DOI: 10.48305/jhsr.v22i2.1672 Published by Vesnu Publications

Journal of Health System Research Vol. 22, No. 2, Summer

Received: 03.07.2024 Accepted: 12.07.2025 Published: 06.07.2026

Prediction of Social Participation of the Elderly Based on Self-Efficacy in Health Behaviors in Bojnurd City, Iran, 2022

Seyed Hamid Hosseini[1], Rezvan Rajabzadeh[2], Seyed Hamid Nabavi[3]

Original Article

Abstract

Background: Elderly self-efficacy in health behaviors can lead to maintaining their health, providing the necessary basis for an active life and social participation. This study was conducted to predict the level of social participation among older adults based on their self-efficacy in health-promoting behaviors.

Methods: In this cross-sectional study, 380 older adults over 60 years of age from among the elderly covered by health centers of Bojnourd City, Iran, were randomly selected for interviews in 2022. To assess self-efficacy in health behaviors, Self-Rated Abilities for Health Practices Scale (SRAHP) was used, and social participation was evaluated through the Canadian Community Health Survey (CCHS)-Social Participation Questionnaire. The collected data were analyzed in SPSS software using linear regression model.

Findings: The mean and standard deviation (SD) of participants' age was 68.96 ± 7.64 years, and most of them were women (n = 224, 57.8%). The mean social participation score was 6.22 ± 0.11. The study data showed that increasing age, female gender, and having a middle school education were significantly associated with decreased social participation ($P < 0.05$). Among the subscales of self-efficacy in health behaviors, the subscale of self-efficacy in stress management increased social participation in the elderly. In total, the variables entered into the model predicted 14% of social participation in the elderly.

Conclusion: Self-efficacy in stress management, age, male gender, and education level were predictors of social participation in the elderly. However, given the relatively small effect sizes, it appears that social participation in the elderly is influenced by a wide range of variables.

Keywords: Self-efficacy; Health behavior; Social participation; Elderly

Citation: Hosseini SH, Rajabzadeh R, Nabavi SH. **Prediction of Social Participation of the Elderly Based on Self-Efficacy in Health Behaviors in Bojnurd City, Iran, 2022.** J Health Syst Res 2026; 22(2): 295-303.

1- Assistant Professor, Department of Health Education and Public Health, School of Health AND Non-Communicable Diseases Research Center, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran
2- Assistant Professor, Non-Communicable Diseases Research Center, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran
3- Assistant Professor, Addiction and Behavioral Sciences Research Center, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran
Corresponding Author: Seyed Hamid Nabavi; Assistant Professor, Addiction and Behavioral Sciences Research Center, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran; Email: nabavi.lix@gmail.com

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 Unported License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.48305/jhsr.v22i2.1672]

DOI: 10.48305/jhsr.v22i2.1672 Published by Vesnu Publications

پیش‌بینی مشارکت اجتماعی سالمندان بر اساس خودکارامدی در رفتارهای بهداشتی در شهر بجنورد در سال ۱۴۰۱

سید حمید حسینی[۱]، رضوان رجب‌زاده[۲]، سید حمید نبوی[۳]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: خودکارامدی سالمند در رفتارهای بهداشتی می تواند منجر به حفظ نگهداشت سلامت سالمند گردد و زمینه لازم برای داشتن زندگی فعال و مشارکت در زندگی اجتماعی را فراهم نماید. پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی میزان مشارکت بر اساس خودکارامدی در رفتارهای بهداشتی بر مشارکت اجتماعی در دوران سالمندی انجام شد.

روش‌ها: در این مطالعه مقطعی، ۳۸۰ سالمند بالای ۶۰ سال از میان سالمندان تحت پوشش مراکز بهداشت شهر بجنورد در سال ۱۴۰۱ به صورت تصادفی ساده جهت انجام مصاحبه دعوت شدند. جهت بررسی خودکارامدی در رفتارهای بهداشتی، از پرسش‌نامه توانایی‌های خودرتبه‌بندی شده برای رفتارهای بهداشتی و به منظور سنجش مشارکت اجتماعی نیز از پرسش‌نامه مشارکت اجتماعی طرح بررسی سلامت جامعه کانادا استفاده گردید. داده‌ها با استفاده از مدل Linear Regression در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین سن شرکت کنندگان، ۷/۶۴ ± ۶۸/۹۶ سال گزارش شد و بیشتر آنان ۲۲۴ (۵۷/۸ درصد) زن بودند. میانگین نمره مشارکت اجتماعی ۰/۱۱۷ ± ۶/۲۲ به دست آمد. افزایش سن، جنسیت زن و تحصیلات (سیکل) به طور معنی‌داری با کاهش مشارکت اجتماعی ارتباط داشت (P < ۰/۰۵). از میان خرده مقیاس‌های خودکارامدی در رفتارهای بهداشتی، خرده مقیاس خودکارامدی در مدیریت استرس، مشارکت اجتماعی سالمندان را افزایش داد. در مجموع، متغیرهای وارد شده به مدل نیز ۱۴ درصد مشارکت اجتماعی سالمندان را پیش‌بینی نمود.

نتیجه‌گیری: خودکارامدی در مدیریت استرس، سن، جنسیت مرد و تحصیلات تبیین‌کننده مشارکت اجتماعی سالمندان می‌باشد؛ اگرچه این اثر مقادیر اندکی داشت و به نظر می‌رسد مشارکت اجتماعی سالمندان تحت تأثیر متغیرهای وسیعی باشد.

واژه‌های کلیدی: خودکارامدی؛ رفتارهای بهداشتی؛ مشارکت اجتماعی؛ سالمندان

ارجاع: حسینی سید حمید، رجب‌زاده رضوان، نبوی سید حمید. **پیش‌بینی مشارکت اجتماعی سالمندان بر اساس خودکارامدی در رفتارهای بهداشتی در شهر بجنورد در سال ۱۴۰۱.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۴۰۵؛ ۲۲ (۲): ۳۰۳-۲۹۵

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۴/۱۳ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۴/۲۱ تاریخ چاپ: ۱۴۰۵/۴/۱۵

مقدمه

مشارکت اجتماعی یکی از مفاهیم قابل توجه در سلامت سالمندان می‌باشد و اگرچه در همه سنین اهمیت دارد (۱)، اما در دوران سالمندی به طور خاص مورد توجه قرار می‌گیرد؛ چرا که دوران سالمندی می‌تواند با ابتلا به بیماری‌های مزمن ناتوان‌کننده همچون سکته و آلزایمر (۴-۲) و یا فوت همسر و دوستان و بازنشستگی، منجر به کاهش شبکه اجتماعی (۵) و سرانجام کاهش مشارکت اجتماعی سالمندان گردد. مشارکت اجتماعی به معنای اقدامات جمعی، خاص، داوطلبانه و آگاهانه که منجر به خودشکوفایی و دستیابی به اهداف می‌گردد، تعریف شده است (۷، ۶) و با مفاهیمی همچون شبکه اجتماعی، سرمایه اجتماعی، حمایت اجتماعی در ارتباط است و در هسته مفاهیمی مانند سالمندی موفق (۹، ۸)، کیفیت زندگی سالمندان (۱۰) و شهر دوستدار سالمند (۱۱) قرار می‌گیرد. نتایج مطالعات نشان داده است که مشارکت اجتماعی بالا، سبب کاهش افسردگی (۱۴-۱۲)، پیشگیری از احساس تنهایی (۱۵) و کاهش نقص شناختی (۱۷، ۱۶) می‌شود و سقوط و زمین خوردن در سالمندان، می‌تواند منجر به کاهش مشارکت‌های اجتماعی آنان گردد (۱۸). همچنین، مشارکت اجتماعی می‌تواند به عنوان یک میانجی دسترسی سالمندان به خدمات بهداشتی-اجتماعی مؤثر باشد (۱۹) و منجر به کاهش اثرات سقوط و ترس از سقوط در سالمندان گردد (۲۱، ۲۰).

