

## مقایسه احساس تنهایی و سلامت عمومی در سالمندان ساکن خانواده و سرای سالمندان مناطق شمال شهر تهران

۱- قربان همتی علمدارلو ۲- غلامرضا دهشیری ۳- ستاره شجاعی ۴- الهام حکیمی راد ۵- نویسنده: قربان همتی علمدارلو

### چکیده

مقدمه: با توجه به رشد سریع جمعیت سالمندان در قرن ۲۱ به ویژه در کشور های در حال توسعه، توجه به برآورده کردن نیاز های جسمانی و روانی سالمندان ضروری است.

هدف: پژوهش حاضر به منظور مقایسه احساس تنهایی و سلامت عمومی در سالمندان ساکن خانواده و سرای سالمندان مناطق شمال شهر تهران انجام شده است.

روش مطالعه: مطالعه از نوع مقطعی-مقایسه ای بوده است. نمونه های پژوهش ۱۸۰ نفر (۹۶ سالمند مرد و ۸۴ سالمند زن؛ ۱۰۳ سالمند ساکن خانه سالمندان و ۷۷ سالمند ساکن در خانواده) با میانگین سنی ۷۳ سال و انحراف استاندارد ۸ بود که به شیوه در دسترس انتخاب شدند. پرسش نامه های سلامت عمومی و احساس تنهایی در مورد آنها به اجرا درآمد و داده ها با استفاده از تحلیل واریانس دو عاملی مورد تحلیل قرار گرفت. یافته ها: یافته های پژوهش نشان داد که بین سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان ساکن خانواده ها از لحاظ سلامت عمومی تفاوت معنی داری وجود دارد.  $(F(1,176)=19.53, P=0.0001)$  به این صورت که سلامت عمومی سالمندان ساکن خانه سالمندان به طور معنی داری کمتر از سالمندان ساکن خانواده ها بود. همچنین یافته های پژوهش نشان داد که بین سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان ساکن خانواده ها از لحاظ احساس تنهایی تفاوت معنی داری وجود دارد.  $(F(1,176)=15.84, P=0.0001)$  به این صورت که نمرات احساس تنهایی سالمندان ساکن خانه سالمندان به طور معنی داری بیشتر از سالمندان ساکن خانواده ها بود. علاوه بر این یافته های تحقیق نشان داد که بین احساس تنهایی مردان و زنان تفاوت معنی داری وجود دارد.  $(F(1,176)=15.84, P=0.0001)$  بدین صورت که احساس تنهایی مردان به طور معنی داری بیشتر از زنان بود.

بحث و نتیجه: نتایج پژوهش نشان داد که زندگی با سایر اعضای خانواده بر سلامت جسمانی و روانی سالمندان تأثیر مثبت دارد. بنابراین با توجه به موقعیت روانی- فرهنگی سالمندان در ایران، بهترین مکان برای برآورده شدن نیاز های روانشناختی آنان خانواده است.  
واژه های کلیدی: سالمندان، خانه سالمندان، احساس تنهایی، سلامت عمومی.

### Health and loneliness Status of the Elderly Living in Nursing Homes Versus Those Living with Their Families

Ghorban Hemati Alamdarlo, Ph.D student in university of Tehran  
Gholam Reza Dehshiri, Ph.D student in university of Allameh Tabatabaee  
Setareh Shojaei, Ph.D student in university of Tehran  
Elham Hakimirad, Ph.D student in university of Tehran

#### Abstract

Objective: As attention of the elderly is progressing rapidly in developing countries in recent years, special attention to their mental and physical needs are necessary

The aim of this study was to comparing general health and loneliness between two groups of the elderly, one who live with their families versus those who live in nursing homes in north part of Tehran, Iran

Methods & Materials: This is a cross-comparative research. Sample consisted one hundred eighty elderly, age 65 and over (96 male, 84 female, 103 living in nursing homes and 77 living with their families) with average of 73 years old and standard deviation 8 were selected. The sample was drawn by means of available method. General Health Question (GHQ) and loneliness questionnaires were administered. Data were analyzed by means of two way analysis of variance

Results: Findings showed that there were significant difference between general health of two groups.  $(F(1,176)=19.53, P=0.0001)$  (General health of the elderly living in nursing homes was significantly lower than the elderly living with their families. In addition, results showed that there were significant difference between loneliness of two groups.  $(F(1,176)=15.84, P=0.0001)$  Loneliness of the elderly living in nursing homes were significantly more than the elderly living with their families. Moreover results showed that there was a significant difference between males and females in loneliness  $(F(1,176)=15.84, P=0.0001)$ , also analysis showed that the male elderly had lonely feelings more than the female elderly

