

Research Paper

Facilitating and Inhibiting Factors of Social Participation in the Elderly Based on Health-promoting Behaviors: A Cross-sectional Study

Mina Sharafi¹, Mohammad Mehdi Fadakar Davarani², Hamidreza Tohidi Nik³, Arash Farvahari², *Vahid Reza Borhaninejad²

1. Neuroscience Research Center, Institute of Neuropharmacology, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.
2. Social Determinants of Health Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.
3. HIV/STI Surveillance Research Center, and WHO Collaborating Center for HIV Surveillance, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.



Citation Sharafi M, Fadakar Davarani MM, Tohidi Nik H, Farvahari A, Borhaninejad VR. [Facilitating and Inhibiting Factors of Social Participation in the Elderly Based on Health-promoting Behaviors: A Cross-sectional Study (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2022; 17(3):304-321. <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2022.1116.7>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2022.1116.7>

**ABSTRACT**

Objectives Social participation is a determining factor for promoting health and well-being. This study aims to investigate the factors facilitating and inhibiting the social participation of the elderly in Kerman, Iran based on their health-promoting behaviors.

Methods & Materials This cross-sectional study was conducted on 276 elderly people over 60 years old in Kerman city in 2020. They completed a demographic form, the questionnaire of social participation based on the Canadian Community Health Survey, and the questionnaire of health-promoting behaviors. Descriptive statistics and statistical tests including univariate and multivariate regression were used for data analysis. Data were analyzed in SPSS software, version 26, and $P < 0.05$ was considered statistically significant.

Results The Mean \pm SD score of social participation was 6.71 ± 4.01 . Illness and health problems (50.3%), costs (39.1%), commuting problems (31.1%), low mood (29.3%), and COVID-19 pandemic (28.2%) were the most common barriers to social participation. The elderly who were single ($P < 0.001$), younger ($P < 0.001$), with academic degree ($P < 0.001$), and low number of children ($P < 0.001$) had significantly higher social participation. Multivariable analysis showed that physical activity ($P = 0.033$), disease prevention ($P = 0.002$), and physical and social health ($P < 0.001$) were the factors affecting social participation of the elderly.

Conclusion The social participation of the elderly in Kerman is affected by multiple factors. Therefore, planning to manage diseases, increase income, and solve the transportation problems of the elderly are recommended to improve their social participation.

Keywords Social participation, Health-promoting behaviors, aged

Article Info:

Received: 30 Jun 2021

Accepted: 06 Oct 2021

Available Online: 01 Oct 2022

*** Corresponding Author:**

Vahid Reza Borhaninejad, PhD.

Address: Social Determinants of Health Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.

Tel: +98 (913) 1971196

E-mail: v.borhaninejad@kmu.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

Old age is usually associated with many changes, such as changes in family structure and living arrangements, changes in occupational patterns and transition to retirement, and changes in health status [1].

Due to the increasing number of the elderly population, countries should pay attention to this issue in social policies, especially in terms of reaching successful and active old age to provide a better quality of life for older people [2, 3]. Social participation is a determining factor of health and an important aspect of successful aging [4]. In this regard, and considering the importance of removing barriers and planning to facilitate the participation of the elderly in order to achieve a more dynamic society relying on successful aging, this study aims to assess the level of social participation based on health-promoting activities and investigate its factors and barriers among the elderly in Kerman, Iran.

Methods

This is a cross-sectional study that was conducted on the elderly living in Kerman city in 2020. The sample size was determined 275 using the formula. Sampling was done using a two-stage cluster sampling method. The inclusion criteria were age 60 years and older, being a resident of Kerman city, being able to communicate verbally, and being able to answer the questions. The exclusion criteria were unwillingness to participate in the study and return of incomplete questionnaires.

The data collection tool was a researcher-made social participation questionnaire based on the Canadian Community Health Survey [5]. It includes nine items assessing participation in outdoor group activities, religious activities, group sports, educational and cultural activities, activities in social centers and institutions, charity activities, and group entertainment. The questionnaire of health-promoting behaviors was also used which was designed based on the lifestyle questionnaire [6]. It has 10 subscales and 64 items [6]. The face validity of the questionnaires was examined based on the opinions of 10 experts and 20 elderly people, and their reliability were also confirmed. Cronbach's alpha was 0.79 for the social participation questionnaire and 0.84 for the health-promoting behaviors questionnaire.

Considering the normality of the data distribution based on the results of Kolmogorov Smirnov test, the linear regression model (univariate and multivariate analysis) was used to investigate the factors affecting social participation (facilitating and inhibiting factors). STATA software was used for univariate and multivariate regression analysis, and SPSS software, version 26 was used for other analyses.

Results

The mean age group of participants was 67.85 ± 6.73 ; 69.2% of them were married; 147(53%) were men and 129(47%) were women; 15.2% were illiterate, 36.6% had lower than high school education, and 48.2% had a diploma or higher; 97.5% had children; 32.6% were employed in the government sector, 1.30% were self-employed, and the rest had other occupations. About 60% of the elderly had a chronic disease, 82% were receiving medication, and 22% had substance abuse. The most prevalent underlying diseases were high blood pressure (35%), diabetes (23%) and cardiovascular diseases (15%).

The mean score of social participation was reported as 6.71 ± 4.01 . The highest rate of participation was related in religious activities (71.7%) and outdoor group activities (70.2%), and the lowest rate of participation was related to calling TV presenters to report neighborhood problems (9.4%). The biggest barriers to social participation were illnesses (50.3%), costs (39.1%), and commuting (31.1%). Based on the results of univariate and multivariate analysis, the factors of age, marital status, educational level, suffering from chronic disease, disease prevention, physical activity, physical health, and social health were determined as influencing factors in the social participation of the elderly. Marital status, suffering from chronic disease and physical health were facilitating factors, and age, disease prevention and social health were inhibiting factors.

On average, the mean score of social participation in the elderly aged 70-79 years was lower than in those aged 60-69 years by 2.37(95% CI: -0.96-3.80). The mean score of participation in never-married elderly was more than in married elderly by 4.53(95% CI: 0.76-8.29) and the mean score of participation in divorced elderly was more than in married elderly by 6.52(95% CI: 1.96-11.07). Moreover, the mean score of participation in illiterate elderly, elderly with reading and writing literacy, and elderly with education levels lower than high school and diploma were less than those with academic degree by 4.64, 2.23, 1.81, and 3.06, respectively.

Table 1. Results of univariate and multivariate regression analyses to investigate the factors affecting the social participation of the elderly in Kerman, Iran

Variable	Group	Univariate regression analysis		Multivariate regression analysis*		
		Crude coefficient (95% CI)	P	Adjusted coefficient (95% CI)**	P	
Gender	Female	0.53- (0.98, -2/05-)	0.490	-	-	
	Male (ref.)					
Age	60-69 (ref.)					
	70-79	-3.75 (-2.15, -5.36)	0.001>	-2.37 (-0.96, -3.80)	0.001	
	≤80	-8.16 (-5.55, -10.76)	0.001>	-2.34 (0.14, -4.83)	0.064	
Marital status	Never married	6.90 (11.82, 1.98)	0.006	0.53 (8.29, 0.76)	0.019	
	Divorced	7.54 (12.91, 2.16)	0.006	6.52 (11.07, 1.96)	0.005	
	Widow/widower	-3.12 (-1.50, -4.75)	0.001>	1.07 (2.49, -0.34)	0.137	
	Married (ref.)					
Educational level	Illiterate	-7.51 (-5.20, -9.81)		-0.64 (-2.55, -6.73)		
	Reading and writing literacy	-6.72 (-4.56, -8/87)	0.001>	-2.23 (-1.78, -5.91)	0.001>	
	Lower than high school	-4/10 (-0.86, -6.33)		-1.81 (-0.001, -3.62)		
	Diploma	-3.78 (-1.78, -5.78)		-3.06 (-1.47, -4.66)		
	Academic degree (ref.)					
Previous occupation	Employed in the government sector (Ref.)					
	Employed in the private sector	0.23 (-2.92, -2.44)	0.863	-	-	
	Self-employed	-4.30 (-6.26, -2.34)	0.001>	-	-	
	Farmer	-7.39 (-2.80, -11.97)	002/0	-	-	
	Others	-4.57 (-2.86, -6.29)	0.001>	-	-	
Current occupation	Employed	6.76 (5.91, 4.61)	0.001>	-	-	
	Retired	3.63 (2.08, 0.79)	0.001>	-	-	
	Unemployed (Ref.)					
Monthly income (Toman)	<1 million	-4.98 (-3.08, -6.88)	0.001>	-	-	
	1-3 million	-5.09 (3.54, -6.65)		-	-	
	>3 million (Ref.)					
Number of children	0	3.78 (6.76, 0.79)	0.013	-	-	
	1-2	2.88 (4.51, 1.25)	0.001	-	-	
	≥3 (Ref.)					

