



## Study of Social Isolation and Related Factors in the Elderly of Gonabad City in 2022

Roghayeh Eslami<sup>1</sup>, Zahra Shahrokhi<sup>2</sup>, Majid Daneshfar<sup>3</sup>, Reza Ghorbani Noghabi<sup>3</sup>,  
Behrooz Hosseinpour<sup>3</sup>, Leila Sadeghmoghadam<sup>3</sup>, Maryam Moradi<sup>4\*</sup>

1- Instructor of Geriatric Nursing, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran.

2- Master of Psychology, Gonabad Education, Gonabad, Iran.

3- Social Development and Health Promotion Research Center, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran

4- Nursing Research Center, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran.

**Corresponding Author:** Maryam Moradi, Nursing Research Center, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran.

**E-Mail:** [moradi.mf69@gmail.com](mailto:moradi.mf69@gmail.com)

Received: 4 April 2023

Accepted: 26 April 2023

### Abstract

**Introduction:** One of the important issues of aging is social isolation, which has adverse effects on the quality of life of the elderly, so the present study was designed with the aim of the Social isolation and related factors in the elderly of Gonabad city in 2022.

**Methods:** The current cross-sectional descriptive study was conducted on 403 elderly people who met the inclusion criteria. The data collection tool was a three-part questionnaire including a demographic information questionnaire, Activities of Daily Living and Instrumental Activities of Daily Living, and a Luben social isolation questionnaire. The samples were randomly selected. Data collection was done in person from community health centers in Gonabad city. The data were analyzed with the SPSS v.22 using descriptive and inferential statistics with a significance level of less than 0.05.

**Results:** The average age of the participants in this study was 70.54 years, 50.4% of the participants were male and 77.4% of them were married. 59.3% of the elderly participants had social isolation. Also, there was a significant relationship between the variables of gender, occupation, education, substance abuse, history of chronic disease, vision problems, and place of residence with social isolation.

**Conclusions:** Considering the significant prevalence of social isolation among the elderly and the negative effects of social isolation on various dimensions of health and quality of life, it is necessary to carry out preventive interventions with the aim of reducing the amount of social isolation.

**Keywords:** Older adults, Social isolation, Prevalence, Associated factors.



## بررسی انزوای اجتماعی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهرستان گناباد در سال ۱۴۰۰

رقیه اسلامی<sup>۱</sup>، زهرا شاهرخی<sup>۲</sup>، مجید دانشفر<sup>۳</sup>، رضا قربانی<sup>۳</sup>، بهروز حسین پور<sup>۳</sup>، لیلا صادق مقدم<sup>۳</sup>، مریم مرادی<sup>۴\*</sup>

۱- مربی پرستاری سالمندی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران.

۲- کارشناسی ارشد روانشناسی، آموزش و پرورش گناباد، گناباد، ایران.

۳- مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.

۴- مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.

نویسنده مسئول: مریم مرادی، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.  
ایمیل: moradi.mf69@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۲/۶

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱/۱۵

### چکیده

**مقدمه:** یکی از مسائل مهم سالمندی، انزوای اجتماعی است که تأثیرات نامطلوبی بر کیفیت زندگی سالمندان می‌گذارد، بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین انزوای اجتماعی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهرستان گناباد در سال ۱۴۰۰ طراحی شده است.

**روش کار:** مطالعه توصیفی - مقطعی حاضر بر روی ۴۰۳ سالمند که معیار ورود به مطالعه را داشتند انجام شد. ابزار جمع آوری داده‌ها پرسشنامه‌ای سه بخشی شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه فعالیت روزمره زندگی و فعالیت‌های ابزاری زندگی و پرسشنامه انزوای اجتماعی لوبن بود. نمونه‌ها به صورت خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند. جمع آوری داده‌ها به صورت حضوری از مراکز سلامت جامعه شهرستان گناباد انجام شد. داده‌ها با کمک نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی و با سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** میانگین سنی شرکت کنندگان در مطالعه حاضر ۷۰/۵۴ سال بود، ۵۰/۴ درصد از شرکت کنندگان مرد و ۷۷/۴ درصد از آن‌ها متأهل بودند. ۵۹/۳ درصد از سالمندان شرکت کننده انزوای اجتماعی را داشتند. همچنین بین متغیرهای جنسیت، شغل، تحصیلات، سوءمصرف مواد، سابقه بیماری مزمن، مشکلات بینایی و محل سکونت با انزوای اجتماعی ارتباط معنی داری وجود داشت.

**نتیجه گیری:** با توجه به شیوع قابل ملاحظه انزوای اجتماعی بین سالمندان و تأثیرات منفی انزوای اجتماعی بر ابعاد مختلف سلامت و کیفیت زندگی بنابراین انجام مداخلات پیشگیرانه با هدف کاهش میزان انزوای اجتماعی الزامی به نظر می‌رسد.

**کلیدواژه‌ها:** سالمند، انزوای اجتماعی، شیوع، عوامل مرتبط.

### مقدمه

می‌برند که این مسائل بر بیماری‌های جسمانی آنان اثر بالقوه‌ای می‌گذارد (۳). افزایش ناتوانی و کاهش تصاعدی و پیشرونده در توانایی حرکتی و عملکرد روانی سالمندان باعث می‌شود که روابط اجتماعی آن‌ها کاهش یافته و گاهی حتی منفی نیز شود و نتیجه تمامی این رفتارها باعث می‌شود سالمند از تماس و ارتباطات با دیگران خودداری کند و به انزوا کشیده شود (۴).

