

Correlates and barriers of social participation in elderly living in Mazandaran, Iran

Maryam Khazaee-Pool¹, Seyed Abolhassan Naghibi^{1*}

1. School of Health, Health Sciences Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

Received: 11 April 2021

Accepted for publication: 10 March 2022

[EPub a head of print-25 April 2022]

Payesh: 2022; 21(2): 183-196

Abstract

Objective (s): Due to the rapid growth of the country's elderly population, the need to pay attention to social participation as one of the determinants of health and modifiable in the process of active aging is very important. Thus, the aim of study was to determine the level of social participation, barriers, and related factors in the elderly people of Mazandaran province, Iran.

Methods: In this descriptive-study, 421 elderly people over 60 years old in Mazandaran province were selected by stratified and cluster random sampling. The data collection tools were a demographic characteristics questionnaire, a researcher-made questionnaire of social participation, and the Social Participation Barriers. Data were analyzed by SPSS v24 using independent t-test, one-way ANOVA, Pearson correlation coefficient, and linear regression at a significant level of $P < 0.05$.

Results: The mean age of the samples was 72.55 (8.81) years, and the mean score of social participation was 22.87 (11.81). The highest level of participation was related to the cultural-religious dimension 8.43 (4.46) and the lowest level was related to the political activity dimension 3.76 (2.44). Being out of reach (86.7%), lack of physical accessibility of activity and facilities (83.6%), impatience (83.1%), costs and financial problems (82.7%), and diseases and health problems (80%) were respectively the most important barriers to social participation. The male elderly with low age, employed, and college-educated had significantly better scores of social participation ($P < 0.05$). According to the regression analysis, 59% of the variance of social participation was explained by age, education, and gender.

Conclusion: The social participation level of the elderly in Mazandaran was low. Therefore, the need for policy-making and the design of comprehensive programs, and developing a proper environment to reduce barriers, seems important to improve social participation in elderly.

Keywords: Social Participation, barriers, elderly

* Corresponding author: Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
E-mail: Khazaie_m@yahoo.com

میزان مشارکت اجتماعی، عوامل و موانع موثر بر آن در سالمندان استان مازندران

مریم خزائی پول^۱، سید ابوالحسن نقیبی^{*۱}

۱. دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱/۲۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱/۲۱

آنشر الکترونیک پیش از انتشار - ۵ اردیبهشت ۱۴۰۱

نشریه پایش: ۱۹۶-۱۸۳ (۲): ۱۴۰۱

چکیده

مقدمه: باتوجه به رشد سریع جمعیت سالمند کشور، لزوم توجه به مشارکت اجتماعی به عنوان یکی از ارکان تعیین کننده سلامت و قابل اصلاح در فرایند سالمندی فعال اهمیت زیادی دارد. مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان مشارکت اجتماعی، علل و موانع اثرگذار بر آن در سالمندان مازندرانی انجام شده است.

مواد و روش: دراین مطالعه توصیفی- تحلیلی، ۴۲۱ نفر از سالمندان بالای ۶۰ سال مازندرانی با روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای و خوشه ای انتخاب شدند. ابزار جمع آوری اطلاعات فرم جمعیت شناختی، پرسشنامه محقق ساخته مشارکت اجتماعی سالمندان و موانع مشارکت اجتماعی بود. داده ها توسط نرم افزار SPSS و با استفاده از آزمون های آماری تی مستقل، آنالیز واریانس یکطرفه، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون تجزیه و تحلیل در سطح معنی داری $P < 0.05$ شد.

یافته ها: میانگین سنی سالمندان $72/55(8/81)$ و میانگین نمره مشارکت اجتماعی سالمندان $22/87(11/81)$ بود. بیشترین میزان مشارکت مربوط به بعد فرهنگی- مذهبی مشارکت با $8/43(4/46)$ و کمترین میزان آن، مربوط به بعد سیاسی مشارکت $3/76(2/44)$ بود. خارج از دسترس بودن ($86/7$ درصد)، نبودن فعالیت و امکانات فیزیکی در محل ($83/6$ درصد)، بی حوصلگی ($83/1$ درصد)، هزینه ها ($82/7$ درصد) و بیماری ها و مشکلات سلامتی (80 درصد) به ترتیب مهمترین موانع مشارکت اجتماعی سالمندان بودند. مردان سالمند با سن پایین تر، شاغل و دارای تحصیلات دانشگاهی بطور معنی داری مشارکت اجتماعی بهتری داشتند ($P < 0.05$). براساس تحلیل رگرسیون 59 درصد از واریانس مشارکت اجتماعی توسط متغیرهای سن، تحصیلات و جنسیت تبیین شد.

نتیجه گیری: از آنجایی که میزان مشارکت اجتماعی سالمندان مازندرانی پایین بود، به نظر می رسد سیاست گذاری و طراحی برنامه های جامع و ایجاد بستر مناسب برای جهت کاهش موانع همچون افزایش امکانات و فعالیت ها، تفریحی و سرگرمی، در دسترس بودن فعالیت ها، بهبود درآمد و مدیریت بیماری ها با در نظر گرفتن سایر عوامل مرتبط مهم ضروری است.

کلیدواژه: مشارکت اجتماعی، موانع، سالمند

کد اخلاق: IR.MAZUMS.1397.60

* نویسنده پاسخگو: مازندران، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، مرکز تحقیقات بهداشتی

E-mail: Khazaie_m@yahoo.com

مقدمه

با پیشرفت‌های کسب‌شده در نظام سلامت، جمعیت کل و در نتیجه آن جمعیت سالمندان در جهان افزایش چشمگیر یافته است که یکی از مهم‌ترین چالش‌های قرن ۲۱ است که ضرورت رسیدگی به سالمندی و پیشگیری از مشکلات ناشی از آن را بیشتر می‌دهد [۱]. براساس آمارهای موجود، روند رشد جمعیت سالمندان کشورهای در حال توسعه بیشتر از کشورهای توسعه‌یافته است. بطوریکه، بیش از نیمی از جمعیت سالمندان دنیا ساکن کشورهای در حال توسعه هستند [۲]. همچنین تخمین زده شده است که در طول ۳۰ سال آینده، سالمندان حدود ۲۰٪ جمعیت جهان را تشکیل خواهند داد، بطوریکه تا سال ۲۰۵۰ میلادی، جمعیت سالمندان به دو میلیارد نفر می‌رسد. یعنی به ازای هر پنج نفر جمعیت دنیا، یک نفر سالمند خواهد بود [۳]. طبق آمارها، جمعیت سالمند ایران (سنین ۶۰ سال و بالاتر) از ۱۱۷۳۶۷۹ نفر در سال ۱۳۳۵ (۶/۲۵٪ جمعیت کشور)، به ۷۴۱۴۰۹۱ نفر در سال ۱۳۹۵ (۹/۳٪ جمعیت کشور) رسید. از طرفی، تخمین زده شده است که تا سال ۱۴۲۹ جمعیت سالمندان ایران به ۲۵۹۱۲۰۰ نفر (۲۴/۶۲٪) جمعیت برسد [۴].

از طرفی در دوران سالمندی، کارایی و توانایی عملکرد جسمی و ذهنی بخش‌های مختلف بدن کاهش قابل توجهی پیدا می‌کند. به‌طوری‌که در سن ۷۰ سالگی به‌طور میانگین ۲۶٪ از توانایی‌های فرد کاهش می‌باید [۵]. نادیده گرفتن سالمندان در فعالیت‌های مختلف جامعه در کنار کاهش توانایی‌های عملکردی آن‌ها، سبب کاهش انتظار جامعه و گروه‌ها از فعالیت و حضور فعال سالمند می‌گردد. این عوامل بستر کاهش مشارکت فعال سالمند در فعالیت‌های اجتماعی و به دنبال آن انزوای اجتماعی آنان را ایجاد می‌کند [۶]. با افزایش جمعیت سالمندان، لزوم توجه بیشتر به سلامت و بهزیستی آنان اهمیت بیشتری دارد. مشارکت اجتماعی یکی از ارکان اساسی و کلیدی در سالمندی موفق و از اجزای مهم در عملکرد سالمند محسوب می‌گردد. بطوریکه مشارکت اجتماعی راهبرد مؤثر و کاربردی در پاسخگویی به مشکلات سالمند شدن جوامع و از مهمترین ضروریات آن معرفی شده است [۷]. نظریه فعالیت یکی از نظریه‌هایی است که به اهمیت جایگاه فعالیت و مشارکت اجتماعی سالمندان طی این دوره می‌پردازد. براساس دیدگاه تئوری فعالیت، فعال ماندن و درگیری فعال سالمندان با موضوعات جامعه، نقش اساسی در داشتن حس مثبت رضایت در

آنان دارد و براساس این دیدگاه، منظور از سالمندی موفق، سالمندی فعال است [۸]. منظور از مشارکت اجتماعی فرایند مداخله آگاهانه و داوطلبانه فرد با در نظر گرفتن علایقش در فعالیت‌ها و امور اجتماعی مانند فعالیت‌های مذهبی، سیاسی، سرگرمی، تفریحی، انجمن‌های اجتماعی و محله‌ای، امور خیریه و امور خانوادگی خارج از منزل و داوطلبانه است [۹].

