

یافته های نو در روان شناسی

سال هفتم، شماره ۲۲، بهار ۱۳۹۱

صفحات مقاله: ۸۱-۷۳

تاریخ وصول: ۱۳۹۰/۱۰/۱۲ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۴/۱۲

مقایسه احساس تنهایی، سلامت روانی و خودکارآمدی در سالمندان

نیلوفر میکاییلی*

سعید رجبی**

مسلم عباسی***

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه احساس تنهایی، سلامت روانی و خودکارآمدی سالمندان ساکن خانواده با سالمندان سرای سالمندان شهر اردبیل بود. روش پژوهش انتخاب شده در این تحقیق از نوع مقطعی - مقایسه ای بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان و مردان سالمند ساکن سرای سالمندان و کلیه زنان و مردان سالمند ساکن در خانواده های شهر اردبیل در سال ۱۳۸۹ تشکیل می دادند. نمونه این پژوهش ۱۵۰ نفر (۷۵ سالمند ساکن خانه سالمندان و ۷۵ سالمند ساکن در خانواده) بود که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع آوری داده های پژوهش از پرسشنامه احساس تنهایی دهشیری و همکاران، پرسشنامه سلامت روان گلدبرگ و هیلر و پرسشنامه خود کارآمدی شرر و آدامز استفاده شده است. داده های پژوهش به وسیله تجزیه و تحلیل واریانس چند متغیری مورد بررسی قرار گرفت. یافته های پژوهش نشان داد که بین سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان ساکن در خانواده ها از نظر احساس تنهایی، سلامت روانی و خودکارآمدی تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0/01$). نتایج پژوهش نشان داد که زندگی با سایر اعضای خانواده بر سلامت جسمانی و روانی سالمندان تاثیر مثبت دارد. بنابراین با توجه به موقعیت روانی- فرهنگی سالمندان در ایران، بهترین مکان برای برآورده شدن نیازهای روانشناختی آنان خانواده است.

واژه های کلیدی: سالمندان، احساس تنهایی، سلامت عمومی، خودکارآمدی.

* دانشگاه محقق اردبیلی، استادیار گروه روانشناسی، اردبیل، ایران. nmikaeili@yahoo.com

** دانشگاه محقق اردبیلی، دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی، اردبیل، ایران.

*** دانشگاه محقق اردبیلی، دانشجوی دکتری روانشناسی، اردبیل، ایران.

مقدمه

پیر شدن یک تجربه شخصی و اجتماعی است و این امر می تواند برای عده ای خوشحال کننده و برای عده ای دیگر غم انگیز و کسالت بار باشد، اما باید خاطر نشان کرد که هر یک از این احساس ها بصورت ریشه ای بوسیله فرهنگ و جامعه ای که فرد در آن زندگی می کند شکل می گیرد (وزیرنیا، ۱۳۷۸).

بر طبق ارزیابی های اتحادیه اروپا نسبت جمعیت بالای ۶۰ سال اروپا از ۲۲ درصد در سال ۲۰۰۰ به ۳۰ درصد در سال ۲۰۲۵ و ۳۴ درصد در سال ۲۰۵۰ خواهد رسید (ریدل و هلر، ۲۰۰۶). با توجه به افزایش شاخص امید به زندگی در ایران طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی که امروزه در مردان ایرانی ۶۷ سال و در زنان ایرانی ۷۱ سال می باشد، می توان حدس زد که آمار سالمندان ایرانی نیز رو به افزایش است و ما در آینده در برابر مسائل جدی درباره سالمندان و حل مشکلات آنها قرار خواهیم گرفت. بنابراین سالمندی و شرایط ویژه افراد سالمند و تامین بهداشت روانی و جسمانی آنها از جمله مسائلی است که توجه ویژه ای را می طلبد (اصولی، ۱۳۸۶).

