(Volume 21, Issue 2 (March- April 2022)

PAYESH

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.2.2.6]

[DOI: 10.52547/payesh.21.2.183]

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

Maryam Khazaee-Pool [1], 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[1]، سید ابوالحسن نقیبی[1]*

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

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱/۲۲
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱/ ۲۱
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۵ اردیبهشت ۱۴۰۱]
نشریه پایش: ۱۹۶- ۱۸۳ :(۲)۲۱ ؛۱۴۰۱

چکیده

مقدمه: باتوجه به رشد سریع جمعیت سالمند کشور، لزوم توجه به مشارکت‌اجتماعی به‌عنوان یکی از ارکان تعیین‌کننده‌سلامت 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 شده‌است.

مواد و روش: دراین مطالعه توصیفی- تحلیلی، ۴۲۱ نفر از سالمندان بالای۶۰ سال مازندرانی با روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای و خوشه‌ای انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات فرم جمعیت‌شناختی، پرسشنامه محقق‌ساخته مشارکت اجتماعی سالمندان و موانع مشارکت اجتماعی بود. داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS و با استفاده از آزمون‌های آماری تی‌مستقل، آنالیز واریانس‌یکطرفه، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون تجزیه و تحلیل در سطح معنی‌داری P<۰/۰۵ شد.

یافته‌ها: میانگین سنی سالمندان (۸/۸۱)۷۲/۵۵ و میانگین نمره مشارکت‌اجتماعی سالمندان (۱۱/۸۱)۲۲/۸۷بود. بیشترین میزان مشارکت مربوط به بعد فرهنگی- مذهبی مشارکت با (۴/۴۶)۸/۴۳ وکمترین میزان آن، مربوط به بعد سیاسی مشارکت (۲/۴۴)۳/۷۶ بود. خارج‌ازدسترس‌بودن (۸۶/۷ درصد)، نبودن فعالیت‌وامکانات فیزیکی در محل (۸۳/۶ درصد)، بی‌حوصلگی(۸۳/۱ درصد)، هزینه‌ها (۸۲/۷ درصد) و بیماری‌ها و مشکلات سلامتی (۸۰ درصد) به‌ترتیب مهمترین موانع مشارکت‌اجتماعی سالمندان بودند. مردان سالمند با سن پایین‌تر، شاغل و دارای تحصیلات دانشگاهی بطور معنی‌داری مشارکت اجتماعی بهتری داشتند (P<۰/۰۵). براساس تحلیل رگرسیون ۵۹ درصد از واریانس مشارکت اجتماعی توسط متغیرهای سن، تحصیلات و جنسیت تبیین شد.

نتیجه‌گیری: از آنجایی که میزان مشارکت اجتماعی سالمندان مازندرانی پایین بود، به نظر می رسد سیاست‌گذاری و طراحی برنامه‌های جامع و ایجاد بستر مناسب برای جهت کاهش موانع همچون افزایش امکانات و فعالیت‌ها، تفریحی و سرگرمی، دردسترس بودن فعالیت‌ها، بهبود درآمد و مدیریت بیماری‌ها 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-10-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.2.2.6]
[DOI: 10.52547/payesh.21.2.183]

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 قرن۲۱ است که ضرورت رسیدگی به سالمندی و پیشگیری از مشکلات ناشی از آن را بیشتر می دهد[۱]. براساس آمارهای موجود، روند رشد جمعیت سالمندان کشورهای درحال‌توسعه بیشتر از کشورهای توسعه‌یافته است. بطوریکه، بیش از نیمی از جمعیت سالمندان دنیا ساکن کشورهای درحال‌توسعه 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 (سنین۶۰ سال و بالاتر) از ۱۱۷۳۶۷۹ نفر در سال ۱۳۳۵ (۶/۲۵٪ جمعیت‌کشور)، 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 قابل‌توجهی پیدا می‌کند. به‌طوری‌که در سن۷۰ سالگی به‌طور میانگین ۲۶٪ از توانایی‌های فرد کاهش می‌یابد [۵]. نادیده‌گرفتن 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 شده‌است [۷]. نظریه فعالیت یکی از نظریه هایی است که به اهمیت جایگاه فعالیت و مشارکت اجتماعی سالمندان طی این دوره می‌پردازد. براساس دیدگاه تئوری فعالیت، فعال‌ماندن 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 ازمشارکت 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]، ازکارافتادگی 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، ۲۳] و 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 ارتقای‌سلامت آنان، مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان مشارکت‌اجتماعی 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.