براساس نتایج مطالعات مختلف، مشارکت اجتماعی در دوران سالمندی نه تنها موجب کاهش افسردگی [۱۱، ۱۰]، مرگومیر و خودکشی [۱۳، ۱۲] و ابتلا به بیماریها [۱۴]، از کارافتادگی و بستری شدن [۱۶، ۱۵] سالمند می‌گردد؛ بلکه منجر به ارتقای احساس سلامتی و شادمانی [۱۸، ۱۷]، بهبود سلامتی شناختی [۲۱-۱۹]، رفتارهای سلامتی [۲۲]، ارتقای کیفیت زندگی [۲۴]، رضایت از زندگی [۲۶، ۲۵] در آنان می‌شود. لذا، مشارکت اجتماعی سالمند به عنوان عامل تعیین‌کننده وضعیت سلامتی، پایه و اساس سالمندی موفق و بعد مهم و قابل اصلاح آن بوده که آرمان آن ارائه خدمات سلامت، اجتماعی و رفاهی به سالمندان است [۲۷]. مطالعات مختلف در حیطه سالمندی نشان می‌دهد عوامل متعددی همچون سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سطح درآمد و ابتلا به بیماری‌ها در میزان مشارکت اجتماعی سالمندان نقش دارند که سبب کاهش سطح فعالیت‌های اجتماعی سالمندان به‌رغم داشتن زمان فراغت بیشتر برای انجام فعالیت‌های داوطلبانه بدلیل بازنشستگی و کاهش محدودیت‌های خانوادگی می‌گردد [۳۲-۲۸]. لذا با توجه به روند رو به رشد جمعیت سالمندان در ایران و اهمیت مشارکت اجتماعی فعال سالمندان در حفظ و ارتقای سلامت آنان، مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان مشارکت اجتماعی سالمندان مازندرانی، عوامل و موانع اثرگذار بر مشارکت اجتماعی آنان انجام شد.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر توصیفی - تحلیلی و از نوع مقطعی بود که بر روی ۴۲۷ نفر از سالمندان ساکن استان مازندران در سال ۹۷ انجام شد. جهت تعیین حجم نمونه براساس سطح اطمینان ۹۵٪ و دقت ۰/۰۴ و در نظر گرفتن ۱۰٪ ریزش نمونه، با استفاده از فرمول زیر حجم نمونه‌ی مورد نیاز برای برآورد نسبت جامعه برابر ۴۲۱ نفر محاسبه شد.

$$N = \frac{Z^2 * P(1 - P)}{d^2}$$

روش نمونه‌گیری در این مطالعه به صورت نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای و خوشه‌ای دو مرحله‌ای بود، بدین ترتیب که ابتدا استان مازندران به سه ناحیه، مرکزی، شرقی و غربی تقسیم و متناسب وزن هر ناحیه تعداد نمونه‌ها توزیع شدند. در ادامه از هر ناحیه دو شهرستان به صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس لیست سالمندان این ۶ شهرستان استخراج و به تناسب جمعیت هدف، براساس شماره خانوار، نمونه‌های مورد نظر به صورت تصادفی انتخاب شدند. برای اجرای این پژوهش، پس از اخذ معرفی‌نامه از دانشگاه و کسب موافقت از معاونت پژوهشی دانشگاه و دریافت کد اخلاقی جهت انجام پژوهش، با توضیح اهداف مطالعه برای پاسخگویان، پرسشنامه به صورت حضوری توسط پرسشگران جمع‌آوری شد. با اخذ رضایت‌نامه جهت شرکت در پژوهش به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات پرسشنامه‌ها کاملاً محرمانه است. وحق انصراف به شرکت‌کنندگان از حضور در طرح در هر زمان داده شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن ۶۰ سال و بالاتر، تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه، برخورداری از هوشیاری ذهنی، عدم مصرف داروهای تاثیرگذار بر هوشیاری و توانایی پاسخگویی به سؤالات، توانایی برقراری ارتباط کلامی و نداشتن اختلالات گفتاری و شنیداری برای پاسخگویی به سؤالات بود. در صورتی که سالمندان در روند تکمیل پرسشنامه مایل به ادامه همکاری نبودند از مطالعه حذف می‌شدند.

ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه محقق‌ساخته ای بود که فرایند اعتبارسنجی آن در ابتدای مطالعه ارزیابی شد. پرسشنامه مذکور مشتمل بر سه بخش بود. بخش اول پرسشنامه شامل مشخصات جمعیت شناختی و زمینه‌ای مانند، سن، جنسیت، وضعیت تاهل، تعداد فرزندان، شغل، تحصیلات، میزان درآمد، محل سکونت فعلی و وضعیت مسکن بود. بخش دوم شامل سؤالات مربوط به مشارکت اجتماعی و بخش سوم سؤالات مرتبط با موانع مشارکت اجتماعی بود.

گویه‌های ابزار مشارکت اجتماعی براساس بررسی متون موجود و استخراج مفاهیم مرتبط با مشارکت اجتماعی توسط تیم مطالعه طراحی شد. جهت ارزیابی روایی پرسشنامه شاخص و نسبت روایی محتوا، روایی صوری، روایی سازه و سپس پایایی آن محاسبه گردید. در ابتدا روایی محتوا براساس نظرات ۱۰ متخصص آشنا به موضوع تحقیق و فرایند ابزارسازی محاسبه گردید. سپس برای ارزیابی روایی صوری ابزار، از نظرات ۱۰ نفر از افراد گروه هدف (سالمند) استفاده

شد. در مرحله بعد روایی سازه ابزار با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی محاسبه شد که ۴ عامل بدست آمد که ۵۴٪ واریانس را تبیین کردند. سپس جهت انجام پایایی، یک مطالعه پایلوت بر روی ۳۵ نفر از سالمندان مازندرانی انجام شد. پایایی کلی ابزار تحقیق با محاسبه آلفای کرونباخ، ۰/۸۴ بود. بنابراین پایایی ابزار استفاده‌شده در مطالعه خوب ارزیابی شد و مورد تأیید قرار گرفت. این پرسشنامه مشتمل بر ۱۹ گویه بود که ۱۸ گویه آن به صورت طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای (با طیف: همیشه=۴، بیشتر اوقات=۳، گاهی اوقات=۲، به ندرت=۱، اصلاً=۰) تدوین شده‌است، پاسخگو در مجموع حداکثر نمره ۷۲ و حداقل صفر امتیاز کسب می‌نماید. میانگین نمره مشارکت اجتماعی کمتر از ۲۴ در سطح مشارکت ضعیف، میانگین نمره مشارکت اجتماعی بین ۲۵-۴۸ در سطح مشارکت متوسط و میانگین نمره مشارکت اجتماعی بین ۴۹-۷۲ در سطح مشارکت خوب تقسیم بندی شد.

این پرسشنامه براساس نتایج روایی سازه، چهار نوع فعالیت را می‌سنجد که عبارتند از: ۱- مشارکت سیاسی (عضویت در احزاب، عضویت در اتحادیه یا صنف و شرکت در انتخابات)، ۲- مشارکت مدنی (حضور در انجمن اولیا و مربیان، تعاونی‌های محلی و خانوادگی، همکاری با سازمان‌هایی نظیر شهرداری (سمپاشی، حفظ و نگهداری از فضای سبز)، انجمن حفظ محیط زیست، عضویت در مدیریت آپارتمان/ مجتمع مسکونی، همکاری با همسایگان در امور عمومی، بهداشت محل و انجمن‌های قومی)، ۳- مشارکت مذهبی (حضور در هیأت‌ها، روضه‌ها، سفره‌ها، جلسات مذهبی و جشن‌های مذهبی، انجمن‌های خیریه‌ای، کمک به فقرا، خرید جهیزیه برای خانواده‌های نیازمند، جشن نیکوکاری) و ۴- مشارکت در فعالیت‌های سرگرمی-تفریحی (حضور در فعالیت‌های ورزشی، دوره‌های دوستان قدیمی، کلاس‌های موسیقی یا سایر کلاس‌های هنری، سینما و تئاتر، کنسرت موسیقی و رفتن به کتابخانه).

