

Research Paper

Assessing the Mediating Role of Depression in the Relationship Between Feeling of Loneliness and Social Functioning in the Elderly

Roya Zakizadeh¹ , *Masoud Bahreini¹ , Akram Farhadi² , Razieh Bagherzadeh¹

1. Faculty of Nursing and Midwifery, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran.
2. Faculty of Health, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran.



Citation Zakizadeh R, Bahreini M, Farhadi A, Bagherzadeh R. [Assessing the Mediating Role of Depression in the Relationship Between Feeling of Loneliness and Social Functioning in the Elderly (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2023; 17(4):580-595. <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2022.3339.1>

<http://dx.doi.org/10.32598/sija.2022.3339.1>



ABSTRACT

Objectives Due to the rapid growth of the elderly population, it is very important to pay attention to their mental health indicators including feeling of loneliness, social functions and depression. This study aims to determine the mediating role of depression in the relationship between feeling of loneliness and social functioning in the elderly.

Methods & Materials In this correlational cross-sectional study, 318 older adults covered by the comprehensive health centers in Bushehr, south of Iran in 2018 were selected using a simple random sampling method. To collect data, Russell's UCLA loneliness scale (version 3), and Goldberg's general health questionnaire (Depression and social dysfunction subscales) were used. We applied the partial least squares-structural equation modeling to analyze the data in PLS Graph version 3.00 software. The significance level was set at 0.05.

Results The mean age of the participants was 66.74±5.87 years; 55.3% were male and the rest were female. The results showed that feeling of loneliness directly ($\beta=0.199$, $P<0.01$) and through mediation by depression ($\beta=0.183$, $P<0.001$) could cause social dysfunction. Feeling of loneliness and depression together explained 20% of the variance in social dysfunction. The outer and inner model fit indices indicated the models' good fit.

Conclusion Feeling of loneliness directly or by causing depression can reduce the social functioning of the elderly. The results of this study can be used in designing effective interventions to increase the social functioning of the elderly.

Keywords Aging, Depression, Aged, Loneliness, Social functioning

Article Info:

Received: 22 Oct 2021

Accepted: 17 Nov 2021

Available Online: 01 Jan 2023

*** Corresponding Author:**

Masoud Bahreini, PhD.

Address: Faculty of Nursing and Midwifery, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran.

Tel: +98 (77) 33450187

E-mail: m.bahreini@bpums.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

Today, with the dramatic increase in the number of elderly people, population aging and its consequences have become one of the most important public health challenges [1]. Loneliness, as an important health indicator, has a role in increasing the incidence and aggravation of mental and physical diseases in the elderly. Factors such as reduced social interactions and declined performance are related to the feeling of loneliness in the elderly [5, 4, 10]. On the other hand, depression is one of the common and important disorders in the elderly, which has adverse effects on their individual performance; depressed elderly with the highest degree of loneliness experience social isolation. Since the depressed older people interprets the issues from their own perspective according to the cognitive model, depression has become one of the most important debilitating disorders in the elderly [10, 23]. In this study, we assess the mediating role of depression in the relationship between feeling of loneliness and social functioning in the elderly.

Methods

In this correlational cross-sectional study, 318 older adults covered by the comprehensive health centers of Bushehr (south of Iran) were selected by simple random sampling method in 2018 based on the inclusion criteria. To collect data, in addition to the demographic form, Russell's UCLA Loneliness Scale (third version) with items rated on a 4-point Likert scale (from 1 to 4) and Goldberg's 28-item general health questionnaire (subscales of depression and social dysfunction) with items rated on a 4-point Likert scale from 0 to 3, were used. In the present study, Cronbach's alpha of UCLA Loneliness Scale was obtained 0.92; for depression and social dysfunction subscales, it was obtained 0.86 and 0.79, respectively. For the illiterate participants, the questionnaires were completed by the researcher. The questionnaires took about

20 min to complete. To analyze the data, the partial least squares-structural equation modeling was performed in PLS Graph v.3.00 software. PLS is a robust and powerful statistical method [37]. The bootstrap method with 5000 times of resampling was used to access the t-statistic and confidence interval. Cronbach's alpha and composite reliability were used to estimate reliability. Average variance extracted (AVE) was used to estimate convergent validity, and Fornell Locker and heterotrait-monotrait criteria were used to estimate the discriminant validity of the external model. The fit of the internal model was evaluated using the coefficient of determination and Stone-Geisser's Q^2 value [38].

Results

The mean age of participants was 66.74±5.87 years ranged 60-87 years; 75% aged <75 years and 55.3% were male. The external and internal model fit indices indicated the appropriateness of the model. The results showed that for all three variables, Cronbach's alpha and composite reliability were more than 0.7 and the value of AVE was more than 0.5, which are acceptable. For some items, the factor loads were between 0.4 and 0.7, but were kept because removing them did not have much effect on the reliability of the items. The correlation coefficient between two variables was lower than the square root of the AVE, which indicates appropriate discriminant validity. Based on the heterotrait-monotrait criterion, discriminant validity was below 0.9 in all items, which is acceptable.

The amount of direct, indirect and total effects as well as the t-statistics are given in Table 1. The results showed that feeling of loneliness could lead to poor social functioning directly ($p<0.01$ and $\beta=0.199$) and through mediation by depression ($p<0.001$ and $\beta=0.183$). Feeling of loneliness explained 36% of the variance in depression. In addition, the feeling of loneliness and depression together explained 20% of the variance in social dysfunction. Internal model variables did not have multiple collinearity. The minimum and maximum VIF for internal model variables were 1 and 1.55, respectively. Stone-Geisser's

Table 1. Direct, indirect and total effects

Path	Direct Effects	t for Direct Effects	Indirect Effects	t for Indirect Effects	Total Effects	t for total Effect
Depression -> Social dysfunction	0.306**	5.027	-	-	0.306**	5.027
Loneliness -> depression	0.597**	15.168	-	-	0.597**	15.168
Loneliness -> Social dysfunction	0.199*	3.435	0.183**	4.633	0.382**	8.626

Notes: ** $P<0.001$, * $P<0.01$; the bias-corrected bootstrap confidence interval did not contain zero.

Q² value for the two variables of depression and social dysfunction was 0.391 and 0.367, respectively, which indicates the good fit of the internal model.

Discussion

The results of this study revealed that the feeling of loneliness directly and through mediation by depression can lead to poor social functioning in the elderly. The problems of old age cause the elderly to become marginalized and turn them from having an active role to having a passive role, and cause dissatisfaction, loneliness, depression, and consequently, a decrease in their personal and social activities [40]. Depressed older adults make less effort to establish their social relationships due to the decrease in energy, motivation and change in their attitude towards issues; these changes gradually reduce their social interactions [20]. Planning by health care providers to optimally fill the time of the elderly, training the elderly to create and increase relationships with the people around them, as well as family-oriented training on how to interact with the elderly can reduce the feeling of loneliness in them and lead to reducing depression and improving social functioning.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the research ethics of [Bushehr University of Medical Sciences](#) (Code: IR.BPUMS.REC.1397.087). Informed consent was obtained from participants.

Funding

This study was extracted from the master thesis of first author, and funded by [Bushehr University of Medical Sciences](#).

Authors' contributions

Conceptualization and data collection: Roya Zakizadeh and Masoud Bahreini; data analysis: Razieh Bagherzadeh; data interpretation: Masoud Bahreini, Akram Farhadi, Razieh Bagherzadeh; final approval: All authors.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgements

The authors would like to thank all seniors participated in the study and the Vice-Chancellor for research of [Bushehr University of Medical Sciences](#) for their cooperation and support.

مقاله پژوهشی

بررسی نقش میانجی افسردگی در ارتباط بین احساس تنهایی با عملکرد اجتماعی سالمندان شهر بوشهر

رؤیا زکی‌زاده^۱، *مسعود بحرینی^۱، اکرم فرهادی^۲، راضیه باقرزاده^۱

۱. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران.

۲. دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران.

Use your device to scan
and read the article online



Citation Zakizadeh R, Bahreini M, Farhadi A, Bagherzadeh R. [Assessing the Mediating Role of Depression in the Relationship Between Feeling of Loneliness and Social Functioning in the Elderly (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2023; 17(4):580-595. <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2022.3339.1>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2022.3339.1>



اهداف با توجه به رشد سریع جمعیت سالمندی، توجه به شاخص‌های سلامت روان در آنان بسیار مهم است. احساس تنهایی، عملکرد اجتماعی و افسردگی، از جمله این شاخص‌ها هستند که به دلیل تأثیر متقابل بر یکدیگر اهمیت ویژه‌ای دارند. این مطالعه با هدف تعیین نقش میانجی افسردگی در ارتباط بین احساس تنهایی با عملکرد اجتماعی سالمندان در سال ۱۳۹۷ انجام شد.