Variable	Group	Univariate regression analysis		Multivariate regression analysis*	
		Crude coefficient (95% CI)	P	Adjusted coefficient (95% CI)**	P
Number of used medications	0 (Ref.)				
	1-3	-0.56 (1.52, -2.64)	0.598	-	-
	3-5	-2.38 (-0.15, -4.61)	0.036	-	-
	>5	-3.41 (-0.49, -6.32)	0.022		
Chronic disease	Yes	-1.95 (-0.42, -3.47)	0.012	1.67 (2.94, 0.40)	0.010
	No (Ref.)				
Substance abuse	Yes (Ref.)				
	No	3.62 (5.40, 1.85)	0.001	-	-
Smoking	Yes (Ref.)				
	No	0.85 (3.06, -1.36)	0.451	-	-
Hookah use	Yes (Ref.)				
	No	1.33 (4.31, -1.31)	0.383	-	-
Insurance coverage	Yes (Ref.)				
	No	1.06 (4/50, -2.38)	0.547	-	-
Visiting a doctor in the last 7 days	Yes (Ref.)				
	No	0.01 (1.80, -1.78)	0.992	-	-
Attending hospital in the last 7 days	Yes (Ref.)				
	No	2.52 (4.58, 0.46)	0.017	-	-
Physical health		-0.78 (-0.33, -1.23)	0.001	1.11 (1.60, 0.63)	0.001>
Physical activity		-1.20 (-0.97, -1.44)	0.001>	-0.33 (-0.27, -0.64)	0.033
Weight control and nutrition		-0.92 (-0.70, -1.14)	0.001>	-	-
Disease prevention		-2.88 (-3.68, -2.08)	0.001>	-1.57 (-0.60, -2.54)	0.002
Mental health		-2.73 (-2, -3/47)	0.001>	-	-
Social health		-0.57 (-0.48, -0.65)	0.001>	-0.40 (-0.28, -0.52)	0.001>

*Linear regression model (Backward elimination); **Adjustments were made for the variables of age, marital status, educational level, chronic disease, physical health, physical activity, disease prevention, and social health.

Among the health-promoting behaviors, physical activity, disease prevention and social health had a negative impact and physical health had a positive impact on the social participation of the elderly (Table 1).

Discussion

In this study, the most important barriers to the social participation of the elderly in Kerman city were illness, costs, and commuting problems. Therefore, it is recommended to plan for the management of diseases in old age, eco-

nomic support and the creation of welfare and healthcare facilities to increase the social participation of the elderly. Considering the high desire of the elderly to participate in religious activities, it is necessary to consider appropriate mechanisms in the structure of neighborhoods, including the design of elderly-friendly mosques. The health-promoting behaviors including physical activity, disease prevention and social health were introduced as barriers and physical health as the facilitator of social participation. It seems that they are affected by the Covid-19 pandemic and the fear and worry about contracting the disease and quarantine at home, which need attention by policymakers and authorities, especially after the pandemic.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

It was approved by the Ethics Committee of [Kerman University of Medical Sciences](#) (Code: IR.KMU.REC.1398.636).

Funding

This study was funded by [Kerman University of Medical Sciences](#).

Authors' contributions

Conceptualization: Mina Sharafi and Vahid Reza Borhaninejad; Investigation: All authors; Editing & review: Vahid Reza Borhaninejad

Conflicts of interest

The authors declare no conflict of interest

Acknowledgements

The authors would like to thank all seniors participated in this study.


مقاله پژوهشی

عوامل تسهیل کننده و بازدارنده مشارکت اجتماعی سالمندان براساس فعالیت‌های سلامت‌محور: یک مطالعه مقطعی


مینا شرفی^۱، محمدمهدی فداکار داورانی^۲، حمیدرضا توحیدی نیک^۲، آرش فروهری^۲، وحیدرضا برهانی نژاد^۲

۱. مرکز تحقیقات علوم اعصاب، پژوهشکده نورفارماکولوژی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.
۲. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.
۳. مرکز تحقیقات مراقبت اچ‌آی‌وی و عفونت‌های آمیزشی، مرکز همکار سازمان جهانی بهداشت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

Use your device to scan and read the article online



Citation: Sharafi M, Fadakar Davarani MM, Tohidi Nik H, Farvahari A, Borhaninejad VR. [Facilitating and Inhibiting Factors of Social Participation in the Elderly Based on Health-promoting Behaviors: A Cross-sectional Study (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2022; 17(3):304-321. <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2022.1116.7>

 <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2022.1116.7>



اهداف: مشارکت اجتماعی به‌عنوان یک عامل تعیین کننده برای ارتقای سلامت و رفاه در نظر گرفته می‌شود. پژوهش حاضر با هدف تعیین عوامل تسهیل کننده و بازدارنده مشارکت اجتماعی سالمندان شهر کرمان در فعالیت‌های سلامت‌محور انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی است که بر ۲۷۶ سالمند بالای ۶۰ سال در مناطق مختلف شهر کرمان در سال ۱۳۹۹ انجام شد. در این پژوهش، سالمندان به پرسش‌نامه‌های مشخصات فردی و پرسش‌نامه مشارکت اجتماعی طرح بررسی سلامت جامعه کانادا و پرسش‌نامه فعالیت‌های سلامت‌محور پاسخ دادند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ و آزمون‌های آماری توصیفی و تحلیل از جمله رگرسیون تک‌متغیره و چندمتغیره انجام شد.

یافته‌ها: میانگین نمره مشارکت اجتماعی سالمندان $6/71 \pm 4/01$ گزارش شد. از بین موانع مشارکت اجتماعی بیماری‌ها و مشکلات سلامتی (۵۰/۳ درصد)، هزینه‌ها (۳۹/۱ درصد)، مشکلات رفت‌وآمد (۳۱/۱ درصد)، بی‌حوصلگی (۲۹/۳ درصد) و کووید-۱۹ (۲۸/۲ درصد) به ترتیب مهم‌ترین موانع مشارکت اجتماعی سالمندان هستند. سالمندان با سن پایین‌تر ($P < 0/001$)، سالمندان مجرد ($P < 0/001$)، دارای تحصیلات دانشگاهی ($P < 0/001$) و با تعداد فرزندان کمتر ($P = 0/001$) به‌طور معناداری مشارکت اجتماعی بهتری داشتند. یافته‌های حاصل از رگرسیون چندمتغیره حاکی از این بود که از بین حیطه‌های فعالیت‌های سلامت‌محور، ورزش و تندرستی ($P = 0/033$)، پیشگیری از بیماری‌ها ($P = 0/002$) و سلامت جسمانی ($P < 0/001$) تأثیر مثبتی بر میزان مشارکت اجتماعی سالمندان داشت.

نتیجه‌گیری: طبق یافته‌های پژوهش حاضر عوامل متعددی بر میزان مشارکت اجتماعی سالمندان تأثیر گذار است. در این بین، برنامه‌ریزی به‌منظور مدیریت بیماری‌ها، افزایش درآمد و رفع مشکلات رفت‌وآمدی سالمندان با در نظر گرفتن سایر عوامل مرتبط برای بهبود وضعیت مشارکت اجتماعی سالمندان پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: مشارکت اجتماعی، فعالیت‌های سلامت‌محور، سالمندان

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۰۹ تیر ۱۴۰۰

تاریخ پذیرش: ۱۴ مهر ۱۴۰۰

تاریخ انتشار: ۱۰ تیر ۱۴۰۱

* نویسنده مسئول:

وحیدرضا برهانی نژاد

نشانی: کرمان، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت.

تلفن: +۹۸ (۹۱۳) ۱۹۷۱۱۹۶

پست الکترونیکی: v.borhaninejad@kmu.ac.ir

مقدمه

مطالعات انجام شده در حوزه سالمندی نشان داده است که مشارکت اجتماعی مانع از انزوای اجتماعی که عامل اصلی خطر مرگومیر در سالمندان است و استفاده مؤثر از اوقات فراغت و مشارکت فعال اجتماعی از مهم ترین عواملی هستند که رضایت از زندگی سالمندان را تعیین می کنند [۱۲، ۱۳].

از سوی دیگر طبق مطالعات صورت گرفته، فعالیت های سلامت محور شامل سلامت جسمانی، فعالیت بدنی، سلامت روان شناختی، سلامت معنوی، سلامت اجتماعی، اجتناب از مواد مخدر و الکل و پیشگیری از حوادث با مشارکت اجتماعی سالمندان در ارتباط است. به نحوی که سالمندان با مشارکت اجتماعی بالاتر از وضعیت سلامتی بهتری نیز برخوردارند [۱۴]. با وجود این، مطالعات نشان می دهند عوامل متعددی از جمله افزایش سن، افزایش هزینه ها، رفت و آمد، مشکلات سلامتی و ناتوانی جسمی عملکردی ناشی از افزایش سن می تواند تأثیری منفی بر هر نوع فعالیتی از جمله مشارکت اجتماعی داشته باشد. این در حالی است که داوطلبان سالمند به دلیل بازنشستگی و اشتغال کمترشان در مشاغل رسمی و محدودیت های خانوادگی، می توانند در مقایسه با داوطلبان جوان زمان بیشتری را به انجام فعالیت های داوطلبانه و مشارکت اجتماعی شان اختصاص دهند. این موضوع به ویژه در فعالیت های سلامت محور نقش و اهمیت بسزایی دارد [۱۷-۱۵].

این مطالعه با توجه به روند روبه رشد جمعیت سالمندان و نقش مهم مشارکت اجتماعی در حفظ و ارتقای سلامت آنان، همچنین اهمیت رفع موانع و برنامه ریزی برای تسهیل مشارکت سالمندان به منظور رسیدن به جامعه ای پویاتر با تکیه بر سالمندی موفق انجام شد. هدف این مطالعه بررسی میزان مشارکت اجتماعی در فعالیت های سلامت محور، عوامل و موانع مؤثر بر آن در سالمندان شهر کرمان بود.

روش مطالعه

پژوهش حاضر از نوع مقطعی بود و بر سالمندان ساکن شهر کرمان در سال ۱۳۹۹ انجام شد. حجم نمونه با استفاده از فرمول برآورد میانگین و با بهره گیری از نتایج مطالعه مشابه [۱۸] و در نظر گرفتن میانگین تخمینی ۱۰/۶ و انحراف معیار و حاشیه خطای $d=1$ و همچنین $\alpha=0/05$ حجم نمونه برابر با ۱۲۰ نفر به دست آمد. بنابراین با توجه به روش نمونه گیری ۲ مرحله ای مقدار ضریب اثر طرح^۱ برابر با ۲ در نظر گرفته شد و با در نظر گرفتن ۱۵ درصد عدم پاسخ دهی، حجم نمونه نهایی برابر با ۲۷۶ نفر به دست آمد. نمونه گیری به صورت خوشه ای ۲ مرحله ای صورت گرفت که بر این اساس مناطق چهارگانه شهر کرمان براساس تقسیمات شهرداری به عنوان طبقه در نظر گرفته شد.

