

بررسی میزان احساس تنهایی اجتماعی و عاطفی در سالمندان و ارتباط آن با برخی از عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت در شهرستان اصفهان در سال‌های ۹۷-۱۳۹۶

نرگس معتمدی^۱، سیده مهرنوش شفیعی دارابی^۲، زهرا امینی^۱

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: بسیاری از سالمندان دوران پیری را به عنوان دوران تنهایی توصیف کرده‌اند. از این رو، شناسایی عوامل مؤثر بر این تفکر، امری ضروری در جهت پیش‌گیری از این احساس می‌باشد. هدف از انجام این مطالعه، بررسی میزان احساس تنهایی اجتماعی و عاطفی در سالمندان و ارتباط آن با برخی از عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت در شهرستان اصفهان در سال‌های ۹۷-۱۳۹۶ بود.

روش‌ها: این مطالعه بر روی ۲۰۰ سالمند انجام گرفت. پس از اخذ رضایت از افراد و ثبت اطلاعات دموگرافیک، سلامت اجتماعی Keyes جهت بررسی میزان سلامت اجتماعی و پرسش‌نامه‌ی Social and emotional loneliness scale for adults (SELSA) به منظور تعیین میزان فراوانی تنهایی اجتماعی و عاطفی ثبت شد. آزمون‌های t و همبستگی Pearson جهت مقایسه‌ی داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: سالمندان با تحصیلات بالا ($r = 0/444$ و $P < 0/001$)، متأهل ($r = 0/572$ و $P < 0/001$)، درآمد بالا ($r = 0/481$ و $P < 0/001$) و سلامت اجتماعی بالا ($r = 0/582$ و $P < 0/001$)، کمتر احساس تنهایی می‌کردند. به لحاظ جنسیت، سالمندان زن بیشتر احساس تنهایی می‌کردند ($r = -0/194$ و $P = 0/006$). از طرفی، مشخص شد که احساس تنهایی ارتباط مستقیمی با زیر مقیاس‌های سلامت اجتماعی نظیر شکوفایی، انسجام، پذیرش و مشارکت داشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به بروز بالای احساس تنهایی در سالمندان، شناسایی و غربالگری عوامل خطر افزایش احساس تنهایی در این مطالعه، از اهمیت بالایی برخوردار می‌باشد؛ چرا که از این طریق، می‌توان با افزایش سلامت اجتماعی، سبب کاهش احساس تنهایی سالمندان شد.

واژگان کلیدی: احساس تنهایی، سلامت اجتماعی، سالمند

ارجاع: معتمدی نرگس، شفیعی دارابی سیده مهرنوش، امینی زهرا. بررسی میزان احساس تنهایی اجتماعی و عاطفی در سالمندان و ارتباط آن با برخی از عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت در شهرستان اصفهان در سال‌های ۹۷-۱۳۹۶. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۷؛ ۳۶ (۴۸۶): ۷۵۰-۷۵۰

مقدمه

بهبود شرایط زندگی، مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، افزایش طول عمر و امید به زندگی، پدیده‌ی سالمندی را در جوامع به دنبال داشته است. پدیده‌ی افزایش جمعیت سالمندان، یکی از مهم‌ترین چالش‌های اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی در قرن بیست و یکم به شمار می‌رود. سالمندان به منزله‌ی نیروی جدیدی در راه توسعه هستند و در جهانی که به سرعت رو به پیر شدن می‌رود، فرد سالخورده به طور روزفرونی نقش اساسی در انجام کارهای داوطلبانه، انتقال تجربه و دانش، کمک به اعضای خانواده یا ایفای نقش مراقبتی به عهده خواهد داشت. سن شروع سالمندی از ۶۵ سالگی است (۱).

در ۴۰ سال آینده، جمعیت بالای ۶۵ سال دنیا دو برابر خواهد شد و ۵۲ درصد این میزان در کشورهای آسیایی و ۴۰ درصد کل جمعیت سالمند در کشورهای پیشرفته به سر خواهند برد (۲).
آمارها حاکی از افزایش سهم جمعیت سالمند با سن بیش از ۶۵ سال از ۵/۷ درصد در سال ۱۳۹۰ به ۶/۱ درصد در سال ۱۳۹۵ است و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۱۴۱۰، به ۱۹/۰ درصد برسد (۳). در این سال، بیشترین درصد سالمند مربوط به استان‌های گیلان، خراسان جنوبی، سمنان و مرکزی بوده و استان‌های سیستان و بلوچستان و خوزستان همانند سرشماری‌های قبلی، از کمترین درصد سالمند برخوردار بوده‌اند. در این بین، اصفهان نیز جزء استان‌هایی با درصد

۱- استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- دانشجوی پزشکی، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: mehnoosh.shafiei70@gmail.com

نویسنده‌ی مسؤول: مهرنوش شفیعی

رفتارهای خودکشی) و سلامت جسمانی (نظیر عملکرد ایمنی و مشکلات خواب) مرتبط است (۹). اضطراب و افسردگی، از جمله مشکلاتی هستند که به طور معمول تصور می‌شود از احساس تنهایی ممتد منتج می‌شوند. رابطه‌ی احساس تنهایی اجتماعی و عاطفی با سلامت عمومی پیچیده است، اما با این وجود، تحقیقات نشان داده‌اند که ناتوانی در حفظ عادی سبک زندگی به خاطر ضعف سلامت جسمانی، منجر به افزایش احساس تنهایی و انزوا می‌گردد.

