



## Relationship between Quality of Life and Social Isolation Among Older Adults in Aran and Bidgol

Fadaiyan arani E<sup>1</sup>, Farokhnezhad Afshar P<sup>2</sup>, Hosseini A.F<sup>3</sup>, Bagheri A<sup>4</sup>, Rashedi V<sup>5\*</sup>

1-School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2-School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3- School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4-Faculty of Nursing & Midwifery, Kashan university of Medical Sciences, Tehran, Iran.

5- School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

**Corresponding Author:** Rashedi V, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

**Email:** vahidrashedi@yahoo.com

Received: 25 June 2022

Accepted: 11 July 2022

### Abstract

**Introduction:** One of the indicators that well reflects the status of the elderly is the quality of life index. The results of studies have shown that loneliness and social isolation among the elderly have severe negative effects on their mental and physical health. The aim of this study was to investigate the relationship between quality of life and social isolation of the elderly in Aran and Bidgol.

**Methods:** This research is a descriptive cross-sectional study. 327 elderly people aged 60 to 70 years old in Aran and Bidgol who were selected from the comprehensive urban health service centers according to the inclusion criteria. Data were collected using the SF-36 Quality of Life Questionnaire, with a validity of 0.58-0.95 and a reliability of 0.9-0.77, and the Persian version of the 6-item Lubben questionnaire. The data are analyzed using SPSS statistical statistics in both descriptive and analytical terms.

**Results:** 46.8% people are men and 94.2% are in the age range of 69 years and younger. The average age of the elderly was 7.64 years. There is a statistically significant correlation between role limitations due to physical health status and emotional problems, emotional health, social functioning and general health with all subscales of quality of life. ( $P < 0.05$ )

**Conclusions:** The results showed that the quality of life of the elderly in Aran and Bidgol was relatively high and their social isolation was also reported was relatively low. This confirms that in Aran and Bidgol, where the family structure is still traditional and the focus of the families is maintained. The inverse correlation between quality of life and social isolation also warns us to reduce parental social isolation to improve the quality of life of the elderly.

**Keywords:** Elderly, Quality of life, Social isolation, Physical health, Mental health.

<https://doi.org/10.22034/JOGE.7.1.74>

## رابطه کیفیت زندگی و انزوای اجتماعی سالمندان مراکز خدمات جامع سلامت شهری شهرستان آران و بیدگل

الهام فداییان آرانی<sup>۱</sup>، پویا فرخ نژاد افشار<sup>۲</sup>، آغافاطمه حسینی<sup>۳</sup>، اعظم باقری<sup>۴</sup>، وحید راشدی<sup>۵\*</sup>

- ۱- دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
- ۲- دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
- ۳- دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
- ۴- دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.
- ۵- دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: وحید راشدی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.  
ایمیل: [vahidrashedi@yahoo.com](mailto:vahidrashedi@yahoo.com)

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۴/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۴/۱۱

### چکیده

**مقدمه:** یکی از شاخص‌هایی که به خوبی بیانگر وضعیت سالمندان است، شاخص کیفیت زندگی است. از طرفی تنهایی و انزوای اجتماعی سالمندان می‌تواند تأثیرات منفی شدیدی بر سلامت روانی و جسمانی آنان داشته باشد. مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه کیفیت زندگی و وضعیت انزوای اجتماعی سالمندان شهرستان آران و بیدگل انجام شده است.

**روش کار:** این پژوهش یک مطالعه مقطعی است. ۳۲۷ نفر از سالمندان ۶۰ تا ۷۵ ساله شهر آران و بیدگل که با شرایط معیارهای ورود به مطالعه از مراکز خدمات جامع سلامت شهری انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36، و پرسشنامه ۶ سوالی انزوای اجتماعی لوبن می‌باشد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS در دو سطح توصیفی و تحلیلی انجام می‌شود.

**یافته‌ها:** از کل افراد مورد مطالعه ۴۶/۸٪ مرد و ۹۴/۲٪ محدود سنی ۶۹ سال و کمتر بودند. میانگین سن سالمندان ۶۴/۷ سال بود. بین محدودیتهای ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی و مشکلات هیجانی، سلامت عاطفی، عملکرد اجتماعی و سلامت عمومی با کلیه خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی همبستگی معنی‌داری دیده شد ( $P < 0/05$ ).

**نتیجه گیری:** در این مطالعه کیفیت زندگی سالمندان شهرستان نسبتاً بالا بوده و انزوای اجتماعی آنها نسبتاً کم گزارش شد. دلیل آنرا می‌توان در ساختار سنتی خانواده‌ها دانست. همبستگی معکوس بین کیفیت زندگی و انزوای اجتماعی نیز به ما گوشزد می‌کند که برای بالا بردن کیفیت زندگی سالمندان انزوای اجتماعی والدین را کاهش دهیم.

**کلیدواژه‌ها:** سالمند، کیفیت زندگی، انزوای اجتماعی، سلامت جسمانی، سلامت روانی.

### مقدمه

در سرشماری سال ۱۳۹۰، جمعیت سالمندان بالای ۶۰ سال ۸/۲۶ درصد بود؛ در حال حاضر این جمعیت حدود هشت میلیون نفر است. در آمارگیری سال ۱۳۹۵، جمعیت سالمندان بالای ۶۰ سال ۹/۳ درصد بوده است. برای ارتقای سلامت سالمندان و پیشگیری و کاهش بیماریها اولین گام، شناسایی وضعیت سالمندان است. یکی از شاخص‌هایی که به خوبی بیانگر وضعیت سالمندان

سالمندی یکی از مراحل تکامل زندگی بشر است. امروزه یکی از بزرگ‌ترین گروه‌های اجتماعی دنیا را سالمندان تشکیل می‌دهند (۱). بنابر آمار سازمان جهانی بهداشت تا سال ۲۰۰۰، جمعیت افراد ۶۰ ساله و بیشتر حدود ۶۰۰ میلیون نفر بوده است و این تعداد تا سال ۲۰۲۵ به ۱/۲ میلیارد نفر خواهد رسید (۲). بر اساس گزارش مرکز آمار ایران

زندگی سالم بسیاری از سالمندان را به چالشی بزرگ تبدیل کرده است (۱۳). همچنین اثرات نامطلوب انزوای اجتماعی و یا از دست دادن پیوندهای اجتماعی در زندگی افراد شواهد محکمی برای تأیید این قضیه می باشند (۱۴). عدم تمایل سالمندان برای خروج از منزل، خواب آلودگی، احساس درد و گرفتگی عضلات و کم اشتهاهی همه از دلایل انزوای سالمندان است. از طرفی انزوا و تنهایی به دلیل کاهش روابط اجتماعی منجر به افسردگی و کاهش کیفیت زندگی در سالمندان می گردد (۱۵). مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه کیفیت زندگی و وضعیت انزوای اجتماعی سالمندان شهرستان آران و بیدگل انجام شده است.