مواد و روش‌ها در این مطالعه مقطعی از نوع همبستگی، ۳۱۸ سالمند تحت پوشش مراکز جامع سلامت شهر بوشهر (جنوب ایران)، به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه احساس تنهایی راسل (نسخه سوم) و سلامت عمومی گلدبرگ (حیطه‌های افسردگی و عملکرد اجتماعی) استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از مدل معادلات ساختاری با روش حداقل مربعات جزئی و برای آزمون مدل از نرم‌افزار Partial Least Squares (PLS)-Graph 3.00 استفاده شد. سطح معناداری در تمام موارد مساوی کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها در این مطالعه، میانگین سنی سالمندان شرکت‌کننده ۶۶/۷۴±۵/۸۷ بود و ۵۵/۳ درصد شرکت‌کنندگان مرد و بقیه زن بودند. نتایج نشان داد احساس تنهایی هم به‌طور مستقیم ($P < 0/01$ و $\beta = 0/199$) و هم با میانجی افسردگی ($P < 0/001$ و $\beta = 0/183$) می‌تواند موجب عملکرد اجتماعی ضعیف شود. احساس تنهایی و افسردگی با هم ۲۰ درصد از واریانس عملکرد اجتماعی را تبیین می‌کردند. شاخص‌های برازش مدل بیرونی و درونی نشان‌دهنده مناسب بودن مدل بود.

نتیجه‌گیری براساس نتایج این مطالعه، احساس تنهایی هم به‌صورت مستقیم و هم با ایجاد افسردگی در فرد می‌تواند باعث کاهش عملکرد اجتماعی سالمندان شود. استفاده از این نتایج برای طراحی آزمایشات هرچه مؤثرتر به‌منظور بالا بردن میزان عملکرد اجتماعی سالمندان مفید است.

کلیدواژه‌ها احساس تنهایی، سالمند، سالمندی، افسردگی، عملکرد اجتماعی

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۳۰ مهر ۱۴۰۰

تاریخ پذیرش: ۲۶ آبان ۱۴۰۰

تاریخ انتشار: ۱۱ دی ۱۴۰۱

* نویسنده مسئول:

دکتر مسعود بحرینی

نشانی: بوشهر، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، دانشکده پرستاری و مامایی.

تلفن: ۰۹۸ (۷۷) ۳۳۴۵۰۱۸۷+

رایانامه: m.bahreini@bpums.ac.ir

مقدمه

مشارکت اجتماعی و توجه به نیازهای معنوی می‌تواند در کاهش احساس تنهایی مؤثر باشد [۱۱]. در این زمینه، نتایج برخی مطالعات انجام‌شده درباره رابطه بین احساس تنهایی و عملکرد اجتماعی سالمندان نشان می‌دهند افزایش سن، کوچک شدن شبکه‌های اجتماعی و کاهش مهارت‌های ارتباطی می‌توانند زمینه‌ساز احساس تنهایی در سالمند باشند [۱۲، ۱۳].

احساس تنهایی در سالمندان تبعات و پیامدهایی نیز به دنبال دارد. پژوهش‌های انجام‌شده نشان می‌دهند احساس تنهایی چگونه جنبه‌های گوناگون زندگی اجتماعی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و با افزایش احساس غمگینی و کاهش انگیزه فرد بر عملکرد اجتماعی آنان مؤثر است [۱۴، ۱۵] و روش زندگی و سلامت روان سالمندان را تغییر می‌دهد [۹، ۱۶]. از مهم‌ترین این پیامدها به کاهش فعالیت‌های روزانه، کاهش روابط بین فردی و افسردگی اشاره شده است [۱۷، ۱۸].

در حال حاضر افسردگی در سالمندان، از جمله مشکلات نگران‌کننده‌ای است که به نظر می‌رسد نه تنها رابطه ۲ سویه‌ای با احساس تنهایی دارد، بلکه اثرات آن را تقویت نیز می‌کند. در تبیین رابطه بین این دو پدیده، برخی معتقدند که احساس تنهایی به احساس فرد درباره روابط اجتماعی خاص خود مرتبط است، حال آنکه افسردگی مفهومی کلی‌تر و مرتبط با کلیت احساسات فرد است [۱۹]. براساس نظریه شناختی، افسردگی نتیجه دگرگونی‌های شناختی خاصی است که در افراد مستعد افسردگی وجود دارد. این دگرگونی‌ها (طرح‌واره‌های افسردگی‌زا)، الگوهای شناختی هستند که باعث می‌شوند فرد داده‌های درونی و بیرونی را تحت تأثیر تجارب اولیه خود، به گونه‌ای تغییر یافته درک کند [۲۰].

به هر حال، افسردگی یکی از اختلالات شایع و مهم دوران سالمندی است که اثرات سوء بر عملکرد شخص دارد و از آن به عنوان دومین علت ناتوانی در سالمندان نام برده می‌شود [۱۰]. در واقع، شیوع افسردگی به گونه‌ای است که محققان از آن به عنوان رایج‌ترین اختلال و سرماخوردگی بیماری‌های روانی ذکر می‌کنند [۲۱].

افسردگی یک اختلال خلقی است که سرعت آن بعد از سن ۶۵ سالگی بیشتر و خود را با علائمی مثل خلق پایین، از دست دادن علاقه، کندی در عملکردها و ناتوانی در تمرکز و افکار مشخص می‌کند. همچنین به دلیل اینکه افسردگی در سالمندان بیشتر از جوانان خود را با اختلالات جسمی و کاهش عملکردها نشان می‌دهد، کمتر تشخیص و درمان می‌شود [۲۲]. همچنین سالمندان مبتلا به اختلال افسردگی، از بالاترین درجه احساس تنهایی برخوردارند و در زندگی خود انزوای اجتماعی و دوری از جامعه و فعالیت‌های اجتماعی را تجربه می‌کنند. این موضوع به عنوان یکی از مهم‌ترین چالش‌های اجتماعی است که علاوه بر سالمندان، خانواده‌های آنان را نیز درگیر می‌کند [۲۳، ۲۴].

امروزه با افزایش چشم‌گیر تعداد سالمندان، سالخورده‌گی جمعیت و پیامدهای آن به یکی از مهم‌ترین چالش‌های سلامت عمومی تبدیل شده است. سالمندی فرایندی طبیعی است که با دامنه وسیعی از تغییرات جسمی، شناختی و عملکردهای اجتماعی همراه است. در عین حال، بهبود شرایط زندگی، دسترسی بیشتر به مراقبت‌های بهداشتی درمانی و پیشرفت‌های علوم سلامت، باعث افزایش جهانی جمعیت سالمندی در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته شده است [۱، ۲]. جمعیت سالمند دنیا در کشورهای در حال توسعه و به خصوص کشور ما در حال افزایش است. سرشماری سال ۱۳۹۵ ایران، جمعیت سالمند کشور را حدود ۷/۵ میلیون (۹/۳ درصد از جمعیت کشور) و همین سرشماری جمعیت سالمند شهر بوشهر را حدود ۲۰ هزار نفر (۶/۱ درصد) گزارش کرده است [۳]. از طرف دیگر، افزایش جمعیت سالمندی، نیازمند توجه ویژه به سلامت روان و حل مشکلات احتمالی مربوط به نیازهای دوران سالمندی، به خصوص نیازهای روانی و اجتماعی سالمندان است [۴].

احساس تنهایی، یک شاخص مهم سلامت است که ممکن است در افزایش بروز و تشدید بیماری‌های روانی و طبی سالمندان به عنوان یک عامل زمینه‌ای یا تسریع‌کننده نقش ایفا کند [۴]. احساس تنهایی شامل مجموعه پیچیده‌ای از احساسات، شناخت‌ها و پریشانی‌هاست که با ایجاد تجربه فردی ناخوشایند در سالمند، سبب احساس بی‌حوصلگی، بی‌فایده بودن، ناامیدی و افسردگی می‌شود [۵، ۶]. احساس تنهایی، پدیده‌ای گسترده و فراگیر است، به گونه‌ای که ۲۵ تا ۵۰ درصد کل جمعیت بالای ۶۵ سال را باتوجه به سن و جنس سالمند تحت تأثیر قرار می‌دهد [۷]. بر این اساس، باتوجه به اینکه احساس تنهایی بخش قابل توجهی از جامعه سالمندی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، چالشی جدی برای سلامت روانی آن‌ها محسوب می‌شود [۴].