همچنین، از سوی دیگر، احساس تنهایی اجتماعی و عاطفی خود نیز منجر به ناتوانی بیشتر در حفظ عادی شیوه‌ی زندگی می‌گردد (۱۰). عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، می‌تواند به طور چشم‌گیری بر روی بروز احساس تنهایی عاطفی و اجتماعی در افراد سالمند تأثیر بگذارد. از این رو، بررسی عوامل مستعد کننده‌ی افراد سالمند به احساس تنهایی اجتماعی و عاطفی، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار هستند؛ چرا که با تعیین آن‌ها و پیش‌گیری به موقع، می‌توان از بروز احساس تنهایی و همچنین، عوارض جدی آن همچون افسردگی جلوگیری نمود (۱۱).

با توجه به اهمیت موضوع سلامت روان در سالمندان و نقش آن بر کیفیت زندگی آنان که بر هیچ کس پوشیده نیست و عنایت به افزایش جمعیت سالمندان در جوامع و از طرفی، مطالعات اندکی که در ارتباط با احساس تنهایی سالمندان انجام شده است، انجام مطالعات گسترده در این زمینه، ضروری به نظر می‌رسد. به همین جهت، این مطالعه با هدف بررسی فراوانی نسبی احساس تنهایی اجتماعی و عاطفی در سالمندان و ارتباط آن با عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت در شهرستان اصفهان انجام شد.

روش‌ها

این پژوهش، یک مطالعه‌ی مقطعی (Cross-sectional) بود. محیط پژوهش، مراکز بهداشتی - درمانی و پایگاه‌های سلامت تحت پوشش شبکه‌ی بهداشت و درمان استان اصفهان و جامعه‌ی پژوهش شامل کلیه‌ی سالمندان بالاتر از ۶۵ سال مراجعه کننده به این مراکز بود که با روش نمونه‌گیری آسان، تعداد ۲۰۰ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند. تعداد نمونه‌ی مورد بررسی با در نظر گرفتن خطای α ۵ درصد و خطای β ۲۰ درصد برای برآورد حداقل ضریب همبستگی ۰/۲ محاسبه شد (۱۲).

معیارهای ورود به مطالعه، شامل سن بالاتر از ۶۵ سال، سکونت در شهر اصفهان، رضایت آگاهانه و کتبی، عدم ابتلا به سایر بیماری‌های روان‌پزشکی و عدم ابتلا به اختلال شنوایی و تکلم (در حد امکان پاسخگویی به سؤالات) بودند. معیارهای خروج از مطالعه، شامل عدم همکاری و یا عدم رضایت برای تکمیل فرآیند مطالعه و

بالای سالمندان می‌باشد (۳). با وجود رشد جمعیت سالمندان و تغییرات هرم جمعیت کشور، هنوز بر روی نیازهای سالمندان به عنوان یک گروه آسیب‌پذیر جامعه تمرکز نشده است. بنابراین، نیاز به انجام مطالعات عمیق، وسیع و مؤثر بر روی موضوعات وابسته به جمعیت سالمندان احساس می‌شود.

یکی از مهم‌ترین مشکلاتی که کمتر به آن توجه شده است، مسئله‌ی احساس تنهایی در سالمندان می‌باشد که بسیاری از سالمندان در جوامع مختلف آن را تجربه می‌کنند؛ چرا که به دلیل کاهش تعاملات ناشی از نقصان سلامت جسمی و فوت نزدیکان، در معرض خطر انزوا و تنهایی اجتماعی و عاطفی هستند (۴). بسیاری از سالمندان دوران پیری را به عنوان دوران تنهایی توصیف می‌کنند و به عنوان یک تجربه‌ی ناخوشایند، از آن هراس دارند. شواهد نشان می‌دهد که احساس تنهایی، پدیده‌ای گسترده و فراگیر است و ۵۰-۲۵ درصد کل جمعیت بالای ۶۵ سال را بر حسب سن و جنس تحت تأثیر قرار می‌دهد (۵). در حالی که تفاوت‌های فردی در شدت نیاز تعلق داشتن و چگونگی برآوردن آن وجود دارد، تأمین این نیاز، مستلزم تعاملات مثبت و زیاد با افراد دیگر در یک موقعیت بادوام است (۶).

بنابراین، افرادی که در برقراری و حفظ روابط رضایت‌بخش با دیگران ناتوان هستند و در نتیجه، در برآوردن نیاز تعلق داشتن مشکل دارند، به احتمال زیاد حس محرومیتی را تجربه می‌کنند که خود را با احساس تنهایی اجتماعی و عاطفی نشان می‌دهد. احساس تنهایی عاطفی و اجتماعی، حالت ناراحت کننده‌ای است که از شکاف میان روابط بین فردی موجود از نظر سالمند با روابط بین فردی مورد نظر وی ناشی می‌شود. این تعریف، بر خصوصیت عاطفی احساس تنهایی تأکید می‌کند. احساس تنهایی، یک تجربه‌ی عاطفی ناراحت کننده است، اما بر عنصر شناختی نیز تأکید دارد؛ به این صورت که احساس تنهایی ناشی از این ادراک است که ارتباطات اجتماعی فرد، برخی از انتظارات او را برآورده نمی‌کند (۷).