### روش کار

این پژوهش یک مطالعه توصیفی، از نوع مقطعی بود که بر روی ۳۰۰ نفر از سالمندان ۶۰ تا ۷۵ ساله شهر آران و بیدگل انجام شد. انتخاب نمونه به صورت تصادفی از بین لیست سالمندان که در سامانه سیب ثبت شده بود صورت گرفت. معیارهای ورود سالمندان توانایی حضور در مراکز بهداشت و سواد خواندن و نوشتن بود و معیارهای خروج از مطالعه سابقه اختلالات روانی بود. جمع آوری اطلاعات به صورت پرسشنامه هایی بود که سالمندان پس از حضور در مراکز در اختیارشان قرار داده می شد تا توسط خودشان و یا یکی از همراهانشان تکمیل گردد. برای جمع آوری اطلاعات ابتدا توضیحاتی در مورد پژوهش و اهداف آن در اختیارشان قرار داده می شد و در صورت رضایت اطلاعات اولیه شامل سن، جنس، تحصیلات، شغل فعلی و قبلی آنها و وضعیت سلامت جسمی آنها و محل سکونت آنها گرفته می شد و سپس پرسشنامه های کیفیت زندگی و انزوای اجتماعی در اختیارشان قرار داده شده تا همانجا تکمیل نمایند. در صورت ایجاد ابهام در درک سوالات توضیحات یکسانی به همه سالمندان داده می شد. پس از تکمیل، پرسشنامه ها جمع آوری شده و برای انجام آنالیز آماری در کامپیوتر وارد می گردید.

### ابزارهای مورد استفاده و نحوه تعیین اعتبار و پایایی

الف) پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36، که یک پرسشنامه عمومی بوده و در بیش از ۵۰ کشور دنیا و از جمله در ایران بکار رفته است و روایی و پایایی آن به خوبی مورد تأیید قرار گرفته است. پرسشنامه فوق بر اساس مقاله ترجمه، تعیین پایایی و روایی گونه فارسی ابزار استاندارد SF-36 دکتر علی منتظری دارای روایی ۰/۵۸ - ۰/۹۵ و پایایی ۰/۹

است، شاخص کیفیت زندگی است. سن، جنس و وضعیت سلامتی و عوامل فرهنگی از عوامل مهم تأثیرگذار بر درک افراد از کیفیت زندگی است. اگرچه افزایش سن سبب افت کیفیت زندگی در سالمندان می شود ولی سایر عوامل زمینه ای نیز در این کاهش اثر دارند (۲). کیفیت زندگی مفهومی پیچیده است که در هر دوره ی زندگی می تواند تحت تأثیر عوامل متعددی قرار گیرد (۳). به عبارت دیگر کیفیت زندگی ارزیابی ذهنی فرد از وضعیت سلامت کنونی، مراقبت های بهداشتی، فعالیت های ارتقاء دهنده سلامتی که موجب سطحی از فعالیت کلی می شود و به فرد اجازه می دهد که اهداف ارزشمند زندگیش را دنبال کند (۴). کیفیت زندگی وقتی با عبارت مطلوبیت اجتماعی تعریف می شود، به شدت با محدودیت های جسمانی یا نشانه های بیماری افراد بیمار ارتباط دارد (۵). TuYu ching و همکارانش (۲۰۰۶)، می نویسند برخی متغیرهای دموگرافیک مانند سن، تحصیلات، جنس و وضعیت اجتماعی و اقتصادی و داشتن عقاید مذهبی با کیفیت زندگی در سالمندان ارتباط دارند (۶). همچنین در مطالعه Bergland عملکردهای اجتماعی، وضعیت سلامتی مطلوب و برخوردار از مسکن شخصی نیز مرتبط با کیفیت زندگی بیان شده است (۷). شواهدی وجود دارد که نشان می دهد حمایت جامعه نقش مهمی در سلامت و در نهایت کیفیت زندگی افراد یک جامعه ایفاء می کند و انزوای اجتماعی به بیماری منجر می شود (۸).

سالمندی پیوندی تنگاتنگ با فرایندهای روانی و اجتماعی دارد. نتایج مطالعات نشان داده است که تنهایی و انزوای اجتماعی در میان سالمندان تأثیرات منفی شدیدی بر سلامت روانی و جسمانی آنان دارد. ارتباط میان تنهایی با بیماری فشار خون و افزایش افسردگی و بالا رفتن نرخ مرگ و میر سالمندان گزارش شده است (۹). تأثیر مستقیم اثرات مثبت حمایت اجتماعی یا عدم انزوای اجتماعی منجر به بهبود کیفیت زندگی می شود و رابطه بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی خطی می باشد (۱۰). احساس انزوای اجتماعی به معنای عدم وابستگی فرد با ارزش های شناخته شده در جامعه تعریف می شود. انزوای اجتماعی با مشکلات روانی، اجتماعی مرتبط است (۱۱). فرد سالخورده هر چند وقت یکبار شاهد مرگ یکی از دوستان، بستگان، آشنایان و همسن و سالان خود می باشد؛ از این رو هر روز بیش از پیش احساس تنهایی به او دست می دهد (۱۲). کاهش شبکه های اجتماعی، از دست دادن نزدیکان و بیماریهای ذهنی و جسمی، اجتماعی

## الهام فداییان آرائی و همکاران

در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران به تصویب رسیده است (کد اخلاق: IR.IUMS.REC.1399.1251).

