

Research Paper:**Comparison of Social Participation Level between Older Adults with Assistive Mobility Devices and Those without the Devices**Karim Ayubi Avaz¹, *Shahriar Parvaneh^{1,2}, Ahmad Ali Akbari³, Wiliam Miller², Pourya Reza Soltani⁴, Setareh Ghahari^{1,5}

1. Department of Occupational Therapy, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
2. Department of Occupational Science and Occupational Therapy, University of British Columbia, Vancouver, Canada.
3. Department of Clinical Sciences, Iranian Research Center on Ageing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
4. Department of Statistics and Computer, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
5. Department of Occupational Therapy, School of Rehabilitation Therapy, Queens University, Kingston, Canada.

Received: 22 Apr. 2015

Accepted: 30 Jul. 2015

ABSTRACT

Objectives Social participation is an important aspect of health in ageing. It is also a part of life and a key element in function that improves physical and psychological health in the elderly. Using assistive mobility devices may influence social participation in this population. Current study aimed to compare social participation in older adults who use assistive mobility devices with those who do not use assistive devices in Tehran.

Methods & Materials In this cross-sectional study, older adults with and without assistive mobility devices were comprised in their social participation. Seventy-nine old age adults (39 women and 40 men) who were 60 years or older were recruited using convenience sampling method. They completed life habit, mini mental state and demographic questionnaires. For analyzing continuous data with normal distribution, t test and ANOVA were used, while Kruskal-Wallis and Mann-Whitney tests were used for categorical variables or those with non-normal distribution.

Results The finding indicates that older adults with assistive mobility devices engage less in social participation than those who do not use these devices ($P < 0.05$). Older adults in age group of 60-74 years had higher social participation in comparison with those in 75-89 age group ($P < 0.05$). There was no significant differences between male and females, and single older adults and married ones in their social participation.

Conclusion Type of assistive device affects social participation in older adults. The results suggest that older adults with higher physical ability have higher social participation. Older adults who use assistive devices face with more limitations to participate socially in their community. It is necessary for rehabilitation team to pay attention in improving social participation of older adults.

Keywords:

Older adult, Social participation, Assistive Device, Mobility limitation

*** Corresponding Author:**

Shahriar Parvaneh, PhD

Address: Department of Occupational Therapy, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Kodakyar Ave., Daneshjo Blv, Evin, Tehran, Iran.

Tel: +98 (912) 1004187

E-mail: sh.parvaneh@gmail.com

مقایسه سطح مشارکت اجتماعی سالمندان استفاده کننده از وسایل کمک تحرکی با سالمندان بدون وسیله کمک تحرکی

کریم ایوبی آواز^۱، شهریار پروانه^۲، احمد علی اکبری کامرانی^۳، ویلیام میلر^۲، پوریا رضاسلطانی^۴، ستاره قهاری^۵

۱- گروه کاردرمانی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۲- گروه کاردرمانی، دانشگاه بریتیش کلمبیا، ونکوور، کانادا.

۳- گروه علوم بالینی، مرکز تحقیقات سالمندی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۴- گروه آمار و کامپیوتر، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۵- گروه توانبخشی، دانشکده توانبخشی، دانشگاه کوپنز، کینگستون، کانادا.

چکیده

تاریخ دریافت: ۰۲ اردیبهشت ۱۳۹۴

تاریخ پذیرش: ۰۸ مرداد ۱۳۹۴

هدف: مشارکت اجتماعی از اجزای مهم سلامت در فرایند سالمندی و به عنوان بخشی از زندگی و یکی از اجزای کلیدی عملکرد به شمار می رود که باعث بهبود سلامت فیزیکی و روانی سالمندان می شود. این احتمال وجود دارد که استفاده از وسیله کمک تحرکی روی مشارکت اجتماعی سالمندان تأثیر گذارد. هدف از مطالعه حاضر مقایسه وضعیت مشارکت اجتماعی سالمندان دارای وسیله کمک تحرکی با سالمندان بدون وسیله کمک تحرکی در شهر تهران است.

مواد و روش ها: در این پژوهش مقطعی، سالمندان بدون وسیله کمک تحرکی با سالمندانی که از وسیله کمک تحرکی استفاده می کنند، از نظر سطح مشارکت اجتماعی مقایسه شدند. ۷۹ سالمند (۳۹ زن و ۴۰ مرد) ۶۰ سال و بالاتر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و پرسشنامه های عادات زندگی، ارزیابی مختصر شناختی و پرسشنامه اطلاعات فردی را تکمیل شدند. به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات برای داده های پیوسته دارای توزیع طبیعی از آزمون های تی و آنوا و برای داده های گسسته یا با توزیع غیرطبیعی از آزمون های کروسکال والیس و من-ویتنی استفاده گردید.

