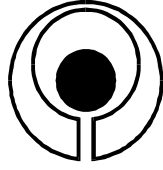


بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی

گروه مددکاری اجتماعی

پایان نامه جهت دریافت مدرک کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی

عنوان:

## بررسی رابطه مشارکت اجتماعی و سلامت عمومی در سالمندان منطقه پنج تهران

نگارنده:

عباسعلی یزدانی

استاد راهنما:

دکتر حسین فکرآزاد

استاد مشاور:

دکتر حمیرا سجادی

استاد مشاور آماری:

دکتر مسعود صالحی

مرداد 1389

شماره ثبت: 700-186



دانشگاه علوم پزشکی و توانبخشی

دانشگاه علوم پزشکی و توانبخشی  
تاییدیه اعضای هیات داوران

پایان نامه: کارشناسی ارشد آقای عباسعلی یزدانی

به شماره دانشجویی: ۸۶۳۶۹۳۰۹۰ در رشته: مددکاری اجتماعی

تحت عنوان: بررسی رابطه مشارکت اجتماعی و سلامت عمومی سالمندان منطقه ۵ شهر تهران

با حضور هیات داوران در تاریخ: ۸۹/۵/۱۰ دفاع گردید و نمره ۱۹/۳۰ (نوزده و سه صد) (با امتیاز عالی)

به ایشان تعلق گرفت.

هیات داوران

۱. استاد راهنما: جناب آقای دکتر حسین فکر آزاد

۲. استاد مشاور: سرکار خانم دکتر حمیرا سجادی

۳. استاد مشاور آمار: جناب آقای دکتر مسعود صالحی

۴. مدیر گروه: جناب آقای حسین حاج بابایی

۵. اساتید داور: ۱. جناب آقای دکتر کلدی

۲. جناب آقای حسین حاج بابایی

۶. نماینده دفتر تحصیلات تکمیلی: سرکار خانم سمانه حسین زادم



دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

بسم الله

## تعهد نامه چاپ مطالب و مقالات مستخرج از پایان نامه یا رساله های دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

با عنایت به اینکه هر گونه مقاله استخراج شده از پایان نامه یا رساله یا چاپ و انتشار بخشی یا تمام مطالب آن  
مبین قسمتی از فعالیت‌های علمی- پژوهشی دانشگاه می باشد بنابراین اینجانب **عباسعلی یزدانی** دانش آموخته رشته  
**مددکاری اجتماعی** متعهد می شوم که موارد ذیل را کاملاً رعایت نمایم.

۱. در صورت اقدام به چاپ هر مقاله ای از مطالب پایان نامه، خود را بعنوان دانش آموخته دانشگاه  
علوم بهزیستی و توانبخشی معرفی نمایم و درج نام و آدرس محل دیگری خوداری کنم.

۲. در صورت اقدام به چاپ بخشی از یا تمام پایان نامه یا رساله خود، مراتب را قبلاً به طور کتبی به اطلاع  
"انتشارات" و "دفتر تحصیلات تکمیلی" دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی برسانم.

۳. در صورت اقدام به چاپ پایان نامه یا رساله در صفحه سوم کتاب (پس از برگ شناسنامه) عبارت ذیل را درج نمایم:

" کتاب حاضر حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد نگارنده در رشته مددکاری اجتماعی می باشد  
که در سال ۱۳۸۸ در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی به راهنمایی جناب آقای دکتر حسین  
فکر آراه و مشاوره سوکار خانم دکتر حمیرا سجادی و مشاوره آماري جناب آقای دکتر مسعود  
صالحی انجام و در سال ۱۳۸۹ از آن دفاع شده است."

۴. به منظور جبران بخشی از هزینه های انتشارات دانشگاه، تعداد یک در صد شمارگان کتاب (در هر نوبت چاپ) را به  
انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی اهداء نمایم.  
(دانشگاه می تواند مازاد نیاز خود را به نفع مرکز نشر در معرض فروش قرار دهد).

۵. در صورت عدم رعایت بند ۴، ۵۰٪ بهای شمارگان چاپ شده را به عنوان خسارت به دانشگاه علوم بهزیستی و  
توانبخشی، تادیه می کنم.