دوران سالمندی، معمولاً با تغییرات متعدد، مانند تغییر در ساختار خانواده و ترتیبات زندگی، تغییر در الگوی کار و گذار به بازنشستگی، تغییر در وضعیت سلامت و حتی تغییرات هویتی همراه است [۱]. بنابراین با توجه به روند افزایش جمعیت سالمندان، کشورها بایستی در سیاست گذاری های اجتماعی، به این مسئله به ویژه از بُعد رسیدن به سالمندی موفق و نیز سالمندی فعال توجه داشته باشند [۲]. برنامه ریزی در راستای سالمندی موفق، باعث می شود افراد عمر طولانی تر و با کیفیت تری داشته باشند [۳]. سالمندی فعال، فرایندی است که با حداکثرسازی فرصت های سلامتی، مشارکت و امنیت، به بهبود کیفیت زندگی سالمندان کمک می کند [۴].

در این میان، مشارکت اجتماعی، عامل تعیین کننده سلامت و بُعد مهم و قابل اصلاح سالمندی موفق است [۵]. به بیانی دیگر مشارکت اجتماعی یکی از عوامل مهم و تأثیرگذار بر سلامت جسمی، روحی و کیفیت زندگی و سالم پیرشدن افراد سالمند است [۶]. یکی از نظریه هایی که بر اهمیت نقش مشارکت و فعالیت اجتماعی تأکید می کند «نظریه فعالیت» است که بر این اساس، فعال باقی ماندن و نیز درگیری فعال با جامعه، نقشی محوری در احساس رضایت سالمندان ایجاد می کند و از این منظر، سالمندی موفق، مساوی با سالمندی فعال است [۷]. همچنین مشخص شده است که ترویج مشارکت اجتماعی به عنوان یک استراتژی کلیدی برای تقویت توانمندسازی افراد سالمند، یکی از اصول اصلی جنبش ارتقای سلامت است و این موضوع در رسیدن آن ها به سطح سلامتی همه جانبه نقش مؤثری ایفا می کند [۸]. از طرفی دیگر، مشارکت اجتماعی سالمندان به عنوان ویژگی اصلی سرمایه اجتماعی برای جامعه نیز از اهمیت خاصی برخوردار است و باعث می شود هم سالمند تجربه مثبتی از دوران سالمندی اش داشته باشد و هم جامعه از تجربه و خرد او بیشتر بهره ببرد [۹].

به طور کلی مشارکت اجتماعی به معنای حضور فرد در فعالیت های دسته جمعی از جمله شرکت در برنامه های مذهبی، تفریحی ورزشی، آموزشی و فرهنگی، انجمن های اجتماعی محله ای، سازمان های مردم نهاد و امور خیریه است که فرد سالمند از روی آگاهی و به صورت داوطلبانه آن ها را انجام می دهد [۱۰]. مشارکت اجتماعی به دو شکل رسمی و غیررسمی وجود دارد. فعالیت رسمی، شامل مشارکت در سازمان های داوطلبانه، مشارکت سیاسی یا مذهبی است، در حالی که فعالیت های غیررسمی به حضور در رویدادهای ورزشی، باشگاه های اجتماعی و یا کلاس های آموزشی همراه با کمک به دوستان و همسایگان اشاره دارد. مشارکت های رسمی و غیررسمی، بستری را فراهم می کنند تا افراد بتوانند تجارب خود را به اشتراک بگذارند و روابط اجتماعی شان را افزایش دهند [۱۱].

قسمت از پرسش‌نامه بیانگر مشارکت اجتماعی بهتر سالمندان است. درویش‌پور و همکاران این پرسش‌نامه را پس از ترجمه به زبان فارسی و گرفتن روایی محتوایی و ضریب پایایی اش (۰/۷۶ درصد) استفاده کرده‌اند [۱۵]. سؤالات پرسش‌نامه فعالیت‌های سلامت‌محور، با استفاده از سؤالات پرسش‌نامه سبک زندگی طراحی شد. این پرسش‌نامه ایزاری چندبعدی است و ۱۰ عامل و ۶۴ سؤال دارد [۱۹].

به‌منظور سنجش روایی صوری^۲ پرسش‌نامه در اختیار ۱۰ نفر از متخصصان رشته سالمندشناسی، آموزش بهداشت و جامعه‌شناسی در قالب پنل تخصصی^۳ قرار داده شد تا پرسش‌نامه را از نظر مطلوب بودن عبارات به‌لحاظ وضوح (استفاده از واژه‌های ساده و قابل‌فهم)، کاربرد زبان مشترک (پرهیز از به‌کارگیری واژه‌های فنی و تخصصی) بررسی کنند. به‌منظور سنجش پایایی پرسش‌نامه از روش ثبات درونی^۴ استفاده شد. ثبات یا همبستگی درونی عبارت است از درجه‌ای که سؤالات موجود در یک پرسش‌نامه در یک شاخص خلاصه و با یکدیگر همبستگی دارند که معمول‌ترین روش محاسبه آن ضریب آلفای کرونباخ^۵ است. مطابق با این روش، ابزار موردنظر زمانی از پایایی مناسب برخوردار خواهند بود که ضریب آلفای بزرگ‌تر یا مساوی ۰/۷ درصد باشد که در این مطالعه برای پرسش‌نامه مشارکت اجتماعی ۰/۷۹ درصد و برای پرسش‌نامه فعالیت‌های سلامت محور ۰/۸۴ درصد به دست آمد.

باتوجه‌به نظرات اخذشده در پرسش‌نامه مشارکت اجتماعی یک سؤال از پرسش‌نامه حذف شد و جهت ساده‌تر کردن و افزایش قابلیت درک سالمندان از آن، ۳ سؤال از پرسش‌نامه ویرایش و ۳ سؤال به آن افزوده شد. همچنین باتوجه‌به تعداد زیاد سؤالات پرسش‌نامه سبک زندگی و به‌منظور حصول اهداف مطالعه درخصوص فعالیت‌های سلامت‌محور با نظرات خبرگان ۲۰ سؤال بازنویسی شد. گویه‌ها در حیطه‌های سلامت جسمانی، کنترل وزن و تغذیه، ورزش و تندرستی، سلامت روان‌شناختی، سلامت اجتماعی و پیشگیری از بیماری‌ها بود. در پرسش‌نامه یادشده، سؤالات ۱، ۲، ۶، ۷؛ در مؤلفه کنترل وزن و تغذیه، سؤال ۳؛ در مؤلفه پیشگیری از بیماری‌ها، سؤالات ۴، ۵، ۱۱؛ در مؤلفه سلامت جسمانی، سؤالات ۸، ۹، ۱۰؛ در مؤلفه ورزش و تندرستی، سؤال ۱۲ و در مؤلفه سلامت روان‌شناختی، سؤالات ۱۳ تا ۲۰ در مؤلفه سلامت اجتماعی بررسی شدند. دامنه نمرات از صفر تا ۴ در مقیاس لیکرت بود و پاسخ‌ها به‌صورت، ۱ (خیلی کم)، ۲ (کم)، ۳ (متوسط)، ۴ (زیاد) و ۵ (خیلی زیاد) طبقه‌بندی شد.

در مرحله اول، پژوهشگران از هر کدام از مناطق چهارگانه شهر کرمان به‌صورت تصادفی ۳ بلوک را که حداقل ۱۰۰ خانوار در آن زندگی می‌کنند به‌عنوان خوشه انتخاب کردند. شماره خانوار سالمندان دارای پرونده بهداشتی، از مراکز و پایگاه‌های بهداشتی مستقر در هر منطقه شهرداری (مناطق چهارگانه) گرفته و لیست شد. سپس از هر بلوک، یک کدپستی به‌صورت تصادفی سیستماتیک انتخاب شد و پس از تعیین فواصل نمونه‌گیری (۱۰ نفر) از همان نقطه، پرسشگری در منازل صورت گرفت. در واحد انتخاب‌شده در صورت نبود سکنه، تجاری بودن و یا نبودن فرد سالمند دارای معیارهای ورود به مطالعه، پلاک بعدی جایگزین شد. در هر منطقه براساس ۳ بلوک انتخابی تا جایی که تعداد سالمند انتخابی در کل ۳ بلوک به ۷۰ نفر برسند افراد مطالعه انتخاب شدند. منطقه بعدی نیز با همین شکل پرسشگری انجام شد. در نهایت باتوجه‌به ابهام توزیع تعداد سالمندان در بلوک‌های منتخب، تعداد مساوی ۷۰ نفر از سالمندان بالای ۶۰ سال ساکن در منزل انتخاب شدند و از آن‌ها پرسشگری شد. از هر منزل، حداکثر یک سالمند وارد مطالعه شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل ۶۰ سال به بالا بودن، بومی و ساکن شهر کرمان بودن، توانایی داشتن در برقراری ارتباط کلامی و پاسخ‌گویی به سؤالات بود و معیارهای خروج از مطالعه نیز تمایل نداشتن به شرکت در مطالعه و پرسش‌نامه‌های ناقص بود. روش گردآوری داده‌ها به‌صورت حضوری و چهره‌به‌چهره بود. مدت‌زمان پر کردن پرسش‌نامه‌ها برای هر سالمند به‌طور متوسط ۳۰ دقیقه طول می‌کشید. جهت انجام مصاحبه از پرسشگران آموزش‌دیده و برخوردار از مهارت‌های برقراری ارتباط با سالمندان استفاده شد. این مطالعه دارای کد اخلاق از **دانشگاه علوم پزشکی کرمان** است.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه مشارکت اجتماعی با استفاده از پرسش‌نامه طرح بررسی سلامت جامعه کانادا و سؤالاتی مبتنی بر فعالیت‌های سلامت‌محور در بین سالمندان بود. سؤالات مشخصات فردی شامل جنس، سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، تعداد فرزندان، شبکه اجتماعی افراد بود. پرسش‌نامه مشارکت اجتماعی طرح بررسی سلامت جامعه کانادا دربرگیرنده ۹ عبارت درباره انجام کارهای دسته‌جمعی، شرکت در مراسم مذهبی، ورزش‌های گروهی، فعالیت‌های آموزشی و فرهنگی، فعالیت در کانون‌ها و نهادهای اجتماعی و خیریه و سرگرمی‌های گروهی است که دامنه نمرات از صفر تا ۴ در مقیاس لیکرت بود و پاسخ‌ها به‌صورت صفر (هرگز)، ۱ (حداقل یک‌بار در سال)، ۲ (حداقل یک‌بار در ماه)، ۳ (حداقل یک‌بار در هفته) و ۴ (حداقل یک‌بار در روز) طبقه‌بندی شده است. این پرسش‌نامه همچنین شامل ۱۵ عبارت درخصوص موانع مشارکت اجتماعی سالمندان است که سالمندان در قالب پاسخ «بلی» و «خیر» به هر یک از موانع مشارکت اجتماعی پاسخ می‌دادند. نحوه محاسبه نمره قسمت اول این پرسش‌نامه دربرگیرنده محاسبه نمره میانگین مجموع عبارات این قسمت است. نمره بالاتر از نمره میانگین این