### یافته ها

مطالعه حاضر بر روی ۳۲۷ نفر از سالمندان بالاتر از ۶۰ سال شهرستان آران و بیدگل در سال ۱۳۹۹ انجام شد. ۱۵۳ نفر (۴۶/۸٪) مرد و ۹۴/۲٪ در محدوده سنی ۶۹ سال و کمتر بودند. ۶۸/۸٪ افراد با مدرک تحصیلی زیردیپلم، ۴۷/۱٪ افراد خانه دار و ۹۵/۴٪ متأهل بودند. میانگین و انحراف معیار نمره انزوای اجتماعی در حیطه خانواده ۶/۷±۲/۳ و در حیطه دوستان ۶/۲±۲/۴ و نمره کلی آن ۱۲/۹±۴/۵ بود. میانگین نمره کیفیت زندگی در حیطه محدودیتهای ایفای نقش ناشی از سلامت جسمانی ۷۱/۹ و در خرده مقیاس سلامت عمومی ۵۱/۱ و نمره کلی کیفیت زندگی ۵۸/۹ می باشد. میانگین نمره خرده مقیاس انزوای اجتماعی در حیطه خانواده در زنان ۶/۷ و در مردان ۶/۶ بوده است. از لحاظ آماری ارتباط نمره انزوای اجتماعی بر حسب جنس معنی دار نبوده است ( $P>0/05$ ). میانگین نمره خرده مقیاس کیفیت زندگی در حیطه عملکرد جسمانی در زنان ۴۷/۸ و در مردان ۶۱/۹ بود. از نظر آماری تفاوت معنی داری در نمره خرده مقیاس های عملکرد جسمانی، انرژی و نشاط، عملکرد اجتماعی، درد، سلامت عاطفی و نمره کل کیفیت زندگی در دو جنس زن و مرد معنی دار مشاهده شد ( $P<0/001$ ) (جدول ۱).

۰/۷۷- بوده است. این پرسشنامه ۴ فاکتور اصلی سلامتی را مورد ارزیابی قرار می دهد که عبارتند از: سلامت جسمانی، سلامت عمومی، سلامت اجتماعی و سلامت روانی. برای تفسیر داده ها در بخش سلامت عمومی حداقل و حد اکثر نمره ۰-۲۱، در بخش سلامت جسمانی حداقل و حد اکثر نمره ۰-۲۷، در بخش سلامت روانی حداقل و حد اکثر نمره ۰-۱۲، سلامت اجتماعی ۰-۳۸، و به طور کلی، کسب نمره ۰-۳۶ کیفیت زندگی پایین، ۸۰-۳۷ متوسط و ۱۳۵-۸۱ نشان دهنده کیفیت زندگی بالا است.

ب) پرسشنامه بومی شده مقیاس ۶ سوالی انزوای اجتماعی لوین می باشد که سه سوال نخست این پرسشنامه در مورد افراد خانواده و سه سوال بعدی در مورد دوستان می باشد. جمع نمرات این شش سوال در طیف لیکرت شش گزینه های ندارد (نمره صفر) تا نه نفر (نمره ۵) بین صفر تا سی می باشد. نقطه برش برای افرادی که در معرض انزوای اجتماعی نمره کمتر از ۱۲ می باشد که نیاز به بررسی بیشتر توسط متخصصین را دارد. و نقطه برش کمتر یامساوی شش را در هر یک از دو خرده مقیاس خانواده و دوستان نیز جهت اهداف مداخله ای مورد نظر است. برای تحلیل داده ها میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی و انزوای اجتماعی بر حسب متغیر های زمینه ای محاسبه شده و آزمون های آماری T مستقل برای مقایسه نمره کیفیت زندگی و انزوای اجتماعی بر حسب متغیر های کیفی دو حالتی و ANOVA برای متغیر های کیفی چند حالتی استفاده شد. در نهایت ضرایب همبستگی خطی پیرسن برای بررسی همبستگی بین متغیر های کمی استفاده شد. این مطالعه

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمره خرده مقیاسهای انزوای اجتماعی و کیفیت زندگی در سالمندان مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان آران و بیدگل سال ۹۹ بر حسب جنس

P.Value	در کل (۳۲۷)	جنس		خرده مقیاس	متغیر
		مرد (۱۵۳)	زن (۱۷۴)		
۰/۶۳۵	۶/۷±۲/۳	۶/۶±۲/۲	۶/۷±۲/۴	خانواده	انزوای اجتماعی
۰/۵۶۵	۶/۳±۲/۴	۶/۲±۲/۱	۶/۳±۲/۶	دوستان	
۰/۵۸۰	۱۲/۹±۴/۵	۱۲/۸±۴/۱	۱۳/۰±۴/۸	انزوای اجتماعی کل	
<۰/۰۰۱	۵۵/۳ ± ۲۵/۱	۶۱/۹ ± ۲۴	۴۷/۸ ± ۲۴/۳	عملکرد جسمانی	کیفیت زندگی
۰/۲۴۹	۷۱/۹ ± ۹/۲	۷۲/۴ ± ۸/۱	۷۱/۲ ± ۱۰/۳	محدودیتهای ایفای نقش ناشی از سلامت جسمانی	
۰/۰۵۷	۶۴/۹ ± ۷/۹	۶۵/۷ ± ۵/۶	۶۴/۱ ± ۹/۸	محدودیتهای ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی	
<۰/۰۰۱	۵۶/۱ ± ۱۴/۲	۵۹/۶ ± ۱۵/۱	۵۲/۱ ± ۱۲	انرژی و نشاط	کیفیت زندگی
۰/۰۰۲	۵۹/۹ ± ۱۳/۴	۶۲/۱ ± ۱۴/۲	۵۷/۵ ± ۱۲	سلامت عاطفی	
<۰/۰۰۱	۶۱/۴ ± ۱۷/۴	۶۴/۷ ± ۱۷	۵۷/۶ ± ۱۷	عملکرد اجتماعی	
<۰/۰۰۱	۶۰/۷ ± ۲۱/۳	۶۷ ± ۲۰/۷	۵۳/۵ ± ۱۹/۷	درد	سلامت عمومی
۰/۳۷۱	۵۱/۴ ± ۱۲/۱	۵۲ ± ۱۱/۹	۵۰/۸ ± ۱۲/۳	سلامت عمومی	
<۰/۰۰۱	۵۸/۹ ± ۱۲/۴	۶۲/۲ ± ۱۱/۹	۵۵/۱ ± ۱۱/۹	کیفیت زندگی کل	

\* Independent T-test

میانگین نمره خرده مقیاس انزوای اجتماعی کل در محدوده سنی ۶۹ سال و کمتر ۱۲/۹ و در محدوده سنی ۷۰ سال و بیشتر ۱۲/۷ بوده است. از لحاظ آماری تفاوت نمره انزوای اجتماعی بر حسب گروه‌های سنی معنی دار نبوده است ( $P > 0.05$ ). میانگین نمره کیفیت زندگی در حیطه عملکرد عمومی معنی دار بود ( $P < 0.05$ ) (جدول ۲).