Conclusion: Results of this study showed that living with member's family has positive effect on physical and mental health of the elderly

With respect to psycho-cultural situation of the elderly in Tehran, Iran, living with their family, may be considered as a better place in obtaining a better health and psychological values  
Keywords: elderly, nursing home, loneliness, general health

- ۱- قربان همتی علمدارلو، دانشجوی دکتری روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه تهران
- ۲- غلامرضا دهشیری، دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه علامه طباطبائی
- ۳- ستاره شجاعی، دانشجوی دکتری روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه تهران
- ۴- الهام حکیمی راد، دانشجوی دکتری روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی

نویسنده: قربان همتی علمدارلو، hemati@ut.ac.ir  
تلفن همراه: ۰۹۱۲۶۲۳۴۰۹۶

کودکان زیر پنج سال برابری می کند و پیش بینی می شود که در سال ۲۰۵۰، جمعیت سالمندان چند برابر

مقدمه  
امروزه جمعیت بالای ۶۰ سال جهان، تقریباً با جمعیت

ارتباطات یا صلاحیت اجتماعی درک شده، بیشتر تحت تأثیر قرار می‌گیرد (Asher S R & Paquette J A، ۲۰۰۳؛ Cutrona C E، Jones W H، ۱۹۸۲؛ Wheeler L، ۱۹۸۳). از جمله مهمترین مسائلی که در تأمین نیازهای جسمانی و روانی سالمندان تأثیر به‌سزایی دارد، چگونگی مراقبت از آنهاست. براساس تحقیقات متعدد سالمندانی که تنها زندگی می‌کنند در مقایسه با سالمندانی که با اعضای خانواده خود زندگی می‌کنند نسبت به ابتلا به بیماری‌های جسمانی و روانی مستعدتر هستند (Han GH، ۲۰۰۱؛ Kim JS، ۲۰۰۲؛ Kwang YS، ۲۰۰۳؛ Sun WD، ۲۰۰۱). از جمله مسائلی که افراد سالمند را نسبت به ابتلا به بیماری‌های روانی و جسمانی مستعدتر می‌سازد، احساس تنهایی می‌باشد (Dykstra PA، ۱۹۹۹؛ Fees BS، ۱۹۹۹).

احساس تنهایی افراد درگیر را با احساس خلاء، غمگینی و بی‌تعلقی مواجه می‌کند و به شیوه‌های مختلف بر تعاملات اجتماعی با دیگران، نحوه زندگی و سلامت جسمانی و روانی تأثیر می‌گذارد (Henrich L M & Gullone E، ۲۰۰۶). Peplau L A (۲۰۰۷) احساس تنهایی را احساس ناخوشایندی می‌داند که در نتیجه کاستی در شبکه روابط اجتماعی فرد به صورت کمی و کیفی و عدم دسترسی به روابط نزدیک و مطلوب با دیگران به وجود می‌آید.

شیوع احساس تنهایی در بین سالمندان از ۲ تا ۱۰ درصد گزارش شده است (Routasalo PE، ۲۰۰۶). تحقیقات نشان داده‌اند که احساس تنهایی به طور قابل ملاحظه‌ای با افسردگی، وضعیت سلامت عمومی ضعیف و نقایص کارکردی رابطه دارد (Andersson L، ۱۹۹۸؛ Mullins IC، ۱۹۹۰؛ Prince MJ، ۱۹۹۷). به طور کلی احساس تنهایی با مشکلات روانی - اجتماعی (نظیر عزت نفس پایین، شایستگی پایین، تعاملات اجتماعی ضعیف)، سلامت روانی (نظیر اضطراب، افسردگی، رفتارهای خودکشی) و سلامت جسمانی (نظیر عملکرد ایمنی و مشکلات خواب) مرتبط است (Henrich L، ۲۰۰۶؛ M & Gullone E). یافته‌های پژوهشی مؤید آن است که احساس تنهایی یک عامل سبب شناختی در سلامت و بهزیستی جمعیت‌های گوناگون می‌باشد و پیامدهای آنی و درازمدت جدی در بهداشت روانی دارد (Henrich L M & Gullone E، ۲۰۰۶).