جمعیت‌شناسان آغاز دوران سالمندی را ۶۰ تا ۶۵ سال محسوب می‌کنند (۱). بر اساس آمار رسمی، ایران یکی از سریع‌ترین نرخ‌های رشد جمعیت سالمندان را در جهان داشته و سهم جمعیت بالای ۶۵ سال در ایران از ۴/۲ درصد در سال ۱۳۶۸ به ۶/۴ درصد در سال ۱۳۹۸ رسیده است (۲). حدود ۱۵ تا ۲۵ درصد از افراد مسن از مشکلات روانی رنج

قلبی- عروقی مانند عروق کرونر و سکنه مغزی را افزایش داده و باعث افزایش فشارخون می شود (۱۶). در مطالعه که بر روی ۳۲۵۷۷۰ نفر با میانگین سنی ۶۸ سال انجام شد؛ نتایج نشان داد که انزوای اجتماعی با بیماری‌های قلبی عروقی و مغزی در ارتباط است و باعث افزایش ابتلا و مرگ و میر در آن‌ها می شود (۱۷). همچنین با رفتاری مانند: سیگار کشیدن، کم خوابی و عدم فعالیت جسمی در رابطه مستقیمی دارد (۱۸). سواد بهداشتی پایین و انزوای اجتماعی بالا از جمله عوامل خطر مرگ و میر در سالمندان محسوب می شوند (۷). نتایج یک مطالعه کوهورت که توسط Kristina Laugesen و همکاران انجام شد نشان داد که انزوای اجتماعی باعث افزایش مرگ و میر به میزان ۶۰-۷۰ درصد در سالمندان می شود (۱۹).

بر اساس مطالعات انجام شده در سالمندانی که بدلیل انزوای اجتماعی از حمایت‌های عاطفی و اجتماعی کمتری برخوردار هستند احتمال بروز اختلالات روحی (به‌خصوص افسردگی)، خودکشی، الکلیسم، اعتیاد (۲۰)، کاهش سطح سلامت، وقوع و نیز تشدید بیماری‌های مزمن، کاهش کیفیت زندگی و رضایت از آن (۲۱)، افزایش سطح ناتوانی و معلولیت و بستری شدن در بیمارستان‌ها و مراکز نگهداری سالمندان بیشتر است (۲۲). با توجه به اهمیت انزوای اجتماعی در سالمندان و تأثیر منفی که این آسیب اجتماعی بر سلامت و کیفیت زندگی سالمندان دارد و از طرفی مطالعه ای در ارتباط با شیوع انزوای اجتماعی سالمندان شهرستان گناباد تا کنون انجام نشده است بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین انزوای اجتماعی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهرستان گناباد در سال ۱۴۰۰ طراحی شد.

## روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی - مقطعی می باشد که در سال ۱۴۰۰ انجام شد. جامعه پژوهش تمام سالمندان ۶۰ سال و بالاتر تحت پوشش مراکز سلامت جامعه شهرستان گناباد بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل: عضویت در سامانه یک-پارچه سیب، سکونت در شهرستان گناباد، سن ۶۰ سال و بالاتر، تمایل به شرکت در مطالعه، سلامت شنوایی و تکلم مددجو (از طریق بررسی پرونده بهداشتی و سؤال از خود سالمند و مشاهده) و سلامت شناختی مددجو کسب نمره ۷ یا بیشتر از آزمون کوتاه شده شناختی AMT (۲۳) و معیار خروج از مطالعه نقص در تکمیل پرسشنامه بود. در این مطالعه حجم نمونه با استفاده از فرمول شیوع حجم نمونه در مطالعات توصیفی بر اساس مطالعه محمودی و

طبق نظریات روانشناسان و جامعه شناسان انزوای اجتماعی یکی از آسیب‌های اجتماعی بوده که ممکن است بر اثر عواملی مختلف از جمله ضعف سلامت، عدم برخورداری از حمایت اجتماعی، تصویری منفی از خود و ویژگی‌های خود، عدم اشتغال و استقلال مالی ایجاد می گردد (۵). انزوای اجتماعی موجب تضعیف یا قطع روابط افراد می شود. انزوای اجتماعی در واقع حالتی است که در آن فرد یا مجموعه ای از افراد به واسطه درکی که از شرایط محیط پیرامون خود دارند، تحت تأثیر انگیزه‌های متفاوت فردی و اجتماعی ارتباط خود با پیرامون را قطع کرده و به صورت یک گروه در خود به حیات ادامه می دهند (۶).

انزوای اجتماعی هم به صورت عینی و هم ذهنی تعریف می شود. انزوای اجتماعی به صورت عینی اشاره به انزوای فیزیکی یا فقدان تعامل اجتماعی و در معنای ذهنی به درک تنهایی با عدم ارتباط اشاره دارد (۷). تنهایی در سالمندان رایج است و نگرانی زیادی برای انزوای اجتماعی سالمندان وجود دارد که این موضوع نشان از شبکه اجتماعی کوچک و کمبود ارتباط اجتماعی این افراد می باشد (۸، ۹). شیوع انزوای اجتماعی سالمندان در مطالعاتی در داخل و خارج از ایران مورد بررسی قرار گرفته است. در مطالعه محمودی و همکاران شیوع انزوای اجتماعی ۳۰/۸ درصد سالمندان شهر تهران اعلام گردید (۱۰). در مطالعه Samuel و همکاران شیوع انزوای اجتماعی سالمندان کشور انگلستان ۱۷/۴ درصد اعلام گردید (۱۱). با توجه به نتایج مطالعات انجام شده شیوع انزوای اجتماعی سالمندان بر اساس فرهنگ، موقعیت اجتماعی نژاد و غیره متفاوت است.

