

## The comparative of Loneliness and its related factors in rural and urban elderly people in Behshahr city

Salehi Tilaki E<sup>1</sup>, \*Ilali ES<sup>2</sup>, Taraghi Z<sup>3</sup>, Mousavinasab N<sup>4</sup>



1- MSc Student, Department of Nursing, Nasibeh Nursing and Midwifery Faculty, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

2- Department of Geriatric Nursing, Nasibeh Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran (**Corresponding Author**)

**E-mail:** [paradis2082000@yahoo.com](mailto:paradis2082000@yahoo.com)

3- Department of Geriatric Nursing, Nasibeh Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

4- Department of Biostatistics and Epidemiology, Faculty of Health. Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

### Abstract

**Introduction:** Little is known about characteristics of loneliness among rural and urban older people. The purpose of this study was to determine Loneliness comparison and its related factors between urban and rural elderly people.

**Method:** In this descriptive study, 280 community dwelling elderly people were selected by systematic random sampling method in Behshahr city in 2018. Data were gathered using Social and Emotional Loneliness Scale for Adults (SELSA) questionnaire, Instrumental Activities of Daily Living Index (IADL), and the Medical-Demographic questionnaire. Data were Analyzed by SPSS 22.0 software using descriptive statistics, via the independent t-test, one-way ANOVA test, Mann-Whitney test, Kruskal-Wallis test and Multiple Linear regression with stepwise analysis.

**Results:** The mean of Loneliness score for the urban and rural elderly were  $33.00 \pm 8.34$  and  $33.57 \pm 9.89$ , respectively. There was no significantly relationship between total loneliness score among urban and rural elderly, however emotional score was significantly more among rural elderly compared to urban elders ( $P = 0.033$ ). According to the multivariate linear regression analysis results, marital status had the most strongly affected on the sense of loneliness among both urban and rural elders.

**Conclusion:** Regarding the high incidence of loneliness in the elderly, Performing more studies and designing educational, consulting, and supportive interventions is suggested, in order to prevent of loneliness and its adverse outcomes.

**Key words:** Elderly, Loneliness, Urban, Rural, Related Factors.

Received: 11 May 2019

Accepted: 14 August 2019

Access this article online



**Website:**  
[www.joge.ir](http://www.joge.ir)

**DOI:**  
[10.29252/joge.3.4.6](https://doi.org/10.29252/joge.3.4.6)

# مقایسه احساس تنهایی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهری و روستایی شهرستان بهشهر

عیسی صالحی تیلکی<sup>۱</sup>، \* احترام سادات ایلالی<sup>۲</sup>، زهره ترقی<sup>۳</sup>، نورالدین موسوی نسب<sup>۴</sup>

- ۱- کارشناسی ارشد، گروه پرستاری سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی نسبیبه ساری، مازندران، ایران.
- ۲- استادیار، گروه پرستاری سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی نسبیبه ساری، مازندران، ایران (نویسنده مسئول)  
پست الکترونیکی: Paradis2082000@Yahoo.com
- ۳- استادیار، گروه پرستاری سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی نسبیبه ساری، مازندران، ایران.
- ۴- دانشیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار حیاتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

نشریه سالمندشناسی دوره ۳ شماره ۴ بهار ۱۳۹۸، ۶۱-۵۲

## چکیده

**مقدمه:** اطلاعات کمی در مورد ویژگی های احساس تنهایی سالمندان شهری و روستایی وجود دارد. هدف از انجام این پژوهش، تعیین مقایسه ای احساس تنهایی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهری و روستایی مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهرستان بهشهر سال ۹۷ بود.

**روش:** در این مطالعه توصیفی-تحلیلی، ۲۸۰ سالمند ساکن منزل شهرستان بهشهر با روش تصادفی سیستماتیک انتخاب شدند. پس از اخذ رضایت نامه شفاهی از افراد، گردآوری اطلاعات با استفاده از پرسشنامه احساس تنهایی عاطفی-اجتماعی بزرگسالان، پرسشنامه فعالیت های روزمره زندگی ابزاری و پرسشنامه جمعیت شناختی-طبی انجام شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ و آزمون تی مستقل، مان ویتنی، آنالیز واریانس، کروسکال والیس و تحلیل رگرسیون چند گانه خطی گام به گام صورت گرفت.

**یافته ها:** میانگین نمره احساس تنهایی کل در سالمندان ساکن شهر و روستا به ترتیب برابر با  $33/57 \pm 9/89$  و  $33/00 \pm 8/34$  بود و اختلاف معنی داری نداشت ( $P > 0/05$ ). میانگین نمره زیر حیطه عاطفی احساس تنهایی در سالمندان روستایی به طور معنی داری بیش تر از سالمندان شهری بود ( $P < 0/05$ ). نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه خطی گام به گام نیز نشان داد، وضعیت تأهل بیشترین تأثیر را در میزان احساس تنهایی سالمندان شهری و روستایی داشت.

**نتیجه گیری:** با توجه به شیوع بالای احساس تنهایی در سالمندان، انجام مطالعات بیش تر و طراحی مداخلات آموزشی- مشاوره ای- حمایتی جهت مقابله با احساس تنهایی سالمندان و پیشگیری از پی آمدهای نامطلوب آن توصیه می شود.

**کلیدواژه ها:** سالمندی، احساس تنهایی، شهری، روستایی، عوامل مرتبط.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۵/۲۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۲/۲۱

## مقدمه

خود را از دست می دهند (۴). یکی از مهمترین چالش های آسیب زا و رنج آور که کمتر به آن توجه شده، مساله احساس تنهایی در سالمندان است که بسیاری از سالمندان در جوامع مختلف آن را تجربه می کنند (۵). افرادی که در برقراری و حفظ روابط رضایت بخش با دیگران ناتوان هستند و در نتیجه، در برآوردن نیاز تعلق داشتن مشکل دارند، به احتمال زیاد حس محرومیتی را تجربه می کنند که خود را با احساس تنهایی اجتماعی و عاطفی نشان می دهد. احساس تنهایی، ترس از دست دادن و اضطراب، از علائم رایج ناکفایتی روابط بین فردی است (۶). شواهد نشان می دهد که احساس تنهایی، پدیده ای گسترده و فراگیر است و ۵۰-۲۵ درصد کل جمعیت بالای ۶۵ سال را بر حسب سن و جنس تحت تأثیر قرار می دهد (۷).

بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی در کشورهای توسعه یافته، افراد ۶۵ سال به بالا و در کشورهای در حال توسعه، افراد بالای ۶۰ سال به عنوان سالمند تلقی می شوند (۱). امروزه بدنیاال پیشرفت علم پزشکی و گسترش آن هر ساله بر شمار سالمندان جهان افزوده می شود (۲). نتایج حاصل از سرشماری عمومی در کشور ما نشان داده که روند پیر شدن جمعیت در ایران نیز آغاز شده است و بر اساس سرشماری سال ۹۵، در ایران جمعیت بالای ۶۰ سال برابر با ۷۲۲۸۳۶۷ میلیون نفر بوده است و تخمین زده می شود که تا سال ۱۴۰۰ ده میلیون نفر برسد (۳). با افزایش سن و آغاز سالمندی، افراد بتدریج برخی از کارکردهای فیزیولوژیک و روانی- اجتماعی

اطلاعات در مورد ویژگیهای احساس تنهایی سالمندان شهری و روستایی کشورمان و با در نظر داشتن این که با شناسایی و اولویت بندی عوامل پیش بینی کننده آن، به گونه ای سازمان یافته تر می توان به طراحی مداخلات پیشگیرانه موثر برای این گروه سنی پرداخت، این پژوهش با هدف تعیین وضعیت احساس تنهایی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهری و روستایی انجام گردید.

### روش مطالعه

در این مطالعه توصیفی-تحلیلی، جامعه آماری شامل کلیه سالمندان ۶۰ سال به بالای مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهرستان بهشهر در سال ۹۷ بودند. با توجه به آمار رسمی بهداشت و درمان مازندران، مراکز بهداشتی شهری و روستایی بهشهر، شامل ۱۰ مرکز روستایی و ۶ مرکز شهری بود. تعداد سالمندان تحت پوشش این مراکز ۱۹۵۱۶ نفر بودند، که از بین مراکز روستایی ۵ مرکز، و از بین مراکز شهری ۳ مرکز به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. بدین صورت که اسامی مراکز روستایی از شماره ۱ تا ۱۰ بر اساس مناطق جغرافیایی (شمال، جنوب، غرب و شرق) نوشته شد و با توجه به انتخاب ۵ مرکز روستایی، از هر ۲ مرکز روستایی یکی را به صورت تصادفی ساده انتخاب کردیم. بنابراین مراکز ۲، ۴، ۶، ۸، ۱۰ انتخاب شدند. به طور مشابه از بین مراکز شهری نیز ۳ مرکز (۱، ۳، ۵) انتخاب شدند. بر اساس فرمول برآورد میانگین احساس تنهایی (۲۷)، تعداد حجم نمونه پژوهش در سطح خطای ۵ درصد، ۱۳۸ نفر مشخص گردید. با توجه به این که مناطق شهری و روستایی در نظر بود، جمعاً ۲۷۶ نفر در نظر گرفته شد و برای برآورد دقیق تر، تعداد ۲۸۰ نفر مورد بررسی قرار گرفتند. تعداد نمونه ها از ۵ مرکز تعیین شده روستایی که تعداد جمعیت آن برابر ۳۷۸۹ نفر، و ۳ مرکز تعیین شده شهری که تعداد جمعیت آن ۹۰۰۸ نفر بود، به نسبت تعداد جمعیت هر مرکز و با روش سهمیه ای انتخاب شدند. نمونه گیری در هر مرکز از بین کلیه افراد واجد شرایط که پرونده ی پزشکی داشتند و دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند، به روش تصادفی سیستماتیک انجام شد. به طور مثال در مرکز التپه که تعداد ۸۴۳ سالمند دارد و ما لازم بود ۳۱ نمونه بگیریم، بایستی به ازای هر ۲۷ نفر ۱ نفر انتخاب می شد (۲۷ = ۳۱ ÷ ۸۴۳)، بنابراین پرونده های پزشکی را از شماره ۱ تا ۸۴۳ مرتب کرده و از بین ۱ تا ۲۷، یک عدد را به طور تصادفی انتخاب کردیم که در اینجا عدد ۱۵ انتخاب شده بود، بنابراین پرونده های شماره ۱۵، ۴۲، ۶۹، ۹۶ و... انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: سالمندان ۶۰ سال و بالاتر، داشتن نمره شناخت ۴ و بالاتر با استفاده از آزمون مختصر شناختی (Abbreviated Mental Test Score (AMTS، کسب نمره کم تر از ۱۲ با استفاده از مقیاس افسردگی سالمندان (Geriatric Depression Scale) بود (۲۶).

احساس تنهایی دارای دو بعد اجتماعی و عاطفی است. بعد اجتماعی را انزوای اجتماعی ذهنی نیز نامیده اند که با انزوای اجتماعی عینی تفاوت دارد. یک فرد می تواند تنها زندگی کند، اما احساس تنهایی نکند و یا برعکس به اندازه کافی ارتباط اجتماعی داشته باشد و با این وجود، احساس تنهایی کند (۸). بعد عاطفی احساس تنهایی ناشی از شکاف میان روابط بین فردی موجود از نظر سالمند با روابط بین فردی مورد نظر وی ناشی می شود (۹). احساس تنهایی افراد درگیر را با احساس خلاء، غمگینی و بی تعلقی مواجه می کند و به شیوه های مختلف بر تعاملات اجتماعی با دیگران، نحوه زندگی و سلامت جسمانی و روانی تأثیر می گذارد (۱۰). بنابراین شناسایی عواملی که پیش بینی کننده و مرتبط با احساس تنهایی در سالمندان هستند، از اهمیت ویژه ای برخوردار است (۱۱).

عوامل متعددی بر روی احساس تنهایی تأثیر می گذارند مانند سن، جنس، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، وضعیت درآمد، ترتیب زندگی و محل سکونت (مناطق شهری، روستایی) (۱۲). احساس تنهایی ارتباطی قوی با سطح تحصیلات پایین، بیوه بودن، تنها زندگی کردن، نداشتن فعالیت های تفریحی و سرگرمی، درآمد کم، وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین (۱۳، ۱۴)، و خرده مقیاس اضطراب (روانی-جسمی، عاطفی) (۱۵) دارد. عواملی مانند تماس مکرر با فرزندان و بستگان (۱۵) و زندگی با همسر و فرزند (۱۶) می تواند احساس تنهایی را کاهش دهد. در واقع، روابط خانوادگی مهمترین ساختار به هم پیوند دهنده در جامعه و عاملی اساسی در کاهش احساس تنهایی سالمندان می باشد (۱۶)، سالمندانی که حمایت بیشتری از شبکه های اجتماعی دریافت می کنند، کمتر احساس تنهایی می کنند (۱۷). عواملی مانند جدایی از فرزندان و مرگ عزیزان (۱۵)، مرگ همسر و نداشتن دوست صمیمی از شاخص های اصلی احساس تنهایی سالمندان می باشد (۱۵، ۱۸).

مطالعات بسیاری اثرات مضر احساس تنهایی را نشان داده اند که شامل: افزایش فشارخون (۱۹)، افسردگی (۲۰)، بی اشتها و بدنبال آن سوء تغذیه (۲۱)، خواب آشفته (۲۲)، احساس خستگی (۲۳) و سوء مصرف الکل (۲۴) می باشد.

