

The Relationship between Social Isolation and Health among the Tehranian Elderly

Ali Seyfzadeh (MSc)¹, Mansoor Haghghatian (PhD)^{1,*}, Aliasghar Mohajerani (PhD)¹

¹ Department of Sociology, Dehaghan Branch, Islamic Azad University, Dehaghan, Iran

* **Corresponding Author:** Mansoor Haghghatian, Department of Sociology, Dehaghan Branch, Islamic Azad University, Dehaghan, Iran. Email: mansour_haghghatian@yahoo.com

Abstract

Received: 07/09/2017

Accepted: 21/12/2017

How to Cite this Article:

Seyfzadeh A, Haghghatian M, Mohajerani A. The Relationship between Social Isolation and Health among the Tehranian Elderly. *J Educ Community Health*. 2017; 4(3): 19-25. DOI: 10.21859/jech.4.3.19

Background and Objective: Due to the growing elderly population and the increasing age-related disabilities, considering age-related social isolation and the role of health is important. The main purpose of this study was to investigate the relationship between social isolation and health in the elderly in Tehran, Iran.

Materials and Methods: This cross-sectional, correlational study was conducted in 2017 among 382 elderlies aged 65 years old and above in Tehran, Iran. The participants were selected through the multi-stage cluster sampling method. The data collection tool was Goldberg General Health Questionnaire (GHQ), Activities of Daily Living Questionnaire (ADL), and Keizer Social Health Questionnaire. Data were analyzed by SPSS version 22 using descriptive and analytical statistics and Pearson correlation coefficient.

Results: Overall, 52.4% of the respondents had physical health, 56.8% had social health, and 60.5% had mental health, and the mean social isolation in the elderly was about 62%. The results of Pearson correlation coefficient indicated a significant inverse relationship between mental health ($P=0.001$, $r=0.456$) and social isolation ($P=0.017$, $r=0.325$) among the elderly. In other words, with increasing mental and social health, the sense of social isolation among the elderly is reduced.

Conclusion: There is a reverse relationship between health and social isolation in the elderly and having mental and social health can have a positive impact on reducing social isolation among this vulnerable stratum.

Keywords: Health; Senility; Social Isolation; Tehranian Elderlies

رابطه انزوای اجتماعی و سلامت در سالمندان تهرانی

علی سیف‌زاده^۱، منصور حقیقتیان^{۲*}، علی اصغر مهاجرانی^۲

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی، گروه جامعه‌شناسی، واحد دهقان، دانشگاه آزاد اسلامی، دهقان، ایران

^۲ دکتری تخصصی، گروه جامعه‌شناسی، واحد دهقان، دانشگاه آزاد اسلامی، دهقان، ایران

* نویسنده مسئول: منصور حقیقتیان، گروه جامعه‌شناسی، واحد دهقان، دانشگاه آزاد اسلامی، دهقان، ایران.

ایمیل: mansour_haghighatian@yahoo.com

چکیده

سابقه و هدف: با توجه به روند رو به رشد جمعیت سالمندان و نیز افزایش ناتوانایی‌های دوره سالمندی به دلیل بالارفتن سن، توجه به انزوای اجتماعی سالمندان و نقش سلامت در کاهش این پدیده از اهمیت خاصی برخوردار می‌باشد. در این راستا هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی رابطه انزوای اجتماعی و سلامت در سالمندان شهر تهران است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی - همبستگی در سال ۱۳۹۶ در ارتباط با ۳۸۲ نفر از سالمندان ۶۵ سال و بالاتر شهر تهران که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شده بودند، انجام گرفت. ابزار گردآوری اطلاعات شامل: پرسشنامه سلامت عمومی (Goldberg) (GHQ: General Health Questionnaire)، پرسشنامه توانایی انجام فعالیت‌های روزانه زندگی (ADL: Activities of Daily Living) و پرسشنامه سلامت اجتماعی Keyes بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS 22 در سطح توصیفی و تحلیلی از طریق آزمون ضریب همبستگی Pearson صورت گرفت.

یافته‌ها: ۵۲/۴ درصد از پاسخگویان دارای سلامت جسمانی، ۵۶/۸ درصد دارای سلامت اجتماعی و ۶۰/۵ درصد دارای سلامت روانی بودند و میانگین انزوای اجتماعی در سالمندان مورد مطالعه حدود ۶۲ درصد بود. همچنین نتایج ضریب همبستگی Pearson نشان داد که بین سلامت روانی ($r = -0.456$, $P = 0.001$) و اجتماعی سالمندان ($r = -0.325$, $P = 0.017$) و انزوای اجتماعی آن‌ها رابطه معنادار و معکوسی وجود دارد؛ به عبارت دیگر با افزایش سلامت روانی و اجتماعی، انزوای اجتماعی سالمندان کاهش می‌یابد.

