PAYESH

Volume 23, Issue 2 (March- April 2024)

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

# Exploring the impact of loneliness on mental health among eldery in west health center of Tehran, Iran

Tahereh Aghajani[1], Akram Ezzatifard[1], Mahrokh Alaei Janat-Makan[1], Mahnaz Solhi[2], Mahshid Foroughan[3], Neda Ghahreman Zadeh[1], Hossein Dargahi[2*]

1. West Health Center of Tehran, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

Received: 18 July 2023
Accepted for publication: 3 December 2023
[EPub a head of print-9 March 2024]
Payesh: 2024; 23(2): 221- 231

## Abstract

**Objective(s):** One of the undesirable consequences of the aging process is the feeling of loneliness and decrease in general health. Nowadays aging people are one of the most problems of sustainable development in each country in the world. Therefore, current research was aimed to determine the impact of loneliness on elderly health in west health care center of Tehran.

**Methods:** This was descriptive- analytical research conducted cross- sectionally in 2020-2021. The research population was elderly people over 60 years old covered by west health center of Tehran. Determining the sample size was conducted by Krejcie and Morgan table to the number of 300. The list of elderly people extracted from Sib system, and selected by random table of numbers. The research tool were two questionnaires including GHQ-28 of Goldberg and loneliness feeling of elderly population (SELSA- S) that confirmed their validity and reliability. Descriptive results were reported by frequency, average, and also analytical results reported using by Pearson and variance analysis, and also linear regression.

**Results**: Increased feeling of loneliness and poor mental health and social function were observed elderly people. Negative and significant feeling of loneliness and its components impacted on mental health among elderly people. There was no significant relationship between feeling of loneliness and gender.

**Conclusion:** Decreased feeling of loneliness among elderly people might lead to improved mental health among elderly people. Therefore, due to the increasing elderly population in Iran, it is so important to design interventions and trainingprograms in order to create supportive conditions forelderly people.

**Key words:** loneliness feeling, Mental health, elderly population, West health center, Tehran

[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11 ]

[ DOI: 10.61186/payesh.23.2.221 ]

* Corresponding author: School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
E-mail: hdargahi@sina.tums.ac.ir

سال بیست و سوم، شماره دوم، فروردین ـ اردیبهشت ۱۴۰۳

پایش

نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی

# بررسی تاثیر احساس تنهایی بر سلامت روان سالمندان تحت پوشش مرکز بهداشت غرب تهران: یک مطالعه مقطعی

**طاهره آقاجانی[۱]، اکرم عزتی فرد[۱]، ماهرخ علایی جنت مکان[۱]، مهناز صلحی[۲]، مهشید فروغان[۳]، ندا قهرمان زاده[۱]، حسین درگاهی[۲*]**

۱. مرکز بهداشت غرب تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۲. دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۳. دانشگاه علوم توان بخشی و رفاه اجتماعی، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۴/۲۷
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۹/۱۲
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱۹ اسفند ۱۴۰۲]
نشریه پایش: ۲۳۱- ۲۲۱ :(۲)۲۳؛ ۱۴۰۳

## چکیده

**مقدمه:** از پیامدهای نامطلوب فرآیند سالمندی احساس تنهایی و کاهش سلامت روان است. امروزه سالمندی جمعیت در کشورهای جهان یکی از مشکلات دستیابی به توسعه پایدار است. لذا مطالعه حاضر با هدف تاثیر احساس تنهایی بر سلامت روان سالمندان تحت پوشش مرکز غرب تهران انجام شد.

**مواد و روش کار:** پژوهش حاضر از نوع توصیفی- تحلیلی بود که به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ انجام شد. جامعه پژوهش شامل سالمندان بالای ۶۰ سال تحت پوشش مرکز بهداشت غرب تهران بود. حجم نمونه بر اساس جدول کرجسی و مورگان به تعداد ۳۰۰ نفر تعیین شد. فهرست سالمندان از سامانه سیب استخراج شد و با استفاده از جدول تصادفی اعداد، سالمندان مورد مطالعه انتخاب شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه GHQ-28 گلدبرگ و پرسشنامه احساس تنهایی بزرگسالان (SELSA- S) بود. نتایج توصیفی به صورت فراوانی و میانگین و نتایج تحلیلی با استفاده از آزمون های ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل واریانس و رگرسیون خطی در نرم افزار SPSS ارائه شد.

**یافته ها:** اختلال در سلامت روان و کارکرد اجتماعی و احساس تنهایی بویژه در مولفه تنهایی اجتماعی درمیان سالمندان مورد مطالعه مشاهده شد. احساس تنهایی و ابعاد آن بر روی سلامت روان افراد سالمند تاثیر منفی و معنی دار داشت. بین احساس تنهایی و سلامت روان زنان و مردان سالمند ارتباط معنی دار مشاهده نشد (P>۰/۰۵).

**نتیجه‌گیری:** کاهش احساس تنهایی در میان سالمندان موجب ارتقای سلامت روان و کارکردهای اجتماعی آن ها می شود، لذا با توجه به جمعیت رو به افزایش سالمندان در کشور لازم است تا بسته های حمایتی و برنامه های آموزشی به منظور ایجاد شرایط مطلوب در جمعیت سالمندان به مورد اجرا در آید.

**کلید واژه‌ها:** احساس تنهایی، سلامت روان، سالمندان، مرکز بهداشت غرب، تهران

**کداخلاق:** IR.IUMS.REC.1393.1369

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت
E-mail: hdargahi@sina.tums.ac.ir



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11 ]

[ DOI: 10.61186/payesh.23.2.221 ]

