



Predictive Role of Loneliness in Mental Health of Elderly People in Bushehr

Roya Zakizadeh ¹ , Masoud Bahreini ^{2,*} , Akram Farhadi ³ , Razieh Bagherzadeh ⁴

¹ Postgraduate Student, Student Research Committee, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran

² Associate Professor, Faculty of Nursing and Midwifery, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran

³ Assistant Professor, Faculty of Nursing and Midwifery, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran

⁴ Assistant Professor, Faculty of Nursing and Midwifery, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran

* **Corresponding author:** Masoud bahreini, Faculty of Nursing and Midwifery, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran. E-mail: m.bahreini@bpums.ac.ir

Received: 25 Dec 2019

Accepted: 20 Jan 2020

Abstract

Introduction: Feeling lonely is one of the most important concerns of the elderly that can affect the mental health of the elderly. The purpose of this study was to investigate the predictive role of loneliness in mental health of elderly people in Bushehr in 1397.

Methods: In this cross-sectional correlational study, 318 elderly people registered in Bushehr comprehensive health centers were randomly selected. Demographic information form, Russell standard of feeling loneliness questionnaire and Goldberg general health questionnaire were used for data collection. Data were analyzed by SPSS 19 at the significant level of 0.05.

Results: The results showed that the mean age of participants was 66.74 ± 5.87 . Mean score of feeling alone was 32.37 ± 8.60 and mental health was 50.42 ± 7.97 . The results showed that there was a direct and significant statistical relationship between feelings of loneliness and mental health ($\beta = 0.380$, $P < 0.001$). In addition, loneliness and demographic variables were able to significantly predict 38.1% of mental health changes. Also, the share of feeling lonely in explaining the variance of mental health was 12.3% ($P < 0.001$).

Conclusions: The findings of this study showed that the elderly who felt lonely did not have good mental health. Therefore, it is necessary for health authorities to plan and act consciously on the factors affecting mental health, and especially on the sense of loneliness in the elderly.

Keywords: Bushehr, Loneliness, Mental Health, Older People

© 2020 Iranian Nursing Scientific Association (INA)



بررسی نقش پیش‌بین احساس تنهایی در سلامت روان سالمندان شهر بوشهر

رؤیا زکی‌زاده^۱، مسعود بحرینی^{۲*}، اکرم فرهادی^۳، راضیه باقرزاده^۴

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد، عضو کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران
^۲ دانشیار، دانشکده پرستاری و مامایی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران
^۳ استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران
^۴ استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران
 * نویسنده مسئول: مسعود بحرینی، دانشکده پرستاری و مامایی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران. ایمیل: m.bahreini@bpums.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۱۰/۳۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۱۰/۰۴

چکیده

مقدمه: احساس تنهایی یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های سنین سالمندی است که می‌تواند بر سلامت روان سالمندان تأثیرگذار باشد. این مطالعه با هدف بررسی نقش پیش‌بین احساس تنهایی در سلامت روان سالمندان شهر بوشهر در سال ۱۳۹۷ انجام شد. **روش کار:** در این مطالعه مقطعی از نوع همبستگی، ۳۱۸ نفر از سالمندان ثبت شده مراکز جامع سلامت شهر بوشهر، به صورت تصادفی انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی، پرسشنامه استاندارد احساس تنهایی راسل و سلامت عمومی گلدبرگ استفاده شد. داده‌ها به وسیله نرم افزار SPSS ویرایش ۱۹، در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شد. **یافته‌ها:** میانگین سن شرکت‌کنندگان در پژوهش $5/87 \pm 6/74$ ، میانگین نمره احساس تنهایی $8/60 \pm 32/37$ و میانگین نمره سلامت روان مشارکت‌کنندگان $7/97 \pm 5/42$ بود. نتایج مطالعه نشان داد که بین احساس تنهایی و سلامت روان، ارتباط آماری مستقیم و معنی‌دار وجود دارد ($P < 0/001$)، $\beta = 0/380$ ، علاوه بر آن، احساس تنهایی و متغیرهای جمعیت‌شناختی به‌طور معناداری توانستند ۳۸/۱ درصد از تغییرات سلامت روان را پیش‌بینی نمایند. همچنین سهم احساس تنهایی در تبیین واریانس سلامت روان ۱۲/۳ درصد بود ($P < 0/001$). **نتیجه‌گیری:** یافته‌های این مطالعه نشان داد سالمندانی که احساس تنهایی می‌کردند از سلامت روان مطلوبی برخوردار نبودند. بنابراین لازم است مسئولین این حوزه از سلامت در رابطه با عوامل مؤثر بر سلامت روان و بخصوص احساس تنهایی سالمندان آگاهانه برنامه‌ریزی و عمل نمایند.

واژگان کلیدی: احساس تنهایی، بوشهر، سالمندی، سلامت روان

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

سالمند (۹/۳ درصد از جمعیت کشور) و همین سرشماری جمعیت سالمند شهر بوشهر را حدود ۲۰ هزار نفر (۶/۱ درصد) گزارش کرده است [۳].