اضطراب و افسردگی از جمله مشکلاتی هستند که معمولاً تصور می‌شود از احساس تنهایی ممتد منتج می‌شوند. Peplau L A (۱۹۸۲) نیز نشان داده است که افراد دارای احساس تنهایی از سبک اسنادی سرزنش خود استفاده می‌کنند که این امر آنها را به دامنه‌ای از احساسات منفی از جمله افسردگی آسیب پذیر می‌کند. رابطه احساس تنهایی با سلامت عمومی پیچیده است. Slivinske L (۱۹۹۶) به این نتیجه رسید که در سالمندان، ناتوانی در حفظ عادی سبک زندگی به خاطر ضعف سلامت جسمانی منجر به افزایش احساس تنهایی و انزوا می‌گردد. البته ممکن است

جمعیت کودکان زیر ۵ سال شود و در ۵۰ سال آینده جمعیت سالمندان به دو میلیارد نفر در جهان خواهد رسید (اصولی، ۱۳۸۶). بر طبق ارزیابی‌های 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 (Riedel-Heller SG، 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 می‌باشد، می‌توان 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 تأمین بهداشت روانی و جسمانی آنها از جمله مسائلی است که توجه ویژه‌ای را می‌طلبد (اصولی، ۱۳۸۶).

تمایل برای صمیمیت بین فردی باهرانسانی از زمان تولد تا مرگ وجود دارد و هیچ انسانی نیست که به خاطر از دست دادن آن مورد تهدید قرار نگیرد. انسان با نیاز به ارتباط و صمیمیت متولد می‌شود (Henrich L M & Gullone E، ۲۰۰۶). ماهیت انسان به طور طبیعی اجتماعی است. از نظر Baumeister RF & Leary MR (۱۹۹۵) نیاز به تعلق داشتن، در انسان یک انگیزه اساسی را شکل می‌دهد و باعث افکار، هیجانات و رفتارهای بین فردی می‌شود. این نیاز شامل یک تمایل فراگیر برای ایجاد و حفظ حداقل چند ارتباط بین فردی مثبت، پایدار و مهم است.

در حالی که تفاوت‌های فردی در شدت نیاز تعلق داشتن و چگونگی برآوردن آن وجود دارد، ارضاء این نیاز مستلزم تعاملات مثبت و زیاد با افراد دیگر در یک موقعیت بادوام است که منجر به شادکامی و سعادت طرفین می‌شود. بنابراین، افرادی که در برقراری و حفظ روابط رضایت‌بخش با دیگران ناتوان هستند در نتیجه در برآوردن نیاز تعلق داشتن مشکل دارند، احتمالاً حس محرومیتی را تجربه می‌کنند که خود را با «احساس تنهایی ۱» نشان می‌دهد (Henrich L M & Gullone E، ۲۰۰۶).

احساس تنهایی، حالت ناراحت‌کننده‌ای است که زمانی به وجود می‌آید که بین روابط بین فردی که فرد تمایل دارد آنها داشته باشد و روابطی که وی در حال حاضر دارد، فاصله وجود داشته باشد (Peplau LA، ۱۹۸۲). این تعریف بر خصوصیت عاطفی احساس تنهایی تأکید می‌کند. احساس تنهایی یک تجربه عاطفی ناراحت‌کننده است، اما بر عنصر شناختی نیز تأکید دارد. به این صورت که احساس تنهایی ناشی از این ادراک است که ارتباطات اجتماعی فرد، برخی از انتظارات او را برآورده نمی‌کند (Routasalo PE، ۲۰۰۶).

باید توجه داشت که احساس تنهایی، اگرچه از طریق خصوصیات عینی و کمی روابط اجتماعی (مثل فراوانی تعاملات یا تعداد دوستان) تحت تأثیر قرار می‌گیرد، اما از طریق ارزیابی‌های ذهنی و کیفی این روابط، مثل رضایت از

مرد، ۴۲ نفر زن) و ۷۷ نفر ساکن خانواده ها (۳۵ نفر مرد، ۴۲ نفر زن) بود. دامنه سنی آزمودنی ها بین ۶۰ تا ۸۹ با میانگین سنی ۷۳/۰۴ و انحراف استاندارد ۸/۷۰ بود. نمونه ها با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. روش نمونه گیری در گروه سالمندان ساکن خانواده ها بدین صورت بود که ابتدا شهر را به چهار منطقه تقسیم و سپس یک منطقه به طور تصادفی انتخاب شد که از سالمندان حاضر در اماکن عمومی، بازارها، پارک ها، مساجد و مغازه ها که با خانواده خود زندگی می کردند ۷۷ نفر (۳۵ نفر مرد و ۴۲ نفر زن) به صورت تصادفی انتخاب و از آنها آزمون به عمل آمد. برای نمونه گیری از سالمندان ساکن خانه سالمندان نیز از همان منطقه از بین مراکز موجود در آن منطقه ۱۱ مرکز سالمندان به شیوه تصادفی انتخاب و از بین افراد ساکن در آن مراکز ۱۰۳ نفر (۶ نفر مرد و ۴۲ نفر زن) به روش تصادفی انتخاب شدند.