**مقدمه**

جمعیت جهان در حال گسترش و پیری است. بهبود شرایط زندگی، ارائه مراقبت های بهداشتی درمانی، افزایش طول عمر و امید به زندگی و کاهش میزان باروری، پدیده ی افزایش سرعت سالمندی را به دنبال داشته است[۱]. سالمند شدن جهان که از قرن بیستم شروع شده است، مهم ترین چالش های اقتصادی، اجتماعی و بهداشت عمومی را در سال های کنونی تشکیل می دهد[۲،۳]. سالمندان، جمعیت جدیدی را در راه توسعه پایدار تشکیل می دهند و در جهانی که به سرعت رو به پیر شدن می رود، افراد سالخورده به طور روزافزونی در انجام کارهای داوطلبانه، انتقال تجربه و دانش به نسل جوان، کمک به اعضای خانواده با ایفای نقش مراقبتی نقش اساسی به عهده خواهند داشت[۴،۵]. در حال حاضر حدود ۱۴ درصد از جمعیت کشور ایران را سالمندان تشکیل می دهند که پیش بینی می شود تا سال ۲۰۵۰، به بیش از ۳۰ درصد برسد[۶]. دوران سالمندی یکی از مراحل اجتناب ناپذیر زندگی و یکی از گروه های اجتماعی روبه رشد در جوامع امروزی است که باتوجه به هرم سنی کشور اهمیت روزافزونی یافته دارد. شناخت دقیق و مبتنی بر مشاهدات عینی و علمی بویژه در حوزه سلامت اجتماعی و عمومی در تصمیم گیری و برنامه ریزی برای بهبود کیفیت زندگی این گروه تاثیر می گذارد. لذا برخورداری از سلامت اجتماعی یکی از ابعاد مهم سلامت بر جمعیت سالمندان به شمار می رود[۷]. علاوه بر این، سلامت اجتماعی از اساسی ترین معیارهای رفاه اجتماعی در هر جامعه است؛ بطوریکه نوعی بهزیستی و خوب نگریستن برای زندگی و حیات جسمی را برای فرد فراهم می کند[۸]. از آنجا که بین مفاهیم سلامت روان و سلامت اجتماعی فاصله نزدیکی وجود دارد که نشان دهنده همبستگی مثبت بین مقیاس های سلامت اجتماعی با معیارهای سلامت روان است، لذا سلامت اجتماعی نقش مهمی در تضمین پویائی و کارآمدی سالمندان هر جامعه دارد و یکی از محورهای ارزیابی سلامتی در جوامع مختلف محسوب می گردد[۹]. نتایج مطالعه عرب زاده با استفاده از روش ترکیب اندازه اثر Schmitt و Hunts نشان داد عوامل فردی، اجتماعی، روانی، و جمعیت شناسی به عنوان سرمایه های اجتماعی، فعالیت های ورزشی و تفریحی، عدم سکونت در سرای سالمندی، وضعیت اقتصادی و تحصیلی، و هم چنین شیوه های مختلف درمانی مرتبط با بهبود سلامت روان برروی سلامت سالمندان تاثیر گذار است[۱۰]. لذا راهبردهای سالمندی برای افراد جامعه باید طوری طراحی شوند که سالمندان در این دوره از زندگی از افزایش کیفیت زندگی خود براساس ابعاد تعریف سلامت عمومی رضایت داشته باشند[۱۱،۱۲].

فرآیند سالمندی یک سری از تغییرات را در زندگی با خود به همراه می آورد، و این تجربیات به احساس تنهایی در سالمندان منجر می شود. احساس تنهایی از مهم ترین مسائل سالمندی است که سلامت روان این جمعیت را تحت تاثیر خود قرار می دهد و مشکلات اجتماعی و روانی پیچیده ای را برای این افراد ایجاد می کند[۱۳]. شواهد نشان می دهد که احساس تنهایی در سالمندان از پدیده های گسترده و فراگیر است؛ به شکلی که ۲۵ تا ۵۰ درصد کل جمعیت بیش از ۶۵ سال آن را تجربه می کنند[۱۴]. Cacippo و همکاران اعلام کردند از هر ۵ سالمند یک نفر تجربه احساس تنهایی را گزارش کرده است که البته در حال افزایش است و می تواند باعث انزوای اجتماعی و بروز عوارض نامطلوب برای سالمندان شود[۱۵]. اگرچه بهره ور در یک مطالعه مروری گزارش کرد ۲۵-۱۷ درصد از افراد سالمند احساس تنهایی را تجربه می کنند و از سوی دیگر احساس تنهایی و انزوای اجتماعی در حدود یک سوم از جمعیت سالمند جهان وجود دارد. اگرچه در جمعیت سالمند ایران، ۵۰/۴ درصد احساس تنهایی متوسط و ۳۹/۴ درصد احساس تنهایی شدید گزارش شده است[۱۶]. احساس تنهایی در دوران پیری پیامدهای نامطلوبی دارد که علاوه بر ایجاد مشکلات رفاهی برای این افراد، سلامت جسمی، روانی و عملکردی سالمندان را نیز به خطر می اندازد و به نوعی یکی از علل مرگ و میر در این گروه سنی به حساب می آید[۱۷].

به رغم رشد جمعیت سالمندان، به نظر می رسد هنوز به نیازهای آن ها، به عنوان یک گروه آسیب پذیر در جامعه، کمتر توجه شده است. بنابراین شناسایی عواملی که پیش بینی کننده و مرتبط با سلامت سالمندان هستند از اهمیت ویژه ای برخوردار است[۱۸]. اگرچه مطالعات و پژوهش های متعدد در زمینه عوامل تاثیر گذار در احساس تنهایی درمیان جمعیت سالمندان در کشور ایران انجام شده و ارتباط آن ها با سلامت عمومی سالمندان، ارزیابی و سنجش شده است، اما ضروری است تا مطالعات بیشتری در این زمینه بویژه درخصوص مدیریت و مراقبت از این افراد بویژه در شرایط احساس تنهایی انجام شود[۱۹،۲۰]. مطالعه حاضر با هدف تعیین وضعیت سلامت عمومی و احساس تنهایی در سالمندان تحت پوشش مرکز بهداشت غرب تهران انجام شد.



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11 ]
[ DOI: 10.61186/payesh.23.2.221 ]

## مواد و روش کار

مطالعه حاضر از نوع توصیفی- تحلیلی بود که بصورت مقطعی در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ انجام گرفت. جامعه پژوهش، شامل سالمندان تحت پوشش مرکز بهداشت غرب تهران بود. مرکز بهداشت غرب تهران زیر نظر دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران قرار دارد و شهروندان مناطق شهرداری های ۹-۱۸-۲۱-۲۲ تهران را تحت پوشش قرار می دهد. معیار ورود شرکت کنندگان، سن بالای ۶۰ سال و تمایل به انجام مشارکت در پژوهش و معیار خروج افراد از مطالعه، سالمندان دارای بیماری های حاد و مزمن ناتوان کننده ی روانی، آلزایمر، ناتوانی در برقراری ارتباط و هم چنین نداشتن تمایل به شرکت در مطالعه حاضر بود.

حجم نمونه بر اساس جدول کرجسی و مورگان به تعداد ۲۷۸ نفر تعیین شد که با توجه به دوران پاندمی کووید-۱۹ و احتمال وجود محدودیت در همکاری مشارکت کنندگان با اضافه کردن ۱۰ درصد، تعداد کل نمونه ۳۰۰ نفر با استفاده از جدول تصادفی اعداد درنظر گرفته شد. بدین منظور فهرست سالمندان مرکز بهداشت غرب تهران با استفاده از سامانه سیب استخراج شد و با استفاده از جدول تصادفی اعداد از بین آنها، افراد مورد نظر انتخاب شدند و سپس پرسشنامه های بکار رفته طی مصاحبه تلفنی به تعداد ۲۴۰ نفر و با ضریب پاسخدهی برابر ۸۰ ٪ بطور کامل تکمیل گردید که درنتیجه تعداد ۶۰ نفر به رغم پیگیریهای مکرر تلفنی توسط پژوهشگران، نتوانستند در این مطالعه شرکت نمایند، لذا بدین ترتیب داده های گمشده به صورت هدفمند در پژوهش حاضر مدیریت شد. همچنین پژوهشگران در طی تماس های مکرر تلفنی با مشارکت کنندگان در راستای رعایت ملاحظات اخلاقی تلاش کردند این افراد را با اهمیت و ضرورت و اهداف پژوهش حاضر آشنا کنند تا پاسخ ها بدون هیچ گونه سوگیری ارائه شود. اگرچه انتخاب مناسب جامعه آماری در این پژوهش نیز در پیشگیری احتمالی و بالقوه موثر بود.