نتایج تحقیقات نشان داده است که یکی از تعیین‌کننده‌های مشارکت اجتماعی در سالمندان، مفهوم خودکارامدی می‌باشد (۲۴-۲۲). خودکارامدی درجه‌ای از احساس تسلط فرد درباره توانایی انجام فعالیت‌های مد نظر است. به عبارت دیگر، خودکارامدی اطمینانی است که شخص با آن رفتار خاصی را با توجه به موقعیت معینی انجام می‌دهد و انتظار نتایج مورد نظر را دارد (۲۵). رابطه مثبت خودکارامدی با سلامت سالمندان در پژوهش‌های مختلف نشان داده

۱- استادیار، گروه آموزش بهداشت و بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت و مرکز تحقیقات بیماری‌های غیر واگیر، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران
۲- استادیار، مرکز تحقیقات بیماری‌های غیر واگیر، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران
۳- استادیار، مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
نویسنده مسؤول: سید حمید نبوی؛ استادیار، مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
Email: nabavi.lix@gmail.com

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-14]
[DOI: 10.48305/jhsr.v22i2.1672]

شده است؛ به طوری که سالمندانی که تحت برنامه ارتقای خودکارامدی قرار گرفته بودند، عملکرد فیزیکی بهتر و رضایت بالایی از زندگی داشتند (۲۶). همچنین، خودکارامدی با کیفیت زندگی بالاتر (۲۷) و سلامت روان بالاتر (۲۸) همراه بوده است. مطابق نظریه شناخت اجتماعی Bandura نیز خودکارامدی به معنای اعتماد فرد به توانایی‌های خود در پیگیری یک رفتار و رفع موانع در پیش‌رو است (۲۹).

از آن‌جا که سالمندی همراه با سلامت بر روی فعالیت‌های دوران سالمندی در سطوح مختلف از فعالیت‌های روزمره زندگی تا فعالیت‌های پیشرفته تأثیرگذار است (۳۱، ۳۰). این فعالیت‌ها نیز به نوبه خود می‌تواند امکان حضور سالمند در موقعیت‌های اجتماعی و فضاهای جمعی همچون پارک‌ها، انجمن‌ها و... را فراهم کند و منجر به مشارکت اجتماعی سالمند در سطوح مختلف گردد (۳۴-۳۲). به نظر می‌رسد خودکارامدی در رفتارهای مرتبط با سلامتی مانند فعالیت‌های مسؤولیت‌پذیری، فعالیت فیزیکی و تغذیه، منجر به بهبود سلامت سالمندان و در نهایت، بهبود مشارکت اجتماعی سالمندان گردد. از سوی دیگر، مشارکت اجتماعی خود باعث تأخیر در سندرم‌های دوران سالمندی همچون افت شناختی و سقوط گردد (۳۶، ۳۵، ۶). از آن‌جا که نتایج مطالعات مختلف نشان داده است که سطح مشارکت اجتماعی سالمندان در جوامع مختلف پایین می‌باشد و با موانع جدی روبه‌رو است (۳۹-۳۷)، تحقیق حاضر با هدف بررسی ارتباط خودکارامدی رفتارهای بهداشتی در مشارکت اجتماعی سالمندان انجام گرفت.

روش‌ها

این پژوهش مقطعی در سال ۱۴۰۱ بر روی سالمندان بالای ۶۰ سال مراجعه‌کننده به مراکز و پایگاه‌های بهداشتی شهر بجنورد انجام شد. بدین ترتیب، با احتساب انحراف معیار $\delta = 4/3$ (۴۰) و $d = 0/43$ و $\alpha = 0/05$، تعداد نمونه ۳۸۵ نمونه محاسبه گردید. شیوه نمونه‌گیری بر اساس جدول اعداد تصادفی و کد ملی درج شده سالمندان در سامانه مراکز و پایگاه‌های بهداشتی بود. در نهایت، ۳۸۰ نفر از سالمندان در دعوت به مراکز و پایگاه‌های بهداشتی و یا حضور درب منازل به پرسش‌نامه‌ها پاسخ دادند.

پرسش‌نامه دموگرافیک شامل سن، جنسیت، وضعیت تأهل (متأهل، مطلقه، بیوه و مجرد) و میزان تحصیلات (بی‌سواد، ابتدایی، سیکل، دیپلم، کاردانی و بالاتر) بود. پرسش‌نامه مشارکت اجتماعی طرح بررسی سلامت جامعه کانادا (۴۱) در برگیرنده ۹ عبارت درباره انجام کارهای دسته جمعی، شرکت در مراسم مذهبی، ورزش‌های گروهی، فعالیت‌های آموزشی و فرهنگی، فعالیت در کانون‌ها و نهادهای اجتماعی و خیریه و سرگرمی‌های گروهی بود. همچنین، این پرسش‌نامه شامل ۱۵ عبارت در خصوص موانع مشارکت اجتماعی سالمندان بود که سالمندان در قالب پاسخ بلی و خیر به هر یک از موانع مشارکت اجتماعی پاسخ دادند. نحوه محاسبه نمره قسمت اول این پرسش‌نامه شامل محاسبه نمره میانگین مجموع عبارات این قسمت بود. نمره بالاتر از نمره میانگین این قسمت از پرسش‌نامه بیانگر مشارکت اجتماعی بهتر سالمندان بود. محاسبه نمره قسمت دوم این پرسش‌نامه نیز بر اساس شمارش فراوانی هر یک از موانع مشارکت اجتماعی سالمندان بود. از آن‌جایی که پرسش‌نامه مذکور برای گروه‌های مختلف سالمندان در کشور کانادا از جمله سالمندان ایرانی مقیم در آن کشور به کار رفته است، پس از ترجمه آن به زبان فارسی، روایی محتوایی پرسشنامه توسط ۱۰ صاحب‌نظر در سالمندی و مشارکت اجتماعی مورد تأیید قرار گرفت. پایایی پرسش‌نامه با استفاده از روش ضریب Cronbach´s alpha و بر اساس نمرات ۳۰ سالمند از شرکت‌کنندگان، ۰/۷۶ به دست آمد (۴۲).

