

Research Paper

Psychometric Properties of the Persian Version of the Social Disconnectedness and Perceived Isolation Scales in Iranian Older Adults



Akbar Azizi Zeinalhajlou^{1,2}, Abdol Rasoul Safaeian³, Haidar Nadrian⁴, Mina Hashemiparast⁵, Mohammad Bagher Alizaddeh Aghdam⁶, *Hosein Matlabi^{7,8}

1. Physical Medicine and Rehabilitation Research Center, Aging Research Institute, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
2. Research Center of Psychiatry and Behavioral Sciences, Aging Research Institute, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.
3. Department of Statistics and Epidemiology, Faculty of Health, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.
4. Department of Health Education and Promotion, Faculty of Health Sciences, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.
5. Department of Health Education and Promotion, Faculty of Public Health, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran.
6. Department of Social Sciences, Faculty of Law and Social Sciences, University of Tabriz, Tabriz, Iran.
7. Research Center for Integrative Medicine in Aging, Aging Research Institute, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.
8. Department of Geriatric Health, Faculty of Health Sciences, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.



Citation Azizi Zeinalhajlou A, Safaeian A R, Nadrian H, Hashemiparast M, Alizaddeh Aghdam M B, Matlabi H. [Psychometric Properties of the Persian Version of the Social Disconnectedness and Perceived Isolation Scales in Iranian Older Adults (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2023; 17(4):472-491. <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2022.856.2>

<http://dx.doi.org/10.32598/sija.2022.856.2>



ABSTRACT

Objectives Social isolation of older adults is one of the major global concerns associated with widespread negative outcomes. The present study aims to investigate the psychometric properties of the Persian version of the social disconnectedness and perceived isolation scales in Iranian older adults.

Methods & Materials The translation/back-translation process was performed based on the standard protocol of world health organization. Face and content validities were assessed based on the opinions of a panel of experts. The content validity of the scales was evaluated by calculating the content validity ratio (CVR) and content validity index (CVI). Internal consistency, reliability, and construct validity were evaluated using Cronbach's alpha, test-retest method, and factor analyses, respectively. Factorial structure of the scales was tested using exploratory factor analysis (EFA), confirmatory factor analysis (CFA), and structural equation modeling in a sample of 390 community-dwelling older adults aged ≥ 60 years residing in Tabriz, Iran. Data analysis was performed in SPSS software, version 26 and AMOS version 24.

Results For the social disconnectedness scale, CVR=0.98 and CVI=0.91; for the perceived isolation scale, CVR=0.91 and CVI=0.96. The EFA with the varimax rotation identified new factors in both scales. Cronbach's alpha of 0.64 for the social disconnectedness scale and 0.76 for the perceived isolation scale showed that their internal consistency was acceptable. The number of factors in the social disconnectedness scale changed from two to three factors, and the number of factors in the perceived isolation scale changed from two to four factors in the Persian versions. The CFA and SEM confirmed the three-factor solution of the Persian version of the social disconnectedness scale (RMSEA=0.050, GFI=0.951, CFI=0.950, and TLI=0.955) and the four-factor solution of the Persian version of perceived isolation scale (RMSEA=0.045, GFI=0.955, CFI=0.955, and TLI=0.950).

Conclusion Although the structures are different from those of the main versions, the Persian versions of the social disconnectedness and perceived isolation scales have acceptable reliability and validity to be used in Iranian older adults.

Keywords Social Isolation, Loneliness, Social participation, Aged, Psychometrics

Article Info:

Received: 11 Apr 2021

Accepted: 24 Nov 2021

Available Online: 01 Jan 2023

* Corresponding Author:

Hosein Matlabi, PhD.

Address: Research Center for Integrative Medicine in Aging, Aging Research Institute, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

Tel: +98 (41) 33340309

E-mail: hm1349@gmail.com

Extended Abstract

Introduction

Social isolation of the elderly is one of the major global concerns. Social isolation, which is characterized by the lack or limitation of social interactions between people [1], is one of the most important risk factors for chronic diseases, but there is low knowledge about it [2-4]. Social isolation consists of two objective (social disconnectedness) and subjective (perceived isolation) dimensions [2, 5]. The objective dimension includes tangible aspects such as physical separation and lack of interaction with others [6] while the subjective dimension includes the feeling of loneliness and the perception of lack of social support [7]. The objective and subjective dimensions of social isolation are distinct from each other and the experience of one of them does not necessarily mean the experience of the other [8]. Despite the importance of examining the objective and subjective dimensions at the same time, most of the existing tools only examine one of these dimensions. The social disconnectedness/perceived isolation scale is among the few tools for simultaneously investigating the objective and subjective dimensions of social isolation among the elderly [5, 7]. The social disconnectedness scale has a two-factor structure, including the restricted social network dimension and the social inactivity dimension. The perceived isolation scale also comprises two dimensions: lack of support and loneliness. It was developed by Cornwell and White [5, 7]. This study aims to evaluate the psychometric properties of the Persian versions of the social disconnectedness and perceived isolation scales for Iranian older adults.

Methods

The steps of translation and back-translation were carried out according to the standard protocol of the World Health Organization [9] with permission from the designers of the scales. Validation of the scales was done in a sample of 390 older adults aged 60 years or more in Tabriz, Iran who were selected by a cluster sampling method with probability proportional to size. Face validity was determined after face-to-face interviews with 15 older adults. The content validity index (CVI) and the content validity ratio (CVR) were examined based on the opinions of a panel of experts. The minimum acceptable value of CVR based on the number of experts and the Lawshe table is ≥ 0.49 [10] and the minimum acceptable value of CVI is ≤ 0.80 [11]. Due to cultural differences, the "partner" domain was removed from the list of restricted social network dimension. Also, participation in religious ceremo-

nies and congregational prayers were added as examples of group activities. In addition, participating in activities such as helping to feed, educate and treat the poor and needy people, helping with mosque affairs and holding religious ceremonies were added as examples of voluntary activities. Exploratory factor analysis (EFA) was used to investigate the factor structure. The structure of the studied scales was checked by confirmatory factor analysis (CFA). To determine reliability, two methods of calculating Cronbach's alpha coefficient and intraclass correlation coefficient (ICC) were used. Data analysis was done in SPSS version 23 and AMOS version 18 software.

Results

Of 390 participants, 212(54.4%) were men and 178(45.6%) were women. Their mean age was 68.9 ± 7.7 years. For the social disconnectedness scale, CVR=0.98 and CVI=0.91 and for the perceived isolation scale CVR=0.91 and CVI=0.96. The sampling adequacy test Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) for the two scales of social disconnectedness (0.701) and perceived isolation (0.750) showed the adequacy of sampling and the feasibility of factor analysis.

EFA with Varimax rotation showed that 8 items of the Persian version of the social disconnectedness scale supported a three-factor structure. The social inactivity dimension was confirmed in the Persian version, while the restricted social network dimension was divided into two factors of family-oriented and community-oriented. The amount of variance explained by the 3-factor structure of the Persian version of the social disconnectedness scale was 58.7%. CFA and structural equation modeling confirmed the three-factor structure of the Persian version of the social disconnectedness scale (RMSEA=0.050, GFI=0.951, CFI=0.950, and TLI=0.955).

EFA with varimax rotation showed that 9 items of the Persian version of the Perceived Isolation Scale supported a four-factor structure. The lack of support dimension was divided into three sub-factors of lack of support from family members (2 items), friends (2 items), and spouse (2 items). The amount of variance explained by the 4-factor structure of the Persian version of the Perceived Isolation Scale was 81.1%. The items and factors of the original version and the Persian version of the two scales are shown in Table 1. CFA and structural equation modeling confirmed the 4-factor structure of the Persian version of perceived isolation scale (RMSEA=0.045, GFI=0.955, CFI=0.955, and TLI=0.950).

Table 1. Items and factors of the main version and the Persian version of the social disconnectedness/perceived isolation scale

	Factors-main Version	Items	Factors- Persian Version	CVI	CVR	Factor Load	
Social disconnectedness scale	Restricted social network	Social network size	Community-oriented restricted social network	1.00	1.00	0.918	
		Social network range		0.84	1.00	0.856	
		Frequency of interaction	Family-oriented restricted social network	0.93	1.00	0.840	
	Proportion of social network members who live in the household	0.90		0.80	0.889		
	Social inactivity		Number of friends		1.00	1.00	0.604
			Attending group meetings		0.87	1.00	0.631
			Socializing with friends and relatives	Social inactivity	1.00	1.00	0.658
Volunteering				1.00	1.00	0.454	
Perceived isolation scale	Lack of support	Open up to family	Lack of support from family	1.00	1.00	0.864	
		Rely on family		0.97	0.80	0.851	
		Open up to friends	Lack of support from friends	1.00	1.00	0.945	
		Rely on friends		0.97	0.80	0.944	
		Open up to spouse	Lack of support from spouse	0.97	0.80	0.945	
		Rely on spouse		0.96	0.80	0.937	
	Loneliness		Feeling lack of companionship		0.83	1.00	0.754
			Feeling left out	Loneliness	1.00	1.00	0.811
			Feeling isolated		0.90	1.00	0.860

Cronbach's alpha was 0.64 the social disconnectedness scale and 0.76 for the perceived isolation scale. Also, the ICC ranged 0.77-0.97 for the social disconnectedness scale and 0.73-0.92 for the perceived isolation scale.

Discussion

Understanding the characteristics of the social networks of the elderly provides valuable information for planning and designing preventive interventions for the social isolation of the elderly [12]. The main purpose of the present study was to investigate the psychometric properties and factor structure of the Persian version of the social disconnectedness/perceived isolation scale for Iranian elderly. The EFA results showed the emergence of different factors in the Persian version of the disconnectedness/perceived isolation scale. The difference due to cultural and ethnic differences and other sociological components, including social norms. The importance of the types of relationships in the

personal social network is different in different cultures [13]. Although the Persian version of the social disconnectedness/perceived isolation scale has a different factor structure from that of the main version, it has good validity and reliability for use in Iranian older adults for measurement and interventions in the field of social isolation.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the ethics committee of [Tabriz University of Medical Sciences](#) (Code: IR.TBZMED.REC.1398.768)

Funding

This study was extracted from a PhD thesis. It was funded by [Tabriz University of Medical Sciences](#).

Authors' contributions

Conceptualization, data collection and analysis: Akbar Azizi Zeinalhajlou; Conceptualization,, design, data analysis: Abdol Rasoul Safaeian; supervision, initial draft preparation: Haidar Nadrian; editing & review: Mina Hashemiparast; initial draft preparation: Mohammad Bagher Alizaddeh Aghdam; Conceptualization and project administration: Hosein Matlabi; final approval: All authors.

Conflicts of interest

The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgements

The authors would like to thank [Tabriz University of Medical Sciences](#) for their support.

