

Research Article

A Structural Model of Social Isolation Based on Lifestyle and Self-Efficacy Mediated by Perceived Social Support in the Elderly

Authors

Fatemeh Sayyar Irani¹, Simin Bashardoust^{2*}, Malek Mirhashmi³

1. Ph.D. student of General Psychology, Department of Psychology, Roudhen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran, [0009-0005-8447-7141](tel:0009-0005-8447-7141), sayariraniaca@gmail.com,
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Roudhen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran, [0000-0002-9370-671](tel:0000-0002-9370-671), sibashardoust@yahoo.com (Corresponding author)
3. Professor, Department of Psychology, Roudhen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran, [0000-0002-6110-1874](tel:0000-0002-6110-1874), mirhashemimalek@gmail.com

Abstract

Receive Date:
00/00/0000

Accept Date:
00/00/0000



Introduction: Transitioning to old age is considered a significant milestone in life that can have a major impact on health behaviors, health, and quality of life. The present study aims to examine the fit of the structural model of loneliness and social isolation based on lifestyle and self-efficacy, mediated by perceived social support in the elderly.

Method: The research method is descriptive, and the research design is correlational, specifically using structural equation modeling (SEM). The study population includes elderly individuals over 60 years old residing in nursing homes in Tehran during the years 2022 and 2023. A total of 300 elderly individuals living in Tehran nursing homes were selected as a sample using a multi-stage random sampling method. The DiTommaso Loneliness Questionnaire (2004) was used to measure loneliness, the Lubben Social Network Scale for assessing social isolation in the elderly (1988), the Iranian Elderly Healthy Lifestyle Questionnaire by Eshaghi et al. (2009) for lifestyle assessment, the General Self-Efficacy (GSE-17) Scale by Sherer et al. (1982) for self-efficacy measurement, and the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) by Zimet, Dahlem, Zimet, and Farley (1998) for perceived social support. Data analysis was performed using structural equation modeling (SEM) with the AMOS software.

Result: The total path coefficient between lifestyle ($P = 0.001$, $\beta = -0.520$) and self-efficacy ($P = 0.001$, $\beta = -0.329$) with social isolation is negative and significant. The path coefficient between social support and social isolation was also negative and significant ($P = 0.001$, $\beta = -0.370$). Additionally, the indirect path coefficient between lifestyle ($P = 0.001$, $\beta = -0.200$) and self-efficacy ($P = 0.001$, $\beta = -0.129$) with social isolation was negative and significant.

Discussion and Conclusion: Perceived social support significantly and negatively mediates the relationship between lifestyle and self-efficacy with social isolation among the elderly.

Keywords

Social Isolation, Lifestyle, Self-Efficacy, Social Support, Elderly

Corresponding
Author's E-mail

sibashardoust@yahoo.com

Introduction

Aging is regarded as the final stage of life, marked by the cessation of work and the loss of typical daily activities. It is an important life phase and a biological-social phenomenon that occurs in human beings. This is a period during which an individual, having stepped away from the role they have played for many years, is expected to experience peace and comfort. However, due to unfamiliarity with this new role, individuals may experience anxiety and confusion. After years of professional life, this transition can have significant psychological and emotional effects. The experience of aging may vary widely among individuals, and in some cases, it may even be contradictory. Some view aging as the 'golden years,' offering individuals the chance to focus on other roles in their life and engage in personal interests or leisure activities. Thus, aging and retirement from the workforce can be seen as a release from mandatory work obligations, offering a period of rest, tranquility, and enjoyment in a new and golden phase of life. Understanding the internal relationships between feelings of loneliness, social isolation, lifestyle, and self-efficacy—mediated by perceived social support—can offer valuable insights for improving the mental health of older adults. Therefore, this study aims to present and test a structural model examining the impact of loneliness and social isolation on lifestyle and self-efficacy, with perceived social support as a mediator, among the elderly.

Method

This study is descriptive and correlational in design. In terms of its objectives, it is categorized as applied research. The study population consists of elderly individuals aged 60 and above, residing in nursing homes in Tehran during the years 2021 and 2022. Given the lack of precise statistics on the number of elderly residents in Tehran's nursing homes, a multi-stage random sampling method was employed. Following the guidelines of Cramér's rule, which recommends a minimum of 40 participants per predictor variable for structural models, and taking into account the possibility of data distortion, a sample of 300 elderly individuals from various nursing homes in Tehran was selected for the study. The DiTommaso Loneliness Questionnaire (2004) was used to measure loneliness, the Lubben Social Network Scale for assessing social isolation in the elderly, the Iranian Elderly Healthy Lifestyle Questionnaire by Eshaghi et al. (2009) for lifestyle assessment, the General Self-Efficacy (GSE-17) Scale by Sherer et al. (1982) for self-efficacy measurement, and the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) by Zimet, Dahlem, Zimet, and Farley (1998) for perceived social support. Data analysis was performed using structural equation modeling (SEM) with the AMOS software.

Results

In the measurement model of the study, 10 indicators were used to represent 3 latent variables. It was hypothesized that the latent variable of lifestyle would be measured by the indicators of prevention, nutrition, exercise, stress management, and social relationships. The latent variable of perceived social support was assessed through the indicators of support from friends, family, and others, while the latent variable of social isolation was measured using the indicators of friendships and family relationships. The model fit was evaluated using Confirmatory Factor Analysis (CFA) with AMOS 24.0 software and Maximum Likelihood (ML) estimation. Table 1 presents the goodness-of-fit indices for both the measurement and structural models.

Table 1. Goodness-of-fit indices for the measurement model and structural model

Goodness of fit index	Measurement model		Structural model	ROC curve
	Primary Model	Refined Model		
Chi-Square	134.62	86.6	102.54	-
Degree of freedom of the model	32	31	38	-
df/ χ^2	4.21	2.78	2.70	Lesser than 3
GFI	0.926	0.951	0.947	< 0.90
AGFI	0.873	0.912	0.908	< 0.850
CFI	0.916	0.955	0.952	< 0.90
RMSEA	0.100	0.074	0.073	> 0.08

Table 1 shows that, with the exception of two goodness-of-fit indices—RMSEA and χ^2/df —all other goodness-of-fit indices obtained from the Confirmatory Factor Analysis (CFA) support the acceptable fit of the measurement model to the collected data. Given the importance of the two mentioned indices, further evaluation of the model was conducted by adding covariance between the errors of the two indicators, stress management and social relationships, within the lifestyle construct. This modification resulted in acceptable goodness-of-fit indices for the measurement model. In the measurement model, the highest factor loading was associated with the indicator of 'support from friends' ($\beta = 0.839$), and the lowest factor loading was associated with the indicator of 'exercise' ($\beta = 0.444$). Since the factor loadings for all indicators were greater than 0.32, it can be concluded that all indicators had sufficient power to measure the latent variables in this study.

Structural Model: Following the evaluation of the measurement model fit, the goodness-of-fit indices for the structural model were estimated and assessed in the second phase. It was hypothesized in the structural model that lifestyle and self-efficacy, mediated by perceived social support, would predict social isolation in older adults. All the goodness-of-fit indices obtained from the analysis of the structural model indicate that the model has an acceptable fit with the collected data.

Conclusion

The present study was conducted with the aim of examining the fit of a structural model of loneliness and social isolation based on lifestyle and self-efficacy, with the mediation of perceived social support in older adults. The results of the statistical analyses assessing the structural model of loneliness and social isolation, based on lifestyle and self-efficacy with the mediation of perceived social support, showed that the collected data fit the model well. The results of the goodness-of-fit evaluation for the research indices indicated that, overall, the model was well-suited for explaining and fitting the data. Therefore, it can be concluded that loneliness and social isolation can be explained, analyzed, and fitted based on lifestyle and self-efficacy, with the mediation of perceived social support. In this way, a significant relationship was found between loneliness and social isolation and the variables of lifestyle, self-efficacy, and perceived social support. Regarding the recommendations for future research to

enhance the level of studies in this area, it is suggested that dedicated spaces be created to strengthen the self-efficacy of older adults. These spaces should be designed with extensive networking to engage and activate the participation of elderly individuals, harnessing the diverse capabilities and potentials of this group. Furthermore, it is recommended that comprehensive educational programs be developed to promote healthy lifestyles among the elderly. These educational programs could focus on preventing various diseases, engaging in physical activities, exercise, recreation, healthy nutrition, stress management, and fostering social and interpersonal relationships within the elderly population.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines:

Thesis code (registered at the Islamic Azad University, Roudehen Branch): 11354904909201281015162679947

Date of the Proposal registration: May 11, 2023 (2023-05-11)

In this study, the consent of the participants, as well as principles such as maintaining confidentiality and upholding privacy, were carefully considered.

Funding:

This study did not receive any financial support from any institution or organization.

Authors' contribution:

Authors contributed to this work as follows: Fatemeh Sayyar Irani developed the concept and designed the study, Fatemeh Sayyar Irani collected the data, Simin Bashardoust analyzed and interpreted the data, Simin Bashardoust prepared draft of article, Malek Mirhashmi revised the article critically for important intellectual content.

