

## Research Paper

## Predictors of Social Isolation among Community-dwelling Older Adults in Iran

Elaheh Taghvaei<sup>1</sup> , Seyedeh Ameneh Motalebi<sup>2</sup> , Maryam Mafi<sup>2</sup> , \*Mohammad Ali Soleimani<sup>2</sup>

1. Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

2. Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Prevention of Non-Communicable Diseases, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.

**Citation:** Taghvaei E, Motalebi SA, Mafi M, Soleimani MA. [Predictors of Social Isolation among Community-dwelling Older Adults in Iran (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2021; 16(2):188-201. <https://doi.org/10.32598/sija.16.2.1294.2> <https://doi.org/10.32598/sija.16.2.1294.2>

Received: 31 Aug 2020

Accepted: 29 Dec 2020

Available Online: 01 Jul 2021

**Key words:**

Aged, Social isolation, Social support, Disability

**ABSTRACT****Objectives** Social isolation can lead to depression, reduced life expectancy, and increased death anxiety among older adults. The present study aims to determine the predictors of social isolation in community-dwelling older adults residing in Qazvin, Iran.**Methods & Materials** This descriptive cross sectional study was conducted on 301 older adults in 2019 who were selected using a cluster sampling method. Data were collected using a demographic/clinical checklist, Lubben Social Network Scale, Multidimensional Scale of Perceived Social Support, World Health Organization Disability Assessment Schedule, 5-item World Health Organization Well-Being Index, and Pargament's Religious Coping Questionnaire, which were completed through face to face interview. The collected data were analyzed using multivariable regression analysis.**Results** The Mean±SD age of participants was 68.63±7.31 years. Multivariate regression analysis showed that the significant predictors of social isolation were social support ( $\beta=0.333$ ,  $P<0.001$ ), disability ( $\beta=0.137$ ,  $P=0.018$ ), and living with spouse ( $\beta=0.154$ ,  $P=0.010$ ). The social isolation was reduced by increasing social support, decreasing disability, and living with spouse.**Conclusion** Given the role of social support and disability in predicting social isolation in the elderly, it seems that one of the effective factors in reducing social isolation especially in the disable older adults is establishing or strengthening supportive social networks.**Extended Abstract****1. Introduction**

**A**s the aged population increases, attention to their issues and problems becomes more important [6]. Aging weakens physical and social functioning and increases dependence on others [28]. Older people with physical disabilities are more likely to be lonely and isolated due to lack of social relations and social support [29, 30]. People who are socially isolated are at higher risk

for cardiovascular disease, stroke [14], depression [15] and premature death [17]. Given the growing population of the elderly especially in Iran, addressing the social needs and communication network of the elderly is important. Social isolation in the elderly depends on several individual and social factors; by evaluating and recognizing the factors affecting the social isolation of the elderly, more appropriate decisions and measures can be taken to improve the quality of life of the elderly. This study aims to determine the predictors of social isolation in the elderly living in Iran.

**\* Corresponding Author:****Mohammad Ali Soleimani, PhD.****Address:** Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Prevention of Non-Communicable Diseases, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.**Tel:** +98 (912) 2901866**E-mail:** soleimany.msn@gmail.com

## 2. Methods

This descriptive cross-sectional study was conducted on 301 older people in Qazvin, Iran in 2019 who were selected by a cluster sampling method. For sampling, Qazvin was divided into three regions: north, south, and the center. In each regions, 2 parks, 2 mosques, one clinic and one comprehensive urban health center were randomly selected and samples from these settings were selected using a convenience sampling method. In the comprehensive urban health centers, those who had medical records available online were randomly selected. Inclusion criteria were age  $\geq 60$  years and ability to communicate verbally.

Data collections tools were a demographic/clinical checklist, Lubben Social Network Scale (LSNS), Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS),

World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS), 5-item World Health Organization Well-Being Index (WHO-5), and Pargament's Religious Coping Questionnaire (Brief RCOPE). The LSNS has 12 items rated on a 5-point Likert scale from 0 to 5. Higher scores indicate less social isolation, while scores  $< 20$  indicate a serious risk of social isolation [30, 31]. After obtaining ethical approval (Code: IR.QUMS.REC.1398.091), and stating the objectives of the study to the participants and becoming assured of the confidentiality of personal information, they signed an informed consent form. Then, questionnaires were completed via interview. Data were analyzed using multivariate linear regression analysis.

**Table 1.** Multivariate linear regression model coefficients for social isolation

| Variable           |                          | Standardized<br>Cofecient, $\beta$ | t      | P       | Vif  |
|--------------------|--------------------------|------------------------------------|--------|---------|------|
| Marital status     | Married*                 | -                                  | -      | -       | -    |
|                    | Single                   | -0.059                             | -0.467 | 0.641   | 0.03 |
| Income level       | Moderate*                | -                                  | -      | -       | -    |
|                    | poor                     | 0.01                               | 0.181  | 0.857   | 1.17 |
|                    | High                     | 0.056                              | 0.983  | 0.326   | 1.25 |
| Living arrangement | With spouse*             | -                                  | -      | -       | -    |
|                    | Alone                    | -0.074                             | 0.666  | 0.506   | 2.64 |
|                    | With spouse/children     | 0.154                              | 2.609  | 0.010   | 1.33 |
|                    | With children            | 0.121                              | 1.149  | 0.252   | 2.18 |
| Smoking            | With cregiver            | 0.041                              | 0.694  | 0.488   | 1.32 |
|                    | No*                      | -                                  | -      | -       | -    |
|                    | Yes                      | -0.070                             | -1.219 | 0.224   | 1.26 |
|                    | Social support           | 0.333                              | 6.095  | > 0.001 | 1.13 |
|                    | Disability               | -0.137                             | -2.376 | 0.018   | 1.25 |
|                    | Religious coping         | 0.071                              | 1.307  | 0.192   | 1.11 |
|                    | Psychological well-Being | 0.084                              | 1.429  | 0.154   | 1.32 |

\* Reference group.

### 3. Results

Out of 301 participants, 74.4% (n=244) were male and 25.6% (n=77) were female. Their mean age was  $68.63 \pm 7.31$  years. Most of participants were married (63.8%, n=192) with lower than high school education (40.2%, n=121) and a history of chronic disease (52.5%, n=158). Their mean score of LSNS was  $27.82 \pm 9.85$  and 15.9% (n=48) were at serious risk for social isolation. Moreover, their mean scores of WHODAS, RCOPE, WHO-5, and MSPSS was  $20.33 \pm 11.16$ ,  $19.30 \pm 4.71$ ,  $10.06 \pm 5.41$  and  $46.70 \pm 9.69$ , respectively.

According to the results in Table 1, the variables of social support ( $P < 0.001$ ), disability ( $P = 0.018$ ) and living with spouse and children ( $P = 0.010$ ) had a significant effect on the social isolation of the elderly such that with the increase in social support ( $\beta = 0.333$ ), decrease in disability ( $\beta = -0.137$ ), and living with spouse and children ( $\beta = 0.154$ ), the scores of social isolation were increased, indicating its improvement.

### 4. Discussion and Conclusion

According to social network theory, social capital creates social relationships with the community and others, which increases social support and protects the person from mental illness as a shield [54]. According to Durkheim's theory, the social relations of the individual increase the social support of the individual, and the increase of social support increases the mental health of the individual; as a result, it increases the sense of pleasure and happiness in life [55]. Therefore, community-based programs in day care centers, focusing on the family and their expansion, communication skills training, providing a suitable environment for receiving social support, and considering effective strategies to eliminate or reduce the impact of physical disabilities on daily life in the elderly can help them to prevent social isolation and rejection and thus increase their quality of life.

### Ethical Considerations

#### Compliance with ethical guidelines

The study was approved by the Ethics Committee of Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin ( Code: IR.QUMS.REC.1398.091). Before to filling out the questionnaires, older participants were assured of the confidentiality of the information obtained and written consent was obtained from all subjects.

### Funding

This research did not receive any grant from funding agencies in the public, commercial, or non-profit sectors.