از جمله مسائلی که افراد سالمند را نسبت به ابتلا به بیماری‌های روانی و جسمانی مستعدتر می‌سازد، احساس تنهایی است. احساس تنهایی افراد درگیر را با احساس خلأ، غمگینی و بی‌تعلقی مواجه می‌کند و به شیوه‌های مختلف بر تعاملات اجتماعی با دیگران، نحوه‌ی زندگی و سلامت جسمانی و روانی تأثیر می‌گذارد (۸). تحقیقات نشان داده‌اند که احساس تنهایی به طور قابل ملاحظه‌ای با افسردگی، وضعیت سلامت عمومی ضعیف و نقایص کارکردی رابطه دارد. به طور کلی، احساس تنهایی اجتماعی و عاطفی با مشکلات روانی - اجتماعی (نظیر عزت نفس پایین، شایستگی پایین و تعاملات اجتماعی ضعیف)، سلامت روانی (نظیر اضطراب، افسردگی و

تکمیل نشدن بیش از ۲۰ درصد پرسش‌نامه بودند.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌ای مشتمل بر سه بخش شامل بخش اول مربوط به مشخصات دموگرافیک سالمندان شامل سن، جنس، شغل، تحصیلات، وضعیت تأهل و درآمد ماهانه (بر حسب تومان) بود که توسط پژوهشگر تنظیم شده بود. بخش دوم پرسش‌نامه‌ی سلامت اجتماعی Keyes بود که به بررسی میزان سلامت اجتماعی از ابعاد مختلف (شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی) می‌پردازد. این پرسش‌نامه، دارای ۲۰ سؤال است و طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت می‌باشد که امتیاز مربوط به هر گزینه در جدول به صورت ۵ گزینه شامل «کاملاً مخالفم، مخالفم، نظری ندارم، موافقم و کاملاً موافقم» ارائه می‌شود که به ترتیب نمره‌ای بین ۱-۵ می‌گیرند. این پرسش‌نامه، دارای ۵ بعد می‌باشد و هر بعد، تعدادی سؤال به خود اختصاص می‌دهد.

برای به دست آوردن امتیاز مربوط به هر بعد، مجموع امتیازات سؤالات مربوط به آن بعد با هم جمع می‌شود. برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسش‌نامه، مجموع امتیازات همه‌ی سؤالات با هم جمع می‌شود. امتیازات بالاتر نشان دهنده‌ی سلامت اجتماعی بالاتر خواهد بود و بر عکس. نمره‌ی زیر ۵۰ سلامت اجتماعی پایین، نمره‌ی بین ۵۰-۷۵ سلامت اجتماعی متوسط و نمره‌ی بالای ۷۵، سلامت اجتماعی بالا را نشان می‌دهد.

بابا پور خیرالدین و همکاران (۱۳)، برای بررسی پایایی این ابزار از همسانی درونی استفاده و گزارش کردند که Alpha ی به دست آمده برای کل مقیاس ۰/۷۸ بوده است که نشان می‌دهد این ابزار، از پایایی مطلوبی برخوردار است. همچنین، روایی محتوایی این پرسش‌نامه، مورد تأیید قرار گرفته است.

بخش سوم شامل پرسش‌نامه‌ی SELSA) Social and emotional loneliness scale for adults است که به منظور تعیین میزان فراوانی تنهایی اجتماعی و عاطفی در بین سالمندان شرکت کننده در این مطالعه استفاده شد. این مقیاس، شامل ۱۵ سؤال و سه بعد احساس تنهایی روان‌تیک (۵ سؤال)، خانوادگی (۵ سؤال) و اجتماعی (۵ گویه) است. در مقابل هر سؤال، طیف ۵ گزینه‌ای از «کاملاً مخالفم» (نمره‌ی ۱) تا «کاملاً موافقم» (نمره‌ی ۵) قرار دارد. تمامی سؤالات به جز سؤالات ۱۴ و ۱۵ به شیوه‌ی معکوس نمره‌گذاری می‌شوند و کسب نمره‌ی کمتر در هر یک از ابعاد این مقیاس، نشان دهنده‌ی احساس تنهایی بیشتر در آن بعد است. احساس تنهایی عاطفی، مجموع امتیازات مربوط به ابعاد تنهایی روان‌تیک و تنهایی خانوادگی است. مؤلفان این مقیاس، ضریب Cronbach's alpha را بین ۰/۸۷-۰/۹۰ گزارش نمودند که از

همسانی درونی مناسب مقیاس حکایت دارد (۱۴).