پرسشنامه موانع مشارکت اجتماعی: پرسشنامه مشتمل بر ۱۵ عبارت درخصوص موانع سالمندان بود که سالمندان در قالب پاسخ بلی و خیر به هر یک از موانع مشارکت اجتماعی پاسخ می‌دادند. جهت محاسبه نمره این قسمت از پرسشنامه بر اساس شمارش فراوانی هر یک از موانع مشارکت اجتماعی سالمندان بود. روایی این بخش از پرسشنامه به صورت محتوایی و کسب نظر از متخصصان مرتبط بود (۱۰ متخصص آشنا با موضوع تحقیق و فرایند روانسجی ابزار). جهت بررسی پایایی، پرسشنامه به ۳۵ سالمند مازندرانی داده

شد و ضریب پایایی ابزار با استفاده از آزمون کرونباخ محاسبه گردید که نمره آزمون قابل قبول ۰/۸۹ کسب شد. ملاحظات اخلاقی رعایت شده در این مطالعه شامل کسب رضایت نامه کتبی آگاهانه از سالمندان تحت مطالعه، حق کناره‌گیری از مطالعه، آگاهی از نتایج مطالعه در صورت درخواست افراد، محرمانه ماندن اطلاعات فردی مربوط به نمونه‌ها و دریافت کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مازندران بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از فراوانی، میانگین، انحراف معیار تی مستقل، آنالیز واریانس یکطرفه، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه مبتنی بر نرم افزار SPSS 24 در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ انجام شد. بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون آماری کلموگروف-اسمیرنوف صورت گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه در مجموع ۴۲۱ نفر در دامنه سنی سال از سالمندان استان مازندران بررسی شدند. نتایج نشان داد میانگین سنی شرکت‌کنندگان مطالعه (۸/۸۱) ۷۲/۵۵ بود (جدول ۱). جدول شماره ۲ وضعیت پاسخگویی ابعاد مشارکت اجتماعی و درصد فراوانی آن را در در سطوح مختلف دسته بندی شده بین سالمندان مورد مطالعه نشان می‌دهد. با توجه به نسبت پاسخگویی به هر یک از سؤالات می‌توان عنوان نمود که بیشترین مشارکت اجتماعی مربوط به شرکت در مراسمات مذهبی (حضور در مساجد، هیأت‌ها، روضه‌ها، سفره‌ها، جلسات مذهبی و جشن‌های مذهبی) و کمترین مشارکت اجتماعی مربوط به حضور در سازمان‌های صنفی یا اتحادیه‌ها بود. همچنین نتایج حاکی از این بود که کمتر از یک پنجم (۱۹٪) سالمندان مورد مطالعه اظهار نمودند که طی یکسال گذشته، تمایل به شرکت در فعالیت‌های ورزشی داشته‌اند. میانگین نمره مشارکت اجتماعی سالمندان (۱۱/۸۱) ۲۲/۸۷ بود. بیشترین میزان مشارکت مربوط مشارکت فرهنگی - مذهبی (۴/۴۶) ۸/۴۳ و کمترین میزان آن، مربوط به فعالیت امور سیاسی نظیر انتخابات، شورای صنفی و احزاب (۲/۴۴) ۳/۷۶ بود (جدول شماره ۲). نتایج آزمون تی مستقل نشان داد بین متغیر جنسیت و مشارکت

اجتماعی سالمندان رابطه معنی‌دار آماری وجود داشت ($P=0/01$). مردان بطور معنی‌دار مشارکت اجتماعی بالاتری نسبت به زنان سالمند داشتند. نتایج آزمون آنالیز واریانس یکطرفه نشان داد میانگین نمره مشارکت اجتماعی در سالمندان با میزان تحصیلات تفاوت معنی‌دار دارد ($P=0/004$). سالمندان با تحصیلات دانشگاهی بطور معنی‌دار مشارکت اجتماعی بالاتری به ترتیب از سالمندان با تحصیلات زیردیپلم ($MD=4/346$) و زیردیپلم ($MD=1/488$) دارند. نتایج آزمون آنالیز واریانس یکطرفه نشان داد میانگین نمره مشارکت اجتماعی در سالمندان با وضعیت شغلی تفاوت معنی‌داری دارد ($P=0/017$). سالمندان شاغل بطور معنی‌دار مشارکت اجتماعی بالاتری به ترتیب از سالمندان بیکار ($MD=4/993$)، خانه دار ($MD=4/482$) و بازنشسته ($MD=2/448$) دارند.

نتایج آزمون همبستگی نشان داد بین سن و مشارکت اجتماعی سالمندان همبستگی معنی‌دار و منفی آماری وجود داشت ($P=0/024$). به نحوی که با افزایش سن میزان مشارکت اجتماعی سالمندان بطور معنی‌داری کاهش می‌یابد ($r=-0/113$).

به منظور تبیین مشارکت اجتماعی سالمندان بر اساس عوامل مؤثر بر آن از رگرسیون استفاده شد. با توجه به نتایج آزمون رگرسیون، متغیرهای سن، تحصیلات، شاغل بودن و جنسیت (مرد بودن) توانسته‌اند ۵۹ درصد از واریانس مشارکت اجتماعی سالمندان را پیش‌بینی کنند. در این مدل تحصیلات ($\beta=2/083$, $P=0/003$), جنسیت ($\beta=-2/161$, $P=0/015$) و سن ($\beta=-0/152$, $P=0/018$) به‌طور معناداری پیش‌گویی‌کننده مشارکت اجتماعی سالمندان بودند و سایر متغیرها پیش‌بینی‌کننده نبودند (جدول ۳). بین سایر متغیرها از جمله تاهل، وضعیت مسکن و تعداد فرزندان با مشارکت اجتماعی همبستگی معنی‌دار آماری نبود ($P>0/05$).

یافته‌های مطالعه نشان داد به طور کلی از بین موانع مشارکت اجتماعی خارج از دسترس بودن (۸۶/۷٪)، نبودن فعالیت و امکانات فیزیکی در محل سکونت (۸۳/۶٪)، بی‌حوصلگی (۸۳/۱٪)، هزینه‌ها (۸۲/۷٪) و بیماری‌ها و مشکلات سلامتی (۸۰٪) به ترتیب مهمترین موانع برای مشارکت اجتماعی سالمندان هستند. تصویر شماره ۱، درصد فراوانی موانع مشارکت اجتماعی را نشان می‌دهد.

جدول ۱: مشخصات جمعیت شناختی سالمندان

سن	تعداد (درصد)
کمتر از ۷۰ سال	۲۱۱ (۵۰/۱)
۷۰ - ۷۹ سال	۱۱۸ (۲۸)
۸۰ - ۸۹ سال	۶۳ (۱۵)
بیشتر از ۹۰ سال	۲۹ (۶/۹)
M(SD)	۷۲/۵۵ (۸/۸۱)
جنسیت	
مرد	۱۹۶ (۴۶/۶)
زن	۲۲۵ (۵۳/۴)
وضعیت تاهل	
هرگز ازدواج نکرده	۲۴ (۵/۷)
همسر مرده/مطلقه	۹۶ (۲۲/۸)
دارای همسر	۳۰۱ (۷۱/۵)
تعداد فرزندان	
بدون فرزند	۲۳ (۵/۵)
۱-۳ فرزند	۱۵۷ (۳۷/۳)
۴-۷ فرزند	۲۰۶ (۴۸/۹)
بیشتر از ۷ فرزند	۳۵ (۸/۳)
سطح تحصیلات	
زیر دیپلم	۲۵۹ (۶۱/۵)
دیپلم	۶۰ (۱۴/۳)
دانشگاهی	۱۰۲ (۲۴/۲)
وضعیت شغلی	
شاغل	۹۸ (۲۳/۳)
بازنشسته	۱۱۶ (۲۷/۶)
خانه دار	۱۸۴ (۴۳/۷)
بیکار	۲۳ (۵/۵)
وضعیت مسکن	
شخصی	۳۷۰ (۸۷/۹)
استیجاری	۴۷ (۱۱/۲)
سازمانی	۴ (۱)
سابقه سکونت در محل	
کمتر از ۱۰ سال	۷۴ (۱۷/۶)
۱۰ - ۳۰ سال	۱۴۰ (۳۳/۳)
بیشتر از ۳۰ سال	۲۰۷ (۴۹/۲)