یافته ها: براساس نتایج تحقیق، سالمندانی که از وسیله کمک تحرکی استفاده می کردند، مشارکت اجتماعی کمتری در مقایسه با سالمندان بدون وسیله کمک تحرکی داشتند ($P < 0/05$). سالمندان گروه سنی ۶۰-۷۴ سال سطح مشارکت اجتماعی بالاتری نسبت به گروه سالمندان ۷۵-۸۹ سال داشتند ($P < 0/05$). از نظر جنسیت و وضعیت تأهل بین سالمندان استفاده کننده از وسیله کمک تحرکی و بدون وسیله کمک تحرکی تفاوتی از نظر سطح مشارکت اجتماعی دیده نشد ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: نوع وسیله کمک تحرکی روی مشارکت اجتماعی سالمندان تأثیر می گذارد. نتایج نشان می دهد سالمندان با توانایی فیزیکی بالاتر، مشارکت بهتری دارند. سالمندان دارای وسیله کمک تحرکی برای مشارکت با محدودیت هایی در جامعه روبه رو هستند که لازم است گروه توانبخشی به بهبود مشارکت فرد در جامعه توجه بیشتری نمایند.

کلیدواژه ها:

سالمندان، مشارکت اجتماعی، وسیله کمک تحرکی

مقدمه

طول عمر و به عبارتی افزایش تعداد سالمندان است. براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، افراد ۶۰ سال و بالاتر، به عنوان سالمند شناخته می شوند [۲]. در سال ۲۰۰۰، جمعیت افراد ۶۰ سال و بالاتر در جهان ۶۰۰ میلیون نفر (معادل ۱۰ درصد کل جمعیت جهان) تخمین زده شد. پیش بینی می شود تعداد افراد

افزایش چشم گیر جمعیت سالمندی در سراسر دنیا، پدیده ای است که اهمیت توجه به سالمندی و پیشگیری از مشکلات آن را افزایش می دهد [۱]. یکی از دستاوردهای مهم قرن ۲۱، افزایش

* نویسنده مسئول:

دکتر شهریار پروانه

نشانی: تهران، اوین، بلوار دانشجو، بن بست کودکیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه کاردرمانی.

تلفن: ۱۰۰۴۱۸۷ (۹۱۲) +۹۸

پست الکترونیکی: sh.parvaneh@gmail.com

است. به‌طور معمول، وسایل کمکی با هدف بهبود وضعیت تحرک تجویز می‌گردند، اما مشخص نیست که آیا استفاده‌کنندگان از وسایل کمک‌تحرکی از نظر سطح مشارکت اجتماعی یکسان هستند یا اینکه بسته به نوع وسیله کمکی مورد استفاده با یکدیگر متفاوتند. هدف پژوهش حاضر بررسی سطح مشارکت اجتماعی، مشارکت در فعالیت‌های روزانه زندگی و مشارکت در نقش‌های اجتماعی سالمندان استفاده‌کننده از وسایل کمک‌تحرکی (عصا، واکر، صندلی چرخ‌دار) در مقایسه با سالمندان بدون وسیله کمک‌تحرکی است.

روشن مطالعه

مطالعه حاضر، یک تحقیق توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی است و جامعه پژوهشی آن را سالمندان ۶۰ سال و بالاتر ساکن شهر تهران که فهرست آنها در سرای محلات (کانون‌های سالمندی و کانون‌های معلولین)، در مناطق ۱، ۵، ۶، ۱۲ و ۱۶ تهران ثبت شده است، تشکیل می‌دهد. پس از معرفی تحقیق و اطمینان‌دادن از محرمانه ماندن اطلاعات و کسب رضایت‌نامه کتبی از سالمندان، نمونه‌گیری انجام شد. معیار ورود به مطالعه، سن ۶۰ سال و بالاتر و نبود اختلال شناختی بود.

مشارکت‌کنندگان در ۶ ماه گذشته سابقه بستری منجر به ناتوانی نداشتند و در صورت داشتن بیماری پیشرونده، سابقه ابتلا به بیماری روانی حاد یا مزمن که مانع از تحرک و جابه‌جایی فرد گردد یا سکونت در سرای سالمندان از مطالعه خارج می‌شدند. شرکت‌کنندگان در دو گروه سنی ۶۰-۷۴ سال و ۷۵-۸۹ سال تقسیم‌بندی شدند.