البته، احساس تنهایی فقط به زمانی که فرد تنهاست، گفته نمی‌شود، بلکه ممکن است که حتی فرد، در میان جمع نیز احساس تنهایی کند. چنین به نظر می‌رسد که نیاز به تعاملات اجتماعی بیشتر یا برخی از انواع خاص تعامل اجتماعی که امکان انجام آن برای سالمند فراهم نیست، زمینه‌ساز احساس تنهایی در فرد است [۸]. در واقع، احساس تنهایی به اختلاف درک شده بین سطح واقعی و مطلوب از روابط اجتماعی فرد با دیگران یا کیفیت این ارتباطات اطلاق می‌شود [۹].

در سالمندی عوامل متعددی وجود دارند که ممکن است با احساس تنهایی ارتباط داشته باشند. برخی محققین در تحقیقات خود به این نتیجه رسیده‌اند که کاهش روابط اجتماعی و افت عملکرد در دوره سالمندی با احساس تنهایی مرتبط است [۵، ۱۰]. در مقابل، افزایش تعامل اجتماعی با خانواده و دوستان،

روش مطالعه

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی از نوع همبستگی است که محیط پژوهش آن را مراکز جامع خدمات سلامت شهر بوشهر واقع در جنوب ایران و جامعه پژوهش آن را سالمندان مراجعه کننده به این مراکز تشکیل می دادند. در ایران، مراقبت های بهداشتی در شهرها در مراکز با عنوان مراکز خدمات جامع سلامت و با استفاده از بسته های ادغام یافته خدمات سلامت شامل انواع آموزش ها و خدمات بهداشتی در سطوح ۳ گانه پیشگیری از بیماری های واگیر و غیرواگیر به گروه های سنی مختلف، از جمله مادران باردار، نوزادان، کودکان، میان سالان و سالمندان توسط اعضای تیم سلامت عرضه می شود.

در این مطالعه، نمونه های پژوهش از بین سالمندان دارای پرونده در این مراکز انتخاب شدند. برای تعیین حجم نمونه از فرمول حجم نمونه برای مطالعات همبستگی استفاده شد. با احتساب خطای نوع اول، یعنی آلفای ۰/۰۱ و خطای نوع دوم، یعنی بتای ۵ درصد و با احتساب ضریب همبستگی بین احساس تنهایی و عملکرد اجتماعی براساس مطالعه آرسلاتاس [۳۲] برابر با ۰/۲۶-، حجم نمونه ۲۵۵ نفر برآورد شد که با احتساب ریزش ۲۵ درصدی نمونه حجم نمونه ۳۱۸ نفر تعیین شد. در همین مطالعه، همبستگی بین احساس تنهایی با علائم افسردگی ۰/۴۵- بود که با احتساب این میزان همبستگی حجم نمونه کمتر از تعداد ذکر شده بود و در نتیجه حجم نمونه بیشتر در نظر گرفته شد. فرمول حجم نمونه در فرمول شماره ۱ آورده شده است.

$$1. N = [(Z\alpha + Z\beta)/C]2 + 3 \text{ و } C = 0.5 * \ln[(1+r)/(1-r)]$$

نمونه گیری به صورت سهمیه ای و سهمیه هر مرکز به صورت تصادفی انتخاب شد. به این صورت که ابتدا جمعیت تحت پوشش ۱۰ مرکز خدمات جامع سلامت مشخص و براساس جمعیت تحت پوشش، سهم هر مرکز مشخص شد. سپس تعداد نمونه هر مرکز از لیست سالمندان آن مرکز که در سامانه سیب قرار داشتند به شکل تصادفی ساده انتخاب شد. داشتن سن ۶۰ سال و بالاتر، قرار داشتن تحت پوشش خدمات مراکز جامع سلامت، تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در مطالعه، توانایی برقراری ارتباط کلامی و نداشتن اختلال شناختی به عنوان معیارهای ورود به مطالعه تعیین شدند. در صورت تکمیل نکردن حداقل یکی از پرسش نامه ها، فرد از مطالعه خارج می شد.

جمع آوری داده ها در ماه های بهمن و اسفند سال ۱۳۹۷ توسط یکی از محققین این مطالعه انجام شد. دعوت نمونه ها جهت شرکت در پژوهش به صورت تلفنی انجام شد. طی تماس تلفنی از افراد خواسته می شد هر زمان که می توانند جهت شرکت در پژوهش به مرکزی که تحت پوشش آن هستند، مراجعه کنند. زمان مد نظر مشارکت کننده یادداشت می شد و در روز مشخص شده جمع آوری داده انجام می شد. چنانچه فرد انتخاب شده حاضر به شرکت در پژوهش نبود، فرد دیگری به صورت تصادفی انتخاب و جایگزین می شد.

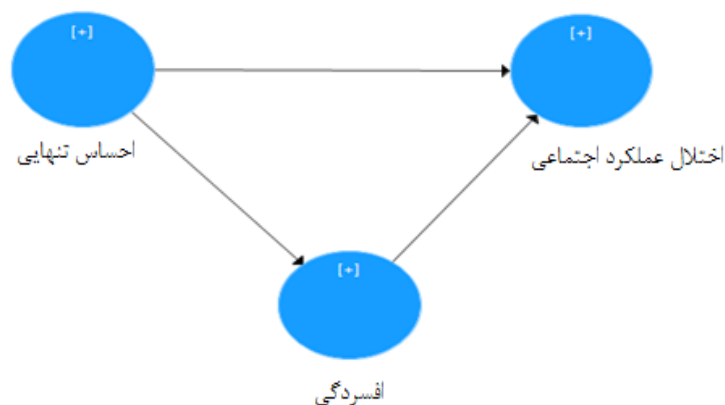
نتایج برخی مطالعات نشان داده اند تنهایی می تواند پیش بینی کننده ای قوی برای افسردگی سالمندان باشد [۲۵-۲۹]. مطالعات دیگری نیز نشان داده اند تنهایی می تواند خود یا به واسطه افسردگی، کاهش عملکرد سالمندان را به دنبال داشته باشد [۱۴، ۱۵]، اما این، همه واقعیت نیست و شواهد علمی نشان داده اند که ممکن است تنهایی پیامدهای مثبتی به همراه داشته باشد. در یکی از این شواهد علمی، محققان نشانه هایی از عملکرد بهتر شناختی در افرادی که تنهایی را تجربه کرده اند، گزارش کرده اند. این محققان، به خصوص بر بهبود عملکرد تمرکز در این افراد تأکید کرده اند [۸].

آن ها در توضیح این پیامدها بر نقش باورهای فرهنگی و اهمیت این باورها تأکید کرده اند. در برخی فرهنگ ها، این باور عمومی وجود دارد که در تنهایی، خلاقیت انسان شکوفا می شود تا جایی که در این فرهنگ ها، از تنهایی به عنوان منبع خلاقیت نام می برند. نتایج مطالعه ای که اخیراً منتشر شد، بیان گر آن است که احساس تنهایی می تواند در ادراک بهتر و درست تر موقعیت های اجتماعی نقش مثبت و سازنده ای ایفا کند [۳۰].

بنابر آنچه گفته شد با توجه به رشد روزافزون جمعیت سالمندی، تغییرات عمیق اجتماعی و اثرات این تغییرات بر شاخص های سلامت، انجام مطالعات بیشتر در حیطه های روانی و اجتماعی سالمندان از اهمیت ویژه ای برخوردار است. همچنین براساس مطالعات انجام شده سالمندان شهر بوشهر از سلامت روان مطلوبی برخوردار نیستند و نیاز به انجام مطالعات بیشتر در این گروه ضرورت می یابد [۳۱].

طبق تئوری شناختی از آن ها که فرد افسرده، مسائل را به نوعی دیگر و طبق الگوهای شناختی خود تفسیر می کند و به مسائل از دیدگاه خود می نگرد، در برخی موارد دچار اختلال در استدلال مسائل می شود. از این رو، افسردگی به یکی از مهم ترین اختلالاتی تبدیل شده که تعداد زیادی از مردم جهان را در عملکرد دچار ناتوانی کرده است [۲۰]؛ بنابراین از افسردگی در این مطالعه به عنوان نقش میانجی استفاده شده است. از سوی دیگر، بررسی رابطه افسردگی با پیامدهایی نظیر عملکرد اجتماعی، به خصوص در حضور متغیر احساس تنهایی اهمیت زیادی دارد، به گونه ای که روابط بین این متغیرها در این مطالعه به عنوان یک چارچوب مفهومی ارزیابی شده است (تصویر شماره ۱).