واکاوی آماری: کلیه‌ی اطلاعات وارد نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۲ (version 22, IBM Corporation, Armonk, NY) شد. واکاوی آماری در دو بخش توصیفی و تحلیلی ارائه گردید. در بخش توصیفی، میانگین و انحراف معیار سلامت اجتماعی از ابعاد مختلف و فراوانی تنهایی اجتماعی و عاطفی به عنوان متغیر اصلی در گروه‌های مختلف ارائه شد و کلیه‌ی خواص دموگرافیک و بالینی بیماران نیز بر اساس معیارهای توصیفی گزارش گردید. در بخش تحلیلی، آزمون همبستگی Spearman و Pearson و لامبدا و واکاوی Regression خطی استفاده شد. کلیه‌ی آزمون‌ها در سطح $P < 0/05$ مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها

از میان ۲۰۰ سالمندی که وارد این مطالعه شدند، تعداد ۱۱۵ نفر (۵۷/۵ درصد) مرد و ۸۵ نفر (۴۲/۵ درصد) زن بودند. میانگین سن افراد مورد مطالعه برابر با $42/8 \pm 69/53$ سال (۶۵-۸۵ سال) بود. در مطالعه‌ی حاضر، مشخص شد که بیشتر افراد مورد مطالعه (۴۹/۰ درصد) بی‌سواد بودند و یا دارای مدرک کمتر از دیپلم (۳۱/۵ درصد) بودند. همچنین، مشخص شد بیش از نیمی از افراد (۵۲/۵ درصد) در شهر و ۲۶/۰ درصد در روستا و ۲۱/۵ درصد در حاشیه‌ی شهر زندگی می‌کردند. ۸۴/۵ درصد افراد مورد مطالعه، متأهل و ۴۵/۵ درصد دارای شغل آزاد بودند. میانگین درآمد افراد مورد مطالعه، برابر با $1156204/37$ تومان بود و از بین شرکت کنندگان، ۵۲/۶ درصد دارای درآمد کمتر از ۹۳۰ هزار تومان بودند. در بررسی سلامت اجتماعی، مشخص شد که ۸۷/۰ درصد دارای سطح متوسط، ۳/۵ درصد دارای سطح بالا و ۲/۵ درصد دارای سطح پایین بودند. در خصوص نمره‌ی به دست آمده در زمینه‌ی تنهایی، مشخص شد که نمره‌ی کل برابر با $48/98$ و زیر مقیاس عاطفی و اجتماعی هر کدام به ترتیب $30/91$ و $17/07$ به دست آمد (جدول ۱).

با بررسی همبستگی میان متغیرهای مورد مطالعه، مشخص شد که نمره‌ی تنهایی کل و زیر مقیاس‌های آن، ارتباط معنی‌داری با سن، محل زندگی و شغل نداشت ($P > 0/05$)، اما در خصوص متغیرهای دیگر، مشخص شد که نمره‌ی تنهایی کل و تنهایی عاطفی و اجتماعی، ارتباط مستقیم و معنی‌داری با تحصیلات ($r = 0/444$) و درآمد ($r = 0/481$)، تأهل ($r = 0/572$) و $P < 0/001$ ، سلامت اجتماعی ($r = 0/582$) و $P < 0/001$ و ارتباط معنی‌داری با جنسیت ($r = -0/194$) و $P = 0/006$ داشت. به عبارت دیگر، سالمندان با تحصیلات بالا، متأهل بودن، درآمد بالا و سلامت اجتماعی بالا، کمتر احساس تنهایی می‌کردند. به لحاظ جنسیت نیز زنان بیش از مردان احساس تنهایی می‌کردند (جدول ۲).

جدول ۱. فراوانی و میانگین متغیرهای دموگرافیک و پرسش‌نامه در افراد

متغیر	تعداد (درصد)	مورد مطالعه
سن (سال) (میانگین \pm انحراف معیار)	۶۹/۵۳ \pm ۴/۲۸	
جنسیت	۱۱۵ (۵۷/۵)	مرد
	۸۵ (۴۲/۵)	زن
تحصیلات	۹۸ (۴۹/۰)	بی‌سواد
	۶۳ (۳۱/۵)	زیر دیپلم
	۱۸ (۹/۰)	دیپلم
	۴ (۲/۰)	فوق دیپلم
	۱۵ (۷/۵)	لیسانس
	۲ (۱/۰)	فوق لیسانس
محل زندگی	۷۳ (۲۱/۵)	حاشیه‌ی شهر
	۲۳ (۱۱/۵)	شمال شهر
	۵۲ (۲۶/۰)	مرکز شهر
	۲۹ (۱۴/۵)	جنوب شهر
	۵۲ (۲۶/۰)	روستا
وضعیت تأهل	۳۱ (۱۵/۵)	مجرد
	۱۶۹ (۸۴/۵)	متأهل
شغل	۴ (۲/۰)	کارمند
	۵۰ (۲۵/۰)	خانه‌دار
	۹۱ (۴۵/۵)	آزاد
	۲۶ (۱۳/۰)	بی‌کار
	۲۹ (۱۴/۵)	بازنشسته
درآمد (تومان) (میانگین \pm انحراف معیار)	۱۱۵۶۲۰۴/۳۷ \pm ۸۲۰۰۲۶/۱۲	
درآمد (تومان)	۷۲ (۳۶/۰)	کمتر از ۹۳۰۰۰۰
	۶۵ (۳۲/۵)	بیشتر از ۹۳۱۰۰۰
سلامت اجتماعی	۵ (۲/۵)	پایین
	۱۷۴ (۸۷/۰)	متوسط
	۷ (۳/۵)	بالا
تنهایی (میانگین \pm انحراف معیار)	۴۸/۹۸ \pm ۸/۹۶	تنهایی کل
	۳۰/۹۱ \pm ۵/۸۵	عاطفی
	۱۷/۰۷ \pm ۳/۱۵	اجتماعی

