

میزان مشارکت اجتماعی، موانع و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهر تهران

*علی درویش پور کاخکی^۱، ژایلا عابدسعیدی^۲، عباس عباس زاده^۳

چکیده

مقدمه: افزایش جمعیت سالمندان یک بحران است. بازنشستگی از کار و محدودیت فعالیت های اجتماعی مشکلی است که سالمندان با آن روبرو هستند. پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان مشارکت اجتماعی، موانع و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهر تهران صورت پذیرفته است.

مواد و روش ها: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-همبستگی است که بر روی ۳۳۰ سالمند بالای ۶۰ سال حاضر در پارک های مناطق مختلف شهر تهران در سال ۱۳۹۲ صورت پذیرفته است. در این پژوهش سالمندان به پرسشنامه های مشخصات فردی و "پرسشنامه مشارکت اجتماعی طرح بررسی سلامت جامعه کانادا" - Canadian Community Health Survey (CCHS) - "Social Participation" پاسخ دادند. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ انجام شد.

یافته ها: میانگین نمره مشارکت اجتماعی سالمندان $(\pm 4/30)$ بود. ۱۵/۹۶ درصد از سالمندان تمایلی برای شرکت در فعالیت های اجتماعی نداشتند. مهمترین عوامل شامل هزینه ها (۳۶ درصد)، بیماری (۳۰ درصد) و مشکلات رفت و آمد (۲۷/۳ درصد) بود. سالمندان با سن پایین تر، مذکر، متاهل، دارای تحصیلات دانشگاهی و با تعداد فرزندان کمتر بطور معنی داری مشارکت اجتماعی بهتری داشتند ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: طبق یافته های مطالعه حاضر میزان مشارکت اجتماعی سالمندان پایین گزارش شد. لذا تدوین برنامه های جامع و عملیاتی به منظور افزایش درآمد، مدیریت بیماری ها و رفع مشکلات رفت و آمدی سالمندان با در نظر گرفتن سایر عوامل مرتبط برای بهبود وضعیت مشارکت اجتماعی سالمندان پیشنهاد می گردد.

کلید واژه ها: مشارکت اجتماعی، سالمندان.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۷/۱۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۴/۲۱

۱- استادیار، گروه داخلی - جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران (نویسنده مسؤول).

پست الکترونیکی: darvishpoor@sbmu.ac.ir

۲- استادیار، گروه داخلی - جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۳- استاد، گروه داخلی - جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

مقدمه

افزایش جمعیت سالمندان حقیقتی انکار ناپذیر است. نکته قابل توجه افزایش بیشتر جمعیت سالمندان در کشورهای در حال توسعه و در شهرها نسبت به روستاها است که بیشتر با مسائل توسعه و جهان صنعتی مواجه می‌باشند (۱). از دیدگاه اجتماعی، قانونی و حقوقی در بسیاری از کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه سالمندی، سنی تعریف می‌گردد که در آن افراد از کار بازنشسته می‌شوند و از انواع خاصی از مزایای رفاهی مانند حقوق بازنشستگی برخوردار می‌گردند (۲،۳). هرچند بر اساس این تعریف، سالمندی به عنوان سنی است که در آن نهادهای اجتماعی و قانونی موظف به ارائه خدمات رفاهی و اجتماعی به سالمندان می‌باشند، اما حقیقت بازنشستگی و کنار گذاردن ناگهانی سالمندان از فعالیت های اجتماعی سبب بروز بحران می‌گردد (۴،۵). از طرفی تغییراتی که در دوران سالمندی ایجاد می‌گردد، منجر به کاهش قابل ملاحظه توانایی سیستم‌های مختلف بدن و در نهایت توانایی عملکرد سالمندان می‌گردد (۶-۸). کنار گذاشتن سالمندان از جامعه در کنار کاهش توانایی های عملکردی آن‌ها، کاهش حضور فعال سالمندان در جامعه و حتی در گروه‌ها و شبکه‌های اجتماعی همتایان را بدنبال دارد (۳،۴).