اطلاعات کمی در مورد ویژگیهای احساس تنهایی سالمندان شهری و روستایی وجود دارد. در یک مطالعه در ایران شیوع احساس تنهایی در سالمندان روستایی بیش تر از سالمندان شهری بود (۱۲)، در مطالعه ای در چین نیز، احساس تنهایی سالمندان روستایی بیش تر از سالمندان شهری بود (۲۵). در بررسی دیگری در کانادا، پیش بینی کننده های احساس تنهایی سالمندان شهری و روستایی متفاوت بود: به عنوان مثال مهمترین عامل احساس تنهایی سالمندان روستایی، ناکافی بودن درآمد و در سالمندان شهری، فوت همسر بود (۲۶). با توجه به تناقضات یافته های مطالعات انجام شده و کمبود

قرار داده می شود. اخذ امتیاز ۴-۰ نشانگر عدم وجود افسردگی، امتیاز ۸-۵ نشان دهنده افسردگی خفیف، امتیاز ۱۱-۹ نشان دهنده افسردگی متوسط و امتیاز ۱۵-۱۲ نشان دهنده افسردگی شدید می باشد. روایی و پایایی این پرسشنامه توسط ملکوتی و همکاران در جمعیت سالمندان ایرانی تایید شد و ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۹۰، تنصیف ۰/۸۵٪، و آزمون بازآزمون ۰/۵۸٪ گزارش شد. نقطه برش ۸، حساسیت و ویژگی ۰/۹ و ۰/۸۴ داشته است (۳۰).

آزمون مختصر شناختی (AMTS)، که جهت اختلال شناختی استفاده گردید، توسط Hodkinson (۱۹۷۲) تدوین شده است. این آزمون یک پرسشنامه ۱۰ سوالی دو گزینه ای است و دارای اعتبار و سرعت بالای ارزیابی شناختی در بیماران سالخورده است. در این ابزار به هر پاسخ صحیح یک امتیاز داده می شود و مجموع امتیازات محاسبه می شود. ترجمه، روایی و پایایی آن در ایران توسط فروغان و همکاران (۱۳۹۶) انجام شده است. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰٪ گزارش شد. نمرات ۶ و ۷ به ترتیب حساسیت (۰/۹۹٪ و ۰/۹۴٪) و ویژگی (۰/۸۵٪ و ۰/۸۶٪) را نشان دادند. کسب امتیاز کمتر از ۷/۱۰ پیش بینی کننده اختلال شناختی محسوب می شود (۳۱).

پرسشنامه فعالیت های روزمره زندگی ابزاری (AIDL)، که جهت اندازه گیری وضعیت عملکرد استفاده شد، اطلاعات مربوط به هشت عملکرد (استفاده از تلفن، خرید مایحتاج روزانه، پخت و پز غذا، نگهداری و نظافت منزل، شست و شوی لباس ها، استفاده از وسایل حمل و نقل، استفاده از داروها، مدیریت امور مالی) را به صورت دو گزینه ای (مستقل، وابسته) امتیازبندی می کند. حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۸ می باشد و نمره بالاتر نشان دهنده ی استقلال بیش تر است. پایایی ابزار فوق در ایران با آزمون مجدد ۰/۹٪ گزارش شده است (۳۲).

پرسشنامه عوامل مرتبط جمعیت شناختی - طبی شامل: سن، جنس، وضعیت تاهل، محل سکونت، سطح تحصیلات، همراهان زندگی، سطح درآمد، تعداد فرزندان، ارتباط با فرزندان، وضعیت مسکن، ابتلا به بیماری مزمن، دسترسی به خدمات مراقبتی (مراکز بهداشتی)، نقایص شنوایی، نقایص بینایی و سابقه سقوط بود که توسط پژوهشگر تنظیم شده بود.

#### روش اجرا و ملاحظات اخلاقی

پژوهشگر در طول روزهای هفته به مراکز مربوطه مراجعه کرده و از نمونه های تعیین شده که از قبل طی تماس تلفنی توسط همکاران مراکز بهداشتی جهت مراجعه به مرکز دعوت شده بودند، اقدام به تکمیل پرسشنامه ها کرد. قبل از انجام پرسشگری ضمن معرفی خود و بیان اهداف پژوهش، به سالمندان مورد مطالعه اطمینان داده شد که اطلاعات پرسشنامه کاملاً محرمانه خواهد ماند. سپس رضایت آنها بصورت شفاهی اخذ و به آنها اطلاع داده شد که شرکت

(GDS) جهت رد وجود افسردگی شدید و رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه بود. معیارهای خروج شامل: عدم همکاری و یا عدم رضایت برای تکمیل فرایند مطالعه بود.

$$n = \left( \frac{Z_{1-\alpha/2} \sigma}{d} \right)^2$$

$$n = (1/96 \times 12/2)^2 = 138$$

ابزارگردآوری اطلاعات در این پژوهش شامل: پرسشنامه احساس تنهایی عاطفی - اجتماعی بزرگسالان (Social and Emotional Loneliness Scale for Adults- Short form) SELSA، مقیاس افسردگی سالمندان (GDS)، آزمون مختصر شناختی (AMTS)، پرسشنامه فعالیت های روزمره زندگی ابزاری ((Instrumental Activities of Daily Living) AIDL و پرسشنامه جمعیت شناختی - طبی بود.

مقیاس احساس تنهایی عاطفی و اجتماعی بزرگسالان (SELSA\_S)، توسط Best و Ditommaso - Brannen (۲۰۰۴) طراحی گردید (۲۸). این مقیاس دارای ۱۵ گویه و ۳ زیر مقیاس؛ احساس تنهایی رمانتیک (پنج گویه)، خانوادگی (پنج گویه) و اجتماعی (پنج گویه) است که در فرم ایرانی به ۱۴ گویه تقلیل یافته است. این پرسشنامه بر روی طیف لیکرت ۵ گزینه ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم قرار دارد. در این مقیاس به جزء سؤال ۱۴ تمامی سوالات دیگر به صورت معکوس نمره گذاری می شوند (کاملاً مخالفم = ۵، مخالفم = ۴، نه مخالفم نه موافق = ۳، موافقم = ۲، کاملاً موافقم = ۱). نمره ی بالاتر نشان دهنده ی احساس تنهایی عاطفی - اجتماعی بیش تر می باشد. احساس تنهایی عاطفی، مجموع نمرات زیرمقیاس های رمانتیک و خانوادگی است و نمره ی احساس تنهایی اجتماعی نیز با نمره ی زیر مقیاس تنهایی اجتماعی تعیین می گردد. مؤلفان این مقیاس، ضریب آلفای کرونباخ را برای ابعاد رمانتیک، اجتماعی و خانوادگی به ترتیب برابر: ۰/۹۲٪، ۰/۸۴٪ و ۰/۷۸٪ گزارش نمودند که از همسانی درونی مناسب حکایت دارد (۲۹). در این پژوهش نیز ضریب آلفای کرونباخ برای ابعاد رمانتیک، اجتماعی و خانوادگی به ترتیب برابر، ۰/۹۴٪، ۰/۹۲٪ و ۰/۸۶٪ به دست آمد. پرسشنامه مقیاس افسردگی سالمندان (GDS) دارای ۱۵ سؤال دو گزینه ای (بلی، خیر) است، که توسط Yessavage (۱۹۸۳) برای ارزیابی افسردگی سالمندان تدوین شد و مقیاسی مناسب برای تشخیص علائم افسردگی در سالمندان به شمار می آید. به سوالات ۱۵، ۱۴، ۱۲، ۱۰، ۹، ۸، ۵، ۴ در صورت پاسخ بلی، یک نمره اختصاص داده می شود و به آیتم خیر نمره داده نمی شود. به سوالات ۱۳، ۱۱، ۷، ۳ در صورت پاسخ خیر، یک نمره اختصاص داده می شود و به آیتم بله نمره داده نمی شود. جمع نمرات ملاک