به عنوان ابزار جمع آوری داده ها، چک لیست مشخصات فردی (شامل سن، تحصیلات، وضعیت شغلی، وضعیت تاهل، تعداد فرزندان و وضعیت اقتصادی)،و هم چنین پرسشنامه سلامت عمومی GHQ-28 متعلق به Goldberg[۱۳،۱۴] برای سنجش سلامت روان، و پرسشنامه احساس تنهایی اجتماعی- عاطفی بزرگسالان(SELSA- S) [۱۵،۱۶] برای اندازه گیری احساس تنهایی سالمندان مورد استفاده قرار گرفت. پرسشنامه سلامت عمومی(GHQ) شامل ۲۸ سوال است که روش نمره گذاری در این ابزار به صورت (اصلا: صفر، کم: ۱، زیاد: ۲ و خیلی زیاد: ۳) میباشد. نمره کل فرد، از صفر تا ۸۴ متغیر است. این پرسشنامه حاوی ۲۸ پرسش و چهار خرده مقیاس شامل: نشانه های جسمانی، اضطراب و بی خوابی، افسردگی و اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی است، و خط برش در این برابر ۲۳ است؛ به عبارتی نمرات زیر ۲۳ نشان دهنده فقدان سلامت روان در جامعه پژوهش است. هر چه نمره فرد بالاتر از ۲۳ باشد از لحاظ سلامت روان در وضعیت نامناسب تری قرار دارد و بر عکس. ملکوتی و همکاران ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را برابر ۰/۹۴ گزارش کردند[۱۷].

همچنین پرسشنامه احساس تنهایی اجتماعی- عاطفی بزرگسالان (SELSA- S) نیز دارای ۱۵ گویه و شامل سه مولفه احساس تنهایی رمانتیک (پنج گویه)، خانوادگی( پنج گویه)، و اجتماعی(پنج گویه) و دامنه نمرات آن بین ۷۵-۱۵ است. تمامی گویه ها به جز گویه های ۱۴و۱۵ به شیوه معکوس نمره گذاری شده اند و کسب نمره بیشتر در هر یک از ابعاد، نشان دهنده احساس تنهایی بیشتر در آن بعد است و شیوه نمره دهی آن بر اساس طیف لیکرت پنج گزینه ای ۱ تا ۵( کاملا مخالف تا کاملا موافق) انجام می شود. در پژوهش جوکار و سلیمی ضریب آلفای کرونباخ برای مولفه های رمانتیک، اجتماعی و خانوادگی به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۴ و ۰/۷۸ گزارش شد[۱۵] که حاکی از همسانی و اعتبار درونی مناسب مقیاس ها بدون سوگیری است. در پژوهش سنگانی و همکاران نیز مولفه های تنهایی رمانتیک، خانوادگی و اجتماعی به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۰ و ۰/۸۳ بدست آمد[۱۶]. علاوه بر این برای تائید پایائی پرسشنامه ها از روش آزمون-باز آزمون نیز در دو نوبت به فاصله دو هفته با استفاده از تعداد ۳۰ نفر از سالمندان که در نمونه پژوهش شرکت نداشتند، استفاده شد.

علاوه بر این با انجام آزمون کولموگروف-اسمیرنوف درخصوص بررسی نرمالیتی داده ها مشخص شد توزیع داده های پژوهش حاضر غیر نرمال است. لذا نتایج توصیفی به صورت فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار و نتایج تحلیلی با بهره برداری از آزمون های ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز واریانس و رگرسیون خطی در نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ در سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ ارائه گردید.

## یافته ها

جدول ۱ نشان می دهد ازمیان تعداد ۲۴۰ نفر از سالمندان مشارکت کننده، اکثریت شرکت کنندگان در این مطالعه مذکر،



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11 ]
[ DOI: 10.61186/payesh.23.2.221 ]

دارای تحصیلات دبیرستانی، شغل آزاد، بازنشسته، متاهل و دارای سه فرزند بودند و از نظر اقتصادی در شرایط متوسط قرار داشتند. میانگین و انحراف معیار سنی افراد نیز در مردان۶/۶±۶۷/۸ سال و در زن ها ۶/۲±۶۷/۳ و در مجموع ۶/۴±۶۷/۶ سال بود.

براساس نتایج جدول ۲، میانگین و انحراف معیار کل سلامت روان برابر (۱۰/۱)۳۷/۵ و بیشتر از ۲۳ است که نشان دهنده اختلال در سلامت روان شرکت کنندگان در مطالعه است. هم چنین مشخص شد که افراد سالمند مورد مطالعه از نظر اضطراب، اختلال در خواب و کارکرد اجتماعی در مقایسه با افسردگی وضعیت مناسب تری دارند. وضعیت سلامت روان بین زنان و مردان با توجه به P= ۰/۷۸۵ با یکدیگر تفاوت نداشت. نمره و انحراف معیار کل احساس تنهایی سالمندان مورد مطالعه در وضعیت نامطلوب قرار داشت و از میان مولفه های احساس تنهایی سالمندان مورد مطالعه در این پژوهش از نظر مولفه تنهایی اجتماعی در مقایسه با تنهایی رمانتیک و تنهایی خانوادگی وضعیت نامناسب تری داشتند، اگر چه با توجه P>۰/۰۵ تفاوت معنی دار بین وضعیت احساس تنهایی و مولفه های آن با جنسیت افراد سالمند وجود نداشت. با مطالعه جدول ۳، ماتریس ضرایب همبستگی بین متغیرهای مطالعه نشان داد همبستگی مثبت و معنادار بین مولفه ها و نمره کل احساس تنهایی با سلامت روان و مولفه های آن وجود دارد، بدین معنی که هر چقدر مولفه ها و نمره کل احساس تنهایی سالمندان بیشتر شود، نمره کل سلامت روان و مولفه های آن نیز افزایش می یابد. ضریب همبستگی بین نمره کل احساس تنهایی با نمره کل سلامت روان نیز r=۰/۳۰۶ است که در سطح p<۰/۰۱ به صورت معنی دار گزارش شده است. سایر ضرایب همبستگی در جدول ۳ مشاهده می شود.