مروری بر پیشینه تحقیق نیز نشان می دهد با توجه به نقش افسردگی به عنوان یک میانجی در رابطه بین تنهایی و عملکرد اجتماعی کمتر بررسی شده است که ضرورت انجام این مطالعه را بیشتر نمایان می کند. هدف این مطالعه، تعیین نقش افسردگی به عنوان میانجی در رابطه بین احساس تنهایی و عملکرد اجتماعی سالمندان شهر بوشهر بود.



تصویر ۱. چارچوب مفهومی تحقیق

سالمند

(۱)، به ندرت (۲)، گاهی اوقات (۳) و اغلب (۴) است. سؤالات با بیان مثبت برعکس نمره گذاری می‌شود. دامنه نمرات این آزمون از ۲۰ تا ۸۰ است. در مطالعات مربوط به سایکومتري پرسش‌نامه راسل، پایایی مطلوب با دامنه آلفا از ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ برای حیطه‌های مختلف به دست آمده است [۳۵، ۳۴]. سودانی و همکاران در ایران ضریب پایایی این ابزار را به روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۶ به دست آوردند [۳۶]. در مطالعه‌ی حاضر پایایی با آلفای کرونباخ ۰/۹۲ تأیید شد.

این مطالعه در کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه علوم پزشکی بوشهر با کد اخلاق IR.BPUMS.REC.1397.087 به تصویب رسیده است. مشارکت‌کنندگان فرم رضایت آگاهانه مکتوب را قبل از شروع مطالعه تکمیل کردند. قبل از آن توضیحات شفاهی لازم درباره اهداف مطالعه به مشارکت‌کنندگان ارائه و به آنها اطمینان داده شد که به‌صورت ناشناس و بی‌نام در مطالعه شرکت خواهند کرد.

باتوجه به پیش‌فرض آماری این پژوهش، یعنی نقش افسردگی به عنوان میانجی بین احساس تنهایی و عملکرد اجتماعی، ابتدا همبستگی متغیرهای احساس تنهایی، عملکرد اجتماعی و افسردگی بررسی شد تا پیش‌فرض مدل میانجی‌گری، یعنی همبستگی بین متغیر میانجی و وابسته و همچنین همبستگی بین متغیر مستقل و میانجی بررسی شود. سپس برای بررسی ساختاری ابزار استفاده‌شده و همچنین بررسی مدل میانجی مفهومی ارائه شد. مدل معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزار Partial Least Squares (PLS)-Graph 3.00 انجام شد، روش بوت یک روش آماری Robust و قدرتمند است [۳۷]. روش بوت استرپ با ۵۰۰۰ بار بازنمونه‌گیری برای دسترسی به آماره تی و فاصله اطمینان استفاده شد.

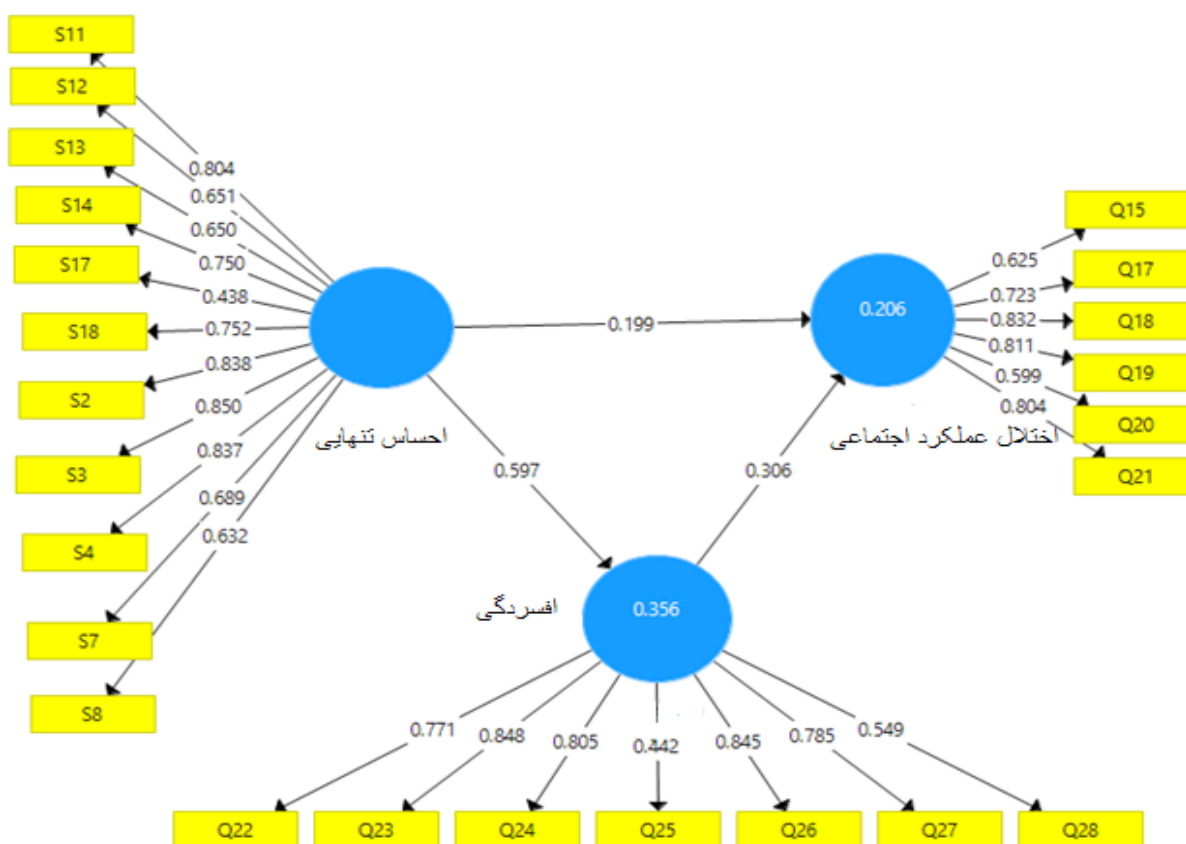
نقش افسردگی به عنوان میانجی بین احساس تنهایی و اختلال عملکرد اجتماعی آزمون شد. در ابتدا عملکرد اجتماعی ضعیف با ۷ گویه، افسردگی با ۷ گویه و احساس تنهایی با ۲۰ گویه وارد تحلیل شدند که ۱ گویه از اختلال عملکرد اجتماعی به علت

پرسش‌نامه‌ها در مراکز خدمات جامع سلامت در اختیار مشارکت‌کنندگان قرار می‌گرفت و در همان محل تکمیل می‌شد. مشارکت‌کنندگان باسواد که تمایل به پرکردن پرسش‌نامه داشتند، به‌صورت خودایفا (محقق در تمام این مراحل حضور داشته و به ابهامات و سؤالاتشان پاسخ می‌داد) و جهت بقیه افراد (اعم از باسواد و بی‌سواد) پرسش‌نامه‌ها توسط محقق خوانده و پاسخ‌ها ثبت شد. مدت زمان تکمیل پرسش‌نامه‌ها برای هر مشارکت‌کننده حدود ۲۰ دقیقه بود. جهت جمع‌آوری داده‌ها، علاوه بر فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی از پرسش‌نامه احساس تنهایی راسل و حیطه‌های افسردگی و عملکرد اجتماعی پرسش‌نامه سلامت عمومی گلدبرگ استفاده شد.

پرسش‌نامه سلامت عمومی گلدبرگ^۱ برای سنجش وضعیت سلامت عمومی مشارکت‌کنندگان استفاده شد. این ابزار ۲۸ سؤال دارد که برای ارزیابی ۴ حیطه افسردگی، اضطراب و علائم خواب، اختلال عملکرد اجتماعی و علائم جسمانی تنظیم شده است [۳۳]. در این پژوهش از ۲ حیطه اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی این پرسش‌نامه هرکدام با ۷ گویه استفاده شد. برای محاسبه نمره، نمونه‌ها براساس پاسخ‌های انتخاب شده، بر مبنای لیکرت ۴ درجه‌ای تقسیم شده و به ترتیب نمرات صفر تا ۳ تعلق می‌گیرد. در این پرسش‌نامه نمره بالاتر نشان‌دهنده وضعیت نامطلوب‌تر است. پایایی این پرسش‌نامه برای سالمندان ایرانی با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴، تنصیف ۰/۸۶ و آزمون و بازآزمون ۰/۶ مطلوب تعیین شده است [۳۳]. در مطالعه حاضر پایایی برای حیطه افسردگی و اختلال عملکرد اجتماعی به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۷۹ تأیید شد.