2. Face Validity
3. Expert panel
4. Internal consistency
5. Cronbach's Alpha

یافته‌ها

سالمندان شرکت‌کننده در این پژوهش ۲۷۶ نفر بودند که از بین آن‌ها ۱۴۷ نفر (۵۳ درصد) مرد و ۱۲۹ نفر (۴۷ درصد) زن بودند. میانگین گروه سنی در این پژوهش $67/85 \pm 6/73$ بود که ۶۶ درصد زیر ۷۰ سال سن داشتند. ۶۹/۲ درصد از سالمندان همسر داشتند. در خصوص وضعیت تحصیلات ۱۵/۲ درصد بی‌سواد، ۳۶/۶ درصد زیردیپلم و ۴۸/۲ درصد دیپلم و بالاتر بودند. سالمندان دارای فرزند ۹۷/۵ درصد بودند. همچنین ۵۶ درصد سالمندان درآمد کمتر از ۳ میلیون تومان داشتند. از نظر فعالیت شغلی قبلی ۳۲/۶ درصد شاغل دولتی، ۳۰/۱ دارای شغل آزاد و بقیه سایر مشاغل را داشتند. فعالیت فعلی اکثریت سالمندان مورد مطالعه نیز غیرشاغل بود (۵۴/۷ درصد). ۹۴ درصد افراد نیز بیمه داشتند.

میانگین نمره مشارکت اجتماعی سالمندان (۴/۰۱) ۶/۷۱ گزارش شد. بیشترین میزان مشارکت به ترتیب مربوط به شرکت در مراسمات مذهبی (۷۱/۷ درصد) و کارهای جمعی خارج از خانه (۷۰/۲ درصد) و کمترین میزان مشارکت مربوط به تماس تلفنی با مجریان برنامه‌های تلویزیونی جهت مطرح کردن مشکلات محله (۹/۴ درصد) بوده است. بیشترین موانع مشارکت اجتماعی نیز بیماری‌ها (۵۰/۳ درصد)، هزینه‌ها (۳۹/۱ درصد) و رفت‌وآمد (۳۱/۱ درصد) بود. نمودارهای شماره ۱ و ۲ تعداد درصد شرکت در هر کدام از حیطه‌های مشارکت اجتماعی و موانع مشارکت اجتماعی را نشان می‌دهد (تصاویر شماره ۱ و ۲).

جدول شماره ۱ وضعیت سلامتی سالمندان را نشان می‌دهد که براین اساس حدود ۶۰ درصد سالمندان بیماری مزمن داشتند، سالمندانی که دارو مصرف می‌کردند ۸۲ درصد و سالمندانی که مصرف مواد مخدر داشتند ۲۲ درصد گزارش شد. در بین بیماری‌های زمینه‌ای در سالمندان ابتلا به پرفشاری خون (۳۵ درصد)، دیابت (۲۳ درصد) و بیماری‌های قلبی و عروقی (۱۵ درصد) به ترتیب بیشترین شیوع را در بین افراد مورد مطالعه داشتند.

همان‌طور که در **جدول شماره ۲** (حیطه‌های فعالیت‌های سلامت‌محور) مشاهده می‌شود سالمندان در پاسخ‌گویی به سؤالات سلامت اجتماعی بیشترین پراکندگی و در پاسخ‌گویی به سؤالات مربوط به پیشگیری از بیماری‌ها کمترین پراکندگی را داشتند.

جدول شماره ۳ نتایج مربوط به تحلیل تک‌متغیره و چندمتغیره جهت بررسی عوامل مؤثر بر مشارکت اجتماعی سالمندان را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود متغیرهای سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، ابتلا به بیماری مزمن، پیشگیری از بیماری‌ها، ورزش و تندرستی، سلامت جسمانی و سلامت اجتماعی به‌عنوان عوامل تأثیرگذار در مشارکت اجتماعی سالمندان تعیین شده‌اند. وضعیت تأهل، ابتلا به بیماری مزمن و سلامت جسمانی به‌عنوان عوامل تسهیل‌کننده و متغیرهای

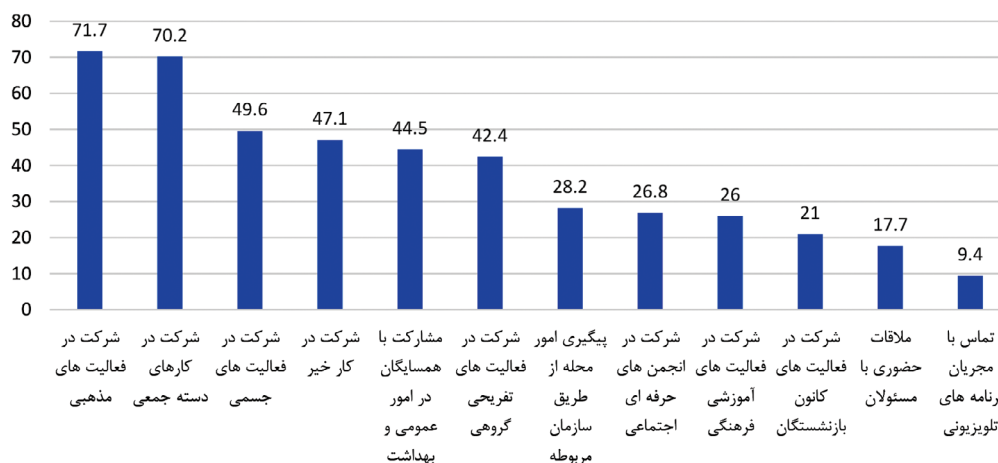
سپس پرسش‌نامه‌های اصلاح‌شده در اختیار ۲۰ نفر از بیماران سالمند که جزو جامعه هدف نبودند قرار داده شد و از آن‌ها درخواست شد تا با استفاده از طیف ۳ قسمتی «کاملاً قابل‌درک است»، «نسبتاً قابل‌درک است» و «قابل‌درک نیست» نظرات خود را در زمینه قابلیت درک هریک از گویه‌ها اعلام کنند. پس از جمع‌آوری نظرات، ضریب روایی صوری هرگویه تعیین شد. در پایان نظرات آن‌ها در پرسش‌نامه اعمال شد. با نظر خبرگان، هر سؤال در صورتی تأیید شد که ۵۰ درصد پاسخ‌دهندگان گزینه اول و یا ۷۰ درصد آن‌ها دو گزینه اول را انتخاب کرده بودند.

براساس اهداف این مطالعه، از نرم‌افزار STATA جهت تحلیل رگرسیون تک‌متغیره^۶ و چندمتغیره^۷ و برای سایر تحلیل‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد. باتوجه به نرمال بودن توزیع داده‌ها (براساس نتایج آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف^۸) جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و آمار تحلیلی پارامتریک^۹ استفاده شد. به این صورت که برای بررسی عوامل مؤثر بر مشارکت اجتماعی (عوامل تسهیل‌کننده و بازدارنده) از مدل رگرسیون خطی (آنالیز تک‌متغیره و چندمتغیره) استفاده شد. در این پژوهش، متغیر وابسته؛ میزان مشارکت اجتماعی و متغیر مستقل؛ سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، داشتن دفترچه بیمه، فعالیت قبلی، فعالیت فعلی، درآمد، تعداد فرزندان، مصرف دارو، ابتلا به بیماری مزمن، مصرف مواد مخدر، مصرف سیگار، مصرف قلیان، مراجعه به پزشک، بستری در بیمارستان و ۶ حیطه فعالیت‌های سلامت‌محور بود. در مدل رگرسیون خطی ابتدا آنالیز تک‌متغیره انجام شد، بدین صورت که تمام متغیرهای مستقل که شامل ۱۶ متغیر کیفی (به‌صورت دامی) و ۶ متغیر کمی (مربوط به حیطه‌های فعالیت‌های سلامت‌محور)، تک‌به‌تک با متغیر مشارکت اجتماعی بررسی شدند و متغیرهای انتخابی با استفاده از روش حذف پس‌رو^{۱۰} به مدل رگرسیون چندمتغیره اضافه شدند.