نتیجه‌گیری: بین سلامت و انزوای اجتماعی در سالمندان رابطه‌ای معکوس وجود دارد و برخورداری از سلامت روانی و اجتماعی می‌تواند بر کاهش انزوای اجتماعی این قشر آسیب‌پذیر اثر مثبتی داشته باشد.

واژگان کلیدی: انزوای اجتماعی؛ سالمندان تهرانی؛ سالمندی؛ سلامت

مقدمه

موقعیت‌ها و مسئولیت‌های شغلی و کاهش ارتباطات اجتماعی فرد اشاره کرد. تنهایی یا احساس تنهایی یکی دیگر از ویژگی‌های این مرحله از زندگی است. فرد سالخورده هر چند وقت یک‌بار شاهد مرگ یکی از دوستان، بستگان، آشنایان و همسن و سالان خود می‌باشد؛ از این رو هر روز بیش از پیش احساس تنهایی به او دست می‌دهد [۲]. کاهش شبکه‌های اجتماعی، ازدست‌دادن نزدیکان و بیماری‌های ذهنی و جسمی، زندگی سالم بسیاری از سالمندان را به چالشی بزرگ تبدیل کرده است [۳].

در حقیقت، افسردگی و انزوای اجتماعی دردی است که هم‌زمان با گذر جامعه ایران از یک جامعه سنتی به مدرن،

افزایش چشمگیر جمعیت سالمندان پدیده‌ای است که از قرن بیستم آغاز شده و در قرن بیست و یکم که قرن سالخوردگی جمعیت دنیا است، ادامه دارد. ایران نیز از این قاعده جدا نبوده و در حال حاضر مرحله انتقال ساختار سنی جمعیتی از جوانی به سالمندی را تجربه می‌کند؛ به طوری که از سال ۱۳۶۵ تا ۱۳۹۵ (طی سه دهه اخیر)، میزان جمعیت سالمند در کشور دوبرابر شده است. مطابق با نتایج سرشماری سال ۱۳۹۵، ۶/۱ درصد از جمعیت کشور را گروه سنی ۶۵ سال و بالاتر تشکیل داده‌اند [۱]. سالخوردگی با تغییرات جسمانی، اجتماعی و روانی سالمندان همراه است که از آن جمله می‌توان به کاهش نسبی قوای جسمانی، بازنشستگی و ازدست‌دادن

آموزشی و اجتماعی افراد مبتلا به انزوای اجتماعی باعث کاهش انزوای اجتماعی و تنهایی در میان افراد مسن می‌گردد [۱۰]. از سوی دیگر، در پژوهش Cornwell و Waite در دانشگاه شیکاگو گزارش گردید که فقدان ارتباطات اجتماعی همواره با احساس تنهایی و انزوای اجتماعی همراه نبوده و از آنجایی که انزوای عینی و ذهنی مفاهیمی متمایز هستند، ممکن است به‌طور مستقل با سلامت مرتبط باشند [۵]. علاوه‌براین دیگر مطالعات، انزوای اجتماعی را در ۲ جنبه منفی و مثبت مورد توجه قرار داده‌اند که بر مبنای آن‌ها می‌توان انزوا را از یک سو به‌عنوان پدیده‌ای منفی و نتیجه فرایندهای مرتبط با نوسازی و از سوی دیگر به‌عنوان موقعیت ساختاری بالقوه‌ای که قادر به ارائه بازده مثبت است، در نظر گرفت [۱۱، ۱۲].

در پژوهش حاضر منظور از انزوای اجتماعی وضعیتی است که در آن روابط و پیوندهای عینی فرد با دیگر افراد جامعه، گروه‌ها و اجتماعات منفصل می‌گردد و عضویت و مشارکت در گروه‌های رسمی و غیررسمی، تضعیف شده و یا قطع می‌شود. در حقیقت، این شرایط به معنای ضعف و یا فقدان پیوندهای اجتماعی و دوستی و همچنین روابط افراد با گروه‌های رسمی و غیررسمی می‌باشد [۱۳]. در مجموع، مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه بین ابعاد مختلف سلامتی و انزوای اجتماعی سالمندان شهر تهران انجام شد. شایان ذکر می‌باشد که در این پژوهش از مدل دوم سلامت بهره گرفته شده است.