۶. قبول می نمایم و تعهد می کنم که در صورت خوداری از پرداخت بهای خسارت، دانشگاه علوم بهزیستی و  
توانبخشی می تواند خسارت مذکور را از طریق مراجع قضایی مطالبه و وصول کند.  
بعلاوه به دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی حق می دهم به منظور استیفای حقوق خود، از طریق دادگستری  
وجه مذکور در بند ۵ را از محل توقیف کتابهای عرضه شده نگارنده برای فروش، تأمین نماید.

اینجانب عباسعلی یزدانی دانشجوی رشته مددکاری اجتماعی مقطع کارشناسی ارشد تعهد فوق و ضمانت  
اجرائی آنرا بدون قید و شرط قبول می نمایم، و به انجام آن ملتزم می شوم.

نام و نام خانوادگی

۱۳۸۹، ۵، ۱۰

امضاء و تاریخ

از اساتید محترم

آقای دکتر حسین فکرآزاد،

که با ریزینی و دقت نظر، محتوا و صورت پژوهش را جلوه‌ای ویژه بخشیدند

خانم دکتر حمیرا سجادی،

که دانش روز، دلسوزی و مروت استادی را یکجا بر محقق روا دانستند

و آقای دکتر مسعود صالحی،

که صمیمانه و عالمانه روش‌شناسی تحقیق را جهت دادند

سپاسگزارم

و

قدر می‌دانم لطف‌های خانواده با صفا و غیورم را، که چتر حمایت‌های مادی و معنوی‌شان، ضربه‌گیر بسیاری از ناملایمات زندگی در تمام دوران تحصیلم بود.

یقیناً، تعلق به این خانواده، بالاترین مرحمت خدا بود به من.

## چکیده

این پژوهش با هدف بررسی رابطه مشارکت اجتماعی با سلامت عمومی در سالمندان انجام شد. در تحقیقاتی که تاکنون در جوامع مختلف و بین گروه‌های گوناگون، از جمله میان سالمندان صورت گرفته اند الگوی ثابتی در رابطه بین متغیرهای مشارکت اجتماعی و سلامت پیدا نشده است. در داخل کشور نیز مطالعه‌ای که به اهمیت مشارکت در سلامت افراد نظر داشته باشد بسیار به ندرت یافت می‌شود.

پژوهش حاضر از نوع همبستگی است. جامعه این پژوهش را افراد 60 سال و بالاتر منطقه 5 تهران تشکیل می‌دادند که از آن میان 80 نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش، عبارت بودند از یک چک‌لیست مشخصات جمعیت‌شناختی، پرسشنامه محقق-ساخته مشارکت اجتماعی و مقیاس 28 سؤالی سلامت عمومی (GHQ-28). برای تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از آزمون‌های آماری کولموگروف - اسمیرنف، همبستگی پیرسون و اسپیرمن، یو-مان-ویتنی و رگرسیون خطی ساده استفاده شد.

یافته‌ها نشان داد که مشارکت اجتماعی در افراد سالمند مورد بررسی، تقریباً در همه ابعاد، پایین است. بین مشارکت اجتماعی و سلامت عمومی و ابعاد آن (یعنی عملکرد جسمانی، اضطراب و بیخوابی، عملکرد اجتماعی و افسردگی) رابطه معناداری وجود ندارد ( $P > 0/05$ ). در بین اطلاعات دموگرافیک، درآمد و وضعیت تأهل با متغیر مشارکت اجتماعی رابطه‌ای مثبت و معنادار داشتند و عامل سن با مشارکت اجتماعی رابطه‌ای منفی و معنادار نشان داد ( $P > 0/05$ ). همچنین در این تحقیق، ابعاد مختلف مشارکت اجتماعی که به صورت مشارکت سیاسی، مشارکت مدنی، مشارکت مذهبی و مشارکت در فعالیت‌های تفریحی و آموزشی تعریف شده بودند، به عنوان تحلیل‌های فرعی بررسی شدند ولی بین هیچ‌یک از این ابعاد و سلامت عمومی و ابعاد چهارگانه آن رابطه‌ای به لحاظ آماری معنادار برقرار نبود ( $P > 0/05$ ).

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.