روش حذف پس‌رو

فرض اولیه در این روش این بود که تمام متغیرهای رگرسیونی در مدل اولیه وجود دارند. در روش حذف پس‌رو با مدلی که شامل کلیه K متغیر رگرسیونی است آغاز شد، سپس P برای هر یک از متغیرهای رگرسیونی محاسبه شد، چنانچه P از مقدار α از پیش تعیین‌شده (۰/۲ درصد) بیشتر بود، آن متغیر رگرسیونی از مدل حذف شد و یک مدل با K-۱ متغیر رگرسیونی باقی‌مانده برآزش شد. برای این مدل جدید P محاسبه و روش تکرار شد. الگوریتم حذف پس‌رو وقتی پایان یافت که P بیشتر از مقدار α از پیش تعیین‌شده بود.

6. Simple Regression
7. Multivariate Regression
8. Kolmogorov-Smirnov Test
9. Parametric Methods
10. Backward



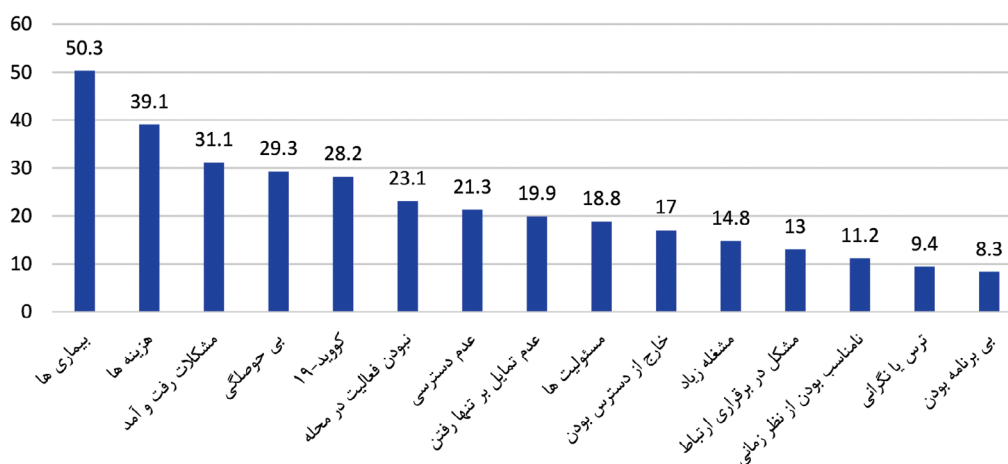
تصویر ۱. نمودار درصد فراوانی شرکت در حیطه های مشارکت اجتماعی در سالمندان

سالمند

بحث

مشارکت اجتماعی یکی از مهم ترین مباحث مرتبط با سلامت در دوران سالمندی است. هدف این مطالعه، بررسی عوامل مرتبط با مشارکت اجتماعی سالمندان در فعالیتهای سلامت محور بود. یافته های این مطالعه در خصوص میانگین نمره مشارکت اجتماعی سالمندان، با وجود مشابهت ابزار سنجش، در مقایسه با مطالعات درویش پور بر سالمندان شهر تهران [۱۵] برهانی نژاد بر سالمندان شهر کرمان [۱۸] و منصوری و همکاران بر سالمندان شهر خرم آباد [۵] بسیار پایین تر گزارش شد. ممکن است یکی از دلایل اصلی این میزان تفاوت در مشارکت اجتماعی، ناشی از شرایط قرنیته و محدودیتهای دوران کووید-۱۹ باشد، زیرا مطالعه حاضر در این دوران صورت گرفت و از این منظر می توان گفت که یکی از موانع اصلی مشارکت اجتماعی سالمندان، به دلیل خطر ابتلا

سن، پیشگیری از بیماری ها و سلامت اجتماعی به عنوان عوامل بازدارنده در مشارکت اجتماعی محسوب شدند. به طور متوسط، میانگین نمره مشارکت در سالمندان ۷۰-۷۹ سال سن ۲/۳۷- (فاصله اطمینان ۰/۹۶-، ۳/۸۰-) کمتر از رده ۶۰-۶۹ سال سن شده است. همچنین میانگین نمره مشارکت در سالمندان هرگز ازدواج نکرده ۴/۵۳ (فاصله اطمینان ۸/۲۹، ۰/۷۶) و سالمندان مجرد بر اثر طلاق ۶/۵۲ (فاصله اطمینان ۱۱/۰۷، ۱/۹۶) بیشتر از سالمندان متأهل بوده است. به طور متوسط، میانگین نمره مشارکت در سالمندان بی سواد، سالمندانی که سواد خواندن و نوشتن دارند و سالمندان با سطح تحصیلات زیر دیپلم و دیپلم به ترتیب ۴/۶۴، ۲/۲۳، ۱/۸۱ و ۳/۰۶ کمتر از سالمندان با مدرک تحصیلی دانشگاهی بوده است. از بین حیطه های فعالیتهای سلامت محور، ورزش و تندرستی، پیشگیری از بیماری ها و سلامت اجتماعی تأثیری منفی و سلامت جسمانی تأثیری مثبت بر میزان مشارکت اجتماعی سالمندان داشته است.



تصویر ۲. نمودار درصد فراوانی موانع مشارکت اجتماعی در سالمندان

سالمند

جدول ۱. وضعیت سلامتی در سالمندان شرکت‌کننده در پژوهش شهر کرمان

تعداد (درصد)	مشخصات وضعیت سلامتی
۵۰(۱۸/۲)	صفر
۱۱۹(۴۳/۱)	۱ تا ۳ نوع
۷۹(۲۸/۶)	۳ تا ۵ نوع
۲۸(۱۰/۱)	بیش از ۵ نوع
۱۰(۳۷/۰)	۱ تا ۴ نخ
۱۶(۴۳/۳)	۵ تا ۸ نخ
۱۱(۲۹/۷)	۹ نخ و بیشتر
۱۵(۲۴/۶)	۱ بار در روز
۲۵(۴۱/۰)	۲ بار در روز
۲۱(۳۴/۴)	۳ بار در روز
۱۶۵(۵۹/۸)	ابتلا به بیماری مزمن
۳۷(۱۳/۴)	مصرف سیگار
۱۹(۶/۹)	مصرف قلیان
۶۱(۲۲/۱)	مصرف موادمخدر
۶۴(۲۳/۲)	مراجعه به پزشک در ۷ روز گذشته
۳۳(۱۵/۶)	مراجعه به بیمارستان در ۷ روز گذشته

سالمند

سالمندان با برنامه‌ریزی‌های مناسب، زمینه‌های لازم را جهت شرکت در فعالیت‌های مذهبی و ارتقای مشارکت اجتماعی آن‌ها - حتی در شرایط مشابه بحران اخیر - فراهم کرد. برخلاف یافته این مطالعه در پژوهش درویش‌پور و همکاران در تهران، بیشترین میزان مشارکت سالمندان مربوط به کارهای خیر و داوطلبانه بود [۱۵]. در سال ۲۰۱۲ در مطالعه گیل‌مور در کانادا، فعالیت‌های جمعی با خانواده و دوستان بیشترین فراوانی را داشت [۲۲]. این تفاوت می‌تواند ناشی از دسترسی و امکان حضور در مراسمات مذهبی و همچنین توجه بیشتر سالمندان در شهرهای با بافت سنتی به مسائل مذهبی باشد. کمترین میزان مشارکت، مربوط به تماس تلفنی با مجریان برنامه‌های تلویزیونی جهت مطرح کردن مشکلات محله بود. این یافته از این جهت اهمیت دارد که سالمندان گنجینه خرد و تجربه هستند و بایستی در مسائلی نظیر حل مشکلات محیط پیرامون مشارکت بیشتری داشته باشند.

بیشتر و مرگ‌ومیر ناشی از کووید-۱۹ بود. در حمایت از این یافته، در سال ۲۰۲۱ در مطالعه‌ای مشابه در ژاپن مشخص شد که محدودیت‌های ناشی از اپیدمی، به میزان قابل توجهی نسبت به قبل از بحران به کاهش سطح مشارکت اجتماعی سالمندان منجر شده است [۲۰]. البته با توجه به اطلاعات کمی که در این خصوص وجود دارد بایستی مطالعات بیشتری انجام شود تا ابعاد مختلف تأثیر بحران به‌ویژه در سال‌های آتی بر سلامت اجتماعی سالمندان مشخص شود.