علاوه بر این، وجود نگرش‌های منفی در جامعه و خانواده نسبت به سالمندان و عدم توجه به تجارب آنان سبب تشدید انزوای اجتماعی و در نهایت کاهش کیفیت زندگی آن‌ها می‌گردد (۹-۱۱). کاهش فعالیت‌های اجتماعی برای سالمندان به حدی عمیق و اثر گذار است که احساس سرباری ایجاد می‌نماید و با توجه به مشکلات جسمی و روانی که برای سالمندان ایجاد می‌گردد، هر روز بر این احساس افزوده می‌شود (۱۲،۱۳). توجه بیش از حد به جمعیت نوجوان و جوان، تبلیغات بیش از حد در خصوص جایگزینی جوانان بجای سالمندان، نگرش منفی نسبت به سالمندان، تبلیغات منفی در رسانه‌ها و مطبوعات و عدم تعهد مدیران در اجرای قوانین مربوط به سالمندان، باعث سالمند آزاری اجتماعی، ترس حضور فعال سالمندان در اجتماع و تضييع حقوق اجتماعی آن‌ها می‌گردد

(۱۲). آثار پیامدهای مذکور به حدی است که در برخی مطالعات ۸۰ درصد سالمندان حداکثر یک فعالیت مشارکت اجتماعی را بیان نموده‌اند (۱۴). مشارکت اجتماعی در برگیرنده فعالیت‌هایی از قبیل شرکت در مراسم‌های مذهبی، برنامه‌های ورزشی، تفریحی، آموزشی و فرهنگی، انجمن‌های اجتماعی و محله‌ای، امور خیریه و کارهای خانوادگی بیرون از منزل می‌باشد (۱۴). مطالعات صورت گرفته نشان می‌دهند که مشارکت اجتماعی در دوران سالمندی علاوه بر کاهش میزان مرگ (۱۵،۱۶)، از کار افتادگی (۱۹-۱۷) و افسردگی (۲۱،۲۰) سالمندان؛ منجر به احساس سلامتی (۲۲،۲۳)، بهبود سلامتی شناختی (۲۴،۲۵،۲۶) و رفتارهای سلامتی (۲۷) آنان می‌شود. از اینرو مشارکت اجتماعی در دوران سالمندی به عنوان پایه و اساس سالمندی موفق که آرمان ارائه خدمات اجتماعی، رفاهی و سلامتی به سالمندان است، مطرح گردیده است (۲۸). لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان مشارکت اجتماعی سالمندان، موانع و عوامل مرتبط با آن در شهر تهران انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-همبستگی است که بر روی سالمندان مراجعه کننده به پارک‌های شهر تهران در سال ۱۳۹۲ صورت گرفته است. بر حسب منطقه جغرافیایی شهر تهران، سالمندان از پارک‌های پنج منطقه شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز شهر به تعداد مساوی ۶۶ سالمند از هر منطقه انتخاب شدند. سپس سالمندان به صورت در دسترس از پارک‌های هر منطقه در پژوهش شرکت داده شدند. در این پژوهش سالمندانی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، در خانه خود ساکن بودند، حداقل سن ۶۰ سال داشتند و به زبان فارسی صحبت می‌کردند، شرکت نمودند. تعداد نمونه با احتمال ۱۰ درصد ریزش نمونه‌ها و وقوع ۰/۲۶، ۳۳۰ نفر تعیین شد.

به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه مشخصات فردی و "پرسشنامه مشارکت اجتماعی طرح بررسی سلامت جامعه کانادا" (Canadian Community Health Survey - Social Participation) (CCHS) (۱۴) استفاده

است، پس از ترجمه این پرسشنامه به زبان فارسی، روایی محتوی این پرسشنامه توسط ۱۰ صاحب نظر در سالمندی و مشارکت اجتماعی مورد تأیید قرار گرفت. پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش محاسبه آلفای کرونباخ و بر اساس نمرات ۳۰ سالمند از شرکت کنندگان در پژوهش ۰/۷۶ بدست آمد که مورد پذیرش می باشد (۲۹).