میانگین و انحراف معیار نمره خرده مقیاس‌های انزوای اجتماعی و کیفیت زندگی در سالمندان مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان آران و بیدگل سال ۹۹ بر حسب سن

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره خرده مقیاس‌های انزوای اجتماعی و کیفیت زندگی در سالمندان مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان آران و بیدگل سال ۹۹ بر حسب سن

P.Value	سن (سال)		خرده مقیاس	متغیر
	$\geq 70$ (۱۹)	$\leq 69$ (۳۰۸)		
۰/۳۹۹	۷/۱±۲/۴	۶/۶±۲/۳	خانواده	انزوای اجتماعی
۰/۲۶۵	۵/۶±۲/۳	۶/۳±۲/۳	دوستان	
۰/۸۸۰	۱۲/۷±۴/۰	۱۲/۹±۴/۵	انزوای اجتماعی کل	
۰/۹۹۴	۵۵/۲±۲۰/۹	۵۵/۳±۲۵/۴	عملکرد جسمانی	محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از سلامت جسمانی
۰/۳۷۴	۷۳/۷±۵/۷	۷۱/۸±۹/۳	محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی	
۰/۳۱۱	۶۳/۲±۱۰/۵	۶۵±۷/۷	انرژی و نشاط	کیفیت زندگی
۰/۸۰۸	۵۶/۸±۱۱/۵	۵۶±۱۴/۴	سلامت عاطفی	
۰/۰۴۵	۶۵/۹±۱۱/۳	۵۹/۶±۱۳/۵	عملکرد اجتماعی	درد
۰/۰۰۲	۷۳±۱۳/۳	۶۰/۷±۱۷/۳	سلامت عمومی	
۰/۲۲۶	۶۶/۵±۱۷/۲	۶۰/۴±۲۱/۵	کیفیت زندگی کل	
۰/۰۱۲	۵۸/۲±۱۴	۵۱±۱۱/۹		
۰/۲۸۶	۶۱/۸±۹/۹	۵۸/۷±۱۲/۵		

\* Independent T-test

میانگین نمره خرده مقیاس انزوای اجتماعی در حیطه دوستان در افراد مجرد ۶/۸ و در افراد متأهل ۶/۲ بوده است. از لحاظ آماری میانگین نمره کیفیت زندگی در دو گروه مجرد و متأهل در خرده مقیاس‌های درد و نمره کل معنی دار بود ( $P < 0.05$ ) (جدول ۳).

میانگین نمره خرده مقیاس انزوای اجتماعی در حیطه دوستان در افراد مجرد ۶/۸ و در افراد متأهل ۶/۲ بوده است. از لحاظ آماری نمره انزوای اجتماعی بر حسب وضعیت تأهل معنی دار نبوده است ( $P > 0.05$ ). میانگین نمره کیفیت زندگی

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمره خرده مقیاس‌های انزوای اجتماعی و کیفیت زندگی در سالمندان مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان آران و بیدگل سال ۹۹ بر حسب تأهل

P.Value	وضعیت تأهل		خرده مقیاس	متغیر
	مجرد (۳۱۲)	مجرد (۱۵)		
۰/۲۱۳	۶/۶±۲/۳	۷/۴±۳/۷	خانواده	انزوای اجتماعی
۰/۳۳۲	۶/۲±۲/۳	۶/۸±۳/۵	دوستان	
۰/۲۴۴	۱۲/۸±۴/۳	۱۴/۲±۷/۱	انزوای اجتماعی کل	
۰/۰۸۳	۵۵/۸±۲۴/۷	۴۴/۳±۳۳/۲	عملکرد جسمانی	محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از سلامت جسمانی
۰/۱۲۷	۷۲±۹	۶۸/۳±۱۱/۴	محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی	
۰/۱۷۳	۶۵/۷±۰۶/۶۲	۶۲/۲۲±۱۱/۷۲	انرژی و نشاط	کیفیت زندگی
۰/۷۶۶	۵۶/۱±۱۴/۳	۵۵±۱۲/۲	سلامت عاطفی	
۰/۴۹۵	۶۰±۱۳/۵	۵۷/۶±۱۰/۳	عملکرد اجتماعی	درد
۰/۲۰۵	۶۱/۷±۱۷/۳	۵۵/۸±۱۸/۸	سلامت عمومی	
۰/۰۰۲	۶۱/۵±۲۰/۷	۴۴/۲±۲۷/۹	کیفیت زندگی کل	
۰/۱۲۲	۵۱/۶±۱۲	۴۶/۷±۱۲/۹		
۰/۰۴۸	۵۹/۹±۱۲/۴	۵۲/۷±۱۵/۳		

\* Independent T-test

### الهام فداییان آرائی و همکاران

افراد دارای مدرک دیپلم و بالاتر ۶۴/۷ بوده است. از لحاظ آماری میانگین نمره کیفیت زندگی بر حسب وضعیت تحصیلی در خرده مقیاس محدودیتهای ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی معنی دار نبود ( $P=0/122$ ) در سایر ابعاد این تفاوت نمره بین گروهها معنی دار بود ( $P<0/01$ ) (جدول ۴).

میانگین نمره خرده مقیاس انزوای اجتماعی کل در افراد بیسواد ۱۱/۶، افراد زیر دیپلم ۱۳/۵ و در افراد دارای مدرک دیپلم و بالاتر ۱۱/۳ بوده است. از لحاظ آماری نمره انزوای اجتماعی در همه ابعاد بر حسب وضعیت تحصیلات معنی دار مشاهده شد ( $P<0/002$ ). میانگین نمره کیفیت زندگی در حیطه محدودیتهای ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی در افراد بیسواد ۶۶/۷، افراد با تحصیلات زیر دیپلم ۶۴/۴ و در

**جدول ۴:** میانگین و انحراف معیار نمره خرده مقیاسهای انزوای اجتماعی و کیفیت زندگی در سالمندان مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان آران و بیدگل سال ۹۹ بر حسب وضعیت تحصیلات