مطالعه مقدماتی روی ۱۲ نفر انجام گرفت و نتایج به‌دست‌آمده برای محاسبه حجم نمونه، مورد استفاده قرار گرفت و با استفاده از فرمول زیر، حجم نمونه ۷۹ نفر محاسبه گردید.

$$n = \frac{2\sigma_a^2(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2}{\delta^2}$$

n : sample size

$$\sigma_a^2 = \sigma_1^2 + \sigma_2^2 - 2\rho\sigma_1\sigma_2$$

σ_1^2 : variance of first population

σ_2^2 : variance of second population

ρ : correlation coefficient of two population

Z: values of standard normal distribution

α : α -level

$1 - \beta$: Power of test

δ : Difference between two means

وسيله کمک‌تحرکی در این تحقیق عصا، واکر و ویلچر تعریف گردید. برای گردآوری اطلاعات در این پژوهش از پرسشنامه‌های عادات زندگی، ارزیابی مختصر شناختی (MMSE)^۱ و پرسشنامه

این گروه سنی در سال ۲۰۲۵ به ۲/۱ میلیارد و در سال ۲۰۵۰ به حدود ۲ میلیارد نفر (معادل ۲۱ درصد جمعیت کل جهان) برسد. براساس محاسبات سازمان ملل متحد کشورهایی که نسبت جمعیت سالمند آنها ۷ درصد یا بیشتر باشد، جزو کشورهای دارای جمعیت سالخورده محسوب می‌شوند [۳]. سرشماری سال ۱۳۹۰ در ایران، جمعیت سالمندان با سن ۶۰ سال و بالاتر را حدود ۶ میلیون نفر، معادل ۳/۸ درصد نشان داده است [۴]. این بدین معنی است که ایران کشوری دارای جمعیت سالخورده است و تا ۱۵ سال آینده این رقم به ۷/۱۰ درصد خواهد رسید [۵].

سالمندی یکی از مراحل زندگی است که به‌دلیل بیماری‌های مزمن متعدد، با چالش‌های فراوانی روبه‌روست. بعد از سن میان‌سالی به‌طور میانگین سالیانه ۵/۱ درصد از کارایی عملکرد جسمی و ذهنی افراد کاهش می‌یابد [۶]. در حقیقت، وقتی فرد به سن هفتاد سالگی می‌رسد به‌طور میانگین ۲۶ درصد از توانایی‌های خود را از دست داده است. بیشتر مردم با رسیدن به دوران سالمندی با ناتوانی‌های زیادی روبه‌رو می‌شوند [۶]. بنابراین، سالمندی از دوره‌های حساس زندگی است و توجه به نیازها و مسائل این مرحله، از ضروریات اجتماعی است. با در نظر داشتن نیازهای این دوران، توجه به رفتارهای ارتقادهنده سلامت، امری مهم است که عمدتاً مورد غفلت قرار می‌گیرد.

از عوامل مهم رفتارهای ارتقادهنده سلامت در افراد سالمند، مشارکت اجتماعی آنان است. تحقیقات نشان می‌دهد مشارکت اجتماعی با کیفیت زندگی، سلامت فیزیکی و روانی بالاتر در سالمندان در ارتباط است [۷]. مشارکت از دید سازمان جهانی بهداشت به‌عنوان یکی از اجزای مهم سلامت در فرایند سالمندی به‌شمار می‌رود و به‌عنوان بخشی از زندگی و یکی از اجزای کلیدی عملکرد است [۸ و ۹]. میزان مرگ‌ومیر پایین، کیفیت زندگی بالا با مشارکت اجتماعی بالا مرتبط هستند [۱۰-۱۲]. به‌همین دلیل بهبود مشارکت اجتماعی سالمندان، یکی از سیاست‌های کلیدی سازمان بهداشت جهانی در رابطه با سالمندان است [۱۳] و تحقیقات فراوانی در زمینه مشارکت اجتماعی و ارتباط آن با سلامت سالمندان انجام گرفته است [۱۴].

براساس طبقه‌بندی بین‌المللی عملکرد، ناتوانی و سلامت، توانایی تحرک از اجزای فعالیت و مشارکت است و محدودیت تحرک می‌تواند بر سطح مشارکت تأثیر منفی داشته باشد [۱۵]. به‌دلیل وجود بیماری‌های مزمن، سطح تحرک در سالمندان کاهش می‌یابد و به استفاده از وسایل کمک‌تحرکی نیازمند می‌شوند [۱۶]. یکی از مهم‌ترین عوامل فیزیکی برای داشتن مشارکت اجتماعی، توانایی تحرک و جابه‌جایی است.

تحقیقات نشان می‌دهد که میزان ناتوانی در میان سالمندان تهران، به‌ویژه در حوزه تحرک و جابه‌جایی و مشارکت در امور، نسبتاً بالاست [۱]. اما تحقیقات موجود روی مشارکت اجتماعی، سطح توانایی فیزیکی و تحرکی سالمندان را مورد بررسی قرار نداده

1. Mini Mental State Examination

سال از گروه سالمندان ۷۵-۸۹ ساله بالاتر بود ($P < 0/05$). بین مردان و زنان از نظر سطح مشارکت اجتماعی تفاوتی وجود نداشت و افراد در گروه‌های مختلف از نظر وضعیت تأهلی با یکدیگر متفاوت نبودند ($P > 0/05$) (جدول شماره ۲). همچنین جداول شماره ۲ و ۳ بیانگر این نکته است که گروه سالمندانی که از وسیله کمک تحرکی استفاده نمی کردند، در مقایسه با سالمندان استفاده کننده از عصا، واکر و ویلچر، از سطح مشارکت اجتماعی بالاتری بهره مند بودند ($P > 0/05$).

