

The relationship of the perception of neighborhood and social participation of the elderly in Kerman, 2019

Hoseini Mohammadabadi MS¹, Garousi S^{2*}, Boostani D³

1- Master Student of Sociology, Faculty of Literature and Humanities, Shahid Bahonar University of Kerman, Kerman, Iran

2- Professor of Sociology, Faculty of Literature and Humanities, Shahid Bahonar University of Kerman, Kerman, Iran (**Corresponding Author**)

E-mail: sgarousi@uk.ac.ir

3- Associate Professor of Sociology, Faculty of Literature and Humanities, Shahid Bahonar University of Kerman, Kerman, Iran

Received: 9 Aug 2020

Accepted: 27 Sep 2020

Abstract

Introduction: Given the importance of healthy and active aging and the key role of elderly's social participation, it is required to conduct studies to evaluate the social participation of the elderly. The aim of this study was to investigate the level of social participation of the elderly in Kerman, Iran and its relationship with people's perception of social and physical characteristics of the neighborhood.

Methods: This research was a descriptive-analytical and cross-sectional study. The study population was consisted of people aged 65 years or over who live in Kerman. The studied population size was reported as 38840 based on census results. A total of 380 people were included in the study. The data were collected by a researcher-made questionnaire. The validity of the questionnaire was established by face validity and its reliability was determined by internal correlation method. The obtained CVI was 0.93 and the Cronbach's alpha was 0.952. The questionnaires were completed by the researcher after obtaining informed consent from the elderly. The data were analyzed by appropriate statistical tests using SPSS v.21 software.

Results: The social participation of the elderly was moderate, which decreased as the age increased ($R = -0.496$, $P < 0.001$). The independent variable, trust in the neighbors, was the most important variable affecting the social participation ($P < 0.001$, $Beta = 0.521$). Afterwards, the neighborhood facilities ($P < 0.002$, $Beta = 0.461$), age ($P < 0.001$, $Beta = 0.493$), and the sense of belongingness to the neighborhood ($P < 0.001$, $Beta = 0.253$) had the greatest effect on the social participation, respectively.

Conclusions: The results showed that most of the elderly in Kerman had a moderate level of social participation. Among all the predictors of social participation of the elderly, trust, perception of the neighborhood facilities, the sense of belongingness, and age were determined as the most effective variables. Considering the important role of social participation to improve the quality of life of the elderly and to promote health, the findings of this study can be used to optimize the living conditions (social, structural, and physical conditions) of the neighborhood of the elderly.

Keywords: Social participation; Aged; Neighborhood; Social Perception.

بررسی رابطه ادراک از محله با مشارکت اجتماعی سالمندان در شهر کرمان در سال ۱۳۹۸

محمدصادق حسینی محمدآبادی^۱، سعیده گروسی^{۲*}، داریوش بوستانی^۳

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد جامعه شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر، کرمان، ایران.

۲- استاد جامعه شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر، کرمان، ایران (نویسنده مسئول)

ایمیل: sgarousi@uk.ac.ir

۳- دانشیار جامعه شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر، کرمان، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۷/۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۵/۱۹

چکیده

مقدمه: با توجه به لزوم سالمندی سالم و فعال و اهمیت مشارکت اجتماعی سالمندان، مطالعه در حوزه مشارکت اجتماعی سالمندان لازم

است. این تحقیق با هدف تعیین رابطه ادراک از محله با مشارکت اجتماعی سالمندان در شهر کرمان در سال ۱۳۹۸ انجام شده است.

روش کار: این تحقیق از نوع توصیفی-تحلیلی است. جامعه آماری تحقیق حاضر شامل افراد ۶۵ ساله و بیشتر شهر کرمان بود که بر

اساس نتایج سرشماری ۳۸۸۴۰ نفر بودند. ۳۸۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند و اطلاعات توسط پرسشنامه پژوهشگر ساخته گردآوری

گردید. برای تعیین روایی پرسشنامه از روش روایی صوری و برای تعیین پایایی از روش همبستگی درونی استفاده شد. CVI به دست آمده

۰/۹۳ و آلفای کرونباخ ۰/۸۵۲ بود. پرسشنامه ها پس از کسب رضایت آگاهانه از سالمندان توسط محقق تکمیل گردید. داده ها به کمک

برنامه SPSS v.21 با استفاده از آزمونهای آماری مناسب تحلیل شدند.

یافته ها: مشارکت اجتماعی افراد مورد مطالعه در سطح متوسط بود که با افزایش سن میزان مشارکت کاهش می یافت (۰/۴۹۶ = -R

، $P < ۰/۰۰۱$).. متغیر مستقل اعتماد به اعضای محله ($Beta = ۰/۵۲۱, P < ۰/۰۰۱$) مهم ترین متغیر اثر گذار بر مشارکت اجتماعی

بود. سپس به ترتیب متغیر امکانات محله با ($P < ۰/۰۰۲, Beta = ۰/۴۶۱$)، سن ($Beta = -۰/۴۹۳, P < ۰/۰۰۱$) و حس تعلق به محله

($Beta = ۰/۲۵۳, P < ۰/۰۰۱$) بیشترین تاثیرات را بر مشارکت اجتماعی داشتند.

نتیجه گیری: نتایج تحقیق نشان داد که اکثر سالمندان مورد مطالعه در شهر کرمان مشارکت اجتماعی متوسطی داشته اند. از بین تمام

عوامل پیش بینی کننده مشارکت اجتماعی سالمندان، اعتماد، ادراک از امکانات محله، حس تعلق و سن موثرترین متغیرها شناخته شدند. با

توجه به نقش مهم مشارکت اجتماعی در بهبود کیفیت زندگی سالمندان و ارتقای سلامتی، یافته های این تحقیق در راستای بهینه سازی

شرایط زیست محله ای (شرایط اجتماعی و شرایط ساختاری و فیزیکی) سالمندان می تواند مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه ها: مشارکت اجتماعی، سالمند، محله، ادراک اجتماعی.

مقدمه

محدودیت های ناشی از بیماری ها، ناتوانی های جسمانی

یا حتی معلولیتها، نقش مهمی در کاهش میزان مشارکت

سالمندان و نهایتاً افزایش مرگ و میر دارد (۵، ۶).

مشارکت اجتماعی در شکل های مختلف خود به سلامتی

بیشتر سالمندان منجر می شود (۷). مشارکت افراد مسن

در فعالیت های بدنی و اجتماعی به آنها کمک می کند تا

توانایی های جسمی و شناختی خود را حفظ کنند و احتمالاً

شروع وابستگی ناشی از پیری را به تأخیر بیندازد (۸).