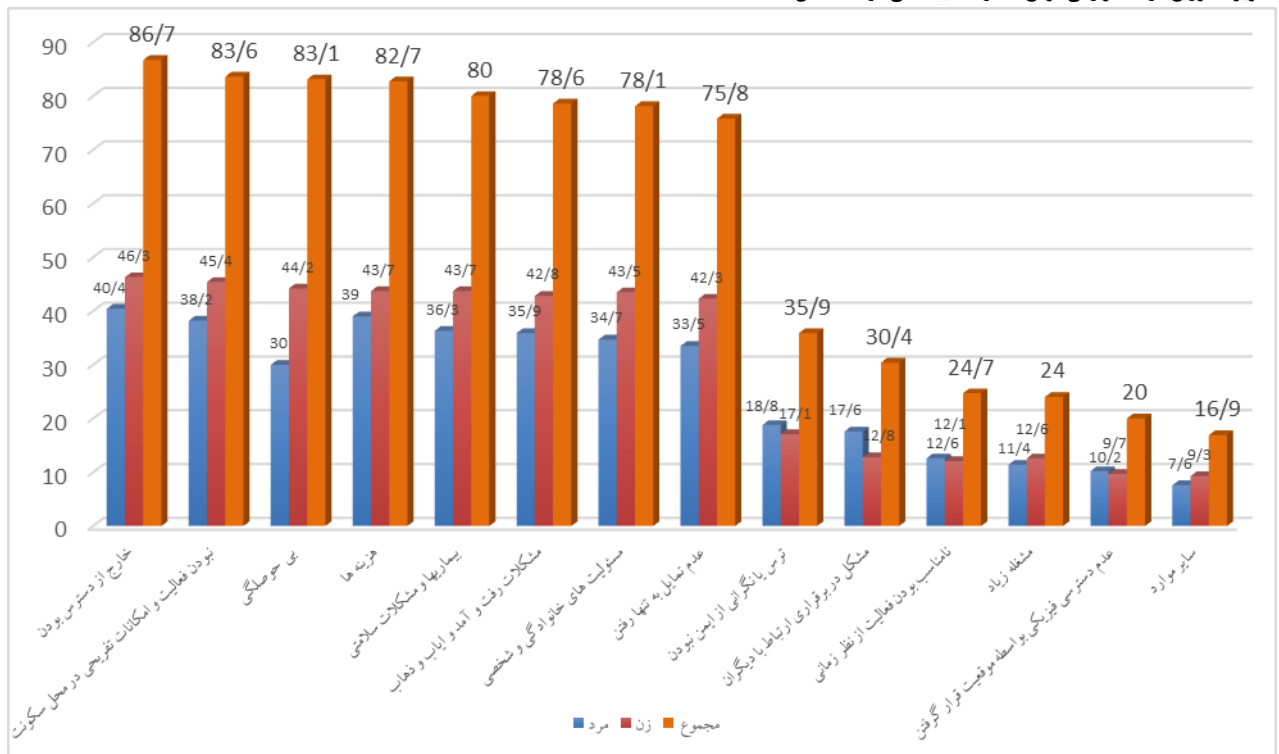
جدول ۲: میانگین، انحراف معیار و سطح بندی ابعاد مشارکت اجتماعی در سالمندان استان مازندران

نوع مشارکت	M(SD)	محدوده نمره قابل اکتساب	ضعیف	متوسط	خوب
سطوح دسته بندی	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
۱ مشارکت مدنی	۵/۲۵ (۳/۷۳)	۲۰-۰	۳۰۷ (۷۲/۹)	۱۰۲ (۲۴/۲)	۱۲ (۲/۹)
۲ مشارکت سیاسی	۳/۷۶ (۲/۴۴)	۱۲-۰	۲۹۷ (۷۰/۵)	۹۴ (۲۲/۳)	۳۰ (۷/۱)
۳ مشارکت فرهنگی - مذهبی	۸/۴۳ (۴/۴۶)	۲۰-۰	۱۸۹ (۴۴/۹)	۱۷۴ (۴۱/۳)	۵۸ (۱۳/۸)
۴ مشارکت تفریحی - هنری	۵/۴۳ (۴/۱۱)	۲۰-۰	۳۰۸ (۷۳/۲)	۹۵ (۲۲/۳)	۱۸ (۴/۳)
۵ مشارکت کل	۲۲/۸۷ (۱۱/۸۱)	۷۲-۰	۲۲۵ (۵۳/۴)	۱۸۸ (۴۴/۷)	۸ (۱/۹)

جدول ۳: ضریب رگرسیون پیش‌بینی عوامل مرتبط با مشارکت اجتماعی سالمندان استان مازندران

متغیرهای مستقل	B	Std. Error	بتای استاندارد	T	P	R ²	متغیر وابسته
مقدار ثابت	۳۵/۹۹۱	۴/۹۲۲	-	۷/۳۱۳	۰/۰۰۰		
سن	-۰/۱۵۲	۰/۰۶۴	-۰/۱۱۳	-۲/۳۸۳	۰/۰۱۸		
جنسیت	-۲/۱۶۱	۱/۳۳۰	-۰/۰۹۱	-۱/۶۲۵	۰/۰۱۵	R ² = ۰/۵۹ R ² Adjusted=۰/۵۰	مشارکت سالمندان
وضعیت شغلی	-۰/۹۷۲	۰/۷۶۳	-۰/۰۷۳	-۱/۲۷۴	۰/۲۰۳		
سطح تحصیلات	۲/۰۸۳	۰/۶۸۵	۰/۱۵۰	۳/۰۴۰	۰/۰۰۳		

تصویر ۱: توزیع درصد فراوانی موانع مشارکت اجتماعی در سالمندان



بحث و نتیجه گیری

که به نوبه خود منجر به رشد و توسعه سالمندان و در نهایت جامعه می‌گردد. مشارکت اجتماعی از مؤلفه های مهم و تاثیرگذار توسعه اجتماعی - اقتصادی در یک جامعه پویا است و مفهوم و موضوع آن بخشی از ادبیات توسعه جامعه را شکل خواهد داد. مشارکت اجتماعی ایجاد فرصت و شانس برای توانمند سازی جوامع خصوص سالمندان آن به منظور تعامل متقابل و فعال، نفوذ بر روند پیشرفت و داشتن نقش سازنده در منافع حاصل از توسعه معرفی می شود. لذا از آن پس در رویکردهای توسعه بر رویکرد مشارکت جامعه خصوصا قشر سالمند با تجربه به عنوان یکی از نیازهای اصلی در روند توسعه جوامع پویا تأکید داشته اند [۳۶، ۳۷].

مطالعه حاضر که با هدف تعیین میزان مشارکت اجتماعی سالمندان و عوامل و موانع تاثیرگذار بر آن در استان مازندران انجام شده بود نشان داد که میانگین مشارکت سالمندان مازندرانی در ابعاد مختلف امور اجتماعی، سیاسی، تفریحی و مذهبی کمتر از نمره میانگین مشارکت اجتماعی بود و درصد قابل توجهی از سالمندان مازندرانی (همسو با نتایج سایر مطالعات) علاقه ای به مشارکت در امور اجتماعی ندارند که همسو با نتایج سایر مطالعات بود [۳۳-۳۵]. این در حالی است که داشتن نقش و مشارکت فعال در امور متعدد جامعه طی دوره سالمندی، سبب رسیدن به سالمندی موفق شده

براساس نظریه کناره‌گیری سالمند، سالمندی فرآیند جدایی تدریجی سالمند از جامعه است که این کناره‌گیری، دوطرفه، اجتناب ناپذیر، جهانی و طبیعی است و منجر به کاهش تعامل سالمند با سایرین در جامعه می‌گردد. که در نتیجه آن سبب کاهش سطح فعالیت‌های سالمند گشته و در نتیجه مسئولیت و نقش‌های منفعل‌تری را درخواست می‌کند که به طور فزاینده‌ای به زندگی درونی می‌پردازند. براساس نظریه کناره‌گیری وقتی سالمند حس می‌کند با ارزش‌ها و هنجارهای جامعه فاصله دارد از دیگران کناره‌گیری کرده و به تدریج سبب انزوای اجتماعی او می‌گردد و نهایتاً مشارکت سالمند در امور اجتماعی او کاهش می‌یابد [۳۸].

نتایج مطالعه حاکی از این بود که بیشترین مشارکت اجتماعی در بین سالمندان مورد مطالعه مربوط به شرکت در فعالیت‌های فرهنگی - مذهبی و کمترین مشارکت اجتماعی مربوط به فعالیت امور سیاسی نظیر انتخابات، شوراهای صنفی و احزاب و ... همسو با نتایج مطالعه برهانی‌نژاد و همکاران در خصوص وضعیت مشارکت اجتماعی سالمندان شهر کرمان بود [۳۴]. در مقابل، در مطالعه درویش‌پور و همکاران در تهران بیشترین میزان مشارکت سالمندان در فعالیت‌های داوطلبانه و خیرخواهانه بود [۳۰]. همچنین براساس نتایج مطالعه گیل‌مور در سال ۲۰۱۲، سالمندان کانادایی بیشترین مشارکت را در امور جمعی و همراه با خانواده و دوستان گزارش کرده است [۳۳]. این تفاوت می‌تواند ناشی از این باشد که معمولاً در مناطق کوچکتر مانند شهرهای استان مازندران بافت سنتی خود را تا حدودی حفظ کرده‌اند، همچنان گرایش بالایی به امور مذهبی و فرهنگی به ویژه در بین سالمندان استان وجود دارد. از سوی دیگر، در استان مازندران که از استان‌های توریستی می‌باشد که بدلیل جاذبه‌های طبیعی، قومیت‌های مختلف ایران در آن سکونت دارند. لذا انتقال دیدگاه‌های فرهنگی متفاوت و باورهای مذهبی بیشتر امکان‌پذیر است. به نظر می‌رسد رفتار و کنش اجتماعی سالمندان مازندرانی نیز تا حدود زیاد متأثر از فرهنگ فردگرایانه و رفتار جمعی خاص گرایانه حاکم بر کنش اجتماعی ایرانیان است.