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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-10-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.2.2.6]
[DOI: 10.52547/payesh.21.2.183]

روش نمونه‌گیری در این مطالعه بـه صـورت نمونـه‌گیـری تصـادفی طبقه‌ای و خوشه‌ای دو مرحله‌ای بود، بدین‌ترتیب کـه ابتـدا اسـتان مازندران به سه ناحیه، مرکزی، شـرقی و غربـی تقسـیم و متناسـب وزن هر ناحیه تعداد نمونه‌ها توزیع شدند. در ادامه از هـر ناحیـه دو شهرستان به صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس لیست سـالمندان این ۶ شهرستان اسـتخراج و بـه تناسـب جمعیـت هـدف، براسـاس شماره خانوار، نمونه‌های مورد نظر به صورت تصادفی انتخاب شدند. برای اجرای این پژوهش، پس از اخذ معرفی‌نامه از دانشگاه و کسـب موافقت از معاونت پژوهشی دانشگاه و دریافـت کـد اخلاقـی جهـت انجام پژوهش، با توضیح اهداف مطالعه برای پاسخگویان، پرسشنامه به صـورت حضـوری توسـط پرسشـگران جمـع‌آوری شـد. بـا اخـذ رضایت‌نامه جهت شرکت در پژوهش به شـرکت‌کننـدگان اطمینـان داده شد که اطلاعـات پرسشـنامه‌هـا کـاملا محرمانـه اسـت. وحـق انصراف به شرکت‌کنندگان از حضور در طرح در هر زمـان داده شـد. معیارهای ورود به مطالعـه شـامل سـن ۶۰ سـال و بـالاتر، تمایـل و رضایت آگاهانه برای شـرکت در مطالعـه، برخـورداری از هوشـیاری ذهنـی، عـدم مصـرف داروهـای تاثیرگـذار بـر هوشـیاری و توانـایی پاسخگویی به سؤالات، توانـایی برقـراری ارتبـاط کلامـی و نداشـتن اختلالات گفتاری و شنیداری برای پاسخگویی بـه سـوالات بـود. در صورتی‌که سـالمندان در رونـد تکمیـل پرسشـنامه مایـل بـه ادامـه همکاری نبودند از مطالعه حذف می‌شدند.

ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه محقق‌ساخته ای بـود کـه فراینـد اعتبارسنجی آن در ابتدای مطالعه ارزیـابی شـد. پرسشـنامه مـذکور مشتمل بر سه بخش بود. بخـش اول پرسشـنامه شـامل مشخصـات جمعیت شناختی و زمینه‌ای مانند، سن، جنسـیت، وضـعیت تاهـل، تعداد فرزندان، شغل، تحصیلات، میزان درآمد، محل سکونت فعلی و وضعیت مسکن بود. بخش دوم شامل سوالات مربـوط بـه مشـارکت اجتماعی و بخش سوم سوالات مرتبط با موانـع مشـارکت اجتمـاعی بود.