This Page Intentionally Left Blank

مقاله پژوهشی

ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس‌های گسست اجتماعی و انزوای ادراک‌شده در سالمندان ایرانی

اکبر عزیزی زین‌الحاجلو^{۱*}، عبدالرسول صفاپان^۲، حیدر ندریان^۳، مینا هاشمی‌پرست^۴، محمدباقر علیزاده اقدم^۵، حسین مطلبی^{۶*}

۱. مرکز تحقیقات طب فیزیکی و توانبخشی، پژوهشکده سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
۲. مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، پژوهشکده سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
۳. گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
۴. گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
۵. گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.
۶. گروه علوم اجتماعی، دانشکده حقوق و علوم اجتماعی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
۷. مرکز تحقیقات طب تلفیقی در سالمندی، پژوهشکده سالمندی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
۸. گروه سلامت سالمندی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.



Citation Azizi Zeinalhajlou A, Safaeian A R, Nadrian H, Hashemiparast M, Alizaddeh Aghdam M B, Matlabi H. [Psychometric Properties of the Persian Version of the Social Disconnectedness and Perceived Isolation Scales in Iranian Older Adults (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2023; 17(4):472-491. <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2022.856.2>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2022.856.2>



اهداف: انزوای اجتماعی سالمندان یکی از نگرانی‌های عمده جهانی است که پیامدهای منفی گسترده‌ای دارد. مطالعه حاضر با هدف بررسی خصوصیات روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس‌های گسست اجتماعی و انزوای ادراک‌شده در سالمندان ایرانی انجام شد.

مواد و روش‌ها: فرایند ترجمه، طبق پروتکل استاندارد سازمان بهداشت جهانی، بعد از اخذ مجوز از طراحان مقیاس‌ها انجام شد. اعتبار صوری و محتوا در پنل خبرگان ارزیابی شد. سازگاری درونی، پایایی و روایی سازه به ترتیب با آلفای کرونباخ، آزمون و بازآزمون و تحلیل همبستگی ارزیابی شد. روایی محتوا با محاسبه نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا ارزیابی شد. روایی سازه و ساختار عاملی، با استفاده از تحلیل عاملی و مدل‌سازی معادلات ساختاری در ۳۹۰ نفر سالمند ۶۰ سال یا بالاتر ساکن شهر تبریز بررسی شد. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ و AMOS نسخه ۲۴ انجام شد.

یافته‌ها: نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوای مقیاس گسست اجتماعی (CVR=۰/۹۸ و CVI=۰/۹۱) و انزوای ادراک‌شده (CVR=۰/۹۱ و CVI=۰/۹۶) بود. آلفای کرونباخ نسخه فارسی مقیاس‌های گسست اجتماعی (۰/۶۴) و انزوای ادراک‌شده (۰/۷۶) نشانگر ثبات درونی قابل قبول بود. تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش واریماکس، نشان‌دهنده شکل‌گیری عامل‌های جدیدی برای هر ۲ مقیاس بود. عوامل مقیاس گسست اجتماعی از ۲ عامل نسخه اصلی به ۳ عامل و عوامل مقیاس انزوای ادراک‌شده از ۲ عامل نسخه اصلی به ۴ عامل در نسخه فارسی تغییر یافت. تحلیل عاملی تأییدی و مدل‌سازی معادلات ساختاری، ساختار ۳ عاملی مقیاس گسست اجتماعی (RMSEA=۰/۰۵۰، GFI=۰/۹۵۱، CFI=۰/۹۵۰، TLI=۰/۹۵۵) و ساختار ۴ عاملی مقیاس انزوای ادراک‌شده (RMSEA=۰/۰۴۵، GFI=۰/۹۵۵، CFI=۰/۹۵۵، TLI=۰/۹۵۰) را تأیید کرد.

نتیجه‌گیری: اگرچه، ساختار ابعاد به‌دست‌آمده در نسخه فارسی مقیاس‌ها با ساختار نسخه اصلی مقیاس‌ها متفاوت بود، اما نتایج مطالعه نشان‌دهنده قابلیت اعتماد و پایایی نسخه فارسی مقیاس‌های گسست اجتماعی و انزوای ادراک‌شده برای استفاده در سالمندان ایرانی است.

کلیدواژه‌ها: انزوای اجتماعی، احساس تنهایی، مشارکت اجتماعی، سالمندان، روان‌سنجی

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۲۲ فروردین ۱۴۰۰

تاریخ پذیرش: ۰۲ آذر ۱۴۰۰

تاریخ انتشار: ۱۱ دی ۱۴۰۱

* نویسنده مسئول:

دکتر حسین مطلبی

نشانی: تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، پژوهشکده سالمندی، مرکز تحقیقات طب تلفیقی در سالمندی / تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دانشکده بهداشت، گروه سلامت سالمندی.

تلفن: +۹۸ ۲۳۳۴۰۳۰۹ (۴۱)

رایانامه: hm1349@gmail.com

مقدمه

انزوای ذهنی با ادراک و تجربه فرد از عدم تعامل همراه است که در آن فرد احساس تنهایی می‌کند [۴، ۱۳]. رویکرد تلفیقی قائل به هر ۲ نوع عینی و ذهنی انزوا بوده و بر این اساس، انزوای اجتماعی از ۲ بُعد عینی (گسست اجتماعی) و ذهنی (انزوای ادراک‌شده) تشکیل شده است [۵، ۹]. نکته حائز اهمیت این است که ابعاد عینی و ذهنی انزوای اجتماعی، شرایط متمایز از هم بوده و هر چند تا حدودی با هم همبستگی دارند، اما تجربه عدم گسست یا فقدان ارتباط اجتماعی و احساس تنهایی لزوماً به معنای تجربه دیگری نیست [۱۴].

امروزه تمرکز مطالعات بر توجه هم‌زمان به ابعاد عینی و ذهنی انزوای اجتماعی روزبه‌روز در حال افزایش است [۹، ۱۰]. سنجش انزوای اجتماعی و شناسایی افراد درگیر با انواع انزوای اجتماعی، اولین قدم برای پرداختن به پیامدهای منفی متعدد آن است. اگرچه بررسی و اندازه‌گیری انزوای اجتماعی در تحقیقات علمی سابقه طولانی دارد، اما هنوز هم استاندارد عام و قابل‌قبولی برای اندازه‌گیری انزوای اجتماعی وجود ندارد [۱۵].

ابزارهای مختلفی برای سنجش انزوای اجتماعی توسعه یافته‌اند که هر کدام یکی از ابعاد عینی و ذهنی انزوای اجتماعی را بررسی می‌کنند. پرکاربردترین ابزارهای سنجش انواع انزوای اجتماعی عبارت‌اند از: مقیاس شبکه اجتماعی لوبن^۱ [۱۶]، مقیاس احساس تنهایی دی جانگ گیرولد^۲ [۱۷]، پرسش‌نامه حمایت اجتماعی ۶ سوالی^۳ [۱۸]، پرسش‌نامه حمایت اجتماعی دووک^۴ [۱۹]، پرسش‌نامه احساس تنهایی UCLA^۵ [۲۰]، پرسش‌نامه حمایت اجتماعی ادراک‌شده زیمت^۶ [۲۱] و مقیاس‌های گسست اجتماعی و انزوای ادراک‌شده^۷ [۹، ۱۰] هستند.

تشخیص انواع عینی و ذهنی انزوای اجتماعی اهمیت اساسی دارد و لازم است ارزیابی انزوای اجتماعی در میان سالمندان بر ابعاد عینی و ذهنی انزوا بپردازد [۱۵]. بررسی هم‌زمان انزوای اجتماعی عینی و ذهنی، امکان درک دقیق‌تر چگونگی ارتباط شبکه اجتماعی عینی و ذهنی با سلامت را فراهم می‌کند [۲۲]. در حالی که شواهد نشان می‌دهد، اشکال مختلف عینی و ذهنی انزوای اجتماعی، به ندرت به صورت هم‌زمان مطالعه قرار می‌شوند [۱۰]. مقیاس‌های گسست اجتماعی و انزوای ادراک‌شده از محدود ابزارهای موجود در بررسی انزوای اجتماعی است که به سنجش هم‌زمان ابعاد عینی و ذهنی انزوای اجتماعی بین سالمندان می‌پردازد [۹، ۱۰].

ارتباطات اجتماعی معنادار (به مثابه مهم‌ترین نیاز اجتماعی افراد)، پشتوانه یکپارچگی و تعهد متقابل اعضای جامعه است. هر چند انزوای اجتماعی به عنوان انعکاسی از محدودیت شبکه اجتماعی و کاهش روابط اجتماعی و ارتباطات با دیگران یا جامعه بزرگ‌تر [۱] از دیرباز در جوامع انسانی مطرح بوده است. امروزه افزایش چشمگیر افراد در معرض انزوای اجتماعی، نگرانی‌های فزاینده‌ای به دنبال داشته و به انزوای اجتماعی به عنوان یک مسئله اجتماعی و همه‌گیری توجه شده است [۲].

انزوای اجتماعی به وضعیتی اطلاق می‌شود که فرد، فاقد احساس تعلق اجتماعی و فاقد تعاملات معنادار با دیگران بوده و حداقل ارتباطات اجتماعی را داشته باشد [۳]. انزوای اجتماعی که با فقدان یا محدودیت در ارتباطات و تعاملات اجتماعی بین افراد مشخص می‌شود [۴]، یکی از مهم‌ترین و مؤثرترین عوامل خطر بیماری‌های مزمن است که در عین حال، کمترین میزان درک و شناخت درباره آن وجود دارد. به انزوای اجتماعی به عنوان یکی از عوامل خطر سلامت جسمی، روانی، سبک زندگی سلامت‌محور، بروز و هم‌زمانی بیماری‌ها و حتی مرگ زود هنگام در مطالعات متعدد توجه شده است [۵-۷].

اگرچه انزوای اجتماعی در گروه‌های مختلف سنی قابل مشاهده است [۱]، اما شواهد موجود نشان می‌دهد که این پدیده با افزایش سن و سالمندی، عمومیت بیشتری پیدا می‌کند و سالمندان در معرض خطر بیشتری از انزوای اجتماعی قرار دارند [۸]. انزوای اجتماعی، به دلیل شرایط خاص دوران سالمندی از قبیل ضعف عملکرد جسمی، پدیده آشیانه خالی، از دست دادن همسر و دوستان از مشکلات شایع و عمومیت‌دار در دوران سالمندی است [۹، ۱۰]. با وجود آنکه به پیامدهای منفی انزوای اجتماعی در همه گروه‌های سنی توجه شده، ممکن است مخاطرات آن بر سلامت سالمندان بسیار شدید باشد [۵]. انزوای اجتماعی عامل خطر مهمی در سلامت سالمندان بوده [۴، ۱۰] و اثرات منفی قابل‌توجهی بر کیفیت زندگی و سلامت جسمی و روانی دارد [۴، ۱۱].