و آزمون رگرسیون چند گانه خطی) انجام گردید. همچنین برای محاسبه پایایی درونی از آزمون ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. ملاک قضاوت سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### یافته ها

از میان ۲۸۰ سالمندی که وارد مطالعه شدند ۱۳۰ نفر (۴۶/۴ درصد) مرد و ۱۵۰ نفر (۵۳/۶ درصد) زن بودند. میانگین سن افراد مورد مطالعه برابر با  $7/25 \pm 69/41$  سال بود. از نظر سطح تحصیلات ( $P < 0/001$ )، وضعیت شغلی ( $P < 0/001$ )، وضعیت درآمد ( $P = 0/004$ ) ارتباط با فرزند ( $P < 0/001$ )، اختلال دید ( $P = 0/004$ )، سابقه سقوط ( $P = 0/004$ ) اختلاف معنی داری بین سالمندان شهری و روستایی وجود داشت.

بین میانگین نمره کل احساس تنهایی سالمندان شهری و روستایی اختلاف معنی داری وجود نداشت ( $P = 0/606$ ). ولی میانگین نمره زیر حیطه عاطفی در سالمندان روستایی به طور معنی داری بیش تر از سالمندان شهری بود ( $P = 0/033$ ) (جدول ۱).

در مطالعه کاملاً اختیاری است. همچنین با توجه به اینکه ممکن است تعدادی از سالمندان با سواد و تعدادی بی سواد باشند برای یکسان بودن نتایج مطالعه، تمام پرسشنامه ها به صورت فردی و با مصاحبه ی چهره به چهره توسط محقق تکمیل شد. ضمناً اگر سالمندی به دلیل خاصی (معلولیت و عدم تحرک) قادر به مراجعه به مرکز نبود، پژوهشگر پس از هماهنگی توسط مسوول مرکز، با مراجعه به منزل مسکونی سالمند اقدام به تکمیل پرسشنامه ها کرد. سالمندانی هم که افسردگی شدید داشتند و طبق نظر متخصص روان پزشکی دارو مصرف می کردند، از مطالعه حذف شدند و آنهایی که با پرسشنامه افسردگی سالمندان، افسردگی شدید تشخیص داده شدند و دارو مصرف نمی کردند، ثبت گردیده و به روان پزشک ارجاع داده شدند. زمان مورد نیاز جهت تکمیل پرسشنامه ها برای هر سالمند، حدود ۲۰ دقیقه بود. نمونه گیری تا تکمیل تعداد نمونه مورد نیاز، ادامه یافت و در حدود سه ماه به طول انجامید.

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ و با آزمون های آماری توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و تحلیلی (تی مستقل، مان ویتنی، آنالیز واریانس، کروسکال والیس

**جدول ۱:** مقایسه میانگین نمره کل احساس تنهایی و زیر مقیاس های آن در سالمندان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهرستان بهشهر به تفکیک محل سکونت (۱۳۹۷)

P-value	محل سکونت		احساس تنهایی
	روستا انحراف معیار $\pm$ میانگین	شهر انحراف معیار $\pm$ میانگین	
۰/۶۰۶	۳۳/۵۷ $\pm$ ۹/۸۹	۳۳/۰۰ $\pm$ ۸/۳۴	تنهایی کل
*۰/۰۳۳	۲۰/۰۶ $\pm$ ۶/۴۲	۱۸/۴۰ $\pm$ ۵/۱۵	تنهایی عاطفی
۰/۶۷۲	۱۴/۱۲ $\pm$ ۴/۹۹	۱۴/۴۸ $\pm$ ۴/۴۹	تنهایی اجتماعی

\* $P < 0/05$

بیشتری نسبت به سالمندان مرد داشتند. در سالمندان روستایی، گرچه میانگین نمره کل احساس تنهایی و مقیاس عاطفی و اجتماعی احساس تنهایی سالمندان زن بیش تر از سالمندان مرد بود، اختلاف معنی دار نداشت (جدول ۲).

میانگین نمره کل احساس تنهایی ( $P < 0/001$ )، زیر حیطه عاطفی ( $P = 0/030$ ) و زیر حیطه اجتماعی احساس تنهایی ( $P = 0/011$ )، ارتباط معنی داری با جنسیت سالمندان شهری داشت. بدین معنی که سالمندان زن شهری احساس تنهایی عاطفی و اجتماعی

**جدول ۲:** مقایسه میانگین نمره کل احساس تنهایی و زیر مقیاس های آن در سالمندان شهری و روستایی مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهرستان بهشهر به تفکیک جنسیت (۱۳۹۷)

احساس تنهایی	جنسیت	محل سکونت			
		روستا	شهر		
		P	انحراف معیار $\pm$ میانگین	P	انحراف معیار $\pm$ میانگین
تنهایی کل	مرد	*۰/۰۰۰	۳۲/۸۳ $\pm$ ۸/۸۵	*۰/۰۳۰	۳۰/۴۸ $\pm$ ۶/۸
	زن		۳۴/۰۸ $\pm$ ۱۰/۵۷		۳۵/۷۶ $\pm$ ۸/۹
عاطفی	مرد	*۰/۰۱۱	۱۸/۹۸ $\pm$ ۵/۳۱	*۰/۰۳۰	۱۷/۳۲ $\pm$ ۴/۲۷
	زن		۲۰/۸۱ $\pm$ ۷/۰۲		۱۹/۵۸ $\pm$ ۵/۷۷
اجتماعی	مرد	*۰/۰۱۱	۱۴/۵۸ $\pm$ ۴/۹۷	*۰/۰۱۱	۱۳/۵۶ $\pm$ ۴/۴۰
	زن		۱۳/۸۱ $\pm$ ۵/۰۰		۱۵/۴۸ $\pm$ ۴/۳۹