با توجه به نتایج جدول ۴، جهت دستیابی به اهداف تحلیلی مطالعه، از آزمون رگرسیون خطی تک متغیره و چند متغیره استفاده شد و ضرایب رگرسیون تطبیق نشده (Unadjusted) و تطبیق شده (Adjusted) به ترتیب گزارش گردید. همچنین با توجه به ضریب رگرسیون تطبیق شده برابر ۰/۴۶۶ و (P=۰/۰۱۸) نمره کل احساس تنهایی با نمره سلامت روان این افراد همبستگی معنی داری داشت؛ به شکلی که با افزایش یک واحد احساس تنهایی، نمره مقیاس سلامت روان سالمندان حدود ۰/۵ واحد افزایش می یافت.

نتایج خلاصه مدل رگرسیون در جدول ۵ نشان می دهد که با توجه به R=۰/۵۶۶، خطای استاندارد برآورد ۲/۳۲۲ و R2=۰/۳۴۷ و R2 تعدیل شده برابر ۰/۳۱۵، متغیرهای پیش بینی در این پژوهش یعنی احساس تنهایی رمانتیک، احساس تنهایی خانوادگی و احساس تنهایی اجتماعی درمجموع می توانند بیش از ۳۳ ٪ تغییر پذیری نمره های سلامت روان سالمندان (متغیر ملاک) را تعیین کنند.



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11 ]

[ DOI: 10.61186/payesh.23.2.221 ]

**جدول ۱: توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک در سالمندان تحت پوشش مرکز بهداشت غرب تهران**

| متغیر | | مرد<br>میانگین(انحراف معیار) | زن<br>میانگین(انحراف معیار) | جمع<br>میانگین(انحراف معیار) |
|---|---|---|---|---|
| **سن** | | ۶۷/۸±۶/۶ | ۶۷/۳±۶/۲ | ۶۷/۶±۶/۴ |
| | | (درصد) تعداد | (درصد) تعداد | (درصد) تعداد |
| | بی سواد | ۴۸ (۲۵) | ۱۷ (۱۵/۷) | ۶۵ (۲۱/۷) |
| | ابتدایی | ۴۰ (۲۰/۸) | ۳۰ (۲۷/۸) | ۷۰ (۲۳/۳) |
| | راهنمایی | ۳۰ (۱۵/۶) | ۱۱ (۱۰/۲) | ۴۱ (۱۳/۷) |
| **میزان تحصیلات** | دبیرستان | ۴۸ (۲۵) | ۲۶ (۲۴/۱) | ۷۴ (۲۴/۷) |
| | دیپلم | ۱۱ (۵/۷) | ۸ (۷/۴) | ۱۹ (۶/۳) |
| | فوق دیپلم | ۹ (۴/۷) | ۱۰ (۹/۳) | ۱۹ (۶/۳) |
| | کارشناسی و بالاتر | ۶ (۳/۱) | ۶ (۵/۶) | ۱۲ (۴) |
| | بیکار | ۱۰ (۰/۵) | صفر | ۱ (۰/۳) |
| | کارگر | ۴۹ (۲۵/۵) | ۹ (۸/۳) | ۵۸ (۱۹/۳) |
| **شغل** | کارمند | ۲۶ (۱۳/۵) | ۹ (۸/۳) | ۳۵ (۱۱/۷) |
| | آزاد | ۱۱۶ (۶۰/۴) | ۳ (۲/۸) | ۱۱۹ (۳۹/۷) |
| | خانه دار | صفر | ۸۷ (۸۰/۶) | ۸۷ (۲۹) |
| | بلی | ۱۴۴ (۷۵) | ۱۹ (۹۰/۵) | ۱۶۳ (۷۶/۵) |
| **بازنشسته** | خیر | ۴۸ (۲۵) | ۲ (۹/۵) | ۵۰ (۲۳/۵) |
| | متاهل | ۱۳۶ (۷۰/۸) | ۴۴ (۴۰/۷) | ۱۸۰(۶۰) |
| | مجرد | ۱۲ (۶/۳) | ۲۲ (۲۰/۴) | ۳۴ (۱۱/۳) |
| **وضعیت تاهل** | مطلقه | ۱۱ (۵/۷) | ۱۰ (۹/۳) | ۲۱ (۷) |
| | همسر فوت شده | ۳۳ (۱۷/۲) | ۳۲ (۲۹/۶) | ۶۵ (۲۱/۷) |
| | ندارد | ۱۷ (۸/۹) | ۲۶ (۲۴/۱) | ۴۳ (۱۴/۳) |
| | ۱ | ۱۰ (۵/۲) | ۱۱ (۱۰/۲) | ۲۱ (۷) |
| **تعداد فرزندان** | ۲ | ۳۲ (۱۶/۷) | ۱۸ (۱۶/۷) | ۵۰ (۱۶/۷) |
| | ۳ | ۷۴ (۳۸/۵) | ۲۷ (۲۵) | ۱۰۱ (۳۳/۷) |
| | ۴ | ۳۷ (۱۹/۳) | ۱۳ (۱۲) | ۵۰ (۱۶/۷) |
| | ۵ و بالاتر | ۲۲ (۱۱/۵) | ۱۳ (۱۲) | ۳۵ (۱۱/۷) |
| | خوب | ۴۸ (۲۵) | ۲۷ (۲۵) | ۷۵ (۲۵) |
| **وضعیت اقتصادی** | متوسط | ۱۲۶ (۶۵/۶) | ۷۴ (۶۸/۵) | ۲۰۰ (۶۶/۷) |
| | بد | ۱۸ (۹/۴) | ۷ (۶/۵) | ۲۵ (۸/۳) |
| | جمع | ۱۹۲ (۱۰۰) | ۱۰۸ (۱۰۰) | ۳۰۰ (۱۰۰) |

**جدول ۲: نتایج توصیفی وضعیت تنهایی و سلامت روان در سالمندان تحت پوشش مرکز بهداشت غرب تهران**

| متغیر | مرد<br>(انحراف معیار) میانگین | زن<br>(انحراف معیار) میانگین | مقدار P |
|---|---|---|---|
| تنهایی رمانتیک | ۱۴/۳ (۳/۹) | ۱۴/۳ (۳/۹) | ۰/۹۸۸ |
| تنهایی خانوادگی | ۱۶/۳ (۴/۵) | ۱۷/۱ (۴/۱) | ۰/۱۶۲ |
| تنهایی اجتماعی | ۱۷ (۲/۵) | ۱۷/۲ (۲/۷) | ۰/۴۳۲ |
| نمره کل تنهایی | ۴۷/۶ (۷/۸) | ۴۸/۶ (۷/۵) | ۰/۲۹۵ |
| علائم جسمانی | ۸/۶ (۳/۸) | ۸/۵ (۴/۷) | ۰/۷۷۶ |
| اضطراب و اختلال در خواب | ۱۱/۴ (۵/۲) | ۱۱/۴ (۶) | ۰/۹۳۶ |
| کارکرد اجتماعی | ۱۱/۸ (۴) | ۱۲ (۳/۸) | ۰/۵۸۸ |
| افسردگی | ۵/۷ (۵/۲) | ۵/۳ (۵/۶) | ۰/۴۹۸ |
| سلامت روان | ۳۷/۵ (۱۰/۱) | ۳۷/۱ (۱۲) | ۰/۷۸۵ |