سازمان جهانی بهداشت (WHO) انزوای اجتماعی را به عنوان یک عامل خطر اصلی سلامت محسوب نموده که نیاز است به آن توجه ویژه ای شود (۱۲). عواملی از قبیل بازنشستگی، بیوه بودن، از دست دادن دوستان، بیماری، و افزایش پراکندگی جغرافیایی اعضای خانواده و دوستان سالمندان را تحت تأثیر قرار می دهد. وقتی افراد مسن مجبور به تغییر مکان به دلیل کاهش توانایی‌های ذهنی و جسمی هستند؛ احساس انزوا بیشتر می شود (۱۳). امروزه میزان خطر سلامتی مرتبط با انزوای اجتماعی با سیگار کشیدن و سایر موارد مهم خطرزای زیست پزشکی و روانشناختی قابل مقایسه است (۱۴). بر اساس مطالعات انجام شده این مشکل اجتماعی یک ریسک فاکتور مهم برای اختلالات شناختی و دمانس می باشد و با تنهایی و احساس ناخوشی ارتباط مستقیمی وجود دارد (۱۵). همچنین تحقیقات نشان داده است که انزوای اجتماعی ریسک بیماری‌های

همکاران (۱۰)، ۳۲۰ نفر تعیین شد که در نهایت با در نظر گرفتن ریزیش احتمالی حداقل حجم نمونه ۴۰۲ نفر تعیین شد.

$$n = \frac{z^2 \cdot P(1-P)}{d^2} = \frac{(1.96)^2 * (0.3) * (0.7)}{(0.05)^2} = 320$$

گیری حمایت اجتماعی درک شده و شبکه اجتماعی خانواده، دوستان و همسایگان طراحی شده است (۲۵).

ابزار LSNS-18 شامل ۱۸ سؤال است که به ۳ طبقه خانواده و دوستان و همسایه ها تقسیم بندی می شود و هر زیر مجموعه اندازه ی شبکه، تعداد ارتباط و سطح حمایت متقابل پاسخ دهندگان را ارزیابی می کند (۲۶). این ابزار دارای لیکرت ۵ قسمتی می باشد. گویه دارای ۶ گزینه برای انتخاب دارد که به ترتیب به هر گزینه نمره ی (۰، ۱، ۲، ۳، ۴، ۵) تعلق می گیرد. پاسخ ها شامل (هیچ کس، یک نفر، دو نفر، سه یا چهار نفر، پنج تا هشت نفر، نه نفر یا بیشتر)، (کمتر یکبار در ماه، ماهی یکبار، کمتر از ۴ بار در ماه، هفته ای یکبار، چند بار در هفته، هر روز) و (هرگز، خیلی کم، کم، زیاد، خیلی زیاد، همیشه) است. نمرات گویه های هر زیر مقیاس با هم جمع می شود. میزان امتیاز از (۰-۳۰) برای هر زیر مقیاس متغیر است، و امتیاز کل برای تمامی زیرمقیاس ها از (۰-۹۰) متغیر است. نمرات بالاتر نشان از شبکه ی اجتماعی قویتر است. و هرچه امتیاز کاهش پیدا کند نشان از این است که میزان شبکه ی اجتماعی فرد کاهش یافته است. هرچه میزان شبکه اجتماعی فرد پایین تر باشد در معرض انزوای اجتماعی بیشتری می باشد. نقطه برش پرسشنامه فوق ۳۶ است. کسب نمره پایین تر از ۳۶ نشان میدهد که فرد در معرض انزوای شدید اجتماعی می باشد (۲۷). در نسخه ایرانی این پرسشنامه روایی ۰/۸۱ و پایایی ۰/۸۲ محاسبه گردیده است (۲۸).

پس از تصویب طرح در شورای تحصیلات تکمیلی دانشکده پرستاری و اخذ کد اخلاق (IR.GMU.REC.1400.115) نمونه گیری آغاز گردید. روش نمونه گیری به صورت خوشه ای بود، به این شکل که کلیه مراکز سلامت جامعه شهرستان را بصورت خوشه ها در نظر گرفتیم و سپس از بین پایگاه های زیر مجموعه، یک پایگاه به صورت تصادفی انتخاب کردیم و در ادامه بر اساس تعداد سالمند تحت پوشش آن پایگاه، سالمندان واجد شرایط را به طور تصادفی و به کمک لیست موجود در پایگاه انتخاب کردیم. پس از انتخاب واحدهای پژوهش، پژوهشگر با تک تک این افراد تماس تلفنی برقرار کرد و ضمن معرفی خود، توضیحات

ابزار گردآوری داده ها در این پژوهش پرسشنامه ای سه بخشی شامل: بخش اول اطلاعات دموگرافیک، بخش دوم: ابزار فعالیت روزمره زندگی (ADL)، فعالیتهای ابزاری زندگی (IADL) و بخش سوم پرسشنامه شبکه اجتماعی لوین بود. بخش اول پرسشنامه ویژگیهای فردی شامل سوالاتی در مورد (سن، جنسیت، وضعیت تأهل، شغل، سطح درآمد، همراه زندگی، محل سکونت، بیماری زمینه ای، سوءمصرف مواد، سوءمصرف دخانیات، سطح تحصیلات، اختلالات بینایی)