مشارکت به عنوان درگیر شدن شخص در فعالیتهای

اجتماعی و داشتن تعامل با جامعه تعریف شده است (۹).

طولانی شدن عمر در سالهای اخیر، باعث افزایش نسبت

جمعیت سالمند به کل جمعیت در بسیاری از کشورها شده

است. جمعیت افراد بالای ۶۰ سال در ایران حدود ۷ میلیون

نفر است (۱). سالمندی فعال فرایندی است که با حداکثر

سازی فرصتهای سلامتی، مشارکت و امنیت، به بهبود

کیفیت زندگی سالمندان کمک می کند (۲). بسیاری از افراد

مسن به دلیل تعدادی از عوامل مرتبط با پیری در معرض

خطر عدم برقراری ارتباط معنادار با دیگران هستند (۳، ۴).

تعلق به محله و احساس عضویت در یک اجتماع محلی با مشارکت سالمندان در فعالیتهای اجتماعی ارتباط معنی دار دارد (۲۹). هند و و هووری نشان دادند که محلاتی با انسجام بالای اجتماعی سالمندان را به حضور در اجتماعات و گردهمایی ها ترغیب می کنند (۲۰). تحقیقی در سوئد نشان داد که ویژگی های محله به واسطه متغیرهایی چون مهاجرت، سطح اقتصادی - اجتماعی، تحصیلات و مشارکت اجتماعی، سلامت سالمندان را تحت تاثیر قرار داده است (۳۰). ادراک از محله سالمندان در بلژیک با سطح مشارکتهای رسمی آنها ارتباط معنی داری داشته است (۳۱).

تحقیقی در شهر تهران نشان داد که به طور کلی میزان مشارکت سالمندان پایین است (۳۲). مرادی و همکاران در تحقیقی در تهران نشان دادند که مشارکت اجتماعی در بین سالمندان عضو کانونهای سالمندی با کیفیت زندگی ایشان ارتباط دارد (۳۳). تحقیق دیگری در خرم آباد نشان داد که مهم ترین موانع مشارکت اجتماعی سالمندان عبارتند از بیماری، مشکلات مالی و دسترسی فیزیکی (۳۴). برجی و همکاران نشان دادند که مهم ترین عامل در افزایش مشارکت سالمندان استفاده از وسایل کمک حرکتی است (۳۵). تحقیقی در شهر اهواز نشان داد که از میان عوامل اثرگذار، متغیرهای اعتماد و تعلق اجتماعی بالاترین ضریب اثر و همبستگی را با متغیر مشارکت سالمندان داشته است (۳۶). تحقیقی در شهر گرگان نشان داد که عوامل اجتماعی و محیطی همبستگی مثبتی با مشارکت اجتماعی سالمندان داشتند (۳۷).

مرور ادبیات نظری و تجربی مرتبط با مشارکت اجتماعی سالمندان نشان از نقش مهم این مولفه اجتماعی در سلامت سالمندان و سالمندی پویا و موفق دارد. هر چند تحقیقات متعددی در سایر کشورها نشان داده که ویژگی های محله زندگی سالمندان نقش تعیین کننده ای در میزان مشارکت ایشان دارد، اما تا کنون در ایران به طور مشخص تحقیقی در خصوص تاثیر ویژگی های فیزیکی و اجتماعی محله بر میزان مشارکت اجتماعی سالمندان انجام نشده است. اکثر تحقیقات در ایران به تاثیر ویژگی های فردی، اقتصادی - اجتماعی و سطح سلامتی توجه کرده اند. این تحقیق با هدف بررسی میزان مشارکت اجتماعی سالمندان شهر کرمان و ارتباط آن با ادراک افراد از ویژگی های اجتماعی و فیزیکی محله انجام شده است.

روش کار

این تحقیق از نوع توصیفی - تحلیلی بود که به صورت

مشارکت اجتماعی به مشارکت در تفریح، فعالیتهای اجتماعی - فرهنگی، آموزشی و معنوی اشاره دارد (۱۰). مشارکت اجتماعی به عنوان "مشارکت یک شخص در فعالیتهایی که تعامل با دیگران در جامعه یا اجتماع محلی را ایجاد می کند تعریف شده است (۱۱). نظریه فعالیت اجتماعی (۱۲) نظریه تداوم و نظریه ادوار زندگی هر یک از منظر جداگانه به تحلیل مشارکت سالمندان پرداخته اند (۱۲-۱۴).

علیرغم وجود محدودیتهای ناشی از بیماری ها (۱۵) عوامل اجتماعی و ویژگی های اقتصادی - اجتماعی نقش تعیین کننده ای در شکل گیری مشارکت سالمندان دارند. ویژگی های اقتصادی - اجتماعی (به عنوان مثال، سطح تحصیلات، مالکیت خانه و ماشین، طبقه اجتماعی، شغل و رضایت از مسکن) با سطح مشارکت سالمندان در ارتباط است (۱۶). سرمایه اجتماعی (۱۷)، سرمایه فرهنگی (۱۸)، ارزشها (۱۹) و ادراک از محیط پیرامونی (۹) می توانند پیامدهای مثبت و منفی برای گروه های خاص داشته باشند. مدل اکولوژیک لاتون و نامهواز سالمندی بر تاثیر پذیری رفتار و عملکرد فرد از محیط فیزیکی و اجتماعی تاکید می کند (۲۰).