جهت تجزیه و تحلیل داده ها از روش های آماری توصیفی و استنباطی با بهره گیری از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ استفاده گردید. ترسیم منحنی نرمال و نتایج آزمون کولموگروف- اسمیرنوف نشان داد که متغیر مشارکت اجتماعی از توزیع نرمال پیروی می کند. بر این اساس از ضریب همبستگی پیرسون، آنالیز رگرسیون و آزمون های آماری تی، تحلیل واریانس یکطرفه و جهت مقایسه های چند گانه (آزمون های تعقیبی) از روش شفه استفاده گردید.

یافته ها

در این پژوهش ۳۳۰ سالمند پرسشنامه ها را تکمیل کردند. میانگین سنی شرکت کنندگان در این مطالعه (۶۷/۹۴±۶/۴۰) سال بود. سایر مشخصات فردی سالمندان در جدول ۱ ارائه شده است.

گردید. این پرسشنامه ها توسط سالمندان بصورت خودگزارشی و یا بصورت حضوری و با سوال از سالمند و پس از کسب رضایت آگاهانه از آنان برای شرکت در پژوهش، تکمیل گردید. پرسشنامه اطلاعات شخصی دارای عباراتی در برگزیده متغیرهای فردی سن، جنس، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، همراهم زندگی، تعداد فرزندان و عوامل مرتبط با مشارکت اجتماعی بود. "پرسشنامه مشارکت اجتماعی طرح بررسی سلامت جامعه کانادا" (۱۴) در بر گیرنده ۹ عبارت درباره انجام کارهای دسته جمعی، شرکت در مراسم مذهبی، ورزش های گروهی، فعالیت های آموزشی و فرهنگی، فعالیت در کانون ها و نهادهای اجتماعی و خیریه و سرگرمی های گروهی می باشد. این پرسشنامه همچنین شامل ۱۵ عبارت در خصوص موانع مشارکت اجتماعی سالمندان می باشد که سالمندان در قالب پاسخ بلی و خیر به هر یک از موانع مشارکت اجتماعی پاسخ می دادند. نحوه محاسبه نمره قسمت اول این پرسشنامه در برگزیده محاسبه نمره میانگین مجموع عبارات این قسمت می باشد. نمره بالاتر از نمره میانگین این قسمت از پرسشنامه بیانگر مشارکت اجتماعی بهتر سالمندان می باشد. محاسبه نمره قسمت دوم این پرسشنامه نیز بر اساس شمارش فراوانی هر یک از موانع مشارکت اجتماعی سالمندان می باشد. از آنجایی که این پرسشنامه برای گروه های مختلف سالمندان در کشور کانادا از جمله سالمندان ایرانی مقیم در آن کشور بکار رفته

جدول ۱: مشخصات فردی سالمندان شرکت کننده در پژوهش

مشخصات فردی	تعداد	درصد
جنس		
مذکر	۲۰۱	۶۰/۹
مونث	۱۲۹	۳۹/۱
وضعیت تاهل		
مجرد	۷	۱/۲
متاهل	۲۶۱	۷۹/۱
مطلقه	۷	۱/۲
بیوه	۵۵	۱۶/۷
تحصیلات		
بی سواد	۸۵	۲۵/۷
ابتدایی	۶۷	۲۰/۳
راهنمایی	۳۱	۹/۴
دبیرستانی	۵۸	۱۷/۶

۲۷	۸۹	دانشگاهی
		همراهان زندگی
۷۲/۱	۲۳۸	همسر
۱۸/۵	۶۱	فرزندان
۱/۲	۴	آشنایان و دوستان
۸/۲	۲۷	تنها
		تعداد فرزندان
۲۰	۶۲	۲-۰
۵۰	۱۵۵	۵-۳
۲۱/۶	۶۷	۸-۶
۸/۴	۲۶	۹ و بیشتر

میانگین نمره مشارکت اجتماعی سالمندان ($39/9 \pm 4/30$) بود. بیشترین مشارکت اجتماعی مربوط به شرکت در کارهای خیر و داوطلبانه (۵۳ درصد) و کمترین مشارکت اجتماعی مربوط به انجمن های حرفه ای و اجتماعی مانند شورای محله (۱۱/۵ درصد) بوده است. ۲۰۵ (۶۲/۳ درصد) سالمند تمایل برای شرکت در فعالیت های گروهی، تفریحی و اجتماعی را در سال گذشته بیان نموده اند و ۳۷/۷ (۱۲۴ درصد) سالمند تمایلی برای شرکت در این فعالیت ها نداشته اند.