Conflict of interest:

There were no conflicts of interest in the presentation of the research results.

Acknowledgements:

I would like to express my gratitude to the advisors, Dr. Simin Bashardoust and Dr. Malek Mirhashemi, for their guidance and support in this study.

رویداد و دانش

ارائه مدل ساختاری انزوای اجتماعی بر اساس سبک زندگی و خودکارآمدی با میانجی‌گری حمایت اجتماعی ادراک شده در سالمندان

نویسندگان

فاطمه سیار ایرانی^۱، سیمین بشردوست^{۲*}، مالک میرهاشمی^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران، 0009-0005-

sayariraniaca@gmail.com، 8447-7141

۲. استادیار گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران (نویسنده مسئول)، 0000-0002-9370-671

sibashardoust@yahoo.com

۳. استاد گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران، 0000-0002-6110-1874

mirhashemimalek@gmail.com

چکیده

تاریخ دریافت:

....../.../...

تاریخ پذیرش:

....../.../...



مقدمه: انتقال به دوره‌ی سالمندی یک نقطه عطف مهم در زندگی تلقی می‌شود که می‌تواند تاثیر عمده‌ای در رفتارهای بهداشتی، سلامتی و کیفیت زندگی افراد داشته باشد. هدف حاضر، بررسی برازش مدل ساختاری احساس تنهایی و انزوای اجتماعی براساس سبک زندگی و خودکارآمدی با میانجی‌گری ادراک حمایت اجتماعی در سالمندان است.

روش: روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی و طرح پژوهش همبستگی از نوع معادلات ساختاری است. جامعه تحقیق حاضر، شامل سالمندان بالای ۶۰ سال ساکن در سرای سالمندان شهر تهران در سال ۱۴۰۱ و ۱۴۰۲ است. تعداد ۳۰۰ نفر از سالمندان ساکن در سرای سالمندان شهر تهران، به عنوان نمونه و به روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شدند. برای سنجش احساس تنهایی از پرسشنامه احساس تنهایی دی توماسو و همکاران (۲۰۰۴)، برای اندازه‌گیری انزوای اجتماعی در سالمندان از پرسش‌نامه سنجش انزوای اجتماعی سالمندان لوبن (۱۹۸۸)، پرسشنامه سنجش سبک زندگی سالم در سالمندان ایرانی توسط اسحاقی و همکاران (۱۳۸۸)، پرسشنامه خودکارآمدی عمومی (GSE-17) شرر و همکاران (۱۹۸۲) و پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده (MSPSS) زیمت، داهلم، زیمت و فارلی (۱۹۹۸) استفاده شده است. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل ساختاری (SEM) و با بهره‌گیری از نرم‌افزار AMOS انجام گرفت.

نتایج: ضریب مسیر کل بین سبک زندگی ($\beta = -0.520$ ، $P = 0.001$) و خودکارآمدی ($\beta = -0.329$ ، $P = 0.001$) با انزوای اجتماعی منفی و معنادار است. ضریب مسیر بین حمایت اجتماعی و انزوای اجتماعی نیز منفی و معنادار بود ($P = 0.001$)، همچنین، ضریب مسیر غیر مستقیم بین سبک زندگی ($\beta = -0.200$ ، $P = 0.001$) و خودکارآمدی ($P = 0.001$)، با انزوای اجتماعی منفی و معنادار بود.

بحث و نتیجه‌گیری: حمایت اجتماعی ادراک شده در بین سالمندان به صورت منفی و معنادار رابطه بین سبک زندگی و خودکارآمدی با انزوای اجتماعی را میانجی‌گری می‌کند.

کلیدواژه‌ها

انزوای اجتماعی، سبک زندگی، خودکارآمدی، حمایت اجتماعی، سالمندان

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

sibashardoust@yahoo.com

مقدمه

سالمندی به عنوان مرحله‌ی آخر زندگی مطرح می‌باشد که با متوقف کردن کار و از دست رفتن فعالیت‌های مرسوم مشخص می‌شود. سالمندی، موقعیتی مهم و پدیده‌ای زیستی-اجتماعی است که در زندگی انسانی به وقوع می‌پیوندد؛ دورانی که فرد با جدا شدن از ایفای نقشی که سالهای پی در پی داشته، انتظار می‌رود آرامش و آسایش را برای فرد به دنبال داشته باشد. از طرفی، به دلیل عدم آشنایی فرد با نقش جدید، وی دچار اضطراب و سرگردانی شده و بعد از سال‌ها زندگی شغلی، فرد را از نظر روانی و عاطفی تحت تأثیر قرار می‌دهد. تجربه سالمندی ممکن است برای افراد، ویژگی‌های متفاوت و شاید متضادی داشته باشد. گروهی معتقدند سالمندی، دوره طلایی زندگی است و به افراد این مجال را می‌دهد تا به نقش‌های دیگر خود در زندگی بیشتر توجه کنند و بتوانند به دغدغه‌های شخصی یا فعالیت‌های تفریحی بپردازند. در نتیجه، سالمندی و خروج فرد از بازار کار به معنای فراغت از فعالیت شغلی اجباری و بهره بردن از آرامش و آسایش در دوره جدید و طلایی زندگی است. از سوی دیگر، همچنانکه مطالعات اسپتو^۱ و همکاران [۱] نشان داده است، برخی سالمندی را تجربه‌ای توأم با احساس طردشدگی یا خروج اجباری از مشارکت اجتماعی تعریف می‌کنند؛ زیرا خروج از بازار کار را به معنای از دست رفتن حس هویت شغلی و طرد از فعالیت‌های معنابخش زندگی می‌دانند. این احساس به معنای طردشدگی ناخواسته افراد یا گروه‌ها از فرایندهای سیاسی، اقتصادی و اجتماعی است که از مشارکت کامل آنها در جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنند، جلوگیری می‌کند. مورای^۲ [۲] مشخص کرده که انتقال به دوره‌ی سالمندی یک نقطه عطف مهم در زندگی تلقی می‌شود که می‌تواند تأثیر عمده‌ای در رفتارهای بهداشتی، سلامتی و کیفیت زندگی افراد داشته باشد. در واقع سالمندی می‌تواند یک فشار روانی یا حالت تسکین دهنده برای سالمندان باشد. در سالمندان، احساس درماندگی، شکست و احساس پیری و بطالت، به عنوان دو نشانگان، نقش بسزایی در افزایش شکایات جسمانی، اضطراب و مشکلات خواب، نارسایی

عملکرد اجتماعی و افسردگی دارد. نتایج مطالعه لی^۳ و همکاران [۳] نیز نشان داده است که سالمندی کامل و غیرارادی منجر به افزایش مشکلات مرتبط با تحرک و فعالیت‌های روزانه، افزایش بیماری‌ها و کاهش سلامت روانی می‌شود و تعویق و اجرای آن در سنین بعدی ممکن است باعث به تعویق انداختن مشکلات بهداشتی و افزایش بهزیستی شود.

یکی از عوامل تاثیرگذار بر زندگی سالمندان، مسئله احساس تنهایی است. احساس تنهایی، انزوا و ناامیدی، از مهمترین و شایع‌ترین شکایات سالمندان به‌شمار می‌رود. این مشکلات و فقدان‌های دوره سالمندی و نزدیک شدن به واقعیت مرگ، ممکن است آنها را به بی‌معنایی در زندگی سوق دهد. فقدان معنا در زندگی یکی از رایج‌ترین دلایل در میان سالمندانی است که اغلب یا همیشه، احساس تنهایی می‌کنند [۴]. احساس تنهایی، مجموعه‌ای پیچیده از احساس‌ها و شناخت‌ها، پریشانی‌ها و تجربه هیجان‌های منفی است که از کمبودهای ادراک شده فردی در روابط خصوصی و اجتماعی ناشی می‌شود [۵]. شواهد نشان می‌دهد که احساس تنهایی پدیده‌ای گسترده و فراگیر است و ۲۵ تا ۵۰ درصد کل جمعیت بالای ۶۵ سال را بر حسب سن و جنس تحت تأثیر قرار می‌دهد و سالمندان، در معرض خطر بالاتری از احساس تنهایی هستند [۶]. پژوهشگران معتقدند عوامل بسیاری، از جمله افسردگی، اضطراب، وضعیت سلامت روانی، حمایت کم خانواده، درآمد پایین، عملکرد جسمی ضعیف و بیماری، با احساس تنهایی در سالمندان در ارتباط است [۷].

