

رابطه مشارکت اجتماعی و سلامت عمومی در سالمندان

عباسعلی یزدانی^{1*}؛ حسین فکرآزاد¹؛ حمیرا سجادی²؛ مسعود صالحی³

چکیده

زمینه: رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در سالمندان می‌تواند تأثیر بالقوه‌ای در پیشبرد سلامت آنان داشته و به همان نسبت، موجب کاهش هزینه‌های مربوط به مراقبت‌های بهداشتی شود. این پژوهش با هدف بررسی رابطه مشارکت اجتماعی با سلامت عمومی در سالمندان انجام شد.

روش‌ها: جامعه این پژوهش را افراد 60 سال و بالاتر منطقه 5 تهران تشکیل می‌دادند. براساس فرمول‌های تعیین حجم نمونه، تعداد 80 نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. پژوهش حاضر از نوع همبستگی بوده و از یک پرسشنامه محقق‌ساخته مشارکت اجتماعی و مقیاس GHQ-28 برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. از آزمون‌های آماری کولموگروف-اسمیرنف، همبستگی پیرسون و اسپیرمن، یومان ویتنی و رگرسیون خطی ساده برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که بین مشارکت اجتماعی و سلامت عمومی و ابعاد آن رابطه معناداری وجود ندارد ($P < 0/05$). در بین اطلاعات جمعیت‌شناختی، تنها عامل سن با مشارکت اجتماعی رابطه‌ای منفی نشان داد ($P > 0/05$).

نتیجه‌گیری: فقدان رابطه بین مشارکت اجتماعی و سلامت عمومی را شاید بتوان به اثر عوامل حاشیه‌ای مانند وضعیت اقتصادی، اجتماعی و سیاسی دوران پژوهش نسبت داد. انجام پژوهش مشابه، در شرایط و موقعیت زمانی و مکانی دیگر شاید بتواند به امکان تعمیم‌پذیری نتایج این مطالعه کمک بیشتری نماید.

کلیدواژه‌ها: مشارکت اجتماعی، سلامت عمومی، سالمندان

«دریافت: 1393/9/1 پذیرش: 1393/10/16»

1. گروه مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران

2. گروه رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران

3. گروه آمار حیاتی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران

*عهده‌دار مکاتبات: گروه آموزشی مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران،

ایران، تهران، میدان انقلاب، خ جمالزاده جنوبی، خ دیلمان، پ 14، واحد 20، تلفن: 09127092181

Email: reliefir@yahoo.com

مقدمه

دارو و درمان موردنیاز در مقایسه با سایر گروه‌های سنی، روندی تصاعدی خواهد داشت و این تنها یکی از جنبه‌های افزایش هزینه‌هاست (4-2).

با افزایش امید به زندگی، کاهش مرگ و میر و کاهش میزان تولد، جمعیت سالمندان در جهان رو به افزایش نهاده است. در سال 2000، حدود ششصد میلیون نفر انسان 60 سال و بالاتر وجود داشت. این رقم در 2025 به یک میلیارد دویست میلیون نفر (14% از کل جمعیت جهان) و در 2050 به دو میلیارد نفر (21/8%) خواهد

در جامعه‌ای که در آن به جوانی، شادابی، سرزندگی و جذابیت ارج بسیار می‌نهند، سالخوردگان معمولاً "نمایان" نیستند. با این وجود در سال‌های اخیر شاهد دگرگونی در نگرش جامعه نسبت به سالخوردگان بوده‌ایم (1). مطالعات گوناگون نشان می‌دهند که با ورود به مرحله سالمندی، هزینه‌های درمانی در شکل‌های مختلف آن، به دلایلی مانند: مصرف متوالی خدمات سلامت، طولانی‌تر شدن مدت استفاده از خدمات و پرهزینه بودن

به کار ببریم. یکی از مواردی که می‌توان به واسطه آن سلامت افراد به‌ویژه سالمندان را ارتقاء بخشید مشارکت اجتماعی است. مشارکت اجتماعی به خودی خود هم یک مفهوم نظری و هم عملی است که ارتباط آن با سلامت در بسیاری از مطالعات نشان داده شده است (8).