پرسش‌نامه خودکارامدی رفتار بهداشتی در چهار بخش طراحی شده بود. جهت سنجش خودکارامدی از پرسش‌نامه توانایی‌های خودرتبه‌بندی شده برای رفتارهای بهداشتی (elf Rated Abilities For Health Practices S Scale یا SRAHPS) استفاده گردید. این ابزار نخستین بار توسط Beker و همکاران (۴۲) در سال ۱۹۹۳ طراحی شد و شامل ۲۸ آیتم می‌باشد که خودکارامدی رفتارهای بهداشتی و ارتقا دهنده سلامت را در چهار بعد «مدیریت استرس، فعالیت فیزیکی، تغذیه بهداشتی، مسؤولیت‌پذیری اجتماعی» می‌سنجد که هر کدام ۷ آیتم دارد. گویه‌های هر آیتم به صورت لیکرت ۵ نقطه‌ای اصلاً، در حد کم، گاهی اوقات، بیشتر اوقات و همیشه از ۱ تا ۵ امتیازدهی می‌شود. بنابراین، حداقل و حداکثر نمره ممکن برای کل پرسش‌نامه به ترتیب ۲۸ و ۱۴۰ و برای هر بعد آن ۷ تا ۳۵ می‌باشد. نمره بالاتر نشان دهنده خودکارامدی درک شده بهتر است. در بیان نتایج، میانگین کل خودکارامدی و ابعاد آن به صورت درصد از کل محاسبه گردید و به صورت ضعیف (۲۵ تا ۵۰) متوسط (۵۰ تا ۷۵) و مطلوب (بالای ۷۵ درصد) تقسیم‌بندی شد (۴۲).

به منظور توصیف داده‌های کیفی از فراوانی و درصد و برای تحلیل داده‌های کمی از میانگین و انحراف معیار استفاده شد. پیروی داده‌ها از توزیع نرمال با استفاده از آزمون Kolmogorov-Smirnov و بررسی نمودارها مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج نشان داد که هیچ یک از داده‌ها از توزیع نرمال پیروی نمی‌کردند. بنابراین، از آزمون‌های ناپارامتریک برای بررسی تک متغیره ارتباط بین متغیرهای مستقل و میزان مشارکت استفاده گردید. به خصوص از آزمون‌های Mann-Whitney، Kruskal-Wallis و ضریب همبستگی Spearman بهره گرفته شد. مواردی که سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۲ داشتند، در Linear Regression مورد بررسی قرار گرفتند. در نهایت، داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ (version 21, IBM Corporation, Armonk, NY) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

۳۸۰ سالمند با میانگین سنی ۷/۶۴ ± ۶۸/۹۶ سال وارد مطالعه حاضر شدند که از این تعداد، ۱۵۶(۴۲/۲ درصد) نفر را مردان و بقیه را زنان تشکیل دادند. ۱۶۴ نفر (۴۳/۳ درصد) بی‌سواد، ۹۴ نفر (۲۵/۴ درصد) سواد ابتدایی، ۴۲ نفر (۱۱/۱ درصد) راهنمایی، ۴۷ نفر (۱۲/۷ درصد) دیپلم و ۲۴ نفر (۶/۵ درصد) سواد دانشگاهی داشتند. اغلب سالمندان با همسر ۲۵۹ نفر (۷۰ درصد) و ۵۱ نفر (۱۳/۸ درصد) با فرزندان و ۶۰ نفر (۱۶/۲ درصد) به تنهایی زندگی می‌کردند. از سالمندان مورد بررسی، ۱۰ نفر (۲/۷ درصد) مجرد، ۲۷۰ نفر (۷۳ درصد) متأهل، ۸۴ نفر (۲۲/۷ درصد) بیوه و بقیه ۶ نفر (۱/۶ درصد) مطلقه بودند.

نتایج آزمون Mann-Whitney نشان داد که بین مردان و زنان در هیچ یک از مؤلفه‌های خودکارامدی رفتارهای بهداشتی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت؛ در حالی که به طور معنی‌داری مشارکت اجتماعی مردان بیشتر از زنان بود ($P < 0/001$).

نتایج آزمون Kruskal-Wallis نشان داد که خودکارامدی در زمینه تغذیه بهداشتی در سالمندان با تحصیلات مختلف تفاوت معنی‌داری داشت ($P < 0/05$). آزمون تعقیبی نشان داد که این تفاوت بین گروه بی‌سواد و سایر

https://hsr.mui.ac.ir
[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-14]
[DOI: 10.48305/jhsr.v22i2.1672]

گروه‌ها معنی‌دار بود (P < ۰/۰۵). و بقیه گروه‌ها تفاوت معنی‌داری را نشان ندادند. در زمینه مدیریت استرس نیز تفاوت معنی‌داری بین سالمندان با تحصیلات مختلف مشاهده گردید (P < ۰/۰۵). همچنین، این تفاوت بین گروه بی‌سواد و گروه ابتدایی با سایر گروه‌ها معنی‌دار گزارش شد (P < ۰/۰۵). و سایر گروه‌ها تفاوت معنی‌داری نداشتند. در بعد فعالیت فیزیکی، تفاوت معنی‌داری میان سالمندان با تحصیلات مختلف مشاهده گردید (P < ۰/۰۵). آزمون تعقیبی حاکی از آن بود که این تفاوت بین گروه بی‌سواد و سایر گروه‌ها معنی‌دار می‌باشد (P < ۰/۰۵)؛ در حالی که بقیه گروه‌ها تفاوت معنی‌داری را نشان ندادند. بر اساس نتایج آزمون Kruskal-Wallis، مسؤولیت‌پذیری سالمندان با تحصیلات مختلف تفاوت معنی‌داری داشت (P < ۰/۰۵). آزمون تعقیبی مشخص کرد که این تفاوت تنها بین گروه بی‌سواد و گروه ابتدایی با سایر گروه‌ها معنی‌دار بود (P < ۰/۰۵) و بقیه گروه‌ها تفاوت معنی‌داری را نشان ندادند. همچنین، مشارکت اجتماعی سالمندان با تحصیلات مختلف، تفاوت معنی‌داری را نشان داد (P < ۰/۰۵). آزمون تعقیبی حاکی از آن بود که این تفاوت تنها بین گروه بی‌سواد و گروه‌های دارای تحصیلات کارشناسی و بالاتر معنی‌دار بود (P < ۰/۰۵) و بین سایر گروه‌ها تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

در زمینه تغذیه بهداشتی، سالمندان با وضعیت تأهل مختلف، تفاوت معنی‌داری را نشان دادند (P < ۰/۰۵). آزمون تعقیبی تأیید کرد که این تفاوت تنها بین گروه‌های بیوه و متأهل و همچنین، بیوه و مطلقه معنی‌دار بود (P < ۰/۰۵)؛ در حالی که سایر گروه‌ها تفاوت معنی‌داری را نشان ندادند. مدیریت استرس سالمندان نیز با وضعیت تأهل مختلف، تفاوت معنی‌داری داشت (P < ۰/۰۵). آزمون تعقیبی نشان داد که این تفاوت تنها بین گروه‌های مجرد و متأهل، مجرد و مطلقه و بیوه و متأهل معنی‌دار بوده است (P < ۰/۰۵) و بقیه گروه‌ها تفاوت معنی‌داری را گزارش نکردند. در زمینه فعالیت فیزیکی، سالمندان با وضعیت تأهل مختلف، تفاوت معنی‌داری را نشان دادند (P < ۰/۰۵). آزمون تعقیبی مشخص نمود که این تفاوت تنها بین گروه‌های بیوه و متأهل و همچنین، بیوه و مطلقه معنی‌دار گزارش شد (P < ۰/۰۵) و سایر گروه‌ها تفاوت معنی‌داری نداشتند. همچنین، مسؤولیت‌پذیری سالمندان با وضعیت تأهل متفاوت، دارای تفاوت معنی‌داری بود (P < ۰/۰۵). آزمون تعقیبی نشان داد که این تفاوت فقط بین گروه‌های بیوه و متأهل معنی‌دار به دست آمد (P < ۰/۰۵) و سایر گروه‌ها تفاوت معنی‌داری را نشان ندادند. در نهایت، مشارکت اجتماعی سالمندان با وضعیت تأهل مختلف، تفاوت معنی‌داری داشت. آزمون تعقیبی نشان داد که این تفاوت تنها بین گروه‌های بیوه و متأهل معنی‌دار بود (P < ۰/۰۵) و سایر گروه‌ها تفاوت معنی‌داری را گزارش نکردند (P > ۰/۰۵) (جدول ۱).