انزوای اجتماعی به عنوان یکی از معضلات عصر جدید به خصوص در قشر آسیب پذیر سالمندان، وابسته به چندین عامل فردی و اجتماعی است که می‌تواند در افراد یا جوامع مختلف، نمودهای متفاوتی داشته باشد. انزوای اجتماعی را به عنوان کیفیت نامناسب در میزان روابط اجتماعی مردم در سطوح مختلفی که در آن تعامل انسان روی می‌دهد (فرد، گروه، اجتماع و جامعه) تعریف شده است [۸]. انزوای اجتماعی زندگی بدون مصاحبت، فقدان دیگران مهم و مناسبات مشترک، اعتماد و حرکت به سمت دوره‌های بحران و گسست در اتصالات عینی و شبکه‌های روابط اجتماعی اعضای جامعه است. مفهوم انزوای اجتماعی به

^۱- Steptoe

^۲- Murray

^۳- Lee

در زندگی ارتباط دارد. افرادی که از نظر اجتماعی منزوی هستند بیشتر در معرض خطر بیماری قلبی-عروقی سکنه مغزی، افسردگی، زوال عقل و مرگ زودرس قرار می‌گیرند. نتایج مطالعه‌ای حاکی از آن است که وضعیت سلامت سالمندان با طرد شدن از اجتماع ارتباط دارد و فقدان روابط مؤثر منجر به شکل‌گیری تهدیدی جدی برای سلامت فردی می‌شود. افرادی که روابط پایدار و معناداری ندارند، معمولاً دچار تنهایی و در نتیجه انزوای اجتماعی می‌شوند که این امر اغلب منجر به کمبود اعتمادبه‌نفس، مشکلات فردی جدی مانند افسردگی، مشکلات اجتماعی و علائم بیماری‌های جسمانی می‌شود.

سبک زندگی نیز یکی از مولفه‌های مؤثر در دوره سالمندی است، به شمار می‌رود. همچنانکه سیلورمن^۴ و همکاران [۱۴] نیز نشان داده‌اند، اهمیت سبک زندگی در سلامت جسمی و روانی، انکارناپذیر است؛ چراکه سبک زندگی سالم، یک حالت زیستی و انگیزشی مبتنی بر برنامه‌ریزی و فعالیت برای رسیدن به هدف است. سبک زندگی متغیری برانگیزاننده است که به افراد کمک می‌کند تا هدف‌های روشنی تعیین کرده و مسیرهای متعددی را برای رسیدن به این اهداف ایجاد کنند و بر موانع و چالش‌ها در مسیر تحقق اهداف غلبه و به هدف‌های خود غلبه کنند. کاپادیا^۵ و همکاران [۱۵] بر این اعتقادند که سبک زندگی سالم از مفاهیمی است که با سلامت فیزیکی، ذهنی و توانمندی مرتبط است و از طریق تحمل‌پذیر کردن شرایط موجود می‌تواند به عنوان پاسخی مؤثر به عوامل تنش‌زا در نظر گرفته شود. سبک زندگی سالم، عملکرد فیزیولوژیک و روانشناختی را تقویت می‌کند و فقدان آن، منجر به اختلال زودرس در عملکرد فرد می‌شود. از این رو، سبک زندگی بهینه و سالم، به ویژه در دوران سالمندی، سبب می‌شود فرد مسئولیت بیشتری در قبال مراقبت از خود احساس کند و به تلاش‌های دیگران جهت مراقبت از خود پاسخ مناسب دهد. از دیگر متغیرهای تاثیرگذار بر سلامت روان سالمندان، خودکارآمدی^۶ است. به گفته‌ی آلبرت بندورا [۱۶] خودکارآمدی عبارت است از اعتقاد و باور به قابلیت‌های

معنای فقدان و یا ضعف پیوندهای فرد با سایر افراد، گروه‌ها و جامعه تعریف شده و ابعاد آن را بر اساس سطح روابط خانوادگی، روابط محلی و سرمایه اجتماعی بررسی می‌شود و پیامد آن از یک طرف کاهش تعلق و تعهد اجتماعی، اعتماد اجتماعی، نرم‌هنباری و از طرف دیگر افزایش محرومیت اجتماعی، یاس و خودکشی، انفعال اجتماعی است. افراد برای زندگی و بقا و کارکرد بهینه به یکدیگر وابسته هستند و این موضوعی است که حمایت اجتماعی را پیش‌نیاز اصلی و اساسی؛ وجود داشتن و بقا و در کنار یکدیگر ماندن را مطرح می‌کند [۹]. عدم تمایل سالمندان برای خروج از منزل، خواب‌آلودگی، احساس درد و گرفتگی عضلات و کم‌اشتهایی همه از دلایل انزوای سالمندان است. از طرفی انزوا و تنهایی به دلیل کاهش روابط اجتماعی منجر به افسردگی و کاهش کیفیت زندگی در سالمندان می‌گردد. تمایل به روابط صمیمانه در همه انسان‌ها از زمان تولد تا مرگ وجود دارد. افرادی که از داشتن روابط مثبت، پایدار و بااهمیت بی‌بهره‌اند، احساس عدم رضایت و محرومیت و در نهایت احساس تنهایی و انزوا می‌کنند [۱۰]. انزوای اجتماعی به عنوان یکی از معضلات عصر جدید به‌خصوص در قشر آسیب‌پذیر سالمندان، وابسته به چندین عامل فردی و اجتماعی است که می‌تواند در افراد یا جوامع مختلف، نمودهای متفاوتی داشته باشد. مطالعه‌ی هنریش و گولان^۱ [۱۱]، نتایج نشان داد حمایت خانوادگی و حمایت اجتماعی نقش مهمی در کمک به افراد سالمند چینی در رفع خطر بالای تنهایی و انزوا دارد. تحقیق تیلور^۲ و همکاران [۱۲] نشان داد که انزوای اجتماعی در مردان و کسانی که سن بالاتری دارند و افرادی که مشارکت‌های گروهی کمتری دارند بیشتر است. ارتباط بین انزوای اجتماعی و سلامت روان ویژگی‌های متعددی دارد. انزوای اجتماعی در مقایسه با پیامد سلامت روان (دیسترس روانی، علائم افسردگی) متفاوت است. به طور مثال مطالعه متئوس^۳ و همکاران [۱۳] روی سالمندان آمریکایی نشان داد انزوای اجتماعی با دیسترس روانی ارتباط ندارد، اما با علائم افسردگی همراه است. انزوای اجتماعی با طیف وسیعی از مشکلات بهداشتی

^۴- Silverman^۵- Kapadia^۶- Self-efficacy^۱- Heinrich and Gullone^۲- Taylor^۳- Matthews

زندگی، استقلال، قدرت تصمیم‌گیری، مدیریت خود، روابط اجتماعی و احساس ارزشمندی رضایتمندی سالمندان را تبیین می‌کنند [۱۹]. کوکان^۳ و همکاران [۲۰] در پژوهش خود به بررسی کیفیت زندگی سالمندان شهر اوهایو آمریکا پرداختند. از بین مؤلفه‌های هشت گانه مقایسه شده در سالمندان اینگونه نتیجه گرفته شد که سبک زندگی سالمندان در حد بالاتر از متوسط می‌باشد. همچنین بین سن و نمرات سلامت جسمی و روانی ارتباط معنی‌داری وجود داشت و مردان وضعیت بهتری نسبت به زنان داشتند. وجود محیط‌های دوستانه و گسترش برنامه‌ریزی‌های اجتماعی برای سالمندان توسط فرزندان از عوامل بالا بودن ارزیابی سبک زندگی و کاهش احساس تنهایی توسط سالمندان بود. از این رو، درک روابط درونی احساس تنهایی و انزوای اجتماعی با سبک زندگی و خودکارآمدی با میانجیگری حمایت اجتماعی ادراک شده، می‌تواند حاوی رهنمودهایی برای تقویت سلامت روان سالمندان سالمند باشد. لذا با توجه به مطالبی که گفته شد، در این تحقیق کوشش شده است تا به ارائه و آزمون مدل ساختاری احساس تنهایی و انزوای اجتماعی بر اساس سبک زندگی و خودکارآمدی با میانجی‌گری ادراک حمایت اجتماعی در سالمندان پرداخته شود. سوال تحقیق نیز از این قرار است که احساس تنهایی و انزوای اجتماعی بر اساس سبک زندگی و خودکارآمدی با میانجی‌گری ادراک حمایت اجتماعی در سالمندان چگونه قابل تبیین است؟

روش

نوع تحقیق

پژوهش حاضر از نوع توصیفی و همبستگی است. از نظر هدف نیز، پژوهش حاضر، در زمره تحقیقات کاربردی می‌گنجد.