مواد و روش‌ها

پژوهش مقطعی - همبستگی حاضر در سال ۱۳۹۶ در ارتباط با ۳۸۴ نفر از افراد ۶۵ ساله و بالاتر شهر تهران انجام شد. براساس روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای، ابتدا کلان‌شهر تهران به ۵ ناحیه شمال، جنوب، غرب، شرق و مرکز تقسیم شد و سپس فهرست مناطق هر ناحیه تهیه گردید. در ادامه از هر ناحیه ۱ منطقه و در مجموع ۵ منطقه (۱۷،۲۱،۶،۱،۴) انتخاب شدند و فهرست محلات موجود در این مناطق به دست آمد. در مرحله بعدی در هر منطقه ۳ محله (۱۵ محله) به شکل تصادفی انتخاب گشت و اطلاعات سالمندان هر محله از مرکز بهداشت محله مربوطه دریافت شد. پس از تهیه لیست و مشخصات سالمندان هر محله، برای دسترسی به فرد سالمند و تکمیل پرسشنامه از روش نمونه‌گیری تصادفی - طبقه‌ای (متناسب) استفاده گردید. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: تمایل افراد به شرکت در پژوهش، قراردادن در دامنه سنی ۶۵ سال و بالاتر و سکونت در ۵ منطقه مورد نظر (۱۰،۴،۶،۱۷،۲۱) تهران. تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها نیز به‌عنوان معیار خروج در نظر گرفته شد. گردآوری اطلاعات این پژوهش با استفاده از پرسشنامه بدین‌صورت انجام گرفت که ۵ نفر از پرسشگران آموزش‌دیده در جلسه توجیهی شرکت نمودند و دستورالعمل و راهنمای نحوه تکمیل پرسشنامه در اختیار آن‌ها قرار گرفت. سپس آن‌ها براساس دستورالعمل و

کهنسالان و سالمندان را گرفتار کرده است. براساس آمارهای موجود از تعداد کل سالمندان کشور، ۱۵ درصد در شهر تهران سکونت دارند. همچنین میزان سالمندان شهر تهران نسبت به کل جمعیت این شهر ۱۱ درصد است؛ بنابراین شهر تهران جمعیت سالخورده‌تری نسبت به ایران و استان تهران را در خود جای داده است؛ به‌طوری که میانگین سنی در شهر تهران ۳۱/۲ سال می‌باشد. این در حالی است که میانگین سنی در کل کشور معادل ۲۷/۹ سال می‌باشد و این مسأله لزوم توجه جدی به این قشر و نیازهای اجتماعی آن‌ها را نشان می‌دهد [۴]. یکی از دلایل بررسی انزوای اجتماعی افراد مسن این واقعیت است که سالمندان به‌طور منحصربه‌فردی قادر به بهینه‌سازی روابط اجتماعی و یا تنظیم انتظارات نمی‌باشند؛ به‌طوری که سطح پایین ارتباطات اجتماعی باعث احساس تنهایی و کاهش حمایت اجتماعی ادراک‌شده می‌شود [۵].

در ارتباط با سلامت دو مدل وجود دارد که مدل اول بر سبک زندگی و دیگری بر انتخاب براساس سلامت تأکید می‌نماید. مدل اول با عواملی چون محیط اجتماعی و سبک زندگی سر و کار دارد و تأثیر آن‌ها بر سلامت را بررسی می‌کند. مدل دوم که همان تبیین انتخابی است، بیان می‌کند که سلامتی بر فرآیندهای طبقه‌بندی اجتماعی تأثیرگذار می‌باشد. در این مدل سلامتی به‌عنوان عاملی در نظر گرفته می‌شود که می‌تواند بر شانس افراد در آموزش، حرفه، شایستگی‌های فردی، مشارکت اجتماعی و شبکه‌های اجتماعی تأثیرگذار باشد؛ برای مثال بیماری روانی و نداشتن سلامت می‌تواند فرد را به انزوای اجتماعی بکشاند؛ در نتیجه از شانس مشارکت اجتماعی آن‌ها کاسته می‌شود [۶].

نتایج مطالعات حاکی از آن است که وضعیت سلامت سالمندان با طردشدن از اجتماع ارتباط دارد و فقدان روابط مؤثر منجر به شکل‌گیری تهدیدی جدی برای سلامت فردی می‌شود. افرادی که روابط پایدار و معناداری با یکدیگر نداشته و در موارد نیاز، کسی را برای مراجعه کردن ندارند، معمولاً دچار تنهایی و در نتیجه انزوای اجتماعی می‌شوند که این امر اغلب منجر به مشکلات فردی جدی مانند افسردگی، کمبود اعتمادبه‌نفس، مشکلات اجتماعی و علائم بیماری‌های جسمانی می‌گردد [۷]. در حقیقت، انزوای اجتماعی یکی از مشکلات روانی - اجتماعی می‌باشد که کمتر به آن توجه شده است. کاهش قوای جسمی و سلامتی، سالمندان را در معرض انزوا قرار می‌دهد و برای بسیاری از سالمندان تنهایی و انزوا در آخر عمر، پدیده‌ای ناخوشایند و فرساینده می‌باشد [۸]. در این راستا، نتایج پژوهش حسینی رمقانی و همکاران نشان داد که مهارت‌های ارتباطی، حمایت اجتماعی و تجارب معنوی روزانه نقش معناداری در پیش‌بینی احساس تنهایی سالمندان دارند و ۳۸ درصد از واریانس احساس تنهایی را پیش‌بینی می‌کنند [۹]. نتایج پژوهش Martina و همکاران نیز بیانگر آن بود که فعالیت‌های