در جدول شماره ۴ که ارتباط بین سن و مشارکت اجتماعی را در گروه‌های مختلف سالمندان نشان می‌دهد، مشخص گردید سن با مشارکت اجتماعی ارتباط معنادار و منفی دارد؛ یعنی با افزایش سن، مشارکت اجتماعی فرد کاهش می‌یابد.

بحث

نتایج این تحقیق نشان داد که مشارکت اجتماعی در سالمندان با سطوح حرکتی مختلف، متفاوت است. بین نوع وسیله کمک تحرکی مورد استفاده و مشارکت اجتماعی و ابعاد آن در گروه‌های مختلف سالمندان تفاوت معنادار یافت شد. نتیجه حاصل از این پژوهش حمایت کننده این موضوع است که سالمندان دارای وسیله کمک تحرکی مختلف و با توانایی حرکتی بالاتر، سطح مشارکت اجتماعی بالاتری را نشان می‌دهند. با توجه به میانگین نمره مشارکت اجتماعی، گروه‌های مختلف استفاده کننده یا بدون وسیله کمک تحرکی به ترتیب از بیشترین تا کمترین سطح مشارکت اجتماعی عبارتند از: ۱. افراد بدون وسیله کمک تحرکی؛ ۲. افراد دارای عصا؛ ۳. افراد دارای واکر؛ ۴. افراد دارای ویلچر. نتایج به دست آمده، اختلاف معناداری را بین نمرات این گروه‌ها نشان می‌داد که با نتایج مطالعات «لواسیر»^۶ و همکاران (۲۰۰۴)، «آنجلا کرافورد»^۷ و همکارانش (۲۰۰۸) و «هریسون»^۸ و همکارانش (۲۰۰۸) و «هونینگ»^۹ و همکاران (۲۰۰۳) همراستا بود.

در مطالعه لواسیر و همکاران (۲۰۰۴) مشخص گردید که افراد با ناتوانی فیزیکی، مشارکت اجتماعی پایین تری داشتند [۲۱]. همچنین در مطالعه‌ای که آنجلا کرافورد^۷ و همکارانش (۲۰۰۸) در مورد بررسی سطوح فعالیت فیزیکی، سلامتی، یکپارچگی اجتماعی و مشارکت اجتماعی در اشخاص با محدودیت حرکتی انجام دادند، مشخص گردید افراد با سطح فعالیت فیزیکی بالاتر، بیشتر در جامعه حضور می‌یابند [۲۲]. استفاده از فناوری کمکی در افراد ناتوان، باعث بهبود در مهارت‌های روزمره زندگی می‌شود

اطلاعات فردی استفاده گردید. در زیر هر یک از پرسشنامه‌ها به‌طور مختصر توضیح داده شده است.

پرسشنامه عادات زندگی: این پرسشنامه، مشارکت اجتماعی سالمندان را ارزیابی می‌کند. این نسخه از پرسشنامه، شامل ۷۷ مورد است [۱۷ و ۱۸]. در جامعه ایرانی، این پرسشنامه دارای روایی مطلوب ($T = 0/88$) و پایایی قابل قبول ($ICC = 0/95$ با $P < 0/001$) است (۱۹). پرسشنامه عادات زندگی دارای ۲ قسمت مشتمل بر مشارکت فرد در فعالیت‌های روزمره زندگی و نقش‌های اجتماعی دارد.

۱. مشارکت فرد در فعالیت‌های روزمره زندگی: این دسته دارای ۶ زیرمقیاس است که شامل تغذیه، تندرستی، مراقبت شخصی، ارتباطات، انجام کارهای مربوط به منزل و تحرک است.

۲. نقش‌های اجتماعی: این دسته نیز شامل ۶ زیرمقیاس شامل: مسئولیت، روابط بین فردی، زندگی اجتماعی، آموزش، اشتغال و تفریح است [۱۹].

پرسشنامه اطلاعات فردی: اطلاعاتی در مورد سن، جنس، وضعیت تأهل، منطقه زندگی، وضعیت سلامتی از افراد شرکت کننده در این مطالعه کسب شد.