سلامت روان یکی از ارکان سلامتی و لازمه یک زندگی مفید، مؤثر و رضایت بخش در دوران سالمندی است. سلامتی به عنوان سطح بالای تندرستی شامل عملکرد فیزیولوژیک مثبت، احساس رفاه و درک ذهنی حاکی از خوب زیستن و رضایت بخش است که در آن فرد دارای تجارب مثبت از توانایی‌های فردی، هماهنگی و شادابی است، تعریف می‌شود [۴، ۵]، متخصصین معتقدند که سلامت روانی فقدان مطلق اختلالات روانی نیست، بلکه شرایطی است که افراد می‌توانند بر اساس سطح

پدیده سالمندی تنها بالا رفتن سن نیست، بلکه مرحله‌ای مؤثر و گرانقدر در زندگی و رسیدن به کمال است. این فرآیند از یک سیر طبیعی همراه با تغییرات فیزیولوژیکی و روانی در بدن پیروی می‌کند [۱]. مطالعات و شواهد موجود نشان می‌دهد که پدیده سالمندی، در حال گسترش است و جمعیت جهان به سرعت در حال پیر شدن می‌باشد. سازمان بهداشت جهانی، سن بالای ۶۰ سال را برای کشورهای در حال توسعه و در کشورهای توسعه یافته سن بالای ۶۵ سال را به‌عنوان سالمند تعریف می‌کند. بر اساس آمار، در سال ۲۰۱۷، تعداد افراد ۶۰ سال و بالاتر به حدود یک میلیارد نفر (۱۳ درصد) در دنیا رسیده است [۲]. در سرشماری سال ۱۳۹۵ در ایران، حدود ۷/۵ میلیون

با توجه به روند رو به رشد جمعیت سالمندان و تغییر و تحولات این دوره حساس از زندگی و چالش‌های پیش رو، بنظر می‌رسد احساس تنهایی یکی از مشکلات تأثیرگذار بر سلامت روان سالمندان باشد. از سویی دیگر، ارزیابی احساس تنهایی و تعیین رابطه آن با سلامت روان سالمندان با توجه به ویژگی‌های خاص فرهنگی اجتماعی مردم جنوب ایران و نیز با توجه به مطالعات اندکی که در این زمینه انجام شده است، مهم و ضروری بنظر می‌رسد. این مطالعه با هدف بررسی نقش پیش بین احساس تنهایی در سلامت روان سالمندان شهر بوشهر انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی از نوع همبستگی است که محیط پژوهش آن را مراکز جامع سلامت شهر بوشهر و جامعه پژوهش آن را سالمندان مراجعه کننده به این مراکز تشکیل می‌دهند. برای تعیین حجم نمونه در این پژوهش، از فرمول تعیین حجم نمونه برای مطالعات همبستگی استفاده شد. با احتساب خطای نوع اول یعنی $\alpha/0.05$ و خطای نوع دوم یعنی بتای ۱۰ درصد و با احتساب کمترین ضریب همبستگی بین حمایت اجتماعی و سلامت روان بر اساس مطالعه حسینی و بهرامی‌نژاد [۱۸] یعنی ضریب همبستگی متوسط 0.2 ، حجم نمونه ۲۵۹ نفر تعیین گردید که با احتساب ریزش ۲۵ درصدی نمونه حدود ۳۲۵ نفر تعیین گردید که در نهایت تعداد ۳۱۸ پرسشنامه (۹۸ درصد) توسط مشارکت کنندگان تکمیل گردید. جهت نمونه‌گیری، ابتدا بر اساس نسبت جمعیت هر مرکز به جمعیت کل سالمندان تحت پوشش مراکز جامع سلامت شهر، سهم هر مرکز مشخص گردید. پس از آن، بصورت تصادفی، سالمندانی که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، برای هر مرکز مشخص شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از سکونت در شهر بوشهر، داشتن حداقل ۶۰ سال سن، تمایل و رضایت آگاهانه و توانایی برقراری ارتباط کلامی داشته و اختلال گفتاری نداشته باشند و پرسشنامه‌های ناقص نیز از مطالعه خارج شدند. جمع‌آوری داده‌ها دو ماه (بهمن و اسفند ۱۳۹۷) به طول انجامید. این مطالعه، طرح مصوب شورای پژوهش دانشگاه علوم پزشکی بوشهر با شناسه اخلاق IR.BPUMS.REC ۱۳۹۷،۰۸۷ می‌باشد. جهت کسب رضایت آگاهانه، به مشارکت کنندگان توضیحات شفاهی لازم در مورد اهداف مطالعه ارائه شد و به آنها اطمینان داده شد که به صورت ناشناس و بی‌نام در مطالعه شرکت خواهند کرد.

جهت جمع‌آوری داده‌ها از فرم اطلاعات جمعیت شناختی و دو پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ و احساس تنهایی راسل استفاده شد که پرسشنامه‌ها به صورت خودایفا تکمیل شدند. پرسشنامه‌ها در مراکز جامع سلامت و هنگام مراجعه سالمندان به این مراکز در اختیار آنان قرار می‌گرفت و در همان محل تکمیل می‌شد. مدت زمان تکمیل پرسشنامه‌ها برای هر مشارکت کننده حدود ۳۰ دقیقه بود. پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ برای سنجش وضعیت سلامت روانی مشارکت کنندگان استفاده شد. این ابزار دارای ۲۸ سؤال است که برای ارزیابی چهار حیطه افسردگی، اضطراب و علائم خواب، عملکرد اجتماعی و علائم جسمانی تنظیم شده است [۱۹]. برای محاسبه نمره سلامت روان نمونه‌ها بر اساس پاسخ‌های انتخاب شده، به گزینه‌های الف تا د به ترتیب نمرات صفر تا ۳ تعلق می‌گیرد. در این پرسشنامه نمره بالاتر