(ADL) استفاده شد. جهت ترکیب دو مقیاس سنجش در بخش سلامت جسمانی پرسشنامه Goldberg (۷ سؤال) برای گزینه اصلاً امتیازی در نظر گرفته نشد؛ اما به گزینه کمتر از حد معمول امتیاز ۱ و به گزینه در حد معمول ۲ امتیاز تعلق گرفت. پرسشنامه توانایی انجام فعالیت‌های روزانه زندگی نیز حاوی ۷ سؤال بود و نمره‌دهی آن به صورت اصلاً نمی‌توانم = ۰، با کمک انجام می‌دهم = ۱ و مستقل انجام می‌دهم = ۲ انجام شد؛ بنابراین در مجموع، ۱۴ سؤال برای سنجش سلامت جسمانی مطرح گردید و دامنه تغییرات بین ۱۴ تا ۲۸ نمره بود. شایان ذکر است که نقطه برش برای این بعد سلامت ۱۷/۵ در نظر گرفته شد. ضریب آلفای پرسشنامه توانایی انجام فعالیت‌های روزانه زندگی در ایران معادل ۰/۹۶ محاسبه گردید که این میزان در پژوهش حاضر برابر با ۰/۸۳ بود [۲۰]. ابزار سنجش توانایی سالمند در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی (ADL) یک شاخص کلیدی برای مراقبت‌های طولانی‌مدت است که در آن از میزان وابستگی یا ناتوانی عملکرد سالمند در انجام یک و یا انواع بیشتری از فعالیت‌های روزمره زندگی و نیز میزان مستقل بودن سالمند در انجام کارهای منزل بدون کمک دیگران و یا نیاز سالمند به کمک یا نظارت دیگران در مورد مراقبت‌های شخصی سؤال می‌شود [۲۱].

تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS 22 در دو سطح توصیفی و تحلیلی انجام شد. برای توصیف یافته‌های پژوهش از جداول یک‌بعدی استفاده گردید و برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از ضرایب همبستگی Pearson بهره گرفته شد. سطح معناداری در آزمون‌های به کار گرفته شده نیز کمتر از ۰/۰۵ لحاظ گردید.

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش $72/2 \pm 6/69$ سال بود و ۶۹/۵ درصد از افراد مورد مطالعه سالمندان جوان (۶۵-۶۹ سال)، ۲۴/۵ درصد سالخورده (۷۰-۷۹ سال) و ۶ درصد کهنسال (۸۰ سال و بالاتر) بودند. همچنین ۵۵ درصد (۲۱۰ نفر) از شرکت‌کنندگان در پژوهش را سالمندان مرد تشکیل دادند و ۷۰ درصد (۲۶۷ نفر) دارای همسر بودند. از نظر سطح تحصیلات نیز ۶۶/۱ درصد (۲۵۳ نفر) بی‌سواد و یا دارای تحصیلات ابتدایی، ۲۲/۲ درصد (۸۵ نفر) دارای تحصیلات دیپلم و ۱۲/۳ درصد (۴۷ نفر) دارای تحصیلات بالاتر از دیپلم بودند. وضعیت سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی سالمندان شرکت‌کننده در پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است. مطابق با یافته‌ها، ۵۲/۴ درصد از پاسخگویان از سلامت جسمانی، ۵۶/۸ درصد از سلامت اجتماعی و ۶۰/۵ درصد از سلامت روانی برخوردار می‌باشند.

وضعیت انزوای اجتماعی سالمندان شرکت‌کننده در پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است. مطابق با یافته‌ها، میانگین انزوای اجتماعی سالمندان حدود ۶۲ درصد می‌باشد؛ بنابراین انزوای اجتماعی در سالمندان شهر تهران در سطح بالایی قرار دارد.

به صورت تصادفی به پاسخگویان مراجعه نمودند و با استفاده از مصاحبه حضوری، پاسخ‌ها را دریافت کرده و پرسشنامه را تکمیل نمودند. شایان ذکر است که به منظور رعایت نکات اخلاقی، پس از توضیح اهداف پژوهش به سالمندان و کسب رضایت آگاهانه، به آن‌ها در رابطه با محرمانه ماندن اطلاعات اطمینان خاطر داده شد و برای این منظور پرسش‌نامه‌ها بدون نام تکمیل گردید و آن دسته از سالمندانی که تمایل به شرکت در پژوهش نداشتند، از مطالعه خارج شدند. باید خاطر نشان ساخت که پرسشنامه‌ها با مساعدت مسئولان مراکز بهداشتی-درمانی مناطق پنج‌گانه تکمیل گردیدند.