**کلید واژه‌ها:** مشارکت اجتماعی / سلامت عمومی / سالمندان

## فهرست مطالب

1	فصل اول
1	کلیات پژوهش
2	مقدمه
4	بیان مسأله
9	اهمیت و ضرورت مسأله
12	هدف های پژوهش
12	هدف کلی:
12	هدف های اختصاصی:
12	هدف کاربردی:
13	سئوال پژوهش
13	فرضیه های پژوهش
13	تعاریف نظری و عملیاتی مفاهیم
17	فصل دوم
17	پیشینه و ادبیات پژوهش
18	مقدمه
18	مشارکت اجتماعی
19	مشارکت اجتماعی در نظرگاه های مختلف
20	کارکردگرایی
23	مشارکت اجتماعی و توسعه
25	دیدگاه تضاد (ساختاری)
25	رویکرد ساختی - کارکردی
26	رفتار اجتماعی
28	قضایای هومنز
29	مشارکت اجتماعی در مددکاری اجتماعی
31	سنجش مشارکت اجتماعی
36	سالمندی
38	سالمند انگاری
38	تعریف سالمند انگاری:
41	نظریه های سالمندی
41	نظریه چرخه زندگی اریکسون



43	..... نظریه دوره زندگی
44	..... نظریه کناره گیری
47	..... نظریه فعالیت
48	..... نظریه تداوم
50	..... نظریه نقش
52	..... مشارکت اجتماعی سالمندان
52	..... سلامت:
53	..... سلامت سالمندان
54	..... سلامت جسمانی
55	..... افسردگی
56	..... عملکرد اجتماعی
56	..... بررسی متون
56	..... تحقیقات خارجی
60	..... تحقیقات داخلی:
64	..... فصل سوم
64	..... (روش شناسی تحقیق)
65	..... نوع مطالعه:
65	..... جامعه مورد بررسی:
65	..... معیار انتخاب افراد مورد مطالعه:
66	..... روش نمونه گیری:
66	..... حجم نمونه:
67	..... مکان و زمان اجرای تحقیق
67	..... متغیرها و نحوه سنجش آنها:
67	..... ابزار جمع آوری داده ها:
67	..... پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28)
68	..... پایایی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28)
69	..... روایی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28)
69	..... طرز اجرا و نمره گذاری پرسشنامه سلامت عمومی
70	..... پرسشنامه مشارکت اجتماعی
72	..... پایایی پرسشنامه مشارکت اجتماعی
72	..... روایی پرسشنامه مشارکت اجتماعی
72	..... روش تجزیه و تحلیل داده ها:
73	..... شیوه اجرای پژوهش:

73	ملاحظات اخلاقی:
74	فصل چهارم
74	تجزیه و تحلیل داده ها
75	مقدمه
75	توصیف داده ها:
85	تحلیل داده ها
92	فصل پنجم
92	بحث و نتیجه گیری
93	مقدمه
93	بررسی ویژگی های جمعیت شناختی
97	بحث:
99	محدودیت های پژوهش
99	پیشنهاد های پژوهشی:
101	منابع
108	پیوست

## فهرست جداول

- جدول 4-1. توزیع جنسیت سالمندان تحت مطالعه ..... 75
- جدول 4-2. شاخص های سنی مردان و زنان سالمند مورد بررسی ..... 76
- جدول 4-3. توزیع وضعیت تاهل مردان و زنان سالمند ..... 77
- جدول 4-4. توزیع سطح تحصیلات مردان و زنان سالمند ..... 78
- جدول 4-5. توزیع وضعیت اشتغال مردان و زنان سالمند ..... 79
- جدول 4-6. توزیع نوع مسکن مردان و زنان سالمند ..... 80
- جدول 4-7. بررسی نرمال بودن متغیرهای پیوسته پژوهش با استفاده از آزمون کلموگروف - اسمیرنوف ..... 81
- جدول 4-8. شاخص های آماری (میانگین و انحراف معیار) متغیرهای اصلی پژوهش در مردان و زنان سالمندان ..... 83
- جدول 4-9. همبستگی مشارکت اجتماعی با سلامت عمومی و ابعاد آن در زنان و مردان سالمند ..... 85
- جدول 4-10. خلاصه مدل رگرسیون برای پیش بینی سلامت عمومی در سالمندان ..... 87
- جدول 4-11. همبستگی مشارکت سیاسی با سلامت عمومی و ابعاد آن در سالمندان ..... 88
- جدول 4-12. همبستگی مشارکت مدنی با سلامت عمومی و ابعاد آن در سالمندان ..... 89
- جدول 4-13. همبستگی مشارکت مذهبی با سلامت عمومی و ابعاد آن در سالمندان ..... 90
- جدول 4-14. همبستگی مشارکت تفریحی با سلامت عمومی و ابعاد آن در سالمندان ..... 91

## فصل اول

### کلیات پژوهش

## مقدمه

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 بوده ایم (گیدنز، 1382).