بخش دوم شامل ابزار فعالیت روزمره زندگی (ADL) و فعالیتهای ابزاری زندگی سالمند (IADL)، ابزار ADL شامل ۸ آیتم می باشد، که شامل آیتم نظافت شخصی، غذا خوردن، لباس پوشیدن، جا به جا شدن، راه رفتن، استحمام، کنترل ادرار و مدفوع و استفاده از توالت است. هر آیتم دارای سه گزینه وابسته (امتیاز صفر)، نیاز به کمک (امتیاز ۱)، مستقل (امتیاز ۲) است. نمره کلی این ابزار از صفر تا ۱۶ است. کسب امتیاز صفر تا ۷ به منزله (وابسته)، ۸ تا ۱۱ (نیازمند کمک)، ۱۲ تا ۱۶ (مستقل) سالمند محسوب می شود. ابزار IADL دارای ۷ آیتم می باشد، که شامل آیتم استفاده از تلفن، مصرف دارو، آماده ساختن غذا، انجام کارهای منزل، خرید مایحتاج منزل، استفاده از وسایل نقلیه و کنترل دخل و خرج است. هر آیتم دارای سه گزینه وابسته (امتیاز صفر)، نیاز به کمک (امتیاز ۱)، مستقل (امتیاز ۲) است. نمره کلی این ابزار از صفر تا ۱۴ است. کسب امتیاز صفر تا ۶ به منزله (وابسته)، ۷ تا ۱۰ (نیازمند کمک)، ۱۱ تا ۱۴ (مستقل) سالمند محسوب می شود. ویژگیهای روان سنجی این ابزارها در سالمندان ایرانی توسط طاهری و آزادبخت در سال ۱۳۹۳ مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعه حساسیت و ویژگی برای ابزار ADL به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۹۶ و نیز برای IADL ۰/۷۱ و ۰/۷۷ به دست آمد که نشان از روایی و پایایی مطلوب این ابزار در سالمندان ایرانی بود (۲۴).

و بخش سوم پرسشنامه شبکه اجتماعی لوین (LSNS): ابزار شبکه ی اجتماعی لوین یک ابزار مختصر برای اندازه گیری انزوای اجتماعی در افراد مسن با هدف اندازه

همچنین کای دو استفاده شد. سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### یافته ها

در این مطالعه اطلاعات مربوط به ۴۰۳ سالمند مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میانگین و انحراف معیار سنی افراد شرکت کننده ۷۰/۵۴±۸/۲۹ سال و میانگین و انحراف انزوای اجتماعی ۳۴/۴۲±۱۵/۳۸ بود. جدول ۱ سایر ویژگیهای دموگرافیک پژوهش را نشان می دهد.

لازم و ضروری اهداف انجام طرح و محرمانه بودن اطلاعات را به شرکت کنندگان داد و رضایت شفاهی سالمندان را اخذ نمود و از سالمندان دعوت شد که در تاریخ خاصی به مرکز مراجعه کند (اطمینان به سالمند جهت رعایت پروتکل های بهداشتی برای جلوگیری از ابتلا به بیماری کووید-۱۹) در ادامه پرسشنامه دموگرافیک و پرسشنامه انزوای اجتماعی به صورت مصاحبه حضوری تکمیل گردید. تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ انجام شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی (جدول فراوانی و غیره) و

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک واحدهای شرکت کننده

نوع متغیر	سطوح متغیر	فراوانی	درصد
جنسیت	زن	۲۰۰	۴۹/۶
	مرد	۲۰۳	۵۰/۴
تحصیلات	بیسواد	۲۴۲	۶۰
	زیر دیپلم	۳۷	۹/۲
تاهل	دیپلم و بالاتر	۱۲۴	۳۰/۸
	متاهل	۳۱۲	۷۷/۴
همراه زندگی	بدون همسر	۹۱	۲۲/۶
	با همسر و فرزندان	۱۴۷	۳۶/۵
محل سکونت	با همسر	۱۶۵	۴۰/۹
	با فامیل	۵	۱/۲
وضعیت اقتصادی	به تنهایی	۸۶	۲۱/۳
	شهر	۲۲۵	۵۵/۸
شغل	روستا	۱۷۸	۴۴/۲
	در حد تأمین نیاز	۳۸۴	۸۶/۴
سابقه بیماری	کمتر از تأمین نیاز	۵۵	۱۳/۰۶
	خانه دار	۱۸۴	۴۵/۷
سوء مصرف مواد	بازنشسته	۸۷	۲۱/۶
	بیکار	۸۳	۲۰/۶
مشکلات بینایی	کارمند	۷	۱/۷
	آزاد	۴۲	۱۰/۴
فعالیت های روزمره زندگی (ADL)	دارد	۱۹۸	۴۹/۰۱
	ندارد	۲۰۵	۵۰/۰۹
فعالیت های ابزاری زندگی (IADL)	دارد	۳۱	۷/۷
	ندارد	۳۷۲	۹۲/۳
متغیر	دارد	۲۲۹	۵۶/۸
	ندارد	۱۷۴	۴۳/۲
متغیر		انحراف معیار ± میانگین	
سن		۷۰/۵۴±۸/۲۹	
فعالیت های روزمره زندگی (ADL)		۱۵/۳۸±۱/۶۱	
فعالیت های ابزاری زندگی (IADL)		۱۰/۷۶±۳/۸۹	

جدول ۲. توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب انزوای اجتماعی

انزوای اجتماعی	فراوانی	درصد
دارد	۲۳۹	۵۹/۳
ندارد	۱۶۴	۴۰/۷

جدول ۲ نشان می‌دهد که بیش از نیمی از شرکت‌کنندگان در مطالعه (۵۹/۳ درصد) انزوای اجتماعی را داشتند.