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11 ]

[ DOI: 10.61186/payesh.23.2.221 ]

**جدول ۳: رابطه ابعاد و نمره ی کل تنهایی با سلامت عمومی و مولفه های آن در سالمندان تحت پوشش مرکز بهداشت غرب تهران**

| متغیر | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ | ۸ | ۹ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ۱ تنهایی رمانتیک | ۱ | | | | | | | | |
| ۲ تنهایی خانوادگی | ۰/۰۰۶ | ۱ | | | | | | | |
| ۳ تنهایی اجتماعی | ۰/۵۳۶** | ۰/۴۳۸** | ۱ | | | | | | |
| ۴ احساس تنهایی | ۰/۶۶۵** | ۰/۷۰۱** | ۰/۸۴۴** | ۱ | | | | | |
| ۵ علائم جسمانی | ۰/۱۴۷* | ۰/۱۵۴* | ۰/۱۲۹* | ۰/۱۷۰** | ۱ | | | | |
| ۶ علائم اضطرابی و اختلال در خواب | ۰/۳۱۱** | ۰/۲۱۷** | ۰/۲۶۹** | ۰/۳۱۶** | ۰/۵۷۱** | ۱ | | | |
| ۷ کارکرد اجتماعی | ۰/۲۰۴** | ۰/۲۴۳** | ۰/۲۱۹* | ۰/۲۶۴** | ۰/۴۴۳** | ۰/۵۳۶** | ۱ | | |
| ۸ افسردگی | ۰/۲۵۸** | ۰/۲۸۷** | ۰/۳۱۸** | ۰/۳۵۲** | ۰/۵۰۳** | ۰/۶۲۶** | ۰/۵۷۶** | ۱ | |
| ۹ سلامت روان | ۰/۲۸۳** | ۰/۲۲۴** | ۰/۲۶۶** | ۰/۳۰۶** | ۰/۷۶۶** | ۰/۸۴۹** | ۰/۳۶۳** | ۰/۸۰۳** | ۱ |

**P<۰/۰۱

*P<۰/۰۵

**جدول ۴: رگرسیون خطی چندگانه پیش بینی احساس تنهایی و مولفه های آن با متغیر سلامت عمومی سالمندان تحت پوشش مرکز بهداشت غرب تهران**

| متغیر پیش بین | ضریب رگرسیون تطبیق نشده | ضریب رگرسیون تطبیق شده | ارزش P |
|---|---|---|---|
| احساس تنهایی رمانتیک | ۰/۲۲۵ | ۰/۱۴۵ | ۰/۱۳۸ |
| احساس تنهایی خانوادگی | ۰/۲۲۳ | ۰/۰۸۴ | ۰/۴۲۷ |
| احساس تنهایی اجتماعی | ۰/۲۸۰ | ۰/۱۰۴ | ۰/۴۷۹ |
| نمره کل احساس تنهایی | -۰/۴۹۱ | ۰/۴۶۶ | ۰/۰۱۸ |

**جدول ۵: خلاصه مدل رگرسیون احساس تنهایی بر روی سلامت عمومی سالمندان تحت پوشش مرکز بهداشت غرب تهران**

| مدل | R | مربع R | مربع R تعدیل شده | خطای استاندارد برآورد |
|---|---|---|---|---|
| ۱ | ۰/۵۶۶ | ۰/۳۴۷ | ۰/۳۳۵ | ۲/۳۲۲ |

## بحث و نتیجه گیری

یافته های این مطالعه نشان داد که سالمندان تحت پوشش مرکز بهداشت غرب تهران از سلامت روان مطلوبی برخوردار نبودند که با یافته های مطالعه یزدانی در تهران[۱۸]، براتی و همکاران در همدان[۱۹] و نجاتی در قم[۲۰] مطابقت داشت. اگر چه در یافته های مطالعه نجفی و همکاران، نمره سلامت روان برابر ۲۴ بود[۲۱] که نشان دهنده عدم مطابقت با نتایج مطالعه حاضر است. هم چنین نتایج مطالعه Weaver Cargin و همکاران بر روی تعداد ۱۰۰ نفر از سالمندان نشان داد بیشتر سالمندان از سلامت خود شکایت دارند، در حالیکه شکایات مطرح شده با جنسیت آن ها ارتباط معنی دار نداشت[۲۲] که با نتایج مطالعه حاضر مطابقت دارد. اگرچه در مطالعه مومنی و همکاران، و نجفی و همکاران، وجود اختلال در سلامت روان بویژه کارکرد اجتماعی و داشتن نشانه های افسردگی و اضطراب بین زنان و مردان سالمند تفاوت معنی دار را نشان داد؛ بطوریکه این اختلال در زنان بیشتر از مردان مشاهده شد[۲۳]. وجود تفاوت در جامعه پژوهش، محل زندگی، سبک زندگی و شرایط اقتصادی و اجتماعی می تواند در ناهمسوئی نتایج حاصل از مطالعه حاضر با دیگر نتایج به دست آمده از سایر مطالعات درخصوص تفاوت بین زنان و مردان سالمند نقش داشته باشند. علاوه بر این، Thomas و همکاران توصیه کردند باید مطالعات بیشتری برروی سلامت سالمندان صورت گیرد و ارتباط سلامت روان با عملکرد جسمی و شناختی سالمندان مورد بررسی قرار گیرد[۲۴]. Heslam و همکاران نیز اعلام کردند افراد سالمندی که از نظر اجتماعی فعال تر هستند، کمتر در معرض کاهش سلامت روان قرار می گیرند[۲۵].

به نظر می رسد در مجموع نتایج به دست آمده از مطالعات انجام شده همگی بر نامطلوب بودن سلامت و کلیه ابعاد آن در افراد سالمند دلالت دارد. اگر چه نتایج متفاوتی از اختلال از کارکردهای اجتماعی و وجود نشانه اضطراب و علائم جسمانی در میان افراد سالمند مشاهده می شود.

دیگر نتایج مطالعه حاضر مشخص کرد وضعیت احساس تنهایی و ابعاد رمانتیک، خانوادگی و اجتماعی در میان سالمندان مورد مطالعه وضعیت مطلوبی نداشت و تفاوت معنی دار بین سالمندان زن و مرد مشاهده نگردید. در مطالعه شیخ الاسلامی و همکاران بین



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11 ]

[ DOI: 10.61186/payesh.23.2.221 ]

زنان و مردان سالمند ازنظر احساس تنهایی تفاوت معنی دار گزارش نگردید[۲۶]. اگرچه در مطالعه معتمدی و همکاران احساس تنهایی در زنان به طور معنی دار بیشتر از مردان بود[۲۷]، همچنین در مطالعه همتی علمدارلو و همکاران میانگین نمره احساس تنهایی مردان بیشتر از زنان اعلام شد[۲۸].