منظور از مشارکت اجتماعی در متون مربوط به سلامت عبارت است از ارتباطات اجتماعی و تعامل با جامعه به گونه‌ای که هم جامعه از اقدامات فرد منتفع شود و هم فرد از خدمات و منابع موجود در جامعه بهره‌مند گردد (13). همچنین، لوسار (Levasseur) و همکاران (14) سطوح مختلفی را برای مشارکت اجتماعی برشمرده‌اند که از بودن با دیگران بدون انجام دادن هیچ فعالیتی تا مشارکت در بخش‌های مختلف جامعه را دربر می‌گیرد.

بسیاری از کسانی که بیش از 65 سال دارند در حالت انزوای اجتماعی به سر می‌برند و این حالت به آن‌ها اجازه نمی‌دهد که با دیگران ارتباط نزدیک و صمیمی داشته باشند. این امر شاید به دلیل نگاه منفی جامعه و باور مرگ قریب‌الوقوع سالمندان باشد که مانع برنامه‌ریزی برای ارتقاء کیفیت زندگی آنان است (4) در حالی که تحقیقات مختلف بیان‌کننده این هستند که داشتن تماس اجتماعی و شخصیت مردم‌آمیز با رضایت از زندگی و روحیه عالی در سن پیری ارتباط دارد (14).

با وجود همه مطالبی که از تحقیقات و تحلیل‌های دانشمندان برآمده، در ایران همانند بسیاری دیگر از موضوعات پیشگیرانه، توجه اندکی به امر مشارکت اجتماعی سالمندان، به‌عنوان عاملی که احتمالاً رابطه مثبتی با ارتقاء سلامت دارد شده است. لذا سعی بر آن است که در این پژوهش، مستندات فراهم آید تا به مسئولان و فعالان اجتماعی در تصمیم‌سازی و برنامه‌ریزی مؤثرتر در جهت بالا بردن سطح مشارکت اجتماعی این گروه از افراد کمک شود. هدف پژوهش حاضر، شناخت رابطه بین مشارکت اجتماعی و سلامت عمومی سالمندان ساکن در منطقه 5 شهر تهران است.

رسید. به‌علاوه امروزه حدود دوسوم افراد سالمند در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند که در 2025 به 75 درصد خواهد رسید (5). مطابق سرشماری سال 1390 بیش از 6 میلیون و دویست هزار نفر (8/26%) جمعیت ایران را افراد 60 ساله و بالاتر تشکیل می‌دهند (6). در کشورهای توسعه‌یافته نرخ رشد جمعیت افراد با سن بالای 80 سال دارای سریع‌ترین رشد در بین گروه‌های جمعیتی است (5).

جامعه ایران نیز به‌عنوان یک کشور در حال توسعه وضعیتی مشابه دارد. با استفاده از شاخص‌ها و ابزارهای آماری و جمعیت‌شناسی مشخص می‌شود که روند سالمند شدن جمعیت در کشور ما هم آغاز شده است (7). بنابراین سالمندی جمعیت، یکی از چالش‌های اساسی کشور در سال‌های آینده خواهد بود که جامعه ناچار است با آن روبرو گردد. ارتقاء سلامت سالمندان علاوه بر این‌که هدفی در راه بالا بردن سطح سلامت عمومی جامعه است به پایداری اقتصادی نیز کمک خواهد کرد (8 و 9). همچنین فرصتی است برای پدید آمدن سالمندانی "سالم" و "فعال"، افراد توانمندی که با وجود ضعف‌های احتمالی ناشی از پیری، نه تنها سربار نیستند، بلکه سالم، مولد و نقطه قوت جامعه به حساب می‌آیند. افزایش جمعیت سالمندان بار مالی فراوانی را از نظر ایجاد تمهیدات درمانی - بهداشتی در جوامع مختلف ایجاد می‌کند (10).