مطالعات گوناگون (راسل و اردلان، 1386؛ ستاری، 1386، هیک<sup>1</sup>، 2006 و...) نشان می‌دهند که با ورود به مرحله سالمندی، هزینه‌های درمانی در شکل‌های مختلف آن، به دلایلی مانند: مصرف متوالی از خدمات سلامت، طولانی تر شدن مدت استفاده از خدمات و پرهزینه بودن دارو و درمان مورد نیاز در مقایسه با سایر گروه‌های سنی، روندی تصاعدی خواهد داشت. ما از سویی هزینه‌های بسیاری جهت بازگرداندن سلامت بیماران از طریق مداخلات فردی می‌پردازیم و از طرفی دیگر آنچه تجربه روزانه ما به ما می‌گوید، یعنی راهی را که می‌توانیم از طریق آن جامعه مان را سامان دهیم جدی نمی‌گیریم (لوماس<sup>2</sup>، 1998). در حالیکه توجه بیشتر به عوامل پیشگیرانه در حفظ سلامت افراد می‌تواند با کمترین هزینه‌ها، ما را در بالابردن سطح سلامت بویژه در رابطه با افراد مسن یاری دهد.

امروزه محققان زیادی، علاقمند به بررسی تأثیر مشارکت اجتماعی بر سلامت و افزایش طول عمر سالمندان شده‌اند و نشان داده‌اند که مشارکت فرد سالمند در انجمن‌ها و دیگر گروه‌های رسمی و غیر رسمی می‌تواند اندازه شبکه اجتماعی وی را، که در سنین بازنشستگی به احتمال زیاد کاهش پیدا می‌کند، حفظ کند یا گسترش دهد و از این طریق در حفظ توانایی‌های جسمی و روانی وی مؤثر واقع گردد (گلی، لاندوا، گلدمن، چوانگ،

---

1 -Hick

2- Lomas

رودریگویز، و وینشتین<sup>1</sup>، 2005؛ پاشا، صفرزاده و مشکاک، (1386). همچنین درگیر شدن در فعالیت های مختلف، از آنجا که نیازمند کار فکری مستمر است، به حفظ سلامت آنها کمک می کند (سیرون و دبران<sup>2</sup>، 2008).

مشارکت اجتماعی مفهومی وسیع و با ابعاد گسترده است و دربردارنده انواع کنش های فردی و گروهی در راه تعیین سرنوشت خود و جامعه و تأثیر نهادن بر فرایندهای تصمیم گیری های مختلف مربوط به امور عمومی است. همچنین مشارکت اجتماعی دلالت بر گسترش روابط بین گروهی در قالب انجمن های داوطلبانه، کلوب ها، اتحادیه ها و گروه هایی دارد که معمولاً هویتی محلی و غیر دولتی دارند (غفاری و نیازی، 1385).

رابطه مشارکت اجتماعی با جنبه های گوناگون سلامت، بویژه در دوران پیری، توسط محققان مختلف مورد بررسی قرار گرفته و نتایج متفاوتی حاصل گردیده است. برخی از آنها رابطه ای کاملاً مثبت را نتیجه گرفته اند (هایپا و ماک<sup>3</sup>، 2003؛ لتچر و پرلو<sup>4</sup>، 2009؛ آرا، 1387)، برخی دیگر رابطه های منفی بین این متغیرها را گزارش کرده اند (گرینر<sup>5</sup> و همکاران، 2004؛ دهامبرس، راکو، شورک و مک کی<sup>6</sup>، 2007) و در پاره ای دیگر از تحقیقات، رابطه معناداری بین این دو مفهوم مشاهده نشد (سیرون و دبران<sup>7</sup>، 2008؛ الاوی و ماسینتایر<sup>8</sup>، 2007، نیکوسیت، فیناس، جاکوبسن و کاسکینن<sup>9</sup>، 2008).