جدول ۳. بررسی ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک با شیوع انزوای اجتماعی سالمندان

P- value	فراوانی انزوای اجتماعی (درصد)		سطوح متغیر	نام متغیر
	ندارد	دارد		
*p = ۰/۰۱	۷۰ (۳۴/۵)	۱۳۳ (۶۵/۵)	مرد	جنسیت
	۹۴ (۴۷)	۱۰۶ (۵۳)	زن	
	۲۹ (۶۹)	۱۱۳ (۳۱)	آزاد	
*p < ۰/۰۰۱	۳۱ (۳۵/۶)	۵۶ (۶۴/۴)	بازنشسته	شغل
	۱۷ (۲۰/۵)	۶۶ (۷۹/۵)	بیکار	
	۸۳ (۴۵/۱)	۱۰۱ (۵۴/۹)	خانهدار	
*p < ۰/۰۰۱	۴ (۵۷/۱)	۳ (۴۲/۹)	کارمند	تحصیلات
	۸۰ (۳۳/۱)	۱۶۲ (۶۶/۹)	بیسواد و سواد خواندن و نوشتن	
	۱۷ (۴۵/۹)	۲۰ (۵۴/۱)	زیر دیپلم	
*p = ۰/۰۳	۶۷ (۵۴)	۵۷ (۴۶)	دیپلم و بالاتر	سابقه سوءمصرف مواد
	۷ (۲۲/۶)	۲۴ (۷۷/۴)	بله	
	۱۵۷ (۴۲/۲)	۲۱۵ (۵۷/۸)	خیر	
*p < ۰/۰۰۱	۵۴ (۲۶/۲)	۱۵۲ (۷۳/۸)	دارد	مشکلات بینایی
	۱۱۰ (۵۵/۸)	۸۷ (۴۴/۲)	ندارد	
*p < ۰/۰۰۱	۷۶ (۳۳/۸)	۱۴۹ (۶۶/۲)	شهر	محل سکونت
	۸۸ (۴۹/۴)	۹۰ (۵۰/۶)	روستا	
*p = ۰/۰۰۲	۶۵ (۳۲/۸)	۱۳۳ (۶۷/۲)	بله	سابقه بیماری مزمن
	۹۹ (۴۸/۳)	۱۰۶ (۵۱/۷)	خیر	

\*: آزمون کای دو و در سطح آزمون ۰/۰۵ معنادار

مرتبط با آن در سالمندان شهرستان گناباد در سال ۱۴۰۰ بود. یافته‌ها حاکی از آن بود که ۵۹/۳ درصد از افراد شرکت‌کننده در مطالعه حاضر دارای انزوای اجتماعی بودند. در مطالعه محمودی و همکاران شیوع انزوای اجتماعی در سالمندان شهر تهران ۳۰/۸ درصد (۱۰)، در مطالعه Cudjoe و همکاران شیوع انزوای اجتماعی سالمندان ایالت متحده ۲۴ درصد (۲۹)، در مطالعه Kotwal و همکاران شیوع انزوای اجتماعی در میان سالمندان با تشخیص قطعی بیماری لاعلاج و مراحل آخر بیماری ۱۹ درصد (۳۰)، در مطالعه Smith و همکاران شیوع انزوای اجتماعی سالمندان کشور

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود بین متغیرهای جنسیت، شغل، تحصیلات، سابقه سوءمصرف مواد، سابقه بیماری مزمن، مشکلات بینایی و محل سکونت با شیوع انزوای اجتماعی ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت. به طوریکه انزوای اجتماعی در مردان، سطح تحصیلات پایین، بیکار، سابقه سوءمصرف مواد، شهر، بیماری‌های مزمن و مشکلات بینایی بیشتر بود.

## بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی انزوای اجتماعی و عوامل

مردان بود. که احتمالاً می‌تواند مربوط به فرهنگ کشور مالزی و انگلستان باشد.