در مطالعه اخیر، کمترین میزان مشارکت سالمندان مازندرانی در امور سیاسی و سپس امور مدنی و انجمن‌های اجتماعی مشاهده شد و در واقع نوعی بیگانگی از مشارکت در امور سیاسی و مدنی استنباط می‌شود. در مطالعه برهانی‌نژاد و همکاران در کرمان [۳۴]، درویش‌پور و همکاران در تهران [۳۰] و گیل‌مور در کانادا [۳۳] نیز کمترین میزان مشارکت سالمندان مربوط به انجمن‌های

حرفه‌ای و اجتماعی بود. شاید دلیل این تشابه ناشی از گرایش سالمندان به فاصله‌گرفتن از امور اجتماعی و سیاسی جامعه باشد. اکثر این قشر از جامعه افرادی هستند که دوران بازنشستگی خود را طی می‌کنند و بیشتر در پی انجام امور دلخواه خود خصوصاً امور مذهبی و فرهنگی هستند. البته ذکر این نکته حائز اهمیت است که در مقایسه با نتایج مطالعه اخیر، مطالعاتی که در شهرهای بزرگ مانند تهران انجام شده است، شورای محله نقش پررنگی در امور اجتماعی و سیاسی دارند [۳۴] ولی در استانی مثل مازندران این قبیل انجمن‌ها فعالیت کم‌رنگ‌تری داشته و در ساختار شهری تعریف چندانی نشده است که نیاز به توجه مسئولان استانی و شهرهای استان را دارد. امیل دورکیم مضمون بیگانگی را در بی‌هنجاری و بی‌معنایی ناشی از شرایط آنومیک معرفی می‌کند که ناشی از انتقال جامعه از همبستگی مکانیکی به همبستگی ارگانیکی یا از جامعه سنتی به جامعه مدرن شکل گرفته است و نتیجه نهائی آن جدایی فرد از نظام اجتماعی است. این امر در نهایت زمینه شکل‌گیری انواع مختلفی از آسیب‌ها و مشکلات فردی و اجتماعی همانند کاهش سطح مشارکت و فعالیت اجتماعی و سیاسی می‌تواند باشد. از طرفی، بیگانگی افراد نسبت به جامعه را می‌توانیم از دو بعد اجتماعی و سیاسی تحلیل کنیم. برطبق دیدگاه مارکس و دورکیم، وقتی که یک فرد حس کند عملکرد و رفتار او تاثیری بر روند ایجاد و شکل‌گیری وقایع سیاسی در یک جامعه را ندارد و از طرفی، جامعه توسط گروه کوچکی اداره می‌گردد، که جدای از تمام فعالیت‌ها یا اعمال افراد جامعه، همچنان به حفظ منافع و موقعیت خودشان تاکید دارند، فرد دچار بیگانگی سیاسی خواهد شد. که روی هم رفته، این امر به احساس بی‌تفاوتی، منفعل بودن و عدم علاقه به ساختار سیاسی جامعه منتهی می‌گردد.

یکی از عواملی که موجب کاهش مشارکت اجتماعی سالمندان می‌گردد وجود موانع مختلف برای مشارکت سالمندان در جامعه است. در پژوهش حاضر خارج از دسترس بودن، نبودن امکانات فیزیکی در محل سکونت، بی‌حوصلگی، هزینه‌ها و بیماری‌ها و مشکلات سلامتی به ترتیب مهمترین موانع برای مشارکت اجتماعی سالمندان مازندرانی بیان گردیده است که تقریباً با مطالعات انجام گرفته در ایران، کانادا و لندن مشابه است [۳۹، ۳۴، ۳۳، ۳۰، ۲۸]. در مطالعه منصوری و همکاران [۲۸] مهمترین موانع مشارکت اجتماعی سالمندان خرم‌آبادی به ترتیب بیماری‌ها، هزینه‌ها و عدم دسترسی به فعالیت‌های اجتماعی بود که تقریباً با مطالعه انجام

گرفته در ایران، کانادا و لندن مشابه است [۳۹، ۳۴، ۳۳، ۳۰، ۲۸]. در مطالعه برهانی نژاد مهمترین موانع مشارکتی سالمندان کرمانی بیماری‌ها، نبودن فعالیت در محله و هزینه‌ها بیان گردید [۳۴]. در مطالعه درویش پور از تهران به ترتیب هزینه‌ها، مشکلات رفت و آمد، بیماری‌ها، تنهایی و نداشتن همراه در دوران سالمندی از مهمترین عوامل مرتبط با مشارکت اجتماعی در دوران سالمندی گزارش شد [۳۰]. در مطالعه نادریان امکانات و تسهیلات، سلامتی و بیماری، مهارت و توانایی، وضعیت مالی و نهایتاً زمان مهمترین موانع مشارکت اجتماعی سالمندان معرفی گردید [۴۰]. میرغفوری، مهمترین موانع مشارکت زنان سالمند در فعالیت‌های ورزشی را عوامل ۵ گانه اجتماعی، فرهنگی، خانوادگی، امکاناتی و اقتصادی معرفی کرد [۴۱]. یزدان‌پناه و همکاران نیز در مطالعه خود مهمترین موانع مشارکت اجتماعی سالمندان را مشغله کاری، مشکلات خانوادگی و مسئولیت‌ها و کمی درآمد گزارش کردند [۴۲]. در مطالعه گیل‌مور از کانادا، به ترتیب بیماری‌ها، مسئولیت‌های زندگی و مشکلات رفت و آمدی مهمترین موانع مشارکت اجتماعی سالمندان گزارش شد [۳۳]. گول در مطالعه خود (۲۰۱۵) به ترتیب بیماری‌ها و ناتوانی و نبود فرصت‌های اجتماعی قابل قبول برای مشارکت اجتماعی سالمندان را از مهمترین موانع فعالیت‌های اجتماعی سالمندان عنوان کرد [۳۹]. همانگونه که در این مطالعه و سایر مطالعات گزارش شده است مشکلات اقتصادی و امکانات اجتماعی ناکافی سالمندان ایرانی از موانع مهم کاهش مشارکت آنان در جامعه می‌باشد که این مشکلات اقتصادی ضرورت توجه به حمایت مالی از سالمندان به منظور بهبود رفاه و ارتقای مشارکت اجتماعی سالمندان را مشخص می‌کند [۴۲، ۳۵]. براساس دیدگاه کاستلو، هر چه سالمند از نظر اقتصادی شرایط بهتری داشته باشد تمایل به مشارکت در امور اجتماعی بیشتر خواهد بود [۴۳].

از آنجا که یکی دیگر از موانع مهم مشارکت اجتماعی سالمندان مازندران، خارج از دسترس بودن زیرساخت‌های مشارکت اجتماعی و نبودن امکانات فیزیکی در محل سکونت آنان بود، لذا باید توجه داشت که مشارکت اجتماعی به همان ترتیب که از تمایل فرد اثر می‌پذیرد به شرایط محیط، زیرساخت‌ها و امکانات، دانش و مهارت افراد نیز وابسته است [۴۴]. افزایش سطح مشارکت سالمند در جامعه وابسته به حضو و دسترسی به امکانات و بسترهای مناسب آن است، یکی از بسترهای مناسب برای فعالیت‌های گروهی و مشارکت سالمندان تشکلهای غیردولتی، مردم نهاد و تعاونی‌ها

است. چنین استنباط می‌گردد که یا در سطح استان مازندران تعداد کمی از انجمن‌های محلی و بومی، نهادهای داوطلبانه و تشکلهای حرفه‌ای موجود است و یا اینکه سالمندان مازندران از وجود چنین تشکلهای و انجمن‌هایی شناخت کافی نداشته باشند. براساس دیدگاه گائوتری، سالمند به طور مؤثری مشارکت اجتماعی نخواهد داشت مگر اینکه علاوه بر وجود اراده سیاسی دولت و برنامه‌ریزان، قوانین ضروری، تشکلهای و سازمان‌های اجتماعی مناسب و مرتبط برای ترویج آن به همراه سایر عوامل مرتبط با سالمند، در دسترس باشد [۴۵]. لذا ضرورت توجه به راهبردهایی به منظور ایجاد و راه‌اندازی این تشکلهای و آگاه‌سازی سالمندان از آنها می‌تواند موجب افزایش سطح مشارکت اجتماعی آنها شود.

از سوئی دیگر، براساس نتایج سایر مطالعات، ابتلا به بیماری‌ها و مشکلات سلامتی یکی دیگر از موانع مهم کاهش سطح مشارکت اجتماعی سالمندان است، زیرا با افزایش سن احتمال ابتلای سالمندان به بیماری‌های مزمن بطور قابل ملاحظه‌ای افزایش می‌یابد [۴۶]. براساس مطالعات بیش از ۸۰ درصد سالمندان به نوعی درگیر بیماری‌های مزمن هستند که نه تنها سبب بروز محدودیت‌هایی در زندگی سالمندان و کاهش مستقیم مشارکت اجتماعی و افزایش بیش از دیگر گروه‌های سنی در معرض خطر ناتوانی و مرگ قرار می‌دهد، بلکه بطور غیرمستقیم از طریق افزایش هزینه‌های ناشی از درمان و توانبخشی دوره سالمندی که البته تعداد زیادی از سالمندان از امکانات اجتماعی و رفاهی کافی برخوردار نیستند، سبب کاهش مشارکت اجتماعی آنها می‌شود [۳۰]. علاوه بر هزینه‌ها و مشکلات سلامتی دوران سالمندی، بی‌حوصلگی و تنهایی نه تنها سبب کاهش توجه سالمند نسبت به خود شده، بلکه سبب کاهش قابل ملاحظه فعالیت‌های اجتماعی او می‌گردد [۴۷].