در مطالعه حاضر، بیشترین میزان مشارکت به ترتیب مربوط به شرکت در مراسمات مذهبی بوده است. مشابه این یافته‌ها در پژوهش برهانی‌نژاد و همکاران در کرمان [۱۸] و پژوهش منصوری و همکاران [۵] نیز به‌عنوان بیشترین بعد مشارکت در سالمندان مورد مطالعه گزارش شد. این شباهت می‌تواند ناشی از این باشد که سالمندان توجه بیشتری به بُعد معنوی سلامت دارند و از نگرش مذهبی بالاتری برخوردار هستند. نگرش مذهبی یک عامل پیشگیری‌کننده جهت کاهش مشکلات سالمندان به شمار می‌رود [۲۱] و بر این اساس می‌توان برای

جدول ۲. حیطه‌های فعالیت‌های سلامت‌محور در سالمندان شهر کرمان

فعالیت‌های سلامت‌محور	کمترین	بیشترین	میانگین \pm انحراف معیار
سلامت جسمانی	۲	۱۰	۵/۰۵ \pm ۱/۶۴
ورزش و تندرستی	۳	۱۵	۹/۷۰ \pm ۲/۷۳
کنترل وزن و تغذیه	۴	۲۰	۱۱/۲۴ \pm ۳/۰۱
پیشگیری از بیماری‌ها	۱	۵	۲/۷۱ \pm ۰/۸۶
سلامت روان‌شناختی	۱	۵	۳/۱۴ \pm ۰/۹۴
سلامت اجتماعی	۸	۴۰	۲۵/۱۳ \pm ۷/۰

سالمند

جدول ۳. نتایج آنالیز تک‌متغیره و چندمتغیره جهت بررسی عوامل مؤثر بر مشارکت اجتماعی سالمندان شهر کرمان

متغیر	سطوح	تحلیل تک‌متغیره		تحلیل چندمتغیره*	
		P	ضریب خام (فاصله اطمینان)	P	ضریب تعدیل شده** (فاصله اطمینان)
جنسیت	زن	۰/۴۹۰	-۰/۵۳ (-۲/۰۵, ۰/۹۸)	-	-
	مرد (مرجع)				
سن	۶۰-۶۹ (مرجع)				
	۷۰-۷۹	<۰/۰۰۱	-۳/۷۵ (-۵/۳۶, -۲/۱۵)	<۰/۰۰۱	-۲/۳۷ (-۳/۸۰, -۰/۹۶)
وضعیت تأهل	۸۰ سال و بیشتر				
	هرگز ازدواج نکرده	۰/۰۰۶	۶/۹۰ (۱/۹۸, ۱۱/۸۲)	۰/۰۰۶	۴/۵۳ (۰/۷۶, ۸/۲۹)
وضعیت تأهل	مجرد بر اثر طلاق	۰/۰۰۶	۷/۵۴ (۲/۱۶, ۱۲/۹۱)	۰/۰۰۵	۶/۵۲ (۱/۹۶, ۱۱/۰۷)
	مجرد بر اثر فوت همسر	<۰/۰۰۱	-۳/۱۲ (-۴/۷۵, -۱/۵۰)	۰/۱۳۷	۱/۰۷ (-۰/۳۴, ۲/۴۹)
سطح تحصیلات	متاهل (مرجع)				
	بی‌سواد	<۰/۰۰۱	-۷/۵۱ (-۹/۸۱, -۵/۲۰)	<۰/۰۰۱	-۴/۶۴ (-۶/۷۳, -۲/۵۵)
سطح تحصیلات	سواد خواندن و نوشتن	<۰/۰۰۱	-۶/۷۲ (-۸/۸۷, -۴/۵۶)	<۰/۰۰۱	-۲/۲۳ (-۵/۹۱, -۱/۷۸)
	زیردیپلم	<۰/۰۰۱	-۴/۱۰ (-۶/۳۳, -۱/۸۶)	<۰/۰۰۱	-۱/۸۱ (-۳/۶۲, -۰/۰۰۱)
سطح تحصیلات	دیپلم	<۰/۰۰۱	-۳/۷۸ (-۵/۷۸, -۱/۷۸)	<۰/۰۰۱	-۳/۰۶ (-۴/۶۶, -۱/۴۷)
	دانشگاهی (مرجع)				
فعالیت قبلی	شاغل دولتی (مرجع)				
	شاغل خصوصی	۰/۱۲۳	۰/۲۳ (-۲/۹۲, -۲/۴۴)	۰/۸۶۳	-
فعالیت قبلی	آزاد				
	کشاورز	۰/۰۰۲	-۷/۳۹ (-۱۱/۹۷, -۲/۸۰)	۰/۰۰۲	-
فعالیت قبلی	سایر	<۰/۰۰۱	-۴/۵۷ (-۶/۲۹, -۲/۸۶)	<۰/۰۰۱	-
	شاغل	<۰/۰۰۱	۶/۷۶ (۴/۶۱, ۸/۹۱)	<۰/۰۰۱	-
فعالیت قبلی	بازنشسته	<۰/۰۰۱	۳/۶۳ (۰/۷۹, ۶/۰۸)	<۰/۰۰۱	-
	غیرشاغل (مرجع)				

تحلیل چندمتغیره*		تحلیل تک متغیره		سطوح	متغیر
P	ضریب تعدیل شده** (فاصله اطمینان)	P	ضریب خام (فاصله اطمینان)		
-	-	<۰/۰۰۱	-۴/۹۸ (-۳/۰۸ -۶/۸۸)	کمتر از یک میلیون تومان	درآمد ماهیانه بیشتر از ۳ میلیون تومان (مرجع)
-	-	<۰/۰۰۱	-۵/۰۹ (-۳/۵۴ -۶/۶۵)	۱ تا ۳ میلیون تومان	
-	-	۰/۰۱۳	۳/۷۸ (۰/۷۹ ۶/۷۶)	بدون فرزند	تعداد فرزندان ۱ و ۲ ۳ و بیشتر (مرجع)
-	-	۰/۰۰۱	۲/۸۸ (۱/۲۵ ۴/۵۱)	۲ و ۳	
-	-	۰/۵۹۸	-۰/۵۶ (-۲/۶۴ ۱/۵۲)	صفر (مرجع)	
-	-	۰/۰۳۶	-۲/۳۸ (-۱/۱۵ -۴/۶۱)	۱ تا ۳ نوع	تعداد دارو مصرفی
-	-	۰/۰۲۲	-۳/۴۱ (-۰/۴۹ -۶/۳۲)	۳ تا ۵ نوع	
۰/۰۱۰	۱/۶۷ (۲/۹۴، ۰/۴۰)	۰/۰۱۲	-۱/۹۵ (-۰/۴۲ -۳/۴۷)	بله	ابتلا به بیماری مزمن
-	-	۰/۰۰۱	۳/۶۲ (۱/۸۵ ۵/۴۰)	خیر (مرجع)	مصرف مواد مخدر
-	-	۰/۴۵۱	-۰/۱۸۵ (-۱/۳۶ ۳/۰۶)	بله (مرجع)	
-	-	۰/۳۸۳	۱/۳۳ (-۱/۶۵ ۴/۳۱)	خیر (مرجع)	مصرف سیگار
-	-	۰/۵۴۷	۱/۰۶ (-۲/۳۸ ۴/۵۰)	بله (مرجع)	
-	-	۰/۹۹۲	-۰/۰۱ (-۱/۷۸ ۱/۸۰)	خیر (مرجع)	مصرف قلیان
-	-	۰/۰۱۷	۲/۵۲ (۰/۴۶ ۴/۵۸)	بله (مرجع)	
<۰/۰۰۱	۱/۱۱ (۱/۶۰، ۰/۶۳)	۰/۰۰۱	-۰/۷۸ (-۱/۲۳ -۰/۳۳)	خیر (مرجع)	داشتهن دفترچه بیمه
۰/۰۳۳	-۰/۳۳ (-۰/۶۴ -۰/۲۷)	<۰/۰۰۱	-۱/۲۰ (-۰/۹۷ -۱/۴۴)	بله (مرجع)	مراجعه به پزشک در ۷ روز گذشته
-	-	<۰/۰۰۱	-۰/۹۲ (-۱/۱۴ -۰/۷۰)	خیر (مرجع)	
۰/۰۰۲	-۱/۵۷ (-۲/۵۴ -۰/۶۰)	<۰/۰۰۱	-۲/۸۸ (-۳/۶۸ -۲/۰۸)	بله (مرجع)	مراجعه به بیمارستان در ۷ روز گذشته
-	-	<۰/۰۰۱	-۲/۷۳ (-۳/۴۷ -۲/۰۰)	خیر (مرجع)	سلامت روان شناختی
<۰/۰۰۱	-۰/۴۰ (-۰/۵۲ -۰/۲۸)	<۰/۰۰۱	-۰/۵۷ (-۰/۴۸ -۰/۶۵)	بله (مرجع)	

* متغیرهای انتخابی در تحلیل چندمتغیره با استفاده از مدل رگرسیون خطی و با روش پرسو ($P < 0.02$) انتخاب شدند.
 ** از بین تمام متغیرهای وارد شده در تحلیل تک متغیره، برای متغیرهای سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، ابتلا به بیماری مزمن، سلامت جسمانی، ورزش و تندرستی، پیشگیری از بیماری‌ها و سلامت اجتماعی تعدیل صورت گرفته است.

مشابه بسیار از مطالعات دیگر [۵، ۱۵، ۱۸، ۲۱-۲۴] یافته‌ها حاکی از این بود سن یک عامل محدودکننده مهم مشارکت اجتماعی سالمندان است. به‌نحوی که مشارکت اجتماعی سالمندان با افزایش سن آن‌ها، کاهش نشان داد. به نظر می‌رسد کاهش توانایی‌های جسمی عملکردی و مشکلات سلامتی در اثر افزایش سن می‌تواند در کنار گذاشتن سالمندان از جامعه و کاهش مشارکت اجتماعی آن‌ها تأثیرگذار باشد.