احساس تنهایی^۱ را می توان نارسایی و ضعف محسوس در روابط بین فردی دانست که به تجربه نارضایتی از روابط اجتماعی منجر می شود (پونزتی و هوپ مهیر^۲، ۱۹۹۹). اشروپاکت^۳ (۲۰۰۳) تنهایی را آگاهی شناختی فرد از ضعف در روابط فردی و اجتماعی خود توصیف می کنند که به احساس غمگینی، پوچی یا تأسف و حسرت منتهی می شوند. در واقع احساس تنهایی، عدم توانایی در برقراری و حفظ روابط رضایت بخش با دیگران می باشد که احتمالاً باعث تجربه حس محرومیت می گردد (هنریچ و گلون^۴، ۲۰۰۶). این احساس در روانشناسی سابقه ای کوتاه دارد اما در فلسفه، ادبیات و مذهب آثار بسیاری را می توان یافت که به آن پرداخته اند (هانکوک^۵، ۱۹۶۸، به نقل از کرواس-پارلو^۶، ۲۰۰۸). بر اساس تحقیقات متعدد سالمندانی که تنها زندگی می کنند در مقایسه با سالمندانی که با اعضای خانواده خود زندگی می کنند نسبت ابتلا به بیماری های جسمانی و روانی مستعد تر هستند (هان^۷، ۲۰۰۱؛ کیم^۸، ۲۰۰۲؛ وانگ^۹، ۲۰۰۳). از جمله مسائلی که افراد سالمند را نسبت به ابتلا به بیماری های روانی و جسمانی مستعد تر می سازد، احساس تنهایی می باشد (فیس و دیکسترا^{۱۰}، ۱۹۹۹). احساس تنهایی افراد درگیر با احساس خلاء، غمگینی و بی تعلقی مواجه می کند و به شیوه های مختلف بر تعاملات اجتماعی با دیگران، نحوه زندگی و سلامت جسمانی و روانی تاثیر می گذارد (هنریچ و گلون، ۲۰۰۶).

1. Riedel & Heller
2. Loneliness status
3. Parkhurst & Hopmeyer
4. Asher & Paquette
5. Henrich & Gullone
6. Hancock
7. Krause-Parello
8. Han
9. Kim
10. Kwang
11. Fees & Dykstra

خودکارآمدی^۱ در سالمندان نیز از اهمیت ویژه ای برخوردار است، در واقع در تمام دوره های سنی بویژه در سالمندان به لحاظ شرایط سنی و تغییرات فیزیولوژیک و آسیب پذیری آنها، بحث وسیعی را در بین متخصصین ایجاد کرده است. خودکارآمدی ریشه در نظریه شناختی-اجتماعی بندورا^۲ دارد (زیممن^۳، ۲۰۰۰). در نظام بندورا (۱۹۹۷) منظور از خودکارآمدی، احساس های شایستگی و کفایت در کنار آمدن با زندگی است و در واقع عبارتست از یک عقیده محکم که ما بر اساس منابع اطلاعاتی مختلف توانایی هایمان را ارزیابی می کنیم. خودکارآمدی به این معنی است که فرد فکر کند قادر است پدیده ها و رویدادها را برای رسیدن به وضعیت مطلوب با رفتار و کردار مناسب خود سازمان دهد (ج این و داوسون^۴، ۲۰۰۹). ارتباط خودکارآمدی با سازش موفقیت آمیز با سرای سالمندان، کیفیت زندگی، فعالیتهای فیزیکی، فعالیتهای اساسی روزانه زندگی و انجام خود مراقبتی در سالمندان نشان داده شده است (هلستروم، لیندمکارک، والبرگ و فوگل-مییر^۵، ۲۰۰۳؛ چانگ، کروگان و وونگ^۶، ۲۰۰۷؛ بهپیندر و راخی^۷، ۲۰۰۹). پولسکا^۸ (۲۰۰۰) در پژوهشی نشان دادند سالمندانی که از حمایت های اجتماعی بیشتری برخوردارند و در منزل نگهداری می شوند نسبت به سالمندانی که در خانه سالمندان هستند و از حمایت های اجتماعی کمتری برخوردارند اعتماد به نفس بالاتری داشته، از سلامت روانی بالاتری برخوردارند و طول عمر بیشتری دارند. نتایج پژوهش وارنس^۹ (۲۰۰۰) نشان داد که خوب بودن، سلامتی و کیفیت زندگی افراد سالمند بستگی به شرایط جسمی، مالی و اجتماعی آنها دارد. نتایج پژوهش حسام زاده (۱۳۸۳) نشان داد که از نظر وضعیت جسمانی، رضایت از زندگی و عملکرد شناختی تفاوت معنی داری بین سالمندانی که در خانه نگهداری می شدند با سالمندان مقیم سراهای سالمندان وجود دارد. همچنین بین کیفیت زندگی در کل و وضعیت اجتماعی اختلاف معنی داری بین سالمندان مقیم خانه و سالمندان مقیم سراهای سالمندان وجود دارد. مطالعات ارتباط مثبت خودکارآمدی عمومی سالمندان مقیم سرای سالمندان با سازگاری موفق با سرای سالمندان و همچنین شرکت در فعالیتهای برنامه ریزی شده در سرای سالمندان را نشان داده اند (اندرسون و پوگارد^{۱۰}، ۲۰۰۸). رینولدز^{۱۱} (۲۰۰۸) در پژوهشی نشان داد که حوادث منفی که در تضاد با خوب بودن در سالمندان می باشند باعث احساس ناکارآمدی و عزت نفس پایین در آنها و عواملی که حمایت کننده هستند مثل منابع اقتصادی یا حمایت های خانوادگی، می توانند برای حفظ خوب بودن، پس از رخداد یک حادثه،