نتایج آزمون همبستگی Spearman نشان داد که بین سن و همه مؤلفه‌های خودکارامدی رفتارهای بهداشتی به جزء استرس و مشارکت اجتماعی همبستگی منفی و معنی‌داری مشاهده گردید (P < ۰/۰۵)، اما میزان همبستگی در سطح ضعیفی قرار داشت. نتایج این آزمون نشان داد که بین همه مؤلفه‌های خودکارامدی رفتارهای بهداشتی و مشارکت اجتماعی رابطه معنی‌داری وجود داشت (P < ۰/۰۰۱) (جدول ۲).

جدول ۱. ارتباط بین متغیرهای فردی و مؤلفه‌های خودکارامدی رفتارهای بهداشتی و مشارکت اجتماعی سالمندان

متغیر	تعداد (درصد)	تغذیه بهداشتی	مدیریت استرس	فعالیت‌های فیزیکی	مسؤولیت‌پذیری سلامت	مشارکت اجتماعی
		میانگین ± انحراف معیار				
جنسیت						
مرد	۱۵۶ (۴۲/۲)	۶۳/۹۴ ± ۱۸/۵۸	۶۴/۱۴ ± ۱۵/۸۷	۴۸/۲۴ ± ۲۱/۳۶	۷۲/۴۴ ± ۱۶/۶۷	۲۶/۳۲ ± ۱۹/۷۵
زن	۲۱۴ (۵۷/۸)	۶۵/۳۱ ± ۲۲/۳۴	۶۶/۲۵ ± ۱۸/۸۲	۴۶/۷۳ ± ۲۵/۳۶	۷۲/۹۵ ± ۱۷/۰۴	۱۹/۲۶ ± ۱۸/۶۹
مقدار P*		۰/۷۰۲	۰/۴۴۵	۰/۲۷۴	۰/۷۹۹	< ۰/۰۰۱
تحصیلات						
بی‌سواد	۱۶۴ (۴۴/۲)	۵۰/۷۰ ± ۱۴/۰۲	۵۶/۲۳ ± ۱۳/۷۰	۳۲/۷۰ ± ۱۴/۳۸	۶۵/۴۵ ± ۱۳/۸۸	۲۰/۴۵ ± ۲۱/۵۴
ابتدایی	۹۴ (۲۵/۴)	۶۶/۰۵ ± ۱۸/۳۱	۶۵/۴۴ ± ۱۶/۶۸	۵۲/۱۹ ± ۲۳/۵۶	۷۲/۷۱ ± ۱۸/۸۶	۲۱/۶۴ ± ۱۶/۹۶
راهنمایی	۴۲ (۱۱/۱)	۸۴/۳۹ ± ۱۳/۸۶	۷۷/۹۸ ± ۱۶/۴۴	۶۳/۰۷ ± ۲۱/۷۶	۸۲/۰۲ ± ۱۲/۶۲	۱۸/۹۱ ± ۱۲/۷۲
دیپلم	۴۷ (۱۲/۷)	۸۲/۴۹ ± ۱۵/۶۸	۷۸/۸۵ ± ۱۵/۰۰	۶۳/۰۴ ± ۲۲/۹۹	۸۳/۴۷ ± ۱۴/۳۷	۲۶/۵۳ ± ۱۸/۵۳
کاردانی	۱۷ (۴/۵)	۸۹/۲۴ ± ۸/۸۹	۸۰/۳۴ ± ۱۴/۲۱	۷۲/۲۷ ± ۱۸/۴۸	۸۷/۰۶ ± ۱۲/۶۶	۳۲/۳۵ ± ۲۲/۵۱
کارشناسی و بالاتر	۷ (۲/۰)	۸۲/۰۴ ± ۱۳/۰۶	۷۷/۵۵ ± ۸/۱۵	۶۸/۵۷± ۱۳/۴۰	۸۲/۴۵ ± ۶/۰۴	۳۶/۶۱ ± ۱۳/۴۷
مقدار P**		< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱
وضعیت تأهل						
مجرد	۱۰ (۲/۷)	۵۴/۲۹ ± ۲۱/۴۳	۵۵/۴۳ ± ۲۲/۶۳	۴۳/۴۳ ± ۲۶/۳۵	۶۰/۰۰ ± ۲۵/۶۶	۱۹/۳۸ ± ۳۱/۹۶
متأهل	۲۷۰ (۷۳/۰)	۶۸/۷۹ ± ۱۹/۷۴	۶۷/۴۹ ± ۱۷/۳۴	۵۱/۴۸ ± ۲۳/۴۴	۷۴/۸۴ ± ۱۶/۱۰	۲۳/۹۴ ± ۱۸/۰۵
مطلقه	۶ (۱/۶)	۷۶/۶۷ ± ۲۰/۳۱	۱۸/۴۳ ± ۱۲/۶۲	۶۴/۷۶ ± ۲۰/۱۸	۷۷/۱۴ ± ۱۲/۹۰	۱۹/۷۹ ± ۵/۸۲
همسر مرده	۸۴ (۲۲/۷)	۵۲/۰۷ ± ۱۸/۷۰	۵۸/۵۴ ± ۱۵/۸۷	۳۳/۳۷ ± ۱۸/۶۴	۶۷/۱۸ ± ۱۶/۶۰	۱۷/۲۶ ± ۲۰/۷۳
مقدار P*		< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱

*آزمون Mann-Whitney، **آزمون Kruskal-Wallis

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-14]
[DOI: 10.48305/jhsr.v22i2.1672]

جدول ۲. همبستگی بین مؤلفه‌های خودکارامدی و مشارکت اجتماعی سالمندان

متغیر		میانگین ± انحراف معیار	سن	تغذیه بهداشتی	مدیریت استرس	فعالیت فیزیکی	مسؤولیت‌پذیری سلامت
سن (سال) (۳۶۸ نفر)		۶۸/۹۶ ± ۷/۴۶	۱				
خودکارامدی رفتارهای بهداشتی (۳۷۰ نفر)	تغذیه بهداشتی	۶۴/۷۳ ± ۲۰/۸۲	*-۰/۱۴	۱			
	مدیریت استرس	۶۵/۳۶ ± ۱۷/۶۴	-۰/۰۹	*۰/۷۴	۱		
	فعالیت فیزیکی	۴۷/۷۳ ± ۲۳/۸۶	*-۰/۱۷	*۰/۶۵	*۰/۶۱	۱	
	مسؤولیت‌پذیری سلامت	۷۲/۷۳ ± ۱۶/۸۶	*-۰/۱۵	*۰/۶۴	*۰/۷۲	*۰/۵۵	۱
مشارکت اجتماعی (۳۶۸ نفر)		۲۲/۲۲ ± ۱۹/۴۳	*-۰/۲۰	*۰/۲۲	*۰/۳۲	*۰/۳۲	*۰/۲۱

*سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵

در جدول ۳ با استفاده از تحلیل Linear Regression، عوامل مرتبط با مشارکت اجتماعی بررسی شد که از بین این عوامل، سن، میزان تحصیلات، مدیریت استرس و جنسیت با مشارکت اجتماعی در ارتباط بودند؛ به طوری که با کنترل سایر متغیرها، مشارکت اجتماعی زنان نسبت به مردان، ۲/۸۶ نمره کمتر بود و همچنین، به ازای یک واحد افزایش در کنترل استرس، نمره مشارکت اجتماعی به میزان ۰/۲۵ افزایش یافت. در زمینه سن نیز مشخص گردید که به ازای یک سال افزایش در سن، نمره مشارکت اجتماعی به میزان ۰/۱۳ کاهش داشت. سطح تحصیلات کمتر از سیکل نیز منجر به پایین آمدن مشارکت اجتماعی سالمندان شد. در مجموع، متغیرها فقط ۱۴ درصد از تغییرات کل مشارکت اجتماعی را پیش‌بینی نمودند.

در مدل رگرسیونی مقدار ضریب تعیین ۰/۶۸، مجذور ضریب تعیین ۴۷ درصد، مجذور ضریب تعیین اصلاح شده ۴۵ درصد و تخمین انحراف معیار ۱۷/۶۱ بود. شاخص F مجموعه متغیرهای مستقل موجود در مدل رگرسیونی توانستند به طور معنی‌داری ($F(14,355)= 2017.75, p<0.001$) نمرات مشارکت اجتماعی را در سالمندان مورد بررسی پیش‌بینی نمایند ($P < ۰/۰۰۱$، $F_{(۱۴و۳۵۵)} = ۲۰۱۷/۷۵$).

بحث

پژوهش حاضر با هدف سنجش خودکارامدی بر مشارکت اجتماعی سالمندان انجام شد. یافته‌ها نشان داد که آنچه بر مشارکت اجتماعی سالمندان تأثیرگذار است، میزان خودکارامدی آن‌ها در زمینه مدیریت استرس می‌باشد. تحصیلات، سن و جنسیت سالمند نیز بر میزان مشارکت اجتماعی سالمند اثرگذار بود.

جدول ۳. مقایسه ابعاد کیفیت زندگی در دو گروه مصرف‌کننده و غیر مصرف‌کننده مکمل‌های تغذیه‌ای (۳۷۸ نفر)

مدل		ضرایب غیر استاندارد		ضرایب استاندارد	t	مقدار P
		B	خطای معیار	Beta		
خودکارامدی	عرض از مبدأ	۱۴/۲۷۰	۳/۶۳	-	۳/۹۳	< ۰/۰۰۱
	تغذیه‌ای	۰/۰۰۱	۰/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۰۱	۰/۹۸۹
	مدیریت استرس	۰/۲۵۰	۰/۰۹	۰/۲۵۰	۲/۸۰	۰/۰۰۵
	فعالیت فیزیکی	۰/۰۹۰	۰/۰۶	۰/۱۲۰	۱/۵۹	۰/۱۱۳
	مسؤولیت‌پذیری سلامت	-۰/۱۱۰	۰/۰۸	-۰/۱۰۰	-۱/۳۵	۰/۱۷۷
تحصیلات	ابتدایی	-۱/۴۵۰	۰/۸۷	-۰/۱۰۰	-۱/۶۶	۰/۰۹۸
	سیکل	-۳/۸۹۰	۱/۳۲	-۰/۲۰۰	-۲/۹۴	۰/۰۰۳
	دیپلم	-۰/۶۹۰	۱/۲۱	-۰/۰۴۰	-۰/۵۷	۰/۵۶۷
	کاردانی	۰/۷۱۰	۱/۷۳	-۰/۰۲۰	-۰/۴۱	۰/۶۸۲
	کارشناسی و بالاتر	۱/۲۳۰	۲/۴۲	-۰/۰۲۰	-۰/۵۱	۰/۶۱۲
وضعیت تأهل	مجرد	-۰/۱۳۰	۱/۹۸	-۰/۰۰۴	-۰/۰۷	۰/۹۴۶
	متأهل	۲/۵۲۰	۲/۶۵	۰/۰۵۰	۰/۹۵	۰/۳۴۱
	بیوه	۰/۱۰۰	۰/۹۳	۰/۰۱۰	۰/۱۱	۰/۹۱۳
جنسیت	زن (مرد رفرنس)	-۲/۸۶۰	۰/۷۴	-۰/۲۳۰	-۳/۸۷	< ۰/۰۰۱
سن	سن	-۰/۱۳۰	۰/۰۵	-۰/۱۷۰	-۳/۰۰	۰/۰۰۳

متغیر وابسته: نمره مشارکت اجتماعی سالمندان

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.48305/jhsr.v22i2.1672]

در مطالعه حاضر، بین جنسیت و خودکارامدی در رفتارهای بهداشتی سالمندان رابطه‌ای مشاهده نشد. این در حالی بود که در تحقیق Callaghan و همکاران مشخص گردید که خودکارامدی زنان سالمند در رفتارهای تغذیه‌ای بیشتر از مردان سالمند بوده است (۴۳). به نظر می‌رسد که تفاوت سطح تحصیلات در دو جنس به عنوان یک متغیر، تفاوت جامعه آماری دو پژوهش را توضیح می‌دهد. همچنین، باید اشاره کرد که جنسیت با مشارکت اجتماعی رابطه داشت؛ بدین معنی که مشارکت اجتماعی در مردان بیشتر از زنان بود. این یافته متناقض با نتایج مطالعه مرور سیستماتیک Ong و همکاران بود که مشارکت اجتماعی زنان را بیش از مردان نشان داده بود (۴۴). از آن‌جا که مشارکت اجتماعی در بستر ارزش‌های اجتماعی و فرهنگی شکل می‌گیرد و تداوم می‌یابد، به نظر می‌رسد تفاوت تحقیق حاضر با نتایج بررسی Ong و همکاران (۴۴)، ناشی از تفاوت‌های فرهنگی- اجتماعی جوامع مورد بررسی باشد.

در پژوهش حاضر تحصیلات بالاتر منجر به خودکارامدی بیشتر سالمند در رفتارهای بهداشتی شد. همچنین، تحصیلات بالاتر با مشارکت اجتماعی بالاتر همراه بود و به طور کلی، تحصیلات یکی از پیشگویی‌کننده‌های مشارکت اجتماعی بود. به نظر می‌رسد تحصیلات بالاتر منجر به افزایش آگاهی، مسؤولیت‌پذیری بالاتر و قدرت استدلال و تصمیم‌گیری در اتخاذ رفتار بهداشتی سالم می‌گردد (۴۵). تحصیلات پایین، پیشگویی‌کننده منفی و تحصیلات بالاتر، پیشگویی‌کننده مثبتی برای مشارکت اجتماعی سالمندان بود. به نظر می‌رسد تحصیلات بالاتر می‌تواند منجر به دستیابی افراد به مشاغل با پایگاه اجتماعی بالاتر گردد (۴۶). پایگاه اجتماعی بالاتر، منابع فرد را برای سهیم شدن و برقراری ارتباط با دیگران بیشتر می‌کند (۴۷) از این‌رو، می‌توان گفت تحصیلات با مشارکت اجتماعی مرتبط است. نتایج مطالعات دیگر نیز نشان داده است که تحصیلات بالاتر سالمند می‌تواند فعالیت‌های جمعی وی در برنامه‌های اوقات فراغت را بیشتر نماید (۴۸).