سلامت روانی سالمندان با استفاده از فرم ۱۲ سؤال پرسشنامه سلامت عمومی Goldberg (GHQ) سنجیده شد [۱۴]. سؤالات این پرسشنامه بر مبنای روش لیکرت و با مقیاس ۴ گزینه‌ای به ترتیب با نمرات ۰، ۱، ۲ و ۳ نمره‌گذاری گردید و مجموع نمرات پرسشنامه ۳۶ بود که طبق مطالعه عبادی و همکاران، بهترین نقطه برش برای این روش ۱۴/۵ می‌باشد [۱۵]. روایی و پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه در ایران توسط پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی مورد تأیید قرار گرفته و میزان ضریب آلفای کرونباخ آن بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ گزارش شده است [۱۶]. از سوی دیگر، برای سنجش سلامت اجتماعی از پرسشنامه سلامت اجتماعی Keyes استفاده شد. این پرسشنامه استاندارد دارای ۲۳ سؤال با طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از "همیشه" تا "هرگز" می‌باشد که در این پژوهش پس از سنجش روایی، ۱۵ سؤال آن مورد استفاده قرار گرفت و برای گزینه همیشه امتیاز ۳، اکثر اوقات امتیاز ۲، به ندرت امتیاز ۱ و برای هرگز امتیاز ۰ در نظر گرفته شد و دامنه تغییرات بین ۱۵ تا ۴۵ متغیر بود. نقطه برش برای این بعد سلامت نیز ۲۳/۵ در نظر گرفته شد. شایان ذکر می‌باشد که روایی و پایایی ابزار در مطالعات پیشین در حد قابل قبولی گزارش شده است [۱۷].

میزان انزوای اجتماعی سالمندان با استفاده از پرسشنامه بومی شده چلبی و امیرکافی سنجیده شد. ابعاد انزوای اجتماعی در این ابزار شامل: روابط خانوادگی با ۵ سؤال (روابط فکری و عاطفی سالمند با دیگر اعضای خانواده)، روابط محلی و همسایگی با ۱۸ سؤال، روابط فرامحلی با ۷ سؤال (تعاملات دوطرفه با استفاده از وسایل ارتباطی)، پیوندهای انجمنی با ۲ سؤال (میزان فعالیت فرد در انجمن‌های داوطلبانه) و سرمایه اجتماعی ابزاری با ۶ سؤال (میزان دسترسی افراد به منابع اجتماعی) می‌باشد [۱۸]. سؤالات این پرسشنامه با مقیاس لیکرت ۴ گزینه‌ای نمره‌گذاری شدند و دامنه نمرات قابل اکتساب بین ۱۵۲-۳۸ متغیر بود. روایی و پایایی این ابزار در مطالعات پیشین در حد قابل قبولی گزارش شده است [۱۹].

برای سنجش سلامت جسمانی سالمندان نیز از ۷ سؤال مربوط به بخش سلامت جسمانی پرسشنامه Goldberg (از مقیاس ۲۸ سؤال) و پرسشنامه توانایی انجام فعالیت‌های روزانه زندگی

جدول ۱: توزیع فراوانی وضعیت سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی سالمندان شرکت‌کننده در پژوهش (n=۳۸۲)

متغیر	میانگین	انحراف معیار	رنج نمرات	وضعیت سلامتی براساس نقطه برش تعداد (درصد)
سلامت جسمانی	۱۴/۶۷	۳/۳۹	۱۴-۲۸	۲۰۰ (۵۲/۴)
سلامت اجتماعی	۲۵/۵۶	۵/۹۰	۱۵-۴۵	۲۱۷ (۵۶/۸)
سلامت روانی	۲۱/۷۸	۵/۰۳	۱۲-۳۶	۲۳۱ (۶۰/۵)

جدول ۲: میانگین، انحراف معیار و درصد میانگین از حداکثر نمره قابل اکتساب ابعاد انزوای اجتماعی سالمندان

ابعاد انزوای اجتماعی	میانگین	انحراف معیار	رنج نمرات	میانگین (از ۱۰۰ درصد)
روابط خانوادگی	۶/۵۶	۱/۵۲	۵-۲۰	۳۲/۸
روابط محلی	۳۹/۰۹	۹/۰۴	۱۸-۷۲	۵۴/۳
روابط فرامحلی	۱۸/۲۳	۴/۲۱	۷-۲۸	۶۵/۱
پیوندهای انجمنی	۶/۵۴	۱/۵۱	۲-۸	۸۱/۸
سرمایه اجتماعی ابزاری	۱۸/۷۷	۴/۳۴	۶-۲۴	۷۸/۲
میانگین کلی	۹۴/۹۸	۲۱/۹۵	۳۸-۱۵۲	۶۲/۴

نتایج ضریب همبستگی Pearson نشان داد که بین سلامت روانی ($r=-0/456$, $P=0/001$) و اجتماعی ($r=-0/325$), $P=0/017$ سالمندان و انزوای اجتماعی آن‌ها رابطه معنادار و معکوسی وجود دارد؛ به عبارت دیگر با افزایش سلامت روانی و اجتماعی، انزوای اجتماعی آن‌ها کاهش می‌یابد؛ اما بین سلامت جسمانی و انزوای اجتماعی سالمندان رابطه معناداری مشاهده نگردید ($P=0/314$) (جدول ۳).