محله بخش مهمی از محیط زندگی سالمندان است (۲۱) که به حفظ و ارتقاء مشارکت در زندگی روزمره کمک می کند (۲۲). تحقیقات نشان می دهد که اکثر سالمندان ترجیح می دهند در محله خود و اجتماع محلی که سالیان دراز با آن آشنا بوده اند، به زندگی خود ادامه دهند (۴، ۲۳). عدم وجود معابر مناسب برای پیاده روی، عملابه کاهش پیاده روی سالمندان منجر می شود که در نهایت می تواند میزان شرکت فرد در گردهمایی ها، مکانهای عمومی و تعامل رودر رو با دیگران را کاهش دهد (۲۴، ۲۵). وجود وسایل حمل و نقل عمومی مناسب می تواند آنها را به ادامه تعاملات اجتماعی ترغیب کند (۲) و وجود مکانهای عمومی مثل پارک، مسجد، سالن ورزشی و غیره که معمولاً محل برقراری ارتباطات اجتماعی است، زمینه را برای مشارکت سالمندان فراهم می کند (۲۶). مطالعات جدید نشان می دهد که درک افراد سالمند از دسترسی به امکانات مناسب محله با سطح مشارکت اجتماعی همبستگی مثبت دارد (۹، ۱۶). همچنین ساختار اجتماعی محله با تاکید بر عواملی همچون شناخت افراد از یکدیگر، داشتن اعتماد به همسایگان، احساس تعلق به محله، احساس امنیت، عدم ترس از جرایم در محله و رضایت از محله با میزان مشارکت اعضای محله در ارتباط است (۲۷). انسجام اجتماعی یکی از تسهیل کننده های اصلی مشارکت اجتماعی سالمندان است (۲۸). همچنین تحقیقات اوکون و میشل نشان داد که احساس

جمع شدن در فضای سبز، پارک یا مغازه‌های محل، حضور در عزاداری‌ها و جشن‌های محله، حضور در خانه‌های محله، حضور در مسجد، تکیه، هیات محله، حضور در تورهای مسافرتی-زیارتی مساجدمحله، حضور در کلاس‌های آموزش فرهنگی که در محله تشکیل می‌شود مثل کلاسهای قرآن، احکام، مشاوره خانواده و غیره. شاخصهای در نظر گرفته شده برای درک از امکانات محله عبارتند از: وجود سوپر مارکت، داروخانه، پلیس ۱۰۱، درمانگاه یا مطب پزشک، بانک و کلاتری و غیره. مولفه‌هایی مانند: وجود معابر مناسب برای عبور سالمندان، روشنایی معابر، وضعیت ترافیک، وسایل حمل و نقل عمومی و غیره برای ارزیابی ادراک فرد از ساختار فیزیکی محله در نظر گرفته شد. برای سنجش متغیر ادراک از جنبه اجتماعی محله، شاخصهای زیر طراحی شد: رضایت از جنبه‌های اجتماعی-عاطفی محله، اعتماد به اعضای محله، حس تعلق به محله. کلیه متغیرهای فوق در قالب طیف پنج گزینه‌ای لیکرت مورد سنجش قرار گرفتند. علاوه بر متغیرهای فوق، ویژگی‌های دموگرافیک مانند سن، جنس، مدت اقامت در محله هم در پرسشنامه مورد ارزیابی قرار گرفت.

برای تعیین روایی پرسشنامه از روش روایی صوری استفاده شد. ابتدا پرسشنامه به متخصصین حوزه‌های مرتبط با موضوع تحقیق ارائه گردید و از آنها خواسته شد در مورد مناسب یا نامناسب بودن سوالات پرسشنامه قضاوت نمایند که $CVR = 0/99$ و $CVI = 0/93$ به دست آمد. برای تعیین پایایی ابزار تحقیق از روش همبستگی درونی استفاده شد. پس از تکمیل ۳۰ پرسشنامه توسط اعضای از جامعه آماری، ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه برابر با عدد $0/852$ به دست آمد. جدول شماره یک ضریب آلفای کرونباخ برای متغیرهای مختلف تحقیق را نشان می‌دهد.

مقطعی در شهر کرمان در سال ۱۳۹۸ انجام شد. جامعه آماری شامل افراد ۶۵ سال و بیشتر شهر کرمان بود که بر اساس آخرین سرشماری برابر با ۳۸۸۴۰ نفر می‌باشد (۱). تعداد ۳۸۰ نفر به عنوان نمونه بر اساس جدول مورگان انتخاب شدند. معیارهای ورود به عرصه پژوهش عبارت بودند از: سن بالای ۶۵ سال، سکونت دائمی در شهر کرمان، سلامت ظاهری (عدم استفاده از ویلچر، واکر، توانایی حرکت، شنوایی و بینایی مناسب و غیره) در این پژوهش از روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای استفاده شد. برای انتخاب نمونه‌ها ابتدا مناطق چهارگانه شهرداری شهر کرمان در نظر گرفته شد سپس در هر منطقه ۲ یا ۳ محله به عنوان محل تحقیق انتخاب شد. سالمندان این محلات به صورت اتفاقی یا در دسترس انتخاب شدند. اطلاعات توسط پرسشنامه پژوهشگر ساخته گردآوری گردید. پرسشنامه به ترتیب متغیرهای زیر را مورد سنجش قرار داد: متغیر مشارکت اجتماعی [مشمتمل بر ۲ بعد: مشارکت اجتماعی رسمی، مشارکت اجتماعی غیر رسمی (فعالیت‌های داوطلبانه و فعالیت‌های اجتماعی)] [متغیر ادراک از محله] [مشمتمل بر ۳ بعد: ادراک از امکانات محله، درک از ساختار فیزیکی محله، درک از جنبه اجتماعی محله] [برای سنجش مشارکت رسمی از شاخصهایی نظیر عضویت در نهادها و انجمنهای مثل: بسیج، خیریه، انجمنهای فرهنگی، صندوق قرض الحسنه محلی و غیره. استفاده شد. برای سنجش مشارکت غیر رسمی از شاخصهایی مانند: همیاری به همسایه‌ها در صورت لزوم مثل: سرو سامان دادن به محله، ارائه مشاوره به همسایه‌ها، استفاده از امکانات منزل توسط همسایه‌ها، قرض پول یا وسایل به همسایه، کمک به نگهداری کودکان همسایه‌ها استفاده شد. برخی شاخصهای فعالیت‌های اجتماعی عبارتند از: خرید از مغازه‌های محله، پیاده روی و ورزش در محیط‌های عمومی محله،

جدول ۱: ضرایب آلفای کرونباخ برای متغیرهای تحقیق

شماره	متغیر	آلفا
۱	مشارکت اجتماعی رسمی	۰/۷۷۳
۲	مشارکت اجتماعی غیر رسمی (فعالیت‌های داوطلبانه)	۰/۷۲۷
۳	مشارکت اجتماعی غیر رسمی (فعالیت‌های اجتماعی)	۰/۷۹۷
۴	امکانات در محله	۰/۸۰۶
۵	ساختار فیزیکی محله	۰/۷۱۹
۶	اعتماد	۰/۷۹۵
۷	رضایت	۰/۸۶۶
۸	حس تعلق به محله	۰/۸۴۸

یافته ها

پاسخگویی در تحقیق کامل بود. ۵۶/۶ درصد پاسخگویان مرد و بقیه زن بودند، میانگین سنی نمونه تحقیق ۷۰/۸ سال بود. ۶۹/۷ درصد افراد در زمان تحقیق متاهل بودند در حالی که ۲/۹ درصد آنها هرگز ازدواج نکرده بودند و بقیه به دلیل فوت یا طلاق همسر، مجرد بودند. ۴۶/۶ درصد پاسخگویان با تحصیلات ابتدایی یا بی سواد بودند. ۱۰/۳ درصد شاغل، ۴۳/۲ درصد بازنشسته، ۳۱ درصد خانه دار و بقیه دارای درآمدهای جانبی بودند. ۳۴/۲ درصد افراد بیش از ۱۵ سال در محله خود زندگی می کردند، نزدیک به ۵۰ درصد بین ۵-۱۵ سال در محله فعلی ساکن بودند و بقیه سابقه اقامت کمتر از ۵ سال داشتند.