پرسشنامه مختصر وضعیت شناختی (MMSE): این پرسشنامه دارای بخش‌های جهت‌یابی، ثبت اطلاعات، توجه و محاسبه، یادآوری و مهارت‌های زبانی است. به هر پاسخ صحیح ۱ امتیاز تعلق می‌گیرد و در مجموع حداکثر نمره کسب شده ۳۰ امتیاز است. نقطه برش این پرسشنامه در ایران ۲۲ است و نمره کمتر از ۲۲، بیانگر اختلال شناختی است. این آزمون در ایران مورد بررسی قرار گرفته و دارای روایی مطلوب ($P < 0/05$) و پایایی قابل قبول (آلفای کرونباخ ۰/۸۱) است [۲۰].

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نسخه ۱۹ نرم‌افزار آماری SPSS انجام گرفت. برای توصیف مشخصات شرکت کنندگان از آمار توصیفی و برای مقایسه سطح مشارکت اجتماعی سالمندان استفاده کننده از وسایل کمکی و سالمندان بدون وسیله کمکی از آزمون‌های تی مستقل^۲ و آنوا^۳ استفاده شد. در صورت غیرطبیعی بودن توزیع داده‌ها آزمون‌های کروسکال والیس^۴ و من-ویتنی^۵ انجام گردید.

یافته‌ها

جدول شماره ۱ ویژگی‌های دموگرافیک افراد را نشان می‌دهد. از مجموع ۷۹ فرد مورد مطالعه، ۴۰ نفر را مردان سالمند و ۳۹ نفر را زنان سالمند تشکیل می‌دادند. ۵۹ نفر از شرکت کنندگان متأهل بودند. سطح مشارکت اجتماعی سالمندان گروه ۶۰-۷۴

6. Levasseur

7. Angela Crawford

8. Kate Rousseau-Harrison

9. Hoenig

10. Angela Crawford

2. Independent-Sample T-test

3. Anova

4. Kruskal-Wallis

5. Mann-Whitney

جدول ۱. ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان در پژوهش (توزیع فراوانی و درصد).

درصد	فراوانی	مشخصه (متغیر)	
۵۴/۴	۴۳	۶۰-۷۴	گروه‌های سنی
۴۵/۶	۳۶	۷۵-۸۹	
۵۰/۶	۴۰	مرد	جنسیت
۴۹/۴	۳۹	زن	
۷۴/۷	۵۹	متاهل	وضعیت تاهل
۰	۰	مجرد	
۷/۶	۶	مطلقه	
۱۷/۷	۱۴	همسر فوت شده	
۲۰/۳	۱۶	منطقه ۱ (شمال تهران)	محل سکونت
۲۰/۳	۱۶	منطقه ۵ (غرب تهران)	
۲۰/۳	۱۶	منطقه ۶ (مرکز تهران)	
۱۷/۷	۱۴	منطقه ۱۲ (شرق تهران)	
۲۱/۵	۱۷	منطقه ۱۶ (جنوب تهران)	
۸۸/۶	۷۰	بیماری دارد	وضعیت سلامتی
۱۱/۴	۹	بیماری ندارد	

سالمند

جدول ۲. مقایسه میانگین نمره مشارکت اجتماعی و ابعاد آن در میان گروه‌های مختلف سالمندان.

گروه سالمندان	مشارکت اجتماعی		مشارکت در فعالیت‌های روزمره زندگی		مشارکت در نقش اجتماعی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
بدون وسیله کمک‌تحرکی	۹/۴۷۷	۰/۰۵۲	۹/۴۲۷	۰/۷۵۶	۹/۵۴۶	۰/۰۳۹
استفاده‌کننده از عصا	۷/۷۲۸	۰/۳۰۶	۸/۰۱۴	۰/۲۵۱	۷/۳۷۲	۰/۴۰۱
استفاده‌کننده از واکر	۴/۲۸۷	۰/۱۱۷	۵/۵۴۸	۰/۱۶۵	۲/۷۷۳	۰/۱۲۷
استفاده‌کننده از ویلچر	۳/۶۲۶	۰/۰۸۶	۴/۴۹۶	۰/۱۰۸	۲/۵۷۵	۰/۰۸۹

سالمند

اجتماعی زیرمقیاس فعالیت‌های روزانه و نقش‌های اجتماعی در دو جنس تفاوت معناداری را گزارش نکردند. نتایج این مطالعه با دیگر تحقیقات موجود هم‌خوانی دارد. تحقیقات گذشته بر این نکته تأکید داشتند که جنسیت در نمره کلی مشارکت اجتماعی تأثیر بسزایی ندارد.

نتایج به‌دست آمده از مقایسه میانگین مشارکت اجتماعی و ابعاد آن با وضعیت تاهل، بیانگر نبود تفاوت معنادار است که این یافته

و این افراد نیاز کمتری به کمک دارند [۲۳].