بالایی از توانایی‌های داخلی خود عمل کنند و با استفاده از پتانسیل کامل که شامل روابط، خانواده، کار، تحصیلات، و غیره است، اهداف زندگی خود را به دست آورند [۶]. نبود سلامت اجتماعی و سلامت روانی تأثیر گسترده‌ای بر افزایش احتمال بروز و تقویت بیماری‌های روانی و جسمانی دوران سالمندی دارد [۷]. بر اساس نتایج مطالعات، عوامل مختلفی نظیر جنسیت، سطح درآمد، تحصیلات و نوع شغل، بر میزان سلامت روان افراد سالمند مؤثرند [۸]. همچنین عواملی مانند فقر، انزوای اجتماعی، از دست دادن استقلال، تنهایی و رویدادهایی مانند ناتوانی جسمی نیز می‌تواند سلامت عمومی و سلامت روان را به مخاطره بیندازد [۹]. بنابراین، سلامت روان و چگونگی حفظ آن تا حد اکثر زمان ممکن و تا سنین سالمندی، باید مورد توجه دانشمندان، سیاست‌گذاران، متخصصین بالینی و حتی خود سالمندان باشد [۱۰]. احساس تنهایی یک شاخص مهم از سلامت روان سالمندان است که احتمال بروز و افزایش بیماری‌های روانی و جسمانی را به دنبال دارد. احساس تنهایی تجربه فردی ناخوشایند، منفی و عذاب‌آور، سخت، وحشتناک و دردناکی است که سبب ایجاد احساس بی‌حوصلگی، بی‌فایده بودن، ناامیدی، افسردگی و تیره و تار دیدن دنیا می‌گردد [۱۱]. روانشناسان احساس تنهایی را عدم هماهنگی میان سطحی از تماس اجتماعی که فرد خواهان آن است با سطحی از تماس اجتماعی که در واقعیت برقرار کرده است، تعریف کرده‌اند [۱۲].

احساس تنهایی با کاهش رضایت از زندگی در ارتباط است. بنابراین، تنهایی می‌تواند یکی از علل اصلی کاهش شناخت، عزت نفس پایین، اضطراب، افسردگی، بی‌حسی، اختلالات خواب، سوء مصرف الکل و رفتارهای خودکشی باشد. همچنین احساس بی‌نظمی، خجالت، احساسات منفی، کیفیت زندگی پایین، ناتوانی، فشارخون سیستمولیک بالا، استفاده بیشتر از خدمات اجتماعی و بهداشتی و حتی مرگ و میر نیز از عوارض تنهایی می‌باشد [۶]. شواهد نشان می‌دهد که احساس تنهایی پدیده‌ای گسترده و فراگیر است و ۲۵ تا ۵۰ درصد کل جمعیت بالای ۶۵ سال را بر حسب سن و جنس تحت تأثیر قرار می‌دهد [۱۱]. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که سلامت ضعیف، از دست دادن افراد دوست داشتنی، بازنشستگی و کاهش مهارت‌های ارتباطی می‌تواند منجر به احساس تنهایی در سالمندان شود [۶].

راسل (۲۰۰۵) معتقد است که احساس تنهایی از طریق تأثیر بر روی سیستم ایمنی، بر سلامت جسمانی و روانی سالمندان تأثیر منفی دارد [۱۳]. نتایج یک مطالعه نشان داده است که احساس تنهایی با مشکلات روانی- اجتماعی نظیر کاهش عزت نفس و احساس شایستگی پایین و اختلالات روانی نظیر اضطراب و افسردگی همراه است که این مسائل علاوه بر ناتوانی در ایجاد یک زندگی مناسب، موجب به وجود آوردن احساس ناامیدی و پوچی می‌گردد [۱۴]. در ایران، نتایج مطالعات، به کاهش کیفیت خواب در سالمندانی اشاره می‌کند که احساس تنهایی بیشتری داشته‌اند [۱۵]. عده‌ای از محققین تأکید می‌کنند که تنهایی، تأثیر منفی بر سلامت روان دارد. آنان احساس تنهایی را پیش‌بینی کننده‌ای قوی برای افسردگی در سالمندان معرفی می‌کنند [۱۶]. در مقابل برخی محققین نشان دادند که شاخص‌های رضایت از زندگی در میان دو گروه افراد تنها و غیر تنها، متفاوت نیست [۱۷].

ضریب رگرسیونی استاندارد مربوط به احساس تنهایی بود، یعنی این متغیر از بین متغیرهای وارد شده به مدل بیشترین اثر را داشته است.

جدول ۱. مشخصات جمعیت شناختی سالمندان شرکت کننده در مطالعه در شهر بوشهر در سال ۱۳۹۷ (n = ۳۱۸)

فرآوری	درصد	زیرگروه متغیر
جنسیت		
۱۴۲	۴۴/۷	مونث
۱۷۶	۵۵/۳	مذکر
وضعیت تأهل		
۲۶۲	۸۲/۴	متاهل
۵۶	۱۷/۶	بدون همسر
تحصیلات		
۶۶	۲۰/۷	بی سواد
۳۵	۱۱/۰	سواد خواندن و نوشتن
۴۷	۱۴/۸	پایان ابتدایی
۲۶	۸/۲	سیکل
۹۹	۳۱/۱	دیپلم
۴۵	۱۴/۲	دانشگاهی
نحوه گذران زندگی		
۲۵۱	۷۸/۹	به طور مستقل با همسر و فرزندان مجرد
۵۲	۱۶/۴	به طور مستقل در منزل خود یا فرزند متاهل یا در منزل فرزند و وابستگان
۱۵	۴/۷	تنها
وضعیت اشتغال		
۱۵	۴/۷	شاغل
۱۷۵	۵۵/۰	بازنشسته
۱۲۸	۴۰/۳	بیکار یا خانه دار
وضعیت مسکن		
۲۷۲	۸۶/۳	شخصی
۳۹	۱۰/۲	استیجاری
۷	۳/۵	سایر
سطوح درآمد		
۱۲	۳/۸	کمتر از ۵۰۰ هزار تومان
۱۷	۵/۳	بین ۵۰۰ هزار تومان تا یک میلیون تومان
۱۶۵	۵۱/۹	یک تا دو میلیون
۸۸	۲۷/۷	بیش از دو میلیون
۳۶	۱۱/۳	نمی داند یا نمی خواهد پاسخ دهد
نوع بیمه		
۱۳۱	۴۱/۲	خدمات درمانی
۱۲۲	۳۸/۴	تأمین اجتماعی
۳۲	۱۰/۱	نیروهای مسلح
۱۹	۶/۰	سایر
۱۴	۴/۳	بیمه ندارد
بیمه تکمیلی		
۲۳۵	۷۳/۹	دارد
۸۳	۲۶/۱	ندارد