در بررسی انزوای اجتماعی ۲ دیدگاه غالب وجود دارد که بر اساس آن گروهی بر انزوای اجتماعی به عنوان یک امر عینی و رابطه‌ای و گروهی دیگر به عنوان امری ذهنی تأکید دارند. بر اساس رویکرد عینی‌گرایانه، انزوای اجتماعی را می‌توان به عنوان یک معیار عینی فقدان تماس یا ارتباط با افراد دیگر (خانواده، دوستان، آشنایان، همسایگان و ارائه‌دهندگان خدمات بالقوه) تعریف کرد [۴]. انزوای اجتماعی عینی به جنبه‌های ملموس انزوای اجتماعی اشاره دارد که با جدایی فیزیکی و نبود تعامل با دیگران مشخص می‌شود [۱۲]، در حالی که طبق رویکرد ذهنی‌گرایانه، انزوای اجتماعی ذهنی با احساس تنهایی و ادراک فقدان حمایت اجتماعی مشخص می‌شود [۱۰] و به عنوان درک فرد و کیفیت روابط او با اعضای شبکه‌های اجتماعی و همچنین وحدت و یکپارچگی ادراک‌شده و دخالت در شبکه‌های اجتماعی تعریف می‌شود [۱۲].

1. Lubben Social Network Scale-6
2. De Jong Gierveld Loneliness Scale
3. Revised Social Support Questionnaire (SSQ6)
4. Duke Social Support Index (DSSI)
5. UCLA Loneliness Scale
6. Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)
7. Social Disconnectedness and Perceived Isolation Scales

یا گسست اجتماعی (با دامنه ۰ تا ۸) محاسبه می‌شود. آلفای کرونباخ مقیاس ۸ گویه‌ای گسست اجتماعی در مطالعه اصلی ۰/۷۳ گزارش شده است [۹].

مقیاس انزوای اجتماعی ذهنی

مقیاس انزوای اجتماعی ذهنی یا انزوای ادراک‌شده ۹ گویه دارد. گویه‌ها شامل ۱. حمایت عاطفی از طرف اعضای خانواده، ۲. حمایت ابزاری از طرف اعضای خانواده، ۳. حمایت عاطفی از طرف دوستان، ۴. حمایت ابزاری از طرف دوستان، ۵. حمایت عاطفی از طرف همسر، ۶. حمایت ابزاری از طرف همسر، ۷. عدم وجود مصاحبت، ۸. احساس کنار گذاشته شدن و ۹. احساس انزوا. برای به دست آوردن نمره انزوای درک‌شده، نمرات ۶ سؤال مربوط به حمایت اعضای خانواده، حمایت دوستان و حمایت همسر، به صورت معکوس کدگذاری شده و از مجموع آن‌ها نمره انزوای اجتماعی عینی یا گسست اجتماعی (با دامنه ۰ تا ۹) محاسبه می‌شود. آلفای کرونباخ مقیاس ۹ گویه‌ای انزوای ادراک‌شده در مطالعه اصلی ۰/۷۰ گزارش شده است [۹].

ترجمه و بومی‌سازی

پس از کسب اجازه رسمی از طراحان مقیاس‌های مطالعه‌شده، برای تعیین روایی زبان‌شناختی، مراحل ترجمه از انگلیسی به فارسی و بازترجمه از فارسی به انگلیسی انجام شد. برای این منظور، بر اساس پروتکل استاندارد سازمان بهداشت جهانی [۲۸]، ابتدا مقیاس‌ها توسط تیم تحقیق به زبان فارسی ترجمه شده و نسخه فارسی توسط تیمی متشکل از متخصصان سالمندشناسی، جامعه‌شناسی، روان‌شناسی و آموزش بهداشت بازبینی شد. در ادامه، نسخه فارسی توسط یک مترجم مستقل از ترجمه اول، به انگلیسی برگردانده شد. در نهایت، اعتبار زبان‌شناختی آن توسط یک متخصص بومی ارزیابی و با نسخه اصلی مقایسه شد.

برای تعیین روایی صوری با ۱۵ نفر سالمند به صورت چهره‌به‌چهره مصاحبه انجام شد و موارد مربوط به سطح دشواری (دشواری در درک عبارات) و ابهام (احتمال وجود برداشت‌های نادرست از عبارات یا نارسایی در معانی کلمات) بررسی و پیشنهادات اصلاحی در خصوص پرسش‌نامه اعمال شد. سپس شاخص روایی محتوا^۹ و نسبت روایی محتوا^{۱۰} در یک پنل خبرگان بررسی شد. برای این منظور جهت بررسی شفافیت، وضوح و قابل درک بودن گویه‌های مقیاس‌ها، ترجمه نهایی به همراه اصل پرسش‌نامه در اختیار ۱۵ متخصص در زمینه‌های سالمندشناسی، پرستاری سالمندی، جامعه‌شناسی، روان‌شناسی و متخصصین آموزش بهداشت قرار گرفت و بر اساس نظرات آن‌ها، شاخص و نسبت روایی محتوا محاسبه شد. شاخص روایی محتوا، وضوح، سادگی و مرتبط بودن

انزوای اجتماعی یک عامل خطر مهم و بالقوه قابل اصلاح است که بخش قابل توجهی از سالمندان را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۲۳]. ایران یکی از کشورهای با سرعت بالای سالمندی جمعیت در جهان است، به طوری که پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۵۰ بیش از یک‌سوم کل جمعیت ایران بالای ۶۰ سال داشته باشند. با این حال، انزوای اجتماعی سالمندان یکی از مسائل مغفول در ایران است که به صورت شایسته‌ای به آن توجه نشده است [۲۴].

با توجه به شکاف موجود در مطالعه انزوای اجتماعی در میان سالمندان ایرانی و اهمیت مطالعه هم‌زمان انواع عینی و ذهنی انزوای اجتماعی، مطالعه حاضر با هدف روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس‌های عدم ارتباط اجتماعی (انزوای اجتماعی عینی) و انزوای ادراک‌شده (انزوای اجتماعی ذهنی یا احساس تنهایی) که کورنول و ویت آن را طراحی کرده‌اند [۹، ۱۰]، انجام شد.

روش مطالعه

مطالعه حاضر بخشی از طرح تحقیقاتی با عنوان «تعیین شیوع و پیش‌بینی‌کننده‌های انزوای اجتماعی، تبیین تجارب سالمندان شهر تبریز و ارائه راهبردهای پیشگیرانه: یک مطالعه ترکیبی تبیینی متوالی» است که در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز تصویب شده است. (کد اخلاق: IR.TBZMED. REC.1398.768)

یافته‌ها

ابزارهای اعتباریابی شده در این تحقیق، مقیاس‌های گسست اجتماعی (انزوای اجتماعی عینی) و انزوای ادراک‌شده (انزوای اجتماعی ذهنی یا احساس تنهایی) بود که کورنول و ویت آن را با استفاده از داده‌های پروژه ملی زندگی اجتماعی، سلامت و سالمندی^۸ برای ارزیابی انزوای عینی و ذهنی طراحی کرده‌اند [۹، ۱۰]. نسخه انگلیسی مقیاس‌های مذکور در مطالعات متعدد [۲۵-۲۷] و به تعداد محدودی از زبان‌ها ترجمه و روان‌سنجی شده و استفاده شده است [۱۵].

مقیاس انزوای اجتماعی عینی

مقیاس گسست اجتماعی یا انزوای اجتماعی عینی ۸ گویه دارد که اندازه شبکه اجتماعی و فعالیت اجتماعی را ارزیابی می‌کند. گویه‌های مقیاس انزوای اجتماعی عینی عبارت‌اند از: ۱. اندازه شبکه اجتماعی (تعداد اعضای شبکه حداکثر تا ۵ نفر)، ۲. ابعاد شبکه اجتماعی (انواع روابط درون شبکه)، ۳. بسامد تعاملات، ۴. نسبت اعضای شبکه ساکن در خانه، ۵. تعداد دوستان، ۶. حضور در جلسات گروهی، ۷. اجتماع با اعضای خانواده یا دوستان و ۸. شرکت در کارهای داوطلبانه. نمرات به صورت معکوس کدگذاری شده و از مجموع آن‌ها نمره انزوای اجتماعی عینی

9. Content Validity Index (CVI)

10. Content Validity Ratio (CVR)

8. National Social Life, Health and Aging Project (NSHAP)

روش نمونه‌گیری

در مطالعه حاضر تعداد ۳۹۰ نفر سالمند ۶۰ سال یا بیشتر با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای با احتمال متناسب با حجم^{۱۴} انتخاب شدند. این روش شکل پیشرفته نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای است. در این روش هر فرد عضو جامعه آماری از شانس یکسان برای انتخاب شدن برخوردار است [۳۱]. نمونه‌گیری از کل سطح شهر و مناطق ۱۰ گانه شهرداری تبریز انجام شد. برای این منظور، با استفاده از اطلاعات جمعیتی شهر تبریز بر اساس نتایج سرشماری کشوری سال ۱۳۹۵، ابتدا حجم نمونه متناسب با جمعیت سالمند هر منطقه مشخص شد. در ادامه، بر اساس روش نمونه‌گیری خوشه‌ای با احتمال متناسب با حجم، بلوک‌های شهری به صورت تصادفی انتخاب و در نهایت، انتخاب سالمندان از بلوک‌های شهری مربوطه به صورت تصادفی انجام شد. حجم نمونه مربوط به هر یک از مناطق شهرداری تبریز در جدول شماره ۱ ذکر شده است. جمع‌آوری اطلاعات در فاصله زمانی تیر تا شهریور سال ۱۳۹۸ انجام شد.

تحلیل داده‌ها

تحلیل عاملی اکتشافی^{۱۵} برای بررسی ساختار عاملی احتمالی جایگزین که ممکن است متناسب با داده‌های مطالعه فعلی باشد، استفاده شود. روایی سازه مقیاس‌های مورد مطالعه با تحلیل عاملی تأییدی بررسی شد. سازگاری درونی گویه‌ها با ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد. تحلیل داده‌ها با ۲ نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ و AMOS نسخه ۱۸ انجام شود.

یافته‌ها

از مجموع ۴۲۰ نفر سالمند دعوت‌شده به مطالعه ۳۹۰ نفر در مطالعه شرکت کردند (نرخ پاسخ کلی ۹۲/۸ درصد). از مجموع این شرکت‌کنندگان، ۲۱۲ نفر (۵۴/۴ درصد) مرد و ۱۷۸ نفر (۴۵/۶ درصد) زن بودند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۶۸/۹±۷/۷ سال بود. سایر مشخصات جمعیت‌شناختی سالمندان مورد مطالعه در جدول شماره ۲ ذکر شده است.