جدول ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی موانع مشارکت اجتماعی سالمندان

درصد	تعداد	موانع مشارکت اجتماعی
۳۶	۱۴۴	هزینه ها
۲۷/۳	۱۰۹	رفت و آمد
۲۳/۵	۹۴	نبودن فعالیت در محله
۸/۵	۳۴	عدم دسترسی فیزیکی
۱۵/۸	۶۳	دور از دسترس
۳۰	۱۲۰	بیماری ها
۷/۸	۳۱	نامناسب بودن زمانی
۱۵	۶۰	تنها بودن
۱۹	۷۶	مسئولیت های خانوادگی یا شخصی
۳/۸	۱۵	مشکل در ارتباط
۱۷/۸	۷۱	مشغله زیاد
۸/۳	۳۳	ترس از ایمن نبودن
۲۰/۳	۸۱	بی حوصلگی
۹	۳۶	بی برنامه بودن
۵/۳	۲۱	سایر موارد

معنی داری دارد ($P=0/016$). سالمندانی که متاهل بودند بطور معنی داری بیشتر از سالمندان بیوه ($MD=0/225$)، مطلقه ($MD=0/119$) و مجرد ($MD=-0/256$) در فعالیت های اجتماعی شرکت می کردند.

نتایج آزمون آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد میانگین نمره مشارکت اجتماعی در سالمندان با میزان تحصیلات تفاوت معنی داری دارد ($P=0/001$). سالمندان با تحصیلات دانشگاهی بطور معنی داری مشارکت اجتماعی بالاتری به ترتیب از سالمندان بی سواد ($MD=3/964$) با تحصیلات

همانگونه که در جدول ۲ مشخص است در بین موانع مرتبط با مشارکت اجتماعی بیشترین عوامل، هزینه ها (۳۶ درصد)، بیماری ها (۳۰ درصد) و بی حوصلگی (۲۰/۳ درصد) سالمندان برای مشارکت اجتماعی بوده است. نتایج آزمون تی نشان داد بین متغیر جنس با مشارکت اجتماعی رابطه معنی دار آماری وجود داشت ($P=0/014$). زنان بطور معنی داری مشارکت اجتماعی پایین تری نسبت به مردان داشتند. نتایج آزمون آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد میانگین نمره مشارکت اجتماعی در سالمندان با وضعیت تاهل متفاوت، تفاوت

ابتدایی ($MD=2/268$)، تحصیلات راهنمایی ($MD=1/582$) و دبیرستانی ($MD=1/068$) داشتند.

نتایج آزمون همبستگی نشان داد که بین سن با مشارکت اجتماعی همبستگی معنی دار آماری وجود داشت ($P=0/001$). به نحوی که با افزایش سن میزان مشارکت اجتماعی سالمندان بطور معنی داری کاهش می یابد ($r=-0/24$).

نتایج آزمون همبستگی نشان داد بین تعداد فرزندان با مشارکت اجتماعی همبستگی معنی دار آماری وجود داشت ($P=0/01$)، به نحوی که با افزایش تعداد فرزندان میزان مشارکت اجتماعی سالمندان بطور معنی داری کاهش می یابد ($r=-0/15$).

آنالیز رگرسیون چندگانه نیز نشان داد که در بین متغیرهای مورد بررسی، متغیر جنس ($P=0/005$) بهترین پیش بینی کننده میزان مشارکت اجتماعی سالمندان می باشد.

بین سایر متغیرهای همراهم زندگی و وضعیت مسکن با مشارکت اجتماعی همبستگی معنی دار آماری وجود نداشت.