برای سنجش احساس تنهایی از مقیاس احساس تنهایی<sup>۲</sup> استفاده شد. این پرسش نامه در سال ۱۳۸۶ توسط دهشیری و همکاران ساخته شد و دارای ۳۸ سؤال با مقیاس لیکرت پنج درجه ای از خیلی زیاد تا خیلی کم است. ضریب اعتبار 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 اعتبار مقیاس در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به دست آمد.

برای سنجش سلامت عمومی از مقیاس سنجش سلامت عمومی کلبِرگ<sup>۳</sup> (GHQ-۲۸) استفاده شد.

این پرسش نامه توسط کلبِرگ و هیلیر (۱۹۷۹) ساخته شده که دارای ۲۸ سؤال می باشد. چونگ و اسپرز (۱۹۹۴) اعتبار این پرسش نامه را ۰/۵۵ گزارش کرده اند. پاشا و همکاران (۱۳۸۶) اعتبار پرسش نامه را با استفاده از دو روش آلفای کرونباخ و تصنیف به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۸۹ گزارش کرده اند. در این پژوهش اعتبار پرسش نامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمد. همچنین روایی محتوایی مقیاس مورد تأیید پنج نفر از اساتید روان شناسی و مشاوره قرار گرفت.

برای تحلیل داده ها ابتدا به توصیف داده ها، میانگین و انحراف استاندارد گروه ها پرداخته شده و سپس برای آزمون فرضیه های تحقیق از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری دو عاملی استفاده شد.

#### یافته ها

در جدول ۱ شاخص های توصیفی متغیرهای سلامت روانی و احساس تنهایی به تفکیک محل سکونت و جنسیت ارائه شده است.

که احساس تنهایی نیز منجر به ناتوانی در حفظ عادی شیوه زندگی گردد. Russel D. (۱۹۹۷) گزارش کرد که احساس تنهایی با تسریع پسرقت وضعیت سلامتی افراد از طریق تاثیر بر روی سیستم ایمنی، بر سلامت جسمانی و روانی انسان ها تاثیر منفی دارد. برخی از محققان نشان داده اند که بین سلامت عمومی با احساس تنهایی و افسردگی رابطه منفی معنی داری وجود دارد. همچنین این محققان دریافتند که بین رضایت از زندگی با نگرش های خودکشی، احساس تنهایی و افسردگی نیز رابطه منفی معنی داری وجود دارد. علاوه بر این آنها دریافتند که بین رضایت از زندگی و سلامت عمومی رابطه مثبت معنی داری وجود دارد (Swami V، ۲۰۰۷). تحقیقات نشان می دهند که احساس تنهایی مقدمه افسردگی و فراموشی است (McInnis، ۲۰۰۰، Tilvis RS، Routasalo، GJ، ۲۰۰۱) و به ادامه حیات آسیب می رساند (Bondevik M.، Skogstad A و PE، ۲۰۰۶) (۱۹۹۶) دریافتند که احساس تنهایی در بین سالمندان ساکن خانه سالمندان بیشتر از سالمندانی است که با اعضای خانواده خود زندگی می کنند. Neville S و Alpass FM (۲۰۰۳) معتقدند که بین احساس تنهایی سالمندان و سلامت جسمانی و روانی آنان رابطه منفی وجود دارد. همچنین آنها در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که احساس تنهایی در بین سالمندان ساکن خانه سالمندان به طور معنی داری بیشتر از سالمندانی است که با اعضای خانواده خود زندگی می کنند. از آنجایی که بین احساس تنهایی سالمندان و کاهش ارتباط اجتماعی آنها بویژه با اعضای خانواده همبستگی مثبتی وجود دارد (McInnis، GJ، ۲۰۰۱) و بخاطر اینکه سالمندان ساکن خانه سالمندان نسبت به سالمندانی که با اعضای خانواده خود زندگی می کنند از ارتباط اجتماعی کمتری برخوردارند، این تحقیق به دنبال بررسی و مقایسه احساس تنهایی و سلامت عمومی در سالمندان ساکن سرای سالمندان و سالمندانی که با خانواده شان زندگی می کنند می کند می باشد.