\* $P < 0/05$

با مقایسه میانگین نمره کل احساس تنهایی میان متغیرهای مورد مطالعه، مشخص شد که میانگین نمره کل احساس تنهایی ارتباط معناداری با تأهل ( $P < 0/001$ )، سطح تحصیلات ( $P < 0/001$ )، همراهان زندگی ( $P < 0/001$ )، ارتباط با فرزندان ( $P = 0/004$ )

جدول ۳: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره کل احساس تنهایی با متغیرهای جمعیت شناختی سالمندان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهرستان بهشهر سال (۱۳۹۷)

احساس تنهایی کل				متغیر	
روستا		شهر			
P	انحراف معیار $\pm$ میانگین	P	انحراف معیار $\pm$ میانگین		
*./000	۳۱/۹۲ $\pm$ ۹/۳۷ ۳۸/۳۳ $\pm$ ۹/۹۴	*./000	۳۰/۰۹ $\pm$ ۶/۸۲ ۳۹/۳۴ $\pm$ ۷/۸۷	متأهل، همسر فوت شده و مطلقه	وضعیت تأهل
*./001	۳۲/۹۴ $\pm$ ۹/۶۶ ۳۸/۱۱ $\pm$ ۹/۲۰ ۳۰/۰۵ $\pm$ ۸/۴۸ ۳۹/۶۹ $\pm$ ۱۰/۹۳	*./000	۳۰/۷۹ $\pm$ ۷/۰۵ ۴۰/۰۰ $\pm$ ۹/۲۰ ۲۸/۷۱ $\pm$ ۶/۳۳ ۳۳/۸۸ $\pm$ ۵/۸۱	همسر فرزند همسر و فرزند سایر	همراه زندگی
*./030	۳۵/۰۰ $\pm$ ۹/۷۰ ۳۲/۸۱ $\pm$ ۱۰/۶۵ ۲۹/۱۷ $\pm$ ۳/۵۴ ۲۷/۷۵ $\pm$ ۸/۲۲ ۲۱/۰۰ $\pm$ ۱/۴۱	*./000	۳۷/۸۹ $\pm$ ۹/۵۰ ۳۴/۰۷ $\pm$ ۷/۳۵ ۳۰/۸۳ $\pm$ ۵/۷۱ ۲۹/۷۰ $\pm$ ۶/۹۹ ۲۵/۰۰ $\pm$ ۵/۴۳	بی سواد ابتدایی راهنمایی دیپلم دانشگاهی	سطح تحصیلات
0/220	۳۱/۱۱ $\pm$ ۶/۱۷ ۳۳/۹۵ $\pm$ ۹/۶۵ ۳۳/۵۷ $\pm$ ۹/۵۹	*./000	۲۸/۷۳ $\pm$ ۶/۶۸ ۳۰/۵۴ $\pm$ ۷/۷۲ ۳۶/۸۳ $\pm$ ۷/۹۱	شاغل بازنشسته بیکار	وضعیت شغل فعلی
0/162	۳۵/۲۰ $\pm$ ۱۰/۹۱ ۳۲/۰۰ $\pm$ ۹/۳۰ ۳۳/۰۰ $\pm$ ۶/۴۵	*./000	۳۸/۶۴ $\pm$ ۷/۸۱ ۳۰/۸۳ $\pm$ ۷/۳۵ ۲۸/۳۸ $\pm$ ۶/۵۸	کمتر از هزینه کرد برابر با هزینه کرد بیشتر از هزینه کرد	وضعیت درآمد
0/220	۳۳/۴۱ $\pm$ ۹/۷۸ ۴۴/۵۰ $\pm$ ۶/۲۶	*./009	۳۲/۶۹ $\pm$ ۸/۱۵ ۴۷/۰۰ $\pm$ ۴/۳۵	ملکی اجاره ای	وضعیت مسکن
*./007	۳۲/۴۹ $\pm$ ۹/۸۰ ۳۲/۷۳ $\pm$ ۹/۲۷ ۳۸/۴۰ $\pm$ ۸/۷۲ ۴۰/۶۰ $\pm$ ۱۰/۴۵	*./003	۳۲/۳۶ $\pm$ ۹/۵۸ ۳۲/۱۱ $\pm$ ۶/۹۲ ۳۱/۰۶ $\pm$ ۷/۰۱ ۳۸/۸۶ $\pm$ ۹/۲۲	روزانه هفتگی ماهانه عدم ارتباط	ارتباط با فرزند

\* $P < 0/05$

جدول ۴: تحلیل رگرسیون چندگانه خطی بین نمره کل احساس تنهایی و متغیرهای جمعیت شناختی در سالمندان شهری

متغیر	ضریب استاندارد b	خطای استاندارد SE	ضریب استاندارد B	ضریب آماری t	P-value
وضعیت تأهل	۶/۴۴	۱/۳۴	۰/۳۶۰	۴/۷۸	0/000
فعالیت روزمره زندگی	-۱/۲۲	0/۴۱	-0/۲۲۶	-۲/۹۸	0/003
ایزاری	۱۱/۶۸	۳/۸۸	0/۲۰۴	۳/۰۰	0/003
وضعیت مسکن	۲/۴۰	0/۹۷	0/۱۷۸	۲/۴۶	0/015

نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه خطی بین نمره کل احساس تنهایی و متغیرهای جمعیت شناختی سالمندان شهری نشان داد که وضعیت تأهل ( $\beta = 0/360$ )، IADL ( $\beta = 0/226$ )، وضعیت مسکن

وضعیت شغل فعلی ( $\beta = 0/178$ ) و وضعیت شغل فعلی ( $\beta = 0/178$ ) به ترتیب بیشترین تأثیر را در میزان احساس تنهایی سالمندان شهری داشتند (جدول ۴).



تحصیلات ( $\beta = -0/205$ ) به ترتیب بیشترین تأثیر را در میزان احساس تنهایی سالمندان روستایی داشتند (جدول ۵).

نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه خطی بین نمره کل احساس تنهایی و متغیرهای جمعیت شناختی در سالمندان روستایی نشان داد که وضعیت تأهل ( $\beta = 0/228$ )، ارتباط با فرزند ( $\beta = 0/215$ ) و سطح

جدول ۵: تحلیل رگرسیون چندگانه خطی بین نمره کل احساس تنهایی و متغیرهای جمعیت شناختی در سالمندان روستایی

متغیر	ضریب غیر استاندارد b	خطای استاندارد SE	ضریب استاندارد B	ضریب آماری t	P-value
وضعیت تأهل	۵/۳۷	۱/۷۹	۰/۳۳۸	۲/۹۸	۰/۰۰۳
ارتباط با فرزندان	۲/۷۳	۰/۹۹	۰/۳۱۵	۲/۷۴	۰/۰۰۷
سطح تحصیلات	-۲/۱۹	۰/۸۵	-۰/۲۰۵	-۲/۵۰	۰/۰۱۱

Phaswana-Mafuya و همکاران (۳۹) هم سو است. اما با نتایج مطالعه Haney و همکاران (۲۷)، Hazer و همکاران (۱۵)، و کیلی و همکاران (۱۲)، هم سو نمی باشد. لیو اعتقاد دارد شاید یکی از دلایل بالا بودن احساس تنهایی در زنان این است که آنها چون فرزندان، اعضای خانواده و دوستان را به عنوان منبع حمایتی خود می دانند، به دنبال سالمندی و تغییرات در ابعاد روان شناختی، بعد روحی و عاطفی شان بیشتر تحت تأثیر قرار می گیرد و از احساس تنهایی شاکمی هستند (۴۰).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد، هم در سالمندانی شهری و هم روستایی وضعیت تأهل بیشترین عامل پیش بینی کننده احساس تنهایی بود. این یافته با نتایج مطالعات Hazer و همکاران (۱۵)، حیدری و همکاران (۱۳)، Haney و همکاران (۲۷)، معتمدی و همکاران (۳۳)، و کیلی و همکاران (۱۲) هم سو است. روان شناسان معتقدند نقش ها و الگوهای پذیرفته شده اجتماعی در درک احساس تنهایی مؤثر است؛ چرا که افراد متأهل با کاهش ارتباط خود با همسرانشان در خود فرو می روند و دچار احساس محرومیت می شوند. محدودیت یا ناتوانی در ایفای این نقش ها، میزان احساس تنهایی را تغییر می دهد. از سوی دیگر، پیوند افراد در خانواده و رابطه عاطفی با همسران می تواند ارتباط اجتماعی مؤثر را فراهم کند و احساس تنهایی را کاهش دهد (۴۰). هروی کریموی و همکاران در پژوهش کیفی خود به این نتیجه رسیدند که سالمندانی که همسر خود را از دست داده بودند، یک عامل مهم ایجاد احساس تنهایی را فوت همسرشان بیان کردند، به طوری که بیشتر آنها اظهار داشتند که از دواچ مجدد می تواند در کاهش احساس تنهایی و حس تعلق و دوست داشتن «که جزء نیازهای مازلو است»، به آنها کمک کند. علاوه بر این، آنان معتقدند از دست دادن تعاملات مهم می تواند در پی فوت، طلاق، رهاشدگی یا فقدان حمایت های عاطفی و خانوادگی ایجاد شود (۴۱).

نتایج به دست آمده نشان داد بین نمره کل احساس تنهایی و میزان تحصیلات، رابطه آماری معنی داری وجود دارد. بدین معنی که

## بحث

در مطالعه حاضر، مشخص شد میانگین نمره کل احساس تنهایی سالمندان شهری و روستایی اختلاف معنی دار نداشت. این یافته با نتایج مطالعه معتمدی و همکاران تحت عنوان بررسی میزان احساس تنهایی عاطفی و اجتماعی در سالمندان ساکن شهرستان اصفهان (۳۳) و مطالعه AKIRA - NARUSAWA و همکاران تحت عنوان بررسی احساس تنهایی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان ساکن توکیو هم خوانی دارد (۳۴). اما با یافته های مطالعات و کیلی و همکاران (۱۲) و همچنین Haney و همکاران (۲۷) هم سو نمی باشد. در مطالعه آنها سالمندان ساکن روستا، احساس تنهایی بیشتری نسبت به سالمندان شهری داشتند. سالمندانی که در روستا زندگی می کنند به خاطر عوامل اقتصادی-اجتماعی نظیر جدایی جغرافیایی و اجتماعی از جامعه بزرگ تر شهری، محدودیت دسترسی به مراقبت های تخصصی (۲۶)، مهاجرت فرزندان و وضعیت سلامتی (۳۵) ممکن است بیشتر از سالمندان شهری در معرض خطر احساس تنهایی بوده باشند.

همچنین در مطالعه حاضر مشخص شد، نمره زیر حیطه عاطفی احساس تنهایی در سالمندان روستایی به طور معنی داری بیش تر از سالمندان شهری بود. در تبیین یافته فوق می توان گفت؛ احساس تنهایی سالمندان به فراوانی رابطه با فرزندان و دوستان مربوط نمی شود بلکه بیشتر به انتظارات و رضایت از این ارتباط ها بر می گردد. شیوع احساس تنهایی در سالمندانی که انتظاراتشان از ملاقات با فرزندان و دوستان برآورده نمی شود و از رابطه با آنها راضی نیستند، بالاتر است (۳۶).

یافته های مطالعه حاضر نشان داد که اثر جنسیت بر میانگین نمره کل احساس تنهایی و زیر مقیاس عاطفی و اجتماعی آن، فقط در سالمندان شهری معنی دار بود. به این صورت که سالمندان زن، احساس تنهایی عاطفی و اجتماعی بیشتری نسبت به سالمندان مرد داشتند. این یافته با نتایج حاصل از مطالعات معتمدی و همکاران (۳۳)، همتی و همکاران (۳۷)، Teh و همکاران (۳۸)،

با توجه به شیوع احساس تنهایی در سالمندان، پیشنهاد می شود مطالعات مشابهی تحت عنوان "مقایسه احساس تنهایی و عوامل مرتبط با آن بین سالمندان ساکن جامعه با سالمندان ساکن آسایشگاه های سالمندی و غیره" انجام گیرد.

#### محدودیت ها

از جمله محدودیت های این مطالعه، کم حوصله بودن برخی سالمندان به هنگام پاسخ به سؤالات پرسشنامه بود. بدین خاطر پرسشنامه ها در چند مرحله تکمیل گردید. از آن جایی که بیشتر شرکت کنندگان در مطالعه بی سواد و کم سواد بودند، درک برخی مفاهیم و سؤالات پرسشنامه برای آنها دشوار بود. بنابراین سعی شد پرسش ها با زبانی ساده و قابل فهم از ایشان پرسیده شود و در صورتی که در پاسخ آنها ابهامی وجود داشت، پژوهشگر جهت روشن شدن مطلب، توضیحات بیش تری درخواست می کرد (که به دلیل اتلاف وقت یکی از محدودیت های پژوهش محسوب می شد). و دیگر این که جامعه آماری این پژوهش، سالمندان ساکن در منزل شهرستان بهشهر بوده اند که امکان تعمیم نتایج این پژوهش به سالمندانی که در خانه سالمندان زندگی می کنند، وجود ندارد.