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره سلامت روان و زیرمقیاس های آن و احساس تنهایی در سالمندان شرکت کننده در مطالعه در شهر

زیرمقیاس	انحراف معیار $\pm$ میانگین
سلامت روان	
علائم جسمی	$12/94 \pm 2/89$
اضطراب و اختلالات خواب	$14/22 \pm 3/07$
عملکرد اجتماعی	$14/55 \pm 1/83$
علائم افسردگی	$8/69 \pm 2/31$
سلامت روان کل	$50/42 \pm 7/97$
احساس تنهایی	$32/37 \pm 8/60$

نشان دهنده سلامت روان بدتر می باشد. پایایی این پرسشنامه برای سالمندان ایرانی با ضریب آلفای کرونباخ $0/94$ ، تنصیف $0/86$ و آزمون $-$ باز آزمون $0/6$ مطلوب تعیین شده است [۱۹]. در مطالعه حاضر پایایی با آلفای کرونباخ $0/91$ تأیید شد.

جهت ارزیابی احساس تنهایی در مشارکت کنندگان، از پرسشنامه احساس تنهایی ادراک شده راسل استفاده شد. پرسشنامه دارای ۲۰ گویه است که بر اساس مقیاس لیکرت چهار درجه ای (هرگز، به ندرت، گاهی و همیشه) طراحی شده است. دامنه نمرات این آزمون از ۲۰ تا ۸۰ می باشد. در مطالعات مربوط به سایکومتری پرسشنامه راسل، پایایی مطلوب با دامنه آلفا از $0/89$ تا $0/94$ برای حیطه های مختلف به دست آمده است [۲۰]. سودانی و همکاران در ایران ضریب پایایی را به روش آلفای کرونباخ برابر $0/86$ به دست آوردند [۲۱]. در مطالعه حاضر پایایی با آلفای کرونباخ $0/92$ تأیید شد.

جهت تحلیل داده ها از آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (ضریب همبستگی اسپیرمن و رگرسیون خطی چندگانه) استفاده شد. مفروضات رگرسیون خطی شامل نرمال بودن توزیع باقی مانده ها، مستقل بودن مانده ها، عدم وجود مشاهده ای که داده مستقل یا وابسته آن پرت باشد و عدم وجود هم خطی چندگانه برقرار بود. برای همه موارد، سطح معنی داری کمتر از $0/05$ تعیین گردید.

یافته ها

شرکت کنندگان این مطالعه ۳۱۸ سالمند با میانگین سنی $74 \pm 5/87$ سال و حداقل و حداکثر سن به ترتیب ۶۰ و ۸۷ سال بودند. نمونه ها حداقل صفر و حداکثر ۱۲ فرزند داشتند (میان و نما = ۴ فرزند). همچنین شاخص میانۀ ابتلاء به بیماری مزمن ۲ با دامنه صفر تا ۷ بود. سایر مشخصات دموگرافیک در جدول ۱ ارائه شده است. جدول ۲ میانگین نمره سلامت روان سالمندان مشارکت کننده را $50/42$ نشان داد که بیانگر سلامت روان نه چندان مطلوب سالمندان بود. همچنین میانگین نمره احساس تنهایی $32/37$ نشان دهنده احساس تنهایی سالمندان شرکت کننده، در حد متوسط بود. در جدول ۳ ضریب همبستگی و سطح معنی داری متغیرهای کمی و احساس تنهایی با سلامت روان سنجیده شد که بیشترین ضریب همبستگی مربوط به احساس تنهایی بود.

در جدول ۴ برای بررسی عوامل پیش بین سلامت روان سالمندان شرکت کننده در مطالعه، ۲ مدل آزمون شد. در مدل ۱ متغیرهای جمعیت شناختی مرتبط حدود $25/8$ درصد از واریانس متغیر سلامت روان را پیش بینی نمودند. در مدل ۲ با اضافه شدن متغیر احساس تنهایی $12/3$ درصد به واریانس تبیین شده اضافه شد و متغیرهای موجود در مدل در کل $38/1$ درصد از تغییرات سلامت روان را پیش بینی نمودند. تغییر ضریب تعیین از لحاظ آماری معنی دار بود. با افزایش احساس تنهایی، سن و تعداد بیماری مزمن، سلامت روان فرد کاهش می یافت. همچنین مردان و کسانی که درآمد بالاتر داشتند از سلامت روان بهتری برخوردار بودند. لازم به توضیح است که بیشترین

جدول ۳. ضریب همبستگی و سطح معنی‌داری متغیرهای احساس تنهایی و دموگرافیک کمی با نمره کل سلامت روان در سالمندان شرکت کننده در مطالعه در شهر بوشهر در سال ۱۳۹۷