نتایج نشان داد در گروه سالمندان دارای عصا، بین دو جنس زن و مرد از نظر مشارکت اجتماعی تفاوت معناداری وجود ندارد که این موضوع با پژوهش‌های گذشته [۲۶-۲۴ و ۳] همخوانی دارد. نتایج مطالعه «دیستروسیر»^{۱۱} و همکارانش (۲۰۰۹) [۲۷] نیز که این دو متغیر را مورد بررسی قرار دادند، برای مشارکت

11. Desrosiers

جدول ۳. مقایسه وضعیت مشارکت اجتماعی و ابعاد آن در سالمندان بدون وسیله کمک‌حرکی با سالمندان دارای عصا، واکر و ویلچر با استفاده از آزمون من-ویتنی.

مقدار احتمال	مقدار Z	مقدار U	متغییر مورد بررسی
<۰۰۰۱	-۵/۳۵۷	۲/۰۰۰	مقایسه با سالمندان دارای عصا
<۰۰۰۱	-۵/۴۱۱	<۰۰۰۱	مقایسه با سالمندان دارای واکر
<۰۰۰۱	-۵/۳۳۰	<۰۰۰۱	مقایسه با سالمندان دارای ویلچر
<۰۰۰۱	-۴/۹۷۸	۱۶/۰۰۰	مقایسه با سالمندان دارای عصا
<۰۰۰۱	-۵/۴۱۱	<۰۰۰۱	مقایسه با سالمندان دارای واکر
<۰۰۰۱	-۵/۳۳۰	<۰۰۰۱	مقایسه با سالمندان دارای ویلچر
<۰۰۰۱	-۵/۲۰۵	۸/۰۰۰	مقایسه با سالمندان دارای عصا
<۰۰۰۱	-۵/۴۲۱	<۰۰۰۱	مقایسه با سالمندان دارای واکر
<۰۰۰۱	-۵/۳۵۰	<۰۰۰۱	مقایسه با سالمندان دارای ویلچر

سالمندان

جدول ۴. نتایج آزمون همبستگی اسپیرمن بین مشارکت اجتماعی و سن در گروه‌های مختلف سالمندان

سن	ضریب همبستگی	مقدار احتمال	گروه سالمندان
	-۰/۷۶۳	<۰۰۰۱	بدون وسیله کمک‌حرکی
	-۰/۷۰۳	۰/۰۰۱	سالمندان استفاده‌کننده از عصا
	۰/۷۲۵	<۰۰۰۱	سالمندان استفاده‌کننده از واکر
	-۰/۶۸۷	۰/۰۰۱	سالمندان استفاده‌کننده از ویلچر

سالمندان

می‌افتد و فرد نیاز به مشارکت اجتماعی را احساس نمی‌کند.

با افزایش سن، سالمندان با مشکلات و ناتوانی‌هایی روبه‌رو می‌شوند و به‌نظر می‌رسد که با افزایش سن، مشارکت اجتماعی افراد کاهش یابد. سطح مشارکت اجتماعی در گروه سنی ۶۰-۷۴ ساله بیشتر از گروه سنی ۷۵-۸۹ ساله بود که این یافته با نتایج مطالعات گذشته هم‌راستا است.

«دمرس» و همکارانش (۲۰۰۹) در مطالعه‌شان، میان نمره کل $F=۰/۳۳$ و $P<۰/۰۱$ ، زیرمقیاس فعالیت‌های روزانه $F=۰/۳۴$ و $P<۰/۰۱$ و نقش‌های اجتماعی $F=۰/۳۳$ و $P<۰/۰۱$ ارتباط منفی و معناداری را بین دو متغیر سن و مشارکت به‌دست آوردند [۳۰]. همچنین دیستروسیور و همکارانش (۲۰۰۹) در مطالعه‌ای که انجام دادند، سالمندان را در پنج گروه سنی (۶۹-۶۵، ۶۵-۷۴، ۷۰-۷۵، ۷۵-۸۴، ۸۰-۸۵ و ۸۵ سال به بالا) قرار دادند. در چهار گروه سنی ابتدایی، تفاوت معناداری میان نمرات پرسشنامه و سن یافت نشد، ولی در گروه ۸۵ سال به بالا، کاهش معناداری دیده شد [۲۷]. به‌نظر می‌رسد که در سالمندان مسن‌تر، با بروز

در راستای پژوهش لی^{۱۲} و همکاران (۲۰۰۸) [۲۸] قرار دارد، ولی با پژوهش‌های دیستروسیور (۲۰۰۹) و «یزدانی» (۱۳۸۹) [۲۹] هم‌خوانی ندارد. نتایج مطالعه دیستروسیور و همکارانش (۲۰۰۹) که در آن افراد سالمند را در پنج گروه سنی تقسیم کرده بودند، با نتیجه مطالعه حاضر تفاوت داشت و افرادی که در گروه سنی بالاتری قرار داشتند و متأهل بودند، سطح مشارکت اجتماعی آنها نیز در سطح پایین‌تری قرار داشت [۱۸].