### نتیجه گیری نهایی

سالمندانی که متأهل بودند، تحصیلات بالاتر داشتند، با همسر و فرزند زندگی می کردند و ارتباط بیشتری با فرزندان داشتند، احساس تنهایی کمتری می کردند. همچنین در سالمندان شهری وضعیت تأهل، فعالیت های روزمره زندگی ابزاری، وضعیت مسکن، وضعیت شغل فعلی و در سالمندان روستایی وضعیت تأهل، ارتباط با فرزند و سطح تحصیلات به ترتیب نقش معناداری در پیش بینی احساس تنهایی داشتند. با توجه به شیوع بالای احساس تنهایی در سالمندان، شناسایی و اولویت بندی عوامل مرتبط با احساس تنهایی، از اهمیت بالایی برخوردار است و می تواند به طراحی مداخلات آموزشی- مشاوره ای- حمایتی در راستای مقابله با احساس تنهایی و در نهایت افزایش سلامت سالمندان و پیشگیری از پی آمدهای نامطلوب آن مورد استفاده قرار بگیرد.

### تشکر و قدردانی

این پژوهش بر گرفته از پایان نامه ی کارشناسی ارشد به شماره ۱۹۰۸ و کد اخلاق IR.MAZUMS.REC ۱۳۹۸،۴۰۶ است. از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران که ما را در انجام پروژه حمایت مالی کردند و همچنین کلیه کارکنان مراکز بهداشتی شهرستان بهشهر و تمام سالمندانی که نهایت همکاری را با پژوهشگر داشتند، نهایت تشکر و قدردانی می گردد.

سالمندان با سطح تحصیلات بالاتر، احساس تنهایی کمتری داشتند. در تبیین یافته مذکور که با نتایج پژوهش معتمدی و همکاران (۳۳)، وکیلی و همکاران (۱۲)، Haney و همکاران (۲۷)، هم سو است می توان گفت: از آن جایی که سطح تحصیلات می تواند موجب آگاهی بیشتر، تغییر در افکار، عقاید، ارزش ها و شیوه تفکر در مورد زندگی شود، بر درک احساس تنهایی مؤثر خواهد بود (۴۲).

از نتایج دیگر این پژوهش، ارتباط معنادار بین میانگین نمره کل احساس تنهایی و وضعیت درآمد سالمندان شهری بود. بدین معنی که سالمندان شهری که درآمد بیشتر از هزینه کرد زندگی داشتند، احساس تنهایی کمتری می کردند. در تبیین یافته مذکور که با نتایج پژوهش وکیلی و همکاران (۱۲) هم سو است، می توان گفت مطابق با پژوهش چانگ و یانگ، میزان درآمد و وضعیت اجتماعی و اقتصادی، هم بسته های مهم تجربه احساس تنهایی هستند. میزان تجربه احساس تنهایی با داشتن درآمد بیشتر که عمدتاً موجب برخورداری از شبکه اجتماعی گسترده تر و نیز مشارکت بیشتر فرد سالمند در مراقبت های بهداشتی و متعاقب آن زندگی سالم تر و رضایت از زندگی می شود، کاهش می یابد (۱۷). همچنین مطابق یافته پژوهش معتمدی و همکاران، جایگاه شغلی و اجتماعی، تجربه ی احساس تنهایی را تحت تأثیر قرار می دهد؛ به گونه ای که هر چه این جایگاه و ارزش گذاری اجتماعی آن پایین تر باشد، افراد به میزان بیشتری احساس تنهایی می کنند (۱۴). نتیجه این مطالعه، هم سو با یافته مطالعه ی حاضر است.

در مطالعه حاضر مشخص شد، ارتباط معناداری بین میانگین نمره کل احساس تنهایی سالمندان و ارتباط با فرزندان وجود داشت. Hazer و همکاران، در مطالعه ای با هدف بررسی عوامل مؤثر بر احساس تنهایی سالمندان، دریافته اند که از جمله عواملی که می تواند تجربه احساس تنهایی را کاهش دهد شامل: تماس مکرر با فرزندان و بستگان است. سالمندانی که شبکه اجتماعی ضعیفی دارند، حمایت کافی و رضایت عاطفی را دریافت نمی کنند (۱۵).

Arslantas و همکاران (۴۳)، در مطالعه ای با هدف تعیین احساس تنهایی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان و ارتباط آن با کیفیت زندگی آنان، دریافته اند که سالمندانی که بیماری مزمن داشتند و به طور منظم از داروها استفاده می کردند احساس تنهایی بیش تری می کردند. در تبیین این یافته که با نتایج پژوهش Teh و همکاران (۲۸) هم سو بود می توان گفت: بیماری های مزمن مشکلات زیادی نظیر: «خودمراقبتی ناکافی، درد، خواب کم، محدودیت در زندگی اجتماعی و عدم انطباق با استفاده منظم از داروها» برای سالمند ایجاد می کند. که ممکن است افراد سالمند در مواجهه با این شرایط با توجه به محدودیت جسمی و اجتماعی، احساس تنهایی را تجربه کنند. نتایج این مطالعه با یافته مطالعه حاضر هم سو نبود.