### Authors' contributions

Conceptualization, methodology, research, review of drafts, editing and finalization of writing, review of references: Elahe Taghvaei, Mohammad Ali Soleimani and Seyedeh Ameneh Motalebi; Analysis: Maryam Mafi; Financing: Elahe Taghvaei; Project Management: Mohammad Ali Soleimani.

### Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

### Acknowledgements

The authors would like to thank the Vice-Chancellor for Research of Qazvin University of Medical Sciences and all the elderly participated in the study for their support and cooperation.

## مقاله پژوهشی

## عوامل پیش‌بینی‌کننده انزوای اجتماعی در سالمندان ساکن جامعه

الهه تقوایی<sup>۱</sup>، سیده آمنه مطلبی<sup>۲</sup>، مریم مافی<sup>۲</sup>، محمد علی سلیمانی<sup>۲</sup>

۱. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران.

۲. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده پیشگیری از بیماری‌های غیر واگیر، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران.

## حکیده

تاریخ دریافت: ۱۰ شهریور ۱۳۹۹

تاریخ پذیرش: ۰۹ دی ۱۳۹۹

تاریخ انتشار: ۱۰ تیر ۱۴۰۰

**اهداف:** انزوای اجتماعی در سالمندان تبعاتی چون افسردگی، کاهش امید به زندگی و افزایش اضطراب مرگ را در پی دارد. بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین عوامل پیش‌بینی‌کننده انزوای اجتماعی سالمندان شهر قزوین انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه توصیفی مقطعی روی ۳۰۱ سالمند ساکن شهر قزوین در سال ۱۳۹۸ انجام شد. از نمونه‌گیری خوشه‌ای برای انتخاب سالمندان واجد شرایط استفاده شد. از چک‌لیست مشخصات جمعیت‌شناختی و بیماری‌های جسمانی و روانی، پرسش‌نامه‌های سنجش انزوای اجتماعی سالمندان لوبن، حمایت اجتماعی درک‌شده، پرسش‌نامه ناتوانی سازمان بهداشت جهانی، شاخص بهره‌یستی روان‌شناختی و پرسش‌نامه مقابله مذهبی پارگامنت جهت جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. داده‌ها با استفاده از مدل رگرسیون خطی چندمتغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** میانگین  $\pm$  انحراف معیار سنی سالمندان شرکت‌کننده در این مطالعه  $68/63 \pm 7/31$  بود. نتایج مطالعه حاضر نشان داد، متغیرهای حمایت اجتماعی ( $P < 0/001$ )، ناتوانی ( $\beta: 0/333$ )، ناتوانی ( $\beta: -0/137$ )،  $P = 0/018$ ) و زندگی کردن با همسر ( $\beta = 0/154$ ) تأثیر معنی‌داری بر میزان انزوای اجتماعی سالمندان داشته است. به طوری که میزان انزوای اجتماعی سالمندان با افزایش حمایت اجتماعی از آنان و کاهش میزان ناتوانی، کاهش می‌یافت. همچنین سالمندانی که با همسرشان زندگی می‌کردند نسبت به سایر سالمندان، انزوای کمتری را گزارش کردند.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نقش پیش‌گویی‌کننده حمایت اجتماعی و ناتوانی در انزوای اجتماعی، به نظر می‌رسد یکی از محورهای مؤثر بر کاهش انزوای اجتماعی مخصوصاً در سالمندان ناتوان، راه‌اندازی یا تقویت شبکه‌های اجتماعی حمایتی باشد.

## کلیدواژه‌ها:

سالمند، انزوای اجتماعی، حمایت اجتماعی، ناتوانی

## مقدمه

این قاعده مستثنا نیست. شاخص‌های آماری نشان می‌دهند که روند سالمندی در کشور ما آغاز شده و رفته‌رفته در حال افزایش است [۴]. بر اساس آخرین نتایج سرشماری در ایران (۱۳۹۵) جمعیت افراد ۶۰ سال و بیشتر از آن ۹/۳ درصد است که هفت میلیون نفر را شامل می‌شود [۵]. با افزایش جمعیت سالمندان، توجه به مسائل و مشکلات آن‌ه اهمیت بیشتری پیدا می‌کند [۶]. حدود ۱۵ تا ۲۵ درصد از افراد مسن مسائل روانی مهمی دارند که این مسائل بر بیماری‌های جسمانی آنان اثر بالقوه‌ای می‌گذارد [۷]. افزایش ناتوانی و کاهش تصاعدی و پیش‌رونده در توانایی حرکتی و عملکرد روانی سالمندان باعث می‌شود که روابط اجتماعی آن‌ها کاهش یافته و گاهی حتی منفی نیز شود و نتیجه تمامی این رفتارها باعث می‌شود

سالمندی قسمتی از زندگی طبیعی انسان است [۱]. سالمندی دوران پختگی، ورزیدگی، زمان احساس بی‌نیازی به فرصت سیر به سوی کمال و رسیدگی به خویشتن و مرحله‌ای مؤثر و گران‌قدر در زندگی است [۲]. بهبود شرایط زندگی، مراقبت‌های بهداشتی و درمانی و پیشرفت‌های علوم سلامت، افزایش جهانی جمعیت سالمندان را در پی داشته است [۳]. طبق گزارشی که سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۳ ارائه کرده است پیش‌بینی می‌شود که بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۵۰ جمعیت افراد بالای ۶۰ سال جهان دو برابر می‌شود و از ۱۱ درصد به ۲۲ درصد افزایش یابد [۱]. کشور ما نیز از

\* نویسنده مسئول:

محمد علی سلیمانی

نشانی: قزوین، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، پژوهشکده پیشگیری از بیماری‌های غیر واگیر، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت.

تلفن: ۰۹۸ (۹۱۲) ۲۹۰۱۸۶۶

پست الکترونیکی: soleimany.msn@gmail.com

زندگی و تبدیل شدن به یک مراقب است [۲۲]. در سطح رابطه بین فردی، روابط شخصی و شبکه‌های اجتماعی خطر ابتلا به انزوای اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. به عنوان مثال، فردی که ارتباط کمی با دوستان و خانواده دارد، احتمال انزوای بالاتری دارد [۲۳]. در سطح جامعه، شرایطی که در آن روابط اجتماعی به خطر می‌افتد خطر ابتلا به انزوای اجتماعی را بیشتر می‌کند [۱۳]. در سطح اجتماعی عواملی که موجب افزایش خطر در زمینه انسجام اجتماعی می‌شوند عبارت‌اند از: تجربه تبعیض و کنار گذاشته شدن [۲۴]، عدم انسجام اجتماعی [۲۵] و هنجارهای اجتماعی که مانع از فعالیت اجتماعی می‌شوند [۲۶]. انزوای اجتماعی عمدتاً می‌تواند ناشی از فقدان روابط دوستی و مرتبط با عملکرد شناختی باشد [۲۷].

فرایند پیری سبب تضعیف عملکرد جسمانی و اجتماعی می‌شود. مشکلات جسمانی وابسته به فرایند پیری، مانعی برای ادامه فعالیت‌های اجتماعی گذشته محسوب می‌شود و حضور و شرکت در موقعیت‌های اجتماعی مختلف برای سالمندان محدودتر شده و باعث افزایش وابستگی به دیگران می‌شود [۲۸]. بنابراین به نظر می‌رسد، سالمندان با ناتوانی جسمانی، به علت داشتن شبکه اجتماعی و حمایت اجتماعی کمتر، بیشتر گوشه‌گیر و دچار انزوا می‌شوند [۳۰، ۲۹]. حمایت اجتماعی مفهومی با گستره‌ای بسیار وسیع است که می‌تواند باعث افزایش رفاه جسمی، روانی و اجتماعی انسان شود. انسان موجودی اجتماعی است و ارتباط اجتماعی به عنوان یکی از عوامل اصلی در کیفیت زندگی اشخاص مطرح است. اثرات نامطلوب انزوای اجتماعی و یا از دست دادن پیوندهای اجتماعی در زندگی افراد، شواهد محکمی برای تأیید این قضیه است [۲۸]. نتایج مطالعات پیشین رابطه معنی‌دار بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی سالمندان و تأثیر آن در انزوای اجتماعی را گزارش کرده‌اند، با این حال نتایج کامل و جامع نیست و نیازمند مطالعه بیشتر است. همچنین، تعداد مطالعات محدودی ارتباط بین ناتوانی و انزوای اجتماعی را در گروه سالمندان مورد بررسی قرار داده‌اند.