گویه‌های ابزار مشارکت اجتماعی براساس بررسـی متـون موجـود و استخراج مفاهیم مرتبط با مشارکت اجتمـاعی توسـط تـیم مطالعـه طراحی شد. جهت ارزیابی روایی پرسشنامه شاخص و نسبت روایـی محتوا، روایی صوری، روایی سازه و سپس پایایی آن محاسبه گردید. در ابتدا روایی محتوا براساس نظرات ۱۰ متخصص آشنا بـه موضـوع تحقیق و فرایند ابزارسازی محاسبه گردید. سپس برای ارزیابی روائی صوری ابزار، از نظرات ۱۰ نفر از افراد گروه هدف (سالمند) اسـتفاده شد. در مرحله بعد روایی سـازه ابـزار بـا اسـتفاده از تحلیـل عـاملی اکتشافی محاسبه شد که ۴ عامل بدست آمـد کـه ۵۴٪ واریـانس را تبیین کردند. سپس جهت انجام پایایی، یک مطالعه پایلوت بـر روی ۳۵ نفر از سالمندان مازندرانی انجام شد. پایایی کلی ابزار تحقیق بـا محاسبه آلفای‌کرونباخ، ۰/۸۴ بود. بنابراین پایایی ابزار اسـتفاده‌شـده در مطالعه خوب ارزیابی شد و مورد تائید قرار گرفت. این پرسشنامه مشتمل بر ۱۹ گویه بود که ۱۸ گویه آن به‌صورت طیـف لیکـرت ۵ گزینه‌ای (با طیف: همیشـه=۴، بیشـتر اوقـات=۳، گـاهی اوقـات=۲، به‌ندرت=۱، اصلاً=۰) تدوین شده‌است، پاسخگو در مجمـوع حـداکثر نمره ۷۲ و حداقل صـفر امتیـاز کسـب مـی نمایـد. میـانگین نمـره مشارکت اجتماعی کمتر از ۲۴ درسطح مشارکت ضـعیف، میـانگین نمره مشارکت اجتماعی بین ۴۸-۲۵ درسـطح مشـارکت متوسـط و میانگین نمره مشارکت اجتمـاعی بـین ۷۲-۴۹ درسـطح مشـارکت خوب تقسیم بندی شد.

این پرسشنامه براساس نتـایج روایـی سـازه، چهـار نـوع فعالیـت را می‌سنجد که عبارتند از: ۱- مشارکت سیاسی (عضـویت در احـزاب، عضویت در اتحادیه یا صـنف و شـرکت در انتخابـات)، ۲- مشـارکت مـدنی (حضـور در انجمـن اولیـا و مربیـان، تعـاونی‌هـای محلـی و خانوادگی، همکاری با سازمان‌هایی نظیر شهرداری (سمپاشی، حفظ و نگهداری از فضای سبز)، انجمن حفظ محیط‌زیسـت، عضـویت در مدیریت آپارتمان/ مجتمع مسکونی، همکاری با همسـایگان در امـور عمومی، بهداشت محل و انجمن‌های قـومی)، ۳- مشـارکت مـذهبی (حضور در هیأت‌ها، روضه‌ها، سفره‌ها، جلسات مذهبی و جشن‌هـای مذهبی، انجمن‌های خیریه‌ای، کمک به فقـرا، خریـد جهیزیـه بـرای خـانواده‌هـای نیازمنـد، جشـن نیکوکـاری) و ۴- مشـارکت در فعالیت‌های سـرگرمی-تفریحـی (حضـور در فعالیـت‌هـای ورزشـی، دوره‌های دوستان قدیمی، کلاس‌های موسیقی یا سـایر کـلاس‌هـای هنری، سینما و تئاتر، کنسرت موسیقی و رفتن به کتابخانه).

پرسشنامه موانع مشارکت اجتمـاعی: پرسشـنامه مشـتمل بـر ۱۵ عبارت درخصوص موانع سالمندان بود که سالمندان در قالب پاسـخ بلی وخیر به هر یک از موانع مشـارکت اجتمـاعی پاسـخ مـی‌دادنـد. جهت محاسبه نمره این قسـمت از پرسشـنامه بـر اسـاس شـمارش فراوانی هر یک از موانع مشارکت اجتماعی سالمندان بود. روایی این بخش از پرسشنامه به صورت محتوایی وکسـب نظـر از متخصصـان مرتبط بود (۱۰ متخصص آشنا با موضوع تحقیق و فرایند روانسـجی ابزار). جهت بررسی پایایی، پرسشنامه به ۳۵ سالمند مازندرانی داده

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-10-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.2.2.6]
[DOI: 10.52547/payesh.21.2.183]