ازسوی دیگر Myers و Palmarini ، و Boss و همکاران نیز مشخص کردند که وجود وضعیت نامطلوب احساس تنهایی در افراد سالمند بر روی عملکرد شناختی و اجتماعی آن ها تاثیر منفی می گذارد[۳۰و۲۹]. علاوه بر این، Berg-Weger و Moreley گزارش کردند افراد سالمند تمایل بیشتری به تنهایی دارند که این امر باعث می شود تا کاهش فعالیت های اجتماعی، افزایش اختلالات جسمانی و ذهنی، و اضطراب در آن ها مشاهده شود[۳۱]. Simon و همکاران نیز اعلام کردند احساس تنهایی در میان جمعیت سالمندان یکی از شاخص های مهم رفاهی آن ها است؛ بطوریکه شرایط نامناسب سلامتی و کیفیت پائین زندگی می تواند بر روی احساس تنهایی سالمندان تاثیر بگذارد[۳۲]. Kemperman و همکاران با مطالعه بر روی تعداد ۱۸۲ نفر از افراد سالمند بالای ۶۵ سال در کشور هلند نشان دادند که احساس تنهایی در افراد سالمند به صورت منفی بر روی کارکرد اجتماعی سالمندان تاثیرگذار است[۳۳]. Hombrados- Mendieta و همکاران نیز در میان تعداد ۲۰۴۲ نفر از سالمندان شهر مالاگا در کشور اسپانیا نشان دادند افراد سالمند از نظر احساس تنهایی در ابعاد خانوادگی، اجتماعی و رمانتیک وضعیت نامطلوبی دارند[۳۴]. افزون بر این، Wang و همکاران نیز اعلام کردند، ابعاد مختلف احساس تنهایی در میان سالمندان بر روی کارکرد اجتماعی آن ها تاثیرگذار است و احساس تنهایی خانوادگی در زنان سالمند در مقایسه با مردان، بر روی کارکرد اجتماعی آنها تاثیرگذاری بیشتری دارد. بعبارتی هر چه احساس تنهایی رمانتیک مردان سالمند بیشتر باشد، این افراد از کارکرد اجتماعی کمتری برخوردار هستند، اگرچه در مورد زنان سالمند این ارتباط به صورت مثبت نشان داده می شود[۳۵].

با مقایسه نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر با دیگر مطالعات در خصوص وجود احساس تنهایی در جمعیت سالمندان، انطباق نتایج با یکدیگر به اثبات رسید. اگرچه با توجه به جمعیت مورد مطالعه و تفاوت های فرهنگی و اجتماعی در میان اقوام مختلف، ارتباط جنسیت با احساس تنهایی در سالمندان با نتایج مطالعه حاضر تا حدودی انطباق پذیر بود.

درنهایت اینکه، نتایج مطالعه حاضر مشخص کرد که احساس تنهایی و ابعاد آن در افراد سالمند بر روی سلامت و نشانه های جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی این افراد تاثیر مثبت داشت ($p<۰/۰۵$ و $p<۰/۰۱$). در همین راستا، نتایج مطالعه معتمدی و همکاران[۲۷] و شمسائی و همکاران نشان داد احساس تنهایی در میان سالمندان با پیامدهای منفی از نظر سلامت جسمانی و روانی همراه است [۳۶]. حیدری و همکاران نیز گزارش کردند، احساس تنهایی در افراد سالمند بر سلامت جسمانی و روانی آن ها تاثیرگذار است[۳۷]. معتمدی و همکاران نیز مشخص کردند احساس تنهایی در افراد سالمند موجب بروز نشانه های افسردگی، ناهنجاری های ادراکی، اجتماعی و جسمی در این افراد می شود[۳۸]. علاوه براین Ong و همکاران مشخص کردند احساس تنهایی در سالمندان خطر اصلی برای بروز ناهنجاری های جسمی و ذهنی در این افراد است[۳۹]. Kim و همکاران در مطالعه بر روی تعداد ۱۸۴ نفر از افراد سالمند در خانه های سالمندان در کشور ژاپن و کره جنوبی اعلام کردند امتیاز احساس تنهایی در سالمندان کره ای در مقایسه با سالمندان ژاپنی بیشتر است. اگرچه بیشتر افراد سالمند کره ای، علائم افسردگی بیشتری را در مقایسه با ژاپنی ها از خود نشان دادند که در نتیجه مشخص شد سلامت روان با احساس تنهایی سالمندان کره ای و ژاپنی ارتباط دارد[۴۰]. همچنین، پژوهش Segrin و همکاران بر روی تعداد ۴۵۶ نفر از افراد سالمند نشان داد احساس تنهایی در سالمندان تحت تاثیر ناهنجاری های جسمانی آنها قرار دارد[۴۱]. Mansfield و همکاران با استفاده از یک مطالعه مروری اعلام کردند احساس تنهایی در افراد سالمند با سلامت روان و ناتوانی جسمی آن ها همبستگی مستقیم دارد. اگرچه پائین بودن تعاملات خانوادگی و کارکرد اجتماعی نیز می تواند بر روی سلامت روان افراد سالمند موثر باشد[۴۲]. وکیلی و همکاران نیز در پژوهش بر روی تعداد ۲۰۰ نفر از افراد سالمند با استفاده از پرسشنامه احساس تنهایی UCLA، اعلام کردند احساس تنهایی از عوامل شایع در افراد سالمند است که در صورت دریافت حمایت های اجتماعی و خانوادگی، این افراد از سلامت روان مناسب و مطلوب برخوردار خواهند شد[۴۳]. Adamezyk توانست ارتباط معنی دار بین احساس تنهایی رمانتیک را با ناهنجاری سلامت روان بر روی تعداد ۱۵۱ نفر از شرکت کنندگان شامل ۸۶ زن و ۶۵ مرد از افراد سالمند در کشور لهستان به اثبات



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11 ]
[ DOI: 10.61186/payesh.23.2.221 ]

برساند. در این پژوهش مشخص شد زنان سالمندی که دارای احساس تنهایی رمانتیک هستند در مقایسه با مردان سالمند، از ناهنجاری بیشتری در زمینه سلامت روان رنج می برند[۴۴]. Sum و همکاران نیز با مطالعه بر روی تعداد ۴۰۲ نفر از معلمان سالمند بازنشسته، همبستگی بین احساس تنهایی رمانتیک و اجتماعی را با سلامت روان این افراد گزارش کردند[۴۵].

نتایج مطالعات انجام شده در خصوص همبستگی بین احساس تنهایی و ابعاد آن با سلامت روان و ابعاد آن در سالمندان همگی تایید کننده نتایج بدست آمده در مطالعه حاضر است که مشخص می کند احساس تنهایی در سالمندان به شکل های مختلف بر روی سلامت، روحی و روانی و اجتماعی سالمندان تاثیر منفی دارد. اگرچه به نظر می رسد جنسیت در بعضی از مطالعات توانسته است نتایج متغیری را به نمایش بگذارد.