باتوجه به روند رو به رشد جمعیت سالمندان و اینکه کشورمان تجربه سالمندی را آغاز کرده، پرداختن به نیازهای اجتماعی و شبکه ارتباطی سالمندان حائز اهمیت است. انزوای اجتماعی به عنوان یکی از معضلات عصر جدید به‌خصوص در سالمندان، وابسته به چندین عامل فردی و اجتماعی است. با ارزیابی و شناخت عوامل تأثیرگذار بر انزوای اجتماعی سالمندان می‌توان تصمیمات و اقدامات مناسب‌تری جهت تغییر این عوامل در راستای بهبود کیفیت زندگی سالمندان اتخاذ کرد. بنابراین با توجه به تعداد کم پژوهش‌های داخلی در این زمینه و وجود تعارض و تناقضات بین نتایج پژوهش‌های انجام‌شده در ارتباط با عوامل تأثیرگذار بر انزوای اجتماعی سالمندان، مطالعه حاضر

سالمند از تماس و ارتباطات با دیگران خودداری کند و به انزوا کشیده شود [۶].

تمایل به روابط صمیمانه در همه انسان‌ها از زمان تولد تا مرگ وجود دارد. افرادی که از داشتن روابط مثبت، پایدار و بااهمیت بی‌بهره‌اند، احساس عدم رضایت و محرومیت و درنهایت احساس تنهایی و انزوا می‌کنند [۸]. انزوای اجتماعی به عنوان یکی از معضلات عصر جدید به‌خصوص در قشر آسیب‌پذیر سالمندان، وابسته به چندین عامل فردی و اجتماعی است که می‌تواند در افراد یا جوامع مختلف، نمودهای متفاوتی داشته باشد [۹]. مطالعه‌ای تحت عنوان «تأثیر مستقیم و غیرمستقیم عملکرد خانواده در تنهایی سالمندان» در سال ۲۰۱۸، نتایج نشان داد حمایت خانوادگی و حمایت اجتماعی نقش مهمی در کمک به افراد سالمند چینی در رفع خطر بالای تنهایی و انزوا دارد [۱۰]. تحقیقی دیگر نشان داد که انزوای اجتماعی در مردان و کسانی که سن بالاتری دارند و افرادی که مشارکت‌های گروهی کمتری دارند بیشتر است [۱۱]. ارتباط بین انزوای اجتماعی و سلامت روان ویژگی‌های متعددی دارد. انزوای اجتماعی در مقایسه با پیامد سلامت روان (دیسترس روانی، علائم افسردگی) متفاوت است. به طور مثال مطالعه تایلور و همکاران روی سالمندان آمریکایی نشان داد انزوای اجتماعی با دیسترس روانی ارتباط ندارد، اما با علائم افسردگی همراه است [۱۲]. انزوای اجتماعی با طیف وسیعی از مشکلات بهداشتی در زندگی ارتباط دارد [۱۳]. افرادی که از نظر اجتماعی منزوی هستند بیشتر در معرض خطر بیماری قلبی‌عروقی [۱۴]، سکته مغزی [۱۴]، افسردگی [۱۵]، زوال عقل [۱۶] و مرگ زودرس [۱۷] قرار می‌گیرند. نتایج مطالعه‌ای حاکی از آن است که وضعیت سلامت سالمندان با طرد شدن از اجتماع ارتباط دارد و فقدان روابط مؤثر منجر به شکل‌گیری تهدیدی جدی برای سلامت فردی می‌شود. افرادی که روابط پایدار و معناداری ندارند، معمولاً دچار تنهایی و در نتیجه انزوای اجتماعی می‌شوند که این امر اغلب منجر به کمبود اعتمادبه‌نفس، مشکلات فردی جدی مانند افسردگی، مشکلات اجتماعی و علائم بیماری‌های جسمانی می‌شود [۱۸].

گام آغازین برای حرکت در مسیری که در آن سالمندان از برخی مشکلات اجتناب‌پذیری نظیر انزوای اجتماعی دورتر باشند، شناخت عواملی است که می‌تواند زمینه‌ساز این مشکلات در قشر سالمند باشد [۱۹]. عوامل متعددی بر انزوای اجتماعی تأثیرگذار هستند. برای درک بهتر این عوامل می‌توان انزوای اجتماعی را در چهار بُعد فردی، روابط بین فردی، روابط اجتماعی و جامعه بررسی کرد [۱۳]. از جمله عوامل تأثیرگذار فردی، سن ۷۵ و بالاتر، تنها ماندن فرد به مدت طولانی، کاهش سلامت عمومی و از دست دادن شنوایی [۲۰]، منابع مالی محدود، ناتوانی جسمی و از دست دادن تحرک، انتقال به خانه سالمندان [۲۱]، بازنشستگی، از دست دادن شریک



با هدف تعیین میزان انزوای اجتماعی در سالمندان و شناسایی عوامل پیش‌گویی‌کننده آن در سالمندان ساکن قزوین انجام شد.

### روش مطالعه

این مطالعه توصیفی به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۸ بر روی ۳۰۱ سالمند ساکن شهر قزوین که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند، انجام شد. ابتدا شهر قزوین به سه منطقه شمال، جنوب و مرکز تقسیم و از هر سه خوشه، نمونه‌ها، از سالمندان واجد شرایط، در مراکز تجمع سالمندان، از قبیل مساجد، پارک‌ها، درمانگاه‌ها و مراکز خدمات جامع سلامت شهری به دست آمد. در هر منطقه دو پارک و دو مسجد و یک درمانگاه و یک مرکز خدمات جامع سلامت شهری به صورت تصادفی مشخص شد و نمونه‌های واجد شرایط در پارک‌ها، مساجد و درمانگاه‌ها به صورت دسترس انتخاب شدند. در مراکز خدمات جامع سلامت شهری نیز از میان سالمندانی که دارای پرونده الکترونیکی بودند، تعدادی به تصادف انتخاب شدند و با آن‌ها تماس گرفته شد و در صورت داشتن شرایط ورود به مطالعه و تمایل به مشارکت، جهت پاسخ‌گویی به سؤالات پرسش‌نامه‌ها، آن‌ها دعوت شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل این موارد بود: سن ۶۰ سال و بالاتر و توانایی برقراری ارتباط کلامی، عدم وجود بیماری‌ها و اختلالات اعصاب و روان و اختلالات جسمانی که مانع از پاسخ‌گویی به سؤالات پرسش‌نامه شود. سالمندان با مشکلات روانی مانند افسردگی شدید، بنا به اظهار سالمند، که قادر به برقراری ارتباط نبودند از مطالعه کنار گذاشته شدند

با توجه به اینکه طبق مطالعه جوی تاماکا ضریب همبستگی بین انزوای اجتماعی و حمایت اجتماعی خانواده  $r=0.16$  محاسبه شد [۲۸] حجم نمونه پژوهش حاضر با فرمول ضریب همبستگی بین انزوای اجتماعی و حمایت اجتماعی خانواده با در نظر گرفتن خطای نوع اول  $\alpha=0.05$  و سطح اطمینان (۰/۹۵)، ۳۱۰ نفر برآورد شد [۲۹].

### ابزار گردآوری داده‌ها

جهت ارزیابی این موارد، در این پژوهش از پرسش‌نامه‌های زیر استفاده شد:

پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی (شامل اطلاعاتی در رابطه با سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، شغل، وضعیت اقتصادی) و چک‌لیست بیماری‌های جسمی و روانی.

پرسش‌نامه سنجش انزوای اجتماعی سالمندان لوبن<sup>۱</sup>: برای اندازه‌گیری انزوای اجتماعی در سالمندان طراحی شده است و شامل دوازده سؤال با لیکرت ۵ درجه‌ای از صفر تا ۵ است.