#### هدف

هدف تحقیق مقایسه احساس تنهایی و سلامت عمومی در سالمندان ساکن خانواده و سرای سالمندان مناطق شمال شهر تهران می باشد.

#### روش بررسی

طرح این پژوهش از نوع مقطعی - مقایسه ای بود. بدین ترتیب که دو گروه از سالمندان (سالمندان ساکن خانواده و سرای سالمندان) از نظر متغیرهای احساس تنهایی و سلامت عمومی مورد مقایسه قرار گرفتند.

جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه زنان و مردان ساکن سرای سالمندان و کلیه زنان و مردان سالمند ساکن در خانواده های شهر تهران تشکیل می داد که در سال ۱۳۸۶ مورد بررسی قرار گرفتند. نمونه این پژوهش ۱۸۰ نفر بود که از این تعداد ۱۰۳ نفر ساکن سرای سالمندان (۶۱ نفر

جدول ۱- شاخص های توصیفی سلامت روانی و احساس تنهایی به تفکیک محل نگهداری و جنسیت

تعداد	احساس تنهایی		سلامت روانی		جنسیت	محل نگهداری
	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
61	19/31	131/02	11/95	18/41	مرد	ساکن سرای سالمندان
42	28/68	120/60	16/71	22/06	زن	
103	24	126/77	14/41	20/11	کل	
35	15/73	100/46	9/56	13/51	مرد	ساکن خانواده ها
42	18/44	85/31	12/26	10/30	زن	
77	18/76	92/19	10/97	12/06	کل	
96	23/29	119/87	11/13	16/04	مرد	کل
84	29/82	102/95	15/85	16/53	زن	
180	27/79	111/98	13/47	16/27	کل	

به منظور بررسی تأثیر محل سکونت و جنسیت سالمندان بر نمرات سلامت روانی و احساس تنهایی از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری دو عاملی استفاده شد. که نتایج آن در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

جدول ۲- نتایج آزمون MANOVA برای بررسی تأثیر محل سکونت و جنسیت بر متغیرهای سلامت روانی و احساس تنهایی

منابع تغییر	F	df <sub>1</sub>	df <sub>2</sub>	مقدار احتمال	مجذور اینتا
محل سکونت	52/49	2	175	0/0001	0/37
جنسیت	10/06	2	175	0/0001	0/10
تعامل محل سکونت و جنسیت	1/29	2	175	0/28	0/01

از بین شاخص های چند متغیری از شاخص لامبدای ویلکز استفاده شد. چنانچه از جدول مشاهده می شود اثر محل سکونت بر ترکیب خطی نمرات سلامت روانی و احساس تنهایی معنی دار است [P=۰/۰۰۱ و F(۲ و ۱۷۵)=۵۲/۴۹] بطوریکه ۳۷ درصد از واریانس دو متغیر وابسته بوسیله متغیر محل سکونت تبیین می شود. همچنین اثر جنسیت نیز معنی دار است [P=۰/۰۰۱ و F(۲ و ۱۷۵)=۱۰/۰۶]. متغیر جنسیت ۱۰ درصد واریانس دو متغیر وابسته را تبیین می کند. اثر تعامل محل سکونت و جنسیت معنی دار نیست. به منظور بررسی اینکه تأثیر محل سکونت و جنسیت سالمندان بر کدامیک از متغیرهای سلامت روانی معنی دار است از آزمون تحلیل واریانس تک متغیری دو عاملی استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

جدول ۳- نتایج آزمون تجزیه و تحلیل واریانس دو عاملی برای بررسی اثر محل سکونت و جنسیت به نمرات سلامت روانی و احساس تنهایی

جدول ۲- نتایج آزمون MANOVA برای بررسی تأثیر محل سکونت و جنسیت بر متغیرهای سلامت روانی و احساس تنهایی

متغیر	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجموع مجذورات	F	مقدار احتمال	ضریب ایتا
سلامت روانی	محل سکونت	3188/41	1	3188/41	19/53	0/0001	0/10
	جنسیت	40/36	1	40/36	0/25	0/62	0/001
	تعامل محل و جست	421/55	1	421/55	2/58	0/11	0/01
	خطا	28738	176	163/28	-	-	-
احساس تنهایی	محل سکونت	46828	1	46828/42	105/05	0/0001	0/37
	جنسیت	7061/29	1	7061/29	15/84	0/0001	0/08
	تعامل محل سکونت و جنسیت	241/29	1	241/29	0/54	0/46	0/003
	خطا	78452	176	445/75	-	-	-