ممکن است علت این تفاوت در نتایج ناشی از این باشد که در مطالعه دیستروسیور و همکاران افراد بدون وسیله کمک‌حرکی حضور داشتند، ولی در مطالعه حاضر حدود ۷۵ درصد مشارکت‌کنندگان، از وسیله کمکی استفاده می‌کردند و ۸۸/۶ درصد سالمندان بیماری داشتند. همچنین در این مطالعه تعداد افراد متأهل (۷۴/۷ درصد) بسیار بیشتر از افراد فاقد همسر (۲۵/۳ درصد) بود. این احتمال وجود دارد که با وجود همسر، فعالیت‌های داخل منزل و گردهمایی‌های خانوادگی بیشتر اتفاق

12. Lee

منابع

[1] Shahbazi M, Mirkhany M, Hatmizadh N, Rahgozar M. Measure of disability in elderly people in Tehran. Iranian Journal of Ageing. 2008; 3(3-4):8492.

[2] World Health Organization. Definition of an older or elderly person. Geneva: World Health Organization. 2015 [cited 2015 Jun. 25]. Available from: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>.

[3] Moradi S, Fekrazad H, Taher Mousavi M, 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)]. Iranian Journal of Ageing. 2011; 7(4):41-6.

[4] Iran SCO. Statistical center of Iran [Internet]. 2015 [cited 2015 Jun. 25]; Available from: http://www.amar.org.ir/Portals/0/Files/abstract/1390/n_sarshomari90_2.pdf.

[5] Dadkhah A. [Review of aged rendered services in USA and Japan and guidelines for Iran ageing strategic plan (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2007; 2(3):176-66.

[6] Minichiello V. Conterhmporary issues in gerontology. London: Routledge; 2005.

[7] Yazdanpanah L. [The study of obstacles of social participation among citizenship in Tehran city (Persian)]. Journal of Social Welfare. 2007; 7(26):106-28.

[8] Levasseur M, Richard L, Gauvin L, Raymond É. Inventory and analysis of definitions of social participation found in the ageing literature: Proposed taxonomy of social activities. Social Science & Medicine. 2010; 71(12):2141-9.

[9] Rashedi V, Gharib M, Yazdani AA. Social articipation and mental health among older adults in Iran. Iranian Rehabilitation Journal. 2014; 12(19):9-13.

[10] Berkman LF. The role of social relations in health promotion. Psychosomatic Medicine. 1995; 57(3):245-54.

[11] Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. Social Science & Medicine. 2000; 51(6):843-57.

[12] Levasseur M, Desrosiers J, Tribble DS. Subjective quality of life predictors for older adults with physical disabilities. American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation. 2008; 87(10):830-41.

[13] World Health Organization. Active ageing: A policy framework. Madrid: Building Global Capacity for Better Health; 2002.

[14] Sirven N, Debrand T. Promoting social participation for healthy ageing: A counterfactual analysis from the survey of health, Ageing, and retirement in Europe (SHARE). IRDES Institute for Research and Information in Health Economics. 2008; 7:1-20.

[15] Anna-Liisa S, Åse B, Kersti S, Out T, Antti M. Mobility devices to promote activity and participation: A systematic review. Medical Journals Limited. 2009; 41(9):697-706.

[16] Khan K, Kuntz R, Kleinen J, Antes G. Review and apply findings of healthcare research. London: Royal Society of Medicine Press; 2003.

[17] Viscogliosi C, Belleville S, Desrosiers J, Caron C, Ska B. Participation after a stroke: Changes over time as a function of cognitive

ناتوانی‌ها و محدودیت‌های جسمی بارزتر به‌طور قابل ملاحظه‌ای روی مشارکت اجتماعی آنها تأثیر می‌گذارد.

از دیگر عواملی که به‌نظر می‌رسد روی مشارکت اجتماعی تأثیرگذار باشد، منطقه سکونت است [۳۱ و ۳۲] که در این مطالعه بین منطقه سکونت و مشارکت اجتماعی تفاوت معناداری دیده نشد و با نتایج مطالعات «فتحی» و «شمس الهی» متفاوت بود [۳۱ و ۳۲]. در مطالعه آنها، افراد با سنین متفاوت و بدون وسیله کمکی حضور داشتند و به‌نظر می‌رسد به‌دلیل محدودیت‌های عملکردی و فیزیکی افراد دارای وسیله کمک‌تحرکی و عدم وجود تطابقت محیطی مناسب در مناطق مختلف تهران، مشارکت اجتماعی آنها در مناطق مختلف تفاوتی با یکدیگر ندارد.