سلامت روان	سن	تعداد فرزند	تعداد اختلال مزمن	احساس تنهایی
ضریب همبستگی	۰/۲۳۴	۰/۱۴۷	۰/۴۱۳	۰/۵۰۸
سطح معنی‌داری	۰/۰۰۱ >	۰/۰۰۹	۰/۰۰۱ >	۰/۰۰۱ >

جدول ۴. ضرایب تحلیل رگرسیون برای بررسی عوامل پیش‌بین سلامت روان در سالمندان شرکت کننده در مطالعه در شهر بوشهر در سال ۱۳۹۷

متغیر پیش‌بین*						مدل ۱		مدل ۲			
ضریب رگرسیون استاندارد نشده(B)		ضریب رگرسیون استاندارد (Beta)		سطح معنی‌داری (P Value)		ضریب رگرسیون استاندارد نشده(B)		ضریب رگرسیون استاندارد (Beta)		سطح معنی‌داری (P Value)	
۱/۶۴۰		۰/۰۰۱ >		۱/۵۴۰		۰/۰۰۱ >		۰/۰۰۱ >		۰/۰۰۱ >	
۰/۰۰۲		۰/۱۴۷		۰/۰۰۵		۰/۰۰۱		۰/۱۱۵		۰/۰۱۷	
۰/۰۱۹		۰/۳۲۹		۰/۰۰۱ >		۰/۰۱۵		۰/۲۵۹		۰/۰۰۱ >	
۰/۰۲۳		-۰/۱۷۰		۰/۰۰۱		-۰/۰۱۷		-۰/۱۲۵		۰/۰۰۸	
۰/۰۴۵		-۰/۱۴۸		۰/۰۴۵		-۰/۰۳۲		-۰/۱۰۵		۰/۱۱۹	
۰/۰۶۷		-۰/۴۹۱		۰/۰۰۱ >		-۰/۰۳۷		-۰/۲۷۰		۰/۰۲۹	
۰/۰۶۹		-۰/۴۵۰		۰/۰۰۱ >		-۰/۰۴۳		-۰/۲۸۳		۰/۰۱۳	
۰/۰۴۸		-۰/۲۲۱		۰/۰۱۷		-۰/۰۲۳		-۰/۱۰۹		۰/۲۰۴	
-		-		-		۰/۰۰۳		۰/۳۸۰		۰/۰۰۱ >	
۰/۲۷۴								۰/۳۹۷			
۰/۲۵۸								۰/۳۸۱			
آماره F (سطح معنی‌داری)		۱۶/۷۴۹ (>۰/۰۰۱)						۲۵/۴۲۵ (>۰/۰۰۱)			
برای مدل											

و هدف در زندگی باعث افزایش توانایی، سازگاری و تصمیم‌گیری بهتر و در نتیجه افزایش سلامت روان سالمندان می‌گردد [۲۴]. برخی محققین، علت بالا بودن سلامت روان را در مطالعات خود، وضعیت اقتصادی-اجتماعی، میزان توسعه یافتگی و خودمراقبتی سالمندان می‌دانند [۲۷].

دیگر نتایج مطالعه حاضر نشان داد که، میانگین نمره احساس تنهایی در سالمندان شرکت کننده در مطالعه شهر بوشهر کمتر از متوسط میانگین پرسشنامه می‌باشد. کاووسیان و همکاران [۲۸] و کلانتری و همکاران [۲۹]، میانگین نمره احساس تنهایی را برابر با مطالعه حاضر ذکر نمودند. در تبیین این میزان از تنهایی در سالمندان بیان شد که سالمندانی که تعاملات بیشتری با محیط و خانواده‌های خود دارند، احساس تنهایی کمتری را تجربه می‌کنند. همچنین وجود افرادی در خانواده که، برای سالمند وقت صرف کرده، با آنان همدلی می‌کنند و به حرف‌های آنان گوش می‌دهند نیز، می‌تواند از عواملی باشد که در کاهش احساس تنهایی این قشر مؤثر باشد [۲۸]. در مقابل اختیاری صادق و همکارانش بر روی سالمندان مرد کرمانشاه میزان احساس تنهایی را کمتر از مطالعه حاضر به‌دست آوردند. این محققین نشان دادند که احساس تنهایی به تفاوت‌های فردی، تأثیر موقعیت‌های اجتماعی - فرهنگی و حتی برداشت افراد از موقعیت‌های مختلف بستگی دارد [۳۰]. نتایج مطالعه میردیریکوند و همکاران میزان احساس تنهایی را در سالمندان شهر تهران بیشتر از میزان احساس تنهایی در سالمندان شهر بوشهر نشان داد. محققین این مطالعه، مهارت‌های ارتباطی، حمایت اجتماعی و ناتوانی عملکردی را در پیش‌بینی نقش احساس تنهایی مؤثر دانستند [۳۱].

تغییرات ضریب تعیین = ۰/۱۲۳، آماره F برای تغییرات = ۶۲/۷۸۷ و سطح معنی‌داری برای تغییرات $P < ۰/۰۰۱$.

*متغیرهایی به عنوان پیش‌بین وارد مطالعه شدند که با متغیر وابسته همبستگی داشتند یا این‌که میانگین متغیر وابسته سلامت روان بین سطوح متغیر تفاوت آماری معنی‌دار داشت. جهت رعایت حجم نوشته آنالیزهای مقدماتی (مقایسه میانگین سلامت روان در سطوح مختلف متغیر وابسته آورده نشده است).

بحث

با توجه به روند رو به رشد سالمندی و نقش مهم احساس تنهایی و متغیرهای جمعیت‌شناختی در سلامت روان سالمندان، این مطالعه با هدف بررسی نقش پیش‌بین احساس تنهایی در سلامت روان سالمندان شهر بوشهر انجام شد.