---

1 - Glej, Landau, Goldman, Chuang, Rodriguez, and Weinstein

2 - Sirven & Debrand

3- Hyyppa & Maki

4 - Letcher & Perlow

5- Greiner

6 -D'Hombres, Rocco, Suhrcke, Marc and McKee

7 -Sirven & Debrand

8 -Ellaway & Macintyre

9 - Nyqvist, Finna, Jakobssona, Koskinen

## بیان مسأله

سالمندی اگرچه روندی طبیعی در زندگی هر فرد است و نمی توان مانع از ورود به آن شد، با این وجود می توان با برنامه ها و روش های مختلف، زوال توانایی های جسمی، روحی، عاطفی، شناختی و ... کاهش داد و یا لاقلاً آنرا به تأخیر انداخت. 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 درصد از کل جمعیت جهان) و در 2050 به دو میلیارد نفر (21/8 درصد) خواهد رسید. بعلاوه امروزه حدود دوسوم افراد سالمند در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند که در 2025 به 75 درصد خواهد رسید (سازمان جهانی بهداشت<sup>1</sup>، 2009).

جامعه ایران نیز به عنوان یک کشور در حال توسعه وضعیتی مشابه دارد. ایران در حال حاضر دارای جمعیت جوانی است که در سالهای نه چندان دور، این تعداد به بخش فوقانی هرم جمعیتی منتقل خواهند شد. گرچه ترکیب سنی جمعیت کشور هنوز هم جوان است و تغییر چندان بارزی طی سالهای اخیر نداشته است، ولی با استفاده از شاخص ها و ابزارهای آماری و جمعیت شناسی مشخص می شود که روند سالمند شدن جمعیت در کشور ما هم آغاز شده است (جغتایی، نجاتی، 1385). بنابراین سالمندی جمعیت، یکی از چالش های اساسی کشور در سال های آینده خواهد بود که جامعه ناچار است با آن روبرو گردد. اگر سالمندان از وضعیت سلامت پایینی برخوردار باشند و عوارض آن همچون: فعالیت اقتصادی در حد بسیار پایین (و یا صفر) و همچنین هزینه های مراقبت و درمان بسیار بالا به جامعه و افراد تحمیل شود، در این صورت می توان آن را به عنوان تهدید قلمداد کرد. با این توصیف، ارتقاء سلامت سالمندان علاوه بر اینکه هدفی در راه بالا بردن سطح سلامت عمومی جامعه است به پایداری اقتصادی نیز

---

1- World Health Organization (WHO)

کمک خواهد کرد (سیرون و همکاران، 2008). همچنین فرصتی است برای پدید آمدن سالمندانی "سالم"<sup>1</sup> و "فعال"<sup>2</sup>. افراد توانمندی که با وجود ضعف‌های احتمالی ناشی از پیری، نه تنها سربار نیستند، بلکه سالم، مولد و نقطه قوت جامعه به حساب می‌آیند (سازمان جهانی بهداشت، 2009).

نتایج پژوهش‌هایی که در ایران در مورد سالمندان صورت گرفته، نشان داده است که میزان ناتوانی در میان سالمندان تهران، بویژه در حوزه تحرک و جابجایی و مشارکت در امور، نسبتاً بالاست (شهبازی، 1387). 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 (ملک‌افضلی و همکاران، 1385).

تحقیقات متعدد در سراسر دنیا نشان داده‌اند که یکی از مواردی که می‌توان بواسطه آن سلامت افراد به ویژه 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 (سیرون و همکاران، 2008).

مشارکت بر حسب اعتبارهای متعددی تقسیم‌بندی می‌شود. یکی از انواع مشارکت، مشارکت اجتماعی است که عبارتست از مشارکت مردم در گروه‌های خارج از خانه و عرصه سیاسی و محیط کار (احزاب سیاسی، اتحادیه‌ها و گروه‌های فشار). بنابراین مشارکت‌های داوطلبانه و عضویت فعال در گروه‌های خارج از خانواده و سازمان‌های سیاسی و گروه‌های فشار، مشارکت اجتماعی محسوب می‌شوند (یزدان‌پناه، 1382).