بحث

مطالعه حاضر که با هدف تعیین میزان مشارکت اجتماعی سالمندان ساکن در خانه شهر تهران صورت پذیرفت نشان داد که میزان مشارکت اجتماعی در سالمندان کمتر از نمره میانگین مشارکت اجتماعی می باشد و درصد قابل توجهی از سالمندان مشابه مطالعه صورت گرفته در کانادا (۱۴) تمایلی برای شرکت در فعالیت های اجتماعی ندارند. در پژوهش حاضر هزینه ها، مشکلات رفت و آمدی، بیماری ها، تنهایی و نداشتن همراه در دوران سالمندی از مهمترین عوامل مرتبط با مشارکت اجتماعی در دوران سالمندی بیان گردیده است. در مطالعه صورت گرفته در کانادا (۱۴) به ترتیب بیماری ها، مسئولیت های زندگی و مشکلات رفت و آمدی مهمترین عوامل مرتبط با مشارکت اجتماعی بیان گردیده است. همانگونه که مشخص است مشکلات اقتصادی و تامین اجتماعی ناکافی سالمندان ایرانی از مهمترین مشکلاتی است که مشارکت اجتماعی آنان را در جامعه کم می نماید (۱۳،۳۰). از طرفی بیش از ۸۰ درصد

سالمندان، مبتلا به بیماری های مزمن می باشند که نه تنها مشارکت اجتماعی سالمندان را بطور مستقیم کاهش می دهد، بلکه با افزایش هزینه های دوران سالمندی در افرادی که بخش قابل توجهی از تامین اجتماعی کافی برخوردار نیستند، مشارکت اجتماعی آن ها را کاهش می دهد (۱۲،۳۱). علاوه بر هزینه ها و بیماری های دوران سالمندی، تنهایی و زندگی با افراد غیر همتا مانند فرزندان نه تنها باعث کاهش توجه سالمند نسبت به خود می شود، بلکه شرکت در فعالیت اجتماعی سالمند را بطور قابل توجهی کاهش می دهد (۳۲،۳۳). سالمند در زندگی با افراد ناهمتا، خود را متفاوت از آن ها می بیند و با آن ها احساس آرامش و راحتی برای شرکت در فعالیت های مورد علاقه و متناسب سن خود نمی کند (۱۳). به نظر می رسد مجموعه این عوامل بطور پیچیده ای با همدیگر در ارتباط می باشند و با اثر فزاینده بر یکدیگر مشارکت اجتماعی سالمندان را کاهش می دهند.

با افزایش سن سالمندان شرکت کننده در پژوهش مشارکت اجتماعی آن ها کاهش پیدا کرده است. به نظر می رسد علاوه بر اثر سن بر کاهش عملکرد جسمی، افزایش دردهای جسمی، افزایش بیماری های دوران سالمندی نیز از دیگر آثار افزایش سن سالمندان است که به نظر می رسد در مجموع مشارکت اجتماعی سالمندان را کاهش می دهد (۳۴).

زنان سالمند از مشارکت اجتماعی پایین تری در مقایسه با مردان سالمند برخوردار بودند. بخشی از مشارکت اجتماعی پایین تر زنان سالمند در مقایسه با مردان سالمند مربوط به دوران قبل از سالمندی است که زنان بطور کلی مشارکت اجتماعی پایین تری از مردان گزارش می نمایند (۳۵) و بخشی مربوط به دوران سالمندی است. طول عمر بیشتر زنان سالمند نسبت به مردان، تحصیلات پایین تر، درآمد کمتر و فقر بیشتر زنان سالمند، سالمند آزاری و غفلت بیشتر از زنان سالمند، نگاه منفی جامعه نسبت به آنان، توانایی کمتر برای دفاع از حقوق انسانی و اجتماعی خود و تنها زندگی کردن زنان سالمند برای مدت نسبتاً طولانی پس از مرگ همسر در مقایسه با مردان بیوه (۱۳،۱۴،۱۵) همه از عواملی هستند که می تواند تبیین کننده

مشارکت اجتماعی پایین تر زنان سالمند در مقایسه با مردان سالمند باشد.