در مطالعه حاضر انزوای اجتماعی در سالمندان بیکار بیشتر از سایر افراد بود. در مطالعه محمودی و همکاران (۱۰) نیز انزوای اجتماعی در افراد خانه دار و بازنشسته بیشتر از سایر مشاغل بود. در مطالعه Chlipala (۳۷) نیز انزوای اجتماعی در افراد بیکار بیشتر از سایر افراد بود. که احتمالاً می‌تواند به این دلیل باشد که افراد شاغل روابط عمومی بهتری از سایر افراد دارند و همچنین فرصت بیشتری برای ارتباط با سایر افراد دارند. در مطالعه حاضر انزوای اجتماعی در سالمندان با سطح تحصیلات پایین بیشتر از سایر افراد بود. نتایج مطالعات محمودی و همکاران (۱۰)، Cudjoe و همکاران (۲۹) و McPherson و همکاران (۳۸) نیز انزوای اجتماعی در افراد با سطح تحصیلات پایین بیشتر از سایر افراد بود که همراستا با مطالعه ما می‌باشد. که احتمالاً می‌تواند بدین دلیل باشد که هر اندازه سطح تحصیلات بالاتر باشد میزان ارتباطات با دوستان بیشتر می‌شود و احتمال حضور دوستان صمیمی در زمان نیاز به هر نوع کمکی نیز بالاتر می‌رود. از طرفی دیگر داشتن آگاهی و دانش نسبت به مسائل اجتماعی باعث افزایش سطح توجه به اهمیت این مسائل را به دنبال خواهد داشت. در مطالعه حاضر انزوای اجتماعی در سالمندان با مشکلات بینایی و بیماری‌های زمینه‌ای بیشتر از سایر افراد بود. نتایج مطالعات محمودی و همکاران (۱۰) و Ibrahim و همکاران (۳۲) نیز همراستا با نتایج مطالعه حاضر می‌باشد. که احتمالاً می‌تواند به دلیل، تحرک و فعالیت بدنی پایینتر سالمندان دچار بیماری‌های مزمن و اختلالات بینایی باشد که می‌تواند مشارکت کمتر آن‌ها در شبکه‌های اجتماعی را به دنبال داشته باشد (۳۹، ۴۰). در مطالعه حاضر سالمندان ساکن شهر انزوای بیشتری از افراد ساکن روستا داشتند، که احتمالاً می‌تواند به دلایلی از جمله آشنایی افراد روستا با یکدیگر، پایبندی اعتقادات مذهبی در مورد احترام به سالمندان و... باشد. بر اساس مطالعات انجام شده با توجه به تغییر شرایط اجتماعی مثل شهرنشینی، تجددگرایی، تغییر در ارزش‌های سنتی، تضاد نظام ارزشی نسل قدیم با جدید و تغییر وضعیت اقتصادی سبب شده تا خانواده‌ها نتوانند نقش و وظایف خود در قبال سالمندان ایفا نمایند در نتیجه ممکن است سالمند در معرض انزوای اجتماعی قرار گیرند (۴۱). در مطالعه حاضر سالمندان با سابقه سوءمصرف مواد انزوای بیشتری داشتند. بر

انگلیس، ۲۳/۵ درصد (۱۱) و در مطالعه Merchant و همکاران شیوع انزوای اجتماعی سالمندان کشور سنگاپور، ۴۵/۵ درصد اعلام گردید (۳۱). همچنین در مطالعه Ibrahim و همکاران ۴۹/۸ درصد سالمندان مالزی در معرض خطر انزوای اجتماعی قرار داشتند (۳۲).

نتایج مطالعات فوق همراستا با نتایج مطالعه ما نمی‌باشد و کمتر از نتایج مطالعه حاضر است که احتمالاً می‌تواند به دلیل زمان انجام مطالعه باشد زیرا تمامی مطالعات فوق قبل از زمان پاندمی کووید-۱۹ انجام شده است در حالیکه مطالعه ما در زمان پاندمی کووید-۱۹ انجام شده است، بر اساس مطالعات انجام شده پاندمی کرونا و سیاست‌های بهداشتی اتخاذ شده، موجب تشدید احساس تنهایی و انزوا در سالمندان شده است. که این افزایش به دلیل اجرای پروتکل‌های پیشگیرانه همانند قرنطینه و فاصله اجتماعی؛ می‌باشد (۳۳). از دلایل دیگر عدم همخوانی مطالعات فوق با مطالعه ما می‌توان به تفاوت سنی، استفاده از ابزارهای مختلف برای جمع‌آوری داده‌ها و اختلاف سنی نمونه‌ها را نام برد.

در مطالعه سیف و همکاران شیوع انزوای اجتماعی در سالمندان شهر تهران ۶۲ درصد محاسبه شد (۶). نتایج مطالعه فوق بیشتر از نتایج مطالعه ما می‌باشد که احتمالاً می‌تواند به دلیل متفاوت بودن پرسشنامه مورد استفاده برای سنجش انزوای اجتماعی در دو مطالعه باشد. ما در مطالعه خود از مقیاس ۱۸ سوالی لوبن استفاده نمودیم در حالیکه در مطالعه سیف و همکاران از مقیاس ترکیبی احساس تنهایی راسل و مقیاس دجونگ جرولد استفاده شده است. علاوه بر این میانگین سنی مطالعه سیف و همکاران بیشتر از میانگین سنی مطالعه ما بود به طوریکه میانگین سنی مطالعه فوق ۷۲/۲ بود در حالیکه میانگین سنی مطالعه ما ۷۰/۵۴ بود که احتمالاً خود می‌تواند باعث بیشتر شدن انزوای اجتماعی در مطالعه سیف و همکاران شده باشد.

در مطالعه حاضر انزوای اجتماعی در مردان بیشتر از زنان بود. در مطالعات محمودی و همکاران (۱۰)، Cudjoe و همکاران (۲۹)، Karen و همکاران (۳۴) نیز انزوای اجتماعی در مردان بیشتر از زنان بود که همراستا با مطالعه ما می‌باشد. بر اساس مطالعات انجام شده زنان نسبت به مردان بیشتر می‌توانند روابط خود در سطح شبکه‌های اجتماعی را حفظ کنند (۳۵). البته در مطالعات Ibrahim و همکاران (۳۲) و Iliffe و همکاران (۳۶)، انزوای اجتماعی در زنان بیشتر از

به طور قطعی نتایج مطالعه حاضر را به سالمندان ساکن خانه سالمندان تعمیم داد، بنابراین پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی انزوای سالمندان ساکن خانه سالمندان سنجیده شود.