جهت ارزیابی احساس تنهایی در مشارکت‌کنندگان، از نسخه تجدید نظر شده پرسش‌نامه احساس تنهایی ادراک شده راسل^۲ استفاده شد که ۹ عبارت مثبت و ۱۱ عبارت منفی دارد. پاسخ به سؤالات با بیان منفی بر مبنای لیکرت ۴ درجه‌ای شامل هرگز

1. General Health Questionnaire
2. University of California Los Angeles



سالمند

تصویر ۲. بار عاملی ۳ متغیر احساس تنهایی، افسردگی و اختلال عملکرد اجتماعی؛ ضرایب مسیر و واریانس تبیین شده متغیرهای تأثیرگذار بر اختلال عملکرد اجتماعی

درصد شرکت کنندگان زیر ۷۵ سال سن داشتند. سایر ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت کنندگان در پژوهش در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

مدل نهایی شامل بار عاملی گویه‌های هر متغیر، اثر مستقیم و واریانس تبیین شده در تصویر شماره ۲ نشان داده شده است. میزان P برای کلیه بار عاملی‌های گزارش شده، کمتر از ۰/۰۰۱ بود. شاخص‌های برازش مدل بیرونی شامل متوسط واریانس استخراج شده و جذر آن، پایایی و پایایی ترکیبی و همچنین همبستگی بین متغیرها در جدول شماره ۲ نشان داده شده است. نتایج نشان می‌دهد برای هر ۳ متغیر، پایایی و پایایی ترکیبی بیش از ۰/۷ و میزان واریانس استخراج شده بالای ۰/۵ است و در حد قابل قبول است. برخی بار عاملی‌ها بین ۰/۴ و ۰/۷ بودند که چون حذف این گویه‌ها تأثیر چندانی روی پایایی گویه‌ها نداشت، حفظ شدند. همچنین همبستگی بین هر دو متغیر کمتر از جذر متوسط واریانس استخراج شده بود که نشان دهنده روایی افتراقی مناسب است. همچنین روایی افتراقی با بررسی معیار هتروتیریت / منوتیریت نیز بررسی شد که این شاخص در تمام موارد زیر ۰/۹ و در حد قابل قبول بود (بیشترین میزان ۰/۶۴۳).

پایین بودن میانگین واریانس تبیین شده حذف شد. همچنین اغلب گویه‌های مثبت احساس تنهایی بار عاملی زیر ۴ داشتند در نتیجه تحلیل با گویه‌های منفی که نشان دهنده وجود احساس تنهایی هستند (۱۱ گویه) وارد تحلیل شدند [۳۴].

باتوجه به این که احساس تنهایی دارای ۲ حیطه، یکی حیطه گویه‌های مثبت (عدم احساس تنهایی) و حیطه دیگر، گویه‌های منفی (احساس تنهایی) است. در پژوهش حاضر یکی از حیطه‌های احساس تنهایی (گویه‌های منفی) استفاده شده است. هر ۳ متغیر به عنوان متغیر انعکاسی وارد مدل شدند. از میزان آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی برای برآورد پایایی، از میزان واریانس استخراج شده برای برآورد روایی هم‌گرا و از معیار فورنل لاکر و هتروتیریت / منوتیریت برای برآورد روایی افتراقی مدل بیرونی استفاده شد. برازش مدل درونی باتوجه به ضریب تعیین و Q^2 ارزیابی شد [۳۸].

یافته‌ها

در این پژوهش نتایج مربوط به تحلیل داده‌های ۳۱۸ سالمند با میانگین سنی $66/74 \pm 5/87$ ارائه شده است. براساس نتایج مطالعه دامنه سنی مشارکت کنندگان ۶۰ تا ۸۷ سال بوده و ۷۵

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در مطالعه (تعداد=۸۱۳ نفر)

متغیر	زیرگروه متغیر	تعداد(درصد)
سن	۶۰ تا ۶۹	۲۳۹(۲۹/۲)
	۷۰ تا ۷۹	۶۸(۲۱/۴)
	۸۰≥	۱۱(۳/۵)
جنسیت	زن	۱۴۲(۴۴/۷)
	مرد	۱۷۶(۵۵/۳)
وضعیت تأهل	متاهل	۲۶۲(۸۲/۴)
	مجرد	۵۶(۱۷/۶)
تحصیلات	بی‌سواد	۶۶(۲۰/۷)
	سواد خواندن و نوشتن	۳۵(۱۱/۰)
	زیر دیپلم(پایان ابتدایی / سیکل)	۷۳(۲۳/۰)
	دیپلم	۹۹(۳۱/۱)
نحوه گذران زندگی	دانشگاهی	۴۵(۱۴/۲)
	همراه خانواده	۳۰۳(۹۵/۳)
	تنها	۱۵(۴/۷)
وضعیت شغلی	شاغل	۱۵(۴/۷)
	بازنشسته یا خانه‌دار	۳۰۳(۹۵/۳)
وضعیت مسکن	دارای منزل شخصی	۲۷۲(۸۶/۳)
	اجاره یا سازمانی	۴۶(۱۳/۷)

سالنامه

مدل درونی به ترتیب ۱ و ۱/۵۵ بود. معیار استون گیسر (Q^2) برای ۲ متغیر افسردگی و اختلال عملکرد اجتماعی به ترتیب ۰/۳۹۱ و ۰/۳۶۷ بود که نشان‌دهنده برازش مدل درونی است.

بحث

این مطالعه با هدف تعیین نقش میانجی افسردگی در ارتباط بین احساس تنهایی با عملکرد اجتماعی سالمندان انجام شد.

میزان تأثیر مستقیم، غیرمستقیم و کل و همچنین آماره تی برای این تأثیرات در جدول شماره ۳ آورده شده است. نتایج نشان داد احساس تنهایی هم به‌طور مستقیم و هم با میانجی افسردگی می‌تواند موجب اختلال عملکرد اجتماعی شود. احساس تنهایی ۳۶ درصد از واریانس افسردگی را تبیین می‌کرد. همچنین احساس تنهایی و افسردگی با هم ۲۰ درصد از واریانس اختلال عملکرد اجتماعی را تبیین می‌کردند. متغیرهای مدل درونی با یکدیگر هم‌خطی چندگانه نداشتند. حداقل و حداکثر VIF برای متغیرهای

جدول ۲. پایایی، اعتبار و همبستگی سازه‌های بازتابی

متغیر	آلفای کرونباخ	قابلیت اطمینان کامپوزیت	AVE (VAVE)	۱	۲
۱. علائم افسردگی	۰/۸۵۴	۰/۸۸۸	۰/۵۴۱(۰/۷۳۶)	-	
۲. احساس تنهایی	۰/۹۰۷	۰/۹۲۳	۰/۵۲۸(۰/۷۲۷)	۰/۵۹۷	-
۳. اختلال عملکرد اجتماعی	۰/۸۳۳	۰/۸۷۶	۰/۵۴۵(۰/۷۳۸)	۰/۴۲۵	۰/۳۸۲

سالنامه

جدول ۳. میزان اثر مستقیم، غیرمستقیم، کل و آماره تی برای ۲ متغیر پیش‌بین اختلال عملکرد اجتماعی

مسیر	اثر مستقیم	تی برای اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	تی برای اثر غیرمستقیم	اثر کل	تی برای اثر کل
اختلال عملکرد اجتماعی → علائم افسردگی	۰/۳۰۶**	۵/۰۲۷	-	-	۰/۳۰۶**	۵/۰۲۷
علائم افسردگی → احساس تنهایی	۰/۵۹۷**	۱۵/۱۶۸	-	-	۰/۵۹۷**	۱۵/۱۶۸
اختلال عملکرد اجتماعی → احساس تنهایی	۰/۱۹۹*	۳/۴۳۵	۰/۱۸۳**	۴/۶۳۳	۰/۳۸۲**	۸/۶۲۶

$P < 0.001$, $P < 0.01$ *

سالمند

روانی و اجتماعی مرتبط با سالخوردگی خود می‌دانند.

همه این مسائل باعث به حاشیه رفتن آن‌ها، کاهش منزلت، پذیرش اجتماعی و درنهایت، جدا شدن آن‌ها از یک نقش فعال به یک نقش غیرفعال می‌شود. در واقع، سالمند با احساساتی همانند کنار گذاشته شدن و عدم درک واقعی دیگران از وی با دوری از جمع و کم‌رویی مواجه شده که این عوامل همگی سبب نارضایتی، احساس تنهایی، افسردگی و به دنبال آن کاهش فعالیت‌های فردی و اجتماعی در آنان می‌شود [۴۰].