آزمون کفایت نمونه‌گیری^{۱۶} برای ۲ مقیاس گسست اجتماعی (۰/۷۰۱) و انزوای ادراک‌شده (۰/۷۵۰)، نشان‌دهنده کفایت نمونه‌گیری و امکان‌پذیر بودن انجام تحلیل عاملی بود.

تحلیل عاملی مقیاس گسست اجتماعی (انزوای عینی)

در مطالعه اصلی، گویه‌های ۸ گانه مقیاس گسست اجتماعی روی ساختار ۲ عاملی بارگذاری شده بود (عامل اول: محدودیت

موارد را نشان می‌دهد و نسبت روایی محتوا اهمیت و ضرورت گویه‌ها را مشخص می‌کند. نظرات پنل خبرگان در نسخه فارسی مقیاس‌ها اعمال شد. حداقل مقدار ضریب روایی محتوای مورد قبول بر اساس تعداد اعضای پنل خبرگان و جدول لاوشه^{۱۱} (CVR≥۰/۴۹) [۲۹] و حداقل مقدار شاخص روایی محتوای مورد قبول (CVI≥۰/۸۰) است [۳۰].

روایی صوری و محتوایی

در بررسی روایی صوری و محتوایی، پیشنهادات اعضای پنل خبرگان درباره گویه‌ها، گزینه‌های پاسخ سؤالات و اصلاحات نگارشی اعمال شد. با توجه به تفاوت‌های فرهنگی جوامع، طبق پیشنهادات اعضای پنل خبرگان، گزینه «شریک جنسی»^{۱۲} از لیست گزینه‌های محدوده شبکه اجتماعی (گویه ۲ مقیاس گسست اجتماعی) حذف شد. همچنین شرکت در هیئت‌ها و مراسم مذهبی، نمازهای جمعه و جماعت به عنوان مصادیق فعالیت‌های گروهی (گویه ۶ مقیاس گسست اجتماعی) افزوده شد. علاوه بر آن، شرکت در فعالیت‌هایی از قبیل اطعام، کمک به تحصیل و درمان نیازمندان، همکاری با نهادهای خیریه، کمک به امور مسجد و برگزاری مراسم مذهبی به عنوان مصادیق فعالیت‌های داوطلبانه (گویه ۸ مقیاس گسست اجتماعی) افزوده شد. همچنین اصلاحاتی در جابه‌جایی کلمات و اصلاحات انشایی و نگارشی طبق پیشنهادات اعضای پنل خبرگان اعمال شد.

نسبت روایی محتوای محاسبه‌شده برای گویه‌های نسخه فارسی مقیاس‌های گسست اجتماعی و انزوای ادراک‌شده بر اساس نظرات پنل خبرگان، و مقادیر شاخص روایی محتوای محاسبه‌شده برای مقیاس‌های مذکور (CVI=۰/۸۳) نشان‌دهنده روایی محتوای مناسب هر ۲ مقیاس بود. مقادیر مربوط به نسبت و شاخص روایی محتوای همه گویه‌های هر ۲ مقیاس در جدول شماره ۲ گزارش شده است. نسبت روایی محتوای کلی و شاخص روایی محتوای کلی برای نسخه فارسی مقیاس‌های گسست اجتماعی (CVR=۰/۹۸ و CVI=۰/۹۱) و انزوای ادراک‌شده (CVR=۰/۹۱ و CVI=۰/۹۶) محاسبه شد. پس از رفع تناقضات بین نسخه ترجمه‌شده و نسخه اصلی، مصاحبه چهره به چهره نسخه نهایی فارسی مقیاس‌ها با ۱۵ نفر سالمند انجام شد که سالمندان سؤالات مقیاس‌ها را واضح و قابل فهم ارزیابی کردند.

جامعه پژوهش

جامعه آماری مطالعه حاضر، شامل همه سالمندان ۶۰ سال و بالاتر شهر تبریز (ساکن در خانه^{۱۳}) بود که بر اساس نتایج آخرین سرشماری عمومی نفوس و مسکن کشور، جمعیتی بالغ بر ۱۷۰ هزار نفر را شامل بود.

14. Probability Proportional to Size (PPS) Sampling
15. Exploratory factor analysis (EFA)
16. kaiser-Meyer-Olkin (KMO)

11. Lawshe
12. Partner
13. Community Dwelling Older Adults

جدول ۱. حجم نمونه به تفکیک مناطق شهرداری تبریز

منطقه شهرداری	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	کل
حجم نمونه	۶۰	۵۰	۷۰	۸۰	۲۰	۲۵	۲۵	۱۵	۰	۴۵	۳۹۰

سالمند

فعالیت اجتماعی، در مطالعه کنونی همانند مطالعه اصلی بود. توزیع گویه‌ها و عامل‌های نسخه اصلی و نسخه فارسی مقیاس گسست اجتماعی در جدول شماره ۳ نشان داده شده است.

تحلیل عاملی مقیاس انزوای ادراک شده (انزوای ذهنی)

در حالی که طبق تحلیل عاملی تأییدی در مطالعه اصلی از مجموع ۹ گویه مقیاس انزوای ادراک شده، ۶ گویه مربوط به حمایت اعضای خانواده، دوستان و همسر روی عامل عدم ادراک حمایت و ۳ گویه مربوط به ادراک تنهایی هم روی عامل احساس تنهایی بارگذاری شده بود.

شبکه اجتماعی شامل ۴ گویه و عامل دوم: عدم فعالیت اجتماعی شامل ۴ گویه). در مطالعه حاضر، انجام تحلیل عاملی تأییدی ساختار عاملی مطالعه اصلی را تأیید نکرد؛ بنابراین تجزیه و تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش واریماکس انجام شد. بر اساس این تحلیل، ۸ گویه مقیاس گسست اجتماعی از یک ساختار ۳ عاملی پشتیبانی می‌کنند و مقدار واریانس تبیین شده ۵۸/۷ درصد بود. کمترین مقدار بار عاملی مربوط به گویه شرکت در کارهای داوطلبانه بود، اما هیچ‌یک از گویه‌های در تحلیل عاملی حذف نشد. نحوه توزیع گویه‌ها در ۳ عامل با نسخه اصلی متفاوت بود.

بر اساس تحلیل عاملی اکتشافی، عامل محدودیت شبکه اجتماعی به ۲ عامل (محدودیت شبکه خانواده محور و محدودیت شبکه اجتماع محور) تقسیم شد. هریک از عامل‌های ذکر شده ۲ گویه داشت، در حالی که بارگذاری ۴ گویه مربوط به عامل عدم

جدول ۲. تعداد متغیرهای جمعیت‌شناختی سالمندان شرکت‌کننده در پژوهش

کل	جنسیت		متغیرها
	زن	مرد	
۱۲۳(۳۱/۵)	۶۹(۵۶/۱)	۵۴(۴۳/۹)	۶۴ تا ۶۰
۱۰۳(۲۶/۴)	۴۲(۴۰/۸)	۶۱(۵۲/۲)	۶۹ تا ۶۵
۱۰۴(۲۶/۷)	۴۴(۴۲/۳)	۶۰(۵۷/۷)	۷۴ تا ۷۰
۶۰(۱۵/۴)	۲۳(۳۸/۳)	۳۷(۶۱/۷)	≥۷۵
۹۱(۲۳/۳)	۵۹(۶۴/۸)	۳۲(۳۵/۲)	بی‌سواد
۱۴۱(۳۶/۲)	۶۶(۴۶/۸)	۷۵(۵۳/۲)	ابتدایی
۱۱۷(۳۰/۰)	۴۵(۳۸/۵)	۷۲(۶۱/۵)	متوسطه
۳۱(۱۰/۵)	۸(۱۹/۵)	۳۳(۸۰/۵)	دانشگاهی
۳۲۸(۸۴/۱)	۱۲۴(۳۷/۸)	۲۰۴(۶۲/۲)	متاهل
۵۹(۱۵/۱)	۵۳(۹۸/۸)	۶(۱۰/۲)	بیوه
۲(۰/۵)	۰(۰/۰)	۲(۱۰۰/۰)	مطلقه
۲۵(۶/۵)	۱(۱۰۰/۰)	۰(۰/۰)	مجرد قطعی
۳۰(۷/۸)	۲۷(۹۰/۰)	۳(۱۰/۰)	تک نفره
۳۲۸(۸۵/۶)	۱۳۵(۴۱/۲)	۱۹۳(۵۸/۸)	هسته‌ای
۲۵(۶/۵)	۱۳(۵۲/۰)	۱۲(۴۸/۰)	گسترده

سالمند

جدول ۳. توزیع گویه‌ها و عامل‌های مقیاس گسست اجتماعی در نسخه اصلی و نسخه فارسی

عامل‌های نسخه اصلی	گویه‌ها	عامل‌های نسخه فارسی	CVI	CVR	بار عاملی
محدودیت شبکه اجتماعی	اندازه شبکه	محدودیت شبکه	۱/۰۰	۱/۰۰	۰/۹۱۸
	ابعاد شبکه	اجتماع‌محور	۰/۸۴	۱/۰۰	۰/۸۵۶
	بسامد تعاملات	محدودیت شبکه	۰/۹۳	۱/۰۰	۰/۸۴۰
نسبت اعضای شبکه ساکن در خانه	تعداد دوستان	خانواده‌محور	۰/۹۰	۰/۸۰	۰/۸۸۹
		حضور در برنامه‌های گروهی	۰/۸۷	۱/۰۰	۰/۶۰۴
فقدان فعالیت اجتماعی	اجتماع خانوادگی و دوستانه	فقدان فعالیت اجتماعی	۱/۰۰	۱/۰۰	۰/۶۳۱
	شرکت در کارهای داوطلبانه		۱/۰۰	۱/۰۰	۰/۶۵۸
	۰/۴۵۴		۱/۰۰	۱/۰۰	۰/۴۵۴