نتایج پژوهش‌هایی که در ایران در مورد سالمندان صورت گرفته، نشان داده است که میزان ناتوانی در میان سالمندان مخصوصاً در شهر تهران، به‌ویژه در حوزه تحرک و جابه‌جایی و مشارکت در امور، نسبتاً بالاست (11). همچنین اکثر سالمندان (علی‌الخصوص زنان) اعلام می‌دارند که دچار حداقل یک نوع بیماری و تحت درمان‌اند و یا در ناحیه‌ای از بدن خود دچار درد می‌شوند (12).

متأسفانه کم‌تر به این می‌پردازیم که کشفیات علوم اجتماعی را در راستای ایجاد سلامت و بهزیستی جامعه

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع تحقیقات همبستگی بوده و طی آن سعی شده که رابطه مشارکت اجتماعی و سلامت سالمندان مورد بررسی قرار گیرد. در این پژوهش تعداد 80 نفر پس از حذف پرسشنامه‌های مشکوک یا مختل مورد مطالعه قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از دو پرسشنامه سلامت عمومی 28 سؤالی گلدبرگ Goldberg (12) و یک پرسشنامه مشارکت اجتماعی محقق‌ساخته و یک چک‌لیست اطلاعات جمعیت‌شناختی استفاده شد.

پرسشنامه 28 سؤالی سلامت عمومی از 4 خرده‌آزمون تشکیل شده است که هر کدام از آن‌ها دارای 7 سؤال است. سؤال‌های هر خرده‌آزمون به ترتیب پشت سرهم آمده است، به طوری که از سؤال 1-7 مربوط به خرده‌آزمون نشانه‌های جسمانی، از سؤال 8-14 مربوط به خرده‌آزمون اضطراب و بی‌خوابی، سؤال 15-21 مربوط به خرده‌آزمون اختلال در کارکرد اجتماعی و از سؤال 22-28 مربوط به خرده‌آزمون افسردگی است. این پرسشنامه به روش لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. بنابراین به هر یک از خرده‌مقیاس‌ها حداکثر نمره 21 و حداقل نمره صفر تعلق می‌گیرد و در مجموع، نمره 84 نشان‌دهنده کم‌ترین میزان سلامت عمومی است.

پرسشنامه مشارکت اجتماعی با بررسی متون موجود و استخراج مفاهیم مرتبط با مشارکت اجتماعی و براساس مقیاس مشارکت اجتماعی که چاپین (Chapin) آن را طراحی کرده است (15) توسط محقق و زیر نظر استاد راهنما تدوین شد.

از این پرسشنامه که بخشی از آن به صورت لیکرت 5 گزینه‌ای (با طیف: همیشه=4، بیشتر اوقات=3، گاهی اوقات=2، به ندرت=1، اصلاً=0 و نمی‌شناسم=0) و یک سؤال 4 قسمتی با دو گزینه (بلی=1 و خیر=0) تدوین شده است، پاسخ‌گو در مجموع حداکثر 76 (به معنای مشارکت بالا) و حداقل صفر امتیاز (به معنای مشارکت پایین) کسب خواهد نمود. این پرسشنامه، با الهام از تحقیق الاوی و ماسینتایر (Ellawy and Macintyer) (16)،

چهار نوع فعالیت را می‌سنجد که عبارتند از: 1- مشارکت در فعالیتهای سیاسی شامل: عضویت در احزاب، عضویت در اتحادیه یا صنف و شرکت در انتخابات، 2- مشارکت در گروه‌های مدنی شامل: انجمن اولیا و مربیان، تعاونی‌های محلی و خانوادگی، همکاری با سازمان‌هایی نظیر شهرداری (سپاشی)، حفظ و نگهداری از فضای سبز و ...، انجمن‌های حفظ محیط زیست، عضویت در مدیریت آپارتمان، همکاری با همسایگان و یا مدیریت مجتمع مسکونی در امور عمومی و بهداشت محل و انجمن‌های قومی (مثل آذری‌های مقیم مرکز و ...)، 3- مشارکت در گروه‌های مذهبی و خیریه مانند: هیأت‌ها، روضه‌ها، سفره‌ها، جلسات مذهبی و جشن‌های مذهبی، انجمن‌های خیریه‌ای، کمک به فقرا، برنامه‌های خرید جهیزیه برای خانواده‌های نیازمند، جشن‌های نیکوکاری، کمک به زلزله‌زدگان و ... و 4- مشارکت در گروه‌های هنری و ورزشی و تفریحی مانند: فعالیتهای ورزشی، دوره‌های دوستان قدیمی، کلاس‌های موسیقی یا سایر کلاس‌های هنری، سینما و تئاتر، کنسرت‌های موسیقی و رفتن به کتابخانه.