بدیهی است که مجموعه‌ای از عوامل اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، شخصی و ... بطور پیچیده و فزاینده‌ای با همدیگر در ارتباط بوده و با اثر فزاینده بر همدیگر، تاثیر قابل توجهی بر سطح مشارکت اجتماعی سالمندان می‌گذارند. جمعیت کشور ما خصوصاً استان مازندران به دلیل قرارگیری در مرحله گذار اجتماعی، تغییر در زمینه‌ها و بسترهای شکل‌گیری تعلق اجتماعی افراد را تجربه می‌کند. طبق دیدگاه امیل دورکیم، در دوران گذار هنجارهای اجتماعی در معرض تغییر و تحول هستند و در این شرایط است که احتمال کم‌رنگ شدن تعلقات اجتماعی افراد به جامعه افزایش یافته، درک

درست شرایط و ایجاد بسترهای مناسب برای شکل گیری و تقویت و رشد این تعلقات اجتماعی در هر جامعه، امری مهم و تاثیرگذار معرفی می شوند برطبق نظریه روانشناختی فیش بین و آیزن، از آن جایی که مرحله قبل بروز رفتار یک فرد، قصد و نیت او می باشد و شکل گیری قصد و نیت به نوبه خود، تابع دو متغیر گرایش به رفتار و هنجار ذهنی است و از سوی دیگر، انتظاراتی که جامعه از فرد دارد، به عنوان یک محرک مهم در بروز رفتار به شمار می آید، در نتیجه تبادل رابطه بین فرد و جامعه، احساس تعلق اجتماعی را شکل می دهد. لذا، یکی از رویکردهای موثر برای افزایش مشارکت اجتماعی سالمندان، از بین بردن و یا کاهش حداکثری موانع مختلف مشارکت آنان در امور و فعالیت های مختلف است. براساس مدل سلسله مراتبی کرافورد، جکسون و گادبی، سه دسته از عوامل بر مشارکت سالمندان تاثیرگذارند: موانعی مرتبط با افراد و نیروهای انسانی مرتبط با فعالیت های اجتماعی، موانع مرتبط با تعاملات افراد و موانعی ساختاری مرتبط با سیاست گذاری [۴۸]. لذا، مسئولان با معرفی اثرات مثبت مشارکت اجتماعی سالمند در ابعاد مختلف در جامعه و برنامه ریزی، معرفی راهبردهای کاربردی و ارائه برنامه های متنوع و پرداخت بخشی از هزینه ها توسط دولت می تواند سبب افزایش مشارکت سالمندان در فعالیت های جامعه گردند.

همسو با نتایج مطالعه درویش پور [۳۰] و ایوبی [۴۹] در تهران در این مطالعه نیز سطح مشارکت اجتماعی سالمندان مازندران با افزایش سن کاهش یافت. از سوی دیگر، براساس یافته های مطالعه لی و همکاران سطح مشارکت اجتماعی افراد با سن آنان رابطه معکوسی مشاهده شد. بطوریکه، میزان مشارکت اجتماعی سالمندان به طور قابل ملاحظه ای با افزایش سن کاهش می یابد [۵۰]. در مطالعه بوکوف و همکاران نیز سطح مشارکت افراد با افزایش سن کاهش داشت. بطوریکه بیش از ۳۰٪ از سالمندان بالای ۹۰ سال از نظر اجتماعی غیرفعال بودند [۵۱]. اما مغایر با نتایج مطالعه اسدالهی و همکاران از اهواز بود [۵۲]. به نظر می رسد با بالا رفتن سن سالمند و به دنبال آن کاهش عملکرد جسمی و روانی آنان، شیوع بیماری های مزمن و دردهای جسمی در این گروه افزایش یافته که می تواند سبب افزایش ناتوانی و محدودیت در انجام امور زندگی و در نتیجه کاهش مشارکت اجتماعی سالمندان گردد. لذا برنامه ریزی و توجه ویژه نظام سلامت جهت ارتقاء سطح توانمندی و پتانسیل افراد برای داشتن دوره سالمندی فعال، کاهش و به تاخیر انداختن ناتوانی ها و معلولیت ها در این گروه از جامعه مهم به نظر

می رسد. براساس نتایج کسب شده در مطالعه، سالمندان دارای تحصیلات بالاتر نسبت به سالمندان با تحصیلات پایین تر از مشارکت اجتماعی بیشتری برخوردار بودند. که با نتایج مطالعات منصوری [۲۸]، درویش پور و همکاران جعفری نیا و همکاران، لی و همکاران و شیبا و همکاران همراستا می باشد [۵۳، ۵۰، ۴۳، ۳۰، ۲۸]. براساس نظریه های مختلف، سواد و تحصیلات بالاتر از مهمترین عوامل مؤثر بر مشارکت اجتماعی و فعال افراد است [۵۳، ۵۰، ۲۶]. براساس دیدگاه های پاول، اینگلهارت و الموند علاوه بر نقش رتبه اجتماعی، تحصیلات و درآمد در ارتقاء پایگاه اقتصادی- اجتماعی فرد؛ پایگاه مبتنی بر مشارکت سیاسی اجتماعی افراد نقش بالاهمیتی دارند. به عبارتی، افراد با سطح تحصیلی بالاتر، از نظر مالی در رتبه بالاتری بوده و از مهارت های حرفه ای و مشارکت فعالانه بیشتری برخوردارند. بطوریکه براساس دیدگاه اینگلهارت عواملی همچون سواد بالا، موقعیت اجتماعی- اقتصادی، مهارت های ارتباطی و اطلاعاتی، تجارب شغلی، شبکه های سازمانی، تقلیل تبعیض جنسیتی در امور اجتماعی- سیاسی سبب افزایش مشارکت اجتماعی فعال افراد می گردد [۵۳، ۵۰، ۲۶]. چنین استنباط می گردد که تحصیلات بطور مستقیم (از طریق بهبود سبک زندگی سالم) و غیرمستقیم (از طریق فراهم آوردن شغل بهتر، کاهش ناتوانی های جسمی و روانی سالمند، بهبود وضعیت اقتصادی- اجتماعی، ارتقای سطح تغذیه و مسکن مناسب تر) سبب افزایش مشارکت اجتماعی فعال سالمند می گردد. براساس نتایج سایر مطالعات، با افزایش سطح تحصیلات، کیفیت زندگی افراد ارتقای پیدا می کند [۵۵، ۵۴]. لذا، افزایش سطح تحصیلات که پایه و مبنای آن به دوران قبل از سالمندی برمی گردد، می تواند بستر مناسب را برای مشارکت اجتماعی فعال تر افراد طی دوران سالمندی پایه ریزی کند.

همچنین شاغلین دارای سطح مشارکت اجتماعی فعالتری بودند. چنین به نظر می رسد که داشتن شغل و درآمد به عنوان یک ابزار حمایتی برای سالمندان به حساب می آید که سبب افزایش تعاملات اجتماعی سالمندان و در نتیجه ارتقاء سطح مشارکت اجتماعی اشان می گردد. معمولاً افراد دارای شغل به دلیل مشارکت بیشتر در موضوعات اجتماعی سیاسی، تعاملات اجتماعی گسترده تری داشته که خود زمینه مناسب تری جهت مشارکت اجتماعی آنان ایجاد می کند [۵۰، ۴۳]. به عقیده گیدنز تعاملات اثرگذار در جامعه منوط

به اعتماد متقابل بوده و اعتماد متقابل نیز ارتباط نزدیک و تنگانی با صمیمت دارد.

زنان سالمند مازندران مشارکت اجتماعی پایین‌تری نسبت به مردان سالمند داشتند که با نتایج کسب‌شده از مطالعات منصوری، درویش پور، جعفری‌نیا و برهانی نژاد همسو است [۲۸، ۳۰، ۳۴، ۵۰].

این تفاوت‌ها تحت تاثیر عواملی همچون جامعه‌پذیری و فرهنگ سلامتی متفاوت بین مرد و زن، تفاوت‌های جنسیتی در میزان دسترسی به امکانات و خدمات، امکان ازدواج مجدد به دنبال از دست‌دادن همسر است که این موقعیت‌ها بیشتر در اختیار مردان است نسبت به زنان سالمند. چنین برداشت می‌شود که زنان طی دوران مختلف به دلیل عوامل متعدد سنتی، فرهنگی و مذهبی و همچنین دیدگاه مردسالارانه برخی از جوامع، از نقش و فعالیت کمتری در جامعه و امور خارج از منزل برخوردار بوده‌اند [۲۸]. بخشی از مشارکت اجتماعی پایین‌تر زنان سالمند در مقایسه با مردان سالمند به دوران قبل از سالمندی مرتبط است که روی هم رفته مشارکت اجتماعی زنان نسبت به مردان کمتر است [۵۴] و بخشی دیگر از غیرفعال بودن زنان در امور اجتماعی به دوران سالمندی مرتبط می‌باشد. براساس نتایج مطالعات مختلف، عوامل متعددی همچون طول عمر بالاتر زنان، درآمد و تحصیلات کمتر آنان به همراه فقر بیشترشان، توانایی کمتر برای دفاع از حقوق انسانی و اجتماعی‌اشان، سالمند آزاری و بی‌توجهی بیشتر به آنان نسبت به مردان سالمند، نگاه منفی جامعه نسبت به زنان سالمند و تنهایی طولانی مدت آنان پس از مرگ همسر نسبت به مردان سالمند [۵۶، ۵۴، ۳۳] از تبیین‌کننده مشارکت اجتماعی ضعیف‌تر زنان سالمند نسبت به مردان سالمند می‌باشد.