جامعه آماری

جامعه تحقیق حاضر، شامل سالمندان بالای ۶۰ سال ساکن در سرای سالمندان شهر تهران در سال ۱۴۰۱ و ۱۴۰۲ است. با توجه به اینکه آمار دقیقی از تعداد سالمندان ساکن در سراهای سالمندان شهر تهران، در دسترس نیست، لذا با روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای و نیز با تأثیرپذیری از حداقل تعداد نمونه در مدل ساختاری بر اساس قانون

خود برای سازماندهی و اقدام در مدیریت موقعیت‌های پیش رو. به بیان دیگر، خودکارآمدی باور خود شخص به توانایی موفقیت در یک موقعیت خاص است. بر اساس نظریه‌ی بندورا، خودکارآمدی بخشی از سیستم خود است. سیستم خود، از نگرش‌ها، توانایی‌ها و مهارت‌های شناختی فرد تشکیل شده است و در نحوه‌ی درک ما از موقعیت‌های مختلف و همچنین رفتار ما در واکنش به این موقعیت‌ها نقشی اساسی دارد. بندورا این باور را پایه‌ی تفکر، رفتار و احساس افراد می‌داند [۱۷]. پژوهش‌های متعددی نشان داده است که خودکارآمدی می‌تواند بر همه چیز (از حالت‌های روانشناختی گرفته تا رفتار و انگیزش) تأثیر داشته باشد؛ چراکه باور ما نسبت به توانایی موفق شدن، در تفکر، عملکرد و احساس ما در مورد جایگاه خودمان در جهان، نقش و تأثیر ویژه‌ای دارد. به عبارت ساده‌تر، این خودکارآمدی است که به ما می‌گوید چه اهدافی را دنبال کنیم، برای دستیابی به آن اهداف چه راه و روشی را در پیش بگیریم و عملکرد خود را چگونه مورد ارزیابی قرار دهیم. در سالمندان، پاسخ‌ها و واکنش‌ها به موقعیت‌ها نقش مهمی در خودکارآمدی دارد. خلق و خوی، حالات عاطفی، عکس‌العمل‌های جسمی و میزان استرس می‌توانند بر احساس و باور سالمندان نسبت به توانایی‌هایشان در یک موقعیت خاص تأثیرگذار باشند. با این حال، همچنانکه ژائو^۲ و همکاران [۱۸] نیز ابراز داشته‌اند، صرفاً شدت واکنش‌های فیزیکی و احساسی اهمیتی ندارد بلکه نحوه‌ی درک و تفسیر این واکنش‌ها است که بر حس خودکارآمدی تأثیر می‌گذارد.

ادراک حمایت اجتماعی نیز از دیگر مولفه‌هایی است که بر زندگی روانی سالمندان تأثیر می‌گذارد. به گونه‌ای که مؤلفه‌های سبک زندگی و حمایت اجتماعی بخشی از تغییرات رضایتمندی از زندگی را در سالمندان تبیین می‌کند. افزون بر این، مدت اقامت سالمندان در سرای سالمندان بخشی از تغییرات در سطح سبک زندگی و رضایت مندی از زندگی آنان را تبیین می‌کند. به طور کلی مؤلفه‌های سبک زندگی، حمایت اجتماعی و مدت اقامت سالمندان در سرای سالمندان از طریق متأثر ساختن متغیرهای واسطه‌ای احساس تنهایی، توانایی تسلط بر

^۱- Self-system

^۲- Sanders-Reio

^۳- Nicpon

از صفر تا ۵ است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده انزوای کمتر است. نمره کمتر از ۲۰ نشان‌دهنده خطر جدی برای انزواست. روایی این پرسش‌نامه در ایران توسط توکلی قوچانی و همکاران [۲۳] و پایایی آن، بین ۹۰ تا ۹۶٪ به دست آمده است.

۳. پرسشنامه سنجش سبک زندگی سالم در سالمندان ایرانی: این پرسش‌نامه توسط اسحاقی و همکاران [۲۴] توسعه داده شده است. روایی صوری و محتوایی این پرسشنامه در مطالعه اسحاقی و همکاران [۲۴] تایید شده و پایایی آن نیز بر اساس ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰٫۷۶ به دست آمده است. این پرسشنامه دارای ۴۶ سوال است که چند حیطه پیشگیری (۱۵ سوال)، فعالیت جسمی، ورزش، تفریح و سرگرمی (۵ سوال)، تغذیه سالم (۱۴ سوال)، مدیریت تنش (۵ سوال)، روابط اجتماعی و بین فردی (۷ سوال) را مورد سنجش قرار می‌دهد. مقیاس پاسخ‌گویی این پرسشنامه شامل مقیاس تکرار عمل و مقیاس‌های چندگزینه‌ای (تک‌پاسخ یا چند پاسخی) است. در هر سوال به گزینه‌ای که معرف نامطلوب‌ترین سطح از سبک زندگی است. نمره صفر و به سایر گزینه‌ها، به ترتیب افزایش مطلوبیت سطح سبک زندگی، نمرات ۲۵، ۵۰، ۷۵ و ۱۰۰ تعلق می‌گیرد. پس از جمع‌بندی نمرات، نمرات ۷۶ تا ۱۰۰ بیانگر سبک زندگی مطلوب، ۵۱ تا ۷۵ سبک زندگی متوسط، و کمتر از ۵۰ سبک زندگی نامطلوب می‌باشد.

۴. پرسشنامه خودکارآمدی عمومی (GSE-17): پرسشنامه مذکور توسط شرر و همکاران [۲۵] ساخته شده است. ضریب پایایی از طریق روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس خودکارآمدی عمومی و خرده مقیاس خودکارآمدی اجتماعی به ترتیب ۸۶٪ و ۷۱٪ برای هر یک به دست آمد. برای بررسی روایی ملاکی مقیاس خودکارآمدی به بررسی همبستگی آن با حوزه‌های نظامی، حرفه‌ای و آموزشی پرداخته شد. به همین منظور، مطالعه‌ای روی ۱۵۰ شرکت‌کننده که در بخش درمان الکلی‌ها در یک بیمارستان بستری بودند، انجام شد. در بررسی مذکور مشخص شد که نمرات خودکارآمدی عمومی پیش‌بینی‌کننده موفقیت فرد در اهداف نظامی، حرفه‌ای و آموزشی بود. ضریب پایایی از طریق اسپیرمن - براون با طول برابر ۷۶٪ و

کرامر که به ازای هر متغیر پیش بین ۴۰ نفر نمونه در نظر گرفته می‌شود و با توجه به احتمال وجود داده‌های مخدوش، تعداد ۳۲۳ نفر از سالمندان ساکن در سرای سالمندان شهر تهران، به عنوان نمونه انتخاب شد (جدول ۱).

جدول ۱. تعداد و جنسیت شرکت‌کنندگان در پژوهش

جنسیت	تعداد	درصد
زن	۱۴۹	۴۶/۱
مرد	۱۷۴	۵۳/۹
کل	۳۲۳	۱۰۰

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه احساس تنهایی دی‌توماسو^۱ و همکاران: برای سنجش احساس تنهایی از پرسشنامه احساس تنهایی دی‌توماسو و همکاران [۲۱] استفاده شد. این پرسشنامه که برای سنجش احساس تنهایی بزرگسالان طراحی شده است، ۱۵ گویه دارد که سه بعد احساس تنهایی اجتماعی (گویه‌های ۱، ۵، ۹، ۱۲ و ۱۵)، خانوادگی (گویه‌های ۲، ۴، ۷، ۱۱ و ۱۴) و رمانتیک (گویه‌های ۳، ۶، ۸، ۱۰ و ۱۵) را مورد سنجش قرار می‌دهد. هر بعد با پنج گویه در یک طیف لیکرت پنج درجه‌ای از کاملاً موافقم (با نمره ۱) تا کاملاً مخالفم (با نمره ۵) تنظیم شده است. گویه‌های ۱۴ و ۱۵ به صورت معکوس، نمره‌گذاری می‌شوند. دی‌توماسو و همکاران، روایی همزمان، افتراقی و همگرایی بالای این مقیاس را با مقیاس احساس تنهایی کالیفرنیا و زیرمقیاس‌های پرسشنامه ادراک دلبستگی به والدین و همسالان را تایید نموده‌اند. پایایی این ابزار نیز به روش آلفای کرونباخ، بین ۸۷٪ تا ۹۰٪ گزارش شده است. در ایران، روایی مقیاس از سوی جوکار و همکاران [۲۲] به روش تحلیل عاملی، اکتشاف، تایید شده است. پایایی نیز در سه بعد اجتماعی، خانوادگی و عاطفی به ترتیب ۹۲٪، ۷۸٪ و ۸۴٪ به دست آمده است.

۲. پرسشنامه سنجش انزوای اجتماعی سالمندان لوبن^۲: برای اندازه‌گیری انزوای اجتماعی در سالمندان طراحی شده است و شامل دوازده سؤال با لیکرت ۵ درجه‌ای

^۱- DiTommaso

^۲- Lubben

اجتماعی)، خودکارآمدی، حمایت اجتماعی ادراک شده (حمایت دوستان، حمایت خانواده و حمایت دیگران) و انزوای اجتماعی (دوستان و خانواده) را نشان می‌دهد.

با طول نابرابر ۰/۷۶. و از روش نیمه کردن گاتمن، برابر ۰/۷۵ است.

۵. پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده (MSPPSS): در سال ۱۹۸۸ توسط زیمت و همکاران [۲۶] طراحی شد. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده در پژوهش‌های خارجی تأیید شده است [۲۷]، [۲۸]. رستمی و همکاران [۲۹] ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های حمایت اجتماعی را بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۹ به دست آورده‌اند. اشتنبرگ و هیلیم^۱ [۳۰] پایایی مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای سه بعد حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۶ و ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند.