جهت بررسی میزان پایایی ابزار، از روش‌های بازآزمایی استفاده شد. به این ترتیب که ابتدا از تعداد 30 نفر از سالمندان مرد و زن خواسته شد که به سؤالات پرسشنامه پاسخ گویند. از آن میان 16 نفر درخواست ملاقات دوباره و پاسخ‌دادن مجدد به پرسش‌های پرسشنامه را پذیرفتند. به فاصله 10-15 روز بازآزمون صورت گرفت و نتیجه آن، ضریب پایایی 0/86 را نشان داد. روایی پرسشنامه به چند صورت بررسی شد. ابتدا، بررسی روایی محتوا انجام شد که برای این منظور، 7 تن از اساتید صاحب‌نظر در این حیطه پرسشنامه را مطالعه کرده و نظرات اصلاحی خود را اعلام نمودند و بعد از گردآوری نظرات این افراد، ابزار نهایی تهیه و تنظیم گردید. علاوه بر این، از همبستگی خرده‌آزمون‌ها با کل آزمون استفاده شد و ضریب همبستگی برای خرده‌آزمون‌های مشارکت سیاسی، مشارکت مدنی،

برای تحلیل آماری سایر متغیرها که از توزیع نرمال برخوردار بودند، از آزمون پارامتری پیرسون استفاده شد.

داده‌ها جهت اطمینان از میزان اثرگذاری متغیرهای زمینه‌ای، با کنترل سن، تعداد فرزندان، تحصیلات، نوع مسکن و اشتغال مجدداً تحلیل شد. بر اساس این تحلیل‌ها تنها تحصیلات توانست بر میزان افسردگی سالمندان اثرگذار باشد. بنابراین قطعیت نتیجه به‌دست‌آمده بیش از پیش گردید.

سؤال این پژوهش آن بود که "مشارکت اجتماعی سالمندان چگونه است؟" با معیارهای انتخاب‌شده به‌منظور سنجش میزان مشارکت اجتماعی سالمندان منطقه 5 تهران می‌توان نتیجه گرفت که سطح مشارکت اجتماعی این گروه از شهروندان نسبتاً پایین بوده است ($M=22/02$ و $SD=12/41$).

برای بررسی فرضیات پژوهش، از ضریب همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه بین مشارکت اجتماعی و سلامت عمومی و ابعاد عملکرد جسمانی، اضطراب و عملکرد اجتماعی استفاده گردید. رابطه بین مشارکت اجتماعی و افسردگی با استفاده از ضریب همبستگی اسپیرمن مورد تحلیل قرار گرفت (جدول 2).

بین مشارکت اجتماعی و سلامت عمومی در کل نمونه، رابطه‌ای منفی مشاهده می‌شود که این رابطه به لحاظ آماری معنادار نیست ($P=0/283$). در زنان سالمند، مشارکت اجتماعی با سلامت عمومی رابطه مثبتی دارد که این رابطه به لحاظ آماری معنادار نیست ($P=0/693$). در سالمندان مرد، بین این دو متغیر، رابطه‌ای منفی مشاهده می‌شود که این رابطه به لحاظ آماری معنادار نیست ($P=0/309$). رابطه بین مشارکت اجتماعی و عملکرد جسمانی به‌عنوان یکی از ابعاد سلامت عمومی، منفی است ولی این رابطه نیز به لحاظ آماری معنادار نبود ($P=0/245$). رابطه بین این دو در زنان مثبت ($P=0/653$) و در مردان منفی است ($P=0/309$) ولی به لحاظ آماری این رابطه‌ها معنادار نیست. رابطه مشارکت اجتماعی با متغیر اضطراب نیز منفی است که به لحاظ آماری فاقد

مشارکت مذهبی و مشارکت در فعالیت‌های سرگرمی و تفریحی به‌ترتیب 0/746، 0/812، 0/728 و 0/787 محاسبه گردید.