میانگین نمره مشارکت در سالمندان بی‌سواد، سالمندانی که سواد خواندن و نوشتن دارند و سالمندان با سطح تحصیلات زیردیپلم و دیپلم نیز کمتر از سالمندان با مدرک تحصیلی دانشگاهی بود. این یافته، با نتایج برخی مطالعات مشابه هم‌راستا است [۵، ۱۸، ۲۸]. به نظر می‌رسد که مسائلی از قبیل تحصیلات، درآمد و رتبه شغلی افراد در تعیین پایگاه اقتصادی و اجتماعی آنان تأثیرگذار است. به‌نحوی که شهروندان تحصیل کرده، ثروتمند و بهره‌مند از مهارت‌های حرفه‌ای بالاتر، احتمال بیشتری دارد که در فعالیتهای مختلف در حوزه‌های اجتماعی مشارکت داشته باشند. از طرفی، معمولاً در افراد شاغل به علت درگیری بیشتر در محیط اجتماعی، مشارکت اجتماعی زمینه بیشتری برای تعاملات و روابط اجتماعی بالاتر ایجاد می‌کند. براساس نظریه مکتب نوسازی، در جوامع توسعه‌یافته و نیز در میان افراد برخوردار از سطوح بالای اقتصادی و اجتماعی هر جامعه، زمینه‌ها و انگیزه‌های بالاتری برای مشارکت در ابعاد اجتماعی و سیاسی وجود دارد.

نتایج مطالعات حاضر نشان داد که در بین مردان و زنان سالمند تفاوت معناداری از نظر میزان مشارکت اجتماعی وجود ندارد. برخلاف این یافته در چند مطالعه مشابه، زنان میانگین مشارکت اجتماعی کمتری داشتند [۵، ۱۵، ۱۸]. برخی نظریه‌پردازان معتقدند که مردان و زنان به شیوه‌های بنیادی با یکدیگر تفاوت دارند. آن‌ها در نحوه اندیشیدن، احساس، ارتباط با دیگران و دیگر مسائل اجتماعی به گونه‌ای متفاوت عمل می‌کنند و هرکدام دارای تجربه‌ها، ارزش‌ها و علایق مشترک هستند. با توجه به این مطالب می‌توان جنسیت را یکی از متغیرهای تأثیرگذار در مشارکت اجتماعی دانست [۲۷]. همچنین میانگین نمره مشارکت در سالمندان مجرد بیشتر از سالمندان متأهل بود. این یافته مخالف با نتایج مطالعه منصوری و همکاران [۵] و درویش‌پور و همکاران [۱۵] بود. این اختلاف ممکن است ناشی از این باشد که سالمندان متأهل مورد مطالعه با توجه به شرایط موجود و دوری از دورهمی‌های خانوادگی، امکان مشارکت اجتماعی پایین‌تری داشته‌اند.

از بین حیطه‌های فعالیتهای سلامت‌محور، ورزش و تندرستی، پیشگیری از بیماری‌ها و سلامت اجتماعی تأثیری منفی داشته و در عوض، سلامت جسمانی بر میزان مشارکت اجتماعی سالمندان مؤثر بوده است. به نظر می‌رسد که به دلیل محدودیت‌های جسمی ناشی از سالمندی، این ذهنیت در سالمندان ایجاد شده است که فعالیت بدنی و ورزش می‌تواند به آسیب بیشتر آن‌ها منجر

بیشترین موانع مشارکت اجتماعی بیماری‌ها، هزینه‌ها و رفت‌وآمد بود. یافته‌های مطالعات مشابه نیز تا حدودی از این نتیجه حمایت می‌کند [۵، ۱۵، ۱۸، ۲۱-۲۴]. مطالعه حاضر نشان داد که ۶۰ درصد سالمندان حداقل به یک بیماری مزمن مبتلا بودند (پرفشاری خون، دیابت و بیماری‌های قلبی و عروقی به ترتیب بیشترین شیوع را در بین سالمندان داشتند) که این خود باعث بروز محدودیت‌هایی در زندگی سالمندان می‌شود و میزان فعالیت‌های اجتماعی این افراد را محدود می‌کند و معمولاً آن‌ها را بیش از سایر افراد در معرض خطر ناتوانی و مرگ قرار می‌دهد. نتیجه تحقیق احمد و حافظ در پاکستان نشان می‌دهد درگیر بودن با بیماری‌های مزمن جدی در سالمندی تا حد زیادی بر مشارکت اجتماعی آن‌ها تأثیرگذار است [۱۱]. براین اساس می‌توان گفت بروز بیماری‌های مزمن نیاز به مداخلات نوآورانه‌ای دارد که بر عوامل تعیین‌کننده سلامت مانند فعالیت‌های روزمره زندگی و همچنین مشارکت اجتماعی تأثیر می‌گذارد [۲۴]. به‌طور کلی اکثریت سالمندان، دارای بیماری‌های مزمن هستند. همچنین هزینه‌های زندگی در بین آن‌ها تحت تأثیر مواردی نظیر بیماری‌های مختلف و چنددارویی بودن، افزایش می‌یابد و به‌عوض درآمدشان تحت تأثیر مواردی از قبیل از دست دادن شغل و بازنشستگی کم می‌شود. از طرفی متأسفانه در بسیاری از شهرهای کشورمان، به دلیل بی‌توجهی به مصادیقی نظیر شهر دوستدار سالمندان، تسهیلات لازم برای رفت‌وآمد آن‌ها یا فراهم نشده یا اینکه بسیار ضعیف بوده است. این در حالی است که امکان رفت‌وآمد آسان در ارتقا مشارکت اجتماعی سالمندان نقش مهمی دارد.

در تبیین این مشکلات در حوزه مشارکت اجتماعی سالمندان می‌توان از یکی از نظریه‌های مهم در حوزه سالمندشناسی اجتماعی تحت‌عنوان نظریه جداسازی استفاده کرد. این نظریه از اولین و پرمنافق‌ترین دیدگاه‌های اجتماعی است که سالمندی را به‌عنوان فرایند جدایی تدریجی سالمند و جامعه می‌بیند. این کناره‌گیری، دوطرفه، اجتناب‌ناپذیر، جهانی و فرایندی طبیعی است و موجب کاهش تعامل فرد سالمند و دیگران در سیستم اجتماعی‌ای می‌شود که به آن تعلق دارد. افراد سالمند، فعالیتشان را کاهش می‌دهند، نقش‌های انفعالی‌تر را جست‌وجو می‌کنند و به‌طور فزاینده‌ای به زندگی درونی می‌پردازند. بنابراین، این نظریه به‌عنوان رفتار تطابقی دیده می‌شود [۲۶]. بنابراین ممکن است در جوامع در حال توسعه دسترسی به حمل‌ونقل ایمن و هزینه‌های مرتبط، تقویت تحرک و مشارکت اجتماعی سالمندان، دسترسی به منابع و امکانات تفریحی، حمایت اجتماعی به درستی فراهم نشود. یکی از نظریات اجتماعی دیگر تحت عنوان عدم مشارکت یا عدم تعهد بیان می‌کند که مسائلی از قبیل غیرقابل اجتناب بودن مرگ، ممکن است سالمند را وادار کند تا بخش مهمی از نقش‌های اجتماعی خویش از قبیل کار کردن، خدمات داوطلبانه، همسر بودن، کارهای تفننی و حتی خواندن مطالب را ترک کند [۲۷]. این در حالی است که نوع برخورد با سالمند و مشارکت دادن وی در جامعه، مسأله‌ای حیاتی برای سالمند و جامعه محسوب می‌شود.

بیماری‌ها و سلامت اجتماعی به‌عنوان مانع و سلامت جسمانی به‌عنوان تسهیل‌کننده مشارکت اجتماعی معرفی شد که به‌نظر می‌رسد این موضوع تحت‌تأثیر همه‌گیری بیماری کووید-۱۹ و ترس و نگرانی سالمندان از ابتلا به بیماری و قرنطینه خانگی ایجاد شده است که بایستی به‌ویژه در دوران پساکووید مورد توجه سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان قرار گیرد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کرمان به شناسه IR.kmu. REC.1398.636 این پژوهش را تأیید کرده است.

حامی مالی

این پژوهش با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام شد.

مشارکت‌نویسندگان

مفهوم‌سازی: مینا شرفی، وحیدرضا برهانی‌نژاد؛ تحقیق و بررسی: مینا شرفی، محمد مهدی فداکار، حمیدرضا توحیدنیک، وحیدرضا برهانی‌نژاد، آرش فروهری؛ ویراستاری و نهایی‌سازی نوشته: وحیدرضا برهانی‌نژاد.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع احتمالی در رابطه با تحقیق، تألیف و یا انتشار این مقاله وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از همه سالمندان شرکت‌کننده در این مطالعه تشکر کنند.

شود. همچنین به‌منظور پیشگیری از ابتلا به بیماری‌ها به‌ویژه در دوران بحران کووید-۱۹ حضور کمتری در فعالیت‌های اجتماعی و سلامت اجتماعی برای خود متصور شده‌اند، بنابراین این موارد علی‌رغم اهمیت برای رسیدن به سالمندی فعال و موفق، از جمله در شرایط فعلی تبدیل به مانعی برای مشارکت اجتماعی شده است. سالمندان با سطح قابل قبول سلامت جسمی از دیدگاه خودشان، بدون توجه به دغدغه‌های یادشده این مسأله را عاملی تسهیل‌کننده در جهت ارتقای مشارکت اجتماعی می‌دانند.

مشخص شده است که فعالیت‌های سلامت‌محور شامل سلامت جسمانی، فعالیت بدنی، سلامت روان‌شناختی سلامت معنوی، سلامت اجتماعی، اجتناب از موادمخدر و الکل و پیشگیری از حوادث با مشارکت اجتماعی سالمندان در ارتباط است. به‌نحوی که سالمندان با مشارکت اجتماعی بالاتر از وضعیت سلامتی بهتری نیز برخوردارند [۲۹-۳۰، ۱۴]. نتایج پژوهش لی و همکاران بر این نکته تأکید می‌کند که مشارکت فعال اجتماعی می‌تواند به سلامتی منجر شود و فقدان مشارکت اجتماعی با ضعف سلامتی و افسردگی همراه است [۱۰]. همچنین میان مشارکت اجتماعی با مهارت‌های عملکردی بهتر، رفاه، کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی و بقا رابطه وجود دارد. به‌نحوی که مشارکت اجتماعی به‌عنوان یک عامل تعیین‌کننده برای بهبود سلامت و رفاه در نظر گرفته می‌شود و به‌عنوان ابزاری برای ارتقای سلامت روان و استقلال در فعالیت‌های روزمره زندگی سالمندان پیشنهاد شده است [۳۱-۳۳].

