا کاهش اعتماد به کاهش کیفیت زندگی سالمندان منجر می‌شود.

سپاسگزاری

این مقاله با کد IR.USWR.REC.1397.175 در دانشگاه علوم توان‌بخشی و سلامت اجتماعی ثبت شده است. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از تمام دست‌اندرکاران مطالعه urban HEART_2 سپاسگزاری کنند.

تعارض منافع

تعارض منافع وجود ندارد.

References

1. Jorkesh S, Nazari R. Designing the elderly sport model. *J North Khorasan Univ Med Sci.* 2019;**11**(1):32–43. **DOI:** 10.21859/nkjmd-110105
2. Organization WH. World report on ageing and health. World Health Organization; 2015.
3. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet.* 2005;**365**(9464):1099–104. **DOI:** 10.1016/S0140-6736(05)71146-6 PMID: 15781105
4. Watson DC, Hall SE. Older people and the social determinants of health. *Australas J Ageing*. 2001;**20**:23–6.
5. Mcmunn A, Breeze E, Goodman A, Nazroo J. Social determinants of health in older age. *Soc Determ Health*. 2009:1-45. **DOI:**10.1093/acprof:oso/9780198565895.003.13
6. Bastani S, Kamali A, Salehi M. Social network capital and interpersonal mutual trust. *KHU*. 2008;**61**(16):40-81.
7. Poulin MJ, Haase CM. Growing to trust: evidence that trust increases and sustains well-being across the life span. *Soc Psychol Personal Sci.* 2015;**6**(6):614-21. **DOI:** 10.1177/1948550615574301
8. Bailey PE, Slessor G, Rieger M, Rendell PG, Moustafa AA, Ruffman T. Trust and trustworthiness in young and older adults. *Psychol Aging.* 2015;**30**(4):977–86. **DOI:** 10.1037/a0039736
9. Li T, Fung HH. Age differences in trust: an investigation across 38 countries. *J Gerontol*. 2013;**68**(3):347-55. **DOI:** 10.1093/geronb/gbs072
10. Cain CL, Wallace SP, Ponce NA. Helpfulness, trust, and safety of neighborhoods: Social capital, household income, and self-reported health of older adults. *Gerontologist*. 2018;**58**(1):4–14. **DOI:** 10.1093/geront/gnx145 **PMID:** 29029195

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-02-05]