داده‌های این پژوهش به‌وسیله نرم‌افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای تحلیل داده‌ها، از آزمون‌های آماری کلموگروف-اسمیرنوف (برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها)، کای‌اسکوئر، یومان ویتنی، همبستگی پیرسون و اسپیرمن (برای بررسی رابطه بین متغیرها) و رگرسیون خطی ساده استفاده شده است.

یافته‌ها

این پژوهش به‌منظور بررسی رابطه بین مشارکت اجتماعی و سلامت سالمندان منطقه 5 شهر تهران صورت گرفت. تعداد کل نمونه در این پژوهش 80 سالمند بود که از آن میان 63 نفر مرد و 17 نفر زن بودند.

حداقل سن پرسش‌شوندگان مطابق تعریف سازمان جهانی بهداشت از حداقل سن سالمندی 60 سال بود. همان‌گونه که در جدول 1 نشان داده شده است، حداکثر سن مردان 75 و حداکثر سن زنان 67 سال بود. میانگین سنی زنان 62/93 و میانگین سن مردان 64/62 سال بود. اکثریت سالمندان پاسخ‌دهنده، تحصیلات پایین‌تر از دیپلم داشتند. میانگین توزیع سنی در زنان و مردان سالمند با استفاده از آزمون آماری یو-مان-ویتنی مقایسه شد. تفاوت آماری معناداری در میانگین سنی مردان و زنان سالمند مشاهده نمی‌شود ($P=0/626$). در کل نمونه، بالاترین فراوانی در مورد تحصیلات به زیردیپلم (43/3%) و کم‌ترین فراوانی به فوق‌لیسانس و بالاتر (7/7%) مربوط می‌شود. توزیع متغیرهای سابقه سکونت، مشارکت اجتماعی، مشارکت مذهبی، سلامت عمومی، عملکرد جسمانی، اضطراب و عملکرد اجتماعی نرمال ($P>0/05$) و متغیر سن، مشارکت سیاسی، مشارکت مدنی، مشارکت در فعالیت‌های تفریحی و افسردگی غیرنرمال است ($P<0/05$). بنابراین در تحلیل آماری متغیرهایی که توزیع آن‌ها غیرنرمال بود، از آزمون آماری ناپارامتری اسپیرمن و

جدول 1- شاخص‌های آماری (میانگین و انحراف معیار) متغیرهای اصلی پژوهش در مردان و زنان سالمندان

متغیر	مقدار احتمال					
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مشارکت اجتماعی	22/02	12/41	29/20	19/66	20/79	11/14
سلامت عمومی	26/60	15/06	22/93	10/15	27/47	15/95
عملکرد جسمانی	6/38	4/62	5/33	3/08	6/63	4/90
اضطراب	7/80	4/95	6/86	3/54	8/03	5/23
عملکرد اجتماعی	7/88	2/89	7/93	2/86	7/87	2/92
افسردگی	4/52	5/66	2/80	4/50	4/93	5/86

جدول 2- همبستگی مشارکت اجتماعی با سلامت عمومی و ابعاد آن در زنان و مردان سالمند

متغیر	کل نمونه		زن		مرد	
	ضریب همبستگی	مقدار احتمال	ضریب همبستگی	مقدار احتمال	ضریب همبستگی	مقدار احتمال
سلامت عمومی	-0/12	0/283	0/11	0/693	-0/13	0/309
عملکرد جسمانی	-0/13	0/245	0/12	0/653	-0/16	0/195
اضطراب	-0/03	0/782	0/22	0/431	-0/03	0/772
عملکرد اجتماعی	-0/09	0/425	-0/20	0/464	-0/04	0/726
افسردگی	-0/06	0/595	0/02	0/595	-0/17	0/178