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 نمونه ها و دریافت کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مازندران بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از فراوانی، میانگین، انحراف معیار تی‌مستقل، 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 ازآزمون 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 شرکت‌کننده‌گان مطالعه (۸/۸۱) ۷۲/۵۵ بود (جدول۱).
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. باتوجه 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 وکمترین 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 معنی دار آماری وجود داشت (P=۰/۰۱). 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=۰/۰۰۴). سالمندان با تحصیلات دانشگاهی بطور معنی‌دار مشارکت اجتماعی بالاتری به ترتیب از سالمندان با تحصیلات زیردیپلم (MD=۴/۳۴۶) و زیردیپلم (MD=۱/۴۸۸) دارند. نتایج آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه نشان داد میانگین نمره مشارکت اجتماعی در سالمندان با وضعیت شغلی تفاوت معنی‌داری دارد (P=۰/۰۱۷). سالمندان شاغل بطور معنی‌دار مشارکت اجتماعی بالاتری به‌ترتیب از سالمندان بیکار (MD=۴/۹۹۳)، خانه دار (MD=۴/۴۸۲) و بازنشسته (MD=۲/۴۴۸) دارند.
نتایج آزمون همبستگی نشان داد بین سن و مشارکت اجتماعی سالمندان همبستگی معنی‌دار و منفی آماری وجود داشت (P=/۰۲۴). به نحوی که با افزایش سن میزان مشارکت اجتماعی سالمندان بطور معنی‌داری کاهش می‌یابد (r =-۰/۱۱۳).
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 (ß=۲/۰۸۳, P=۰/۰۰۳)، جنسیت (ß=-۲/۱۶۱, P=۰/۰۱۵) و سن (ß=-۰/۱۵۲, P=۰/۰۱۸) 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 مشارکت‌اجتماعی همبستگی معنی‌دارآماری نبود (P>۰/۰۵).
یافته‌های مطالعه نشان داد به طور کلی از بین موانع مشارکت اجتماعی خارج از دسترس‌بودن (۸۶/۷٪)، نبودن فعالیت و امکانات فیزیکی در محل‌سکونت (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.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-10-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.2.2.6]
[DOI: 10.52547/payesh.21.2.183]

جدول ۱: مشخصات جمعیت شناختی سالمندان

	تعداد (درصد)
سن	
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 سطح‌بندی ابعاد مشارکت اجتماعی در سالمندان استان مازندران

	نوع مشارکت	M(SD)	محدوده نمره قابل اکتساب	سطوح دسته‌بندی		
				ضعیف	متوسط	خوب
				تعداد (درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)
۱	مشارکت مدنی	۵/۲۵ (۳/۷۳)	۰-۲۰	۳۰۷ (۷۲/۹)	۱۰۲ (۲۴/۲)	۱۲ (۲/۹)
۲	مشارکت سیاسی	۳/۷۶ (۲/۴۴)	۰-۱۲	۲۹۷ (۷۰/۵)	۹۴ (۲۲/۳)	۳۰ (۷/۱)
۳	مشارکت فرهنگی- مذهبی	۸/۴۳ (۴/۴۶)	۰-۲۰	۱۸۹ (۴۴/۹)	۱۷۴ (۴۱/۳)	۵۸ (۱۳/۸)
۴	مشارکت تفریحی- هنری	۵/۴۳ (۴/۱۱)	۰-۲۰	۳۰۸ (۷۳/۲)	۹۵ (۲۲/۶)	۱۸ (۴/۳)
۵	مشارکت کل	۲۲/۸۷ (۱۱/۸۱)	۰-۷۲	۲۲۵ (۵۳/۴)	۱۸۸ (۴۴/۷)	۸ (۱/۹)

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-10-19]