سالمند

تحلیل عاملی تأییدی و مدل‌سازی معادلات ساختاری

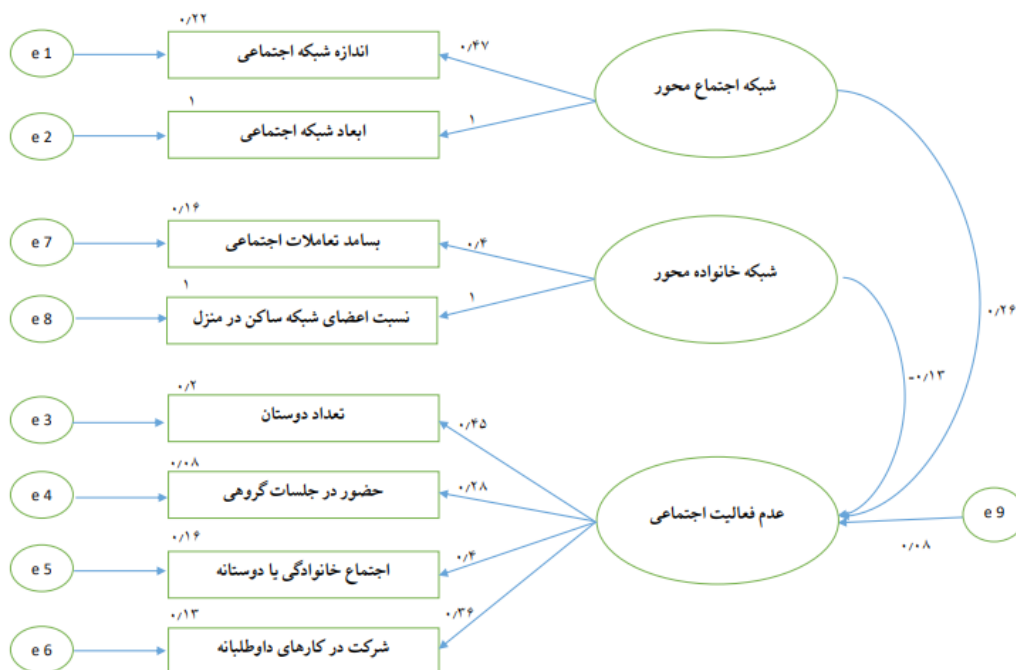
برای بررسی روایی سازه مقیاس‌های ۸ سؤالی گسست اجتماعی و ۹ سؤالی انزوای ادراک شده از تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. شاخص‌های برازش مدل برای مقیاس گسست اجتماعی (TLI=۰/۹۵۵ و CFI=۰/۹۵۰، GFI=۰/۹۵۱، RMSEA=۰/۰۵۰) و شاخص‌های برازش مدل برای مقیاس انزوای ادراک شده (TLI=۰/۹۵۰ و CFI=۰/۹۵۵، GFI=۰/۹۵۵ /RMSEA=۰/۰۴۵) بار عاملی هریک از سؤالات مقیاس‌های مورد مطالعه (تصویرهای شماره ۱ و ۲)، نشان‌دهنده برازش مناسب مقیاس‌های گسست اجتماعی و انزوای ادراک شده است.

مطالعه حاضر، انجام تحلیل عاملی تأییدی، ساختار ۲ عاملی مقیاس انزوای ادراک شده را تأیید نکرد؛ بنابراین تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش واریمکس انجام شد. بر اساس این تحلیل، ۹ گویه مقیاس گسست اجتماعی از یک ساختار ۴ عاملی پشتیبانی می‌کنند و مقدار واریمکس تبیین شده ۸۱/۱ درصد بود. بر اساس تحلیل عاملی اکتشافی انجام شده، نحوه توزیع گویه‌ها با نسخه اصلی متفاوت بود. بر اساس تحلیل عاملی اکتشافی، عامل عدم ادراک حمایت به ۳ زیرعامل عدم ادراک حمایت از طرف اعضای خانواده (۲ گویه)، دوستان (۲ گویه) و همسر (۲ گویه) تقسیم شد، در حالی که بارگذاری ۳ گویه روی عامل احساس تنهایی در مطالعه حاضر تأیید شد. نحوه توزیع گویه‌ها و عامل‌های نسخه اصلی و نسخه فارسی مقیاس انزوای ادراک شده در جدول شماره ۴ نشان داده شده است.

جدول ۴. توزیع گویه‌ها و عامل‌های مقیاس انزوای ادراک شده در نسخه اصلی و نسخه فارسی

عامل‌های نسخه اصلی	گویه‌ها	عامل‌های نسخه فارسی	CVI	CVR	بار عاملی
ادراک عدم حمایت	حمایت روحی اعضای خانواده	ادراک عدم حمایت خانواده	۱/۰۰	۱/۰۰	۰/۸۶۴
	حمایت ابزاری اعضای خانواده	۰/۹۷	۰/۸۰	۰/۸۵۱	
	حمایت روحی دوستان	۱/۰۰	۱/۰۰	۰/۹۴۵	
احساس تنهایی	حمایت ابزاری دوستان	ادراک عدم حمایت دوستان	۰/۹۷	۰/۸۰	۰/۹۳۴
	حمایت روحی همسر	ادراک عدم حمایت همسر	۰/۹۷	۰/۸۰	۰/۹۴۵
	حمایت ابزاری همسر	۰/۹۶	۰/۸۰	۰/۹۳۷	
احساس کنار گذاشته شدن	نبود همدمی	۰/۸۳	۱/۰۰	۰/۷۵۴	
	احساس کنار گذاشته شدن	احساس تنهایی	۱/۰۰	۱/۰۰	۰/۸۱۱
	احساس انزوا	۰/۹۰	۱/۰۰	۰/۸۶۰	

سالمند



سالمند

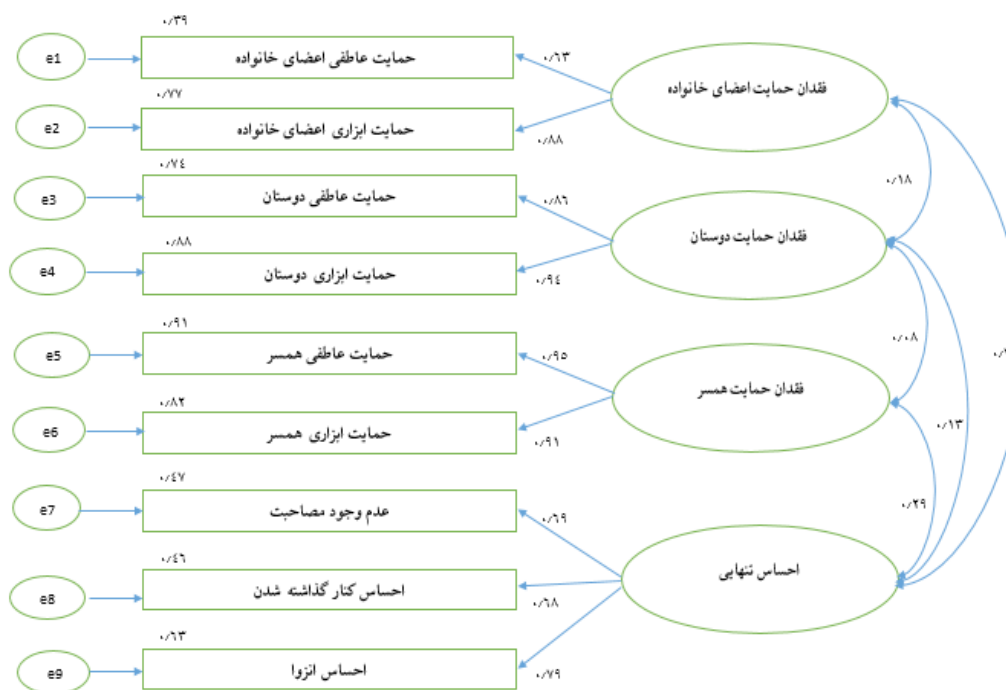
تصویر ۱. نتایج بررسی روای سازه مقیاس ۸ گویهای گسست اجتماعی (انزوای اجتماعی عینی)

محاسبه شد که حکایت از سازگاری درونی متوسط مقیاس گسست اجتماعی و سازگاری درونی قابل قبول مقیاس انزوای ادراک شده داشت.

همچنین محاسبه ضریب همبستگی درون طبقه‌ای با انجام آزمون و بازآزمون (با ۲۰ نفر از سالمندان به فاصله زمانی ۲ هفته

پایایی و ثبات درونی

برای تعیین پایایی از روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ و ضریب همبستگی درون طبقه‌ای استفاده شد. آلفای کرونباخ مقیاس گسست اجتماعی (انزوای اجتماعی عینی)، ۰/۶۴ و آلفای کرونباخ مقیاس انزوای ادراک شده (انزوای اجتماعی ذهنی) ۰/۷۶



سالمند

تصویر ۲. نتایج بررسی روایی سازه مقیاس ۹ گویهای انزوای ادراک شده (انزوای اجتماعی ذهنی)

فعالیت‌های اجتماعی بارگذاری شده است. در واقع، مطالعه اصلی نشان داد تعداد دوستان بیشتر، انعکاسی از فعالیت اجتماعی است، نه اندازه شبکه اجتماعی. از سوی دیگر، در روان‌سنجی نسخه ایتالیایی، گویه تعداد دوستان روی عامل محدودیت شبکه اجتماعی بارگذاری شده است [۱۵].

اما با توجه به ویژگی‌های فرهنگی جامعه ایران، به‌ویژه هنجارهای نسل کنونی سالمند، بارگذاری گویه تعداد دوستان روی عامل عدم فعالیت‌های اجتماعی، نه تنها دور از انتظار نبود، بلکه مورد انتظار تیم تحقیق بود. تجارب زیسته نشان می‌دهد شبکه اجتماعی غالب سالمندان ایرانی، خانواده‌محور و محدود به تعاملات درون خانوادگی است؛ بنابراین افرادی که درگیر روابط دوستانه بوده و شبکه دوستی گسترده‌تری دارند، برای مشارکت در برنامه‌های گروهی، اجتماعات و فعالیت‌های داوطلبانه تمایل بیشتری دارند. پس قرار گرفتن گویه تعداد دوستان روی عامل عدم فعالیت اجتماعی دور از انتظار نبوده است. این امر گویای اهمیت تفاوت‌های فرهنگی جوامع مختلف در تحلیل شبکه‌های اجتماعی است.

انواع شبکه‌های اجتماعی در جوامع مختلف ممکن است بر اساس تفاوت‌های تاریخی، جمعیتی، سیاسی و فرهنگی اشکال مختلفی داشته باشند [۳۲]. هر چند روابط اجتماعی تحت تأثیر ویژگی‌های فرهنگی جوامع است. با این حال، به طور معمول تا پیش از دوره اخیر، در حوزه علوم اجتماعی، در تحلیل شبکه‌های اجتماعی ویژگی‌ها و تفاوت‌های فرهنگی نادیده گرفته شده بود [۳۳].