پرسشنامه ها پس از کسب رضایت آگاهانه از افراد تکمیل گردید. پس از بیان هدف تحقیق، نام محققین و علت انتخاب فرد به عنوان نمونه، از وی خواسته شد در صورت تمایل، به سوالات پاسخ دهد. ضمناً اطمینان دهی از رازداری و آزادی پاسخگو برای ترک مشارکت در هر مرحله از تحقیق هم در نظر گرفته شد. کد اخلاق IR.UK.REC.1399.002 از دانشگاه باهنر اخذ گردیده است.

اطلاعات توسط نرم افزار SPSS21 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای تحلیل داده ها از آزمونهای آماری ضریب همبستگی، آزمون تی، آنالیز واریانس یکطرفه و رگرسیون چند متغیره استفاده شد. سطح معنی داری ۰/۰۰۱ در نظر گرفته شد.

جدول ۲: توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب میزان مشارکت اجتماعی کلی و ابعاد آن

مشارکت (رسمی و غیر رسمی)	فراوانی	درصد
پایین	۵۷	۱۵/۰
متوسط	۲۳۴	۶۱/۶
بالا	۸۶	۲۲/۶
بی پاسخ	۳	۰/۸
جمع	۳۸۰	۱۰۰/۰
مشارکت رسمی	فراوانی	درصد
پایین	۱۱۹	۳۱/۳
متوسط	۲۰۸	۵۴/۷
بالا	۵۳	۱۳/۹
جمع	۳۸۰	۱۰۰/۰
مشارکت غیررسمی (داوطلبانه و اجتماعی)	فراوانی	درصد
پایین	۵۹	۱۵/۵
متوسط	۱۹۹	۵۲/۴
بالا	۱۱۹	۳۱/۳
بی پاسخ	۳	۰/۸
جمع	۳۸۰	۱۰۰/۰

محله در حد متوسط بوده (۵۹/۵ درصد). این متغیر شامل دو مولفه اصلی بود که به شرح زیر قابل توضیحند: ۵۲/۶ درصد افراد امکانات موجود در محله را در حد متوسط و ۲۲/۹ درصد در حد نامطلوب ارزیابی کرده اند. ۵۸/۷ درصد آنها، ساختار فیزیکی محله را متوسط ارزیابی کرده و فقط ۱۲/۹ درصد آن را مطلوب دانسته اند. نمره نیمی از افراد از متغیر درک جنبه اجتماعی محله در حد متوسط بوده و ۳۲/۶ درصد آنها درک خوبی از جنبه اجتماعی محله داشته

(جدول ۲) نشان می دهد که اکثر پاسخگویان مشارکت کلی متوسط داشته اند و کسانی که مشارکت پایین داشته اند فقط ۱۵ درصد بودند. درصد بیشتری از پاسخگویان مشارکت رسمی پایین داشته اند (۳۱/۳ درصد) در حالی که ۱۵/۵ درصد مشارکت غیر رسمی پایین داشته اند. تقریباً نیمی از افراد هم مشارکت رسمی و هم مشارکت غیر رسمی متوسط داشتند. به طور کلی ادراک سالمندان از جنبه فیزیکی و امکانات

مشارکت رسمی بیشتری از زنان دارند ($F=9/67, P=0/02$). مشارکت اجتماعی به طور کلی و دو مولفه آن (رسمی و غیر رسمی) در بین افراد متاهل و سایر گروهها تفاوت معنی دار دارد ($F=11/44, P<0/001$). در تمام موارد مشارکت اجتماعی متاهلان بیش از بقیه بود.

علاوه بر این مشارکت اجتماعی به طور کلی و دو مولفه آن (رسمی و غیر رسمی) در بین افراد با سطوح تحصیلی مختلف تفاوت معنی دار داشت ($F=46/516, P<0/001$). سالمندان دارای سطوح تحصیلی بالاتر، نسبت به سایرین هم مشارکت کلی و هم مشارکت رسمی و هم مشارکت غیررسمی بالاتری داشتند. مشارکت غیر رسمی افراد بر حسب مدت زمان اقامت در محله با یکدیگر متفاوت بود ($F=2/745, P=0/043$). نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان داد که افراد با سابقه اقامت بالاتر در محله مشارکت غیر رسمی بیشتری نسبت به سایر گروهها داشته اند.

اند. ادراک از جنبه اجتماعی محله سه مولفه اصلی داشت که توصیف آنها به شرح زیر است: $67/6$ سالمندان اعتماد متوسط به اعضای محله و $9/2$ درصد اعتماد بالایی داشتند. $59/7$ درصد سالمندان اذعان داشته اند که رضایت متوسطی از جنبه های اجتماعی و عاطفی محله خود دارند. این درصد برای کسانی که رضایت بالا داشته اند، $21/3$ درصد است. $44/7$ درصد افراد احساس تعلق متوسطی به محله خود داشتند در حالی که $40/8$ درصد احساس تعلق بالایی را بیان داشته اند.

ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین سن و مشارکت اجتماعی کلی ($R=-0/496, P<0/001$)، مشارکت رسمی ($R=-0/340, P<0/001$) و مشارکت غیر رسمی ($R=-0/479, P<0/001$) رابطه معنادار منفی وجود دارد. یعنی با بالا رفتن سن هر سه نوع مشارکت سیر نزولی می گیرند. نتایج آزمون تی نشان داد که زنان و مردان فقط از لحاظ میزان مشارکت رسمی تفاوت معنی دار دارند و مردان

جدول ۳: رابطه ی بین ادراک سالمندان از ویژگی های محله با مشارکت اجتماعی

نام متغیر	ضریب پیرسون	P-value
ادراک از محله		
مشارکت اجتماعی کلی	$-0/568$	$0/001$
مشارکت اجتماعی رسمی	$-0/255$	$0/001$
مشارکت اجتماعی غیر رسمی	$-0/612$	$0/001$
ادراک از امکانات محله (مولفه اول ادراک از محله)		
مشارکت اجتماعی	$-0/343$	$0/001$
مشارکت رسمی	$-0/093$	$0/070$
مشارکت غیر رسمی	$-0/475$	$0/001$
ادراک از ساختار فیزیکی محله (مولفه دوم ادراک از محله)		
مشارکت اجتماعی	$-0/282$	$0/001$
مشارکت رسمی	$-0/063$	$0/218$
مشارکت غیر رسمی	$-0/399$	$0/001$
ادراک جنبه های اجتماعی محله		
مشارکت اجتماعی	$-0/547$	$0/001$
مشارکت رسمی	$-0/579$	$0/001$
مشارکت غیر رسمی	$-0/593$	$0/001$
اعتماد به اعضای محله (مولفه اول ادراک جنبه اجتماعی)		
مشارکت اجتماعی	$-0/525$	$0/001$
مشارکت رسمی	$-0/425$	$0/001$
مشارکت غیر رسمی	$-0/521$	$0/001$

رضایت اجتماعی (مولفه دوم ادراک جنبه اجتماعی)

۰/۰۰۱	۰/۴۶۲	مشارکت اجتماعی
۰/۰۰۱	۰/۲۵۳	مشارکت رسمی
۰/۰۰۱	۰/۵۴۰	مشارکت غیر رسمی
حس تعلق به محله (مولفه سوم ادراک جنبه اجتماعی)		
۰/۰۰۱	۰/۴۷۶	مشارکت اجتماعی
۰/۰۰۱	۰/۲۵۸	مشارکت رسمی
۰/۰۰۱	۰/۵۳۷	مشارکت غیر رسمی

جدول ۴: نقش متغیرهای مستقل در تبیین متغیر وابسته مشارکت اجتماعی (رسمی و غیر رسمی)

متغیر	B	انحراف استاندارد	Beta	t	P-value
اعتماد	۲/۱۳۷	۰/۳۵۳	۰/۵۲۱	۶/۰۶۵	۰/۰۰۱
رضایت	۰/۵۰۰	۰/۴۶۱	۰/۱۱۳	۱/۰۸۴	۰/۲۷۹
حس تعلق	۰/۹۷۵	۰/۴۹۱	۰/۲۵۳	۱/۹۸۶	۰/۰۴۸
ادراک از ساختار فیزیکی محله	۰/۲۴۵	۰/۳۹۲	۰/۰۵۷	-۰/۶۲۴	۰/۵۳۳
ادراک از امکانات محله	۱/۱۷۷	۰/۳۸۰	۰/۴۶۱	۳/۰۹۷	۰/۰۰۲
سن	-۱/۶۱۷	۰/۱۱۴	-۰/۴۹۳	-۱۴/۱۹۶	۰/۰۰۱

همبستگی	ضریب همبستگی	ضریب همبستگی تعدیل یافته	انحراف استاندارد
۰/۷۵۶	۰/۵۷۱	۰/۵۶۳	۱۲/۳۵۳۷۹

مشارکت اجتماعی بالاتری برخوردار بودند. همچنین کسانی که تحصیلات بالاتری داشته و کسانی که شاغل بودند هم مشارکت بیشتری داشتند و در نهایت کسانی که در محله اقامت طولانی تری داشتند نسبت به تازه واردها بیشتر به مشارکت رو آورده بودند. از بین تمام عوامل پیش بینی کننده مشارکت اجتماعی سالمندان، اعتماد، ادراک از امکانات محله، حس تعلق و سن موثرترین متغیرها شناخته شدند.

سالمندان در سنین بالاتر، معمولاً مشارکت اجتماعی کمتری دارند (۳۸). تحقیق حاضر هم به یافته مشابهی دست یافت. دلایل احتمالی کاهش مشارکت اجتماعی با افزایش سن عبارتند از: بروز یا تشدید بیماری های مختلف یا محدودیتهای بدنی، شناختی و مالی (۳۹). اگرچه برخی محققان (۴۰) معتقدند که هم زنان و هم مردان با بالا رفتن سن مشارکت کمتری پیدا می کنند اما تحقیقات متعدد نشان می دهد که زنان سالمند تمایل بیشتری به مشارکتهای غیر رسمی و داوطلبانه دارند. تحقیق حاضر نشان می دهد که مردان و زنان در مشارکت اجتماعی کلی تفاوت معنی داری با هم ندارند اما مردان بیشتر از زنان، مشارکت رسمی دارند. با توجه به ساختار اقتصادی و اجتماعی ایران

همانطور که ملاحظه می شود با توجه به مقدار R^2 در جدول می توان گفت که تقریباً ۵۷ درصد از واریانس متغیر وابسته توسط متغیرهای مستقل (اعتماد به اعضای محل، سن، ادراک از امکانات محله و حس تعلق) توضیح داده شده است. همچنین لازم به ذکر است که با توجه به مقادیر بتامتغیر مستقل اعتماد به اعضای محل ($Beta = ۰/۵۲۱$) مهم ترین متغیر اثر گذار بر مشارکت اجتماعی است. در مرحله دوم با توجه به مقادیر $Beta$ متغیر مستقل امکانات محله با ($Beta = ۰/۴۶۱$) مهم ترین متغیر اثر گذار بر مشارکت اجتماعی است. در مرحله سوم سن ($Beta = -۰/۴۹۳$) بیشترین تاثیرات را بر مشارکت اجتماعی دارد یعنی پایین آمدن یک انحراف استاندارد در متغیر سن منجر به بالا رفتن $۴/۹$ انحراف استاندارد در متغیر وابسته می شود و سپس در مرحله چهارم متغیر حس تعلق به محله ($Beta = ۰/۲۵۳$) بیشترین تاثیرات را بر مشارکت اجتماعی دارد.