1. Self-Efficacy
2. Bandura
3. Zimmerman
4. Jain & Dowson
5. Hellstrom, Lindmark, Wahlberg & Fugl-Meyer
6. Chang, Crogan & Wung
7. Bhupinder & Rakhi
8. Pulska & etal
9. Warnes
10. Andresen & Puggaard
11. Reynolds

وارد عمل شوند. بهپیندر و راخی (۲۰۰۹) در پژوهشی نشان دادند که سالمندانی که تحت برنامه ارتقاء خود کارآمدی قرار گرفته بودند، عملکرد فیزیکی بهتر و رضایت بالایی از زندگی دارند. از سوی دیگر یافته های گوناگونی در مورد ارتباط بین خود کارآمدی با سلامت روانی سالمندان ساکن در منزل و خانه سالمندان گزارش شده است.

در مجموع با توجه به اهمیت نقش متغیرهای مورد مطالعه در سالمندان، افزایش روز افزون سالمندان، مدرن و پیچیده شدن زندگی امروزی و توجه کمتر فرزندان نسبت به سالمندان، پیشگیری از مشکلات سالمندان، استفاده از نتایج این پژوهش در زمینه آسیب شناسی این گروه از جامعه از ضرورت های مهم این مطالعه است. بنابراین هدف پژوهش حاضر مقایسه احساس تنهایی، سلامت روان و خود کارآمدی سالمندان ساکن در خانواده با سالمندان سرای سالمندان شهر اردبیل می باشد.

روش پژوهش

این پژوهش یک مطالعه مقایسه ای و از نوع مورد-شاهدی بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان و مردان سالمند ساکن سرای سالمندان و ساکن در خانواده های شهر اردبیل در سال ۱۳۸۹ بودند. نمونه پژوهش شامل ۱۵۰ سالمند بود که از این تعداد ۷۵ نفر ساکن سرای سالمندان و ۷۵ نفر ساکن خانواده ها بودند که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند.

جهت جمع آوری داده ها از ابزار زیر استفاده شد:

۱- مقیاس احساس تنهایی: این پرسشنامه در سال ۱۳۸۶ توسط دهشیری و همکاران ساخته شد و دارای ۲۸ سؤال است. شیوه پاسخگویی به آن به صورت درست و غلط می باشد. ضریب پایایی این پرسش نامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شده است. همچنین روایی همگرا و واگرایی مقیاس از طریق محاسبه همبستگی آن با نمرات مقیاس احساس تنهایی UCLA و مقیاس شادکامی آکسفورد به ترتیب ۰/۶۰ و ۰/۶۸ گزارش شده است. روایی سازه مقیاس نیز از طریق تحلیل عاملی تایید شده است (دهشیری و همکاران، ۱۳۸۷). قابل ذکر است که پایایی مقیاس در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به دست آمد.

۲- مقیاس سلامت روانی گلدبرگ و هیلر: این پرسشنامه ۲۸ ماده دارد که توسط گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) با روش تحلیل عاملی ساخته شده است. این پرسشنامه چهار مقیاس دارد. علائم جسمانی، اضطراب، افسردگی و اختلال در کنش اجتماعی را می سنجد و هر مقیاس هفت سؤال دارد. مطالعات انجام شده حاکی از روایی و پایایی بالای این پرسشنامه می باشد. گلدبرگ و ویلیامز (۱۹۸۹) در تحلیل ۴۳ بررسی، حساسیت آن را ۰/۸۴ و ویژگی آن را ۰/۸۲ گزارش نمودند. همچنین نتایج بررسی مقدماتی در گیلان توسط یعقوبی، نصر و شاه محمدی (۱۳۷۴) نشان داد که حساسیت این آزمون در بهترین نمره برش ۲۳ برابر با ۰/۸۶/۵ و ویژگی آن برابر با ۰/۸۲ می باشد. ضریب پایایی و باز آزمایی و آلفای کرونباخ در این مطالعه برابر با ۰/۸۸ بدست آمد. ضریب پایایی این پرسشنامه در تحقیق کلانتر و احمدی (۱۳۵۷)