1. Lubben Social Network Scale (LSNS)

نمرات بالاتر نشان‌دهنده انزوای کمتر است. نمره کمتر از ۲۰ نشان‌دهنده خطر جدی برای انزواست [۳۰، ۳۱]. برای این پرسش‌نامه در ایران توسط مطالعه رحمانی و همکاران پایایی قابل قبولی به دست آمده است [۳۲].

پرسش‌نامه حمایت اجتماعی درک‌شده (MSPSS)<sup>۲</sup>: این پرسش‌نامه دارای دوازده سؤال و سه حیطه است که توسط زیمت و همکاران در سال ۱۹۸۸ طراحی شد. خرده‌مقیاس‌هایی که در این پرسش‌نامه سنجیده می‌شود شامل سه مورد حمایت اجتماعی دریافت‌شده از خانواده، دوستان و دیگران است. پاسخ‌گو نظر خود را در مقیاس پنج‌گزینه‌ای (با نمره‌های ۱ تا ۵) از نمره یک برای کاملاً مخالف تا ۵ برای کاملاً موافق ابراز می‌دارد. نمره هریک از ابعاد برای هر نفر در دامنه یک تا ۲۰ و نمره کل چهار بُعد در دامنه ۱ تا ۶۰ قرار می‌گیرد [۳۳]. در ایران نیز جوکار و همکاران روایی و پایایی سه بعد این پرسش‌نامه را تأیید کرده‌اند [۳۴].

پرسش‌نامه ناتوانی (WHODAS)<sup>۳</sup>: این پرسش‌نامه توسط سازمان جهانی بهداشت برای سنجش ناتوانی در سالمندان تهیه و توصیه شده است [۳۵]. فرم کوتاه‌شده دوازده‌آیتمی آن با لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ (بدون مشکل) تا ۵ (مشکلات بسیار شدید) طراحی شده است. بر این اساس پایین‌ترین و بالاترین نمره به ترتیب ۱۲ و ۶۰ است که بالاترین نمره سطح بالاتری از ناتوانی را نشان می‌دهد. در ایران نیز روایی و پایایی این ابزار توسط عابدزاده و همکاران تأیید شده است [۳۶].

شاخص بهزیستی روان‌شناختی پنج‌سؤالی سازمان بهداشت جهانی: یک مقیاس کوتاه پنج‌سؤالی خودگزارش‌دهی است که برای تعیین بهزیستی مثبت استفاده می‌شود، درحقیقت این پرسش‌نامه میزان بهزیستی مثبت را طی دو هفته گذشته بر اساس مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای از صفر (هیچ وقت) تا ۵ همیشه اندازه می‌گیرد. نمره خام پاسخ‌گو از لحاظ نظری در محدوده‌های از صفر (فاقد بهزیستی) تا ۲۰ (حداکثر بهزیستی) قرار می‌گیرد، همچنین می‌توان با ضرب کردن نمره کل در عدد ۴ دامنه نمرات را به مقیاس صفر تا ۱۰۰ تبدیل کرد. نمرات بالاتر نشان‌دهنده بهزیستی بهتر و نمرات پایین‌تر نشان‌دهنده افسردگی است [۳۷]. دهشیری و همکاران همسانی درونی این ابزار را روی گروه دانشجویان، بالا توصیف کرده‌اند [۳۸].

پرسش‌نامه مقابله مذهبی پارگمنت<sup>۴</sup> (RCOPE): این پرسش‌نامه بر مبنای یک بررسی اکتشافی ۱۴ آیتمی است و شامل هفت ماده مقابله دینی مثبت و نیز هفت ماده مقابله دینی منفی است [۳۹]، [۴۰]. هفت ماده مقابله دینی مثبت

2. Multidimensional Scale of Perceived Social Support

3. WHO Disability Assessment Schedule

4. Pargament

افزایش ناتوانی نمرات انزوای اجتماعی کاهش یافته که دلیلی بر بدتر شدن اوضاع سالمندان است.

با توجه به جدول شماره ۳، متغیرهای حمایت اجتماعی ( $\beta=0/137, P=0/018$ )، ناتوانی ( $\beta=0/333, P<0/001$ )، ناتوانی ( $\beta=0/154, P=0/010$ ) تأثیر معنی داری در سطح خطای ۰/۰۵ بر میزان انزوای اجتماعی سالمندان داشته است. به طوری که میزان انزوای اجتماعی سالمندان با افزایش حمایت اجتماعی از آنان و کاهش میزان ناتوانی، کاهش می‌یافت. همچنین سالمندانی که با همسر زندگی می‌کردند نسبت به سایر سالمندان، انزوای کمتری را گزارش کردند. مدل برآورد شده به صورت کلی با میزان  $F=7/476, P<0/001$  معنی دار است و توانسته است به میزان ۲۶ درصد ( $R^2=0/26$ ) انزوای اجتماعی در سالمندان مورد بررسی را پیش‌گویی کند.

### بحث

هدف از مطالعه حاضر، تعیین میزان انزوای اجتماعی سالمندان شهر قزوین و بررسی عوامل پیش‌گویی‌کننده آن بود. با توجه به نتایج این مطالعه، میانگین نمره انزوای اجتماعی ۲۷/۸۲، با انحراف معیار ۹/۸۵ برآورد شد و ۱۵/۹ درصد (۴۸ نفر) سالمندان در خطر جدی انزوای اجتماعی قرار داشتند. رحیم ابراهیم در مالزی شیوع انزوای اجتماعی در زنان سالمند را ۸/۵۴ درصد و در مردان سالمند ۴۴/۳ درصد گزارش کرده است [۴۲]. جانسون و همکاران نیز گزارش کردند که ۳۵ درصد از سالمندان سوئدی از تنهایی و انزوا رنج می‌برند [۴۳]. همچنین مطالعه ای در آمریکا نشان داد که ۶۲ درصد از سالمندان تنهایی و انزوا را تجربه می‌کنند [۴۴]. سیف‌زاده در مطالعه دیگری میانگین نمره انزوای اجتماعی سالمندان تهران را از ۱۰۰، ۶۲/۴ گزارش کرد [۴۵]. این نتایج مفایر ممکن است ناشی از روش‌های مختلف اندازه‌گیری و محل انجام پژوهش باشد [۴۶].

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که با افزایش میزان حمایت اجتماعی، انزوای اجتماعی سالمندان کاهش می‌یافت. در این راستا، اجیری و همکاران نیز گزارش کردند مشارکت اجتماعی کمتر یکی از عوامل افزایش میزان انزوای اجتماعی در میان سالمندان است [۱۱]. سیف‌زاده و همکاران نیز دریافتند که بین برخورداری سالمندان شهر تهران از حمایت اجتماعی و میزان انزوای اجتماعی رابطه معنی‌دار و معکوسی وجود دارد. به این معنی که با افزایش حمایت اجتماعی، میزان انزوای اجتماعی سالمندان کاهش می‌یافت [۴۷]. این نتایج با پژوهش‌های کاپادیا و همکاران [۴۸] و ژانگ و همکاران [۴۹] همسو است. روابطی که سالمند با دوستان، خانواده و سایرین برقرار می‌کند و نیز حمایتی که از سوی آنان دریافت می‌کند، باعث می‌شود او احساس کند که به جامعه و اطرافیانش تعلق دارد، در جامعه دارای شأن و ارزش است و مورد احترام دیگران است که این

شامل پیوند معنوی، جست‌وجوی حمایت معنوی، آموزش طلبی دینی، مقابله جمعی دینی، ارزیابی مجدد نیکوکاری دینی، تمرکز دینی و تطهیر دینی است و ماده‌های مقابله دینی منفی شامل هفت زیرمجموعه نارضایتی معنوی، ارزیابی مجدد خدای تنبیه‌گر، نارضایتی دینی بین‌فردی، ارزیابی مجدد خدای شیطانی و ارزیابی مجدد قدرت خداست. نمره‌گذاری گویه‌ها بین صفر تا ۳ بوده و نمره بالاتر از ۲۱ نشانگر مقابله مذهبی قوی است و نمرات صفر تا ۱۴ مقابله مذهبی ضعیف را نشان می‌دهد [۳۹]. روایی و اعتبار این ابزار در ایران، توسط بیاضی و صارمی محاسبه و تأیید شد [۴۱].