بررسی ابعاد انزوای اجتماعی این قشر آسیب‌پذیر نشان می‌دهد که ۲ بعد پیوندهای انجمنی (۸۱/۸ درصد) و سرمایه اجتماعی ابزاری (۷۸/۲ درصد) بالاترین میزان انزوا را به خود اختصاص داده‌اند. از سوی دیگر کمترین میزان انزوا در بعد روابط خانوادگی تجربه می‌شود و به‌طور میانگین حدود ۳۳ درصد از سالمندان انزوای اجتماعی را در ارتباطات خانوادگی خود تجربه نموده‌اند.

جدول ۳: همبستگی بین ابعاد مختلف سلامت جسمانی، اجتماعی و روانی و میزان انزوای اجتماعی سالمندان

متغیرهای مورد مطالعه	۱	۲	۳	۴
سلامت روانی	۱			
سلامت اجتماعی	۰/۶۴۷**	۱		
سلامت جسمانی	۰/۳۸۳*	۰/۳۶۷*	۱	
انزوای اجتماعی	-۰/۴۵۶**	-۰/۳۲۵*	-۰/۳۷۸	۱

* ضرایب در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنادار می‌باشند؛ ** ضرایب در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنادار می‌باشند.

بحث

توجه به شرایط سنی و جسمی خود کمتر در جامعه به‌عنوان افراد فعال حضور دارند و به‌گونه‌ای در حاشیه زندگی می‌کنند [۲۳]. بر مبنای نتایج، میانگین بعد ارتباطات خانوادگی متغیر انزوای اجتماعی سالمندان کمتر از حد متوسط (حدود ۳۳ درصد) بوده و بیانگر آن است که یک سوم از سالمندان انزوای اجتماعی را در خانواده نیز تجربه می‌کنند. بررسی دقیق‌تر داده‌ها در این ارتباط نشان داد که با وجود ضعف در پیوندهای اجتماعی، پیوندهای خانوادگی در بین سالمندان شهر تهران هنوز از استحکام و پایداری برخوردار می‌باشد. سلامت در این پژوهش شامل سه بعد سلامت جسمانی، روانی و جسمانی بود [۲۴]. نتایج نشان داد که وضعیت سلامت

انزوای اجتماعی به معنای ضعف و عدم وجود پیوندهای اجتماعی است و به فرایند فروپاشی روابط بین شخصی، مسدودشدن ارتباطات، کناره‌گیری از تماس‌های اجتماعی و کوچک‌شدن حلقه‌های اجتماعی اطراف فرد دلالت می‌کند [۲۲]. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میانگین انزوای اجتماعی سالمندان حدود ۶۲ درصد می‌باشد که این میانگین نشانگر بالای بودن انزوای اجتماعی در سالمندان شهر تهران است. این یافته با نتایج مطالعه کلانتری و حسینی‌زاده [۱۹] که طی آن میانگین انزوای اجتماعی شهروندان تهرانی معادل ۶۲/۹۴ درصد گزارش شد و حکایت از گسترش انزوای اجتماعی در جامعه شهری تهران داشت، همخوانی دارد. جمعیت سالمند با

نتایج پژوهش Findlay نشان داد که یکی از عوامل زیربنایی مؤثر در مقابله با انزوای اجتماعی، مداخله آموزشی است. مداخلات آموزشی می‌توانند با انزوای اجتماعی و اثرات نامطلوب آن بر افراد مسن مقابله کنند [۲۲].

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به پایین بودن سطح تحصیلات پاسخگویان اشاره کرد؛ به طوری که برای سالمندان بی‌سواد و کم‌سواد، سؤالات پرسشنامه توسط پرسشگران آموزش‌دیده خوانده شده و پاسخ آن‌ها در پرسشنامه درج می‌گردید. ضعف جسمانی سالمندان و خستگی زود هنگام آن‌ها از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود. علاوه بر این، ضعف شنوایی سالمندان باعث شد که در برخی از موارد چندین بار سؤالات توضیح داده شوند تا سالمندان قادر به پاسخگویی باشند.