در نتایجی متناقض با نتایج مطالعه حاضر، محققین دیگر نشان دادند ۲ گروه تنها و غیرتنها، شاخص‌های رضایت از زندگی چندان متفاوتی نداشتند [۴۱]. همچنین مطالعه‌ای دیگر نشان داد سالمندانی که تنهایی را نپذیرفته بودند، در زندگی فعال‌تر بوده و در فعالیت‌های اجتماعی بیشتری شرکت داشتند. در توضیح این نتایج، این احتمال را باید مد نظر قرار داد که زمانی که سالمند تنهایی خود را باور نکنند، می‌تواند نگرشی مثبت به

بدین منظور با توجه به پیشینه پژوهشی یک مدل مفهومی پیشنهاد و مدل فوق با استفاده از روش تحلیل مسیر مورد آزمون قرار گرفت. نتایج حاکی از آن است که احساس تنهایی هم به‌طور مستقیم و هم با میانجی‌گری متغیر افسردگی می‌تواند سبب عملکرد اجتماعی ضعیف سالمندان شود. براساس مرور متون، نتایج مطالعات پیشین نیز با این مطالعه هم‌راستاست و نشان می‌دهند احساس تنهایی علاوه بر افسردگی، باعث کاهش عملکرد اجتماعی سالمندان نیز می‌شود [۲۶-۲۹].

در واقع، در مطالعات مرتبط به دلیل ارتباط تنهایی با دامنه وسیعی از تغییرات شامل بیماری‌های جسمی و کاهش فعالیت‌ها، افسردگی و زوال عقل، از تنهایی به عنوان آسیبی برای سلامت نام برده می‌شود [۳۹]. در تبیین این نتایج می‌توان گفت سالمندان در زمان سالمندی با مشکلات متعددی مواجه هستند که از دست دادن انگیزه، هدف و احساس بی‌هویتی را در آنان تقویت می‌کند. از طرفی بیشتر سالمندان این حالات را از پیامدهای طبیعی افزایش سن و واکنش طبیعی در مقابل مسائل جسمی،

جدول ۴. احساس تنهایی

سوالات	
آیا احساس می‌کنید رفیق و همدمی ندارید؟	S2
آیا احساس می‌کنید که کسی را ندارید تا به او رو بیاورید؟	S3
آیا احساس می‌کنید که تنها هستید؟	S4
آیا احساس می‌کنید که به هیچ‌کس نزدیک نیستید؟	S7
آیا احساس می‌کنید با افراد اطرافتان علائق و افکار مشترکی ندارید؟	S8
آیا احساس می‌کنید که کنار گذاشته شده‌اید؟	S11
آیا احساس می‌کنید که روابطتان با دیگران بی‌معناست؟	S12
آیا احساس می‌کنید که هیچ‌کس واقعاً از شما شناخت درستی ندارد؟	S13
آیا احساس می‌کنید که از دیگران منزوی شده‌اید؟	S14
آیا احساس کم‌رویی می‌کنید؟	S17
آیا احساس می‌کنید که اطرافتان پر از آدم است، اما هیچ‌کس با شما نیست؟	S18

سالمند

GHQ-28

جدول ۵. اختلال عملکرد اجتماعی

آیا اخیراً دارید	
Q15	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز توانسته‌اید خودتان را مشغول و سرگرم نگه دارید؟
Q17	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که کارها را به خوبی انجام می‌دهید؟
Q18	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز از نحوه انجام کارهای‌تان احساس رضایت می‌کنید؟
Q19	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که نقش مفیدی در انجام کارها به عهده دارید؟
Q20	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز توانائی تصمیم‌گیری درباره مسائل را داشته‌اید؟
Q21	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز قادر بوده‌اید از فعالیت‌های روزمره زندگی لذت ببرید؟

سالمند

احساس ناامیدی کرده و برای برقراری ارتباط با دیگران تمایلی از خود نشان نمی‌دهد.

درواقع، حضور کم‌رنگ سالمندان در فعالیت‌ها به دنبال مشکلات سالمندی، احساس بیگانگی و پوچی را در آنان بیش از گذشته تقویت کرده و از طرفی با احساس سربار بودن برای خانواده و جامعه، جایگاه آنان را به مخاطره می‌اندازد. همچنین فرد تنها نسبت به انجام امور روزانه و حتی تصمیم‌گیری‌های خود مردد شده و با تجربه فردی ناخوشایند ایجاد شده حاصل از احساس تنهایی، احساس بی‌حوصلگی، بی‌فایده بودن، ناامیدی، اضطراب و افسردگی در فرد به وجود می‌آید [۵، ۲۷].

همچنین با نگاهی به مدل نهایی می‌توان دریافت که افسردگی سالمندان توانسته است نقش واسطه‌ای بین احساس تنهایی با عملکردهای اجتماعی آنان داشته باشد، به صورتی که افزایش افسردگی، کاهش عملکرد اجتماعی سالمندان را به همراه داشته است. هم‌راستا با نتایج این مطالعه، مطالعات دیگری نیز نشان داد افسردگی می‌تواند عاملی جهت عملکردهای اجتماعی ضعیف

تنهایی خود داشته و با فرایند طبیعی سالمندی سازگار شود و شکاف تنهایی‌اش را با انجام تعاملات، عملکردها و فعالیت‌های اجتماعی بیشتری پر کند [۴۲].

نتایج دیگر این مطالعه نشان داد به دنبال احساس تنهایی، احتمال بروز افسردگی نیز افزایش می‌یابد. مرور نتایج مطالعات پیشین نشان داد احساس تنهایی و تنها شدن در سنین سالمندی، پیش‌بینی‌کننده‌ای قوی برای افسردگی در سالمندان است [۹، ۲۵، ۲۷، ۲۸]. درواقع، چون احساس تنهایی باعث عدم توانایی در برقراری و حفظ ارتباط مؤثر با دیگران است، به دنبال کاهش تعاملات بین‌فردی می‌تواند بر سلامت روان تأثیرگذار بوده و به عنوان یک عامل مستقل در ایجاد افسردگی نقش داشته باشد [۹].

افزایش کمبودها و ناتوانی‌های سالمندان و شکاف بین‌نسلی می‌تواند باعث کاهش اعتماد به نفس، استقلال و افزایش وابستگی در آنان شده و سالمندان تنها را بیشتر در معرض افسردگی قرار دهد. در تبیین این یافته می‌توان گفت زمانی که این باور برای سالمند ایجاد شود که تنهاست و کسی برای او ارزش قائل نیست،

جدول ۶. افسردگی

آیا اخیراً دارید	
Q22	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز فکر کرده‌اید که شخص بی‌ارزشی هستید؟
Q23	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که زندگی کاملاً ناامیدکننده است؟
Q24	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که زندگی ارزش زنده بودن را ندارد؟
Q25	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز به این مسئله فکر کرده‌اید که ممکن است دست به خودکشی بزنید؟
Q26	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که چون اعصاب‌تان خراب است، نمی‌توانید کاری انجام دهید؟
Q27	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز به این نتیجه رسیده‌اید که ای کاش مرده بودید و کلاً از شر زندگی خلاص می‌شدید؟
Q28	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز این فکر به ذهن‌تان رسیده است که بخواهید به زندگی‌تان خاتمه دهید؟

سالمند

اجتماعی و اقلیمی هر منطقه جامعه‌محور و در بستر مراکز جامعه سلامت، تقویت هر چه بیشتر سازمان‌های مردم‌نهاد و انجمن‌های مرتبط با سالمندان در رسیدن به این هدف می‌تواند کمک‌کننده باشد. همچنین تشخیص و درمان تنهایی در سالمندان باید از اولویت بالایی برخوردار باشد تا به دنبال آن خطر علائم افسردگی و ضعف عملکرد اجتماعی سالمندان کاهش یابد.

از نتایج این مطالعه می‌توان در طراحی آزمایشات دارویی و غیردارویی در کاهش افسردگی و کنترل بیشتر حس تنهایی سالمندان تحت پوشش مراکز جامع سلامت استفاده کرد تا زمینه ارتقای عملکرد اجتماعی آن‌ها فراهم شود. با توجه به نقش مهم احساس تنهایی که هم به صورت مستقیم و هم با نقش میانجی افسردگی در عملکرد اجتماعی سالمندان اثر معناداری دارد، پایش و غربالگری وضعیت سلامت سالمندان به لحاظ احساس تنهایی در گذشته در آن‌ها از اهمیت بالایی برخوردار است.