P.Value	وضعیت تحصیلات			خرده مقیاس	متغیر
	دانشگاهی (۳۴)	زیر دیپلم (۲۲۵)	بیسواد (۶۸)		
۰/۰۰۲	۵/۹±۱/۹	۷/۰±۲/۴	۶/۰±۲/۳	خانواده	انزوای اجتماعی
۰/۰۰۱	۵/۴±۲/۲	۶/۶±۲/۴	۵/۶±۲/۴	دوستان	
۰/۰۰۱	۱۱/۳±۳/۹	۱۳/۵±۴/۵	۱۱/۶±۴/۱	انزوای اجتماعی کل	
<۰/۰۰۱	۶۵/۸±۲۴/۲	۵۶/۸±۲۶/۴	۴۴/۹±۱۶/۷	عملکرد جسمانی	کیفیت زندگی
۰/۰۰۳	۷۲/۸±۷/۲	۷۰/۸±۱۰/۵	۷۵/۰±۰	محدودیتهای ایفای نقش ناشی از سلامت جسمانی	
۰/۱۳۲	۶۴/۷±۸/۰	۶۴/۴±۸/۹	۶۶/۷±۰	محدودیتهای ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی	
<۰/۰۰۱	۶۷/۸±۱۴/۱	۵۷/۱±۱۳/۶	۴۶/۷±۱۰/۵	انرژی و نشاط	کیفیت زندگی
<۰/۰۰۱	۶۹/۸±۱۷/۰	۶۰/۶±۱۳/۲	۵۳/۱±۹/۸	سلامت عاطفی	
<۰/۰۰۱	۷۰/۲±۱۲/۳	۶۲/۹±۱۷/۶	۵۲/۰±۱۴/۸	عملکرد اجتماعی	
<۰/۰۰۱	۷۷/۹±۱۷/۲	۶۲/۲±۲۱/۳	۴۷/۱±۱۴/۰	درد	کیفیت زندگی کل
۰/۰۰۱	۵۴/۹±۱۳/۶	۵۲/۳±۱۱/۴	۴۶/۸±۱۲/۴	سلامت عمومی	
۰/۰۰۱	۶۶/۷±۱۰/۰	۵۹/۶±۱۲/۸	۵۲/۴±۸/۷	کیفیت زندگی کل	

\* ANOVA

خانه دار ۵۰/۴، دارای شغل آزاد ۵۰ و در سایر مشاغل ۵۱/۵ بود. از لحاظ آماری میانگین نمره کیفیت زندگی بر حسب شغل در خرده مقیاسهای محدودیتهای ایفای نقش ناشی از مشکلات جسمانی و هیجانی و خرده مقیاس سلامت عمومی معنی دار نبود ( $P>0/05$ ) و در سایر ابعاد این نمره معنی دار بود ( $P<0/001$ ) (جدول ۵).

میانگین نمره خرده مقیاس انزوای اجتماعی در حیطه خانواده در افراد دارای مشاغل بازنشسته ۶/۶، خانه دار ۶/۷، آزاد ۶/۲ و در سایر مشاغل ۷/۲ بوده است. البته از لحاظ آماری نمره انزوای اجتماعی بر حسب شغل معنی دار نبوده است ( $P>0/05$ ). میانگین نمره خرده مقیاس کیفیت زندگی در حیطه سلامت عمومی در افراد بازنشسته ۵۲/۳،

**جدول ۵:** میانگین و انحراف معیار نمره خرده مقیاسهای انزوای اجتماعی و کیفیت زندگی در سالمندان مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان آران و بیدگل سال ۹۹ بر حسب شغل

P.Value	شغل				خرده مقیاس	متغیر
	سایر (۲۰)	آزاد (۴۵)	خانه دار (۱۵۴)	بازنشسته (۱۰۸)		
۰/۴۵۱	۷/۲±۲/۸	۶/۲±۲/۱	۶/۷±۲/۴	۶/۷±۲/۲	خانواده	انزوای اجتماعی
۰/۸۵۳	۶/۶±۲/۴	۶±۲	۶/۲±۲/۵	۶/۲±۲/۳	دوستان	
۰/۶۳۲	۱۳/۷±۴/۹	۱۲/۲±۳/۹	۱۳±۴/۷	۱۲/۹±۴/۳	انزوای اجتماعی کل	
<۰/۰۰۱	۵۵/۵±۱۵/۰	۵۶/۶±۱۷/۶	۵۱/۸±۱۱/۹	۶۲/۰±۱۳/۶	عملکرد جسمانی	کیفیت زندگی
۰/۰۰۱	۶۴/۸±۱۳/۶	۶۰/۰±۱۳/۵	۵۷/۰±۱۱/۸	۶۳/۲±۱۴/۷	محدودیتهای ایفای نقش ناشی از سلامت جسمانی	
<۰/۰۰۱	۶۹/۴±۱۷/۴	۵۹/۱۷±۱۸/۲	۵۶/۵±۱۶/۹	۶۷/۸±۱۵/۱	محدودیتهای ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی	
<۰/۰۰۱	۶۷/۵±۲۰/۰	۶۰/۶±۲۱/۵	۵۲/۴±۱۸/۶	۷۱/۳±۲۰/۲	انرژی و نشاط	کیفیت زندگی
۰/۲۲۵	۵۱/۵±۱۳/۶	۵۰/۰±۱۳/۸	۵۰/۴±۱۲/۳	۵۳/۳±۱۰/۶	سلامت عاطفی	
<۰/۰۰۱	۶۳/۶±۱۲/۲	۵۹/۷±۱۲/۲	۵۴/۷±۱۱/۶	۶۳/۶±۱۱/۷	عملکرد اجتماعی	
<۰/۰۰۱	۶۵/۳±۲۴/۹	۵۸/۱±۲۲/۶	۴۷/۷±۲۳/۵	۶۳/۲±۲۵/۴	درد	کیفیت زندگی کل
۰/۳۸۱	۷۳/۸±۵/۶	۷۳/۳±۶/۳	۷۱/۱±۱۰/۴	۷۲/۰±۸/۹	سلامت عمومی	
۰/۲۶۳	۶۶/۷±۰	۶۵/۹±۵/۰	۶۴/۱±۹/۷	۶۵/۴±۶/۳	کیفیت زندگی کل	

\* ANOVA

۵ میانگین نمره انزوای اجتماعی در حیطه دوستان در افراد با درآمد کمتر از ۵ میلیون تومان ۶/۳ و در افراد با درآمد ۵ میلیون تومان و بیشتر ۵/۷ بوده است. از لحاظ آماری خردده مقیاس محدودیتهای ایفای نقش ناشی از مشکلات جسمانی و مشکلات هیجانی و خردده مقیاس سلامت عمومی معنی دار نبود ( $P > 0/05$ ) و در سایر ابعاد این نمره معنی دار بود ( $P < 0/001$ ) (جدول ۶).

۵ میانگین نمره انزوای اجتماعی در حیطه دوستان در افراد با درآمد کمتر از ۵ میلیون تومان ۶/۳ و در افراد با درآمد ۵ میلیون تومان و بیشتر ۵/۷ بوده است. از لحاظ آماری نمره انزوای اجتماعی بر حسب درآمد معنی‌دار نبوده است ( $P > 0/05$ ). میانگین نمره کیفیت زندگی در حیطه محدودیتهای ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی در افراد با درآمد کمتر از ۵ میلیون تومان ۶۴/۹ و در افراد با درآمد

جدول ۶: میانگین و انحراف معیار نمره خردده مقیاسهای انزوای اجتماعی و کیفیت زندگی در سالمندان مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان آران و بیدگل سال ۹۹ بر حسب وضعیت درآمد.