### تجزیه و تحلیل داده‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ انجام شد. برای آمار توصیفی داده‌ها (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) جهت تعیین پیش‌گویی‌کننده‌های انزوای اجتماعی، ابتدا از رگرسیون تک‌متغیره استفاده شد و متغیرهایی که ارتباط معنادار با انزوای اجتماعی داشتند، وارد رگرسیون چندمتغیره شدند. نرمال بودن داده‌ها با آزمون کولموگروف اسمیروف، چولگی و کروتویس بررسی و تأیید شد. فرض عدم هم‌خطی بین متغیرهای مستقل مدل نیز با توجه به مقادیر VIF (عامل تورم واریانس) کمتر از ۵، مورد تأیید بود. همچنین فرض استقلال بین خطاهای مدل بر اساس مقدار آماره دوربین واتسون، برابر با ۱/۷، تأیید شد. سطح معنی‌داری  $P\geq 0/05$  در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

در پژوهش حاضر، از بین ۳۰۱ سالمند مورد بررسی ۷۴/۴ درصد (۲۴۴ نفر) مرد و ۲۵/۶ درصد (۷۷ نفر) زن بودند و میانگین  $\pm$  انحراف معیار سنی سالمندان مورد مطالعه  $63/8 \pm 37/31$  برآورد شد. بیشتر سالمندان، همسر دار ۶۳/۸ درصد (۱۹۲ نفر) و با تحصیلات زیر دیپلم، ۴۰/۲ درصد (۱۲۱ نفر) بودند (جدول شماره ۱).

با توجه به نتایج، میانگین نمره انزوای اجتماعی ۲۷/۸۲ با انحراف معیار ۹/۸۵ برآورد شد و ۱۵/۹ درصد (۴۸ نفر) سالمندان در خطر جدی برای انزوای اجتماعی قرار داشتند.

با توجه به نتایج، میانگین نمره میزان ناتوانی  $20/33 \pm 11/16$  سازگاری مذهبی  $19/30 \pm 4/71$ ، بهزیستی روان‌شناختی  $10/06 \pm 5/41$  و حمایت اجتماعی (کل)  $46/70 \pm 9/69$  برآورد شده است (جدول شماره ۲). نتایج نشان می‌دهد که بین متغیر انزوای اجتماعی و متغیرهای حمایت اجتماعی و ناتوانی همبستگی معنی‌داری وجود دارد. به طوری که با افزایش میزان حمایت اجتماعی، نمرات انزوای اجتماعی نیز افزایش می‌یابد که دلیلی بر بهتر بودن شرایط سالمندان است و با

جدول ۱. توزیع متغیرهای جمعیت‌شناختی در سالمندان مورد مطالعه

| متغیر             | سطح                        | فراوانی (درصد) |
|-------------------|----------------------------|----------------|
| جنس               | زن                         | ۷۷(۲۵/۶)       |
|                   | مرد                        | ۲۲۴(۷۴/۴)      |
| وضعیت تأهل        | بلون همسر                  | ۱۰۹(۳۶/۲)      |
|                   | با همسر                    | ۱۹۲(۶۳/۸)      |
| تحصیلات           | بی‌سواد                    | ۵۱(۱۶/۹)       |
|                   | زیر دیپلم                  | ۱۲۹(۴۲/۹)      |
|                   | دیپلم و بالاتر             | ۱۲۱(۴۰/۲)      |
| وضعیت اقتصادی     | ضعیف                       | ۵۱(۱۶/۹)       |
|                   | متوسط                      | ۱۶۲(۵۳/۸)      |
|                   | خوب                        | ۸۸(۲۹/۲)       |
| شغل               | بی‌کار                     | ۳۴(۸)          |
|                   | بازنشسته                   | ۱۶۵(۵۴/۸)      |
|                   | خانه‌دار                   | ۵۸(۱۹/۳)       |
|                   | شاغل                       | ۵۴(۱۷/۹)       |
| سابقه بیماری مزمن | دارد                       | ۱۴۳(۴۷/۵)      |
|                   | ندارد                      | ۱۵۸(۵۲/۵)      |
| تعداد فرزند       | ۱-۳                        | ۱۴۰(۴۶)        |
|                   | ۴-۷                        | ۱۴۴(۴۸)        |
|                   | ۸-۱۰                       | ۱۷(۶)          |
| متغیر             | میانگین $\pm$ انحراف معیار |                |
| سن                | ۶۸/۶۳ $\pm$ ۷/۳۱           |                |
| شاخص توده بدنی    | ۲۶/۹۴ $\pm$ ۴/۲۷           |                |

سالمند

جدول ۲. میانگین نمرات متغیرهای مورد بررسی در مطالعه

| متغیر              | میانگین $\pm$ انحراف معیار | حداقل | حداکثر |
|--------------------|----------------------------|-------|--------|
| انزوای اجتماعی     | ۲۷/۸۲ $\pm$ ۹/۸۵           | ۲     | ۶۰     |
| میزان ناتوانی      | ۲۰/۳۳ $\pm$ ۱۱/۱۶          | ۱۲    | ۵۴     |
| سازگاری مذهبی      | ۱۹/۳۰ $\pm$ ۴/۷۱           | ۰     | ۳۶     |
| بهبودی روان‌شناختی | ۱۰/۰۶ $\pm$ ۵/۴۱           | ۰     | ۲۰     |
| حمایت اجتماعی (کل) | ۴۶/۷۰ $\pm$ ۹/۶۹           | ۱۲    | ۶۰     |
| حمایت خانواده      | ۱۶/۲۰ $\pm$ ۳/۶۱           | ۴     | ۲۰     |
| حمایت دوستان       | ۱۴/۵۲ $\pm$ ۴/۱۴           | ۴     | ۲۰     |
| حمایت دیگران       | ۱۶/۰۷ $\pm$ ۳/۵۲           | ۴     | ۲۰     |

سالمند



جدول ۳. بررسی هم‌زمان پیش‌گویی‌کننده‌های انزوای اجتماعی سالمندان با استفاده از مدل رگرسیون چندمتغیره خطی

| متغیر               | ضریب رگرسیون استاندارد (β) | آماره آزمون (t) | P      | Vif  |
|---------------------|----------------------------|-----------------|--------|------|
| تأهل                |                            |                 |        |      |
| همسر دار *          | -                          | -               | -      | -    |
| بدون همسر           | -۰/۰۵۹                     | -۰/۴۶۷          | ۰/۶۴۱  | ۲/۰۳ |
| سطح درآمد           |                            |                 |        |      |
| متوسط *             | -                          | -               | -      | -    |
| ضعیف                | ۰/۰۱                       | ۰/۱۸۱           | ۰/۸۵۷  | ۱/۱۷ |
| خوب / عالی          | ۰/۰۵۶                      | ۰/۹۸۳           | ۰/۳۲۶  | ۱/۲۵ |
| نحوه ی زندگی        |                            |                 |        |      |
| همسر / فرزند        | ۰/۱۵۴                      | ۲/۶۰۹           | ۰/۰۱۰  | ۱/۳۳ |
| فرزند               | ۰/۱۲۱                      | ۱/۱۴۹           | ۰/۲۵۲  | ۲/۱۸ |
| مراقب               | ۰/۰۴۱                      | ۰/۶۹۴           | ۰/۴۸۸  | ۱/۳۲ |
| مصرف سیگار          |                            |                 |        |      |
| ندارد *             | -                          | -               | -      | -    |
| دارد                | -۰/۰۷۰                     | -۱/۲۱۹          | ۰/۲۳۴  | ۱/۲۶ |
| حمایت اجتماعی       | ۰/۳۳۳                      | ۶/۰۹۵           | <۰/۰۰۱ | ۱/۱۳ |
| میزان ناتوانی       | -۰/۱۳۷                     | -۲/۳۷۶          | ۰/۰۱۸  | ۱/۲۵ |
| سازگاری مذهبی       | ۰/۰۷۱                      | ۱/۳۰۷           | ۰/۱۹۲  | ۱/۱۱ |
| بهزیستی روان‌شناختی | ۰/۰۸۴                      | ۱/۴۲۹           | ۰/۱۵۴  | ۱/۳۲ |

سالمند

\* گروه مرجع.