## References

- Noroozian M. The Elderly Population in Iran: An ever growing concern in the health system. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2012; 6 (2):1-6 [Persian].
- Rashedi V, gharib M, Yazdani A. Social Participation and mental health among older adults in Iran.. *Iranian Rehabilitation Journal*. 2014; 12 (19): 9-13 [Persian].
- Statistical center of Iran . Population and Housing census. Available from: [http:// amarorgir/english/ Census](http://amarorgir/english/Census). 2016 [persian].
- Sharifzadeh G, Moudi M, Akhbari S. Investigating health status of older people supported by imam Khomeini. *Iranian Journal of ageing*. 2010; 3 (7): 52-60 [Persian].
- Zhou G, Wang Y, Yu X. Direct and Indirect Effects of Family Functioning on Loneliness of Elderly Chinese Individuals. *Current Psychology*. 2016: 1-7.
- Khademi MJ, Rashedi V, Sajadi S, Gheshlaghi SM. Anxiety and loneliness in the Iranian older adults. *International Journal of Psychology and Behavioral Sciences*. 2015; 5 (2): 49-52.
- Domenech-Abella J, Lara E, Rubio-Valera M, Olaya B, Moneta MV, Rico-Urbe LA, et al. Loneliness and depression in the elderly: the role of social network. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017; 52 (4): 381-90.
- Hawakley L, Cacioppo J. Loneliness Matters. *Ann Behav Med*. 2010;40(2):218-27.
- Andrew N, Meeks S. Fulfilled preferences, perceived control, life satisfaction, and loneliness in elderly long-term care residents. *Aging Ment Health*. 2018; 22 (2): 183-9.
- Wong NM, Liu HL, Lin C, Huang CM, Wai YY, Lee SH, et al. Loneliness in late-life depression: structural and functional connectivity during affective processing. *Psychol Med*. 2016; 46 (12): 2485 - 99.
- Garssen B, Visser A. The association between religion/spirituality and mental health in cancer. *Cancer*. 2016; 122 (15): 2440-.
- Vakili M, Mirzaei M, Modarresi M. Loneliness and Its Related Factors among Elderly People in Yazd. *Elderly Health Journal*. 2017; 3 (1): 10 - 5 [Persian].
- Heidari M, Ghodusi Borujeni M, Naseh L. Comparison of Self-Efficacy and Loneliness Between Community-Dwelling & Institutionalized Older People. *Iranian Journal of Ageing*. 2016; 11 (1): 142 - 51 [Persian].
- Moatamedi A, Qaderi Bagajan K, Mazaheri Nejad Fard G, Soltani S. Comparative Study of Feeling Lonely Between Retired and Labor Elderly Men. *Quarterly Journal of Social Work*. 2017; 6 (2): 43 - 50 [Persian].
- Hazer O, Boylu AA. The examination of the factors affecting the feeling of loneliness of the elderly. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2010; 9: 2083-9.
- Zarghami H, Mahmoudian H. Children s Out-Migration and Loneliness Feeling in Rural Older Parents. *Quarterly Journal Of Health Psychlogy*. 2017; 5 (19): 103 - 22 [Persian].
- Chen Y, Hicks A, While AE. Loneliness and social support of older people in China: a systematic literature review. *Health Soc Care Community*. 2014; 22 (2): 113-23.
- Jones DA, Victor CR, Vetter NJ. The problem of loneliness in the elderly in the community: characteristics of those who are lonely and the factors related to loneliness. *JR Coll Gen Pract*. 1985; 35 (272): 136-9.
- Hawkey LC, Thisted RA, Masi CM, Cacioppo JT. Loneliness Predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. *Psychology and aging*. 2010; 25 (1): 132-41.
- Santini ZI, Fiori KL, Feeney J, Tyrovolas S, Haro JM, Koyangi A. Social relationships, loneliness, and mental health among older men and women in Ireland: A Prospective community-based study. *J ournal of affective disorders*. 2016; 204: 59-69.
- Ramic E, Pranjic N, Batic-Mujanovic O, Karic E, Alibasic E. The effect of loneliness on malnutrition in elderly population. *Archives of internal medicine*. 2011; 65 (2): 92 - 5.
- Christiansen J, Larsen FB, Lasgard M. Do stress, health behavior, and sleep mediate the association between loneliness and adverse health condition among older people? *Social Science & Medicine*. 2016 (152): 80-6.
- Hawkey L, Preacher KJ, Cacioppo JT. Loneliness impairs daytime functioning but not sleep duration. *health Psycho*. 2010; 29 (2): 124-9.

24. Wilson C, Moulton B. Loneliness among older adults: A national survey of adults 45+. Washington, DC: AARP. 2010.
25. Dong X, Simon MA. Health and aging in a Chinese population: urban and rural disparities. *Geriatrics & Gerontology International*. 2010; 10 (1): 85-93.
26. Havens B, Hall M, Sylvestre G, Jivan T. Social isolation and loneliness: Differences between older rural and urban Manitobans. *Canadian Journal on Aging/la revue canadienne du vieillissement*. 2004; 23 (2): 129 - 40.
27. Haney MQ, Bahar Z, Beser A, Acil D, Yardimci T, Comes S. Factors Related to Loneliness Among the Elderly Living at Home in Turkey. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2017; 11(2):71-8.
28. Ditommaso E, Brannen C, Best LA. Measurement and validity characteristics of the short version of the social and emotional loneliness scale for adults. *Educational and Psychological Measurement*. 2004; 64 (1): 99-119.
29. Jowkar B, Salimi A. Psychometric properties of the short form of the social and emotional loneliness scale for adults (SELSA-S). *International Journal of Behavioral Sciences*. 2011;5 (4): 311-7 [Persian].
30. Validation of Geriatric Depression Scale (GDS-15) in Iran. *Research-in-Medicine*. 2006; 30 (4):361-9 [Persian].
31. Foroughan M, Wahlund LO, Jafari Z, Rahgozar M, Farahani IG, Rashedi V. Validity and reliability of A abbreviated Mental Test Score (AMTS) among older Iranian. *Psychogeriatrics*. 2017; 17(6): 460 - 5.
32. Habibi Sola A, Nikpoor S, Rezaei M, Haghani H. Health Promotion Behaviours and Level of Activities of Daily Living and Instrumental Activities of Daily Living Among Elderly People in West Region of Tehran: A Cross-Sectional Survey. *Iranian Journal of Ageing*. 2007; 2 (3): 331-9 [Persian].
33. Motamedi N, Shafiei-Darabi SM, Amini Z. Social and Emotional Loneliness among the Elderly; and its Association with Social Factors Affecting Health in Isfahan City. *Journal of Isfahan Medical School*. 2018; 36 (486): 750 - 6 [Persian].
34. Narusawa A, Sakata Y, Takata Y. Loneliness and its associated Factors in Community-living Elderly People who Use Day Care Services. *Japanese Journal of Health and Human Ecology*. 2017; 83 (5):139-48.
35. Hajhashemi Z, Vameghi R, Montazeri A, Sohrabi MR, Akbari-Kamrani A. Comparing quality of life among rural and urban elderly outpatients. *Iranian Institute for Health Sciences Research*. 2013 (12): 255-62 [Persian].
36. Cacioppo JT, Hawkley LC, Ernst JM, Burleson M, Berntson GG, Nouriani B, et al. Loneliness within a nomological net: An evolutionary perspective. *Journal of research in personality*. 2006; 40 (6):1054-85.
37. Hemati G, Dehshiry G, Shijaei S, Hakimi E. Comparative loneliness and general health infielders with family and residential care in North on Tehran. *J elderly in Iran*. 2009; 8 (3): 557-64 [persian].
38. Teh JKL, Tey NP, Ng ST. Family support and loneliness among older persons in multiethnic Malaysia. *The scientific world journal*. 2014; 2014.
39. Phaswana-Mafuya N, Peltzer K. Prevalence of Loneliness and Associated Factors among Older Adults in South Africa. *Global Journal of Health Science*. 2017; 9 (12): 1.
40. Liu LJ, Guo Q. Loneliness and health-related quality of life for the empty nest elderly in the rural area of a mountainous county in China. *Qual Life Res*. 2007; 16 (8): 1275 - 80.
41. Alipour F, Sajadi H, Forouzan A, Biglarian A, Jalilian A. Quality of life in elderly region 2 Tehran. *Iranian journal of ageing*. 2008; 3 (9): 10 [persian].
42. Sheibbani F, Pakdaman S, Dadkhah A, Tavakoli MH. [The effect of music therapy on depression and loneliness in old people *Journal of aging* 2010; 5 (2): 54 - 60 [Persian].
43. Arslantas H, Adana F, Abacigil Ergin F, Kayar D, Acar G. Loneliness in Elderly People, Associated Factors and Its Correlation with Quality of Life: A Field Study from Western Turkey. *Iran J Public Health*. 2015; 44 (1): 43 - 50.