P.Value	وضعیت درآمد (میلیون تومان)		خرده مقیاس	متغیر
	۵ و بیشتر (۲۳)	کمتر از ۵ (۳۰۴)		
۰/۲۵۳	۶/۱±۱/۸	۶/۷±۲/۴	خانواده	انزوای اجتماعی
۰/۳۷۱	۵/۷±۱/۶	۶/۳±۲/۴	دوستان	
۰/۲۳۷	۱۱/۸±۳/۳	۱۳±۴/۵	انزوای اجتماعی کل	
۰/۰۴۰	۶۵/۷±۲۴/۱	۵۴/۵±۲۵/۰	عملکرد جسمانی	کیفیت زندگی
۰/۲۶۷	۷۳/۹±۵/۲	۷۱/۷±۹/۴	محدودیتهای ایفای نقش ناشی از سلامت جسمانی	
۰/۸۵۸	۶۵/۲±۶/۹	۶۴/۹±۷/۹	محدودیتهای ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی	
<۰/۰۰۱	۶۷/۶±۱۳/۶	۵۵/۲±۱۳/۹	انرژی و نشاط	کیفیت زندگی
۰/۰۰۱	۶۸/۵±۱۷/۴	۵۹/۳±۱۲/۸	سلامت عاطفی	
۰/۰۰۱	۷۲/۸±۱۲/۹	۶۰/۵±۱۷/۴	عملکرد اجتماعی	
<۰/۰۰۱	۸۲/۱±۱۵/۹	۵۹/۱±۲۰/۸	درد	کیفیت زندگی کل
۰/۱۹۲	۵۴/۶±۱۱/۸	۵۱/۲±۱۲/۱	سلامت عمومی	
۰/۰۰۱	۶۷/۰±۱۰/۳	۵۸/۳±۱۲/۳	کیفیت زندگی کل	

\* Independent T-test

بیشترین همبستگی بین انزوای اجتماعی کل با خردده مقیاس سلامت عمومی با ۰/۲۰۴ و کمترین همبستگی بین خردده مقیاس محدودیتهای ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی انزوای اجتماعی با نمره انزوای اجتماعی کل با ۰/۳۰۹- می باشد. بین خردده مقیاسهای محدودیتهای ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی و مشکلات هیجانی وجود دارد. از لحاظ آماری وجود همبستگی بین محدودیتهای ایفای نقش ناشی از سلامت جسمانی و مشکلات هیجانی، سلامت عاطفی، عملکرد اجتماعی و سلامت عمومی با کلیه خردده مقیاسهای انزوای اجتماعی ارتباط معنی دار وجود دارد ( $P < 0/05$ ) (جدول ۷).

بیشترین همبستگی بین انزوای اجتماعی کل با خردده مقیاس سلامت عمومی با ۰/۲۰۴ و کمترین همبستگی بین خردده مقیاس محدودیتهای ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی انزوای اجتماعی با نمره انزوای اجتماعی کل با ۰/۳۰۹- می باشد. بین خردده مقیاسهای محدودیتهای ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی و مشکلات هیجانی

جدول ۷: ضریب همبستگی خطی پیرسون بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی و انزوای اجتماعی

خرده مقیاس ها	انزوای اجتماعی خانواده	انزوای اجتماعی دوستان	انزوای اجتماعی کل
عملکرد جسمانی	۰/۰۴۴	۰/۰۳۳	۰/۰۴۰
	۰/۴۲۹	۰/۵۵۳	۰/۴۶۶
محدودیتهای ایفای نقش ناشی از سلامت جسمانی	۰/۲۸۹	۰/۲۹۷	۰/۳۰۹
	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
محدودیتهای ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی	۰/۲۸۳	۰/۲۸۷	۰/۳۰۰
	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
انرژی و نشاط	۰/۰۷۷	۰/۰۵۱	۰/۰۶۷
	۰/۱۶۶	۰/۳۶۰	۰/۲۲۶
سلامت عاطفی	۰/۱۹۰	۰/۱۲۵	۰/۱۶۶
	۰/۰۰۱	۰/۰۲۳	۰/۰۰۳
عملکرد اجتماعی	۰/۱۸۹	۰/۱۱۷	۰/۱۶۱
	<۰/۰۰۱	۰/۰۳۴	۰/۰۰۴

## الهام فداييان آرائی و همکاران

۰/۰۰۴	--/۰۰۵	۰/۰۱۳	درد
۰/۹۴۴	۰/۹۲۷	۰/۸۲۰	
۰/۲۰۴	۰/۱۸۴	۰/۲۰۳	سلامت عمومی
۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	
۰/۰۵۷	۰/۰۳۹	۰/۰۷۰	کیفیت زندگی کل
۰/۳۰۳	۰/۴۸۳	۰/۲۰۹	

## بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه کیفیت زندگی و وضعیت انزوای اجتماعی سالمندان شهرستان آران و بیدگل انجام شده است. میانگین نمره انزوای اجتماعی سالمندان در بعد خانواده ۶۷/۶ و در بعد دوستان ۲۲/۶ و در کل ۸۹/۱ بود. از نظر آماری اختلاف معنی داری در هیچکدام از ابعاد انزوای اجتماعی سالمندان و نمره کلی بین دو جنس مشاهده نشد ( $P > ۰/۵۶$ ). همچنین ارتباط معنی داری بین سن، شغل، تأهل و درآمد سالمندان با حیطه های مختلف انزوای اجتماعی مشاهده نشد ( $P > ۰/۲$ ). ولی اختلاف معنی داری بین تمام حیطه های انزوای اجتماعی و نمره کلی انزوای اجتماعی دیده شد ( $P < ۰/۰۵$ ).

روند نمره انزوای اجتماعی در بعد خانواده با افزایش تحصیلات رو به افزایش بوده است. در حیطه انزوای اجتماعی دوستان نمره انزوای اجتماعی در سالمندان با تحصیلات دیپلم و بالاتر کاهش یافته است و در نمرات کل انزوای اجتماعی با افزایش تحصیلات کاهش یافته است. در مطالعه ای که توسط ساری و همکاران انجام شد نمره کل انزوای اجتماعی و همه ابعاد آن در حد متوسط ارزیابی شده است. قوی ترین عوامل تعیین کننده انزوای اجتماعی در این مطالعه شامل جنس و تحصیلات بوده است (۲) که تا حد زیادی با مطالعه حاضر همخوانی داشته است. در مطالعه دیگری که توسط Hugo van Worden بر روی سالمندان روستایی انجام شده است نشان داد سن، جنس، شرایط طولانی مدت ناتوانی و زندگی به تنهایی با انزوای اجتماعی پایین همراه بوده است (۱۶). عدم تطابق نتایج این مطالعه را شاید بتوان تفاوت در جمعیت های مورد بررسی در دو مطالعه دانست. در مطالعه حاضر جمعیت مورد بررسی شهری بوده است که عموماً تفاوت های فرهنگی بیشتری داشته اند. در حالی که در مطالعه Hugo جمعیت مورد بررسی روستایی بوده است که عموماً تفاوت های فرهنگی اجتماعی کمی داشته اند. لذا کوچکترین تفاوت ها می تواند از نظر آماری معنی دار باشد.