وضعیت تاهل سالمندان با مشارکت اجتماعی سالمندان ارتباط معنی دار آماری داشت. به نحوی که تاهل با مشارکت اجتماعی بهتری همراه بود. یافته حاضر بیانگر این است که سالمندان تاهل در دوران سالمندی بواسطه داشتن شریک و همراه زندگی از مشارکت اجتماعی بهتری برخوردار می باشند. نکته حائز اهمیت یافته حاضر این است که بخش قابل توجهی از سالمندان همانگونه که در این پژوهش نیز مشخص شده است، در دوران سالمندی تنها و بدون همسر می باشند (۳۴). بنابراین، داشتن همسر در دوران سالمندی می تواند بطور موثری با مشارکت اجتماعی سالمندان همراه باشد. از این رو بایستی در برنامه های مشارکت اجتماعی سالمندان، به ازدواج سالمندانی که به تنهایی زندگی می کنند، به منظور حفظ و ارتقاء مشارکت اجتماعی آنان توجه ویژه ای صورت گیرد.

طبق یافته ها، سالمندان تحصیلکرده از مشارکت اجتماعی بهتری نسبت به سالمندان با تحصیلات پایین تر برخوردار بودند. به نظر می رسد که تحصیلات نه تنها بطور مستقیم از طریق بهبود رفتارها و سبک زندگی سالم می تواند با مشارکت اجتماعی ارتباط داشته باشد، بلکه بطور غیرمستقیم از طریق فراهم آوردن شغل بهتر، سالمند را در معرض ناتوانی های کمتر، وضعیت اقتصادی، موقعیت اجتماعی، تغذیه و مسکن بهتر قرار خواهد داد و مشارکت اجتماعی بهتری را ایجاد خواهد نمود. در سایر مطالعات نیز مشخص گردید که با افزایش تحصیلات، شرکت کنندگان از کیفیت زندگی بهتری برخوردار می باشند (۳۵،۳۶). بنابراین، افزایش سطح تحصیلات که اساس آن در دوران های قبل از سالمندی پایه ریزی می شود می تواند زمینه را برای مشارکت اجتماعی بهتر در دوران سالمندی فراهم نماید. بین تعداد فرزندان با مشارکت اجتماعی همبستگی معنی دار وجود داشت. به نحوی که با افزایش تعداد فرزندان میزان مشارکت اجتماعی سالمندان بطور معنی داری کاهش می یابد. هر چند مطالعه ای برای تبیین کاهش مشارکت اجتماعی سالمندان با افزایش تعداد فرزندان پیدا نشد، اما به نظر می رسد

این امر بخشی بخاطر طبقه اجتماعی و اقتصادی خانواده های با تعداد فرزندان بیشتر می باشد که مشارکت اجتماعی سالمندان را کاهش می دهد. از طرفی معمولاً خانواده های سالمندان با تعداد فرزندان بیشتر مشکلات خانوادگی بیشتری نسبت به خانواده های با تعداد فرزندان کمتر دارند که می تواند باعث کاهش مشارکت اجتماعی سالمندان گردد (۳۳). بهر حال انجام پژوهش بیشتر در این زمینه نیاز می باشد.

لازم به ذکر است از آنجایی که در این پژوهش گروه شاهدی برای مقایسه نتایج با آن گروه شاهد وجود نداشته، بنابراین تفسیر یافته ها باید با احتیاط صورت پذیرد.

نتیجه گیری نهایی

نتایج این پژوهش نشان داد که مشارکت اجتماعی سالمندان پایین می باشد. موانع متعدد و عوامل مختلف مرتبط با مشارکت اجتماعی سالمندان که در این پژوهش بدست آمد بیانگر نیاز به برنامه های جامع اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، رفاهی و خدمات بهداشتی درمانی با نگاه تخصصی به سالمندان برای ارتقاء مشارکت اجتماعی آنان می باشد. از اینرو تدوین و اجرای برنامه های جامع حفظ و ارتقاء مشارکت اجتماعی سالمندان در جامعه ایران، بایستی از زمان حال و با نگاه به آینده شروع شود تا در آینده سالمندان فعال تر و دوره سالمندی موفق تری داشته باشند.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر حاصل از طرح پژوهشی شماره ۳۱۲/۹۴۷ سال ۱۳۹۲ دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بوده است. بدین وسیله از همکاری کلیه مسئولین دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و سالمندان شرکت کننده در این پژوهش، تشکر می شود.