با بررسی آزمون Regression خطی تک متغیره نیز این یافته‌ها تأیید گردید و همچنین، احساس تنهایی با شکوفایی، انسجام، پذیرش، مشارکت و شغل ارتباط داشت ($P < ۰/۰۵۰$)، اما پس از وارد کردن همه‌ی متغیرها در آزمون Regression چند متغیره، مشخص شد که تنها وضعیت تأهل ($B = ۰/۱۲/۸۸۰$)، درآمد ($B = ۲/۹۰۰$) و انسجام ($B = ۱/۵۹۰$) ارتباط معنی‌داری با تنهایی کل داشتند (جدول ۳).

بحث

در مطالعه‌ی حاضر، مشخص شد که سالمندان با تحصیلات بالا، متأهل، درآمد بالا و سلامت اجتماعی بالا، کمتر احساس تنهایی می‌کردند و سالمندان زن، بیشتر احساس تنهایی می‌کردند و از طرفی، مشخص شد که احساس تنهایی ارتباط مستقیمی با زیر مقیاس‌های سلامت اجتماعی نظیر شکوفایی، انسجام، پذیرش و مشارکت داشت.

در مطالعه‌ی Neville و همکاران با هدف بررسی علل احساس تنهایی در مردان بیشتر از ۶۰ سال، مشاهده گردید که وضعیت اجتماعی پایین، شبکه‌های اجتماعی محدود، سطح پایین مشارکت و مسایل مربوط به سلامت روان با تنهایی همراه بود و تجزیه و تحلیل چند متغیره نشان داد که داشتن سلامت روان پایین و اهداف کمتر در زندگی، شاخص‌هایی از تنهایی می‌باشند (۱۵). نتایج این مطالعه، به طور کامل همسو با یافته‌های مطالعه‌ی حاضر می‌باشد. در مطالعه‌ی حاضر، مشخص شد که احساس تنهایی ارتباط مستقیمی با زیر مقیاس‌های سلامت اجتماعی نظیر شکوفایی، انسجام، پذیرش و مشارکت داشت.

در مطالعه‌ی شمسایی و همکاران با هدف تبیین احساس تنهایی در سالمندان و تحلیل آن بر اساس نظریه‌ی رشد روانی-اجتماعی، نتیجه گرفتند که با توجه به این که تنهایی در افراد مسن رایج است و با پیامدهای بهداشتی منفی از نظر سلامت جسمی و روانی همراه است، اتخاذ راهبردهای مداخله‌ای مناسب با استفاده از نظریه‌ی رشد روانی-اجتماعی Erikson، موجب کاهش تنهایی و بهبود کیفیت زندگی سالمندان و حس ارزشمندی در این دوره از زندگی می‌گردد (۱۶).

جدول ۲. همبستگی میان متغیرهای مورد مطالعه با تنهایی کل، عاطفی و اجتماعی

متغیر	تنهایی کل		تنهایی عاطفی		تنهایی اجتماعی	
	r	مقدار P	r	مقدار P	r	مقدار P
سن	-۰/۱۲۸	۰/۰۷۰	-۰/۱۳۳	۰/۰۶۱	-۰/۱۱۹	۰/۰۹۵
جنسیت	-۰/۱۹۴	۰/۰۰۶	-۰/۱۸۶	۰/۰۰۸	-۰/۲۰۵	۰/۰۰۴
تحصیلات*	۰/۴۴۴	< ۰/۰۰۱	۰/۴۲۳	< ۰/۰۰۱	۰/۴۳۳	< ۰/۰۰۱
محل زندگی	۰/۰۲۳	۰/۷۴۶	۰/۰۲۶	۰/۷۱۸	۰/۰۳۱	۰/۶۵۹
تأهل*	۰/۵۷۲	< ۰/۰۰۱	۰/۵۳۸	< ۰/۰۰۱	۰/۵۹۰	< ۰/۰۰۱
شغل	۰/۱۲۴	۰/۰۸۱	۰/۱۳۶	۰/۰۵۵	۰/۱۲۲	۰/۰۸۴
درآمد*	۰/۴۸۱	< ۰/۰۰۱	۰/۴۵۲	< ۰/۰۰۱	۰/۴۷۰	< ۰/۰۰۱
سلامت اجتماعی*	۰/۵۸۲	< ۰/۰۰۱	۰/۵۷۰	< ۰/۰۰۱	۰/۵۹۴	< ۰/۰۰۱

*متغیرهایی که با ستاره مشخص شده‌اند، ارتباط معنی‌دار با تنهایی داشته‌اند.