1. Goldberg & Hiller

2. Charactris

در هر یک از خرده مقیاس ها با روش های آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب عبارتند از ۰/۸۸، ۰/۹۲، ۰/۸۸ و ۰/۹۱، ۰/۸۳ و ۰/۷۵، ۰/۶۹ و ۰/۸۸ و ۰/۸۹ (p < ۰/۰۰۱). همچنین روایی این پرسشنامه ۰/۶۷ الی ۰/۷۶ و پایایی تنصیف ۰/۸۳ و پایایی باز آزمایی ۰/۸۵ گزارش شده است (به نقل از ابوالقاسمی و نریمانی، ۱۳۸۳).

۳- پرسشنامه خود کارآمدی: این پرسشنامه یک پرسشنامه مداد کاغذی است که توسط شرر و آدامز (۱۹۸۳) تهیه شده است. این مقیاس ۱۷ آیتم دارد. آزمودنی به هر آیتم براساس یک مقیاس پنج درجه ای («کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم») پاسخ می دهد. ضرایب آلفای کرونباخ و پایایی باز آزمایی این مقیاس به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۶۷ گزارش شده است. همچنین بین خود کارآمدی و اضطراب همبستگی ۰/۶۱ بدست آمده است (به نقل از براتی بختیاری، ۱۳۷۵). شیوه نمره گذاری این پرسشنامه به این صورت خواهد بود که در هر کدام از سئوالات ۱، ۳، ۴، ۸، ۹، ۱۳، ۱۵ و ۱ تا ۵ نمره داده خواهد شد و بقیه برعکس نمره گذاری می شوند.

روش اجرا به این صورت بود که بعد از تهیه فهرست اسامی سالمندان و انتخاب آنها، ابتدا هدف تحقیق برای آنها بیان می شود و سپس آزمونهای پژوهش در اختیار آنها قرار داده شد و از آنها خواسته شد نظر خود را با دقت بیان کنند. اطلاعات به صورت فردی و در محل سکونت آنها جمع آوری شد. سرانجام داده های پژوهش با روش آزمون تحلیل واریانس چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته های پژوهش

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد مطالعه در سالمندان ساکن در سرای سالمندان و خانواده

متغیر	سالمندان ساکن در سرای سالمندان		سالمندان ساکن در خانواده	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
احساس تنهایی	۱۲۰/۵۹	۱۰/۲۷	۹۰/۰۰	۵/۸۶
سلامت روان	۲۷/۲۶	۴/۴۳	۱۶/۰۲	۳/۸۴
خود کارآمدی	۳۵/۴۵	۷/۹۸	۵۱/۹۳	۸/۵۲

همان طور که در جدول شماره ۱ مشاهده می شود میانگین (و انحراف معیار) سالمندان ساکن در سرای سالمندان در احساس تنهایی ۱۲۰/۵۹ (و ۱۰/۲۷)، سلامت روان ۲۷/۲۶ (و ۴/۴۳) و خود کارآمدی ۳۵/۴۵ (و ۷/۹۸) می باشد. همچنین میانگین (و انحراف معیار) سالمندان ساکن در خانواده در احساس تنهایی ۹۰/۰۰ (و ۵/۸۶)، سلامت روان ۱۶/۰۲ (و ۳/۸۴) و خود کارآمدی ۵۱/۹۳ (و ۸/۵۲) می باشد. به عبارت دیگر میانگین سالمندانی که در سرای سالمندان زندگی می کنند در متغیر احساس تنهایی و سلامت روان بیشتر است و این بیانگر این است که این گروه از سالمندان بیشتر احساس تنهایی کرده و

از سلامت روانی کمتری برخوردارند. قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چند متغیری جهت رعایت فرض های آن، از آزمون های باکس و لون استفاده شد. بر اساس آزمون باکس که برای هیچ یک از متغیرها معنی دار نبوده است، شرط همگنی ماتریس های واریانس/کواریانس به درستی رعایت شده است ($p=0/71$)، $(BOX=7/29, F=0/59)$. بر اساس آزمون لوین و عدم معنی داری آن برای همه متغیرها، شرط برابری واریانس های بین گروهی رعایت شده است.