بحث

این تحقیق نشان داد هر چه سن افراد بالاتر بوده میزان مشارکت اجتماعی آنها کمتر شده و مردها از میزان

متاثر می کند (۳۰). یکی از جنبه های اجتماعی مهم در این تحقیق میزان اعتماد اجتماعی بود. این نتیجه نشان دهنده آن است که بر مبنای نظریه های مربوط به اعتماد اجتماعی مانند نظریه پاتنام اعتماد اجتماعی همانند محرکی باعث افزایش مشارکتهای اجتماعی در کلیه سطوح اجتماعی می شود. اعتماد از عناصر ضروری برای تقویت همکاری بوده و حاصل پیش بینی پذیری رفتار دیگران است که در یک جامعه کوچک از طریق آشنایی نزدیک با دیگران حاصل می شود، اما در جوامع بزرگتر و پیچیده تر یک اعتماد غیر شخصی تر یا شکل غیر مستقیمی از اعتماد ضرورت می یابد. پاتنام افزایش مشارکت های مدنی و گسترش شبکه های اجتماعی را از ساز و کارهای تبدیل اعتماد شخصی یا خاص با اعتماد اجتماعی یا تعمیم یافته معرفی می کند. از نظر پاتنام اعتماد اجتماعی به همان اندازه که یک نگرش شخصی است یک دارایی ضروری نظام اجتماعی نیز به شمار می رود. تعلق مکانی رابطه تعلق و هویتی فرد به محیط اجتماعی است که در آن زندگی می کند. همچنین احساس تعلق و وابستگی به محل نشان دهنده این است که افراد معانی احساسی، عاطفی و فرهنگی خاصی را به مکان منتسب می کنند که در عمل به صورت معیاری برای حضور فعال در محیط و مکان تبدیل می شود. احساس تعلق و وابستگی به محله در میان سالمندان یک حس غریبه نبودن به آنها می دهد که می تواند ایشان را به حضور اجتماعی و مشارکت در شکل های مختلف تشویق و ترغیب کند. این تحلیل نشان می دهد که سن نقش مهمی در روند مشارکت اجتماعی دارد، سن پایین تر می تواند پیش بینی کننده مشارکت بالاتر باشد. با افزایش سن سالمندان شرکت کننده در پژوهش مشارکت اجتماعی آنها کاهش پیدا کرده است. به نظر می رسد علاوه بر اثر سن، کاهش عملکرد جسمی، افزایش دردهای جسمی، افزایش بیماری های دوران سالمندی که با بالا رفتن سن ارتباط مستقیمی دارد، بر کاهش مشارکت تاثیر می گذارند. این یافته در تحقیقات مختلفی تایید شده است (۳۲، ۳۳، ۳۵). سوال مهمی که اینجا پیش می آید این است که چرا متغیر ادراک از ساختار فیزیکی محله و رضایت از روابط محله ای در مدل رگرسیونی پژوهش، نقش تعیین کننده ای پیدا نکردند در حالی که تحقیقات پیشین بر نقش این دو عامل تاکید داشته اند (۴۰). شاید علت این امر در انتخاب شاخصهای ادراک از ساختار فیزیکی نهفته باشد. در

تقریباً در همه گروه های سنی مشارکت رسمی مردان بیش از زنان است، بنابراین مشارکت در زمان سالمندی هم از این قاعده مستثنی نیست. در مطالعه حاضر مشخص شد که افراد متاهل بیش از دیگران به مشارکت اجتماعی رو می آورند. در هم ریختگی خانواده به علت طلاق یا فوت یکی از زوجین، می تواند تاثیر منفی بر روی میزان مشارکت فرد داشته باشد (۴۱). یافته های تحقیق نشان داد که مدت زمان اقامت در محله رابطه معکوس با میزان مشارکت دارد. تحقیقات نشان داده اند که عدم جابه جایی مکانی و استقرار طولانی در یک محله و مکان، عامل مهمی در افزایش مشارکت اجتماعی است (۴۱). به نظر می رسد اقامت طولانی مدت و آشنایی با اعضای محله، روابط آنها و حتی ویژگی های فیزیکی محله و چگونگی استفاده از آنها، از لحاظ روانی و شناختی سالمندرا به درجه ای از اطمینان می رساند که بتواند وارد عرصه مشارکت اجتماعی شود. در نتایج مشاهده شد که افراد با تحصیلات بالاتر، مشارکت اجتماعی بیشتری دارند. میزان و نوع تحصیلات افراد سالمند به نوعی تاثیر حفاظتی برای درگیر شدن در فعالیتهای اجتماعی دارد یعنی تحصیلات بیشتر از یک سو باعث می شود فرد ارتباطات اجتماعی بیشتر و شبکه های اجتماعی گسترده تر داشته باشد؛ و از سوی دیگر به عنوان تعیین کننده وضعیت اقتصادی - اجتماعی فرد را برای مشارکت اجتماعی فعال تر و آماده تر می کند (۴۲).

در بخش یافته های تحقیق مشاهده شد که تمام ویژگی های محله (فیزیکی و اجتماعی) تقریباً با تمام شکلتهای مشارکت اجتماعی سالمندان رابطه معنی دار داشت. در اینجا تحلیل را با استفاده از نتایج رگرسیون خطی انجام می دهیم تا میزان تاثیر گذاری هر یک از مولفه های متغیرهای مستقل تحقیق در تعیین تغییرات مشارکت اجتماعی مشخص شود. با توجه به نتایج تحلیل رگرسیونی متغیرهای اعتماد، درک از امکانات محله و احساس تعلق به محله از بین ویژگی های مختلف محله بیشترین تاثیر را بر تغییرات مشارکت اجتماعی سالمندان داشته است. در واقع ویژگی های اجتماعی محله و به ویژه حس اعتماد و حس تعلق به محله عامل مهمی در جلب مشارکت سالمندان است. در کنار این دو، وجود امکانات برای زندگی بهتر و راحت تر در محله هم به بهبود مشارکت اجتماعی کمک شایانی می کند. تحقیقات مختلف نشان داده اند که متغیرهای اجتماعی محله تا حد زیادی میزان مشارکت سالمندان را

وضعیت سلامت جسمانی و روانی افراد مطرح نشده بود، به نظر می رسد باید با احتیاط بیشتری یافته ها را به کل سالمندان شهر کرمان تعمیم داد.