چنانچه از جدول مشاهده می شود تأثیر محل سکونت بر سلامت روانی سالمندان معنی دار است [  $P=0/0001$  و  $F(1)=19/53$  ] و (۱)  $F$  و ۱۰ درصد از واریانس نمرات سلامت روانی را تبیین می کند. تأثیر محل سکونت بر سلامت روانی به این صورت است که میانگین نمرات اختلال روانی سالمندان که در خانه سالمندان نگهداری می شوند بطور معنی داری بیشتر از سالمندانی است که با خانواده خود زندگی می کنند.

اثر جنسیت و همچنین اثر تعامل محل سکونت و جنسیت بر نمرات سلامت روانی معنی دار نیست. در مورد متغیر احساس تنهایی اثر متغیر محل سکونت معنی دار است [  $P=0/0001$  و  $F(1)=105/05$  ] و ۳۷ درصد از واریانس نمرات احساس تنهایی را تبیین می کند. میانگین نمرات احساس تنهایی سالمندان که درسرای سالمندان زندگی می کنند بطور معنی داری بیشتر از سالمندانی است که با خانواده خود زندگی می کنند. همچنین اثر جنسیت بر نمرات احساس تنهایی معنی دار است. [  $P=0/0001$  و  $F(1)=15/84$  ] و ۸ درصد از واریانس نمرات احساس تنهایی را تبیین می کند. میانگین نمرات احساس تنهایی مردان سالمند به طور معنی داری بیشتر از زنان سالمند است.

اثر تعامل محل سکونت و جنسیت بر نمرات احساس تنهایی معنی دار نیست.

بحث و نتیجه گیری

براساس یافته های حاصل از این پژوهش بین سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان ساکن در 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. همچنین طبق یافته های پژوهش اثر جنسیت بر نمره کل احساس تنهایی معنی دار بود، به این صورت که میانگین نمرات احساس تنهایی مردان بیشتر از زنان بود. این یافته با یافته های (Han GH, 2001; Kim JS, 2002; Kwang YS, 2003; Sun WD, 2001; McInnis GJ, 2001; Kim EK, 2003) در یک راستا بوده و یافته های همدیگر را تأیید می کنند. بالا بودن احساس تنهایی سالمندان ساکن خانه سالمندان می تواند ناشی از انزوای اجتماعی آنان باشد. 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 مسأله در بالا بودن احساس تنهایی سالمندان در این مراکز بی تأثیر 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 (Asher S R & Paquette J A, 2003; Cutrona C E, 1982; Jones W H, 1982; Wheeler, 1982).

سلامت روانی خود را حفظ کنند (McInnis, GJ, ۲۰۰۱).

#### پیشنهادهای

- بر اساس یافته‌های حاصل از پژوهش پیشنهاد می‌شود:
- ۱- برنامه‌های جامعی به منظور پیشگیری از ابتلا سالمندان به احساس تنهایی طراحی گردد. این قبیل برنامه‌ها باید بر بهبود کیفیت و کمیت ارتباطات اجتماعی تمرکز داشته باشد و سالمندان را قادر سازد که از اوقات تنهایی خود به طور فعالانه استفاده مفیدی داشته باشند.
  - ۲- توجه به سلامت جسمانی و روانی سالمندان ساکن خانه سالمندان در اولویت قرار گیرد.
  - ۳- با توجه به بافت فرهنگی- اجتماعی ایران توصیه می‌شود حتی الامکان سالمندان با اعضای خانواده خود زندگی می‌کنند.