### سیاسگزاری

در پایان پژوهشگر این مطالعه از همکاری دانشکده پرستاری، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی گناباد و سالمندان کمال تشکر و سپاسگزاری را به عمل می آورند.

### تعارض منافع

در این مقاله هیچگونه تعارض منافی وجود ندارد.

### References

- Moradi M, Mohammadzadeh H, Noori R, Basiri Moghadam K, Sadeghmoghadam L. Effect of a Sleep Hygiene Education Program Using Telephone Follow-up Method on the Sleep Quality of the Elderly. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2021;15(4):484-95. <https://doi.org/10.32598/sija.15.4.2895.1>
- Mirzaie M, Darabi S. Population Aging in Iran and Rising Health Care Costs. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2017;12(2):156-69. <https://doi.org/10.21859/sija-1202156>
- Bahrami F, Ramezani-Farani A. Religious Orientation (Internal and External) Effects on Aged Mental Health. *Archives of Rehabilitation*. 2005;6(1):42-7.
- Ghazi Mohseni M, Soleimani AA, Heidarnia A. Examining the Effectiveness of Hope-Based Group Training on the Life Quality of the Elderly People. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2016;11(2):300-9. <https://doi.org/10.21859/sija-1102300>
- Wong ST, Wu A, Gregorich S, Pérez-Stable EJ. What type of social support influences self-reported physical and mental health among older women? *Journal of aging and health*. 2014;26(4):663-78. <https://doi.org/10.1177/0898264314527478>
- Haghighatian M, Mohajerani A. Perceived social support and social isolation in the older adults. *Depiction of Health*. 2019;10(4):300-9.
- Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on*

اساس مطالعات انجام شده مصرف مواد در سالمندان باعث ناتوانی، کاهش تحرک، افزایش ابتلا به بیماری های مزمن می شود که در نتیجه می تواند باعث افزایش انزوا در سالمندان شود (۴۲).

### نتیجه گیری

با توجه به شیوع قابل ملاحظه انزوای اجتماعی بین سالمندان و تأثیرات منفی انزوای اجتماعی بر ابعاد مختلف سلامت و کیفیت زندگی بنابراین انجام مداخلات پیشگیرانه با هدف کاهش میزان انزوای اجتماعی الزامی به نظر می رسد با توجه به اینکه نمونه های این مطالعه از سالمندان ساکن در جامعه انتخاب شدند، بنابراین نمی توان

psychological science. 2015;10(2):227-37. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>

- Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social science & medicine*. 2000;51(6):843-57. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00065-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00065-4)
- Vakili M, Mirzaei M, Modarresi M. Loneliness and its related factors among elderly people in Yazd. *Elderly Health Journal*. 2017;3(1):10-5.
- Mahmoudi N, Abolfathi Momtaz Y, Foroughan M, Zanjari N, Mohaqeqi Kamal SH. Prevalence of Social Isolation Among Older Adults in Tehran, Iran, and Its Associated Factors. *Archives of Rehabilitation*. 2022;23(1):88-111. <https://doi.org/10.32598/RJ.23.1.3390.1>
- Smith SG, Jackson SE, Kobayashi LC, Steptoe A. Social isolation, health literacy, and mortality risk: Findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *Health Psychology*. 2018;37(2):160. <https://doi.org/10.1037/hea0000541>
- Cacioppo JT, Hawkley LC, Norman GJ, Berntson GG. Social isolation. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2011;1231(1):17. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2011.06028.x>
- Nikabadi M, Maleki F. A framework for online social networking features. *Management Science Letters*. 2014;4(6):1107-16. <https://doi.org/10.5267/j.msl.2014.5.021>
- Lubben J, Gironde M, Sabbath E, Kong J, Johnson C. Social isolation presents a grand challenge for social work. *Grand Challenges for Social Work Initiative, Working Paper No*. 2015;7.