شیوه تحلیل داده‌ها

داده‌های پژوهش حاضر در دو بخش توصیفی (داده‌های دموگرافیک؛ سن، جنس، تحصیلات، میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی انجام شده است. تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز با استفاده از مدل‌یابی معادلات ساختاری (SEM)، روش تحلیل همبستگی با نسخه ۲۸ نرم‌افزار SPSS و روش مدل‌یابی معادلات ساختاری با نسخه ۲۴ نرم‌افزار AMOS انجام شده است.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۳۲۳ سالمند (۱۴۹ زن و ۱۷۴ مرد) با میانگین و انحراف استاندارد سنی ۶۷/۴۳ و ۵/۴۵ سال شرکت کردند. در بین شرکت‌کنندگان ۲۸۷ نفر (۸۸/۹ درصد) متأهل، ۱۰ نفر (۳/۱ درصد) از همسر خود جدا شده و همسر ۲۶ نفر (۸ درصد) فوت شده بود. همچنین ۵۴ نفر (۱۶/۷ درصد) از شرکت‌کنندگان در کنار فرزندان، ۱۰۲ نفر (۳۱/۶ درصد) در مراکز نگهداری سالمندان و ۱۶۷ نفر (۵۱/۷ درصد) در منزل شخصی زندگی می‌کردند. میزان تحصیلات ۱۱۶ نفر (۳۵/۹ درصد) از شرکت‌کنندگان زیر دیپلم، ۱۰۷ نفر (۳۳/۵۱ درصد) دیپلم، ۲۵ نفر (۷/۷ درصد) فوق دیپلم، ۵۱ نفر (۱۵/۸ درصد) لیسانس و ۲۴ نفر (۷/۴ درصد) فوق لیسانس و بالاتر بود. جدول ۲، میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی بین مؤلفه‌های سبک زندگی (پیشگیری، تغذیه، ورزش، مدیریت استرس و روابط

^۱- Stenberg and Hjelm

جدول ۲. میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای تحقیق	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
۱. سبک زندگی - پیشگیری	-										
۲. سبک زندگی - تغذیه	۰/۴۸**	-									
۳. سبک زندگی - ورزش	۰/۳۰**	۰/۴۱**	-								
۴. سبک زندگی - مدیریت استرس	۰/۴۳**	۰/۴۶**	۰/۲۴**	-							
۵. سبک زندگی - روابط اجتماعی	۰/۴۷**	۰/۳۰**	۰/۱۴*	۰/۵۷**	-						
۶. خودکارآمدی	۰/۴۱**	۰/۲۱**	۰/۲۸**	۰/۱۵**	۰/۱۰*	-					
۷. حمایت اجتماعی - حمایت دوستان	۰/۵۰**	۰/۳۴**	۰/۳۱**	۰/۳۳**	۰/۲۵**	۰/۵۰**	-				
۸. حمایت اجتماعی - حمایت خانواده	۰/۴۷**	۰/۲۷**	۰/۲۶**	۰/۳۰**	۰/۱۹**	۰/۴۸**	۰/۶۹**	-			
۹. حمایت اجتماعی - حمایت دیگران	۰/۴۳**	۰/۳۳**	۰/۲۳**	۰/۲۸**	۰/۱۵**	۰/۴۲**	۰/۶۲**	۰/۶۰**	-		
۱۰. انزوای اجتماعی - دوستان	۰/۴۰**	۰/۲۸**	۰/۲۱**	۰/۲۱**	۰/۱۹**	۰/۱۲*	۰/۳۷**	۰/۳۹**	۰/۳۹**	-	
۱۱. انزوای اجتماعی - خانواده	۰/۴۸**	۰/۳۹**	۰/۲۵**	۰/۲۱**	۰/۲۱**	۰/۲۱**	۰/۴۸**	۰/۴۷**	۰/۴۱**	۰/۵۰**	-
میانگین	۳۸/۹۸	۳۴/۷۵	۱۲/۳۶	۱۰/۰۷	۱۴/۹۴	۴۱/۰۴	۱۳/۲۰	۱۲/۹۲	۱۳/۱۲	۶/۲۴	۷/۴۳
انحراف استاندارد	۸/۶۹	۶/۲۵	۲/۵۹	۲/۹۸	۴/۷۷	۱۱/۴۳	۳/۴۰	۳/۲۱	۲/۹۸	۳/۰۲	۲/۷۵

P < ۰/۰۵ ** < ۰/۰۱

جدول ۲ نشان می‌دهد که ضرایب همبستگی بین متغیرها در جهت مورد انتظار و منطبق بر تئوری‌های حوزه پژوهش است.

در این پژوهش به منظور ارزیابی مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌های تک متغیری، کشیدگی و چولگی تک تک متغیرها و به منظور ارزیابی مفروضه همخطی بودن عامل تورم واریانس^۱ (VIF) و ضریب تحمل^۲ مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۳، قابل ملاحظه است.

^۱ - variance inflation factor

^۲ - tolerance

جدول ۳. بررسی مفروضه‌های نرمال بودن و همخطی بودن

متغیر	مفروضه نرمال بودن		مفروضه همخطی بودن	
	چولگی	کشیدگی	ضریب تحمل	تورم واریانس
سبک زندگی - پیشگیری	۰/۰۶	-۰/۳۱	۰/۵۰	۱/۹۸
سبک زندگی - تغذیه	-۰/۰۵	-۰/۱۹	۰/۶۲	۱/۶۱
سبک زندگی - ورزش	-۰/۲۵	-۰/۱۸	۰/۷۸	۱/۲۸
سبک زندگی - مدیریت استرس	۰/۳۲	-۰/۱۶	۰/۵۶	۱/۷۹
سبک زندگی - روابط اجتماعی	۰/۴۴	-۰/۰۳	۰/۵۹	۱/۶۹
خودکارآمدی	-۰/۲۵	-۰/۵۹	۰/۶۷	۱/۵۰
حمایت اجتماعی - حمایت دوستان	-۰/۲۲	-۰/۵۳	۰/۴۱	۲/۴۲
حمایت اجتماعی - حمایت خانواده	-۰/۵۹	-۰/۰۷	۰/۴۶	۲/۲۰
حمایت اجتماعی - حمایت دیگران	۰/۸۷	۰/۰۷	۰/۵۳	۱/۸۷
انزوای اجتماعی - دوستان	۰/۵۱	-۰/۴۳	-	-
انزوای اجتماعی - خانواده	-۰/۴۸	-۰/۲۹	-	-

بود. با توجه به شکل ۱ چنین فرض شده بود که متغیر مکنون سبک زندگی به وسیله نشانگرهای پیشگیری، تغذیه، ورزش، مدیریت استرس و روابط اجتماعی، متغیر مکنون حمایت اجتماعی ادراک شده به وسیله نشانگرهای حمایت دوستان، حمایت خانواده و حمایت دیگران و متغیر مکنون انزوای اجتماعی به وسیله نشانگرهای دوستان و خانواده سنجیده می‌شود. چگونگی برازش مدل اندازه‌گیری با استفاده از تحلیل عاملی تاییدی، نرم افزار AMOS 24.0 و برآورد بیشینه احتمال^۳ (ML) ارزیابی شد. جدول ۴ شاخص‌های برازندگی مدل‌های اندازه‌گیری و ساختاری را نشان می‌دهد.

منطبق بر یافته‌های جدول ۳، مقادیر کشیدگی و چولگی همه مؤلفه‌ها در محدوده ± 2 قرار دارد. این یافته بیانگر آن است که مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌های تک‌متغیری در بین داده‌ها برقرار است (رک کلان، ۲۰۱۶). جدول ۳، نشان می‌دهد که مفروضه همخطی بودن نیز در بین داده‌های پژوهش حاضر برقرار است. زیرا که مقادیر ضریب تحمل متغیرهای پیش بین بزرگتر از ۰/۱ و مقادیر عامل تورم واریانس هر یک از آنها کوچکتر از ۱۰ بود. در ادامه به منظور ارزیابی برقراری/عدم برقراری مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌های چند متغیری، از تحلیل اطلاعات مربوط به «فاصله مهلبوبایس»^۱ استفاده شد. مقادیر چولگی و کشیدگی اطلاعات مربوط به فاصله مهلبوبایس به ترتیب برابر با ۱/۱۲ و ۱/۳۶ به دست آمد که نشان می‌دهد توزیع داده‌های چند متغیری نرمال است. در نهایت به منظور ارزیابی مفروضه همگنی واریانس‌ها، نمودار پراکندگی واریانس‌های استاندارد شده خطاها مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که آن مفروضه نیز در بین داده‌ها برقرار است.