(L, ۱۹۸۳). البته قابل ذکر است که کیفیت رابطه اجتماعی نسبت به فراوانی رابطه اجتماعی در بروز احساس تنهایی مهمتر و تعیین کننده تر است. به عبارتی احساس تنهایی سالمندان به فراوانی رابطه با فرزندان و دوستان مربوط نمی‌شود بلکه بیشتر به انتظارات و رضایت از این ارتباط ها بر می‌گردد. شیوع احساس تنهایی در سالمندانی که انتظاراتشان از ملاقات با فرزندان و دوستانشان برآورده نمی‌شود و از رابطه با آنها راضی نیستند، بالاتر است (Cacioppo, J, T, ۲۰۰۶). شاید علت بالا بودن میزان احساس تنهایی در مردان نسبت به زنان ناشی از این باشد که مردان به ویژه در فرهنگ ایرانی قبل از سکونت در خانه سالمندان نسبت به زنان دارای فعالیت‌های اجتماعی بیشتری بوده و بالتبع از روابط گسترده تری برخوردار بوده اند، علاوه بر این ها معمولاً این مردان زمانی مدیر خانواده بوده و اکثر تصمیمات مهم خانواده با نظر آنها به اجرا در می‌آمده است که با سکونت آنها در خانه سالمندان از یک سو هم از میزان و هم از کیفیت این روابط کاسته می‌شود و از سویی دیگر تقریباً تمامی موقعیت‌های قبلی یعنی استقلال، قدرت تصمیم‌گیری و قدرت مدیریت را از دست می‌دهند. در نتیجه می‌توان گفت که بالا بودن میزان احساس تنهایی در مردان نسبت به زنان به خاطر این است که مردان با سکونت در خانه سالمندان احساس می‌کنند که چیزهای بیشتری را از دست داده اند. البته تحقیقات نشان داده اند که مردان عمدتاً همسرشان را به عنوان منبع حمایتی خود می‌دانند، در حالیکه زنان عمدتاً فرزندان، اعضای خانواده و دوستان را به عنوان منبع حمایتی خود می‌دانند. بنابراین شاید اتکا به منابع حمایتی کمتر در بالا بودن میزان احساس تنهایی مردان نقش داشته باشد. زیرا مردان با از دست دادن همسرانشان فکر می‌کنند که حامی خود را از دست داده اند و چون جایگزینی نیز برای آن نمی‌یابند، در نتیجه دچار احساس تنهایی می‌گردند (pinquart, M & Sorensen S, ۲۰۰۱).

همچنین براساس یافته‌های حاصل از این پژوهش بین سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان ساکن خانواده ها از لحاظ سلامت عمومی تفاوت معنی داری وجود داشت. به این صورت که سلامت عمومی سالمندان ساکن خانه سالمندان به طور معنی داری کمتر از سالمندان ساکن خانواده ها بود. این یافته با یافته‌های (Kwang SY, ۲۰۰۶)، (Sun WD, ۲۰۰۱)، (Han GH, ۲۰۰۱)، (Newman SJ, ۱۹۹۰)، همخوانی دارد و یافته‌های یکدیگر را تأیید می‌کنند. این یافته را می‌توان اینگونه تبیین نمود که بالا بودن سلامت عمومی سالمندان ساکن خانواده ممکن است ناشی از حمایت خانواده از سالمندان باشد که این حمایت‌ها آن‌ها را قادر می‌سازد که با کاهش کارکردهای جسمانی و روانی شان بهتر کنار آیند. همچنین محیط زندگی سالمندانی که با خانواده ها زندگی می‌کنند، برقراری تعامل و ارتباطات اجتماعی لازم را تسهیل می‌کند و بدین طریق به افراد کمک می‌کند تا