نتیجه‌گیری

به طور کلی، نتایج پژوهش حاضر بیانگر وجود سطح بالای انزوای اجتماعی در سالمندان شهر تهران بود. همچنین، مشاهده شد که بین سلامت و انزوای اجتماعی در سالمندان رابطه معکوسی وجود دارد و برخورداری از سلامت روانی و اجتماعی می‌تواند بر کاهش انزوای اجتماعی این قشر آسیب‌پذیر اثر مثبتی داشته باشد؛ بنابراین طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی به منظور ارتقای سطح سلامت سالمندان برای کاهش انزوای اجتماعی آن‌ها پیشنهاد می‌گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از پایان‌نامه مقطع دکترای تخصصی رشته جامعه‌شناسی مسائل اجتماعی ایران با عنوان "بررسی انزوای اجتماعی سالمندان و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن (مطالعه موردی: سالمندان شهر تهران)" مصوب دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد واحد دهقان است. بدین‌وسیله از سالمندانی که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، قدردانی می‌گردد. شایان ذکر است که بین نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

سالمندان مورد مطالعه در شهر تهران در حد متوسط می‌باشد؛ بدین‌معنا که حدود ۵۲ درصد از پاسخگویان از سلامت جسمانی، حدود ۵۷ درصد از سلامت اجتماعی و ۶۰/۵ درصد نیز از سلامت روانی برخوردار هستند. یافته‌های پژوهش شریفی و همکاران نیز نشان داد که وضعیت سلامت روان در سالمندان تهرانی نسبت به سایر کشورها بسیار بدتر است [۲۵]. براساس یافته‌های پژوهش بین سلامت روانی و اجتماعی سالمندان و انزوای اجتماعی آن‌ها رابطه معنادار و معکوسی وجود داشت. نتایج تحلیل مسیر پژوهش کلاتری و همکاران بیانگر آن بود که متغیر انزوای اجتماعی در مقایسه با متغیر حمایت اجتماعی، تأثیر مستقیم و غیرمستقیم بیشتری (-۰/۴۵) بر میزان سلامت روان شهروندان تهرانی دارد [۲۶]. در مجموع، بین میانگین سلامت سالمندان شهر تهران و میزان انزوای اجتماعی آن‌ها رابطه مستقیم و معکوسی مشاهده شد؛ به طوری که با افزایش سلامت سالمندان، میزان انزوای اجتماعی آن‌ها کاهش می‌یافت. براساس یافته‌های مدرسی یزدی نیز بین متغیرهای حمایت اجتماعی، سلامت، باورهای سنتی رایج در جامعه و برداشت از خود با احساس انزوای اجتماعی رابطه معکوس و معناداری وجود دارد [۷]. سالمندان به علت مشکلات فراوان جسمی و روانی، مستعد ابتلا به آسیب‌های مختلفی از جمله تنهایی و انزوای اجتماعی هستند [۲۷]. در مطالعه Waite و Cornwell انزوای عینی و ذهنی هر یک به‌طور مستقل با سلامت مرتبط بودند [۵]. مطابق با پژوهش Hortulatus و همکاران، ۶۸ درصد از افراد منزوی از یک بیماری مزمن رنج می‌برند [۶]. همچنین می‌توان گفت که از عوامل مهم و اثرگذار بر سلامت جسمی و روحی افراد مسن، مشارکت اجتماعی است که ضمن توجه به حقوق سالمندان می‌تواند در حفظ نظم اجتماعی و بهبود کیفیت زندگی روزمره آن‌ها نیز مفید واقع گردد [۲۸]. شرکت سالمندان در فعالیت‌های معنادار (معمولاً در قالب دوستی و مشارکت سازمان‌یافته) یکی از عناصر کلیدی در ارتقای کیفیت زندگی و وضعیت سلامت عمومی و به دنبال آن کاهش معلولیت‌های دوران سالمندی است [۲۹-۳۱]. در این راستا،

REFERENCES

1. Statistical Center of Iran. Restructuring and population estimation city of Tehran. Tehran: Statistical Center of Iran; 2015. [Persian]
2. Sam Aram E. From the west to the nomad house to the private. *Soc Sci*. 1993;2(3-4):154-65. [Persian]
3. Taghdisi MH, Doshmangir P, Dehdari T, Doshmangir L. Influencing factors on healthy lifestyle from viewpoint of elderly people: qualitative study. *Iran J Ageing*. 2013;7(4):47-58. [Persian]
4. Statistical Center of Iran. Census Results of 2016 Province of Tehran. Tehran: Statistical Center; 2016. [Persian]
5. Cornwell EY, Waite LJ. Measuring social isolation among older adults using multiple indicators from the NSHAP study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2009;64(Suppl 1):38-46. PMID: 19508982 DOI: 10.1093/geronb/gbp037
6. Hortulatus R, Machielse A, Ludwien M. Social isolation in modern society. Trans: Sarabi F. Tehran: Sociologists Press; 2015. [Persian]
7. Yazdi Modaresi F. The study of socio-cultural factors of social isolation of girls over 30 years old in Yazd. [Master Thesis]. Yazd: Sociology of Social Sciences Faculty of Yazd University; 2015. [Persian]
8. Shamsaei F, Cheraghi F, Esmaeili R, Mohsenifard J. Explanation of loneliness in the elderly and comparison with psychosocial development theory: a quantitative study. *J Educ Community Health*. 2014;1(2):30-8. DOI: 10.20286/jech-010230 [Persian]
9. Hosseini Ramaghani N, Mir Drikvand F, Panahi H. The role of communication skills, social support and daily spiritual experiences in predicting loneliness feeling of the elderly. *J Gerontol*. 2017;1(4):47-57. DOI: 10.18869/acadpub.joge.1.4.47 [Persian]
10. Martina CM, Stevens NL. Breaking the cycle of loneliness? Psychological effects of a friendship enrichment program for older women. *Aging Ment Health*. 2006;10(5):467-75. PMID: 16938682 DOI: 10.1080/13607860600637893