بودند. درمان بیماری‌های مزمن و پیشگیری از آن‌ها که عامل اصلی ناتوانی در سالمندان است، نقش مؤثری در پیشگیری از ناتوانی در سالمندان دارد. سالمندانی که تنها زندگی می‌کنند یا منزوی هستند با مشکلات بیشتری مواجه هستند [۵۲]. فرایند پیری سبب تضعیف عملکرد جسمانی و اجتماعی می‌شود. مشکلات جسمانی وابسته به فرایند پیری، مانعی برای ادامه فعالیت‌های اجتماعی گذشته محسوب می‌شود. به این صورت که فرد نسبت به گذشته به دیگران وابسته‌تر می‌شود و همچنین حضور و شرکت در موقعیت‌های اجتماعی مختلف برای او محدودتر شده و باعث افزایش وابستگی به دیگران می‌شود [۵۳]. بنابراین به نظر می‌رسد ناتوانی جسمانی در سالمندان به این دلیل با احساس تنهایی و انزوا در ارتباط است که وابستگی به دیگران را افزایش می‌دهد و در نهایت منجر به کاهش تعاملات اجتماعی می‌شود. به طوری که از نگرانی‌های اصلی سالمندان از دست دادن استقلال و وابسته شدن به دیگران است. ترس

احساس بر بهزیستی روان‌شناختی فرد و در نتیجه بر میزان تجربه احساس تنهایی و انزوای او اثر می‌گذارد [۵۰]. با توجه به اینکه انسان موجودی اجتماعی و در همه سنین وابسته به اطرافیان است و حمایت اجتماعی می‌تواند بر تمام جنبه‌های روانی اجتماعی آدمی از جمله میزان تجربه احساس تنهایی و انزوا تأثیرگذار باشد، توجه به تقویت شبکه‌های اجتماعی، منابع حمایت اجتماعی و ارتباطات سالمندان برای جلوگیری از زوال بیشتر سلامت جسمی و روانی آنان ضروری است [۵۱].

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که ناتوانی از دیگر متغیرهای پیش‌بینی‌کننده انزوای اجتماعی است. در مطالعه نوعی و همکاران یافته‌ها نشان داد با افزایش سن، کمتر بودن سواد، زندگی در مجرد و تنهایی و نداشتن خوداشتغالی بعد از بازنشستگی، بر شدت ناتوانی افزوده می‌شود. بسیاری از سالمندان به یک یا چند بیماری مزمن و ناتوان‌کننده مبتلا

بین بردن یا کاهش اثر ناتوانی‌های جسمانی بر زندگی روزمره سالمندان، راه‌حل مناسبی برای کمک به سالمندان به منظور جلوگیری از انزوای اجتماعی و طردشدگی آنان و در نتیجه افزایش کیفیت زندگی آنان است.

خودگزارش‌دهی سالمندان برای پاسخ به سؤالات پرسش‌نامه از محدودیت‌های این مطالعه بود. برخی از سالمندان ممکن است از ارائه پاسخ واقعی خودداری کنند و علی‌رغم تأکید بر محرمانه بودن ممکن است به دلایلی از پاسخ‌دهی صحیح به سؤالات اجتناب ورزند. با توجه به اینکه نمونه‌ها از میان سالمندانی که در اماکن عمومی حضور داشتند انتخاب شدند، بنابراین نتایج مطالعه حاضر قابل تعمیم برای سالمندان خانه‌نشین یا سالمندانی که در مراکز سالمندی نگهداری می‌شوند، نیست.

می‌توان نتایج این مطالعه را در دسترس مسئولین و سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان نظام سلامت قرار داد تا با به‌کارگیری برنامه آموزشی مناسب برای سالمندان و ارتقای حمایت خانواده سبب کاهش انزوا و به تبع آن افزایش سلامت سالمندان و کیفیت زندگی‌شان شوند.

بر اساس یافته‌ها و محدودیت‌های پژوهش حاضر در مورد انزوای اجتماعی سالمندان، پیشنهاد می‌شود تا پژوهش مشابهی در سایر شهرها با موقعیت‌های جغرافیایی متفاوت جهت مقایسه نتایج و امکان تعمیم در سطح کلان انجام شود. همچنین انجام پژوهشی در مراکز شبانه‌روزی سالمندان و مقایسه نتایج آن با سالمندان ساکن جامعه می‌تواند مفید باشد. علاوه بر این انجام پژوهش کیفی جهت تعیین عوامل مرتبط با انزوای اجتماعی در سالمندان می‌تواند از اولویت‌های پژوهشی پیش‌روی پژوهشگران باشد.

## ملاحظات اخلاقی

### پیروی از اصول اخلاق پژوهش

ملاحظات اخلاقی در این مقاله مورد تایید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی قزوین قرار گرفته است (IR.QUMS.REC.1398.091)؛ و بیان اهداف پژوهش برای شرکت‌کنندگان، به آن‌ها از محرمانه ماندن اطلاعات شخصی افراد اطمینان خاطر داده شد. سپس رضایت‌نامه کتبی از نمونه‌ها گرفته شد.

### حامی مالی

این پژوهش بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین است.

از سربار بودن سالمند برای خانواده و جامعه باعث به مخاطره افتادن احترام و شأن سالمندان می‌شود. توانایی انجام و برآورده کردن انتظارات و نیازهای خود و خانواده تحت پوشش، علاوه بر حفظ جایگاه سالمند در خانواده، کمک خواهد کرد تا سالمند احساس کند که هنوز توانایی برآورد کردن انتظارات خود و خانواده‌اش را دارد [۵۴]، اما وقتی سالمندان احساس کنند در امور مختلف زندگی خود به حضور و کمک دیگران وابسته هستند و نمی‌توانند در فعالیت‌های عادی زندگی روزمره و در فعالیتهای تفریحی و مورد علاقه خود شرکت کنند، در لاک تنهایی و انزوای خود فرو می‌روند [۵۱].

طبق نتایج به‌دست‌آمده انزوای اجتماعی سالمندانی که با همسر خود زندگی می‌کردند کمتر از سالمندانی بود که همسر خود را از دست داده بودند. از دست دادن همسر، یعنی فردی که یک عمر شریک زندگی انسان بوده است، در کاهش سلامت روانی و اجتماعی سالمندان و افزایش انزوا مؤثر است. یافته‌های هلبگ نیز نشان داد که احساس تنهایی با وضعیت تأهل ارتباط معنادار داشته است. در این تحقیق متاهلین کمتر از بقیه احساس تنهایی داشتند [۵۵]. همتی و همکاران در مطالعه خود نشان دادند سالمندانی که دور از خانواده زندگی می‌کنند، به نسبت سالمندانی که در منزل و با خانواده‌های خود زندگی می‌کنند از احساس تنهایی و انزوای بیشتری رنج می‌برند [۵۶]. خانواده به عنوان یک منبع حمایتی حیاتی به افراد سالمند کمک می‌کند تا تعاملات اجتماعی خود را حفظ و تداوم بخشند و آن‌ها را در مقابل مسائلی مانند احساس تنهایی، انزوای اجتماعی و افسردگی محافظت می‌کند [۵۷]. طبق یافته‌های مطالعه حاضر خانواده مهم‌ترین منبع حمایتی در روابط بین‌فردی است که می‌تواند با ارائه حمایت کافی موجب کنترل و کاهش انزوای اجتماعی سالمندان باشد.