منابع

- 1- World Health Organization. [Homepage]. [Online]. <<http://www.who.org>>. [20 Jun 2014].
- 2- Mass ML, Buckwalter KC, Hardy MD, Tripp-Reimer T, Titler MG, Specht JP. Nursing care of older adults: diagnoses, outcomes, & interventions. Philadelphia, Mosby, Inc; 2001
- 3- Park J. Perspectives on Labour and Income. Canada, Statistics Canada; 2011.
- 4- Roach S. Introductory Gerontological Nursing. Philadelphia, Lippincott Co; 2000.
- 5- Kiefer RA. An integrative review of the concept of well-being. *Holistic Nursing Practice*. 2008; 22 (5): 244-252.
- 6- Hébert R, Brayne C, Spiegelhalter D. Incidence of functional decline and improvement in a community-dwelling, very elderly population. *American Journal of Epidemiology*. 1997; 145 (10): 935-944.
- 7- Backman K, Hentinen MK. Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*. 1999; 30 (3): 564-572.
- 8- Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth Textbook of Medical –Surgical Nursing. 11th Edition. Philadelphia, Lippincott Co; 2008.
- 9- Larkin M. Robert Butler: Championing a healthy view of aging. *The Lancet*. 2001; 357 (9249): 48.
- 10- Seifi GA, Zienali AH. [Law and elderly people in Iran]. *Social Welfare Quarterly*. 2007; 7(26): 247-263(Persian).
- 11- Tabloski PA. Gerontological Nursing. Philadelphia, Pearson Prentice Hall; 2006.
- 12- Vaez Mahdavi MR, Arani MM. [Social Report of World and Iran in 2003]. Tehran, Sampad Publisher; 2006(Persian).
- 13- Darvishpoor Kakhki A, Abed Saeedi Z, Delavar A, Saeed-O-Zakerin M. [Autonomy in the elderly: A phenomenological study]. *Hakim Research Journal*. 2010; 12(4): 1-10(Persian).
- 14- Gilmour H. Social participation and the health and well-being of Canadian seniors. *Health Reports*. 23(4):3-12.
- 15- Berkman LF, Syme L. Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*. 1979; 109(2): 186-204.
- 16- Wilkins K. Social support and mortality in seniors. *Health Reports*. 2003; 14(3): 21-34.
- 17- Mendes de Leon CF, Glass TA, Berkman LF. Social engagement and disability in a community population of older adults. *American Journal of Epidemiology*. 2003; 157(7): 633-42.
- 18- Lund R, Nilsson CJ, Avlund K. Can the higher risk of disability onset among older people who live alone be alleviated by strong social relations? A longitudinal study of non-disabled men and women. *Age and Ageing*. 2010; 39(3): 319-26.

19- Escobar-Bravo MA, Puga-González D, Martín-Baranera M. Protective effects of social networks on disability among older adults in Spain. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2011; 54(1): 109-116.

20- Glass TA, Mendes de Leon CF, Bassuk SS, Berkman LF. Social engagement and depressive symptoms in late life. *Journal of Aging and Health*. 2006; 18(4): 604-28.

21- Fiori KL, Antonucci TC, Cortina KS. Social network typologies and mental health among older adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*. 2006; 61(1): 25-32.

22- Zunzunegui MV, Koné A, Johri M, Béland F, Wolfson C, Bergman H. Social networks and self-rated health in two French-speaking Canadian community dwelling populations over 65. *Social Science and Medicine* 2004; 58(10): 2069-2081.

23- Sirven N, Debrand T. Social participation and healthy ageing: An international comparison using SHARE data. *Social Science and Medicine*. 2008; 67(12): 2017-26.