تحلیل مدل

الف) مدل اندازه‌گیری: در مدل اندازه‌گیری پژوهش ۱۰ نشانگر برای انعکاس ۳ ساختار مکنون در نظر گرفته شده

^۱ - Mahalanobis distance (D)

^۲ - Standardized residuals

^۳ -Maximum Likelihood

جدول ۴. شاخص‌های برازش مدل اندازه‌گیری و مدل ساختاری

شاخص‌های برازندگی	مدل اندازه‌گیری		مدل ساختاری	نقطه برش ^۱
	مدل اولیه	مدل اصلاح شده		
مجذور کای ^۲	۱۳۴/۶۲	۸۶/۰۶	۱۰۲/۵۴	-
درجه آزادی مدل	۳۲	۳۱	۳۸	-
χ^2/df^3	۴/۲۱	۲/۷۸	۲/۷۰	کمتر از ۳
GFI ^۴	۰/۹۲۶	۰/۹۵۱	۰/۹۴۷	۰/۹۰ >
AGFI ^۵	۰/۸۷۳	۰/۹۱۲	۰/۹۰۸	۰/۸۵۰ >
CFI ^۶	۰/۹۱۶	۰/۹۵۵	۰/۹۵۲	۰/۹۰ >
RMSEA ^۷	۰/۱۰۰	۰/۰۷۴	۰/۰۷۳	۰/۰۸ <

^۱ - نقاط برش براساس دیدگاه کلاین [۳۱]^۲ - Chi-Square^۳ - normed chi-square^۴ - Goodness Fit Index^۵ - Adjusted Goodness Fit Index^۶ - Comparative Fit Index^۷ - Root Mean Square Error of Approximation

اندازه گیری متغیرهای مکنون پژوهش حاضر برخوردار بودند.

ب) مدل ساختاری: به دنبال ارزیابی چگونگی برازش مدل اندازه گیری، در مرحله دوم شاخص‌های برازندگی مدل ساختاری برآورد و ارزیابی شد. در مدل ساختاری چنین فرض شده بود که سبک زندگی و خودکارآمدی با میانجیگری حمایت اجتماعی ادراک شده، انزوای اجتماعی را در سالمندان پیش‌بینی می‌کند. همچنان که جدول ۳ نشان می‌دهد، همه شاخص‌های برازندگی به دست آمده از تحلیل مدل ساختاری، نشان می‌دهد که مدل با داده‌های گردآوری شده برازش قابل قبول دارد. جدول ۵ ضرایب مسیر در مدل ساختاری را نشان می‌دهد.

جدول ۴ نشان می‌دهد که به استثنای دو شاخص برازندگی RMSEA و χ^2/df دیگر شاخص‌های برازندگی حاصل از تحلیل عاملی تاییدی از برازش قابل قبول مدل اندازه‌گیری با داده‌های گردآوری شده حمایت می‌کنند. با توجه به اهمیت دو شاخص برازندگی یاد شده، به دنبال ارزیابی شاخص‌های اصلاح با ایجاد کوواریانس بین خطاهای دو نشانگر مدیریت استرس و روابط اجتماعی سبک زندگی شاخص‌های برازندگی قابل قبول برای مدل اندازه‌گیری حاصل شد. در مدل اندازه‌گیری بزرگترین بار عاملی متعلق به نشانگر حمایت دوستان ($\beta=0/839$) و کوچکترین بار عاملی متعلق به نشانگر ورزش ($\beta=0/444$) بود. بدین ترتیب با توجه به این که بارهای عاملی همه نشانگرها بزرگتر از ۰/۳۲ بود، می‌توان گفت همه آنها از توان لازم برای

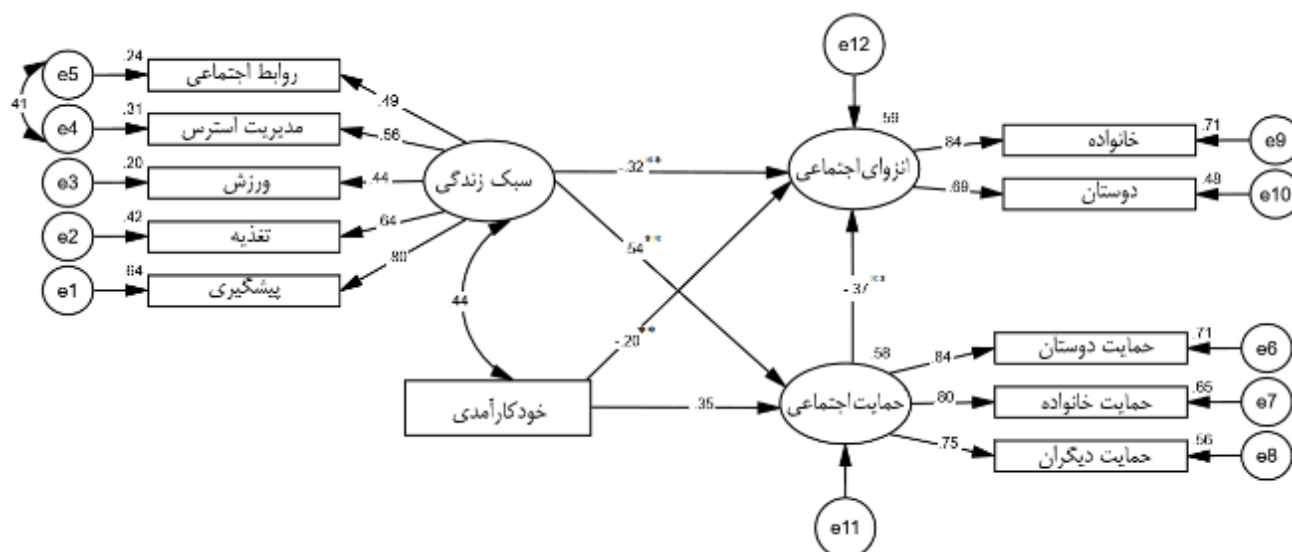
جدول ۵. ضرایب مسیر کل، مستقیم و غیر مستقیم بین متغیرهای پژوهش در مدل ساختاری

اثر	مسیر	b	S.E	β	p
مستقیم	خودکارآمدی $\leftarrow$ حمایت اجتماعی	۰/۰۸۷	۰/۰۱۵	۰/۳۴۷	۰/۰۰۱
	خودکارآمدی $\leftarrow$ انزوای اجتماعی	-۰/۰۴۱	۰/۰۱۵	-۰/۲۰۱	۰/۰۰۴
	سبک زندگی $\leftarrow$ حمایت اجتماعی	۰/۲۲۱	۰/۰۳۱	۰/۵۳۹	۰/۰۰۱
	سبک زندگی $\leftarrow$ انزوای اجتماعی	-۰/۱۰۶	۰/۰۳۳	-۰/۳۲۱	۰/۰۰۱
	حمایت اجتماعی $\leftarrow$ انزوای اجتماعی	-۰/۲۹۹	۰/۰۸۵	-۰/۳۷۰	۰/۰۰۱
غیرمستقیم ^۱	خودکارآمدی $\leftarrow$ انزوای اجتماعی	-۰/۰۲۶	۰/۰۰۹	-۰/۱۲۹	۰/۰۰۱
	سبک زندگی $\leftarrow$ انزوای اجتماعی	-۰/۰۶۶	۰/۰۲۰	-۰/۲۰۰	۰/۰۰۱
کل	خودکارآمدی $\leftarrow$ انزوای اجتماعی	-۰/۰۶۷	۰/۰۱۴	-۰/۳۲۹	۰/۰۰۱
	سبک زندگی $\leftarrow$ انزوای اجتماعی	-۰/۱۷۲	۰/۰۲۶	-۰/۵۲۰	۰/۰۰۱

^۱ - در این پژوهش به منظور برآورد خطای استاندارد مسیرهای غیر مستقیم از روش برآورد بوت استراب با حجم نمونه ۲۰۰۰ استفاده شد.

اساس چنین نتیجه گیری شد که حمایت اجتماعی ادراک شده در بین سالمندان به صورت منفی و معنادار رابطه بین سبک زندگی و خودکارآمدی با انزوای اجتماعی را میانجیگری می کند. شکل ۱ مدل ساختاری پژوهش در تبیین رابطه بین سبک زندگی و خودکارآمدی با انزوای اجتماعی براساس نقش میانجیگر حمایت اجتماعی ادراک شده را در سالمندان نشان می دهد.