## نتیجه‌گیری نهایی

بر اساس نظریه شبکه، سرمایه اجتماعی باعث به وجود آمدن روابط اجتماعی فرد با جامعه و اطرافیان می‌شود که در نتیجه آن حمایت اجتماعی از فرد افزایش پیدا می‌کند و این حمایت اجتماعی مانند سپری در برابر بیماری‌های روان عمل کرده و فرد را از ابتلا به بیماری‌های روان مصون نگه می‌دارد [۵۸]. همچنین بر اساس نظریه دورکیم، روابط اجتماعی که فرد در جامعه دارد باعث افزایش حمایت اجتماعی از فرد شده و افزایش حمایت اجتماعی باعث افزایش سلامت روان فرد و در نتیجه احساس لذت و شادکامی بیشتر وی در زندگی می‌شود [۵۹]. بنابراین برنامه‌های اجتماع‌محور از جمله مراکز مراقبت روزانه، با تمرکز بر خانواده و گسترش آن‌ها، آموزش مهارت‌های ارتباطی، فراهم کردن زمینه مناسب برای دریافت حمایت اجتماعی و در نظر گرفتن راهکارهای اثربخشی برای از

### مشارکت نویسندگان

مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، تحقیق و بررسی، نگارش  
پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی‌سازی نوشته، بررسی منابع:  
الهه تقوایی، محمد علی سلیمانی و سیده آمنه مطلبی؛ تجزیه  
و تحلیل: مریم مافی؛ تامین مالی: الهه تقوایی؛ مدیریت پروژه:  
محمد علی سلیمانی.

### تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع  
ندارد.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی خود را از معاونت  
پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین اعلام می‌دارند.

## References

- [1] Sadri Damirchi E, Ghomi M, Esmaeli Ghazi Valoii F. [Effectiveness of life review group therapy on psychological well-being and the life expectancy of elderly women (Persian)]. *Salmad: Iranian Journal of Ageing*. 2017; 12(3):312-25. [DOI:10.21859/sija.12.3.312]
- [2] Alipoor F, Sajadi H, Forozan A, Biglarian A. [The role of social support in elderly quality of life (Persian)]. *Social Welfare Quarterly*. 2009; 8(33):149-67. <http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-1862-en.html>
- [3] Hojjati H, Sharifnia SH, Hosseinalipour S, Akhonzadeh GB, Asayesh H. [The effect of reminiscence on the amount of group self-esteem and life satisfaction of the elderly (Persian)]. *Nursing and Midwifery Journal*. 2011; 9(5):350-6. <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-607-en.html>
- [4] Hekmati Pour N, Taheri N, Hojjati H, Rabiee S. [Evaluation of the relationship between social support and quality of life in elderly patients with diabetes (Persian)]. *Journal of Diabetes Nursing*. 2015; 3(1):42-50. <http://jdn.zbmu.ac.ir/article-1-106-en.html>
- [5] Taraghi Z, Ilali ES. [A comparison of older adults' and managers' attitudes towards age-friendly city indexes (Persian)]. *Salmad: Iranian Journal of Ageing*. 2018; 13(2):236-49. [DOI:10.32598/sija.13.2.236]
- [6] Ghazi Mohseni M, Soleimani AA, Heidarnia A. [Examining the effectiveness of hope-based group training on the life quality of the elderly people (Persian)]. *Salmad: Iranian Journal of Ageing*. 2016; 11(2):300-9. [DOI:10.21859/sija-1102300]
- [7] Bahrami F, Ramezani-Farani A. [Religious orientation (internal and external) effects on aged mental health (Persian)]. *Archives of Rehabilitation*. 2005; 6(1):42-7. <http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-99-fa.html>
- [8] Heinrich LM, Gullone E. The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*. 2006; 26(6):695-718. [DOI:10.1016/j.cpr.2006.04.002]
- [9] Foladian M, Jafari Moghaddam M. [Social policy and the feeling of social isolation in Iranian society (Persian)]. Paper presented at the 4<sup>th</sup> National Conference on Social and Cultural Research in Iranian society. Tehran, Iran, 2017. <https://profdoc.um.ac.ir/articles/a/1071564.pdf>
- [10] Zhou G, Wang Y, Yu X. Direct and indirect effects of family functioning on loneliness of elderly Chinese individuals. *Current Psychology*. 2018; 37(1):295-301. [DOI:10.1007/s12144-016-9512-5]
- [11] Ejiri M, Kawai H, Fujiwara Y, Ihara K, Hirano H, Kojima M, et al. [Predictors of social isolation among older people living in urban area: A prospective study (Japanese)]. *Nihon Kōshū Eisei Zasshi*. 2018; 65(3):125-33. [DOI:10.11236/jph.65.3\_125] [PMID]
- [12] Taylor HO, Taylor RJ, Nguyen AW, Chatters L. Social isolation, depression, and psychological distress among older adults. *Journal of Aging and Health*. 2018; 30(2):229-46. [DOI:10.1177/0898264316673511]
- [13] Cotterell N, Buffel T, Phillipson Ch. Preventing social isolation in older people. *Maturitas*. 2018; 113:80-4. [DOI:10.1016/j.maturitas.2018.04.014]
- [14] Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Ronzi S, Hanratty B. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: Systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart*. 2016; 102(13):1009-16. [DOI:10.1136/heartjnl-2015-308790]
- [15] Matthews GA, Nieh EH, Vander Weele CM, Halbert SA, Pradhan RV, Yosafat AS, et al. Dorsal raphe dopamine neurons represent the experience of social isolation. *Cell*. 2016; 164(4):617-31. [DOI:10.1016/j.cell.2015.12.040]
- [16] Kuiper JS, Zuidersma M, Oude Voshaar RC, Zuidema SU, van den Heuvel ER, Stolk RP, et al. Social relationships and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing Research Reviews*. 2015; 22:39-57. [DOI:10.1016/j.arr.2015.04.006]
- [17] Steptoe A, Shankar A, Demakakos P, Wardle J. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2013; 110(15):5797-801. [DOI:10.1073/pnas.1219686110]
- [18] Modarresi Yazdi F, Farahmand M, Afshani SAR. [A study on single girls' social isolation and its effective socio-cultural factors: A study on single girls over 30 years in Yazd (Persian)]. *Journal of Social Problems of Iran*. 2017; 8(1):121-43. <http://jspi.khu.ac.ir/article-1-2724-en.html>
- [19] Ilali ES, Peyrovi H, Sahaf R, Akbari Kamrani AA, Spahbodi F. [Challenges of undergoing dialysis with emphasis on aging syndromes in the elderly (Persian)]. *Salmad: Iranian Journal of Ageing*. 2017; 11(4):566-71. [DOI:10.21859/sija-1104566]
- [20] Victor CR, Scambler SJ, Bowling A, Bond J. The prevalence of, and risk factors for, loneliness in later life: A survey of older people in Great Britain. *Ageing & Society*. 2005; 25(6):357-75. [DOI:10.1017/S0144686X04003332]
- [21] Savikko N, Routasalo P, Tilvis RS, Strandberg TE, Pitkälä KH. Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2005; 41(3):223-33. [DOI:10.1016/j.archger.2005.03.002]
- [22] Victor Ch, Scambler S, Bond J, Bowling A. Being alone in later life: Loneliness, social isolation and living alone. *Reviews in Clinical Gerontology*. 2000; 10(4):407-17. [DOI:10.1017/S0959259800104101]
- [23] Umberson D, Karas Montez J. Social relationships and health: A flashpoint for health policy. *Journal of Health and Social Behavior*. 2010; 51(1\_Suppl):S54-66. [DOI:10.1177/0022146510383501]
- [24] Visser MA, El Fakiri F. The prevalence and impact of risk factors for ethnic differences in loneliness. *European Journal of Public Health*. 2016; 26(6):977-83. [DOI:10.1093/eurpub/ckw115]
- [25] Platt L. Social activity, social isolation and ethnicity. *The Sociological Review*. 2009; 57(4):670-702. [DOI:10.1111/j.1467-954X.2009.01867.x]
- [26] Lubben J. Addressing social isolation as a potent killer! *Public Policy & Aging Report*. 2017; 27(4):136-8. [DOI:10.1093/ppar/prx026]
- [27] Wang YH, Huang FY, Zheng Y, Shi GS, Wang L, Liao SS. [Study on the association between social isolation and cognitive function among elderly in Daqing city, Heilongjiang province (Chinese)]. *Zhonghua Liuxingbingxue Zazhi*. 2017; 38(4):472-7. [DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2017.04.012] [PMID]
- [28] Tomaka J, Thompson Sh, Palacios R. The relation of social isolation, loneliness, and social support to disease outcomes among the elderly. *Journal of Aging and Health*. 2006; 18(3):359-84. [DOI:10.1177/0898264305280993] [PMID]