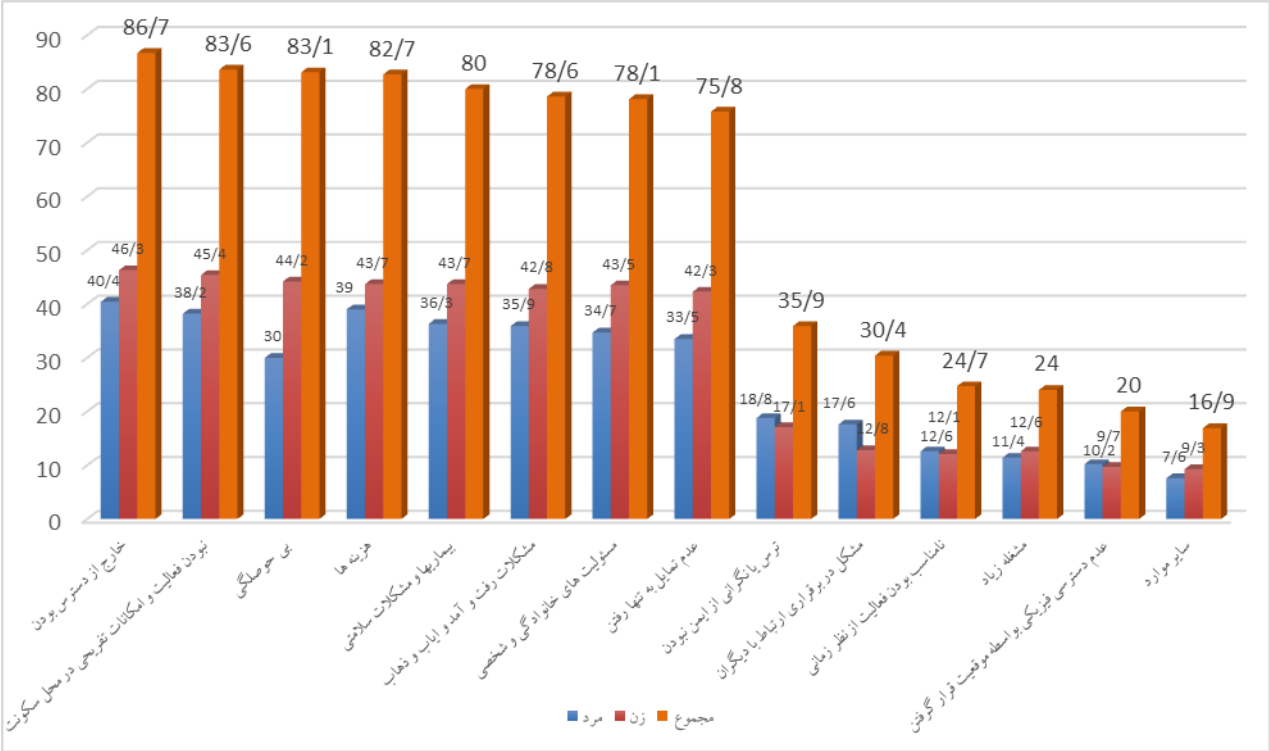
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.2.2.6]

[DOI: 10.52547/payesh.21.2.183]

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	R2= ۰/۵۹ R2 Adjusted=۰/۰۵۰	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 نتیجه‌گیری

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 [۳۵-۳۳]. این در حالی است که داشتن نقش و مشارکت فعال در امور متعدد جامعه طی دوره سالمندی، سبب رسیدن به سالمندی موفق شده 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 ـ 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 سالمندو با تجربه به عنوان یکی از نیازهای اصلی در روند توسعه جوامع پویا تأکید داشته اند [۳۷، ۳۶].

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.2.2.6]

[DOI: 10.52547/payesh.21.2.183]

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 فزاینده ای به زندگی درونی می‌پردازند. براساس نظریه کناره‌گیری وقتی سالمند حس می‌کند با ارزش‌ها و هنجارهای جامعه فاصله دارد از دیگران کناره‌گیری کرده و به‌تدریج سبب انزوای اجتماعی او می‌گردد و نهایتا 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 می تواند ناشی از این باشد که معمولا در مناطق کوچکتر مانند شهرهای استان مازندران بافت سنتی خود را تا حدودی حفظ کرده اند، 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 می رسد رفتار و کنش اجتماعی سالمندان مازندرانی نیز تا حدود زیاد متأثر از فرهنگ فردگرایانه و رفتار جمعی خاص گرایانه حاکم برکنش اجتماعی ایرانیان است.