24- Wang H, Karp A, Winblad B, Fratiglioni L. Late-life engagement in social and leisure activities is associated with a decreased risk of dementia: A longitudinal study from the Kungsholmen Project. *American Journal of Epidemiology*. 2002; 155(12): 1081-1087.

25- Barnes LL, Mendes de Leon CF, Wilson RS, Bienias JL, Evans DA. Social resources and cognitive decline in a population of older African Americans and whites. *Neurology*. 2004; 63(12): 2322-2326.

26- Engelhardt H, Buber I, Skirbekkk V, Prskawetz A. Social involvement, behavioral risks and cognitive functioning among older people. *Ageing and Society*. 2010; 30(5): 779-809.

27- Betts Adams K, Leibrandt S, Moon H. A critical review of the literature on social and leisure activity and well-being in later life. *Ageing and Society*. 2011; 31(4): 683-712.

28- Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. *Gerontologist*. 1997; 37(4): 433-40.

29- Burns N, Grove S.K. *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique & Utilization*. 5th Edition. USA, W.B. Saunders Co; 2005.

30- Yazdanpanah L. [Barriers of social participation in people of Tehran]. *Social Welfare Quarterly*. 2007; 7(26):105-130(Persian).

31- Darvishpoor Kakhki A, Abed Saedi ZH, Delavar A. [Diseases of old people referring to elderly centers of Tehran]. *Journal of Payavard Salamat*. 2014; 7(6): 479-489(Persian).

32- 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(39): 177-200(Persian).

33- Darvishpoor Kakhki A. [Understanding of health concept and developing a model and instrument for measuring of health status of the elderly]. Dissertation for Doctor of Philosophy in Nursing. Shahid Beheshti University of Medical Sciences; 2010(Persian).

34- Darvishpoor Kakhki A, Abed Saedi ZH. [Factors related to health-related quality of life (HRQoL) of elderly people in Tehran]. *Faculty of Nursing and Midwifery Quarterly of Shahid Beheshti University of Medical Sciences*. 2014; 23(82): 8-16(Persian).

35- Darvishpoor Kakhki A, Etaati Z, Mir Saeedi SM, Masjedi M, Velayati AA(2006). [Quality of life of TB patients of referral patients to Masih Daneshvari Hospital in 2005]. Iranian Journal of Clinical Infectious Diseases.2006; 11(32): 49-56(Persian).

36- Darvishpoor Kakhki A, Abed Saeedi ZH. Health-related quality of life of diabetic patients in Tehran. International Journal of Endocrinology and Metabolism. 2013; 11(4): 1-6.

Archive of SID

Social participation, barriers, and related factors in older people in Tehran

*Darvishpoor Kakhki A¹, Abed Saeedi ZH², Abbaszadeh A³

Abstract:

Introduction: Increase of elderly population in the world is a critical issue. Retirement and limitation of social activity are some of the problems that elderly people face. Hence, this study was conducted to determine social participation, barriers and related factors in elderly people in Tehran.

Materials & Methods: This descriptive-correlational study was conducted on 330 elderly people above 60 years old in city of Tehran in 2014. Demographic characteristics questionnaire and "Canadian Community Health Survey (CCHS) - Social Participation" were used for data collection. The data were analyzed with SPSS/20.

Findings: The mean score of social participation was 15.96 (± 4.30). Around 37.7% of elderly people did not have any social participation. Factors associated with social participation included, cost of social activities (36%), disease and illness (30%), and transportation problems (27.3%). The male elderly with low age, married, university educated, and low number of offspring's had significantly better score of social participation ($P < 0.05$).

Conclusion: Although social participation in elderly people was low, many of them did not have any social participation. Therefore, planning to increase the salary, managing disease or illnesses, reducing transportation issues and considering other associated factors are suggested to improve social participation in elderly people.

Keywords: Social Participation, Aging.

Received: 12 July 2014

Accepted: 10 October 2014

1- Assistant Professor, Department of Medical-Surgical, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (**Corresponding author**)

E-mail: darvishpoor@sbmu.ac.ir

2- Assistant Professor, Department of Medical-Surgical, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3- Professor, Department of Medical-Surgical, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.