جدول ۲. نتایج حاصل از تحلیل مانوا بر روی نمرات متغیرهای احساس تنهایی، سلامت روان و خودکارآمدی در دو گروه سالمندان سرای سالمندان و سالمندانی ساکن در خانه

متغیر	آزمون	ارزش	F	سطح معناداری
گروه	پیلای-بارتلت	۰/۱۱۲	۱/۲۲	۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکز	۰/۱۴۵	۳/۷۴	۰/۰۰۱
	هتلینگ لالی بزرگترین ریشه روی	۱/۱۴۹	۴/۵۳	۰/۰۰۱
		۱/۳۷۵	۴/۴۸	۰/۰۰۱

همانطور که در جدول شماره ۲ مشاهده می شود، نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان داد که اثر گروه بر ترکیب مؤلفه های احساس تنهایی، سلامت روان و خودکارآمدی معنی دار می باشد ($p < 0/001$)، $(F=0/145, F=3/74)$ = لامبدای ویلکز). نتایج نشان داد که حداقل بین یکی از متغیرهای مورد بررسی در بین دو گروه مورد بررسی تفاوت معنی داری وجود دارد.

جدول ۳. نتایج حاصل از تحلیل واریانس یک راهه بر روی نمره های احساس تنهایی، سلامت روان و خودکارآمدی در دو گروه سالمندان سرای سالمندان و سالمندانی ساکن در خانه

متغیر	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
احساس تنهایی	۳۴۹۶۰/۶۶	۱	۳۴۹۶۰/۶۶	۲۷۴/۲۲	۰/۰۰۱
سلامت روان	۴۷۳۷/۶۶	۱	۴۷۳۷/۶۶	۲۷۵/۳۳	۰/۰۰۱
خودکارآمدی	۱۰۱۸۴/۶۴	۱	۱۰۱۸۴/۶۴	۱۴۹/۲۸	۰/۰۰۱

نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که از لحاظ احساس تنهایی ($F=274/22$)، سلامت روان ($F=275/33$) و خودکارآمدی ($F=149/28$) بین دو گروه سالمندان تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0/001$). به عبارت دیگر سالمندان ساکن در سرای سالمندان نسبت سالمندان ساکن در خانواده بیشتر احساس تنهایی کرده و از سلامت روانی و خودکارآمدی پایین تری برخوردارند.

بحث و نتیجه گیری

بر اساس یافته های پژوهش حاضر این فرضیه که «بین سالمندان ساکن در سرای سالمندان و خانواده از نظر احساس تنهایی تفاوت معنی داری وجود دارد» مورد تایید قرار گرفت. نتایج به دست آمده از