- [29] Schutter N, Holwerda TJ, Stek ML, Dekker JJM, Rhebergen D, Comijs HC. Loneliness in older adults is associated with diminished cortisol output. *Journal of Psychosomatic Research*. 2017; 95:19-25. [DOI:10.1016/j.jpsychores.2017.02.002]
- [30] Lubben JE. Assessing social networks among elderly populations. *Family & Community Health*. 1988; 11(3):42-52. [DOI:10.1097/00003727-198811000-00008]
- [31] Lubben J, Gironde M. Measuring social networks and assessing their benefits. *Social networks and social exclusion: Sociological and policy perspectives*. England, UK: Routledge; 2004. <https://www.taylorfrancis.com/chapters/mono/10.4324/9781315242897-11/measuring-social-networks-assessing-benefits-graham-allan-chris-phillipson>
- [32] Rahmani M, Ghasemi V, Hashemianfar A. [Investigation of the effect of social relations on high-risk behaviors of adolescents of Bojnourd city, Iran (Persian)]. *Journal of Applied Sociology*. 2016; 27(1):1-26. [DOI:10.22108/JAS.2016.20478]
- [33] 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]
- [34] Jowkar B, Salimi A. [Psychometric properties of the short form of the Social and Emotional Loneliness Scale for Adults (SELSA-S) (Persian)]. *International Journal of Behavioral Sciences*. 2012; 5(4):311-7. [http://www.behavsci.ir/article\\_67748.html](http://www.behavsci.ir/article_67748.html)
- [35] Carozzi NE, Kratz AL, Downing NR, Goodnight S, Miner JA, Migliore N, et al. Validity of the 12-item World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) in individuals with Huntington Disease (HD). *Quality of Life Research*. 2015; 24(8):1963-71. [DOI:10.1007/s11136-015-0930-x]
- [36] Abedzadeh-Kalahroudi M, Razi E, Sehat M. The relationship between socioeconomic status and trauma outcomes. *Journal of Public Health*. 2018; 40(4):e431-9. [DOI:10.1093/pubmed/fdy033]
- [37] Topp CW, Østergaard SD, Søndergaard S, Bech P. The WHO-5 well-being index: A systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2015; 84(3):167-76. [DOI:10.1159/000376585]
- [38] Dehshiri GR, Mousavi SF. [An investigation into psychometric properties of Persian version of World Health Organization five well-being index (Persian)]. *Journal of Clinical Psychology*. 2016; 8(2):67-75. [DOI:10.22075/JCP.2017.2237]
- [39] Pargament K, Feuille M, Burdzy D. The brief RCOPE: Current psychometric status of a short measure of religious coping. *Religions*. 2011; 2(1):51-76. [DOI:10.3390/rel2010051]
- [40] Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*. 2000; 56(4):519-43. [DOI:10.1002/(SICI)1097-4679(200004)56:4<519::AID-JCLP6>3.0.CO;2-1]
- [41] Rajabi M, Saremi AA, Bayazi MH. [The relationship between religious coping patterns, mental health and happiness (Persian)]. *Developmental Psychology: Iranian Psychologists*. 2012; 8(32):363-71. [http://jip.azad.ac.ir/article\\_512246.html](http://jip.azad.ac.ir/article_512246.html)
- [42] Ibrahim R, Abolfathi Momtaz Y, Hamid TA. Social isolation in older Malaysians: Prevalence and risk factors. *Psychogeriatrics*. 2013; 13(2):71-9. [DOI:10.1111/psyg.12000]
- [43] Johnson JE, Waldo M, Johnson RG. Research considerations: Stress and perceived health status in the rural elderly. *Journal of Gerontological Nursing*. 1993; 19(10):24-9. [DOI:10.3928/0098-9134-19931001-07]
- [44] Yahaya N, Abdullah SS, Momtaz YA, Hamid TA. Quality of life of older Malaysians living alone. *Educational Gerontology*. 2010; 36(10-11):893-906. [DOI:10.1080/03601271003609009]
- [45] Seyfzadeh A, Haghighatian M, Mohajerani AA. [The relationship between social isolation and health among the Tehranian elderly (Persian)]. *Journal of Education and Community Health*. 2017; 4(3):19-25. [DOI:10.21859/jech.4.3.19]
- [46] Savikko N. Loneliness of older people and elements of an intervention for its alleviation [MSc. thesis]. Turku: University of Turku; 2008. <https://www.utupub.fi/handle/10024/38910>
- [47] Seyfzadeh A, Haghghatian M, Mohajerani AA. [Economic, social and demographic characteristics and social isolation in senile people (Case study: Tehran city) (Persian)]. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2019; 9:23. <http://jdisabilstud.org/article-1-994-en.html>
- [48] Kapadia F, Levy M, Griffin-Tomas M, Greene RE, Halkitis SN, Urbina A, et al. Perceived social support and mental health states in a clinic-based sample of older HIV positive adults. *Journal of HIV/AIDS & Social Services*. 2016; 15(4):417-27. [DOI:10.1080/15381501.2016.1212295]
- [49] Gong G, Mao J. Health-related quality of life among Chinese patients with rheumatoid arthritis: The predictive roles of fatigue, functional disability, self-efficacy, and social support. *Nursing Research*. 2016; 65(1):55-67. [DOI:10.1097/NNR.0000000000000137]
- [50] Farhadi A, Barazandeh Choqaiee S, Mokhtarpour H, Karami Kh, Daraeezadeh A. [Role of social support, spiritual well-being and self-efficacy in predicting the subjective well-being of the elderly (Persian)]. *Aging Psychology*. 2015; 1(2):35-48. [https://jap.razi.ac.ir/article\\_335.html](https://jap.razi.ac.ir/article_335.html)
- [51] Mirdrikvand F, Panahi H, Hoseyni Ramaghani NS. [Loneliness of the elderly: The role of communication skills, social support and functional disability (Persian)]. *Aging Psychology*. 2017; 2(2):103-13. [https://jap.razi.ac.ir/article\\_582.html](https://jap.razi.ac.ir/article_582.html)
- [52] Noei H, Sahaf R, Akbari Kamrani AA, Abolfathi Momtaz Y, Pourhadi S, Shati M. [The relationship between gender and disability in the elderly people in Tehran Municipality Pension Organization (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2017; 12(1):6-17. [DOI:10.21859/sija-12016]
- [53] Heravi Karimloo M, Anoosheh M, Foroughan M, Sheykhi MT, Hajizade E, Seyed Bagher Maddah MS, et al. [Loneliness from the perspectives of elderly people: A phenomenological study (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2008; 2(4):410-20. <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-53-en.html>
- [54] Mikaeili N, Rajabi S, Abbasi M. [A comparison of loneliness, mental health and self-efficacy of the elderly (Persian)]. *Journal of Social Psychology (New Findings in Psychology)*. 2012; 7(22):73-81. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?ID=191481>
- [55] Jakobsson U, Hallberg IR. Loneliness, fear, and quality of life among elderly in Sweden: A gender perspective. *Aging Clinical and Experimental Research*. 2005; 17(6):494-501. [DOI:10.1007/BF03327417]
- [56] Hemmati Alamdarlou Gh, Dehshiri GR, Shojaie S, Hakimi Rad E. [Health and loneliness status of the elderly living in nursing homes versus those living with their families (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2008; 3(2):557-64. <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-90-en.html>



- [57] Murphy E. The prognosis of depression in old age. *The British Journal of Psychiatry*. 1983; 142(2):111-9. [DOI:10.1192/bjp.142.2.111]
- [58] Brettell CB, Hollifield JF. *Migration theory: Talking across disciplines*. New York, London, Routledge: Taylor & Francis Group; 2000. <https://books.google.com/books?id=7zpB10HrcGMC&dq>
- [59] Hemati R, Rahimi Aliabad A. [Studying the relationship between social support and mental health (Case study: Women in Khalkhal city) (Persian)]. *Journal of Specialized Social Science*. 2014; 11(42):106-19. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?ID=253814>