در مطالعه اخیر، کمترین میزان مشارکت سالمندان مازندرانی در امور سیاسی و سپس امور مدنی و انجمن های اجتماعی مشاهده شد و در واقع نوعی بیگانگی از مشارکت در امور سیاسی و مدنی استنباط می شود. 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 خصوصا 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 بی هنجاری و بی معنایی ناشی از شرایط آنومیک معرفی می کند 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 شکل گیری انواع مختلفی از آسیب ها و مشکلات فردی و اجتماعی همانند کاهش سطح مشارکت و فعالیت اجتماعی و سیاسی می تواند باشد. از طرفی، بیگانگی افراد نسبت به جامعه را می توانیم 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 شکل گیری وقایع سیاسی در یک جامعه را ندارد و از طرفی، جامعه توسط گروه کوچکی اداره می گردد، که جدای از تمام فعالیت ها 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 بی تفاوتی، منفعل بودن و عدم علاقه به ساختار سیاسی جامعه منتهی می گردد.

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] مهترین موانع مشارکت اجتماعی سالمندان خرم آبادی به ترتیب بیماری‌ها، هزینه‌ها و عدم دسترسی به فعالیت‌های اجتماعی بود که تقریباً با مطالعه انجام

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-10-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.2.2.6]
[DOI: 10.52547/payesh.21.2.183]

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 نهایتا 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 مسئولیت ها و کمی درآمد گزارش کردند [۴۲]. در مطالعه گیلمور از کانادا، به ترتیب بیماری ها، مسئولیت های 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 شده‌است 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 مازندرانی، 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 مازندرانی از وجود چنین تشکل‌ها و انجمن‌هایی شناخت کافی نداشته باشند. براساس دیدگاه گائوتری، سالمند به طور مؤثری مشارکت اجتماعی نخواهد داشت مگراینکه علاوه‌بر وجود اراده سیاسی دولت و برنامه‌ریزان، قوانین ضروری، تشکل‌ها و سازمان‌های اجتماعی مناسب و مرتبط برای ترویج آن به‌همراه سایر عوامل‌مرتبط با سالمند، دردسترس باشد[۴۵]. لذا ضرورت توجه به راهبردهایی به منظور ایجاد و راه‌اندازی این تشکل‌ها 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 قابل‌ملاحظه 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 خصوصا استان مازندران به دلیل قرارگیری در مرحله گذار اجتماعی، تغییر در زمینه ها و بسترهای شکل گیری تعلق اجتماعی افراد را تجربه می کند. 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-10-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.2.2.6]
[DOI: 10.52547/payesh.21.2.183]

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 آیزین، 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 فعالیت‌های مختلف است. براساس مدل سلسله‌مراتبی کرافورد، جکسون و گادبی، سه دسته از عوامل بر مشارکت سالمندان تاثیرگذارند: موانعی مرتبط با افراد و نیروهای انسانی مرتبط با فعالیت‌های اجتماعی، موانع مرتبط با تعاملات افراد و موانعی ساختاری مرتبط با سیاست‌گذاری [۴۸]. لذا، مسئولان با معرفی اثرات مثبت مشارکت اجتماعی سالمند در ابعاد مختلف در جامعه و برنامه ریزی، معرفی راهبردهای کاربردی و ارائه برنامه‌های متنوع و پرداخت بخشی از هزینه‌ها توسط دولت می‌تواند سبب افزایش مشارکت سالمندان در فعالیت‌های جامعه گردند.