نتایج تحقیق حاضر نشان داد که به جزء بعد مدیریت استرس خودکارامدی، در سایر ابعاد نمره کسب شده توسط سالمندان از همسر جدا شده بیش از سالمندان متأهل یا حتی بیوه می‌باشد، اما مشارکت اجتماعی در سالمندان متأهل بیشتر از سالمندان مطلقه و بیوه گزارش گردید. این در حالی است که پژوهش‌های دیگر به این نتیجه دست یافته‌اند که خودکارامدی در متأهلین سالمند بیش از سایر گروه‌ها می‌باشد (۵۰، ۴۹). به نظر می‌رسد سالمندانی که از همسر خود جدا شده‌اند، آمادگی قبلی برای تسلط و تصمیم‌گیری در رفتارهای بهداشتی خود به جزء مدیریت استرس را کسب نموده‌اند. در مطالعه حاضر مشخص شد که با افزایش سن، میزان خودکارامدی در همه حیطه‌ها کاهش می‌یابد. آنچه مسلم است این که افزایش بیماری‌های مزمن و و ناتوان‌کننده همراه با افزایش سن، توانایی‌های شناختی سالمند را محدود و منبع کنترل را بیرونی می‌کند و در نتیجه، میزان خودکارامدی کاهش می‌یابد (۵۲، ۵۱).

تحقیقات زیادی در خصوص رابطه فعالیت فیزیکی انجام شده است که نشان داده‌اند فعالیت فیزیکی منجر به افزایش مشارکت اجتماعی سالمند می‌گردد (۵۵-۵۳، ۶). از یک سو فعالیت فیزیکی به جهت اثرگذاری بر سلامت، زمینه‌ای برای را مشارکت اجتماعی فراهم می‌نماید و از سوی دیگر، مشارکت اجتماعی به عنوان یک فعالیت لذت‌بخش، منجر به مشارکت سالمند در فعالیت‌های فیزیکی و ورزشی می‌گردد. اگرچه برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که خودکارامدی سالمند منجر به بهبود فعالیت فیزیکی و مشارکت اجتماعی می‌گردد (۲۳)، اما چنین رابطه‌ای در مطالعه حاضر مشاهده نشد. به نظر می‌رسد آنچه در رابطه میان خودکارامدی و فعالیت فیزیکی و مشارکت اجتماعی قابل طرح است، مفهوم حمایت‌های اجتماعی می‌باشد که از سالمند در جهت انجام فعالیت فیزیکی از سوی اطرافیان ارایه می‌گردد و خود در زمینه شبکه اجتماعی، مشارکت اجتماعی جای می‌گیرد. بیشتر مطالعات نشان داده‌اند که مشارکت اجتماعی می‌تواند منجر به کاهش استرس سالمند شود (۵۷، ۵۶، ۶)، اما از سوی دیگر، مدیریت استرس در سالمند می‌تواند منجر به نگهداشت خودپنداره سالمند در برابر وقایع گسسته‌ساز سالمندی گردد (۵۸). از این‌رو، سالمند می‌تواند به مشارکت در رفتارهای فردی و اجتماعی بپردازد. از آن‌جایی که مفهوم خودکارامدی در مدیریت استرس به معنی تسلط سالمند بر استرس‌های دوران سالمندی می‌باشد، به نظر می‌رسد تأثیر بسزایی بر سایر ابعاد جسمی و روانی سالمند بگذارد. بر اساس نتایج تحقیقات، وقتی فرد احساس تسلط در مسؤولیت‌پذیری در امور فردی و اجتماعی می‌نماید، به همان میزان انتظار می‌رود در قبال جامعه نسبت به مسؤولیت‌های خود متعهد باشد (۶۰، ۵۹) و مشارکت سالمندان در رفتارهای اجتماعی، می‌تواند منجر به ایجاد موقعیت‌هایی گردد که میزان خودمسؤولیت‌پذیری سالمند را افزایش دهد (۶۱). در پژوهش حاضر، ارتباطی بین خودکارامدی در مسؤولیت‌پذیری و مشارکت اجتماعی مشاهده نشد. از آن‌جا که نتایج مطالعات دیگر نشان داده است که میزان سرمایه اجتماعی در سالمندان پایین‌تر از سایر گروه‌های سنی است (۶۳، ۶۲)، احساس تعلق اجتماعی به عنوان عاملی که زندگی مردم را به هم متصل می‌نماید، پایین می‌باشد و در نتیجه، سالمند احساس خودکارامدی در مسؤولیت‌پذیری نمی‌کند.

تحقیقات نشان داده‌اند که آموزش خودمراقبتی و خودکارامدی در رفتارهای بهداشتی از جمله تغذیه سالم، می‌تواند منجر به بهبود سلامت سالمندان شود (۶۴، ۴۳). در پژوهش حاضر، خودکارامدی در رفتار تغذیه‌ای، پیشگویی‌کننده مشارکت اجتماعی سالمندان نبود. به نظر می‌رسد در دوران سالمندی مسایلی چون تنهایی و انزوای اجتماعی و تغییر شبکه اجتماعی و متمرکز شدن روابط به خانوادگی، رفتار تغذیه‌ای محدود به یک رفتاری فردی خواهد بود تا یه رفتار جمعی که طی آن مشارکت اجتماعی نیز شکل بگیرد. به عبارت دیگر، در دوران سالمندی رفتارهای تغذیه‌ای با دیگران یک رفتار توأم با مشارکت و فعالیت نیست.

در مطالعه حاضر، وضعیت تأهل سالمند پیشگویی‌کننده مشارکت اجتماعی سالمندان نبود. اگرچه نتایج برخی تحقیقات نشان داده است که سالمندان متأهل در مقایسه با سالمندان غیر متأهل مشارکت اجتماعی بالاتری داشتند (۶۶، ۶۵)، به نظر می‌رسد پایین بودن میزان مشارکت اجتماعی در سنین بالاتر دوران سالمندی تفاوت‌های دو گروه متأهل و غیر متأهل را از نظر میزان مشارکت اجتماعی کمتر نماید. همچنین، در پژوهش حاضر، زن بودن سالمند پیشگویی‌کننده منفی مشارکت اجتماعی سالمندان بود. مطالعات گذشته تفاوتی بین نوع مشارکت سالمندان زن و مرد قایل شده‌اند. در حالی که سالمندان مرد بیشتر در فعالیت‌هایی همچون اوقات فراغت شرکت می‌کنند، زنان سالمند در فعالیت‌های دوطلبانه مشارکت دارند (۶۸، ۶۷). آنچه در تحقیق حاضر در خصوص اثر منفی زن بودن در مشارکت اجتماعی در دوران سالمندی می‌توان ذکر کرد، مناسبات فرهنگی، تفاوت‌های جنسیتی و امکان و زمینه مشارکت زنان در برنامه‌های اجتماعی است. در پژوهش حاضر مانند بسیاری از مطالعات دیگر (۶۹، ۶۷، ۵)، با افزایش سن میزان مشارکت اجتماعی کاهش یافت. به نظر می‌رسد اثر تخریبی سالمندی در سنین بالاتر، منجر به کاهش فعالیت‌های اجتماعی می‌گردد.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.48305/jhsr.v22i2.1672]

نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر نشان داده شد که علاوه متغیرهای دموگرافیک همچون سن و جنسیت سالمند، خودکارامدی سالمند در مدیریت استرس می‌تواند پیشگویی‌کننده مشارکت اجتماعی سالمند باشد. به نظر می‌رسد خودکنترلی سالمند بر استرس‌های دوران سالمندی مانند بیماری و فقدان‌ها، می‌تواند خودپنداره سالمند و میزان مشارکت اجتماعی او را حفظ نماید.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از طرح تحقیقاتی با شماره ۹۸۰۱۴۶، مصوب شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی می‌باشد که با کد اخلاق IR.NKUMS.REC.075/1398 به تصویب رسید. بدین وسیله از کارکنان مراکز بهداشتی شهر بجنورد و سالمندانی که در پاسخ به سؤالات همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. Jerliu N, Burazeri G, Toçi E, Kempen GI, Jongen W, Ramadani N, et al. Social networks, social participation and self-perceived health among older people in transitional Kosovo. The European Journal of Public Health. 2014; 24(2): 333-7.
2. Imfeld P, Bodmer M, Schuerch M, Jick SS, Meier CR. Risk of incident stroke in patients with Alzheimer disease or vascular dementia. Neurology. 2013; 81(10): 910-9.
3. Takizawa C, Gemmell E, Kenworthy J, Speyer R. A systematic review of the prevalence of oropharyngeal dysphagia in stroke, Parkinson's disease, Alzheimer's disease, head injury, and pneumonia. Dysphagia. 2016; 31(3): 434-41.
4. Benedictus MR, Prins ND, Goos JD, Scheltens P, Barkhof F, van der Flier WM. Microbleeds, mortality, and stroke in Alzheimer disease: the MISTRAL study. JAMA neurology. 2015; 72(5): 539-45.
5. Nabavi SH, Asadi-Lari M, Mousavi M-T, Rashedi V, Fadayevatan R. The Multilevel Analysis of the Social Network in the Older Adults on the Urban-Heart 2. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2022; 17(1): 28-43.
6. Aroogh MD, Shahboulaghi FM. Social participation of older adults: A concept analysis. International journal of community based nursing and midwifery. 2020; 8(1): 55.
7. 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. Iranian Journal of Ageing. 2013; 7(4): 41-6.
8. Douglas H, Georgiou A, Westbrook J. Social participation as an indicator of successful aging: an overview of concepts and their associations with health. Australian Health Review. 2016; 41(4): 455-62.
9. Carver LF, Beamish R, Phillips SP, Villeneuve M. A scoping review: Social participation as a cornerstone of successful aging in place among rural older adults. Geriatrics. 2018; 3(4): 75.
10. 1Soósová MS. Determinants of quality of life in the elderly. Cent Eur J Nurs Midw. 2016; 7(3): 484-93.
11. Yazawa A, Inoue Y, Fujiwara T, Stickley A, Shirai K, Amemiya A, et al. Association between social participation and hypertension among older people in Japan: the JAGES Study. Hypertension Research. 2016; 39(11): 818-24.
12. Chiao C, Weng L-J, Botticello AL. Social participation reduces depressive symptoms among older adults: an 18-year longitudinal analysis in Taiwan. BMC public health. 2011; 11(1): 1-9.
13. 1Rashedi V, Gharib M, Yazdani AA. Social Participation and Mental Health among Older Adults in Iran. Iranian Rehabilitation Journal. 2014; 12(1): 9-13.
14. Wang R, Feng Z, Liu Y, Lu Y. Relationship between neighbourhood social participation and depression among older adults: A longitudinal study in China. Health & social care in the community. 2020; 28(1): 247-59.
15. Newall NE, Chipperfield JG, Clifton RA, Perry RP, Swift AU, Ruthig JC. Causal beliefs, social participation, and loneliness among older adults: A longitudinal study. Journal of social and personal relationships. 2009; 26(2-3): 273-90.
16. Tomioka K, Kurumatani N, Hosoi H. Social participation and cognitive decline among community-dwelling older adults: a community-based longitudinal study. The journals of gerontology: series b. 2018; 73(5): 799-806.
17. Pothisiri W, Vicerra PMM. Cognitive function, co-residence, and social participation among older persons in Thailand. The Social Science Journal. 2021: 1-14.
18. Pin S, Spini D. Impact of falling on social participation and social support trajectories in a middle-aged and elderly European sample. SSM-population health. 2016; 2: 382-9.
19. Wanchai A, Phrompayak D. Social participation types and benefits on health outcomes for elder people: A systematic review. Ageing International. 2019; 44(3): 223-33.
20. 20. Ferreira FR, César CC, Andrade FBd, Souza Junior PRBd, Lima-Costa MF, Proietti FA. Aspects of social

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.48305/jhsr.v22i2.1672]