جدول ۳. آنالیز Regression خطی میان متغیرهای مورد مطالعه با تنهایی کل، عاطفی و اجتماعی

متغیر	تنهایی کل (آنالیز تک متغیره)		تنهایی کل (آنالیز چند متغیره)	
	مقدار P	B	مقدار P	B
سن	۰/۰۷۰	-۰/۲۶۰ (-۰/۵۵-۰/۰۲)	۰/۱۰۶	-۰/۲۶۱ (-۰/۰۵-۰/۵۷)
جنسیت	۰/۰۰۲	-۳/۸۶۰ (-۶/۳۳-۱/۳۸)	۰/۷۴۲	۰/۵۰۴ (-۲/۵۲-۳/۵۳)
تحصیلات	< ۰/۰۰۱	۲/۹۳۰ (۱/۹۹-۳/۸۷)	۰/۳۳۵	۰/۶۲۹ (-۰/۶۵-۱/۹۱)
محل زندگی	۰/۴۷۷	۰/۳۱۰ (-۰/۵۴-۱/۱۶)	۰/۲۷۵	۰/۴۲۱ (-۰/۳۳-۱/۱۸)
تأهل ^۰	< ۰/۰۰۱	۱۴/۲۶۰ (۱۱/۴۳-۱۷/۰۸)	< ۰/۰۰۱	۱۲/۸۸۰ (۹/۴۰-۱۶/۳۶)
شغل	۰/۰۵۰	۱/۲۲۰ (۰/۰۰۱-۲/۴۵)	۰/۴۹۰	-۰/۴۸۰ (-۱/۸۵-۰/۸۹)
درآمد ^۰	< ۰/۰۰۱	۷/۷۹۰ (۵/۱۹-۱۰/۳۸)	۰/۰۳۶	۲/۹۰۰ (۰/۱۹-۵/۶۱)
شکوفایی	۰/۰۰۱	۱/۵۴۰ (۰/۶۲-۲/۴۵)	۰/۴۹۷	-۰/۳۳۰ (-۱/۳۲-۰/۶۴)
همسنگی	۰/۱۸۹	-۰/۷۰۰ (-۱/۷۶-۰/۳۵)	۰/۹۹۲	۰/۰۰۵ (-۱/۰۱-۱/۰۲)
انسجام ^۰	< ۰/۰۰۱	۲/۴۴ (۱/۸۹-۳/۰۰)	۰/۰۰۱	۱/۵۹۰ (۰/۶۶-۲/۵۲)
پذیرش	< ۰/۰۰۱	۱/۵۲ (۱/۰۸-۱/۹۶)	۰/۲۸۴	۰/۲۹۰ (-۰/۲۴-۰/۸۳)
مشارکت	< ۰/۰۰۱	۱/۰۸ (۰/۰۷۹-۱/۳۸)	۰/۶۰۳	۰/۱۰۰ (-۰/۲۹-۰/۵۰)

^۰ متغیرهایی که با یک ستاره مشخص شده‌اند، در Regression خطی چند متغیره، ارتباط معنی‌داری با تنهایی کل داشته‌اند.

نامناسب و مجرد بودن، مشکلات اقتصادی، کیفیت زندگی پایین، رضایت از زندگی پایین، رضایت پایین در روابط اجتماعی، وجود اختلال روانی و اختلال اضطرابی می‌باشد (۱۸). نتایج این مطالعه با یافته‌های مطالعه حاضر مبنی بر وجود رابطه میان احساس تنهایی با درآمد پایین، افراد مجرد و نمره‌ی پایین سلامت اجتماعی همسو می‌باشد.

در مطالعه‌ی دیگری که توسط حیدری و همکاران به منظور مقایسه‌ی خودکارآمدی و احساس تنهایی در سالمندان ساکن و غیر ساکن آسایشگاه سالمندی انجام شد، نشان دادند که احساس تنهایی، با میزان تحصیلات و رضایت از سرای سالمندان نیز ارتباط معنی‌داری دارد. نتایج نشان داد میزان تنهایی در سالمندان ساکن آسایشگاه سالمندی (۱/۱۱ ± ۱۲۱/۳۶) در مقایسه با میزان تنهایی در سالمندان ساکن خانواده (۲۵/۲۴ ± ۱۲۰/۹۴) بیشتر است (۱۹).

در مطالعه‌ی حاضر، مشخص شد که احساس تنهایی با تحصیلات افراد ارتباط مستقیم و معنی‌داری دارد، اما با محل زندگی افراد ارتباط معنی‌داری نداشت؛ هر چند در مطالعه‌ی حاضر، محل زندگی بر اساس ساکن آسایشگاه و خانواده تقسیم‌بندی نشده بود.

در مطالعه‌ی معتمدی و همکاران با هدف بررسی مقایسه‌ای احساس تنهایی در میان مردان سالمند بازنشسته و کارگر، دریافتند که جایگاه شغلی و اجتماعی، تجربه‌ی احساس تنهایی را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ به گونه‌ای که هر چه کیفیت این جایگاه و ارزش‌گذاری اجتماعی آن پایین‌تر باشد، افراد به میزان بیشتری احساس تنهایی می‌کنند. در این میان، کارگران سالمند احساس تنهایی بیشتری را گزارش می‌کنند که مؤید این امر است (۲۰). نتیجه‌ی این مطالعه، همسو با یافته‌های مطالعه‌ی حاضر می‌باشد. در مطالعه‌ی حاضر نیز مشخص شد که

با توجه با ارتباط معنی‌داری میان تنهایی و مقیاس‌های سلامت اجتماعی نظیر شکوفایی، انسجام، پذیرش و مشارکت، به نظر می‌رسد استفاده از روش‌هایی که سبب ارتقای سلامت روان بعد اجتماعی آن‌ها شد، امری ضروری است و سبب ارتقای کیفیت زندگی سالمندان می‌شود.