مشارکت اجتماعی دارای دو بعد است: بعد ذهنی که در واقع تمایل فرد به مشارکت اجتماعی است و بعد عینی که عضویت، نظارت، اجرا و تصمیم‌گیری را شامل می‌شود (موسوی، 1385). مشارکت اجتماعی همچنین به دو شکل می‌تواند صورت گیرد: رسمی (یا نهادی) و غیر رسمی (یا فردی). شکل رسمی آن شامل مشارکت در سازمان‌ها و

---

1- healthy ageing

2- active ageing



انجمن ها و کلوپ ها می شود. مشارکت اجتماعی غیر رسمی خود به دو بخش تقسیم می شود: 1- درگیری اتفاقی در فعالیت های گروهی با فواصل نامنظم (مثل: همکاری با خیریه هایی که در جهت کمک به محرومین و افراد خاص تشکیل می شود) 2- مشارکت پایدار که شامل مشارکت قاعده مند و فعالیت در گروه هایی که بصورت مؤسسه و سازمان نیستند ولی نسبتاً دائمی و همیشگی اند (مثل: گروه های موسیقی و جوانان) می شوند (یزدان پناه، 1382).

پاتنام<sup>1</sup>، از نظریه پردازان بنام علوم اجتماعی، معتقد است: ارتباطات اجتماعی با سلامت و بهزیستی رابطه ای تنگاتنگ دارد. بعنوان مثال، تأثیر مشارکت اجتماعی و تماس های اجتماعی در فرایندهای تجدید قوای زیستی - روانی که نقش اصلی در رابطه با بیماری های مرتبط با پیری (مثل بیماری قلبی - عروقی، دیابت نوع 2 و دمانس) دارند به خوبی قابل مشاهده است (مایر و کلامب<sup>2</sup>، 2005). اما شواهد مهمی وجود دارد که نشان می دهد نباید ارتباط بین مشارکت اجتماعی (که جزئی از سرمایه اجتماعی تلقی میشود) با سلامت را به صورت یک اصل مسلم پذیرفت. چراکه نظرات و پژوهش های مختلف، نتایج متفاوتی بدست آورده اند. در مقابل تحقیقاتی که اثر مشارکت اجتماعی را بر سلامت، مثبت گزارش کرده اند (هایپا و ماکی، 2003؛ لیندستروم، 2004؛ لئچر و پرلو، 2009؛ آرا، 1387)، پژوهش های بسیاری نیز وجود دارد که حکایت از فقدان رابطه (سیرون و دبرانند، 2008؛ الاوی و ماسیتایر، 2007؛ رُز<sup>3</sup>، 2000؛ وینسترا<sup>4</sup>، 2000؛ زیرچ و باوم<sup>5</sup>، 2004) یا وجود رابطه ای منفی (گرینر و همکاران، 2004؛ دهامبرس و همکاران، 2007) بین این دو متغیر داشته اند.

- 
- 1- Putnam
  - 2- Maier & Klumb
  - 3- Rose
  - 4- Veenstra
  - 5- Zierch & Baum

برخی از دانشمندان حوزه مشارکت، این نقد را مطرح می کنند که تنها حضور فعال و هدفمند فرد است که معنای مشارکت اجتماعی و سرمایه اجتماعی را سازد (هوگک<sup>1</sup>، 2003). اما نتایج پژوهش مایر و کلامب (2005) نشان می دهد که برای کسب فواید مشارکت اجتماعی لازم نیست فرد حتماً بصورت فعالانه فعالیت اجتماعی انجام دهد بلکه صرف حضور در جمع دیگران این فواید را برایش به ارمغان می آورد .

در تحقیقی که الاوی و ماسینتایر (2007) انجام داده اند، رابطه بین مشارکت در گروه ها و انجمن ها با عامل های خطر آفرین<sup>2</sup> بیماری های قلبی عروقی بررسی شده است و الگوی ثابتی بدست نیامد. در بعضی از گروه ها مابین مشارکت و نشانه های خطرزا در یک جنس رابطه پیدا کردند ولی در جنس دیگر چنین رابطه ای پیدا نشد. برای مثال در گیر بودن در فعالیت های مرتبط با کلیسا یا کلوپ های هنری و آموزشی با تناسب اندام در زنان ارتباط منفی داشت؛ در حالیکه در مردان هیچ رابطه ای پیدا نشد. همچنین شرکت در کلوپ های اجتماعی در مردان رابطه ای منفی با سلامت فیزیکی شان داشت اما با سلامت روان آنها (میزان افسردگی پایین) ارتباط مستقیم داشت.