جدول ۵، نشان می دهد که ضریب مسیر کل بین سبک زندگی ($\beta = -0.520$, $P = 0.001$) و خودکارآمدی ($\beta = -0.329$, $P = 0.001$) با انزوای اجتماعی منفی و معنادار است. ضریب مسیر بین حمایت اجتماعی و انزوای اجتماعی نیز منفی و معنادار بود ($\beta = -0.370$, $P = 0.001$). منطبق بر نتایج جدول ۴ ضریب مسیر غیر مستقیم بین سبک زندگی و خودکارآمدی ($\beta = -0.200$, $P = 0.001$) با انزوای اجتماعی منفی و معنادار بود. بر این



شکل ۱. پارامترهای استاندارد در مدل ساختاری پژوهش

شکل فوق نشان می دهد که مجموع مجذور همبستگی های چندگانه (R^2) برای متغیر انزوای اجتماعی ۰/۵۹ به بدست آمده است، این موضوع بیانگر آن است که سبک زندگی، خودکارآمدی و حمایت اجتماعی ادراک شده در مجموع ۵۹ درصد از واریانس متغیر انزوای اجتماعی را در سالمندان تبیین می کند.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر، با هدف بررسی برازش مدل ساختاری احساس تنهایی و انزوای اجتماعی براساس سبک زندگی و خودکارآمدی با میانجیگری ادراک حمایت اجتماعی در سالمندان به تحریر درآمد. نتایج تحلیل های آماری در بررسی مدل ساختاری احساس تنهایی و انزوای اجتماعی براساس سبک زندگی و خودکارآمدی با میانجیگری ادراک حمایت اجتماعی در سالمندان روی متغیر ملاک، نشان داد که داده های گردآوری شده با مدل، از برازش مناسبی برخوردار است. نتایج بررسی برازش به دست آمده برای شاخص های تحقیق، نشان داد که روی هم رفته، مدل در راستای تبیین و برازش از

وضعیت مناسبی برخوردار می باشد. از این رو، می توان بیان داشت که احساس تنهایی و انزوای اجتماعی را می توان براساس سبک زندگی و خودکارآمدی با میانجیگری ادراک حمایت اجتماعی، مورد تبیین، تحلیل و برازش قرار داد. بدین ترتیب، رابطه معناداری میان احساس تنهایی و انزوای اجتماعی با سبک زندگی، خودکارآمدی و ادراک حمایت اجتماعی برقرار است. این رابطه معنادار از سوی پژوهش های دیگری نیز تایید شده است. در این راستا و همسویی با یافته ها، باید به مطالعاتی از جمله مولمان و همکاران [۲۷]، اشتنبرگ و هيلم [۳۰]، ژو و همکاران [۱۸] و جوکار و همکاران [۲۲] اشاره کرد.

سالمندان داشته باشد. سالمندانی که از نظر اجتماعی منزوی هستند، عموماً در روابط با اعضای خانواده خود مشکل دارند و همزمان، از احساس تنهایی نیز در رنجند. در این راستا، خودکارآمدی یکی از ارکان مهم در ارتقای سالمندان به سطوح بهتر است. بدون کارآمدی، سالمندان، نمی‌توانند با مشکلات زندگی مواجه شوند. خودکارآمدی در سالمندان، به افزایش انرژی، خواب بهتر و کاهش درد و ناراحتی و همچنین انزوای اجتماعی کمتر مربوط می‌شود.

از مهمترین محدودیت‌های تحقیق حاضر، این است که محدوده انتخابی سالمندان صرفاً در شهر تهران است و لذا در تعمیم یافته‌های آن، باید احتیاط کرد. علاوه بر این، متغیرهای جمعیت‌شناختی و تفکیک جنسیتی نیز در این پژوهش، لحاظ نشده است.

روی هم رفته، به نظر می‌رسد میان متغیرهای جمعیت-شناختی، خودکارآمدی و ادراک حمایت اجتماعی با احساس تنهایی و انزوای اجتماعی با سبک زندگی سالمندان، رابطه معنادار وجود دارد و از طریق متغیرهای مذکور، می‌توان احساس تنهایی و انزوای اجتماعی سالمندان را پیش‌بینی، واکاوی و برازش کرد. افزون بر رابطه مستقیم میان متغیرهای پیش‌بین و ملاک، به صورت غیرمستقیم و با لحاظ کردن متغیر میانجی نیز، میان متغیرهای مذکور، رابطه وجود دارد. در ارتباط با پیشنهادهای تحقیق در راستای ارتقاء سطح پژوهش‌های بعدی نیز، می‌توان گفت که پیشنهاد می‌شود که فضاهای ویژه‌ای برای تقویت خودکارآمدی سالمندان تعبیه شود. این فضاها، باید با شبکه‌سازی گسترده برای جذب و فعال ساختن مشارکت سالمندان، توانمندی‌های و ظرفیت‌های گوناگون این قشر را به کار گیرد. علاوه بر این، پیشنهاد می‌شود که برنامه‌های آموزشی گسترده‌ای برای ترویج سبک زندگی سالم در میان سالمندان، ترویج یابد. این برنامه‌های آموزشی، می‌تواند حول محور پیشگیری سالمندان از بیماری‌های گوناگون، انجام فعالیت‌های جسمی، ورزش، تفریح و سرگرمی، تغذیه سالم، مدیریت تنش و نیز گسترش روابط اجتماعی و بین فردی در میان اقشار سالمند، متمرکز شود. از سوی دیگر و با توجه به نقش حمایت اجتماعی ادراک شده

بر این اساس، به نظر می‌رسد با مدرن شدن جوامع و تحولات اجتماعی، سبک زندگی نیز تغییر کرده و تنها در متن تغییرات فرهنگی مدرن و رشد فرهنگ مصرف-گرایی معنا یافته است و مصرف از اصلی‌ترین عناصر دنیای اجتماعی مدرن شده است. در جوامع مدرن، افراد و به‌ویژه سالمندان، شک بیشتر به خود وابسته هستند و امکان کمی برای ارتباط با پیوندهای اجتماعی سنتی برای آنها وجود دارد؛ این امر، به‌ویژه برای سالمندان که انزوای آنها، سبب سبک زندگی انفرادی شده است، اهمیت بیشتری دارد. از سوی دیگر، و با توجه به یافته‌های تحقیق، می‌توان بیان داشت که با تغییر سبک زندگی، انتظار می‌رود که انزوای اجتماعی سالمندان تغییر یابد. به عبارت دیگر، تغییر در سبک زندگی، می‌تواند پذیرش و حضور اجتماعی سالمندان را بهبود بخشد. متقابلاً می‌توان بیان داشت که وضعیت سلامت سالمندان با طرد شدن از اجتماع ارتباط دارد و فقدان روابط مؤثر منجر به شکل‌گیری تهدیدی جدی برای سلامت فردی می‌شود. افرادی که روابط پایدار و معناداری ندارند، معمولاً دچار تنهایی و در نتیجه، انزوای اجتماعی می‌شوند که این امر اغلب منجر به کمبود اعتمادبه‌نفس، مشکلات فردی جدی مانند افسردگی، مشکلات اجتماعی و علائم بیماری‌های جسمانی می‌شود. از دیگر سو، مداخلات اجتماعی، با هدف تسهیل ارائه حمایت اجتماعی عملکردی، می‌توانند از طریق اثرات مثبت خود بر خودکارآمدی، احساس تنهایی را کاهش دهد. در سالمندان، مداخلات مربوط به حمایت خانواده درک شده ممکن است باعث بهبود سریع خودکارآمدی مراقبت از خود و کاهش علائم افسردگی شود. بهبود خودکارآمدی سالمندان، می‌تواند احساس تنهایی را کاهش داده و بهزیستی ذهنی را افزایش دهد. اما عامل جنسیت، تأثیری بر خودکارآمدی ندارد.

در واقع، سالمندی با عوامل اجتماعی جمعیت‌شناختی نامطلوب مانند بیوه شدن، عملکرد جسمی و ذهنی پایین‌تر و امکانات کمتر برای مشارکت اجتماعی همراه است. همه این عوامل با انزوای اجتماعی مرتبط هستند. زندگی با احساس انزوای اجتماعی و تنهایی ممکن است به نوبه خود پیامدهای منفی بر کیفیت زندگی، سلامت جسمی و روانی و مرگ و میر

longitudinal survey with German and Chinese students. *BMC Public Health*, 2023; 18(1), 1-15. DOI: [10.1186/s12889-018-5526-2](https://doi.org/10.1186/s12889-018-5526-2)

[7] Taylor HO, Taylor RJ, Nguyen AW, Chatters L. Social isolation, depression, and psychological distress among older adults. *Journal of Aging and Health*. 2018; 30(2), 229-46. DOI: [10.1177/0898264316673511](https://doi.org/10.1177/0898264316673511)

[8] Smith KJ, & Victor C. Typologies of loneliness, living alone and social isolation, and their associations with physical and mental health. *Ageing & Society*, 2024; 39(8), 1709-1730. DOI: [10.3390/ijerph17249181](https://doi.org/10.3390/ijerph17249181)

[9] Hawthorne H. Measuring social isolation in older adults: development and initial validation of the friendship scale. *Social Indicators Research*, 2021; 77(1), 521-548. DOI: [10.1007/s11205-005-7746-y](https://doi.org/10.1007/s11205-005-7746-y)

[10] Xo Q, Anderson D, Country M. A longitudinal study of the relationship between lifestyle and mental health among midlife and older women in Australia. *Health Care for Women International*. 2021;13(12), 1082-96. DOI: [10.1080/07399332.2010.486096](https://doi.org/10.1080/07399332.2010.486096)

[11] Henrich LM, & Gullone E. The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*. 2019; 26(3), 695-718. DOI: [10.1016/j.cpr.2006.04.002](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.04.002)