در دوره اخیر، یکی از زمینه‌های اصلی پیشرفت در تحلیل شبکه‌های اجتماعی، کاوش در زمینه ویژگی‌های فرهنگی مدل‌های شبکه اجتماعی است [۳۴]. انواع و الگوهای شبکه‌های اجتماعی سالمندان در کشورهای مختلف، به دلیل تفاوت‌های تاریخی، جمعیتی، سیاسی و فرهنگی ممکن است تفاوت‌های آشکاری داشته باشد [۳۵، ۳۶]؛ بنابراین تفاوت در ابعاد یا عامل‌های نسخه فارسی و نسخه اصلی مقیاس‌های مورد مطالعه می‌تواند ناشی از تفاوت‌های فرهنگی و قومیتی و سایر مؤلفه‌های جامعه‌شناختی، از جمله نظام ارزشی جوامع باشد. اهمیتی که افراد به انواع مختلف روابط در شبکه اجتماعی شخصی قائل‌اند، در افراد و فرهنگ‌های مختلف، متفاوت است [۳۶].

دامنه شبکه اجتماعی (انواع مختلف روابط) افراد می‌تواند تفاوت چشمگیری نسبت به هم داشته باشد. برخی از افراد شبکه بسیار متنوع و گسترده‌ای با تعداد زیادی از اعضای خانواده، دوستان و آشنایان دارند، در حالی که شبکه اجتماعی سایرین ممکن است صرفاً محدود به تعداد مشخصی از افراد باشد. تفاوت در ویژگی‌های شبکه اجتماعی و متغیرهای مکنون در آن می‌تواند منعکس‌کننده ویژگی‌های زندگی اجتماعی، فرهنگی و حتی چارچوب ارزشی جامعه باشد. نوع و ویژگی‌های شبکه اجتماعی فرد در جوامع مختلف ممکن است بر اساس مؤلفه‌های فردی،

از آزمون اول) نشان داد میزان ضریب همبستگی درون‌طبقه‌ای برای گویه‌های مقیاس گسست اجتماعی (انزوای اجتماعی عینی) از ۰/۷۷ تا ۰/۹۷ و برای گویه‌های مقیاس انزوای ادراک‌شده (انزوای اجتماعی ذهنی) از ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ و برای هر ۲ مقیاس قابل قبول بود.

بحث

یکی از تلاش‌های علمی اخیر تمرکز بر تحلیل شبکه‌های اجتماعی در حوزه سالمندشناسی است. هدف اصلی مطالعه حاضر، بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی و ساختار عاملی نسخه فارسی مقیاس‌های گسست اجتماعی و انزوای ادراک‌شده [۹]، [۱۰] برای استفاده در سالمندان ایرانی بود.

آلفای کرونباخ به‌دست‌آمده نشان‌دهنده سازگاری درونی متوسط (۰/۶۴) گویه‌های نسخه فارسی مقیاس گسست اجتماعی و سازگاری درونی قابل قبول (۰/۷۶) گویه‌های نسخه فارسی مقیاس انزوای ادراک‌شده بود. مقادیر محاسبه‌شده برای آلفای کرونباخ در نسخه اصلی هم ۰/۷۳ برای مقیاس گسست اجتماعی و ۰/۷۰ برای مقیاس انزوای ادراک‌شده بود.

تحلیل عاملی اکتشافی نسخه فارسی مقیاس‌های گسست اجتماعی و انزوای ادراک‌شده، نشان‌دهنده ظهور عامل‌هایی متفاوت از نسخه اصلی در هر ۲ مقیاس بود. طبق تحلیل عاملی انجام شده، ۸ گویه مقیاس گسست اجتماعی در نسخه فارسی به جای بارگذاری روی ۲ عامل محدودیت شبکه اجتماعی و فقدان فعالیت اجتماعی) مطالعه اصلی [۹]، روی ۳ عامل (محدودیت شبکه اجتماع‌محور، محدودیت شبکه خانواده‌محور و فقدان فعالیت اجتماعی) بارگذاری شد. در واقع، عامل محدودیت شبکه اجتماعی به ۲ عامل مجزای (محدودیت شبکه خانواده‌محور و محدودیت شبکه اجتماع‌محور) تقسیم شد، در حالی که ۴ گویه مربوط به عامل فقدان فعالیت‌های اجتماعی، در نسخه فارسی هم بارگذاری مشابه نسخه اصلی را داشتند.

نتایج نشان داد بخش اعظم تعاملات و شبکه اجتماعی سالمندان، محدود به شبکه درون خانواده بوده، به‌ویژه بخشی از شبکه که ساکن در منزل سالمند هستند؛ بنابراین در تحلیل شبکه اجتماعی سالمندان، شاهد شکل‌گیری ۲ عامل مجزای محدودیت شبکه خانواده‌محور و محدودیت شبکه اجتماع‌محور هستیم. درباره عامل عدم فعالیت اجتماعی، از طرفی بر اساس زمینه اجتماعی فرهنگی جامعه غربی، بارگذاری گویه مربوط به تعداد دوستان روی عامل مکنون عدم فعالیت اجتماعی در مطالعه اصلی به عنوان یافته تعجب‌آور تلقی شده بود [۹].

در واقع، انتظار محققان و توسعه‌دهندگان ابزار نسخه اصلی این بود که گویه تعداد دوستان روی عامل محدودیت شبکه اجتماعی بارگذاری شد، اما برخلاف انتظار آن‌ها روی عامل فقدان

و مشکلات مربوط به تعادل و ضعف عضلانی اسکلتی است [۳۹]. دلیل دیگر می‌تواند مرتبط با ویژگی‌های محیطی زندگی سالمندان و میزان انطباق محیط زندگی با معیارهای محیط‌های دوستدار سالمند باشد.

طبق مطالعه انجام شده که به ارزیابی میزان انطباق شهر تبریز با شاخص‌های شهر دوستدار سالمند از دیدگاه سالمندان ساکن تبریز پرداخته است، نتایج مطالعه نشان داد سالمندان در همه ابعاد ۸ گانه فضاهای باز و ساختمان‌ها، حمل‌ونقل، مسکن، مشارکت اجتماعی، تکریم سالمندان و مشمولیت اجتماعی، مشارکت شهروندی و استخدام سالمندان، امکانات ارتباطات و اطلاعات و خدمات سلامتی و محلی، شرایط نامطلوب ارزیابی کرده‌اند [۴۰].

ایجاد روابط جدید و تقویت روابط دوستانه و فعالیت‌های گروهی بین سالمندان ایرانی برای بهره‌مندی از کارکردهای مختلف شبکه‌های متنوع اجتماعی، امری ضروری به نظر می‌رسد. ساختار خانواده و شبکه اجتماعی نوع بشر در حال تغییر است. اگرچه ایران به عنوان یک جامعه نسبتاً سنتی و مذهبی در برابر این تغییر تا حدودی مقاومت کرده و کمتر تحت تأثیر این تغییرات قرار گرفته است، اما انتظار می‌رود که در دهه‌های آتی، شاهد تغییراتی در شکل و ویژگی‌های شبکه‌های اجتماعی سالمندان از روابط اولیه خانواده‌محور به روابط ثانویه و شبکه‌های باز باشد.

نتایج مطالعه مؤید تأثیرپذیری شبکه‌های اجتماعی از زمینه‌های اجتماعی و ویژگی‌های فرهنگی بوده و اهمیت عوامل زمینه‌ای را برای درک الگوهای انزوای اجتماعی نشان می‌دهد. درک بهتر ویژگی‌های شبکه‌های اجتماعی سالمندان، اطلاعات ارزشمندی را برای سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و طراحی آزمایشات پیشگیرانه انزوای اجتماعی سالمندان فراهم می‌کند [۳۵]. از محدودیت‌های این مطالعه این بود که نمونه مورد بررسی در مطالعه حاضر شامل سالمندان ساکن منزل بوده و سالمندان ساکن در مؤسسات و مراکز نگهداری را شامل نمی‌شود؛ بنابراین تعمیم نتایج باید با احتیاط انجام شود.

نتیجه‌گیری نهایی

انزوای اجتماعی سالمندان پدیده‌ای شایع و یکی از نگرانی‌های عمده جهانی است. نسخه فارسی مقیاس‌های گسست اجتماعی (انزوای اجتماعی عینی) و انزوای ادراک‌شده (انزوای اجتماعی ذهنی) با وجود ساختار عاملی متفاوت از نسخه اصلی، روایی و پایایی مناسبی برای استفاده بین جمعیت روزافزون سالمند ایرانی داشته و زمینه‌سنجش و آزمایشات در زمینه انزوای اجتماعی را فراهم می‌کند. همچنین استفاده از این مقیاس‌ها در بررسی انزوای اجتماعی، امکان مقایسه نتایج بین کشورها را فراهم می‌آورد.

محیطی، اجتماعی، فرهنگی و غیره اشکال مختلفی داشته باشد [۳۲]. در فرهنگ ایرانی و نسل سالمند کنونی ارتباطات بیشتر حول محور خانواده است.

تحلیل عاملی نسخه فارسی مقیاس انزوای ادراک‌شده نیز نتایجی متفاوت از نسخه اصلی داشت. نتایج انجام تحلیل عاملی تأییدی در مرحله اول در مورد ۹ گویه مقیاس انزوای ادراک‌شده، نشانگر عدم تناسب کافی در ساختار ۲ عاملی (عدم حمایت اجتماعی و احساس تنهایی) بود. به این صورت که علی‌رغم تأیید بارگیری گویه‌های ۳ گانه مقیاس کوتاه احساس تنهایی روی عامل احساس تنهایی همانند نسخه اصلی مقیاس، عامل فقدان حمایت اجتماعی به ۳ زیرعامل و ۳ منبع مجزای حمایت، شامل فقدان حمایت خانواده، فقدان حمایت دوستان و فقدان حمایت همسر تقسیم شد. در روان‌سنجی نسخه ایتالیایی هم نتایج مشابه گزارش شده بود [۱۵].

بررسی تکمیلی و انجام تحلیل عاملی تأییدی مرحله دوم [۳۷] با وارد کردن ۳ زیرعامل فقدان حمایت خانواده، دوستان و همسر نشان داد که هر ۳ زیرعامل جدید، ذیل عامل مشترک و سطح بالاتر فقدان حمایت کلی تجمیع شد که این نشان‌دهنده تناسب داده‌ها و انسجام مفهومی بین زیرعامل‌های حمایت خانواده، دوستان و همسر بود. این یافته‌ها هم‌راستا با یافته‌های روان‌سنجی نسخه ایتالیایی بود. نتایج مشابه مطالعه حاضر و روان‌سنجی نسخه ایتالیایی، اهمیت انواع روابط و انواع منابع حمایتی در ادراک انزوا را تأکید می‌کند. مطالعات پیشین هم تفاوت حمایت ادراک‌شده از منابع مختلف را تأکید کرده‌اند [۱۵].

منابع حمایتی و شبکه‌های اجتماعی مختلف، ویژگی‌ها و عملکردهای مختلف داشته و ممکن است برای افراد مختلف، ادراک و اهمیت مختلفی داشته باشند.