## منابع:

- ۱- اصولی، پریسا. سالمندان ایرانی به روایت آمار. سلامت، شماره صد و سی و نه. ۱۳۸۶. ص ۱۳.
- 2- Riedel-Heller S.G., Busse A., & Angermeyer M.C. The state of Mental health in old-age across the old European union-a systematic review. *Acta psychiatr scand* . 2006; 113: 388-401.
- 3-Henrich L. M., & Gullone E. The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*. 2006; 26: 695-718.
- 4-Baumeister R. F., & Leary M. R. The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological bulletin*. 1995; 117: 497-529.
- 5-Peplau L. A., Miceli M., Morasch B. Loneliness and self-evaluation: A sourcebook of current theory, research and therapy. 1982; 135-151.
- 6- Routasalo P.E., Savikko N., Tilvis R.S., Strandberg T.E., & Pitkala K.H. Social contacts and Their Relationship to Loneliness among people – A population- Based study. *Gerontology*. 2006; 52: 181-187.
- 7-Asher S. R., & Paquette J. A. Loneliness and peer relations in childhood. *Current Directions in Psychological Science*. 2003; 12: 75-78.
- 8-Cutrona C. E. Transition to college: Loneliness and the process of social adjustment.: A sourcebook of current theory, research and therapy. 1982; 291-309.
- 9-Jones W. H. Loneliness and social behavior. In L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. 1982; 238-252.
- 10-Wheeler L., Reis H., & Nezlek J. B. Loneliness, social integration, and sex roles. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1983; 45: 943-953.
- 11- Han G.H. & Yoon S.D. Living arrangements and psychological well-being of the rural elderly in Korea. *Journal of the Korea Gerontological society*. 2001; 24: 57-78.
- 12- Kim J.S. 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*. 2002; 12: 187-201.
- 13-Kwang Y.S., Gu M.O., & Un Y. A study on the health status and the needs of health-related services of Female elderly in an urban –rural combined city Korea. *Journal of Community Health Nursing Academic society*. 2003; 17: 47, 57.
- 14-Sun W.D. State and Policy issues of home aged welfare service. *Journal of the Korea Gerontological society*. 2001; 4: 29-33.
- 15- Dykstra P.A., & Gierveld J. Differential indicators of loneliness among elderly: The importance of type of partner relationship, partner history, health, socio-economic status and social relation. *Tijdschr Gerontol Geriatr*. 1999; 30: 212-225.
- 18- Fees B.S., Martin P., Poon I.W. A model of Loneliness in older Adults. *Journal of Gerontology: Psychological Science*. 1999; 54: 231-239.
- 19-Peplau L. A. Perceived dimensions of attribution for loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2007; 43: 929-936.
- 20- Andersson L. Loneliness research and intervention: A review of the Literature. *Aging mental Health*. 1998; 2: 264-274.
- 21- Mullins I.C., & Dugan E. The influence of Depression , and family and friends Relations, on Resident's Loneliness in congrate Housing. *Gerontologist*. 1990; 30: 377-384.
- 22- Prince M.J., & Harwood R.H. Social support deficits, Loneliness and life events as risk factors for depression in old age. *Psychology med*. 1997; 27: 323-332.
- 23-Slivinske L., Fitch V. & Morawiski D. The Wellness index: developing and instrument to assess elder's well-being. *Journal of Gerontological social work*. 1996; 25: 185-204.
- 24- Russel D., Cutrona C., Mora A., Wallace R. Loneliness and nursing home admission among rural older adults. *Psychology Aging*. 1997; 12: 489-574.
- 25- Swami V., Chamorro- premuzic T., Sinnich D., Maniam T., Kannan K., Stanistreet D., & Furnham A. General health mediates the relationship between Loneliness , life satisfaction and depression, life satisfaction and depression. *Social psychiatry & Psychiatric Epidemiology*. 2007; 42: 161-166.
- 26- Tilvis R.S., Pitkala K.H., Jolkkonen J., & Strandberg T.E. Feelings of Loneliness and 10-year cognitive decline in the aged population. *Lancet*. 2000; 356: 77-78.
- 27- McInnis G.J., & White J.H. A phenomenological Exploration of Loneliness in the older Adult. *Ar-*

chives of psychiatric Nursing. 2001;3:128-139.

28- Bondevik M., & Skogsstad A. Loneliness among the oldest old, A comparison between residents living in nursing homes and residents living in community. International journal aging human development. 1996;43:181-197.

29- Alpass F.M., & Neville S. Loneliness, Health and Depression in older males. Aging & Mental health. 2003;7:212-216.

۳۰- دهشیری، غلامرضا، برجعلی، ممدود، شیخی، منصوره، حبیبی، مبینی، سافت و اعتباریابی مقیاس احساس تنهایی در بین دانشجویان. مجله روان شناسی، ۲۹۶، ۴۷، ۳، ۱۳۸۷، ۲۸۲-۲۸۳

۳۱- پاشا، غلامرضا، صفرزاده، سمر، مشاک، رؤیا. مقایسه سلامت عمومی و حمایت اجتماعی بین سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان ساکن در خانواده. فصلنامه خانواده پژوهی، سال سوم، شماره ۹، ۱۳۸۶، ص ۵۸.

32- Cacioppo J. T. Loneliness with anomological net: An evolutionary Perspective. Journal of research in Personality. 2006; 40: 1054-1058.

33- Pinquart M. & Sorensen S. Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. Basic and applied social psychology. 2001;23:245-266.

34- Kwang S.Y., & Haeok L. The physical, Mental, and Emotional Health Of older people who Are living Alone or with Relatives. Archives of Psychiatric Nursing. 2006; 20: 193-201.

35- Kim E.K. & Chang H.S. Classification of needed service in elderly group by MI-choice. Journal of the Korea Gerontological society. 2003; 23:31-43.

36- New man S.J., Struck R., wright P. & Rice M. M. Overwhelming olds: Care giving and the risk of Institutionalization. Journal of Gerontology. 1990; 45:173-183.

Archive of SID