مطالعه حاضر از معدود مطالعاتی است که توانسته است ارتباط بین سلامت روان و ابعاد آن در سالمندان را با احساس تنهایی و مولفه های آن ازطریق آزمون همبستگی و تحلیل واریانس مشخص کند و از این طریق همبستگی بین متغیرهای پیش بین و متغیرهای ملاک را به دست آورد. اگرچه پژوهش حاضر دارای محدویت هایی است. اولا این پژوهش با استفاده از پرسشنامه به صورت خودارزیابی در جمعیت سالمندان مورد مطالعه انجام شد. ثانیا پژوهش حاضر در مقطع زمانی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ و در مناطق شهرداری که تحت پوشش مرکز بهداشت غرب تهران قرار دارند، صورت گرفت، لذا این امکان وجود دارد که نتایج به دست آمده با نتایج مطالعات انجام شده در سال های بعد در همین مناطق متفاوت باشد. ثالثا مطالعه حاضر در جمعیت سالمند تحت پوشش مرکز بهداشت غرب تهران انجام شده است که امکان تعمیم پذیری(Generalibility) نتایج آن با نتایج سایر پژوهش های مشابه بویژه در شهر تهران و دیگر نقاط کشور ایران وجود ندارد. اگرچه مشخص شد به غیر از متغیر جنسیت، انطباق و سازگاری نتایج بین مطالعه حاضر با سایر مطالعات انجام شده در داخل و خارج کشور برقرار است.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد احساس تنهایی سالمندان در هریک از ابعاد آن عامل مهم و حیاتی در کاهش سلامت روان این افراد از نظر روحی، روانی و کارکرد اجتماعی است. در کلیه مطالعات انجام شده در داخل و خارج از کشور این موضوع به اثبات رسید. اگرچه در بعضی مطالعات، متغیر جنسیت در شدت احساس تنهایی و سلامت روان در افراد سالمند تاثیرگذار است. کاهش احساس تنهایی در میان سالمندان یکی از شاخص های رفاهی در این گروه از افراد جامعه است که باعث احساس پویائی و سرزندگی در افراد سالمند می شود و در نتیجه موجب ارتقای سلامت عمومی آن ها خواهد شد و به نوعی به افزایش اعتماد به نفس و خوداتکایی در سالمندان کمک می کند. لذا با توجه به افزایش جمعیت سالمند در کشور لازم است تا بسته های حمایتی و برنامه های آموزشی به صورت مدون جهت پیشگیری از احساس تنهایی در میان سالمندان طراحی و با همکاری و تشریک مساعی کلیه ذینفعان و ذی نقشان در کشور بطور خاص با حضور روان شناس ها و مشاوران و متخصصین در حیطه سالمندی به مورد اجرا در آید.

اختصاص روان شناس و یا روان پزشک همراه با متخصص سالمندی در کنار سالمندان، ایجاد روش های کنترل، پیشگیری و درمان خاص، ارتباط مداوم خانواده ها با مشاوران سالمندی، تشکیل گروه های حمایتی دوستانه و هم اندیشی جهت ایجاد شرایط مطلوب برای کنترل وضعیت و درمان افراد سالمند، حضور سالمندان در جمع دوستان و آشنایان از جمله مواردی است که می تواند در بسته ها و برنامه های آموزشی گنجانده شود.

**سهم نویسندگان**

طاهره آقاجانی: طراحی، اجرای مطالعه و تدوین مقاله

اکرم عزتی فرد: همکاری در طراحی و تدوین مقاله

ماهرخ علایی جنت مکان: همکاری در طراحی و تدوین مقاله

ندا قهرمان زاده: همکاری در طراحی و تدوین مقاله

مهناز صلحی: همکاری در گردآوری، تحلیل داده ها و نگارش پایان نامه

مهشید فروغان: همکاری در گرد اوری و تحلیل داده ها و نگارش پایان نامه

حسین درگاهی: بازبینی کلی و نهایی و ویرایش مقاله

**تشکر و قدردانی**

پژوهش حاضر برگرفته از پایان نامه دوره دکتری پزشکی با کد اخلاق IR.IUMS.REC.1393.1369 است که تحت حمایت معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شد. نویسندگان مقاله بر خود واجب می دانند تا از مدیریت مرکز بهداشت غرب تهران وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران و مدیریت مناطق شهرداری ۹، ۱۸، ۲۱، ۲۲ و هم چنین کلیه افرادی که در این پژوهش مشارکت داشتند تقدیر و تشکر نمایند. ضمنا کلیه نویسندگان این مقاله اعلام می دارند که با یکدیگر هیچ گونه تعارضی ندارند.



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11 ]

[ DOI: 10.61186/payesh.23.2.221 ]

## منابع

**1.** Weger MB, Morley JE. Loneliness and Social isolation in older adults during the Covid-19 Pandemic: implications for Gerontological Social work. The Journal of Nutrition, Health & Aging 2020; 24: 456-58

**2.** Kyu Sung Y, Li L, Lin FR. Association of hearing loss and loneliness in older adults. Journal of Aging and Health 2016; 28: 1-8

**3.** Prohaska Th, Burholt V, Burns A, Golden J, Hawkley L "et al". Consensus statement: loneliness in older adults, the 21st century social determinant of health. British Medical Journal Open 2020; 10:e034967

**4.** Banerjee D. Loneliness in older people: Spiritual practices as an alternative pathway to action, a treatise from India. Journal of Geriatric Mental Health 2021; 8: 63-69

**5.** Smith KJ, Victor CH. The Association of loneliness with health and social care utilization in older adults in the general population: a systematic review. The Gerontologist 2022; 62: e578–e596

**6.** Khodaparast S, Bakhshalipour V, Motlaghzadeh S. Investigating the correlation between social health and general health with quality of life indicators of inactive elderly. JOGE 2022; 7: 17-28 [Persian]

**7.** Wang ZH, Li XI, Chen M, Lei Si. Social health insurance, health care utilization, and costs in middle aged and elderly communityd-welling adults in China. International Journal for Equity in Health 2018; 17: 1-10

**8.** Eustaquia do Caremo M, Lube Guizandi F. The concept of volunarability and its meaning for public health and social welfare. Ensio. Cad Saude Pubica 34: 1-14

**9.** Hryhorivna O, MykolaiVna Spivak L. Psychological well-being of elderly people: the social factor. Social welfare Interdisciplinary Approach 2018; 8: 164-176

**10.** Arabzadeh M. Meta-analysis of effective factors in mental health of older people. Journal of Research Health in Psychological 2017; 26: 43-53

**11.** Dahlberg L, McKee KJ, Frank A, Naseer M. A systematic review of longitudinal risk factors for loneliness in older adults. Aging & Mental Health 2022; 26: 225-49