البته در مطالعه ای که توسط برهانی نژاد و همکاران

انزوای اجتماعی سالمندان دیابتی شهر کرمان بررسی شد ابعاد انزوای اجتماعی سالمندان نشان داد عوامل جنسیت، تحصیلات، درآمد و سن بیماران دیابتی و شاخص توده بدنی سالمندان دیابتی با انزوای اجتماعی آنها ارتباط معنی داری نشان داده است (۱۷). نتایج مطالعه حاضر با مطالعه برهانی نژاد متفاوت بوده است که شاید دلیل آن استفاده از ابزارهای مختلف برای سنجش انزوای اجتماعی در گروه های هدف بوده است.

میانگین نمره کیفیت زندگی کل سالمندان ۵۸/۸ بود. بیشترین نمره ها مربوط به حیطه های محدودیت ایفای نقش ناشی از سلامت جسمانی با نمره ۷۱/۹ بود. پس از آن حیطه محدودیت های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی با نمره ۶۴/۹ بود و کمترین نمره ها مربوط به حیطه های سلامت عمومی و عملکرد جسمانی با نمره ۵۱/۴ و ۵۵/۳ بوده است. میانگین نمره کیفیت زندگی تنها در حیطه های محدودیت ایفای نقش ناشی از سلامت جسمانی و سلامت عمومی تفاوت معنی داری بین دو جنس دیده نشد ( $P > ۰/۰۵$ ) از نظر سنی تنها تفاوت معنی دار در حیطه های سلامت عاطفی، عملکرد جسمانی و سلامت عمومی دیده شد. نتایج نشان داد در این حیطه ها نمرات بالاتر کیفیت زندگی در سالمندان بالاتر از سن ۷۰ سال دیده شد. از نظر تأهل تنها در حیطه های درد و نمره کل کیفیت زندگی سالمندان متأهل نسبت به سالمندان مجرد به طور معنی داری بالاتر بوده است. از نظر تحصیلات نیز تقریباً در تمامی حیطه ها به غیر از حیطه محدودیت های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی ارتباط معنی داری بین تحصیلات و کیفیت زندگی دیده شد. نتایج نشان داد با افزایش سطح تحصیلات نمره کیفیت زندگی افزایش داشته است ( $P < ۰/۰۵$ ). از نظر شغل نیز در سالمندان خانه دار تقریباً در تمامی حیطه ها نمره کیفیت زندگی کمتر از سایر مشاغل بوده است. البته شاید دلیل اصلی آن این باشد که این گروه شغلی را عموماً زنان تشکیل داده اند. از نظر درآمد نیز بالاترین نمرات کیفیت زندگی تقریباً در تمامی حیطه ها و نمره کلی مربوط به سالمندان با درآمد ۵ میلیون



تومان و بیشتر بوده است و فقط در حیطه های محدودیت در ایفای نقش ناشی از سلامت جسمانی و مشکلات هیجانی و سلامت عمومی تفاوت معنی داری دیده نشد. در مطالعه ای که توسط سیف زاده و همکاران انجام شد میانگین نمره کیفیت زندگی برابر ۶۲٪ گزارش شده است (۱۸) که تقریباً با مطالعه همخوانی داشته است. در مطالعه دیگری که توسط Karla Moreno و همکاران انجام شده است میانگین نمره کیفیت زندگی در افراد مسن تر بالاتر بود (۱۹) که با نتیجه تحقیق حاضر هم خوانی داشته است. در مطالعه ای که توسط محمودی و همکاران به بررسی ارتباط کیفیت زندگی و سلامت جسمی سالمندان در شهر تهران پرداخته است نشان داد مشکلات جسمی سالمندان ارتباط معنی داری با نمرات کیفیت زندگی سالمندان داشته است. مشکلات جسمی سالمندان عموماً در سنین بالا روی می دهد لذا افزایش سن یکی از فاکتورهایی است که می تواند باعث کیفیت زندگی شود.

در حیطه انزوای اجتماعی خانواده بیشترین ضرایب همبستگی خطی با حیطه های محدودیت های ایفای نقش ناشی از سلامت جسمانی و مشکلات هیجانی و پس از آن سلامت عمومی دیده شد. ضریب همبستگی منفی نشان می دهد محدودیت های ایفای نقش ناشی از سلامت جسمانی سالمندان باعث کاهش کیفیت زندگی در بعد خانواده می گردد. در حالی که ضریب همبستگی مثبت مربوط به سلامت عمومی نشان تأثیر مثبت افزایش سلامت عمومی بر انزوای اجتماعی در بعد خانواده می گردد. از نظر انزوای اجتماعی دوستان و نمره کلی انزوای اجتماعی نیز نتایج مشابهی دیده شده است. نتایج مشاهده شده از نظر منطقی نیز توجیه پذیر است زیرا سالمندان تا با کاهش سلامت جسمی و عمومی کیفیت زندگی بیشتری را تجربه خواهند نمود.