وینسترا (2000) در کانادا، رابطه اندکی بین مشارکت در انجمن های داوطلبانه و سلامت پیدا کرده بود. رُز (2000) نیز در یک نمونه روسی هیچ رابطه ای بین مشارکت اجتماعی به معنای عضویت در سازمان ها و انجمن ها و سلامت جسمی و روانی پیدا نکرد و در عوض، تحصیلات، طبقه اجتماعی، درآمد و ... را عوامل حائز اهمیت در بالا یا پایین بودن سلامت یافت. تحلیل های کیفی پژوهش زیرچ و باوم (2004) نشان می دهد که بین شرکت در گروه های اجتماعی و سلامت فیزیکی مشارکت کنندگان رابطه ای منفی وجود دارد. این موضوع شاید به خاطر مقطعی بودن مطالعه و اینکه افرادی که نمی توانند به علت بیماری یا ضعف جسمانی در شغل با درآمد کار کنند وقت خود را در گروه های موردنظر می گذرانند می تواند قابل توجیه باشد.

---

1- Hooge

2- risk factor

با آنکه شواهدی در مورد رابطه بین مشارکت و سلامت وجود دارد، ولی باید به جنبه های مختلف این رابطه ها نیز توجه داشت. برای مثال، هایپیا و ماکی (2003) نشان داده اند که رابطه بین نوع مشارکت و سلامت در قومیت ها و فرهنگ های مختلف متفاوت باشد.

در ایران، آرا (1387) تأثیر شرکت سالمندان در فعالیت های مرکز روزانه کانون جهاندیدگان را بر سلامت بررسی نموده است. اما به نظر می رسد در آن پژوهش ملاک مناسبی برای مشارکت اجتماعی در نظر گرفته نشده است و مشارکت اجتماعی چیزی فراتر از شرکت روزانه در یک کانون یا مرکز خاص است (الوی و همکاران، 2007؛ مایر و همکاران، 2005؛ یزدان پناه، 1382؛ غفاری و همکاران، 1385).

پژوهش حاضر در نظر دارد مشارکت اجتماعی را با معیارهای جامعتر که این مفهوم را بطور کاملتر بررسی نماید صورت دهد و پاسخی برای این پرسش بیابد که "آیا بین مشارکت اجتماعی سالمندان و سلامت عمومی آنها در نمونه ایرانی رابطه ای وجود دارد؟".

## اهمیت و ضرورت مسأله

در این دنیایی که به سرعت به سمت پیرشدن پیش می رود، سالمندان نقش موثر و تعیین کننده ای بازی می کنند؛ با فعالیت های داوطلبانه، انتقال دانش و تجربه، کمک به خانواده هایی که با آنها زندگی می کنند، چه با مسؤولیت مراقبت از کودکان و غیره و چه با کار اقتصادی و کسب درآمد. این نقش آفرینی ها تنها در صورتی می تواند متقن و مثمر ثمر باشد که فرد سالمند از سلامت برخوردار باشد و تنها در صورتی که جامعه نیازهای وی را درست بشناسد.

مطابق سرشماری سال 1385 بیش از 5 میلیون (7/3 درصد) جمعیت ایران را افراد 60 ساله و بالاتر تشکیل می دهند (سایت مرکز آمار ایران، 1387). مطابق برآوردهای مراجع بین المللی، جمعیت سالمند ایران از سال 1419 رشد سریعتری نسبت به سایر نقاط و حتی میانگین جهان خواهد یافت و تا سال 1424 از میانگین رشد جمعیت سالمند جهان و 5 سال بعد از آن، از آسیا پیش خواهد گرفت (میرزایی و شمس قهفرخی، 1386). در کشورهای توسعه یافته نرخ رشد جمعیت افراد با سن بالای 80 سال دارای سریعتترین رشد در بین گروه های جمعیتی است (سازمان جهانی بهداشت، 2009).

مطابق سرشماری سال 1385 جمعیت شهرستان تهران برابر با: 7975679 نفر بوده و تعداد افراد بالای 60 سال در این شهر: 686431 نفر گزارش شده است. این رقم برابر 8/6 درصد جمعیت تهران است (سایت مرکز آمار ایران، 1387).

افزایش جمعیت سالمندان بار مالی فراوانی را از نظر ایجاد تمهیدات درمانی - بهداشتی در جوامع مختلف ایجاد می کند (ملکوتی و دیگران، 1386). گزارشات نشان داده اند که حدود 60 درصد از هزینه های مراقبت های بهداشتی و 35 درصد از ترخیص های بیمارستانی و 47 درصد از روزهای بستری را سالمندان به خود اختصاص داده