یکی دیگر از یافته جالب این مطالعه، محدودیت شدید تعاملات برون خانواده (شبکه دوستان) در میان سالمندان مورد مطالعه بود. به طور کلی، متداول‌ترین انواع شبکه‌های اجتماعی در سالمندان، شبکه‌های محدود مبتنی بر شبکه‌های خانواده‌محور یا دوست‌محور هستند. هرچند ادعا شده است که تعاملات دوستانه می‌تواند تأثیر بیشتری نسبت به روابط خانوادگی روی رفاه و کیفیت زندگی افراد داشته باشد [۳۸]. اما شکل غالب روابط اجتماعی سالمندان در ایران و به‌ویژه در جامعه مورد مطالعه، خانواده‌محور است.

تجربه زیسته بسیاری از ما کنش‌گران هم مؤید این مطلب بوده و حکایت از این دارد که شعاع ارتباطی سالمندان محدود به روابط خانوادگی است، نه دوستانه. این یافته ممکن است تبیین‌های مختلفی داشته باشد. یکی از علل شناخته‌شده که در بین جمعیت سالمند، به نوعی شمول عام دارد، مربوط به محدودیت‌های عمومی حرکتی دوره سالمندی ناشی از ضعف در سلامت عمومی

پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی، روان‌سجی مقیاس‌های مورد مطالعه در سالمندان ساکن مؤسسات و مراکز نگهداری سالمندان ارزیابی شده و امکان مقایسه هرچه بیشتر نتایج فراهم شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

مطالعه حاضر در کمیته منطقه‌ای اخلاق پژوهش معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز به تصویب رسیده است (IR.TBZMED.REC.1398.768).

حامی مالی

مطالعه حاضر بخشی از پایان‌نامه دانشجویی دوره دکتری تخصصی سالمندشناسی است و از طرف دانشگاه علوم پزشکی تبریز حمایت مالی دریافت کرده است.

مشارکت نویسندگان

مفهوم‌سازی مطالعه، جمع‌آوری و پاک‌سازی داده‌ها و همکاری در تجزیه و تحلیل داده‌ها: اکبر عزیزی؛ کمک به مفهوم‌سازی و طراحی مطالعه و تجزیه و تحلیل آماری: عبدالرسول صفائیان؛ نظارت بر مطالعه و تدوین و اصلاح نسخه اولیه مقاله: حیدر ندریان؛ بازبینی و اصلاح نسخه اولیه مقاله: مینا هاشمی پرست؛ پیش‌نویس اولیه مقاله: محمدباقر علیزاده اقدم؛ مفهوم‌سازی و مدیریت مطالعه: حسین مطلبی؛ اصلاح و بازبینی نسخه اولیه و نهایی مقاله: کلیه نویسندگان.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مراتب قدردانی خود را برای حمایت مالی، از دانشگاه علوم پزشکی تبریز اعلام می‌دارند.

References

- [1] Leigh-Hunt N, Bagguley D, Bash K, Turner V, Turnbull S, Valtorta N, et al. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*. 2017; 152:157-71. [DOI:10.1016/j.puhe.2017.07.035] [PMID]
- [2] Holt-Lunstad J. A pandemic of social isolation? *World Psychiatry*. 2021; 20(1):55-6. [DOI:10.1002/wps.20839] [PMID] [PMCID]
- [3] Nicholson Jr. NR. Social isolation in older adults: An evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2009; 65(6):1342-52. [DOI:10.1111/j.1365-2648.2008.04959.x] [PMID]
- [4] Buffel T, Rémillard-Boilard S, Phillipson C. Social isolation among older people in urban areas. A review of the literature for the ambition for ageing programme in greater Manchester. Manchester: University of Manchester Institute for Collaborative Research on Ageing; 2015. [Link]
- [5] Cacioppo JT, Hawkley LC. Social isolation and health, with an emphasis on underlying mechanisms. *Perspectives in Biology and Medicine*. 2003; 46(S 3):S39-52. [DOI:10.1353/pbm.2003.0063]
- [6] Malcolm M, Frost H, Cowie J. Loneliness and social isolation causal association with health-related lifestyle risk in older adults: A systematic review and meta-analysis protocol. *Systematic Reviews*. 2019; 8(1):48. [DOI:10.1186/s13643-019-0968-x] [PMID] [PMCID]
- [7] Lubben J. Addressing social isolation as a potent killer! *Public Policy & Aging Report*. 2018; 27(4):136-8. [DOI:10.1093/ppar/prx026]
- [8] Courtin E, Knapp M. Social isolation, loneliness and health in old age: A scoping review. *Health & Social Care in the Community*. 2017; 25(3):799-812. [DOI:10.1111/hsc.12311] [PMID]
- [9] Cornwell EY, Waite LJ. Measuring social isolation among older adults using multiple indicators from the NSHAP study. *The Journals of Gerontology: Series B*. 2009; 64B(S 1):i38-46. [DOI:10.1093/geronb/gbp037] [PMID] [PMCID]
- [10] Cornwell EY, Waite LJ. Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. *Journal of Health and Social Behavior*. 2009; 50(1):31-48. [DOI:10.1177/002214650905000103] [PMID] [PMCID]
- [11] Cotterell N, Buffel T, Phillipson C. Preventing social isolation in older people. *Maturitas*. 2018; 113:80-4. [DOI:10.1016/j.maturitas.2018.04.014] [PMID]
- [12] Taylor HO, Taylor RJ, Nguyen AW, Chatters L. Social isolation, depression, and psychological distress among older adults. *Journal of Aging and Health*. 2016; 30(2):229-46. [DOI:10.1177/0898264316673511] [PMID] [PMCID]
- [13] Poscia A, Stojanovic J, La Milia DI, Duplaga M, Grysztar M, Moscato U, et al. Interventions targeting loneliness and social isolation among the older people: An update systematic review. *Experimental Gerontology*. 2018; 102:133-44. [DOI:10.1016/j.exger.2017.11.017] [PMID]
- [14] Ma R, Mann F, Wang J, Lloyd-Evans B, Terhune J, Al-Shihabi A, et al. The effectiveness of interventions for reducing subjective and objective social isolation among people with mental health problems: A systematic review. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2020; 55(7):839-76. [DOI:10.1007/s00127-019-01800-z] [PMID] [PMCID]
- [15] Fiordelli M, Sak G, Guggiari B, Schulz PJ, Petrocchi S. Differentiating objective and subjective dimensions of social isolation and appraising their relations with physical and mental health in Italian older adults. *BMC Geriatrics*. 2020; 20(1):472. [DOI:10.1186/s12877-020-01864-6] [PMID] [PMCID]
- [16] Lubben J, Blozik E, Gillmann G, Iliffe S, von Renteln Kruse W, Beck JC, et al. Performance of an abbreviated version of the Lubben social network scale among three European community-dwelling older adult populations. *The Gerontologist*. 2006; 46(4):503-13. [DOI:10.1093/geront/46.4.503] [PMID]
- [17] Gierveld JDJ, Tilburg TV. A 6-item scale for overall, emotional, and social loneliness: Confirmatory tests on survey data. *Research on Aging*. 2006; 28(5):582-98. [DOI:10.1177/0164027506289723]
- [18] Sarason IG, Sarason BR, Shearin EN, Pierce GR. A brief measure of social support: Practical and theoretical implications. *Journal of Social and Personal Relationships*. 1987; 4(4):497-510. [DOI:10.1177/0265407587044007]
- [19] Wardian J, Robbins D, Wolfersteig W, Johnson T, Dustman P. Validation of the DSSI-10 to measure social support in a general population. *Research on Social Work Practice*. 2013; 23(1):100-6. [DOI:10.1177/1049731512464582]
- [20] Russell D, Peplau LA, Ferguson ML. Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment*. 1978; 42(3):290-4. [DOI:10.1207/s15327752jpa4203_11]
- [21] Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*. 1988; 52(1):30-41. [DOI:10.1207/s15327752jpa5201_2]
- [22] Freak-Poli R, Ryan J, Tran T, Owen A, McHugh Power J, Berk M, et al. Social isolation, social support and loneliness as independent concepts, and their relationship with health-related quality of life among older women. *Aging & Mental Health*. 2022; 26(7):1335-44. [DOI:10.1080/13607863.2021.1940097] [PMID]
- [23] Cudjoe TKM, Roth DL, Szanton SL, Wolff JL, Boyd CM, Thorpe RJ. The epidemiology of social isolation: National health and aging trends study. *The Journals of Gerontology: Series B*. 2018; 75(1):107-13. [DOI:10.1093/geronb/gby037] [PMID] [PMCID]
- [24] Seyfzadeh A, Haghghatian M, Mohajerani A. Social isolation in the elderly: The neglected issue. *Iranian Journal of Public Health*. 2019; 48(2):365-6. [DOI:10.18502/ijph.v48i2.844]
- [25] Quach LT, Burr JA. Perceived social isolation, social disconnectedness and falls: The mediating role of depression. *Aging & Mental Health*. 2021; 25(6):1029-34. [DOI:10.1080/13607863.2020.1732294] [PMID] [PMCID]
- [26] Santini ZI, Jose PE, York Cornwell E, Koyanagi A, Nielsen L, Hinrichsen C, et al. Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): A longitudinal mediation analysis. *The Lancet Public Health*. 2020; 5(1):e62-70. [DOI:10.1016/S2468-2667(19)30230-0] [PMID]
- [27] Guilcher SJT, Catharine Craven B, Bassett-Gunter RL, Cimino SR, Hitzig SL. An examination of objective social disconnectedness and perceived social isolation among persons with spinal cord injury/dysfunction: A descriptive cross-sectional study. *Disability and Rehabilitation*. 2021; 43(1):69-75. [DOI:10.1080/09638288.2019.1616328] [PMID]