در مطالعه‌ی دیگری که توسط میردیرکوند و همکاران به منظور احساس تنهایی در سالمندان (نقش مهارت‌های ارتباطی، حمایت اجتماعی و ناتوانی عملکردی) انجام شد، مشاهده گردید که همبستگی‌های منفی و معنی‌داری بین مهارت‌های ارتباطی و حمایت اجتماعی با احساس تنهایی و همبستگی مثبت و معنی‌داری بین میزان ناتوانی عملکردی و احساس تنهایی وجود دارد. نتایج Regression چندگانه نشان داد که ۴۸ درصد از واریانس احساس تنهایی، از طریق مهارت‌های ارتباطی، حمایت اجتماعی و ناتوانی عملکردی قابل پیش‌بینی است. نتایج این پژوهش نشان داد که مهارت‌های ارتباطی، حمایت اجتماعی و ناتوانی عملکردی، نقش معنی‌داری در پیش‌بینی احساس تنهایی سالمندان دارند. این یافته‌ها، حاوی تلوایحات مهمی در خصوص اهمیت این متغیرها در تجربه‌ی احساس تنهایی سالمندان است (۱۷). یافته‌های مطالعه‌ی پیش‌گفته، به طور کامل همسو با یافته‌های مطالعه‌ی حاضر می‌باشد. در مطالعه‌ی حاضر نیز مشخص شد که مقیاس‌های سلامت اجتماعی نظیر شکوفایی، انسجام، پذیرش و مشارکت، با تنهایی بیماران ارتباط دارد و بهبود در نمره‌ی سلامت اجتماعی، سبب کاهش حس تنهایی در سالمندان می‌شود.

Ausin و همکاران، در مطالعه‌ای با هدف بررسی عوامل مؤثر بر تنهایی سالمندان دارای سن بیشتر از ۶۵ سال، دریافتند که متغیرهای وابسته به تنهایی شامل تنها زندگی کردن، وضعیت زناشویی ضعیف و

می‌کردند. از طرفی، مشخص شد که احساس تنهایی ارتباط مستقیمی با زیر مقیاس‌های سلامت اجتماعی نظیر شکوفایی، انسجام، پذیرش و مشارکت داشت. با توجه به بروز بالای احساس تنهایی در سالمندان، شناسایی و غربالگری عوامل خطر شناخته شده در این مطالعه، در افزایش احساس تنهایی از اهمیت بالایی برخوردار بود تا بدین صورت با افزایش سلامت اجتماعی سبب کاهش احساس تنهایی سالمندان شد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش، برگرفته از پایان‌نامه‌ی دکتری حرفه‌ای پزشکی عمومی به شماره‌ی ۳۹۶۳۵۲ است که با حمایت‌های معنوی و مادی حوزه‌ی معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام یافته است. بدین وسیله، از زحمات این عزیزان تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

مقیاس‌های سلامت اجتماعی نظیر شکوفایی، انسجام، پذیرش و مشارکت با تنهایی بیماران ارتباط دارد و بهبود در نمره‌ی سلامت اجتماعی، سبب کاهش حس تنهایی در سالمندان می‌شود. از طرفی، در مطالعه‌ی حاضر مشخص شد کارمندان، دارای احساس تنهایی بیشتری نسبت به کارگران داشتند که این اختلاف، ممکن است ناشی از تفاوت در حجم نمونه‌ی مورد مطالعه، تفاوت در شاخص‌های دموگرافیک بیماران، تفاوت در معیارهای ورود و خروج از مطالعه باشد.

از جمله محدودیت‌های این مطالعه، عدم پاسخگویی با حوصله به پرسش‌نامه توسط سالمندان بود. از این رو، استفاده از پرسش‌نامه‌هایی با تعداد سؤالات کمتر در مطالعات بعدی پیشنهاد می‌شود.

نتیجه‌گیری نهایی این که سالمندان با تحصیلات بالا، متأهل بودن، درآمد بالا و سلامت اجتماعی بالا احساس تنهایی کمتری داشتند و همچنین، سالمندان زن بیشتر از مردان احساس تنهایی