براساس نتایج این مطالعه، تفاوت معنی داری در مشارکت اجتماعی سالمندان و وضعیت تاهل مشاهده نشد. این یافته با نتایج مطالعات پیشین [۵۹-۵۷]. هم‌راستا می‌باشد؛ اما با نتایج مطالعه درویش پور و همکاران [۳۰] و هاگدورن و همکاران [۶۰] همسو نمی‌باشد. در این مطالعات سطح مشارکت اجتماعی سالمندان متأهل بالاتر بود و افراد دارای همسر سالمندی فعال‌تری نسبت به سالمندان فاقد همسر داشتند. داشتن شریک زندگی، به دلیل افزایش سطح تعاملات اجتماعی، سبب ارتقاء مشارکت اجتماعی فعال می‌گردد. شاید دلیل این تفاوت، بیشتر بودن تعداد سالمندان مرد و شاغل در مطالعه باشد. لذا با توجه به نقش مثبت شریک و همراه زندگی در

ارتقاء سطح مشارکت اجتماعی فعال در سالمندان، لزوم توجه ویژه به این مهم و فرهنگ‌سازی و ایجاد بستر مناسب برای ازدواج مجدد سالمندانی که تنها زندگی می‌کنند به منظور حفظ و ارتقای مشارکت اجتماعی سالمندان حائز اهمیت می‌باشد. زیرا سالمندان متأهل برای تامین مخارج و هزینه‌های زندگی‌اشان، باید نسبت به سالمندان مجرد فعالیت بیشتری داشته باشند. از سویی دیگر، سالمندان متأهل به دلیل داشتن احساس خوب روحی، تعاملات اجتماعی بیشتر و نیز انگیزه و امید به زندگی بالاتر، فعالیت و مشارکت اجتماعی بیشتری در جامعه خواهند داشت.

از جمله محدودیت مطالعه حاضر می‌توان به نوع مطالعه و مقطعی بودن آن اشاره نمود. لذا نتایج کسب‌شده در مطالعه اخیر ارزش کمتری نسبت به مطالعات طولی که رابطه علی بین متغیرها را ارزیابی می‌کند، دارد. برنامه‌ریزی جهت انجام مطالعه طولی می‌تواند متغیرها و شاخص‌هایی را که در جامعه ایرانی در ایجاد و ارتقای زندگی فعال سالمندان و مشارکت اجتماعی بیشتر آنان موثر باشد، شناسایی کند. بنابراین، به منظور درک بهتر رابطه علی بین متغیرهای مختلف مؤثر بر مشارکت اجتماعی و همچنین موانع مشارکت اجتماعی سالمندان پیشنهاد می‌گردد از مطالعات طولی با حجم نمونه بزرگتر با رویکرد آینده‌نگری طراحی و اجرا گردد. همچنین استفاده از روش مطالعه کیفی و مصاحبه عمیق نیمه ساختارمند با سالمندان به‌ویژه زنان سالمند در شناسایی و توصیف هر چه بیشتر موانع و عوامل متناسب با فرهنگ و بستر جامعه مورد پژوهش حمایتگر و کاربردی باشد. نتایج مطالعه نشان داد مشارکت اجتماعی سالمندان مازندران پایین است.

از مهمترین موانع مشارکت اجتماعی آنان خارج از دسترس بودن، نبودن امکانات فیزیکی در محل سکونت، بی‌حوصلگی، هزینه‌ها و بیماری‌ها و مشکلات سلامتی گزارش شد. این موضوع بیانگر ضرورت توجه به برنامه‌ریزی‌های جامع اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، رفاهی، خدماتی و بهداشتی - درمانی با رویکرد و نگاه تخصصی به سالمندان خصوصا زنان سالمند جهت بهبود سرمایه اجتماعی و فرهنگی این گروه با همکاری بین‌بخشی با موسسات و سازمان‌های زیربط، قبل از رسیدن به دوره سالمندی که از اساسی‌ترین پیش‌شرط‌های داشتن سالمندی فعال و مشارکت اجتماعی بالا برای افراد می‌باشد. از این‌رو تدوین و اجرای برنامه‌های جامع حفظ و ارتقای مشارکت اجتماعی سالمندان ایرانی، بایستی از زمان حال و با رویکرد آینده‌نگری شروع شود تا در آینده سالمندان

تحلیل داده‌ها، نگارش مقاله
سید ابوالحسن نقیبی: مجری طرح، طراحی مطالعه، جمع‌آوری
اطلاعات، ویرایش نهائی مقاله

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از طرح تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی
مازندران است. نویسندگان مقاله ضمن قدردانی از حمایت معاونت
تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران و
مشارکت‌کنندگان در این مطالعه، از داوران گرامی نیز که با نظرات
ارزشمند خود به ارتقای کیفیت این مقاله کمک کردند،
سپاسگزارند.

فعال‌تر و دوره سالمندی موفق‌تری داشته باشند. لذا پیشنهاد
می‌گردد استراتژی‌ها و مداخلات همه‌جانبه‌ای جهت رفع موانع
مشارکت اجتماعی و همین‌طور بسترسازی، ایجاد فرصت و
زیرساخت مناسب برای مشارکت فعال و اشتغال سالمندان بویژه
زنان سالمند و بکارگیری مطلوب از تجارب این افراد در دوران
بازنشستگی صورت پذیرد، تا با مشارکت فعال و هرچه‌بیشتر
سالمندان که در آینده بخش قابل ملاحظه‌ای از جمعیت ایران را
تشکیل می‌دهد بتوانیم جامعه‌ای پویاتر داشته باشیم و در کنار این
مهم، سالمندی موفق را که از اجزای کلیدی آن مشارکت اجتماعی
است، در جامعه رو به سالمند ایران به تصویر بکشیم.

سهم نویسندگان

مریم خزائی پول: اجرای مطالعه، جمع‌آوری اطلاعات، تجزیه و

منابع

1. Deshpande SK, Hasegawa RB, Weiss J, Small DS. The association between adolescent football participation and early adulthood depression. *PloS One* 2020;15: e0229978
2. Webber M, Fendt-Newlin M. A review of social participation interventions for people with mental health problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2017; 52:369-80
3. Kannus P, Niemi S, Sievänen H, Parkkari J. Declining incidence in fall-induced deaths of older adults: Finnish statistics during 1971–2015. *Aging Clinical and Experimental Research* 2018; 30: 1111-5
4. Mehri N, Messkoub M, Kunkel S. Trends, determinants and the implications of population aging in Iran. *Ageing International* 2020; 45: 327-43
5. Levasseur M, Roy M, Michallet B, St-Hilaire F, Maltais D, G  n  reux M. Associations between resilience, community belonging, and social participation among community-dwelling older adults: results from the eastern townships population health survey. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2017; 98: 2422-32
6. Gomes GC, Moreira RD, Maia TO, Santos MA, Silva VD. Factors associated with personal autonomy among the elderly: a systematic review of the literature. *Ci  ncia & Sa  de Coletiva* 2021; 26: 1035-46
7. Douglas H, Georgiou A, Westbrook J. Social participation as an indicator of successful aging: an overview of concepts and their associations with health. *Australian Health Review* 2017; 41: 455-62
8. Woll A, Bratteteig T. Activity theory as a framework to analyze technology-mediated elderly care. *Mind, Culture, and Activity* 2018; 25: 6-21
9. Srivastava SK, Panigrahi PK. Social participation among the elderly: Moderated mediation model of information and communication technology (ICT). *Communications of the Association for Information Systems* 2019; 44: 33
10. Hao G, Bishwajit G, Tang S, Nie C, Ji L, Huang R. Social participation and perceived depression among elderly population in South Africa. *Clinical Interventions in Aging* 2017; 12: 971
11. Webber M, Fendt-Newlin M. A review of social participation interventions for people with mental health problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2017; 52: 369-80
12. Sa  as T, Beck F, Bodard J, Guignard R, du Rosco  t E. Social participation, social environment and death ideations in later life. *PLoS One* 2012;7: e46723
13. Ra CK, Cho Y. Differentiated effects of social participation components on suicidal ideation across age groups in South Korea. *BMC Public Health* 2013; 13: 1-8
14. Oshio T, Kan M. Preventive impact of social participation on the onset of non-communicable diseases among middle-aged adults: A 10-wave hazards-model analysis in Japan. *Preventive Medicine* 2019; 118: 272-8
15. van Hees SG, van den Borne BH, Menting J, Satt  e JN. Patterns of social participation among older

adults with disabilities and the relationship with well-being: A latent class analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2020; 86: 103933