پیشنهاد می شود برای رفع ایراد پیش گفته در تحقیقات آینده وضعیت سلامتی سالمند به عنوان متغیر جدید وارد تحقیق شود و با سوالات دقیق مورد ارزیابی قرار گیرد. از سوی دیگر چون دو متغیر ادراک از ساختار فیزیکی محله و رضایت در تحلیل رگرسیونی کنار رفتند، به نظر می رسد در تحقیقات آینده باید با تامل بیشتری بررسی شوند تا مشخص شود چرا بر خلاف تحقیقات قبلی و علیرغم وجود رابطه با میزان مشارکت، در تحلیل رگرسیونی نقش موثری به عهده نداشتند. با توجه به نقش مهم مشارکت اجتماعی در بهبود کیفیت زندگی سالمندان و ارتقای سلامتی، یافته های این تحقیق در راستای بهینه سازی شرایط زیست محله ای سالمندان می تواند مورد استفاده معاونت اجتماعی و فرهنگی شهرداری ها و شوراهای محله قرار گیرد.

سیاسگزاری

بدینوسیله از تمام سالمندان عزیزی که وقت خود را در اختیار پژوهشگران قرار دادند قدردانی میگردد. ضمناً از تمام کسانی که از ابتدا تا انتهای کار با همکاری خود به بهبود فرایند کار کمک کرده اند تشکر می شود.

این پژوهش برای سنجش این متغیر از شاخصهایی مثل وجود معابر مناسب برای عبور سالمندان، روشنایی معابر، وضعیت ترافیک، وسایل حمل و نقل عمومی و غیره استفاده شد. از آنجا که اکثر شهروندان از کودکی به شرایط فیزیکی نه چندان مناسب شهرها عادت کرده اند و فعالیتهای روزانه خود را در این بستر فیزیکی انجام نداده اند در دوره سالمندی هم این نواقص زیاد مورد توجهشان قرار نمی گیرد و به عبارتی اهمیت زیادی به آن نمی دهند. همچنین به نظر می رسد از جنبه اجتماعی احساس پذیرفته شدن، ریشه داشتن در مکان و محیط اجتماعی و اعتماد به اطرافیان نقش مهم تر و بنیانی تری نسبت به احساس رضایت از محیط فیزیکی دارد.

نتیجه گیری

نتایج تحقیق نشان داد که اکثر سالمندان مورد مطالعه در شهر کرمان، مشارکت اجتماعی متوسطی داشته اند. میزان مشارکت غیر رسمی افراد بیش از مشارکت رسمی بود. سن، جنس و وضعیت تاهل مانند تمام مطالعات پیشین ارتباط معنی دار با میزان مشارکت داشت. بر اساس تحلیل رگرسیونی از بین تمام عوامل پیش بینی کننده مشارکت اجتماعی سالمندان، اعتماد، ادراک از امکانات محله، حس تعلق و سن موثرترین متغیرها شناخته شدند. از آنجا که در این پژوهش سلامت جسمانی سالمندان فقط از نظر ظاهری مورد توجه قرار گرفته بود و سوالات دقیقی در مورد

References

1. Dargah Melli Amar [Internt] 2016 [May 23, 2020]. Available from: www.amar.org.ir.
2. World Health Organization (WHO). Active aging: A policy framework [Internet] 2002 [Sep 23, 2019]. Available from: www.apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf.
3. Litwin H. The association between social network relationships and depressive symptoms among older Americans: what matters most? *Int Psychogeriatr*. 2011;23(6):930-940. www.doi.org/10.1017/S1041610211000251. PMID:21356159.
4. Grenade L, Boldy D. Social isolation and loneliness among older people: issues and future challenges in community and residential settings. *Aust Health Rev*. 2008;32(3):468-478. www.doi.org/10.1071/ah080468. PMID:18666874.
5. Madrigano J, Baccarelli A, Mittleman MA, Sparrow D, Spiro A, 3rd, Vokonas PS, et al.

- Air pollution and DNA methylation: interaction by psychological factors in the VA Normative Aging Study. *Am J Epidemiol*. 2012;176(3):224-232. www.doi.org/10.1093/aje/kwr523. PMID:22798479. PMCID:3491965.
6. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev*. 2011;10(4):430-439. www.doi.org/10.1016/j.arr.2011.03.003. PMID:21402176.
7. Galenkamp H, Deeg DJH. Increasing social participation of older people: are there different barriers for those in poor health? Introduction to the special section. *Eur J Ageing*. 2016;13(2):87-90. www.doi.org/10.1007/s10433-016-0379-y. PMID:28804373. PMCID:5550606.
8. Mlinac ME, Feng MC. Assessment of Activities of Daily Living, Self-Care, and Independence. *Arch Clin Neuropsychol*. 2016;31(6):506-516. www.doi.org/10.1093/arclin/acw049.