References

1. Wessel KB. How an aging population is transforming nursing. *Home Healthc Now* 2017; 35(4): 221-3.
2. Kanasi E, Ayilavarapu S, Jones J. The aging population: Demographics and the biology of aging. *Periodontol* 2000 2016; 72(1): 13-8.
3. Vancea M, Sole-Casals J. Population aging in the European information societies: Towards a comprehensive research agenda in ehealth innovations for elderly. *Aging Dis* 2016; 7(4): 526-39.
4. Tabue Teguo M1, Simo-Tabue N, Stoykova R, Meillon C, Cogne M, et al. Feelings of loneliness and living alone as predictors of mortality in the elderly: the PAQUID study. *Nurs Older People* 2017; 29(1): 13.
5. Domenech-Abella J, Lara E, Rubio-Valera M, Olaya B, Moneta MV, Rico-Urbe LA, et al. Loneliness and depression in the elderly: the role of social network. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2017; 52(4): 381-90.
6. Emerson KG, Jayawardhana J. Risk factors for loneliness in elderly adults. *J Am Geriatr Soc* 2016; 64(4): 886-7.
7. Andrew N, Meeks S. Fulfilled preferences, perceived control, life satisfaction, and loneliness in elderly long-term care residents. *Aging Ment Health* 2018; 22(2): 183-9.
8. Wong NM, Liu HL, Lin C, Huang CM, Wai YY, Lee SH, et al. Loneliness in late-life depression: structural and functional connectivity during affective processing. *Psychol Med* 2016; 46(12): 2485-99.
9. While A. Loneliness is a public health issue. *Br J Community Nurs* 2017; 22(2): 102.
10. Karhe L, Kaunonen M, Koivisto AM. Loneliness in professional caring relationships, health, and recovery. *Clin Nurs Res* 2018; 27(2): 213-34.
11. Due TD, Sandholdt H, Waldorff FB. Social relations and loneliness among older patients consulting their general practitioner. *Dan Med J* 2017; 64(3).
12. Hemmati Alamdarlou G, Dehshiri G, Shojaie S, Hakimi Rad E. Health and loneliness status of the elderly living in nursing homes versus those living with their families. *Iran J Aging* 2008; 3(2): 557-64. [In Persian].
13. Babapour Kheiroddin J, Toosi F, Hekmati I. Study of determinant factors role of students' social well-being. *Journal of Modern Psychological Research* 2010; 4(16): 1-19. [In Persian].
14. Jowkar B, Salimi A. Psychometric properties of the short form of the social and emotional loneliness scale for adults (SELSA-S). *Journal of Behavioral Sciences* 2012; 5(4): 311-8. [In Persian].
15. Neville S, Adams J, Montayre J, Larmer P, Garrett N, Stephens C, et al. Loneliness in men 60 years and over: The association with purpose in life. *Am J Mens Health* 2018; 12(4): 730-9.
16. Shamsaei F, Cheraghi F, Esmaeili R, Mohsenifard J. Explanation of loneliness in the elderly and comparison with psychosocial development theory: A quantitative study. *Journal of Education and Community Health* 2014; 1(2): 30-8. [In Persian].
17. Mirdrikvand F, Panahi H, Hoseyni Ramaghani NS. Loneliness of The Elderly: The Role of Communication Skills, Social Support and functional disability. *Journal of Aging Psychology* 2017; 2(2): 103-13. [In Persian].
18. Ausin B, Munoz M, Castellanos MA. Loneliness, sociodemographic and mental health variables in spanish adults over 65 years old. *Span J Psychol* 2017; 20: E46.
19. Heidari M, Ghodusi Borujeni M, Naseh L. Comparison of self-efficacy and loneliness between community-dwelling and institutionalized older people. *Iran J Aging* 2016; 11(1): 142-51.
20. Moatamedi A, Qaderi Bagajan K, Mazaheri Nejad Fard G, Soltani S. comparative study of feeling lonely between retired and labor elderly men. *Social Work* 2017; 6(2): 43-50. [In Persian].

Social and Emotional Loneliness among the Elderly, and its Association with Social Factors Affecting Health in Isfahan City, Iran, in Years 2017-2018

Narges Motamedi¹, Seyedeh Mehrnoosh Shafiei-Darabi², Zahra Amini¹

Original Article

Abstract

Background: Many elderly people describe elderly as loneliness; so identification of factors influencing this thought is necessary to prevent this feeling. Therefore, the purpose of this study was to determine the level of social and emotional loneliness among the elderly, and its relation with some social factors affecting health in Isfahan City, Iran, in years 2017-2018.

Methods: This study was carried out on 200 elderly individuals. After obtaining consent from individuals and recording demographic data, Keyes social well-being was used to determine the level of social health, and the Social and Emotional Loneliness Scale for Adults (SELSA) questionnaire to determine the frequency of social and emotionally loneliness. Chi-square, Student t, and Pearson correlation tests were used to compare the data.

Findings: High education ($r = 0.444$, $P < 0.001$), married ($r = 0.772$, $P < 0.001$), high income ($r = 0.481$, $P < 0.001$), and high social health ($r = 0.582$, $P < 0.001$) were significantly correlated with less sense of loneliness. Elderly women were more lonely ($r = -0.194$, $P = 0.006$) and, on the other hand, loneliness was directly linked to social health subscales including flourishing, coherence, acceptance, and participation.

Conclusion: Regarding the high incidence of loneliness among the elderly, identification and screening of known risk factors is very important; as by increasing social health, the elderly loneliness will decrease.

Keywords: Loneliness, Public health, Elderly

Citation: Motamedi N, Shafiei-Darabi SM, Amini Z. **Social and Emotional Loneliness among the Elderly, and its Association with Social Factors Affecting Health in Isfahan City, Iran, in Years 2017-2018.** J Isfahan Med Sch 2018; 36(486): 750-6.

1- Assistant Professor, Department of Community Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Student of Medicine, Student Research Committee, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Mehrnoosh Shafiei-Darabi, Email: mehrnoosh.shafiei70@gmail.com