پژوهش حاضر ضمن تأیید تحقیقات دیگر (پیلو، ۱۹۸۲؛ فیس و دیکسترا، ۱۹۹۹؛ هان، ۲۰۰۱؛ کیم، ۲۰۰۲؛ وانگ، ۲۰۰۳ و هنریچ و گلون، ۲۰۰۶) منطبق است و حاکی از آن است بین سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان ساکن خانواده ها از لحاظ احساس تنهایی تفاوت معنی داری وجود دارد. به این صورت که نمرات احساس تنهایی سالمندان ساکن خانه سالمندان به طور معنی داری بیشتر از سالمندان ساکن خانواده ها است. بالا بودن احساس تنهایی سالمندان ساکن خانه سالمندان می تواند ناشی از انزوای اجتماعی آنان باشد. ناتوانی در دستیابی به حمایت‌های عاطفی و اجتماعی بیرونی که اضطراب گسترده‌ای را به همراه دارد، به تدریج سبب می شود که فرد نسبت به قابلیت های خود برای ایجاد روابط اجتماعی مورد نیازش دچار تردید شود، اطمینان لازم برای درگیر شدن در موقعیتها اجتماعی را از دست بدهد و قادر به تأمین نیازهای اجتماعی اش نباشد که نتیجه چنین وضعیتی فرورفتن بیشتر در احساس های عمیق و ناخوشایند تنهایی است. آنها در اثر سکونت در خانه سالمندان روابط مفید و مؤثر خود با دوستان و نزدیکان خود را از دست می دهند و در اثر کم شدن رابطه، حمایت های مادی و روانی نیز کاهش می یابد که این مساله در بالا بودن احساس تنهایی سالمندان در این مراکز بی تاثیر نیست. علاوه بر این افراد در این مراکز توانایی تسلط بر زندگی را از دست داده و نمی توانند تصمیم گیری نموده و دست به انتخاب بزنند، در این شرایط آنها خود را ناتوان، منفعل و کاملاً وابسته ارزیابی نموده و به پوچی رسیده و دچار احساس تنهایی می گردند.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که بین سالمندان ساکن در سرای سالمندان و خانواده از نظر سلامت روانی و خود کار آمدی تفاوت معنی داری وجود دارد. نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر ضمن تأیید تحقیقات دیگر (حسام زاده، ۱۳۸۳؛ پولسکا، ۲۰۰۰؛ وارنس، ۲۰۰۰؛ رینولدز و همکاران، ۲۰۰۸) منطبق است و حاکی از آن است که بین سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان ساکن خانواده ها از لحاظ سلامت روانی و خود کار آمدی تفاوت معنی داری وجود دارد. به این صورت که سلامت عمومی سالمندان ساکن خانه سالمندان به طور معنی داری کمتر از سالمندان ساکن خانواده ها بود. این یافته ها را می توان اینگونه تبیین کرد که بالا بودن سلامت روانی سالمندان ساکن خانواده ها ممکن است ناشی از حمایت خانواده از سالمندان باشد که این حمایت ها آنها را قادر می سازد که با کاهش کارکردهای جسمانی و روانی شان بهتر کنار آیند. همچنین محیط زندگی سالمندانی که در خانواده ها زندگی می کنند، برقراری تعامل و ارتباطات اجتماعی لازم را تسهیل می کند و بدین طریق به افراد کمک می کند تا سلامت روانی خود را حفظ کنند.

از نگرانی های اصلی سالمندان از دست دادن استقلال و وابسته شدن به دیگران است، به نحوی که سالمندان همواره از وابسته شدن به دیگران احساس تنفر و انزجار می نمایند، که اخیراً در سالمندانی که در سرای سالمندان سکونت دارند این نگرانی بیشتر است. تجارب فراوانی که سالمندان در دوران های مختلف زندگی خود کسب نموده اند باعث می گردد که از آنان انتظارات متفاوتی نسبت به سایر افراد وجود داشته باشد. احساس مفید بودن در خانواده و اجتماع برای سالمندان مهم می باشد. سالمندی که احساس مفید بودن دارد با اشتغال و فعالیت های خانگی و اجتماعی که تأمین کننده نیازها و انتظارات اوست علاوه بر ایجاد سرگرمی و اشتغال در دوران سالمندی نان آور خانه بودن خود را حفظ می نمایند.

این نه تنها به ایجاد حس استقلال و توانمندی سالمند کمک می کند بلکه با تامین انتظارات خود و خانواده حفظ شان و احترام سالمند را در خانواده در پی خواهد داشت و در نهایت سلامت روانی آنها حفظ می شود. همچنین ترس از سربار بودن سالمند برای خانواده و جامعه باعث به مخاطره افتادن احترام و شان سالمندان می گردد. 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 نماید که هنوز توانایی برآورد کردن انتظارات خود و خانواده اش را دارد. این امر کمک می نماید تا سالمند احساس باطلی نکند و خود را به عنوان یک سالمند توانمند که توانایی برآورده کردن انتظارات خود و خانواده اش را دارد بشناسد.

عدم کنترل جنسیت، داروهای مصرفی توسط افراد سالمند و مدت زمان حضور این گروه در سرای سالمندان، پایین بودن حجم نمونه و روش نمونه گیری از نکاتی است که می بایست در تعمیم پذیری نتایج به آن توجه کرد. پیشنهاد می شود که تحقیقات آینده، بر روی سالمندان هر دو جنس با کنترل کردن متغیرهای ذکر شده صورت گیرد.