رابطه‌ای وجود ندارد ($R=0/114$). بنابراین مشارکت اجتماعی قادر به پیش‌بینی سلامت عمومی در سالمندان نیست (جدول 3). به عنوان تحلیل فرعی، رابطه بین درآمد پاسخ‌گویان و مشارکت اجتماعی آن‌ها نیز بررسی شد و رابطه‌ای مثبت ($P=0/04$) پیدا شد. بین وضعیت تأهل و میزان مشارکت اجتماعی رابطه مثبت وجود داشت ($P=0/03$)

جدول 3- خلاصه مدل رگرسیون برای پیش‌بینی سلامت عمومی در

متغیر پیش‌بین	ضریب همبستگی	ضریب تعیین	B	مقدار احتمال	سالمندان	
					مشارکت اجتماعی	سلامت عمومی
مشارکت اجتماعی	0/114	0/013	-0/114	0/322		

معناداری است ($P=0/782$) این رابطه در زنان مثبت ($P=0/431$) و در مردان منفی است ($P=0/772$) که هیچ‌یک به لحاظ آماری معنادار نیستند. رابطه بین مشارکت اجتماعی و عملکرد اجتماعی در کل نمونه منفی است ($P=0/425$) ولی این رابطه به لحاظ آماری معنادار نیست. همین شرایط برای زنان ($P=464$) و مردان ($P=0/726$) نیز تکرار شد. مشارکت اجتماعی با افسردگی در کل نمونه رابطه‌ای منفی داشت که به لحاظ آماری این رابطه فاقد معناداری است ($P=0/595$). این وضعیت برای زنان نیز تکرار شد. به این صورت که در زنان رابطه منفی ($P=0/595$) اما فاقد معناداری و در مردان مثبت ($P=0/178$) و فاقد معناداری بوده است.

همچنین برای آزمون فرضیه اصلی پژوهش از رگرسیون خطی ساده استفاده شد. نتایج نشان داد که بین مشارکت اجتماعی و سلامت عمومی در سالمندان

بحث

در این پژوهش ما به دنبال بررسی رابطه بین مشارکت اجتماعی سالمندان و سلامت آن‌ها و برخی عوامل فرعی دیگر بودیم. نتایج تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده نشان داد چنین رابطه‌ای گرچه مثبت است اما به لحاظ آماری معنادار نیست. پیش از این تحقیقات متعددی در خارج و به‌طور بسیار محدود در داخل کشور، در پی یافتن رابطه‌ای بین این دو متغیر برآمده بودند، که مجموعه این تحقیقات بیانگر آنند که علی‌رغم تصویری که به‌طور کلی ممکن است وجود داشته باشد، الگوی واحدی در این‌باره کشف نشده است. شاید تحقیقات بیشتر در داخل کشور و در نظر گرفتن متغیرهای دیگر سلامت، نتیجه‌ای متفاوت با آنچه در این مجال به‌دست آمد نشان دهد. عوامل مختلفی را می‌توان در توجیه این عدم ارتباط ذکر کرد. یکی از این توجیحات می‌تواند با عنایت به میزان مشارکت اجتماعی پایین سالمندان این منطقه صورت پذیرد. بین درآمد پاسخ‌گویان و مشارکت اجتماعی آن‌ها رابطه‌ای مثبت پیدا شد. این چنین رابطه‌ای تا حدود زیادی طبیعی به‌نظر می‌رسد زیرا درآمد مکفی، بسیاری از دغدغه‌های حاشیه‌ای زندگی را برای فرد از بین می‌برد و فرد سالمند با خیالی آسوده‌تر می‌تواند در جریان فعالیت‌های اجتماعی مشارکت نماید. زیرج و همکاران (Zeirch et al) (17) درآمد و جایگاه شغلی فرد را در سلامت روانی و اجتماعی آن‌ها مؤثر گزارش کردند. نتایجی که سیرون و همکاران (8) در کارشان به‌دست آورده بودند نیز با این نتیجه همسوست. بین وضعیت تأهل و میزان مشارکت اجتماعی رابطه مثبت وجود داشت. این رابطه را می‌توان چنین توجیه کرد که مقتضیات تأهل و مسئولیت فرد در خانواده، حس مشارکت در فعالیت‌ها را تحکیم می‌نماید و این حس در سایر ساختارهای اجتماعی خود را نشان می‌دهد. بر خلاف نتایج مطالعه حاضر، لی و همکاران (Lee et al) (18) و سیرون و همکاران (8) از یافته‌های تحقیق خود نتیجه گرفته‌اند افراد متأهل زمان کم‌تری را برای شرکت

در بسیاری از فعالیت‌های اجتماعی دارند.