[12] Taylor HO, Taylor RJ, Nguyen AW, and Chatters, L. Social isolation, depression and psychological distress among older adults. *Journal of Aging and Health*. 2020; 30(2), 229-46. DOI: [10.1177/0898264316673511](https://doi.org/10.1177/0898264316673511)

[13] Matthews GA, Nieh EH, Vander Weele CM, Halbert SA, Pradhan RV, Yosafat AS, et al. Dorsal raphe dopamine neurons represent the experience of social isolation. *Cell*. 2019; 164(4), 617-31. DOI: [10.1016/j.cell.2015.12.040](https://doi.org/10.1016/j.cell.2015.12.040)

[14] Silverman SL, Minshall ME, Shen W, Harper KD, Xie S. The relationship of health-related quality of life to prevalent and incident vertebral fractures in postmenopausal women with osteoporosis: Results from the Multiple Outcomes of Raloxifene Evaluation Study. *Arthritis & Rheumatism*. 2021; 44(11), 2611-9. DOI: [10.1002/1529-0131\(200111\)44:11<2611::aid-art441>3.0.co;2-n](https://doi.org/10.1002/1529-0131(200111)44:11<2611::aid-art441>3.0.co;2-n)

[15] Kapadia F, Levy M, Griffin-Tomas M, Greene RE, Halkitis SN, Urbina A, & Halkitis, P N. Perceived social support and mental health states in a clinic-based sample of older HIV positive adults. *Journal of HIV/AIDS & Social Services*, 2021; 15(4), 417-427. DOI: [10.1080/15381501.2016.1212295](https://doi.org/10.1080/15381501.2016.1212295)

[16] Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of control*. 2001; New York: W. H. Freeman. URL: <https://psycnet.apa.org/record/2004-12705-094>

[17] Pignault A, Rastoder M, Houssemand C. The Relationship between Self-Esteem, Self-Efficacy, and Career Decision-Making Difficulties: Psychological Flourishing as a Mediator. *Eur J*

در بهبود زندگی سالمندان، پیشنهاد می‌شود مداخلات درمانی و آموزشی از سوی خانواده‌ها و نیز نهادهای اجتماعی در این زمینه، تقویت شود. افزایش حمایت‌های اجتماعی، کیفیت زندگی هم بهبود می‌یابد؛ اما به این نکته نیز باید توجه داشت که نگرش سالمندان نسبت به حمایت اجتماعی و توانایی‌ها، خود در تأثیرگذاری حمایت اجتماعی نقش دارد و اگر نگرش سالمند نسبت به حمایت اجتماعی دریافت‌شده، منفی باشد و آنرا نشانه ناتوانی و درماندگی خود بداند یا آن را پرهزینه و تحقیرکننده بداند یا فرد احساس کند که خودش توانایی انجام کارهایش را دارد و نیازی به کمک دیگران ندارد، دریافت حمایت اجتماعی برای او ممکن است تأثیر ناخوشایندی داشته باشد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله، برگرفته از رساله دکتری رشته روانشناسی در دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن می‌باشد.

حامی مالی: این مطالعه از هیچ موسسه و سازمانی، حمایت مالی دریافت نکرده است.

منابع

[1] Steptoe A, Shankar A, Demakakos P, Wardle J. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2023; 110(15), 5797-801. DOI: [10.1073/pnas.1219686110](https://doi.org/10.1073/pnas.1219686110)

[2] Murphy E. The prognosis of depression in old age. *The British Journal of Psychiatry*. 2023; 142(2), 111-9. DOI: [10.1192/S0007125000122767](https://doi.org/10.1192/S0007125000122767)

[3] Lee JW, Nersesian PV, Suen JJ, Mensah Cudjoe TK, Gill J, Szanton SL, & Hladek MD. Loneliness is associated with lower coping self-efficacy among older adults. *Journal of Applied Gerontology*, 2023; 42(2), 270-279. DOI: [10.1177/07334648221129858](https://doi.org/10.1177/07334648221129858)

[4] Savikko N, Routasalo P, Tilvis RS, Strandberg T, Pitkälä, K. Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2024; 41(3), 223-33. DOI: [10.1016/j.archger.2005.03.002](https://doi.org/10.1016/j.archger.2005.03.002)

[5] Visser MA, El Fakiri F. The prevalence and impact of risk factors for ethnic differences in loneliness. *European Journal of Public Health*. 2024; 26(6), 977-83. DOI: [10.1093/eurpub/ckw115](https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw115)

[6] Velten J, Bieda A, Scholten S, Wannemüller A & Margraf J. Lifestyle choices and mental health: a

- [25] Schwarzer R, & Jerusalem M. Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, Measures in health psychology: A user's portfolio. *Causal and control beliefs*, 1998; 12(1), 35-37. URL: https://www.researchgate.net/publication/304930542_Generalized_Self-Efficacy_Scale
- [26] Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, & Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 1988; 52(1), 30-41. DOI: [10.1207/s15327752jpa5201_2](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2)
- [27] Meuleman EM, van der Veld WM, Laceulle OM, van der Heijden PT, Verhagen M, van Ee E. Youth Perceived Social Support and Symptom Distress: A Random-Intercept Cross-Lagged Panel Model. *J Youth Adolesc*. 2024; 53(1), 117-129. DOI: [10.1007/s10964-023-01859-7](https://doi.org/10.1007/s10964-023-01859-7)
- [28] Chen WT, Huang F, Shiu CS, Lin SH, Tun MS, Nwe TW, Oo YTN, Oo HN. Can social support mediate stigma and perceived stress in people live with human immunodeficiency virus? *AIDS Care*. 2024; 36(2), 255-262. DOI: [10.1080/09540121.2023.2254545](https://doi.org/10.1080/09540121.2023.2254545)
- [29] Rostami M, Hashemi T, Aliloo M M. Comparison of personality traits, social support and religious orientation in people attempting to commit suicide and control group, *Studies in Medical Sciences* 2014; 24 (12) :1016-1026. URL: <http://umj.umsu.ac.ir/article-1-2065-fa.html> [In Persian]
- [30] Stenberg J, Hjelm K. Social support as perceived, provided and needed by family-members of migrants with type 2 diabetes - a qualitative study. *BMC Public Health*. 2024; 24(1), 1612-1619. DOI: [10.1186/s12889-024-19101-9](https://doi.org/10.1186/s12889-024-19101-9)
- [31] Kline RB. *Principles and practice of structural equation modeling*. 2016, New York: Guilford. URL: <https://psycnet.apa.org/record/2015-56948-000>
- Investig Health Psychol Educ*. 2023; 13(9), 1553-1568. DOI: [10.3390/ejihpe13090113](https://doi.org/10.3390/ejihpe13090113)
- [18] Zhou A, Liu J, Xu C, Jobe MC. Effect of Social Support on Career Decision-Making Difficulties: The Chain Mediating Roles of Psychological Capital and Career Decision-Making Self-Efficacy. *Behav Sci (Basel)*. 2024; 14(4), 318-326. DOI: [10.3390/bs14040318](https://doi.org/10.3390/bs14040318)
- [19] Simundic A, Argento A, Mettler J, Heath NL. Perceived Social Support and Connectedness in Non-Suicidal Self-Injury Engagement. *Psychol Rep*. 2024; 21(3). 109-112. DOI: [10.1177/00332941241254323](https://doi.org/10.1177/00332941241254323)
- [20] Kähkönen O, Paukkonen L, Vähäniikkilä H, Oikarinen A. Perceived social support among percutaneous coronary intervention patients over a long-term follow-up period. *Nurs Open*. 2024;11(2), 208-219. DOI: [10.1002/nop2.2087](https://doi.org/10.1002/nop2.2087)
- [21] DiTommaso E, Brannen C, & Best LA. Social and Emotional Loneliness Scale for Adults--Short Version (SELSA-S) [Database record]. 2004; APA PsycTests. DOI: [10.1037/t05855-000](https://doi.org/10.1037/t05855-000)
- [22] Jokar F, Asadollahi A R, Kaveh M H, Ghahramani L, Nazari M. Relationship of Perceived Social Support with the Activities of Daily Living in Older Adults Living in Rural Communities in Iran. *Salmand: Iranian Journal of Ageing* 2020; 15 (3): 350-365. DOI: [10.32598/sija.10.15.3.2773.2](https://doi.org/10.32598/sija.10.15.3.2773.2) [In Persian]
- [23] Tavakoli Ghuchani H, Lashkardoust H, Khankalabi M, Asghari D, Hekmat Ara A, Nabavi H. Validity and reliability of Persian version of Luben's six-question social network scale in elderly people, *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*, 2020; 12(2), 43-57. URL: <https://civilica.com/doc/1889143/> [In Persian]
- [24] Movahed, M., Enayat, H., Zanjari, N. Healthy Ageing: A Comparative Analysis of Health Promoting Lifestyle among Elderly Males and Females in Shiraz. *Ferdowsi University of Mashhad Journal of Social Sciences*, 2015; 12(1): 197-223. DOI: [10.22067/jss.v12i1.17888](https://doi.org/10.22067/jss.v12i1.17888) [In Persian]

زود آیند ویرایش نشده