این مطالعه محدودیت‌هایی داشت، از جمله اینکه مطالعه در محیط پژوهش با محدودیت جغرافیایی و ویژگی‌های خاص فرهنگی اجتماعی انجام شده است؛ بنابراین تعمیم نتایج مطالعه حاضر به سایر جوامع و فرهنگ‌ها باید با احتیاط انجام شود. همچنین چون نمونه‌ها از سالمندان تحت پوشش مراکز جامع سلامت انتخاب شده‌اند، نتایج قابل تعمیم به کل جامعه سالمندی نیست. به علاوه، این مطالعه به صورت مقطعی انجام شده و امکان استنتاج رابطه علی معلولی بین متغیرها وجود ندارد. در این راستا، انجام مطالعات طولی، استفاده از ابزارهایی غیر از پرسش‌نامه، مطالعه با روش کیفی، سالمندان در شرایط متفاوت نظیر افراد سالمند ساکن آسایشگاه‌های سالمندی و انجام مطالعات بیشتر برای بررسی سایر عوامل در مطالعات آینده پیشنهاد می‌شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مطالعه در کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه علوم پزشکی بوشهر با کد اخلاق IR.BPUMS.REC.1397.087 به تصویب رسیده است. مشارکت‌کنندگان فرم رضایت آگاهانه مکتوب را قبل از شروع مطالعه تکمیل کردند. قبل از آن توضیحات شفاهی لازم درباره اهداف مطالعه به مشارکت‌کنندگان ارائه و به آن‌ها اطمینان داده شد که به صورت ناشناس و بی‌نام در مطالعه شرکت خواهند کرد.

حامی مالی

این مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بوشهر است که با حمایت معاونت تحقیقات و فناوری اطلاعات دانشگاه علوم پزشکی بوشهر انجام شده است.

باشد [۱۸، ۴۳، ۴۴]. طبق نظریه شناختی می‌توان گفت از آنجا که فرد افسرده، مسائل را به گونه‌ای تغییر یافته درک می‌کند، آن‌ها را طبق طرح‌واره‌های افسردگی‌زای خود استدلال می‌کند. پس با برداشت از نگرش‌های تغییر یافته خود، به مسائل از دید خود می‌نگرد و در بیشتر موارد دچار اختلال در عملکردهایش می‌شود [۲۰].

با افزایش سن و مشکلاتی که سالمندان در این دوره با آن روبه‌رو هستند، شیوع افسردگی و به دنبال آن عملکردهای اجتماعی ضعیف به مهم‌ترین اختلالات این دوران تبدیل شده است. سالمند افسرده به دلیل کاهش انرژی و انگیزه برای برقراری روابط اجتماعی کمتر تلاش می‌کند و این تغییرات به مرور باعث کاهش تعاملات اجتماعی آن‌ها می‌شود. ناتوانی ایجاد شده به دنبال افسردگی می‌تواند بار اقتصادی و جسمی زیادی داشته که این موضوعات می‌توانند از مهم‌ترین عواملی باشند که عملکردهای اجتماعی سالمندان را مختل کنند [۴۵، ۴۶].

یکی از نقاط قوت این مطالعه، استفاده از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری است که دارای مزایای متعددی نسبت به رویکرد میانجی‌گری مبتنی بر رگرسیون است. از جمله این نقاط قوت می‌توان به توانایی مدل‌سازی هم‌زمان مسیرها و کاهش خطای نوع ۱ اشاره کرد. به دلیل مقایسه‌های متعدد، انعطاف‌پذیری برای تعیین متغیرها به عنوان پیش‌بینی، پیامد و گزینه تعیین متغیرها به عنوان عوامل نهفته برای کاهش خطای اندازه‌گیری است [۴۷].

نتیجه‌گیری نهایی

طبق نتایج این مطالعه در ضعف عملکرد اجتماعی سالمندان، احساس تنهایی هم به صورت مستقیم و هم با واسطه افسردگی نقش معناداری داشت. با توجه به رشد سریع جمعیت سالمندان و کاهش در ابعاد خانواده و کم شدن فرزندان، احساس تنهایی به یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های سالمندان در سراسر دنیا تبدیل شده که باعث سوق دادن آنان به سمت افسردگی و کاهش فعالیت‌های اجتماعی می‌شود. با توجه به اینکه در کشورهای نظیر ایران و به خصوص شهرهای کوچک مثل بوشهر، زمینه مدیریت مشکلات سالمندان در بستر اجتماعی کمتر فراهم شده است، آسیب‌های متعاقب سالمندی بیشتر شده که می‌تواند زمینه‌ساز احساس تنهایی، افسردگی و کم شدن فعالیت اجتماعی سالمندان شود.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر پیشنهاد می‌شود سیاست‌گذاران حوزه سلامت سالمندی و همچنین تشکل‌های غیردولتی برنامه‌ریزی‌های دقیق کوتاه‌مدت و بلندمدت در جهت سالمندی سالم را به صورت جدی، قبل از سنین سالمندی آغاز کنند. آموزش برای ایجاد و افزایش ارتباط با اطرافیان و آموزش‌های خانواده‌محور درباره نحوه تعامل با سالمندان نیز می‌تواند مؤثر باشد. طراحی آزمایشات متناسب با ارزش‌های بومی و شرایط خاص اقتصادی،

مشارکت نویسندگان

مفهوم سازی و گردآوری داده ها: رؤیا زکی زاده و مسعود بحرینی؛
تجزیه و تحلیل داده ها: رضیه باقرزاده؛ تفسیر داده ها: مسعود بحرینی،
اکرم فرهادی، رضیه باقرزاده. تایید نهایی: همه نویسندگان.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از همه سالمندان شرکت کننده در مطالعه، پرسنل
مراکز جامع خدمات سلامت و معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه
علوم پزشکی بوشهر تشکر و قدردانی می کنند.