منابع

- ابوالقاسمی، عباس و نریمانی، محمد (۱۳۸۳). آزمونهای روانشناختی. اردبیل: باغ رضوان.
 اصولی، پریسا (۱۳۸۶). سالمندان ایرانی به روایت آمار. سلامت، شماره ۳۹، ۱۳.
 حسام زاده، م. (۱۳۸۳). مقایسه کیفیت زندگی، سلامت روانی و عزت نفس در سالمندان مقیم خانواده با سالمندان مقیم سرای سالمندان شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران.
 دهشیری، غلامرضا، برجعلی، محمود، شیخی، منصوره و حبیبی، مجتبی (۱۳۸۷). ساخت و اعتباریابی مقیاس احساس تنهایی در بین دانشجویان. مجله روانشناسی، ۴۷، ۲۹۶.
 وزیر نیا، طیبه (۱۳۷۸). خانواده و سالمند. مجله علمی و پژوهشی دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۱۴، (۱)، ۱۴.

- Andresen, M., & Puggaard, L. (2008). Autonomy among physically frail older people in nursing home settings: A study protocol for an intervention study. *BMC Geriatr*, 8, 32.
 Asher, S.R., & Paquette, J.A. (2003). Loneliness and peer relation in childhood. *Current Directions in Psychological Science*, 12(3), 75-78.
 Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: H.W. Freeman and Company.
 Bhupinder, S., & Rakhi, U. (2009). Self-efficacy and well-being of adolescents. *JIAAP*, 35(2), 227-232.
 Chang, S.H., Crogan, N.L., & Wung, S.F. (2007). The Self-Care Self-Efficacy Enhancement Program for Chinese nursing home elders. *Geriatr Nurs*, 28(1), 31-6.
 Dykstra, P. A. J. (1999). Differential indicators of lone kiness among elderly: The importance of type of partner relationship, partner history, health, socio-economic status and social relation.

- Tijdschr Gerontol Geriatr, 30, 212-225.
- Fees, B.S. (1999). A model of loneliness in older adults. *Journal of Gerontol: Psychology Science*, 54:231-239.
- Han, G.H., & Yoon, S.D. (2001). Living arrangements and psychological well-being of the rural elderly in Korea. *Journal of the Korea Gerontological Society*, 24, 57-78.
- Hellstrom, K., Lindmark, B., Wahlberg, B., & Fugl-Meyer, A.R. (2003). Self-efficacy in relation to impairments and activities of daily living disability in elderly patients with stroke: A prospective investigation. *J Rehabil Med*, 35(5), 202-7.
- Henrich, L.M., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*, 26, 695-718.
- Jain, S., & Dowson, M. (2009). Mathematics anxiety as a function of multidimensional self-regulation and self-efficacy. *Contemporary Educational Psychology*, 34, 240-249.
- Kim, J.S. (2002). A study on the health status and health promoting behaviors of older adults in a rural area. *Journal of Korea Community Health Nursing Academic Society*. 12, 187-201.
- Krause-Parello, C.A. (2008). Loneliness in the school setting. *Journal of School Nursing*, 24 (2), 66-70.
- Kwang, Y.S., Gu, M.O., & Un, Y.(2003). A study on the health statue and the needs of health-related services of female elderly in an urban –rural combind city korea. *Journal of Community Health Nursing Academic society*. 17, 47,57.
- Parkhurst, J.T., & Hopmeyer, A. (1999). Developmental change in the source of loneliness in childhood: Constructing a theoretical model. In: K. J. Rotenberg & S. Hymel (Eds.), *Loneliness in childhood and adolescence* (pp.56-76). New York: Cambridge University Press.
- Pulska, L.A. (2000). Perceived dimensions of attribution for loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 929-936.
- Reynolds, C.F., Dew, M.A., Pollock, B.G., Mulsant, B.H., Frank, E., Miller, M.D., et al. (2008). Maintenance treatment of major depression in old age. *N Engl J Med*, 11, 1130-1138.
- Riedel-Heller, S.G., Busse, A., & Angermeyer, M.C. (2006). The state of mental health in old-age across the old European union-a systematic review. *Acta Psychiatr Scand*, 113, 388-401.
- Schere, R.F., Adams, J.S., Carley, S.S., & Wiebe, F.A. (1983). Role model performance effects on development of entrepreneurial career preferenc. *Journal of Entrepreneurship Theory and Practice*, 13 (3). 53-71.
- Warnes, D. (2000). A review of loneliness with particular reference to old age. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 9 (5), 345-355.
- Zimmerman, B.J. (2000). Self-efficacy: An essential motive to learn. *Contemp Educ Psychol*, 25(1), 82 -91.