مطالعه حاضر و دیگر مطالعات، همگی بر این موضوع تأکید دارد که افراد بدون وسیله کمک‌تحرکی نسبت به افراد دارای وسیله کمک‌تحرکی، سطح مشارکت اجتماعی بالاتری دارند. با وجود اینکه به‌طور معمول وسیله کمکی با هدف حفظ تحرک و استقلال و همچنین حفظ سطح مشارکت تجویز می‌شود، به‌نظر می‌رسد که عوامل دیگر همچون موانع محیطی، مانع دستیابی فرد به سطح مشارکت افراد بدون وسیله کمکی است. بنابراین، به‌نظر می‌رسد رفع موانع محیطی یا مطابقت محیطی می‌تواند بر سطح مشارکت اجتماعی افراد سالمند دارای وسیله کمکی تأثیر به‌سزایی داشته باشد.

نتیجه‌گیری نهایی

وسیله کمک‌تحرکی روی مشارکت اجتماعی تأثیر می‌گذارد و سالمندان با سطح فعالیت فیزیکی بالاتر، مشارکت اجتماعی بالاتری دارند. با توجه به میزان مشارکت پایین سالمندان دارای وسیله کمک‌تحرکی نسبت به سالمندان فاقد آن، نیاز به بهبود حمایت‌های اجتماعی، شبکه‌های ارتباطات شخصی و مطابقت محیطی برای بهبود مشارکت اجتماعی در سالمندان با توانایی‌های حرکتی متفاوت است و مشارکت اجتماعی می‌تواند زمینه حضور ارزشمند و فعال سالمندان را در جامعه فراهم نماید.

تشکر و قدردانی

از اداره سلامت معاونت اجتماعی شهرداری تهران و کانون‌های سلامت به‌ویژه مسئولین کانون‌های سالمندان و کانون‌های معلولین و کلیه سالمندانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، تشکر و قدردانی به‌عمل می‌آید.

- deficits. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2011; 52(3):336-43.
- [18] Desrosiers J, Wanet-Defalque M, Témisjian K, Gresset J, Dubois M, Renaud J. Participation in daily activities and social roles of older adults with visual impairmen. *Disability & Rehabilitation*. 2009; 31(15):1227-34.
- [19] Noori Mombeyni N. [Translation and validity and reliability of the life habits assesment questionnaire for older adults (Persian)] [MSc. Thesis]. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Science; 2013.
- [20] Seyedian M, Falah M, Norouzian M, Nejat S, Delaware A, Qasemzadeh H. [Prepare and validate the Persian version of the short test cognitive status (Persian)]. *Medical Council of Iran*. 2008; 25(4):408-14.
- [21] levasseur M, Desrosiers J, Noreau L. Is social participation associated with quality of life of older adults with physical disabilities? *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology, Informa Healthcare*. 2004; 26(20):1206-13.
- [22] Crawford A, Hollingsworth H, Morgan K, Gray D. People with mobility impairments: Physical activity and quality of participation. *Disability and Health*. 2008; 1(1):7-13.
- [23] Hoening H, Donald TH, Sloan FA. Does assistive technology substitute for personal assistance among the disabled elderly? *American Journal of Public Health*. 2003; 93(2):330-7.
- [24] Demers L, Robichaud L, Geclinas J, Noreau L, Desrosiers J. Coping strategies and social participation in older adults. *Gerontology*. 2009; 55(2):233-9.
- [25] Levasseur M, Desrosiers J, Whiteneck G. Accomplishment level and satisfaction with social participation of older adults: Association with quality of life and best correlates. *Quality of Life Research*. 2010; 5(19):665-75.
- [26] Desrosiers J, Noreau L, Rochette A. Social participation of older adults in Quebec. *Ageing Clinical and Experimental Research*. 2004; 16(5):406-12.
- [27] Desrosiers J, Robichaud L, Demers L, Gelinat I, Noreau L, Durand D. Comparison and correlates of participation in older adults without disabilities. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2009; 49(3):397-403.
- [28] Lee H, Jang S, Lee S, Cho S, Park E. The relationship between social participation and self-rated health by sex and age: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2008; 7(45):1042-54.
- [29] Yazdani AA. [Relationship between social participation and general health among aged people of 5 district of Tehran (Persian)] [MSc. Thesis]. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2010.
- [30] Demers L, Robichaud L, Geclinas J, Noreau L, Desrosiers J. Coping strategies and social participation in older adults. *Gerontology*. 2009; 55(2):233-9.
- [31] Shamsollahi S, Kaffashi M. [Avamele ejtema'i va farhangi-ye moasser bar kefiyat-e zendegi-ye shahrvandan-e shahr-e Tehran (Persian)]. *Journal of Social Research*. 2014; 6(20):161-81.
- [32] Fathi S, Fadavi J. [Investigating social participation situation of citizenships in the domain of 5ths zone, Tehran (Persian)]. *Urban Management Studies*. 2011; 3(7):93-124.