- [28] World Health Organization. Process of translation and adaptation of instruments. Geneva: World Health Organization. [\[Link\]](#)
- [29] Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*. 1975; 28(4):563-75. [\[DOI:10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x\]](#)
- [30] Polit DF, Beck CT. The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health*. 2006; 29(5):489-97. [\[DOI:10.1002/nur.20147\]](#) [\[PMID\]](#)
- [31] Skinner CJ. Probability Proportional to Size (PPS) sampling. New Jersey: Wiley & Sons, Ltd; 2016. [\[DOI:10.1002/9781118445112.stat03346.pub2\]](#)
- [32] Fiori KL, Antonucci TC, Akiyama H. Profiles of social relations among older adults: A cross-cultural approach. *Ageing and Society*. 2008; 28(2):203-31. [\[DOI:10.1017/S0144686X07006472\]](#)
- [33] Fuhse JA. Culture and social networks. In: Scott RA, Buchmann MC, Kosslyn SM, editors. *Emerging trends in the social and behavioral sciences*. New Jersey: John Wiley & Sons; 2015. [\[DOI:10.1002/9781118900772.etrds0066\]](#)
- [34] Scott J. Social network analysis: Developments, advances, and prospects. *Social Network Analysis and Mining*. 2011; 1(1):21-6. [\[DOI:10.1007/s13278-010-0012-6\]](#)
- [35] Doboova Dubova SV, Pérez-Cuevas R, Espinosa-Alarcón P, Flores-Hernández S. Social network types and functional dependency in older adults in Mexico. *BMC Public Health*. 2010; 10:104. [\[DOI:10.1186/1471-2458-10-104\]](#) [\[PMID\]](#) [\[PMCID\]](#)
- [36] Billington R, Hockey JL, Strawbridge S. *Exploring self and society*. London: Red Globe Press; 1998. [\[DOI:10.1007/978-1-349-26632-6\]](#)
- [37] Gould SJ. Second order confirmatory factor analysis: An example. In: Hawes JM, Glisan GB, editors. *Proceedings of the 1987 Academy of Marketing Science (AMS) Annual Conference*. New York: Springer Cham; 2015. [\[DOI:10.1007/978-3-319-17052-7_100\]](#)
- [38] Unger JB, McAvay G, Bruce ML, Berkman L, Seeman T. Variation in the impact of social network characteristics on physical functioning in elderly persons: MacArthur studies of successful aging. *The Journals of Gerontology. Series B*. 1999; 54(5):S245-51. [\[DOI:10.1093/geronb/54B.5.S245\]](#) [\[PMID\]](#)
- [39] Merchant RA, Liu SG, Lim JY, Fu X, Chan YH. Factors associated with social isolation in community-dwelling older adults: A cross-sectional study. *Quality of Life Research*. 2020; 29(9):2375-81. [\[DOI:10.1007/s11136-020-02493-7\]](#) [\[PMID\]](#)
- [40] Samei Sis S, Safaeian A, Azizi Zeinalhajlou A, Matlabi H. Viewpoints of older people toward the features of age-friendly communities: Map for charting progress in Tabriz, Iran. *Journal of Aging and Environment*. 2020; 36(1):73-89. [\[DOI:10.1080/26892618.2020.1859037\]](#)

ضمائم: نسخه فارسی مقیاس‌های گسست اجتماعی و انزوای ادراک‌شده به همراه راهنمای تکمیل

سوالات مقیاس گسست (انزوای) اجتماعی

۱. اندازه شبکه اجتماعی

گاهی اوقات، بیشتر افراد درباره موضوعات مهم زندگی خود با دیگران صحبت می‌کنند. این موضوعات می‌تواند شامل اتفاقات خوب و بد، مشکلات یا مسائل مهم زندگی باشد. در طول یک سال گذشته، اغلب با چه کسانی (حداکثر ۵ نفر) درباره موضوعات مهم صحبت کرده‌اید؟ (در صورت نیاز به پاسخ‌دهنده یادآور شوید: این شخص می‌تواند فردی باشد که تمایل دارید درباره مسائل مهم با او صحبت کنید.) پاسخ سوالات ۱ تا ۴ را در جدول زیر وارد کنید. (مشخصات حداکثر تا ۵ نفر به ترتیبی که پاسخ‌دهنده ذکر می‌کند عبارت‌اند از:)

ردیف	نام فرد	نسبت فرد	دفعات تعامل	زندگی در یک خانه
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				

۲. محدوده شبکه اجتماعی

کدام گزینه، نسبت فردی که با او ارتباط دارید را به بهترین شکل مشخص می‌سازد؟ (بر اساس راهنمای تکمیل اقدام شود.)

۳. دفعات تعامل با اعضای شبکه (بر اساس راهنمای تکمیل اقدام شود.)

با این شخصی (که اشاره کردید) هر چند وقت یک بار صحبت می‌کنید؟ (ارتباط با تلفن، پیام‌رسان‌های شبکه مجازی و رایانامه هم مد نظر است)

۴. نسبت اعضای شبکه ساکن در منزل فرد

آیا (نام شخص) حداقل بخشی از سال را با شما در یک خانه زندگی می‌کند؟ (زندگی در یک خانه، نه زندگی در یک مجموعه آپارتمانی)

۵. تعداد دوستان

می‌توانید بگویید تقریباً چند دوست دارید؟

• دوستی ندارم

۱۰.

۲ تا ۳ تا

۴ تا ۹ تا

۱۰ تا ۲۰ تا

• بیشتر از ۲۰ تا

• نمی‌دانم

• امتناع از جواب دادن

۶. حضور در جلسات گروهی

در یک سال گذشته هر چند وقت یک بار در جلسات گروهی شرکت کرده‌اید؟

• هفته‌ای چند بار

• هر هفته

• تقریباً ماهی یک بار

• سالی چند بار

• تقریباً سالی یک یا دو بار

• کمتر از یک بار در سال

• هیچ وقت

۷. جمع شدن دور هم با دوستان و خانواده

در یکسال گذشته هر چند وقت یک بار با دوستان یا بستگان خود دور هم جمع شده‌اید؟

• هفته‌ای چند بار

• هر هفته

• تقریباً ماهی یک بار

• سالی چند بار

• تقریباً سالی یک یا دو بار

• کمتر از یک بار در سال

• هیچ وقت

۸. کارهای داوطلبانه

در یک سال گذشته هر چند وقت یک بار کار داوطلبانه برای سازمان‌های مذهبی، خیریه، سیاسی، مرتبط با سلامت و غیره انجام داده‌اید؟

- نمی‌دانم
 - امتناع از دادن جواب
۴. حمایت ابزاری از طرف دوستان
- در صورت وجود مشکل، هر چند وقت یکبار می‌توانید روی کمک دوستان خود حساب کنید؟
- به ندرت (یا هرگز)
 - گاهی اوقات
 - اغلب
 - نمی‌دانم
 - امتناع از دادن جواب
۵. حمایت عاطفی از طرف همسر
- در مورد مشکلات یا نگرانی‌هایتان، هر چند وقت یکبار می‌توانید با همسر خود صحبت کنید؟
- به ندرت (یا هرگز)
 - گاهی اوقات
 - اغلب
 - نمی‌دانم
 - امتناع از دادن جواب
۶. حمایت ابزاری از طرف همسر
- در صورت وجود مشکل، هر چند وقت یکبار می‌توانید روی کمک همسر خود حساب کنید؟
- به ندرت (یا هرگز)
 - گاهی اوقات
 - اغلب
 - نمی‌دانم
 - امتناع از دادن جواب
۷. عدم وجود مصاحبت
- هر چند وقت یکبار احساس می‌کنید همراه و هم‌صحبت ندارید؟
- به ندرت (یا هرگز)
 - گاهی اوقات

- هفته‌ای چند بار
- هر هفته
- تقریباً ماهی یک بار
- سالی چند بار
- تقریباً سالی یک یا دو بار
- کمتر از یک بار در سال
- هیچ وقت

سوالات مقیاس انزوای ادراک شده

۱. حمایت عاطفی از طرف اعضای خانواده

در مورد مشکلات یا نگرانی‌هایتان، هر چند وقت یکبار می‌توانید با اعضای خانواده صحبت کنید؟ (اگر پاسخگو، خانواده‌ای ندارد، به سؤال بعدی بروید)

- به ندرت (یا هرگز)
- گاهی وقتها
- اغلب
- نمی‌دانم
- امتناع از دادن جواب

۲. حمایت ابزاری از طرف اعضای خانواده

در صورت وجود مشکل، هر چند وقت یکبار می‌توانید روی کمک اعضای خانواده خود حساب کنید؟

- به ندرت (یا هرگز)
- گاهی اوقات
- اغلب
- نمی‌دانم
- امتناع از دادن جواب

۳. حمایت عاطفی از طرف دوستان

در مورد مشکلات یا نگرانی‌هایتان، هر چند وقت یکبار می‌توانید با دوستان خود صحبت کنید؟

- به ندرت (یا هرگز)
- گاهی اوقات
- اغلب

۱۸. امتناع از جواب دادن

اغلب

۲. دفعات تعامل با اعضای شبکه

۸. احساس کنار گذاشته شدن

۱. هرروز

هر چند وقت یک بار احساس می‌کنید کنار گذاشته شده‌اید؟

۲. چند بار در هفته

به ندرت (یا هرگز)

۳. هفته‌ای یک بار

گاهی اوقات

۴. هر دو هفته یکبار

اغلب

۵. ماهی یک بار

۹. احساس انزوا

۶. چند بار در سال

هر چند وقت یکبار احساس می‌کنید که منزوی شده‌اید؟

۷. سالی یک بار

به ندرت (یا هرگز)

۸. کمتر از یک بار در سال

گاهی اوقات

۹. نمی‌دانم

اغلب

۱۰. امتناع از جواب دادن

راهنمای تکمیل پرسش‌نامه انزوای اجتماعی

۳. اعضاء شبکه ساکن در منزل فرد

۱. محدوده شبکه اجتماعی (نسبت هر فرد عضو شبکه)

آیا شخص حداقل بخشی از سال را با شما در یک خانه زندگی می‌کند؟ (زندگی در یک خانه، نه زندگی در یک مجموعه آپارتمانی)

۱. همسر

۱. بله

۲. والدین

۲. خیر

۳. مادر/پدر همسر

۳. بخشی از سال را داوطلبانه با پاسخ‌گو زندگی می‌کند

۴. بچه (فرزند)

۴. نمی‌دانم

۵. بچه ناتنی

۵. امتناع از جواب دادن

۶. برادر/خواهر

۷. سایر بستگان نسبی

۴. جلسات گروهی

۸. سایر افراد سببی

(هیئت و مراسمات مذهبی، نماز جمعه، نماز جماعت، مراسم ختم، عروسی، گروه حمایتی، گروه تمرینی یا ورزشی، گروه تفریحی، انجمن تخصصی)

۹. دوست

۵. جمع شدن دور هم با دوستان و خانواده

۱۰. همسایه

(دوره‌های در پارک، دوره‌های در قهوه‌خانه، همنشینی شبانه، مهمانی‌ها و شام و غیره)

۱۱. همکار یا رئیس

۶. کارهای داوطلبانه

۱۲. روحانی (امام جماعت یا پیش‌نماز)

(اطعام، کمک به تحصیل، کمک به درمان نیازمندان، همکاری با نهادهای خیریه، کمک به امور مسجد، برگزاری مراسمات مذهبی، مشارکت در کمپین، محله، شهر، خیریه)

۱۳. روان‌پزشک، روان‌شناس، مشاور، درمانگر

۱۴. کارگزار/مددکار اجتماعی

۱۵. مستخدم/مراقب سلامت در منزل

۱۶. دیگران (مشخص کنید)

۱۷. نمی‌دانم