در مطالعه سیف زاده و همکاران دیده شد که همبستگی معکوسی بین سلامت سالمندان با انزوای اجتماعی آنها وجود دارد (۱۸). در مطالعه ساری و همکاران نیز اشاره شده است با کاهش مشکلات جسمی و روحی سالمندان می توان به افزایش کیفیت زندگی این گروه اضافه نمود. مطالعه مداخله ای که توسط مصاحبی و همکاران انجام گرفت افزایش مداخلات جسمی و روانی تأثیر معنی داری را بر انزوای اجتماعی زنان نشان داد. همچنین این مداخلات بر کاهش اضطراب و استرس زنان سالمند مؤثر بود (۱۴). در مطالعه دیگری که توسط Annie Hawton انجام شد با کنترل افسردگی، افزایش سلامت جسمی، اشتغال و اسکان

و کاهش انزوای اجتماعی تا حد معنی داری کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان افزایش می یابد (۱۵). در مطالعه Karla Moreno-Tamayo نیز دیده شد که بزرگسالان مسن با نمرات بالاتر انزوای اجتماعی، کیفیت زندگی پایین تری از زندگی را نشان دادند. در این مطالعه اشاره شده است که مقابله با زندگی از شرایط اجتماعی منزوی، منجر به مشکلات جدی در زمینه کیفیت زندگی می شود (۱۹). در جنبه دیگری از مسئله در مطالعه Hugo Van Woerden نیز دیده شد که زندگی تنها با تنهایی عاطفی و اجتماعی با کیفیت زندگی پایین سالمندان ارتباط دارد (۱۶). این مسئله نیز مؤید رابطه معکوس انزوای اجتماعی و کیفیت زندگی در سالمندان می باشد. در مطالعه برهانی نژاد نیز که رابطه معکوسی بین سن با کاهش کیفیت زندگی را نشان می دهد مؤید این مسئله است که افزایش سن می تواند باعث بالا رفتن انزوای اجتماعی و به تبع آن کاهش کیفیت زندگی شود (۱۷). تمامی مطالعات نشان دادند که افزایش انزوای اجتماعی می تواند باعث کاهش کیفیت زندگی شود که این اثر می تواند به صورت مستقیم و یا غیرمستقیم با میانجی هایی از قبیل سن سالمندان، مدت زمان تنهایی آنها و یا وجود شغل برای سالمندان روی دهد.

### نتیجه گیری

در این مطالعه دیده شد که کیفیت زندگی سالمندان شهرستان آران و بیدگل نسبتاً بالا بوده و انزوای اجتماعی آنها نیز بالا گزارش شد. این مسئله مؤید این مطلب است که در شهرستان آران و بیدگل که ساختار خانواده ها هنوز به شیوه سنتی وجود دارد و تمرکز خانواده ها حفظ شده است و عامل تنهایی سالمندان نسبتاً کم اتفاق می افتد که باعث افزایش کیفیت زندگی آنها و بالتبع کاهش انزوای اجتماعی آنها باشد. در حالی که در مطالعاتی که عموماً اشاره شد مطالعات بیشتر در شهرهای بزرگ بوده است که ساختارهای خانواده تا حدی دچار اختلال شده است و تنهایی والدین بیشتر دیده می شود. همبستگی معکوس کیفیت زندگی و انزوای اجتماعی نیز به ما گوشزد می کند که برای بالا بردن کیفیت زندگی سالمندان انزوای اجتماعی والدین را کاهش دهیم.

### سپاسگزاری

از تمام شرکت کنندگانی که در این مطالعه ما را یاری کرده اند سپاسگزاریم.

## References

1. Esmaeili R, Esmaeili M. Quality of life in the elderly: A meta-synthesis. *J Res Relig Health*. 2018;4:105-16.
2. Kazemi N, Sajjadi H, Bahrami G. Quality of life in Iranian elderly. 2019. <https://doi.org/10.32598/SIJA.13.Special-Issue.518>
3. Alimohammadi F, Setodeh-asl N, Karami A. Designing a model of quality of life in elderly based on perceived stress and tolerance of distress. *Journal of Health and Care*. 2019;21(1):53-65. <https://doi.org/10.29252/jhc.21.1.53>
4. Hosseini S, Rajabzadeh R, khakshour A, Rezazadeh H, Almasi Hashiani A, Haresabadi M. Health-related quality of life in students of North khorasan University of Medical Sciences in 2011. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2014;5(5):1121-7. <https://doi.org/10.29252/jnkums.5.5.S5.1121>
5. Ghafari G, Karimi A, Nozari H. Trend study of quality of work life in Iran. *Quarterly of social studies and research in*. 2012;1(3):107-34.
6. Taheri N, Cheraghian B, Hojjati H. Factors affecting quality of life among elderly living in nursing homes. *Journal of Geriatric Nursing*. 2015;2(1):50-61.
7. Mavaee z, kakabaraee k. The effectiveness of mindfulness on quality of life and happiness of the elderly. *Journal of Geriatric Nursing*. 2017;3(4):9-20.
8. Sum S, Mahmoodi Y, Tirgar A. Retirement syndrome among Babol city retirees. *Iranian Journal of Ageing*. 2015;10(3):100-9.
9. Nouri A, Farsi S. Expectations of institutionalized elderly from their children. *Iranian Journal of Ageing*. 2018;13(2):262-79. <https://doi.org/10.32598/sija.13.2.262>
10. Alipoor F, sajadi H, Forozan A, biglarian A. The role of social support in elderly quality of life. *Social Welfare*. 2009;8(33):149-67.
11. Ebrahimi P, Afshani A, Hasani G, Kermani M. Comparative Study of the Effect of Social Isolation on the Health of Citizens. *Social-Cultural Studies of Khorasan* 2019;13(3):7-44.
12. Seyfzadeh A. Investigating the Elders' Social Health and Its Related Factors: a Case Study of Azarshahr City. *Journal of Geriatric Nursing*. 2015;1(4):95-106.
13. Nabavi SH, Alipour F, Hejazi A, Rashedi V. Relationship between social support and mental health in older adults. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2014;57(7):841-6.
14. MOSAHEBI M, OREYZI H, YAZDKHASTI F, BIDRAM H. The Effectiveness of Four-dimensional Physical-psychological Interventions on Promoting Positive Psychological Conditions and Functional Health in old Age Women. 2019. <https://doi.org/10.29252/joge.4.1.11>
15. Sari N, Kooshiar H, Vaghee S, Kamelnia H. Elderly's quality of life and related factors among nursing home residents in Mashhad, 2013. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2014;23(1):243-52.
16. Van Woerden H, Angus NJ, Kiparoglou V, Atherton IM, Leung J. A long term condition/ disability, loneliness, and social isolation are associated with lower quality of life, but a sense of coherence buffers the adverse effects: a cross sectional study in older people. 2020. <https://doi.org/10.21203/rs.2.20085/v1>
17. Borhaninejad V, Kazazi L, Haghi M, Chehrehnegar N. Quality of Life and Its Related Factors Among Elderly With Diabetes. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2016;11(1):162-73. <https://doi.org/10.21859/sija-1101162>
18. Seyfzadeh A, Hagighatian M, Mohajerani A. The relationship between social isolation and health among the Tehranian elderly. *J Educ Community Health*. 2017;4(3):19-25. <https://doi.org/10.21859/jech.4.3.19>
19. Moreno-Tamayo K, Manrique-Espinoza B, Ramírez-García E, Sánchez-García S. Social isolation undermines quality of life in older adults. *International Psychogeriatrics*.1-10.