References

- [1] Hojjati H, Sharifnia H, Hassanalipour S, Akhonzadeh G, Asayesh H. [The effect of reminiscence on the amount of group self-esteem and life satisfaction of the elderly (Persian)]. *Nursing and Midwifery Journal*. 2011; 9(5):350-6. [Link]
- [2] Zhang Y, Chen Y, Ma L. Depression and cardiovascular disease in elderly: Current understanding. *Journal of Clinical Neuroscience*. 2018; 47:1-5. [DOI:10.1016/j.jocn.2017.09.022] [PMID]
- [3] Statistical Center of Iran. Selected Results of the 2016 National Population and Housing Census. Tehran: Statistical Center of Iran; 2017. [Link]
- [4] Tian Q. Intergeneration social support affects the subjective well-being of the elderly: Mediator roles of self-esteem and loneliness. *Journal of Health Psychology*. 2016; 21(6):1137-44. [DOI:10.1177/1359105314547245] [PMID]
- [5] Schutter N, Holwerda T, Stek M, Dekker J, Rhebergen D, Comijs H. Loneliness in older adults is associated with diminished cortisol output. *Journal of Psychosomatic Research*. 2017; 95:19-25. [DOI:10.1016/j.jpsychores.2017.02.002] [PMID]
- [6] Chen YH, Lin LC, Chuang LL, Chen ML. The relationship of physiopsychosocial factors and spiritual well-being in elderly residents: Implications for evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2017; 14(6):484-91. [DOI:10.1111/wvn.12243] [PMID]
- [7] Heravi-karimloo M, Anoosheh M, Foroughan M. [Loneliness from the perspectives of elderly people: A phenomenology study (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2008; 2(6):410-20. [Link]
- [8] Suedfeld P. Past the reflection and through the looking glass: Extending loneliness research. *Journal of Social Behavior and Personality*. 1987; 2(2):51. [Link]
- [9] Heinrich LM, Gullone E. The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*. 2006; 26(6):695-718. [DOI:10.1016/j.cpr.2006.04.002] [PMID]
- [10] Ghasemi Pirbalouti M, shariat A, Ghazanfari A. [A meta-analysis of exercise therapy on reducing depression among older adults in Iran (Persian)]. *Quarterly Journal of Health Psychology*. 2019; 8(2):69-80. [DOI:10.30473/HPJ.2019.40010.3982]
- [11] Kavooasian N, Hosseinzadeh K, Jaliseh HK, Karboro A. [The relationship between spiritual health and loneliness among the elderly in Karaj-2016 (Persian)]. *Journal of Research on Religion & Health*. 2018; 4(2):7-15. [Link]
- [12] Panayiotou G, Panteli M, Theodorou M. Predictors of loneliness in a sample of college men and women in cyprus: The role of anxiety and social skills. *Psychology, Community & Health*. 2016; 5(1):16-30. [DOI:10.5964/pch.v5i1.142]
- [13] Theeke LA. Predictors of loneliness in US adults over age sixty-five. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2009; 23(5):387-96. [DOI:10.1016/j.apnu.2008.11.002] [PMID]
- [14] Wong N, Liu H, Lin C, Huang CM, Wai Y, Lee S, et al. Loneliness in late-life depression: Structural and functional connectivity during affective processing. *Psychological Medicine*. 2016; 46(12):2485-99. [DOI:10.1017/S0033291716001033] [PMID]
- [15] Masi CM, Chen HY, Hawkey LC, Cacioppo JT. A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review: An Official Journal of the Society for Personality and Social Psychology, Inc*. 2011; 15(3):219-66. [DOI:10.1177/1088868310377394] [PMID] [PMCID]
- [16] Alavi M, Jorjan Shushtari Z, Noroozi M, Mohammadali Shahboulaghi F. [Mental health and related factors in old population in Tehran 2014-2015 (Persian)]. *Jornal Mazandaran University of Medical Sciences*. 2018; 27(158):112-22. [Link]
- [17] Rao S, Wallace L, Theou O, Rockwood K. Is it better to be happy or not depressed? Depression mediates the effect of psychological well-being on adverse health outcomes in older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2017; 32(9):1000-8. [DOI:10.1002/gps.4559] [PMID]
- [18] Maghsoudnia S. [Primary health care for old adults in IR Iran (Persian)]. Tehran: University of Social Welfars and Rehabilitation of Science; 2011.
- [19] Creecy RF, Berg WE, Wright R. Loneliness among the elderly: A causal approach. *Journal of Gerontology*. 1985; 40(4):487-93. [DOI:10.1093/geronj/40.4.487] [PMID]
- [20] Copeland JR, Beekman AT, Braam AW, Dewey ME, Delespaul P, Fuhrer R, et al. Depression among older people in Europe: The EURODEP studies. *World Psychiatry*. 2004; 3(1):45-9. [PMCID]
- [21] Bagherinezhad M, Salehi Fadardi J, Tabatabaee S. [Relationship between rumination and depression in a sample of Iranian students (Persian)]. *Studies in Education & Psychology* 2010; 11(1):21-38. [Link]
- [22] Sadock BJ. Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences [F. Rezaee, Persian trans.]. Tehran: Arjmand pub; 2015.
- [23] Manzouri L, Babak A, Merasi M. [The depression status of the elderly and it's related factors in Isfahan in 2007 (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2010; 4(4):27-33. [Link]
- [24] Theeke LA, Mallow J. Loneliness and quality of life in chronically ill rural older adults: Findings from a pilot study. *The American Journal of Nursing*. 2013; 113(9):28-38. [DOI:10.1097/01.NAJ.0000434169.53750.14] [PMID] [PMCID]
- [25] Solmi M, Veronese N, Galvano D, Favaro A, Ostinelli EG, Noventa V, et al. Factors associated with loneliness: An umbrella review of observational studies. *Journal of Affective Disorders*. 2020; 271:131-8. [DOI:10.1016/j.jad.2020.03.075] [PMID]
- [26] Igbokwe CC, Ejeh VJ, Agbaje OS, Umoke PIC, Iweama CN, Ozoemena EL. Prevalence of loneliness and association with depressive and anxiety symptoms among retirees in Northcentral Nigeria: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*. 2020; 20(1):153. [DOI:10.1186/s12877-020-01561-4] [PMID] [PMCID]
- [27] Mirderikvand F, Adavi H, Amirian L, Khodaie S. [The Investigation relationship between Social support and Depression mediated by Loneliness between Elderly (Persian)]. *Journal of Geriatric Nursing*. 2018; 3(2):63-75. [DOI:10.21859/jgn.3.2.63]
- [28] Faronbi JO, Gustafsson S, Berglund H, Ottenvall Hammar I, Dahlin-Ivanoff S. Social network and support, self-rated health, and loneliness as predictors of risk for depression among pre-frail and frail older people in Sweden. *Journal of Gerontology & Geriatric Medicine*. 2017; 2(5). [Link]
- [29] Santini ZI, Fiori KL, Feeney J, Tyrovolas S, Haro JM, Koyanagi A. Social relationships, loneliness, and mental health among older men and women in Ireland: A prospective community-based study. *Journal of Affective Disorders*. 2016; 204:59-69. [DOI:10.1016/j.jad.2016.06.032] [PMID]

- [30] Alberti FB. A biography of loneliness: The history of an emotion. Oxford: Oxford University Press; 2019. [\[Link\]](#)
- [31] Zakizadeh R, Bahreini M, Farhadi A, Bagherzadeh R. Predictive role of loneliness in mental health of elderly people in Bushehr (Persian). *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2020; 7(6):71-8. [\[Link\]](#)
- [32] Arslantaş H, Adana F, Ergin FA, Kayar D, Acar G. Loneliness in elderly people, associated factors and its correlation with quality of life: A field study from Western Turkey. *Iranian Journal of Public Health*. 2015; 44(1):43-50. [\[PMCID\]](#)
- [33] Malekooti SK, Mirabzadeh A, Fathollahi P, Salavati M, Kahali S, Afkham Ebrahimi A, et al. [Reliability, validity and factor structure of the GHQ-28 in Iranian elderly (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2006; 1(1):11-21. [\[Link\]](#)
- [34] Russell DW. UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*. 1996; 66(1):20-40. [\[DOI:10.1207/s15327752jpa6601_2\]](#) [\[PMID\]](#)
- [35] Younesi J. The role of cognitive distortion (Deterministic thinking) on Psychological pathology. *Iranian Association of Psychology*. 2004; 3(12):73-86. [\[Link\]](#)
- [36] Sodani M, Shogaeyan M, Neysi A. [The effect of group logo - therapy on loneliness in retired men (Persian)]. *Journal of Research in Cognitive and Behavioral Sciences*. 2012; 2(1):43-54. [\[Link\]](#)
- [37] Chin WW. The partial least squares approach to structural equation modeling. In: Marcoulides GA, editor. *Modern Methods for Business Research*. New Jersey: Lawrence Erlbaum; 1998. [\[Link\]](#)
- [38] Dijkstra TK, Henseler J. Consistent partial least squares path modeling. *MIS Quarterly*. 2015; 39(2):297-316. [\[DOI:10.25300/MISQ/2015/39.2.02\]](#)
- [39] Leitch S, Glue P, Gray AR, Greco P, Barak Y. Comparison of psychosocial variables associated with loneliness in centenarian vs elderly populations in New Zealand. *JAMA Network Open*. 2018; 1(6):e183880. [\[DOI:10.1001/jamanetworkopen.2018.3880\]](#) [\[PMID\]](#) [\[PMCID\]](#)
- [40] Moatamedi A, Qaderi Bagajan K, Mazaheri Nejad Fard G, Sol-tani S. [Comparative study of feeling lonely between retired and labor elderly men (Persian)]. *Quarterly Journal of Social Work*. 2017; 6(2):43-50. [\[Link\]](#)
- [41] Mellor D, Stokes M, Firth L, Hayashi Y, Cummins R. Need for belonging, relationship satisfaction, loneliness, and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*. 2008; 45(3):213-8. [\[DOI:10.1016/j.paid.2008.03.020\]](#)
- [42] Mohammadi E, Allahyari T, Darvishpoor Kakhaki A, Saraei H, Fereshtehnejad SM. [Analysis of being active based on older adults' experience: A qualitative study of active aging strategies (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2017; 11(4):504-17. [\[DOI:10.21859/sija-1104504\]](#)
- [43] Mohamadzadeh M, Rashedi V, Hashemi M, Borhaninejad V. [Relationship between activities of daily living and depression in older adults (Persian)]. *Salmad: Iranian Journal of Ageing*. 2020; 15(2):200-11. [\[DOI:10.32598/sija.13.10.180\]](#)
- [44] Hekmatipoor N, Hojati H, Sharifnia H, Akhondzadeh G, Nik-joo A, Mirabilhasani M. [Impact of routine exercises on elderly's depression rate (Persian)]. *Journal of Health Building Community Health Education*. 2012; 1(3):23-32. [\[Link\]](#)
- [45] Nakamura M, Hashizume H, Nomura S, Kono R, Utsunomiya H. The relationship between locomotive syndrome and depression in community-dwelling elderly people. *Current Gerontology and Geriatrics Research*. 2017; 2017:4104802. [\[DOI:10.1155/2017/4104802\]](#) [\[PMID\]](#) [\[PMCID\]](#)
- [46] Shojaimotlagh V, Lazari N, Ghalenoe M, Saleh Abadi S, Parizad N, Ghanei Gheshlagh R. [Relationship between metabolic syndrome and depression in elderly with cardiovascular disease (Persian)]. *Iran Journal of Nursing*. 2015; 27(92):65-72. [\[DOI:10.29252/ijn.27.92.65\]](#)
- [47] Preacher KJ. Advances in mediation analysis: A survey and synthesis of new developments. *Annual Review of Psychology*. 2015; 66:825-52. [\[DOI:10.1146/annurev-psych-010814-015258\]](#) [\[PMID\]](#)

This Page Intentionally Left Blank