15. Cacioppo JT, Hawkey LC. Perceived social isolation and cognition. *Trends in cognitive sciences*. 2009;13(10):447-54. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2009.06.005>
16. Dang Y-h, Liu P, Ma R, Chu Z, Liu Y-p, Wang J-b, et al. HINT1 is involved in the behavioral abnormalities induced by social isolation rearing. *Neuroscience Letters*. 2015;607:40-5. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2015.08.026>
17. Smith R, Barnes I, Reeves G, Green J, Beral V, Floud S. P38 Social isolation in relation to vascular disease incidence and mortality among 325,000 UK women; a prospective cohort study. *BMJ Publishing Group Ltd*; 2018. <https://doi.org/10.1136/jech-2018-SSMabstracts.164>
18. Cacioppo JT, Hawkey LC, Crawford LE, Ernst JM, Burleson MH, Kowalewski RB, et al. Loneliness and health: Potential mechanisms. *Psychosomatic medicine*. 2002;64(3):407-17. <https://doi.org/10.1097/00006842-200205000-00005>
19. Laugesen K, Baggesen LM, Schmidt SAJ, Glymour MM, Lasgaard M, Milstein A, et al. Social isolation and all-cause mortality: a population-based cohort study in Denmark. *Scientific reports*. 2018;8(1):1-8. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-22963-w>
20. McCormack J. Looking back and moving forward? Ageing in Australia 2000. *Ageing & Society*. 2000;20(5):623-31. <https://doi.org/10.1017/S0144686X99007850>
21. Farokhnezhad Afshar P, Foroughan M, Vedadhi AA, Ghazi Tabatabaei M. Relationship Between Social Function and Social Well-Being in Older Adults. *Iranian Rehabilitation Journal*. 2017;15(2):135-40. <https://doi.org/10.18869/nrip.irj.15.2.135>
22. Tavakoli Ghouchani H, Lashkardoost H, Khankolabi M, Asghari D, Nabavi SH. Validity and Reliability of Persian Version of Lubben Social Network-6 Scale in Elderly Adult. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2020;12(2):64-9. <https://doi.org/10.52547/nkums.12.2.64>
23. Bakhtiyari F, Foroughan M, Fakhrzadeh H, Nazari N, Najafi B, Alizadeh M, et al. Validation of the Persian version of Abbreviated Mental Test (AMT) in elderly residents of Kahrizak Charity Foundation. *Iranian journal of Diabetes and Metabolism*. 2014;13:487-94.
24. Taheri Tanjani P, Azadbakht M. Psychometric Properties of the Persian Version of the Activities of Daily Living Scale and Instrumental Activities of Daily Living Scale in elderly. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2016;25(132):103-12.
25. Lubben JE. Assessing social networks among elderly populations. *Family & Community Health: The Journal of Health Promotion & Maintenance*. 1988. <https://doi.org/10.1097/00003727-198811000-00008>
26. Sansoni J, Marosszeky N, Sansoni E, Fleming G. Effective assessment of social isolation. 2010.
27. Lubben J, Blozik E, Gillmann G, Iliffe S, von Renteln Kruse W, Beck JC, et al. Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European community-dwelling older adult populations. *The Gerontologist*. 2006;46(4):503-13. <https://doi.org/10.1093/geront/46.4.503>
28. Eslami R, Khajeh M, Khosravi A, Ebrahimi H. Validating the Persian Version of the Lubben Social Network Scale-18. *Ageing International*. 2022:1-16. <https://doi.org/10.1007/s12126-021-09477-z>
29. Cudjoe TKM, Roth DL, Szanton SL, Wolff JL, Boyd CM, Thorpe RJ. The Epidemiology of Social Isolation: National Health and Aging Trends Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2020;75(1):107-13. <https://doi.org/10.1093/geronb/gby037>
30. Kotwal AA, Censer IS, Waite LJ, Covinsky KE, Perissinotto CM, Boscardin WJ, et al. The epidemiology of social isolation and loneliness among older adults during the last years of life. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2021;69(11):3081-91. <https://doi.org/10.1111/jgs.17366>
31. Merchant RA, Liu SG, Lim JY, Fu X, Chan YH. Factors associated with social isolation in community-dwelling older adults: a cross-sectional study. *Quality of life research*. 2020;29(9):2375-81. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02493-7>
32. Ibrahim R, Abolfathi Momtaz Y, Hamid TA. Social isolation in older Malaysians: prevalence and risk factors. *Psychogeriatrics*. 2013;13(2):71-9. <https://doi.org/10.1111/psyg.12000>
33. karamellahi z, Mohammad nejad S, bazyar

- j, Chehreh R, daliri s. related between social isolation and elderly during the corona virus epidemic; systematic review. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2022:-.
34. Kobayashi KM, Cloutier-Fisher D, Roth M. Making meaningful connections: A profile of social isolation and health among older adults in small town and small city, British Columbia. *Journal of Aging and Health*. 2009;21(2):374-97. <https://doi.org/10.1177/0898264308329022>
  35. Seyfzadeh A, Haghghatian M, Mohajerani A. Economic, social and demographic characteristics and social isolation in senile people (Case study: Tehran city). *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2019;9:23.
  36. Iliffe S, Kharicha K, Harari D, Swift C, Gillmann G, Stuck AE. Health risk appraisal in older people 2: the implications for clinicians and commissioners of social isolation risk in older people. *British Journal of General Practice*. 2007;57(537):277-82.
  37. Chlipala ML. Longitudinal study of loneliness and depression as predictors of health in mid-to later life: University of North Texas; 2008.
  38. McPherson M, Smith-Lovin L, Brashears ME. Social isolation in America: Changes in core discussion networks over two decades. *American sociological review*. 2006;71(3):353-75. <https://doi.org/10.1177/000312240607100301>
  39. Borji M, Bastami M, Bastami Y, Azami M, Tavan H. Physical activity among elderly people with heart disease. *Iranian Journal of Cardiovascular Nursing*. 2015;4(2):54-61.
  40. Hosseini M, Sarafraz Z, Karimlou M, Behnia F. Effect Considering of Mild and Moderate Visual and Auditory Impairment on the Activities of Daily Living and Balance Performance in the Elderly. *Archives of Rehabilitation*. 2010;10(4):0-.
  41. Nassiri H, Heravi Karimooi M, Jouybari L, Sanagoo A, Chehrehgosha M. The Prevalence of Elder Abuse in Gorgan and Aq-Qala Cities, Iran in 2013. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2016;10(4):162-73.
  42. Jazayeri A, Moshtagh N. Substance Abuse in Aging Population. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2006;1(1):51-5.