11. Parigi P, Henson W. Social isolation in America. *Ann Rev Sociol.* 2014;**40**:153-71.
12. Courtin E, Knapp M. Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health Soc Care Community.* 2017;**25**(3):799-812. PMID: 26712585 DOI: 10.1111/hsc.12311
13. Haghighatian M. Effective social factors on social isolation of the youth (Case of study: Isfahan city). *J Soc Dev Stud.* 2013;**5**(4):87-98. [Persian]
14. Burns A, Lavlar Karaji Q. Measuring scales in elderly psychiatric. Trans: Motamedi A. Tehran: Allameh Tabatabaei University Press; 2016. [Persian]
15. Ebadi M, Harirchi A, Shariati M, Garmaroudi G, Fateh A, Montazeri A. Translation, determining the reliability and validity of the 12-point questionnaire on general health (GHQ-12). *J Payesh.* 2002;**1**(3):39-46. [Persian]
16. Seyfzadeh A. The relationship between perceived social support and health in the elderly adults Case study: Azarshahr. *J Gerontol.* 2016;**1**(1):40-7. DOI: 10.18869/acadpub.jogc.1.1.56 [Persian]
17. Seyfzadeh A. Investigating the elders' social health and its related factors: a case study of Azarshahr city. *J Geriatric Nurs.* 2015;**1**(4):95-106. [Persian]
18. Chalabi M, Amirkaphi M. Multilevel analysis of social isolation. *J Sociol Iran.* 2004;**5**(2):3-31. [Persian]
19. Kalantari A, Hosseinizadeh Arani S, Sakhaee A, Emamalizadeh H. Isolation and health: survey on the relationship between social isolation and mental health upper 18 Years old citizens; with attention to the mediation role of social support. *J Contemporary Soc Res.* 2013;**4**(6):89-116. [Persian]
20. Khajavi D, Parsa Z. The development of psychometric properties of "the elderly's activities of daily life scale". *J Motor Learn Movement.* 2014;**6**(1):91-108. [Persian]
21. Katz S, Down TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in the development of the index of ADL". *Gerontologist.* 1970;**10**(1):20-30. PMID: 5420677
22. Hasanisathi M. The study of social and cultural factors affecting the social isolation of the youth aged 15 to 29 in Lordegan. [Master Dissertation]. Dehaghan, Iran: Sociology Branch, Islamic Azad University; 2014. [Persian]
23. Sheikh M. Sociology of old age. Tehran: Harir Press; 2010. [Persian]
24. Mohseni Tabrizi AR, Razi A. The relationship between social support and mental health among students of Tehran University. *Youth Stud Quart.* 2007;**3**(10):83-96. [Persian]
25. Yazdanpanah L. Barriers to social participation of citizens of Tehran. *J Social Welfare.* 2007;**7**(26):105-30. [Persian]
26. Kalantari A, Hosseinizadeh Araei S. City and social relations: The relationship between the level of social isolation and the level of social support received with the level of loneliness experience. *J Urban Soc Stud.* 2015;**5**(16):87-118. [Persian]
27. Salimi F, Garmaroudi G, Hosseini SM, Batebi A. Effect of self-care educational program to improving quality of life among elderly referred to health centers in Zanjan. *J Educ Community Health.* 2015;**2**(2):28-37. [Persian]
28. Moradi A, Taheri P, Javanbakht F, Taheri A. A meta-analysis on the relationship between mental health and social support in Iran. *J Res Behav Sci.* 2013;**10**(6):565-73. [Persian]
29. Najafi B, Arozaghi M, Fakhrzadeh H, Sharifi F, Shoaie S, Alizadeh M, et al. Mental health status and related factors in aged population: urban health equity assessment and response tool (Urban- HEART) study in Tehran. *Iran J Diabetes Metab.* 2013;**13**(1):62-73. [Persian]
30. Rashedi V, Gharib M, Yazdani AA. Social participation and mental health among older adults in Iran. *Iranian Rehabil J.* 2014;**12**(19):9-13. [Persian]
31. Shoja M, Nabavi SH, Kassani A. Factor analysis of social capital and its relations with mental health of older people in Tehran 9 district. *J North Khorasan Univ Med Sci.* 2011;**3**(5):81-90. [Persian]
32. Findlay R. Interventions to reduce social isolation amongst older people: where is the evidence. *Ageing Soc.* 2003;**23**(5):647-58. DOI:10.1017/S0144686X03001296