یافته‌های این تحقیق نشان داد که بین دو متغیر مشارکت اجتماعی سالمندان و سلامت عمومی آن‌ها رابطه معنادار آماری وجود ندارد. برای تأیید نتایج آن از رگرسیون خطی ساده نیز استفاده شد. مدل رگرسیونی که ترسیم شد نیز بیانگر آنست که بین این دو متغیر رابطه معناداری وجود ندارد. نتایج حاصل از این پژوهش، با آنچه نیکویست و همکاران (Nyqvist et al) (19) دریافته‌اند همسویی دارد. این نویسندگان، میزان پایین سلامت (که با GHQ-12 سنجیده شد) را در نمونه مورد بررسی، تا حدود زیادی به شرایط اجتماعی محل زندگی‌شان و محدودیت‌های موجود در آن مربوط دانسته‌اند. زیرج و همکاران این ارتباط را منفی گزارش کرده‌اند و توجیه آن‌را در این دانسته‌اند که آن‌هایی که وضعیت جسمی و روانی بدی دارند شغل ثابت و دائمی را احراز نمی‌کنند و بنابراین در فعالیت‌ها حضور بیشتری دارند.

عدد ضریب همبستگی همچنین نشان از فقدان رابطه‌ای معنادار بین دو متغیر مشارکت اجتماعی و بعد جسمانی سلامت سالمندان دارد. پیش از این رز (Rose) (20) برای سالمندان روسیه گزارش کرده بود که مشارکت در سلامت جسمانی جوانان اثر مثبت دارد ولی در افراد مسن، جهت این اثر منفی است.

بین متغیر مشارکت اجتماعی و دو متغیر اضطراب و افسردگی سالمندان رابطه آماری معناداری پیدا نشد و البته جهت رابطه منفی بود به این معنا که بیشتر شدن مشارکت در فعالیت‌ها با میزان پایین‌تر اضطراب و افسردگی (سلامت بهتر) رابطه داشت. می‌توان نتیجه گرفت که شرکت سالمندان در فعالیت‌های اجتماعی نمی‌تواند رابطه مستقیمی با کاهش یا افزایش میزان اضطراب آن‌ها داشته باشد. نیکویست و همکاران (19) رابطه مشارکت اجتماعی را با سلامت روان، منفی یافته‌اند گرچه این رابطه به لحاظ آماری فاقد معناداری بود. این نتیجه با آنچه الاوی و همکاران (16) در رابطه با این دو

نتیجه گیری

از پژوهش حاضر بر روی نمونه ایرانی می توان نتیجه گرفت که سلامت سالمندان احتمالاً تحت تأثیر عوامل اجتماعی یا سیاسی دیگری که در زمان انجام پژوهش بر سراسر کشور سایه افکنده بود قرار داشت. لذا شاید انجام پژوهشی مشابه با متغیرهای مذکور در زمان دیگری که آرامش بیشتری در جامعه فراهم باشد نتایج متفاوتی به دست دهد. همچنین اقتضای شرایط زندگی در جامعه ایران و اثرات کل به جزئی که پوشش های حمایتی دولت بر تک افراد در سنین بازنشستگی می تواند برجای بگذارد، همگی بر میزان سلامت این افراد تأثیرگذار خواهد بود.

متغیر گزارش نموده اند متفاوت است.

مطابق تحقیق حاضر، بین مشارکت اجتماعی سالمندان و عملکرد اجتماعی آنان رابطه معناداری وجود ندارد. این رابطه با آنچه رُز (20) در پژوهش خود نشان داده است همسوست. این نتیجه با نتایج آرا (21) و راشدی (23) مغایرت دارد.