11. He Z, Bian J, Carretta HJ, Lee J, Hogan WR, Shenkman E, et al. Prevalence of multiple chronic conditions among older adults in Florida and the United States: comparative analysis of the OneFlorida data trust and national inpatient sample. *J Med Internet Res.* 2018;**20**(4):e137. **DOI:** 10.2196/jmir.8961 **PMID:** 29650502
12. Tokuda Y, Jimba M, Yanai H, Fujii S, Inoguchi T. Interpersonal trust and quality-of-life: A cross-sectional study in Japan. *PLoS One*. 2008;**3**(12):1-10. **DOI**: 10.1371/journal.pone.0003985 PMID: 19096704
13. Judges RA, Gallant SN, Yang L, Lee K. The role of cognition, personality, and trust in fraud victimization in older adults. *Front Psychol.* 2017;**8**:1-10. **DOI:** 10.3389/fpsyg.2017.00588 PMID: 28450847
14. Bell RA, Arcury TA, Ip E, Grzywacz JG, Nguyen H, Kirk JK, et al. Correlates of physician trust among rural older adults with diabetes. *Am J Health Behav.* 2013;**37**(5):660–6. **DOI:** 10.5993/AJHB.37.5.10 PMID: 23985289
15. Simon MA, Zhang M, Dong X. Trust in physicians among US Chinese older adults. *J Gerontol Ser Biomed Sci Med Sci.* 2014;**69**(2):46–53. **DOI:** 10.1093/gerona/glu174 **PMID:** 25378448
16. Guerrero N, Mendes de Leon CF, Evans DA, Jacobs EA. Determinants of trust in health care in an older population. *J Am Geriatr Soc*. 2015;**63**(3):553–7. **DOI:** 10.1111/jgs.13316 PMID: 25752478
17. Holtzman RE, Rebok GW, Saczynski JS, Kouzis AC, Wilcox Doyle K, Eaton WW. Social network characteristics and cognition in middle-aged and older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2004;**59**(6):278–84. **DOI:** 10.1093/geronb/59.6.p278 PMID: 15576855
18. Deindl C, Brandt M, Hank K. Social networks, social cohesion, and later-life health. *Soc Indic Res*. 2016;**126**(3):1175–87.
19. Buchan NR, Croson RT, Solnick S. Trust and gender: An examination of behavior and beliefs in the investment game. *J Econ Behav Organ*. 2008;**68**(3–4):466–76.
20. Lindström M. Marital status and generalized trust in other people: A population-based study. *Soc Sci J*. 2012;**49**(1):20–3. **DOI:** 10.1016/j.soscij.2011.07.002
21. Jordahl H. Inequality and trust. Research Institute of Industrial Economics; 2009.
22. Özcan B, Bjørnskov C. Social trust and human development. *J Socio-Econ.* 2011;**40**(6):753–62. **DOI:** 10.1016/j.socec.2011.08.007
23. Boulware LE, Cooper LA, Ratner LE, LaVeist TA, Powe NR. Race and trust in the health care system. *Public Health Rep.* 2003;**118**(4):358-65. **DOI:** 10.1093/phr/118.4.358 **PMID**: 12815085
24. Brandt MJ, Wetherell G, Henry PJ. Changes in income predict change in social trust: A longitudinal analysis. *Polit Psychol.* 2015;**36**(6):761–8.
25. Elgar FJ, Aitken N. Income inequality, trust and homicide in 33 countries. *Eur J Public Health.* 2011;**21**(2):241–6. **DOI:** 10.1093/eurpub/ckq068 **PMID**: 20525751
26. Steijn S, Lancee B. Does income inequality negatively affect general trust. Examining three potential problems with the inequality trust hypothesis; 2011.
27. Dirks KT, Ferrin DL. The role of trust in organizational settings. *Organ Sci.* 2001;**12**(4):450–67.
28. Aryee S, Budhwar PS, Chen ZX. Trust as a mediator of the relationship between organizational justice and work outcomes: Test of a social exchange model. *J Organ Behav.* 2002;**23**(3):267–85.
29. Asadi-Lari M, Vaez-Mahdavi MR, Faghihzadeh S, Cherghian B, Esteghamati A, Farshad AA, et al. Response-oriented measuring inequalities in Tehran: second round of Urban Health Equity Assessment and Response Tool (Urban HEART-2), concepts and framework. *Med J Islam Repub Iran*. 2013;**27**(4):236-48. **PMID:** 24926187
30. Rashedi V, Asadi-Lari M, Delbari A, Fadayevatan R, Borhaninejad V, Foroughan M. Prevalence of diabetes type 2 in older adults: Findings from a large population-based survey in Tehran, Iran (Urban HEART-2). *Diabetes Metab Syndr.* 2017;**11**(1):347–50. **DOI:** 10.1016/j.dsx.2017.03.014 PMID: 28314537
31. Asadi-Lari M, Vaez-Mahdavi MR. An overview on Urban-HEART Tehran experience. *World Health Organ*. 2008;1–39.
32. Shadi Y, Lotfi MH, Nedjat S, Rarani MA, Morasae EK. Explaining unequal levels of social capital in Tehran. *Soc Indic Res*. 2018;**140**(1):243–65. **DOI:** 10.1007/s11205-017-1773-3
33. Dittrich M. Gender differences in trust and reciprocity: evidence from a large-scale experiment with heterogeneous subjects. *Appl Econ.* 2015;**47**(36):3825–38. **DOI:** 10.1080/00036846.2015.1019036
34. Lindström M. Marital status, social capital, material conditions and self-rated health: a population-based study. *Health Policy*. 2009;**93**(2–3):172–9. **DOI:** 10.1016/j.healthpol.2009.05.010 **PMID**: 19692141
35. Sum S. Social capital among older Iranian adults: demographic and socioeconomic differences. *IJAPS*. 2015;**11**(2):17–39.
36. Huang J, Van den Brink HM, Groot W. A meta-analysis of the effect of education on social capital. *Econ Educ Rev*. 2009;**28**(4):454–64.
37. Imandoust SB. Relationship between education and social capital. *Int J Humanit Soc Sci*. 2011;**1**(12):52–7.
38. Temple J. Growth effects of education and social capital in the OECD countries. Hist Soc Res Sozialforschung. 2002;**27**(4):5–46. **DOI:** 10.12759/hsr.27.2002.4.5-46
39. Braun S, Peus C, Weisweiler S, Frey D. Transformational leadership, job satisfaction, and team performance: A multilevel mediation model of trust. *Leadersh Q.* 2013;**24**(1):270–83. **DOI:** 10.1016/j.leaqua.2012.11.006
40. Colquitt JA, Scott BA, LePine JA. Trust, trustworthiness, and trust propensity: A meta-analytic test of their unique relationships with risk taking and job performance. *J Appl Psychol.* 2007;**92**(4):909-27. **DOI:** 10.1037/0021-9010.92.4.909 **PMID**: 1763845441
41. Laschinger HKS, Finegan J, Shamian J. The impact of workplace empowerment, organizational trust on staff nurses' work satisfaction and organizational commitment. *Health Care Manage Rev.* 2001;**26**(3):7-23. **DOI:** 10.1097/00004010-200107000-00002 **PMID:** 11482178
42. Carpiano RM, Fitterer LM. Questions of trust in health research on social capital: What aspects of personal network social capital do they measure? *Soc Sci Med*. 2014;**116**:225–34. **DOI:** 10.1016/j.socscimed.2014.03.017 **PMID**: 24721251
43. Abbitt S, Freeth D. SSocial capital and health: starting to make sense of the role of generalized trust and reciprocity. *J Health Psychol*. 2008;**13**(7):874-83. **DOI**: 10.1177/1359105308095060 **PMID**: 18809638
44. Nyqvist F, Forsman AK, Giuntoli G, Cattan M. Social capital as a resource for mental well-being in older people: A systematic review. *Aging Ment Health.* 2013;**17**(4): 394–410. **DOI:** 10.1080/13607863.2012.742490 **PMID:** 23186534

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-02-05]