participation and neighborhood perception: ELSI-Brazil. Revista de Saúde Pública. 2018; 52.
21. Yue Z, Liang H, Gao X, Qin X, Li H, Xiang N, et al. The association between falls and anxiety among elderly Chinese individuals: the mediating roles of functional ability and social participation. Journal of affective disorders. 2022; 301: 300-6.
22. Hosseingholizadeh N, Sadeghi R, Ardebili HE, Foroushani AR, Taghdisi MH. The correlation of self-efficacy and social support with social participation: A cross sectional study among the elderly. Journal of medicine and life. 2019; 12(3): 239.
23. Perkins JM, Multhaup KS, Perkins HW, Barton C. Self-efficacy and participation in physical and social activity among older adults in Spain and the United States. The Gerontologist. 2008; 48(1): 51-8.
24. Fu F, Liang Y, An Y, Zhao F. Self-efficacy and psychological well-being of nursing home residents in China: The mediating role of social engagement. Asia Pacific Journal of Social Work and Development. 2018; 28(2): 128-40.
25. Singh B, Udainiya R. Self-efficacy and well-being of adolescents. Journal of the Indian Academy of Applied Psychology. 2009; 35(2): 227-32.
26. Rabiei L, Mostafavi F, Masoudi R, Hassanzadeh A. Effects of family-centered interventions on empowerment of the elderly. Health System Research. 2012; 8(24).
27. Shaabani J, Rahgoi A, Nourozi K, Rahgozar M, Shaabani M. The Relationship Between Self-Efficacy and Quality of Life Among Elderly People. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2017; 11(4): 518-27.
28. Singh AP, Shukla A, Singh PA. Perceived Self Efficacy and Mental Health among Elderly. 2010.
29. Luszczynska A, Schwarzer R. Social cognitive theory. Fac Health Sci Publ. 2015: 225-51.
30. Connolly D, Garvey J, McKee G. Factors associated with ADL/IADL disability in community dwelling older adults in the Irish longitudinal study on ageing (TILDA). Disability and rehabilitation. 2017; 39(8): 809-16.
31. Pashmdarfard M, Azad A. Assessment tools to evaluate Activities of Daily Living (ADL) and Instrumental Activities of Daily Living (IADL) in older adults: A systematic review. Medical journal of the Islamic Republic of Iran. 2020; 34: 33.
32. Tomioka K, Kurumatani N, Hosoi H. Association between social participation and 3-year change in instrumental activities of daily living in community-dwelling elderly adults. Journal of the American Geriatrics Society. 2017; 65(1): 107-13.
33. Tomioka K, Kurumatani N, Hosoi H. Association between social participation and instrumental activities of daily living among community-dwelling older adults. Journal of epidemiology. 2016; 26(10): 553-61.
34. Griffith LE, Raina P, Levasseur M, Sohel N, Payette H, Tuokko H, et al. Functional disability and social participation restriction associated with chronic conditions in middle-aged and older adults. J Epidemiol Community Health. 2017; 71(4): 381-9.
35. Tomioka K, Kurumatani N, Hosoi H. Social participation and the prevention of decline in effectance among community-dwelling elderly: a population-based cohort study. PLoS One. 2015; 10(9): e0139065.
36. Schoene D, Heller C, Aung YN, Sieber CC, Kemmler W, Freiberger E. A systematic review on the influence of fear of falling on quality of life in older people: is there a role for falls? Clinical interventions in aging. 2019: 701-19.
37. Goll JC, Charlesworth G, Scior K, Stott J. Barriers to social participation among lonely older adults: The influence of social fears and identity. PloS one. 2015; 10(2): e0116664.
38. Townsend BG, Chen JT, Wuthrich VM. Barriers and facilitators to social participation in older adults: A systematic literature review. Clinical gerontologist. 2021; 44(4): 359-80.
39. Pinto JM, Neri AL. Factors related to low social participation in older adults: findings from the Fibra study, Brazil. Cadernos Saúde Coletiva. 2017; 25: 286-93.
40. Darvishpoor Kakhki A, Abbaszadeh A. Social participation, barriers, and related factors in older people in Tehran. Journal of Health Promotion Management. 2014; 3(4): 65-73.
41. Gilmour H. Social participation and the health and well-being of Canadian seniors. Health reports. 2012; 23(4): 23-32.
42. Becker H, Stuifbergen A, Oh HS, Hall S. Self-rated abilities for health practices: A health self-efficacy measure. Health Values: The Journal of Health Behavior, Education & Promotion. 1993.
43. Callaghan D. Healthy behaviors, self-efficacy, self-care, and basic conditioning factors in older adults. Journal of community health nursing. 2005; 22(3): 169-78.
44. Ong CH, Pham BL, Levasseur M, Tan GR, Seah B. Sex and gender differences in social participation among community-dwelling older adults: a systematic review. Frontiers in Public Health. 2024; 12: 1335692.
45. Azadbakht M, Garmaroodi G, Tanjani PT, Sahaf R, Shojaeizade D, Gheisvandi E. Health promoting self-care

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.48305/jhsr.v22i2.1672]

behaviors and its related factors in elderly: application of health belief model. Journal of Education and Community Health. 2014; 1(2): 20-9.
46. Mirowsky J. Education, social status, and health: Routledge; 2017.
47. Heritage Z, Wilkinson RG, Grimaud O, Pickett KE. Impact of social ties on self reported health in France: Is everyone affected equally? BMC Public Health. 2008; 8: 1-7.
48. Chen S-Y, Fu Y-C. Leisure participation and enjoyment among the elderly: Individual characteristics and sociability. Educational gerontology. 2008; 34(10): 871-89.
49. Jakubowska K, Wysokiński M, Chruściel P, editors. Place of residence and marital status as variables differentiating a sense of self-efficacy in the elderly—a descriptive cross-sectional survey. Healthcare; 2020: MDPI.
50. Jang S-n, Kawachi I. Care inequality: care received according to gender, marital status, and socioeconomic status among Korean older adults with disability. International journal for equity in health. 2019; 18: 1-14.
51. Farmer H, Xu H, Dupre ME. Self-efficacy. Encyclopedia of Gerontology and Population Aging: Springer; 2022. p. 4410-3.
52. Purdie N, McCrindle A. Self-regulation, self-efficacy and health behavior change in older adults. Educational gerontology. 2002; 28(5): 379-400.
53. Hashidate H, Shimada H, Fujisawa Y, Yatsunami M. An overview of social participation in older adults: concepts and assessments. Physical therapy research. 2021; 24(2): 85-97.
54. Dawson-Townsend K. Social participation patterns and their associations with health and well-being for older adults. SSM-population health. 2019; 8: 100424.
55. Trost SG, Owen N, Bauman AE, Sallis JF, Brown W. Correlates of adults' participation in physical activity: review and update. Medicine & science in sports & exercise. 2002; 34(12): 1996-2001.
56. Amagasa S, Fukushima N, Kikuchi H, Oka K, Takamiya T, Odagiri Y, et al. Types of social participation and psychological distress in Japanese older adults: A five-year cohort study. PloS one. 2017; 12(4): e0175392.
57. Hwang J, Park S, Kim S. Effects of participation in social activities on cognitive function among middle-aged and older adults in Korea. International journal of environmental research and public health. 2018; 15(10): 2315.
58. MaloneBeach E, Hakoyama M, Traum L. Self-management, stress, and self-esteem in older adults. The Journal of Aging and Social Change. 2016; 7(2): 33.
59. Eggers T, Grages C, Pfau-Effinger B. Self-responsibility of the "active social citizen": Different types of the policy concept of "active social citizenship" in different types of welfare states. American Behavioral Scientist. 2019; 63(1): 43-64.
60. Stelter L, Whisner SM. Building responsibility for self through meaningful roles: Occupational adaptation theory applied in forensic psychiatry. Occupational Therapy in Mental Health. 2007; 23(1): 69-84.
61. McConatha JT, McConatha D. An instrument to measure self-responsibility for wellness in older adults. Educational Gerontology. 1985; 11(4-5): 295-308.
62. Nabavi SH, Asadi-Lari M, Mousavi M-T, Rashedi V, Fadayevatan R. Socioeconomic Determinants of Social Capital Inequality among Older Adults of Tehran: A Population-Based Study (Urban HEART-2). Medical Journal of the Islamic Republic of Iran. 2021; 35.
63. Nyqvist F, Forsman AK, Giuntoli G, Cattan M. Social capital as a resource for mental well-being in older people: A systematic review. Aging & mental health. 2013; 17(4): 394-410.
64. Geboers B, de Winter AF, Luten KA, Jansen CJ, Reijneveld SA. The association of health literacy with physical activity and nutritional behavior in older adults, and its social cognitive mediators. Journal of health communication. 2014; 19(sup2): 61-76.
65. Kelly ME, Duff H, Kelly S, McHugh Power JE, Brennan S, Lawlor BA, et al. The impact of social activities, social networks, social support and social relationships on the cognitive functioning of healthy older adults: a systematic review. Systematic reviews. 2017; 6: 1-18.
66. Agahi N, Parker MG. Are today's older people more active than their predecessors? Participation in leisure-time activities in Sweden in 1992 and 2002. Ageing & Society. 2005; 25(6): 925-41.
67. 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: 1-10.
68. Huang S-W, Yang C-L. Gender difference in social participation among the retired elderly people in Taiwan. American Journal of Chinese Studies. 2013: 61-74.
69. Dahan-Oliel N, Gelinas I, Mazer B. Social participation in the elderly: What does the literature tell us? Critical Reviews™ in Physical and Rehabilitation Medicine. 2008; 20(2).

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.48305/jhsr.v22i2.1672]