به طور کلی مشارکت اجتماعی در نمونه مورد بررسی پایین تر از حد نرمال ارزیابی شد. این نتیجه با نتایج حاصل از کار انتصاری (22) مطابقت دارد. رز (20)، در گزارش تحقیقی که در روسیه بر روی سالمندان انجام داده بود، پایین بودن مشارکت در سالمندان را به پایین بودن اعتماد به سایرین مربوط دانسته است.

References

- Giddens A. Sociology. Saboori M. (Persian translator). 13th ed. Tehran: Nashr-e Ney publication. 2004; 652-7
- Rasel M, Ardalan A. [Future of aging and public health expenses; warning to Iran Public Health system (Persian)]. Journal of aging 2004; 4(2): 300-5
- Sattari B. [Examination of health and social status in rural adults with a rural empowerment approach (Persian)]. Journal of Aging 2006; 2(1): 132-9
- Hick S. Social Work in Canada: An Introduction. 2nd ed. Toronto: Thompson Educational Publishers 2006; 271-287.
- World Health Organization. About aging [cited Feb 02 2013]. Available at: URL: <http://www.who.int/ageing/en>
- Statistical Center of Iran. Population Survey Results [cited Sep 13 2014]. available at: URL: <http://www.amar.org.ir/Default.aspx?tabid=1160>
- Joghtaei M, Nejati V. [A survey to examine health status for the elderly in Kashan (Persian)]. Journal of Aging. 2006;1(1):3-10.
- Sirven N, Debrand T. Promoting social participation for healthy aging: a counterfactual analysis from the survey of health, aging, and retirement in Europe (SHARE). IRDES Working Paper. 2008;1-20.
- Rashedi V, Gharib M, Rezaei M, Yazdani AA. [Social support and anxiety in the elderly of Hamedan (Persian)]. Journal of Rehabilitation. 2013;14(2):110-5.
- Shahbazi M. [Examination of the level of disability of the elderly of Tehran in the year 2006 (Persian)]. MA dissertation. Tehran: University of social welfare and rehabilitation sciences. 2007;38-59
- Malekafzali H, Baradaraneftekhari M, Hejazi F, Khojasteh T, Tabrizi R, Faridi T. [Community mobilization for aged health promotion in Ekbatan in Tehran (Persian)]. Hakim Research Journal. 2006;4(9):1-6.
- Rainerm S. Social participation and social engagement of elderly people. J Health Soc Behav. 2014;116(2014):780-5
- 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):2141-9.
- Pasha Gh, Safarzadeh S, Meskak R. [Comparison of general health and social support among the elderly living in nursing houses and those living in home (Persian)]. Khanevade Pazhuhi Quarterly. 2007;9(3). 503-7
- Ghaffari Gh, Neiazi M. [Sociology of participation (Persian)]. 1st ed Tehran: Nazdic publication. 2006;112-9
- Ellaway A, Macintyre S. Is social participation associated with cardiovascular disease risk factor? Soc Sci Med. 2007;64(7):1384-91.
- Zierch AM, Baum FE. Involvement in civil society groups: is it good for your health? J Epidemiol Commun H. 2004;58(6):493-500.
- Lee S, Saito T, Takahashi M, Ichiro K. Volunteer participation among older adults in Japan: An analysis of the determinants of participation and reasons for non-participation. Arch Gerontol Geriatr. 2008;47(2):173-87.

19. Nyqvist F, Finna F, Jakobsson G, Koskinen S. The effect of social capital on health: The case of two language groups in Finland. *Health Place*. 2008;14(2):347-60.
20. Rose R. How much does social capital add to individual health? A survey study of Russians. *Soc Sci Med* 2000;51(9):1421-35.
21. Ara S. [The effect of adult participation in daily activities of Jahandidegan centers on their quality of life and general health in Fars province (Persian)]. MA dissertation. Tehran: University of social welfare and rehabilitation sciences. 2008;42-80.
22. Entasari A. [examination of effective factors on social participation among the elderly of Tehran in the year 2008 (Persian)]. MA dissertation. Tehran: University of social welfare and rehabilitation sciences. 2008;36-67.
23. Rashedi V, Gharib M, Yazdani AA. Social participation and mental health among older adults in Iran. *Iran Rehabil J*. 2014;12(19):9-13.