یافته‌های مطالعه حاضر بیانگر این است که میانگین نمره سلامت روان بیش از میانگین قابل کسب از پرسشنامه می‌باشد که نشان‌گر سلامت روان نه چندان مطلوب سالمندان می‌باشد. نتیجه این مطالعه همراستا با مطالعه زحمت‌کشان و همکاران [۲۲] و میری و همکاران [۲۳] می‌باشد. برخی محققین، مهم‌ترین علل مشکل سلامت روان را افزایش عوامل تنش‌زا، بروز ناتوانی‌ها، ابتلا به بیماری‌های مزمن و مشکلات اقتصادی و اجتماعی ذکر کردند [۲۳]. در مقابل، حبیب‌اللهی و همکاران [۲۴]، نبوی و همکاران [۲۵]، علوی و همکاران [۲۶] و ناکانو و همکاران [۲۷] میانگین نمره سلامت روان را در مطالعات خود کمتر (سلامت روان بهتر) از سالمندان بوشهر به‌دست آوردند. شاید بتوان علت تفاوت در مطالعه حاضر و مطالعات ذکر شده را مرتبط با تفاوت در عوامل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی دانست. همچنین داشتن معنا

نسبت به سلامتی خود دانست. همچنین زنان در موقعیت‌های مختلف زندگی نسبت به مردان از آسیب‌پذیری بیشتری برخوردارند [۳۵]. همچنین نتایج دیگر این پژوهش نقش سلامت روان بهتر را با وضعیت درآمدی بالاتر نشان داد. در این باره مطالعات دپ و همکاران [۳۷]، علی زاده و همکاران [۳۸] و قرنچیک و همکاران [۳۹] این موضوع را تأیید نمود. داشتن وضعیت درآمدی امن و مطمئن با سلامت روان بهتر در سالمندان همراه است. در تبیین این یافته می‌توان گفت درآمد کافی و وضعیت اقتصادی پایدار، می‌تواند سلامت جسمی، استقلال و امنیت بالایی را در برآوردن هزینه‌های خانوار داشته باشد که خود می‌تواند عاملی مهم در سلامت روان سالمندان باشد [۴۰].

از مهم‌ترین محدودیت‌های این پژوهش، می‌توان به مقطعی بودن آن، کم بودن تعداد در طبقات برخی از متغیرهای دموگرافیک و ادغام آن‌ها با هم، ویژگی‌های خاص فرهنگی اجتماعی و سالمندان ساکن در سطح جامعه اشاره کرد که امکان تعمیم نتایج را با احتیاط روبرو کرده است. همچنین پیشینه پژوهشی نسبتاً ناچیزی در مورد احساس تنهایی و سلامت روان سالمندان در شهر بوشهر وجود دارد که مقایسه یافته‌ها را با یافته‌های پیشین دشوار ساخت. بنابراین انجام مطالعات طولی و استفاده از ابزارهایی غیر از پرسشنامه برای رفع محدودیت تورش روش مشترک و در جوامع دیگر و سرای سالمندان پیشنهاد می‌شود.

نتیجه‌گیری

سالمندی با افزایش سن و کاهش عملکردها بدن‌بال بیماری‌های مزمن، کاهش سلامت روان را به دنبال دارد. در این راستا احساس تنهایی از جمله اصلی‌ترین مشکلات این قشر می‌باشد که تأثیر مستقیم بر سلامت روان سالمندان دارد. با توجه به اهمیت ارتقاء سلامت روان سالمندان و نتایج پژوهش حاضر، مشاوره و آموزش نیازهای زمان سالمندی، کاهش هزینه‌های درمانی و همچنین مشارکت سالمندان در فعالیت‌های روزمره و گفتگو با گروه دوستان در جهت کاهش احساس تنهایی توصیه می‌شود. نتایج این پژوهش می‌تواند در ارتقاء سطح آگاهی سیاست‌گذاران، مردم و خانواده‌های سالمندان در مورد تأثیر احساس تنهایی و اثرات آن بر سلامت روان سالمندان بکار رود. همچنین پیشنهاد می‌شود که نیازها و مشکلات پیش‌روی سالمندان و روش‌های مقابله با آن، قبل از سنین سالمندی شناسایی و ارزیابی شده و سالمندان را جهت حل مشکلات و سالمندی فعال یاری نمود.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بوشهر می‌باشد که با حمایت معاونت تحقیقات و فن‌آوری اطلاعات دانشگاه علوم پزشکی بوشهر انجام شده است. نویسندگان از کلیه سالمندان شرکت‌کننده در مطالعه و مراکز جامع سلامت شهر بوشهر تشکر و قدردانی می‌نمایند.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

References

1. Alipur F, Sajjaei H, Frouzan A. The role of social support on quality of life. J Social Welfare. 2009;33(9):147-65.
2. Organization WH. Noncommunicable diseases progress monitor 2015. 2015.