مهم‌ترین محدودیت این مطالعه مشکل دسترسی به سالمندان به دلیل بیماری کووید-۱۹ بود که از آن به‌عنوان رتبه پنجم در موانع مشارکت اجتماعی سالمندان عنوان شد.

نتیجه‌گیری نهایی

باتوجه به یافته‌های مطالعه حاضر که حاکی از تمایل بالای سالمندان به‌منظور شرکت در فعالیت‌های مذهبی بود، لازم است در ساختار محلات سازوکار مناسبی از جمله طراحی مساجد و مراکز مذهبی دوستدار سالمندان پدید آورده شود. همچنین با توجه به مشارکت کم سالمندان در حل مشکلات محله از طریق رسانه‌ها، تدوین برنامه‌های رسانه‌ای ویژه سالمندان در این زمینه پیشنهاد می‌شود. در این مطالعه مهم‌ترین موانع مشارکت، بیماری‌ها، هزینه‌ها و مشکلات رفت‌وآمد معرفی شد. بنابراین برنامه‌ریزی در جهت مدیریت بیماری‌ها در دوران سالمندی، حمایت اقتصادی و ایجاد تسهیلات رفاهی و بهداشتی درمانی جهت افزایش مشارکت اجتماعی سالمندان پیشنهاد می‌شود تا بتوان با مشارکت هرچه بیشتر سالمندان در اجتماع، به جامعه و به‌ویژه سالمندانی فعال‌تر و موفق‌تر دست یافت. در این راستا برنامه‌ریزی برای ایجاد شهرهای دوستدار سالمند پیشنهاد می‌شود. از طرفی فعالیت‌های سلامت‌محور شامل ورزش و تندرستی، پیشگیری از

References

- [1] Forster P, Morris M. Successful transition to retirement in Australia. *Social Sciences Directory*. 2012; 1(1):4-12. [\[Link\]](#)
- [2] 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)]. *Salmad: Iranian Journal of Ageing*. 2013; 7(4):41-6. [\[Link\]](#)
- [3] Zanjari N, Sharifian Sani M, Hosseini Chavoshi M, Rafiey H, Mohammadi Shahboulaghi F. [Comparison of experts and older adults' viewpoints on successful ageing (Persian)]. *Journal of North Khorasan Univ Med Sci*. 2017; 9(2):279-90. [\[DOI:10.18869/acadpub.jnkums.9.2.279\]](#)
- [4] 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. *Social Science & Medicine*. 2010; 71(12):2141-9. [\[PMID\]](#)
- [5] 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)]. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2018; 9(4):66-73. [\[Link\]](#)
- [6] Bourassa KJ, Memel M, Woolverton C, Sbarra DA. Social participation predicts cognitive functioning in aging adults over time: Comparisons with physical health, depression, and physical activity. *Ageing & Mental Health*. 2017; 21(2):133-46. [\[PMID\]](#)
- [7] Bukov A, Maas I, Lampert T. Social participation in very old age: Cross-sectional and longitudinal findings from BASE. *Berlin Ageing Study. The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*. 2002; 57(6):P510-7. [\[PMID\]](#)
- [8] Richard L, Gauvin L, Gosselin C, Laforest S. Staying connected: Neighbourhood correlates of social participation among older adults living in an urban environment in Montréal, Quebec. *Health Promotion International*. 2009; 24(1):46-57. [\[PMID\]](#)
- [9] Saber M, Rashedi V, FadakarDavaran MM, Borhaninejad V, et al. Social support, happiness, and self-rated health among older adults: A population-based study. *Advances in Gerontology*. 2021; 11:22-8 [\[DOI:10.1134/S2079057021010471\]](#)
- [10] Lee HY, Jang SN, Lee S, Cho SI, Park EO. The relationship between social participation and self-rated health by sex and age: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2008; 45(7):1042-54. [\[PMID\]](#)
- [11] Ahmad K, Hafeez M. Factors affecting social participation of elderly people: A study in Lahore. *The Journal of Animal & Plant Sciences*. 2011; 21(2):283-9. [\[Link\]](#)
- [12] Holmes WR, Joseph J. Social participation and healthy ageing: a neglected, significant protective factor for chronic non communicable conditions. *Global Health*. 2011; 7:43. [\[PMID\]](#)
- [13] Katagiri K, Kim JH. Factors determining the social participation of older adults: A comparison between Japan and Korea using EASS 2012. *PLoS One*. 2018; 13(4):e0194703. [\[PMID\]](#)
- [14] Rodriguez Añez CR, Reis RS, Petroski EL. Brazilian version of a lifestyle questionnaire: Translation and validation for young adults. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2008; 91(2):92-8. [\[PMID\]](#)
- [15] Darvishpoor Kakhki A, Abed Saeedi ZH, Abbaszadeh A. [Social participation, barriers, and related factors in older people in Tehran (Persian)]. *Journal of Health Promotion Management*. 2014; 3(4):65-73. [\[Link\]](#)
- [16] Wilkie R, Peat G, Thomas E, Croft P. Factors associated with participation restriction in community-dwelling adults aged 50 years and over. *Quality of Life Research*. 2007; 16(7):1147-56. [\[PMID\]](#)
- [17] Pinto JM, Neri AL. Trajectories of social participation in old age: A systematic literature review. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2017; 20(2):259-72. [\[DOI:10.1590/1981-22562017020.160077\]](#)
- [18] Borhaninejad V, Nabvi S, Lotfalezhad E, Amini F, Mansouri T. [Relationship between social participation and life satisfaction among older people (Persian)]. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2017; 8(4):701-11. [\[DOI:10.18869/acadpub.jnkums.8.4.701\]](#)
- [19] Lali M, Abedi A, Kajbaf MB. Construction and validation of the lifestyle questionnaire (LSQ). *Psychological Research*. 2012; 15(1):29. [\[Link\]](#)
- [20] Sasaki S, Sato A, Tanabe Y, Matsuoka S, Adachi A, Kayano T, et al. Associations between socioeconomic status, social participation, and physical activity in older people during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study in a Northern Japanese city. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021; 18(4):1477. [\[PMID\]](#)
- [21] Aliakbari Dehkordi M, Peymanfar E, Mohtashami T, Borjali A. [The comparison of different levels of religious attitude on sense of meaning, loneliness and happiness in life of elderly persons under cover of Social Welfare Organisation of Urmia city (Persian)]. *Salmad: Iranian Journal of Ageing*. 2015; 9(4):297-305. [\[Link\]](#)
- [22] Gilmour H. Social participation and the health and well-being of Canadian seniors. *Health Reports*. 2012; 23(4):23-32. [\[Link\]](#)
- [23] Andonian L, MacRae A. Well older adults within an urban context: Strategies to create and maintain social participation. *British Journal of Occupational Therapy*. 2011; 74(1):2-11. [\[Link\]](#)
- [24] Levasseur M, Généreux M, Bruneau JF, Vanasse A, Chabot É, 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. [\[PMID\]](#)
- [25] Borhaninejad V, Shati M, Bhalla D, Iranpour A, Fadayevatan R. A population-based survey to determine association of perceived social support and self-efficacy with self-care among elderly with Diabetes Mellitus (Kerman City, Iran). *International Journal of Aging & Human Development*. 2017; 85(4):504-17. [\[PMID\]](#)
- [26] Khodadadi S, Pourhadi S, Hosseini SR, Sum S, Kheirkhah F, Mohammadi Z. [Investigating the relationship between social support, cognitive status, and depression with daily life activities of the elderly in Amirkola City (Persian)]. *Salmad: Iranian Journal of Ageing*. 2022; 17(1):2-15. [\[Link\]](#)
- [27] Larijani M, Tajmazinani AA. [A Study of factors influencing social exclusion of the elderly in Varamin city (Persian)]. *Journal of Applied Sociology*. 2015; 26(3):57-74. [\[Link\]](#)
- [28] Feng Z, Cramm JM, Nieboer AP. Social participation is an important health behaviour for health and quality of life among chronically ill older Chinese people. *BMC Geriatrics*. 2020; 20(1):299. [\[PMID\]](#)

- [29] Tomioka K, Kurumatani N, Hosoi H. Age and gender differences in the association between social participation and instrumental activities of daily living among community-dwelling elderly. *BMC Geriatrics*. 2017; 17(1):99. [\[PMID\]](#)
- [30] Zare B, Kavehfiroz Z, Soltani MR. Capital-related determinants of the elderly's life style in the city of Tehran. *Journal of Population Association of Iran*. 2014; 8(16):117-38. [\[Link\]](#)
- [31] Dawson-Townsend K. Social participation patterns and their associations with health and well-being for older adults. *SSM-Population Health*. 2019; 8:100424. [\[PMID\]](#)
- [32] Ma X, Piao X, Oshio T. Impact of social participation on health among middle-aged and elderly adults: Evidence from longitudinal survey data in China. *BMC Public Health*. 2020; 20(1):502. [\[PMID\]](#)
- [33] Choi E, Han KM, Chang J, Lee YJ, Choi KW, Han C, et al. Social participation and depressive symptoms in community-dwelling older adults: Emotional social support as a mediator. *Journal of Psychiatric Research*. 2021; 137:589-596. [\[PMID\]](#)

This Page Intentionally Left Blank