همسو با نتایج مطالعه درویش‌پور [۳۰] و ایوبی [۴۹] در تهران در این مطالعه نیز سطح مشارکت اجتماعی سالمندان مازندرانی با افزایش سن کاهش یافت. از سوی دیگر، براساس یافته‌های مطالعه لی و همکاران سطح مشارکت اجتماعی افراد با سن آنان رابطه معکوسی مشاهده شد. بطوریکه، میزان مشارکت اجتماعی سالمندان به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای با افزایش سن کاهش می‌یابد [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 می‌رسد با بالارفتن سن سالمند و به دنبال آن کاهش عملکرد جسمی و روانی آنان، شیوع بیماری‌های مزمن و دردهای جسمی در این گروه افزایش یافته که می‌تواند سبب افزایش ناتوانی و محدودیت در انجام امور زندگی و در نتیجه کاهش مشارکت اجتماعی سالمندان گردد. لذا برنامه‌ریزی و توجه ویژه نظام‌سلامت جهت ارتقاء سطح توانمندی و پتانسیل افراد برای داشتن دوره سالمندی فعال، کاهش و به تاخیر انداختن ناتوانی‌ها و معلولیت‌ها در این گروه از جامعه مهم به نظر می‌رسد. براساس نتایج کسب‌شده در مطالعه، سالمندان دارای تحصیلات بالاتر نسبت به سالمندان با تحصیلات پایین‌تر از مشارکت اجتماعی بیشتری برخوردار بودند. که با نتایج مطالعات منصوری [۲۸]، درویش‌پور و همکاران جعفری‌نیا و همکاران، لی و همکاران و شیبا و همکاران همراستا می‌باشد [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 دیدگاه‌های 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 بااهمیتی دارند. به عبارتی، افراد با سطح تحصیلی بالاتر، از نظر مالی در رتبه بالاتری بوده و از مهارت‌های حرفه ای و مشارکت فعالانه بیشتری برخوردارند. بطوریکه براساس دیدگاه اینگلهارت عواملی همچون سواد بالا، موقعیت اجتماعی- اقتصادی، مهارت‌های ارتباطی و اطلاعاتی، تجارب شغلی، شبکه‌های سازمانی، تقلیل تبعیض جنسیتی در امور اجتماعی- سیاسی سبب افزایش مشارکت اجتماعی فعال افراد می‌گردد [۵۳، ۵۰، ۲۶]. چنین استنباط می‌گردد که تحصیلات بطور مستقیم (از طریق بهبود سبک زندگی سالم) و غیرمستقیم (از طریق فراهم‌آوردن شغل بهتر، کاهش ناتوانی های جسمی و روانی سالمند، بهبود وضعیت اقتصادی- اجتماعی، ارتقای سطح تغذیه و مسکن مناسب‌تر) سبب افزایش مشارکت اجتماعی فعال سالمند می‌گردد. براساس نتایج سایر مطالعات، با افزایش سطح تحصیلات، کیفیت زندگی افراد ارتقای پیدا می‌کند [۵۵، ۵۴]. لذا، افزایش سطح تحصیلات که پایه و مبنای آن به دوران قبل از سالمندی برمی‌گردد، می‌تواند بستر مناسب را برای مشارکت اجتماعی فعال‌تر افراد طی دوران سالمندی پایه‌ریزی کند.

همچنین شاغلین دارای سطح مشارکت اجتماعی فعالتری بودند. چنین به نظر می‌رسد که داشتن شغل و درآمد به عنوان یک ابزار حمایتی برای سالمندان به حساب می‌آید که سبب افزایش تعاملات اجتماعی سالمندان و در نتیجه ارتقاء سطح مشارکت اجتماعی‌اشان می‌گردد. معمولاً افراد دارای شغل به دلیل مشارکت بیشتر در موضوعات اجتماعی سیاسی، تعاملات اجتماعی گسترده‌تری داشته که خود زمینه مناسب‌تری جهت مشارکت اجتماعی آنان ایجاد می‌کند [۵۰، ۴۳]. به عقیده گیدنز تعاملات اثرگذار در جامعه منوط

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-10-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.2.2.6]
[DOI: 10.52547/payesh.21.2.183]

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

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

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 بوده اند [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 طولانی‌مدت 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 متاهل 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 می گردد. 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 محدودیت‌مطالعه حاضر می‌توان به نوع مطالعه و مقطعی‌بودن 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 مازندرانی پایین است.

از مهمترین موانع مشارکت اجتماعی آنان خارج از دسترس‌بودن، 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 سرمایه‌اجتماعی 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-10-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.2.2.6]
[DOI: 10.52547/payesh.21.2.183]

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 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.

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, Généreux 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. Ciência & Saúde 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. Saïas T, Beck F, Bodard J, Guignard R, du Roscoät 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, Sattoe JN. Patterns of social participation among older

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-10-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.2.2.6]
[DOI: 10.52547/payesh.21.2.183]

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 Oolder 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. IIUM 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-10-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.2.2.6]
[DOI: 10.52547/payesh.21.2.183]

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 selfrated 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-10-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.2.2.6]
[DOI: 10.52547/payesh.21.2.183]