همچنین دیگر یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که احساس تنهایی نقش معناداری در پیش‌بینی سلامت روان سالمندان دارد و با افزایش احساس تنهایی وضعیت سلامت روان بدتر می‌شود. نتایج مطالعه میرزایی و همکاران [۱۵]، کنگ هو و همکاران [۱۶] و همتی و همکاران [۳۲] همراستا با مطالعه حاضر هستند. نتایج مطالعات متعدد نشان می‌دهد که احساس تنهایی با مشکلات روانی اجتماعی (کاهش تعاملات) که به همراه دارد، سلامت روان و سلامت جسمانی سالمندان را دچار اختلال می‌نماید [۳۲]. همچنین مطابق تحقیقات دیگر، محققین، آسیب‌پذیری و مشکلات سالمندان را به دنبال احساس تنهایی به تفاوت‌های فردی، تأثیر موقعیت‌های اجتماعی - فرهنگی و حتی برداشت سالمندان از موقعیت‌های مختلف مربوط دانسته‌اند [۳۳]. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که دنبال افزایش سن سلامت روان بدتر می‌شود. در این رابطه نتایج مطالعات سینگ و همکاران [۳۴]، برهانی نژاد و همکاران [۳۵]، علوی و همکاران [۲۶] و میری و همکاران [۲۳] این یافته را تأیید می‌کند. سالمندان به دنبال بالا رفتن سن به دلیل ناتوانی‌ها و مشکلات جسمی، به تدریج از اجتماع فاصله گرفته و کمتر در فعالیت‌ها، شرکت می‌کنند. با کم شدن ارتباطات سالمندان با دوستان و نزدیکان خود، کمتر می‌توانند از نقطه نظرات و تجربیات یکدیگر برای حل مشکلات خود سود می‌برند. این ناتوانی‌ها باعث بوجود آمدن احساس ناخوشایند و کاهش توانایی‌ها و نهایتاً نیز کاهش سلامت روان می‌شود [۲۶].

دیگر یافته‌های پژوهش بیان‌گر این بود که با افزایش تعداد بیماری‌ها و اختلالات مزمن سلامت روان کاهش می‌یافت که همسو با مطالعات رضایی‌پندری و همکاران [۳۶]، علوی و همکاران [۲۶] و برهانی نژاد و همکاران [۳۵] بود. در این رابطه می‌توان گفت در پیری، توانایی فرد در رعایت اصول و حفظ سلامتی، تا حدود زیادی به دنبال بیماری‌های مزمن و ناتوانی‌ها کم شده که باعث کم شدن سلامت روان می‌شود. همچنین شانس ابتلا به بیماری‌های مزمن با افزایش سن بیشتر می‌شود [۳۶].

نتایج دیگر تحقیق حاضر نشان داد که جنسیت نیز در سلامت روان سالمندان نقش داشته و جنس مرد از سلامت روان بهتری برخوردار بود. در این باره مطالعات برهانی‌نژاد و همکاران [۳۵]، علوی و همکاران [۲۶]، میری و همکاران [۲۳]، رضایی‌پندری و همکاران (۳۶) و باری و همکاران (۸) تأیید کننده این موضوع می‌باشد. این موضوع شاید به نحوه زندگی زنان و مردان به‌خصوص در جامعه ایرانی مرتبط باشد. در جامعه ایران به‌خصوص در گذشته‌ای که سالمندان کنونی دوران بهره‌وری خود را سپری می‌کرده‌اند، مردان بیشتر در خارج از خانه و زنان در داخل منزل مشغول بوده‌اند. به همین دلیل شبکه اجتماعی و ارتباطات اجتماعی برای مردان بیشتر از زنان مهیا بوده است، این مشکل در مردان کمتر از زنان دیده می‌شود. در این باره می‌توان مشکلات سلامت روان در زنان را به دلیل توجه و حساسیت بالای آنان

3. Selected Results of the 2016 National Population and Housing Census Iran: Statistical Center of Iran 2017 [cited 2020]. Available from: https://www.amar.org.ir/Portals/1/census/2016/Iran_Census_2016.