**12.** Dargahi H, Nasle Seragi J. An approach model for employees' improving quality of work life (IQWL). Iranian Journal of Public Health 2007; 36: 81-86

**13.** Larijani M, Moslehi M. Older womens' perception of loneliness and virtual actions adapt to it. Womens' Studies Sociological Psychological 2022; 20: 65-98 [Persian]

**14.** Sharifi M, Mohammad-Aminzadeh D, Soleimani Sefat E, Sudmend S, Yunesi J. Relationship of deterministic thinking with loneliness depression in elderly. Salmand Iranian Journal of Aging 2017; 12: 276-87

**15.** Cacippo S, Grippo AJ, London S, Gondar S, Goosens L, Cacioppo JT. Loneliness: clinical import and interventions. Prospect. Psychol Sci 2015: 10: 238-49

**16.** Bahrevar V, Abolfathi Momtaz Y, Hosseini S. Feeling lonely among the elderly in Iran. A Systematic Review 2023; 45: In Press [Persian]

**17.** O' Suilleabhain PS, Gallagher S, Steptoe A. Loneliness, living alone, and all cause mortality: the role of emotional and social loneliness in the elderly during 19 years of follow-up. Psychomatic Medicine 2019; 81: 521-26

**18.** Macia D, Cattaneo G, Solona J, Tormos JM, Leane AP, Bartes-Faz D. Meaning in life: a major predictive factor for loneliness comparable to health status and social connectedness. Frovit. Psychol 2021; 12: 1-12

**19.** Higushi M. Managing loneliness in the elderly and finding meaning in aging. Journal of Comprehensive Nursing Research and Care 2018; 3: 125

**20.** Nreboer AP, Hajema K, Cramm JM. Relationships of self-management abilities to loneliness among older people: a cross-sectional study. BMC Geriatrics 2020; 20: 184

**21.** Najafi B, Arzaghi M, Fakhrzadeh H, Sharifi F, Shoaei S, Alizadeh M. Mental health status and related factors in aged population: Urban health equity assessment and response tool (Urban- HEART) study in Tehran. Iranian Journal of Diabetes and Metabolism 2014; 13: 62-73 [Persian]

**22.** Weaver Cargin J, Collie A, Masters C, Maruff P. The nature of cognitive complaints in healthy older adults with and without objective memory. Journal of Clinical Experimental Neuropsychology 2008; 30: 245-57



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11 ]

[ DOI: 10.61186/payesh.23.2.221 ]

**23.** Momeni K, Karimi H. The comparison of general health of the residents/ non residents in the elder house. Iranian Journal of Aging 2010; 5: 23-29
**24.** Thomas ML, Kaufmann CN, Palmer BW, Depp CA, Sirkin Martin A, Glorioso DK, Thompson WK, Dilip V. Paradoxical trend for improvement in mental health with aging: a community-based study of 1,546 Adults aged 21-100 Years. The Journal of Clinical Psychiatry 77: e1019-e1025
**25.** Haslam C, Cruwys T, Haslam S. "The we's have it": Evidence for the distinctive benefits of group engagement in enhancing cognitive health in aging. Social Science & Medicine 2014; 120: 57-66
**26.** Sheikholeslami F, Reza Masouleh S, Khodadadi N, Yazdani MA. Loneliness and general health of elderly. Journal of Holistic Nursing and Midwifery 2011; 21: 28-34 [Persian]
**27.** 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, Iran, in Years 2017-2018. Journal of Isfahan Medical School 2018; 36: 750-6 [Persian]
**28.** Hemmati Alamdarlou G, Dehshiri G, Shojaie S, Hakimi Rad E. Health and loneliness status of the elderly living in nursing homes versus those living with their families. Iranian Journal of Aging 2008; 3: 557-64 [Persian]
**29.** Myers L, Palmarini N. Loneliness: findings from IBM's Institute for business value 2017 study on loneliness in the aging population. Public Policy & Aging Report 2017; 27: 158–159
**30.** Boss L, Hee Kang D, Branson S. Loneliness and cognitive function in the older adult: a systematic review. International Psychogeriatrics 2015; 27: 1-8
**31.** Berg-Weger M, Morley JE. Loneliness in old age: an unaddressed health problem. The Journal of Nutrition, Health & Aging 2020; 24: 243-245
**32.** Simon MA, Shien Chang E, Dong X. The Prevalence of loneliness among U.S. Chinese older adults. Journal of Aging and Health 2014; 26: 1-10
**33.** Kemperman A, van den Berg P, Weijs-Perrée M, Uijtdewillegen K. Loneliness of older adults: social network and the living environment. International Journal of Environmental Research 2019; 16: 406
**34.** Hombrados- Mendieta I, Garcia-Martin MA, Gomez-Jacinto L. The relationship between social support, loneliness, and subjective well-being in a Spanish sample from a multidimensional perspective. Social Indicators Research 2012; 114: 1013-34
**35.** Wang Qi, Fink EL, Cai DA. Loneliness, gender, and parasocial interaction: a uses and gratifications approach. Communication Quarterly 2008; 56: 87-109
**36.** Shamsaei F, Cheraghi F, Esmaeili R, Mohsenifard J. Explanation of loneliness in the elderly and comparison with psychosocial development theory: a quantitative study. Journal of Education and Community Health. 2014; 1: 30-8 [Persian]
**37.** Heidari M, Ghodusi Borujeni M, Naseh L. Comparison of self-efficacy and loneliness between community-dwelling & institutionalized older people. Iranian Journal of Aging 2016; 11: 142-51
**38.** Motamedi 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: 43-50
**39.** Ong AD; Uchino BN; Wethington E. Loneliness and health in older adults: a Mini-Review and Synthesis. Gerontology 2016; 62 : 443–49
**40.** Kim O, Soon Byeon Y, Hee Kim J, Endo E, Akahoshi M, Ogasawa H. Loneliness, depression and health status of the institutionalized elderly in Korea and Japan. Asian Nursing Research 2009; 3: 63-70
**41.** Segrin Ch, Burke TJ, Dunivan M. Loneliness and poor health within families. Journal of Social and Personal Relationships 2012; 29: 1-10
**42.** Mansfield JC, Hazan H, Lerman Y, Shalom V. Correlates and predictors of loneliness in older-adults: a review of quantitative results informed by qualitative insights. International Psychogeriatrics 28: 557–76
**43.** Vakili M, Mirzaei M, Modarresi M. Loneliness and its related factors among elderly people in Yazd. Elderly Health Journal 2017, 3: 10-15
**44.** Adamczyk K. Voluntary and involuntary singlehood and elderly Adults' mental health: an investigation of mediating role of romantic Loneliness. Current Psychology 2017; 36, 888–904
**45.** Sum SH, Saboor M, Sahaf R. Older people, loneliness and depression feeling of loneliness and depression among older adults with high educational achievements. Medicinski Glasnik 2015; 34: 31-42

[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11 ]
[ DOI: 10.61186/payesh.23.2.221 ]