- PMID:27475282.
9. Richard L, Gauvin L, Gosselin C, Laforest S. Staying connected: neighbourhood correlates of social participation among older adults living in an urban environment in Montreal, Quebec. *Health Promot Int.* 2009;24(1):46-57. www.doi.org/10.1093/heapro/dan039. PMID:19098293. PMCID:5167566.
 10. World Health Organization (WHO). *Global age-friendly cities: a guide*. Switzerland: World Health Organization; 2007.
 11. Levasseur M, Richard L, Gauvin L, Raymond E. Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: proposed taxonomy of social activities. *Soc Sci Med.* 2010;71(12):2141-2149. www.doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.041. PMID:21044812. PMCID:3597625.
 12. Pinto JM, Neri AL. Trajectories of social participation in old age: a systematic literature review. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2017;20(2):259-272. www.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160077.
 13. Atchley RC. A continuity theory of normal aging. *Gerontologist.* 1989;29(2):183-190. www.doi.org/10.1093/geront/29.2.183. PMID:2519525.
 14. Schweizer S, Stretton J, Van Belle J, Price D, Calder AJ, Cam CAN, et al. Age-related decline in positive emotional reactivity and emotion regulation in a population-derived cohort. *Soc Cogn Affect Neurosci.* 2019;14(6):623-631. www.doi.org/10.1093/scan/nsz036. PMID:31119296. PMCID:6688446.
 15. Kim LG, Adamson J, Ebrahim S. Influence of life-style choices on locomotor disability, arthritis and cardiovascular disease in older women: prospective cohort study. *Age Ageing.* 2013;42(6):696-701. www.doi.org/10.1093/ageing/af127. PMID:24080787.
 16. Bowling A, Stafford M. How do objective and subjective assessments of neighbourhood influence social and physical functioning in older age? Findings from a British survey of ageing. *Soc Sci Med.* 2007;64(12):2533-2549. www.doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.03.009. PMID:17433509.
 17. Yeung JWK, Zhang Z, Kim TY. Volunteering and health benefits in general adults: cumulative effects and forms. *BMC Public Health.* 2017;18(1):8. www.doi.org/10.1186/s12889-017-4561-8. PMID:28693551. PMCID:5504679.
 18. Krause N. Common facets of religion, unique facets of religion, and life satisfaction among older African Americans. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2004;59(2):S109-117. www.doi.org/10.1093/geronb/59.2.s109. PMID:15014098.
 19. Nelson HW, Hooker K, DeHart KN, Edwards JA, Lanning K. Factors important to success in the volunteer long-term care ombudsman role. *Gerontologist.* 2004;44(1):116-120. www.doi.org/10.1093/geront/44.1.116. PMID:14978327.
 20. Hand CL, Howrey BT. Associations among neighborhood characteristics, mobility limitation, and social participation in late life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2019;74(3):546-555. www.doi.org/10.1093/geronb/gbw215. PMID:28158866. PMCID:6377035.
 21. Barnes LL, Wilson RS, Bienias JL, de Leon CF, Kim HJ, Buchman AS, et al. Correlates of life space in a volunteer cohort of older adults. *Exp Aging Res.* 2007;33(1):77-93. www.doi.org/10.1080/03610730601006420. PMID:17132565.
 22. Brenner AB, Clarke PJ. Difficulty and independence in shopping among older Americans: more than just leaving the house. *Disabil Rehabil.* 2019;41(2):191-200. www.doi.org/10.1080/09638288.2017.1398785. PMID:29117730. PMCID:6131070.
 23. Curl AL, Stowe JD, Cooney TM, Proulx CM. Giving up the keys: how driving cessation affects engagement in later life. *Gerontologist.* 2014;54(3):423-433. www.doi.org/10.1093/geront/gnt037. PMID:23651920.
 24. Rosenberg DE, Huang DL, Simonovich SD, Belza B. Outdoor built environment barriers and facilitators to activity among midlife and older adults with mobility disabilities. *Gerontologist.* 2013;53(2):268-279. www.doi.org/10.1093/geront/gns119. PMID:23010096. PMCID:3605937.
 25. Sugiyama T, Cerin E, Owen N, Oyeyemi AL, Conway TL, Van Dyck D, et al. Perceived neighbourhood environmental attributes associated with adults recreational walking: IPEN Adult study in 12 countries. *Health Place.* 2014;28:22-30. www.doi.org/10.1016/j.healthplace.2014.03.003. PMID:24721737. PMCID:4079701.
 26. Baum F, Palmer C. 'Opportunity structures': urban landscape, social capital and health promotion in Australia. *Health Promot Int.* 2002;17(4):351-361. www.doi.org/10.1093/heapro/17.4.351. PMID:12406923.
 27. Zhang J, Tan PY, Zeng H, Zhang Y. Walkability Assessment in a Rapidly Urbanizing City and Its Relationship with Residential Estate Value. *Sustainability.* 2019;11(8):2205. www.doi.org/10.3390/su11082205.
 28. Fuentes M, Hart-Johnson T, Green CR. The association among neighborhood socioeconomic status, race and chronic pain in black and white older adults. *J Natl Med Assoc.* 2007;99(10):1160-1169. PMID:17987920. PMCID:2574394.
 29. Okun MA, Michel J. Sense of community and being a volunteer among the young-old. *J*

- Appl Gerontol. 2016;25(2):173-188. www.doi.org/10.1177/0733464806286710.
30. Lindstrom M, Moghaddassi M, Merlo J. Individual self-reported health, social participation and neighbourhood: a multilevel analysis in Malmo, Sweden. *Prev Med*. 2004;39(1):135-141. www.doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.01.011. PMID:15207994.
 31. Buffel T, De Donder L, Phillipson C, Dury S, De Witte N, Verte D. Social participation among older adults living in medium-sized cities in Belgium: the role of neighbourhood perceptions. *Health Promot Int*. 2014;29(4):655-668. www.doi.org/10.1093/heapro/dat009. PMID:23503290.
 32. Darvishpoor Kakhki A, Abed saeedi Z, Abbaszadeh A. [Social participation, barriers, and related factors in older people in Tehran] (Persian). *J Health Promo Manage*. 2014;3(4):65-73.
 33. Moradi S, Fekrazad H, Mousavi MT, Arshi M. [The study of relationship between social participation and quality of life of old people who are member of senior association of Tehran city in 2011] (Persian). *Salmand Iran J Ageing*. 2013;7(4):41-46.
 34. Mansouri T, Farhadi A, Borhaninejad VR, Kojaie Bidgoli A, Navvabi Rigi SD, Hosseinabadi R. [Factors and barriers affecting the social participation of older people] (Persian). *JNKUMS*. 2018;9(4):66-73. www.doi.org/10.29252/nkjmd-090410.
 35. 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] (Persian). *Salmand Iran J Ageing*. 2015;10(3):166-173.
 36. Asadollahi A, Hoseinzadeh A, Mohseni Tabrizi A, Nabavi A. Urban lifestyle and social participation of aged citizens of Ahwaz city: A regional survey. *J Appl Sociol*. 2013;49(1):1-4.
 37. Bazrafshan SH. [Sociological study of the relationship between lifestyle and social participation of elderly citizens of Gorgan] (Persian). *Urban Sociol Stud*. 2017;8(25):91-116.
 38. Agahi N, Lennartsson C, Kareholt I, Shaw BA. Trajectories of social activities from middle age to old age and late-life disability: a 36-year follow-up. *Age Ageing*. 2013;42(6):790-793. www.doi.org/10.1093/ageing/aft140. PMID:24064237.
 39. Huxhold O, Miche M, Schuz B. Benefits of having friends in older ages: differential effects of informal social activities on well-being in middle-aged and older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2014;69(3):366-375. www.doi.org/10.1093/geronb/gbt029. PMID:23682165.
 40. Levasseur M, Genereux M, Bruneau JF, Vanasse A, Chabot E, Beaulac C, et al. Importance of proximity to resources, social support, transportation and neighborhood security for mobility and social participation in older adults: results from a scoping study. *BMC Public Health*. 2015;15:503. www.doi.org/10.1186/s12889-015-1824-0. PMID:26002342. PMCID:4460861.
 41. Yorkston KM, Bourgeois MS, Baylor CR. Communication and aging. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2010;21(2):309-319. www.doi.org/10.1016/j.pmr.2009.12.011. PMID:20494279. PMCID:3074568.
 42. Gardiner C, Geldenhuys G, Gott M. Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. *Health Soc Care Community*. 2018;26(2):147-157. www.doi.org/10.1111/hsc.12367. PMID:27413007.