4. Pilgrim D. Key concepts in mental health: SAGE Publications Limited; 2019.
5. Organization WH. Investing in mental health: evidence for action. 2013 924156461X.
6. Ibrahim E. Effects of loneliness on mental health of elderly people: The role of the nurse. Lovisa city: Pamela Gray; 2015.
7. Tian Q. Intergeneration social support affects the subjective well-being of the elderly: Mediator roles of self-esteem and loneliness. *J Health Psychol*. 2016;21(6):1137-44. doi: 10.1177/1359105314547245 pmid: 25205776
8. Barry PP. An overview of special considerations in the evaluation and management of the geriatric patient. *Am J Gastroenterol*. 2000;95(1):8-10. doi: 10.1111/j.1572-0241.2000.01697.x pmid: 10638552
9. Yasamy M, Dua T, Harper M, Saxena S. Mental health of older adults, addressing a growing concern. World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse. 2013;10:4-9.
10. Pachana N, Laidlaw K. in tanzania health care. nurse ethics Neuropsychology OHO, editor. Oxford University Press: Oxford; 2012.
11. Heravi KM, Anoosheh M, Foroughan M, Sheykhi MT, Hajizadeh E, Seyed BMM, et al. Loneliness from the perspectives of elderly people: A phenomenological study. *Iran J Ageing*. 2008;2(6):410-20.
12. Boheirayi H, Delavar A, Ahadi H. Standardization of UCLA Loneliness Scale (version 3) on students attending universities in Tehran. *Thought Behav Clin Psychol*. 2006;1(1):6-18.
13. Aquino JA, Russell DW, Cutrona CE, Altmaier EM. Employment status, social support, and life satisfaction among the elderly. *J couns psychol*. 1996;43(4):480.
14. Heinrich LM, Gullone E. The clinical significance of loneliness: a literature review. *Clin Psychol Rev*. 2006;26(6):695-718. doi: 10.1016/j.cpr.2006.04.002 pmid: 16952717
15. Mirzaei F, Khodabakhshi-Koolaei A. The relationship between sleep quality and perceived social support with loneliness in elderly men. *J Gerontol*. 2018;2(3):11-20. doi: 10.29252/joge.2.3.11
16. Kang H-W, Park M, Wallace JP. The impact of perceived social support, loneliness, and physical activity on quality of life in South Korean older adults. *J sport health sci*. 2018;7(2):237-44.
17. Mellor D, Stokes M, Firth L, Hayashi Y, Cummins R. Need for belonging, relationship satisfaction, loneliness, and life satisfaction. *Pers idiv Differ*. 2008;45(3):213-8. doi: 10.1016/j.paid.2008.03.020
18. Hosseini SH, Bahraminejad Z. The role of social support networks in public health and health service utilization among the elderly. *J Res Health*. 2014;4(4):955-61.
19. Malekooti SK, Mirabzadeh A, Fathollahi P, Salavati M, Kahali S, Afkham Ebrahimi A, et al. Reliability, Validity and Factor Structure of the GHQ-28 in Iranian Elderly. *Iran J Ageing*. 2006;1(1):11-21.
20. Russell DW. UCLA Loneliness Scale (Version 3): reliability, validity, and factor structure. *J Pers Assess*. 1996;66(1):20-40. doi: 10.1207/s15327752jpa6601_2 pmid: 8576833
21. Sodani M, Shogaeyan M, Neysi A. The Effectiveness of Group Therapy Based on the Loneliness of Retired Men. *J Cogn Behav Sci*. 2012;1(2):43-54.
22. Zahmatkeshan N, Akaberian S, Yazdanpanah S, Khoramroodi R, Gharibi T, Jamand T. Assessing Quality Of Life and related factors in Bushehr, s elders-1387-8. *J Fasa univ med sci*. 2012;2(1):53-8.
23. Miri M, Salehiniya H, Tiyyuri A, Bahlgerdi M, Taghizadeh A. Prevalence of mental disorders and its related factors among elderly of Birjand, 2014. *J Geriatr Nurs*. 2016;2(2):94-103.
24. Sodagar S, Sobhi N. The distinctive role of spirituality and social support in mental health and death anxiety in the elderly. *Soc Psychol Res*. 2019;8:1-22.
25. Nabavi SH, Alipour F, Hejazi A, Rashedi V. Relationship between social support and mental health in older adults. *Med J Mashhad Univ Med Sci*. 2014;57(7):841-6.
26. Alavi M, Jorjoran Shushtari Z, Noroozi M, Mohammadi Shabboulaghi F. Mental health and related factors in old population in Tehran 2014-2015. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2018;27(158):112-22.
27. Nakano A. The relationship between mental health and self-rated health in older adults. Japan: Kobe University; 2014.
28. Kavosian N, Hosseinzadeh K, Jaliseh HK, Karboro A. The relationship between spiritual health and loneliness among the elderly in Karaj-2016. *J Res Relig Health*. 2018;4(2):7-15.
29. Kalantari A, Hoseynizadeh ASS. A Study of Social and Psychological Factors Affecting Feeling Lonely (Case Study: Tehran Citizens). *Soc Stud Res Iran*. 2017;6(2):257-83.
30. Ekhtiyari SM, Imani NM, Mirzamohammadi MH. The Prediction of Loneliness among the Kermanshahi Elderly Based on Self-Compassion, Spirituality, and Islamic Lifestyle. *J Res Relig Health* 2018;4(2):69-80.
31. Mirderikvand F, Adavi H, Amirian L, Khodaie S. The Investigation relationship between Social support and Depression mediated by Loneliness between Elderly. *J Geriatr Nurs*. 2017;3(2):63-75. doi: 10.21859/jgn.3.2.63
32. Hemmati Alamdarlou G, Dehshiri G, Shojaie S, Hakimi Rad E. Health and loneliness status of the elderly living in nursing homes versus those living with their families. *Iran J Ageing*. 2008;3(2):557-64.
33. Afshani A, Rasoolinezhad P, Kaviani M, Samii H. Relationship between Islamic lifestyle and social health of the city of Yazd. *J Stud Islam Psychol*. 2014;8(14):83-104.
34. Singh AP, Shukla A, Singh PA. Perceived self efficacy and mental health among elderly. *Delhi Psychiat J*. 2010;13(2):314-21.
35. Borhaninejad V, Momenabadi V, Hosseini SH, Mansori T, Sadeghi A, toroski M. Health physical and mental status in the elderly of Kerman. *J North Khorasan Univ Med Sci*. 2015;6(4):715-25. doi: 10.29252/jnkums.6.4.715
36. Rezaeipandari H, Morowatisharifabad MA. Assessment of Psychosocial Determinants (Self-Efficacy and Social Support) of Lifestyle in the Elderly in Yazd City, Iran, 2015. *Qom Univ Med Sci J*. 2016;10(9):51-60.
37. Depp CA, Jeste DV. Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2006;14(1):6-20. doi: 10.1097/01.JGP.0000192501.03069.bc pmid: 16407577
38. Alizadeh M, Hoseini M, Shojaeizadeh D, Rahimi A, Arshinchi M, Rohani H. Assessing anxiety, depression and psychological wellbeing status of urban elderly under

- represent of Tehran metropolitan city. Iran J Ageing. 2012;7(3):66-73.
39. Gharanjik A, Mohammadi Shahbolaghi F, Sahaf R, Ansari G, Najafi FG, . Prevalence of depression in Turkmen older adults-1389. Iran J Ageing. 2011;6(21):9-34.
40. Bakhtiyari M, Emaminaeini M, Hatami H, Khodakarim S, Sahaf R. Depression and Perceived Social Support in the Elderly. Salmand. 2017;12(2):192-207. doi: [10.21859/sija-1202192](https://doi.org/10.21859/sija-1202192)