16. Chen JH, Lauderdale DS, Waite LJ. Social participation and older adults' sleep. *Social Science & Medicine* 2016; 149: 164-73

17. Kim AC, Ryu J, Lee C, Kim KM, Heo J. Sport Participation and Happiness Among Older Adults: A Mediating Role of Social Capital. *Journal of Happiness Studies* 2020; 23: 1-9

18. Kim J, Kim J, Kim Y, Han A, Nguyen MC. The contribution of physical and social activity participation to social support and happiness among people with physical disabilities. *Disability and Health Journal* 2021; 14: 100974

19. Tomioka K, Kurumatani N, Hosoi H. Social participation and cognitive decline among community-dwelling older adults: a community-based longitudinal study. *The Journals of Gerontology: Series B* 2018; 73: 799-806

20. Cai S. Does social participation improve cognitive abilities of the elderly? *Journal of Population Economics* 2021; 3: 1-29

21. Donkers H, Vernooij-Dassen MY, Van der Veen DI, Van Der Sanden MN, Graff M. Social participation perspectives of people with cognitive problems and their care-givers: A descriptive qualitative study. *Ageing & Society* 2018; 39: 1485-511

22. Won S, Kim H. Social participation, health-related behavior, and depression of older adults living alone in Korea. *Asian Social Work and Policy Review* 2020; 14: 61-71

23. Feng Z, Cramm JM, Nieboer AP. Social participation is an important health behaviour for health and quality of life among chronically ill older Chinese people. *BMC Geriatrics* 2020; 20: 1-0

24. He Q, Cui Y, Liang L, Zhong Q, Li J, Li Y, Lv X, Huang F. Social participation, willingness and quality of life: a population-based study among older adults in rural areas of China. *Geriatrics & Gerontology International* 2017; 17: 1593-602

25. Li C, Jiang S, Li N, Zhang Q. Influence of social participation on life satisfaction and depression among Chinese elderly: Social support as a mediator. *Journal of Community Psychology* 2018; 46: 345-55

26. Lee S, Choi H. Impact of older adults' mobility and social participation on life satisfaction in South Korea. *Asian Social Work and Policy Review* 2020; 14: 4-10

27. Carver LF, Beamish R, Phillips SP, Villeneuve M. A scoping review: Social participation as a cornerstone of successful aging in place among rural older adults. *Geriatrics*. 2018; 3: 75

28. Mansouri T, Farhadi A, Borhaninejad VR, Kojaie Bidgoli A, Navvabi Rigi SD, Hosseinabadi R. Factors and Barriers Affecting the Social Participation of Older People. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences* 2018; 9: 66-73

29. Yazdani A, Fekrazad H, Sajadi H, Salehi M. Relationship between social participation and general health among the elderly. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences* 2015; 18

30. Darvishpoor Kakhki A, Abbaszadeh A. Social participation, barriers, and related factors in older people in Tehran. *Journal of Health Promotion Management* 2014; 3: 65-73

31. Dokoohaki N, Farhadi A, Tahmasebi R, Ravanipour M. Relationship of Social Participation with Mental Health and Cognitive Function of the Older People with Chronic Disease. *Iranian Journal of Rehabilitation Research* 2021; 7: 29-39

32. Asadollahi A, Hoseinzadeh A, Tabrizi AM, Nabavi A. Urban lifestyle and social participation of aged citizens of Ahwaz city: a regional survey. *Journal of Applied Sociology* 2013; 49: 1-4

33. Gilmour H. Social participation and the health and well-being of Canadian seniors. *Health Rep* 2012; 23: 23-32

34. Borhaninejad V, Nabvi SH, Lotfalinezhad E, Amini F, Mansouri T. Relationship between Social participation and life satisfaction among older people. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences* 2017; 8: 701-11

35. Yazdani AS; Fekr Azad H, Sajjadi H; Salehi M. The relationship between social participation and public health in the elderly. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences* 2015; 18: 599

36. Minhat HS, Rahmah MA, Khadijah S. Continuity theory of ageing and leisure participation among elderly attending selected health clinics in Selangor. *IUM Medical Journal Malaysia* 2013; 12.

37. Levasseur M, Richard L, Gauvin L, Raymond É. Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: Proposed taxonomy of social activities. *Social Science & Medicine* 2010; 71: 2141-9

38. Ejiri M, Kawai H, Fujiwara Y, Ihara K, Watanabe Y, Hirano H, Kim HK, Ishii K, Oka K, Obuchi S. Social participation reduces isolation among

Japanese older people in urban area: A 3-year longitudinal study. *PloS One* 2019; 14: e0222887

39. Goll JC, Charlesworth G, Scior K, Stott J. Barriers to social participation among lonely older adults: the influence of social fears and identity. *PloS One* 2015; 10: e0116664

40. Naderian Jahromi M., Hashemi H. Factors hindering the participation of women employees in Isfahan. *Journal of Research on Sport Sciences* 2009; 6: 137-150

41. Mirghforis H, Sayadi Turanlu H, Mirfakhredini H. Study and analysis of issues and problems affecting women's participation in sports activities (Case study: female students of Yazd University). *Sports Management (Movement)* 2008; 1: 83-100

42. Yazdanpanah L. Barriers of social participation in people of Tehran. *Social Welfare Quarterly* 2007; 7: 105-30

43. Jafarinia G. Study of socio-economic factors affecting the political participation of citizens Khormoj. *J Polit Sci* 2012; 7:87-122

44. Koldi A, Akbari Kamrani A. The survey of Physical, social and mental problems among older in 13 zone of Tehran city. *Social Welfare Quarterly* 2004; 14:233

45. Hasani G. Study of the relationship between political and social alienation with the political and social participation of Tehran university students in years 2007-2008. *Journal of Social Sciences* 2010; 129 - 70

46. Levasseur M, Richard L, Gauvin L, Raymond É. Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: Proposed taxonomy of social activities. *Social Science & Medicine* 2010; 71:2141-9

47. Gasemi H, Harirchiey M, Masnavi AA, Rahgozar M, Akbarian M. [Quality of life of elderly people in community and aged care centers]. *Social Welfare Quarterly* 2010; 10: 177-200

48. Crawford DW, Jackson EL, Godbey G. A hierarchical model of leisure constraints. *Leisure Sciences* 1991; 13:309-20

49. Ayoubi Avaz K, Parvaneh S, Akbari Kamrani AA, Miller W, Reza Soltani P, Ghahari S. Comparison of social participation level between older adults with assistive mobility devices and those without the devices. *Iranian Journal of Ageing* 2015; 10:166-73

50. Lee HY, Jang SN, Lee S, Cho SI, Park EO, The relationship between social participation and self-rated health by sex and age: a cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies* 2008; 45: 1042-1054

51. Bukov A, Maas I, Lampert T. Social participation in very old age: Cross-sectional and longitudinal findings from BASE. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 2002; 57: P510-7

52. Asadollahi A, Hoseinzadeh A, Tabrizi AM, Nabavi A. Urban lifestyle and social participation of aged citizens of Ahwaz city: a regional survey. *Journal of Applied Sociology* 2013; 49: 1-4

53. Shiba Y, Anzai S, Ueki S, Haga H. Factors related to social participation in Japanese: comparison of urban and rural. *Physiotherapy* 2015; 101: e1382

54. Darvishpour KA, Etaati Z, Mirsaedi M, Masjedi MR, Velayati AA. Quality of life of tb patients referred to masih daneshvary hospital in 2005. *Iranian Journal of Clinical Infectious Diseases* 2006; 11: 49-56

55. Darvishpoor KA, Abed Saeedi ZH. Health-related quality of life of diabetic patients in Tehran. *International Journal of Endocrinology and Metabolism* 2013; 11: 1-6

56. Darvishpoor Kakhki A, Abed Saeedi Z, Delavar A, Saeed-O-Zakerin M. Autonomy in the elderly: a phenomenological study. *Hakim Research Journal* 2010; 12: 1-10

57. Lima MG, Barros MB, César CL, Goldbaum M, Carandina L, Ciconelli RM. Health related quality of life among the elderly: a population-based study using SF-36 survey. *Cadernos De Saude Publica* 2009; 25: 2159-67

58. Habibi Sola A, Nakipour P, Seyed Al-Shohada M, Haqqani H. The relationship between quality of life and physical activity in the elderly. *Iranian Nursing Quarterly* 2008; 21: 29-39

59. Sajjadi H, Biglarian A. Quality of life of elderly woman in Kahrizak Charity. *Payesh Journal* 2007; 2:105-8

60. Hagedoorn M, Van Yperen NW, Coyne JC, van Jaarsveld CH, Ranchor AV, van Sonderen E, Sanderman R. Does marriage protect older people from distress? The role of equity and recency of bereavement. *Psychology and Aging* 2006; 21:611